

明日を創る医療総合誌

平成23年8月1日発行(毎月1回1日発行)
昭和49年10月15日第三種郵便物認可

C LINIC magazine

2011
AUG
8

No.505

[特集]

うつ病

見逃さない、再発させない

身体疾患とうつ病

日本大学 村上正人氏

認知行動療法的アプローチ

帝京大学 中尾睦宏氏

被災者のこころのケア

神戸赤十字病院 村上典子氏

ここまできた医療安全

日本医師会 高杉敬久氏 / 大阪大学医学部附属病院 中島和江氏



漢方

診察ファイル 第13回

「漢方学習の手引き」



慶應義塾大学医学部
漢方医学センター
渡辺賢治

はじめに

昨年からはじめた「漢方診察ファイル」も各執筆者の力作が続き、連載継続の運びとなった。個々の疾患に照らして漢方を使う人は増えており、いまでは医師の8割以上が日常診療に漢方を活用している。漢方に対するアレルギーが取れてきたことは誠に喜ばしいことであり、医学教育モデル・コア・カリキュラムに入ったことの影響が大きいと考えられるが、もう一歩踏み込んで漢方を使いたいという人も多と思う¹²⁾。

本稿では、漢方医学をどのように学んでいくのかを、本学での専修医教育をモデルに概説してみたい。もちろん個人個人にあったやり方があると思うので、あくまでも参考とお考えいただければ有難い。

まずは病名投与で使ってみる

非常に乱暴な言い方で申し訳ないが、風邪に葛根湯、花粉症に小青竜湯、

術後イレウス予防に大建中湯、機能的胃腸症に六君子湯、認知症の周辺症状としての不穏に対して抑肝散、便秘に大黃甘草湯、筋肉の痙攣に芍薬甘草湯等々、疾患に対する漢方の定番のようなものがあるので、まずはそれを使ってみる。

そもそも症状別に漢方を用いるのは漢方本来の使い方でない、などと堅苦しいことを言うなかれ。昭和29年に昭和漢方の巨星、大塚敬節が『漢方診療医典』を記した時、疾患・症候別に漢方の使い方を解説したところ、当時の漢方界から大いに批判されたと聞いている。すなわち漢方医学は「証」によって使い分けられるべきものであって、病名などを基に漢方を使うとは何事か、という批判である。この批判には一理あるが、そもそも「証」と「病名」の違いについて理解をしなくてはならない。

日本、韓国、中国とも伝統医学的病名は存在する。たとえば「消渴（しょうかつ または しょうかつ）」と言えば、多飲だがそれに見合った尿が出ないため飲んだ水が消えてしまう、という意味であった。後の時代には多飲、多尿を表し糖尿病とほぼ同義となる。その他「瘧（ぎゃく）」はマラリアと

ほぼ同義であり、「霍乱（かくらん）」は吐き下しで昔はコレラなどが含まれていた。このように病態そのものを認識し、分類していた。もちろんマラリア原虫によるものであることが証明されなければマラリアとは呼べないので、伝統医学病名と現代病名が全く一致することはないものの、相当近いものを指していたことは間違いない。

『金匱要略（きんきょうりやく）』は『傷寒論（しょうかんろん）』とともに後漢末期の紀元後200年くらいに書かれた古典であるが、まさにこの「伝統医学病名」に基づいて治療法が述べられているのである。

そう考えると「病名」である程度使う薬を限定することは、日常診療で十分に可能である。たとえば婦人科三大処方と呼ばれる当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散の3つを使い分けられれば、婦人科領域の多くの患者さんに対応可能である。

効果が得られなかった場合に証を考える

たとえば、上記婦人科三大処方の1つを選択して治療したとする。効果が

■表1 気血水の異常 慢性疾患で重要

| |
|--|
| 気虚 ：元気が出ない、気力ががない、体がだるい、疲れやすい、食欲・意欲がない、日中の眠気など（とくに食後眠くなる） |
| 気うつ（気滞） ：頭重感、咽喉がつまる、胸苦しい、不眠、四肢のだるさ |
| 気逆 ：のぼせ、動悸、頭痛、ゲップ、発汗、不安、焦燥感 |
| 血虚 ：貧血、皮膚のかさつき、爪の変形、白髪 |
| 瘀血 ：唇や舌の暗赤色化、色素沈着、静脈瘤、細絡、目の下のクマ、腹部所見 |
| 水毒 ：めまい、立ちくらみ、頭重感、乗り物酔い、悪心、下痢 |

■表2 六病位 急性疾患で重要 病気の進行に伴い区分(病気は表から裏に入ってくる)

| | |
|------------|---|
| 太陽病 | 風邪の引き始めで病邪がまだ表にある 悪寒、発熱、頭痛、咽喉頭痛、関節痛、筋肉痛 |
| 陽明病 | 病邪がお腹にまで達して高熱が出る 便秘、高熱、うわ言、腹部膨満 |
| 少陽病 | 病邪が呼吸器系に達して咳、痰が出始める 口が苦い、咽が乾く、めまい、嘔気、舌の白苔、夕方の熱 |
| 太陰病 | 長引いて消化器機能が落ちてくる 腹満、嘔吐、下痢、腹痛、食欲不振 |
| 少陰病 | 体力が消耗して倦怠感が強い 全身倦怠感、気力低下、胸苦しい、下痢、手足が冷える、咽中痛む |
| 厥陰病 | 体力が落ちきって熱産生ができない重篤な状態 動悸、胸が痛い、下痢・嘔吐、四肢が冷たい |
| 例外 | 直中の少陰 いきなり少陰病から始まる 虚弱者や高齢者/元来から冷え症で体力がない/普段は体力があっても、消耗してしまった |

なかった場合に、そのなかでの使い分けを考える。これが「証」である。病名が「病気」を分類したのに対し、証は「宿主である患者」を分類したものである。婦人科三大処方例を取ると、当帰芍薬散は「水毒」、「血虚」の証であり、桂枝茯苓丸であれば「瘀血」と「気逆」の証である。加味逍遙散は瘀血もあるが、「気うつ」の強い人に用いる。というように証に応じて使い分けが必要がある(表1)。

「証」を見る、というとは何か構えてしまう人が多いと思うが、簡便な証の見方については本誌2010年8月号に掲載している(3)。

基本的には漢方の証は極めて単純である。まずは患者の虚実・寒熱を見極める。急性疾患の場合には時間的経過が重要なので病期を判定する「六病位」(表2)を見定める。慢性疾患の場合には時間的経過よりもその患者の持つ弱い点を強化する目的で「気血水」の分類(表1)が重要になる。

よって手順としては病名でいくつかの候補を挙げ、そのなかでの処方を選択を証で鑑別できるようになったら次のステップに進んだと考えてよい。

副作用にも注意

「まず病名で使ってみよう」としたのは、漢方には比較的副作用が少ないからである。この「比較的」というのが問題である。最も重篤な副作用は間質性肺炎である。築山らによる1989年の小柴胡湯による間質性肺炎の報告以来、副作用報告は200例を数え、また死亡報告例も20例を数えている。小柴胡湯以外にも大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、六君子湯、柴朴湯、柴苓湯、半夏瀉心湯などでも薬剤性間質性肺炎の報告がなされている。また、同じく肝機能障害も合併症としては重篤であるが、これらの合併症に対しては定期

的な検査および間質性肺炎に対しては「吸気時呼吸困難」、「空咳」に注意してもらい、疑わしい症状があった場合にはすぐに漢方薬を中止してもらう(45)。

こうした重篤な副作用もあるが、まずは服薬のはじめに最も注意しなくてはならない訴えは胃腸障害である。以前、本学で取ったデータでは17%に何らかの不快感があり(67)、なかでも胃部不快感および下痢が多かった。漢方初診時は通常2週間以内に再診予約を入れるが、漢方薬が服薬できたかどうかのチェックが主である。

そもそも漢方の「証」とは1)漢方薬が最大限の効果を生み出す、2)副作用を最小限にする、ためのものであり、たとえば胃腸が弱い人の便秘に大柴胡湯が行くとひどい下痢になったり腹痛のみで便がつかなくなったりする。

漢方薬を使ったら、必ずそれが飲めたかどうかのチェックをして、飲めなかった場合に他の薬の選択になる。表3に代表的な副作用を挙げておく。

中身の生薬にも注意を払う

漢方薬に慣れてきたら、その中身の生薬に注意を払う。漢方の作用・副作用を考える場合、なかに含まれる生薬で説明できる場合が多い。花粉症や気管支喘息に用いる小青竜湯は、麻黄に含まれるエフェドリンによる気道の拡張で説明可能である。麻黄が含まれる漢方薬には麻黄湯、葛根湯など上気道炎に使うものも多い。これらもエフェドリンで説明可能である。

逆に副作用である偽アルドステロン症は甘草で説明できる。漢方薬を複数処方した場合は甘草の合計が重要になる。目安としては1日2.5gであるが、甘草のグリチルリチンは腸内細菌の持つ酵素によってグリチルレチン酸とな

■表3 漢方薬の主な副作用(頻度の多い順) ※副作用情報に注意

| | 症状 | 原因漢方薬 | 対応 |
|--------------------|--------------|--------------------------|----------------------------------|
| 胃腸障害 | 胃もたれ、食欲不振、嘔気 | どの漢方薬でも来しうる | 他の漢方薬の選択 |
| 偽アルドステロン症 | むくみ、頭重、立ちくらみ | 甘草を含む薬 | 甘草の量を減らす |
| アレルギー反応 | 基本的に全身に出る発疹 | 桂枝が有名だがどの漢方薬でも来しうる | 中止し、他の漢方薬の選択 |
| 下剤の不応使用 | 下痢・腹痛 | 大黄・芒硝 | 小建中湯など大黄・芒硝を含まない漢方薬で便通をつけることを考える |
| 肝機能障害 [※] | 無症状のことが多い | 黄連解毒湯など | 中止 |
| 交感神経亢進 | 動悸・尿閉 | 麻黄を含む漢方薬 | 中止 |
| 間質性肺炎 [※] | 吸気時呼吸苦、空咳 | 小柴胡湯、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、六君子湯など | 中止 ステロイド |

って吸収されるために、腸内細菌の個体差によって吸収にかなりの差がある。よって2.5gはあくまでも目安であって、定期的な電解質のチェックが必要である。

このように作用・副作用を考える場合、中身の生薬を確認することが重要である。複数の漢方薬を処方する場合には、とくに甘草、麻黄、附子などの生薬が重なるかどうかをチェックすることが重要となる。

漢方は全人医療 西洋医学の勉強を怠らない

医学生、研修医、専修医それぞれの段階で修得すべきことが異なるが、まず医学生は漢方とはどのようなものであるかを理解することが重要である。研修医は1カ月間の選択であるが、漢方の「証」に従って患者分類ができることが目標になる。漢方の処方はこの証と対比する形で存在するので、専修医では証と処方が一致することが目標となる。さらに専門医は生薬一つひとつを理解し、自由に煎じ薬で生薬を足したり引いたりすることができる段階

をめざす。

しかしながら漢方がいくら深みを増したとしても、西洋医学の知識が劣っている場合は治療に支障を来す。西洋医学の治療を受けているうえに漢方の治療を希望する場合も多いため、その治療の利点・欠点・副作用などについての知識を持ち合わせないと適切な漢方処方できない場合がある。また不定愁訴と思っていたら重篤な疾患が隠れている場合もある。全人医療としての漢方は高い診断能力も要求される。

西洋医学の診療は日々進歩しており、生涯教育の姿勢ができていないとあっという間に時代に取り残されてしまう。漢方を深めるのも一生懸命がかかるが、同時に西洋医学の知識のブラッシュアップを心掛ける必要がある。

さいごに

漢方の勉強は奥が深いですが、間口は広い。現に医師の8割以上が日常的に漢方薬を使う時代である。初めは病名投与で構わないが、徐々に漢方の考え方を身につけていただき、より効率のよ

い患者中心医療をめざしていただきたい。

参考文献

- 1) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会:医学教育モデル・コア・カリキュラム-教育内容ガイドライン-, 1-61, 2001
- 2) 渡辺賢治, 他:慶應義塾大学医学部における漢方医学教育の試み. 医学教育 39 (2): 125-129, 2008
- 3) 渡辺賢治:漢方的ものの診方. Clinic magazine 37 (8): 33-35, 2008
- 4) 築山邦規, 他:小柴胡湯による薬剤誘起性肺炎の1例. 日本胸部疾患学会雑誌 27 (12): 1556-1561, 1989
- 5) 岡田裕美, 他:半夏瀉心湯, 小柴胡湯により薬剤性肝障害ならびに間質性肺炎を来した一例. 日本東洋医学会雑誌 49:57-65, 1999
- 6) 五十嵐信智, 他:漢方専門外来受診患者における漢方薬服用に関する実態調査-漢方薬に対する患者の認識とコンプライアンス-, 日本東洋医学会雑誌 60 (4): 435-442, 2009
- 7) 五十嵐信智, 他:漢方専門外来受診患者における漢方薬服用に関する実態調査1-漢方薬と西洋薬の併用-, 医療薬学 33 (4): 353-358, 2007

参考図書

- 漢方の成書は多々あるので、ここに挙げるのは私の個人的経験であることをお許しいただきたい。
1. 大塚敬節『漢方医学』(創元社):大塚敬節が一般向けに書いた本であるが、初学者にはまず読んで欲しい。漢方の歴史やなぜ漢方が必要かなど、分かりやすく解説されている。後半部分は処方解説や疾患各論になるので、その部分は読み飛ばしてもよい。漢方医学とは何か、というエッセンスが詰まっている本であり、まずは読んでおきたい本である。
 2. 大塚敬節『漢方診療三十年』(創元社):大塚敬節が自験例をまとめたものであり、初学者から経験者までそれぞれの段階で読み方が異なる本である。大塚敬節は失敗例もきちんと記載しているため大変に参考になる。
 3. 大塚敬節ら『漢方診療典』(南山堂):本書は診療の傍らに置く本である。疾患・症候別に記載されているために、日常診療で困った時に辞書として用いる。診察室に一冊あると便利である。
 4. 花輪壽彦『漢方診療のレッスン』(金原出版):著者の経験から漢方をどのように学ぶべきかがわかりやすく解説されている。まだまだ善書はあるが、ご自分の目で確認いただきたい。

次号テーマ「不眠症」(松浦恵子氏)