

診療 (依頼稿)

漢方治療の基礎知識

北里研究所附属東洋医学総合研究所

副所長 大塚 恭 男

Key words: Crude drugs and chemicals • Relationship between a recipe and its constituents • Decoction and crude extract preparation • How to avoid undesirable effects • How to learn traditional Sino-Japanese medicine

はじめに

昭和51年に漢方エキス製剤の相当数が薬価基準に載せられて、保険医療の対象となつて以来、一般医家による漢方治療が急速に普及してきた。永年漢方治療を行つてきた私どもにとって、このことは無論嬉しいことではあるが、その反面、漢方治療に関する基礎知識の欠除からおこつたと思われるトラブルを耳にすることも少なくない。現代医学の臨床家の場合、大学で専門教育を4年間受け、難しい国家試験を通つて医師になつても、すぐその翌日から自信をもつて患者を治療できるものでないことは誰しも感じていることと思う。現代医学とは異なつた歴史を経、異なつたバックグラウンドの上に構築されてきた漢方の治療の場合も同じことで、全くの基礎知識も無しに、製薬会社の添付した能書一枚を頼りにしてでは到底満足のいく治療ができるとは思われない。小著は基礎知識の更に基礎知識ともいふべきもので、到底意を尽くすことはできないと思うが、文末に若干の参考書や学習の便宜に役立ちそうなことを記し、読者の便を供することとした。

生薬と化学薬

生薬とは植物を主体とする天然物に水洗、乾燥、細切その他の簡単な操作を加えて、天然物としての特性をできるだけ保存した形で使用する薬物のことである。僅々100年位前までは西洋も東洋も薬物治療の主流をなしていたものは生薬であつた。しかし、19世紀中葉以後の化学技術の発展に伴い、生薬中の有効成分の単離、構造決定、合成、誘導体の作製などが熱心に行われ、次々と化学薬が誕生するに至つた。麻黄からエフェドリンが単離さ

れたのは1885年でありヤナギの樹皮からサリチル酸を経て、アスピリンが合成されたのは1899年のことである。また1910年にはエールリッヒ、秦によりサルバルサンが合成され、化学療法時代が開幕したのであつた。化学薬が医療にはたした役割の大きさについてはあらためて言うまでもないが、その華やかな歴史のかげに隠れて一時は絶滅に瀕した生薬が近年に至つて、ほぼ世界的なレベルで再評価が行われてきたのは興味深く思われる。

天然物に毒性が無いわけではない。モルヒネ、アトロピン、強心配糖体などいずれも天然物由来だが毒性はきわめて強い。現代医学が天然物から導入してきたのは、まずこの種の毒性は強いが、薬理効果のはつきりしているものだった。そして、漢方で日常使われている生薬には上記の類に比べればより緩和な薬理効果をもつものが大多数を占めており、これらの生薬に本格的な科学のメスが入つたのはこの10年余りのことである。人参、甘草、柴胡、大黄など、きわめて多彩な活性成分と薬理効果が明らかにされつつあるが、本格的な解明はなお今後のことであろう。

多くの生薬は多様な、そしてかなり屢々相互に拮抗し合うような活性成分を内蔵しており、それらが共存することによつて一個の調和のとれた有機体を作つていたのであり、その故にこそ人間のある特定の病態に適用した場合、望ましい方向に、望ましい強さで作用するということがおこり得るのではなからうか。人体がそうであるように、生薬の側にもある種のフィードバック的な機構が存在していて、単一物質の場合のように暴走しない

ようになっていないかと思われる。

生薬を使用する場合に、常に考慮しておかねばならないことは、いつも一定の力価をもつた薬物が提供できないということである。ビタミン B₁ の 10mg が常に一定の力価を示すようには甘草の 1g はいかない。従つて、同じ処方を与えていても、「前回のはよく効いたが、今回は余り効かない」というような苦情を言われることは稀ではない。ある時などは、3カ月ほども補中益気湯という処方を出していて順調な経過をとつていたのに、ある時に薬を持ち帰つた翌日に、「昨日の薬を飲んでから小便が出難くなつてむくんできた」という電話がかかつてきた。補中益気湯には甘草 1.5g が含まれているので、恐らくそのためと思われるが、この時に使用した甘草の力価がたまたま高かつたためであろう。

エキス剤を使う場合は原料生薬にどんなものを使つているかは全く分らない。A社とB社の製品には差があつて当然だし、A社のものに限つてもロットが違えば力価は異なつてくる筈である。医師としては業者の良心を信用するしかない。今後とも、信用に応えるようなよい材料を使つて欲しいものである。

処方単位の治療

生薬治療の特長については上述した通りだが、漢方では一味の生薬のみを使うことはむしろ例外で、多くは複数の生薬を配合した処方の形で使用している。例えば桂枝湯という処方は、桂枝 4、芍薬 4、大棗 4、生姜 4、甘草 2（一日量、単位グラム）から成つている。これらの中から何か一つの生薬を去つたり、あるいは逆に別な一つを追加したり、または生薬の量を変えたりすれば、それはもはや桂枝湯ではなくて、桂枝湯の加減方ないしは変方と呼ばれる。この種の加減方の中でもすでに評価の定着したものは別に公認された処方名が与えられて、原方と対等の取扱いを受けるようになる。たとえば、桂枝加附子湯、桂枝去生薬湯、桂枝加芍薬湯等々である。桂枝加芍薬湯の場合、原方と生薬の構成は全く同じであるが、芍薬の量を 6 グラムに増したものである。これら一群の処方は、ある共通性をもつものの、かなり異な

つた薬効が期待されている。つまり、対象とされる患者の体質はいずれの場合も比較的虚弱型であるという点では共通しているが、桂枝湯は感冒のような場合に、桂枝加附子湯は運動器の疼痛に、桂枝去芍薬湯は心悸亢進など自律神経症状に、桂枝加芍薬湯は鎮痛的にそれぞれ使用されるのである。

このように漢方処方は複数の生薬の組合せから成つていても、これら個々の生薬を恣意的に寄せ集めたものではなく、従つて個々の生薬の薬効の代数和的なものを期待するものでもない。処方はそれ自体一つの性格をもつたユニットとして行動することになるのであり、その点、現代医学で複数の薬を同時に出すのとは全く事情が違つている。しかし、漢方処方が方中の個々の生薬の性格を反映しているのは当然なので、処方を使う場合にもその構成生薬について十分な知識をもつことが望ましい。たとえば、桂枝湯と葛根湯とは使用目標がかなり異なつているが、共通した要素も多くもつている。葛根湯は桂枝湯を構成している 5 種の生薬をすべて含んでおり、そのほかに麻黄、葛根の 2 味が加わつた形となつている。従つて、この両者の差は、麻黄、葛根の存在にかかつてるのであり、これらについての知識があると、両処方を無理なく鑑別することができるわけである。幸い、この 10~20 年ほどの間に、生薬の化学的、薬理学的研究が長足の進歩をとげた。これまで、経験的に知られていたことが、事実をもつて裏付けられたという事例も少なくない。漢方治療を適確に行うには、マクロの眼とミクロの眼を二つながら働かせることが緊要であろう。

煎剤とエキス剤

漢方の伝統的な剤形で最も普通に行われてきたのは煎剤であり、ほかに少数の散剤、丸剤があつた。煎剤は通常複数の生薬の各一定量を一定量の水に入れ、30~40分位かけて水量が半分ぐらいになるまで煮つめ、ただちに滓をこして得た煎汁を 1 日 2~3 回に分服することになつている。

これらのほかに、最近は粗エキス製剤が多く出廻るようになり、特に昭和 51 年以降、その相当数が薬価基準に収載されるに至つて、漢方治療の主

流の座を奪った感がある。しかしながら、エキス剤の繁栄は2000年に及ぶ伝統的な漢方治療に対する評価の背景の上に立っているのであつて、エキス剤自身がかち得た評価ではないことを忘れてはなるまい。エキス剤が医療界にしつかりした根をおろすためには、今後のきびしい評価に堪えることが必要である。そして、そのためにはエキス剤の品質の良否が問われることは言うまでもないが、いかにすぐれた製剤が提供されても、適確に使用されなければいわば宝の持ち腐れになつてしまうのであつて、使用する医師の側の責任はきわめて重いと思われる。

前章で指摘したように、漢方方剤を使用する場合には、それを構成している生薬の性格を知ることが必要であるが、エキス剤を使う場合には、その中に含まれている生薬にまで思いを及ぼすことは一層困難になつてくる。端的な例をあげるなら、いま、葛根湯と人参湯を兼用する場合を考えると、葛根湯には甘草が2グラム、人参湯には同じく3グラムが含まれている。従つて両方合わせると5グラムという量になり、甘草の副作用として言われている尿不利、浮腫などの出現する可能性はきわめて高くなるのである。生薬を煎剤として出す場合には、まず起こり得ないことがエキス剤の場合には容易に起こり得てしまうのである。麻黄なども大いに問題となる。麻黄の含有されている処方を使う場合、筆者は特に細心の配慮をしている。消化器障害や中枢興奮などの副作用ならまだしも、時にはもつと恐るべき副作用をおこすことがあるからである。狭心症や心筋梗塞などの既往がある場合は発作を誘発する危険すらあり、あれほど、葛根湯や小青竜湯が頻用されていて、よく事故をおこさないものだと不思議に思うほどである。

生薬全般にまで配慮が及ばないとしても、麻黄と甘草ぐらひはぜひ慎重に扱つてもらいたいものである。

それに関連するが、漢方方剤はそれ自体すでに複雑な内容をもっている。小柴胡湯は肝炎をはじめ、多くの疾患に使われる重要な処方であるが、方中には柴胡、人参、黄芩、甘草、半夏、大棗、

生姜の7生薬が含まれており、これら個々の生薬中に多数の生理活性を持つ成分が含まれており、ほかにも未知の成分が多く存在していることと思われる。1つ1つの方剤がこのように複雑な上に、幾つもの方剤を兼用すると、全く何が何だかわからなくなつてしまう。併用はでき得れば3剤ぐらひに止めておきたいものである。

診断にあつて

漢方の診断を詳説する余裕は無いので、二三の気付いた点のみをあげてみたいと思う。詳しくは後述する参考資料によつていただきたい。診断にあつて、西洋医学的な診断をも重視するのは当然だが、漢方独自の診断が重要なのはいうまでもない。

ただし教科書的な陰陽虚実等々にあまりとらわれると反つて正しい判断を誤ることもある。要は大局的な判断で、一見虚証と思われる例に泻剤を出して劇的に奏効することも決して稀では無い。江戸時代の大臨床家であつた和田東郭は死法と活法ということを言つているが、死法とはいわゆる教條主義で、それを越えたところに活法があるとしている。基本的なルールを知ることが当然だが、あとは日常臨床の場で体得していくほかはない。筆者の亡父敬節もこう言つている。「一つの薬方を用いて効かないときに、全然反対のものを考えてみる。つまり小柴胡湯を使つてだめだから柴胡桂枝湯をとるのではなくて、小柴胡湯が効かないから眞武湯をとつた考え方があることを知らないといけない……」。

それから、カルテは患者に知られては困ることを除いては日本語で書くことが望ましい。それも患者の言葉通りに書くようにする。患者のきわめて日本的な表現による訴えは、いかに英語の達人であつても、そのニュアンスを英語におきかえることは困難である。そして、漢方治療の場合、そのことが非常に重要なのであつて、複雑な訴えを「異和感」とか「不快感」などに抽象化してしまつては意味が無い。

漢方の研究方法

漢方に限らず、西洋医学でもそうだと思うが、臨床を学ぶ一番確かな方法は、信頼するに足る師

についてマン・ツー・マンの教育を受けることであらう。しかし、それはなかなか不可能なので、書物を読みながら、実際の臨床の場で体得していくことになる。次に若干の参考書をあげることとする。

1. 『漢方診療医典』大塚敬節，矢数道明，清水藤太郎共著，南山堂刊。

2. 『症候による漢方治療の実際』大塚敬節著，南山堂刊。

3. 『臨床応用漢方処方解説』矢数道明，創元社刊。

4. 『漢方処方応用の実際』山田光胤著，南山堂刊。

5. 『和漢薬物学』高木敬次郎，木村正康，原田正敏，大塚恭男編，南山堂刊。

6. 『臨床応用傷寒論解説』大塚敬節著，創元社刊。

7. 『全匱要略講話』大塚敬節主講，創元社刊。
ほかに定期刊行物に次のものがある。

1. 「日本東洋医学雑誌」季刊，社団法人日本東洋医学会編。

2. 「漢方の臨床」月刊，東亜医学協会編。
3. 「現代東洋医学」季刊，医学出版センター刊。
4. 「東洋医学」隔月刊，自然社刊。
5. 「中医臨床」季刊，東洋学術出版社刊。
6. 「漢方研究」月刊，小太郎漢方製薬刊。
7. 「漢方医学」月刊，漢方医学社刊。

むすび

産婦人科領域の先生方を対象としたものであるが、内容的には全く産婦人科の特殊性には言及できず、一般的な話に終始してしまつた。また、既に漢方経験の豊かな先生に対しては云わずもがなの冗説となつてしまつた嫌いもあると思うが、これから漢方治療に手を染められる先生方には幾許かの参考にはなり得ると思う。

漢方の急成長の時代は終つて、過去数年間の経験を整理し、問題点を明らかにしつつ、次のよりきびしい時代に対処していかなければならないように思う。漢方の伝統の中でも特に輝かしい歴史をもっている産婦人科領域で漢方治療が一層発展、定着するように願つてやまない。