

漢方医学の初歩的概論：グローバル化に向けて

佐藤 広康

漢方医学は、西洋医学ではまだ病気という状態に達していない場合でも、これを「未病」という概念で捉え治療する¹⁾。まさに予防医学的医療といえる。「未病とは、自覚症状はないが、検査値に異常が認められ、放っておくと病気になるもの。または自覚症状はあるが、検査値には異常が認められない状態」と定義している。漢方医学では健康と病気を連続した状態の変化として捉えており、未病は健康と病気の間の境界域の位置にある状態と考える。健康から病気・病態の方向に向いているベクトルを、逆の健康に向いたベクトルに回復させることを未病制御という。西洋医学的には早期発見・早期治療といえる。

漢方教育では、「気うつ」や「瘀血^{おけつ}」に対して古典的な論理に基づいた漢方処方という内容ではなく、西洋医学的に薬理作用メカニズムを含めた基礎・臨床医学的エビデンスから行うことが、まだ知識の乏しい初心者への導入には大切ではないかと考えている²⁾。「証」を基盤とする漢方医学の教育には難解さを伴うが、漢方医学の理解を容易にするためには重要である。処方が難しく、臨床では敬遠されがちな医薬品であるが、今後の治療体系の一環として避けていくことはできない。そのため、誰でも理解できるようなグローバル化が必要である。

東洋医学と西洋医学

漢方医学は伝統的な医学である。西洋医学が実証的、科学的であるのに対して、先人の治療経験を集積し、哲学的とも思われる治療体系を組み立てている^{3,4)}。東洋医学独特の診断法、「証」は検査機器のない時代における臨床精密検査データに匹敵する。漢方医学では人間の心の働きも身体の構造・機能も、すべて「気」によって支えられ（「心身一如」）、心と身体を不可分、不即不離のものとしている。一つの器官を重視せず、身体全体の調和を図る全人的医療を行う（表1）。つまり「証」を診断し、「随証療法」が執り行われる。一方、西洋医学は客観的、

表1. 漢方医学と西洋医学

	漢方医学	西洋医学
	特殊性, 個人	普遍妥当性, 画一的
病因	内因重視, 体質	外因重視
注目部位	全身, 正常部位	異常部位
病態把握	総合（全身）的, 症候複合	分析的, 数値化
局所と全体	局所－全体不可分 局所間の相関	局所の総和から全体
心身相関	心身一如（気力, 眼力, 発言）	二元論, 意識的
診断治療	診断＝治療（随証療法） 多成分, 未知成分関与	診断から治療 単一成分, 既知成分

分析的である。精神と身体を二元的に捉え、人間の存在を身体の物質的側面に偏って理解する点が大きく異なる。不定愁訴に関して東西医学の対比が明瞭である。西洋医学では通常の検査で異常を示さない症状を不定愁訴と診断する。神経質として精神安定剤などが投与される。漢方医学では症状がある限り病的状態と解釈し、脈、舌、腹証など多くの所見から「証」に基づいて治療される。また同じ症状であっても身体所見・体質の相違などにより、異なる漢方方剤が処方される（「同病異治」）。反対に西洋医学的には異なる疾患と判断される症状であっても、同一漢方方剤が処方される場合もある（「異病同治」⁵⁾。また、漢方医学にも病態に対して、対症療法（「標治法」）と根本療法（「本治法」）がある。「標治法」は急性症状の改善を、「本治法」は慢性疾患の治療や体質改善などを随証療法に基づいて治療する。

しかし、「証」の論理、決定に難解さがあり、初心者にはまったく別世界の医療と映る。この難解さをそのまま伝統医学として保持していくのではなく、誰でも解るような論理、処方に変更できるかがこれからの課題である。著者としては、全医療の中で漢方も一つの重要な治療法として確立していくには、万人に対して普遍性のあるものへの変更が必要ではないかと考えている。完全な西洋医学化は無理としても、少しでも歩み寄った解りやすい

特 集

ものにすべきである。そのためには、これまでの伝統的臨床経験（経験知）だけでなく、基礎医学・臨床薬理学による科学的エビデンス（科学知）に重点を置いたグローバル化が必要である。

漢方方剤の性格、特徴

西洋薬は一般的に精製された純粋な単一薬物である^{6,7)}。その作用機序は解明されており、標的臓器に一種の薬理作用を表わす。現在の西洋医学はある物質から抽出を繰り返し、ある疾患に有効成分のみを薬とする。ジギタリス、アトロピン、ツボクラリン、モルヒネなどの医薬品の起源は天然素材（生薬）からの単一成分である。古来、伝統的に使用されてきた薬草から余分なものを排除し、本来は別の疾患にも有効性があるにもかかわらず、一疾患にしか有効性がないものに変えてしまった。一方漢方薬の特徴は天然素材からの植物の種子、葉、根茎、根などを乾燥させたものや、貝殻、鉱物、昆虫などから構成されていることである。生薬多成分の複合剤で、統一性の作用機序の解明は難しいが、生薬本来の意義がここにある。また、副作用発現の軽減にもつながる。

漢方薬は陰・陽性両面の作用を有し、生体機能を調和し恒常性を維持する⁸⁾。薬理学的実験において、同じ漢方薬でも組織標本の投与前の状態（病態）に依存してまったく異なる方向性を表わす。二相性の薬効を有し薬理反応が逆転する。たとえば、ある漢方方剤は α と β アドレナミン受容体刺激作用の両方を持っている⁸⁾。これは相反する血管薬理作用である。病態時の標的組織の状態によって弛緩作用（cAMP）だけでなく、条件によっては収縮作用（IP₃）も引き起こす。つまり、生体機能の調和バランスをとることであり、生理機能を維持することを意味する^{9,10)}。漢方薬は生体機能の恒常性を堅持する。

また、漢方薬は複合多成分で構成されているので、その組み合わせで作用効果が異なってくる。芍薬を基本として考えると、甘草との組み合わせ（芍薬甘草湯）では神経筋接合部の遮断作用を表わす。当帰との組み合わせ（当帰芍薬散）の場合、補血作用といったように目的とする臨床効果が推移する。

東洋医学的診断「証」

日本漢方の診断・治療方法は「方証相対」といわれ、

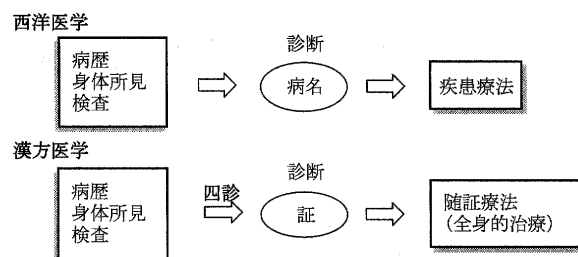


図1. 漢方医学の特殊性

漢方医学的病態「証」と漢方処方とを対応させて治療する³⁻⁵⁾。

図1に示すように、五感による診察法で、いわゆる「証」を決定し、「証」に基づいた漢方方剤を決定する手続き（「随証療法」）を行う。まず、「望・聞・問・切」の診察法（「四診」）がある。「四診」から東洋医学的疾患の情報を収集、分析、統合し、診断・証の型分類を行うことを「弁証」という。望は「望診」で視診のことである。「聞診」は聴覚と嗅覚を通じて行う診察法で、患者や家族との問答によって、患者の愁訴とその背景因子を探る。「切診」は直接患者の体に触れて行う診察法である。脈診や腹診はこの「切診」の中に含まれる。「切診」の中で西洋医学と大きく異なる点は腹診であろう。これらの診察法は相互に密接な関係にあり、得られた情報を整理し総合的に捉え、含有生薬の選択や漢方処方の目安とするのが漢方診断である。

「弁証」から適応する治療方法を決定することを「論治」、または「施治」という。漢方医学を特徴づけるものは「気（き）の思想」と「陰陽論（いんようろん）」である。漢方医学の病態把握には重要である。「四診」によって収集された情報を基にして、「気・血・水」「八綱弁証（はちこうへんしやう）」「六病位（ろくびょうい）」「五臓（ごそう）」などの弁証法から「証」が決定される。この「証」の中には病位、病因、病性、邪気と正気との盛衰などが包括されている。「八綱」とは、陰・陽・表・裏・寒・熱・虚・実を指し、弁証論治の基礎をなす。

事象の中には陰と陽の二面性があり、その間には不即不離の相互関係が存在する。たとえば、昼と夜、夏と冬、日向と日陰、天と地などである。生体の闘病反応にも陰陽の2型がある。生体の恒常性が崩れ、体力が弱り病毒の力が強くなっている時期で、生体の修復反応の性質が寒性、非活動性、沈降性の病態を「陰証」といい、体力が病毒の力を上回っている時期で、熱性、活動性、発揚

性の病態を「陽証」という。この陰陽二元論の概念から、「虚実」「表裏」「寒熱」などの二元的病態把握法が存在する。「虚証」は精気が衰え、病邪に対する生体の防御反応が衰えた体質をいい、「実証」は病邪に抵抗する体力がある体質をいう。「寒熱」とは急性疾患の罹患した時の自覚症状、特に温度感覚の表現である。「寒証」は新陳代謝の低下した状態で防御機能が低下し、自覚症状として冷えを感じる状態である。これに対し「熱証」は感染症初期にみられる発熱や炎症に対する生体の防御機構が備わっており、熱感を感じる状態である。なお、「陰証」は「寒証」を、「陽証」は「熱証」を表わすのが一般的である。

気・血・水の概念

生体を「気・血・水」の三要素でとらえる病態把握法を気血水論という^{4,5)}。生体は三者がバランスをとり、互いに調和して健康な状態を保持している。しかし、その平衡が崩れると、「気」(精神神経)、「血」(内分泌)、「水」(免疫)の関係は不調となり病態を発現する。

「気」とは普遍的に存在するエネルギーをいう。天気、空気、電気、磁気、景気などの「気」の付された用語はいずれもエネルギーを表現しており、元気、生氣、血気盛んなどの用語は生体の状態をよく表現している。この「気」の思想は漢方医学の病態把握の診断に重要な要因である。「気」の異常は「こころ」と「からだ」を結ぶ機能異常を意味し、自律神経異常や「気」の停滞などから引き起こされる。気の異常には「気虚」、「気滞(気うつ)」、「気逆(上衝)」がある。「気虚」は「気」の産生が低下状態にあり、だるい、気力がない、疲れやすい、声や眼に力がないなどの症状を表わす。「気滞」は「気」のうっ滞状態で、抑うつ、喉のつかえ感、胸のつまった感じ、腹部膨満感などを訴える。「気逆」は「気」の流動が逆転不順した状態であり、冷え、のぼせ、驚きやすい、発作性の頭痛、動悸などの症状として現れる。

「血」は血液を表わし、「気」によって高次の制御を受けている。血の異常には「血虚」と「瘀血」がある。「血虚」は血液作用の低下状態である。「血」の停滞は、微小部の循環障害で生理機能を失った血液に起因する症候群を「瘀血」という。うっ滞した血の病態では、口乾、色素沈着、眼の周りの隈、月経異常、腰痛のほか、不眠、不安といった精神症状などを訴える。血が不足した状態

である「血虚」では、顔色が悪い、皮膚の乾燥・荒れ、頭髮が抜けやすい、眼精疲労、こむらがりなどの症状を示す。

「水」は血液以外の体液で「津液」という。同じように停滞、貯留の性質をもつ。過剰体液の停滞を「水毒」、または「水滞」という。むくみ、尿量が少ない、拍動性の頭痛、頭が重い、胃部のポチャポチャ音(心下振水音)、気圧や天候に左右されるめまい、耳鳴りなどの症状を呈する。

六病位の概念

漢方医学の特色は病態(証)を固定的に捉えるのではなく、常に経時的に流動するものと考える点である³⁻⁵⁾。慢性疾患でも速度は遅いが、「陰」から「陽」の病態へ、また逆に「陽」から「陰」の病態へと流動する。西洋医学では病理組織学的所見や、あるいは各種の診断基準によって疾患病名を確定し、やや固定的に治療戦略を展開するのとは発想がまったく異なる。

漢方医学の重要な教科書、「傷寒雜病論」(219年、張仲景著)では、病は時間の経過とともに変化していくと記されている(表2)。「陽・陰」の病態をそれぞれ三つに分類し、全体として、六つの病期(「三陰三陽」):太陽病、少陽病、陽明病、太陰病、少陰病、厥陰病に分類している。発病初期の病態を陽性反応の第1期と総括的に認識し、「太陽病(期)」という。解熱後に身体熱感が残る、咳嗽、食欲不振などの遷延化した時期、陽性反応第2期を「少陽病(期)」という。最終的に病態が進行してショック状態になり、血圧低下、末梢循環不全、代謝率の低下

表2. 「証」診断のアプローチ

四診断法：望(含舌診)・聞・問・切(脈診、腹診)
気血水：病因の起源
五臓(肝心脾肺腎)：発症部位
八綱弁証：病態
陰・陽：総綱、総括
表・裏：病位(病気の進行深度)
寒・熱：病性(病気の状態) 機能低下・機能異常亢進
虚・実：病勢(体質)
六病位 病気の重症度：
三陽：太陽病、小陽病、陽明病
三陰：太陰病、小陰病、厥陰病

特 集

した病態を陰性反応の第3期、「厥陰病（期）」という。

さらに各病期では闘病反応が起こっている主たる部位が規定されている。「陽病」のうち、「太陽病」は闘病反応の病位が「表（体表面）」に、「少陽病」は「表裏」の間に、「陽明病」は深部の「裏（体内面）」に進行している。「陰病」は病が主として「裏」にある。したがって、各病期の特徴は、「陽病」では病の浅深が明確にされるが、「陰病」では病がすべて「裏」であるため、症候が分かれ難く病の緩急を表している。

EBM漢方と症例漢方療法

三千年の歴史（臨床薬理）によって施法を確立している漢方医学は、経験知による医療である。しかし、このままでは漢方医学は難解の域から脱することができないため、西洋医学的な薬理作用メカニズムの解明（科学知）が行われている。最近では二重盲検法を用いた臨床薬理学的解析も実施され、EBM漢方といわれる。

西洋医学では一般に症例療法が行われるが、漢方医学では症例に併せて処方しても効を奏さないことが多い。診断による「証」に合わせた「随証療法」を必要とするからである。つまり、漢方方剤はもともと東洋医学の「証」に合わせて作られているので、患者の「証」に合う漢方方剤（複合多成分薬）を選択しなければならない。しかしながら、漢方方剤にも少なからず症例療法が可能である。こむら返りに芍薬甘草湯^{しやくやく かんぞう とう}、認知症に抑肝散^{よくかんさん}、イレウス（腸閉塞）に大健中湯^{だいけんちゅう とう}などで、臨床で広く使用されている。

これからの展望

医科系教育は西洋医学が主体であり、医療内容も西洋医学が主流である。これからの全体的医療の方向はこれまでどおり西洋医学優先型で、相補・代替医療として漢方医療を活用していくべきであろう。しかし、医師に対するアンケートで、漢方薬を使わない理由に「薬理作用が不明瞭」「臨床データなどの情報が少ない」がある¹¹⁾。西洋医学と同様に漢方薬の基礎医学的・臨床的エビデンスの解明は進んでいるが、さらに解明していく必要があ

る。東洋医学では古典的で哲学的な表現が多く、専門用語や漢方方剤名など読めない漢字の使用などにも問題がある。

漢方薬の副作用に関する知識も重要で、西洋薬との相互作用を含めて適正使用が求められる。そのためにも、作用メカニズムの解明が必需である。生活習慣病や慢性疾患への応用、全人的医療などの漢方医学の特性に理解が深まり、さらに医療費を押し上げているとされる高齢者医療への漢方処方^{12,13)}の適応性が確認されつつあることも注目すべきである。漢方薬には「補剤」と呼ばれる生体の機能賦活作用があり、弱った機能を活性化させる処方^{ほちゅう}が少なくない。特にこれからの高齢化社会では、補中益気湯^{ほちゅう ぎき とう}や十全大補湯などの「補剤」の役割の重要性が浮上してくるであろう。また、著者らの研究では複合多成分薬の方が高齢者により著効することを認めている^{12,13)}。

漢方医学はさらに基礎薬理学的、また臨床的エビデンスからもさらに検討され、今後拡大していくものと確信する。これからの漢方教育は古来の難解な東洋医学概論ではなく、誰にでも理解できるように漢方医学の基本的解説と西洋医学的観点（エビデンス）からグローバル化していく必要がある。代替・相補医療として、基礎・臨床漢方医学のさらなる発展を期待する。

文 献

- 1) 日本未病システム学会編：未病医学 臨床，金芳堂（2006）。
- 2) 佐藤広康：日薬理誌，**132**，260（2008）。
- 3) 日本東洋医学会学術教育委員会編：入門漢方医学，日本東洋医学会（2002）。
- 4) 山田陽城ら編：学生のための漢方医薬学，南江堂（2007）。
- 5) 水野修一編：漢方内科学，メディカルユーコン（2007）。
- 6) 丁 宋鐵：漢方方剤の薬効・薬理，医歯薬出版（2009）。
- 7) 伊藤美千穂：生薬単，エヌ・ディー・エス（2007）。
- 8) Nishida, S. and Satoh, H.: *eCAM*, **4**, 335（2008）。
- 9) Satoh, H.: *Am. J. Chin. Med.*, **33**, 967（2005）。
- 10) Nishida, S. and Satoh, H.: *Life Sci.*, **79**, 1203（2006）。
- 11) 佐藤広康：日本東洋医学雑誌，**59**，821（2008）。
- 12) Nishida, S. and Satoh, H.: *Basics of Evidences-Based Herbal Medicine*, Signpost, p. 1（2010）。
- 13) Nishida, S. and Satoh, H.: *Basics of Evidences-Based Herbal Medicine*, Signpost, p. 69（2010）。