

総編集／

大島 弓子

数間 恵子

北本 清

シリーズ
看護の基礎科学



薬とのかかわり

中谷 晴昭

大橋 京一

／編

臨床薬理学

薬とのかかわり

臨床薬理学

〔第一部〕からだの機能の異常と薬

第20章

漢方薬の考え方

1. 漢方医学とは

① 日常診療に普及する漢方医学

漢方薬の考え方について述べるには、まず「漢方医学とは何か」を定義しなくてはならないが、簡単に言ってしまうと「漢方薬を用いた医療」のことを漢方医学と称している。一方、東洋医学という言葉があるが、これは日本独特の名称であり、主として漢方医学と鍼灸医学（鍼灸を用いた医療）を含む、中国文化を起源とする思想・治療体系に基づいて行われる医療の総称である。

現在、日本の看護学部・医学部の一般的な講義の中には、東洋医学も漢方医学も存在しない。江戸時代までは漢方医学・鍼灸医学が日本の医学の主流であったが、明治時代になり、西洋文明を必死に取り入れた近代日本の草創期に、医学教育には東洋医学を盛り込まないことが政府の方針として定められたからである。

しかし今日でも実地医療の場で漢方薬は確実に普及しており、医師の7割以上が漢方薬の使用経験を持つ。このように学生時代に全く学ばなかった漢方医学に卒後触れることになるのだが、その思想も治療法も大いに異なるために、西洋医学のみ教育を受けてきた多くの医療職は戸惑うことになる。

この章では、漢方医学とはどのようなものか、西洋医学との違いは何かについて述べてみたいと思う。

② 東洋医学と西洋医学の違い

1 西洋医学の専門分化

東洋医学と西洋医学の違いを一言で述べれば、現代医学を初めとする西洋医学は分析的・機械的・抽象的・普遍的・客観的であるのに対して、東洋医学は総合的・人間的・具象的・個人的・主観的傾向の強い医学であるということが出来る。

これは具体的にどういうことかというところ、例えば大学病院を受診する際に、まず病院の受付で、どの科を受診すべきか迷ったという経験はないであろうか。大学や大病院などでは、診療はいわゆる“縦割り”によって行われ、臓器ごとに診療科が分かれている。さらに内科・外科・整形外科などの下に、同じ内科でも循環器科・呼吸器科・消化器科・神経内科などと細分化されている。循環器科でも、不整脈を扱う部門と、虚血性心疾患を扱う部門に分かれていたりする。

しかもこのような細分化は、自然科学的であることを第一に志向する西洋医学の立場では、「学問の専門分化」として避けられないことなのである。

2 臨床医学における分化の弊害

このような医学の専門分化は、研究的な「基礎医学」の分野であればともかく、「臨床医学」の場合には少し問題があろう。臨床医学が対象とするのは病気に悩む個々の患者その人である。患者は、例えば冠循環にだけ病変があり、他は全く健康であるなどということはあるが得ない。からだの各部は相互に密接に関連しており、それらはさらに精神活動とも不可分の関係にある。

ところが専門分化した臨床医学では、患者は診断を確定する前に何日もかかっていくつかの科を巡り歩かなければならないことも多い。しかも膨大な検査データと山のような薬をもらっても病気自体は回復せず、時には新しい病気さえ出てくるといった訴えを聞くことも稀ではない。

3 全人的治療を目指す漢方医学

1) 治療医学としての発展

一方、東洋医学、とりわけ漢方医学はどうであろうか。漢方医学は初めから治療医学として発展してきた。基礎となったものは臨床経験の集積であり、理論的支柱となったのは陰陽五行説などの自然哲学であった。

したがって漢方には、現代医学における意味での基礎医学はない。そこで基礎に置かれるのは、「患者と医療者」という具象的・現実的な関係性の世界であった。そして、どのような場合にどのような治療措置を取ればよいかを具体的に追究すること、その経験を集積していくことに全エネルギーを傾倒してきたといってよい。患者－医療者の関係には人格的結合の必要性が強調され、精神・身体を一丸とした全人的治療が模索されてきたという歴史を持つものが漢方医学である。

2) 現代医学のあり方への反省——対話の重視

他の例をあげると、非常な苦痛を訴えている患者でも、病院でのあらゆる検査に異常が認められなかったとすれば「気のせい」という一言で処理されて、トランクライザー（抗不安薬）を与えられて帰された、などという苦情を聞くことがある。

一方では、「疲れやすい」「食欲がない」などの症状を訴えてきた患者に、たまたま軽度の低血圧や胃下垂を発見すると、直ちに患者の愁訴をこれら所見と結びつけ、昇圧剤などが投与されて、かえって病状を悪化させるという話も聞く。

「何となく体の具合が悪い」「気分がすっきりしない」などといった患者の言葉にあまり関心を払わず、検査値の増減にのみ一喜一憂するのは医療本来の姿ではない。確かに、検査結果は診断・治療の参考にはなるが、患者の訴えに優先するものではないはずであり、検査の結果を楯にとって患者の訴えを退けるのであれば、まさに本末転倒と言わざるを得ない。

現在行われている検査は、個々の病態のごく一部を表現し得ているに過ぎないのであり、測定値には当然誤差も存在し得る。臨床検査はあくまでも補助的なものであると考えて、本来の医療を行うべきであろう。

このように検査中心の医療が進んでいくにつれて、患者と医療者の対話は次第に失われていく傾向にある。本来臨床とは、患者と医療者が真に信頼し合って初めて成り立つ共同作業であろう。そのためここに、医学に自然科学以外の要素が大きく介入する余地が残されているのである。行き過ぎた物質文明社会の弊害が、様々に問われている今日、東洋の精神文明を基調とした漢方医学が、新しい評価を得るに至ったのは当然の成り行きかもしれない。

3 漢方医学の歴史

漢方医学は中国にその起源を発しているが、現代中国で行われている中医学とは異なる。漢方医学は、その意味において「中国を起源とする日本独自の伝統医学」ともいえるのである。

1 中国医学の伝来とその発展

中国の医学は5~6世紀頃から日本に伝えられ始めた。遣唐使や留学僧・留学生らの手によって中国の医学知識が入ってきた。8世紀の中頃には有名な鑑真和尚が来日し、当時すでに高いレベルに達していた中国の医学を日本に紹介したばかりでなく、相当量の薬物を持って来た。それらの薬は正倉院に納められ、正倉院薬物として、かなりよい保存状態で1200年を経た現在にまで伝えられている。

日本の医学が独自の歩みを始めたのは、16世紀以降のことである。日本の漢方が中国の中医学と違う点は「お腹を診ること」、いわゆる腹診があるということで、日本では中国医学の日本化とともに、腹診が極めて重視され今日に至っている。

2 西洋医学の優位

18世紀の後半になるとオランダから蘭方医学が入ってくる。そして19世紀には漢方と蘭方の勢力関係が逆転し、やがて幕末から明治時代を迎える。「脱亜入欧」

「西洋に迫いつき追い越せ」を至上目標とした明治政府にとって、漢方は旧時代の遺物でしかなく、目新しい西洋医学に置き換えられる運命にあった。

1895年、「漢方医」という資格は抹消され、漢方を勉強する者も西洋医学教育を受けることが義務づけられた。つまり、医師になるには西洋医学を勉強しなければならず、西洋医学を学んで医師国家試験を通り、医師になった上で漢方をするのは“自由”ということになった。したがって、医師にならなければ漢方による診療はできなくなったのだが、明治のエリート医師たちに、漢方を勉強する者はほとんどいなかった。

1910年、西洋医学を学んだ医師・和田啓十郎によって「**医界の鉄椎**」が著され、東洋医学復興の導火線となった。ここには「医学理論については西洋医学が優れているが、実際の臨床に関しては東洋医学に優れた一面がある」と述べられている。そして、**東西医学の結合**が提唱された。

3 東洋医学の再評価

漢方など東洋医学の復興が誰の目にも明らかになったのは、**第2次世界大戦後**のことである。高齢化社会の到来とともに、主として西洋医学による診療ではカバーしにくい疾患に関して、東洋医学に対する期待が高まったのである。

現代医学では、原則として「1つの疾患に対して1つの治療法」が用意される。ところが高齢者などの場合は、病変が多器官にわたることも多い。例えば高血圧、糖尿病、腰痛、白内障、前立腺肥大を有していれば、病院ならば内科、整形外科、眼科、泌尿器科を受診する必要がある。各科から数種類の薬が処方された場合には毎日10種類以上の薬を飲まなければならない、それだけで満腹になってしまうなどということにもなりかねない。

その点、漢方医学では患者の体を1つと考え、原則として1つの疾患ではなく、「**1つの体に対して1つの漢方薬**」で対応する。

このように多器官障害に対する漢方治療のよさが改めて見直されてきた。そして**1976年**には漢方薬が**薬価基準**に収載され、社会保険診療報酬の支払い対象となり、急速に臨床における漢方の普及が進んだのである。

2. 漢方医学の方法論

保険収載とともに漢方薬は急速に普及してきたが、漢方方剤の使用法については新しい問題が生じた。それは、漢方薬が西洋医学的な発想で使われてしまうということである。

例えば、気管支喘息に小**青竜湯**、下痢に**真武湯**などのように、個別の症状または疾患に対して漢方薬が選択される。だが、このような使用法は疾患への治療法であって、前述のように漢方医学が考える人間への全人的治療法ではない。

1 証による診断法

漢方によって患者を治療する場合は、まず証を決定する。証はかつて「症」とも書かれたが、それでは西洋医学でいう“症状・症候”と紛らわしいので、現在では「証」と表記が統一されている。

漢方における証とは、ある病態に際して出現する複数の症状の統一概念である。この点において、西洋医学の症候群という考えに類似している。しかし西洋医学の“症候群”と漢方でいうところの“証”との違いは、症候群の場合は、それが診断すなわち病名の決定に際して重要な役割は演じるが、ただちに治療法の指示にまでつながるものではない。それに対して漢方の証は、決定に際しては患者の個人的な事情も十分考慮されるしくみになっていて、それが直ちに治療法の指示でもあるという点において大きな違いがある。

つまり証診断というのは、西洋医学における「病名診断・治療指示」の2段階を1段階で行う操作であるといえる（図1）。

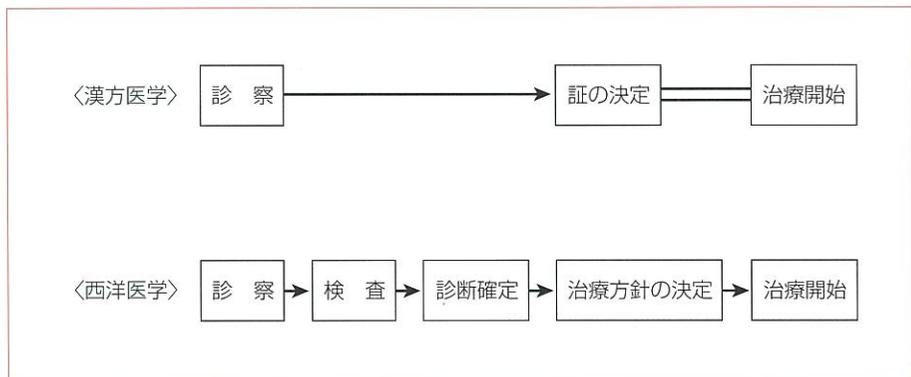
例えば同じ風邪でも、熱が出て、寒気がし、頭痛や首筋の強ばりを伴い、自然に汗をかかないような場合は、葛根湯証^{かつこんとうしょう}と診断される。ところが、体温が高い割に熱感が少なく、寒気が強く、脈が沈んだ状態にあれば、麻黄附子細辛湯の証^{まおうぶしさいしんとうしょう}というように漢方では診断される。

2 人間全体の診断法

同じ病因のため複数の人に病気が起こったとしても、個々の患者の体質によって個体の持つ病気に対する抵抗力、および病気の発現様式はそれぞれに異なるから、風邪に常用される漢方薬だけでも、容易に10種類以上を数えることができる。

逆に、西洋医学的には相異なる病名の診断を受けた複数の症状、例えば、胃炎・副鼻腔炎・高血圧症・胆石症・湿疹などに対しても、漢方医学的には同じ漢方薬が適応になることがある。この場合、これらの症状は病因論的に別の病気であるが、

図1 漢方医学と西洋医学の診療方法の比較



患者の持つ基本的体力・体格が同じで、病気に対する反応が同じと判断されれば、病名は異なっても同じ漢方薬が処方されることになる。

このことを簡単な例で説明すれば、同じ患者が、ある病気で受診して処方された漢方薬が、異なる病気で再受診した時にも再び処方されることがある。この場合に患者は、「違う病気で受診したにもかかわらず、なぜ同じ薬を飲むのか」と疑問に思うかもしれないが、異なる病気であっても、そこに現われる生体の反応が同じであれば、同じ漢方薬が投与されるのである。

人間の体は1つだと実感させられる例として、複数の症状がある患者に一種類の漢方薬を投与することで、複数の症状が同時に改善していくことがある。つまり、漢方医学の診断はあくまでも病気そのものではなく、病気になった人間を全体的に捉えて決めていくものなのである。

3. 漢方薬による治療の特質

① 漢方薬の特徴

1 天然物の使用と薬物安定性

漢方薬は周知の通り天然物で、ほとんどが植物由来であり、その他に動物由来、鉱物由来のものがある。これらを洗浄し、乾燥させ細かく刻むなどの簡単な操作を加えるだけで、自然に保存した状態で使うというのが漢方薬の特徴である。

もちろん、自然の状態のまま使うということには、非常によい点もあれば、注意しなければならない点もある。

純化学合成薬品の場合、例えばビタミンB₁ならば、1mgはどのようなものでも同じ力価を示す。しかし、漢方薬ではそういうわけにはいかない。天然物の場合、どうしても同じ力価のものを必ずしも毎回提供できないということがある。これは産地の違い、収穫時期の違いなどによるが、中には製造メーカーによって使用植物そのものが違う場合もある。厚生省では局方の基準により、安定した生薬の供給を義務づけているが、合成薬ほどの安定性を確保することは到底無理である。

2 漢方薬成分の個体差

1) 麻黄における成分の違い

例えば麻^ま黄^{おう}という植物の入った漢方薬は、気管支拡張作用や消炎作用を期待して用いられる。麻黄の中には薬効成分として、エフェドリン、メチルエフェドリン、プソイドエフェドリンなど種々が含まれていて期待する作用を発現するが、問題は

表1 麻黄を含む漢方薬

(単位：g/1日量)

〈比較的多量の麻黄を含むもの〉			
●葛根湯（かっこんとう）	3.0	●麻杏薏甘湯（まきょうよくかんとう）	4.0
●葛根湯加川芎辛夷（-かせんきゅうしんい）	3.0	●神秘湯（しんぴとう）	5.0
●小青竜湯（しょうせいりゅうとう）	3.0	●五虎湯（ごごとう）	4.0
●麻黄湯（まおうとう）	5.0		
●越婢加朮湯（えっぴかじゅっとう）	6.0	〈比較的小量の麻黄を含むもの〉	
●薏苡仁湯（よくいにんとう）	4.0	●防風通聖散（ぼうふうつうしょうさん）	1.2
●麻杏甘石湯（まきょうかんせきとう）	4.0	●五積散（ごしゃくさん）	1.0

同じ麻黄でも、産地によってエフェドリンが多く含まれているもの、またプソイドエフェドリンが多く含まれているものなど、含有成分が一定しないのである。

エフェドリンは日本人薬学者の長井長義^{ながいながよし}により抽出され、気管支拡張作用を有するため、西洋医学でも喘息薬として使われている。麻黄の成分ではエフェドリンの他に、メチルエフェドリンにも気管支拡張作用があるので、喘息に用いる場合にはエフェドリン、メチルエフェドリンを多く含む麻黄が好ましい。一方、消炎作用に関してはプソイドエフェドリンの方がエフェドリンよりも約10倍強い作用を有し、消炎効果を指標にして麻黄を使う場合には、プソイドエフェドリンが多く含まれている方が有効である。したがって、どのような成分を多く含んだ麻黄であるのかによって、期待される効果が異なってくるということがある（表1）。

2) 附子における成分の違い

また、別の例をあげると、附子はトリカブトという植物の根である。生薬として使う場合かなり毒性の強いものであり、非常に注意を要する漢方薬の1つである。ただし、現在処方されるエキス製剤の場合は、毒性を弱めた加工附子^{かこうぶし}という生薬が使われているので、毒性についてはほとんど問題にならないが、薬効という点では麻黄と同様の問題を持つ。

生薬の附子では、同じトリカブトの根であっても、力価においては約1,000倍という驚くほどのばらつきがあるという。

このように力価の違った薬を使わなければならないのは生薬の性質上ある程度は避けられないことだが、なるべく均一な力価を持つ生薬の提供は必要である。

2 漢方薬の副作用

漢方ブームの一因として、「漢方薬には副作用がない」という安全神話があったように思われる。しかし数年前にも小柴胡湯^{しょうきいこうとう}による間質性肺炎の副作用の記事が新聞を賑わせたことは記憶に新しい。厚生省薬務局で発表される医薬品副作用情報によると、漢方薬にも副作用が意外と多いことに気づく。中には、漢方薬が適正に使用されなかったため、すなわち「証」に従って用いられたのではない結果として

表2 代表的な生薬の副作用

A. 麻黄
① エフェドリンを含有し、交感神経興奮様左様を有する
② 循環器疾患は特に注意を要し、虚血性心疾患・不整脈・高血圧症の患者や高齢者には危険である
③ 自律神経症状として、不眠・興奮・動悸・頻脈・発汗過多・尿閉を来す
④ 消化器障害を来すことがある
⑤ 交感神経興奮薬との併用による相乗作用を有する
B. 甘草
① 偽アルドステロン症、ミオパチー、血中カリウム値の低下に注意を要する
② 多処方併用時に注意が必要である（特に利尿剤との併用時）
C. 消化器症状を起こしやすい生薬
① 大黄（下痢）
② 麻黄、地黄、当帰（とうき）、川芎（せんきゅう）など（胃症状）
D. 皮膚症状を起こすことのある生薬
① 桂枝（けいし）、麻黄、人参、当帰、地黄など
E. その他
① 附子
② 石膏
③ 生薬アレルギー

好ましくない作用が出てしまったのではないかと、という疑問が残る症例があるのも事実である。その場合には漢方本来の持つ使用法に準じて正しく使うことにより、ある程度は避けられる。

しかし漢方薬の薬理効果が明らかになってくるにつれ、作用があるからには当然副作用は起こり得るものと理解されてきた（表2）。

例えば小柴胡湯に含まれる黄芩^{おうこん}は強い抗酸化作用を有するが、間質性肺炎^{かんしつせいへんえん}の発症に関連していることが示唆されている。間質性肺炎の発症を早期に発見するには、頻度は低い（小柴胡湯の場合は25,000例に1例）が発熱・咳嗽・呼吸困難などの症状が出現した際には直ちに医師の報告することを患者に説明し、胸部X線検査・酸素飽和度検査・呼吸機能検査などを行うことが必要となる。

漢方薬による肝機能障害も、重篤な副作用に含まれる。これも黄連解毒湯^{おうれんげどくとう}や小柴胡湯といった黄芩を含む漢方薬に多い。肝機能の障害を早期に発見するためには、定期的な肝機能チェックが必要である。また稀に間質性肺炎と肝機能障害が同時に起きることがあるので注意を要する。

甘草^{かんぞう}という生薬は多くの漢方薬に含まれているが、大量あるいは長期にわたって使用すると、浮腫が生じることがある。これは甘草の成分であるグリチルリチンにケトステロイドリグクターゼの阻害によるアルドステロン作用があるためである。加えて、低カリウム血症、浮腫、高血圧などを来す偽アルドステロン症の発症例も報告されている（表3）。

その他、大黃^{だいおう}には瀉下作用があるが、その作用には個人差があり、量には十分な注意が必要である。また麻黄^{まおう}に含まれるエフェドリンにより交感神経が刺激され、

表3 比較的多量の甘草を含む漢方薬

(単位：g/1日量)

●半夏瀉心湯（はんげしゃしんとう）	2.5	●甘麦大棗湯（かんばくたいそうとう）	5.0
●小青竜湯（しょうせいりゅうとう）	3.0	●芎帰膠艾湯（きゅうききょうがいとう）	3.0
●人参湯（にんじんとう）	3.0	●桂枝人参湯（けいしにんじんとう）	3.0
●五淋散（ごりんさん）	3.0	●黄連湯（おうれんとう）	3.0
●炙甘草湯（しゃかんそうとう）	3.0	●排膿散及湯（はいのうさんきゅうとう）	3.0
●芍薬甘草湯（しゃくやくかんそうとう）	6.0	●桔梗湯（ききょうとう）	3.0

不整脈を呈したり、その他にも^{じおう}地黄、^{せつこう}石膏などによる胃腸障害もある。

このように、漢方薬は天然物であるとはいっても副作用はたくさんある。元来はモルヒネにしてもジギタリスにしても、またアトロピンにしても、どれも生薬から抽出された成分である。そのことを考えても、「天然物だから安全」ということは言い切れない。

ただし、長い期間にわたって漢方薬が使用されてきた歴史的経過で、治療経験の集積に基づき、危険なものは淘汰されて、現在も使われているものは比較的 안전한生薬が残ってきている。すなわち今後も、「漢方薬の適正使用」を心がけることで少しでも副作用を減らすように努力を重ねることが必要である。

参考文献

- 1) 大塚恭男：東洋医学，岩波書店，1996.
- 2) 大塚敬節：漢方医学，創元社，1997.
- 3) 松田邦夫・稲木一元：臨床医のための漢方—基礎編，ライフメディコム，1987.
- 4) 大塚敬節：漢方診療医典，南山堂，1994.
- 5) 大塚敬節：症候による漢方治療の実際，南山堂，1996.
- 6) 花輪壽彦：漢方診療レッスン，金原出版，1995.

(渡邊賢治)