慢性関節リウマチの漢方と鍼灸による 治療の検討 (第1報)

長瀬 千秋* 野々井 康 治**

On the Treatment of Rheumatoid Arthritis With
Chinese Herbal Medicines, Acupuncture and
Moxibustion (1st Report)

Chiaki NAGASE* and Koji NONOI**

Abstract 47 Patients suffering from rheumatoid arthritis were treated with Chinese herbal medicines, acupuncture and moxibustion from May, 1, 1982 to October, 31, 1982. The effectiveness of this therapy was evaluated by the improvement of clinical symptoms and blood examination data such as CRP, RA-test and erythrocyte sedimentation rate. The effectiveness of Chinese herbal medicines (fluid-extract) amounted to 57%, but the extract granule or powder of these medicines as made by drug companies showed only 27% of effectiveness. The most frequently used prescription among the herbal medicines was the mixture of Cinnamomi Cortex, Paeoniae Radix, Glycyrrhizae Radix, Zizyphi Fructus, Zingiberis Rhizoma, Atractylodis Lanceae Rhizoma, Hoelen and Aconiti Tuber (named Kei-Shi-Ka-Ryo-Jutsu-Bu-To in Japanese and Gui-Zhi-Jiā-Ling-Zhú-Fù-Tāng in Chinese). The effectiveness of this prescription was 55%. 50% of one group showing improvements had received acupuncture and moxibustion therapy, while, on the other hand, only 32% of another group showing no improvement had received acupuncture and moxibustion therapy. Inclusion of acupuncture and moxibustion therapy with the Chinese herbal therapy was thought more useful for the treatment of rheumatoid arthritis from this result.

Patients who dropped out of our therapy numbered 21 in all and they had rather severe symptoms.

It was thought that the best therapy is a combination of Chinese herbal medicines (fluid-extract), acupuncture and moxibustion therapy, and, in extreme cases, Western analgesic drugs.

要旨 1982年5月1日より同年10月31日までに、47名の慢性関節リウマチの患者を漢方と鍼灸により治療した。治療の有効度の判定は、臨床症状の改善の程度、およびCRP、RAーテスト、赤血球沈降速度などの血液検査の改善の程度により行なった。煎剤による漢方治療の有効率は57%に達したが、各製薬会社のエキス剤によるその有効率は27%にとどまった。漢方治療においてもっとも頻繁に使われた処方、桂枝、芍

* 医, **針, *, **: 大阪鍼灸専門学校付属診療所, 大阪.

*MD, **CA, *, **: The Clinic of Osaka College for Acupuncture & Moxibustion, Osaka.

薬、甘草、大棗、生姜、蒼朮、茯苓、附子から成る薬方で、日本名で桂枝加苓朮附湯（中国名、仮称桂枝湯加茯苓蒼朮附子）と呼ばれる処方であった。この処方の有効率は55%であった。

東洋医学的治療により改善を見た患者群のうち、50%の患者が鍼灸治療を受けていたのに対し、改善をできなかった患者群では、その32%にあたる患者しか鍼灸治療を受けていなかった。この結果から、慢性関節リウマチの治療にあたっては、漢方治療に鍼灸治療を併用することがより有用であろうと考えられた。

著者らの治療から脱落した患者は21名に達したが、これらの患者には比較的重症者が多かった。

慢性関節リウマチの患者の最善の治療方法は、煎剤による漢方治療と、鍼灸治療と、そして重症の患者に対しては、西洋医学的な鎮痛剤などによる治療とを併用することであろうと考えられた。

はじめに

慢性関節リウマチ (rheumatoid arthritis) (以下、RAと略す) は人口の1~3%を占めると言われ、きわめて難治性で、人生の働き盛りに好発する、医学的にも社会的にも重大な疾患であると考えられる¹⁾。その原因はいまだ不明であり、西洋医学的には特効的な治療法がないのが現状のようである。確かにステロイドホルモン、そして金製剤やD-ペニシラミンなどの開発により、治療面で幾許かの進歩が見られたのは事実である。しかし、RAの専門家の意見によれば、RAの治療の本質となり、かつ第一選択となるのは、安静と、サリチル酸製剤を代表とする非ステロイド性消炎鎮痛剤の投与、そして温熱療法を主体とするリハビリテーションであり、金製剤やD-ペニシラミンはその高率の副作用発現から第二次的、三次的な手段にとどまり、さらに、ステロイドホルモンに至っては止むを得ない場合の最後の手段である、ということである²⁾。また、そのような西洋医学的薬物治療も、その効果は一時的、姑息的である場合が多く、RAの治療の根本的な解決には至っていないようである。

著者らは、重大な疾患であり、かつ西洋医学的治療が一種の行き詰まりを見せているこのRAに苦しむ患者に対して、漢方および鍼灸による治療がどの程度有効であるかについて、当診療所開設以来6ヵ月間にわたって検討してきた。勿論RAは長期の治療と観察を要する慢性疾患であり、短期間の結果で結論を出すべきではないが、RAに対する漢方と鍼灸の治療効果、およびRAの治療方針につき、ある程度の概要を知ることができたので、第一報としてその大略を報告する。

対象および方法

対象は昭和57年5月1日より同年10月31日までに当診療所を受診したRAの患者47名であり、男8名、女39名、男女比は約1:5で、男女比の全国平均約1:3~4よりやや女性が多い傾向にある(表1)。患者の年齢分布は表2の通りであり、50才から59才までの年齢層がもっとも多く、平均年齢は54.5才であった。患者の年齢分布はRAの好発年齢が20才から50才までである³⁾ことに比べると、やや高年齢層に傾いているが、これは東洋医学的治療を希望して当診療所を受診する時点で、患者はRA発病以来かなり年数が経過しており、西洋医学的治療

表 1

＜慢性関節リウマチの症例＞		
総 数		47 名
男		8 名
(女		39 名
男女比	:	約 1 対 5

表 2

○ 年 令 層	
20 ~ 29 才	2 名
30 ~ 39 才	5 名
40 ~ 49 才	9 名
50 ~ 59 才	17 名
60 ~ 69 才	8 名
70 ~ 79 才	5 名
80 ~ 89 才	1 名
○ 平均 年 令	: 54.5 才

表 3

診断基準による分類	
Classical R.A.	: 11名
Definite R.A.	: 20名
Probable R.A.	: 11名
Possible R.A.	: 5名

表 4

クラス別分類	
Class 1	: 8名
Class 2	: 25名
Class 3	: 10名
Class 4	: 4名

で完治しないために当診療所を受診した、ということの意味しているものと考えられる。また、実際に47名の患者のうちで、R A発病後経過の短い患者は少数に過ぎなかった。

アメリカリウマチ協会の診断基準⁴⁾に従って患者を分類すると表3のようになり、大部分の患者はR Aであることが確定的であった。

患者のR Aの病期(stage)の分類については、今回は患者全員に罹患関節のレントゲン撮影を行なうことが不可能であったので実施しなかった。しかし、患者の罹患関節の肉眼的所見から、大部分の患者はstage II, III, IVに相当するものと想像され、stage Iに属する患者は少数に過ぎなかったと考えられた。

R Aの機能障害度の分類では、患者の多くはclass 2, 3に属し(表4)、少なからず機能障害のある患者が多いことがわかった。

R Aの患者47名に対して漢方と鍼灸による治療を行なったが、その内容は表5の通りである。全症例に漢方治療を行ない、そのうち32名は煎剤で、15名は保険適用のエキス剤で治療した。また、47名のうち19名、すなわち約40%の患者に鍼灸治療を併用した。

R Aの治療効果の判定基準として、西洋医学的に

表 5

全症例の治療内容	
漢方	
せんじ薬	: 32名
(エキス剤)	: 15名
はり・きゅう	
併用例	: 19名
併用率	: 40%

表 6

有効度の判定基準	
著効	: 症状の著明改善と検査値の改善
有効	: 症状の改善と検査値の改善
やや有効	: 症状の軽度改善
不変	: 症状が変わらないもの
悪化	: 症状および検査値の悪化するもの
不明	: 脱落もしくは経過が短かいため効不明のもの
(著効・有効・やや有効を有効群とする)	

はLansbury 評価法^{5,6)}や7日間変動試験⁷⁾が使われるが、今回は東洋医学の治療による効果の特殊性を考え、著者ら独自の有効度の判定基準(表6)を作製し、それにもとづいて治療効果の判定を行なった。具体的に述べると、患者の自覚症状の上で機能障害度が2度以上改善し、血液検査上、CRP, R A-テスト、赤血球沈降速度(赤沈)、貧血の程度などが改善されたものを著効、機能障害度が1度改善し、血液検査値が改善されたものを有効、機能障害度は変化はないが、問診で痛み、朝のこわばりなどが楽になったという回答が得られ、血液検査値は変わらないものをやや有効とし、症状が変わらないもの(検査値も変わらない)を不変、症状と検査値が悪化するものを悪化とした。

また、少数の重症患者に対しては西洋医学的薬物を併用したが、それによると思われる治療効果は今回の有効度の判定にあたっては考慮に入れていない。

結 果

東洋医学的治療の特殊性(効果が発現するまでに比較的長い時日を要する)と、R Aという疾患の特

表 7

治療継続度別分類	
○ 脱落・中止群	21 名
○ 治療継続群	26 名
計	47 名

表 8

脱落・中止群の診断基準別・クラス別分類			
Classical R.A. : 4 名	Class I : 1 名		
Definite R.A. : 10 名	Class II : 12 名		
Probable R.A. : 7 名	Class III : 5 名		
	Class IV : 3 名		
計 21 名	計 21 名		

殊性（経過の非常に長い慢性疾患である）とから、ある程度の患者が東洋医学的治療を中止し、あるいはそれから脱落することは止むを得ないのであるが、著者らの症例では、治療継続度で分類すると、脱落・中止群が47名中の21名、約44%の高きに達した。これには後述するような種々の要因があるのであるが、診療にたずさわった著者らの未熟と力量不足にも一因があり、なお今後改善の余地があると反省している（表7）。

脱落・中止群が治療継続群に比し、R.A.の診断基準や機能障害度、あるいは治療内容や有効度などの上でいかなる相違があるか、という問題に関して興味を持たれたので、それぞれの項目につき、両群で比較した。

表8は脱落・中止群の診断基準および機能障害度別分類である。診断基準別では全例がClassical, Definite, あるいはProbable R.A.であり、機能障害度も殆んどがクラスⅡ、Ⅲ、Ⅳに属し、比較的重症のR.A.患者が多いのが目立った。

一方、治療継続群の診断基準別、および機能障害度別分類は表9に示す通りである。この表で見ると、診断基準別ではClassical, Definite, およびProbable R.A.も多いが、Possible R.A.も5名含まれており、機能障害度もクラスⅡ、Ⅲは多いが、クラスⅣは少なく、またクラスⅠが7名あり、日常生

表 9

治療継続群の診断基準別・クラス別分類			
Classical R.A. : 7 名	Class I : 7 名		
Definite R.A. : 10 名	Class II : 13 名		
Probable R.A. : 4 名	Class III : 5 名		
Possible R.A. : 5 名	Class IV : 1 名		
計 26 名	計 26 名		

表10

脱落・中止群の治療内容・平均通院日数			
せんじ薬 : 11 名	はり・きゅう治療併用 : 5 名		
エキス剤 : 10 名	併用率 : 24%		
計 21 名			
平均通院日数 : 22.1 日			
1日のみ受診の症例 : 7 名			
(エキス剤5名, せんじ薬2名)			

活にあまり支障のない軽症の患者も多いことが注目された。

脱落・中止群の治療内容は表10に示す通りであり、漢方治療の場合は煎剤が11名、エキス剤が10名で、表5と比較してもわかるようにエキス剤に対応した患者の割合が多かった。また、鍼灸治療を併用した患者も5名にとどまり、この群の患者の24%に過ぎず、表5で示されたような全症例に対する鍼灸治療併用率40%に比べ、かなり低いことがわかった。そして脱落・中止群の平均通院日数はわずか22.1日であり、ごく短期間のうちに脱落していることが理解された。さらに、初診日に1日だけ受診したのみで、以後音信不通で効果不明の患者が7名の高きにのぼった。それらの患者の漢方治療の内訳は煎剤が2名、エキス剤が5名であった。

一方、治療継続群の患者の治療内容は表11の通りである。漢方治療では、煎剤の場合が21名であり、エキス剤で来診が続いている患者は5名に過ぎない。すなわち、表10と照らし合わせると、煎剤の場合の受診継続率は、65.6%であるのに対して、エキス剤の場合のそれは33.3%にとどまり、R.A.患者にエキス剤に対応した場合にはその3分の2の患者が脱落するという結果が得られた。また、鍼灸治療を併用した患者は14名であり、この群の患者の54%に

述していた。治療継続群の患者の平均通院日数は72.1日であり、そのうちで3ヶ月以上受診を続けている患者は10名であった。

次に脱落・中止群と治療継続群の有効度別分類と有効率を比較した。まず脱落・中止群のそれを表12に示す。有効は1名(煎剤による症例)、やや有効は5名(煎剤による症例4名、エキス剤による症例1名)で、有効群は6名にとどまり、有効率は29%であった。ただし、初診日1日のみ受診して以後受診せず、効果不明の症例を除いた場合の有効率は約43%であった。なお、悪化の1名は初診時にすでに心弁膜障害によると思われる心不全の状態にあるきわめて重症の患者で、変製心気飲を投与したが、その後受診がなく、後日心不全で死亡した、という連絡を受けた症例である。脱落・中止群の中で、有効群の患者6名が脱落しているが、その詳細な理由は不明である。

一方、治療継続群の有効度別分類と有効率は表13に示す通りである。著効2名、有効8名、やや有効6名、有効群は計16名であり、そのうち煎剤で効果を得られた症例は13名で、エキス剤の場合のそれは

表11

治療継続群の治療内容・平均通院日数	
せんじ薬: 21名	はり・きょう治療併用: 14名
エキス剤: 5名	併用率 = 54%
計 26名	
平均通院日数: 72.1日	
(3ヶ月以上通院の症例: 10名)	

表12

脱落・中止群の有効度別分類と有効率	
著効: 0名	
有効: 1名 (せんじ薬 1名・エキス剤 0名)	
やや有効: 5名 (せんじ薬 4名・エキス剤 1名)	
不変: 3名 (せんじ薬 2名・エキス剤 1名)	
悪化: 1名 (せんじ薬 1名・エキス剤 0名)	
不明: 11名 (せんじ薬 4名・エキス剤 8名)	
有効群: 6名 (せんじ薬 5名・エキス剤 1名)	
有効率: $6/21 \times 100 = 29\%$	
〃 (1日のみ受診で不明を除いた場合): $6/14 \times 100 = 43\%$	

3名に過ぎない。とくに著効の2名はいずれも煎剤による症例である。有効率は全体で62%、治療期間が短い(3週間未満)ために効果の判定が不能の症例を除いた場合の有効率は73%であった。なお、悪化例2名のうち、1名は種々の処方の煎剤が無効であり、鍼灸治療のみで経過を追っている症例であり、鍼灸治療による鎮痛効果は認められているが、血液検査所見は悪化している患者である。他の1名は当診療所初診時、五十肩として治療していたが、その後RAとわかり、急速に症状が悪化し、煎剤の処方を種々試みたが効果が得られず、現在は消炎鎮痛剤その他の西洋医薬と鍼灸治療を主とし、漢方を従として悪化の進行を防いでいる老人のRAの症例である。

次に全症例47名の有効度別分類と有効率を表14に示す。著効2名、有効9名、やや有効11名、有効群は計22名で、有効率は47%という結果が得られた。

表13

治療継続群の有効度別分類と有効率	
著効: 2名 (せんじ薬 2名・エキス剤 0名)	
有効: 8名 (せんじ薬 6名・エキス剤 2名)	
やや有効: 6名 (せんじ薬 5名・エキス剤 1名)	
不変: 4名 (せんじ薬 2名・エキス剤 2名)	
不明: 4名 (せんじ薬 4名・エキス剤 0名)	(期間短いため)
悪化: 2名 (せんじ薬 2名・エキス剤 0名)	
有効群: 16名 (せんじ薬 13名・エキス剤 3名)	
有効率: $16/26 \times 100 = 62\%$	
〃 (不明を除いた場合): $16/22 \times 100 = 73\%$	

表14

全症例の有効度別分類と有効率	
著効: 2名 (せんじ薬 2名・エキス剤 0名)	
有効: 9名 (せんじ薬 7名・エキス剤 2名)	
やや有効: 11名 (せんじ薬 9名・エキス剤 2名)	
不変: 7名 (せんじ薬 4名・エキス剤 3名)	
不明: 11名 (せんじ薬 4名・エキス剤 8名)	(脱落)
不明: 4名 (せんじ薬 4名・エキス剤 0名)	(期間短いため)
悪化: 3名 (せんじ薬 2名・エキス剤 0名)	
有効群: 22名 (せんじ薬 18名・エキス剤 4名)	
有効率: $22/47 \times 100 = 47\%$	
〃 (不明を除いた場合): $22/32 \times 100 = 70\%$	

表15

剤型別の有効率の比較	
○せんじ薬の有効率:	
18/32 × 100 ÷ 57 %	
○エキス剤の有効率:	
4/15 × 100 ÷ 27 %	

有効群のうち、煎剤による症例は18名、エキス剤による症例は4名であった。なお、脱落や治療期間が短いことによる不明の症例を除いた場合の有効率は70%であった。

全症例について、煎剤とエキス剤のそれぞれの有効率の比較を行なった結果は表15の通りである。各剤型のうち、煎剤の場合の有効率は57%に達したのに対し、エキス剤の場合のそれは27%にとどまった。なお各剤型の薬剤の使用量と使用分量は次の通りである。煎剤の場合は市販の生薬を各処方ごとに調剤し、煎剤パックに入れ、封をして1日分とし、患者に微火で三合から一合半になるまで煎じさせた。生姜は乾生姜を使用せず、市販のヒネショウガを買わせ、五円硬貨大に切ってその三片（約2～3gに相当する）を1日分として煎じる前に入れた（ただし、処方構成に生姜が含まれる場合に限る）。生薬の使用分量は当診療所独自の処方集にもとづいており（一般のそれよりやや少ないか、あるいは同等である）、患者の状態によって各生薬の増減を行ったり、あるいは処方の加減を頻繁に行なった。エキス剤の場合は各製薬会社のものを使用した。剤型は顆粒、微細粒、散剤、錠剤などである。使用分量は各製薬会社の定めた規定量の上限からその約1.5倍量までの量であり、合方の場合には甘草の重複に注意しながら適当な量で行なった。

使用した処方では多岐にわたり、古方では桂枝加附子湯の加味方、桂枝芍薬知母湯、越婢加朮湯、甘草附子湯、附子湯、真武湯など、後世方では六物附子湯、舒筋立安散、明医薏苡仁湯、五積散、防風通聖散料、通気防風湯、清湿化痰湯、大防風湯、靈仙除痛湯、九味杞榔湯などであった。そのうち、有効群で使用された処方、多い順に列挙すると次の通りである。煎剤の場合は、①桂枝加朮附湯加味（桂

表16

有効群・非有効群のはり・きゅう併用率の比較		
	はり・きゅう併用例	併用率
有効群 22名	11名	50%
非有効群 25名	8名	32%
全症例 47名	19名	40%

枝加附子湯の加味方）11例、②防風通聖散料加味2例、③桂枝芍薬知母湯1例、六物附子湯加味1例、五積散加味1例、通気防風湯加味1例、清湿化痰湯1例、エキス剤の場合は、①桂枝加朮附湯加味3例、②九味杞榔湯加味1例である。なお、煎剤でもっとも効果の高かった桂枝加朮附湯の加味の内容は次の通りであった。まず、殆んどの場合薏苡仁を加味し、脾虚証があれば人参、白朮、黄耆を、盗汗があれば黄耆、別甲を、微熱や高熱があれば柴胡、人参、白朮、別甲を、関節の炎症があり、熱症状があれば麻黄、石膏を（この場合はいわゆる桂枝越婢湯加茯苓薏苡仁となる）それぞれ加味した。このようにして対処した桂枝加朮附湯加味の有効率は55%であった。次に基本となった桂枝加朮附湯加薏苡仁の構成生薬の分量を示す。桂枝（桂皮）4g、芍薬6g、甘草0.5g、大棗2g、茯苓6g、蒼朮5.5g、炮附子0.3～5g（症状に応じて変動）、薏苡仁6～8g、生姜五円硬貨大三片、以上が1日分である。

次に東洋医学的治療が有効であった患者群と、有効でなかった患者群とで、鍼灸治療の併用率を比較すると、表16のような結果が得られた。すなわち、有効群22名中、鍼灸治療はその50%にあたる11名に併用したのに対し、非有効群25名では8名、32%にしか鍼灸治療を併用していなかった。この結果から、RAに対しては鍼灸治療を併用することが、その治療効果をより高め、有効率を上昇させるであろうことが推察された。なお、鍼灸治療は脾、腎経を主とする経絡治療とともに、主に皮内針による局所治療を重視し、鍼刺激は弱刺激を原則とした。灸、灸頭鍼などの灸治療を冷えのある患者では行なつた。

インドメサシンやD-ペニシラミンによる西洋医

学的治療はケースバイケースで行なっているが、それによる効果は今回の治療効果判定にあたっては考慮されておらず、今回の成績は純粋に漢方と鍼灸による治療効果を調べたものである。

考 按

慢性関節リウマチ (RA) に関する記載は東西両医学ともにきわめて古くからあるが、東洋医学における最初の記載は黄帝内経素問にすでにあり、風、寒、湿の三気によって起こるとされる「痺」がそれにあたる⁸⁾。素問の痺論篇第四十三にその内容が詳しく述べられているので、ここでは詳述を避けるが、各文章の中にはかなりの確にRAの病態を言い表わしているものもある。

RAの漢方治療について最初に記録されたのは後漢末に張仲景が書いたとされる漢方の最古の文献、「傷寒雜病論」であり、その後半の「金匱要略」の中風歴節病脈証併治第五に述べられている⁹⁾。この篇に記載されている処方の中で、現在も日本でよく使われているのは桂枝芍薬知母湯、烏頭湯、越婢加朮湯であろう。RAはここでは「歴節」と表現されており、RAの語源が古代ギリシア語の「流れ」を意味する *rheuma* であることと比較して興味を持たれる。

時代は下り、やがて金、元の時代の後世派医学の興隆を経て、明の時代にそれらが集大成されるのであるが、RAの呼び名や病因論も次第に変わり、その頃はRAは一般には「痛風」と呼ばれるようになり、また、病因も外因より内因を重視する傾向となったようである。ただし、この「痛風」なる用語も純粋にRAのみを指すものではなく、広く関節の痛みを伴う疾患群を表現したもののものであり、また、その意味も時代の流れとともに微妙に変化しているように思われる¹⁰⁾¹¹⁾。しかし、これはRAその他の関節疾患の病態が複雑であるという性質上、止むを得なかったことであろう。一方、この時代にも「歴節」¹²⁾、「歴節風」あるいは「白虎歴節風」などという用語はまだ用いられており、RAなどを指していたと思われる。ただ、その意味するところは「痛風」の意味と全く同一とはいえず、用語の混乱もあるようであり、そのあたりの意義の違いは龔

廷賢の名著である「万病回春」¹³⁾や、日本の後世派漢方の指針書である「衆方規矩」¹⁴⁾、「古今方集」¹⁵⁾などで読み取れないこともない。ことに「古今方集」では「痛風」の項の所に「附白虎歴節風」と小字体で書き足されているのが注目され、両者が区別されていることがわかる。なお、RAの病期の進んだ状態を意味すると思われる「鶴膝風」という用語も用いられ、「痛風」と区別されていたようであるが¹⁶⁾、詳述は避ける。

RAの用語に関する考証学的考察は専門の論文¹⁷⁾にゆずるが、RAの治療にあたって、古典にもとづいて漢方を応用しようとする場合にRAの古文献での用語は重要な問題であると考えられる。

さて、日本において後世派医学が隆盛期にあった頃、「傷寒論」、「金匱要略」に記載されている処方の重要性を主張した古方派が抬頭し、吉益東洞においてその完成を見た。彼は古方を応用する中で多くの処方を考案したが、それらのうち桂枝加附子湯に蒼朮、茯苓を加味した桂枝加苓朮附湯という処方がある¹⁸⁾。この処方はその後、古方派によって受け継がれ、尾台榕堂もそれについて記している¹⁹⁾。本方をRAの一部に応用するのは浅田流漢方の方針であるようであり、ことに本方に薏苡仁を加味した、略称、桂朮苓附加薏苡仁は高橋により詳述されている²⁰⁾。著者らはこの桂枝加苓朮附湯加薏苡仁を中心に、種々の加味を行なってRA患者の多くに投与し、既述の如き結果を得た。本方のほかに他の古方や数多くの後世方も試みたが、見るべき効果をあまり得ることができなかった。RAに対して、「傷寒論」中の処方である桂枝加附子湯の加味方がもっとも効果的であったことは、RAの病態が、経過の長短は別として、「傷寒」というものの病態とよく類似していることと照らし合わせて、きわめて興味を持たれるところであるが、詳細は今後の検討に待つ。

RAの漢方的病態像は複雑であり、一概に素問に述べられている如く、風、寒、湿であるとは考えにくい。外因としてのそれらが発病の誘因となり、また病状を悪化させる原因とはなるであろうが、さらに内因も考慮せねばならないと考えられる。とくに気血水理論という水がRA患者の内部環境でわざわざ

いしているのではないかと思われ、だからこそ蒼朮、茯苓、薏苡仁などの駆水作用のある薬物を組み合わせた桂枝加苓朮附湯加薏苡仁が効果的であったのであろう。なお、水による障害、いわゆる「水毒」のほかにRA患者には表証もあり、また八綱弁証でいう寒証、虚証で陰証の場合が多いので本方が効果を示したということも考えられる。ただし、RA患者の中には、防風通聖散料加味が有効であった症例が2例見られたことでもわかるように、寒、虚証ばかりではなく、熱、実証の者もあるので、RAの漢方治療にあたっては、弁証を確実にしなければならないことは論を待たない。

RAと血虚、血熱との関連を述べた文献も少なくなく¹²⁾、現代、本邦でも瘀血との相関を調べる試みもなされているようである。もちろん気、血、水はすべて相関するものであり、気、血の調和の乱れもRAの病態の説明に必要であろうが、著者らはこの問題について現在研究中であり、結論を述べる段階にない。ただし、気虚、ことに脾気虚については、RAと明らかに関連があると考えており、RAの患者には脾気虚を呈する人が多いようである。そのような患者では人参、白朮、陳皮、半夏、黄耆などを加味して、いわゆる六君子湯との合方の形にしたり、補中益気湯を合方したりして症状の改善に成功することが多い。なお、RAと脾、腎との関連についてはすでに李東垣が述べている²¹⁾ので詳述しない。

重症のRA患者の場合、手背や足背に浮腫をきたすことがあり、そのような患者には甘草を去る配慮が必要である。なお、当診療所での甘草の使用量は一般よりかなり少ないが、それで十分であり、多く使う必要はないと著者らは考えている。また浮腫のある患者では人参はもちろん加味しない。

鍼灸治療は併用した方が併用しない場合より有効率が高くなることは既述の結果から確実のようである。この経験から、著者らはRA患者に対してより高頻度に鍼灸治療を併用する考えでいる。ことに冷えと痛みを伴う寒証、虚証の患者では、鍼灸治療は絶対適応と思われるので、今後、治療の一環としてもっと取り入れていく予定である。また、脾気虚のRA患者も鍼灸治療の適応と思われるので、脾経

を取穴するなどの検討を重ねていきたい。ただ、RAは消耗性の疾患であるので、強い刺激は病状をかえって悪化させかねない。著者らは今回の症例では幸い、鍼灸治療で症状を悪化させた症例はなかったが、RAの鍼灸治療にあたっては高度の技術が必要であるので、今後より一層研究を重ね、虚実、寒熱、などの弁別を厳密に行ない、慎重に施術にあたるよう心がけるつもりである。

「鍼灸は輔治の要術なり。痼疾もっともその治効を明らかにすべし」とは浅田宗伯が「栗園医訓五十七則」の中で述べた言葉であるが²²⁾、きわめて含蓄に富む文章であり、「痼疾」の最たる疾患であるRAにおいては、鍼灸治療をより一層活用して、RAに対する治療の有効率と個々の患者の治療成績をより高めるべきであると考えている。

今回の症例では脱落・中止群が非常に高率であり、著者らの力量不足がその一因であったが、既述の結果から言えることは、脱落、中止群には比較的重症の患者が多く、それらの患者に対し、約半数は煎剤より効果の劣るエキス剤で対応し、しかも鍼灸治療の併用率もきわめて低い、ということであった。これらの結果から、RAの患者に対しては、最初から効果の高い煎剤を投与し、鍼灸治療を併用し、重症者の場合は西洋医学的治療も併用すべきであり、今回の結果は著者らにとって反省の材料となり、今後の治療方針を立てる上での良い指標となった。なお、脱落・中止群には煎剤で有効群が入っていたにもかかわらず、脱落した者が5名あったが、それらの患者が脱落したのは、煎じる手間を嫌ったためか、あるいは他の理由によるのか、詳細は不明である。いずれにせよ、RAの治療には長い期間を要することを患者に説得することが著者らに不足していたことは反省させられた。

最後に、西洋医学的治療の併用の是非と安静の指導、食事指導その他について述べる。西洋医学的薬物に関しては、患者の殆んどは初診時までに医師にかかっており、種々の薬剤を使用している。著者らは診察の時にそれらの薬物を調べたり尋ねたりして、当診療所で用意出来る場合は漢方と併用して投与し、その他の場合は他院への通院を続けさせている。その理由は、これらの薬物を長期連用している

場合に、それらを一度に中止すると、禁断症状や rebound phenomenon を来し、患者に好ましくない影響を与えるからである。このようにして漢方と西洋医学的薬物を併用しながら、症状に合わせて後者を漸減していく方針をとっている。協力的な患者の場合は、この方針が成功することが多い。なお、重症のRAの患者で西洋医学的薬物が絶対欠かせない場合もあることは確かであり、そのような患者には鍼灸治療と漢方とをうまく組み合わせていくことが最善の策であろう。なお、初診時にすでに他院でステロイドホルモンを年余にわたって投与されているいわゆるステロイド依存性の患者は漢方および鍼灸治療の効果発現が最も困難であり、過去と同量のステロイドホルモンを年余にわたり、院内で投与するか、または他院で続けさせる以外にないと考ええる。そして漢方と鍼灸治療を長期間続けながら徐々にステロイドホルモンを漸減していくのが妥当であろう。また、RAの活動度の高い症例では、筆者らは漢方と鍼灸治療を根気良く続ける一方で、非ステロイド性消炎鎮痛剤を第一選択として投与し、安静を守らせることを原則としており、ステロイド使用は可及的に避けることを心がけている。

安静に関しては、原則として患者に午前と午後1時間ずつの安静時間をとるよう指導しているが、症状に応じて安静時間の長さは適度に増減している。

食事指導については果物などのような冷やす性質の食物を制限するよう注意している。

RAは経過のきわめて長い疾患で患者の悩みも少なくないので、以上の治療方針に加えて、患者に精神的な励ましを与えることが治療を続けさせる上で不可欠の要素のようである。RAの患者の治療にあたる診療者側の熱意がRA患者の治療成績に重要な意義をもつ、ということが今回の成績から反省させられた。

まとめ

慢性関節リウマチの患者47名に対して、漢方と鍼灸による治療を行なった結果、次の成績を得た。

1. 漢方治療の場合、煎剤では57%、エキス剤で

は27%、全症例では47%の有効率が得られた。

2. もっとも有効であった処方桂枝加苓朮湯加味であり、その有効率は55%であった。

3. 鍼灸治療の併用率は、有効群が非有効群に比して有意に高く、鍼灸治療の併用が有益であることが推察された。

4. 脱落、中止群は21名であり、比較的重症者が多く、治療内容の面で問題があった。

5. 最善の治療方針は煎剤による漢方治療と鍼灸治療を併用し、場合により西洋医学的治療をも併用することであると思われた。

今回の報告は最終的なものではなく、当診療所開設以来6カ月の資料をまとめた第一報にすぎない。今回の成績を反省し、参考にしながら今後治療成績の改善に努め、その結果を後日続けて報告する予定である。

(なお、本論文の要旨は昭和57年度の日本東洋医学関西支部例会(大阪)で報告された。)

(稿を終るにあたり、本論文を御校閲いただいた大阪府鍼灸師会会長、森秀太郎先生および日本鍼灸師会監事、三木健次先生に深謝します。)

文 献

- 1) 塩川優一編：内科MOOK 13 「慢性関節リウマチ」p. 1～2、金原出版、1980
- 2) 同 上、P. 123～130、1980
- 3) 山村雄一監修：図説臨床内科講座、第15巻「免疫〔2-B〕」p. 62、メジカルビュー社、1982
- 4) Ropes, M. W. et al. : Revision of diagnostic Criteria for rheumatoid arthritis. Bull. Rheum. Dis., 9 : 175～176, 1958
- 5) Lansbury, J. : Arthritis and Allied Conditions, p. 269, 7th ed. by Hollander, J. L., Lea & Febiger, Philadelphia, 1966
- 6) Macarty, D. J. : Method for evaluating rheumatoid arthritis. Arthritis and Allied Conditions, p. 419～438, 8th ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1972
- 7) Cooperating Clinics Committee of the American Rheumatism Association : A seven-day variability study of 499 patients with peripheral rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum., 8 : 302～335, 1965

- 8) 黄帝内経素問, 「痺論篇第四十三」, p. 240~246, 人民衛生出版社, 1963
- 9) 日本漢方協会学術部編: 傷寒雜病論, (「傷寒論」「金匱要略」), 「中風歴節病脈証併治第五」, p. 129~133, 1981
- 10) 虞搏: 医学正伝, p. 212~218, 人民衛生出版社, 1981 (原版刊行 1515)
- 11) 李挺: 医学入門, 台連国風出版社, p. 400~401, 1979 (原版刊行 1575)
- 12) 許浚: 東医宝鑑, p. 372~373, 台連国風出版社, 1977 (原版刊行 1613)
- 13) 龔廷賢: 万病回春, 医林書局, 下冊, p. 53~57, 発行年不明 (原版刊行 1587)
- 14) 曲直瀬道三, 他: 衆方規矩, p. 199~204, 燎原書店 1980 (原版刊行 1843)
- 15) 甲賀通元: 古今方彙, p. 98~100, 神戸かんぽう会 1977 (原版刊行 1745)
- 16) 江瓊: 名医類案, p. 177, p. 235~238, 人民衛生出版社, 1982 (原版刊行 1549)
- 17) 鈴木修二: 痛風病名史考, リウマチ, 9: 139~144, 1969
- 18) 大塚敬節, 矢数道明編: 近世漢方医学書集成, 11, 吉益東洞, 「東洞先生投剤証録」, p. 431, 名著出版, 1979
- 19) 大塚敬節, 矢数道明編: 近世漢方医学書集成, 57, 尾台榕堂, 「類聚方広義」, p. 69, 名著出版, 1980
- 20) 高橋道史: 浅田流漢方診療の実際, p. 46, 医道の日本社, 1980
- 21) 江瓊: 名医類案, p. 235, 人民衛生出版社, 1982 (原版刊行 1549)
- 22) 浅田宗伯: 橘窓書影, p. 12, 燎原書店, 1976 (原版刊行 1879)

(1983年2月7日受付)