

# 日本伝統医学テキスト 漢方編

編集 平成22・23年度 厚生労働科学研究費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業  
「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」研究班

日本伝統医学テキスト 漢方編

編集 平成 22・23 年度 厚生労働科学研究費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業

「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」研究班

研究代表者 新井 信

印刷・製本 日経印刷

## 編集

---

新井 信	東海大学医学部東洋医学講座准教授
形井 秀一	筑波技術大学保健科学部教授
小曾戸 洋	北里大学東洋医学総合研究所医史学研究部部長
東郷 俊宏	東京有明医療大学保健医療学部准教授
並木 隆雄	千葉大学大学院医学研究院和漢診療学准教授
花輪 壽彦	北里大学東洋医学総合研究所所長
日置 智津子	東海大学医学部東洋医学講座講師
村松 慎一	自治医科大学地域医療学センター東洋医学部門特命教授
吉川 雅之	京都薬科大学生薬学分野教授

## 編集協力

---

### ●漢方

及川 哲郎	北里大学東洋医学総合研究所臨床研究部部長
嶋田 豊	富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座教授
西田 慎二	日本赤十字社和歌山医療センター心療内科部長
矢久保修嗣	日本大学医学部内科学系統和漢医薬学分野准教授
渡辺 賢治	慶應義塾大学医学部漢方医学センター准教授

### ●薬学

油田 正樹	武蔵野大学薬学部教授・薬学キャリア教育研究センター長
木内 文之	慶應義塾大学薬学部天然医薬資源学講座教授
杉山 清	星薬科大学薬動学教室教授
田代 眞一	病態科学研究所所長
堀江 俊治	城西国際大学薬学部薬理学研究室教授
松田 久司	京都薬科大学生薬学分野准教授

- 小曾戸 洋 北里大学東洋医学総合研究所医史学研究部部長
- 今村 由紀 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学
- 平崎 能郎 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学講座特任助教
- 秋葉 哲生 あきば伝統医学クリニック院長
- 渡辺 賢治 慶應義塾大学医学部漢方医学センター准教授
- 矢数 芳英 東京医科大学病院麻酔科講師
- 矢数 圭堂 温知堂矢数医院院長
- 寺澤 捷年 千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長
- 足立 秀樹 あだち医院院長／慈恵会医科大学講師
- 伊藤 剛 北里大学東洋医学総合研究所所長補佐
- 花輪 壽彦 北里大学東洋医学総合研究所所長
- 村松 慎一 自治医科大学地域医療学センター東洋医学部門特命教授
- 齋藤 晶 埼玉社会保険病院耳鼻咽喉科部長
- 金子 達 金子耳鼻咽喉科クリニック院長／昭和大学医学部兼任講師
- 山口孝二郎 鹿児島大学医学部・歯学部附属病院診療講師
- 本間 行彦 医療法人社団北大前クリニック院長・理事長／北海道大学名誉教授
- 巽 浩一郎 千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学教授
- 伊藤 隆 独立行政法人労働者健康福祉機構鹿島労災病院副院長
- 矢久保修嗣 日本大学医学部内科学系統合和漢医薬学分野准教授
- 及川 哲郎 北里大学東洋医学総合研究所臨床研究部部長
- 新井 信 東海大学医学部東洋医学講座准教授
- 池内 隆夫 介護老人保健施設グレースヒル・湘南施設長
- 後山 尚久 大阪医科大学健康科学クリニック寄附講座(未病科学・健康生成医学)教授
- 渡邊 賀子 慶應義塾大学医学部漢方医学センター非常勤講師
- 小暮 敏明 社会保険群馬中央総合病院和漢診療科部長
- 嶋田 豊 富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座教授
- 夏秋 優 兵庫医科大学皮膚科学准教授
- 西田 慎二 日本赤十字社和歌山医療センター心療内科部長
- 頼 建守 新宿海上ビル診療所副院長・つるかめ漢方センター所長
- 井口 博登 医療法人社団澤記念会神経科浜松病院精神科常勤医師
- 田原 英一 飯塚病院東洋医学センター漢方診療科部長
- 福澤 素子 表参道福澤クリニック副院長
- 三瀧 忠道 福島県立医科大学会津医療センター準備室(東洋医学)教授
- 山内 浩 山内クリニック院長
- 小菅 孝明 医療法人 KMG 小菅医院・横浜朱雀漢方医学センター理事長
- 元雄 良治 金沢医科大学腫瘍内科学教授
- 今津 嘉宏 北里大学薬学部非常勤講師
- 上田ゆき子 日本大学医学部内科学系統合和漢医薬学分野助手

田島 康介 慶應義塾大学医学部救急医学教室助教  
小田口 浩 北里大学東洋医学総合研究所 EBM センター室長  
岡本 英輝 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学特任助教  
貝沼茂三郎 九州大学大学院地域医療教育ユニット准教授  
溝部 宏毅 みぞべ内科循環器医院院長  
三谷 和男 三谷ファミリークリニック院長／京都府立医科大学特任教授  
室賀 一宏 黒河内病院内科／東京医科歯科大学老年病内科臨床准教授  
笠原 裕司 前千葉大学大学院医学研究院和漢診療学特任准教授  
木村 豪雄 医療法人せいわ会聖和記念病院内科  
後藤 博三 北聖病院漢方内科  
五野由佳理 北里大学病院総合診療部  
沢井かおり 慶應義塾大学医学部漢方医学センター非常勤講師  
柴原 直利 富山大学和漢医薬学総合研究所漢方診断学教授  
清水いはね 自治医科大学地域医療学センター東洋医学部門非常勤講師  
新谷 卓弘 近畿大学東洋医学研究所教授  
山田 享弘 医療法人社団金匱会診療所所長  
鈴木 邦彦 北里大学東洋医学総合研究所漢方診療部副部長  
地野 充時 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学特任助教  
西村 甲 鈴鹿医療科学大学鍼灸学部教授  
野上 達也 富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座助教  
上野 眞二 鷺谷病院脳神経外科部長  
早崎 知幸 北里大学東洋医学総合研究所漢方診療部副部長  
引網 宏彰 富山大学附属病院和漢診療科講師  
藤本 誠 富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座助教  
星野 卓之 北里大学東洋医学総合研究所漢方診療部医員  
松浦 恵子 慶應義塾大学医学部漢方医学センター特任講師  
南澤 潔 亀田総合病院東洋医学診療科部長  
並木 隆雄 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学准教授  
吉川 雅之 京都薬科大学生薬学分野教授  
田代 眞一 病態科学研究所所長  
木内 文之 慶應義塾大学薬学部天然医薬資源学講座教授  
牧野 利明 名古屋市立大学大学院薬学研究生薬学分野准教授  
日置智津子 東海大学医学部東洋医学講座講師  
正田 純一 筑波大学人間総合科学研究科スポーツ医学専攻スポーツ医科学基礎論教授  
油田 正樹 武蔵野大学薬学部教授・薬学キャリア教育研究センター長  
清原 寛章 北里大学北里生命科学研究所和漢薬物学研究室准教授  
杉山 清 星薬科大学薬動学教室教授  
井上 誠 愛知学院大学薬学部薬用資源学講座教授  
堀江 俊治 城西国際大学薬学部薬理学研究室教授  
松田 久司 京都薬科大学生薬学分野准教授  
三巻 祥浩 東京薬科大学薬学部漢方資源応用学教室教授



## 序

1978年9月、現在のカザフスタン共和国(当時はソビエト連邦)の首都 Alma-Ata において、WHO(世界保健機関)と UNICEF(国連児童基金)の指導でプライマリー・ヘルスケア(PHC)に関する宣言がなされた。世に言う Alma-Ata 宣言である。PHCとは、実践的で、科学的に有効で、社会に受容される手段と技術に基づいた、欠くことのできないヘルスケアのことである。この宣言の第Ⅶ章に、「第一線及び後方支援レベルでは、地域社会で必要とされている健康面のニーズに応えるために訓練された保健従事者—医師、看護師、助産師、補助要員、可能であれば地域に働く人や、必要によって、伝統医術者—が、社会的にも技術的にも保健チームを作って働く」とある。それから25年後の2003年、ジュネーブで開催された第56回世界保健総会において、192の参加国と地域は、伝統的な医療を各国保健制度に融和させ、かつ西洋現代医学との調和を促進するよう奨励した。そのことにより、伝統医学がここ数十年間に、急速に浸透し、その存在が認められてきた意義は大きい。伝統医学とは、特定の地域状況(固有の文化、風土と天然資源など)によって、その理論的な基礎と実際的な経験によって特徴づけられる医療の包括的なシステムのことである。Herbal Medicine(薬物療法)、鍼とその他の非薬物療法を含んでいる。

こうした背景の中で、伝統医学は有用でかつ副作用が少ないものとして、国際的に、関心とその需要が急速に高まってきており、その理論体系、用語などの標準化の緊急性が増している。WHOが主導した、経穴の位置および名称の標準化作業が最初に提案されたのは1965年であり、1991年には、『Standard International Acupuncture Nomenclature』(鍼に関する用語体系国際標準)が、WHOのジュネーブ本部で出版された。その後、伝統医学の標準化作業は世界的に広まりをみせ、わが国も、WHO西太平洋地域事務局(WHO/WPRO)に協力して「証拠に基づくアプローチによる標準化」のテーマの下で、伝統医学の適正使用を促進するいくつかのプロジェクトを2004年に開始した。

伝統医学において様々な標準が存在する中で(たとえば、経穴の位置、情報および実際の診療のように)、国際標準用語体系の開発は、伝統医学の全体的な標準化にとっての第一歩であった。わが国の伝統医学界は、WHO/WPROが行った『WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region ; IST』(2007年)の発刊、『Standard Acupuncture Point Locations in Western Pacific Region』(2008年)の発刊に協力してきた。このような国際協力の経験を踏まえて、他国の伝統医学用語については、その国の解説書にゆだねるべきであり、われわれの主張するところではないことも確認してきた。わが国の医療制度は、明治の制度改革により、医師はすべて西洋医学を学び国家試験に合格しなければ医師になれないこととなった。伝統医学を実践するためには、西洋医学を学んだ後、さらに漢方医学を学ばなければならなかったのである。この結果、一つの医療制度の中で西洋医学と伝統医学を同時に実践できる国は先進諸国において唯一わが国のみであり、世界の最高水準にあるわが国の西洋医学の環境の中でその西洋医学に精通している医師が漢方医学を実践していること、そのことが、中医学、韓医学とは大いに異なっているところなのである。

わが国では、1976年以降、数多くの医療用漢方製剤が公的医療保険に収載され、現在では、医師の約80%以上が漢方薬を使用していると言われている。まさに伝統医学たる漢方医学が活用され、国民の健康に大きく貢献してきたのである。このようにみれば、わが国は漢方医学と西洋現代医学すなわち東西両医学の立場から漢方医学を検討し、漢方の独自性、有用性、多様性を担保しつつ、国内のみならず、世界に向けて発信することができる唯一の国であると言える。

漢方医学用語などの標準化は、教育、研究、臨床のすべての面で重要な課題である。さらに重要な役割のもう一つは、伝統医学において特徴でもあり最も必要な、品質、安全性、信頼性、効率と互換性をアップグレードすることのためでもある。本研究の目的である日本伝統医学標準テキストの作成のために、標準テキスト作成委員会を立ち上げ、1)標準テキスト作成、2)地域医療の現状調査、3)伝統医学標準化の国際比較、4)標準テキスト作成・鍼灸編、5)標準テキスト作成・漢方および生薬編、を実施、完成させれば、国際的にも大いに貢献するものと考えられる。また、国内的には、漢方は医学教育カリキュラムに明記され、医師国家試験において漢方関連問題を出題されることも期待できる。そのためにも医学生用教科書・標準テキスト作成および教育スタッフの育成のガイドライン作成など日本伝統医学の標準化の意義はきわめて大きいのである。

1950年に設立された日本東洋医学会は、伝統医学の教育、研究、臨床に寄与すべく、現在までに多くの活動をしてきた。伝統医学用語の解説書として『東洋医学用語集Ⅰ』(1969年)、『東洋医学用語集Ⅱ』(1980年)、『東洋医学用語集』(1999年)を発刊した。臨床家のためには、『漢方保険診療指針』(1986年)、『漢方保険診療ハンドブック』(1994年)を発刊し、標準的な教科書として、『入門漢方医学』(2002年)、その英語版として『Introduction to KAMPO Japanese Traditional Medicine』(2005年)、『学生のための漢方医学テキスト』(2007年)、『専門医のための漢方医学テキスト—専門医研修カリキュラム準拠』(2010年)など多数の書籍を発刊してきた。

今回の伝統医学の標準化作業に際して、必須なことがらは、伝統医学の国内外の状況に適切な対応を図るため、日本東洋医学会のみならず多くの関連団体が協力参加して作業部会および連絡会議を設置することであった。当然、メンバーは各団体を代表する者でなければならない。このような背景から日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤作りが求められる。漢方、鍼灸、薬学の3領域が協力して、各領域の現状を尊重した基礎研究と基盤整備を反映したものでなければならない。用語などに関しては現在まで日本東洋医学会が心血を注いで刊行した上記漢方関連著作がある。鍼灸に関しては(社)東洋療法学校協会が編集している『鍼灸理論』および『東洋医学概論』などがある。その漢方、鍼灸両者で使用されている用語などの統一性を担保しなければならない。

現在、伝統医学をめぐる世界情勢、他の国々の動きなどをみると、日本の医療体系の混乱とその結果としての国民の健康の危うさすら危惧されるのである。混乱の発生を予防し回避するために、また欧米諸国が統合医学の再評価をしている状況の中で、独立したわが国の伝統医学を守るためにも、最大限のエネルギーを傾注しなければならない。

伝統医学の根本にあるもの、それは時代を超え流派を超えても変わるものではない。しかし疾患・症状とそれに対応する医学・医療は科学技術の改良の影響を反映し新しい発展を遂げてこそ、伝統を継承することになるのである。医療用漢方製剤が世界に冠たる公的健康保険(国民皆保険)へ収載されて三十有余年を経て今、東西両医学および薬学の視点から理解可能な伝統医学用語標準化が実現されることは、国際的にも有意義なことであり、わが国の漢方界が長年希望し試みてきたことである。伝統医学の教育・研究に関して言えば、医学・薬学教育モデルコアカリキュラムに「和漢薬を概説できる」「化学系薬学を学ぶ—自然が生み出す薬物」、と項目立てされて卒前教育への取り組みが始まり、専門医制度においては漢方専門医が確立され、また、鍼灸専門学校・大学などの充実が図られるなど、各々の組織において、教育、研究活動が活発に行われてきたことも今一度確認しなければならない。

このように日本の伝統医学界は、幾多の困難を乗り越え進んできたのである。更なる未来に向けて、このテキストが国民の健康へ資することを心から祈念する。

2012年5月

石野医院院長／昭和大学医学部第一生理学客員教授 石野 尚吾

# 目次

序／5 凡例／15 生薬の原料／17

## 第 1 章 日本漢方の歴史

<b>A</b>	<b>江戸期まで—日本漢方の多様性と日本化に関する医史学的考察</b> ……………小曾戸 洋	2
	1 「漢方」とは……………	2
	2 中国の伝統医学……………	2
	3 日本漢方の展開……………	4
	漢方歴史年表(古代～現代)……………今村由紀・平崎能郎	8
<b>B</b>	<b>戦後から現在</b> ……………秋葉哲生	10
	1 戦後から現代までの概観……………	10
	2 学術界の動向……………	10
	3 教育研究拠点の設立……………	12
	4 医療制度の変遷とその背景……………	12
	5 医学教育制度の変革……………	15
	6 社会思潮の変遷……………	16
	漢方歴史年表(戦後)……………	17
<b>C</b>	<b>漢方医学の将来</b> ……………渡辺賢治	18
	1 はじめに……………	18
	2 東西医学の融合による理想の医学の創生……………	18
	3 各国の東西医学融合の現状……………	19
	4 東西医学融合のための課題……………	19
	5 政府との連携強化により日本の医療として国際的推進……………	21
	6 おわりに……………	21
	◈◈◈ 漢方一貫堂医学……………矢数圭堂・矢数芳英	22

## 第 2 章 日本漢方の特徴

寺澤捷年

1	吉益東洞の医論……………	26
2	東洞医論とその後の展開……………	27

3 日本漢方の内容	27
4 結語	28

## 第 3 章 診断と治療

<b>A 病態と治療</b>	足立秀樹	30
1 上位概念としての陰陽		30
2 虚実		31
3 寒熱		32
4 表裏		33
5 六病位(六経病, 三陰三陽)		34
6 気血水		36
<b>B 診察法(四診)</b>	伊藤 剛・花輪壽彦	39
1 望診		39
2 聞診		42
3 問診		42
4 切診		45
5 漢方診察のまとめ		51

## 第 4 章 治療各論

<b>A 頭部</b>		54
1 頭痛	村松慎一	54
2 めまい・耳鳴り	齋藤 晶	55
3 くしゃみ・鼻汁・鼻閉・後鼻漏	金子 達	57
4 口腔内違和感	山口孝二郎	58
<b>B 胸部</b>		61
1 かぜ症候群	本間行彦	61
2 遷延性咳嗽・慢性咳嗽・喀痰	巽 浩一郎	62
3 喘鳴・呼吸困難	伊藤 隆	64
4 動悸・息切れ	矢久保修嗣	66

<b>C</b>	<b>腹部</b> .....	68
	1 食欲不振・悪心・嘔吐・胸やけ .....	及川哲郎 68
	2 便秘・下痢・腹痛・腹部膨満感 .....	新井 信 69
	3 排尿異常 .....	池内隆夫 71
	4 月経異常・更年期障害 .....	後山尚久 72
<b>D</b>	<b>四肢・関節・皮膚</b> .....	75
	1 浮腫 .....	渡邊賀子 75
	2 関節痛・神経痛 .....	小暮敏明 76
	3 感覚障害・運動麻痺・不随意運動 .....	嶋田 豊 78
	4 湿疹・蕁麻疹・皮膚掻痒症 .....	夏秋 優 79
<b>E</b>	<b>全身</b> .....	82
	1 疲労・倦怠感 .....	西田慎二 82
	2 虚弱体質・冷え性 .....	頼 建守 83
<b>F</b>	<b>精神</b> .....	86
	1 抑うつ状態・不安・不眠 .....	井口博登 86
	2 認知症・異常行動 .....	田原英一 88
<b>G</b>	<b>その他</b> .....	90
	1 代謝性疾患 .....	福澤素子 90
	2 腎・尿路系障害 .....	三瀨忠道 92
	3 肝機能障害 .....	山内 浩 94
	4 貧血・出血傾向 .....	小菅孝明 96
	5 がん .....	元雄良治 97

## 第 5 章 処方解説

安中散 .....	今津嘉宏	100
胃苓湯 .....	今津嘉宏	101
茵蔯蒿湯 .....	今津嘉宏	102
茵蔯五苓散 .....	今津嘉宏	103
温経湯 .....	上田ゆき子	105
温清飲 .....	上田ゆき子	106
越婢加朮湯 .....	上田ゆき子	107
黄耆建中湯 .....	上田ゆき子	108

黄芩湯	田島康介	110
黄連解毒湯	小田口 浩	111
黄連湯	岡本英輝	113
乙字湯	岡本英輝	114
葛根湯・葛根加朮附湯	岡本英輝	115
葛根湯加川芎辛夷	岡本英輝	117
加味逍遙散	小田口 浩	118
甘草湯	小田口 浩	119
甘麦大棗湯	小田口 浩	121
桔梗湯	貝沼茂三郎	122
婦脾湯・加味婦脾湯	貝沼茂三郎	123
芎歸膠艾湯	貝沼茂三郎	125
芎歸調血飲	貝沼茂三郎	126
九味檳榔湯	溝部宏毅	127
荊芥連翹湯	三谷和男	128
桂枝加黄耆湯	室賀一宏	129
桂枝加葛根湯	笠原裕司	130
桂枝加厚朴杏仁湯	木村豪雄	131
桂枝加芍薬湯・桂枝加芍薬大黄湯	木村豪雄	132
桂枝加朮附湯・桂枝加苓朮附湯	木村豪雄	133
桂枝加竜骨牡蛎湯	木村豪雄	135
桂枝芍薬知母湯	後藤博三	136
桂枝湯	後藤博三	137
桂枝人參湯	後藤博三	139
桂枝茯苓丸・桂枝茯苓丸料加薏苡仁	後藤博三	140
啓脾湯	後藤博三	142
桂麻各半湯	後藤博三	143
香蘇散	後藤博三	144
五積散	後藤博三	145
牛車腎気丸	五野由佳理	146
呉茱萸湯	五野由佳理	147
五淋散	五野由佳理	148
五苓散	村松慎一	149
柴陷湯	五野由佳理	151
柴胡加竜骨牡蛎湯	沢井かおり	153
柴胡桂枝乾姜湯	沢井かおり	154
柴胡桂枝湯	沢井かおり	156
柴胡清肝湯	沢井かおり	158
柴朴湯	柴原直利	159
柴苓湯	柴原直利	160
三黄瀉心湯	柴原直利	162
酸棗仁湯	柴原直利	163
三物黄芩湯	清水いはね	164
滋陰降火湯	清水いはね	165
滋陰至宝湯	清水いはね	166
紫雲膏	清水いはね	167

四逆散	新谷卓弘	168
四君子湯	新谷卓弘	169
梔子柏皮湯	山田享弘	170
七物降下湯	新谷卓弘	171
四物湯	鈴木邦彦	172
炙甘草湯	鈴木邦彦	173
芍藥甘草湯・芍藥甘草附子湯	鈴木邦彦	174
十全大補湯	鈴木邦彦	176
十味敗毒湯	田島康介	178
潤腸湯	田島康介	179
小建中湯	田島康介	180
小柴胡湯・小柴胡湯加桔梗石膏	地野充時	182
小青竜湯	地野充時	185
小半夏加茯苓湯	地野充時	187
消風散	地野充時	188
升麻葛根湯	西村 甲	189
四苓湯	西村 甲	190
辛夷清肺湯	西村 甲	190
參蘇飲	西村 甲	191
神秘湯	野上達也	193
真武湯	野上達也	194
清上防風湯	野上達也	196
清暑益氣湯	野上達也	197
清心蓮子飲	上野眞二	198
清肺湯	上野眞二	199
川芎茶調散	上野眞二	200
疎經活血湯	上野眞二	201
大黃甘草湯	早崎知幸	202
大黃牡丹皮湯	早崎知幸	203
大建中湯	早崎知幸	204
大柴胡湯・大柴胡湯去大黃	早崎知幸	206
大承氣湯	引網宏彰	208
大防風湯	引網宏彰	210
竹筴温胆湯	引網宏彰	211
治打撲一方	平崎能郎	212
治頭瘡一方	引網宏彰	212
調胃承氣湯	平崎能郎	213
釣藤散	平崎能郎	214
腸癰湯	平崎能郎	216
猪苓湯・猪苓湯合四物湯	藤本 誠	216
通導散	藤本 誠	218
桃核承氣湯	藤本 誠	219
当歸飲子	藤本 誠	221
当歸建中湯	星野卓之	222
当歸四逆加呉茱萸生姜湯	星野卓之	223
当歸芍藥散・当歸芍藥散加附子	星野卓之	224

当帰湯	星野卓之	226
二朮湯	松浦恵子	227
二陳湯	松浦恵子	228
女神散	松浦恵子	229
人参湯・附子理中湯	松浦恵子	231
人参養栄湯	笠原裕司	233
排膿散及湯	溝部宏毅	234
麦門冬湯	溝部宏毅	235
八味地黄丸	溝部宏毅	237
半夏厚朴湯	三谷和男	239
半夏瀉心湯	三谷和男	241
半夏白朮天麻湯	笠原裕司	242
白虎加人参湯	三谷和男	244
茯苓飲・茯苓飲合半夏厚朴湯	南澤 潔	245
平胃散	南澤 潔	247
補中益気湯	笠原裕司	248
防己黄耆湯	南澤 潔	249
防風通聖散	南澤 潔	250
麻黄湯	室賀一宏	252
麻黄附子細辛湯	室賀一宏	253
麻杏甘石湯・五虎湯	室賀一宏	254
麻杏薏甘湯	並木隆雄	256
麻子仁丸	並木隆雄	257
木防己湯	並木隆雄	258
薏苡仁湯	並木隆雄	259
抑肝散・抑肝散加陳皮半夏	矢数芳英	260
六君子湯	矢数芳英	261
立効散	矢数芳英	263
竜胆瀉肝湯	矢数芳英	264
苓甘姜味辛夏仁湯	山田享弘	265
苓姜朮甘湯	山田享弘	266
苓桂朮甘湯	山田享弘	267
六味丸	新谷卓弘	268

## 第 6 章 漢方薬学

<b>A</b> 漢方薬剤	吉川雅之	272
1 漢方薬を構成する生薬		272
2 漢方製剤の特徴		275

<b>B</b>	<b>漢方薬理学</b> .....	田代真一	280
	1 西洋医学導入前 .....		280
	2 生薬の有効成分研究 .....		280
	3 臨床を意識した漢方薬学の登場 .....		280
	4 漢方薬の薬理研究に必要なこと .....		281
	5 配糖体は、腸内菌の助けを要するプロドラッグ .....		281
	6 すべての作用が血清を介するわけではない .....		282
	7 アルカロイドの作用には消化管内の pH が重要 .....		282
	8 漢方薬とアレルギー .....		283
	9 今後の薬理研究 .....		283
<b>C</b>	<b>漢方薬使用上の注意と副作用</b> .....	木内文之・牧野利明	284
	1 生薬・漢方薬の特徴と使用に注意を要する生薬 .....		284
	2 漢方薬の副作用情報 .....		287
	3 漢方薬の副作用とその対処法 .....		289
	4 使用に注意を要する漢方薬一覧 .....		291
	生薬対訳表 .....		292
<b>D</b>	<b>漢方薬の有効性と医療科学</b> .....		295
	序 漢方薬の発展と漢方薬学 .....	日置智津子	295
	1 漢方薬の薬効と薬理 .....		295
	[A] 大黄・山梔子を含む漢方薬 .....		295
	1. 茵陈蒿湯 .....	正田純一	295
	[B] 麻黄・桂枝・甘草を含む漢方薬 .....		297
	2. 麻黄湯 .....	日置智津子	297
	3. 葛根湯 .....	日置智津子	297
	4. 小青竜湯 .....	日置智津子	299
	[C] 麻黄・石膏・甘草を含む漢方薬 .....		301
	5. 防風通聖散 .....	日置智津子	301
	[D] 麻黄・附子を含む漢方薬 .....		304
	6. 麻黄附子細辛湯 .....	日置智津子	304
	[E] 人参、朮、甘草を含む漢方薬 .....		305
	7. 六君子湯 .....	日置智津子	305
	[F] 乾姜・人参を含む漢方薬 .....		307
	8. 大建中湯 .....	日置智津子	307
	[G] 釣藤鈎を含む漢方薬 .....		309
	9. 釣藤散 .....	日置智津子	309
	10. 抑肝散 .....	日置智津子	311
	[H] 防己・黄耆を含む漢方薬 .....		314
	11. 防己黄耆湯 .....	油田正樹	314
	[I] 朮・茯苓を含む漢方薬 .....		315
	12. 五苓散 .....	油田正樹	315

<b>J</b> 黄連・黄芩を含む漢方薬	317
13. 黄連解毒湯	油田正樹 317
14. 温清飲	油田正樹 318
<b>K</b> 柴胡・黄芩を含む漢方薬	319
15. 小柴胡湯	油田正樹 319
16. 柴胡加竜骨牡蛎湯	油田正樹 321
<b>L</b> 半夏・厚朴を含む漢方薬	322
17. 半夏厚朴湯	油田正樹 322
18. 柴朴湯	油田正樹 323
<b>M</b> 当帰・芍薬・川芎を含む漢方薬	324
19. 当帰芍薬散	油田正樹 324
20. 芎帰膠艾湯	油田正樹 325
21. 当帰四逆加呉茱萸生姜湯	油田正樹 326
<b>N</b> 牡丹皮を含む漢方薬	327
22. 桂枝茯苓丸	油田正樹 327
23. 加味逍遙散	油田正樹 328
<b>O</b> 地黄, 山茱萸, 牡丹皮を含む漢方薬	329
24. 八味地黄丸	清原寛章 330
25. 牛車腎気丸	清原寛章 331
<b>2</b> 漢方薬と西洋薬の併用療法	333
抗がん剤やステロイド剤と併用される漢方薬の薬効と薬理	333
26. 補中益気湯	杉山 清 333
27. 十全大補湯	杉山 清 334
28. 芍薬甘草湯	杉山 清 335
29. 半夏瀉心湯	杉山 清 336
30. 柴苓湯	杉山 清 337
<b>3</b> 漢方生薬の薬効と薬理	井上 誠・堀江俊治・松田久司・三卷祥浩・吉川雅之 338
茵陳蒿/338 黄耆/339 黄芩/340 黄柏/341 黄連/343 葛根/343 滑石/344	
甘草/344 杏仁/346 荊芥穗(荊芥)/346 桂皮/347 厚朴/347 五味子/349	
柴胡/350 細辛/351 山梔子/352 山椒/352 地黄/353 芍薬/354	
生姜および乾姜/355 石膏/356 川芎/356 大黃/357 沢瀉/358	
釣藤鈎・釣藤鈎/359 陳皮/360 当帰/361 人参/362 薄荷/364 半夏/364	
白朮, 蒼朮/365 茯苓/366 附子・烏頭/367 防己/368 芒硝(消)/369	
防風/369 牡丹皮/370 麻黄/371 連翹/372	

# 凡例

## ●共通事項

以下の書籍は本書に共通する参考文献とし、本文内の文献欄への記載は省略した。

- ・専門医のための漢方医学テキスト。社団法人 日本東洋医学会学術教育委員会(編集)，南江堂，2010
- ・EBM に関する(社)日本東洋医学会ホームページ  
[<http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/ere/index.html>]

## ●第4章「治療各論」

- ①掲載した方剤は，薬価収載の医療用漢方エキス製剤を基本とし，それ以外は「\*」を付したうえで，各項目の末尾にその旨を記載した。
- ②本文中の「チャート」は，下記の文献を参考とした。
  - ・丁 宗鐵，菊谷健彦：漢方製剤(健保適用)の使い方。山口 徹ほか(編集)：今日の治療指針 2010 年版。pp1394-1404，医学書院，2010

## ●第5章「処方解説」

### ①「構成」・「体力のしぼり」・「適応」について

下記2冊に掲載されている「成分・分量」を本書「構成」に，「効能・効果」を「適応」に，「体力分類に対する適応度」を「体力のしぼり」に転載した。

- (1)転載した文献(ただし，葛根加朮附湯，大承気湯，腸癰湯は除く)
  - ・改訂 一般用漢方処方の手引き。財団法人 日本公定書協会(監修)，日本漢方生薬製剤協会(編集)，じほう，2009
  - ・改訂 一般用漢方処方の手引き 平成 22 年 4 月 1 日通知(加減方追加)対応追補版。財団法人 日本公定書協会(監修)，日本漢方生薬製剤協会(編集)，じほう，2010  
厚生労働省医薬食品局審査管理課長通知  
平成 20 年 9 月 30 日薬食審査発第 0930001 号  
および平成 22 年 4 月 1 日薬食審査発第 0401 第 2 号
- (2)「体力のしぼり」における虚実の概念を反映した体力分類
  - 1 体力虚弱
  - 2 やや虚弱
  - 3 体力中等度

### 4 比較的体力あり

### 5 体力充実

- (3)「体力のしぼり」における 5 段階の体力分類に対する各処方への適応度

色の濃い部分 中心的な適応病態の位置

色の淡い部分 適応病態の裾野の広がり範囲

### ②「腹診」について

#### (1)検討した文献

- 活用自在の処方解説(秋葉哲生 2009)
- はじめての漢方診療 十五話(三瀧忠道 2005)
- 和漢薬方意辞典(中村謙介 2004)
- 類聚方広義解説(藤平健 1999)
- 漢方製剤活用の手引き(長谷川弥人，大塚恭男，山田光胤，菊谷豊彦編 1998)
- 古典に基づくエキス漢方方剤学(小山誠次 1998)
- 漢方腹診講座 (藤平健 1991)
- 症例から学ぶ和漢診療学(寺澤捷年 2012，1990 初版)
- 漢方と鍼灸の腹証(古今腹証新覧)(小川新，池田太喜男，池田政一 2010 第二版，1989 初版)
- 腹証図解 漢方常用処方解説(34 版)(高山宏世 2005，1988 初版)
- 漢方医学十講(細野史郎 1984 年第二刷，1982 年初版)
- Kotaro Handy Reference(小太郎漢方製薬 矢野敏夫監修 2009 改訂版 1982 初版)
- 漢方処方類方鑑別便覧(藤平健 1982)
- 漢方概論(藤平健，小倉重成 1979)
- 漢方医学大系第八巻／漢方入門(一)(龍野一雄 1978)
- 日本医師会「医薬品カード・漢方製剤版」(長谷川弥人，大塚恭男，山田光胤，菊谷豊彦 1977)
- 北里研究所東洋医学総合研究所『漢方処方集』(花輪壽彦 監修，2003 第 6 版，1976 初版)
- 漢方入門講座(龍野一雄，1976 増補改訂版)
- 新古方薬囊(荒木性次，1972)
- 漢方診療医典(大塚敬節，矢数道明，清水藤太郎 1969 初版)
- 漢方処方応用の実際(山田光胤 1979 第 4 版 2 刷，1967 初版)
- 症候による漢方治療の実際(大塚敬節 1990 第 4

版 12 刷, 1963 初版)

■臨床応用 漢方処方解説(矢数道明 2004 増補改訂版第 12 刷, 1966 初版)

■傷寒論講義(奥田謙蔵著 1983 第 5 版, 1965 初版)

■漢方一貫堂医学(矢数格 1984 第 6 版, 1964 初版)

■東洋医学概説(長濱善夫, 1980 年第 15 刷, 1961 年初版)

■漢方後世要方解説(矢数道明, 1980 第 6 版, 1959 初版)

■漢方診療の実際(大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎 1961 年第 6 刷, 1954 年初版)

■傷寒論梗概 全(奥田謙蔵 1954)

□皇漢医学(湯本求真 1927)

〈中国古典〉

□万病回春(龔廷賢, 1587)

□古今医鑑(龔廷賢, 1576)

□太平惠民和剂局方(1107~10)

■傷寒論

■金匱要略

(■全文検索, □一部引用)

(2)腹証の名称(括弧内は類似した腹証と見なして表現を統一)

- ・腹満(腹満, 鞭満, 鼓脹, 鼓腸, 脹満)
- ・胸脇苦満(胸脇苦満, 脇下痞鞭, 脇下痞硬, 脇下硬満, 脇下満)
- ・心下痞鞭(心下痞鞭, 心下痞, 心下痞硬, 心下痞堅, 心下鞭, 心下堅, 心下支結, 心下急\*, 心下痞満\*\*)
- \*「強い心下痞鞭」と表現, \*\*「心下痞鞭+腹満」と表現
- ・腹直筋攣急(腹直筋攣急, 腹皮拘急, 腹皮攣急, 腹皮拘攣, 腹拘攣, 腹裏拘急)
- ・振水音(振水音, 心下振水音, 胃内停水, 心下停飲, 拍水音, 心下痰飲, 心下支飲, 心下部振水音, 心下部拍水音)
- ・腹部動悸(腹部動悸, 腹部悸, 動気, 動悸)
- ・小腹拘急(小腹拘急, 少腹拘急, 小腹弦急, 少腹

弦急, 臍下拘急, 小腹堅痛, 少腹堅痛)

- ・小腹不仁(小腹不仁, 少腹不仁, 臍下不仁)
- ・小腹鞭満(小腹鞭満, 少腹鞭満, 小腹硬満, 少腹硬満, 小腹満, 少腹満)

(3)腹証の説明

- ・(1)の文献のうち, 腹診が記載されたものが 4 文献以下のものは「文献が少ない.」, ないものは「文献なし.」とし, 腹診図は記載しなかった.
- ・文献が少なくても特徴的な腹診が認められたものは, 【参考】として腹診図あるいは説明を記載した.
- ・(2)の腹証が認められる場合に限り腹診図に記載し, それらが認められないものは, 「特徴的な腹証の報告なし.」とした.

(4)腹力の程度

- 5 充実
- 4 やや硬
- 3 中間
- 2 やや軟
- 1 軟

ただし, 文献に記載された腹力に一定の傾向がない場合は, 「不定」と表現した.

(5) 腹診の頻度

- ◎ ほとんどの文献で適応とされるもの (> 70%)
- 一般にみられるもの (50-70%)
- △ 頻度は少ないが特徴的なもの (30-50%)

③「日本古典」について

転載した文献

- ・古医書における漢方の使い方. 日本医師会雑誌, 第 92-109 巻
- ・矢数道明: 臨床応用 漢方処方解説. 創元社, 1981
- ・大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎: 漢方診療医典. 南山堂, 2001
- ・大塚敬節: 症候による漢方治療の実際. 南山堂, 2000
- ・山田光胤: 漢方処方 応用の実際. 南山堂, 2000
- ・矢数格: 漢方一貫堂医学. 医道の日本社, 2002

# 生薬の原料

## ■提供者一覧

生薬・植物写真：日置智津子  
栃本天海堂  
厚朴採取風景写真：ウチダ和漢薬

## 茵陳蒿



茵陳蒿



カワラヨモギ

## 黄耆



黄耆



キバナオウギ

黄芩



黄芩(野生)



コガネバナ

黄柏



黄柏



キハダ

黄连



黄連(刻, 日本産)



オウレン

葛根



葛根 (刻)

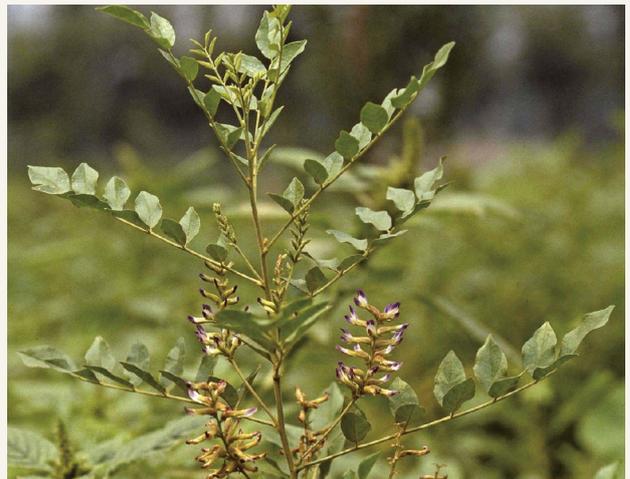


クズ

甘草



甘草 (刻)



カンゾウ

杏仁



杏仁



アンズ

荊芥



荊芥 (荊芥穂)



ケイガイ

桂皮



桂皮



シナモムム・カッシア

## 厚朴

ホオノキが生薬(厚朴)になるまで



①ホオノキの樹皮を剥ぐ



②皮の厚さ10 mm



③天日で乾燥する



厚朴(和厚朴)



ホオノキ

葉は枝先に集まり互生し、6月頃に黄白色の花をつける

## 五味子



五味子



チョウセンゴミシ

柴胡



柴胡 (栽培 2 年)



ミシマサイコ

細辛



細辛



ウスバサイシン

山梔子



山梔子



クチナシ

山椒



山椒



サンショウ

地黄



生地黄



アカヤジオウ

芍薬



芍薬



シャクヤク

生姜・乾姜



生姜



乾姜



ショウガ

石膏・芒硝・滑石



石膏



滑石



馬牙消 (天然芒硝)

川芎



川芎



センキュウ

大黄



大黄



ダイオウ

沢瀉



沢瀉



サジオモダカ

釣藤鈎



釣藤鈎



カギカズラ

陳皮



陳皮



ウンシュウミカン

当帰



当帰 (大和)



とうき

人参



人參



オタネニンジン

薄荷



薄荷



ハッカ

半夏



半夏



カラスビシャク

白朮・蒼朮



白朮



オオバナオケラ



蒼朮



ホソバオケラ

茯苓



茯苓(栽培)



茯苓(野生)

附子



塩附子



附子

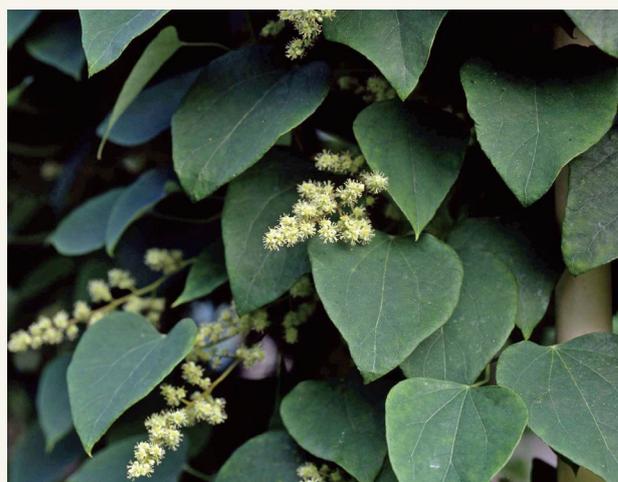


トリカブト

防己



防己



オオツツラフジ

防風



防風



ボウフウ

牡丹皮



牡丹皮



ボタン

麻黄



麻黄



マオウ

連翹



連翹



レンギョウ

# 第 1 章

# 日本漢方の歴史

# A 江戸期まで—日本漢方の多様性と日本化に関する医史学的考察

小曾戸 洋

## 1 「漢方」とは

漢方の歴史は長い。古代中国に発した伝統医学は朝鮮半島から日本など東アジア諸国に広がり、固有の展開をみた。

「漢方」の「漢」はいうまでもなく「中国」という意味であろう。漢(前漢・後漢)は本来は固有の王朝名ないしは時代を指すが、特に日本人は古来、「漢」を中国の代名詞として用いてきた(唐も同様)。すなわち日本人は自国の事物を表すに「和(倭)」や「国」の字を冠し、彼国を表すに「漢」や「唐」の字を冠したのである。「漢字」⇔「国字」、「漢文」⇔「国文・和文」、「漢語」⇔「国語・和語」、「漢籍」⇔「国書」などみなしかりである。「漢方」も例外ではなく、「蘭方」や「和方」に対する語にほかならない。

「方」とは何か。この場合、「方」は手段・方法・技術の意であり、「方技」「方術」「医方」を指すものと考えられる。

特殊な技能を要する職は多いが、わけても医はもっとも高度な技術を要するものとされた。人命を扱う技だからである。よって「方技」「方術」は漢の時代から特に医術を指す語として用いられるようになった。『漢書』芸文志に医家の書を包括して「方技」(医経・経方・房中・神仙)と称し、『漢書』平帝紀に「史篇・方術・本草」の語が見え、『後漢書』に医家を含む方術伝があるがごとくである。方技書の医経の筆頭は『黄帝内経』であるから、「方技」「方術」に鍼灸術が含まれることはもちろんである。

「医方」の語は『史記』以来、典籍にしばしば見られる。これに鍼灸の含まれることは多くの例を挙げるまでもない。『史記』では特に秘伝の医方を「禁方」と称している(孝武紀・扁倉伝)。

以上のことから「漢方」とは「漢方技」「漢方術」「漢医方」のことであり、「中国の医術」と同義であることが理解されよう。より正確には「日本人が中国から伝来した医術を指していった言葉」というべきか。筆者の知る限りでは、「漢方」の用語は幕末・明治初の浅田宗伯の書が初出かと思われるが、浅田宗伯は古方すなわち張仲景方の意で用いていたようである。「漢方」が薬物療法に限定されると感じる向きがあるのは、「方」といえば「方剂」「方薬」

を想起させるのが原因と思われるが、「方」は本来「医」の意であることを強調したい。

中国では自国の医学をあえて「漢方」という必要はなかった。西洋医学が入ってからは自国の医学だから「国医」と称し、中華人民共和国成立後は「中国医学」を略して「中医学」と称したのである。であれば、これに対し日本化された中国伝統医学を「漢方」と称してもあながち問題ではなからう。

なお、日本漢方は昭和期に入ってから形成されたといひ、『傷寒論』を主軸とした方証相対主義(古方流)に限る向きもあるが、それは日本伝統漢方の全体像ではなく、そのような考えでは日本漢方の多様性は論じられまい。日本漢方は平安時代の『医心方』に溯り、鎌倉・南北朝・室町時代を経て、江戸時代を通じて培われたものにほかならない。百歩譲っても、少なくとも『近世漢方医学書集成』(大塚敬節・矢数道明責任編集, 1979~84年刊)に収録された日本医家の書を概観することなしに日本漢方は語れない。それこそが昭和漢方を築いた先輩たちの本意なのである。

## 2 中国の伝統医学

中国の伝統医学には、日本の倍の約 3,000 年の歴史がある。

中国では殷・周・春秋・戦国時代を通じ、膨大な経験と知識の集積のもとに中国特有の医学が形成されていった。先秦時代における形成の過程は、甲骨文字史料から『周礼』、『呂氏春秋』、『淮南子』、『史記』扁鵲倉公伝、『漢書』芸文志といった古典籍や、長沙馬王堆漢墓をはじめとする新出土の医学史料などからうかがうことができる。

漢代になって中国の医学は体系化され、基盤が確立した。漢代に成立したとされ今日に伝えられる医学典範に『黄帝内経』『神農本草経』『傷寒論』の三大古典がある。この三書は漢方医学の根幹をなす基本典籍として、今なお中国でも日本でも最大の評価が与えられている。漢方の源流はこの三書にあり、換言すればこの三書を知らずして漢方医学を理解することはできないということでもある。よって、日本でも『黄帝内経』『傷寒論』そして本草(近

世では『本草綱目』が中心)に関する注解・研究書がまた作られた。

## A 『黄帝内経』

『黄帝内経』は医経と称され、一言でいうと医学の総合理論を説き、かつ物理療法(鍼灸術)を述べた医典である。春秋戦国以来の医学論文を集大成したもので、『素問』と『靈樞』という2つのテキストからなる。前者は基礎理論、後者は臨床医学に重点がおかれてはいるが、そこに一貫して流れる理論基盤は中国独特の哲学思想である陰陽五行説である。陰陽説についてはここに説明するまでもないが、医学においては虚実・寒熱・裏表・慢急・臟腑などに陰陽を配当させ、生理・病理を説く。一方、五行説においては、宇宙の五大要素である五行(木・火・土・金・水)を人体の臟(肝・心・脾・肺・腎)、腑(胆・小腸・胃・大腸・膀胱)、感覚器(眼・舌・唇・鼻・耳)、組織(筋・血脈・肌肉・皮毛・骨)や、感情(怒・喜・思・憂・恐)、味覚(酸・苦・甘・辛・鹹)などにそれぞれ配当させる。そしてそれぞれが木→火→土→金→水……という相生関係、かつ木→土→水→火→金→木……という相剋関係にあって生理が営まれているというのである。その均衡がとれた状態が健康であり、邪気や正気の乱れによってバランスの崩れた状態が病気である。当然、診断とはどこがどうアンバランスであるかを察知する行為であり、治療とは薬物や鍼灸などの手段を用いてバランスを回復させる行為にほかならない。漢方医学の長所が、部分ではなく全体を視、病原体や病巣そのものの攻撃排除よりも自然治癒力の回復を主眼とするところにあるといわれるのは、このような考えに根差している。

## B 『神農本草経』

『神農本草経』は、個々の漢方薬の薬効や特性について述べられた薬物学書、いわゆる本草の原典である。神農は黄帝・伏羲とともに三皇といわれる伝説上の帝王で、医薬祖神とされる。ここには365種の動・植・鉱物薬が、上品・中品・下品の3ランクに分類して収録されている。これを本草の三品分類という。上品(上薬ともいう)は生命を養う薬(養命薬)で、無毒であり、長期間服用すべきもの。中品は体力を養う薬(養性薬)で、有毒・無毒の両方があるから注意して服用する。下品は病気の治療薬(治病薬)で、有毒であるから長期服用はいけない。以上のような規定がある。西洋医学でいう薬の概念は下品に相当するものであり、本草の薬は西洋の薬よりも概念が広い。つねづね上品ないしは中品の薬を服して健康を保ち、下品に頼るのは最後の手段でさほど好ましいことではないというのがここでの思想である。また、中国伝統

本草の特徴の一つに薬物の配合を重視することが挙げられる。薬物には君・臣・佐・使の別(役目)があり、処方構成するにあたっては、配合の割合に一定の規律があるという。さらに2つの薬物を組み合わせると薬効が変化するという七情(単行・相須・相使・相反・相惡・相殺・相畏)と称する配合原則もある。相反・相惡は禁忌を意味する。この考えによって中国伝統医学では単味の薬物は一素材であり、実際の治療は複合薬剤で行う処方学が発達した。素材の薬物には薬効を調整するための加工が施されることもあり、これを修治あるいは炮炙などという、処方においては薬効、用途により、丸・散・湯・酒漬・膏煎といった剤型の工夫もなされた。本草に記された薬効は今日なお生薬学の成分・薬理研究上で参考にされている。中国では自然界のあらゆるものが薬とみなされたといっても過言ではない。よってこの本草学は次第に博物学へと発展していった。ちなみに、ほぼ同時代に作られたヨーロッパの薬物書では、植物などを自然形態学的な観点から分類してある。それに対し中国本草の三品分類は人間を本位とした薬効別分類となっており、西洋と東洋の発想の本質的相違をみてとることができる。『神農本草経』に続いて、後漢末には別に365種の薬物を新収した『名医別録』なる本草書が作られ、以後、梁代には陶弘景の『本草経集注』(500年頃, 730種)、唐代には『新修本草』(659年, 830種)、宋代には、『開宝本草』(974年, 984種)、『嘉祐本草』(1061年, 1,084種)、『証類本草』(1108年, 1,774種)、明代には『本草綱目』(1590年刊, 1,892種)などの本草書が編纂された。

## C 『傷寒論』

『傷寒論』は生薬を巧みに組み合わせた複合薬物処方を用いて種々の病態に対応する治療医学書である。もともとは雑病を扱った『金匱要略』と一つの書で、後漢末(3世紀初)に長沙の太守であった張仲景によって著されたとされる。傷寒とは寒邪に傷害された腸チフス様の急性熱性病である。この書ではその病態を進行状況によって6つのパターン(病期)に分けている。これを三陰三陽病(六経病)といい、各病症にはそれに対応する処方がいくつも設定されている。たとえば葛根湯はその第1期症の適応方剤の一つであり、小柴胡湯は第3期症のそれである。したがって病症を的確に類別しさえすれば、つまり診断を誤りさえしなければ、確実に有効な処方が提示されるというしくみになっている。診断が即座に治療につながるこのしくみを日本漢方では拡大解釈して「証」という考え方でとらえ、あらゆる病気に応用できるとした。これが江戸後期に主流となった古方派のいきつくところで、

漢方は病名治療ではないという、いわゆる方証相対・随証治療の考え方はここに由来している。

## D 中世～現代

唐代までにも数多くの医書が著されたが、基本的には上述の三大古典の延長線上にある。唐代の代表的医書には『千金方』(孫思邈, 650年代成)や『外台秘要方』(王燾, 752年成)などがある。

宋代には、『太平聖恵方』(王懷隱ら, 992年成), 『聖濟総録』(勅撰, 1111～18年), 『和剂局方』といった医学書・処方集があり, 特に『太平恵民和剂局方』(陳師文ら, 1170～10年)には今日でもよく用いられる漢方処方が載せられている。

金元代には革新的な医学理論の展開運動がなされ, 劉完素(河間, 12世紀), 張子和(従正, 1156～1228年), 李東垣(杲, 1180～1251年), 朱丹溪(震亨, 1281～1358年)の金元四大家に代表される学医が登場した。たとえば防風通聖散は劉の, 補中益気湯は李の, 滋陰降火湯は朱の創製になる処方である。金元医学理論は後代に引き継がれ, 現代中医学理論の基盤を形成した。

明清代にも金元の流れを受けた医書が多く世に出た。明代の薬物書の代表には『本草綱目』(李時珍, 1578年成), 処方集ではわが国の医学に大きな影響を与えた『万病回春』(龔廷賢, 1587年成)などがある。清代には温病学という新しい医学理論も展開された。これも中医学理論の一角をなしている。

中華民国を経て, 中華人民共和国が成立してから, 政府の指導で従来の伝統医学理論の整理・統合が図られ, その結果, 現在中医学理論と呼ばれる一応まとまった体系が作られた。しかし完全に画一化されたわけではなく, かえって統一化によって学問レベルの低下を招いた面もある。中華人民共和国では漢字の普及を優先して簡略字化政策をとったため, 古典の理解には弊害をきたす結果となった。同様に, 現代中医学は中国伝統医学の簡略化にほかならない。文化の歴史は多様化の歴史であり, 今日の安易な統一化(国際化・グローバル化)の風潮には危惧の念が残る。常に試行錯誤の状態にあり続けるのは, 西洋医学に限らず, 伝統医学の宿命といえよう。

## 3 日本漢方の展開

### A 奈良時代以前

わが国における大陸医学文化の導入はむろん他の大陸文化と軌を一にし, 6世紀頃までは主に朝鮮半島経由で

行われていた。医薬書伝来の初出記録は, 仏教伝来にわずかに遅れる562年, 呉人智聡の半島経由による「薬書・明堂図」などの招来である。「明堂図」とは鍼灸のつぼを図解した人体経穴配置図であろう。

7世紀以降, 遣隋使・遣唐使による中国との正式交流開始に伴い, 医学文化が直接, 大量に輸入されるようになった。恵日・福因らが大きな役割を担った。やがて律令制が導入され, 701年には大宝律令が施行。医制を定めた医疾令には医学の教科書に『脈経』(王叔和, 3世紀後半), 『甲乙経』(皇甫謐, 3世紀後半), 『本草経集注』『小品方』(陳延之, 5世紀後半), 『集驗方』(姚僧垣, 6世紀), 『素問』『針経』といった漢～六朝の中国医書が指定され, 学習された。この規定はとりもなおさず, 初唐の医制をほぼそのまま受容したもので, 逆に当時の中国の方針を知ることができる。『針経』は『靈枢』の古称であり, 『素問』とあわせて『黄帝内経』を成す。『甲乙経』は『素問』『靈枢』に経穴解説書『明堂』を加えて再編集した針灸医学書。『脈経』は『黄帝内経』『傷寒論』その他の古典から再編成した脈診学の典籍。『本草経集注』は『神農本草経』を補注した薬物学書。『小品方』および『集驗方』は『傷寒論』系の処方医学を中心とした医書である。いずれも前述の三大古典の延長線上にあった。

### B 平安時代

平安時代には自国の文化意識の高揚によって日本独自の医学書が編纂されるようになった。808年には出雲広貞らが『大同類聚方』を, 870年以前にはその子・菅原岑嗣らが『金蘭方』なる医書を勅を奉じて撰したというのが伝わらない。現伝本はいずれも偽書である。

遣唐使は838年を最後に廃止されたが, それまでには唐の主だった医書のほとんどは輸入されていた。『日本国見在書目録』(藤原佐世, 898年頃成)には166部, 1,309巻もの漢籍医薬書の存在が記録されており, 日本人の中国医学文化に対する摂取意欲の旺盛さがうかがえる。

984年にはこれらの渡来医書を駆使して日本現存最古の医学全書『医心方』30巻が編纂された。撰者は帰化中国人の8世の子孫, 丹波康頼である。この書の記載のほぼすべては200種近くの中国医書(一部に朝鮮医書)からの引用で成り立っており, その意味では本質的に中国医書であるが, 資料の選択眼には日本の風土・嗜好の反映が認められる。本書は成立時に近い古写本が現伝しており, 中国には宋の印刷本を介した古典しか伝存しないのに対し, 六朝・隋唐医学書の原姿を研究するうえで貴重な資料を提供している。

**C 鎌倉・南北朝時代**

鎌倉時代に入る頃となると、中国より宋の医学書が伝えられるようになり、その様相は一変した。宋代には印刷技術が革新的な発達をとげ、従来写本として伝えられた医学古典の数々が校勘され、初めて印刷本として世に流布するようになった。これは医学知識の普及という面において画期的なことであった。また先述のごとく『太平聖恵方』や『聖濟総録』といった膨大な医学全書、あるいは『和劑局方』など宋の国定処方集が政府によって編纂・出版。南宋に入ってから医書の刊行は相次ぎ、それら宋刊本が日宋貿易を背景に続々と舶載された。金沢文庫伝来の古版医書はその一端を示すものである。

武士の時代にあつて、医学の新しい担い手は従来の貴族社会の宮廷医から禅宗の僧医へと移行し、医療の対象は貴族中心から一般民衆へも向けられるようになった。僧医梶原性全の『頓医抄』(1303年)や『万安方』(1315年)、そして有林の『福田方』(1363年頃)はこの時代の特徴をよく反映した医学全書といえる。従来の日本の医書は、中国医書から漢文のまま忠実に抜粋したものであったが、『頓医抄』や『福田方』は新渡来の多くの医書を駆使しつつも和文に直して咀嚼され、しかも著者独自の見解が随所に加えられている。

**D 室町時代**

室町時代には明朝との勘合貿易が始まり、明に留学し帰朝した医師たちが医学界を先導するようになる。南北朝末の竹田昌慶を皮切りに、月湖・田代三喜・坂浄運・半井明親・吉田意安などがいた。

当時導入された明初の最新医学は、金元時代に新たに勃興した革新的医学理論を背景にしたものであった。この金元医学は、たてまえは端的に言えば前述の漢の三大源流医学を理論統合しようとする試みであったが、結果は中国医学に新たな方向性を開くこととなった。その主導者として上述の金元の四大家(劉完素・張子和・李東垣・朱丹溪)と称される人々がおり、治療方針の特徴からそれぞれに学派をなした。ことに補養を軸とする李東垣・朱丹溪の医学は日本でも李朱医学と称して大いに受けた。

室町時代の知識階級の医家たちはこの新医学を盛んに摂取し、普及に努めた。その機運の高まりのなかで、1528年、日本で初めて医学書が印刷出版された。それは明の熊宗立が編纂した『医書大全』(1446年刊)を堺の阿佐井野宗瑞が財を投じて覆刻したもので、医書の印刷出版は中国に遅れること500年であった。さらに70年後には豊臣秀吉の朝鮮出兵によって朝鮮から活字印刷の

技術が伝えられ、これを用いて金元・明を中心とした多量の医薬書が印刷され広く普及するようになった。いわゆる古活字版である。日本の医書出版文化はここに始まる。

**E 安土桃山時代**

室町末期から安土桃山時代に活躍した名医に曲直瀬道三(1507~94年)がいる。道三は当時の中国医学を日本に根づかせた功労者として特筆すべき人物である。田代三喜に医を学び、京都に医学舎啓迪院を創建。併せて宋・金元・明の医書を独自の創意工夫によって整理し、『啓迪集』(1574年成)をはじめとする幾多の医書を著述して、後進の啓蒙・育成に尽力した。道三の医学理論は明の医書を介するところの金元医学に依拠し、ことに朱丹溪の学説を信条とする。この陰陽五行説を背景とし、経験処方駆使運用を手段とする曲直瀬流医学は、曲直瀬玄朔をはじめ後継者の輩出によってさらに後の明代医書(たとえば『万病回春』など)を積極的に吸収し、江戸前期には最も隆盛をきわめ、中期から末期へと及んだ。この流派を、その後興った古方派に対して、後世方派(後世派とも)と称している。

**F 後世方(新方)派**

一口に後世方派といっても、依拠する中国医書によっていささか思想を異にする学派に分かれる。なかでも日本にもっとも強い影響を及ぼしたのは李朱医学、すなわち李東垣(李杲)と朱丹溪(朱震亨)の2人の医家であった。儒医の香月牛山(1656~1740年、『牛山方考』『牛山活套』『老人必用養草』など)などは江戸中期の後世方派医家の代表的人物である。とはいえ中国の書をそのまま盲信したわけではない。牛山は牛山なりに受容し、自論を展開したのである。

日本の漢方は曲直瀬道三以来、医学の基本規準を薬劑処方におき、その運用を第一義として医学を展開した傾向が強いようである。すなわち、中国が理屈を重んじたのと対照的に、日本は実践を重んじたとされる(中川修亭『医方新古弁』説)。『衆方規矩』(曲直瀬道三、1636年刊)、『医方口訣集』(長沢道寿原著・中山三柳増補・北山友松子頭注、1681年刊)、『古今方彙』(甲賀通元、1747年刊)は道三流の敷衍である。江戸中期まで、中国の医書では『医学正伝』(虞搏、1515年成)、『医学入門』(李梴、1575年成)、『万病回春』(龔廷賢、1587年成)、『寿世保元』(龔廷賢、1615年成)などがよく読まれた。『医学正伝』の一部を単行した『正伝或問』、そして『医書大全』(熊宗立、1446年刊)の医論のみを抄出した『医方大成論』さらに『十四経發揮』(滑寿、1341年成)、『難経本

義(滑寿, 1361年成), 『運氣論奥』(劉温舒, 1099年成), 『医經溯洄集』(王履, 元末明初成), 『局方發揮』(朱丹溪, 1347年成), 『格致余論』(朱丹溪, 1347年成), 『本草序例』(『証類本草』の序例部分のみを単行したもの), 『素問玄機原病式』(劉完素, 1154年頃成)などを取り合わせた「医家七部書」が流行した。著名な医家としては曲直瀬玄朔(1549～1631年, 『医学天正記』『医法明鑑』『延寿撮要』など)以下, 岡本玄治(1587～1645年, 『家伝預集』『玄治方考』『灯下集』など), 古林見宜(1579～1657年, 『日記中棟方』『妙薬速効方』など), 長沢道寿(?～1637年, 『医方口訣集』『増補能毒』など), 北山友松子(?～1701年, 『北山医案』『医方考繩愆』など), 中山三柳(1614～84年, 『遂生雜記』『病家要覧』など), そして先に述べた香月牛山, また加藤謙斎(1669～1724年, 『医療手引草』『片玉六八本草』『方的』など), 津田玄仙(1737～1809年, 『勸学治体』『積山遺言』など), さらに北尾春圃(1658～1741年, 『提耳談』『当壮庵家方口解』『桑韓医談』など), 福井楓亭(1725～92年, 『崇蘭館集驗方』『方説弁解』『瀨湖脈解』など), 下つては和田東郭(1744～1803年, 『蕉窓雜話』『蕉窓方意解』『導水瑣言』など), 高階枳園(1773～1843年, 『求古館医譜』『求古館方譜』『伝家歴驗方』など)らがいる。岡本一抱(1654～1716年, 『医学三蔵弁解』『医經溯洄集倭語鈔』『十四経絡發揮和解』など多数)は数多くの中国医書の和訓注解を行い, また自らの著作によって啓蒙に寄与した。

## G 古方派

17世紀後半, 江戸中期以降の日本漢方界は, 『傷寒論』を最大評価し, そこに医学の理想を求めようとする流派によって大勢が占められるようになった。漢の時代に作られた『傷寒論』の精神に帰れと説くこの学派を古方派と呼ぶ。中国では宋代に『傷寒論』が再評価され, さらに明から清にかけて, 復古と称し『傷寒論』に理想を求め一学風が生じた。『傷寒論』を自己流に解析し, 『傷寒論』中の自説に合う部分を張仲景の旧文とし, 合わない部分を王叔和や後人の竄入として排除するやや過激なグループである。日本の古方派はこれに触発されたのである。この古方派に属する人々として, 名古屋玄医(1628～96年, 『医学愚得』『医方問余』『怪癖一得』『金匱要略註解』『閩甫食物本草』など多数), 後藤艮山(1659～1733年, 『師説筆記』『艮山先生医説』など), 香川修庵(1683～1755年, 『医事説約』『一本堂行余医言』『一本堂薬選』など), 内藤希哲(1701～35年, 『医經解惑論』『傷寒雜病論類編』など), 山脇東洋(1705～62年, 『蔵志』『養寿院医則』『養寿院方函』など), 吉益東洞(1702～73年, 『医事或問』『医断』『医方分量考』『建殊録』『古書医言』『方機』『方極』

『薬徴』『類聚方』など多数), 永富独嘯庵(1732～66年, 『吐方考』『漫遊雜記』『葆光秘録』など), 村井琴山(1733～1815年, 『医道二千年眼目篇』『薬徴統編』『薬量考』『類聚方議』『和方一万方』など), 亀井南冥(1741～1814年, 『古今齋以呂波歌』『南冥問答』など)などの名医がいるが, それぞれ違った観点に立っていた。吉益東洞はなかでももっとも際立った考えをもった医家であった。

東洞は, 病気はすべて1つの毒に由来し, その毒の所在によって種々の病態が発現するのだと説いた(万病一毒説)。また, 薬というものはすべて毒である, 毒をもって毒を制するのだと主張し, いきおい攻撃的な治療法を行った。それで治らずに死亡するのは天命で, 医師のあずかるところではないと断じ(天命説), 当時の医学界で論争を巻き起こした。東洞は陰陽五行説など中国自然哲学の概念を否定, 『傷寒論』の文章を完膚なきまでに割裂して『類聚方』(1764年刊)や『薬徴』(1785年刊)を編述し, 最左翼の古方派となった。日本的な証の概念, 主義はこの時点で形成されたといえる。その一刀両断の医論は江戸後半の医界を風靡し, 現代の日本漢方に絶大な影響を及ぼすこととなった。東洞の跡を継いだ南涯は, 父の過激ともいえる医説を修正する方向に向かい, 気血水説によって病理と治療の説明を行った。南涯の医説もまた現代漢方の強い背景をなしている。幕末に江戸で活躍した尾台榕堂(1799～1870年, 『方伎雜誌』『類聚方広義』『医余』など)は吉益東洞の医説を信奉し, 現代日本の漢方に伝える橋渡しの役割を果たした。

## H 折衷派

中国人が論理性, いわば抽象的理屈を尊んだのに対し, 日本入は実用性・具体性を優先した。これは医学でも同じである。古方派が極端な主義に走ったこともあって, 処方の方効性を第一義とし, 臨床に役立つものなら各派の良所を享受するという, 柔軟な姿勢をとる人々も現れた。こういった立場の人々を折衷派と称している。先述の和田東郭や荻野元凱(1737～1806年, 『刺絡編』『吐法編』など), 中神琴溪(1744～1833年, 『生々堂医譚』『生々堂養生論』『生々堂傷寒約言』『生々堂雜記』など), 原南陽(1752～1820年, 『経穴彙解』『寄奇方記』『傷寒論夜話』『叢桂偶記』『叢桂亭医事小言』『砦草』など), 片倉鶴陵(1751～1822年, 『傷寒啓微』『産科發蒙』『静儉堂治驗』『青囊瑣探』『微癘新書』『保嬰須知』など)なども折衷派に分類され, 今日でも和田東郭の臨床手腕は高く評価されている。蘭学との折衷を図った人も少なくない。紀州の華岡青洲(1760～1835年, 『春林軒丸散便覧』『青洲先生治驗録』ほか多数)はその筆頭で, 生薬の麻醉剤を開発し, 世界で初めて乳がんの摘出手術に成功したことは

有名である。後継者に本間棗軒(1804～72年、『内科秘録』『瘍科秘録』ほか)がいる。明治前期の漢方界において著しい活躍をなした浅田宗伯(1815～94年、『勿誤薬室方函』『勿誤薬室方函口訣』『医学典刑』『橋窓書影』『古方薬議』『脈法私言』『傷寒論識』『雑病論識』『皇国名医伝』『先哲医話』『医学智環』ほか多数)もその学術は折衷派に属するものといえよう。宗伯は幕末明治の漢方界の巨頭として最後の舞台の主演を務めた。臨床家としての業績に今日学ぶべきものは多い。

## I 考証学派

江戸後期には、従来の身勝手な文献解釈に対する批判、反省のもとに考証学派という学派も興り、幕末に頂点をきわめた。考証学派は清朝考証学の学風を継承し、医学の分野に導入して漢方古典を文献学的・客観的に解明、整理しようとするものであった。多紀元簡(1755～1810年、『傷寒論輯義』『金匱要略輯義』『素問識』『靈枢識』『扁鹊倉公伝彙考』『脈学輯要』『医賸』ほか)、多紀元胤(1789～1827年、『医籍考』『難経疏証』ほか)、元堅(1795～1857年、『傷寒論述義』『金匱要略述義』『素問紹識』『薬治通義』『傷寒広要』『雑病広要』ほか)父子をはじめとする江戸医学館の人々を中心に、伊沢蘭軒(1777～1829年、『蘭軒医話』『蘭軒医談』ほか)、渋江抽斎(1805～58年、『靈枢講義』ほか)、小島宝素(1797～1848年、『河清寓記』ほか)、森立之(1807～85年、『本草経攷注』『傷寒論攷注』『素問攷注』ほか多数)、山田業広(1807～81年、『医学管錐』ほか多数)らの医学者がいる。考証学派の業績は明治以降、本家の中国に紹介され、今日でも高い評価を受けている。考証学者といえば文献一辺倒かと思われがちであるが、山田業広など臨床に長けた人々も少なくなかった。

## J 本草学

本草学についていえば、中国の本草書は飛鳥時代には『本草経集注』、奈良時代には『新修本草』が伝来した。平安時代後期には『証類本草』が渡来し、鎌倉室町時代を通じて本草の典範とされた。江戸時代初期には『本草綱目』が輸入され、本草学の基本文献として計り知れない影響を及ぼした。江戸時代の本草書には『薬性能毒』(曲直瀬道三、16世紀末)、『閩甫食物本草』(名古屋玄医、1669

年成)、『庖厨備用本草』(向井元升、1671年成)、『本草弁疑』(遠藤元理、1681年刊)、『本朝食鑑』(人見必大、1692年成)、『広益本草大成』(岡本一抱、1698年刊)、『大和本草』(貝原益軒、1708年成)、『用薬須知』(松岡玄達、1726年刊)、『薬籠本草』(香月牛山、1727年成)、『一本堂薬選』(香川修庵、1731～38年刊)、『薬徴』(吉益東洞、1771年成)、『本草綱目啓蒙』(小野蘭山、1803～05年刊)、『古方薬品考』(内藤尚賢、1840年成)などがある。

なお、日本で特有の進歩・展開を遂げた漢方診断法に腹診術がある。日本漢方を論じるうえでは必須の事項であるが、これは南北朝時代に萌芽し、江戸時代を通じて種々の流儀が派生した経緯があり、複雑で未解明の部分も多いので、小論では割愛する。

## K 結語

以上、後世方派・古方派・折衷派・考証学派あるいは本草学の分野について述べたが、これらの学統は必ずしも明確に区別しうるものではない。後世方は金元医学に依拠するとされるが、金元医学は張仲景の古方を軽視したわけではない。古方派は吉益東洞でさえも『傷寒論』、『金匱要略』以外の薬物を使用した。折衷派とは臨床上、種々の学派の医方を受容した医家たちの総称であり、一方、考証学派とは机上の研究において文献考証の手法を導入した医家たちを指す。折衷派と考証学派は観点の異なる位置づけであり、両者の区別はしがたい。また江戸時代には各学派間に交流がなかったかのごとく説く人がいるが、これも正鵠を射ていない。蘭方(洋方)家と漢方家の間にすら、ときによっては密接な交流があった。別な例を挙げれば、純粋な古方派というべき尾台榕堂と、折衷もしくは考証学派に属した浅田宗伯との間にも親密な交わりがあった。日本漢方という「方証相對」を重視し、病因への言及を回避した特定の学派に限定する向きもあるが、その考えは昭和初期になって定着したものであって、偏見にすぎない。日本の漢方はそれほど限定された視野ではとらえられない。むしろ江戸時代、ことに元禄以降の日本医学は蘭学、博物学を含め、中国(清朝)をはるかに凌駕するほど幅広かったのである。少なくとも伝統医学知識のみの水準で比せば、現代(平成)の漢方界は江戸時代の足元にも及ばないといって過言ではなからう。

漢方歴史年表 (古代～現代)

中国	年代	日本
	殷 -1500 縄文	
	-1000	
	周	
	-800	
	春秋	
	-600	
	戦国 -400	
馬王堆医書		
『黄帝内经』の原書成立	前漢 -200 弥生	
『神農本草経』の原書成立	0	
	後漢 100	
3世紀初 張仲景『傷寒論』『金匱要略』の原書を著す	200	
4世紀 葛洪『肘後救卒方』を著す	300 大和	
	六朝 400	
454～473 陳延之『小品方』を著す		
	500	
610 『諸病源候論』著される	隋 600 飛鳥	562 呉人智聡が朝鮮経由で医薬書をもって来日する
		607 遣隋、遣唐使が始まり中国より多数の医書が渡来する
650年代 孫思邈『千金方』を著す	唐 700 奈良	701 大宝律令発布、律令制による医療制度が行われる
752 王燾『外台秘要方』を著す		
	800 平安	808 日本初の医書『大同類聚方』が編纂されるが失伝
	900	917 深根輔仁『本草和名』を著す。現存最古の薬物書
	宋	983 丹波康頼『医心方』を著す。現存最古の医書
992 『太平聖恵方』編纂される	1000	
1047 王袞『博濟方』を著す		
1065 『傷寒論』出版される		
1107～10 『和劑局方』編纂される	1100	
12世紀半ば頃 許叔微『普濟本事方』を著す		
●金元四大家を中心とした金元医学理論が登場する		
1111～18 『聖濟総録』成る		
1119 閻李忠、錢仲陽の医術を集大成し、『小兒藥証直訣』を著す	金	
1172 劉完素『宣明論方』を著す		
1174 陳言『三因極一病証方論』を著す		
1196 王璆『是齋百一選方』撰	1200 鎌倉	
1247 李東垣『内外傷弁惑論』を著す		
1249 李東垣『脾胃論』を著す		
1251 李東垣『蘭室秘蔵』を著す		
1253 嚴用和『嚴氏濟生方』を著す		
	1300	1303頃 梶原性全『頓医抄』を著し、のちに『万安方』を著す
1337 危亦林『世医得効方』を著す	元	1363以降 有隣『福田方』を著す
	1400 南北朝	

中国	年代	日本
	明	
1481 程充『丹溪心法』を校訂する	室町	
1515 虞搏『医学正伝』を著す	1500	
1558 以前 薛己『薛氏医案』を編纂する		1528 日本初の刊行医書『医書大全』出版される
1556 皇甫中『明医指図』出版される		
1575 李梴『医学入門』を著す		
1576 龔廷賢『古今医鑑』を編纂する	安土 桃山	1574 曲直瀬道三『啓迪集』を著す
1578 李時珍『本草綱目』を著す		
1587 龔廷賢『万病回春』を著す		
1609 張三錫『医学六要』出版される	1600 江戸	
1615 龔廷賢『寿世保元』を著す		
1617 陳実功『外科正宗』を著す		1627 曲直瀬玄朔『医学天正記』出版される
	1700	
温病理論が展開整理される	清	1696 名古屋玄医没、生前古医方を唱える 福井楓亭（1725～92）『方読弁解』を著す
		1768～73 『東洞先生投剂証録』が著される
		1773 吉益東洞没、生前万病一毒説を唱え、『類聚方』 『薬徴』などを著す
		浅井南溟（1734～81）『浅井腹診録』を著す
	1800	1810 多紀元簡没、考証学を確立する
		1811 吉益東洞口授『方機』出版される
		1820 原南陽『叢桂亭医事小言』出版される 華岡青洲（1760～1835）『瘍科方笈』を著す
		1856 尾台榕堂『類聚方広義』出版される
	明治	1877 浅田宗伯『勿誤薬室方函』出版される
		1894 浅田宗伯没
	1900	1910 和田啓十郎『医界の鉄椎』を著す
	中華 民国	大正
現代中医学理論が整理される		昭和
		1927 湯本求真『皇漢医学』を著す
		1950 日本東洋医学会設立される
		1964 矢数格『漢方一貫堂医学』を著す
		1976 医療用漢方製剤、薬価基準に収載される
	中華人 民共和 国	
	1989 平成	1991 日本東洋医学会が日本医学会に加盟する
		2001 医学・薬学教育のコアカリキュラムに漢方が採 録される

## 参考文献

『北里研究所東洋医学総合研究所 漢方処方集』（北里研究所東洋医学総合研究所・薬剤部編，花輪嘉彦 監修，1976年 初版，2003年 第6版）

『日本漢方典籍辞典』（小曾戸 洋，1999年 初版）

『中国医学古典と日本』（小曾戸 洋，1996年 初版，2005年 第2刷）

（今村由紀・平崎能郎 監修：小曾戸 洋）

# B 戦後から現在

秋葉哲生

## 1 戦後から現代までの概観

わが国の漢方医学にとって、昭和 20(1945)年まで続いた太平洋戦争は大きな痛手となった。将来を囑望された木村長久、森敬三郎は戦陣に散り、矢数有道は戦後故国に帰るとまもなく彼の地で戦病死をとげた。敗色いよいよ濃くなった昭和 20 年には鮎川 静、湯本一雄が幽冥境を異にし、昭和 21(1946)年には戦後の混乱のさなかで小出 寿が惜しまれてこの世を去った。

次代を担うはずであった数多くの有為の士を失いながらも、わが国の戦後復興が始まるとともに日本の漢方医学は再建の道を歩み始めた。

最初の試練は昭和 22(1947)年 9 月に連合軍総司令部(GHQ)によって厚生省に出された鍼灸禁止とも受け取れる要望であった。降って沸いたような事態を受けて鍼灸界は全国の関係者挙げての阻止運動を開始し、石川 日出鶴丸 京都帝国大学名誉教授や元東亜治療研究所長 板倉 武博士らの尽力もあって、この要望を撤回させることができた。しかし、連合軍側の漢方医学に対する偏見が鍼灸以外の湯液治療などを専門とする漢方家の心胆をも寒からしめたであろうことは疑いないことであった。

敗戦直後の混乱が収拾され、続いてわが国の経済が回復基調に移る頃になると、国民の関心が次第に漢方医学に向けられるようになった。各種の薬害や環境汚染による健康被害の発生がたびたび報じられるようになり、工業化とそれがもたらした経済成長の負の側面が国民に意識されるようになったのも一因であろう。昭和 30 年代には漢方ブームと呼ばれるような活況を呈し、連日のようにメディアは漢方医学とその周辺について報道した。

一方、昭和 36(1961)年から始まった国民皆保険制度により人々は等しく低廉な費用で病気治療ができることとなった。当時はまだ自由診療がほとんどで漢方の保険診療は普及していなかったが、薬価基準に収載されている生薬を用いての保険診療は理論的に可能となっていた。漢方治療が質量ともに大きくその質を転換させたのは昭和 51(1976)年に大幅に薬価収載されたことが契

機であった。大学の医学教育もそれにふさわしく改変された結果、漢方治療は一部の専門家の治療手段から日本の医師の普遍的な治療手段へとその内実を変えたのである。平成 22(2010)年の現在では漢方薬を日常的に処方している医師が 86.3% に達していることからそれがうかがえよう。

以下に戦後 65 年間の主として湯液治療を中心とする漢方医学の歩みを、学術、医療・教育制度、社会思潮などの領域ごとに分けて論じてみよう。

## 2 学術界の動向

### A 近代漢方への再出発

敗戦という未曾有の出来事によって虚脱状態にあった漢方界は次第に活動を再開し始めた。

大きな時代の節目にあって、千葉医大眼科教授 伊東 弥恵治は、昭和 22(1947)年の『日本歴史』4月号に「明治医学に影響した外国文化」と題する論文を発表し、明治はじめの漢方医学を排除した医学医療制度における不合理を指摘して、その復興の必要性を強調したのであった。さらにその実践の一端として千葉医大に東洋医学自由講座を開講し、学外からの参加者に広く門戸を開いた。

昭和 23(1948)年になると苅米達夫、木村雄四郎の『和漢薬用植物』が出版されるなど新しい動きも始まった。東亜医学協会により戦時中に亡くなった漢方医家合同慰霊祭が大塚敬節、矢数道明、気賀林一らを準備委員として挙行されたことも、戦後の再出発を象徴する出来事であった。同年に東京漢方医学会(武藤留吉、奥田謙藏)や横浜温知医会(高木逸磨、龍野一雄)が設立され、活発な活動が開始せられた。

昭和 24(1949)年はわが国の漢方医学が敗戦の混乱を脱却し、未来に向けて明確に歩を進めた 1 年となった。というのは、漢方の学術活動の核となるべき団体である日本東洋医学会設立のための具体的な準備がこの時期に進捗したからであった。3月15日に龍野宅に龍野一雄、大塚敬節、矢数道明、長濱善夫、丸山昌朗、藤平 健が集い、漢方集談会を結成し毎月の恒例とした。10月の同会において、第一回東洋医学学会準備委員会結成の申し合わ

せが成立し、龍野一雄が準備庶務を担当することとなった。11月17日に第一回学会設立準備委員会が発足し、龍野宅を仮事務所として趣意書の立案を行った。委員は細野史郎、大塚敬節、和田正系、龍野一雄、長濱善夫、矢数道明、山崎順、丸山昌朗、間中喜雄、藤平健、森田之皓の11名であった。

この年にはまた、清水藤太郎著『日本薬学史』の発行があり、千葉大学教授の伊東弥恵治より「官立の東洋医学研究所設立」の申請書が文部省に提出された。さらに戦前からの継続事業として、紅陵大学(旧拓殖大学)第九回漢方医学講座を復活し、龍野一雄、大塚敬節、矢数道明、清水藤太郎、柳谷素霊らが講師に名を連ねた。

## B 日本東洋医学会

昭和25(1950)年が明けると早速、日本東洋医学会(仮称)の創立委員会が開かれ、趣意書、勧誘文書を作成し各方面に発送した。いよいよ3月12日に、日本東洋医学会設立総会が慶応大学医学部北里記念図書館会議室において開催された。学会の名称についてさまざまに議論が戦わされたが、最終的に日本東洋医学会と決定した。また会長の選出に際して、候補者が健康面や高齢のゆえに推薦を辞退されるなどあって当初は欠員とせざるをえず、当面、理事代表庶務理事 龍野一雄ということで船出をしたのであった。創立時の会員は98名であったが、38名は事務局からの依頼により入会された名誉会員であったので、会費納入義務のある正会員は60名であった。

日本東洋医学会は、発足当初より日本医学会に分科会として加盟することが目標とされていた。学会創立3年後の昭和28(1953)年7月に最初の分科会加入申請を提出した。8月27日に日本医師会館会議室で開催された日本医学会連絡委員会において、反対26票対賛成3票で否決された。昭和36(1961)年に第2回目の申請を提出し、反対31票対賛成14票で同じく加盟は認められなかった。しかし会長松田邦夫のもとで平成3(1991)年の第4回目の申請を行い、加盟に必要な2/3の賛成票が投じられて第87番目の分科会として加盟が承認された。日本医学会の分科会という学会設立当初の目標の一つを創立41年後に達成したことになる。

これ以後は、他学会と同様な専門医制度を確立することが臨床系の分科会として重要な目標の一つとなった。日本東洋医学会の専門医制度は、日本医学会加盟申請に並行して検討され、平成2(1990)年に実施されたが、日本専門医認定機構(現 社団法人日本専門医制評価・認定機構)に加盟した後は、漢方専門医として、基本領域の専門医を取得後に得られる高度専門領域の専門医として

位置づけられることになった。さらに平成17(2005)年には、厚生労働省より日本東洋医学会は漢方専門医を広告可能な認定団体として認可された。会員数は、発足当初の98名から昭和45(1970)年度には1,035名、平成2(1990)年度には9,751名、平成22(2010)年には8,690名となり、多少の増減はあるものの順調に推移している。また漢方専門医は、平成22(2010)年には2,230名の専門医が登録しており、高いレベルの漢方診療が実践されている。

## C 和漢医薬学会

和漢医薬学会は、昭和42(1967)年に山村雄一らが発起人となり開催された「和漢薬シンポジウム」を発展的に解消して昭和59(1984)年に発足した学会である。目指すところは和漢薬の資源、品質管理、作用機序、臨床研究などについて科学的視点から最新の知見を討議し、基礎と臨床の橋渡しをすることであった。注目されるのは、要素還元論に立脚する自然科学と「複雑系・多成分系」の体系である伝統医薬学の和を求めることが謳われていることであった。そのために和漢薬をさまざまな形で研究の対象とする薬学者、医学者、医師、薬剤師などが一堂に会し情報交換することが必要であるとしたのである。これは1980年代から年々高額化する医療費に対して、世界各地の非西洋医学的治療手段が評価されつつあった時代背景とくしくも合致するものであった。伝統医学が世界的に脚光を浴びるのは1990年代に顕在化したのが、その学問的研究の重要性をいち早く提唱したという見方もできよう。

## D 東亜医学協会

戦前からの漢方医学の結社として東亜医学協会があった。この協会は昭和9(1934)年5月に創刊され、昭和19(1944)年に『生薬治療』と改題されて通巻125号で休刊に至るまでの間、日本漢方医学会の会誌である月刊『漢方と漢薬』を発行した実績で知られていた。『漢方と漢薬』は当時の日本の漢方医学関係者が、漢方医学のためにまさに総力を挙げ取り組んだ雑誌であった。珠玉の論稿が毎号の誌面をにぎわせ、創成期のわが国の漢方界の活力をうかがわせるに足るばかりでなく、21世紀の今もなお新鮮で色あせることのない記述に満ちていた。漢方関係者から誰言うともなく『漢方と漢薬』の復刊が叫ばれたのもけだし当然というべきであった。

しかし戦後まもない時期から陸続と東洋医学関連の雑誌の創刊が続いていたが、惜しいことに多くは創刊号のみで休刊となり、続いたものでも数号で廃刊に至るなど継続発行が困難で、越えがたい現実と受け止められてい

た。そしてついに昭和 28(1953)年には漢方に関する月刊誌が皆無となって、日本の漢方医学を代表するような内容と外観を備え、内外の関連ニュースをいち早く伝える月刊誌がわが国の面目にかけても欲しいと思われるに至ったのであった。

すでに休刊に追い込まれた先行する事例を詳細に検討した結果、次のような方法で雑誌の継続発行を担保するのが最善と決断せられた。すなわち、矢数道明を中心とした6名の発行同人を定めて、発行責任を明確にし、発行資金を確保する；発行元は『漢方と漢薬』を発行した東亜医学協会が担当する；編集者としては『漢方と漢薬』の気賀林一とするなどのことであった。そしてついに昭和 29(1954)年 9 月 1 日に『漢方の臨床』第 1 巻第 1 号が刊行された。同誌はその後月刊誌として順調に刊行を継続し、平成 23(2011)年には第 57 巻目を迎えて、日本を代表する東洋医学専門誌として高く評価されるに至っている。

## E その他の学術活動

昭和 51(1976)年に相当数の漢方製剤が薬価収載されると、一般医師の間で西洋医学をベースとした多くの研究会が発足した。昭和 56(1981)年に産婦人科漢方研究会が設立したのをはじめ、日本東洋心身医学研究会、漢方免疫アレルギー研究会、泌尿器科漢方研究会、外科漢方研究会、日本耳鼻咽喉科漢方研究会、小児外科漢方研究会、日本疼痛漢方研究会、日本小児漢方交流会など、数多くの漢方研究会が活発に活動を続けている。このことから日本において漢方が医学界全体に浸透していることが理解できる。

## 3 教育研究拠点の設立

漢方医学が学問として発展するためには、教育研究施設が重要なことは言を待たない。ここでは主要な施設を設立順に取り上げ活動内容を簡潔に解説するにとどめた。

### 1. 北里研究所附属東洋医学総合研究所 (現、北里大学東洋医学総合研究所)

わが国初の東洋医学の総合的な研究機関として昭和 47(1972)年に設立された。初代所長は大塚敬節であった。昭和 61(1986)年 3 月 8 日に日本初の WHO 伝統医学協力研究センターの指定を受けて活動している。

### 2. 富山医科薬科大学および和漢薬研究所(現、 富山大学医学部、和漢医薬学総合研究所)

長い伝統のある製薬産業が多い富山の地に、医薬大は昭和 50(1975)年に、研究所は昭和 53(1978)年に設置された。和漢診療学という名称の講座の発祥の地で、同講座の初代教授は寺澤捷年である。WHO 伝統医学協力研究センターの指定を受けている。

### 3. 近畿大学東洋医学研究所

大阪府大阪狭山市に昭和 50(1975)年、医学部附属病院の開設と同時期に近畿大学に直属する漢方専門の研究所として発足した。東洋医学科初代教授は有地 滋であった。東洋医学(漢方)を本格的に研究する基礎研究部門と臨床治療を行う診療部門をもつ研究所として、医療の向上と充実に寄与することを目的としていた。

### 4. 兵庫県立東洋医学研究所および 同附属診療所

「県民の健康と福祉に東洋医学を応用」する目的で当時の兵庫県知事により、昭和 52(1977)年に開設された。漢方の診療と研究、鍼灸の治療と基礎研究を行っている。

### 5. 愛媛県立中央病院東洋医学研究所

昭和 54(1989)年の開設(初代所長 光藤英彦)以来、東洋医学(鍼灸・漢方)の診療および研究活動を行っている。特に「永年にわたって健康上の課題(苦痛やそれに基づく不安)をもっているが、身近な医療でそれが解消されない方」、すなわち「慢性健康障害をもつ方」を特に診療対象とするというユニークな方針を掲げている。

### 6. 東京女子医科大学附属東洋医学研究所

平成 4(1992)年開設され、初代所長は小幡 裕であった。健康増進施設、鍼灸臨床施設も有し、東西医学が手を結ぶ漢方を実践することを謳っている。

## 4 医療制度の変遷とその背景

社会保障制度の中心を担う医療制度は、戦後もなく大きな変革を遂げた。すなわち昭和 36(1961)年の国民皆保険と呼ばれる制度の実施であった。ここを起点として漢方治療は徐々に拡大し、昭和 51(1976)年を機に爆発的とも呼べる普及ぶりを示すのである。

## A 国民皆保険制度の実現

第 2 次世界大戦後のわが国において、医学医療制度

上の最も大きな出来事は国民皆保険の実現であろう。日本の公的医療保険は大正末に基本法ができ、昭和時代に入って次第に拡大したが、国民すべてがその恩恵にあずかることができる国民皆保険制度が始まったのは昭和36(1961)年であった。実施に先立つ昭和34(1959)年の薬価基準には20種類の生薬が収載されており、不十分ながらも生薬を用いた漢方湯剤の保険治療が可能となっていたことは注目されてよいことであった。

皆保険実現以前にもすでに、保険者との協議によって漢方治療の保険給付が認められることも多かった。昭和16(1941)年の『漢方と漢薬』誌には、薬剤や鍼灸の公定価格では必要経費の額にとうてい達しないので、制度を継続させる意味から改訂してほしいとの日本漢方医学会の要望が掲載された。

薬価収載の生薬は昭和40(1965)年には43種と増加し、平成23(2011)年の現在ではおよそ200種となって日常診療に不足のない数となっている。

## B エキス製剤の登場

煎じ薬でなく、簡便な取り扱いと服用が可能な剤型を望む声が次第に高まるのは時代の趨勢であった。『漢方医学の新研究』の著者である中山忠直は、戦前すでに漢方の煎じ薬をエキス末にすべきことを主張していたと伝えられている。

エキス剤を試作して結核性肋膜炎に対する効果を比較臨床試験で確認しようとしたのが、昭和18(1943)年に同愛記念病院に設けられた東亜治療研究所の初代所長板倉武であった。臨床投与まで進んだとされるそれらの研究は敗戦とともに中断せざるをえなくなったが、戦後まもなくから展開されるエキス製剤の製造研究に何らかの影響を与えたことは疑いなかった。

戦後まもなく民間医療機関でエキス製剤の将来性に大きな期待をかけて実用的な製剤を生み出したのは京都の聖光園細野診療所(所長 細野史郎)であった。現代医学に立脚した漢方施設として、都市生活者の取り扱いやすい製剤を望む生活スタイルに合致したエキス製剤を多数独自に開発して実用化し、さらに20数年後の昭和51(1976)年に始まるエキス製剤時代を先取りした先見性は高く評価されるものであった。細野診療所から少なからぬ漢方医家が輩出したのも特筆されることである。

薬局における市販目的のエキス製剤が大々的に登場したのは昭和32(1957)年のことであった。10年後の昭和42(1967)年に4種の漢方エキス製剤が初めて医療用として薬価基準に収載された。当時は少数の漢方医家が用いるにすぎなかったが、次第に漢方治療を待望する世論が大きくなっていった。

## C 漢方薬の薬価収載

状況が一変したのは、昭和51(1976)年に「医療用漢方製剤」という分類のもとに、一挙に42種類もの漢方エキス製剤が薬価基準に収載されてからである。これにより、それまで漢方薬を使った経験のなかった一般医師も広く漢方製剤を使用するようになり、さまざまな研究機関でその薬効が評価されるなど、漢方薬は医薬品として公的に評価されるようになった。

その後、薬価収載の漢方製剤は次第に増加し、平成12(2000)年の時点で方剤数148処方、各社合計の製品数800種あまりを数えるに至った。さらに昭和35(1960)年に始まった生薬の薬価収載は現時点で約200種類にのぼり、これらは医療保険の適応として、西洋医学システムのなかで一元的に取り扱われている。この背景には、医療用漢方製剤の有効性や安全性が西洋医学をベースとする多くの医師にも事実として認められ、定着してきたことが考えられる。

## D 薬価削除問題

昭和40年代から医療福祉費用の高騰が行政側より問題視されていたが、昭和48(1973)年の老人医療費無料化を契機として、それがにわかに顕在化した。昭和51(1976)年の漢方エキス製剤の大量薬価収載の時期がそのような転換点に一致したこともあって、行政には医療費高騰の一因を漢方エキス製剤に帰するような見解も出現した。このような見方を代表するものが、昭和58(1983)年に報道された「健胃消化剤・総合感冒剤・パップ剤・漢方製剤の薬価削除」という当時の吉村厚生次官の発言であった。この提唱の根底には、すでにわが国で長年にわたって用いられてきた治療薬であるという理由で、漢方エキス製剤が薬価基準に収載される時点で通常求められる臨床試験を免除されていたことがあるとも推測された。厳しい臨床試験をくぐり抜けてきた西洋新薬に比して不公平ではないかとの見方であった。さらに、明治以来このかた薬局では一般用として漢方薬の販売が許されているが、そのなかには実質的に医療用と同等な品質のものがあり、同じものにわざわざ健康保険財政から支出する必要はないとの制度的な原則論も付されていた。この2つの理由はこの後も繰り返し提出されて、漢方治療に携わる医療関係者や製薬企業団体はそのつど対応を余儀なくされることとなった。

## E 日本臨床漢方医会の設立

漢方薬の薬価削除問題は、平成5(1993)年にも再び表面化した。同年、医療保険審議会から建議書として「一

般用医薬品類似医薬品の給付の在り方」が発表されると、この動きは平成9(1997)年度保険給付見直しにおいてさらに顕著となった。保険給付外しを阻止するために政治的な対策を講ずべき必要に迫られたが、学術団体である日本東洋医学会が政治活動を行うことは困難であったため、その任を担うべく、平成9(1997)年11月、日本東洋医学会と表裏一体の利益団体として日本臨床漢方医学会が発足した。わずか1週間で約240名の発起人が集まり、その後約2週間で1,000名以上の会員が得られたことは、漢方保険診療の危機的事態を憂慮する人々がいかに多いかを意味するものであった。

## F 小柴胡湯の副作用問題 .....

平成8(1996)年3月1日、厚生省は平成6(1994)年1月以後に小柴胡湯の服用により88例の間質性肺炎が発生しその10例が死亡したと発表した。小柴胡湯は主として「慢性肝炎における肝機能障害の改善、慢性胃腸障害」などの適応で使用されていた。すでに本剤の使用により慢性肝炎の患者に間質性肺炎の報告があり、平成3(1991)年4月に添付文書の使用上の注意の副作用の項に間質性肺炎が起こることがある旨が記載せられ、さらに平成4(1992)年12月には間質性肺炎に関する注意を、副作用の項より上位の記載項目である「一般的注意」の項に記載していた。また平成4(1992)年3月以降、インターフェロン $\alpha$ 類および $\beta$ の適応がC型慢性活動性肝炎に拡大され、小柴胡湯との併用により間質性肺炎を起こしたとする症例が報告されたことから、平成6(1994)年1月にはインターフェロン $\alpha$ 類との併用が禁忌とされていた。しかし平成6年1月の改定後から2年間に88例の新たな症例の発生があり、10名が死亡したとしてこのような発表に至ったのである。

通常の治療薬には多かれ少なかれ副作用はついてまわるものであるが、この発表に対するメディアと国民の反応は関係者の予想をはるかに上回る激しいものであった。漢方薬は安全な治療薬であるという神話に安住してきたという現実を医療関係者に厳しく自覚させた事件でもあった。

この問題でも薬価削除問題と同様に、小柴胡湯に代表される医療用漢方製剤が基本的臨床試験を経ないで薬価基準に収載されたことが、副作用集計の発表後の日本社会における対応の厳しさを増幅させたものと推測された。

## G 漢方治療のクリニカルエビデンス .....

薬価削除問題と小柴胡湯の副作用問題に共通する要素は、すでに触れたように、漢方製剤の薬価収載にあたって治療薬としての有効性を示す臨床試験を経ていないこ

とであることが明らかであった。すなわち漢方薬は治療薬としてのクリニカルエビデンスを示すことが求められたのであった。それは既存の保険で用いられる治療薬が医療費の高騰を理由に薬価削除を求められたり、医学常識の範囲とされる発生率である副作用のゆえに薬価基準からの削除を求められたりされないことを思えば明白であろう。漢方界は総力を挙げて漢方薬の有効性を示す臨床研究の成果を示すことが求められたのであった。

各研究機関では盛んに臨床研究が行われるようになったが、平成3(1991)年に当時の厚生省からも医療用漢方エキス製剤8品目について再評価の通知がなされた。対象となったのは黄連解毒湯、桂枝加芍薬湯、芍薬甘草湯、小柴胡湯、小青竜湯、大黃甘草湯、白虎加人参湯、六君子湯で、順次プラセボを対照とした二重盲検比較臨床試験が実施されている。

## H (社)日本東洋医学会 EBM 委員会の活動 .....

平成13(2001)年に(社)日本東洋医学会にEBM委員会(EBM = evidence-based medicine, 根拠に基づく医療)が設置された。設置の目的は日本社会から求められている漢方治療の有効性を示して、すでに広く行われている臨床治療が「根拠に基づく医療」であることを明確にすることであった。

委員会設置時点まですでに多くの臨床研究が行われ、その研究結果が国内外の専門誌に掲載されていることから、それらを収集して評価し臨床分野ごとに抄録をまとめたエビデンス集を作成することを当面の目標と定めた。昭和61(1986)年以降、平成13(2001)年までの3,014報告から一定のカテゴリに入る833報を抽出し、それぞれをレビューして最終的に93編の臨床論文をとりまとめて学会理事会に報告し、最終報告書を平成17(2005)年に厚生労働省をはじめとする関係諸機関に提出した。さらにその後は継続的に改定を加え、平成23(2011)年現在では、日本東洋医学会のウェブサイトレビューの署名入りの構造化抄録と評価を日本語と英語で掲載し、日本東洋医学会員でなくても国の内外から自由に閲覧できるようになっている。

このような努力の結果、漢方治療のクリニカルエビデンスは広く知られるようになり、用いられている漢方製剤は確実に有効性のある医薬品として認められるに至った。この点に関して、同様な伝統医学を実践しているが方法論を異にする中国文化圏の国々や韓国とは明確に一線を画しており、日本の漢方医学の特徴を際立たせる領域となっている。

## 1 日本東洋医学サミット会議(JLOM)の結成と統合医療プロジェクトチームの発足

日本伝統医学を取り巻く動きは国内にとどまらず、特に近年の中国を中心とした東アジア伝統医学の国際化の波に巻き込まれていったことは時代の趨勢であった。1990年代以降、欧米で補完代替医療への期待が高まるなか、世界的に伝統医学への期待が高まってきた。中国と韓国は国策として自国の伝統医学の海外進出を推進する政策をとったが、当時の日本の行政には伝統医学に関して専門的に指導監督する部署が存在しなかった。そこで国際交渉の受け皿として、平成17(2005)年に国内の伝統医学関連学会およびWHO協力センターなどが連合して日本東洋医学サミット会議(The Japan Liaison of Oriental Medicine : JLOM)が結成され、日本伝統医学に対する国の支援体制確立、WHO関連伝統医学用語・情報の国際標準化への協力などを担うことになった。さらに平成22(2010)年には厚生労働省が統合医療プロジェクトチームを立ち上げ、国として漢方も含む統合医療政策をスタートさせた。こうして日本伝統医学もようやく国際交渉への土台が築かれ、国際化時代へと突入していくことになる。

## 5 医学教育制度の変革

### A 大学における漢方教育

戦後の医科大学あるいは医学部において、最初に漢方関連の正式講座を設置したのは富山医科薬科大学(現、富山大学医学部)であった。昭和50(1975)年に富山医科薬科大学が開校すると、4年後の昭和54(1979)年に附属病院に和漢診療室が設置され、千葉大学から寺澤捷年が室長として赴任した。昭和58(1983)年に附属病院和漢診療室は和漢診療部と名称変更され、これは平成16(2004)年になって附属病院和漢診療科とさらに名称が改められた。

平成2(1990)年に附属病院和漢診療部に教授職がおかれ(初代教授は寺澤捷年)、平成5(1993)年には医学部に和漢診療学講座が設置された。さらに平成17(2005)年に大学の再編・統合により富山大学と名称変更されて今日に至っている。伝統的に製薬産業の盛んな地域で漢方医学の研究教育を行う点に特色があり、国内内外に多くの人材を輩出している。

### B 医学教育モデル・コア・カリキュラム

文部科学省が平成13(2001)年に公表した医学教育モデル・コア・カリキュラムは、医学部あるいは医科大学は学生が卒業時までのいずれかの時期に「和漢薬を概説できる」ようになる教育を行う必要があることを示した画期的なものだった。これにより、国内にある80の医学部あるいは医科大学すべてにおいて漢方医薬の教育が行われ、はるか130数年前の太政官令によって締め出された漢方医薬の知識が再び医学教育のなかに加えられることになったのである。

平成23(2011)年の改訂では「和漢薬(漢方薬)の特徴や使用の現状について概説できる。」と文言に修正が加えられたものの、公布から10年以上が経過し、大学で漢方医学の授業を受けたことのある医師が徐々に医療現場に増加し、医療用漢方製剤は他の西洋医薬と同じ治療薬として、現場の医師たちに違和感なく受け入れられるようになった。しかし、大学における漢方の授業時間数はまだ不十分であり、卒後教育における漢方の重要性を唱える大学関係者が増えつつあるのが最近の傾向である。

### C 薬学教育モデル・コア・カリキュラム

薬学領域においても、薬剤師にとって漢方薬と漢方医学の教育が必要であることが、平成14(2002)年に薬学教育モデル・コア・カリキュラムのなかで「現代医療の中の生薬・漢方薬」として明記され、従来の生薬学や薬用植物学、天然物化学などに加え、さらに幅広い知識の習得が要求されるようになった。漢方薬や生薬が医療の現場で用いられる医薬品であるという立場からすれば、当然の帰結である。平成18(2006)年には薬剤師養成のための薬学教育は、従来の4年制から6年制へ移行し、薬学教育において、漢方も含む医療薬学はますます重視されるようになった。

### D 漢方薬処方上の問題点

医療用漢方製剤が普及してまだ日が浅いのだが、一部に濫用と呼べるような処方上の混乱が生じているのも事実である。漢方薬はもともと煎じ薬であり、煎じ薬の場合にはおのずとその処方内容にも伝統的な「作法」があって、あまり逸脱が生じることはなかった。しかし、簡便なエキス製剤が出現して必要性を疑わせるような2剤以上の併用が容易になされるようになった。これについては、臨床研究を踏まえた新しいエキス剤処方の「作法」が確立し、それが普及するのを待たねばならないのであろう。漢方エキス製剤という貴重な天然資源を用いた治療薬を効率的に、かつ有効に活用するためにもこの

面での新たな展開が望まれるところである。

## 6 社会思潮の変遷

戦後の歴史を振り返ると、漢方医学をここまで推進してきた原動力は日本の社会が漢方薬に寄せる期待の表れであると思わないわけにはいかない。昭和30年代に始まる経済の高度成長期の公害や薬害の惨禍をみて、いち早く工業化社会の危うさを見抜き、失われる自然環境に対してそれを回復させようとする心の動きは等しく日本人に共通するものである。生薬という天然物の組み合わせによって健康を保持しようとする心情はまさにそれと一貫するものであろう。

平成21(2009)年に突如浮上した政府によるいわゆる仕分けの結果、官製のワーキンググループなるものが「市販品類似薬は保険対象外とすべき」との結論に達したとの報道は、新たな“漢方薬の保険外し”とみなされ、漢方治療に期待する国民の情熱に火をつけた。2週間あまりの短期間に実に924,808通という署名が寄せられたのはその証左にほかならない。国民は漢方薬をガイドブックの指示に従って購入したいわけではない。経験深い医師の診断を経て処方された、医薬品としての漢方薬をこそ服用したいと明確に意思表示したのである。そしてその先には、漢方治療はもっと自らの健康を守る医学

たりうるはずであるとする確信を抱いている。すなわち、今よりさらに質の高い日本の医療を将来に展望しているのである。われわれは専門家集団としてその期待に応える義務を有することを深く自覚せねばならない。

(文中の敬称はすべて省かせて戴いたこととお詫びいたします。)

### 文献

- 1) 矢数道明ほか：故人を語る。漢方の臨床 6(12)：679-695, 1959
- 2) 奥津貴子：占領下の鍼灸—GHQ 旋風と検閲のはざま—。医道の日本 703, 2002
- 3) 矢数道明：増補改訂明治110年 漢方医学の変遷と将来・漢方略史年表, 春陽堂, 東京, 1979
- 4) (社)日本東洋医学会(編)：日本東洋医学会50年史, 東京, 2000
- 5) 秋葉哲生：医療用漢方製剤の歴史。日本東洋医学雑誌 61(7)：881-888, 2010
- 6) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会(佐藤達夫委員長)(編)：医学教育におけるモデル・コア・カリキュラム, p40, 2001
- 7) 漢方薬使用実態・意識調査2010。日経メディカル 513(付録)：38-39, 2010
- 8) 日本東洋医学会 EBM 委員会(編)：漢方治療エビデンスレポート2010—345のRCT—。http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/index.html
- 9) 板倉武先生顕彰記念文集編集委員会(編)：治療学の確立と東洋医学の再興をめざした板倉 武, p334, 北里研究所附属東洋医学総合研究所, 東京, 1989
- 10) 坂口 弘：漢方診療五十年 医療法人・聖光園細野診療所の歩み, p62, 聖光園細野診療所, 1977
- 11) 医療制度改革案中漢方医学及同療法に対する漢方医界の請願運動に就て。漢方と漢薬 8(1)：90-93, 1941

## 【付録】 漢方歴史年表(戦後)

漢方関連の動き		日本の主な出来事	
昭和 22(1947)年	GHQ による鍼灸禁止令 第 1 回東洋医学自由講座(千葉医科大学)	昭和 20(1945)年	第 2 次世界大戦終結
昭和 25(1950)年	日本東洋医学会設立	昭和 26(1951)年	サンフランシスコ講和条約
昭和 29(1954)年	『漢方の臨床』(東亜医学協会)発刊	昭和 36(1961)年	国民皆保険制度
昭和 32(1957)年	漢方エキス剤の初市販	昭和 39(1964)年	東京オリンピック
昭和 34(1959)年	20 種の生薬薬価基準収載	昭和 45(1970)年	大阪万国博覧会
昭和 42(1967)年	第 1 回和漢薬シンポジウム開催	昭和 48(1973)年	第 1 次オイルショック
昭和 47(1972)年	北里研究所附属東洋医学総合研究所設立	昭和 54(1979)年	第 2 次オイルショック
昭和 51(1976)年	漢方薬薬価収載		
昭和 53(1978)年	富山医科薬科大学和漢医薬研究所設立		
昭和 59(1984)年	和漢医薬学会発足		
平成 1(1989)年	日本東洋医学会専門医認定制度発足		
平成 3(1991)年	日本東洋医学会が日本医学会加盟		
平成 4(1992)年	東京女子医科大学附属東洋医学研究所設立		
平成 8(1996)年	小柴胡湯による間質性肺炎の公表		
平成 9(1997)年	臨床漢方医会設立		
平成 13(2001)年	医学教育モデル・コア・カリキュラムに 「和漢薬を概説できる」記載		
平成 14(2002)年	薬学教育モデル・コア・カリキュラム改訂 「現代医療の中の生薬・漢方薬」明記		
平成 17(2005)年	日本東洋医学サミット会議(The Japan Liaison of Oriental Medicine : JLOM)結成	平成 16(2004)年	新臨床研修制度開始
平成 22(2010)年	統合医療プロジェクトチーム編成(厚生労働省)		

# C 漢方医学の将来

渡辺賢治

## 1 はじめに

『大塚敬節著作集』第1巻に以下のような文章がある。「東洋医学は今や危機に直面している。その一つは資源の枯渇である。資源の枯渇は、治療に用いる資料の枯渇であり、いま一つは資材を活用して治療に従事する人的資源の枯渇である。これらの枯渇を補充するには、数年ないし十数年の準備期間が必要である。(略)このごろ漢方薬を使用する医師が多くなりつつあるが、漢方流の診察を知らずに、西洋医学流に漢方薬を与え、逆に病状が悪化して、われわれのところ相談にくる患者がある。」

これが書かれたのは30年以上前であるが、今の状況と非常に似ている。大塚敬節がこのような警鐘を鳴らしているにもかかわらず、現在の状況はこの教訓を生かして改善しているどころか、逆に状況としては悪化しているのではなかろうか。

漢方医学が現在抱える問題点については別に記すとして、ここでは、これから漢方医学が向かうべき方向とそのため課題について述べたい。

## 2 東西医学の融合による理想の医学の創生

わが国の伝統医療政策はその場その場での問題点の解決のみにとらわれてきたがために、あるべきグランドデザインについて考えることを怠ってきたのではなかろうか。あるべき姿としては、日本でしかできない医療を展開することである。

そのためには常に社会のニーズを考慮したうえで漢方のあるべき姿を模索し続けることが必要である。その意味において、漢方の将来像は時代時代で目標が変わってもいいと思うし、またそうあるべきであろう。大塚敬節が「老舗が何故生き残ってきたか、という問いかけで、伝統とは時代のニーズに合わせて変化して生き残ってこそ伝統ができるのである。」と述べている。その意味において、2011年の本稿は2030年には通用していないか

もしれないし、また違った形で漢方が生き残っていることを願っている。

現在わが国および世界が抱えている問題において、漢方が答えなくてはならない問題のなかからここではあえて2つに絞って挙げてみる。

- A 慢性疾患に対する管理
- B 新興感染症に対する対応

### A 慢性疾患に対する管理

日常の診療のほとんどが慢性疾患の管理であり、医療費もほとんどそこに費やされる。高齢社会になり、医療費が増大していることは事実であるが、今後しばらくの目標はいかに高齢者の健康を保持し、また若年者・壮年者が予防を行えるかが重要な課題である。

慢性疾患の代表は生活習慣病であり、肥満、脂質異常症(家族性を除く)、インスリン非依存性糖尿病、高尿酸血症、高血圧症などが主である。また、日本人の死因の6割を占めるがん、虚血性心疾患、脳血管障害についても、生活習慣との関連が大きい。

がんの領域において、漢方はまだまだニーズが高いはずであるが、それに反してあまり使われていない。その理由としては、がんと最後まで戦う医療がこれまで主流であったからではないかと考える。しかしながら、近年になってこの潮流は少し変化を見せ始めている。すなわち、特に高齢者の場合いかにがんと闘うか、というよりもクオリティー・オブ・ライフ(QOL)を重視する傾向にあるからである。漢方に抗がん作用はあまり期待できない。しかし、食欲を増したり、免疫を高めたりすることによりQOLを上げることは可能である。また予後不良のケースばかりでなく、再発・転移予防としても漢方の評価が試されるであろう。

虚血性心疾患、脳血管障害は動脈硬化を背景因子としてもつことが多いが、漢方薬が動脈硬化の予防に役立つという研究もあり、この領域も漢方の出番が期待される。

また、これら血管障害の背景として近年急速にクローズアップされているのが糖尿病である。漢方薬・生薬には血糖降下作用がいられているものもあるが、血糖降下剤に関しては、近年幅広い薬が利用可能となり、またインスリンの使い方も進歩している。この数年注目されて

いるインクレチン関連製剤は低血糖をきたす危険性も少なく、注目されている。しかし、合併症の予防や合併症そのものに対する治療はまだ十分とはいえない。糖尿病性神経障害に対する牛車腎気丸の効果など、今後ますます注目されるものがあるであろう。また、糖尿病性腎症は今や血液透析の第一の原因となっており、それをいかに予防するかが重要な問題である。

慢性疾患のなかで忘れてはならないのが、高齢者で特に多い疼痛性疾患である。NSAIDの長期投与は高齢者には消化性潰瘍や腎機能低下などのリスクもあり、好ましくない。漢方薬が疼痛性疾患にも有用であることは言うまでもないが、鍼灸はこの領域では忘れてはならないツールである。世界においても、膝関節症や腰痛に対する鍼灸の研究は枚挙にいとまがないくらい多く存在する。

こうした慢性疾患は背景因子が多様であり、起因菌に対する抗生剤治療のような単純なスキームは作れない。西洋薬により対処しようとする多剤併用となってしまう。高齢者では副作用が出やすい。漢方・鍼灸で対応することは高齢者の体にもやさしい医療となる。

## B 新興感染症に対する対応

伝統医学は慢性疾患にのみ有効だと思っている国民も多いが、実は急性感染症に対しても大きな力を発揮する。日本漢方のバイブル的存在である『傷寒論』からして、性感染症に対する治療である。特に注目されるのは新興感染症である。SARSに始まり鳥インフルエンザ、そして近年の新型インフルエンザに対しても漢方が十分に活用されたとは言いがたかった。一方、中国では「連花清瘟カプセル」という麻杏甘石湯と銀翹散を組み合わせたような薬が「国家推奨中医新薬」に指定され、臨床研究を推進し、好結果を出した。国として発表した新型インフルエンザ対策の治療案にも採用されている。また、SARSに有効とランセット誌に掲載されたのも甘草の成分であるグリチルリチンであった。

新興感染症に対する漢方治療のメリットとして、抗ウイルス効果よりも生体免疫能を利用してウイルスを排除するため、耐性ウイルスを作りにくいことが挙げられる。抗ウイルス薬との併用は作用機序が異なるため、特に妨げにならない。

## 3 各国の東西医学融合の現状

世界においても伝統医学の存在は西洋医学と対比され、対立する存在ではなく、融合に向かって大きなうね

りをみせている。中国においては「中医学結合」が謳われ、中医药大学のカリキュラムの半分は西洋医学である。廣州中医药大学では最先端の西洋医学と中医学を融合させた大きな病院をもっている。中医药大学卒業生が麻酔や手術もこなす。まさに中医学結合を行っているのである。

その一方で中国における中医学の将来に警鐘を鳴らす声もある。すなわち真の中医学の継承者が減ってしまうことである。中医药大学卒業生は西洋医学の医行為が許されている。そのため、修得に長い時間を要する中医学よりも、病名さえ決まれば処方容易な西洋医学を職業として選ぶ者が増えている。また、西洋医学を選択したほうが収入が高い。中医学、特に鍼灸は診療単価が低く、生活が容易ではない。このような理由で真の伝統中医学が廃れていくという懸念である。

一方、香港では中医師は西洋医学の医行為を許されていない。香港衛生署はこのほうが真の伝統医学が残ると主張している。この状況は韓国も同様である。韓国では一時東西医学の対立が問題となっていたが、最近では双方の理解が進みつつある。

わが国の状況は上記いずれとも異なる。すなわち、鍼灸師は西洋医学の医行為は許されないが、漢方は西洋医学を修めた者が行うという点である。

どのような融合が好ましいのかは歴史が証明するであろう。わが国の利点としては、漢方に関しては西洋医学を修めた医師が行うため、最先端医学と融合しやすいことである。

## 4 東西医学融合のための課題

日本、韓国、中国本土、香港ともに異なる形で東西医学の融合を試みているが、わが国で東西医学の融合を推進するためにはなおいっそうの努力が必要である。特に鍼灸は西洋医学の医療現場とかけ離れて存在するため、融合が進んでいない。

また、薬物療法に関しても理解は進んでいるが、その多くが西洋医学のパラダイムのなかでだけ用いられている。2,3例を挙げるとすると、機能性胃腸症に六君子湯を用いるという考え方は、六君子湯を西洋薬の選択肢の一つとして位置づけているにすぎない。また、認知症周辺症状に抑肝散を用いることも、西洋薬的な使用法である。わが国では漢方薬のほとんどがこのような使い方をされているのではないだろうか。

漢方が本来もっている「個別化」「全人的」といった特色を生かしつつ、臨床で用いられるためには、次のようないくつかの課題に取り組んでいく必要がある。

- A わかりやすい漢方医学の体系作りと教育の整備
- B 臨床研究の推進

## A わかりやすい漢方医学の体系作りと教育の整備

医療用漢方製剤が大々的に登場した1976年以来漢方薬の進展は著しいものがある。一定の品質を担保し、さらに農薬・重金属のチェック機構などで著しい進化を遂げている。また、最近の統計では日本の医師の83.5%が日常診療に漢方を用いている時代になった。

しかし、そのほとんどは各々の専門領域での漢方薬を1,2種類使うだけである。これを考えれば、真の意味で漢方医学は発展してきたのか疑問を感じざるをえない。大塚敬節は「伝統は時代に合わせて変化してこそ伝統である。」と述べているが、この30年あまりを振り返ると確かに漢方薬の進化はあったものの、果たして漢方医学としての進化はあったであろうか。

現在ほど漢方医学のアイデンティティーが求められている時代はないであろう。漢方医学の源流は古代中国国家から伝わった医学であるが、それを日本化させたものが「漢方医学」である。字のごとく中国古代国家「漢」に起源をたどることが可能であるが、多くの点で日本化した医学である。漢代の医学はある症状にある漢方が有効である、という極めてシンプルな医学であった。しかし、人間の興味として「なぜ」効くのかを追求するあまり、中国では理論が大きくなりすぎて実務的でなくなってしまった。江戸時代には伊藤仁斎らの古義学に触発を受けた医師らが、よけいな理論を排除して実学を重んじた医学としたのがいわゆる「古方医学」である。それに対し、それ以前の医学として「後世派医学」が存在する。江戸後期にはその2つを融合した「折衷派」といわれる医学が興り、昭和時代までそれが継承されることになる。しかし、昭和の巨人である大塚敬節(古方派)、矢数道明(後世派)、細野史郎(折衷派)たちが互いに争うことなく、現在用いられている漢方の基礎を築いた結果、現在ではこうした分類にとらわれることなく、自由に漢方を用いることができる。

ところが、ここ10年くらいのトレンドとして、日本でも中医学が盛んに行われるようになった。中医学にも二通りある。毛沢東以前の中医学と1995年に国家標準が決められるまでとそれ以後の中医学である。毛沢東以前の中医学は現在では台湾で継承されているが、いろいろな考え方が存在しながらも、日本の漢方との共通部分が多い。しかし、毛沢東以後の中医学は理論体系も統一化された。たとえば、①それ以前の理論体系とは異なるものとなったが診療者個人個人の自由度はまだあった。そ

れを統一したのが1995年の「GB95」である。②1995年に中国国家が決めた証の分類体系である「GB95」には、「証」のコードが2,300種類も掲載されているが、臨床でそれらを駆使することは容易ではなく、独自の分類を作成している大学もあるというのが実態である。教育や国家管理という点では優れているが、現場の声を十分に反映しているとは言いがたい。さらに、国家基準が決まる前の診断も入れるとその数は30,000ともいわれていて、政府もその実数を把握していないほどである。

一方、日本漢方のアイデンティティーとしてのよりどころは何であろうか。特に臓腑に関する証は「脾虚」「腎虚」などを用いることはあるが、それ以外はあまり用いない。漢方医学のアイデンティティーをきちんとコンセンサスをとって決定する必要があるのではないだろうか。

現在進められているWHO ICTMプロジェクトは、国際的な東アジア伝統医学の分類を作ることが目的で、この内容が将来の日本漢方の土台となることが期待されている。このプロジェクトを推進することは、すなわち日本漢方のアイデンティティーを決めるうえで非常に重要なこととなるであろう。

## B 臨床研究の推進

漢方の臨床研究を推進するうえで一番のハードルになっているのが「個別化医療」である。従来のRCTはnを増やせば一律の集団になる、という前提のうえに成り立つ研究であるが、漢方医学は個人個人が違うという前提のうえに治療体系が構築されているので、根本の思想が違う。さらに、頭痛の治療をしていたら浮腫が治ったりするなど、体は一つではなく、つながっている、という発想も漢方ならではの発想である。こうした視点を保持したまま臨床研究を推進する手法が必要となる。

その解決法の一つがマルチディメンショナルな解析法である。すなわち、とれるデータを集積し、それをデータマイニングの手法で解析する方法である。これからゲノム医療の時代に突入するが、ゲノムも一人ひとりが異なるという前提のもとで、データマイニングの解析法が使用されるため、個別化医療である漢方にも同様の解析が可能ではないかと思う。

一方、従来の西洋医学的登録基準の研究も継続されるであろう。これは本来の個別化医療とは異なるが、①個別化しなくてもある程度の結果が得られる、②疾患によってはある証に集約化される、といったものに応用できる。たとえば、①の例として大建中湯の術後イレウスに対する予防効果、②の例として新型インフルエンザの感染初期はほぼ太陽病に集約されることなどを挙げるこ

とができる。こうした無作為化比較試験も推進していくことにより、西洋医学を学ぶ医師からわかりやすい医学体系となっていくであろう。

## 5 政府との連携強化により日本の医療として国際的推進

現在われわれに求められるのは、政府との連携強化を図り、日本の医療として漢方医学を国際的に普及していくことである。これらにより、東西医学が融合した医学として国内基盤を固めるとともに、現在進行している国際化にも対応することが可能となる。そのためには官民一体となった体制が求められる。

現在、日本東洋医学サミット会議(JLOM)という組織により、国内伝統医学の学会および WHO 協力センターが一体となって国際的な対応をしているが、本来であればこれらは国策として推進すべきであろう。官民一体となることで、中国・韓国などと伍したより強固な体制が可能となるのである。

## 6 おわりに

漢方の現状は多くの課題を抱えているが、これらは決して越えられないものではない。むしろ課題があることにより、より強固な将来が描けることを願っている。

## 【一貫堂の名前の由来】

明治・大正から、昭和初期にかけて活躍した漢方医である、森 道伯(1867～1931年)の治療院の名前が「一貫堂療院」であった。この一貫堂という名前は、森 道伯の師匠である遊佐大藜<sup>\*註1</sup>の薬舗「遊佐一貫堂」からとったものであるが、この言葉は論語の「吾道一貫」に発している。つまり、当時衰退していた漢方の復興のために、断固として自分の信じる志を貫く、という森 道伯の気概を示したものである。

## 【一貫堂医学】

森 道伯の晩年の治療体系を、弟子の矢数 格がまとめて、『漢方一貫堂医学』として昭和39(1964)年に出版した<sup>\*註2</sup>。この書では主に「三大証分類」(瘀血証体質、臓毒証体質、解毒証体質)とその治療である「五方」(通導散、防風通聖散、柴胡清肝散、荊芥連翹湯、竜胆瀉肝湯)の解説がなされている。このため、一般的に「三大証五方」を指して、一貫堂医学といわれることが多い。しかし、これはあくまでも森 道伯の晩年の治療体系にすぎず、五方が多用された理由は、その時代背景によるところが大きい(後述)。

実際、森 道伯は「五方」だけでなく、幅広く処方を用いていた。なぜなら、一貫堂の「常備処方集」が『古今方彙』<sup>\*註3</sup>であったからである。よって、古方・後世方という枠にとらわれることもなく、さらに鍼灸を併用することで、その治療効果を高めていた。これは同じ時代の漢方医である湯本求真(1876～1941年)が、『傷寒論』をバイブルとして、古方の運用を中心としていたことと対照的である。

## 【三大証五方】

三大証分類とは、「体質分類」に基づいた独自の治療体系である。当時、どうやっても治すことができなかった病気が2つあった。結核と脳卒中(脳血管障害)である。そこで森 道伯は、これらの病気を未然に防ぐため、「予防医学」の要素を兼ね備えた治療体系を構築していった。その大綱は、以下のとおりである。

## 1. 瘀血証体質

- 原因：瘀血
- 予防の主眼：脳卒中、胃潰瘍、痔疾、婦人病
- 治療：通導散<sup>\*註4</sup>(実際には通導散だけでなく、芍婦調血飲第一加減、牡丹皮散、柴胡疎肝湯、さらに古方の薬である当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、大黃牡丹皮湯、下瘀血丸、大黃廬蟲丸、抵当丸なども用いていた)

## 2. 臓毒証体質

- 原因：食毒(新陳代謝障害物の蓄積)と水毒<sup>\*註5</sup>
- 予防の主眼：動脈硬化、脳卒中などの生活習慣病、腎疾患
- 治療：防風通聖散

## 3. 解毒証体質

- 原因：「ここでいう毒とは臓毒ではなく、解毒剤(四物黄連解毒湯)によって解くところの毒」と定義されていることから、清熱薬が必要な熱毒と考えられる<sup>\*註6</sup>
- 予防の主眼：結核や梅毒などの感染症
- 治療：四物黄連解毒湯<sup>\*註7</sup>を中心とした処方

清熱薬である黄連解毒湯に加え、久服に耐えられるよう四物湯を組み合わせている。この処方をベースとして、清熱解毒・滋陰を強化したものが柴胡清肝湯であり、祛風・排膿を強化したものが荊芥連翹湯、清肝瀉火・利水を強化したものが竜胆瀉肝湯である。

実際の臨床では、小児期に気管支炎、扁桃炎、咽頭炎、鼻炎、中耳炎にかかりやすい場合は、柴胡清肝散を用いる。青年期に結核、慢性副鼻腔炎、中耳炎、神経症にかかりやすい場合は、荊芥連翹湯を用いる。成人して淋病などの性行為感染症や、膀胱炎、女性泌尿器疾患にかかりやすい場合は、竜胆瀉肝湯を用いる。

これらの体質分類とその治療は、現代でもさまざまな疾患に用いられている。たとえば、解毒証体質に使う薬は、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患への応用が可能である。

### 【好景気と太平洋戦争による生活環境の変化】

時代背景を考えると、第一次世界大戦後は未曾有の好景気のため、国民の食生活にも変化がみられ、栄養価の高い食事(特に肉食)が奨励されていた。このため脳卒中の患者が増加していた。つまり臓毒証体質の患者が増えたのである。よって森 道伯の晩年の頃は防風通聖散加減を処方する機会が多かったと推測できる。

しかし森 道伯の死後、第二次世界大戦(太平洋戦争)が始まって食糧難になると、人々は栄養不足となり、さらに精神的疲労が重なり、温補剤の適応が多くなった。このため森 道伯の弟子たちは、寒涼攻下を主体とする五方を使うことができなくなったのである。戦後もしばらくこの状態が続いたが、高度成長期を迎えて、ようやく五方が再び使えるようになった。

このように生活環境や食事が変わることで、病態は変わる。すなわち証も変わり、必然的に治療法(処方)も変わってくる。これは漢方の原理・原則である。

前述のとおり「三大証五方」は、あくまでも森 道伯の晩年の治療体系であり、これが確立するに至ったのは、その時代背景によるところが大きい。また、理論から出発したものではなく、臨床経験を積み重ねて構築された、日本独自の治療体系であるところが、たいへん興味深い。

### 【スペイン風邪の治療】

第一次世界大戦中の大正 7(1918)年に始まったスペインインフルエンザ(通称、スペイン風邪)のパンデミックは、その甚大な被害のため、歴史のなかでも際立っている。抗生物質や抗ウイルス薬の発見されていない当時は、世界中で数多くの死亡者をもたらした。

このとき、森 道伯は患者を3つのタイプに分類して治療を行った。すなわち、胃腸型には香蘇散加半夏・白朮・茯苓を、肺炎型には小青竜湯加杏仁・石膏を、脳症型には升麻葛根湯加白芷・川芎・細辛を投与することで、多くの命を救った。

これも森 道伯の臨床の一つであるので、広い意味での一貫堂医学といえる。

### 【一貫堂の処方を採用しているエキス製剤】

柴胡清肝湯

竜胆瀉肝湯(一部の医療用漢方エキス製剤では出典が異なる)

荊芥連翹湯

- \*註1 遊佐大藜(ゆさたいしん)は宮城県の産科医。名は正しくは「大藜」ではなく「快真」(かいしん)との説が有力。
- \*註2 実際には、矢数 格の口述をもとに、その弟である矢数有道が三大証に体系づけて、それを矢数道明がまとめたものである。
- \*註3 甲賀通元の編著(1745年)による処方集、『万病回春』を出典とする処方をもっとも多いが、63種の中国医書から引用され、1,229方の処方を収録している。古方、後世方を問わず、多くの処方を病類別に分類してあるため、一般医家に広く愛用され、『衆方規矩』を凌ぐ人気を得た。
- \*註4 森 道伯は関東大震災のときに、家屋の倒壊などによる受傷者の挫滅症候群(crush syndrome)に対してこの処方を用いたことにより、その使用法を確立した。
- \*註5 食毒、風毒、水毒、梅毒の4つを、臓毒と定義している。
- \*註6 外界からの刺激に反応しやすく、炎症反応が現れやすい体質。
- \*註7 温清飲に近いが、正確には四物湯合黄連解毒湯加連翹・柴胡・甘草。



## 第 2 章

# 日本漢方の特徴

寺澤捷年

本論文は、日本東洋医学雑誌 63 巻 3 号に掲載された同執筆者による論文を転載した。

## 1 吉益東洞の医論

第1章に記されているように、日本漢方と一括りにされる知の体系も、その歴史の必然的な結果から多様なものとなっている。しかし、これを特徴づける大きな基本骨格は吉益東洞(1702~73年)の医論である<sup>1)</sup>。

東洞は伝統的な中国医学の理論(陰陽、五行、臟腑、経絡)をすべて否定して、実存的経験論あるいは構造主義的認識法<sup>2)</sup>とも呼べる独自の医論を提唱した。その基本骨格を列記すると次のようなものである。

- 1) 思弁・憶測をもたずに、実体に則した観察を根拠とした、本当に患者を治すことのできる医者「疾医」でなければならない。
- 2) 理想とすべきは、古代の医者・扁鵲である。学ぶべきは上古である。そこには思弁・憶測・修飾のない「ありのままの世界」が広がっている。
- 3) 病気を種々に分類し、病名をつけ、対処法を論じる既存の中国医学は思弁・臆断に凝り固まっている。すべての病気は1つの毒によって起こるものであり、体内で形を変えて出現しているにすぎない。したがって、この毒を薬という毒(毒薬)で排除すればよい。これを「万病一毒」という。
- 4) 漢方方剤は古代の原形に近いものが好ましい。なぜならば、上古の方剤は疾医の工夫になるもので、実際に用いてよく効く。したがって、もっとも古く成立した張仲景方(傷寒論・金匱要略)に基本的に準拠するとよい。ただし、傷寒論・金匱要略には後人が思弁・臆断で書き加えた部分が多々混在するので、古代の原形を選び出さなければならない。もっとも重要なことは、方剤にはそれが適當する毒の容(証)があるから、この証に合わせて方剤を投与することである。これを「方証相對」という。
- 5) 毒薬を用いて毒を攻めるのであるから、その治療過程で激しい反応がみられる。これを瞑眩という。古人も「薬を与えて瞑眩がみられないようでは、その病気は治らない」と言っている。この瞑眩を恐れているは疾医の道は獲得できない。
- 6) 毒薬を与えて患者が死亡することもある。しかし、それは薬によるものではない。そもそも、生死は天が司るところであって、人間の思惟の及ばぬことである。したがって、医者は「生死は知らぬ」と心に決めて、生死のことは天に任せ、ひたすら疾病の治療に最善を尽くせばよい。これを、「人事を尽くして天命を待つ」というのである。

7) 漢方方剤は、それがたとえ上古の方剤であれ、後世のものであれ、臨床の場で、親しくこれを実際に繰り返し試し、その病症の容(証)と効果を検討しなければならない。生薬についても同じことである。そして効果が確認できたものを用いる。これを「親試実験」という。「親試実験」によって納得がいくものであれば、後世の方剤を用いて何ら差し支えない。

8) 一切の思弁・臆断を排除して、毒の容を見抜かなければ、適當する方剤は選択できない。そのためには毒の実体を手にすることであり、これには腹部の診察がもっとも重要である。腹部に現れている圧痛、こり、筋肉の拘縮、腹部の動悸などの有無を丹念に診察することである。次いで重要なのは体表部の所見で、汗が出ているか否か、上半身に熱感があって下半身が冷えていないか、発赤や腫脹はないか、浮腫はないか、大便と小便の回数や性状、これらを詳細に観察し、あるいは聴取するのである。この方剤の適當する容(証)は臨床の実際において「自得」するものであって、子供にも伝えられない。もちろん、文字にもできない。

この思想の根底には野中郁次郎らのいう「暗黙知」と「形式知」の問題が存在する<sup>3)</sup>。つまり、患者が呈している病症の容を見定めるといふ臨床の知は「暗黙知」であって、本質的に「形式知」として言語表現できないのである。

上述の8)項の末尾にある「この方剤の適當する容(証)は臨床の実際において自得するものであって、子供にも伝えられない。もちろん、文字にもできない」という文言はこのことをいっている。

もちろん、その言語化できない「暗黙知」を陰陽五行論などの言語を用いて如何様にも論理を展開できる。しかし「言語」は本質をすべて表現できないし、五行などの要素に還元する方法論は総体の真実には迫れない。したがって、ある「暗黙知」から出発した要素還元的論理展開の抱える最大の問題は、その論理を逆に上流へと遡っても、出発点であった「暗黙知」には到達できないのである。

それでは「暗黙知」そのものを全体的に把握する方法論とは何か。東洞は実体のある身体所見である腹部症候あるいは体表部症候をその把握法として介在させたのである。ここでは、なぜその腹部症候が出現するのかは問題としない。システム制御論的にいえば、構造主義的にとらえられるブラックボックスの容に適當する方剤(ブラックボックス)を対応させて問題の解決を図るのである。「日本漢方」で腹診をとりわけ重視するのはこのブラックボックスの容の認識において腹部症候が精度の高い情報を提供するからである。

吉益東洞のもう一つの偉大な業績は「方剤の独立」を明

確にしたことである。その具体的成果は『類聚方』<sup>1)</sup>である。それまで方剤は病名として区分される特定の病症に用いるものとして認識されていたが、東洞は病名区分を無意味なものとし「万病は一毒」としたので、方剤は病名区分によらずにその方剤が適当する病態(毒の容)に応じて活用すべきものと位置づけたのである。具体例を挙げれば、日本漢方では柴胡桂枝湯を常習頭痛、慢性肝炎、慢性膀胱炎、脊柱管狭窄症、過敏性腸症候群、感冒の亜急性期など実にさまざまな病名に自由に用いているが、その方法論を開拓したのは吉益東洞である。その際に重要なのは柴胡桂枝湯の容が備わっていることであって、上衝傾向、自然発汗傾向、胸脇苦満、腹直筋の緊張、神経過敏などが同時的に表出されていることである。

## 2 東洞医論とその後の展開

日本漢方は東洞医論を基調とするが、純粋にそれのみを金科玉条としてしまうと、初学者は羅針盤のない航海を強いられることになる。そこで、東洞の次世代以後は東洞が全否定した陰陽論、気血水論、五臓論などを適宜採用する経過を辿った。その際、もっとも影響を与えたのは、当時、医学の主流であった曲直瀬道三(1507～93年)の医論である。前章で記されているように、曲直瀬道三は金元医学に独自の工夫を加えたが、その内容をその著書『啓迪集』(1574年、自序)<sup>4)</sup>に見ると、中国医学の観念論的でしかも複雑細微な理論を極めて簡素化し、方剤の適応する容を求める方向で記述がなされている。つまり、方証相対の原形を思わせるものであって、この傾向はその「中風門」、「傷寒門」において特に顕著である。

筆者がここで指摘したいことは、曲直瀬道三とそれに連なる学統は、それを彼らが明確に意識していたと否とにかかわらず、方剤選択の羅針盤として、補助的に陰陽五行論などを用いていたのである。その具体例は道三の養嗣子・曲直瀬玄朔(1549～1631年)の治験録『医学天正記』(1627年刊)<sup>5)</sup>の記述に見ることができる。そこには要素還元的な論理を積み上げて方剤の適応となる容に溯上する姿ではなく、直接的に適応となる方剤に到達している様子が示されている。

吉益東洞の方法論に準拠する学統を古方派と称し、道三流の学統を後世方派という。東洞の活躍した当時(18世紀中葉)両派は激しく対立していたが、医療の実践と子弟の教育という観点に立てば、両派の方法論を巧みに活用すればよいことに気づくのは当然で、幕府医学館を中心に両者を折衷する学派が誕生した。この学統を折衷派と称する。折衷派の一人に分類される浅田宗伯(1815～94

年)は『勿誤藥室方函口訣』<sup>6)</sup>を著しているが、方剤は「いろは順」に列記されている。これは東洞が方剤を病名の束縛から解き放ち、「方剤の独立」を唱えた路線を継承したものと考えてよい。

## 3 日本漢方の内容

上述した経緯を経て、日本漢方は後世派、古方派、折衷派が誕生したが、この流れは現在にも存在する。大正～昭和初期(第二次世界大戦前)の学統は以下の4群に分類される。

- ①和田啓十郎(1872～1916年)、湯本求真(1876～1941年)、大塚敬節(1900～80年)の古方再発掘の流れ→皇漢医学派(古方派に属する)
  - ②奥田謙藏(1884～1961年)、和田正系、藤平健(1914～97年)、小倉重成らの流れ→古方派
  - ③森道伯、矢数格から矢数道明(1905～2002年)の流れ→後世方派
  - ④新妻莊五郎、細野史郎(1899～1988年)から坂口弘(1921～2003年)の流れ→折衷派
- である。

しかし、江戸期との決定的な違いは、1930年代に興った大同団結による各学派の交流と協力体制である。筆者は1931～41年の期間を今日見る「日本漢方」の揺籃期と考えている。そして、終戦後にこの大同団結は日本東洋医学会(1950年)の創設と東亜医学協会の再発足(1954年)として結実した。

このような相互交流によって育まれた現在の「日本漢方」の特徴を列記すると次のようになる。

- 1)方証相対論(随証治療)を基本としている。
- 2)いずれの学派も腹診を重視している。
- 3)脈診の方法には各派で相違がある。古方派は三部九候を採用せず、折衷派、後世方派は採用する傾向をもつ。
- 4)中医学におけるような要素還元的な論理の積み上げによって証を確定するという弁証論治の手法はとらず、あくまで構造主義的な実体に基づく暗黙知の直接把握を優先し、その過程における補助的手段、あるいは説明の手段として陰陽論、気血水論、五臓論を用いている。
- 5)したがって、日本漢方においては血痺症、肝陽虚症などという病名は用いず、葛根湯証、柴胡桂枝湯証などが疾病分類の用語とされている。
- 6)東洞医論は観念論を排除して、実体のある症候に手がかりを求めた。今日の日本漢方も西洋医学的な画像診断、病理診断などの病態認識も動員して証の確定に組み入れる努力を遂行している。

表1 保険薬価収載の漢方エキス製剤の出典分類

傷寒論・金匱要略を典とするもの、古方派の常用方剤である
茵陳蒿湯 茵陳五苓散 温経湯 越婢加朮湯 黄耆建中湯 黄芩湯 黄連湯 葛根湯 甘草湯 甘麦大棗湯 桔梗湯 芍薬膠艾湯 桂枝加黄耆湯 桂枝加葛根湯 桂枝加厚朴杏仁湯 桂枝湯 桂枝加芍薬湯 桂枝加芍薬大黄湯 桂枝加竜骨牡蛎湯 桂枝芍薬知母湯 桂枝人参湯 桂枝茯苓丸 桂麻各半湯 呉茱萸湯 五苓散 柴胡加竜骨牡蛎湯 柴胡桂枝湯 柴胡桂枝乾姜湯 三黄瀉心湯 酸棗仁湯 三物黄芩湯 四逆散 梔子柏皮湯 炙甘草湯 芍薬甘草湯 小建中湯 小柴胡湯 小青竜湯 小半夏加茯苓湯 真武湯 大黃甘草湯 大黃牡丹皮湯 大建中湯 大柴胡湯 大承気湯 調胃承気湯 猪苓湯 桃核承気湯 当帰建中湯 当帰四逆加呉茱萸生姜湯 当帰芍薬散 人参湯 排膿散及湯 麦門冬湯 八味地黄丸 半夏厚朴湯 半夏瀉心湯 白虎加人参湯 茯苓飲 防己黄耆湯 麻黄湯 麻黄附子細辛湯 麻杏甘石湯 麻杏薏甘湯 麻子仁丸 木防己湯 苓甘姜味辛夏仁湯 苓姜朮甘湯 苓桂朮甘湯(69方)
外台秘要方・千金方(6~8世紀)を出典とするもの、各派が常用するもの
黄連解毒湯 神秘湯 腸癰湯 当帰湯(4方)
和剂局方・万病回春・济生方・女科撮要など、後世方派・折衷派が常用するもの
安中散 胃苓湯 温清飲 加味帰脾湯 加味逍遙散 帰脾湯 芎帰調血飲 啓脾湯 香蘇散 五虎湯 五積散 牛車腎気丸 五淋散 滋陰降火湯 滋陰至宝湯 四君子湯 四物湯 十全大補湯 潤腸湯 消風散 升麻葛根湯 辛夷清肺湯 參蘇飲 清上防風湯 清暑益気湯 清心蓮子飲 清肺湯 川芎茶調散 疎経活血湯 大防風湯 竹茹温胆湯 釣藤散 通導散 当帰飲子 二朮湯 二陳湯 女神散 人参養榮湯 半夏白朮天麻湯 附子理中湯 平胃散 防風通聖散 補中益気湯 薏苡仁湯 抑肝散 六君子湯 竜胆瀉肝湯 六味丸(48方)
本朝経験。わが国で創方されたもので、各派が共に用いるもの
乙字湯 葛根加朮附湯 葛根湯加川芎辛夷 九味檳榔湯 荊芥連翹湯 桂枝加朮附湯 桂枝加苓朮湯 桂枝茯苓丸加薏苡仁 柴陷湯 柴胡清肝湯 柴朴湯 柴苓湯 七物降下湯 十味敗毒湯 小柴胡湯加桔梗石膏 治頭瘡一方 治打撲一方 猪苓湯合四物湯 茯苓飲合半夏厚朴湯 抑肝散加陳皮半夏 立効散(21方)

7) 実際の臨床において、漢方方剤と西洋薬の適切かつ安全な併用の場合に応じて行っている。

8) 血液生化学検査などを適宜行い、臨床効果の客観的評価と副作用モニタリングを日常的に行っている。

以上のような共通点をもつとはいえ、各流派は各々が得意とする常用方剤をもつのは当然である。実は、わが国の厚生労働行政もこの点について十分な配慮をしてきたことが薬価収載の漢方エキス製剤の出典から理解される(表1)。

また、表1における仲景方以外の方剤も、仲景方の類方として認識し、方証相対的に用いられることが多い。また、適宜、五臓論や気血水論が採用されている(表2)。

## 4 結語

日本漢方の特徴について論じた。近代西洋医学のパラ

表2 仲景方以外の方剤の扱い(代表例)

第一類 仲景方の類型として方証相対的に認識
●黄連解毒湯→三黄瀉心湯の類方と見る ●神秘湯→麻杏甘石湯に胸脇苦満の併存した証と見る ●当帰建中湯→小建中湯の類方と見る ●牛車腎気丸、六味丸→八味丸の類方と見る ●五虎湯→麻杏甘石湯の類方と見る ●加味逍遙散→胸脇苦満などの腹証に基づき運用
第二類 五臓論の適用
●抑肝散 ●帰脾湯、加味帰脾湯 ●半夏白朮天麻湯
第三類 気血水論の適用
●六君子湯、四君子湯、十全大補湯、人参養榮湯、四物湯、五積散

ダイムと日本漢方のパラダイムの根本的な相違は西洋医学が要素還元論を基盤にしているのに対して、日本漢方は構造主義を基盤としている点にあるといえる。構造主義の観点からすると、雑然と表出される生体の闘病反応も相互の関係性において整然とした証として、一括してとらえることができるのである。

これとほぼ同様のことが中医学と日本漢方についてもいえるのである。すなわち五行論は5つの要素に還元することであり、陰陽論は二元論への要素還元、気血水論は三元論への要素還元論にほかならない。近代科学の要素還元論が心身一如のダイナミックな存在としての人間をすべて説明することが不可能であるのと全く同様に、中医学における要素還元論をもってしても「ありのままの病証」を正しくは表現することはできないのである。

構造主義的な証の把握は「暗黙知」であり、本質的にはすべてを「形式知」にはできない。東洞が「自得」するものであるというのとおりである。しかし、教育の場で「証は暗黙知であるから自得せよ」とはいえない。したがって、およその方向を示す羅針盤として陰陽、虚实、気血水、そして五臓論を便宜的に用いることになるのである。また日本漢方を担う人々に課せられた使命は可能な限り暗黙知を形式知として、その「ありのままの姿」の一端をいねいに記述することである。

## 文献

- 1) 寺澤捷年：吉益東洞の研究—日本漢方創造の思想、岩波書店、東京、2012(印刷中)
- 2) 池田清彦：構造主義科学論の冒険、毎日新聞社、東京、1990
- 3) 野中郁次郎、紺野 登：知識創造の方法論、東洋経済新報社、東京、2003
- 4) 大塚敬節、矢数道明(編)：漢方医学書集成2、曲直瀬道三、啓迪集、名著出版、東京、1979
- 5) 大塚敬節、矢数道明(編)：漢方医学書集成6、曲直瀬玄朔、医学天正記、名著出版、東京、1979
- 6) 大塚敬節、矢数道明(編)：漢方医学書集成96、浅田宗伯、勿誤藥室方函口訣、名著出版、東京、1982

# 第 3 章

## 診断と治療

# A 病態と治療

足立秀樹

漢方医学の病態を記載する際には、西洋医学とは異なる用語や概念が使用される。たとえば虚実、寒熱、表裏などである。これらを適正に運用することが、すなわち漢方医学を理解することと言い換えることさえできる。「陰陽」は、このような用語群の上位概念にあたる。

## 1 上位概念としての陰陽

陰陽説とは、すべての物事を「陰と陽」「男と女」のような相補・対立する2つの性質に分けて理解しようとする考え方である。これは、西洋・東洋を問わない素朴な常識に属するといつてよいだろう。上位概念としての陰陽のもとに、下位概念として種々の組み合わせが想定できるが、漢方医学で使用されるものとして、たとえば以下のようなものがある。

### 「虚実」

虚：うつろで力がないこと：陰に属す

実：満ちていて力のあること：陽に属す

### 「寒熱」

寒：冷えていること：陰に属す

熱：熱いこと：陽に属す

### 「表裏」

表：観察する側から見えること：陽に属す

裏：観察する側から見えないこと：陰に属す

### 「気血(水)」

気：体を巡る作用で目に見えないもの：陽に属す

血と水：体を巡る目に見えるもの：陰に属す

(赤いものが血、白いものが水あるいは津液)

これらの言葉は、「陰陽」のように、相補・対立する2つの性質の組み合わせという構造をなしているが、たとえば完全な日陰と完全な日向の間には陰影のグラデーション(漸次的変化、階調)があるように、その性質相互の関係は相対的なものである。また日陰と日向は、このようなグラデーションを経て相互に移行しあっているということもできる。

陰陽を上位概念とする言葉には、このような相対性と相互移行性が秘められている。

## 五臓・五行

陰陽以外に、鍼灸や中医学では、五行(木火土金水)あるいは五臓(肝心脾肺腎)などの概念も使用され、五行相互の関係を規定した相生・相克の概念も使用される。しかし、現在ではこれらの概念で臨床的事実を説明することはできない。古典文献を理解するための予備知識としては必要なときがあるが、臨床の場で乱用してはならない。

ただし、以下に示すように、五臓を含む言葉遣いは習慣的に使用されてきた。これらについて解説を加えておくことにする。もちろん名称が同じであっても、たとえば五臓のなかの腎という概念と、西洋医学的な腎臓とは別物である。

### 「腎虚」

現実的にいえば八味地黄丸(八味腎気丸)などの適応症のことである。一般的には下半身の機能低下のことであり、症状としては排尿の異常、口渴多飲、浮腫、生殖機能の低下、腰痛、難聴、視力低下、呼吸機能低下などが挙げられる。腹証としての小腹不仁、小腹弦急、臍下正中芯などを伴うことが多く、下半身の機能低下という概念を含めて、下焦の虚と総括することもできる。

### 「脾虚、脾胃の虚」

五臓としての脾、六腑としての胃は消化機能を象徴している。脾虚あるいは脾胃の虚と言い習わされている状態は、消化機能の低下と言い換えることが可能であり、六君子湯や四君子湯の適応する状態が典型的である。食欲不振、心窩部の痞え感、膨満感、悪心、食後の嗜眠などの消化器症状と体力・気力の低下を特徴とする。腹部所見では、腹力の低下と心窩部振水音を認めることが多く、中焦の虚と総括することもできる。

### 「肝」

抑肝散を例に論じてみる。抑肝散の適応する症状を挙げると、癇が強いといわれるような神経過敏の状態で怒りを発しやすくイライラしていること、筋肉の緊張が強く痙攣しやすいこと、などが挙げられ、中枢神経系あるいは情動や感情の安定性に問題がある状態といえる。肝の異常(肝気の昂ぶりなど)とは、このような状態を指すと思われる。抑肝散という名称は、このような異常に対

応する方剤ということを表現している。

## 2 虚実

### A 虚実という概念

虚とは「中がうつろ」という意味であり、実とは「中に何かを充満していること」である。もちろん、これらは相対的な概念であり、相互に移行しあうものである。

このように一見、単純にみえる概念だが、その解釈には混乱があり、さまざまな経緯を経て現在に至っている。

#### 1. 虚実論の変遷

江戸中期の医師で考証に優れた山田因南(正珍)は、「虚実」という語について論じ、『素問』において、すでに、①体質の強弱(柔弱剛強)としたり、②邪気(体に害をなすもの)や精气(体によい影響を与えるもの)の過不足(有余不足)としたりなど、記載が混乱していることを指摘している。また、江戸初期から中期にかけての医師、吉益東洞に至っては、病はすべて「(邪の)実」だから治療は瀉法(邪を体内から排除する治療法)のみでよいと主張している。

#### 2. 現代日本における虚実の定義

これらの事情を踏まえた昭和の漢方諸家の虚実の解釈をもとにして、現代では「虚実」を以下のように定義して差し支えないと思われる。

「実」とは体力の充実を基礎とした、抵抗力・反応力の充実のことである。

「虚」とは体力の低下を基礎とした、抵抗力・反応力の低下のことである。

#### 3. 日本における虚実論の特徴

診察所見をもとに処方決定していく日本の漢方医学の特性として、①腹力(腹部の底力や腹筋の発達および緊張度から判断する)の程度や、②いわゆる「元気がある」こと、すなわち「気」の充実の程度が、虚実の判定に反映される傾向が強い。中医学などで展開される虚実論が、邪気と精气の過不足の論で終始するのと比較すると、日本の漢方医学では、その時点での体力あるいは疾病に対する抵抗力の強弱が強調されていることになる。同じ「虚実」という言葉を使用しているとしても、表している内容が異なるのである。

### B 虚実に応じた治療

#### 1. 原則

虚していれば補い、実していれば瀉するのが原則である。しかし、実際には虚実の程度を的確に判定することは簡単ではないし、その判断に基づいて治療を決定するには、ある程度の経験と知識を要する。

#### 2. 具体例

##### ㊦ 発熱性疾患の初期

インフルエンザなどの発熱性疾患の急性期を例にとって述べてみる。悪寒が強くてゾクゾクするが熱感も同時に存在し、顔が赤く、関節痛・腰痛・頭痛などがあり、肌に触ると熱く乾燥し、汗は全く出ていない。このような場合は、脈が浮緊で力があり、腹部の緊張も良好なことが多い。これらの症状や所見は病的過程への抵抗反応が強いことの反映とみなされ、実証あるいは虚実中間証と判断される。実証と判断したら麻黄湯などを、虚実中間証と判断し項部の緊張や臍上部の圧痛(大塚の臍痛点)などが確認できたら葛根湯を選択することが多い。麻黄湯や葛根湯を服用すると、じわっと発汗して身体痛や悪寒が消失し解熱することが多い。もしも身体痛や悪寒・熱感があるものの、それほど訴えが強くなく、脈が浮弱で、自然と発汗しているのであれば、病的過程への抵抗反応はやや弱いと判断される。この場合は虚証と判断され、桂枝湯などを選択することになる。

##### ㊧ 慢性疾患の場合

月経困難を例に考える。焦燥や怒りなどがあり、食行動異常なども伴い、体力・腹力は充実して、のぼせ感を伴い、便秘傾向があり、左下腹部に抵抗と擦過痛や痛覚過敏が認められれば実証であり、桃核承気湯を選択する。また、精神的な症状は強くなく、便秘傾向は顕著で、吹き出物などを伴い、腹力充実して右下腹部に抵抗・圧痛を認めれば、やはり実証と判断し大黃牡丹皮湯を選択する。多少ののぼせとイライラがあり、体力・腹力ともに中等度で、臍下あるいは臍傍に抵抗・圧痛があれば、虚実中間証と判断して桂枝茯苓丸を選ぶ。もし冷えがあり、むくみなどの症状を伴い、腹力やや弱であれば虚証として当帰芍薬散を選ぶ。愁訴が多く、イライラし、腹力やや弱で、弱い胸脇苦満を表せば、虚証でも加味逍遙散を選ぶ。

以上は瘀血という病態を伴う場合を想定し、虚実による処方運用のバリエーションを示したものである。実際には虚実だけではなく、さまざまなパラメーターを考えて、処方を決定していくことになる。

## 3 寒熱

### A 寒熱という概念

もちろん、寒は冷えていること、熱は熱いことである。漢方医学では、病状が「寒」なのか「熱」なのかを判断することは、虚実の判断とともに重要なことである。寒熱と虚実の判断がつけば、治療の方針はほぼ決定する。

『傷寒論』に記載されている急性発熱性疾患をみでみると、陽病といわれる病状・病期(太陽病、少陽病、陽明病)の性質は熱であり、陰病と呼ばれる病状・病期(太陰病、少陰病、厥陰病)の性質は寒である。このように、陽と熱、陰と寒は同じ意味で用いられる場合がある。しかし、病状が「熱」ならば熱証、「寒」ならば寒証と言ひ表したほうが、誤解が少ない。寒と熱が混在すれば寒熱錯雑、上半身に熱があり下半身に寒があれば上熱下寒という。

### B 寒熱に応じた治療

#### 1. 原則

病状が「寒」ならば温め、「熱」ならば熱を冷ますのが原則である。しかし、病状が寒なのか、熱なのかの判断も、時に容易ではない場合がある。

#### 2. 具体例

##### ㊦ 熱

##### 1) 発熱性疾患

発熱性疾患では『傷寒論』に準じて病態を診断し治療する。『傷寒論』には以下のような熱の状況が解説されている。

##### a. 発熱

『傷寒論』でいう「発熱」は体温上昇のみを指しているのではない。「身体表面の熱で、悪寒や悪風を感じるとともに熱感もあり、また身体の強ばりや痛みを伴う状態」のことである。一般に脈は浮となる。悪寒とは蒲団をかぶっていても寒気を感じる状態、悪風とは蒲団をかぶっていても寒気はないが蒲団の中に居たがる状態である。

「発熱」がみられる場合は『傷寒論』でいう太陽病であり、熱証と判断される。この場合の治療は発汗によって熱を放散させることである。脈浮緊で発汗傾向がなければ、熱証で実証と判断し麻黄湯などを使用し、脈浮緩で自然発汗の傾向があれば、熱証で虚証と判断し桂枝湯を用いる。

なお、悪寒のみで熱感を伴わず、脈が沈であれば、『傷寒論』でいう少陰病であり、寒証と判断することが一般

である。この場合は麻黄附子細辛湯などを使用する。しかしインターフェロンの静注に伴うインフルエンザ様の発熱・悪寒状態を観察した研究では、超早期にはまず悪寒が出現してくるが、いまだ脈は沈であり、その後しばらくして浮緊の脈となって麻黄湯の適応となるという。発熱の超早期なのか、少陰病なのかは慎重に判断する必要がある。

##### b. 往来寒熱

悪寒と発熱が交互にくる状態。午後から体温の上昇をみることが多く、夜になり上がりきるとまた下がっていく。このような熱型を示すのは、発病当初にくる「発熱」とは異なり、発症から数日を経たからのことが多い。『傷寒論』では少陽病といわれる病状・病期の熱型であり、熱証と判断される。胸脇苦満(季肋部の抵抗)や食欲不振を伴い、脈は沈弦となり、舌苔が生じ、味覚の異常などを伴うことが多い。小柴胡湯をはじめとする柴胡剤の適応となる。

##### c. 身熱

全身に熱があり発汗は伴わない。脈は沈である。『傷寒論』では少陽病、陽明病、三陽合病などのときにみられ、熱証と判断される。灼熱感や悪熱(熱を苦しがる状態)があり、悪寒・悪風は伴わないのが通常である。しかし少陽病では、時に悪風を伴い、三陽合病では、時に背に悪寒を感じるときがある。少陽病であれば小柴胡湯などが、また陽明病・三陽合病(三陽合病では、時に発汗を伴うこともある)であれば白虎湯などが選択される。

##### d. 潮熱

潮のように時を期して体温上昇し全身から発汗する。悪寒や悪風は伴わず、悪熱がある(悪熱とは熱を苦痛に感じる状態である)。『傷寒論』では陽明病の病状・病期とされ、熱証と判断される。治療としては大承気湯などの承気湯類が選択される。

##### 2) 非発熱性疾患

##### a. 熱証の典型

体温上昇がない場合でも熱がり、ほてり、体に触ると温かい。脈は緊張がよく数脈(頻脈)の傾向がある。尿は色が濃く臭いもする。大便の臭いも強い。口渇があることが多い。舌苔も厚く色づいていることが多い。

##### b. 熱を伴う病態

古典には熱にまつわる種々の病態が記載されている。これらのうち主なものを挙げる。

##### (1) 瘧熱(湿熱)

湿とともに身体の内側にこもっている熱で、尿量の減少を伴う。熱証で実証と判断され、茵陳蒿湯などの適応になる。

## (2) 虚熱

疲労・衰弱のために引き起こされた熱性症状である。熱証であるが虚証と判断され、補中益気湯など補剤の適応になる。

## (3) 煩熱

不快感を伴う熱感である。種々の病態で出現する。石膏を含む処方、黄連剤、梔子剤、地黄剤などが使用されることがある。

### ・手足煩熱

手足に煩熱のある状態で、『金匱要略』には産後の症状として記載されている。三物黄芩湯や小柴胡湯の適応になる。

### ・手掌煩熱

掌や足蹠の煩熱で、温経湯の適応となる場合がある。

## (4) 血熱

もともとは瘀血や出血と関連した病態に伴う熱性症状を指していた語である。江戸時代の文献では、煩熱の類や、虚熱と同じ意味で使用されることがある。血熱の診断のもとに駆瘀血剤や四物湯類、あるいは小柴胡湯や三物黄芩湯が使用されることがある。

## ㊦ 寒

### 1) 発熱性疾患

『傷寒論』には太陰病、少陰病、厥陰病という病態・病期が記述されている。これらは陰病として総括され、その本質は「寒」であり、治療の原則は温めることである。使用される処方としては麻黄附子細辛湯、真武湯、四逆湯、人參湯、桂枝加芍薬湯などが挙げられる。

### 2) 非発熱性疾患

#### a. 寒証の典型

たとえ体温上昇がある場合でも、患者は寒がる一方で熱感を訴えず、身体や四肢に触ると冷たい。脈は沈んで小さく、遅い(徐脈)傾向がある。尿は色が薄く臭いが無い。大便の臭いもあまりしない。下痢をする場合は水様であることが多い。口渇はないことが多い。唾液は薄く水様である。舌苔は少なく、舌は全体につるんとして光沢がある。

#### b. 寒を伴う病態

古典に表れる寒に関連した病態も種々あるが、主なものを挙げる。

#### (1) 手足厥寒

『傷寒論』には、外からの寒冷のために、四肢の末端に強い冷感を感じる病態が記載されており、これを手足厥寒あるいは厥寒と呼んでいる。臨床的には、しもやけができたり、血色が悪くなったりすることから、末梢循環が不良になっていることが想像される。この場合には当帰四逆湯、当帰四逆加呉茱萸生薑湯が用いられる。大塚

敬節は、この2処方の有効例を分析し「疝気症候群 A 型」と名づけて発表している。寒冷や下腹部の手術の病歴をきっかけに、慢性化した疼痛(腰痛、下腹部痛、頭痛など)や種々の愁訴が出現し、これらが寒冷で悪化するという特徴をもっている。脈は沈小あるいは沈細で、弱く触れにくいことが多く、鼠径部に圧痛を伴うことが多い。

#### (2) 真寒假熱(表熱裏寒、裏寒外熱)

体表には熱を思わせる症状・所見があるにもかかわらず、その本質は身体深部の寒である状態。症状と所見には矛盾があり、暑がっているのに、(熱証であれば)赤みがあって濁りや臭いが顕著であるはずの尿が透明で水のようにであったり、緊張が良好であるはずの脈が微弱であったりする。本質的には寒証であり熱証ではない。治療は四逆湯など附子、人參、乾姜の入った処方である。

## 4 表裏(ひょうり)

### A 表裏という概念

#### 1. 表裏と表証・裏証

漢方医学では、表裏という言葉は「疾病反応の起こっている部位の深さ」を表す語として使用する。表とは体表のことであり、たとえば皮膚・粘膜や咽喉などを指す。裏は体深部のことであり、一般には、消化器のことを指す。また半表半裏は、表と裏の間という意味で使用され、たとえば気管支、肺、あるいは肝臓などを指すこともある。もともと表裏で表している部位は、ごく大まかなものであって、必ずしも具体的な臓器・組織を表しているわけではない。

表証とは、疾病反応の部位が表にあることを示す症状・症候のことであり、たとえば「悪寒(熱感を伴う)」「身体や関節の痛み」「頭痛」「咽頭痛」などである。裏証とは反応部位が裏にあることを示す症状・症候で、たとえば「腹部膨満」「腹痛」「下痢」などである。半表半裏証とは反応が表と裏の間にあることを示す症状・症候で、たとえば「往来寒熱」「胸脇苦満」「嘔気・嘔吐」などである。

#### 2. 内外

たとえば「半外半裏」という言葉のように、『傷寒論』では内や外という言葉も使用されている。この言葉の解釈については意見が分かれている。①表と外は同じことを意味し、内と裏は同じことを意味するという意見と、②内や外は相対的な概念で、ある時点で考えている病位、たとえば半表半裏のなかにある部位を指定し、それより表

に近い部位を外といい、より裏に近い部位を内と呼ぶという意見である。

半表半裏という広い範囲のなかで相対的に異なる部位を表現しようとするときには、②の解釈が使用されていることが多い。

## B 表裏に応じた治療

### 1. 六病位(六経病, 三陰三陽)と表裏

『傷寒論』は急性発熱性疾患の転変と治療を述べた書物であるが、大まかに熱性のものを陽病とし、寒性のものを陰病という。このうち陽病は、表に熱がある太陽病、半表半裏に熱のある少陽病、裏に熱のある陽明病の3つに分類されている。また陰病は総じて裏に寒がある病態・病期と理解され、軽証の太陰病、中等症の少陰病、重症の厥陰病の3つに分けられる。

### 2. 各病位に応じた治療

太陽病(表の熱証)には桂枝湯や麻黄湯などの発汗剤を、少陽病(半表半裏の熱証)には小柴胡湯などの和剤を、陽明病(裏の熱証)には大承気湯などの瀉剤か白虎湯などの清熱剤を使用することが多い。

陰病(太陰病、少陰病、厥陰病)の治療は、桂枝加芍薬湯、真武湯、四逆湯などで裏を温めることである。

## 5 六病位(六経病, 三陰三陽)

### A 六病位という概念

#### 1. 六病位とは

表裏の項(4-B-1)でも述べたように、『傷寒論』では急性発熱性疾患を6つの典型的な病期・病態に分類している。これを六病位という。

熱が中心となる病像を陽病と呼び、これは表に熱のある太陽病、半表半裏に熱のある少陽病、裏に熱のある陽明病の三病位に分類される。また裏の寒が中心となる病像を陰病と呼び、このなかには太陰病、少陰病、厥陰病の3つの病位がある。太陰病は、裏寒で軽症。少陰病は、裏寒のみでなく、時に表証を伴う病像で中等症。厥陰病は、裏寒が本質であるが、時に上熱下寒や真寒假熱(表熱裏寒)などの錯雑した病像を示す重症の病位である。

#### 2. 六病位の転変

発熱性疾患に罹った場合、太陽病から始まり、数日で少陽病になることが多い。しかし時には、初めから少陰病で始まったり(直中の少陰という)、太陽病のあとで陽

明病になったりさまざまな経過を辿ることがある。そして病が治らずに遷延すると陰病に陥り、最終的には厥陰病に至ることになる。

### B 六病位に応じた治療

#### 1. 陽病

##### ㊦ 太陽病

表に熱がある病期・病態である。悪寒・悪風を伴う熱感があり、頭痛し、頸項部がこわばる。また筋肉痛、関節痛などがある。脈は浮となるのが原則である。これらの症状・症候は、疾病反応の場が表にあること示しているという意味で、表証と呼ばれる。

##### 1) 中風と傷寒

『傷寒論』では発熱性疾患を総称して傷寒と呼んでいる。しかし一方では、軽症例を中風と呼び、重症例を傷寒と呼ぶという、やや複雑な言葉の使い方をしている。すなわち傷寒という言葉には、①発熱性疾患の総称、②そのなかの重症例、という2つの意味があるので注意が必要である。

中風とは、熱感とともに悪風があり、自発的な発汗を伴う状態で、脈は浮緩あるいは浮弱など、やや緊張の弱い脈状を呈するものである。この場合の治療は桂枝湯など、発汗作用はやや弱く、身体表面を調和させるという意味で「解肌」と呼ばれる作用をもつ処方を使用する。これらの服用により「微似汗」(びじかん、微しく汗あるに似る)という発汗状態を誘導することによって、病は治癒に向かう。

傷寒とは、病勢の激しさを反映して、当初から悪寒が強く、身体痛のような表証とともに、嘔吐などの裏証(消化器症状など)を伴うことがあり、脈は浮緊となって力のある状態である。このような場合は麻黄湯など発汗作用の強い処方を投与して、やはり微似汗を得て病を治癒に導くのが原則である。

中風・傷寒という言葉が、①陽病の発病当初の太陽病にのみ使用されるのか、あるいは②発熱性疾患の重症度に応じて全経過にわたって使用されるのか、ということに関しては、書物によって用法が異なっている。『傷寒論』の解説書を読む場合には注意が必要である。

##### 2) 瘧状の如く、熱多く寒少なし

太陽病(表に熱がある)で発症した病は、発汗を経ても治癒しない場合には、数日で少陽病(半表半裏に熱がある)に移行していくことが多い。しかし、時には病位は太陽病のまま遷延し、マラリアのときのような体温上下の反復(瘧状)を示してくることがある。この場合も、熱感悪寒を伴うという太陽病の特徴は保持されている。

この状態を『傷寒論』では「瘧状の如く、発熱悪寒し、

熱多く寒少なし」と記している。これを大塚敬節は「熱の出ている時間が長く、悪寒のする時間は短い」としているが、藤平 健は自らの経験から「全身に熱感があるのに肩先にだけ悪寒がある状態」ととらえている。このような場合、桂枝麻黄各半湯、桂枝二麻黄一湯、桂枝二越婢一湯などの適応となる。

### ㉑ 少陽病

半表半裏に熱のある病期・病態である。少陽病では往來寒熱という熱型に変化する。悪寒とともに体温が上昇していき、熱感の出現とともに体温上昇が治まってくる。悪寒と熱感交互に去来する。具体的には午前中には体温上昇はないが、午後になると徐々に体温上昇が始まり、夕刻がピークで、深夜になると治まっていく。往來寒熱と同時に胸脇苦満がみられるのも特徴の一つである。胸脇苦満とは季肋部の圧重感と他覚的な抵抗のことで、この所見の存在することが、小柴胡湯をはじめとする柴胡剤使用の目標となる。脈は沈脈で、弦脈あるいは細脈になることが多い。舌には白苔が出現し、口内に苦みを感じたり、味の変化がみられたりし、食欲は低下し、時には嘔気を覚える。咽喉の乾燥感や、めまい感、耳閉感などが出現することもある。

治療は小柴胡湯を中心とする柴胡剤や、半夏瀉心湯の類、梔子鼓湯の類などを用いて調整を図り全体を調和させ、強い下剤や発汗剤は使用しない方針(和法)で行う。

### ㉒ 陽明病

裏に熱がある病期・病態である。

#### 1) 潮熱と承気湯類

太陽病には悪寒・発熱、少陽病には往來寒熱というパターンがあったが、陽明病では潮熱というパターンになる。時を期して発熱し、同時に体の隅々まで、しっとりと発汗してくる。悪寒はなく、熱さで苦しむ(悪熱)。腹部は充実膨満し便秘する。熱にうなされて謔言を言うこともある。脈は沈実である。

大承気湯、小承気湯などの承気湯類で瀉下するのが治療の基本である。

#### 2) 三陽合病と白虎湯

陽明病には、承気湯類の適応になる潮熱のほかに、白虎湯の適応になる病期・病態があり、これを三陽合病という。この場合は身体に灼熱感があり、(時に背中にかすかな悪寒を自覚するときがあるが)原則として悪寒はなく、悪熱があり、時に自汗がみられる(自汗がないときは少陽病でもみられる身熱という熱型と同様になる)。顔脂が多くなり、口内はあれて味がわかりにくい。意識が障害されて謔言を言うこともある。口渇が激しいが、尿量の減少はみられない。上腹部は実満し緊張している。脈は沈滑数あるいは洪大となり、実脈となる。太陽病に

似た身体の緊張感、少陽病に似た口内のあれ、味覚の異常、灼熱感を伴う身熱のような熱型、陽明病らしい発汗、悪熱、腹満などがそろって出現する。それゆえ三陽合病と称する。しかし、その本質は裏の熱で陽明病である。熱は表・裏・半表半裏にわたっているとする人もいる。治療は、潮熱を呈した場合のように承気湯類を用いるのではなく、白虎湯で熱を冷ます(清熱)のが原則である。

## 2. 陰病

太陽病、少陰病、厥陰病は、陰病と総称される。その本質は裏の寒である。

### ㉓ 太陽病

裏に寒がある病期・病態である。重症度は軽い。腹満、腹痛、嘔吐、食欲不振、下痢などの消化器症状が出現しやすい。脈は沈で、腹部には腹直筋の緊張がみられたり、心下痞硬がみられたりすることがある。腹力は弱いことが多い。治療には桂枝加芍薬湯や人参湯などが用いられる。

### ㉔ 少陰病

裏に寒がある病期・病態である。時には表にも寒がある。重症度は中ぐらいである。顔色すぐれず、疲れやすく、横臥したがる。めまい、下痢、身体痛などを訴え、時には口渇(虚渇)を訴える。脈は沈微あるいは沈細、沈小となる。発熱性疾患が、初めから少陰病で発症することがあり、これを「直中の少陰」という。咽痛、倦怠などを訴え、体温が上昇する場合も悪寒のみがあり、熱感を伴わない。治療には、麻黄附子細辛湯、真武湯、附子湯、四逆湯などを使用する。

### ㉕ 厥陰病

裏に寒がある病期・病態であるが、逆に熱性症状を伴う傾向がある。真寒假熱や、上熱下寒などの寒熱錯雑を呈することがある。病状は重篤である。

四肢末端から冷えている(厥逆)のに体幹には熱を感じたり、空腹を覚えているのに食べられず嘔吐したり、体表や上半身には熱状があるのに不消化性の下痢をして脈が沈遅だったりするなど、症状のつじつまが合わなくなっている。治療は、裏を温めることであり、四逆湯類(四逆湯、茯苓四逆湯、通脈四逆湯など)の適応である。

## 3. 合病

病全体としては1つの病位にあるのだが、症状としては2つ以上の病位のもを表現して紛らわしい状態である。治療の原則は本質的な病位に応じて1つの処方で行うことである。以下に示すように、『傷寒論』に記載されている合病はすべて陽病(熱が本質)である。

**㊸ 太陽と陽明の合病**

本質は表熱証の太陽病である。太陽病の症状に消化器症状(下痢, 嘔吐)などが伴う。葛根湯, 葛根加半夏湯, 麻黄湯などが用いられる。

**㊹ 太陽と少陽の合病**

本質は半表半裏熱証の少陽病である。下痢, 嘔吐を伴う。黄芩湯, 黄芩加半夏生姜湯などが用いられる。

**㊺ 少陽と陽明の合病**

本質は裏熱証の陽明病であるが下痢を伴う。脈を確認して大承気湯が用いられる。

**㊻ 三陽合病**

本質は裏熱証の陽明病であるが, 表や半表半裏にも熱があるとも解釈される。治療は白虎湯で清熱することである。

**4. 併病**

病の経過を六病位で考えてみると, 発病の際には太陽病(表熱証)で始まることが多いが, 病気が治らず数日を経ると, 少陽病(半表半裏熱証)に移行していくことが多い。この場合, 病位は太陽病(表)から少陽病(半表半裏)に移行していくわけだが, 当然, 移行する際には病が両方の病位にかかることがある。このような移行状態を転属という。この状況では太陽病と少陽病の症状・所見が, 両方とも表れる。このような状況を併病という。

併病は, 場合によって治療法が異なる。たとえば太陽と少陽の併病の場合は, 太陽病の処方である桂枝湯と少陽病の処方である小柴胡湯を併せた処方, すなわち柴胡桂枝湯を使用することもある。太陽病と陽明病の併病の場合は, まず発汗させて表証が消失したら, 承気湯などで瀉下するというように治療に順番をつけることもある。

とらえ方によっては, 併病はいろいろと設定することも可能である。この考え方を臨床で広く応用し成果を挙げたのは藤平 健である。藤平は, 先表後裏(表を先ず治し, その後に裏を治す。)あるいは先急後緩[急激・重篤な症状(裏証であることも多い)を先ず回復させ, その後に緩慢な症状を治す。]などの原則も提唱している。

**C 壊病**

以上に述べたような六病位, 合病, 併病などの病態に応じた治療原則(太陽病なら発汗・解肌, 少陽病なら和法, 陽明病なら瀉下あるいは清熱, 陰病であれば温裏など)に則らず, あるいは処方量などが不適當(発汗過多, 瀉下しすぎなど)であった場合, 通常みられる病状のパターンを外れて変容した状態を壊病という。この場合は, どのような誤りを犯した結果なのかを分析して, 現在の証

を診察で確認し, 以降の治療を適正化していく必要がある。

現代の医療状況のなかで, 慢性・難治となっている病態は, 壊病となっている可能性が高い。入念な病歴の確認とていねいな診察で現在の証を確認し, 以上に述べた病期・病態(六病位, 合病, 併病)では, どこに当てはまるのかを考えていくのが, たとえ壊病であっても常道である。非常に複雑化した病態もあるが, 藤平 健の併病論, 小倉重成の潜証(一見, 熱証あるいは実証にみえる病態にも, 寒証の処方を使用あるいは併用するのが有効な状況があるという説)なども勘案しつつ検討していく。また六病位の検討をひとまずおいて, 次の項で述べる気血水と寒熱・虚実の検討を優先することで突破口が開けることもある。

**6 気血水****A 気****1. 気の内容**

気は身体を巡る目に見えない作用・機能・働きのことである。

**2. 気の異常とその治療**

気は一定の量が身体を巡っていることが重要で, 巡りが悪くなるといろいろな異常を生じる。

**㊸ 気虚**

気という機能自体が弱まり, 種々の機能低下を生じてくる状態。いわゆる「元気のなくなった」状態である。消化機能の低下(中焦の虚)を同時に伴うことが常である。患者はだるい, 疲れるなどと訴える。脈は弱まり, 腹部も軟弱となって腹力低下と判定されることが多い。

治療としては気を補う処方, いわゆる補剤を用いる。例としては補中益気湯, 四君子湯, 六君子湯などの人参や黄耆の配合された処方がある。これらの処方は中焦の虚をも補う力をもっている。

**㊹ 気滞, 気鬱**

気の巡りが悪くなった状態である。気には「気体」の意味もあって, ガスの貯留やそれに伴う膨満感などが訴えられることも多い。一方, 抑鬱状態を「気が鬱ぐ」と表現するように, 気の滞りが鬱として表れることもある。これを気鬱と表現する。脈は沈んで, 細あるいは小になることが多い。腹部にはガスの貯留を反映した膨満と鼓音がみられることがある。また, 以下のような症状も気滞あるいは気鬱の結果として出現することがある。

### 1) 咽中炙癰(梅核気)

炙った肉片のようなもの、あるいは梅干しの種のようなものが咽喉にひっかかったように感じ、飲み込もうとしても飲み込めず、吐き出そうとしても吐き出せない。いわゆる咽喉頭異常感症であるが、これが気鬱の反映のことがある。半夏厚朴湯などを用いる。

### 2) 喘息

気滞・気鬱は時に喘息様の息苦しさとして発現することがあり、柴朴湯、半夏厚朴湯合麻杏甘石湯などを用いることもある。

### 3) 耳閉感

少陽病でもみられることのある症状だが、気滞・気鬱の症状として表出されることもある。柴蘇飲(小柴胡湯合香蘇散)などを用いる場合がある。

### 4) 疼痛

脳血管障害後の視床痛に柴朴湯が有効だったり、防己黄耆湯などを用いても改善しない膝関節の痛みなどに柴朴湯あるいは半夏厚朴湯を併用することで改善がみられたりする。

### 5) 腹部膨満

気を遣いすぎて空気を飲み込み、午後になると腹部膨満を訴えるような人(呑気症)に半夏厚朴湯が有効なことがある。

一般に気滞・気鬱の処方として考えられるのは、半夏厚朴湯、柴朴湯、香蘇散、帰脾湯、加味帰脾湯などであるが、承気湯類、九味檳榔湯、四逆散、大柴胡湯なども気滞や気鬱に有効な処方である。また、厚朴、蘇葉、枳実、大黄などは気の滞りに有効な生薬である。

## ㊦ 気逆(気の上衝、衝逆)

安定しているとき、気を中心は臍下辺りに意識することが多いと考えられるが、気持ちいが不安定になると、それが上半身に上ってくる。のぼせて、顔が赤くなり、足は冷える。めまいや動悸を伴うことも多い。以下のような例がある。

### 1) 奔豚

『金匱要略』に記載されている症状である。下腹から胸に向けて突き上げてくるものがあり、腹痛、発熱、意識喪失発作などを起こすという。現在ではヒステリー発作などと考えられることが多い。奔豚湯、苓桂甘藶湯、桂枝加桂湯などが用いられる。

### 2) 火逆

『傷寒論』には温熱を用いた治療や火傷によって発症する神経過敏状態が記載されている。動悸、気逆、煩躁が主な症状で奔豚と似ている。桂枝加桂湯、桂枝甘草竜骨牡蛎湯、桂枝去芍薬加蜀漆牡蛎竜骨救逆湯などが用いら

れる。

### 3) 水毒と気逆がからむもの

めまい、動悸などを訴え、苓桂朮甘湯の適応する人などが例である。

### 4) 瘀血と気逆のからむもの

桂枝茯苓丸や桃核承気湯の適応例のなかには強いのぼせなどを伴う人がいる。

気逆の治療に使用される処方を見ると、桂枝あるいは桂枝・甘草の組み合わせが用いられているものが多い。桂枝去芍薬湯、炙甘草湯なども、その系列に属する処方といえる。

## B 血 .....

### 1. 血の概念

身体を巡る物で、目に見えて、色が赤いものである。気が目に見えない作用・機能・働きであるのに対し、血は目に見える身体の構成物であり、栄養状態や循環状態を反映する。

### 2. 血の異常とその治療

#### ㊦ 血虚

血の不足である。貧血だけではなく、栄養状態や循環状態の不良な状況も表す。皮膚は乾燥して萎縮傾向を示す。髪が白くなり、細くなり、抜けやすい。四肢は痩せて腱や関節が目立つ。気虚では、色白で水太り傾向、肌や筋肉が軟弱で、活動性が低下している。これに対して血虚という場合は、色黒で痩せと乾燥傾向があり、肌や筋腱が硬く、活動性は保たれている状態である。

治療には四物湯(当帰、芍薬、川芎、地黄)を構成要素としている処方を用いることが多い。例としては四物湯、芎歸膠艾湯、連珠飲、温清飲などがある。

十全大補湯にも四物湯は含まれているが、気虚に用いられる四君子湯も含まれており、気も血も虚している状態(気血両虚)に用いられる。四物湯に含まれる地黄、川芎などは消化機能低下(中焦の虚)のある人には胃症状を誘発することがある。このような場合は十全大補湯を使用することもあるが、四物湯類をあきらめて、まず中焦の虚を治療してから、十全大補湯などに転方していくことも多い。

#### ㊦ 瘀血

血の滞りをいう。具体的には静脈系や毛細血管系の停滞と考えることもできる。月経とその前後、出産、産褥、更年期などには瘀血を表すことが多い。炎症、打撲、痔核、静脈瘤なども瘀血と考えることができる。発熱性疾患で瘀血を伴う場合は、錯乱や出血などを引き起こし病状を

大きく修飾することがある。脈は沈澱などであり、下腹部には抵抗や圧痛(小腹鞭満, 小腹急結など)が出現することが多い。また以下のような所見は瘀血の存在を示唆するという。①口乾(口が乾燥する, 口渇はない), ②自覚的な腹部膨満感(他覚的には膨満なし), ③煩熱感, ④皮膚・粘膜の紫斑や毛細血管や静脈の拡張, ⑤皮膚甲錯, ⑥暗赤色や青色の舌, ⑦舌辺縁の紫色斑点, ⑧唇が青い, ⑨大便の色が黒っぽい, ⑩易出血性, ⑪食欲の亢進, ⑫イライラする, 他人にあたる, 怒りやすい。

瘀血の治療には、駆瘀血剤といわれる処方を使用する。例としては当帰芍薬散, 加味逍遙散, 桂枝茯苓丸, 女神散, 通導散, 桃核承気湯などが挙げられる。それぞれの特徴を踏まえて使用する。なお発熱時の使用には注意が必要で、表証や表証に近い半表半裏証のあるときは使用を控え、これらが消失してから使用するのが『傷寒論』における原則である。

## C 水

### 1. 水 の 概 念

身体を巡り、目に見えて、色が透明なものである。いわゆる体液と考えればよい。

### 2. 水 の 異 常 と そ の 治 療

水にかかわる病態は非常に広汎であり、浮腫、炎症などはすべて水の異常と関係してくる。水という言葉の同義語(津液, 痰, 飲, 湿など)も多い。しかし、日本では水に関する異常(正常からの偏倚)を総括して水毒(水滯)と呼ぶことが多い。これらには以下のような例がある。

#### ㉑ 水分代謝の変調

浮腫、尿量の減少、頻尿、めまい、たちくらみ、ふらつき、頭痛、耳鳴り、口渇、嘔吐、水様下痢などが症状として表れる。脈や腹証にも種々の場合がある。治療は症例の特徴にあわせて五苓散, 茵陳五苓散, 猪苓湯, 苓桂朮甘湯, 真武湯, 当帰芍薬散, 沢瀉湯などが用いられる。これらには沢瀉, 猪苓, 朮, 茯苓などの生薬が含まれ利尿作用があるといわれている。

#### ㉒ 関節痛, 関節炎およびこれらに伴う浮腫

桂枝加苓朮附湯, 越婢加朮湯, 麻杏薏甘湯, 防己黄耆湯などが用いられる。麻黄, 朮, 黄耆などの生薬が配合されているものが多い。

#### ㉓ 胃内停水(水飲, 痰飲)など

胃部振水音があり、噎気・嘔気・嘔吐がみられる。これらには小半夏加茯苓湯, 五苓散, 胃苓湯, 茯苓飲, 茯苓飲合半夏厚朴湯, 茯苓沢瀉湯などが用いられる。また

胃内停水は水毒の徴候として表れるだけでなく、消化機能低下の反映として出現するときもある。その場合は人参湯, 四君子湯, 六君子湯, 半夏白朮天麻湯などを用いる。

#### ㉔ 喘息, 鼻炎

喘息や鼻炎のなかに水毒の反映のものがある。この場合は小青竜湯, 苓甘姜味辛夏仁湯などを使用する。

「水(津液)」あるいは「潤い」に関しては、実は非常に多くの検討課題が残っている。

## 文献

### ● 上位概念としての陰陽

- 1) 大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎: 漢方診療医典, 第4版, 南山堂, 東京, 1979

### ● 病態と治療, 虚実

- 1) 素問・靈樞・難経, たにぐち書店, 東京, 1996
- 2) 吉益東洞: 葉微(大塚敬節校注), たにぐち書店, 東京, 2007
- 3) 山田図南の医学について, 安西安周選集第三巻, 長谷川弥人(編), p20-23, たにぐち書店, 東京, 2002
- 4) 大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎: 漢方診療医典, 第4版, 南山堂, 東京, 1979

### ● 病態と治療, 寒熱

- 1) 大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎: 漢方診療医典, 第4版, 南山堂, 東京, 1979
- 2) 大塚敬節: 疝気症候群 A 型の提唱. 日本東洋医学会雑誌 25(1): 19-23, 1974
- 3) 貝沼茂三郎: C 型肝炎に対するインターフェロンと麻黄湯の併用療法(インタビュー). 活 47(3): 6-12, 2005

### ● 病態と治療, 表裏

- 1) 大塚敬節: 臨床応用傷寒論解説, 創元社, 東京, 1966

### ● 病態と治療, 六病位

- 1) 日本東洋医学会学術教育委員会(編): 入門漢方医学, 南江堂, 東京, 2002
- 2) 大塚敬節: 臨床応用傷寒論解説, 創元社, 東京, 1966
- 3) 藤平 健: 桂麻各半湯の臨床応用. 日本東洋医学会雑誌 35(2): 39-46, 1984
- 4) 藤平 健: 併病に関する考察. 日本東洋医学会雑誌 30(4): 55-60, 1980
- 5) 藤平 健: 併病の重要性について. 日本東洋医学会雑誌 32(2): 7-11, 1981
- 6) 藤平 健: 併病認識の重要性. 日本東洋医学会雑誌 39(3): 1-5, 1989
- 7) 小倉重成: 潜症(見落とされ易い証). 日本東洋医学会雑誌 31(3): 13-15, 1981
- 8) 小倉重成: 潜症・続. 日本東洋医学会雑誌 32(2): 27-29, 1981
- 9) 小倉重成: 潜症と顕症. 日本東洋医学会雑誌 33(2): 15-17, 1982
- 10) 小倉重成: 虚寒証の顕在と潜在. 日本東洋医学会雑誌 37(4): 27-33, 1987

### ● 病態と治療, 気血水

- 1) 日本東洋医学会学術教育委員会(編): 入門漢方医学, 南江堂, 東京, 2002
- 2) 大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎: 漢方診療医典, 第4版, 南山堂, 東京, 1979

# B 診察法(四診)

伊藤 剛・花輪壽彦

診察の条件として、診察室は自然な明るさがあり、室温は患者が衣服を脱いでも、寒さを感じない程度にする。診察は同時に診断・治療の過程でもある。

漢方の診察は望診、聞診、問診、切診の四診による。聞診には嗅診と聴診の2つの意味がある。また切診とは触診の意味である。

## 1 望診

望診とは見て診断することで、現代医学でいう視診である。診察室に入ってきたときの動作、歩き方、異常運動などを観察する。患者の栄養状態、体型、体格、姿勢、筋肉・骨格の状態、浮腫、皮膚の色艶、皮膚の乾燥・湿潤、発汗状態など全体的な観察に続き、顔色、眼光、顔貌、眼や結膜の状態、毛髪・爪の状態、口腔内・舌の状態(舌診)、口腔粘膜・歯肉の色調など局所の観察をする。毛細血管の拡張、暗紫色の皮膚や唇、眼の下のクマ、シミなどは瘀血の徴候として重要である。望診のなかで舌診は特殊な位置づけがされているため別に解説する。

望診だけで処方や生薬が連想されることがある。地黄を含む八味地黄丸などの処方はどこことなく色黒で乾燥傾向を感じ、麻黄剤はどこことなく青っぽい感じをもつ。地黄は中高年の、あるいは慢性消耗性疾患の薬であり、麻黄は若年者の、あるいは病気の経過の初期に用いる機会が多い薬である。アトピー性皮膚炎患者の顔の赤みが診察中に変化する場合のは気の衝によるので桂枝を含む処方を考慮する。診察中ずっと赤みに変化のない場合は血熱によるので黄連、山梔子、紅花などを含む処方を考慮する。

### A 望診の基本

#### 1) 動作・歩容の観察

動作・歩容が機敏か、ぎくしゃくしているかは気血の過不足を知るために重要である。動作が異常に緩慢な場合や椅子や診察台からの起居で、抑うつ程度や気血の不足などを推量できる。イライラしているとゆったりと椅子に座っていることができず、椅子を動かしたり、医師のほうにすり寄ってきたり、頬杖をついたり、ため息

をついたりする。

#### 2) 皮膚の観察

皮膚の状態は全身の栄養状態や血行を示すので注意深くみる必要がある。カサカサした感じは血虚である場合が多く、四物湯を基本にした処方を考慮する。色素沈着が著明であれば瘀血を考慮する。

#### 3) 眼光の観察

入室時の眼の輝き、うつろさなどは気血の虚実をうかがうのに重要である。眼に力がある場合は気の充実や交感神経の緊張を示唆する。眼がうつろで力がない場合は気の不足や抑うつ状態を示唆する。眼がつり上がる、あるいはイライラしている感じは「肝」の異常を示唆し、眼の充血は気逆や血熱などを示唆する。

#### 4) 顔色・顔貌の観察

顔色は気血の虚実をうかがうのに重要である。顔色が潮紅している場合は血熱、気逆、瘀血などを考慮する。顔面が蒼白の場合は血虚や陰証・虚証、または水毒などの病態を考慮する。顔面の毛細血管拡張や色素沈着、眼の周りのクマは瘀血の所見である。眼の周りが腫れぼったい場合は水毒を、黒ずんで見える場合は腎虚や瘀血を考慮する。

#### 5) 頭髪の観察

髪の毛が細い、艶がない、抜け毛が異常に多い場合は血虚を考慮する。

#### 6) 爪の観察

爪が脆く、縦にしわが多く認められる場合は血虚や気血両虚を示唆する。爪の色が悪いのは瘀血の場合がある。

#### 7) 口唇と歯肉の観察

口唇の乾燥、口角炎は脾虚・血虚・津液不足で起こる。口唇の乾燥しやすい虚弱小児には小建中湯証が多い。口唇や歯肉の色が暗紫色ならば瘀血を考慮し、口唇の乾燥があれば温経湯など、津液不足があれば人參養榮湯などを考慮する。

### B 舌診

#### 1. 日本における舌診の歴史

江戸時代、土田敬之(蒙斎)は天保6(1835)年に『舌胎図説』を著した。この『舌胎図説』では舌苔の色を白・黄・黒・紅の4種に分け、それをさらに細かく分けて35種

に分類している。また蒙斎は「陰陽・表裏の別や虚实・寒熱の徴候は必ず舌に現れ、脈法の診察し難いのは違ふ」というように舌診の確かさを強調する一方、「ただ舌胎の色澤、厚薄および部位を観察するのみならず、舌の運動およびその震戦の状態に注意し、これによりて病証を診断するの標準をたてんとし……」と、舌苔の色だけでなく、舌の運動や振戦の状態にも注意するよう喚起しているのは特筆に値する。

続いて能條玄長(保庵)は漢方処方に対応する腹診所見と舌診所見を対照して記し、文化10(1813)年に『国字腹舌図解』を著した。この『国字腹舌図解』一卷は、保庵が弟子に腹診や舌診を講義する際に用いるテキストとして作ったものである。保庵の説は「傷寒の候は舌胎(苔)を以て第一とす」というもので、また「黄胎黒胎は必ず熱に属して下すべき症多し、白胎も熱に属するもの多し、淡薄にして赤色薄きものは寒に属するもの多し、みだりに下すべからず」と述べている。『国字腹舌図解』中に挙げられている漢方処方は『傷寒論』の処方を中心に全部で91種あり、この処方の特徴となる舌診所見と腹診所見がそれぞれ91種描かれている。

現在の日本漢方(古方)や鍼灸では舌診のみで証を決定することはせず、舌診はあくまで総合的な証を決めるための補助手段として用いられる。

## 2. 舌診の要点

舌の上面(表面)を舌背、舌の下面(裏面)を舌腹ともいう。舌背には糸状乳頭、茸状乳頭、有郭乳頭、葉状乳頭、円錐乳頭などの舌乳頭がある。舌診で判定するのは主として舌背部全体を覆う糸状乳頭と、所々に散在する茸状乳頭である。角化を起こすのは糸状乳頭の上皮(重層扁平上皮)表面だけで、他の乳頭は角化を起こさない。この糸状乳頭上皮の脱落が不活発になり、かつ雑菌などの繁殖のため舌苔を生じる。

舌の所見は舌証といわれ、舌診においては舌そのものの性状(舌質)と舌に付着した苔(舌苔)に大きく分けて診察するが、舌質はさらに舌の色調(舌色)・舌の形状(舌形)・舌の動き(舌態)に、舌苔は舌苔の性状(舌苔質)と舌苔の色(苔色)に分けて診察する。

## 3. 舌の性状(舌質)

### ㊦ 舌の色調(舌色)

舌色は舌苔などを除く舌そのものの色調を判定する。

#### 1) 淡白

舌色が正常の淡紅色よりも淡いものを淡白舌という。舌間質における虚血、貧血などの循環障害や浮腫があると出現すると考えられる。

#### 2) 淡紅

正常の舌の色である。江戸時代には微紅という表現もあった。

#### 3) 紅

正常の淡紅よりも濃い紅で、江戸時代には純紅、朱という表現もあった。発熱、脱水、瘀血などでみられる。熱証を示すことが多いが、実熱だけでなく虚熱でもみられる。毛細血管拡張、充血やうっ血、舌間質の脱水による血液濃縮などが原因となる。鏡面舌のように舌乳頭・舌粘膜の萎縮に伴ってみられる場合もある。石膏、当帰、地黄などを含む処方が適応になる。

#### 4) 深紅

急性熱性疾患の陽明病や津液不足の病態で起こるとされるが、脱水を伴う熱証や瘀血でもみられる。毛細血管レベルでの血流濃縮や停滞が原因で、血液の酸素飽和度が低くなり、暗紅色化すると考えられる。地黄、麦門冬、沙参などを含む処方を考慮する。

#### 5) 紫・青

血行不良や瘀血の所見。江戸時代には微青色や水色などの表現も用いられていた。舌内の静脈の拡張など、主として静脈系の変化によるが、チアノーゼなどにより生じることもある。青舌は冷え症、紫舌は瘀血でみられることが多い。当帰、芍薬、川芎、地黄などを含む処方を考慮する。

### ㊧ 舌の形状(舌形)

舌は食事摂取時に働く筋肉であるため、一般的に厚く大きな舌は舌筋が発達し消化力があることを示し、薄く小さな舌は舌筋が小さく消化力の弱いことを示す。

#### 1) 胖大

厚ぼったく、舌縁が口角からはみ出すほど口幅いっぱい膨んだ状態の舌。西洋医学的には末端肥大症、甲状腺機能低下症、ダウン症候群などでみられる巨舌として知られている。舌内筋群の肥大、舌間質の浮腫などによる。歯痕を伴うことが多く、気虚と水毒の病態を反映するとされる。気剤や利尿剤を使用する。

#### 2) 瘦薄

舌が薄っぺらな状態で、気虚、血や津液の不足の病態を反映する。舌内筋群の未発達や萎縮が原因となることが多いが、先天的な場合もある。

#### 3) 歯痕

下顎歯列内側あるいは上顎歯列内側の歯型圧痕。脾虚、気虚、水毒などでみられる。人参・黄耆などを含む処方や利尿剤を考慮する。緊張しやすい患者などでは舌を強く前歯列に押しつけるために歯痕を生じることがあるが、この場合は舌の大きさは正常である。

#### 4) 皸裂

舌にできるひだの形状から、江戸時代には人裂、人字裂、人字紋などと呼ばれた。西洋医学ではひだの形状から、皸状舌<sup>しゅうじょう</sup>、陰囊舌<sup>いんのう</sup>、脳回状舌などという呼び名がある。血や津液の不足と関連があり、淡白色なら血虚や気血両虚などの所見とされる。先天性あるいは家族性にみられることがある。

#### 5) 紅点

紅点は赤い点が舌背部に散在する所見で、舌尖部に多くみられる。江戸時代には紅星と呼ばれた。茸状乳頭は角化しないため内部の血管が透見でき、この茸状乳頭内の毛細血管が充血すると紅色が強調され紅点として観察される。通常は熱証や瘀血で認められる。

#### 6) 瘀点

瘀点は舌面にみられるこげ茶色から黒紫色の斑点で、舌面から隆起しない点状のものをいう。江戸時代の古典で「黒点」と記されているものに該当する。瘀点は茸状乳頭内において血流停止などにより、壊れた赤血球のヘモグロビンが酸化され、鉄サビ色になった毛細血管が透見されたものである。瘀血を表し駆瘀血剤を使用する。

#### 7) 瘀斑

暗紫色の斑。舌面にみられる青紫から紫黒色の斑で、舌面から隆起しない斑状のものを特に瘀斑という。瘀血ととらえ駆瘀血剤を使用する。

#### 8) 芒刺

芒刺は舌乳頭の先が毛羽立ったように見える所見で舌の中央の縦ひだを中心にみられることが多い。黒いものは黒刺という。糸状乳頭の増殖・角化により生じる。胃腸や気分の熱盛でみられる。

#### 9) 舌下の静脈怒張

舌下の静脈の怒張や蛇行、細静脈のうっ滞による小点などは瘀血の症候である。なお、この舌下に認められる静脈の解剖学的名称は舌深静脈であり、舌下静脈は舌下腺などに分布する静脈の名称である。

#### 10) 乾・湿

江戸時代には湿の意味で「潤」という言葉が使用された。湿や滑苔は舌表面が唾液で濡れる陰証の徴候で、人參湯などの適応が多い。一方、舌が乾燥するのは陽証の症候である。津液不足や瘀血でも認められる。白虎湯の適応では舌は乾燥していることが多い。

#### ㊦ 舌の動き(舌態)

江戸時代には舌先を口から出し入れするのを弄舌といい、短くなった舌を短縮といった。

舌の舌戦(振戦)はパーキンソン病など、脳神経障害と関連する。

## 4. 舌苔

舌苔の発生は睡眠、飲酒、喫煙、便秘、発熱などと関連する。舌苔の形成には唾液の pH や分泌量、口腔内微生物叢、糸状乳頭の状態などが関与する。

#### ㊦ 舌苔の性状(舌苔質)

##### 1) 無苔

舌苔がないので舌体色がそのまま見える。糸状乳頭の萎縮や未成熟による場合がある。

##### 2) 薄苔(微苔)

糸状乳頭の角化で剝離した細胞がわずかに付着している状態。正常あるいは病変が軽度の場合にみられる。

##### 3) 厚苔

舌苔が厚いことを示し、通常は舌苔が厚くなるほど病期が長いことを示す。外邪が裏に入った場合や痰・飲・湿の停滞や食滞を示す。義歯の使用、摂食困難、咀嚼力低下などでもみられる。

##### 4) 地図状舌

苔が部分的に剝がれた状態である。西洋医学的には移動性舌炎とも呼ばれる。舌粘膜上皮の角化異常であり、糸状乳頭の部分的な萎縮ないしは消失が原因である。未熟な糸状乳頭は赤く陥凹したように見え、角化のある成熟した糸状乳頭の部分では白く隆起して見える。心身症や免疫・アレルギー性疾患にみられることが多い。舌苔が左右に偏ったものを江戸時代には邊苔といった。

#### ㊦ 舌苔の色調(舌苔色)

##### 1) 白苔

糸状乳頭の角化により変性した細胞が脱落せず、乳頭の先に連なって残った状態である。少陽病、消化機能の停滞・低下などの病態でみられる。小柴胡湯などの柴胡剤や半夏、朮、茯苓などを含む処方考慮する。白苔のある時期には原則的に下剤は使用しない。

なお、薄白苔(または微白苔)は糸状乳頭の先端に角化により脱落した舌乳頭の上皮細胞が少し付着している状態で、健常者に通常みられる正常の舌所見である。

##### 2) 黄苔

胸焼け、吞酸、胃痛、便秘などの胃熱の症状を反映する。糸状乳頭の細胞がさらに変性し、雑菌などの繁殖のため舌苔が黄変したものである。黄苔が厚くある時期には下剤を使用してもよい。ただし熱のない一般の慢性疾患では、黄苔や白苔などの有無は必ずしも大柴胡湯や小柴胡湯の使用目標にはならない。黄連や大黃を含む処方を考慮する。

なお、白苔が黄苔に軽度混在する白黄苔は江戸時代の微黄苔と呼ばれたものに相当し、熱性疾患による消化機能停滞の病態を示すため、柴胡剤や大黃剤を考慮する。

## 3) 灰苔

薄い黒色(灰色)からこげ茶色をした苔で、黄苔よりさらに程度が強い。江戸時代には灰舌といった。裏証を示す。裏熱・痰飲・寒湿などの症候である。

## 4) 黒苔

熱の極期や重篤な段階でみられ、裏証を示す。江戸時代には黒舌といった。最近では抗生物質の長期投与や癌末期の患者でみられることが多い。黒褐色ないしは茶褐色の水溶性色素を産生する細菌や、硫化水素(H<sub>2</sub>S)を産生し鉄やカルシウムと結合して着色する細菌が関与する場合がある。また、二次感染としてカンジダの感染もある。

漢方では、熱のある患者で大承気湯などの大黄剤で瀉下させる実熱証の病態と、四逆湯や真武湯などで温補しなければならぬ附子剤を考慮する虚寒証の病態とがある。

## 2 問診

問診には臭いを嗅いで判断する「嗅診」と、音を聞いて診断する「聴診」がある。

漢方で行う聴診は、患者の声の性状、呼吸状態(短気、少気など)、咳嗽、喘鳴、謔語(うわごと)、吃逆(しゃっくり)、噯気・噯気(げっぷ)、お腹の鳴る音などを直接耳で診断する。腹診の際にも「振水音」や「腹中雷鳴」など、音で判断する所見もある。

## a) 嗅診(臭い)

体臭、口臭(悪臭、アルコール臭、アセトン臭、尿臭)、膿汁臭、帯下臭、便臭、小便臭などにより体の異常を知る。

## b) 舌苔

## 1) 言語と音声

言語に力があり、ハキハキ聞こえるのは気血水の調和がよい状態である。声ははっきりして張りがある人は実証、声が高くよくしゃべる人は熱証や実証、声が低く言葉少ない人は寒証や虚証、声が低く微かな人は虚証であることが多い。また気虚になると声がかすれたり、力のないしゃべり方になったりする。補中益気湯の使用目標の一つに「語言軽微」とある。

## 2) 咳嗽と呼吸音

咳嗽や喘鳴は問診で容易に聞き取れる。乾性の咳嗽には麦門冬湯のような滋潤の処方を、湿性の咳嗽には小青竜湯のような利水の処方を選択する。

## 3) グル音

空腹でもないのに腸の蠕動運動が聞こえる場合は胃腸障害や脾胃の冷えと関連する。半夏瀉心湯や甘草瀉心湯などを、胃腸がモクモクと動くようなら大建中湯などを

考慮する。

## 3 問診

## A 漢方における問診のとり方

漢方治療は第一に、自覚症状の改善によって日常生活をより快適に送ることを目指している。患者の生の言葉を上手に引き出すようにし、診療録に生の言葉をそのまま記録する。「口が苦い、口が乾くが水は飲みたくない、甘いものが無性に欲しい、ヤケ食いをしてしまう、咽に何か詰まったような感じがする、おなかが空いていないのにゴロゴロいて困る、口の中に生唾がたまってしゃべりにくい、夏でもソックスを何枚も履かないと冷えてつらい、足がほてって眠れない、天気が悪いと疼く、首から上だけにひどく汗が出る」など、現代医学では取るに足らない徴候が、漢方では処方を決める重要なサインとなることがまれではない。

「既往歴」は過去の出来事が現在の苦痛とどのようにかわりがあるか、という観点から聞いていく。「嗜好品」、「食事」についても聞く。甘みを好む人は脾虚の状態に多くみられる。

## B 症状の問診項目

以下のような項目について質問をする。

## 1) 発熱・熱感

体温計のない昔、発熱は局所的熱感、全身の熱感、ほてりなどで診断した。通常は陽証でみられるが、陰証でも起こる。熱には実熱と虚熱がある。全身の熱で汗を伴わないものを「身熱」といい陽明病の外証とする。熱に耐えがたく苦しむ場合を「悪熱」といい陽明病の裏実証とする。発熱と悪寒が交互にくる「往来寒熱」は少陽病の熱とする。それ以外に、熱のため胸苦しく苦悶する場合を「煩熱」、潮の干満のように熱に周期性がある場合を「潮熱」、熱がうっ滞して去らず臓器に機能障害を引き起こす場合を「結熱」という。

## 2) 悪寒・悪風

「悪寒」とはゾクゾクとする寒気のことである。主に表証のときにみられるが、時に裏証のことがあり、陽証と陰証の場合がある。「悪風」とは風に当たると寒気を感じるため、風を嫌うことである。

## 3) 食欲

病気になっても食欲が低下するとはかぎらない。たとえば瘀血が顕著な場合、「いくら食べてもすぐに空腹となる(消穀善飢)」、「無性に食べたい」などということが

ある。また、「月経の前に無性に食欲が亢進する」〔月経前症候群(premenstrual syndrome : PMS)など〕という場合がある。便秘に伴って「食欲亢進」を訴える場合もある。

「食欲がない」という場合は、消化器障害、心身症、熱性疾患など種々な原因が考えられる。八味地黄丸や麻黄剤の適応にみえても、地黄や麻黄の使用は慎重にすべきで、六君子湯のような胃粘膜防御作用や胃排出能促進作用を有する処方はず考慮される。脾胃の虚と腎虚がある場合、脾胃の虚を建て直すことから治療を始める。抑うつ傾向のために食べられない場合は、香砂六君子湯のような理気薬がよい。

#### 4) 睡眠

不眠症は、神経質性不眠か抑うつ性不眠が多い。神経質性不眠の場合は「虚勞による不眠」(虚煩)のことが多く、「疲れているのに眠れず、悶々として、盗汗(寝汗)がひどい」などと訴える。酸棗仁湯などが適応となる。

抑うつ性の場合は温胆湯を基本にしばしば黄連や酸棗仁が加えられる。また、不眠の処方にはよく遠志と酸棗仁が加味される。温胆湯の腹証は腹部動悸がないのが特徴である。胃腸の調子が悪く、おなかがゴロゴロいって困る、みぞおちが詰まった感じがする、肩こり、夢が多いなど心身症的な愁訴に対しては甘草瀉心湯がよい。頑健型で胸脇苦満がある場合は柴胡加竜骨牡蛎湯などが考慮される。顔が赤くなって、イライラが強く、何事にも憤怒し、気分が落ちつかず眠れないものは三黄瀉心湯類や黄連解毒湯も考慮される。

#### 5) 排尿

漢方では水の排泄障害は水毒とされる。尿量の増加を「小便自利」といい、尿量減少を「小便不利」という。小便が出渋る場合を「小便難」、小便を失禁する場合を「遺尿」という。小便の色が清白な場合は陰証・寒証で、黄色や赤みがあったものは陽証・熱証である。

他の症候との関連で、口渴-尿不利-自汗傾向なら五苓散、口渴-尿不利-無汗傾向なら猪苓湯、尿不利があって五苓散に似ているが口渴のない場合は茯苓甘草湯、口渴-小便自利-発汗過多なら白虎湯、口渴-多尿-枯燥傾向-小腹痛不仁なら八味地黄丸というように処方が考慮される。多尿、前立腺肥大による排尿困難や頻尿には八味地黄丸がよく使用される。無菌性膀胱炎による頻尿には清心蓮子飲が好んで使用される。

尿失禁には補中益気湯が試みられているが、小腹痛不仁を伴う人には八味地黄丸がよい。排尿痛には猪苓湯、五淋散などが、血尿を伴うものには猪苓湯合四物湯などが用いられる。

#### 6) 排便

便秘で便が硬いものは陽証・実証、下痢・軟便は陰証・

虚証である。ただし、発熱による痢疾の一種である「熱痢」や、強い便意があるが便は出ずに残便感が残る「下重」は陽証・実証である。便意を催すが大便が出ず腹痛をきたす場合を「裏急後重」という。下痢に関しては、機能性下痢を起こす場合を「泄瀉」<sup>せつしや</sup>、急性の感染性下痢を起こす場合を「痢疾」<sup>りしつ</sup>という。

便秘には大黄が好んで使用されるが、脾胃の弱い人には不適のことが多い。山梔子、麻子仁、山椒(蜀椒)などを上手に使う。細菌性下痢(痢疾)には大黄剤を短期使用し、その後で脾胃を整える処方にする。抗生物質を服用すると腸内細菌叢の変化によって、大黄の瀉下活性が低下する。

慢性の体質性下痢(泄瀉)は脾胃の虚や腎虚が関係する。胃症状が中心の場合は人参湯、冷えると下痢する場合は真武湯がよい。消化不良性下痢には小建中湯、黄耆建中湯、啓脾湯、参苓白朮散などが、下痢便秘交代型には「肝・脾」を調節する加味逍遥散、五積散などが考慮される。

#### 7) 疲れやすい

愁訴のなかでもっとも多い。必ずしも「気虚」ではなく、ストレス性、抑うつ性、腎虚など種々の病態が考えられる。「一身尽く重く転側する能わず」(少陽病)や「ただ寝んと欲する」(少陰病)など病期の特徴として現れることもある。

#### 8) からだが重い

湿、少陽病、陽明病、少陰病でも起こる。

#### 9) もの忘れ

「喜忘」という用語があり、瘀血の症候の一つととらえられる。脳血管障害に関連したものには黄連解毒湯、アルツハイマー型認知症には釣藤散、当帰芍薬散、帰脾湯、加味温胆湯などが考慮される。

#### 10) イライラ

一般には「肝」の異常の症状とされる。柴胡を含む加味逍遥散などが考慮される。眉間に皺を寄せて話す、多怒、性急、不眠などの場合には抑肝散が考慮される。

#### 11) 発汗、寝汗

自然に出る汗は「自汗」<sup>じかん</sup>といい、寝汗は「盗汗」<sup>とうかん</sup>、頭部にみに発汗するものは「頭汗」<sup>ずかん</sup>、冷や汗は「虚汗」、汗が出るべきときに汗が出ないものを「無汗」、手足に汗をかくものを「手足汗」という。

自汗傾向の人は表虚、水毒などが考えられ、黄耆を含む処方が考慮される。表虚の場合は桂枝湯、桂枝加黄耆湯、玉屏風散などが考慮される。表の熱が奪われて冷えを訴える場合がある。寝汗は津液不足の傾向に熱状や精神的興奮が重なって起こることが多いとされるが、水毒傾向の人、虚弱者、慢性消耗状態でもみられる。当帰六

おうとう  
黄湯，柴胡桂枝乾姜湯などが考慮される。

### 12) 頭痛，頭重

冷えや胃腸症状，肩こり，瘀血などとの関連で処方が決まる。呉茱萸湯，半夏白朮天麻湯，釣藤散，加味逍遙散，八味地黄丸などが使われる。

### 13) 耳鳴，難聴

柴胡剤，気剤（蘇子降気湯など），補腎剤（滋腎通耳湯など）などを考慮する。

### 14) めまい，のぼせ，立ちくらみ

水毒，気逆，気虚，血虚など，さまざまな病態で現れる。

### 15) 視力低下，目が疲れる，目がかすむ，目がシヨボシヨボする，目のクマがでやすい

気虚や「肝」の異常の症候ととらえることが多い。「目の周りのクマ」は瘀血である。

### 16) のどのつかえ

半夏厚朴湯の使用目標である「咽中炙癭<sup>いんちゅうしゃれん</sup>」が有名である。「梅核気」ともいう。粘膜過敏ととらえると応用が広がる。

### 17) 口渇，口乾，唇が乾く

漢方では水分をよくとる「口渇」と，口の中が乾燥するが水分をとるのを嫌がる「口乾」とを区別している。唇が乾くのは脾虚，津液不足，瘀血の症候で，小建中湯，人参養栄湯，温経湯などが考慮される。

### 18) 咳

空咳には麦門冬湯，痰を伴う咳には清肺湯を用いる。麦門冬湯の咳は発作性に激しく咳き込む。清肺湯は気管支拡張症に伴う咳・痰に使用される。

### 19) 口が苦い

口苦は「柴胡剤」の使用目標として挙げられる。『傷寒論』では「少陽の病たる，口苦く，咽乾き，目眩なり」とある。高齢者，う歯や歯肉炎，入れ歯，他の薬剤による場合もあるので注意が必要である。

味がわからないものを「口不仁」，タバコなどの味が変わるのを「口中和」といい，少陰病であることを示す。

### 20) 生唾

口に唾液があふれる「喜唾」は人参湯の目標で，「胃の冷え」を示すとされる。過度の緊張による喜唾もある。

### 21) ゲップ，胸焼け，みぞおちがつかえる，嘔気・嘔吐

「胃気」の不和の症候である。半夏厚朴湯，半夏瀉心湯などを考慮する。嘔吐は水毒の症候でもある。

### 22) 腹痛，腹が張る，腹が鳴る，ガスがよく出る

腹痛は非常によくみられる症状である。芍薬と甘草の組み合わせを基礎にした処方を考慮することが多い。腹満には虚・実がある。虚の腹満には厚朴生姜半夏甘草人参湯などを，実の腹満には承気湯類を考慮する。腹が鳴

る場合は半夏瀉心湯，甘草瀉心湯のよい目標である。ガスがよく出る場合は半夏厚朴湯や承気湯類の目標になる。

### 23) 性欲の減退

腎虚の症候である。若年から中年までは脾胃の障害，「肝」の異常，気虚でも起こる。

### 24) 爪がもろい，髪が抜けやすい，皮膚がカサカサする

血虚の症候ととらえるのが一般的である。四物湯を基本にする。ただし，地黄が「胃にもたれる」という場合は脾虚の方剤から始める。気虚の処方でも改善することもある。

### 25) 皮膚のかゆみ

皮膚に触って熱があるか，乾燥性か湿潤性かを見極める。

### 26) しもやけ

末梢循環障害で起こる。慢性的な寒冷刺激で起こる場合は当帰四逆加呉茱萸生姜湯などが考慮される。

### 27) 首や肩こり

葛根湯のこりは項からまっすぐに背中や腰までこることが多い。柴胡剤が効くこりは肩から僧帽筋に沿って広くこる。これは足の太陽膀胱経，足の少陽胆経という経絡との兼ね合いでいわれるものである。

### 28) 痛み

瘀血の痛みは移動せず，夜間に増強する傾向がある。夜間に増強するのは末梢循環障害が強まるためと推察される。気滞による痛みは移動しやすく。風湿による痛みは天候の変化に呼応することが多い。関節リウマチや片頭痛は気圧の低下とともに症状が悪化することがあり，漢方では「風湿相搏つ」状態と考える。気虚の痛みは昼に増悪し，夜は鎮静する傾向がある。

### 29) 冷え

冷えは非常に重要な徴候である。『傷寒論』では，自覚的冷えは「寒」，他覚的冷えは「冷」である。また手足が冷えることは「厥」と呼ばれる。軽症のときは手足が冷える程度であるが，これには陰陽二証があって，陰証で四肢に冷感があり体の中が虚寒するため水様性の下痢などを起こす場合を「寒厥」といい，治療としては温める必要がある。また裏（内臓）に炎症があるような場合，熱が体にこもって手足に冷えを感じる場合を「熱厥」といい，治療は冷やすことが必要である。診察上，客観的に手足の先から冷えが逆行性に広がって厥のはなはだしい状態を「手足厥冷」という。外からの寒冷刺激に過敏に反応して，自覚的に手足の先から冷え（寒）を感じる場合は「手足厥寒」という。

手足寒（自ら寒気を覚える）は附子湯，手足厥寒は当帰

四逆湯、手足厥冷は四逆湯または呉茱萸湯と、冷えの程度で処方を選択している。ちなみに「手足温」は熱や寒に対応する表現で「熱くも寒くもない」状態であり、小柴胡湯、梔子豉湯、芍薬甘草湯が指示されている。表虚の自汗のために「冷え」が起こることもまれではなく、桂枝湯、桂枝加黄耆湯、玉屏風散などが考慮される。附子湯は「背微悪寒」が目標となり、体の中心部の冷えは背中に感じることがある。水毒でも背中を訴えることがあり、清湿化痰湯は水が変化して痰となっている状態に用いられ、「背中一点、氷冷の如し」と記されている。

血行不良による末梢の手足の先の冷えか、体全体の冷えか、真寒假熱・真熱假寒などの区別は重要である。

### 30) ほてり

いわゆる気逆、血虚、血熱の症候である。「足がほてって眠れない」という場合には地黄を含む滋陰清熱剤である三物黄芩湯などが有効なことがある。

## 4 切診

切診は患者の体にじかに触る診察であり、脈診と腹診が重視される。古人は「外感病(急性熱性疾患)は脈を主とし、内傷病(慢性体質性疾患)は腹を主とす」と述べた。このように、脈診は急性疾患、腹診は慢性疾患の治療方針の決定に重要とされている。

その他、手足や背中の中触診もある。たとえば、冷えは他覚的か、自他覚的ともに冷えがあるかなどを診察する。ほてりも漢方では重要な所見である。手足の中触診は必ず行うべきである。

### A 脈診

#### 1. 日本漢方の脈診法

漢方の脈診は、脈拍や不整脈のチェックだけでなく、治療方針の決定のための情報となる。「寸口の脈」と呼ばれる手首の橈骨動脈を診るが、さらに狭義の寸口(示指)、関上(中指)、尺中(薬指)に分けて診察する場合もある。軽く按じてから徐々に重く力を加えていく。動脈だけでなく支持組織などの状態も含めて診ることになる。現代の漢方の診察では脈の左右差や寸口・関上・尺中の差を重視しないことが多いが、脈なし病(大動脈炎症候群)などでは、診断的意義が大きい場合もある。明らかな左右差を感じる場合、慢性疾患では弱いほうの脈状を参考にすることが多い。

浅田宗伯(1815~94年)は『橘窓書影』の冒頭の「栗園医訓五十七則」のなかで、「脈学は先ず、浮・沈、二脈を経とし、緩・緊・遅・数・滑・瀉、六脈を緯として病の

進退、血気の旺衰を考究するときは、其の余の脈義、追々手に入るものなり」と述べている。

## 2. 脈診所見

### 1) 平脈

健康な人の脈を平人の脈(平脈)という。

### 2) 浮・沈

軽く触れ徐々に圧をかけていく。一般的には、脈が浮の場合は抗病反応が「表」にあり、脈が沈の場合は「裏」にあると判断する。急性熱性疾患の初期にみられる浮脈は表証を示唆する。血管内の血流速度が増し血管壁を内側から押し上げるためと考えられる。慢性の非熱性疾患などでみられる浮脈は虚証を示唆する。

### 3) 緊・緩

脈の緊張の強い場合を緊、そうでない場合を緩という。緊脈は細くて力のある脈で、実・痛・寒などの証を示す。緩脈はゆったりした脈で、遅脈ほど遅くはない(脈拍数は1分間に65回ぐらい)。一番よく脈に触れる深さで緊張の状態を診る。抗病反応の強弱を示す。

### 4) 実・虚、強・弱

氣勢を示す。全体の強さを実(強い)、虚(弱い)と表現する。

### 5) 弦

古典に「弦」という脈が記されている。弓を張ったようなピンとした脈である。一般に緊の程度の軽い状態を弦とする。しかし「弦は左右のぶれがなく、緊は左右にぶれる」と性状の違いを記しているものもある。

### 6) 洪(大)・細(小)

脈の幅を示す。幅の広い場合を洪(大)、狭い場合を細(小)という。洪は陽(熱)性、細は陰(寒)性を示している。

### 7) 数・遲

脈拍数の程度を示す。急性疾患の場合、「数」(医師の1呼吸につき患者の脈6動(回)以上、一般には90回/分以上)は、熱性を示す。逆に、「遅」(医師の1呼吸につき患者の脈4動以下、一般には60回/分以下)は、寒性を示す。

### 8) 澀(澀)・滑

3本の指に感じる脈の伝播が遅延し、ドロドロとスムーズでない場合を澀(澀)という。血行のうっ滞、痰飲・瘀血などに伴ってみられる。循環血液量の減少や心拍量の低下、血液の粘稠度の亢進などによると考えられる。

滑脈は滑らかな脈で、熱・実・陽の証を示す。妊婦でもみられる。

### 9) 芤

中空の脈。軽く按压すると明らかに触れるが、少し強く抑えると無力で、ネギの管を抑えるような感じがする。

出血などによる虚脱の徴候を示す。

#### 10) 結・代

「結代」は不整脈の意味、「結」と「代」に分けると、「結」は遅く一時止まる脈、または脈拍が遅く(60回/分以下)不規則に欠落する脈を指す。徐脈性の不整脈に相当し、各種のブロックやある種の期外収縮、洞性徐脈に補助収縮を伴う場合などにみられる。「代」は「常なき脈」などの記載があるように、脈拍の欠落が規則的で、欠落の時間がかなり長く感じられることがある。現代医学的には第2度房室ブロック、心室性期外収縮などの場合にみられる。

### 3. 日常よくみられる脈状(図1)

#### ㊲ 急性疾患

##### 1) 浮数緊

軽く触れて緊張が強く早く力強く感じる脈で、麻黄湯や葛根湯などの麻黄剤の適応を示す。

##### 2) 浮数弱

軽く触れて緊張がなく早く弱く感じるが、強く按じると消え入るような脈で、桂枝湯などの適応を示す。

##### 3) 細

浮や沈ではない糸のように細い脈。太陽病から少陽病に移行したことを示す。

##### 4) 沈実

重按して強く触れる脈で、大黄剤などで瀉下すべきことを示す。

##### 5) 沈滑

裏に熱があり、石膏剤が必要なことを示す。

##### 6) 沈弱

軽く触れては手に応えず強く按じると消え入るような脈。沈遅弱は裏寒証の脈。新陳代謝が衰えている状態を示し、附子理中湯、四逆湯などの附子剤の適応を指示する。

#### ㊲ 慢性疾患

##### 1) 浮弱

陽気が逃げていく「裏虚」の脈。散大無力は補中益気湯の適応を示す。浮大微は附子剤が必要な脈、沈弱遅は小建中湯などの適応を示す。

##### 2) 浮実

病邪が充満していることを示し、発汗、利水、瀉下などを考慮する。疼痛性疾患などでは発汗による治療を考える。

##### 3) 弦細

少陽病の脈。または水毒、病態が遷延化しているがそれほど虚していない状態の脈。小柴胡湯などを用いてよい。発汗剤、下剤、吐剤はいずれも用いてはならない。

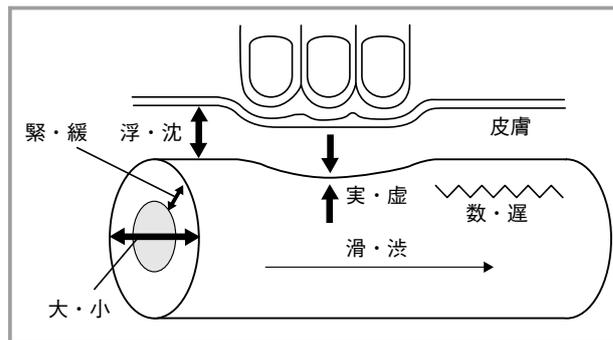


図1 脈診で判定する脈の性状の模式図

(寺澤捷年：症例から学ぶ和漢診療学，第3版，p208，医学書院，東京，2012より)

##### 4) 沈遅実

裏が実している(便秘など)ことを示唆する脈。調胃承気湯、小承気湯、大承気湯、大柴胡湯などの瀉剤の適応を示す。

##### 5) 沈遅弱

裏が虚している(下痢など)ことを示唆する脈。人参湯、真武湯、大建中湯、四逆湯などの補剤や附子剤の適応を示す。

##### 6) 沈澀

瘀血や痺証の脈。沈実澀なら瘀血を示唆し、桃核承気湯、桂枝茯苓丸、抵挡湯などの駆瘀血剤の適応を示す。沈弱澀なら血虚を兼ねると考える。

##### 7) 細遅

手足に寒冷があることを示す。当帰四逆湯、呉茱萸湯、附子理中湯、真武湯、桂枝加附子湯などの適応を考える。

##### 8) 大弱

体力が衰えて精力の消耗がはなはだしいことを示す。十全大補湯、補中益気湯などの適応を考える。

### B 腹診

#### 1. 日本における腹診の歴史

腹診法の発達はわが国固有のもので、漢方診療のなかでも殊のほか重視されている。大塚敬節は室町時代の禅僧による病人への按腹(腹部マッサージ)に類する行為が、後の按腹や腹診に影響を与えたと推測している。こうした技術を多賀法印(多賀薬師別当法院見宜白行院)がまとめ、多賀薬師の『腹診の法』という書物にその伝えが残っている。安土桃山時代、禅僧であった夢分斎(御蘭意斎の父無分と同一人物と考えられている)は、この多賀法印より鍼術と同時に腹診術を伝授されたと考えられている。これらの技術は夢分斎から御蘭意斎(1557～1616年)に伝授され、意斎は打鍼を發明し意斎流鍼術と夢分流腹診で大きな成功を取めた。夢分流腹診の基にな

る夢分流臟腑配当図は現在でも一部の流派において用いられている。これら初期の腹診は『難経』を基とする『難経』系の腹診で、主に鍼医によって提唱されたものであり、腹診の誕生に禅僧や鍼医がかかわったことは特筆に値する。『難経』系の腹診を集大成したものが多紀元堅の編集した『診病奇核』であるが、この書籍は後に明治21(1888)年、松井操により漢訳され、中国で出版された最初の漢方書籍となった。

こうした『難経』系の腹診は後世方の漢方医に影響を与えたのに対し、古方の漢方医が用いた腹診は『傷寒論』を基とする腹診である。『傷寒論』系の腹診を発明したのは後藤良山で、良山は腹部に現れる腹証は対応する背部にも異常を起こすと考えた。そのことは古方派の後藤椿庵(後藤良山の息子)と門人の香川修庵に引き継がれ、彼らにより候背(背診)の重要性が説かれることになる。

その後、いわゆる古方派の雄・吉益東洞(1702～73年)は「腹は生あるの本、百病これに根ざす」と述べて腹診の重要性を強調した。この表現はすでに曲直瀬道三(1507～94年)の『百腹図説』にもみられる。江戸時代にはその後もさまざまな腹診法が考案され、大塚は『難経』系の腹診書が36種、『傷寒論』系の腹診書が37種、折衷系の腹診書が5種、未見の腹診書が28種、計106種あることを「腹診書の分類」で述べている。それらの腹診書の多くは不完全で、もっぱら個人的な見解であるものが多いなか、『傷寒論』系の腹診書のなかでもっとも傑出したのは稲葉文礼の『腹証図彙』[文化6(1809)年]と『腹証奇覧』[天明年間(1781～89年)]、志半ばで倒れた稲葉文礼の後を継ぎ完成させた弟子の和久田叔虎による『腹証奇覧翼』[文化6(1809)年～天保4(1833)年]である。この2人の書籍は今日の漢方医学における腹診法に大きな影響をもたらした。

## 2. 腹診の実際

腹診を行う際、患者の姿勢は膝を曲げて行う西洋医学的な腹部診察法とは異なり、仰臥位で足を伸ばしたままの自然な状態にして行うのが原則である。これは西洋医学の腹診では主に腹腔内臓器の性状を調べるために腹壁を緩める必要があるのに対し、漢方では腹腔内臓器や身体の異常がどのように腹部に現れているかを、腹壁の緊張度や性状ならびに圧痛などから判断するためである。

片手、または両手で柔かく触診するのがコツである。強くグイグイ押すと患者が痛がり、緊張して所見がとれない。一般に虚弱体質の人には温かい手でゆっくり撫でる。がっちりした壮年男性なら、むしろ指を立ててすばやく圧痛点などをチェックする。腹診は抵抗圧痛だけでなく、手のひらに感じる温感・冷感・湿潤・乾燥などの

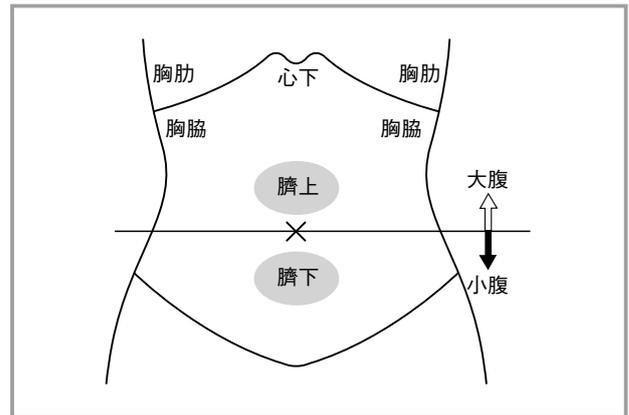


図2 腹部の漢方的な名称

感じも大切である。腹診で典型的所見が得られれば、それに付随した症候をもう一度質問して確認する。

圧痛点は皮膚を圧迫すると疼痛が誘発される場所で、皮下あるいは体腔内の病変の局在を示す。内臓・腹膜・腸管膜などの炎症、神経損傷、血流低下などがあると、内臓痛や体性痛、内臓運動反射などによって同じ脊髄に支配されている腹部の骨格筋の不随意的収縮(筋肉の強直)と同時に、脊髄における感覚過敏(痛覚過敏)の出現によりその支配領域の局所(皮膚や筋肉)に圧痛を生じる。腹診では瘀血や虚血など組織の血流低下による変化を圧痛の有無から診断可能である。

## 3. 腹診所見

### ㊦ 腹部の漢方的な名称(図2)

心下とは、剣状突起下端を頂点とし、左右の乳線と肋骨弓との交差する2点を結ぶ線を底辺とする三角形の領域を指す。大腹は臍より上の部分で上腹部、小腹は臍より下の部分で下腹部のことである。

### ㊧ 腹力

腹の弾力と緊張度をみる。腹力は実、やや実、中等度、やや虚、虚の5段階に分ける場合が多い。腹力の虚・実を診て抗病反応の充実度を判断する。一般に心窩部の肋角弓の広い人は実証に、肋角弓の狭い人は虚証になりやすい。実際には「おなか」が丈夫かどうかをみている。腹力が弱く緊張の悪い人は抗病反応が弱く、瀉剤(麻黄、大黄、石膏などを含む処方)が使いにくい。補剤(人参、黄耆、附子などを含む処方)を使用することが多い。

### ㊨ 腹満

腹部全体が膨満している状態。腸内のガスによる鼓音を伴うことがある。腸管内の便やガスの貯留、腹水などによる。強く張った実満と力なく膨れた虚満がある。実満は腹水や極度の便秘など、虚満は腸管の弛緩や麻痺性イレウスなどによる腸管内ガスの貯留などが原因となる。

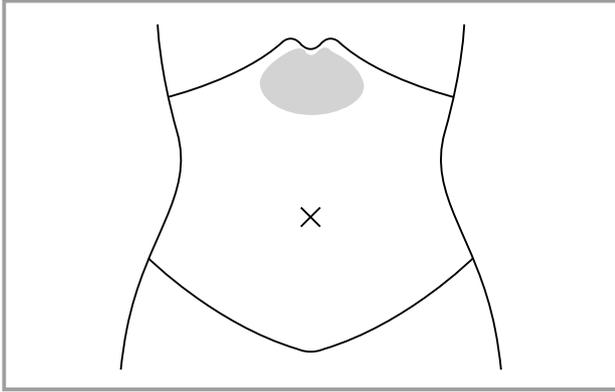


図3 心下痞鞭

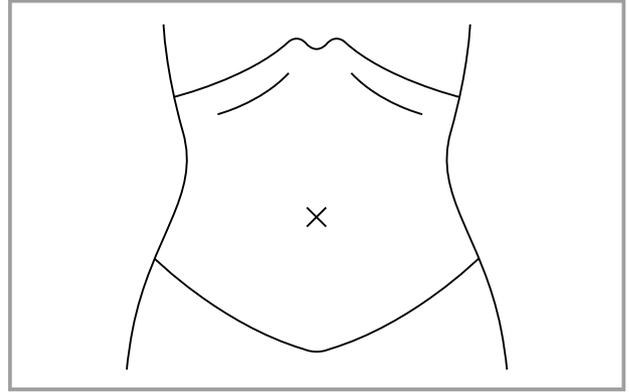


図4 胸脇苦満

実満には承気湯類，虚満には桂枝加芍薬湯や厚朴生姜半夏甘草人参湯などの処方考慮する。

#### ㉑ 蠕動不穩

腸管の蠕動が腹壁より望見できる。腹痛を伴うこともある。昔の人はこの腸管の動きをあたかも蛇や鰻などが動いているかのようにとらえた。寒冷により消化管機能が低下し(重症の場合はイレウス)，ガスや腸管内の液体が停滞あるいは移動するときに，蠕動により腸管が拡張するため引き起こされる。この蠕動は散発的で腸管内容物の排泄には通常無効なことが多い。

大建中湯，あるいは痛みが強い場合は解急蜀椒湯(大建中湯と附子粳米湯の合方)を用いる。

#### ㉒ 心下痞鞭(図3)

心窩部の抵抗(軽度の圧痛)をいう。心窩部の不快感(自覚症状)のみの場合を「心下痞」，他覚的抵抗を「心下痞鞭」という。実際には心下痞鞭でも圧痛を認めることが多い。圧痛が強い場合は「結胸」という表現がある。

半夏瀉心湯などの黄連，人参，柴胡，半夏などを含む処方考慮する。

#### ㉓ 胸脇苦満(図4)

季肋部の抵抗や圧痛をいう。古典に記載されている胸脇苦満は，両側季肋部辺縁が中心なもの，両側季肋部と脇腹，側胸部を含む広範囲に出現するものがある。また，左右どちらかに偏って出現することもあり，比較的右側に出る頻度が高い。少陽病で現れる代表的所見とされ，柴胡剤の使用目標として日本漢方では非常に重要視されている。

胸脇苦満は胸膜炎，脾腫，慢性肝炎，肝腫大などの横隔膜上下の内臓疾患やストレスなどの関連性が指摘されてきた。胸脇苦満が高度なものほど肝右葉に対し左葉が相対的に大きいとの報告もある。

胸脇苦満における季肋部の圧痛は，胸膜炎や肝炎などの炎症，感染などに起因する内臓求心性線維の刺激が第6-10胸髄の同分節内の反射弓を介して肋間神経などの

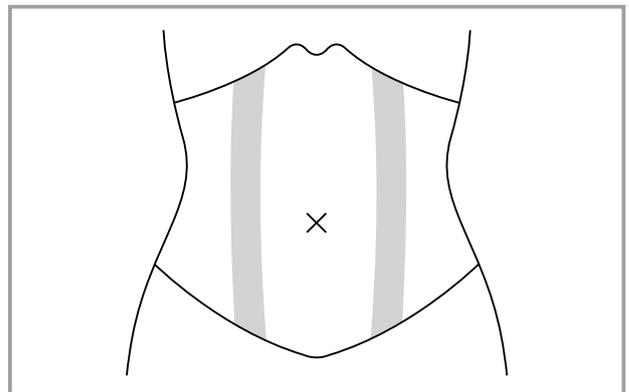


図5 腹直筋攣急

求心性ニューロンの痛覚過敏の痛覚過敏を生じることにより引き起こされ，抵抗は遠心性ニューロンによる肋骨弓下の不随意的筋収縮に起因すると考えられる。このことは，長濱善夫の「腹診において胸脇苦満を認めるときは，背診において，肝・胆脘に圧痛などの異常を認めることが多く……」という指摘とも合致する。

小柴胡湯，大柴胡湯，四逆散，柴胡加竜骨牡蛎湯などの柴胡剤を用いる指標となる。

#### ㉔ 腹直筋攣急(図5)

腹直筋攣急は腹直筋の過度の緊張状態を指す。通常は両側対称性であるが，左右どちらかに強かったり，上腹部のみに現れたりする場合がある。腹直筋の上部の緊張は中部胸髄，下部は下部胸髄が関与しているが，この腹直筋の緊張は内臓運動反射などによる筋収縮ではなく，腹直筋以外の腹筋群の緊張低下や腹圧低下に伴う代償性の過緊張によると考えられる。

実証の場合は四逆散など，虚証の場合は小建中湯などを考慮する。

#### ㉕ 腹部動悸(図6)

臍の周辺の大動脈を触知することをいう。心下悸は心窩部，臍上悸は臍上部，臍下悸は臍下部で拍動を触れ

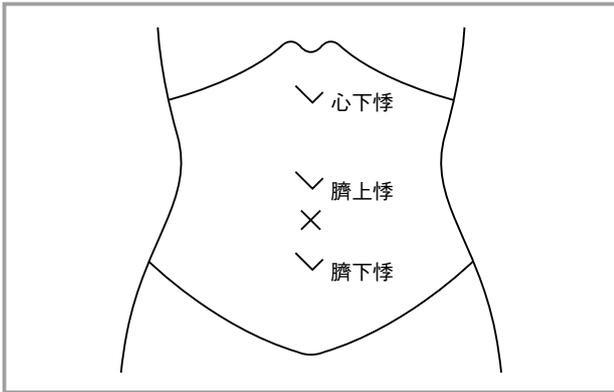


図6 腹部動悸

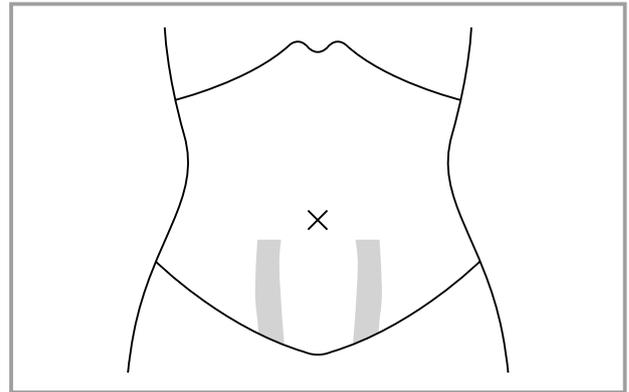


図8 小腹拘急

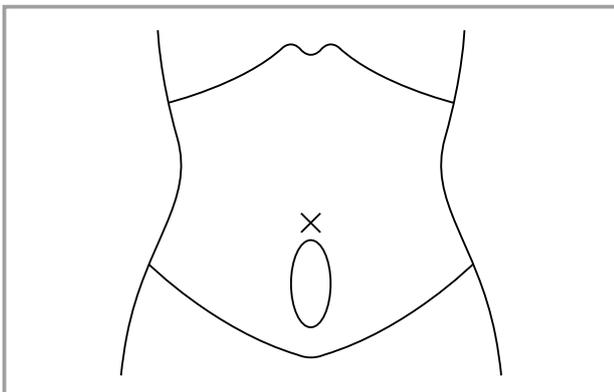


図7 小腹不仁

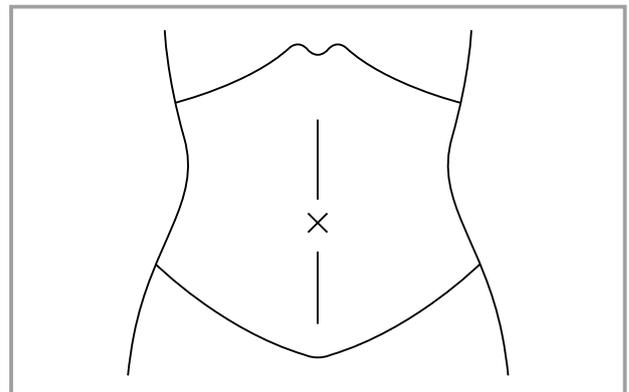


図9 正中芯

る。腹力・腹壁の緊張と交感神経過緊張との兼ね合いで、腹部大動脈の拍動が腹壁に伝播する。腹壁が薄く弛緩した虚証の人では腹壁に軽く手を当てても腹部大動脈を触れたり、腹壁から拍動をみたりすることがある(臍上悸、臍下悸)。高齢者では脊椎変形、動脈硬化などにより腹部大動脈分岐部が下方に下がり、臍より下で強い拍動を触れることがある(臍下悸)。交感神経の緊張が高まった実証の人では、大動脈の拍動が強くなり腹壁に波及しやすい(心下悸、臍上悸)。

心下悸には苓桂朮甘湯、臍上悸は、実証には柴胡加竜骨牡蛎湯、虚証には桂枝加竜骨牡蛎湯や炙甘草湯などを考慮する。臍の部分で強く動悸があるものは補中益気湯、臍下悸は苓桂甘棗湯、臍から心下まで腹部動悸が強い場合は抑肝散加陳皮半夏などを考慮する。

#### ① 小腹不仁、小腹拘急(図7,8)

小腹不仁や臍下不仁は臍下の知覚異常(鈍麻や時に過敏)を指すが、腹証では臍下部の「無力」(ふにゃふにゃで力のない状態)をいうことが多い。白線(linea alba)は左右の腹直筋の間に存在する腹筋鞘など腹筋腱膜の腱線維が正中線で合わさって構成されているが、白線の厚さは臍下部のほうが臍上部より薄い。老化や体力低下によ

り白線の緊張が低下することにより、臍下部に「不仁」が現れると考えられる。

小腹拘急は臍下で腹直筋が攣急した状態を指す。

上述の腹診所見は、いずれも地黄や附子などを含む処方の適応を考える。胃腸が丈夫なら八味地黄丸など、胃腸が弱ければ真武湯などの適応を考慮する。

#### ② 正中芯(図9)

白線の部分に鉛筆の芯のような索状物を触れることがある。痩せた人、虚弱体質の人に現れやすい。「正中芯」という名称は大塚敬節の命名であるが、江戸時代の腹診書に「任脈通り筋張りたる」などの記載がみられる。

解剖学的には臍の上に現れる正中芯は臍動静脈の遺残である肝円索(lig. teres hepatis)を含む肝鎌状間膜、臍の下に現れる正中芯は尿管の遺残である正中臍索(lig. umbilicale medianum)を含む正中臍ひだ(plica umbilicalis mediana)である。老化などにより白線部分の緊張が低下し、周囲の結合織や脂肪織が減少することにより体表から索状物として触知すると考えられる。

臍の上に現れれば人參湯など、臍の下に現れれば附子剤の使用を考慮する。

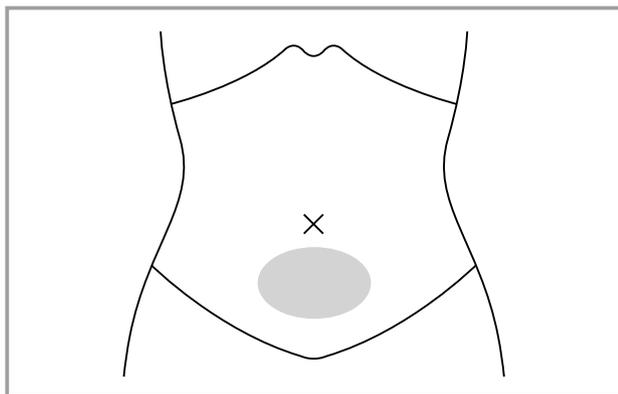


図 10 小腹鞭満

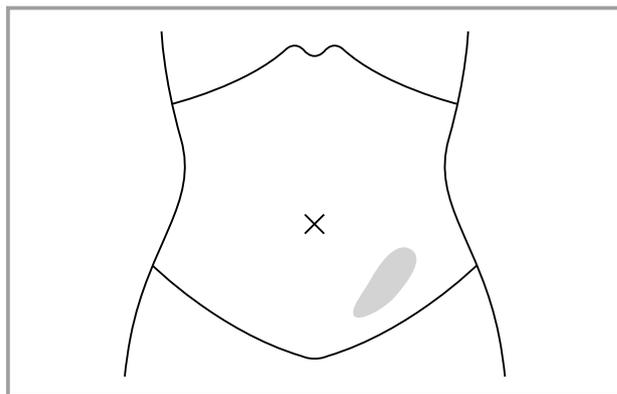


図 12 小腹急結

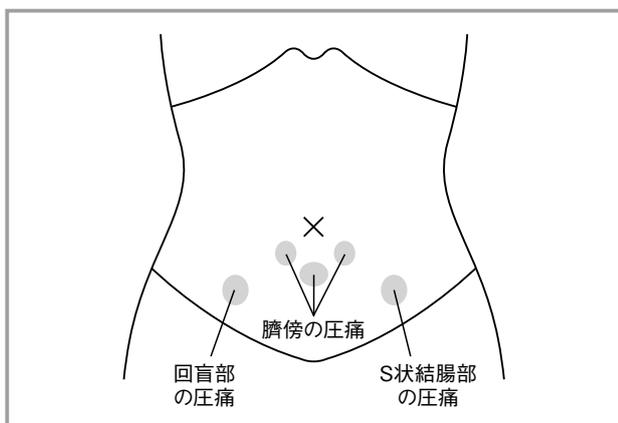


図 11 下腹部の圧痛点

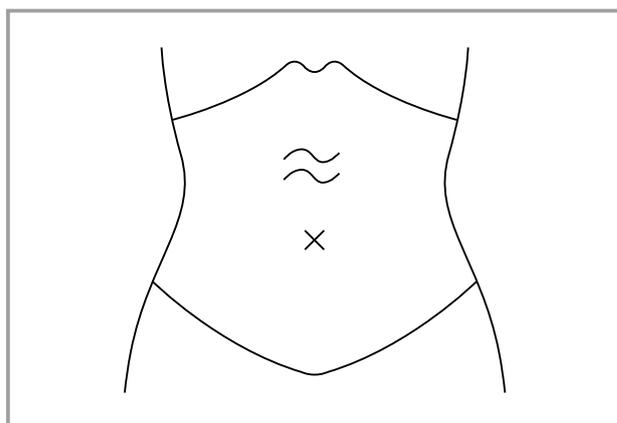


図 13 振水音

### ㊦ 小腹鞭満 (図 10)

下腹部の抵抗と膨満感のことで、瘀血の所見である。時に圧痛を認めることがある。

### ㊧ 圧痛 (図 11)

#### 1) 臍傍の圧痛

瘀血の圧痛点である。臍周囲の圧痛、左右の寛骨近傍の圧痛などをいう。特に女性の場合、臍の下に馬蹄型に盛り上がった圧痛点を認めることがある。この部位は下部小腸から横行結腸までの関連痛が出現する部位である。小腸や腸管膜の微小循環障害と関連すると考えられる。

桂枝茯苓丸、当帰芍薬散などの駆瘀血剤の適応を考慮する。

#### 2) 回盲部の圧痛

回盲部における圧痛をいう。回盲部の圧痛は虫垂炎の徴候だが、瘀血の所見でもある。回盲部の腸管、子宮付属器や卵管周囲の静脈叢などのうっ血や虚血が影響する場合もあると考えられる。

大黃牡丹皮湯などの駆瘀血剤の適応を考慮する。

#### 3) S 状結腸部の圧痛

S 状結腸部における圧痛をいう。通常の S 状結腸部

の圧痛は瘀血の所見であるが、特に強い場合は擦過痛として認めることがあり、これを「小腹急結」という(図 12)。小腹急結は内臓の関連痛による痛覚過敏や腹壁の緊張が原因と考えられる。同部位は卵巣や卵管の知覚過敏帯に相当するため、卵巣や卵管の炎症などの原因も考えられる。

桂枝茯苓丸や便秘があれば桃核承気湯などの駆瘀血剤の使用を考慮する。

### ㊨ 振水音 (図 13)

みぞおちのあたりを軽くスナッフをきかせて叩くとポチャポチャと音が聞こえることをいう。胃壁が弛緩し胃内にある程度の胃液と空気があると振盪音が発生する。胃下垂のように胃の平滑筋が弛緩し蠕動も低下した状態では、胃内腔から胃液や空気が排泄されず貯留しているため、この音が発生すると考えられる。迷走神経の機能低下を示唆する所見で、他の自律神経症候を伴いやすい。十二指腸水平部、空腸などでの液体貯留でも生じる。

利尿作用のある茯苓、白朮、半夏などを含む六君子湯などの処方を考慮する。

**臍痛**

臍輪の直上を圧すと疼痛を訴える状態。大塚敬節の考案した葛根湯の使用目標の一つであるところから「大塚の臍痛」ともいう。臍痛は臍輪直上の左右斜め、中央のどこにも出現しうる。腹直筋の緊張や背部傍脊柱筋群のこりを反映し、第10胸髄を中心とした脊髄神経後枝の痛覚過敏が、肋間神経を伝わり左右臍輪周囲の皮神経に投影された現象であると考えられる。

**C 背診**

腹診で異常がない場合でも、背診で異常を認めることがある。一般的に首筋から背中へかけて強ばる項背強、側頸部から後頭部が強ばる頸項強、後頭部が強ばる頭項強、肩から背中にかけての筋肉の過緊張がみられる肩背拘急などの背証が葛根湯や桂枝湯の証として有名である。これら以外にも、脊椎の両側に左右2列ずつ並ぶ膀胱経に沿った愈穴の硬結や圧痛などの異常を背診で診ることが重要である。特に膀胱経の愈穴と呼ばれる経穴は交感神経の内臓分布と密接な関係があり、内臓疾患の診断と治療には欠かせない。

おなかに力のない人は背筋が薄く拘攣していることがある。肩甲骨や首筋のこりも触ってみる。内臓の反応点が背部に現れることがある。左右差などをみてねじれを診る。背中に発疹が現れるとき、生体の解毒作用の反応として現れることもある。背中の肩甲骨の間の部分の冷えは裏寒や水毒の徴候である。

**D 切経**

長濱善夫は「経絡を直接触診して、その異常を察知する方法を切経とっているが、これは後世方、特に鍼灸方面では欠くことのできない診察法となっている」と説明している。切経は鍼灸で行われる診断法であるだけでなく、漢方の後世方でも用いられていた。

柳谷素霊の『鍼灸医術の門』には、切経上における実とは「線状の硬結物、塊状、泥状物(瘀血)、小塊の聚合物、棒状、板状、骨様塊等按压して痛むもの等の触感あるをいう」、虚とは「陥下、陥凹、手触れて痒感、局部的軟弱感、圧えて気持よがるもの」と記されている。局所の冷感・熱感、皮膚の異常(ホクロ、丘疹、色素沈着)なども異常

所見としている。

十二経脈上の経穴は、体の左右対称に2つずつあるため、切経する際は経穴を軽く押し、圧痛や知覚異常などの有無を必ず左右比較して判断することが大切である。これらの経穴は鍼灸での治療点であることも忘れてはならない。

**5 漢方診察のまとめ****1. 四診の注意点**

所見が現在の病気とどう関連するか、意義のある所見か否かを注意して診察する。治療によって「変化」していく所見が意味のある所見である。変化しやすい所見、変化しにくい所見、自然経過による変化を考慮する必要がある。たとえば、舌の皸裂紋や瘀斑は先天的なことが多く、通常、治療によっても変化しないことがある。服用している医薬品による修飾も考慮する。抗生物質を服用するとしばしば舌苔がつき、向精神薬を服用していると舌がただれたように赤く、点刺が多くなることもある。医薬品によって脈状が修飾されていることも少なくない。また、降圧剤や精神安定剤などを服用していると脈が沈んだ遅い感じになることが多い。食事時間などによる影響もあるので、比較するときは時間を決めて診察するのが望ましい。腹診と脈診とから得られる所見が食い違う場合があり、腹診では柴胡剤の証と思われたものが、脈の虚状によって小建中湯などの補剤から始めるべきであることがわかる場合もある。

**2. 漢方所見の意義**

「診断学」としては「現代の漢方医学」は現代医学的診断技術による補完が必要なことはない。たとえば「早期癌」は漢方所見ではとらえられない。五感に頼る漢方の診察は科学技術の発達した現代医学の検査に比較すれば、自ら限界がある。舌証も脈証も腹証も「局所」を診ているのではない。生体全体のゆがみを診ている。正常へ修復しようとする生体の「抗病反応」を診ている。「内臓-体壁反射」の経験知とも解釈できる。生体の種々の抗病反応が腹壁に「スクリーン」のように「投影」されるイメージとも理解できる。



# 第 4 章

## 治療各論

# A 頭部

## 1 頭痛

村松慎一

### 1. 疾患の概略

頭痛は頻度の高い症状で、もっとも一般的な緊張型頭痛の生涯有病率は30～78%とされている。国際頭痛学会による分類(ICHD-II)があり、片頭痛、緊張型頭痛などの一次性頭痛と、頭頸部外傷、血管障害、腫瘍、感染症、精神神経疾患などの病因による二次性頭痛のそれぞれについて診断基準が示されている。

片頭痛では、予徴として、あくび、イライラ、空腹感、むくみがあり、典型例では閃輝性暗点などの前兆がみられる。その後、拍動性の激しい頭痛が嘔気や嘔吐とともに生じ4～72時間続く。音刺激、光刺激、運動、体位変換で増悪する。歩行や階段昇降などの日常動作でも増悪するため、患者は部屋を暗くしてじっとしていることが多い。

### 2. 漢方治療の適応

漢方薬のよい適応は、一次性頭痛の片頭痛と緊張型頭痛である。

片頭痛治療における第一選択薬はセロトニン受容体(5-HT<sub>1B/1D</sub>)作動薬のトリプタン製剤であるが、トリプタン製剤は発作の頻度を減らすわけではなく、無効例も少なくない。トリプタン製剤や種々の消炎鎮痛薬の過剰な連用により生じた薬物乱用性頭痛にも漢方薬は適応となる。

緊張型頭痛の対症療法として使える西洋薬の選択肢は多くはない。抗不安薬や筋弛緩薬では眠気・ふらつきなどの副作用が問題となる。漢方薬は治療の選択肢を格段に増加させる。

器質性疾患に伴う二次性頭痛では、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍に伴う頭重感などに漢方薬が試みられる。

### 3. 頻用処方(図1)

#### ㊦ 片頭痛

片頭痛では、予徴のむくみ、発作時の嘔吐、回復期の

利尿などは水毒ととらえられ、朮、茯苓、沢瀉などの配合された利尿剤の適応と考える。発作時に使用する漢方薬としては、五苓散と呉茱萸湯が代表的である。片頭痛は女性に多くしばしば月経時に増悪するため、当帰、桃仁などを含む駆瘀血剤を使用するとよいことがある。

- 五苓散：口渴、小便不利、水逆の嘔吐、歯痕舌などを指標とするが、これらの症候はすべてそろわなくてもよい。二日酔い、腎炎に伴う頭痛、慢性硬膜下血腫などにも使用する。
- 呉茱萸湯：日頃から疲れやすく手足の冷えのある虚弱な人で、嘔吐を伴う片頭痛に使用する。月経と関連した片頭痛、発作の前に肩から頸部にかけてこる、発作時に季肋部が張ったり胃がつかったりするように感じ

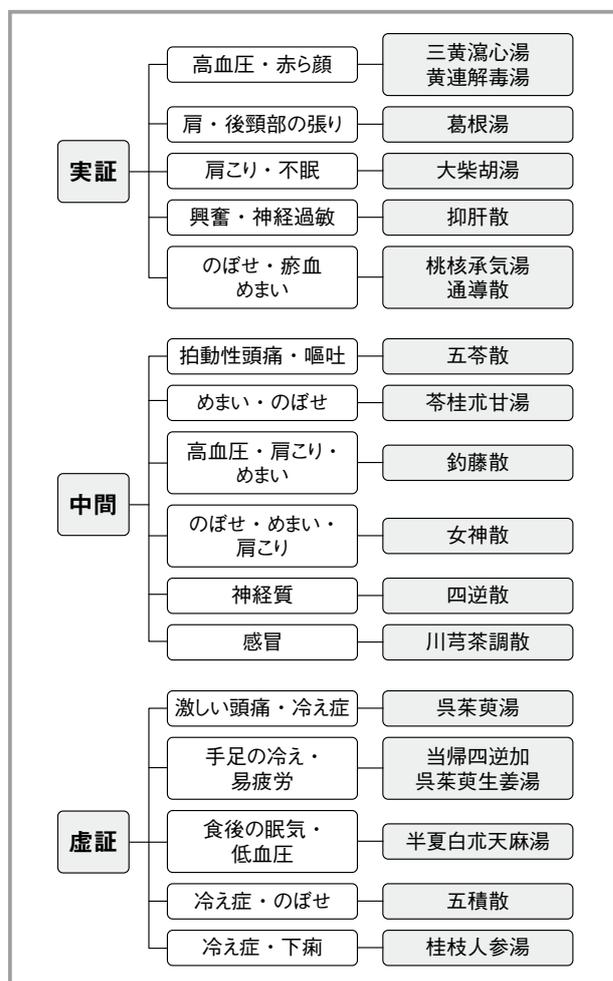


図1 頭痛の頻用処方

るような人(心下逆満)によいとされる。

- 桂枝人参湯：普段から胃腸が弱く、胃がもたれる、下痢しやすいなど裏寒のある人参湯証の人の頭痛に使用する。心下痞を認めることが多い。
- 当帰芍薬散：通常は頭冒を指標に使用するが、月経時に増悪する片頭痛には発作間欠期に服用することで発作の頻度の減少と頭痛の軽減が期待できる。血色がすぐれず、冷え性で、めまい、肩こりを訴えるような女性によい。
- 桃核承気湯：月経不順、便秘のある体格のよい女性の頭痛に使用する。特有の腹証として小腹急結がある。

### ㊦緊張型頭痛

緊張型頭痛では、頭に何か重い物をかぶっているような頭重感を訴える。漢方ではこれを頭冒と称し多くの適応処方が知られている。虚証・中間証・実証のそれぞれにおいて、高血圧・めまい・肩こり・冷えなどの随伴する症候を考慮して鑑別する。

#### 1) 肩こり・後頭部の痛みを伴う頭痛

- 葛根湯：体力があり、胃腸の弱くない人に使用する。副鼻腔炎がある場合には、辛夷、川芎、石膏、桔梗などを加味する。
- 半夏白朮天麻湯：平素から胃腸虚弱の人のめまい、頭痛に使用する。回転性めまい、動揺感、立ちくらみのいずれにもよい。低血圧のことが多い。
- 大柴胡湯：体格がよく、腹筋の緊張した実証で、頭痛のほかに、肩こり、不眠、興奮しやすいなどがある。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：大柴胡湯よりはやや虚証で、イライラ、不眠、多夢、焦燥、抑うつ、驚きやすいなどの精神神経症状に加え、動悸、息切れなどがある。胸脇苦満と臍傍に大動脈の拍動を触れる。
- 四逆散：神経質、内向的気格で、抑うつ傾向のある人によい。
- 加味逍遙散：やや虚証の人で、頭痛、めまい、耳鳴り、動悸、肩こり、腰痛、不眠など、愁訴が多く変動するような場合に使用する。

- 抑肝散：イライラして怒りやすい、興奮して眠れないなど、神経過敏のある緊張型頭痛に使用する。慢性化した例で、腹部が軟らかく大動脈の拍動を触れる場合は抑肝散加陳皮半夏とする。

#### 2) めまいのある頭痛

- 苓桂朮甘湯：虚証の水毒に広く適応があり、身体動揺感、起立性めまいなど慢性のめまいに頻用される。典型例では、利尿減少と足冷があり、脈は沈緊。腹診では心下痰飲(振水音)・心下逆満(上腹部膨満)を認める。四物湯と合方した連珠飲として使用することがある。
- 女神散：更年期障害における頭重感、頭冒、めまい、

のぼせ、肩こりによい。虚実中間証以上の人で、のぼせとめまいを指標とする。

#### 3) 高血圧のある頭痛

- 黄連解毒湯：実証で、赤ら顔、結膜の充血を認め、のぼせ、不安焦燥、不眠、鼻出血などがある。
- 三黄瀉心湯：黄連解毒湯の証で、心下痞、便秘が顕著な場合に使用する。
- 七物降下湯：虚証の高血圧に使用する。最低血圧の高い人、尿蛋白陽性の人によいとされる。
- 釣藤散：やや虚証の高血圧で、頭痛、のぼせ、眼球結膜の充血、肩こり、めまい、耳鳴りなどのある場合に使用する。皮膚は乾燥して光沢が少なく、腹部は抑肝散証に比べて軟弱で緊張していない。朝方、頭痛する人によいとされる。

#### 4) 冷え症のある緊張型頭痛

- 五積散：下半身の冷えと上半身ののぼせ(上熱下冷)に使用する。やや虚証で貧血や冷え症のある頭痛や腰痛によい。

### ㊧その他の頭痛・顔面痛

激しい頭痛が群発し、結膜充血、流涙、鼻閉、眼瞼浮腫などの自律神経症状を伴う群発頭痛とその類縁疾患は三叉神経・自律神経性頭痛(TAC)と総称される。小脳橋角部腫瘍など器質的疾患に伴う場合にも試みられる。

- 川芎茶調散：頭痛一般に適応があるが、感冒の後に残る頭痛などによい。
- 清上瀉痛湯：他の方剤で無効な頭痛、三叉神経痛に使用する。

### 文献

- 1) 日本頭痛学会：国際頭痛分類、第2版、日本頭痛学会誌 31(1)：1-56、2004

## 2 めまい・耳鳴り

齋藤 晶

### 1. 疾患の概略

#### ㊦めまい

メニエール病・良性発作性頭位めまい症などの内耳障害、小脳梗塞のような中枢疾患、自律神経の異常、加齢変化などさまざまな原因がある。聴覚・平衡機能検査と脳MRIで異常のないことも多く、ストレスなどの心因性要素が関与しているめまいも多い。薬物治療が多いが、心理療法や運動療法が有効なめまいや、手術が必要となるめまいもある。また、生活習慣の改善が大切である。

## ⑥ 耳鳴り

内耳だけではなく、外耳から中枢に至る聴覚経路のいずれかの部位の障害が原因となることが多い。伝音難聴に伴う耳鳴りは、耳鼻科の処置・手術などで改善することもある。ビタミン剤、循環改善剤、抗不安薬などによる薬物療法が一般的であり、カウンセリングや音響療法が行われることがある。また、「耳鳴りは治らない」と患者へ説明すると、治療に対する抵抗性が高まる。したがって、「耳鳴り自体は消えにくいですが、生活しているなかで気にならなくなることは可能である」と話すことが大切である。生活習慣の改善も大切である。

## 2. 漢方治療の適応

めまいの急性期で内服が困難なとき、生命に危険のあるめまい、急性感音難聴に伴う耳鳴りなどは、西洋医学的治療を優先する。それ以外のめまいと耳鳴りは漢方治療のよい適応である。

西洋薬の併用は、基本的には問題ない。症状の悪化時は西洋薬の併用を積極的に考慮すべきである。たとえば、メニエール病を漢方薬で治療している場合、発作が起こり聴力が悪化したときは、ステロイドや浸透圧利尿剤の投与も必要と考える。

漢方薬が内耳に直接作用している可能性は否定できないが、不眠、精神的興奮、肩こり、のぼせなどを改善させることで、めまいと耳鳴りが軽減すると考えられる。

## 3. 頻用処方

「めまいの病態は水滯である」といわれることが多いが、気血水いずれの異常でも起こる。瘀血や水毒では、脳への気血の潤滑な流れが阻害される。気虚、血虚では、栄養する物質が不足し、気逆では過剰に気が脳に供給された状態である。また、気鬱では、気が停滞し脳へいきわたらない。耳鳴りも同様に気血水いずれの異常でも生じる。

めまいと耳鳴りに対して処方される漢方薬の多くは重複する。

- 半夏白朮天麻湯：内耳性めまい・耳鳴り、起立性調節障害、肩こりに伴うめまい、食後のめまいなどに使用する。胃腸虚弱、食欲不振、冷え、頭重感などを伴う。
  - 苓桂朮甘湯：内耳性めまい・耳鳴り、起立性調節障害、動悸を伴うめまいなどに使用する。体力低下、四肢の冷え、動悸、不安、息切れ、尿量減少がある。
  - 五苓散：めまいに広く使用される。浮腫、口渴、尿量減少、下痢など。体力の強弱は問わない。
  - 柴苓湯：内耳障害を含む多くのめまい、低音障害型感音難聴に伴う耳鳴りなどに使用する。体力中等度で、
- 口渴、尿量減少、浮腫など。メニエール病で浸透圧利尿剤の効果が乏しいときにもよい。
  - 沢瀉湯\*：内耳性めまいを含む多くのめまいに使用する。体力中等度で、尿量が少ない。
  - 補中益気湯：起立性調節障害、疲れたときにふらつきを感じるようなめまいなどにより。虚弱体質、全身倦怠感が強い、消化機能が低下、元気がない、疲れやすい、食後眠くなる、自汗、声が小さい、頭痛などの症状を伴う。
  - 十全大補湯：起立性調節障害、疲労時にめまいを感じる。体力低下、貧血、疲労倦怠、食欲不振、顔色が悪い、皮膚につやがない。
  - 人参養榮湯：十全大補湯に比べて、不安が強い、動悸を感じやすい、うつ傾向にあるめまいに用いる。
  - 四物湯：月経不順や産後のめまいなど、貧血、皮膚乾燥などがある。苓桂朮甘湯などとの併用も多い。
  - 真武湯：起立性調節障害、手足の冷えの強いめまい、高齢者のめまいに使用する。虚弱で、全身倦怠感、下痢、腹痛を伴う。
  - 加味逍遙散：性周期に一致して起こるめまい、更年期のめまい、心因性要素が強いめまい・耳鳴りなどに使用する。比較的虚弱で、不安、イライラ、不眠、肩こり、発作性発汗や灼熱感を伴う。
  - 桂枝茯苓丸：性周期に一致しためまい、更年期のめまいなどに用いる。体力中等度以上で、のぼせ、足の冷えなどを伴う。下腹部の抵抗・圧痛、舌下静脈の怒張が参考となる。
  - 当帰芍薬散：性周期に一致しためまい、更年期のめまいなどに用いる。比較的体力が低下した人で、冷え、貧血などを伴う。
  - 釣藤散：高血圧・動脈硬化を伴うめまいで、耳鳴りにも頻用される。体力中等度～やや低下した中年以降の人で、朝方・目覚め時の頭痛、のぼせ、眼球結膜の充血などを訴える。
  - 黄連解毒湯：高血圧に伴うめまい、心因性めまいなど。比較的体力があり、のぼせ気味、顔面紅潮、不眠・イライラ・不安などの精神症状がある人により。
  - 柴胡加竜骨牡蛎湯：心因性要素が強く、肩こりや高血圧を伴うめまい・耳鳴りにより。比較的体力があり、動悸、不眠、いらだち、驚きやすいなどの神経過敏症状がある。
  - 大柴胡湯：肩こりや高血圧に伴うめまいなどに使用する。比較的体力があり、便秘、頭痛、イライラ、上腹部が張って苦しい感じを伴う。大黃などの瀉下作用のある生薬が含まれているので、腹力が弱い人、慢性の下痢や胃腸が虚弱な人には使用しないほうがよい。

- 抑肝散：心因性めまい，自律神経失調症などに応用する。体力中等度の人で，神経過敏で怒りやすく，イライラしている，眠れないなどと訴える。眼瞼痙攣を伴うことがある。
  - 抑肝散加陳皮半夏：抑肝散より体力が低下した人に用いる。うつ傾向のめまい・耳鳴りによい。
  - 加味帰脾湯：心因性要素の強いめまい・耳鳴りなどに使用する。耳管開放症の耳鳴りにも有効である。虚弱体質で，顔色が悪く，貧血，不眠，精神不安を伴う。
  - 八味地黄丸・牛車腎気丸：加齢変化によるふらつき・耳鳴りによい。高齢者に頻用される。腰や下肢の冷え，しびれ，脱力感があり，夜間頻尿，かすみ目などを伴う。
  - 六味丸：加齢に伴うめまい・耳鳴りに使用する。八味地黄丸，牛車腎気丸に比べ，冷えは強くなく，四肢がほてることが目標となる。
- (\*印：医療用エキス製剤にはない。)

### 3 くしゃみ・鼻汁・鼻閉・後鼻漏

金子 達

#### 1. 疾患の概略

くしゃみ・鼻汁・鼻閉・後鼻漏を起こす疾患を西洋医学的に考えると，急性の場合は，一般の感冒や急性鼻炎，季節性アレルギー性鼻炎，急性副鼻腔炎などがある。慢性の場合は慢性鼻炎，通年性アレルギー性鼻炎，慢性副鼻腔炎などを考える。鼻汁の性状により，アレルギーが原因か，感染症が原因かなどを判断する。くしゃみ・水様鼻汁・鼻閉はアレルギー性鼻炎の3主徴とされている。鼻汁が膿性であれば，感染性の副鼻腔炎などを考える。後鼻漏は前鼻漏とは異なり，咳や咽喉頭異常感症，嗄声などの原因となることが多い。高齢者のなかには，水様鼻汁のみ(特に後鼻漏)を訴える人がいる。原因としては鼻粘膜萎縮，粘膜温度低下などによる鼻粘膜における水分吸収障害によることが多いといわれている。

西洋医学的には，アレルギー性鼻炎の治療は，抗ヒスタミン薬に代表される内服薬と鼻噴霧用ステロイド薬が主であり，根本治療として減感作治療がある。副鼻腔炎の治療としては，急性期には成人の場合は感受性のよいキノロン系を中心とした抗菌薬，小児の場合は，最近キノロン系やカルバペネム系も使用され始めたが，比較的新しいセフェム系の抗菌薬が一般的にはよいとされる。成人，小児とも，慢性の場合はマクロライド系抗菌薬の少量長期療法が推奨されている。

漢方医学的には，くしゃみは線毛運動などによる異物を呼気により排出する反応で，冷えを感じると起こり，

温熱産生を伴う。鼻汁は粘膜保護や加温，加湿，除塵などのために必要であるが，そのバランスが崩れると，水の停滞(水毒・水滯)が起こる。鼻閉は水分が貯留し，鼻粘膜の浮腫性変化(水滯)や分泌腺の増生，さらに鼻汁が加わって起こる。後鼻漏は副鼻腔炎などでみられ，水滯・水毒の状態で，精神的な関与(気鬱や気滯)もある。

#### 2. 漢方治療の適応

古くからの漢方における鼻疾患と鼻汁の考え方には，鼻鼽と鼻淵，清涕と濁涕の2つがある。鼻鼽の想定疾患は，現在のアレルギー性鼻炎などで，その場合の痰を含めた薄めの鼻汁を清涕と称する。一方，鼻淵は現在の副鼻腔炎と考えられ，その場合の黄色の膿性鼻汁を濁涕という。

漢方治療は，原則として不快な自覚症状に対して適応があるが，鼻炎の治療では，現代医学でも漢方医学でも，鼻汁の性状により，疾患を分けて考えることが重要である。症状が激しいときは漢方薬のみでは治療は難しく，西洋薬との併用が必要となることが多い。

#### 3. 頻用処方(図2)

##### ㊦ 水様鼻汁

アレルギー性鼻炎や感冒の初期などにみられることが多い。急性期の治療は，葛根湯加川芎辛夷や小青竜湯などの麻黄剤が主である。また，冷えが強い人や蒼白な鼻粘膜所見の人には麻黄附子細辛湯などの附子剤を選択することもある。

スギ花粉症などで症状の激しいときは，麻黄の量を増やすことがある。たとえば小青竜湯に五虎湯を追加したり，越婢加朮湯を使用したりする。花粉が多量の時期は漢方薬のみでは治療は難しく，抗ヒスタミン薬の内服や鼻噴霧ステロイド薬などの西洋薬との併用が必要となることが多い。このような場合の麻黄剤の併用は，症状の軽快のみならず，抗ヒスタミン薬による眠気の副作用の軽減も期待できる。もちろん，麻黄の副作用(動悸，胃痛など)には注意が必要である。

鼻汁に咳嗽を伴う場合には，症状が軽い人は小青竜湯でよいが，強い人は麻杏甘石湯や五虎湯あるいは神秘湯が必要となることも多い。口腔内の乾燥傾向が強い人には麦門冬湯や滋陰降火湯などを併用または単独で使用する。

慢性期の鼻閉は，西洋医学的にも治療に難渋することが多い。この場合の治療は標治ではなく，随証的な本治が必要である。

●葛根湯：感冒の初期にみられる鼻炎に有効で，項背部のこりや痛み，頭痛などを伴う場合がよい適応である。

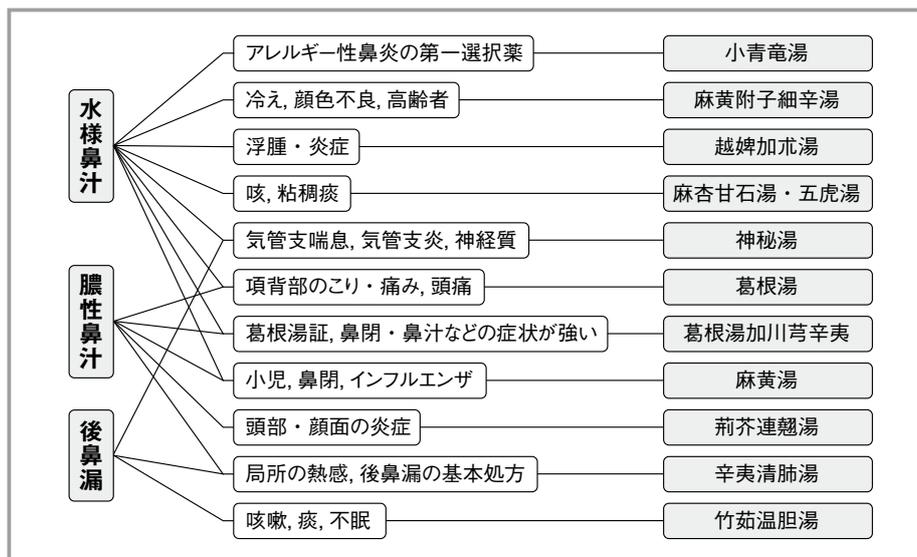


図2 鼻炎・副鼻腔炎の漢方治療

全身の痛みや症状が強い場合は麻黄湯のほうがよい。

- **葛根湯加川芎辛夷**：葛根湯に川芎と辛夷を加味した処方。葛根湯が適応する症状に加え、鼻閉、鼻汁などの症状が強い場合に効果的である。粘性鼻汁がみられる副鼻腔炎やアレルギー性鼻炎の処方として重要である。マクロライド系抗菌薬の少量長期療法との併用も有効である。
- **小青竜湯**：水様鼻汁・くしゃみ・咳などの水毒の症状に有効である。アレルギー性鼻炎の第一選択薬とされている。
- **麻黄附子細辛湯**：冷えや顔色不良など、陰証、寒証であることが重要である。高齢者、虚弱体質の人の感冒初期やアレルギー性鼻炎に有効である。
- **麻杏甘石湯**：咳を伴う鼻炎、気管支炎や肺炎を併発した場合の粘稠痰などの治療に有効である。
- **五虎湯**：麻杏甘石湯に桑白皮を加えた処方。咳に対する効果を強化した処方である。
- **麻黄湯**：頭痛、発熱、悪寒、筋肉痛、関節痛がみられる場合に有効である。鼻閉が高度の小児にもよく使用される。インフルエンザに類用される。
- **神秘湯**：アレルギー性鼻炎に気管支喘息や気管支炎を併発している場合に有効である。
- **越婢加朮湯**：顔面、四肢、関節などの浮腫・炎症に対する処方であるが、眼瞼浮腫をきたすようなアレルギー性鼻炎にも用いられる。
- **荊芥連翹湯**：麻黄剤の適応がない人のアレルギー性鼻炎に用いられる処方である。効果は比較的マイルドである。

#### ㊦ 膿性鼻汁

副鼻腔炎の急性期には、顔面や項背部の痛みや緊張を

訴える人が多く、葛根湯加川芎辛夷などの麻黄剤がよい適応である。その後は、石膏が入った辛夷清肺湯などを用いることが多い。顔面の面皰や扁桃炎などを伴う場合は荊芥連翹湯が多く使用される。抗菌薬との併用も有効で、漢方薬または抗菌薬単独投与よりも早期に軽快する。

#### ● 葛根湯・葛根湯加川芎辛夷(前述)

● **辛夷清肺湯**：局所に炎症があり、熱感が強い人に用いる。麻黄を含んでいないため、麻黄の副作用が出やすい人にも使用可能である。後鼻漏の基本処方として用いてもよい。アレルギー性鼻炎にも使用も可能で、マクロライド系抗菌薬の少量長期療法との併用も有効である。

● **荊芥連翹湯**：頭部・顔面の炎症性疾患に有効であるが、皮膚科のみならず、耳鼻科領域の炎症性疾患にも有効である。マクロライド系抗菌薬との併用が有効である。

#### ㊦ 後鼻漏

原因がはっきりしているものは、原因疾患に対する治療を行う。原因不明の後鼻漏は西洋医学的にも治療が困難である。

#### ● 辛夷清肺湯(前述)

● **竹茹温胆湯**：咳嗽や痰が多くて、不眠や精神不安などの症状がある人に用いる。辛夷清肺湯などとの組み合わせが有効なことがある。

## 4 口腔内違和感

山口孝二郎

### 1. 疾患の概略

口腔は咀嚼、嚥下、構音、唾液分泌、味覚などの機能

があり、近年、中高年層を中心に、これらの機能低下や舌痛、味覚異常を訴える患者が増加している。本項では、口腔内違和感を呈する舌痛症、口内炎、口腔乾燥、味覚異常、非定型顎顔面痛の5つを取り上げて解説する。

舌痛症は、口腔粘膜に器質的な異常所見が見当たらないにもかかわらず、舌に局限して疼痛を訴える疾患である。本症の特徴は、①がん年齢にある中高年の女性に多く、更年期、閉経後のホルモン変化、ストレス、不安、神経質などが症状の増悪、持続などに関与する、②舌尖部、舌側縁部、時に舌背部に好発する、③会話時、摂食時には疼痛は軽減ないし消失する、などである。

口内炎は、口腔粘膜に発赤、びらん、潰瘍などの炎症所見を呈するもので、時に多発性、再発性のものもある。

口腔乾燥は、唾液分泌の低下による口腔乾燥症と、唾液分泌があるにもかかわらず口腔乾燥感を訴えるものがあり、乾燥の状態(口渇、口乾)に応じて方剤を選択する。

味覚異常は、支配神経の障害、全身疾患に関連する味覚異常(亜鉛欠乏症、薬物性、内分泌異常など)、口腔粘膜異常(炎症、口腔乾燥、舌乳頭萎縮など)や心因性など原因がさまざまであり、患者の状況に応じて漢方の選択が必要となる。まず電気味覚検査、味覚定性検査、血清亜鉛、血清銅などの異常をチェックする。

非定型顎顔面痛は、器質的原因が認められず、神経走行とも不一致で、心理要因、身体表現性障害も関係する原因不明の口腔、顎、顔面の慢性持続性疼痛の総称である。

## 2. 漢方治療の適応

一般に、口腔内違和感は漢方治療のよい適応になる。しかし、義歯装着者や全身免疫能の低下した人にしばしばみられる口腔カンジダ症は、口苦、舌痛、口内炎様症状、口腔乾燥などの口腔内違和感を呈するので、あらかじめ検査をして除外しておく必要がある。

## 3. 頻用処方

口腔の解剖学的構造や神経支配は複雑で、また最初の消化器官であり、さまざまな局所刺激、微生物の影響も受けやすい。そのため口腔内違和感は解剖学的要因、口腔内環境要因(寒、熱、湿、燥を含む)、全身の経絡と口腔の関係、気血水の異常などを総合的に検討して治療すべきである。

### ㊦ 舌痛症

舌痛の好発部位と舌の臓器分画との関係から、舌尖部は心・肺、舌縁部は肝・胆、舌背部は脾・胃に相当する。原因としては、瘀血、気鬱、陰分の不足による乾燥などがある。舌診では暗紅色な点状の色調変化、舌下静脈の

怒張、溝状舌、胖大舌、舌苔乾燥、地図状舌、歯痕舌などを認める。腹診では臍傍圧痛、臍上悸、胸脇苦満が多く、瘀血、気鬱の症候を認める。

- 加味逍遙散：虚証の冷えのほせ、婦人の不定愁訴にもっとも賞用される。舌尖部の発赤は体の上部の熱を意味し、本方のよい使用目標となる。
- 補中益気湯：気鬱を伴う虚証の舌痛症に有効である。
- 柴朴湯：少陽病期で水滯(水毒)を伴う舌痛症(咽喉頭異常感症を含む)に有効で、舌背中央付近(脾胃)から舌辺縁(肝胆)の疼痛を訴える人に使用する。
- 当帰芍薬散：全身倦怠感、易疲労感、月経異常、心忪亢進、自律神経失調などを伴う舌痛症で、特に舌に白苔があり、舌尖や舌辺縁に暗紅色な点状の色調変化を認める人に用いる。
- 白虎加人参湯：裏熱証で、口腔乾燥感を伴う人、特に夜間の口渇を伴う舌痛症に使用する。
- 桔梗湯：消炎・清熱効果が期待できる。
- 立効散：細辛、防風の鎮痛作用、竜胆、升麻の消炎作用などによる効果が期待できる。
- 桂枝加朮附湯：水滯に対応でき、熱性で鎮痛効果のある附子を含むため、陰証かつ虚証で水滯を伴う人に使用する。
- その他：心因性では香蘇散、抑肝散加陳皮半夏、甘麦大棗湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、桂枝加竜骨牡蛎湯も用いる。

### ㊧ 口内炎

東洋医学的に口内炎は、急性症状が強い場合と慢性経過をたどっている場合の2つに大別して考えるとわかりやすい。

#### 1) 急性

気の高ぶりによる熱が頭部・胸部や脾胃などに影響すると考えられる。そのため半夏瀉心湯、黄連湯、黄連解毒湯、白虎加人参湯、柴胡剤、加味逍遙散などによって心、胃、肝などの熱を冷ます治療が必要となる。甘草湯、桔梗湯は消炎、清熱の効果があり、含嗽剤としても有用である。

#### 2) 慢性

頭部・胸部や脾胃の熱が遷延することにより、陰分の不足を生じる。このため熱を冷ますだけでなく、陰分を増やして潤いを増したり、気血を補ったりする処方が必要である。建中湯類、六味丸・八味地黄丸(以上、補腎剤)、補中益気湯・六君子湯(以上、補気剤)、十全大補湯・人参養榮湯(以上、気血双補剤)、そのほか、滋陰降火湯、温清飲、当帰芍薬散などの方剤を選択する。

### ㊨ 口腔乾燥

口腔乾燥は、東洋医学的に口渇と口乾に分けて考える。

## 1) 口渴

のどが渇いて水をガブガブ飲みたがる状態で、夜間の口渴、口を氷で冷やしたいなど、熱証(裏熱)、水滯の所見を呈することが多い。石膏の入った白虎湯、白虎加人參湯、小柴胡湯加桔梗石膏、麻杏甘石湯、清熱と唾液分泌効果のある桔梗湯を用いる。また腎虚による口渴には六味丸、八味地黄丸を使用する。

## 2) 口乾

口は乾くが口腔内を湿らせる程度で、あまり水は飲みたがらない状態で、湿熱、振水音、気鬱、脾胃の虚、気血兩虚、陰分の不足による乾燥と熱症状などの所見を呈する。気や陰分を補うとともに、清熱効果をもつ麦門冬湯、人參養榮湯、滋陰降火湯、温清飲、十全大補湯、清暑益氣湯を用いる。そのほか、体の水分量の調整には五苓散、心因性やストレスには加味逍遙散、加味帰脾湯を使用する。

## ㊦ 味覚異常

## 1) 苦味が強い場合

少陽病期では小柴胡湯、柴胡桂枝湯など柴胡剤が考えられる。半夏厚朴湯、柴朴湯は味覚異常でも水滯が強い人に用いる。

## 2) 甘味が強い場合

脾胃の湿熱の徴候として、半夏瀉心湯、茵陳蒿湯、六君子湯などを用いる。

## 3) 渋味が強い場合

渋味物質が舌や口腔粘膜のタンパク質と結合して変性作用(収れん作用)により起こると考えられ、痛みや触覚に近いとする説、一部は味覚であるとする説などがある。

生理学的には、渋味を苦みの一部に分類することもある。そのため少陽病や舌痛の病態ととらえて加味逍遙散が奏効することがある。

## 4) 味がしない場合

垂鉛欠乏による味細胞の萎縮を除くと、脾胃の虚の徴候と考え、六君子湯、補中益氣湯、さらに陰液の不足を伴う場合は十全大補湯、人參養榮湯など補剤が有用である。

## 5) その他

黄連解毒湯、白虎加人參湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、柴胡桂枝乾姜湯などが挙げられる。

## ㊦ 非定型顔面痛

東洋医学的には、寒熱、あるいは気血水の不足や停滞によるのかを鑑別することが重要である。治療には温補剤、利尿剤、駆瘀血剤などが用いられる。

## 1) 気血兩虚

疼痛が遷延した気血兩虚の状態では、補中益氣湯合当帰芍薬散、連珠飲、十全大補湯、人參養榮湯、大防風湯、加味帰脾湯などの補剤を中心に使用する。

## 2) 寒証

桂枝加朮附湯などの附子剤を用いる。

## 3) 瘀血

当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸などを使用する。

## 4) 気鬱

桂枝竜骨牡蛎湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、抑肝散などを使用する。

## 5) 水滯

五苓散、苓桂朮甘湯などを用いる。

# B 胸部

## 1 かぜ症候群

本間行彦

### 1. 疾患の概略

かぜ症候群(以下、かぜ)は、悪寒・発熱・頭痛などの全身症状と咽頭痛・鼻汁・咳嗽などの局所の上気道炎症状からなる症候群であり、その原因の多くはウイルス感染である。従来、かぜ治療には、消炎鎮痛解熱剤が主として用いられてきたが、近年、これらは広い意味での対症療法であり、かぜを本質的に治癒に導くものでないことが指摘されるようになった。

有熱かぜ患者を対象とした、従来からの消炎鎮痛解熱剤治療と直接的解熱効果のない漢方薬治療との比較試験では、漢方薬治療のほうが治癒日数が有意に短い。これは、かぜウイルスが本来、低温嗜好性であり、解熱を中心とした治療はかえってウイルスを活性化させ、治癒を長引かせた結果と解釈される。かぜ治療には体温を上昇させることが重要で、これによりウイルスが不活化されると考えられる。

また、従来から二次感染予防の目的で多用されてきた抗菌剤には、その予防効果が期待できないばかりか、逆に、腸内細菌を死滅させて免疫力を低下させることや、抗アレルギー剤や鎮咳剤さえも、本来の生体反応を阻害する可能性がある。

### 2. 漢方治療の適応

かぜ治療には漢方治療が第一選択と考えられる。かぜに多用される麻黄湯・葛根湯・桂枝湯などはすべて体温上昇を助けるもので、特にその作用が強い麻黄湯は、インフルエンザに多用されて抗ウイルス剤に劣らない成績を上げている。

### 3. 頻用処方(図1)

『傷寒論』はインフルエンザを含めたかぜの治療方法を主に論じたものといえるが、かぜを太陽病期、少陽病期、陽明病期、陰病期などに分けている。

#### ㊦ 急性期

急性期に相当するのは、太陽病期と少陰病期である。一般に発病3日頃までで、症状は頭痛、肩こり、悪寒、発熱、咽頭痛、筋肉・関節痛などのいわゆる表証が主体である。そして、この病期の人を発汗を伴わない実証と、発汗を伴う中間証・虚証の2群に分ける。

##### 1) 発汗なし(実証)

- 麻黄湯：症状が激しく、高熱を出し、筋肉痛や関節痛、腰痛が強い。脈は浮緊である。
- 葛根湯：頭痛や発熱のほか、後頸部のこりが特徴的である。脈は浮である。

##### 2) 発汗あり(中間証・虚証)

- 小青竜湯：水様性鼻汁、くしゃみ、鼻閉などのアレルギー性鼻炎症状に使用する。
- 桂枝湯：虚弱な体質で、悪風、頭痛、微熱などを伴う。脈は浮弱である。
- 桂麻各半湯：発熱と軽度悪寒とともに、熱感が強く、顔面が紅潮する。
- 桂枝二越婢一湯\*：発熱と軽度悪寒があり、口渴を伴う。
- 麻黄附子細辛湯：老人や虚弱者など、陰証の人の感冒初期で、悪寒が強く、熱感に乏しい。遷延化した場合には、桂姜棗草黄辛附湯\*(桂枝湯を合方して代用)とする。
- 香薷散：胃腸虚弱で、桂枝湯も服用できない人に使用する。抑うつ傾向があり、倦怠感や脱力感が強い。
- 桔梗湯：咽頭痛から始まる感冒に使用する。
- 五苓散：急性ウイルス性胃腸炎などにみられるような嘔吐や下痢を伴う発熱に使用する。小児に用いる機会が多い。

#### ㊧ 亜急性期

発病4~5日以降の亜急性期に相当するのは少陽病期で、咳や痰などの半表半裏証や胃腸症状の裏証などを示す。

- 小柴胡湯：虚実中間証で、口中が苦くて粘つき、食欲がない。腹証で胸脇苦満の存在が重要である。
- 柴胡桂枝湯：小柴胡湯より虚弱で、腹直筋の張りがある。
- 柴胡桂枝乾姜湯：もっとも虚証向きで、老人や虚弱者に使用する。

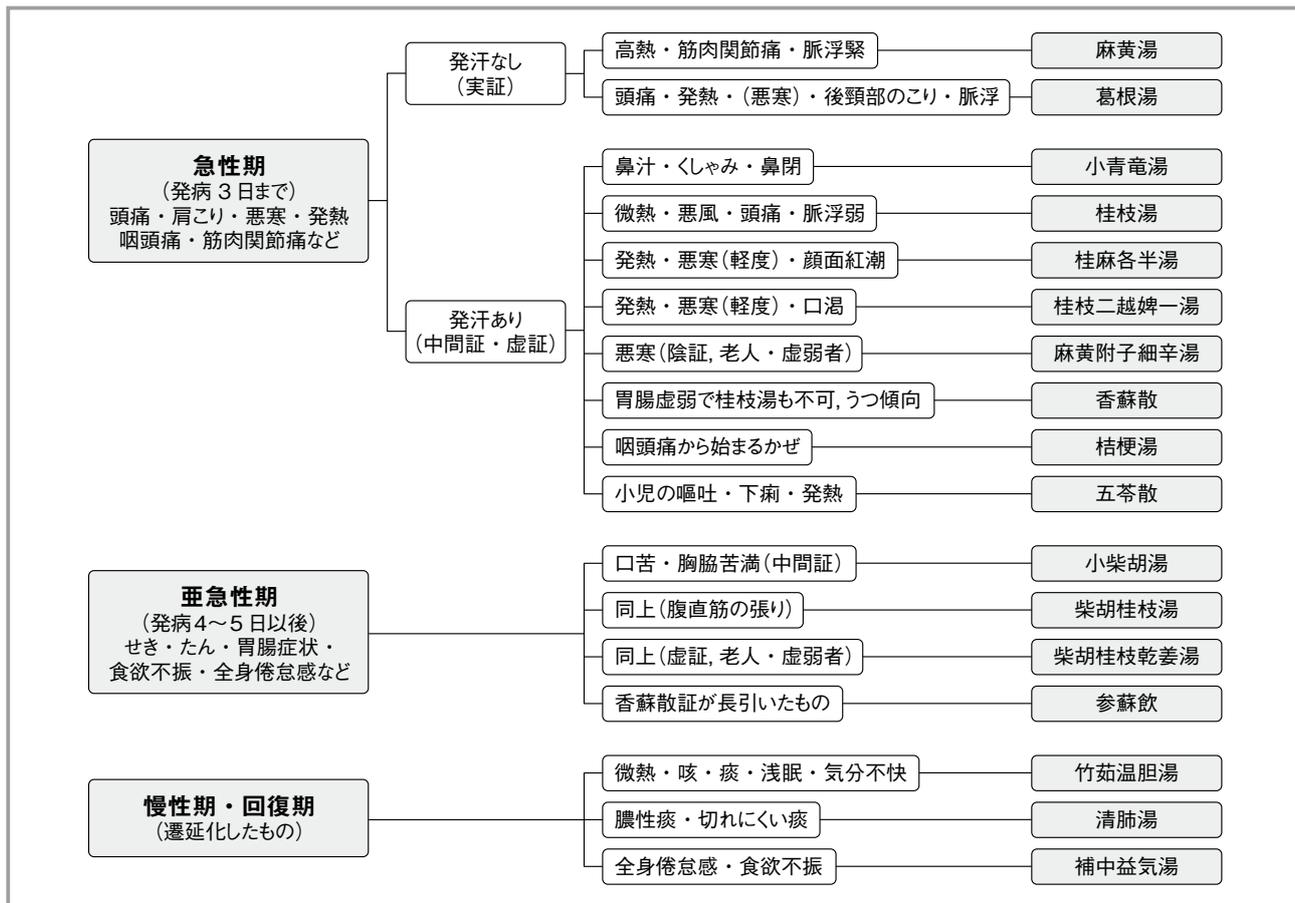


図1 かぜの頻用方剤

●参蘇飲：香蘇散証が長引いた人に使用する。

### ㉓ 慢性期・回復期

●竹茹温胆湯：咳や痰，微熱が続き，眠りが浅く，気分が不快である。

●清肺湯：膿性で切れにくい痰が多量に出る。

●補中益气湯：回復期で，全身倦怠感や食欲不振が続く。

### ㉔ 随伴症状

上述した㉑～㉓の方剤に追加して用いられることも多い。

#### 1) 咳

●麦門冬湯：気道が乾燥して，咽喉に違和感を訴える。咳は発作性で，激しく咳き込んで上気し，終わりに嘔逆する。

●滋陰降火湯：津液が乾燥した状態で，特に夜間は咽頭部がテカテカに乾燥する。咳は乾性で，痰は粘稠で切れにくく，皮膚は浅黒くて乾燥している。

●麻杏甘石湯：痰を伴う喘息様の強い咳があり，発作時には発汗し，口渴を伴う。しばしば小柴胡湯と併用する。

#### 2) その他

●柴朴湯：かぜによる耳閉感に広く使用する。

●香蘇散合半夏厚朴湯：かぜによる耳閉感で，虚証に使

用する。

●苓甘姜味辛夏仁湯：麻黄で胃腸障害を生じる人の水様性鼻汁，くしゃみに使用する。小青竜湯の裏処方といわれる。

●桂枝加芍薬湯：腹痛，下痢，発熱を伴う。

●半夏瀉心湯：嘔気や下痢があり，腹証で心下痞鞭を認める。

(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

## 2 遷延性咳嗽・慢性咳嗽・喀痰

巽 浩一郎

### 1. 疾患の概略

#### ㉑ 咳嗽の持続期間による分類

咳嗽は持続期間によって，3週間以内の急性咳嗽，3～8週間の遷延性咳嗽，8週間以上の慢性咳嗽に分類する。急性咳嗽の原因は，呼吸器感染症が多く，持続性咳嗽では非感染性疾患による遷延性/慢性咳嗽の頻度が増加する。細菌性感染による咳嗽であれば，漢方治療単独は避けるべきで，抗菌薬の投与も必要になる。抗菌薬と漢方

薬の併用は問題ないと考えられている。

### ㉑ 喀痰による咳嗽の分類

咳嗽は喀痰を伴うかで乾性咳嗽と湿性咳嗽に分類する。湿性咳嗽の場合、漢方治療を施行するうえで重要なのは、感染性か非感染性かということである。漢方治療を考えるとき、咳嗽の原因病態と同様に、感染性病態、非感染性病態に分類する必要がある。

## 2. 漢方治療の適応

原因病態を考慮する必要がある。それにより西洋医学的治療を優先すべき場合、西洋医学的治療に漢方治療の併用がよい場合、および漢方治療単独で有効な場合がある。以下、病態別に頻用処方を示す。

## 3. 頻用処方

### ㉒ 気管支炎後の遷延性咳嗽(図2)

急性気管支炎罹患にて短期間に治癒しないときに咳嗽が続くことがある。遷延性の激しい咳嗽に対しては、越婢加半夏湯ないしは麻杏甘石湯が第一選択薬である。

- 越婢加半夏湯\*：越婢湯\*は表の水滯に対して用い、口渴を伴う場合が多い。それに去痰作用のある半夏を加えた処方である。エキス剤では、越婢加朮湯に半夏厚朴湯や小半夏加茯苓湯を併せて代用できる。
- 麻杏甘石湯：越婢加半夏湯を用いるほどの激しい咳嗽ではないが、麦門冬湯では効果が乏しい場合に適応がある。エキス剤では、小柴胡湯との併用が効果的である。
- 五虎湯：麻杏甘石湯に消炎・鎮咳作用のある桑白皮を加えた処方、そのぶん麻杏甘石湯より多少鎮咳作用が強い。

### ㉓ 慢性呼吸器疾患の遷延性咳嗽(図3)

- 柴朴湯：抗炎症効果を有する小柴胡湯と気鬱を改善する半夏厚朴湯の合方。気管支喘息では、十分な西洋薬治療をしても咳嗽・喀痰が残る場合、併用で吸入ステロイド薬の減量が図れることがある。
- 神秘湯：麻黄剤と柴胡剤を併せたような方剤である。柴朴湯で効果がみられない場合、試みてよい処方である。
- 小柴胡湯：特発性肺線維症では、患者の同意が得られれば、早期に試みるべき処方。晩期の蜂巢肺では効果は期待できない。瘀血徴候があれば、桂枝茯苓丸を併用する。

### ㉔ 遷延性咳嗽(図4)

- 基礎疾患の有無に関係なく、軽症の咳嗽に使用する。
- 麦門冬湯：軽度で、咽が渇く、鼻の裏が渇くという場合に、去痰薬の代わりとして用いることも可能。激し

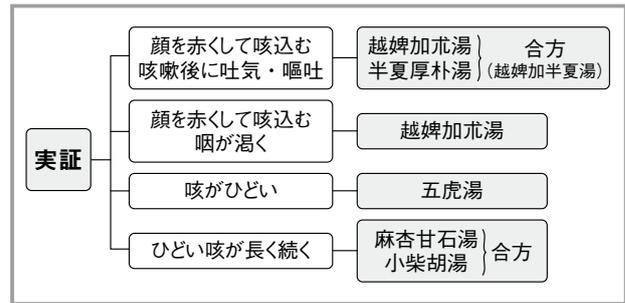


図2 気管支炎後の遷延性咳嗽に対する頻用処方

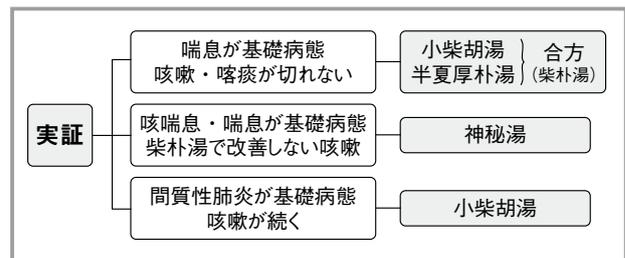


図3 慢性呼吸器疾患の遷延性咳嗽に対する頻用処方

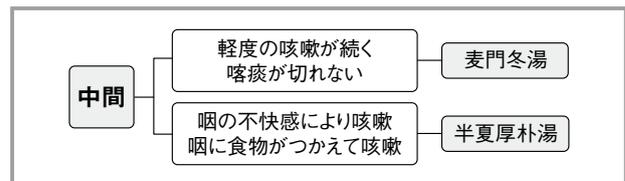


図4 遷延性咳嗽に対する頻用処方

い咳嗽には効果がない。気道を潤し、喀痰の切れを改善し、咳嗽・口渴を鎮める効果が期待できるため、慢性気道疾患の基礎治療薬として有用。

- 半夏厚朴湯：虚実中間証で、咽喉頭異常感(咽喉部の閉塞感、咽中炙爛)に使用するのが漢方古典に基づく使用方法である。咽喉頭のサブスタンス P を増加し、嚔下反射/咳嗽反射を改善し、高齢者の誤嚥性肺炎を予防しうることが示されている。

### ㉕ 副鼻腔炎に伴う遷延性咳嗽(図5)

- 辛夷清肺湯：辛夷は鼻閉に効果がある。辛夷清肺湯単独で効果が弱い場合、小柴胡湯を併用することがある。
- 荊芥連翹湯：上記の辛夷清肺湯と小柴胡湯で効果が無い場合に用いることがある。
- 葛根湯加川芎辛夷：葛根湯に川芎(血流を改善)と辛夷(鼻閉を改善)を加えた処方。副鼻腔炎症状の強い時期に短期間使用する。

### ㉖ 体力低下時の遷延性咳嗽(図6)

- 補中益気湯：咳嗽・喀痰に直接効果があるのではなく、全身状態が改善することにより、感冒罹患率が減少し、気道感染状態の改善、咳嗽・喀痰の減少に効果がある。

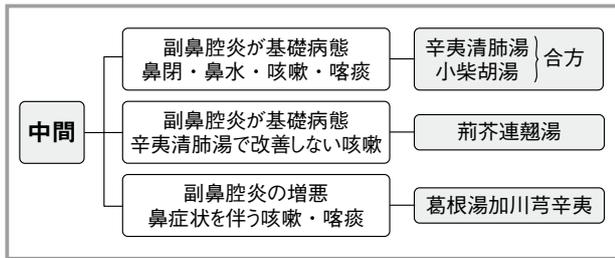


図5 副鼻腔炎に伴う遷延性咳嗽に対する頻用処方

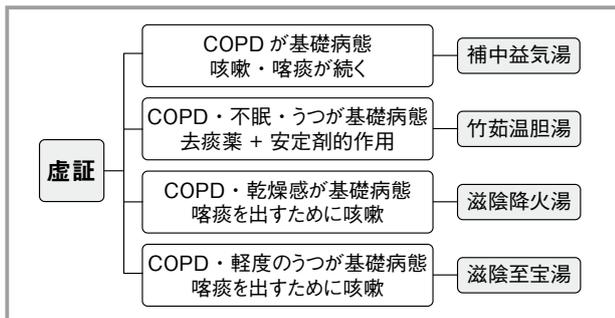


図6 体力低下時の遷延性咳嗽に対する頻用処方

- 竹茹温胆湯：軽度の咳嗽・喀痰が続く、不眠・うつ・イライラなどの精神症状が強くみられる場合に、去痰薬と精神安定薬の作用を期待して使用する。
- 滋陰降火湯：血虚の基本治療薬で補血作用がある四物湯を基本とした滋養剤。麦門冬湯よりも、皮膚を含めた全身の乾燥状態(血虚)が強くと、体力が低下し、喀痰を出す力が弱い人による。
- 滋陰至宝湯：滋陰降火湯の適応のある病態に、うつなどの精神症状を伴い、弱々しい咳で喀痰が切れない場合による。  
(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

文献

- 1) 日本呼吸器学会 咳嗽に関するガイドライン作成委員会(編)：咳嗽に関するガイドライン，日本呼吸器学会，東京，2005
- 2) 漢方薬治療における医薬品の適正な使用法ガイドライン作成委員会(編)：漢方薬治療における医薬品の適正な使用法ガイドライン，日本呼吸器学会，東京，2005
- 3) 巽 浩一郎，伊藤 隆：2. 呼吸器疾患. 水野修一(総編集)：漢方内科学，p121-184，メディカルユーコン，京都，2007
- 4) 巽 浩一郎：呼吸器疾患における漢方治療のてびき，協和企画，東京，2006

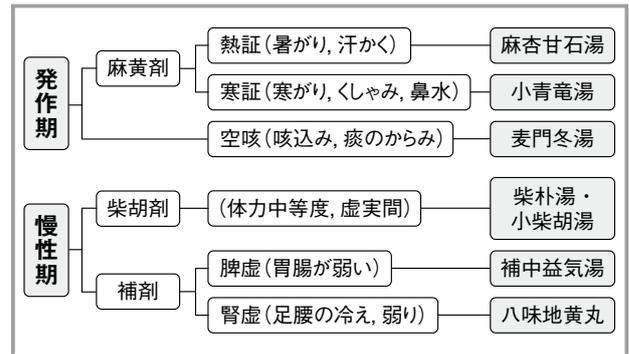


図7 喘息への漢方薬の投与指針<sup>1)</sup>

### 3 喘鳴・呼吸困難

伊藤 隆

#### 1. 疾患の概略

原因疾患は、呼吸器疾患では喘息、慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、慢性呼吸不全、心臓疾患では心不全が考えうる。これらの疾患に対する治療は、少なくとも日本では西洋医学が優先されるが、難治性の場合には、漢方は補完的役割として重要である。

#### 2. 漢方治療の適応

漢方治療が有用な例を示す。いずれも西洋医学的な配慮が必要だが、西洋薬を使用しない場合もある。

##### ㊦ 気管支喘息

吸入ステロイド薬の治療に抵抗性、ピークフロー低値、鼻炎合併、易感染性、気分障害合併、西洋薬に対するアレルギーなどの人が適応となる。

##### ㊧ 慢性閉塞性肺疾患、慢性呼吸不全

マクロライド系抗生物質を長期服用しても下気道感染を繰り返す、息切れが強い、食欲不振、易感染性、心不全合併などの人が適応となる。

#### 3. 頻用処方

1998年の喘息治療ガイドラインの漢方治療指針には、喘鳴と呼吸困難に対する漢方の基本方針が記載されている(図7)。すなわち、発作時には麻黄剤、非発作時には柴胡剤、虚弱者には補剤を用いる。麻黄剤としては、熱証には麻杏甘石湯、寒証には小青竜湯、乾性咳が強いときは麦門冬湯をそれぞれ用いる。発作の予防として柴胡剤を用いる。咽喉違和感を自覚する場合には、柴朴湯などの柴胡剤と半夏厚朴湯の合方がよい。虚弱者に対する補剤としては、脾虚には補中益気湯を、腎虚には八味地黄丸をそれぞれ用いる。このように、非発作時と発作時

(または症状増悪時)の薬の使い分けが大切である。

現代の日本では、喘息の治療は吸入ステロイド薬が重視され、発作時の漢方治療が軽視される傾向にある。漢方専門医には平生の漢方治療だけでなく、発作時に桂皮、麻黄を含む方剤により、喘息発作あるいはウイルス感染に続く下気道症状の増悪を予防できる手腕が期待される。

### ㊦ 鼻炎を伴う場合

鼻炎合併時には呼吸苦を呈しやすいことが指摘されている。

- 葛根湯：慢性副鼻腔炎があり、項背が強ばり、発汗が少ない人に用いるとよい。
- 越婢加朮湯：くしゃみ・鼻水が強い人に用いる。粘膜の発赤・腫脹がある場合により。
- 小青竜湯：顔色はやや蒼白で、むくみやすい人に用いる。アレルギー性鼻炎や喘息により。近年花粉症が重症化し、本方剤の有効例が減少している印象がある。
- 苓甘姜味辛夏仁湯：目標となる症状は、小青竜湯とほぼ同様であるが、麻黄を服用しがたい人に用いる。鼻炎は通年性の場合が多く、冷え、むくみを伴う。
- 麻黄附子細辛湯：顔色不良で、寒気を伴う人により。

### ㊧ 気道感染を伴う場合

ウイルス感染は喘息発作や呼吸不全の悪化を誘発しやすい。発熱時は太陽病期の麻黄剤を処方することが多いが、長引いた場合は少陽病期の柴胡剤を用いる。

- 太陽病期の方剤：感染1～3日以内に用いる。詳細は「かぜ症候群」を参照。
- 柴胡剤：感染4日以降に往来寒熱、胸脇苦満を呈する場合に用いる。小柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯などがある。詳細は「かぜ症候群」を参照。
- 桔梗湯：咽痛のみで、発熱、悪寒などの他の感染症状がみられない場合に用いる。扁桃炎の感染初期により。
- 麻黄附子細辛湯：慢性閉塞性肺疾患で、咽痛や寒気から気管支炎症状の悪化が始まるタイプの感染初期に用いると、発熱や膿性痰を予防しうる。

### ㊨ 喘息発作を伴う場合

次に挙げる麻黄剤は、原則として発作時に用いる。現代の日本では西洋医学が優先され、その効果が不十分な場合に使用を考慮する。漢方薬は使用するタイミングによっては西洋薬以上に有効性を発揮する場合もあるが、改善しないときは重症化させないように現代医学的配慮が大切である。

- 麻杏甘石湯：喘息発作の初期で、喘鳴があり、汗が出る時期に用いると、発作を抑えうる。多くの場合、赤ら顔で熱証である。汗の出ないタイプは脱水の可能性があり注意を要する。

- 越婢加半夏湯\*：目玉が飛び出しそうに咳き込み、発作の頂点で嘔吐するタイプの発作により。

- 神秘湯：しつこい咳嗽と胸脇苦満を目標に用いる。かなり激しい咳にも有効である。

### ㊩ 咽喉部の息苦しさを伴う場合

- 半夏厚朴湯：咽喉から胸部の違和感(灸嚢感)を目標とする。背景に不安、うつ状態などのメンタルヘルス不調を有する人が多い。咽喉頭神経症に類用される。
- 柴朴湯：半夏厚朴湯と小柴胡湯の合方で、喘息または気道過敏で咽喉違和感を有する人が適応である。ステロイド依存性患者に対する有効性が、封筒法による臨床試験で報告されている<sup>2)</sup>。

### ㊪ 胸部の息苦しさを伴う場合

慢性喘息、慢性心不全、二次的な心負荷を伴う病態に用いる。

- 木防已湯：実証で、心下痞堅、口渴、浮腫がある人に用いる。
- 木防已去石膏加茯苓芒硝湯\*：木防已湯証より実証で、口渴がなく便秘する人に用いる。
- 増損木防已湯\*：木防已湯証で咳嗽が強い人に用いる。
- 茯苓杏仁甘草湯\*：虚証で、心下に抵抗を認めるが、認めない場合も少なくない。

### ㊫ 慢性の喘鳴

- 八味地黄丸：腎虚、すなわち少腹不仁、夜間頻尿、下半身の痛み、しびれ、脱力を伴う人に用いる。低ピークフロー値の場合に有効であるが、250 L/分以下の重症例に対する有効性は期待しがたい<sup>3)</sup>。
- 補中益気湯：気虚(脾虚)、すなわち目に力がない、覇気がない、元気がない、食欲低下、微熱傾向、風邪を引きやすいなどの症状を目標とする。慢性閉塞性肺疾患患者のQOL、かぜ症候群罹患回数、栄養状態の改善効果が報告されている<sup>4)</sup>。

(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

### 文献

- 1) 牧野莊平ほか(監修)：喘息予防・管理ガイドライン 1998, p72, 協和企画通信, 東京, 1998
- 2) 桂 秀樹, 木田厚端：日呼吸会誌 38(3)：174-179, 2000
- 3) 伊藤 隆, 柴原直利, 新谷卓弘ほか：八味地黄丸の慢性喘息に対する効果(第2報). 日東医誌 47(3)：443-449, 1996
- 4) Shinozuka N, Tatsumi K, Nakamura A, Terada J, Kuriyama T：The traditional herbal medicine Hochuekkito improves systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Am Geriatr Soc 55(2)：313-314, 2007

## 4 動悸・息切れ

矢久保修嗣

### 1. 疾患の概略

心不全に伴う動悸・息切れと、それ以外の動悸とに分けて概説する。

#### ㊦ 心不全症状

心不全の病態と原因疾患を考えて治療を行う必要がある。

軽症な心不全では、利尿薬、ジギタリス製剤、カテコラミン製剤、血管拡張薬を使用して、生活の質(QOL)が低下しないことを目標に治療を行う。

重症な心不全では、カテーテルを挿入し心係数と肺動脈楔入圧を測定し、心係数が低下しているときには、肺動脈楔入圧を考慮しながら治療を行い心拍出能を維持する。

心機能を低下させる心筋梗塞などの虚血性心疾患、弁膜症、高血圧性心疾患、心筋症などがある場合には、必要な薬物療法やインターベンション、外科的な治療を行う。

#### ㊧ 動悸

生命の危険やQOLの低下に結びつく不整脈の有無と、不整脈を発症する基礎疾患の有無により方針が異なる。頻脈型不整脈か、徐脈型不整脈に分ける。

頻脈型の危険な不整脈としては、心室細動や心室頻拍がある。これらの存在が確認される、あるいはQT延長症候群やブルガダ症候群、加算平均心電図による心室遅延電位がとらえられれば、抗不整脈薬などによる積極的な治療を行う。徐脈型の危険な不整脈に対してはペースメーカーによる治療が必要である。

QOLを損なう頻脈型不整脈としては、発作性心房細動や発作性上室性頻拍があり、これにも抗不整脈薬などによる治療を行う。

危険な不整脈、QOLを損なう不整脈を除いた危険ではない不整脈に関しては、基礎心疾患を伴わないものには原則的には抗不整脈薬による治療は行わない。というのも、抗不整脈薬による催不整脈作用が指摘されているためである。動悸などの自覚症状に対して精神安定剤の投与を行う。ただし、不整脈の出現と一致した自覚症状の著しい例に対しては、抗不整脈薬の投与も行われる。

### 2. 漢方治療の適応

#### ㊦ 心不全症状

生死を決するような急性かつ重症な心不全に対しては現代医学的な集中治療が必要となる。慢性かつ重篤でない病態に漢方治療が適応となる。NYHA機能分類では、日常生活や軽労作でも心不全症状が出現するNYHA II度、III度である。

#### ㊧ 動悸

生命に危険を及ぼす不整脈には、現代医学的な治療を優先する。

QOLを低下する発作性心房細動と発作性上室頻拍に対しては、炙甘草湯などが使用される。また、徐脈性不整脈に対して木防已湯などが使用される。

現代医学で用いられる抗不整脈薬による治療は必要としないが、自覚症状の強い不整脈は漢方薬による積極的な治療を考慮する。

### 3. 頻用処方

息切れ、動悸、浮腫などの心不全症状に対する漢方治療では、利尿作用のある生薬に補気作用のある生薬を加えた方剤が使用される。

心不全症状を伴わない動悸には鎮静作用のある生薬や、清熱作用のあるものも使用される。血虚に伴う動悸に対しては、補血作用のある生薬を含有する方剤を使用する。

#### ㊦ 心不全症状

- 木防已湯：呼吸困難や咳嗽、浮腫などの心不全症状に適用される。腹満や口渴、尿量の減少を伴う。顔面は蒼黒く、喘鳴、呼吸促迫、腹満があることが目標となる。脈は沈緊。比較的実証ではあるが、腹診では腹力にかかわらず、心窩部が広範に著しく痞えて堅い心下痞堅がみられる。心不全のマーカーである血清BNP濃度の低下が木防已湯により改善した報告がある。
- 茯苓杏仁甘草湯\*：木防已湯の裏の処方とされる。胸中の痞塞感があり、呼吸困難、動悸、放散する胸痛・背部痛を目標とする。呼吸促迫や浮腫を伴うこともある。虚証で、脈は沈微。腹診では腹部は軟弱で、心下に軟らかい抵抗がある。また、口渴もない。
- 苓甘姜味辛夏仁湯：茯苓杏仁甘草湯\*の構成生薬を含む。動悸、息切れ、咳嗽、喀痰などに使用する。虚証で疲労感や冷え症があり、顔色が悪く、喘鳴、浮腫もみられる。脈は沈弱。腹診では腹部は軟弱で、心下振水音の認められることが多い。
- 苓桂朮湯：動悸や息切れ、めまいなどに使用する。虚証で、下肢の冷えや尿量の減少を目標とする。脈は沈緊で、腹診では腹力は中等度かそれ以下。腹部で膈上悸と心下振水音を認める。
- 当帰芍薬散：冷え症があり、むくみやすく、動悸など

の症状を目標とする。虚証で疲労しやすく、全身倦怠感も伴う。貧血様の蒼白い顔色をして、水っぽいたるんだ肌をしている。脈は沈弱、腹診では腹力は弱く、心下振水音や臍傍圧痛を認める。

- 真武湯：新陳代謝が低下して末梢循環が不良な虚証を目標とする。全身倦怠感や足腰の冷感などを訴え、動悸に加えめまい、身体動揺感、浮腫や尿量の減少がある。脈は沈弱で、腹部は腹壁が薄く腹力は低下し、心下振水音を認める。時に腹直筋の軽度な緊張がある。

### ⑤ 動悸

- 桂枝人参湯：のぼせとともに動悸がみられることを目標にする。虚証で下半身には冷えがあり、胃腸が弱く下痢しやすい人に投与される。腹診では腹部はやや軟弱で、腹力は中等度かそれ以下。心下痞鞭、心下振水音がみられる。時に薄い腹壁が緊張して触れるときもある。脈は浮弱。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：ストレスによる動悸、高血圧を目標にする。実証で、イライラして怒りやすい、精神不安などに用いる。腹診では、腹力は中等度かそれ以上。胸脇苦満や心下に抵抗があり、臍上悸を伴う。脈は弦脈である。
- 黄連解毒湯：易興奮性があり、興奮すると動悸、頻脈となるような人が目標である。実証で、のぼせ気味で赤ら顔、精神症状として精神不安、イライラがみられる。腹診では、腹部に膨満感があり、腹力は中等度かそれ以上。心下に抵抗感を認める。

- 加味逍遙散：冷えがあり動悸や精神不安、不眠、イライラなどがみられる虚証が目標である。上半身、特に顔面の灼熱感、発作性の発汗などを伴うこともある。脈は沈細。腹診では腹力は中等度かそれ以下。心下に軽度の抵抗・圧痛や軽度の胸脇苦満がみられ、臍傍圧痛を伴う。
- 炙甘草湯：別名、復脈湯ともいわれる。虚証の動悸、息切れに使用する。皮膚・粘膜の乾燥や萎縮、手足の火照り、口渇などの血虚の症状や便秘、倦怠感や易疲労感を目標とする。脈は弱く、頻脈、不整、結滞などがみられる。
- 酸棗仁湯：心身が疲労した虚証の不眠症に用いる。体力が衰え、胸中が苦しく、動悸を伴ったりする。精神不安、神経過敏などの精神症状に、めまい、手足の火照り、のぼせ感を伴う。皮膚は乾燥傾向にある。腹診では腹力の低下を認める。臍上悸は認めない。
- 帰脾湯：貧血があり顔色が悪い虚証の頻脈、動悸、不眠、精神症状を目標とする。精神症状は精神不安、神経過敏、取り越し苦勞、健忘などである。発熱、盗汗、食欲不振などを伴うこともある。腹診では腹部は軟弱で、腹力も低下している。
- 人参養榮湯：消耗性疾患、外科手術後などの体力を消耗したときや、虚弱体質のための気血両虚に用いる。全身倦怠感、頻拍、動悸、盗汗、手足の冷えなどがみられる。脈は弱く、腹診でも腹力は弱い。  
(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

# C 腹部

## 1 食欲不振・悪心・嘔吐・胸やけ

及川哲郎

### 1. 疾患の概略

食欲不振・悪心・嘔吐・胸やけが上部消化管に由来し、悪性腫瘍や消化性潰瘍が否定される場合、患者の多くは functional dyspepsia (FD) などの機能性消化管障害に相当する。機能性消化管障害の病態は複雑であり、単一の作用点をもつ西洋医薬だけではしばしば効果が不十分である。このような病態に対して、複数の作用点をもつと考えられる漢方薬は、西洋医学的薬物療法と同等以上に有効である。胃もたれ症状に有効な六君子湯は、胃排出能や適応性弛緩機能の改善、食欲亢進作用をもつグレリンの分泌促進など、多彩な作用が明らかにされている。また、胸やけを起こす代表的疾患である胃食道逆流症のなかで、プロトンポンプ阻害剤では十分効果を得られない non-erosive reflux disease (NERD) と呼ばれる病態が注目されているが、このような病態において六君子湯の併用が有用という報告がある。西洋医学的なアプローチに限界がみえるとき、相補的な漢方薬の存在意義がある。

### 2. 漢方治療の適応

食欲不振・悪心・嘔吐・胸やけは、漢方医学的に気虚を伴いやすい。上部消化管の機能失調から食欲不振・悪心・嘔吐・胸やけが出現すると、必要な栄養素を消化吸収できなくなり、徐々に生体の熱産生レベルが低下し気虚の状態となる。同時に、上部消化管の機能低下は排出機能低下を伴うことが多く、同部への消化液など液体貯留をきたす。これは消化管の水滯、すなわち痰飲である。食欲不振・悪心・嘔吐・胸やけに対する漢方医学的治療は、痰飲を捌き、気を補うことを重視する。また、機能性消化管障害患者は抑うつや不安を伴い、抗不安薬、抗うつ薬が投与されることも多い。これは漢方医学的に気鬱の合併と考えられ、理気薬が配合されることが多い漢方薬は積極的に用いられてよい。

### 3. 頻用処方

#### ㊸ 食欲不振

- 六君子湯：主に中間証から虚証に広く用いる。胃もたれや早期膨満感を訴える場合は特に奏功し、症状のみを目標としても効果を期待できる。腹診では振水音、胃内停水を伴うことが多い。漢方薬のなかでは作用機序解明が進んでいて、FD の治療や向精神薬の副作用軽減などにさまざまなエビデンスも有する。
- 四君子湯：六君子湯から陳皮、半夏を除いた構成で、胃もたれなど痰飲による症状に対する効果は弱くなる。
- 人参湯：痩せた体格で、心下痞鞭を認めることが多く、上腹部全体が硬く板状を呈するペニヤ板様の所見を認めることもある。甘草、乾姜の組み合わせで裏寒を除き、足や体の冷えを改善する。
- 半夏瀉心湯：自覚症状として心下の痞えと不快感、他覚所見として心下痞鞭を認めることが多い。腹鳴や下痢などの症状を伴うこともある。若年者のいわゆるストレス性胃炎がよい適応である。
- 黄連解毒湯：心下の痞え・不快感、腹証で心下痞鞭を認めることが多い。胃酸分泌が強く、心下の痞えや不快感、胸やけなどの症状を訴えるものに用いる。心下痞鞭を認める点で六君子湯や半夏瀉心湯と類似するが、より実証タイプに適応することが多い。赤ら顔でのぼせるタイプがよい適応となる。
- 補中益気湯：補気剤を代表する処方方で、食欲不振に対して広く用いられる。胃下垂や脱肛などアトニー体質を有する場合は特に有用である。舌診で胖大舌、腹診で弱い胸脇苦満、脈診で散大と呼ばれる独特の脈を呈することがある。
- 平胃散：食べると胃が張るなど、消化不良症状に用いられる処方である。六君子湯と比べ、より実証に向く。

#### ㊹ 悪心・嘔吐

- 小半夏加茯苓湯：妊娠悪阻によく用いられる。同様の症状に対しても、症状のみを目標に用いて効果がある。症状が強いときは、冷服させると服用しやすい。
- 六君子湯：「食欲不振」の項を参照。
- 半夏厚朴湯：代表的な気剤であり、神経症的傾向をもつものやストレス絡みの消化管症状に適応となる。「咽

中灸燻」と呼ばれる咽喉頭異常感や腹部膨満感を伴うものによい。舌診では白い舌苔や歯痕、腹診では腹満を認めることが多い。

- 茯苓飲：痰飲を捌く処方、小半夏加茯苓湯などに比べ食物の停滞感が強い場合に適応する。腹診で振水音を伴うことが多い。半夏厚朴湯と合方として用いられることも多い。
- 五苓散：代表的な利水剤である。口渴、尿不利(尿量や排尿回数の減少)、発汗傾向を主な目標として、急性胃腸炎の悪心・嘔吐・下痢などに広く用いられる。
- 小柴胡湯：少陽病の代表的な処方であるが、悪心・嘔吐が本処方の使用目標の一つとなる。舌診では白苔を、腹診では胸脇苦満を認めることが多く、これらを参考に、種々の慢性消化器疾患に応用できる。
- 大柴胡湯：小柴胡湯より症状や胸脇苦満などの所見が強く、便秘傾向を伴うものによい。
- 半夏瀉心湯：「食欲不振」の項を参照。
- 呉茱萸湯：頭痛に対する処方として知られるが、手足の冷えや頭痛を伴う嘔気、嘔吐に対して本方の有用性は高い。四肢の冷えや腹診で心下痞鞭を認めることが多い。

### ㊦ 胸やけ

- 六君子湯：「食欲不振」、「悪心・嘔吐」の項を参照。
- 半夏厚朴湯：「悪心・嘔吐」の項を参照。
- 半夏瀉心湯：「食欲不振」、「悪心・嘔吐」の項を参照。
- 黄連解毒湯：「食欲不振」の項を参照。
- 黄連湯：黄連に含有される berberine は抗潰瘍、消炎、抗菌作用などを有する。頭痛などを伴うことがあり、胃の痛みにもよく効く。舌に厚い白苔を認め、腹診では心下痞鞭や心下の圧痛を認めることが多い。
- 安中散：体を温める桂皮、制酸作用をもつ牡蛎、また延胡索など鎮痛作用に優れた生薬を配合し、冷えて腹痛や胸やけを訴えるものによい。
- 梔子豉湯\*：山梔子を含む処方は胸やけに用いられ、胸のあたりが何ともいえず苦しく悶える様子が本処方の主な使用目標となる。医療用エキス製剤にはない。  
(\*印：医療用エキス製剤にはない。)

## 2 便秘・下痢・腹痛・腹部膨満感

新井 信

### 1. 疾患の概略

健常者の排便回数は3回/日～3回/週で、便重量は80～200gといわれる。便秘では腸内容から水分が過剰に吸収され、排便回数や1回排便量の減少、便の硬化

などを認める。排便困難や残便感、腹部膨満感などの不快感を伴うことが特徴である。下痢では腸内容の水分が異常に増加し、軟便、泥状便、水様便などの症状を呈する。炎症や悪性腫瘍などが原因となることもあるが、過敏性腸症候群など、多くは消化管の機能失調に起因している。腹痛や腹部膨満感も、同様に慢性に経過する機能性のものが多いが、急性のものには胆石発作や急性膵炎、腹膜炎、絞扼性イレウスなど、緊急処置が必要な場合がある。

### 2. 漢方治療の適応

便通異常、腹痛、腹部膨満感を慢性的あるいは反復して訴えるものは、ローマⅢ基準における機能性消化管障害の分類のうち、機能性腸障害や機能性腹痛症候群などに相当する場合が多く、漢方治療のよい適応である。消化管感染症、悪性腫瘍、炎症性腸疾患、消化管症状を伴う種々の全身疾患、西洋医学的治療の副作用や後遺症など、原因が明らかな場合は西洋医学による原因治療が優先される。しかし、原因が明らかであっても、急性ウイルス性胃腸炎や術後腸管癒着症などでは、漢方治療は自覚症状を改善することが多い。症状を目標に漢方治療を行うことで、結果的に消化管機能が向上し、体力や気力がつき、全身状態が向上することも期待できる。このように消化管領域では、漢方治療で自覚症状を改善するメリットは大きく、必要に応じて西洋医学的治療と併用しながら、漢方薬を積極的に使用する価値がある。

### 3. 頻用処方

#### ㊦ 便秘(図1)

便秘を虚実に分類して考える。

実証の便秘は腹や脈に力があり、大黃や芒硝などの下剤で気持ちよく排便するものである。虚証の便秘では数日から1週間以上も便が出ないことがあり、たとえ出たとしても固いコロコロした便で、下剤を使用すると腹痛を生じたり、激しく下痢したりするなどの特徴を有する。消化管機能を改善する生薬が配剤された方剤を考えるが、はなはだしい虚証の便秘では大黃や芒硝を含まない方剤を用いなければならないこともある。

- 大黃甘草湯：実証の便秘全般に使用する。
- 大柴胡湯：頑丈な体格で、強い胸脇苦満と心下急を認め、肩こりや抑うつ気分を訴える。
- 大承氣湯：腹部は膨満して弾力があり、ガス貯留傾向がある。
- 三黄瀉心湯：心下痞鞭を認め、のぼせ、イライラ、不眠、頭重などがある。
- 桃核承氣湯：頑丈な体格で、瘀血徴候を伴う。特に月経前にイライラ、のぼせ、不眠などの精神症状を訴え、

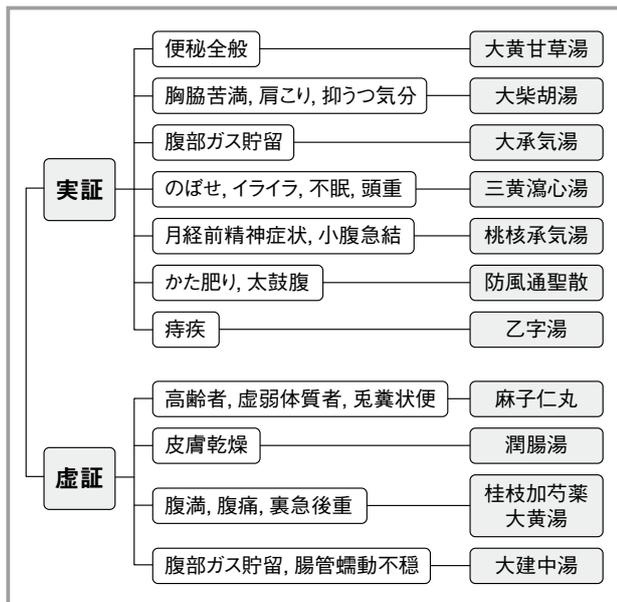


図1 便秘の頻用処方

小腹急結を認める。

- 防風通聖散：固肥りで臍を中心として腹力が充実し、いわゆる太鼓腹を呈する。
- 乙字湯：痔核を伴う。
- 麻子仁丸：高齢者や虚弱体質者で、固くてコロコロした兎糞状の便を排出する。
- 潤腸湯：皮膚乾燥など、麻子仁丸より乾燥の程度が強い。
- 桂枝加芍薬大黃湯：腹が張って腹痛と裏急後重を訴える。便秘を主体とした過敏性腸症候群に使用する。
- 大建中湯：非大黃剤。はなはだしい虚証の便秘で、腹にガスが貯留する、あるいは腸管蠕動不穩を認める。

## ㊦下痢

陰陽の観点から分類する。

陰の下痢とは熱状に乏しい未消化便や水様便であり、便臭は強くないなどの特徴がある。多くは裏急後重を伴わない泄瀉と呼ばれる下痢で、慢性に経過し、漢方治療のよい適応となる。陽の下痢は炎症性で症状が激しく、時に血液や膿などを排出する。細菌性腸炎などでよくみられ、裏急後重を伴う痢疾といわれる下痢であることが多い。

- 真武湯：腹部は軟弱で脈も弱く、冷え症で血色が悪い陰の下痢に使用する。裏急後重はなく、胃症状や腹痛はあっても軽度である。
- 人參湯：真武湯証と似るが、食欲低下や胃もたれなどの胃症状を伴うことが多い。
- 半夏瀉心湯：心下痞硬があり、腹鳴を伴う。
- 桂枝人參湯：人參湯証で、のぼせ、頭痛、悪寒などを伴う。
- 桂枝加芍薬湯：腹痛と裏急後重を伴う。下痢型の過敏

性腸症候群で使用する。

- 五苓散：のどが渇いて水を飲んだ割に尿量が少ない。
- 胃苓湯：急性胃腸炎で、腹痛と下痢をきたす。
- 啓脾湯：陰の下痢で、真武湯や人參湯が無効なときに試みる。

## ㊧腹痛

消化管攣縮による腹部痙痛には一般に芍薬を含む方剤が用いられる。上腹部痛であれば、柴胡剤のなかでも柴胡桂枝湯や大柴胡湯、四逆散を、臍周囲痛や下腹部痛であれば、大建中湯、小建中湯などの建中湯類を頻用する。過敏性腸症候群には桂枝加芍薬湯を第一選択に考える。芍薬甘草湯は、急激な腹痛に対し頓服として用いて有効である。

寒冷曝露によって誘発、あるいは増悪する慢性的な下腹部痛は寒疝と呼ばれる。その痛みは、時に上腹部や腰部、背部、会陰部、四肢、頭部などへ及ぶこともあり、当帰四逆加呉茱萸生姜湯などで治療する。

- 桂枝加芍薬湯：消化管攣急による臍周囲から下腹部の痙痛を目標とする。
- 小建中湯：桂枝加芍薬湯証で、体質が虚弱、あるいは腹痛が激しい。
- 大建中湯：薄い腹壁を通して腸管の蠕動亢進が透見できる、あるいはガス貯留により腹部全体が張っている。
- 当帰四逆加呉茱萸生姜湯：寒疝に用いる代表的方剤である。
- 芍薬甘草湯：腹痛発作に頓服する。
- 大柴胡湯：頑丈な体格で腹部の弾力が強く、胸脇苦満が顕著なものの上腹部痛に使用する。
- 四逆散：大柴胡湯証に似るが、便秘せず、腹直筋緊張を認める。
- 柴胡桂枝湯：本来は虚実中間証で胸脇苦満と上腹部腹筋緊張がみられる人に使用するが、上腹部痛に広く使用される。
- 安中散：慢性的な心窩部鈍痛を訴える。胸やけなどの呑酸症状を伴うことが多い。

## ㊨腹部膨満感

腹部全体に弾力があって膨隆している場合は実証で、大承気湯などの承気湯類を使用して下す。脈に力がなく、腹部は軟弱無力あるいは腹筋が薄く突っ張り、腸管にガスが貯留している場合は虚証と判断し、大建中湯などで腹部を温めて消化管機能を向上させる。

- 大建中湯：ガスで腹部が膨満し、腸管蠕動不穩を認める。術後腸管癒着による腹部膨満に頻用する。効果が不十分な場合は桂枝加芍薬湯を併用するとよいことがある。
- 桂枝加芍薬湯：腹痛を伴う便通異常がある。

- 当帰湯：大建中湯，桂枝加芍薬湯，半夏厚朴湯の方意を含む人参黄耆剤である。
- 大承気湯：腹部は全体的に膨満して弾力があり，便秘する。

### 3 排尿異常

池内隆夫

#### 1. 疾患の概略

下部尿路は一定時間の蓄尿と定期的な排尿という2つの相反する機能を担っているが，これに関連して出現するすべての異常症状は原因を問わずに下部尿路症状と呼ぶ。症状は3つに分類され，蓄尿症状は頻尿(昼間頻尿は起床中の排尿回数が8回以上，夜間頻尿は就寝中の排尿回数が2回以上)，尿意切迫感，尿失禁が，排尿症状は排尿困難(排尿障害)が，排尿後症状は残尿感が代表として挙げられるが，ほかにも排尿時痛，膀胱部(下腹部)痛や尿路不定愁訴などの症状がみられる。

排尿異常を起こす疾患には過活動膀胱，尿失禁，前立腺肥大症，下部尿路感染症(膀胱炎)，前立腺炎症候群のほかに，心因性の神経性頻尿や膀胱神経症などの下部尿路不定愁訴症候群がある。さらには加齢，冷え症，更年期症候群，睡眠障害，多飲習慣，西洋医薬の副作用などに伴って下部尿路症状が発生するので，発症原因は非常に多岐にわたっている。

#### 2. 漢方治療の適応

排尿異常の訴えは圧倒的に高齢者が多いので，虚弱体質，抗病反応の低下，生体防御機構の失調などの背景因子が想定され，多くの疾患は慢性経過を辿り，症状が遷延化する傾向がある。このような病態は愁訴に見合った客観的な異常所見がない不定愁訴や心因性の症候と同様に，漢方の適応性が非常に高い病態であり，漢方治療の有用性が大いに期待される。しかし，進行症例の一部では外科的処置が必要な場合や西洋薬治療を優先すべき疾患もあるので，漢方治療の限界および不適応病態の存在も念頭において対応する必要がある。

漢方診療では西洋医学的な疾患病名にとらわれることなく，多岐にわたる排尿異常の症候を全身症状の一徴候としてとらえることが重要である。治療は漢方医学的な診察で患者の証を見極めたうえで，個々の患者の体力や体質に合わせた漢方方剤を選択することが特に重要となる。

#### 3. 漢方医学的病態の特徴

排尿異常の漢方医学的病態としては，先天の生命力や，

人生に宿命的な生活変化の周期(成長→生殖→老化)，水分代謝機能を考えることが重要である。加齢に伴う性ホルモンの生理的減少と同時に泌尿器系機能の低下が起こる。加えて生命活動を司るエネルギーとされる気が失調して，気虚や気鬱(気滯)に進行すると考えられる。

腎尿路系臓器由来の疾患は基本的な病態として水毒(水滯)が深く関係し，排尿異常の発現機序は水分の排泄異常に相当する。また排尿異常の主因臓器である膀胱や前立腺は骨盤腔内に位置するので，解剖学的変化で起こる瘀血が随伴病態として重要となる。さらに加齢に伴い後天の生命力が低下すると，体力，免疫力，精神活動の低下とともに気の異常(気虚・気鬱・気逆)が随伴する。そこで，排尿異常の漢方医学的病態は水毒・瘀血・気の異常などが複雑に絡み合い形成された病態群と推測されている。

#### 4. 頻用処方(図2)

##### ㊦ 過活動膀胱

尿意切迫感と頻尿(昼間・夜間)があれば過活動膀胱と呼ばれ，半数に切迫性尿失禁を伴う。漢方医学的な病態はいまだ不明だが，西洋医薬の効果が不十分な場合には試す価値があると思われる。

- 牛車腎気丸・清心蓮子飲：第一選択。
- 潤腸湯，啓脾湯：第二選択。

原因が寒さで増悪する裏寒には駆瘀血剤を選択し，膀胱虚血が疑われる場合には補血剤を用いる。

##### ㊧ 尿失禁

尿失禁は発現機序で病態が異なるので適応方剤も異なる。尿意切迫感を伴う切迫性尿失禁は過活動膀胱の項で述べた。急激な腹圧上昇で起こる腹圧性尿失禁は骨盤底筋群の弛緩や骨盤底構成靭帯の脆弱化が原因である。

- 補中益気湯：陽証に用いる。麻黄が配剤された葛根湯の合方も考慮される。
- 麻黄附子細辛湯：陰証には麻黄と附子を含有した方剤が応用される。
- 牛車腎気丸・八味地黄丸・六味丸：神経因性膀胱で見られる反射性尿失禁や全尿失禁は脊髄疾患や脳神経系統疾患の後遺症や合併症が原因のときに選択される。

尿閉など多量の残尿を伴う溢流性尿失禁は前立腺肥大症の末期病期に起こるので，次の項で述べる。

##### ㊨ 前立腺肥大症

排尿困難，夜間頻尿，残尿感があれば本症を考える。漢方の適応は初期病期で，治療指針は出現症状の程度にとらわれずに体質(手足冷感の有無)と体力(実証・中間証・虚証)の両面から適応方剤を選択する。

- 八味地黄丸，六味丸，牛車腎気丸：補腎剤が第一選択

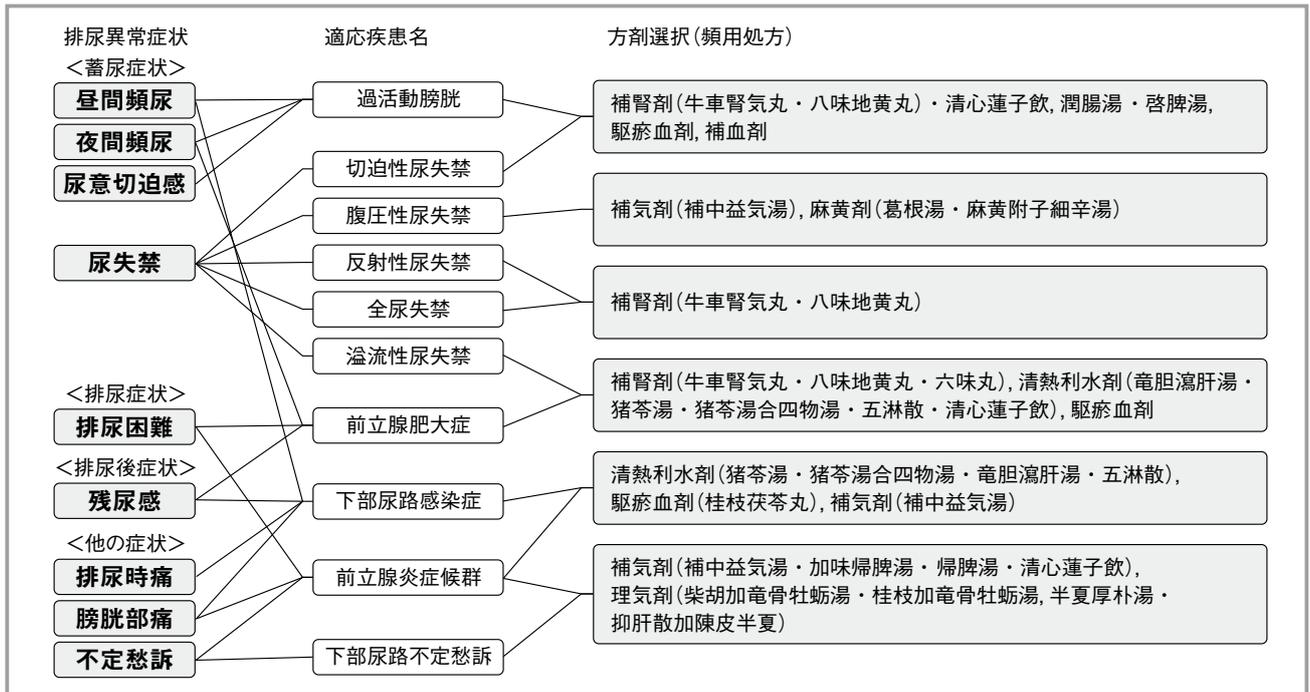


図2 排尿異常の頻用処方

である。

- 猪苓湯・竜胆瀉肝湯・五淋散：清熱利水剤が第二選択である。

進行すると骨盤腔内の瘀血を惹起するので、応用処方として駆瘀血剤が用いられる。

#### ㉑ 下部尿路感染症

頻尿(昼間・夜間)と排尿時痛などの膀胱刺激症状があれば膀胱炎を考える。もっともよい適応は遷延傾向の慢性膀胱炎である。

- 猪苓湯・猪苓湯合四物湯：清熱利水剤が第一選択である。
- 竜胆瀉肝湯・五淋散：第二選択。
- その他：上記の処方が無効な場合、寒さで増悪する患者は駆瘀血剤、また背景因子に加齢に伴った気虚が疑われる場合には補気剤(補中益気湯など)を用いるとよい。

#### ㉒ 前立腺炎症候群

前立腺炎とその類似疾患を含めた病態群で、排尿異常以外にも多彩な症状や不定愁訴を訴える。漢方の適応が高いのは西洋医学的治療法に難治性の慢性症例である。

- 桂枝茯苓丸：もっとも高頻度の病型である骨盤腔内静脈うっ滞症候群は、漢方医学的には瘀血である。

#### ㉓ 下部尿路不定愁訴

不定愁訴を中心とした多彩な下部尿路症状は、漢方医学的には下部尿路不定愁訴症候群という一つの証に集約できる。西洋医学的疾患名は神経性頻尿、膀胱神経症、慢性の膀胱炎や尿道炎や前立腺炎などに相当するが、ほかに冷え症や更年期障害に起因した病態もみられる。

そこで治療指針として、基盤となる漢方医学的病態に適合させて方剤を選択する必要がある。下部尿路の不定愁訴や心因性症候に対する治療目標は、患者の心(精神の機能や活動)の不均衡から起こる気の異常(気虚・気鬱・気逆)の改善であり、補気剤や理気剤を症状や病態に合わせて選択する。

#### 文献

- 1) 石橋 晃, 池内隆夫, 関口由紀:泌尿器科漢方研究会(編):泌尿器科漢方マニュアル, ライフ・サイエンス, 東京, 2003

## 4 月経異常・更年期障害

後山尚久

### 1. 疾患の概要

月経異常は月経周期異常の一般名であり、内分泌環境の病的な状況が引き起こすものである。西洋医学的には間脳・下垂体機能異常や卵巣の器質的・機能的異常を要因とする機能的疾患を指し、腫瘍や炎症による生殖管からの出血は含まない。漢方医学的病態の基盤としては瘀血が主体とされるが、五臓六腑論からは腎虚もその病態の一端を形成する。近年ダイエットや不健康な生活習慣、過剰な精神的ストレスが大きな要因と思える症例が多く、血虚、気虚、脾胃虚、あるいは気滞が病態の中心をなしている例が増加している。

更年期障害は閉経障害と呼ばれる内分泌性更年期障害を狭義の更年期障害とするが、一般社会では閉経前後の10年間ほどの期間に起こる心身不調を更年期障害と考える傾向がある。そのため、医療はそれに応えるべく更年期障害を全人医療の枠組みでとらえている。その症状は漢方医学的に病態把握することで治療の方向性が選択できることが多い。漢方医学では古くからその病状があらゆる古典に登場している。わが国では「血の道症」として漢方治療の対象となってきた。

エストロゲンや下垂体性ゴナドトロピンの短期間の急激な変動による自律神経失調を主体とした狭義の更年期障害は更年期障害の3割弱を占め、主にホルモン補充療法の適応となる。そのほかは精神障害(うつ病、不安障害ほか)が4割強を占めるため、精神神経薬を必要とする。残りの大半は心理社会的要因による自律神経失調症である。

## 2. 漢方治療の適応

体重減少を伴う重症タイプの排卵障害、冷えを伴う月経異常、精神的ストレスが強いため月経異常、あるいは多嚢胞卵巣症候群を含む高LH血症性排卵障害などは西洋薬の反応が悪く、漢方治療の最もよい適応である。なかでも温経湯は下垂体ゴナドトロピン分泌パターン調整作用、卵胞発育促進作用、黄体機能刺激作用などを有し、あらゆるタイプの月経周期異常の治療効果が報告されている。また、万病回春に“調経”を要する病態として「多くは是、気盛んにして血虚するなり。」とあるように、血虚、気虚タイプの治療も月経周期異常の漢方治療として広く行われる。芎帰調血飲第一加減が処方される。

ただし、体重減少あるいは過剰なストレスへの曝露が契機で発症した排卵障害には、まず食養生による体重の獲得、あるいは心理療法によるストレス対処行動獲得に対する治療が先行する。

更年期障害は全人医療を実施するなかで漢方医学的な対応を行うことが基本となる。病者の社会的背景を知り、心理性格特徴をつかむことが治療の成功につながる。更年期障害の約1/3に瘀血、1/4に気逆、気滯が認められる。ホットフラッシュ、頭痛・頭重感、およびめまい・ふらふら感にはさまざまな気血水病態がみられる。西洋医学の診断学では症状が多彩で臓器特異性がなく、症候移動も時としてみられるために、治療方針が立てにくい。しかし漢方医学ではさまざまな個別的診断により適切な治療に結びつく。

## 3. 頻用処方

古くは調気養血湯<sup>\*</sup>、千金調経湯<sup>\*</sup>が“調経”の頻用処方であった。千金調経湯は温経湯と同じ薬味であること

が知られている。通経四物湯<sup>\*</sup>や清経四物湯<sup>\*</sup>、阿膠四物湯<sup>\*</sup>などは四物湯の薬味を含んだ温経湯加減である。また、これらには桃仁や紅花などの駆瘀血生薬が含まれており、補血、駆血、活血が治療の骨格と考えられている。現代では、温経湯、芎帰調血飲第一加減のほか、当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、六君子湯などが高い頻度で処方される。

更年期障害の頻用処方西洋医学の専門科により偏りがある。

婦人科としては当帰芍薬散、加味逍遙散、および桂枝茯苓丸の処方機会が多く、これらは処方全体の半数を占める。肩こり、冷え、のぼせ、手足のしびれなどは、日本人の更年期障害の症状の発現頻度の上位を占めており、当帰芍薬散、桂枝茯苓丸の適応が多いと思われる。また、『太平惠民和劑局方』婦人諸疾門、逍遙散<sup>\*</sup>の主治にみられる「五心煩熱、頭目昏重、心忪頬赤、月水調ワズ、寒熱瘧ノ如ク」という表現は更年期障害によくみられる症状であり気逆と瘀血の病態が考えられる。

最近のストレス社会を反映して柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、桂枝加竜骨牡蛎湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、加味帰脾湯、抑肝散なども処方頻度が高まっている。

### ㊦ 月経異常(図3)

- 温経湯：あらゆるタイプの月経周期異常に使用してよいが、しばしば高LH血症、多嚢胞卵巣症候群、黄体機能不全症に試みられる。虚証で、下腹部圧痛などの瘀血徴候のほか、上半身熱感、口唇乾燥が使用目標となる。
  - 芎帰調血飲第一加減<sup>\*</sup>：気血両虚で、易疲労を訴える。
  - 当帰芍薬散：貧血や浮腫など、血虚と水滯がある。
  - 桂枝茯苓丸：冷えのぼせがあり、下腹部に瘀血の圧痛を認める。
  - 六君子湯：食欲低下し、腹証で心下痞と心下振水音を認める。
  - 加味逍遙散：気逆と瘀血が認められ、動悸などの心気症傾向と下半身の冷えがある。
  - 桃核承気湯：実証でイライラなどの精神症状が強く、便秘がある。腹証で左下腹部の擦過痛(小腹急結)が特徴的である。
  - 四物湯：血虚に対する基本処方である。加味逍遙散などと合方することがある。
  - 当帰四逆加呉茱萸生姜湯：四肢の冷えが強く、しもやけを生じる人により。
  - 芎帰膠艾湯：止血作用を期待して、虚証に用いる。無排卵周期症に用いるとよい。
- ### ㊧ 更年期障害(図C-4)
- 加味逍遙散：更年期障害に広く処方される。気逆と瘀

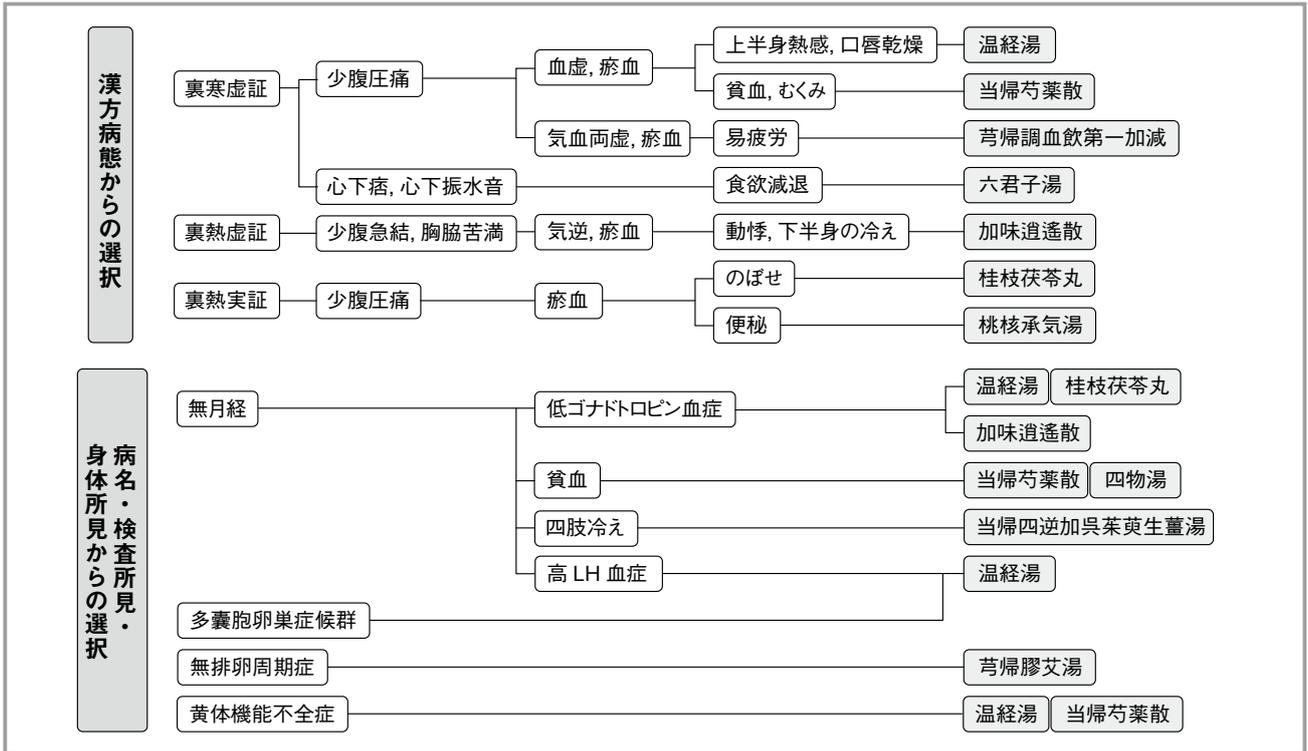


図3 月経異常の頻用処方

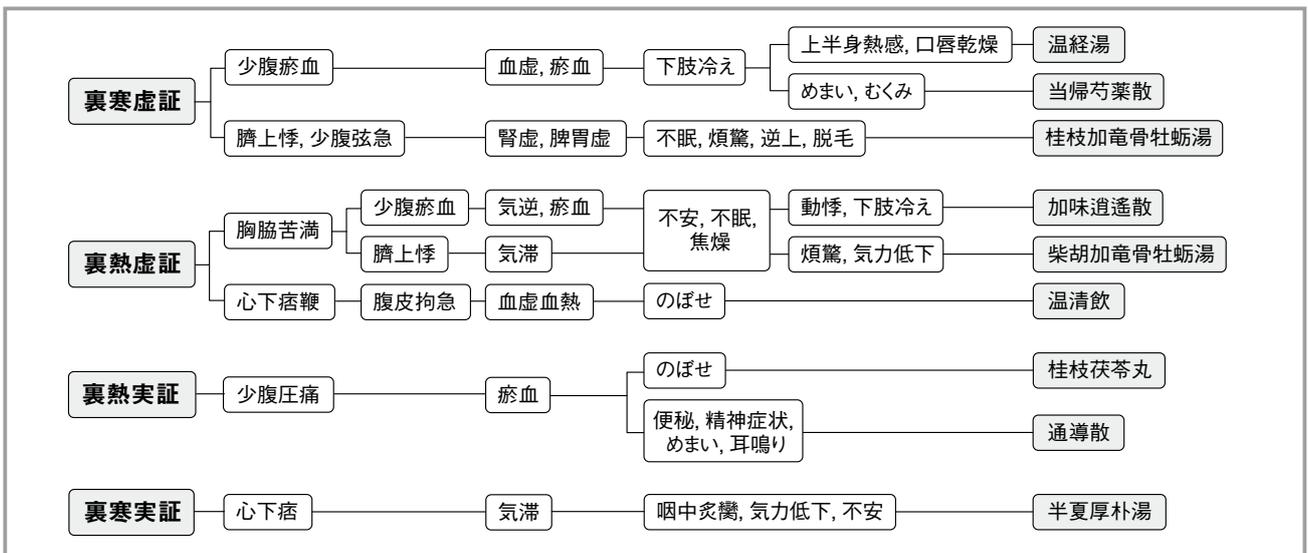


図4 更年期障害の頻用処方

血を主体とする病態で、イライラ、不眠、肩こり、動悸など、多彩な愁訴を訴える場合の第一選択薬。

- 桂枝茯苓丸：瘀血病態が明確なホットフラッシュ。実証向きであるが、虚証にも有効で下半身の冷えをとる。
- 通導散：瘀血による顔面紅潮とともに気滞によるイライラなどの精神症状。血圧は高めで便秘気味。
- 当帰芍薬散：虚証で四肢の冷えとめまい、動悸。水毒が主体で瘀血を伴う病態が適応。
- 温清飲：血虚血熱証の処方。のぼせと冷えがあり、頭

痛を訴えることがある。高血圧だが西洋薬による効果が低い更年期障害。

- 桂枝加竜骨牡蛎湯：不眠、煩驚、動悸があり、精神不安がある。腎虚による脱毛。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：気滞、脾気虚があり、精神症状がある。抑うつや不安を訴え、不眠がち。
- 半夏厚朴湯：気滞による抑うつ、不安。咽中炙臑があり動悸、めまいに対する理気薬。

(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

# D 四肢・関節・皮膚

## 1 浮腫

渡邊賀子

### 1. 疾患の概略

浮腫は体液量の増加やその分布異常により、組織間液が異常に増量した状態である。原因は種々の疾患で、局所性浮腫と全身性浮腫に分けられる。

局所性浮腫は、片側性あるいは一部に限局する浮腫である。原因としてはリンパ性・静脈閉塞性・アレルギー性・炎症性・血管神経性などに分類され、深部静脈血栓症・血栓性静脈炎・静脈瘤・蜂巣炎・術後や放射線治療後のリンパ管浮腫などがある。

全身性浮腫は、両側性に認められることが多く、軽度症では前脛骨部・足外踝・足背・上眼瞼などに浮腫を認めやすい。高度では急激な体重増加や腹水・胸水として現れ、腎性・肝性・心性・内分泌性・栄養障害性・妊娠性・特発性に分類される。原因疾患としては、ネフローゼ・腎不全・急性糸球体腎炎・肝硬変・うっ血性心不全・甲状腺機能低下症・甲状腺機能亢進症・妊娠中毒症・特発性浮腫のほか、月経前症候群(PMS)に伴うもの、ステロイド剤や非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)によるもの、利尿剤・緩下剤の長期連用や故意に嘔吐を繰り返す場合のレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系の亢進によるもの、また漢方薬(甘草)の副作用としての偽アルドステロン症によるもの、同じ姿勢を長時間保持することや運動不足など、薬剤や生活習慣に起因するものも多い。

治療としては、原疾患の治療とともに、安静・塩分制限・水分制限・物理的療法や利尿剤などの対症療法が行われる。

一方、漢方医学における浮腫は血液以外の水分である「水」が、全身または局所に貯留した状態である「水毒」ととらえられる。水毒でみられる症状としては、浮腫のほかにも、めまい・立ちくらみ・頭痛・頭重感・耳鳴り・水様性鼻汁・痰・動悸・口渇・悪心・吐気・腹鳴・腹部膨満感・下痢・冷え・関節痛・乗り物酔いなど多様で、このような症状が雨の日や低気圧の接近、寒冷時などに

増悪をみることもその特徴である。また、水は冷やす性質をもつことから、浮腫部の冷感など冷えの症状を訴えることも多い。

### 2. 漢方治療の適応

器質的疾患があれば、その原疾患の治療が優先される。基礎疾患が不明な場合や原疾患の治療にもかかわらず消失しない浮腫、あるいは諸検査で異常なく、診察上も浮腫を認めないにもかかわらずむくみ感が強い場合などは、漢方薬による治療が有用と考えられる。

漢方治療においては、体内の水分分布を調節する働きのある利尿剤が中心となる。利尿剤は、単に利尿だけでなく、発汗による調節、気道や消化管の水を調整するように、体内の水の偏在を是正していると考えられ、茯苓・朮・沢瀉・猪苓・麻黄・木通・防己・黄耆・半夏・生姜・杏仁・細辛・呉茱萸・附子などの生薬を含む方剤が多い。

浮腫をきたす基礎疾患のなかには、慢性腎炎・慢性肝炎・自己免疫性疾患など経過が長いものやステロイドの長期使用例なども多い。そのため、利尿剤だけでなく、当帰芍薬散・桂枝茯苓丸といった駆瘀血剤や、補中益気湯・十全大補湯・八味地黄丸・牛車腎気丸といった補剤も単独または利尿剤と併用して用いられることが多い。

また、浮腫のなかには、術後のリンパ管浮腫のように治療に苦慮することも多いが、子宮がんの手術ならびに放射線治療後の下肢のリンパ管浮腫でリンパ管炎を繰り返していた症例に神効湯\*が著効したという報告もあり、現代医学の治療が困難な浮腫にも、漢方薬が有効な場合があると考えられる。方剤の選択には、随証治療が原則であるが、現代の日常診療においては薬理学的知見などを踏まえて処方することも多い。

### 3. 頻用処方

- 五苓散：浮腫の第一選択薬で、利尿剤の代表。口渇・尿量減少を使用目標に、ネフローゼなどの腎疾患や吐気を伴う頭痛・めまい・下痢などに用いられる。
- 柴苓湯：慢性腎炎・ネフローゼ症候群・糖尿病性腎症などの腎疾患や、種々の原因による浮腫に広く用いられる。元来は口渇・尿量減少などが認められる暑気あ

りに用いていたが、現在はステロイドによる副作用を軽減する目的でも頻用される。

- 猪苓湯：膀胱炎をはじめとする泌尿器疾患や残尿感・排尿痛・血尿などの症状に伴う下半身の浮腫に頻用され、極端な虚証を除き幅広く用いられる。
- 苓桂朮甘湯：動悸・めまい・立ちくらみ・のぼせなどを伴う浮腫に用いられる。水毒を基盤としたメニエール病や起立性調節障害などにも頻用される。
- 防己黄耆湯：多汗・冷え・尿量減少・関節痛・易疲労感を伴う浮腫に用いられる。皮下脂肪が軟らかく筋肉の緊張が弱い、いわゆる水太りタイプに用いられる。変形性膝関節症のときの関節局所の浮腫にも有効。
- 小青竜湯：気道への水の偏在を是正する処方であり、喘息やアレルギー性鼻炎などに頻用される。胃腸が比較的丈夫なもので、頭痛・発熱・悪寒・咳嗽などの症状を伴う浮腫や咳嗽による顔面の浮腫にも有効。
- 真武湯：顔色が悪く全身の冷えがあって、下痢・めまい・身体動揺感・全身倦怠感・動悸などを伴う虚証の浮腫に用いられる。
- 八味地黄丸・牛車腎気丸：排尿異常や足腰の冷え・しびれ・疼痛、視力障害や聴覚障害などを伴う浮腫に用いられる。腎虚のある高齢者や慢性疾患患者の下肢の浮腫に用いられることが多い。
- 茵陳蒿湯：黄疸の薬として有名だが、利尿作用も有する。便秘・尿不利があり、心窩部膨満感がある浮腫に用いられる。
- 茵陳五苓散：肝硬変やネフローゼのほか、放射線治療後の局所の浮腫などにも用いられる。尿不利が著しく、便秘がないものが適応である。
- 桂枝茯苓丸：頭痛・肩こり・のぼせを指標とする駆瘀血剤の代表であるが、血流改善とともに余分な水を排除して浮腫を改善する。
- 当帰芍薬散：冷え・頭重感・めまい・貧血を伴うものに用いられる。利尿効果と補血効果を併せもち、妊娠性浮腫や慢性腎炎・ネフローゼなどにも有効。
- 半夏厚朴湯：気剤として用いられることが多いが、古典的には利尿効果もあり、咽中炙鬱をはじめ腹部膨満感・不安感などの多愁訴を伴うことが多い。  
(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

## 文献

- 1) 林 松彦(編)：浮腫対策，ヴァン・メディカル，東京，2000

## 2 関節痛・神経痛

小暮敏明

### 1. 疾患の概略

疼痛は一般に急性疼痛と慢性疼痛に分類される。漢方治療の適応となる疼痛は主に慢性疼痛であろう。慢性疼痛の概念は、一般に6か月以上痛みが持続し、または再発を繰り返し、障害の程度と痛みの強さとの間に明らかな相関はなく、組織損傷を知らせる警告反応の機能が消失しているもの、とされている。関節リウマチ(RA)で炎症が制御されずに疼痛が遷延化してくると、痛みの長期化によりさまざまな心理社会的側面を伴ってくる事が知られているが、これらも慢性疼痛とされる。

神経や関節の慢性疼痛は炎症や虚血、外傷後あるいは退行性変化などさまざまな誘因によって誘発されるが、時に原因不明の線維筋痛症のような慢性疼痛も存在する。治療を行う前に、臨床症状と血液血清学的所見ならびに画像診断によってその病因を把握することが不可欠である。

### 2. 漢方治療の適応

漢方薬のよい適応は、単純性腰痛症、頸肩腕症候群、変形性関節症、RAなどの侵害受容性疼痛、帯状疱疹後神経痛、視床痛などの神経因性疼痛、これらに加えて、心因性疼痛などが挙げられる。

腰痛症(さまざまな原因を含む)や頸肩腕症候群、変形性関節症の場合には、非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAIDs)やリマプロスト アルファデクス、ビタミンE製剤などの末梢循環改善薬の投与に加えて理学療法が試みられる。時に外科治療が必要となるが、漢方薬はその全経過で試みられてよい治療法である。RAは疾患活動性を十分に把握し炎症が制圧できない場合は生物学的製剤を含めた治療が必要となる。しかしながら漢方薬に反応する症例も存在することから、高齢者や結核の既往、肝・腎障害、間質性肺炎を伴う患者では特に漢方薬の適応を特に考慮されてよい。線維筋痛症はクラスター分類に従って、サラゾスルファピリジン、ガバペンチン、抗不安薬が用いられているが、各クラスターとも漢方薬の適応と考えられる。

帯状疱疹後神経痛や特発性三叉神経痛はそれぞれ西洋医学的治療とともに漢方薬の適応となる。中枢性の神経痛は難治性であるが症状緩和や全身症状の改善のために漢方薬が試みられることがある。



図1 関節痛・神経痛の頻用処方

### 3. 頻用処方(図1)

#### ㊦ 関節痛

関節痛と神経痛で頻用処方の解説を分けたが、関節痛と神経痛はともに漢方医学的には病変の部位は表にある。したがって用いられる漢方方剤は一部重複している。しかしながら、西洋医学的にみると関節痛にはRAのような自己免疫機序に由来する炎症性疾患から変形性関節症のような退行性変化に伴う病態まで幅広く存在する。伝統医学的考え方とともに基礎疾患の病態を考慮することも重要と思われる。

- 越婢加朮湯：陽証で水滯の病態を帯びる。激しい関節痛で、関節腫脹を伴っている人に使用する。帯状疱疹後神経痛に用いる場合には、水泡が出現するか否かの病期から投与すると、帯状疱疹の治癒後に疼痛が軽減されることがある。
- 麻杏薏甘湯：皮膚乾燥がみられ、血虚を兼ね備えた病態で、種々の関節痛・神経痛に用いられる。RAは朝のこわばりと表現されるように、早朝に疼痛が増悪するが、時に夕刻に増悪する場合があります。そのような人に試みてよい方剤である。
- 防己黄耆湯：関節の腫脹を伴うような変形性膝関節症に応用される。気血水の理論からすると、関節腫脹は

水滯と考えられ、それを改善させる方剤として臨床応用されている。いわゆる中年太りの腹診所見が、この方剤を投与する目標である。

- 薏苡仁湯：冷えの症候に乏しく、疼痛部位を触診すると熱感を伴う関節痛、筋肉痛に用いられる。変形性関節症による慢性疼痛によく多い。RAでは、関節の変形はある程度進行しているが、ADLは保たれているという人によくある。
- 桂枝加朮附湯：陰証で水滯を伴った病態である。冷えによって増悪する神経痛、関節痛に用いられる。
- 桂枝二越婢一湯加苓朮附\*：RAによく用いられる。防己や黄耆を加味して用いられることが多い。
- 桂枝芍薬知母湯：陰証で虚証の病態を呈する。RAで関節の変形した人で、疼痛が激しい場合に用いられる。
- 大防風湯：RAで、気血両虚の病態を呈した人に用いられる。桂枝芍薬知母湯と似ているが、気血両虚の状が著しい。
- 苓姜朮甘湯：陰証で虚証、特に下半身が冷える、あるいは重いと訴える腰痛に応用される。水滯の病態もみられ、夕方に下肢がむくむ、などを訴える場合により。
- 八味地黄丸：陰証で虚証、高齢者の腰痛、下肢のしびれ、冷え、夜間頻尿などを目標に投与される。同様の症状で浮腫傾向があれば牛車腎気丸が用いられる。

- 当帰四逆加呉茱萸生姜湯：慢性腰痛で四肢の冷えを訴える人によい。手指のしもやけの既往も応用の目標である。時に慢性頭痛を自覚する場合にもよい。
- 二朮湯：肩や上腕の痛み、いわゆる五十肩などに幅広く用いられる。肩痛のほかに水滯の徴候を兼ね備えている場合には、特によい適応である。陽証の場合には、麻黄が、陰証の場合には、附子が加味されることがある。

### ㊦ 神経痛

神経痛の治療においては陰陽の鑑別が重要である。漢方治療を受ける神経痛の人は、慢性疼痛を呈する場合が多く、長期にわたって疼痛を訴える人にも遭遇する。このような人のなかに陽証を呈する例も存在し、慎重に診察を行う必要がある。

- 葛根湯：末梢神経痛の初期などに用いられる。後頸部のこりを伴うことが多い。
- 烏薬順気散\*：陽証の神経痛に用いられ、気鬱を伴っている場合によい。
- 疎経活血湯：陽証で瘀血の病態を呈した人に用いる。特に下肢の痛み、坐骨神経痛の病態に用いられることが多い。
- 五苓散：種々の末梢神経痛に用いられる。疼痛とともに口渴・発汗過多・尿量減少がみられる人に、よい適応と考えられている。
- 柴苓湯：五苓散と同じような所見を呈する人に用いられる。腹証で胸脇苦満の存在は、本方の適応を示唆する。
- 当帰湯：太陰病期で虚証の方剤である。気虚と血虚を兼ね備え、肋間神経痛によく応用される。
- 小続命湯\*：陰証の神経痛に用いられる。脳梗塞後の中枢性の神経痛に用いてよい。
- 附子湯\*：少陰病期で虚証の病態で、水滯を呈している人に用いられる。背部に冷感を訴える場合によい。  
(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

## 3 感覚障害・運動麻痺・不随意運動

嶋田 豊

### 1. 疾患の概略

感覚障害・運動麻痺・不随意運動の原因は多種多様であり、神経・筋疾患においてこれらの症候は、中枢神経、末梢神経、筋などいずれの部位の障害でもみられる。病因についても、血管障害、変性疾患、脱随疾患、代謝疾患、中毒性疾患、外傷、腫瘍、感染症などさまざまである。また、発症からの時期によって、急性期、亜急性期、

慢性期などに分類され、進行性あるいは再発性の疾患もある。

### 2. 漢方治療の適応

感覚障害・運動麻痺に対する漢方治療の効果は、原疾患により左右されるため、適応を一概に論じることはいないが、西洋医学的に有効な治療手段がある場合はそちらを優先し、そうでない場合は漢方治療を考慮する。今日では、漢方治療は慢性期に応用されることが多い。

不随意運動はさまざまなタイプに分類され病因も異なるが、漢方治療の主な対象は心因性の要素の強い振戦やチックなどである。また、筋痙攣は漢方治療の非常によい適応である。てんかんは西洋医学的治療が主体となる。

### 3. 頻用処方

#### ㊦ 感覚障害・運動麻痺

感覚障害・運動麻痺などは、風・寒・湿・火(熱)などの外邪による侵襲が原因とされる。また、気血水の視点からは、血虚や瘀血、気虚や気滯、水滯(水毒)などが重要である。

- 桂枝加朮附湯：虚証で冷えのある人のしびれ、麻痺に広く使用する。桂枝湯に利水の朮と大熱の附子が加味されている。
- 桂枝加苓朮附湯：桂枝加朮附湯に利水の茯苓を加え、湿(水毒)への対応がさらに強化されている。
- 八味地黄丸：中年以降、特に高齢者の腰部および下肢のしびれ・脱力感を目標にする。疲労、倦怠感、排尿異常、小腹不仁を伴いやすい。腎虚の代表的方剤で、桂枝・附子という温・熱の生薬を含み、手足に冷えがある人に使用するが、ほてりがある場合にも使用できる。
- 牛車腎気丸：八味地黄丸に牛膝と車前子が加わった方剤。八味地黄丸の証があり、浮腫傾向でしびれ・痛みが比較的強い人に使用する。
- 六味丸：八味地黄丸から桂枝と附子を去った方剤で、八味地黄丸の証があり、手足のほてりがある人に使用する。
- 真武湯：虚証の冷え症で、胃腸が弱く下痢傾向で倦怠感が強く、運動麻痺や感覚障害を伴う人に使用する。附子剤である。
- 苓姜朮甘湯：虚証で頻尿の傾向があり、腰部より下肢にかけて冷えと脱力感を覚える人に使用する。
- 葛根湯：感冒様症状に伴う皮膚の異常感覚などに使用する。
- 五苓散：水滯の代表的な方剤であるが、局所の浮腫が想定される神経障害の急性期などの病態にも使用する。

- 当帰四逆加呉茱萸生薑湯：虚証で、四肢の冷えが顕著でしびれ・麻痺がみられる人に使用する。
- 当帰芍薬散：虚証の冷え症で、貧血やむくみやすく、四肢のしびれ・脱力感などがみられる人に使用する。血虚・瘀血・水滯を目標とする。
- 桂枝茯苓丸：虚実中間証もしくは実証で、のぼせて赤ら顔の傾向があり、下腹部の抵抗・圧痛などの瘀血の症候を認め、四肢のしびれなどがみられる人に使用する。
- 桃核承気湯：実証、のぼせ傾向で、左下腹部の抵抗・圧痛(小腹急結)などの瘀血の症候と便秘がみられ、四肢のしびれなどを有する人に使用する。
- 疎経活血湯：虚実中間証で、冷えはないかあっても軽い人の四肢のしびれ・麻痺に使用する。瘀血・血虚・水滯の症候を目標とする。
- 加味逍遙散：比較的虚証で、不安・イライラなどの精神症状、発作性の熱感や発汗など多彩な自律神経症状を有する人が、ムズムズするなどの皮膚の蟻走感を訴える場合などに使用する。
- 補中益気湯：運動麻痺や四肢の脱力感などがあり、虚証で疲れやすく食欲がない人に使用する。気虚の代表的方剤。
- 十全大補湯：四肢のしびれ、運動麻痺、脱力感などがみられ、虚証で疲れやすく食欲がない人に使用する。気虚と血虚が併存する場合の代用的方剤。
- 大防風湯：虚証の冷え症で、四肢の運動麻痺、引きつれ、しびれなどがみられる人に使用する。血虚・気虚・水滯の症候を目標とする。附子剤。
- 五積散：上熱下寒の傾向がある、寒冷や湿気に侵されてしびれや麻痺がみられる人に使用する。
- 温経湯：虚証で、口唇の乾燥、月経不順、下腹部の痛みなどを伴い、手掌のほてりがみられる人に使用する。
- 小建中湯：虚証で、疲れやすく、腹力軟弱で腹直筋の攣急が強く、手足のほてりを訴える人に使用する。
- 三物黄芩湯：手足のほてり・熱感を訴える人に使用する。
- 小柴胡湯：虚実中間証で胸脇苦満があり、手足のほてり・熱感を訴える人に使用する。
- 黄连解毒湯：実証で、暑がり・のぼせ・顔面紅潮・精神不安の傾向があり、手足のしびれなどの感覚障害を有する人に使用する。
- 三黄瀉心湯：実証で便秘があり、イライラして落ちつかず、のぼせ・顔面紅潮・めまい・頭重などと、手足のしびれなどの感覚障害を訴える人に使用する。

#### ⑤ 不随意運動

筋痙攣は血虚の症候とされ、芍薬甘草湯などの芍薬が

主体に配合された方剤を使用する。また、筋は肝と密接な関係があり、てんかんなどにみられる痙攣は肝の異常によるとされ、釣藤鈎を含む方剤や柴胡剤が主に使用される。

- 芍薬甘草湯：こむら返りなどの有痛性の筋痙攣に使用する。冷えや痛みが強い人には、附子を加え芍薬甘草附子湯とするとよい場合がある。
- 抑肝散：てんかん、てんかん様の痙攣、小児の熱性痙攣、眼瞼・顔面・四肢の筋肉の痙攣・攣縮、振戦・チックなどの不随意運動を目標に使用する。神経過敏で怒りやすく、イライラ傾向が典型である。胃腸虚弱で腹部大動脈の拍動(臍上悸)を強く触れる人には、抑肝散加陳皮半夏がよい。パーキンソン病・症候群のように、筋固縮が強い人にも使用する。
- 柴胡桂枝湯：てんかんなどにみられる痙攣や各種の不随意運動を目標に用いる。比較的虚証で、腹力が軟弱で胸脇苦満と臍上悸を認める人が典型である。
- 釣藤鈎：痙攣に効果がある釣藤鈎を含み、微小循環障害の改善も期待できる。比較的高齢者で軽い振戦や固縮を有する脳血管性パーキンソン症候群などに使用する。
- 桂枝加竜骨牡蛎湯：虚証。腹力が軟弱で臍上悸を強く触れ、精神的ストレスで増悪する痙攣やチックなどを有する人に使用する。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：比較の実証で、不安・いらだちなどの精神症状を伴い、腹力は中等度以上で胸脇苦満と臍上悸を認め、てんかんなどの痙攣発作や不随意運動を有する人に使用する。
- 甘麦大棗湯：婦人の「葳躁」(ヒステリー様の発作)に対する方剤。類似した痙攣やチックなどの不随意運動にも使用する。

## 4 湿疹・蕁麻疹・皮膚瘙癢症

夏秋 優

### 1. 疾患の概略

#### ㊦ 湿疹

湿疹は正確には「湿疹・皮膚炎群」と呼ばれる疾患群の総称である。臨床的には痒みを伴い、紅斑、丘疹、小水疱、膿疱、びらん、痂皮、鱗屑、苔癬化など多様な皮疹を示す。接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎、アトピー性皮膚炎、貨幣状湿疹、皮脂欠乏性皮膚炎、うっ滞性皮膚炎などの病型に分類される。

### ㉞ 蕁麻疹

蕁麻疹は真皮肥満細胞が活性化されることによって一過性に生じる膨疹、紅斑で、激しい痒みを伴う。個々の皮疹は1～24時間以内に消褪する。食物や病原微生物、物理的刺激などが原因となるが、慢性例の多くは精神的ストレスや疲労などが誘因となる。

### ㉟ 皮膚瘙癢症

皮膚瘙癢症は皮疹が認められずに痒みだけが出現する状態であるが、激しい搔破によって湿疹病変を伴う場合もある。加齢に伴う皮膚機能低下によって生じる老人性皮膚瘙癢症が一般的であるが、内臓疾患を反映している場合もあり、糖尿病や肝・腎機能障害、内臓悪性腫瘍などに注意する必要がある。

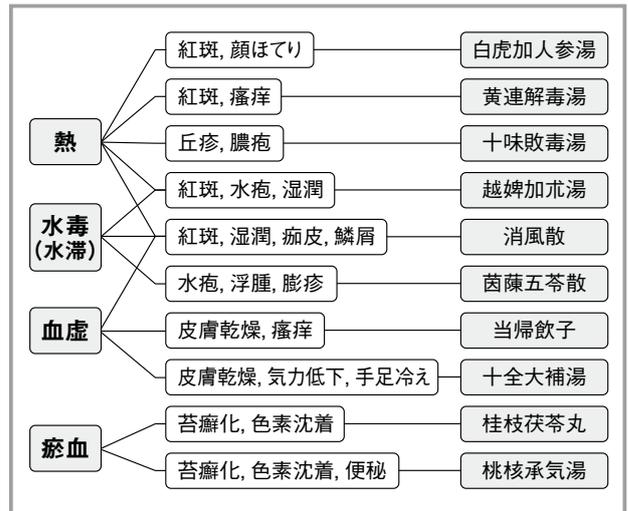


図2 湿疹・蕁麻疹・皮膚瘙癢症の頻用処方

## 2. 漢方治療の適応

まず個々の疾患の原因を検索してそれを回避、排除する必要がある。西洋医学的治療としては、痒みに対しては抗ヒスタミン薬、炎症の制御にはステロイド外用薬が基本となる。脂漏性皮膚炎では抗真菌外用薬、アトピー性皮膚炎ではタクロリムス外用薬も用いられる。

しかし、原因が明らかにならず、標準治療に抵抗して慢性化、難治化する症例では漢方治療が適用される。処方選択の考え方として、体力の虚実にこだわらず、皮膚に現れている症状(皮疹)を局所の証としてとらえ、まず症状を改善する治療(標治)を行う。症状によっては2種類の方剤を併用(合方)する。次に個々の患者の体質を全身の証としてとらえ、体質改善(本治)を行う。自律神経系機能や感染防御機能の低下は気虚ととらえて補気剤を用い、血虚や寒証の体質には補血剤や去寒剤を選択する。漢方薬のみによる症状の改善が困難な症例では、抗ヒスタミン薬、ステロイド外用薬などを適宜併用することが望ましい。

## 3. 頻用処方(図2)

### ㉞ 湿疹

- 白虎加人参湯：ほてりを伴うアトピー性皮膚炎の顔面紅斑によく用いられる。
- 黄連解毒湯：痒み、熱感の強い紅斑を有する人に適する。
- 十味敗毒湯：丘疹、膿疱などを呈する人に用いられ、瘡瘡や毛包炎にもよい。
- 越婢加朮湯：紅斑に水疱形成を伴い、湿潤傾向のある皮疹に用いられる。
- 消風散：紅斑、水疱、湿潤、痂皮、鱗屑、乾燥などを認める人に用いられる。
- 桂枝茯苓丸：駆瘀血剤の代表で、肩こりや手足の冷え、

月経不順などを目安にする。皮疹が慢性化し、苔癬化や色素沈着の強い人に用いる。

- 桃核承気湯：瘀血を有する人で、便秘、月経不順、精神不安などを目安に用いる。
- 補中益気湯：気虚体質の改善に用いられる補気剤の代表である。アトピー性皮膚炎で本剤の長期内服によって外用薬の使用量を減らす効果が期待できる。
- 十全大補湯：気力の低下、手足の冷え、皮膚乾燥など、気虚、血虚の体質を改善する目的で用いる。
- 柴胡清肝湯：扁桃腺炎やリンパ節炎を生じやすい小児で湿疹病変が慢性化する場合に用いられる。
- 黄耆建中湯：神経過敏で感染症を繰り返す幼児・小児の体質改善に用いる。
- 五苓散：局所は湿潤し、全身的には口渴と尿量減少、浮腫傾向がある。

### ㉞ 蕁麻疹

- 麻杏甘石湯：急性蕁麻疹の標治として用いられる。
- 茵陳五苓散：口渴や尿量減少などを目安に、浮腫傾向の強い蕁麻疹に用いる。
- 麻黄附子細辛湯：寒冷蕁麻疹に対する第一選択薬である。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：不眠やイライラなど気滞の症状を有する人に用いる。

### ㉟ 皮膚瘙癢症

- 当歸飲子：老人性皮膚瘙癢症に対する第一選択薬である。軽度の皮膚乾燥と皮膚瘙癢感を有し、紅斑や丘疹などの炎症所見に乏しい人に適する。
- 牛車腎気丸：高齢者で下半身が冷えやすく、下腹部の軟弱な場合(小腹不仁)に用いられる。糖尿病に伴う下肢のしびれや皮膚の痒みを有する人に適する。
- 黄連解毒湯：腎不全などの基礎疾患を有する皮膚瘙癢

症に用いて奏功する場合がある。

#### 文献

- 1) 夏秋 優：皮膚科領域における漢方薬の使い方. MB Derma 131 : 1-6, 2007
- 2) 小林裕美：皮膚科疾患. 水野修一(総編集)：漢方内科学, p673-742, メディカルユーコン, 京都, 2007
- 3) 三田哲郎：エキス剤を用いた皮膚病漢方診療, 第3版, 医歯薬出版, 東京, 2008
- 4) 二宮文乃：図解・症例 皮膚疾患の漢方治療, 源草社, 東京, 2008

# E 全身

## 1 疲労・倦怠感

西田慎二

### 1. 疾患の概略

疲労や倦怠感をきたす原因は非常に多種多彩である。急性疾患であれば、感染症、脱水、電解質異常などがあり、慢性疾患であれば、腎・肝・呼吸器・内分泌・循環器などの内臓疾患、血液疾患、悪性腫瘍、膠原病、慢性炎症性疾患、神経筋疾患などの器質的病変と、うつ病などの気分障害や不安障害などの精神疾患がある。ただし実際には精神症状と身体症状がともに現れ、相互に影響を及ぼしている病態(心身症)も数多くみられる。

なお、機能性身体症候群(functional somatic syndrome : FSS)という概念が最近提唱されている。これは「適切な検査や診察を行っても、器質的疾患の存在を明確に説明できない病態」と定義されており、主な症状としては、疲労感、疼痛(頭痛、関節痛、筋肉痛)、動悸、めまい、消化器症状などである。このFSSには過敏性腸症候群、月経困難症、線維筋痛症、顎関節症、化学物質過敏症、緊張型頭痛、慢性疲労症候群などが包含される。またFSS患者は高率に抑うつや不安などの精神症状を伴い、複雑な心理社会的背景のある者や、良好な医師患者関係の構築が困難な者も多く、心身症として扱う必要がある患者が多い。

このように、慢性に疲労・倦怠感を訴える患者においては、器質的疾患の除外とともに、心理面・身体面の両面にアプローチをすることが重要である。

### 2. 漢方治療の適応

漢方治療の適応は、慢性の疲労・倦怠感をきたすのうち、器質的疾患を認めない場合であろう。つまりこれはFSSに相当する疾患群である。このなかの代表として慢性疲労症候群については、治療手段としてビタミンC、メラトニン、抗うつ薬などの薬物療法や、認知行動療法などの非薬物療法が推奨されている。さらに、補中益気湯・十全大補湯などの補剤も有効であるとされる。

ところが、疲労をきたす疾患はこれらの補剤を必要と

するような気虚や血虚の病態だけでなく、気鬱や気逆であることも多い。

実際の鑑別においては、疲労感に加えて焦燥感や抑うつを感じる場合はおおむね気鬱、単に疲労感のみで精神症状をあまり訴えない場合はおおむね気虚と考えるとよい。また、気鬱であれば午前中や週の初めに増悪することが多く、気虚であれば午後や週の終わりに増悪することが多いことなども、鑑別のポイントとなる。

治療において、気鬱に対して漢方薬はもちろん、抗うつ薬・抗不安薬などが一定の効果を示すが、気虚に対しては西洋医学的な治療薬がなく、漢方治療のよい適応である。

### 3. 頻用処方(図1)

#### ㊦ 焦燥感・抑うつのみられる疲労・倦怠感

- 大柴胡湯：肉付きのよい顔貌。焦燥感は感じられるが、症状の訴え方自体はおとなしく、ボソボソとしゃべる。訴えについても身体症状(倦怠感、肩こり、胃痛、腹痛、便秘など)が多く、精神症状も問診すれば答えるが、主訴として精神症状を挙げることは比較的少ない。腹証は胸脇苦満が非常に強く、心下痞硬や腹直筋の緊張もみられる。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：抑うつ気分・焦燥感などの精神症状と、動悸・ふらつき・頭痛などの身体症状とともに

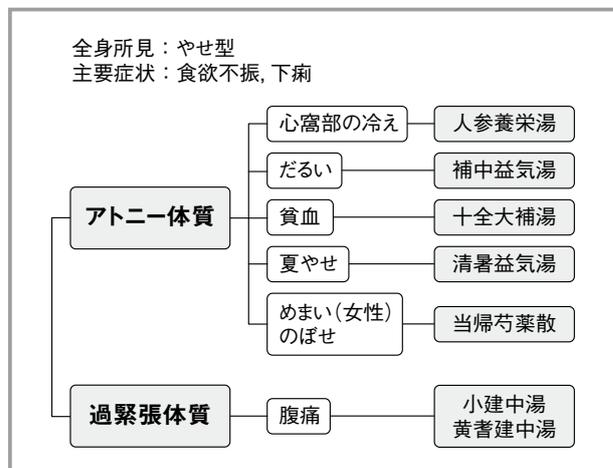


図1 疲労倦怠感の頻用処方

丁宗鐵, 菊谷健彦: 漢方製剤(保険適用)の使い方, 山口徹ほか(編集): 今日の治療方針 2010年版, p1404, 医学書院, 2010

訴える。職場の人間関係や介護問題などの、生活上避けることができないことによるストレスを抱えている人が多い。腹証は胸脇苦満が強く、腹部大動脈の拍動を触知することが多い。

●柴胡桂枝乾姜湯：腹証は腹力軟弱、胸骨剣状突起直下の圧痛、臍上悸が特徴的であり、胸脇苦満はあるかないか程度である。主訴は非常に多彩であり、問診表にも事細かく書き込む。性格傾向としては「来客が来ると、いそいそと対応するが、客が帰るとどっと疲れてしまう」という人によくみられる。また、向精神薬の服用に対して拒否感のある人や、服用するとふらついて飲めないという人が多い。

●加味帰脾湯：顔色が悪く、焦燥感よりも抑うつ症状が強い人に用いる。また、睡眠障害(特に多夢、浅眠)を有することも特徴的である。

#### ㊦あまり精神症状のみられない疲労・倦怠感

●補中益気湯：食後の眠気、目に力がない、手足が抜けるように重たい、アトニー症状、微熱(不明熱)、かぜを引きやすい、などがみられる人に用いる。腹力は中等度以下。慢性疲労症候群で精神的問題が全くみられない人、高齢者の軽度うつ病で抗うつ薬の服用でかえって倦怠感が出る人などによい。

●六君子湯：食後の早期膨満感を訴える人に用いる。腹力は虚弱で振水音を認める。Functional dyspepsia(FD)の食後愁訴症候群がほぼ相当する。

●清暑益気湯：夏期に熱感、口渇、下痢、体重減少などがみられる人に用いる。腹力は中等度からやや虚弱である。

●十全大補湯：倦怠感に加えて、目のかすみ、脱毛、皮膚の乾燥など、気虚に加えて血虚を有する患者に用いる。悪性腫瘍の手術後の補助療法などで有効なことが多い。腹力は中等度から虚弱な人に用いるが、悪性腫瘍の補助療法に用いる場合は、この限りではない。

●人參養榮湯：目標は十全大補湯に似ているが、腹証では心下痞鞭を認めることが多い。また、構成生薬からは、呼吸器症状を有する人により有効である。

●当帰芍薬散：胃腸虚弱があり、過少月経や脱毛などの血虚の症状、さらに浮腫などの水毒の症状を伴う人に用いる。腹証では、振水音や瘀血の圧痛点を認めることが多い。

#### ㊧体質や加齢の影響が大きい疲労・倦怠感

●小建中湯：過敏性腸症候群のように、ストレスがあるとすぐにおなかをこわし、食べても太ることができない人に用いる。腹証では、腹直筋の緊張が著明である。

●黄耆建中湯：多汗や皮膚の慢性炎症などがみられる人に用いる。小児にかぎらず、高齢者の褥瘡などにも使

用することがある。腹証は小建中湯と同様である。

●八味地黄丸：高齢者や大病後の人で、腹証では少腹不仁が特徴的である。高齢者で抗うつ薬に反応が乏しい人に併用することで、より抗うつ薬の効果が高まることがある。

## 2 虚弱体質・冷え性

頼 建守

### A 虚弱体質

#### 1. 疾患の概略

虚弱体質という言葉は現代医学的には明確な定義はない。生来の遺伝的な素因と後天的な素因として生活の不養生が原因となる。時代の変遷で変化し、以前は栄養不良であったが、現代では過食による消化器の疲弊、栄養の過剰や偏り、運動不足による心肺運動機能低下が主因である。またストレスの増大や昼夜逆転、生活リズムの乱れも病態を助長させる。

#### 2. 漢方治療の適応

食養生や生活習慣是正などの日常生活上の指導が重要で、漢方治療だけでは不十分である。

#### 3. 頻用処方

##### ㊦フィジカル素因に用いる方剤

●六味丸：成長の遅い子や陰液の不足によりほてりなどがみられる場合に使用する。

●八味地黄丸：加齢や寒湿(液体の過剰摂取)に伴って起こる腎虚を目標にする。

●真武湯：胃腸虚弱のうえ、加齢や慢性消耗性疾患による新陳代謝低下、また寒湿により起こった症状(ふらつき、下痢など)に用いる。

●半夏瀉心湯：過敏性腸症候群で、心下痞、悪心・嘔吐、下痢を目標とする。

●補中益気湯：アトニー体質(内臓下垂)や慢性消耗状態で呈した全身倦怠、微熱、盗汗などを目標に使用する。

●小建中湯：虚弱者の体質改善に使用する。口唇乾燥、鼻血、くすぐったがる傾向がある。

●人參湯：食欲不振、唾液過多、水様鼻汁、冷えると胃痛を訴えるものに使用する。

●四君子湯・六君子湯：食欲不振や胃もたれを目標とする。

●小柴胡湯：生体応答調節(biological response modifiers: BRM)作用を有し、長期服用で体質改善に有用である。類方として柴朴湯、柴胡桂枝湯、柴胡清肝湯が

ある。

### ㊦メンタル素因に用いる方剤

- 抑肝散(加陳皮半夏)：小児疳症，癩癧，イライラ，怒りっぽいものに使用する。
- 加味逍遙散：イライラ，頭痛，更年期障害などの諸症状を取り除く代表的な処方である。
- 柴胡桂枝乾姜湯：頭汗，不眠，不安傾向。
- 半夏白朮天麻湯：頭痛，めまい。
- 甘麦大棗湯：感情失禁，ヒステリー。
- 苓桂朮甘湯：自律神経失調症，心臓神経症，不安傾向。

### ㊧慢性疲労に用いる補剤

#### 1) 人参黄耆剤

- 十全大補湯：気血両虚の処方で，免疫増進・賦活作用を有し，慢性消耗状態で呈した全身倦怠，微熱などを目標に用いる。
- 人参養榮湯：気血両虚に対応する処方で，十全大補湯証で呼吸器症状を訴える人に使用する。
- 補中益気湯(前述)

#### 2) 建中湯類

- 小建中湯(前述)
- 黄耆建中湯：小建中湯に補気の黄耆を加え，気虚が原因である過緊張体質の慢性疲労に有効である。
- 帰耆建中湯：黄耆建中湯に当帰を加えた処方で，気血両虚の人に対応する。

## B 冷え性

### 1. 疾患の概略

西洋医学では「冷え性」という概念はない。冷えという温度感覚はあくまでも外部の刺激に対して感じる一種の自覚的な生体反応であり，他覚的には全く冷たくない場合もある。また，他覚的には冷たいのに本人は冷えを感じない場合もある。一般的には女性に多いが，近年男性，また若年層における増加も著しい。

### 2. 漢方治療の適応

エネルギー産生が低い人は冷えを感じやすい。また消化器機能が弱い人では，エネルギーの補給と運搬が円滑に進まずに冷えを感じることが多い。気鬱も心因性の冷えや冷感を強めたりすると思われる。一方，水滯が生じると下半身の冷えも一段と強くなり，また血虚や瘀血が生じると四肢末端の冷えが出現する。

### 3. 頻用処方

生活習慣の指導(食・衣・住を含む日常生活の是正と適宜な運動)を心がける。

### ㊨全身型

体のエネルギーそのものが足りないか，補給と運搬が不調の場合には，身体全体が冷える。

- 真武湯・八味地黄丸・人参湯・小建中湯(前述)
- 牛車腎気丸：八味丸の適応で，浮腫のある人。
- 附子理中湯：人参湯証で裏寒の強い人。
- 桂枝人参湯：人参湯証で，慢性頭痛を伴う人。
- 苓姜朮甘湯：腰・下半身の冷えに用いる。
- 呉茱萸湯：胃腸虚弱で，頭痛，吃逆，嘔吐，肩こりを訴える人に使用する。
- 大建中湯：四肢，腹部が冷え，比較的強い腹痛と腹部膨満，鼓脹を呈する場合。
- 四逆湯\*：四肢厥冷，完穀下痢に使用する。
- 茯苓四逆湯\*：四逆湯証で，煩躁するもの。エキス剤ならば，苓姜朮甘湯 + 人参湯 + 附子末で代用可能である。

### ㊩上熱下寒型

体の内部や下部が冷えている病態では，気の上衝をもたらすことがあり，桂皮と甘草の組み合わせが必要である。さらに水滯がある場合は茯苓を加味し，瘀血がある場合は駆瘀血剤を加味する。一方，冷えの原因として食事の不摂生や水毒のある場合，これらを取り除く必要がある。

#### 1) 気逆

- 桂枝甘草湯\*：発作性心悸亢進，胸内苦悶。
- 桂枝加竜骨牡蛎湯：のぼせ，桂枝甘草湯証より不安や気の変調が激しいとき。

#### 2) 気逆 + 水滯

- 苓桂朮甘湯\*：耳閉感，四肢の冷えを伴うホットフラッシュに使用する。
- 苓桂朮甘湯(前述)

#### 3) 気逆 + 瘀血

- 桃核承気湯：のぼせと便秘傾向があり，精神神経症状が著しいことを目標とする。
- 桂枝茯苓丸：各所の微小循環障害を改善する処方である。

- 温経湯：口唇乾燥，手掌煩熱を目標とする。

#### 4) 飲食の不摂生や水毒型

過食は気の上衝(のぼせ)を引き起こす。さらに痰飲となることで下半身の冷えが「冷えのぼせ」となる。

- 五積散：寒湿(冷房，冷飲)に曝され，下腹部痛，腰痛，筋肉痛，関節痛などを訴える。しばしば冷えのぼせを伴う。
- 黄連湯：半夏瀉心湯証と相似し，寒熱錯雑病態からのぼせ，胃痛を訴える人。
- 猪苓湯：下半身の冷え，重みおよび下腹部の違和感，

膀胱炎様症状，下痢傾向を訴える多飲過食の人。

- 竜胆瀉肝湯：下半身の冷えやむくみ，帯下や経血過多を訴える多飲過食の人。
- 大柴胡湯：冷えのぼせ，肩こり，腹部の違和感・痛みおよび便秘傾向を訴える人。

### ㊦ 四肢末端型

四肢末端の血行不全の病因は血虚と瘀血である。血虚の治療は当帰を含む処方を選択し，瘀血では駆瘀血剤を用いる。

#### 1) 血虚

- 四物湯：慢性の消耗性疾患や免疫が関与すると思われるこじれた種々の疾患に用いる。
- 当帰芍薬散：血虚と頭重，むくみなど水滯症状のある

人に使用する。

- 当帰四逆加呉茱萸生姜湯：寒冷刺激によって誘発される種々の疼痛性疾患に用い，しもやけやレイノー症状に有効である。

#### 2) 瘀血

- 桂枝茯苓丸，桃核承気湯(前述)

#### 3) その他

- 白虎湯・白虎加人参湯：熱が裏にあるのに体表や四肢が冷えることがある(熱厥)。

### ㊧ 自律神経失調型

- 加味逍遙散・抑肝散(加陳皮半夏)(前述)

(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

# F 精神

## 1 抑うつ状態・不安・不眠

井口博登

### A 抑うつ状態

#### 1. 疾患の概略

標準化された診断基準(DSM-IVやICD-10)による「抑うつ状態」は、中核症状として、抑うつ気分、興味や喜びの消失、活力の減退と易疲労・活動性の減少があり、他に悲観的思考、集中力や決断力の減退、不安焦燥、希死念慮、不眠や食欲不振などを伴った状態が約2週間続き、日常生活を障害している場合に診断される。抑うつ状態は原発性に抑うつ状態を呈するいわゆるうつ病、DSM-IVでは大うつ病性障害に相当するものが多いが、うつ病以外の多くの精神疾患や身体疾患、薬物などでも認められ、その場合は原疾患への対応が優先される。

#### 2. 漢方治療の適応

大うつ病性障害のなかでも、希死念慮はみられず、仕事や家事も、努力すれば部分的にはこなすことのできる程度の軽症のものや、大うつ病性障害の基準に満たないような抑うつ状態(小うつ病性障害といわれ、一般的な抗うつ薬の効果が確認されていない)に、漢方治療の適応があると考えられる。大うつ病性障害で中等症以上となると、かなり高い確率で自殺の危険性があり、漢方薬単独の治療は行うべきではないが、精神科医の管理のもとでの、抗うつ薬と漢方薬との併用は可能である。

#### 3. 頻用処方

抑うつ状態の漢方医学的な病態は、過労や心労により内因(悲・憂・思・怒・恐など)が誘発され、気鬱や気虚が出現したものと考えられる。さらに加えて血や水の失調、肝や脾、腎の問題、六病位では少陽病期～太陰病期を中心とする病態を想定できる。漢方治療ではこれらの病態を勘案しつつ、鍵となる証に応じた方剤を決定する。

●抑肝散：イライラ感、怒りっぽさなどの焦燥感が著明である。眼瞼痙攣、手足のふるえ(肝の高ぶり)や不眠を伴う。症状が慢性化した人には抑肝散加陳皮半夏を

用いる。

- 加味帰脾湯：気力の低下が著明で、不安、動悸、不眠がみられる。不安焦燥や熱感が目立たなければ帰脾湯が選択できる。
- 半夏厚朴湯：気鬱症状として咽喉頭部の異物感や胸満感を認める。不安、動悸、めまい、不眠などを伴い、胃内停水、心下痞をみる傾向がある。体力の低下した人には香蘇散を用いる。
- 加味逍遙散：疲労しやすく、頭痛、肩こり、発作性の上半身の熱感、発汗など多彩な身体愁訴がみられ、不安、焦燥、不眠を伴う。瘀血が確認される。
- 六君子湯：無気力感と食後膨満感がある。同様の症状とともに不安や不眠、咳や痰があり、微熱や胸脇苦満を伴う場合は竹茹温胆湯、全身倦怠感が著しい場合には補中益気湯を選択する。
- 釣藤散：特に中年期以降の高血圧傾向のある抑うつ状態で、慢性的な頭痛(朝方に増悪することが多い)やめまい、肩から頸部のこりを伴う。
- 八味地黄丸：中年期以降で、易疲労感、下半身の脱力感や痛み、しびれ、冷えや浮腫傾向、夜間頻尿、小腹不仁を認める。冷えがない、より若年者には六味丸が適応となる。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：比較的体力のある人で、不安、抑うつ、不眠、驚きやすさ、イライラ感や動悸があり、胸脇苦満を認める。
- 大柴胡湯：比較的体力があり、胸脇苦満が明らかな人の便秘、肩こり、悪心などに使用されるが、抑うつや不眠にも効果が期待できる。

### B 不安

#### 1. 疾患の概略

従来診断では、不安を基本症状とする場合は「神経症」として一括されていたが、DSM-IVではこれまでの一般的な神経症は「不安障害」として、①全般性不安障害、②パニック障害に、さらに「身体表現性障害」として、③身体化障害、④鑑別不能型身体表現性障害、⑤心気症などに分類されている。簡略化すると、①が不安神経症、②が動悸、息苦しさなどの不安発作を繰り返すもの、③が30歳以前発症の慢性化した器質的原因の確認できない全身

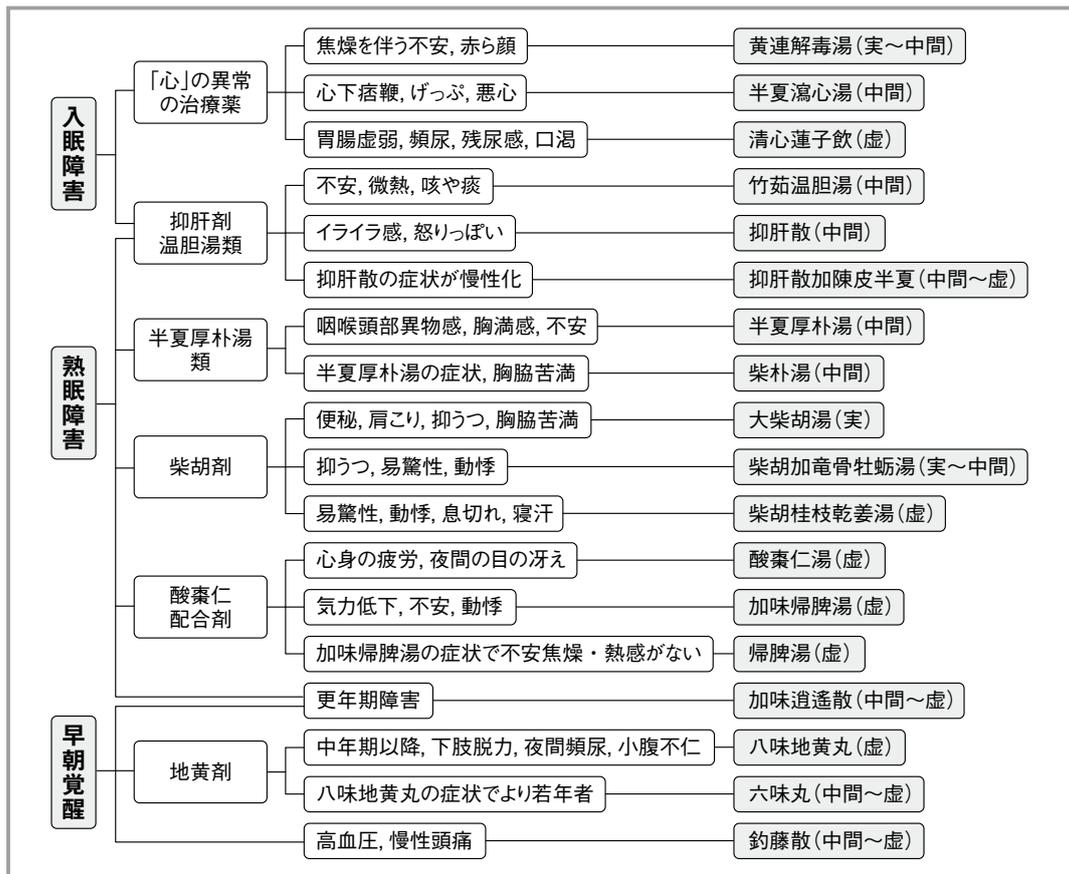


図 1 不眠の頻用処方

にわたる身体愁訴, ④はその軽症型, ⑤は心気神経症にあたる。

## 2. 漢方治療の適応

軽症の場合には漢方治療を試みてもよいが, 効果が不十分, あるいは症状が悪化する場合は, 精神医学的治療を主体とし, 漢方薬はそれを補う形としたほうがよい。特にパニック障害は衰弱性の疾患であり, 発作の治療が遅れて慢性化すると, うつ病を合併することが多い。また, 身体化障害では, うつ病やパニック障害, 人格障害の合併頻度が高く, 適切な精神医学的管理が必要になってくる。

## 3. 頻用処方

不安は, 抑うつと合わせてみられることが多いため, 抑うつ状態の項で挙げた処方の多くは, 不安に対しても効果が期待できる。不安状態では漢方的に気逆や心の異常が想定できる。

- 柴胡加竜骨牡蛎湯：比較的体力があり, 不安や易驚性, 動悸などを伴う。胸脇苦満を認める。より体力が低下し, 息切れ, 下肢の冷え, 盗汗がある人には柴胡桂枝乾姜湯を用いる。

- 桂枝加竜骨牡蛎湯：柴胡加竜骨牡蛎湯と同様に不安に易驚性や動悸を伴うが, より体力が低下し, 胸脇苦満はなく, 下肢に冷えを認める。
- 黄連解毒湯：比較的体力のある人で, 焦燥を伴う不安, いらつく感じ, 不眠があり, 特に高血圧傾向, 赤ら顔がみられる。便秘がある人は三黄瀉心湯にする。
- 半夏瀉心湯：心下痞鞭やグル音の亢進があり, げっぷ, 口内炎, 悪心, 軟便, 下痢などの消化器症状を伴う。
- 清心蓮子飲：胃腸虚弱で, 心労や易疲労感とともに, 残尿感, 頻尿, 排尿痛などを慢性的に訴え, 不安, 不眠, 抑うつを伴う。下肢は冷えるが, 顔面紅潮していることが多い。

## C 不眠

### 1. 疾患の概略・漢方治療の適応

不眠の原因は大きく5つの原因に分類されることが多い。身体疾患によるもの(心疾患, 呼吸器疾患, 睡眠時無呼吸症候群など), 生理的不眠(交代勤務, 不適切な睡眠衛生など), 心理的不眠(ストレス, 神経質といった性格的要因など), 精神疾患によるもの, 薬理的な不眠(アルコール, カフェインなど)であり, 原因の評価と治療が先決となる。そのうえで, 漢方治療の適応は, 心理

の原因による不眠と、精神疾患や身体疾患による不眠の一部が挙げられる。また、ベンゾジアゼピン系薬剤による治療効果が不十分なときに、漢方薬を併用するとよいことがある。

## 2. 頻用処方(図1)

漢方薬には直接的な催眠鎮静作用は期待できないが、1日2~3回の内服継続によって、間接的に睡眠障害にもよい効果がみられるようになる。処方選択にあたっては、入眠障害(主に神経質、不安による)、熟眠障害(主に不安、抑うつによる)、早朝覚醒(主に加齢の影響による)という一般的分類が手がかりになる。

## 2 認知症・異常行動

田原英一

### 1. 疾患の概略

認知症にはアルツハイマー型、血管性、その混合型を主としてさまざまな疾患がある。中核症状は記憶障害、見当識障害、思考力低下、計算力低下、判断力低下であるが、behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD)と称される、①気分の障害(不安、興奮、抑うつ、焦燥など)、②幻覚、妄想、誤認、③行動障害(徘徊、睡眠障害、不潔行為、弄便、性的逸脱行動など)などの周辺症状が注目されている。

### 2. 漢方治療の適応

認知症一般に対して漢方薬が使用されるが、もっともよい適応はBPSDである。気虚や気鬱による抑うつ傾向、精神不安、不眠、焦燥感などに対しては、八味地黄丸や補中益気湯などの補脾補腎薬を用いる。また、肝心の失調からくる、易怒性、精神不穏に対して、抑肝散や黄連解毒湯を使用する。漢方薬は西洋医学的な治療と異なり、中枢抑制を伴わず、嚥下性肺炎や転倒・転落のリスクを生じない点で、極めて有用である。

### 3. 頻用処方

#### ㊦ 認知症

- 八味地黄丸：陰証の高齢者の基本処方。下半身の脱力感・冷え・しびれなど、夜間尿などの排尿障害。小腹不仁、軽度の浮腫傾向、手足の冷え・煩熱。人參湯を合方・併用することがある。冷えが著明な場合は附子を追加する。
- 牛車腎気丸：八味地黄丸よりやや虚証、浮腫傾向が明らか。

- 補中益気湯：参耆剤。全身倦怠感、食欲不振、微熱、盗汗、内臓下垂傾向、言語・眼勢に力がないなど。
- 六君子湯：陰証で虚証、胃腸機能の低下、食欲不振、心窩部の膨満感、厚い舌苔、振水音。
- 四君子湯：六君子湯よりさらに虚証。全身倦怠感、食欲不振、顔色不良、胃腸機能低下。六君子湯に似るが、気虚が顕著で、舌苔、振水音ともに軽い。
- 当帰芍薬散：陰証で虚証、血虚・瘀血と水毒の徴候があり、頭痛、めまい、浮腫など。人參湯や附子を併用する場合がある。
- 桂枝茯苓丸：陽証で虚実間～実証、のぼせて赤ら顔のことが多く、下腹部に抵抗・圧痛を認める。脳血管障害が背景として想定される人によい。
- 釣藤散：陽証でやや虚証、一般的に高血圧を背景とした頭痛、肩こりなど。血管性認知症。
- 真武湯：陰証で虚証、水毒徴候として下痢、めまい、身体動揺感や全身倦怠感や四肢の冷感など。

#### ㊦ 異常行動(BPSDを中心に)

- 抑肝散：虚実中間程度の陽証。怒りやすい、イライラする、眠れない、興奮しやすいなど。眼瞼・顔面・手足の痙攣など。介護ストレスケアとして介護者に使用されることもある。
- 抑肝散加陳皮半夏：抑肝散より虚証。
- 大柴胡湯：実証、強度の胸脇苦満、便秘、肩こり、頭重、めまい、耳鳴、悪心、嘔吐など、抑うつ感、神経不安、腹直筋攣急を伴うことがある。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：実証、比較的強度の胸脇苦満を認め、精神不安、不眠、イライラなどの症状を伴う。腹部大動脈の拍動を触知する、頭重、頭痛、肩こり、抑うつ感など。
- 柴胡桂枝乾姜湯：虚証、疲労倦怠感、動悸、息切れ、不眠など。上熱下寒、頭汗、盗汗、口渴、口唇乾燥、悪夢など。胸脇苦満は軽度(胸脇満微結)。
- 加味逍遙散：虚証、疲労しやすく、精神不安、不眠、イライラ、易怒性など。肩こり、頭痛、めまい、上半身の灼熱感、発作性の発汗、皮膚の蟻走感など多彩な症状を伴う。柴胡桂枝乾姜湯と近似し、熱性傾向、瘀血を伴う点で鑑別される。
- 黄連解毒湯：陽証、実証、のぼせ気味で顔面紅潮、精神不安、不眠、イライラなど。しばしば心下痞、鼻出血などの出血傾向、皮膚癢痒感を伴う。
- 三黄瀉心湯：陽証、実証。黄連解毒湯に似て、便秘傾向。
- 附子瀉心湯\*：三黄瀉心湯に附子が加わった方剤。陰証で実証。精神症状は似るが、やや顔色不良で、手足の冷えを認める。便秘時に心窩部の痞えを訴えることがある。

- 温清飲**：黄連解毒湯証に血虚の四物湯の症状が加わった。陽証，実証，のぼせ，精神不穏など。皮膚の乾燥が明らかで，渋紙色を呈する。
- 加味温胆湯\***：虚証，胃腸虚弱，寝つきが悪い，驚きやすい，動悸など。易怒性，切迫感，焦燥感によい。
- 加味帰脾湯**：虚証，胃腸虚弱，過労などにより出血傾向や貧血となり，神経症，健忘を呈する。熱性傾向とイライラ感，焦燥感，不安感を伴うことがある。
- 梔子豉湯\***：虚証，胸内苦悶感，不眠，精神不穏，胸部の熱感など。肩から下にひっぱられるようだ，沈んでいくようだと言われる場合がある。特に朝が悪いと訴える。梔子乾姜湯\*(寒)，梔子甘草湯\*(少気)，梔子厚朴湯\*(心煩腹満)，梔子生姜豉湯\*(嘔)など，随伴する症状により梔子豉湯類としてバリエーションがある。
- 帰脾湯**：加味帰脾湯証に似て，熱性徴候を伴わない。
- 香蘇散**：虚証，食欲不振，上腹部の膨満感などの胃腸症状，不安，不眠，頭痛，抑うつ気分など気鬱の症状を伴う。
- 半夏厚朴湯**：虚実中間程度，抑うつ傾向，咽喉の閉塞感を訴える。気分がふさぎ，不眠，精神不安などを訴える。しばしば柴胡剤と併用される。
- 甘麦大棗湯**：虚実中間～虚証，神経過敏，全身または局所の筋肉の硬直あるいは痙攣。あくびや不眠，悲観的，あるいは発作的興奮など。
- 酸棗仁湯**：虚証。貧血傾向を基盤として起こる心身の強い疲労による不眠，精神不安，神経過敏，興奮などを伴うことがある。
- 桂枝加竜骨牡蛎湯**：虚証。神経過敏あるいは精神不安などを訴える。腹部大動脈の拍動を触知し，易疲労感，盗汗を伴うことがある。柴胡加竜骨牡蛎湯の虚証とも考えられる。高齢者の性的逸脱行動に有効なことがある。この際，腹部大動脈の拍動は必ずしも触知しない。
- 桃核承気湯**：実証の駆瘀血剤の代表。のぼせ，頭痛，めまい，不眠，興奮などの症状に便秘を伴う。S状結腸部の圧痛(少腹急結)が特徴的。  
(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

# G その他

## 1 代謝性疾患

福澤素子

### A 肥満

#### 1. 疾患の概略

肥満は体の脂肪組織が過剰に蓄積した状態で、body mass index (BMI; 体重 kg/身長 m<sup>2</sup>) 25 以上は肥満、BMI 25 以上で高血圧、脂質異常症、耐糖能異常などを合併するか内臓脂肪型肥満は治療を要する肥満症と診断される。内臓脂肪型肥満で高血圧、脂質異常症、耐糖能異常を合併するメタボリックシンドロームでは、虚血性心疾患や脳血管障害などの動脈硬化性疾患が起こりやすく、肥満の治療が重要である。

#### 2. 漢方治療の適応

食事療法と運動療法により効果が得られない場合に薬物療法を行う。西洋薬には食欲抑制剤のマジンドールがあるが、適応は BMI 35 以上で、使用期間は 3 か月に限られる。漢方による減量効果は大きくはないが、肥満の程度にかかわらず長期に使用でき、随伴症状を改善して quality of life (QOL) を向上させ減量効果を高める。防風通聖散や防己黄耆湯には内臓脂肪量を減少させるなど抗肥満作用がある。

#### 3. 頻用処方

肥満の原因は食毒や水毒が主体で、瘀血や気逆、気鬱を伴う人も少なくない。固太りは実証で食毒が関与し便秘を伴うことが多く、水太りは虚証で水毒を伴う場合が多い。

- 防風通聖散：実証で固太り、太鼓腹、のぼせ、浮腫、便秘がある。
- 大柴胡湯：実証で固太り、肩こり、頭痛、便秘傾向、腹証で胸脇苦満がある。
- 防己黄耆湯：虚証で水太り、多汗、浮腫、膝関節の腫脹・疼痛などがある。
- 柴胡加竜骨牡蛎湯：神経過敏、動悸、不眠がある。腹証で胸脇苦満を認める。

- 桃核承気湯：便秘、のぼせ、イライラ、不眠、月経異常がある。腹証で小腹急結を認める。
- 桂枝茯苓丸：やや実証でのぼせ、顔面紅潮、肩こり、頭痛、月経異常があり、瘀血の症候を認める。
- 当帰芍薬散：虚証で手足の冷え、めまい、浮腫、月経異常を伴う。
- 越婢加朮湯：実証で膝などの関節の腫脹・疼痛、浮腫、利尿減少を認める。
- 九味檳榔湯：虚証で手足が冷えて関節がこわばり、下肢の倦怠感、浮腫、息切れがある。
- 加味逍遙散：虚証で冷えのぼせ、イライラ、不眠などを認める。
- 抑肝散：虚実間証で、イライラ、興奮が強く、不眠がある。
- 半夏厚朴湯：虚実間証で抑うつ、不安、不眠がある。

### B 糖尿病

#### 1. 疾患の概略

糖尿病はインスリン分泌不足やインスリン抵抗性によるインスリン作用不足に基づき高血糖をきたす疾患で、1 型と 2 型糖尿病に分類される。

合併症の網膜症、腎症、神経障害は患者の QOL を低下させるため、血糖のコントロールとともに、その発症や進展を防ぐことが重要である。治療は食事療法と運動療法を基本とし、1 型糖尿病ではインスリン治療を行い、2 型糖尿病では血糖の改善が不十分な場合に経口血糖降下薬やインスリンを投与する。

#### 2. 漢方治療の適応

人參、地黄などの生薬や、清心蓮子飲、八味地黄丸などの方剤で血糖降下作用が報告されているが、臨床では漢方治療のみで十分な血糖降下作用は得られにくく、血糖コントロールに関しては西洋医学的治療が優先される。糖尿病や糖尿病合併症の自覚症状には漢方が有効である。

#### 3. 頻用処方

##### ㊤ 高血糖に対する治療

人參、地黄、山藥、麦門冬、五味子、山茱萸などの生

薬、清心蓮子飲、五苓散、八味地黄丸、人参湯、白虎加人参湯、麦門冬湯、竹葉石膏湯、續命湯などの方剤で血糖降下作用が報告されている。また、防風通聖散や牛車腎気丸にはインスリン抵抗性の改善、防風通聖散や防已黄耆湯には抗肥満作用による血糖値の改善が認められている。

### ⑤ 自覚症状に対する治療

- 白虎加人参湯：実証で口渇、多飲、多尿がある。
- 麦門冬飲子\*：虚証で口渇、多尿、皮膚の乾燥を認める。
- 大柴胡湯：肥満、便秘があり、腹証で胸脇苦満を認める。
- 防風通聖散：固太りで、腹部は太鼓腹を呈し、のぼせや便秘がある。
- 五苓散：口渇、尿量減少、浮腫、めまいなどを目標に用いる。
- 八味地黄丸：頻尿、夜間頻尿、口渇、下半身の冷えやしびれ、浮腫、陰萎を認める。
- 牛車腎気丸：八味地黄丸証で、冷えや下肢の浮腫が著明である。
- 六味丸：八味地黄丸証で、冷えがない。
- 清心蓮子飲：冷え症で頻尿、胃腸虚弱、神経過敏である。

### ⑥ 合併症に対する治療

#### 1) 糖尿病神経障害

- 八味地黄丸・牛車腎気丸：下半身の冷え、しびれ、疼痛、陰萎に有効である。牛車腎気丸のアルドース還元酵素活性阻害作用、血管拡張作用、鎮痛作用が報告されている。
- 桂枝加朮附湯：虚証で冷え症、腰痛、関節痛、坐骨神経痛、手足のしびれなどがある。
- 疎経活血湯：虚実問証で冷え症、下半身の筋肉痛、関節痛、神経痛を認め、夜間や明け方に痛みが増強する。

#### 2) 糖尿病腎症

- 柴苓湯：虚実問証で口渇、利尿減少、浮腫、めまいがあり、胸脇苦満を認める。尿中アルブミン排泄改善の可能性が報告されている。
- 当帰芍薬散：虚証で冷え症、浮腫がある。
- 清心蓮子飲：胃腸虚弱で、頻尿、残尿感を訴える。
- 八味地黄丸・牛車腎気丸：頻尿、夜間頻尿、浮腫を目標に用いる。

#### 3) 糖尿病網膜症

- 桂枝茯苓丸：顔面紅潮、のぼせ、瘀血の症候がある。
- 温清飲：眼底出血に用いる。虚実問証で冷えのぼせ、イライラ、不眠、皮膚の乾燥や痒痒感がある。

## C 脂質異常症

### 1. 疾患の概略

脂質異常症は遺伝的素因に食習慣や運動不足などの生

活習慣の乱れが加わって起こる生活習慣病である。高コレステロール血症、高LDLコレステロール血症、低HDLコレステロール血症、高トリグリセリド血症などは動脈硬化の重大な危険因子であり、虚血性心疾患や脳血管障害などの動脈硬化性疾患の予防を目的として治療される。

### 2. 漢方治療の適応

複数の生薬や方剤の血中脂質改善作用が報告されているが、効果は西洋薬に比べ軽度であり、血中脂質値の改善のみを目的とするならば漢方治療の適応は少ない。副作用で西洋薬が服用できない人や、随伴症状の改善を含め総合的な治療を目的とする場合には漢方の適応がある。

### 3. 頻用処方

柴胡剤や駆瘀血剤が頻用される。

- 大柴胡湯：実証で固太り、肩こり、便秘傾向があり、腹証で胸脇苦満を認める。
  - 防風通聖散：実証で固太り、便秘、のぼせ、浮腫があり、腹部が膨満し太鼓腹を呈する。
  - 防已黄耆湯：水太り、多汗、浮腫、膝関節の腫脹・疼痛を伴う。
  - 黄連解毒湯：やや実証で、のぼせ、イライラ、不眠がある。
  - 三黄瀉心湯：黄連解毒湯証で、より実証で便秘を伴う。
  - 桂枝茯苓丸：肩こり、のぼせ、顔面紅潮があり、瘀血の症候を認める。
  - 桃核承気湯：実証で、のぼせ、頭痛、便秘、イライラ、不眠があり、腹証で小腹急結を認める。
  - 当帰芍薬散：虚証で手足の冷え、めまい、浮腫がある。
  - 八味地黄丸：手足の冷えまたは煩熱、腰痛、下肢のしびれ、坐骨神経痛、浮腫、夜間頻尿がある。
- (\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

### 文献

- 1) Hioki C, Yoshimoto K, Yoshida T : Efficacy of bofutusho-san, an oriental herbal medicine, in obese Japanese women with impaired glucose tolerance. Clin Exp Pharmacol Physiol 31 : 614-619, 2004
- 2) 吉田麻美, 高松順太, 吉田 滋ほか : 内臓肥満型糖尿病患者に対する防已黄耆湯の効果. 日本東洋医学雑誌 49 (2) : 249-256, 1998
- 3) 坂本信夫, 佐藤祐造, 後藤由夫ほか : 糖尿病性神経障害の東洋医学的治療—牛車腎気丸とメコバラミンの比較検討. 糖尿病 30(8) : 729-737, 1987

## 2 腎・尿路系障害

三瀧忠道

### A 疾患の概略

慢性透析患者などの末期腎不全患者の急増を受け、慢性腎疾患 (chronic kidney disease : CKD) の早期発見、早期治療が注目され、腎障害の進展予防に力が注がれている。その原因疾患は、透析導入原因の1位である糖尿病性腎症、慢性腎炎やネフローゼ症候群などの原発性糸球体疾患、高血圧・動脈硬化などさまざまである。

尿路系では感染症は日常的な疾患で、尿路結石や前立腺肥大なども多い。その他、慢性前立腺炎や神経因性膀胱、男性不妊などがある。

悪性新生物は腎、尿路系いずれにも存在する。

### B 漢方治療の適応

腎疾患では、漢方薬は主に慢性期に用いられ、腎炎やネフローゼ症候群などの糸球体疾患や、CKD における腎障害進展防止に関する臨床成績が報告されている。慢性腎不全ではさまざまな症候の改善とともに、活性酸素の抑制・消去作用も認められている。急性期には西洋医学的な治療が中心となる。

尿路感染に対しては急性期でも即効性があり、慢性・反復性感染では予防的にも有効で菌交代の危険がない。尿路結石とともに、多くは下焦の熱が目標となる。男性不妊に対する成績も報告されている。

悪性新生物に対しては、他療法の補助的な側面が多く、本項では触れない。

### C 頻用処方

#### 1. 慢性腎炎・ネフローゼ症候群

##### ㊦ 駆水剤

浮腫や溢水をきたすことが多く、駆水剤の応用が多い。

- 五苓散：代表的な駆水剤で、口渴と尿不利、多くは自汗傾向があることを目標に使用する。少陽病の虚実中間証を中心に用い、しばしば柴胡剤と合方する。
- 猪苓湯：五苓散証と似て口渴や尿不利が目標となるが、やや実証で自汗傾向に乏しいことが多い。下焦の熱が目標で、自他覚的な下腹部の熱感や、血尿または陰部の熱感などを認めることがある。柴胡剤と合方することもある。
- その他：分消湯\*は少陽病の実証で、高度の浮腫や腹部の膨満を目標に用いる。補気健中湯\*は分消湯と似るが、虚証で腹水を伴う病態に著効することがある。

##### ㊧ 柴胡剤

小柴胡湯を中心として、少陽病で虚実を主たる参考に使い分ける。

- 小柴胡湯：少陽病の虚実問証からやや実証に適応し、胸脇苦満を主要な使用目標とする柴胡剤の中心である。少陽病の他の方剤との合方も多用され、五苓散と合方した柴苓湯はネフローゼ症候群を中心とした多施設における研究報告がある。上気道感染を繰り返す例には、半夏厚朴湯を合方した柴朴湯の臨床成績がある。駆瘀血剤と合方することも多い。
- その他の柴胡剤：実証では大柴胡湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、虚証では柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯などを証に応じて用い、他剤とも合方する。

##### ㊨ 駆瘀血剤

舌や口唇の暗赤色、細絡、下腹部の抵抗圧痛などの瘀血の所見を目標に用いる。ステロイド剤使用時には瘀血が増悪しやすい。末梢血流改善作用もあるが、抗血小板凝集剤や抗凝固療法とも併用可能である。柴胡剤などの他の方剤と合方や併用する場合も多い。

- 桂枝茯苓丸：少陽病で実証を中心に幅広く使用する代表的な駆瘀血剤である。臍の斜め下2横指の硬結を伴う圧痛(多くは左優位)が使用目標となる。
- 当帰芍薬散：少陽病あるいは太陰病の虚証で、水毒を伴う病態に適応となる。主な目標は手足の冷えや浮腫で、腹候では腹力が弱く、腹直筋の緊張、心下の振水音、右優位の臍斜め下の圧痛などである。虚証の柴胡剤との合方など、他剤と併用することも多い。

##### ㊩ 補腎剤

- 八味地黄丸：陰証に用い、胃腸虚弱者には適応しにくい。小腹不仁、腰以下、特に膝以下の冷えや、下腿の浮腫などが使用目標である。比較的高齢者に多く用い、駆瘀血剤や柴胡剤との併用も多い。熱薬である附子を含有し、寒のある病態に適応する。
- 牛車腎気丸：八味地黄丸証で下腿の浮腫が著しい場合に有効なことが多い。

#### 2. 慢性腎不全・腎機能障害

主に慢性の腎機能低下に対する漢方薬の作用については、基礎から臨床まで、多くの研究報告がある。血清クレアチニン値(Cr)が4.0 mg/dL以上の保存期の患者において、茯苓含有の利尿剤や八味地黄丸はしばしば腎機能低下を促進するので注意が必要である。

##### ㊪ 大黃含有方剤

大黃は緩下作用があり、漢方医学的には消化管の毒を排除して新陳代謝を改善する。有効例では、服用開始2週間以内にBUNの低下が認められる。

●**温脾湯\***(= 四逆加入参湯加大黄)：虚証で高度の寒に適應する四逆湯\*に、津液を潤し胃の働きを賦活し元気を増す人参、抗尿毒症作用が報告されている大黄を加えた方剤である。末期慢性腎不全患者の諸症状を改善し、腎機能障害進展抑制効果が認められている。食欲不振や心下痞脹が強ければ、附子理中湯(人参湯加附子)に大黄を加える。温脾湯はエキス製剤がないが、附子理中湯加大黄はエキス製剤で処方可能である。いずれも、冷えに応じて附子、便通に応じて大黄の量を加減する。

●**大黄甘草湯**：大黄のもつ腎不全に対する作用を期待して用いるが、寒や食欲不振に対する作用は不十分なことが多い。腎障害進展の抑制効果が認められている。

### ㊦黄耆含有方剤

黄耆(含有方剤)は保存期患者のCr値を低下させるとの報告がある。

●**補中益気湯**：少陽病で虚証に適應となる柴胡含有方剤で、気虚が目標となる。舌の腫大や斑状の白苔、脈の散大(浮・大・弱の傾向)、軟弱な皮膚(黄耆の使用目標)などが参考になる。他の柴胡剤が適應になりそうでも、末期慢性腎不全では本方の適應例が多く、黄耆を増量していっそう有効なことがある。有効例ではCr値が1~2週間て低下傾向となる。皮膚乾燥が強ければ四物湯を合方する。

●**他の黄耆含有方剤**：十全大補湯や黄耆建中湯は、慢性腎不全で有効例がある。

### ㊧その他

●**八味地黄丸**：Cr値が3.0 mg/dL以下の保存期の症例、維持透析患者のrestless leg syndromeなどに有効である。

●**駆瘀血剤**：保存期の腎機能低下の抑制や、透析期の諸症など、腎機能の程度によらず幅広く用いられる。桂枝茯苓丸はシャント・トラブルの予防にも有効で、当帰芍薬散は寒が強ければ附子を加える。

●**透析愁訴**：筋痙攣に対する芍薬甘草湯(寒がある場合は芍薬甘草附子湯)は有効報告も多く速効的である。皮膚瘙癢には、乾燥を伴う場合は当帰飲子、熱候があれば黄連解毒湯、熱候とともに乾燥もあれば温清飲を用いる。

## 3. 尿路疾患

尿路疾患では、感染や結石、神経性頻尿など種々の病態が類似の症候を呈することが多く、適應となる漢方方剤も重複している。

### ㊨「下焦の熱」症状が存在するとき

下焦の熱を示唆する症候として、自・他覚的な下腹部

や陰部の熱感、血尿、排尿に伴う灼熱感や疼痛、時には残尿感や尿意切迫などがある。

●**猪苓湯**：下焦の熱を目標とする代表的な方剤で、急性・慢性の膀胱炎(類似症状を含む)、尿路結石などで頻用される。高齢者などの反復性尿路感染には、1日1~2回の予防投与がしばしば有効である。

●**竜胆瀉肝湯**：猪苓湯より陽証・実証で、熱候がさらに強い病態に適應する。

### ㊩排尿異常を伴う病態

下焦の熱に用いる方剤も適應となる。その他の方剤を述べる。

●**八味地黄丸・牛車腎気丸**：頻尿、遷延尿、夜間尿などに適應となる。前立腺肥大でも頻用される。

●**清心蓮子飲**：虚証で尿意切迫、神経性頻尿などに適應する。八味地黄丸証に似るが胃腸虚弱、神経質や抑うつ傾向を伴う。

●**その他**：結石などの痙痛に芍薬甘草湯が用いられるが、激痛時には服用しにくい。慢性前立腺炎の難治例では強いストレスを感じ神経症的な例も多いが、柴胡剤、駆瘀血剤、その他による随証治療が有効である。

(\*印：医療用漢方エキス製剤にはない。)

## 文献

- 1) 東条静夫, 吉利 和, 長沢俊彦ほか：慢性糸球体腎炎、ネフローゼ症候群における医療用漢方製剤：柴苓湯(TJ-114)の臨床効果[第1報]—多施設オープン試験—。腎と透析 31: 613-625, 1991
- 2) 三瀧忠道：腎疾患の漢方治療。別冊・医学のあゆみ 51-55, 1994
- 3) 三瀧忠道, 横澤隆子, 大浦彦吉ほか：大黄並びに大黄含有漢方方剤による慢性腎不全の治療に関する研究(第2報)。日腎誌 29: 195-207, 1987
- 4) 三瀧忠道, 横澤隆子, 大浦彦吉ほか：慢性腎不全の進行に対する温脾湯を中心とした漢方治療の臨床評価。日腎誌 41: 769-777, 1999

## 3 肝機能障害

山内 浩

### 1. 疾患の概略

肝機能障害をきたす疾患としては、ウイルス性肝炎・肝硬変、脂肪肝、アルコール性肝障害、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変、薬剤性肝障害、胆石・胆嚢炎などが挙げられる。これらのなかでもウイルス性慢性肝炎では現在、ペグインターフェロン(PEG-IFN)、リバビリンの併用療法(C型慢性肝炎)、核酸アナログ製剤(B型慢性肝炎)など、進歩した抗ウイルス療法が標準治療となっており、著効率(SVR)も高い。抗ウイルス療法の無効例、非適応例など難治性の慢性肝炎に対しては、肝庇護・抗炎症療法として強力ネオミノファーゲンシー静注、ウルソデオキシコール酸(UDCA製剤)などが用いられている。

### 2. 漢方治療の適応

#### ㊦ 急性肝炎

『金匱要略』に記載されている黄疸病のうち、穀疸は急性ウイルス性肝炎に相当する。黄疸が中等度以上であれば茵陳蒿湯を、軽度であれば茵陳五苓散などの清熱利湿剤が使用される。胸脇苦満、食欲不振、嘔気、発熱などがみられるときは柴胡剤(小柴胡湯、柴胡桂枝湯など)を用いる。

#### ㊧ C型・B型慢性肝炎

漢方方剤には抗ウイルス作用は期待できない。IFN投与期間中には副作用として気虚証、血虚証などがしばしばみられ、補中益気湯、十全大補湯などの補剤の併用、サポート治療がIFN治療継続、完遂にしばしば有用である。また、C型慢性肝炎では高齢者も多く、虚証が多いので補剤に反応する例が多く認められる。循環障害を反映する瘀血証も多くみられ、肝線維化ステージの進展や門脈系のうっ血を主に反映する病態と解釈される。瘀血の診断は舌下静脈の怒張、手掌紅斑、腹診上の臍傍圧痛などから比較的容易であり、瘀血を除去する駆瘀血剤(桂枝茯苓丸、当帰芍薬散など)が補剤や柴胡剤に併用される。

さらに、湿熱証は、肝炎の壊死炎症を反映した病態と解釈され、活動性が高く、ALT高値時によくみられ、清熱利湿剤(茵陳蒿湯、茵陳五苓散)が併用される。

#### ㊨ 肝硬変

肝硬変は肝疾患の終末像であり、慢性消耗性疾患であることから一般に虚証と考えられる。脾虚、気虚を中心

として、水毒、気血両虚などが高率に認められる。補気剤ないし気血双補剤を主方とする。さらに少量の駆瘀血剤、あるいは清熱利湿剤を加えるのもよい。

非代償期の腹水には利尿剤を必要とする場合が多いが、補剤に五苓散などの利水剤を合方した処方がある。利尿剤単独の場合に比して腹水のコントロールが容易となる例、フロセミドなどの強力な利尿剤の減量が可能となる例が多い。

こむら返りがしばしばみられるが、芍薬甘草湯が著効する。

#### ㊩ 脂肪肝

過栄養性、単純性脂肪肝では食事、運動療法が基本である。肥満に対する補助的療法として実熱証では大柴胡湯、防風通聖散などが応用される。

#### ㊪ アルコール性肝障害

断酒や大幅な減酒が必須である。水毒、湿熱、熱盛、肝気鬱結(胸脇苦満)、脾虚などの証が認められ、それぞれ五苓散、茵陳五苓散、黄連解毒湯、小柴胡湯などの柴胡剤、六君子湯などが応用される。

#### ㊫ 自己免疫性肝炎

ステロイド療法が基本である。ステロイド剤に小柴胡湯、柴苓湯を併用してステロイドの増強作用、減量効果がみられ、長期維持療法時には有用である。

#### ㊬ 原発性胆汁性肝硬変

ウルソデオキシコール酸が有効性の認められた唯一の薬剤である。漢方では茵陳蒿湯が利胆、消炎、肝細胞保護作用などをもち、ウルソデオキシコール酸に併用される。

#### ㊭ 胆石・胆嚢炎

肥満を伴う実証タイプの胆石症には大柴胡湯が適応する。急性胆嚢炎や胆石発作時には実証には大柴胡湯、黄疸には茵陳蒿湯が、上腹部痛には芍薬甘草湯の頓服が用いられる。虚証の胆石症や胆道ジスキネジアには柴胡桂枝湯が用いられる。

### 3. 頻用処方

肝疾患に用いられる主要漢方方剤を図1に示した。「主方」と「併用薬」に分類する考え方で治療に臨むのがわかりやすく、实际的である。

●小柴胡湯：少陽病の和解剤であり、抗炎症作用(柴胡、黄芩)、健胃・鎮嘔作用(人參、半夏、大棗、甘草、生姜)、精神安定作用(柴胡、大棗、甘草)などの多面的な薬能があり、柴胡剤の代表方剤である。本方の投与目標としては、体力中等で、胸脇苦満、嘔気、口苦、弦脈などである。本方は肝硬変症に対しては使用禁忌であり、IFNとの併用も禁忌である。小柴胡湯による間質性

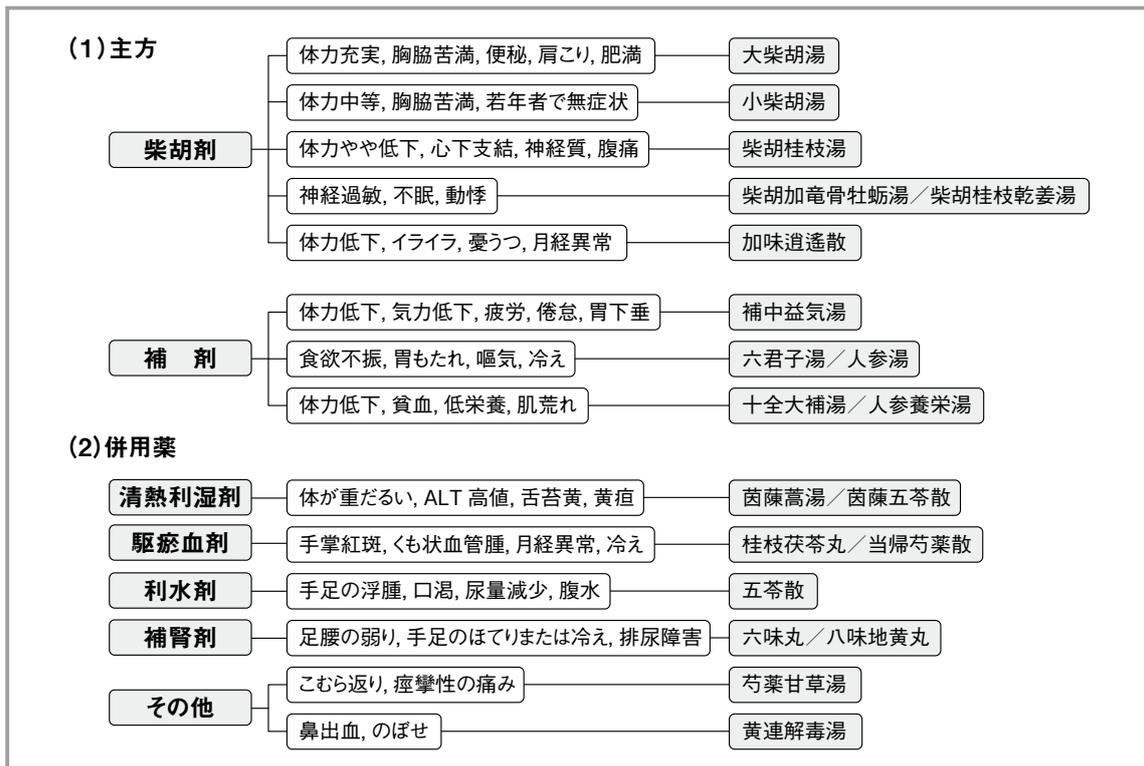


図 1 肝疾患の頻用処方

肺炎の副作用報告(組成中の黄芩に対するアレルギーと考えられている)以来, 本剤の使用頻度は低くなったが, 1980年代にはB型慢性肝炎におけるe-セロコンバージョンを促進する成績が報告されている。

- 柴胡桂枝湯: 本方は小柴胡湯よりも清熱作用はマイルドであるが, 慢性肝炎患者では, 易感冒, 胃腸虚弱体質, 神経質の傾向があり, ストレス性の腹痛や抑うつ状態を呈しやすい人に有用である。体力中等もしくはそれ以下で, 腹証では上腹部の腹直筋緊張(心下支結)を認めることが多い。
- 大柴胡湯: 胸脇苦満や心下痞硬が著明で, 体力的にも充実している実証向きの方剤である。肥満を伴う脂肪肝や胆石に適応例が多い。
- 加味逍遙散: 虚証で, イライラしやすい, 気分が憂うつ, 上半身の灼熱感, 疲労感など多愁訴の人, 女性では更年期障害が加わった人にもっとも適する。胸脇苦満は軽度で, 臍傍圧痛などの瘀血症状を認めることが多い。虚証の慢性肝炎, 肝硬変で女性に適応例が多く, 自律神経安定作用にも優れている。
- 六君子湯: 体力的に虚証で, 食欲不振, 胃もたれ, 振水音など, 脾虚の症状のある人に第一選択ともいえるべき処方である。食欲増進とともに元気になることが多い。
- 人参湯: 脾虚でさらに冷えが加わり, 食欲不振, 下痢や腹痛を起ししやすい人(脾胃虚寒)に用いられる。六

君子湯よりさらに虚証である。

- 補中益気湯: 虚証で, 体力が低下し, 特に疲労倦怠の強い気虚の病態や, 内臓下垂などのある人に用いられる。慢性肝炎, 肝硬変を問わず, 虚証の本治法として広く応用されている。柴胡剤に反応せず, あるいは疲労倦怠などの気虚症状に乏しいような人でも, 本方のような補剤を主とした処方に転方して良好な効果を得ることが少なくない。さらに, 補中益気湯は清熱利湿剤(茵陳五苓散, 茵陳蒿湯), 駆瘀血剤(当帰芍薬散, 桂枝茯苓丸), 補腎剤(六味丸, 八味丸)などと随証的に合方されることも多く, その応用範囲は広い。
- 十全大補湯: 疲労倦怠などの気虚に貧血や栄養状態の悪化した血虚が加わった人に用いる気血相補剤である。貧血や低蛋白・アルブミン血症を伴う各種病態, さまざまながん治療の補助療法として活用されている。

#### 文献

- 1) 山内 浩: 証の鑑別を踏まえた慢性肝炎・肝硬変漢方治療マニュアル, 現代出版プランニング, 東京, 2001

## 4 貧血・出血傾向

小菅孝明

### 1. 疾患の概略

#### ㊦ 貧血

貧血は赤血球数、血色素量(ヘモグロビン量)、ヘマクリット値の絶対的あるいは相対的低下状態と定義されている。

西洋医学的病因として、①赤血球生成の原料不足(鉄欠乏性貧血など)、②造血障害(再生不良性貧血、赤芽球癆、骨髓線維症、骨髓異形成症候群など)、③成熟障害(腎性貧血、巨赤芽球性貧血など)、④赤血球の破壊亢進(各種溶血性貧血、脾機能亢進、ヘモグロビン異常症など)に大きく分類される。

#### ㊧ 出血傾向

出血傾向とは、①溢血による皮膚・粘膜下出血：アレルギー性紫斑病、単純性紫斑、老人性紫斑など、②一時止血(血小板による止血)障害：点状出血斑や紫斑、鼻出血や歯肉出血・消化管出血・過多月経などの粘膜下出血など、③二次止血(血液凝固因子による止血)障害、④凝固・線溶系の異常亢進により、主に①、②は皮膚・粘膜下に、③、④は深部(関節内・筋肉内・臓器内など)に出血をきたしやすい状態のことである。

### 2. 漢方治療の適応

#### ㊦ 貧血

各疾患に国際標準治療が存在している現在、輸血を含め、鉄、ビタミンB<sub>12</sub>、葉酸、エリスロポイエチンなどの補充療法を確定診断がつき次第、早急に開始し、漢方を第一選択とするべきではない。

しかし、漢方でいう貧血(血虚)は、下記③のように血の量のみならず、質に関連して出現する諸症状を改善する。

- ①西洋薬による難渋例、西洋薬無効例
- ②国際標準治療では無治療経過観察例：軽症再生不良性貧血、骨髓異形成症候群(特にRA、RARS)、老人性貧血など
- ③検査値上は正常範囲に復しているにもかかわらず、貧血症状が持続する例

#### ㊧ 出血傾向

前項(1-㊦)の③、④は病態の重篤性からも西洋医学的治療が第一選択である。漢方の有効性は①、②で発揮される。

②のうち、特発性血小板減少性紫斑病(ITP)について

は治療ガイドラインが存在するが、その他は治療指針も明確でない。

漢方ではこれらの症状は、気が血をコントロールできなくなり、血の流通異常を生じることで出現すると考える。

### 3. 頻用処方

#### ㊦ 貧血

##### 1) 血虚

頭がボーッとしたり、めまいがする。顔面は蒼白となり、心悸が亢進する。四肢の倦怠感やしびれ、皮膚に色艶がなく、肌の乾燥、頭髪が抜けやすい、睡眠障害などの貧血様症状を呈する。舌色は淡白色、脈は細となる。

- 四物湯：血虚を改善する基本方剤。加味方や合方として広く用いられる。
- 芎帰膠艾湯：血虚に伴った出血に用いる。不正性器出血、痔出血、血尿など下半身の出血に使用することが多い。
- 当帰芍薬散：血虚に水毒が加わり、多彩な症状を示す。貧血のほか、婦人科疾患などに用いられる。

##### 2) 気血両虚

気虚と血虚は密接に関連しており、血虚症状を呈する場合は、多くは後述の気虚症状を伴う。舌は淡白色で、脈は細・虚である。

- 十全大補湯：四君子湯と四物湯に桂皮、黄耆を加え薬効を強化した貧血治療の最頻用方剤である。強い疲労倦怠、全身衰弱、寝汗、手足の冷えなどを使用目標とする。骨髓幹細胞の分化誘導作用など西洋医学的エビデンスも多い。
- 人参養榮湯：十全大補湯に近い処方であるが、より虚状を呈した状態で、咳嗽・喀痰、息切れ、虚熱や精神不安定を伴うときに用いる。

- 帰脾湯：胃腸の弱い虚弱な人が過労や心労の結果、出血や貧血をきたし、より強い血虚症状に健忘や不眠、無気力、うつ傾向など精神症状を伴うときに用いる。

- 加味帰脾湯：帰脾湯の証に、のぼせ、ほてり、胸苦しさ、イライラなどの神経興奮により虚熱を生じたものに用いる。西洋医学ではITP治療の第一選択として頻用され、多くの西洋医学的エビデンスが示されている。

##### 3) 気虚

呼吸は力なく、小さく、話す言葉も力がなく、ぼそぼそ話す。顔色は青白く、驚きやすく、四肢あるいは全身倦怠感が非常に強い。食欲不振、易感染性、易出血性を示すことがある。舌は淡軟、脈は弱・軟で無力。

- 四君子湯：代表的方剤。すぐに腹が張って苦しくなる、心窩部不快感、悪心・嘔吐、下痢など胃腸虚弱の症状

を呈する。

- 六君子湯：四君子湯の証に似るが、心窩部のつかえ感などのより強い胃腸症状を訴える場合に用いる。
- 補中益気湯：消化機能が衰え、全身倦怠の著しい体質虚弱者に用いる。身体や内臓の下垂感、味覚障害を訴えることがある。
- 人参湯：胃腸虚弱の症状は四君子湯、六君子湯の証に似るが、冷えの症状が主の場合に用いる。

## ㊦ 出血傾向

### 1) 実熱

三焦のすべてが実熱を呈する病態では、身体の各所に炎症と充血を伴った諸症状が発現する。特に粘膜において、出血として症状が発現することが多く、広義の出血傾向と考える。たとえば、鼻粘膜からの鼻出血、気管支粘膜からの咯血、消化管粘膜からの吐下血などを呈する。アレルギー性紫斑病の皮膚・粘膜下出血がある。

- 黄連解毒湯：清熱剤の代表処方。のぼせ気味でイライラする傾向のある人に用いる。心下痞、心中煩悸を訴える。黄連と黄芩の薬理作用で清熱、涼血して止血する。
- 三黄瀉心湯：瀉心湯類のうち、もっとも実証の方剤である。三焦の実熱を瀉下効果により排泄し、止血する。黄連解毒湯よりさらに実証でのぼせ、顔面紅潮、精神不安、便秘の傾向のときに用いる。他の瀉心湯類も証により使い分けると効果的に止血できる。

### 2) 脾虚

慢性的な出血傾向は、脾虚により気血の生成が不良となり、続いて血の流通のコントロールが失調して出現する場合がほとんどである。その意味で、出血傾向の治療とは「脾を補う」ことといっても過言ではない。

頻用処方補気および補気補血剤である。前項参照。

- 帰脾湯・加味帰脾湯
- 四君子湯・六君子湯・補中益気湯
- 十全大補湯・人参養榮湯・人参湯
- 啓脾湯：四君子湯よりさらに消化不良が強く、水様下痢や軟便が著しいときに用いる。

## ㊧ 貧血・出血傾向に関連した他病態と処方

瘀血や気鬱(滞)なども貧血様症状、皮膚・粘膜下出血(瘀斑)や局所的な出血の原因となりうる。駆瘀血剤や理気剤の適応となる場合がある。

- 半夏厚朴湯・香蘇散：理気剤。
- 加味逍遙散・温経湯・女神散など：駆瘀血剤。

## 文献

- 1) 小菅孝明, 宮原 桂: 漢方なからだ, 農文協, 東京, 2005
- 2) 特集 貧血患者へのアプローチ. 日本医師会雑誌 137(6): 1161-1220, 2008

# 5 がん

元雄良治

## 1. 疾患の概略

「がん」は種々の臓器に発生し、臓器特異性があり、組織型によりその生物学的悪性度が大きく異なるので、それらを一括して論じることには無理がある。日本人の2人に1人が生涯のうち何らかのがんに罹患し、3人に1人ががんで死亡し、1981年以來がんは死因の第1位を占めている。日本人の臓器別がん死亡数では、肺がん・胃がん・大腸がん・肝がん・膵がんの順である(2009年国民衛生の動向)。男性では前立腺がん、女性では乳がんが急増しており、今後のさらなる対策が急務となっている。がんの3大治療は手術・放射線・化学療法であり、免疫療法・緩和ケアを含め、個々の患者に最適の集学的治療が求められている。手術は低侵襲性の術式が次々と考案されており、内視鏡手術の進歩も目覚ましい。放射線療法は照射範囲をピンポイントに絞ることで、合併症が少なくなっている。化学療法では新規抗がん剤や分子標的薬の開発により、特に大腸がん・乳がん・腎細胞がんなどにおいて延命効果が認められている。また切除不能例が化学療法により切除可能となり、最終的にがんから解放される例がみられるようになった。

## 2. 漢方治療の適応

中国医学では「抗がん生薬」と呼ばれる生薬を用いることはあるが、わが国の通常の保険診療の枠内で漢方治療のみでがんの増殖を抑制することはほぼ不可能である。むしろ全身状態を改善することによる間接的な抗腫瘍効果に期待するところが大きい。がん診療の過程で、漢方が貢献できる場合は、治療・経過観察・緩和ケアであろう。治療においては、上述したように漢方に抗がん剤のような直接的抗腫瘍効果を求めるのではなく、「標準治療を完遂するための漢方」という位置付けで、各種治療の副作用軽減・予防が主目的になる。後述するように末梢神経障害・食欲不振・全身倦怠感・遅発性下痢など、西洋医学では対応困難な症状に漢方が応用可能である。慢性(炎症性)疾患、特に肝疾患では漢方を投与しながら経過観察していくことが肝細胞がんの化学予防につながる可能性が示唆される。また各種がんの術後補助化学療法の期間が終了後の経過観察にも漢方が応用できる。緩和ケアでは疼痛緩和に用いられるオピオイドの効果増強・耐性克服・副作用軽減に各種漢方、特に附子含有方剤が応用できる。疼痛以外にも、精神症状・消化器症状・呼吸

器症状に対して、豊富な漢方処方群のなかから選択可能である。

後述の頻用処方の項で扱わない症状・所見について述べたい。

悪心・嘔吐にあえて漢方薬をファーストチョイスにする必要はなく、5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬、NK-1受容体拮抗薬、デキサメタゾンなどを制吐薬適正使用ガイドライン(2010年版)に従って用いることが肝要である。ただし、最近のランダム化比較試験(RCT)で、化学療法後の悪心が六君子湯の併用により14日目の時点で有意に軽減し、嘔吐や食欲不振も軽減する傾向を示している。

肝障害については、基本的には抗がん剤による薬剤性肝障害であるので、薬剤の中止と肝庇護療法が基本である。肝庇護療法のなかではウルソデオキシコール酸(UDCA)を用いることが多いが、遷延する肝内胆汁うっ滞に対処する一法として、茵陳蒿湯が挙げられる。その臨床効果のエビデンスレベルは高くはないが、基礎実験では構成成分の genipin を介した利胆作用が詳細に報告されている。

がん患者や家族が求めるのは免疫力の低下を防ぐ・増強したい、ということである。また化学療法を受けながら免疫力を維持したい・増強したいという患者も多い。それは担当医師も望むところである。しかし、日本の医療用漢方製剤で腫瘍免疫能を向上させ、実際の臨床効果を示した質の高い報告は少ない。そのなかでは十全大補湯が肝切除後の炎症を抑制し、肝細胞がんの再発を防ぐことがRCTで示され、実験的にもクッパー細胞からの炎症性サイトカインや活性酸素の産生を十全大補湯が抑制するという報告がある。

### 3. 頻用処方

#### ㊦ 食欲不振

- 六君子湯：化学療法後の食欲不振に対する有効性が基礎的・臨床的に認められている方剤である。化学療法(特にシスプラチン)による血中アシルグレリンの低下を六君子湯が回復させること、視床下部でのグレリン受容体の減少を六君子湯が回復させること、などが解明されている。

#### ㊧ 血液毒性

- 加味帰脾湯：特に血小板減少に有効性が示唆されているが、観察研究のみである。加味帰脾湯投与クールは非投与クールに比して血小板減少の程度が軽く、回復が速いという結果である。

- 十全大補湯：貧血・白血球減少に用いられるが、あくまで補助的な役割である。実験的には放射線照射後の骨髓幹細胞の増殖を十全大補湯が促進することを、脾臓内コロニー数の増加で確認した研究がある。

#### ㊨ 口内炎

- 半夏瀉心湯：化学療法による口内炎では、細胞回転の速い口腔粘膜細胞が、抗がん剤によって増加した活性酸素・サイトカイン・プロスタグランジンなどによってアポトーシスに陥るという機序が考えられている。半夏瀉心湯の効能効果に口内炎が含まれているが、その作用機序としてプロスタグランジン E<sub>2</sub> の誘導抑制作用、構成生薬の黄連の抗菌作用がある。

#### ㊩ 便秘異常

- 大建中湯：術後イレウスの予防や腸管運動低下時に用いられる。オピオイドによる便秘にも有効性が期待される。
- 半夏瀉心湯：イリノテカン塩酸塩(CPT-11)の遅発性下痢への有効性はよく知られており、CPT-11投与前に半夏瀉心湯の予防的投与が推奨されている。

#### ㊪ 末梢神経障害

- 牛車腎気丸：パクリタキセルやオキサリプラチンの末梢神経障害に用いられる。症状としては、四肢末端のしびれ感が主であり、機能障害が生じる前に薬剤の中止が必要である。しかし、これら2つの抗がん剤の末梢神経障害機序は同じではなく、特にオキサリプラチンの場合には他の方剤を探索する必要性が指摘されている。

#### ㊫ 全身倦怠感・がん悪液質

- 補中益気湯：進行・再発がん患者が訴える全身倦怠感に対応するには、漢方方剤では補中益気湯を投与することが多い。疲労感にも応用される。がん悪液質にインターロイキン-6(IL-6)が関与するが、補中益気湯がIL-6抑制作用を有していることは、手術侵襲や感染症モデルなどで記載されているのみであり、がんに関連した報告はみられない。最近がん悪液質との関連性が解明された activin receptor type IIB(ActRIIB)なども含め、補中益気湯の作用機序の解明が進むことが期待される。

#### 文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向 2010/2011, 2011
- 2) 日本癌治療学会(編)：制吐薬適正使用ガイドライン 2010年5月(第1版), 金原出版
- 3) Kono T, et al : Jpn J Clin Oncol 39(12) : 847-849, 2009
- 4) Zhou X, et al : Cell 142(4) : 531-543, 2010

第 5 章

処方解説

## 安中散(あんちゅうさん)

今津嘉宏

## 1 出典

## ▶『太平惠民和劑局方』一切気門

慢性，急性を問わず，胃痛・胃痙攣や嘔吐があり，口中に酸っぱい水があがり，腹の中を冷やすような邪気があり，飲食物が消化されず，横隔膜のあたりが張り，上腹部から側胸腹部が刺すように痛み，悪心や嘔吐があり，顔色は黄ばんで皮膚は痩せ，四肢に倦怠がある人を治療する．また，婦人で瘀血が原因で刺すように痛み，下腹部から腰にかけて牽引痛がある人を治療する．

## 2 構成

桂皮 3～5，延胡索 3～4，牡蛎 3～4，茴香 1.5～2，縮砂 1～2，甘草 1～2，良姜 0.5～1

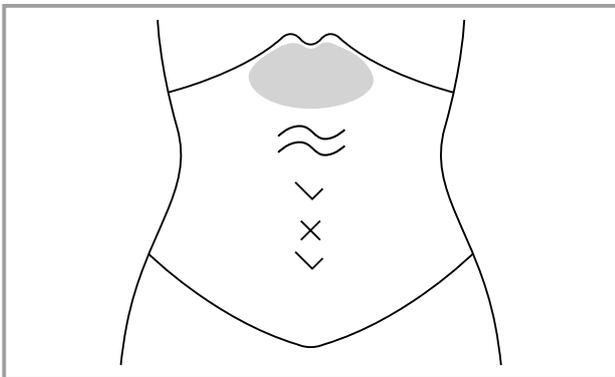
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・心窩部痛：急性・慢性のいずれでもよいが，痙攣性である．
- ・胸やけ，げっぷ
- ・胃もたれ，食欲不振
- ・悪心，嘔吐
- ・腹部の冷感(脾胃の冷え)
- ・月経痛

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：血色が悪く，痩せ型の人が多い．
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は薄い白苔がみられることが多い．
- 3) 脈診：虚のことが多い．
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 腹部動悸

○ 振水音

△ 心下痞鞭

△ 心下痞

△ 心下部膨満感

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で，腹部は力がなくて，胃痛または腹痛があって，時に胸やけや，げっぷ，胃もたれ，食欲不振，吐き気，嘔吐などを伴うものの次の諸症：神経性胃炎，慢性胃炎，胃腸虚弱

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する．

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 福井楓亭『方読弁解』

安中散はもともと反胃<sup>①</sup>に用いる方剤であって，甘草を主として良姜，乾姜，茴香の類を佐<sup>②</sup>とし，腹中を緩め温める功があり，癍囊病<sup>③</sup>で腹痛，嘔吐し，甘を好むものに用いると大いに効果がある．

## ▶ 和田東郭『蕉窓雑話』

癍囊の症を，世医の多くは反胃と見誤りやすい．また久腹痛などからこじれてこの症になるものもある．治法は食禁を守らせることが第一の手段であるが，薬剤も普通一般の病のように一度に多く用いるとよくないので，ごく小剤にして，1日に1貼ずつ用いる．主方は脈症腹証によっていろいろ手段もあるが，まず大抵は安中散でよいものである．

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

世上，安中散は癍囊の主薬としているが，吐水の甚だしいものには効かず，痛みの甚だしいものを主とする．反胃に用いる場合にも腹痛を目的とすべきである．また婦人の血氣刺痛には，癍囊よりかえて効果がある．

## B 治験

## ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

60余歳の男子が，かねてから滯飲<sup>④</sup>があり，さらに飲食が硬塞して咽喉を通らず，ほとんど膈<sup>⑤</sup>状を呈し，身体羸瘦，脈沈細，心下が時々刺痛して堪え難いという．しかし診たところ，頑痰<sup>⑥</sup>が胸膈を妨害して飲食が通らないので，真の膏盲(盲)疾<sup>⑦</sup>ではないであろうと判断し，利膈湯<sup>⑧</sup>加呉茱萸を与え安中散を兼用したところ，心下

痛が去り、飲食も次第に通るようになって、数日で全治した。

- ① 反胃(ほんい)：嘔吐を繰り返す胃の病。  
② 佐(さ)：方剤中で制御の働きをする薬剤。

- ③ 癖囊病(へきのうびょう)：胃拡張、幽門狭窄など。  
④ 滯飲(へきいん)：溜飲。  
⑤ 膈(かく)：重症の食道通過障害。  
⑥ 頑痰(がんたん)：頑固で治りにくい痰。  
⑦ 膏盲疾(こうもうしつ)：盲は正しくは盲、治りにくい病。  
⑧ 利膈湯(りかくとう)：半夏、附子、梔子の3味(名古屋玄医)。

## 胃苓湯(いれいとう)

今津嘉宏

### 1 出典

#### ▶『古今医鑑』泄瀉門

暑さや湿気当たって、飲食が滞り、胃腸の調子が悪く、腹が痛んで水様性の下痢を下し、喉が渇いて小便の出が悪くなり、飲食物が消化しない人で、陰と陽の間にある人を治療する。

#### ▶『婦人大全良方』泄瀉方論

胃苓散。夏秋の間、脾胃が冷水によって損なわれ、飲食が消化できず、下痢が止まらないものを治療する。

### 2 構成

蒼朮 2.5～3, 厚朴 2.5～3, 陳皮 2.5～3, 猪苓 2.5～3, 沢瀉 2.5～3, 芍薬 2.5～3, 白朮 2.5～3, 茯苓 2.5～3, 桂皮 2～2.5, 大棗 1～3, 生姜 1～2, 甘草 1～2, 縮砂 2, 黄連 2(芍薬, 縮砂, 黄連のない場合も可)

### 3 適応病態

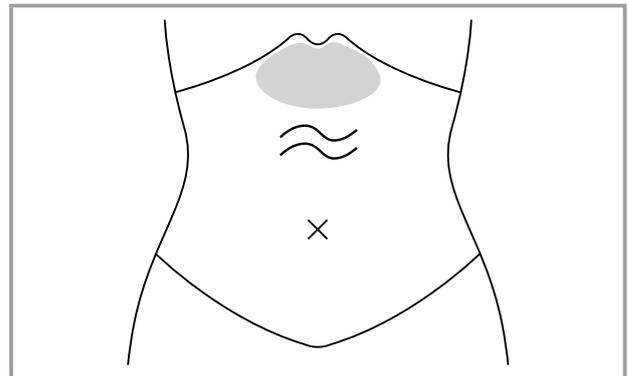
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・下痢：水様性のことが多い。夏から秋にみられる下痢によい。
- ・嘔吐
- ・口渴, 尿量減少
- ・食欲低下
- ・食後の腹鳴, 腹痛

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面や四肢が浮腫状のことがある。
- 2) 舌診：急性症では舌証は不定。慢性的な状態では舌苔はねっとりと厚いことが多い。
- 3) 脈診：発熱があれば浮数のことが多い。

#### 4) 腹診



腹力 中等度(3/5)

腹証 ◎ 振水音

◎ 膨満感

○ 心下痞

△ 腹鳴(食後)

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、水様性の下痢、嘔吐があり、口渴、尿量減少を伴うものの次の諸症：食あたり、暑気あたり、冷え腹、急性胃腸炎、腹痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶北尾春圃『当莊庵家方口解』

胃苓湯<sup>①</sup>は、昼夜を分かつたず大便が瀉(くだ)るものに対する主方である。熱の無いものには木香を加え、食も少し滞って大便が瀉(くだ)るものによい。

##### ▶香月牛山『牛山方考』

飲食過多で腹脹、口渴、泄瀉、小便赤洪の症に、五苓

散に平胃散を合わせて胃苓湯と名付けた処方が奇効をみせる。さらに黄連、芍薬を加えた加味胃苓湯は、赤白痢<sup>②</sup>を治すのに神効がある。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

胃苓湯は平胃散、五苓散の合方であるので、傷食に水飲を帯びるものに用いるとよい。その他、水穀不化<sup>③</sup>による下利、あるいは脾胃不和で水気を発するものに用いる。『万病回春』に言う「陰陽不分」とは、太陰に位して陰陽の間に在る症を言うのである。

#### B 治験

##### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある男子が、初夏から泄瀉が止まず、晩秋になって腹満が甚だしく、面部および両足に水気があり、脈数(さく)、渴して小便不利がある。2～3の医師を経て治らず、

私の診を求めた。私は、まず胃中の汚濁を去り、そのあとで原(もと)を治すべきであるとして、胃苓湯加木香を与えた。数日で小便が分利し、下利もこれに伴って止み、腹満、水気もまた減った。男はもともと心下痞、腹中雷鳴があるので、胃中不和と判断し、甘草瀉心湯<sup>④</sup>を与えると数日で病状は大いに改善されたが、なお飲食が消化せず、ときどき虚満して下利する。そこで六君子湯加厚朴、香附子、木香を与えると次第に治った。

① この胃苓湯は加芍薬。

② 赤白痢(せきはくり)：粘液や膿血の混じった下痢。

③ 水穀不化：消化不良。

④ 甘草瀉心湯(かんぞうしゃしんとう)：半夏瀉心湯の方中、甘草を増量したもの(傷寒)。

## 茵陳蒿湯(いんちんこうとう)

今津嘉宏

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』陽明病篇

陽明病で、熱が出るとともに汗の出るものは熱が発越しており、黄疸を生じることはない。ただ頭だけに汗が出て身体には汗をかかず、小便の出が少なく、のどが渴いて水っぽいものばかりを欲しがめる人は悪熱が裏にあり、必ず黄疸を発する。これは茵陳蒿湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』黄疸病篇

穀疸という病気は、悪寒と熱とがあって、食欲がない。食べるとめまいがし、胸中が気持ち悪くて落ち着かず、それが長引くと黄疸になる。これが穀疸である。茵陳蒿湯で治療する。

### 2 構成

茵陳蒿 4～14、山梔子 1.4～5、大黄 1～3

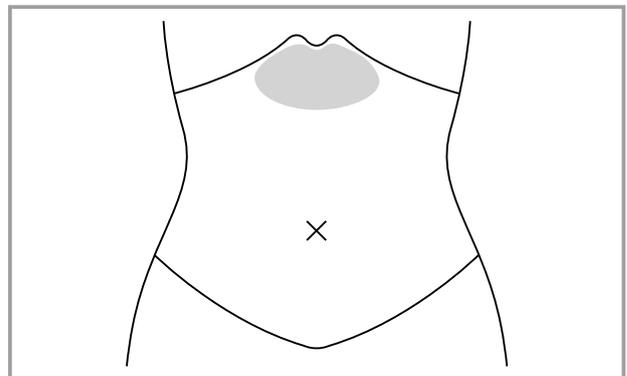
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・心窩部から胸中の不快感：腹部、特に上腹部が膨満し、みぞおちから胸中にかけて形容しがたい不快感があり、胸が塞がったようで、悪心を訴える。
- ・口渴、尿量減少：口渴により水を飲んだ割には尿量が少ない。
- ・発疹：蕁麻疹、湿疹、皮膚炎などで、痒痒を伴うことが多い。
- ・便秘

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：黄疸がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は紅、舌苔は黄色のことがある。
- 3) 脈診：数のことがある。
- 4) 腹診



腹力 やや充実～充実(4/5～⑤/5)

腹証 ◎ 腹満(上腹部・軽度)

◎ 心下痞

△ 心下痞

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以上で、口渴があり、尿量少なく、便秘するものの次の諸症：蕁麻疹、口内炎、湿疹・皮膚炎、皮膚の痒み

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、肝機能障害、黄疸に注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 吉益東洞『方機』**

茵陳蒿湯は、黄色を發し、小便不利し、口渴して水を飲みたがり、大便の通じないものを治す。

茵陳蒿湯は、黄色を發し、小便不利し、腹部が微滿<sup>①</sup>するものを治す。

茵陳蒿湯は、悪感発熱、不食、頭眩があり、心胸不安のものを治す。

**▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』**

黄疸は食傷のあとに急発するものがあり、また疫熱<sup>②</sup>が劇しく、煩燥狂乱して、一夜のうちに発黄するものがある。多くは小便不利するのがこの証の持前であり、小便が清利すれば黄は去るので、この場合には茵陳五苓散を用いる。また大便秘澁するのも常であるが、この場合には茵陳蒿湯を用いる。

**▶ 有持桂里『校正方輿輿』**

発黄の病は、古来茵陳を専薬としているが、この病は茵陳一品で癒るものではない。およそ疸を治すには、まず裡の瘀熱<sup>③</sup>を去ることを本とすべきである。小便を利すのはその次であり、黄を治すのはまたその次のことである。大黄は熱を解き、梔子が小便を利し、茵陳が黄を治す。三味が互いにもち合って、はじめて効果が備わるのである。いいかえれば、大黄あつての梔子、梔子あつての茵陳である。

**▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』**

茵陳蒿湯は発黄を治す聖劑である。世医は黄疸の初発に茵陳五苓散を用いるが、これは誤りである。まず茵陳蒿湯を用いて下した後、茵陳五苓散を与えるべきである。この2処方の区別は茵陳五苓散の條に詳述してある。茵陳は発黄を治すのが特長であるが、湿熱を解き利水の効

果があり、発黄に限って用いる訳ではない。梔子、大黄を配すれば利水の効果があり、茵陳蒿湯を用いた後の、「尿、皂(そう)角汁<sup>④</sup>の如し」とは、このことを指しているのである。後世の加味逍遙散、竜胆瀉肝湯などの梔子は、すべて清熱利水<sup>⑤</sup>を主としているのである。ただしこの処方を発黄に用いるのは、陽明部位の腹滿、小便不利を主目標とすべきである。もし心下に鬱結がある場合には、大柴胡湯加茵陳がかえって効果があり、もしまた虚候がある場合には、千金茵陳湯<sup>⑥</sup>がよい。

**B 治験****▶ 六角重任『古方便覽』**

30余歳の男子が、冬期に旅行をし、海辺に滞在して魚肉を思う存分に食べ、そのあと寒気の中を家に帰った。ところが、間もなく顔、身体に浮腫が生じてみかん色に発黄し、小便も槩汁<sup>⑦</sup>のように黄色となり、心胸が苦煩し、腹滿して飲食が進まなくなった。私は茵陳蒿湯を与え、時々紫円を用いて下し、12～13日で全癒させた。

**▶ 中神琴溪『生々堂治験』**

30歳の男子が、心中懊惱して、水薬を口にしても吐いてしまい、その症状は日々劇しくなった。先生(琴溪)が診ると、眼中に発黄し、心下滿で按すと痛み、心拍動が乱れて不整である。先生は「これは瘀熱が裏に在るので、日ならずして黄色を發するであろう」として、食塩を白湯で溶いて吞ませると、大量に冷水を吐いた。さらに茵陳蒿湯を与えると、果して全身に発黄し、黒糞を排泄した。そこでさらに茵陳蒿湯を続けると、15日ばかりで常態に復した。

① 微滿(びまん)：軽い膨滿感。

② 疫熱(えきねつ)：流行病による熱。

③ 瘀熱(おねつ)：体内にこもった古い熱。

④ 皂角汁(そうかくじゅう)：さいかちの実のさやの汁で黄色。

⑤ 清熱利水(せいねつりすい)：熱を冷まし、利尿を図ること。

⑥ 千金茵陳湯(せんきんいんちんとう)：茵陳蒿湯に黄芩、黄連、人參、甘草を加えたもの。

⑦ 槩汁(ばくじゅう)：黄柏の汁。

**茵陳五苓散(いんちんごれいさん)**

今津嘉宏

**1 出典****▶ 『金匱要略』黄疸病篇**

黄疸は茵陳五苓散で治療する。

**2 構成**

沢瀉 4.5～6、茯苓 3～4.5、猪苓 3～4.5、蒼朮 3～4.5

(白朮も可)、桂皮 2～3、茵陳蒿 3～4

**3 適応病態**

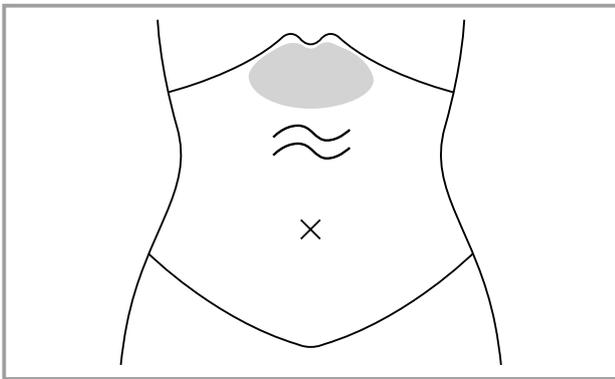
五苓散に茵陳蒿を加えた処方では、口渴、尿量減少を主目標に使用する。

**A 自覚症状(Symptom)**

- ・口渇，尿量減少：喉が渇き，飲水量の割に尿量が少ない。
- ・黄疸
- ・蕁麻疹
- ・浮腫，腹水
- ・嘔吐，食欲不振
- ・頭痛，めまい

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：顔面や四肢が浮腫状のことがある。
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は微黄色のことがある。
- 3) 脈診：滑のことがある。
- 4) 腹診



- 腹力 \*やや軟(2/5)  
 腹証 ◎ 時に振水音  
 △ 腹満  
 △ 心下痞

**C 体力のしばり\***

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以上を目安として，喉が渇いて，尿量が少ないものの次の諸症：嘔吐，蕁麻疹，二日酔い，むくみ

**4 使用上の留意点**

特になし。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 吉益東洞『方極』**

茵陳五苓散は，発黄して五苓散の証を兼ねるものを治す。

**▶ 有持桂里『校正方輿輓』**

茵陳五苓散は古訓に「黄疸患者の小便を利するによし」といい，またこの処方が，平淡で用いやすいことから，世医はこれを，黄疸に万能の薬としているが，五苓散は小便不利のものでなければ効果がない。また茵陳蒿湯，大黃消石湯<sup>①</sup>の証にも小便不利はあるが，この2湯では腹満が主証であって，小便不利は客証である。よくその主客をふまえて分別すべきである。

**▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』**

茵陳五苓散は，発黄の軽症に用い，小便不利を目標とする。『聖濟総録』に，この処方「陰黄<sup>②</sup>，身橘色の如くして，小便不利云々を治す」とある。陰黄の症とは『諸病源候論』に詳しく記されているように，陰症のことでなく，ただ熱状のないものをいう。この処方の証があつて熱状のあるものは，梔子蘂(柏)皮湯，茵陳蒿湯を撰用する。また，黄胖<sup>③</sup>には鐵砂散<sup>④</sup>を兼用する。李東垣は酒客病<sup>⑤</sup>を治すのに，この処方を用いるのを得意とした。酒に酔って煩悶が止まないものにこの処方を与え，発汗，利尿をはかって治療するのは，上手な手段である。

**B 治験****▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』**

40歳に近い男が，平素から汗が出ないことが多かったが，ある年の5月に発黄し，全身が黄色くなって衣服を染め，白眼も黄色くなり，頭汗が出，小水は短少で熱っぽく血のように赤くなった。また発熱，発渴して食が進まず，脈は沈細である。私が茵陳五苓散に蒼朮，石膏を加えて与えたところ，15貼で全治した。

\*：文献的な腹力と「改訂 一般用漢方処方の手引き」における体力のしばりは必ずしも一致していない。

- ① 大黃消石湯(だいおうしょうせきとう)：大黃，黄柏，消石，梔子の4味(金匱)。
- ② 陰黄(いんこう)：多くの慢性的で熱はないかまたは微熱の黄疸。
- ③ 黄胖(おうはん)：鉄欠乏性貧血。
- ④ 鐵砂散(てっしゃさん)：出典不明。鉄剤であろう。
- ⑤ 酒客病(しゅきゃくびょう)：飲酒のために悪心，嘔吐，めまい，昏冒，激しい頭痛などの症状を呈する病。

## 温経湯(うんけいとう)

上田ゆき子

### 1 出典

#### ▶『金匱要略』婦人雜病篇

更年期の頃の女性で不正出血が続き、夕方に熱が出て下腹がひきつれ張り、手のひらがポカポカと温かく、唇が乾くものは婦人病である。かつて流産をして瘀血が下腹に残ったからで、温経湯で治療する。

また、婦人で下腹が冷え、妊娠しにくい人を治療する。月経の量が多すぎる人や月経がなかなか来ない人にも使用する。

### 2 構成

半夏 3～5、麦門冬 3～10、当帰 2～3、川芎 2、芍薬 2、人參 2、桂皮 2、阿膠 2、牡丹皮 2、甘草 2、生姜 1、呉茱萸 1～3

### 3 適応病態

更年期に限らず婦人に幅広く使用できる。手掌のほてり感が目標となる。

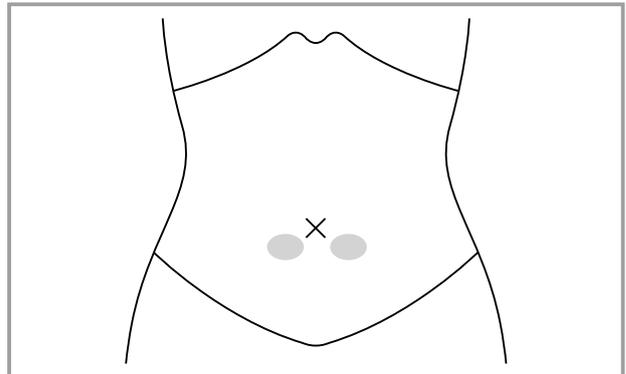
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・手掌煩熱：手のひらのほてり感が重要。同部の湿疹・皮膚炎にも応用する。
- ・口唇乾燥
- ・月経不順・月経困難：経血量の異常を訴えることがある。
- ・冷え性、しもやけ
- ・冷えによる下腹部痛
- ・不妊症

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：口唇の乾燥や手掌の発赤、荒れがみられることが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡白のことが多く、瘀斑がみられることがある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：沈のことがある。

#### 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 腹満感(下腹部)

○ 圧痛(時に臍下)

△ 下腹部の冷え

#### C 体力のしぼり

弱      強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以下で、手足がほてり、唇が乾くものの次の諸症：月経不順、月経困難、こしけ(おりもの)、更年期障害、不眠、神経症、湿疹・皮膚炎、足腰の冷え、しもやけ、手荒れ(手の湿疹・皮膚炎)

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

温経湯の症は産後に多く、およそ産後の下痢に会った場合は、まずこの方を擬してみるのを常席とする。その症は下利があつて、虚熱のために唇口が乾く、手足の心のほてりが強い、腹満などがあり、時に嘔吐不食などの症もある。また産後に限らず老婦の下利が日久しくやまぬ時に用いてよいことがあり、婦人の漏下で日久しく腰痛するものにも効がある。この主治は『千金方』や『婦人良方』などにもあるように思う。

##### ▶和田東郭『和田泰庵方函』

温経湯は、婦人の小腹に血塊があり痛み、あるいは腹満裏急、発熱、五心煩熱、唇乾燥、あるいは赤白帯下が連綿として絶えず、あるいは大便下利、あるいは秘結す

るものを治す。

## B 治験

### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある婦人が産後小腹に塊があり、按ずると痛みが腰脚に引き、時に悪心嘔吐、時に下利し、不食羸瘦してほと

んど労状を呈した。主人が滋血消瘀の剤を与えたが治らなかった。私は胞門虚寒の証で真の勞ではないと診断し、温経湯を与えると数日で全癒した。また、ある婦人が腰冷してしばしば墮胎(流産)したが、温経湯を久服させると初めて胎児が育った。

## 温清飲(うんせいいん)

上田ゆき子

## 1 出典

### ▶ 『万病回春』血崩門

帯下や不正子宮出血がやや慢性化したもので虚熱の症の人には、血を養って火を清することが必要である。温清飲は、婦人の月経が止まらず、あるいは豆汁のように五色入り交じり、顔色が黄ばみ、臍腹部の刺痛、寒熱往来、不正子宮出血が止まらないものを治療する。

## 2 構成

当帰 3~4, 地黄 3~4, 芍薬 3~4, 川芎 3~4, 黄连 1~2, 黄芩 1.5~3, 山梔子 1.5~2, 黄柏 1~1.5

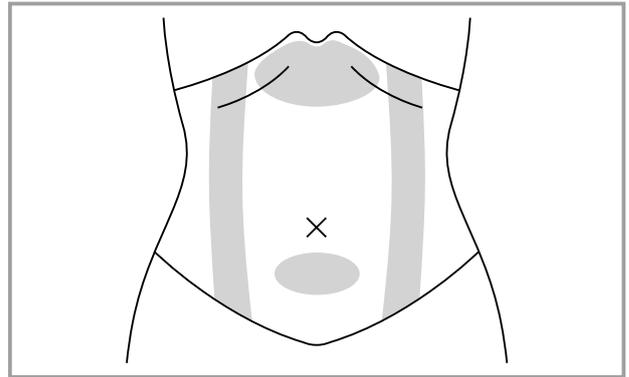
## 3 適応病態

- ・皮膚の乾燥、痒痒感：皮膚は黒褐色または黄褐色で渋紙様と表現される肌質が特徴である。特に、慢性化した乾燥性の皮膚疾患に多くみられる。湿潤した皮膚には適さないことが多い。
- ・赤み、熱感のある乾燥性の発疹：慢性に経過した発疹で苔癬化したもの。痒みが強い。
- ・のぼせ、出血傾向：子宮出血、咯血、下血、鼻血などを生じることがある。
- ・月経不順、月経困難
- ・アレルギー体質

## A 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：乾燥性の肌質で渋紙様を呈することが多い。
- 2) 舌診：舌質は舌全体あるいは舌尖に赤みがみられることがある。
- 3) 脈診：数のことがある。

## 4) 腹診



腹力 中等度(3/5)

- 腹証
- ◎ 腹直筋攣急
  - ◎ 胸脇苦満
  - 心下痞鞭
  - 時に圧痛(下腹部)

## B 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

## C 適応(Indication)

体力中等度で、皮膚はかさかさして色つやが悪く、のぼせるものの次の諸症：月経不順、月経困難、血の道症<sup>注1)</sup>、更年期障害、神経症、湿疹・皮膚炎

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

龔廷賢によれば「崩漏には新久虚実の別があり、初起で実熱に属するものは解毒(黄连解毒湯)がよく、やや久しく経過して虚熱に属するものは血を養い火を清するとよく、これには温清飲がよい」という。

## ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

私は老人の頑癬を数十人治したが、そのうち痒痛が甚だしく熱のないものは当帰飲子あるいは十全大補湯加荆芥を用い、血燥が甚だしく熱があるものには温清飲を用い、水気があって実するものは東洋赤小豆湯<sup>①</sup>を用い、虚するものは濟生赤小豆湯<sup>②</sup>加附子および真武湯加反鼻を用いて多く効を奏した。

## B 治験

## ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

30歳ばかりになる内室が下血を患うこと数年、数人の医師が治療したが治らず、面色痿黄、皮膚甲錯、手足が癩<sup>③</sup>(癩<くん>)をなし、足脛浮腫、爪色は榮(は)えず、腹が微満し、経水期に先だてて必ず腰痛下血する。私が六君子湯加厚朴、香附子、黄連を与え鉄砂丸<sup>④</sup>を兼用すると、服すること数旬で下血はやみ、浮腫は去り、腹は堅実となった。しかし皮膚甲錯は故のごとく、時に肛門

が焮痛<sup>⑤</sup>する。私は血熱の所為と判断して温清飲を与え、肛門に紫雲膏を貼すると、およそ1年あまりで全身に血沢を生じ、諸証は全癒、やがて懐妊して一女子を挙げた。

注1) 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

- ① 東洋赤小豆湯(とうようしゃくしょうずとう)：赤小豆、商陸、麻黄、桂枝、反鼻、連翹、生姜、大黄の8味(山脇東洋)。
- ② 濟生赤小豆湯(さいせいしゃくしょうずとう)：猪苓、沢漆、桑白、連翹、芍薬、防己、赤小豆、当帰、商陸、沢瀉の10味(濟生)。
- ③ 癩：癩(くん)か。皮膚の亀裂。
- ④ 鉄砂丸(てっしゃがん)：鉄砂散(東洞)。鉄砂、大黄、蕎麦粉の3味。
- ⑤ 焮痛(きんつう)：焼けるように痛むこと。

## 越婢加朮湯(えっぴかじゅつとう)

上田ゆき子

## 1 出典

## ▶ 『金匱要略』水気病篇

皮膚の下に水が溜まるものは一身面目がひどくむくみ、脈が沈んで小便が出にくくなる。これは水気病である。もし小便がよく出れば身体の水分が失われ口渴を訴える。越婢加朮湯で治療する。

## ▶ 『金匱要略』中風歴節病篇

肉極に炎症があると、身体の水分が抜け、毛穴が開き、汗が大いに出て下半身の力が抜ける。越婢加朮湯で治療する。

## 2 構成

麻黄 4~6、石膏 8~10、生姜 1(ヒネショウガを使用する場合 3)、大棗 3~5、甘草 1.5~2、白朮 3~4(蒼朮も可)

## 3 適応病態

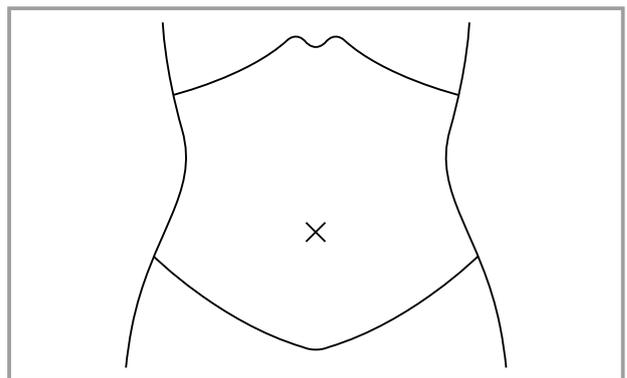
## A 自覚症状(Symptom)

- ・浮腫：皮膚のしまりがよく、プヨプヨとしていない。
- ・発汗傾向
- ・口渴、尿量減少：むくみと発汗で水分が奪われて尿量が減る。
- ・浮腫：特に顔面にみられる。
- ・皮膚の熱感、湿疹：特に顔面から頭部にかけてみられる。

・関節の痛みと腫れ：四肢関節にみられる。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面が浮腫状のことがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：沈、数のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度~やや硬(3/5~4/5)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で、むくみがあり、のどが渴き、汗が出て、時に尿量が減少するものの次の諸症：むくみ、関

節の腫れや痛み、関節炎、湿疹・皮膚炎、夜尿症、目の痒み・痛み

#### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

麻黄を多く含むため、虚血性心疾患や高血圧などがある人、胃腸が虚弱な人は注意を要する。

#### 5 日本古典

##### A 処方解説

##### ▶ 内藤保定『古方節義』

越婢加朮湯は、風毒(風邪)、湿熱<sup>①</sup>を、外には皮表から散らし、内からは小便によって去らせるものである。またこの処方、脚気腫満に最上の方であり、また風水湿腫<sup>②</sup>あるいは歴節痛風<sup>③</sup>で腫れの甚しいもの、あるいは風湿<sup>④</sup>の気が下焦<sup>⑤</sup>に流れて腰から下が浮腫するものなど、すべてこの処方を用いると効果がある。その他、悪風<sup>⑥</sup>するものには附子を加えるとあるが、悪風するものに限らず、痛みがなかなか止まないものには、附子を加えて温散すれば、腫が退いて痛みが止むものである。

##### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

越婢加朮湯は、脚気腫満を治療する聖薬である。『金匱要略』に、「裏水は越婢加朮湯之を主る」とあるが、裏水に麻黄を用いる理はない。また、『外台秘要』には、「皮水は越婢加朮湯之を主る」とあり、これはやや理に合っているようではあるが、皮水というべき症であるならば、麻黄甘草湯<sup>⑦</sup>が正当であろう。すなわち、『外台秘要』に「皮水一身面目悉腫、甘草麻黄湯之を主る」とあり、また越婢湯の症を『金匱要略』では「風水」、『千金要方』では「風痺」<sup>⑧</sup>としている。この「風」は、陽証のことをいっているのである。したがってこの2つの名称は適切といえよう。

##### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

越婢加朮湯は、眼珠が膨脹、熱痛し、瞼胞が腫脹する

もの、爛瞼風<sup>⑨</sup>で痒痛、羞明があり、涙(眵)涙<sup>⑩</sup>の多いものを治す。また応鐘散<sup>⑪</sup>を兼用することもある。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

越脾(婢)湯は、脾気を発越するというのが本義で、同じ麻黄剤であっても麻黄湯、大青竜湯とは趣を異にし、大熱が無く汗が出るというのを目標とする。したがって肺脹、皮水などに用い、傷寒溢飲には用いない。また『傷寒論』にある麻杏甘石湯も、越脾湯に類似した処方である。

##### B 治験

##### ▶ 中神琴溪『生々堂治験』

20歳の男子が、身体満腫して陰囊に及び、手毬のように大きくなって、陰茎はその中に没した。先生(琴溪)は患者の腹の腫色を診て、「過去に、疥癬、癩疹を患ったことがあるか」を問うと、やはり「ある医師から薬をもらって治療を受け、急速に治ったことがある」という。そこで、これはその旧疾が内攻したものであるとして、越婢加朮湯を与え、竜門丸を3日に1度30丸宛を兼用させると、数旬で全治した。

① 湿熱(しつねつ)：湿邪と熱邪によって発した病。

② 風水湿腫(ふうすいしっしゅ)：急性に起こった関節あるいは皮下水腫。

③ 歴節痛風(れきせつふう)：関節の痛む疾病。リウマチ、関節炎など。

④ 風湿(ふうしつ)：風邪と湿邪による病変。

⑤ 下焦(げしょう)：三焦の一つ。三焦は実体が明確でなく、機能によって上、中、下と分けられており、下焦は主として泌尿生殖器にかかわりをもつといわれる。

⑥ 悪風(おふう)：寒気。

⑦ 麻黄甘草湯(まおうかんぞうとう)：甘草、麻黄の2味(金匱)。

⑧ 風痺(ふうひ)：痺証の一つで、急性に起こるもの。痺とは、関節、筋肉の知覚・運動麻痺障害などを呈する疾患を指す。

⑨ 爛瞼風(らんけんふう)：ただれ目(眼瞼炎など)。

⑩ 涙(しるい)：目やにと涙(眵は眵と考えられる)。

⑪ 応鐘散(おうしょうさん)：大黄、川芎の2味(吉益東洞)。

## 黄耆建中湯(おうぎけんちゅうとう)

上田ゆき子

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』血痺虚劳病篇

疲れて体力がなくなり、腹が突っ張って痛み、動悸がしたり鼻血が出たり、手足がだるくて痛んだりする場合は小建中湯がよい。さらに疲れがひどく諸々の不足がある場合は、小建中湯に黄耆を加味した黄耆建中湯で治療

する。

### 2 構成

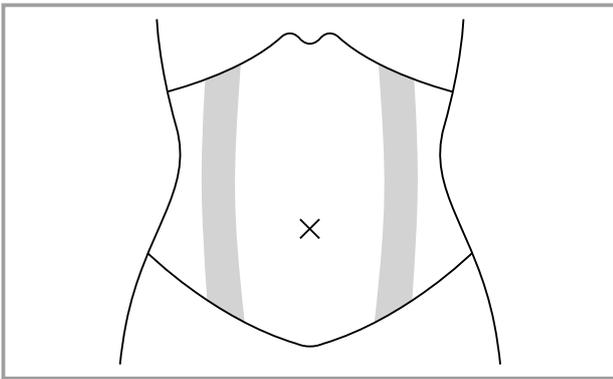
桂皮 3～4、生姜 1～2(ヒネシヨウガを使用する場合 3～4)、大棗 3～4、芍薬 6、甘草 2～3、黄耆 1.5～4、膠飴 20(膠飴はなくても可)

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・小建中湯証でさらに虚弱のもの：疲労倦怠や腹痛などの小建中湯証の症状に加え、寝汗や痩せ、息切れなど、さらに虚の傾向が強い。
- ・虚弱児，夜尿症
- ・湿疹，皮膚炎：小建中湯証でアトピー性皮膚炎などの慢性的な皮疹を生じている。
- ・肉芽形成不良：痔瘻や難治性の潰瘍など，傷が治りにくい。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：顔色は青白く疲労感があることが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡白で，白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：沈，弱のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ○ 腹直筋攣急

○ 時に腹痛

**C 体力のしぼり**

弱 **1 2 3 4 5** 強

**D 適応(Indication)**

体力虚弱で，疲労しやすいものの次の諸症：虚弱体質，病後の衰弱，寝汗，湿疹・皮膚炎，皮膚のただれ，腹痛，冷え症

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシー

に注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』**

小建中湯の腹証で，肌膚の乾きが甚だしく，あるいは自汗，盗汗のあるものは，黄耆建中湯を用いる。その証に，「虚勞裏急，諸々の不足」とあるが，諸々の不足とは，気・血ともに充足していないという意味である。黄耆には，正気を肌表に張り，津液をめぐらせる効能がある。肌表に上述の諸々が不足するものは，皮膚が乾いて潤いがなく，衛氣<sup>①</sup>が腠理<sup>②</sup>を固めないために，津液がもれて自汗，盗汗となるのである。黄耆によって正気を張り，津液をめぐらし，腠理を固くさせれば，瘀水はおのずと回り降って小便に通利し，肌膚は滑らかに潤沢となるのである。黄耆は自汗，盗汗を治すとはいっても，その原因は一に正気の不足からくるものであって，自汗，盗汗を止めるということのみを黄耆の主能と考えるべきではない。わが一門では，黄耆を用いる場合，汗の有無をその条件とせず，肌膚の正気の乏しいことを目標にすれば誤ることなしとしている。

**▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』**

黄耆建中湯は，小建中湯の「中気不足，腹裏拘急」を主証とし，「諸虚不足」を帯びているので，黄耆を加えたのである。仲景が黄耆を用いるのは，大抵は表托<sup>③</sup>，止汗，祛水のためであって，この方も外体<sup>④</sup>の不足を目標にして用いる。この方は虚勞の症で，腹皮が背に貼じ，熱なく咳するものに用いるが，あるいは微熱があるもの，あるいは汗が出るもの，あるいは汗のないもの，いずれにも用いてよい。『外台』にある黄耆湯の2方は，主治，薬味がそれぞれ少しずつ異なるが，いずれもこの方に隸属する。

① 衛氣(えいき)：全身の経脈を通じて人体の各部を栄養すると考えたもので，ここでは血液の作用，体力といった意。

② 腠理(そうり)：皮膚の紋理，肌のきめ。

③ 表托(ひょうたく)：表証に対処するの意。

④ 外体(がいたい)：身体の外表面。

## 黄芩湯(おうごんとう)

田島康介

## 1 出典

## ▶『傷寒論』太陽病下篇

太陽病と少陽病の合病で、自然と下痢する場合は、黄芩湯を与える。

## 2 構成

黄芩 4～9, 芍薬 2～8, 甘草 2～6, 大棗 4～9

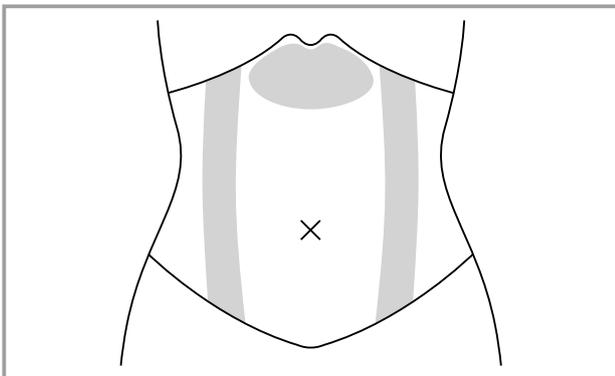
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・腹痛：臍部や臍傍部の痛みを訴えることが多い。急性腸炎、消化不良などによる下痢ばかりでなく、虫垂炎、子宮付属器炎などの炎症や腹痛に対しても使用できる。
- ・発熱：悪寒を認めるが、発汗は認めないことが多い。
- ・下痢(裏急後重)：しぶり腹で、便通のあとすぐまた便意を催し、さっぱりしない人。水様便ではなく、泥状便や粘血便である。
- ・嘔気、嘔吐
- ・口苦
- ・咽乾

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：脱水により皮膚ツルゴールの低下がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：沈、遅のことがある。
- 4) 腹診



腹力 中等度(3/5)

腹証 ○ 心下痞硬

○ 腹直筋攣急

△ 裏急後重

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度で、腹痛、みぞおちのつかえがあり、時に寒気、発熱などがあるものの次の諸症：下痢、胃腸炎

## 4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

肝機能障害にも注意が必要である。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶尾台榕堂『類聚方広義』

下痢し腹拘急し、心下痞する人を治療する。下痢して、発熱し、腹痛あり、心下痞し、裏急後重あり膿血便を認める人を治療する。

## ▶和久田叔虎『腹証奇覽翼』

(前略)痢病で純膿血を下し、痞鞭が甚だしくない人は三黄瀉心湯を用い、小腹急結する人は桃核承気湯、心下痞、腹拘急して痛む人は黄芩湯、あるいは熱利下重、渴して水を飲まんと欲する人は白頭翁湯の類など、それぞれ証に随って使用する。渴して水を求める人には、あくまでこれを与えるべきで、決して温薬および止瀉の剤を投じてはならない。

## B 治験

## ▶有持桂里『校正方輿輿』

60歳を過ぎた老女が、月経が止まらず、その上ときどき下血する。この人は平生から小事にも憂恚(ゆうい)し、脈弦数である。三黄瀉心湯を投ずると、病は大半癒え、その後1か月余り、黄芩湯を用いて調理すると全快した。黄芩湯を血症に使用することは、吾が党ではしば試みるが、これは李梴の工案が原(もと)である。

## 黄連解毒湯(おうれんげどくとう)

小田口 浩

## 1 出典

## ▶『肘後備急方』治傷寒時氣温病方

急性熱性疾患に罹患して6,7日経過し、熱が極まり、心下煩悶、精神異常を起こすものに用いる。(中略)もだえて嘔したり、眠れなかつたりするものを治療する。

## ▶『外台秘要方』傷寒上

急性熱性疾患にかかったものの発汗していったん治癒した前軍督が、酒を飲んで症状を悪化させ、もだえながら、からえずきや口腔内乾燥などの症状で苦しんでいた。うめいて意味不明の言葉を発して、臥すことができずいたため、黄連解毒湯を与えた。(中略)一服して視界が明らかになり、もう一服して粥を進めたところようやく治った。この処方、およそ熱が盛んで、もだえて嘔したり、うなったり、意味不明の言葉を発したり、眠れなかつたりするもの全てによい。解熱させてひどい熱を取り除くのであり、必ずしも飲酒後の激しい症状に限定することはない。

## 2 構成

黄連 1.5～2, 黄芩 3, 黄柏 1.5～3, 山梔子 2～3

## 3 適応病態

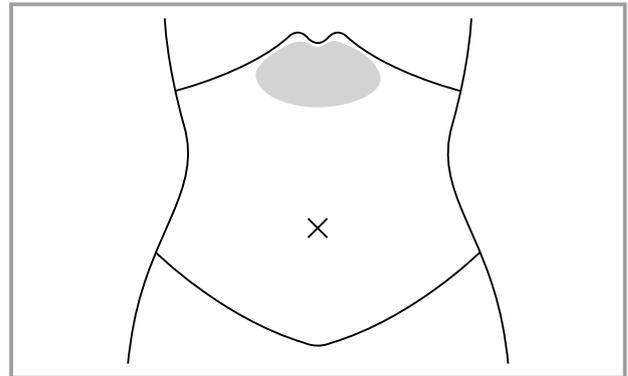
## A 自覚症状(Symptom)

- ・熱感：口渇、皮膚乾燥、のぼせ、顔面紅潮などの症状を認める。熱性病の急性期にも、慢性化した実熱でもよい。三焦の実熱による炎症と充血を伴う諸症状が適応となる。虚寒証に与えると、しびれ、冷え、粘膜炎症症状など、思わぬ症状が現れることがある。
- ・出血：炎症や充血のため、吐血、咯血、鼻出血、血尿、下血などの出血症状を呈する。
- ・精神症状：イライラ、不眠、不安感。本方の適応となる不眠は、頭が冴えてなかなか眠れない、イライラして眠れないといったタイプ。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：炎症と充血のため顔色が赤い(上衝)ことが多い。
- 2) 舌診：舌質は紅で、舌苔は黄苔を認めることがある。
- 3) 脈診：沈の傾向を帯び、実で数のことが多い。

## 4) 腹診



腹力 中等度～充実(3/5～5/5)

腹証 ◎ 心下痞鞭

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で、のぼせがみで顔色赤く、イライラして落ちつかない傾向のあるものの次の諸症：鼻出血、不眠症、神経症、胃炎、二日酔い、血の道症<sup>注1)</sup>、めまい、動悸、更年期障害、湿疹・皮膚炎、皮膚の痒み、口内炎

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶香月牛山『牛山方考』

黄連解毒湯は、実熱、実火を治する通用の剤であり、また傷寒で汗、吐、下のあと熱の退かない症を治す剤である。

## ▶長沢道寿『増広医方口訣集』

私が黄連解毒湯を用いる場合には、3つの口訣がある。その1は、常に単方で用いてはならないことである。黄連、黄芩、黄柏、山梔子の4味は、いずれも甚だ苦くて飲みにくく、これのみを投ずると、嘔吐、瀉下<sup>①</sup>、飲食不進などがあらわれるため、諸方を合わせるのである。例えば、痰で火<sup>②</sup>を兼ねれば二陳湯、血病で火を兼ねれば四物湯、気虚に火を兼ねれば四君子湯を合わせるなどである。どんな病でも熱があるときには、上記4つの薬味のいずれかを選択するとよく、黄連解毒湯は瀉火の妙剤の最たるものである。この処方、太倉公<sup>③</sup>の火剤湯で

あると古書にある。

その2は、火の甚だしいものには、必ずよく炒って用いるか、酒または姜汁で飲ませるか、あるいは生姜、呉茱萸などの温薬を加えて用いることである。

その3は、虚が甚だしい場合は用いないことである。

#### ▶ 和田東郭『蕉窓方意解』

黄連解毒湯の的症は、久しく日数を経て、俗に残熱、余熱などというくらいの熱で、肌表はそれほどの熱ではないが、底力が強くしぶとい熱候を標的とする。これを古びた熱と称するのである。したがって、日数が浅く、勢いの強い熱には用いてはならない。また老少に限らず、肌膚が乾燥して、がさがさした手当りのものを標的とし、舌候は黒苔があって乾燥の甚だしいものを標的とする。黄苔、白苔のものにはよろしくない。この症で格別に津液が乾燥するものには、独参湯<sup>④</sup>あるいは生脈散<sup>⑤</sup>を兼用する。

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輓』

おかしいこともないのに、しきりにおかしがるのは、痢であって心火が燃えているのである。黄連解毒湯でその焰を撲てばおのずと止む。

黄連解毒湯は、吐血、衄血、下血、女人の崩漏などで、熱<sup>⑥</sup>の盛んな症によい。

酒皸鼻の甚だしいものは、両顴(かん)<sup>⑦</sup>までも紫赤になり、また鼻が長大になるものもある。黄連解毒湯に大黄を加え用いる。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

黄連解毒湯は、胸中の熱邪を清解する聖剤であり、一名倉公の火剤と称する。その目標は、梔子鼓湯<sup>⑧</sup>の証で熱勢の劇しいものに用いる。その苦味に堪えかねるものは、泡剤にして与える。この方は、大熱があって下痢洞泄するもの、あるいは痧病<sup>⑨</sup>などで熱毒が深く、洞下するものを治す。また狗猫鼠などの毒を解し、喜笑して止まないものを治す。これも心中懊憹が原因となっているからである。呉又可はこの処方の弊を痛く論じたが、実はその妙用を知らなかったと思われる。この処方はまだ、酒毒を解くのに妙効がある。

### B 治験

#### ▶ 中神琴溪『生々堂治験』

26歳になる妻女が、月経不順、朝食は夕方、夕食は朝方になると吐き、吐く度に上気して煩熱、頭痛、眩暈を呈する。医師が翻胃<sup>⑩</sup>として手当てをすることがあるが寸効もない。面色は赤くほてり、脈沈実、心下から小

腹にかけて拘攣し、按すとことごとく痛む。黄連解毒湯を与えると、3貼で症状はかなりよくなり、数日後には突然腹痛し、瀉下が甚だしかった。このあと月経も順調となり、1か月で回復した。

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輓』

黄連解毒湯は、壮熱、狂躁、睡臥不安の症に的当の方である。ある妻女が、全身に10数個の疔を発し、諸医が薬を用い瀉血を施したが、熱毒は益々劇しく、私の治を求めてきた。診ると、脈拍が甚だ多く心煩しているので、黄連解毒湯を与えると、4～5貼で効果が現われ、20日も経たずに全快した。諸般の毒瘡で、心中煩悶となるものには、長幼にかかわらずこの処方を用いるとよい。

#### ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

24～25歳の妻女が、産後に寒疾<sup>⑪</sup>となって数十日治らず、胸中煩悶、譫語して人事不省となった。腹部は虚濡、舌は苔がなく乾燥している。私は上焦蘊熱<sup>⑫</sup>と診断し、黄連解毒湯を与えると、2～3日で煩悶、譫語が止み、精神もやや回復した。ただし、数日間大便がなく、いぜん頻脈で、皮膚は甲錯<sup>⑬</sup>している。そこで、参胡芍薬湯<sup>⑭</sup>を与えると諸症は漸解し、調理して常に復した。

<sup>註1)</sup> 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

- ① 瀉下(しゃげ)：瀉下は通常は便通をよくする意であるが、ここではその意味ではないらしい。黄連解毒湯は、むしろ下痢を止める作用があるからである。
- ② 火(か)：漢方における五行説の火で、また熱にあたる。現代的にいえば発熱、炎症、充血などの証を意味する。熱はまた熱邪、熱証といわれる。
- ③ 太倉公(たいそうこう)：淳于意、前漢の人。史記に扁鵲倉公伝がある。
- ④ 独参湯(どくじんとう)：人参1味(直指方)。
- ⑤ 生脈散(しょうみやくさん)：麦門冬、人参、五味子の3味(弁惑論)。
- ⑥ 熱：この熱は必ずしも発熱の意味のみではない。
- ⑦ 顴(かん)：目の下と傍注あり。顴骨部。
- ⑧ 梔子鼓湯(しししとう)：梔子、香豉の2味(傷寒)。
- ⑨ 痧病(さびょう)：伝染性疾患と思われるが、学者によりその推定される疾患が異なる。
- ⑩ 翻胃(ほんい)：反胃と同じ。嘔吐を繰り返す胃の病。
- ⑪ 寒疾(かんしつ)：風邪引き、風邪または瘧の類(熊野中国語大辞典)。
- ⑫ 蘊熱(うんねつ)：鬱熱。
- ⑬ 甲錯(こうさく)：鮫肌、荒れた肌。
- ⑭ 参胡芍薬湯(じんこしゃくやくとう)：柴胡、芍薬、黄芩、生姜、知母、人参、地黄、麦門、甘草、枳実の10実(医学入門)。

## 黄連湯(おうれんとう)

岡本英輝

## 1 出典

## ▶『傷寒論』太陽病下篇

胸のあたりに熱感があり、胃のあたりに不快感があり、腹痛があって、嘔吐しようとする人は黄連湯で治療する。

## 2 構成

黄連 3, 甘草 3, 乾姜 3, 人参 2~3, 桂皮 3, 大棗 3, 半夏 5~8

## 3 適応病態

半夏瀉心湯から黄芩を除いて桂枝を加えた処方では、頭痛やのぼせなど気の上衝に伴う徴候が目標となる。桂枝去芍薬湯の方意を含むため、動悸を伴う胸腹部膨満感にも応用可能である。

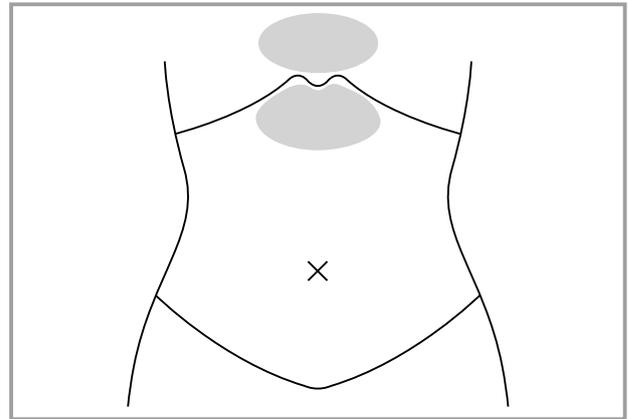
## A 自覚症状(Symptom)

- ・腹痛：主として心窩部痛である。
- ・心窩部の停滞感や重圧感，食欲不振：急性胃炎や逆流性食道炎などによる胸部から上腹部の灼熱感や不快感。
- ・悪心，嘔吐：二日酔いなどによる悪心，嘔吐や胃部不快感。
- ・下痢：発熱性疾患に伴う排便異常やウイルス性腸炎など。裏急後重を伴わないことが多い。
- ・口内炎，口角びらん，口臭：特に反復性の口内炎
- ・その他：のぼせ，足冷え，頭痛，発熱などが随伴症状としてみられる。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面紅潮がみられることが多い。
- 2) 舌診：舌質は舌尖紅を認めることがある。舌苔は湿润して滑らかな白苔～白黄苔が舌奥ほど厚くかかっていることが多い。
- 3) 脈診：弦のことが多い，時に緩のことがある。

## 4) 腹診



腹力 中等度～やや硬(3/5～4/5)

腹証 ◎ 腹痛(時に心窩部)

◎ 心下痞硬

○ 胸中煩悶

△ 胃部の冷え

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度で，胃部の停滞感や重圧感，食欲不振があり，時に吐き気や嘔吐のあるものの次の諸症：胃痛，急性胃炎，二日酔い，口内炎

## 4 使用上の留意点

禁忌として，①アルドステロン症の患者，②ミオパシーのある患者，③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 有持桂里『校正方輿輦』

黄連湯の痛みは，心下にある。腹が痛むといっても，心下が主であって，胸脇へはかからず，心下から臍上まで痛むのである。これは中脘の位置である。この症は，痛みを発すると，必ずむかつきが来るもので，雷鳴はあることもないこともあり，半夏瀉心湯は，腹中雷鳴が目標である。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

黄連湯は，「胸中有熱，胃中有邪氣」というのが本文で

あるが、喻嘉言の説にある「舌上如胎」の4字を一徴とするとよい。この症の胎の模様は、舌の奥ほど胎が厚くかかり、少し黄色を帯び、舌上が潤って滑らかである。たとえ腹痛がなくても、雑病で乾嘔があり、諸治を施して効のないものに、決まって本方が効果をみせる。腹痛があればなおさらのことである。

## B 治験

### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

40歳余りの婦人が暑邪に感じ<sup>①</sup>、嘔吐、腹痛して、心

下煩満である。黄連湯加茯苓を与えると、病状は大いに改善された。

① 暑邪に感じる：暑気あたりすること。

## 乙字湯(おつじとう)

岡本英輝

### 1 出典

現在の乙字湯は、原南陽『叢桂亭医事小言』に記載された乙字湯から、浅田宗伯が大棗と生姜を去って、当帰を加えたもの。

### 2 構成

当帰 4～6、柴胡 4～6、黄芩 3～4、甘草 1.5～3、升麻 1～2、大黄 0.5～3

### 3 適応病態

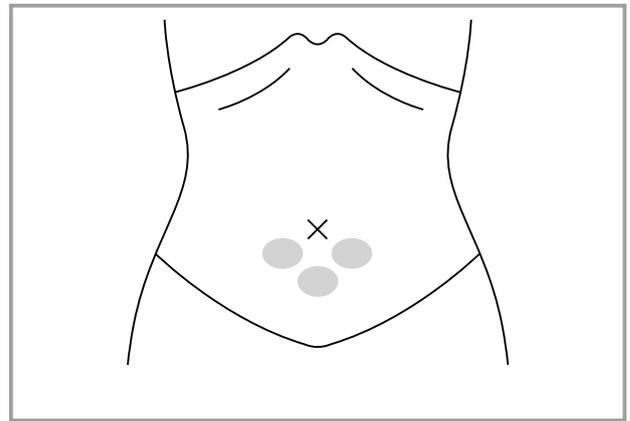
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・痔：便秘傾向の人の裂肛、脱肛、痔核の脱出など、痔疾患一般に使用する。ただし便秘ではなく瘀血が主体となっている痔に対しては、桂枝茯苓丸などの駆瘀血剤を優先する。便秘を主体とせず、弛緩性の脱肛や痔核脱出が著しい人や出血が著しい人にも、別の処方を考慮する。
- ・陰部の瘙痒や疼痛：膪や会陰部、肛門の瘙痒や疼痛にも使用することがある。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚の乾燥傾向や肝斑など血虚、瘀血の徴候を認めることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は乾燥した白苔を認めることがある。
- 3) 脈診：実のことが多い。

#### 4) 腹診



腹力 中等度以上(3/5～5/5)

腹証 ◎ 圧痛

○ 胸脇苦満

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以上で、大便が硬く、便秘傾向のあるものの次の諸症：痔核(いぼ痔)、切れ痔、便秘、軽度の脱肛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

大黄を含む寒性薬主体の処方であるので、冷えの傾向が強い人やもともと下痢の傾向がある人には慎重に使用する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

乙字湯は、痔疾、脱肛痛楚、下血腸風、前陰が痒痛するものを理する。

出産で痔疾となり、便道を妨げる時は乙字湯で痔を治せば快利する。

下利(痢)の繰り返しによる脱肛は、乙字湯で、痢中に治ることもある。

脱肛の治療は服薬し、外からも蒸して痛苦を去り、腫れを消して早く中に入れる。大便が秘すと再び出るので、朱明丸<sup>①</sup>を兼用し滑便にしておく。一切の痔で強く痛むものは、とくに乙字湯の主治である。

痔で肛辺に瘡を生じ、痒くて我慢できず、黄汁を流すなどすることがあり、これには蒸薬は悪い場合がある。また枯薬を塗ると一時的に瘡はいえるが、のちに急に眼

目が赤くなるもの、耳聾するもの、口中に瘡を発するもの、気を閉ざし、終日黙然とし、氣癖のように細慮纖思するものなどがある。蒸薬は、その瘡の姿しだいで用いるべきである。以上の証はすべて乙字湯の主治である。

婦人で陰部が甚だ痒く、これを搔けば火のように熱するものは痔に属する。濁浪湯<sup>②</sup>で洗い、乙字湯を服み、腰に艾灸を施す。

産後の小便閉で、痔疾のある婦人は乙字湯を用いる。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

南陽は、柴胡、升麻を升提の意で用いたが、やはりこれは湿熱清解の功を取るものと考えた方がよい。升麻は古来、犀角の代用で止血の効がある。この処方では、甘草を多量にしなければ効果がない。

① 朱明丸(しゅめいがん)：大黄、蕎麦の2味(原南陽)。

② 濁浪湯(だくろうとう)：荆芥、金銀花、蛇床子、升麻、黄柏、枯礬の6味(原南陽)。

## 葛根湯・葛根加朮附湯(かっこんとう・かっこんかじゅつぶとう)

岡本英輝

## 1 出典

[葛根湯]

## ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

太陽病にかかって、項背がこわばり、発汗はせず悪寒がする人には葛根湯で治療する。

## ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

太陽と陽明の合病にかかった人は必ず下痢をする。葛根湯で治療する。

## ▶ 『金匱要略』瘧湿喝病篇

太陽病にかかって、発汗はなく、なのに尿もあまり出ず、気が胸に上衝して動悸などの症状を引き起こし、歯を食いしばって口を開けられず、喋ることもできない人に葛根湯で治療する。

[葛根加朮附湯]

葛根湯に朮と附子を加えた処方(本朝経験方)。

## 2 構成

葛根 4～8、麻黄 3～4、大棗 3～4、桂皮 2～3、芍薬 2～3、甘草 2、生姜 1～1.5、(蒼朮 2～4、附子 0.5～1.5)

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

[葛根湯]

・感冒などの初期症状一般：頭痛、発熱、悪寒があつて、

自然発汗がない状態。

- ・下痢：下痢を伴う発熱性疾患の初期や、感冒の初期症状として下痢。
- ・肩こり、頸部痛、腰痛：脊柱(太陽膀胱経)に沿ったこわばりや疼痛。
- ・頭痛：緊張性頭痛や副鼻腔炎に伴うもの。
- ・その他：上気道炎だけでなく、乳腺炎、中耳炎、角結膜炎、扁桃腺炎、鼻炎、歯齦炎などの炎症性疾患、乳汁分泌不足、夜尿症、小児の鼻下や口周囲のびらんなどさまざまな病態へ使用することができる。

[葛根加朮附湯]

葛根湯の症状に加え、下記の症状がある。いずれも発汗傾向がなく、項背部がこわばり、寒冷刺激や多湿によって症状が悪化する。

- ・腫脹、疼痛：急性・慢性の筋肉や関節の腫脹・疼痛。三叉神経痛などの神経痛。
- ・皮疹：急性あるいは慢性の蕁麻疹、帯状疱疹など。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診

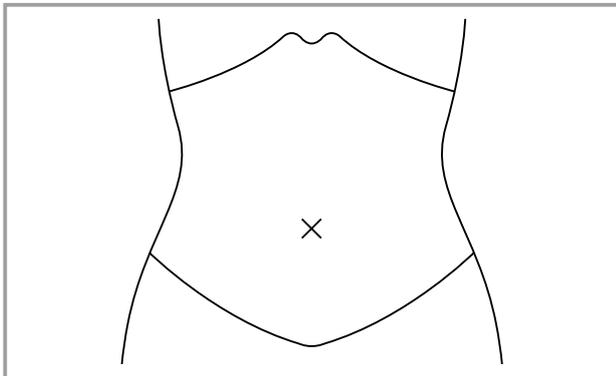
葛根湯：浮緊、実

葛根加朮附湯：不定

## 4) 腹診

[葛根湯]

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 急性：不定

慢性：中等度以上(3/5～5/5)

腹証 ○ 圧痛(時に臍痛)

[葛根加朮附湯]

文献なし。

腹力 不定

## C 体力のしほり

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

[葛根湯]

体力中等度以上のものの次の諸症：感冒の初期(汗をかいていないもの)、鼻風邪、鼻炎、頭痛、肩こり、筋肉痛、手や肩の痛み

[葛根加朮附湯]

体力中等度以上のものの次の諸症：関節の腫脹や疼痛、神経痛、筋肉痛、関節リウマチ、肩こり、頭痛、蕁麻疹など皮膚疾患の初期

## 4 使用上の留意点

[葛根湯]

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

[葛根加朮附湯]

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

高齢者や妊婦では、麻黄や附子の副作用に注意する必要がある。

## 5 日本古典

## A 処方解説

[葛根湯]

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

葛根湯を外感の項背強急に用いることは、五尺の童子も知ることであるが、古方の妙用はいろいろあってまことに思議すべからざるものがある。たとえば、長年肩背に凝結があつて、その痛みがときどき心下にさしこむものは、この方で一汗すれば、忘れたように治ってしまう。また、この方に独活、地黄を加えて産後の柔中風<sup>①</sup>を治し、また瘡疔、附子を加えて肩痛、臂痛を治し、川芎、大黄を加えて脳漏および眼耳痛を治し、荊芥、大黄を加えて疔瘡<sup>②</sup>、黴毒を治すなど、その効用は数えきれない。『傷寒論』中で、合病の下利に用い、また瘧病<sup>③</sup>にこれを用いるのもその例である。

## ▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』

いわゆる亀背、俗に背虫というものは、葛根湯証の劇く(はなはだ)しいものである。この証は世によくある証であるが、医者が難治のものとして、敢えて治療をしないため、病人も不具の生質とあきらめて生涯を終わってしまうのは、惜しいことである。(以下略)

瘧病<sup>④</sup>には、大承気湯と葛根湯を用いるそれぞれの場がある。汗がなく、小便もかえて少なく、気が上って胸を衝き、口噤して語ることができないものは葛根湯を用いる。

## ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

傷寒初起の治方は、上衝、頭痛、脈浮で、悪風、寒熱<sup>⑤</sup>し、汗の出るものには桂枝湯、項背が強く(こわば)れば桂枝加葛根湯を用いる。また、脈浮緊で、症状がひどい場合は熱が強く、悪寒、頭疼、身痛、喘咳するものは麻黄湯、項背が強く(こわば)るものには葛根湯、寒熱がしばしば往来して咳するものには桂枝麻黄各半湯<sup>⑥</sup>、咳するものには小青竜湯、渴するものには大青竜湯<sup>⑦</sup>の類を選ずる。[葛根加朮附湯]

## ▶ 吉益東洞『方機』

(葛根湯証の中で)悪寒が劇しく、起脹が甚だしくて全身腫脹、あるいは疼痛するものは、葛根加朮附湯の主治である。

## ▶ 浅田宗伯『方読便覧』

骨膜炎・骨髄炎で発熱が甚だしい者、肩の激しいこわばりや引き攣れに用いる。本間棗軒いわく、頸部リンパ節結核においては葛根加朮附湯で発汗させればリンパの鬱滞を散らすことができる。吉益南涯いわく、円形脱毛症の一種で毛髪が抜ける者に葛根加朮附湯が効くことがある。

## B 治験

[葛根湯]

## ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

ある童女が、痘瘡になって酒湯(さかゆ)<sup>⑧</sup>のとき、隣人の連れてきた猿に飛びつかれ、驚き倒れて膝を傷つけ

た。猿が噛みついたのか、それとも倒れたときに傷ついたのかは不明である。その夜、けいれんを発し、そのためしばしば舌尖を噛んだ。葛根湯加附子を与え、数十日で治った。

#### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある男が、疫利<sup>⑨</sup>を患い、日に下痢すること数十行、頭痛して時々悪寒を発し、口渴、不食、厠に上ると、肛門が火を放ったようにひどく焔痛する。ある医師が、芍薬湯<sup>⑩</sup>および疎滌の剤を与えたが、かえって症状は激化した。私の診断では、これは太陽と陽明の合病で、数日を経てはいるが、なお表証が残っている。よろしく発汗すべしとして、大剤の葛根湯を与えて十分に発汗させると、翌日になって下痢の度数が減り、頭痛、悪寒がやんだ。さらに同方を1日連服すると、肛門の苦しみは忘

れたように去った。ただ、舌上の苔が去らず、心下が時々急迫し、飲食が進まないで、大柴胡湯を与えると、日ならずして諸証はすべて治った。

- ① 柔中風(じゅうちゅうふう)：破傷風の軽いものといわれる。
- ② 疔瘡(かんそう)：軟・硬性下疳。
- ③ 痙病(けいびょう)：筋強直、痙攣を起こす病。
- ④ 痙病(けいびょう)：破傷風など身体強直、痙攣を發する病。
- ⑤ 寒熱(かんねつ)：悪寒と發熱。
- ⑥ 桂枝麻黄各半湯(けいしまおうかくはんとう)：桂枝、麻黄、芍薬、甘草、生姜、大棗、杏仁の7味(傷寒)。
- ⑦ 大青竜湯(だいせいりゅうとう)：麻黄、桂枝、甘草、杏仁、生姜、大棗、石膏の7味(傷寒)。
- ⑧ 酒湯(さかゆ)：酒を混ぜた浴湯。痙瘡の治った子供に浴させた。ささ湯ともいう。
- ⑨ 疫痢(えきり)：伝染性の下痢。
- ⑩ 芍薬湯(しゃくやくとう)：芍薬、当帰、黄芩、黄連、大黄、肉桂、木香、檳榔、甘草の9味(保命)。

## 葛根湯加川芎辛夷(かつこんとうかせんきゅうしんい)

岡本英輝

### 1 出典

葛根湯に辛夷と川芎を加えた処方(本朝経験方)。

### 2 構成

葛根 4～8、麻黄 3～4、大棗 3～4、桂皮 2～3、芍薬 2～3、甘草 2、生姜 1～1.5、川芎 2～3、辛夷 2～3

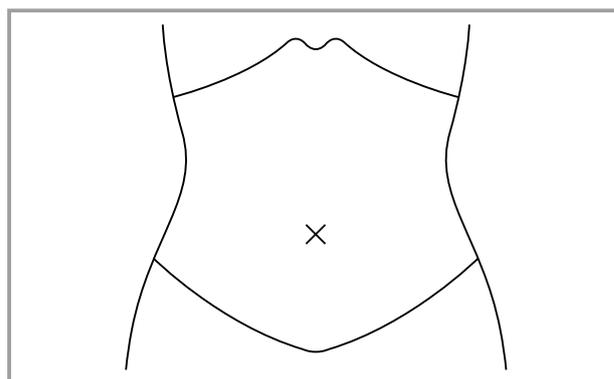
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・鼻閉、鼻汁、後鼻漏：急性・慢性の鼻炎、副鼻腔炎。温性の辛夷と川芎を含むため、黄色い膿性鼻汁など熱証の徴候が著しい人には不向きなことがある。
- ・頭痛、頭重、項背部のこわばり：葛根湯に準じ、悪寒や頭痛、項背部のこわばりなど表証がある場合に使用する。
- ・その他：慢性中耳炎、慢性扁桃炎、三叉神経痛、歯痛など、顔面や頭部における種々の炎症・疼痛・充血感などにも使用される。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は時に舌縁紅、舌苔は薄い白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：浮緊のことが多い。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度以上(3/5～5/5)

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

比較的体力があるものの次の諸症：鼻詰まり、蓄膿症(副鼻腔炎)、慢性鼻炎

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

副鼻腔炎や後鼻漏は感染性疾患の後に病む人が多く、酒飲みに多い。軽症では悪臭ばかりで膿は出ないが、風

邪を引いたときに症状がひどくなることが多く、風邪が治れば症状も軽減する。事務仕事などで神経を使う人には、とかく支障となる。治療薬は葛根湯、五物解毒湯などに辛夷を加えて効果がある。

▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

副鼻腔炎(上顎洞炎)が慢性に移行した場合によく用いられるものは、葛根湯加、川芎、黄芩、桔梗、辛夷各 2.0 g である。内熱、便秘の傾向のあるものには石膏 5.0 g、

大黃 0.5~1.0 g を加えるがよい。肥厚性鼻炎、鼻茸にも本方を連用してよいものがある。手術をして再発したり、症状のよくなるものにも用いてよい。鼻の病にはよく辛夷を加える。

▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

蓄膿症(上顎洞炎)には、多くは葛根湯に川芎、桔梗、黄芩、石膏、辛夷を加える。

## 加味逍遙散(かみしょうようさん)

小田口 浩

### 1 出典

加味逍遙散は、『太平惠民和劑局方』に記載された逍遙散に牡丹皮と山梔子を加えたもの。

▶ 『太平惠民和劑局方』婦人諸疾門

逍遙散。血の巡りが不足して身体がだるく、手のひら、足の裏、鳩尾がほてり、体が痛み、頭や目が重くてもうろうとし、胸騒ぎがして、頬がほてり、口やのどが乾き、熱が出て寝汗をかき、食べる量が少なくなって臥床しがちになった人、および血の巡りが熱を帯びて月経不順となり、腹部が張って痛み、寒と熱が交互に生じる疫病のような状態になった人を治療する。また未婚の処女で血の巡りが弱く、潤いが不足して防御機能がうまく働かず、痰や咳が出て発熱し、身体が痩せ衰え、ついに結核様の発熱をするに至った人を治療する。

▶ 『薛氏医案』(『内科摘要』)

肝脾の血虚、発熱、あるいは定時的な発熱や日暮れ時の発熱、あるいは自然発汗や寝汗、あるいは頭痛や目の乾燥・異物感、あるいは動悸して不安を感じ、あるいは頬が紅く口が乾き、あるいは月経不順や腹痛、あるいは下腹部が重苦しかったり尿道に流るような痛みがあり、あるいは腫痛や膿が出たり、体内の熱により口渴する、などの症状を治療する。

▶ 『薛氏医案』(『女科撮要』)

血虚、熱があり全身がかゆい、あるいは口咽の乾燥、発熱、寝汗、摂食減少、嗜臥、小便の出が悪いなどの症状を治療する。

### 2 構成

当帰 3, 芍薬 3, 白朮 3(蒼朮も可), 茯苓 3, 柴胡 3, 牡丹皮 2, 山梔子 2, 甘草 1.5~2, 生姜 1, 薄荷葉 1

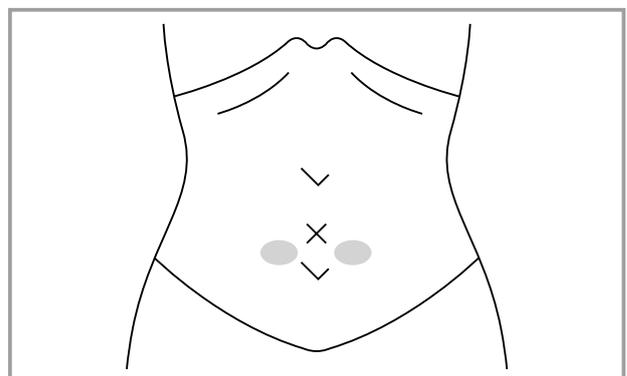
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・自律神経失調症状、更年期症状：全身倦怠感、肩こり、のぼせと悪寒、頭痛、種々の身体痛、頭重、眩暈、不眠、不安、多怒、ホットフラッシュなど。中年女性に使用する機会が多いが、神経症的傾向をもつあらゆる年齢層の男女に使用できる。
- ・瘀血症状：月経異常、月経不順、月経前症候群、神経症、抑うつ症状など、月経周期に一致して生じる症状。
- ・冷え性
- ・便秘：激しいものではない。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：比較的華奢な女性に使用することが多く、神経質な印象が多い。
- 2) 舌診：舌質は紅点を認めることがある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：沈で虚のことが多い。弦のこともある。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5~2/5)

腹証 ◎ 胸脇苦満

△ 圧痛(臍下)

△ 腹部動悸

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で、のぼせ感があり、肩がこり、疲れやすく、精神不安やいらだちなどの精神神経症状、時に便秘の傾向のあるものの次の諸症：冷え性、虚弱体質、月経不順、月経困難、更年期障害、血の道症<sup>注1)</sup>、不眠症

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

**5 日本古典****A 処方解説**

## ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

加味逍遙散は婦人一切の申し分に用いてよく効く。月経が不調で熱の往来もあり、午後になるとややもすれば逆上して両頬が赤くなり、悪くすると労症にもなるうとするようなものが、この処方の効く目標である。すでに咳嗽が甚しく、盗汗があって、羸瘦し、素人目にもはっきりと虚勞であるといわれるようになっては、この処方の効果はうすい。そのようになる前にこの処方を用いるべきである。

また婦人で肝気が充り易く、性情が嫉妬深くて、ややもすれば逆上して顔が赤く眉がつりあがって、発狂もしかねないという症にも、この処方がよい。また転じて男子にも用いてよい場合があり、その症は善段から世に云う肝積持で、怒り易く、月に3~4回も嘔血、衄血するようなものには、この処方が大変よい。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

加味逍遙散は、清熱<sup>①</sup>を主として上部の血症<sup>②</sup>に効果がある。したがって逍遙散の症で、頭痛、面熱、肩背の強ばり、鼻出血などがあるものによい。また身体下部の

湿熱を解くので、婦人の淋疾で龍膽瀉肝湯などを用いる場合より、一段と虚候のものに用いると効果がある。すべてこの処方の症であって、寒熱が甚しく、胸脇に迫って嘔気などのあるものは、小柴胡湯に山梔子、牡丹皮を加えて用いる。

また男女を問わず、全身に疥癬のようなものを発し、痒みが甚しくて、諸治の効果がないものは、加味逍遙散に四物湯を合せると効果がある。華岡青洲は、加味逍遙散に地骨皮、荊芥を加えて、鵝掌風〈がしょうふう〉<sup>③</sup>に用いる。また老医の伝に、大便が秘結して快く通じないものは、何病に限らず、加味逍遙散を用いると、大便が快通して諸病も治るといふ。これは小柴胡湯を用いて津液<sup>④</sup>が通じるのと同旨である。

**B 治験**

## ▶ 北山友松子『増広医方口訣集頭書』

ある未婚の女性が、さしたる理由もなく、突然に狂疾を患い、顔や唇が紅潮、肢体発熱、時をえらばず歌唱し、言語は錯乱、食思なく、脈弦数<sup>⑤</sup>である。そこで加味逍遙散を主体にして、小柴胡湯を合せ、生地黄、辰砂を加えて与えたところ、数服で熱は退いたが狂状はやまない。そこで加味逍遙散に、生地黄、桃仁、紅花、蘇木、遠志、辰砂を加えたものを与えると、60~70貼ばかりで症状は治った。そのあと帰脾湯で本復をはかって平安となった。

注1) 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

- ① 清熱(せいねつ)：熱を下げること。
- ② 血症(けっしょう)：血の異常、瘀血の証。
- ③ 鵝掌風(がしょうふう)：掌にできる一種の皮膚病。
- ④ 津液(しんえき)：『傷寒論』に「小柴胡湯を与うべし。上焦通ずるを得、津液下を得て胃氣に因って和す云々」とあり(陽明篇)、これを指す。注に「上焦通ずとは嘔吐すなり、津液通ずとは大便行くなり」とある(傷寒論識)。
- ⑤ 脈弦数(みやくげんさく)：脈の状態の一つ。

**甘草湯**(かんそうとう)

小田口 浩

**1 出典**

## ▶ 『傷寒論』少陰病篇

少陰病にかかって2,3日の頃、咽の痛むものは甘草湯で治療すればよい。それでよくならなければ桔梗湯を与える。

**2 構成**

甘草 2~8

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

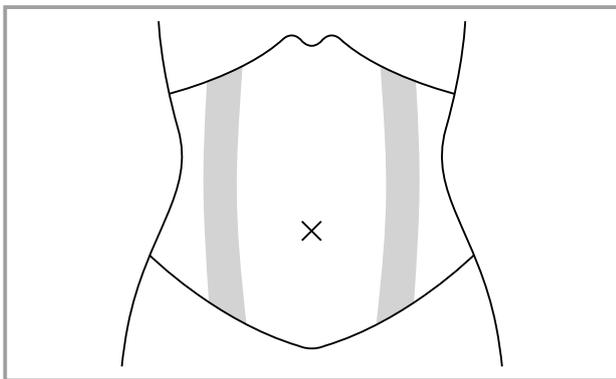
発赤腫脹などの他覚的な炎症所見は強くないが、症状

が激しく急で差し迫っている場合が適応となる。

- ・咽頭痛
- ・胃痛
- ・歯痛
- ・排尿痛
- ・痔核，脱肛に伴う痛み
- ・痙攣性の咳嗽

#### B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診



腹力 中(3/5)

腹証 ◎ 時に腹直筋攣急

#### C 体力のしぼり

弱      強

#### D 適応 (Indication)

激しい咳，咽喉痛，口内炎，しわがれ声

### 4 使用上の留意点

禁忌として，①アルドステロン症の患者，②ミオパシーのある患者，③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

およそ紫円，備急円，梅肉丸，白散等を用いれば快い吐下が得られるものであるのにそれがなく，悪心して腹痛し悶え苦しんでいる場合には，甘草湯を用いれば吐瀉がともに快くあって，腹痛はすぐに治まる。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

この方は適応が広い。内服では咽頭痛を治し，色々な薬をのんでも止まらない嘔吐を治し，薬の毒を消す。外用では患部をこの方で蒸して脱肛の激痛を治し，粉末にして貼付することで虫の毒や竹木による刺傷などを治す。

##### ▶ 吉益東洞『薬徴』

急激に激しく迫る病態は甘草の主治である。腹の皮の裏側でひきつれたり，急に痛んだり，筋肉に痙攣が生じてつっぱったりした場合を治す。これらに伴って手先からひどく冷えてくる場合，悶え苦しんで手足をばたつかせる場合，下から上に何かがつき上がってくる場合など，諸般の急迫の毒を治す。

#### B 治験

##### ▶ 山田光胤『漢方処方応用の実際』

わたしは身体が過労になったり，少し胃をこわしたりすると，口の中にアフタ性口内炎ができて，食物をとるのに痛くて困る。ひどくなると，話をするのもつらいことがある。こういうとき，甘草湯でうがいをする，口の中がさっぱりして，一時痛みが楽になる。そして2，3日これを続けていると，次第に治るのである。

2，3年前，35歳ぐらいの男の人が来院した。痔がひどく痛む。だいぶ前から痔瘻があって，肛門のまわりに1，2カ所，膿の出るところがある。昨日あたりから，膿の出が止まって，中にたまっているらしい。これから，社内野球に行くんだから，ちょっと切って下さいというのである。わたしは，「切るのは簡単だが，切ったら野球などに行けない。わたしにまかせるなら，切らずに痛みをとってあげる」といったところ，患者がお願いしますという。そこでやや多量の甘草湯を作り，洗面器に入れ，電気コンロで温めながら，布にひたして，患部を温湿布した。10分ばかりの間，何度か湿布をとりかえると，患部の瘻孔が開いて，少し膿が出たらしく，湿布の布に黄色い膿が僅かに付着した。すると痛みがいつべんに楽になったという。

# 甘麦大棗湯(かんばくたいそうとう)

小田口 浩

## 1 出典

### ▶『金匱要略』婦人雜病篇

婦人のヒステリーで、しばしば悲しんで泣こうとし、物の怪がついたときのように身体を動かすなど、精神がおかしい状態になって、あくびを頻発する人は、甘麦大棗湯で治療する。

## 2 構成

甘草 3～5, 大棗 2.5～6, 小麦 14～20

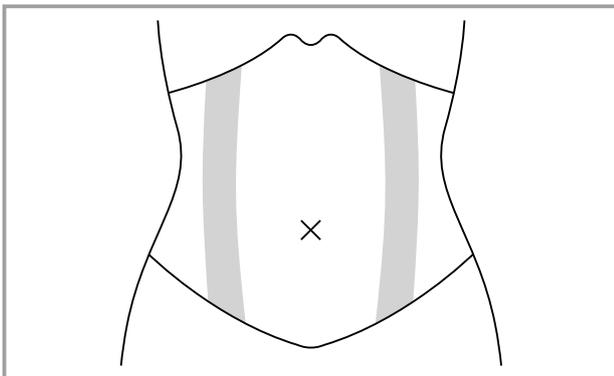
## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・精神興奮：興奮や激情により感情が易変し、コントロールできなくなる。狂ったように騒ぐこともある。
- ・感情失禁：理由なく悲しみ、ちょっとしたことで泣く。
- ・不眠
- ・刺激反応性の低下：外からの刺激に対する反応が鈍い。
- ・あくび：頻発する。
- ・胃腸が弱い。
- ・小児の疳の虫・夜泣き

### B 他覚所見(Sign)

- 1)望診：大声で泣くなど、精神興奮状態のことがある。また、あくびを頻発することがある。
- 2)舌診：不定
- 3)脈診：数のことがある。
- 4)腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 腹直筋攣急

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、神経が過敏で、驚きやすく、時にあくびが出るものの次の諸症：不眠症、小児の夜泣き、ひきつけ

## 4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶尾台榕堂『類聚方広義』

この方が藏躁を治すのは、よくその急迫を緩めるからである。この症は既婚の婦人で平素から憂鬱無聊、毎夜眠れないなどの人に多く発し、発すれば悪寒発熱、戦慄錯語、心神恍惚、じっとできず、酸泣<sup>①</sup>してやまないというもので、この方を服むと効がある。また癩症、狂症で前症に類似したものにも奇験がある。

#### ▶浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

甘麦大棗湯は婦人の藏躁を主とする薬であるが、すべて右の腋下臍傍のあたりに拘攣や結塊のあるものに効果がある。また、小児が啼泣してやまないものに速効があり、さらに大人の癩に用いることもある。「病急なるもの甘を食すればこれを緩くす」の意を旨とすべきである。先哲は夜啼、客忤(かくご)<sup>②</sup>で左に拘攣するものを柴胡とし、右に拘攣するものをこの方としたが、これにこだわる必要はなく、客忤は大抵この方で治る。

### B 治験

#### ▶有持桂里『校正方輿輓』

ある幼児が昼夜啼哭してやまず、甘連紫丸<sup>③</sup>、芍薬甘草湯なども効かない。試みに甘麦大棗湯を与えると一両日でやんだ。その後はこれを用いて児の啼哭を治すことが甚だ多くなった。もとは婦人の藏躁、悲傷を療する方であるが、嬰兒にも効くものでおよそ薬に老少男婦の別はなく、たとえ方書に婦人、小児とあっても、必ずしも拘泥することはない。

① 酸泣(さんきゅう)：つらくて泣く。

② 客忤(かくご)：ものにおびえる。

③ 甘連紫丸(かんれんしがん)：千金方の紫丸(赤石脂、代赭石、巴豆、杏仁の4味)加甘草、黄連か。

## 桔梗湯(ききょうとう)

貝沼茂三郎

## 1 出典

## ▶『傷寒論』少陰病篇

少陰病にかかって2,3日の頃,喉の痛むものには甘草湯で治療すればよい。それでよくならなければ桔梗湯を使用する。

## ▶『金匱要略』肺痿肺癰咳嗽上気病篇

咳が出て胸が張って,悪寒戦慄があって,脈が速くて,のどは乾くが水を飲みたいほどではない。そして時々生臭い痰を出して,それが長引くと米の磨ぎ汁のような膿を吐くようになる。これは肺癰である。桔梗湯で治療する。

## 2 構成

桔梗 1~4, 甘草 2~8

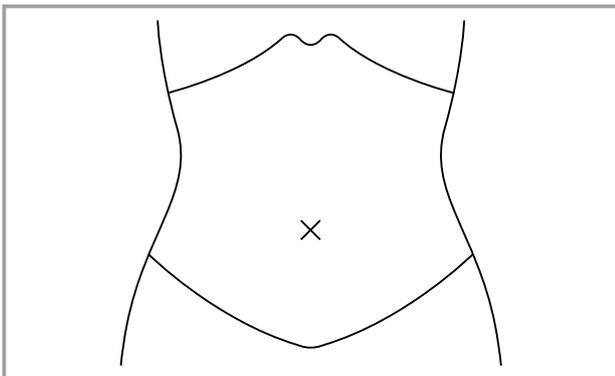
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・咽喉の痛み:発熱はあまりない。うがい薬として使用してもよい。
- ・咽の乾燥:喉は乾くが,たくさん水を飲みたいわけではない。
- ・咳嗽
- ・膿性な粘稠な痰

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診:不定
- 2) 舌診:不定
- 3) 脈診:発熱時は数のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度(3/5)

## C 体力のしぼり

弱      強

## D 適応(Indication)

体力にかかわらず使用でき,喉が腫れて痛み,時に咳が出るものの次の諸症:扁桃炎,扁桃周囲炎

## 4 使用上の留意点

禁忌として,①アルドステロン症の患者,②ミオパシーのある患者,③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として,偽アルドステロン症,ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方機』

桔梗湯は,咽が痛むもの,咽中が腫れて飲食ができないもの,肺癰<sup>①</sup>,癰疽<sup>②</sup>,諸腫で膿のあるものを治す。

## ▶ 小島明『聖劑発蘊』

桔梗湯は,甘草湯に桔梗を加味した方であるが,この方は急迫が少し緩い場合に用いる。慢性的な証を呈する,いわゆる肺癰で,粘痰を吐くものを主治するが,また咽喉痛にも専用してよい。

## ▶ 有持桂里『校正方輿軌』

甘草湯を服んでも腫痛が癒えないものは,必ず膿を催しているものであり,ここまでになると痰涎などを伴う。この証は桔梗湯でなければ効果がない。後代ではこの方に基づいて製した処方が少なからずあり,甘草,桔梗は咽喉病の要薬である。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

桔梗湯は後世の甘桔梗で,咽痛の主薬であり,また肺癰の主方でもある。また,姜,棗を加えて排膿湯と名づけ,諸瘡瘍に用いる。また桔梗湯に加味して喉癰<sup>③</sup>にも用い,薔薇花を加えて含薬とするとときは,肺痿<sup>④</sup>,咽痛赤爛するものを治す。

## B 治験

## ▶ 山田業精『井見集 附録』

17歳の娘が,右咽が単喉痺<sup>⑤</sup>に罹り,飲啖,言語が不能となり,頭疼し,脈は浮数である。よって右頸部の硬結に紫雲膏を貼<てん>し,仲景の桔梗湯を煎汁にして含嗽させて偉効を得た。

- ① 肺癰(はいよう)：肺化膿症など、膿様痰を喀出する病。  
 ② 癰疽(ようそ)：カルブンケル。  
 ③ 喉癰(こうせん)：口峽炎(アンギーナ)。

- ④ 肺痿(はいい)：肺結核などを指す。  
 ⑤ 単喉痺(たんこうひ)：喉痺が一側に生じるもの。喉痺とは、咽喉の閉塞する病で、咽喉頭炎、扁桃炎など。

## 帰脾湯・加味帰脾湯(きひとう・かみきひとう)

貝沼茂三郎

### 1 出典

現在の帰脾湯と比べ、『敵氏濟生方』の帰脾湯は当帰・遠志がなく、『玉機微義』の帰脾湯は遠志がない。現在の帰脾湯は『薛氏医案』所収書などに見られる。

[帰脾湯]

#### ▶『敵氏濟生方』健忘門

健忘というものは、常々忘れっぽくなることである。そもそも脾というものは、思いや考えを調節するところであり、心もまた考えを調節する。考えすぎたために意識が清明でなくなると、脳の働きが悪くなり健忘する。治療法は、心と脾を整えて心を穏やかにすることである。帰脾湯は考えを抑えすぎたために心と脾を傷つけ、健忘、動悸するものを治療する。

#### ▶『玉機微義』(血証補劑)

帰脾湯は、思慮して脾を損傷し、心血を統括することができなくなり、このために血が妄行し、あるいは吐血・下血に至るものを治療する。

#### ▶『薛氏医案』(『内科摘要』)

帰脾湯は、思慮して脾を損傷し、心血を統括することができなくなり、このために血が妄行し、あるいは健忘や精神不安、驚き動悸がする、寝汗、あるいは心脾痛み、嗜臥、少食、便通異常、あるいは身体が重く痛み、月経不調、赤白帯下、あるいは思慮して脾を損傷して瘡癩を患うことを治療する。

[加味帰脾湯]

#### ▶『薛氏医案』(『内科摘要』)

加味帰脾湯は、すなわち帰脾湯に柴胡と山梔子を加える。

### 2 構成

[帰脾湯]

人參 2~4, 白朮 2~4(蒼朮も可), 茯苓 2~4, 酸棗仁 2~4, 竜眼肉 2~4, 黄耆 2~4, 当帰 2, 遠志 1~2, 甘草 1, 木香 1, 大棗 1~2, 生姜 1~1.5

[加味帰脾湯]

人參 3, 白朮 3(蒼朮も可), 茯苓 3, 酸棗仁 3, 竜眼肉 3, 黄耆 2~3, 当帰 2, 遠志 1~2, 柴胡 2.5~3, 山梔子 2~2.5, 甘草 1, 木香 1, 大棗 1~2, 生姜 1~1.5,

牡丹皮 2(牡丹皮はなくても可)

### 3 適応病態

加味帰脾湯は帰脾湯に柴胡と山梔子を加えた処方であり、両者は熱候と胸脇苦満の有無で鑑別する。

#### A 自覚症状(Symptom)

[帰脾湯]

- ・健忘
- ・動悸, 不眠, 抑うつ気分, 精神不安
- ・貧血
- ・寝汗

[加味帰脾湯]

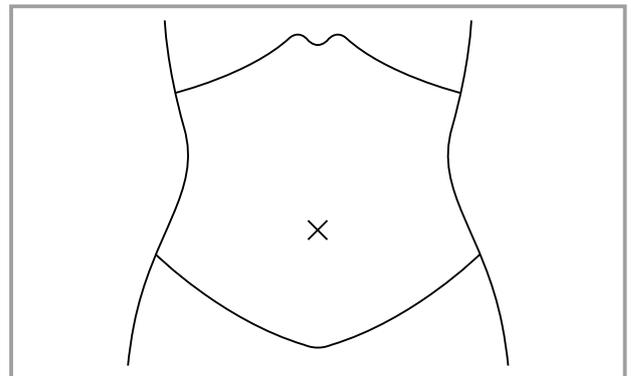
- ・帰脾湯の症状に加え、下記の症状がある。
- ・易怒性, イライラ
- ・熱感

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面蒼白のことがある。
- 2) 舌診：舌質は淡紅色で、舌苔は湿潤した微白苔のことがある。
- 3) 脈診：虚のことが多い。
- 4) 腹診

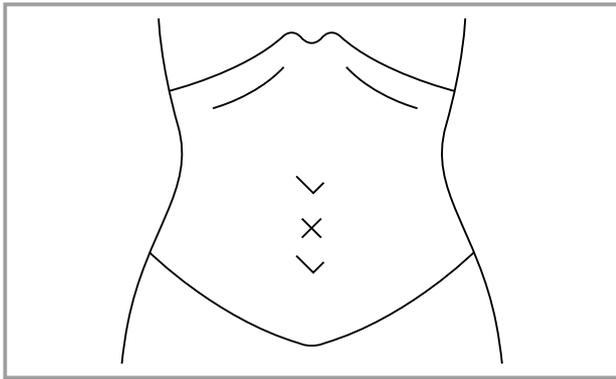
[帰脾湯]

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 軟~やや軟(1/5~2/5)

[加味帰脾湯]



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 時に腹部動悸  
(時に臍上悸あるいは臍下悸)  
△ 胸脇苦満

### C 体力のしぼり

[帰脾湯]

弱      強

[加味帰脾湯]

弱      強

### D 適応(Indication)

[帰脾湯]

体力中等度以下で、心身が疲れ、血色が悪いものの次の諸症：貧血、不眠症、神経症、精神不安

[加味帰脾湯]

体力中等度以下で、心身が疲れ、血色が悪く、時に熱感を伴うものの次の諸症：貧血、不眠症、精神不安、神経症

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

[帰脾湯]

#### ▶ 長沢道寿『医方口訣集』

私が帰脾湯を用いるについて次の3つの訣がある。

- 志が高く思慮深い人で、面色痿黄、下血するものを与える。
- 健忘、怔忡するものにこれを用いる。
- 諸疾で誤って薬害を被り、腸胃を損ない、六君子湯を用いて脾を醒ませ、補中益気湯を用いて陽を扶(たす)けてもなお応ぜぬものは気血が納まらぬためである。この場合は必ず帰脾湯を用いる。

加味帰脾湯は帰脾湯に柴胡、牡丹皮<sup>①</sup>、山梔子を加えたもので、心脾<sup>②</sup>虚耗して怔忡、驚悸、健忘、夢遺、不寐などの症があり、虚熱を挟むものに用いる。

#### ▶ 香月牛山『牛山方考』

婦人が姑(しうと)の気に入られず、男の寵愛を得られずに、嫉妬(しつと)、慍怒(おんど)<sup>③</sup>するような時は、脾心の2臓が虚鬱して怔忡、驚悸し、虚火上炎<sup>④</sup>して頭上に白屑を生じ、手足が麻痺し、臥をたしなみ、食少なく口渴し、陰門があるいは痒く、あるいは熱し、あるいは臭蝕し、あるいは腫痛し、あるいは崩漏<sup>⑤</sup>帯下の症となる。帰脾湯はこのようなものに神効がある。

帰脾湯は婦人一切の陰門の病に用いて神験があり、媾(こう)交の時に出血するものには升麻、芍薬を加えると神効がある。

寡婦、室女の類、夫を思って得られぬものが種々の鬱証を生じ、解鬱の剤でも効なく、虚弱に属する場合に奇効がある。

心脾の血が虚して陰火を動かし、発熱して頭額に瘡を生じ、婦人は月事調わず、男子は小便淋洩するものに山梔子、柴胡を加えて奇効がある。これを加味帰脾湯と名付け、牡丹皮を加えることに効がある。

諸疾で薬を誤まり、脾胃を損なったものに、六君子湯を用いて脾を補なっても、益気の剤を用いて陽をたすけても応ぜぬ時に、この方を用いると奇効がある。

#### ▶ 福井楓亭『方読弁解』

帰脾湯は、第一には不食健忘の症に用い、食を進め、胸をすかしてよく通ぜしめる方である。補剤を用いると小便の通利が少なくなる場合が多いが、この方はかえって胸をすかし、補薬としては柔らかである。他の補薬を用いて胸に泥(なず)む時には用いるとよい。十全大補湯あるいは補中益気湯の類は、病人が胸に滞るように覚えるが、この方はたとえば水、砂糖を食すようにかえってよく胸を開く。これは方中に木香を配してあるためである。主治に大便不調をあげているが、この方はよく小便を利し、大便もおのずとやむ。また、加味帰脾湯もあり参考とすべきである。

### B 治験

[帰脾湯]

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

人生多年苦志辛勞して健忘となるものに、帰脾湯は大いに功験がある。私の母が60余歳でこの症を病んだが、当時まだ本方の方脈に熟していなかったため、ただ「心下急、鬱々微煩、大便不通」から判断し、大柴胡湯の確症とみてこれを進めたところ、4～5貼で大便は通利し、心下は大いに和したものの、気力がますます乏しく見え、かえって以前より茫然として、脈もまた衰えた。よって

近古名家の方論を参考にして帰脾湯に転じたところ、次第に効果があり、月余で回復することができた。これ以来、この症に出合うごとに本方を用い必ず効を得ることができた。医たるものはただ脈症に随うだけでなく、患者の年力の盛衰からあれこれと考え合わせることが肝要であり、多くの方論にも通じなければならぬ。

【加味帰脾湯】

▶ 北山友松子『医方口訣集 頭書』

ある男が江戸に滞在中、1升ほど下血し、夜は安臥で

きず、飲食不美、肌は黄色く身体は倦（つか）れ、時に虚熱を発し結陰の症である。私が帰脾湯加柴胡、牡丹皮、山梔子を投ずると2貼にして血はやみ、その後、加味を去って帰脾湯のみを用いて治った。

- ① 現在は一般的に、本方に牡丹皮は使われていない。
- ② 心脾（しんぴ）：五行説の心と脾。
- ③ 慍怒（おんど）：うらむ。
- ④ 虚火上炎（きょかじょうえん）：のぼせること。
- ⑤ 崩漏（ほうろう）：子宮出血など。

芎帰膠艾湯（きゅうききょうがいとう）

貝沼茂三郎

1 出典

▶ 『金匱要略』婦人妊娠病篇

長引く不正出血、流産後に長く続く性器出血、妊娠中の子宮出血、妊娠中の腹痛、以上の人には芎帰膠艾湯で治療する。

2 構成

川芎 3、甘草 3、艾葉 3、当帰 4～4.5、芍薬 4～4.5、地黄 5～6、阿膠 3

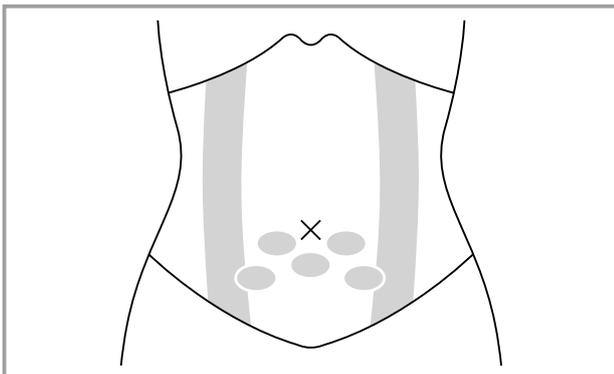
3 適応病態

A 自覚症状 (Symptom)

- ・皮下出血
- ・痔出血、性器出血
- ・左下腹部痛

B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：顔面蒼白で、青あざができたり、皮膚が乾燥したりすることが多い。
- 2) 舌診：舌質は不定。舌苔は湿潤、無苔のことがある。
- 3) 脈診：沈、虚のことがある。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ○ 腹直筋攣急  
△ 圧痛

C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

D 適応 (Indication)

体力中等度以下で、冷え症で、出血傾向があり胃腸障害のないものの次の諸症：痔出血、貧血、月経異常・月経過多・不正出血、皮下出血

4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

四物湯が含有されているため、胃もたれなどの胃腸障害を起こす場合がある。

5 日本古典

A 処方解説

▶ 吉益東洞『方機』

芎帰膠艾湯は、漏下のもの、産後の下血が絶えぬもの、下血、吐血がやまぬものを治す。

▶ 有持桂里『校正方輿輿』

妊娠時の下血は一応のものであれば下るに任せてもよいようであるが、それが止まらないものを漏胞という。これは胞が乾いて胎児が死に至る恐ろしい症である。また妊娠中に忽然として下血するものがあり、速やかに治さないと必ず流産を招く。この2症はその病勢に緩急の異なりはあるが、いずれも芎帰膠艾湯がよい。この湯は、ただ下血のみならず妊娠の諸雑症に効用が甚だ多い。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

婦人で妊娠のたびに墮胎するも、また出産するごとに児が育たぬものがある。この症の人が終始この方を服用し、5か月以後に枕席を巖に慎めば不育の患を免れることができる。もし浮腫があって小便不利する場合は当帰芍薬散がよい。

## B 治験

## ▶ 山田業精『井見集 附録』

41歳の妻女が子宮出血、すなわち崩漏に罹り、ある日数回にわたって煤のような血が大量に下り、また魚腸

のようなものが出ることもあり、終日布帛を股間にあてがって流出を防いでいるという。その症は小腹がときどき拘痛し、大便は日に1～2行、小便は平常で、食欲はなく、寒熱なく、渴せず、脈は緩で、舌上に苔はない。よって芎帰膠艾湯加丁香を与えると10日ばかりで血はまったくやみ、白汁がときどき出たがこれも3日で止まり、遂に全治した。患者は前症に罹ると同時に右膊骨関節が筋攣疼痛して屈伸できなくなったが、前症が治るにしたがってその苦もまたまったくなくなった。

芎帰調血飲(きゅうきちようけついん)

貝沼茂三郎

## 1 出典

## ▶ 『古今医鑑』産後門

出産によって精神的にも肉体的にも疲労の状を呈し、消化吸収機能が衰え、あるいは産後の下り物が残っていたり、産後の出血が長引いて貧血したり、あるいは規則正しく食事ができない。あるいは怒りが激しく、発熱悪寒や、自然発汗や口の乾きがあり、胸苦しさ、呼吸困難、胸腹部の痛み、肋骨部の張り、頭がクラクラして目が回る、耳鳴、痙攣、意識障害などの症状を治療する。

## 2 構成

当帰 2～2.5、地黄 2～2.5、川芎 2～2.5、白朮 2～2.5(蒼朮も可)、茯苓 2～2.5、陳皮 2～2.5、烏薬 2～2.5、大棗 1～1.5、香附子 2～2.5、甘草 1、牡丹皮 2～2.5、益母草 1～1.5、乾姜 1～1.5、生姜 0.5～1.5(生姜はなくても可)

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・産後の諸症状：貧血・悪露・体力低下、眩暈、耳鳴りなど。
- ・産褥熱
- ・月経不順、月経痛

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色が黒ずみ、つやがないことがある。
  - 2) 舌診：舌質は淡紅色、瘀斑を伴うことがある。舌苔は不定。
  - 3) 脈診：細弱のことがある。
  - 4) 腹診
- 文献が少ない。

## 【参考】

腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

真綿のごとく軟らか

## C 体力のしぼり

弱      強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下のものの次の諸症。ただし産後の場合は体力にかかわらず使用できる。：月経不順、産後の神経症・体力低下

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 香月牛山『牛山活套』

産後には芎帰調血飲を使用すべきである。古芎帰湯(当帰、川芎)に陳皮、人參を加え、紅花を少し加えて1日の後に、芎帰調血飲を使用するのがよい。芎帰調血飲は実証の婦人が宜しい。

## ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

本方は一貫堂経験方の一つで、恩師森道伯翁は、産後の常用処方として、気血調理のため必ずこの方を服用させた。産後の悪露を下し、元気を回復し、乳汁の分泌を促し、産後の神経症、血脚気などの予防に効果があるので、腹部は出産後のこととて真綿のごとく軟らかである。日数を経過したものは下腹部に抵抗圧痛が認められることがある。もし下腹部の圧痛抵抗が甚だしく、下肢血栓症の疑いのあるものには、第一加減と称し、熟地黄

を去って、芍薬、乾地黄、桃仁、紅花、桂枝、牛膝、枳殻、木香、延胡索、各 1.5 を加えて、瘀血を駆除する。

**B 治験**

▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

29 歳の婦人が 3 度目のお産のとき、腰痛はなはだし

く、左の脚がはれて痛み、2 週間も眠れなかった。食欲衰え、疲労困憊の状態で、やや貧血気味であり、腹も産後特有の軟弱であるので、本方に桃仁 2.0 g、紅花 1.0 g を加えて与えたところ、2 日間悪露が多くなり、その後疼痛と腫脹が速やかに消退し、1 か月ばかりで全治した。

**九味檳榔湯** (くみびんろうとう)

溝部宏毅

**1 出典**

現在の九味檳榔湯は、山脇東洋・原南陽『東洋方函南門先生蔵方』に記載された九味檳榔湯に、浅田宗伯が呉茱萸と茯苓を加えたもの。

**2 構成**

檳榔子 4、厚朴 3、桂皮 3、橘皮 3、蘇葉 1~2、甘草 1、大黃 0.5~1、木香 1、生姜 1 (ヒネショウガを使用する場合 3) (大黃を去り、呉茱萸 1、茯苓 3 を加えても可)

**3 適応病態**

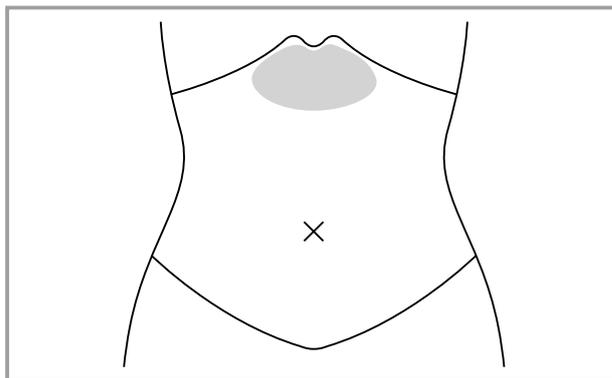
**A 自覚症状 (Symptom)**

- ・四肢の冷感、全身の冷え
- ・全身倦怠感：息切れを伴うことが多い。
- ・浮腫：下肢に強い倦怠感を感じ、むくみを伴うことが多い。
- ・関節の硬直感：頸、腰、手足の関節に硬直感を認めることがある。
- ・四肢の知覚異常

**B 他覚所見 (Sign)**

- 1) 望診：顔面や眼瞼に浮腫を認める。顔のむくみのために、鼻の先端部分が光って見える。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は薄い白苔を伴うことが多い。
- 3) 脈診：速脈 (立ち上がりが速く消退も速い)、数のことが多い。

4) 腹診



- 腹力 不定
- 腹証 ○ 心下痞
- 心下部膨満感

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応 (Indication)**

体力中等度以上で、全身倦怠感があり、特に下肢の倦怠感が著しいものの次の諸症：疲労倦怠感、更年期障害、動悸、息切れ、むくみ、神経症、胃腸炎、関節の腫れや痛み

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函』

脚気でむくみがあって、息が切れ、胸腹部が痞えて腫れ、気と血の流れが悪くなっているものを治療する。あるいは大黃を除いて、呉茱萸と茯苓を加える。原南陽は、木香の代わりに枳実を使い、脚気で、気血が滞って、むくんでいるものを治療した。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

この処方とは和方の七味檳榔湯の枳実を去って、厚朴・木香・紫蘇を加えたものである。脚気でむくみ、呼吸促進するものに対し、唐侍中一方よりは飲み易くて効果がある。『世医得効方』の檳蘇散は、この処方より大いに効果が劣る。

## B 治験

## ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

36歳の婦人。3か月前日光見物に行ったとき、石段を上ることができず、両脚がだるくてシビレやすいの

に気がついた。全身倦怠感も強く、動悸と息切れがひどい。腰が痛んで背や肩がこり、熟睡ができない。水太りで顔色は赤く、脈は沈んで弱い。初診時の血圧は110/80であった。先ごろ足元が不自由で2階から落ちたこともあるという。腹部は大きく軟弱でブクブクして、いかにも水毒のある徴候である。膝蓋腱反射は消失し、腓腹筋の握痛があり、打診上心臓は肥大している。九味檳榔湯加呉茱萸茯苓を与え、10日分服用すると、大小便が快通し、身心ともに爽快で、身体が軽快に動くようになった。1か月の服薬で倦怠感も去って元気になった。

## 荊芥連翹湯 (けいがいれんぎょうとう)

三谷和男

## 1 出典

森道伯が考案した一貫堂経験方の一つ。

『万病回春』耳病門および鼻病門に記載された荊芥連翹湯の加減方。

## 2 構成

当帰 1.5, 芍薬 1.5, 川芎 1.5, 地黄 1.5, 黄連 1.5, 黄芩 1.5, 黄柏 1.5, 山梔子 1.5, 蓮翹 1.5, 荊芥 1.5, 防風 1.5, 薄荷葉 1.5, 枳殼(実) 1.5, 甘草 1~1.5, 白芷 1.5~2.5, 桔梗 1.5~2.5, 柴胡 1.5~2.5(地黄, 黄連, 黄柏, 薄荷葉のない場合も可)

## 3 適応病態

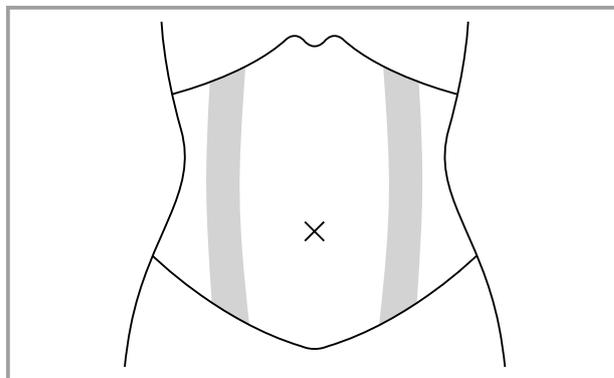
## A 自覚症状(Symptom)

- ・虚弱体質：幼少時より虚弱で、風邪を引きやすい、風邪に罹患後に中耳炎や副鼻腔炎を起こしやすい体質(青年期腺病体質)の改善。
- ・耳痛：急性・慢性中耳炎, 急性乳様突起炎(加蟬退, 蔓荊子), 外耳道炎
- ・鼻痛：急性・慢性上顎洞化膿症(加辛夷), 肥厚性鼻炎

その他、扁桃炎、衄血(加升麻, 牡丹皮), 面皰, 肺結核, 禿髮症などに応用される。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚は浅黒く、光沢を帯び手掌および足底部に発汗がみられる。瘦せ型で首が細い。
- 2) 舌診：舌質は、四物湯証の淡白色のこともあれば、黄連解毒湯証の紅色のこともある。舌苔は浄苔で、黄白色のことが多い。
- 3) 脈診：緊のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 中等度～やや硬(③/5～4/5)

腹証 ◎ 腹直筋攣急(腹直筋全体)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で、皮膚の色が浅黒く、時に手足の裏に脂汗をかきやすく腹壁が緊張しているものの次の諸症：蓄膿症(副鼻腔炎), 慢性鼻炎, 慢性扁桃炎, にきび

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎, 偽アルドステロン症, ミオパシー, 肝機能障害, 黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

本方は一貫堂森道伯翁の経験方で、一貫堂医学でいう解毒証体質(四物黄連解毒湯を基礎とする薬方によって体質改善をはかる)または腺病性体質を改善する薬方である。本来は蓄膿症, 中耳炎などに用いられるもので、

万病回春の耳病門、鼻病門にある荊芥連翹湯の加減方である。

同じ解毒証体質に用いられる柴胡清肝散は主に幼年少年期に、青年期に達すると本方を用いることが多くなる。本方の目標は、皮膚の色が暗褐色を示し、腹直筋が全体に緊張し、肝経と胃経に相当して腹筋の拘攣を認めることが多い。

本方中の四物湯は補血強壯の剤で補肝の作用があり、肝機能を補強する。黄連解毒湯は瀉肝の作用があり、柴胡を加えて肝の熱を清涼し、肝機能を盛んにするものと解される。白芷は薬効を上部に作用させ、防風とともに頭痛を去り、荊芥、連翹、桔梗と協力して上方の頭部に停滞しているうつ熱をさまし、化膿症を抑制する。

本方は、以上の目標をもって青年期腺病体質の改善、急性慢性中耳炎、急性慢性上顎化膿症、肥厚性鼻炎などに用いられ、また扁桃炎、衄血、面疱、肺結核、神経衰弱、禿髮症などに応用される。

## 〔B〕 治験

### ▶ 矢数格『漢方一貫堂医学』

患者は、岸〇といい、25歳の男子。神経衰弱症、すなわちノイローゼとして、約2か年にわたって西洋医学の治療を受けていたが、一向に軽快の徴なく、廃人同様の状態で来院した。現在は不眠、頭重、頭痛、眩暈、耳鳴、心悸亢進、項背強ばり、心下痞満、食欲不振、四肢倦怠、肝気亢進等の自覚症状を訴えている。診察の結果、解毒証体質と見て、薬方は、荊芥連翹湯を与え、服薬2か月で全治した。

この患者の脈は沈実、血圧は最低が高く、腹は軟満であった。しかし、一般的にノイローゼ患者の腹は硬満の者が多いように思われる。本患者は、ふつうならば、半夏厚朴湯あるいは加味逍遙散といったような薬方が考えられると思われるが、一貫堂の体質的な見地から前記の如く荊芥連翹湯を用いたのであった。

## 桂枝加黄耆湯(けいしかおうぎとう)

室賀一宏

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』水気病篇

黄汗の病は、下肢に湿があって冷えることを特徴とする。この際、発熱があると歴節であり、また食後すぐに汗が出る、日暮れに盗汗が出るのは虚勞であり、いずれも黄汗ではない。もし発汗後にかえて発熱するものは、長期に及ぶと皮膚が乾燥し魚鱗状となり、発熱が止まないものは悪瘡を生じる。もし体が重くても、汗が出て軽くなるのは、それが長引くと、体がびくびくと動き、胸が痛むようになる。その症状の激しい場合は、腰から上に必ず汗が出て、腰以下に汗が出なく、腰がだるいように痛み、皮膚に異常感覚があって、皮下に虫が這っているように感じ、ひどい時は食べられなくなり、体が痛んで重く、胸苦しくて、じっと落ち着いてられない。小便の出も少ない。これを黄汗といい、桂枝加黄耆湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』黄疸病篇

諸々の黄疸を病むものは、ただその小便を利す。例えば、脈が浮のものは発汗して治療すべきで、桂枝加黄耆湯で治療する。

### 2 構成

桂皮 3～4、芍薬 3～4、大棗 3～4、生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合 3～4)、甘草 2、黄耆 2～3

### 3 適応病態

#### 〔A〕 自覚症状(Symptom)

- ・感冒：桂枝湯の症状で、寝汗がある場合。
- ・多汗
- ・皮膚掻痒：赤味がある場合が多い。水疱や滲出液を伴うことがある。

#### 〔B〕 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：赤味のある皮疹、湿潤した皮膚のことがある。
- 2) 舌診：舌質は淡紅色、舌苔は湿潤し無苔か薄白苔のことがある。
- 3) 脈診：浮弱のことがある。
- 4) 腹診  
文献が少ない。  
腹力 不定

#### 〔C〕 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

#### 〔D〕 適応(Indication)

体力虚弱なものの次の諸症：寝汗、あせも、湿疹・皮膚炎

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』

激しいのぼせで項から頭にかけて強ばって、鎖骨上窩の缺盆の付近にもコリがある。津液が胸から頭に集まり、皮膚が乾燥してひどくなるとカサカサしてあかぎれ様の

状態となり、皮膚の生理的な隙間が開いた状態となる。これは人体の総熱源が弱く、抗病能力などの生命機能が皮膚まで達せず、上へ昇ってしまい降りて来にくい状態で、表が虚して下半身が衰えることで生じる病情であり、桂枝加黄耆湯の証である。

## ▶ 吉益東洞『方極』

桂枝湯証で黄色の汗や寝汗がある人に使用する。

## 桂枝加葛根湯(けいしかかっこんとう)

笠原裕司

## 1 出典

## ▶ 『傷寒論』太陽病上篇

太陽病で、項背部が強ばり、反って発汗して悪風を感じる場合は、桂枝加葛根湯で治療する。

## 2 構成

桂皮 2.4～4, 芍薬 2.4～4, 大棗 2.4～4, 生姜 1～1.5(ヒネシヨウガを使用する場合 2.4～4), 甘草 1.6～2, 葛根 3.2～6

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・感冒の初期：生来身体虚弱な人が、感冒の初期に、悪寒、悪風、発熱、頭痛、自然発汗、肩こりなどを訴える。
- ・後頸部のこり：慢性的な後頸部のこり。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：桂枝湯とほぼ同じ。眼光に力がないことがある。
  - 2) 舌診：不定
  - 3) 脈診：浮・数・弱・緩なことがある。
  - 4) 腹診
- 文献が少ない。  
腹力 不定

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、汗が出て、肩こりや頭痛のあるものの次の症状：風邪の初期

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 内藤希哲『医経解惑論』

太陽病で項背強・口噤・背反張などを伴うものを「瘧病」と言う。これは、もともと津液が少ないものが、邪熱によって筋肉の水分が損なわれたり、発汗過多・産後・金瘡などによって血液の水分が失われたり、誤って下したりして虚した人である。もしも汗が出て悪風する者は表が虚しており、「柔瘧」と言う。桂枝加葛根湯や括藁桂枝湯を証に随って選び使用するのが良い。

## ▶ 平野重誠『為方絜矩』

この処方葛根湯証にして、汗が出て脈が浮緩の人に使用する。本方は項背強に用いるが、これは葛根一味の効能ではなく、葛根と桂枝を配合することで現れる効果である。

## 桂枝加厚朴杏仁湯(けいしかこうぼくきょうにんとう)

木村豪雄

## 1 出典

## ▶『傷寒論』太陽病上篇

平素から喘を患っている人が太陽病となった場合、桂枝湯に厚朴と杏仁を加えて使用するとよい。

## ▶『傷寒論』太陽病中篇

太陽病で、下剤を用いてわずかに喘咳をするようになるものは、表がまだ解けていないからである。桂枝加厚朴杏仁湯で治療する。

## 2 構成

桂皮 2.4～4、芍薬 2.4～4、大棗 2.4～4、生姜 1～1.5 (ヒネショウガを使用する場合 3～4)、甘草 1.6～2、厚朴 1～4、杏仁 1.6～4

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・咳嗽：激しいことがある。夜間咳逆(犬の遠吠様)。いわゆる喘息もちの人の急性上気道炎、小児の喘息性気管支炎など。
- ・喘息：麻黄剤では身体が疲れて具合が悪くなるような虚弱な人の喘息。
- ・胸満、微喘
- ・腹満、腹痛

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：浮、やや弱い。腹痛時には沈緊のことがある。
- 4) 腹診

文献が少ない。

腹力 不定

## C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱なものの次の諸症：咳、気管支炎、気管支喘息

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶尾台榕堂『類聚方広義』

本より喘の症がある人を、これを喘家と謂う。喘家にして桂枝湯の症をあらわすものは、この方をもって発汗すればすなわち治る。もし喘が邪によるもので、しかもその勢いが急であったり、また邪の喘に乗じてその威力が盛んなものは、この処方の適応症ではない。宜しく他の処方参考にして治療するべきであり、拘ってはいけない。

## ▶吉益東洞『方極』

桂枝湯証にして、胸満し微喘する人(を治療する)。

## B 治験

## ▶山田業精『和漢医林新誌』

24歳の車夫が、ある日寒風にさらされて急に腹痛を發し、帰宅してすぐに寝たが、翌日になっても症状は増悪するばかりで、腹中が拘攣し、腰脚へひきつれるので、かがまって臥て、寝がえりも出来なくなった。大小便はよく通ぜず、表熱はあまりなく、舌に少し白苔があり、脈は沈緊で、食物の味は変わらないが食欲がない。口渇はなく、咳が時々でると腹が裂けるように痛むという。そこで寒症と診断し、桂枝加厚朴杏子湯を与えると、3日で治った。

# 桂枝加芍薬湯・桂枝加芍薬大黄湯(けいしかしゃくやくとう・けいしかしゃくやくだいおうとう) 木村豪雄

## 1 出典

### ▶『傷寒論』太陰病篇

初め太陽病として発病し、発汗によって治療すべきものを医師が誤ってこれを瀉下したために、気血が虚して腹が張り、しかも時々痛むようになったものは、もう太陰病になっている。これは桂枝加芍薬湯で治療する。もし腹満、便秘し、腹痛を訴える人は、桂枝加(芍薬)大黄湯で治療する。

## 2 構成

### [桂枝加芍薬湯]

桂皮 3~4, 芍薬 6, 大棗 3~4, 生姜 1~1.5(ヒネショウガを使用する場合 3~4), 甘草 2

### [桂枝加芍薬大黄湯]

桂皮 3~4, 芍薬 4~6, 大棗 3~4, 生姜 1~1.5(ヒネショウガを使用する場合 3~4), 甘草 2, 大黄 1~2

## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・下痢または便秘：下痢は裏急後重を伴うことが多い。裏急後重の強い例には桂枝加芍薬大黄湯を使用する。大便やガスの臭いが強い場合も、大黄を加える。また下痢と便秘が交互に出現したり、下剤を使用すると腹痛のみで大便が快通しない人により、多量の大黄を服用すると逆に腹痛を起こしたり、腹がしぶったりすることがある。

・腹部膨満

・腹痛

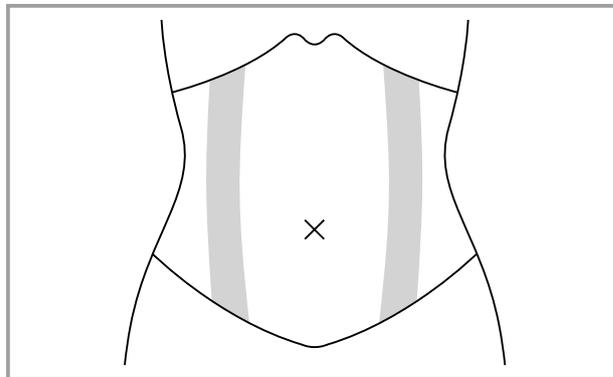
元来は胃腸が虚弱で、冷え症のことが多い。

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は不定。舌苔は桂枝加芍薬湯では湿潤していることがある。また桂枝加芍薬大黄湯ではやや乾燥して無苔のことがある。
- 3) 脈診：浮で弱のことがある。

### 4) 腹診

#### [桂枝加芍薬湯]



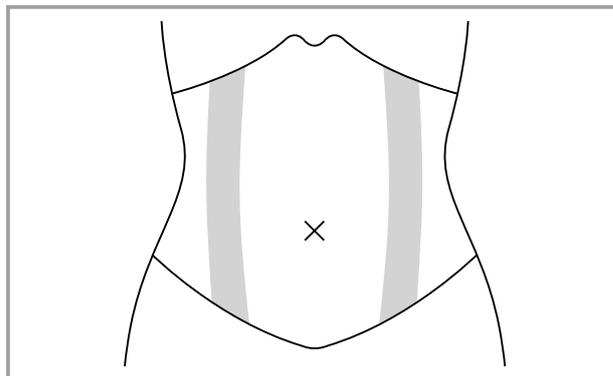
腹力 軟~やや軟(1/5~②/5)

腹証 ◎ 腹満

◎ 腹直筋攣急

○ 腹痛

#### [桂枝加芍薬大黄湯]



腹力 やや軟~中等度(2/5~3/5)

腹証 ◎ 腹満

◎ 腹直筋攣急

○ 腹痛

△ 裏急後重

### C 体力のしばり

#### [桂枝加芍薬湯]

弱 1 2 3 4 5 強

#### [桂枝加芍薬大黄湯]

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

#### [桂枝加芍薬湯]

体力中等度以下で、腹部膨満感のあるものの次の諸症：しぶり腹<sup>注2)</sup>、腹痛、下痢、便秘

## [桂枝加芍薬大黃湯]

体力中等度以下で、腹部膨満感、腹痛があり、便秘するものの次の諸症：便秘、しぶり腹<sup>注2)</sup>

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説**

[桂枝加芍薬湯]

## ▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』

桂枝湯の腹状で、さらに張りが強く、三指で探按〈たんあん〉すると筋ばりひきつるものは、桂枝加芍薬湯の証である。この証は、腹満といっても実満ではなく、腹皮が拘攣して張り満つるのである。そのため、正按しても底に應えるものがない。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

桂枝加芍薬湯に附子を加えて桂枝加芍薬附子湯と名づけ、桂枝加芍薬湯証で悪寒するもの、また腰脚攣急、冷痛して悪寒するものを治す。

## ▶ 有持桂里『校正方輿輶』

桂枝加芍薬湯は、もともと癥瘕<sup>①</sup>、痼癖<sup>②</sup>があり、それが痼病につれて固有の毒をひき起こし、そのために腹痛するものに用いる剤である。例えば宿食で腹痛し、吐瀉した後もなお腹痛が止まらないものは、固有の毒のせいである。痼毒はさほど強くなくただ痛みが甚だしいもの、あるいは痼毒はすでに無くなったが痛みが止まらないものなどは、皆固有の毒が残っていることによるのであるが、これらは桂枝加芍薬湯の主治である。固有の毒がある人は、その腹に拘攣や塊などがあるものであり、また毒が劇〈はげ〉しくて痛みが止まないものは桂枝加芍薬大黃湯を用いる。

[桂枝加芍薬大黃湯]

## ▶ 有持桂里『校正方輿輶』

桂枝加芍薬大黃湯は、桂枝加芍薬湯の証で、内に実するところがあるものを治す方である。痼病の初期で腹痛

太甚なものなど、この方を用いると期待どおりに治る。また痼瘕<sup>③</sup>の腹痛、あるいは外邪にかり宿食があつて痛むもの、あるいは瘡疹<sup>④</sup>を発しようとして腹痛するものなど、皆この方を用いて効果がある。

## ▶ 浅田宗伯『傷寒論識』

腹満して痛む人に使用する。これは実証で同じく便秘を治療する処方であるが、承気湯は即ち熱実証、桂枝加芍薬大黃湯は寒実証であり、その原因は違う。よって陽明病とは言わず、但だ大実という。治療も承気湯ではなく、桂枝加芍薬湯に大黃を加えて便通をよくする。その意図は大黃附子湯と同じである。病態は寒に属しているため、治療は温下である。学ぶ者はこの意図を拡大応用して『金匱要略』や『千金方』に収載されている温下の方剤でも、この疾患を治せることを理解せよ。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方輿口訣』

桂枝加(芍薬)大黃湯は温下の祖剤である。温下については『金匱要略』に記述があり、寒実のものには、是非ともこの策が無ければならない。この方は腹満時に痛むものだけでなく、痼病で熱邪が薄く裏急後重するものに効がある。

**B 治験**

[桂枝加芍薬大黃湯]

## ▶ 有持桂里『校正方輿輶』

ある人が痼を病んだので、桂枝加芍薬大黃湯を用いた。左横骨上直径2寸ほどの個所がひどく痛み、絶えず手で按〈あん〉じていたが、この方を用いて痼は止み、痛みも治った。これは痼毒である。

注2) しぶり腹とは、残便感があり、繰り返し腹痛を伴う便意を催すものことである。

① 癥瘕(ちょうか)：腹中の積塊。

② 痼癖(こへき)：持病の腹中のしこり。

③ 痼瘕(せんか)：痛みがある腹中の塊り。

④ 瘡疹(そうしん)：吹き出物。

**桂枝加朮附湯・桂枝加苓朮附湯**(けいしかじゅつぶとう・けいしかりょうじゅつぶとう) 木村豪雄**1 出典**

桂枝加朮附湯は、吉益東洞が『傷寒論』の桂枝加附子湯に朮を加えたもの。

**2 構成**

[桂枝加朮附湯]

桂皮 3～4、芍薬 3～4、大棗 3～4、生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合 3～4)、甘草 2、蒼朮 3～4(白

朮も可), 加工ブシ 0.5~1

[桂枝加朮附湯]

桂皮 3~4, 芍薬 3~4, 大棗 3~4, 生姜 1~1.5(ヒネシヨウガを使用する場合 3~4), 甘草 2, 蒼朮 3~4(白朮も可), 加工ブシ 0.5~1, 茯苓 4

### 3 適応病態

桂枝湯証に痛みやしびれなどの症状を認めるときに使用する。

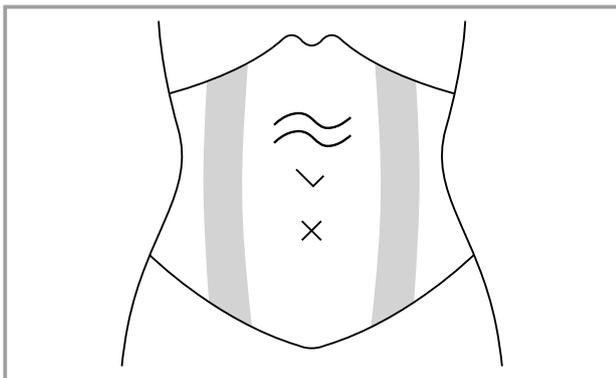
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・神経痛・関節痛：風呂などで温めると痛みが楽になる。冷えると痛みが増悪する。患部を触れると冷たい。
- ・汗をかきやすい。
- ・寒がり
- ・風邪を引きやすい。
- ・神経過敏傾向：痛みに敏感。
- ・のぼせ
- ・動悸
- ・胃腸が弱い：麻黄で胃腸症状を生じる。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：体型的には栄養が悪く，痩身，色白，汗をかきやすく皮膚は湿潤している。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：浮で弱のことがある。
- 4) 腹診

[桂枝加朮附湯]



腹力 軟~やや軟(1/5~2/5)

腹証 △ 振水音

△ 腹直筋痙急

△ 腹部動悸(臍上悸)

[桂枝加朮附湯]

文献が少ない。

◎ 腹部動悸(臍上悸)

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

[桂枝加朮附湯]

体力虚弱で，汗が出，手足が冷えてこわばり，時に尿量が少ないものの次の諸症：関節痛，神経痛

[桂枝加朮附湯]

体力虚弱で，手足が冷えてこわばり，尿量が少なく，時に，動悸，めまい，筋肉のびくつきがあるものの次の諸症：関節痛，神経痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 吉益東洞『方機』

水滯体質で，関節が痛む人，半身不遂で顔面麻痺(口眼喎斜)のある人，頭が重く疼い人，身体が麻痺する人，頭痛が劇しい人などは桂枝加朮附湯で治療する。

水滯もった人で，目が見えにくい人，耳が聞こえない人，筋肉がピクピク痙攣する人は桂枝加朮附湯で治療する。

##### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

桂枝加附子湯に朮を加えたものを，桂枝加朮附子湯と名づけ，中風偏枯<sup>①</sup>，痿躄，痛風，小便不利あるいは類数のものを治す。(中略)若し動悸やめまいがして，筋肉がピクピクと痙攣するときは，茯苓を加えて桂枝加朮附湯と名づける。

#### B 治験

##### ▶ 浅田宗伯『先哲医話』

東洞先生は，足の痿弱で歩行不能のものを，桂枝加朮附湯に紫円を兼用して，速やかに治したが，これは誠にすぐれた治療法である。

産後に腰膝痿弱となるものは，多くは癰癰(ちょうへき)<sup>②</sup>のせいである。その初妊時水腫あるいは脚気を患い，産後になって気急<sup>③</sup>するものは，まずこの証に対応する薬を与え，前証が治癒した後に腹診をつまびらかにして，癰癰を治すべきである。この証には艾灸が一番よい。もしその薬と灸を施しても癰癰が治らないものは，桂枝加朮附湯，麻黄附子細辛湯<sup>④</sup>を与え，2~3日あるいは4~5日間，紫円で下せば治る。(以上和田東郭)

鶴膝風あるいは結毒の頑固に治らないものには，烏頭湯<sup>⑤</sup>，桂枝加朮附湯などに角石<sup>⑥</sup>を加えたものがよい。毒の動きにくいものには角石が一番よく効く。

偏枯<sup>⑦</sup>には老壯を問わず桂枝加朮附湯を用い，急迫するものは紫円で下すとよい。その腹を診て拘急<sup>⑧</sup>のない

ものは治るが、拘急しているものは不治である。これは気が循環できないため、下しても拘急が解けないのである。(以上、華岡青洲)

#### ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

仏国公使の某病を診察した。この患者は生来強健ではあるが、数年にわたって困難の中で戦闘などを経験していたため、筋骨は弛緩して気血が働きを失い、脈には遅緩の候が現れ、皮膚は潤沢ではあるが、年齢より衰えている。かつ腰間のあたりに打撲の痕があり、左殿部の筋肉は右の方より瘦せている。腰は一身の要関であり、特に運動する所であるので、気血の働きが鈍くなって苦痛が生じるのである。もしこの病が治らなければ、だんだんと腰以下の働きが失われ、歩行にも難渋するであろう。(中略)この人は、陸軍の大將であった18年間に、戦闘中銃丸が馬の首に当たって落馬し、以後この病を得た。来日してからますますひどくなったという。そこで処方

(桂枝加苓朮附湯)を書いて、一つ一つ薬味に注を施して示す。(中略)公使の病状は非常に軽快したので、宗伯は別れを告げたところ、公使は宗伯の手を握り、「病は大半が癒え喜びに堪えない。きっと本国の王より謝礼を贈ることになろう。私はこの恩を謝すために、自分の治験を新聞に載せ、日本に名医のあることを五大州に知らせよう」と言った。

- ① 中風偏枯(ちゅうふうへんこ)：脳卒中で半身不随となったもの。
- ② 癥癖(しょうへき)：腹中のかたまり。
- ③ 気急(ききゅう)：呼吸促進。
- ④ 麻黄附子細辛湯(まおうぶしさいしんとう)：麻黄、附子、細辛の3味(傷寒)。
- ⑤ 烏頭湯(うずとう)：麻黄、芍薬、黄耆、甘草、烏頭、蜜の6味(金匱)。
- ⑥ 角石(かくせき)：鹿角末。
- ⑦ 偏枯(へんこ)：半身不随。
- ⑧ 拘急(こうきゅう)：ひきつれ。

## 桂枝加竜骨牡蛎湯(けいしかりゅうこつほれいとう)

木村豪雄

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』血痺虚劳病篇

失精しやすい人は、下腹がひきつれ、陰茎の先が冷え、めまい(あるいはまぶたの痛み)がして、髪が脱け落ち、脈はひどく衰えて乳遅をあらわし、下痢し、貧血、失精する。脈がそれぞれ乳動微緊をあらわすのは、男子ならば失精し、女子ならば夢に交わる。これは桂枝加竜骨牡蛎湯で治療する。

### 2 構成

桂皮 3~4、芍薬 3~4、大棗 3~4、生姜 1~1.5(ヒネショウガを使用する場合 3~4)、甘草 2、竜骨 3、牡蛎 3

### 3 適応病態

竜骨や牡蛎を含有する処方、驚きやすい、嫌な夢をみるなど精神不安な状態に使用する。他覚的には心下悸が目標となる。

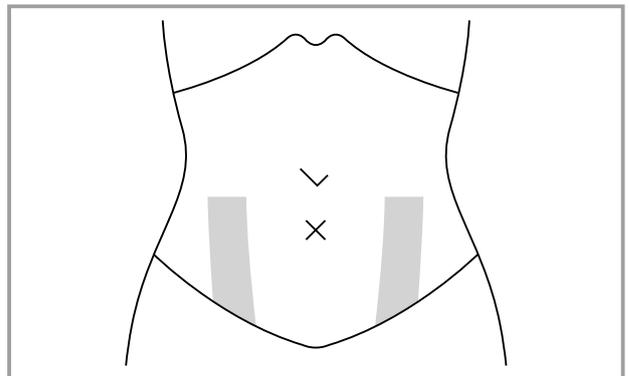
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・脱毛
- ・性欲減退、遺精
- ・のぼせ
- ・ふけが多い。
- ・めまい
- ・体質虚弱：興奮しやすく、疲れやすい。

- ・不眠：夢が多い、嫌な夢をみるなどで熟睡できない。
- ・驚きやすい：動悸、心悸亢進を自覚症状とする神経症
- ・夜尿症

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：体つきはあまり頑丈でない。血色が優れない、何となく生気に乏しいことがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は湿潤していることがある。
- 3) 脈診：幅があって大きいのが弱のことがある。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～②/5)

腹証 ◎ 腹部動悸(時に膈上悸)

◎ 腹直筋攣急(下腹部/「小腹弦急」)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、疲れやすく、神経過敏で、興奮しやすいものの次の諸症：神経質、不眠症、小児夜泣き、夜尿症、眼精疲労、神経症

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

失精、夢交は腹候で診断するのが早道である。おおむね臍上水分の地<sup>①</sup>がくぼんで坑(あな)となり、あるいは臍下がぐさぐさとした中に弦急<sup>②</sup>が見られ、また臍辺に一種の動気がある。この動は意識して求めれば、たやすく判断できる。これが吾党における失精、夢交診断の秘訣である。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

稟性薄弱の人が色欲過多であると、血精減耗し、身体

羸瘦、血色が悪く、常に微熱があつて四肢倦怠、唇口乾燥、小腹弦急、胸腹の動悸が甚だしく、やがては死を待つのみである。桂枝加竜骨牡蛎湯を長服し、厳に閨房を慎み、摂生に努めれば身体は回復する。

婦人が、心気鬱結して胸腹の動悸が甚だしく、寒熱交作、常に月経不順、多夢驚惕<sup>③</sup>、鬼交漏精<sup>④</sup>、身体は次第に羸瘦して勞瘵<sup>⑤</sup>に似た症状となる。婦婦<sup>⑥</sup>、室女<sup>⑦</sup>で情欲が妄動して満たされないものにこの症が多く、桂枝加竜骨牡蛎湯がよい。

## B 治験

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

桂枝加竜骨牡蛎湯は虚勞失精の主方であるが、小児の遺尿に活用しても効果がある。また60余歳の老女が、小便頻数で1時間に5～6度もかわやに通い、小腹が弦急していたが他に苦しむところはなかった。本方を長服して治った。

① 水分の地：臍上一寸の経穴。

② 弦急(げんきゅう)：つっぱりこわばること。

③ 多夢驚惕(たむきょうてき)：しきりに夢をみ、はったりひやひやすること。

④ 鬼交漏精(きこうろうせい)：夢交して精を漏らすこと。

⑤ 勞瘵(ろうさい)：結核。

⑥ 婦婦(じゅふ)：人妻。

⑦ 室女(しつじょ)：きむすめ。

## 桂枝芍薬知母湯(けいししゃくやくちもとう)

後藤博三

## 1 出典

## ▶ 『金匱要略』中風歴節病篇

四肢のすべての関節がうずいて痛み、身体が弱って痩せ、足は腫れて抜かれるように痛み、眩暈があり、呼吸が促迫し、胸がむかむかして吐き気がある。このような人には桂枝芍薬知母湯で治療する。

## 2 構成

桂皮 3～4、芍薬 3～4、甘草 1.5～2、麻黄 2～3、生姜 1～2(ヒネショウガを使用する場合 3～5)、白朮 4～5(蒼朮も可)、知母 2～4、防風 3～4、加工ブシ 0.3～1

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・ 関節痛
- ・ 関節変形：痩せ衰えた関節リウマチ患者に使用することが多いが、下肢の痩せや関節腫脹がない場合、肥満のある場合も使用できる。

・ るいそう

・ めまい

## B 他覚所見(Sign)

1) 望診：痩せと膝関節の腫脹を伴うことが多い。皮膚乾燥を認めることがある。

2) 舌診：舌質は乾燥あるいはやや湿潤で、舌苔は無苔を呈することがある。

3) 脈診：浮数でやや力があることがある。

4) 腹診

文献が少ない。

腹力 不定

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、皮膚が乾燥し、四肢あるいは諸関節の腫れが慢性に経過して、痛むものの次の諸症：関節の腫れや痛み、関節炎、神経痛

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

麻黄を含むため、狭心症や前立腺肥大のある患者には用いないほうがよい。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 尾台榕堂『類聚方広義』**

関節炎などの類で腫れて痛み、ひどい悪寒がして熱が高く、渴して脈拍数が速く、化膿が進もうとしている者にこのほうがよい。

痛風などの病気で痛みが転移し骨や関節がうずき、手

足がひきつれ痛むものを治す。猓賓丸を兼用する。

天然痘で思うように排膿しなかったり、あるいは排膿したのに今度は穴がふさがらず、かさぶたができなかったりして、悪寒身熱して、どこか一箇所痛みがあり、脈数の者は、余毒ができらずに膿瘍になろうとしているのである。この方で排膿するのがよい。もし化膿が進んで膿点が見えてきているならば、直ちに三稜針で切開するのがよい。その際、伯州散を兼用することが望ましい。

**▶ 浅田宗伯『勿語薬室方函口訣』**

桂枝芍薬知母湯は身体の木のコブというのが目標で、多関節痛で、数日たつて関節が木のコブのように腫れて両足が少し浮腫んで不快にだるく痛みのために逆上してめまいやからえずきなど生じるものを治療する。また、腰痛や膝関節が腫れて下腿が痩せたものにも用いる。

**桂枝湯**(けいしとう)

後藤博三

**1 出典****▶ 『傷寒論』太陽病上篇**

太陽病の中風は、脈軽く按じると浮いていて、重く按じると弱い。軽く按じた脈が浮いているので自然に発熱し、重く按じた脈が弱いので自然に汗が出る。ぞくぞくする悪寒と水をかけられたような寒けがあり、体表に熱が集まって、鼻が鳴り、からえずきを生じる人には桂枝湯で治療する。

**▶ 『傷寒論』太陽病上篇**

太陽病で頭痛と発熱があり、汗が出て寒けがする人には桂枝湯で治療する。

**▶ 『傷寒論』太陽病上篇**

太陽病で下剤を使用して下したために、気の上衝が生じるようになった場合は桂枝湯を与えると良い。気の上衝がない場合は与えてはいけない。

**▶ 『傷寒論』太陽病上篇**

太陽病になって3日たち、汗を出させたが改善しないため、吐かしたり下したり温鍼を使用したりしたが、それでも改善しない人は壞病というこじれた状態になっているのである。もはや桂枝湯を与える状態ではない。患者の表している状態を観察して、どのような誤りを犯したかを考えて病態に応じて治療すべきである。桂枝湯はもともと肌表の邪を除くのに用いられる。もし脈が浮緊、発熱し、汗がないものには与えるべきでない。

**2 構成**

桂皮 3~4、芍薬 3~4、大棗 3~4、生姜 1~1.5(ヒネショウガを使用する場合 3~4)、甘草 2

**3 適応病態**

感冒では悪寒、悪風、発熱が目標となるが、感冒以外にも広く応用できる。虚弱な体質と浮で弱の脈などが目標となる。

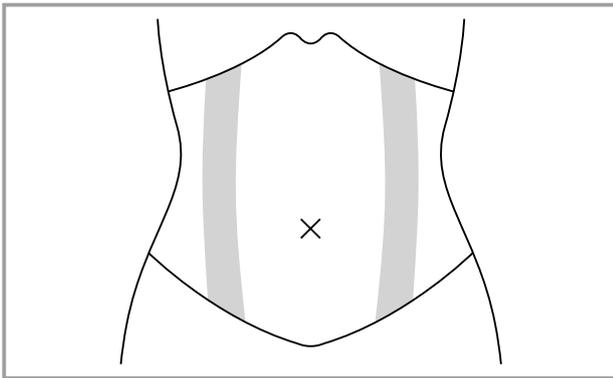
**A 自覚症状(Symptom)**

- ・悪寒、悪風、発熱：感冒の初期に伴うが、慢性疾患に使用するときは、悪寒、悪風、発熱を伴わなくてもよい。
- ・頭痛：気の上衝によるもので、のぼせを伴うことがある。
- ・自汗：にじみ出るような汗を目標とするが、汗の出ない場合に使用することもある。
- ・身体疼痛

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：虚弱な体型のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡紅色で舌苔は無苔か薄い白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：浮で弱のことが多い。

## 4) 腹診



腹力 急性：不定

慢性：軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 時に腹直筋攣急(軽度)

## C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、汗が出るものの次の症状：風邪の初期

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方極』

桂枝湯は、上衝、頭痛、発熱、汗出て悪風するものを治す<sup>①</sup>。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

桂枝湯はけだし経方<sup>②</sup>の権輿である。『傷寒論』が桂枝湯で、『金匱要略』が括蕪桂枝湯<sup>③</sup>でそれぞれ始まっているのも決して偶然ではない。桂枝湯はこれらの書における衆方の嚆矢となっている。仲景の処方はおよそ200余りあるが、そのうち桂枝を用いるものが約60方、うち桂枝を主薬とするものが30方近くもあり、他方に比して変化が最も多いことがわかる。

## ▶ 岡本一抱『方意弁義』

麻黄湯は正傷寒を治し、桂枝湯は傷風の剤という。しかし、このような区別ではなく、汗がないときは麻黄湯、汗があるときは桂枝湯と承知するとよい。傷寒の表症と自汗があり、麻黄湯を用いる場合ではないが、発散<sup>④</sup>しなければ表邪が去らない。このようなときは、軽く発汗して病邪を発散すべきで、桂枝湯を使用する。

## ▶ 香月牛山『牛山活套』

正傷寒の証で、汗がないものには麻黄湯、汗のあるも

のには桂枝湯を用いるというのは、張仲景の確論で、講論の余地はない。太陽病の表症を分別して用いる。

傷寒の病は、初発2～3日の間は、感冒の療治のように発散して汗を取るとよい。麻黄湯、桂枝湯、敗毒散<sup>⑤</sup>、十神湯<sup>⑥</sup>、九味羌活湯<sup>⑦</sup>の類を大料<sup>⑧</sup>とし、その症と脈を考慮して処方を選定する。

## ▶ 内島保定『古方節義』

桂枝湯の症は、発汗の剤を用いなくても、自汗が出る虚邪なので、傷寒の場合のように、強い発散の剤を用いず、ただ「肌を解する」といって、桂枝の辛温、芍薬の酸寒により、一散一収のはずみをつけて、汗とともに邪気を発するのである。(中略)風邪の表症には、この桂枝湯を服し、『傷寒論』の方後にあるとおり、粥をすすり、布団をかぶるなどして汗を発するとよい。桂枝湯は、柔らかな薬なので、粥で薬力を助けるのである。桂枝湯を服んでも、ふだんどおりにしていたのでは、汗も出ないし邪気も去らない。

小建中湯、黄耆建中湯<sup>⑨</sup>、当帰建中湯などの補剤は、皆桂枝湯に由来したものであり、また後世の気血兼補の剤は皆建中湯の意から出たものである。仲景は桂枝湯を、傷寒論開卷第一の主剤とした。

## ▶ 福井楓亭『方説弁解』

桂枝湯は、太陽の中風で、脈浮、緩・弱、自汗が出て、発熱悪風するものに用いる。これは、麻黄湯が、太陽の傷寒で、脈浮緊、浮数で汗なく、発熱悪寒するものに用いるのとは異なる。

## ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

傷寒初起の治方は、上衝、頭痛、脈浮で、悪風寒熱、発汗するものは桂枝湯、項背がこわばるものは桂枝加葛根湯<sup>⑩</sup>を用いる。脈浮緊で、ひどい場合には熱が強く、悪寒、頭疼、身痛、喘咳するものには麻黄湯、項背がこわばるものには葛根湯、寒熱が頻繁に往来して咳するものは桂麻各半湯<sup>⑪</sup>、咳するものは小青竜湯、渴するものには大青竜湯<sup>⑫</sup>の類を選定する。

産後に風邪をひき、悪寒、発熱、咳嗽するものは、決して軽く扱ってはならない。常病の発散でよく、葛根湯、桂麻各半湯などを用いる場合が多い。むしろ大・小青竜湯も用いるが、少し麻黄を控えめにすることが望ましい。邪気の薄いものは桂枝湯あるいは桂枝加葛根湯を用いる。しかし疫<sup>⑬</sup>になるような邪気に対して、このように柔らかく治療しては大病になってしまう。産後にこだわることなく、よく本病を見極めて対処すべきである。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

桂枝湯は衆方の祖で、古方でこの処方に胚胎するものは100以上に及ぶ。その変化運用の妙は愚弁を待たない。

## ▶ 浅田宗伯『栗園医訓』

鑑別には証の有無が肝要である。桂枝湯証は悪寒があつて喘がなく、麻黄湯証は喘があつて悪寒がない<sup>④</sup>。桂枝湯証は発熱があれば身疼痛があり、もし痛みがあれば<sup>⑤</sup>発熱はない。麻黄湯証は発熱して疼痛があり、発熱、悪寒、身疼痛するものは<sup>⑥</sup>大青竜湯証である。また葛根湯証は項強があつて頭痛がなく<sup>⑦</sup>、桂枝湯証は頭痛があつて項強がない。発熱の一証も、頭痛、悪寒があれば桂枝湯、嘔があれば小柴胡湯、発熱のみであれば調胃承気湯である。この目標を見失つてはならない。

- ① 『類聚方広義』桂枝湯の主治には、「悪風」に続けて「腹拘攣」の3字が加わっている。  
 ② 経方(けいほう)：『傷寒論』を指す。  
 ③ 括萎桂枝湯(かろうけいしとう)：栝楼根、桂枝、芍薬、甘草、生姜、大棗の6味(金匱)。

- ④ 発散(はっさん)：発汗させて病邪を散ずること。  
 ⑤ 敗毒散(はいどくさん)：人参敗毒散、人参、茯苓、甘草、前胡、川芎、羌活、独活、桔梗、柴胡、枳実、生姜、薄荷の12味(和剂局方)。  
 ⑥ 十神湯(じゅっしんとう)：陳皮、麻黄、川芎、甘草、香附子、紫蘇、白芷、升麻、芍薬、葛根の10味(和剂局方)。  
 ⑦ 九味羌活湯(くみきょうかつとう)：防風、川芎、羌活、細辛、甘草、蒼朮、白芷、黄芩、生地黄の9味(此事難知)。  
 ⑧ 大料：増量すること。貼の分量に口伝多し(傍注)。  
 ⑨ 黄耆建中湯(おうぎけんちゅうとう)：小建中湯に黄耆を加えたもの(金匱)。  
 ⑩ 桂枝加葛根湯(けいしかかっこんとう)：葛根、芍薬、生姜、甘草、大棗、桂枝の6味(傷寒)。  
 ⑪ 桂麻各半湯(けいまかくはんとう)：桂枝、芍薬、生姜、甘草、麻黄、大棗、杏仁の7味(傷寒)。  
 ⑫ 大青竜湯(だいせいりゅうとう)：麻黄、桂枝、甘草、杏仁、生姜、大棗、石膏の7味(傷寒)。  
 ⑬ 疫(えき)：流行性の熱疾患。  
 ⑭ 喘が主要症状で、悪寒の有無を問わない。  
 ⑮ 痛みが主要症状のときは、陰位にあるので発熱はない(『傷寒論』太陽病中篇)。  
 ⑯ 一段と重症であるので大青竜湯証。  
 ⑰ 頭痛は主要症状ではない。

## 桂枝人参湯(けいしにんじんとう)

後藤博三

## 1 出典

## ▶ 『傷寒論』太陽病下篇

太陽病で頭痛、発熱、悪寒などの外証があるにもかかわらず、誤って数回にわたって下剤で下した。そのために、体表には熱が残り、胃腸には冷えが生じて、下痢が止まらなくなり、心窩部が痞えて硬くなってしまった。このような表裏の病が除かれていない人は桂枝人参湯で治療する。

## 2 構成

桂皮 4、甘草 3～4、人参 3、乾姜 2～3、白朮 3(蒼朮も可)

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

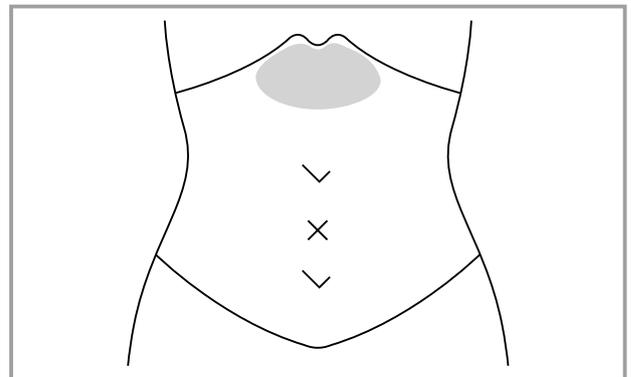
- ・頭痛：感冒様症状に伴う頭痛や慢性頭痛。
- ・発熱、悪寒：感冒時に合併しやすい。
- ・下痢：冷え症の急性期の水瀉性下痢。
- ・腹痛：時に激しい腹痛を伴う。
- ・胃腸虚弱
- ・四肢倦怠
- ・足冷

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：虚弱な体型のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は湿潤していることがある。

3) 脈診：浮で弱、浮で緩、微弱なことがある。

4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～②/5)

腹証 ◎ 心下痞硬

△ 腹部動悸

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、胃腸が弱く、時に発熱・悪寒を伴うものの次の諸症：頭痛、動悸、慢性胃腸炎、胃腸虚弱、下痢、消化器症状を伴う感冒

## 4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシー

のある患者，③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

太陽病で表虚症があり，下〈くだ〉してはならない時に早まって下すと胃気が虚して，まだ表邪を挟みながら下利するのである。ここで桂枝人参湯を用いるのは，理中湯(人参湯)で胃虚を補い，桂枝で発表<sup>①</sup>する一挙両得の方法である。ここに着眼して色々に活用すべきである。

名古屋玄医<sup>②</sup>の逆挽湯<sup>③</sup>は，この処方を祖として組んだ処方である。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

頭痛発熱，汗が出て悪風し，支(肢)体倦怠，心下支撐<sup>④</sup>，水瀉が激しいものは，夏秋の間に多くみられ桂枝人参湯がよい。人参湯は吐利をつかさどり，桂枝人参湯は下利で表症のあるものをつかさどる。

- ① 発表(はっぴょう)：体表から汗によって病邪を除くこと。  
 ② 名古屋玄医：1627～96年，古方家。  
 ③ 逆挽湯(ぎゃくばんとう)：桂枝人参湯加枳実，茯苓(名古屋玄医)。  
 ④ 心下支撐(しんかしとう)：撐はさえるの意，心下支結と同じ。

## 桂枝茯苓丸・桂枝茯苓丸料加薏苡仁(けいしぶくりょうがん・けいしぶくりょうがんりょうかよくいんにん) 後藤博三

### 1 出典

[桂枝茯苓丸]

#### ▶ 『金匱要略』婦人妊娠病篇

婦人でもともと子宮筋腫のような固まりが腹部にあり，生理が終わって3か月経たないうちにおりものがあるが止まらない，そのような状況で胎動が臍の上まで生じているのは，腹部の固まりが妊娠の障害になっているのである。だらだら出血が続くものも固まりが残っているからである。その固まりをとるには桂枝茯苓丸で治療する。

[桂枝茯苓丸料加薏苡仁]

桂枝茯苓丸に薏苡仁を加えた処方(本朝経験方)。

### 2 構成

桂皮 3～4，茯苓 4，牡丹皮 3～4，桃仁 4，芍薬 4，(薏苡仁 10～20)

### 3 適応病態

実証で瘀血を目標に使用されるので，瘀血の一般的な症候である口乾，ほてり，皮下出血，臍傍の圧痛などを目標に，多くの疾患に応用できる。

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・のぼせ：赤ら顔
- ・頭痛：筋緊張型頭痛
- ・肩こり
- ・めまい
- ・生理不順，月経困難症，不妊症，子宮筋腫
- ・足冷

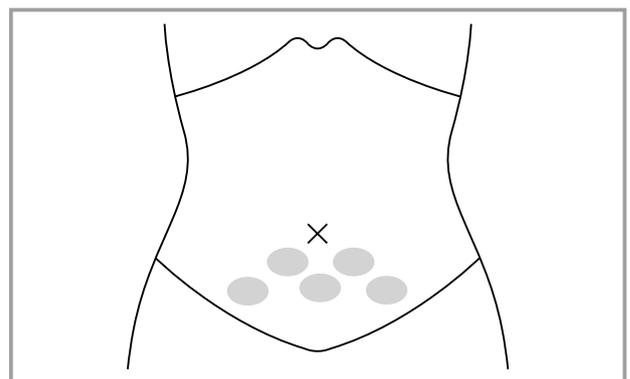
桂枝茯苓丸料加薏苡仁では下記の症状が加わる。

・にきび，しみ，手の荒れ

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：赤ら顔でしっかりした体格のことが多い。肌は浅黒く肌荒れを伴うことがある。
- 2) 舌診：舌質は暗赤紅舌で毛細血管の怒張を伴うことがある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：緊張があり沈で遅のことがある。
- 4) 腹診

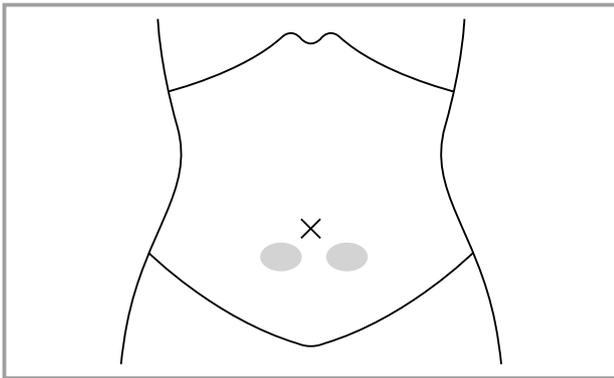
[桂枝茯苓丸]



腹力 中等度前後(3/5～4/5)

腹証 ◎ 圧痛(臍傍・下腹部)

## [桂枝茯苓丸料加薏苡仁]



腹力 中等度以上(3/5～4/5)

腹証 ◎ 圧痛(左右下腹部)

### C 体力のしばり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

#### [桂枝茯苓丸]

比較的体力があり、時に下腹部痛、肩こり、頭重、めまい、のぼせて足冷えなどを訴えるものの次の諸症：月経不順、月経異常、月経痛、更年期障害、血の道症<sup>注1)</sup>、肩こり、めまい、頭重、打ち身(打撲症)、しもやけ、しみ、湿疹・皮膚炎、にきび

#### [桂枝茯苓丸料加薏苡仁]

比較的体力があり、時に下腹部痛、肩こり、頭重、めまい、のぼせて足冷えなどを訴えるものの次の諸症：にきび、しみ、手足の荒れ(手足の湿疹・皮膚炎)、月経不順、血の道症<sup>注1)</sup>

## 4 使用上の留意点

#### [桂枝茯苓丸]

重大な副作用として、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### [桂枝茯苓丸]

##### ▶ 吉益東洞『方極』

桂枝茯苓丸は、拘攣、上衝、心下悸して経水に変があるもの、あるいは胎動<sup>①</sup>するものを治す。

##### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

桂枝茯苓丸は、下地に瘀血が滞って塊をなし、そこへ妊娠したために胎が塊に妨げられ、そのために胎動し、あるいはまた漏下が止まないものに用いる方剤で、つまるところ瘀血を逐って胎を育てる手段である。またそのほか一切の、瘀血が下部に滞って起きる種々の症状に対しては、産前、産後を問わずこの方を総司として用いる

とよい。ある婦人が産後に、とかく夜分になると逆上して眠れず、気が衝逆し眩暈して苦しんだが、瘀血のためと判断し、この方に大黄を加えて与えたところ奇効を得たことがある。私の友人である奥劣斎は、婦人一切の病には大体において桂枝に何かを加味して治療効果をあげており、この方は婦人においては誠に聖薬であると私に語ったが、いかにも理のあるところである。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

この方は、瘀血からくる癥瘕を去るのが主意で、瘀血から生ずる諸症に活用する。原南陽は甘草、大黄を加えて陽癰を治すという。余の門では大黄、附子を加えて血滯痛、打撲疼痛を治し、車前子、芋根を加えて血分腫および産後の水気を治す。また桃核承気湯との別は、桃核承気湯は「狂の如く、小腹急結あり」を目標とし、この方は「その癥去らざるが故也」を目標とする。また温経湯における「上熱下寒」の候はない。

##### ▶ 福井楓亭『方説弁解』

『万病回春』では、桂枝茯苓丸を催生湯と名づけ、「産母腹痛、腰痛を候い、胞漿水の下るを見て方を服す云々」とある。流産の兆候があり、その痛みが八膠(はちりょう)<sup>②</sup>から発して陣痛し、肚下の痛みが甚だしいものは、安胎の方を用いても決して救うことはできない。速やかにこの方を服用させると、墮胎<sup>③</sup>のあと悪露がよく去り、瘀帯することなく、後日の患も免れることができる。『回春』に説いてあるのは、通常の出産における催生の効を述べたものと思われる。正常の出産でこの方を服用すれば、出産に続いて悪露がよく下り、渋滞の患はなくなる。

#### [桂枝茯苓丸料加薏苡仁]

##### ▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

肥り気味で、下腹に抵抗圧痛のある、うっ血性の人に生じたもの(肝斑)は、本方(桂枝茯苓丸料)でよいことがある。薏苡仁 6.0 g を加え、便通のないときは大黄 1.0 g を加える。

甲状腺腫の患者で、腹診によって、瘀血の腹証をみとめたときは、本方を用いるがよい。これでよくなるものがある。

軽症の変形性膝関節症のあった老婦人が転んで膝を打撲し、疼痛、腫脹ともにひどくなって、防己黄耆湯を用いて効なく、本方で治ったものがある。

##### ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

桂枝茯苓丸は手掌角皮症や、手掌、手甲等の荒れるものに用いられる。このさいには薏苡仁を加えて用いる。

**B 治験**

[桂枝茯苓丸]

## ▶ 中神琴溪『生々堂治験』

30歳になる婦人が久しく頭瘡を患い、臭膿が滴々と流れてやまず、また髪が粘結して梳くことができない。医師が黴毒としてこれを攻めたが治らず、痛痒してやまない。先生(琴溪)の治を請うた。みると脈弦細、小腹が急痛して腰腿に引き、これは瘀血である。桂枝茯苓丸加大黄湯を投じ、坐薬を兼用すると月を出でずして全治した。その後、ある夜2~3回腹痛を催して蓄血を大量に下したという。

## ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

ある妻女が閉経3か月、腹が膨脹してその状は臨月のようであるが堅満で活動せず、消穀善饑<sup>④</sup>、四肢枯柴、医師は膨脹であるとす。私は血蠱(けっこ)と診断して桂枝茯苓丸に鼈甲、大黄を加え、硝石大円<sup>⑤</sup>を兼用したところ、服用2か月で月経が通じ、腹満は半ばを減じた。  
[桂枝茯苓丸料加薏苡仁]

## ▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

28歳の未婚の婦人、体格栄養はよい方で、1年前か

ら顔に赤疹が出て、それが肝斑となり、両頬や目の囲いに色素がついて目立ってきた。腹を診ると下腹部に抵抗圧痛が著明にあって瘀血の証である。1年前から月経が不順であった。桂枝茯苓丸料加薏苡仁を与えたところ1か月位で見違えるほど顔の発疹としみがとれ、会う人毎にきれいになったといわれるという。腹証も軟らかとなり、肩こりや胸痛などもよくなった。

注1) 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

- ① 胎動(たいどう)：ここでは妊娠中の病的な胎動。
- ② 八膠(はちりょう)：経穴の上膠、次膠、中膠、下膠の総称。第1~第4後仙骨孔の部位にある。
- ③ 墮胎(だたい)：ここでは流産。
- ④ 消穀善饑(しょうこくぜんき)：食欲が盛んで腹一杯食べてもすぐに空腹感を覚えること。
- ⑤ 硝石大円(しょうせきだいえん)：大黄、硝石、人參、甘草の4味(千金)。

**啓脾湯**(けいひとう)

後藤博三

**1 出典**

## ▶ 『万病回春』小児泄瀉門

啓脾丸。消化を良くし、下痢を止め、嘔吐を止め、栄養状態を改善し、黄疸を治療し、腹満をとり、腹痛を改善し、消化機能を高め、胃の働きを良好にする。

**2 構成**

人參 3、白朮 3~4(蒼朮も可)、茯苓 3~4、蓮肉 3、山藥 3、山査子 2、陳皮 2、沢瀉 2、大棗 1、生姜 1(ヒネショウガを使用する場合 3)、甘草 1(大棗、生姜はなくても可)

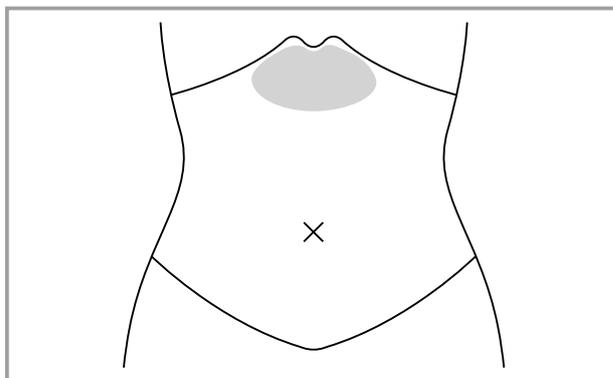
**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・食欲不振
- ・全身倦怠感
- ・下痢：慢性の下痢症で、裏急後重(頻繁に便意を催し、時に排便後の肛門の熱感を自覚すること)はなく、泡沫が多くガスとともに排出される下痢便であることが多い。回数は1日1~3回と多くない。
- ・腹痛：腹痛はあっても軽度のことが多い。

- ・嘔吐：時に伴うことがある。
- ・口渇、手足のほてりなどを示すことがある。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：瘦せて顔色が悪いことがある。
- 2) 舌診：舌質は淡白紅で湿潤、腫大、舌質は白膩苔のことがある。
- 3) 脈診：沈・弱のことがある。
- 4) 腹診



腹力 軟~やや軟(1/5~2/5)

腹証 △ 腹痛(軽度)

△ 心下痞硬

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力虚弱で、瘦せて顔色が悪く、食欲がなく、下痢の傾向があるものの次の諸症：胃腸虚弱、慢性胃腸炎、消化不良、下痢

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶北尾春圃『当莊庵家方口解』**

(前略)脾胃の気を補う薬味は、人参、白朮、乾姜、肉

桂、附子、縮砂、木香などであり、脾胃を調えるものは人参、白朮、茯苓、山薬、蓮肉、縮砂、木香、瀉があるものには沢瀉、微熱のあるものには葛根がそれぞれ有効である。故に脾胃を調えるには、異功散、七味白朮散、啓脾湯、四味理中湯<sup>①</sup>などの処方を用いるのである。

**B 治験****▶北尾春圃『提耳談』**

50余歳の男が労役傷寒に患り、口が甘く、数方効なく、私が啓脾湯を与えると食が進んで癒えた。口中が甘いのは脾熱に属するというが、多くは実熱ではなく、脾胃が虚して湿熱があるのであって、この場合は必ず脈が弱である。沢瀉によって滲湿するのである。

<sup>①</sup> 四味理中湯(しみりちゅうとう)：乾姜黄連黄芩人参湯(傷寒)と同じ。

**桂麻各半湯**(けいまかくはんとう)

後藤博三

**1 出典****▶『傷寒論』太陽病上篇**

太陽病にかかって8,9日も治らなく、マラリア様に発熱と悪寒を交互に生じ、熱が多く寒は少なくなり、少陽病のような吐き気もなく、陽明病のような便秘もなく、そのような発熱悪寒が日に2,3回生じ、脈が弱く、緩やかな場合は、病気は進行せずに治ろうとしている。脈が弱く、悪寒がする場合は身体全体が虚状を示しているの、さらに発汗させたり、下したり、吐かせてはいけない。それにもかかわらず、顔に赤味のある場合は、まだ治りきっていない。汗が出ないために身体にかゆみを生じる人には、桂枝麻黄各半湯(桂麻各半湯)を用いるのがよい。

**2 構成**

桂皮 3.5, 芍薬 2, 生姜 0.5~1(ヒネシヨウガを使用する場合 2), 甘草 2, 麻黄 2, 大棗 2, 杏仁 2.5

**3 適応病態**

桂枝湯と麻黄湯の中間の状態、長引く風邪で咳嗽が遷延する場合などに使用する。

**A 自覚症状(Symptom)**

- ・頭痛：感冒に伴う頭痛で、項背のこりを伴う。
- ・悪寒：発熱時に悪寒を伴う。
- ・発熱：波状の熱感が繰り返し起こることが多いが、

自覚的には熱感が主体。

- ・咽頭痛
- ・咳：こじれた咳嗽。
- ・皮膚の痒み：発疹のほとんどない皮膚の痒み。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：赤ら顔のことがある。
- 2) 舌診：舌質はやや乾燥傾向で、舌苔は無苔のことがある。
- 3) 脈診：浮のことが多い。
- 4) 腹診  
文献が少ない。  
腹力 不定

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度またはやや虚弱なものの次の諸症：感冒、咳、痒み

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

麻黄を含むため、狭心症や前立腺肥大のある患者には用いないほうがよい。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 浅田宗伯『勿語薬室方函口訣』

桂枝麻黄各半湯は風邪のこじれた場合などに活用すべ

きである。瘧(発熱を繰り返す疾患)に似たものや発疹性の伝染病で痒みや痛みを伴うものに有効である。1人の青年で、風邪の後、腰痛が改善せず、他の医者が疝(腹痛発作)の病気として治療したが改善せず、本方を内服したところ、発汗して1晩で改善した。

## 香蘇散(こうそさん)

後藤博三

## 1 出典

## ▶ 『太平惠民和剂局方』傷寒門

春夏秋冬に生じる急性伝染病を治療する。

## ▶ 『寿世保元』四時感冒

春夏秋冬に生じる急性伝染病、頭痛、寒熱往来、および内外両感の病症を治療する。春月に病を得れば、この処方を用いるのがよい。

## 2 構成

香附子 3.5～4.5, 蘇葉 1～3, 陳皮 2～3, 甘草 1～1.5, 生姜 1～2

## 3 適応病態

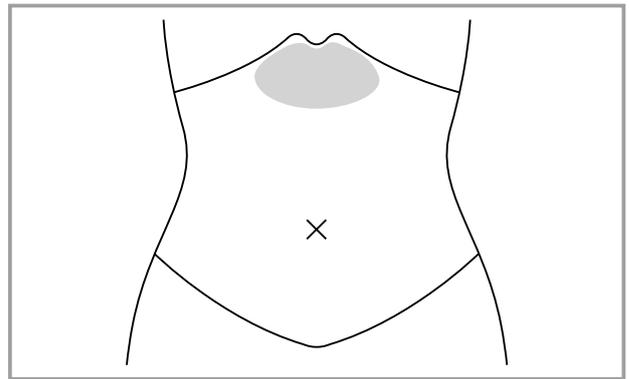
## A 自覚症状(Symptom)

- ・感冒：高齢者や症状が持続する場合。
- ・慢性の頭痛・頭重・頭冒感：抑うつに伴う場合が多い。
- ・悪寒：軽いことが多い。
- ・不安感
- ・不眠
- ・抑うつ
- ・ヒステリー
- ・食欲不振：心窩部に痞塞感あり。
- ・腹痛：感冒に伴うもの。
- ・生理痛、生理不順

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：神経質で気分が優れないことが多い。
- 2) 舌診：時に薄い白苔のことがある。
- 3) 脈診：沈、弱、感冒症状のときは浮弱のことが多い。

## 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ◎ 心下痞

○ 心下痞鞭

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、神経過敏で気分が優れず胃腸の弱いものの次の諸症：風邪の初期、血の道症<sup>注1)</sup>

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

香蘇散<sup>①</sup>は、四時の傷寒、感冒、頭痛、発熱、悪寒するもの、および内感、外感の証を治す。また春期には、この処方を用いて病を探るとよい。

## ▶ 和田東郭『蕉窓方意解』

香蘇散は、古来「四時傷寒温疫を治す」というが、細かくこの処方の薬味を考え、また実際に病者に与えてみると、傷寒温疫の劇症に用いる薬ではなく、ただ微熱、微悪寒、頭痛、しきりにくしゃみをして涙が出るといった

感冒に効果がある。

男女とも、気滞で胸中心下が痞塞(そく)し、飲食を思わず、黙々として動作が懶(ものう)く、心下急縮し、胸下苦満するので、大・小柴胡湯などを用いてみるが気滞は開かず、かえって薬味の重いのを嫌って、ますます不食となる病人がある。このような場合に香蘇散を用いると、胸中心下がたちまち開けて、大いに効を奏することがある。

#### ▶ 津田玄仙『療治茶談』

魚毒によると思われる食傷には、まず香蘇散を用いる。

#### ② 治験

#### ▶ 和田東郭『蕉窓雑話』

ある書に、さる大名の姫が、強い肝鬱にかかり、医師

が診察して、この人は髪に異色があり、これを切れば必ず血を出すであろうとして、悉くその髪を切り捨てた。そのあと、城門を閉ざし、武器などを隠したうえで、庭の中へ追い放ったところ、案の如く、異常に激しく走り回り、そのあげく疲れ果ててぐったりとなった。そこで温酒を多量に飲ませると、酔に乗じて熟睡し、目覚めた後は普段のように神気爽快となった。ここで香蘇散を用いるとやがて全治したという。

注1) 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

① この香蘇散には葱白が入る。

## 五積散(ごしゃくさん)

後藤博三

### 1 出典

#### ▶ 『太平惠民和劑局方』傷寒門

胃腸機能を調整し、気を巡らし、風と寒冷による冷えを改善し、水の停滞を治療する。消化器系の冷え、胸腹部の膨満痛、胸部の痰、悪心嘔吐、あるいは体表に悪寒を感じ、消化器は生もので障害をうけ、胸腹部は痞えて苦しく、頭も目もくらんで痛み、肩や背が強ばり、手足がだるく、冷えと熱感が交互に生じ、食欲の進まない人を治療する。さらに、女性で血の働きが十分でなく、胸腹部につまむような痛みが生じ、月経不順や月経がない場合もこれを内服するべきである。

### 2 構成

茯苓 2~3、蒼朮 2~3(白朮も可)、陳皮 2~3、半夏 2~3、当帰 1.2~3、芍薬 1~3、川芎 1~3、厚朴 1~3、白芷 1~3、枳殼(実) 1~3、桔梗 1~3、乾姜 1~1.5、生姜 0.3~0.6(ヒネシヨウガを使用する場合 1~2)、桂皮 1~1.5、麻黄 1~2.5、大棗 1~2、甘草 1~1.2、香附子 1.2(生姜、香附子のない場合も可)

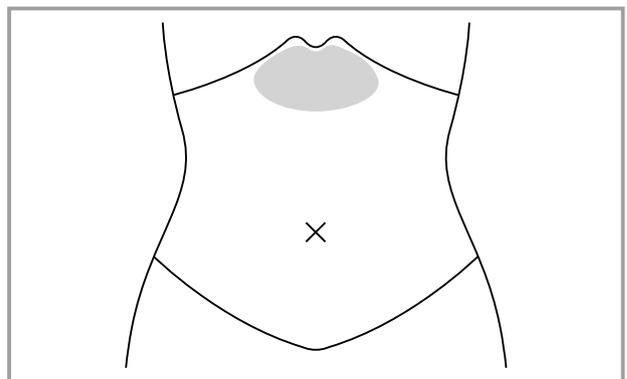
### 3 適応病態

#### ① 自覚症状(Symptom)

- ・腹痛：腹が冷えて痛む。
- ・下半身の冷え：上半身が熱して下半身が冷える。
- ・腰痛：腰から股にかけて筋が張る。
- ・神経痛：坐骨神経痛や諸神経痛。
- ・月経痛：下腹部痛
- ・頭痛：のぼせを伴う。

#### ② 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色は貧血様のことがある。
- 2) 舌診：舌質は乾湿中間、舌苔は膩白苔のことがある。
- 3) 脈診：浮弦あるいは沈で遅のことがある。
- 4) 腹診



腹力 軟~やや軟(1/5~2/5)

腹証 ○ 時に心下痞鞭

△ 腹痛(下腹)

#### ③ 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5 強

#### ④ 適応(Indication)

体力中等度またはやや虚弱で、冷えがあるものの次の諸症：胃腸炎、腰痛、神経痛、関節痛、月経痛、頭痛、更年期障害、感冒

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシー

に注意する。

麻黄を含むため、狭心症や前立腺肥大のある患者には用いないほうがよい。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

五積散は寒邪に感じて頭が痛み、身も疼(いた)み、項背がひきつり、寒を悪んで嘔吐し、あるいは腹が痛むもの、または風寒に傷(やぶ)られ、発熱して頭が痛み、風が身にしむのを嫌うものを治す。冷えたもの、生のものにあたったような内因、風寒に傷られた外因、そのいずれによるものであるかは問わない。また寒湿が経絡にとどまって腰脚がしびれ痛むもの、および婦人の経血が調わぬもの、あるいは難産のものを治す。

#### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

五積散は腰冷痛、腰股攣急、上熱下冷、小腹痛の4症を目標にして用いる。

腰股攣急とは、腰から股へかけて筋(すじ)がはること

をいう。上記の4証は五積散正面の目標である。

上熱下冷は足が冷えることを重視し、上熱はあってもなくてもよい。

腰冷痛は冷の字に留意すべきで、苦熱するものには効がない。

婦人の赤下は虚寒に属し、この方は足が冷えるものに効がある。

疝気で腹痛攣急し、足が冷えるものに効がある。

この方を用いる心得は、寒湿に中って起きた諸病にはすべて用いてよいと知ることである。寒湿には外は露にうたれ、内は冷水に傷られるなどの類もあり、寒気と湿気の2つに限定してはならない。

### B 治験

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

15～16歳になる男子が初め心腹痛を患い、日を経て大方治ったが、臍傍に茶碗大の一塊があって皮上に漫起し、時に浮沈する。按ずると軟らかで、実際にかたまりがあるわけではない。私は疝と見立てて五積散を用いたところ、たちどころに消散して全癒した。

## 牛車腎気丸(ごしゃじんきがん)

五野由佳理

## 1 出典

### ▶ 『嚴氏濟生方』水腫論治

加味腎気丸は、腎の機能が悪く、腰が重く、下肢がむくみ、尿が出にくいものを治療する。

## 2 構成

地黄 5～8、山茱萸 2～4、山薬 3～4、沢瀉 3、茯苓 3～4、牡丹皮 3、桂皮 1～2、加工ブシ 0.5～1、牛膝 2～3、車前子 2～3

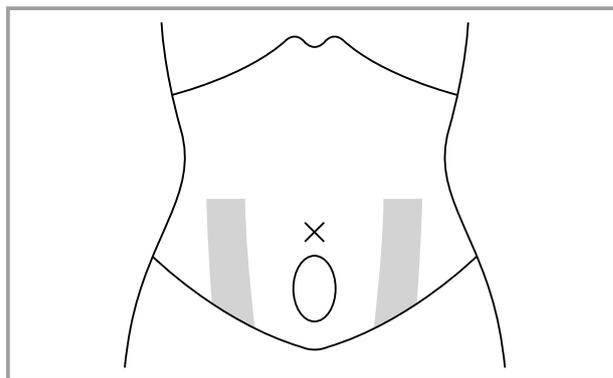
## 3 適応病態

八味地黄丸証で、むくみがある場合や、しびれが顕著な場合に使用する。

- ・浮腫：四肢のむくみに使用する。腎炎、ネフローゼ症候群、リンパ浮腫にも使用する。
- ・しびれ、痛み：糖尿病や抗癌剤による末梢神経障害、脊椎疾患による四肢のしびれや痛み(特に下肢)に使用する。
- ・冷え：四肢の冷え(特に下肢)。
- ・排尿障害、頻尿：尿が出にくい、逆に多尿、頻尿のこともある。
- ・腰痛

### A 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：四肢が浮腫状のことがある。
- 2) 舌診：舌質は湿、舌苔は白苔のことがある。
- 3) 脈診：沈、虚のことがある。
- 4) 腹診



腹力 不定

腹証 ◎ 小腹痛不仁

○ 腹直筋攣急(下腹部/「小腹痛急」)

### B 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

**C 適応(Indication)**

体力中等度以下で、疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少し、むくみがあり、時に口渴があるものの次の諸症：下肢痛、腰痛、しびれ、高齢者のかすみ目、痒み、排尿困難、頻尿、むくみ、高血圧に伴う随伴症状の改善(肩こり、頭重、耳鳴り)

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、間質性肺炎、肝機能障害、黄疸に注意する。

地黄含有のため、胃部症状には注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 香月牛山『牛山方考』**

脾胃の気が虚し、腰が重く足が腫れ、小便が利せず、腹肚が脹満して手足がともに浮腫し、喘急して痰が盛んなものに八味丸に牛膝、車前子を加えて神効があり、金匱腎気丸と名付ける。思うにこの症は、もともと脾胃が虚弱なものが、その治法がうまくいかず、元気がさらに傷れて変症となったもので、この薬でなければ救えない。また産後の腫気で、腎水が虚し、邪気が溢浮するものに神効があり、これは私の秘訣である。

**▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』**

牛車腎気丸料は、腎虚して腰重く、脚腫れ、小便不利を治す。

この方は八味丸の症で腰重く、脚腫れ、痿弱するものを治す。30余歳の男が年々脚気を患い、腰重、脚軟で歩行できない。冬月はやや治ったように思われるが、春夏になると再び発症する。秋冬から春の末に至る期間、この方を服ませ全癒した。

**B 治験****▶ 浅田宗伯『橘窓書影』**

40歳ばかりになる妻女が小腹に堅塊を生じ、そのため小水が時に癱閉して苦悶に堪えず、洋医が導尿管で一時的に救うが、再び前証に戻ってしまう。診ると塊は盤のように堅硬で、経水はあるが少なく、小腹に水気があり、『本事後集』治血分腫方<sup>①</sup>と琥珀散<sup>②</sup>を兼服すると経水がふえ、小便閉の患はなくなった。しかし小便頻数で快通せず、依然腹中に塊がある。牛車腎気丸料を与え消石大円<sup>③</sup>を兼用すると、小便は快利して度数が減り、塊もまた縮小し常に復した。

① 治血分腫方(じけつぶんしゅほう)：不明。

② 琥珀散(こはくさん)：琥珀、海金砂、滑石の3味(櫟窓)。

③ 消石大円(しょうせきだいえん)：消石、大黄、人參、甘草、当帰の5味(千金)。

**呉茱萸湯(ごしゅゆとう)**

五野由佳理

**1 出典****▶ 『傷寒論』陽明病篇**

食べて悪心のある人は陽明病に属し、呉茱萸湯で治療する。

**▶ 『傷寒論』少陰病篇**

少陰病で、嘔吐、下痢があって手足が冷え、死ぬかと思われる程にもだえ苦しむ人は、呉茱萸湯で治療する。

**▶ 『傷寒論』厥陰病篇**

からえずきで、食べ物は吐かないが胃液や唾液を吐き頭痛する人は、呉茱萸湯で治療する。

**▶ 『金匱要略』嘔吐噦下利病篇**

悪心があってみぞおちが膨満する人に、呉茱萸湯で治療する。

**2 構成**

呉茱萸 3~4、大棗 2~4、人參 2~3、生姜 1~2(ヒネショウガを使用する場合 4~6)

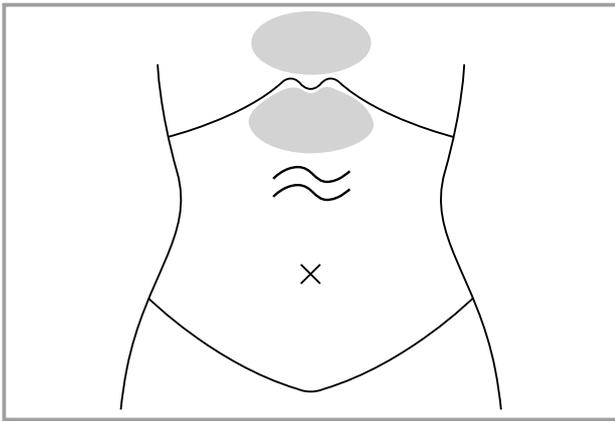
**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・嘔気、嘔吐：からえずきで、食物ではなく生唾や胃液様のものを吐く。頭痛に伴うことが多い。
- ・頭痛：片頭痛などの激しい頭痛に多く使用する。
- ・肩こり
- ・手足の冷え
- ・しゃっくり：胃が冷えて出現しているような人に使用する。
- ・月経痛

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：手足の冷えがあることが多い。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白苔のことがある。
- 3) 脈診：沈、遅のことがある。

## 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

- 腹証 ○ 振水音  
○ 心下膨満  
○ 心下痞鞭  
△ 煩躁

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、手足が冷えて肩がこり、時にみぞおちが膨満するものの次の諸症：頭痛、頭痛に伴う吐き気・嘔吐、しゃっくり

## 4 使用上の留意点

服用前に苦味であることを説明すると服用しやすくなることある。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方機』

呉茱萸湯は、穀を食して嘔するものを治す。方意は気

逆<sup>①</sup>を主証とする。

吐利(吐瀉なり)、手足厥冷、煩燥(躁)するものを治す。

乾嘔して涎沫を吐し、頭痛するものを治す。

嘔して胸満するものを治す。

脚気が上攻して嘔するものを治す。しかし、水腫して嘔するときは、この湯の適応症ではない。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

呉茱萸湯は濁飲<sup>②</sup>を下降するのを主とする。故に涎沫を吐すものを治し、頭痛を治し、穀を食して嘔せんと欲するものを治し、煩躁吐逆するものを治す。『肘后方』<sup>③</sup>では、吐醋、嘈雜を治し、後世においては噦逆を治すとある。

## B 治験

## ▶ 吉益南涯『成蹟録』

ある男が突然に乾嘔を発し、某医が小半夏湯を与えたが7日経過しても治らず、その嘔声が辺りに響くほどであったので、先生(南涯)を迎えた。診ると、心下痞鞭があり、四肢が厥冷している。そこで、呉茱萸湯を与えると3服で病は全癒した。

ある男が突然狂ったように頭を捧げて踊躍し、頭痛するような様子となり、語言不能、乾嘔を発し、手足微冷、目を閉じ、顔面に血色がなく、堂中を周旋して、少しも落ち着くことができない。先生が呉茱萸湯を与えると5～6貼で全癒した。

① 気逆(きぎゃく)：上衝の激しいもの。

② 濁飲(だくいん)：胃内停水。

③ 『肘后方』(ちゅうごほう)：『肘後備急方』。晋の葛洪著。

## 五淋散(ごりんさん)

五野由佳理

## 1 出典

## ▶ 『太平惠民和劑局方』積熱門

腎気が不足して、膀胱に熱があって、尿が出にくく、ポタポタとしたたり落ちるくらい尿に勢いがない状態で、下腹部痛や残尿感があり、疲れるとすぐに発症する、あるいは膿尿を治療する。あるいは砂石が混じる尿、浮遊物の混じる頻尿、排尿痛や血尿を治療する。

## 2 構成

茯苓 5～6、当帰 3、黄芩 3、甘草 3、芍薬 1～2、山梔子 1～2、地黄 3、沢瀉 3、木通 3、滑石 3、車前子 3(地黄以下のない場合も可)

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

・頻尿

- ・排尿痛
- ・残尿感
- ・尿のにごり：混濁尿，血尿，膿尿

より体力がある人には竜胆瀉肝湯を使用する。熱性の要素が乏しく，無菌性膀胱炎などで疲労により発症しやすい人には清心蓮子飲を使用する。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は紅，舌苔は微黄苔のことがある。
- 3) 脈診：沈，数のことがある。
- 4) 腹診

文献が少ない。

## 【参考】

腹力 中等度前後(2/5～3/5)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度のものの次の諸症：頻尿，排尿痛，残尿感，尿のにごり

## 4 使用上の留意点

禁忌として，①アルドステロン症の患者，②ミオパシーのある患者，③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として，間質性肺炎，偽アルドステロン

症，ミオパシーに注意する。

甘草を多く含むため，低カリウム血症などの副作用に特に注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

五淋散<sup>①</sup>は肺気が不足し，膀胱に熱があつて水道が通じず，淋瀝して小便が出ないものを治す。豆汁のような尿，沙石，冷淋膏のような尿，あるいは熱淋，尿血などに効がある。

一方に，沢瀉，木通，滑石，車前子を加えたものがある。

#### ▶ 香月牛山『牛山方考』

小児の淋瀝する症には五淋散が最もよい。

#### ▶ 浅井貞庵『方彙口訣』

五淋散を用いる病証の原因は，「肺<sup>②</sup>気不足，膀胱有熱」の8字である。容体では，小水が通じず，濁って豆汁のように，あるいは塩気が固まって砂石のように，あるいは膏のような光彩〈ひかり〉があるようになり，熱気が強く血の交〈まじ〉りが出る。これはすべて水中<sup>③</sup>に熱を持つのであり，血熱を涼し水道を導くには，五淋散がよい。一方には生地黄，沢瀉，木通，滑石，車前子を加えたものがあり，これも通用の方である。

① この五淋散は，芍薬，山梔子，茯苓，当帰，甘草，黄芩。

② 肺(はい)：五行説の肺。

③ 水(すい)：五行説の腎。

## 五苓散(ごれいさん)

村松慎一

## 1 出典

### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

太陽病を發汗させたところ，汗が多量に出たために，胃の中が乾き，そわそわして眠れず，水を飲みたがるようになった人には，ただ水を少しずつ与え，胃の機能を調和してやると自然に治る。もしも發汗後に脈が浮で，小便が出にくく，微熱があり，口渴の激しい人であれば，五苓散で治療する。

### ▶ 『傷寒論』霍乱病篇

霍乱で，頭痛，發熱，身体が痛み，熱が多く水を飲みたがるものは五苓散で治療する。

### ▶ 『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

痩せている人で，下腹部に動悸があり，つばやよだれを吐き癩眩するのは水による。五苓散を用いる。

### ▶ 『金匱要略』消渴小便利淋病篇

喉が渇いて水を飲みたがり，水を飲むとすぐに嘔吐してしまうのは水逆である。五苓散で治療する。

## 2 構成

沢瀉 4～6，猪苓 3～4.5，茯苓 3～4.5，蒼朮 3～4.5(白朮も可)，桂皮 2～3

## 3 適応病態

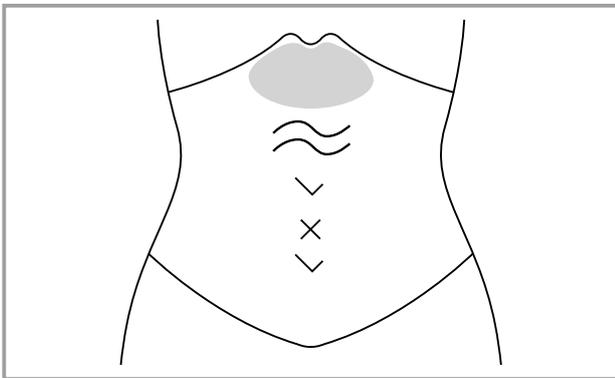
### A 自覚症状(Symptom)

- ・口渴，小便不利：熱感があり，喉が渇き水を飲むが，その割に小便は少ない。
- ・浮腫
- ・發汗傾向

- ・頭痛：片頭痛，緊張型頭痛のいずれにも適応する。雨の前日に増悪する傾向などがみられることがある。
  - ・水逆様の嘔吐：水逆とは，水を欲して飲むがすぐに吐いてしまう状態をいう。むかつくような吐き気ではない。
  - ・水様性下痢
- すべての症状がそろわなくても幅広く使用できる。片頭痛では口渇や小便不利はみられなくてもよい。

## B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：顔面や四肢が浮腫状のことがある。
- 2) 舌診：舌質は歯痕が，舌苔は白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：浮，数のことがある。
- 4) 腹診



- 腹力 中等度 (3/5)
- 腹証 ◎ 振水音  
○ 心下痞  
△ 腹部動悸

## C 体力のしほり

弱 1 1 2 1 1 強

## D 適応 (Indication)

体力にかかわらず使用でき，喉が渇いて尿量が少ないもので，めまい，吐き気，嘔吐，腹痛，頭痛，むくみなどのいずれかを伴う次の諸症：水様性下痢，急性胃腸炎（しぶり腹<sup>注2)</sup>のものには使用しないこと），暑気あたり，頭痛，むくみ，二日酔い

## 4 使用上の留意点

特になし。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

五苓散は，発汗した後に暑さによって熱気があり，体

液が燥いて小便不利となり，咽喉の渇くものを治す。

暑に中って煩して咽喉が渇き，身熱<sup>①</sup>，頭痛，霍乱<sup>②</sup>，腹下りし，小便は赤く少量で，心身が虚脱するものには五苓散がよい。

湿熱<sup>③</sup>におかされて身熱，煩渴し，小便が赤く少量のものは五苓散がよい。

身体が腫れて汗の出ないものには，五苓散に羌活を加えて用いる。

黄疸で発熱した時は，五苓散に茵陳を加えて用いる。

#### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

五苓散を用いる目標は，口渇，小便短少である。この処方から桂枝を去って用いることがあるが，それは小便が通じるとき，とくに熱っぽく感じるような場合である。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

五苓散は，渇して小便不利，あるいは嘔吐して渇する症，霍乱で発熱，大渇するものに用いる。

霍乱の腹痛，吐瀉には理中湯<sup>④</sup>を用いるが，これを用いてしばらくして腹痛がやわらいで吐利も次第に止んだが，渇して大熱を發し，小便不利するものには五苓散を用いる。

五苓散は，暑気あたりで渇し，小便不利するものに用いる。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

霍乱で吐下の後，厥冷<sup>⑤</sup>，煩躁<sup>⑥</sup>し，水を飲んでも渇きが止まらず，水も薬も吐いてしまうものは，湯水や菓物を厳禁し，水を欲する毎に五苓散を与える。ただし1貼を2～3回に分けて服むようにするのがよく，三貼以内で嘔吐，煩渴はかならず止む。吐，渇がともに止まれば厥も回復して熱を發する。身体が脛痛するときに五苓散を用いると，じわじわと発汗が続いたあと，諸症が脱然として癒える。これが五苓散と小半夏湯<sup>⑦</sup>の相違するところである。『方極』<sup>⑧</sup>の文も併せて参考にするといふ。

五苓散が眼患を治すのは，ほぼ苓桂朮甘湯と似ている。苓桂朮甘湯は心下悸<sup>⑨</sup>，心下逆満<sup>⑩</sup>，胸脇支満<sup>⑪</sup>，上衝<sup>⑫</sup>などが目標であり，五苓散は発熱，消渇，目に涙が多い，小便不利などを目標とする。ともに小便を利する効果がある。また応鐘散<sup>⑬</sup>，紫円<sup>⑭</sup>などを兼用することもある。

五苓散は，小児の陰頭水腫および陰囊赤腫で，小便短澁するものに奇効がある。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

五苓散は，傷寒<sup>⑮</sup>による渇，小便不利が正面の目標であるが，水逆<sup>⑯</sup>の嘔吐にも用い，また畜水<sup>⑰</sup>の癰眩<sup>⑱</sup>にも用いるなど用途が広い。後世では加味して水気<sup>⑲</sup>に活用する。この処方は，『傷寒論』にあるように新しく末として与えるとよく，煎剂では多少効果が弱まるようである。胃苓湯や柴苓湯はこの限りではない。また疝<sup>⑳</sup>で烏

頭桂枝湯<sup>21</sup>や当帰四逆湯<sup>22</sup>を用いても、一向に腰が伸びず、諸薬で効果のないときに、五苓散に茴香を加えて用いると大変よく効くことがある。これは腸間の水気をよく逐うからである。

## B 治験

### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

江戸日本橋のある男が、用事があって私の村へ来たとき、水逆の症を患った。最初のうちは水を吐くのみであったが、のちには薬も食物も吐くようになった。そのため、虫、食傷、霍乱などの治療を、余すところなく施したが、いずれも効なく、ますます嘔吐が募った。私はこれを水逆の症として、五苓散を細末として与えたところ、一日のうちにさっぱりと治った。

### ▶ 中神琴溪『生々堂治験』

28歳になる妻女が、突然に激しく吐瀉し、脈が絶え手足が厥冷した。主人が急いで先生(琴溪)を招いたので行くと、すでに一人の医師がいて、四逆加入参湯<sup>23</sup>を与えたが効き目がなく、先生にむかって「すでに人参、附子の剤を投じたが、その厥冷はもどらず、脈も回復しないで一刻を争う状態です。よい術(すべ)はないでしょうか」と問うた。先生が診ると、胸腹は煩熱し、口吻は紫黒色となっている。先生は「これは痧毒<sup>24</sup>であって治る」といって、口吻および期門<sup>25</sup>に刺絡を施すと徐々に厥冷はなくなって脈も回復し、五苓散を与えると数貼で旧に復した。

### ▶ 有持桂里『校正方輿輓』

ある男が、寒疝で腰痛があり、陰囊に牽引して屈んだまま腰が伸びず、諸薬を用いたが効果が無くて長らく苦しんだ。私が診ると脈浮大<sup>26</sup>で発熱、微渴、小便不利があるので五苓湯を投じると2貼で効果が現われ、3～4

貼で陰痛が無くなって大変良く効いた。

注<sup>21</sup> しぶり腹とは、残便感があり、繰り返し腹痛を伴う便意を催すもののことである。

- ① 身熱(しんねつ)：全身の発熱。
- ② 霍乱(かくらん)：下痢、嘔吐のある急性胃腸症状。
- ③ 湿熱(しつねつ)：湿邪による熱。
- ④ 理中湯(りちゅうとう)：理中丸(傷寒)を湯として用いるもの。人参、乾姜、甘草、白朮の4味で、人参湯(金匱)と同じ。
- ⑤ 厥冷(けつれい)：手足の末端から冷えること。
- ⑥ 煩躁(はんそう)：もだえ苦しむこと。
- ⑦ 小半夏湯(しょうはんげとう)：半夏、生姜の2味(金匱)。
- ⑧ 『方極』：吉益東洞の著。
- ⑨ 心下悸(しんかき)：心窩部の動悸。
- ⑩ 心下逆満(しんかぎやくまん)：心窩部に向かって押し上げる充満感。
- ⑪ 胸脇支満(きょうきょうしまん)：肋骨弓下部が膨満すること。
- ⑫ 上衝(じょうしょう)：異常感覚が、腹部から心臓部につき上がること。
- ⑬ 応鐘散(おうしょうさん)：大黄、川芎の2味(吉益東洞)、別名芎黄散。
- ⑭ 紫円(しえん)：代赭石、赤石脂、巴豆、杏仁の4味(千金)。
- ⑮ 傷寒(しょうかん)：熱性病。
- ⑯ 水逆(すいぎやく)：咽喉が渴いて水を飲むと、すぐに吐いてしまう症状。
- ⑰ 畜(蓄)水(ちくすい)：いわゆる水毒。
- ⑱ 癩眩(てんげん)：めまい。
- ⑲ 水気(すいき)：水腫。
- ⑳ 疝(せん)：腹の痛む病。
- ㉑ 烏頭桂枝湯(うずけいしとう)：桂枝湯に烏頭、蜜を加えたもの(金匱)。
- ㉒ 当帰四逆湯(とうきしぎやくとう)：当帰、桂枝、芍薬、細辛、大棗、甘草、通草の7味(傷寒)。
- ㉓ 四(回)逆加入参湯(しぎやくかにんじんとう)：甘草、乾姜、附子、人参の4味。
- ㉔ 痧毒(さどく)：異説が多い。ここでは何を指すのかわ不明。
- ㉕ 期門(きもん)：経穴の一つで、二肋の端、両乳の直下にある。
- ㉖ 脈浮大(みゃくふだい)：脈の状態の一つ。

## 柴陷湯(さいかんとう)

五野由佳理

### 1 出典

#### ▶ 『医学入門』傷寒用藥賦

柴陷(柴陷湯)と桂参(桂枝人参湯)は痞結の表を疎し、かつ中を和す。柴陷湯は、小柴胡湯と小陷胸湯の合方である。結胸・痞気の初発でそれが表にあるもの、また水結・痰結・熱結などの症を治療する。

### 2 構成

柴胡 5～8、半夏 5～8、黄芩 3、大棗 3、人参 2～3、甘草 1.5～3、生姜 1～1.5(ヒネシヨウガを使用する場合 3～4)、栝楼仁 3、黄連 1～1.5

### 3 適応病態

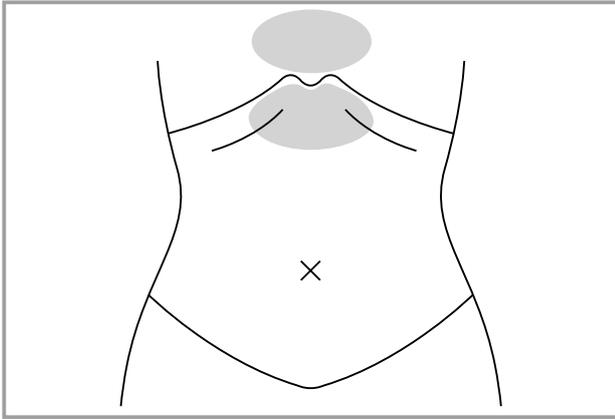
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・咳、喀痰：感冒、気管支炎や肺炎などで、粘稠で切れにくい痰を伴う咳に使用する。
- ・胸痛：気管支炎、肺炎、胸膜炎、肺炎などがあり、咳をして胸痛が起こる場合に使用する。小柴胡湯を使うような咳より強く、胸痛を伴う状態に使用する。
- ・心窩部から季肋部にかけての苦満感(胸脇苦満)。
- ・食欲不振

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定

- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は白あるいは黄苔のことがある。  
 3) 脈診：弦あるいは滑数のことがある。  
 4) 腹診



- 腹力 中等度(3/5)  
 腹証 ◎ 胸脇苦満  
 ◎ 心下痞鞭  
 △ 胸痛  
 △ 胸部圧迫感

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以上で，時に脇腹(腹)からみぞおちあたりにかけて苦しく，食欲不振で口が苦く，舌に白苔がつき，強い咳が出て痰が切れにくく，時に胸痛があるものの次の諸症：咳，胸痛，気管支炎

#### 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

肝機能障害にも注意が必要である。

#### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

柴陷湯は、『医方口訣』第八条に述べられているとおり，誤下<sup>①</sup>のあとで，邪気が気虚<sup>②</sup>に乗じて心下に聚り，胸中の熱がさらに心下の水<sup>③</sup>と併結するものを治す。

この症でさらに重症のものは大陷胸湯の適応であるが，大抵の場合は柴陷湯で防げる。また馬脾風<sup>④</sup>の初発時に竹筴を加えて用いるし，その他，痰咳の胸痛に運用する。

#### B 治験

##### ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

坂府の大番頭であった男が，ある騒動の鎮圧で大変に心気を勞したが，そのあと御用取次の役に抜擢されたため，ひきつづいて要務に励んだ。しかし胸痺痰咳の証<sup>⑤</sup>があり，前年の冬に外感のあと邪気が解けず，胸痛が一層ひどくなったのに加えて，項背が板を負ったようになって屈伸がままならず，ものに倚りかかったままで横臥することができない。飲食も減って，脈は沉数である。衆医は虚候<sup>⑥</sup>として治療したが治らない。私はこれを診て，老齡からくる衰えはあるが，邪気が解けていないため脈数<sup>⑦</sup>の傾向がある。まず邪を解いたあとで，その本病を治しても遅くはないとして，柴陷湯加竹茹を与え，大陷胸丸<sup>⑧</sup>を兼用した。すると邪気は漸解し，本病もまた緩和し，数日間前記2方を連用して全快させた。

- ① 誤下(ごげ)：誤って下剤を用いること。  
 ② 気虚(ききょ)：体力，気力が衰えること。  
 ③ 水(すい)：いわゆる水毒のこと。  
 ④ 馬脾風(ばひふう)：ジフテリア。  
 ⑤ 胸痺痰咳の証：胸がふさがり痛み，痰咳が多く出る証。  
 ⑥ 虚候(きょこう)：体の衰弱。  
 ⑦ 脈数(みやくさく)：脈の状態の一つ。  
 ⑧ 大陷胸丸(だいかんきょうがん)：葶藶，杏仁，大黄，芒硝，甘遂の5味(傷寒)。

## 柴胡加竜骨牡蛎湯(さいこかりゅうこつほれいとう)

沢井かおり

## 1 出典

## ▶『傷寒論』太陽病中篇

急性熱性疾患にかかって8,9日経ち、これを下したところ、胸の中が詰まった感じで、神経過敏で驚きやすくなり、小便の量が減って出にくく、精神錯乱してうわごとを言い、体全体が重く、寝返りもできない人は、柴胡加竜骨牡蛎湯で治療する。

## 2 構成

柴胡 5, 半夏 4, 茯苓 3, 桂皮 3, 大棗 2.5, 人参 2.5, 竜骨 2.5, 牡蛎 2.5, 生姜 0.5~1, 大黄 1, 黄芩 2.5, 甘草 2以内(大黄, 黄芩, 甘草のない場合も可)

## 3 適応病態

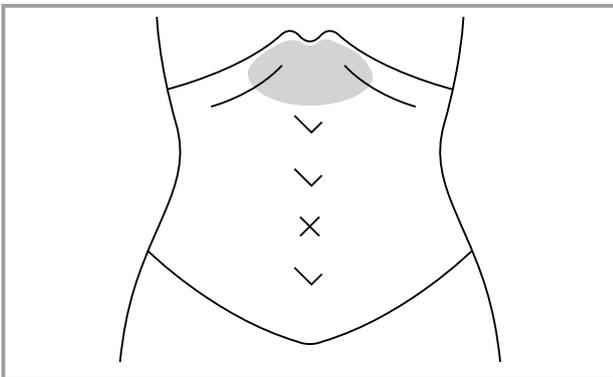
竜骨, 牡蛎を含む処方は、胸腹部の動悸が目標となる。

## A 自覚症状(Symptom)

- ・精神神経症状：イライラ, 精神不安, 神経過敏, 興奮, 不眠, 悪夢, 精神錯乱など。
  - ・胸腹部の動悸
  - ・心窩部から季肋部にかけての苦満感(胸脇苦満)。
  - ・頭痛, 頭重, 肩こり
  - ・便秘：エキス剤では大黄が入っているものと入っていないものがあり、便秘の有無などで使い分ける。
- \*症状はストレスで増悪することが多い。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：落ちつきがないことがある。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：実, 緊のことがある。
- 4) 腹診



腹力 中等度～やや硬(3/5～④/5)

腹証 ◎ 腹部動悸(特に臍上悸)

◎ 胸脇苦満

△ 心下痞鞭

## C 体力のしぼり

弱       強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で、精神不安があって、動悸、不眠、便秘などを伴う次の諸症：高血圧の随伴症状(動悸, 不安, 不眠), 神経症, 更年期神経症, 小児夜泣き, 便秘

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎, 肝機能障害, 黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶有持桂里『校正方輿輿』

柴胡加竜骨牡蛎湯は、胸満、煩驚が主証<sup>①</sup>であって、その他の症状はみな客証<sup>②</sup>である。『傷寒類方』<sup>③</sup>などには、各症毎に処方をあげ複雑なようであるが、実際には、ただ胸満、煩驚の四字を主な目標とし、そのうえで工夫を凝らせば、変化に対応することができる。当今世間に流行している癩だの気疾<sup>④</sup>だのと称するものは、すなわち「煩驚」であり、柴胡腹と称するものが多いが、これは「胸満」である。それには柴胡加竜骨牡蛎湯が最上の良方である。

## ▶百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

柴胡加竜骨牡蛎湯は、雑病で精神が安定せず狂状を呈し、熱が強くて便秘するものに用いる。

## ▶尾台榕堂『類聚方広義』

柴胡加竜骨牡蛎湯は狂症で、胸腹の動悸が甚しく、驚懼して人を避け、じっと坐ったままで独語し、昼夜とも眠らない、あるいは猜疑深い、あるいは自殺を図る、静かに寝ていないようなものを治す。

柴胡加竜骨牡蛎湯は癩症で、ときどき寒熱往来し、鬱々として悲愁し、夢をみるが多く、眠り少なく、人に会うのをいやがる、あるいは暗室にとじこもるなど、勞瘵<sup>⑤</sup>患者のような症状のものを治す。また狂、癩の二症にも、胸脇苦満、上逆、胸腹の動悸などを目標として本方を用いる。

癩癩で、常に胸満、上逆し、胸腹に動悸があって、月に2~3回の発作を起こすようなものは、この処方を怠らず服用すれば、しばしば起きた発作もなくなる。

## ▶本間棗軒『内科秘録』

不寝で、その原因が精神耗散、津液枯竭(けつ)などか

ら起こるものは、酸棗仁湯、帰脾湯などを撰用する。また脈弦数で虚里の悸動<sup>⑥</sup>が高いものには、柴胡加竜骨牡蛎湯、柴胡桂枝乾姜湯を撰用する。

小児が13～14歳の頃、睡眠中に突然起き上る、発狂したように走りだす、また物憑きのように見えるものなどがある。俗に寝惚けるというが、甚しい場合は毎夜のように発して始末に困るものである。これも癇に属し、柴胡加竜骨牡蛎湯が奇験をみせる。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

柴胡加竜骨牡蛎湯は、肝胆の鬱熱を鎮墜する主役である。したがって傷寒の胸満煩驚のみでなく、小児の驚癇<sup>⑦</sup>、大人の癲癇に用いる。また中風の一類に熱癲癇<sup>⑧</sup>というのがあり、この処方がよく効く。一通りは癲症の証をそなえていて、煩驚が無く、四肢掣縦<sup>⑨</sup>、心志不安のもの方後の加減<sup>⑩</sup>を用いる。また本方に鉄砂を加えて婦人の発狂を治す。

この処方、傷寒に用いる場合はそれほど鑑別は難しくないが、雑病に用いる場合は、柴胡桂枝乾姜湯と紛れやすい。どちらも動悸を主目標とするからである。柴胡桂枝乾姜湯は虚候の場合、柴胡加竜骨牡蛎湯は実候の場合に用いるとよい。

#### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

私はかつて、中風で実症のものはすべて『金匱要略』にある熱癲癇に属するとし、重いものには風引湯、柴胡加竜骨牡蛎湯去鉛丹、加釣藤、芍薬、甘草、羚羊角を用い、軽いものには四逆散加棕櫚葉、紅花、白強(姜)蚕および抑肝散加芍薬、黄連、羚羊角を用いたが、全治するものが少なくなかった。

### B 治験

#### ▶ 中神琴溪『生々堂治験』

50歳になる婦人が、右の半身に知覚麻痺があって、常常食欲がなく、月経が不順で月経のあるときは必ず常人の倍の経血をみる。先生(琴溪)が三聖散<sup>⑪</sup>を与えると

粘い冷痰<sup>⑫</sup>を2～3升吐き、このあと食は大いに進むようになった。その腹部を診ると、胸満があって心下から小腹にかけて、激しい動悸がある。そこで柴胡加竜骨牡蛎湯を与え、数か月で全治した。

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輶』

柴胡加竜骨牡蛎湯は、客忤<sup>⑬</sup>で胸満、動悸の甚しいものによい。ある人の子供が掣搦<sup>⑭</sup>を病んで一年ばかりを経過し、種々の症候が加わって甚しく痩せ衰えた。医師を替えては診てもらったが、皆難治を告げた。私も請われて診に応じたが、胸満して動悸が甚しい。私は「この子の病はもとは客忤よりきたものであるが、衰弱が甚しくすでに手おくれである」といって治療を辞退した。しかしその父母は「覚悟はしているが、手を拱いているのは忍びないので、気休めでもよいから何か薬を与えてほしい」と願った。そこで柴胡加竜骨牡蛎湯に針砂を加えて与えたところ、7～8日で動悸がやや静まり、胸中が安楽となったようであるので、続けて与えると、50～60日で諸症が次第に去り、平復を得ることができた。

① 主証(しゅしょう)：適応証のうち不可欠の症状。

② 客証(きゃくしょう)：適応証のうち必発でない症状。

③ 傷寒類方(しょうかんるいほう)：清の徐靈胎の著。

④ 気疾(きしつ)：気の病(神経症など)。

⑤ 癆瘵(ろうさい)：結核。

⑥ 虚里の悸動(きよりのきどう)：心尖部の拍動。

⑦ 驚癇(きょうかん)：ひきつけ。

⑧ 熱癲癇(ねつなんかん)：熱のある脳卒中。

⑨ 掣縦(せいちゅう)：ひきつけること。

⑩ 方後の加減：大黃、鉛丹を去って、芍薬、羚羊角、甘草を加える。

⑪ 三聖散(さんせいさん)：同名異方があるが、ここでは吐剤であるので次のものであろう。瓜蒂、防已、藜芦(衆方規矩)。

⑫ 冷痰(れいたん)：透明な痰、寒痰ともいう。

⑬ 客忤(きゃくご)：小児がものにおびえたり、驚いたりして起こすひきつけ。

⑭ 掣搦(せいちく)：ひきつけ。

## 柴胡桂枝乾姜湯(さいこけいしかんきょうとう)

沢井かおり

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』太陽病下篇

急性熱性疾患にかかって5,6日経ち、すでに発汗したのが治らず、またこれを下したところ、みぞおちから脇にかけて張って少し硬くなり、小便の量が減って出にくく、のどが渇くが吐き気はなく、頭にだけ汗をかいて、悪寒と熱感が交互にあらわれて、胸苦しい人は、柴胡桂枝乾姜湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』瘧病篇

瘧<sup>⑮</sup>(マラリアのような病気)で悪寒が多く、熱感は少ししかなく、あるいは悪寒だけで熱は無い人を治す。

### 2 構成

柴胡 6～8、桂皮 3、栝楼根 3～4、黄芩 3、牡蛎 3、乾姜 2、甘草 2

**3 適応病態**

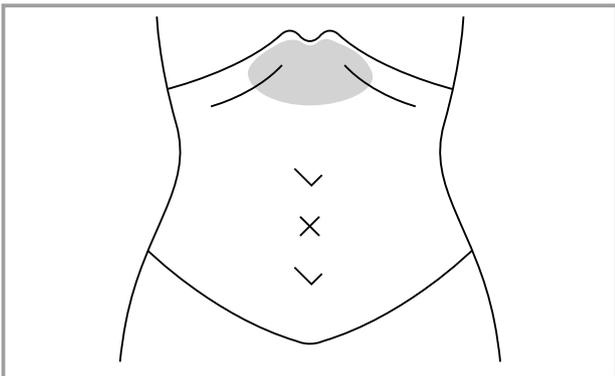
柴胡剤のなかでもっとも虚証向きの処方で、柴胡加竜骨牡蛎湯と同様の症状を認めるが、より虚証の人に使用する。症状はストレスで増悪することが多い。

**A 自覚症状(Symptom)**

- ・精神神経症状：神経過敏，不眠
- ・心窩部から季肋部にかけての軽度の苦満感(胸脇苦満)。
- ・発汗：頭部の発汗，寝汗。
- ・往来寒熱：発熱と悪寒が交互に現れる。
- ・のぼせ：寒がりだがのぼせる。
- ・口の乾き
- ・胸腹部の動悸，息切れ

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：血色が優れないことが多い。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 胸脇苦満(軽度)

◎ 腹部動悸(臍上悸)

△ 心下痞鞭

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で、冷え症，貧血気味，神経過敏で，動悸，息切れ，時に寝汗，頭部の発汗，口の乾きがあるものの次の諸症：更年期障害，血の道症<sup>註1)</sup>，不眠症，神経症，動悸，息切れ，風邪の後期の症状，気管支炎

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として，間質性肺炎，偽アルドステロン症，ミオパシー，肝機能障害，黄疸に注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 有持桂里『校正方輿輿』**

痙癖<sup>①</sup>，疝<sup>②</sup>：柴胡桂枝乾姜湯は，胸脇満微結<sup>③</sup>，小便不利，渴して嘔せず，ただ頭汗が出て，往来寒熱<sup>④</sup>があり，心煩<sup>⑤</sup>するものによい。この処方の主とするところは胸脇であるが，大柴胡湯の適用ほど急迫的ではない。また小柴胡湯に比べ抵抗が強くない，腹全体が力なく，微結している。腹部には多くの場合「飲」<sup>⑥</sup>をたくわえ，あるいは動気(悸)がある。

勞瘵<sup>⑦</sup>，肺痿<sup>⑧</sup>，失精，盜汗，陰痿：虚勞<sup>⑨</sup>は，その初め多くは風邪が誘因となる。また留飲<sup>⑩</sup>のある人は，しばしば微風<sup>⑪</sup>をこうむって，遂に勞<sup>⑫</sup>になるものがある。これらの症はすべて柴胡桂枝乾姜湯がよい。

瘧：柴胡桂枝乾姜湯は悪寒が多く，少し熱がある，あるいはただ悪寒があるだけで熱がでない場合の瘧<sup>⑬</sup>を治す。このような瘧には本方はきわめて有効である。『傷寒論』にある服用後の例に，「初めに服して微煩し，また服して汗出で，すなわち愈ゆ」と書いてあるが，微煩は薬煩であって，薬が病に命中したことである。このようなときには，ますます本方を服用すべきである。また久瘧，瘧勞にも，本方に鼈甲，あるいは常山を加え用いると大変よい。

耳鳴：耳鳴にこの処方の証がある。これは動気(悸)となって耳に響く場合である。

**▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』**

柴胡桂枝乾姜湯は，胸脇苦満，微結，小便不利，往来寒熱，頭汗などを目標として用いる。

瘧には，悪寒が多い場合に用いるが，熱の強いものには用いてはならない。瘧がぬげそびれて久しく治らず，顔色が悪く，腹が攣急し，心下に水気があったり，また腹中に瘧母<sup>⑭</sup>を生じてなかなか治らないものには鼈甲を加えると奇効がある。

虚勞とまぎらわしい証で，寒熱往来，咳嗽があり，脈はまだ細数には至らず弦数という程度のときには，この方に杏仁，鼈甲を加えて用いる。

**▶ 平野重誠『為方絜矩』**

小柴胡湯は，「胸脇苦満」「往来寒熱」を主証とするが，柴胡桂枝乾姜湯は，胸脇満といってもそれは，「微結」といって，柴胡桂枝湯の証である「支結」のさらに軽微なものを証として用いる。この場合には，腹診上の所見も異なり，心下に支飲<sup>⑮</sup>様のものがあるので，乾姜や牡蛎などを配しているのである。

**▶ 尾台榕堂『類聚方広義』**

勞瘵，肺痿肺癰，癰疽<sup>⑯</sup>，瘰癧，痔瘻，結毒<sup>⑰</sup>，微毒

などを長期間患って身体が衰弱し、胸満、乾嘔、悪寒、熱感が交互におこる、動悸、煩悶、盗・自汗、痰嗽、乾咳、咽乾口燥、溏泄<sup>⑮</sup>、小便不利などがあり、血色悪く精神困乏の症状があつて厚薬<sup>⑯</sup>に耐えないようなものには柴胡桂枝乾姜湯がよい。

## B 治験

### ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

私の治験例で、ある婦人が外邪によって発病し、久しく治らなかつた。そのため労状となり、口渴、頭汗、小便不利し、やがて全身に微腫を生じた。他の医師が分消湯<sup>⑳</sup>など諸々の処方投じたが効果がなく、私が柴胡桂枝乾姜湯を投与すると、しばらくして微腫は漸減し、やがて治癒した。

注1) 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

① 痲癖(げんぺき)：塊、しこり、項背のこわばり、腹中の

疼痛を伴う硬結など。

- ② 疝(せん)：主に腹痛。
- ③ 胸脇満微結(きょうきょうまんびけつ)：軽度の胸脇苦満。胸脇苦満とは、季肋部の苦満感を訴え、肋骨弓下部に抵抗、圧痛が認められる症状。
- ④ 往来寒熱(おうらいかんねつ)：悪寒、発熱が交互に反復する症状。
- ⑤ 心煩(しんぱん)：胸苦しいこと。
- ⑥ 飲(いん)：いわゆる水毒。
- ⑦ 勞瘵(ろうさい)：肺結核のこと。骨蒸と同じ。
- ⑧ 肺痿(はいい)：肺結核。
- ⑨ 虚勞(きょろう)：元気が不足して疲労する。
- ⑩ 留飲(りゅういん)：広義では水毒の総称、狭義では胃内停水。
- ⑪ 微風(びふう)：軽い風邪。
- ⑫ 勞(ろう)：衰弱した慢性病。
- ⑬ 瘧(ぎやく)：マラリア。
- ⑭ 瘧母(ぎやくぼ)：マラリアによって生じた脾腫。
- ⑮ 支飲(しいん)：胃内停水。
- ⑯ 癰疽(ようそ)：カルブンケル。
- ⑰ 結毒(けつどく)：梅毒。
- ⑱ 溏泄(とうせつ)：固形の混じる水様便。
- ⑲ 厚薬(こうやく)：強い薬。
- ⑳ 分消湯(ぶんしょうとう)：蒼朮、茯苓、橘皮、厚朴、枳実、猪苓、沢瀉、莎草、大腹、縮砂、木香、燈心草、生姜の13味(回春)。

## 柴胡桂枝湯(さいこけいしとう)

沢井かおり

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』太陽病下篇

急性熱性疾患にかかって6,7日経ち、発熱し、わずかに悪寒し、四肢の関節が煩わしく痛み、わずかに吐き気がして、胸脇苦満と両側腹直筋の緊張(心下支結)がみられるが、外証がまだある人は、柴胡桂枝湯で治療する。

#### ▶ 『傷寒論』発汗後病篇

発汗させすぎて、陽気を損傷しうわごとを言うようなものには、下法を用いてはならない。柴胡桂枝湯を与え榮衛を調和させ、津液を通じさせれば、自然に治癒に向かう。

#### ▶ 『金匱要略』腹満寒疝宿食病篇

柴胡桂枝湯は、心腹が急激に痛む人を治療する。

### 2 構成

柴胡 4~5、半夏 4、桂皮 1.5~2.5、芍薬 1.5~2.5、黄芩 1.5~2、人参 1.5~2、大棗 1.5~2、甘草 1~1.5、生姜 1(ヒネショウガを使用する場合 2)

### 3 適応病態

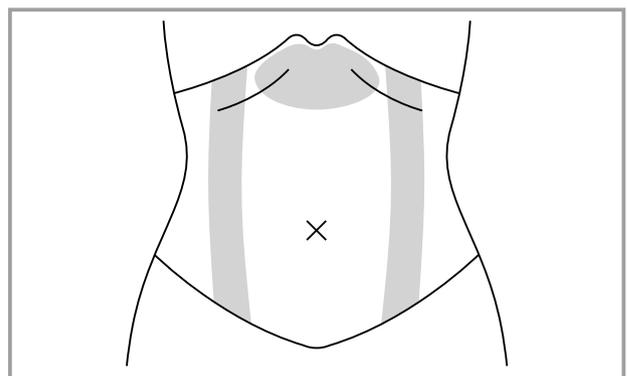
桂枝湯証(発熱、悪寒、発汗、頭痛)と小柴胡湯証(悪心、嘔吐、胸脇苦満)の症状を併せ持つ。

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・微熱
- ・寒気
- ・頭痛
- ・発汗
- ・悪心、嘔吐
- ・腹痛
- ・心窩部から季肋部にかけての苦満感(胸脇苦満)

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：浮、弦、弱のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

腹証 ◎ 腹直筋攣急

- 心下痞(「心下支結」)
- 胸脇苦満
- 腹痛(上腹部)

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度またはやや虚弱で、多くは腹痛を伴い、時に微熱・寒気・頭痛・吐き気などのあるものの次の諸症：胃腸炎、風邪の中期から後期の症状

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 吉益東洞『方極』

柴胡桂枝湯は、小柴胡湯と桂枝湯の証を合せもつものを治す。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

心下支結というのがこの処方(柴胡桂枝湯)の使用目標である。また心腹卒中痛<sup>①</sup>のものに対する適用が『外台秘要』に記載されているが、これに用いてみると効果がある。

#### ▶ 平野重誠『為方絜矩』

柴胡桂枝湯は、小柴胡湯と桂枝湯の合方なので、太陽、少陽の併病<sup>②</sup>に用いるのは無論のことである。しかしここに弁えておくべきことは、「支節煩疼」といって四肢の骨節の疼痛が甚だしく、また心下に支撐(と)する結滯があるが、その鞭満は軽微で圧しても痛まず、ただ多少の妨悶があるだけという点である。これは、「胸脇苦満<sup>③</sup>」の証の軽いものに近い症状とはいふものの、その妨悶は胸脇の上部には及ばないで、ただ心下にもみ存在するので、これを名づけて「支結」としたのである。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義頭註』

発汗の期を失し、胸脇苦満して嘔し、頭痛、身体痛、往来寒熱<sup>④</sup>が数日続き、心下が支撐(と)し<sup>⑤</sup>、食欲のないもの、あるいは汗下の剤<sup>⑥</sup>を用いた後、なお病状が停滞して熱気がまつわりつき、胸満、微悪寒、嘔吐して食欲なく、数日を経過して治ったような、また治っていないような判然としない病状を呈するものがある。このようなとき、発熱に先だって柴胡桂枝湯を与え、寝具を重ねて充分に汗をとるとよい。

### ▶ 本間棗軒『内科秘録』

邪氣<sup>⑦</sup>全体を10とすれば、その7割が太陽の病位にあって、頭項強痛<sup>⑧</sup>、脈浮数、四肢煩疼などの証があり、残る3割は少陽の病位にあって、胸脇苦満、心煩喜嘔<sup>⑨</sup>、耳聾<sup>⑩</sup>などの証が統発し、発熱が緩慢で下りにくく、そのような状態で日数を経過するようなものは太陽病と少陽病の併病である。このようなとき柴胡桂枝湯がよい。

### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

この処方(柴胡桂枝湯)は、多くの医師が風寒<sup>⑪</sup>の常用処方と考えているようである。しかしそれは誤りで、結胸<sup>⑫</sup>の類症で、心下支結を目標に使用する処方である。ただ表証が残っているので桂枝を用いるのである。『金匱要略』には寒疝腹痛に柴胡桂枝湯を用いる例があり、これは当今のいわゆる疝気のたぐいである。また腸癰<sup>⑬</sup>が発病するとき、腹部一面が拘急して肋下がひきつれ、あたかも傷寒のように発熱する場合があるが、この処方(柴胡桂枝湯)がよい。

### B 治験

#### ▶ 和田東郭『蕉窓雑話』

肝気のたかい人は、身体を搔くとその跡がすぐに赤くふくれ上るものである。やはり肝火が原因となっているのである。

また、ふだんから皮膚に風疹や斑を発する人があるが、これもみな肝火が原因である。

昔、小児の背に六字の名号を書いてみせ物にしたものがいた。これも背を搔いて文字を表わしたものである。

摂州高槻近郷のある女性が数年来そのような症状になり、豪農の娘であったので縁談は多かったが、三日から五日に一度発疹するため、みな辞退して婚期を四～五年も過ぎてしまった。私(東郭)の兄のところへ治療にきたので、柴胡桂枝湯を与えて全治させた。その腹証を正しくとらえたときは、こんな症例にも柴胡桂枝湯が奇効をみせるものである。

- ① 心腹卒中痛(しんぷくそっちゅうつう)：心腹が突然痛むこと。
- ② 太陽、少陽の併病(たいようしょうようのへいびょう)：太陽病が解しないうちに、少陽病の症状が併発した状態。
- ③ 胸脇苦満(きょうきょうくまん)：季肋部の苦満感を訴え、肋骨弓下部に抵抗・圧痛が認められる症状。
- ④ 往来寒熱(おうらいかんねつ)：悪寒が去ると熱感が起こり、熱感が去ると悪寒が起こる。悪寒と熱感が交互に起こる症状。平熱と微熱が交互に起こる程度のものもある。
- ⑤ 心下支撐(しんかしとう)：撐は支えるの意。心下支結と同意。
- ⑥ 汗下の剤(かんげのざい)：発汗剤、下剤。
- ⑦ 邪氣(じゃき)：風、寒、暑、湿などの外因で起こる疾病をいう。寒邪、風邪など。
- ⑧ 頭項強痛(ずこうきょうつう)：頭が痛く、項がこわばる。
- ⑨ 心煩喜嘔(しんぱんきおう)：心窩部が煩わしく、しばしば嘔吐すること。

- ⑩ 耳聾(じろう)：聴覚障害。  
 ⑪ 風葉(ふうやく)：風邪の薬。

- ⑫ 結胸(けっきょう)：心窩が膨隆して硬く、疼痛のある証。  
 ⑬ 腸癰(ちょうよう)：虫垂炎、その周囲の膿瘍など。

## 柴胡清肝湯(さいこせいかんとう)

沢井かおり

### 1 出典

森道伯が考案した一貫堂経験方の一つ。

### 2 構成

湯：柴胡 2, 当帰 1.5, 芍薬 1.5, 川芎 1.5, 地黄 1.5, 黄連 1.5, 黄芩 1.5, 黄柏 1.5, 山梔子 1.5, 連翹 1.5, 桔梗 1.5, 牛蒡子 1.5, 栝楼根 1.5, 薄荷葉 1.5, 甘草 1.5

散：柴胡 2, 当帰 1.5~2.5, 芍薬 1.5~2.5, 川芎 1.5~2.5, 地黄 1.5~2.5, 黄連 1.5, 黄芩 1.5, 黄柏 1.5, 山梔子 1.5, 連翹 1.5~2.5, 桔梗 1.5~2.5, 牛蒡子 1.5~2.5, 栝楼根 1.5~2.5, 薄荷葉 1.5~2.5, 甘草 1.5~2.5

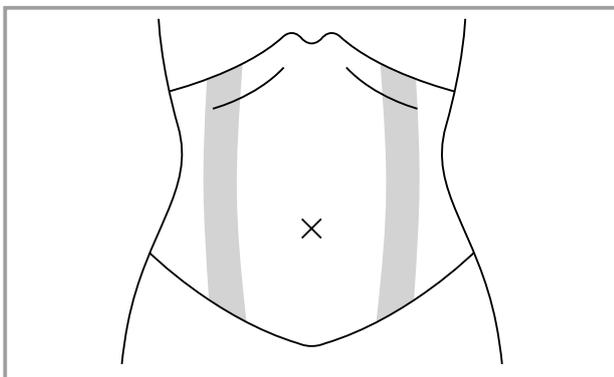
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・頸部、顎下部の腫脹・疼痛：慢性、再発性のリンパ節炎や扁桃炎(いわゆる腺病質)。小児に使用することが多い。
- ・不眠、夜泣き：神経質で疳が強い。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚が浅黒いことがある。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診



腹力 やや軟~中等度(②/5~3/5)

腹証 ◎ 腹直筋攣急(両側)

◎ 胸脇苦満

△ 腹壁の異常過敏性(くすぐったがる)

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、疳の強い傾向(神経過敏)にあるものの次の諸症：神経症、慢性扁桃炎、湿疹・皮膚炎、虚弱児の体質改善

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

肝機能障害にも注意が必要である。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 矢数格『漢方一貫堂医学』

柴胡清肝散は幼児期の解毒症体質を主宰する処方で、小児の病気の大部分はこの処方で治療に当たっている。(中略)前記二処方(『明医雑著(薛己注本)』および『外科枢要』の柴胡清肝散)の解説によって、一貫堂では我々の言う柴胡清肝散の薬能として、肝胆三焦の風熱を治し、頸項腫痛、結核を消散する、ことがわかる。

##### ▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

本方は一貫堂経験方の一つである。小児腺病性体質の改善薬として、またその体質者に発した諸病に用いられる。原方は『外科枢要』の療癰門にあって、その主治にあるごとく、肝・胆・三焦経の風熱を治すといっている。この三経絡は咽喉、頸部、耳前、耳中を絡っているもので、これらの経絡上に現われた風熱、すなわち炎症を治すものである。

一般に痩せ型、または筋肉型で、皮膚色は浅黒く、あるいは青白いのもあるが汚くくすんでいるものが多い。腹診上では両腹直筋の緊張があり、肝経に沿って過敏帯を認め、腹診するとくすぐったいといって、手を払いのけるものが多い。

本方は、四物湯と黄連解毒湯の合方、すなわち温清飲に桔梗、薄荷葉、牛蒡子、天花粉(栝楼根)を加えたもので、温清飲は永びいた熱をさまし、血を潤し、肝臓の働きをよくするものである。桔梗は頭目、咽喉、胸膈の滞熱を

清くし、牛蒡子は肺を潤し、熱を解し、咽喉を利し、皮膚発疹の毒を解す。天花粉は津液を生じ、熱を涼し、燥を潤し、腫れを消し、膿を排すというはたらきがある。

以上の目標に従って、本方は小児腺病体質の改善薬、肺門リンパ腺腫、頸部リンパ腺腫、慢性扁桃炎、咽喉炎、アデノイド、皮膚病、微熱、麻疹後の不調和、いわゆる疳症、肋膜炎、神経症などに应用される。

## B 治験

### ▶ 矢数格『漢方一貫堂医学』

15歳の男子。舌下面に指頭大の潰瘍があり、糜爛、

陥没し、周囲は紫色に腫脹、一見して癌の潰瘍面を思わせる。患者は半年近く洋医の治療を受けていたが、治効無しとして来院した。診ると、脈は緊、肝実で、腹は硬満している。舌は灰白苔を帯び、口中粘り、口臭甚だしく、食欲はあるが、食事をとることが非常に困難だという。これは解毒証体質と見て柴胡清肝散を与え、服薬3か月で潰瘍はほとんど快癒した。

## 柴朴湯(さいぼくとう)

柴原直利

### 1 出典

小柴胡湯と半夏厚朴湯の合方(本朝経験方)。

### 2 構成

柴胡 7、半夏 5～8、生姜 1～2(ヒネショウガを使用する場合 3～4)、黄芩 3、大棗 3、人参 3、甘草 2、茯苓 4～5、厚朴 3、蘇葉 2～3

### 3 適応病態

小柴胡湯証(胸脇苦満など)と半夏厚朴湯証(咽中炙癩など)の症状を併せ持つ。

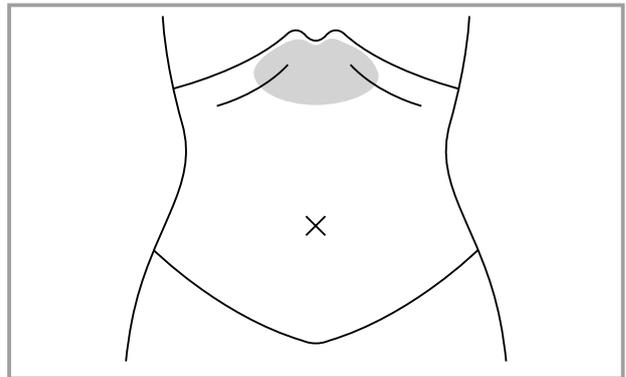
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・精神症状：不安、抑うつ。
- ・咽喉、食道部の異物感・閉塞感(咽中炙癩)。
- ・喘鳴、咳嗽
- ・動悸、めまい
- ・食欲不振、悪心
- ・心窩部から季肋部にかけての軽度の苦満感(胸脇苦満)。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1)望診：不定
- 2)舌診：舌質は淡紅色で、舌苔は薄白苔のことが多い。
- 3)脈診：弦で、やや数のことが多い。

#### 4)腹診



腹力 中等度(3/5)

腹証 ◎ 胸脇苦満

○ 心下痞鞭

△ 心窩部膨満感

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、気分がふさいで、咽喉、食道部に異物感があり、風邪を引きやすく、時に動悸、めまい、嘔気などを伴うものの次の諸症：小児喘息、気管支喘息、気管支炎、咳、不安神経症、虚弱体質

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』

呼吸困難を訴える患者の診察にさいしては、まず腹診を詳らかにして、腹証を明らかにすることが大切である。

呼吸困難は心臓や呼吸器に障害があって起こることが多いが、漢方の診療にあたっては、腹を目標にすることを忘れてはならない。腹が膨満してつまっているときは、腹の膨満、緊張をゆるめてやるのが大切だし、腹が軟弱無力で緊張がひどく低下しているときは、腹力をつけるようにつとめなければならない。

例えば胸脇苦満と腹部膨満とがあって、呼吸困難のある場合には、大柴胡湯合半夏厚朴湯、または大柴胡湯加厚朴杏仁を用い、胸脇苦満も腹部膨満も軽微のものは、小柴胡湯合半夏厚朴湯または小柴胡湯加厚朴杏仁をもちいる。気管支喘息のような場合でも、これらを用いて全治せしめることができる。

柴朴湯は、胸脇苦満も上腹部の膨満・抵抗も、ともに軽微のものを目標とする。患者はやせ型で、胃腸があまり丈夫でないものから腹力中等のものまでいる。

神経質の小児は、百日咳の発作をおそれて、絶えず不安におそわれ、そのため、食欲も減退するこのようなものに(小柴胡湯合半夏厚朴湯を)用いる。

## ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

神経衰弱・ノイローゼ、発作がおきないと気にしすぎる気管支喘息などによく用いられる。

## B 治験

## ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

小柴胡湯合半夏厚朴湯は呼吸困難で、大柴胡湯を用いる患者よりも、やや体格が劣勢で、胸脇苦満も軽く、便秘の傾向のないものによい。

ある夜、私は喘息発作で苦しんでいる32歳の婦人を診察した。その際、腹診をしようとしたが、息が苦しくて仰臥できないので、坐って前かがみになっているままで腹をさすってみた。胸脇苦満はないようである。この患者は少女時代から喘息があったが、最近次第にひどくなり、呼吸困難がばかりでなく、咳が頻発する。脈は小さくて沈んでふれにくい。私は処方の選定にまよった。そしてとにかく小青竜湯を与えてみた。ところが2か月ほどこれをのんだが、あまり効果がなく、相変わらず、咳と呼吸困難の発作がくるという。

そこで1日、発作のおさまっている時に、診察してみた。ところが、腹診すると、左右に著明ではないが胸脇苦満がある。この程度の胸脇苦満は坐位で診察すると証明できない場合が多い。さきに坐ったままの恰好で診察した時に、胸脇苦満をみおとしたのは、このためである。腹直筋はあまり緊張していない。そこで私はこれに小柴胡湯合半夏厚朴湯を与えた。すると、これをのみ始めて、喘息発作は全く起こらなくなった。かぜをひいてひどい咳を出した時も、呼吸困難は来なかった。そこで約3年、患者はこれをのみつづけた。その間1回の発作もなく、体重も4kg増加した。そこで休薬してから約2年になるが発作は起らない。

## 柴苓湯(さいれいとう)

柴原直利

## 1 出典

## ▶ 『世医得効方』痰癰門

小柴胡湯と五苓散を合方して柴苓湯と名づけたもので、風邪により発症したものや暑邪による癰の病態に非常によく奏効する。

## 2 構成

柴胡 4~7, 半夏 4~5, 生姜 1(ヒネシヨウガを使用する場合 3~4), 黄芩 2.5~3, 大棗 2.5~3, 人參 2.5~3, 甘草 2~2.5, 沢瀉 4~6, 猪苓 2.5~4.5, 茯苓 2.5~4.5, 白朮 2.5~4.5(蒼朮も可), 桂皮 2~3

## 3 適応病態

小柴胡湯証(胸脇苦満など)と五苓散証(口渴, 利尿減

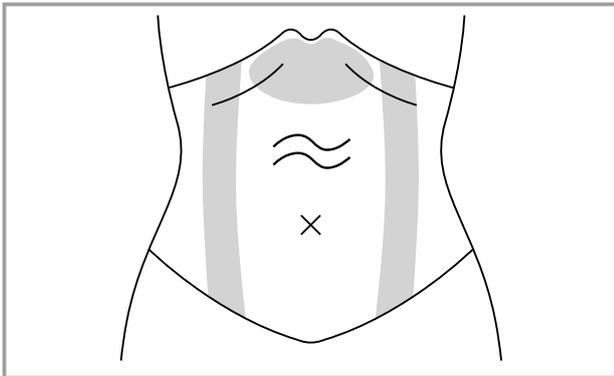
少, むくみ感など)の症状を併せ持つ。

## A 自覚症状(Symptom)

- ・口渴
- ・利尿減少
- ・むくみ感
- ・悪心, 嘔吐
- ・食欲不振
- ・下痢
- ・腹痛
- ・めまい
- ・微熱
- ・心窩部から季肋部にかけての軽度の苦満感(胸脇苦満)。

**B 他覚所見 (Sign)**

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は淡紅色のことが多く、舌苔は薄白苔を被ることが多い。
- 3) 脈診：弦状があり、やや浮、数のことが多い。
- 4) 腹診



- 腹力 中等度 (3/5)
- 腹証
- ◎ 胸脇苦満
  - 時に振水音
  - △ 心下痞硬
  - △ 腹直筋攣急
  - △ 腹痛

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応 (Indication)**

体力中等度で、喉が渇いて尿量が少なく、時に吐き気、食欲不振、むくみなどを伴うものの次の諸症：水様性下痢、急性胃腸炎、暑気あたり、むくみ

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 北尾春圃『当莊庵家方口解』**

大便が水のように下って熱く感じる熱瀉に柴苓湯がよく、山梔子を加えて用いることもある。

毎日、時を定めて頭痛を發する症に、柴苓湯を用いるとよいことがある。これは瘧の類である。

**▶ 津田玄仙『療治經驗筆記』**

五苓散の症で寒熱往來の症があるものは、膀胱の熱と小柴胡湯適応の熱が交錯しているのである。そのようなときには柴苓湯を用いる。柴苓湯は、小柴胡湯と五苓散

の合方である。この柴苓湯の症は大変多くみられる症である。小柴胡湯を用いる場合には五苓散の症を確かめ、五苓散の症を診たならば小柴胡湯の症を確かめるよう心掛けるべきである。

**▶ 浅井貞庵『方彙口訣』**

柴苓湯は、全く和解の劑であり、肝の鬱熱<sup>①</sup>を解くのである。肝鬱<sup>②</sup>で水気が滯ると熱が出るのである。また外邪にも用い、瘧の發熱時によい。

柴苓湯は、瘧で熱が多く、口の渇きが強く、頭痛して小便不利するものによく効く。

**▶ 本間棗軒『内科秘録』**

太陽病で下痢のあるものは、誤って下劑を用いた場合と同じく悪証である。まず葛根湯で強く發汗をはかる。それでも下痢が止まらないときは、桂枝人参湯を与える。そのうちに少陽病に變じ、なお下痢するときは柴苓湯がよい。

自利(痢)あるいは誤下したのち、下痢が続いて止まらないものは、胃実<sup>③</sup>もせず、舌苔も生ぜず、熱もだらだらと長びくものである。このようなとき柴苓湯がよく、服んでいるうちに下痢も止み、熱も下るものは、陽明の病位に移らないで治癒する。

柴苓湯は傷寒の下痢、および痢疾を治す。

小兒は下痢をすると、急速に疲労して身体が瘦せ衰え、腹は背につくようにやせて、大黃を用いる時機がないのである。四逆散か錢氏白朮散<sup>④</sup>もしくは柴苓湯を選用的。

毎日潮熱<sup>⑤</sup>を發し、渇して水を飲み、食思なく、あるいは乾嘔し、また苦味の薬を飲むことができず、小便は大便をするときに出るだけで、単独では出ず、かつ大便も渋滞して快利しないものは、柴苓湯がよい。

分娩のあと、熱も下がらず、下痢も止まないものは、柴苓湯がよい。妊婦の痢病も、通常人の痢病と同様の治療を施せばよい。

**▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』**

柴苓湯は小柴胡湯の証で、煩渴、下痢するものを治す。暑疫<sup>⑥</sup>には別して効果がある。

① 鬱熱(うつねつ)：こもった熱。

② 肝鬱(かんうつ)：肝経(五行説)の鬱寒、気分のイライラ。

③ 胃実(いじつ)：陽明病の主症状、不大便、嘔、舌上白苔など。

④ 錢氏白朮散(せんしびやくじゅつさん)：七味白朮散と同じ。人参、茯苓、白朮、藿香、葛根、木香、甘草の7味(小兒直訣)。

⑤ 潮熱(ちょうねつ)：陽明病時の熱型で、悪寒を伴うことなく、潮が満ちてくるように時をきって熱を發し、全身から發汗する症状。

⑥ 暑疫(しょえき)：暑期の流行病。

## 三黄瀉心湯(さんおうしゃしんとう)

柴原直利

## 1 出典

## ▶『金匱要略』驚悸吐衄下血胸满瘀血病篇

気分が落ち着かず，吐血や鼻血がみられる人は，三黄瀉心湯で治療する。

## 2 構成

大黄 1～5，黄芩 1～4，黄連 1～4

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

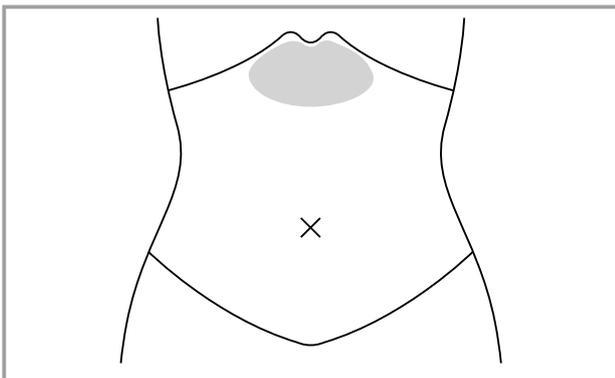
- ・精神神経症状：イライラ，不安，不眠，気分の不安定。
- ・のぼせ，肩こり，頭重，耳鳴り
- ・出血：鼻出血(衄血)，吐血，下血，痔出血，咯血，脳出血，咯血，子宮出血など。

出血時に驚き・不安がみられる場合は，頓服により気分を落ちつかせ止血効果がある。

- ・便秘

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面が潮紅していることが多い。
- 2) 舌診：舌質は紅色のことが多い。舌苔は乾燥した白苔あるいは黄苔のことがある。
- 3) 脈診：大，あるいは浮大のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 中等度～やや硬(3/5～④/5)

腹証 ◎ 心下痞鞭

## C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で，のぼせ気味で顔面紅潮し，精神不安，みぞおちのつかえ，便秘傾向などのあるものの次の諸症：高血圧の随伴症状(のぼせ，肩こり，耳鳴り，頭重，不眠，不安)，鼻血，痔出血，便秘，更年期障害，血の

道症<sup>注1)</sup>

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として，間質性肺炎，肝機能障害，黄疸に注意する。

食欲不振，腹痛，下痢などが現れることがある。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方機』

心下が痞し，これを按くおせば濡(じゆ)<sup>①</sup>なるものは，瀉心湯(三黄瀉心湯)の正証である。瀉心湯は，心気が不足し，吐血，衄血するもの，また心煩して心下が痞するものを治す。もし悪寒する場合には附子瀉心湯<sup>②</sup>を用いる。

## ▶ 浅井貞庵『方彙口訣』

三黄瀉心湯は，張仲景の大黄黄連瀉心湯に黄芩を加えた『傷寒論』以来の処方である。その主治とする処は，心火のために，乱心したり吐血したりするものである。また積気<sup>③</sup>が強くさしつめるものは，熱が強いとき，その度に用いる。黄芩，黄連で熱をさまし，大黄によって湿熱を逐いやり，要するに胸膈心部の辺の熱を取るのである。水煎とあるが，擺(ふ)り出して用いるのがよい。発狂したように煩躁するものに妙である。『金匱要略』の瀉心湯は本方のことである。

## B 治験

## ▶ 吉益東洞『建殊録』

20余歳の男が，長年にわたって吐血を患い，10日に1回は吐血する。ある秋に，多量に吐血し，吐き終ったあと呼吸が急に止まって，衆医を迎えたが手の施し様がない。家人は死んだと思って泣く泣く葬事の相談を始めたが，たまたま先生が通りかかったので診を求めた。診ると，まだ死んではないようなので，纈<sup>④</sup>を鼻にあてがうと，少しずつ動く。そこで腹を按ずると微動があり，気はまだ尽きていない。急いで三黄瀉心湯を作って飲ませると，しばらくして腹中雷鳴，下痢数十行のあと意識が戻り，20日ばかりで全復した。その後十余年間，再発していない。

注1) 血の道症とは，月経，妊娠，出産，産後，更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

① 濡(じゆ)：やわらか。心窩部のわずかな抵抗を指す。

② 附子瀉心湯(ぶししゃしんとう)：大黄，黄連，黄芩，附子の4味(傷寒)。

③ 積気(しゃくき)：胃腸管の痙攣。  
④ 續(こう)：生糸のくずわた。

## 酸棗仁湯(さんそうにんとう)

柴原直利

### 1 出典

#### ▶『金匱要略』血痺虚勞病篇

心身が疲労衰弱して精神が不安定となり，不安でよく眠ることができない人は，酸棗仁湯で治療する。

### 2 構成

酸棗仁 10～18，知母 2～3，川芎 2～3，茯苓 2～5，甘草 1

### 3 適応病態

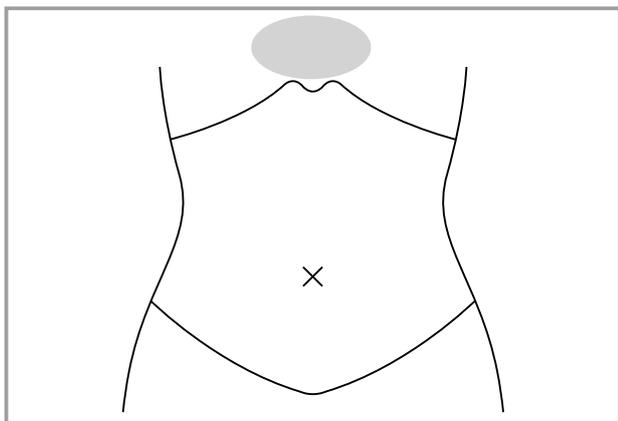
適応病態のすべての症候がそろわなくても不眠に対して幅広く使用されるが，体力がないことが前提となる。

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・不眠：心身が疲労して眠ることができない。
- ・嗜眠
- ・多夢
- ・精神神経症状：不安，神経衰弱，神経過敏，易驚性。
- ・盗汗

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面が蒼白のことがある。
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は湿潤し，無苔であることが多い。
- 3) 脈診：沈，沈微，沈弱，弱数のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 胸中煩悶

### C 体力のしばり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度以下で，心身が疲れ，精神不安，不眠などがあるものの次の諸症：不眠症，神経症

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 福井楓亭『方読弁解』

酸棗仁湯は(『外台秘要』の深師酸棗仁湯<sup>①</sup>と同じく)虚勞の熱によって虚煩し，眠れないものに用い，温胆湯<sup>②</sup>は大病後に胆が冷えて眠れないものに用いる。また千金酸棗仁湯<sup>③</sup>は虚勞煩擾，奔気が胸中にあり眠れないものに用い，延年酸棗仁湯<sup>④</sup>は虚煩して眠れず，肋下に気が衝心するものに，衝せず心痛するものには金匱酸棗仁湯を用いる。

大病ののち，熱によって虚煩し眠れないものに用いることもある。

##### ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

酸棗(仁)湯は，虚人，老人あるいは長病人で，とかく夜分になると目がさえて眠れないというものに用いる。その中で，熱が甚だしく胸中が煩し，不寐のものには千金の酸棗湯<sup>⑤</sup>がよい。同じ不寐を療するにも，前述のように，酸棗仁湯(金匱)は虚人，長病人あるいは老人で，心気が勞(つか)れて不寐するものに用いて効がある。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

酸棗仁湯は，心気を和潤して安眠せしめる策として用いる。同じ不得眠に対しても3策がある。もし心下肝胆の部分に停飲があり，そのために動悸がして眠りを得られないものは温胆湯の症である。また胃中が虚し客気<sup>⑥</sup>が隔を動かして眠れないものは甘草瀉心湯<sup>⑦</sup>の症である。さらに血気虚燥し，心火が充(たか)ぶり眠りを得られないものは酸棗仁湯の主治である。『濟生』の婦脾湯はこの方に胚胎するものであり，また千金酸棗仁湯のように石

膏を配したものは、酸棗仁湯の症で余熱のあるものに用いる。

- ① 深師酸棗仁湯(しんしさんそうにんとう):酸棗仁, 麦門冬, 甘草, 知母, 茯苓, 川芎, 乾姜.  
 ② 温胆湯(うんたんとう):半夏, 枳実, 甘草, 竹茹, 生姜, 橘皮, 茯苓の7味(千金).

- ③ 千金酸棗仁湯(せんきんさんそうにんとう):酸棗仁, 甘草, 知母, 茯苓, 人參, 桂枝, 生姜, 石膏の8味(千金).  
 ④ 延年酸棗仁湯(えんねんさんそうにんとう):酸棗仁, 人參, 白朮, 橘皮, 生姜, 茯苓, 五味子, 桂枝の8味(外台).  
 ⑤ 薬味は本方から川芎を去り, 人參, 桂皮, 生姜, 石膏を加えたもの.  
 ⑥ 客気(きゃくき):外からくる邪気.  
 ⑦ 甘草瀉心湯(かんぞうしゃしんとう):甘草, 黄芩, 人參, 乾姜, 黄連, 大棗, 半夏の7味(金匱).

## 三物黄芩湯(さんもつおうごんとう)

清水いはね

### 1 出典

#### ▶『金匱要略』婦人産後病篇

三物黄芩湯は、婦人が産褥期に身体を露出したため、外邪である風が入り、手足がほてって、だるくて苦しむ人を治療する。頭痛する人には小柴胡湯を与え、頭痛せずにただ煩する人はこれで治療する。

### 2 構成

黄芩 1.5～3, 苦参 3, 地黄 6

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

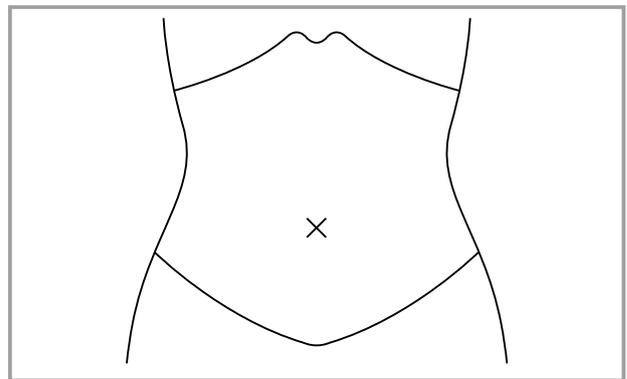
- ・手足のほてり(煩熱):布団から足を出したくなるほどである(産褥熱にかぎらない).
- ・手掌や足蹠の発赤・熱感・乾燥・膿疱
- ・不安
- ・不眠
- ・動悸
- ・口渴または口乾
- ・頭痛:あってもよい.

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診:口唇が乾燥気味のことがある.
- 2) 舌診:舌質は不定, 舌苔はやや乾燥した微白苔のことがある.
- 3) 脈診:不定

#### 4) 腹診

特徴的な腹証の報告なし.



腹力 やや軟(2/5)

#### C 体力のしばり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度またはやや虚弱で、手足のほてりがあるものの次の諸症:湿疹・皮膚炎, 手足の荒れ(手足の湿疹・皮膚炎), 不眠

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、肝機能障害、黄疸に注意する。

胃腸虚弱の人には慎重に投与する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 吉益東洞『方機』

三物黄芩湯は、四肢煩熱するものを治す。

##### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

三物黄芩湯は骨蒸、勞熱、久咳、男女の諸血症などで肢体の煩熱が甚だしく、口舌乾涸、心気鬱塞するものを治す。

本方は、夏月になるたびに手掌足心が煩熱して堪え難く、夜間は特に甚だしくよく眠れないものを治す。

本方は、諸失血のあと身体が煩熱倦怠し、手掌足下の熱がさらに甚だしく、唇舌乾燥するものを治す。

小柴胡湯は四肢が煩熱して頭痛、悪風、嘔して食欲がないなどの症を治し、三物黄芩湯は外症は解したが四肢煩熱が甚だしく、あるいは心胸苦煩するものを治す。その弁識が大切である。

## B 治験

### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある妻女が産後に煩熱を發し、破れるように頭痛し、

飲食が進まず日々虚羸(きよるい)した。他医は葷勞として辞し去ったが、私が金匱三物黄芩湯を与えると、服すること4～5日で煩熱は大いに減じ、頭痛もきれいに去った。ここで悪露が再び下り、折れるような腰痛を發したため小柴胡湯合四物湯を与え、鹿角霜を兼用して全治を得た。

## 滋陰降火湯(じいんこうかとう)

清水いはね

### 1 出典

#### ▶ 『万病回春』虚勞門

陰液が欠乏して発熱し、咳嗽・喀痰・喘鳴があり、寝汗をかき、口が乾く状態を治す。六味丸と併用すると、正気が虚して疲れた状態を大いに補い効果がある。

### 2 構成

当帰 2.5, 芍薬 2.5, 地黄 2.5, 天門冬 2.5, 麦門冬 2.5, 陳皮 2.5, 白朮あるいは蒼朮 3, 知母 1～1.5, 黄柏 1～1.5, 甘草 1～1.5, 大棗 1, 生姜 1(大棗, 生姜なくても可)

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

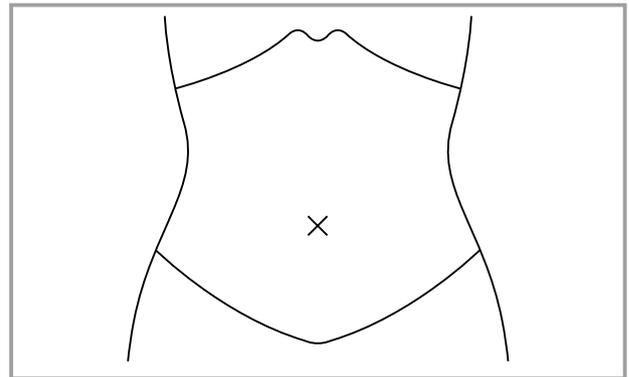
- ・咳嗽：乾燥性で、間欠性、特に夜間、炬燵や蒲団などで暖まると咳き込む傾向がある。吐きそうになるほど激しくない。亜急性や慢性が多い。
- ・喀痰：喀痰はないか、あっても粘稠で糸を引くような痰。
- ・皮膚の乾燥感
- ・口乾：口腔、咽喉頭の乾燥感。
- ・微熱

#### B 他覚所見(Sign)

- 1)望診：瘦せ型のことが多い。皮膚が乾燥(枯燥)し、浅黒いことがある。咽喉が乾燥していることがある。
- 2)舌診：舌質は不定、舌苔は乾燥し微白苔のことが多い。
- 3)脈診：数で軟弱のことがある。

#### 4)腹診

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 やや軟(2/5)

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

#### D 適応(Indication)

体力虚弱で、のどに潤いがなく、痰が切れにくくて咳込み、皮膚が浅黒く乾燥し、便秘傾向のあるものの次の諸症：気管支炎、咳

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

胃腸の虚弱な人には適さない。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

滋陰降火湯は、陰虚火動<sup>①</sup>、勞瘵<sup>②</sup>の主方である。一

応の発熱、痰飲、自汗があり、口が渇くものにこの方を与えると、ややもすれば人を悩ますことがあるが、元氣虚損のきわめて甚だしいものに与えるといふ。この場合、脈と眼の色を観察して滋陰降火湯を与えるのであって、脈は細数で力がなく、細弦で数、大虚し、眼睛は清く冷やかで、肅然として悲しみがあるかのごとくにみえるのがそれである。だいたいにおいて陰虚の証は、秋冬の冷やかさにたとえられ、顔色は青ざめ、眼中清冷、悪寒、発熱、口乾き、声濁り、そのうえ咳嗽がある。したがって、ときどき参蘇飲に杏仁、五味子を加えて治るものがあるが、もしそれで治らない場合は滋陰降火湯がよい。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

滋陰降火湯は、陰虚火動で虚勞となったものの葉である。血液が乾燥して虚火が妄動する症であり、もとは虚腎からこのようになるものである。虚勞の容体については『回春』の主治に尽くしてあって、いうには及ばないが、この症のなかで、舌上がぼっと黒みを帯びて、温疫胃実<sup>③</sup>の黒苔のように見えるものがある。胃実の黒苔はこき落としても取れないが、この症の舌は油煙(煙)がかかった

ように見え、試みに楊枝などでこれをかくと、一時はすぐ取れるものである。ときたま滋陰降火湯がこの症に効くことがある。

#### 【B】 治験

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

午後に潮熱を發し、盜汗があり、大便が結し、小便が赤いものに、陰降火湯を加減して用い、3か月で治った。

乾咳して痰がなく、盜汗を發し、声がかれ、肌が熱し、小便が赤くなったものに、滋陰降火湯加減の煎湯で六味丸を服ませ、100日ばかりで治った。

- ① 陰虚火動(いんきょかどう)：陰虚とは、生命の基本的物質ないし生命力の根源の衰えたことを意味する。『素問』に「陰虚すれば内熱を生ず」とあり、五行説では、陰-腎-水が衰えると、火すなわち熱が生じると考えた。これが陰虚火動の言葉の由来である。症候としては午後の発熱、煩や唇が赤く、口舌が乾き、あるいは舌に苔なく赤く、脈微細、あるいは手掌煩熱などであり、進行した肺結核のような症状である。
- ② 勞瘵(ろうさい)：肺結核。
- ③ 温疫胃実(おんえきいじつ)：温疫は急性伝染病、胃実は陽明病の主症状。

## 滋陰至宝湯(じいんしほうとう)

清水いはね

### 1 出典

#### ▶ 『万病回春』婦人科虚勞門

婦人、諸々が虚し消耗状態になり、五勞七傷、経脈を損ね、身体が羸瘦してくるのを治す。この薬は専ら月経を調整し、貧血を改善して身体に潤いを付け、衰弱した体力を補い、元氣をつけ、胃腸の働きを盛んにし、心肺を養い、咽喉を潤い、頭や目をすっきりさせ、動悸を鎮め、清神を安定させ、続く微熱を治し、結核を除き喘嗽を鎮め、痰を除き、寝汗をおさえ、下痢を止め、気分の沈むのを明るくし、胸をさっぱりとさせ、腹痛を治し、不快な口渇をとり、悪寒や熱感を散らし、身体の疼痛をとり、非常に効果がある。その薬効は幅広く、すべて述べ尽すことはできない。

### 2 構成

当帰 2~3、芍薬 2~3、白朮あるいは蒼朮 2~3、茯苓 2~3、陳皮 2~3、柴胡 1~3、知母 2~3、香附子 2~3、地骨皮 2~3、麦門冬 2~3、貝母 1~2、薄荷葉 1、甘草 1

### 3 適応病態

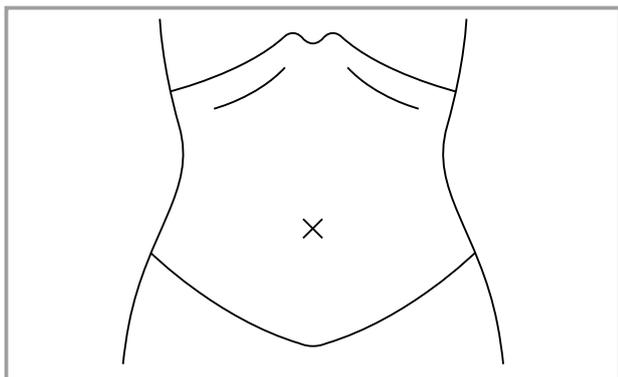
#### 【A】 自覚症状(Symptom)

- ・咳嗽：慢性で比較的激しい。
- ・痰：粘稠で咯出しにくいことが多い。
- ・微熱
- ・口の乾き、喉の乾き
- ・寝汗(盜汗)：老人で盜汗、不眠を伴うことがある。
- ・倦怠感
- ・食欲不振
- ・手掌、手足のほてり

#### 【B】 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：瘦せ型のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は紅色のことが多い。舌苔は無苔または微白苔で、やや乾燥していることが多い。
- 3) 脈診：細数または弦小のことが多い。

4) 腹診



腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

腹証 ○ 胸脇苦満(軽度)

C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

D 適応(Indication)

体力虚弱なものの次の諸症：慢性の咳，痰，気管支炎

4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシー

に注意する。

5 日本古典

A 処方解説

▶ 中山三柳『増広医方口訣集』

滋陰至宝湯の，当帰，白朮，白芍，茯苓，柴胡，甘草は，逍遙散そのものである。これによって，肝脾<sup>①</sup>の血虚を補い，知母，地骨皮を加えて，大いに発熱，勞熱を解く。また陳皮，貝母は嗽を治し，痰を除き，麦門，薄荷は，肺を潤し痰を化し，香附子は鬱を開き，調經の役割を果すのである。

▶ 香月牛山『牛山方考』

婦人が，諸虚百損，五勞七傷のため，月経が調わず，形体が羸瘦し，潮熱を發する勞咳骨蒸<sup>②</sup>の症に，逍遙散に陳皮，貝母，莎草(香附子)，地骨皮，知母，麦門冬を加え，滋陰至宝湯と名づけて用いる。男女を問わず，虚勞，咳嗽，發熱，自汗などの症を治す妙剤である。

① 肝脾(かんび)：五行説の肝と脾。

② 勞咳骨蒸(ろうがいこつじょう)：肺結核など。

紫雲膏(しうんこう)

清水いはね

1 出典

▶ 華岡青洲『春林軒膏方』

頭部の白癬で皮膚が乾燥して枯れ枝のような状態，白い斑状で痒みがあり髪が抜けた状態，手足のあかぎれやひびわれなどの症状を治療する。

2 構成

紫根 100～120，当帰 60～100，豚脂 20～30，黄蠟 300～400，ゴマ油 1,000

3 適応病態

A 自覚症状(Symptom)

- ・皮膚の乾燥，荒れ，痛み：外傷，熱傷，皮膚の滲出物が多く湿潤している場合には適さないが，必ずしも乾燥したものに限ることはない。
- ・痔核や肛門裂傷に伴う疼痛。

B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：不定

4) 腹診

文献なし。

C 体力のしぼり

弱 外用処方 強

D 適応(Indication)

ひび，あかぎれ，しもやけ，魚の目，あせも，ただれ，外傷，火傷，痔核による疼痛，肛門裂傷，湿疹・皮膚炎

4 使用上の留意点

禁忌として，①本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者，②重度(重症)の熱傷・外傷のある患者，③化膿性の創傷で高熱のある患者，④患部の浸潤やただれのひどい患者には投与しないこと。

5 日本古典

A 処方解説

▶ 本間棗軒『瘍科方笈』

紫雲膏は肌肉を潤し，疼痛を止め，肉を長ずる。

(前略)湯傷，火傷には早く乾かす敷薬(ふやく)<sup>①</sup>はか

えってよくない。急に癒えると必ず内攻する。まず紫雲膏を塗って潤し、患部が腐爛し膿水が十分に出て火毒が尽きたころ、白雲<sup>②</sup>を貼して癒すべきで、内服は四順清涼飲がよい。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函』

紫雲膏は肌を潤し、肉を平にし、瘡痕の変色したものに貼すると常に復す。

#### ② 治験

##### ▶ 本間棗軒『瘍科秘録』

ある男が耳が聴こえなくなり、数年を経て治を請うた。まず紫雲を耳中に数日滴入し、そのあと水銃(スポイト)で温湯を耳中へ射注すると、炒り豆を割ったような物が2片出て、さらに脂(やに)のようなものが多く出て宿痂は脱然として去り、耳がよく通った。のちのちもこの手段で耳聾を療治し、奇験を得たことが多い。

##### ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

60歳の男がかつて痰咳を患い、これに痔が加わった。

ある日脱肛して収まらず疼痛が甚だしい。一医が大黃牡丹皮湯および承気丸<sup>③</sup>で下すこと4~5日、痰はますます甚だしく、昼夜ものによりかかったまま臥すことができず、肛痛もまた甚だしい。私が診たところでは、いわゆる肺と大腸とは表裏するものであるため、下剤でみだりに腸中を腸滌したことから、その害が延いて肺部に及んだのである。まず上を寧(やすん)じて下をも和すべしと、麦門冬湯加五味子、阿膠、黄連を与え、下に紫雲膏を貼した。服すること4~5日で咳嗽はゆるみ、肛門もまた縮小した。終始前方を持重して病は全快した。

① 敷薬(ふやく)：患部の周囲に塗る薬泥。

② 白雲(はくうん)：麻油、白蠟、唐土、椰子油、樟腦、輕粉(清洲)。

③ 承気丸(じょうきがん)：大黃、硝石の2味(東洞)。

## 四逆散(しぎやくさん)

新谷卓弘

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』少陰病篇

少陰病で、手足が冷たくなり、咳がでたり、動悸がしたり、小便が出にくかったり、腹痛したり、あるいは、裏急後重を伴うような下痢であったりするならば、四逆散で治療する。

### 2 構成

柴胡 2~5, 芍薬 2~4, 枳実 2, 甘草 1~2

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・心窩部から季肋部にかけての苦満感(胸脇苦満)
- ・腹痛
- ・下痢：陽証の下痢で、臭いが強く排便後に肛門が焼けるように熱く感じたり、排便後すぐ便意を催したり(裏急後重)、腹痛があり便意があるのになかなか便が出ないような「しぶり腹」のことが多い。
- ・精神神経症状：不安、抑うつ、不眠など。
- ・手足の冷え
- ・咳
- ・動悸

#### B 他覚所見(Sign)

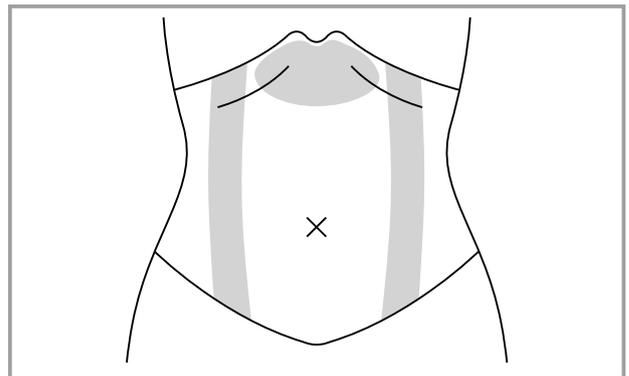
- 1) 望診：白っぽい顔をしていることが多い。表情が暗

いことがある。

2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白苔を伴い、やや乾燥していることが多い。

3) 脈診：緊で弦のことが多い。

4) 腹診



腹力 中等度(3/5)

腹証 ◎ 腹直筋攣急

◎ 胸脇苦満

○ 心下痞鞭

△ 腹痛

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以上で、胸腹部に重苦しさがあり、時に不安、不眠などがあるものの次の諸症：胃炎、胃痛、腹痛、神経症

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 和田東郭『蕉窓方意解』**

四逆散は大柴胡湯の変方で、その目標とする腹形は、心下および両肋下につよい凝り聚りがあってそれが胸中にまで及ぶほどであり、また両側の脇腹もつよく拘急する。

**▶ 尾台榕堂『類聚方広義』**

四逆散は、痢疾<sup>①</sup>で何日も下痢が止らず、胸脇苦満、心下痞塞があり、腹中が結実<sup>②</sup>して痛み、裏急後重する

者を治す。

四逆散を用いる下痢の症は、真武湯の症と誤認され易い。また、桂枝人参湯とともに協熱痢<sup>③</sup>を治すが、表裏の別があるので精診して鑑別しなければならない。

**B 治験****▶ 和田東郭『蕉窓雑話』**

ある婦人が、産後にひどい鬱冒となった。按摩をしたり、黒薬を用いたりしたが効果がない。私が診ると、胸脇苦満が甚しく、これを圧してもキュツともいわず、動悸も何もなく、すでに嘔吐をもよおす状態であった。そこで四逆散に生地黄、紅花を加えて用いたところ、急速に鬱がなくなった。

注<sup>2</sup>) しぶり腹とは、残便感があり、繰り返し腹痛を伴う便意を催すものことである。

- ① 痢疾(りしつ)：下痢、特に下痢を伴う感染症をいう。それ以外の下痢は泄瀉と呼んで区別した。
- ② 結実(けつじつ)：堅く張ること。
- ③ 協熱痢(きょうねつり)：裏(体内)が冷え、表(体表)に熱があるときの下痢。

**四君子湯(しくんしとう)**

新谷卓弘

**1 出典****▶ 『太平惠民和劑局方』一切気門**

身体内部を養う榮気と、外表面を守る衛気とがともに虚し、五臓六腑が虚弱で上腹部付近が張って苦しく、まったく食欲がなく、腸が鳴り下痢し、嘔吐やしゃっくりがでるような人に用いるとよい。(中略)常用すると、胃腸の機能を整え、食欲を増して、外からの邪気の侵入を防ぐ効能がある。

**2 構成**

人参 3～4、白朮 3～4(蒼朮も可)、茯苓 4、甘草 1～2、生姜 0.5～1、大棗 1～2

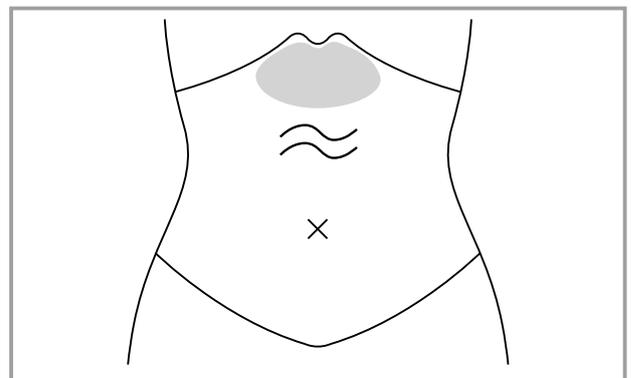
**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・食欲不振：食べられないわけではないが、食欲がわかない。
- ・胃部の不快感、膨満感：特に食後に膨満感を生じやすく、眠気も伴いやすい。
- ・悪心、嘔吐
- ・腹鳴
- ・下痢：軟便が多く、腹痛はほとんど伴わない。

- ・全身倦怠感、四肢倦怠感
- ・風邪を引きやすい。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：羸瘦し顔色が悪いことが多い。貧血様で、眼光も鈍いことが多い。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は無苔か薄い白苔を被り、湿潤していることが多い。
- 3) 脈診：沈細弱のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 振水音

○ 腹鳴

- △ 心下痞
- △ 膨満感(心下部)

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力虚弱で、痩せて顔色が悪くて、食欲がなく、疲れやすいものの次の諸症：胃腸虚弱、慢性胃炎、胃のもたれ、嘔吐、下痢、夜尿症

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

四君子湯は、脾胃が調わず飲食を思わないものを治す、補気<sup>①</sup>一切の本薬である。

#### ▶ 福井楓亭『方説弁解』

四君子湯は六君子湯に比べると、陳皮、半夏がないので、痰飲<sup>②</sup>を逐う効が少ない。そのため今は痰飲には用いず、後世では気虚<sup>③</sup>のものに四君子湯、血虚<sup>④</sup>のものに四物湯を用いるという。

### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

痔の痛みが甚だしいもので、四君子湯、補中益気湯が効果をみせる虚痛証<sup>⑤</sup>がある。

四君子湯を用いるにあたっての、大まかな口訣が1つある。唇の血色が少ないときは、四君子湯正面の症と考えてよい。ただし、これは痔や下血の病人を診るときの口訣である。補中益気湯は手足倦怠という1つの症を目的とり、四君子湯は面色の萎黄<sup>⑥</sup>と唇の血色が少ないことの2つを目的として用いる。これが補中益気湯と四君子湯との鑑別点である。補中益気湯の場合でも面色の萎黄がないわけではなく、また四君子湯の場合にも手足倦怠がないわけではないが、「口訣」とは、万が一にも外れることのない症のみを目的とすることである。

### B 治験

#### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

ある男が痔を患って直腸突出(脱肛)し疼痛が甚だしかったが、四君子湯を用いて全治した。

- ① 補気(ほき)：元気不足を補うの意。
- ② 痰飲(たんいん)：胃内停水、留飲。
- ③ 気虚(ききょ)：元気がなく、動作が活発でないこと。
- ④ 血虚(けつきょ)：貧血、循環異常を含めた体力の低下。
- ⑤ 虚痛証：虚証で痛みのあるもの。
- ⑥ 原本のまま「萎黄」としておくが、「萎黄」が適当と思われる。萎は「しびれる」、「萎」は「しぼむ」の意。

## 梔子柏皮湯(ししはくひとう)

山田享弘

## 1 出典

### ▶ 『傷寒論』陽明病篇

急性熱性疾患の経過中に黄疸を発現し、発熱する人は、梔子柏皮湯で治療する。

## 2 構成

山梔子 1.5～4.8, 甘草 1～2, 黄柏 2～4

## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・ 黄疸：発熱はある場合とない場合とあり、悪心、嘔吐、腹満、胸脇苦満などはないが、胸中の煩わしい感じ(心煩)がある。皮膚の瘙痒感、発赤、色素沈着などのみられることがある。黄疸は茵陳蒿湯より軽症である。

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：黄疸のみられることがある。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診  
文献が少ない。

### 【参考】

- 腹力 不定
- 腹満なし(陰性所見)

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度で熱感があり、時に痒みがあるものの次の諸症：皮膚炎、皮膚の痒み、目の充血

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説**

## ▶ 吉益東洞『方極』

黄疸があり、発熱し、胸中が煩わしく感じる人。

## ▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』

(上略)この方は、黄疸し、発熱し、心煩するが、下しではいけない場合に使用する。口舌の病に使用することが出来る。

## ▶ 有持桂里『稿本方輿輦』

梔子柏皮湯は黄疸で熱の強いものに用いる。この場合に便秘していれば、先ず茵陳蒿湯を用い、そのあとで、

この方を用いる。もし心胸にかかって便秘していれば、梔子大黄湯を用いる。およそ黄疸は多かれ少なかれ心胸にかかるものであるが、梔子大黄湯ほど心胸にもっばらかかるものではない。およそ黄疸になろうとする者は、発黄前から胸が気持ちわるいものである。それ故、熱があつて、胸の気持ちわるいときは、いつでも黄疸に意をそそぐがよい。梔子大黄湯は、心中懊惱或いは熱痛が目標である。

**B 治験**

## ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

28歳の男性、やや痩せ型の体質である。10日ほど前から、軽微の黄疸となったが、食欲、大小便ともに、ほとんど異常がないという。腹診しても、特に変わったところはない。口渇も、嘔吐もない。そこでこの方(梔子柏皮湯)を与えたところ、7日分の服用で、黄疸はまったく消失した。

**七物降下湯**(しちもつこうかとう)

新谷卓弘

**1 出典**

大塚敬節の創方。

**2 構成**

当帰 3～5、芍薬 3～5、川芎 3～5、地黄 3～5、釣藤鈎 3～4、黄耆 2～3、黄柏 2

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・のぼせ、肩こり、頭重、めまい：高血圧に随伴する症状。
- ・耳鳴
- ・易疲労
- ・冷え

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：痩せ型で貧血様顔貌のことが多い。皮膚は乾燥していることが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡白紅色で、舌苔は無苔のことが多い。
- 3) 脈診：沈細洪のことが多い。
- 4) 腹診  
文献が少ない。

**【参考】**

腹力 中等度以下(1/5～3/5)

**C 体力のしぼり**

弱      強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で、顔色が悪くて疲れやすく、胃腸障害のないものの次の諸症：高血圧に伴う随伴症状(のぼせ、肩こり、耳鳴り、頭重)

**4 使用上の留意点**

地黄を含むため胃腸症状の出現することがある。

**5 日本古典****A 処方解説**

## ▶ 大塚敬節『大塚敬節著作集』

七物降下湯に配剤されている釣藤鈎と黄耆についての論説がある。すなわち、釣藤鈎には、脳の毛細血管を拡張して、痙攣を抑制する効果があると想定されている。また、黄耆にも毛細血管拡張の効果があると考えられている。そこで、これらをヒントに七物降下湯を考案した。

## ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

本人が52歳の時、右眼の眼底出血のため明暗すら弁別できない状態に陥った。この際、八味丸、黄連解毒湯、抑肝散、炙甘草湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、解勞散などを服用したが、視力低下を改善させることはできなかった。そこで、四物湯に釣藤鈎、黄耆、黄柏を加えたもの

を創案して服用したところ、血圧が低下し失明を免れた。その後、馬場辰二から同方に「七物降下湯」と名付けてもらった。(要約)

#### ▶ 山田光胤『漢方処方応用の実際』

虚証ながら胃腸の働きがよい人の、血圧亢進に用いる。すなわち、病気が長びいて体力が低下し、あるいは元来体質が虚弱な人で、血圧が高く、息切れ、頭痛などがあり、あるいは腎硬化症(慢性腎炎)の傾向があって、尿に蛋白を認めるものもある。

なお四物湯を服用して、食欲が減少したり、腹痛や下痢などをおこすような人には用いられない。

#### B 治験

##### ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

私は自分の経験から、七物降下湯を用いるコツを覚え

た。そして疲れやすく、最底血圧の高いもの、尿中に蛋白を証明し、腎硬化症の疑のあるもの、腎炎のための高血圧症などに用いてみた。

先ず最初に用いたS氏は57歳の男子、頭が重く、血圧は168～100であり、尿中にズルフォで蛋白(+)であったが、これを用いて1か月後には、150内外～90内外と下り、2か月後には蛋白は陰性となり、血圧も140内外～80内外となった。この患者は最近友人をつれて来院したが、その後血圧はずっと安定していて高くないという。

## 四物湯(しもつとう)

鈴木邦彦

### 1 出典

#### ▶ 『太平惠民和劑局方』婦人諸疾門

気血の働きである榮衛を調節し、その不足を補い、気血を養い、衝脈・任脈の虚損、月経不順、月経困難による腹痛や不正出血、瘀血による下腹部のしこりや時に起こる痛み、妊娠中に冷えて、さらに養生を欠いたため、胎児が安定せず出血が止まらない場合、および産後の衰弱した状態に風寒の邪が体内に侵入することで、産後の悪露が下らず、結ばれて塊りを生じ、下腹部が硬く痛み、時には悪寒・発熱を起こした状態を治療する。

### 2 構成

当帰 3～5、芍薬 3～5、川芎 3～5、地黄 3～5

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

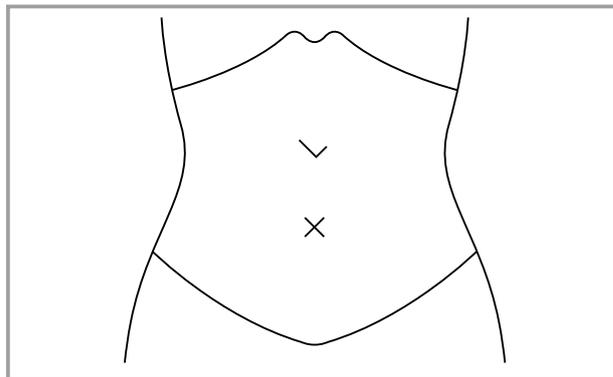
- ・乾燥性の皮膚疾患、しみ
- ・冷え症、手足の冷え、しもやけ
- ・月経異常：月経困難、月経不順、過多月経など
- ・不妊症、産前産後の疲労症状
- ・不眠
- ・血の道症<sup>注1)</sup>

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：体格中等度からやや虚弱。貧血様の顔色で皮膚粘膜は乾燥している。
- 2) 舌診：舌質は淡白色、乾燥傾向、舌苔は少ないことがある。

3) 脈診：結代または沈弱のことが多い。

4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ◎ 腹部動悸(臍上悸)

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5 強

#### D 適応(Indication)

体力虚弱で、冷え症で皮膚が乾燥、色つやの悪い体質で胃腸障害のないものの次の諸症：月経不順、月経異常、更年期障害、血の道症<sup>注1)</sup>、冷え症、しもやけ、しみ、貧血、産後あるいは流産後の疲労回復

### 4 使用上の留意点

地黄を含むため胃腸症状の出現することがある。

婦人の聖薬とされているが単剤で使用されることは少なく、血虚を改善する目的で加減合方されることが多い。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

四物湯は血熱、発熱、あるいは寒熱往来、あるいは夕方発熱して頭目がはっきりしないもの、あるいは煩躁して眠れず胸膈が脹るもの、あるいは脇が痛むものを治す一切の補血の本薬である。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

四物湯は、『和剂局方』の主治から薬品を考勘すると、血道を滑らかにする手段として使用するものである。それゆえ血虚はもちろんのこと、瘀血、血塊の類が臍腹に滞積して種々の害をなすものに用いると、たとえば戸障子の開閉にきしむ時、上下の溝に油を塗るように活血して通利をはかるのであって、一概に血虚を補うものとするのは正しくない。

和田東郭の説に、任脈に動悸を發し、水分の穴にあたって動築が最も激しいものは、肝虚の症に疑いなく、肝虚すれば腎もともに虚し、男女に限らず必ずそこの動築が激しくなるものであり、これを地黄を用いる標的とする。世医の多くはこの標的を知らず、みだりに地黄を用いるために効を得ることができないとあり、これはまたこの方の要訣とすべきものと思う。

## B 治験

## ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある男が治を乞い、診ると周身の肌膚が甲錯<sup>①</sup>して、魚鱗のようで、小腹拘急、脈数、消食善饑、氣逆し、暴怒して自らを制することができない。世医は腎虚として滋補の剂八味丸を投じたので、氣逆はますます甚だしく、肌膚の甲錯も常に倍した。私が黄連解毒湯に四物湯を合して与えると、服すること数句で諸症は漸次治った。

25～26歳の婦人が、産後に頭眩が甚だしく立つことができず、激しい時は船中に座ったように身体が動揺し、蓐につかずに傍の人に身体をおしてもらい口を閉じてこれをしのぐが、足心手掌に粘汗が出て衣に汚着する。飲食は常のごとくで脈は平に近い。このようにして1年あまり、衆医が治療したが験がない。私が苓桂朮甘湯合四物湯(連珠飲と名づける)を与え、激しい時は妙香散<sup>②</sup>を服ませたところ、病は徐々に減じ、産後3年にて全癒した。

注<sup>1)</sup> 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

① 甲錯(こうさく)：瘀血の外症と考えたもので、皮膚が魚鱗のようにながさがさしているもの。俗にさめはだ。

② 妙香散(みょうこうさん)：黄耆、茯苓、茯神、薯蕷、遠志、人參、桔梗、甘草、辰砂、麝香、木香の11味(和剂局方)。

## 炙甘草湯(しゃかんぞうとう)

鈴木邦彦

## 1 出典

## ▶ 『傷寒論』太陽病下篇

急性の熱性疾患で、脈が結代して、動悸を自覚する時には炙甘草湯で治療するとよい。

## ▶ 『金匱要略』血痺虚勞病篇

体力が低下した状態で発汗して苦しみ、脈が不整で動悸がある人を治す。日常の行動に異常がない人でも、100日以内に危険な状態に陥る。急な場合は11日で死亡する。

## ▶ 『金匱要略』肺痿肺癰咳嗽上気病篇

慢性の呼吸器疾患で咳嗽や咯痰が多く、胸がムカムカして悪心がある人に使用する。

## 2 構成

炙甘草 3～4、生姜 0.8～1(ヒネシヨウガを使用する場合 3)、桂皮 3、麻子仁 3～4、大棗 3～7.5、人參 2～

3、地黄 4～6、麦門冬 5～6、阿膠 2～3

## 3 適応病態

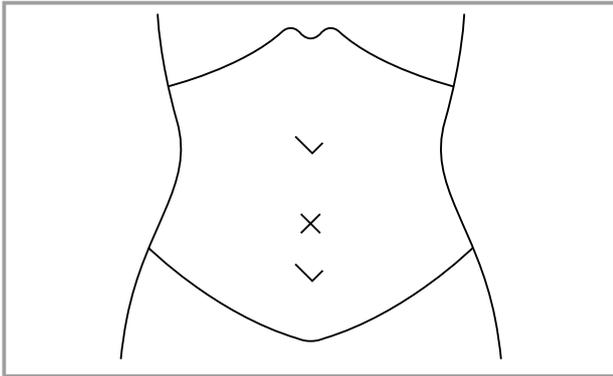
## A 自覚症状(Symptom)

- ・ 動悸、息切れ：脈の不整はない場合もある。神経症、心気症傾向は少ない。
- ・ 手足の不快感ほてり(煩熱)
- ・ 口乾
- ・ 皮膚乾燥
- ・ 便が硬い、やや便秘傾向
- ・ 疲労倦怠感

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：栄養状態やや低下し、皮膚乾燥のことがある。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：脈が不整のことがある。

## 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 腹部動悸

## C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、疲れやすく、時に手足のほてりなどがあるものの次の諸症：動悸、息切れ、脈の乱れ

## 4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

地黄を含む処方であり、胃腸が虚弱で食欲もなく、下痢傾向がある人は、症状が悪化する場合がある。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 北尾春圃『当荘庵家方口解』

炙甘草湯は仲景の方であり、十全大補湯もこの方を本としてできたとある。本方の組み立て方にはたいへん妙味があり、私はひどい虚症で熱があって疲労した病人に用いることがある。

涼しくして元気を補うのが本方の意である。平補と冷補の中間に位する薬で面白い。温補を用いれば燥気にさわるようなものに用い、心を補い上焦の元気を補う。この補心の意はあまり知る人がいない。

## ▶ 目黒道琢『餐英館療治雑話』

虚勞の証で起居、言語、飲食などはふつうで、ただ羸瘦して脈が極めて虚数または細数といった証はいわゆる脈病で、素人目にはとても死ぬようには見えないが、半年か1年で必ず危機が訪れる。とかく脈遅の病人は癒えやすく、脈が至って数のものは当座の形色は良好でも不治に至ることが多い。虚勞、脈虚数、腹内一面に悸動があり、巨里の動<sup>①</sup>が高いようなものは、たとえ形色がよくとも遊魂の仮息ともいふべきもので、結局は鬼簿を免れない。寒熱を発して咳嗽、自汗、盗汗、胸中痞悶、眩暈、耳鳴、夢中独語、悪夢をみるなど種々の異証を現し、腹は臍下から心下一面に動悸があり、巨里の動が強いという証には、「脈虚数と腹の動悸」を目標として、迷わず炙甘草湯を久服させるべきである。

① 巨里の動(きよりのどう)：心尖部の拍動。

## 芍薬甘草湯・芍薬甘草附子湯(しゃくやくかんぞうとう・しゃくやくかんぞうぶしとう) 鈴木邦彦

## 1 出典

[芍薬甘草湯]

## ▶ 『傷寒論』太陽病上篇

急性熱性疾患で、脈が浮いていて、自然発汗があり、頻尿で、胸苦しく、軽い悪寒があり、下肢に痙攣(こむら返り)を起こした時に、誤って桂枝湯を与えたところ、冷えて咽が乾き、悶え苦しみ、嘔吐することがある。このような人には甘草乾姜湯を与える。冷えが改善し、足が温まった場合には、さらに芍薬甘草湯を作って与えるといふ。

[芍薬甘草附子湯]

## ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

汗を発しても病気が回復せず、逆に悪寒がする者は虚

になったため、芍薬甘草附子湯で治療する。

## 2 構成

[芍薬甘草湯]

芍薬 3～8, 甘草 3～8

[芍薬甘草附子湯]

芍薬 3～10, 甘草 3～8, 加工ブシ 0.3～1.6

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

[芍薬甘草湯]

・骨格筋の痙攣と疼痛：四肢や腹部・腰背部などの急迫性の激しい筋痙攣。

- ・平滑筋の痙攣と疼痛：消化管・胆嚢・気管支・尿管などの平滑筋の痙攣による疼痛、月経痛や吃逆などにも応用できる。
- ・小児の夜啼き、乳児の嘔吐症。

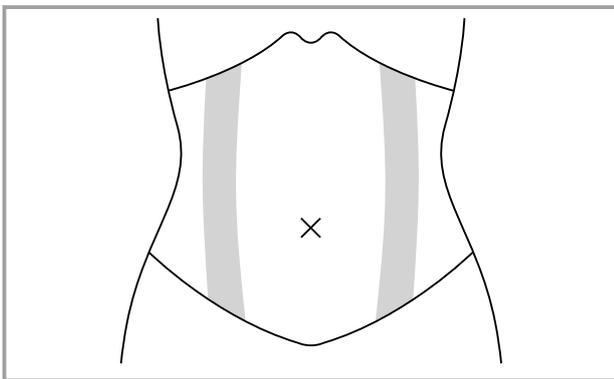
[芍薬甘草附子湯]

- ・芍薬甘草湯の証で悪寒・冷え症状のある人。

**B 他覚所見 (Sign)**

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：痛みのため、緊のことがある。
- 4) 腹診

[芍薬甘草湯]

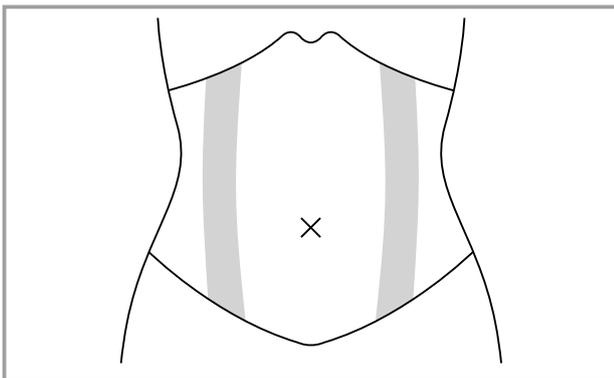


腹力 中等度以下 (1/5～3/5)

腹証 ◎ 腹直筋攣急

[芍薬甘草附子湯]

文献が少ない。



**C 体力のしぼり**

[芍薬甘草湯]

弱 **1 2 3 4 5** 強

[芍薬甘草附子湯]

弱 **1 2 3 4 5** 強

**D 適応 (Indication)**

[芍薬甘草湯]

体力にかかわらず使用でき、筋肉の急激な痙攣を伴う

痛みのあるものの次の諸症：こむらがえり、筋肉の痙攣、腹痛、腰痛

[芍薬甘草附子湯]

体力中等度以下で、冷えを伴うものの次の諸症：こむらがえり、筋肉の痙攣、胃痛、腹痛、腰痛、神経痛

**4 使用上の留意点**

[芍薬甘草湯]

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、うっ血性心不全、心室細動、心室頻拍 (Torsades de Pointes を含む)、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

[芍薬甘草附子湯]

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

[芍薬甘草湯]

▶ 吉益東洞『方極』

芍薬甘草湯は、拘攣急迫するものを治す。

▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

芍薬甘草湯は、腹中攣急して痛むもの、また小児が夜啼してやまず、腹中の攣急が甚だしいものに奇効がある。

▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

芍薬甘草湯は、脚の攣急を治すのが主であるが、諸家は、腹痛および脚気で両足あるいは膝頭が痛んで屈伸できないもの、その他諸急痛に運用する。また釣藤、羚羊を加えて、驚癇<sup>①</sup>の勁急を治す。また松心<sup>②</sup>を加えて、淋痛が甚だしく昼夜号泣するものを治す。また蠱毒で諸薬を服して羸劣し、骨節が痛んで攻下できないものに、松心を加えて効があり、あるいは虎脛骨を加えるのも佳という。

[芍薬甘草附子湯]

▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

芍薬甘草附子湯は発汗後の悪寒を治療するのみならず、芍薬甘草湯の証で陰位の者を治療する。冷えによる腹痛や関節痛などにも使用する。一般に下半身の冷えに対して、腰の冷えには苓姜朮甘湯、下肢の冷えには本方がよい。

**B 治験**

[芍薬甘草湯]

## ▶ 吉益東洞『建殊録』

20歳ばかりの男子が跟痛(こんつう)<sup>③</sup>を患い、錐(きり)で刺し、刀でえぐるように痛み、触れ近づくことができず、衆医も処方にも窮した。ある瘍医が、膿があるとて切開したが効果がないので、先生を迎えた。先生が診ると、腹皮が攣急し、按(お)しても弛むことがない。そこで、芍薬甘草湯と判断して投与すると、1服で痛みがやんだ。

## ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある男が、左の脚が腫痛、攣急して屈伸し難く、数か月間治らなかつた。多くの医師は風湿としたが、私が診たところでは、熱も痺もなく、病はひとえに筋脈にあり、疝によるものであるので、芍薬甘草湯に大黃附子湯<sup>④</sup>を合して服ませ、当帰蒸荷葉礬石<sup>⑤</sup>を熨劑として用いると、数旬で治癒した。

## ▶ 山田業精『井見集 附録』

生後60～70日の小児が、突然に心腹急痛の模様で泣き声がやまず、乳を与えても吐いて納まらず、大便が1昼夜通ぜず、小便は短少で、頭面および四肢は厥冷、腹部は温かで胸満し拘攣している。手で按(あん)じると快いようで、しばらくは目を閉じて黙然となる。よって芍薬甘草湯の煎汁で紫丸<sup>⑥</sup>十粒を送下させると、すぐに二便が快利し、これに随って諸症も霍然と去った。

① 驚癇(きょうかん)：ひきつけ。

② 松心(しょうしん)：茯苓の中心部。

③ 跟痛(こんつう)：かかとの痛み。

④ 大黃附子湯(だいおうぶしとう)：大黃、附子、細辛の3味(金匱)。

⑤ 当帰蒸荷葉礬石(とうきじょうかようばんせき)：当帰、黃柏、忍冬、荊芥、甘草、荷葉、礬石の7味(浅田家方)。

⑥ 紫丸(しがん)：紫円、代赫石、赤石脂、巴豆、杏仁の4味(千金)。

**十全大補湯**(じゅうぜんたいほうとう)

鈴木邦彦

**1 出典**

## ▶ 『太平惠民和劑局方』諸虛門

男女ともに過勞や病氣により食欲が低下し体力が衰え、時々発熱し身体が痛み、夢で遺精し、顔色は不良で足の力が弱り、病後に氣力が回復せず、気分も憂鬱で氣血が損われ、呼吸困難や咳をして腹が張り、腎や脾の働きが衰え、全身が煩わしく悶えるような状態を治療する。この薬方の性質は温で熱というほどではない。穏やかな補劑で効果がある。氣力を増して精神を活発にし、脾の機能を高め、口渴を止め、正気をめぐらし、病邪を除くのである。脾胃を温め、その効果は広範囲に及び、詳しく述べるできないくらいである。

**2 構成**

人參 2.5～3、黃耆 2.5～3、白朮 3～4(蒼朮も可)、茯苓 3～4、当帰 3～4、芍薬 3、地黃 3～4、川芎 3、桂皮 3、甘草 1～2

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・疲労倦怠感：全身状態の改善に所用されるが、特に悪性腫瘍に伴う体力低下、膠原病の体質改善に使用される。ただし、活動性病変や、熱の高い人には使用されない。

- ・食欲不振：ただし、嘔吐・下痢などで胃腸が極端に弱っている人では、かえって胃腸障害を起こすことがあるので慎重に使用する。

- ・手足の冷え

- ・寝汗

**B 他覚所見(Sign)**

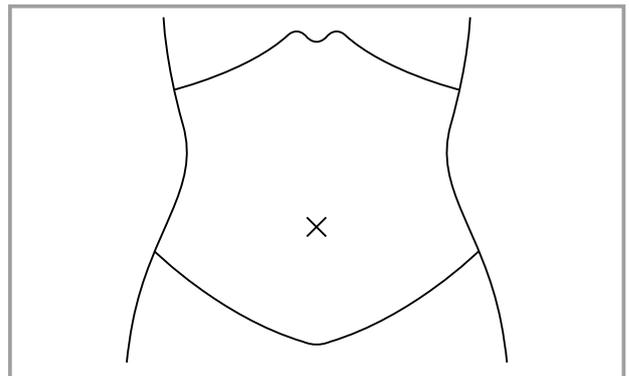
1) 望診：瘦せ型で顔色不良・皮膚乾燥傾向のことが多い。皮膚粘膜のびらんを伴うことがある。

2) 舌診：舌質は乾燥傾向で菌痕がみられることがある。舌苔は薄白苔のことがある。

3) 脈診：沈、虚のことが多い。

4) 腹診

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

**C 体力のしぼり**弱 1 2 3 4 5 強**D 適応(Indication)**

体力虚弱なものの次の諸症：病後・術後の体力低下，疲労倦怠，食欲不振，寝汗，手足の冷え，貧血

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシー，肝機能障害，黄疸に注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』**

十全大補湯は，気血ともに虚して発熱悪寒，自汗盗汗，肢体倦怠，あるいは頭痛眩暈，口が乾いて渴をなし，久病虚損，遺精白濁<sup>①</sup>，大・小便に出血があり，小腹<sup>②</sup>が痛み，小便短少，大便が乾き渋るもの，あるいは咳して利せず，虚勞不足<sup>③</sup>，五勞七傷<sup>④</sup>，飲食の進まないものを治す。

十全太(大)補湯は，産後の要薬である。産後の諸虚百損，五勞七傷，自汗盗汗，諸熱にも，十全大補湯を用いて効を得ることがある。

産後，乳汁が自ら出てしまう場合に十全大補湯を用いる。また出産前に乳が出てしまうものにもよい。

**▶ 北尾春圃『当莊庵家方口解』**

十全大補湯は，気血両虚の虚冷したものに用いる方剤である。虚が甚だしいときには附子を加える。

本方は，心下が空虚で按さえることを好み，あるいは熱手で温めると快く感ずるのを目当てとして用いる。

本方は，仮熱<sup>⑤</sup>を去る剤である。

本方は，虚人でときどき腹痛するものによいことがある。

**▶ 和田東郭『蕉窓方意解』**

十全大補湯は，気血ともに虚し，発熱悪寒，自汗盗汗，肢体倦怠，頭痛眩暈，口乾いて渴をなすものを治す。また久病虚損，口乾いて食少なく，咳して下利，驚悸発熱，あるいは寒熱往来，盗汗自汗，晡熱内熱，遺精白濁，あるいは二便血を見て小腹痛みをなし，小便短乾，あるいは大便滑泄，肛門下墜，小便頻数，陰茎癢痛<sup>⑥</sup>などの症を治す。

十全大補湯の主治は，薛氏の述べるところに従うとよい。黄芩(者)を用いるのは，人参に力を合わせて自汗盗汗を止め，表気を固めるためである。肉桂を用いるのは，人参，黄芩に力を合わせて遺精白濁，あるいは大便滑泄，小便短少，あるいは小便頻数を治し，また他の九味の薬を引導してそれぞれの病処に達するのである。

**▶ 津田玄仙『療治経験筆記』**

人参養榮湯<sup>⑦</sup>，十全大補湯，帰脾湯の類は，皆後人が仲景の黄耆建中湯<sup>⑧</sup>に倣って組みたてた変方である。薬品は変わっていても方意はほぼ同様である。したがってその目的も同じことではあるが，三方の心得はそれぞれに少しずつの区別がある。人参養榮湯は津液の枯竭を目的にとる。十全大補湯は気血の虚寒<sup>⑨</sup>を目的にとる。帰脾湯は心脾の血虚<sup>⑩</sup>を目的とする。これが三方の区別である。

**▶ 浅井貞庵『方彙口訣』**

本方は，気血両虚で盗汗の出るものに用いる。

本方は，気血ともに不足して目眩するものに用いる。これは気血両虚で陰寒<sup>⑪</sup>を帯びるものである。産後の血量にも使ってよい。もし痰<sup>⑫</sup>を挟む場合には，陳皮，半夏の二味を加える。

本方は，気血の不足からくる歯痛に用いる。したがって老人の歯痛によい。

本方は，心労で気血が不足して生じた眼病に用いる。

**▶ 華岡青洲『瘍科方笈』**

十全大補湯は，潰瘍で発熱するもの，悪寒するもの，痛むもの，膿の多いもの，膿が稀薄なもの，自汗盗汗のあるもの，膿が自潰しないもの，潰れたあと瘻孔がふさがらないものなどを治す。

**B 治験****▶ 浅田宗伯『先哲医話』**

60歳ばかりの男が中風を患い，他医の治療を受けたが効がなく，私の治を求めた。私は診察の後「速やかに治るのを望むと，3年で必ず再発して不治となる。じっくりと治療すれば，15～16年は寿命が延びる。いずれかを選ぶように」と告げた。病者は「ただらだと長引くのは堪えられません。速やかな治療を望みます」というので，異功散<sup>⑬</sup>加烏薬，白芷，青皮を作って与えると，50貼を服用して全癒した。しかし，3年後には予言した通りとなった。門人が緩治の法を問うてきたので，私は「十全大補湯がよい」と答えた。(北山友松子)

**▶ 浅田宗伯『橘窓書影』**

ある妻女が，暑疫<sup>⑭</sup>にかかって数日治らず，虚羸(るい)<sup>⑮</sup>，煩熱，脈微細，手足微冷，飲食ができず米飲を少量啜るだけとなった。私は，上熱下冷として既濟湯<sup>⑯</sup>を与えると2～3日で元気がやや回復し，食も少し進むようになった。しかし突然異血を多量に下し，舌上乾燥，身熱を發し，精神恍惚となって危篤に陥った。そこで，黄土湯<sup>⑰</sup>を服ませると1昼夜で下血が止んで精神爽然となり，その後は十全大補湯で調理して全治した。

40歳余の妻女が，経水漏下<sup>⑱</sup>である日血塊を数箇下し，精神昏憤，四肢厥冷<sup>⑲</sup>，脈沈微，冷汗が流れるように出

て、衆医は手をつかぬた。私が茯苓四逆湯<sup>⑩</sup>を与えると、厥冷は癒え精神は常に復した。しかし腹痛、漏下が止まないで千金大阿膠湯<sup>⑪</sup>を与えると、腹痛は止んだがなお漏血が多く、顔色青惨、少気<sup>⑫</sup>して動くことが出来ない。華蘆石散<sup>⑬</sup>を冷水中で飲ませると漏血はようやく止んだ。この後、十全大補湯で調理して常態に復した。

- ① 白濁：小便白濁。  
 ② 小腹(しょうふく)：下腹。  
 ③ 虚勞不足：体力が衰えて元氣不足する。  
 ④ 五勞七傷(ごろうしちしょう)：さまざまな原因によって、心身ともに疲労困憊すること。  
 ⑤ 仮熱(かねつ)：本来は寒症であるが発熱しているもので「真寒仮熱」ともいう。身体は熱いが衣服を被いたがる、口は乾くが水をあまり飲みたがらないなどの症状を呈する。  
 ⑥ 癢痛(ようつう)：癢は、むずむずする、痒いの意。  
 ⑦ 人參養榮湯(にんじんようえいとう)：同名異方が多い。ここでは、人參、黄耆、白朮、茯苓、地黄、当歸、芍薬、桂枝、陳皮、五味子、遠志、甘草の12味(和剤局方)。

- ⑧ 黄耆建中湯(おうぎけんちゅうとう)：小建中湯加黄耆(金匱)。  
 ⑨ 虚寒(きょかん)：氣血が虚して現れる全身の寒症。  
 ⑩ 血虚(けつきょ)：精神神経症状を伴った失血。  
 ⑪ 陰寒(いんかん)：陰部が冷えること。  
 ⑫ 痰(たん)：ここでは水飲のこと。  
 ⑬ 異功散(いこうさん)：四君子湯に陳皮を加えたもの(小兒葉証直訣)。  
 ⑭ 暑疫(しよえき)：暑期の流行病。  
 ⑮ 虚羸(きよるい)：衰弱して痩せる。  
 ⑯ 既濟湯(きさいとう)：竹葉、麥門、粳米、半夏、人參、甘草、附子の7味(易簡)。  
 ⑰ 黄土湯(おうどうとう)：阿膠、黄芩、黄土、甘草、白朮、附子、地黄の7味(金匱)。  
 ⑱ 経水漏下(けいすいろうげ)：性器の出血。  
 ⑲ 四肢厥冷(ししけつれい)：手足の末端から冷えること。  
 ⑳ 茯苓四逆湯(ぶくりょうしぎやくとう)：甘草、乾姜、附子、茯苓、人參の5味(傷寒)。  
 ㉑ 千金大阿膠湯(せんきんだいあきょうとう)：芎藭膠艾湯加阿膠(千金)。  
 ㉒ 少氣(しょうき)：浅薄で弱い呼吸。  
 ㉓ 華蘆石散(かしんせきさん)：硫黄、花蘆石の2味(和剤局方)。

## 十味敗毒湯(じゅうみはいどくとう)

田島康介

### 1 出典

十味敗毒湯は、『万病回春』の荊防敗毒散の薬味を華岡青洲が取舍選択して創製したもの。

### 2 構成

柴胡 2.5～3.5、桜皮(撲楸)2.5～3.5、桔梗 2.5～3.5、川芎 2.5～3.5、茯苓 2.5～4、独活 1.5～3、防風 1.5～3.5、甘草 1～2、生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合3)、荊芥 1～2、連翹 2～3(連翹のない場合も可)

### 3 適応病態

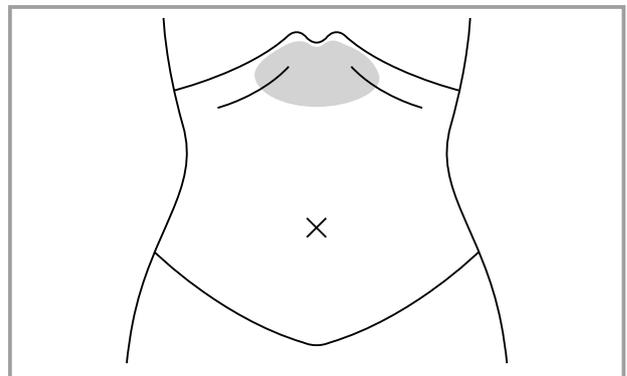
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・発疹：発赤腫脹、熱感、疼痛、痒みなどの炎症反応が強くみられることが多い。癰、癤の場合は発病数日以内に使用する。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚の化膿や湿疹などの異常を認めることが多い。乾燥はみられないことが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡紅色、舌苔は乾燥傾向の白苔を認めることがある。
- 3) 脈診：浮実、浮緊のことがある。

#### 4) 腹診



腹力 中等度以上(3/5～5/5)

腹証 ◎ 胸脇苦満

△ 心下痞鞭

#### C 体力のしばり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度なものの皮膚疾患で、発赤があり、時に化膿するものの次の諸症：化膿性皮膚疾患・急性皮膚疾患の初期、蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、水虫

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 華岡青洲『瘍科方笈』**

十味敗毒散(湯)は、癰疽および諸般の瘡腫が起こり、増寒、壮熱、痲痛するものを治す。

**▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』**

十味敗毒湯は、癰瘡および諸髓腫の初起の増寒、壮熱、疼痛を治す。

この方は青洲が荆防敗毒散<sup>①</sup>を取捨したもので、同方よりはその力が優っている。

**▶ 本間棗軒『瘍科秘録』**

癰疽の治方は、その初発に悪寒発熱、頭項強痛などの表証が備わったものには葛根湯、荆防敗毒散<sup>②</sup>、十味敗毒散を選出し、もっぱら発表すべきである。やや膿気を催したならば千金内托散<sup>③</sup>がよく、また伯州散<sup>④</sup>を兼用することもある。大青竜湯<sup>⑤</sup>の証もあるが、癰疽には石膏を禁ずるので、やむをえず用いる時は石膏を減少する。どのような稠膿<sup>⑥</sup>でも石膏を多く用いると稀膿となり、その時再び人参、黄耆を用いるとまた稠膿になる。(以下略)

**B 治験****▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』**

26歳の婦人。4年前お産後から胃腸のぐあいが悪くなり、顔ににきびのような発疹が出て膿を持ち、次々と繰り返して発現する。夏冬にかかわらず、少し痒みがあって、首すじや頭の中までできる。経済的に恵まれている身分なので、よいということはほとんどやったが、効果は少しも現れず、その他肩こり、のぼせ、足の冷え、頭重、眩暈などがあった。痩せ型の色白の美人型で、大便は4日に1回しかない。この患者には、十味敗毒散加連翹・

薏苡仁・大黃 0.2 として与えた。服用後便通が気持ちよくあり、膿疱もすっかり消退し、新しく出たものはすぐ治るようになった。皮膚科では不思議だといっていたよしである。

また6歳の男児が、顔面をはじめ全身に赤小豆大の疣様のものがたくさん出て、それがみな膿疱となり、1か月以上治らなかつた。これに十敗加連翹・薏苡仁を与えたが、14日間服用して全治した。

16歳の女性。3年前からの頑固な蕁麻疹で、毎夜床に入り、温まると全身に発疹し、癢痒を訴えて眠れない。いろいろ治療したが治らないという。昼間見ては何の変わりもない。少し搔いた跡が見えるだけである。皮膚が褐色なので、温清飲を与えたが、苦くてとてもめないという。そこで十敗加連翹・薏苡仁に代えたところ、1か月後著しく好転し、6か月続けたところ、3年来の蕁麻疹がきれいに治った。

**文献**

矢数道明：『漢方百話』。p266-7, 医道の日本社, 1960

- ① 『瘍科方笈』(青洲)記載の荆防敗毒散(回春)は、荆芥、防風、柴胡、羌活、独活、茯苓、川芎、前胡、甘草、人参、桔梗、枳実、薄荷、生姜の14味となっている。
- ② 荆防敗毒散(けいぼうはいどくさん)：荆芥、薄荷、前胡、桔梗、茯苓、枳実、羌活、独活、川芎、防風、柴胡、甘草、連翹、金銀花、生姜の15味(回春)。
- ③ 千金内托散(せんきんないたくさん)：桂枝、白芷、人参、桔梗、川芎、甘草、防風、厚朴、当帰、黄耆の10味(千金)。
- ④ 伯州散(はくしゅうさん)：蝮蛇、蟹、鹿角の3味(吉益東洞)。
- ⑤ 大青竜湯(だいせいりゅうとう)：麻黄、桂枝、甘草、杏仁、生姜、大棗、石膏の7味(傷寒)。
- ⑥ 稠膿(ちようのう)：濃い膿。

**潤腸湯(じゆんちやうとう)**

田島康介

**1 出典****▶ 『万病回春』大便閉門**

身体に熱感がありひどくのどが乾いて便秘するのは熱閉である。慢性病の人で体力が衰えて便秘するのは虚閉である。発汗過多によって便秘するのは体液不足による人である。風によって便秘するのは風閉である。老人の便秘は気血ともに不足して乾燥して便秘するのである。虚弱者、産婦および血を失って便秘するのは血虚である。辛くて食べると熱くなるものを多食して便秘するのは実熱である。以上のいずれの便秘にも潤腸湯がよい。潤腸

湯は大便が閉結して通じない人を治療する。

**2 構成**

当帰 3~4, 熟地黄・乾地黄 各 3~4(または地黄 6), 麻子仁 2, 桃仁 2, 杏仁 2, 枳実 0.5~2, 黄芩 2, 厚朴 2, 大黃 1~3, 甘草 1~1.5

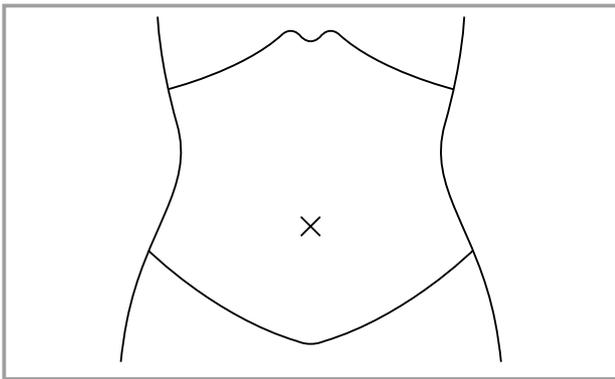
**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

・常習性便秘：滋潤剤であり、体液が欠乏し、大腸の

粘滑性を失ったために起こった弛緩性、または痙攣性の常習性便秘に使用する。他剤の奏功しないときにも使用するとよい。長期間連用しても副作用や習慣性は起こりにくい。

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚乾燥を認めることがある。
- 2) 舌診：舌質は紅色で乾燥し、舌苔は少ないことが多い。
- 3) 脈診：数のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 便塊触知

### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度またはやや虚弱で、時に皮膚乾燥などがあるものの次の症状：便秘

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

地黄を含有するため、胃腸が弱い人は消化器症状が出ることがある。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輓』

津液枯燥に因(よ)って大便が通じたいものは潤腸湯がよい。原方には熟地黄があるが、現在は生地黄1品でよく、この方は仲景氏の麻(子)仁丸から出たものである。

#### ▶ 浅井貞庵『方彙口訣』

大便が出ないというのにも種々の区別があり、大便のみが閉する症があるが、本病があってその本病にともなうの症もあり、その時は本症について療治しなければならない。また、初めは硬く後に溏するもの、初め軟らかで後に硬いもの、出るには出ても梅核か兔屎のように小さく固まって出るもの、いっこうに通じないで強く秘結するもの、小児や老人で10日に1度ぐらい出るもの、さらに婦人の血虚血熱で3～4日に1度しか出ないものなど、さまざまな症候があるので、なるべく広く吟味すべきである。

### B 治験

#### ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

72歳の老婦人。画家である。赤ら顔で肥満している。40年来の常習性便秘で、1か月に1回ぐらいのこともあるという。この数年間、血圧が高くなり、210/100もあって、1か月前、左眼底出血を起こして、絶対安静を守っているという。腹は膨満して充実し、脈は弦である。潤腸湯を与えてみると、かつてない快便で、以来膨満感が去り、眼底出血の吸収もきわめて順調となり、月余の後には、床を払って画筆を執れるようになった。麻子仁丸もときどき服用したが、この患者は本方1か月余の服用で、それ以来毎日、あるいは1日おきぐらいに自然便が出るようになり、6年後の今日ますます元気である。

### 文献

矢数道明：『漢方百話』。p266-7、医道の日本社、1960

## 小建中湯(しょうけんちゅうとう)

田島康介

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

急性熱性疾患で、陽脈が濇、陰脈が弦であるのは、腹中急痛すると予測される。まず小建中湯を与えるが、癒えないときは小柴胡湯で治療する。

#### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

発病後2,3日を経過したときに動悸を覚え、いらいらする人には、小建中湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』血痺虚劳病篇

虚劳(体力を著しく消耗し疲れている)で、腹が張り、

動悸があって、鼻血が出て、腹痛があり、夢精し、四肢がだるく痛み、手足がほてって、のどが渇く人には、小建中湯で治療する。

### ▶『金匱要略』黄疸病篇

男子の黄疸で、小便が自利するのは、まさに虚勞であり、小建中湯を与えるべきである。

### ▶『金匱要略』婦人雜病篇

婦人で腹痛がある人は小建中湯で治療する。

## 2 構成

桂皮 3～4, 生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合 3～4), 大棗 3～4, 芍薬 6, 甘草 2～3, 膠飴 20(マルツエキス, 滋養糖可, 水飴の場合 40)

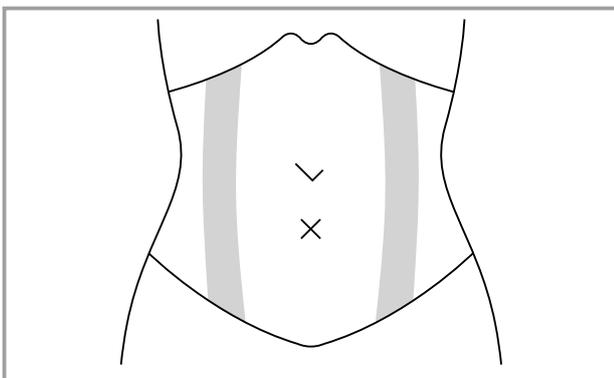
## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・易疲労感・虚弱体質：虚弱児の体質改善，脊椎カリエス，関節炎，脱毛，胃炎，肝炎，気管支喘息，吃音などにも応用される。
- ・腹痛
- ・心悸亢進
- ・手足のほてり
- ・冷え
- ・頻尿，多尿
- ・口中乾燥
- ・夢精

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：しばしば顔色不良である。
- 2) 舌診：舌質は正常～淡紅色，舌苔は薄い白苔を認める。
- 3) 脈診：一般に緊，時に弦で弱であるが，熱証のときに浮弱となることもあり一定しない。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ○ 腹直筋攣急

○ 腹痛

△ 腹部動悸(臍上悸/「心中悸」)

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、疲労しやすく腹痛があり、血色が優れず、時に動悸、手足のほてり、冷え、寝汗、鼻血、頻尿および多尿などを伴うものの次の諸症：小児虚弱体質，疲労倦怠，慢性胃腸炎，腹痛，神経質，小児夜尿症，夜泣き

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶吉益東洞『方機』

腹中急痛あるいは拘攣するものは小建中湯の正証である。もし外閉の証<sup>①</sup>があればこの方の主治ではない。

衄<sup>②</sup>，失精，下血のある人で，腹中が攣急あるいは痛み，手足煩熱するものは小建中湯を用いる。

産婦で，手足煩熱，咽乾，口燥，腹中拘攣するもの，もしくは塊のあるものは小建中湯を用いる。

#### ▶浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

小建中湯は，中気が虚して腹中が引っ張り痛むものを治す。古方書で「中」というのは，すべて脾胃<sup>③</sup>のことであって，「建中」は脾胃を建立するという意味である。この方は，柴胡鼈甲湯<sup>④</sup>，延年半夏湯<sup>⑤</sup>，解勞散<sup>⑥</sup>などのように，腹中に痙癖<sup>⑦</sup>があって引っ張り痛むのとは異なり，ただ血が乾いてにわかに腹皮が拘急し，強く按せば底に力がなく，例えば琴の糸を上から按(お)すような感じのものに用いる。積聚<sup>⑧</sup>の腹痛などの症に用いる場合でも，「建中」は血を潤し，氣迫の気を緩めるという意味を考えて用いるべきである。全体に腹がぐさぐさとして無力であり，その中に，ここかしこ凝りのあるものは，小建中湯が効く。この方は，後世の十全大補湯，人參養榮湯の祖で，補虚調血の妙がある。症に臨んで広く運用すべきである。

#### ▶有持桂里『校正方輿輿』

『金匱要略』に男子と限定しているのは，女勞によるものを指しているのであろうか。しかし，黄疸で小便自利，腹中急痛などがあれば，男女にかかわらず，小建中湯を用いてよい。

腹中急痛とは，拘急して痛むことで，小建中湯の主治である。小建中湯の腹候は，おおむねわかりやすいものであるが，まれには柴胡の主治と紛らわしいものがある。

そのため、『金匱要略』に「腹中急痛する者、先ず小建中湯を与え、差えざる者小柴胡湯を与う」とあるのである。

## B 治験

### ▶ 六角重任『古方便覧』

50余歳の男子が腹痛を思い、食が減ってやせ衰え、起臥も人の助けを借りて、2～3か月も床に就いた。腹痛を発すると、反復顛倒して手を触れることもできない。診ると、腹皮が攣急しているので小建中湯を与えると、1剤で効果を現し、2剤で諸症が漸退し、20剤で歩いて外に出るようになった。そのあと、心下が痞し、食がまらずいというので、茯苓杏仁甘草湯を与えると、5～6剤で全治した。

### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

19歳の女子が小腹に塊があり、心下から小腹にかけて拘急して痛み、時々衝逆して痛みが甚だしくなると、

按すこともできなくなる。黙々として飲食を欲せず、脈微細で足が微冷する。他医は、これを鬱勞として薬を与えたが治らない。診ると寒疝である。よって解急蜀椒湯を与えると、服すること数日で衝逆がやみ、小腹の塊も減少したが、腹裏が拘急して飲食が進まないのので、小建中湯加蜀椒を与え、漸次快癒した。

- ① 外閉の証：悪寒、発熱、頭痛、身体痛など体表の症状。
- ② 衄(じく)：鼻出血。
- ③ 脾胃(ひい)：胃腸。
- ④ 柴胡鼈甲湯(さいこべっこうとう)：柴胡、枳実、芍薬、蒼朮、鱉甲、檳榔、甘草の7味(外台)。
- ⑤ 延年半夏湯(えんねんはんげとう)：半夏、柴胡、鱉甲、桔梗、呉茱萸、枳実、檳榔、人參、生姜の9味(外台)。
- ⑥ 解勞散(かいろうさん)：四逆散加鱉甲、茯苓(楊氏)。
- ⑦ 痙癰(げんべき)：塊、しこり、腹筋の拘攣など。
- ⑧ 積聚(しゃくじゆ)：腹中の腫瘤、硬結など。

## 小柴胡湯・小柴胡湯加桔梗石膏(しょうさいことう・しょうさいことうかきぎょうせつこう) 地野充時

### 1 出典

[小柴胡湯]

#### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

急性熱性疾患にかかって5,6日経つと、往来寒熱と胸脇苦満が出現し、物憂くて飲食を欲せず、胸苦しくてたびたび吐くようになるが、このような病態は小柴胡湯で治療する。しかし、時として胸中が苦しくても吐かないこともあり、口渴があることもあり、腹痛があることもあり、脇下が痞えて堅くなることもあり、心下部で動悸がして小便が少ないこともあり、口渴がなくて微熱があることもあり、咳が出ることもある。

#### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

急性熱性疾患にかかって4,5日経つと、身熱、悪風、頸の強ばり、脇下が張った感じが出現し、手足が温かく口渴があるような病態は小柴胡湯で治療する。

#### ▶ 『傷寒論』太陽病下篇

婦人が中風にかかり、7,8日経って、続いて悪寒発熱が定期的に現れ、ちょうどこの時に月経が止まるのは熱が血室に入ったため、その血は必ず凝結するために瘕のように定期的に発作する。小柴胡湯で治療する。

#### ▶ 『傷寒論』少陽病篇

太陽病が除かれず少陽に転入したものは、脇の下が硬く満ち、からえずきし、食べることができず、寒熱往来し、吐法や下法を施されておらず、脈が沈緊であるものは、小柴胡湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』嘔吐噦下利病篇

嘔吐して発熱すれば小柴胡湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』黄疸病篇

黄疸があり、腹痛と嘔吐を認める人には小柴胡湯を用いるのがよい。

[小柴胡湯加桔梗石膏]

小柴胡湯に桔梗と石膏を加えた処方(本朝経験方)。

### 2 構成

[小柴胡湯]

柴胡 5～8, 半夏 3.5～8, 生姜 1～2(ヒネシヨウガを使用する場合3～4), 黄芩 2.5～3, 大棗 2.5～3, 人參 2.5～3, 甘草 1～3

[小柴胡湯加桔梗石膏]

柴胡 7, 半夏 5, 生姜 1～1.5(ヒネシヨウガを使用する場合4), 黄芩 3, 大棗 3, 人參 3, 甘草 2, 桔梗 3, 石膏 10

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・往来寒熱：悪寒がやむと熱が出て、熱が下がるとまた悪寒がするというような熱状で、少陽病期の熱型の一つ。
- ・消化器症状：口が苦い・粘っこい、食欲不振、嘔気・嘔吐、心下部から肋骨弓下にかけての圧迫苦満感。
- ・その他、胸中苦悶感、咽喉乾燥、心悸亢進、口渴、腹痛、

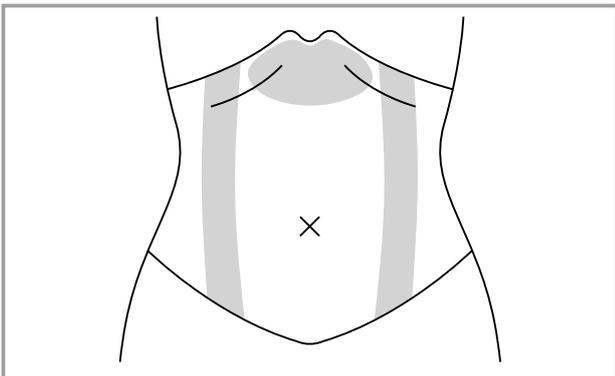
心下悸，尿不利，微熱，咳，項頸部のこり，四肢煩熱がみられることがある。

- ・小柴胡湯加桔梗石膏では上記よりさらに口渴と扁桃・咽喉部の炎症(痰や膿など)が強いことが多い。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は赤みが強く，舌苔は乾燥した白苔または白黄苔のことが多い。
- 3) 脈診：弦のことが多い。
- 4) 腹診

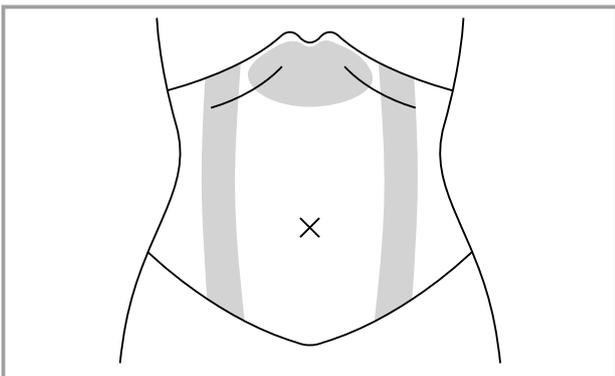
[小柴胡湯]



腹力 中等度(3/5)

- 腹証
- ◎ 胸脇苦満
  - 心下痞鞭
  - △ 腹直筋攣急

[小柴胡湯加桔梗石膏]



腹力 中等度(3/5)

- 腹証
- ◎ 胸脇苦満
  - 心下痞鞭
  - △ 腹直筋攣急

## C 体力のしぼり

[小柴胡湯]

弱 1 2 3 4 5 強

[小柴胡湯加桔梗石膏]

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

[小柴胡湯]

体力中等度で，時に脇腹(腹)からみぞおちあたりにかけて苦しく，食欲不振や口の苦味があり，舌に白苔がつくものの次の諸症：食欲不振，吐き気，胃炎，胃痛，胃腸虚弱，疲労感，風邪の後期の諸症状

[小柴胡湯加桔梗石膏]

比較的体力があり，時に脇腹(腹)からみぞおちあたりにかけて苦しく，食欲不振や口の苦味があり，舌に白苔がつき，のどが腫れて痛むものの次の諸症：のどの痛み，扁桃炎，扁桃周囲炎

## 4 使用上の留意点

[小柴胡湯]

禁忌として，①インターフェロン製剤を投与中の患者，②肝硬変，肝癌の患者，③慢性肝炎における肝機能障害で血小板が 10 万/mm<sup>3</sup> 以下の患者には投与しないこと。

重大な副作用として，間質性肺炎，偽アルドステロン症，ミオパシー，肝機能障害，黄疸に注意する。

[小柴胡湯加桔梗石膏]

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシー，肝機能障害，黄疸に注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

[小柴胡湯]

#### ▶ 吉益東洞『方極』

小柴胡湯は胸脇苦満<sup>①</sup>，あるいは寒熱往来，あるいは嘔するものを治す。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

小柴胡湯は，「往来寒熱」，「胸脇苦満」，「黙々として飲食を欲せず」，「嘔吐または耳聾」が使用目標である。もしこれらの証を認めたならば，たとえ胃実の証<sup>②</sup>があっても小柴胡湯の適用である。老医の説に，脇下と手のひら，足のうらに発汗のないものは，胃実の証があっても小柴胡湯を用いよとあるのはこの意味と同じである。小柴胡湯はすべて両肋の痞鞭拘急を目標として用いられる。いわゆる胸脇苦満のことである。また胸腹が痛み拘急するとき小建中湯を用いて効果のないときは，この処方を用いる。

積気(しゃくき)<sup>③</sup>のある人が風邪にかかり，熱が内にこもると必ず心腹痛があるが，この場合に積と判断して，

そのための鍼や薬を施しても治らないようなとき、小柴胡湯を用いると速やかに治るが、これは『傷寒論』のなかで張仲景が述べているとおりである。

また小児の食停(消化不良)に風邪が重なったときや癩などもこの処方で治る。また長い間便秘しているものに用いると程よく大便を通じ病状は治まる。これは上焦<sup>④</sup>が和らぎ津液(しんえき)(体液)が通ずると同じ意味である。後世方で小柴胡湯を三禁湯と名づけた理由は、汗、吐、下の三つを禁ずる状態のとき用いる処方であるからである。

また小柴胡湯に五味子、乾姜を加え、風邪に犯されて胸脇が重苦しく、舌に微白苔を生じ、両脇にひきつって咳嗽するものに用いる。この治験は『本草衍義(えんぎ)』の序例に記されている。また葛根、草菓、天花粉を加えて、癩<sup>①</sup>のような寒熱を呈し咳嗽が甚しいものに用いる。和田東郭の経験である。

小柴胡湯加地黄は、宋の許叔微が「熱血室に入る」<sup>⑤</sup>に対する主方としたものである。月経にこだわらず血熱(瘀血に伴う熱)の甚しいときに効果がある。血熱を治すには三つの区別がある。頭疼、面赤、耳鳴、歯痛のあるものには小柴胡湯加石膏がよい。瘀血の気があって刺すように痛く、心下がつきあげて嘔吐するものには小柴胡湯加紅花がよい。五心<sup>⑥</sup>に煩熱があり、夕刻になると癩のような寒熱を発するものには小柴胡湯加地黄がよい。

柴胡四物湯(小柴胡湯合四物湯)は、小柴胡湯の証をそなえ、貧血を伴うものによい。『保命集』には「虚勞寒熱を主証として用いる」とあるが、もっと広く活用すべきである。この処方小柴胡湯加地黄に比べると、血燥の症状を呈するものに効果がある<sup>⑦</sup>。

柴(さい)蘇飲(小柴胡湯合香蘇散)は、小柴胡湯の証があって、さらに鬱滞のあるものに用いる。耳聾が治るのも、少陽の余邪が鬱滞してまだ治っていないからである。その他邪気が体の表裏間に鬱滞しているものにも活用すべきである。

逍遙散は小柴胡湯の変方であり、小柴胡湯よりは少し肝虚<sup>⑧</sup>の状態にあるもので、補中益気湯を用いる状態より実に近い場合に用いる。

補中益気湯は、小柴胡湯の症をそなえ、さらに虚候を帯びているものに用いる。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

柴胡の諸方は皆癩<sup>⑨</sup>の治療によい。要するに胸脇苦満を目標にして用いる。

小柴胡湯は、時毒(じどく)<sup>⑩</sup>、頭瘧(ずおん)、傷寒発頤(ほっい)<sup>⑪</sup>など、胸脇苦満、往来寒熱があり、咽乾口燥するものを治す。

初生児はときに原因不明で発熱胸悸したり吐乳したり

する。これを変蒸熱と称するが、小柴胡湯がよい。

小柴胡湯の証をそなえていて便秘のあるものには、小柴胡湯加芒硝湯がよい。または小柴胡湯に紫円を兼用する。

傷寒が治ったあと耳煩、耳鳴があったり、耳聾が何か月も治らないときは、小柴胡湯を長期間服用させる。

四肢の煩熱に苦しみ頭痛するものは、産後の中風<sup>⑫</sup>(かぜ)にかぎらず、男女の諸血症<sup>⑬</sup>、慢性の咳嗽、肺結核および諸失血などにこの証がある。小柴胡湯か三物黄芩湯を選用する。

傷寒(熱病)に罹って日を重ね、発汗剤や下剤を用いたあとでも、小柴胡湯の症状のあるものには続けてこれを服用させる。必ず内から熱気を発して戦慄し、激しく発汗したのち脱然として病状が治まる。したがって、もし悪寒がきたら機を失せず寝具を重ねるなどして十分に汗を取るよう、事前に患者を指導しなければならない。

[小柴胡湯加桔梗石膏]

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

牛蒡芩連湯<sup>⑭</sup>は、時毒、大頭瘧<sup>⑮</sup>の主方であるが、すべて積熱<sup>⑯</sup>が上にあって、諸悪瘡を發し、癒えがたいものに用いて効がある。時毒、頭瘧の類は、そのはじめは葛根湯加桔梗石膏で発汗すべきであり、発汗後、腫痛が解しないものは小柴胡湯加桔梗石膏がよく、その次を大柴胡湯加桔梗石膏とし、さらに牛蒡芩連湯とする。もし早めにこの方を与えると、甚だ具合が悪い。

#### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

私は、麻疹を療する場合、その初めは鋭意発散、清熱を主とする。葛根加升麻牛蒡子あるいは葛根湯加桔梗石膏で治るものがあり、邪気が表裏の間に散漫し、嘔渴、煩悶し、咽が痛んで食を欲せず、皮膚間に隠々と発疹するものは、小柴胡湯加桔梗石膏で治る場合がある。(以下略)

#### ㊦ 治験

[小柴胡湯]

#### ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

ある武士が夏に黄疸を患った。数医の治を経たが寒熱、煩躁が治らず、私(原南陽)の許へ来た。その悪寒は厚く衣服を重ねても戦慄がやまず、そのあと発熱、流汗し、全身が発黄して小便不利し、尿は黒くよどみ大便は秘閉し食も少なく、50歳余の人であったので本人も死を覚悟するほどであった。診ると脈は弦数大で、腹部は微満して甚だ悪しからず、私が診るところ悪寒の状態からこれは瘧疾である。そこで小柴胡湯を与えると、翌日は寒熱が大変微弱となったので、これに鼈甲を加えて与えると、寒熱は去ったようで小便の黄色が少し減った。そこで鼈甲をやめて大黄を加えたり去ったりして投与したと

ころ、日を逐って飲食が進むようになり、やがて黄疸も去って全治した。

### ▶六角重任『古方便覧』

ある男子が吐血して数日を経ても止まず、ますます劇しさを加えた。私が腹診すると、胸肋が妨げられて痛みを訴える。そこで小柴胡湯を与えると、2～3日で効果を見た。

30歳になる男子が傷寒を患った。四肢が末端から冷え、鬱急して悪寒を訴えた。その脈は沈んで弱く、すでに斃くたおれんばかりの状態であった。私が診ると胸脇苦痛がある。そこで小柴胡湯を投与すると2剤で効果があらわれ、脈が回復した。つづけて小柴胡湯を与え20余剤で全治した。

- ① 胸脇苦満(きょうきょうくまん)：季肋部の苦満感を訴え、肋骨弓下部に抵抗、圧痛が認められる症状。  
② 胃実(いじつ)：陽明の証。『傷寒論』に「陽明病脇下鞭満、

大便せずして嘔す。舌上白苔ある者は小柴胡湯を与ふべし」とある。

- ③ 積(しゃく)：腹部のかたまり。  
④ 上焦(じょうしょう)：横隔膜より上部。  
⑤ 熱血室に入る(ねっけつしつにいる)：漢方医学特有の概念で血熱ともいう。出典は『傷寒論』太陽病下篇。  
⑥ 五心(ごしん)：両手掌と両足蹠、および頭上(または胸部)。  
⑦ 血燥(けっそう)：皮膚や筋肉の栄養が悪く、湿潤、光沢、弾力を失い、汚穢となった症状。  
⑧ 肝虚(かんきょ)：不安、不眠、イライラなどの精神神経症状があり、体力の低下した状態。  
⑨ 瘧(ざやく)：マラリア。  
⑩ 時毒(じどく)：顔面に発生する腫物、あるいは流行病。  
⑪ 傷寒発頤(しょうかんほつい)：耳下腺炎。  
⑫ 中風(ちゅうふう)：風にあたるの意。『金匱要略』に「婦人草蓐に在り自ら発露し、風を得て四肢煩熱に苦しみ頭痛す。」とある。  
⑬ 血症(けっしょう)：瘀血の証。  
⑭ 牛蒡芩連湯(ごぼうごんれんとう)：黄芩、黄連、桔梗、石膏、大黃、荊芥、防風、羌活、連翹、牛蒡、甘草の11味(回春)。  
⑮ 大頭瘡(だいずうん)：頭部、面部の丹毒。  
⑯ 積熱(せきねつ)：邪熱が久しく体内にとどまっている状態をいう。

## 小青竜湯(しょうせいりゅうとう)

地野充時

### 1 出典

#### ▶『傷寒論』太陽病中篇

急性熱性疾患で、表証が解散しないため、心下に水気があり、乾嘔、発熱、咳嗽が出現したときには小青竜湯で治療する。この時、口渴、下痢、喉が詰まった感じ、尿量減少、下腹部膨満、呼吸困難が認められることもある。

急性熱性疾患で、心下に水があり、咳と軽度の呼吸困難があり、発熱はあるが口渴がない場合には小青竜湯の適応である。

#### ▶『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

咳込んで呼吸が苦しく、物によりかかって息をして、横臥できないような時には小青竜湯で治療する。

#### ▶『金匱要略』婦人雜病篇

婦人が唾液やよだれのようなものを吐くのは、裏が冷えているために温めるべきであるが、医者が誤って下剤を使用したので、心下が痞えてしまった。このような時には、まずその唾液やよだれを吐くことを治療するのがよく、小青竜湯で治療する。

### 2 構成

麻黄 2～3.5, 芍薬 2～3.5, 乾姜 2～3.5, 甘草 2～3.5, 桂皮 2～3.5, 細辛 2～3.5, 五味子 1～3, 半夏 3～8

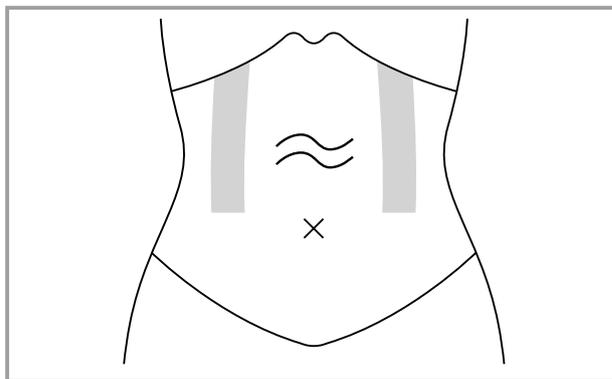
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・発熱
- ・喘咳：唾のように薄くて量が多い痰と喘鳴を伴うことが多い。
- ・水様鼻汁
- ・浮腫
- ・尿量減少

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は湿潤し白苔のことがある。
- 3) 脈診：浮弱あるいは浮弱数のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 振水音

△ 腹直筋攣急(上腹部)

**C 体力のしほり**弱 1 2 3 4 5 強**D 適応(Indication)**

体力中等度またはやや虚弱で、薄い水様の痰を伴う咳や鼻水が出るものの次の諸症：気管支炎、気管支喘息、鼻炎、アレルギー性鼻炎、むくみ、感冒、花粉症

**4 使用上の留意点**

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

麻黄を含むため、胃腸虚弱や狭心症、前立腺肥大をもつ患者には使用しないほうがよい。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 吉益東洞『方機』**

小青竜湯は、乾嘔、発熱して咳し、あるいは咳しかつ微喘するもの、喘息するもの、咳唾、涎沫を吐するものを治す。

**▶ 津田玄仙『療治経験筆記』**

小青竜湯を諸病に用いるには、痰沫、咳嗽、無熱の証を治すというのを手近な目標とする。痰沫とは、出る痰が甚だ薄く、水に立つ沫(まつ)のようであることをいう。留飲とはその痰沫のことであり、小青竜湯は、この留飲の咳嗽を治す神方である。

小青竜湯に石膏一味を加えて小青竜加石膏湯という。この方もまたよく肺脹<sup>①</sup>を治す。

すべて、小青竜湯の症で足が冷える症があれば、麻黄を去って附子を加えるとよい。足の冷えがなければ、元どおりに麻黄を去ることなく用いねばならぬ。これは小青竜湯において、麻黄と附子を駆け引きする口伝で、水腫にかぎらず、ひろく応用すべき心得である。

**▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』**

小青竜湯は、表が解けず、心下に水気があって咳喘するものを治す。また溢飲の咳嗽にも用いる。寒暑の候に

なると必ず咳嗽、喘急を發し、痰沫を吐いて臥すことができず、喉中しはめく(原文のまま)などの症は、心下に水飲があるためであって、小青竜湯がよく、もし上気、煩躁があれば石膏を加える。また、胸痛、頭疼、悪寒を發し汗のでるものに、発汗剤を与えることは禁方であるが、咳して汗のある症に、やはり小青竜湯で押し通す症があり、麻杏甘石湯を汗の出るものに用いるのと同意である。一老医の伝に、この場合の汗は必ず臭気が甚だしいとあり、一徴とすべきである。小青竜湯を諸病に用いる目標は、痰沫、咳嗽、無裏熱の症を主とする。もし老痰<sup>②</sup>となって熱候の深いものは、清肺湯<sup>③</sup>、清湿化痰湯<sup>④</sup>の類がよい。

**B 治験****▶ 津田玄仙『療治茶談』**

ある男が太陽の表証を患い、喘咳、胸痛、頭痛、悪寒し、臭汗が鼻をついて近づくことができない。よって小青竜湯を用いると、4~5貼で流れるような大汗を發し、喘咳、胸痛は半分に減ったが、頭痛、悪寒はわずかに1~2割減っただけである。そこで青竜湯中の麻黄を倍量として4~5貼を用いると、およそ8~9日発汗したあと汗も次第に薄くなり、頭痛、悪寒もかなり減ったという。それからさらに7~8日間、小青竜湯を与え続けると全快した。

**▶ 片倉鶴陵『静儉堂治験』**

5歳の少女が、風邪に感じて喘促、面目浮腫、小便不利となって、私の治を求めた。小青竜湯に茯苓を加えて与えると、小便が大いに利し、5日で全癒した。

**▶ 山田業精『井見集 附録』**

6か月くらいになる小児が外邪にかかり、咳嗽、吐乳、下痢、腹満し、毎夜発熱した。診ると、面部に浮腫があり、腹部が硬満している。よって風水<sup>⑤</sup>と診断し、小青竜湯を投じると、小便は大いに利し、諸症も霍然として去った。

① 肺脹(はいちょう)：気管支喘息、百日咳など、呼吸困難をきたす気道や肺の疾患を広く指す。

② 老痰(ろうたん)：しつこい痰。

③ 清肺湯(せいはいとう)：桔梗、茯苓、橘皮、桑白皮、当帰、杏仁、梔子、黄芩、枳実、五味子、貝母、甘草の12味(回春)。

④ 清湿化痰湯(せいしつけたんとう)：南星、半夏、橘皮、茯苓、蒼朮、羌活、黄芩、白芷、白芥子、甘草、生姜の11味(寿世)。

⑤ 風水(ふうすい)：水飲が風邪に感じて起こる水腫病の一種。

# 小半夏加茯苓湯(しょうはんげかぶくりょうとう)

地野充時

## 1 出典

### ▶『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

突然嘔吐し、みぞおちが痞え、膈間(胸と腹の間)に水があって、めまいと動悸があるような病態は小半夏加茯苓湯で治療する。

### ▶『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

口渴のために水を飲んで、その後嘔吐する人は、水が心下に停滞しているからで、痰飲のある人である。このような人は小半夏加茯苓湯で治療する。

## 2 構成

半夏 5～8、ヒネショウガ 5～8(生姜を用いる場合 1.5～3)、茯苓 3～8

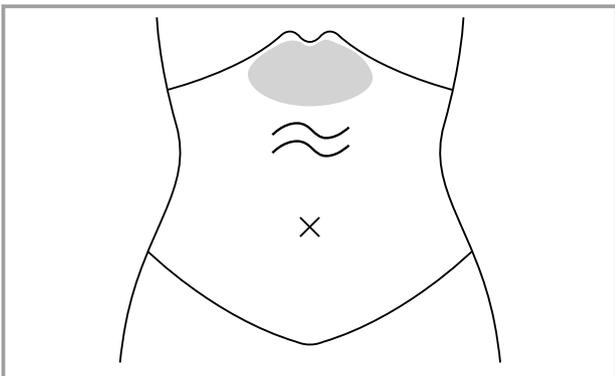
## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・悪心および嘔吐：激しい口渴を伴う場合は五苓散を考慮する。
- ・めまい
- ・車酔い
- ・動悸
- ・尿量減少

### B 他覚所見(Sign)

- 1)望診：不定
- 2)舌診：舌質は不定、舌苔は湿潤し白膩苔のことがある。
- 3)脈診：沈で弱のことがある。
- 4)腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ◎ 振水音

△ 心下痞鞭

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力にかかわらず使用でき、悪心があり、時に嘔吐するものの次の諸症：つわり、嘔吐、悪心、胃炎

## 4 使用上の留意点

嘔気の強いときは少しずつ服用したほうがよい。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶吉益東洞『方機』

嘔吐して渴せざるものは小半夏湯を用い、もしそのうえに心下が痞し、眩悸するものは、小半夏加茯苓湯の主治となる。

#### ▶福井楓亭『方読弁解』

小半夏加茯苓湯は、留飲があって、嘔吐、不食し、心下痞鞭、あるいは頭眩するものに適応があり、水気を逐うことを主とする。後世では、陳皮を加えて二陳湯と名づけた。陳皮によって気を降し、停飲、留飲を去るのは後世の説である。総じて飲食の進まないもの、あるいは虚疾で日を経て食の進まないものに小半夏加茯苓湯に生姜を倍加して用いると、飲食がよく進んで治ることがある。

#### ▶尾台榕堂『類聚方広義』

小半夏湯は嘔吐の主薬である。しかし、嘔吐して渴し、飲めばまた嘔吐するような嘔、渴ともに甚だしいものは、この方の主治ではない。小半夏加茯苓湯、五苓散、茯苓沢瀉湯<sup>①</sup>を選び用いる。

### B 治験

#### ▶浅田宗伯『橋窓書影』

ある男が初めに目眩、嘔吐して食が納まらないので、私は支飲と診て小半夏加茯苓湯を与えると、嘔気は止み、目眩もやや治まった。(以下略)

ある妻女が反胃を患い、時を期して心腹疼を發し、しばらくすると食および酸水を吐き、羸瘦が甚だしく、脈細小で、医師が数方を投じたが効果がない。私はまず食量を制して、1日に饘粥〈せんじゅく〉1合を3度に分けて啜らせ、小半夏加茯苓橘皮を与え、起廃丸を兼用した。数日で飲食を吐かなくなり、腹痛も去り、肌肉が常に復した。

#### ▶山田業広『井見集 附録』

亡父の治験で、ある男子が脚気を患い、胸満、短気し、

某医が唐待中一方を与えたが寸効もないので、亡父の治を求めた。そこで小半夏加茯苓湯を与えると、2～3日経って胸満、短気は忘れたように去ったという。古方はこのように神妙の効果があるが、深く聖人の旨意を理解

していないと、妙方を用いても益を得ることは難しい。

- ① 茯苓沢瀉湯(ぶくりょうたくしゃとう): 茯苓, 沢瀉, 甘草, 桂枝, 朮, 生姜の6味(金匱)。

## 消風散(しょうふうさん)

地野充時

### 1 出典

#### ▶ 『外科正宗』疥瘡門

風邪と湿邪が血脈に入り込み、皮疹などの出来物を生じ、痒痒が常にあるような場合には消風散がよい。また、大人や小児の風邪と熱邪による蕁麻疹が全身に急に出現したり消退したりするような場合にも消風散がよい。

### 2 構成

当帰 3, 知母 1～2, 地黄 3, 胡麻 1～1.5, 石膏 3～5, 蟬退 1～1.5, 防風 2, 苦参 1～1.5, 蒼朮 2～3(白朮も可), 荊芥 1～2, 木通 2～5, 甘草 1～1.5, 牛蒡子 2

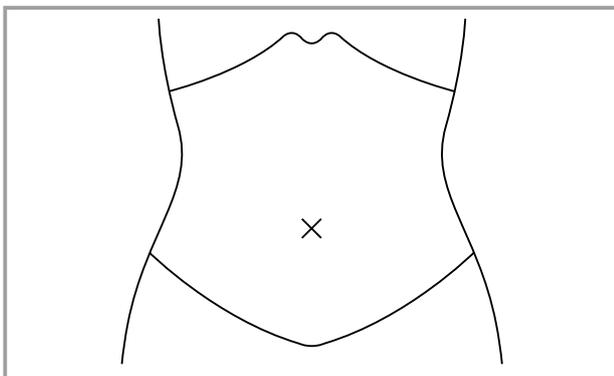
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・湿疹：頑固な湿疹で、発赤と腫脹があり、滲出液が多く湿潤し、痂皮を形成し、痒痒がはなはだしく、口渴を訴える場合に使用する。夏に増悪することが多い。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は紅色で、舌苔は微黄苔を認めることが多い。
- 3) 脈診：浮実で数のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度以上(3/5～5/5)

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度以上の人々の皮膚疾患で、痒みが強くて分泌物が多く、時に局所の熱感があるものの次の諸症：湿疹・皮膚炎、蕁麻疹、水虫、あせも

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

地黄を含むため、胃腸の弱い患者には慎重に投与する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

消風散は風湿が血脈に浸淫し、瘡疥を致生し、痒痒絶えざるを治す。また大人小児とも、風熱で癩疹が全身に発し、雲片のような斑点が出たかと思えば消えるといった症状にも効がある。

この方は、風湿が血脈に浸淫して瘡疥を発するものを治す。

##### ▶ 福井楓亭『方説弁解』

消風散は、小瘡<sup>①</sup>で膿があり、湿(うるお)いの多いものに用いる。膿が多く血燥<sup>②</sup>するものには当帰飲子がよい。

##### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

消風散は小瘡が膿となり、全身が痒くて堪え難く、熱が盛んなものに用いるとよい。速やかに痒みを止めて燥(かわ)かす。

#### B 治験

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

30歳ばかりになる婦人が、年々夏になると全身に悪瘡を発し、肌膚は木皮のようになり、痒く、くぼみ、時に稀水がしたたり落ちて苦しんだ。諸医が手を束ねても治らなかったが、私が消風散を使用すると1か月で効果があり、3か月で全癒した。

- ① 小瘡(しょうそう)：ひぜん、かさ、疥癬の類。  
 ② 血燥(けっそう)：皮膚がかさかさして光沢、弾力がなく、

脱毛したりする症状。

## 升麻葛根湯(しょうまかつこんとう)

西村 甲

### 1 出典

#### ▶『小児斑疹備急方論』薬方

発疹が出現する疾患であるが、まだ出現する前段階で、発熱があり、悪寒が強い感染症あるいは伝染病を呈する人を治療する。すでに発疹が出現して発熱する人も適応となる。(升麻散として記載)

#### ▶『万病回春』傷寒門

升麻葛根湯。急性熱性疾患の頭痛、流行疫病の強い悪寒・発熱、身体疼痛、発熱、悪寒、鼻が乾き、熟睡できないものを治療する。あわせて、季節外れの寒さ厚さで疫病が流行り、急に服を脱ぐほど体が熱くなるのを治療する。また瘡疹が出るかでないかの時期に服用するとよい。

### 2 構成

葛根 5～6、升麻 1～3、生姜 0.5～1(ヒネショウガを使用する場合 2～3)、芍薬 3、甘草 1.5～3

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・頭痛
- ・発熱
- ・筋肉痛
- ・関節痛
- ・発疹

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：苦悶状を呈することがある。発疹がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は紅色、舌苔は湿潤し、薄白苔がみられることがある。
- 3) 脈診：浮数のことがある。
- 4) 腹診  
文献が少ない。

#### 【参考】

腹力 中等度(3/5)

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、頭痛、発熱、悪寒などがあるものの次の諸症：感冒の初期、湿疹・皮膚炎

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶北尾春圃『当莊庵家方口解』

升麻葛根湯は、痘疹の初発で熱のある場合に用いるとよい。弱症の痘で色が淡いものにはよくない。寒熱の症状があるものに用いる。(以下、痘疹に関するもの略)

本方を小柴胡湯と合わせ、小柴胡湯の場に用いることがある。

本方を黄連解毒湯と合わせて清熱することもあり、これも汗、下の後である。

##### ▶岡本一抱『方意弁義』

升麻葛根湯は、悪寒、発熱して、病位が陽明に属するものを治す。ここでいう悪寒、発熱は、小柴胡湯でいうそれとは異なる。小柴胡湯は、少陽経からくる悪寒、発熱に用い、この方は、足の陽明胃経が引き締まることからくる悪寒に用いる。

##### ▶原南陽『叢桂亭医事小言』

宋の時代から麻疹に用いる升麻葛根湯は、古代の風(ふう)をよく組立てた処方で、この一方では満足せず、後世であれこれと方薬を設け、治療はさまざまに変遷したが、やはり升麻葛根湯に勝るものは見当たらない。

#### B 治験

##### ▶浅田宗伯『橋窓書影』

6歳になる男児が麻疹に患い、身体に錦紋のような斑を発し、咽喉腫痛、声音は啞し、飲食は咽に下らない。洋薬を服用したが、苦悶が甚だしいという。私は笑って「草根木皮もまた、時ありて帝なり」といい、升麻葛根湯加桔梗、黄芩、薄荷、牛蒡子を与えると疹は消え、咽痛も急速になくなった。後、余毒が全身に発し、夜になると痒くて忍び難いという。犀角消毒丸<sup>①</sup>を服せると癢(かゆ)みはようやく止まった。また、時に頓嗽<sup>②</sup>のよう

な咳嗽を発するので、百華丸<sup>③</sup>を与えると全治した。

① 犀角消毒丸(さいかくしょうどくがん):犀角, 荊芥, 防風, 牛蒡子, 甘草, 黄芩の6味(浅田家方)。

② 頓嗽(とんそう):発作的に発し, 出始めると止まらなくなる咳嗽。

③ 百華丸(ひゃっかがん):不明。百花膏という丸薬が『濟世方』巻2にある。款冬花, 百合の2味で、「治喘嗽不已云々」とある。

## 四苓湯(しれいとう)

西村 甲

### 1 出典

#### ▶『内外傷弁惑論』随時用薬

冷たい飲食物を摂取して胃腸機能が低下しても悪寒はきたさない人, 腹部に冷えを感じないが, 支え感があり, 身体を重く感じて, 飲食物が消化できない人, あるいは尿量が減少する人は去桂五苓散で治療する。

#### ▶『丹溪心法』泄瀉門

四苓散は, すなわち五苓散のうち桂枝を去ったものである。

### 2 構成

沢瀉 4, 茯苓 4, 蒼朮 4(白朮も可), 猪苓 4

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・心窩部支え感
- ・身体の重み
- ・消化不良
- ・下痢

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 活気のない顔貌を呈することがある。
  - 2) 舌診: 舌質は不定, 舌苔は白苔~白膩苔を呈することがある。
  - 3) 脈診: 滑を呈することがある。
  - 4) 腹診
- 文献なし。

### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

### D 適応(Indication)

体力にかかわらず使用でき, 喉が渇いて水を飲んでも尿量が少なく, 吐き気, 嘔吐, 腹痛, むくみなどのいずれかを伴うものの次の諸症: 暑気あたり, 急性胃腸炎, むくみ

### 4 使用上の留意点

特になし。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶有持桂里『校正方輿輓』

阿州(徳島県)の阿部尚達は私の友人である。彼は本方が妊婦の悪阻に極めて有効であるという。私も試したみたところ, 確かに著効した。以後, 悪阻の治療において他剤を選択することがなくなった。

##### ▶浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

この方は雀目(とりめ)を治療する。また胃腸に水分があり, 表熱があつて下痢する人には本方に車前子を加えると効果がある。

## 辛夷清肺湯(しんいせいはいとう)

西村 甲

### 1 出典

現在の辛夷清肺湯は, 『外科正宗』に記載された辛夷清肺飲から甘草を去ったもの。

#### ▶『外科正宗』鼻痔門

胸部に熱感があり, 鼻茸が病初期にはざくろの実程度であるが, 次第に増大して鼻腔を閉鎖するようになり,

鼻呼吸が困難となる病態を治療する。

### 2 構成

辛夷 2~3, 知母 3, 百合 3, 黄芩 3, 山梔子 1.5~3, 麦門冬 5~6, 石膏 5~6, 升麻 1~1.5, 枇杷葉 1~3

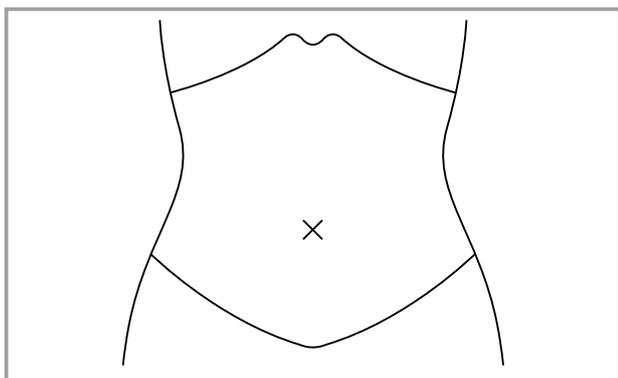
**3 適応病態**

**A 自覚症状(Symptom)**

- ・膿性鼻汁：着色した粘稠な鼻汁を呈する。多量になると後鼻漏となり、咽頭部違和感、喘鳴が発生する。
- ・鼻閉：炎症が増悪すると、疼痛、熱感、嗅覚低下あるいは消失が出現する。口呼吸により、口腔乾燥感が出現する。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1)望診：顔面の軽度腫脹，前額部・頬部の発赤がみられることがある。
- 2)舌診：舌質は紅色，舌苔は乾燥し，白～黄苔がみられることがある。
- 3)脈診：浮，洪大，細数がみられることがある。
- 4)腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度(3/5)

**C 体力のしほり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以上で、濃い鼻汁が出て、時に熱感を伴う

ものの次の諸症：鼻詰まり，慢性鼻炎，蓄膿症(副鼻腔炎)

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、間質性肺炎、肝機能障害、黄疸に注意する。

胃腸虚弱、冷え症の患者には慎重に投与する。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

辛夷清肺飲は、肺熱証で鼻内に瘰(そく)肉<sup>①</sup>を生じ、初めは榴子<sup>②</sup>のようであるが、次第に大きくなって孔竅(こうきょう)<sup>③</sup>を閉塞(へいそく)し、気が宣通しなくなったものを治す。

この方は、脳漏(のうろう)、鼻淵(びえん)<sup>④</sup>、鼻中瘰肉、あるいは臭いが分からなくなる症など、すべて熱毒に属するものに用いると効がある。脳漏、鼻淵は、大抵は葛根湯加川芎、大黃、あるいは頭風神方(ずふうしんぼう)<sup>⑤</sup>に化毒(けどく)丸<sup>⑥</sup>を兼用して治すが、熱毒があつて疼痛の甚だしいものには、この方であれば治すことができない。

▶ 浅田宗伯『先哲医話』

酒查鼻は、酒を厳禁し、ときどき三稜針で刺して血を去り、辛夷清肺飲を与える。(荻野台州)

- ① 瘰肉(そくにく)：ポリープ。
- ② 榴子(りゅうし)：ざくろの実。
- ③ 孔竅(こうきょう)：鼻孔。
- ④ 脳漏、鼻淵(のうろう、びえん)：ともに膿汁を排出する鼻病で、副鼻腔炎など。
- ⑤ 頭風神方(ずふうしんぼう)：遺糧、金銀花、蔓荊子、玄参、防風、天麻、辛夷、黑豆、川芎、灯心草、茅茶の11味(広筆記)。
- ⑥ 化毒丸(げどくがん)：乳香、生々乳、大黃、雄黄、乱髮の5味(山脇東洋)。

**参蘇飲(じんそいん)**

西村 甲

**1 出典**

▶ 『太平惠民和剂局方』傷寒門

感冒で、発熱、頭痛を伴う人を治療する。膿性の痰を咯出する場合にもよい適応である。胃腸機能を整え、心窩部のつかえ感、悪心、嘔吐を治療する。食欲も増進させる。小児にもよい適応となる。

▶ 『三因極一病証方論』痰飲治法

痰飲が胸中に停滞し、心下部が痞え、嘔吐、痰涎、めまい、心中がざわつき煩わしく、動悸、しゃっくりと嘔

吐し、および痰気が関節に停留し、手足の筋が弛緩し、口眼喎斜、半身不随、食せば嘔吐し、頭痛、発熱、急性熱性疾患のような症状のものを治療する。(中略)しゃっくりがあるものには乾葛を加え、腹痛には芍薬を加える。

**2 構成**

蘇葉 1～3、枳実 1～3、桔梗 2～3、陳皮 2～3、葛根 2～6、前胡 2～6、半夏 3、茯苓 3、人参 1.5～2、大棗 1.5～2、生姜 0.5～1(ヒネショウガを使用する場合 1.5～3、生姜

の代わりに乾姜も可), 木香 1~1.5, 甘草 1~2(木香はなくても可)

### 3 適応病態

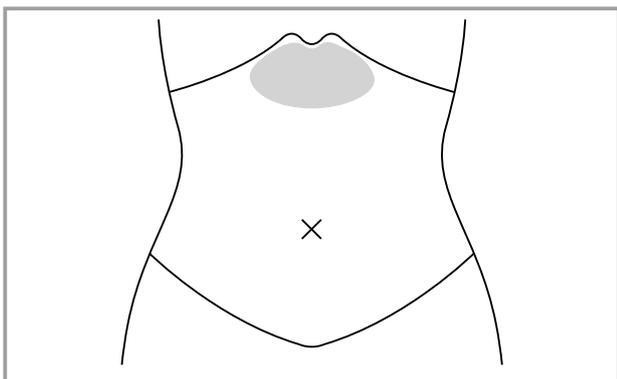
#### A 自覚症状(Symptom)

感冒の初期や少し長引いたときに使用する。

- ・発熱
- ・頭痛
- ・咯痰：膿性のことが多い。
- ・心窩部支え感
- ・食欲不振
- ・悪心・嘔吐
- ・抑うつ感

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：落ち込んだ表情を呈することがある。顔面が軽度紅潮することがある。
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は白膩苔のことがある。
- 3) 脈診：浮弱，浮緩のことがある。
- 4) 腹診



腹力 やや軟~中等度(2/5~3/5)

- 腹証 ○ 心下部膨満感  
○ 心下痞鞭

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力虚弱で，胃腸が弱いものの次の諸症：感冒，咳

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

参蘇飲は四時の感冒で発熱，頭痛し，咳嗽，停飲<sup>①</sup>があつて，中脘<sup>②</sup>が痞満し，嘔吐し，痰水を吐くものを治す。この剤は腹中を寛(ゆる)くし，胸を快くして，脾胃<sup>③</sup>を傷(やぶ)らず，一切の発熱および内傷，外感，もろもろの咳嗽，痰喘するもの，あるいは労瘵<sup>④</sup>になろうとするものなどを治す。

##### ▶ 香月牛山『牛山活套』

感冒の症で熱が甚だしく悪寒し，咳嗽が甚だしく咽痛し，声音が重濁するもの，あるいは声が嘎れて出ないなどの類には参蘇飲を用いる。また鼻が塞がって咳嗽し，あるいは鼻に清涕を流すものにも参蘇飲がよい。その脈は多く浮濇(しよく)である。

#### B 治験

##### ▶ 山田業精『井見集 附録』

60歳の男が入浴をして頭を温水で洗い，次の日に外出したが，その日はたいへん寒く，皮膚が粟(ぞく)起すのを覚えた。その夜から左肩胛および左耳の後が拘痛し，続いて腹脇の左が拘攣して腰部に引き，両脚は微(すこ)しく麻痺し，微しく痰嗽し，時々悪寒したが二便および食思は平常である。診ると脈は弦数，舌苔は沈香色で滑，肌表に微熱があり，全腹は拘攣して満脹，動気(悸)が甚だしい。そこで参蘇飲を投ずることにしたが，耳後から肩項にかけての強痛に苦しんでいるので，方中の葛根を多量に加入して与えると，3貼で大いに功があり，全部で6貼を投じたところで休薬した。

- ① 停飲(ていいん)：水飲。
- ② 中脘(ちゅうかん)：胃部。
- ③ 脾胃(ひい)：胃腸。
- ④ 労瘵(ろうさい)：肺結核など。

# 神秘湯(しんぴとう)

野上達也

## 1 出典

現在の神秘湯は、『外台秘要方』に記載された処方に、浅田宗伯が厚朴と甘草を加えたもの。

### ▶『外台秘要方』咳嗽門

久しく咳が続き、激しい喘ぎ、臥床することができず起座で過ごす。並びに咽頭部に喘鳴があり気を失いそうになる人を治療する。

## 2 構成

麻黄 3～5、杏仁 4、厚朴 3、陳皮 2～3、甘草 2、柴胡 2～4、蘇葉 1.5～3

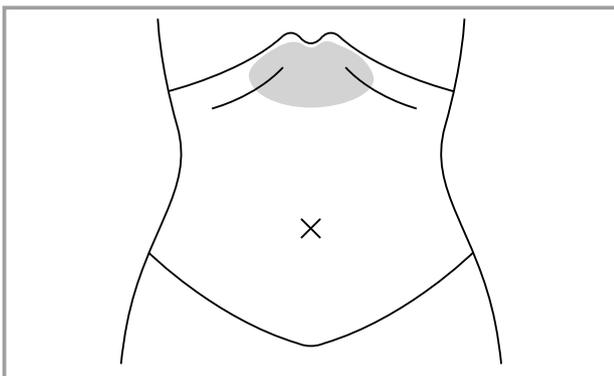
## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・咳、喘鳴、息苦しさ：喀痰は少ないが、咳嗽は比較的激しく、長引く傾向がある。喘息の発作の治療、発作の予防にも使用する。
- ・抑うつ気分、不安：抑うつや不安感などの精神神経症状を伴うことが多い。性格が緊張しやすく神経質なおことがある。
- ・鼻炎症状：鼻閉にも有効。鼻汁はあまり大量ではない。
- ・のぼせ感・胸内苦悶感：咳、喘鳴に伴ってのぼせ感があることが多い。また、胸に何かがつまったような苦しさを自覚することがある。
- ・右の脇腹のつまった感じ、重苦しきの自覚がある。

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色は不良であることが多いが、赤ら顔などのほせの傾向がみられることがある。抑うつ、不安、神経質などの傾向がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は淡白紅色で、腫大や歯痕は認めず、舌苔は乾燥した白苔を認めることが多い。
- 3) 脈診：浮、弦であることが多い。
- 4) 腹診



腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

腹証 ◎ 胸脇苦満(軽度)

△ 心下痞

### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

### D 適応(Indication)

体力中等度で、咳、喘鳴、息苦しさがあり、痰が少ないものの次の諸症：小児喘息、気管支喘息、気管支炎

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

麻黄を含んでおり、狭心症や前立腺肥大をもつ患者には使用しないほうがよい。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

神秘湯<sup>①</sup>は、久咳<sup>②</sup>で喘が激しく、座臥できないもの、ならびに喉裏呀声<sup>③</sup>して気絶するものを療す。

この方は、『外台秘要』備急<sup>④</sup>に、「久咳奔喘、坐臥するを得ず、ならびに喉裏呀声、気絶するを療する方、また神秘湯と名づく」とあるのが原方で、王碩の『易簡方』、楊仁齋の『直指方』、李東垣の『医学發明』にも同名の方があって、それぞれ2～3味ずつの加減があるが、『外台』の方が最も捷効がある。またわが一門で厚朴を加えたのは、『易簡方』にある一名降気湯の方意に本(もと)づいたものである。

### B 治験

#### ▶浅田宗伯『橋窓書影』

鶴牧侯(水野肥前守)は数年哮喘(喘息)を患い、毎月必ず数回の発作があり、発作の時は呼吸が苦しくて横になることができず、冷汗が流れ、2,3日は何にもたべることができない。清川玄道の父子が多年これの治療にあたっているが、よくならない。余はこれを診して云った。腹中に癥癖(かたまり)がなく、心下に痰飲(水毒)もない。ただ肺の機能が弱いから、その時の気によって閉塞して呼吸が苦しくなるだけのことだと。そこで神秘湯加厚朴杏仁を与え、発作のひどい時は、別に麻黄甘草湯を服用せしめた。ところがその後は、喘息が大いに減じ、発作は1か月に1回となり、2,3か月に1回となり、発作の時も飲食を廢するようなことはなくなった。その後、

戊辰の兵乱ののち、ますます軽快して服薬をやめた。

① 神秘湯：麻黄、紫蘇、橘皮、柴胡、杏仁の5味(外台)。

- ② 久咳(きゅうがい)：久しく続く咳嗽で、百日咳なども含まれる。  
 ③ のどから大きな声が出ること。  
 ④ 備急(びきゅう)：『外台』が引用した古い医籍の名。

## 真武湯(しんぶとう)

野上達也

### 1 出典

#### ▶『傷寒論』太陽病中篇

太陽病を発汗させたが、汗が出たにも関わらず病は治らず、依然として発熱があり、心下で動悸が亢進し、めまいがあり、体がびくびくと痙攣し、ゆらゆらと揺れて倒れそうになる。真武湯で治療する。

#### ▶『傷寒論』少陰病篇

少陰病にかかって、2,3日経過したが、よくなり、4,5日になって、腹が痛み、小便の出が少なくなって、四肢が重くだるく、痛むようになり、自然に下痢をするようになった。この際に咳が出る、小便が出る、下痢や嘔気があることがある。真武湯で治療する。

### 2 構成

茯苓 3～5、芍薬 3～3.6、白朮 2～3(蒼朮も可)、生姜 1(ヒネショウガを使用する場合 2～3.6)、加工ブシ 0.3～1.5

### 3 適応病態

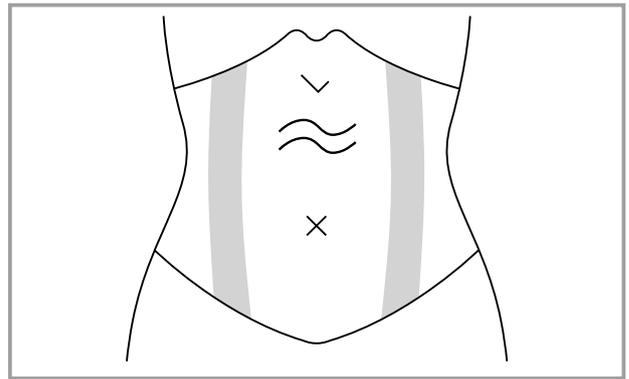
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・下痢：裏急後重を伴わない水様性下痢が多い。明け方にみられやすい。
- ・腹痛：寒冷刺激で悪化しやすいが、軽度なことが多い。
- ・全身倦怠感：とにかく横になって眠っていたいという強い全身倦怠感を訴えることが多い。排便後に倦怠感を訴えることもある。
- ・手足の冷え：手足の色が悪く冷たい。
- ・めまい感：浮動性のめまいで、目の前がスッと動くように感じると訴える。
- ・身体動揺感：「船に乗っているかのよう」「雲の上を歩くかのよう」と例えられる体の揺れを訴える。
- ・斜行感：真っ直ぐに歩いているつもりなのに斜めに進んでしまう。
- ・心悸亢進：動悸、息切れを自覚する。不安感を伴うことがある。
- ・運動麻痺、知覚麻痺を認めることがある。
- ・尿量減少、遺尿
- ・発熱：時に認めることがある。

適応病態のすべての症候がそろわなくても幅広く使用できる。冷えと水毒が目標である。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色不良で虚弱な印象を与え、話し声に力がないことが多い。瘦せて顔面は浮腫状であることが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡白舌あるいは淡白紅色で、歯痕や腫大を認め、舌苔は湿潤した白苔を認めることがある。
- 3) 脈診：沈、小、虚、あるいは浮、虚であることが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ◎ 腹部動悸(心下悸)

○ 振水音

△ 腹直筋攣急

#### C 体力のしほり

弱  1  2  3  4  5 強

#### D 適応(Indication)

体力虚弱で、冷えがあつて、疲労倦怠感があり、時に下痢、腹痛、めまいがあるものの次の諸症：下痢、急・慢性胃腸炎、胃腸虚弱、めまい、動悸、感冒、むくみ、湿疹・皮膚炎、皮膚の痒み

### 4 使用上の留意点

附子を含むため、特に煎じ薬で多く用いる場合、動悸や舌のしびれなど中毒症状に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

真武湯は内に水気が有るといのが目標で、他の附子剤とは違って、水飲のために心下悸し、身が振々と囀動して地に倒れんとし、あるいは麻痺不仁して手足が引きつるようになり、あるいは水腫して小便不利し、その腫は虚燠で力なく、あるいは腹以下に腫があって、臂肩（ひけん）、胸背が羸瘦し、脈は微細あるいは浮虚で、心下痞悶が強く飲食がまずいもの、あるいは四肢が沈重、疼痛し、下利するものに用いて効がある。

## ▶ 稲葉文礼『腹証奇覽』

この症は四肢疼重、あるいは沈重疼痛するものがときどきある。その他何病を問わず腹証をつまびらかにし、時に現れる目眩、身体が囀動して倒れそうになるなどの症を目標にしてこの方を用いれば必ず効果がある。

またこの症で腹底に寒冷を自覚するものが多いが、附子の分量を2～3倍に加えることがある。その多少は腹底の冷あるいは寒が、現然としているか暗然としているか、その厚薄浅深によって判断するのである。附子の方剤に隊伍させる場合は、常にこのような心得で対処すべきである。

## ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

「囀動」は肉囀とって、身体が肉がびくびくと動くこと、「振々」とは全身がふるえること、「地に擗（たお）れんとす」とは、人にしっかりと抱かれていたいといった状態のことである。傷寒でこの症があるのは、陽気が衰微して身を支えられないという症である。また痢の脱症<sup>①</sup>にもときどきこの状態になるものがあり、いずれも真武湯を用いるとよい。

真武湯は痢で諸々の陰症が備わったものに用いる。自利とって覚えなく下るもの、あるいは小便不利して脚などに腫気があるなど、真武湯証の中の1～2を伴う痢にもこれを用いる。また遺尿（いし）<sup>②</sup>するものもこの方の証である。遺尿は陽証にはないものである（中風、痢などの陽症で遺尿することがあるのは、身が不自由なための粗相である）。痢疾<sup>③</sup>、泄瀉<sup>④</sup>で遺尿する場合、10度の内1～2度はとにかく、3度を過ぎるようなものは陽症ではなく、陰とすべきである。すべて痢に限らず、熱病中に下利をすると、恍惚として便器に上ることを覚えずに遺尿することがあるが、これも1～2度は粗相と

しても、3度に及べば真武湯、四逆湯の症とせねばならぬ。従って真武湯の症には後重はなく腸滑である。

## B 治験

## ▶ 尾台榕堂『方伎雑誌』

40歳ばかりの男が診を求め、「2～3年来気分が常ならず、ぶらぶらとして、食物の味がなく、夜も快眠しない」という。診ると面色青黒く、全身に滋潤の気なく、少し水気があり、舌色は刷白で声はかすれ、息切れが強く、脈は浮でも沈でもなくただ力なく綿のようで、いわゆる遊魂行尸（くし）といった状態で重患である。私が病の重いことを告げると、当人もすでに必死の覚悟をしているという。まず真武湯を与えると、半年ばかりで少しく気力がつき、息切れも穏やかになり、声もかなり出るようになった。冬月になると腰が痛み、脚から小腹にかけて麻痺し、息切れも再び強くなったので八味丸に転じたところ、通計1年半ばかりで全快した。たとえ難症であっても、力を尽くして治療すれば治ることがあるのを痛感した。

## ▶ 和田東郭『東郭医談』

ある婦人が盗汗、日に10余行の下利を發し、羸瘦して腹部が摺紙で作った網のようになり、拘攣して飲食を欲せず、ときどき喘声を發し、真武湯に製附子を加えて治したことがある。脹満<sup>⑤</sup>に附子を用いるのは、腹皮が厚く脹る場合である。

## ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

ある男が旅行の後で温疫に患り、医師の治療を受け数十日を経たが治らない。微熱、水気があって脈沈微、四肢微冷、精神恍惚としてしきりに眠気を催す。診ると病は少陰にあるので、真武湯加人参を与えると2～3日で精気が大いに回復し、微熱が解け、食が大いに進み、調理数句で治癒した。私はこの証に逢えば熱の有無を問わず真武湯加人参を与え、毎々効を奏している。これを仲景の旨意と異なると難ずる向きもあるが、少陰病と認めたいので、真武湯、附子湯は少陰病の正方であるから与えるのであり、まして真武湯の証には発熱の一証も具載されており、妥当な用い方と考える。

① 脱症（だっしょう）：痢で元気がなくなり、虚脱した状態。

② 遺尿（いし）：大便失禁。

③ 痢疾（りしつ）：下痢を伴う感染症。

④ 泄瀉（せっしゃ）：非感染症の下痢。

⑤ 脹満（ちようまん）：腹部が腫れること。

## 清上防風湯(せいじょうぼうふうとう)

野上達也

## 1 出典

## ▶『古今医鑑』面病門

上焦の火を清し、顔面に瘡癬，風熱の毒を生ずる人を治療する。

## 2 構成

荊芥 1～1.5, 黄連 1～1.5, 薄荷葉 1～1.5, 枳実 1～1.5, 甘草 1～1.5, 山梔子 1.5～3, 川芎 2～3, 黄芩 2～3, 連翹 2.5～3, 白芷 2.5～3, 桔梗 2.5～3, 防風 2.5～3

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・赤ら顔：顔色は赤く，脂性で充血傾向がある。
- ・のぼせ：顔面の充血感や頭重感を自覚し足の冷えがある。
- ・湿疹，皮膚炎：充血していて赤みが強い。にきびであれば一つひとつが大きく，赤みが強く，先端に膿をもつ人。顔だけでなく，前胸部や背中にもにきびがしやすい。
- ・目の充血
- ・無汗：発汗傾向は強くなく，顔面以外の肌は乾燥傾向であることが多い。
- ・尿量減少
- ・便秘：便秘傾向があることが多い。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔面の紅潮，のぼせ，脂性を認め，また眼球結膜に充血を認めることがある。発疹がしやすい体質でにきびや皮膚炎を顔面に認めることが多い。
- 2) 舌診：舌質は鮮紅色～紅色，舌苔は乾湿中等度の黄苔を認めることが多い。
- 3) 脈診：浮数実であることが多い。
- 4) 腹診  
文献が少ない。

## 【参考】

腹力 中等度(3/5)

## C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で，赤ら顔で時にのぼせがあるものの次の諸症：にきび，顔面・頭部の湿疹・皮膚炎，あかはな(酒さ)

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシー，肝機能障害，黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

清上防風湯は，頭面の瘡癬，風熱の毒を治す。

この方は，風熱が上焦のみに熾(さか)んで頭面に瘡癬，毒腫などの症はあるが，ただ上焦のみで中焦下焦の分はそれほど壅滞していなければ，下へ向けてすかさず必要はないので，上焦を清解発散するために用いる。防風通聖散のように芒硝，大黃，滑石の類は用いない。すべて，上部の瘡癬には下剤を用いるべきではなく，東垣<sup>①</sup>が「身の半ば以上は天之氣，身の半ば以下は地の氣」と唱え，上焦の分に集まる邪は上焦の分において発散清解するとしたのは，まことに興味ある理論である。

## B 治験

## ▶ 北山友松子『医方口訣集 頭書』

ある男が頭に瘡を生じ，その大なるものは瘞(ざ)<sup>②</sup>のごとく，小は癩(ひ)<sup>③</sup>のごとくで癢痒忍びがたく，顔面は赤く唇は紅，脈は浮数である。私は清上防風湯を用い7貼で治った。また，その妻が平素から下片の牙齒が疼痛し，牙床は腫赤して物を齧(か)むのが困難であり，風にあたるといっそう激しくなる。清胃の諸薬を服用したが効かず，私が清上防風湯を頻々に熱含させると，2～3日で腫は退き，痛みもやんで再発しなくなった。

① 東垣(とうえん)：李杲(1180～1251年)東垣は号。金代の名医で『秘胃論』『内外傷辨惑論』『蘭室脾蔵』他の著あり。

② 瘞(ざ)：にきび。

③ 癩(ひ)：あせも。

## 清暑益氣湯(せいしょえつきとう)

野上達也

## 1 出典

## ▶『医学六要』治法彙・暑門

古方清暑益氣湯(東垣清暑益氣湯)は、もと長夏湿熱の気によって病むものの為に設けられた。その中の二朮・沢瀉・黄柏は湿熱を除くものである。知らなくてはならない。(中略)近製清暑益氣湯。(中略)東垣清暑益氣湯は、長い夏や湿潤した気候が続くことに適応できずに四肢の重だるさや、体熱感や胸苦しさを感じ、小便が少なく、大便には下痢を認め、口渇がある場合とない場合があり、食欲が低下し、発汗傾向にある病態を治療する。

## 2 構成

人参 3～3.5, 白朮 3～3.5(蒼朮も可), 麦門冬 3～3.5, 当帰 3, 黄耆 3, 陳皮 2～3, 五味子 1～2, 黄柏 1～2, 甘草 1～2

## 3 適応病態

夏ばての薬として有名であるが使用を夏季に限定する必要はない。乾燥傾向と全身倦怠感がある人に広く使用することができる。

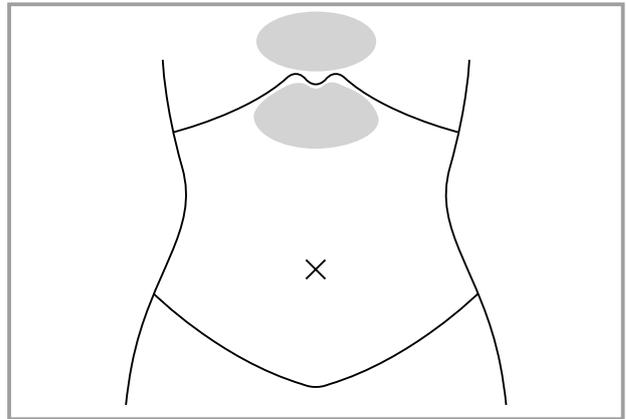
## A 自覚症状(Symptom)

- ・全身倦怠感：夏の暑さなどの過度の温熱刺激によって生じた倦怠感。
- ・食欲不振：夏の時期に食欲が低下する。
- ・口渇
- ・尿量減少
- ・下痢：裏急後重を伴わない下痢。冷たいものを摂取したあとに下痢をしやすい。
- ・発汗過多、盗汗
- ・胸苦しさ：軽度の胸苦しさを訴える。
- ・咳嗽・喘鳴：軽度の乾燥性の慢性咳嗽が続く例や、気管支喘息に効果がみられることがある。
- ・咽喉違和感、咽喉乾燥感

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色不良で、発汗傾向があり、動作が鈍く、活気がないことが多い。
- 2) 舌診：舌質は紅色～鮮紅色。舌苔は乾燥した黄苔を認めることが多い。舌苔が乏しい鏡面舌を呈することがある。
- 3) 脈診：浮、虚あるいは沈、虚であることが多い。

## 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 △ 心下痞

△ 心煩

## C 体力のしぼり

弱       強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、疲れやすく、食欲不振、時に口渇などがあるものの次の諸症：暑気あたり、暑さによる食欲不振・下痢、夏痩せ、全身倦怠、慢性疾患による体力低下・食欲不振

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶百々陰陰『梧竹楼方函口訣』

清暑益氣湯(東垣)は、俗にいう夏まけ、すなわち注夏病の処方である。大便溏滑<sup>①</sup>、五体だるく、脚膝無力、気不精になり、食進まず、次第に痩せ細る。これは俗に夏痩せという症状である。この処方は、補中益氣湯、生脈散の合方を、さらに加減したもので、転じて長患いの人が、土用から残暑の時候になって一段と弱わり、すべての具合が悪くて食が進まず、色々と支障を生じたものに用いると、次第に元気を引立て、大変よいものである。

## B 治験

## ▶曲直瀬道三『衆方規矩』

17～18歳になる女子が、夏の終りに、疲れて痩せほそり、四肢倦怠して食少なく、肌が熱して声も嘎れ、た

だ臥すことを好んで容色も衰え、疲れ果てた状態である。脈は細緊で数が多く、他医が治療しても効果をみなかったが、私が清暑益気湯に地骨皮、黄連を加えて与えたところ、30余貼で全治した。清暑益気湯(東垣)は暑を清くす

ず)しくし、気を益す剤である。

① 大便溏滑(だいべんとうかつ)：溏泄と同じ。

## 清心蓮子飲(せいしんれんしんいん)

上野真二

### 1 出典

#### ▶『太平惠民和劑局方』痼冷附消渴門

心労が蓄積し、常に思い悩み、気持ちが沈んで抑うつ状態となると、尿が白く濁ったり、尿に細かい砂や粗い砂が混じったり、夜夢に遺精をしたり、尿が出渋って痛んだり、血尿が出たりする。また、酒色過度の不摂生な生活のために、口や舌が乾燥して喉が渇いて、安眠できず、四肢が重だるく、男性では神経性や尿路結石により排尿困難、排尿痛、残尿感や血性や膿性の混濁尿を、女性では血性や白濁した帯下を認め、さらには病後に気の衰えが回復せず、何となく心が煩わしく騒ぎ、体全体に不快な熱感があるものに清心蓮子飲は有効である。

### 2 構成

蓮肉 4～5、麦門冬 3～4、茯苓 4、人參 3～5、車前子 3、黄芩 3、黄耆 2～4、地骨皮 2～3、甘草 1.5～2

### 3 適応病態

体質虚弱で神経質な人の慢性に経過する泌尿生殖器の不定愁訴に幅広く使用できる。胃腸虚弱のため八味地黄丸を使用できない人にもよい。

#### A 自覚症状(Symptom)

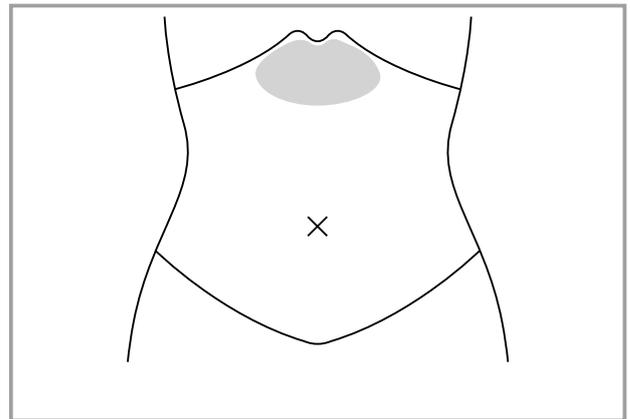
- ・排尿困難、排尿時痛
- ・残尿感・頻尿：比較的慢性に経過する膀胱炎、尿道炎や心因性の泌尿器系不定愁訴。
- ・混濁尿：膿性や血性、尿砂を混ざることがある。疲労により再発しやすく慢性に経過することが多い。
- ・帯下：米のとぎ汁様のことがある。
- ・遺精・口渇
- ・抑うつ状態
- ・全身倦怠感
- ・不眠
- ・胃腸虚弱・食欲不振

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：虚弱で神経質であることが多い。
- 2) 舌診：舌質は紅舌、舌苔は乾燥～乾湿中間で白苔は少ないことが多い。

3) 脈診：沈やや弱、細数または沈細無力のことが多い。

4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 心下痞硬

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以下で、胃腸が弱く、全身倦怠があり、口や舌が乾き、尿が出し渋る次の諸症：残尿感、頻尿、排尿痛、尿のにごり、排尿困難、こしけ(おりもの)

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

清心蓮子飲は心中煩燥し、思慮憂愁、抑鬱して小便赤く濁るか、あるいは砂のようなものが交り、夜夢を見て遺精し、遺瀝渋痛し、小便赤く、あるいは酒色度を過ぎ、上盛下虚して心火上炎し、肺金<sup>①</sup>尅(こく)(剋)を受け、口苦(にが)く咽乾き、漸く消渴となって四肢倦怠し、男子は五淋<sup>②</sup>となり、婦人は赤白(帯下)となって五心煩熱するものを治す。この薬は温平で心を清し、神を養い、

精を秘し、大いに奇効あり。

### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

清心蓮子飲を諸病に広く用いる目標は「小便が余瀝」することである。小便余瀝とは小便の通しが悪く、後にも尿意があつて一度にさっぱりと通じてしまわず、雨滴が垂れるように小便のしまい際にぼたりと出るようなもの

をいい、本方はこのような症に用いる方と心得るとよい。そのほか手心が熱く、渴くことがあれば、なおさらのことである。

① 肺金(はいきん)：五行説による肺。

② 五淋(ごりん)：原、氣、膏、勞、熱(外台)。冷、熱、膏、血、石(三因極一病証)。血、石、氣、膏、勞(証治要訣)。

## 清肺湯(せいはいとう)

上野眞二

### 1 出典

#### ▶ 『万病回春』咳嗽門

痰が多く、咳をするとゼロゼロとした痰の音がして、痰を喀出すると咳がおさまるものが痰咳である。咳をして痰が多いものは胃腸が弱い。

喘息の咳は、喘鳴を伴い、胸が一杯になり胸苦しく呼吸が促迫となる。喘鳴があり呼吸が促迫となり眠れないものは難治性である。

慢性の咳が続くと体力を消耗する。慢性の咳により声が嘎れたり、喉が痛んだりするものは、炎症より気道や呼吸器が傷ついている。これらはともに難治性である。

以上のような状態に清肺湯を使用する。あらゆる咳嗽で、痰の多いものにより。

### 2 構成

黄芩 2～2.5、桔梗 2～2.5、桑白皮 2～2.5、杏仁 2～2.5、山梔子 2～2.5、天門冬 2～2.5、貝母 2～2.5、陳皮 2～2.5、大棗 2～2.5、竹茹 2～2.5、茯苓 3、当帰 3、麦門冬 3、五味子 0.5～1、生姜 1、甘草 1

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・咳：激しく咳き込み、痰を伴い、痰が出るまで止まらない。
- ・痰：多量の濃厚で粘稠で切れの悪い膿性痰のことが多い。
- ・嘎声
- ・咽頭痛

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：激しい咳嗽と濃厚な喀痰が遷延化すると体力を消耗していることがある。
- 2) 舌診：舌質は紅舌のことがある。舌苔はやや湿潤して微白苔あるいは乾燥していることがある。
- 3) 脈診：弦やや弱あるいは細数のことが多い。

4) 腹診

文献が少ない。

#### 【参考】

腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

#### C 体力のしぼり

弱      強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、咳が続く、痰が多くて切れにくいものの次の諸症：痰の多く出る咳、気管支炎

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

清肺湯は、肺の熱が強く、咳のやまないものに用いる。半夏を用いず、茯苓、貝母を用いたのは、潤燥の意である。このように痰咳が盛んになるものは、後には嘔気が付き物であり、また久しく治らないときは、次第に瘦せて肺痿<sup>①</sup>のように難治となる。早々に、この方などを用いて咳をとめる必要がある。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

清肺湯<sup>②</sup>は、痰火咳嗽<sup>③</sup>の薬であるが、虚火<sup>④</sup>の方に属する。もし痰火が純実で脈滑数の場合は、龔氏は栝楼枳実湯<sup>⑤</sup>を用いた。この方は肺熱がひどくあつて、とかく咳嗽<せき>の長引いたものによい。したがって、小青竜加石膏湯などを用いて効なく、勞嗽<sup>⑥</sup>となったものに用いる。『万病回春』方後の按<あん>に、「久嗽止まず、労怯をなすもの」とあり、着眼すべきである。

#### B 治験

##### ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

一男子、36歳。数年前より、咳嗽があり、この咳嗽

は午前中、ことに起床後、1時間ほどがはなはだしく、痰も多く、たちまち痰壺に一杯になるという。また1年に、2,3回、春秋の候に必ず咯血するという。患者は色浅黒く、栄養状態は上等ではないが、長期療養者としては、わるい方ではない。食欲も普通で、大便も1日1行ある。ただ1日起きていると疲れるので、半日だけ起きているという。聴診上左背下部に羅音があり、患者の言によれば、この羅音は日よって、消失したり、強く現れたりするという。

腹部を診てみると、中等度の弾力があり、軟弱無力というほどではない。

私はこれに清肺湯を与えた。あまり変化はないが、力がついてくる感じだと患者はいう。3か月ほどたつと、痰が半減したという。ひきつづいてのんでいる中に、1日急に高熱が出た。しかしいつも、こんな熱は大抵、数

日では下がらないのに、翌日は平熱になり、いままでほどあとが疲れないという。体重も少し増した。服薬を始めて10か月、その間、1回の咯血もなく、痰も、朝少し出るだけで治ったようだという。そこで服薬11か月目から勤務することになった。

この患者は、医師から気管支拡張症と診断せられていたものである。

- ① 肺痿(はいい)：慢性化した肺疾患、肺結核などを指す。
- ② 本方は、桔梗、茯苓、橘皮、桑白、当帰、杏仁、梔子、黄芩、枳実、五味子、回母、甘草の12味で、天門冬、麦門冬、生姜、大棗がなく枳実を加えてある。
- ③ 痰火咳嗽(たんかがいそう)：熱燥の痰による咳嗽。
- ④ 虚火(きよか)：虚証の熱症。
- ⑤ 栝楼枳実湯(かろうきじつとう)：当帰、砂仁、木香、甘草、梔子、黄芩、陳皮、栝楼、枳実、桔梗、茯苓、貝母、生姜の13味(回春)。
- ⑥ 勞嗽(ろうそう)：咳嗽が長引いて衰弱したもの。

## 川芎茶調散(せんきゅうちゃちょうさん)

上野眞二

### 1 出典

#### ▶『太平惠民和劑局方』傷寒門

成人男子や婦人が風邪の侵襲を受けて、頭が重く、目が暗く、頭の片側や、両側全体が痛んだり、鼻閉や声が出にくい、熱が出て手足が煩わしく疼き、筋肉がびくびく引きつれたり、胸郭部に熱感があり痰が多いものを治す。婦人では月経時の感冒や産後など血の道症に関連するのぼせや、こめかみあたりの頭痛によい。構成生薬では、細辛がなく香附子を入れる伝本もある。白芷、甘草、羌活、荊芥、川芎、細辛、防風、薄荷の八味を散剤として食後にお茶で飲む。常に飲んでいると頭や目がスッキリする。

### 2 構成

白芷 2、羌活 2、荊芥 2、防風 2、薄荷葉 2、甘草 1.5、細茶 1.5、川芎 3、香附子 3~4

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・頭痛：頭痛全般。風邪症候群の初期、副鼻腔炎、月経周期に伴う頭痛、緊張型頭痛、片頭痛、慢性頭痛など。
- ・鼻閉
- ・鼻汁
- ・発熱
- ・痰

- ・四肢関節痛
- ・筋肉痛

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白微苔がみられることがある。
- 3) 脈診：浮のことが多い。
- 4) 腹診  
文献が少ない。  
腹力 不定

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力にかかわらず使用でき、頭痛があるものの次の諸症：風邪、血の道症<sup>注1)</sup>、頭痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

川芎茶調散は、諸風<sup>①</sup>が上がり攻め(気が上衝する)、頭目が昏沈し、頭痛、偏頭痛を発し、鼻が塞がり、声が

重くなるもの、傷風で壮熱を發し、肢体が酸疼し、筋肉が蠕動するもの、膈熱<sup>②</sup>を發し痰が盛んなもの、婦人で、血風<sup>③</sup>が攻め注ぎ、太陽穴<sup>④</sup>が痛むものを治す。このほか風氣に感じたものを治す。

按ずるに、この方は風氣に冒されたもの、ならびに婦人の血風によるものの頭痛に最も効果がある。

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

川芎茶調散は内因、外因を問わず、また頭痛、偏頭痛にかかわることなく、一切の頭痛に用いて効驗がある。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

川芎茶調散は邪氣が入って手強く頭痛するのを治す方である。もちろん、鼻が塞がり、声が重いという外症が正面の証であるが、それから転じて、外邪の氣はなくて

も、ただ風氣で上攻が強く頭痛することが婦人などに多くあるものであり、この方がたいへんよく効く。この症で、目が赤く血走って痛むものなどがあり、菊花を加えてやると甚だ効がある。

注<sup>1)</sup> 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

- ① 諸風(しょふう)：風邪が他の病と結びついて発すると考えたさまざまな疾病を指す。風寒、風熱、風湿、風燥などと称するものがある。
- ② 膈熱(かくねつ)：胸中の熱。
- ③ 血風(けっふう)：瘀血などの血証と外邪が重なって起る病。
- ④ 太陽穴(たいようけつ)：こめかみのまわりにある経穴。

## 疎経活血湯(そけいかけつとう)

上野真二

### 1 出典

#### ▶ 『万病回春』痛風門

全身に痛みが走り、痛みが昼は軽く夜重いのは血虚のためである。疎経活血湯は、この全身を走る刺されるような痛みで、左足が最もひどく痛むものに用いる。過度の酒色など不摂生な生活によって体力が低下しているときに、風にあたり冷えたり湿気にさらされて発熱したり寒気を感じたりすると経絡に沿って痛みが走る。経絡を流れる血の流れを良くして湿を追いやるのがよい。この処方痛風の痛みではなく関節痛、神経痛、筋肉痛に使用する。

### 2 構成

当帰 2～3.5、地黄 2～3、川芎 2～2.5、蒼朮 2～3(白朮も可)、茯苓 1～2、桃仁 2～3、芍薬 2.5～4.5、牛膝 1.5～3、威靈仙 1.5～3、防己 1.5～2.5、羌活 1.5～2.5、防風 1.5～2.5、竜胆 1.5～2.5、生姜 0.5、陳皮 1.5～3、白芷 1～2.5、甘草 1

### 3 適応病態

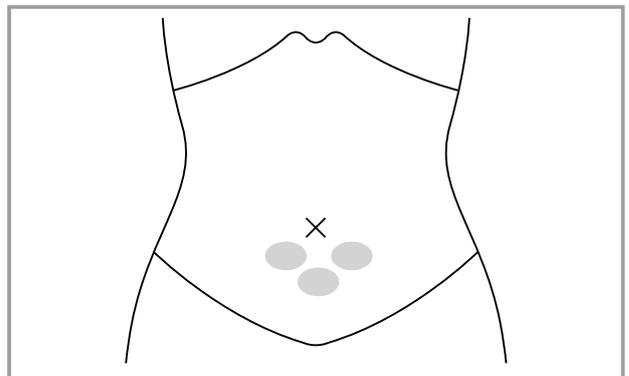
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・ 関節痛
- ・ 神経痛
- ・ 筋肉痛
- ・ 腰痛

痛みの性状は全身に走る、刺すような疼痛で、しびれを伴うことがある。冷えや飲酒により増悪することがある。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：下肢に軽度の浮腫、うっ血をみることもある。
- 2) 舌診：舌質は淡紅色、舌苔は無～微白苔のことが多い。
- 3) 脈診：やや弱～沈細のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

腹証 ○ 圧痛(下腹部)

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、痛みがあり、時にしびれがあるものの次の諸症：関節痛、神経痛、腰痛、筋肉痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

地黄を含み、胃腸障害にも注意が必要である。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

疎経活血湯は、遍身痛んで刺すがごとく、左足の痛み最も甚だしきを治す。左は血に属し、多くは酒色によって損じ傷(やぶ)れ、筋脈が空虚し、風寒湿熱を被(こうむ)って内に感じ、熱が寒を包む時は痛んで筋絡(らく)を傷り、そのために昼は軽く夜は重いものによく、経をすかし血を活かし湿を行(めぐ)らすのである。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

疎経活血湯は、平生酒肉を嗜む人が内に湿熱をかもし、そのうえ房室で血脈が虚損し、外は風寒湿気を感じ、左足が痛むものに用いる。この症は痛風に似ているが、痛

風は関節が痛むのに対し、関節に限らず体脛いずれと処が定まらないのである。左とはあるが左右に限らず、また上焦臂痛もある。えてして酒色家に多く見られる症である。

### B 治験

#### ▶ 山田業広『井見集 附録』

21歳の妻女が、半産後に左脚が洪腫して疼痛が甚だしく、父(山田由之)の診を請うた。父は敗血流注によるものとし疎経活血湯を投じたところ、痛みは半ば去ったが、さらに右脚に腫痛を発して再診を求めた。そこで私がかかって往診し、「これはかえって吉兆であり、腫痛の移転は病毒消散のきざしであって恐るるに足らない」と説き、さらに前方を与え続けると果たせるかな6~7日後には左右の脚痛が共に去り、飲食も大いに進み、二便もまた快利し、およそ20日ばかりで平に復した。

## 大黄甘草湯(だいおうかんそうとう)

早崎知幸

## 1 出典

### ▶ 『金匱要略』嘔吐噦下利病篇

食べ終わってからすぐに吐く人には、大黄甘草湯で治療する。

## 2 構成

大黄 4~10, 甘草 1~5

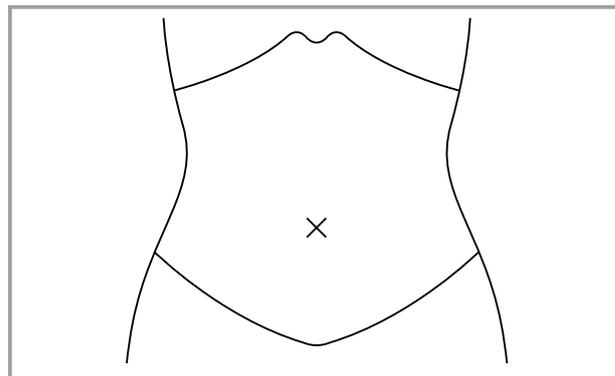
## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・便秘
- ・嘔吐：便秘をして、宿食によって胃腸がふさがったために、食べると嘔吐する場合。

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：沈のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度前後(3/5)

腹証 ○ 腹満(軽度)

### C 体力のしほり

弱  1  2  3  4  5  強

### D 適応(Indication)

便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ・湿疹・皮膚炎・吹き出物(にきび)・食欲不振(食欲減退)・腹部膨満・腸内異常醗酵・痔などの症状の緩和

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『類聚方』

大黃甘草湯は、食べるとすぐに吐くものに用い、これには急迫の証をとまなう。

## ▶ 小島明『聖劑発蘊』

大黃甘草湯は、痞して急迫するものを治す。

この証は、必ず飲食を吐くもので、世に反胃、膈噎<sup>①</sup>などと称するものと同様である。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

大黃甘草湯は、小児が吐乳して大便しないものによい。

この方は、いわゆる南薫を求めんと欲せば、必ず先ず北膈を開くといった意味あい、胃中の壅閉を大便に導き、上逆する嘔吐を止めるのであり、妊娠悪阻、大便が出ないものにも効がある。丹溪<sup>②</sup>は小便不通を治すのに吐法を用いて肺氣を開提し、上竅<sup>③</sup>を通じて下竅<sup>④</sup>もまた通ぜしめた。この方と法は異なるが、その理は同じである。本方はその他一切の嘔吐、腸胃の熱に属するものにはみな用いる。胃熱を弁別するには、大便秘結、あるいは食すればすぐに吐く、あるいは手足心熱<sup>⑤</sup>、あるいは目黄赤、あるいは上気頭痛するなど、いずれも胃熱と承知し

てよく、上冲<sup>⑥</sup>の症を目標にして用いれば大きな誤りはない。虚証でも大便が久しく燥結するものにはこの法を用いる。これは便法というもので、あまり拘泥する必要はない。讃州の御池平作はこの方を丸として多用し、これは今日の大甘丸である。また中川修亭は調胃承氣湯を丸として、よく吐水病を治すというが、みな同意である。

## B 治験

## ▶ 尾台榕堂『井觀医言』

(前略)ある男が40～50日疫を患って危機を脱したあと、2～3日大便がなく、4～5日後に食べるとすぐに吐き、続いて苦酸水を吐き、面色が青黒に変わり、心胸痞満、心下結鞭、小便不利、煩して眠れなくなった。よって大黃甘草湯2貼を与えると、大便が快利し、そこで茯苓飲に転ずると10余貼で小便も快利して諸症も次第に去った。

① 膈噎(かくいつ)：食道の狭窄をきたす病。

② 丹溪(たんけい)：朱震亨(1281～1358年)。元代の著名医、『格致余論』、『丹溪心方』他の著者。

③ 上竅(じょうきょう)：目、耳、鼻、口の7つの穴。

④ 下竅(かきょう)：尿道と肛門。

⑤ 手掌足蹠に熱感あり。

⑥ 上冲(じょうちゅう)：上衝と同じ。

## 大黃牡丹皮湯(だいおうぼたんぴとう)

早崎知幸

## 1 出典

## ▶ 『金匱要略』瘡癰腸癰浸淫病篇

腸癰というものは、下腹が腫れ抵抗を感じるようになっていて、下腹部を押されると、痛みが放散し、尿意を催すが、尿は気持ちよく出る。発熱、自汗、悪寒があり、脈が遲緊の場合はまだ化膿していないので、大黃牡丹皮湯で下すべきである。膿がなければ血が下るはずである。しかし脈が洪数の場合は化膿してしまっているので、下してはいけない。

## 2 構成

大黃 1～5、牡丹皮 1～4、桃仁 2～4、芒硝 3.6～4、冬瓜子 2～6

## 3 適応病態

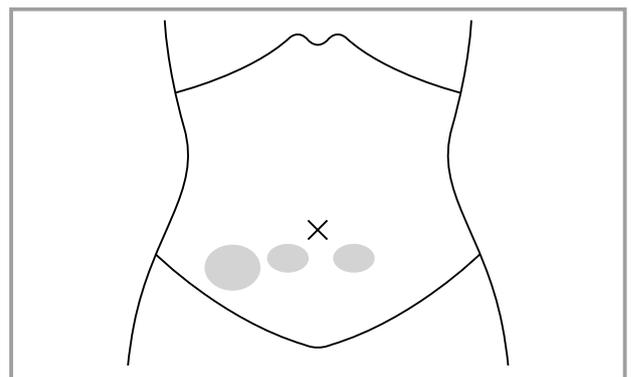
## A 自覚症状(Symptom)

・下腹痛：虫垂炎など腹部急性炎症では、初期・軽症例、または進行例でも全身状態良好で膿瘍形成が著しくない場合に使用する。

- ・腹部膨満
- ・便秘傾向

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は薄い黄苔がみられることがある。
- 3) 脈診：沈、緊、遅のことがある。
- 4) 腹診



腹力 中等度～充実(4/5～5/5)

腹証 ◎ 圧痛(回盲部)  
△ 小腹鞭満

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度以上で、下腹部痛があって、便秘しがちなものの次の諸症：月経不順，月経困難，月経痛，便秘，痔疾

## 4 使用上の留意点

特になし。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 吉益東洞『方機』

大黃牡丹皮湯は、腸癰<sup>①</sup>で按ずると痛み、ときどき熱を發し、また、自汗し悪寒するものを治す。

腹中に堅塊があり、経水不順のものを治す。

腹が鼓のごとく膨満し、青筋を生じあるいは腫れ、小便不利するものを治す。

小腹に堅塊があり、小便淋瀝するものを治す。

#### ▶ 内島保定『古方節義』

腸癰の症は小腹が腫れて硬く、按ずると痛み、これによって癰とわかる。排尿する時、尿が淋のようで、色は普通のものは、腸癰になろうとしているところであり、

この症状から察してそれと知るのである。ときどき発熱悪寒するが、これは表症があるようだがそうではなく、膿ができてはじめてるのである。脈が遅緊ならば、陰が盛んで血がまだ化さず、膿が形成されていないのであり、これを下すべきである。大黃牡丹皮湯を用いて癰を消し熱を瀉すれば、大便に必ず血を見るはずである。もしその脈が洪数であれば、陽が盛んですでに腐している。その膿となっているものは下してはならない。按ずるところ、本方はすでに腸癰になっているものを治す方であり、本文<sup>②</sup>に「膿已に成る、下す可からず」とあるのは、恐らくは皮膚まで腐爛したものであろう。臍の部分に穴があき、腐爛して膿が外へ出るようなものは必ず死に至る。それが内にある時は、膿でも血でも差別なく下すべきで、膿ができていても必ずしも治らぬというわけではなく、病人によってのことである。

### B 治験

#### ▶ 吉益南涯『成蹟録』

ある妻女が腹満して8～9日、飲食は平常で小便も自利するが、薬汁のような色で先生の治を請うた。先生は瘀血と診断し、大黃牡丹皮湯を与えると10日ばかりで赤白穢物を下し、さらに続けると魚腸のようなもの数枚を下し腹満は漸次減じ、30余日を経て諸患は退いた。

① 腸癰(ちょうよう)：虫垂炎、その周囲の膿瘍など。  
② 『金匱要略』の本文。

## 大建中湯(だいけんちゅうとう)

早崎知幸

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』腹滿寒疝宿食病篇

腹から胸にかけて、非常に冷えて痛み、吐き気が強くて飲んだり食べたりできない。腹の皮が盛り上がってむくむくと動き、あたかも頭や足があるようで上下する。腹痛が激しいので触れることもできない。このような状態には大建中湯で治療する。

### 2 構成

山椒 1～2、人參 2～3、乾姜 3～5、膠飴 20～64

### 3 適応病態

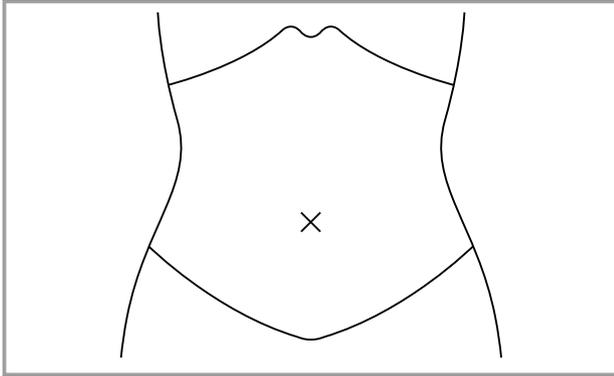
#### A 自覚症状(Symptom)

・腹痛：発作性の疝痛様腹痛で、ガスが溜まって痛んだり、冷えて痛んだりすることがある。

- ・腸蠕動亢進(腹鳴)
- ・腹満
- ・嘔吐：イレウスなどに伴うもの。
- ・冷え：手足や腹部に冷えを感じることもある。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：腸蠕動を望見できることがある。
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：沈、弱、遅のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証  蠕動不穩

腹滿

腹中寒

腹痛

### C 体力のしぼり

弱      強

### D 適応(Indication)

体力虚弱で、腹が冷えて痛むものの次の諸症：下腹部痛、腹部膨満感

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、肝機能障害、黄疸に注意する。

用量が多すぎると乾咳、浮腫、嘔気などの症状を認めることがある。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 吉益東洞『方極』

大建中湯は、腹が大痛し、嘔して食することができず、腹皮が起きて、頭足があるように見えるものを治す。

#### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

大建中湯の本文<sup>①</sup>は、その痛状、病人の苦痛の様子を、まのあたりに見るように、いい尽くしている。よくよくその痛みの模様を記憶して、急用に備えるべきである。この痛みの状態を備えたものは、寒痛はいうまでもなく、心痛、疝痛、胃脘痛などの差別なく、大熱さえなければ、その病因を問わず、広く用いてその急難を救うべきであり、寒痛のみに限定することはない。本方によって、その苦痛がおよそ除かれた後、あらためてその病因、病証を見極め、それぞれの方を与えるといい。

#### ▶ 平野重誠『為方絜矩』

大建中湯とは、小建中湯に対して名づけられたものであり、処方も純粹であって古来のものと思われるが、この条の主治<sup>②</sup>は、古文ではないようである。しかし、そ

の意には別に子細はなく、「大寒痛」とは、寒飲蓄水の痛みの甚だしいものをいう。多くの注家が、その「寒」を「寒邪」であるとして、強いて説明を加えているが、ここで「寒邪」をあえて単に「寒」と呼んだとし、その「寒邪」が上衝して心胸に迫るというのには無理があると思う。「皮起出」といい、「見有頭足」といい、いずれも拘急攣引して、心下腹内に蟠屈<sup>③</sup>した腸が動いて、突起出没する状態をいうまでのことで、これは留飲痛、疝気などには時々見られることである。また従来の諸注家が、これは厥逆、脈伏などのある大寒証であるというのも、病者によってはそのような証もあろうが、このような場合の脈の多くは弦である。大建中湯は、蜀椒の辛辣がよく鬱結を解し、宿滞を散ずる。さらにこれを扶けて、辛辣健胃の乾姜、滋潤下気の人参に膠飴を加え、拘攣癒痛〈せいづう〉<sup>④</sup>を治すというのが、たいへん妙味のあるところである。『千金方』に載っている大建中湯の一方は、蜀椒、半夏、生姜、甘草、人参、飴糖の6味で裏急拘引には芍薬、桂心を加え、手足厥、腰背冷には附子を加えるとあり、これも用いてよいが、方として本方よりは劣る。蜀椒はまた、よく虻虫を制する。しかし、私は烏梅<sup>⑤</sup>の方は採用しない。私の亡父寿海が、蜀椒1味を丸として久服させ、虻虫を治した治験がある。私も時々人に教え、長服させて効を得たが、これも試みるとよい。蜀椒に虻虫を治す効果のあることから、「皮起出、見有頭足」というのを、虻虫であるという説があるが、虻虫に頭足があるはずはなく、この条は決して虻虫痛ではないと考えるべきである。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

小建中湯は、裏急、拘攣急痛するものを治し、大建中湯は、寒飲が升降し、心腹劇痛して嘔するものを治す。したがって大建中湯は、疝瘕<sup>⑥</sup>で腹中が痛むもの、また虻虫のあるものを治す。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

大建中湯は、小建中湯とはその方意は大いに異なるが、膠飴の一味があるので、建中の意があることは明瞭である。寒気の腹痛を治すにはこの方に勝るものはない。大腹痛で胸にかかり、嘔があるか、腹中が塊のように凝結するのが目標である。したがって、諸積痛が甚だしく、下から上へむくむくと持ち上がるようなものに用いると妙効がある。解急蜀椒湯は、この方よりさらに重症のものに用いる。また、小建中湯の症で、いっそう衰弱して腹裏拘急するものは、千金大建中湯<sup>⑦</sup>がよい。

### B 治験

#### ▶ 六角重任『古方便覧』

70歳の男子が、胸満して、時に心下痛の発作があり、あるいは虻虫を吐して食が摂れず、3か月ばかり床に就

いたが、大建中湯を与えると治った。

32歳の婦人が、飲食が進まず日々に羸瘦し、腹痛を患って3か月ばかり経過した。諸医は血積として治療にあたり、瘀血を下す薬を用いたりしたが、病勢はいよいよ甚だしくなった。診ると、臍傍に手足を広げたような塊物があって、心下および胸脇へ拘攣している。重くこれを按すと痛みが激しく、軽く按すとそれほどでもない。大建中湯を与えると、病状は日々快方に向かい、やがて全癒した。

#### ▶ 稲葉文礼『腹証奇覽』

34～35歳の男子が、大腹痛<sup>⑥</sup>で臍下が痛んで3年を経過、治療に手を尽くしたが、一向に効果がないという。診ると、暗然として冷氣を覚え、腹皮が強急して頭足あるがごとくである。大建中湯を与えると、1か月ばかりで漸時いえた。

#### ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

ある男が魚肉を過食し、心腹刺痛して重体となった。備急円<sup>⑨</sup>を与えると、数回吐利して、痛みは少し安らい

だ。よって黄連湯を与えると、一夜大嘔吐を發し、飲食が口に納まらなくなり、苦悶が甚だしかったので甘草蜂蜜湯を服ませると、嘔吐はようやく収まった。このあと、寒疝を發し、少腹が急痛、雷鳴し、甚だしいときは胸中に迫って自汗を發し、たえだえとなった。まず附子粳米湯を与え、痛みを發したときは大建中湯を兼用すると、数旬で諸証は漸次緩和し、病人は回復した。

#### ① 『金匱要略』

② 『金匱要略』の条文。

③ 蟠屈(ばんくつ)：とぐろをまくようにわだかまる。

④ 拘攣癆痛(こうれんせいつう)：ひきつけて痛む。

⑤ 烏梅円(うばいえん)：烏梅、細辛、乾姜、黄連、当帰、附子、蜀椒、桂枝、人參、黄柏の10味(傷寒)。

⑥ 疝癆(せんか)：腹中の痛みのある硬結。

⑦ 千金大建中湯(せんきんだいけんちゅうとう)：黄耆、人參、当帰、桂枝、大棗、半夏、生姜、芍薬、附子、甘草の10味(千金)。

⑧ 大腹痛(だいふくつう)：臍より上の腹部の痛み。

⑨ 備急円(びきゅうえん)：三物備急丸、大黃、乾姜、巴豆の3味(金匱)。

## 大柴胡湯・大柴胡湯去大黃(だいさいことう・だいさいことうきょだいおう) 早崎知幸

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』腹滿寒疝宿食病篇

押さえてみてみずおちが張って痛い場合は、これは実証だから下した方がよい。下すには大柴胡湯を用いるのがよい。

#### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

太陽病にかかって10余日を経た頃、2,3回下してしまい、その後4,5日を経てもなお柴胡の証がある場合は、まず小柴胡湯を与える。これを与えても嘔吐が止まず、心窩部がつまったように硬く、鬱々として苦しい者は、未だに邪が解散していないのである。さらに大柴胡湯を与えてこれを下せば治る。

#### ▶ 『傷寒論』太陽病下篇

急性熱性疾患にかかり10余日を経て、熱が裏に結し、さらに往来寒熱するものは大柴胡湯を与える。

#### ▶ 『傷寒論』発汗後病篇

急性熱性疾患にかかり発熱し、発汗したが病は癒えず、心下部が痞え硬くなり、嘔吐して下痢するものは大柴胡湯の証に属する。

### 2 構成

[大柴胡湯]

柴胡 6～8、半夏 2.5～8、生姜 1～2(ヒネショウガを

使用する場合4～5)、黄芩 3、芍薬 3、大棗 3～4、枳実 2～3、大黃 1～2

[大柴胡湯去大黃]

柴胡 6～8、半夏 3～8、生姜 1～2(ヒネショウガを使用する場合4～5)、黄芩 3～6、芍薬 3、大棗 3、枳実 2～3

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

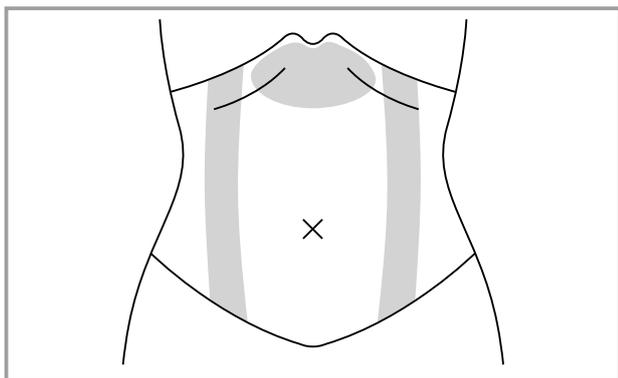
- ・胸脇部の不快な膨満感、圧迫感、緊張感
- ・便秘傾向：大柴胡湯の場合。
- ・肩こり
- ・汗かき、暑がり
- ・抑うつ傾向
- ・悪心、嘔吐、食欲不振
- ・息切れ

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：体格はがっしりしていて、肥満あるいは筋骨たくましいことがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔はやや乾燥していて、厚い白苔あるいは黄苔を認めることがある。
- 3) 脈診：沈、実のことがある。

## 4) 腹診

[大柴胡湯]



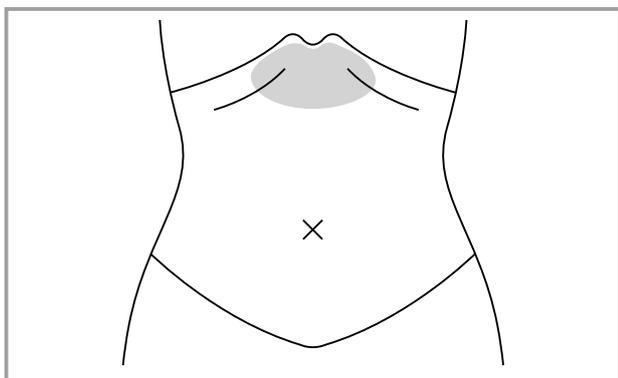
- 腹力 やや硬～充実(4/5～5/5)  
 腹証 ◎ 強い心下痞鞭(「心下急」)  
 ◎ 胸脇苦満  
 ○ 腹直筋攣急

[大柴胡湯去大黃]

文献が少ない。

## 【参考】

- 腹力 やや硬～充実(4/5～5/5)  
 ◎ 心下痞鞭  
 ◎ 胸脇苦満



## ◎ 体力のしぼり

[大柴胡湯]

弱 1 2 3 4 5 強

[大柴胡湯去大黃]

弱 1 2 3 4 5 強

## ◎ 適応(Indication)

[大柴胡湯]

体力が充実して、脇腹からみぞおちあたりにかけて苦しく、便秘の傾向があるものの次の諸症：胃炎、常習便秘、高血圧や肥満に伴う肩こり・頭痛・便秘、神経症、肥満症

[大柴胡湯去大黃]

体力中等度以上で、脇腹からみぞおちあたりにかけて苦しいものの次の諸症：胃炎、高血圧や肥満に伴う肩こり・頭痛、神経症

## 4 使用上の留意点

[大柴胡湯]

重大な副作用として、間質性肺炎、肝機能障害、黄疸に注意する。

便秘がない場合は大柴胡湯去大黃を用いる。使用後に腹痛・下痢が起こらなければ大黃が入ったものを使用してもよい。ただし、量は少量から始める。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 六角重任『古方便覧』

大柴胡湯は、おおむね小柴胡湯の証をそなえ、心下急微煩<sup>①</sup>、腹満拘攣<sup>②</sup>し、あるいは嘔するものを治す。

大柴胡湯は、傷寒に罹って10日余りを経過、往来寒熱、譫語、便秘して、腹満拘攣するものによい。

大柴胡湯は、小児が発熱して、腹満するものによい。

## ▶ 和田東郭『蕉窓雑話』(口訣)

大柴胡湯と承気湯の違い：瀉下は同じでも、両脇心下の痞鞭<sup>③</sup>を緩めるには大柴胡湯がよい。

大柴胡湯と四逆散：四逆散は熱実<sup>④</sup>がないから大黃、黄芩を欠き、胸脇を緩めることを主とするために甘草がある。

大柴胡湯と咽中炙饅(しゃらん)：咽中炙饅<sup>⑤</sup>だけに目を付けて、半夏厚朴湯を使って効果のあることもあるが、効かないことが多い。時には大柴胡湯や四逆散が効果のあることもある。大局をみて判断せよ。

大柴胡湯と半夏厚朴湯加川芎：鳩尾あたりが強くこりあつまってその腹形が大柴胡湯の証にみえて、大柴胡湯より軽くあしらいたいときは半夏厚朴湯加川芎がよい。

大柴胡湯の禁忌例：下元<sup>⑥</sup>損じ、虚火<sup>⑦</sup>動く。天稟は極めて丈夫でも、下元を損い、虚火の動じている人が疫病にかかったとき、大柴胡湯で下すと急に悪化する。色をみるに目を以てせず、声を聴くに耳を以てせず、とはこのこと。虚心に全身をみること。

大柴胡湯と不妊症：脈腹証にしたがって大柴胡湯を与えたら妊娠した。

## ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

大柴胡湯は、病邪が半表半裏<sup>⑧</sup>の病位にあつて、裏症もまた顕著であるものに用いる。「心下急、鬱々微煩」というのは、病邪が裏に聚ったことを形容している。

発熱を伴う疝気で、腹気の回りが悪く、脇肋が偏痛し、

大便秘結，あるいは宿食あるものには，本方に蜜檳<sup>⑨</sup>を加えて用いる。

また平常から，肝木の気が充る<sup>⑩</sup>人で，左脇攣急，脈弦数，大便秘結して，焦黄色の舌苔を生じるものには，大柴胡湯に檳榔，鼈甲を加えて用いると効果がある。

#### ▶ 平野重誠『為方絜矩』

大柴胡湯を用いる病者の決定は，まず第一に舌にある。すなわち舌に黄味を帯びた白苔が厚くかかって，口渴があり，口舌の乾燥もある。

大柴胡湯は，これを雑病に用いる場合でも，すべて胃中に蓄積した汚物(宿食)があるとともに，胸脇苦満があり，また舌苔がある場合でなければ，みだりに用いてはならない。このことをよく心得よ。

#### ㊦ 治験

##### ▶ 六角重任『古方便覧』

40歳余りの男子が，卒倒して人事不省となり，醒めたのちも半身不随となって，舌がこわばり語ることが不能となった。数医を経たが効果がない。診ると，胸脇痞鞭し，腹満が甚しくて拘攣があり，これを圧すと痛みが手足に徹する。そこで大柴胡湯を与えたところ，12～13日で身体がほぼ動くようになった。さらに，ときどき紫円を与え，20日ばかりで全治した。

50歳余りの酒客が，長らく左脇下が盤の大きさに鞭満し，腹皮(腹直筋)が攣急して時々痛み，煩熱，喘逆<sup>⑪</sup>して床に臥することができない。顔色は痿黄で，身体も痩せ衰えた。その後，春になって潮熱<sup>⑫</sup>を発するようになり50日ほど経過した。私が大柴胡湯を与えると，およそ50剤ばかりでその熱はやや下がり，また時々，紫円を与えて治療した。患者は私の指示どおり服用を続け，1年ばかりで宿痾は全治した。

##### ▶ 吉益南涯『続建殊録』

浪華島之内の賈人伊丹屋某の治験：腹痛し，腹中に一小塊があり，圧痛がある。体がやせて，顔色が青く，便秘しているが，食欲は変りない。大柴胡湯を服用すること一年余でやや軽快した。そこで患者が服薬を怠って7～8か月経つと再発した。腫瘍は前回の倍位の大きさとなって水瓜のようである。煩悸<sup>⑬</sup>して，喜怒が劇しいときはまるで狂人のようである。諸医が治療したが効なく，南涯が再び診て，大柴胡湯に当帰芍薬散を兼用した。服用1か月後に，クラゲ状のものその他を大量に下すこと9日ほどで完癒した。

- ① 心下急微煩(しんかきゅうびはん)：胃のあたりが急迫してわずかに痛み，少し不快感があること。
- ② 腹満拘攣(ふくまんこうれん)：腹が張満し，ひきつること。
- ③ 痞鞭(ひこう)：つかえて硬くなること。
- ④ 熱実(ねつじつ)：実証の熱の意。
- ⑤ 咽中炙臑(いんちゅうしゃらん)：咽喉中に焼き肉の小片がひっかかっているような感じ。神経症の患者によくみられる。梅核気と同義。
- ⑥ 下元(げげん)：三焦の一つである下焦と同じ。下焦は，中国医学上の腎，膀胱，大腸，小腸などの機能にかかわりをもつといわれる。
- ⑦ 虚火(きょか)：虚証の発熱。
- ⑧ 半表半裏(はんびょうはんり)：表証でもなく，裏証でもなく，その中間証を半表半裏と呼んでいる。少陽病のときにはこの証を表す。口苦，咽乾，目眩，耳鳴，咳嗽，胸満，胸痛などがみられる。
- ⑨ 蜜檳：檳榔を蜜水で修治したもの。
- ⑩ 肝木の気充る(かんぼくのきたかぶる)：五行説で「木」は「肝」にあたる。「肝火上亢」も同じ意味で肝気が充ること。興奮気味でイライラするなどの症状を呈する。
- ⑪ 喘逆(ぜんぎやく)：呼吸困難。
- ⑫ 潮熱(ちやうねつ)：陽明病時の熱聖で，悪寒を伴うことはなく，潮が満ちてくるように時をきって熱を発し，全身から発汗する状態。
- ⑬ 煩悸(はんき)：動悸して胸苦しいこと。

## 大承気湯(だいじょうきとう)

引網宏彰

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』陽明病篇

病が陽明病に進み，脈が遅くて，汗は出るが悪寒はしない人は，必ず体が重くなり，呼吸が促迫し，腹が張って喘鳴する。潮熱がある人は表証が除かれようとしており，裏を治療してよい。手足に汗が流れ出る人は大便が硬くなっており，大承気湯で治療する。

#### ▶ 『傷寒論』陽明病篇

急性熱性疾患にかかり，吐かしたり，下したりして治療したが，十分に治らず，大便が5,6日から数10日に

わたり出ないときには，夕方から高熱が出て悪寒がせず，独り言をしゃべったり，怪しげなものが見えたりする。劇しい場合は意識が混濁して人の識別ができなくなり，着物や布団をさすったり，びくびくして不安なしぐさをし，少し息苦しくなったり，まばたきが少なく一点を見つめ，うわ言を言うようになった人は，大承気湯で治療する。

#### ▶ 『傷寒論』少陰病篇

少陰病にかかり2,3日を経て口咽が乾燥するものは，急いで下法を行う。大承気湯を用いるとよい。

## ▶『傷寒論』少陰病篇

少陰病にかかり6,7日を経て、腹が張り、大便が出ないものは、急いで下法を行う。大承氣湯を用いるとよい。

## ▶『金匱要略』瘧疾病篇

瘧病は胸満、開口不能、臥しても敷物に背が着かず、脚は攣急し、齒ぎしりする。大承氣湯を与えるべきである。

## ▶『金匱要略』腹滿寒疝宿食病篇

腹滿が軽減せず、軽減してもわずかである場合は下すべきである。大承氣湯がよい。

下痢して飲食しないものは宿食がある。これを下すには大承氣湯がよい。

## 2 構成

大黃 2~4, 枳實 2~3.5, 芒硝 2~4, 厚朴 5~8

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

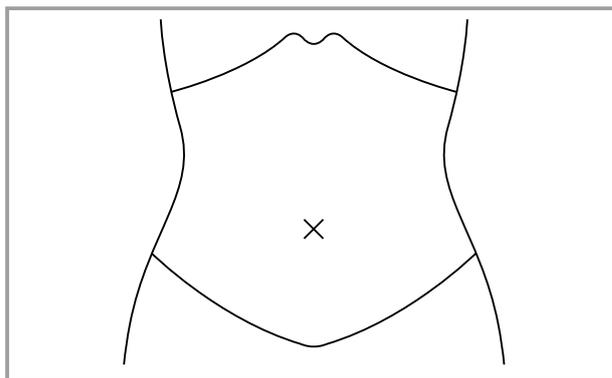
- ・腹部膨満：臍を中心として膨満感がある。腹滿があっても、脈微弱、頻数のもの、腹水と鼓脹(ガスの停滞による)には使用しない。
- ・便秘：大便は硬く秘結している。
- ・口渴
- ・潮熱：陽明病期にみられる熱で、潮が満ちてくるように、時を決めて出て全身のすみずみまでいきわたるものをいう。悪寒は伴わない。
- ・精神症状：不安、不眠、興奮など。
- ・下痢：裏急後重(しぶり腹)を伴う。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：腹部が膨満していることが多い。時に意識がもうろうとし、うわ言を言っていることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は乾燥して、時に黒苔がみられることがある。
- 3) 脈診：脈に力があることが多い。沈、遅のことがある。

## 4) 腹診

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 やや硬~充実(4/5~5/5)

腹証 ◎ 腹滿(「腹堅滿」)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で、腹部膨満し、便秘するものの次の諸症：急性・慢性便秘、神経症、高血圧、頭痛、肺炎、脳炎、急性胃腸炎、躁うつ病。

## 4 使用上の留意点

特になし。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

大承氣湯は、傷寒で胃実、譫語し、5~6日大便が通ぜず、腹滿(み)ち、煩(いき)れ渴き、舌乾き、口乾き、日晡<sup>①</sup>に発熱し、脈沈実のものを治す。本方は痞滿、燥、実、堅の4症(証)の備わったものによい。

## B 治験

## ▶ 吉益東洞『建殊録』

ある男が天行痢<sup>②</sup>を患い、一医が治療に当たって下痢の度数は大いに減じたが、なお日に1~2度臭穢を下し、飲食に味なく、身体は羸瘦して四肢に力なく、日とともにますます甚だしくなり、衆医の治も及ばなかった。これを診た先生(東洞)が大承氣湯を投ずると数日で全治した。

① 日晡(にっぽ)：日暮れ、昔の申(さる)の刻で午後4時頃。

② 天行痢(てんこうり)：流行性の痢疾。

# 大防風湯 (だいぼうふうとう)

引網宏彰

## 1 出典

### ▶ 『太平惠民和劑局方』諸風門

風邪を去り、気を順らし、血の流れを良くし、筋肉を壮健にし、寒湿を除いて、冷えを改善する作用がある。下痢を患った後に脚が痛んで筋肉が衰えて日常生活に不自由するものを痢風という。或は両脚の膝が腫れて大いに痛み、栄養不良のため骨と皮となって、筋肉がひきつれて屈伸することもできないものを鶴膝風という。このような場合に大防風湯を服用すると気血がのびやかに流れ、筋肉も盛り上がり、自然に日常生活が元のように営めるようになる。

## 2 構成

地黄 2.5～3.5, 芍薬 2.5～3.5, 甘草 1.2～1.5, 防風 2.5～3.5, 白朮 2.5～4.5(蒼朮も可), 加工ブシ 0.5～2, 杜仲 2.5～3.5, 羌活 1.2～1.5, 川芎 2～3, 当帰 2.5～3.5, 牛膝 1.2～1.5, 生姜 0.5～1(乾姜 1も可), ヒネシヨウガを使用する場合 1.2～1.5), 黄耆 2.5～3.5, 人參 1.2～1.5, 大棗 1.2～2

## 3 適応病態

### A 自覚症状(Symptom)

- ・ 関節の腫脹, 疼痛, 変形: 関節周囲の筋肉が萎縮し, 関節の腫脹や変形が目立つ。
- ・ 関節の屈伸困難: 強直, 拘縮により, 関節が硬くなる。
- ・ 筋力低下
- ・ 歩行困難
- ・ 四肢の麻痺
- ・ ふらつき
- ・ 冷え

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 栄養不良で貧血様で顔色が悪く, 痩せていることが多い。関節が変形し, 筋肉が萎縮していることがある。
  - 2) 舌診: 舌質は淡紅色で萎縮し, 舌苔は無苔のことがある。
  - 3) 脈診: 沈, 弱, 細のことが多い。
  - 4) 腹診
- 文献が少ない。

### 【参考】

腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱あるいは体力が消耗し衰え, 貧血気味なものの次の諸症: 慢性関節炎, 関節痛, 神経痛

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 偽アルドステロン症, ミオパシーに注意する。

胃腸の弱い人は地黄による胃もたれが生じやすい。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 香月牛山『牛山方考』

中風癱瘓<sup>①</sup>, あるいは外感有余の症で, 発散を経た後に気血が虚して歩くことができず, また痲病の後に歩けなくなり, 両膝が腫大し疼痛し鶴膝風と名づけるもの, また痛風で湿熱がしだいに除かれた後, 気血が流行せず, 腕節, 膝節が腫痛するものなどに十全大補湯から茯苓, 肉桂を去り, 防風, 杜仲, 羌活, 牛膝, 附子を加えたものを用いて奇効あり, これを『和劑局方』の大防風湯と名づける。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

大防風湯は, 鶴膝風で両膝が腫大して痛み, 脛が枯腊<sup>②</sup>するものを治す。『和劑局方』に「麻痺痿軟, 風湿虚を狭む者」とある。

### B 治験

#### ▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

ある商人が夏月に洪水に出会って連日水中を渡り, のちに脚心が痛んだ。その後踝骨が痛み微腫を帯び, 医師が脚気として治療したが効なく私の治を求めた。診ると脈弦洪で数, 患者は肥えて色が白く, 乾血の人ではない。これは痛風であると告げたが家人は信じなかった。しかし両脚が痛み, 手を使って身体を進退するため, 痛みは両臂(ひじ)と両肩へ移り腫をなし, 肘(ひじ)を動かすことができない。「脚気で肩が痛むはずはない」と私がいうと, 家人も納得し, 大防風加烏頭を与えると 20 日ばかりで治った。

① 癱瘓(たんたん): 四肢が用をなさないこと。

② 枯腊(こせき): 痩せて皮膚がかさかさしていること。

## 竹茹温胆湯(ちくじょうたんとう)

引網宏彰

## 1 出典

## ▶『寿世保元』傷寒門

急性熱性疾患にかかって、何日も経過したのに、病が長引いて熱が退かず、心地よく眠ることができず、心が穏やかでなく驚きやすかったり、意識がぼんやりしたり、手足をばたつかせたり悶えたりして、痰が多く出て眠ることができない人を治療する。

## 2 構成

柴胡 3～6、竹茹 3、茯苓 3、麦門冬 3～4、陳皮 2～3、枳実 1～3、黄連 1～4.5、甘草 1、半夏 3～5、香附子 2～2.5、生姜 1、桔梗 2～3、人參 1～2

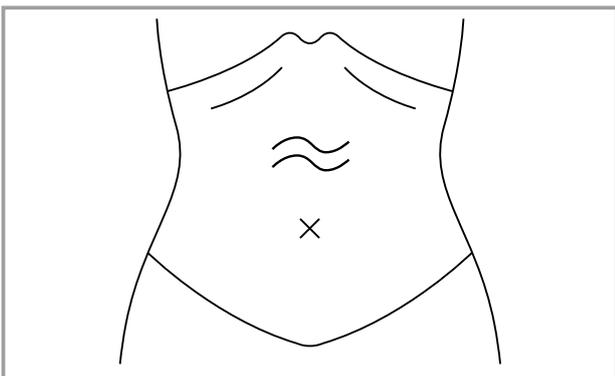
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・咳嗽、喀痰：長引く咳で喀痰を伴う。
- ・微熱：微熱がなかなかとれないもの。
- ・不眠、不安：いつもびくびくしていて不安であり、眠ることができない。
- ・胸のつまり感：胸の中に熱がこもったように胸苦しい。
- ・易驚性：物音に驚きやすい。
- ・軽度の心悸亢進
- ・健忘症
- ・イライラしやすい。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：熱のため顔面が紅潮していることがある。恍惚としてぼんやりしていたり、うわ言を発したりすることがある。びくびくして驚きやすい傾向がある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白苔であることが多いが、中央に黄苔を認めることもある。
- 3) 脈診：脈は滑で、虚のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 やや軟(2/5)

腹証 ◎ 胸脇苦満(軽度)

△ 振水音

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度のものの次の諸症：風邪、インフルエンザ、肺炎などの回復期に熱が長引いたり、また平熱になっても、気分がさっぱりせず、咳や痰が多くて安眠ができないもの

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶香月牛山『牛山活套』

傷寒に患って7～8日の後、微熱が往来し、虚煩して飲食が進まず、夜眠れず、あるいは譫言するものは、温胆湯<sup>①</sup>の加減あるいは竹茹温胆湯を用いる。

瘧疾で、寒熱はやんだが余熱があり、煩悶、嘈雜して夜眠れないものには、竹茹温胆湯、高枕無憂散<sup>②</sup>を用いるとよい。

大病のあと煩燥して眠れなくなるものが多いが、竹茹温胆湯を用いると神効がある。虚弱なものには加味帰脾湯を用い、あるいは補中益気湯に酸棗仁、茯苓を加えて用いると効がある。

## ▶浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

竹茹温胆湯は、竹葉石膏湯<sup>③</sup>証よりはやや実して、胸脇に鬱熱があり、咳嗽、不眠のものに用いる。また難病であっても、婦人で胸中に鬱熱があり、咳嗽の甚だしいものに効があり、不眠のみにこだわることはない。

## B 治験

## ▶浅田宗伯『橘窓書影』

30歳の妻女が、傷寒で数日熱が下らず、脈虚数、舌上に黄苔を生じ、食を欲せず、咳嗽が甚だしく、痰喘が多い。ある医師が治療したが効なく、私が竹葉石膏湯を与えると、2～3日で熱がやや下がり、舌上は滋潤、小便の色は減じた。よって竹茹温胆湯を与えると、痰は退き、咳は楽になり、食は大いに進んで、やがて全快した。その後は、外感に患ると必ず咳嗽を發し、小青竜湯を服

んで発汗のあと、竹茹温胆湯を服まないと咳嗽がやまないという。

① 温胆湯(うんたんとう):酸棗仁, 竹筴, 甘草, 陳皮, 茯苓,

- 半夏, 枳実, 生姜, 大棗の9味(牛山方考).  
 ② 高枕無憂散(こうちんむゆうさん): 橘紅(陳皮去白), 半夏, 茯苓, 甘草, 生姜, 大棗, 人參, 石膏, 枳実, 麥門冬, 酸棗仁, 竜眼肉, 竹筴の13味(牛山方考).  
 ③ 竹葉石膏湯(ちくようせつこうとう): 竹葉, 石膏, 麥門冬, 半夏, 人參, 粳米, 甘草の7味(傷寒).

## 治打撲一方(ぢだぼくいっぽう)

平崎能郎

### 1 出典

本朝經驗方.

香川修庵『一本堂医事説約』打撲の項に「一方, 日が経過して久しい者には附子を加える」とのみ記載されており処方名はない. 治打撲一方の名は浅田宗伯の著書にて初めて記載が見られる.

### 2 構成

川芎 3, 撲楸(または桜皮) 3, 川骨 3, 桂皮 3, 甘草 1.5, 丁子 1~1.5, 大黃 1~1.5

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

打撲・捻挫: 疼痛. 腫脹, 打撲後の筋肉のこり, 関節痛, しびれなど. 大黃は便秘がなくても消炎を目的に使用する. 服用後の下痢は軽度なら副作用と考えなくてもよい.

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 不定
- 2) 舌診: 舌質は暗赤色のことがある. 舌苔は不定.
- 3) 脈診: 痛みの強い急性期には緊, 打撲から時間が経過した場合は洪のことがある.
- 4) 腹診  
文献が少ない.

#### 【参考】

腹力 中等度(3/5)

#### C 体力のしぼり

弱      強

#### D 適応(Indication)

体力にかかわらず使用でき, 腫れ, 痛みがあるものの次の諸症: 打撲, 捻挫

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 偽アルドステロン症, ミオパシーに注意する.

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

治打撲一方は, 打撲による筋骨疼痛をよく治す. 萍蓬(へいほう)(一名川骨)は血分を和し, 撲楸(ぼくそく)は骨疼を去り, この2味が主薬である. 本邦における血分の薬が, 多く川骨を主薬としているのはこの意によるものである. 日を経てなお癒えぬものに附子を加えるのは, 附子が温経<sup>①</sup>の効にすぐれているからである.

① 経絡を温める.

## 治頭瘡一方(ぢづそういっぽう)

引網宏彰

### 1 出典

本朝經驗方. 別名を大芎黄湯ともいう.

### 2 構成

連翹 3~4, 蒼朮 3~4, 川芎 3, 防風 2~3, 忍冬 2~3, 荊芥 1~4, 甘草 0.5~1.5, 紅花 0.5~2, 大黃 0.5~2

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・頭部や顔面の湿疹: 発赤, 水疱, 結痂, びらん, 滲出液, 痒みを伴う湿疹. 頭部や顔面以外の部位に使用することもある.
- ・便秘: 比較的体力のある便秘傾向のある人に使用し, 下痢しやすい人や皮膚の乾燥が顕著な人には使用し

ない。

## B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：顔面は紅潮していることが多い。湿疹はびらん、分泌物を伴うことが多い。
- 2) 舌診：舌質は暗赤色を示すことが多く、舌苔は不定。
- 3) 脈診：実のことがある。
- 4) 腹診  
文献が少ない。

### 【参考】

腹力 中等度 (3/5)

## C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応 (Indication)

体力中等度以上のものの顔面、頭部などの皮膚疾患で、時に痒み、分泌物などがあるものの次の諸症：湿疹・皮膚炎、乳幼児の湿疹・皮膚炎

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 福井楓亭『方説弁解』

頭瘡験方は尋常の頭瘡に用い、小児の頭瘡にもよい。

後世の敗毒散を用いるところにこの方を与えるるとよく、熱が強いものは防風通聖散がよい。また膿が多いものには本方に蒼朮を加えて用いる。張子和の説によれば、すべて頭瘡や腫物がある個所には水気が集まるのを見て、多くは下剤を用いるとあるが、ここで蒼朮を用いるのはその水気を燥(かわ)かすのが目的であって、平胃散に倍する蒼朮を用いるのも胃中の湿を燥すことを主とするためである。また頭瘡で実証のものに牽牛子を用いてよく効を奏することがある。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

治頭瘡一方(一名大芎黄湯)は、頭瘡のみならずすべて上部顔面の発瘡に用いる。清上防風湯は清熱を主とし、この方は解毒を主とする。(方後に「福井家方は黄芩有り、紅花、蒼朮無し」と記載がある)

### B 治験

#### ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

1歳の女児、生後2か月頃から頭部、顔面に湿疹が現われ、痒痒甚だしく、首より腋窩、腰部にまで拡大してきた。栄養は中等度である。便通は1~2回普通便である。今まで別に何の治療もせずきた。治頭瘡一方の大黄を去って与えたが、10日分服用すると痒痒減少し乾いてきた。1か月の服用で、おおむね発疹は消退して廃棄した。

## 調胃承氣湯 (ちょういじょうきとう)

平崎能郎

## 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

発汗した後、悪寒するのは虚の状態だからである。悪寒せず、ただ発熱だけがあるのは、実状態である。この場合は胃気を調和せねばならず、調胃承氣湯を与える。

#### ▶ 『傷寒論』陽明病篇

陽明病にかかり、吐剤も下剤も使用していない時に、心が乱れて不穏な状態になったら、調胃承氣湯を与えるべきである。

#### ▶ 『傷寒論』陽明病篇

太陽病にかかってから3日が経過し、発汗させたが病は癒えず、蒸すような発熱がみられる場合は、胃に実邪があるのである。調胃承氣湯で治療する。

急性発熱性疾患で、吐法で治療された後、腹が脹満するものには、調胃承氣湯を与える。

## 2 構成

大黄 2~6.4, 芒硝 1~6.5, 甘草 1~3.2

## 3 適応病態

### A 自覚症状 (Symptom)

- ・便秘：腹痛、腹部の膨満感を伴う。
- ・体幹部の熱感：熱性疾患の経過中には口の乾き、意識障害を伴うことがある。

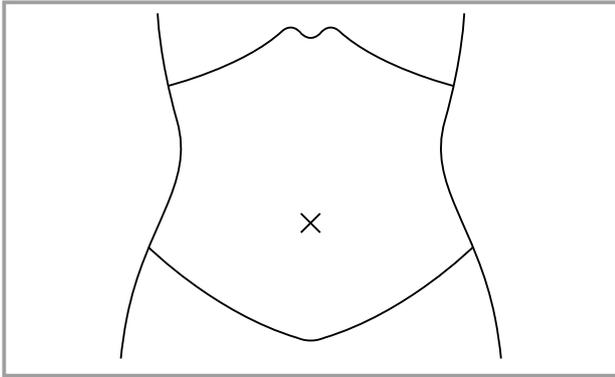
### B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：陽明病に特徴的な熱を帯びた赤い顔貌や、視線の定まらないボヤッとした表情がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は裏熱として乾燥した黒褐色苔や黄苔のことがある。
- 3) 脈診：典型例では沈実であるが、沈弱(渋)のことも

ある。

#### 4) 腹診

特徴的な腹証の報告なし。ただし『腹証奇覧』には下痞鞭の記載がある。



腹力 中等度～充実(3/5～5/5)

腹証 ○ 腹満

#### C 体力のしほり

弱      強

#### D 適応(Indication)

体力中等度なものの次の諸症：便秘，便秘に伴う頭重・のぼせ・湿疹・皮膚炎・吹き出物(にきび)・食欲不振(食欲減退)・腹部膨満，腸内異常醗酵・痔などの症状の緩和

#### 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

#### 5 日本古典

##### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

調胃承気湯は，太陽と陽明との合病で，悪寒なく，かえって悪熱<sup>①</sup>し，邪気が中焦にあって腹が充満し，大便

閉となり，譫言<sup>②</sup>し，嘔噦<sup>③</sup>するものを治す。

##### ▶ 吉益東洞『類聚方』

按ずるに，調胃承気湯は「ただ急迫して大便通ぜざるもの」を主る。

##### ▶ 吉益東洞『方極』

調胃承気湯は，大黃甘草湯の証<sup>④</sup>にして実証のものを治す。

##### ▶ 吉益東洞『方機』

調胃承気湯は，次のものを治す。

○汗・吐・下に因(よ)って譫語するもの。

○発汗の後，熱して大便が通じないもの。

○下剤を服して下利やまず，心煩あるいは譫語するもの。

○吐下の後，心下温々として吐こうとし，大便溏<sup>⑤</sup>，腹微満，鬱々として微煩するもの。

○吐のあと腹が脹満するもの。

#### B 治験

##### ▶ 吉益南涯『成蹟録』

ある男が，腹が脹満し，脚から下が洪腫，小便不利，大便しないまま10余日がすぎた。舌上黒苔，唇口乾燥，心煩嘔吐，飲食はふだんと変わらない。先生が調胃承気湯を与えると穢物が大量に下り，小便も快利して諸証はことごとく去った。

##### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

私は先年ある女性の治療に当たった。患者はある日突然に発狂してしきりと罵詈雑言し，大便は秘結したが，調胃承気湯を用いて治した。

① 悪熱(おねつ)：発熱。

② 譫言(せんげん)：うわごと。

③ 嘔噦(おうえつ)：吐き気，からえづき。

④ 大便秘閉，急迫するもの(方極)。

⑤ 大便溏(だいべんとう)：固形物の混じった水様便。

## 釣藤散(ちょうとうさん)

平崎能郎

#### 1 出典

##### ▶ 『普濟本事方』頭痛頭暈門

釣藤散は肝気が上逆し手足が冷え，それに伴って眩暈がするのを治し，頭と目を爽やかにする。

#### 2 構成

釣藤鈎3，橘皮3(陳皮も可)，半夏3，麦門冬3，茯苓3，人參2～3，防風2～3，菊花2～3，甘草1，生

姜1，石膏5～7

#### 3 適応病態

##### A 自覚症状(Symptom)

・頭痛：朝方に起こる場合がある。

・めまい，のぼせ

・肩こり，頸部のこり

・易怒性

- ・不眠
- ・耳鳴り

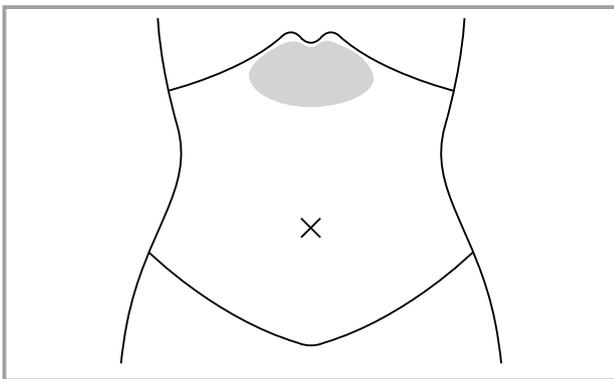
## B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：眼球充血や赤ら顔のことがある。
  - 2) 舌診：舌質は淡白で胖大が多い。舌苔は厚い白膩苔のことがある。
  - 3) 脈診：弦のことがある。
  - 4) 腹診
- 文献が少ない。

### 【参考】

腹力 中等度以下(1/5～3/5)

- ◎ 時に心下痞鞭



## C 体力のしほり

弱      強

## D 適応 (Indication)

体力中等度で、慢性に経過する頭痛、めまい、肩こりなどがあるものの次の諸症：慢性頭痛、神経症、高血圧の傾向のあるもの

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 福井楓亭『方説弁解』

釣藤散の主治とするところは、肝厥頭眩<sup>①</sup>であるという。肝厥とは、上衝<sup>②</sup>があって忿恚(ふんい)<sup>③</sup>し易く、癩瘕<sup>④</sup>のような病状を呈するものをいう。また頭暈するものにもこの処方を用いる。これらの症に抑肝散を用いる医師がいるが、釣藤散の方が適当である。またこの処方はおしなべて癩症に用いられる。

抑肝散を用いるところで、頭目を清くするには釣藤散

を用いる。

#### ▶ 浅井貞庵『方彙口訣』

釣藤散は、気分が逆上し、眩暈するものを治す。これは肝厥というものである。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

釣藤散は、肝厥頭暈と云って、平素から気が亢る<sup>⑤</sup>人の目眩頭暈を治す処方である。また転じて頭痛に用いる。その症は、左のこめかみから目尻のところへ引きつけて痛むものによく効く。暈も痛も同様の理であって、いずれも肝気の厥逆よりくる症であり、これを治す効がある。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

釣藤散は、俗にいう癩症の人が、気逆が甚しく頭痛眩暈し、あるいは肩背強急、眼目赤く、心気鬱塞するものを治す。この症に亀井南溟は、温胆湯加石膏を用いているが、私は釣藤散の方がすぐれていると考える。

#### ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

この処方を用いる頭痛は、あまりはげしいものではなく、頭重である。老人などで、早朝眼がさめた時に頭が痛み、起きて動いていると、いつの間にか頭痛を忘れるというものによくきく。これはおそらく脳動脈の硬化があるための頭痛と思われる。それで頭痛がとれたのちも長期にわたって服用をつづけた方がよい。

## B 治験

#### ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

65歳の男子で、昭和29年以来、この処方をのみつけている患者がある。この人は早朝起床時の頭痛と脈の結代とを主訴として来院したが、腹部は全般的に緊張が弱く、臍部で動悸が亢進し、右季肋下に少し抵抗がある。これは軽微の胸脇苦満である。そこで柴胡姜桂湯を与えた。ところが1か月ほど服薬しても頭痛がとれないので、釣藤散にしたところ、10日間の薬をのみ終わる頃には、頭痛がなくなった。それ以来今日まで再び、前のような頭痛を訴えることはない。この患者の血圧は、初診時で最高126最低90であった。現在は最高150内外、最低90内外で、脈はまれに結代するが、気にならない程度で、自覚的には何の愁訴もなく元気である。

- ① 肝厥頭眩(かんけつずげん)：肝経(五行説の肝)の異常で頭目が眩暈すること。
- ② 上衝(じょうしょう)：気が上にのぼり、異常感覚が腹部から心臓部につき上がること。
- ③ 忿恚(ふんい)：かっとして怒ること。
- ④ 癩瘕(かんけい)：ヒステリー性痙攣。
- ⑤ 気が亢る：興奮気味でイライラする。

## 腸癰湯(ちょうようとう)

平崎能郎

## 1 出典

## ▶『集驗方』肺痿肺癰及腸癰門

腸癰を治療する湯剤。

## ▶『千金方』痔漏方，腸癰門

腸癰湯又方として構成のみの記載。

## 2 構成

薏苡仁 8～10，牡丹皮 3～4，桃仁 4～5，冬瓜子 6

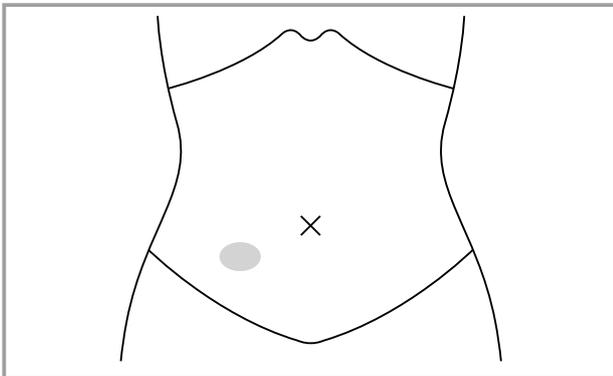
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・下腹痛，腹部膨満感：虫垂炎，大腸憩室炎，炎症性腸疾患，肛門周囲炎など。
- ・帯下や月経時の下腹部痛：骨盤内炎症など。
- ・頻尿・排尿時痛：尿路感染など。
- ・臭いの強い濃痰：気管支拡張症など。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：浅黒い顔色，皮膚甲錯のことがある。
- 2) 舌診：舌質は暗赤色のことがある。
- 3) 脈診：弦細のことがある。
- 4) 腹診



腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

腹証 ◎ 圧痛(回盲部)

○ 腹満

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5 強

## D 適応(Indication)

体力が低下し，下腹部，特に回盲部に急性または慢性の痛み，あるいは腹部膨満感や月経痛などを伴う次の諸症：虫垂炎・大腸憩室炎・炎症性腸疾患などの回復期・慢性期，腹部不定愁訴，腹痛を伴う婦人科疾患・尿道炎，喀痰の多い呼吸器疾患など。

## 4 使用上の留意点

特になし。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函』

腸の化膿性疾患で腹が急に痛み，或は膨満し，食欲がなく，小便の出が悪い場合を治す。婦人の産後の体力低下に伴う熱病に多くこの方剤の適応症がみられる。もし化膿病変がなくとも，似たような症状があれば服薬するとよい。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

この処方は大黃牡丹皮湯の証であって芒硝や大黃の使いくい人に用いる。或は大黃牡丹皮湯で攻下した後，この方剤を与えて残った病毒を除き去るべきだ。腸癰の場合だけでなく諸々の瘀血の病態にこの方剤の適応がある事が多い。

## 猪苓湯・猪苓湯合四物湯(ちよれいとう・ちよれいとうごうしもつとう)

藤本 誠

## 1 出典

[猪苓湯]

## ▶『傷寒論』陽明病篇

陽明病で脈が浮いて緊状を呈していて，喉が渴いて口の中が苦く，腹が張って息苦しく，発熱して，発汗し，悪寒がなく，むしろひどく暑がっていて，体は重だるい。(中略)もし脈が浮で，発熱，咽が乾いて水を飲みたがり，

水を飲んでも尿の出が悪い人には猪苓湯で治療する。

陽明病で，汗が多く出て口渴するものは，猪苓湯を与えてはならない。汗が多く出たことにより胃中が渴いた状態であり，これに加えて猪苓湯で小便を出させてはならないからである。

## ▶『傷寒論』少陰病篇

少陰病で，6, 7 日下痢が続き，咳して嘔吐し，喉が渴き，

胸苦しくて眠ることができない人であれば、猪苓湯で治療する。

▶『金匱要略』消渴小便利淋病篇

脈が浮いて発熱し、喉が渴いて水を飲みたがり、小便の出が悪い人であれば猪苓湯で治療する。

[猪苓湯合四物湯]

本朝経験方。

2 構成

[猪苓湯]

猪苓 3～5、茯苓 3～5、滑石 3～5、沢瀉 3～5、阿膠 3～5

[猪苓湯合四物湯]

当帰 3、芍薬 3、川芎 3、地黄 3、猪苓 3、茯苓 3、滑石 3、沢瀉 3、阿膠 3

3 適応病態

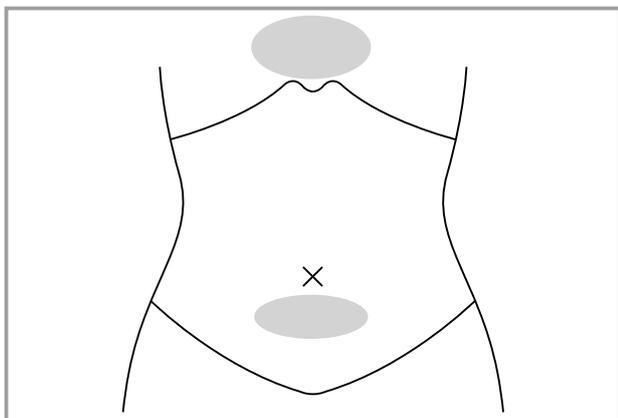
A 自覚症状(Symptom)

- ・口渇、小便難：熱感があり、喉が渇く。
- ・排尿時痛、下腹部痛、残尿感
- ・下痢：みられることがある。
- ・ほてり、精神症状：イライラ、不眠、胸騒ぎがする、些細なことが気になるなどの精神神経症状がみられることがある。

B 他覚所見(Sign)

- 1)望診：顔面や四肢が浮腫状のことがある。猪苓湯合四物湯では皮膚が乾燥している。猪苓湯合四物湯の場合は、猪苓湯の場合よりも皮膚が乾燥し、色つやが悪いなどの血虚の所見が著明である。
- 2)舌診：舌質は紅色。舌苔は黄苔ないし黄膩苔。
- 3)脈診：熱を反映して数のことが多い。
- 4)腹診

[猪苓湯]



腹力 中等度(3/5)

腹証 △ 下腹部の緊張

△ 心煩

[猪苓湯合四物湯]

文献が少ない。

【参考】

腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

C 体力のしばり

弱 1 2 3 4 5 強

D 適応(Indication)

[猪苓湯]

体力にかかわらず使用でき、排尿異常があり、時に口が渇くものの次の諸症：排尿困難、排尿痛、残尿感、頻尿、むくみ

[猪苓湯合四物湯]

体力にかかわらず使用でき、皮膚が乾燥し、色つやが悪く、胃腸障害のない人で、排尿異常があり口が渇くものの次の諸症：排尿困難、排尿痛、残尿感、頻尿

4 使用上の留意点

特になし。

5 日本古典

A 処方解説

[猪苓湯]

▶吉益東洞『方機』

脈浮、発熱し、渴して水を飲まんと欲するのは、猪苓湯の正症である。

猪苓湯は、下痢、咳、嘔、渴して心煩し、眠ることができないものによい。

猪苓湯は、小便淋瀝<sup>①</sup>、あるいは膿・血尿のあるものに用いる。

▶有持桂里『校正方輿軌』

猪苓湯は通尿の剤として、最も古くから用いられているものである。どんな病気であっても、溺閉<sup>②</sup>するものには、まずこの処方を与えるとよい。

猪苓湯は、泄下臭穢、小便不利、渴して水を飲まんと欲するものに用いる。これは熱利<sup>③</sup>である。この症は、多くは貫膿<sup>④</sup>のときに現れる。

▶浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

猪苓湯は、下焦の蓄熱、利尿の専剤である。もし上焦に邪があったり、表熱があれば五苓散の証である。一般に利尿の剤は津液の泌別<sup>⑤</sup>が主な役目である。したがって上記の2方は、ともによく下利を治す。ただその作用する病位が異なるのであって、猪苓湯は下焦を主とするので淋疾や尿血を治すのである。猪苓湯はその他、水腫で実に属するもの、および下部に水気が有って呼吸に

は異常のないものに用いるとよく効く。

[猪苓湯合四物湯]

▶ 本間棗軒『内科秘録』白濁

治法. その原因は異なっても, 尿血・遺精・久淋・消渴などの治法を選び用いるべきである. 多年経験するところでは八味地黄丸で治るものが多い. しばしば尿に血が混じるものには猪苓四物合方を与えるべきである.

② 治験

[猪苓湯]

▶ 本間棗軒『内科秘録』

ある男が, 疫<sup>⑥</sup>を患って10日ほど経ち, 小便閉, 舌上黒胎(苔)乾燥, 煩渴引飲, 欬嗽気急, 少腹満で円形に盛り上がっている. そこでまず「カテーテル」を挿入して小便を去り, 猪苓湯を与えると黒胎は無くなって口舌滋

潤し, 諸証はことごとく退いた. しかし, 翌日になるとまた小便閉となり, 黒胎などの諸証も再発して前日と同様になった. また「カテーテル」を挿入して小便を去ると, 諸証はすべて無くなる. 第3日目にもまた前日と全く同様の経過を繰り返した. しかし第4日からは小便が自然に快利するようになり, 続けて猪苓湯を与えていくとやがて全癒した.

- ① 小便淋瀝(しょうべんりんれき): 小便がたらたらと少量ずつ出ること.
- ② 溺閉(できへい): 小便が出なくなること. 尿閉.
- ③ 熱痢(利)(ねつり): 熱性の下痢で赤痢など.
- ④ 貫膿(かんのう): 痘瘡のとき, 発痘の内容が膿となること.
- ⑤ 泌別(ひべつ): 異物を分けて外へ分泌すること.
- ⑥ 疫(えき): 流行病.

## 通導散(つうどうさん)

藤本 誠

### 1 出典

▶ 『古今医鑑』折傷門

重い打撲傷を負ったが, 大便小便ともにに出にくいために瘀血が排泄されず, その結果として腹が張り, 苦しむ人に用いる. まずこの薬を内服して, 滞っている血を排泄させた後に, 滋養を増す薬を内服するべきである.

### 2 構成

当帰 3, 大黄 3, 芒硝 3~4, 枳実(枳殻でも可) 2~3, 厚朴 2, 陳皮 2, 木通 2, 紅花 2~3, 蘇木 2, 甘草 2~3

### 3 適応病態

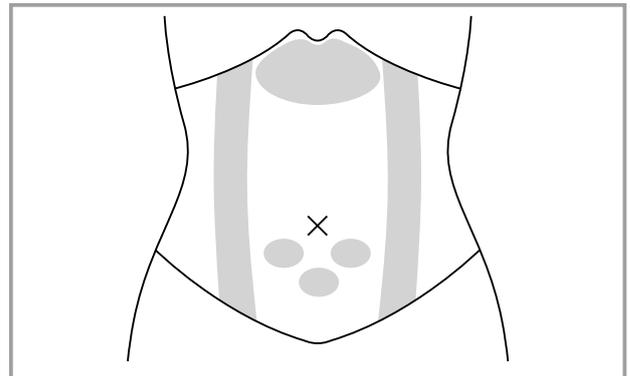
A 自覚症状(Symptom)

- ・ のぼせ
- ・ 月経不順, 生理痛, 更年期症候群
- ・ 腰痛
- ・ 腹部膨満, 便秘
- ・ 打撲
- ・ 高血圧の随伴症状: 頭痛・めまい・肩こりなど.
- ・ 耳鳴
- ・ 動悸
- ・ 肥満
- ・ 尿不利のことがある.

B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 赤ら顔で, 爪色は暗赤色のことが多い.
- 2) 舌診: 舌質は暗紅~暗紫のことが多い. 舌苔は不定.
- 3) 脈診: 沈・細・実が多い. 洪のこともある.

### 4) 腹診



腹力 中等度~充実(4/5~5/5)

- 腹証
- 圧痛(下腹部)
  - 腹満(特に下腹部/「小腹痛」)
  - △ 心下痞硬
  - △ 腹直筋攣急

C 体力のしばり

弱      強

D 適応(Indication)

体力中等度以上で, 下腹部に圧痛があって便秘しがちなものの次の諸症: 月経不順, 月経痛, 更年期障害, 腰痛, 便秘, 打ち身(打撲), 高血圧の随伴症状(頭痛, めまい, 肩こり)

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 偽アルドステロン症, ミオパシー

に注意する。

妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。また、乳児の下痢を惹起することがあるので、授乳期の婦人への投与は慎重に行う。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 香月牛山『牛山活套』

折傷は打身(うちみ)の類が多く、皆瘀血が凝滞するの

である。打身が重いときは大・小便が通じなくなり、心腹を攻めて死に至ることもある。まず通導散を用いて大・小便を利するのが適当である。

#### ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

森道伯翁の常用処方で、後世方中唯一の駆瘀血剤であり、古方の桃核承氣湯に比すべきものである。打撲により内出血を起こしたような重篤な状態である。下腹の瘀血症ばかりでなく、心下部も緊張し、上衝が強い。瘀血による諸疾患に応用される。

## 桃核承氣湯(とうかくじょうきとう)

藤本 誠

## 1 出典

### ▶ 『傷寒論』太陽病中篇

太陽病が治らず、その熱が下腹の膀胱部位の血と結ぶと、その人は精神異常を起こして狂人のようになる。その時に自然と血が下る場合は治るものである。しかし、外証があるときは、まずそれを治療しなくてはならない。それが治った後も、依然として小腹急結が見られる人は、桃核承氣湯によって血を下させるのがよい。

## 2 構成

桃仁 5, 桂皮 4, 大黄 3, 芒硝 2, 甘草 1.5

## 3 適応病態

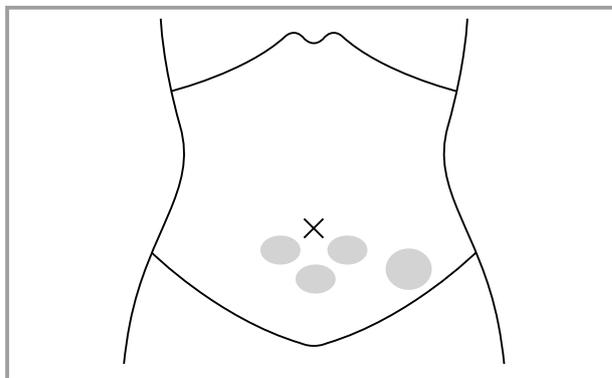
### A 自覚症状(Symptom)

- ・ 月経異常：月経不順，月経困難症，月経痛など。
- ・ 精神不安：特に月経前や月経中，産後。
- ・ 便秘
- ・ 冷えのほせ
- ・ 高血圧の随伴症状：頭痛，肩こり，めまいなど。
- ・ 腰痛
- ・ 過食

### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：赤黒い顔色。
- 2) 舌診：舌質は紅ないし暗紫色で，舌苔は黄苔。
- 3) 脈診：沈・実・洪。

### 4) 腹診



腹力 やや硬～充実(4/5～5/5)

腹証 ◎ 圧痛(臍傍・S 状結腸部/「小腹急結」)

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

体力中等度以上で、のぼせて便秘しがちなものの次の諸症：月経不順，月経困難症，月経痛，月経時や産後の精神不安，腰痛，便秘，高血圧の随伴症状(頭痛，めまい，肩こり)，痔疾，打撲症

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。また、乳児の下痢を惹起することがある。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方機』

桃核承気湯は、小腹が急結し狂のごときを治す。

産後に小腹が堅痛して悪露が尽きず、あるいは大便せずして煩燥し、あるいは譫語するものを治す。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

桃核承気湯は産後に悪露が下らず、小腹凝結して上衝急迫、心胸安からざるものを治す。およそ産後の諸患は、多くは悪露が尽きないことに起因する。早目にこの方を用いることを佳しとする。

本方は経水不調で上衝が甚だしく、眼中に厚膜を生じ、あるいは赤脈怒起、脛胞赤爛、あるいは齩齒疼痛、小腹急結するもの、また打撲して眼を損傷したものを治す。

本方は経閉して上逆発狂、あるいは吐血、衄血および赤白帯下があり、小腹急結、腰腿攣痛するものを治す。

痢疾で身熱を發して腹中拘急、口乾咽燥、舌色暗紅、便膿血のものを治す。

血行が利せず上衝心悸し、小腹拘急、四肢癱痺、あるいは痼冷するものを治す。

淋家<sup>①</sup>で小腹急結し、痛みが腰腿に連なり、莖中疼痛、小便涓滴して通ぜざるものは利水剤では治らない。この方を用いれば二便快利、苦痛は立ちどころに除かれる。小便が通らず、小腹急結して痛むもの、打撲で疼痛して転側できず、二便がしぶるものにもまたよい。

会陰を打撲した時、速やかに瘀滯を駆逐して血熱を洗滌しないと、瘀血が凝滯して焮熱、腫脹し、そのため必ず小便不通となる。もしこれが尿道焮閉し、陰莖の腫痛が甚だしい事態を招くと、導尿管を用いることも不能となり、いたずらに死を傍観するだけになってしまう。したがって、このような症に出会ったならば二便の利、不利を問わず、早々にこの方を用いて瘀滯を驅り、熱閉を解けば、凝腫溺閉には至らない。これが最上の方法である。また打った箇所は直ちに鉞針で軽く乱刺して放血するのがよい。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

桃核承気湯は傷寒蓄血、小腹急結を治すのは勿論のこと、諸血症に運用される処方である。例えば吐血、衄血がやまないものごときは、此方以外は効がなく、また走馬疔<sup>②</sup>、斷疽(ざんそ)<sup>③</sup>で出血のやまぬものは、この方でなければ治すことができず、癰疽および痘瘡で患部が紫黒色で内陥しようとするものは、この方で快下すれば思いのほか揮発するものである。また婦人の陰門腫痛

あるいは血淋<sup>④</sup>に効があり、産後の悪露が少なくて腹痛するもの、胞衣が日久しく下らないものは、この方を煮上げて清酒を入れ、飲みやすくして徐々に与えるといふ。また打撲、経閉など瘀血による腰痛にも用いる。瘀血の目標は、必ず昼は軽く夜重いということであり、痛風<sup>⑤</sup>などにおいても昼は軽く夜の痛みが激しいものは血によるものである。また数年も歯痛がやまないものは、この方を丸として服用すれば験があり、その他荊芥を加えて瘰癧および発狂を治し、附子を加えて血滲腰痛<sup>⑥</sup>および月信痛を治すなど、その効果は数えきれないほどある。

## ▶ 北尾春圃『当莊庵家方口解』

瘀血の症は桃仁(核)承気湯の條下にある通りである。総じて瘀血のある熱病はよく食す傾向があつて、いわゆる消穀易飢という通りであり、あるいは狂人のようによく忘れ、唇色は黒く、脈は大小不齊で凍脈状であり、乳脈の形もある。按すと脈は中が弱く、指の脇に力を感じるようである。

## B 治験

## ▶ 吉益南涯『続建殊録』

ある婦人が日頃から飲酒を好んだが、ある時大酔の果てに忽然として狂人のように妄言し、のちに卒倒直視して四肢は動かず、吸々と少気して人事を識らず、手足温、脈滑で疾、大便は10余日なく、額上に微汗を生じ、面色赤く、胸中から小腹にかけて鞭満し、食することができない。桃核承気湯を与えると服用5~6日で瞳子が少しく動き、足が屈伸できるようになり、7~8日すると大便が次第に通じ、呻吟すること10余日で諸症は漸次退いた。

## ▶ 中神琴溪『生々堂治験』

ある婦人が満腫し、医師が脚氣としてもっぱら利水の剤を投じて衝心となることを恐れたが中(あた)らず、病状はますます甚だしくなった。先生(琴溪)が診ると脈沈細、小腹急結してこれを按すと痛みが前陰に徹する。桃核承気湯を与えると、その夜半に大腹痛を發し、泄瀉すること7~8行、翌日には腫は過半を減じ、前方を続けること数日で功を取めた。

① 淋家(りんか)：排尿障害のある人。

② 走馬疔(そうばかん)：口腔癌、水腫など口頬部の壞疽。

③ 斷疽(ざんそ)：歯肉の壞疽。

④ 血淋(けつりん)：出血性尿道炎。

⑤ 痛風(つうふう)：今日の痛風ではなく広く多発性関節炎などを指す。

⑥ 血滲腰痛(けつれきようつう)：出血、月経異常などを伴う腰痛。

## 当帰飲子(とうきいんし)

藤本 誠

## 1 出典

## ▶『嚴氏濟生方』瘡疥論治

心血が凝滞して風熱が内に蘊蓄し、皮膚に発現した全身の瘡疥、腫れ、痒み、ジクジクした膿、紅い発疹、吹き出物を治療する。

## 2 構成

当帰 5, 芍薬 3, 川芎 3, 蒺藜子 3, 防風 3, 地黄 4, 荆芥 1.5, 黄耆 1.5, 何首烏 2, 甘草 1

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・皮膚乾燥
- ・痒痒：夜間に特に痒くなる傾向がある。老人性の乾燥性皮膚痒痒症に使用することが多い。
- ・発疹を伴わないことがある。
- ・分泌物を伴わない皮膚炎

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚は乾燥しており、分泌物は少なく、発赤も少ない。虚弱な外観。発疹はあっても小さく、少ない。発疹がない場合もある。
- 2) 舌診：舌質は暗紅色。舌苔は乾燥して無苔のことが多い。
- 3) 脈診：細・弱
- 4) 腹診  
文献が少ない。

## 【参考】

腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、冷え症で、皮膚が乾燥するものの次の諸症：湿疹・皮膚炎(分泌物の少ないもの)、痒み

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

地黄を含むため、胃腸障害にも注意が必要である。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 有持桂里『校正方輿輒』

当帰飲子は瘡疥、風癬、湿毒燥痒などの瘡を治す。疥瘡燥痒(こせがさ)のものには治方が甚だ少ないが、この方をゆるゆると服用するとよい。この方は活血滋潤をして毒を解するものである。

## ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

当帰飲子は、血燥に因(よ)って全身の皮膚が痒いものに用いる。痒いところを搔くとその跡にばらばらと細かい物が出て、強いて搔けば血あるいは汁が出て痛む。すべて血燥によるものであり、とかく皮膚につやがなくがさつく。男女にかかわらないが、別して老婦などに多い。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

当帰飲子は、心血凝滞し、内に風熱を蘊(うん)し、発して皮膚に見(あら)われ、遍身瘡疥があるものを治す。

この方は、老人で血燥<sup>①</sup>から瘡疥を生ずるものに用いる。もし血熱があれば温清飲がよい。またこの方を服して効なきものには、四物湯に荆芥、浮萍を加えて長服させると効がある。

## B 治験

## ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある老婦人が長年頑瘡を発し、痒痒ががまんできない。ある日振寒を発し、身体微腫、小便不利、脈沈微でほとんど内陷しそうになった。真武湯加反鼻を与えると振寒はやみ、頑瘡は大いに発して、水気がますます甚だしい。よって濟生赤小豆湯<sup>②</sup>加附子に転ずると水気は日々に減じ、瘡もやや治まったが、夜に入ると痒痒して眠れない。そこで当帰飲子に苦荊丸<sup>③</sup>を兼用すると、宿患も大いに安静となった。

私は老人の頑癬を治すこと数十人に及んだが、そのうち痒痒が甚だしく熱のないものは、当帰飲子あるいは十全大補湯加荆芥を用い、血燥が甚だしく熱があるものは温清飲を用い、水気があって実するものは東洋赤小豆湯<sup>④</sup>を用い、虚するものは濟生赤小豆湯加附子および真武湯加反鼻を用いて多く効を奏した。(以下略)

① 血燥(けっそう)：皮膚がカサカサして光沢弾力がないこと。

② 濟生赤小豆湯(さいせいしゃくしょうずとう)：赤小豆、当帰、商陸、沢瀉、連翹、芍薬、防已、猪苓、沢漆、桑柏皮の10味(濟生)。

③ 苦荊丸(くけいがん)：苦参、荆芥の2味(新明集)。

④ 東洋赤小豆湯(とうようしゃくしょうずとう)：赤小豆、商陸、麻黄、桂枝、反鼻、連翹、生姜、大棗の8味(山脇東洋)。

## 当帰建中湯(とうきけんちゅうとう)

星野卓之

## 1 出典

## ▶『金匱要略』婦人産後病篇

産後に痩せて気力が衰え、腹の中が痛んで止まず、呼吸が浅く頻回になるもの、或いは下腹部のひきつれる痛みが腰背部に放散して苦しく、飲食できないものを治療する。産後1か月の間に4,5剤を内服すればよく、体力を強壯にする。もし大いに虚していれば膠飴を加える。もし子宮出血や、のどに落ちる鼻出血がやまないときは地黄と阿膠を加える。

## 2 構成

当帰 4, 桂皮 3~4, 生姜 1~1.5(ヒネシヨウガを使用する場合 4), 大棗 3~4, 芍薬 5~7.5, 甘草 2~2.5, 膠飴 20(膠飴はなくても可)

## 3 適応病態

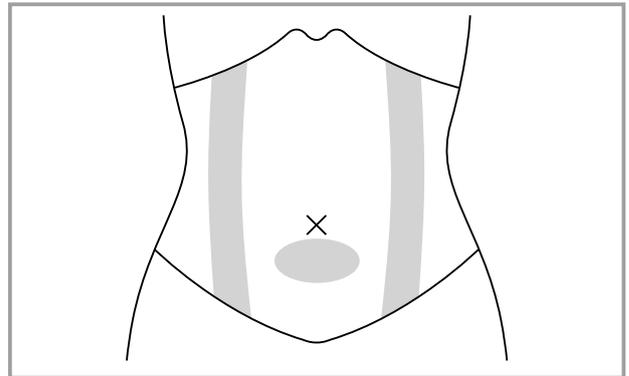
## A 自覚症状(Symptom)

- ・腹痛, 腰背痛: 産後の腹痛や月経痛などに使用する。主に下腹部痛で腰背部に放散するものや, 男女を問わず腹部・腰背部がひきつれて痛むものによい。
- ・産後の体力低下: 元気がなく, やや呼吸が浅いことがある。
- ・子宮出血・産後子宮復古不全: 主に腹痛があるものに使用する。出血過多には芎帰膠艾湯も考慮する。
- ・月経不順・過多月経, 月経前後の頭痛
- ・直腸・痔出血, 肛門痛
- ・食欲不振・痩せ
- ・貧血
- ・発汗傾向

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 顔色不良のことがある。
- 2) 舌診: 舌質は淡白色もしくは淡紅色で, 舌苔は湿潤し, 無苔もしくは薄白苔のことが多い。
- 3) 脈診: 沈弱, あるいは弦細のことが多い。

## 4) 腹診



腹力 軟~やや軟(①/5~2/5)

腹証 ◎ 圧痛(下腹部)

○ 腹直筋攣急

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で, 疲労しやすく血色の優れないものの次の諸症: 月経痛, 月経困難症, 月経不順, 腹痛, 下腹部痛, 腰痛, 痔, 脱肛の痛み, 病後・術後の体力低下

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 偽アルドステロン症, ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 目黒道琢『餐英館療治雑話』

婦人が, 月経前に小腹が疼痛するのは瘀血<sup>①</sup>であり, また時々疝痛があり, 月経後に小腹が疼痛するものなど, これらは, いずれも当帰建中湯を用いると必ず効果がある。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

当帰建中湯に, 地黄, 阿膠を加えたものは, 去血過多の症に用いると, 十補湯<sup>②</sup>などよりは確かな効果がある。したがって私は, 上部の失血過多には, 『千金』の肺傷湯<sup>③</sup>を用い, 下部の失血過多には, この方を用い, これを内補湯と名づける。

## ▶ 浅田宗伯『先哲医話』

蓐勞<sup>④</sup>の初起には, 当帰建中湯がよい。

歯痛には, 当帰建中湯がよい。(荻野台州)

**B 治験**

▶ 吉益南涯『続建殊録』

ある老婦が、10 余年にわたって脚足が疼痛し、ついには攣急して痿癖となった。身体羸瘦、腹中拘攣、胸は亀背<sup>⑤</sup>のように張り、仰臥したままで、寝返ることができないが、飲食が平常と変わらないので、気力は衰えていない。先生(南涯)が、当帰建中湯および消石丸<sup>⑥</sup>を与えると、1 か月余りで歩行できるようになった。

- ① 瘀血(おけつ)：漢方の一概念で、主として婦人科疾患、出血性疾患などに起こり、静脈系のうっ血、出血などに関連した症候群をいう。
- ② 十補湯(じゅうほとう)：十全大補湯。
- ③ 肺傷湯(はいしょうとう)：人參、炮姜、桂枝、阿膠、紫苑、地黄、桑白、飴糖の 8 味(千金翼)。
- ④ 蓐勞(じょくろう)：産後の疲労、肺結核など。
- ⑤ 亀背(きはい)：尙僂病。
- ⑥ 消石丸(しょうせきがん)：硝石丸(千金)、爽鐘丸(吉益東洞)と同じと考えられる。大黄、硝石、人參、甘草の 4 味。

**当帰四逆加呉茱萸生姜湯**(とうきしぎやくかごしゅゆしょうきょうとう) 星野卓之

**1 出典**

▶ 『傷寒論』厥陰病篇

手足の冷えを覚え、脈は細で触れにくく、平素より腹の内にも寒冷がある人は当帰四逆加呉茱萸生姜湯で治療する。

**2 構成**

当帰 3～4、桂皮 3～4、芍薬 3～4、木通 1.5～3、細辛 2～3、甘草 1.5～2、大棗 4～6.5、呉茱萸 1～6、生姜 0.5～2(ヒネショウガを使用する場合 4～8)

**3 適応病態**

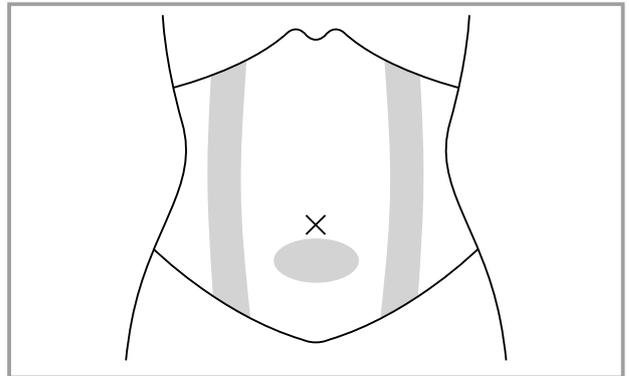
**A 自覚症状(Symptom)**

- ・冷え症：手足の先や腹部・下肢が冷える。のぼせを伴う場合がある。
- ・凍傷(しもやけ)、レイノー病、皮膚病
- ・下腹部・鼠径部痛：腹部膨満感をしばしば伴う。冷えると増悪する。
- ・月経痛・排卵痛
- ・慢性痛：神経痛・術後痛・線維筋痛症などに用いる。
- ・慢性下痢：嘔吐を伴うものにも用いられる。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：瘦せ型のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡白色のことがある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：沈・虚・細のことが多い。腹痛時などに緊のことがある。

4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

- 腹証
- 腹痛
  - △ 腹直筋攣急
  - △ 圧痛(臍下部/「小腹満」)
  - △ 下腹部の冷え(「久寒」)

**C 体力のしぼり**

弱  1  2  3  4  5  強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で、手足の冷えを感じ、下肢の冷えが強く、下肢または下腹部が痛くなりやすいものの次の諸症：冷え症、しもやけ、頭痛、下腹部痛、腰痛、下痢、月経痛

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

▶ 目黒道琢『餐英館療治雑話』

当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、吐血のあと、四肢厥冷す

るが附子も用い難く、また独参湯<sup>①</sup>を用いるほどの虚でもなく、ただ手足が厥冷して心下が痞するものを目標とする。

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

経閉で久寒によるものがあり、この症には当帰四逆加呉茱萸生姜湯がよい。もしそれで効果のないときには、四逆湯<sup>②</sup>あるいは奪命丹<sup>③</sup>などを参酌して用いる。

当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、婦人で内に久寒があり、腰腹の冷痛が陰部に放散し、脈沈細のものに必効がある。久寒とは、俗に陳(ふる)き寒(ひえ)、深き冷えなどというものを指す。

内に久寒があるというのは、男子においては疝瘕<sup>④</sup>、婦人では帯下<sup>⑤</sup>の類である。これらの病で臍腹冷痛し、腰膝に引くものには当帰四逆加呉茱萸生姜湯が甚だよい。この方は陰癰<sup>⑥</sup>を治すという説があるが、疝瘕の治療にはよいが、癰の大きくなってしまったものは、この方の及ぶところではない。

男子の疝、女子の帯下で下痢の長引くものは、その脈が沈細ならば当帰四逆加呉茱萸生姜湯を用いるとよい。

#### ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

寒疝家で、五更瀉<sup>⑦</sup>のように夜に入ると腹痛して瀉下するものに、当帰四逆加呉茱萸生姜湯を用いると効があ

る。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、当帰四逆湯の証で胸満して嘔吐し、腹痛の劇(はげ)しいものを治す。

#### ② 治験

#### ▶ 山田業精『井見集』

22歳の娘が、数日心腹痛に罹って診を求めた。その痛みは、午前に発し、午後にはやむという。痛みは、左小腹から左脇に至って拘攣し、引いて腰部に及び、さらに右脚が攣痛することがある。脈は沈、舌は中央が紅で両縁が白く、寒熱はなく、渴もなく、時々吐気がする。食思が乏しく、食すると苦満、雷鳴し、その大便は溏で、日に2回くらいあり、時に下血し、小便は短少である。よって当帰四逆加呉茱萸生姜湯を投じて全治した。

① 独参湯(どくじんとう)：人参1味(直指方)。

② 四逆湯(しぎやくとう)：附子、乾姜、甘草の3味(傷寒)。

③ 奪命丹(だつめいたん)：呉茱萸、沢瀉の2味(和剂局方)。

④ 疝瘕(せんか)：腹中のしこり、硬結。

⑤ 帯下(たいげ)：広く婦人科の疾患を指す。性器疾患、子宮出血、白帯下など。

⑥ 陰癰(いんたい)：陰囊ヘルニア、子宮脱の類を指す。

⑦ 五更瀉(ごこうしゃ)：早朝に起こる下痢。

## 当帰芍薬散・当帰芍薬散加附子(とうきしゃくやくさん・とうきしゃくやくさんかぶし) 星野卓之

### 1 出典

[当帰芍薬散]

#### ▶ 『金匱要略』婦人妊娠病篇

妊娠中の強い腹痛には当帰芍薬散で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』婦人雜病篇

婦人の腹部疼痛性疾患には当帰芍薬散で治療する。

[当帰芍薬散加附子]

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

妊娠時や産後に下痢・腹痛し、尿が少なく、腰脚部が麻痺するように力が入らず、或いは眼が赤くなり痛む人には、悪寒があれば当帰芍薬散に附子を加える。

### 2 構成

[当帰芍薬散]

当帰 3～3.9、川芎 3、芍薬 4～16、茯苓 4～5、白朮 4～5(蒼朮も可)、沢瀉 4～12

[当帰芍薬散加附子]

当帰 3、沢瀉 4、川芎 3、加工ブシ 0.4、芍薬 4、茯苓 4、白朮 4(蒼朮も可)

### 3 適応病態

#### ① 自覚症状(Symptom)

[当帰芍薬散]

- ・腹痛、月経痛、月経前症候群
- ・更年期障害
- ・月経異常
- ・妊娠：主に妊娠後期に安胎薬として用いる。腹痛・咳嗽にもよい。出血が主体のときは芍婦膠艾湯を使用する。
- ・周産期の体調不良：疲労・子宮出血・下痢・排尿困難や下記の諸症状がある場合に使用する。
- ・貧血、子宮出血：過多出血には芍婦膠艾湯・四逆加人参湯などを使用する。
- ・眩暈、立ちくらみ
- ・頭重、耳鳴り
- ・肩こり、腰痛
- ・冷え症
- ・浮腫

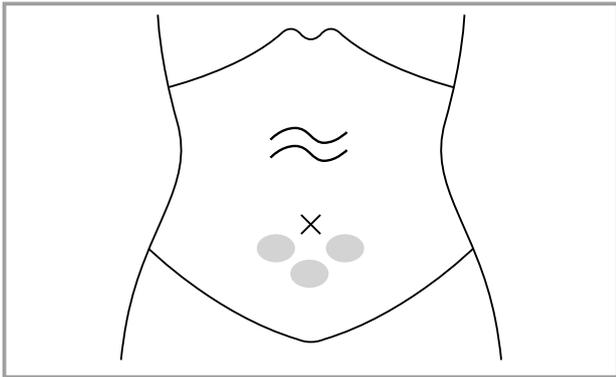
## [当帰芍薬散加附子]

・悪寒：冷えが強い人に使用する。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：痩せ型，色白のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡白色のことがある。舌苔は湿潤していることが多い。
- 3) 脈診：沈弱のことが多い。
- 4) 腹診

[当帰芍薬散]



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ◎ 振水音

○ 圧痛(下腹部)

△ 腹痛

[当帰芍薬散加附子]

文献なし。

## C 体力のしぼり

[当帰芍薬散]

弱  1  2  3  4  5  強

[当帰芍薬散加附子]

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

[当帰芍薬散]

体力虚弱で，冷え症で貧血の傾向があり疲労しやすく，時に下腹部痛，頭重，めまい，肩こり，耳鳴り，動悸などを訴えるものの次の諸症：月経不順，月経異常，月経痛，更年期障害，産前産後あるいは流産による障害(貧血，疲労倦怠，めまい，むくみ)，めまい・立ちくらみ，頭重，肩こり，腰痛，足腰の冷え症，しもやけ，むくみ，しみ，耳鳴り

[当帰芍薬散加附子]

体力虚弱で，冷えが強く，貧血の傾向があり疲労しやすく，時に下腹部痛，頭重，めまい，肩こり，耳鳴り，動悸などがあるものの次の諸症：月経不順，月経異常，月経痛，更年期障害，産前産後あるいは流産による障害

(貧血，疲労倦怠，めまい，むくみ)，めまい・立ちくらみ，頭重，肩こり，腰痛，足腰の冷え症，しもやけ，むくみ，しみ，耳鳴り

## 4 使用上の留意点

食欲不振をきたすことがあり，煎じでは人参の加味が試みられる。六君子湯などと併用してもよい。

## 5 日本古典

## A 処方解説

[当帰芍薬散]

## ▶ 福井楓亭『方説弁解』

当帰芍薬散は，婦人が妊娠し，腹中疝痛(きゅうつう)するものを治す。

疝痛とは，綿々として絶えず痛むことをいう。妊娠の腹痛は胎子の欹斜擾動(いしゃじょうどう)<sup>①</sup>に因るものが多いので，按腹整胎を専らとし，かつ当帰芍薬散を用いるとよい。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

妊娠中，あるいは産後に下利腹痛し，小便不利，腰脚麻痺して力なく，あるいは眼目赤痛するもの，もしくは下利がやまず悪寒するものには，当帰芍薬散に附子を加え，また下利せず大便が秘すものには大黄を加える。

3～4か月，月経がなく，腹診では腹中は攣急しているが手に胎が応ぜず，あるいは腹中疝痛して血痕<sup>②</sup>に類し，妊否を決め難いものがある。当帰芍薬散加大黄を用いると二便快利し，10日を持たずに腹中が緩み軟らかくなり，懐妊であれば胎(気)が速く張ってくる。また懐妊後月を重ねても胎が萎縮して成長せず，腹中拘急するものにもこの方がよい。

婦人の血気痛<sup>③</sup>で小便不利するものには，この方が効くものがある。

眼目赤痛の症で，心下に支飲があり，頭眩涕淚，腹が拘攣するものにもこの方がよい。

脱肛で腫痛し，水が出てやまないものに奇効がある。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

当帰芍薬散は吉益南涯が得意とする処方である。諸病に活用し，その治験は『続建殊録』に詳しく記載されている。この方は，大体が婦人の腹痛疝痛を治すのが本来の用い方であるが，和血に利水を兼ねた方であるため，建中湯の症に水気を兼ねるものや，逍遙散の症に痛みを帯びるものいづれにも広く用いるべきである。華岡青洲はこの方に呉茱萸を加えて多く用いた。また，胎動腹痛にこの方の場合には「疝痛」とあり，当帰芍薬湯にはただ「腹痛」とある。この方の場合，軽いようであるがそうではなく痛みが甚だしく，それが大腹にある。当帰芍薬湯の痛み

は小腹にあって腰にかかり、早めに治さないと墮胎の兆となる。二湯の役割をよくわきまえて使い分ける必要がある。

#### ▶ 浅田宗伯『先哲医話』

欬嗽で陰に属するものは難治である。横臥すれば欬を發し、仰臥すれば欬せざるものは水飲のせいであり、神祐丸<sup>④</sup>がよい。子嗽<sup>⑤</sup>で胎氣の生長に因るものは、水が心下に停滞して欬となるのであり、当帰芍薬散がよい。

妊娠7か月を過ぎた婦人には、当帰芍薬散を与えて水を遂(お)い、血を理すべきである。これを怠ると多くは分娩後に下利を患う。(荻野台州)

[当帰芍薬散加附子]

#### ▶ 尾台榕堂・浅田宗伯『続險証百問』

婦人の帯下で50歳以後に発症するものは真帯下で多くは難治である。(略)出血で消耗し、悪寒と発熱が交互にあり、腹痛して下痢するか或いは腹中に水の音が鳴り、尿量が少ないか或いは四肢がむくみ、少食で煩わしく眠れない人には、柴胡桂枝乾姜湯・黄連阿膠湯・真武湯・当帰芍薬散加附子・温経湯などからえらんで交互に用いる。

#### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

当帰芍薬散加麦門五味子にて口舌に皮が無いような状態の人を治療し、応じない時に附子を加えるというのは吉益南涯の経験であり、自分も用いてみると毎回効果がある。

### ㊦ 治験

[当帰芍薬散]

#### ▶ 吉益南涯『続建殊録』

18歳の女性が1年ばかり大便が通じ難く、最近にな

り3か月ばかり経閉した。父母は奸通を疑い医師に診せたところ、医師は懐妊であるとした。本人は肯定せず、他医の診を受けたが、その医師は判断しかねたため、先生の診を求めた。その腹を按ずると臍下に小塊があり、手を近づけると痛む。先生は畜血であって胎児ではないとし、大黄牡丹皮湯を与えると3貼で黒血を混えた下利10行を下し、以後は塊が半減した。さらに当帰芍薬散を兼用すると、やがて経水があり、大便も平常になった。

#### ▶ 吉益南涯『成蹟録』

ある婦人が足指が疼痛して歩行できなくなり、一日腹が攀急して心に上衝し、昏倒して人事不省となった。手足は温かく、脈数、両便は通じない。先生が当帰芍薬湯を服ませると、血のような小便が出て諸症はとみに癒えた。

- ① 欬斜擾動(いしゃじょうどう)：斜めに傾き、騒ぎ動く。
- ② 血瘕(けっか)：瘀血塊、生殖器の腫瘍など、婦人の腹中にできる塊。
- ③ 血氣痛(けっきつう)：血と氣との不調による痛み、月経痛など。
- ④ 神祐丸(じんゆうがん)：甘遂、大戟、芫花、黒牽牛子、大黄の5味(儒門事親)。
- ⑤ 子嗽(しそう)：妊娠咳。

## 当帰湯(とうきとう)

星野卓之

### 1 出典

#### ▶ 『小品方』調三焦諸方

当帰湯は、心腹部の絞痛、諸々の虚、冷気が満みちるものを治療する。

#### ▶ 『千金方』心腹痛門

胸腹部が激しく痛んで、体力不足があり、冷気が満ちて苦しむ人を治療する。

### 2 構成

当帰 5、半夏 5、芍薬 3、厚朴 3、桂皮 3、人参 3、乾姜 1.5、黄耆 1.5、山椒 1.5、甘草 1

### 3 適応病態

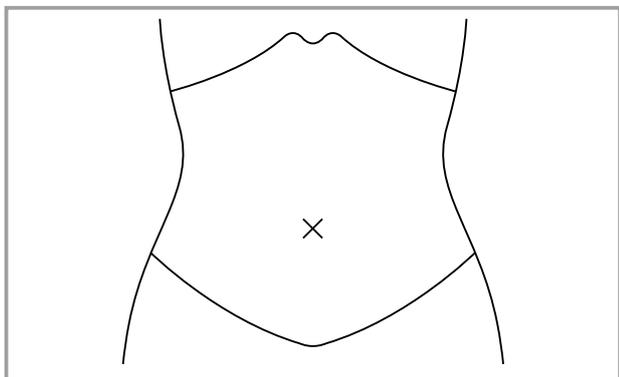
#### ㊦ 自覚症状(Symptom)

- ・胸背部痛・腹痛：胸痛症候群・肋間神経痛などや腹がひきつれて痛む人、胃もたれ・上腹部膨満感のある人に使用する。古典では狭心痛に頻用されているが、現代では西洋医学的治療を優先する。それ以外の胸痛症候群や肋間神経痛などに使用する。
- ・冷え症：背部の冷感を伴うことがある。

#### ㊦ 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：元気がないことが多い。疼痛により苦悶状のことがある。
- 2) 舌診：舌質は淡白色のことがある。舌苔は不定。

- 3)脈診：沈，遅，細，弱のことが多い。
- 4)腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)  
腹証 ◎ 時に腹満(軽度)  
△ 腹痛

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で，背中に冷感があり，腹部膨満感や腹痛・胸背部痛のあるものの次の諸症：胸痛，腹痛，胃炎

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

当帰湯は，胸痺心痛ならびに陳旧腹痛を療し，滯囊病<sup>①</sup>を旁治する。

▶ 本間棗軒『内科秘録』

胸痺<sup>②</sup>は脇肋の間が隠々と痛み，あるいは脊臂(せきりよ)に徹し，あるいは脇下へ引き，あるいは走痛して

処を定めず，あるいは呼吸俯仰に従って痛み，咳が微(すこ)し出たり痰に血線を引くこともあり，あわただしく看ると虚勞，肺癰，痰証などに見える。常に内景をつまびらかにし，諸臓の位置を弁ずれば，胸痺は胸痺であり，心痛胃痛とはおのずから異なることがわかる。(中略)胸痺で痛みが隠々と久しくやまず，清涼消痰の諸方および下剤などの効なきものは，附子理中湯<sup>③</sup>，千金当帰湯，当帰四逆加呉茱萸生姜人参湯<sup>④</sup>を撰用する。

▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

この方は心腹冷氣絞痛，肩背へ徹して痛むものを治す。津田玄仙は，この方より枳縮二陳湯<sup>⑤</sup>の方が効ありといったが，枳縮二陳湯は胸膈に停痰があって肩背へこり痛むものによく，この方は腹中に拘急があって痛み，それより肩背へ徹して強痛するものによい。

**B 治験**

▶ 原南陽『叢桂亭医事小言』

ある男が胸痺し，常に心痛して飲食がまずいが，病が落ちていれば気力は常のごとくである。たまたま来訪中の友人と囲碁をしているうちにこの病が大発し，転倒，乾嘔して手も近づけられない。周囲の者は皆男は酒傷であり酒気を帯びぬ時はないといい，医師も酒の所為として治を施したが効なく，あるいは疝とし，あるいは痰<sup>⑥</sup>として三和散<sup>⑦</sup>などを連投したが，ますます危うくなった。私はその脊第5椎辺を按じようとしたが，指をかざすこともできないことから，これを胸痺と断じ，当帰湯加附子2貼を与えると痛みは半ば去り，30日ばかりで全癒した。

- ① 滯囊病(へきのうびょう)：胃下垂，胃アトニーなど。
- ② 胸痺(きょうひ)：胸痛，呼吸困難などの症候を示す疾患。
- ③ 附子理中湯(ぶしりちゅうとう)：理中湯加附子(直指)。
- ④ 不明。当帰四逆加呉茱萸生姜湯加人参か。
- ⑤ 枳縮二陳湯(きしゆくにちんとう)：枳実，縮砂，半夏，橘皮，茯苓，香附子，厚朴，茴香，木香，甘草，延胡索，乾姜の12味(回春)。
- ⑥ 痰(たん)：水飲，水毒。
- ⑦ 三和散(さんわさん)：沈香，蘇葉，大腹皮，羌活，白朮，川芎，木香，陳皮，檳榔，木瓜，甘草の11味(和剂局方)。

**二朮湯**(にじゅつとう)

松浦恵子

**1 出典**

▶ 『万病回春』臂痛門

痰飲があり，両方の臂が痛む人を治療する。また手と臂が痛む人を治療する。これは上焦の湿痰が経絡中を横行し，痛みをなすのである。

**2 構成**

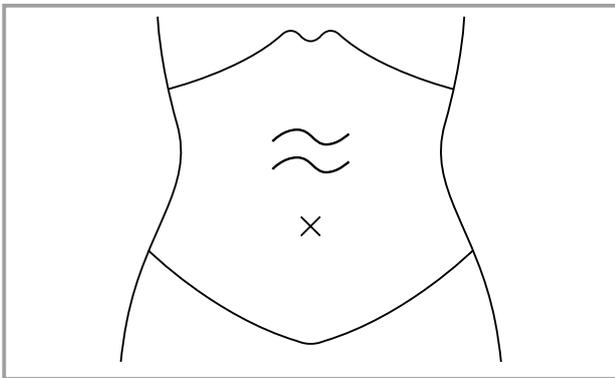
白朮 1.5～2.5，茯苓 1.5～2.5，陳皮 1.5～2.5，天南星 1.5～2.5，香附子 1.5～2.5，黄芩 1.5～2.5，威靈仙 1.5～2.5，羌活 1.5～2.5，半夏 2～4，蒼朮 1.5～3，甘草 1～1.5，生姜 0.6～1

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・関節痛, 筋肉痛, 神経痛: 肩や上腕などの筋肉や関節にしびれ, 痛みがあり, だるい, 重い感じを伴う.
- ・運動障害
- ・軽度の浮腫
- ・胃腸虚弱

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診: 水毒性の体質で, 筋肉にしまりがなくある. 水毒の肥満者によいが, とらわれずに使用してよい.
- 2) 舌診: 舌質は不定, 舌苔は白膩のことがある.
- 3) 脈診: 滑のことがある.
- 4) 腹診



腹力 やや軟(2/5)

腹証 △ 振水音

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度で, 肩や上腕などに痛みがあるものの次の諸症: 四十肩, 五十肩

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として, 間質性肺炎, 偽アルドステロン症, ミオパシー, 肝機能障害, 黄疸に注意する.

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 香月牛山『牛山活套』**

肩臂痛は, 多くは痰<sup>①</sup>に属し, 二朮湯を用いるか, あるいは二陳湯に蒼朮, 木瓜, 薏苡仁, 枳実, 釣藤鈎を加えて用いるとたいへんに効果がある.

**▶ 浅井貞庵『方彙口訣』**

二朮湯は, 痰で手や臂(うで)の痛むものによい. 痰を取り, 氣滯を行(めぐ)らすのである.

**B 治験****▶ 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎『漢方診療医典』**

数年前, 60歳あまりの男子の五十肩に葛根湯を用いたところ, 食欲がなくなり, 反って痛むという. この人は, 平素から胃腸が弱く, 大便是軟らかいのに快通しないという症状があった. そこで二朮湯を用いたところ, 五十肩の痛みが急速によくなり, 食欲も出て, 大便秘通するようになった. この処方を用いる目標は, 痰飲による疼痛であり, 痰飲は水毒を意味するから, 患者は水毒性体質で, 筋肉の緊張がわるい.

① 水飲.

**二陳湯**(にちんとう)

松浦恵子

**1 出典****▶ 『太平惠民和劑局方』痰飲門**

痰飲のため, 嘔吐悪心, めまい, 心悸亢進, 胃部の不快感, 発熱などの症状のみられる場合, あるいは生冷を食べたことにより, 脾胃の調和が傷害されている状態を治療する.

**2 構成**

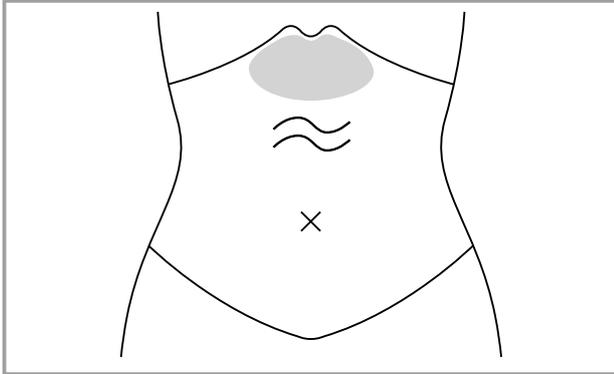
半夏 5~7, 茯苓 3.5~5, 陳皮 3.5~4, 生姜 1~1.5(ヒネショウガを使用する場合 2~3), 甘草 1~2

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

- ・悪心, 嘔吐, 悪阻, 二日酔い: 嘔吐に用いるときは冷服するのがよい.
- ・胃部不快感, 食欲不振
- ・めまい
- ・動悸, 心悸亢進
- ・頭痛
- ・浮腫, 身重感
- ・咳嗽, 喀痰
- ・肩背痛

**B 他覚所見 (Sign)**

- 1) 望診：顔色のあまりよくない胃弱タイプが多い。
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は微白苔などのことがある。
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診



腹力 軟～中等度(1/5～3/5)

- 腹証
- ◎ 振水音
  - ◎ 心下痞
  - △ 動悸

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応 (Indication)**

体力中等度で，悪心，嘔吐があるものの次の諸症：悪心，嘔吐，胃部不快感，慢性胃炎，二日酔い

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』**

按ずるに，二陳湯は痰を治す聖薬である。それぞれの証に従って加減して用いれば，あらゆる痰飲を治すこと

ができる。

**▶ 香月牛山『牛山方考』**

古人は「怪病は痰として治せ，急病は火として治せ」と説いた。痰は二陳湯で加減し，火は黄連解毒湯の加減で治すのが治法の樞要であり秘訣である。

**▶ 福井楓亭『方読弁解』**

二陳湯は一切の痰飲の症を目標として用いる。この方は，古方の小半夏加茯苓湯に陳皮を加えたものである。

**B 治験****▶ 北山友松子『増広医方口訣集 頭書』**

ある婦人がときどき筋攣し，痲厥<sup>①</sup>して人事不省となり，1年ばかり経過した。そうした病いを憂いながらのある日，飲食のあとで食物が胃脘につかえるのを覚え，その後は食物を一切受け付けずに吐き，ただ茶湯を飲むだけとなり，また経水も通ぜず，また日に10数回も水瀉するようになって3か月经過した。診ると，顔色，語音はひとつとして病の様子がなく，脈沈滑である。私は痰であると判断し，二陳湯を用いて治療を施すと200余貼で諸症は治った。

**▶ 山田業精『井見集 附録』**

ある男子が吐利のあと食はうまいが心下が痞してさわやかでなく，また別の男子は下利のあと心下が痞し，物があるように感じるという。またある女子は心下が痞し，気宇が鬱閉して食欲がない。以上はいずれも二陳湯を与え，1行の便通を得て快治した。法のごとく烏梅を加えて投じた。

① 痲厥(かんけつ)：発作的に精神，意識に異常をきたし，手足が冷えること。

**女神散**(によしんさん)

松浦恵子

**1 出典**

浅田宗伯の創方。

**2 構成**

当帰 3～4，川芎 3，白朮 3(蒼朮も可)，香附子 3～4，桂皮 2～3，黄芩 2～4，人參 1.5～2，檳榔子 2～4，黄

連 1～2，木香 1～2，丁子 0.5～1，甘草 1～1.5，大黃 0.5～1(大黃はなくても可)

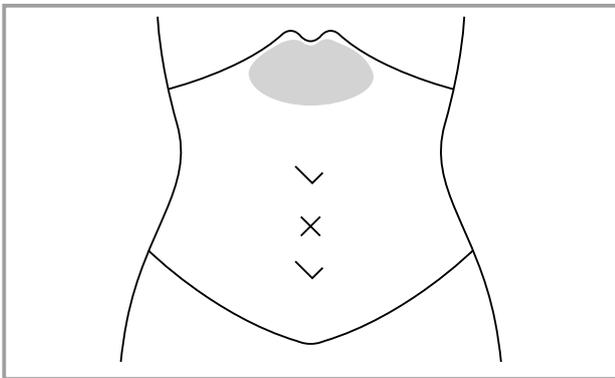
**3 適応病態****A 自覚症状 (Symptom)**

・のぼせ

- ・動悸, 心悸亢進
- ・めまい
- ・不眠
- ・頭痛, 頭重感
- ・腰痛
- ・精神不安, 憂うつ感
- ・異常発汗: 背部が火が燃えるようにカッと熱くなり汗が流れることがある。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 不安感, 憂うつ感など, 心気的な雰囲気を感じる人が多い。
- 2) 舌診: 舌質は舌尖が紅, 舌苔は白苔を認めることがある。
- 3) 脈診: 沈, 細, 数のことがある。
- 4) 腹診



腹力 中等度(3/5)

腹証 △ 圧痛(下腹部)

△ 心下痞

△ 腹部動悸(臍上悸・臍下悸)

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以上で, のぼせとめまいのあるものの次の諸症: 産前産後の神経症, 月経不順, 血の道症<sup>注1)</sup>, 更年期障害, 神経症

#### 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 偽アルドステロン症, ミオパシー, 肝機能障害, 黄疸に注意する。

#### 5 日本古典

##### A 処方解説

###### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函』

女神散は, 血証で上衝眩暈するものを治し, また産前産後における通治の剤である。

###### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

この方は, 元は安榮湯と名づけられ, 陣中において七気を治す方である。婦人の血症に用いて特験があるため, 浅田家で女神散とした。世に称する実母散, 婦王湯, 清心湯などは皆一類の薬である。

###### ▶ 大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

血の道症, 更年期障害などの患者には, 下肢が冷えて, 顔がのぼせるといふものがある。このような患者で, のぼせの症状が強く, 動悸, めまい, 不眠, 便秘などがあれば, 女神散がよい。またのぼせはさほどひどくはないが, 肩こり, 頭痛, めまい, 不安感などのあるものには, 加味逍遙散がよい。

##### B 治験

###### ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

56歳の主婦。患者は一見放心状態で, 自ら容態を訴えない。附添いの夫の述べるところによると, 従来は一家中で一番の働き手であったが, 1年前から気持ちが悪いといつてふさぎこみ, だまりこくって, 箒一本手になくなった。鬱病のように一室に閉じこもることが多くなり, その他の訴えとしては, 頭重・のぼせ・めまい・肩こり・寒けなどで, 大学病院で神経衰弱といわれ, 電撃療法をすでに33回もやったが治らなかった。栄養状態もよく, 顔色は赤い方で, 健康そうに見える。脈は沈で, 心下部硬く, 臍上水分穴あたりに動悸が亢ぶっている。更年期障害の血症で, 上衝・眩暈を主訴とするものとして, 女神散を与えたところ, 1か月で気分ひらき, 5か月で全くもとのようになった。

#### 文献

矢数道明:『漢方百話』. p266-7, 医道の日本社, 1960

<sup>注1)</sup> 血の道症とは, 月経, 妊娠, 出産, 産後, 更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

## 人參湯・附子理中湯(にんじんとう・ぶしりちゅうとう)

松浦恵子

### 1 出典

[人參湯]

#### ▶『傷寒論』霍乱病篇

霍乱で頭痛発熱し、からだ痛み熱が多くて水を飲みたがるものは、五苓散で治療する。寒が多くて水を飲みたがらない人は、理中丸(人參湯)で治療する。

#### ▶『傷寒論』差後勞疫病篇

大病が差えてなお、煩雑に唾を吐くことが長く続くような人は、胸上に寒がある。理中丸(人參湯)を用いるのがよい。

#### ▶『金匱要略』胸痺心痛短気病篇

胸がしめつけられみぞおちに気が痞え、気が固まって胸にあるため胸がつまり、それが脇の下へ下り、それから上がってみぞおちへつきあたってくる。(中略)このようなときに人參湯で治療する。

[附子理中湯]

#### ▶『太平惠民和劑局方』痢冷門

附子理中丸は、脾胃が冷え弱く、心腹部の絞痛、嘔吐、下痢、霍乱、筋の引きつり、体が冷え、わずかにあせが出て、手足が冷え、心下部が満ち苦しく、腹が鳴り、からえずきが止まらず、飲食不振のものを治療する。一切の頑固な冷えも治療する。

### 2 構成

[人參湯]

人參 3, 甘草 3, 白朮 3(蒼朮も可), 乾姜 2~3

[附子理中湯]

人參 3, 加工ブシ 0.5~1, 乾姜 2~3, 甘草 2~3, 白朮 3(蒼朮も可)

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

[人參湯]

- ・ 冷え
- ・ 胃腸虚弱：下痢、腹痛、吐き気、嘔吐、噯気、食欲不振、さらに、胃痛、疼痛を訴えることがある。
- ・ 口に薄い唾がたまる。
- ・ 頻尿：尿が薄く多量。
- ・ めまい、頭重

[附子理中湯]

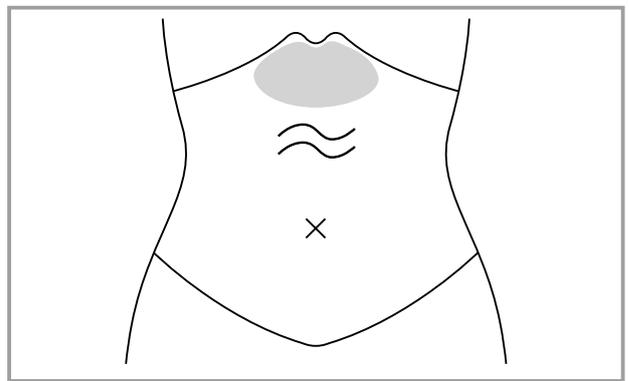
- ・ 手足の強い冷え
- ・ 不眠症
- ・ 精神不安、神經過敏

・ 常習便秘

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：元気がなく、血色が優れないことが多い。顔面口唇の蒼白がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は淡白で、舌苔は白滑あるいは滑のことがある。
- 3) 脈診：沈細あるいは沈遅のことが多い。微弱、弱のことも多い。
- 4) 腹診

[人參湯]



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ◎ 心下痞鞭

◎ 振水音

△ 上腹部膨満感

△ 心窩部の冷え

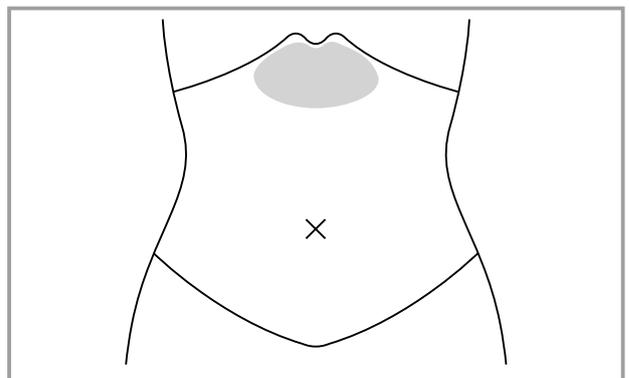
[附子理中湯]

文献が少ない。

#### 【参考】

腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

○ 心下痞鞭



**C 体力のしぼり**

[人參湯]

弱 **1 2 3 4 5** 強

[附子理中湯]

弱 **1 2 3 4 5** 強**D 適応(Indication)**

[人參湯]

体力虚弱で、疲れやすくて手足などが冷えやすいものの次の諸症：胃腸虚弱，下痢，嘔吐，胃痛，腹痛，急・慢性胃炎

[附子理中湯]

体力虚弱で、手足の冷えが強く、疲れやすいものの次の諸症：胃腸虚弱，下痢，嘔吐，胃痛，腹痛，急・慢性胃炎

**4 使用上の留意点**

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典****A 処方解説**

[人參湯・附子理中湯]

**▶ 香月牛山『牛山方考』**

理中湯(人參湯)は、五臓が寒に中(あた)り、口を噤(くづ)んで音(声)を失い、腹痛吐瀉、四肢強直するもの、あるいは乾霍乱<sup>①</sup>で人事不省となるようなものを治す神方である。

**▶ 吉益東洞『建殊録』**

留飲病で胸背刺痛、あるいは嘈雜呑酸、あるいは吐水、あるいは臥を嗜んで心下痞鞭するものは人參湯の適応である。

**▶ 有持桂里『校正方輿輿』**

普通の人で、唾を吐いて止まないものは、十中八九は理中湯(人參湯)で治るものである。

人參湯は自利して渴しないものを治すが、この自利には二つの意味がある。下剤を用いないでおのずから下るものを自利といい、また身に覚えなく下るものも自利と称する。

舌の疾患で、寒冷の剤を用いても治らず、大便が実しないものには人參湯を与えたとよい。

**▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』**

霍乱で腹痛、吐瀉のものには理中湯(人參湯)を用い、唇舌の色が変り、手足が転筋<sup>②</sup>し、厥冷<sup>③</sup>の甚だしいものには附子理中湯<sup>④</sup>を用いる。この症は後世では湿霍乱と名付け、この処方を対症とする。この処方を用い、しばらくして腹痛が柔らぎ吐利も止んだが、渴、大熱を發し小便不利のものには、五苓散を用いる。

**▶ 尾台榕堂『類聚方広義』**

産後に続いて下痢をし、乾嘔、不食、心下痞鞭、腹痛、小便不利するもの、諸病で久しく癒えず、心下痞鞭、不食、時々腹痛、大便濡瀉、微腫などの症を現すもの、老人で寒暑の季節毎に、下利、腹中冷痛してごろごろ鳴り、小便不禁<sup>⑤</sup>、心下痞鞭、乾嘔を呈するもの、以上はいずれも難治とされているが、人參湯がよい。もし、悪寒、あるいは四肢が冷える場合には附子を加える。

**▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』**

体力虚弱で下痢が遅延し、四肢が甚だしく冷えるのを治療する。突然、大いに吐き大いに下す症にて、四肢が甚だしく冷える人は四逆湯より、反って、この方(附子理中湯)が速やかに応じる。

**B 治験**

[人參湯]

**▶ 吉益南涯『戒蹟録』**

ある男子が、項背強急、腰痛して飲食が停滞し、ときどき胸痛して心下痞鞭、噫氣(おくび)がでてしきりに唾がでる。先生(南涯)は人參湯を与え、当帰芍薬散を兼用して治癒させた。

**▶ 浅田宗伯『橘窓書影』**

ある女が、かねてから痔疾を患って脱肛が止まず、灸を数十回施すと、突然に発熱して衄血<sup>⑥</sup>し、心下痞鞭、嘔吐、下痢をした。一医が寒涼剤<sup>⑦</sup>でこれを攻めたが、症状が増劇した。私が理中湯(人參湯)を与えると、やがて治癒したが、前医はその薬が緩やかすぎると非難してきた。私は、「痞に虚実があり、邪気によって痞が生じたときは疎劑<sup>⑧</sup>を用いるべきである。もし、胃中空虚で客气<sup>⑨</sup>衝逆して痞を生じたものは、これを攻めると害がある。古方では、瀉後の膈痞<sup>⑩</sup>に人參湯を用い、また理中湯で吐血を治すが、これは充分に根拠のあることである」と説明した。

① 乾霍乱(かんかくらん)：下痢、嘔吐を催して苦しむが、吐こうとして吐けず、下そうとしても下せない急性胃腸症状。

② 転筋(てんきん)：筋肉のひきつり。

③ 厥冷(けつれい)：四肢の末端から冷えること。

④ 附子理中湯(ぶしりちゅうとう)：理中湯に附子を加えたもの(直指方)。

⑤ 小便不禁(しょうべんふきん)：失禁。

- ⑥ 衄血(ちくけつ)：鼻出血。
- ⑦ 寒涼剤(かんりょうざい)：冷剤と同じ。石膏、芒硝など。
- ⑧ 疎剤(そざい)：疎通を図る薬、半夏瀉心湯など。

- ⑨ 客気(きゃくき)：邪気を指す。
- ⑩ 膈痞(かくひ)：胃のつかえ。

## 人參養榮湯(にんじんようえいとう)

笠原裕司

### 1 出典

#### ▶『三因極一病証方論』虚損証治

過勞，虚弱，手足が重だるい，骨肉が疼く，呼吸促拍，勞作であえいだりむせいだりする，下腹部の腹壁が突っ張る，腰から背中が強ばって痛む，動悸し易い，咽喉や唇が渇く，食事の味が感じられない，何事も憂い悲しむ，臥床がちであるなどの症状が積年に亘って続く，あるいは急速に上記の症状が現われ，五臓の気が衰えてなかなか良くならない人は，養榮湯(人參養榮湯)で治療する。また，(五臓論)の肺と大腸がともに虚弱となり，咳嗽，下痢，喘して呼吸が促拍する，嘔吐して薄い痰を吐くなどの症状も改善する。

人參養榮湯には，『聖劑総録』を出典とする同名異方がある。

### 2 構成

人參 3，当帰 4，芍薬 2～4，地黄 4，白朮 4(蒼朮も可)，茯苓 4，桂皮 2～2.5，黄耆 1.5～2.5，陳皮(橘皮も可) 2～2.5，遠志 1～2，五味子 1～1.5，甘草 1～1.5

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

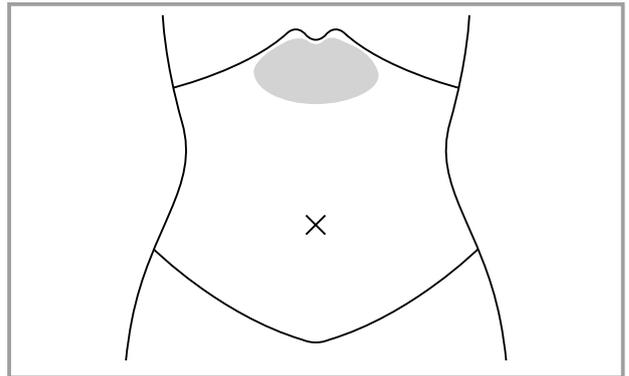
- ・ 体力低下：各種手術後で体力がなかなか回復しない状態，肺結核，非定型抗酸菌症，先天性心疾患などによる虚弱体質。
- ・ 疲労倦怠感
- ・ 食欲不振
- ・ 寝汗
- ・ 手足の冷え症
- ・ 貧血
- ・ その他：動悸，咳嗽，微熱，下痢傾向，便秘傾向などを伴うこともある。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：疲労倦怠，顔色不良，貧血様顔貌，皮膚乾燥，るいそうなどの外観を呈することがある。
- 2) 舌診：舌質は淡白紅または正常紅が多い。腫大することがある。無苔か微白苔，鏡面舌を呈することがある。

3) 脈診：弱，細なことがある。

4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 △ 心下痞鞭

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

#### D 適応(Indication)

体力虚弱なものの次の諸症：病後・術後などの体力低下，疲労倦怠，食欲不振，寝汗，手足の冷え，貧血

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシー，肝機能障害，黄疸に注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶津田玄仙『療治経験筆記』

人參養榮湯を諸病に用いる目標は，第1に「毛髮脱落」，第2「顔色無沢」，第3「忽々健忘」，第4「只淡不食」，第5「心悸不眠」，第6「周身枯澁」，第7「爪枯」，第8「筋涸」，以上を人參養榮湯目標の8症という。

黄耆建中湯は張仲景の方で，人參養榮湯，十全大補湯，帰脾湯の類は皆後人が仲景の黄耆建中湯に倣って組立てた変方である。したがってその使用目標もほぼ同じであるが，3方それぞれに多少の区別はある。すなわち人參養榮湯は「津液の枯竭(けつ)」，十全大補湯は「気血の虚寒」，帰脾湯は「心脾の血虚」を目標とし，これが3方の

区別である。

## B 治験

### ▶ 北山友松子『医方口訣集 頭書』

ある貴婦人が、子供を多く生み育てたため、肢躰が瘦燥し、頭髪が疎黄となり、薬油を塗抹したりしたが寸効

なく、私に治薬を命じた。そこで人参養栄湯を勧めると、百余貼で躰が潤い、髪が長くなった。まことに前哲の言は信ずるべきものがあり、およそ気血虚弱から現れる様々な諸症には、この湯の効が極めて顕著である。

## 排膿散及湯 (はいのうさんきゅうとう)

溝部宏毅

### 1 出典

『金匱要略』に記載された排膿散と排膿湯を吉益東洞が合方して使用した。

『東洞先生投劑証録』に排膿散及湯合方と記載。

### 2 構成

桔梗 3~4, 甘草 3, 大棗 3~6, 芍薬 3, 生姜 0.5~1 (ヒネショウガを使用する場合 2~3), 枳実 2~3

### 3 適応病態

#### A 自覚症状 (Symptom)

・皮膚・粘膜の化膿性疾患：疼痛を伴う。発症初期だけでなく、化膿が遷延したときや、再燃した場合にも使用する。発症の初期、または排膿されて開放性になった化膿症に対しては排膿湯が排膿を促進させる。患部が発赤して、疼痛を伴う場合には、排膿散が、消炎鎮痛作用を発揮する。その両方の薬を併せたものであるため、化膿のいろいろな時期と症状に対して使用できる。

#### B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：皮膚・粘膜に化膿した膿瘍や膿瘍がある。硬結した非開放性の場合と、開放性で膿が出ている場合のどちらにも使用できる。
- 2) 舌診：舌質は不定。舌苔は乾燥傾向で、白苔を伴うことがある。
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診  
文献が少ない。

#### 【参考】

腹力 中等度 (3/5)

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応 (Indication)

化膿性皮膚疾患の初期または軽いもの、歯肉炎、扁桃炎

### 4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

吉益東洞先生は、排膿散<sup>①</sup>と排膿湯<sup>②</sup>を合方し、排膿散及湯と名づけ諸瘡癰を治し、応鐘散<sup>③</sup>、再造散<sup>④</sup>、伯州散<sup>⑤</sup>、七宝丸<sup>⑥</sup>をそれぞれの症に随って兼用した。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

排膿散 (料) は諸瘡瘍を排捷するのに速効がある。その妙味は桔梗と枳実を合せたところにある。局方人参敗毒散<sup>⑦</sup>に枳殼、桔梗を配してあるのもこの方意である。枳実を散散に用い、当帰を下気に用いるのは古本草の説である。排膿散を煎湯として活用する時は排膿湯と合方するとよい。

##### ▶ 浅田宗伯『方説便覧』

肺癰には、排膿散と排膿湯の合方に桔梗白散<sup>⑧</sup>を兼用する。

#### B 治験

##### ▶ 尾台榕堂『方伎雑誌』

ある老人が臀痛で診を請うた。往診すると左側を下に臥しており、痛みが甚しくて、右側臥も仰臥もできないという。診ると少し漫腫しているが色も変らず、筋肉に格別の熱もない。よくよく按撫すると真の流注で、底にはすでに膿を含んでおり、しばらく押さえていると熱気があり、早く割開しないと毒気が次第に四辺へ広がると説くと、病人はしきりに針刺を請うた。私が膿管を見定めて鉞針を刺そうとすると、病人は膿のあるところはこの辺であろうと指の先で押し、私がかこだといっても聞き入れない。病人のいうところを刺すと痛みが激しく、黒血のみで膿は少しも出ない。そこで私の見たてたところ

ろを深く刺し、口を広くすると稠膿が3合ばかり出て、痛みは消え去った。瘡口へは紙捻を杉箸の大きさにして破敵膏<sup>®</sup>を塗り、毎日3度ずつ差し替え、排膿散及湯に伯州散1匁ずつを酒服させ、毒を厳しく取ったため速やかに治った。

- ① 排膿散(はいのうさん)：枳実、芍薬、桔梗、鶏子黄の4味(金匱)。
- ② 排膿湯(はいのうとう)：甘草、桔梗、生姜、大棗の4味(金匱)。
- ③ 応鐘散(おうしょうさん)：大黄、川芎の2味(東洞)。

- ④ 再造散(さいぞうさん)：皂角刺、白牽牛、鬱金、大黄、反鼻の5味(山脇東洋)。
- ⑤ 伯州散(はくしゅうさん)：蝮蛇、蟹、鹿角の3味(東洞)。
- ⑥ 七宝丸(しちぼうがん)：牛膝、軽粉、土茯苓、大黄、丁子の5味(東洞)。
- ⑦ 人参敗毒散(にんじんはいどくさん)：人参、茯苓、甘草、前胡、川芎、羌活、独活、桔梗、柴胡、枳実、生姜、薄荷の12味(和剂局方)。
- ⑧ 桔梗白散(ききょうはくさん)：桔梗、巴豆、貝母の3味(傷寒)。
- ⑨ 破敵膏(はてきこう)：青蛇(香油、黄蠟、松脂、緑青、烏賊骨、乳香、丹礬、枯礬、酢)と左突(松脂、香油、黄蠟、鹿脂)の2膏を等分に混ぜて用いる。アホスハシリともいう(清洲)。

## 麦門冬湯(ばくもんどうとう)

溝部宏毅

### 1 出典

#### ▶『金匱要略』肺痿肺癰咳嗽上気病篇

激しい気逆のために気がのぼり、呼吸が苦しくて咽がつまったように咳嗽する人の、気逆を押さえて気を下げするには、麦門冬湯が有効である。

### 2 構成

麦門冬 8～10、半夏 5、粳米 5～10、大棗 2～3、人参 2、甘草 2

### 3 適応病態

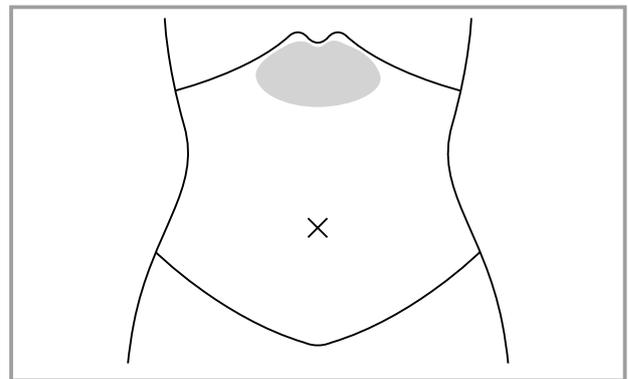
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・咳：少なくても切れにくい痰を伴った咳がしつこく続く。比較的長時間でないこともあるが、始まると長く持続し、顔が真っ赤になるほど激しく咳き込み、少量の粘っこい痰を咯出する。そのため、吐きそうになることもある。痰が多くよく切れる場合に使用すると、かえって咯痰の量が増えて症状が悪化することがある。
- ・咽喉乾燥

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：のぼせ気味で顔が上気し、赤みがかっていることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定。舌苔は薄い白苔で、舌や口の中が乾燥していることがある。
- 3) 脈診：浮、大、弱のことがある。

#### 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 心下痞鞭

△ 心下痞

#### C 体力のしほり

弱  1  2  3  4  5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以下で、痰が切れにくく、時に強く咳込み、または咽喉の乾燥感があるものの次の諸症：空咳、気管支炎、気管支喘息、咽喉炎、しわがれ声

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶福井楓亭『方説弁解』

麦門冬湯は、上気して呼吸がせわしく、咽喉に喘気のある症を目標にして用いる。老人で津液が枯槁し、食物

が咽につまる、膈症と似た症状のものがある。回春当帰養血湯<sup>①</sup>を用いる場であるが、麦門冬湯を用いることがある。また大病後、水を飲むことを嫌い、咽にせりつき(原文のまま)があつて竹葉石膏湯を用い難い症に、この方を用いることがあり、虚煩がないのを鑑別点とする。方中の粳米は、竹葉石膏湯の場合と同様、津液を潤すためである。

当帰養血湯は、老人で津液が枯槁して食物が咽につまり、膈症<sup>②</sup>に似たものに用いるが、私はこの方はあまり用いず、このような症状のものには金匱麦門冬湯を用いるとよいと考える。

#### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

痲疾の患者で実証でなく、瀉心湯<sup>③</sup>、鵲石(しゃくせき)散<sup>④</sup>などを用い難い症に、麦門冬湯を用いると、よく逆を止め、気を下す効がある。

「大逆上気、咽喉不利、逆を止(とど)め、気を下す」というのが、麦門冬湯立方の本旨であるが、本方を直ちに労熱、咳嗽の主方と考えて活用してよい。

咳血に、麦門冬湯の試用を繰り返して、多くの効を得た。ただし、常に黄連、生地黄、あるいは童便<sup>⑤</sup>の類を加味した。

痘疹の結靨(よう)時に、渴してやたらに水を飲むものは、津液がなくなったからである。麦門冬湯を用いるとよい。

#### ▶ 本間棗軒『内科秘録』

虚勞で、潮熱、咳嗽、声が嘎れ、咽が乾き、身体羸瘦、津液枯竭(けつ)するものは、養肺湯<sup>⑥</sup>の主証であり、また清肺湯<sup>⑦</sup>もよい。同様の証で、さらに咽喉微痛、白沫を多く吐き、少時も唾壺を離せないものは麦門冬湯、あるいは同湯に桔梗を加え、あるいは瀉白散<sup>⑧</sup>を合用する。

痰飲でもなく、虚勞でもなくて、咳の長くやまないもので、依然として実証のものは、小青竜湯、麻杏甘石湯の合方が神驗があり、華蓋散<sup>⑨</sup>もまた奇効があり、また苓甘姜味辛夏仁湯を用いることもあり、寧嗽膏<sup>⑩</sup>を兼用する。一方、すでに虚証となったものには、麦門冬湯、清肺湯、寧肺湯、養肺湯の類を選定する。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

麦門冬湯は、『肘後』<sup>⑪</sup>にある通り、「肺痿咳唾涎沫止まず、咽燥して渴するもの」に用いるのが治である。『金匱』には、「大逆上気」というばかりで、漫然としているが、この方は肺痿でも、頓嗽<sup>⑫</sup>(嗽)でも、勞嗽<sup>⑬</sup>でも、妊娠咳逆でも、大逆上気の証のあるところへ用いれば大いに効があるのでこの四字は簡古であるが深い意味があ

る。小児の久咳には、この方に石膏を加えると妙驗がある。さて咳血には、この方に石膏を加えるのが先輩の経験であるが、肺痿に変わろうとするものに、石膏を長期間用いると不食になり、脈力が減退するので、地黄、阿膠、黄連を加えて用いると具合よく効を奏する。また五味子、桑白皮を加えると、咳逆の甚だしいものに効があり、これはまた老人で津液が枯槁し、食物が咽につまって膈症に似た症状のものに用いる。また大病後、薬を飲むことを嫌い、咽に喘気があつて、竹葉石膏湯証のようであるが、虚煩はないものに用いる。

#### 〔B〕 治験

##### ▶ 尾台榕堂『井観医言』

ある男が、傷寒に患(かか)つて発汗の期を失し、脈浮大、胸中満して煩、顔面が熱し、目は赤く醉状を呈し、耳聾、口燥、咽乾、渴して飲の度を失い、黄黒の舌胎(苔)を生じ、心下堅、身体強重して転側不能となり、下利は昼夜に7~8回、気力は日々衰え、7~8日経過した。私は小柴胡加石膏湯を用い、調胃承気湯を兼服させた。服すること数日で、下利その他の諸症は次第に退き、臥しがちであったが、食欲がでた。ここで全身に赤斑を發し、これは痒み痛みはなく、咳して短気<sup>⑭</sup>、小便不利、寝汗をかき、耳が鳴るので、小柴胡合茯苓杏仁甘草湯に転じ、赤斑、寝汗などの諸症は去った。しかし、咳嗽があつて涎沫を吐き、咽が乾いて渴するので麦門冬湯を与え、月余で治癒した。

- ① 回春当帰養血湯(かいしゅんとうきようけつとう)：当帰、芍薬、地黄、茯苓、貝母、川芎、蘇子、沈香、黄連、大棗、瓜蒌、枳実、陳皮、厚朴、莎草の15味(回春)。
- ② 膈症(かくしょう)：食道通過障害。
- ③ 瀉心湯(しゃしんとう)：三黄瀉心湯(金匱)。
- ④ 鵲石散(しゃくせきさん)：黄連、寒水石(石膏)の2味を甘草湯で服む(本事方)。
- ⑤ 童便(どうべん)：小児の小便。
- ⑥ 養肺湯(ようはいとう)：人参、阿膠、桔梗、甘草、五味子、貝母、杏仁、茯苓、桑白皮、枳実、大棗、柴胡の12味(袖珍方)。
- ⑦ 清肺湯(せいはいとう)：桔梗、茯苓、陳皮、桑白皮、貝母、当帰、杏仁、山梔子、天門冬、麦門冬、五味子、甘草、黄芩の13味(回春)。
- ⑧ 瀉白散(しゃはくさん)：桑白、地骨皮、粳米、甘草の4味(直指方)。
- ⑨ 華蓋散(かがいさん)：蘇子、茯苓、桑白皮、陳皮、杏仁、麻黄、甘草の7味(和剂局方)。
- ⑩ 寧嗽膏(ねいそうこう)：薄荷、桔梗、冰糖、乾姜、紫蘇子の5味(官秘)。
- ⑪ 『肘後』(ちゅうご)：『肘後備急方』、晋の葛洪著。
- ⑫ 頓嗽(とんそう)：頓嗽、咳嗽の一種。
- ⑬ 勞嗽(ろうそう)：肺結核の咳など。
- ⑭ 短気(たんき)：呼吸促進。

## 八味地黄丸 (はちみじおうがん)

溝部宏毅

### 1 出典

#### ▶『金匱要略』中風歴節病篇

崔氏の八味丸は、脚のしびれが上の方まで上がってきて、下腹部まで知覚麻痺する(小腹不仁)人を治療する。

#### ▶『金匱要略』血痺虚勞病篇

非常に疲れていて、腰が痛く、下腹が突っ張って(小腹拘急)、小便の出がよくない人には八味腎気丸が有効である。

#### ▶『金匱要略』婦人雜病篇

婦人の病で、飲食は常と変わらず、煩熱し、臥すことができず、かえって起坐呼吸となるものは転胞といい、胞系(輸尿管など)の捻れにより尿が出ないことによる。小便を利せば癒える。腎気丸を用いる。

#### ▶『金匱要略』消渴小便淋病篇

男子の消渴では、本来のどが渴いて水を飲んでも小便の量が少ないはずなのに、水を一斗飲むと、小便も一斗出る人は、腎気丸が有効である。

### 2 構成

地黄 5, 6~8, 山茱萸 3, 3~4, 山薬 3, 3~4, 沢瀉 3, 3, 茯苓 3, 3, 牡丹皮 3, 3, 桂皮 1, 1, 加工ブシ 0.5~1, 0.5~1

(成分および分量中、左側の数字は湯、右側は散)

### 3 適応病態

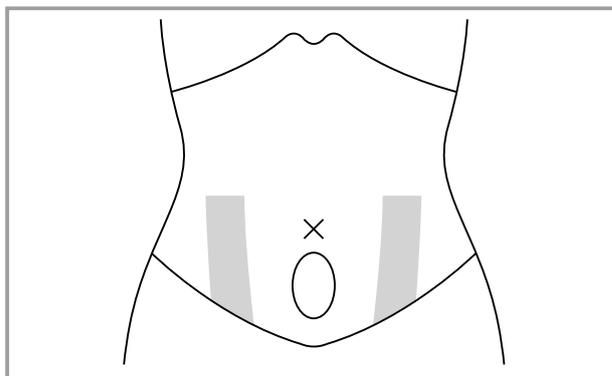
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・下半身の衰え
- ・腰痛
- ・夜間頻尿
- ・性欲減退
- ・目のかすみ
- ・口渴, 口乾
- ・煩熱：四肢は冷えやすいのに、足底を中心として下肢に不快なほてりが出る。
- ・尿量異常：尿量減少や残尿感がある。尿量が増える場合もある。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：やや虚弱な老人のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は乾燥し、乳頭が消失して紅くなっていることが多い。てらてら光っていることもある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：脈は沈小が多いが、弦、緊、洪大のこともある。

#### 4) 腹診



腹力 不定(文献が少ない)

腹証 ◎ 小腹痛不仁

○ 小腹拘急

#### C 体力のしばり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以下で、疲れやすくて、四肢が冷えやすく、尿量減少または多尿で時に口渴があるものの次の諸症：下肢痛、腰痛、しびれ、高齢者のかすみ目、痒み、排尿困難、残尿感、夜間尿、頻尿、むくみ、高血圧に伴う随伴症状の改善(肩こり、頭重、耳鳴り)、軽い尿漏れ

### 4 使用上の留意点

胃腸虚弱のものに使用すると、食欲低下や、下痢などの不快な症状が出ることがある。少量から徐々に増加するとよい。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶六角重任『古方便覧』

八味丸は、臍下不仁、小便利せず、あるいは腰脚がだるく、力なく痛み、あるいは小便自利し、あるいは消渴して小便がかえって多く、1升飲めば小便もまた1升出るような症によい。

小児の遺尿に与えると往々に功がある。

##### ▶福井楓亭『方説弁解』

八味丸料は、転胞および虚腰あるいは虚勞、腰痛などに用いて効があり、また婦人門にも適応の症が記載されている。『金匱』の主治に「脚氣、小腹不仁のものに用ゆ」とあるが、効を得ることは少ない。また後世で脾胃瀉と名づけるものがあるが、これは五更瀉<sup>①</sup>のことであり、

八味丸を用いるというのがこれも効がなく、真武湯がよい。

#### ▶ 尾台榕堂『方伎雜誌』

漢人は『素問』以来明・清に至るまで「腎は精を造る」といい、八味丸を補腎の剤としていわゆる腎虚の症に用い、腎臓を補う最上の方法とした。その議論、診察はすべて空断臆料であり、曖昧模糊とした治療は弁するに足りない。これは薬物がそれぞれ寛猛と攻の能は変わっていても、等しく攻病の具であるという理を知らない人の論が、そのまま2,000年にわたり伝わってきたということである。独り吉益東洞翁は、八味丸は利水の剤であり、補腎というのは誤りであると『薬徴』に弁じているが、これは千古の卓見というべきである。(中略)腎は明らかに小便の漉(こ)し役であるのに、幾多の漢人が精汁を醸し出す職と心得違いをし、陽道の衰えを腎虚などと称し、また腎を補う薬と名づけ、腎を強壯にすれば陽事も盛んになるなどと唱えたことは笑止千万に思われる。『金匱要略』にある腎気丸について、近世東洞が「水道を利する剤」と説き出したことは前賢未発の言であり、疾医の道を唱え起こした古賢の流れにそったものである。(中略)『金匱要略』は厖雑の書で、『傷寒論』とならべ見るべき書ではなく、八味丸、苓姜朮甘湯などはともに利水の方であるにもかかわらず、腎気丸、腎著湯などと「腎」の字を負わせたのは、皆後人の見解であり、張仲景の旨に背いたものであることは論を待たない。

#### ② 治験

##### ▶ 北尾春圃『当莊庵家方口解』

40歳に近い男が、夢精して小便白濁、脈緩、背中が寒い。八味丸煎を投じたところ3か月で歩は平常となったが、夢遺はかえって多くなった。これによって私は、この男は命門の陽気が虚し、水穴ともに虚であると判断した。前医が人参、附子の剤を1年ばかり投じたが、背中が温まらず、黙々として厚衣し、日の大半は臥したままである。人参、附子が応じないのはいくばくかの火があるため、趙氏<sup>②</sup>の『医貫』によれば、「人参は腎経の薬に非ず」とあり、それで八味煎で起歩できるようになったのである。ただ、起歩は平常となったがかえって夢遺がやまなくなったのは、陽が回復していくばくかの火が

あるためであり、六味丸煎を用いて夢遺はやんだ。命門の衰、不衰はこのようなものであると承知すべきである。附子、人参、肉桂は、命門の虚冷に対しては、いかにも腎中に入って真陽を補うものであるが、いくばくかの火があるものには応じず、長く服めば耳鳴上気するので久服は困難である。このことから、八味丸は沈んで(原文のまま)命門の陽を助けるものと思われる。

##### ▶ 吉益東洞『建殊録〔嚴恭敬輯録〕』

ある上人が全身腫脹し、小便不利、心中煩悶して氣息も絶えんばかりとなり、脚部が殊に濡弱となった。一医が越婢加朮附湯の証としてこれを与えたが、数日を経ても効がない。先生が腹診すると小腹に不仁があり、八味丸の証としてこれを与えると、1服で心中がやや楽になり、再服すると小便が快利し、10剤と服まないうちに全癒した。

##### ▶ 吉益南涯『続建殊録』

ある男子が腰以下が痺し、手足が煩熱して舌上に黒苔を生じ、飲食はふだんと変わらず、腰が冷痛する。よって八味湯を与えると諸症はことごとく癒えた。

##### ▶ 尾台榕堂『方伎雜誌』

40歳ばかりになる男が診を求め、2～3年このかた気分が平常でなく、ぶらぶらとして食味なく、夜も快眠できないという。診ると面色青黒、全身に滋潤の気なく少しく水気があり、舌色は刷白、声はかすれて息切れが強く、脈は浮でも沈でもなくただ力なく綿のようで、いわゆる「遊魂行尸(こうし)」といった様子で重患である。私が病の重いことを説き聞かせると、本人もその覚悟はできているという。まず真武湯を与えると半年ばかりで少し気力がつき、息切れもおだやかに声もかなり出るようになった。冬期になると腰が痛み、脚から小腹までが麻痺し、息切れも再び強くなったので八味丸料に転じたところ、通計1年半ばかりで全快した。

① 五更瀉(ごこうしゃ)：夜明けに起こる下痢。五更とは、一夜を初更(ほぼ午後7時～9時)、二更(午後9時～11時)、三更(午後11時～午前1時)、四更(午前1時～3時)、五更(午前3時～5時)に分けた称。第五更は、寅の刻にあたり、暁を意味する。

② 趙氏(しょうし)：趙養葵。明代の医家。

## 半夏厚朴湯(はんげこうぼくとう)

三谷和男

## 1 出典

## ▶『金匱要略』婦人雜病篇

婦人が咽中に炙癩(あぶり肉)があるように思うときは、半夏厚朴湯で治療する。

## 2 構成

半夏 6～8, 茯苓 5, 厚朴 3, 蘇葉 2～3, 生姜 1～2(ヒネショウガを使用する場合 2～4)

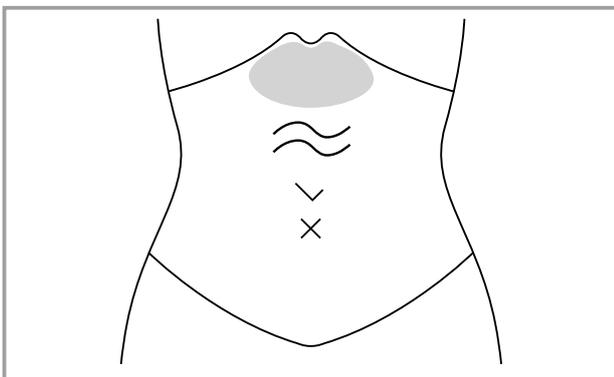
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・胃腸の不快感：胃腸が生来虚弱，軽度の鼓腸，腹部腹満感，嚥下困難，胃内停水がある。食後に胃部に停滞した感じや悪心がある。
- ・気管支炎，気管支喘息，百日咳
- ・発作性の心悸亢進
- ・咽喉の不快感：梅核気(咽喉頭神経症)，めまい
- ・妊娠悪阻
- ・神経症，うつ状態，易興奮症

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：気分が重く，減入った感じが特徴。
- 2) 舌診：水滯の症候を呈する。舌質はやや厚く，齒痕を認める。淡白紅色～淡紫紅色，湿潤している。舌苔は薄い白浄苔のことが多い。
- 3) 脈診：やや緊とを感じるが，沈(圧すると消失)が多い。
- 4) 腹診



腹力 やや軟(2/5)

- 腹証
- ◎ 振水音
  - 腹部膨満感
  - △ 心下痞
  - △ 腹部動悸

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度を目安として，気分がふさいで，咽喉・食道部に異物感があり，時に動悸，めまい，嘔気などを伴う次の諸症：不安神経症，神経性胃炎，つわり，咳，しわがれ声，のどのつかえ感

## 4 使用上の留意点

虚証の人には適さない場合がある。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

大七気湯(半夏厚朴湯)は，七情<sup>①</sup>が節(せつ)を失って五臓の気が平常でなくなり，心腹脹満するものを治す。また七情の気が鬱し，結聚して痰涎となり，破絮(はじょ)<sup>②</sup>のようなものが咽喉の間にあって，吐いても出ず嚥(の)んでも下(さ)がらないもの，また中脘<sup>③</sup>が痞満して上気し，喘急するものを治す。

## ▶ 香月牛山『牛山方考』

四七湯<sup>④</sup>は，七情の気が鬱結して痰喘となるもの，あるいは梅核気といって，咽喉の間に梅核のようなものがあって吐いても出ず嚥んでも下らない症，あるいは中脘が痞満して胸膈の気が舒快でないなどの病を治す。薬味は少ないがその効果が大変に速やかな処方である。

## ▶ 吉益東洞『方機』

感冒で桂枝湯の証があって痰飲があるものは，半夏厚朴湯と桂枝湯の合方を用いる。

## ▶ 百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

半夏厚朴湯は，後世でいう梅核気に用いる主方である。氣に痰を帯びたことからくるものと考えられ，この症はとにかく治りにくい。重症のものは死に至ることもあるが，軽症のものは世に多く存在する。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

半夏厚朴湯の症は，後世でいう梅核気である。とくに桔梗を加えるとよく，南呂丸<sup>⑤</sup>を兼用する。また妊娠悪阻を治すのに極妙である。大便不通のものには黄鐘丸<sup>⑥</sup>あるいは大簇丸<sup>⑦</sup>を兼用し，かつ蘇子を用いると蘇葉より効果が勝る。

## ▶ 本間棗軒『続瘍科秘録』

心気病を患うと常に取越苦勞をして、格別に患う処も無いのに病があるように思つて、色々と思慮を費し、身体を探索して、たまたま口中に指を入れて会厭(ええん)<sup>⑧</sup>を探りあてることがある。これをだれにでも有るものとは知らず、みだりに瘡傷の類と決めこんで常に気に掛けてしきりに摩挲(まさ)<sup>⑨</sup>し、そのために会厭も腫痛して涎沫を吐くようになって病(やまい)となり、ますます摩挲するためにさらに腫れて、様々な処方を与えても治らず永く難渋するものがある。愚昧の医者はこの会厭であることを知らず、重舌<sup>⑩</sup>の類として薬を炊き、あるいは鍼を刺すが捧腹<sup>⑪</sup>すべきことである。治法は、第一に瘡傷ではなく有用の道具であることを論じ、会厭を摩挲することを禁じ、乳香散<sup>⑫</sup>を炊き、半夏厚朴湯を与える、もし効がない時は涼膈散<sup>⑬</sup>を投じる。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

半夏厚朴湯は、『和剂局方』では四七湯と名付ける気劑の権輿<sup>⑭</sup>である。故に梅核氣を治すだけでなく、諸氣疾に活用してよい。『金匱』『千金』の主治にしばられて、婦人のみに用いるのは間違いである。案ずるに、婦人には氣鬱が多く、血病<sup>⑮</sup>も氣より生ずることが多いため、そのようになったのであろう。ある婦人が、産後氣が舒暢せず、少し頭痛もあって、前医が血症として川芎、当歸の配された薬を投じたが治らず、私が診ると脈沈である。そこで氣滯生痰の症として半夏厚朴湯を与えると日ならずして治ったが、血病に対して氣を理すのもまた一つの手段である。東郭は、水氣が心胸に畜滯して利せず、呉茱萸湯などを用いると一層通利しなくなるもの、小瘡、頭瘡が内攻して水腫腹脹が強く、小便が甚だ少ないものなどに、半夏厚朴湯に犀角を加えたものが奇効ありという。(中略)すべて腹形が悪く水血2毒の痼滯するものは、皆この処方では奇効があるというので試みるとよい。

## B 治験

## ▶ 本間棗軒『内科秘録』

60歳になる妻女が、飲食の後で食物が咽中に窒塞するように覚えるが、呑んでも下らず吐いても出てこない。試みにまた食べてみると順下して妨害するものがない。しかしまたすぐに食物が噎(いつ)<sup>⑯</sup>するのを覚える。先

医は皆膈<sup>⑰</sup>として療治したが寸験もない。私は、これは氣滯であつて食噎ではなく、梅核氣の一症と判断し、半夏厚朴湯を与えて全治させた。

## ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

40余歳の男が膈噎を患ひ、食道に常に物があつて硬塞するように覚える。飲食物がここへくるとすべて吐き出し、そのため身体はやせ衰えて本人は死を覚悟した。私が診たところ、心下から中脘の間に凝結頑固の症状がなく病は食道にあり、年令も40そこそこであるし、手を束ねて死を待つことはない。そこで半夏厚朴湯を与えてその氣を理し時々化毒丸<sup>⑱</sup>を用いてその病を動盪<sup>⑲</sup>し、大推(椎)節下間から七椎節下の間にかけて、毎節に灸を7~8回施した。すると5~6日後、咽喉間に火が燃えるような熱感を覚えたので、試みに冷水を呑んでみると硬塞することなく円滑に嚥下することができ、このあとは飲食も進んで病は漸次いえた。

- ① 七情(しちじょう)：喜、怒、哀(憂)、懼、愛、惡(憎)、欲の感情。この七情の氣の変動、過不足によって氣疾が起ると解釈した。今日の心身症と考えられる。
- ② 破絮(はじょ)：破れはじけた綿。
- ③ 中脘(ちゅうかん)：任脈上の經穴の一つで、臍上4寸のところにある。
- ④ 四七湯(ししちとう)：『和剂局方』の処方では、半夏厚朴湯に大棗が加えられている。
- ⑤ 南呂丸(なんろがん)：黄芩、甘遂、青礞石、大黃の4味(吉益東洞)。
- ⑥ 黄鐘丸(おうしょうがん)：三黄瀉心湯の丸薬(吉益東洞)。
- ⑦ 大簇丸(たいそうがん)：大黃、黄芩、人參の3味(吉益東洞)。
- ⑧ 会厭(ええん)：懸壅垂。
- ⑨ 摩挲(まさ)：手でなでまわす。
- ⑩ 重舌(じゅんぜつ)：あたかも2個の舌があるようになる疾病。
- ⑪ 捧腹(ほうふく)：腹を抱えて笑うこと。
- ⑫ 乳香散(にゅうこうさん)：紫檀、乳香、枯礬、丁香、地黃、細辛、荷葉霜の7味(兼康方)。
- ⑬ 涼膈散(りょうかくさん)：連翹、朴硝、薄荷、大黃、山梔子、黄芩、甘草、竹葉の8味(和剂局方)。
- ⑭ 権輿(けんよ)：基本となるもの。
- ⑮ 血病(けつびょう)：瘀血の病。血症も同意。
- ⑯ 噎(いつ)：咽喉につかえる。
- ⑰ 膈(かく)：膈噎。食道の狭窄をきたす病、食道癌など。
- ⑱ 化毒丸(けどくがん)：乳香、生々乳、大黃、雄黃、乱髮の5味(山脇東洋)。
- ⑲ 動盪(どうとう)：揺れ動かすこと。

## 半夏瀉心湯(はんげしゃしんとう)

三谷和男

## 1 出典

## ▶『傷寒論』太陽病下篇

急性熱性疾患にかかって5,6日が経ち、この時点で嘔気があるで発熱する人は、柴胡湯の証が具わっている。しかし、他の薬で下してもなお柴胡の証がある人には、さらに柴胡湯を与える。この場合、すでに下してしまっているが重大な誤治ではない。柴胡湯を服用すると、必ず盛んに震えが現れた後に発熱発汗し、病は除かれる。もしも心下が張って硬く、圧痛があれば、結胸であるため、大陷胸湯を使用して治療する。ただ心下部が張っているだけで痛みがない場合は痞(心下痞)であり、柴胡ではなく半夏瀉心湯を用いるのがよい。

## 2 構成

半夏 4～6, 黄芩 2.5～3, 乾姜 2～3, 人参 2.5～3, 甘草 2.5～3, 大棗 2.5～3, 黄連 1

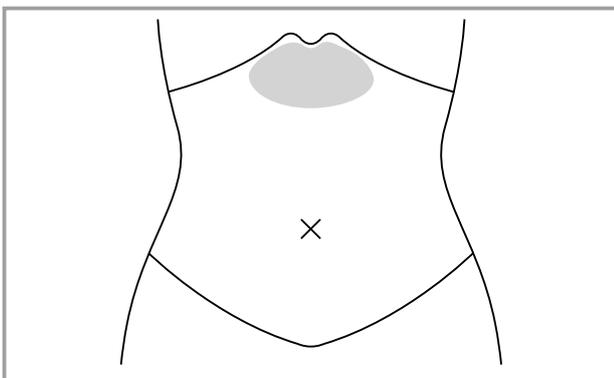
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・みぞおちのつかえた感じ(心下痞)
- ・悪心、嘔吐
- ・食欲不振
- ・腹鳴、軟便・下痢

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：何となく元気がなく、心窩部につかえがあり、多くは下痢をしている。
- 2) 舌診：舌質は紅色が多い。舌苔は、白～黄白色で膩苔が多い。
- 3) 脈診：やや緊・滑のことがある。
- 4) 腹診



腹力 やや軟(2/5)

腹証 ○ 心下痞鞭

○ 腹中雷鳴

△ 心下部膨満感

△ 腹痛(上腹部)

## C 体力のしぼり

弱      強

## D 適応(Indication)

体力中等度で、みぞおちがつかえた感じがあり、時に悪心、嘔吐があり食欲不振で腹が鳴って軟便または下痢の傾向のあるものの次の諸症：急・慢性胃腸炎、下痢・軟便、消化不良、胃下垂、神経性胃炎、胃弱、二日酔い、げっぷ、胸やけ、口内炎、神経症

## 4 使用上の留意点

禁忌として、①アルドステロン症の患者、②ミオパシーのある患者、③低カリウム血症のある患者には投与しないこと。

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶吉益東洞『方極』

半夏瀉心湯は、心下痞鞭、腹中雷鳴するものを治す。

## ▶福井楓亭『方説弁解』

半夏瀉心湯は、心下痞満を瀉す処方である。後世では、心火を瀉すと解釈して癩症に用いるものがあるが、大きな誤りである。癩症に黄芩、黄連を用いるのは意味がない。虚勞、脾勞などで心下が痞えて下痢するものには、この方に生姜を加えて用いるとよく、これが生姜瀉心湯である。

## ▶目黒道琢『餐英館療治雑話』

半夏瀉心湯は、心下が痞えて下痢するものに必効がある。心下痞がなく便秘するものには、この処方を用いても効果はない。

## ▶稲葉文礼『腹証奇覽』

心下痞満して、これを按(お)すと鞭(かた)くて痛まず、嘔して腸鳴するものを半夏瀉心湯の証とする。

## ▶津田玄仙『療治茶談』

半夏瀉心湯は、嘔瀉の心下痞鞭を目的とする。(中略)心下とは胸の下のこと、痞鞭とは鞭(かた)く痞(ひ)することである。その心下が鞭く痞して嘔瀉するものにこの処方を用いるのであり、心下痞鞭のない嘔瀉にはけっして用いてはならない。したがってこの場合、痞鞭

が主証で、嘔瀉は客証である。

### ▶ 有持桂里『校正方輿輿』

どのような疾病であれ、心下痞鞭があればまず半夏瀉心湯を用いてよい。

諸病で、嘔があって心下痞する人は半夏瀉心湯の主治である。

### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

半夏瀉心湯は、飲、邪が併結して心下痞鞭するものを目的とする。したがって、支飲<sup>①</sup>あるいは滯飲<sup>②</sup>の痞鞭には効果がなく、飲邪併結からくる嘔吐、噦逆<sup>③</sup>、下痢に運用すると特効がある。『千金翼方』にある附子を加えた処方、すなわち附子瀉心湯と同意であって、飲邪を温散させる老手段<sup>④</sup>である。また虚勞あるいは脾勞などで、心下痞して下痢するものには、この処方に生姜を加えるとよく、これはすなわち生姜瀉心湯である。

## ㊦ 治験

### ▶ 永富独嘯庵『漫遊雜記』

ある少年が、大便燥結して、10日間にわずか1回程度の排便があり、そのあと肛門が堪え難く痛むといった状態が数年続き、私の診を請うた。診ると、脈沈勁<sup>⑤</sup>、臍の左右に積塊<sup>⑥</sup>が結んでいて心下につながっている。私はこの病の原因は、腹にあって肛門にあるのではなく、時間をかけて治療しなければ治らないとして、半夏瀉心湯加大黄を日に2貼投与すると、数日の後に大便が通じ、肛門も痛まなくなった。病人が来て、病は治ったので薬を止めたいというので、腹を按じてみると、まだ臍から

心下に連結するものが解けていない。しかし試しに薬を中断させると、数日でやはり元に戻ってしまった。そこで再び前方を服ませ続けると、3か月経って漸く腹候が穏やかになり、背に灸を数百壯施して全治させた。

### ▶ 吉益東洞『建殊録』

ある男が、腹瀉<sup>⑦</sup>を患い、常にうすい粥しか食べられなかったが、薬など益がないとして服まなかった。しかし先生の投薬が、殊効をあらわすのを見聞きして、初めて医薬の信ずべきことを知り、治を求めてきた。そこで半夏瀉心湯を投与すると、数か月で腹瀉は止み、普通に飲食できるようになった。

### ▶ 六角重任『古方便覧』

ある男子が、嘔吐して下痢し、四肢逆厥<sup>⑧</sup>、心中煩燥して、息もたえだえとなった。ある医師が、霍乱であるといって理中湯<sup>⑨</sup>を用いたが、吐いてしまっけうけつけず、かえって益々煩燥した。私は、半夏瀉心湯を飲ませ、三服で全治した。

① 支飲(しいん)：胃内停水のある水飲。『金匱要略』に「欬逆倚息、気短臥するを得ず、その形腫の如し、これを水飲」とある。

② 滯飲(へきいん)：溜飲、水飲。

③ 噦逆(えつぎやく)：呃逆と同じ。しゃっくり。

④ 老手段：長い経験を重ねたよい手段。

⑤ 脈沈勁(みやくちんきょう)：脈の状態。

⑥ 積塊(しゃくかい)：腹中の塊。

⑦ 腹瀉(ふくしゃ)：下痢。

⑧ 四肢逆厥(ししぎやくけつ)：四肢の末端から冷えること。

⑨ 理中湯(りちゅうとう)：人參湯。

## 半夏白朮天麻湯(はんげびやくじゅつてんまとう)

笠原裕司

## 1 出典

### ▶ 『脾胃論』調理脾胃治験

患者の范天駮は平素から脾胃の病証があり、時に煩燥し、胸中がすっきりせず、便秘があった。初冬のある日、外出して夜遅く帰宅したため、寒気によって気がふさぎ、大いに悶乱した。身体内の火が伸びやかになれなかったためである。ある医者熱のためと考え疎風丸を投与したところ、大便が出たが病は良くならなかった。これは服用量が足りないと考え、70～80丸に増量して与え、下痢させること2回、症状は良くなるどころか嘔吐が加わり、食事をして吐いてしまう。粘稠の痰唾が出て止まらない。眼前が黒くなり、頭がまわり、悪心煩悶し、呼吸が促拍し喘鳴がして、力なく、あえぎ、力なく、話す元気もない。精神が混乱し続け、目を開いていることが出来ず、まるで体が風雲の中にいるような感じがする。

頭は痛みで裂かれるように苦しく、体が重いことは山の様である。四肢が厥冷して安臥出来ない。私が考えるに、初めの症状は胃の気が虚損していたのである。そこに2度も下痢をさせて、重ねて胃の気を虚損させてしまい、痰厥して頭痛を引き起こしたのである。そこで半夏白朮天麻湯を投与したところ、治癒した。

## 2 構成

半夏 3、白朮 1.5～3、陳皮 3、茯苓 3、麦芽 1.5～2、天麻 2、生姜 0.5～2(ヒネショウガを使用する場合 2～4)、神麴 1.5～2、黄耆 1.5～2、人參 1.5～2、沢瀉 1.5～2、黄柏 1、乾姜 0.5～1(神麴のない場合も可)(蒼朮 2～3を加えても可)

**3 適応病態**

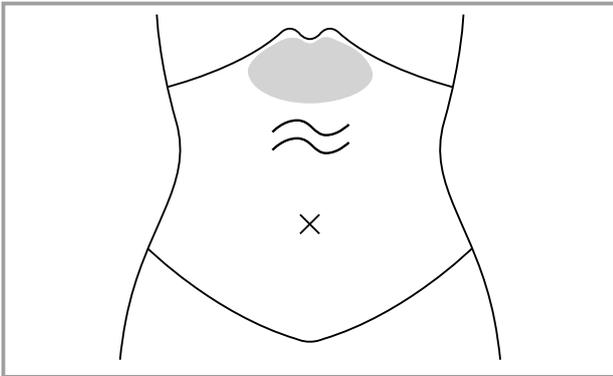
六君子湯の方意を含む。

**A 自覚症状(Symptom)**

- ・胃腸虚弱
- ・頭痛，頭重感：頭痛は持続性で，あまり激しくないことが多い。
- ・めまい：身体浮遊感程度の軽いものから，船に乗って揺られるような激しいものまで，さまざまである。
- ・全身倦怠感
- ・悪心，嘔吐
- ・食欲不振
- ・食後の眠気：食後に強い眠気や倦怠感を訴えることがある。
- ・四肢の冷え症
- ・心悸亢進や息切れ

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：顔色が蒼白で，瘦せていることが多い，全体的に元気がない容貌のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は湿潤して微白苔を被ることがある。
- 3) 脈診：沈，弱を呈することがある。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ○ 振水音

○ 心下痞鞭(軽度)

**C 体力のしぼり**

弱  1  2  3  4  5  強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で，胃腸が弱く下肢が冷えるものの次

の諸症：頭痛，頭重，立ちくらみ，めまい，蓄膿症(副鼻腔炎)

**4 使用上の留意点**

特になし。

**5 日本古典****A 処方解説****▶ 北尾春圃『当荘庵家方口解』**

痰があって頭痛するもので，湿痰<sup>①</sup>ならば半夏白朮天麻湯を用いるとよいが，外邪のある頭痛には無効である。

頭痛，怔忡<sup>②</sup>，気が沈陥し，いながらにして舟や車に乗ったように身体が動揺して驚く，心虚痰鬱の証に用いるとよい。

頭眩があって，風雲の中に座ったように不安定で悪心があるのは心胸に痰があるためで，半夏白朮天麻湯を用いる。

**▶ 百々漢陰『漢陰臆乗』**

この処方痰飲による頭痛といって眉稜骨より天庭，百会の辺りにかけて痛みが甚しく，僅かに身体を動かし，首を動かせばめまいが甚しい。主目標の「眼前が黒くなり，頭がまわり，目を開いていることが出来ず，まるで体が風雲の中にいるような感じがする」というものを目的とする。風寒や感冒による頭痛は太陽病の頭痛であり，こめかみのあたりが主に痛むので，鑑別が必要である。

**B 治験****▶ 津田玄仙『療治経験筆記』**

ある人が初め脾胃虚の症で大病となり，補中益気湯を用いて全快した。その後1か月ばかり過ぎて，顔面ばかりがほてり，その他は，手にも，足にも，腹にも，脈にも，熱の様子はまったくない。顔面の熱が強いときには，顔が朱のように赤くなり，目の上に浮腫があり，足も強く冷える。私が半夏白朮天麻湯を与えると，10服ばかりのむかのまないかのうちに，さっぱりと治った。これは，脾胃虚に留飲を兼ねたものである。

① 湿痰(しったん)：水飲が体内に停滞して痰となり，種々の症状を起こすと考えた。

② 怔忡(せいちゅう)：胸騒ぎ，心悸亢進。

## 白虎加人参湯(びゃっこかにんじんとう)

三谷和男

## 1 出典

## ▶『傷寒論』太陽病上篇

桂枝湯を服用させた後、汗が大量に出て、大いに煩渴(口が渇き)して治らず、脈が洪大である人は、白虎加人参湯で治療する。

## ▶『傷寒論』太陽病下篇

急性熱性疾患で、吐かせたり下したりした後、7,8日たってもよくなり、熱が裏(内臓)にあって、表裏ともに熱があり、しばしば悪風し、非常に口渇が強く、舌が乾燥して煩し、水を数升飲みたがる人は、白虎加人参湯で治療する。

## ▶『金匱要略』消渴小便利淋病篇

渇して飲水を欲し、口舌が乾燥するものには、白虎加人参湯で治療する。

## ▶『金匱要略』瘧湿喝病篇

太陽の中熱は喝と考える。汗が出て悪寒し、身体に熱があって口が渇く。この場合は、白虎加人参湯で治療する。

## 2 構成

知母 5~6, 石膏 15~16, 甘草 2, 粳米 8~20, 人参 1.5~3

## 3 適応病態

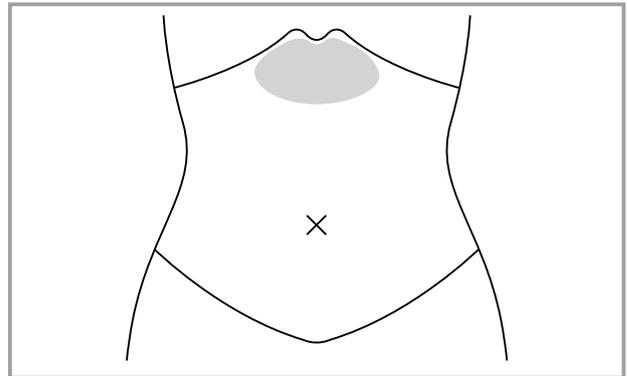
## A 自覚症状(Symptom)

- ・熱感と口渇：身体のはてり、日射病、熱射病
- ・湿疹皮膚炎：皮膚の痒み、蕁麻疹、日光皮膚炎
- ・炎症：感冒、感冒性胃腸炎、その他ウイルス性感染症
- ・糖尿病による症状

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：劇しい口渇(冷水を好む)、口舌乾燥、発汗または多尿により体液を喪失。便秘はない。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は薄白苔を呈することが多い。高度の乾燥が目立つ。
- 3) 脈診：脈は滑脈または洪大。

## 4) 腹診



腹力 中等度~やや硬(3/5~4/5)

腹証 ◎ 心下痞鞭

△ 腹満

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で、熱感と口渇が強いものの次の諸症：のどの渇き、はてり、湿疹・皮膚炎、皮膚の痒み

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

白虎加人参湯は、白虎湯の証で胃中の津液が乏しくなり、大煩渴を發するものを治す。したがって、この方は大汗が出た後か、嘔下の後用いる。白虎湯に比べればやや裏面の薬であり、表証があれば用いるべきではない。

## ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

白虎加人参湯は、霍乱<sup>①</sup>で吐瀉の後、大熱煩燥、大渴引飲、心下痞鞭、脈洪大のものを治す。

本方は消渴で脈洪数、昼夜引飲してやまず、心下痞鞭、夜間になると肢体の煩熱がさらに甚だしく、筋肉が日々やせ衰えるものを治す。

本方は、瘧病で瘧(や)くような大熱を發し、譫語、煩燥、激しく発汗し、心下痞鞭、渇して限りなく水を飲むものを治す。

**B 治験**

▶ **中神琴溪『生々堂治験』**

70歳の老人が消渴を病み、引飲して度がなく、小便は白濁して百治を受けたが効がない。日に日に衰弱が加わり家人も不治と諦め、本人も弟に後を託した。先生

(琴溪)が診ると、脈浮滑、舌は燥裂し、心下が硬い。先生は「これは治る」といい、白虎加人参湯を与えると100余貼で全癒した。

① 霍乱(かくらん)：下痢、嘔吐のある急性胃腸症状。

**茯苓飲・茯苓飲合半夏厚朴湯(ぶくりょういん・ぶくりょういんごうはんげこうぼくとう) 南澤 潔**

**1 出典**

[茯苓飲]

▶ 『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

心窩部に水が溜まったように詰まって苦しく、胃液や水を吐き出したあと、上腹部が張って食事が取れないものによい。水の溜りも腹の張りも改善してよく食べられるようになる。

[茯苓飲合半夏厚朴湯]

茯苓飲と半夏厚朴湯を合方した処方(本朝経験方)。

**2 構成**

[茯苓飲]

茯苓 2.4～5, 白朮 2.4～4(蒼朮も可), 人参 2.4～3, 生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合 3～4), 陳皮 2.5～3, 枳実 1～2

[茯苓飲合半夏厚朴湯]

茯苓 4～6, 白朮 3～4(蒼朮も可), 人参 3, 生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合 4～5), 陳皮 3, 枳実 1.5～2, 半夏 6～10, 厚朴 3, 蘇葉 2

**3 適応病態**

**A 自覚症状(Symptom)**

[茯苓飲]

- ・上腹部膨満感：上腹部の膨満感、胸やけ、噎気(ゲップ)、心窩部の張り、重苦感などを自覚する。茯苓飲合半夏厚朴湯ではさらに喉元にも痞え感を伴う。
- ・胸やけ：胸やけ、酸っぱいものが上がってくるなどの症状があることがある。
- ・嘔吐：胃液などを嘔吐することがある。この際あまり苦しまずに吐くことが多いのが特徴。
- ・動悸：動悸を伴うことがある。
- ・胸痛：胸の詰まったような痛みを自覚することがある。
- ・尿不利：尿の出がよくないことがある。
- ・吃逆：吃逆に使用されることがある。

[茯苓飲合半夏厚朴湯]

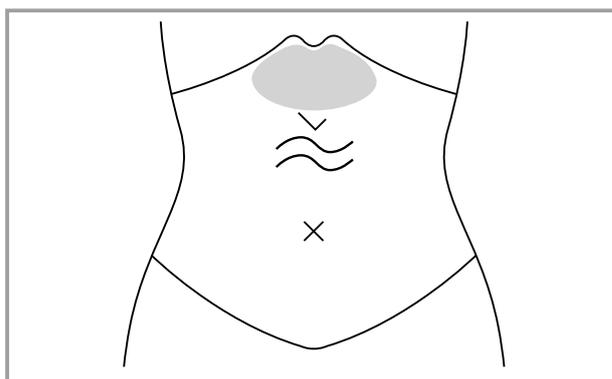
上記の諸症状に加えて抑うつ傾向や、咽中炙癰(咽喉

部異物感)、めまい、立ちくらみ、動悸などのやや神経症的な症状を伴う。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：やや抑うつ的な表情のことがある。
- 2) 舌診：舌質は湿潤していることが多く、舌苔は乏しく、微白苔のことがある。
- 3) 脈診：やや沈であることが多い。やや弱なことがある。
- 4) 腹診

[茯苓飲]



腹力 やや軟(2/5)

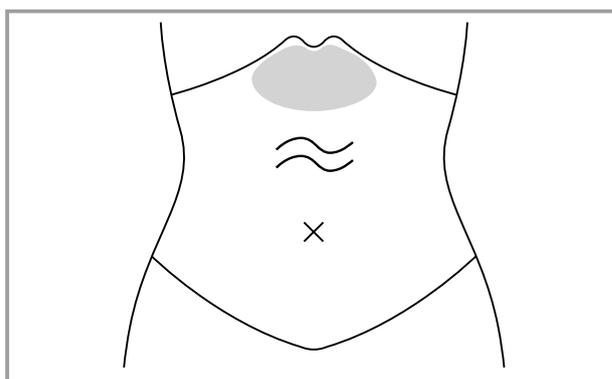
腹証 ◎ 振水音

◎ 上腹部膨満感

○ 心下痞硬

○ 腹部動悸

[茯苓飲合半夏厚朴湯]



腹力 やや軟～中等度(2/5～3/5)

- 腹証 ○ 振水音  
○ 心下痞鞭

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応(Indication)

[茯苓飲]

体力中等度以下で、吐き気や胸やけ、上腹部膨満感があり尿量減少するものの次の諸症：胃炎、神経性胃炎、胃腸虚弱、胸やけ

[茯苓飲合半夏厚朴湯]

体力中等度以下で、気分がふさいで咽喉食道部に異物感があり、時に動悸、めまい、嘔気、胸やけ、上腹部膨満感などがあり、尿量減少するものの次の諸症：不安神経症、神経性胃炎、つわり、胸やけ、しわがれ声、のどのつかえ感

## 4 使用上の留意点

[茯苓飲]

特になし。

[茯苓飲合半夏厚朴湯]

虚証の人には適さない場合がある。

## 5 日本古典

### A 処方解説

[茯苓飲]

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

茯苓飲は、胃反<sup>①</sup>、呑酸、嘈雜などで心下痞鞭、小便不利、あるいは心胸痛のものを治す。また毎朝悪心して苦酸水や痰沫を吐くものには、南呂丸、陷胸丸<sup>②</sup>などを兼用する。

茯苓飲は、老人で常に痰飲に苦しみ、心下痞満、飲食を消化せず、下痢しやすいものを治す。また小児で、乳食を消化せず吐下が止まないもの、百日咳で心下痞満、咳逆の甚だしいものを治す。ともに加半夏が殊効をみせる。もし脇腹に癰塊があったり、大便難があったりするものには、紫円を兼用する。

#### ▶ 本間棗軒『内科秘録』

痰飲で嘔吐して飲食を思わないものは茯苓飲がよい。

膈噎<sup>③</sup>などの難症は、謹んで古方を投じ、これを堅く守って百に一生を求め、専ら養生に努めさせるべきである。その症が変遷し、痰が多くなってしばしば嘔吐する

ものには、半夏厚朴湯もしくは茯苓飲加呉茱萸を撰用する。

黄疸で諸薬を用いても利かず、ますます小便不利となり、心腹脹満して総身浮腫、飲食を思わず、あるいは乾嘔、あるいは飲食および黒水を吐くものは、茯苓飲加茵陳がよい。

裏水<sup>④</sup>で飲食を思わず、かつ嘔気があって薬餌ともに納まらないものは、茯苓飲、呉茱萸湯の合方が奇験がある。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

この処方、後世でいう留飲の主薬である人参湯の症で胸中に淡飲<sup>⑤</sup>のあるものによい。南陽<sup>⑥</sup>はこの処方に呉茱萸、牡蠣を加えて澼飲<sup>⑦</sup>の主薬とした。

#### ▶ 浅田宗伯『先哲医話』

心下に留飲があって心下痞鞭するものは、生姜瀉心湯の主治である。痞鞭しないものは茯苓飲、五苓散の類がよい。(荻野台州)

### B 治験

[茯苓飲]

#### ▶ 吉益東洞『建殊録』

90余歳の男が、傷寒を患って心胸煩熱、譫言妄語、小便不利、6日ほど食が進まなかった。診ると、心胸煩満、四肢に微腫がある。茯苓飲を与えると水数升を吐いて治った。

#### ▶ 六角重任『古方便覧』

36歳の婦人が、反胃を患って7か月を経過、腹中雷鳴して下痢あるいは小便不利となり、面目浮腫、心下悸痞<sup>⑧</sup>、ときに陰戸(いんこ)<sup>⑨</sup>が転失気(てんしつき)<sup>⑩</sup>のように鳴る。茯苓飲を与えると大いに効果があった。

① 胃反(いほん)：反胃ともいう。嘔吐を主症状とする胃の疾患。胃拡張など。

② 陷胸丸(かんきょうがん)：小陷胸丸であろう。小陷胸湯(傷寒)を丸薬としたもので黄連、半夏、栝楼実の3味。

③ 膈噎(かくいつ)：食道の狭窄をきたす病。食道癌など。

④ 裏水(りすい)：本書に「裏水は水気が皮膚に見われ、前より心下満悶し、労力或は疾歩すれば必ず氣息促迫し、或は欬嗽或は悪寒して飲食を思わず(中略)油断するときは卒に衝心して死すことあり」とある。したがってここでは、心臓、腎臓の異常からくるむくみを指すと考えられる。

⑤ 淡飲(たんいん)：痰飲、水飲のこと。

⑥ 南陽(なんよう)：原南陽。

⑦ 澼飲(へきいん)：癰飲、留飲と同じ。

⑧ 心下悸痞(しんかきひ)：心窩に動悸があってつかえる。

⑨ 陰戸(いんこ)：陰部。

⑩ 転失気(てんしつき)：放屁。

## 平胃散(へいいさん)

南澤 潔

## 1 出典

## ▶『太平惠民和劑局方』一切氣門

胃腸の調子が悪くて食思が乏しい，上腹部が張って痛む，味覚も鈍り苦く感じる，胸苦しい，ムカムカする，胸焼け，皮膚が黄色くくすんで痩せ，だるくて横になりがちで，体が重く節々が痛むという人に使用する。常用していれば気を整え，胃を温め，消化吸収を良くして，健康を維持できるようになる。

## ▶『医方類聚』五臟門

胃の不調を治療し，気を調え，食を進める。

## 2 構成

蒼朮 4～6(白朮も可)，厚朴 3～4.5，陳皮 3～4.5，大棗 2～3，甘草 1～1.5，生姜 0.5～1

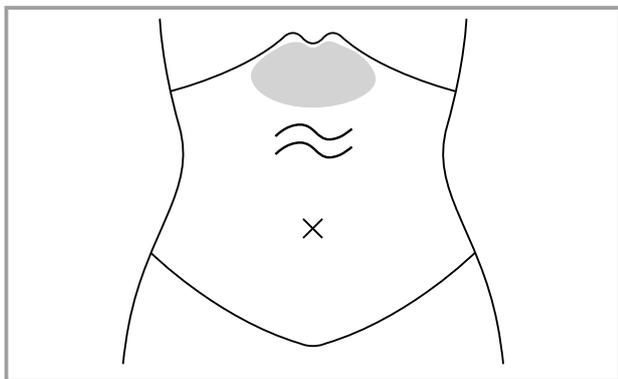
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・上腹部不快感：心窩部の痞えや膨満感，胃のもたれ感，嘔気嘔吐など，不定の消化器症状に広く使用する。
- ・腹痛：腹痛を伴うことがある。
- ・食欲不振：食思不振が多いが，逆に過食のこともある。
- ・腹鳴，下痢：特に食後に，腹が鳴って下痢することがあり，下痢をした後でかえって爽快になることがある。
- ・吃逆
- ・呼吸器症状：息切れ，咳嗽，胸満感，喘息

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：特徴的な所見は知られていない。
- 2) 舌診：舌質は不定，舌苔は白苔が多い。
- 3) 脈診：やや弦のことがある。あまり虚ではない。
- 4) 腹診



腹力 \*やや軟～中等度(2/5～3/5)

腹証 ◎ 心下痞(「心下痞塞」)

◎ 振水音

○ 腹満

○ 腹鳴

## C 体力のしぼり\*

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度以上で，胃がもたれて消化が悪く，時に吐き気，食後に腹が鳴って下痢の傾向のある次の諸症：食べすぎによる胃のもたれ，急・慢性胃炎，消化不良，食欲不振

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶曲直瀬道三『衆方規矩』

平胃散は，脾胃が和せず飲食が進まないものを治す。常服すると胃を暖め痰<sup>①</sup>を消す効がある。

## ▶香月牛山『牛山方考』

平胃散は，脾胃が和せず飲食が進まないものが，常に服して胃を暖め，食を消し，痰を化す妙剤である。

## ▶浅井貞庵『方彙口訣』

平胃散は，もともと脾胃が弱く，裏分<sup>②</sup>に湿気を持っているというのではなく，湿気が原因となって脾胃の気の鬱滞が多すぎるものに用い，脾胃の湿気を取り除くのである。胸先の痞えによいというのは，脾胃の湿気を取り除き，留飲を取り去るからである。

\*：文献的な腹力と「改訂 一般用漢方処方の手引き」における体力のしぼりは必ずしも一致していない。

① 痰：胃内停水。

② 裏分(りぶん)：体内の意。

## 補中益気湯(ほちゅうえっきとう)

笠原裕司

## 1 出典

## ▶『内外傷弁惑論』飲食勞倦論

体の内側から脾胃を障害されると気が傷られ、外から風寒に障害されると形が傷られる。外を傷られた時は「有余」と呼んで瀉する。内を傷られた時は「不足」と呼んで補う。汗・吐・下・克は全て瀉であり、温・和・調・養は全て補である。内傷不足の病を外感有余の病と間違えて瀉してしまうと、ますます虚してしまう。難経に「実を實し、虚を虚すことで死ぬならば、それは医者が殺したようなものだ」と書いてある。それならばどうすべきかという、甘温の剤で中を補って陽をめぐらし、甘寒の剤で瀉せばよい、内経にも「労する者は温めよ」とある。温はまさしく大熱を除くことが出来る。今、補中益気湯を立方する。

## 2 構成

人参 3~4, 白朮 3~4(蒼朮も可), 黄耆 3~4.5, 当帰 3, 陳皮 2~3, 大棗 1.5~3, 柴胡 1~2, 甘草 1~2, 生姜 0.5, 升麻 0.5~2

## 3 適応病態

小柴胡湯の適応症に類似するが、脈や腹に力がなく、胸脇苦満・往来寒熱なども顕著ではない。食欲不振、易疲労、元氣不足、発汗過多などがある。

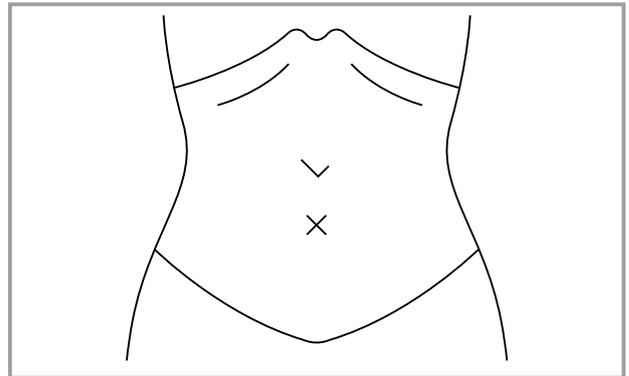
## A 自覚症状(Symptom)

- ・疲労倦怠：四肢の倦怠感を訴えることが多い。
- ・食欲不振
- ・熱い飲食物を好むことが多い。
- ・食味が感じられなくなることがある。
- ・自汗および寝汗
- ・冷え症：本方の冷えは軽度なことが多い。
- ・微熱傾向
- ・下痢傾向
- ・不安感や不眠を訴えることがある。
- ・口中に薄い唾がたまることがある。
- ・軽い動悸や息切れを訴えることもある。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色不良で眼光・音声に力がなく、全体的に元氣がない容貌をしていることが多い。
- 2) 舌診：湿潤して無苔または微白苔を呈することがある。
- 3) 脈診：弱・細・浮弱・散大で力がなく、などが多い。

## 4) 腹診



腹力 軟~やや軟(1/5~2/5)

腹証 ○ 胸脇苦満(軽度)

○ 腹部動悸(軽度・臍上悸)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、元氣がなく、胃腸の働きが衰えて、疲れやすいものの次の諸症：虚弱体質、疲労倦怠、病後・術後の衰弱、食欲不振、寝汗、感冒

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶津田玄仙『療治経験筆記』

補中益気湯を使用する目標としては、(1)手足の倦怠感、(2)言語が軽微、(3)眼光に勢いが無い、(4)口中に白沫が出る、(5)食味がなくなる、(6)熱い物を好む、(7)臍動悸、(8)脈は散大で力が無い、の8項目があげられる。この中で一番重要なのは、手足の倦怠感であって、その他の7項目はその倦怠無力の表現型であるから、手足の倦怠感に加えて1~2項目以上あれば、補中益気湯の正証と考えてよい。

## ▶浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

この処方、もともと李東垣が、建中湯、十全大補湯、人参養榮湯などから薬味を差引きして組立てたものなので、後世家にはいろいろの口訣があるが、つまるところ、小柴胡湯証のさらに虚候を帯びるものに用いるのである。補中とか益気だとか升提だのという名義にこだ

わる必要はない。(中略)

その他、薛達齋<sup>①</sup>がいう「飲食、労役によって瘧痢<sup>②</sup>などの証が、脾胃を虚したために久しく癒えること能わず」とか、龔雲林<sup>③</sup>が「気虚の卒倒、中風などの症で内傷によるもの」などとのべているところに着目して用いるのである。前述の通り、少陽病、小柴胡湯の証で、内傷を兼ねるものに与えれば間違いない。したがって男女ともに、虚勞、雜病にかかわらず、この処方長服して効を得ることがある。婦人にはとくに効果がある。また諸痔、脱肛などで、疲れの多いものに用いる。またこの症で、煮たてた熱いものを好む場合は附子を加える。この場合、どれほど渴していても附子を与えて差しつかえない。

#### ▶ 和田東郭『蕉窓方意解』

この処方は小柴胡湯の変方である。古人の説に小建中湯の変方であるというが、その説は大いに考え違いである。小建中湯とは異なるものと心得るべきである。

#### ▶ 北尾春圃『当莊庵家方口解』

この補中益気湯は、自汗あるいは汗が出やすく、表虚<sup>④</sup>という証に効くと知るべし。

気高くして喘しとあるのは、痰があって1つ2つ咳をしたあとの力の無い咳のことである。痰をせき切る力が弱いものに補中益気湯を用いると、せき切る力ができて、咳が止むのである。これは補中益気湯にかぎらず、

人参の力である。

補中益気湯は、妊娠前期にも後期にも、胃腸の弱いものに用いるとよい。

補中益気湯は、婦人が帯下や血崩<sup>⑤</sup>、あるいは月経が長期間止らず、顔色が蒼く、元気が下陥するものに用いる。

何病によらず、久しく患って元気がないものに補中益気湯を用いて効果のあることが間々ある。とくに本方の味を好む人にはよく効くようである。

腫物が潰れて後、膿もようやく薄くなり、肉があがると思われるとき本方を用いる。肉桂を加えてもよい。

#### ㊦ 治験

##### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

松岡屋久兵衛 50 余歳は毎年夏になると両足が火照って疼き眠れなくなる。数人の医者に診てもらったが効果が無かった。私はこれを診察して、陽気が下方に下がってしまって暑邪におかされたものと考えて、補中益気湯加黄柏を丸剤として長期間飲ませたところ、症状を軽快させることが出来た。

① 薛達齋(せつりゅうさい)：薛己，明の人。

② 瘧痢(ぎゃくり)：マラリアの下痢，またはマラリアと下痢。

③ 龔雲林(きょううりん)：明の人。

④ 表虚(ひょうきょ)：表証が虚証であること。

⑤ 血崩(けつほう)：大量の性器出血。

## 防己黄耆湯(ぼういおうぎとう)

南澤 潔

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』瘧湿喝病篇

風湿の病で、脈が表面に浮いており、体が重だるく、汗が出るのに肌寒く感じる人は、防己黄耆湯で治療する。

#### ▶ 『金匱要略』水気病篇

風水の病で、脈が表面に浮いている者は体表に病の主座がある。頭部に汗をかき他に体表の病がなく、下半身が重く、腰より上部はさほど問題がない。一方、下半身は陰部にいたるまで腫れて、脚の曲げ伸ばしもできにくいような人は、防己黄耆湯で治療する。

### 2 構成

防己 4～5、黄耆 5、白朮 3(蒼朮も可)、生姜 1～1.5(ヒネショウガを使用する場合 3)、大棗 3～4、甘草 1.5～2

### 3 適応病態

#### ㊦ 自覚症状(Symptom)

・発汗傾向：汗かきで夏は流れるほどであるが、口渴

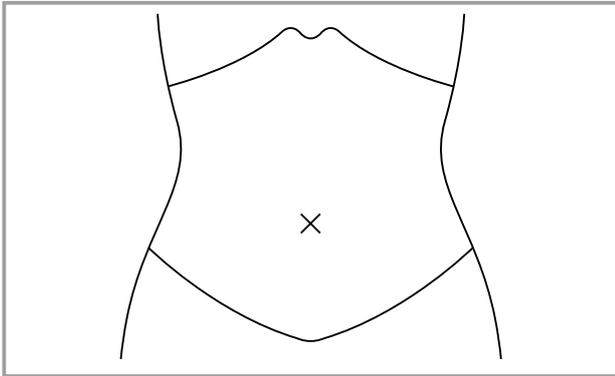
はないことが多い。

- ・易疲労感：体が重く動くのが億劫，だるい，疲れやすいと感じていることが多い。これらが相まって夏を苦手とすることがある。
- ・肥満：いわゆる水太りのことがある。
- ・関節痛：関節の腫脹，疼痛があり，特に膝関節によくみられる。ただし，炎症の強い人には適応とならないことが多い。
- ・浮腫傾向：特に下半身に浮腫がみられることがある。
- ・尿量減少：尿の出がよくないことがある。
- ・皮膚疾患：蕁麻疹や皮膚病，皮膚潰瘍，化膿症を伴うことがある。
- ・月経不順：月経不順，月経過少を認めることがある。

#### ㊦ 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：色白のポッチャリした水太りタイプ。皮膚，筋肉にしまりのないことが多い。
- 2) 舌診：舌質はやや淡白で，舌苔は薄い白苔であることがある。

- 3) 脈診：浮弱であることが多い。  
 4) 腹診  
 特徴的な腹証の報告なし。



腹力 やや軟(2/5)  
 腹証 ○ 時に腹満  
 △ 腹満(「蛙腹」)

### C 体力のしほり

弱      強

### D 適応(Indication)

体力中等度以下で、疲れやすく、汗のかきやすい傾向があるものの次の諸症：肥満に伴う関節の腫れや痛み、むくみ、多汗症、肥満症(筋肉にしまりのない、いわゆる水太り)

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶ 吉益東洞『方極』

防已黄耆湯は、水病<sup>①</sup>で身が重く、汗が出て悪風し、

小便不利する人を治す。

#### ▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』

防已黄耆湯の証である表虚水気は、病人の肌膚が肥白であって、ひねると肉が軟虚で締まりがなく、ぐさぐさとすることによって診断できる。これは正気が体表で旺盛でないため、浮水が泛濫(はんらん)しているのである。腫れてはいなくても、これは表虚の水気なのである。この証は、老若男女を問わないが、とくに20歳前後までの娘が、急に肥満して衝逆<sup>②</sup>が強く、両臉(臉)は紅色、月経は短少となり、心気が鬱するものにこの証が多い。その肥満は、成長期のことでもあるので好ましいことのようにあるが、実は表虚に属するもので良い徴候ではない。ここで医師が、その月経不順を診て、誤って通経破血の剤<sup>③</sup>を投ずると、効果が無いばかりでなく、かえって害を招くことがある。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

防已黄耆湯は、風湿で表虚のものを治すので、自汗が久しく止まらず、皮表が常に湿気のあるものに用いると効果がある。

### B 治験

#### ▶ 六角重任『古方便覧』

60余歳になる男が、平生から微腫があり、皮膚は黄色で時々顔面がとくに腫れ、足が重く歩行困難なため、外出することもなく3~4年経過した。私が防已黄耆湯を与えると、小便が快利して諸証が軽減し、杖を曳いて歩くことが出来るようになった。

① 水病：水腫病。

② 衝逆(しょうぎやく)：のぼせ。

③ 通経破血の剤：当帰、川芎、牡丹皮、桃仁などを指す。

## 防風通聖散(ぼうふうつうしょうさん)

南澤 潔

### 1 出典

#### ▶ 『黄帝素問宣明論方』風論

原典では非常に長い条文が記載されるため、ここでは略す。以下、参考として『万病回春』に記載された内容を示す。

#### ▶ 『万病回春』中風門

中風(脳血管障害による麻痺)やあらゆる熱症で、便秘し、小便が濃くて快利せず、顔に湿疹を生じ、目が充血

して痛む人に使用する。あるいは熱のために舌がこわばり、口が動かしにくい、鼻に酒さ様の紫色の皮疹があるときに使用する。または癩、あるいは痔となったり、熱がこもって精神症状、意識障害をきたしたりする人を治療する。

### 2 構成

当帰 1.2~1.5, 芍薬 1.2~1.5, 川芎 1.2~1.5, 山梔

子 1.2～1.5, 連翹 1.2～1.5, 薄荷葉 1.2～1.5, 生姜 0.3～0.5 (ヒネショウガを使用する場合 1.2～1.5), 荊芥 1.2～1.5, 防風 1.2～1.5, 麻黄 1.2～1.5, 大黃 1.5, 芒硝 1.5, 白朮 2, 桔梗 2, 黄芩 2, 甘草 2, 石膏 2, 滑石 3(白朮のない場合も可)

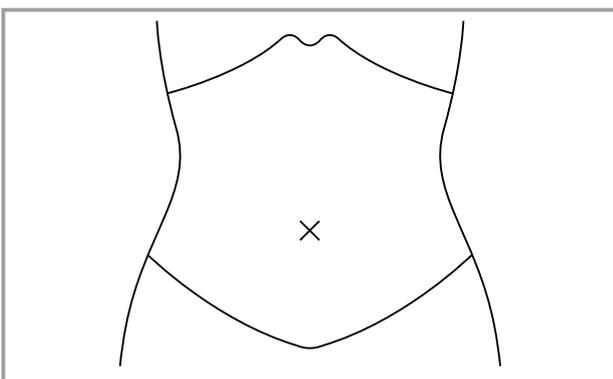
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・肩こり, のぼせ: 肩こりや頭痛, のぼせを伴い, イライラしやすいことがある。
- ・肥満: 体力が充実し, 重役腹, 太鼓腹などといわれる固太り傾向の肥満であることが多い。
- ・便秘
- ・高血圧, のぼせ: 動悸することがある。
- ・皮膚疾患: 特に顔面頭部に化膿傾向の湿疹があることがある。
- ・麻痺, しびれ: 脳血管障害に伴う麻痺やしびれなどに使用されることがある。
- ・副鼻腔炎

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: しっかりした体格で肥満傾向のことが多い。比較的色白で, 顔面の紅潮や充血がみられることがある。
- 2) 舌診: 舌質は紅色, 舌苔は乾燥気味の厚い白～黄苔。
- 3) 脈診: 虚ではない, 数であることが多い, 弦あるいは緊であることがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 やや硬～充実(4/5～5/5)

腹証 ◎ 腹満(「太鼓腹」)

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5 強

#### D 適応(Indication)

体力充実して, 腹部に皮下脂肪が多く, 便秘がちなものの次の諸症: 高血圧や肥満に伴う動悸・肩こり・の

ぼせ・むくみ・便秘, 蓄膿症(副鼻腔炎), 湿疹・皮膚炎, 吹き出物(にきび), 肥満症

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 間質性肺炎, 偽アルドステロン症, ミオパシー, 肝機能障害, 黄疸に注意する。

痩せ薬として頻用される傾向にあるため, 慎重な経過観察が必要である。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

防風通聖散は, 中風<sup>①</sup>, 一切の風熱<sup>②</sup>で, 大便が秘結し, 小便が赤く渋り, 頭面に瘡(かさ)を生じ, 目が赤くなって痛むもの, あるいは高熱で舌が強ばり口をくいしばるもの, あるいは鼻に紫や赤色の風刺(にきび)やかざほろし<sup>③</sup>を生じて肺風<sup>④</sup>となるもの, あるいは大風, すなわち風癘(ふうらい)<sup>⑤</sup>となるもの, あるいは腸風<sup>⑥</sup>で痔漏となるもの, あるいは腸鬱して諸熱となり譫言妄語して驚き狂うものなど, すべてこれを治す。

##### ▶ 長沢道寿『医方口訣集』

防風通聖散は, 風熱が壅盛し, 表裏・三焦がすべて実するものを主(つかさど)る。

本方を用いるについて, 私には以下の口訣がある。

瘡瘍が頭に, 疥癬が身にあり, 鼻梁が壊れ, 眉髪が脱するものに用いる。

風火<sup>⑦</sup>が甚だしくて大便が燥結, 小便が淋渋し, 表裏ともに実して, 脈は滑数あるいは結澹のものに用いる。

風熱に因って斑疹が出るものに用いる。

中風の病<sup>⑧</sup>で, まず小続命湯<sup>⑨</sup>で癒えず, かえって煉熱して大便が通じなくなり, 脈実大のものは, 風熱が甚だしいのでこの方を用いる。

#### B 治験

##### ▶ 山田業精『井見集 附録』

26歳の男が常に腎囊風<sup>⑩</sup>を患ったが, ある時痒くてたまらなくなり, しばしば温泉に浴した。その後その疾患は全く去ったが, そのあと風邪に感じて悪寒発熱し, 後頭が疼痛したので葛根湯を投じ, その症は大いに去った。そこで再び入浴したところ, 頭痛が再び劇発して寸歩することもできなくなり, 急ぎ私の治を求めた。診ると大熱なく, 脈は緊遅, 舌苔微白, 大便堅結, 小便赤渋, 食は普通である。また四肢は痛まず, 痛みはただ後頭にあるだけで, 臥せば痛まず, 起つと痛んで目眩もするという。初め柴胡桂枝湯を与えたが, ただ効がないだけでなく, さらに上衝, 大熱, 大渴の症を加えた。そこで防風通聖散に転じたところ, 大汗を發して衣服を濡らし, 一

晩安眠して次の朝早くに大便が出て、気宇爽快となって頭痛も忘れるように去った。

- ① 中風(ちゅうふう)：風邪に中(あた)るの意。
- ② 風熱(ふうねつ)：風邪による熱。
- ③ 発熱の後に生ずる皮膚の発疹。
- ④ 肺風(はいふう)：肺(五行説)に風邪を受けたもの。鼻塞、項疼などの症を現わす。

- ⑤ 風癘(ふうれい)：癩。
- ⑥ 腸風(ちょうふう)：痔出血、大便下血など。
- ⑦ 風火(ふうか)：風邪による熱。
- ⑧ 中風(ちゅうふう)：ここでは脳卒中。
- ⑨ 小統命湯(しょうぞくめいとう)：附子、防風、芍薬、防己、杏仁、人參、川芎、麻黄、黄芩、甘草、桂枝、生姜の12味(千金)。
- ⑩ 腎囊風(じんのおふう)：陰部の湿疹など。

## 麻黄湯(まおうとう)

室賀一宏

### 1 出典

#### ▶『傷寒論』太陽病中篇

太陽病で、頭痛、発熱があり、身体疼痛、腰痛、節々の痛み、ゾクゾクと寒気がし、汗がなく、息苦しくあえいでいる場合は麻黄湯で治療する。

太陽病と陽明病の合病で、息苦しく胸が詰まったように感じる場合は、下剤を用いてはならない。麻黄湯を用いるのがよい。

#### ▶『傷寒論』可発汗病

脈が浮で緊の場合、浮は風を受けたこと、緊は寒を受けたことを表している。風は衛を損傷し、寒は榮を損傷する。榮衛の両方とも病むと、骨折の疼痛する。この場合、発汗させるべきで、麻黄湯を用いるのがよい。

### 2 構成

麻黄 3～5、桂皮 2～4、杏仁 4～5、甘草 1～1.5

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・悪寒発熱：初期には熱がないこともある。
- ・頭項強痛：頭痛がして首筋がこったように感じる。
- ・無汗：発汗はみられない。

インフルエンザなど急性熱性疾患の場合、脈が浮緊で無汗が特徴的であり、背中に手を入れて発汗を確認することもある。発汗し解熱したら内服を中止する。最初から発汗がある場合は使用しない。急性熱性疾患でない鼻炎などの場合は、脈が浮緊で胃腸障害や虚血性心疾患、前立腺肥大がなければ使用してみてもよい。

- ・関節痛
- ・喘：息苦しくハアハアとあえぐ状態のことがある。
- ・鼻閉

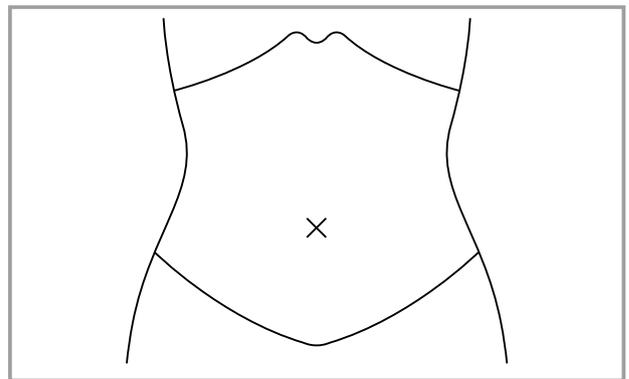
#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：急性熱性疾患の場合、青白い顔をした人には使用しない。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白薄苔のことがある。

3) 脈診：浮緊のことが多い。

4) 腹診

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度～充実(3/5～5/5)

#### C 体力のしほり

弱      強

#### D 適応(Indication)

体力充実して、風邪の引き始めで、寒気がして発熱、頭痛があり、咳が出て身体のふしぶしが痛く汗が出ていないものの次の諸症：感冒、鼻風邪、気管支炎、鼻詰まり  
(使用上の注意：身体虚弱の人は使用しないこと)

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

麻黄を含むため、狭心症や前立腺肥大をもつ患者には使用する際は注意を要する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶香月牛山『牛山活套』

冬月の正傷寒の証で、汗のないものには麻黄湯、汗のあるものには桂枝湯を用いるというのは、仲景の確論であって、いまさら議するには及ばず、太陽の表証を分別

して用いられたい。近來、龔廷賢の製した麻黄湯<sup>①</sup>、桂枝湯<sup>②</sup>があり、この方は仲景の方に加減をしたものである。これもまた機能があって、効をとることが多く、太陽証を分別して用いるべきである。

#### ▶ 吉益東洞『方機』

頭痛発熱，身疼，腰痛，骨節疼痛，悪風，汗なくして喘するものは，麻黄湯の正証である。

麻黄湯は，喘して胸満するもの，発汗剤を飲んで汗せず，かえって衄<sup>③</sup>するものを治す。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

脈浮で胸満，脇痛するものは，外症がまだ解けていないのである。したがって，その正証ではなくても麻黄湯を与えるとよい<sup>④</sup>。

初生児で，時々発熱し，鼻がふさがって通ぜず，哺乳できないものがある。麻黄湯を用いるとすぐに治る。

麻黄湯は，痘瘡の見点期<sup>⑤</sup>に身体が灼けるように熱し，表鬱が発し難いもの，および大熱があり，煩躁して喘し，起脹<sup>⑥</sup>しないものを治す。

麻黄湯は，麻疹で脈浮数，発熱，身疼，腰痛，喘咳し，表がふさがって発疹が出そろわないものを治す。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

麻黄湯は，太陽傷寒で無汗の症に用いる。桂枝湯，麻黄湯の用い方については，仲景の定めた厳格な規則があ

る。また喘のあるものが，風寒に感じて発病したときは，麻黄湯を用いれば速やかに治る。ある医師は，終身この一方で喘息を防いだという。

#### ㊦ 治験

##### ▶ 尾台榕堂『方伎雑誌』

私が13歳の時，病家から診の依頼を受けた。たまたま長兄他が不在であったため，父から往診に行くよう命じられた。往診から戻ると，父にその病症を問われたので，「傷寒で頭が破れるように痛み，悪寒，発熱，喘して全身疼痛，脈浮数で力あり」と答えた。何の処方を与えるかと問われ，私が「麻黄湯ではいかがでしょうか」と答えると，父は笑を含んで「でかしたり」と褒めてくれた。よって麻黄湯3貼を調合して，温服して大いに汗を出すべしと，使いの者を帰した。翌朝再び往診すると，大汗して苦患は脱然と去ったという。なお余熱があるので小柴胡湯に転じると，日ならずして本復した。これが私の初陣である。

① 麻黄，桂枝，川芎，杏仁，白芷，防風，羌活，升麻，甘草の9味(回春)。

② 桂枝，芍薬，防風，羌活，川芎，白朮，甘草，生姜，大枣の9味(回春)。

③ 衄(じく)：鼻出血。

④ 『傷寒論』の条文により，小柴胡湯と鑑別せよ。

⑤ 見点期(けんてんき)：発痘期。

⑥ 起脹(きちょう)：痘瘡が出そろって大きくなること。

## 麻黄附子細辛湯(まおうぶしさいしんとう)

室賀一宏

### 1 出典

#### ▶ 『傷寒論』少陰病篇

少陰病の発病初期，反って発熱が現れ，脈は浮でなくて沈である場合は，麻黄附子細辛湯で治療する。

### 2 構成

麻黄 2～4，細辛 2～3，加工ブシ 0.3～1

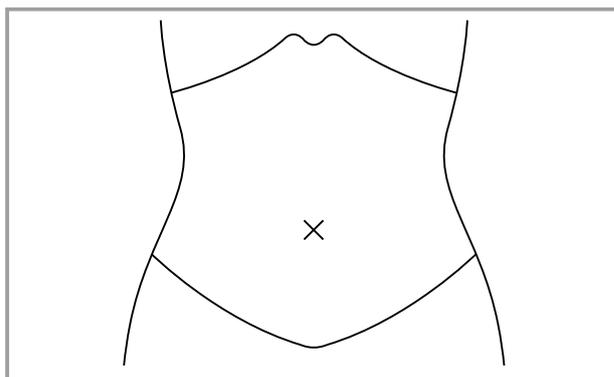
### 3 適応病態

#### ㊦ 自覚症状(Symptom)

- ・悪寒：寒気は強いが熱感は乏しい。あっても微熱程度のことが多い。
- ・無汗
- ・頭痛：不定
- ・倦怠感
- ・咽頭痛
- ・咳
- ・手足の冷え

#### ㊦ 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：感冒の場合，顔色は青白いことが多く，水様透明な痰や鼻汁がみられることが多い。
- 2) 舌診：舌質は淡色，舌苔は白苔のことがある。
- 3) 脈診：沈・細が多いが，感冒では浮のこともある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力虚弱で、手足に冷えがあり、時に悪寒があるものの次の諸症：感冒、アレルギー性鼻炎、気管支炎、気管支喘息、神経痛

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、肝機能障害、黄疸に注意する。虚弱者の感冒のファーストチョイスとして用いられることが多いが、附子を含む方剤であり基本的に熱証には用いない。また、麻黄を含む処方であり狭心症や前立腺肥大がある場合に注意を要する。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方機』

麻黄附子細辛湯は、手足が冷え、発熱して脈沈のもの、あるいは、脈微細にして悪寒が甚だしいものを治す。

## ▶ 内島保定『古方節義』

思うに、少陰の病はただ「寐んと欲する」人であり、「脈沈」というのは、微細ではなく沈なのである。そもそも、初めから少陰の病にかかると発熱しないはずであるが、にもかかわらずかえって発熱するというのは、少陰病の裏寒に太陽病の表熱を兼ね合わせたものである。太陽病の表証は、発熱、頭痛、脈浮である。しかしこの場合の証は脈沈で発熱し、頭痛がない。少陰の証であれば、脈浮で頭痛するはずのものが、かえってそうでないというのは、少陰の表症というもので、汗を発すべきであり、故に麻黄附子細辛湯で身体の中を温め、汗を発するのである。これは陰を退け、陽を救うもので、そのため両感の邪を等しく解することができるのである。

## ▶ 本間棗軒『内科秘録』

少陰病は、邪気がただちに陰位に現れた初証で、陽気がもとより微弱なため、2～3日の間は格別の脈証もなく、ただかすかに悪寒して、気色が寒く、飲食を思わず、日夜寝たまま起坐することができず、脈は沈微で、浮緊などの候がなく、にわかみると何病とも判定しがたいものである。しかし、脈数で熱候があり、舌に白苔を生じ、身体が沈重となり、神思が清爽でないなどのことから、少陰病であると決めるべきである。治法は、まず麻黄細附子辛附子湯、麻黄附子甘草湯によって、表を発すべきである。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

麻黄附子細辛湯は、少陰の表熱を解するのである。ある老人が咳嗽、吐痰し、午後になると背すじが寒く悪寒し、そのあと微かに汗を発してやまない。一医が陽虚の悪寒として医王湯を与えて効がなかったが、麻黄附子細辛湯を与えると、わずかに5貼で癒えた。寒邪の初発を仕損じて労状をなすものに対しては、この方および麻黄附子甘草湯で治ることがある。この方の証は、もともと表熱を兼ねるので、後世でいう「感冒挟陰」の証と同じである。また陰分の頭痛に、防風、川芎を加えると効があり、また陰分の水気には桂枝去芍薬湯を合して用い、陳修園は知母を加えて去水の聖薬とした。

## B 治験

## ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

ある男が外感を得て、医師が発汗の剤を与えたが解せず、脈沈細、背悪寒が甚だしく、舌上は白苔を生じて滑である。私が「直中傷寒」として、麻黄附子細辛湯を与えると、服すること1日で悪寒はたちまちやみ、その後ただ寝ようとし、大便が微溏した。そこで真武湯を与えると、4～5日で元気が回復し、脈浮となって微熱を發したので、補中益気湯加芍薬、茯苓を与えて全治した。

## 麻杏甘石湯・五虎湯(まきょうかんせきとう・ごことう)

室賀一宏

## 1 出典

[麻杏甘石湯]

## ▶ 『傷寒論』太陽病中篇・太陽病下篇

太陽病を發汗させた後、汗が出てハアハアと息苦しく、高熱がない人は麻杏甘石湯で治療するとよい。

[五虎湯]

現在の五虎湯は、『古今医鑑』に記載された処方(麻黄、杏仁、石膏、甘草、細茶、加桑皮)から細茶を去ったもの。

## ▶ 『古今医鑑』喘急門

急性熱性疾患で、呼吸が激しく促迫する人を治療する。

## 2 構成

[麻杏甘石湯]

麻黄 4, 杏仁 4, 甘草 2, 石膏 10

[五虎湯]

麻黄 4, 杏仁 4, 甘草 2, 石膏 10, 桑白皮 1～3

**3 適応病態****A 自覚症状(Symptom)**

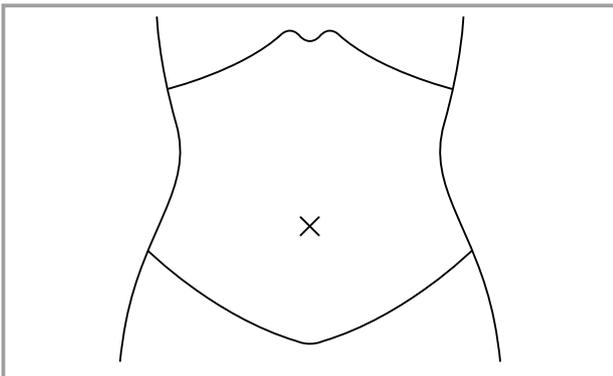
- ・咳，呼吸困難，呼吸促迫：五虎湯では喘息発作時にヒイヒイとした呼吸状態となることがある。
- ・喀痰：粘稠痰で黄色のことが多い。
- ・発熱：不定，熱感があることもある。
- ・自汗：汗はないこともある。
- ・口渴
- ・痔の疼痛

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：青白い顔色の場合は使用しないことが多い。  
自汗がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定で，舌苔はやや乾燥し，黄苔または薄白苔のことがある。
- 3) 脈診：浮，滑，数のことが多い。
- 4) 腹診

[麻杏甘石湯]

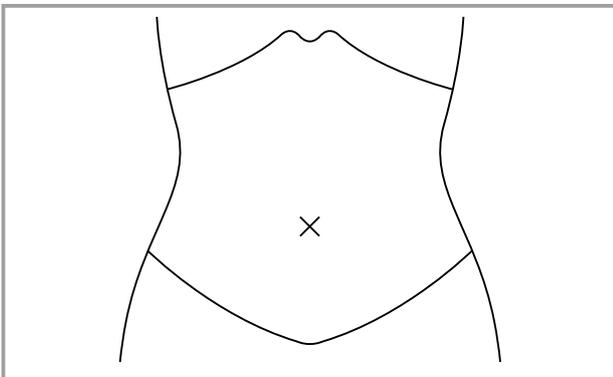
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度(3/5)

[五虎湯]

特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度前後(3/5～4/5)

**C 体力のしぼり**弱  1  2  3  4  5 強**D 適応(Indication)**

[麻杏甘石湯]

体力中等度以上で，咳が出て，時にのどが渇くものの次の諸症：咳，小児喘息，気管支喘息，気管支炎，感冒，痔の痛み

[五虎湯]

体力中等度以上で，咳が強く出るものの次の諸症：咳，気管支喘息，気管支炎，小児喘息，感冒，痔の痛み

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として，偽アルドステロン症，ミオパシーに注意する。

麻黄が主薬であり，他の方剤と同様に胃腸虚弱，虚血性心疾患，前立腺肥大などがある者には注意を要する。

**5 日本古典****A 処方解説**

[麻杏甘石湯]

## ▶ 吉益東洞『方機』

麻黄杏仁甘草石膏湯は，汗が出て喘し熱がこもるもの，喘息して渴するものを治す。

## ▶ 百々漢陰『梧竹樓方函口訣』

麻杏甘石湯は喘息の薬である。暑寒のたびに起こるものは，大抵この方でよい。小青竜湯加石膏，杏仁の症とよく似てはいるが，かの方は熱が少なく，冷飲に属する水寒射肺の症に用い，この方は熱を主として用いるので，弁別を要する。また当歳児などで，熱が強く喘咳する人に用いると奇効がある。

[五虎湯]

## ▶ 浅井貞庵『方彙口訣』

五虎湯<sup>①</sup>は，喘息に通用される処方である。しかしこの方は，寒冷時に寒さを受けて外表が収(く)まり，裏方は鬱熱ができて喘促するものに用いるのであって，胃熱がかなりある症でないとい用いることができない。

## ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

五虎湯は，傷寒の喘急を治し，また虚証の喘急を治す。まずこの湯を用いて表を散じ，後に小青竜湯加杏仁を用いる。

五虎湯は，麻杏甘石湯の変方で喘急を治し，小児に最も効果がある。

**B 治験**

[麻杏甘石湯]

## ▶ 六角重任『古方便覧』

23歳の婦人が，妊娠7～8か月から身体が洪腫し，分娩のあと咳嗽，喘急が甚だしく，絶食して次第に危篤となった。医師が，初めからいわゆる温補の剤を与えた

ところ、病勢はいっそう加わり、さらに参附の類を加倍し用いたため、ついに四肢厥冷して冷汗がおびただしく、顔は土気色で唇は白く、喘気も甚だしく、傍に居るものは水に触れるように冷たく感じる。左脈はすでに絶し、右脈も絶えてはいないが蜘蛛糸のように細く、口渇して飲を欲する。私が麻黄杏仁甘草石膏湯を作って与えると、

3劑で身体が温まり喘が減った。さらに3劑を飲ませ、稀粥をすすらせると脈が回復し、30余日で諸症は全癒した。

① 本方には細茶、大棗、生姜の3味が加えてある。

## 麻杏薏甘湯(まきょうよくかんとう)

並木隆雄

### 1 出典

#### ▶『金匱要略』瘧湿喝病篇

全身が痛み、発熱し、夕方になると激しくなるものは、風湿という。この病は、汗をかいて風に当たったために、あるいは長期間冷えこんだために身体が害されて起こるもので、麻杏薏甘湯で治療する。

### 2 構成

麻黄 4, 杏仁 3, 薏苡仁 10, 甘草 2

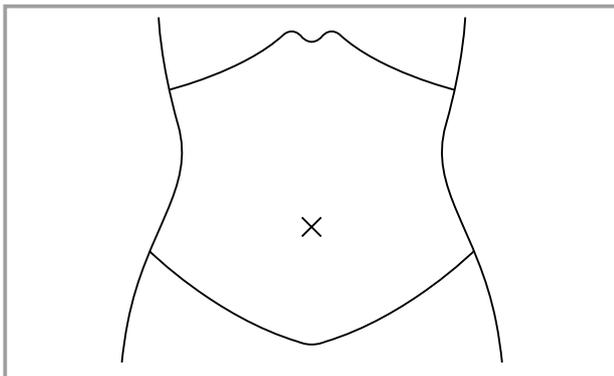
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・発熱：夕方になると発熱する。
- ・筋肉痛・関節痛：急性ではないもの。
- ・皮膚乾燥
- ・浮腫
- ・発汗傾向

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：皮膚は乾燥してつやがないことが多い。頭にフケが多い場合もある。浮腫が認められる。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は薄白苔のことがある。
- 3) 脈診：沈緊または浮緊のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 中等度(3/5)

### C 体力のしばり

弱      強

### D 適応(Indication)

体力中等度なものの次の諸症：関節痛、神経痛、筋肉痛、いぼ、手足の荒れ(手足の湿疹・皮膚炎)

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

麻黄を含むため、狭心症や前立腺肥大をもつ患者には使用しないほうがよい。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶吉益東洞『方機』

麻黄杏仁薏苡甘草湯は、一身ことごとく痛み、発熱激しく、あるいは浮腫するものを治す。

発熱、皮膚乾燥、喘満するものを治す。

##### ▶日黒道琢『餐英館療治雑話』

麻黄杏仁薏苡甘草湯は、風湿が相搏(あいう)ち、一身がことごとく痛み、夕刻になると熱が激しくなる、この夕刻の発熱を標的にする。たとえ身体が疼痛しても、夕刻の発熱がないものには効がない。

#### B 治験

##### ▶山田業広、山田業精『井見集 附録』

16歳の男子が、数十日の間、両内踝骨(かこつ)の腫痛を患い診を求めた。診ると脈沈澹、表に熱なく、2便平、飲食もまた平で、患部には腫れも色もない。まず沃度丁幾を塗ってみたが効がないので、樟腦精を貼すると微効があった。1日咳を発生し、音声か嘶(し)し、さらに両頸に結核を生じてその部分が疼痛、両踝もまた同様である。よって荆防敗毒散合麻黄杏仁薏苡甘草湯を投ぜずと微効があり、続いて麻黄杏仁薏苡甘草湯に転ずると大効を奏し、諸症はまったく治った。

## 麻子仁丸(ましにんがん)

並木隆雄

## 1 出典

## ▶『傷寒論』陽明病篇、『金匱要略』五藏風寒積聚病篇

趺陽の脈が浮かつ瀯の状態である。浮は胃気が強い状態で、瀯は排尿頻回となり、浮と瀯が存在するときは大便が堅くなる。これは消化器機能が低下しているためである。麻子仁丸で治療する。

## 2 構成

麻子仁 4～5, 芍薬 2, 枳実 2, 厚朴 2～2.5, 大黄 3.5～4, 杏仁 2～2.5(甘草 1.5 を加えても可)

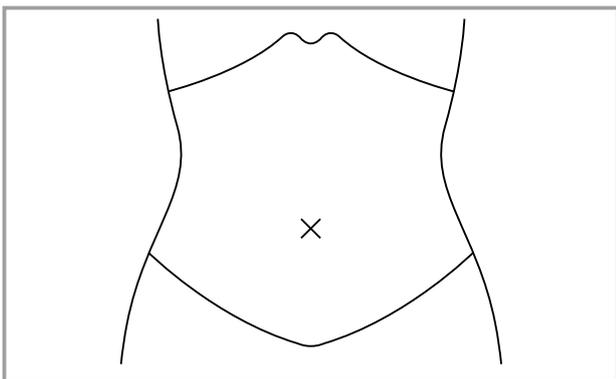
## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・常習性便秘：特に高齢者や虚弱者で、大便が乾燥して硬く、塊状のことがある。
- ・頻尿・夜間頻尿
- ・痔核

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：兔糞状の硬い便。汗で皮膚が湿っていることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔はやや乾燥し、無苔のことがある。
- 3) 脈診：沈弱あるいは細のことがある。
- 4) 腹診  
特徴的な腹証の報告なし。



腹力 やや軟(2/5)

## C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

## D 適応(Indication)

体力中等度以下で、時に便が硬く塊状なもの次の諸

症：便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ・湿疹・皮膚炎・吹き出物(にきび)・食欲不振(食欲減退)・腹部膨満・腸内異常醗酵・痔などの症状の緩和

## 4 使用上の留意点

大黄を含むため、下痢や腹痛をきたすようなら減量中止が必要である。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶有持桂里『校正方輿輶』

麻(子)仁丸は、小便数、大便難のもの、すなわち津液、枯燥が原因で大便が通じがたいものに用いる処方である。故に老人や虚人で津液が枯涸したものの便秘には、おおむねこの方を用いるとよい。

## ▶百々漢陰『梧竹楼方函口訣』

麻(子)仁丸は、脾約<sup>①</sup>の症で、小便はよく通じ、大便が秘結するという症に用いる処方である。つまり、腸中の血が燥き津液が乾いているのを、麻仁で潤し和(やわ)らげ通じをはかるのである。老人や胸病を患ったあと、腸胃が燥瀯<sup>②</sup>して大便が秘結し、小便が多く利する症に用いるもので、後世の潤腸円の祖である。

## ▶浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

麻子仁丸は、松原一閑(慶輔, 1689～1765年)によれば、老人の秘結にもっとも良いという。

## B 治験

## ▶大塚敬節『症候による漢方治療の実際』

82歳の女性。便秘と夜間の多尿を主訴として来院した。心悸亢進や浮腫はない。食欲は、普通で口渴もない。夜間は4回から5回の排尿があり、そのため落ち着いて眠れないという。私はこれに麻子仁丸を用いたが、これがとてもよく効いて、大便は1日1行あてあり、夜間の排尿も1,2回ですむことになった。

しかし薬をやめていると、また便秘するので、ときどき思い出したように来院して、10日分の薬を1か月もかかってのんでいる。

① 脾約(ひやく)：胃腸が虚して津液が不足し、腸液が乾燥したために起こると考えた、大腸秘結の症。

② 燥瀯(そうしょく)：かわきしぶるの意。

## 木防已湯(もくぼういとう)

並木隆雄

## 1 出典

## ▶『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

胸水貯留がある場合や、息切れと呼吸困難、心下痞堅、顔色が黒っぽい、脈沈緊の症状がみられる。発病から数10日が経過し、医者が吐剤や下剤を与えても癒えないときには、木防已湯で治療する。虚証の人はすぐに治るが、実証の人は3日で再発する。

## 2 構成

防已 2.4～4、石膏 6.4～12、桂皮 1.6～4、人参 2～4

## 3 適応病態

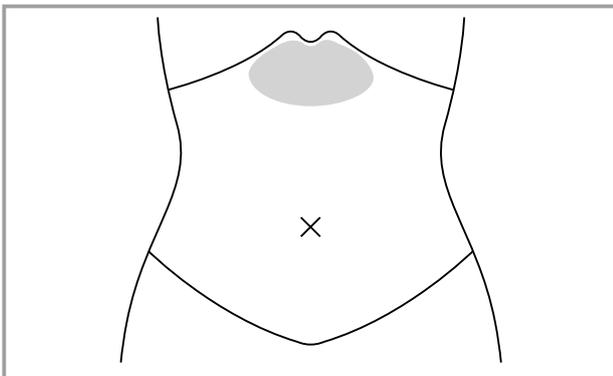
## A 自覚症状(Symptom)

- ・呼吸困難・呼吸促進
- ・動悸
- ・浮腫
- ・尿量減少・排尿不利
- ・口渴

身体がはなはだしく衰弱した人、脈浮弱で結代する人には使用しない。口渴・イライラ・発熱などの熱証を伴うものによい。体力の低下した人の場合、茯苓杏仁甘草湯を使用する。

## B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：顔色が黒っぽく、つやがない。浮腫や呼吸困難の合併、はなはだしいと起坐呼吸、チアノーゼを認める。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は黄苔があり、やや乾燥していることがある。
- 3) 脈診：沈緊。不整脈などを呈することもある。
- 4) 腹診



腹力 中等度～充実(3/5～5/5)

腹証 ◎ 心下痞鞭(「心下痞堅」)

△ 腹満

## C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

体力中等度あるいはそれ以上で、みぞおちがつかえ、血色優れないものの次の諸症：動悸、息切れ、気管支喘息、浮腫(むくみ)

## 4 使用上の留意点

特になし。

## 5 日本古典

## A 処方解説

## ▶ 吉益東洞『方機』

木防已湯は、喘満して心下痞堅するもの、腫満して心下鞭満するもの、短気あるいは逆満して痛み、あるいは渴するものを治す。

## ▶ 小島明『聖劑発蘊』

木防已湯適応の胸状は、大青竜湯のそれに似て丸く、心下痞鞭が甚だ大と承知すべきである。仲景の処方中で人参をこれより多く用いたものはない。この証は身体、面目が水腫し、喘満してことのほか息苦しく、しきりに渴する。また格別に水気がみえなくても、心下痞鞭し、上衝して渴するものにはこの方を用いることがある。しかしこの場合でも、腰や脚、目の下などに必ず水気があるはずである。本論<sup>①</sup>の「膈間の支飲はその人喘満す」という記載に留意すべきであるが、心下痞鞭がなく本論にある証を発する時は、麻黄剤を用いる。また大承気湯の証においても喘満することがあり、この外証のみで木防已湯と決めることは適当でない。

## B 治験

## ▶ 吉益南涯『続建殊録』

ある妻女が、病後脚に微腫を生じ、かなり経ってから一身面目が洪腫<sup>②</sup>し、小便不利、短気微喘、自ら転側することができず、治を先生に求めた。先生が木防已加茯苓湯を与え、日に7貼を服せると、数日の後に小便が開通し、徐々に治癒した。

ある男が一身面目が洪腫し、小便不利、腹が脹満し、短気して臥すことができず、その水が漏れて皮外に滴くしたたり、日夜たびたび衣を着替え、飲食は大いに減退した。衆医は必死としたが、先生が木防已加茯苓湯を与えると数日で小便が快利し、徐々に癒えた。

① 『金匱要略』を指す。

② 洪腫(こうしゅ)：水腫の激しいもの。

## 薏苡仁湯(よくいにんとう)

並木隆雄

### 1 出典

▶ 『明医指掌図』後集・巻1

手足の関節炎で、疼痛、麻痺、知覚低下などがあり、関節の屈伸が制限された状態の人に使用する。

### 2 構成

麻黄 4, 当帰 4, 蒼朮 4(白朮も可), 薏苡仁 8~10, 桂皮 3, 芍薬 3, 甘草 2

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・四肢あるいは全身のしびれ・痛み・腫脹・熱感・重だるさ：亜急性期および慢性期の関節リウマチ・関節炎。患部に水が溜まりやすく、熱感・腫痛を伴うもの。
- ・運動障害

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：腫脹、漿液貯留を伴う関節炎を認めることがある。
- 2) 舌診：舌質は不定、舌苔は白苔や、白膩苔のことがある。
- 3) 脈診：滑浮、または弦のことがある。
- 4) 腹診  
文献が少ない。

#### 【参考】

腹力 やや軟(2/5)

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度で、関節や筋肉の腫れや痛みがあるものの次の諸症：関節痛、筋肉痛、神経痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシー

に注意する。

麻黄を含むため、狭心症や前立腺肥大のある患者には使用しないほうがよい。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

薏苡仁湯は、手足に疼痛が流注<sup>①</sup>し、麻痺不仁して屈伸し難いものを治す。

この方は、麻黄加朮湯<sup>②</sup>、麻黄杏仁薏苡甘草湯の症より、さらに一等重いものに用いる。その他桂芍知母湯<sup>③</sup>の症で、附子の応じないものに用いると効がある。

#### B 治験

▶ 山田業精『井見集 附録』

(前略) 11月15日に至り、試みに麻黄杏仁薏苡甘草湯の徒方を服することとし、4貼服用の後着床したところ、その日の夕方から夜半に至るまで激痛し、延いて腰部一円が疼痛、寸時も安まることなくときどき伸吟を發した。しかし、夜半から翌朝までは熟睡して目覚めると痛みがなく、気宇豁然となり、小便も大いに利した。手で患部を押さえてみると綿のように柔となり、また付貼した綿を開いて見ると、膿のような白汁が附着している。恐らく夜半に痛みがやむ際に破潰して出たものであろうと、みずから薬効の著しさを祝し、前方を続けようと思ったが、前夜のような苦痛を恐れ、古今医統の薏苡仁湯<sup>④</sup>加杏仁に転じ、遂に全治した。(後略)

① 流注(るちゅう)：病気が及ぶこと。

② 麻黄湯加蒼朮(金匱)。

③ 桂芍知母湯(けいしゃくちもとう)：桂枝、芍薬、甘草、麻黄、生姜、蒼朮、知母、防風、附子の9味(金匱)。

④ 薏苡仁、蒼朮、当帰、麻黄、桂心、芍薬、甘草、生姜の8味。

## 抑肝散・抑肝散加陳皮半夏(よくかんさん・よくかんさんかちんぴはんげ) 矢数芳英

## 1 出典

[抑肝散]

## ▶『保嬰撮要』肝臟門

肝経の虚熱により、ひきつけをおこしたり、あるいは発熱して歯ぎしりしたり、あるいは驚いて動悸がしたり、悪寒・熱感があったり、あるいは肝がたかぶって、脾の働きを抑えてしまい、痰涎を嘔吐し、腹が張ってあまり食べられなくなり、眠れなくなった人を治療する。(中略) 子供と母親ともに服用させる。

[抑肝散加陳皮半夏]

抑肝散に陳皮と半夏を加えた処方(本朝経験方)。

## 2 構成

[抑肝散]

当帰 3, 釣藤鈎 3, 川芎 3, 白朮 4(蒼朮も可), 茯苓 4, 柴胡 2~5, 甘草 1.5

[抑肝散加陳皮半夏]

当帰 3, 釣藤鈎 3, 川芎 3, 白朮 4(蒼朮も可), 茯苓 4, 柴胡 2~5, 甘草 1.5, 陳皮 3, 半夏 5

## 3 適応病態

## A 自覚症状(Symptom)

- ・怒りやすい, イライラする, 不眠(神経の高ぶり): 鎮静効果を期待でき, 小児から高齢者まで, その適応は広い. 近年では認知症患者の周辺症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)や, 精神疾患の治療にも応用されている. また, ストレスによって悪化する諸症状に幅広く使用できる.
- ・頭痛, 眼痛, 頸項部のこり: visual display terminal (VDT)による眼精疲労・頭痛にも有効なことがある.
- ・眼瞼・顔面痙攣, 四肢のしびれ, 筋肉の攣縮(攣急): 脳血管障害の後遺症に用いられることがある. 近年では, 神経障害性疼痛など, 難治性疼痛にも応用されており, むずむず脚症候群(restless legs syndrome: RLS)にも使用されることがある.
- ・悪心・嘔吐・腹部膨満感: これらの症状があれば, 抑肝散加陳皮半夏を考慮する.

## B 他覚所見(Sign)

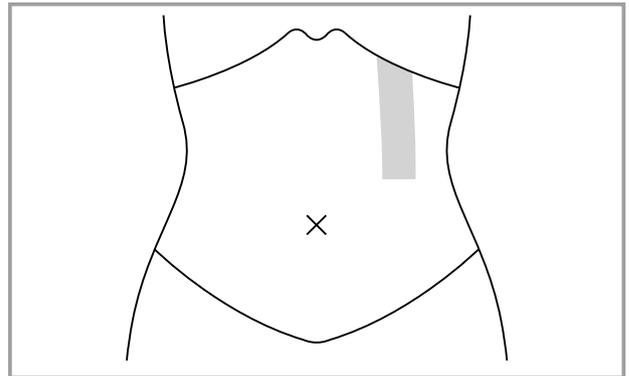
- 1) 望診: イライラして落ちつきのない様子のことがあるが, 反対に気分が沈んだ印象のこともある.
- 2) 舌診: 舌質はやや紅色のことが多く, 舌苔は白苔を

認めることもある. 白膩苔の場合は抑肝散加陳皮半夏も考慮する.

3) 脈診: 弦のことが多い.

4) 腹診

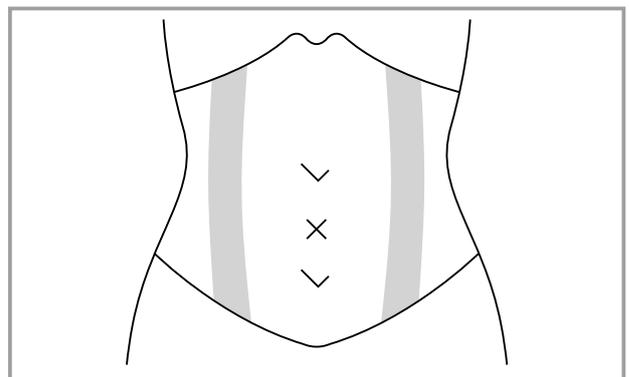
[抑肝散]



腹力 \*やや軟~中等度(2/5~3/5)

腹証 ◎ 腹直筋攣急(左腹直筋上半分)

[抑肝散加陳皮半夏]



腹力 軟~やや軟(1/5~2/5)

腹証 ◎ 腹部動悸

◎ 腹直筋攣急

## C 体力のしぼり\*

[抑肝散]

弱 1 2 3 4 5 強

[抑肝散加陳皮半夏]

弱 1 2 3 4 5 強

## D 適応(Indication)

[抑肝散]

体力中等度を目安として, 神経が高ぶり, 怒りやすい, イライラなどがあるものの次の諸症: 神経症, 不眠症, 小児夜泣き, 小児痙症(神経過敏), 歯ぎしり, 更年期障

害、血の道症<sup>注1)</sup>

[抑肝散加陳皮半夏]

体力中等度を目安として、やや消化器が弱く、神経が高ぶり、怒りやすい、イライラなどがあるものの次の諸症：神経症、不眠症、小児夜泣き、小児疳症(神経過敏)、更年期障害、血の道症<sup>注1)</sup>、歯ぎしり

#### 4 使用上の留意点

[抑肝散]

重大な副作用として、間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

[抑肝散加陳皮半夏]

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

#### 5 日本古典

##### A 処方解説

[抑肝散]

##### ▶ 福井楓亭『方読弁解』

抑肝散は、大人、小児とも、虚症の癩<sup>①</sup>に用いる。左肋あるいは手足の筋が拘急するものにこの処方がよい。小柴胡湯も両肋の攣(ひき)つるものに用いることがあるが、手足が拘急する症には用いない。

抑肝散は、大人、小児の虚症の癩に用いるが、千金竜胆湯<sup>②</sup>の症と鑑別すべきである。またこの症に紫円<sup>③</sup>を用いる場合もあり、大人の癩証にもこれを用いることがある。

##### ▶ 和田東郭『蕉窓雑話』

不寝の症があるものは、四逆散では少し物足りない。この場合は、抑肝散の適応である。

抑肝散は、「亢ぶる」ものに対して「抑える」という意味である。したがってその症は、目が冴えて寝られない、あるいは性急で怒りっぽいなどであって、配合される生薬も肝気を疎する効果があるので、「抑肝」ということになるのである。

##### ▶ 浅井南溟『浅井腹診録』

臍の左側付近からみぞおち付近にかけて強く動悸するのは、肝が虚した上に痰飲と火熱が盛んになっているからである。北山人は、抑肝散に陳皮(中等度)と、半夏(多め)を加えることで、この証の患者、数百人を治療した。この秘訣は一子相伝で、他に漏らしてはならない。

[抑肝散加陳皮半夏]

##### ▶ 矢数道明『臨床応用漢方処方解説』

抑肝散の証が長びいて、虚状を呈してきたとき特有の腹証になるが、そのときには陳皮、半夏の加味方を使用するのである。

抑肝散は四逆散の変方で、左の脇腹が拘攣しているのが目標である。神経系の疾患で、左の腹が拘急し、突っぱり、四肢の筋脈が攣急する病気には何病でも用いられる。

この証が慢性化し、長い間苦しんでいると腹筋は無力化し、左の腹部大動脈の動悸がひどく亢進してくる。これが抑肝散加陳皮半夏の腹状である。

##### B 治験

[抑肝散]

##### ▶ 山田業広『椿庭先生夜話』

12～13歳の男子が、他に病候は少しもなく、ただ朝夕ひどく怒る。父母は成長の後狂人にもなりかねないと心配して、治を求めてきた。診ると、他に病候は全くない。そこで抑肝散を半年ばかり与えると、その怒は悉く止んで、平常に復した。

<sup>注1)</sup> 血の道症とは、月経、妊娠、出産、産後、更年期などの女性のホルモンの変動に伴って現れる精神不安やいらだちなどの精神神経症状および身体症状のことである。

\*：文献的な腹力と「改訂 一般用漢方処方の手引き」における体力のしぼりは必ずしも一致していない。

① 癩(かん)：ひきつけを起こす疾患を広く指した。

② 千金竜胆湯(せんきんりゅうたんとう)：柴胡、黄芩、桔梗、竜胆、釣藤、芍薬、茯苓、甘草、蛻螂、大黃の10味(千金)。

③ 紫円(しえん)：代赫石、赤石脂、巴豆、杏仁の4味(千金)。

## 六君子湯(りっくんしとう)

矢数芳英

#### 1 出典

##### ▶ 『世医得効方』脾胃門

四君子湯は、胃腸の調子がすぐれず、食欲がない人を治療する。橘紅を加えて異功散、陳皮と半夏を加えて六君子湯と命名する。

##### ▶ 『医学正伝』飪逆門

痰、気虚があり、気が逆してオエツとなるものを治療する。

#### 2 構成

人參 2～4、白朮 3～4(蒼朮も可)、茯苓 3～4、半夏

3～4, 陳皮 2～4, 大棗 2, 甘草 1～1.5, 生姜 0.5～1(ヒネショウガを使用する場合 1～2)

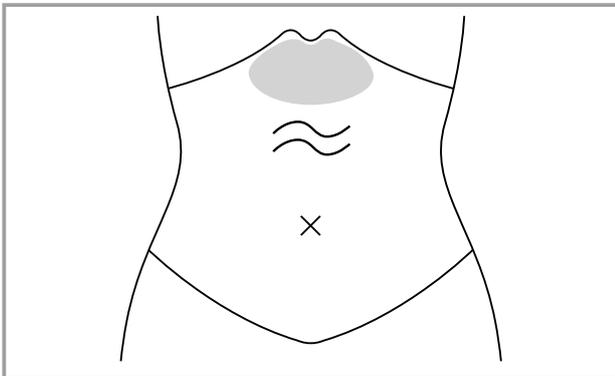
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・胃もたれ, 食欲不振, 悪心・嘔吐: 機能性胃腸症(functional dyspepsia: FD)の食後愁訴症候群, 非びらん性胃食道逆流症(non-erosive reflux disease: NERD), プロトンポンプ阻害薬(PPI)抵抗性の胃食道逆流症(gastroesophageal reflux disease: GERD)など.
- ・咽喉頭異常感, 声のかすれ(嗄声), のどの痛み, 慢性咳嗽: GERDにより耳鼻咽喉科領域の症状を呈する咽喉頭酸逆流症(laryngopharyngeal reflux disease: LPRD).

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 基礎に慢性消耗性疾患がある場合, 痩せ型で, 目に力がなく, 顔色が蒼白なことがあるが, これらにとらわれることなく幅広く使用できる.
- 2) 舌診: 舌質は胖大で, 歯痕がみられることもある. 舌苔は湿っていて白苔(もしくは厚い白膩苔)がみられることが多い.
- 3) 脈診: 慢性消耗性疾患の場合は沈弱のことが多い.
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(①/5～2/5)

腹証 ◎ 振水音

◎ 心下痞

#### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以下で, 胃腸が弱く, 食欲がなく, みぞおちがつかえ, 疲れやすく, 貧血性で手足が冷えやすいものの次の諸症: 胃炎, 胃腸虚弱, 胃下垂, 消化不良, 食欲不振, 胃痛, 嘔吐

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として, 偽アルドステロン症, ミオパシー, 肝機能障害, 黄疸に注意する.

極めてまれに六君子湯で下痢や胃もたれなどの消化器症状を起こすことがある. この場合は四君子湯に変方するとよいことがある.

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

六君子湯は, 脾胃<sup>①</sup>が調わず, 飲食を思わず, 痰<sup>②</sup>のあるものを治す. また気虚して痰をさしはさみ, 飽(いつ)を発するものにもよい.

##### ▶ 香月牛山『牛山方考』

六君子湯は, 脾胃虚弱で痰飲をさしはさむものを治す. この処方の応驗は, 大体, 異功散と同じであるが, ただ痰飲が多く胸痞のあるものによい.

##### ▶ 和田東郭『蕉窓方意解』

六君子湯は四君子湯に陳皮, 半夏が加わっているので, 胸中, 胃口の停飲を推し開く力がより強いのである.

##### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

六君子湯は, 一般に知られているように, 非常に用途の多い処方であるが, その立方の本旨を知る必要がある. 六君子湯を構成する生薬のうち, 白朮, 茯苓, 人參, 甘草は四君子湯であり, 四君子湯は元気を補う補劑第一の処方である. また陳皮, 半夏は二陳湯に配されている生薬であり, さらに茯苓, 甘草はすでに含まれているので, 六君子湯の中には二陳湯がそのままこめられているのである. したがって, 六君子湯は元気虚弱で痰のある症に用いる正面の処方である.

##### ▶ 百々漢陰『漢陰臆乗』

畢竟(ひっきょう), 脾胃虚弱, 水湿を帯びるものを治す. 大病をして死が近くなったものに, 真武湯や四逆湯などの処方(附子剤)を用いるのは, 適切と思われるかもしれないが, 病人が極めて虚しているときは, 附子の薬効に耐えることができず, かえって苦しめてしまうことがよくある. そのような時に六君子湯を与えれば, 元気も引き立って, 楽になるものである.

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

六君子湯は, 理中湯(人參湯)の変方で, 中氣<sup>③</sup>を扶(たす)け胃を開く効がある. したがって, 老人が脾胃虚弱で痰があり, 食欲のないもの, あるいは大病の後, 脾胃が虚して食味のないものに用いる. 陳皮, 半夏は, 胸中, 胃口の停飲を推(お)し開く力が強いので, 四君子湯に比べて活用されることが多い. 千金方に半夏湯の類が数方

あるが、作用の平穏な点で六君子湯が優れている。

## B 治験

### ▶ 津田玄仙『療治経験筆記』

ある人が、胸痞で力なく、嘔吐して痰涎をすべて吐いてしまい、少し手足倦怠の気味があった。100日間ほど服薬することなく、私の治を求めてきた。脈を診ると、浮いて弦数のようなのであるが、推〈お〉してみるとその様でもない。六君子湯に枳実を加えて与えると、30余日で全快した。手足の倦怠は脾胃の虚であり、四君子湯の症である。胸が堅く痞〈つか〉えるのは枳実の症であり、ときに嘔して痰を吐くのは湿痰の逆であるので、これは二陳湯の症である。そこで六君子湯に枳実を加えたのである。

### ▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

ある妻女が、霍乱のあと数日嘔気が止まず、飲食物が

のどを通らない。微咳、涎沫を吐し、腹裏拘急、脈沈微、ただ冷水を欲しがるだけで、瀕死の状態であったため、医師は皆治療を辞し去った。私は、胃気不和、津液流通不能<sup>④</sup>の証と診て、六君子湯加芍薬、五味子を少量ずつ冷服させると、薬汁が初めて納まりそのまま1日を無事に経過した。そこで米飲を冷啜〈せつ〉させると、10日ばかり絶食の後にもかかわらず食薬ともに進んで、前記の諸証が次第に去り危機を脱した。

① 脾胃(ひい)：胃腸。

② 痰(たん)：水飲、留飲。

③ 中気(ちゅうき)：中焦の気。消化力などを指す。

④ 津液流通不能：漢方では津液の分布異常(流通不能)が、病態を現す原因となる。あるいは逆に病気の結果起こると考えた。

## 立効散(りっこうさん)

矢数芳英

### 1 出典

#### ▶ 『蘭室秘蔵』口齒咽喉門

歯牙が痛んで、耐え難く、痛みは頭や項背にも及んで、冷たいものを飲むのは少しづらく、熱いものを飲むのはとてもつらい人を治療する。

### 2 構成

細辛 1.5～2、升麻 1.5～2、防風 2～3、甘草 1.5～2、竜胆 1～1.5

### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・ 歯痛：齲歯による歯牙の痛みや、歯髄炎による痛み、抜歯後の痛みにも効果があることが多い。
- ・ 口腔内の痛み：アフタ性口内炎などの口腔粘膜に起因する痛み、舌痛症、三叉神経痛、舌咽神経痛など。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：不定
- 4) 腹診

文献が少ない。

#### C 体力のしほり

弱 1 2 3 4 5 強

#### D 適応(Indication)

歯痛、抜歯後の疼痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

一口ずつ、口にしばらく含んでから内服するように服薬指導する。エキス製剤の場合は、お湯に溶かしてから内服させる。この際、ある程度冷ましてから口に含み、患部にひたすようにして少しずつ服用するように指導する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

立効散は歯痛んで忍び難く、微〈すこ〉し寒飲を悪〈にく〉み、大いに熱飲を悪み、三部の脈は、陰が盛んで陽が虚す、即ち五臓が盛んで、六腑の陽道の脈が微小にして、小便が滑数のものを治す。細辛 3分、甘草 5分、升麻 7分、防風 1匁、竜胆 3分、これを煎じ服す。しばらく痛むところに含めば、痛みはたちどころにやむ。

## 竜胆瀉肝湯 (りゅうたんしゃかんとう)

矢数芳英

### 1 出典

#### ▶ 『薛氏医案』(『女科撮要』)

竜胆瀉肝湯は、肝経の湿熱、陰部の腫痛、排尿困難、女性の陰部脱出などを治療する。

#### ▶ 『薛氏医案』(『外科枢要』)

加味竜胆瀉肝湯は、肝経の湿熱、あるいは陰囊の膿瘍、鼠径リンパ節の腫脹、下疳(性器の粘膜や皮膚に生じる潰瘍)、会陰の膿瘍、下腹部の熱感や疼痛、排尿困難がある人、あるいは女性ではバルトリン腺と大陰唇の痒痒がある人、男性では亀頭の腫脹や排膿がみられる人を治療する。

- ・森道伯による一貫堂処方(四物黄と連解毒湯を加減した)を出典としたエキス製剤もある。

### 2 構成

当帰 5, 地黄 5, 木通 5, 黄芩 3, 沢瀉 3, 車前子 3, 竜胆 1~1.5, 山梔子 1~1.5, 甘草 1~1.5

### 3 適応病態

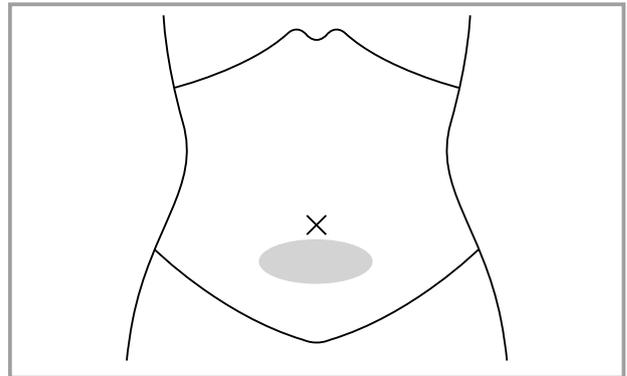
#### A 自覚症状(Symptom)

- ・頭痛, 耳鳴り, めまい感
- ・眼球結膜の充血: 結膜炎, 角膜炎, 強膜炎, プドウ膜炎など。
- ・怒りやすい, イライラする, 不眠。
- ・胸腹部の痛み: 肝胆疾患
- ・皮膚の発赤・痒痒感: 帯状疱疹や乾癬などの皮膚疾患。
- ・陰部の痒痒感・疼痛・腫脹, 尿の異常, おりものの異常: 陰部湿疹, 尿道炎, 骨盤内炎症性疾患(子宮内膜炎・卵管炎・付属器炎), 性感染症, バルトリン腺炎, 子宮内膜炎など。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診: 皮膚が浅黒いことがある。
- 2) 舌診: 舌質は紅色であることが多い。舌苔は黄膩苔のことがある。
- 3) 脈診: 弦数のことがある。

#### 4) 腹診



腹力 やや硬~充実(4/5~5/5)

腹証 △ 腹直筋外側辺縁の緊張・過敏帯出現

△ 圧痛(下腹部)

#### C 体力のしぼり

弱      強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以上で、下腹部に熱感や痛みがあるものの次の諸症: 排尿痛, 残尿感, 尿のにごり, こしけ(おりもの), 頻尿

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシー、肝機能障害、黄疸に注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤薬室方函口訣』

竜胆瀉肝湯は「肝経湿熱」というのが目標であるが、湿熱の治療には3つの区別がある。(中略)湿熱が下部に流注して下疳、毒淋、陰蝕瘡を生ずるものは竜胆瀉肝湯の主治である。

#### B 治験

##### ▶ 北尾春圃『提耳談』

50歳の男が、臍が出っ張り、小便をすると沫が立って尿壺一杯になる。(中略)患者は脈弱、左眼の眦に赤い血の1点があり、これは肝火である。その後他の医師が治療し、竜胆瀉肝湯を用いたところ30貼で治った。この医師はよく(竜胆)瀉肝湯の方意を知っていたのである。また本方は婦人の頭痛に妙効があり、婦人の諸疾で熱があり、他の治を施しても効のないものに用いるとよい。

# 苓甘姜味辛夏仁湯 (りょうかんきょうみしんげにんとう)

山田享弘

## 1 出典

### ▶『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

心下の水毒が去り、嘔気が止まった後に浮腫状になる人には、苓甘姜味辛夏仁湯に杏仁を入れて治療する。その証は麻黄が必要のようであるが、表が虚しているため、これを入れない。もし間違っていると、必ず手足が冷えてしまう。その理由は、その人が血虚しているからであり、麻黄を入れると、発汗して陽を発するために、さらに血虚が増強するからである。

## 2 構成

茯苓 1.6～4, 甘草 1.2～3, 半夏 2.4～5, 乾姜 1.2～3, 杏仁 2.4～4, 五味子 1.5～3, 細辛 1.2～3

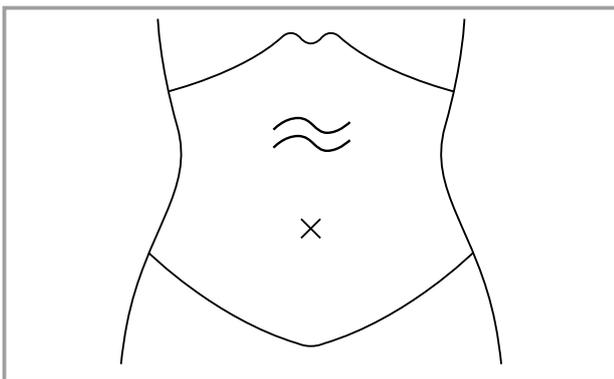
## 3 適応病態

### A 自覚症状 (Symptom)

- ・喘鳴、咳嗽、息切れなどの呼吸器症状：虚証で、小青竜湯などの麻黄剤が使用できない場合。
- ・浮腫
- ・冷え性

### B 他覚所見 (Sign)

- 1) 望診：顔面、手足が浮腫状のことがある。
- 2) 舌診：舌質に齒痕を認めることがある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：沈、小のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟 (①/5～2/5)

腹証 ◎ 振水音

### C 体力のしぼり

弱 1 2 3 4 5 強

### D 適応 (Indication)

体力中等度以下で胃腸が弱り、冷え症で痰が多いものの次の諸症：気管支炎、気管支喘息、動悸、息切れ、む

くみ

## 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

## 5 日本古典

### A 処方解説

#### ▶吉益東洞『類聚方』

苓桂五味甘草湯<sup>①</sup>は、心下悸、上衝、咳して急迫するものを治す。

苓甘五味姜辛湯<sup>②</sup>は、前方の証にして、上衝せず、痰飲満のものを治す。

苓甘姜味辛夏湯<sup>③</sup>は、前方の証にして、嘔するものを治す。

苓甘姜味辛夏仁湯<sup>④</sup>は、前方の証にして、微浮腫するものを治す。

苓甘姜味辛夏仁黄湯<sup>⑤</sup>は、前方の証にして、腹中微結するものを治す(参考)。

#### ▶浅田宗伯『雑病弁要』

飲が四肢に流れ、汗が出でず、身体が疼重するものを溢飲<sup>⑥</sup>という。病勢が緊であれば小青竜湯が主(つかさど)り、慢であれば小青竜湯がこれを主る。小青竜湯をのんだのち、唾が多く出て口がかわき、脈が沈微となり、手足が厥逆<sup>⑦</sup>して麻痺し、気が胸や咽に上衝し、酒に酔ったように顔面に熱があり、小便難で時に意識が昏迷するものは、苓桂味甘湯<sup>⑧</sup>が主る。衝気がやんで咳し胸満するものは、苓甘味姜辛湯が主る。腫れるようならば苓甘姜味辛夏仁湯が主る。胃熱が上衝し、顔が酔っているようであれば、苓甘姜味辛夏仁黄湯が主る。これを四道の別という。

### B 治験

#### ▶吉益南涯『成蹟録』

20 余歳の男が、数日咳嗽して時に咯血し、脇下結硬、臍傍に動悸がある。先生が黄土湯<sup>⑨</sup>を与えると 4～5 日で血は止まったが咳がやまない。そこで小柴胡湯を与えると諸患は癒えた。その後再び咳を発したので、苓甘姜味辛夏仁湯を与えるとまったく常に復した。

- ① 苓桂五味甘草湯(りょうけいごみかんぞうとう)：茯苓、桂枝、五味子、甘草の 4 味(金匱)。
- ② 苓甘五味姜辛湯(りょうかんごみきょうしんとう)：前方去桂枝、加乾姜、細辛の 5 味(金匱)。
- ③ 苓甘姜味辛夏湯(りょうかんきょうみしんげとう)：前方

加半夏の6味。桂苓五味甘草去桂加乾姜細辛半夏湯(金匱)。

- ④ 苓甘姜味辛夏仁湯(りょうかんきょうみしんげにんとう)：前方加杏仁の7味。苓甘五味加姜辛半夏杏仁湯(金匱)。  
 ⑤ 苓甘姜味辛夏仁黃湯(りょうかんきょうみしんげにんおうとう)：前方加大黃(金匱)。  
 ⑥ 溢飲(いついん)：金匱に挙げている病名。身体痛み、四肢に浮腫があり、汗は出ない。

- ⑦ 厥逆(けつぎやく)：他意的に四肢末端より冷却するが自覚しないものを厥冷といい、厥冷のはなはだしい、すなわち冷が腕肘、脛膝に及ぶものを厥逆という。現在のショック症状の一つである。  
 ⑧ 苓桂味甘湯(りょうけいみかんとう)：桂苓五味甘草湯(金匱)のこと。それは茯苓、桂枝、甘草、五味子の4味。  
 ⑨ 黄土湯(おうどとう)：阿膠、黃芩、黄土、甘草、白朮、附子、地黃の7味(金匱)。

## 苓姜朮甘湯(りょうきょうじゅつかんとう)

山田享弘

### 1 出典

#### ▶ 『金匱要略』五臟風寒積聚病篇

身体が疲れると、汗が多く出て、衣服の裏は汗で湿って冷える。これが長く続くと腎著という病気になる。腎著の病とは、身体が重く腰に五千錢の重いものをつけているようである。これに加えて腰から下が冷えて痛み、水の中に座っているようである。浮腫のある状態であるのに、咽は渴かない。小便は自利する。飲食は平素通りである。これは苓姜朮甘湯で治療する。

### 2 構成

茯苓 4～6、乾姜 3～4、白朮 2～3(蒼朮も可)、甘草 2

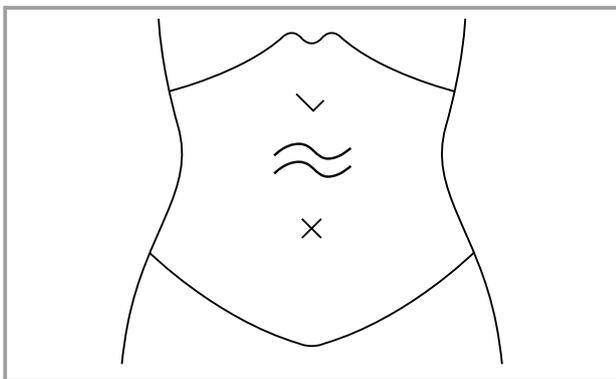
### 3 適応病態

#### A 自覚症状(Symptom)

- ・腰から下が冷えて痛む。腰が重く感じる。尿量が増加する。

#### B 他覚所見(Sign)

- 1) 望診：不定
- 2) 舌診：不定
- 3) 脈診：沈で遅、細あるいは微のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 △ 腹部動悸(心下悸)

△ 振水音

#### C 体力のしぼり

弱  1  2  3  4  5  強

#### D 適応(Indication)

体力中等度以下で、腰から下肢に冷えと痛みがあつて、尿量が多いものの次の諸症：腰痛、腰の冷え、夜尿症、神経痛

### 4 使用上の留意点

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

### 5 日本古典

#### A 処方解説

##### ▶ 吉益東洞『方機』

苓姜朮甘湯は、身体が重く腰が冷え、小便自利<sup>①</sup>するものによい。

##### ▶ 稲葉文礼『腹証奇覽』

苓姜朮甘湯は、臍下悸があつて身体が重く、腰が水中に坐つたように冷える場合に用いる。その他の諸患があつても、臍下の悸があるときは苓姜朮甘湯を用いるとよい。

##### ▶ 和久田叔虎『腹証奇覽翼』

苓姜朮甘湯と真武湯とは表裏の薬である。苓姜朮甘湯は腰の冷気を抜いて、腰冷重痛の証を主とし、真武湯は臍下の冷気を抜くので、腰の異常はない。これがその区別である。腹状はいずれも微満して、按じても力なく感ずるのである。

##### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

甘姜苓朮湯(苓姜朮甘湯)は、一名を腎着(著)湯ともいって、下部腰間の水気に用いると効がある。婦人で常々腰冷、帯下などのあるものには、紅花を加えて与えるとさらによい。

**B 治験**

▶ 中神琴溪『生々堂医譚』

ある妻女が、労症として多くの医師が治療したが治らず、私の治を求めた。詳しく病歴を問うと、「数年の間常に腰が水を灌ぐように冷え、その後次第に気鬱して現

在のようになった」という。そこで苓姜朮甘湯を与えると、3貼で効果があり、1か月で全治した。

① 小便自利：小便が多く出ること。

**苓桂朮甘湯**(りょうけいじゅつかんとう)

山田享弘

**1 出典**

▶ 『傷寒論』太陽病中篇

急性熱性疾患で、吐かせたり下したりした後、腹内に充実した毒がない状態で、下方より心下に気と水毒が上衝し、気が胸を衝いて、起きれば眩暈がする。この場合、脈が沈緊であり、発汗させれば身体が揺れる人は、苓桂朮甘湯で治療する。

▶ 『金匱要略』痰飲咳嗽病篇

心下に水毒があり、肋骨弓下部が膨満し、眩暈がする人は、苓桂朮甘湯で治療する。

**2 構成**

茯苓 4～6、白朮 2～4(蒼朮も可)、桂皮 3～4、甘草 2～3

**3 適応病態**

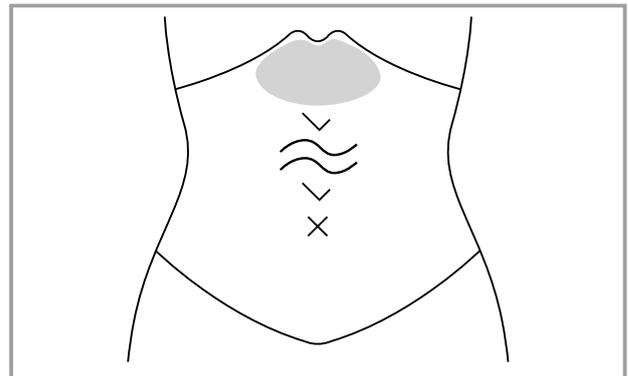
**A 自覚症状(Symptom)**

- ・眩暈, 立ちくらみ, 身体動揺感
- ・息切れ, 心悸亢進
- ・頭痛
- ・上衝
- ・尿量減少

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：顔面の紅潮がみられることがある。
- 2) 舌診：舌質に齒痕のみられることがある。舌苔は不定。
- 3) 脈診：沈, 緊。

4) 腹診



腹力 軟～やや軟(1/5～2/5)

腹証 ○ 振水音

○ 腹部動悸

△ 腹満(心下部)

△ 心下痞

**C 体力のしぼり**

弱      強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で、めまい、ふらつきがあり、時にのぼせや動悸があるものの次の諸症：立ちくらみ、めまい、頭痛、耳鳴り、動悸、息切れ、神経症、神経過敏

**4 使用上の留意点**

重大な副作用として、偽アルドステロン症、ミオパシーに注意する。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

▶ 吉益東洞『方極』

苓桂朮甘湯は、心下悸、上衝があり、起きあがると頭眩し、小水不利のものを治す。

▶ 目黒道琢『餐英館療治雑話』

桂苓朮甘湯(苓桂朮甘湯)は、痲症<sup>①</sup>で腹内の動悸が強く、少(小)腹から気が上って胸に衝き上がり、呼吸短息、

四支(肢)拘急などする証に有効である。また心下逆満し、起き上がると頭眩し、動悸のあるのを目標とするのであるが、顔色は鮮明であるが表のしまりがわるく、第一、脈が沈緊のものでなければ効果がないという。これは和田家の秘訣である。

#### ▶ 尾台榕堂『類聚方広義』

苓桂朮甘草湯は、水飲のある人が目に雲翳(うんえい)<sup>②</sup>を生じ、昏暗疼痛、上衝頭眩、臉が腫れて涕(眵)涙<sup>③</sup>が多いものを治す。車前子を加えると奇効がある。心胸動悸、胸脇支満、心下逆満などの症を目的とする。応鐘散<sup>④</sup>を兼用し、ときに紫円、十棗湯<sup>⑤</sup>などで攻める。雀目症<sup>⑥</sup>にも有効である。

#### ▶ 浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』

茯苓桂枝朮甘草湯(苓桂朮甘草湯)は、支飲を去るのを目的とする。気が咽喉に上衝するのも、目眩するのも、手足が振掉するのも、みな水飲が原因である。「起てば則ち頭眩」というのが原則であるが、臥していて眩暈するものであっても、心下逆満さえあれば用いてよい。それで治らないものは沢瀉湯<sup>⑦</sup>である。この処方、たとえ始終眩がなくても、冒眩というもので顔がひっばるなどの症候がある。また苓桂朮甘草湯は動悸を的候とするので、柴胡姜桂湯(柴胡桂枝乾姜湯)と鑑別が紛れやすいが、この処方顔色が鮮明で表のしまりがあり、第一、脈が沈緊でなければ効果がない。またこの処方に没食子を加えて喘息を治す。また水気からくる痿躄<sup>⑧</sup>に効果があり、この症も足がふるえたり腰がぬけようとしたりして、劇しい場合には横臥していると脊骨の辺がびくびくと動き、あるいは全身にわたって脈がひくひくとして、耳鳴、逆上の候を呈するものである。何病であっても、『傷寒論』でいう「久しくして痿をなす」の証があれば、この処方が百発百中である。

#### ② 治験

##### ▶ 吉益東洞『建殊録』

ある女性が、痿癱(躄)を患っているいろいろと治療をうけ

たが効果がなかった。先生が診ると、体内が嘯動し、上気が殊に甚だしい。苓桂朮甘草湯を与えると、しばらくして24回の排尿の後、忽然として起居が可能となった。

##### ▶ 吉益南涯『成蹟録』

ある婦人が、鬱冒、上逆、ものに驚きやすく、人の足音がするとびっくりして胸がどきどきする。そのため人に会うのを嫌がって、独りで奥の間に閉じこもってしまう。家が裕福であったので、家中に毛氈を敷きつめて足音を避けた。治療をつくしたが寸効もなく、ただ床に就いたまま数年を経過、先生の治を請うた。先生が苓桂朮甘草湯を投与すると、次第に快方にむかって長年の病は治った。

##### ▶ 浅田宗伯『橘窓書影』

25～26歳の女性が、産後に頭眩が甚だしく、起き上がることができず、劇しいときは船中に坐ったように身体が揺れ、他の人に身体を圧させ目を閉じて耐えるが、足心、手掌に粘汗を発し衣服を汚す。しかし、睡眠、食欲は普段と変わらず、脈も平常に近い。このような病状で一年余を経過し、衆医の治療を受けたが効果がない。私が苓桂朮甘草湯合四物湯を与え、症状の劇しいときには妙香散<sup>⑨</sup>を含ませようとしたところ、徐々に病勢は衰え、産後3年で全治した。

① 癩症(かんしょう)：今日の神経症などを指す。

② 雲翳(うんえい)：不透明な膜。

③ 涕涙(しるい)：眵(めやに)と涙。

④ 応鐘散(おうしょうさん)：大黄、川芎の2味(吉益東洞)。

⑤ 十棗湯(じゅうそうとう)：芫花、甘遂、大戟、大棗の4味(傷寒)。

⑥ 雀目症(じゃくもくしょう)：夜盲症、とり目。

⑦ 沢瀉湯(たくしゃとう)：沢瀉、白朮の2味(金匱)。

⑧ 痿躄(いへき)：下肢の運動麻痺。

⑨ 妙香散(みょうこうさん)：黄耆、茯苓、茯神、薯蕷、遠志、人參、桔梗、甘草、辰砂、麝香、木香の11味(和剤局方)。

## 六味丸(ろくみがん)

新谷卓弘

### 1 出典

#### ▶ 『小兒藥証直訣』諸方門

地黄丸は、腎が弱く、失声し、大泉門の閉鎖が遅れ、精神が不明瞭で、眼中の白眼部が多く、顔が青白いなどの症状を治療する。

### 2 構成

地黄 5～6、4～8、山茱萸 3、3～4、山藥 3、3～4、沢瀉 3、3、茯苓 3、3、牡丹皮 3、3

(左側の数字は湯、右側は散)

### 3 適応病態

小児にかぎらず成人にも応用できる。八味地黄丸と比

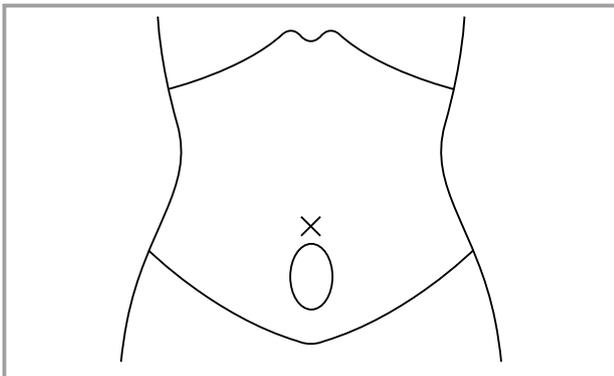
べると、温熱作用のある桂枝と附子が配剤されていないため足腰の冷えは軽度であるが、乾燥症状が強い。

**A 自覚症状(Symptom)**

- ・易疲労，倦怠感
- ・しびれ：特に下半身。
- ・尿量減少，多尿，夜間尿，遺尿，残尿感
- ・陰萎，遺精
- ・腰痛
- ・口の乾き
- ・手足のほてり：冷えはあったとしても軽い。

**B 他覚所見(Sign)**

- 1) 望診：顔色や口唇は青白く，皮膚は赤みが少なく，乾燥肌のことが多い。
- 2) 舌診：舌質は紅ないしは暗紅色で，舌苔は乾燥し無苔か微白苔のことが多い。
- 3) 脈診：沈数あるいは細数のことが多い。
- 4) 腹診



腹力 軟～中等度(1/5～3/5)  
 腹証 ◎ 小腹不仁

**C 体力のしぼり**

弱 1 2 3 4 5 強

**D 適応(Indication)**

体力中等度以下で，疲れやすくて尿量減少または多尿で，時に手足のほてり，口渴があるものの次の諸症：排尿困難，残尿感，頻尿，むくみ，痒み，夜尿症，しびれ

**4 使用上の留意点**

地黄を含有するため服用後に心窩部のもたれ感などを

伴いやすい。その場合，地黄を含まない他の補剤に転方するか，六君子湯などを併用しながら経過をみるとよい。

**5 日本古典**

**A 処方解説**

▶ 曲直瀬道三『衆方規矩』

六味地黄丸は，腎經の虚損で身体が瘦せて憔悴し，盗汗があって発熱するもの，また腎虚して渴し，小便淋秘，気が壅(ふさ)がり痰が多く，頭目眩暈して眼に花が散り，耳が鳴って聴こえず，舌や歯が痛み，腰腿が痿(な)えるものを治し，血虚の発熱を去る神方である。八味丸から附子，肉桂を去ったものである。

▶ 香月牛山『牛山活套』

遺精が長期間にわたってやまないものは虚腎に属し，これに六味丸を用いると神効がある。また，腎の陽気が衰弱して遺精するものには八味丸を与えると神効がある。

▶ 福井楓亭『方読弁解』

六味丸料は小児が虚劣，肌枯して潤いがなく，羸瘦して頭ばかり大きく，歩行できないというものに用いる。また，上竄<sup>①</sup>して緒薬の効がないものに，六味丸加桂枝，鹿茸がたいへんよく効く。

**B 治験**

▶ 浅田宗伯『橋窓書影』

9歳の小児が，生質薄弱で四肢の骨筋がふしくれだち，疼痛して屈伸できず，胸肋の骨もまた高く現れてときどき胸痛し，身体枯瘦して生長できない。小児科医数人が治療したが験なく，私が六味丸料加知母，黄柏，鹿角を与え，黄芩<sup>②</sup>を兼用したところ，服すること数旬で胸痛が去り，骨筋も次第に正常となった。

① 上竄(じょうざん)：眼球上転。

② 黄芩(おうえん)：黄芩，大黄，胡黄连，梔子，柴胡，青黛，甘草，香附子の8味(金匱)。



第 6 章

汉方药学

# A 漢方薬剤

吉川雅之

## 1 漢方薬を構成する生薬

生薬は、動植物や鉱物などの天然物のなかから、人類の長い使用経験によって取捨選択され、さらに薬用とする部位の選択、保存法や加工調製法などが工夫されて今日まで伝えられている。天然物に由来することから、天然薬物や天然医薬品(natural medicines)と呼ばれ、また、伝承薬効を有して伝統医学で用いられることから伝承薬物や伝統医薬品(traditional medicines)などといわれる。日本薬局方では、「生薬は、動植物の薬用とする部分、細胞内容物、分泌物、抽出物または鉱物など」と定義されている。

### A 生薬の分類と特徴

世界各地にはおびただしい数の生薬が存在することから、それらを理解して利用するうえで分類、整理することが必要となる。表1に示す生薬の分類法のほかに、

五十音順や漢字の画数によって分類されている場合がある。

生薬には、数多くの成分が含有されているため、それぞれの成分の活性が合わさり、また、成分間の相互作用などによって多様な薬効を示すことが知られている。単一な化合物の限定された薬効を示す合成医薬品とは顕著に異なっている。また、同じ名称の生薬であっても基原植物が異なる場合や基原植物が同じであっても産地など気候、風土、生育環境や採取時期、加工調整法などの違いによって薬効や品質が異なり、多種類の市場品が存在する。

### B 生薬の生産と流通

日本では、漢方医学が中国伝来の医学を基盤として発展してきたことから、治療に用いる生薬の多くを中国などからの輸入に頼ってきた。江戸時代中期になると幕府が薬草の栽培と薬草園の設置を推奨し、オタネニンジンなどの薬用植物の栽培化や竹節人参などの代用薬の開発が進められてきた。今日の日本では、高度な栽培技術は

表1 生薬の分類

分類根拠	種類	生薬例
①伝統医学(地域)	漢薬(中国伝統医学) 和薬(日本民間薬) アーユル・ヴェエダ生薬(インド伝統医学) 西洋生薬(欧米の伝承薬物) その他、ユナニー生薬(イスラム医学)、ジャムウ生薬(インドネシア伝統医学)など	甘草, 大黃 オトギリソウ, センブリ インドジャボク, ギムネマ ゲンチアナ, ペラドンナコン
②自然科学的分類(植物分類学)	植物生薬→→→セリ科生薬 動物生薬 鉱物生薬	柴胡, 当帰 牛黄, 麝香 石膏, 竜骨
③薬用部位	葉類生薬 果実類生薬 種子類生薬 その他, 皮類生薬, 根茎類生薬, 根類生薬, 全草類生薬など	甘茶, センナ 大棗, 連翹 車前子, 桃仁
④含有成分	サポニン生薬 アルカロイド生薬 タンニン生薬 その他, アントラキノン類生薬, 精油生薬, 苦味生薬など	桔梗根, 人参 黄連, 黄柏 阿仙薬, ゲンノショウコ
⑤用途, 薬効	強心生薬 健胃生薬 その他, 瀉下生薬, 止瀉生薬, 強壮生薬, 駆虫生薬など 解表薬 清熱薬 その他, 温裏薬, 平肝薬, 補益薬など	ジギタリス, 蟾酥 茴香, 竜胆  桂皮, 麻黄 山梔子, 石膏

継承されていても人件費などの経費の高騰によって採算がとれなくなっている。そのため、国内産生薬は極めて少なく、当帰、川芎をはじめ、芍薬、陳皮、厚朴、柴胡などが一部生産されているにすぎず、中国、韓国、インド、インドネシアをはじめ、アフリカ、ヨーロッパ、北米、南米諸国など世界各地から輸入されている。しかし、中国や韓国などの生薬生産国においても近代化に伴う自然破壊や栽培技術者の減少、経費の急騰などによって安定した生産が困難となっている。また、1973年にワシントン条約(絶滅のおそれのある野生動植物の種の国際取引に関する条約)が採択され、麝香や犀角などの野生動物由来の生薬をはじめとする多数の漢方要薬の輸入が禁止された。さらに、2010年には生物多様性条約第10回締約国会議において、先進国と途上国との間で遺伝資源の持ち出しと利用、利益配分などについての名古屋議定書が採択されるなど、生薬資源の保全を考慮した利用が今後の課題となっている。

今日の主な生薬の輸入量と国内生産量を表2に示すが、輸入量の多いものとして、生姜、薏苡仁、番椒、鬱金、甘草などがあり、薬用のほかに香辛料や甘味料などの食用および香粧品原料として用いられている。一般に生薬は、生薬問屋が外国から輸入、または国内の野生品の採薬者や栽培品の生産農家から集めた後に製薬会社に納品されるほか、生薬小分け会社を経て薬局や病院にわたる場合が多い。製薬会社が栽培指導などして国内外の生薬生産地から直接入手し、その一部が生薬問屋や小分け会社を経て市場に流通する場合もある。

### C 生薬の製造加工

生薬の利用において初期には薬用動植物の新鮮材料がそのまま用いられていたが、医療の発達に伴い非薬用部分の除去や保管のための乾燥などの加工処理が行われて、品質規格の一定した医薬品である生薬が製造される。『日本薬局方』には、「生薬は別に規定するもののほか、乾燥品を用いる」と規定されている。乾燥は通常60℃以下で風乾が行われる。生薬は通常全形、切断または粉末の形で冷暗所に保管される。『日本薬局方』には「生薬に用いる容器は別に定めるもののほか、密閉容器とする」と規定されており、揮発性成分を含むケイヒ末などは気密容器、光に不安定な成分を含む紅花などは遮光した密閉容器、光や湿度に不安定な成分を含むジギタリスなどは遮光した気密容器に保存する。害虫や微生物の防除には、二酸化炭素、クロロホルム、四塩化炭素などが用いられ、倉庫などで大量の生薬を処理するには、硫黄、臭化メチル、エチレンオキシドなどで燻蒸する。『日本薬局方』には、害虫を防ぐため、適当な燻蒸剤を加えて保

表2 主な生薬の輸入量と国内生産量

生薬名	輸入数量(Kg)	国内生産量(Kg)
生姜	23,804,000	3,000
薏苡仁	6,971,000	50,000
番椒	4,000,000	
鬱金	3,727,000	10,000
甘草	2,016,000	
桂皮	1,259,000	
決明子	1,200,000	3,000
紅花	1,053,000	2,000
人參	621,000	8,000
大棗	550,000	
麻黄	523,000	
芍薬	400,000	80,000
黄芩	400,000	
黄柏	350,000	35,000
陳皮	250,000	70,000
茯苓	300,000	1,000
地黄	250,000	2,000
山梔子	250,000	1,000
半夏	250,000	
蒼朮	230,000	
丁子	220,000	
当帰	200,000	100,000
柴胡	200,000	40,000
大黄	170,000	35,000
沢瀉	200,000	
牡丹皮	130,000	1,000
白朮	130,000	300
川芎		120,000
黄耆	100,000	12,000
桔梗	110,000	1,000
桃仁	110,000	
山薬	100,000	3,000
杏仁	90,000	
蘇葉	70,000	5,000
厚朴	10,000	60,000
麦門冬	60,000	
防己	20,000	40,000
薄荷	50,000	2,000
黄連	35,000	2,000
附子	18,000	

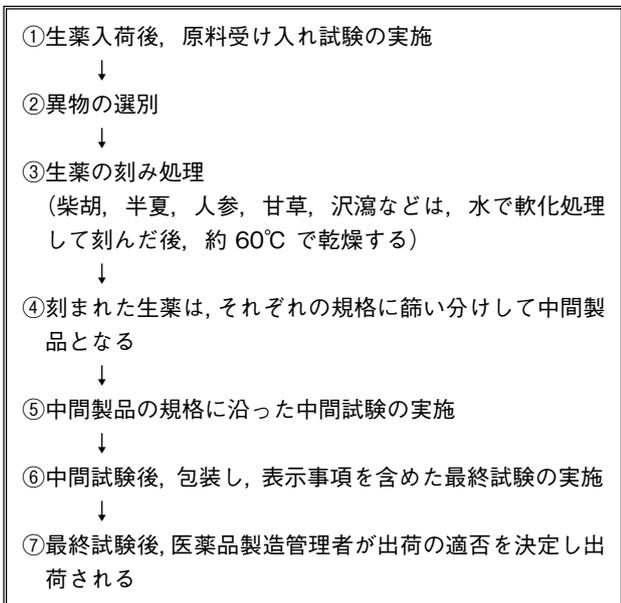
(生薬生産動態調査表 生薬連合会)

存することができる」と記載されている。ただし、燻蒸剤は常温で揮散しやすく、その生薬の投与量において無害でなければならない。

一方、医療上の必要性から修治と称する二次的な生薬の加工も行われている(中国では炮製、炮灸、修事などといわれる)。修治の目的は、i)毒性や刺激性などの副作用の軽減、ii)生薬の伝統医学的な性質(薬味、薬性、

薬能)の改変, iii)薬効の増強, iv)保管貯蔵における変質や虫害の防止, v)矯味, 矯臭 および賦色, vi)非薬用部分の除去と粉碎性の向上, などと考えられている. 具体的な加工方法として流水に晒す, 薬液に浸す, 焼く, 蒸す, 煮る, 発酵させる, さらに補料といわれる生薬を加える場合などいろいろな手法が用いられる. 今日, 日本薬局方には炮附子(加工ブシ末), 乾姜, 紅参, 甘茶などの修治生薬が収載されているほか, 熟地黄や灸甘草などの修治生薬も一部の専門病院で用いられている.

生薬は, 野生品および栽培品ともに生薬問屋の倉庫に入荷するまでは農産物として扱われるが, それ以後は医薬品に該当することになる. 医薬品となった生薬は, その製造および品質に関する基準(GMP)に沿って取り扱われ, 次の行程を経て製造される.



生薬は, 行政上では薬価基準に収載され医師の監督下で使用される医療用生薬と, 日本民間薬など一般消費者が利用する一般用生薬および企業が生薬製剤の製造用に用いる生薬に大別される.

- i) 医療用生薬: 医師または歯科医師が自ら使用し, またはその指導監督下で使用され, 健康保険が適用される生薬(薬価基準収載品)を指す. 2004年8月の時点で241品目あり, 漢方処方調剤に用いると表記される.
- ii) 一般用生薬: 一般の消費者が薬局や薬店などから購入し, 自らの判断で使用する生薬を指す. これらの生薬は, 効能・効果, 用法・用量が記載され, 局方生薬のなかではウワウルシなど28種が該当する.
- iii) 製造専用の生薬: 医薬品の製造原料や薬局漢方製剤212処方に使用される生薬を指す. 製造専用と表示され, 漢方製剤原料として用いるなどの記載がある.

## D 生薬の鑑別と品質評価

天然物である生薬は, 類似物が多く, 高貴薬といわれる生薬には偽物もしばしば認められる. また, 基原となる動植物が同じであっても, 産地, 生育(栽培)条件, 採取時期, 加工法, 貯蔵法などの違いによって有効成分の含有量が異なることがある. さらに, 日本では中国や韓国などの外国から輸入される生薬を用いることが多いが, 基原, 名称, 生産(加工)方法や品質管理, 規格基準などが日本と異なる場合があり, 日本薬局方の規定に適合しないものが混入するおそれがある. 表3に日本と中国における基原植物や薬用部位などが異なっている生薬の例を示した. このように中国伝統医学で使用される生薬には, 日本薬局方で規定している基原植物と異なる場合や, 近縁植物が含まれている場合および薬用部位や加工調製法(修治)などが異なる場合がある.

このほか, 日本と中国で漢方名称が異なる場合がある. 例えば, *Curcuma longa*(日本名 アキウコン)の根茎を, 日本では鬱金(ウコン)と呼ぶが, 中国では姜黄と称する. 一方, 中国では郁金(ウコン)として *C. longa* のほかに *C. phaeocaulis*, *C. kwangsiensis*, *C. wenyujin* の塊根が用いられる. また, 生姜は日本ではショウガ乾燥根茎を指すが, 中国では新鮮根茎を意味する. 一方, 乾姜は日本ではショウガ根茎を湯通し, または蒸した後に乾燥したものであるが, 中国ではショウガ乾燥根茎, すなわち日本の生姜を指しているなど注意が必要である. そこで, 生薬を原料植物の形態, 成分比較, 遺伝子解析などの確実な手段によって鑑別, 同定し, その基原や品質を日本薬局方などの規定に照し合わせて確認した後に医療の場に提供することが求められる.

日本薬局方(The Japanese Pharmacopoeia)は, 明治19(1886)年6月に公布された初版以来, 医薬品の開発や試験技術の向上に伴って改訂が重ねられ, 平成23年3月に第16改正日本薬局方が公示されている. 直接医療に供したり, 医療原料に供する生薬もその基準が生薬総則と生薬試験法により示されている. 一般に実施される生薬の品質評価には次のものがある.

表 3 日本と中国における基原が異なる生薬例

当帰	日本 中国	トウキ ( <i>Angelica aculiloba</i> ) または ホッカイトウキ ( <i>A. aculiloba</i> var. <i>sugiyamae</i> ) の根 (通例, 湯通ししたもの) 当帰 ( <i>A. sinensis</i> ) の根
川芎	日本 中国	センキュウ ( <i>Cnidium officinale</i> ) の根茎 (通常, 湯通ししたもの) 川芎 ( <i>Ligusticum chuanxiong</i> ) の根茎
防己	日本 中国	オオツラフジ ( <i>Sinomenium acutum</i> ) のつる性の茎および根茎 (中国では清風藤の名で用いられる) 粉防己 ( <i>Stephania tetrandra</i> ) の根 (日本では漢防己と呼ぶ) 広防己 ( <i>Aristolochia fangchi</i> ), 木防己 ( <i>Cocculus trilobus</i> ), 異葉馬兜鈴 ( <i>Aristolochia heterophylla</i> )
木通	日本 中国	アケビ ( <i>Akebia quinata</i> ) または ミツバアケビ ( <i>A. trifoliata</i> ) のつる性の茎 木通 ( <i>A. quinata</i> ), 三葉木通 ( <i>A. trifoliata</i> ), 白木通 ( <i>A. trifoliata</i> var. <i>australis</i> ) のつる性の茎
川木通	中国	小木通 ( <i>Clematis armandi</i> ), 綉球藤 ( <i>C. montana</i> ) のつる性の茎 准通 ( <i>Aristolochia moupinensis</i> ), 関木通 ( <i>Aristolochia manshuriensis</i> )
山椒	日本	サンショウ ( <i>Zanthoxylum piperitum</i> ) の成熟果皮
花椒	中国	花椒 ( <i>Z. bungeanum</i> ), 青椒 ( <i>Z. schinifolium</i> ) の果皮
莪朮	日本	ガジュツ ( <i>Curcuma zedoaria</i> ) の根茎 (通例, 湯通ししたもの)
莪朮	中国	蓬莪朮 ( <i>C. phaeocaulis</i> ), 广西莪朮 ( <i>C. kwangsiensis</i> ), 温郁金 ( <i>C. wenyujin</i> ) の根茎
柴胡	日本 中国	ミシマサイコ ( <i>Bupleurum falcatum</i> ) の根 柴胡 ( <i>B. chinense</i> ) (北柴胡), 狭葉柴胡 ( <i>B. scorzonerifolium</i> ) (南柴胡) の根 長白柴胡 ( <i>B. komarovianum</i> ), 興安柴胡 ( <i>B. sibiricum</i> ), 長莖柴胡 ( <i>B. longicaule</i> ), 竹葉柴胡 ( <i>B. marginatum</i> ) の根, 滇柴胡 ( <i>B. marginatum</i> ) の全草, 小柴胡 ( <i>B. tenue</i> ), 金黃柴胡 ( <i>B. aureum</i> ), 多脈柴胡 ( <i>B. multinerve</i> )
甘草	日本 中国	<i>Glycyrrhiza uralensis</i> または <i>G. glabra</i> の根およびストロン 甘草 ( <i>G. uralensis</i> ), 光果甘草 ( <i>G. glabra</i> ), 脹果甘草 ( <i>G. inflata</i> ) の根および根茎
茵陳蒿	日本	カワラヨモギ ( <i>Artemisia capillaris</i> ) の頭花
茵陳	中国	茵陳蒿 ( <i>A. capillaris</i> ), 濱蒿 ( <i>A. scoparia</i> ) の地上部 (幼苗: 綿茵陳)

## i) 生薬の基原

1 植物種に限定されているものもあれば, 複数の同属植物が認められている場合もある (古文献, 生産・流通の現状, 植物分類, 形態, 成分分析, 遺伝子解析などによる基原種の確認).

## ii) 生薬の試験例

- a) 性状・形態試験 (外観, 官能試験, 鏡検, 植物形態学試験)
- b) 確認試験
- c) 純度試験 (残留農薬, 重金属, ヒ素の規定)
- d) 灰分試験
- e) 乾燥減量試験
- f) 酸不溶性灰分試験
- g) 成分含量, エキス含量, 精油定量試験 (特定の成分や希エタノール抽出エキス含量, 精油含量の基準値の規定)

個々の生薬や漢方方剤の性状, 確認試験, 純度試験などについては日本薬局方の医薬品各条で規定されている。生薬の鑑別, 同定には, 形態学的手法と成分による理化学的手法が用いられる。形態学的手法は外部形態を肉眼やルーペで観察し, それぞれの生薬の特徴を五感から同定するもので, 主として全形生薬に適用する。切断生薬や粉末生薬では, 生薬の内部構造や組織, 細胞内含有物を顕微鏡で観察する。類似した生薬が混入している場合や偽物が混入された場合などの鑑別に内部形態による方法は適している。

成分による手法には, 個々の生薬の確認試験法を適用する。アルカロイド, フラボノイド, フェノール性物質, トリテルペンやステロイド, サポニンなどの化合物群や官能基に共通する呈色反応および特定の化合物のみに特異的な呈色または沈殿, 性状の変化を利用した試験がある。

生薬の品質評価に関しては, 個々の生薬の純度試験での非薬用部位をはじめ, 異物, 残留農薬, 重金属, ヒ素などの混入検査, 乾燥減量, 灰分, エキス含量の測定および, 特定成分の高速液体クロマトグラフィーやガスクロマトグラフィーでの定量が規定されている。

## 2 漢方製剤の特徴

従来, 漢方薬は主として煎じ薬として治療に用いられたことから, 刻み生薬の混合物の形態で投薬されてきた。一方, 家庭薬や家伝薬, 置き薬 (配置薬) の場合は, 丸剤や散剤 (粉末薬) が中心であった。昭和 32 (1957) 年に, 薬局用に漢方エキス製剤が開発され, その利便性から広く利用されるようになった。昭和 42 (1967) 年には, 漢方エキス製剤に保険が適用されることになり, 今日では 148 処方医療用漢方エキス製剤として薬価収載されている。しかし, 漢方薬は, 天然物由来の生薬の混合物という性質や漢方独特の診断, 治療手法で用いられること

などから、有効成分とその本質について不明な点が多くあり、合成医薬品のような有効成分を中心とした品質管理や有効性の臨床的証明が困難な場合も認められた。そこで、原料生薬の品質確保や湯液との同等性の証明、エキス製造工程などの基準が設定されるとともに、さらに、有効性、安全性および品質評価について説明が進められている。

### A 漢方薬と西洋薬や民間薬との相違 ……

漢方は、中国から伝来し日本で独自の発展を遂げた日本伝統医学であり、その特徴の一つに‘心身一如’という言葉で表される全人的治療が行われる点にある。すなわち、漢方治療では、精神的な面も含めた個人の体質や病態などをこれまでの経験をもとに主観的に判断し、治療に適した漢方薬が選択され、体全体の調和と恒常性の維持を目指す総合的な医療が行われる。漢方薬は、複数の生薬の組み合わせによって構成されていることから、多種多様な化合物が混在し、それらの相互作用によって薬効を発現すると考えられている。

一方、西洋医学では、各種検査による分析結果に基づいて疾患部位や病因を客観的に判断して病名が決定されるなど、理論的で再現性のある科学的な診断が行われる。そして、作用点や作用機作の確認された単一化合物が疾患臓器に普遍的に用いられて治療が行われる。一方、漢方では西洋医学的に同じ病気と診断された場合でも患者によって異なる治療が行われ(同病異治)、また、西洋医学的な診断で異なる疾患と判断された場合(病名が異なる)でも、漢方では同じ処方と適用されることがある(異病同治)。また、漢方では本格的な病気になっていない状態を未病という症状でとらえて、発病する前に早めに治療するといった予防医学的な治療を重視している。そこには、医食同源や薬食同源といわれるような食物性要素の多い生薬を日々の食生活に取り入れて病気を予防するといった考え方も含まれる。

民間薬は、漢方やアーユル・ヴェーダなどで用いられる生薬とは異なり、理論的で体系的に組み立てられた伝統医学的背景のない生薬を指している。世界各地に存在し、経験的な薬効をもとに対症療法的に使用されている。一般的に民間薬は1種類の生薬(単味)で使用され、漢方薬のような処方を構成しておらず、用法や用量も明確ではない。日本にも『古事記』や『日本書紀』をはじめ、『風土記』や『延喜式』などの記載から固有の薬物や加持、祈禱も含めた独自の医療システムが存在していたと考えられる。たとえば、『古事記』の出雲神話「因幡の白兔」の伝説から、当時ガマの蒲が止血、傷薬として使用されていたことがうかがえる。しかし、中国をはじめとする外

来の医薬学の発展の蔭で、これらの日本固有の薬物や医療システムは、民間療法として細々と継承されてきた。今日の日本において民間療法で用いられる生薬を日本民間薬と呼んでいる。代表的な日本民間薬を表4に示した。これらは、単味で用いられることが多いが、竹節人参や浜防風などは、漢薬の人参や防風の代用品として見いだされたもので処方に配剤されている。また、桜皮や川骨などのように、日本で創製された漢方処方の構成生薬となっているものもある。

### B 漢方製剤の剤形と種類 ……

漢方薬の従来の剤形としては、次に示すように煎剤(湯液)、丸剤、散剤、軟膏などが用いられてきた。しかし、煎剤の調製には手間がかかり、患者に負担を強いるとともに、保存や携帯する場合においても今日の生活様式にそぐわないなど利便性に欠けるところがあった。また、丸剤や散剤においても安全性や服用時の取り扱いに難があった。

- i) 湯剤：日本では、一般に1日分の方剤を約600 mLの水にあげ、30～60分かけて煎じ、半量ほどになるように調製する。煎出操作後に、通常熱時に茶こしかガーゼで滓を濾別し、1日3回分服する。煎出容器は土瓶やアルマイト製鍋などがよく、鉄製のは生薬中のタンニンと反応するので用いない。湯剤は、湯液、煎じ薬ともいう。また、八味(地黄)丸料などのように、方剤名の最後に「料」をつけて丸散薬を湯剤としたことを表現している。
- ii) 丸剤：粉末状にした生薬に賦形剤と結合剤の役割をする蜂蜜や穀物の粉を混ぜて練り、球状に調製したものである。丸剤は蜂蜜などでコーティングされていることから湯液よりも長期保存できる。
- iii) 散剤：生薬粉末を混和したものである。脂溶性成分や熱に不安定な成分などを含む生薬に適する。
- iv) 軟膏：刻み生薬を処方に基いて配合し豚脂で抽出し濾過・練合したものである。医療用では紫雲膏がある。外用薬として坐薬、燻薬、浴剤、散布薬、洗浄薬などもある。

そこで、従来の剤形にかかわらず、煎剤としての使用経験のある処方、軟エキス剤や乾燥エキス剤として製剤化することが許可された。行政上では、乾燥エキス剤を含む漢方製剤には次のものがある。

表 4 代表的な日本民間薬

生薬名	基原	用途など
アマチャ (甘茶)	アマチャの発酵葉	江戸時代中期にヤマアジサイの甘味変種として発見。甘味料、矯味料。日本薬局方に記載。
ウラジロガシ	ウラジロガシの葉	膀胱内結石の形成抑制、溶解作用があり胆石症、腎石症に用いられる。
エンメイソウ (延命草)	ヒキオコシの全草	江戸時代。竜胆やセンブリの代用品、苦味健胃薬。
オウヒ (桜皮)	ヤマザクラの樹皮	江戸時代。鎮咳、去痰、解毒剤、十味敗毒湯、治打撲一方に配剤。
オトギリソウ (弟切草)	オトギリソウの全草	中国名を小連翹。止血、収れん、含漱薬 (うがい薬)。
キササゲ	キササゲの果実	利尿薬。日本薬局方に記載。
ゲンノショウコ (現の証拠)	ゲンノショウコの全草	江戸時代初期。収れん、止瀉、健胃整腸薬。発毛促進効果や鎮痛、抗炎症作用も報告。日本薬局方に記載。
ジュウヤク (十薬)	ドクダミの花期末地上部	中国名を魚腥草、利尿、緩下、解毒剤。日本薬局方に記載。
センコツ (川骨)	コウホネの根茎	平安時代。解熱、鎮痛、消炎薬。治打撲一方、実母散に配剤。日本薬局方に記載。
チクセツニンジン (竹節人參)	トチバニンジンの根茎	江戸時代初期。人參の代用品として小柴胡湯、半夏瀉心湯などに配剤された。健胃、鎮咳、去痰薬。日本薬局方に記載。
センブリ (千振、当薬)	センブリの花期末全草	室町時代末期。漢薬「胡黄連」の代用品。苦味健胃薬。日本薬局方に記載。
ナンテンジツ (南天実)	ナンテンの成熟果実	風邪薬、鎮咳、去痰薬。
ハマボウフウ (浜防風)	ハマボウフウの根と根茎	平安時代。防風の代用品として十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯、防風通聖散などに配剤された。発汗、解熱、鎮痛薬。

- i) 医療用漢方製剤：メーカーが製造し、医師もしくは歯科医師が直接に、あるいは処方箋や指示を出して使う製剤。エキス剤あるいはエキス化して製剤としたものである。エキスと生薬末とを混和した製剤は調剤で対応できるので認められていない。
- ii) 一般用漢方製剤：メーカーが製造し、薬局・薬店などで販売されている製剤。エキス剤のほかに、丸剤、散剤、軟膏剤もある。エキスと生薬末の混合製剤が認められている。『改訂一般用漢方処方の手引き』ならびに加減方追加対応版収載の 236 処方については、成分および分量、用法および用量、効能または効果があらかじめ定められている。
- iii) 薬局漢方製剤：薬局で調剤し、一般に販売できる製剤。一般用漢方処方の手引きに収載された処方のうち 192 処方 212 品目が指定され、手引きにある諸項目はあらかじめ決められている。
- iv) 配置用漢方製剤：配置販売業が取り扱う製剤。37 処方が指定されている。

### C 漢方エキス製剤と煎剤

エキス製剤の抽出(煎出)には、水または含水エタノール(エタノール 30% 以下)が使用される。処方に従って調合した生薬混合物が一括して抽出され、構成生薬をそれぞれ単味で抽出したエキスを混合することはできない。医療用漢方エキス製剤の多くは、原末エキスに賦形剤を加えて顆粒や細粒にし、錠剤を製造する際には結合剤や潤沢剤が用いられる。賦形剤としては乳糖、バレイショやトウモロコシデンプン、結晶セルロースなどが用いられ、結合剤にはヒドロキシプロピルセルロース、打錠用滑沢剤にはステアリン酸マグネシウムなどが使用さ

れる。

漢方エキス製剤と煎剤のそれぞれの長所と短所を表 5 に示した。漢方エキス製剤は、煎剤などの従来の剤形よりも携帯性や服用のしやすさなど利便性に富み、保管しやすく衛生的な取り扱いが容易となっている。また、漢方エキス製剤は成分含量が均一化されており、一定の有効性、品質が担保されている。さらに、重金属、ヒ素、残留農薬、有害成分などに関する試験が行われ、安全性が高いなどの利点がある。しかし、漢方エキス製剤には煎剤と比べて有効性を十分再現していない場合もあるとの指摘や、散剤や丸剤とこれらをエキス製剤化した散料や丸料との間で精油成分などの脂溶性成分に同等性がないといわれている。さらに、乳糖などの賦形剤による消化器系障害の発生や乳糖不耐症の人への適用が困難であること、および漢方エキス製剤では加減法などの細やかな配剤ができず、逆に合方の際には重複する生薬が生じるなどの問題点がある。

### D 漢方製剤の品質管理

漢方エキス製剤は、従来の煎剤(湯液)と化学的および生物学的に同等性が担保されている必要がある。通常、標準湯液との成分組織や含量といった化学的および、薬効や吸収、代謝、排泄などの生物学的な同等性が検討されている。標準湯液とは熟練者が調製した湯液で、再現性がよく、生薬から一定の移行率で成分が抽出されたものを指す。湯液の調製が不慣れな一般の患者にとって標準湯液レベルのものを得ることは困難であるが、エキス製剤では、標準湯液と同等とみなしうるような品質の確

表5 漢方エキス製剤と煎剤の比較

	煎剤(湯液)	漢方エキス製剤
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>①生薬の加減や修治により患者それぞれの体質に合った煎剤の調製が可能である。</li> <li>②水に難溶性の精油や熱に不安定な瀉下成分などを含む生薬の煎出方法(加熱時間)を調節できる。</li> <li>③服用効果だけでなく、煎じ液の温度、香りや味によって治療効果を高める。</li> <li>④患者自身で煎出することによって、病気に対する治癒意欲を高める。</li> <li>⑤煎剤の構成生薬の確認、検査が容易である。</li> <li>⑥合方や構成生薬の種類が増えても、薬の服用量はあまり増えない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①携帯が便利で長期保存ができる。</li> <li>②苦味など味の悪い処方では煎じ薬に比べて飲みやすく、オプラーとも利用できる。</li> <li>③薬がかさばらず調剤が容易である。</li> <li>④同一企業製品のものでは品質のバラツキが少ない。</li> </ul>
短所	<ul style="list-style-type: none"> <li>①煎じるのに手間がかかり不便である。</li> <li>②処方によっては苦味が強く、煎じ薬特有の味や臭いで服用困難なことがある。</li> <li>③薬の量が多くてかさばり、調剤に時間がかかる。</li> <li>④煎じ液は長期保存が不可能で腐ることもある。</li> <li>⑤生薬は保存状態が悪いと虫やカビが発生する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①処方構成が変えられない。</li> <li>②生薬の品質を検査することが困難である。</li> <li>③合方を行う場合、生薬が重複する場合が生じる。</li> <li>④賦形剤が多量に含まれる場合がある。</li> <li>⑤開封時に湿気を吸いやすい。</li> <li>⑥同一方剤であっても構成生薬の組成比や分量が企業によって異なる。</li> </ul>

表6 医療用漢方エキス製剤の定量に用いられる指標成分例

生薬名	指標成分	生薬名	指標成分
阿膠	グリシン, ヒドロキシプロリン	芍薬	ペオニフロリン
茵陳蒿	カピラリシン, ジメチルエスクレチン	生姜, 乾姜	6-ギンゲロール, 6-ショウガオール
黄芩	バイカリン, オウゴン	川芎	フェルラ酸, リグスチライド
黄柏, 黄连	ベルベリン, コプチシン, パルマチン	蘇葉	ロスマリン酸
延胡索	デヒドロコリダリン, コリダリン	大黄	センノシド A, 総アントラキノン
葛根	プエラリン, ダイゼイン	大棗	c-AMP
甘草	グリチルリチン, リクイリチン	沢瀉	モノアセチルアリソール B, C, アデノシン
枳実, 枳殼	ヘスペリジン, ナリンギン	知母	マンギフェリン
杏仁	アミグダリン	陳皮	ヘスペリジン
苦参	マトリン, オキシマトリン	桃仁	アミグダリン
桂皮	ケイヒ酸	当帰	リグスチライド
厚朴	マグノロール, ホウノキオール	人参	ギンセノシド Rb1, Rg1
牛黄	ビルルビン	半夏	アデニン, グアノシン
牛蒡子	アルクチン	茯苓	デヒドロパキマ酸
柴胡	サイコサポニン a(b1), d(b2)	附子	アコニチン類(純度試験)
細辛	アサリニン	防己	シノメニン
山梔子	ゲニボシド, ガルデノシド	防風	メチルピサミノール
山茱萸	ロガニン, モロニサイド	牡丹皮	ペオニフロニン, ペオノール
地黄	スタキオース	麻黄	エフェドリン, プソイドエフェドリン

保が図られている。具体的には、表6に例を示す指標成分について1処方2成分以上の含量規格の設定を求めることによって品質が維持されている。

また、医療用漢方エキス製剤ではメーカーによって次の規格および試験項目が設定されている。

性状試験：形状、味、においなどの処方特有の性状と、pH の測定により品質を確認  
 確認試験：処方配合生薬由来の含有成分を薄層クロマトグラフィー(TLC)法により確認  
 成分定量：標準湯剤との同等性を確保するための指標成分定量  
 エキス含量：成分組織が複雑で有効成分を特定するのが困難な製剤において、水、エタノール、酢酸エチルなどの適当な溶剤の可溶性成分の総括的な含有を把握する試験  
 純度試験(重金属、ヒ素、灰分、酸不溶性灰分)：生薬あるいは製造工程に起因する夾雑物の混入のないことを確認  
 水分：安定性にかかわる水分量の規定  
 製剤試験(崩壊度、粒度、重量偏差など)：製剤としての機能の確認  
 微生物試験：製造衛生管理の確認

また、日本薬局方に収載されている医療用漢方エキス製剤には、成分含有の規定のほか、次の規定が記載さ

れている。

製法：構成生薬の1日量当たりのグラム数とエキス剤の製法により乾燥エキスとすることが明記されている。  
 性状：エキス剤の特異な色調・におい・味について記載  
 確認試験：TLCを用いた構成生薬の確認  
 純度試験：重金属(30 ppm 以下)、ヒ素(3 ppm 以下)の確認  
 乾燥減量：1 g, 105°C, 5 時間の条件下で各エキス剤個々に値を規定  
 灰分：エキス製剤個々に値を規定

このように、医療用漢方エキス製剤の品質は製薬企業により担保されている。しかし、保管状態によっては品質が低下する可能性もあり、湿気や直射日光などを避けた適切な環境下での保存も必要となる。

# B 漢方薬理学

田代真一

## 1 西洋医学導入前

漢方薬は、古くは中国から伝来したが、それまでに日本に存在した和薬とともに、わが国の国民の健康を維持し、疾病を治療するうえで、大きな貢献をしてきた。また、わが国の中心的で、最先端の医学として、日々の臨床のなかで進化し、わが国で新たな方剤が開発されるなど、日本独自の医学として発展してきた。こうした薬品を和漢薬と総称している。この時期に、今考えるような薬理学は存在していなかった。しかし、証に基づいて処方を使い分け、治療効果を上げてきたことをはじめとして、生薬の相互作用、修治の役割など、臨床的な経験や観察による薬効に関する知見が積み上げられてきた。統計学的処理こそしていないものの、EBM(evidence-based medicine)と呼ぶべき治療が行われてきたのである。その結果、実際に治療効果を上げ、単に伝統を守るのではなく、日々工夫をし、その時々日本の中心的な臨床医学として、途絶えることなく使われてきた。

## 2 生薬の有効成分研究

わが国は、「漢方薬」を使用してきた東アジアの列国のなかで、いち早くオランダやドイツから現代科学、特に化学の知識や技術を導入した。その結果、従来臨床的に有効性が認められていた生薬から有効成分を単離するという研究が活発に行われ、たとえば、長井長義によって麻黄からエフェドリン(ephedrine)が見いだされるなどの多くの成果が得られた。生薬にとどまらず、こうした研究は民間薬や食品など、あらゆる天然物に広げられ、多くの成分が得られ、医薬品や健康食品などが開発されるとともに、そうした素材の作用機序研究が行われている。わが国は、世界の天然物化学の中心的な役割を担ってきており、生姜から得られたショウガオール(shogaol)、枳椇から得られたシキミ酸(shikimic acid)など、日本語を語源とする幾多の化合物が得られていることがこのことを表している。

ただ、こうした研究はあくまで、今まで効くとされてきた生薬から有効成分を単離し、その構造を決め、その化合物をシード(種)として関連化合物を合成し、より有効性や安全性の高い化合物を探索し、新薬を開発しようとするものであった。決して多成分系の漢方薬がなぜ効くのかを明らかにしようとするものではなかった。

## 3 臨床を意識した漢方薬学の登場

いろいろな植物から新規物質を探索し、医薬品を開発しようという創薬化学的生薬学から、やがて、臨床を意識した、生薬の薬剤学的研究、薬理学的研究が登場しだした。たとえば、生姜を蒸した後に乾燥し、乾姜に変えることによって、ジンゲロール(gingerol)とショウガオール(shogaol)の比率が変化し、温める効果が増大するといった、大阪大学の北川らの一門による生薬の修治と薬効に関する一連の研究が存在する。また、富山大学の木村らによって、芍薬甘草湯の鎮痙鎮痛作用の機序を、芍薬のペオニフロリン(paeoniflorin)と甘草のグリチルリチン(glycyrrhizin)の相互作用によって説明しようという研究が発表されている。

そうしたなかで、明治政府によって中心的な治療とは扱われず、いわゆる漢方薬局によって維持されてきた漢方薬に、科学的な光が当てられ始めた。同時に、わが国では、優れた製剤学的技術をもってエキス製剤が開発された。このことは、臨床的に携帯や服用に便利な漢方製剤が開発されたことを意味し、漢方薬を見直す医療者が増大した。さらに、エキス剤の登場は、基礎的にも臨床的にも、均一の製剤を用いて、薬効評価・薬理実験が行えることを意味しており、これがわが国で多くの科学的な薬理研究が遂行され、漢方薬の作用機序が解明されてきたことに大きく貢献した。

こうした背景のもとに、1967年に和漢薬シンポジウムが結成され、臨床に結びつく漢方薬理研究を、薬学(薬剤師)と医学(医師)の協力によって進めようという努力が始まった。後の1984年に、シンポジウムは和漢医薬学会に発展し、多くの成果を明らかにしてきている。

表 1 主な生薬の有効成分は配糖体

生薬	作用	主成分	アグリコン
甘草	抗炎症	グリチルリチン	グリチルレチン酸
人參	代謝賦活	ギンセノシド	プロトバナキサジオール
大黃・センナ	瀉下	センノシド	レインアントロン
柴胡	抗炎症	サイコサポニン	サイコサポゲニン
黄芩	抗アレルギー	バイカリン	バイカレイン
山梔子	利胆	ゲニボシド	ゲニピン
芍薬	鎮痙	ペオニフロリン	ペオニメタボリン

## 4 漢方薬の薬理研究に必要なこと

漢方薬は、臨床での使用が拡大し、大切な治療薬となってきた。ただ、薬の有効成分も作用機序もわからない、新薬との相互作用もわからない、わからないだけで治療者泣かせであった。しかし最近、漢方薬にふさわしい研究法の開発も進み、薬理作用の機序や、適切な使い方はかなりわかるようになってきた。

漢方薬の薬理研究は、1)多成分系の薬物であること、2)経口投与されるため、消化液や腸内細菌叢によって変化や代謝を受ける成分や、吸収されずにそのまま排泄される成分を含んでいること、3)証という概念に示されるように、薬効に個人差の大きい薬物であることなど、その特徴をよく知り、それにふさわしい方法を開発しないと理解できないことも多い。こうした方法論を踏まえた研究から明らかになってきたことを、以下にまとめる。

## 5 配糖体は、腸内菌の助けを要するプロドラッグ

植物中の成分には、配糖体と呼ばれる糖のついた化合物が多い(表 1)。主な生薬の主な成分の多くが配糖体である。こうした配糖体は、糖がついているために水溶性が高く、リン脂質よりなる細胞膜を通ることができず、吸収されないものが圧倒的に多い。ところが、腸内には 100 兆を超す菌が棲み、活発なエネルギー代謝と増殖を営んでいる。こうした菌のなかに配糖体を水解できるものがいれば、糖を切り、エネルギー源として利用する。一方、糖を外され、脂溶性の高まったアグリコン(aglycone, 糖を除いた部分)が、吸収されて作用を表すのである。資化菌がいなければ、その化合物は効かなくなる。こうした研究が、富山大学の小橋ら、国立京都病院の田代らによって明らかにされてきた。

たとえば、大黃やセンナの瀉下成分は、従来、センノ

シド(sennoside)だとされてきた。しかし、センノシドを静脈注射しても、下痢は生じない。そのままでは活性がなく、吸収されることもない、二重の意味でプロドラッグなのである。腸内で、ある種のビフィズス菌などによって、β結合しているブドウ糖が外されてセニジン(sennidine)となり、さらに半分に切られてレインアンスロン(rhein anthrone)となって吸収され、作用する。志願者から採便し、センノシドやセニジンとともに嫌気培養し、一定時間ごとにその代謝を追ってみた結果が報告されている。一方で、本人にプルゼニド™(センノシド製剤)を与え、翌日に下痢を生じたかどうかを確認した結果、効果にかかわらず 2 番目の還元反応は全員の方に認められた。一方、効果の出た者では糖を外す活性が認められたのに対し、無効の者の大半がその活性をもたなかった。活性があるのに無効だったのは、いずれも普段からセンナなどを常用している者で、常にセンノシドが供給されているため資化菌やその代謝酵素は誘導されているものの、連用のためにレインアンスロンへの耐性を生じ、常用量では効かなくなっていたことが判明した。このように、薬効の発現に腸内菌叢は極めて大きな役割を果たしているのである。

菌叢の重要性がわかれば、より有効な使い方も考案できる。芍薬甘草湯は、芍薬と甘草の 2 味からなる、単純で切れ味の鋭い薬である。筋肉の攣縮に伴う痛みに着効を示す。月経痛に応用したところ、頓用では、著効を示す者は約 1 割、半数にはある程度の効果が出、約 4 割には全く効果が出なかった。芍薬の主成分のペオニフロリンも、甘草の主成分であるグリチルリチンも、共に配糖体であり、有効性の差の原因は、菌叢の差に違いがないと考えられた。腸内菌はエネルギー源として糖を食べるわけで、資化した菌は選択的に増えるはずであり、与えているうちに効くようになってくると考えられた。そこで、無効例と多少は効いた人の一部の協力を得て、月経開始予定日の 5~7 日前から投与を始めた。菌を増やし、酵素を誘導しようという企みなので、多量に与える必要はなく、1 日 1 包だけを与えた。薬効の評価は、従来の周期の痛みを 5 として、各周期の痛みを自主申告

してもらった。その結果、予想どおり、少量を連日前投与することによって、顕著な有効性を示したと報告されている。

以上のように、漢方薬中の配糖体は、腸内菌によって活性化されるプロドラッグであると考えられる。そう考えれば、漢方薬の効用に個人差があるのも、食の好みや腸内環境の差を反映した菌叢の個人差のためであると理解できる。効果発現に時間を要するのも、服用した配糖体が、資化菌が棲む盲腸まで到達するのに時間を要するだけでなく、場合によっては、配糖体の糖をエネルギー源として資化菌が増殖して初めて、有効成分であるアグリコンが必要な濃度になることも関与していると考えられる。また、抗菌薬と併用すると漢方薬の効果が落ちるのも、資化菌が死ぬためと考えられる。抗菌薬との安易な併用はやめたほうがよい。一方、抗菌薬を併用する際も、漢方薬の多くの成分は有効であり、また、効果が落ちる特定の配糖体も、資化菌を速く元の状態に復帰させるうえで有用であって、漢方薬は継続して投与することが必要だと考えられる。さらに、漢方薬を投与し始めたときや、変化したときには、当然、その中の成分を利用できる資化菌が選択的に増えるわけで、菌叢が変化し、下痢や腹痛を起こすことがあり、事前に服薬指導をしておくとういとされている。

一方、こうした観点からみれば、漢方薬の成分を直接細胞や臓器に振りかけた薬理実験は、体内では起こりえないことをみているわけで、非科学的だといわざるをえない。そこで田代らは、真の有効成分は血中を運ばれて作用点に届くと考え、経口投与後の血清を薬とみなして標的細胞に与える薬効解析系を考案し、1984年に結成された第1回の和漢医薬学会で発表した。対照は、漢方薬投与前の血清である。この方法は後に名古屋市立大学の荻原によって「血清薬理学(serum pharmacology)」と名づけられた。そうした方法を用いて、柴胡剤の線維芽細胞増殖抑制効果、甘草の肝細胞からのALTやASTの漏出抑制効果、三黄瀉心湯の肝での脂肪酸生合成抑制効果、補中益気湯の精子運動延長効果などが明らかにされてきている。

## 6 すべての作用が血清を介するわけではない

血清薬理学の登場によって、現実的な漢方薬の作用機序を解明する研究は一步前進したが、問題点も少なくない。何より、すべての作用が血清を介するわけではなく、直接的な作用や、味や香りを介した作用などが存在する。

特に、消化管に対しては多様な直接的作用があり、甘草やグリチルリチンの口内炎や胃炎に対する抗炎症作用などが報告されている。

味や香りに関しても、消化管運動の亢進などが報告されており、特に、臨床評価法のあり方、特に二重盲検法での適切な偽薬(プラセボ)の作成などに今後の課題を残している。

また、漢方薬にかなり普遍的に認められる免疫賦活作用の機構に関して、北里大学の山田らは多糖類などの高分子成分が吸収される可能性とともに、パイエル板を介した腸管免疫の関与を報告しており、興味ある領域である。

さらに、昭和薬科大学の田代らは、直腸投与で配糖体がそのまま吸収されることを報告しており、臨床的に一部で行われている坐薬投与に根拠を与えるとともに、新しい投与経路の開発や、腸管の部位による吸収様式の違いなど、今後の課題を残している。

最近、薬物輸送担体の発見などの研究が発展するなかで、漢方薬の成分の、吸収や排泄に関する興味ある報告が増加している。糖がついたままで配糖体が膜を通過するといった事象も報告されている。ただ、甘草のグリチルリチン、人参のギンセノシド(ginsenoside)、大黃のセンノシド、柴胡のサイコサポニン(saikosaponin)といった臨床的に重要で、方剤での含量も高い成分に関しては、例外なく糖がとれてアグリコンが血中に出現しており、生薬学的興味は別として、臨床薬学的な動態に関する知見としては、配糖体の吸収や活性化と腸内細菌叢との間には密接な関係のあることが判明している。

いずれにせよ、腸管と腸内細菌叢の研究は、漢方薬理にとって、興味ある基礎研究である。

## 7 アルカロイドの作用には消化管内のpHが重要

配糖体以外の大切な生薬成分として、アルカロイド(alkaloid)がある。アルカリ性の成分で、少量で激しい作用を示すものも多い。アミノ酸から脱炭酸反応で生合成され、われわれの生理活性アミンと類似の構造や作用をもつため、激しい作用を出すのである。そもそも生薬や漢方薬が有効なのは、生理活性物質の過不足を生じて疾患になったとき、われわれとよく似た生き様をしている動植物が、アミノ酸や糖などの共通の前駆体から、類似の代謝経路で合成した生理活性物質類似物質を得て、アゴニストとして補い、あるいはアンタゴニストとして拮抗させて、利用しているからなのだろう。

漢方薬に頻用される生薬のなかで、アルカロイドを主成分とするものに、麻黄と附子がある。麻黄に含まれるエフェドリン(ephedrine)は、アドレナリンとよく似た構造と作用をもっており、気管支拡張作用や昇圧作用を示す。葛根湯や麻黄湯などの風邪の初期に使われる方剤や、喘息の発作に使われる麻杏甘石湯、アレルギー性鼻炎に出ている小青龍湯などに含まれており、これらはいずれも麻黄剤と呼ばれる。

アルカロイドの吸収には、pH が大きな役割を果たしている。アルカロイドは、酸性の胃に入るとイオン化する。そのため水に溶けやすく、脂質二重層からなる細胞膜を越せず、胃では吸収されにくい。麻黄湯を飲んでエフェドリンの血中濃度を追ったところ、予想どおり、酸性では吸収が悪く、塩基性では血中濃度が上っていた。

風邪の初期に葛根湯や麻黄湯を飲むときには、多量の湯やうどんの出し汁と一緒に与えるといいという口説が、わが国にはある。おそらく、体を温め、水分を補給することによって、保温や発汗、解熱を狙ったのだろう。しかし、この服用法は、エフェドリンの血中動態を考えたとしても、意味があると思える。多量の湯を飲めば胃酸は薄まり、エフェドリンの吸収は増える。また、大量の液は胃を膨らませ、吸収面積を増やし、pH の高い十二指腸への輸送も速める。温かい飲料は、胃の血管を選択的に広げ、血流を上げ、吸収を高める。

一方、麻黄剤を使っている、動悸や息切れなど、交感神経興奮症状が出ることもある。アドレナリン作動薬や抗コリン薬、甲状腺製剤、キササンチン誘導体などが併用されていないかを調べる必要がある。併用がなければ、エフェドリンの血中濃度を抑えるために、分服を薦めるとよい。お湯に溶いた漢方薬を、必要に応じて少しずつお茶がわりに飲ませると、効果を保ちながら、有害作用を抑えることができる。

エキス剤の発売以降、わが国では、漢方薬は食前や食間などの空腹時に服用することが推奨されてきた。空腹時のほうがよく吸収されるという発想に基づいた指導であったと考えられるが、実際にはアルカロイドの吸収が一気に起こらないという点で有用な指導であった。煎剤やエキス剤を溶解して服用するぶんには理論どおりにpH に依存して吸収されるが、実際には、エキス剤を水とともに流し込んでいる患者が多い。その結果、胃では水溶と脂溶という相反する2つの反応が並行して行われることになり、理屈どおりにはいかないことが多い。

したがって、コンプライアンスを高めるためにも自由に服用させればいいが、麻黄や附子の中毒を疑う際には、どのような服用をしているかに注意を向ける必要がある。特に、胃酸中和薬の入った胃薬と併用していると、pH が上昇し、吸収が高まり、中毒症状を呈することがある。

## 8 漢方薬とアレルギー

天然物である漢方薬には、高分子成分を含んでいることや、蛋白質のアミノ基との間でシッフの塩基を形成して結合し、ハプテン効果によってアレルゲンになりやすいアルデヒド(aldehyde)などが多種含まれることなどから、免疫の関与した異常、特にアレルギーを引き起こしやすい。ことに、比較的高頻度に皮膚の発疹などを生じる桂枝や蘇葉は、それぞれ桂アルデヒド(cinnamic aldehyde)とペリルアルデヒド(perillaldehyde)を主成分としていることに注目したい。また、アレルギー疾患患者が少なからず存在し、そのアレルゲンが食品や花粉など、環境中の天然物であることを考えると、多成分系の薬物としての漢方薬中には、共通した抗原を含んでいることもありうる。そう考えると、理論上は、漢方薬はアレルギーに十分注意すべき薬物である。ただ、現実の発生頻度は必ずしも高くなく、不必要に怖がる薬物だとは考えられない。

## 9 今後の薬理研究

最近では、分子生物学の進歩に伴い、細胞が内外に産生し放出する伝達物質や細胞内信号物質、薬物輸送担体などの解明が進み、漢方薬の作用機序が大きく進展している。こうした、進展しつつある知識や技術を適用し、個々の方剤の作用機序に関しても大きな進展があり、今後の発展に注目したい。

漢方薬は、これからのわが国の医療の状況を見つめたとき、大切な薬物である。それだけに、特徴を踏まえた漢方らしい薬理研究がいつそう強化され、基礎・臨床の両面から有効性や安全性、有用性の根拠を明らかにするとともに、その適正な使用と、活用に必要な情報の提供、服薬指導に努めたいものである。

# C 漢方薬使用上の注意と副作用

木内文之・牧野利明

生薬・漢方薬も医薬品であることから、その有用性がある一方で、副作用や禁忌、併用薬との薬物相互作用などの問題も避けられない。ここでは、生薬・漢方薬を医療現場で安全に使用するために必要な注意事項について述べる。

## 1 生薬・漢方薬の特徴と使用に注意を要する生薬

### A 生薬・漢方薬の品質の多様性

漢方薬に用いられる生薬の多くは日本薬局方に収載されており、医薬品としての品質を担保するための規格が決められている。しかし、天産品である生薬では、合成医薬品のような厳格な品質のコントロールは不可能であり、含有成分のばらつきは避けられない。さらに、1つの生薬に複数の基原植物が用いられる場合もあり、基原植物によって成分パターンが異なる場合がある。日本薬局方では、生薬の指標成分やエキス、精油などの含量を規定しているが、これらはいずれも品質管理の指標としての最低量を規定しているものであり、実際に用いる生薬について基原植物や産地、成分含量などを把握しておくことが大切である。

漢方処方では複数の生薬の組み合わせであることから、構成生薬の成分のばらつきは、そのまま処方にも反映される。一方、現在臨床で主として用いられているエキス製剤は、製造段階で指標成分の含量がコントロールされており、同一メーカーの製品であれば指標成分含量はある程度の範囲内に収まっている。ところが、メーカーが異なると同一の処方名でもその内容が異なっているものがあるので注意が必要である。医療用として用いられている漢方処方エキス製剤は、昭和40年代末に公表された一般用漢方処方210処方の承認審査内規<sup>1)</sup>に基づいた処方構成になっているが、ここでは成書に収載され繁用されていた処方構成が複数認められていた。この審査内規は最近見直され、その成果が平成20年9月に厚生労働省医薬食品局審査管理課長通知(薬食審査発第0930001号「一般用漢方製剤承認基準の制定について」)

として発出されている<sup>2)</sup>。現在使用されている漢方処方エキス製剤は、メーカーによって根拠とする出典が異なっているために、同一の処方名でも処方構成が異なる製品が存在する結果になっている。表1に日本薬局方に収載されている葛根湯エキスの処方構成を示す。このように、同じ「葛根湯」のなかにも構成生薬の配合量の異なる4つの処方が存在しており、各々に対応する医療用漢方エキス製剤が存在する。ここに示した葛根湯の場合、葛根の1日量が8gの処方と4gの処方があることから、同じ葛根湯といっても含有成分の量には大きな差がある。表2には日本薬局方に収載されている補中益気湯エキスの処方構成を示す。ここでは蒼朮を用いる処方と白朮を用いる処方に分けられているが、出典となる成書では単に「朮」として両者が区別されていない場合がある<sup>2)</sup>。蒼朮と白朮は、いずれも日本薬局方に収載されている生薬であるが、基原植物が異なり成分にも差が

表1 葛根湯エキスの処方構成

構成生薬	処方1	処方2	処方3	処方4
葛根	8	4	4	4
麻黄	4	4	3	3
大棗	4	3	3	3
桂皮	3	2	2	2
芍薬	3	2	2	2
甘草	2	2	2	2
生姜	1	1	1	2

表2 補中益気湯エキスの処方構成

構成生薬	処方1	処方2	処方3	処方4	処方5	処方6
人参	4	4	4	4	4	4
白朮	4	—	4	—	4	4
蒼朮	—	4	—	4	—	—
黄耆	4	4	4	4	3	4
当帰	3	3	3	3	3	3
陳皮	2	2	2	2	2	2
大棗	2	2	2	2	2	2
柴胡	2	2	1	1	2	1
甘草	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
生姜	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	—
乾姜	—	—	—	—	—	0.5
升麻	1	1	0.5	0.5	1	0.5

ある。また、「生姜」についても生姜を使う処方と乾姜を使う処方があるが、両者とも日本薬局方に収載されている生薬で、生姜がショウガ(*Zingiber officinale*)の根茎を乾燥したものであるのに対し、乾姜は同じショウガの根茎を蒸すまたは湯通した後に乾燥したもので、この加熱の過程で成分が変化することが知られている。また、生姜として生のショウガ(ひねしょうが)を使う場合もあり、局方外ではあるもののこれを用いて製造した医療用漢方エキス製剤が販売されている。このように漢方処方エキス製剤では、同じ名前の処方であっても、その内容にはさまざまなバリエーションがある。さらに、各メーカーによって使用する原料生薬の品質にも差があることから、個々の製品の特徴を把握しておくことが重要である。

## B 生薬の薬効と副作用

一般的に、漢方薬には副作用はないあるいは副作用が少ないと思われがちであるが、副作用が全くない薬はないと考えてよい。副作用は治療目的に合致した作用(薬効)以外に発現する作用であるが、生薬・漢方薬のように多くの成分の混合物では、思わぬ副作用が現れる可能性があることを念頭におく必要がある。漢方は患者の体質や体調に即して処方を使い分けるものであり個性が高いことから、不適切な使用による有害な作用を防ぎ、漢方薬を有効で安全に使うためには十分な知識と注意が必要である。以下に副作用の観点から使用に注意を要する生薬を挙げる。

### 1. 甘草

甘草は多くの漢方処方に配合されているが、後述のように偽アルドステロン症の原因となり、血圧上昇、低カリウム血症、浮腫、のぼせ、めまい感を起こす可能性がある。腎機能障害者、利尿剤服用者、高血圧患者には注意して使用する必要がある。

### 2. 麻黄

麻黄には、気管支拡張作用をもち気管支喘息の薬として用いられるエフェドリンなどのアルカロイドが含まれている。エフェドリンは神経伝達物質であるアドレナリンと類似した構造をもっており、交感神経や中枢神経の刺激作用をもつことから、麻黄は興奮、血圧上昇、動悸、頻脈、排尿障害のような症状を起こすことがある。したがって、麻黄を含む処方では、循環器系疾患、高度腎障害、排尿障害の患者の症状を悪化させる可能性があるため慎重に投与すべきであり、狭心症、心筋梗塞の既往のある人には原則として禁忌である。また、高齢者への投与も注意を要する。抗うつ薬として用いられるモノアミン酸

化酵素阻害剤、甲状腺機能の低下を補う甲状腺製剤、交感神経刺激作用を有するカテコールアミン製剤、気管支拡張作用をもつキサンチン製剤は、併用により副作用を増強する可能性があるため注意が必要である。なお、エフェドリンは乳汁中へ移行する危険性があるため、麻黄を含む処方の授乳中の女性への投与は避ける。

### 3. 大黃

大黄は便秘に用いられる生薬製剤に多く用いられているが、漢方では駆瘀血、清熱の目的でも用いられる。大黄の瀉下作用は、センノシド類が腸内細菌によってレインアンスロンに変換され、これが大腸を刺激することによって発現するが、瀉下以外の目的で大黄が配合されている処方では、この瀉下作用が副作用となり腹痛、下痢、食欲不振などとして現れる場合がある。大黄の瀉下作用は腸内細菌叢の働きに依存するため、瀉下作用の現れ方には個人差が大きい。大黄を含む処方では、体力が著しく衰えていたり胃腸が著しく虚弱な場合、あるいは下痢や軟便症状がある場合には慎重に投与する必要がある。また、大黄は早流産を起こす可能性があり、その成分が乳汁中へ移行することが知られているので、妊婦ならびに授乳中の女性への投与は避けるべきである。

### 4. 附子(加工ブシ)

附子は強い毒性を有するトリカブトの根に由来する生薬であり、安全に使用できるように減毒加工(修治)したものをを用いるのが一般的である。毒性を示すのはアコニチンなどのブシジエステルアルカロイドと呼ばれる化合物であり、神経細胞のナトリウムチャンネルに作用して $\text{Na}^+$ の膜透過性を高めることにより、神経毒として作用する。ブシジエステルアルカロイドは修治によって分子内のアセチル基が加水分解されたモノエステルアルカロイドやこのアセチル基が長鎖脂肪酸に置き換わったりポアルカロイドと呼ばれる毒性の低い化合物に変換される。ブシの鎮痛作用はアコニチン類によるものとされているが、過量になると動悸、のぼせ、舌のしびれ、悪心などの症状が現れる。日本薬局方に収載されているブシ(加工ブシ)には毒性の強いブシジエステルアルカロイド含量の上限値が定められているが、修治法が3種類あり修治法によってこの上限値が異なっているため注意を要する。また、減毒加工を施していない生薬を用いる必要がある場合には細心の注意が必要であり、眠気、口周のしびれ、ほてりなどの中毒の兆候に十分注意する。

### 5. 妊娠中に注意を要する生薬

妊娠中の漢方薬の安全性はまだ確立していないため、

特に胎児の器官が形成される妊娠初期には服用しないのが原則である。生薬のなかには上述の大黄のように早流産を起こす危険性があることが指摘されている生薬があるので注意する必要がある。妊婦への投与を控えるべき生薬を以下に挙げる。

大黄、芒硝：子宮収縮作用があるため、流産を引き起こす可能性がある。

紅花、牛膝、桃仁、牡丹皮、薏苡仁：流産の危険性を高めるとの指摘がなされている。

これらのほか、附子も中毒を起こしやすいことから注意が必要である。なお、薏苡仁は民間薬として用いられるハトムギから種皮を除いたものであることから、妊婦はハトムギも服用しないほうが安全である。栝楼根はかつて墮胎薬として使用されていた生薬であり、エキスの注射による動物実験ではあるが墮胎作用が薬理的にも認められているので妊婦には使用しない。また、通常の婦人薬には入っていない生薬ではあるが、巴豆、大戟、商陸、山稜、莪朮、牽牛子は妊婦には禁忌である。

## 6. 注意を要するその他の生薬

胃腸の弱い人では食欲不振、胃部の不快感、嘔吐などの消化器症状が発現しやすく、特に麻黄、地黄、当帰、川芎、石膏などの生薬を含む処方では注意が必要である。また、桂皮、人參、地黄などでは、発疹、発赤、瘙痒のような皮膚症状がみられることがあるので、特にアレルギー体質の人に対する注意が必要である。

## C 漢方薬と西洋薬との好ましくない相互作用

生薬・漢方薬と西洋薬との併用は、それぞれの長所、短所を互いに補うことができる点で有用である。しかし、両者の併用により互いの薬効に好ましくない影響を与えることがある。

### 1. 漢方処方と薬物代謝酵素 CYP3A4 で代謝される薬物

グレープフルーツジュースに含まれるプレニル化されたフラノクマリン類には薬物代謝酵素 CYP3A4 に対する強い阻害作用があり、CYP3A4 はさまざまな薬物を代謝する役割を担っていることから、多くの薬物がグレープフルーツジュースと併用注意になっている。フラノクマリン類は、グレープフルーツが属するミカン科やセリ科、マメ科などの植物にみられる成分であるが、特に強い CYP3A4 阻害作用を示すのはプレニル化されたフラノクマリンの二量体であり、単量体の一部にも活性がみられる。プレニル化フラノクマリン二量体の分布

は限られており、羌活などから単離されているのみであるが、単量体はこれより多くの生薬に含まれており、ELISA によるスクリーニングの結果、生薬では橙皮と白芷に比較的多く含まれていることが報告されている<sup>3)</sup>。また、フラノクマリン類は薬物輸送に関与する P 糖タンパク質を阻害することも知られており、過量を用いた *in vitro* の実験からではあるが、疎経活血湯や川芎茶調散のエキスが CYP3A4 と P 糖タンパク質への作用によりジゴキシンの消化管からの吸収を抑制する可能性があることが指摘されている<sup>4)</sup>。ヨーロッパで伝統的に用いられてきたセント・ジョーンズ・ワート(セイヨウオトギリソウ)には薬物代謝酵素誘導活性があることが明らかにされており、漢方処方についても薬物代謝に与える影響に関する今後の研究が待たれる。

## 2. 漢方薬と抗生物質

前節「B 漢方薬理学」で述べられているように、漢方薬に含まれる成分のなかには、大腸に生息する腸内細菌によって加水分解などの代謝を受けることにより、吸収しやすい成分や真の薬効成分に変化することが知られているものがある。したがって、抗生物質との併用により腸内細菌が殺菌されることによって漢方薬の薬効が失われる可能性があり、動物実験レベルでは抗生物質により配糖体の吸収が減少したという実証例がある。しかし、最近では、腸内細菌によって糖部がはずれることによるのみ吸収されると考えられていた配糖体が、腸内細菌が関与しなくても吸収される実例が報告されてきており、現段階では漢方薬と抗生物質を併用禁忌とするだけの十分なデータはない。漢方薬については真の有効成分が不明なものが多く、腸内細菌とのかかわりも含め今後さらに研究が必要である。

### 3. 陳皮・枳実含有処方と、OATP(organic anion-transporting polypeptide)を介して吸収される薬物

抗アレルギー薬であるフェキソフェナジンをグレープフルーツジュースで服用すると、フェキソフェナジンの血中濃度が低下するという薬物相互作用が知られている。フェキソフェナジンは小腸上皮細胞に発現しているトランスポーターの一種、OATP1A2 により消化管管腔から消化管上皮細胞内へ輸送されるが、フェキソフェナジンの血中濃度の低下はグレープフルーツジュースに含まれるフラボノイド配糖体のナリンギンやヘスペリジンが、この OATP1A2 を阻害するためと考えられている<sup>5)</sup>。漢方薬に配合される陳皮や枳実は、CYP3A4 を阻害するフラノクマリン類は含まないが、消化管内で十分

に OATP1A2 を阻害しうる濃度のナリンジンやヘスペリジンを含むので、同様の薬物相互作用を起こすことが予想される。また、多くの生薬にも分布するアピゲニンなどのフラボノイドのアグリコンには OATP1A2 だけでなく OATP2B1 も阻害する作用が報告されている<sup>6)</sup>。このような薬物として、 $\beta$  遮断薬のアテノロールやセリプロロール、抗生物質であるレボフロキサシン、脂質異常症用薬のプラバスタチンやアトロバスタチンなどが知られている<sup>5)</sup>。しかし、フラボノイド類は生薬だけではなく野菜や果物も多く含まれているため、食後投与が基本である西洋薬の吸収は初めから抑制されている状態であると推測され、食前投与が基本の漢方薬を併用しても大きな影響はない可能性がある。

#### 4. 石膏含有処方とテトラサイクリン系抗生物質

テトラサイクリン系抗生物質やニューキノロン系抗生物質は、カルシウムイオンやマグネシウムイオンとキレートを生成して消化管吸収が抑制されるため、それらを含む栄養補助食品や医薬品との併用は避けることとなっている。最近、ヒトを用いた試験で、白虎加人参湯はテトラサイクリンの消化管吸収を抑制したのに対し、シプロフロキサシンは影響しなかったことが報告された<sup>7)</sup>。このことから、石膏含有処方とテトラサイクリン系抗生物質の併用は避けたほうがよいかもしれない。

#### 5. 麻黄を含む漢方処方と風邪薬

麻黄を含んでいる麻黄湯や葛根湯の作用メカニズムは、風邪を引いてウイルスと戦うために十分な発熱がなされないときに、麻黄により体温を上昇させて免疫力を高めてウイルスを排除し、汗をかくことによって結果的に体温が下がる、というものである。したがって、“風邪”を引いたときによく用いられる市販の総合感冒薬や PL 顆粒などにも配合される解熱薬とは作用が拮抗することになる。実際に、OTC 医薬品には葛根湯とアセトアミノフェンの配合剤なども市販されており、かえって治りが遅くなることが指摘されている。

## 2 漢方薬の副作用情報

厚生労働省が収集した医薬品に関する副作用情報は、「医薬品・医療機器等安全情報」として医薬品・医療機器総合機構のホームページで公開されている。現在、ホームページ<sup>8)</sup>で公開されている情報は、平成 9 年度以降 (No. 144 から) であるが、表 3 に平成 3 年度以降の生薬・

漢方製剤に関連して出された主な安全情報ならびに漢方製剤などに関して出された重要な副作用などに関する情報をまとめた。

漢方薬で特に大きな問題となった副作用は小柴胡湯による間質性肺炎であり、漢方薬による間質性肺炎についての医薬品・医療機器等安全情報がたびたび出されている。また、漢方薬による肝機能障害も頻度は低いものの多くの処方でも報告されている。漢方処方製剤の使用の拡大に伴い、重要な副作用に関する情報が増加してきていることから、常に新しい情報に注意を払うことも重要である。

#### \*アリストロキア酸腎症

医薬品・医療機器等安全情報 No.161 (表 3) には、腎障害の原因となるアリストロキア酸を含有する生薬・漢方薬に関する情報が記載されている。漢方薬による腎臓障害が問題になった事例として、1993 年にベルギーで発生した Chinese herbs nephropathy がある<sup>9)</sup>。これは中国から輸入された生薬配合の痩せ薬によって引き起こされた腎臓障害で、その原因がこの薬に配合されていた広防己 (*Aristolochia fangchi*) に含まれているアリストロキア酸であることが明らかとなり、現在ではアリストロキア酸腎症と呼ばれている。アリストロキア酸腎症は、急速に進行し透析に至る症例も多く、原因薬剤の服用を中止しても腎機能障害が進行するのが特徴とされている。その後、1996～97 年にかけて日本でも中国から輸入した漢方薬によるものとみられるアリストロキア酸腎症が発生したため、2000 年にこの安全性情報が出された。さらに、広防己が誤って漢防己として輸入されて流通し、日本薬局方防己として用いられてアリストロキア酸腎症を発症したと思われる事例が発生したため、2004 年に再度医薬品・医療機器等安全情報 No.200 が出されている。アリストロキア酸はウマノスズクサ科 (*Aristolochiaceae*) の植物の一部に含有される成分であるが、現在国内で医薬品として承認されている生薬および漢方製剤にはアリストロキア酸は含有されていない。日本薬局方細辛はウマノスズクサ科のウスバサイシンまたはケイリンサイシンの根および根茎であると規定されており、これらの部位にはアリストロキア酸は含まれていない。しかし、これらの植物の地上部にはアリストロキア酸が含まれることから、日本薬局方では細辛について HPLC でアリストロキア酸が含まれないことを確認する純度試験を規定している。中国ではアリストロキア属植物を関木通 (*Aristolochia manshuriensis*)、広防己、青木香 (*Aristolochia contorara* または *Aristolochia debilis*) などとして用いることがあり、これらの生薬が日本で用いられる木通 (*Akebia quinata* または *Akebia trifoliata*)、防己 (*Sinomenium acutum*)、木香 (*Saussurea lappa*) と混同される可能性があることから、これらの生薬を用いる場合には日本薬局方に適合するものであるかを確認することが重要である。なお、関木通、広防己、青木香は中国でも使用禁止となり、2010 年版の中華人民共和国薬典には収載されていない。

表3 医薬品・医療機器等安全性情報(生薬・漢方製剤関係)

No.	タイトル	対象	概要	時期
107	小柴胡湯と間質性肺炎	小柴胡湯	間質性肺炎を発現したとする症例が2例報告されている。肺機能に十分注意する必要がある	1991年3月
111	漢方薬の副作用		漢方薬の副作用に関する注意喚起。副作用16例を示す	1991年11月
117	生薬製剤(漢方薬を含む)による薬剤性肝障害	例示 1)漢方製剤…小柴胡湯, 柴苓湯, 防風通聖散, 十味敗毒湯など 2)生薬製剤…金鷄丸(痔疾用剤)など	漢方・生薬製剤によっても、薬剤性の肝障害が起こりうることを知り、これらの薬剤の関与を見逃さないようにすることが、日常診療上も服薬指導上も医療関係者、とくに医師、薬剤師にとって重要である	1992年11月
118	インターフェロン- $\alpha$ 製剤及び小柴胡湯と間質性肺炎	小柴胡湯	インターフェロン(IFN)- $\alpha$ 投与により、間質性肺炎が発現したとする症例が31例報告されている。これらの報告のうち、IFN- $\alpha$ 単独の投与例も4例あるが、大部分は小柴胡湯等すでに間質性肺炎を起こすことが知られている漢方製剤が併用されている症例である。したがって、IFN- $\alpha$ 製剤の投与に際しては小柴胡湯等との併用は避けることが望ましいと考えられる。また、投与後は咳、呼吸困難等の呼吸器症状の発現に十分留意し、これらの症状が発現した場合には速やかに胸部X線等の検査を実施し、間質性肺炎が疑われたら本剤の投与を直ちに中止するとともに適切な処置を行う必要がある	1993年1月
123	漢方製剤(柴朴湯, 柴苓湯, 小柴胡湯, 柴胡桂枝湯)と膀胱炎様症状	柴朴湯, 柴苓湯, 小柴胡湯, 柴胡桂枝湯	漢方製剤(柴朴湯, 柴苓湯, 小柴胡湯, 柴胡桂枝湯)を投与された患者で頻尿, 排尿痛, 血尿, 残尿感等の膀胱炎様症状を発現したとする症例が計8例報告されている。症状発現後も薬剤起因性と気づかず投与を継続した症例もあった。今回報告のあった処方をはじめ、漢方製剤の投与中に膀胱炎様症状があらわれた場合には、薬剤の投与を中止し、適切な処置を行う必要がある	1993年11月
137	小柴胡湯の投与による重篤な副作用「間質性肺炎」について	小柴胡湯	小柴胡湯による間質性肺炎については、既に「使用上の注意」に記載し注意を喚起しているが、小柴胡湯使用中の慢性肝炎患者で重篤な転帰に至った症例もあることから、使用に際しての注意を改めて喚起する。「警告」を追加	1996年5月
146	漢方製剤の間質性肺炎について	小柴胡湯, 柴朴湯, 柴苓湯, 柴胡桂枝乾姜湯, 辛夷清肺湯, 清肺湯, 大柴胡湯, 半夏瀉心湯	小柴胡湯による間質性肺炎に関する経緯と「警告」、他の処方に関する報告と「重大な副作用」の記載	1998年3月
158	小柴胡湯と間質性肺炎について	小柴胡湯	禁忌の対象を広げ「インターフェロン製剤を投与中の患者」, 「肝硬変, 肝癌の患者」, 「慢性肝炎における肝機能障害で血小板数が10万/mm <sup>3</sup> 以下の患者」とした。	2000年1月
159	使用上の注意の改訂について	麦門冬湯	使用上の注意として「間質性肺炎」を追加	2000年3月
160	セント・ジョーンズ・ワート(セイヨウオトギリソウ)含有食品と医薬品との相互作用について	セント・ジョーンズ・ワート	医薬品28成分について、セント・ジョーンズ・ワート含有食品との併用に関する注意を記載	2000年5月
161	アリストロキア酸を含有する生薬・漢方薬について	細辛, 木通, 防己, 木香	生薬・漢方薬の使用にあたっては、アリストロキア酸を含む植物の混入がないよう、原料植物の確認等に留意する必要性を喚起	2000年7月
165	クレオソート・アセンヤク末・オウバク末・カンゾウ末・チンピ末配合剤と肝機能障害について	正露丸	本剤による肝機能障害の発現機序は明らかではないが、いずれの症例も本剤の薬剤リンパ球刺激試験(DLST)が陽性であることから、「まれに起こることがある重篤な症状」として「肝機能障害」を追記し、注意喚起	
169	重要な副作用等に関する情報	清心蓮子飲	重大な副作用として「間質性肺炎」と「肝機能障害, 黄疸」	2001年8月
171	使用上の注意の改訂について	葛根湯, 乙字湯, 大柴胡湯, 柴胡桂枝湯, 柴胡加竜骨牡蛎湯, 黄連解毒湯, 桂枝茯苓丸, 補中益気湯, 荊芥蓮翹湯, 温清飲, 清上防風湯, 大建中湯, 人參養榮湯, 麻黄附子細辛湯, 柴朴湯, 辛夷清肺湯, 柴苓湯,	使用上の注意として「肝機能障害, 黄疸」を追加	2001年10月

表3 (つづき)

No.	タイトル	対象	概要	時期
173	使用上の注意の改訂について	柴胡加竜骨牡蠣湯, 麦門冬湯	使用上の注意として「間質性肺炎」を追加	2002年1月
177	重要な副作用等に関する情報	芍薬甘草湯	使用上の注意として「治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること」を記載。重大な副作用として「うっ血性心不全, 心室細動, 心室頻拍(Torsades de Pointesを含む)」を追加	2002年5月
186	使用上の注意の改訂について	十全大補湯, 小青竜湯, 麦門冬湯, 半夏瀉心湯, 防己黄耆湯	使用上の注意として「肝機能障害, 黄疸があらわれることがあるので, 観察を十分に行い, 異常が認められた場合には投与を中止し, 適切な処置を行うこと」を追加	2003年2月
192	使用上の注意の改訂について	芍薬甘草湯, 潤腸湯, 二朮湯	使用上の注意として「肝機能障害, 黄疸があらわれることがあるので, 観察を十分に行い, 異常が認められた場合には投与を中止し, 適切な処置を行うこと」を追加	2003年8月
199	使用上の注意の改訂について	茵陳蒿湯	使用上の注意として「肝機能障害, 黄疸があらわれることがあるので, 観察を十分に行い, 異常が認められた場合には投与を中止し, 適切な処置を行うこと」を追加	2004年3月
200	呼称が類似していることから, 誤って輸入された場合に副作用が問題となる生薬及び製剤について	木通, 防己, 細辛, 木香	アリストロキア酸を含有する可能性がある中国などで用いられる生薬であって呼称が類似することにより副作用等が問題となる生薬に関する注意点	2004年4月
216	重要な副作用等に関する情報	補中益気湯	重大な副作用として「間質性肺炎」を追加	2005年8月
217	重要な副作用等に関する情報	ガジュツ末・真昆布末含有製剤(恵命我神散)	皮膚炎, 腹痛等の消化器症状, アナフィラキシー様症状並びに肝機能障害に体する注意喚起	2005年9月
226	重要な副作用等に関する情報	牛車腎気丸	重大な副作用として「間質性肺炎」	2006年7月
233	重要な副作用等に関する情報	女神散	重大な副作用として「肝機能障害, 黄疸」	2007年2月
234	重要な副作用等に関する情報	潤腸湯 清肺湯	重大な副作用として「間質性肺炎」 重大な副作用として「肝機能障害, 黄疸」	2007年3月
271	重要な副作用等に関する情報	抑肝散	重大な副作用として「間質性肺炎」と「肝機能障害, 黄疸」	2010年7月
275	重要な副作用等に関する情報	荊芥連翹湯, 二朮湯 竜胆瀉肝湯	重大な副作用として「間質性肺炎」 重大な副作用として「肝機能障害, 黄疸」	2010年10月
278	重要な副作用等に関する情報	温清飲, 五淋散 三黄瀉心湯	重大な副作用として「間質性肺炎」 重大な副作用として「間質性肺炎」と「肝機能障害, 黄疸」	2011年3月
283	使用上の注意の改訂について	芍薬甘草湯	重大な副作用として「間質性肺炎」を追加	2011年8月
288	重要な副作用等に関する情報 使用上の注意の改訂について	大建中湯 柴苓湯	重大な副作用として「間質性肺炎」を追加 重大な副作用として「肝機能障害, 黄疸」の項に「劇症肝炎」を追記	2012年2月

### 3 漢方薬の副作用とその対処法

#### A 甘草を含有する漢方処方による偽アルドステロン症

甘草は日本で使用されている漢方処方での配合頻度が高く, 甘草が含まれている処方はいへん多いため, 甘草に起因する副作用は漢方薬の副作用でもっとも頻度の高いものとなっている。

甘草に起因する偽アルドステロン症の発症メカニズムは, 甘草に含まれる主要成分であるグリチルリチンの代謝物, 3-モノグルクロニルグリチルレチン酸が, 腎尿管上皮細胞におけるタイプ2の11βヒドロキシステ

ロイド脱水素酵素を阻害することにより, 本来それで代謝され解毒されるコルチゾールが蓄積し, それがアルドステロンレセプターを活性化することにより発症するとされている<sup>10)</sup>。コルチゾールの蓄積により, 浮腫, 血圧上昇といった症状が起こり, 低カリウム血症, 高ナトリウム血症がみられる。低カリウム血症の結果として, ミオパシー, 横紋筋融解症が現れることがある。

なお, 甘草を含む漢方薬とループ利尿薬またはチアジド系利尿薬の併用は避けたほうがよい。これらの利尿薬には, 副作用として低カリウム血症があり, 甘草の副作用と共通していることから, 併用することによりミオパシーや横紋筋融解症が発症しやすくなる可能性がある。また, 肝炎治療薬として使用されるグリチルリチン製剤も, 甘草の副作用の原因となる成分であることから, 甘草含有漢方処方との併用で副作用がより発症しやすくな

表4 添付文書からみた漢方薬の主な副作用

	対象	処方
禁忌	アルドステロン症の患者、ミオパシーのある患者、低カリウム血症のある患者	黄芩湯、黄連解毒湯、黄連湯、乙字湯、甘草湯、甘麦大棗湯、桔梗湯、芍婦膠艾湯、桂枝人参湯、五淋散、小青竜湯、人参湯、排膿散及湯、附子理中湯、炙甘草湯、芍薬甘草湯、芍薬甘草附子湯
	インターフェロン製剤を投与中の患者、肝硬変、肝癌の患者、慢性肝炎における肝機能障害で血小板数が10万/mm <sup>3</sup> 以下の患者	小柴胡湯

	内容	処方
重大な副作用	間質性肺炎	黄連解毒湯、三物黄芩湯、乙字湯、牛車腎気丸、柴胡加竜骨牡蛎湯、柴胡桂枝乾姜湯、柴胡桂枝湯、柴朴湯、柴苓湯、潤腸湯、小柴胡湯、小青竜湯、辛夷清肺湯、清心連子飲、清肺湯、大柴胡湯、麦門冬湯、半夏瀉心湯、補中益気湯、防風通聖散、防己黄耆湯、抑肝散、荊芥連翹湯、二朮湯、温清飲、五淋散、三黄瀉心湯、芍薬甘草湯、大建中湯
	肝機能障害、黄疸	茵陳蒿湯、黄連解毒湯、葛根湯、三物黄芩湯、乙字湯、温清飲、加味逍遙散、牛車腎気丸、桂枝茯苓丸、荊芥連翹湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、柴胡桂枝乾姜湯、柴胡桂枝湯、柴朴湯、柴苓湯、十全大補湯、潤腸湯、女神散、小柴胡湯、小柴胡湯加桔梗石膏、小青竜湯、辛夷清肺湯、人参養榮湯、清上防風湯、清心連子飲、清肺湯、大建中湯、大柴胡湯、二朮湯、麦門冬湯、半夏瀉心湯、補中益気湯、防風通聖散、防己黄耆湯、麻黄附子細辛湯、抑肝散、六君子湯、芍薬甘草湯、竜胆瀉肝湯
	うっ血性心不全、心室細動、心室頻拍(Torsades de Pointesを含む)	芍薬甘草湯
	偽アルドステロン症、ミオパシー	甘草含有処方

	内容	処方
警告	本剤の投与により、間質性肺炎が起り、早期に適切な処置を行わない場合、死亡等の重篤な転帰に至ることがあるので、患者の状態を十分観察し、発熱、咳嗽、呼吸困難、肺音の異常(捻髪音)、胸部X線異常等があらわれた場合には、ただちに本剤の投与を中止すること。 発熱、咳嗽、呼吸困難等があらわれた場合には、本剤の服用を中止し、ただちに連絡するよう患者に対し注意を行うこと。	小柴胡湯

る可能性があるため、併用は望ましくない。  
 甘草による偽アルドステロン症は、甘草の摂取量にある程度依存するため、1日量で2.5g以上の甘草が配合されている漢方処方を使用するときには、必ずこの副作用には注意をしなければならない。しかし、発症に個人差があることも指摘されており、少量でも甘草を摂取すると発症してしまう患者は存在する。また、個々の処方中の甘草配合量が1日量で2.5gより少量であっても、漢方処方どうしの合方や、食品添加物としての甘草の使用と合わせるとこの量を超過してしまう可能性もあるので、注意するのに越したことはない。  
 この副作用は、軽症ならば甘草の服用を中止すれば2日以内に速やかに消失するので、早く発見することが重要である。だるさなどの筋融解症状がみられたら採血を行い、筋酵素上昇の有無を確認する。浮腫や血圧上昇の傾向がみられた時点で速やかに甘草を中止する。気がつ

くのが遅れると致命的なこともありうるので、経過をよく観察することが必要である。

**B 薬物性肝障害(黄疸)と薬物性肺障害(間質性肺炎)**

頻度は決して高くはないものの、漢方薬による副作用で深刻なものとして、薬物性肝障害と薬物性肺障害が挙げられる。現在、小柴胡湯、補中益気湯、防風通聖散など、肝障害では約40種類、肺障害では約20種類の漢方処方(表4参照)、それぞれの副作用を起こしたケースが報告されている。それらの発症例は比較的高齢者に多いとされているが、必ずしもそうではないこともあり、原因はアレルギーのような特異体質によると考えられている。したがって、予防するためには投薬時に薬物アレルギー歴を注意深く問うほかは、早期に発見して対応するしかない。必要な場合には漢方薬投与開始後1か月、

3 か月などの時点で血液検査を行い、肝機能を確認する。間質性肺炎のチェックには、聴診のほか、必要に応じて血清 KL-6 などの測定や胸部レントゲン撮影を実施すべきである。

これらの副作用の原因となる生薬として、薬剤疫学による解析方法により疑われているのが黄芩である<sup>11)</sup>。複数の医療施設において、肝障害を発症した患者には黄芩を含む漢方処方投薬されていたり、黄芩を漢方処方から抜くことで肝機能が回復した例などが報告されている。その発症メカニズムについては、黄芩に比較的多量に含まれているバイカリンがアルブミンと結合してハプテンとなり感作が成立してしまうという機序が予測されているが、あくまで予測にすぎず、今後の研究が求められる。

後述のように小柴胡湯とインターフェロン製剤とは、併用禁忌になっている。両者とも間質性肺炎の副作用があるため、それらを併用することによりその副作用発症の頻度が上昇する可能性が高いからである。間質性肺炎は多くの漢方処方に共通する副作用であるため、漢方製剤とインターフェロン製剤との併用は避けたほうがよい。

なお、上述の副作用の一般的な事項については、厚生労働省がまとめた重篤副作用疾患別マニュアル(偽アルドステロン症、間質性肺炎、薬物性肝障害)を参照されたい(厚生労働省のホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1.html> からダウンロード可能)。

## 4 使用に注意を要する漢方薬一覧

表 4 に漢方処方エキス製剤の添付文書に記載されている禁忌、警告ならびに重大な副作用をまとめた。

小柴胡湯は、インターフェロン製剤を投与中の患者、肝硬変、肝がんの患者、慢性肝炎における肝機能障害で血小板数が  $10 \text{ 万}/\text{mm}^3$  以下の患者に対して禁忌とされており、「本剤の投与により、間質性肺炎が起こり、早期に適切な処置を行わない場合、死亡等の重篤な転帰に至ることがあるので、患者の状態を十分観察し、発熱、咳嗽、呼吸困難、肺音の異常(捻髪音)、胸部 X 線異常等があらわれた場合には、ただちに本剤の投与を中止すること。発熱、咳嗽、呼吸困難等があらわれた場合には、本剤の服用を中止し、ただちに連絡するよう患者に対し注意を行うこと。」との警告が付されている。

すでに述べたように甘草に含まれるグルチルリチンは偽アルドステロン症の原因となることから、甘草を含む処方では偽アルドステロン症とミオパシーが重大な副作用として記載されており、甘草の配合量の多い芍薬甘草湯などの処方はアルドステロン症の患者、ミオパシーのある患者、低カリウム血症のある患者に対して禁忌とされている。芍薬甘草湯の重大な副作用としては、うっ血性心不全、心室細動、心室頻拍(Torsades de Pointes を含む)も記載されている。また、すでに述べたように間質性肺炎と肝機能障害、黄疸が漢方エキス製剤の副作用として報告されており、多くの処方に重大な副作用として記載されている。

漢方処方エキス製剤の添付文書にみられるその他の副作用としては、過敏症(発疹、発赤、痒痒、蕁麻疹)、消化器(食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、便秘など)、泌尿器(血尿、残尿感、膀胱炎、頻尿、排尿痛)、自律神経系(不眠、発汗過多、頻脈、動悸、全身脱力感、精神興奮など)、肝機能[AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇など]に関するものや心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ、悪心などが多くの処方に記載されている。医療用漢方エキス製剤で添付文書に副作用の記載がない処方では限られており、添付文書の記載には十分注意する必要がある。

## 文献

- 1) この基準の解説書として「一般用漢方処方の手引き」が出版された  
厚生省薬務局(監修)：一般用漢方処方の手引き，薬事日報社，東京，1975
- 2) この通知の解説書として「改訂一般用漢方処方の手引き」が出版されている  
(財)日本公定書協会(監修)：改訂一般用漢方処方の手引き，じほう，東京，2009；(財)日本公定書協会(監修)：改訂一般用漢方処方の手引き—平成 22 年 4 月 1 日通知(加減方追加)対応追補版，じほう，東京，2010
- 3) 齋田哲也ほか：医療薬学 32 : 693-699, 2006
- 4) Iwanaga K, et al : Drug Metab Dispos 38 : 1286-1294, 2010
- 5) Bailey DG, et al : Clin Pharmacol Ther 81 : 495-502, 2007 ; Bailey DG : Br J Clin Pharmacol 70 : 645-655, 2010.
- 6) Mandery K, et al : Biochem Pharmacol 80 : 1746-1753, 2010
- 7) Ohnishi M, et al : Biol Pharm Bull 32 : 1080-1084, 2009
- 8) ホームページアドレス [http://www.info.pmda.go.jp/iyaku\\_anzen/anzen\\_index.html](http://www.info.pmda.go.jp/iyaku_anzen/anzen_index.html)
- 9) Vanherweghem J-L, et al : Lancet 341 : 387-391, 1993 ; Vanherweghem J-L : J Alternative Complementary Med 4 : 9-13, 1998 ; Ono T, et al : Lancet 351 : 991, 1998 ; Vanherweghem J-L, et al : Lancet 351, 991-992, 1998
- 10) Kato H, et al : J Clin Endocrinol Metab 80 : 1929-1933, 1995
- 11) 寺田真紀子ほか：医療薬学 28 : 425-434, 2002

## 生薬対訳表

生薬名	読み	英語名	公定書
阿膠	アキョウ	Donkey Glue	局外
威靈仙	イレイセン	Clematis Root	日局
茵陳蒿	インチンコウ	Artemisia Capillaris Flower	日局
茴香	ウイキョウ	Fennel	日局
烏藥	ウヤク	Lindera Root	日局
延胡索	エンゴサク	Corydalis Tuber	日局
黄耆	オウギ	Astragalus Root	日局
黄芩	オウゴン	Scutellaria Root	日局
黄柏	オウバク	Phellodendron Bark	日局
桜皮	オウヒ	Cherry Bark	局外
黄連	オウレン	Coptis Rhizome	日局
黄蠟	ミツロウ	Yellow Beeswax	日局
遠志	オンジ	Polygala Root	日局
艾葉	ガイヨウ	Artemisia Leaf	局外
何首烏	カシュウ	Polygonum Root	日局
葛根	カクコン	Pueraria Root	日局
滑石	カッセキ	Aluminum Silicate Hydrate with Silicon Dioxide	日局
栝楼根	カロコン	Trichosanthes Root	日局
栝楼仁	カロニン	Trichosanthes Seed	局外
乾姜	カンキョウ	Processed Ginger	日局
甘草	カンゾウ	Glycyrrhiza	日局
桔梗	キキョウ	Platycodon Root	日局
菊花	キクカ	Chrysanthemum Flower	日局
枳殼	キコク	Orange Fruit	
枳実	キジツ	Immature Orange	日局
橘皮	キッピ	Citrus Peel	局外
羌活	キョウカツ	Notopterygium	日局
杏仁	キョウニン	Apricot Kernel	日局
苦参	クジン	Sophora Root	日局
荊芥	ケイガイ	Schizonepeta Spike	日局
桂枝	ケイシ	Cinnamon Twig	
桂皮	ケイヒ	Cinnamon Bark	日局
膠飴	コウイ	Koi	日局
紅花	コウカ	Safflower	日局
香附子	コウブシ	Cyperus Rhizome	日局
粳米	コウベイ	Brown Rice	日局
厚朴	コウボク	Magnolia Bark	日局
牛膝	ゴシツ	Achyranthes Root	日局
呉茱萸	ゴシュユ	Euodia Fruit	日局
牛蒡子	ゴボウシ	Burdock Fruit	日局
胡麻	ゴマ	Sesame	日局
ゴマ油	ゴマアブラ	Sesame Oil	日局
五味子	ゴミシ	Schisandra Fruit	日局
柴胡	サイコ	Bupleurum Root	日局
細辛	サイシン	Asiasarum Root	日局
細茶	サイチャ	Green Tea Leaf	
山査子	サンザシ	Crataegus Fruit	日局
山梔子	サンシシ	Gardenia Fruit	日局
山茱萸	サンシュユ	Cornus Fruit	日局
山椒	サンショウ	Zanthoxylum Fruit	日局
酸棗仁	サンソウニン	Jujube Seed	日局
山藥	サンヤク	Dioscorea Rhizome	日局
地黄(熟地黄・乾地黄)	ジオウ	Rehmannia Root	日局
地骨皮	ジコッピ	Lycium Bark	日局
紫根	シコン	Lithospermum Root	日局
紫蘇葉	シソヨウ	Perilla Herb	日局
蒺藜子	シツリシ	Tribulus Fruit	日局
炙甘草	シヤカンゾウ	Processed Glycyrrhiza	
芍薬	シヤクヤク	Peony Root	日局
車前子	シヤゼンシ	Plantago Seed	日局
縮砂	シュクシャ	Amomum Seed	日局
蒼朮	ソウジュツ	Atractylodes Lancea Rhizome	日局
白朮	ビヤクジュツ	Atractylodes Rhizome	日局
生姜	シヨウキョウ	Ginger	日局

生薬名	読み	英語名	公定書
小麦	シヨウバク	Wheat	
升麻	シヨウマ	Cimicifuga Rhizome	日局
辛夷	シンイ	Magnolia Flower	日局
神麴	シンキク	Shinkiku	
石膏	セッコウ	Gypsum	日局
川芎	センキュウ	Cnidium Rhizome	日局
前胡	ゼンコ	Peucedanum Root	日局
川骨	センコツ	Nuphar Rhizome	日局
蝉退	センタイ	Cicada Slough	局外
蒼朮	ソウジュツ	Atractylodes Lancea Rhizome	日局
桑白皮	ソウハクヒ	Mulberry Bark	日局
蘇木	ソボク	Sappan Wood	日局
蘇葉	ソヨウ	Perilla Herb	日局
大黄	ダイオウ	Rhubarb	日局
大棗	タイソウ	Jujube	日局
沢瀉	タクシャ	Alisma Rhizome	日局
竹茹	チクジョ	Bamboo Culm	局外
知母	チモ	Anemarrhena Rhizome	日局
丁子	チョウジ	Clove	日局
釣藤鈎	チョウトウコウ	Uncaria Hook	日局
猪苓	チョレイ	Polyporus Sclerotium	日局
陳皮	チンピ	Citrus Unshiu Peel	日局
天南星	テンナンショウ	Arisaema Tuber	局外
天麻	テンマ	Gastrodia Tuber	日局
天門冬	テンモンドウ	Asparagus Tuber	日局
冬瓜子	トウガシ	Bennincasa Seed	日局
蕃椒	トウガラシ	Capsicum	日局
当帰	トウキ	Japanese Angelica Root	日局
桃仁	トウニン	Peach Kernel	日局
独活	ドクカツ	Aralia Rhizome	日局
杜仲	トチュウ	Eucommia Bark	日局
豚脂	トンシ	Lard	日局
人參	ニンジン	Ginseng	日局
忍冬	ニンドウ	Lonicera Leaf and Stem	日局
貝母	バイモ	Fritillaria Bulb	日局
麦芽	バクガ	Malt	
麦門冬	バクモンドウ	Ophiopogon Tuber	日局
薄荷(葉)	ハッカ(ヨウ)	Mentha Herb	日局
半夏	ハンゲ	Pinellia Tuber	日局
百合	ビヤクゴウ	Lilium Bulb	日局
白芷	ビヤクシ	Angelica Dahurica Root	日局
白朮	ビヤクジュツ	Atractylodes Rhizome	日局
枇杷葉	ビワヨウ	Loquat Leaf	日局
檳榔子	ビンロウジ	Areca Seed	日局
茯苓	ブクリョウ	Poria Sclerotium	日局
附子	ブシ	Processed Aconite Root	日局
防己	ボウイ	Sinomenium Stem and Rhizome	日局
芒硝	ボウショウ	Mirabilite	
防風	ボウフウ	Saposhnikovia Root and Rhizome	日局
檉榔	ボクソク	Quercus Bark	日局
牡丹皮	ボタンピ	Moutan Bark	日局
牡蛎	ボレイ	Oyster Shell	日局
麻黄	マオウ	Ephedra Herb	日局
麻子仁	マシニン	Hemp Fruit	日局
木通	モクツウ	Akebia Stem	日局
木香	モッコウ	Saussurea Root	日局
益母草	ヤクモソウ	Leonurus Herb	日局
薏苡仁	ヨクイニン	Coix Seed	日局
竜眼肉	リュウガンニク	Longan Aril	日局
竜骨	リュウコツ	Longgu	日局
竜胆	リュウタン	Japanese Gentian	日局
良姜	リョウキョウ	Alpinia Officinarum Rhizome	日局
蓮翹	レンギョウ	Forsythia Fruit	日局
蓮肉	レンニク	Nelumbo Seed	日局
菝葜	ガジュツ	Zedoary	日局
牽牛子	ケンゴシ	Pharbitis Seed	日局

生薬名	読み	英語名	公定書
阿仙薬	アセンヤク	Gambir	日局
	ゲンノショウコ	Geranium Herb	日局
蟾酥	センソ	Toad Cake	日局
竹節人參	チクセツニンジン	Panax Japonicus Rhizome	日局
鬱金	ウコン	Turmeric	日局
番椒	トウガラシ	Capsicum	日局
決明子	ケツメイシ	Cassia Seed	日局
十薬	ジュウヤク	Houttuynia Herb	日局
当薬	センブリ	Swertia Herb	日局
浜防風	ハマボウフウ	Glehnia Root and Rhizome	日局
	キササゲ	Catalpa Fruit	日局
南天実	ナンテンジツ	Nandina Fruit	局外
	ハトムギ	Coix Fruit	局外

# D 漢方薬の有効性と医療科学

## 序 漢方薬の発展と漢方薬学

日置智津子

日本は高齢化社会を迎え、世界的に保健医療改革が急速に進められている。この改革を成功させるためには、患者の健康問題を解決するための実践的な医療科学を構築し、明確な目的意識のもとに最善の科学的情報を適用して、患者個々に適した薬剤を使用することが重要である。臨床から疾病予防まで、幅広く使用できる漢方製剤も、このような保健医療改革のなかで着目されており、西洋医学の視点と手法で薬効を評価し、作用機序を解明しようというEBMに向けた研究と実践がなされるようになった。漢方が現代医療の質の向上に貢献し、治療に広がりをもたらす可能性を模索している。このような研究で解明された漢方製剤は、がん治療の例にみられるとおり、病名治療の過程において西洋薬と併用される機会が多い。漢方薬と西洋薬併用による主成分の吸収や排泄、代謝や分布の過程を解析することも、重要な研究課題である。

気血水という漢方の生理や病態論を考えれば、漢方薬は代謝系や神経系など、人体のシステムに同時並行に作用する。そのように働くように、複数の生薬を用いて練られた処方、各種の漢方方剤である。生薬は生物や天然物を基原とし、その成分系は水溶性や脂溶性物質、種々の分子量をもつ代謝産物からなる。多くの漢方製剤は、水やエタノールにより抽出された物質群であるが、生薬研究では、生薬の成分系をさらに絞り込みながら、薬効評価することが多い。臨床で使用されるよりも細分化された条件の下で結果が導かれる。よって抽出分画により、相反する結果をみることがあるが、生物が基原である以上、このような結果は免れないと考えられる。このように一見、塩梅が悪くみえる漢方薬の多様な薬効が、個の医療を可能にしている。漢方薬は、化学的知識と生物学的知識の両側を駆使して活用されることが重要であり、研究においても幅広い領域に跨った展開が、進歩をもたらすものと期待できる。

本項目では、エビデンスが集積された漢方薬に焦点を絞って薬効薬理を記した。これらの漢方薬を構成する生薬の成分系の薬効薬理についても解説をした。評価され

た薬効は、いずれの方剤においても、漢方医学の根幹となる古典に記された効能を礎石としている。EBM研究には、漢方先達の知恵と洞察力が参考にされていることは明白である。また生薬の配合に着目して、漢方製剤の分類を試みた。生薬を配合することで得られる薬効とエビデンスとの相関については、さらなる課題である。まことに漢方の研究は暇がない。学術領域や洋の東西を問わない卓越した研究と、臨床実践の積み重ねが、現代人の健康に福音をもたらすかもしれない。

漢方薬の有用性を判断し、日本国民が適切かつ安全に漢方薬を使えるように、漢方薬学の構築を目指したい。

## 1 漢方薬の薬効と薬理

### A 大黃・山梔子を含む漢方薬

【生薬の組み合わせ】茵陳蒿、山梔子、大黃はいずれも利胆作用がある。大黃を加えることで清熱、利胆作用に瀉下効果が加わり、実熱を除き有形の滯積を解消することで代謝を促す。防風通聖散も山梔子、大黃を含む。

### 1. 茵陳蒿湯

【構成生薬】茵陳蒿、山梔子、大黃

【消化器領域における薬効薬理】

〈効果〉日常臨床の現場において胆汁うっ滞や黄疸の患者に遭遇する頻度は高い。胆汁うっ滞とは肝細胞における初期胆汁の生成とその胆汁分泌が障害された病態である。随伴する酸化ストレスにより肝細胞のサイトスケルトンが障害される結果、重度の黄疸(高ビリルビン血症)を呈し、肝機能障害も長期にわたって遷延する場合もある。

漢方製剤の茵陳蒿湯は、古くから中国および日本において胆汁うっ滞や黄疸の治療薬として広く使用されてきた漢方薬である。わが国において本剤は、慢性の胆汁うっ滞を呈する原発性胆汁性肝硬変、原発性硬化性胆管炎、先天性胆道閉鎖症術後<sup>1)</sup>、遷延性閉塞性黄疸などの症例に対して経験的に使用されてきた経緯がある。このように本剤の胆汁うっ滞症における肝機能障害や高ビリ

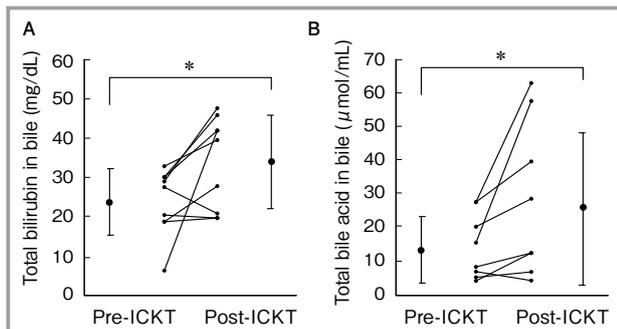


図1 茵陳蒿湯投与前後における胆汁中総ビリルビン濃度(A)および総胆汁酸濃度(B)の比較

ルビン血症の軽減などの病態改善効果に関する症例報告は多いが、病態改善の背景に存在する分子機構の詳細について言及したものは少ない。一般的に漢方は薬理効果が日常臨床の場で認められておきながら、その有益な効果の背景にある分子メカニズムが解明されないために、evidence-based medicine を重んじる立場から、その使用が普及しない製剤が多い。

最近になってようやく胆道がん肝切除例における術前茵陳蒿湯投与の有用性に関するランダム化臨床試験の結果が報告された<sup>2)</sup>。胆道がんはしばしば胆管閉塞による閉塞性黄疸を随伴する。閉塞性黄疸の遷延化は肝機能の低下を招くことが知られている。本報告では、閉塞性黄疸のために術前に胆道ドレナージを必要とした胆道がん肝切除例に対して、無作為に茵陳蒿湯投与群、非投与群を設定して本剤の臨床効果を比較検討した内容である。茵陳蒿湯の投与群では、投与前に比較して投与後では顕著に胆汁流量、胆汁中総ビリルビン濃度と総胆汁酸濃度の上昇が認められた(図1)。その理由として、肝組織切片において、ビリルビンを含む有機陰イオンの肝輸送タンパクである multidrug resistance-associated protein 2 (Mrp2) の肝細胞毛細胆管膜における発現が有意に増加することが明らかとなった。また、肝ホモジェネートを用いたウエスタンブロット(Western blotting)法においても Mrp2 タンパク発現量の有意な増加が確認された。茵陳蒿湯の術前投与は、Mrp2 の肝発現量と毛細胆管側膜における局在を増加させることで胆汁へのビリルビンと胆汁酸の排泄を促進し、術前の肝機能障害を軽減することにより、肝切除の手術リスクを低下させる可能性が示唆された。茵陳蒿湯の臨床的有用性に関するエビデンスが示された。

〈基礎研究・生薬成分の働き〉茵陳蒿湯の有する強力な肝細胞保護あるいは胆汁分泌促進作用、およびその主要な活性成分については古くより報告があったが、その作用メカニズムが詳細に解明されてきたのはごく最近のこと

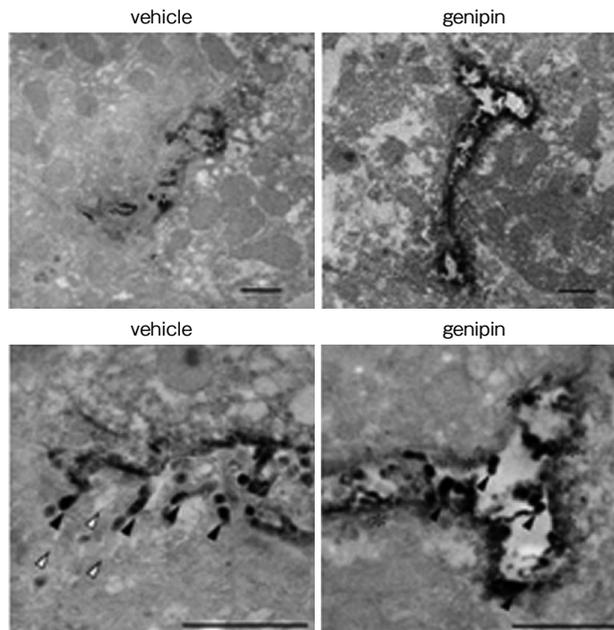


図2 茵陳蒿湯投与ラットの肝毛細胆管膜における multidrug resistance-associated protein 2 (Mrp2) の発現レベルの変化(免疫電顕写真)

である<sup>3,4)</sup>。

山梔子に含まれる geniposide は腸管内で腸内細菌による加水分解を受けてグルコース部分が外れ、活性体の genipin に変換される。この genipin の急性投与は、有機陰イオンであるビリルビンや還元型グルタチオンを肝細胞から毛細胆管腔へ排泄するポンプの薬物トランスポーターである Mrp2 について、その毛細胆管膜への集積を強力に促進することが判明した(図2)<sup>5)</sup>。その結果、肝臓からのビリルビン排泄能力は高まり、同様に排泄が増加する還元型グルタチオンは胆汁酸非依存性に胆汁分泌を促進する。geniposide, genipin をラットに1週間の長期間の経口投与を行ったところ、胆汁流量はいずれの群でも対照に比し有意に増加し、還元型グルタチオンの胆汁分泌も同様に増加した<sup>6)</sup>。肝臓における還元型グルタチオン濃度もこれら生薬成分の投与により対照に比較して有意に高値であった<sup>6)</sup>。

ヒト肝細胞を有するヒト肝キメラマウスに対して、同様に geniposide, genipin を1週間の長期間の経口投与を行ったところ、マウス肝細胞と同レベルに、ヒト肝細胞において Mrp2 タンパクの増加が免疫染色ならびにウエスタンブロット法にて確認された<sup>6)</sup>。

また、茵陳蒿の主要成分である 6,7-dimethylscutletin は、ビリルビン排泄の key regulator である constitutive androstane receptor (CAR) を活性化し、ビリルビンの肝細胞への取り込み、細胞内輸送、グルクロン酸抱合、毛細胆管腔への排泄に関与する各種因子(*Oatp2*,

*Cyp2b10*, *Ugt1a1*, *Mrp2*, *Gsta1*, *Gsta2*) の遺伝子発現を増加させることで、血中からのビリルビンクリアランスを増強させることが報告されている<sup>7)</sup>。

**【考察】**茵陳蒿湯の有する強力な胆汁分泌(利胆)機序には、その生薬成分の genipin が肝輸送タンパク Mrp2 の肝細胞毛細胆管膜への集積を促進させることにより、胆汁酸非依存性に胆汁分泌の増加を引き起こしているものと考えられる。本薬理効果は、ウルソデオキシコール酸に抵抗性を示す原発性胆汁性肝硬変症に対する第二選択薬としての有用性が評価されつつある<sup>8)</sup>。今後、茵陳蒿湯は小児、外科領域を含む胆汁うっ滞性肝機能障害の治療薬として有用であると考えられる。

## 文献

- 1) Kobayashi H, et al : *Pediatr Surg* 17 : 386-389, 2001
- 2) Watanabe S, et al : *Hepatology Res* 39 : 247-255, 2009
- 3) Yamamoto M, et al : *Hepatology* 118 : 380-389, 2000
- 4) Yamamoto M, et al : *Hepatology* 23 : 552-559, 1996
- 5) Shoda J, et al : *Hepatology* 39 : 167-178, 2004
- 6) Okada K, et al : *Am J Physiol* 292 : G1450-1463, 2007
- 7) Huang W, et al : *J Clin Invest* 113 : 137-143, 2004
- 8) Koide A, et al : *Gastroenterology* 128 : A170, 2005

(正田純一)

## B 麻黄・桂枝・甘草を含む漢方薬 ……………

**【生薬の組み合わせ】**麻黄により体温を上昇させて発汗を促し、桂皮により血行をよくして体表を温めることで発汗作用を強め、ウイルスや細菌の増殖を抑制して病気を治す発汗療法の組み合わせである。発汗により表証がとれることから、発汗解表と称される。葛根湯、小青竜湯も同じであり、これらの処方を用いて温かい食物をとり、布団などで上昇した体温を維持すると、より効果的である。

## 2. 麻黄湯

**【構成生薬】**麻黄、桂皮、杏仁、甘草

『傷寒論』に記された麻黄湯の正証は、「風にあたって悪寒がするような初期状態のときで、熱発するが汗はなく、頭が痛く、さらに腰痛や関節痛があり全身が痛み、咳が出て呼吸が苦しくなるような激しい症状」である。このような状態は、肺炎やインフルエンザなど比較的重い感染症の初期にみられ、麻黄湯はインフルエンザの初期に保険適用が認められている。2004年、乳児は血管脳関門の発達が未熟であり、抗ウイルス薬でノイラミダーゼを阻害するオセルタミビル(タミフル<sup>®</sup>)の投与は、安全でないという理由から、1歳未満の小児に対する使用回避が報告された<sup>1)</sup>。日本では2007年、厚生労働省医薬食品局安全対策課による「オセルタミビル服用

後の異常行動」が報告されて以降、服用後の異常行動に対する注意喚起と、原則として10歳代の青少年への処方が禁止され、慎重投与が必要となった。同効の吸入薬であるザナミビル(リレンザ<sup>®</sup>)も、使用対象は5歳以上であり、このように抗インフルエンザウイルス薬の使用は、年齢的制約がある。一方、麻黄湯は乳児の鼻閉塞や哺乳困難にも保険適応されており、近年、小児インフルエンザ感染症の急性期治療における有用性が、複数報告されている。

### 【呼吸器系疾患領域における薬効薬理】

**〈効果〉**2007年、15歳未満のA型インフルエンザ患者(81名)、およびB型インフルエンザ患者(48名)を対象に、麻黄湯エキス(0.08~0.19 g/kg/日、2~8日服用)の効果をオセルタミビル群(4 mg/kg/日、2~5日服用)、対症療法群(2002および2003年度における症例)と比較検討した。A型インフルエンザ患者では、麻黄湯とオセルタミビル投与群は対症療法群に比べ発熱期間が短縮されたが、両薬剤間では差は認められなかった。B型インフルエンザ患者では、両剤投与群ともに対症療法群に比べて発熱期間が短縮され、両薬剤間で比較すると、内服後、解熱までにかかった時間は麻黄湯服用群が10.7時間速く、頭痛や全身倦怠感、食欲不振などの全身症状消失までの時間は、麻黄湯が25.5時間速く消失した( $p < 0.05$ )<sup>2)</sup>。

一方でKuboらは、A型インフルエンザ患者を麻黄湯エキス単独投与群( $n=17$ , 4.5±4.8歳, 0.06 g/kg/日)、オセルタミビル単独投与群( $n=18$ , 5.4±1.9歳, 2 mg/kg/日)、両剤併用群( $n=14$ , 5.2±1.9歳)に群別し、投薬開始から37.2度に解熱するまでの経過時間を調べた。その結果、オセルタミビル単独投与群の解熱時間が24時間であったことに比べると、麻黄湯単独群は15時間、併用群では18時間と有意に短縮された。治療中の症状悪化や副作用は観察されていない<sup>3)</sup>。ウイルスの型に言及せず成人例を含めて、麻黄湯エキスがインフルエンザ治療では、オセルタミビルと同等の効果があるという臨床報告は少なくない。しかし、インフルエンザは急性熱性疾患であるため、報告のいずれもが厳密な無作為化比較試験ではない。その有用性については、さらに検討を重ねる必要がある。

**〈基礎研究・生薬成分の働き〉**麻黄湯によるインフルエンザウイルス感染抑制のメカニズムについては、A型インフルエンザウイルス PR-8株[A/PR/8/34(H1N1)(PR8)]感染 Madin-Darby canine kidney (MDCK)細胞を用いて検討した報告がある<sup>4)</sup>。50 gの麻黄を500 mLの水で抽出して得られた成分系は、感染後10分以内に投与された場合、エンドソームやライソゾームの酸性化を濃度依存的に阻止して、ウイルスの脱殻を阻害するこ

とでウイルスの増殖を抑制した。感染後 15 分以降に投与した場合には、抗ウイルス効果は認められなかった。この結果から、麻黄はウイルス感染初期において、ウイルス増殖抑制を示すと推察された。また、FeCl<sub>3</sub> 処理により麻黄のタンニンを除いたエキスは、FeCl<sub>3</sub> 処理液の濃度に依存して、ウイルス増殖抑制が阻害された。したがって麻黄のウイルス増殖抑制効果には、タンニンが関与していると考えられた。

感染細胞を麻黄エキスで処置した後に、麻黄を除いた培地で継続培養すると、感染から 15 時間後のウイルス増殖数は、麻黄エキスで処置しなかった感染細胞のウイルス数と同じになった。この結果から *in vitro* では、麻黄による処置から 15 時間は、抗ウイルス効果が持続することが明らかになった。

桂皮についても、同様に報告されている<sup>5)</sup>。Hayashiらは、A 型インフルエンザウイルス PR-8 株[A/PR/8/34(H1N1)(PR8)]感染 MDCK 細胞に、感染直後から、1 時間ごとに桂皮抽出成分であるシンナムアルデヒド(CA)を 40 μM 添加した。3 時間後に添加すると添加していない細胞に比べ、最大 29.7% のウイルス増殖抑制効果が得られた。感染 3 時間後 20~200 μM の CA を添加すると、200 μM のときに最大抑制効果を示し、抑制効果は濃度依存的であることが示された。インフルエンザウイルスの mRNA の発現について、感染直後から継続的に CA を添加した群と非添加群について調べたところ、遺伝子の発現は抑制されなかった。感染から 3 時間後における CA の添加では、濃度に依存してタンパク発現が抑制された。このことから、MDCK 細胞において、CA はウイルスタンパクを合成する時期である増殖中期に作用することで、抗ウイルス効果を示すと考えられた。A 型インフルエンザウイルス PR-8 株に感染させたマウスを、CA を経鼻的投与(250 mg/mouse/day)する群と、非投与群に分けて、マウスの生存率と肺胞洗浄液中のウイルス量を比較検討した。CA 非投与群のマウスの死亡率は、感染 8 日目には 80% となり、CA の投与は生存率を改善することが示された。ウイルス量においても、感染 6 日目では、CA 投与による 10% のインフルエンザ増殖抑制が認められた。桂皮はウイルス膜タンパクの合成を抑制する可能性が考えられた。

**【考察】** 1998 年から A 型インフルエンザの治療に使用されてきた、M2 阻害剤アマンタジンは、耐性ウイルスが生じやすいことから使用が中止され、オセルタミビルが使われてきた。しかし、大量使用に対する耐性ウイルスの出現には、注意が必要である。麻黄湯が抗ウイルス薬の使用量削減を可能にすれば、耐性菌の出現を阻止す

ることができる。また本剤は乳幼児から成人まで使用でき、緩和な解熱効果や全身倦怠感、筋肉痛、頭痛や鼻閉に有効で、良好な治癒経過が期待できる。季節性のインフルエンザ感染によって獲得する免疫過程において、麻黄・桂皮以外の配合を含む漢方薬がどのように関与するかなどは、今後の研究が待たれる。

## 文献

- 1) Wooltorton E: CMAJ 170(3): 336, 2004
- 2) 河村研一: 小児科研究 61: 1057-1062, 2008
- 3) Kubo T, et al: Phytomedicine 14: 96-101, 2007
- 4) Mantani N, et al: Antiviral Res 44: 193-200, 1999
- 5) Hayashi K, et al: Antiviral Res 74: 1-8, 2007

(日置智津子)

## 3. 葛根湯

**【構成生薬】** 葛根、麻黄、桂皮、芍薬、甘草、生姜、大枣

厚生労働省の 2007 年薬事工業生産動態統計年報によれば、葛根湯エキス製剤の生産金額は 2,382 百万円である。生産数量は、上位 20 位までに位置している。同年の漢方薬使用実態調査では、無作為抽出で選ばれた医師 713 名の回答によれば、72.4% が日常的に漢方薬を処方しており、葛根湯は第一選択として使用されていた(日経メディカル 2007.10)。

日本では浅田宗伯が葛根湯の使用目標を述べており、以後、葛根湯は悪寒や僧房筋領域の緊張がみられるときだけでなく、項背部周辺の炎症や充血があるとき、上半身の神経痛、たとえば五十肩、蓄膿症、中耳炎、乳腺炎、蕁麻疹に適応されている。近年、急性上気道炎罹患初期の寒気や頭痛、項背のこわばりや発熱、無汗症状、つまり感冒やインフルエンザの治療に対する有効性を示す症例報告は多いが、いずれも非実験的記述研究から、準実験的研究(症例研究)である。

### 【呼吸器系疾患領域における薬効薬理】

**〈効果〉** 風邪症候群に使用された報告では、葛根湯(エキス剤 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 3.75 g/日)を 30 名、麻黄湯(エキス剤 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 1.75 g/日)を 27 名に投与したとき、解熱効果は葛根湯群で 80%、麻黄湯群で 67% に認められたと報告されている<sup>1)</sup>。風邪症候群 136 例に 3 日間、葛根湯を投与した報告では、全身症状の改善(悪寒、熱感や下痢の軽度以上の改善が 80%)と呼吸器症状の改善(鼻汁、鼻閉、くしゃみ、痰の軽度以上の改善が 60%)が認められた。さらに疼痛症状(筋肉痛、肩こりの軽度以上の改善が 80%)にも効果があり、全般の改善度は 79% と報告されている<sup>2)</sup>。

**〈基礎研究〉** 発熱に対して感受性のよい雌性 DBA/2 Cr 6 週齢マウスに、A 型インフルエンザウイルス PR-8

株[A/PR/8/34(H1N1)(PR8)]に感染させる1日前から、葛根湯(エキス剤0.005g/日)を8日間、経口投与し、蒸留水投与群を対照として検討した。感染マウスの肺切片の炎症部位の総面積を比較したところ、葛根湯は肺炎の炎症領域を縮小させた。葛根湯はインフルエンザ感染による肺炎症状を抑制し、感染による体重減少を抑制、感染3日目の肺胞洗浄液中のウイルス増殖抑制効果や生存率を改善する効果が認められた。そこで、感染2日目、4日目と6日目に、感染マウスの肺胞洗浄液中のIL-4、IL-10、IL-12、IFN- $\gamma$ に及ぼす葛根湯の効果を評価した。その結果、感染2日目では肺胞洗浄液中のIL-12、続いて血清中のIFN- $\gamma$ が有意に増加した<sup>3)</sup>。

同種マウス1匹あたりにクラリスロマイシン(20mg/2回/日)を感染1日前から、7日間経口投与した場合、感染2日目に肺胞洗浄液中のIL-12の上昇、3日目には血清中のIFN- $\gamma$ が上昇して、肺胞洗浄液中のウイルス量は有意に減少した。また、IL-12(20ng/匹)を経鼻投与した場合は、感染2日目に投与した時だけに同様の応答が観察できた。以上の研究から、葛根湯を投与することで、肺胞洗浄液中のIL-12が上昇し、続いてIFN- $\gamma$ の産生が促されて細胞性(Th-1)免疫応答が誘導されることが明らかになった。葛根湯は、細胞性免疫を高め、ウイルスの増殖を抑制することで、肺炎を重症化させない働きがあり、IL-1 $\alpha$ の過剰反応を抑制して発熱を抑えることが解明された<sup>3-5)</sup>。

〈生薬成分の働き〉解熱効果を調べた報告がある。葛根湯を構成する生薬、葛根、麻黄、桂皮、芍薬、甘草、生姜、大棗の各50gを1,000mLの蒸留水で1時間煎じて得た抽出エキスを用いて、同マウスに投与して解熱効果と、IL-1 $\alpha$ の産生について検討した。その結果、桂皮の水抽出エキスがもっとも強い解熱効果と、IL-1 $\alpha$ 産生抑制作用を示した。シンナミル化合物13種がこの活性を示したが、逆の作用を示す種類もあることが明らかとなった。インフルエンザに感染すると、血清中のインターフェロンや、IL-1 $\alpha$ が産生され、これらが視床下部に作用してシクロオキシゲナーゼ(COX)を活性化し、プロスタグランジンE<sub>2</sub>が産生されて発熱する。アスピリンと葛根湯を比較した場合、葛根湯は、IL-1 $\alpha$ の産生を抑制して発熱を抑えるが、アスピリンでは、IL-1 $\alpha$ 産生を抑制せず、COX活性やプロスタグランジンE<sub>2</sub>産生を抑制するという違いがある。シンナミル化合物は、葛根湯と同じ働きを示した<sup>3,6)</sup>。

【考察】マクロライド系抗菌薬と同様、葛根湯のインフルエンザ感染に対する作用は、気道上皮におけるサイトカイン産生を促進させ、さらに感染に対する防御反応を盛

んにすることである。より効果を上げるには、宿主側の感染早期における反応が重要である。

## 文献

- 1) 柏木正三郎ほか：臨床と研究 63：3007-3010, 1986
- 2) 加地正郎ほか：臨床と研究 70：3266-3272, 1993
- 3) Kurokawa M, et al：Eur J Pharmacol 348：45-51, 1998
- 4) Tsurita M, et al：J Pharmacol Exp Ther 298：362-368, 2001
- 5) Kurokawa M, et al：Eur J Pharmacol 348：45-51, 1998
- 6) Hama Y, et al：Acta Virol 53：233-240, 2009
- 7) Kurokawa M, et al：J Med Virol 50：152-158, 1996

(日置智津子)

## 4. 小青竜湯

【構成生薬】麻黄、桂皮、甘草、芍薬、五味子、細辛、乾姜、半夏

小青竜湯がアレルギー疾患に有効であることは、臨床だけでなく基礎研究においても報告されている。しかし、浅田宗伯だけでなく有持桂里などは、自著『校正方輿輓』において、小青竜湯は水毒を解消する効能がもつばらであることを示した。胃部に振水音がある場合など、身体全体において水の代謝が順調でないときに生じやすい諸症状、鼻汁や水様の痰、これを排出するために出る咳などに有用であり、現在のところ感冒、気管支喘息、アレルギー性鼻炎などに保険適用がある。

### 【呼吸器系の疾患領域における薬効薬理】

〈効果〉1995年、全国61施設において、小青竜湯の通年性アレルギー性鼻炎に対する効果について、二重盲検比較試験が行われた<sup>1)</sup>。対象は、①血清中の特異的IgE抗体測定(RAST, Capの場合：スコア2以上, MAST法：スコア1以上)、②鼻誘発反応、③鼻汁中の好酸球増多の3項目中、2項目以上が陽性、投与開始前7日間の鼻症状が中等症以上と判断された12歳以上の患者である。小青竜湯(エキス剤9.0g、うち生薬乾燥エキス5.0g/日)と、本エキス剤と識別不能なプラセボが、無作為に割りつけられ14日間投与された。初診から7日間、アレルギー検査や問診により重症度が決定された。患者もしくは保護者は体質についてのアンケートや症状の推移、印象について記載した記録を試験終了後に提出した。観察期間中は、鼻症状の程度や鼻腔所見、合併症の有無、偽アルドステロン症や副作用、服用状況について確認された。服用2週間後の症状改善度は、くしゃみ発作[小青竜湯(小)：59.5%、プラセボ(プ)：30.4%]、水性鼻汁(小：50.0%、プ：30.1%)、鼻閉(小：62.3%、プ：36.5%)は、いずれも小青竜湯群が優れた効果を示した。全般改善度では小青竜湯群の92例中41例(44.6%)、プラセボ群のうち94例中17例(18.1%)が中等度改善を示

した(U 検定:  $p < 0.001$ ). 副作用については小青竜湯群 107 例中 7 例(6.5%), プラセボ群 110 例中 7 例(6.4%)と両群に差はなく, 内容は消化器症状や頭痛などで, いずれも重篤な症状は認められていない. 対象患者のうち 60% が普通体型で中間証と判断されたことから, 体型による虚実分類いずれの証においても, 小青竜湯は通年性アレルギー鼻炎には有効であると判断されている.

宮本らは, 全国 62 施設において上記と同様なプラセボを用い, 喘鳴, 咳嗽や水様の痰を有する軽症または中等度の気管支喘息患者を対象に, 二重盲検比較試験を行った. 小青竜湯群 101 例, プラセボ群 91 例とした. 7 日間の小青竜湯(エキス剤 9.0 g, 生薬乾燥エキス 5.0 g/日)投与は, プラセボ投与群に比べ, 投与 4 日目から咳の回数が減少した. 咳の強さ, 喀痰の切れも同様に改善された. 7 日後, 両群において重篤な副作用はなく全般改善度は小青竜湯投与群で有意に高く, 日常生活が改善されると推測された<sup>2)</sup>.

〈基礎研究〉小青竜湯エキスが, 好酸球浸潤の抑制, 肥満細胞からのヒスタミン遊離を抑制することや, IgE 値の上昇抑制, Th1/Th2 バランスを是正することが報告され<sup>3-6)</sup>, さらにヒスタミンシグナル遺伝子の発現抑制が, 本剤によるアレルギー性鼻炎の症状抑制に関与していることが報告された.

6 週齢, 雄性ラットの鼻前庭に, トルエン-2,4-ジイソシアネート(toluene 2,4-diisocyanate: TDI)を反復塗布して, 鼻過敏症モデルを作成して行われた. ラットは 1 群(酢酸エチルだけを塗布)を対照群とし, 2 群は 10% TDI を酢酸エチルで希釈して塗布した. 3 群は TDI 感作させる 1 時間前に, 小青竜湯エキス(0.6 g/匹/日)を, 21 日間継続投与した. TDI による発作誘発直後 10 分間のくしゃみ回数は, 対照群は 0 回, 2 群の鼻過敏症ラットは  $29 \pm 1.4$  回, 小青竜湯前投与群は  $7.7 \pm 2.7$  回で, 小青竜湯はくしゃみを減少( $p < 0.01$ )させた. このとき鼻粘膜のヒスタミン H1 受容体(H1R)の遺伝子発現は, 発作誘発により対照群に比べ 3.2 倍と増加し, 小青竜湯投与により 1.1 倍と抑止された. 鼻粘膜のヒスタジン脱炭酸酵素(HDC)の遺伝子発現については, 2 群では対照群と比較して 6.1 倍の上昇, 小青竜湯早期投与群では 2.2 倍に抑制された. 鼻粘膜のアレルギーサイトカイン, IL-4, IL-5, IL-13 遺伝子発現について調べた結果, 発作誘発群がいずれのサイトカインについても遺伝子発現を亢進したが, 本剤早期投与により, IL-4, IL-5 の遺伝子発現を抑制することが確認された. しかし, IL-13 については全く抑制しなかった<sup>7,8)</sup>.

さらに小青竜湯経口投与による気道免疫調節作用について, 雌性 BALB マウス(7 週齢)を用いて検討され

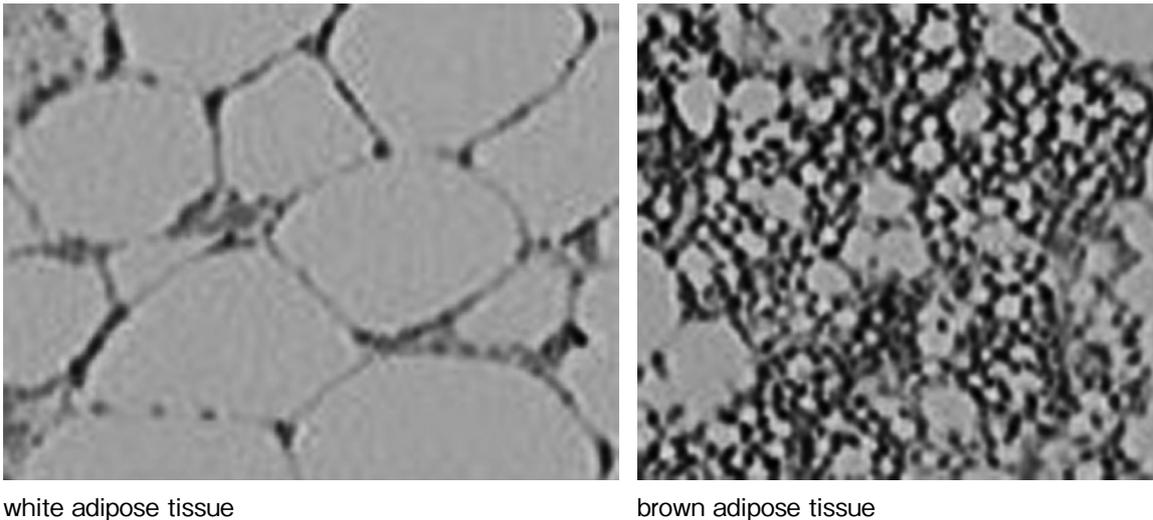
た. インフルエンザ HA ワクチン 5  $\mu$ g 経鼻接種した群, また大腸菌易熱性エンテロトキシン B サブユニット(LTB) 5  $\mu$ g をインフルエンザワクチンと混合して経鼻接種した群に分け, 前群に小青竜湯(エキス剤 1 g, うち生薬乾燥エキス 0.5 g/kg/日)を接種 7 日前から 13 日後まで経口投与した. 水経口投与群を対照群として, 14 日後の血清を調べた. その結果, インフルエンザ IgG 抗体価が両群ともに有意に上昇し( $p < 0.001$ ), 気道を介した抗原に対して全身免疫系で IgG 抗体産生を増強することが示された. 同モデルにインフルエンザワクチンを経鼻的に再接種し, その 2 週間後に鼻腔洗浄液と肺洗浄液を採取して特異的 IgA 抗体価を測定したところ, LTB アジュバント群には及ばないが IgA 抗体産生の増強が観察された. 結果として, A 型インフルエンザウイルス感染マウスにおいて, 小青竜湯は経口投与により, 気道免疫増強活性効果を示し, インフルエンザワクチンの効果を増強することが示唆された<sup>9)</sup>. また Yamada らが, 腸管パイエル板リンパ球に対する小青竜湯の経口投与における作用を, 同モデルで検討した. その結果, 小青竜湯投与群では, T リンパ球表面の IL-2 レセプター  $\beta$  鎖を発現している細胞の割合が, 水経口投与群に比べて 2 倍となり, 小青竜湯は腸管粘膜免疫系の誘導組織を活性化することが明らかにされ, 鼻腔領域のリンパ球でも, 特異的 IgA 抗体産生細胞を増加することが示されている<sup>10)</sup>.

〈生薬成分の働き〉小青竜湯の構成生薬である半夏に含まれる脂肪酸であるピネリン酸は, 経口摂取されることで, 気道免疫増強活性を示すことが明らかにされている<sup>11)</sup>.

【考察】小青竜湯の薬効機序解明研究の過程から, TDI 発作誘発モデルは IgE を介さず, 肥満細胞からのヒスタミン遊離, 好酸球や肥満細胞の増殖, ヒスタミン受容体やヒスタジン脱炭酸酵素の発現亢進, アレルギーサイトカインが関与して, 鼻過敏症状を惹起していると推察され, このモデルにおける小青竜湯の効果が明らかになった. さらなる基礎研究が進められていることから, アレルギーサイトカインネットワークにおける本剤の機序など, 詳細が明らかになると期待される. 近年, 肥満細胞は, 抗原刺激数時間後に種々のサイトカインを分泌し, T 細胞や好酸球の機能に影響を与える重要な免疫調節細胞として認識されている. しかし, 肥満細胞の増殖因子や機能においては, マウスとヒトでは異なる面が少なくない. 基礎研究と同時に, 臨床における検討の進展も期待される.

## 文献

- 1) 馬場駿吉ほか: 耳鼻咽喉科臨床 88: 389-405, 1995



white adipose tissue                      brown adipose tissue

図3 マウス白色脂肪細胞と褐色脂肪細胞

白色脂肪細胞は比較的大きく、単一の脂肪滴を含む。一方、褐色脂肪細胞は直径が20~50 μmで多くの脂肪小滴に分かれた多房性構造で、ミトコンドリアを豊富に含む。褐色脂肪細胞のミトコンドリア内膜に特異的に発現しているUCP1により、ATP合成に共役しない呼吸が活発となると、大量の熱が発生する。通常、寒冷曝露や多食など、交感神経の活動が亢進する生理条件で熱産生が増加し、体温維持や余剰エネルギーを散逸させる。

- 2) 宮本昭正ほか：臨床薬理 17：1189-〇，2001
- 3) Sakaguchi K：Methods Find Exp Clin Pharmacol 18：41-47, 1996
- 4) Sakaguchi M：Methods Find Exp Clin Pharmacol 19：707-713, 1997
- 5) Tanaka A：Acta Otolaryngol Suppl 538：118-125, 1988
- 6) Yang SH：Int Immunopharmacol 1：1173-1182, 2001
- 7) Asish KD, et al：Allergology International 58：81-88, 2009
- 8) Abe Y, et al：Acta Otolaryngol 112：703-709, 1992
- 9) Nagai T：Immunopharmacol Immunotoxicol 18：193-208, 1996
- 10) Yamada H：Methods Find Exp Clin Pharmacol 20：185-192, 1998
- 11) Nagai T：J Tradisional Med 17(Suppl)：31, 2000

(日置智津子)

### 〔C〕麻黄・石膏・甘草を含む漢方薬 ……………

【生薬の組み合わせ】麻黄の利尿作用と、石膏による消炎解熱効果により炎症性の浮腫などに効果がある。麻杏甘石湯(麻黄、石膏、杏仁、甘草)や越婢加朮湯(麻黄、石膏、朮、生姜、大枣、甘草)などにもこの組み合わせがみられる。

### 5. 防風通聖散

哺乳動物は、細胞内に蓄えた中性脂肪から脂肪酸を生成する2つの脂肪組織を有する。エネルギーを蓄積する白色脂肪組織(white adipose tissue：WAT)が生成した脂肪酸は、血中に放出される。もう一つの褐色脂肪組織(brown adipose tissue：BAT)は、自身の細胞内で酸化分解して体内に蓄積することなく、熱に変換してエネルギー

を消費する(図3)。

【構成生薬】大黃、芒消、麻黄、荊芥、防風、滑石、山梔子、薄荷、連翹、石膏、黄芩、桔梗、芍薬、当帰、川芎、甘草、白朮、生姜

#### 【内分泌・糖尿病・代謝領域における薬効薬理】

〈基礎研究〉monosodium-L-glutamate(MSG)投与により視床下部領域が破壊され、体脂肪が蓄積して肥満を呈したマウス(雌性)、および遺伝性肥満KKA<sup>y</sup>マウス(雌性)を用いた実験が行われた。これらの肥満動物への防風通聖散投与によるBATのミトコンドリアのguanosine-5'-diphosphate(GDP)結合能活性が報告され、ミトコンドリア内膜に存在する脱共役タンパク質(uncoupling protein：UCP1)の活性化が認められた。すなわち、防風通聖散は、エネルギー消費の一端である熱産生を行うBATを活性化し、WATの脂肪分解を促進して、皮下脂肪、内臓脂肪および体重を減少させることが報告された<sup>1)</sup>。防風通聖散は18種類の生薬から構成される。2種類の脂肪組織に対する効果は、主に麻黄に含まれるl-エフェドリン、d-プソイドエフェドリンの交感神経活性によるもので、交感神経終末からノルアドレナリンの放出を増強して、褐色および白色脂肪組織におけるβアドレナリン受容体を刺激する。さらに甘草、荊芥、連翹のもつホスホジエステラーゼ(PDE)阻害作用、つまりカフェイン様作用が相加的に働くことでcAMPの分解が阻害された結果、ノルアドレナリンの作用が持続し、白色脂肪分解と褐色脂肪組織における熱産生(エネルギー消費)が生じることが示された(図4)。

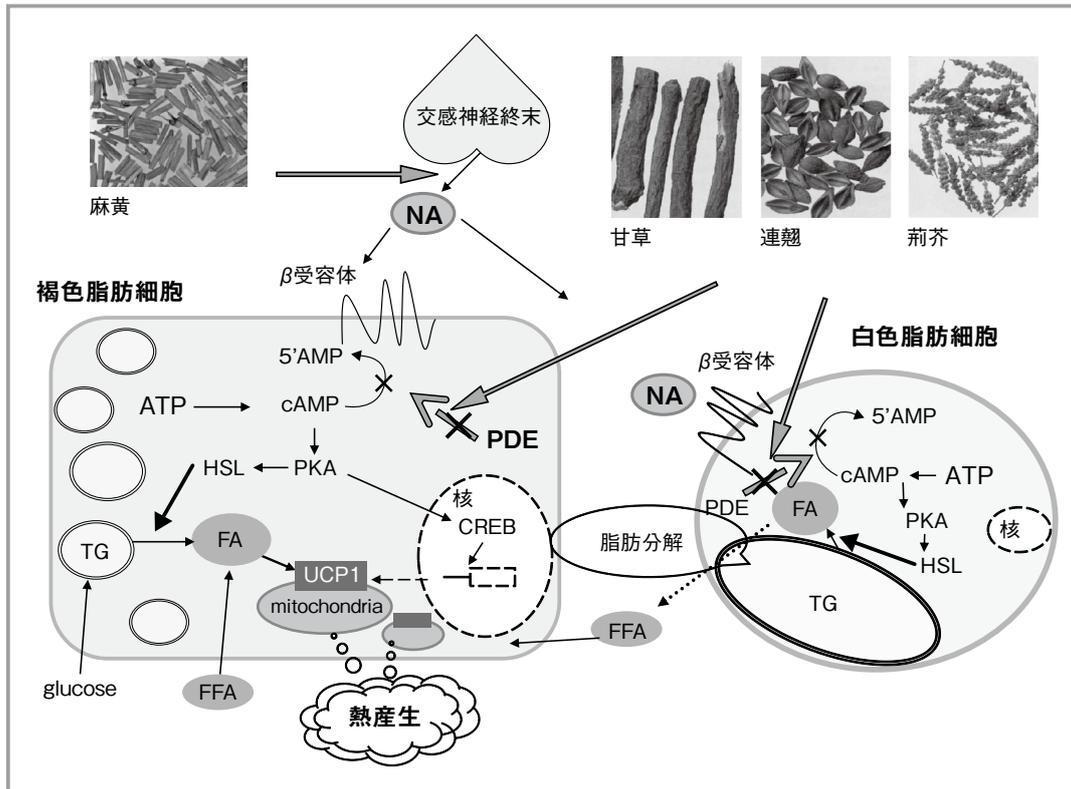


図4 防風通聖散による白色脂肪分解と褐色脂肪による熱産生

交感神経-白色および褐色脂肪組織系における機能低下が肥満体質の根底にあるならば、この系を賦活することにより、肥満症の予防や治療が有効になると考えられる。防風通聖散を肥満マウスに投与すると、白色脂肪量の減少、褐色脂肪細胞の活性化を示した。本剤内服による肥満症患者の内臓脂肪減量や代謝改善も、同様の機序によると推察される。

CREB: cAMP 応答性エレメント結合タンパク、FA: 脂肪酸、FFA: 遊離脂肪酸、HSL: ホルモン感受性リパーゼ、NA: ノルアドレナリン、PDE: ホスホジエステラーゼ、PKA: プロテインキナーゼ A、UDP: 脱共役タンパク質。

〈基礎研究から臨床へ〉褐色脂肪組織は種差が大きい。小型げっ歯類とは異なり、ヒトやイヌなどの大型哺乳類で、特にヒトでは思春期以後に減少するため、成人における存在は痕跡程度であるとされてきた。しかし、近年、PET (positron emission tomography) による 2-[<sup>18</sup>F]-fluoro-D-2-deoxy-D-glucose (FDG) の全身組織への取り込みを検出するがん診断法が普及した結果、腫瘍組織とは別に両側頸部、鎖骨上部、傍椎体領域に FDG の集積が報告された<sup>3)</sup>。以後 PET/CT を用いることで、これらが褐色脂肪細胞における集積であることが明らかにされた。成人における BAT の存在を視覚で確認することができたのである<sup>4)</sup>。エフェドリンの筋注投与による褐色脂肪細胞の活性化が、すでにヒトで検証されており<sup>5)</sup>、防風通聖散はヒトでも同様のメカニズムによって、脂肪減量効果を示すと推察できた。

日本における臨床では、防風通聖散は漢方医学的な診断基準である「証」をもとに、肥満に伴う随伴症状を呈する患者に使用されてきた経緯がある。よって、西洋医学的にみて治療が必要な「肥満症」の診断基準が決定された

2001 年以前から、「肥満症」に保険が適用されていた。

〈効果〉肥満症治療を目的に外来を受診した女性患者で、空腹時血糖値が 126 mg/dL より低く、糖負荷後 120 分血糖値が 140 mg/dL 以上で 200 mg/dL より低い、耐糖能障害 (impaired glucose tolerance: IGT) を伴う便秘傾向の (内分泌疾患、肝臓や心疾患、腎機能不全、抗精神薬を服用する者は除外された) 肥満症を対象に、防風通聖散による内臓脂肪減量効果およびインスリン抵抗性の改善効果について、二重盲検試験が行われた<sup>6)</sup>。

食事指導 (1,200 kcal/日) と生活指導 (5,000 歩/日) が行われ、2 か月間の生活改善を継続した後に試験が開始された。患者は食前に防風通聖散エキスを服用し (防風通聖散エキス顆粒 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 4.5 g/日)、試験開始時と 12 週間後、24 週間後において体重、脂肪量および脂肪分布、胴囲および腰囲値、安静時代謝、血清脂質および尿酸値、75 g 経口ブドウ糖負荷試験 (oral glucose tolerance test: OGTT) 値が測定され、対照群 (緩下剤投与) と比較検討された。対象症例は 81 例 (BMI 値  $36.5 \pm 4.8 \text{ kg/m}^2$  (平均値  $\pm$  標準偏差)) で、防風通聖散投

与群が41例(年齢 $52.6 \pm 14.0$ 歳), 対照群は40例(年齢 $54.8 \pm 12.5$ 歳)であった。CT像による腹部脂肪を比較した結果, 治療24週間後において, 内臓脂肪と皮下脂肪の減量( $-67.0 \pm 11.5 \text{ cm}^2$ ,  $-103.0 \pm 13.3 \text{ cm}^2$ ; 防風通聖散,  $-34.7 \pm 11.0 \text{ cm}^2$ ,  $-61.7 \pm 14.7 \text{ cm}^2$ ; 対照群)が認められ, 特に防風通聖散服用群では内臓脂肪の減少が認められた。また胴囲も, 防風通聖散投与群( $12.2 \pm 2.12 \text{ cm}$ 減少)は対照群( $5.8 \pm 1.4 \text{ cm}$ 減少)より有意に減少を示した( $p < 0.05$ )。

血清データを比較すると, 両群ともに12週目から総コレステロールや中性脂肪値は減少し始め, 24週間後では尿酸値の低下も観察された。OGTTにおける血糖応答では, 90分以後は治療前後で有意な血糖値の減少が両群で認められ, 食生活の改善や運動量を一定量増やすことで, 糖および脂質代謝を改善させることができた。一方, 防風通聖散群においては, 糖負荷後120分インスリン値に有意な低下が認められ, 空腹時インスリン値の減少が確認され, 遅延型過剰インスリン分泌動態の改善が観察された。その結果, インスリン変動曲線下面積は対照群に比べ有意に減少した<sup>7)</sup>。HOMA-IR (homeostasis model assessment of insulin resistance)の値は, 防風通聖散投与群で3.8から2.1と減少し, インスリン抵抗性の改善が認められた。

以上, 防風通聖散は, 耐糖能不全を合併する肥満症女性の安静時代謝率を下げず, 体重および皮下脂肪, 特に腹部内臓脂肪を減量してインスリン抵抗性を改善させた。この結果から, 本剤は肥満症やメタボリックシンドロームの予防および治療に有効であると推察された。

また統合失調症治療薬, オランザピン(olanzapine)は, 脳内のドパミン $2(D_2)$ 受容体, セロトニン $2(5-HT_2)$ 受容体を遮断するセロトニン・ドパミン拮抗薬(SDA)に近い非定型抗精神病薬(第二世代抗精神病薬)と称されている。さらにアドレナリンやヒスタミンなどの受容体にも作用することから, 多受容体作動薬(multiacting receptor targeted antipsychotic: MARTA)であり, 便秘, 中性脂肪上昇, 食欲増加または減少, 体重増加, 耐糖能異常が副作用である。2008年, 以下の報告がある。20歳の統合失調症女性患者がオランザピン $7.5 \text{ mg/日}$ とプロメタジン(promethazine)  $75 \text{ mg/日}$ を3か月服用した。精神症状の改善は認められたが, 体重が $4.5 \text{ kg}$ 増加, BMIが $23.6 \text{ kg/m}^2$ から $25.4 \text{ kg/m}^2$ まで増加した。体重増加を契機として, 患者は服用を躊躇し始めた。そこで, 防風通聖散エキス $7.5 \text{ g/日}$ をこれらの薬剤と併用させた。本剤を6か月間併用治療した結果, 食欲は変わらないままBMIが $24.3 \text{ kg/m}^2$ まで減少した。オランザピンの副作用である体重増加に対する改善効果が, 防

風通聖散にあることが報告された<sup>8)</sup>。抗精神病薬のように, ドパミン, セロトニン受容体などに対する遮断作用をもつ薬剤は, ドパミンの作用不足が満腹感の欠如につながり, 過食になるなど, 摂食行動に影響を及ぼして肥満や糖尿病の要因となる。このような抗精神病薬もたらす肥満症の治療は, 食欲コントロールが容易でなく困難である。しかし防風通聖散には交感神経活性作用は認められたが, 食欲抑制効果は確認できていない。

〈副作用と社会的背景〉防風通聖散は一般用, 医療用の両方において需要を伸ばし続けている。たとえば, 2005年から2009年における各年の医療用防風通聖散の売上額は, 1,943(百万)円, 2,455(百万)円, 2,961(百万)円, 3,452(百万)円と増加がみられた(Strategic Decision Initiative, Inc. 調べ)。一般用においても同様であり, 防風通聖散を服用する人口は増えている。この背景には, 日本内科学会などが, 日本におけるメタボリックシンドロームの診断基準を2005年4月に公表したことや, 2008年に特定検診が始まり, セルフメディケーションが推奨される昨今, 漢方薬は健康食品と同様に比較的安全と考えられて, 容易に入手できることなどが挙げられる。しかし服用者の急増により, 多くはないが薬物性肝障害の症例が報告されており<sup>9)</sup>, 使用には注意を払う必要がある。たとえば37歳の女性, 一般用防風通聖散エキス顆粒 $2.5 \text{ g/日}$ (生薬乾燥エキス量不明)を2006年8月から1か月間服用した。内服終了1か月後に黄疸と右季肋部痛を自覚し, 受診直後に入院となった。GOT $1,210 \text{ IU/L}$ , GPT $1,592 \text{ IU/L}$ , T-Bil $18.0 \text{ mg/dL}$ と肝機能異常を認めたが, 白血球数は正常で, 好酸球の増多なく血小板数の減少はあるが凝固系に異常はなかった。入院後グリチルリチン製剤とウルソデオキシコール酸など肝庇護剤で経過観察し, トランスアミナーゼの順調な改善が認められた。症例は急性肝炎の経過を示したが, 「DDW-J2004 薬物性肝障害ワークショップ薬物性肝障害診断基準」<sup>10)</sup>に基づき, 初診時のGOT/GPT比から肝障害型に分類され, 薬物以外の要因が除外できたことから, 防風通聖散が原因の薬物性肝障害の可能性が高いと判断された。薬物リンパ球刺激試験(drug lymphocyte stimulation test: DLST)では本剤乾燥エキス製剤, 当帰, 川芎, 薄荷が陽性を示したと記されている。【考察】臨床研究において, 防風通聖散投与群で軟便になり早期脱落した患者があった<sup>6)</sup>。防風通聖散は大黃(センノシド類)と芒硝( $\text{Na}_2\text{SO}_4$ )を構成生薬にもつため, 便秘の患者にとっては便通改善効果をもたらすが, 下痢傾向の患者には使用されるべきでない。軟便になりやすいので, 芒硝の量を調整するなど注意が必要と考えられる。また, 抗精神病薬の連続服用による食欲増進がもたらす

過食が、脂肪の過剰蓄積につながる場合があるが、本剤との併用での脂肪減量は困難である。本剤服用による安静時代謝量(およそ基礎代謝量に等しい)の亢進が認められたが、長期服用により一定となった。服用による内臓脂肪減量とインスリン抵抗性を改善する結果が示されたが、脂質や糖代謝改善後の維持には、運動や食生活を含めた自己管理が必要である。

本剤は18種類の生薬から構成され、上記に示した交感神経-脂肪細胞系に対する賦活だけでなく、胆汁分泌や胃腸の働き、および排泄促進、血行促進効果をもつ。急激に代謝を変化させる可能性が高く、虚弱者への投与は不適である。

## 文献

- 1) Yoshida T, et al : Int J Obesity Relat Metab Disord 19 : 717-722, 1995
- 2) 吉田俊秀ほか : 医学のあゆみ 12 : 1005-1009, 2002
- 3) Cohade C : Semin Nucl Med 40 : 283-293, 2010
- 4) Enerbäck S : Cell Metab 11 : 248-252, 2010
- 5) 吉田俊秀ほか : 日本体質学雑誌 50 : 18-23, 1986
- 6) Hioki C, et al : Clin Exp Pharmacol Physiol 31 : 614-619, 2004
- 7) Hioki C, et al : J Chin Clin Med 3 : 312-316, 2008
- 8) Yamamoto N, et al : Psychiatry Clin Neurosci 62 : 747, 2008
- 9) 元山宏行ほか : 日消誌 105 : 1234-1239, 2008
- 10) 滝川 一ほか : 肝臓 46 : 85-90, 2005

(日置智津子)

## D 麻黄・附子を含む漢方薬

**【生薬の組み合わせ】**麻黄、附子は熱感が少なく悪寒が強いとき、麻黄、桂皮、甘草で発汗療法ができない場合に用いられ、強く温めて少し発汗させる少陰病の初期に用いる。くしゃみと鼻閉が混合したアレルギー性鼻炎症状に効果があり、小青竜湯加附子としても使われる。

## 6. 麻黄附子細辛湯

普段から活力が弱い高齢者や虚弱者は、風邪の初期では自覚症状があまり強くない。徐々に発熱するが、熱感よりも手足の冷えを感じて全身倦怠感が強くなり、ただ横になりたいなど無気力な状態に見舞われやすい。このような悪寒、微熱、全身倦怠や四肢に疼痛冷感があるような感冒や気管支炎、鼻炎には、麻黄湯ではなく麻黄附子細辛湯が処方される。

**【構成生薬】**附子、細辛、麻黄

**【呼吸器系疾患領域における薬効薬理】**

**〈効果〉**風邪の引きはじめから熱感を伴う患者には、西洋医学では消炎解熱鎮痛剤が用いられることが多い。1995年、本間らは、風邪症候群で有熱の患者を対象として、消炎解熱鎮痛剤を使用した群と麻黄附子細辛湯を使用し

た群に分け、症状の経過を追った。前者のほうが、むしろ解熱に時間を要して回復が遅くなることが確認された<sup>1)</sup>。

風邪症候群に対する麻黄附子細辛湯の有用性について、19施設で総合感冒薬を対象として二重盲検試験が行われた<sup>2)</sup>。体温が39.0℃以上、一定の細菌感染が疑われて抗生物質投与の対象となった患者などを除き、麻黄附子細辛湯(エキス剤7.5g、うち生薬乾燥エキス1.5g/日)投与群(83名、56.4±22.4歳、重症2名、中等度28名、軽度53名)、総合感冒薬投与群(88名、54.0±21.8歳、重症1名、中等度36名、軽度51名)を解析対象として、投与期間は3日間であるが、症状がまだ残存しているときは継続投与した。症状消失までの日数を比較した結果、発熱、全身倦怠感、咽頭痛・違和感、咳や痰の4つの項目で麻黄附子細辛湯は有意に短期間で効果を示した。試験開始時に37.0℃以上の発熱があり、37.0℃以下になるまでの日数を比べると、麻黄附子細辛湯群(27例)で1.5±0.7日、総合感冒薬群(29例)で2.8±1.5日であり、本剤投与は発熱日数をより短縮させた( $p<0.01$ )。咽頭痛・違和感、鼻汁・鼻閉・くしゃみ、関節痛・筋肉痛、嘔気・腹痛・下痢が消失する平均日数は、有意差は認められないが、麻黄附子細辛湯のほうが短いという結果であった。全般改善度と全般有用度はいずれも本剤と総合感冒薬を比べると、本剤のほうが高く( $p<0.01$ )、安全性においても特に問題は認められていない。

通年性鼻アレルギーについて、試験開始前の皮膚試験やRAST、鼻誘発反応試験、鼻汁中好酸球数検査のうち、いずれか2項目が陽性の患者21名に、麻黄附子細辛湯(エキス剤7.5g、うち生薬乾燥エキス1.5g/日)を4週間継続投与した<sup>3)</sup>。試験終了後における患者自身による評価は、くしゃみ(改善率:55.6%)、鼻水(改善率:50.0%)、鼻づまり(改善率:55.6%)、嗅覚異常(改善率:27.8%)、日常生活の改善(55.6%)であり、61.1%の患者が服薬継続を希望し、22.2%が希望しなかった。自他覚症状の経時的推移においても、4週目で改善が確認された。くしゃみ発作( $p<0.01$ )や鼻汁( $p<0.05$ )は4週目で改善が確認され、アレルギー検査の鼻誘発反応試験( $p<0.05$ )、鼻汁中好酸球数検査( $p<0.01$ )について効果が示された。2症例に皮疹の発現をみたが、いずれも症状は投薬中止後に消失した。他にも複数の臨床報告があり、鼻閉症状が強いアレルギー性鼻炎に85.7%と高い有効率を示した報告もある<sup>4,5)</sup>。

**〈基礎研究〉**日笠らは、6週齢Wister系雌性ラットによる48時間受身皮膚アナフィラキシー(passive cutaneous anaphylaxis: PCA)反応に対して、麻黄附子細辛湯エキス0.5g/kg以上の濃度で抑制傾向、1.0g/kgでは抑制効果があると報告した<sup>6)</sup>。1995年、その抑制の詳細が

検討され、大部分がケミカルメディエーター遊離抑制によるものであり、一部には遊離したメディエーターに対する拮抗作用があることが示された。これらの反応には麻黄成分中の *l*-エフェドリンの寄与が大きく、さらに未知成分の関与も考えられている。この実験では、エフェドリン含量は一定で、*l*-エフェドリン：*d*-プソイドエフェドリンを 2:1 の割合で含む麻黄エキスを使用した。

また投与方法で結果が異なっており、麻黄附子細辛湯 1.0 g/kg を惹起 1 時間前に経口投与すると、ケトチフェン(ヒスタミン H1 受容体拮抗作用)1 mg/kg の惹起 1 時間前投与と同じく、PCA 反応を抑制した。しかし、反応惹起 48 時間前までの 5 日間連続投与は、ほとんど抑制を示さなかった。方法は、剪毛したラット背部皮内の左右に、抗 dinitrophenylated *Ascaris suum* extract (DNA-As) 血清の希釈液を注射して受動的感作を行った。48 時間後、DNA-As 300  $\mu$ g を含む 0.5% Evans blue 生理食塩水を静脈注射して、反応を惹起させた。死後、背部皮膚を剥離して漏出色素を抽出定量した。PCA に関連するケミカルメディエーターであるヒスタミンとセロトニンによる皮内反応については、0.5% Evans blue 静脈注射直後、背部にヒスタミン 2  $\mu$ g およびセロトニン 0.04  $\mu$ g/50  $\mu$ L を皮内注射した後、30 分後に致死させて、同様に定量した。構成生薬エキス投与についても反応惹起 1 時間前に行っている。その結果、① *l*-エフェドリン 15 mg/kg、②麻黄附子細辛湯エキス 1.0 g/kg 投与、③ *d*-プソイドエフェドリン 150 mg/kg は、ほぼ同程度の PCA 抑制効果が認められた。しかしヒスタミンに対する皮内反応では、麻黄附子細辛湯エキス 1.0 g/kg は有意な抑制を示したが、*l*-エフェドリン 15 mg/kg は抑制しなかった。セロトニンでは両者とも有意な抑制を示さなかった。ケトチフェン 1 mg/kg 投与は、いずれも有意に抑制を示した。他の報告でも、PCA における麻黄附子細辛湯、および麻黄の IgE 介在性の血管透過性の亢進抑制と、細辛では弱い抑制効果がみられた。しかし、附子では抑制しなかったことを報告している<sup>7)</sup>。

このほかにも、C3H/HeN 系雌性マウス(12 か月齢)を用いた実験では、麻黄附子細辛湯エキス 0.02 g/kg 投与群、0.20 g/kg 投与群に分けて、① 1 回目インフルエンザ HA ワクチン接種前と② 1 回目と 2 回目接種後投与を試みた。その結果、接種前投与では麻黄附子細辛湯 0.02 g/kg 投与群では、0.20 g/kg 投与群よりも IgG 抗体が増加した。接種後では 1 回目接種後から 0.20 g/kg 投与群で IgG 抗体が増加したと報告された。マウスにおいて、ワクチン接種前後における麻黄附子細辛湯投与は、抗体産生を高めるアジュバント様効果を示した。同系マウスを用いたインフルエンザ感染に対する効果確

認実験においても衰退した免疫応答を高める可能性が示唆された<sup>8,9)</sup>。

しかし、20~71 歳の健常者を麻黄附子細辛湯服用群(23 名)とプラセボ群(24 名)に無作為に振り分け、二重盲検法により 2 週間投薬した後、インフルエンザワクチン(A/H1N1, A/H3N2, B)を接種した。0 週から 1, 2, 4 週、12 週と抗体価を測定したところ A 型、B 型ともに両群間に有意差は認められない<sup>10)</sup>。

〈生薬成分の働き〉卵白アルブミン感作動物では、麻黄や細辛にはケミカルメディエーター遊離抑制作用が認められ<sup>11)</sup>、麻黄附子細辛湯の I 型および IV 型アレルギーに対する有効性について報告されている。

【考察】麻黄附子細辛湯および麻黄、*l*-エフェドリンの PCA 抑制は、最終投与から抗原による反応惹起 1 時間前に依存した作用であると考えられる。また、健常人においてはアジュバント効果が認められなかったと報告されたが、季節性だけでなくパンデミックインフルエンザが世界的脅威となる昨今、さらなる漢方研究の展開によるインフルエンザ対策が期待される。

## 文献

- 1) 本間行彦：日本東洋医学雑誌 46：285-291, 1995
- 2) 本間行彦：日本東洋医学雑誌 47：245-252, 1996
- 3) 鶴飼幸太郎ほか：耳鼻臨床 83：155-165, 1990
- 4) 中井義明ほか：耳鼻咽喉科展望 33(補 5)：655-673, 1990
- 5) 大橋淑宏ほか：耳鼻臨床 85：1845-1853, 1992
- 6) 日笠 稜ほか：基礎と臨床 22：1743-1746, 1988
- 7) Saito S, et al：J Pharmacol Sci 95：41-46, 2004
- 8) Takagi Y, et al：J Trad Med 13：94-99, 1996
- 9) Takagi Y, et al：J Trad Med 13：420-421, 1995
- 10) Terashima Y, et al：J Trad Med 24：59-66, 2007
- 11) 江田昭英ほか：日薬理誌 80：31-41, 1982

(日置智津子)

## 〔E〕 人参・朮・甘草を含む漢方薬 ……………

【生薬の組み合わせ】人参、甘草、朮は補気薬で、疲れやすい、食欲不振のある場合に多く使用される。気虚を治す基本処方として四君子湯があり、免疫系に作用することが報告されている補中益気湯も、この組み合わせをもつ。

補中益気湯(黄耆、人参、甘草、朮、当帰、柴胡、升麻、陳皮、生姜、大棗)

四君子湯(人参、朮、茯苓、甘草、生姜、大棗)

## 7. 六君子湯

【構成生薬】人参、朮、茯苓、陳皮、半夏、甘草、大棗、生姜

1991 年、慢性胃炎に対する六君子湯の効果が、消化

管運動賦活調整剤シサプリド(現在販売中止)と比較された<sup>1)</sup>。それ以後、六君子湯は二重盲検試験により、機能的ディスペプシア(functional dyspepsia : FD)や術後の嘔気、胃部不快感や食欲不振に有効であるという報告が複数ある。

#### 【消化器領域における薬効薬理】

〈効果〉FD や胃がん、急性肝炎などの治療には食事量の改善が重要であるが、六君子湯はFD患者の食欲改善と、運動不全型の上腹部愁訴(胃部膨満感、胃部不快感、胃もたれ、嘔気)に対して改善効果があった<sup>2)</sup>。

また婦人科疾患腹腔鏡術後の患者に、術中において六君子湯が投与された結果、非投与群と比較すると、両群において術後の悪心や嘔吐の発生率に変化はなかった。しかし術後翌々日における嘔気は、六君子湯投与により有意に軽減し、摂食量は早期に回復した<sup>3)</sup>。六君子湯の内服は、グレリンの分泌促進とニューロンを介した神経伝達の増強により、食欲と消化管運動を亢進することが明らかとなった<sup>4)</sup>。

セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitors : SSRI)の副作用である嘔気や、腹部症状(悪心、嘔吐、腹部膨満感、食欲不振)に対する臨床研究では、抗うつ薬(フルボキサミン 150 mg/日)と六君子湯(エキス製剤 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 4.0 g/日,  $n=25$ )を8週間併用した群のほうが、フルボキサミン単独投与群( $n=25$ )よりも嘔気など腹部症状が軽減され、抗うつ効果には影響を及ぼさなかった<sup>5)</sup>。この研究では、六君子湯は中枢のセロトニン受容体 5-HT<sub>2C</sub> 受容体に拮抗して、SSRIによるグレリン分泌低下を改善すると推察された。

#### 〈基礎研究〉

㊦ **加齢モデル**：雄性 C57BL/6J マウスの75週齢と6週齢を比較すると、75週齢マウスでは摂餌時と絶食時のいずれにおいても、血漿グレリン値は低く、レプチン値は高く、いずれのときも分泌レベルに差がない。レプチン濃度は摂餌の有無にかかわらず6週齢マウスに比べてかなり高いのが特徴であった。レプチンは視床下部においてホスホジエステラーゼ3(PDE3)を合成して、NPY/AgRPニューロンでのPI3K-PDE(スファクジリノシトール3-キナーゼ-ホスホジエステラーゼ)伝達経路の活性を阻害し、グレリンの分泌調節不全を惹起する。そこで75週齢マウスにグレリン(33  $\mu$ g/kg)を投与したが、摂餌量は増えなかった。一方PDE3阻害薬または六君子湯(1.0 g/kg)を投与すると摂餌量が増加した。六君子湯はPDE3阻害作用を介したグレリン分泌調節により、食欲を改善すると考えられた<sup>6)</sup>。

㊧ **隔離ストレスモデル**：6週齢 C57BL/6J マウスを個

別隔離飼育すると、グループ飼育マウスに比べて血清コルチコステロン値の増加と、血漿グレリン値の低下を示し、隔離3時間後には、食餌量の減少が認められた。この隔離ストレスマウスに、六君子湯を単独投与(0.5 g/kg)した結果、血漿グレリン値の回復と摂食量の改善が認められた。六君子湯およびグレリン受容体アンタゴニストを併用投与すると、食欲亢進は遮断されたことから、ストレスによる食欲不振には、末梢グレリン分泌の異常が関与していると考えられ、六君子湯は、グレリン分泌やグレリンシグナル伝達を増強させることで、食欲不振を解消させると推察された。

隔離マウスの視床下部におけるストレスと食欲関連因子を検討した。副腎皮質刺激ホルモン放出因子(corticotropin releasing factor : CRF)アンタゴニストであるCRF1アンタゴニスト、CRF2アンタゴニスト、CRFアゴニスト、5-HT<sub>2C</sub>アゴニストを脳室内に投与した。隔離ストレスはCRFニューロンを興奮させ、CRF1、CRF2受容体が増加する傾向が認められたが、CRF1、CRF2アンタゴニストを投与すると、隔離ストレスから生じる食餌量減少の改善がみられた。

視床下部におけるmRNA発現について調べると、隔離により5-HT<sub>2C</sub>受容体遺伝子発現が増加した。また5-HT<sub>2C</sub>アゴニストを投与すると摂食量は低下した。隔離ストレスと5-HT<sub>2C</sub>受容体の感受性亢進の相関が考えられた。5-HT<sub>2C</sub>受容体はプロオピオメラノコルチン(pro-opiomelanocortin : POMC)ニューロンとCRFニューロン上に存在しており、摂食コントロールをする。この実験結果から、六君子湯は5-HT<sub>2C</sub>拮抗作用に関与すると考えられた<sup>7)</sup>。

㊨ **シスプラチン投与モデル**：抗がん剤であるシスプラチン(cisplatin : CDDP)は、投与後に急性消化管障害を惹起する。その原因として、エンテロクロマフィン(enterochromaffin : EC)細胞からのセロトニン(5-HT)の遊離が考えられる。そこで、7週齢のSD系雄ラットを24時間絶食させCDDPを腹腔内投与(2 mg/kg)して食欲不振モデルを作り、六君子湯(0.5 g/kg と 1 g/kg)およびセロトニン(5-HT)受容体拮抗薬を投与した。

その結果、CDDP、5-HT、5-HT<sub>2B</sub>アゴニスト、5-HT<sub>2C</sub>アゴニストの腹腔内投与により、血漿アシルグレリン値は明らかに低下し、5-HT<sub>3</sub>アゴニスト、5-HT<sub>4</sub>アゴニスト投与においては、変化が認められなかった。5-HT<sub>2B</sub>アンタゴニスト、5-HT<sub>2C</sub>アンタゴニストの投与により、CDDPが誘発した食餌量減少と血漿アシルグレリン濃度の減少抑制が示された。グレリン(5 nmol/kg)を直接投与しても、食餌量の改善が認められた。迷走神経切断による血漿アシルグレリン濃度低下は、CDDP

投与によりさらに低下したが、六君子湯を投与すると、いずれの投与量においても CDDP 投与による血漿アシルグレリンの低下を有意に抑制した。この六君子湯による食餌量減量抑制効果は、グレリン拮抗薬で抑制された<sup>8)</sup>。

六君子湯は、末梢神経系である 5-HT<sub>2B</sub>、中枢神経系である 5-HT<sub>2C</sub> 受容体を阻害して食欲不振を改善する。**〈生薬成分の働き〉**陳皮のフラボノイドである heptamethoxyflavone (HMF)、hesperetin (*in vivo* では hesperidin)、甘草のフラボノイドの isoliquiritigenin の 3 成分においてアシルグレリン濃度改善作用が報告された。

陳皮 [HMF, nobiletin, tangeretin, hesperetin, naringenin (後者 2 つは 5-HT<sub>2C</sub> 拮抗作用も)]、甘草 [liquiritigenin, isoliquiritigenin, glycycomarin (後者 2 つは 5-HT<sub>2C</sub> 拮抗作用も)]、生姜 [8-gingerol, 8-shogaol, 10-gingerol, 10-gingerdion, 10-dehydrogingerdion (後者 4 つは 5-HT<sub>2C</sub> 拮抗作用も)] の各成分系には 5-HT<sub>2B</sub> 受容体に拮抗作用を示したと報告された<sup>8)</sup>。特に 10-gingerol は、カルボキシエステラーゼ阻害活性が高く、血漿中のアシルグレリンの低下を抑制した。六君子湯は、グレリン分泌促進と同時に作用効果の増強が期待できる<sup>9)</sup>。

**【考察】**六君子湯は、FD や逆流性食道炎 (gastroesophageal reflux disease : GERD) の治療に対する効果があったと消化器病学会で報告されている。上部消化管症状を改善する報告が多く、胃がん術後にみられる胃酸逆流障害や胸やけの改善効果<sup>10)</sup> も示された。六君子湯は、食物が胃に到達したときに生じる適応性弛緩の改善と消化管蠕動運動亢進効果が期待できるかもしれない。

## 文献

- 1) Miyoshi A, et al : Progressive Medical 11 : 1605-1631, 1991
- 2) Harasawa S, et al : J Clin Exper Med 187 : 207-229, 1998
- 3) Okuno S, et al : Surgery Masui 57 : 1502-1509, 2008
- 4) Matsumura T, et al : J Gastroenterology 300-307, 2010
- 5) Oka T, et al : BIO Psycho Social Med 21 : 1-6, 2007
- 6) Takeda H, et al : Endocrinology 151 : 244-252, 2010
- 7) Saegusa Y, et al : Am J Physiol Endocrinol Metab 301 : 685-696, 2011
- 8) Takeda H, et al : Gastroenterology 134 : 2004-2013, 2008
- 9) Sadakane C, et al : Biochem Biophys Res Commun 412 : 506-511, 2011
- 10) Takiguchi N : Prog Med 29 : 94-95, 2009

(日置智津子)

## F 乾姜・人参を含む漢方薬

**【生薬の組み合わせ】**乾姜が主に腹部を温めて、寒冷刺激により生じる腹痛や下痢の症状を治し、人参は脾胃の働きを高めて食欲を亢進させる。小青竜湯や人参湯 (人参、朮、乾姜、甘草) にも、この組み合わせがみられる。

## 8. 大建中湯

**【構成生薬】**山椒、乾姜、人参、膠飴

大建中湯は、原典である『金匱要略』には腹部が冷え痛み、消化管の蠕動亢進が激しい場合での使用が記されている。しかし逆に蠕動運動が停止もしくは軽微な場合にも有効であり、西洋医学治療においても、サプイレウスや腸管癒着による腸管通過障害に用いられている。一般に、悪性腫瘍の手術では臓器を大量切除するため、術後には残存臓器の機能温存や術後合併症の回避が重要となる。しばしばみられる開腹術後障害、単純性癒着性イレウスの予防や治療には、輸液による脱水や電解質補正と抗生物質の投与、イレウス管の挿入、留置による腸管内の減圧、絶飲食による腸管安静などの保存的療法が重要であるが、大建中湯併用による治療成績の向上が示唆された。

### 【消化管における薬効薬理】

**〈効果〉**1993 年、関東地区の 11 施設で 52 例を対象に open trial が行われ、本剤が術後腸管運動を改善させるという結果が示された。がん性腹膜炎、腫瘍性および炎症性イレウスを除き、腹痛と腹部膨満感を訴える単純性癒着性イレウス患者に、大建中湯エキス剤 5.0 g (うち生薬乾燥エキス 0.4 g, 粉末飴 3.3 g 含有) を微温湯 20 mL に溶解、これを経鼻胃管もしくはロングチューブから 5 日間注入した。その結果、投与 2 日後、腹部膨満感が「やや改善された」症例は 56.7% ( $n=30$ ) で、5 日後には 76.6% であった。腹痛は 2 日後 65.4%、5 日後 78.2%、悪心、嘔吐に関しては 2 日後で 81.8%、5 日後 90.5% の症例で「やや改善」が認められた。投与 1 日目に 18.2%、5 日目で 66.7% に下痢が認められたが、通常、イレウス解除直後は水状もしくは泥状便であることから、投与後の下痢症状は副作用ではなく、イレウスの改善を示すものと解釈された<sup>1)</sup>。

1995 年、イレウス患者を対象に大建中湯投与群と非投与群の比較検討が行われた結果、大建中湯投与による所見の改善と、イレウス管抜去までの期間と在院期間の短縮が報告された<sup>2)</sup>。2002 年にはランダム化比較試験による、術後イレウス再発減少の有用性が報告され<sup>3)</sup>、それ以後は大建中湯の腸管術後におけるイレウス防止効果について、複数の報告がみられるようになった<sup>4,5)</sup>。

投与経路を変えながら治療した婦人科の症例がある。子宮頸がんによる子宮全摘手術および骨盤外照射(50.4 Gr)治療1年後に発症した左上腹部にニボー像を認めるイレウスに対し、絶飲食をして大建中湯エキス剤10.0 g(うち生薬乾燥エキス0.8 g, 粉末飴6.6 g含有)を微温湯100 mLに溶解して1日1回注腸をした。5日目、血清CRP値の急激な低下と腸管ガスの移動が確認された。7日目に同量を経鼻胃管から1日1回投与し、10日目胃管抜去後に大建中湯エキス剤15.0 g(うち生薬乾燥エキス1.25 g, 粉末飴10.0 g)を1日服用し、13日目にイレウスの解除を認めた。その後、経口投与を継続して21日目にサブイレウスとなったが、1日絶飲食の後、経過順調となった。癒着性イレウスではイレウス管で小腸に注入されることが多いが、注腸投与でも局所における副作用はなく腸管蠕動促進が報告されている<sup>6)</sup>。

機能性慢性便秘の小児患者10例(8.6歳)、直腸肛門奇形術後の慢性便秘5例(11.5歳)に大建中湯エキス剤(0.3 g/kg/day)を3~12か月服用させた臨床研究がある。便意、便秘、失禁、汚染の4項目と直腸肛門内圧検査と投与前後の重症度および排便機能を調べた。結果は両群で4項目の有意な改善と臨床的排便機能の改善、特に機能性慢性便秘の小児では便意最大耐用量が低下し、直腸貯留能の改善が顕著であった。結論として本剤を投与することで、腸管運動改善による便の移送が定期的に生じる、つまり排便習慣ができて二次的に直腸内貯留能が改善したと推察された<sup>7)</sup>。

2010年、米国メイヨークリニックでは健常者60名を対象に大建中湯エキス剤7.5 g/日(19名;女性11名, BMI 25.3 ± 1.1 kg/m<sup>2</sup>), 15g/日(20名;女性10名, BMI 25.6 ± 0.7 kg/m<sup>2</sup>), プラセボ(21名;女性11名, BMI 24.5 ± 0.7 kg/m<sup>2</sup>)の3群を対象とした5日の臨床研究が行われた。胃、小腸、大腸の通過時間の変化が、テクネチウム-99m, インジウム-111を用いたシンチグラフィ法により比較研究された。その結果、本剤は胃の排出能には影響せず、小腸通過時間はプラセボ群に比べて速くなり( $p=0.04$ ), 上行結腸でも大建中湯投与群は排出時間を短縮した( $p=0.07$ )。大腸のgeometric center(GC)から大建中湯を投与することで、大腸各部での腸内容充填率と内容物の通過が速くなることが確認されたが、統計的有意差は認められていない<sup>8)</sup>。

モルヒネは主に腸管の輪走筋を持続的に収縮させるために腸管蠕動運動を抑制する。また肛門括約筋の緊張が亢進され、直腸の反射性弛緩作用が弱くなる。さらに腸管分泌が抑制されると、内容物は粘稠度が増すため、疼痛コントロールにおけるモルヒネの継続投与は高頻度に便秘を誘発する。このようなモルヒネ誘発性便秘にも

大建中湯の効果が認められ、その効果発現には、セロトニン受容体の刺激やコリン作動性神経の賦活化だけでなく、血中モチリン濃度の上昇と関連があることが述べられている<sup>9)</sup>。

#### 〈基礎研究〉

㊦ セロトニン受容体を介し消化管粘膜内E C細胞から遊離したアセチルコリンによる消化管運動亢進：胃前庭部、十二指腸、空腸、回腸にトランスデューサー(strain gauge force transducer)を装着させたイヌに大建中湯を投与した結果、空腹時には短期間、食後では約20分間、注入部と他の消化管において強収縮波が肛門の方向に観察された。胃瘻より投与しても胃、十二指腸、空腸にかけて収縮運動亢進がみられ、1%キシロカイン®10 mLで胃粘膜を麻酔した5分後に投与した場合、この作用は観察できなかった。大建中湯は粘膜刺激を介して上部消化管運動を亢進すると考えられた。大建中湯投与による収縮力は、自然発生する空腹期強収縮であるIMC(interdigestive migrating contraction)と同等で、口側にはみられなかった。大建中湯の作用と消化管神経系や自律神経系の神経伝達物質とのかかわりについて調べた結果、アトロピン(ムスカリン性アセチルコリン受容体拮抗薬)およびヘキサメトニウム(ニコチン受容体拮抗薬)を前投与すると、大建中湯の消化管運動亢進は胃体部、胃前庭部、十二指腸、空腸で抑制され、オンダンセトロン(5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬)の前投与では、胃前庭部と十二指腸で抑制された<sup>10,11)</sup>。

大建中湯エキス剤と山椒抽出エキスは、モルモットの摘出回腸を収縮させた。また大建中湯と山椒抽出エキスは腸管からアセチルコリンを遊離促進させた。アトロピンおよびテトロドトキシン(神経伝達遮断薬)を前投与すると、これらの腸管収縮は抑制された。また5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬を前投与すると腸管収縮は抑制されず、5-HT<sub>4</sub>受容体拮抗薬で抑制された<sup>12,13)</sup>。

大建中湯はコリン作動性神経終末におけるセロトニン(5-HT<sub>3</sub>, 5-HT<sub>4</sub>)受容体を介して、アセチルコリンを遊離促進すると推察された。

㊧ 消化管粘膜内Mo細胞からのモチリン分泌による消化管運動亢進：男性ボランティア24名に大建中湯エキス剤7.5 g(生薬エキス0.6 g, 粉末飴4.9 g含有)投与後、脳-消化管ホルモン(ガストリン, ソマトスタチン, モチリン)の血漿濃度を経時的に測定した結果、モチリンが有意に上昇した。大建中湯の消化管運動亢進に、小腸粘膜でのモチリン分泌促進が関与していることが示された<sup>14)</sup>。

㊨ パニロイド受容体を介したサブスタンスP分泌による消化管運動亢進：カプサイシン感受性知覚神経を阻害するカプサゼピン(パニロイド受容体拮抗薬)の投与

は、大建中湯の消化管収縮亢進を抑制した。山椒が含む hydroxy- $\beta$ -sanshool は副交感神経節後線維上に存在するパニロイド受容体 TRPV1 (transient receptor potential V1) と結合して、カプサイシン感受性知覚神経を刺激する。このとき、パニロイド受容体を介して放出されるサブスタンス P も、消化管運動亢進に関与すると推察される<sup>15,16)</sup>。

④ **パニロイド受容体を介したカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)の放出による血管拡張と、アドレノメデュリン(AM)による腸管血流改善**：河野らは、大建中湯が CGRP と 1 つのスーパーファミリーをなすと考えられるアドレノメデュリン(AM)の遊離を介して腸管血流を増加することを示唆した<sup>17,18)</sup>。

TRP はカルシウムイオンチャネルで、細胞内にカルシウムが流入することで情報伝達系が活性化される。ハイドロキシ- $\alpha$ -サンショオールや、乾姜に含まれる 6-シヨーガオールは、TRPV1 の活性化によりカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP: calcitonin gene-related peptide)が放出され、血管が拡張された。大建中湯を投与すると、CGRP の遊離および調節性膜タンパク質ファミリー(RAMP1, 2, 3: receptor activity modifying protein)が発現する。RAMP1 が CRLR (calcitonin receptor-like receptor) と結合して CGRP 受容体に変化、RAMP2, RAMP3 と結合すると AM 受容体に変化することから、これらのカルシトニンファミリーによる血管拡張と血流改善が認められた。さらに AM が濃度依存的に IFN- $\gamma$  や TNF- $\alpha$  の産生を抑制したことから、大建中湯は抗炎症効果やサイトカイン抑制効果が確認されている<sup>17,18)</sup>。

〈生薬成分の働きと薬物動態〉山椒(蜀椒)や乾姜は、温熱(温める効果)や駆風効果(腸内からガスを出す)があることは、経験的にも知られている。これらの生薬が AM の遊離促進をすることが実験的に証明された<sup>17)</sup>。また、ラットを用いた研究で、乾姜(150 mg/kg 投与)とその成分、6-shogaol(2 mg/kg)、人參(90 mg/kg)、山椒(60 mg/kg)を投与後、レーザードブラ血流計を用いて腸管血流量を測定すると、いずれも血流量を増加させた。特に乾姜と 6-shogaol の血流増加効果は顕著であった。開腹して小腸マニピュレーションを行ったラット施術後 240 分後に大建中湯(2.7 g/kg)と山椒の成分である hydroxy- $\alpha$ -sanshool(0.3 mg/kg, 1.0 mg/kg)を経口投与後 30 分、移動マーカーを投与して高感度圧力トランデューサーを用いて蠕動収縮波形を調べた。蒸留水投与に比べて、大建中湯と hydroxy- $\alpha$ -sanshool(1.0 mg/kg)投与群が消化管輸送能を改善した<sup>19)</sup>。構成生薬の山椒、人參、乾姜のいずれもが腸管運動機能に関与してい

る。

大建中湯を構成する生薬由来の 44 の化合物について、LC-MS/MS を用いて薬物動態が調べられた。大建中湯エキス剤(乾姜 5.0 g, 人參 3.0 g, 山椒 2.0 g の乾燥エキス 1.25 g と飴 10.0 g 含む)を服用した健康人 4 名(平均 25.0 歳, 男 2 名, 女 2 名)の血漿を、30 分, 60 分, 120 分, 240 分, 480 分後に採取し、投与後 240 分, 480 分後に採尿した。採集した検体に男女差は認められず、血漿および尿中に乾姜、山椒由来の成分 hydroxysanshool, shogaol, gingerol のグルクロン酸抱合体が検出された。血漿中の hydroxy- $\alpha$ -sanshool と 6-shogaol は服用後 30 分で最高濃度を示し、急速に減少した。一方、人參の活性成分 ginsenoside Rb1 の血漿中濃度は、時間経過とともに緩やかに増加した<sup>20)</sup>。

【考察】大建中湯を構成する複数生薬の成分系は、消化管や自律神経系の神経伝達物質を介して、「体力低下し手足や腹部が冷え、比較的強い腹痛を訴えるときや、腹部膨満や鼓腸を呈し、腹壁軟弱で蠕動不安を認める症状」に効果を表すことが科学的に示された。さらに主要成分系の吸収や分泌、代謝、排泄などの体内動態が明確にされることにより、新たな漢方治療の展開が期待できる。

## 文献

- 1) Sugiyama M, et al: Prog Med 13: 2901-2907, 1993
- 2) 古川良幸ほか: 日消外科会誌 28: 956-960, 1995
- 3) Itoh T, et al: J Int Med Res 30: 428-432, 2002
- 4) Suehiro T, et al: Hepathogastroenterol 52: 97-100, 2005
- 5) Endo S, et al: Am J Surg 192: 9-13, 2006
- 6) 熊谷広治ほか: 産婦の進歩 53: 398-401, 2001
- 7) Iwai N, et al: Eur J Pediatr Surg 17: 115-118, 2007
- 8) Manabe N, et al: Am J Physiol Gastric Liver Physiol 298: 970-975, 2010
- 9) Nakamura T, et al: Jpn J Pharmacol 88: 217-221, 2002
- 10) Shibata C, et al: Surgery 126: 918-924, 1999
- 11) Kawasaki N, et al: Dig Dis Sci 52: 2684-2694, 2007
- 12) Satoh K, et al: Dig Dis Sci 46: 250-256, 2001
- 13) Fukuda H, et al: J Surg Res 131: 290-298, 2006
- 14) Nagano T, et al: Biol Pharm Bull 22: 1131-1136, 1999
- 15) Satoh Y, et al: Biol Pharm Bull 27: 1875-1877, 2004
- 16) Satoh K, et al: Jpn J Pharmacol 86: 32-37, 2001
- 17) Kono T, et al: Surgery 146: 837-840, 2009
- 18) Kono T, et al: J Gastroenterol 46: 1187-1196, 2011
- 19) Murata P, et al: Life Sci 70: 2061-2070, 2002
- 20) Iwabu J, et al: Am Soci Pharm Exp Ther 38: 2040-2048, 2010

(日置智津子)

## ④ 釣藤鈎を含む漢方薬

### 9. 釣藤散

釣藤鈎が配剤される釣藤散は、現代では頭痛や眩暈、神経症や肩のこり、高血圧症に応用されている。1991

年、高血圧症に対する降圧作用について、症例集積研究や無作為化比較試験が行われた。その結果、わずかながら降圧効果が認められており、頭痛や頭重感の改善に有効であると報告された。基礎的研究では、釣藤散投与により、脳卒中易発症高血圧ラットの脳卒中発症率の抑制や、血流速度の増加、赤血球変形能改善が報告されるなど、釣藤散は血圧上昇を抑制することが示された<sup>1,2)</sup>。

**【構成生薬】**釣藤鈎、菊花、防風、人參、茯苓、麦門冬湯、半夏、陳皮、甘草、生姜、石膏

**【生薬の組み合わせ】**釣藤散は釣藤鈎以外に、六君子湯から朮と大棗を除いた甘草、人參、半夏、茯苓、陳皮、生姜が含まれている。これら生薬の配合は、消化管運動不全による症状を改善して吸収排泄を促進させる効果がある。

#### 【精神神経疾患領域における薬効薬理】

**〈効果〉**1997年、釣藤散が脳血管性障害を原因とする脳機能障害に有用であることが、多施設二重盲検試験により明らかにされた<sup>3,4)</sup>。症例数は139例(男性50、女性89、平均年齢76.7歳)で、診断基準DSM-III-Rに該当し<sup>5)</sup>、Carlo Loeb修正虚血点数<sup>6)</sup>が5点以上、脳血管障害の発症急性期を経過し全身症状が安定している軽症から中等度の患者(原因疾患は脳梗塞127例、脳出血9例、くも膜下出血1例、その他2例)を対象とした。釣藤散群は69例(エキス剤7.5g、うち生薬乾燥エキス4.5g/日)、プラセボ群は70例で、各群12週間投与し4週ごとに評価をした。その結果、釣藤散群はプラセボ群に比べて4週後( $p < 0.05$ )、8週後( $p < 0.01$ )、12週後( $p < 0.01$ )に精神症候全般に改善度が認められた。釣藤散服用によって、会話の自発性、表情の乏しさ、見当識障害、夜間せん妄や睡眠障害、計算力低下、幻覚妄想ではプラセボに比べて改善を示した。日常生活動作障害全般は4週と12週で改善度が高かった( $p < 0.05$ )が、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)による評価は、両群間に有意差はなかった。

自覚症状改善度は4週( $p < 0.05$ )、8週( $p < 0.01$ )、12週後( $p < 0.01$ )と釣藤散群が優れ、釣藤散によりめまい、肩こり、動悸が改善された。一方で、神経症候改善度は、両群間に差は認められていない。副作用は、釣藤散群で5例(蕁麻疹、下痢、食欲不振、胸やけ、高血圧)、プラセボ群で2例(肝機能障害、口苦)であったが、投薬中止により、もしくは投薬中に消失した。

このように、釣藤散は神経症候には効果が認められなかったが、脳血管性認知症の周辺症状である情動失禁や昼夜の逆転を改善して、脳血管性認知症患者のQOLを高めることができ、中核症状である認知機能を改善する傾向を示した。

**〈基礎研究〉**脳虚血侵襲による障害に対する薬剤の評価と

して、一過性脳虚血病態マウスを用いて、受動的回避行動試験が行われた。脳虚血後に釣藤散エキスを1日1回(1.0g, 2.0g/kg/日)7日間経口投与すると、学習記憶障害が軽減された。これは5-HT<sub>1A</sub>受容体の直接刺激によることが明白となった<sup>7)</sup>。両側総頸動脈を20分間閉塞した後、再灌流処置した一過性脳虚血病態マウスは、釣藤散エキス(0.75g/kg/日, p.o.)の前投与で、空間認知障害が軽減された。本エキス剤に含有される同量の釣藤鈎(75mg/kg/日, p.o.)を投与しても同様の効果が認められ、釣藤鈎エキスには脳虚血障害に対する保護作用があると推察された。釣藤散、釣藤鈎における保護的効果には、ムスカリン性M<sub>1</sub>受容体刺激が関与していることが報告されている<sup>8)</sup>。

同様に、釣藤散と釣藤鈎エキスは、慢性脳虚血病態マウスのムスカリン性受容体遺伝子発現量の低下を抑制し、中枢アセチルコリン系を正常化させて、物体認識能を改善させることが指摘された<sup>9)</sup>。また、釣藤鈎と釣藤鈎含有アルカロイドには、アミロイドβタンパク質(amiroid β protein : Aβ)の凝集抑制、および凝集重合抑制作用を有していることが報告されている<sup>10)</sup>。これらのことから、釣藤散の効果は、コリン神経系機能の活性化や活性酸素の抑制、Aβの凝集抑制など多面的な作用に起因すると考えられる。

**〈生薬成分の働き〉**釣藤鈎アルカロイドによる降圧効果がラットを用いて検討され、アドレナリンα<sub>1</sub>、α<sub>2</sub>受容体抑制による降圧機序や、血管拡張作用が報告された。釣藤鈎に含有されるリンコフィリンやイソリンコフィリンは、低酸素や低グルコースによって生じる、海馬内神経伝達障害に対する保護作用があり<sup>11)</sup>、ポリフェノール性成分による活性酸素捕捉活性や神経細胞死抑制も報告されている<sup>12,13)</sup>。

**【考察】**脳血管障害では、高血圧は梗塞や出血とともに危険因子であり、血圧コントロールは重要である。釣藤散は降圧作用や高血圧に伴う頭重などを改善することから、脳血管性認知症や脳血管障害に対する有効性が期待できる。ただし、甘草による高血圧や浮腫(疑アルドステロン症)に注意が必要である。

アルツハイマー病は、脳に増加するAβが原因とされ(アミロイドカスケード仮説)、アルツハイマー病における認知症の記憶障害と、中枢コリン神経系の機能不全は深くかかわっている。釣藤散に、アルツハイマー病の発症過程における、軽度認知機能障害の進行抑制が期待できるかもしれない。

#### 文献

- 1) Watanabe H, et al : Pharmacol Biochem Behav 75 : 635-

- 643, 2003  
 2) Kuramochi T, et al : Life Sci 54 : 2061-2069, 1994  
 3) Terasawa K, et al : Phytomedicine 4 : 15-22, 1997  
 4) Shimada Y, et al : J Trad Med 15 : 141-146, 1994  
 5) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Washinton DC, 103-122, 1987  
 6) Loeb C, et al : Vascular dementia. *In* Handbook of Clinical Neurology, 46. Elsevier, Amsterdam, pp353-369, 1985  
 7) Yuzurihara M, et al : Phytotherapy Research 13 : 233-235, 1999  
 8) Zhao Q, et al : Biol Pharm Bull 28 : 1873-1878, 2005  
 9) Zhao Q, et al : J Pharmacol Sci 103 : 360-373, 2007  
 10) Fujiwara H, et al : Neurosci 180 : 305-313, 2011  
 11) Kang TH, et al : Life Sci 76 : 331-343, 2004  
 12) Mahakunakorn P, et al : Biol Pharm Bull 28 : 53-57, 2005  
 13) Shimada Y, et al : Am J Crin Med 29 : 173-180, 2001  
 (日置智津子)

## 10. 抑肝散

目黒道琢や浅田宗伯らが小児から高齢者の怒りが主となる精神症状に用いた抑肝散は、骨格筋のトースヌや自律神経の調節、血液循環や新陳代謝などに働き、怒りの感情に関連して起こる徴候、イライラ、不眠や怒気による興奮を鎮静させるため、神経症や小児疳症の薬として保険適用されている。認知機能障害を有する患者が周囲の人間に対して示す感覚や思考内容、気分、行動における異常な徴候や反応(不安、うつ、易刺激性、徘徊、幻覚、妄想、意欲低下など)は周辺症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) と称されるが<sup>1)</sup>、これらの徴候に対する抑肝散の効果について、ランダム化比較試験がなされた。

レビー小体型認知症、アルツハイマー病、血管性認知症は3大認知症といわれる。レビー小体型認知症は精神症状や周辺症状が生じやすく、まずパーキンソン症状と周辺症状を治療することになる。そこでレビー小体型認知症についても、アルツハイマー病と同様な臨床研究が行われた。

**【構成生薬】**釣藤鈎、柴胡、甘草、当帰、川芎、朮、茯苓  
**【生薬の組み合わせ】**神経が高ぶり、怒りやすく感情的になりやすい状態では、筋緊張を伴う。このようなとき、抑肝散にみられる釣藤鈎や柴胡は、神経の高ぶりを鎮めて緊張を解く。肝の気が高ぶった結果、脾の働きが損なわれるため、これを解消すべく朮、茯苓で脾を助けて湿をとる。当帰、川芎は血の滞りを除き(瘀血をとる)、気を巡らせる。

### 【精神神経疾患領域における薬効薬理】

**〈効果〉**BPSDを有する認知症患者(レビー小体型認知症(dementia with Lewy bodies : DLB)、アルツハイマー病(Alzheimer's disease : AD)、血管性認知症含む52名；

平均年齢 80.3 ± 9.0 歳)]をランダムに2群に分け、27名に抑肝散(エキス剤 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 3.25 g/日)を4週間内服させ、25名は無投薬で治療を続けた。ただし、周辺症状の調節不能により介護が著しく困難な場合は、チアプリド塩酸塩(ベンザミド系抗精神病薬)を追加投与した。期間の前後でneuropsychiatric inventory(NPI)、mini-mental state examination(MMSE)、Barthel indexのスコアを求めることにより、BPSD、認知機能、日常生活動作(activities of daily Living : ADL)の変化を評価した。結果は、抑肝散群ではNPIは低下( $p < 0.01$ )、バーセルインデックス(Barthel index)の得点が高くなり、改善が認められた( $p < 0.05$ )。MMSEは両群で変わらなかった。抑肝散群では転倒や誤嚥など有害事象はなく、対照群では11名がコントロール不良により、チアプリド塩酸塩 25 mg が追加投与され、このうち6名が副作用と考えられるふらつきを訴えた。

結果として、抑肝散は認知機能の改善は認められなかったが、抗精神病薬のように錐体外路症状を生じさせることなく、高齢者認知症の周辺症状を改善させた<sup>2)</sup>。

2009年、向精神薬投与が無効であった高齢のアルツハイマー病患者に抑肝散を12週間投与することで、抗精神病薬の投与量を減量できた報告がある<sup>3)</sup>。対象者は平均年齢 80.2 ± 4.0 歳のアルツハイマー患者で、スルピリド 50 mg/日を2週間投与した段階でMMSEスコアが6~23、NPIのうち妄想・幻覚・興奮、攻撃性・脱抑制・焦燥感、易刺激性・異常行動のうち少なくとも1項目のスコアが6以上であり、認知症の行動と心理症状(BPSD)を有している患者。スルピリド 50 mg/日を継続服用し、抑肝散併用群(抑肝散エキス剤 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 3.25 g/日) 10名と非併用群5名にランダムに分けられた。12週間の投薬中、NPIの上記項目のスコアがすべて4未満ならば、スルピリドを減量し、1項目以上が8以上になると増量した。4週ごとのNPIとバーセルインデックス、試験終了後のMMSEのスコアを評価項目とした。その結果、試験終了時におけるスルピリドの平均投与量は、抑肝散群が非併用群よりも少なく、NPI平均スコアは抑肝散投与群で投与8週、12週目に改善が認められた( $p < 0.001$ )。しかしMMSEのスコアとバーセルインデックスについては両群ともに投与前後で有意差はなく、抑肝散併用者2名に低カリウム血症が認められた。

15例のレビー小体型認知症患者に、抑肝散(エキス剤 7.5 g, うち生薬乾燥エキス 3.25 g/日)を4週間投与した結果、NPIスコアが低下した。さらに興奮・攻撃性、焦燥感・易刺激性、異常行動、睡眠障害の改善と幻視スコアは、7.5から1.5に低下したことを岩崎らは報

告している<sup>4)</sup>。水上らは多施設共同無作為化クロスオーバー試験により、106名(レビー小体型15名、アルツハイマー型78名、混合型13名)を対照に、抑肝散による周辺症状の改善について調べた。無作為に分けられた2群では、4週間の投薬期間と4週間の非投薬期間が交互に設定された。その結果、抑肝散服用によるNPIの有意な変化が認められ、服用中止による周辺症状の反挑的悪化は認められなかった。この報告から、3例に吐き気や腹部違和感などの消化器症状による服用中止、2例の低カリウム血症と1例の下肢の浮腫による中断が記されたが、抑肝散はアルツハイマー病、レビー小体型認知症のいずれにも、それらの周辺症状を改善することが示唆された<sup>5)</sup>。

〈臨床から基礎研究へ〉認知症の特徴的病態とは、アミロイドβたんぱく質が凝集した老人斑による神経細胞障害である。神経細胞の脱落による記憶障害や認知機能障害と、これに対して残存した細胞の機能変化が関連する周辺症状がみられる。抑肝散が神経過敏、不眠、攻撃性などの異常な興奮性の精神症状などの周辺症状に効果が認められたことから、その作用機序解明に向けた研究が展開された。

興奮性アミノ酸神経系であるグルタミン酸作動性システムの異常による細胞外グルタミン酸濃度の異常増加は、グルタミン酸受容体を活性化し、シナプス後ニューロン内でカルシウムイオンと亜鉛イオンを異常に増加させて、細胞に障害を引き起こす。このグルタミン酸興奮毒性は脳虚血やてんかんなどの急性神経疾患だけでなく、アルツハイマー病や筋萎縮性側索硬化症、ハンチントン病など慢性神経疾患にみられる共通したメカニズムであり、他の伝達物質にはみられない。そこで認知症の周辺症状は海馬グルタミン酸作動性神経の異常興奮が関与しており、抑肝散はこの興奮性を抑制するという仮説のもとに、実験が行われた。

#### 〈基礎研究〉

㊦ **細胞外液のグルタミン酸濃度は正**：低亜鉛食負荷ラットはカイニン酸誘発性てんかん発作感受性が増し、海馬で神経細胞死が増加する。つまり亜鉛の欠乏はグルタミン酸神経毒性が増大すると考えられる<sup>6)</sup>。このモデルラットを用いて以下の実験が行われた。低亜鉛食ラットの海馬に、100 mM KCLを含む人工脳脊髄液を灌流し、海馬細胞外のグルタミン酸濃度を上昇させた。4週間の低亜鉛食を負荷すると、グルタミン酸濃度はさらに上昇した。同ラットに抑肝散エキス(0.3g/kg/日)を10日間経口投与すると、細胞外のグルタミン酸濃度上昇は抑制され、100 μM 塩化亜鉛を灌流液に添加しても抑制された<sup>7)</sup>。

㊧ **グルタミン酸作動性神経機能の改善**：4週齢のWister雄ラットを通常食と低亜鉛食で29日飼育し、19日から28日まで抑肝散エキス(0.3g/kg/日)を経口投与し、29日目に海馬スライス切片を作製した。苔状線維終末にはグルタミン酸と亜鉛がシナプス小胞に存在するので、開口検出プローブFM4-64と線維終末の同定用亜鉛蛍光プローブZnAF-2DAを海馬スライスに取り込ませた。開口放出は、歯状回顆粒細胞のテタヌス刺激後の蛍光強度減弱を判定した。低亜鉛食ラットの海馬では、線維終末におけるグルタミン酸の放出が亢進しており、抑肝散はこの放出を抑制したが、通常食群では影響しなかった。亜鉛添加によっても抑制され、グルタミン酸とともに放出した亜鉛は苔状線維終末に取り込まれ、開口放出過程を抑制すると考えられた。抑肝散は開口放出過程に作用するのではなく、低亜鉛により変化したグルタミン酸作動性神経機能を改善すると考えられた<sup>8)</sup>。

㊨ **アストロサイトのグルタミン酸トランスポーター(GLAST)を活性化させてグルタミン酸取り込み機能を改善**：神経終末からシナプス間隙に放出されたグルタミン酸は、後シナプス膜上のNMDA受容体に作用して神経細胞を活性化する。過剰興奮を制御するため、グルタミントランスポーター(GLAST)を介してアストロサイト(星状膠細胞)に取り込まれて不活化される。

チアミン欠乏食で飼育したラットは、記憶障害や攻撃性が認められ、その後、てんかん様易刺激性痙攣や後弓反張が生じる。脳組織ではグルタミン酸の脳内細胞外濃度の上昇が生じており、神経細胞の脱落、アストロサイトの水腫様変性が認められる<sup>9)</sup>。チアミン欠乏雄性ラットに抑肝散エキス0.5gまたは1.0g/kgを各1日1回経口で28日間投与した結果、1.0g/kg投与群でグルタミン酸の脳内細胞外濃度の上昇抑制が認められ、細胞変性が阻止された<sup>10)</sup>。

アストロサイト培養実験でもチアミン欠乏条件下におけるGLAST減少による取り込み機能低下と細胞外グルタミン酸上昇が認められた。しかし抑肝散を添加することでトランスポーターのタンパクおよびmRNAレベルの発現増加が認められた<sup>11)</sup>。

㊩ **グルタミン酸誘発細胞死の防御**：抑肝散は後シナプス膜上のグルタミン酸受容体(NMDA)に対するグルタミン酸およびグリシン認識部位に強く結合し、一方でグルタミン酸誘発PC12細胞死を抑制した<sup>11)</sup>。NMDA受容体を発現していないPC12細胞の死は、神経細胞のシスチン・グルタミン酸アンチポーターシステム(Xc<sup>-</sup>システム)・グルタチオン(GSH)産生(ラジカルスカベンジャー活性)系が阻止され、酸化ストレスによる結果と考えられる。統合失調モデルのPolyIC(poly-inocinic

acid-poly citidylic acid) マウスにおいて、抑肝散が海馬 GSH の低下を抑制したことから<sup>12)</sup>、抑肝散は、この酸化ストレスを介した一連の細胞死誘発メカニズムに関与すると考えられた。以上より、抑肝散は NMDA 受容体の拮抗と Xc-システム・GSH 産生に関与して、細胞を死から防御していると推察できる。

③ *in vitro* における 5-HT<sub>1A</sub> 受容体パーシャルアゴニスト作用と 5-HT<sub>2A</sub> 受容体に対するダウンレギュレーション作用：セロトニン(5-HT)は、5-HT 受容体と結合することで神経伝達物質として働く。受容体には 14 種のサブタイプがあるが、5-HT<sub>1A</sub> 受容体は、脳内において最も多く発現しており、神経細胞に抑制的に働く。5-HT<sub>2A</sub> 受容体は神経細胞を興奮させる作用をもち、この受容体を介した神経細胞の興奮により幻覚などの精神症状が生じる。

抑肝散は 5-HT<sub>1A</sub> 受容体パーシャルアゴニスト作用<sup>13)</sup>と、5-HT<sub>2A</sub> 受容体ダウンレギュレーション作用<sup>14)</sup>があると報告されている。

ヒト 5-HT<sub>1A</sub> および 5-HT<sub>2A</sub> 受容体発現 CHO 細胞を用いて結合実験を行った。その結果、抑肝散は 5-HT<sub>1A</sub> 受容体への放射性リガンド(<sup>3</sup>H)8-OH-DPAT) 結合を阻害したが、5-HT<sub>2A</sub> 受容体へのリガンド(<sup>3</sup>H)ketanserin) 結合をほとんど阻害しなかった。また、<sup>35</sup>S]GTPγS 結合により、抑肝散の 5-HT<sub>1A</sub> 受容体結合反応を調べたところ、受容体結合に伴う GTP 放射性ラベル体の増加を確認した。しかし添加する抑肝散の濃度上昇にもかかわらず活性が低く、セロトニンのようなフルアゴニストに比べ、およそ 50% の刺激作用であった。これらの実験から抑肝散は 5-HT<sub>1A</sub> 受容体に対するパーシャルアゴニスト作用があると推察された<sup>13)</sup>。

4 週齢の ddY 系雄マウスに 5-HT<sub>2A</sub> アゴニストである DOI(2, 5-dimethoxy-4-iodoamphetamine; 5 mg/kg, i.p.) が投与され、これにより誘発される首振り運動に対する抑肝散エキス(0.1 g, 0.3 g/kg/日, p.o.) の効果が 5 分間の首振り回数で調べられた。本剤経口投与 55 分後に DOI を投与した場合(単回投与)、効果はなかったが、14 日間の継続投与では(0.3 g/kg/日)非投与群に比べて有意な抑制効果が認められた。また前頭皮質領域での 5-HT<sub>2A</sub> 受容体タンパク減少作用が関与していることが示された<sup>14)</sup>。

セロトニン合成阻害をする PCA(parachloroamphetamine; 5 mg/kg, i.p.) を単回投与された 8 週齢雄ラットは、脳内セロトニン濃度や放出量減少が攻撃行動の発現と相関していることが確認された。PCA ラットに Buspirine(5-HT<sub>1A</sub> アゴニスト)を投与すると、攻撃性は改善され、WAY-100635(5-HT<sub>1A</sub> アンタゴニスト)

では効果はなかった。また DOI で増悪し、ketanserin(5-HT<sub>2A</sub> アンタゴニスト)で改善した。fluvoxamine(SSRI)では改善されなかった。これらの実験は、5-HT<sub>2A</sub> 受容体刺激が PCA ラットの攻撃性を誘導し、5-HT<sub>2A</sub> アンタゴニストと 5-HT<sub>1A</sub> アゴニストが攻撃性を改善させることを示している。抑肝散エキス(1.0 g/kg/日, p.o.)を単回投与すると、この攻撃性は改善されなかったが、14 日間の反復投与では改善を示した。しかし 14 日間投与後、脳内セロトニン濃度や放出量減少は改善していないことから、抑肝散の効果は後シナプスに作用(5-HT<sub>2A</sub> アンタゴニスト, 5-HT<sub>1A</sub> アゴニスト)するものと考えられた<sup>15)</sup>。

〈生薬成分の働き〉抑肝散を構成する甘草の成分、グリチルレチン酸には protein kinase C(PKC)阻害や代謝性グルタミン酸受容体(mGluR)活性があり<sup>16)</sup>、GLAST 発現と活性に関与していると考えられる。

釣藤鈎の成分、rhynchophyline, isorhynchophyline などがグルタミン酸受容体(NMDA)のアンタゴニスト様作用をもつ<sup>17)</sup>。さらに geissoschizine methyl ether が 5-HT<sub>1A</sub> 受容体に対するアゴニストであることが、1985 年に報告されている<sup>18)</sup>。

【考察】5-HT<sub>1A</sub> 受容体の刺激は 5-HT<sub>2A</sub> 受容体の脱感作を誘発することが報告されており<sup>19)</sup>、抑肝散は 5-HT<sub>1A</sub> 受容体のパーシャルアゴニストとして主に作用し、細胞内応答の介在により効果を顕現しているかもしれない。

内閣府が公表した 2010 年版高齢社会白書では、2009 年度、65 歳以上の人口は 2901 万人、高齢化率は 22.7% であり、認知症の増加が予測される。一方、2005 年に米国食品医薬品局(FDA)は、認知症の周辺症状(興奮や攻撃性、幻覚など)の対症療法に用いられる非定型向精神薬は、心不全などを上昇させると警告し<sup>20)</sup>、2008 年には定型向精神薬は死亡リスクを高めると発表した。抑肝散の効能が期待される。

## 文献

- 1) Finkel SI, et al : Int Psychogeriatr 8(Suppl 3) : 497-500, 1996
- 2) Iwasaki K, et al : J Clin Psychiatry 66 : 248-252, 2005
- 3) Monji A, et al : Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 33 : 308-311, 2009
- 4) Iwasaki K, et al : J Clin Psychiatry 66 : 1612-1613, 2005
- 5) Mizukami K, et al : Int J Neuropsychopharmacol 12 : 191-199, 2009
- 6) Takeda A, et al : J Neurochem 85 : 1575-1580, 2003
- 7) Takeda A, et al : Nutr Neurosci 11 : 41-46, 2008
- 8) Takeda A, et al : Neurochem Int 53 : 230-235, 2008
- 9) Butterworth RF, et al : Neurochem Res 11 : 567-577, 1986

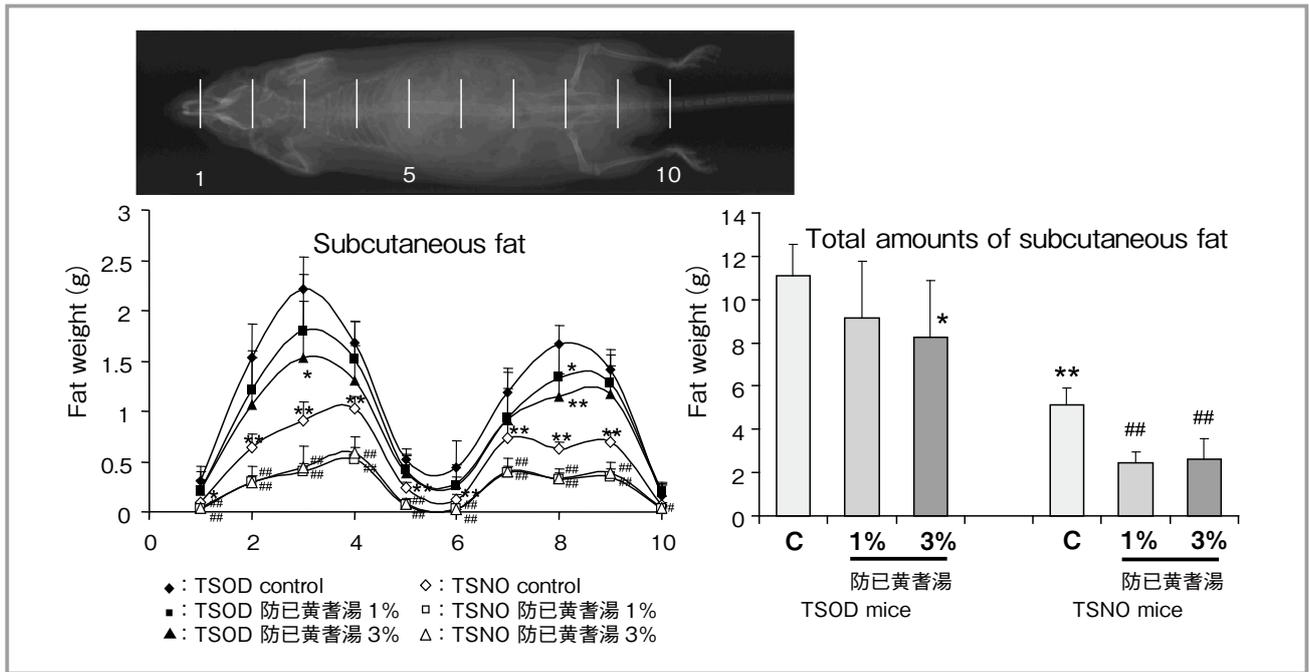


図5 防已黄耆湯投与開始8週後の皮下脂肪蓄積に及ぼす影響

Data represent the mean ± S.D. of five to seven animals.

\* :  $p < 0.05$ , \*\* :  $p < 0.05$ , significantly differences from the TSOD control group.

#:  $p < 0.05$ , 0.01, significantly differences from the TSNO control group.

- 10) Ikarashi Y, et al : Biol Pharm Bull 10 : 1701-1709, 2009
- 11) Kawakami Z, et al : Neurosci 159 : 1397-1407, 2009
- 12) Makinodan M, et al : J Brain Dis 1 : 1-6, 2009
- 13) Terawaki K, et al : Bull Jpn Soc Neurochem 47 : 257, 2008
- 14) Egashira N, et al : Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 32 : 1516-1520, 2008
- 15) Kanno H, et al : J Pharm Pharmacol 61 : 1249-1256, 2009
- 16) Yamamura Y, et al : J Pharm Sci 81 : 1042-1046, 1992
- 17) Kang TH, et al : Eur J Pharmacol 455 : 27-34, 2002
- 18) Kanatani H, et al : J Pharm Pharmacol 37 : 401-404, 1985
- 19) Carrasco GA, et al : J Pharmacol Exp Ther 320 : 1078-1086, 2007
- 20) U.S. Food and Drug Administration Disorders : FDA Talk Paper T05-13. Rockville, MD : U.S. and Drug Administration, 11 April, 2005

(日置智津子)

**H 防已・黄耆を含む漢方薬** .....

**【生薬の組み合わせ】**防已は利尿作用と浮腫を去る作用が強く、黄耆を合わせると風湿を去る作用が強められる。黄耆には止汗作用があり、朮と合わせるとこの作用が強められる。

**11. 防已黄耆湯**

**【構成生薬】**防已、黄耆、朮、生姜、甘草、大棗

**【肥満領域に関する薬効薬理】**

**〈効果〉**吉田らは、肥満を伴う非インスリン依存性糖尿病患者19例を対象として、網膜症や腎症、その他の疾患のため十分な運動療法の実施困難な身体状況にある症例11例(男性5例、女性6例)と運動可能な症例8例(男性3例、女性5例)に分け、全例に食事療法施行のうえ、運動療法困難群には防已黄耆湯(エキス剤：7.5g/日)を6か月間投与し、運動可能群には160kcal/日の有酸素運動療法を同期間施行し、治療前後で内臓脂肪(V)、皮下脂肪(S)、肥満度、血糖、脂質の変化を観察した。その結果、防已黄耆湯群において治療前後で血清コレステロール値およびV/S比に有意な改善作用が認められたが、血糖、HDL、TGに対しては改善傾向はみられたが有意な変化ではなかった一方運動療法群においては、血糖、血清コレステロール、HDL、TG、V/S比などすべてに対し改善傾向を与えたが有意な変化ではなかった<sup>1)</sup>。

**〈基礎研究〉**嶋田らは、防已黄耆湯による抗肥満効果を多因子遺伝性の肥満性II型糖尿病モデルマウス(TSODマウス)を用いて検討している。本研究では、防已黄耆湯(エキス原末)は、用量依存的に体重の増加を抑制し、有意な抗肥満効果を示した。また、高インスリン血症および空腹時高血糖、脂質代謝異常に対しても、防已黄耆湯は

有意な改善効果を示した。しかし、TSOD マウスの経時的な脂肪蓄積の推移においては、防己黄耆湯は皮下脂肪の蓄積に対しては有意な抑制効果を示した(図5)が、内臓脂肪蓄積に対しては抑制効果を与えず、虚証タイプの皮下脂肪型肥満に有効であり、実証タイプの内臓脂肪蓄積型の肥満に対しては効果的ではないとしている<sup>2)</sup>。

山川らは、ラット卵巣摘出モデルを用い防己黄耆湯(エキス原末)の抗肥満作用を検討した。その結果、実験開始6週後に有意な体重減少を認めたことより、防己黄耆湯はエストロゲン(卵胞ホルモン)の消退に対する肥満に有用であり、更年期を迎え閉経とともにエストロゲンレベルの低下により発現する緩徐な肥満を予防できる可能性があるとしている<sup>3)</sup>。高倉らは、ラットを用い防己黄耆湯(エキス原末)を8週間混餌投与し、体格指数[ $Lee\ index = (\text{屠殺日血の体重})^{1/3} \div (\text{鼻-肛門間距離})$ ]の低下、肩甲骨間褐色脂肪組織温および直腸温の用量依存的な上昇、血漿中レプチン濃度の上昇を認めた<sup>4)</sup>。

**【変形性膝関節炎に関する薬効】**野口らは、12施設の協力を得て水腫を伴う変形性膝関節症に対する防己黄耆湯の効果を検討した。解析対象症例は84例で、防己黄耆湯(エキス剤：7.5g/日)投与群(25例)、防己黄耆湯(7.5g/日)・NSAIDs併用投与群(28例)、NSAIDs投与群(19例)に分類され、いずれも観察期間は8週間とした。その結果、投与8週後の臨床症状別改善度について1段階改善以上を有効とすると、その頻度は「膝蓋骨跳動」では防己黄耆湯群80.0%、防己黄耆湯・NSAIDs併用投与群96.4%、NSAIDs投与群57.9%であり、「膝関節軟部腫脹」ではそれぞれ64.0%、75.1%、42.1%、「局所熱感」ではそれぞれ24.0%、57.2%、21.1%であった。さらに、群間比較したところ膝蓋骨跳動および膝関節軟部腫脹においては防己黄耆湯・NSAIDs併用投与群がNSAIDs投与群に比較して有意に改善しており、局所熱感では防己黄耆湯・NSAIDs併用投与群はNSAIDs投与群と防己黄耆湯群に比較し有意に改善していた<sup>5)</sup>。大谷らは、変形性膝関節症137例において、防己黄耆湯(エキス剤：5.0～7.5g/日)の膝痛に対する臨床効果をvisual analogue scale(VAS)を用いて6か月間にわたり評価検討した。その結果、治療開始後4週で膝痛の改善を認めた症例は男性20例中4例(20%)、女性117例中41例(35%)の計45例(33%)であり、6か月後においては男性20例中6例(30%)、女性117例中53例(45%)の計59例(43%)に防己黄耆湯の単独投与で膝痛に改善が認められた<sup>6)</sup>。

**【考察】**防己黄耆湯は、虚証の色白・水太り体質で疲れやすく、多汗タイプの処方であり、肥満や変形性膝関節症によく用いられる。防己黄耆湯の抗肥満作用に関しては、

臨床的に内臓肥満型糖尿病患者での有効性が報告されているが、肥満性II型糖尿病モデルマウスを用いた基礎研究では、皮下脂肪蓄積の減少による抗肥満作用や抗インスリン血症・糖代謝異常・脂質代謝異常に対する改善作用が認められている。また、防己黄耆湯に変形性膝関節症に対する治療効果も臨床的に確認されており、単独投与あるいはNSAIDsとの併用で保存的治療を行うことができる有用な薬剤であるといえる。

## 文献

- 1) 吉田麻美ほか：日本東洋医学雑誌 49(2)：249-256, 1998
- 2) Shimada T, et al：eCAM, 2009 Feb. 10, [Epub ahead of print; Doi: 10.1093/ecam/nep012]
- 3) 野口蒸治ほか：整形・災害外科 47：999-1005, 2004
- 4) 高倉昭治ほか：Jpn Pharmacol Ther(薬理と治療) 28(7)：601-605, 2000
- 5) 山川淳一ほか：第24回和漢医薬学会大会講演要旨集 24：81, 2007
- 6) 大谷俊郎ほか：東京膝関節学会誌 18：31-33, 1997

(油田正樹)

## 1 朮・茯苓を含む漢方薬

**【生薬の組み合わせ】**五苓散は代表的な利尿剤で、水分代謝異常(水毒)を正常化する働きがある。沢瀉、猪苓、茯苓には利尿作用があり、桂枝には緩やかな中枢抑制作用や発汗作用、健胃作用、水分代謝調節作用などがあるとされている。朮には白朮と蒼朮があるが、両者とも水分代謝調節作用があり、健胃、発汗、利尿の目的で用いられる。

## 12. 五苓散

**【構成生薬】**茯苓、猪苓、朮、沢瀉、桂枝

**【起立性低血圧に関する薬効】**

**【効果】**中村らは、糖尿病患者10名(I型2名、II型8名；男性5名、女性5名)の起立性低血圧に対する五苓散の効果をプラセボとの比較で検討した。すなわち、対象者に五苓散(エキス錠剤)およびプラセボを各1か月間投与し、投与前後で起立試験を実施し血圧の変化を測定した。その結果、五苓散の投与により起立試験時における起立後の低血圧は収縮期血圧、拡張期血圧ともに有意に上昇(改善)したが、プラセボ投与では有意な血圧の上昇は認められなかった<sup>1,2)</sup>。

**【嘔吐に関する薬効】**

**【効果】**福富らは、小児(6か月～11歳)の急性胃腸炎に伴う嘔吐に対する五苓散注腸の有効性を検討した。すなわち、嘔吐を主訴とした急性胃腸炎の患児336例に対して五苓散(エキス剤2.5g、うち生薬乾燥エキス0.66g/日)を温生理食塩水で溶解したものを注腸し、その後の嘔吐症状の経過で有効性を評価した。その結果、有効

率は年齢別に大差はなく、症例全体の有効率は79%であった。また、受診前の嘔吐回数に対する、五苓散注腸による有効率には有意な相関関係が認められた<sup>3,4)</sup>。河村は、ノロウイルスやロタウイルスによるウイルス性胃腸炎と診断された患者を対象として、受診前24時間以内に2回以上の嘔吐がある、あるいは吐き気が強く顔色不良があった398例に五苓散の注腸療法を施行し、その15分後に経口補水療法を行い、治療効果を検討した。その結果、治療後15分の観察で吐き気がなく顔色良好となった著効例は340例(85%)、嘔吐が消失し帰宅したが、その後嘔吐があり翌日再来院して五苓散再注腸で軽快した有効例は16例(4%)であり、無効例は42例(11%)であった。五苓散注腸例の24時間以内の嘔吐回数は、嘔吐の回数が多かった症例ほど有効率は低かったが、10回以上嘔吐があった症例でも8割近くが点滴を要せず回復した<sup>5)</sup>。また、鈴木らも同様な試みを行い、すなわち、ロタウイルスまたはアデノウイルスによる胃腸炎と判明した乳幼児84例(生後4か月～3歳6か月)を対象として、五苓散の微温湯溶液の注腸療法を行った。効果判定は、注腸1時間以内に水分摂取が可能になり、顔色良好で悪心・嘔吐が出現せず下痢の増悪が認められなかったものを有効とし、それ以外は無効とした。その結果、五苓散の注腸療法により嘔吐・悪心の消失は84.5%と高い有効率が得られ、さらに下痢の増悪例は皆無であった。また、有効例のなかで30分以内に効果発現がみられた症例は、全体の85.0%であったが、年齢別では低年齢ほど即効性が認められた<sup>6)</sup>。深澤らは、悪心・嘔吐を主訴とした患児66例に対して、院内製剤した五苓散(エキス剤)坐薬を使用し、その有効性について検討した。その結果、著効15例、有効17例、やや有効21例、無効6例、憎悪7例で、やや有効以上の有効率は80.3%であり、30分以内で症状の改善が症例も多く即効性も認められた<sup>7)</sup>。西らは、五苓散(エキス剤)の坐剤を作製し、小児の嘔吐に対する効果をドンペリドン坐剤と比較検討した。すなわち、嘔吐を主訴とし輸液の投与を必要としないあるいは高熱を認めない患児(男児12例、女児8例；平均年齢4.5歳)に、五苓散坐剤あるいはドンペリドン坐剤を直腸内投与し、その30分後から水分を摂取させ、嘔気および嘔吐発現の有無により効果判定を行った。効果判定基準は、嘔気と嘔吐が消失した例を有効、嘔吐はないが嘔気が残った例をやや有効、嘔吐した例を無効とした。その結果、やや有効以上を有効群とすると五苓散坐剤投与群では13例中12例(92.3%)が有効であり、ドンペリドン投与群では7例中、有効は5例(71.4%)、無効は2例(28.6%)であった。なお、両群間には有意差はなく、副作用は全例において認めら

れなかった<sup>8)</sup>。

#### 【産婦人科領域に関する薬効薬理】

〈効果〉金丸は、月経前症候群の不定愁訴(PMS)に対する五苓散の効果を検討した。すなわち、月経前の黄体期にむくみ、腹痛、乳房緊満感、下痢、頭痛などの身体的症状を訴える患者50症例を選択し、五苓散(エキス剤5.0～7.5g/日)を予定月経5～7日前より服用させ、月経開始後PMS症状が消失した時点で服薬を中止することとし、患者の自覚症状により効果を判定した。その結果、症状が消失・著効と答えた患者は54%、有効と感じたものは34%、やや有効が10%、無効と答えたものは1人であり、有効以上は88%であった。著者は、PMSが黄体ホルモンによる水分貯留の状態いわゆる水毒と考えられるので、利尿剤である五苓散により改善作用が認められたと考察している<sup>9)</sup>。

〈基礎研究〉水分代謝に関する研究がある。長井は、AQP(アクアポリン)5を発現するマウス肺上皮細胞株(MLE-12細胞)を用いて、細胞膜水透過性に対する五苓散および五苓散構成生薬の作用を検討した。その結果、五苓散(エキス原末)は濃度依存的に細胞膜水透過性を抑制し、その作用はAQP阻害作用とよく似たものであった。また、この細胞膜水透過性抑制作用は、五苓散の構成生薬のなかで蒼朮に最も強い作用がみられ、さらに分画操作をしたところ80%エタノール不溶性画分に濃度依存的な同作用が認められた<sup>10)</sup>。

【考察】五苓散は、悪心、嘔吐、めまい、立ちくらみ、下痢などの水滞(毒)症状を改善させる代表的な方剤であり、起立性低血圧や嘔吐などに用いられる。五苓散の起立性低血圧患者に対する改善効果は臨床的に認められてはいるが、科学的根拠として公認されるためにはもう少し大きいサイズでの臨床試験の実施が望まれる。五苓散の注腸による嘔吐の改善効果は、小児科領域で多く報告されており、その有効性は高く評価されている。ただし、現在のところ漢方エキス剤の注腸は、健康保険上は適応外となるので、広く用いるためには新投与経路医薬品としての製造承認許可の取得が必要となる。

#### 文献

- 1) 中村宏志ほか：Diabetes Frontier 11(4)：561-563, 2000
- 2) 中村宏志ほか：Pharma Medica 25(9)：15-17, 2007
- 3) Fukutomi O, et al：Trad Med 23：151-152, 2006
- 4) 福富 悌ほか：小児科臨床 53(6)：967-970, 2000
- 5) 河村一郎：小児科臨床 60(3)：422-426, 2007
- 6) 鈴木順造ほか：小児科臨床 58(3)：77-80, 2005
- 7) 深澤ちえみ：小児臨床 47(8)：171-175, 1994
- 8) 西 恵子ほか：日病薬誌 34(10)：29-32, 1998
- 9) 金丸みはる：産婦人科漢方研究のあゆみ 21：45-47, 2004
- 10) 長井一史：熊本大学学位論文, 2007

(油田正樹)

## J 黄連・黄芩を含む漢方薬

【生薬の組み合わせ】黄連解毒湯は、黄芩および黄連を含む芩連剤の一つであり、構成されている生薬のすべては清熱の薬物である。主薬である黄連と、消炎・解毒の薬効があることから黄連解毒湯と名づけられた。

### 13. 黄連解毒湯

【構成生薬】黄連、黄芩、黄柏、山梔子

【脳血管障害に関する薬効薬理】

〈効果〉荒川らは、高血圧随伴症状に対する黄連解毒湯の有効性、安全性、および有用性を評価することを目的にプラセボを対照とした二重盲検比較臨床試験を実施した。すなわち、黄連解毒湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 1.5 g/日)およびプラセボを 8 週間経口投与し、興奮(イライラ感)、精神不安、睡眠障害、のぼせ、顔面紅潮などの高血圧随伴症状の程度ならびにその他の自覚症状、血圧・心拍数の変動などを観察した。その結果、登録総症例数は 265 例で、そのうち有効性解析対象症例は 204 例(黄連解毒湯群 103 例、プラセボ群 101 例)であり、主要評価項目である高血圧随伴症状の判定において、黄連解毒湯投与群が有意に高い有効性を示した。また、症状別判定では、のぼせ、顔面紅潮において、黄連解毒湯投与群が有意に高い有効性を示した。その他の自覚症状の判定では、黄連解毒湯投与群が投与開始 4 週後に有意な有効性を示し、8 週後の評価においても有効性が高い傾向を示した。さらに、安全については特に問題はなく、高い有用性が確認された。一方、血圧降下度および降圧有効率においては、いずれも黄連解毒湯投与群とプラセボ投与群の間に有意な差は認められなかった<sup>1)</sup>。

牛久保らは、発症後 3 か月以上経過した脳血管障害後遺症患者 57 例(男性 31 例、女性 26 例)に黄連解毒湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 1.5 g/日)を最低 8 週以上経口投与し、投薬開始前、投与開始 4 週後、8 週後の自覚症状、意欲低下、情緒障害、問題行動、知的機能などの重症度の変化を評価し改善度を判定した。その結果、自覚症状においては、「軽度改善」以上が頭痛で 57.1%、のぼせ感で 52.6% であった。意欲の低下においては、テレビを観たり読書など、特に自発性を要するもの以外では「軽度改善」以上は平均で 56.5% と良好であった。情緒障害においては、感情失禁を除く情緒障害全般で 68.8% に「軽度改善」以上が認められた。また、21 例について局所脳血流量を測定し、平均で 1.71 mL/100 g/min の増加を認めたが、統計学的には有意差は認められ

なかった<sup>2)</sup>。

大友らは、脳血管障害に対する黄連解毒湯の臨床的有用性を検証することを目的として、ホパテン酸カルシウムを対照とした封筒法による well controlled study を実施した。すなわち、脳梗塞後遺症、脳出血後遺症、鑑別不能の脳卒中後遺症で精神症状を伴う 143 症例を対象として、黄連解毒湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 1.5 g/日; 76 例)あるいはホパテン酸カルシウム(67 例)を 12 週間服用させ、精神症候、自覚症状、神経症候、日常生活動作障害の重症度の変化について評価・判定を行った(現在、ホパテン酸カルシウムは、再評価の結果、脳代謝改善薬としての効果はないとされているので、プラセボと同等としてとらえることとした)。その結果、服用開始 4, 8, 12 週における黄連解毒湯群の全般改善度は中等度改善以上はそれぞれ 16.4%, 26.5%, 37.1% で、ホパテン酸カルシウム群のそれ(1.5%, 1.6%, 5.2%)に比較し有意に優れていた。症状別では、特に精神症候の全般改善度が黄連解毒湯群でホパテン酸カルシウム群に比べ顕著な改善が認められた。なお、血圧に関しては、黄連解毒湯群で軽度な降圧作用がみられただけであった<sup>3)</sup>。

〈基礎研究〉佐藤らは、虚血性脳血管障害実験モデルとして両足頸動脈永久結紮ラットを用い、黄連解毒湯(エキス原末)を虚血前 14 日間、虚血後 30 日間直接胃に投与し、脳虚血性障害への影響を検討した。その結果、急性期における死亡率は黄連解毒湯群では 23% であり、蒸留水投与群のそれ(42%)より少なかった。死亡率については最終的には両者の間に差はなく、黄連解毒湯群で死亡時期が遅れたと考察している。生存例における梗塞巣出現率は黄連解毒湯群では 0% であり、蒸留水投与群の 71% に比べ有意差が認められた<sup>4)</sup>。

〈血圧降下に関する基礎研究〉尾崎らは、脳卒中易発症高血圧自然発症ラット(SHRSP)を用い、血圧および高血圧性病変に対する黄連解毒湯の効果を検討した。その結果、黄連解毒湯(エキス原末)は弱いながらも降圧効果を示し、血清生化学検査において尿素窒素、中性脂肪、 $\beta$ -リポタンパクが低値を示した。また、1% 食塩水を負荷した SHRSR ラットの高血压発症憎悪状態に対して、黄連解毒湯は有意な中性脂肪の低下と高血圧性病変の軽減作用を示し、さらに延命効果が認められた<sup>5)</sup>。

【皮膚痒感に関する薬効薬理】

〈効果〉大熊は、皮膚痒症患者 10 例に黄連解毒湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 1.5 g/日)内服させ、著効(かゆみ消失、あるいはほとんど消失) 13%、有効(改善) 50%、無効悪化(かゆみ不変、または増強) 38% と有意に優れた改善作用が認められた。この際、

抗ヒスタミン剤内服群 35 例と比較したところ、両者間の有効性に有意差はみられなかったが、抗ヒスタミン剤群でみられた眠気・倦怠感などの副作用は認められなかった<sup>6)</sup>。

〈基礎研究〉能勢らは、実験的癢痒モデルを作製し黄連解毒湯などの漢方薬の効果を検討した。すなわち、マウスに compound 48/80 を皮下投与すると、後肢で癢痒部位を引っ掻く行動をするようになるが、それに対して黄連解毒湯(エキス原末)の前経口投与で有意の搔爬回数の抑制が認められた。この際、皮膚マスト細胞に強度の脱顆粒が認められるが、黄連解毒湯の投与により有意の抑制作用が認められた。また、ハプテンを耳介に反復投与することにより、ヒトのアトピー性皮膚炎に類似した慢性皮膚炎が誘発され、搔爬行動が出現するが、黄連解毒湯の経口投与で著明かつ持続的な搔爬行動の抑制が認められた<sup>7)</sup>。

王らのラットおよびマウスを用いた実験で、温清飲および黄連解毒湯に抗炎症作用がみられるという報告がある。すなわち、カラゲニン・卵白アルブミン・ホルマリンにより誘発される足浮腫実験や酢酸ライジング法による鎮痛試験、キシレン耳塗布による血管透過性試験などにおいて、温清飲(エキス原末)および黄連解毒湯(エキス原末)は経口投与で抗浮腫作用、鎮痛効果、血管透過性亢進抑制作用が認められた<sup>8)</sup>。

#### 【ほてり・顔面紅潮に関する薬効薬理】

〈基礎研究〉脇田らは、ラットを用いた実験で黄連解毒湯がヒトのほてり・顔面紅潮に有用である可能性を報告している。すなわち、麻酔ラットに黄連解毒湯を十二指腸内に投与(1.0 g/kg)すると、耳介血流量は速やかに有意に減少し、15 分後に最大に達し、その後徐々に回復した。また、theophylline 処置したラットにおいては、黄連解毒湯は耳介血流量とともに血圧および心拍数も有意に低下させた。in vitro の実験で黄連解毒湯が血管平滑筋を収縮することを認めたことから、耳介血流量低下は黄連解毒湯の血管平滑筋収縮作用によるものとした<sup>9)</sup>。

【考察】黄連解毒湯は、熱性病の「実熱」の治療に使用する薬剤で、古くからのほせ気味で顔面紅潮、頭痛、不眠、不安焦燥、諸出血などに用いられてきた。現代医療では、高血圧患者の随伴症状やほてり、顔面紅潮、皮膚癢痒症などに用いられ、上述のように有効性が認められている。

#### 文献

- 1) 荒川規矩男ほか：臨床と研究 80(2)：154-172, 2003
- 2) 牛久保行男ほか：新薬と臨床 47：176-183, 1998
- 3) 大友英一ほか：Geriat Med 29(1)：121-151, 1991
- 4) 佐藤知樹ほか：脳卒中 24(3)：287-294, 2002
- 5) 尾崎正若ほか：Proceeding of the satellite meeting of the 10th International Congress of Pharmacology「最新

の漢方薬理」, 227-233, 1987

- 6) 大熊守也ほか：和漢医薬学会誌 10：126-130, 1993
- 7) 能勢充彦ほか：漢方と免疫・アレルギー 16：10-20, 2002
- 8) 王 黎曼ほか：和漢医薬学雑誌 10：73-75, 1993
- 9) 脇田広美ほか：J Trad Med 19：230-237, 2002

(油田正樹)

## 14. 温清飲

【構成生薬】当帰、黄連、黄芩、地黄、芍薬、黄柏、山梔子、川芎

### 【膿疱症に関する薬効薬理】

〈効果〉橋本らは、掌蹠膿疱症患者 97 例(男性 36 例、女性 61 例)に温清飲(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 3.75 g/日)を投与し、癢痒、紅斑、膿疱、鱗屑について効果判定した。その結果、4 週間判定では有用以上が 59.8%(やや有用以上：84.5%)、8 週間では 69.8%(やや有用以上：87.2%)であり、皮膚症状では膿疱に対して改善率が高かった<sup>1)</sup>。

〈基礎研究〉Andoh らは、マウスを用いた実験で、substance P 誘発による痒み(引っ掻き動作)に対する温清飲(エキス原末)の効果を調べ、温清飲(300 mg/kg)の 7 日間反復投与で、引っ掻き動作が有意に抑制されることを認めた<sup>2)</sup>。さらに同氏らは、同系の実験で、NO synthase 1(NOS1)が substance P 誘発の痒みによる引っ掻き動作や NO 産生を抑制することを認め、さらに、温清飲の反復投与が皮膚 NOS1 量を減少させたことから、温清飲の鎮痒作用に皮膚の NOS1 発現と NO 産生がかかわっていると考察している<sup>3)</sup>。能勢らは、実験的癢痒モデルを作製し漢方薬(エキス原末)の効果を検討した。すなわち、マウスに compound 48/80 を皮下投与すると、後肢で癢痒部位を引っ掻く行動をするようになるが、それに対して温清飲ほかの前経口投与で有意の搔爬回数の抑制が認められた。この際、皮膚マスト細胞に強度の脱顆粒が認められるが、温清飲ほかの投与により有意の脱顆粒抑制作用が認められた<sup>4)</sup>。

### 【ベーチェット病、慢性再発性アフタに関する薬効薬理】

〈効果〉金子らは、ベーチェット病患者の粘膜・皮膚症状に対する温清飲の臨床効果をみるために、ベーチェット病患者 16 例(男性 4 例、女性 12 例)を対象に、二重盲検法により温清飲(エキス剤：7.5 g、うち生薬乾燥エキス 1.5 g/日)あるいはプラセボによる効果を比較検討した。その結果、12 週間の服用で温清飲投与群 9 例はいずれも自覚症状の改善と臨床症状の改善が一致し、5 例の患者は症状の改善をみた(56%)。プラセボ群では 7 例中 2 例にやや症状の改善をみた(28.6%)。プラセボ群の 1 例は、悪心嘔吐を起こしたが、実薬例には副作用と思

われる症状はなかった。さらにプラセボ群の5例に4週間温清飲を服薬させたところ、明らかな臨床症状と自覚症状の改善がみられた<sup>5,6)</sup>。橋本らは、比較的軽症なベーチェット病患者30例(男性15例, 女性15例)に温清飲(エキス剤: 5.0g/日)を1年間単独ないし多剤との併用で服用させ、臨床諸症状の評価を行った。その結果、全般改善度は医師の評価、患者の印象ともに18例(60%)が有効と判定された。その際、臨床諸症状のうち口腔粘膜アフタは服用開始3か月後から有意の症状の軽快がみられた<sup>7)</sup>。高橋らは、慢性再発性アフタ患者82例(男性25例, 女性57例)に温清飲(エキス剤: 7.5g, うち生薬乾燥エキス1.5g/日)を原則として8週間経口投与し、その効果を2週ごとに評価した。その結果、温清飲服用による全般改善度は、投与期間が長くなるにつれ改善以上が増加し、8週後では56.6%(やや改善以上: 76.3%)となり、症状別改善度では痛み、発赤、糜爛・潰瘍の状態、大きさ共に投与開始2週間後より有意に改善した。また、アフタの出現状況については、2週後より有意に個数の減少が認められた<sup>8)</sup>。

〈基礎研究〉小野らは、マウスIV型アレルギー反応モデルを用いて温清飲(エキス原末)の効果を検討した。その結果、温清飲は反復経口投与でpicryl chlorideによる接触性皮炎、ヒツジ赤血球による足蹠反応、ツベルクリンによる足蹠反応などのinduction phaseを有意に抑制し、温清飲が細胞性免疫の成立を抑制することを確認した。また、温清飲は抗体産生を抑制する傾向を示し、これらのことが、ベーチェット病に対する有効性と関連していると考察している<sup>9)</sup>。間瀬らもIV型アレルギーに対する温清飲(エキス原末)の効果として、ほぼ同様の検討をしており、温清飲が細胞性免疫のeffector T細胞(遅延型過敏反応のeffector T細胞:T<sub>d</sub>h)や細胞傷害性T細胞:T<sub>c</sub>)の誘導を抑制することを報告している<sup>10)</sup>。このほか、王らのラットおよびマウスを用いた実験で、温清飲および黄連解毒湯に抗炎症作用がみられるという報告がある(13.黄連解毒湯【皮膚癢痒感に関する薬効薬理】の項参照)。

【考察】温清飲は、四物湯と黄連解毒湯の合方であり、身体を温め・貧血を改善し解熱消炎的に作用する方剤である。現代医療における使用目標は、精神神経症状があり出血傾向を伴う場合で、発熱・熱感があって痒感が強く、分泌物の少ない皮膚症状や婦人科疾患に用いるとしている。臨床的には、上述のように掌蹠膿疱症やベーチェット病・慢性再発性アフタに使用され、一定の治療効果が認められており、基礎研究においても抗炎症作用が認められていることから皮膚症状の改善薬として有用度は高いと思われる。ただし、下血・子宮出血・月経過多など

に対する温清飲の有効性エビデンスは未知数である。

## 文献

- 1) 橋本喜夫ほか: 漢方診療 10(1): 51-55, 1991
- 2) Andoh T, et al: Biol Pharm Bull 26(6): 896-898, 2003
- 3) Andoh T, et al: J Pharmacol Sci 94: 207-210, 2004
- 4) 能勢充彦ほか: 漢方と免疫・アレルギー 16: 10-20, 2002
- 5) 金子史男ほか: Pharma Medica 25(9): 49-51, 2007
- 6) 金子史男: Prog Med 16(2): 384-386, 1986
- 7) 橋本喬史: 診療と新薬 20(10): 2282-2285, 1983
- 8) 高橋庄二郎ほか: 日本口腔科学会雑誌 36(2): 498-511, 1987
- 9) 小野 裕ほか: 和漢医薬学会誌 2(1): 190-191, 1985
- 10) 間瀬明人ほか: 和漢医薬学会誌 2(3): 634-635, 1985

(油田正樹)

## K 柴胡・黄芩を含む漢方薬

【生薬の組み合わせ】柴胡剤は柴胡と黄芩の二味を中心とする処方である。小柴胡湯、大柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、柴胡加竜骨牡蛎などの処方がある。

### 15. 小柴胡湯

【構成生薬】柴胡, 黄芩, 半夏, 人參, 生姜, 甘草, 大棗  
【風邪症候群領域に関する薬効】

〈効果〉1992年、星野らにより遷延した風邪症候群に対する「小柴胡湯」の有用性についての臨床試験(オープンスタディ)結果が報告された。本報告では、風邪症候群で来院した患者のうち初発症状の出現後7日以上 of 病悩期間を有し、かつ「小柴胡湯証」を呈している症例(20症例)を選び、小柴胡湯(エキス剤 7.5g/日, うち生薬乾燥エキス 4.5g/日)を投与しており、投薬開始1週間後では、16症例が有効(有効率 80%)で、風邪症候群に伴う気道症状(咳, 痰, 鼻汁, 鼻閉, 咽痛)は1~4日で軽快傾向がみられ、全身症状(食欲不振, 味覚の変化, 全身倦怠感, 吐き気, めまい)は1~5日で軽快する傾向がみられたとしている<sup>1)</sup>。1995年から1999年にかけて、加地らによって感冒に対する小柴胡湯の有効性、安全性を客観的に評価するための、プラセボを対照とした多施設共同の二重盲検比較試験が実施された。本臨床試験では、発病後5日間以上経過した感冒患者のうち、咳を有し、口中不快(口の苦み・口の粘り・味覚の変化)・食欲不振・倦怠感のいずれかを伴う患者を対象とし、小柴胡湯(エキス剤 7.5g/日, うち生薬乾燥エキス 4.5g/日)およびプラセボは1日3回食前または食間に1週間経口投与した。その結果、総症例数は331例で、有効性の主解析対象集団(PPS)は250例(小柴胡湯群 131例, プラセボ群 119例), 安全性解析対象集団は268例, 有用性解析対象集団は217例となった。主要評価項目

表1 小柴胡湯による血清酵素活性の変動

酵素	群	投与期間(週)			
		0	4	8	12
AST (IU)	小柴胡湯	11 ± 111 (116)	96 ± 63 (112)	95 ± 73 (104)	7 ± 67 * (104)
	プラセボ	110 ± 123 (106)	110 ± 93 (102)	92 ± 58 * (99)	108 ± 76 (100)
	群間比較	N.S.	N.S.	N.S.	*
ALT (IU)	小柴胡湯	163 ± 156 (116)	132 ± 92 * (112)	134 ± 110 (104)	120 ± 108 ** (104)
	プラセボ	169 ± 162 (106)	156 ± 121 (102)	143 ± 112 (99)	162 ± 140 (100)
	群間比較	N.S.	N.S.	N.S.	*
r-GT ( $\mu$ /mL)	小柴胡湯	62 ± 48 (114)	57 ± 46 * (111)	53 ± 64 (102)	53 ± 43 * (102)
	プラセボ	62 ± 37 (106)	61 ± 46 (101)	56 ± 37 * (98)	55 ± 41 (99)
	群間比較	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

平均 ± S.D., ( ) は例数, 群内変動, 群間変動で有意差のあるものは\* (\* :  $p < 0.05$ , \*\* :  $p < 0.01$ ).

である全般改善度において, 小柴胡湯群はプラセボ群に対して有意に優れていることが確認された。試験薬剤投与終了時の症状別改善度は, 呼吸器症状の「痰の切れ」, 消化器症状の「食欲」, 全身症状の「関節痛・筋肉痛」において, 小柴胡湯群がプラセボ群に対して有意に優れていることが確認され, 呼吸器症状の「痰の量」, 消化器症状の「口の粘り」, 全身症状の「頭痛」において, 小柴胡湯群がプラセボ群に対して優れる傾向であった。なお, 試験薬剤投与終了時の「改善」以上の率は, すべての症状において小柴胡湯群がプラセボ群より高値を示した。小柴胡湯を感冒が遷延した時期に使用する場合, 体力の程度や胸脇苦満などをあまり考慮しなくても, 漢方医学的に不相当と考えられる患者を除外することで, 感冒に対する効果を期待できることが示唆された。安全性においては, 群間に有意な差は認められず, したがって, 有用度においては, 小柴胡湯群はプラセボ群に対して有意に優れていることが確認された<sup>2)</sup>。

#### 【肝炎領域に関する薬効薬理】

〈効果〉1986年5月から1988年4月にかけて, 平山らによって慢性活動性肝炎に対する小柴胡湯の有効性を評価するために, 多施設二重盲検臨床試験が実施された。外来または入院中の慢性肝炎患者中, 試験開始前1年以内に肝生検により治療を要する慢性活動性肝炎と診断され, ALTが異常値を示す患者を対象とした。小柴胡湯(エキス剤: 5.4g/日)およびプラセボは, 原則として12週服用させた。各施設から提示された症例は231例であったが, 試験の対象になったのは222例であり, 症例の内訳は小柴胡湯群116例, プラセボ群106例であった。血清肝機能検査の結果(表1)では, 試験前値に

比べASTでは, 小柴胡湯群で12週目, プラセボ群では8週目で有意に低下したが, 群間では小柴胡湯群がプラセボ群に比べ12週目で有意の低値を示した。

ALTでは, 小柴胡湯群のみ4週, 12週で有意に低下し, 群間では小柴胡湯群が12週目で有意の低値を示した。これらの結果から, 小柴胡湯はプラセボに比べ慢性活動性肝炎における血清AST, ALTを有意に低下させるものと判断することができる。また, 症例をB型, 非B型(主にC型といえる), また組織学的活動性から, 軽症, 重症の亜群に分けると, 小柴胡湯はプラセボに比べB型および軽症群でAST, ALTを有意に低下させた<sup>3-5)</sup>。〈基礎研究〉実験的肝障害に対する小柴胡湯の改善作用が検討されている。すなわち, 小柴胡湯(エキス原末)は, 四塩化炭素の連続投与により惹起されるマウスの肝線維化および四塩化炭素やD-ガラクトサミン投与により発現するマウス急性肝機能障害を抑制し, さらにラット肝部分切除術後の肝細胞の有糸分裂指数や肝重量, 肝タンパク含有量, RNAおよびDNA含有量の増加を促進した<sup>6,7)</sup>。Shimizuらは, dimethylnitrosamineやpig serumによるラット肝線維化モデル(*in vivo*)において, 小柴胡湯(エキス原末)が肝細胞中の肝星細胞活性化マーカーである $\alpha$ -smooth muscle actin( $\alpha$ -SMA), コラーゲン, 脂質過酸化マーカーであるmalondialdehyde(MDA)の濃度を減少させ, また, *in vitro*においても肝細胞中のMDAを抑制するとともに, 肝星細胞のコラーゲン産生,  $\alpha$ -SMA発現, 細胞増殖, 酸化ストレスなどを抑制し, さらに, 肝ミトコンドリアの脂質過酸化の抑制やラジカル捕捉活性がみられることから, 小柴胡湯は肝細胞および肝星細胞における脂質過酸化を抑制する抗線維化抑制

剤であると報告している<sup>8)</sup>。

**【考察】**小柴胡湯は、風邪などの急性熱性疾患の場合、胸部や消化器系に症状が出る“こじれた風邪”の適応となり、また、“慢性肝炎の肝機能障害の改善”に用いられる処方でもある。臨床的にもそれらの効果がオープンスタディや二重盲検臨床試験などで検証され、さらに、基礎研究においても、小柴胡湯が実験的肝障害に対して保護的な改善作用、サイトカイン産生の促進や遊離抑制などの作用が多く報告されている。小柴胡湯には、抗ウイルス作用は認められていないが、生体防御機構に影響を与え治療効果を発揮する BRM (biological response modifier) として有用な薬剤といえる。

## 文献

- 1) 星野恵津夫ほか：日本医事新報 3568：29-32, 1992
- 2) 加地正郎ほか：臨床と研究 72(12)：140-156, 2001
- 3) Hirayama C：Gastroenterol Jpn 24(6)：715-719, 1989
- 4) 平山千里ほか：肝胆膵 20(4)：751-759, 1990
- 5) 平山千里ほか：肝胆膵 25(3)：551-558, 1992
- 6) 藤原研司ほか：〇〇〇〇：383-388, 1987
- 7) Amagaya S, et al：Ethnopharmacol 25：181-187, 1989
- 8) Shimizu I, et al：Hepatology 29(1)：149-160, 1999

(油田正樹)

## 16. 柴胡加竜骨牡蛎湯

**【構成生薬】**柴胡、黄芩、半夏、人参、生姜、大棗、桂皮、茯苓、大黄、竜骨、牡蛎

### 【代謝性疾患領域に関する薬効薬理】

**〈効果〉**小菅らは、臨床における柴胡加竜骨牡蛎湯の血管機能に対する作用を検討した。対象は年齢 40～70 歳代、健常群 258 例、硬化群 58 例、投薬群 53 例、観察期間は 36 か月である。投薬群には柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 4.5 g/日)を投与した。全例に大動脈脈波速度法による脈波伝搬速度(PWV)および頸部動脈系超音波速度法( $\beta$ 法)による頸部動脈系(総頸、洞、内頸、椎骨)の伸展性を 12 か月ごとに測定した。その結果、36 か月後の投薬群の平均 PWV は硬化群と比較し、有意な低値を示した。頸部 4 動脈の  $\beta$  値も 36 か月後投薬群は硬化群に比し有意に低値であった。投薬例のなかには投薬前値の PWV および  $\beta$  に比較し投薬後に低下した例も多数みられ抑制作用と同時に退縮作用も示唆された。以上の結果より、柴胡加竜骨牡蛎湯を投与した群に抗動脈硬化作用が認められたとしている<sup>1)</sup>。また、Nomura らは、血中トリグリセライド値が高値の脂質異常症患者 8 例に柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 4.5 g/日)を 8 週間投薬し、CD62P、PMPs などの血小板活性化マーカーや、sE-セレクトリンおよび抗酸化 LDL 抗体などが低下する

ことを認め、柴胡加竜骨牡蛎湯は脂質異常症患者における血管障害の進行を阻止する作用があるとしている<sup>2)</sup>。

**〈基礎研究〉**Chung H-J らは、コレステロール食負荷ラットの頸動脈内皮にバルーンで傷害を与える実験で、柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス原末)の経口投与は、頸動脈内膜肥厚、血管平滑筋の増殖を抑制し、さらに、有意ではないが血清総コレステロールおよび LDL コレステロールの減少を与えたことを認めたと報告している<sup>3)</sup>。吉江らは、遺伝性高脂血症モデルウサギにおいて柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス原末)が、血中総コレステロールを低下させ、さらに 24 週間の投与で胸部大動脈弓部における粥状動脈硬化病変の進展を抑制し、肝臓における ApoE および LDL 受容体の mRNA の発現を有意に増加させたことと報告している<sup>4,5)</sup>。石川らは、マウスに柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス原末)を 6 か月経口投与し、血清における過酸化脂質および血清、脳、心臓の中性脂肪の有意な低下を認めている<sup>6)</sup>。古川らは、ヒト肝がん細胞由来 HepG2 細胞株を用いた *in vitro* 実験で、柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス原末)が細胞内コレステロールエステルやトリグリセライドの合成を抑制し、ApoB の分泌を低下させることを認めている<sup>7)</sup>。

### 【男性不妊領域に関する薬効】

**〈効果〉**大橋らは、不妊を主訴とした特発性男子不妊症患者 30 例に、3 か月以上柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 4.5 g/日)を経口投与させ、投与前後で精液所見を比較した。その結果、精子濃度に対する効果では、精子濃度の有効率は乏精子症 50%、乏・無力精子症 44%、両者併せて 46% であり、また運動率における有効率では無力精子症 71%、乏・無力精子症 56%、両者併せて 65% であった。その際、薬剤投与前後において血清ホルモン値に変動を認めなかった<sup>8)</sup>。小宮は、実証の男性不妊症患者 39 症例に対し、柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス剤 7.5 g/日、うち生薬乾燥エキス 4.5 g/日)を投与しその治療効果を解析した。この結果、投与後に精液検査を施行しえた症例は 25 例であった。柴胡加竜骨牡蛎湯投与後の精液量、精子濃度、精子運動率、精子正常形態率は投与前と比較し、いずれも有意な上昇を認めた。投与開始後 1～38 か月にて、39 例中 8 例(21%)が妊娠に至った<sup>9)</sup>。

### 【神経症領域に関する薬効】

**〈効果〉**大原らは、精神神経科外来を受診した各種の神経症患者 23 例(男子 13 例、女子 10 例)に柴胡加竜骨牡蛎湯(エキス剤：7.5 g/日)を 3 週間連続投与し、それぞれの臨床症状の変化を問診により評価した。その結果、全般改善度は著明改善が 1 例で中等度改善以上は 4 例であり、軽度改善以上を含めると 18 例(78%)であっ

た。症状別改善度では、全身倦怠、易疲労、不安、抑うつ、心気、易怒、心血管系症状に対して有効性がみられ、50%以上の症例がやや有効以上であった<sup>10)</sup>。

**【考察】**柴胡加竜骨牡蛎湯は精神神経症状のある高血圧や動脈硬化症、神経衰弱症、神経性心悸亢進症、陰萎などに用いられる処方である。臨床においては、抗動脈硬化作用や男性不妊症および各種神経症などに対する治療効果が認められており、基礎研究報告でも血管病変進行の抑制や細胞内脂質合成の抑制効果など臨床効果の裏づけがいくつか確認されており、有用な処方と思われる。

## 文献

- 1) 小菅孝明ほか：日本臨床生理学会雑誌 24：128, 1994
- 2) Nomura S, et al: Phytomedicine 8(3)：165-173, 2001
- 3) Chung H-J, et al: Biol Pharm Bull 26(1)：56-60, 2003
- 4) 吉江文彦ほか：和漢医薬学雑誌 15：396-397, 1998
- 5) Yosie F, et al: Pharmacol Res 43(5)：481, 2001
- 6) 石川 斉ほか：和漢医薬学雑誌 13：308-309, 1996
- 7) 古川誠一ほか：和漢医薬学雑誌 11(3)：236, 1994
- 8) 大橋正和ほか：泌尿器外科 9(3)：209-211, 1996
- 9) 小宮 顕：漢方医学 34(3)：256-260, 2010
- 10) 大原健士郎ほか：新薬と臨床 34(1)：131-141, 1985

(油田正樹)

## □ 半夏・厚朴を含む漢方薬

### 17. 半夏厚朴湯

**【構成生薬】**半夏、厚朴、生姜、茯苓、紫蘇葉

**【生薬の組み合わせ】**半夏には鎮咳鎮嘔作用があり、厚朴は精神的要因で出る咳や咽後部に何か引っかかっているような感じを緩和させる効果がある。半夏厚朴湯は、小半夏加茯苓湯に厚朴と紫蘇葉を加えた処方である。小半夏加茯苓湯は性味が温める生薬(半夏、茯苓、生姜)からなり、胃内停水による嘔吐を改善させる処方とされている。

**【神経症領域に関する薬効薬理】**

**〈効果〉**大原らは、精神神経科外来を受診した各種の神経症患者 22 例(男子 13 例、女子 9 例)に半夏厚朴湯(エキス製剤 7.5 g、うち生薬乾燥エキス 2.5 g/日)を 3 週間連続投与し、その効果を判定した。評価方法は、それぞれの臨床症状を投与前および投与後 1 週間ごとに医師の問診により 4 段階(3：症状のため何もできず寝込んでしまう、2：症状がかなり強く、仕事に影響したり、時には仕事ができないこともある、1：症状がわずかにあるが、ほとんど気にならない、0：全く症状がない)で評価し、3 週間後に総合評価判定を行った。その結果、全般改善度は著明改善が 2 例で中等度改善以上は 8 例であり、軽度改善以上を含めると 17 例(77%)であった。

症状別改善度では、易疲労、不眠、焦燥感、意欲減退、易怒、運動系症状、心血管系症状、呼吸器系症状に対して有効性がみられ、50%以上の症例がやや有効以上であった<sup>1)</sup>。また、尾崎は、軽度～中等度の不安焦燥感をもち、同時に抑うつ気分を認めた 15 症例(男性 5 例、女性 10 例)を対象として、服薬中の向精神薬を変更せずに、半夏厚朴湯を追加投与(エキス剤：7.5 g/日)し、2 週後、4 週後の不安焦燥感および抑うつ気分に関する効果を評価判定した。その結果、4 週後(2 週後)における不安焦燥感の改善度は、著明改善が 2 例(0 例)、中等度改善が 6 例(2 例)、軽度改善が 4 例(10 例)、不変は 3 例(3 例)であり、抑うつ気分については、著明改善はなく、中等度改善が 9 例(0 例)、軽度改善が 2 例(11 例)、不変は 4 例(4 例)であった。したがって、軽度改善以上の有効率は 2 週後、4 週後ともに不安焦燥感に対しては 80.0%、抑うつ気分に対しては 73.3% と高い有効性を示した<sup>2)</sup>。

**〈基礎研究〉**栗原らは、マウスを用いた高架式十字迷路実験で半夏厚朴湯の抗不安効果を検討した。すなわち、半夏厚朴湯(エキス原末)あるいは蒸留水を 7 日間反復経口投与し、最終投与の翌日に生理食塩水(生食)あるいはジアゼパムを投与した後に迷路実験を行った。その結果、半夏厚朴湯投与後に生理食塩水を投与した群は用量依存的に抗不安効果を示し、蒸留水-生食群に比べ有意な作用が認められた。半夏厚朴湯-ジアゼパム群では蒸留水-ジアゼパム群に比べ有意な抗不安作用が認められ、半夏厚朴湯の反復投与によってジアゼパムの抗不安効果が増強されたことが明らかになった<sup>3)</sup>。さらに、丸山らは、改良型高架式十字迷路を用いて、半夏厚朴湯、抑肝散、柴朴湯、加味帰脾湯など中枢神経系疾患に適用されている漢方薬の抗不安効果を検討した。その結果、マウスへの 7 日間の連続投与(エキス原末)で、半夏厚朴湯ほか各処方用量依存的な抗不安効果が認められた<sup>4)</sup>。

**【咽頭異物感に関する薬効】**

**〈効果〉**山中は、神経内科において咽頭異物感を訴えた患者 32 例(男性 18 例、女性 14 例)に対して半夏厚朴湯〔エキス製剤 7.5 g、うち生薬乾燥エキス 2.5 g/日(エキス剤)〕を使用し、その臨床効果を検討した。その結果、半夏厚朴湯の服用により、極めて有効が 2 例、かなり有効が 16 例、やや有効が 14 例であり、全例にやや有効以上の有効率が認められた<sup>5)</sup>。また、藤井らは、咽喉頭異常感を訴えた患者 25 例に対して、半夏厚朴湯(エキス剤：5.0 g/日)を使用し、原則として 2 週間後の自覚症状の変化により臨床効果を評価した。その結果、著効 5 例、有効 12 例、やや有効 5 例、無効 3 例で、有効率は有効以上 68%、やや有効以上 88% であった<sup>6)</sup>。

### 【機能性消化管障害領域に関する薬効】

〈効果〉及川らは、機能性消化管障害(FD)や過敏性腸症候群(IBS)患者における半夏厚朴湯の効果をも、消化管機能に及ぼす影響を中心に検討した。すなわち、ローマⅢ基準を満たすFD患者30名を主な対象とし、FD患者については超音波法による胃排出能検査を行い、半夏厚朴湯〔エキス製剤7.5g、うち生薬乾燥エキス2.5g/日(エキス剤)〕の2週間投与前後での変化を観察した。また、gastrointestinal symptom rating scale(GSRS)を用いた消化器症状の推移と、腹部X線上の腸管ガス量(GVS)の変化に関する検討を併せて行った。その結果、半夏厚朴湯はFD患者の胃排出能を増加させ( $p < 0.05$ )、GSRS全体スコアも改善した( $p < 0.05$ )。また、GVSの平均値は健常成人に比較しFD患者で高値であった( $p < 0.05$ )。さらに、IBS患者に半夏厚朴湯を4週間投与したところ、FDと同様GSRS全体スコアの改善( $p < 0.05$ )とGVSの低下傾向( $p < 0.1$ )が認められた。なおFD患者では、半夏厚朴湯の漢方医学的な使用目標を有する症例において、胃排出能はより顕著に改善し、GVSもより顕著な低下を認めた<sup>7)</sup>。

【考察】半夏厚朴湯は主に気分がふさいで、のどや食道に何か粘着した異物感があるような気がする患者に用いる処方であり、臨床的に各種神経症患者や咽喉頭異物感を訴えた患者を対象とした治療で有効性が確認されている。ただし、神経症の治療においてはプラセボ効果を排除することが困難であり、科学的な有効性の証明は二重盲検比較臨床試験の実施を待たなければならない。基礎研究報告においては、半夏厚朴湯は抗不安作用およびベンゾジアゼピン系抗不安薬ジアゼパムの効果の増強作用を示し、臨床効果の裏づけとなる作用が確認されている。また、半夏厚朴湯は、消化管機能に対する効果も臨床的に検討されており、半夏厚朴湯が機能性消化管障害患者の上部および下部消化管機能に影響を及ぼし消化器症状を改善させるprokineticsとして作用する可能性があると考えられている。

### 文献

- 1) 大原健士郎ほか：新薬と臨床 34(1)：131-141, 1985
- 2) 尾崎 哲：薬事新報 1711：29-30, 1992
- 3) 栗原 久ほか：神経精神薬理 17(5)：353-358, 1995
- 4) 丸山悠司ほか：長寿科学総合研究 平成8年度(9)：109-115, 1997
- 5) 山中祐介：広島医学 47(7)：1131, 1994
- 6) 藤井英雄ほか：九州神経精神医学 33(1)：24-27, 1987
- 7) 及川哲郎ほか：日本消化器病学会雑誌 106：233, 2009

(油田正樹)

## 18. 柴朴湯

【構成生薬】柴胡、半夏、茯苓、黄芩、厚朴、大棗、人参、甘草、紫蘇葉、生姜

【生薬の組み合わせ】柴朴湯は小柴胡湯と半夏厚朴湯の合方であるが、処方の構成生薬からみると、小柴胡湯に茯苓、厚朴、紫蘇葉を加えた加味方といえる。

### 【咽喉異物感に関する薬効薬理】

〈効果〉山際は、心的自覚症状を有する咽喉頭異常感症の患者297例を解析対象として、柴朴湯(エキス製剤7.5g、うち生薬乾燥エキス5.0g/日)の効果をも自律神経調整薬(トフィンパム)や緩和精神的安定薬(ロフラゼブ酸エチル)による治療と対比させてretrospectiveに検討した。治療効果については、自覚的な異常感の強さ(程度+頻度)を数値化し、治療前後で50%以上軽減したものを有効と判定し評価した。その結果、投与開始2週間において自律神経失調症傾向がある患者では柴朴湯はロフラゼブ酸エチルと同程度(有効率：柴朴湯52%、ロフラゼブ酸エチル54%、無投与治療では47%)の効果を発揮し、抑うつ傾向患者に対しては遅効的ではあるものの、最終的にはトフィンパムと同程度(柴朴湯65%、トフィンパム67%、無投与治療では48%)の効果を示した<sup>1)</sup>。

〈基礎研究〉丸山らは、改良型高架式十字迷路を用いて、半夏厚朴湯、抑肝散、柴朴湯、加味帰脾湯など中枢神経系疾患に適用されている漢方薬の抗不安効果を検討した。その結果、マウスへの7日間の連続投与(エキス原末)で、各処方に抗不安効果が認められ、さらに、最も明確な用量依存性を発現した柴朴湯について有効物質を抽出・分画操作により探索したところ、クロロホルム溶出画分に顕著な抗不安効果が認められた<sup>2)</sup>。

### 【喘息領域に関する薬効薬理】

〈効果〉Egashiraらは、ステロイド依存性喘息患者を対象に、封筒法により柴朴湯投与(エキス製剤7.5g、うち生薬乾燥エキス5.0g/日)群(64例)と非投与群(48例)とのランダム比較臨床試験を行った。その結果、12週間の投与期間で、発作点数、治療点数、喘息点数の各スコアから計算した全般改善度においては、中等度以上の改善例は柴朴湯投与では32.8%、非投与群では10.4%、軽度以上の改善例はそれぞれ60.9%、18.8%であった( $p < 0.001$ )。この際、ステロイド剤の服用を50%以上減量できたのは柴朴湯群17.2%、非投与群6.3%であり両群間に有意差が認められた( $p < 0.01$ )<sup>3)</sup>。

〈基礎研究〉江田らはⅣ型アレルギー反応の実験モデルで柴朴湯(エキス原末)による抗アレルギー作用を検討し、picryl chlorideによる接触性皮膚炎およびヒツジ赤血球による遅延型足蹠反応の有意な抑制作用やpredoni-

solone による接触性皮膚炎抑制作用の有意な増強を確認している<sup>4,5)</sup>。

**【考察】**柴朴湯は、神経症傾向のある咽喉頭異常感症や気管支喘息などに用いる処方では、心的症状を有する咽喉頭異常感症患者に対して西洋薬と同程度の有効性を示すことや喘息患者においても有効性が確認されている。神経症傾向患者の咽喉頭異常感や気管支喘息を治療するうえで柴朴湯は有用な薬剤といえるが、両者とも精神神経的要素が関係するので、柴朴湯の科学的な有効性の確認は二重盲検比較臨床試験の実施を待たなければならない。

## 文献

- 1) 山際幹和：漢方と最新治療 7(4)：353-358, 1999
- 2) 丸山悠司ほか：長寿科学総合研究 平成8年度(9)：109-115, 1997
- 3) Egashira Y, et al：Ann NY Acad Sci 685：580-583, 1993
- 4) 江田昭英ほか：日薬理誌 80：31-41, 1982
- 5) 江田昭英：最新の漢方薬理, Proc. of the satellite meeting of the 10th international congress of pharmacology (Excerpta Medica), 245-250, 1987

(油田正樹)

## M 当帰・芍薬・川芎を含む漢方薬

**【生薬の組み合わせと使用されている薬名】**当帰と芍薬の両者で血虚(血の不足：貧血)を改善(補血作用)する。川芎は活血作用があり、血行を促進させ瘀血を緩解(微小循環の改善)する。当帰芍薬散は、補血作用のある四物湯と利尿作用のある四苓湯を合方し、地黄と猪苓を除いた処方である。

### 19. 当帰芍薬散

**【構成生薬】**当帰、芍薬、川芎、朮、茯苓、沢瀉

**【不妊症に関する薬効】**

**〈効果〉**安井らは、稀発月経、無排卵周期症、第一度無月経などの排卵障害に対して、クロミフェン単独療法(単独群：52例)とクロミフェン・当帰芍薬散(エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日)併用療法(併用群：41例)を行い、有用性を比較検討した。その結果、症例別排卵率、周期別排卵率、症例別妊娠率には単独群と併用群との間に有意差はなかったが、妊娠率においては併用群に高い傾向がみられた。妊娠した時期をみると、妊娠した周期は単独群の3.82周期目に対して併用群では1.83周期目であり、当帰芍薬散の併用において有意に早期に妊娠が成立した。治療開始3週期目の内分泌学的検討では、排卵前期のエストラジオール値において両治療群とも有意な増加を認め、プロゲステロン値については、単独群に対

して併用群では有意の減少が認められた。この結果、プロゲステロン/エストラジオール比も単独群に対して併用群で有意に低くなった。また、黄体期中期のプロゲステロン値は両治療群ともに有意の増加を認め、特に併用群における値のほうが高かった。以上のことにより、クロミフェン単独療法に比較し当帰芍薬散との併用療法では、排卵前期および黄体期中期における性ステロイドホルモン分泌を改善することにより、妊娠率を向上させる可能性が示唆された<sup>1)</sup>。水野らは、切迫早産管理における当帰芍薬散の有用性を検討するため、リトドリン塩酸塩との併用療法を実施した。すなわち、リトドリン塩酸塩の静脈内投与を行う切迫早産患者を対象(153例)として、封筒法により当帰芍薬散(エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日)をあらかじめ投与する群(前投与群：78例)と副作用発生後から当帰芍薬散を投与する群(後投与群：69例)とに分けて有用性を比較評価した。その結果、当帰芍薬散の前投与群ではリトドリン塩酸塩の静脈内投与速度を有意に高めることができ、さらにリトドリン塩酸塩投与後1時間後では顕著な子宮収縮抑制効果が認められた。切迫早産の主症状である下腹部緊満感、下腹部痛、陣痛様疼痛、腰痛、性器出血などは、両群とも軽快したが群間に差はみられなかった。また、リトドリン塩酸塩の副作用である心悸亢進、心拍増加、震戦、血圧下降、頭痛、顔面紅潮などの症状は当帰芍薬散の併用により有意に軽減された<sup>2)</sup>。

**【更年期障害に関する薬効】**

**〈効果〉**高松らは、更年期外来を更年期障害を主訴に受診し、漢方療法あるいはホルモン補充療法(HRT)を施行した閉経/両側卵巣摘出(卵摘)患者を対象として、慶応式中老年健康維持外来調査表を用いて両治療法による効果を比較検討した。漢方療法では三大漢方婦人薬である当帰芍薬散(エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日、23例)、加味逍遙散(エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日、23例)、桂枝茯苓丸(エキス剤：7.5g(乾燥エキス1.75g)/日、24例)を服用した症例を選択した。その結果、「効果あり」と判定された症例はHRTでは78.0%、漢方療法では68.6%であったが両群間に有意差は認められず、総合的效果としては両治療法はほぼ同等とされた。しかし、効果の大きさではHRTのほうが漢方療法に比べて優っていた。漢方薬間における総合的效果の比較では、「効果あり」の割合は当帰芍薬散62.5%、加味逍遙散74.0%、桂枝茯苓丸70.0%であったが、各群間に有意差は認められなかった。漢方療法の症状別の検討では、当帰芍薬散は「動悸」「興奮しやすい」「憂うつ」に効果が高く、加味逍遙散は「神経質」「イライラ」「不安感」「くよくよする」、桂枝茯苓丸は「夜間覚醒」「無気力」「めまい」な

どに高い効果を示した<sup>3)</sup>。

#### 【月経困難症に関する薬効】

〈効果〉Kotaniらは、月経困難症の患者を対象として当帰芍薬散の鎮痛効果を二重盲検比較臨床試験において検討した。すなわち、1年以上月経困難症を有している、寒証・虚証・陰証で瘀血を合併している患者(40症例)を対象として、当帰芍薬散[エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日、20例]あるいはプラセボ(20例)を2月経周期にわたって内服させ、続いて、2周期のフォローアップ期間を設け visual analogue scale(VAS)により痛みの程度を測定し評価した。その結果、プラセボと比較して当帰芍薬散服用群に顕著な月経困難症状の軽減が認められ、さらに疼痛については治療期間およびフォローアップ期間まで有意に軽減された<sup>4)</sup>。

#### 【貧血に関する薬効】

〈効果〉Akaseらは、子宮筋腫に伴う過多月経が原因で起こる低色素性貧血を示した患者(25例)を対象として、プロスペクティブに当帰芍薬散と鉄剤の有用性を比較検討した。すなわち、患者のうち10例に当帰芍薬散[エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日]を15例(途中で2例脱落)に経口鉄剤(クエン酸第一鉄ナトリウム錠)を服用させ、4週後、8週後に血液学的検査および血清生化学検査を実施し、さらに自覚症状および副作用の発現をモニターした。その結果、血液学的および血清生化学検査においては両群間に差はみられなかったが、貧血の臨床症状における顔面蒼白、スプーン状爪、立ちくらみなどについては治療前に比べ、当帰芍薬散服用群で有意な改善がみられた。そのほか、唇の口角が切れやすい、息切れなどの症状も改善傾向を示した。また、過多月経、月経痛、腰の冷え、手足の冷え、めまい、頭痛、肩こりなどの子宮筋腫・更年期障害の諸症状に対しては、8週後に有意の改善効果がみられた。一方、経口鉄剤群においては臨床検査値での貧血状態が改善され、立ちくらみや息切れの症状は8週後に有意に改善された。副作用の状況については、当帰芍薬散群において副作用は認められなかったが、経口鉄剤群では胸やけや悪心をはじめ80%に何らかの副作用が観察された<sup>5)</sup>。

【考察】当帰芍薬散は三大漢方婦人薬の一つで、色白で冷えやすく筋肉軟弱・痩せ型の虚証タイプの貧血、更年期障害、月経不順、月経困難、不妊症など主に婦人科疾患に用いられる。漢方医学的には、不妊症・月経困難症・更年期障害は、主に「瘀血」や「水毒」などが関係する病態であり、貧血は「血虚」の病態である。当帰芍薬散は、駆瘀血薬、利水薬、補血薬、活血薬などの生薬で構成されており、上述したように、臨床においても不妊症、更年期障害、月経困難症、貧血などに対して治療効果が認め

られ、現代医学において特に婦人科疾患に有用な処方と思われる。

#### 文献

- 1) 安井敏之ほか：日本不妊会誌 40(1)：83-91, 1995
- 2) 水野正彦ほか：産科と婦人科 3：469-480, 1992
- 3) 高松 潔ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 23：35-42, 2006
- 4) Kotani N, et al：Am T Chinese Med 25(2)：205-212, 1997
- 5) Akase T, et al：YAKUGAKU ZASSHI 123(9)：817-824, 2003

(油田正樹)

## 20. 芎帰膠艾湯

【構成生薬】当帰、芍薬、川芎、阿膠、甘草、艾葉、乾地黄

#### 【特発性血尿に関する薬効】

〈効果〉吉川らは、特発性顕微鏡的血尿患者に対する芎帰膠艾湯および柴苓湯の臨床効果を比較検討した。すなわち、特発性顕微鏡的血尿と診断された患者(68症例：全例女性)を無投与群(23例)、芎帰膠艾湯投与群(26例)、柴苓湯投与群(19例)の3群に分け、漢方薬群にはそれぞれ[いずれもエキス剤：9.0g(乾燥エキス6.0g)/日]を4週間投与した。尿検査は初診時と4週間後に導尿管にて施行した。その結果、芎帰膠艾湯投与群での血尿改善度は、著効34.6%、改善38.5%、不変23.1%、悪化3.8%であり、無投与群に比して有意に血尿の改善が認められた。また、柴苓湯投与群でも同様に有意な血尿改善が認められ、芎帰膠艾湯投与群との比較では両者の間に有意な差は認められなかった。なお、芎帰膠艾湯投与群では治療前に血尿の程度が強い患者に止血効果が高い傾向があった<sup>1)</sup>。

#### 【婦人科領域における薬効】

〈効果〉岩淵は、機能性子宮出血に対する芎帰膠艾湯の止血効果をトラネキサム酸+カルバゾクロム・VK錠との止血日数の比較で検討した。すなわち、1992～1997年において閉経前成熟婦人で機能性子宮出血と診断された患者を対象として、初診日に試験的子宮内膜搔爬を施行した後、芎帰膠艾湯[エキス剤：9.0g(乾燥エキス6.0g)/日；93症例]あるいはトラネキサム酸+カルバゾクロム・VK錠(90症例)を7日間投与し、その後再診時に内膜組織診断を行い、内膜搔爬後から止血までに要した日数を止血日数として計算し評価した。その結果、全平均止血日数は芎帰膠艾湯群では4.29±1.54日で、トラネキサム酸他群の5.45±2.13日に比べ有意に短日で止血効果が認められた<sup>2)</sup>。また、岩淵は機能性子宮出血に対する止血効果を芎帰膠艾湯のみの使用にて検討した。すなわち、1998～2007年において性器出血を主訴として受診した症例のうち、機能性子宮出血と診断された774例

に芎帰膠艾湯〔エキス剤：9.0 g(乾燥エキス 6.0 g)/日〕を7～14日間投与し、7日以内に止血した例を有効、8日以上を要した例を無効として子宮出血に対する止血効果を検討した。その結果、7日以内に止血した例は556例で有効率71.8%、止血に8日以上を要した無効例は218例で28.2%であった。年齢別では、41～55歳の症例が661例と多く、有効例は446例で有効率は73.0%であったが、単純型増殖症が多い21～30歳の症例は38例と少なく、有効例が21例で有効率は55.3%と低率であった<sup>3)</sup>。Ushiroyamaらは、妊娠初期における切迫流産に対する芎帰膠艾湯の臨床効果をヒト絨毛性ゴナドトロピン(hCG)と比較検討した。すなわち、切迫流産と診断された患者に芎帰膠艾湯〔エキス剤：9.0 g(乾燥エキス 6.0 g)/日：36症例〕あるいはhCG2(36症例)を服用させ、回復までに要した日数を比較した。その結果、切迫流産前の状態に戻る日数は、芎帰膠艾湯では $2.9 \pm 3.5$ 日でhCGの $10.8 \pm 8.2$ 日に比べ有意に短縮された。さらに、妊娠嚢周囲の胎盤後血腫消失までに要した日数も、芎帰膠艾湯では $9.9 \pm 7.1$ 日でhCGの $23.2 \pm 12.8$ 日に比べ有意に短縮された。胎盤後血腫のサイズは治療7日目でhCG群に比べ芎帰膠艾湯群では有意に縮小した<sup>4)</sup>。

**【考察】**『金匱要略』において、「婦人の子宮出血、流早産後に子宮出血が止まらないもの、妊娠中に子宮出血するもの、妊娠して腹痛するものは、いずれも芎帰膠艾湯で主治する」と記載されている。上述した臨床成績から、芎帰膠艾湯は女性の特発性血尿や子宮出血・切迫流産など特に婦人科領域における出血に有効であり、古典の記載にも合致し有用な漢方処方であると思われる。

## 文献

- 1) 吉川裕康ほか：漢方と最新治療 6(1)：55-58, 1997
- 2) 岩淵慎助：日本東洋医学雑誌 50：883-890, 2000
- 3) 岩淵慎助：米沢市病誌 28(1)：69-74, 2008
- 4) Ushiroyama T, et al：Am T Chinese Med 34(5)：731-740, 2006

(油田正樹)

## 21. 当帰四逆加呉茱萸生姜湯

**【構成生薬】**当帰、芍薬、桂皮、細辛、呉茱萸、木通、大棗、甘草、生姜

**【生薬の組み合わせと使用されている薬名】**当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、当帰四逆湯に呉茱萸と生姜の2種の生薬を加えたことでその名がついている。本剤は、ほとんどが温める生薬で構成され、さらに血を補う作用と血流をよくする生薬の配合がなされている。

### 【下腹部疼痛に関する薬効】

**〈効果〉**吉田は、開腹術後患者を中心として、頑固な腹

痛のある患者に対する当帰四逆加呉茱萸生姜湯の効果を検討した。すなわち、開腹術後患者を中心として、消化管、肝、胆、膵、その他腹部内臓に特定疾患がなく、腹部鈍痛、腹部不快、腹部膨満感など不定の腹痛を訴える患者(34症例)を対象として当帰四逆加呉茱萸生姜湯〔エキス剤：5.0 g(乾燥エキス 2.7 g)/日〕を2週間～3か月間服用させた。なお、これらの症例は、全例とも抗コリン剤、鎮痙剤、鎮静剤などで腹痛症状の緩解が得られなかった。その結果、全症例においては著効5例、有効13例、やや有効13例、不変3例であり、有効以上の有効率は52.9%であった。また、開腹手術症例(23症例)に限定すると、有効16例で有効率は69.6%であった。さらに、下腹部の手術症例だけを対象とすると、19例中14例が有効であり、有効率は73.7%であった<sup>1)</sup>。平山らは、婦人の下腹部痛に対する当帰四逆加呉茱萸生姜湯の効果を検討した。すなわち、下腹部痛を主訴として子宮筋腫や卵巣腫瘍などの器質的な疾患や炎症所見を認めない女性患者を対象として、当帰四逆加呉茱萸生姜湯〔エキス剤：7.5 g(乾燥エキス 4.0 g)/日〕を服用させた。下腹部痛の評価については、本剤服用前の痛みを10とし、痛みが完全に消失した場合を0とする11段階に分けて、投与開始2～4週間後における患者自身の判定により行った。その結果、効果判定可能44症例において、著効7例、有効24例、やや有効8例、無効5例であり、有効以上の有効率は70.5%であった。年齢別の有効率においては、20～39歳では57.7%であるのに対して40～60歳代では88.9%であり、40歳以上の症例に高い有効率が認められた。また、冷えの有無が有効性に影響を与えるかどうかをみたところ、冷えを伴う症例における有効率は83.3%であったが、冷えない症例では42.9%であり、冷えを合併している症例のほうが高い有効率であった。さらに、下腹部手術の有無と有効性との関係においては、手術ありの症例での有効率は81.3%であったが、手術なしの症例では64.3%であり下腹部の手術の既往がある症例において高い有効率が認められた<sup>2)</sup>。

### 【レイノー病に関する薬効】

**〈効果〉**金内は、レイノー病患者の臨床症状および皮膚温に対する当帰四逆加呉茱萸生姜湯の効果を検討した。すなわち、手指に末梢血管攣縮による虚血や皮膚温の低下などのレイノー現象が発症する患者(19例)を対象として当帰四逆加呉茱萸生姜湯〔エキス剤：7.5 g(乾燥エキス 4.0 g)/日〕を4週間投与し、レイノー現象の出現頻度、持続時間、自覚症状の3項目について0点(症状なし)から3点までに判定してその合計点によって臨床評価を行った。同時に、15℃の水に指先から手首までを60秒間

浸すことによりレイノー現象を誘発させ、5分後にサーモグラフィを用いて手指の皮膚温を測定する方法で皮膚温への影響を調べた。その結果、臨床評価においては、レイノー病若年患者群(8例)の合計点の平均が治療前では $6.3 \pm 0.4$ 点であるのに対して、治療後では $4.4 \pm 0.9$ 点に改善され、中高年患者群(11例)では $7.2 \pm 1.0$ 点が $4.7 \pm 1.9$ 点まで改善されており、両群とも治療前後で有意差が認められた。皮膚温の変化においては、若年患者群では治療前が $27.7 \pm 4.2^\circ\text{C}$ であるのに対して、治療後では $31.6 \pm 3.2^\circ\text{C}$ に上昇し、中高年患者群では $26.1 \pm 3.7^\circ\text{C}$ が $31.2 \pm 2.6^\circ\text{C}$ まで上昇しており、両群とも治療前後で有意差が認められた<sup>3)</sup>。

**【考察】**『傷寒論』に、手足の寒冷を自覚し、脈が細く触れにくい者には当帰四逆湯を用い、さらに、もし平素腹が冷えている場合には、当帰四逆加呉茱萸生姜湯を用いるとある。四逆とは手足が厥冷していく現象をいう。また、大塚敬節によれば当帰四逆加呉茱萸生姜湯は古人が「疝」と呼んだ病気に著効があるとしているが、ここでいう「疝」は下腹部内臓が痛む病気を指している。臨床において当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、主に開腹術後における腹部症状や婦人の冷えを伴う下腹部痛に対して高い有効性を示し、さらに、レイノー病における手指の血行不全や皮膚温低下などに対しても有効性が認められた。これらの内容は、当帰四逆加呉茱萸生姜湯についての古典の記載や古人の解説などを科学的に検証したものともいえ、現代医学的にも理解できるものである。

## 文献

- 1) 吉田 著：診療と新薬 19(5)：129-135, 1982
- 2) 平山博章ほか：漢方と最新治療 4(1)：83-87, 1995
- 3) 金内日出男：公立豊岡病院紀要 11：69-76, 1999

(油田正樹)

## N 牡丹皮を含む漢方薬

### 22. 桂枝茯苓丸

**【構成生薬】**桂皮、芍薬、茯苓、牡丹皮、桃仁

#### **【更年期障害に関する薬効薬理】**

**〈効果〉**高松ら(「19. 当帰芍薬散」の項参照)は、更年期障害に対する漢方療法の有用性の検討として、三大漢方婦人薬の無作為投与による効果の比較を行った。すなわち、更年期障害を主訴に受診し、漢方療法あるいはホルモン補充療法(hormone replacement therapy：HRT)を施行した閉経/両側卵巣摘出(卵摘)患者を対象として、慶応式中高年健康維持外来調査表を用いて両治療法による効果を比較検討した。漢方療法では当帰芍薬散[エキス剤：7.5g(乾燥エキス 4.0g)/日；23例]、加味逍遙散[エキ

ス剤：7.5g(乾燥エキス 4.0g)/日；23例]、桂枝茯苓丸[エキス剤：7.5g(乾燥エキス 1.75g)/日；24例]を服用した症例を、HRTでは結合型エストロゲンを主体とした症例(110例)を選択した。その結果、「効果あり」と判定された症例はHRTでは78.0%、漢方療法では68.6%であったが両群間に有意差は認められなかった。しかし、効果の大きさではHRTのほうが漢方療法に比べて優っていた。漢方薬間における総合的効果の比較では、「効果あり」の割合は、各群間に有意差は認められなかった。漢方療法の症状別の検討では、桂枝茯苓丸は「夜間覚醒」「無気力」「めまい」などに高い効果を示した<sup>1)</sup>。日高らは、虚実中間証の更年期障害の漢方治療として桂枝茯苓丸および加味逍遙散を用いその効果を検討した。すなわち、四診などによる漢方的診断に基づいて、その証により桂枝茯苓丸(42例)あるいは加味逍遙散(45例)を処方する患者を選択し対象とした。桂枝茯苓丸[エキス剤：7.5g(乾燥エキス 1.75g)/日]あるいは加味逍遙散[エキス剤：7.5g(乾燥エキス 4.0g)/日]は4週間以上投与し、投与前後に簡略更年期指数(小山らによる simplified menopausal index：SMI)、自覚症状改善度(visual analogue scale：VAS)および重症度をチェックし、更年期症状の程度を評価した。また、SMIのうち、ほてり、発汗、冷えの3項目の総和を血管運動神経症状として、不眠、イライラ、憂うつ、頭痛の4項目の総和を精神神経症状として評価した。その結果、桂枝茯苓丸群においては、治療後のSMIの総和とVASは治療前に比べ有意に減少しており、有効率は71.4%であった。また、血管運動神経症状および精神神経症状に関するそれぞれのSMIの総和とVASは治療後で有意に減少していた。加味逍遙散群でもほぼ同様の有効性が認められた(「23. 加味逍遙散」の項参照)<sup>2)</sup>。Ushiroyamaらは、ホットフラッシュを有する閉経婦人の末梢血流量に対する桂枝茯苓丸とホルモン補充療法(HRT)の有効性について比較検討した。すなわち、更年期障害を主訴とし過去90日以内にホルモン補充療法を受けていない閉経患者131症例(46～58歳)を対象として、桂枝茯苓丸[エキス剤：7.5g(乾燥エキス 1.75g)/日；67例]あるいはHRTとしてestrogen製剤+progesterone製剤(64例)を1か月間投与し、治療前・後(治療中)の下顎部、中指、第三足指の血流量をレーザードップラー装置で測定した。その結果、桂枝茯苓丸群においては、下顎の皮膚表面血流および手指先の血流は有意に減少したが、足爪先の血流では有意の増加が認められた。HRT群においては、下顎皮膚表面と手指先端の血流では有意の減少が認められたが、足指つま先では有意ではないが血流減少がみられた。下顎皮膚の血流量の減少の程度は、HRT群に比べ漢方薬治療群の

ほうが高かった<sup>3)</sup>。

〈基礎研究〉Noguchiらは、ホットフラッシュ発現機構と漢方薬の効果を明らかにするため、カルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)誘発皮膚温上昇に対する桂枝茯苓丸およびHRTの効果を検討した。すなわち、卵巣摘出ラットに桂枝茯苓丸(エキス末)あるいは17β-エストラジオールを1週間投与した後、尾静脈からCGRPを投与し、その後120分まで5分間隔で両下肢部の皮膚温を測定した。その結果、CGRPの尾静脈内投与により皮膚温の上昇が認められ、この皮膚温上昇に対して桂枝茯苓丸とエストラジオールは有意な抑制作用を示した<sup>4)</sup>。また譲原らは、性腺刺激ホルモン放出ホルモン(GnRH)誘導体治療により発症する男性のホットフラッシュに対する桂枝茯苓丸の作用をHRTと比較検討した。すなわち、GnRH誘導体(リユープリン<sup>®</sup>)を処置した雄性ラットに、桂枝茯苓丸(エキス末：1g/kg, p.o.)あるいはテストステロンまたはエストラジオールを12日間投与した後、CGRPを尾静脈投与し、その後120分まで5分間隔で両足底部の皮膚温を測定した。その結果、リユープリン<sup>®</sup>処置により血中テストステロン濃度は有意の低下を示し、その際にCGRPを投与すると皮膚温の上昇が認められた。この皮膚温上昇に対して、桂枝茯苓丸あるいはテストステロンまたはエストラジオールは有意の抑制作用を示し、いずれの薬剤もGnRH誘導体治療時の患者に併発するホットフラッシュを抑制する可能性が示唆された。またこの際、低下した血中テストステロン濃度は、桂枝茯苓丸またはエストラジオールの併用で変化は認められず、両薬剤の効果はテストステロン様作用によるものでないことが示唆された<sup>5)</sup>。

【考察】桂枝茯苓丸は『金匱要略』の婦人妊娠病の項に記載されている処方であり、三大漢方婦人薬の一つであり、中間証から実証タイプの瘀血に由来する症状に用いられる。桂枝茯苓丸はのぼせ感や更年期のホットフラッシュに用いられ、臨床的にも多くの使用実績があり、上述のように科学的にも評価できる治療効果が認められている。また、基礎研究からも、女性の更年期障害と同様に、GnRH誘導体治療時の男性のホットフラッシュの治療においても、桂枝茯苓丸が有用であることが裏づけられたといえる。

## 文献

- 1) 高松 潔ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 23：35-42, 2006
- 2) 日高隆雄ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 23：43-48, 2006
- 3) Ushiroyama T, et al：Am J Chinese Med 33：259-267, 2005
- 4) Noguchi M, et al：J Endocrinol 176：359-366, 2003

- 5) 譲原光利ほか：日東医誌 54(4)：791-795, 2003
- 6) 高山宏世：腹証図解 漢方常用処方解説, 新訂 21 版, 日本漢方振興会漢方三考塾, pp274-275, 1996
- 7) 石毛 敦ほか：漢方処方と方意, 南山堂, p74, 2010
- 8) 奥田謙蔵：漢方古方要方解説, pp51-55, 医道の日本社, 横須賀, 1973

(油田正樹)

## 23. 加味逍遙散

【構成生薬】柴胡, 当帰, 芍薬, 朮, 茯苓, 生姜, 薄荷, 山梔子, 牡丹皮

### 【更年期障害に関する薬効薬理】

〈効果〉高松ら(「19. 当帰芍薬散」, 「22. 桂枝茯苓丸」の項参照)は、更年期障害を主訴に更年期外来を受診し、漢方療法あるいはホルモン補充療法(hormone replacement therapy：HRT)を施行した閉経/両側卵巣摘出(卵摘)患者を対象として、慶応式中老年健康維持外来調査表を用いて両治療法による効果を比較検討した。漢方療法では当帰芍薬散(エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日；23例), 加味逍遙散(エキス剤：7.5g(乾燥エキス4.0g)/日；23例), 桂枝茯苓丸(エキス剤：7.5g(乾燥エキス1.75g)/日；24例)を服用した症例を、HRTでは結合型エストロゲンを主体とした症例(110例)を選択した。その結果、「効果あり」と判定された症例はHRTでは78.0%、漢方療法では68.6%であったが両群間に有意差は認められなかった。効果の大きさではHRTのほうが漢方療法に比べて優っていた。漢方薬間における総合的効果の比較では、各群間に有意差は認められなかった。漢方療法の症状別の検討では、加味逍遙散は「神経質」「イライラ」「不安感」「くよくよする」などに高い効果を示した。以上より、漢方療法は更年期障害に対して相当の効果をもち、なかでも特に精神的な症状に加味逍遙散の効果が高いことが確認された<sup>1)</sup>。日高らは、虚実中間証の更年期障害に対する加味逍遙散および桂枝茯苓丸の効果を検討した(詳細は「22. 桂枝茯苓丸」の項参照)。すなわち、漢方的「証」診断に基づいて、加味逍遙散あるいは桂枝茯苓丸を処方する患者を選択し、両漢方製剤を4週間以上投与した。投与前後に簡略更年期指数(小山らによるsimplified menopausal index：SMI)、自覚症状改善度(visual analogue scale：VAS)および重症度をチェックし、更年期症状の程度を評価した。また、SMIのうち、ほてり、発汗、冷えの3項目の総和を血管運動神経症状として、不眠、イライラ、憂うつ、頭痛の4項目の総和を精神神経症状として評価した。その結果、加味逍遙散群においては、治療後のSMIの総和とVASは治療前に比べ有意に減少しており、45例中33例が有効(有効率73.3%)であった。また、血管運動神経症状および精神神経症状に関するそれぞれのSMIの総和とVASは

治療後で有意に減少していた。桂枝茯苓丸群でもほぼ同様の有効性が認められた<sup>2)</sup>。樋口らは、更年期障害に対する治療として加味逍遙散と HRT とを比較検討した。すなわち、更年期障害と診断され、明らかな精神神経症状を合併していない患者を対象として、加味逍遙散(エキス剤：7.5 g(乾燥エキス 4.0 g)/日；12 例)、HRT として結合型エストロゲンの内服あるいは 17 $\beta$ -エストラジオール貼付剤(11 例)および併用療法として両者(12 例)を 8 週間投与し、薬剤投与前、投与 4, 8 週後にうつ状態、不安状態、睡眠状態、更年期症状などを評価した。うつ状態は自己評価式抑うつ性尺度(self-rating depression scale : SDS)で、不安状態はハミルトン式不安スケール(Hamilton anxiety scale : HAS)で、睡眠状態はピッツバーグ睡眠質問票(Pittsburgh sleep quality index : PSQI)で、更年期症状は日本産婦人科学会作成の更年期症状評価表でそれぞれスコア化し評価した。その結果、SDS においては、加味逍遙散群は投与前に比べ 4 週から、HRT 群および併用群では 8 週からそれぞれ有意なスコアの改善が認められたが、各時期における群間比較では有意差はみられなかった。HAS においては、いずれの投与群においても投与前に比べ 4 週より有意なスコアの改善が認められ、4 週の群間比較では加味逍遙散群は他群と比較し有意の改善が認められた。PSQI においては、加味逍遙散群は投与前に比べ 4 週から、HRT 群および併用群では 8 週からそれぞれ有意なスコアの改善が認められたが、各時期における群間比較では有意差はみられなかった。更年期症状については、「頭や上半身がほてる」、「汗をかきやすい」のスコアにおいて HRT および併用群に 4 週より有意な改善が認められたが、加味逍遙散群では改善傾向がみられただけであった。以上より、加味逍遙散では、うつ状態、不安、睡眠障害の改善において HRT より早く改善効果が発現する可能性が示唆され、また、有意差はないものの「ほてり」についての改善効果もある程度期待できるとした<sup>3)</sup>。

〈基礎研究〉寺脇らは、更年期の精神症状発現における副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン(CRF)の役割と漢方方剤による治療効果を明らかにするため、卵巣摘出ラットを作製し CRF の脳室内投与による自発運動の変化を指標として漢方方剤の効果を検討した。すなわち、卵巣摘出ラットに漢方方剤(当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸：いずれもエキス末)を 1 週間経口投与した後、CRF を脳室内に投与し、60 分後より 120 分間自発運動量を測定した。その結果、CRF 投与により自発運動量は有意に増加し、この自発運動量の亢進に対しては加味逍遙散のみに用量依存的(100~1,000 mg/kg)な抑制作用が認められた。また、自発運動量測定後に血中エスト

ラジオール濃度と子宮重量を測定したところ、加味逍遙散はこれらに影響を及ぼさなかったことから、加味逍遙散の作用はエストロゲンの補充効果によるものではなく、エストロゲン低下による CRF 受容体の変動の改善あるいは CRF 受容体に対する拮抗作用によると推測された<sup>4)</sup>。譲原らは、LH-RH 誘発皮膚温上昇モデルに対する漢方方剤(加味逍遙散、桂枝茯苓丸)および HRT の効果を検討した。すなわち、卵巣摘出ラットに加味逍遙散(エキス末：2 g/kg)および桂枝茯苓丸(エキス末：1 g/kg)あるいは 17 $\beta$ -エストラジオールを 1 週間経口投与した後に、LH-RH を脳室内に投与し、その後 90 分まで 2 分間隔で尾皮膚温を測定した。その結果、LH-RH 脳室内投与による皮膚温の上昇に対して、加味逍遙散およびエストラジオールは有意な抑制作用を示した<sup>5)</sup>。

【考察】加味逍遙散は、臨床において更年期障害の症状のうち特に精神的な症状に効果が高いことが確認された。更年期精神神経症状の発現には、エストロゲンの低下による CRF 反応性の増大が関与していると考えられている。基礎研究において、加味逍遙散が子宮重量および血中エストラジオール濃度に影響を及ぼすことなく CRF による自発運動量の亢進を抑制したことは、加味逍遙散が CRF の反応性変化を改善することによって更年期精神神経症状を抑えることを示唆するものである。ホットフラッシュの発現機構には、視床下部の体温中枢における LH-RH を原因とする説も報告されている。これまでに、加味逍遙散は視床下部に作用してホットフラッシュを抑制している可能性があるという報告があり、基礎研究における LH-RH 誘発皮膚温上昇に対して加味逍遙散が抑制したという結果は、これまでの報告を裏づけるものである。

## 文献

- 1) 高松 潔ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 23 : 35-42, 2006
- 2) 日高雄雄ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 23 : 43-48, 2006
- 3) 樋口 毅ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 26 : 18-23, 2009
- 4) 寺脇 潔ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ XXI : 119-123, 2004
- 5) 譲原光利ほか：産婦人科漢方研究のあゆみ 20 : 74-78, 2003

(油田正樹)

## ○地黄、山茱萸、牡丹皮を含む漢方薬 ……

【生薬の組み合わせ】六味丸に桂皮と附子を加えた方剤が八味丸であり、これに車前子と牛膝が加味された処方牛車腎気丸である。いずれも腎虚に用いられる。陰虚は

エネルギーが消耗される状態で、異化作用が同化作用よりも強く、血虚に熱の症状が加わった状態である。地黄と山茱萸は腎陰の不足を補い、牡丹皮は虚熱を冷ます。六味丸(地黄, 山茱萸, 牡丹皮, 山薬, 沢瀉, 茯苓)

## 24. 八味地黄丸

**【構成生薬】**地黄, 山茱萸, 山薬, 牡丹皮, 桂皮, 沢瀉, 茯苓, 附子

### 【下部泌尿器領域における薬効薬理】

〈効果〉布施や酒本らにより、器質的疾患のない排尿異常や前立腺肥大症患者での自覚症状(排尿開始時間の遅れ, 排尿時間の延長, 尿線の勢いの低下, 残尿感, 短時間内での排尿回数, 昼間および夜間排尿回数)の改善が報告されている<sup>1)</sup>。また、織部らは子宮脱手術に伴う術後不快感への改善作用について比較臨床試験を行い、八味地黄丸が残尿量を有意に低下させることを明らかとし、術後早期の組織修復に作用を示すことを推定している<sup>2)</sup>。さらに、吉村らは、推定前立腺体積が 20 cm<sup>2</sup> 以上で、かつ前立腺肥大症として前治療を受けていない 41 名の男性患者を対象に、八味地黄丸(エキス剤, 4 g/日, 2 週間)についての比較臨床試験を行った。その結果、自覚症状としては尿勢および残尿感での有意な改善が観察されるとともに、他覚指標としての国際前立腺総スコア(I-PSS), QOL スコアおよび Qmax も有意に改善し、その効果は対象薬のタムスロシン塩酸塩と同程度と判断され、残尿感を主訴とする患者が本漢方薬の適応であることが示された<sup>3)</sup>。

〈基礎研究〉ラットに膀胱カテーテルを用いて 0.1% 酢酸溶液を 5.0 mL/hr で持続注入することにより、排尿間隔, 1 回排尿量および膀胱容量を減少させた過活動膀胱モデルを作成し、八味地黄丸を経口投与した。その結果、20~40 分後に有意な排尿間隔の延長, 1 回排尿量の増加と膀胱容量の増大が観察された<sup>4)</sup>。また、この作用は八味地黄丸のエタノール可溶性画分に認められた。さらにエタノール可溶性画分での検討から、八味地黄丸には下部尿路を部分的に閉塞させたモデルラット<sup>5)</sup>やテストステロン投与により誘発される前立腺肥大モデルラット<sup>4)</sup>、冷ストレスで誘発させた過活動膀胱モデルラット<sup>4)</sup>においても排尿量の増加, 膀胱容量の増大, 残尿量の低下や排尿間隔時間の延長の作用が観察されており、無髄 C 線維を介する膀胱活動や副交感神経系への作用が関与していることが推定されている<sup>4)</sup>。

### 【精神神経科領域における薬効薬理】

〈効果〉老人性認知症患者に対するランダム二重盲検法による有効性の評価において、八味地黄丸は患者の早期認知症診断スケール(mini-mental state examination :

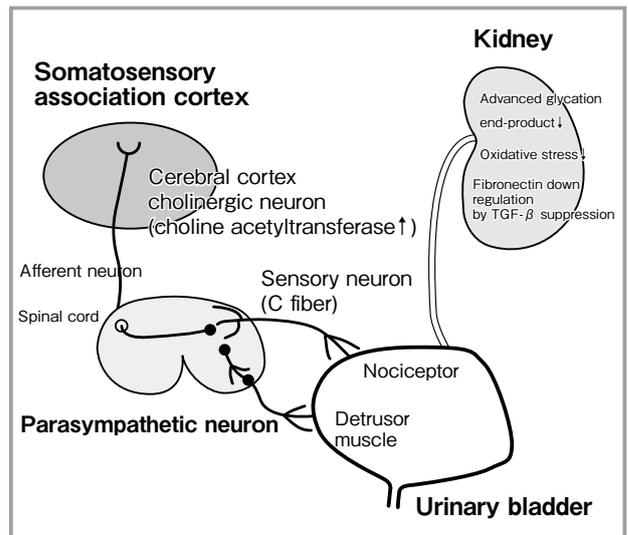


図6 泌尿器の機能失調に対する八味地黄丸の作用メカニズムの概要

MMSE)および自主生活指数(Barthel index)を改善することが明らかとされている<sup>6)</sup>。一方、健常人を用いた比較臨床試験において八味地黄丸は中心網膜動脈の収縮期および拡張期血流速度を有意に増加させることが明らかとされており、視力の回復とともに脳血流量も増加させることが予測されている<sup>7)</sup>。

〈基礎研究〉八味地黄丸はスコポラミンで誘発したラットの記憶障害に対し放射迷路での記憶学習の保持の改善や大脳前頭皮質におけるアセチルコリン含量の増加, およびコリンアセチルトランスフェラーゼ(ChAT)活性の上昇を起こすことが報告されている<sup>8)</sup>。さらに、シアン化カリウムを投与した脳虚血モデルマウスに対しても八味地黄丸はマウスの生存時間を延長すること、フィゾスチグミンによる抗脳虚血作用を増強するのに対し、この増強作用はアトロピンの投与で消失することが明らかとなり、八味地黄丸は中枢のコリン作動性神経系に作用することでその中枢作用を発現することが示唆されている<sup>9)</sup>。

### 【老年病領域における薬効薬理】

〈効果〉八味地黄丸はランダム化比較臨床試験において、随伴症状のある高血圧症<sup>10)</sup>、老人性皮膚痒痒症<sup>11, 12)</sup>、腰部脊柱管狭窄症<sup>13)</sup>において、自覚症状(耳鳴り, 四肢の冷え, 腰痛, 腰部運動痛, 下肢つっぱり感)の全般改善度, 皮膚痒痒の改善度が有意に高いことが示されている。また、慢性炎症性疾患の発症進展に関与する damage associated molecular pattern 分子の一つである血清中 heat shock protein 60(Hsp60)に対する自然抗体価が八味地黄丸の投与で有意に低下することも報告されている<sup>14)</sup>。

〈基礎研究〉老化促進マウス(SAM-P1 や SAM-P6)の尿

中タンパク量, 血中の抗核抗体価を有意に低下させることや骨密度の改善作用が明らかとされている<sup>15, 16)</sup>. また, 30% ガラクトースを摂取させたラットでの白内障モデルや遺伝性白内障モデルマウスにおいてはレンズの混濁化進行の遅延, レンズ  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -ATPase の障害の回復に伴うレンズ内の電解質( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ )レベルの異常の正常化を起し, 加齢ラットのレンズ内のグルタチオン濃度を上昇させることも報告されている<sup>17-19)</sup>. 一方, ラットへのストレプトゾトシンの投与により誘発された I 型糖尿病モデル<sup>20)</sup>, II 型糖尿病モデルラットの Otsuka Long-Evans Tokushima Fatty (OLETF) ラット<sup>21)</sup> や高脂肪食を摂取させた糖尿病自然発症モデルラット (WBN/Kob)<sup>22)</sup> を用いた検討から, 八味地黄丸は血中の活性酸素や酸化窒素化合物の上昇抑制, 腎臓ミトコンドリア中の酸化タンパクの抑制, 腎臓の糖化タンパク量の抑制を示し, 腎臓機能の改善(血中尿素窒素やクレアチニンクリアランスの抑制)するとともに, 腎臓での TGF- $\beta$  の発現を抑制することにより, フィブロネクチン量を低下させ, 腎臓機能を保護する作用を有することが明らかとなっている(図 6). また, 八味地黄丸の腎臓機能保護作用は 3/4 腎摘出ラットでも観察されており, 八味地黄丸が酸化ストレスなどによる腎障害に対する直接の保護作用を有することが明らかとなっている<sup>23)</sup>.

**〈生薬成分の働き〉**山茱萸由来のイリドイド誘導体である morroniside がストレプトゾトシン投与ラットでの血糖上昇を抑制するとともに, タンパク尿や血中尿素窒素(BUN)を改善することが明らかとなっており, 酸化ストレスを誘導する腎皮質の heme oxygenase-1 の発現抑制作用が関与していることが示唆されている<sup>24)</sup>. また, 山茱萸の低分子タンニンである 7-O-galloyl-D-sedoheptulose も peroxisome proliferators-activated receptor  $\alpha$  (PPAR $\alpha$ ) の発現増強を介して高フルクトース摂取ラットの血中および肝臓の中性脂質レベルを低下させる作用を有することが明らかとなっている<sup>25)</sup>.

**【考察】**八味地黄丸は血清クレアチニン値が 3.0 mg/dL 以下の保存期慢性腎不全における腎機能障害進展の抑制効果がある報告もなされており, 慢性腎不全患者での腎透析への移行を延長させる効果が期待されている<sup>26)</sup>. 一方, 本漢方処方ミクリツツ病にも効果を示すケーススタディも報告され, 制御性 T リンパ球の誘導が作用発現に関与している可能性が推定されている<sup>27)</sup>. 現在八味地黄丸は煎剤やエキス製剤として臨床応用されており, 本来の丸剤としての作用に煎出剤としての薬効が加味された処方としての作用を有することが期待されることから, 今後免疫系に対する作用を含めた薬効の解析が課題となると考えられる.

## 文献

- 1) Fuse H, et al : Jpn J Urologic Surg 8 : 603-609, 1995
- 2) Oribe K : J Kanpo Med Herb 10 : 282-288, 2006
- 3) Yoshimura K, et al : Hinyokika Kiyo 49 : 509-514, 2003
- 4) Ishizuka O, et al : Voiding Disorders Digest 14 : 95-102, 2006
- 5) Ishizuka O, et al : Jpn J Urol 96 : 267, 2004
- 6) Iwasaki K, et al : J Am Geriat Soc 52 : 1518-1521, 2004
- 7) Isobe H, et al : Am J Chin Med 31 : 425-435, 2003
- 8) Hirokawa S, et al : J Ethnopharmacol 50 : 77-84, 1996
- 9) Hirokawa S, et al : J Ethnopharmacol 40 : 201-206, 1993
- 10) Itoh K, et al : Diagnosis Treatment 76 : 1096-1114, 1988
- 11) Ishioka T, et al : J New Remedies Clinics 41 : 2603-2608, 1992
- 12) Ishioka T, et al : Therapeutic Res 16 : 1497-1504, 1995
- 13) Hayashi T, et al : Geriatric Med 32 : 585-591, 1994
- 14) Sekiguchi Y, et al : J Trad Med 15 : 326-327, 1998
- 15) Inagaki H, et al : J Trad Med 15 : 189-193, 1998
- 16) Chen H, et al : Biol Pharm Bull 28 : 865-869, 2005
- 17) Kamei A, et al : J Ocul Pharmacol 3 : 239-248, 1987
- 18) Kamei A, et al : J Ocul Pharmacol 4 : 311-319, 1988
- 19) Haranaka R, et al : Am J Chin Med 14 : 59-67, 1986
- 20) Hirotsu Y, et al : Biol Pharm Bull 30 : 1015-1020, 2007
- 21) Yamabe N, et al : J Pharm Pharmacol 58 : 535-545, 2006
- 22) Nakagawa T, et al : J Pharm Pharmacol 57 : 1205-1212, 2005
- 23) Yamabe N, et al : J Pharm Pharmacol 57 : 1637-1644, 2005
- 24) Yokozawa T, et al : Biol Pharm Bull 31 : 1422-1428, 2008
- 25) Yokozawa T, et al : J Pharm Pharmacol 61 : 653-661, 2009
- 26) Mitsuma T : J Trad Med 25(Suppl) : 50, 2008
- 27) Tsuda T, et al : Alternative Ther 16 : 60-63, 2010

(清原寛章)

## 25. 牛車腎気丸

**【構成生薬】**地黄, 山茱萸, 山薬, 牡丹皮, 桂皮, 茯苓, 沢瀉, 附子, 牛漆, 車前子

**【神経内科領域の薬効薬理】**

**〈効果〉**振動感覚などを指標とする小規模の比較臨床試験において, 牛車腎気丸は 3 か月の投与により糖尿病患者での知覚麻痺を有意に改善し, この改善作用は 2 か月の wash out で消失すること, および患者の糖化ヘモグロビン量には影響しないことが明らかとなっている<sup>1)</sup>. また, I 型糖尿病患者を対象にした二重盲検ランダム化比較臨床試験において, 角膜知覚, 表層性角膜炎や涙液分泌量の改善作用も報告されている<sup>2)</sup>. さらに, Uno らは II 型糖尿病患者におけるインスリン抵抗性に対する改善作用についてランダム化比較臨床試験結果を報告している<sup>3)</sup>. 本試験では, 71 名の II 型糖尿病患者を対象に比較解析を行い, 牛車腎気丸の 1 か月投与後での検討から, 本漢方方剤投与による空腹時血糖値, 総コレステロール値および中性脂肪値の有意な改善を観察した. さらに, 8 名の患者を対象に euglycemic clamp テストを試行し, 高用量の短時間型ヒトインスリンの投与

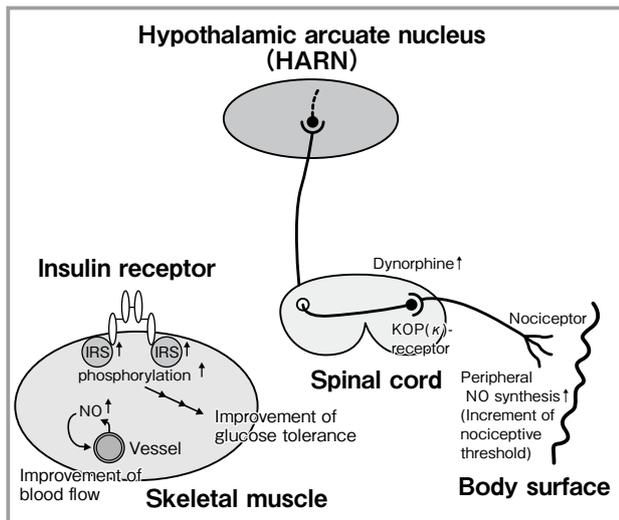


図7 牛車腎気丸のインスリン抵抗性改善および抗侵害受容作用の発現メカニズム

によるインスリン抵抗指数(HOMA-R, 空腹時血糖値と空腹時インスリン値の積算値)が本漢方処方投与群で有意に低下し, インスリン抵抗性が抑制されることを明らかにした. 一方, Kono らは転移性結腸直腸がん患者での FOLFOX4 もしくは FOLFOX6 療法に伴う末梢性神経障害の発症頻度に対する牛車腎気丸投与患者での改善率についての prospective study を行っている<sup>4)</sup>. その結果, 総オキサリプラチンの投与量が 500 mg/m<sup>2</sup> 以上に達した時点での Neurotoxicity criteria of DEBIO-PHARM(DEV-NTC)に基づき算出した末梢神経障害の発生頻度が牛車腎気丸投与群で有意に低下することを報告している. さらに現在, この結果に基づき, 進行性および転移性結腸直腸がん患者における牛車腎気丸による FOLFOX 療法時の末梢神経障害発症抑制効果についての二重盲検ランダム化比較臨床試験を実施している<sup>5)</sup>.

〈基礎研究〉牛車腎気丸がストレプトゾトシン投与で誘発される I 型糖尿病モデルラットにおいて, グルコース代謝クリアランス(MCR)を有意に増強させること, およびその改善作用は NO 合成酵素阻害剤の L-NMMA の投与により消失することを明らかにし, 本漢方処方が NO を介する骨格筋の血流改善と糖代謝促進による作用であることを示唆した<sup>6)</sup>. さらに, その作用発現メカニズムの解析の一つとして, 骨格筋でのインスリンによるシグナル伝達の初期過程に対する検討がストレプトゾトシン投与糖尿病モデルラットを用いて行われている(図7). 当該研究では本モデルラットでグルコーストレランスの低下を観察するとともに, 牛車腎気丸の投与が改善作用を示すこと, 骨格筋でのキーシグナルタンパクである IRS-1 の発現量がモデルマウスで低下している

のに対し, 牛車腎気丸の7日間の投与により発現量の改善, 同タンパクのリン酸化の上昇の改善を引き起こすことが示された. これらの結果から, 本漢方処方はインスリンシグナル伝達の初期過程での IRS-1 タンパクの発現低下を改善することにより異常促進した同タンパクのリン酸化を抑制し, 骨格筋でのグルコースの取り込みと代謝を正常化させる作用を有することを示唆している<sup>7)</sup>. 一方, Suzuki らはストレプトゾトシンを投与した I 型糖尿病マウスやラットで物理的刺激による痛覚閾値が低下することを利用し, 牛車腎気丸の糖尿病モデル動物に対する鎮痛活性の評価とメカニズムの解析を行っている. 牛車腎気丸は糖尿病モデルマウスやラットの痛覚閾値を有意に低下させることを明らかにするとともに, 本鎮痛作用の約 60% が  $\kappa$ -オピオイド受容体の内因性リガンドである dynorphin に対する抗体の硬膜下投与で消失することを明らかとした<sup>8)</sup>. さらに Suzuki らは抗 dynorphin 抗体の投与により残存する牛車腎気丸の糖尿病モデル動物における鎮痛活性が NO 合成阻害剤の L-NAME の投与により完全消失することを明らかにし<sup>9)</sup>, 牛車腎気丸の鎮痛活性が  $\kappa$ -オピオイド受容体および NO 合成を介する作用であることを示唆した. また, 及川らはパクリタキセルを投与し, 末梢神経障害を惹起させたマウスに対する牛車腎気丸の作用について神経病理学的検討を行い, 本漢方処方の投与による末梢神経の変性が病理学的に有意に改善させることを明らかとし, 神経伝達分子の制御以外の末梢神経保護作用を本漢方処方が有することを示唆している<sup>10)</sup>.

〈生薬成分の働き〉牛車腎気丸の構成生薬のうち加工附子が脊髄における  $\kappa$ -オピオイド受容体の内因性リガンドである dynorphin の遊離を介して寒冷ストレスマウスでの鎮痛活性発現に関与し<sup>11)</sup>, 活性成分として aconitine が主要な作用を有していることが明らかとされている<sup>12)</sup>.

【考察】牛車腎気丸は八味地黄丸の加味法で, 八味地黄丸と同様に慢性前立腺炎に対する改善効果<sup>13)</sup>, 過活動性膀胱に対する症状改善効果<sup>14)</sup>, 前立腺疾患に対する畜尿障害や頻尿への改善効果<sup>15, 16)</sup>が比較臨床試験により証明されている. 今後, 牛車腎気丸と八味地黄丸の神経障害や下部泌尿器に対する作用の比較解析を行うことがこれらの漢方方剤の臨床適応の最適化に重要と考えられる.

## 文献

- 1) Tawata M, et al : Diabetes Res Clin Pract 26 : 121-128, 1994
- 2) Nagaki Y, et al : Am J Chin Med 31 : 103-109, 2003
- 3) Uno T, et al : Diabetes Res Clin Pract 69 : 129-135, 2005
- 4) Kono T, et al : eCAM doi : 10.1093/ecam/nep200, 2009

- 5) Kono T, et al : Jpn J Clin Oncil 39 : 847-849, 2009
- 6) Hu X, et al : Diabetes Res Clin Pract 59 : 103-111, 2003
- 7) Qin B, et al : eCAM 1 : 269-276, 2004
- 8) Suzuki Y, et al : Jpn J Pharmacol 79 : 169-175, 1999
- 9) Suzuki Y, et al : Jpn J Pharmacol 79 : 387-391, 1999
- 10) Oikawa T, et al : J Trad Med 26(Suppl) : 101, 2009
- 11) Omiya, Y, et al : Jpn J Pharmacol 79 : 295-301, 1999
- 12) Kawata Y, et al : Wakan Iyakugaku Zasshi 16 : 15-23, 1999
- 13) Horiba Y, et al : J Trad Sino-Japanese Med 15 : 37-44, 1994
- 14) Nishizawa Y, et al : Kampo Newest Ther 16 : 131-142, 2007
- 15) Fujiuchi Y, et al : Hinyokika Kiyo 54 : 463-466, 2008
- 16) Watanabe A, et al : Hinyokika Kiyo 52 : 197-201, 2006

(清原寛章)

## 2 漢方薬と西洋薬の併用療法

杉山 清

### 抗がん剤やステロイド剤と併用される漢方薬の薬効と薬理

#### 26. 補中益気湯

**【構成生薬】**人参, 朮, 黄耆, 柴胡, 当帰, 甘草, 陳皮, 大棗, 生姜, 升麻

#### 【がん治療における薬効薬理】

〈効果〉がん治療における漢方薬の応用には, ①がん細胞に対する直接の細胞毒性, ②免疫制御によるがんの退縮・転移抑制・再発予防, 細菌やウイルスに対する感染予防, ③術前・術後の体力改善・食欲不振を含む一般状態の改善・不定愁訴の修復・ストレスの緩和, ④放射線や化学療法の補助療法として, 抗がん作用の増強・副作用の軽減・予防, ⑤疼痛緩和が挙げられる。これらのうち, 補中益気湯は補剤であることより, 主に②, ③および④を目標に使用され, 一定の効果を上げている。

食道がん, 胃がん, 肝細胞がん, 大腸がんなどの手術時のストレスに対して補中益気湯の術前投与が有効であったとの報告がある<sup>1)</sup>。補中益気湯投与群 7.5 g (2.5 g × 3, n = 20) と, 非投与群 (n = 27) に患者を分け, 術前 7 日間投与し, PBL (抹消血リンパ球), NK 細胞, IL-6, 血中ノルアドレナリンを, 術前, 術後で比較した。両群間で, PBL 数に変化はみられなかったが, 手術による NK 細胞数の減少および NK 活性の減少を補中益気湯は有意に抑制した。また, ストレス負荷の指標となる血中 IL-6 およびノルアドレナリン量も, 補中益気湯投与群では低下していた。

慢性 C 型肝炎は肝がんの発生率を高める。「気虚」を呈する慢性 C 型肝炎患者に対して補中益気湯が有効で

あったとの報告がある<sup>2)</sup>。慢性 C 型肝炎患者 25 例に補中益気湯を 6 か月間投与した。このうち 17 例に対しては, 投与に際して伝統的診断基準(証)が意識された。6 か月後には, 「倦怠感」や「疲れやすい」などの一般症状は有意に改善されたが, 全 25 例の GPT 値, GOT 値, TC 値, PLT 値, ウイルス量(HCV-RNA 量), 線維化マーカー(VI型コラーゲン 7s, ヒアルロン酸)に明らかな変化はみられなかった。興味深いことに, 59 歳以下に比べ, 60 歳以上の症例において, GPT 値および GOT 値の有意な低下がみられた。また, 「倦怠感」, 「風邪を引きやすい」, 「脈が弱い」などの項目が陽性の患者においては, 陰性の患者に比べ, 肝機能改善の程度が高かった。これらのことより, 慢性 C 型肝炎の治療に際しては, 「気虚」という漢方医学的診断が重要であることが示唆されている。そのほかにも, 「食欲不振」, 「全身倦怠感」, 「意欲の減退」など, 「気虚」を呈する症例に対して補中益気湯が有意な改善効果を示した報告があり<sup>3)</sup>, がん治療における一般症状の改善にも有効であることが示唆される<sup>4)</sup>。

#### 【ステロイド剤との併用における薬効薬理】

〈効果〉生体防御において, エネルギー代謝の異常, 加齢, ストレスなどの要因により, Th1/Th2 のバランスが崩れ, T 細胞は Th2 が優位となり, 感染症やがんに対する免疫能が低下し, アレルギー性疾患が憎悪する。補中益気湯は Th1/Th2 のバランスの異常を調整することが知られている。最近, アレルギー性皮膚炎の難治例で, 「気虚」を伴う症例に対して, プラセボを用いた多施設共同無作為化二重盲検比較試験を行った結果, 補中益気湯が有効であったとの報告がある<sup>5)</sup>。4 週間以上の標準治療では緩解しない難治症例で, かつ「気虚」と判定された対象(20 歳~40 歳, 91 名)に対して, 補中益気湯(7.5 g)あるいはプラセボを 24 週間投与し, 皮膚の重症度, 外用薬(ステロイド剤, タクロリムス)の使用量の変化および安全性を評価した。両群ともに, 3 か月後, 6 か月後において皮膚の改善がみられたものの, 群間に有意差は認められなかった。一方, 外用剤の使用量に関しては, 6 か月後において補中益気湯群に有意な削減効果が認められた(プラセボ群では, 試験前に比べ 6 か月後では使用量が増加したのに対して, 補中益気湯群では, 試験前と 6 か月後の使用量は増加しなかった)。さらに, 皮疹が消失した著効例は補中益気湯群に多く, 増悪例は補中益気湯群では有意に少なかった。また, 安全性に関しても特に問題点はみられなかった。アレルギー性疾患は緩解が困難である。補中益気湯がステロイド剤や免疫抑制剤の使用量を低減できたことは, 漢方薬と西洋薬をじょうずに使用することにより, アレルギー性疾患が緩解す

る可能性を示すものであり、新たな治療法として期待される。

〈基礎研究〉補中益気湯の発がん抑制に関するエビデンスや免疫調整作用に関するエビデンスが多い。N-メチル-N-ニトロソウレア(MNU)およびエストラジオール-17 $\beta$ を用いた子宮内膜発がん長期試験(マウス)において、補中益気湯群(0.2% 混餌, 29 週間投与)ではアデノカルシノーマの発生率が有意に低下した。短期発がん試験でメカニズムを検討したところ、補中益気湯が発がん関連遺伝子の c-jun, エストロゲンレセプター(ER- $\alpha$ , ER- $\beta$ )および TNF- $\alpha$  の発現を抑制することが明らかになった<sup>6)</sup>。

補中益気湯の免疫調整機能に関しては、構成成分の多糖類が主たる役割を担っている可能性が示唆されている。消化管内皮細胞系の不死化細胞(MCE 301 細胞)を用いた実験では、補中益気湯が顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)の分泌を促進することがわかった。さらに、その有効成分が多糖類であることも明らかになった<sup>7)</sup>。抗がん剤や放射線治療における骨髄抑制に対して、G-CSFは顆粒球の増殖を促進するばかりでなく、サイトカインの産生を介して Th1/Th2 のバランスの異常を調整する。補中益気湯の作用を理解するうえで、G-CSF 分泌促進作用は鍵となる可能性がある。補中益気湯中の多糖類に関しては、パイエル板の免疫担当細胞に作用し、免疫調整作用を担うことが明らかになってきた<sup>8)</sup>。腸管内腔の細菌などの抗原情報は、T 細胞, B 細胞, マクロファージを介してパイエル板内の免疫担当細胞群に伝えられる。パイエル板の免疫担当細胞間で複雑に情報処理が行われ、抗原特異的な分泌型 IgA 産生やアレルギー反応などの異常免疫反応を制御するための免疫寛容が誘導される。補中益気湯投与マウスから調製したパイエル板を concanavalin A 刺激下で培養したところ、サイトカイン産生が増減することがわかった。興味あることは、このサイトカイン産生パターンが多糖類の糖鎖によって異なっていた<sup>9)</sup>。

【考察】一般に、多糖類の消化管からの吸収は低い。これまで、漢方薬中に含まれる多糖類の機能に関しては一定の見解が得られていなかった。補中益気湯中の有効成分として多糖類が示唆されたことは、消化管における漢方薬の機能を考えるうえで、重要な知見になろう。特に、消化管の機能とも関連のある「気虚」に用いる補中益気湯の作用発現の鍵が消化管にあることは、消化管の機能と補中益気湯の作用発現が密接に結びついていることを示すものであり、補中益気湯の使い分けのヒントになろう。

## 文献

- 1) Kimura M, et al : Surg Today 38 : 316-322, 2008
- 2) Itoh T, et al : Kampo Med 2 : 215-223, 1999
- 3) Yakubo S, et al : Kampo Med 3 : 461-467, 2000
- 4) Jeong JS, et al : Integr Cancer Ther 9 : 331-338, 2010
- 5) Kobayashi H, et al : Evid-Based Compl Alt 7 : 367-373, 2010
- 6) Onogi K, et al : Oncol Rep 16 : 1343-1348, 2006
- 7) Matsumoto T, et al : Evid-Based Compl Alt 7 : 331-340, 2010
- 8) Kiyohara H, et al : Evid-Based Compl Alt doi : 10.1093/ecam/nep193
- 9) Kiyohara H, et al : YAKUGAKU ZASSHI 128 : 709-716, 2008

## 27. 十全大補湯

【構成生薬】人参, 朮, 茯苓, 当帰, 甘草, 川芎, 芍薬, 地黄, 黄耆, 桂皮

### 【がん治療における薬効薬理】

〈効果〉がん治療において、十全大補湯は、①免疫制御によるがんの退縮・転移抑制・再発予防、細菌やウイルスに対する感染予防、②術前・術後の体力改善・食欲不振を含む一般状態の改善・不定愁訴の修復・ストレスの緩和、③放射線や化学療法の副作用軽減・予防を目標に使用され、一定の効果を上げている。

①に関しては、肝細胞がんの手術を行った患者を対象に、十全大補湯を長期間投与し、がんの再発に対する抑制効果が検討されている。術後1か月目より十全大補湯を投与した群(7.5 g, 最長6年間,  $n=10$ )では、非投与群( $n=38$ )に比べ、がんの再発が有意に抑制された<sup>1)</sup>。この理由を肝細胞発がん長期試験(マウス)で調べたところ十全大補湯がDNAの酸化的傷害、炎症性細胞の肝臓への流入、IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ の産生を抑制することがわかった。また、これらの抑制が、十全大補湯がKupffer細胞の活性化を抑制することに起因することも明らかになった<sup>1)</sup>。また、慢性C型肝炎患(慢性肝炎、肝硬変症)で、従来の肝庇護薬(強力ネオミノファーゲンシー:SNMC, ウルソデオキシコール酸:UDCA, SNMC+UDCA)では十分ATLが降下しない難治例(平均ALT値が80単位以下に下降しない症例)に対して、十全大補湯の効果が検討されている。SNMCと十全大補湯(7.5g)の併用群、UDCAと十全大補湯の併用群、SNMC+UDCAと十全大補湯の併用群のうち、十全大補湯を6か月以上投与できた40症例を対象に解析した。投与前と比較してALT値が25%以上低下したものを有効例とすると、有効例が23例(57.5%)であった。男女別では、男性41.2%に対して女性では69.6%と、女性の有効率が高かった。十全大補湯を2年間投与し続けた23例では、ATLの降下が著明であった<sup>2)</sup>。

②および③に関しては、進行乳がんに対する十全大補

湯の有用性が検討された。封筒法によって A 群、B 群に分け、延命効果、自覚症状、臨床検査値に対する効果が比較された。A 群(58 例)は、内分泌療法および化学療法に加えて十全大補湯(7.5 g)を併用した。B 群(61 例)は、内分泌療法および化学療法のみで治療した。両群間で背景因子間の有意差はなかった。両群間で抗がん剤に対する効果および生存曲線に有意差はなかった。しかし、十全大補湯投与群で、食欲不振、手足の冷えなどの自覚症状の改善およびリンパ球減少改善効果が認められた<sup>3)</sup>。十全大補湯投与による副作用は認められなかった。また、消化器がん患者で術後体力の低下が予測される比較的大手術患者を対象に、十全大補湯投与群(100 例)と非投与群(61 例)に分け、十全大補湯の効果が検討された。十全大補湯投与群(7.5 g, 8~12 週間)において、食欲不振の改善および白血球減少改善効果が認められた<sup>4)</sup>。

〈基礎研究〉十全大補湯の放射線や化学療法の副作用軽減効果に関するエビデンスが多い。シスプラチンは、DNA 合成阻害およびアポトーシス誘導により、優れた抗がん作用を示すが、副作用に重篤な腎障害や骨髄障害がある。十全大補湯がこの副作用を改善することが明らかにされている。シスプラチン毒性を呈するマウスモデルに対して、十全大補湯を 12 日間投与したところ、十全大補湯はシスプラチンの抗腫瘍効果を減弱することなく、シスプラチンの腎毒性、骨髄毒性(白血球、血小板減少など)、一般毒性(体重減少、食欲低下など)を改善することが示された。さらに、これらの効果は、十全大補湯に含まれるリンゴ酸ナトリウムや高分子多糖類に起因することがわかった。十全大補湯中の高分子多糖類は、骨髄幹細胞増殖促進効果(GM-CSF の産生促進効果)を有することも明らかにされた<sup>5-12)</sup>。

十全大補湯の有する NK 細胞の増加作用、NK 活性の亢進作用、血管新生の抑制作用などを介して、がん細胞の転移が抑制される<sup>13)</sup>ことや、がん細胞の増殖が抑制される<sup>14)</sup>ことが報告されている。

肝がんなどで肝臓を部分的に切除した場合、高アンモニア血症に陥る。十全大補湯が肝部分切除後に生じる高アンモニア血症を改善するとの報告がある。マウスに十全大補湯を 7 日間(体重 1 kg 当たり 1.0 g)与えた後に、肝臓を部分切除し、さらに術後 3 日間与えた群では、高アンモニア血症が有意に改善された。体内のアンモニアの約 50% は、肝臓においてアミノ酸から生成し、残りの 50% はアンモニアを産生する腸内細菌によって作られる。また、生成したアンモニアは、肝臓において尿素への異化作用によって消費され、アンモニア濃度の恒常性が維持されている。術後のストレス負荷に伴う腸内細菌叢の乱れにより、アンモニア産生菌が増殖し、高ア

ンモニア血症に陥ることが知られている。十全大補湯は、この腸内細菌叢の乱れを改善することにより、高アンモニア血症を防いでいることがわかった<sup>15)</sup>。

【考察】十全大補湯は、マイトマイシン C, 5-FU, シクロホスファミドなどの抗がん剤の副作用も改善するとの報告が多数あり、抗がん剤の副作用に対する十全大補湯の応用が注目されている。さらに、ステロイド剤の副作用軽減においても十全大補湯が有効であるとの報告があり、西洋薬と漢方薬の併用療法の新たな可能性に期待がもたれる。

## 文献

- 1) Tsuchiya M, et al : Int J Cancer 123 : 2503-2511, 2008
- 2) Tarao K, et al : Kampo Med 61 : 1-8, 2010
- 3) Adachi I, et al : Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy 16 : 1538-1543, 1989
- 4) Nabeya K, et al : WAKAN-YAKU 16 : 201-204, 1983
- 5) Sugiyama K, et al : J Med Pharm Soc WAKAN-YAKU 10 : 76-85, 1993
- 6) Sugiyama K, et al : Biol Pharm Bull 18 : 53-58, 1995
- 7) Sugiyama K, et al : Biol Pharm Bull 18 : 544-548, 1995
- 8) Sugiyama K, et al : Chem Pharm Bull 42 : 2565-2568, 1994
- 9) Ueda H, et al : J Trad Med 14 : 199-203, 1997
- 10) Ueda H, et al : Biol Pharm Bull 21 : 121-128, 1998
- 11) Ueda H, et al : Biol Pharm Bull 21 : 34-43, 1998
- 12) Sugiyama K : J Trad Med 13 : 27-41, 1996
- 13) Onishi Y, et al : Biol Pharm Bull 21 : 761-765, 1998
- 14) Kamiyama H, et al : Biol Pharm Bull 28 : 2111-2116, 2005
- 15) Imazu Y, et al : J Trad Med 23 : 208-215, 2006

## 28. 芍薬甘草湯

【構成生薬】芍薬、甘草

【筋痙攣に関する薬効薬理】

〈効果〉芍薬甘草湯は、骨格筋および平滑筋の弛緩作用および鎮痛作用を有する。臨床においてはこれらの作用を目標に使用されている。がん治療において、芍薬甘草湯が積極的に使用されたエビデンスはほとんどないが、肝硬変患者、透析患者、糖尿病患者などで多発する筋痙攣に対して、芍薬甘草湯が著効を示した報告例は多い。

23 施設で臨床的に肝硬変と診断された患者で、観察期間(2 週間)に 4 回以上の筋痙攣(こむら返り)を有する者(20~70 歳)を対象に、プラセボを用いた二重盲検群間比較試験により、芍薬甘草湯の有効性と安全性が検討された。採用症例数 90 例(芍薬甘草湯群 49 例、プラセボ群 41 例)に対して、芍薬甘草湯(7.5 g)を 2 週間投与し、観察期間と投与期間の筋痙攣症状を比較検討した。筋痙攣出現率 50% 以下を「改善」とした場合、改善率は芍薬甘草湯群で 67.3%、プラセボ群で 37.5% であった。さらに、筋痙攣出現率に痛みの程度などの情報も加味した総合評価では、改善率は芍薬甘草湯群で 69.2%、プラ

セボ群で 28.6% であった。副作用発生率は、芍薬甘草湯群で 14.3%、プラセボ群で 4.9% であったものの、両群間で有意差は認められなかった。芍薬甘草湯群の主な副作用は偽アルドステロン症であったが、その程度は軽度であった。以上の成績より、肝硬変に伴う筋痙攣の治療薬として、芍薬甘草湯は有用でかつ安全な薬剤であると結論づけている<sup>1,2)</sup>。

坐骨神経刺激症状が原因で筋痙攣(こむら返り)を多発する患者 37 例に対して、芍薬甘草湯の有効性と安全性が検討された。変形性脊椎症に伴う坐骨神経痛、脊柱管狭窄症が 21 例、腰椎椎間板ヘルニアが 5 例、脊椎圧迫骨折後が 1 例で、大半が坐骨神経刺激症状と考えられるものであった。7.5 g 分 3 投与を中心を実施したところ、37 例中 36 例に効果が認められた。効果発現までの期間は、1 日が 6 例、2~3 日が 9 例、4~7 日が 12 例で、73% の対象者において 1 週間以内に効果が現れた。芍薬甘草湯を長期連用していた 2 例に、軽度の偽アルドステロン症がみられた<sup>3)</sup>。

2 型糖尿病患者における下肢の筋痙攣に対して有効であったとの報告<sup>4)</sup>や透析時の下肢の筋痙攣に対して有効であったとの報告<sup>5,6)</sup>など、芍薬甘草湯が「こむら返り」の治療において有用であるとの報告は多い。

芍薬甘草湯が大腸内視鏡検査における腸管収縮を抑制するとの報告がある。芍薬甘草湯 0.5 g を生理食塩水 50 mL に溶解したものを、大腸内視鏡検査時に鉗子口から腸管内腔に約 10 秒間かけゆっくり直接散布し、腸管の収縮弛緩運動を散布前 3 分間と散布後 3 分間ビデオで撮影した。芍薬甘草湯散布者(26 名)では、散布前に比べ散布後において、内腔面積の有意な増大が認められた。以上の成績より、芍薬甘草湯が大腸内視鏡検査時の収縮抑制剤になりうる事が示唆されている<sup>7,8)</sup>。

〈基礎研究〉パクリタキセルを含むがん化学療法において、末梢神経障害に伴う疼痛がみられ、しばしば患者の QOL を低下させる。この疼痛に対して芍薬甘草湯が有効であったとの報告がある。パクリタキセルを投与することにより、アロディニア(軽く触れた程度の触刺激によっても痛みが誘発される症状)や痛覚過敏症を呈するマウスを作製し、このマウスに対して芍薬甘草湯(1.75 mg/マウス)を経口投与し、痛みに対する効果を検討した。芍薬甘草湯は、アロディニアと痛覚過敏症とともに著明に抑制した。興味あることに、構成生薬の芍薬単独あるいは甘草単独では、アロディニアや痛覚過敏症を抑制する効果はみられなかった<sup>9)</sup>。

芍薬甘草湯の筋弛緩作用は、芍薬のペオニフロリンと甘草のグリチルリチンのブレンド効果による脱分極性遮断作用によることがわかった。ペオニフロリンは Ca イ

オンの細胞内流入を抑制する作用を有し、グリチルリチンは細胞内の Ca イオン動態を介し K イオンの流出を促進する作用を有す。これら単独成分の筋弛緩作用は弱い、芍薬甘草湯に含まれる割合でブレンドすると効果が強く現れることがわかった<sup>10)</sup>。

【考察】芍薬甘草湯をマウスに経口投与した研究では、ペオニフロリンの最高血中濃度到達時間(Tmax)は、17 分と非常に速いことが示されている。さらに、グリチルリチンの代謝物であるグリチルレチン酸には筋弛緩作用がないことが示されている<sup>11,12)</sup>。これらの結果は、芍薬甘草湯の効果発現までの期間が短いことと符合する。

がん性疼痛の緩和治療においてモルヒネが多用される。しかし、モルヒネに対して抵抗性を示す患者(神経障害性疼痛患者)が 20% 程度おり、問題となっている。最近、この神経障害性疼痛に対して芍薬甘草湯が有効であるとの報告があり、この領域における芍薬甘草湯の応用にも期待がもたれる。

## 文献

- 1) Kumada T, et al : Journal of clinical therapeutics & medicine 3 : 499-523, 1999
- 2) Homma M, et al : YAKUGAKU ZASSHI 126 : 973-978, 2006
- 3) Murakami G, et al : Pain and Kampo Medicine 5 : 11-16, 1995
- 4) Yoshida M, et al : 神経治療 12 : 529-537, 1995
- 5) Yamashita J : Pain and Kampo Medicine 2 : 18-20, 1992
- 6) Shitsuga K, et al : Kampo Med 46 : 467-469, 1995
- 7) Ai M, et al : 臨床研究 62 : 45-49, 2003
- 8) Sakai Y, et al : J Nat Med 63 : 200-203, 2009
- 9) Hidaka T, et al : Eur J Pain 13 : 22-27, 2009
- 10) Kimura M, et al : Jpn J Pharmacol 37 : 395, 1985
- 11) Kimura M : Metabolism 29 : 9-35, 1992
- 12) Chen LC, et al : Jpn J Pharmacol 88 : 250-255, 2002

## 29. 半夏瀉心湯

【構成生薬】半夏、黄芩、人参、甘草、大棗、乾姜、黄連

【がん治療における薬効薬理】

〈効果〉がん治療において、半夏瀉心湯は、化学療法の副作用軽減・予防を目標に使用され、一定の効果を上げている。

イリノテカン塩酸塩水和物は、DNA 複製を促進する酵素トポイソメラーゼ I を阻害することにより優れた抗がん作用を示す。しかし、白血球減少とともに、重篤な下痢を引き起こし、これらが投与量規制因子となっている。半夏瀉心湯がイリノテカン塩酸塩水和物の下痢を軽減するとの報告が多数ある。非小細胞肺癌患者でイリノテカンとシスプラチン併用療法(IP療法)を行っている者を対象に、半夏瀉心湯の効果が検討された。半夏瀉心湯(7.5 g 分 3)は、IP療法を行う 3 日前から 21 日間

以上投与された。IP療法に加え半夏瀉心湯を投与した群(18名)では、IP療法のみ群(23名)に比べ、下痢の頻度や程度が有意に減少した。半夏瀉心湯投与による重篤な副作用はみられなかったが、便秘を訴えた患者が2名いた<sup>1)</sup>。

半夏瀉心湯投与時にみられる便秘を改善する目的で、酸化マグネシウムを併用した例がある。小細胞肺癌あるいは非小細胞肺癌患者でIP療法に加え半夏瀉心湯を投与した患者を2群に分け、一方には酸化マグネシウム(1.0~2.0 g/day)を併用した。半夏瀉心湯(7.5 g分3)は、食前に投与した。酸化マグネシウム併用群およびコントロール群において、下痢の発生率や程度には差は認められなかったが(両群とも下痢の発生頻度は低かった)、酸化マグネシウム併用群において、便秘の発生率が有意に低下した<sup>2)</sup>。半夏瀉心湯投与時にみられる便秘に関しては、イリノテカン塩酸塩水和物の投与量が多いほど起こりやすいことや、半夏瀉心湯を単独で投与したときには便秘が起こらないことが明らかにされている<sup>3)</sup>。

**〈基礎研究〉**イリノテカン塩酸塩水和物は肝臓で活性体(SN-38)に変換され抗がん作用を示す。一方で、このSN-38は肝臓でグルクロン酸抱合を受けて不活性体のSN-38 グルクロニドに変換される。SN-38 グルクロニドは胆汁経路で腸管に排泄されるが、腸管において腸内細菌の $\beta$ -グルクロニダーゼによって脱抱合され、再び活性体のSN-38を生成する。このSN-38が遅発性の下痢を引き起こす原因物質であると考えられている。半夏瀉心湯に含まれるバイカリン(黄芩由来)には、 $\beta$ -グルクロニダーゼを阻害する活性がある。そのため、腸管内でのSN-38の生成が抑えられ、下痢が抑制されると考えられている<sup>4-6)</sup>。

**【考察】**がん治療において、半夏瀉心湯はイリノテカン塩酸塩水和物の下痢を抑制することを目標に汎用されているが、半夏瀉心湯は、抗炎症作用、酸化作用、アポトーシス誘導作用、抗菌・抗ウイルス作用などを有することが知られている。今後、半夏瀉心湯をがんの治療や再発予防に利用することも有用だと考える。

## 文献

- 1) Mori K, et al : Cancer Chemother Pharmacol 51 : 403-406, 2003
- 2) Takahashi M, et al : J Jpn Soc Hosp Pharm 7 : 1099-1101, 2008
- 3) Takahashi M, et al : Jpn J Pharm Health Care Sci 35 : 219-222, 2009
- 4) Sakata Y, et al : Jpn J Cancer Chemother 21 : 1241-1244, 1994
- 5) Takasuna K, et al : Jpn J Cancer Res 86 : 978-984, 1995
- 6) Takasuna K, et al : Cancer Chemother Pharmacol 58 : 494-503, 2006

## 30. 柴苓湯

**【構成生薬】**柴胡、半夏、黄芩、人参、甘草、大棗、生姜、沢瀉、猪苓、茯苓、朮、桂枝

**【西洋薬との併用療法における薬効薬理】**

**〈効果〉**小柴胡湯と五苓散の合方であるため、急性胃腸炎、急性腎炎、慢性腎炎、感冒、浮腫、暑気あたり、むくみ、肝硬変、ネフローゼなどに用いられる。そのため、西洋薬と併用されることも多く、特に西洋薬の副作用の軽減やステロイド剤の減量を目指して使用する例が多い。

小児特発性ネフローゼ症候群患者でステロイド剤を使用している者(15例, 3~17歳)に対して、柴苓湯(2.5~5.0 g/day)を3~20か月投与した。15例中11例は、柴苓湯の併用により、ステロイドの減量が可能となり、有効と判定された<sup>1)</sup>。

高用量のメトトレキサート投与時における腎障害に対して、柴苓湯が有効であった症例報告がある。中枢神経原発リンパ腫患者で高用量のメトトレキサート(100 mg/kg)を投与している者(17例, 42~82歳)に対して、柴苓湯(9.0 g/day分3)を投与した場合と投与しなかった場合におけるメトトレキサートによる腎障害を比較検討した。メトトレキサート単独投与の場合には腎障害が誘発され、BUNの上昇およびクレアチニンクリアランスの低下がみられた。一方、柴苓湯を併用した場合には、BUNの上昇もクレアチニンクリアランスの低下もほとんどみられなかった。この理由として、柴苓湯が尿細管からの水の再吸収を阻害することにより、尿量が増加したためと考えられている<sup>2)</sup>。

**〈基礎研究〉**柴苓湯がステロイド剤の副作用軽減あるいはステロイド剤の減量・離脱に有効であることがラットを使用した実験により証明されている。ラットに綿球を植え込むことによって形成される肉芽に対して、デキサメサゾンと柴苓湯の併用効果を検討した。その結果、柴苓湯はデキサメサゾンの投与量を約1/3に減量できることが示された<sup>3)</sup>。

組織適合抗原完全不一致マウスの心臓移植モデルを使って、柴苓湯の移植免疫についての効果が検討された。CBAマウスをレシピエントとし、C57BL/6マウスの心臓を移植した。柴苓湯(2, 0.2, 0.02, 0.002 g/kg)は、心臓移植手術当日から連続8日間投与された。柴苓湯非投与群では、7日と8日で心臓が拒絶され、マウスは死亡した。一方、柴苓湯投与群では、用量に依存して生存期間の延長がみられた。柴苓湯2 g/kgの場合には100日以上生存し、0.2 g/kgでは41日間生存した。興味あることに、小柴胡湯および五苓散では生存期間の延長はみられなかった。さらに、いずれの構成生薬も単

独では柴苓湯に匹敵する延命効果を示さなかった。このメカニズムとしては、柴苓湯が CD4 陽性 CD25 陽性 FOXP3 陽性免疫制御性 T 細胞を誘導し、免疫寛容を引き起こしたためと考えられている<sup>4)</sup>。

**【考察】**潰瘍性大腸炎の治療に柴苓湯が有効であるとの報告があるが、その活性成分としてエルゴステロールが見いだされている<sup>5)</sup>。エルゴステロールが発がん抑制作用や抗腫瘍効果を示すことが知られている<sup>6,7)</sup>。柴苓湯の新たな応用として、がんの治療や再発予防に利用できる可能性があるだろう。また、柴苓湯が臓器移植に有用であるとの知見は、免疫抑制剤の補助剤としての柴苓湯の新たな可能性を示すものであり、臓器移植が盛んに行われているなか、この領域においても柴苓湯に期待がもたれる。

## 文献

- 1) Miyagawa S, et al : J Med Pharm Soc WAKAN-YAKU 1 : 78-79, 1984
- 2) Utsuki S, et al : J Trad Med 27 : 78-83, 2010
- 3) Abe H, et al : Folia Pharmacol Japon 78 : 465-470, 1981
- 4) Zhang Q : Kampo Med 61 : 138-146, 2010
- 5) Kageyama-Yahara N, et al : Biol Pharm Bull 33 : 142-145, 2010
- 6) Yazawa Y, et al : Biol Pharm Bull 23 : 1298-1302, 2000
- 7) Kikkawa H, et al : J Med Pharm Soc WAKAN-YAKU 12 : 346-347, 1995

## 3 漢方生薬の薬効と薬理

井上 誠・堀江俊治・松田久司・三卷祥浩・吉川雅之

**【基原】**第 16 改正日本薬局方に記載されている生薬については、それに従った。

**【主要成分】**代表的な成分とその化学構造を記載した。第 16 改正日本薬局方で定量が規定されているものはその数値を記載した。

**【薬効薬理】**生薬単味での臨床試験はほぼ皆無であるため、動物実験での試験結果や一部 *in vitro* での試験結果を記載し、文献を引用した。

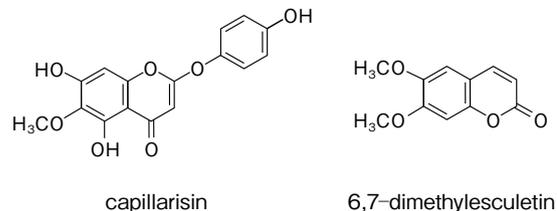
本文中の化合物名は可能な限りカタカナ表記とした。

### 茵陳蒿(インチンコウ)

**【基原】**キク科(Compositae)のカワラヨモギ *Artemisia capillaris* Thunberg の頭花である。中国では、*A. capillaris* 以外に *A. scoparia* も用いられ、春の新芽の頃に採取した幼苗を「綿茵陳」と称し、秋に採取した花蕾を「茵陳蒿」と称している。

**【主要成分】**キャピラリシン(capillarisin, 主成分)などの

クロモン、6,7-ジメチルエスクレチン(6,7-dimethyl-esculetin = 6,7-dimethoxycoumarin = esculetin 6,7-dimethylether = scoparone)などのクマリン類、キャピリン(capillin), キャピレン(capillen), キャピロン(capillone)などの精油、フェニルプロパノイドおよびフラボノイドなど。



**【薬効薬理】**茵陳蒿は、黄疸や肝臓・胆嚢の症状改善を目的に、茵陳蒿湯や茵陳五苓散などの漢方処方に配合されている。利胆作用、肝保護作用、抗炎症作用に関する報告がされている。

①**利胆作用**：エタノールエキスをラット十二指腸に投与するとき胆汁の分泌が増加する。また、エキス含有成分 6,7-ジメチルエスクレチン、キャピラリシン、キャピリンにも同様の胆汁分泌の増加作用が各種動物で認められており、胆嚢ならびに胆管終末部の平滑筋を直接弛緩させる作用が観察されている<sup>1,2)</sup>。キャピラリシンは摘出モルモット胆嚢および Oddi 括約筋において高濃度で軽度の弛緩作用しか示さなかったが、アセチルコリンの作用抑制および神経終末からのアセチルコリン遊離の抑制をすることより、キャピラリシンは胆嚢および Oddi 括約筋における平滑筋細胞に直接作用するのみならず、コリン作動性神経終末にも作用して抑制すると考えられた<sup>3)</sup>。茵陳蒿湯の利胆作用に関する研究から、胆汁酸トランスポーター(Mrp2)の活性化とビリルビンクリアランスに関する核内レセプター(CAR)の活性化が報告されており、山梔子に含まれるゲニポシド(geniposide)が腸内細菌による代謝で生成するゲニピン(genipin)や茵陳蒿に含まれる 6,7-ジメチルエスクレチンが有効成分と報告されている(茵陳蒿湯の項を参照)<sup>4,5)</sup>。

②**肝保護作用**：キャピラリシン、6,7-ジメチルエスクレチンは四塩化炭素や D-ガラクトサミン肝障害を抑制することが報告されている<sup>6)</sup>。茵陳蒿湯のコンカナバリン A 誘発肝炎マウスへの有効性に関する研究から、その作用はインターフェロン  $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) とインターロイキン(IL)-12 の産生抑制に基づくことが明らかとされ、構成生薬の茵陳蒿とキャピラリシンに IFN- $\gamma$  産生抑制作用が見いだされている<sup>7)</sup>。

③**鎮痛・抗炎症作用**：6,7-ジメチルエスクレチンには

酢酸ライジング反応, カラゲニン足蹠浮腫などを抑制すると報告されている<sup>8)</sup>。また, 精油や酢酸エチル分画にリポ多糖刺激によるマクロファージの活性化抑制や抗酸化作用が報告されている<sup>9,10)</sup>。

④**その他の作用**: 6, 7-ジメチルエスクレチンはラット摘出心臓に対して冠血管流量および心拍数の有意な増加作用を示すとともに, ウサギ胸部大動脈より摘出された血管平滑筋のノルアドレナリン, セロトニン, アンジオテンシン II による収縮を抑制した<sup>11-13)</sup>。6, 7-ジメチルエスクレチンやキャピラリシンのアルドース還元酵素阻害作用などが報告されている<sup>14)</sup>。また, 茵陳蒿の酢酸エチル分画に脂肪代謝促進による抗肥満作用が報告されている<sup>15)</sup>。

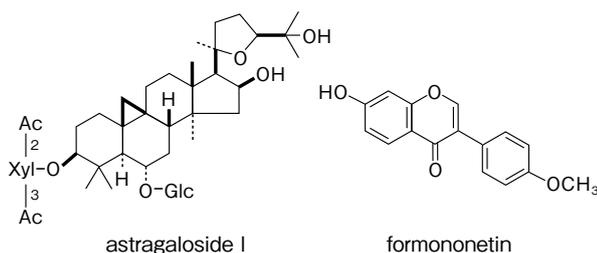
## 文献

- 1) Takeda S, Aburada MJ : Pharmcobio-Dyn 4 : 724-734, 1981
- 2) Okuno I, et al : Chem Pharm Bull 36 : 769-775, 1988
- 3) 田中敬吾ほか : 日薬理誌 75 : 107, 1979
- 4) Okada K, et al : Am J Physiol, 292 : G14150-14163, 2007
- 5) Huang W, et al : J Clin Invest 113 : 137-143, 2004
- 6) Kiso Y, et al : Planta Med 50 : 81-85, 1984
- 7) Mase A, et al : J Ethnopharmacol 127 : 742-749, 2010
- 8) 山原條二ほか : 薬学雑誌 102 : 285-291, 1982
- 9) Cha JD, et al : Immunol Invest 38 : 483-497, 2009
- 10) Hong JH, Lee IS : Chem Biol Interact 179 : 898-899, 2009
- 11) Yamahara JJ : Ethnopharmacol 26 : 129-136, 1989
- 12) Yamahara J, et al : Chem Pharm Bull 38 : 485-489, 1989
- 13) Yamahara J, et al : Chem Pharm Bull 38 : 1297-1299, 1989
- 14) Okada Y, et al : Chem Pharm Bull 43 : 1385-1387, 1995
- 15) Hong JH, et al : J Med Food 12 : 736-745, 2009

## 黄耆(オウギ)

**【基原】**マメ科(Leguminosae)のキバナオウギ *Astragalus membranaceus* Bunge または *Astragalus mongholicus* Bunge の根である。

**【主要成分】**アストラガロシド(astragaloside I~VIII)などのトリテルペンサポニン, アミノ酸誘導体および多糖類など, ホルモノネチン(formononetin)などのイソフラボン。



**【薬効薬理】**黄耆は人参とともに代表的な補剤として位置づけられ, 滋養・強壯, 免疫力の強化, 利尿, 自汗や盗汗, 浮腫, 化膿症の改善などを目的とする漢方処方に配合されている。利尿や盗汗に関する研究例は少なく, 免疫力の増強とそれに伴う抗腫瘍活性に関連する研究報告が多い。漢方における薬効とは直接関係ないが, 黄耆に血圧降下作用が確認されており, 活性物質としてγ-アミノ酪酸(γ-aminobutylic acid : GABA)が同定されている<sup>1)</sup>。

①**強壯作用**: 黄耆の水抽出物をラットに連続経口投与(5 mg/kg)したところ, ラットの強制遊泳時間が延長した。また, 血清タンパクや肝臓におけるロイシンの取り込み量が増加した<sup>2,3)</sup>。

②**利尿作用**: 健康な成人男性が黄耆の水抽出物(0.3 g/kg)を単回摂取したところ, 摂取後4時間以内において, プラセボ群に比べ有意に尿中ナトリウム量, 分画ナトリウム排泄率が増加した。この作用は, 血漿中の心房性ナトリウム利尿ペプチド(atrial natriuretic peptide : ANP)の増加によるもので, レニン-アンジオテンシン-アルドステロン系の関与はない。また, 血圧上昇や糸球体濾過率の増加によるものでもない<sup>4)</sup>。

③**免疫系に対する作用**: 黄耆由来の多糖(APS)は, マウスに移植した Sarcoma 180 固形肉腫と腹水肝がんの増殖を抑制した。また, 正常マウスの免疫機能の向上に加え, シクロホスファミドやプレドニゾロンによる免疫力低下を抑制した。APS をマウスに腹腔内投与(500 mg/kg)したところ, 末梢血マクロファージにおける補体 C3 の有意な沈着の促進と末梢血マクロファージ数の増加が確認されたことから, APS の免疫力増強作用とそれに伴う抗腫瘍活性は, 補体 C3 の活性化が関与しているものと考えられる<sup>5)</sup>。黄耆の水抽出物をマウスに7日間経口投与(生薬に換算して 10 mg/kg)したところ, シクロホスファミドの投与による腹腔内マクロファージ数の減少と遊走活性の低下を抑制した。また, シクロホスファミドによる NK 細胞の機能低下を完全に防いだ<sup>6)</sup>。

黄耆の粗多糖画分をマウスに5日間経口投与(0.6 mg/head, 1.2 mg/head)したところ, 高週齢化(36週齢, 60週齢)により減少する IgM の産生が有意に増加した。粗多糖画分をさらに分画し, HPLC 上2種の多糖を単一ピークとして得た。どちらも粗多糖画分より活性が大幅に増強しており, それぞれ分子量約 12,000 と 22,000 の D-グルコースを主構成要素とする多糖と同定された<sup>7)</sup>。

このほか, マクロファージの食食作用増強効果と抗腫瘍活性に関する報告<sup>8)</sup>, 黄耆の多糖やトリテルペン配糖体のマクロファージ活性化のメカニズムに関する報告<sup>9,10)</sup>, 腫瘍により低下した免疫活性の賦活効果に関する報

告<sup>11-14)</sup>, などがある。

④**抗菌作用**: 黄耆のメタノール抽出物は, 黄色ブドウ球菌や大腸菌に対して抗菌活性を示した<sup>15)</sup>。

⑤**その他**: 黄耆の水抽出物をラットに8時間ごとに2日間連続経口投与(10~20 mg/kg)したところ, グリセロール投与による急性腎障害に対し, 血清尿素窒素, クレアチン量, ナトリウム排泄率の増加を抑制し, クレアチンクリアランスの低下を抑制した<sup>16)</sup>。

## 文献

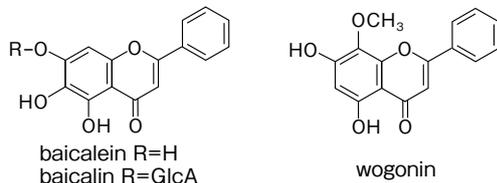
- 1) Hikino H, et al: *Planta Med* 30: 297-302, 1976
- 2) Shen U: *TIPS* 4: 496, 1983
- 3) 宋 清華ほか: *和漢医薬学雑誌* 17: 101-107, 2000
- 4) Ai P, et al: *J Ethnopharmacol* 116: 413-421, 2008
- 5) Wang J, et al: *Jpn J Pharmacol* 51: 432-434, 1989
- 6) 金 鏡ほか: *薬学雑誌* 114: 533-538, 1994
- 7) Kajimura K, et al: *Biol Pharm Bull* 20: 1178-1182, 1997
- 8) Lau BHS, et al: *Phytother Res* 3: 148-153, 1989
- 9) Bedir E, et al: *Biol Pharm Bull* 23: 834-837, 2000
- 10) Lee KY, et al: *Int Immunopharmacol* 5: 1225-1233, 2005
- 11) Rittenhouse JR, et al: *J Urol* 146: 486-490, 1991
- 12) Lau BH, et al: *Cancer Biother* 9: 153-161, 1994
- 13) Cho WCS, Leung KN: *Cancer Lett* 252: 43-54, 2007
- 14) Cho WCS, Leung KN: *J Ethnopharmacol* 113: 132-141, 2007
- 15) 久保道徳ほか: *生薬学雑誌* 31: 82-86, 1977
- 16) Yokozawa T, et al: *J Trad Med* 14: 49-53, 1997

## 黄芩(オウゴン)

【**基原**】シソ科(Labiatae)のコガネバナ *Scutellaria baicalensis* Georgi の周皮を除いた根である。

【**主要成分**】バイカリン(baicalin, 主成分), バイカレイン(baicalein), オウゴニン(wogonin)などのフラボノイド。

バイカリン(baicalin)含量 10.0% 以上。



【**薬効薬理**】黄芩は, 解熱鎮痛消炎, 消炎排膿, 止瀉整腸, 健胃消化, 尿路疾患の治療などを目的とした漢方処方に配合されている。薬理学的研究を通して, 黄芩の解熱, 鎮痛, 抗炎症, 抗アレルギー, 消炎排膿, 健胃, 止瀉整腸作用などが証明されてきており, これまでに多くの報告がある。

①**抗炎症作用**: 黄芩抽出エキスは, ラットカラゲニン誘導足浮腫, デキストラン硫酸塩誘導大腸炎, ザイモザン

誘導空気嚢炎などの炎症モデルにおいて抗炎症作用を示し<sup>1-3)</sup>, さらに, リポ多糖刺激 RAW264.7 マクロファージ系細胞の一酸化窒素, プロスタグランジン, 炎症性サイトカインの産生を抑制する<sup>4)</sup>。また, バイカリン, バイカレイン, オウゴニンについても同様にマクロファージ, 内皮細胞, 好中球における抗炎症作用について多くの報告がされている<sup>5-7)</sup>。

②**抗アレルギー作用**: バイカリン, バイカレインの抗アレルギー作用についてはよく知られている。バイカレイン, バイカリンは喘息実験モデル動物で有効性を示すほかに, 経口投与によりIV型アレルギー反応であるピクリン酸誘発耳介浮腫を抑制することや, 卵白アルブミン感作モルモットの気管透過性を抑制することが報告されている<sup>8-10)</sup>。また, バイカレインはNC/Nga マウスのアトピー様皮膚炎症状を緩解し, その機序としてTNF- $\alpha$  やIL-6などの炎症性サイトカインの産生抑制や免疫細胞の浸潤抑制によることが報告されている<sup>11)</sup>。さらに, アレルギーの誘発に深く関与している好酸球の走化性因子であるエオタキシンを, バイカレインはバイカリンに比べ強く抑制することが示されている<sup>12)</sup>。

③**抗ウイルス作用**: バイカレインはインフルエンザウイルス(H1N1)のBALB/c マウスへの感染を阻害し, *in vitro* においてもウイルスの増殖を抑制する<sup>13)</sup>。また, バイカリンには, ヒトT細胞白血病ウイルス(HTLV-1), ヒト免疫不全ウイルス(HIV-1)の感染細胞内での逆転写酵素を阻害することにより, ウイルスの複製を阻害することが明らかになっている<sup>14, 15)</sup>。さらに, バイカリンはHIV-1のエンベロープとケモカイン受容体の結合を阻害することによってもウイルスの侵入を防ぐことが提唱されている<sup>16)</sup>。また, 黄芩水エキスは, ヒト肝がん細胞内におけるB型肝炎ウイルス(HBV)の産生を抑制し<sup>17)</sup>, オウゴニンはHBVの表面抗原の産生を抑制した<sup>18)</sup>。黄芩エキスは末梢リンパ球の口内炎ウイルスへの抵抗性を高めることと, サイトカインの産生を調節することにより抗ウイルス自然免疫系を調節している<sup>19)</sup>。これらの作用は, 柴胡剤が少陽病期に免疫反応を調節する作用を説明すると考えられる。

④**肝障害抑制作用**: 黄芩は胆管結紮モデルにおいて肝線維化を抑制(メタノールエキス)し<sup>20)</sup>, バイカリンは虚血再灌流<sup>21)</sup>, ヘミン/亜硝酸塩/過酸化水素が誘導する肝障害<sup>22)</sup>, *tert*-ブチルヒドロペルオキシドが誘導する肝障害を抑制し<sup>23)</sup>, 活性酸素を消去することにより肝保護作用を有することが証明されている。また, バイカリンは高脂肪食負荷ラットの脂肪肝を抑制する<sup>24)</sup>。黄芩は心下痞をきたしたものの, 肝胆の湿熱による病態などに用いられ, 上記のような肝障害抑制作用を示すと考えられる。

⑤**健胃作用**：胃腸障害に対する黄芩の抑制作用が知られている。オウゴンニンはエタノール誘発胃粘膜障害を抑制し、この作用機序としてプロスタグランジン D<sub>2</sub> の合成の亢進、5S-ヒドロキシエICOSAテトラエン酸の合成の抑制、あるいは胃でのアポトーシスの抑制が示されている<sup>25)</sup>。AIDS 治療薬のレトナビルの吐き気、嘔吐などの胃腸の副作用を黄芩水抽出物およびバイカレインが抑制することも報告されている<sup>26)</sup>。

⑥**止痒作用**：血熱性の皮膚疾患に対して、炎症を抑え止痒する効能が知られている。黄芩抽出エキスはヒスタミンあるいはコンパウンド 48/80(compound 48/80)が誘導するマウス搔痒行動に対して抑制作用を示すことが報告されている<sup>27)</sup>。この作用は、主成分のバイカリンでも観察され、さらに、その代謝産物であるバイカレインおよびオロキシリン A にさらに強い止痒活性が見いだされている。

⑦**鎮痛作用**：カラゲニン誘導温熱性痛覚過敏モデルラットにおいて、バイカリンは鎮痛作用を示す<sup>28)</sup>。また、初代培養脊髄神経節ニューロンにおいて、バイカリンは痛覚受容体の一つであるカプサイシン感受性パニロイド受容体の発現を減少させることが報告されている<sup>29)</sup>。

⑧**鎮痙作用**：オウゴンニヤバイカレインはγ-アミノ酪酸(GABA)受容体 A のベンゾジアゼピン部位に結合し<sup>30)</sup>、抗不安作用を示すことが知られているとともに<sup>31)</sup>、GABA 受容体を介して、鎮痙作用を示すことも見いだされている<sup>32)</sup>。

⑨**安胎作用**：黄芩の安胎作用は、バイカリンの代謝産物オロキシリン A が示す自然あるいはアゴニスト誘導子宮筋収縮に対してカリウムチャネルの活性化を通して弛緩させる作用で説明されるかもしれない<sup>33)</sup>。

⑩**止瀉作用**：動物実験と臨床試験でイリノテカン(CPT-11)誘発遅発性下痢に半夏瀉心湯が有効と報告されている。その有効成分の一つとして黄芩に含まれるバイカリンが報告されている。CPT-11 による遅発性下痢の発症機序として、CPT-11 の活性代謝産物 SN-38(CPT-11 の 200~1,000 倍の抗腫瘍活性)のグルクロン酸抱合体が胆汁中に分泌され、腸内細菌のβ-グルクロニダーゼによって脱抱合され再生した SN-38 が管腔側の細胞に障害を起こすためと考えられている。バイカリンはこのβ-グルクロニダーゼを阻害することが報告されている<sup>34, 35)</sup>。その他、SN-38 はトランスポーターを介した管腔側への分泌が推察されており、バイカリンはこれを抑制するとの報告もある<sup>36)</sup>。

⑪**その他**：黄芩の総フラボノイドは、脳虚血および虚血再灌流による脳障害を著しく抑制し、血小板凝集抑制作用も示した<sup>37)</sup>。また、バイカリン、バイカレインには、

薬剤による神経細胞障害、活性酸素による神経障害、アミロイド-βによる神経細胞障害に対して保護作用を有することが多く報告されている<sup>38)</sup>。このほかに抗動脈硬化作用に関する報告が数多くされている。

## 文献

- 1) Lin CC, et al : Am J Chin Med 24 : 31-36, 1996
- 2) Chung HL, et al : World J Gastroenterol 13 : 5605-5611, 2007
- 3) Kim EH, et al : J Ethnopharmacol 126 : 320-331, 2009
- 4) Yoon SB, et al : J Ethnopharmacol 125 : 286-290, 2009
- 5) Zhu G, et al : J Ethnopharmacol 109 : 325-330, 2007
- 6) Kimura Y, et al : J Ethnopharmacol 57 : 63-67, 1997
- 7) Van Dien M, et al : Microbiol Immunol 45, 751-756, 2001
- 8) Koda A, et al : Nippon Yakurigaku Zasshi 66 : 471-486, 1970
- 9) Taniguchi C, et al : Planta Med 66 : 607-611, 2000
- 10) Liaw J, et al : Pharm Res 16 : 1653-1657, 1999
- 11) Yun MY, et al : Int Immunopharmacol 10 : 1142-1148, 2010
- 12) Nakajima T, et al : Planta Med 67 : 132-135, 2001
- 13) Xu G, et al : Biol Pharm Bull 33 : 238-243, 2010
- 14) Baylor NW, et al : J Infect Dis 165 : 433-437, 1992
- 15) Li BQ, et al : Cell Mol Biol Res 39 : 119-124, 1993
- 16) Li BQ, et al : Biochem Biophys Res Commun 276 : 534-538, 2000
- 17) Tseng YP, et al : Front Biosci 2 : 1538-1547, 2010
- 18) Huang RL, et al : Planta Med 66 : 694-698, 2000
- 19) Blach-Olszewska Z, et al : J Interferon Cytokine Res 28 : 571-581, 2008
- 20) Nan JX, et al : J Pharm Pharmacol 54 : 555-563, 2002
- 21) Kim SJ, et al : J Nat Prod 73 : 2003-2008, 2010
- 22) Zhao Y, et al : Eur J Pharmacol 536 : 192-199, 2006
- 23) Hwang JM, et al : Arch Toxicol 79 : 102-109, 2005
- 24) Hong-Xia GUO, et al : Acta Pharmacol Sin 30 : 1505-1512, 2009
- 25) Park S, et al : Dig Dis Sci 49 : 384-394, 2004
- 26) Mehendale S, et al : J Pharm Pharmacol 59 : 1567-1572, 2007
- 27) Trinh HT, et al : Acta Pharmacol Sin 31 : 718-724, 2010
- 28) Chou TC, et al : Anesth Analg 97 : 1724-1729, 2003
- 29) Sui F, et al : J Ethnopharmacol 129 : 361-366, 2010
- 30) Hui KM, et al : Planta Med 66 : 91-93, 2000
- 31) Hui KM, et al : Biochem Pharmacol 64 : 1415-1424, 2002
- 32) Park HG, et al : Eur J Pharmacol 574 : 112-119, 2007
- 33) Shih HC, et al : J Biomed Sci 16 : 27, 2009
- 34) Narita M, et al : Xenobiotica 23 : 5-10, 1993
- 35) Takasuna K, et al : Cancer Res 56 : 3752-3757, 1996
- 36) Itoh T, et al : Cancer Chemother Pharmacol 55 : 420-424, 2005
- 37) Zhang Y, et al : J Ethnopharmacol 108 : 355-360, 2006
- 38) Liu LY, et al : J Pharm Pharmacol 57 : 1019-1026, 2005

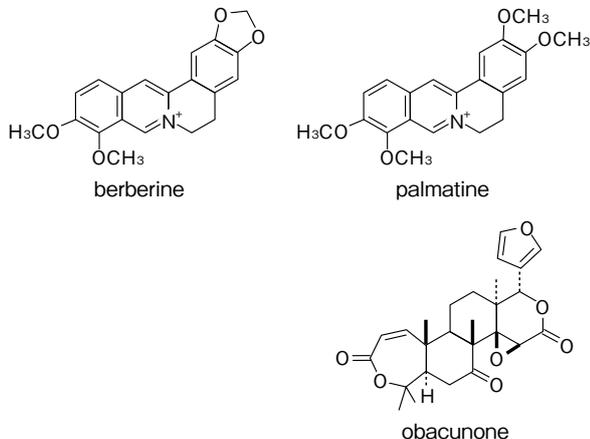
## 黄柏(オウバク)

【基原】ミカン科(Rutaceae)のキハダ *Phellodendron amurense* Ruprecht または *Phellodendron chinense* Schneider の周皮を除いた樹皮である。

【主要成分】ベルベリン(berberine, 主成分), パルマチ

ン(palmatine)などのイソキノリン(ベルベリン)型アルカロイドおよびオバクノン(obacunone), リモニン(limonin)などの変形トリテルペン(リモノイド).

ベルベリン(ベルベリン塩化物として)含量 1.2% 以上.



**【薬効薬理】**黄柏は、解毒、抗痒痒、高血圧に伴う諸症状の改善などを目的とした漢方処方に配合されている。また、苦味健胃薬、止瀉薬、湿布薬として用いられている。黄連との共通成分であるベルベリンに関する研究報告が多い。

①**消化器系に対する作用**：水製エキスまたはメタノール不溶画分(非ベルベリン画分)は各種実験的胃潰瘍抑制作用が認められている<sup>1,2)</sup>。小腸内輸送抑制作用<sup>3)</sup>、コレラまたはエンテロトキシンによる小腸内水分および電解質分泌亢進の抑制作用が報告されている<sup>4)</sup>。ベルベリンには塩化バリウム誘発下痢や腸管の蠕動運動を抑制する作用が明らかにされている<sup>5)</sup>。エキスには *Helicobacter pylori* に対する抗菌作用が報告されている<sup>6)</sup>。ベルベリンは胆汁分泌作用やビリルビンの排出を促進すると報告されている<sup>7,8)</sup>。

②**炎症・アレルギー系に対する作用**：水製エキスのマウス経口投与で塩化ピクリルによる接触性皮膚炎を抑制した<sup>9)</sup>。50% メタノールエキスは受精鶏卵法での肉芽形成を抑制した<sup>10)</sup>。メタノール不溶画分(非ベルベリン画分)の腹腔内投与によってラットのカラゲニン足蹠浮腫やマウスの酢酸誘発血管透過性の亢進、肉芽形成を抑制し、ベルベリン以外の成分も関与していると報告されている<sup>11)</sup>。また、フェロデンドリン(phellodendrine)に免疫抑制作用が報告されている<sup>12)</sup>。メタノールエキスはリポ多糖で誘発されるマウス気道炎症を抑制することが報告されている<sup>13)</sup>。

③**抗菌作用**：ベルベリンに黄色ブドウ球菌、赤痢菌、コレラ菌、淋菌などに対する抗菌作用が報告されている<sup>14-16)</sup>。

④**血圧に対する作用**：長期間投与による血圧降下<sup>17)</sup>やベルベリンの血圧降下作用を検討し、コリンエステラーゼ阻害作用が関与していると報告されている<sup>18)</sup>。

⑤**中枢神経系に対する作用**：ベルベリンなどの4級アルカロイドは非経口投与で鎮静作用、解熱作用などの中枢抑制作用がみられ、それらのテトラヒドロ還元体に自発運動の減少やヘキソバルビタール睡眠延長などの中枢抑制作用が認められている<sup>19-21)</sup>。一方、リモニンやオバクノンはクラロース-ウレタンによる睡眠時間の短縮効果を示すとの報告がある<sup>22, 23)</sup>。そのほか、解熱作用などが報告されている<sup>24)</sup>。

⑥**血糖降下作用**：ベルベリンの血糖降下作用が多数報告されており、glucagon-like peptide-1 (GLP-1)の遊離促進作用や protein tyrosine phosphatase 1B (PTP1B)阻害作用がベルベリンのインスリン様作用に関与していると報告されている<sup>25-27)</sup>。また、I型糖尿病自然発症モデルマウスで発症を抑制することが報告されている<sup>28)</sup>。

⑦**その他の作用**：オバクノンやリモニンにアズキシメタンによる結腸の発がんを抑制することが報告されている<sup>29)</sup>。ベルベリンは4級アルカロイドであり、実験動物では腸管からの吸収が極めて悪いとされている<sup>30)</sup>。ラットを用いた研究例では小腸から一部が吸収され、肝臓で代謝され、血中濃度は極めて低いが、より高濃度の代謝物が血中に存在すると報告されている<sup>31)</sup>。一方、ヒトでは内服後 20~30 分以内に尿中に検出されるという報告もある<sup>30)</sup>。

## 文献

- 1) Takase H, et al : Jpn J Pharmacol 49 : 301-380, 1989
- 2) 内山 務ほか：薬学雑誌 109 : 672-676, 1970
- 3) Eaker EY, Sninsky CA : Gastroenterology 96 : 1506-1513, 1989
- 4) Swebb EA, et al : Am J Physiol 241 : G248-G252, 1981
- 5) 高橋英樹ほか：日本薬理学雑誌 102 : 101-112, 1993
- 6) 多田正弘ほか：Prog Med 12 : 1131-1135, 1992
- 7) Oshiba S, et al : Nihon Univ J Med 16 : 69-79, 1974
- 8) Chan MY : Com Med East West 5 : 161-168, 1977
- 9) 間瀬明人ほか：和漢医薬学雑誌 2 : 634-635, 1985
- 10) 藤村 一ほか：薬学雑誌 90 : 782-784, 1970
- 11) 内山 務ほか：和漢医薬学雑誌 6 : 158-164, 1989
- 12) Hattori T, et al : Jpn J Pharmacol 60 : 187-195, 1992
- 13) Mao YF, et al : Immunopharmacol Immunotoxicol 32 : 110-115, 2010
- 14) 浮田忠之進ほか：ペニシリン 2 : 534-537, 1949
- 15) Amin AH, et al : Can J Microbiol 15 : 1067-1076, 1969
- 16) Sun D, et al : Antimicrob Agents Chemother 32 : 1370, 1988
- 17) Arakawa K, et al : 生薬学雑誌 39 : 162-164, 1985
- 18) 内炭精一：日本薬理学雑誌 53 : 63-74, 1957
- 19) 山原條二ほか：日本薬理学雑誌 72 : 899-908, 1976
- 20) 山原條二ほか：日本薬理学雑誌 72 : 909-927, 1976
- 21) Yamahara J, et al : Chem Pharm Bull 24 : 1909-1912, 1976
- 22) Wada K, et al : Chem Pharm Bull 38 : 2332-2334, 1990

- 23) Wada K, et al : Chem Pharm Bull 40 : 3079-3080, 1992  
 24) Sabir M, et al : Indian J Physiol Pharmacol 22 : 9-23, 1978  
 25) Yu L, et al : Biochem Pharmacol 79 : 1000-1006, 2010  
 26) Lu SS, et al : J Endocrinol 200 : 159-165, 2009  
 27) Chen C, et al : Biochem Biophys Res Commun 397 : 543-547, 2010  
 28) Cui G, et al : J Biol Chem 284 : 28420-28429, 2009  
 29) Tanaka T, et al : Biofactors 13 : 213-218, 2000  
 30) 桑野重昭 : 生薬学雑誌 24 : 1-5, 1970  
 31) Zuo F, et al : Drug Metab Dispos 34 : 2064-2072, 2006

## 黄連(オウレン)

**【基原】**キンポウゲ科(Ranunculaceae)のオウレン *Coptis japonica* Makino, *Coptis chinensis* Franchet, *Coptis deltoidea* C.Y. Cheng et Hsiao または *Coptis teeta* Wallich の根をほとんど除いた根茎である。

**【主要成分】**ベルベリン(berberine, 主成分), パルマチン(palmatine), コプチシン(coptisine)などのイソキノリンアルカロイド。

ベルベリン(ベルベリン塩化物として)含量 4.2% 以上。

**【薬効薬理】**黄連は、黄柏と同様にベルベリンを代表とするアルカロイドを含み、強い苦味を有し、苦味健胃、鎮静、止瀉を目的に用いる漢方処方に配合されている。ベルベリンの薬理作用については黄柏を参照。

①**消化器系に対する作用**：苦味により唾液、胃液、膵液の分泌を促進するといわれるが、胃液分泌亢進に関しては十分な薬理学的証明がなされていない。

エキスの皮下投与または経口投与で各種実験的胃潰瘍抑制作用を抑制することが報告されている<sup>1, 2)</sup>。また、コプチシンはベルベリンよりも強い胃粘膜保護作用を示した<sup>3)</sup>。ベルベリンには塩化バリウム誘発下痢や腸管の蠕動運動を抑制する作用が報告されている(黄柏を参照)。エキスには *Helicobacter pylori* に対する抗菌作用が報告されている<sup>4)</sup>。

②**殺菌作用**：50% メタノールエキスに黄色ブドウ球菌、赤痢菌、コレラ菌などに対する抗菌作用が報告されている<sup>5)</sup>。水浸液はウサギの角膜ヘルペスに有効という報告がある<sup>6)</sup>。

③**中枢神経系に対する作用**：ベルベリンの皮下投与で中枢抑制、鎮静、鎮痙作用が報告されている(黄柏を参照)。

④**血糖降下作用**：ベルベリンの血糖降下作用が多数報告されている(黄連を参照)。

⑤**抗炎症作用**：水製エキスまたはメタノールエキスおよびベルベリンは肉芽組織形成の抑制などの抗炎症作用を示し<sup>7, 8)</sup>、ベルベリンとコプチシンにコラゲナーゼ阻害作用が認められている<sup>9)</sup>。

⑥**その他の作用**：胆汁および膵液分泌促進作用、血清コレステロール低下作用、血管弛緩作用などが知られてい

る<sup>10-12)</sup>。

## 文献

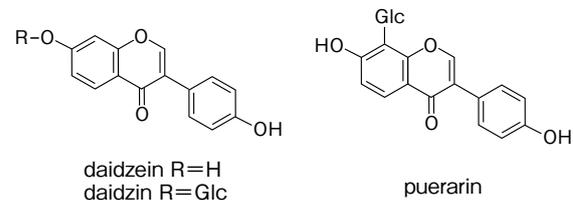
- 1) 渡辺和夫ほか : Proc Symp WAKAN-YAKU 9 : 51-57, 1975
- 2) Takase H, et al : Jpn J Pharmacol 49 : 301-308, 1989
- 3) Hirano H, et al : Natural Medicines 51 : 516-518, 1997
- 4) 多田正弘ほか : Prog Med 12 : 1131-1135, 1992
- 5) Chang NC : Proc Soc Exptl Biol Med 69 : 141, 1948
- 6) Murakami I, et al : Tokai J Exp Clin Med 6 : 77-83, 1981
- 7) 尾崎幸紘ほか : 薬学雑誌 110 : 268-272, 1990
- 8) 大塚紘司ほか : 薬学雑誌 101 : 883-890, 1981
- 9) 田中利明ほか : 薬学雑誌 111 : 538-541, 1991
- 10) 佐藤一二 : 京都府立医科大学雑誌 13 : 710, 1935
- 11) 青沼 繁ほか : 薬学雑誌 77 : 1303-1307, 1957
- 12) 日笠久美ほか : 和漢医薬学会誌 9 : 169-174, 1992

## 葛根(カクコン)

**【基原】**マメ科(Leguminosae)のクズ *Pueraria lobata* Ohwi の周皮を除いた根である。

**【主要成分】**ダイジン(daidzin), ダイゼイン(daidzein), プエラリン(puerarin)などのイソフラボン(主成分), サポニンおよびデンプン(10~14%)。

プエラリン含量 2.0% 以上。



**【薬効薬理】**葛根は、軽度の発汗作用により熱を去り、また、発汗不十分な状態に用いて発汗を促す。また、炎症性的下痢を止める作用も有している。漢方処方では、発汗、解熱、鎮痙を目的とした処方に配合されている。薬理学的研究では、抗炎症作用および炎症が関与する疾患に対する効果についての報告が多い。

①**解熱鎮痛鎮痙作用**：リポ多糖(LPS)を皮下注射したマウス発熱モデルに対する葛根のイソフラボン成分の効果について検討され、ダイジン、ゲニスチン(i.p.)に弱い解熱作用が認められている。興味深いことに、ダイジンの生体内代謝産物であるダイゼイン、*p*-エチルフェノール(i.p.)にはダイジンより強い解熱作用が認められ、*p*-エチルフェノールがもっとも強い解熱作用を示す<sup>1)</sup>。酢酸ライジング法による鎮痛作用の解析では、ダイジンおよびその代謝物であるダイゼイン、ジヒドロダイゼイン、*p*-エチルフェノールにアミノピリンに匹敵する強い鎮痛作用が認められている<sup>1)</sup>。ロータロッド試験により、*p*-エチルフェノールおよびエクオールに骨格筋弛緩作用が認められている<sup>1)</sup>。これらの作用は葛根の解熱、鎮

瘻作用を説明するものと考えられる。

②**抗炎症作用**：葛根の主要イソフラボノイドであるプエラリンがヒト臍帯内皮細胞において、腫瘍壊死因子(TNF- $\alpha$ )による intercellular adhesion molecule 1 (ICAM-1) や vascular cell adhesion molecule 1 (VCAM-1) の mRNA およびタンパク質発現を抑制すること<sup>2)</sup>、狭心症患者の単核球において inhibitor of NF- $\kappa$ B (I- $\kappa$ B) のリン酸化と分解を抑制することにより、nuclear factor  $\kappa$ B (NF- $\kappa$ B) の核内移行を阻害し、LPS 刺激による C-reactive protein の産生を阻害することが報告されている<sup>3)</sup>。さらに、終末糖化産物(advanced glycation end products)が誘導するメサングウム細胞の炎症をヘムオキシゲナーゼ-1 の発現を誘導することにより抑制することが明らかにされている<sup>4)</sup>。このように、葛根の主成分であるプエラリンの抗炎症作用は、葛根の解熱、炎症性下痢の抑制などの作用を説明可能と考えられる。

③**糖尿病・インスリン抵抗性改善作用**：ストレプトゾトシン誘発 I 型糖尿病モデルラットに葛根のエタノールエキスを経口投与したところ、血糖降下作用、酸化ストレス低下作用を示した<sup>5)</sup>。同様に、プエラリンの静脈内投与により骨格筋細胞のグルコース取り込みの増加、グルコーストランスポーター 4 の発現などにより、血糖降下作用、インスリン抵抗性の改善作用を示した<sup>6)</sup>。また、プエラリン、ゲニステインは  $\alpha_1$ -アドレナリン受容体の活性化を介して、ホスホリパーゼ C、プロテインキナーゼ C を活性化し、C2C12 筋肉細胞の糖の取り込みを増加させる作用が報告されている<sup>7, 8)</sup>。これらは、葛根が有する口渴を治す作用に関係することが推察される。

④**その他の作用**：葛根はエストロゲン様作用を有しており骨密度の低下抑制作用<sup>9)</sup>、学習能の改善作用<sup>10)</sup>を示す。また、心筋梗塞抑制作用(プエラリン)、血圧降下作用(総フラボン画分)、虚血再灌流障害の改善作用などの循環器系への効果が明らかにされている<sup>11-13)</sup>。

## 文献

- 1) Yasuda T, et al : Biol Pharm Bull 28 : 1224-1228, 2005
- 2) Hu W, et al : Pharmacol 85 : 27-35, 2010
- 3) Yang X, et al : Basic Clin Pharmacol Toxicol 107 : 637-642, 2010
- 4) Kim KM, et al : Toxicol Appl Pharmacol 244 : 106-113, 2010
- 5) Kang KA, et al : Biol Pharm Bull 28 : 1154-1160, 2005
- 6) Hsu FL, et al : J Nat Prod 66 : 788-792, 2003
- 7) Hsu HH, et al : Planta Med 68 : 999-1003, 2002
- 8) Jou SB, et al : Planta Med 70 : 610-614, 2004
- 9) Wang X, et al : J Bone Miner Metab 21 : 268-275, 2003
- 10) Xu X, et al : Planta Med 70 : 627-631, 2004
- 11) Zhang S, et al : Biol Pharm Bull 29 : 945-950, 2006

- 12) Cai RL, et al : J Ethnopharmacol 133 : 177-183, 2011
- 13) Chang Y, et al : J Biomed Sci 16 : 9, 2009

## 滑石(カッセキ)

【**基原・成分**】天然の含水ケイ酸アルミニウムおよび二酸化ケイ素などからなる鉱物である。

ケイ酸塩類の鉱石。含水ケイ酸マグネシウムを主成分とする硬滑石(タルク  $3\text{MgO}\cdot 4\text{SiO}_2\cdot \text{H}_2\text{O}$ )と含水ケイ酸アルミニウムを主成分とする軟滑石(加水ハロサイトなど)が流通しているが、正倉院御物中の薬物研究から当時の滑石は軟滑石であったと考えられている。現代の中国では滑石は硬滑石が用いられている。

【**薬効薬理**】小便不利や口渴の治療を目的とした漢方処方に配合される。発がんプロモーションの抑制作用、cAMP ホスホジエステラーゼ阻害作用などに言及した報告はあるが<sup>1-3)</sup>、小便不利や口渴の治療を裏づける研究報告は少ない。

## 文献

- 1) 松浦大輔ほか：和漢医薬学会誌 8 : 272-273, 1991
- 2) Sugiyama K, et al : 和漢医薬学会誌 11 : 214-219, 1994
- 3) 二階堂 保ほか：薬学雑誌 110 : 969-973, 1990

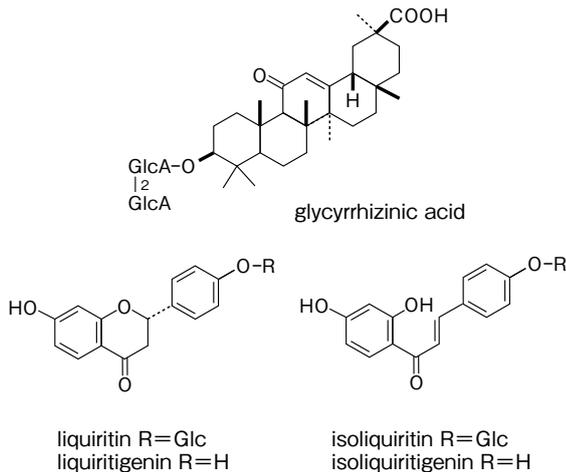
## 甘草(カンゾウ)

【**基原**】マメ科(Leguminosae) の *Glycyrrhiza uralensis* Fischer または *Glycyrrhiza glabra* Linné の根およびストロンで、ときには周皮を除いたもの(皮去り甘草)である。

【**主要成分**】グリチルリチン酸(glycyrrhizinic acid, 主成分)、別名グリチルリチン(glycyrrhizin)(甘味の本体)などのトリテルペン配糖体(3~6% 含む)およびリクイリチン(liquiritin)、イソリクイリチン(isoliquiritin)、リクイリチゲニン(liquiritigenin)、イソリクイリチゲニン(isoliquiritigenin)などのフラボノイドおよびその配糖体。

種によって特異的成分を有し、*G. uralensis* はグリチクマリン(glycycomarin)などのクマリン類、*G. glabra* はグラブリジン(glabridin)などのイソフラボン類。また、日本では用いないが、中国で生薬として用いられる *G. inflata* はリコカルコン A(licochalcone A)などのカルコン類を含む。

グリチルリチン酸含量 2.5% 以上。



**【薬効薬理】** 甘草は一般用漢方 236 処方のうち、7 割以上に配合される常用漢方生薬である。鎮咳・去痰薬、鎮痛・鎮痙薬、解熱・鎮痛消炎薬とみなされる処方に高頻度に配合されている。さらに、甘味による処方全体の緩和も配合目的と類推される。甘草については多数の薬理学的研究が行われているが、ここでは配合目的を考慮に入れ、抽出物および含有成分の鎮咳作用、鎮痛・鎮痙作用、抗炎症、抗アレルギー作用に関する報告を示す。

①**鎮咳作用**：甘草の水抽出物を多孔質合成吸着剤 Diaion® HP-20 を充填したカラムに付し、その 50% メタノール溶出画分をモルモットに経口投与(100 mg/kg)したところ、カプサイシン誘発の咳の回数を 60% 抑制した。50% メタノール溶出画分の主要成分の一つであるリクイリチンアピオシド(liquiritin apioside : LA)をモルモットに経口投与(3~30 mg/kg)したところ、用量依存的に咳の回数を抑制したことから、甘草の鎮咳作用には LA が関与していることが示唆された。また、LA(30 mg/kg, 経口投与)の鎮咳効果は、メチセルジドと拮抗したが、ナロキソンとは拮抗しなかった。一方、ATP 感受性カリウム受容体拮抗薬であるグリベンクラミドで前処置すると、LA の鎮咳効果は減弱した。これらのことから、LA は末梢性と中枢性の両方の鎮咳作用を有することが示された<sup>1)</sup>。甘草の成分のイソリクイリチゲニンは、アセチルコリンで収縮させた摘出モルモット気管支平滑筋組織片に対して濃度依存的に弛緩作用を示し、また、胃内投与(5~20 mg/kg)によりモルモットの気管支痙攣も抑制した。一方、モルモット気管支平滑筋細胞を用いた *in vitro* の実験において、イソリクイリチゲニンは、可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)を活性化し、ホスホジエステラーゼ 5(PDE5)を阻害した。さらに、環状グアノシンーリン酸/プロテインキナーゼ G(cGMP/PKG)シグナルカスケードの惹起による BK<sub>Ca</sub> チャネルの開口作用も認められ、これらがイソリクイリチゲニ

の細胞内 Ca<sup>2+</sup>濃度の低下に基づく平滑筋弛緩作用の主要作用機序と考えられる<sup>2)</sup>。

②**鎮痛・鎮痙作用**：大黃甘草湯をラットに経口投与(大黃および甘草の水抽出物、それぞれ 500, 125 mg/kg に相当)した群は、大黃の水抽出物を経口投与(500 mg/kg)した群と比べ、瀉下作用発現時の結腸の強い収縮運動が有意に抑制された。大黃抽出物(500 mg/kg)に、グリチルリチン酸(5 mg/kg)、リクイリチン(2.5 mg/kg)、グリチルリチン酸(5 mg/kg)+リクイリチン(2.5 mg/kg)をそれぞれ加えて経口投与した 3 群ともに、大黃に甘草を加えたときの結腸収縮抑制作用が復元された。このことから、大黃甘草湯において甘草は大黃によって引き起こされる結腸輪状筋の強い収縮を抑制し、瀉下作用発現時の腹痛を緩和すること、その作用にグリチルリチン酸とリクイリチンが関与していることが示された<sup>3)</sup>。甘草の成分のグリチクマリニンやリクイリチゲニンは、カルバミルコリンにより誘導される摘出マウス空腸の収縮を抑制した<sup>4,5)</sup>。

③**抗炎症・抗アレルギー作用**：甘草の水抽出物は、IgE 介在性のマウス耳介腫脹反応を抑制した<sup>6)</sup>。甘草の成分のリコカルコン A は、リポ多糖(LPS)刺激 RAW264.7 細胞からの一酸化窒素(NO)やプロスタグランジン(PG)E<sub>2</sub> の産生を抑制した。また、リコカルコン A をマウスに経口投与(1~10 mg/kg)したところ、LPS により誘導されるエンドトキシンショック死を抑制した<sup>7)</sup>。甘草の成分のグルチロール(glycyrol)は、LPS で刺激した RAW264.7 細胞からの NO の産生を抑制した。また、グルチロールをマウスに腹腔内投与(30, 100 mg/kg)したところ、カラゲニン誘発足浮腫を抑制した<sup>8)</sup>。リクイリチゲニンは、LPS で刺激した RAW264.7 細胞からの NO 産生、インターロイキン(IL)-1β と IL-6 の産生を抑制し、NF-κB の活性化阻害がその作用機序の一つであることが示された<sup>9)</sup>。グリチルリチン酸は、マウスの実験的アレルギー性喘息症状を軽減し<sup>10)</sup>、好中球からの活性酸素種(ROS)の産生を抑制した<sup>11)</sup>。18β-グリチルリチン酸(18β-glycyrrhetic acid)とリクイリチゲニンは、IgE により誘発された RBL-2H3 細胞の脱顆粒およびコンパウンド 48/80(compound 48/80)で誘発されたラット腹腔肥満細胞の脱顆粒を強く抑制し、また受動皮膚アナフィラキシー(PCA)反応を抑制した<sup>12)</sup>。

## 文献

- 1) Kamei J, et al : Eur J Pharmacol 69 : 159-163, 2003
- 2) Liu B, et al : Eur J Pharmacol 587 : 257-266, 2008
- 3) Yagi T, Yamauchi K : J Trad Med 18 : 191-196, 2001
- 4) Sato Y, et al : J Ethnopharmacol 105 : 409-413, 2006
- 5) Sato Y, et al : Biol Pharm Bull 30 : 145-149, 2007

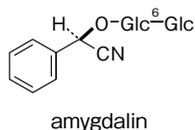
- 6) Yamamoto Y, et al : J Trad Med 20 : 102-110, 2003
- 7) Kwon HS, et al : J Mol Med 86 : 1287-1295, 2008
- 8) Shin EM, et al : Int Immunopharmacol 8 : 1524-1532, 2008
- 9) Kim YW, et al : Br J Pharmacol 154 : 165-173, 2008
- 10) Ram A, et al : Int Immunopharmacol 6 : 1468-1477, 2006
- 11) Akamatsu H, et al : Planta Med 57 : 119-121, 1991
- 12) Shin YW, et al : Planta Med 73 : 257-261, 2007

## 杏仁(キョウニン)

**【基原】**バラ科(Rosaceae)のホンアンズ *Prunus armeniaca* Linn, アンズ *Prunus armeniaca* Linné var. *ansu* Maximowicz または *Prunus sibirica* Linné の種子である。

**【主要成分】**青酸配糖体のアミグダリン(amygdalin, 主成分)および脂肪油など。

アミグダリン含量 2.0% 以上。



**【薬効薬理】**杏仁は、鎮咳・去痰を目的に麻黄湯や麻杏甘石湯などに配剤されるほか、便秘を目標に潤腸湯、麻子仁丸などの漢方処方に配合されている。漢方処方における杏仁の薬効を説明できる報告は十分とはいえないが、鎮咳作用、解熱作用、鎮痛作用に関する報告がされている。

①**呼吸器系に対する作用**：ヒスタミンによる気管支の収縮を抑制し、杏仁は麻黄の主要成分であるエフェドリンによる気管支の弛緩反応を増強することが報告されている<sup>1)</sup>。一方、麻黄配合製剤と麻黄の水製エキスはジニトロフルオロベンゼン誘発誘発3相性皮膚反応を抑制するが、杏仁は麻黄の抗アレルギー作用を減弱させるという報告がある<sup>2)</sup>。含有成分のアミグダリンは亜硫酸ガスによって誘発される咳を抑制するという<sup>3)</sup>。

②**解熱・抗炎症・鎮痛作用**：ビール酵母による発熱抑制が報告されている<sup>1,3)</sup>。杏仁にコットンペレット法による肉芽腫形成やカラゲニン足蹠浮腫に対する抑制などの抗炎症作用が報告されている。杏仁のゲル濾過法によって得られたタンパク質成分を非経口的に投与したところ、鎮痛作用や弱い抗炎症作用があったとされる<sup>4)</sup>。

**桃仁との薬効の違い**：杏仁と桃仁(モモ *Prunus persica* Batsh, *P. persica* Batsh var.  *davidiana* Maximowicz の種子, アミグダリン含量 1.2% 以上)は形状のみならず、含有成分も類似している。薬効の違いとして、杏仁では鎮咳作用、解熱作用、鎮痛作用が主として示されており、

桃仁では抗炎症作用、鎮痛作用、緩下作用、血液循環系への作用などが示されている。これらの作用の多くは共通するが、抗炎症作用、緩下作用、血液循環に関する作用は杏仁より桃仁のほうが強く、鎮咳作用は杏仁のほうが強いとされている<sup>5)</sup>。

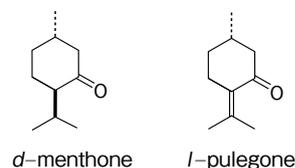
## 文献

- 1) 後藤和宏ほか：和漢医薬学雑誌 1 : 126-127, 1984
- 2) 久保道徳ほか：J Tradit Med 21 : 147-153, 2004
- 3) Miyagoshi M, et al : Planta Med 52 : 275-278, 1986
- 4) 永本典生ほか：生薬学雑誌 42 : 81-88, 1988
- 5) 鳥居塚和正：モノグラフ生薬の薬効・薬理, pp83-89, pp345-352, 医歯薬出版, 東京, 2003

## 荊芥穂〔荊芥(ケイガイ)〕

**【基原】**シソ科(Labiatae)のケイガイ *Schizonepeta tenuifolia* Briquet の花穂である。

**【主要成分】***d*-メントン(*d*-menthone, 主成分), *l*-プレゴン(*l*-pulegone), *d*-リモネン(*d*-limonene), イソプレゴン(isopulegone)などのモノテルペンおよびカリオフィレン(caryophyllene),  $\beta$ -エレメン( $\beta$ -elemene)などのセスキテルペンからなる精油, モノテルペン配糖体およびフラボン配糖体など。



**【薬効薬理】**荊芥は、消炎排膿を目的とし、皮膚科系疾患に用いる漢方処方に配剤されている。抗炎症・抗アレルギー作用に関連した報告がされている。

①**皮膚科系疾患に対する作用**：荊芥の水エキスに皮膚の保水作用および抗アレルギー作用に関与するヒアルロニダーゼ阻害作用が報告されている<sup>1)</sup>。荊芥の水エキスはラット腹腔肥満細胞を用いた実験で、抗原刺激やコンパウンド 48/80(compound 48/80)刺激によるヒスタミン遊離や TNF- $\alpha$  の遊離を抑制することが示されている<sup>2)</sup>。荊芥のメタノールエキスはサブスタンス P 誘発痒痒マウスにおいて、引っ掻き回数を減少させることが報告されている<sup>3)</sup>。

②**抗炎症作用**：荊芥の水エキスの投与により、T細胞からの Th1 および Th2 サイトカインの遊離を制御することによる免疫調整作用が報告されている<sup>4)</sup>。リポ多糖刺激によるマクロファージからの COX-2, iNOS, TNF- $\alpha$ , IL-6 の産生を抑制し、これには NF- $\kappa$ B の活性化抑制および MAP カスケードの抑制が関与する

ことが報告されている<sup>5-7)</sup>。酢酸の腹腔内投与による血管透過性亢進の抑制や抗侵害受容作用が明らかにされ、その有効成分は *d*-メントンと報告されている<sup>8)</sup>。

## 文献

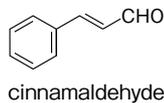
- 1) 沢辺善之ほか：薬誌 118 : 423-429, 1998
- 2) Shin TY, et al : Immunopharmacol Immunotoxicol 21 : 705-715, 2000
- 3) Tohda C, et al : Biol Pharm Bull 23 : 599-601, 2000
- 4) Hang H, et al : J Pharm Pharmacol 60 : 901-907, 2008
- 5) Hwang SL, et al : Biochem Biophys Res Commun 377 : 1253-1258, 2008
- 6) Kim SJ, et al : Am J Chin Med 36 : 1145-1158, 2008
- 7) Kang H, et al : J Pharm Pharmacol 62 : 1069-1072, 2010
- 8) 山原條二ほか：薬誌 100 : 713-717, 1980

## 桂皮(ケイヒ)

**【基原】**クスノキ科(Lauraceae)の *Cinnamomum cassia* Blume の樹皮または周皮の一部を除いたものである。

**【主要成分】**シナナム(ケイ)アルデヒド(cinnamaldehyde, 主成分), ケイヒ酸(cinnamic acid), フェニルプロピルアセテート(phenylpropyl acetate)などのフェニルプロパノイドからなる精油(1~3%), ジテルペノイド類および(-)-エピカテキン[(-)-epicatechin]とそのオリゴマーからなる縮合型タンニンなど。

精油含量 0.5 mL 以上(50.0g)。



**【薬効薬理】**桂皮は、桂枝湯や葛根湯などのように感冒に用いる漢方処方のほか、鎮痙、動悸抑制、保健強壮などを目的とした漢方処方に配合されている。また、桂皮の薬効にはシナナムアルデヒドが関与しているとされ、多様な薬理作用が報告されている<sup>1,2)</sup>。

①**解熱作用, 抗ウイルス作用**：解熱作用に関しては、水製エキスは経口投与で発熱ウサギによる解熱作用が報告されている<sup>3)</sup>。また、インフルエンザ感染マウスを用いた葛根湯の研究から、桂皮の熱水抽出物のクロロホルムおよびエタノール可溶性分画に解熱作用が認められ、葛根湯やシナミル誘導体に発熱の誘導因子であるインターロイキン-1 $\alpha$ の産生が抑制された<sup>4)</sup>(葛根湯の項を参照)。シナナムアルデヒドはインフルエンザ A/PR/8 ウイルスの増殖を抑制し、これには膜タンパク合成抑制の関与が考えられている<sup>5)</sup>。

②**抗炎症・アレルギー作用**：エキスが感作モルモット肺において抗アレルギー作用を示し<sup>6)</sup>、水製エキスの腹腔内投与で受身皮膚アナフィラキシー反応、逆皮膚アナ

フィラキシー反応やアルサス反応などの抗補体作用、経口投与で免疫複合体型腎炎のタンパク尿の抑制作用などが報告されている<sup>7,8)</sup>。

③**消化器系に対する作用**：水製エキスの抗潰瘍作用は一部シナナムアルデヒドによることが示され、シナナムアルデヒドは内因性プロスタグランジンを介した胃粘膜血流の増加や抗セロトニン作用による胃粘膜保護作用が報告されている。また、シナナムアルデヒドには、軽度の消化管運動抑制、ストレス性胃粘膜損傷の抑制、胆汁分泌促進作用などが報告されている<sup>9)</sup>。

④**血液凝固-線溶系に対する作用**：シナナムアルデヒドの70%メタノールエキスは、高バター食餌処置ラットでエンドトキシンによる肝静脈血栓症を抑制し、正常ラットでエンドトキシンによる血小板とフィブリノーゲンの減少を抑制した。シナナムアルデヒドは *in vitro* でコラーゲン、アラキドン酸、ADP 起因の血小板凝集と抗トロンビン作用を示した<sup>10,11)</sup>。

⑤**その他の作用**：シナナムアルデヒドには鎮静作用、体温降下などの中枢抑制が報告されているが<sup>12)</sup>、逆に中枢興奮作用も報告されている<sup>13)</sup>。そのほか、血圧降下、末梢血管の拡張、心収縮力の増強作用が報告されている<sup>9)</sup>。シナナムアルデヒドの十二指腸内投与または静脈内投与によって副腎からのカテコールアミンの遊離を促進した<sup>14)</sup>。

## 文献

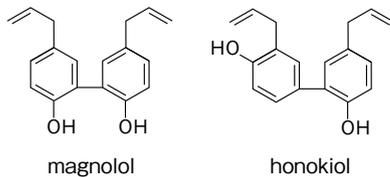
- 1) 原田正敏：現代東洋医学 3 : 31-35, 1982
- 2) 田端 守ほか：現代東洋医学 13 : 546-553, 1992
- 3) 野口 衛：生薬学雑誌 21 : 17-21, 1967
- 4) Kurokawa M, et al : Eur J Pharmacol 348 : 45-51, 1998
- 5) Hayashi K, et al : Antiviral Res 74 : 1-8, 2007
- 6) 江田昭英ほか：日本薬理学雑誌 66 : 366-378, 1970
- 7) Nagai H, et al : Jpn J Pharmacol 32 : 813-822, 1982
- 8) Nagai H, et al : Jpn J Pharmacol 32 : 823-831, 1982
- 9) Harada M, Yano S : Chem Pharm Bull 23 : 941-947, 1975
- 10) Matsuda H, et al : Chem Pharm Bull 35 : 1275-1280, 1987
- 11) Takenaga M, et al : J Pharmacobio-Dyn 10 : 201-208, 1987
- 12) 原田正敏, 尾崎幸紘：薬学雑誌 92 : 135-140, 1972
- 13) 渡辺裕司ほか：薬学雑誌 104 : 1095-1100, 1984
- 14) Harada M, et al : J Pharmacobio-Dyn 5 : 539-546, 1982

## 厚朴(コウボク)

**【基原】**モクレン科(Magnoliaceae)のホオノキ *Magnolia obovata* Thunberg (*Magnolia hypoleuca* Siebold et Zuccarini), *Magnolia officinalis* Rehder et Wilson または *Magnolia officinalis* Rehder et Wilson var. *biloba* Rehder et Wilson の樹皮である。中国産を「厚朴」とし、日本産のホオノキを「和厚朴」と称するが、日本薬局方では両者を厚朴として規定している。

**【主要成分】**マグノロール(magnolol, 主成分), ホノキオール(honokiol)などのフェニルプロパノイドおよびマグノクラリン(magnocurarine)などのアルカロイド,  $\beta$ -オイデスマール( $\beta$ -eudesmol), カリオフィレン(caryophyllene)などのセスキテルペンからなる精油。

マグノロール含量 0.8% 以上。



**【薬効薬理】**厚朴は、整腸、異常な精神状態の緩和、鎮咳・去痰を目的とした漢方処方に配合されている。主成分マグノロール、ホノキオール、 $\beta$ -オイデスマールなどに鎮吐作用、抗潰瘍作用、胃液分泌抑制作用などが報告されており、種々の消化器疾患に対する薬効に寄与しているものと推察される。また、中枢抑制作用や *in vitro* 試験での神経突起伸展作用などの研究結果は厚朴が精神神経症に応用されるのを裏づけるものと考えられる。

①**末梢性および中枢性筋弛緩作用と抗痙攣作用**：厚朴のクラーレ様筋弛緩作用には活性成分として、当初、4級アルカロイドのマグノクラリンが報告されていたが、消化管からの吸収は極めて悪く、エーテル抽出エキスとこれから単離されたマグノロール、ホノキオールにメフェネシンに類似した中枢性筋弛緩作用が報告されている<sup>3-5)</sup>。マグノロールおよびホノキオールの中枢抑制作用の一つとして、興奮性神経伝達物質のグルタミン酸に特異的に拮抗するという知見が得られている<sup>6)</sup>。また、 $\beta$ -オイデスマールにはサクシニルコリンの神経筋接合部遮断作用を増強する作用が見いだされている<sup>7,8)</sup>。

②**中枢抑制作用、鎮吐作用**：厚朴のエーテル抽出エキスに正向反射の消失に至る強い中枢抑制作用を認め、マグノロール、ホノキオールにもエキスと同様の中枢抑制作用が見いだされている<sup>3,4)</sup>。また、厚朴の鎮吐作用に関して、メタノール抽出エキスおよびクロロホルム抽出エキス、マグノロールおよびホノキオールにはカエルに催吐剤として硫酸銅を与えたとき、嘔吐に至るまでの時間を延長させる作用が報告されている<sup>9)</sup>。

③**抗胃潰瘍作用**：水浸拘束ストレス潰瘍に対して、マグノロールの腹腔内投与で抑制効果が認められ、マグノロールはストレスによる胃内出血および胃酸分泌亢進を顕著に抑制することが示されており、その作用機序にはこれまで示してきた中枢抑制作用が関与しているものと考えられている<sup>10)</sup>。半夏厚朴湯の構成生薬について、塩酸・エタノール誘発胃粘膜損傷モデルを用いた評価

が行われた。半夏厚朴湯構成生薬のうち、厚朴と蘇葉に強い抑制作用が認められ、マグノロールおよびホノキオール(100~200 mg/kg, 経口投与)に強い抑制作用が見いだされた<sup>11)</sup>。

④**抗炎症・抗アレルギー作用**：厚朴は、喘息などのアレルギーが関与していると考えられる症状にも応用される。厚朴の水抽出エキスまたはメタノール抽出エキスは、I型アレルギーの実験モデルであるラット受身皮膚アナフィラキシー反応を抑制し、IV型アレルギーの実験モデルとして知られているピクリルクロリドによる接触性皮膚炎を抑制することが報告されている<sup>12)</sup>。マグノロールはラット好塩基球白血球細胞(RBL-2H3)を用いた研究でアレルギーや炎症の重要なメディエーターであるロイコトリエン類(LTB<sub>4</sub>, LTC<sub>4</sub>)の生合成を阻害した<sup>13)</sup>。コルチコイド代謝酵素阻害作用をもつ物質の存在を推定し、11 $\beta$ -ヒドロキシステロイド還元酵素(11 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase)阻害活性を調べたところ、厚朴 35% エタノール抽出エキスおよびマグノロールに強い阻害活性が見いだされた<sup>14)</sup>。リポ多糖刺激による活性化マクロファージからの一酸化窒素や TNF- $\alpha$  生成抑制作用が報告されている<sup>15,16)</sup>。また、マグノロールおよびホノキオールはヒドロキシルラジカル消去作用や脂質過酸化抑制作用を示し、ラットにおける過酸化物質投与による肝障害を予防すると報告されている<sup>17-19)</sup>。

⑤**血管拡張作用、血小板凝集抑制作用**：厚朴は虚血性疾患や頭痛にも用いられるが、これに関連し、厚朴エキスおよびマグノロール、ホノキオールに血管内皮依存性および非依存性の血管拡張作用や血小板凝集抑制が報告されており、作用機序としてはNOの関与や脱分極時のCa<sup>2+</sup>の細胞内流入抑制が報告されている<sup>20,21)</sup>。

⑥**抗菌・殺線虫作用、抗腫瘍活性**：厚朴には、殺線虫作用および殺菌作用が報告されている<sup>22-25)</sup>。水抽出エキスおよびメタノール抽出エキスやその主要成分マグノロールおよびホノキオールに、齧食病原菌 *Streptococcus mutance* や黄色ブドウ球菌などのグラム陽性菌に対する抗菌作用が報告されている<sup>23,24)</sup>。さらに、胃潰瘍の発症や再発に *Helicobacter pylori* の関与が注目されているが、厚朴エキスおよびマグノロールには *H. pylori* に対する生育阻害活性が見いだされている<sup>25)</sup>。TPA 刺激によるEBV-EA(Epstein-Barr virus early antigen)活性化に対する抑制作用を指標とした抗発がんプロモーター作用成分の探索において、厚朴のメタノール抽出エキスおよびマグノロール、ホノキオールなどに抗発がんプロモーター作用活性が認められ、エキスおよびマグノロールに関してはマウス皮膚二段階発がんモデルにおいても有効であることが確認されている<sup>26)</sup>。また、マグノロール、

ホノキオール, オボバトール(ovobatal)は腫瘍細胞の増殖抑制, 浸潤および転移をすることが明らかにされている<sup>27-29)</sup>.

⑦**神経突起伸長作用**: 厚朴は中枢神経系に対し, 抑制作用以外にもさまざまな薬理活性が期待される. ラット胎仔由来培養神経細胞における神経突起伸長促進作用を有する NGF 類似作用物質の探索を行った結果, マグノロールやオボバトールには活性が見いだされなかったが, ホノキオールやセスキテルペン-ネオリグナン複合体のクロバンマグノロール(clovanemagnolol), カリオランマグノロール(caryolanemagnolol), オイデスオボバトール A(eudesobovatal A)には, 顕著な神経突起伸長作用およびアセチルコリン合成酵素活性の上昇作用が見いだされている<sup>30)</sup>.

## 文献

- 1) 萩生規矩夫ほか: 日薬理誌 51: 209-217, 1955
- 2) 井上邦夫: 日薬理誌 53: 797-818, 1957
- 3) Watanabe K, et al: Chem Pharm Bull 21: 1700-1708, 1973
- 4) Watanabe K, et al: Jpn J Pharmacol 25: 605-607, 1975
- 5) Watanabe K, et al: Planta Med 49: 103-108, 1983
- 6) 工藤佳久, 渡辺和夫: 和漢医薬学会誌 1: 108-109, 1984
- 7) Muroi M, et al: Jpn J Pharmacol 50: 69-71, 1989
- 8) Kimura M, et al: Biol Pharm Bull 18: 407-410, 1995
- 9) Kawai T, et al: Planta Med 60: 17-20, 1994
- 10) 渡辺和夫: 現代東洋医学 7: 54-59, 1986
- 11) Yamahara J, et al: Journal of Medical and Pharmaceutical Society for WAKAN-YAKU 4: 100-106, 1987
- 12) 江田昭英ほか: 日薬理誌 80: 31-41, 1982
- 13) Hamasaki Y, et al: Planta Med 65: 222-226, 1999
- 14) Homma M, et al: J Pharm Pharmacol 46: 305-309, 1994
- 15) Matsuda H, et al: Chem Pharm Bull 49: 716-720, 2001
- 16) Son HJ, et al: Planta Med 66: 469-471, 2000
- 17) Chiu JH, et al: Life Sci 61: 1961-1971, 1997
- 18) Haraguchi H, et al: J Pharm Pharmacol 49: 209-212, 1997
- 19) Taira J, et al: Free Radic Res Commun 19(Suppl 1): S71-S77, 1993
- 20) 山原條二ほか: 薬誌 106: 888-893, 1986
- 21) Teng CM, et al: Life Sci 47: 1153-1161, 1990
- 22) Kiuchi F, et al: Shoyakugaku Zasshi 43: 279-287, 1989
- 23) Namba T, et al: Planta Med 44: 100-106, 1982
- 24) Namba T, et al: Shoyakugaku Zasshi 36: 222-227, 1982
- 25) Bae E-A, et al: Biol Pharm Bull 21: 990-992, 1998
- 26) Konoshima T, et al: J Nat Prod 54: 816-822, 1991
- 27) Kim YK, Ryu SY: Planta Med 65: 291-292, 1999
- 28) Nagase H, et al: Planta Med 67: 705-708, 2001
- 29) Ikeda K, et al: Phytother Res 17: 933-937, 2003
- 30) 福山愛保ほか: 第 32 回天然有機化合物討論会講演要旨集, pp197-204, 1990

## 五味子(ゴミシ)

**【基原】** マツブサ科(Schisandraceae)のチョウセンゴミシ *Schisandra chinensis* Baillon の果実である.

**【主要成分】** リグナン類のシザンドリン(schizandrin),

ゴミシン A(gomishin A)などのほか, 精油成分としてセキステルベン類を含む.

**【薬効薬理】** 五味子は, 抗疲労, 滋養・強壯, 鎮咳・去痰の改善などを目的とする漢方処方に配合されているが, 抗疲労, 滋養・強壯に関する研究例は少なく, 鎮咳・去痰とそれに関連する抗アレルギー作用の研究報告が多い. また, 抽出物自体の活性の報告は少なく, 主要成分であるリグナン類に着目した研究が主である. 漢方における薬効とは直接関係ないが, 五味子に肝障害改善作用が確認されており, 活性物質としてゴミシン A をはじめとするリグナン類が同定されている<sup>1,2)</sup>.

①**抗疲労効果**: 五味子の 50% エタノール抽出物を競走馬に経口投与(48 g/head)したところ, 疾走後の心拍数が低下し, 呼吸数の増加が早期に回復した. また, 疾走後 10 分と 50 分の測定において, 血中乳酸量が有意に減少した<sup>3)</sup>.

②**鎮咳作用**: ゴミシン A をモルモットに腹腔内投与したところ, 気管支刺激による咳を抑制した. Up and down 法により算出した ED<sub>50</sub> 値は 57.2 mg/kg で, ジヒドロコデインリン酸塩やモルヒネ塩酸塩の約 1/10 の効果であった<sup>4)</sup>. ゴミシン A は, モルモット摘出気管筋のヒスタミン(10<sup>-5</sup>M)による収縮を 10<sup>-5</sup>M 以上の濃度で抑制した<sup>5)</sup>. ゴミシン A は, 卵白アルブミン感作モルモットの摘出気管筋の抗原添加による収縮を 5 × 10<sup>-5</sup> g/mL および 10<sup>-4</sup> g/mL の濃度で有意に抑制した. また, 非感作モルモットの摘出気管筋のヒスタミン, ロイコトリエン D<sub>4</sub>, 塩化カルシウムによる収縮を 10<sup>-5</sup> g/mL および 10<sup>-4</sup> g/mL の濃度で有意に抑制した. ゴミシン A の気管筋の収縮抑制作用は, ヒスタミンの遊離抑制作用と拮抗作用, およびカルシウム拮抗作用と推定されている<sup>6,7)</sup>. ゴミシン J は, モルモット摘出気管筋のヒスタミン(10<sup>-5</sup>M)による収縮を 6 × 10<sup>-6</sup> M および 2 × 10<sup>-5</sup> M の濃度で抑制した<sup>8)</sup>.

③**抗アレルギー作用**: ゴミシン A をマウスに腹腔内投与(50, 100 mg/kg)したところ, 受動皮膚アナフィラキシー(passive cutaneous anaphylaxis: PCA)(I 型反応)を用量依存的に抑制した. 同様にラット PCA 反応も用量依存的に抑制した. また, ゴミシン A をラットに腹腔内投与(100 mg/kg)したところ, 逆皮膚アナフィラキシー(reversed cutaneous anaphylaxis: RCA)(II 型反応)とアルサス反応(III 型反応)を有意に抑制した. さらに, マウスにゴミシン A を腹腔内投与(100 mg/kg)したところ, ピクリルクロリドによる接触性遅延型過敏症(IV 型反応)を有意に抑制した. *In vitro* の試験では, ゴミシン A は 5 × 10<sup>-5</sup> g/mL の濃度で, コンパウンド 48/80(compound 48/80)によるラット腹腔肥満細胞か

らのヒスタミンの遊離を有意に抑制した<sup>6,7)</sup>。五味子の主要成分の一つであるシザンドリンを経口投与(50 mg/kg)したところ、抗原-IgE複合体により誘導されるPCA反応を抑制した。また、コンパウンド48/80により誘発されるスクラッチング行動と卵白アルブミンによる血清IgE生成量を抑制した<sup>9)</sup>。そのほか、五味子抽出物およびそのリグナン成分の抗アレルギー作用に関連した数件の報告がある<sup>10-12)</sup>。

## 文献

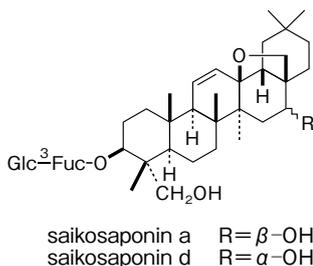
- 1) 油田正樹：現代東洋医学 6：58-64, 1985
- 2) Maeda S, et al：Jpn J Pharmacol 38：347-353, 1985
- 3) Ahumada F, et al：Phytother Res 3：175-179, 1989
- 4) 前田信也ほか：薬学雑誌 101：1030-1041, 1981
- 5) 竹田茂文ほか：応用薬理 33：229-242, 1987
- 6) 北原邦彦ほか：和漢医薬学会誌 7：322-323, 1990
- 7) Nagai H, et al：WAKAN-YAKU 7：46-53, 1990
- 8) 末川 守ほか：薬学雑誌 107：720-726, 1987
- 9) Lee B, et al：Biol Pharm Bull 30：1153-1156, 2007
- 10) Kang OH, et al：J Med Food 9：480-486, 2006
- 11) Lim H, et al：Phytother Res 23：1489-1492, 2009
- 12) Oh SY, et al：Biosci Biotechnol Biochem 74：285-291, 2010

## 柴胡(サイコ)

【基原】セリ科(Umbelliferae)のミシマサイコ *Bupleurum falcatum* Linné の根である。

【主要成分】サイコサポニン a, c, d(saikosaponin a, c, d, 主成分)などのトリテルペノイドサポニンおよびフィトステロール類。

総サポニン(サイコサポニン a およびサイコサポニン d)含量 0.35% 以上。



【薬効薬理】柴胡は、解熱鎮痛消炎薬、消炎排膿薬、健胃消化薬、精神神経用薬など見なされる漢方処方に配合されている。柴胡のこれらの作用を裏づける薬理学的研究が進められており、免疫調節作用、抗炎症・抗アレルギー作用、肝保護作用、抗潰瘍作用など多くの生物活性の報告がある。

①免疫調節作用：サイコサポニン d は、コンカナバリン A やホルボールエステル(PMA)による T 細胞の活性化を抑制することが報告されている<sup>1,2)</sup>。その作用機序として、IKK や Akt の抑制を介した NF- $\kappa$ B の転写

活性抑制や、転写因子 NF-AT および AP-1 の核内移行の抑制、さらには、プロテインキナーゼ C, JNK の活性化の抑制などが考えられている。サイコサポニン a についても、T 細胞の活性化を抑制することが報告されている<sup>3)</sup>。B 細胞に及ぼす作用は、柴胡から分画した多糖画分あるいは単離されたペクチンの多糖類ププルラン 2IIb を用いて調べられており、ププルラン 2IIb は B 細胞の増殖を促進することや、インターロイキン-6 の産生を促進することが見いだされている<sup>4,5)</sup>。さらに、マクロファージ機能に及ぼす作用も検討されており、サイコサポニン d のマウス筋肉内投与により、腹腔マクロファージの貪食能、リゾゾーム酵素活性、酵母殺活性、Fc 受容体の発現、インターロイキン-1 の産生を促進し、免疫系を調節していることが示されている<sup>6)</sup>。ププルラン 2IIb はマクロファージの Fc 受容体発現を増強させることも明らかにされている<sup>7)</sup>。このように、柴胡は少陽病の主薬として、多面的に免疫応答能を調節していると考えられる。

②抗炎症作用：柴胡から分離した粗サイコサポニンは、経口投与あるいは筋肉内投与によりコトソンペレット法による肉芽形成の抑制活性を示す<sup>8)</sup>。また、サイコサポニン a, d, およびそれらの代謝産物は、腹腔内投与あるいは経口投与により副腎皮質刺激ホルモンおよびコルチコステロン分泌促進活性を示し、抗炎症作用を示す<sup>9,10)</sup>。これらの作用は、柴胡の清熱作用、肝炎や腎炎の緩解作用の基になっていると考えられる。

③抗アレルギー作用：サイコサポニン a の静脈内投与は、受身皮膚アナフィラキシー反応と卵白アルブミンで免疫したモルモット喘息モデルにおける気管収縮を用量依存的に抑制し、抗アレルギー作用を示す<sup>11)</sup>。

④抗腎炎作用：サイコサポニン d は、アミノヌクレオチドにより誘導されるタンパク尿を筋肉内投与することにより抑制し、ネフローゼ症候におけるタンパク尿を防ぐ可能性が考えられる<sup>12)</sup>。また、サイコサポニン a および d は腹腔内投与することにより抗糸球体基底膜抗体腎炎モデルにおけるタンパク尿排泄、血清コレステロール値の上昇、組織病理学的変化を改善し、それらの作用に血小板の凝集抑制、コルチコステロン濃度の上昇、活性酸素消去酵素の減少抑制が部分的に関与していることが考えられている<sup>13)</sup>。

⑤肝保護作用：サイコサポニン d は、D-ガラクトサミンあるいは四塩化炭素により誘導される実験的肝障害を抑制する<sup>14,15)</sup>。その作用機序の一つとして、サイコサポニン d は四塩化炭素による脂質の過酸化を著しく抑制する。さらに、サイコサポニン d は四塩化炭素の持続投与により誘導される肝硬変を軽減させる。このように、

柴胡の肝保護作用はサイコサポニン d の活性に依存していると考えられる。

⑥**抗潰瘍作用**：柴胡の酸性多糖画分は塩酸-エタノール誘導胃潰瘍、水浸ストレス誘導胃潰瘍およびその他各種の実験潰瘍モデルで抗潰瘍作用を示し、ヒドロキシラジカルの消去活性が作用機序の一つとして考えられる<sup>16)</sup>。

⑦**脳機能に及ぼす作用**：柴胡メタノール抽出物は拘束ストレス誘発空間認知障害の改善作用を示し、その作用はコリン作動性神経の消失を防ぐことによることが示唆されている<sup>17)</sup>。また、柴胡メタノール抽出物は、尾懸垂法およびオープンフィールドテストにより、抗うつ様作用を示し、セロトニン神経系とノルアドレナリン神経系への関与が考えられている<sup>18)</sup>。

⑧**その他**：粗サイコサポニンの高コレステロール血症作用が報告されており、コレステロールの胆汁酸としての排泄の促進が機序の一つとして考えられている<sup>19)</sup>。また、サイコサポニン a は血小板のトロンボキサンの産生を阻害し、ADP による血小板凝集を抑制することより、循環器系の恒常性を維持する作用を有しているかもしれない<sup>20)</sup>。

## 文献

- 1) Leung CY, et al : Biochem Biophys Res Commun 338 : 1920-1927, 2005
- 2) Wong VK, et al : J Cell Biochem 107 : 303-315, 2009
- 3) Sun Y, et al : Int Immunopharmacol 9 : 978-983, 2009
- 4) Sakurai MH, et al : Immunol 97 : 540-547, 1999
- 5) Guo Y, et al : Immunopharmacol 49 : 307-316, 2000
- 6) Ushio Y, et al : Jpn J Pharmacol 56 : 167-175, 1991
- 7) Matsumoto T, et al : Int J Immunopharmacol 15 : 683-693, 1993
- 8) Yamamoto M, et al : Azrneimittelforschung 25 : 1021-1023, 1975
- 9) Hiiai S, et al : Chem Pharm Bull 29 : 495-499, 1981
- 10) Nose M, et al : Chem Pharm Bull 37 : 2736-2740, 1989
- 11) Park KH, et al : Phytother Res 16 : 359-363, 2002
- 12) Abe H, et al : Eur J Pharmacol 120 : 171-178, 1986
- 13) Hattori T, et al : Nippon Yakurigaku Zasshi 97 : 13-21, 1991
- 14) Abe H, et al : Planta Med 40 : 366-372, 1980
- 15) Abe H, et al : Naunyn Schmiedeberg Arch Pharmacol 320 : 266-271, 1982
- 16) Sun XB, et al : J Pharm Pharmacol 43 : 699-704, 1991
- 17) Lee B, et al : Biol Pharm Bull 32 : 1392-1398, 2009
- 18) Kwon S, et al : Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 34 : 265-270, 2010
- 19) Yamamoto M, et al : Arzneimittelforschung 25 : 1240-1243, 1975
- 20) Chang WC, et al : Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 44 : 51-56, 1991

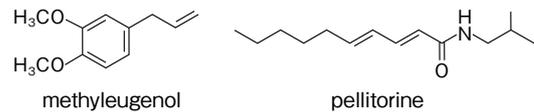
## 細辛(サイシン)

**【基原】**ウマノスズクサ科(Aristolochiaceae)のウスバサイシン *Asiasarum sieboldii* F. Maekawa またはケイリンサイシン *Asiasarum heterotropoides* F. Maekawa var.

*mandshuricum* F. Maekawa の根および根茎である。地上部を含まない。

**【主要成分】**メチルオイゲノール(methyleugenol, 主成分)などのフェニルプロパノイド、リグナン、テルペノイドおよび辛味成分としてペリトリン(pellitorine)などの酸アミド類。

精油含量 0.6 mL 以上(30.0 g)。



**【薬効薬理】**細辛は、鎮咳・去痰、鎮痛、解熱などを目的とした漢方処方に配合されている。抗アレルギー作用や鎮痛作用などに関する研究報告がされている。

①**抗アレルギー作用**：50% メタノールエキスは経口投与でラット受身皮膚アナフィラキシーを抑制し<sup>1)</sup>、水製あるいはエタノールエキスに抗ヒスタミン作用<sup>2,3)</sup>、アセトンエキスおよびエレメシン(elemicine)に Schultz-Dale 反応抑制による抗アレルギー作用が認められた<sup>4)</sup>。また、メタノールエキスおよびメチルオイゲノール、エレメシンなどはラット受身皮膚アナフィラキシーを抑制し、エレメシン、[2E, 4E, 8Z, 10E]-N-イソブチル-2, 4, 8, 10-ドデカトラテトラエナミド([2E, 4E, 8Z, 10E]-N-isobutyl-2, 4, 8, 10-dodecatetraenamamide)は5-リポキシナーゼを阻害することが示されている<sup>5)</sup>。また、マウスでのIgE抗体の産生を抑制することが報告されている<sup>6)</sup>。

②**鎮痛作用**：水製エキスおよびメチルオイゲノールはホルマリンによって誘発される侵害受容行動の第2相を抑制し、この作用はGABA<sub>A</sub>受容体を刺激することにより、N-メチル-D-アスパラギン酸(NMDA)受容体を介した痛覚過敏を抑制するためと推測されている<sup>7,8)</sup>。

③**その他の作用**：含有リグナン類に発がんプロモーションを抑制することが報告されている<sup>9)</sup>。

## 文献

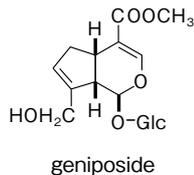
- 1) 江田昭英ほか：日本薬理学雑誌 80 : 31-41, 1982
- 2) 江田昭英ほか：日本薬理学雑誌 66 : 366-378, 1970
- 3) 糸川秀治ほか：生薬学雑誌 37 : 223-228, 1983
- 4) Yamahara J, et al : 和漢医薬学雑誌 3 : 153-158, 1986
- 5) Hashimoto K, et al : Planta Med 60 : 124-128, 1994
- 6) Kim HM, Moon YS : Immunopharmacol Immunotoxicol 21 : 469-491, 1999
- 7) Suzuki Y, et al : J Ethnopharmacol 123 : 128-133, 2009
- 8) Yano S, et al : Eur J Pharmacol 553 : 99-103, 2006
- 9) Takasaki M, et al : Biol Pharm Bull 20 : 776-780, 1997

### 山梔子(サンシシ)

【**基原**】アカネ科(Rubiaceae)のクチナシ *Gardenia jasminoides* Ellis の果実である。

【**主要成分**】ゲニポシド(geniposide, 主成分), ガルデノシド(gardenoside)などのイリドイド配糖体およびクロシン(crocin), クロセチン(crocetin)などのカロテノイド系色素。

ゲニポシド含量 3.0% 以上。



【**薬効薬理**】山梔子は、利胆、消炎、解熱、鎮静、止血作用などを目的として、茵陳蒿湯や黄連解毒湯などの漢方処方に配合されている。薬理作用に関しては、利胆作用や抗炎症作用を中心に、山梔子抽出物のほか、山梔子に含まれるイリドイド配糖体のゲニポシドとそのアグリコンであるゲニピン(genipin), カロテノイドのクロシンやクロセチンを用いた研究が幅広く行われている。

①**利胆作用**：水抽出物およびアルコール抽出物をウサギに静脈内投与(それぞれ 1.0 g/kg)したところ、胆汁分泌量が増加した<sup>1)</sup>。メタノール抽出物をラットに十二指腸内投与(15 g/kg)したところ、胆汁分泌量が増加した<sup>2)</sup>。ゲニポシドをラットに十二指腸内投与(2.0 g/kg)したところ、投与後 2 時間より有意な胆汁分泌促進作用を認めた。また、ゲニピンをラットに静脈内投与(25 mg/kg), 十二指腸内投与(25 mg/kg)および門脈内投与(25 mg/kg)したところ、有意に胆汁分泌量が増加した。ゲニピンをラットに経口投与(25 mg/kg)したところ、同用量のデヒドロコール酸より強くかつ持続性の胆汁分泌促進作用が認められた。山梔子の利胆作用はゲニポシドを消化管内に投与したとき、加水分解を受けて生成したゲニピンによるものと考えられる<sup>3-5)</sup>。クロシンとクロセチンをウサギに静脈内投与(クロシン 0.1 g/kg, クロセチン 0.01 g/kg)したところ、胆汁分泌が促進した<sup>6)</sup>(茵陳蒿および茵陳蒿湯の項を参照)。

②**抗炎症作用**：水抽出物をマウスに 7 日間経口投与(0.1 g/kg, 1 g/kg)した後、セルレインにより急性膵臓炎を発症させたところ、対照群と比較して有意に炎症が抑制された<sup>7)</sup>。クロシンをマウスに経口投与(25 mg/kg, 50 mg/kg, 100 mg/kg)したところ、キシレン誘発耳浮腫を用量依存的に抑制した。また、クロシンをラットに経口投与(25 mg/kg, 50 mg/kg)したところ、カ

ラゲニン誘発足浮腫を用量依存的に抑制した<sup>8)</sup>。ゲニピンをラットに経口投与(50 mg/kg, 100 mg/kg)したところ、塩酸・エタノールにより誘発した胃炎を陽性対照のシメチジンより強く抑制した<sup>9)</sup>。

③**鎮静作用**：ゲニポシドとゲニピンをストレス刺激負荷マウスに経口投与(それぞれ 50 mg/kg)したところ、ともに学習行動の低下を予防した<sup>10)</sup>。

④**血圧降下作用**：メタノール抽出物は、ウサギ肺由来アンジオテンシン変換酵素を阻害した<sup>11)</sup>。

### 文献

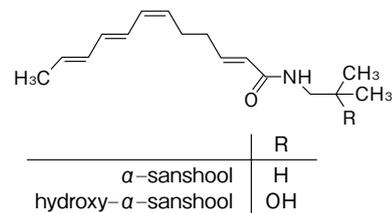
- 1) Miwa T: Jpn J Pharmacol 2: 102-108, 1953
- 2) 三浦雅美ほか: 薬学雑誌 107: 992-1000, 1987
- 3) 原田正敏ほか: 薬学雑誌 94: 157-162, 1974
- 4) 油田正樹ほか: 薬学雑誌 96: 147-153, 1976
- 5) Aburada M, et al: J Pharmacobio-Dyn 1: 81-88, 1978
- 6) Miwa T: Jpn J Pharmacol 4: 69-81, 1954
- 7) Jung WS, et al: World J Gastroenterol 14: 6188-6194, 2008
- 8) Xu GL, et al: J Agric Food Chem 57: 8325-8330, 2009
- 9) Lee JH, et al: Food Chem Toxicol 47: 1127-1131, 2009
- 10) 今井孝司ほか: 薬学雑誌 108: 572-585, 1988
- 11) 有澤宗久ほか: 生薬学雑誌 39: 246-249, 1985

### 山椒(サンショウ)

【**基原**】ミカン科(Rutaceae)のサンショウ *Zanthoxylum piperitum* De Candolle の成熟した果皮で、果皮から分離した種子をできるだけ除いたものである。

【**主要成分**】シトロネラール(citronellal), リモネン(limonene),  $\beta$ -フェランドレン( $\beta$ -phellandrene), ゲラニオール(geraniol)などのモノテルペンからなる精油(2~4%)および $\alpha$ -サンショオール( $\alpha$ -sanshool, 主成分), ヒドロキシ- $\alpha$ -サンショオール(hydroxy- $\alpha$ -sanshool)などの辛味性酸アミドなど。

精油含量 1.0 mL 以上(30.0 g)。



【**薬効薬理**】山椒は、皮膚や粘膜に刺激作用があり、また血液の停滞を改善して内臓の冷えを温め、内臓痛を緩和する作用を有する。

①**知覚神経刺激作用**：山椒には局所知覚麻痺作用があり、これはサンショオール類によることが明らかにされている。ヒドロキシサンショオールは培養細胞においてバニロイド受容体 TRPV1 および低温で活性化する冷感受性

受容体 TRPA1 を刺激することが見いだされた<sup>1,2)</sup>。この TRPA1 の活性化が山椒の辛味のピリピリとした感覚を引き起こし局所麻酔作用に至ると考えられている。

②消化管運動亢進作用：摘出小腸標本における平滑筋収縮実験において、山椒エキスは一過性の収縮作用を示した<sup>3)</sup>。また、ヒドロキシサンショオールにおいても同様の作用が観察された。これらの一過性収縮は、山椒エキスあるいはヒドロキシサンショオールがバニロイド受容体 TRPV1 を刺激し神経終末からアセチルコリンやサブスタンス P を遊離させることによって惹起されると示唆されている<sup>4)</sup>。また、エキスの投与後はコリン作動性収縮が増大することも報告されている。ラット術後腸炎モデルにおいて、エキスは腸炎により低下した蠕動運動を改善した。この消化管運動改善作用には内因性アセチルコリンとセロトニン 5-HT<sub>4</sub> 受容体の関与が示唆されている<sup>5)</sup>。これらの作用が山椒の消化管運動促進作用に寄与していると考えられる。一方、ラット胸部大動脈標本においては、エキスは血管内皮より一酸化窒素 (NO) を遊離させることにより、血管平滑筋を弛緩させることが見いだされている<sup>6)</sup>。

③消化管傷害治癒作用：山椒エキスは、ラットエタノール誘起胃損傷モデル、インドメタシン誘起胃損傷モデルにおいて消化管粘膜保護作用を示すことが報告された。したがって、山椒は胃および十二指腸粘膜保護薬として、また、胃酸過多により引き起こされる消化性潰瘍の予防・治療薬として使用することができる。投与量が成人 1 日あたり 10~3,000 mg の範囲内であれば、優れた消化管粘膜保護作用を示す<sup>7)</sup>。また、ラット術後腸閉塞モデルにおいて、エキスおよびヒドロキシサンショオールは、バニロイド受容体 TRPV1 の活性化を一部介して腸の癒着を抑制することも見いだされている<sup>8)</sup>。

## 文献

- 1) Koo JY, et al : Eur J Neurosci 26 : 1139-1147, 2007
- 2) Riera CE, et al : Br J Pharmacol 157 : 1398-1409, 2009
- 3) Hayakawa T, et al : J Smooth Muscle Res 35 : 55-62, 1999
- 4) Satoh K, et al : Jpn J Pharmacol 86 : 32-37, 2001
- 5) Tokita Y, et al : J Pharmacol Sci 104 : 303-310, 2007
- 6) Li X, et al : J Ethnopharmacol 129 : 197-202, 2010
- 7) 興和株式会社 : 特開 2007-291008, 2007
- 8) Tokita et al : J Pharmacol Sci 115 : 75-83, 2011

## 地黄(ジオウ)

【基原】ゴマノハグサ科 (Scrophulariaceae) のアカヤジオウ *Rehmannia glutinosa* Liboschitz var. *purpurea* Makino または *Rehmannia glutinosa* Liboschitz の根、またはそれを蒸したもの。生の根を「生(鮮)地黄」、乾燥根を「乾

地黄」<sup>ジウ</sup>、蒸すなどの修治をしたものを「熟地黄」<sup>ジュクジウ</sup>と称する。

【主要成分】カタルポール(catalpol)などのイリドイド配糖体およびオリゴ糖、多糖類。乾地黄から得られるイリドイドやイリドイド配糖体は、熟地黄では消失または含量が著しく減少していることが報告されている<sup>1,2)</sup>。

【薬効薬理】鮮地黄、乾地黄は泌尿器系疾患用薬、皮膚疾患用薬、熟地黄は血液系疾患薬、強壯薬とされる漢方処方に配合されている。これらの薬効は薬理学的研究により、比較的良好に説明されている。しかし、修治による薬効の違いに関する研究は進んでいない。

①微小循環改善作用：熟地黄の 50% エタノール抽出エキスの経口投与は、関節炎などの慢性炎症モデルにおける線溶活性、赤血球の変形能、赤血球数の減少を抑制し、末梢微小循環の障害を抑制した<sup>3)</sup>。本活性は、熟地黄の補血作用を実験的に示したものと考えられる。

②抗アレルギー作用：熟地黄水エキスは、コンパウンド 48/80(compound 48/80)や抗 dinitrophenyl-IgE 抗体で誘発される皮膚炎を抑制し、作用機序として肥満細胞からのヒスタミンの遊離抑制や TNF- $\alpha$  産生の抑制が報告されている<sup>4)</sup>。また、乾地黄抽出物をアトピー性皮膚炎モデル NC/Nga マウスの耳介へ直接塗布することにより、耳介浮腫を抑制し、血清ヒスタミン値、炎症細胞の浸潤、炎症性サイトカインの発現を抑制した<sup>5)</sup>。これらの皮膚疾患の抑制効果は、地黄の補血作用の結果を表していると考えられる。

③抗炎症・抗糖尿病作用：地黄水エキスは糖尿病足潰瘍モデルラットに対して、組織の再生、血管新生、炎症の抑制を介して足潰瘍を抑制した<sup>6)</sup>。また、ストレプトゾトシン誘発糖尿病ラットにおいて、地黄のエタノールエキスは血漿 C 反応性タンパク質の濃度は減少させたが、血糖の減少作用は観察されなかった<sup>7)</sup>。ただし、地黄の主成分カタルポールや多糖類に血糖降下作用が報告されている<sup>8)</sup>。糖尿病に伴う炎症を清熱作用で抑制し、糖尿病にみられる消渴を滋陰作用で改善する効能を地黄もっていると考えられる。

④腎障害抑制作用：熟地黄水エキスの経口投与は、虚血再灌流による急性腎障害を改善する。虚血再灌流誘発急性腎障害においてアクアポリン 2 の発現低下が多尿症を誘発するが、熟地黄水エキスはアクアポリン 2 の発現を回復する<sup>9)</sup>。また、熟地黄水エキスは 5/6 腎摘出術により誘導される腎障害も抑制することが報告されている<sup>10)</sup>。これらの事実は、熟地黄が腎虚に用いられることを裏づけている。さらに、腎摘出後にストレプトゾトシンを投与した糖尿病性腎症モデルにおいて、乾地黄エキスは腎障害の改善効果を示した<sup>11)</sup>。

⑤骨代謝改善作用：熟地黄水エキスは、骨芽細胞の活性

化と増殖促進作用と破骨細胞の産生抑制作用を示し、骨粗鬆症モデル動物における骨量の減少を予防する活性が報告されており、腎虚に用いる熟地黄の骨への作用が証明されている<sup>12)</sup>。

⑥**神経保護作用**：地黄エタノールエキスおよびカタールポールはアストロサイトより神経膠細胞由来神経栄養因子を誘導すること<sup>13, 14)</sup>、さらに、カタールポールは虚血再灌流、リポ多糖、アミロイド-βなどによる神経障害を抑制し、虚血再灌流やD-ガラクトースによる学習記憶能の低下を予防する作用がある<sup>15, 16)</sup>。腎は、身体や知能の生長発育および維持を主っており、神経保護作用も地黄による補腎作用の一つと考えられる。

## 文献

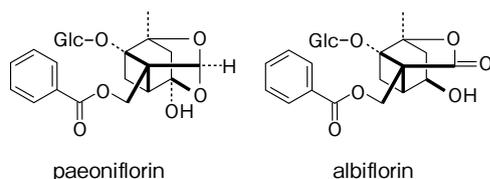
- 1) 北川 勲, 吉川雅之: 代謝 29(臨時増刊号): 86-98, 1992
- 2) 北川 勲ほか: 薬学雑誌 115: 12, 992-1003, 1995
- 3) Kubo M, et al: Biol Pharm Bull 17: 1282-1286, 1994
- 4) Kim H, et al: Int J Immunopharmacol 20: 231-240, 1998
- 5) Sung YY, et al: J Ethnopharmacol, in press(available online 22 Dec. 2010)
- 6) Lau TW, et al: J Ethnopharmacol 123: 155-162, 2009
- 7) Waisundara VY, et al: Am J Clin Med 36: 1083-1104, 2008
- 8) Huang WJ, et al: J Nat Prod 73: 1170-1172, 2010
- 9) Kang DG, et al: Biol Pharm Bull 28: 1662-1667, 2005
- 10) Lee BC, et al: J Ethnopharmacol 122: 131-135, 2009
- 11) Yokozawa T, et al: Am J Clin Med 32: 829-839, 2004
- 12) Oh KO, et al: Clin Chim Acta 334: 185-195, 2003
- 13) Yu H, et al: Pharmacol Res 54: 39-45, 2006
- 14) Xu G, et al: Neurosci 167: 174-184, 2010
- 15) Li DQ, et al: Toxicol 46: 845-851, 2005
- 16) Zhang XL, et al: Food Chem Toxicol 46: 2888-2894, 2008

## 芍薬(シャクヤク)

**【基原】** ボタン科(Paeoniaceae)のシャクヤク *Paeonia lactiflora* Pallas の根である。

**【主要成分】** ペオニフロリン(paeoniflorin, 主成分)とアルピフロリン(albiflorin)などの変形モノテルペン配糖体, 安息香酸およびガロタンニン。

ペオニフロリン含量 2.0% 以上。



**【薬効薬理】** 芍薬は、鎮痛鎮痙薬、婦人薬、冷え症用薬、皮膚疾患用薬、消炎排膿薬とされる漢方処方に配合されている。薬理学的研究を通して、鎮痛・鎮痙および鎮静、

抗炎症作用や循環器系への作用が報告されている。血を補い、肝機能を調え、胃部の緊張を緩め止痛し、収斂作用により汗を止める(白芍)、あるいは瘀血を改善し、肝機能を改善し、腫れ、充血、出血、痛みを止める(赤芍)とする芍薬の効能が部分的ではあるが証明されている。

①**抗炎症作用**：ペオニフロリンおよびペオノール(paeonol)は虚血再灌流障害ラットにおいて脳梗塞と神経障害を抑制し、炎症性サイトカインの産生抑制などの抗炎症活性が関与することが報告されている<sup>1, 2)</sup>。総モノテルペン配糖体はコラーゲン誘発関節炎やアジュバンド関節炎ラットにおいて、炎症性サイトカインの産生を抑制する作用を示し、関節の腫脹、重症度を軽減させる<sup>3, 4)</sup>。また、ペオニフロリンはリポ多糖単独、あるいはPCGとリポ多糖により誘導される肝障害を抑制する<sup>5, 6)</sup>。このように、ペオニフロリン、ペオノールの抗炎症作用は多く報告されているが、芍薬含有タンニンにも、マクロファージ、肥満細胞、内皮細胞における炎症性反応を抑制する活性が証明されている<sup>7-9)</sup>。また、ペオニフロリン、ペオノールは受動皮膚アナフィラキシー反応および痒痒行動を強力に抑制する抗アレルギー作用も有する<sup>10)</sup>。

②**鎮痛・鎮痙作用**：ペオニフロリンは酢酸ライジング反応を抑制するほか、蜂毒による痛みおよび過敏症のモデルにおいても鎮痛作用を示し、その作用はナロキソンで阻害されることより、オピオイド受容体を介したものであると考えられている<sup>10, 11)</sup>。また、ペオニフロリンは結腸直腸の膨張によって引き起こされる内臓痛に対しても有効であり、アデノシン A1 受容体を介した作用と考えられている<sup>12)</sup>。芍薬甘草湯の筋弛緩作用は、芍薬のペオニフロリンと甘草のグリチルリチンのブレンド効果による脱分極性遮断作用によることが報告されている。それぞれ成分単独では筋弛緩作用は弱いですが、芍薬甘草湯に含まれる割合でブレンドすると効果が強く現れるという<sup>13)</sup>(芍薬甘草湯の項を参照)。

③**循環器系への作用**：芍薬抽出物はラット大動脈に対して内皮依存的な血管弛緩作用を示し、活性成分はガロタンニンであった<sup>14)</sup>。ペオニフロリンは、グアネチジンが誘導する低血圧をアデノシン A1 受容体を介して改善する<sup>15)</sup>。ペオノールやペオニフロリンなどは血小板凝集阻害活性、血液凝固阻害活性を示し、血液循環を改善すると考えられる<sup>16)</sup>。これからの作用が芍薬の駆瘀血作用の基礎になっていると考えられる。

④**代謝に及ぼす作用**：骨吸収の阻害作用、あるいは骨形成の促進作用を示す成分も同定されている<sup>17, 18)</sup>。



大建中湯は術後のイレウスに有効とされ、実験的にも消化管運動の促進や腸管血流増加作用が明らかにされている。消化管運動にはセロトニン受容体(5-HT<sub>3</sub>および5-HT<sub>4</sub>)を介したアセチルコリンの遊離が関与しているとされ<sup>14)</sup>、血流改善には知覚神経終末における TRPV1 刺激によるカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)や腸管粘膜上皮細胞における TRPA1 刺激によるアドレノメジュリンの遊離、およびそれら受容体関連遺伝子の動員によることが明らかとなっている<sup>15, 16)</sup>。大建中湯の構成生薬のうち、乾姜に含まれる 6-シヨウガオールには TRPV1 刺激のみならず TRPA1 刺激が、山椒に含まれるヒドロキシ- $\alpha$ -サンショオール(hydroxy- $\alpha$ -sanshool)に TRPA1 刺激作用が明らかとなっている<sup>17)</sup>。

②**解熱・鎮痛・抗炎症作用**：エキス、6-ギンゲロールおよび 6-シヨウガオールは解熱作用、鎮痛作用、抗炎症作用を示すが、その作用メカニズムにプロスタグランジン合成阻害作用が関与しているとされている。抗アレルギー作用に関しては、6-ギンゲロールおよび 6-シヨウガオールは 5-リボキシゲナーゼ活性を強く阻害することが報告されている<sup>1, 2, 18)</sup>。6-シヨウガオールは受身皮膚アナフィラキシー反応を抑制し、ラット腹腔肥満細胞を用いた実験においてコンパウンド 48/80(compound 48/80)やカルシウムイオノフォア A23187 刺激によるヒスタミン遊離を抑制することが報告されている<sup>12)</sup>。

③**その他の作用**：エキス、ギンゲロール類およびシヨウガオール類は気管支平滑筋収縮作用および摘出心房収縮力の増大作用を示し、特に 6-シヨウガオールに強い活性が見いだされている<sup>12, 13, 19, 20)</sup>。また、ヒトでの辛味作用の強さは 6-シヨウガオール、6-ジンジャージオン(6-gingerdione)、6-ギンゲロールの順であり、6-ギンゲスルホン酸は最も弱い辛味性を示すことが報告されている<sup>10)</sup>。

## 文献

- 1) 油田正樹：現代東洋医学 8 : 45-50, 1987
- 2) 木村郁子, 木村正康：現代東洋医学 14 : 569-576, 1993
- 3) 吉川雅之ほか：薬学雑誌 113 : 307-315, 1993
- 4) 吉川雅之ほか：薬学雑誌 113 : 712-717, 1993
- 5) 黄 啓榮ほか：薬学雑誌 110 : 936-942, 1990
- 6) Huang QR, et al : Chem Pharm Bull 39 : 397-399, 1991
- 7) Yamahara J, et al : J Ethnopharmacol 23 : 299-304, 1988
- 8) 山原條二ほか：薬学雑誌 112 : 645-655, 1992
- 9) Yoshikawa M, et al : Chem Pharm Bull 40 : 2239-2241, 1992
- 10) Yoshikawa M, et al : Chem Pharm Bull 42 : 1226-1230, 1994
- 11) Yamahara J, et al : Chem Pharm Bull 38 : 430-431, 1990
- 12) 山原條二ほか：Natural Medicines 49 : 76-83, 1995

- 13) 末川 守ほか：日薬理誌 88 : 339-345, 1986
- 14) Fukuda H, et al : J Surg Res 131 : 290-295, 2006
- 15) 河野 透：日薬理誌(Folia Pharmacol Jpn) 137 : 13-17, 2011
- 16) Mochiki E, et al : Surg Today 40 : 1105-1111, 2010
- 17) Riera CE, et al : Br J Pharmacol 157 : 1398-1409, 2009
- 18) Kiuchi F, et al : Chem Pharm Bull 40 : 387-391, 1992
- 19) Shoji N, et al : J Pharm Sci 71 : 1174-1175, 1982
- 20) Kobayashi M : J Pharmacol Exp Ther 246 : 667-673, 1988

## 石膏(セッコウ)

**【基原・成分】**天然の含水硫酸カルシウムで、組成はほぼ CaSO<sub>4</sub>·2H<sub>2</sub>O である。

**【薬効薬理】**石膏は、熱を下げて煩燥感を伴うような口渴の改善を目的とする漢方薬に配合されているが、これを裏づける研究報告は少ない。

①**止渴作用**：絶水させたラット、発熱ラット、利尿剤による脱水ラットおよび食塩投与による実験的渇水ラットにおいては、石膏水(煎液の濾過液)投与群で飲水量の減少が認められた<sup>1, 2)</sup>。

②**その他の作用**：石膏中カルシウムの腸管からの吸収率は、硫酸カルシウム、塩化カルシウムなどよりも大であった<sup>3)</sup>。白虎加人参湯は抗 DNP IgE 抗体で感作したマウス 3 相性皮膚反応を抑制した。石膏、甘草または梗米を抜いた処方では効果の減弱が認められ、石膏にはこの作用は認められなかった<sup>4)</sup>。石膏は麻黄に含まれるエフェドリンの湯液中への溶出を高めることが報告されている<sup>5)</sup>。

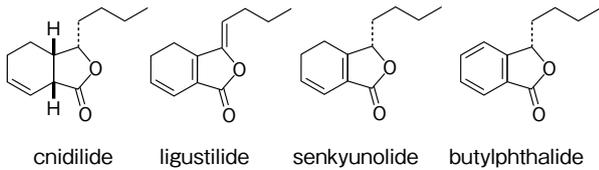
## 文献

- 1) 伊藤忠信：日本東洋医学会誌 23 : 141-147, 1972
- 2) 伊藤忠信：日本東洋医学会誌 24 : 215-224, 1973
- 3) 伊藤忠信：日本東洋医学会誌 25 : 49-55, 1974
- 4) Tatsumi Y, et al : Biol Pharm Bull 24 : 284-290, 2001
- 5) Okumura N : J Pharm Biomed Anal 20 : 363-372, 1999

## 川芎(センキュウ)

**【基原】**セリ科(Umbelliferae)のセンキュウ *Cnidium officinale* Makino の根茎を、通例、湯通ししたものである。

**【主要成分】**クニジリド(cnidilide)、リグスチリド(ligustilide)、センキュノリド(senkyunolide)、ブチルフタリド(butylphthalide)などのフタリド(主成分)からなる精油(1~2%)。



**【薬効薬理】**川芎は、諸種の疼痛、月経痛、月経不順、打撲損傷、四肢の痺れ、さらに、風邪による頭痛、関節痛などを治すとされ、婦人薬、冷え症用薬、皮膚疾患用薬、消炎排膿薬とされる漢方処方に配合されている。しかし、それらの薬効を説明できる薬理学的研究は十分ではない。

①**抗炎症作用**：川芎の酢酸エチル抽出物およびファルカリンジオール(falcarindiol)はリポ多糖刺激したマイクログリア細胞株からの一酸化窒素の産生を抑制する<sup>1,2)</sup>。川芎は高グルコース濃度下において細胞外マトリックスタンパクの蓄積を抑制するとともに腫瘍増殖因子(TGF)- $\beta$ 1の産生を抑制することにより糸球体メサンギウム細胞の増殖を阻害し、糸球体腎炎の発症と進行を抑制する可能性が考えられた<sup>3)</sup>。

②**免疫調節作用**：川芎のグルカン、ヘテログルカン、酸性多糖には、カーボンクリアランステストで細網内皮系の顕著な活性化作用と抗補体活性が報告されている<sup>4-6)</sup>。川芎エタノールエキスはインターフェロン- $\gamma$ と腫瘍壊死因子(TNF- $\alpha$ )により誘導される甲状腺細胞の破壊を阻害することより、甲状腺の自己免疫疾患の治療への可能性が考えられている<sup>7)</sup>。

③**脳保護作用**：川芎水抽出物およびその成分であるフェルラ酸はERストレスによる神経細胞死を抑制し、アルツハイマー症などへの応用が考えられている<sup>8)</sup>。

## 文献

- 1) Kim JM, et al : J Pharm Sci 92 : 74-78, 2003
- 2) Kim JM, et al : Neuroreport 14 : 1941-1944, 2003
- 3) Jeong SI, et al : Phytomed 12 : 648-655, 2005
- 4) Tomoda M, et al : Chem Pharm Bull 42 : 630-633, 1994
- 5) Tomoda M, et al : Biol Pharm Bull 17 : 973-976, 1994
- 6) Tomoda M, et al : Chem Pharm Bull 40 : 3025-3029, 1992
- 7) Shon YH, et al : Biol Pharm Bull 27 : 371-374, 2004
- 8) Hiratsuka T, et al : PLoS One 5 : e13280, 2010

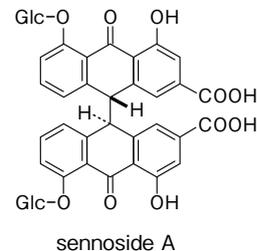
## 大黃(ダイオウ)

**【基原】**タデ科(Polygonaceae)の *Rheum palmatum* Linné, *Rheum tanguticum* Maximowicz, *Rheum officinale* Baillon, *Rheum coreanum* Nakai またはそれらの種間雑種の、通例、根茎である。

**【主要成分】**センノシド A, B(sennoside A, B, 主成分)

などのジ(ビス)アントロン配糖体、レイノシド(rheinoside)などのアントロン配糖体、レイン(rhein), アロエエモジン(aloe-emodin), クリソファノール(chryso-phenol)などのアントラキノン類とこれらの配糖体、縮合型および加水分解性タンニンなど。

センノシド A 含量 0.25% 以上。



**【薬効薬理】**大黃は、便秘やそれに伴う諸症状の改善のみならず、駆瘀血作用を目的に漢方処方に配合されている。瀉下作用は産地や名称(錦紋大黃, 雅黄など)と関係がなくセンノシド類の含量によるものであり、腸内細菌によって活性体となり、作用を示す。センノシド類の瀉下作用や駆瘀血作用に関連した抗炎症作用や血液凝固抑制作用などのほか、腎疾患に関する研究報告がなされている。また、茵陳蒿, 山梔子と同様に黄疸の治療に用いられる漢方処方に配合されているが、これに関する研究例は少ない。

①**瀉下作用**：その水製およびエタノールエキスはマウスへの経口投与で瀉下作用を示す。その主薬効成分はセンノシド A, B, C, D, E, F などである<sup>1-5)</sup>。また、センノシド A, B は腸内細菌により代謝され、瀉下活性本体のレインアントロン(rhein anthrone)に変換される<sup>6)</sup>。マウスにおけるレインアントロンの作用発現にはプロスタグランジン E<sub>2</sub> が関与していると報告されている<sup>7,8)</sup>。なお遊離型アントラキノンのレイン, エモジン(emodin), アロエエモジン, クリソファノール, フィスシオン(phycion)には、ほとんど瀉下作用は認められないと報告されている<sup>9,10)</sup>。ラットを用いた瀉下作用に関する研究で甘草は大黃の瀉下効果を増強するとの報告がある<sup>11)</sup>。

②**抗炎症作用・肝保護作用**：リンドレイン(lindleyin)はアスピリンやフェニルブタゾンと同程度の鎮痛・抗炎症作用を示すとされる<sup>12)</sup>。エモジン, クリソファノールは四塩化炭素誘発肝障害における血清トランスアミナーゼ(GPT)の上昇を抑制することが報告されている<sup>13)</sup>。

③**血液凝固抑制作用**：煎液は *in vitro* では抗トロンビン作用, 抗線溶作用, 血小板凝集抑制作用を示し<sup>14,15)</sup>、ラットにおけるエンドトキシン誘発血管内凝固(DIC)を抑制することが示されている<sup>16)</sup>。

④**血中窒素尿素(BUN)低下作用**：実験的腎不全ラット

において、血中尿素窒素(BUN)、クレアチニン、門脈血中アンモニア、肝腎組織中の尿素量の低下作用があり、その活性本体としてタンニン物質であるラータニン(rhatannin)が報告されている<sup>17-29)</sup>。

⑤**その他の作用**：ラットの自発運動を抑制し、メタンフェタミンによる自発運動増加に拮抗することなどが報告されているが<sup>30)</sup>、大黃甘草湯の臨床報告では、その向精神作用は弱く、臨床上問題にならないとも報告されている<sup>31)</sup>。抗菌作用<sup>32-34)</sup>、ヘルペスウイルスに対する抗ウイルス作用<sup>35)</sup>、パーオキシナイトライト(ONOO<sup>-</sup>)消去活性やキサンチンオキシダーゼ阻害によるO<sub>2</sub><sup>-</sup>消去活性<sup>36)</sup>、AGE(advanced glycation end-product)生成抑制作用などが報告されている<sup>37)</sup>。

**類似生薬**：カラダイオウ *R. undulatum* を基原とする大黃の研究において、血小板凝集抑制、IおよびIV型アレルギーの抑制、マクロファージの活性化抑制、抗酸化作用、血管拡張作用などが報告され、有効成分としてスチルベン類が報告されている<sup>38-45)</sup>。各種大黃のなかでもラポンチシン(rhaponticin)を含むラポンチカ(Rhapontica)節系の大黃は劣品扱いされてきたが、駆瘀血作用を期待するときはスチルベン化合物を多く含む大黃を用いることにより、期待した効果を上げることができるとの意見がある<sup>39, 42)</sup>。

## 文献

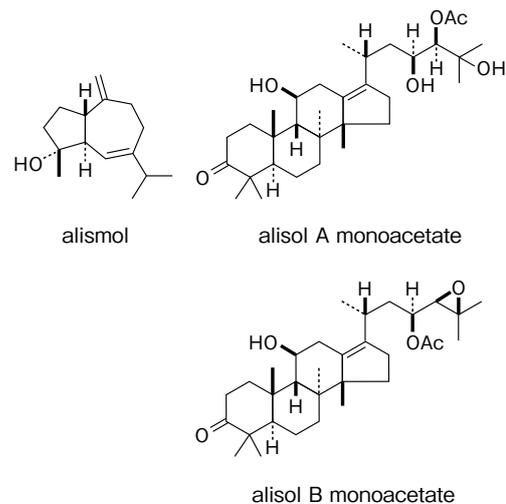
- 1) 宮本益雄ほか：薬学雑誌 87 : 1040-1043, 1967
- 2) 藤村 一：代謝 10(5月増刊) : 715-719, 1973
- 3) Oshio H, et al : Chem Pharm Bull 22 : 823-831, 1974
- 4) Oshio H, et al : Chem Pharm Bull 26 : 2458-2464, 1978
- 5) 大塩春治：生薬学雑誌 32 : 19-23, 1978
- 6) Sasaki K, et al : Planta Med 37 : 370-378, 1979
- 7) Yagi T, et al : J Pharm Pharmacol 40 : 27-30, 1988
- 8) Yagi T, et al : J Pharm Pharmacol 42 : 542-545, 1990
- 9) 鶴見介登ほか：日薬理誌 65 : 649-656, 1969
- 10) Fairbrin JW, Moss NJR : J Pharm Pharmacol 22 : 584-593, 1970
- 11) 宮脇良恵ほか：和漢医薬学会誌 10 : 97-103, 1993
- 12) Baumgath M : Planta Med 39 : 297-335, 1980
- 13) Yang LL, et al : 和漢医薬学会誌 7 : 28-34, 1990
- 14) 寺澤捷年ほか：薬学雑誌 103 : 313-318, 1983
- 15) 王 璇ほか：生薬学雑誌 45 : 57-61, 1991
- 16) Harima S : Biol Pharm Bull 17 : 1522-1525, 1994
- 17) Shibutani S, et al : Chem Pharm Bull 31 : 2378-2385, 1983
- 18) Nagasawa T, et al : Chem Pharm Bull 33 : 715-721, 1985
- 19) Nagasawa T, et al : Chem Pharm Bull 33 : 4494-4499, 1985
- 20) Yokozawa T, et al : Chem Pharm Bull 34 : 4233-4237, 1986
- 21) Yokozawa T, et al : Planta Med 53 : 124-127, 1987
- 22) Yokozawa T, et al : Chem Pharm Bull 31 : 2762-2768, 1983
- 23) Yokozawa T, et al : Chem Pharm Bull 32 : 205-212, 1984

- 24) Yokozawa T, et al : Chem Pharm Bull 32 : 4506-4513, 1984
- 25) Yokozawa T, et al : Chem Pharm Bull 33 : 4508-4514, 1985
- 26) Yokozawa T, et al : 和漢医薬会雑誌 2 : 344-350, 1985
- 27) Yokozawa T, et al : 和漢医薬会雑誌 5 : 56-60, 1988
- 28) Yokozawa T, et al : 和漢医薬会雑誌 6 : 64-69, 1989
- 29) 大浦彦吉ほか：現代東洋医学 12 : 87-92, 1991
- 30) 藤原道弘ほか：和漢医薬学会誌 3 : 322-323, 1989
- 31) 山田和男：漢方と最新治療 7 : 143-145, 1998
- 32) Gaw HZ, Wang HP : Science 110 : 11-12, 1949
- 33) Fuzellier MC, et al : Ann Pharm Fr 39 : 313, 1981
- 34) Cyong JC, et al : J Ethnopharmacol 19 : 279-283, 1987
- 35) May G, Willuhn G : Arzneim Forsch 28 : 1-7, 1978
- 36) Yokozawa T, et al : J Trad Med 20 : 235-242, 2003
- 37) Yokozawa T, et al : J Trad Med 18 : 107-112, 2003
- 38) Ko SK, et al : Arch Pharm Res 22 : 401-403, 1999
- 39) 久保道徳ほか：和漢医薬学雑誌 14 : 237-244, 1997
- 40) Matsuda H, et al : Bioorg Med Chem Lett 10 : 323-327, 2001
- 41) Kageura T, et al : Bioorg Med Chem 9 : 1887-1893, 2001
- 42) Matsuda H, et al : Biol Pharm Bull 24 : 264-267, 2001
- 43) Matsuda H, et al : Bioorg Med Chem 12 : 4871-4876, 2004
- 44) Matsuda H, et al : Bioorg Med Chem 9 : 41-50, 2001
- 45) Yo MY, et al : Phytother Res 21 : 186-189, 2007

## 沢瀉(タクシャ)

**【基原】**オモダカ科(Alismataceae)のサジオモダカ *Alisma orientale* Juzepczuk の塊茎で、通例、周皮を除いたものである。

**【主要成分】**アリスモール(alismol, 主成分)などのセスキテルペン、アリスール A, B モノアセテート(alisol A, B monoacetate)などのトリテルペン類。



**【薬効薬理】**沢瀉は上半身の水分代謝障害によって起こる頭重感、めまい、耳鳴りの改善を目的とした漢方方剤に配合されている。これを裏づける研究報告は十分とはいえないが、腎-泌尿器系や循環器系に対する作用に関す

る研究報告が多い。

①腎-泌尿器系に対する作用：ラットではアリソール A モノアセテートとアリソール B が共に緩和な利尿作用を示し、ナトリウムの排泄量を有意に増加させる<sup>1)</sup>。実験的尿毒症マウスで尿毒症の改善と延命効果が認められている<sup>2)</sup>。また、尿路結石に対して形成抑制作用が報告されている。柴苓湯が抗 GBM 腎炎モデルラットのエンドセリン 1 産生を抑制し、沢瀉とアリソール B に効果が認められた<sup>3)</sup>。

②アレルギー作用：メタノール抽出エキスおよびアリソール類に抗補体作用が認められた<sup>4)</sup>。

メタノール抽出エキスはラットのⅢ型アレルギー反応を抑制したが、水抽出エキスは抑制しなかった。アリスモール、アルスモキシド(alismoxide)、アリソール A および B とそれらのモノアセテート体に有効性が認められた<sup>5)</sup>。免疫複合体腎炎モデルラットでの尿中タンパク排泄量の抑制などの報告がある<sup>6)</sup>。

③脂質代謝に対する作用：脂質代謝に対しては、沢瀉末が肝臓への脂肪蓄積を抑制し、アリソール A モノアセテートが血漿および肝臓中コレステロール量を低下させると報告されている<sup>7-9)</sup>。

④循環器系に対する作用：摘出血管において、アリスモールにアンジオテンシン I による血管収縮抑制、カルシウムやアドレナリンによる血管収縮抑制作用が認められ、血圧降下作用が報告されている<sup>10-14)</sup>。アリソール類に摘出血管における血管弛緩作用、バソプレシンやアンジオテンシン II 受容体拮抗作用が報告されている<sup>15,16)</sup>。

⑤その他の作用：アリソール類にリポ多糖刺激によるマクロファージからの過剰な一酸化窒素の産生抑制、腫瘍細胞に対する細胞毒性、抗 HBV (hepatitis B virus) などが報告されている<sup>17-21)</sup>。

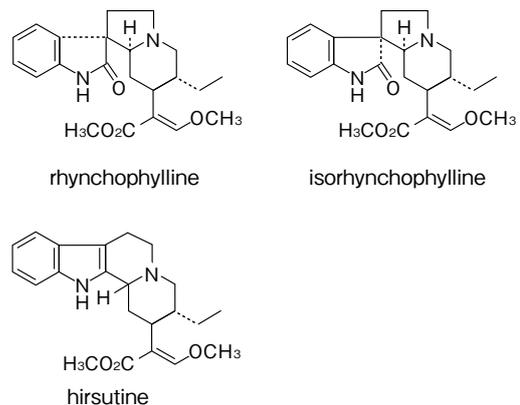
- 15) Yoshikawa M, et al : Chem Pharm Bull 45 : 756-758, 1997
- 16) Makino B, et al : Planta Med 68 : 226-231, 2001
- 17) Matsuda H, et al : Bioorg Med Chem Lett 8 : 3081-3086, 1999
- 18) Lee S, et al : Arch Pharm Res 24 : 524-526, 2001
- 19) Huang YT, et al : Cancer Lett 18 : 270-278, 2006
- 20) Law BY, et al : Mol Cancer Ther 9 : 718-730, 2010
- 21) Jiang ZY, et al : Planta Med 72 : 951-954, 2006

### 釣藤鈎・釣藤鈎(チョウトウコウ)

【基原】アカネ科(Rubiaceae)のカギカズラ *Uncaria rhynchophylla* Miquel, *Uncaria sinensis* Haviland または *Uncaria macrophylla* Wallich の通例とげである。

【主要成分】リンコフィリン(rhynchophylline, 主成分)やイソリンコフィリン(isorhynchophylline), ヒルスチン(hirsutine), ゲイソシジンメチルエステル(geissoschizine methyl ester)などのインドールアルカロイド。

総アルカロイド(リンコフィリンおよびヒルスチン)含量 0.03% 以上。



### 文献

- 1) ヒキノヒロシほか：生薬学雑誌 36 : 150-153, 1982
- 2) 田中重雄ほか：薬学雑誌 104 : 601-606, 1984
- 3) 服部智久ほか：日本腎臓学会誌 40 : 33-41, 1998
- 4) Matsuda H, et al : Biol Pharm Bull 21 : 1317-1321, 1998
- 5) Kubo M, et al : Biol Pharm Bull 20 : 511-516, 1997
- 6) 友広教道ほか：日本薬学会第 116 回年会 講演要旨集 2, p188, 1996
- 7) Imai Y, et al : Jpn J Pharmacol 20 : 222-228, 1970
- 8) Murata T, et al : Chem Pharm Bull 18 : 1347-1353, 1970
- 9) Murata T, et al : Chem Pharm Bull 18 : 1369-1384, 1970
- 10) Yamahara J, et al : Chem Pharm Bull 34 : 4422-4424, 1986
- 11) Matsuda H, et al : Life Sci 41 : 1845-1852, 1987
- 12) Matsuda H, et al : Jpn J Pharmacol 46 : 331-335, 1988
- 13) Yamahara J, et al : Phytother Res 3 : 57-60, 1989
- 14) Yamahara J, et al : Phytother Res 3 : 72-74, 1989

【薬効薬理】釣藤鈎は、高血圧症およびその随伴症状(頭痛、めまい)の治療の漢方処方に配剤されている。数多くのインドールアルカロイドを含み、これらアルカロイドが鎮静作用と血圧降下作用を示すことが明らかにされている。

①鎮静作用：釣藤鈎アルカロイドはマウスのメタンフェタミン誘起自発運動亢進を抑制し、ヘキソバルビタール誘起睡眠作用を増強させることから、鎮静作用を有していることが見いだされた<sup>1)</sup>。また、含有アルカロイドであるヒルスチンやヒルスチンには比較的強い鎮静作用が認められている<sup>1)</sup>。これらの鎮静作用は、高血圧および随伴症状(めまいや頭痛)の治療効果に関連する薬理作用と考えられる。含有アルカロイドのイソリンコフィリンは、アフリカツメガエル卵母細胞に発現したセロトニ

ン5-HT<sub>2A</sub>受容体を競合的に遮断し、中枢神経セロトニン5-HT<sub>2A</sub>受容体興奮を介するマウス首振り行動もイソリンコフィリンにより抑制されることが報告されている<sup>2)</sup>。ゲイソシジンメチルエステルは5-HT<sub>1A</sub>受容体のパーシャルアゴニストとして、また5-HT<sub>2A</sub>、5-HT<sub>2C</sub>、5-HT<sub>7</sub>受容体のアンタゴニストとして働くことが報告がされている<sup>3)</sup>。これらの薬理作用は、釣藤鈎の神経精神症状に対する作用と関連しているものと考えられる。

②循環器系に対する作用：釣藤鈎エキスはラット胸部大動脈標本において、ノルアドレナリン収縮を抑制した。この作用は血管内皮依存的で、一酸化窒素(NO)の遊離によるものであることが示唆されている<sup>4)</sup>。麻酔下ラットにおいて、含有アルカロイドのリンコフィリン、イソリンコフィリン、ヒルスチン、ヒルスチンは、一過性の血圧降下作用を示した。ジヒドロコリナンチンは、アドレナリン $\alpha_1$ 受容体遮断作用を介する血管弛緩作用を示す<sup>5)</sup>。リンコフィリン、イソリンコフィリン、ヒルスチンは、L型カルシウムチャンネル遮断作用を介する血管弛緩作用を示す<sup>6,7)</sup>。また、ヒルスチン、ヒルスチンは、PC12細胞においてニコチンN<sub>N</sub>受容体を遮断することが報告されている<sup>8)</sup>。ゲイソシジンメチルエステルにラットの摘出胸部大動脈に対する弛緩作用が認められ、この作用には内皮依存的でNOを介した機序とヒルスチンと同様にL型カルシウムチャンネル遮断作用に基づくことが示された<sup>9)</sup>。これらの作用は、高血圧治療効果に関連する薬理作用と考えられる。

③認知機能に対する作用、脳保護作用：釣藤鈎エキスは、一過性脳虚血病態マウスにおける空間認知障害を改善し、脳虚血障害に対する脳保護作用があることが見いだされた。この保護効果には、ムスカリンM<sub>1</sub>受容体刺激が関与していることが示唆されている<sup>10)</sup>。また、釣藤散エキスは、慢性脳虚血マウスのムスカリン性受容体遺伝子の発現量低下を抑制し、中枢アセチルコリン系を正常化させて、空間認識能を改善させることも指摘されている<sup>11)</sup>。さらに、釣藤鈎エキスは大脳皮質のカタラーゼ活性増強を介する抗酸化作用を示すことも報告された<sup>12)</sup>。リンコフィリン、イソリンコフィリンは、アフリカツメガエル卵母細胞に発現したNMDA受容体に対して非競合的な拮抗作用を示した<sup>13)</sup>。これらの作用は、釣藤散の脳血管性認知症に対する治療効果に関連する薬理作用と考えられる。

## 文献

- 1) 尾崎幸紘：日薬理誌 94：17-26, 1989
- 2) Matsumoto K, et al：Eur J Pharmacol 517：191-199,

2005

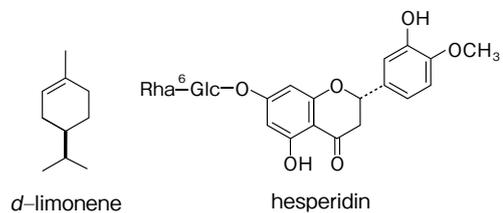
- 3) Ueda T, et al：Eur J Pharmacol 671：79-86, 2011
- 4) Kuramochi T, et al：Life Sci 54：2061-2069, 1994
- 5) Yano S, et al：In Advance in Research on Pharmacologically Active Substances from Natural Sources, Tongroach P(ed), pp159-167, Bangkok, 1995
- 6) 山原條二ほか：日薬理誌 90：133-140, 1987
- 7) Horie S, et al：Life Sci 50：491-498, 1992
- 8) Nakazawa K, et al：Jpn J Pharmacol 57：507-515, 1991
- 9) Yuzurihara M, et al：Eur J Pharmacol 444：183-189, 2002
- 10) Zhao Q, et al：Biol Pharm Bull 28：1873-1878, 2005
- 11) Zhao Q, et al：J Pharmacol Sci 103：360-373, 2007
- 12) Yokoyama K, et al：J Ethnopharmacol 95：335-343, 2004
- 13) Kang TH, et al：Eur J Pharmacol 455：27-34, 2002

## 陳皮(チンピ)

【基原】ミカン科(Rutaceae)のウンシュウミカン *Citrus unshiu* Markovich または *Citrus reticulata* Blanco の成熟した果皮である。

【主要成分】*d*-リモネン(*d*-limonene：柑橘系生薬に共通する精油成分)などのモノテルペンからなる精油。ヘスペリジン(hesperidin, 主成分)、ネオヘスペリジン(neohesperidin)、ナリンギン(naringin)などのフラボノイド配糖体、苦味質のリモニン(limonin)など。

精油含量 0.2 mL 以上(50.0 g)。



【薬効薬理】柑橘系生薬(陳皮、橘皮、枳実、橙皮)は、いずれも特有の芳香と苦味を有し、芳香苦味健胃薬として用いられている。陳皮は、健胃、鎮咳・去痰を目的とした漢方処方に配合されている。含有フラボノイドの健胃、抗アレルギー作用に関する報告が数多くされている。

①消化器系に対する作用：煎液は、パプロフの小胃造設イヌに空腹時経口投与または舌表面および口腔粘膜塗擦で軽度の胃液分泌促進、リパーゼ作用の亢進を示すと報告されている<sup>1-3)</sup>。また、ウサギ胃内投与で胃運動を亢進するとの報告がある<sup>4)</sup>。主精油成分*d*-リモネンには、腸管運動促進作用、胆汁分泌促進作用が報告されている<sup>5-8)</sup>。

六君子湯は、シスプラチンによって誘発される血漿グレリン濃度の低下と、それに伴う食欲抑制に有効と報告されている。この血漿グレリン濃度の低下と食欲抑制は遊離促進したセロトニンによる5-HT<sub>2B/2C</sub>受容体刺激が関与しているとされ、陳皮に含まれる3,3'

4', 5, 6, 7, 8-ヘプタメトキシフラボン(3, 3', 4', 5, 6, 7, 8-heptamethoxyflavone), ノビレチン(nobiletin)やタンゲレチン(tangeretin)などのメトキシフラボン類が有効成分と考えられている<sup>9, 10)</sup>。また, 加齢マウスにおいて, 血漿レプチン濃度の上昇に伴い食欲抑制が認められ, 六君子湯はこれを抑制した。そこで視床下部でのレプチンのシグナル伝達に關与するPI3KとPDE3阻害活性について検討したところ, 陳皮に含まれる3, 3', 4', 5, 6, 7, 8-ヘプタメトキシフラボンおよびノビレチンにPDE3阻害活性が見いだされている<sup>10, 11)</sup>(六君子湯の項目を参照)。

②**抗アレルギー作用**: I型アレルギーモデルの受身皮膚アナフィラキシー反応やIV型アレルギー反応を抑制する。ウンシュウミカン果実は成熟したものよりも, 未成熟なものがより強い抗アレルギー作用を示すという報告がある。それは, 未熟な時期により多く含まれるヘスペリジン, ナリルチン(narirutin)によるマスト細胞からのヒスタミン遊離抑制作用によることが明らかにされている<sup>12-15)</sup>。また, 抗DNP IgE抗体で感作した好塩基球由来RBL-2H3細胞を用いた脱顆粒抑制実験で, フラボノイドの構造活性相関が報告されている<sup>16)</sup>。

③**呼吸系に対する作用**: 柑橘系生薬に含まれるシネフリン(synephrine)は気管支拡張作用を示す。シネフリンは感作モルモット肺からのSRS-A遊離を抑制し, ロイコトリエンによる気管収縮を抑制する<sup>17)</sup>。

④**中枢神経系への作用**: ノビレチンはアミロイドβ(Aβ)誘発性記憶障害マウス, 嗅球摘出性記憶障害マウスおよびN-methyl-D-aspartate受容体遮断薬(MK-801)誘発性記憶・学習障害マウスにおいて脳内のAβの蓄積や記憶障害の改善をしたとの報告がある<sup>18)</sup>。

⑤**循環器系への作用**: シネフリンは交感神経作動物質であり, 気管支拡張作用のみならず, 血管収縮作用, 血圧上昇作用を示すと報告されている<sup>17, 19)</sup>。

⑥**その他の作用**: d-リモネンには鎮静, 中枢抑制, 平滑筋の収縮, 腸管運動の促進, 胆汁分泌の促進作用が報告されている<sup>5-8)</sup>。また, ノビレチンにはcAMPホスホジエステラーゼ阻害活性<sup>20)</sup>や脂肪細胞の分化促進, および脂肪細胞中の脂肪分解を促進するとの報告がある<sup>21)</sup>。ポリメトキシフラボン類は骨髄性白血病細胞に対する分化誘導活性を示すとされ<sup>22)</sup>, ノビレチンには抗腫瘍作用や細胞毒性, 腫瘍細胞の浸潤抑制作用が報告されている<sup>23-27)</sup>。ヘスペリジンに, 糖尿病モデルラットに対する有効性が報告されている<sup>28, 29)</sup>。

## 文献

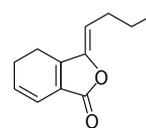
1) 生田正勝ほか: 大阪医学会雑誌 39: 2072-2093, 1940

- 2) 生田正勝ほか: 大阪医学会雑誌 40: 711-726, 1941
- 3) 生田正勝ほか: 大阪医学会雑誌 40: 727-738, 1941
- 4) 須賀 進ほか: 大阪医学会雑誌 41: 649-662, 1942
- 5) 辻 正義ほか: 応用薬理 8: 1439-1459, 1974
- 6) 辻 正義ほか: 応用薬理 10: 187-197, 1975
- 7) Ariyoshi T, et al: Xenobiotica 5: 33-38, 1975
- 8) Kodama R, et al: Life Sci 19: 1559-1568, 1976
- 9) Takeda H, et al: Gastroenterology 134: 2004-2013, 2008
- 10) Hattori T: Int J Pept 2010, Article ID 283549, 2010
- 11) Takeda H, et al: Endocrinology 151: 244-252, 2010
- 12) 江田昭英ほか: 日本薬理学雑誌 69: 88, 1973
- 13) 松田秀秋ほか: 薬学雑誌 111: 193-198, 1991
- 14) Fujita T, et al: J Nat Med 62: 202-206, 2008
- 15) Itoh K, et al: J Nat Med 63: 443-450, 2009
- 16) Matsuda H, et al: Bioorg Med Chem 10: 3123-3128, 2002
- 17) 宮本康嗣: 和漢医薬学雑誌 5: 462-463, 1988
- 18) 山國 徹ほか: 日本薬理学雑誌 132: 155-159, 2008
- 19) 木下武司ほか: 生薬学雑誌 33: 146-149, 1979
- 20) Nikaido T, et al: Planta Med 46: 162-166, 1982
- 21) Saito T, et al: Biochem Biophys Res Commun 357: 371-376, 2007
- 22) Sugiyama S, et al: Chem Pharm Bull 41: 714-719, 1993
- 23) Zheng Q, et al: J Cancer Res Clin Oncol 128: 539-546, 2002
- 24) Yoshimizu N, et al: Aliment Pharmacol Ther 20(Suppl): 95-101, 2004
- 25) Ohnishi H, et al: Cancer Sci 95: 936-942, 2004
- 26) Ishii K, et al: Cancer Invest 28: 220-229, 2010
- 27) Miyata Y, et al: Biochem Biophys Res Commun 366: 168-173, 2008
- 28) Akiyama S, et al: Biosci Biotechnol Biochem 73: 2779-2782, 2009
- 29) Akiyama S, et al: J Clin Biochem Nutr 46: 87-92, 2009

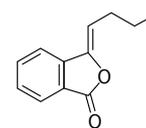
## 当帰(トウキ)

【**基原**】セリ科(Umbelliferae)のトウキ *Angelica acutiloba* Kitagawa またはホツカイトウキ *Angelica acutiloba* Kitagawa var. *sugiyamae* Hikino の根を, 通例, 湯通ししたものである。

【**主要成分**】リグスチリド(ligustilide, 主成分), ブチリデンフタリド(butyliidene phthalide)などのフタリド, ポリアセチレンおよびクマリン類。



ligustilide



butyriidene phthalide

【**薬効薬理**】当帰は, 血流や冷え症およびそれらに伴う疼痛の改善を目的に, 婦人病薬, 皮膚疾患用薬, 強壯薬, 精神神経用薬とされる漢方処方に配合されている。血流改善作用, 鎮痛作用のほかに, 免疫系, 神経系への作用が若干報告されている。

①**循環器系への作用**：5-フルオロウラシルによる貧血モデル動物において、当帰の水可溶性多糖画分は、未熟赤血球前駆細胞を活性化することにより増血活性を促進し、その作用の一部は、未熟赤血球前駆細胞の活性を抑制する血漿中インターフェロン- $\gamma$ の濃度を下げることによると考えられている。また、当帰は毛細血管の透過性を抑制する抗炎症作用を示すとともに<sup>1,2)</sup>、血小板凝集抑制作用も示し、この作用は主成分のフタリド類やアデノシンの作用では説明できない<sup>3)</sup>。このように、当帰の血を補う作用と血の滞留を改善する作用は血球および血管への作用で説明できると考えられる。

②**鎮痛作用**：当帰に含有されるポリアセチレン化合物のファルカリノール(falcarinol)、ファルカリンジオール(falcarindiol)、ファルカリノロン(falcarinolone)は反応酢酸ライジングを抑制する鎮痛作用を示す<sup>2,4)</sup>。

③**抗アレルギー作用**：受動感作三相皮膚炎モデルマウスにおいて当帰は耳介浮腫を抑制しなかったが、痒痒行動は抑制した<sup>5)</sup>。当帰は皮膚疾患の用いられる漢方薬剤によく配剤され、補血の効能が期待されている。

④**その他**：当帰にはB細胞のポリクローナルな活性化およびT細胞の活性化を介し抗体産生を促進させる多糖類を含有しており、腹腔内に移入したエーリッヒ腹水がん細胞の増殖を抑制した<sup>6,7)</sup>。また、スコポラミン誘発空間認知障害ラットモデルにおいて、当帰は8方向放射状迷路の誤選択を減少させ、学習能を改善させることが報告されている<sup>8)</sup>。

## 文献

- 1) Tanaka S, et al : *Arzneimittelforschung* 27 : 2039-2045, 1977
- 2) Tanaka S, et al : *Yakugaku Zasshi* 91 : 1098-1104, 1971
- 3) Shimizu M, et al : *Chem Pharm Bull* 39 : 2046-2048, 1991
- 4) Hatano R, et al : *Exp Hematol* 32 : 918-924, 2004
- 5) Tahara E, et al : *J Ethnopharmacol* 68 : 219-228, 1999
- 6) Kumazawa Y, et al : *Immunol* 47 : 75-83, 1982
- 7) Kumazawa Y, et al : *J Pharmacobio-Dyn* 8 : 417-424, 1985
- 8) Hatip-AI-Khatib I, et al : *J Pharmacol Sci* 96 : 33-41, 2004

## 人参(ニンジン)

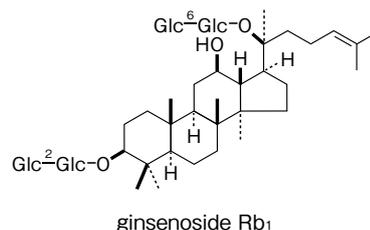
**【基原】**ウコギ科(Araliaceae)のオタネニンジン *Panax ginseng* C. A. Meyer (*Panax schinseng* Nees)の細根を除いた根またはこれを軽く湯通ししたものである。

**【主要成分】**ギンセノシド Ro, Ra~Rh(ginsenoside Ro, Ra~Rh)およびマロニル基が結合したマロニルギンセノシド(malonylginsenoside)類などのトリテルペノイドサポニン(主成分)、パナキシノール(panaxynol =

falcarinol)などのポリアセチレンアルコール。

ギンセノシド Ro の真生サポゲニンオレオノール酸(oleanolic acid)であるが、その他はダンマラン系トリテルペノイドサポニンで20S-プロトパナキサジオール(20S-protopanaxadiol)をアグリコンとするものはギンセノシド Rb<sub>1</sub>, Rb<sub>2</sub>, Rc, Rd など、20S-プロトパナキサトリオール(20S-protopanaxatriol)をアグリコンとするものはギンセノシド Re, Rf, Rg<sub>1</sub>, Rg<sub>2</sub> などである。

ギンセノシド Rg<sub>1</sub> 含量 0.10% 以上およびギンセノシド Rb<sub>1</sub> 含量 0.2% 以上。



**【薬効薬理】**人参は、虚弱による食欲不振、消化機能低下、下痢、慢性疲労や精神不安などに用いられる漢方処方配合されている。特に人参は胃腸系と呼吸器系の調整作用が強く、免疫力を増し、新陳代謝を促進することにより強壯を図るとともに、食欲の増進、下痢を止める。また、中枢系への作用を介して精神を安定化させる。これらの人参の薬効は、薬理学的研究により、かなり証明されてきているが、まだ十分ではない。

①**免疫調節作用**：人参エキスは液性免疫を増強し、抗体産生細胞数や血中抗体価を増加させるだけではなく、ウイルス抗原に対する細胞性免疫も増強する<sup>1)</sup>。また、人参エキスはナチュラルキラー細胞の活性化および免疫抑制剤シクロホスファミド投与により低下したナチュラルキラー細胞の機能回復を促進する<sup>2)</sup>。人参総サポニン、卵白アルブミンで免疫したマウスの抗原特異的抗体産生と細胞性免疫を活性化するアジュバンド効果を示すほかに、モルヒネが誘導する胸腺および脾臓の萎縮を回復させる<sup>3,4)</sup>。人参の主要サポニンであるギンセノシド Rg<sub>1</sub> (i.p.)は、人参エキスと同様な液性免疫と細胞免疫の活性化およびマクロファージの活性化、さらにはシクロホスファミドによる免疫抑制を回復させる作用を示す<sup>5)</sup>。その他のギンセノシドとしてRb<sub>1</sub>とReに、非毒化ウイルスとの同時投与により抗体産生能を増進し、サイトカイン産生を促進するなどのアジュバンド効果があることが報告されている<sup>13,14)</sup>。人参水エキス、総サポニン、酸性多糖ギンサン(ginsan)に、*in vitro*でのマクロファージ活性化能も報告されている。これらの報告から明らかのように、人参には多面的な免疫調節作用がある。

②**神経系への作用**：ギンセノシド Rb<sub>1</sub>とRg<sub>1</sub>は神経系

養因子および神経保護因子としての作用をもち、ドパミン作動性ニューロンの生存と神経突起の成長を維持する<sup>8,9)</sup>。そして、ギンセノシド Rb<sub>1</sub> は海馬での神経成長因子の発現を亢進させ<sup>10)</sup>、虚血再灌流あるいはグルタミン神経毒性による海馬 CA1 ニューロンの障害を防ぐ<sup>11,12)</sup>。さらに、ギンセノシド Rb<sub>1</sub> はスコポラミン誘発学習記憶障害を抑制し、その作用機序として中枢神経終末へのコリンの取り込みの促進、アセチルコリンの遊離促進およびコリンアセチルトランスフェラーゼの発現亢進の関与が考えられている<sup>13)</sup>。一方、ギンセノシド Rg<sub>1</sub>(i.p.)は MPTP 誘発黒質ニューロンの消失を抑制し<sup>14)</sup>、坐骨神経破砕ラットの軸索再生と機能回復を促進する<sup>15)</sup>。また、ギンセノシド Rg<sub>3</sub>(i.c.v.)はホモシステイン誘発興奮毒性による海馬の障害を、NMDA 受容体の活性化を阻害することにより抑制する<sup>16)</sup>。この作用は、培養海馬ニューロンにおいてもギンセノシド Rg<sub>3</sub> が NMDA 誘導細胞内カルシウムの増加を抑制することにより裏づけられる<sup>17)</sup>。このほかに、ギンセノシド Rg<sub>2</sub>, Re, 20(S)-Rg<sub>3</sub>, Rb<sub>2</sub> にも *in vitro* で神経保護作用が報告されている。

③**抗加齢作用**：加齢ラットでは8方向放射状迷路や受動回避試験における学習能に低下が観察されるが、人参エキスを数週間摂取させることにより学習能の低下を回復させる<sup>18,19)</sup>。また、人参エキスの摂取は加齢ラットでみられる夜間の自発運動量の低下を抑制する<sup>20)</sup>。加齢により心房性ナトリウム利尿ペプチドの遺伝子発現が減少するが、人参エキス(i.p.)は、その減少を回復させる<sup>21)</sup>。このように、人参は加齢による機能低下を抑制する、あるいは低下した機能を回復させる作用があると考えられる。

④**抗潰瘍作用**：人参と紅参には実験的潰瘍モデルでの有効性が証明されており、人参のエタノール潰瘍抑制機序として、ヒートショックタンパク質 70 および 27 の発現誘導による細胞保護作用が示唆されている<sup>22,23)</sup>。また、有効成分として、ギンセノシド Rb<sub>1</sub> や酸性多糖類が見いだされている<sup>24,25)</sup>。

⑤**抗ストレス・抗疲労作用**：人参エキスは、急性および慢性拘束ストレスによる胃潰瘍面積の増加や副腎重量の増加を、また血漿コルチコステロン濃度の上昇を著しく抑制するなど抗ストレス作用を示すことが報告されている<sup>26)</sup>。さらに、人参エキスは強制水泳テストで、抗疲労作用と持久力の増強作用を有することが明らかにされている<sup>27)</sup>。そして、人参総サポニン、ギンセノシド Rg<sub>3</sub> と Rb<sub>1</sub>(p.o.)は拘束ストレスにより脳内で増加するポリアミンの一つプトレシンを有意に減少させ、神経保護作用を有することが報告されている<sup>28)</sup>。

⑥**抗糖尿病作用**：人参水エキスをエピネフリン誘発高血糖マウスに経口投与することにより、著しい血糖降下作用が観察される<sup>29)</sup>。その作用機序は、肝臓のグルコーストランスポーター2の発現を亢進し、糖の取り込みを促進していることが示唆されている。また、紅参を OLET 糖尿病ラットへ経口投与することにより、インスリン感受性が改善し内臓脂肪が減少した<sup>30)</sup>。この作用は骨格筋での AMP キナーゼの活性化を伴うミトコンドリアの生成促進、糖利用の亢進によることが示されている。また、人参エタノールエキスでも、高脂肪食誘発高血糖肥満モデルマウスで血糖、血清脂質の著しい抑制作用が報告されている<sup>31)</sup>。人参の成分では、ギンセノシド Rb<sub>2</sub>, 20(S)-Rg<sub>3</sub> および Re はストレプトゾトシン糖尿病ラットで<sup>32-34)</sup>、ギンセノシド Rh<sub>2</sub> は高フルクトース含有飼料負荷ラットで<sup>35)</sup>、パナキサン(panaxan)はアロキサン誘発高血糖マウスで<sup>36)</sup>、血糖降下作用あるいはインスリン抵抗性の改善作用が報告されている。

⑦**その他**：抗腫瘍活性、抗動脈硬化作用、抗血小板作用、肝保護作用、抗炎症作用などについて報告がされている。

## 文献

- 1) Singh VK, et al : *Planta Med* 50 : 462-465, 1984
- 2) Kim JY, et al : *Immunopharmacol Immunotoxicol* 12 : 257-276, 1990
- 3) Sun Y, et al : *Vaccine* 26 : 5911-5917, 2008
- 4) Kim YR, et al : *Gen Pharmacol* 32 : 647-652, 1999
- 5) Kenarova B, et al : *Jpn J Pharmacol* 54 : 447-454, 1990
- 6) Rivera E, et al : *Vaccine* 23 : 5411-5419, 2005
- 7) Song X, et al : *Int Immunopharmacol* 10 : 351-356, 2010
- 8) Rudakewich M, et al : *Planta Med* 67 : 533-537, 2001
- 9) Radad K, et al : *J Neural Transm* 111 : 37-45, 2004
- 10) Salim KN, et al : *Brain Res Mol Brain Res* 47 : 177-182, 1997
- 11) Lim JH, et al : *Neurosci Res* 28 : 191-200, 1997
- 12) Kim YC, et al : *J Neurosci Res* 53 : 426-432, 1998
- 13) Benishin CG, et al : *Pharmacol* 42 : 223-229, 1991
- 14) Chen XC, et al : *Acta Pharmacol Sin* 26 : 56-62, 2005
- 15) Ma J, et al : *Neurosci Lett* 478 : 66-71, 2010
- 16) Kim JH, et al : *Brain Res* 1136 : 190-199, 2007
- 17) Kim S, et al : *Biochem Biophys Res Commun* 296 : 247-254, 2002
- 18) Nitta H, et al : *Biol Pharm Bull* 18 : 1286-1288, 1995
- 19) Jaenicke B, et al : *Arch Pharm Res* 14 : 25-29, 1991
- 20) Watanabe H, et al : *Jpn J Pharmacol* 55 : 51-56, 1991
- 21) Hong M, et al : *Comp Biochem Physiol B* 101 : 35-39, 1992
- 22) Matsuda H, et al : *Yakugaku Zasshi* 104 : 449-453, 1984
- 23) Yeo M, et al : *Dig Dis Sci* 53 : 606-613, 2008
- 24) Sun XB, et al : *J Ethnopharmacol* 31 : 101-107, 1991
- 25) Jeong CS, et al : *Arch Pharm Res* 26 : 906-911, 2003
- 26) Rai D, et al : *J Pharmacol Sci* 93 : 458-464, 2003
- 27) Banerjee U, et al : *Acta Physiol Lat Am* 32 : 277-285, 1982
- 28) Lee SH, et al : *Pharmacol Res* 54 : 46-49, 2006
- 29) Ohnishi Y, et al : *Biol Pharm Bull* 19 : 1238-1240, 1996

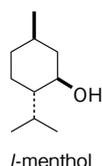
- 30) Lee HJ, et al : Metabolism 58 : 1170-1177, 2009  
 31) Yun SN, et al : Arch Pharm Res 27 : 790-796, 2004  
 32) Yokozawa T, et al : Chem Pharm Bull 33 : 869-872, 1985  
 33) Kang KS, et al : Eur J Pharmacol 591 : 266-272, 2008  
 34) William CS, et al : Eur J Pharmacol 550 : 173-179, 2006  
 35) Lee WK, et al : Horm Metab Res 39 : 347-354, 2007  
 36) Konno C, et al : J Ethnopharmacol 14 : 69-74, 1985

### 薄荷(ハッカ)

【基原】シソ科(Labiatae)のハッカ *Mentha arvensis* Linné var. *piperascens* Malinvaud の地上部である。

【主要成分】*l*-メントール(*l*-menthol, 主成分), *l*-メントン(*l*-menthone)などのモノテルペンからなる精油(1%内外)。

精油含量 0.4 mL 以上(50.0 g)。



【薬効薬理】薄荷は、清熱解毒、止痛解毒、鎮咳・去痰、健胃などを目的とした漢方処方に配合されている。また、ハッカ油やメントールは清涼薬として、口腔、鼻腔、皮膚外用薬に使われている。清涼作用、平滑筋弛緩作用、抗潰瘍作用、鎮痛作用、抗菌作用などに関する報告がされている。

①清涼作用：メントールは、涼刺激受容体 TRPM8 に作用する<sup>1)</sup>。この TRPM8 は皮膚や内臓の求心性一次知覚神経に発現し、25℃ 以下の温度によって活性化される温度感受性センサーである。メントールが皮膚や口腔でひんやりした冷感覚(清涼感)を引き起こすのは、この TRPM8 が活性化されるためである。TRPM8 は非常に脱感作(脱分極性遮断)されやすく、これが薄荷の薬理作用をある程度反映していると考えられる。

②平滑筋弛緩作用：薄荷エキスやメントールがマウス小腸に対して、消化管運動抑制作用を示している<sup>2,3)</sup>。また、主成分メントールやメントンも同様な作用を示したが、これは薄荷の鎮痙作用ととらえることができる。作用機序は明らかにされていないが、その局所麻酔作用により消化管平滑筋の興奮が抑制されたと考えられる。一方、ラット摘出胸部大動脈標本および腸間膜動脈標本において、エキスに血管平滑筋弛緩作用が報告されている<sup>4)</sup>。この作用には、血管内皮からの一酸化窒素(NO)遊離が関与していることが明らかとなっている。したがって、薄荷は末梢血流の改善作用が期待される。

③抗潰瘍作用：薄荷エキスは幽門結紮胃損傷モデル、エタノール誘起胃損傷モデル、塩酸誘起胃損傷モデルにお

いて、胃損傷の形成を抑制することが報告されている<sup>5)</sup>。この胃粘膜保護作用が健胃作用と関連していると考えられる。

④鎮痛作用：薄荷エキスはマウス酢酸ライジング法において、鎮痛作用を示すことが報告されている<sup>6)</sup>。メントールを実験動物に塗布すると、鎮痛や局所麻酔作用と考えられる作用が発現する。このような薄荷の鎮痛作用、局所麻酔作用や皮膚刺激作用は、TRPM8 を介する作用と考えられる。

⑤抗菌作用：ハッカ油は、抗菌作用があると報告されている<sup>7)</sup>。多剤耐性大腸菌に対するカナマイシンの抗菌活性を増大する作用も見いだされている<sup>8)</sup>。

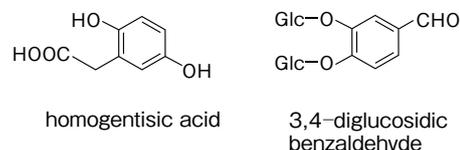
### 文献

- 1) McKemy DD, et al : Nature 416 : 52-58, 2002
- 2) 萩庭丈寿ほか：薬学雑誌 83 : 624-628, 1963
- 3) Penuelas A, et al : Eur J Pharmacol 576 : 143-150, 2007
- 4) Runnie I, et al : J Ethnopharmacol 92 : 311-316, 2004
- 5) Londonkar RL, Poddar PV : World J Gastrointest Oncol 1 : 82-88, 2009
- 6) 山原條二ほか：薬学雑誌 100 : 713-717, 1980
- 7) Hussain AI, et al : J Sci Food Agric 90 : 1827-1836, 2010
- 8) Coutinho HD, et al : Chemotherapy 54 : 328-330, 2008

### 半夏(ハンゲ)

【基原】サトイモ科(Araceae)のカラスビシヤク *Pinellia ternata* Breitenbach のコルク層を除いた塊茎である。

【主要成分】L-アラビノース(L-arabinose)多糖体を主とし、ガラクトロン酸カルシウムを含む水溶性多糖(主鎮吐作用成分)、ホモゲンチシン酸(homogentisic acid)とその配糖体など。半夏のえぐ味成分は、3,4-ジグリコシルベンズアルデヒド(3,4-diglycosylbenzaldehyde)。



【薬効薬理】半夏の薬効として鎮吐作用が期待されることから、悪心・嘔吐の治療効果を目的とする漢方処方に配合されている。産婦人科領域の治療例として、半夏が主薬として配合されている小半夏茯苓湯が妊婦の悪阻に対して高い有効性を示したとの報告がある<sup>1,2)</sup>。しかしながら、過去の研究のなかには鎮吐作用を否定するものもあり、有効成分も不明であった。1970年代後半からは、有効成分も含めて半夏の薬効(鎮吐、鎮咳、去痰)を裏づける研究成果が発表されている。

①鎮咳作用：半夏のメタノール抽出物を Amberlite™ IR 120B に付し、アンモニア水で溶出させた画分は、日本産ウズラの摘出直腸に対して弛緩作用と抗ヒスタミン様作用を示した。同画分を塩析し、アルカリ性とした後エーテルで抽出したところ、エーテル層より(-)-エフェドリンが 0.002% の収率で得られた<sup>3)</sup>。

②鎮吐作用：半夏の 50% メタノール抽出物(収率 6.1%)をトノサマガエルの胸リンパ腔内に投与し、1 時間後に 0.8% 硫酸銅(Ⅱ)水溶液を経口投与(10 mL/kg)した。以後、10 分間に現れる嘔吐回数を測定したところ、半夏投与群に 45~85% の鎮吐作用が認められた<sup>4)</sup>。トノサマガエルあるいはアカガエルに半夏抽出物(10 mg/kg)、アポモルヒネ(10 μg/kg)を経口投与し、鎮吐活性を評価した。その結果、半夏の 80% メタノール抽出物は鎮吐活性を示さなかったが、水抽出物は 60% の鎮吐活性を示した。水抽出物を透析したところ、透析内液(PT-1)に 67% の活性が認められ、活性成分は分子量 10,000 以上の高分子化合物であることがわかった。さらに、PT-1 のカラムクロマトグラフィーによる分画と除タンパクを行い、100% の鎮吐活性を示す PT-F2-I を得た。PT-F2-I は、ネコに対しても、アポモルヒネにより誘発される嘔吐を、25 mg/kg の経口投与で抑制した。なお、PT-F2-I はアラバン(araban)を主体とし、ガラクトン酸 Ca 塩(galacturonic acid Ca 塩)、アセチル基を有する平均分子量 80 万の多糖体と推定されている<sup>5,6)</sup>。迷走神経胃枝遠心性活動賦活作用を指標に半夏の鎮吐活性を評価したところ、水抽出物とメタノール抽出物の両方に活性が認められた。水抽出物については、GPC 分析で分子量 80 万に主ピークを認める高分子画分 PW-H に有意な神経活動の賦活作用が認められた。また、半夏水溶性画分より鎮吐活性成分として同定された PT-F2-I<sup>5)</sup>にも有意な神経活動の賦活作用が認められた。メタノール抽出物について賦活作用を指標に活性成分の探索を行った結果、セレブロシド(cerebroside)が活性成分の一つとして同定された。迷走神経胃枝の刺激により胃幽門洞部の運動促進と胃酸分泌増加が報告されていることから、半夏の鎮吐活性は胃の運動機能促進によるものであることが示唆されている。さらに、左側迷走神経切断のほか内臓神経切断を行っても賦活作用が変わらず発現すること、また半夏投与直後には作用は発現しないことから、半夏の迷走神経胃枝遠心性活動賦活作用は血行を介した作用と考えられている<sup>6-8)</sup>。

## 文献

- 1) 水内英充ほか：産科と婦人科 50 : 133-136, 1983
- 2) 松橋一雄ほか：産科と婦人科 50 : 140-142, 1983

3) Oshio H, et al : Chem Pharm Bull 26 : 2096-2097, 1978

- 4) 笠原義正ほか：生薬学雑誌 37 : 73-83, 1983
- 5) Maki T, et al : Planta Med 53 : 410-414, 1987
- 6) 高橋邦夫, 奥山 徹：現代東洋医学 16 : 92-97, 1995
- 7) 奥井由佳ほか：和漢医薬学雑誌 11 : 86-89, 1994
- 8) 丸野政雄：和漢医薬学雑誌 14 : 81-88, 1997

## 白朮(ビャクジュツ), 蒼朮(ソウジュツ)

### 【基原】

①白朮：キク科(Compositae)のオケラ *Atractylodes japonica* Koidzumi ex Kitamura(和<sup>フビャクジュツ</sup>白朮)またはオオバナオケラ *Atractylodes macrocephala* Koidzumi(*Atractylodes ovata* De Candolle)〔唐白朮〕の根茎である。

②蒼朮：キク科(Compositae)のホソバオケラ *Atractylodes lancea* De Candolle, *Atractylodes chinensis* Koidzumi またはそれらの雑種の根茎である。

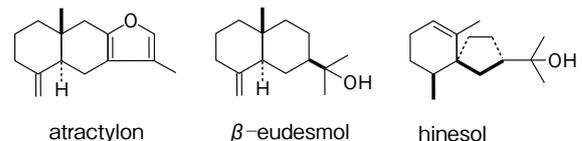
### 【主要成分】

①白朮：アトラクチロン(atractylon, 主成分)などのセスキテルペン, 3β-ヒドロキシアトラクチロン(3β-hydroxyatractylon)などからなる精油(1.5~3%)およびポリアセチレン化合物。

精油含量 0.5 mL 以上(50.0 g)。

②蒼朮：β-オイデスマール(β-eudesmol, 主成分)とヒネソール(hinesol)を主成分とするセスキテルペン, アトラクチロジン(atractylodin)などのアセチレン化合物からなる精油(3.5~7%)。

精油含量 0.7 mL 以上(50.0 g)。



【薬効薬理】朮は、健胃、止瀉、利尿などを目的とした漢方処方に配合されている。古来よりの薬能から考察し、蒼朮は発汗、除湿、止瀉剤として、白朮は健胃、利水、補氣的な作用をもつと考えられている。日本では白朮と蒼朮の使い分けは明確ではなく、製剤の銘柄によって異なる場合がある。

### ①腎-泌尿器系に対する作用

①白朮：エタノールエキスをマウスに腹腔内投与すると尿量がやや増加するが、経口投与すると尿量に変化しないとの報告がある<sup>1)</sup>。(6E, 12E)-テトラデカジエン-8, 10-ジイン-1, 3-ジオール[(6E, 12E)-tetradecadiene-8, 10-diyne-1, 3-diol]とそのジアセテート体はイヌ腎臓由来の Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-ATPase を軽度抑制したが、経口投与では尿量に影響を与えなかった<sup>2)</sup>。精油をラットに

経口投与による尿量および尿中電解質が増加することが報告されている<sup>3)</sup>。蒼朮配合五苓散と白朮配合五苓散のラットでの利尿作用を比較したとき、生体内総水分量、循環血漿量に関してはコントロール群と差がなく、絶水ラットでは白朮配合五苓散にのみ尿量の減少が認められたとの報告がある<sup>4)</sup>。

⑤ **蒼朮**： $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$  の排泄を促進し,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ -ATPase の活性を阻害する作用が報告されている<sup>5)</sup>。五苓散および蒼朮の細胞膜水透過性抑制作用はアクアポリン(AQP)阻害によるものであり, これには生薬に含まれる  $\text{Mn}^{2+}$  の関与が推定され, マウス水中毒モデルで五苓散の脳浮腫抑制作用が確認できたと報告されている<sup>6)</sup>。

### ② 消化器系に対する作用

② **白朮**：腸内容物輸送能を促進させ, ストレス誘発潰瘍を抑制する作用が報告されている。しかし, 過剰な胃液分泌による胃潰瘍に無効であることから, これらの作用は抗ストレス作用によるものと考えられている<sup>7)</sup>。アトラクチロンに, 塩酸・エタノール誘発胃粘膜損傷の抑制が報告されている<sup>8)</sup>。硫酸マグネシウム誘発下痢モデルマウスに対し, 白朮配合五苓散と蒼朮配合五苓散の温水抽出物はいずれも止瀉作用を示したが, 各生薬を1種類ずつ抜いた一抜き五苓散はいずれも止瀉作用が減弱したことから, この下痢モデルに対する止瀉作用は特定の生薬によるものではないと報告されている<sup>9)</sup>。

⑥ **蒼朮**：腹痛などの胃腸疾患に適用される漢方処方に配剤される蒼朮には, エキスが幽門結紮, アスピリン, セロトニン, ヒスタミン, 酢酸, 水浸拘束ストレスによる実験的潰瘍を抑制する作用が報告され, 蒼朮は各種実験的胃潰瘍や胃粘膜損傷に有効であったが, 白朮は水浸拘束ストレス潰瘍にのみ有効であった<sup>7)</sup>。また, 胃液分泌の抑制, セロトニンによる胃粘膜血流の低下を抑制し, 胃粘膜の保護能を高めると報告されている<sup>10, 11)</sup>。精油あるいはその主要成分である  $\beta$ -オイデスマール, ヒネソールには, ヒスタミンの  $\text{H}_2$ -レセプター拮抗作用, 胃粘膜保護作用が明らかにされている<sup>12)</sup>。ヒネソールは, 摘出平滑筋, 特に回腸において高濃度 KCl, カルバコールおよびセロトニンによる収縮を抑制すると報告されている<sup>13)</sup>。

### ③ 抗炎症作用

**白朮**：50% エタノールまたはメタノールエキスはマウスで酢酸による血管透過性亢進を抑制し, 活性成分としてオイデスマ-4(14), 7(11)-ジエン-8-オン[eudesma-4(14), 7(11)-dien-8-one]およびアトラクチノリド I (atractylenolide I) が単離された<sup>14)</sup>。また, 煎出エキスはアジュバント関節炎を抑制することが報告されている<sup>15)</sup>。マクロファージ様細胞 RAW264.7 をリポ多糖で刺激し

た場合の一酸化窒素(NO)およびプロスタグランジン  $\text{E}_2$  の産生, 誘導型 NO 合成酵素およびシクロオキシゲナーゼ-2 の発現を抑制すると報告されている<sup>16)</sup>。

### ④ その他の作用

**白朮**：実験的肝障害抑制<sup>17, 18)</sup>, 血糖降下作用<sup>19)</sup>, 初期免疫賦活作用などが報告されている。四塩化炭素誘発肝障害の予防効果は白朮が強く, アトラクチロンの効果に基づくことされ, 利胆作用は蒼朮のほうが強く, アトラクチロジンによるものと推定されている<sup>17)</sup>。五苓散末および白朮末は1%食塩負荷脳卒中易発性高血圧ラット(SHRP)に対して延命効果, 血圧上昇抑制が認められた。白朮には顕著な利尿作用は認められなかったが, 体重増加抑制, 中性脂質の低下, 脂肪沈着量の低下が報告されている<sup>20, 21)</sup>。

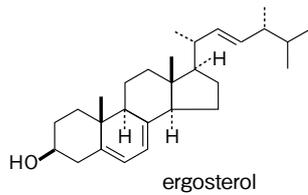
### 文献

- 1) 鶴見介登ほか：岐阜医紀 11：129-138, 1963
- 2) Sakurai T, et al：Biol Pharm Bull 16：142-145, 1993
- 3) 上野美穂ほか：和漢医薬学雑誌 13：502, 1996
- 4) 織田真智子：J Trad Med 17：115-121, 2000
- 5) 佐藤かな子ほか：薬学雑誌 111：138-145, 1991
- 6) 磯濱洋一郎：漢方と最新治療 17：27-35, 2008
- 7) 久保道徳ほか：薬学雑誌 106：442-448, 1983
- 8) 松田久司ほか：薬学雑誌 111：36-39, 1991
- 9) 岡村信幸ほか：日本東洋医学雑誌 60：493-501, 2009
- 10) 野上真理ほか：薬学雑誌 105：973-977, 1985
- 11) 野上真理ほか：薬学雑誌 105：978-982, 1985
- 12) Nogamai M, et al：Chem Pharm Bull 34：3854-3860, 1998
- 13) 岩本真承ほか：和漢医薬学会誌 6：342-343, 1989
- 14) Endo K, et al：Chem Pharm Bull 2：2954-2958, 1979
- 15) 長紹 元ほか：生薬学雑誌 36：78-81, 1982
- 16) Jang M-H, et al：Biol Pharm Bull 27：324-327, 2004
- 17) 山原條二ほか：生薬学雑誌 37：17-20, 1983
- 18) Kiso Y, et al：J Nat Prod 46：651-654, 1983
- 19) Konno C, et al：Planta Med 51：102-103, 1985
- 20) 上野美穂, 松原利行：富山県薬事研究所年報, 1992, 38-45, 1993
- 21) 松原利行ほか：J Trad Med 11：286-287, 1994

### 茯苓(ブクリョウ)

**【基原】**サルノコシカケ科(Polyporaceae)のマツホド *Poria cocos* Wolf の菌核で, 通例, 外層をほとんど除いたもの。

**【主要成分】**パチマン(pachyman, 主成分)などの多糖体, エブリコ酸(eburic acid), パチミン酸(pachymic acid)などの四環性トリテルペン類およびエルゴステロール(ergosterol)などのステロール類。



**【薬効薬理】** 茯苓は、利尿作用を中心に、精神安定、健胃、止瀉整腸、鎮吐作用などを目的に漢方処方配合されるが、単独で有意な利尿効果を認めた研究例はほとんどない。また、漢方処方中での茯苓の薬効薬理に関連した研究例も少なく、腎障害モデルに対する有効性や胃部迷走神経賦活作用、ストレス潰瘍抑制作用の報告があるにすぎない。

①**利尿作用**：茯苓の水抽出物(原生薬からの収量 4.1%)を、あらかじめ生理食塩水 2 mL を腹腔内に負荷したマウスに経口投与(132 mg/kg)したところ、約 9% の弱い尿量増加傾向を認めた<sup>1)</sup>。

②**抗 GBM 腎炎作用**：抗糸球体基底膜抗体(anti-glomerular basement membrane antibody: 抗 GBM 抗体)により腎炎を惹起させたラットに対し、茯苓の水抽出物(経口投与, 0.2 g/kg/day)は、尿中へのタンパク排泄量を 24% 減少させた。また、糸球体におけるメサンギウム細胞と毛細血管内皮細胞の増殖(富核)を有意に抑制した<sup>2)</sup>。同腎炎ラットに対し、茯苓の成分の約 90% を占めるパチマンを経口投与(20 mg/kg/day)したところ、血清補体活性(CH<sub>50</sub>)の低下をほぼ完全に抑制し、糸球体へのラット補体 C3 の沈着も 45% 程度に抑制した。また、糸球体係蹄壁とボウマン嚢との癒着や糸球体における富核、糸球体へのウサギ IgG の沈着も抑制した<sup>3,4)</sup>。

③**シスプラチン腎毒性抑制作用**：茯苓の水抽出物をマウスに経口投与(20 mg/kg, 100 mg/kg)したところ、シスプラチンによる腎毒性を有意に抑制した。同抽出物をブタノールと水で分配したところ、活性は水可溶性画分に移行した<sup>5)</sup>。

④**胃部迷走神経賦活作用**：茯苓の水抽出物をラットの十二指腸に投与(200 mg/kg)したところ、胃部迷走神経を賦活させ、この活性成分として多糖類とトリテルペン類が関与していることが示唆された<sup>6)</sup>。

⑤**ストレス潰瘍抑制作用**：茯苓の水抽出物をマウスに経口投与(体重 1 kg あたり、生薬 5 g に相当する抽出物, 365 mg/kg)後、拘束水浸ストレスを負荷したところ、44% の胃潰瘍抑制効果を認めた<sup>7)</sup>。

## 文献

- 1) 田中重雄ほか：薬学雑誌 104 : 601-606, 1984
- 2) Hattori T, et al : Jpn J Pharmacol 50 : 447-485, 1989

- 3) 服部智久ほか：和漢医薬学会誌 8 : 432-433, 1991
- 4) Hattori T, et al : Jpn J Pharmacol 59 : 89-96, 1992
- 5) 杉山 清ほか：和漢医薬学会誌 5 : 292-293, 1988
- 6) Okui Y, et al : Jpn J Pharmacol 72 : 71-73, 1996
- 7) 山崎幹夫, 代田 寛：生薬学雑誌 35 : 96-102, 1981

## 附子(ブシ)・烏頭(ウス)

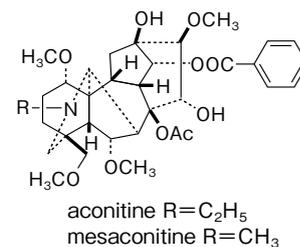
**【基原】** 日本薬局方収載の附子はキンポウゲ科(Ranunculaceae)のハナトリカブト *Aconitum carmichaeli* Debeaux またはオクトリカブト *Aconitum japonicum* Thunberg の塊根を次に述べる加工法により製したものであり、それぞれブシ 1, ブシ 2, ブシ 3 としている。それぞれ、総アルカロイド〔ベンゾイルアコニン(C<sub>32</sub>H<sub>45</sub>NO<sub>10</sub>: 603.70)として〕0.7~1.5%, 0.1~0.6% および 0.5~0.9% を含む。

- 1) 高压蒸気処理により加工する。
- 2) 食塩、岩塩または塩化カルシウムの水溶液に浸せきした後、加熱または高压蒸気処理により加工する。
- 3) 食塩の水溶液に浸せきした後、水酸化カルシウムを塗布することにより加工する。

純度試験として毒性の強いジエステルアルカロイドのアコニチン(aconitine), ジェサコニチン(jesaconitine), ヒパコニチン(hypaconitine), メサコニチン(mesaconitine)の残量を HPLC で測定し、各成分の量(60 μg/g 以下, 60 μg/g 以下, 280 μg/g 以下, 140 μg/g 以下)と総量(450 μg/g 以下)の規定がされている。

中国では母根の形が烏の頭に似ていることから“烏頭”と呼び、それにつく子根を“附子”と呼び、両者を区別しているが、日本では母根と子根を特に区別せず、ともに附子と呼んでいる。塊根をそのまま乾燥しただけのものは毒性が強く、適当な減毒処理(修治)を行ったものを使用する。附子は体を温める作用に優れ、烏頭は痛みを止める作用が強いとされている。

**【主要成分】** アコニチン, ジェサコニチン, ヒパコニチン, メサコニチンなどのジテルペン(アコニチン型)アルカロイドおよびヒゲナミン(higenamine)などのベンジルイソキノリン型アルカロイドを含む。



**【薬効薬理】** 附子は、裏を温め、寒を去り、痛みをとるこ

とを目的とした漢方処方に配合されている。これを裏づける作用として鎮痛、体温上昇、血管弛緩などに関する報告がされている。近年ではトリカブトの塊根の加工処理したものを附子と、加工処理していないものを烏頭と称していることも多いため、文献報告においては混乱をきたしている。

①**鎮痛作用**：正常マウスにおける修治されていない附子・烏頭の鎮痛作用が検討され、テイルピンチ法などで強い鎮痛作用が報告されている。この鎮痛作用に関係する活性成分はメサコニチンであることが明らかにされた<sup>1)</sup>。この鎮痛活性は修治により著しく低下するが、これは鎮痛活性成分であるメサコニチンが修治により加水分解され、鎮痛活性が低いベンゾイルメサコニチン(benzoylmesaconine)、さらにメサコニン(mesaconine)となったためと考えられている<sup>2)</sup>。また、ラットの神経因性疼痛モデルにおいて、加工附子は強い抗アロディニア作用を示すことも報告された<sup>3)</sup>。

これらの鎮痛作用機序についてはいまだに解明されていないが、オピオイド $\mu$ 受容体刺激の関与や、内因性オピオイド(たとえばダイノルフィン)の遊離を介する脊髓オピオイド $\kappa$ 受容体活性化の関与が推定されている<sup>4, 5)</sup>。

②**体温上昇作用**：附子には、冷えによってダメージを受けた身体に対して、身体の奥底から温める作用がある。4℃環境下でマウスを10日間飼育すると、直腸体温が低下し体重が減少するが、マウスに加工附子を餌に混合して自由摂取させたところ、直腸体温の低下が平熱まで回復した<sup>6)</sup>。この熱産生亢進の作用機序は、加工附子末が褐色脂肪組織のミトコンドリア内膜に存在する脱共役タンパク-1(UCP-1)を増加させることによることが示唆されている<sup>6)</sup>。これらの作用が附子の新陳代謝を高め冷えを取り除くという薬能を説明するものと考えられる。

③**血管弛緩作用**：附子の「手足の冷え」に対する改善作用は、熱産生機能の亢進に加えて、血液末梢循環改善も関与していると考えられる。附子アルカロイドメサコニチンは、摘出ラット大動脈標本において血管内皮から一酸化窒素(NO)を遊離させて、血管平滑筋を弛緩させること、また、細い動脈(胃動脈)標本においては内皮由来過分極因子(EDHF)を遊離させて血管平滑筋を弛緩させることが示されている<sup>7, 8)</sup>。漢方薬を服用する患者においても、附子を含む漢方方剤を服用する患者群では、血中NO量が多いことが報告されている<sup>9)</sup>。これらの血管弛緩作用により、血液末梢循環が改善されるものと推定される。

④**強心作用**：附子・烏頭は局所における水の停滞を除去する作用を有する。この作用の一部は強心作用ととらえ

ることができる。モルモット摘出乳頭筋標本において、附子・烏頭アルカロイドであるヒゲナミン(higenamine)は陽性変力作用を示し、心室標本においても陽性変時作用を示すことが報告されている<sup>10)</sup>。附子・烏頭は強心作用を有し、これが余剰な水を取り除く作用に寄与しているものと考えられる。

## 文献

- 1) Hikino H, et al : J Pharmacobio-Dyn 2 : 78-83, 1979
- 2) Suzuki Y, et al : Nippon Yakurigaku Zasshi 102 : 399-404, 1993
- 3) Xu H, et al : J Ethnopharmacol 103 : 392-397, 2006
- 4) Loh HH, et al : Molecular Brain Research 54 : 321-326, 1998
- 5) Omiya Y, et al : Jpn J Pharmacol 79 : 295-301, 1999
- 6) Makino T, et al : Biol Pharm Bull 32 : 1741-1748, 2009
- 7) Mitamura M, et al : Eur J Pharmacol 436 : 217-225, 2002
- 8) Mitamura M, et al : Jpn J Pharmacol 89 : 380-387, 2002
- 9) Yamada K, et al : J Ethnopharmacol 96 : 165-169, 2005
- 10) Kimura I, et al : Jpn J Pharmacol 66 : 75-80, 1994

## 防已(ボウイ)

【**基原**】ツツラフジ科(Menispermaceae)のオオツツラフジ *Sinomenium acutum* Rehder et Wilson のつる性の茎および根茎である。

【**主要成分**】シノメニン(sinomenine, 主成分)、ジシノメニン(disinomenine)などのアルカロイド類。



【**薬効薬理**】防已は、主として利尿・抗浮腫作用や鎮痛作用を目的に、防已黄耆湯、疎経活血湯、木防已湯などの漢方処方に配合されている。防已にはモルヒネと構造が類似したアルカロイドのシノメニンが主成分として含まれており、シノメニンを非経口投与した際の生物活性に関する報告は多いが、防已自体の漢方薬中での薬効を裏づける研究例は少ない。特に利尿作用に関しては否定的な報告がある<sup>1)</sup>。

①**抗浮腫作用**：防已の50%メタノール抽出物をラットに経口投与(2g/kg)したところ、頸静脈結紮うっ血性浮腫をコントロール群に比べ有意に抑制した<sup>2)</sup>。

②**鎮痛作用**：シノメニンの塩酸塩をマウスに皮下投与(2mg/10g)したところ、熱板法において鎮痛作用が認められた。1日1回の反復投与で鎮痛活性は増強し、約

1 週間の投与で最強となり、投与を終了しても効果は数日間持続した<sup>3,4)</sup>。

シノメニンの塩酸塩をネコの皮下に投与(0.75~1.0 mg)したところ、触刺激および針刺激により生じる知覚神経の求心性衝撃の発生が減弱した。その効果は30~60分後に最強となり、60~90分で次第に減弱し、2~3時間後に消失した。また、2.0 mgの投与では、5~15分後から完全な知覚麻酔状態となり、その効果は数時間持続した<sup>5)</sup>。シノメニンは、チャイニーズハムスター由来の卵巣細胞のオピオイド $\mu$ -レセプターに対してナロキソンと拮抗し、そのIC<sub>50</sub>値は109.5 ± 51.0 nMであった。また、シノメニンは1  $\mu$ M および10  $\mu$ Mの濃度で、オピオイド $\mu$ -レセプターをリン酸化した。シノメニンは、テイルフリック試験(tail flick test)において、用量(10~30 mg/kg、腹腔内投与)依存的にマウスの掉尾反射を抑制した。さらに、シノメニンを1日2回、6日間マウスに皮下投与(30 mg/kg)したところ、モルヒネ10 mg/kgを同様に投与した際に生じる鎮痛作用の耐性を抑制した<sup>6)</sup>。

③抗炎症作用：防已に含まれるアルカロイドのテトランドリン(tetrandrine)をラットに筋肉内投与(200 mg/kg)したところ、カラゲニンによる後肢足蹠浮腫を約20%抑制した。テトランドリンの塩酸塩はさらに強い活性を示し、100 mg/kgの投与で対照薬であるフェニルブタゾンと同等の抑制効果を示したが、200 mg/kgに増量してもその作用は増強されず、用量依存性は認められなかった。テトランドリンは、卵白アルブミンによる足蹠浮腫に対しては200 mg/kgの経口投与で抑制活性を示した<sup>7)</sup>。防已の水抽出物は、アナフィラキシーメディエーターの遊離抑制作用や抗ヒスタミン作用を示した<sup>8)</sup>。そのほか、シノメニンの関節リウマチに対する有効性や作用メカニズムに関するいくつかの報告があるが<sup>9-13)</sup>、いずれも西洋医学的な観点から新規抗リウマチ薬としての可能性を追求した研究である。

## 文献

- 1) 萩庭丈寿, 原田正敏: 生薬学雑誌 17: 6-10, 1963
- 2) Yamahara J, et al: Chem Pharm Bull 27: 1464-1468, 1979
- 3) Sanuki K: Jpn J Pharmacol 6: 69-86, 1957
- 4) 大野博之: 日本薬理学雑誌 55: 109-125, 1959
- 5) 大野博之: 日本薬理学雑誌 55: 126-137, 1959
- 6) Wang MH, et al: Neurosci Lett 443: 209-212, 2008
- 7) 山原條二ほか: 生薬学雑誌 28: 83-95, 1974
- 8) 江田昭英ほか: 日本薬理学雑誌 66: 366-378, 1970
- 9) Liu L, et al: Int J Immunopharmacol 16: 685-691, 1994
- 10) Liu L, et al: Int J Immunopharmacol 18: 529-543, 1996
- 11) Kok TW, et al: Angiogenesis 8: 3-12, 2005

- 12) Feng H, et al: Planta Med 72: 1383-1388, 2006
- 13) Zhao Y, et al: Int Immunopharmacol 7: 637-645, 2007

## 芒硝(消)(ボウシヨウ)

【基原・成分】天然の芒硝を再結晶して得られた結晶。組成は主にNa<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>・10H<sub>2</sub>Oからなり、微量の硫酸マグネシウム、硫酸カルシウム、塩化マグネシウム、塩化ナトリウムなどを含む。

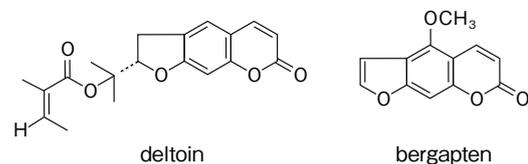
正倉院に保存されている芒硝は結晶硫酸マグネシウムであり、少なくとも唐以前の芒硝は天然の硫酸マグネシウム(MgSO<sub>4</sub>・7H<sub>2</sub>O)であったと考えられている。

【薬効薬理】清熱瀉下作用により胃腸の炎症を鎮め、便通を図る。また、利尿作用をもつ。清熱瀉下作用の場合は、多くは大黃と配合され、利尿作用の場合は、他の利尿薬と配合される。塩類下剤として薬理作用を除き、研究報告は少ない。

## 防風(ボウフウ)

【基原】セリ科(Umbelliferae)の*Saposhnikovia divaricata* Schischkの根および根茎である。

【主要成分】クマリンのデルトイン(deltoin)、ベルガプテン(bergapten)、ソラーレン(psoralen)、インペラトリン(imperatorin)、クロモン誘導体、多糖体、ポリアセチレンなどを含む。



【薬効薬理】防風は、主として皮膚疾患用薬、消炎排膿薬、解熱・鎮痛薬とみなされる漢方処方に配合されているが、漢方薬中での薬効を裏づける研究例は少ない。防風の煎液を経口投与すると、混合チフス菌による発熱に対し強い解熱作用を認め、また、50%エタノール抽出物は著しく疼痛閾値を高めたという報告もあるが<sup>1)</sup>、信頼性の高いものではない。ここでは、最近の防風の薬理学的研究のうち、解熱・鎮痛作用、抗炎症・抗アレルギー作用を支持するものを示す。

① 解熱・鎮痛作用：防風の30%エタノール抽出物を多孔質合成吸着剤Diaion® HP-20を充填したカラムに付し、防風抽出物除糖画分(SIB)を調製した。マウスにSIBを経口投与したところ、用量依存的(40~1,000 mg/kg)に酢酸ライジング反応を抑制した<sup>2)</sup>。防風に含まれるポリアセチレン系化合物のファルカリンジオール(falcarindiol)やファルカリノール(falcarinol)などは、用量(2~200  $\mu$ g/mL)依存的にシクロオキシゲナーゼの

阻害を介してヒト血小板におけるトロンボキサン B<sub>2</sub> の生成を抑制した。防風の解熱、鎮痛、抗炎症作用にこれらポリアセチレン系化合物が関与していることが示唆された<sup>3)</sup>。防風のメタノール抽出物をマウスに経口投与(2 g/kg)したところ、酢酸ライジング反応を抑制した。この活性を指標に成分探索を行ったところ、鎮痛活性成分として、クロモン誘導体の *sec-O*-グルコシルハマウドール(*sec-O*-glucosylhamaudol)、シミフギン(cimifugin)、ハマウドール(hamaudol)、レデボウリエロール(ledebouriellol)、ジバリカトール(divaricatol)などが得られた。*sec-O*-グルコシルハマウドールとシミフギンは、それぞれ 40 mg/kg と 80 mg/kg の経口投与で有意な鎮痛活性を示した。*sec-O*-グルコシルハマウドールのアグリコンであるハマウドールは、1 mg/kg、5 mg/kg、10 mg/kg の経口投与で、レデボウリエロールとジバリカトールは、1 mg/kg、5 mg/kg の経口投与で有意な鎮痛活性を示した。このうち、防風の主クロモン成分である *sec-O*-グルコシルハマウドール(経口投与、80 mg/kg)は、マウス尾圧法と Randall & Selitto 法においても有意な鎮痛活性を示した。*sec-O*-グルコシルハマウドールの鎮痛活性はナロキソンによって消失したことから、オピオイド受容体を介した鎮痛活性であることが示唆された<sup>4)</sup>。

②抗炎症・アレルギー作用：防風の水抽出物をラットに経口投与(原生薬 1g/kg に相当する抽出物)したところ、乾燥 B.C.G. アジュバント誘発関節炎を抑制した<sup>5)</sup>。防風のメタノール抽出物は、コンパウンド 48/80(compound 48/80)刺激によるラット腹腔由来肥満細胞からのヒスタミン遊離を、10 μg/mL 以下の濃度で 50% 以上抑制した<sup>6)</sup>。防風より単離されたフロクマリン誘導体のインペラトリンとデルトインは、リポ多糖(LPS)で刺激した RAW264.7 マウスマクロファージ細胞の誘導型一酸化窒素合成酵素(iNOS)タンパクの発現を阻害し、NO 産生を抑制した(インペラトリン: IC<sub>50</sub> 17.3 μg/mL, デルトイン: 11.6 μg/mL)<sup>7)</sup>。防風の酢酸エチル抽出物は 10 μg/mL の濃度で、LPS/IFN-γ で刺激した C6 glioma 細胞からの一酸化窒素(NO)産生を約 27% 抑制した。この活性を指標に成分検索を行ったところ、ファルカリンジオール(falcarindiol)などのポリアセチレン系化合物が得られた。ファルカリンジオールは 10 μM の濃度で、LPS/IFN-γ で刺激した C6 glioma 細胞の iNOS を阻害し、NO 産生を約 70% 抑制した<sup>8)</sup>。

## 文献

- 1) 田口平八郎：現代東洋医学 9：61-66, 1988
- 2) 木下 剛ほか：和漢医薬学会誌 4：130-137, 1987
- 3) Baba K, et al：Shoyakugaku Zasshi 41：189-194, 1987

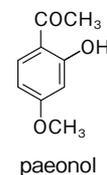
- 4) Okuyama E, et al：Chem Pharm Bull 49：154-160, 2001
- 5) 長 紹元ほか：生薬学雑誌 36：78-81, 1982
- 6) 平沢昌子ほか：和漢医薬学雑誌 12：241-249, 1995
- 7) Wang CC：Cancer Lett 145：151-157, 1999
- 8) Wang CN, et al：Planta Med 66：644-647, 2000

## 牡丹皮(ボタンピ)

【基原】ボタン科(Paeoniaceae)のボタン *Paeonia suffruticosa* Andrews(= *Paeonia moutan* Sims)の根皮である。

【主要成分】フェノール性化合物のペオノール(paeonol, 主成分)およびその配糖体のペオノリド(paeonolide), ペオニフロリン(paeoniflorin)とオキシペオニフロリン(oxy-paeoniflorin)などの変形モノテルペン配糖体。

ペオノール含量 1.0% 以上。



【薬効薬理】牡丹皮は、駆瘀血薬として漢方処方に配合されている。抗炎症作用や血液凝固阻止作用など駆瘀血作用に関連した報告がされている。

①循環器系への作用：煎出エキスの *in vitro* での血小板凝集抑制、プラスミノゲンの活性化およびプラスミン阻害作用や、ペオノールに血小板凝集抑制作用が認められている<sup>1-3)</sup>。70% メタノールエキスは正常または高脂肪食飼育ラットでエンドトキシン誘発の実験的血栓症に対して抑制作用を示した<sup>3,4)</sup>。水製エキスのヒト連続内服で ADP, アドレナリンまたはコラーゲンによる血小板凝集能が低下した<sup>5)</sup>。メタノールエキスやペオノールに摘出大動脈片でのノルアドレナリンによる収縮に対する抑制作用や摘出心房標本での収縮力の増大あるいは心拍数の増加が観察されている<sup>6)</sup>。ラット血管内皮細胞を用いた実験でペオノールは TNF-α 誘発 VCAM-1(vascular cell adhesion molecule-1)の発現を抑制し、これには TNF-α による p38 と ERK1/2 の活性化を抑制するためと報告されている<sup>7)</sup>。

②抗炎症作用：エタノールエキスは感作モルモット肺切片からのアナフィラキシーメディエーターの遊離を抑制した<sup>8)</sup>。煎出エキスはカラゲニン誘発足蹠浮腫、酢酸によるマウス腹腔内色素漏出、アジュバント関節炎を抑制することが報告されている<sup>1,9)</sup>。ペオノールにカラゲニン誘発足蹠浮腫や酢酸によるマウス腹腔内色素漏出の抑制などの抗炎症作用が報告されている<sup>10)</sup>。ペオノールは卵白アルブミン誘発喘息モデルマウスで気道の炎症や反

応過敏性の抑制, 肺胞洗浄液中の好酸球の増加抑制やインターロイキン-4 および 13 の減少などが報告されている<sup>11)</sup>.

③**中枢抑制作用**: 水エキスをマウスへ皮下投与することによって, 自発運動の抑制, ヘキソバルビタール睡眠延長, 酢酸ライジングの抑制, ストリキニーネなどによる致死時間の延長などの中枢抑制作用を示し<sup>12)</sup>, ペオノールの経口投与または腹腔内投与によって鎮静, 鎮痛, 解熱, 抗痙攣などの中枢抑制作用が報告されている<sup>13)</sup>.

④**その他の作用**: 70% メタノールエキスおよびペオノールはマウスにおける細網内皮系貪食作用を亢進した<sup>14)</sup>. ペオノールに利尿作用があり, また, 弱い電解質排泄促進作用を示すが, ペオニフロリンは利尿および抗利尿のいずれも作用を示さなかったと報告されている<sup>15, 16)</sup>. ペオノールに虫垂炎感染菌に対する抗菌作用<sup>17)</sup>, ストレス潰瘍や胃液分泌抑制作用が報告されている<sup>10)</sup>.

## 文献

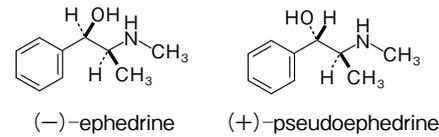
- 1) 有地 滋ほか: 生薬学雑誌 33: 178-184, 1979
- 2) Ishida H, et al: Chem Pharm Bull 35: 846-848, 1987
- 3) 久保道徳ほか: 生薬学雑誌 36: 70-77, 1982
- 4) 久保道徳ほか: 生薬学雑誌 38: 307-312, 1984
- 5) 平山愛山ほか: 和漢医薬学雑誌 2: 63-65, 1985
- 6) 王 昌恩ほか: 和漢医薬学雑誌 4: 274-275, 1987
- 7) Pan LL, Dai M: Phytomedicine 16: 1027-1032, 2009
- 8) 江田昭英ほか: 日本薬理学雑誌 66: 366-378, 1970
- 9) 長 招元ほか: 生薬学雑誌 36: 78-81, 1982
- 10) 原田正敏ほか: 薬学雑誌 92: 750-756, 1972
- 11) Du Q, et al: Can J Physiol Pharmacol 88: 1010-1016, 2010
- 12) Suzuki Y, et al: 応用薬理 25: 393-402, 1983
- 13) 原田正敏ほか: 薬学雑誌 89: 1205-1211, 1969
- 14) 久保道徳ほか: 薬学雑誌 105: 26-32, 1984
- 15) 川島浩一郎ほか: 治療学 臨時増刊号, 140-144, 1983
- 16) Kawashima K, et al: Planta Med 51: 187-189, 1985
- 17) 太田達男ほか: 生薬学雑誌 14: 100-101, 1960

## 麻黄(マオウ)

**【基原】**マオウ科(Ephedraceae)の *Ephedra sinica* Stapf, *Ephedra intermedia* Schrenk et C.A. Meyer または *Ephedra equisetina* Bunge の地上茎である。

**【主要成分】**(-)エフェドリン[(-)-ephedrine, 主成分], (+)-プソイドエフェドリン[(+)-pseudoephedrine], (-)-ノルエフェドリン[(-)-norephedrine], (-)-N-メチルエフェドリン[(-)-N-methylephedrine]などのアルカロイド類。

総アルカロイド(エフェドリンおよびプソイドエフェドリン)含量 0.7% 以上。



**【薬効薬理】**発汗, 解熱, 鎮痛薬として, 太陽病期の悪寒, 浮腫, 頭痛, 身体疼痛, 関節の痛みなどに応用する。また, 鎮咳薬として咳, 喘息などに用いる。主成分であるエフェドリンには交感神経興奮作用, 中枢興奮作用, 鎮咳作用, 体温上昇作用, 覚醒作用, 抗肥満作用が認められている。

①**鎮喘作用**: 卵白アルブミンで免疫・感作した喘息モデルマウスにおいて麻黄抽出物は肺における IL-4 やロイコトリエン C<sub>4</sub> の産生を抑制し, 抗喘息作用を示す<sup>1)</sup>. 主成分のエフェドリンに関しては, 1929 年に喘息治療への利用が報告されている<sup>2)</sup>. エフェドリンはこれまでに, β<sub>2</sub>-アドレナリン受容体を介して弱い持続的気管支拡張作用を示すことが明らかにされている。

②**抗炎症作用**: 麻黄のエタノールエキスをアジュバンド関節炎ラットに経口投与することにより, 足浮腫を著しく抑制することが報告されており, 麻黄の利尿・消腫の作用と考えられる<sup>3)</sup>. エフェドリン, プソイドエフェドリンにもカラゲニン誘導足浮腫を抑制する作用が報告されており, 作用機序として中枢神経系は関与しないこと, プロスタグランジン E<sub>2</sub> の生合成を阻害することが明らかにされている<sup>4)</sup>. 麻黄附子細辛湯エキスおよび(-)-エフェドリンは投与後, 極めて短時間で受身皮膚アナフィラキシーを抑制し, これは胃に存在する β<sub>2</sub> アドレナリン受容体を刺激による求心性および遠心性神経系を介した作用であることが推定されている<sup>5-7)</sup>.

③**循環器系に及ぼす作用**: 麻黄はネコの肺血管床において著しい血管収縮作用を示し, α<sub>1</sub>-アドレナリン受容体の活性化を介した作用を示す<sup>8)</sup>. また, 粉末麻黄を健康人が摂取することにより心拍数の上昇が観察されたが, 血圧に対する作用には個人差がみられた<sup>9)</sup>. これまでにエフェドリンは, 血管収縮作用(α<sub>1</sub>-アドレナリン受容体作用)と心臓刺激作用(β<sub>1</sub>-アドレナリン受容体作用)により徐々に血圧を上昇させ, その作用は数時間持続することが知られている。

④**神経系に及ぼす作用**: 麻黄乾燥エキスをヒトが摂取することにより, 自律神経系が副交感神経系に比べ交感神経系が優位になることが報告されている<sup>10)</sup>. エフェドリンの摂取は, β-アドレナリン受容体を介して脂肪酸の燃焼を活性化して熱産生を促進し, 結果的に脂肪蓄積を抑制する。この熱産生は麻黄の発汗作用に関係している可能性が考えられる<sup>11, 12)</sup>. エフェドリンは虚血性低酸素

症における空間認知学習能の低下をシナプスの結合性を増加させることにより改善した<sup>13)</sup>。また、エフェドリンは中枢作用を介して、運動能の亢進作用と摂食亢進作用を示し、これらの作用は間接的なドパミン神経系の活性化が関与していると考えられている<sup>14)</sup>。

⑤**抗肥満作用**：閉経前女性を対象にした二重盲検ランダム化比較試験で麻黄抽出物は低カロリー食制限下でBMIを低下させた<sup>15)</sup>。本作用は、 $\beta$ -アドレナリン受容体を介した作用と考えられる。また、麻黄の水抽出物には、飢餓状態に視床下部から分泌される摂食亢進因子ニューロペプチドYを減少させる効果が見いだされている<sup>16)</sup>。

⑥**その他**：麻黄は運動能力の亢進、脂肪燃焼、体重減少などの目的で、単独で、あるいは、サプリメントの混合物として摂取され、脳卒中、不整脈、冠動脈梗塞、心筋症、動脈瘤、腎石症などの重篤な副作用、死亡例が報告されている<sup>17, 18)</sup>。

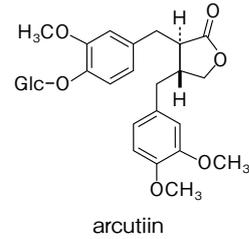
## 文献

- 1) Liu YG, et al : Zhongguo Zhong Yao Za Zhi 32 : 246-249, 2007
- 2) Stewart HH : Br Med J 1 : 293-295, 1929
- 3) Kim SY, et al : Arch Pharm Res 20 : 313-317, 1997
- 4) Kasahara Y, et al : Planta Med 51 : 325-331, 1985
- 5) Shibata H, et al : Inflamm Res 49 : 398-403, 2000
- 6) Shibata H, et al : Inflamm Res 49 : 553-559, 2000
- 7) Shibata H, et al : Inflamm Res 49 : 714-719, 2000
- 8) Fields AM, et al : J Altern Complement Med 9 : 727-733, 2003
- 9) White LM, et al : J Clin Pharmacol 37 : 116-122, 1997
- 10) Chen WL, et al : J Ethnopharmacol 130 : 563-568, 2010
- 11) Dulloo AG, et al : Bri J Nutri 52 : 179-196, 1984
- 12) Astrup A, et al : Metabolism 35 : 260-265, 1986
- 13) Xiao N, et al : Neurosci Lett 435 : 99-102, 2008
- 14) Wellman PJ, et al : Psychopharmacol 135 : 133-140, 1998
- 15) Kim HJ, et al : J Acupunct Meridian Stud 1 : 128-138, 2008
- 16) Kim EH, et al : Am J Chin Med 32 : 659-667, 2004
- 17) Samenuk D, et al : Mayo Clin Proc 77 : 12-16, 2002
- 18) Flanagan CM, et al : Int J Cardiol 139 : e11-13, 2010

## 連翹(レンギョウ)

**【基原】**モクセイ科(Oleaceae)のレンギョウ *Forsythia suspensa* Vahl またはシナレンギョウ *Forsythia viridissima* Lindley の果実である。

**【主要成分】**アルクチイン(arctiin), アルクチゲニン(arctigenin), (+)-ピノレスノール[(+)-pinoresinol]などのリグナン類。フォルシチアシド(forsythiaside)などのフェニルエタノイド配糖体。



**【薬効薬理】**連翹は、消炎、排膿、解毒、抗菌、利尿作用などを期待して、防風通聖散、十味敗毒湯、荊芥連翹湯などの漢方処方に配合されている。連翹の薬理試験は、そのほとんどが抗アレルギー作用や抗炎症作用に関するもので、多くは活性成分の同定まで行われているが、それ以外の解毒、抗菌、利尿作用に関する研究例は少ない。

①**抗アレルギー作用**：連翹の成分であるアルクチゲニンをマウスに経口投与(15 mg/kg)したところ、卵白アルブミンにより惹起される受動皮膚アナフィラキシー(passive cutaneous anaphylaxis : PCA)反応(I型反応)とコンパウンド48/80(compound 48/80)による腹腔肥満細胞からのヒスタミン遊離(I型反応)をそれぞれ約30%抑制した。また、ラットにアルクチゲニンを経口投与(15 mg/kg)したところ、逆皮膚アナフィラキシー(reversed cutaneous anaphylaxis : RCA)反応(II型反応)を著明に抑制し、マウスのヒツジ赤血球(sheep's red blood cells : SRBC)によるアルサス反応(III型反応)を抑制した。さらに、アルクチゲニンの経口投与(15 mg/kg, 45 mg/kg)は、マウスのSRBCによる遅発型過敏症とロゼット形成細胞の形成を著明に抑制し、ピクリルクロリドとジニトロフルオロベンゼン誘発によるマウスの接触皮膚炎(IV型反応)を抑制した<sup>1)</sup>。連翹のメタノール抽出物をマウスに経口投与(1 g/kg)したところ、コンパウンド48/80によるアナフィラキシー反応とコンパウンド48/80による耳殻の炎症をどちらも約30%抑制し、さらに抗ジニトロフェニル(dinitrophenyl : DNP)IgE抗体によるPCA反応を抑制した<sup>2)</sup>。連翹の80%メタノール抽出物を、ダイズタンパク質の約30%を占める $\beta$ -コングリシニンによりアレルギーを発症させた子ブタに経口投与(100 mg/kg)したところ、咳嗽、嘔吐、胃収縮などのアナフィラキシー様症状が軽減した。また、PCA反応の抑制、肥満細胞からの脱顆粒の抑制、ヒスタミン遊離抑制作用を示した<sup>3)</sup>。連翹に含まれるトリテルペン類は、卵白アルブミンにより誘発したアレルギー性喘息モデルモルモットに対して、即発型反応と遅発型反応時の特異的気道抵抗の低下、エリスロポエチン活性と好酸球浸潤の減少、肺への炎症性メディエーター放出阻害などにより、抗喘息作用を示した<sup>4)</sup>。

②**抗炎症作用**：連翹の70%メタノール抽出物をマウス

に投与したところ、酢酸誘発色素透過性亢進を抑制し、その活性成分としてアセトキシ-20, 25-エポキシダマラン-24-オール(3 $\beta$ -acetoxy-20, 25-epoxydammarane-24-ol)が同定された<sup>5)</sup>。連翹の水抽出物をマウスに経口投与(100 mg/kg)したところ、コンパウンド48/80 誘発性浮腫を著明に抑制し、血管透過性を約 89% 抑制した<sup>6)</sup>。連翹の成分であるフィリゲニン(phylligenin)をマウスに腹腔内投与(12.5~100 mg/kg)したところ、カラゲニンにより惹起される足浮腫を約 22~35 % 抑制した<sup>7)</sup>。

#### 文献

- 1) Lee JY, et al : Arch Pharm Res 33 : 947-957, 2010
- 2) Choi IY, et al : In Vitro Cell Dev-An 43 : 215-221, 2007
- 3) Hao Y, et al : J Ethnopharmacol 128 : 412-418, 2010
- 4) Lee JY, et al : Biol Pharm Bull 33 : 230-237, 2010
- 5) Ozaki Y, et al : Biol Pharm Bull 23 : 365-367, 2000
- 6) Kim MS, et al : Inflammation 27 : 129-135, 2003
- 7) Lim H, et al : J Ethnopharmacol 118 : 113-117, 2008

