第58回日本東洋医学会学術総会
学会シンポジウム

傷寒論再考

—東洞生誕の地にちなんで—

座長：平馬 直樹・織部 和宏

1. 「傷寒論」の成立と変遷に関する最新知見
—「宋板傷寒論」の成立と成無己「注解傷寒論」以降—	牧角 和宏
2. 「傷寒論」の歴史的変遷を考える	小高 修司
3. 方証相応—私の見解—	黄 煌
4. 「傷寒・金匱」を礎とした合方の規範について	福田 佳弘
5. 「傷寒論輯義」を読みながら	中村 謙介

キーワード：宋板傷寒論，歴史的変遷，方証相応，合方，傷寒論輯義

Reconsideration of Shang-han Lun

Chairperson : Naoki HIRAMA, Kazuhiro ORIBE

1. An Innovative Study of the Reconstruction and Transformation of the Shang-han Lun
—Materialization of the Song Woodprint Shang-han Lun (Song-ban Shang-han Lun),
Compiled by Lin Yi et al in 1065, and after the Modification of the Annotated Shang-han
Lun (Zhu-jie Shang-han Lun) by Cheng Wu-ji in 1172—	Kazuhiro MAKIZUMI
2. A Thought about the Historical Change of Shang Han Lun	Shuji KOTAKA
3. My Opinions on “Correspondence between Recipe and Syndrome”	Huang HUANG
4. Regarding the Standard of Combination with some Prescription in the SHOKANRON
(Shan han lun) and the KIKIYORYAKU (Jin kui yao lue)	Yoshihiro FUKUTA
5. Reading “Shokanronshugi” Written by Genkan Taki in the Edo Era	Kensuke NAKAMURA

Key words : The Song Woodprint Shang-han Lun, historical changes, Correspondence between recipe and syndrome, combination of prescription, Shokanronshugi

平馬 それでは、シンポジウム1「傷寒論再考—東洞生誕の地にちなんで—」を始めさせていただきます。

広島は、日本の『傷寒論』研究にある方向付けをしたと評価できる吉益東洞生誕の地です。それにちなんで、『傷寒論』を中心としたシンポジウムを設けようということで、この企画がなされました。

皆さん、もちろんご存じのように、『傷寒論』は臨床医学の最高峰の書と認められています。近年、古典文献の研究が進められて、『傷寒論』がどのような書であったのか、新しい姿が浮かび上がるということが出てきました。『傷寒論』を再考する、新

しくもう一度考え直す条件が整ったかと思います。それが、このシンポジウム『傷寒論』再考という企画の中心になっています。

『傷寒論』は救急医学の書であり、感染症治療学の書でもあります。そこには臨機応変の弁証論治の基本となる指針が示されていて、それ故に臨床医学の最高峰の文献と評価されているわけです。21世紀に入りましてから、SARSや新型インフルエンザといった新しいタイプの感染症の脅威に人類がさらされるという局面も迎えています。こういう時代に、感染症治療学の基礎的な文献として、さらに『傷寒論』を学び直すということも要求されているかと思

います。

また、『傷寒論』は日本でも中国でも最重要な臨床文献と評価されている書物であり、『傷寒論』の研究を深め、さらにそれを通じて交流していくことは、日中の医学交流の最も良いテーマになるかと思っています。

今回は今お話ししたような、新しい『傷寒論』の姿を浮かび上がらせるという意味で、研究を深めてこられた牧角先生と小高先生をシンポジストとしてお迎えしております。また、中国からは、日本の医学事情にも非常に通じていて、しかも『傷寒論』の方証相對という治療の基本的な枠組みを深く研究されている黄煌先生にも、中国の南京からいらしていただいております。そして、日本の『傷寒論』を深く研究している臨床家としてはもう第一人者とも言える福田先生、中村先生にもお越しいただいて、新しく『傷寒論』をもう一度見直して、それをどう読むか、どう勉強するか、そしてどう臨床に生かすかということをお話しいただきながら、皆さんで討論していただきたいという企画で、このシンポジウムを設けました。午前中たっぷり時間がありますので、どうぞ皆さんお楽しみいただきたいと思います。

では、まず5人の先生に一人ずつお話しただいて、それからシンポジウムとして、フロアの皆さんの参加も交えてお話を進めたいと思います。前半は私が司会を務めて、織部先生と途中交代する形で進めさせていただきます。それでは、皆さんどうぞよろしくお願いいたします。

では、第一の演者ですが、牧角先生にお願いします。演者のプロフィールは、それぞれ講演要旨集の下にあります。時間の節約ということもありますので、省略させていただきます。早速、お話しいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

『傷寒論』の成立と変遷に関する最新知見 —『宋板傷寒論』の成立と成無己『注解傷寒論』以降—

牧角 和宏

牧角内科クリニック

牧角 よろしくお願ひします。福岡の牧角でございます。

『傷寒論』の原本は、張仲景によって漢時代に成立したとされています(図1)。原本は伝わっておらず、北宋の林億らが校正医書局において再編集し、復元した「宋改本」あるいは「新校正本」と呼ばれるものが、今日われわれが目にする『傷寒論』の祖本であるとされています。残念ながら、この宋改本も失われています。

時代は下り、明の時代に趙開美が出版した『仲景全書』中の『翻刻宋板傷寒論』は初版の実物が現存しております(図2)、宋改本の旧態を最もとどめたテキストであるとされています。この『宋板傷寒論』に的を絞って、その成立前後の事情を検討します。

まず、『宋板傷寒論』の書名ですが、趙開美『仲景全書』目録に、赤枠で示しましたように木への「板」の字を用いて『宋板傷寒論』と記載されており、このように表記されるものであります(図3)。

『宋板傷寒論』の構成です。診断法、臨床総論、鑑別診断の各編があり、さらに三陽三陰篇、可不可篇という二つの切り口で論じられた臨床各論が記載されています。

さて、北宋初期および宋以前の『傷寒論』引用書で現存するものをまとめました。林億らの新校正を経たテキスト、新校正を経ていないテキストが、これだけ存在しています(図4)。

各書を突き合わせますと、『宋板傷寒論』の各編に対応したテキストが多種存在していることが分かります。本日は、この中で三陰三陽篇に的を絞って検討します(図5)。

宋以前、あるいは北宋初期までの『傷寒論』引用書は、いずれも『素問』熱論篇、あるいは『諸病源候論』傷寒候の論じる「陽病發汗・陰病吐下」という治療原則に準拠しております(図6)。

『宋板傷寒論』の素問熱論肯定条文			
	『素問』	『諸病源候論』	『宋板傷寒論』三陰三陽篇
傷寒一日	巨陽	太陽; 発汗法	太陽病; 桂枝湯・麻黄湯・葛根湯
傷寒二日	陽明	陽明; 発汗法	陽明病; 234・240(桂枝湯) 235(麻黄湯)
傷寒三日	少陽	少陽; 発汗法	少陽病; 264 (少陽不可吐下; 消去法で発汗)
傷寒四日	太陰	太陰; 吐下法	太陰病; 桂枝加芍薬大黃湯
傷寒五日	少陰	少陰; 下法	少陰病; 320・321・322(小承気湯) 324(吐法)
傷寒六日	厥陰	厥陰; 下法	厥陰病; 355(瓜蒂散: 吐法) 373(小承気湯)

図 7

『素問』・『諸病源候論』		『宋板傷寒論』	
		『素問』準拠	『素問』と相異
太陽病	発汗法	発汗法	吐法 下法
陽明病	発汗法	発汗法	下法
少陽病	発汗法	発汗法	和法
太陰病	下法 吐法(『病源』)	下法	温裏法
少陰病	下法	下法 吐法	温裏法
厥陰病	下法	下法 吐法	温裏法

図 8

図 9

図10

図11

図12

ける傷寒六経の定説であるとされています。

一方で、陽明病の発汗法、陰病の下法などは、『素問』熱論に準拠した治療方針であると考えますと、『宋板傷寒論』は、これら二つの思想が両論併記されたテキストである、と認識することが可能です。この両論併記については、平成9年、日本医史学会で報告いたしました(図9)。

『宋板傷寒論』が両論併記になった事情は、陽病と陰病とで異なります。ここでは、「広義の傷寒」への対応について論じます(図10)。

『難経』五十八難、あるいは『素問』の熱論によりますと、「傷寒」という用語は、寒邪の侵襲による「狭義の傷寒」(狭義傷寒)のみならず、時気病、熱病、あるいは温病といった熱性疾患全般を「傷寒」

図19

図20

図21

図22

前の『傷寒論』とは趣が異なります (図14)。

次に、陽明病の大黄は、そもそも熱病・時気病などの広義傷寒の用薬法であったことを論じます。『宋板傷寒論』は、陽明病で承気湯・茵陳蒿湯を記載しています (図15)。

まず、附子による発汗です。『外台秘要』この条文は崔氏方からの引用ですが、傷寒陽病期の発汗度瘴散、発汗神丹丸が示されています。朱梓で示していますように、いずれも烏頭、附子で発汗させる処方です (図16)。

度瘴散の処方構成ですが、烏頭を附子に読み替えますと麻黄・附子・細辛となり、麻黄附子細辛湯の加味方と読めます。

『宋板傷寒論』では、少陰病の薬法とされる麻黄附子細辛湯ですが、『外台秘要』を参考にすると、傷寒初期の麻黄附子細辛湯の加味方の応用が、既に隋・唐時代には条文化されていたのです。

『千金方』巻九、傷寒発汗丸に記載された処方は、『外台秘要』同様の附子・烏頭を用いた神丹丸です

(図17)。『宋板傷寒論』は、「傷寒例」で神丹丸の使用を否定しますが、神丹丸は、宋以前は傷寒の発汗剤として一般的に認識されていたもののようです。

中央、『太平聖恵方』巻九、傷寒一日、桂枝湯および麻黄散方の条文です。いずれも附子が配剤されています。桂枝湯の条文は『宋板傷寒論』に類似していますが処方構成は随分異なっています。次に麻黄散。これも附子が入っています。この処方内容は、麻黄・桂枝・甘草・杏仁の『宋板傷寒論』麻黄湯に附子その他を加味した処方構成と読めます (図17)。

以上より、隋・唐から北宋初期にかけては、陽病期の附子剤による発汗法は、狭義傷寒における常套手段であったことがうかがえます。

次に、陽明病の大黄を論じます。図18は『太平聖恵方』傷寒門に記載された巻九「傷寒」、巻十五「時気病」、巻十七「熱病」における三陰三陽、各病期の生薬の出現回数をまとめたものです。青梓、狭義傷寒では陽病期に附子が多用される一方で、時気病、熱病などの広義傷寒では、附子は六経病期に全く使

图23

图24

图25

图26

われておらず、附子の配剤は狭義傷寒に特化した用薬であったことが示唆されます。

一方、赤枳、二日陽明病期に大黃を用いるのは時氣病、熱病など、広義傷寒の用法であることが示されています。

『医心方』を参照しますと、傷寒後の黄疸の治療として時行病、すなわち広義傷寒の黄疸治療に茵陳蒿湯を論じ、『千金方』からの引用として傷寒の黄疸治療処方として麻黄醇酒湯を提示しています。このように、「時気病」、「傷寒」と並列で書かれた場合の「傷寒」は「狭義傷寒」を意味しますから、狭義傷寒の黄疸に麻黄醇酒湯、広義傷寒の黄疸に茵陳蒿湯という認識が、丹波康頼の時代には存在していたと考えられます。翻って、『宋板傷寒論』は陽明病篇で茵陳蒿湯を論じ、麻黄醇酒湯は三陰三陽篇では論じていません。

以上、狭義傷寒に用いられる附子発汗を忌避し、
広義傷寒で用いられる陽明病の大黃を論じた『宋板
傷寒論』は、広義傷寒に対応したテキストであると

指摘できます (図20)。

このような特徴がほとんど認識されなかった事情を検討します。小曾戸洋先生によりますと、北宋以降、『宋改本傷寒論』は明・趙開美の『仲景全書』翻刻まで、復刻の記録が存在していません。北宋以降の主流は『注解傷寒論』であったとのことです（**図21**）。

北宋の林億らが、広義傷寒を含めた両論併記のテキストとして復元した『傷寒論』を、さらに条文や注記の省略を行い、その上に成無己の注解を付加したテキストが『注解傷寒論』です。『宋板傷寒論』とは似て非なるテキストであると言えます（図22）。

ここで、成無己が『注解傷寒論』で行った『傷寒論』の省略・改変について論じます。『宋板傷寒論』の記述の特徴をまとめました(図23)。

『宋板傷寒論』を宋改本の忠実な模写本と想定して『注解傷寒論』と比較しますと、上記四点については、『注解傷寒論』はこれを削除し、下段、特殊文字の多用についてのみ、これを継承しています(図

図27

図28

図29

図30

24)。

時間の関係で三点を論じます。まず、小字注記の省略についてです (図25)。

右に、『宋板傷寒論』陽明病篇を示します。「陽明病胃家実」の下に朱で囲んだ部分、小字で「一作寒」(あるいは寒に作る)という注記がなされています。

中央、『千金翼方』巻九、傷寒上、陽明病。左、『太平聖恵方』巻八、陽明病の記載は、いずれも「陽明病胃中寒」となっており、隋・唐代の陽明病の病態認識には、「胃中寒」という概念が存在していたことが明記されています。

そして、広義傷寒に軸足を移した『宋板傷寒論』では、邪の性質による熱化の早い病態に対応するために、「陽明病胃家実(承気湯)」という概念を主要定義にしたものの、一方でクラシックな「胃中寒」という病態認識もあるのだということを、小字注記として温存していたものと考えられます。

このような小字注記は『宋板傷寒論』の随所に見られ、検討しますと、宋以前の『傷寒論』引用書と

合致することが多数あり、表題に論じておりますように、「小字注記は隋・唐医学の案内板」とも言うべき重要な部分なのですが、これを『注解傷寒論』は削除してしまいます。

小字注記の削除により、隋・唐の病態概念が不明になります (図26)。

次に、重複条文の省略に触れます (図27)。右は『宋板傷寒論』三陰三陽篇321条、大承気湯の条文です。文尾の赤枠で囲んだ部分に、小字注記で大柴胡湯を併記しています。中央は不可不可篇175条です。大柴胡湯、大承気湯の二処方併記されています。

これは、条文と処方とは鍵と鍵穴のような相対関係にあるのではなく、同一病態に複数の処方が対応可能であるとする柔軟な姿勢を示したものであると考えられます。

このような「同一病態複数処方」の記述は、『脈経』や『千金翼方』にも記載されており、傷寒に対する隋・唐時代の柔軟な対応姿勢がうかがえます (図28)。

図31

図32

小字注記や可不可篇条文というかたちで、隋・唐時代の傷寒概念を知る手掛かりを伝えているという点も、『宋板傷寒論』の重要な特徴です。

小字注記や可不可篇重複条文を省略しているため、随・唐時代から伝えられた「一条文に複数の処方が対応する場合がある」という『宋板傷寒論』の心は、『注解傷寒論』には引き継がれていないのです。

朱棣囲みで示しましたように、『千金翼方』にも小字注記による別処方の記載がございますし、『脈経』にも一条文に複数の処方が記載されているものが存在しています。このことから、「一つの条文に複数の処方が対応し得る場合がある」ことは、隋・唐時代には一般的な概念であったことが推測されます。

『脈経』『千金翼方』よりも後代の『外台秘要』『医心方』では、さらに、「又方」という表現方式で二処方以上の複数の処方が、一つの条文が指し示す病態に対応可能であることが論じられ、一つの条文に対する、より一層の対応の拡大が示されています(図29)。このような複数処方の提示は、必ずしも多数の薬草を常備できなかったであろう時代には妥当な対応でしょうし、そもそも隋・唐の時代には条文と処方とは鍵と鍵穴のような一対一の対応関係にあるのではなく、柔軟な対応がなされていたことの証左であろうと考えられます。

このような隋・唐時代の概念が維持された『宋板傷寒論』の特徴は、『注解傷寒論』の省略により、伺い知ることができなくなります。一つの条文に複数の処方が対応し得る、ということは、処方の運用枠を拡大することにつながりますが、一方で処方の鑑別が曖昧になる、という弱みもあります。

『注解傷寒論』では、小字注記の削除、可不可篇重複条文の削除によって、『宋板傷寒論』まではかろうじて保たれていた「一つの条文の示す病態に複数処方が対応し得る」という隋・唐時代の概念が一掃された結果として、条文と処方が一対一対応、鍵と鍵穴のようにピッタリと符合することになります(図30)。

隋・唐医学の一条文複数処方という、ある意味あいまいな記述を快しとしない向きには、『注解傷寒論』およびその後発本系統の、一刀両断、一対一対応は、新鮮に映ったことでしょう。

このような『注解傷寒論』における省略が、後の「方証相對説」の起源になったと考えられます。

『医心方』や『外台秘要』は複数の処方、それをさかのぼる『千金方』の薬方は多くても二処方。すると、それ以前の『傷寒論』は、「一条文一処方」であったに違いないという推測が働いたものかもしれません。

次に、一字低格下条文です(図31, 図32)。スライドは太陽病篇です。第一条文は、頭を一字下げた、太陽中風桂枝湯の条文です。このような一字下げた条文表現形式を「一字低格下条文」と言います。次に桂枝湯、桂枝加葛根湯と、処方指示条文が16条並び、「太陽の病は脈浮・頭項強痛」という、いわゆる『傷寒論』第一条は、実は明・趙開美本『宋板傷寒論』太陽病篇の17番目の条文なのです。

この「太陽の病脈浮」という、いわゆる第一条は、強いて言うならば「大字正文第一条」と呼ぶべきでしょう。

この一字低格下条文は、本文と比較しますと、宋以前『傷寒論』の表現に近い部分があり、これも重

図33

要な『宋板傷寒論』の特徴なのですが、『注解傷寒論』およびそれ以降のテキストはこの条文に触れていません。ちなみに、『宋板傷寒論』三陰三陽篇のいわゆる正文398条文に対して、一字低格下条文は222条文です。可不可篇正文287条文に対して、可不可篇一字低格下条文は163条文存在しています。三陰三陽篇と可不可篇に存在する一字低格下条文385条文が、『注解傷寒論』ではすべて削除されているのです。その上、大字正文においても、『注解傷寒論』では可不可篇条文は宋板の287条文が、わずか60条文に減らされており、これでは可不可篇の意味すらも不明となってしまいます。

これらの省略に加え、陰病の下法は陽明転属であるといった成無己独自の解釈が付記された『注解傷寒論』は、『宋板傷寒論』とはもはや異なったテキストとして独立している、と認識する必要があります（図33）。

まとめますと、隋・唐医学の残り香を保ちつつ、狭義傷寒、広義傷寒の両論併記に視野を広げた『宋板傷寒論』に、さらに省略と改変を加えた結果として、陽明病胃家実下法、陰病温裏などの隋・唐以降に付け加えられた『宋板傷寒論』の中でも新しい傷寒概念を前面に押し出したテキストが『注解傷寒論』であり、そして明代に『仲景全書』が出されたときに、この『注解傷寒論』をさらに簡略化した再構成本が日中で数多く出版され、今日まで『傷寒論』の研究対象とされてきたのです（図34）。

『注解傷寒論』系統を用いた研究では、旧態を認識するのは困難です。

一方で、明・趙開美本の『仲景全書』の初版本は、現存が確認されています。その忠実な模写本である

図34

図35

紅葉山文庫本、これは実は今まで明・趙開美本と言われていたのですが、海賊版らしいのです。しかし、これもしっかりした本です。紅葉山文庫本を底本とした東洋学術出版社本『傷寒雜病論』には『宋板傷寒論』がきちんと活字化されており、小字注記や、複数の条文などを手掛かりに、他のテキストを交えて検討することによって、旧態を認識することが可能です。

結語です（図35）。『宋板傷寒論』は、『素問』熱論に準拠しつつ、狭義傷寒、広義傷寒を両論併記したテキストでした。

『素問』熱論と『仲景傷寒論』は概念が相違する」という説、あるいは、「方証相対の説」などは、『注解傷寒論』系統のテキストだけが広まったために生じた新説と認識するべきでしょう。

『注解傷寒論』系統のテキストではたどることのできない宋以前、隋・唐の医学概念を明らかにすることは、臨床応用の幅をさらに拡充することに寄与するものでもあります。

これからの『傷寒論』研究は、『宋板傷寒論』や、宋以前の医学書全体を対象としたものに発展していくことが望まれます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

平馬 牧角先生、ありがとうございました。非常に駆け足で説明していただいたので、ちょっと頭がついていけなかったかもしれませんが、牧角先生は宋以前の諸文献を非常に綿密に比較交換されて、この仕事を進められてきたわけです。

それで、なぜ『宋板傷寒論』が両論併記であったかということの一証左になるかと思うお話を、これから小高先生にさせていただけるかと思います。牧角先生、ありがとうございました。

では、次に小高先生からは「『傷寒論』の歴史的変遷を考える」というテーマで、その辺の事情をお話しさせていただけるかと思います。小高先生、お願いします。

『傷寒論』の歴史的変遷を考える

小高 修司

中醫クリニック・コタカ

小高 「『傷寒論』の歴史的変遷と展望—古典を現代に生かして未来へつなげる—」というタイトルにしました。

まず、過去の検証ですが、宋板『傷寒論』と、漢代の傷寒論を仮に原『傷寒論』と言わせていただきますが、その両者の違いを考えてみたいと思います。今、牧角先生がおっしゃいましたように、『傷寒論』は、疫病という広義傷寒への対策を記した臨床救急医学書です(図1)。従って、当然その時代に流行している疾病に対応して書かれることが必然ということになります。『難経』五十八難に、「(広義の)傷寒に五あり、中風あり、(狭義の)傷寒あり、湿温あり、熱病あり、温病あり、人の苦しむところはおのおの同じからず」という記述があります。

まず、これを気候の面から、どうして書き換えられる必要があったのかというところを考えてみたいと思います(図2)。異常気象と飢饉、疫病の三者というのは、相互に密接な関連があります。前漢後期と書いていますが、前漢(紀元前50年)から異常気象が増えまして、後漢時代の紀元100~150年にかけて、洪水と干ばつが中国古代で最悪の発生件数を記録することになります。そして、紀元140年から3世紀にかけては、「小氷期」と呼ばれる寒冷期が重なっております。従って、この時期に流行した疫病は寒疫、つまり狭義の傷寒である可能性が高い。従って、附子などの辛温薬を多用する張仲景の原『傷寒論』は、この気候においては有効であったと考えられます。

一方、宋代においてはどうかと言いますと(図3)、宋代の疫病の発生を見ますと、唐代と同じく、春・夏の時期が22回と多く見られ、冬季をはるかにしのぎます。唐代以降、宋代は温暖期という気象学上の理由が加わりまして、時行病や温熱病が多発したことが十分示唆されるわけです。蘇東坡が推薦文を書いた聖散子方という附子を含んでいる処方によって、多大な人的被害が出たという事実があります。こう

『傷寒論』とは

- 「疫病」=「(広義)傷寒」への対策を記した臨床救急医学書。従って当然**その時代に流行している疾病に対応して書かれることが必然である。**
- 『難経』五十八難曰:
(広義)傷寒に五有り。中風有り。(狭義)傷寒有り。湿温有り。熱病有り。温病有り。其の苦しむ所は各同じからず。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図 1

漢代と宋代の気候の違い(漢代)

- 異常気象と飢饉・疫病の三者は相互に密接な関連あり。
- 前漢後期の内、紀元100年から150年にかけては洪水と旱魃が中国古代で最悪の発生件数。
- そして紀元140年から3世紀にかけては「小氷期」と呼ばれる寒冷期が重なる。
- 従ってこの時期に流行した疫病は寒疫、つまり**狭義の傷寒**である可能性が高い。⇒附子などの辛温薬を多用する張仲景の**原『傷寒論』はこの気候において有効であった。**

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図 2

漢代と宋代の気候の違い(宋代)

- 宋代の**疫病の発生**を見ると、唐代と同じく**春夏の時期が22回と多く**、冬季を遙かにしのぐ。唐代以降、宋代は温暖期という気象学上の理由が加わり、時行病や温熱病が多発したことが十分示唆される。
- ⇒ **新たな『傷寒論』が必要＝宋板『傷寒論』**
- * 蘇軾(蘇東坡)推薦の「聖散子方」(附子含有)により多大の人的被害が発生した事実。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図 3

『傷寒論』の歴史的な書き換え (1)気候史から考える

- 漢・三国・晋時代には寒冷気候が主であり、**狭義の傷寒病の流行が多かった**と想像できるのに対し、**唐・宋時代には寒冷期が終わり温暖期への移行が始まり**、疫病にも大きな変化があったことが窺われる。
- そのため狭義の傷寒から**時気病・熱病(広義の傷寒には含まれる)への変化に対応する必要があった。**

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図 4

いったことから、新たに『傷寒論』を書き換える必要があるということで、宋板『傷寒論』が生まれたと言えるかと思います(図4)。

繰り返しになりますが、気候史の面をもう一度まとめますと、漢・三国・晋時代には寒冷気候が主であり、狭義の傷寒病の流行が多かったと想像できるのに対して、唐・宋時代には寒冷期が終わり、温暖期への移行が始まり、疫病にも大きな変化があったことがうかがわれる。そのために、狭義の傷寒から時気病、熱病、つまり広義の傷寒への変化に対応する必要があったということが言えます。

それを、用薬法の面から考えてみますと(図5)、太陽・陽明・少陽の3陽病期において発汗を目的とする生薬として、最も有効なのは附子、烏頭です。さらに、宋板『傷寒論』が五辛の禁として禁じた葱白や川芎などの辛味の生薬ということになります。

これに対して、急速に悪寒が消失し、熱化する、あるいは当初より発熱を主とする時気病・温熱病に対しては、過剰発汗の恐れがありますから、附子な

ど辛温薬の使用は制限されることになります。

新たに、補法、瀉法などの治法概念が拡充される必要性があります(図6)。それは傷寒時行寒疫における発汗剤としての附子の役割も、過剰発汗を戒める宋板『傷寒論』では、陽病期の使用が制限される一方で、陰病期の温裏薬として重視されるようになってきます。宋板『傷寒論』の時代は、治療対象者の層も貴族・王侯というところから一般庶民に広がりますので、脾胃虚弱、溜飲宿食を持つ人、逆に栄養不良の人々と、新たな治法概念の導入による対応が必要であったと考えられます。

宋板『傷寒論』の病機概念の基本を考えるには(図7)、三陰三陽篇の前にあります瘧湿喝篇に留意すべきです。湿鬱が基礎に存在する場合は、寒邪や熱邪の侵襲に際し、単なる去寒法や清熱法ではなく、発汗法が適用になるという言葉が『素問』の王冰注にあります。

瘧湿喝篇の第11条、「汗を発する際に、汗を大いに出せば、ただ風気が去るのみで、湿気が残る、瘧

『傷寒論』の歴史的な書き換え (2) 用薬法から考える

- 太陽・陽明・少陽の三陽病期の発汗を目的とする生薬として、最も有効なのは附子・烏頭であり、宋板『傷寒論』が「五辛の禁」として禁じた葱白や、川芎などの辛味の生薬である。
- これに対し急速に悪寒が消失し熱化する、或いは当初より発熱を主とする**時氣病・温熱病に対しては、過剰発汗の懼れから附子など辛温薬の使用は制限される。**

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図5

「補法」「瀉法」など治法概念の 拡充の必要性

- 傷寒・時行寒疫における発汗剤としての附子の役割も、過剰発汗を戒める宋板『傷寒論』では、陽病期の使用が制限される一方で、陰病期の温裏薬として重視されるようになった。
- 宋板『傷寒論』の時代は、治療対象者の層も貴族から一般庶民へと広がり、脾胃虚弱、留飲宿食を持つ人、逆に栄養不良の人々と、**新たな治法観念の導入による対応が必要であった。**

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図6

宋板『傷寒論』の病機概念の基本:

- 湿鬱が基礎に存在する場合は、寒邪や熱邪の侵襲に際し、単なる祛寒法や清熱法でなく**発汗法が適応になる**(『素問』王冰注)。
- 三陰三陽篇の前の**痙湿喝篇に留意**すべき。
- 第十一条:「汗を発する際に、汗を大いに出せば、ただ風氣が去るのみで、湿氣は残り、愈えない。若し風湿を治せんとすれば、其の汗を発する際に、**但だ微微と汗を出す**べき。」

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図7

痰飲『傷寒論』という考え

- 痙湿喝篇第十五条:「太陽中喝とは、身熱し疼み重く、而も脈は微弱である。此れは夏月に冷水で傷られ、水が皮中を行くからである。
- 「**皮(膚)中**」に湿邪が溜まることが指摘される。これが王冰の云う「**湿鬱**」の本体であろう。
- 宋板『傷寒論』は、外因としての温熱邪に加え、基礎病態として湿邪が内蘊している人々を対象とした治療書といえることができる=**「痰飲『傷寒論』」という考え。**

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図8

宋板『傷寒論』三陽病期に下法が頻繁に用いられている理由

- 王叔和曰く、此れは傷寒の次第についてである。(発)病三日以内に発汗し…。人が自ら**生冷過多(の食品)を飲食すれば、腹蔵に(宿食留飲が)消えず、**転動がやや難しく、頭痛み、身は温い。其の脈が実大の者は、**便ち吐下すべきで、発汗してはならない。**(『千金要方』卷第九傷寒方上)
- 陰病期に補法が導入されたために吐下法が前方に移動したせいのみではない。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図9

緊脈の意味、按じて澁脈とは？

風寒のみではない

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図10

えない。もし、風湿を治せんとすれば、その汗を発する際に、ただ微微と汗を出すべきである」という記載があります。さらに、痙湿喝篇の15条「太陽中喝とは、身熱し、疼み重く、しかも脈は微弱である。これは夏月に冷水で傷られ、水が皮中をめぐらるからである」。皮膚中に湿邪がたまることが指摘されております。これが、王冰が言う湿鬱の本態ではない

でしょうか。宋板『傷寒論』は、外因としての温熱邪に加えて、基礎病態として湿邪が内蘊している人々を対象とした治療書といえることができます。それで、森立之などが言うような「痰飲『傷寒論』」という言葉、考え方が出てくると思います(図8)。

宋板『傷寒論』三陽病期に下法が頻繁に用いられている理由ですが(図9)、陰病期に補法が導入さ

傷寒の脈状は？

- 「太陽の病、或いは已に発熱し、或いは未だ発熱せざるも、必ず悪寒し、体痛み嘔逆し、**脈は陰陽俱に緊なるは名づけて傷寒と為す**」
(宋板『傷寒論』辨太陽病脈証并治第3条)
- 「傷寒の脈、**陰陽俱に盛んにして緊濇**」
(『難経』五十八難)
- 「浮にして短濇なるは肺なり」(『難経』四難)
- 緊脈と共に濇(=渋)脈が現れるのは肺の傷寒**といえる。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム

図11

宋板『傷寒論』辨可下病脈証并治から 濇(=澇)脈を考える

- 「師曰く、寸口脈は浮にして大、之を按じて反って濇、尺中また微にして濇、故に**宿食有る**を知る。當に之を下すべし。大承氣湯に宜し」。
- 『脉経』平腹滿寒疝**宿食**脈証第十一に類似条文あり。
- つまり**傷寒による緊脈、按じて濇脈は(裏寒の)宿食が根本にある**。
- その治法は瀉下法である。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム

図12

緊脈と濇脈の意味: 霍乱(=消化器の病態)で血虚気滯を背景

- 『脉経』(王叔和)第十一「寸口脈が緊であって頭が痛むのは、**風寒か或いは腹中に宿食が有って化せないからである**」。
- 宋板『傷寒論』辨可下篇「宿食の脈は寸口が緊(浮大)であり、按じれば濇である」。
- 『脉経』:「脈洪なるは血少なく気多し」、つまり濇脈は基本的に血の不足と気滯状態を意味する。
- 『脉経』:「寸口脈**濇は胃氣不足**」。「傷寒で脈が微濇なのは、もとそれ**霍乱**である」。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム

図13

太陽病に見られる 緊脈(按じて濇脈)の意味は(続)？

- 『素問』調經論篇「陰盛んにして内寒を生じるのは何故か」の問答から言えることは、
- 胸・腹の裏寒状態が(血虚に重なることで、気滯血凝となり)濇(=澇)脈を生む。
- これらの論を考え併せると、**太陽病に見られる緊脈(按じて濇脈)は、(裏寒の)虚を背景とする宿食+風寒にあると考えられる**。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム

図14

れたために、吐下法が前方に移動したという論理もあるのですが、そのみではない。それはなぜかという、王叔和曰く「これは傷寒の次第についてである。発病三日以内に発汗し云々。人が自ずから生冷過多を飲食すれば、腹蔵に宿食溜飲が消えず、轉動がやや難しく、頭痛み身は温かい。その脈が実大の者は、すなわち吐下すべきで、発汗してはならない」という記載が『千金要方』に残っております。

ここで、風寒の脈として有名な緊脈の意味を考えてみたいと思います(図10)。宋板『傷寒論』太陽病篇には、「太陽の病、あるいは既に発熱し、あるいはいまだ発熱せざるも、必ず悪寒し、体痛み、嘔逆し、脈は陰陽ともに緊なるは名付けて傷寒となす」という記載があります。これに対して『難経』五十八難の方には「傷寒の脈、陰陽ともに盛んにして緊濇」と書いてあります。ここで言っている陰陽の脈、陰脈、陽脈というのは、寸口脈、尺中脈のことを指していると言われています。

それから、『難経』の四難に「浮にして短濇なる

は肺なり」と。緊脈とともに濇脈(渋脈)が表われるのは、肺の傷寒と言えるのではないかと思います(図11)。

宋板『傷寒論』の可下篇から濇脈を考えてみますと(図12)、「師曰く、寸口脈は浮にして大、これを按じて、かえって濇。尺中また微にして濇。故に宿食を有るを知る。まさにこれを下すべし。大承氣湯によろし」。この条文とよく似た条文が、『脉経』の平腹滿寒疝宿食を治すという章に出ております。つまり、傷寒による緊脈。按じて濇脈というのは、宿食が根本にあるということが言えます。その治療法は瀉下法であるということになります。

『脉経』の第11条、「寸口脈が緊であって頭が痛むのは、風寒かあるいは腹中に宿食があって化せないからである」(図13)。宋板『傷寒論』の可下篇「宿食の脈は寸口が緊、浮大であり、按じれば濇である」。『脉経』「脈洪なるは血少なく気多し」。つまり、濇脈は基本的に血の不足と気滯状態を意味します。『脉経』「寸口脈濇は胃氣不足」「傷寒で脈が微濇なのは、

隋・唐代以前の「桂枝＋人參」

- 「傷寒・時氣・熱病・大熱」では、共に桂枝・人參・附子は使われず、これらは「霍乱と嘔噦」(=胃腸系の外感病)に用いられている。
- 即ち、宋板『傷寒論』六経の基本病態は霍乱吐瀉性の急性外感胃腸病である。
- これは本来、厥陰病の病態(傷寒六日で胃腸の熱毒形成)に属したが、『宋板』では傷寒二日の陽明病「胃家実」へ移動。
- 「宿食」の脈は緊脈。

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図15

整理すると、宋板『傷寒論』は、

- 暑邪・熱邪を外因とし、素体湿鬱を持っていて患者に対し、微々たる発汗法により、暑湿同時に除く治法を導入し、
- 更に飲食不節による留飲宿食を基礎病態とする患者が風寒に侵されれば、脈緊・按じて洪になる。それに対して、(吐)下法を重視した医学書である。

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図16

吉益東洞(1702-1773)が生きた18世紀の気象と災害史

- 16世紀後半以後は寒冷期が続き、18世紀後半は時気病(夏に時行寒疫、冬に時行温疫)が起き、19世紀初めは、冬に狭義の傷寒、夏に温熱病が流行した。
- この観点からして、寒涼気候に対応する原『傷寒論』の治法と共に、時気病・温熱病に対応している宋板『傷寒論』の治法も必要とされ、この時代細かな対応が必要であったと言える。
- 異常気象・蝗害・噴火と、災害は陸続と起こっており、当然大衆の食糧事情は困窮していた。

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図17

東洞の病因のとらえ方

- 「若しやむを得ず之を論ずれば、則ち二ある。飲食と外邪である。...まさに留滞すれば則ち毒となる。...邪は外から来たというが、毒が無い者には入らない。」(『医断』)
- 「天の氣に感じて腹中の毒は動くので、...其の毒を取り去れば、いくら風の中であっても、何を食しても傷られる事は無い。(『医事或問』)
- つまり「素体に留飲宿食がある人のみが、外邪の侵襲により発症する」という非常に重要な指摘をしている。

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図18

もとこれ霍乱である」という言葉があります。つまり、緊脈と洪脈の意味というのは霍乱、つまり消化器系の病態で、さらに血虚気滯を背景とする状態であることが分かるわけです。

太陽病に見られる「緊脈按じて洪脈」の意味をもう一度考えてみますと(図14),『素問』の調經論篇の「陰盛んにして内寒を生じるのはなぜか」という問答がありますが、その条文から言えることは、胸・腹の裏寒状態が血虚に重なることで気滯血凝となって洪脈を生むと。

これらの論を考え合わせますと、太陽病に見られる緊脈、按じて洪脈というのは、裏寒の虚を背景とする宿食＋風寒であると言えるかと思います。

別の見方をちょっとしてみたいと思いますが、随・唐以前の桂枝＋人參というのは(図15)、実は傷寒、時気病、熱病、大熱では全く使われておりません。これに対し、桂枝・人參が使われているのは、霍乱と嘔噦、つまり、胃腸系の外感病です。すなわち、宋板『傷寒論』六経の基本病態は、霍乱吐瀉性

の急性外感胃腸病であると言えるかと思います。

これは本来、厥陰病の病態、つまり傷寒六日で胃腸の熱毒形成に属したものが、宋板では傷寒二日の陽明病「胃家実」へ移動したという言い方もできるかと思います。宿食の脈は緊脈です。

整理しますと、宋板『傷寒論』というのは、暑邪・熱邪を外因として(図16)、素体湿鬱を持っている患者に対して、微々たる発汗法により暑湿同時に除く治療法を導入し、さらに飲食不節による留飲宿食を基礎病態とする患者が風寒に侵され、脈緊按じて洪になる。それに対して、吐下法を重視した医学書であるという言い方ができるかと思います。

ここで話は変わりまして、広島にちなみまして、吉益東洞の治療法についてちょっと考えてみたいと思います。東洞が生きた18世紀の気象と災害史を見てみますと(図17)、16世紀の後半から寒冷期が続いていまして、18世紀の後半は時気病、夏に時行寒疫、冬に時行温疫が続いて、19世紀の初めには冬に狭義の傷寒、夏に温熱病というように、非常に

東洞理論と宋板『傷寒論』の整合性

- 東洞が読んでいた『傷寒論』は『注解傷寒論』系統のものであったと思われる。
- これは宋板『傷寒論』の簡略本であるが、基本的な病理観は一致しており、問題としている「溜飲宿食」などの基本的な考えは同じである。
- 東洞の「飲食邪による鬱毒がなければ、外邪が侵入しても発病しない」という基礎理論と、宋板『傷寒論』の飲食不節による溜飲宿食を基礎病態とする患者に対して(吐)下法を重視する理論は重なる。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図19

東洞は宋板『傷寒論』の本質を見抜いていたか？

- 必ずしもそうではないと思われる。
- なぜならば、原『傷寒論』と違い、宋板『傷寒論』が汗吐下法を三陽病期に移し、基礎体質が脾胃虚弱な人にあわせて陰病期に補法を充ちたという大原則とは合わないからである。
- 江戸時代の気候史や食糧事情を考え、また治療対象者に虚弱者も多かったと推測すれば、去邪＝東洞の「解毒」法のみでは限界がある。

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図20

新旧傷寒処方の日常診療での応用

現代人の生活習慣を踏まえ、
未来への警鐘と発展のために

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図21

宋代と現代との相違点

■ 唐・宋代の状況 ■ 温暖気候 ■ 温疫の流行 ■ 戦役・治世不備による飢饉の懼れ	■ 現代日本の状況 ■ 地球温暖化 ■ 冷飲食の習慣化 ■ 過剰な冷房
- ↓
- 宋板『傷寒論』
- 肺寒と痰飲・宿食の一般化：新旧傷寒論の使い分けが必要

2007-6-16

第58回日本東洋医学会シンポジウム講演

図22

気候変動が激しい。それと同時に異常気象、さらにイナゴの害、噴火と、災害が続々と起こっておりまして、当然、大衆の食糧事情は困窮していました。

この観点からすれば、寒涼気候に対応する原『傷寒論』の治法とともに、時気病・温熱病に対応している宋板『傷寒論』の治法も必要とされることになります。先ほどの牧角先生のお考えを借りれば、宋板『傷寒論』にはこの両方が入っていることですから、宋板『傷寒論』で十分対応ができるということになるかもしれません。

東洞の病因のとらえ方を見てみますと(図18),「もしやむを得ずこれを論ずれば、すなわち二ある。飲食と外邪である。まさに留滞すれば、すなわち毒となる。邪は外から来たというが、毒がない者には入らない。天の気に感じて腹中の毒は動くので、その毒を取り去れば、いくら風にあたっても、何を食しても傷られることはない」。つまり、素体に溜飲宿食がある人のみが、外邪の侵襲により発症するという、非常に重要な指摘をしております。

東洞理論と宋板『傷寒論』の整合性ということを考えてみますが(図19), 東洞が読んでいた『傷寒論』は『注解傷寒論』系統のものであったと考えられます。これは簡略本ではありますが、宋板『傷寒論』と基本的な病理観というものは一致していると言ってもいいかと思います。問題としている溜飲宿食などの基本的な考えは同じという言い方ができるかと思います。つまり、東洞の飲食邪による鬱毒がなければ、外邪が侵入しても発病しないという基礎理論と、宋板『傷寒論』の飲食不節による溜飲宿食を基礎病態とする患者に対して、吐下法を重視する理論というのは重なるという言い方ができます。

それでは、東洞は宋板『傷寒論』の本質を見抜いていたのでしょうか(図20)。必ずしもそうではないと思われます。なぜならば、原『傷寒論』と違い、宋板『傷寒論』が汗吐下法を三陽病期に移して、基礎体質が脾胃虚弱な人に合わせて陰病期に補法を充ちたという大原則とは合わないからです。

江戸時代の気候史や食糧事情を考慮すれば、また、

傷寒処方日常診療での応用(1)
—『傷寒論』=『太平聖恵方』巻九の処方—

- 現代日本人の習慣的冷飲食は「肺・胃の冷え」により、陽氣不足と留飲宿食・氣滯を来す。
- 先ずは辛温薬の応用による微微たる発汗
- 治傷寒1日、**桂枝湯**：去節麻黄、桂皮、乾生姜、炮附子、生甘草、葱白
- 治傷寒3日、**丁香散**：丁子、前胡、炮附子、麻黄、蒼朮、細辛、桂皮、生甘草、乾生姜、大棗
- 治傷寒5日、**蒼朮散**：蒼朮、前胡、葛根、桑白皮、升麻、赤芍、石膏、荊芥、黄芩

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム

図23

傷寒処方日常診療での応用(2)
—『太平聖恵方』巻十七の処方—

- 一方、ストレスを背景とする肝火灼肺があり、さらに傷陰を伴い、肺は熱化しやすい。
- 治温熱1日、**熱1病方**：麻黄、石膏、柴胡、淡豆豉、赤芍、葛根、白芷、**山梔子**、**炒黄芩**、乾生姜、生甘草、桂皮、余甘草、葱白
- 治温熱3日、**熱2病方**：熱1病方加人參、微炒**大黃**、水牛角

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム

図24

宿食に対する下法の応用

- 表裏双解散(3-5日経って尚表症が有り、裏症便秘有る者)：白僵蚕、蟬退、大黃、姜黄(ここまで昇降散)、滑石などの散薬を、薄荷・藿香の煎液で服用。
- **大黃附子甘草散**
- **三花神祐丸**(朱丹溪)：牽牛子、大黃、甘遂、大戟、醋炒芫花

2007-6-16 第58回日本東洋医学会シンポジウム

図25

治療対象者に虚弱者が多かったということを推測すれば、去邪＝東洞の解毒法のための治療法には、限界があるという言い方をせざるを得ないと思います。

では、私が新旧傷寒処方を日常診療でどういうふうに使っているかということ、現代人の生活習慣を踏まえて、未来への警鐘と発展のためにということと述べさせていただきたいと思います(図21)。

まず、唐・宋代の状況ということですが(図22)、今まで述べましたように温暖気候、それから温疫の流行、それから戦役、治世のまずさなどによる飢饉の恐れということを背景として生まれていますが、では、現代の日本はどうでしょうか。地球温暖化と言われておりますが、冷飲食が習慣化して、過剰な冷房の中に生活することによって、肺寒と痰飲宿食が一般化しております。つまり、新旧『傷寒論』の使い分けということが必要になるかと思われます。

具体的な処方ですが(図23)、もう一度繰り返すと、現代日本人の習慣的冷飲食は、肺が冷え、胃が冷えることになりますので、陽氣の不足と留飲宿食、

氣滯を来す。もちろん、機能不足も来す。まずは、辛温薬の応用による微微たる発汗を行うということで、実際は『太平聖恵方』巻九にあります桂枝湯、麻黄と桂皮と乾生姜と炮附子と炙甘草と葱白という処方ですが、非常に切れ味が良く、実際、原生薬を粗末にして、振り出しのような形にして5分程度煮るというやり方にして、非常に効果があります。

『太平聖恵方』巻九には、その後3日して丁香散という処方が出てきて、さらに5日たてば白朮散と書いてありますが、私は肺系に関しては蒼朮の方がいいと思っていますので、蒼朮に変えて使っております。

一方(図24)、ストレスを背景とすることによって、肝火が肺を傷つけてしまう。さらに、そのことによって陰が傷つけられ、肺は熱化しやすい状態になると言えます。従って、最初から温熱病、熱病、発熱という形で発症する人もいます。そういう場合には、熱一病方というような石膏、山梔子、炒黄芩というように、いわゆる清熱薬を多用する処方が必要になります。さらに、それが長引いて3日以降の場合には、その処方に大黃、人參、水牛角などを加えて、瀉下の方に向けていくよう配慮しております。

一方、宿食に対する下法を応用する方法ですが(図25)、私は大黃附子甘草散という処方をよく使います。一般的に、大黃甘草散は皆さんお使いになるとは思いますが、先ほど言いましてように、現代の日本人は腸が冷えている人が非常に多いので、大黃甘草だけを使っていると、どんどんおなか冷えてしまいますから、それによってしぶるばかりで便が出ない。量はどんどん増えていくという状況になります。その中で附子を加えることによって、か

なりうまく対応することができます。

それから、表裏双解散という処方がありますが、これは3～5日たつてなお表症が残っていて、裏症の便秘があるものということで使われている処方ですが、白僵蚕、蝉退、大黃、姜黃、ここまでは清の時代に書かれた『傷寒瘟疫条弁』の中にある昇降散という処方内容ですが、それに滑石などを加えて散薬として、それを薄荷と藿香を煎じた液で飲むというやり方をすると効果があります。

また、ついでの話ですが、朱丹溪が三花神祐丸という処方を出していますが、牽牛子、大黃、甘遂、大戟、芫花というような、いわゆる逐水薬もうまく応用すると、かなりいい効果があると思います。以上です。どうもありがとうございました。

平馬 小高先生、ありがとうございました。何だか聞いていると、われわれが今まで全く知らなかった『傷寒論』の世界がもう一つ出てきたような感じがいたします。小高先生、牧角先生のこういった研究の成果は、つい最近できたてほやほやですが、『宋以前傷寒論考』という書物になって、ついに出版されましたので、ぜひご参考ください。

織部 それでは、次に移らせていただきますが、南京中医薬大学の黄煌先生とお呼びすればよろしいでしょうか。日本では「方証相対」と言っていますが、「方証相応—私の見解」ということです。黄先生は日本でも大変有名でして、『KAMPO 十大類方』『張仲景50味薬証』など、いろいろな本を書かれています。では先生、お願いします。

方証相応—私の見解

黄 煌
南京中医薬大学

黄 今回、発表の機会を頂きまして誠にありがとうございました。方証相応というものは、古典中医学の中で最も重要な概念ですがけれども、現在の中医学の教科書では無視されているものです。

方証相応というものは、特に方証とは一体何なのか。それは天然薬方使用の基準であり、根拠であります。証があれば、方が決まります。証がなければ、方も決まらない。証に合うと効果が出ますが、証に合わなければ効果が出ないということです。だから、方証相応というのは、非常に客観的、実用的、臨床的なものなのです。

方証というものは、一体どのようなものによって構成されているのか。これが今回最も重要なポイントです。私から見れば、方証というものは病因、病機だけではなく、主に病名+体質です。

まず、病名ですが、病名の中にはもちろん古代の診断があります。例えば、『金匱要略』の中にも虚勞、血痺、狐惑などの古代の病名がありますが、現代の医学診断が方証においては非常に参考になります。体質は中医学の特色でもあるのですが、昔の中国人は病名での判断がものすごく下手でしたので、体質によって分別する処方を使うことになりました。

体質というのは、主に体格あるいは体貌の特徴です。この人はやせているか、太っているかどうか。皮膚の色が黄色いか白いか。あるいは、筋肉が充実しているか、萎縮しているかどうか。

また、臨床の症状もいろいろ診ます。特に、症状や発症、疾患の傾向、どんな人が何の病気にかかりやすいか。また、発症の誘因。例えば発汗、下痢、たくさん食べる、寒がり、風寒など、そういった誘因によって、体質を判別することができます。

方証は、主にこの二つによって構成したものですから、私から見れば、これは非常に重要なことだと思います。

早速、例を挙げてご説明しましょう。例えば、これは『金匱要略』にある気管の処方、排膿散です。

これはツムラの排膿散とは中身は少し違うのですが、枳実、芍薬、桔梗はこの排膿散の中にも、ツムラ排膿散の中にも入っています。これらには膿を除く働きがありますが、膿というのは粘稠の分泌液で、出物の膿だけではなく、痰なども膿と考えられます。

そのため、今、僕はこの排膿散をよく気管支喘息に使います。特に、気管支喘息で痰が粘稠切れない、切れにくいときに、粉にして直接飲むか、あるいはお湯に入れてお茶にして飲みます。そうすると、痰がすぐ切れる。なぜならば、枳実と芍薬には気管支痙攣を解除する働きがあり、また桔梗にも痰を薄くする作用があるからです。

ただ、この処方病に対してだけの処方なのです。つまり、気管支喘息で痰が切れにくいときに使う処方です。体質については一切考えなくてもかまいません。ですから、排膿散は『古方』の中で、病あるいは症候群への処方です。

甘草瀉心湯も病名により処方するもので、『金匱要略』の中では狐惑病に対して処方されます。狐惑病というのは、実際はベーチェット病と考えられます。ベーチェット病は外国の病気ですが、実際は「張仲景病」と言った方がいいと思います。なぜならば、『金匱要略』の中にも、ベーチェット病の発症の特徴がちゃんと書いてあるからです。また、『専方』とする甘草瀉心湯は記載されています。今は粘膜の病気、特に口から肛門までの間の粘膜の潰瘍や炎症のすべてを甘草瀉心湯で治療します。

甘草瀉心湯はベーチェット病だけではなく、口内炎、反復性の口腔潰瘍、潰瘍性結腸炎にもよく効きます。この甘草瀉心湯は、病名だけで考えて、体質は考えなくていいです。日本には甘草瀉心湯のエキス剤がありませんので、代わりに半夏瀉心湯でもいいでしょう。内容としては一緒です。

次は、病名と体質の両方を考えなければいけない処方、桂枝茯苓丸です。桂枝茯苓丸はいろいろな病気に使えますが、私がよく使うのは、例えば下肢静脈血栓症、酒皰、ニキビ、皮膚病の乾癬などです。もちろん女性の病気によく効きますが男性の前立腺の肥大などにも効きます。

けれども、この処方は病名にかかわらず、体質の鑑別が必ず必要で、その方が効果が出やすく安全です。この桂枝茯苓丸の体質は、簡単に言えば、体格が強壮で、特に顔色が暗紅、皮膚も乾燥して硬く見

えます。特に、足の皮膚はざらざらして、うろこがたくさんあります。唇も暗紅、舌質も暗紅、紫。婦人科の病気では、腹診をすると腹部が充実に抵抗感があり、圧痛がよく見られます。このようなタイプには桂枝茯苓丸を使用すると効きます。

また、炙甘草湯も体質を鑑別しなければいけません。炙甘草湯は、今、中国ではよく不整脈の特効薬として使われるのですが、なかなか効果が出ません。実際、炙甘草湯は体質に対しての処方で、病名もちろん必要なのですが、体質の鑑別が重要です。この体質は、まず羸瘦、2番目は貧血。なぜかという、炙甘草湯は昔、漢時代の処方で、当時は戦争が多かったので大出血するような病気が多かったのです。そのため、炙甘草湯は昔は止血剤として盛んに使われていたと私は考えています。

炙甘草湯体質は、羸瘦、貧血、皮膚のかさつきで、悪液質状態とも言えます。このような体質状態は、大きな病気や大出血の後、あるいは栄養不良の方、癌患者です。癌患者の化学療法の後で、貧血、羸瘦、栄養不良の場合には、私はよく炙甘草湯を使い栄養状態がよく改善できます。今、日本では十全大補湯、そして人參養榮湯などを皆さん使っていますが、私から見れば、むしろ炙甘草湯の方がいいと思います。

また、いろいろな処方でタイプ分別が必要です。黄耆桂枝五物湯タイプとか、また温経湯体質とか、柴胡加竜骨牡蛎湯も中国ではよく使われますが、これも適した体質があります。大柴胡湯も、もちろん適したタイプがあります。

特に、五苓散について皆さんに説明します。五苓散は、今、中国でよく使われています。なぜならば、五苓散のタイプは吉益東洞先生が言われた水毒タイプなのですが、今、中国では水毒タイプの人が増えているのです。なぜかという、やはり食生活が変わって毎日脂っこいものを食べて、そして、味の素もよく使うからです。食生活が変わったので、今、中国では脂肪肝、癌、痛風、高脂血症が多くなりました。こういう人たちには、五苓散体質がよく見られます。

このタイプは、まず皮膚が黄色い、暗い、つやがない。体型はいろいろで、太った人も、やせた人もいます。肥満の人には、筋肉が柔らかくてむくみやすい方もいますし、肥満で筋肉が充実しているけれども、下痢しやすいタイプの人もあります。やせた人

だと、頭痛やめまい、動悸がしやすい、体が重く感じてだるいなど。もし器質性疾患があれば、腹水や胸水などが表われることも多いです。

また、症状としては、よくのどが渇き、水分がたくさん採れない。水をたくさん飲むと、おなかの調子が悪くなり、便も軟らかくて下痢しやすい。歯痕舌もよく見られます。これらの五苓散体質の人には、脂肪肝、高脂血症、痛風、消化器疾患の肝臓病が見られます。胃腸炎、内分泌疾患、肥満、月経閉止、乳汁分泌、腎臓病、皮膚病、眼科の疾患にも、五苓散体質が多いです。

癌では、もちろん悪液質になると炙甘草湯がよく使われますが、体質がまだ充実している人には、私はよく五苓散を使います。あるいは、五苓散+小柴胡湯、柴苓湯がよく効きます。こういうタイプは今どんどん増えていて、恐らく日本もそういうタイプが多いと思いますので、日本でも五苓散の研究が必要だと思います。

最後は、この方証相応の三つの原則を皆さんに説明します。まず1、方証の内容とは、方によって違う。つまり、一つは病名や症候群で、例えば、先ほどの甘草瀉心湯、あるいは排膿散。これらは病名の方です。もう一方は体質。あるいは体質状態のものです。先ほどの炙甘草湯、桂枝茯苓丸などのほか、中国でよく使われている人參の証も体質と考えれば適当だと思います。つまり、人參の治療範囲が非常に広い、人參は体質の薬です。

また病名+体質の両方を考える必要なものもありますが、方剤の中でもものすごく多く、大部分がこのタイプです。ですから、これからの方証研究は、病名、つまり主治の範囲と体質の辨別が必要です。

原則の2は、主治の疾患、種類が多いほど体質判断の必要性が高くなります。反対に、主治疾患の種類が少ないほど体質判断の必要性が低くなります。そういったことも分かってきました。

3番目は、体質と病名の交差点は方証の対応点だと思います。今、私の弁証論治では、実際は、この方剤はどの疾患に使うか。その疾患のどの状態に使うか。また同時に、この処方はどうような体質に使うか。この両方を考えて、一番いいのは、この対応点です。これは有効的に、安全的に、経方、つまり『古方』を応用するための前提なのです。

病名に合うと有効性が高い。体質に合うと安全性

が高い。なぜ、日本では小柴胡湯の事件が起こるか。小柴胡湯はとても素晴らしい処方で、私もよく使います。小柴胡湯自体は実際に主治範囲が広いのですから、小柴胡湯体質が皆分からないから、めちゃくちゃに使って、副作用が出てきたのです。ですから、有効性と安全性を維持するためには、体質分別と病名診断の両方が必要なのです。

これは私個人の考えで、恐らくいろいろな齟齬、誤解があるかと思いますので、ぜひ教えてください。ご清聴ありがとうございました。

織部 黄先生、ありがとうございました。黄先生の今のお話は、中医学をやられていない日本漢方の先生にも非常に分かりやすい、理解しやすい内容だったのではないかと思います。

それでは、第4席目に入りますが、『傷寒・金匱』を礎とした合方の規範について」ということで、福田整形外科医院の福田佳弘先生、お願いいたします。

『傷寒・金匱』を礎とした合方の規範について

福田 佳弘
福田整形外科医院

それでは、『傷寒・金匱』を礎とした合方の規範について私見を述べます。

傷寒論の治法原則は併病の法則、即ち治の先後です。治の先後は、陽病間においては先表後裏であり、陰陽二つの病位間においては先裏後表です（図1）。

病位の異なる複数の薬方証が併存する場合に、各証の病位、病状の軽重、緩急を慎重に検討し、治を先後とするか、同治とするかを決めねばなりません（図2）。治の先後により、病態の悪化が予測される場合には、合方の治法が必要となります。合方には、各薬方の効能が相乗するか、相殺ないし拮抗するかを十分に考慮し、その合方の適否を検討すべきです（図3）。

合方とは複数の薬方を一薬方にまとめ複数の証を同治とすることです。具体的には、表証と裏証あるいは、内証と外証の同治です（図4）。

ここに『傷寒・金匱』の合方例を呈示し、その概略を述べます。

同一病位に於ける合方として、桂枝湯と麻黄湯との合方である桂枝麻黄各半湯（桂枝湯・麻黄湯）、桂枝二麻黄一湯（桂枝湯・麻黄湯）があり、桂枝湯と越婢湯との合方である桂枝二越婢一湯（桂枝湯・越婢湯）があります。各薬方の構成生薬は、薬量比は異なりますが、俱に原方おのおのを合わせたものです。しかし対応すべき病態は各原方証とは異なります（図5）。

異病位における合方は、陽病間に於ける合方例と陰・陽二病間における合方例があります。

陽病間に於ける合方例は、小柴胡湯と桂枝湯の合方である柴胡桂枝湯、厚朴三物湯と桂枝湯去芍薬の合方である厚朴七物湯です（図6）。陰・陽二病間に於ける合方例は烏頭煎と桂枝湯の同時服用である烏頭桂枝湯と桂枝去芍薬加麻黄附子細辛湯（桂姜棗草黄辛附湯）です（図7）。この二薬方は俱に原方そのままの合方です。個別に煎じた烏頭煎と桂枝湯を同時に服用する烏頭桂枝湯は、この二薬方、独自

傷寒論の治法原則
併病の法則：治の先後
〈陽病〉 先表後裏
〈陽病と陰病〉 先裏後表

図1

病位が異なる複数の証の併存

各証の病位、病状の軽重、
緩急を検討し、
治を＜先後とするか、
同治とするか＞。

図2

治の先後による病態の悪化
が予測される場合

合方

各薬能の検討 → 合方の適否
(相乗、相殺、拮抗)

図3

の薬力を活かすことを目的としています。桂姜棗草黄辛附湯（桂枝去芍薬加麻黄附子細辛湯）は、表虚胸滿を治す桂枝去芍薬湯と表実・裏虚寒証を治す麻黄附子細辛湯おのおのの合方ですが、その合方証は各の原方証とは異なります。

以上呈示した合方例をまとめますと、合方による証の変化は二つあります。一つは原方証に近似する、

合方の原則

治の先後により、病態の悪化が予測される場合に、

表証と裏証
あるいは
内証と外証 } を同治とする。

図 4

『傷寒・金匱』の合方例

同一病位における合方

桂枝麻黄各半湯 (桂枝湯・麻黄湯)

桂枝二麻黄一湯 (桂枝湯・麻黄湯)

桂枝二越婢一湯 (桂枝湯・越婢湯)

図 5

異病位における合方

陽病間

- 柴胡桂枝湯
(小柴胡湯・桂枝湯)
- 厚朴七物湯
(厚朴三物湯・桂枝去芍薬湯)

図 6

異病位における合方

陰・陽二病間

- 烏頭桂枝湯
(烏頭煎・桂枝湯)
- 桂姜棗草黄辛附湯
(桂枝去芍薬湯・麻黄附子細辛湯)

図 7

合方による証の変化

- 1) 原方証に近似する
あるいは、類似する
証となる。
- 2) 原方証とは異なった証
に転ずる。

図 8

柴胡桂枝湯

傷寒六七日、発熱、微惡寒、
支節煩疼、微嘔、心下支結、
外證未去者、柴胡桂枝湯主之。

病態

小柴胡湯、桂枝湯の各二証
が相半ばする合方証である。

図 9

或いは類似する証となる、いま一つは原方証とは異なった証に転ずる場合とです (図 8)。

さらに、合方する各薬方証には軽重が考慮されています。柴胡桂枝湯証は、小柴胡湯、桂枝湯の各二薬方証が相半ばする合方証です (図 9)。柴胡桂枝湯の薬量を検討しますと、その薬量は小柴胡湯と桂枝湯を相半ばし、各原方の 1/2 乃至は 1/3 に該

当します (図 10)。

厚朴七物湯証は食積の停滞による内傷に外感を夾む病態と考えます。この腹滿は食滯 (積滯) による気の症候、つまり氣滯に因る脹滿であり、桂枝加芍薬湯のような水滯による腹滿ではありません。平素から食が進まない状態で表に風邪が侵入した病態です。飲食如故について先人の多くは、“胃が外邪に

柴胡桂枝湯の薬量

桂枝	一両半	1/2	小柴胡湯との比率
黄芩	一両半	1/2	桂枝湯との比率
人參	一両半	1/2	●共有生薬
甘草	一両	1/3	1/2
半夏	二合半	1/2	
芍薬	一両半		1/2
大棗	六枚	1/2	1/2
生姜	一両	1/3	1/3
柴胡	四両	1/2	

図10

厚朴七物湯

病腹滿、発熱十日、脈浮而数、
飲食如故、厚朴七物湯主之。
腹滿：食積に因る。
飲食如故：「故」は食積に因り
平素食欲がない。
脈浮而数：表証である。
病態
食積の停滞に因る内傷に外感を挟む。

図11

厚朴七物湯の薬量

			厚朴三物湯との比率
			桂枝去芍薬湯との比率
厚朴	八両	同量	
甘草	三両		3/2
大黄	三両	3/4	
大棗	十枚		10/12
枳実	五枚	同量	
桂枝	二両		2/3
生姜	五両		5/3

図12

厚朴七物湯証

厚朴三物湯(主) > 合方証
桂枝去芍薬湯(副)

- 厚朴三物湯：痛而閉者。
厚朴八両 大黄四両 枳実五枚
- 桂枝去芍薬湯：太陽病、下之後、脈促、
胸滿者。
桂枝三両 甘草二両炙 生薑三両 大棗十二枚

図13

侵されず。”とし、平素の如く能く食す、と説いています。しかし演者は、発証前から脾胃の虚弱による消化機能障害により食積が生じていたものと推考します(図11)。

厚朴七物湯の薬量を検討しますと、厚朴と枳実は厚朴三物湯と同量ですが、大黄は厚朴三物湯に比べ1両減らしています。桂枝去芍薬湯と比べますと甘草と生姜は僅かに増量し、桂枝と大棗は僅かに減らしています(図12)。厚朴三物湯条は、服用後に「利するを以て度となす。」と説いていますが、厚朴七物湯条は加減について「下利には大黄を去り、寒多き者は生姜を加え半斤に至る。」と解説しています。この薬量の加減からみて、厚朴七物湯は太陰病に位置する薬方と考えます。したがって厚朴七物湯証は、条文が述べている病態と薬量から推して、厚朴三物湯証と桂枝去芍薬湯証が併存する合方証と考えます(図13)。

ここで厚朴七物湯から芍薬を去る理由について述べます。調胃承気湯、小承気湯、小承気湯の厚朴、

枳実を増量した厚朴三物湯、厚朴大黄湯、大承気湯には芍薬は含まれていません。また承気湯類は、腹痛に芍薬を用いていません。そのため厚朴七物湯証の主なる病態は厚朴三物湯証であるため、桂枝湯から芍薬を去っています(図14)。

臨床例を呈示します。

柴胡桂枝乾薑湯と麻黄附子細辛湯の合方例です。78歳の女性です。主訴は頭痛と全身倦怠感です。現病歴では、7日前から風邪に罹り、売薬を服用し一時症状の寛解をみていましたが、漸次症状が悪化しています。

初診時の所見として、自覚症では、悪風、頭痛、希薄な鼻汁、咽痛、口乾、口粘、食味不振、寝汗、眠りが浅い、等です。他覚的所見としては、顔色は蒼白く、脈は沈弱、舌にはやや乾燥した薄い白苔をみとめ、胸脇部に不快感があり、心下悸と臍上悸を触知しています。

自・他覚的所見を纏めると、柴胡桂枝乾薑湯証の症状として、盗汗、口乾、食味不振、胸脇部の不

厚朴七物湯の去芍薬

- I 承気湯類は芍薬を含まない。また、腹痛に芍薬を用いていない。
- 痛而閉者、三物厚朴湯主之。
- II 厚朴七物湯証の主病態は、厚朴三物湯証であるため桂枝湯去芍薬としている。

図14

病態

発病当初は発汗剤により、暫時症状の回復をみていたが、売薬の過服、あるいは不養生により、再び病態が悪化し始めたところに、風寒の邪が侵入し、

少陽・柴胡桂枝乾薑湯
少陰・麻黄附子細辛湯証 } 併存する

病態となった。

図15

柴胡桂枝乾姜湯証：少陽証
麻黄細辛附子湯証：表実証と裏寒証

二薬方証は相半ばと診て加減せず、合方とし治効をみた。

柴胡桂枝乾姜湯

柴胡半升 桂枝三両 乾姜二両 括樓根四両

黄芩三両 牡蠣二両熬 甘草二両炙

麻黄細辛附子湯

麻黄二両 細辛二両 附子一枚炮

図16

黄連湯証（主）
四逆湯証（副） } 併存と診て合方

ツムラ黄連湯エキス7.5g
修治附子末2g } を投与。

速やかに諸症状の消失をみた。

黄連湯

黄連三両 甘草三両炙 乾姜三両 桂枝三両

人參二両 半夏半升 大棗十二枚

四逆湯

甘草二両炙 乾姜一兩半 附子生一枚

図17

快感、心下悸、臍上悸などがあり、麻黄附子細辛湯証の症状として悪風、冷感を伴う頭痛、希薄な鼻水、くしゃみ、咽痛、脈沈弱などをみとめています。この病態は、発病当初は発汗剤により、暫時症状の回復をみていたが、売薬の過服、あるいは不養生により、再び悪化し始めたところに風寒の邪が侵入し、柴胡桂枝乾姜湯証と麻黄附子細辛湯証の併存した病態に至ったと診断しました（図15）。この二証の併存は、寒熱が交々した病態であり、二証の主・副を考察し難く、したがって治の先後を採らず、同治が必須と診断し、合方で対処し治効をみました（図16）。

次いで黄連湯と四逆湯の合方例を呈示します。

49歳の女性です。主訴は嘔吐、腹痛、下痢です。既往歴では、ここ数年来、泥状乃至は軟便が続いています。

現病歴では、第1病日は、正午頃より水様性下痢をすること5回。腹痛もありましたが、排便のたびごとに暫時軽快していました。第2病日は早朝から便臭の少ない水様性下痢と腹痛が続いていました。

排便回数6回。第3病日は、未明より、水瀉性下痢、嘔吐が頻繁にあり、腹痛は依然として続いており朝8時来院しました。

体温37.6℃、脈は沈弱、やや数であり、舌にはやや乾いた薄い白黄苔をみとめています。胸部には、指頭による按压で不快感を訴え、心下部は、やや冷たく、痞寒を触知しました。

黄連湯証、四逆湯証の併存する病態と診て、先裏後表で四逆湯証を先治すべきと考えたのですが、黄連湯を主証とする合方で治すべきと考え、ツムラ黄連湯加修治附子末を投与し、速やかに症状は消失しました（図17）。

黄連湯条は、傷寒で胸中に邪熱があり、消化管の中に邪氣があり、そのために腹の中が痛み、嘔吐しそうになる場合は、黄連湯で治癒する、と述べています。四逆湯条は、嘔吐、下痢を繰り返し、尿不利となるはずが、尿量は減少せず、多量に津液を失ったために、身体は虚脱状態に陥ち入り、下痢は未消化のものとなり、体表には虚熱の症状が現れ、脈は

173条

傷寒、胸中有熱、胃中有邪氣、
腹中痛、欲嘔吐者、黄連湯主之。

389条

既吐且利、小便復利而大汗出、
下利清穀、内寒外熱、脈微欲絶者
四逆湯主之。

図18

微となった病態は、四逆湯で治療する、と解説します（図18）。

黄連湯と四逆湯の合方した根拠は、黄連湯証は膈上に熱邪があり、心下に寒飲があり、上熱下冷を呈し、ともすれば陰病に転じ易い病態です。黄連湯証を先治すれば、四逆湯証がさらに悪化します。四逆湯証を先治すれば、少陽の邪が直ちに侵入すると考え、合方の治法に従い治効をみた次第です（図19）。

いまひとつ厚朴七物湯と四物湯の合方例を紹介します。

74歳の女性です。腰部脊柱管狭窄症により、八味丸、四物湯エキス、桂牡烏頭丸（仮称・自家製：『備急千金要方』腰痛門に記載されている治腎虚胃痛方に拠る・牡丹皮、桂心各一両、附子二枚）を服用し経過は良好でしたが、体調を崩し、胸中鬱満感、腹満、裏急後重を伴う便秘傾向などの症状が現れました。他覚的所見として、脈は浮弱ときに沈弱、胸部では、指頭の按压により肋間部に不快感、鈍痛を訴え、腹部では、心下に痞塞感があり、臍上悸、臍下不仁を触知しました。また、舌候では、背部に微かに白黄色の膩苔をみとめ、腹部では、舌深静脈は膨化し、灰色がかった紫色を呈していました。ちなみに演者は、舌深静脈の所見を四物湯証の主要な症状としています（図20）。以上の所見を拠り所とし厚朴七物湯を主証、四物湯を副証とする病態と診断し、四物湯から芍薬を去り、合方として投与し、さらに桂牡烏頭丸を併用し経過は良好です。以上述べました論旨をまとめます。

合方の根拠

- 黄連湯証は膈上に熱邪があり、心下に寒飲があり、上熱下冷を呈し、陰病に転じ易い。
- 黄連湯証を先治すれば四逆湯証が悪化する。
- 四逆湯証を先治すれば、少陽の邪が直ちに侵入する。
- それ故合方の治法にしたがった。

図19

図20

『傷寒論輯義』を読みながら

中村 謙介
海浜整形外科医院

中村 これまでお話しいただいた先生方のお話は、みんな学問的で精密なお話だったと思いますが、今日私がお話することは非常に粗大なことです。ひとつ聞いていただきたいと思います。

タイトルをこのようにしましたが、実は、ここでは「読みながら思うこと」という言葉が省いています。話の筋道としては、この三つに分けてみました。まず第一に『傷寒論』を読もうと考えた理由です(図1)。第二に、この本はいかなる書物かということ。第三に、私の疑問で年来考えていることを、ひとつ皆さまと一緒に考えてみたいと思うのでございます(図1)。

われわれが新しい知識、知の体系を習得するときには、まず総論で全体像を了解して、その次に各論を学ぶのが、能率の良い習得方法の一つとなっていると思います(図2)。しかし、漢方では個々の薬方の具体的な使い方を教えて総論を言わない(図3)。総論とされている箇所を読んでみても、漢方の全体像は見えてこないと思います。総論としては失敗しているのではないかと私は考えています。

本学術総会の会頭の十河先生は、「中医学に比して日本の漢方は世界に浸透していくのが立ち遅れている。このシンポジウムを通して、日本の漢方の国際化に向けての具体的な方向性が示されることを期待する」と書かれています。漢方全体を分かりやすく俯瞰する総論ができていない、これは日本の漢方が世界に浸透していくには非常に不利であると、年来私は考えてきました。結局、この点を何とかしたいというのが、私のライフワークのようになってまいりました。

そして、考えたことがこんなことなのです(図4)。漢方に内在する疾病観を探って、これを総論の骨格とし、その疾病観で各論に当たる各薬方の方意方格を分類する。こうしますと体系的に漢方を理解することが可能となり、私の考える総論がある程度形をなしてくることになります。

はなしのすじみち

1. 『傷寒論輯義』を読もうと考えた理由。
2. 『傷寒論輯義』とはいかなる書物か。
3. 私の疑問 一緒に考えて下さい。

図1

知の体系を習得するには、
まず、総論で全体像を了解し
その次に各論を学ぶ。

図2

漢方では個々の薬方の具体的な使い方を教えて、総論を云わない。総論とされている箇所を読んでみても、漢方の全体像は見えてこない。

図3

漢方に内在する疾病観を探り、これを総論として、各論に当たる各薬方の方意方格を分類する。
これにより体系的に漢方を理解できる。

図4

これまでの薬方解説書とは趣を異にする。

- 『衆方規矩』は、感冒門・霍乱門・秘結門……疾患別
(曲直瀬道三著)
『漢方古方要方解説』は、桂枝湯類・五苓散類…君薬別
(奥田謙蔵著)
『漢方後世要方解説』は、補養の剂・瀉火の剂…薬効別
(矢数道明著)
『和漢薬方意辞典』は、寒証・実証・燥証・氣証…病態別
(中村謙介著)

図5

このようにいたしますと、実は、これまでの漢方の解説書とは趣を異にしていまいます(図5)。『衆方規矩』では感冒門・霍乱門・秘結門と疾患別になっています。私の師匠である奥田謙蔵先生の『漢方古方要方解説』は桂枝湯類・五苓散類という君薬別になります。矢数道明先生の『漢方後世要方解説』は補養の剂・瀉火の剂というように薬効別ということになりますが、私の作った『和漢薬方意辞典』は

桂枝湯

【傷寒論】

【方意】表の寒証・表の虚証による頭痛・悪寒・発熱・自汗等と、
気の上衝によるのぼせ等のあるもの。時に脾胃の虚証を伴う。

《太陽病の虚証、時に太陰病の虚証》

【自他覚症状の病態分類】

	表の寒証	表の虚証	気の上衝	脾胃の虚証
主証	◎頭痛 ◎悪風 ◎発熱 ◎鼻鳴	◎自汗	◎のぼせ	
客証	○皮膚知覚異常 身疼痛 関節痛	皮膚軟弱 肌理弛緩 感冒に罹りやすい	逆上感 偏頭痛 耳鳴 鼻出血 眼球結膜充血 煩悶	腹満 腹痛 下痢 悪心 乾嘔 嘔吐 疲労倦怠 虚弱

『和漢方意辞典』(中村謙介)

図 6

著者・多紀元簡氏の基本姿勢

世間には『傷寒論』は、その一冊を精読すれば奥義に通じると主張する者がいるが、私はこの考えに賛成しない。自分一人で考えるよりも先賢の考案を参考にした方が遥かに理解を深めるだろう。

図 9

寒証・実証というように、病態分類を前面に打ち出すことになります。

一例ですが、桂枝湯の方意方格は図 6 のようになります。桂枝湯の方意は、表の寒証・表の虚証・気の上衝・脾胃の虚証の四つの病態から構成されている。それぞれの病態は、その下にあげている症状を派生している。この病態から、このような症状が出てくるときに桂枝湯が使われるということです。表の寒証や表の虚証から派生する症状で使う桂枝湯の使い方もあれば、気の上衝、あるいは脾胃の虚証という病態を患者さんが主に現してきた場合も使うことができるわけで、病態分類は桂枝湯の応用の幅をある程度理解しやすくしてくれると思います。この表のポイントは、病態と対にして症状を分類してみることです。

ここで一つ注意していただきたいのは、桂枝湯を表の寒証としているところです。私はこう考えたのですが、現今の日本の漢方界では熱証としているようです。この点に関して、後で皆さまと考えてみたいと思うのでございます。

私はこのように考えたのですが、しかし漢方の疾

しかし、漢方の疾病観を探り、取捨する中で、独断も偏見も入り込む。それを反省する意味で、漢方が医療の中核を担っていた時代にいかなる議論がなされていたかを知りたいと思った。

図 7

『傷寒論輯義』(多紀元簡著)の特徴

本書は版行されてから、明治維新までに40余年あり、広く流布して以後の考証学的傷寒論研究の基本テキストになった。

(『日本漢方典籍辞典』小曾戸洋著より)

図 8

実際には、各条文の解説に複数の先人の説を掲げ、計26名の医家の説を引用している。頻度の多い氏名(書名)を列挙すると
柯琴、成無己、錢潢、方有執、医宗金鑑、程應旆、汪琥、喻昌、張志聰、尤在涇
各条の最後に多紀元簡氏が「按」として私見を述べている。

図10

病観を探って、これを取捨することになると、どうしても独断と偏見が入り込んできてしまいます(図 7)。これを反省する意味で、日本の漢方研究の基礎になっている『傷寒論』を読み直してみようと考えたわけです。

結局、私の採用した疾病観、病態分類がバランスの取れたものであったのかどうかということを反省してみるとというのが、本日の話の1番目の『傷寒論輯義』を読もうと考えた理由です。

次の2番目は、これがいかなる書物であるかということです。小曾戸洋先生のご本から拝借してきましたが、この『傷寒論輯義』は、本書が刊行されてから明治維新までに40年あまりありまして、広く流布して以後の考証学的『傷寒論』研究の基本テキストになったとあります。こうした時代の中で出版された書物です(図 8)。

著者の多紀元簡先生の基本姿勢といいますか、この方はこういうことを言われるのです(図 9)。「世間には、『傷寒論』はその1冊を精読すれば奥義に通じると主張する者がいるけれども、私はこの考えには賛成しない。自分一人で考えるよりも、先賢の

多紀氏は本書の目標を、臨床に有意義で平易に解説することに置き、編纂の規準を次のようにしている。

1. 各条的に最も穏当と思われる注解を集める。
2. 道理の明瞭な条文に着目し、平易な箇所を工夫をこらして我物とする。
3. 理解し易くすることを主眼とし、読者を迷わすことはしない。
4. 仲景の薬方の運用・加減は、古方の機序を啓発するものが多いので付記する。
5. 無理な穿鑿はせず、後世の判断を待つ。新奇な説は採用せず、反駁を加える。

図11

考案を参考にした方が、はるかに理解を深めるであろう」というわけです。非常に穏当なスタンスであると私は思います。

実際には、各条文の解説に複数の先人の説を掲げまして、計26名の医家の説を引用しています(図10)。頻度の高い氏名の順に列挙しますと、私の調べた範囲ではこのようになります。柯琴、成無己、銭潢、方有執、医宗金鑑となっています。ここで黄色になっている名前は、本書刊行された初期も、その後もしばしば引用されている方々です。つまり柯琴、方有執、程応旆、尤在涇という方々の説が長期にわたってよく引用されているようです。そして各条的に、その最後のところに多紀元簡先生は、「案ずるに」として私見を述べておられます。

多紀先生は、本書の目標を臨床に有意義で平易に解説することに置くとして(図11)、編さんの規準をこのようにしています。第1番目に、各条的に、最も穏当と思われる注解を集める。ここでも結局、いろいろな人の説を取捨選択せざるを得ないのです。そこで、後に「私のこの選択が正しかったかどうかは、後世の皆さんに考えていただかなければならない」といった文章が出てきます。2番目、道理の明瞭な条文に着目して、平易な箇所に工夫を凝らして我が物とするとありますが、これはあまりよく分からないところにエネルギーをつぎ込むことはしないということです。3番目、理解しやすくすることを主眼とし、読者を惑わせることはしない。各条に一つの説明がありますと、それに反対するような説明が挙がってくる。それを両方掲げてしまいますと、読む人は「一体どっちだ」というようなことになってしまいます。ですから、結局1番と同じなのです。

多紀元簡氏は『傷寒論』を読む目的を
陰陽・表裏・虚実・寒熱の区分、
発汗吐下・攻補温和の区別の研鑽を積み、
臨床のエキスパートになることに置いている。

図12

更に、多紀氏は
陰陽五行は漢の儒者の好んだ説であり、
五臓六腑・経絡説は史記・漢書芸文誌に
も見られ、張仲景だけがこれを見捨てたとは
考えられない、と云う。

図13

が、ご自分が穏当と思う方を挙げておくということです。以下、仲景の薬方の運用・加減は古方の機序を啓発するものが多いので付記する。無理な詮索はせず後世の判断を待つ。新奇な説は採用せず反駁を加えるというわけで、こういった基本姿勢で編さんされた『傷寒論』の解説書ですから、われわれ臨床医にとって待望の『傷寒論』解説書ということになるかと思います。

実際に多紀元簡先生は『傷寒論』を読む目的を陰陽、表裏、虚実、寒熱の区分と、発汗吐下、攻補温和の区別の研鑽を積んで臨床のエキスパートになることに置くのだと言っています(図12)。これは、われわれの『傷寒論』を読む目標とびったり一致すると思います。私の学びました千葉古方もこれと全く同じで、陰陽・表裏・虚実・寒熱の区分といったところに重点を置いております。

しかしながら、多紀先生はさらにこうも言うのです(図13)。「陰陽五行は、漢の儒者の好んだ説であり、五臓六腑・経絡説は『史記』・『漢書芸文志』にも見られる。張仲景だけがこれを見捨てたとは考えられない」というわけで、これもまた採用するので。これは、私の学びました千葉古方は捨て去っている部分です。

千葉古方が顧みない部分として、例えば消化に臓器がいかにかわるかという解説があります(図14)。食べたものが胃に入ってくると、胃で「清」と「濁」に分けられるのだそうです。清の部分は、そのまま衛の方に運ばれて行きまして、腠理・皮毛の機能を果たす元になっていく。濁の方はそうならず、腎の「真陽の働き」が必要なのだそうです。それから、膀胱の「気化、津液を生む」というような機能もこ

消化に臓腑がいかに関わるか

図14

ここで働かなくてはならない。そして「脾は四肢を司る」という働きをもって初めて營の筋肉として機能するといった説明が『傷寒論輯義』に出てまいります。

整形外科医の私などはとすると膝を診て、腰を診てと細切れな診察になりがちですが、このような身体全体を有機的にとらえようとする生理観、疾病観は、「ああ、そういう見方があるのか」と思います。しかし私自身がこの知識を消化するのには抵抗があるのです。

本日の話の2番目のところをまとめますと、本書は穏当な考え方の著者によって臨床に役立つように、漢方の疾病観を重視しながら編さんされたものだと思います。

さて、私が抄録に書きましたのはここまでですが、実は言いたいことはこれからです。先ほど触れましたように、多紀元簡先生は陰陽・表裏・虚実・寒熱を重視しながら、漢方を深めようと言われます。今回のシンポジウムの主題であります『傷寒論』を読むポイントはここにあるのだ、こういうところに注意して読んでほしいと、多紀元簡先生は強調しているのです。そしてそのように読もうとし、理解を深めようとしますと、現今の漢方書に、私は大きな疑問を感じます(図15)。これからは本日の話の第3番目です。私の年来感じている疑問を一緒に考えていただけるとありがたいと思います。

本学会、学術教育委員会編集の『入門漢方医学』

ところで、多紀元簡氏のように陰陽・表裏・虚実・寒熱を重視しながら漢方の理解を深めようとする、現今の漢方書に大きな疑問が生じる。

図15

日本東洋医学会・学術教育委員会 編集
『入門漢方医学』を読んで

1. 「太陽病期を表熱証としてよいのか」 第54回総会
2. 「虚実の解釈が従来と矛盾する」 第55回総会
3. 「陰陽・虚実・寒熱はいかなる関係にあるのか」 第56回総会

図16

を読みました(図16)。私は、その総論の部分に幾つかの疑問を感じました。それで、第54回総会で、太陽病期(桂枝湯・麻黄湯)を表熱証として良いのだろうかとお尋ねいたしました。第55回の総会では、虚実の解釈が従来と矛盾する。矛盾しても構わないのですが、どうしてそう考えるのか。そこが私には納得がいかなかったのです。第56回の総会では、陰陽・虚実・寒熱はいかなる関係にあるのか。結局、これは陰陽イコール寒熱と考えてよいのかと尋ねたものです。このように一般演題を3年連続で3回提出しましたが、これは全く反響がありませんでした。

そこで、去年の第57回の総会の数カ月前に、学術教育委員会あてに、この3点について直接ご質問しました。しかしなかなか返事を頂けません。それで、総会の当日、私は学術教育委員会の委員長を尋ねていきました。そうしましたら、「学術教育委員会としてはお答えいたしません」と言われたのです。私は、これには「どうして」と、本当に息をのんでしまったのです。その後私はしばらく考えたのですが、やはりこれは放置しておいてよい問題だとは思えないのです。これは漢方の基礎、総論の入口のところなのです。ここがガタつきますと、矛盾の少ない体系立った漢方の総論は、構築できないと思うのです。ですから、声を上げておかねばならないだろうということで、本日ここに立っているというわけです。

私は漢方の研究者ではございません。一臨床医です。その目から見て、主張するのはこの1点です。

『傷寒論』の太陽病は実際に温めて治しています(図17)。桂枝麻黄は温める生薬ということに関して、

太陽病は実際には温めて治している。
この病態は寒証と云うべきではないか。

- 1.桂枝・麻黄は温める生薬である。
- 2.桂枝湯・麻黄湯は温熱産生援助の剤。
- 3.太陽病は脈浮、頭項強痛、而悪寒する。

図17

千葉古方・奥田謙蔵によると
「証は薬方に質して立証する」とある。
すると、吐瀉方で治る病態は実証、
温熱薬で治る病態は寒証である。

太陽病は温めて治している。
それなら表寒証と云うべきではないか。
いかがですか？

図18

反論があるのでしょうか。桂枝湯、麻黄湯は温熱産生援助の剤です。これは私の師匠の藤平健先生がよく言われた言葉でしたが、実際われわれが飲んでみても体が温まります。そして、『傷寒論』ですが、「太陽病は脈浮、頭項強痛し、而して悪寒す」とあります。大塚敬節先生の『傷寒論解説』に、この「而して」は強調の字だと書いてあります。寒に傷害されて患者は寒がっている。それを温めて治しているのです。寒がっているのを温めて治している。この病態は、寒証というべきか、熱証というべきかと言ったら、これは議論の余地がないのではないかと私は思うのです。

普通、学会で中枢を担う方々の意見に反対するようなことを言いますと、シンポジストとしての依頼を頂けることはちょっとないのですが、今回のこの学会の実行委員の方々は心が非常に広いのか、エキセントリックな方々が多いのか、ちょっと分からない（笑）。

私の千葉古方の奥田謙蔵先生は、証の定義を「証は薬方に質して立証するものだ」と言われます（図18）。これはどういうことかと言いますと、私がある患者さんを診て真武湯証だと思ったとしても、別の医師が、葛根湯を投じて治せば、これは薬方に質して葛根湯証であったことが立証されたという定義です。これは臨床医としては納得がいきます。そうしますと、吐瀉方で治る病態は実証、温熱薬で治る

それでは、なぜ漢方では
太陽病を表熱証と
したのだろうか？

図19

それは
陰陽イコール寒熱と
考えたからではないだろうか。

図20

千葉古方・奥田謙蔵によると
陰陽とは寒熱・虚実・表裏の
三要素の重層的複合的判断である。

図21

これまで私が読んだところでは
多紀元簡著『傷寒論輯義』の中に
太陽病を表熱証とする議論はない。

図22

病態は寒証となります。桂枝湯や麻黄湯の太陽病は一体寒証なのか熱証なのか。いかがでしょうか。

それでは、なぜ日本の漢方では太陽病を表熱証としたのでしょうか（図19）。結局、先ほど三つ目に私が問題にした、陰陽と寒熱はいかなる関係にあるかという問題なのですが、それは日本では陰陽イコール寒熱と考えたからではないかと思うのです（図20）。桂枝湯は太陰病篇にも載っていますが、太陽病の代表的薬方とされます。そうすると陽イコール熱ならば、太陽病の薬方となれば、これは熱証と言わざるを得なくなります。

先年亡くなられた韓国の裴元植先生は、日本の漢方界に向けて「陰陽を寒熱とするのは誤りではないでしょうか」と問うていらっしゃいます。親切なご指摘と思いますが、学術教育委員会がお答えしないというのであれば、われわれ一般会員が考えなければならぬのではないかと思います。

千葉古方の奥田謙蔵によりますと（図21）、「陰陽とは寒熱・虚実・表裏の3要素の重層的、複合的判断だ」ということになります。ですから、寒となると、これは陰の可能性が大きくなりますが、他の二つのファクターを総合すると、寒であっても陽となる可能性はあるのです。

私がこれまで読んだところ（図22）、実はまだこ

の5分の2までしか読んでいないのですが、多紀元簡著の『傷寒論輯義』の中に太陽病期を表熱証とする議論はございません。以上でございます。

織部 中村先生、ありがとうございます。大変な問題点を投げ掛けられまして、今日は學術部の先生方も来られていると思いますので、後で、ぜひご回答ないしはコメントを頂きたいと思います。

総合討論

平馬 皆さん、膨大な内容のご発表を、時間を守っていただいて、討論の時間も十分取れるようですので、シンポジウムを進めさせていただきたいと思います。

牧角先生が指摘されたのは、『宋板傷寒論』という立派なテキストがありながら、それを全面的に研究するという姿勢が、日本でも中国でもこの数百年あまりなかった。成無己の『注解傷寒論』の、しかもその注解を省いたような形が便利な本として学習されてきて、そのためにもととの『傷寒論』の姿を見失ってしまった面が随分あるのではないかという大きな指摘がされたかと思います。黄煌先生、中国では『宋板傷寒論』、そして『注解傷寒論』の研究姿勢というのは、どんなふうになっていますか。

黄 『傷寒論』の研究は、そんなに盛んではないです。

平馬 今後の『傷寒論』の研究に、やはり『宋板傷寒論』の全面的な研究、例えば不可不篇、傷寒例なども含めて、全面的に研究することが必要という認識はありますか。

黄 あります。例えば、南京中医薬大学で、『傷寒論』の大家、陳亦人先生も『傷寒論訳釈』を作られまして、その中でも『宋板傷寒論』を文献的に研究されました。

平馬 そうすると、牧角先生の言葉では、『傷寒論』が両論併記で、もととの寒邪に対する傷寒の病というだけではなくて、熱邪に対する病態も含まれているという観点から言うと、明代、清代の温病学の世界も、『宋板傷寒論』の世界にはかなり広く含まれていて、寒熱両方を治す感染病学の治療書として『傷寒論』を基に温病学も取り込んだ大きな体系ができるという考え方ができないかと思うのですが、その点はどうお考えですか。

黄 『傷寒論』自体は伝染病の本です。宋の時代になぜ古典の整理の中でまず『傷寒論』を先に整理して出版したのかというと、その一つの原因は宋の時代に伝染病がはやっていたからです。当時、『傷寒論』は弁証を論じるための基礎テキスト(教科書)として考えられたのではなく、林億先生はまず伝染病対策のために出版したのです。

平馬 ありがとうございます。福田先生は臨床

の立場からお話しいただきましたが、牧角先生の今日の『傷寒論』の見方というのは、どのように評価されますか。

福田 『太平聖恵方』巻八に記載されている三陰三陽篇、可不可篇を礎にした宋版『傷寒論』の研究には、注目しています。ただ、『太平聖恵方』の薬方については、宋版『傷寒論』のように、病態変化に応じた薬方の記載がありません。言い換えれば、薬方の相互の関連性がみあたらない。したがって、臨床で少数の薬方しか運用していませんが、治効をみた症例を重ねて、その薬方の適応を会得しているのが現状です。臨床での薬方運用には、宋版『傷寒論』、『太平聖恵方』に限らず、『外臺祕要方』、『備急千金要方』、『千金翼方』をも礎とすべきです。ちなみに『太平聖恵方』には、当時用いられていた膨大な処方方が記載されていますので、薬方を構成している生薬の相互関係を研究するには、重要な書物の一つと考えています。

平馬 ありがとうございます。今日の牧角先生のご発表のキーワードに、両論併記ということがありました。両論併記の理由も、小高先生のお話からもある程度理解できたかと思うのですが、牧角先生、もう一度両論併記であった理由と、その両論併記を通して、現代のわれわれが何を学べるか、もしお気付きの点があったら教えてください。

牧角 まず、中国の方々はいろいろな本を書いておられるわけですが、昔あった本をそのまま書き写すことはあまりされていないのです。前の先生がこういうことを言ったから私はこういう説をちょっと足しますとか、前の先生にそのまま従ってやるのではなく、ちょっと変えてしまうという習性があるように感じています。

これは、日本人は舶来のものであるということもありまして、昔から伝承していた巻物を大事にずっと伝えてくる。『小品方』という6世紀、7世紀の本がいまだに前田・尊経閣文庫に残っているわけですが、中国では出版物として木版印刷の本が出てくると、昔からあった巻物はたき付けにしまいます。そういった違いがあります。

先ほど申し上げましたように、宋以前に存在していた『傷寒論』仲景書、引用書というのは、大多数は日本にしか残っていない。それを比較して見ていくと、今、福田先生がおっしゃいました『太平聖恵

方』、984年、王懷隠らが勅命を受けて宋初期に作った本ですが、この『太平聖恵方』の全100巻のうち10巻を傷寒にあてて編さんしているわけです。

『太平聖恵方』巻八に、三陽三陰篇、可不可篇がございまして、狭義の傷寒を論じているのです。中村先生がおっしゃったとおりで、本来ならば『傷寒論』は寒の邪に対する治療書なのです。ですから、傷寒の太陽病は表、寒、実でないと困るわけです。もちろん、体質的に虚があってもいいのですが、表寒証でないとつじつまが合わないというような一面が、随・唐の傷寒書にはしっかり記述してあるわけです。

ところが一方、小高先生のお話にありましたように、天然の気候の違いというものが、やはり狭義の傷寒ではなくて、熱病、温病といった「暑い」「暑い」と言っている、あるいは湿気や湿邪にかかわった熱病に変わってきたという側面が一つ考えられる。

『太平聖恵方』の巻八、本日は時間の関係で触れませんでした。『太平聖恵方』の巻八の三陽三陰篇は、まさに狭義の傷寒を論じながら、陽明病篇に実は承気湯を入れるという両論併記を行っています。これは『太平聖恵方』巻八の方が『宋板傷寒論』より早いのです。

あと、陰病における温裏法の太陰病の四逆湯。これは『宋板傷寒論』では「四逆の輩」ということで外していますが、『太平聖恵方』巻八では、太陰病で四逆湯という処方までちゃんと論じています。

ということで、実は傷寒の病態が時代によって変わってきた。狭義の傷寒だけでは対応しきれない時気病、熱病といったものがだんだんと増えてきた。そのために、熱病への対応も取り入れざるを得なかったという隋・唐から宋にかけての時代的な変遷が一つです。

ただ、『太平聖恵方』巻八は、まだベースは狭義傷寒に対する「陽病發汗・陰病吐下」がメインだったのですが、『宋板傷寒論』は先ほどの小高先生の指摘にもありましたように、基本的に両感の病、陰病と陽病を同時に、陰と陽、表と裏が同時に侵される両感の病を対象にしている本であります。『素問』の熱論は、太陽から陽明、少陽となっています。太陽、少陽、陽明と書いてある本は、どの時代のどの本を探してもございません。先ほど、中村先生が三つの疑問点を出されましたが、私も一つ付け加えさ

せていただくとすると、この学会の共通テキストでは、六経は太陽、少陽、陽明となっているのですが、どの古典のどこを探しても、そんなことが書いてある本は一冊もないのです。藤平先生の時代に検討されていることではありますが、各種のテキストを見渡して、再度検討する必要があると考えられます。

『太平聖恵方』巻八では、熱化した病態も入れて両論併記をするけれども、スタンスは本来の狭義傷寒に置いていたのです。ところが、50年たって林億たちが編さんした『宋板傷寒論』においては、今度は時気病、熱病の方をメインにしているのです。これは私が言っているのではなくて、林億たちが「傷寒例」という臨床総論の中で、『千金方』『外台秘要』『太平聖恵方』それぞれに載っている「傷寒例」とは違う条文を採用しているのです。『諸病源候論』の時気病候、熱病候に書いてある病態条文が『宋板傷寒論』の傷寒例の中には入っています。ということで、『宋板傷寒論』においては、総論の段階から、熱病や時気病を対象に考えた本にしていこうと変わってきているということです。

平馬 ありがとうございます。中村先生が提示された問題の太陽病というのは、表熱証であるかという命題について、今、牧角先生はさらっと共感、一緒だとおっしゃいましたが、中村先生はいかがですか。

中村 日本の漢方は、明治から100年間、結局、医療の正道から追いつかれた形になっていまして、そこで失ったごくごく当たり前の知識は、膨大なものがあるのだと思います。

それで、先ほどの宋代の『傷寒論』の改変は、書いてあるものの中身がそこでがらっと変わってきている。明治維新では失ったもの、宋改では付け加えたものと正反対ですが、やはり時代の変化を見ていないといけなと思います。医史学的な吟味をするということは、われわれの持っている常識をもう一回考えてみる為にも大切ではないかと思います。牧角先生の共感、私としては大変ありがたいと思います。

平馬 はい、ありがとうございます。

織部 今日は合方ということでお話が出ておりましたが、合方の背景としては、合病とか併病とかいろいろ言われております。まず、福田先生の合病、併病に対しての定義をお聞きした後、牧角先生から

古典ではそれはどういうふうにとらえられていたのかということでお話ししていただきたいと思います。それでは、福田先生、お願いします。

福田 合方が適応する病態の把握には、確かに併病、合病を念頭に入れねばなりません。

併病の基本概念を述べているのは、条文の冒頭が「二陽併病」で始まる太陽病篇48条と陽明病篇220条ですが、合病については、太陽病篇32, 33, 36条の太陽と陽明、171条の太陽と少陽、陽明病篇219条の三陽の合病、256条陽明少陽合病があります。临床上、合病は、主となる病変が、一病位にあり、病勢が劇しく他病位に波及していますが、主となる病に適応する一薬方のみで、病が治癒する病態であり、病の進行が疾い場合にみられます。併病は病が一病位で始まり、時の経過とともに病勢が他病位に及び、初病は依然として在りながら、他病位の病変も在る病態をいいます。つまり、複数の証が相錯する病態ですから、各証に適応する薬方で治すことになります。しかし、その治法は先後、つまり、いずれの証を先治とし、あるいは後治とするかで、その治法の適否が決まります。それには各証の浅深、軽重の診断を要します。その論拠は220条にある「太陽証罷」の「罷」の字にあります。「罷」は一般に「やむ」と訓読されていますが、私は、諸橋の『大漢和辞典』に拠り、その字義を「弱まる」の意味に理解しています。ですから複数の証は同等ではないと考えます。したがって合方と併病は、臨床では鑑別困難な場合もありますが、病態を異にしています。合法の治法を採る場合には、併病、合病ではないことが必須の条件です。

織部 牧角先生、私も3日前に先生の本を頂きまして、必死になって読んだのですが、なかなか行き着かないのですが、その中では私の記憶では同じような概念だったというとらえ方であったのです。福田先生のご意見は違うみたいですが、その辺はどうでしょう。

牧角 会場内の本屋さんに並んでいますが、何となくこの本の宣伝会になっているみたいで、ありがとうございます(笑)。

確かに、特に福田先生たちのご流派の先生方が、そういった合病、併病ということを非常に細かく、詳細に論じた。また、藤平健先生が、陽病、陰病の併病があるのだ、合病があるのだという話。実は、

これは『太平聖恵方』には書かれているけれども、『宋板傷寒論』ではそこまで踏み込んでいない。1000年前に書いてあることを臨床的事実から類推されておっしゃったという藤平先生の直感力と洞察力のすごさというのは、逆に『太平聖恵方』を読んでいる思い知らされたところがあります。併病、合病は、確かにそういうふうにとらえてもいいのですが、ただ、これは三陰三陽篇だけの世界の話なのです。

太陽病篇下篇44条に、「太陽と少陽の併病、心下堅」という条文がございます。『宋板傷寒論』の不可篇145条、これは『注解傷寒論』では省略されていますが、不可下篇で「太陽と少陽の合病」。同一条文が『宋板傷寒論』の中で、三陰三陽篇では「併病」と書かれて、可不可篇では「合病」と書かれています。奥田謙蔵先生たちが使われた『注解傷寒論』系統の本では、この可不可篇条文が削除されていますので、これは併病の条文だとなるのかもしれませんが、『宋板傷寒論』全体を読むという立場に立てば、これは三陰三陽篇で「併病」と書いてあって、可不可篇で「合病」と書いてあるわけですから、これを違う病態と言ったら、同じ条文で「合病」「併病」と書いてあるということですので、同じ条文でけんかしてしまうことになって、文献学的にはちょっと困るかなと思います。

三陰三陽篇だけで読めば、そういう整合性の取れた世界があって、なぜそうなっているかというところ、これは林億たちが三陰三陽篇を一生懸命作っているのです。林億たちがそれなりに整合性の取れた概念で三陰三陽篇を作っているの、林億たちの考えた傷寒世界を再構築されているという意味では正しいかもしれませんが、それ以前の世界と比べると、これはちょっと、それだけ進歩したと言っているのか、昔とちょっと違うのかなという印象があります。

福田 昨日会場で買い求めた『宋以前傷寒論考』にみられる、“くつがえる『傷寒論』の常識④”では「併病も合病も同じもの」と論じてます。その論拠として、『宋版傷寒論』太陽病下編171条「太陽少陽併病、心下？、……」の併病と可不可篇「太陽與少陽合病者、心下？、……」の合病、さらには『脈経』での併病、『千金翼方』、『太平聖恵方』可不可篇での合病と、その相違を挙げ、併病と合病は同じであると断定しています。しかしその病態生理についての論述がありません。この条文にみられる併病

の字句について、先人の解説のいくつかは、合病あるいは、合併病としていますが、その多くは、林億、王叔和の撰次の文としていますし、奥田、藤平両先生も、後人の補入とし、正文ではないと断じています。したがって、論ずるに足りない171条のみを拠り所に「併病も合病も同じもの」と論じられている理由が理解できません。併病と合病が同一とすれば、『千金翼方』、『宋版傷寒論』に何故に併病が記述されているのか、ご意見をお聞かせください。

牧角 古方はファジーの世界で、併病、合病を厳密につかいていたわけではないということだと思います。『宋板傷寒論』の全体をみわたしますとそういう結論になるのです。

織部 中村謙介先生、今のことに對してご意見がございますか。

中村 先ほどもお話ししましたように、私は今日はここに、皆さんに教えていただきに来たわけで、質問されるとは思っていなかったのです（笑）。特に合病、併病なんていうのは非常に困るのです。私の先輩の福田先生が困っているのですから、私はもっと困るのです。

今の話と少しずれてしまうかもしれませんが、合病は、二薬方証があるように見えるけれども一つの薬方で治る病態。併病は、二つの薬方で治さなければならない病態と教わっています。

合病、併病は、生薬単位ではなく薬方単位で治療するときに問題になってくる疾病観だと言えます。発病して純粋な表病のときには、表の薬で治るわけです。ところが、わずかに裏が現れてくる。このときには、わずかなために、表だけをやっつけければ裏は消えてしまう。これが、表を中心とした合病。一薬方で治るわけです。ところが、もうちょっと裏が強くなって少しバランスを取ってくるようになる。そのときにはまだ表の方が強いのですから、先表後裏の例で、表から先に治して、あとは裏も治さなければならない。二つの薬方を使わなくてはならない併病です。今度はもう少し病気が進行して、裏の方が強くなった。そうすると、裏から先に治療して、後で表を治療する。先急後緩の併病です。それから、もうちょっと行って裏がうんと強くなる。表はわずかなになる。そうすると、裏だけ治せば、表は治療しないで済む。これは裏を中心とした合病です。それからさらに裏だけになると純粋に裏病となります。

このように考えてみると、合病と併病を統一的に考えることができているのではないかと考えています。今日の先生のご質問にかみ合っているかどうか分かりませんが。

織部 ありがとうございます。黄先生、中国では現在、合病と併病は一緒と考えているのか、全く違うと考えているのか、どうでしょう。

黄 これは私も困る（笑）。合病、併病は、理論的には区別がありますけれども、実際、方証相応の理論によりますと、大柴胡湯証があれば、大柴胡があるのです。大柴胡湯、または桂枝茯苓丸証もあれば、大柴胡+桂枝茯苓丸と一緒に使う。私もよくこうして、気管支喘息にはよく効きます。あるいは、小柴胡湯証があれば、また五苓散証もあります。だから、柴苓湯を与える。けれども、量としては、先ほど福田先生が言われたように、少し減らして使う方がいいです。だから、合方というのは非常に臨床価値のある話題だと思います。

中国ではエキス剤を使うけれども、主に湯液です。湯液に使う場合はよく合方します。先ほどの私の話で、大柴胡湯+桂枝茯苓丸、もう一つ大柴胡湯+三黄瀉心湯、実際は黄連を入れるとすぐ、つまり大柴胡湯+三黄瀉心湯の組み合わせ、その合方もよく使う。例えば、高血圧の方には大柴胡湯+黄連を入れると効果的になります。また、大柴胡湯+小陷胸湯、大柴胡湯+桃核承気湯。

合方というものは非常におもしろいことです。『経方』『古方』『時方』も、使うときには必ずこういうような研究をします。

織部 ありがとうございます。小高先生は中医学にも日本漢方にも非常にお詳しいわけですが、先生は、今は合病と併病はどういうふうに考えておられますか。

小高 私は臨床家ですので、急性外感病という形で患者さんが来られたときの症状に対応するわけですが、どうなのでしょう。一般にわれわれが見る急性外感病というのは、せいぜい風邪の類似病態ですね。インフルエンザという程度なので、今おっしゃっている話題のことが問題になる時期が実際あるのかどうかというところだと思います。

もし、そういう病態があったとしても、私がやろうとしていることは、そのときに患者さんが一番困っている症状をとりあえず取り除くということ

です。それが、例えば先ほど言ったように、症例にも出しましたように、風寒と便秘という状態が両方かなり強くあるという状態であれば両方一緒に治すようなものも使うでしょうが、もし便秘の方がひどくて、とにかくおなかが張って苦しくてしょうがないのだという状態であれば、まずいったん下してみてもいい状態を取ってあげる。その後で風寒を治すといったことで十分対応できると思いますし、実際そういうふうに行っている。ですから、臨床の中で併病か合病かということを考えたことすらないと思っているのが実際です。

織部 ありがとうございます。ご参考になりましたでしょうか。もう一つは……。

福田 私は、二つの薬方証の同治を目的に合方する場合、その薬方証に主、副があれば、それを考慮し、薬量比を決めるとか、生薬を加減する必要があると考えます。例を挙げますと『備急千金要方』に、「治腹痛、臍下絞結、繞臍不止、温脾湯。」との記述があります。その構成生薬は調胃承気湯合四逆加人參湯加當歸です。腹痛、臍下絞結とあれば、當歸建中湯のように芍薬を用いてもよいのですが、調胃承気湯証を重くみて芍薬を去っていると考えます。

小高 問題があるのですか。

福田 寒熱相錯している場合には、各薬方証の軽重、浅深の診断は重要です。

小高 確かに、日常的には寒熱錯雑している病態の人はいっぱいいるわけですから、問題ないと思う。

福田 いや、各薬方証のいずれに重きを置くか、診断することは临床上大切なことです。

小高 ですから、もちろんそれは量を加減することによって対応できるわけですね。

福田 薬方運用には、生薬の加減は必須のことですが、加味により薬方の効能を下げることもあります。例えば、承気湯類は麻子仁丸を除いて、去芍薬としています。ですから、複数の証が在る場合には、加算的に薬方を合方して投与することは、病の予後の良否に関わります。

中村 はい（笑）！

平馬 中村先生、どうぞ。

中村 先ほど私は、合病併病を一連として純粋な表から純粋な裏まで病気がずっと変わっていくという考え方を示しました。お気づきかと思いますが、この考え方では、結局、表裏二証の強い方から治し

ていけばよいということです。そういった意味では、小高先生に同意します。症状が強い方から治していった、一薬方で治ったときには、結果的に合病と言える。けれども、目的としたところは取れたけれども、まだ残ってしまうと、これは併病となるだろうと考えます。

平馬 はい、ありがとうございます。牧角先生の宋以前の『傷寒論』の姿に、ちょうど附子の使い方というのがテーマになっていましたが、小高先生の症例の中で、随・唐時代の附子の使い方になった現代の附子の応用がまさに出てきました。中村先生、小高先生の附子の使い方をどんなふう感じられましたか？

中村 一番最初はそんな使い方があるのかと思いました。前にどこかで先生の症例を治験例を見たことがあるのです。「ふーん」と思いました。しかし、牧角先生、それから小高先生のお話を聞いて納得しました。附子は決して裏だけに使うわけではありませんから、そういうふうに使われていいはずですよ。よく分かりました。

ところで、先ほど私がお尋ねした太陽病は表寒か表熱かということです。小高先生、いかがですか。教えてください。

小高 先ほど言いましたように、表寒の人と、表熱の人と両方いると思います。ですから、太陽病がまず邪が入っている状態のことを言っているのだとすれば、どちらであってもいいと思います。どちらであってもというのは言い方が悪いですが、どちらの人もいていい。だから、一般に表熱、表実熱だけを取り上げることだけは間違いであって、寒で実という場合も当然あると思います。

中村 その逆の場合、表熱の場合も桂枝湯を使う？

小高 いえ、使いません。

中村 私が先ほどお話ししたのは、桂枝湯、麻黄湯を表熱としているところに私は問題があると思っているのです。

小高 だから、要するに症状的に悪寒がある状態であれば、それはやはり寒があるわけですから。

中村 同じ意見？

小高 いいと思いますけれども（笑）。

中村 納得しました。

牧角 表熱か表寒かという話は、結局、傷寒をど

の意味の傷寒ととらえるかの問題だと思います。先ほどご提示させていただきましたように、『太平聖恵方』傷寒門では、傷寒という言葉は、まず発熱性疾患全般の傷寒、広義の傷寒と、その中で熱が出ているけれども、ではこの熱は何の邪による傷寒なのか。「寒い」「寒い」と言っている傷寒と、「暑い」「暑い」と言っている熱病といったものと関係なく、やはり病で出てくる時気病、これは『外台秘要』では時行病と言っていますが、そして怖いことに、温病までちゃんと『素問』も書いているわけです。そういった狭義、細かく再分類した場合の時気病、熱病、傷寒それぞれに一日、二日、三日の伝変があって、一日は太陽、二日は陽明、三日は少陽といった順番が、『素問』にも、『諸病源候論』にも、『千金方』にも書いてあるのです。当然、『太平聖恵方』もそれを採っています。

ということで、太陽病は表熱か表寒かと言われると、それは狭義の傷寒の太陽病であれば表寒であって、広義の傷寒を言った場合には、小高先生がおっしゃったように熱病も入るわけです。熱性疾患の邪の性質は何か。「暑い」「暑い」と言っているのか、「寒い」「寒い」と言っているのか。熱病であれば、これは熱病一日の太陽病。ですから、熱病の太陽病は、当然表熱になります。使う薬は、桂枝などは使いません。犀角や黄芩などを最初から使います。ですから、頭に狭義の傷寒の太陽病の話をしているのか、広い意味での熱性疾患の太陽病の話をしているのかというのがないと、用語的には少し難しいという気がしました。

中村 訂正しなければならないです。私のお尋ねしたいのは、桂枝湯、麻黄湯を表熱に投じていいのかということです。附子を表熱に使いますか。

牧角 いいえ。

中村 そうですね。私の聞きたいのはそこです。そこを表熱としていることに関しては納得できないと思います。私が先ほど「太陽病」と言ったのは取り消さなくてはならないですね。太陽病に寒も熱もあるということです。桂枝湯証、麻黄湯証を表熱とするか、表寒とするか。質問としては、これでよろしいですね。

平馬 はい、ありがとうございます。日本の「附子使い」と言えば、福田先生を置いてほかにいないわけですが、小高先生の附子の使い方に関心

れることはありましたか。

福田 『太平聖恵方』巻第九、治傷寒一日候諸方の11方中、8方に烏頭、附子が入っています。各薬方の条文は直截簡明ですが、しかし条文の解説のみでは薬方相互の関連性が分かりません。『宋以前傷寒論考』で、“『太平聖恵方』巻第九を知ってから、臨床でやってみると、「治療の始めからうまく附子を応用できるようになった。」と述べています。お二方に、これらの薬方の運用を、症例を呈示し具体的に教えていただきたいと思います。『金匱要略』の烏頭桂枝湯は、烏頭煎と桂枝湯を同時服用です。此は桂枝湯エキスを加修治附子末と用法は同じです。太陽病に於ける附子の用法は、桂枝加附子湯、甘草附子湯のように、病態が太陽から陰病に多少とも及んでいる虚証に用いる、別言すれば裏寒がある場合に用いますが、病変が太陽病位に限っている病態に、附子単独で用いた経験はありません。

小高 附子が少陰病の薬だというのは、『宋板傷寒論』以来の考え方です。温裏薬としての使い方。ところが、それ以前は、附子というのは発汗剤だったのです。場合によっては止汗です。ですから、そういう意味から言うと、別に例えば桂枝湯なり麻黄湯に附子を一緒に使うことに関しては全く問題ないというか、最初の表症、太陽病なら太陽病に使うということでもいいと思います。

福田 例えば、太陽病篇155条に「心下痞、而して復って悪寒し、汗出づる者は、附子瀉心湯之を主る。」とあります。この服用には、附子一味を煎じた附子汁に、大黄、黄連の二味をふりだして得た薬汁を加えることが指示されています。

小高 それはあまり関係ない。

福田 いやいや関係があります。膈上膈下に熱飲があるのが大黄黄連瀉心湯証に悪寒がある場合に表の陽虚によるものか、あるいは、裏寒によるものかを鑑別することは臨床上重要なことです。

中村 あったかな。

ああ附子瀉心湯のことですね。一寸別のことを考えていて失礼しました。

福田 この附子瀉心湯条の悪寒を、表寒とみるか裏寒とみるか、先人の意見は異なります。臨床では大黄黄連瀉心湯証で裏寒をみとめた症例を経験していますが、表寒のみに用いた経験はありません。先生方のご意見を聞いて、そのような病態があるので

はと推考してみます。

中村 表証に附子を加えるという使い方があるのかとは思いましたが、自分自身でやったことはないです。また、先生のように三黄瀉心湯に附子を加えることもやったことがあったか否か、にわかに定かではありません。しかし小倉重成先生は便秘の患者さんに「胸もとがつかえますか」と尋ねられて、手足が冷たい場合には附子瀉心湯を使われていました。

福田 この悪寒を表の陽虚によるものと解説しているのは、程応旆、多紀元堅、森立之などです。そうすると、此条文は、太陽の陽虚に附子を単独で用いる病態を示唆しているのでは、と思います。

平馬 黄煌先生の病名と体質を照らし合わせながら、薬方の証を考えていくという考え方は、非常に分かりやすく理解しやすいやり方だったと思いますが、それは張仲景方だから、とても有効なのか。それとも、張仲景方以外でも、どんな薬方でも同じようなやり方で証をとらえることが可能ですか。

黄 理論で言えば、『古方』でも『後世方』もほぼ一緒です。なぜ、『後世方』はそのような方証、対応などをあまり推奨していないかというと、やはり『後世方』では、方証はほとんどではないけれども、『古方』と比べてちょっと薬証がそんなに明らかになっていないからです。ただ病機、あるいは病因だけです。だから、臨床で『古方』と比べて『時方』の効果は、私から見ればそんなに明確に見えないです。けれども、『古方』は、もし証に合うとすぐに効きます。

私は、方証や薬証などについて、病名と体質の両方を混ぜて考えます。例えば、先ほど先生たちは桂枝湯について話されましたが、私から見れば、桂枝湯というものは体質の処方です。ただ風寒、あるいは風熱、あるいは虚証とか表虚といった処方で、発汗剤あるいは弛緩剤といった処方ではない。ただ、体質の処方です。これも炙甘草湯と同じ、昔の軍陣用方です。

つまり兵士の体質の改善、そして疲労回復に有効な方剤です。例えば、戦いが終わって帰ったばかりの兵士たちは、何回も走って汗をかいて、また帰るときには食糧もない。そして、また風寒、寒さも強い。ものすごく疲れる。帰ると体がだるくて力もない、食欲もない、そんなときに張仲景はまず温かい桂枝湯を与えて、飲んでからすぐにおかゆを食べさ

せる。おかゆは、実際はエネルギーを提供する。おかゆを飲むとすぐに血糖値が上がります。そして、またすぐ布団に入れて温めると、夜になると睡眠中は汗が出る。明日は、体力がさっと回復します。

だから、桂枝湯はどんな病気に使うか。病名がいっぱいあります。範囲がものすごく広い。けれども、体質の分別が必要です。やはり桂枝湯体質は、疲れてつやもない、ちょっとやせている。誘因としては、外感ですね。発汗させる。あるいは、あまり栄養も良くない。そういう体質には桂枝湯を使う。

現在、私は癌患者に使います。あるいは、学生が試験のために朝から晩まで一生懸命勉強して、食生活もあまり規則正しくない。最後は風邪になる。そういう場合は発汗剤をたくさん与えて、それでも回復できないときには桂枝湯を与えます。また、お年寄りにも使います。だから、桂枝湯は体質の処方と言われます。

平馬 ありがとうございます。議論は尽きませんが、時間が来てしまいます。そろそろということになりますが、今日はいろいろなことを教えていただきました。シンポジストの皆さん、ありがとうございました。

今日見えてきたことがいろいろありますが、『傷寒論』という書物が、非常に柔軟な姿勢で編集された書物であったということは、牧角先生の研究から分かってきて、それを読む方も、やはり柔軟な姿勢が必要かなということを感じ取っています。そして、それから見えてきた随・唐医学の姿を、既に小高先生が附子の使い方などに実践されているということにもちょっと啓発されました。

ただ、成無己の『注解傷寒論』は、新しい時代に即した傷寒の姿に対して注解を加えて大きな価値があると思いますし、それに基づいて研究が進められた中国の明代、清代からの『傷寒論』研究、あるいは江戸の傷寒の研究、そして昭和の『古方』も、それだけ深く研究したという意味では大きな価値があると思います。ですから、そういった明代、清代、あるいは江戸時代、昭和『古方』の遺産というのも上手に活用しながら。ただ、それには広い視野が必要で、中村先生の読まれている『傷寒論輯義』にも表われている多紀元簡のような広い視野で、それを読んでいくことが必要かなと私自身は感じました。

そういう視点で『傷寒論』を柔軟な姿勢で、それ

から広い視野で、しかし、深い視点も留意しながら読んでいくと、もっと臨床に生かして、価値がさらに高まる書物ではないかということを感じさせていただきました。今日はすごく啓発されました。ありがとうございます。

織部 黄先生は、むしろ日本漢方に近いような考え方をされて、特に体質が非常に重要であるということで非常に勉強になりました。牧角先生、小高先生、素晴らしい研究内容で、画期的な書物としてぜひお勧めしたいと思います。福田先生、中村謙介先生も、日本漢方の立場から素晴らしい内容をお話しいたきまして、ありがとうございました。

フロアの先生方も、今日の話を元にして、さらに新しい『傷寒論』の見方と申しますか、応用ができていったらいいのかなと思いました。本当に今日はありがとうございました。