

医学の起源

人類の発祥とともに何らかの医療行為があったと言われている。しかしこれが医学としてまとまったのは何時頃からであろうか。世界には三大伝統医学というものがある。中東アラビアを中心とするユナニ医学、インドのアユルベーダ医学、そして中国を中心とする中国医学であり、漢方もその一つの流れを承けている。いずれの伝統医学も、自然界の中で偶然によって支配されていた生活から脱け出し、混沌の中に蓋然性そして必然性を求めようとする人々の切実な希求から発達してきた。偶然性の中に必然性を求めるという姿勢は科学的思考といえよう。暦、方位、数学……。そして個人の出生もまたアクシデントではあろうが、人間は自然界の中で偶然に生まれ蓋然を求めて生き、結局は必然的に死に至る存在でもある。こうした人間と科学の問題は、二十一世紀の日本の医学を考えるうえで重要な鍵となるのではなかろうか。

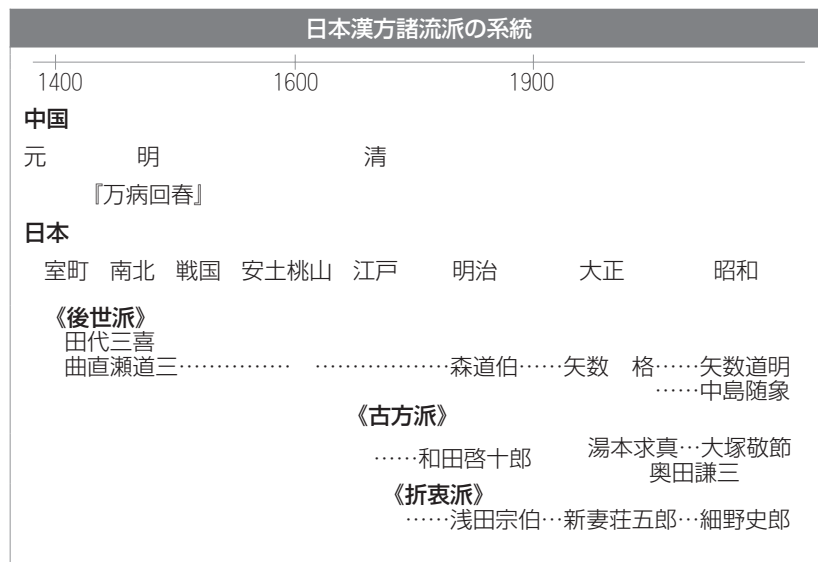
では、このような人間の科学に対する思考がいつ始まったかについて少し考えてみたい。それは人間の文化がいつできたかということにも繋がるが、古くは猿人や原人と溯ればきりがなくなる。ただ文字に注目して言えば、やはりメソポタミアということになる。これにエジプトが続き、同じ頃インドにも生まれた。即ちハラッパ、モヘンジョダロの古文化であるが、これはやがて消滅し、以後アーリア文化へと変わってゆく。紀元前2000年位のことであるが、丁度その頃、中国では殷文化が黄河流域に生まれ甲骨文字が生まれた。歴史を追っていくとこれらのことがすべて偶然に発生したとは思えず、そこにはやはり一つの流れがあるように思われる。四大古文化圏、即ちチグリスユーフラテスからエジプト・インド、そして中国へと、つまり東西文化の融合は既に数千年前から行われていたことになる。

中国医学の日本への伝播

しかし同時に中国においては、古くから易を中心とした陰陽論という独自の思想が存在し、文字についても甲骨文字から象形文字としての漢字を発達させてきた。

しかし漢代に中国が統一され大帝國が誕生すると、いわゆるシルクロードが開かれ、かつての東西文化の交流はますます盛んになったのである。この漢代に『黄帝内経素問』『靈枢』『神農本草経』『傷寒論』といった医学に関する書物が編纂された。しかしこの頃の日本（弥生時代）は辺境に位

中国医学の歴史										
	B. C. 1500	1000	500	0	500	1000	1500	A. D. 2000		
	夏	商 (殷)	西周	春秋	戦国	秦	西漢	東漢	三国	晋南北朝
理論・診断		病名			扁鵲	黄帝内経素問	難經 華佗	脈經	諸病源候論	五藏論 金元四大家 戴氏驗舌法 薛氏全書 温疫論 温病条弁
鍼灸	骨鍼 砭石				足臂十一脈灸經	黄帝内経靈枢	鍼灸甲乙經		銅人腧穴図經 十四経発揮	鍼灸大成 鍼灸聚莫
薬物学	薬酒 湯液		山海經	詩經		神農本草経	本草経集注	新修本草 開宝本草 政和本草	本草綱目	本草綱目拾遺
方剤書		五十二病方		五十二病方		傷寒雜病論	肘後方	千金方 外台秘要方	和劑局方	万病回春 普濟方 外科正宗 医宗金鑑



置し、これらの古典が直接入ってきて影響を受けたとは思えない。日本に中国医学が本格的に移入されたのは明代と思われる。明代になると海上交通が発達し、物資や文化の伝来が大変活発になる。医学が普及するためにはどうしても薬が必要となる。中国医学が日本で普及するためには漢方薬が無ければならなかったのである。したがって本格的に中国医学が日本に入ってきたのは海洋ルートが確立し、薬・知識・書物が大量に輸入されるようになった明代というのが自然だと思われる。確かに知識や一部の生薬については既に、鑑真和上などによってそれまでに伝えられていたではあろう。しかし一般に普及したのは室町から安土桃山時代ということになる。丁度この頃、日本には一つの流派が生まれた。田代三喜という人が明に13年間留学して当時の中国医学を修め、帰国後京都の曲名瀬道三にその知識を伝えた。そしてこの曲名瀬道三を中心に全国に中国医学が伝播したが、これが後に後世派と言われる流派となる。しかし江戸時代、すなわち中国では清代に当たるが、『傷寒論』を中心とする漢代の医学をもう一度復興させようという動きがまず中国に起こり、日本でも『傷寒論』『金匱要略』を中心とした学派が生まれ古方派と言われた。後世派というのはこれに対

して作られた名称である。そして更にこの二つの流派の考え方が違い、また派閥を作って互いに対立し合うといったことから、折衷派といわれる第三の流派が形成された。現在の日本でもなおこういった三つの流派のなごりが残存する。

医療用漢方製剤の出典	
方剤数 150 方	
(漢代) 『傷寒論』 『金匱要略』 ……………	77 方
(宋代) 『和劑局方』 他……………	18 方
(明代) 『古今医鑑』 『万病回春』 他……………	15 方
その他 (中国) ……………	16 方
その他 (日本) ……………	24 方
生薬総数約 150 種	
(漢代) 『神農本草經』 ……………	80 種

しかし、ではこれらがまったく違ったものかという、決してそうではなく、歴史の中で一貫した理論の流れが少しずつ変化してきたが、各々が分断されて伝えられたに過ぎない。

ざっと現在の医療用漢方製剤を通覧すると、漢代の『傷寒論』『金匱要略』を出典とする方剤は77方、『和劑局方』などを出典とする宋代の方剤が18方、そして『古今医鑑』『万病回春』などを出典とする明代の方剤が15方、その他唐、金元代などの方剤が16方、日本の経験方24方が健康保険に採用されている。

このように各方剤の作られた時代背景が違うにも関わらず、現在その流れの解説がないままに普及が進み、そのことが徒に誤解を招いていることも多いようである。これら150方に含まれている生薬の総数も150種位しかない。これらを時代を追って整理した上で理解すれば、漢方はもっと分かり易いものとなろう。

ここで中国医学の歴史的変遷を通覧して見ると、漢代に『黄帝内経素問』『靈樞』という二書が黄河流域でまとめられた。この漢代というのは戦国

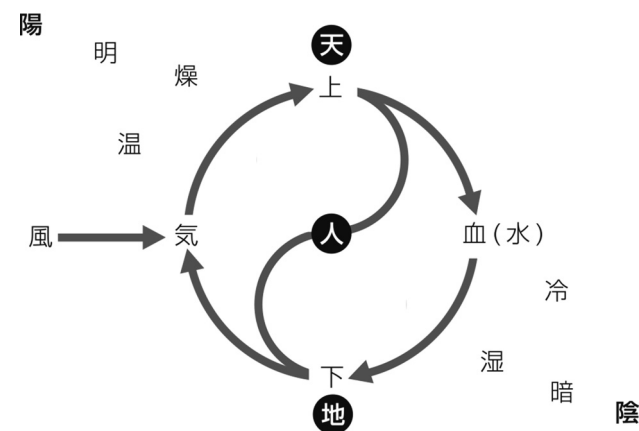
時代が終わり、まず秦が全国を統一してその後に生まれた王朝で、中国における古代科学文明が集大成された時期だと言われている。医学理論書としてまとめられたこの二書には、治療方法としては主に鍼灸について書かれている。そのため日本では『黄帝内経』というのは鍼灸師の書物と受け止められがちであるが、実はこれが漢方医学理論の源流ともなった。即ちこの理論に基づいて著わされたのがまず薬学書の『神農本草経』で、長江流域が中心だと思われるが、当時の中国各地で使用されていた薬物を、『素問』の理論に沿って整理した優れた書である。そしてこれらの薬物をその理論に基づいて、処方として組み上げ、さらにこれらをどのように用いればよいのか、その使用方法や適応を定めたのが『傷寒論』『金匱要略』であり、この二書を中心とするのが日本の古方派である。その後、宋代に医療を一般に普及させるため天子の勅命によって編纂されたのが『和剂局方』で、いわゆる勅撰の書である。そして明代になると『万病回春』が編纂され、これが日本に伝えられ後世派が生まれた。したがって『傷寒論』『金匱要略』『和剂局方』、そして『万病回春』は時代を逆行して、後から次第に日本で広まったことになる。

『素問』と『神農本草経』

以下時代を追って、これらの書の基本的な内容を紹介していく。まず『素問』についてであるが、81篇から構成され、自然と人体、生理・病理、診断と治療、鍼灸、暦と医学、医療に従事する医者的心構えなど非常に体系だった医学理論書である。これが2000年前にまとめられたことには驚くが、時代的にはヒポクラテスの少し後に書かれ、あるいは一部その影響を受けたのかもしれない。しかし本書に説かれている医学理論は自然界と人間との関わり合いが基本で、あくまで中国的な思想である陰陽論に拠っているといえよう。

この陰陽論とはもともと天と地、つまり自然の法則性の追求から生まれた哲理で、この間に人が位置するという、天地人一致の思想が基礎になっ

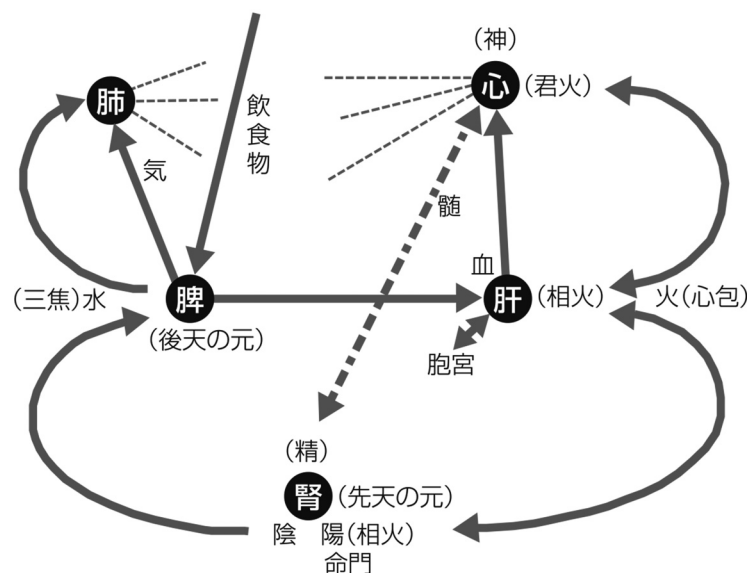
自然環境と人体生理（素問・陰陽応象大論）



ている。天は陽で太陽を中心として、明るさ、温かさ、乾燥などが陽の性質とされる。地は陰で日陰のイメージをいい、暗さ、冷たさ、湿気などが陰の性質となる。人は自然界の中で陰陽双方の性質を合わせ持ち、調和を保っている。この調和を保つために、気が天に昇り、雨となって地へ降りてくるといった循環が自然界にあるように、人体では気・血・水の循環がこれらを調和していると考えるのである。この気血水の循環と調和が人体のホメオステシスを守っていく上で最も重要で、温まりすぎ、冷たすぎ、乾燥しすぎ、湿りすぎといった不安定な状態に陥らずにすむ。本来、人体にはこういった調節作用が自ら備わっているが、ある程度以上偏り過ぎると自力では回復できなくなる。これが疾患状態で、これを元へ戻すのが治療ということになる。このような考え方が『素問』の中で説かれているのである。

気血水の生成と運行とを実際に人間の臓腑に割り当てたのがいわゆる臓腑学説であるが、まず人間の体の中で腎に先天の元としての精が宿る。この物質である精が上って心へゆき君火が灯り、ここに生命が誕生する。生命の誕生とともに心臓が動きはじめ、神、即ち精神活動も始まる。この火、言い換えればエネルギーは次々と他の臓器へ波及し、全身が活動を始める

神、精、気、血、水の生成と運行



が、これを相火という。こうした活動を支えるのが脾であり、後天の元である飲食物がここに摂取されると、その濃いものは肝に送られて血となり、薄いものは肺に送られ外から吸い込まれる大気と合して宗気となり全身を巡る。こうした気血の循環はこれら五臓、そしてこれと対をなす六腑との連携のもとに行われるのである。古代の生命論・エネルギー論であるが、現代の科学的立場から眺めても興味深い。更にこれらの運行を助けるために三焦や心包といった仮説的な通路があり、各々の臓を結び気血水の円滑な循環を助けているが、最終的には腎が衰え心が停止して死亡する。これが『素問』に説かれている臓腑学説であるが、これらの臓はまた体表を走る経絡という路によって結ばれている。いわゆる経穴(ツボ)は全身に分布しているが、いずれも十二本の経絡上にあり、内は各々臓腑に通じていると考えられているのである。そしてこの経穴を刺激することによって内部の臓腑を調節し、バランスを取ろうというのがいわゆる古典的な鍼灸治療である。このような内臓と体壁間の反射が本当にあるかどうかについて、

『神農本草経』(前漢～後漢)

分類	上 薬	生命を育むもの、長期間飲んで健康を保つ。 120 種 (人参・甘草・茯苓・沢瀉・黄連・大棗・枸杞)
	中 薬	病気になったとき、病を治し、元気にする。 120 種 (乾姜・麻黄・葛根・芍薬・牡丹・当归・山梔子)
	下 薬	病気の治療に用いられるが、長く飲み続けてはいけない。 125 種 (附子・大黄・半夏・蜀椒・常山・甘遂・水蛭)
性と味	性：温、微温、平、微寒、寒 味：酸(肝)、苦(心)、甘(脾)、辛(肺)、鹹(腎)	
配 合	相須、相使、相畏、相惡、相反、相殺	
炮 製	採取の時期、産地、本物と偽物、新旧、乾燥法	
製 剤	丸、散、水煎、酒浸 用量 1～10 倍	
服用法	食前、食後、空腹時	

かつて石川父子が京大・金沢大で生理・病理の面から研究され、一時は大変話題になった。しかし少なくとも古代の医学理論ではこうした仮想的とも思われる理論によって鍼灸学が形成され、その具体的治療法が「鍼経」ともいわれる『靈枢』にまとめられているのである。こうした鍼灸学の発祥からやや遅れるが、おそらく前漢の時代に『神農本草経』が著わされた。

この薬物書には上薬・中薬・下薬に分けて一年にちなんだ 365 種の薬物が収載されているが、ここに挙げられている薬物を見ると、人参・甘草・茯苓・沢瀉・黄連・乾姜・麻黄、そして附子・大黄・半夏と、現在の医療用漢方製剤に使用されている重要生薬のほとんどが揃っている。これは『傷寒論』が著わされる前の時代で、こうした豊富な薬物についての知識に基づき中国医学が発展してきたことは間違いない。この書には温める薬で

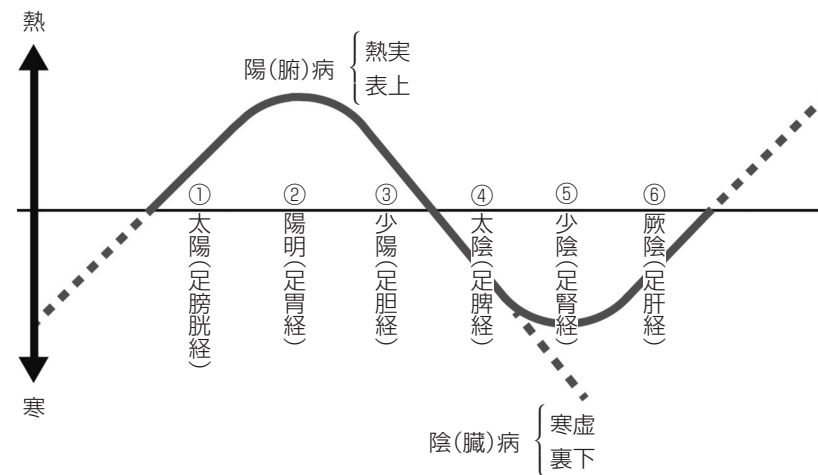
あるか、冷やす薬であるか、あるいはどの臓腑に入るかということまで分類整理が行われており、配合の禁忌、製法、服用法など、薬物について知っておかなければならない知識のほとんどが網羅されている。そのため本書は世界で最も古く、かつ完備された薬学書として評価が高く世界各国語に翻訳されている。

傷寒六経と処方理論

こうした背景のもとに後漢に著わされたのが『傷寒論』である。使用薬物は『神農本草經』に掲載されている薬物を中心に87種、処方数は113方である。まずこの『傷寒論』の特徴は、太陽・陽明・少陽・太陰・少陰・厥陰という六つのステージに分けて内容が整理されていることにある。このステージというのは、例えば、太陽というのは頭痛がして肩が凝る、発熱・悪寒・悪風などの症状が出る初期の病期で、この場合には桂枝湯や麻黄湯がよいとされ、次いで陽明病は胃腸の調子が悪くて熱が出るなどの症

『傷寒論』六経の病証と主方	
太陽病	表証、熱証……麻黄湯、桂枝湯 (頭項強痛、発熱悪寒無汗、或は発熱悪風汗出)
陽明病	胃家実、実熱証……白虎湯、承気湯 (身大熱、汗多煩渴、腹満痛、大便難、潮熱、譫語)
少陽病	半表半裏、熱証……小柴胡湯 (往来寒熱、胸脇苦満、心煩喜嘔、口苦咽乾、目眩)
太陰病	脾虚湿熱、裏証……人参湯 (腹満而吐、食不下、自利益甚、時に腹自痛、口不渴)
少陰病	陽虚、裏寒虚衰……四逆湯、真武湯 (但欲寐、心煩、自利而渴、小便色白)
厥陰病	寒熱錯雑、裏証……当帰四逆湯、烏梅丸 (消渴、飢上衝心、心中疼熱、飢而不欲食、食即吐蚘)

病態の経時変化(『傷寒論』六経理論)



状が出る時期で、この場合には白虎湯や承気湯が適応となる。それから少陽で半表半裏の状態、この時期に有名な小柴胡湯が挙げられている。この三つが陽のステージで、これを過ぎて陰病になると人参湯や真武湯など、温性の処方を使用されるようになる。

『傷寒論』の太陽から厥陰にいたる流れをみると、だんだん熱が高くなってきてまた下ってくるが、陰病になると逆に体が冷えてくる。熱のある陽の時期は実の状態でまだ体力があり、どちらかと言えば体表に病症があつて、裏はそれほどダメージを受けていない。つまり上半身・肺や胃・胆など腑の病証である。ところが陰の時期になると、脾・肝・腎といった実質臓器が犯され、体が冷えてきて抵抗力もなくなり、身体の方へ向けて病状が移行する。これが大きくは陰病と陽病の変化であるが、この六経の病変も元をただと『素問』の熱論篇に説かれているのである。そして更に溯れば、これらの言葉は季節の変化を表わすものであつた。つまり太陽から少陽というのは春から夏の時期であり、秋から冬の時期は太陰から厥陰に相当する。丁度季節が変動するように、人間あるいは病状も変動するという考え方に基づいて、これに合わせて治療も行うべきだとするのが、実

桂枝湯に基づく表裏の変化			
↑	+麻黄(解表)⇒		葛根湯
	+葛根(解表・止痢)⇒		桂枝加葛根湯
表	桂枝(解表)	生姜(解表)	} 桂枝湯
裏	大棗(補気)	芍薬(補血・鎮痙)	
↓	+芍薬(補血・鎮痙)⇒		桂枝加芍薬湯
	+膠飴(補中)⇒		小建中湯

は『傷寒論』の六経の基本的な考え方で、その背後には『素問』、そして易の理論が存在する。

今一つ『傷寒論』の特長はその優れた処方構成にある。冒頭に桂枝湯という処方が挙げられているが、この構成をよく見ると桂枝・生姜で体表を発汗させるが、発汗過多になると体力を消耗させるため、大棗・芍薬で気と血を補い、この間に調和剤として甘草を入れている。これが桂枝湯に見られる処方原理で、つまりは表裏の調和を目指しているのである。そのすぐ後に「項背強ばること几几、汗無く惡風するは葛根湯之を主る」とあり葛根湯が出てくる。葛根湯の構成生薬の中で桂枝・芍薬・甘草・生姜・大棗は桂枝湯であり、これに麻黄を加えて体表の発汗作用を増し、同時に葛根を加えて口渴あるいは下痢を止めるという内外の強化が行われている。実際に臨床で桂枝湯を感冒に使ってみてもそれほど効かないが、風邪に葛根湯と言われるのは、こうした強化があるからなのである。同時に桂枝湯を基にしているため大変バランスがとれていて、麻黄剤としては一番副作用が少ないといったことから、葛根湯の方が大衆感冒薬として重宝がられているのである。逆にお腹に治療の重点を置く時には、桂枝湯の構成生薬の中で鎮痙作用をもつ芍薬を増量して桂枝加芍薬湯にする。体力が弱っていると更に水飴を加えて小建中湯にするが、これらももともとは桂枝

湯が基本になっている。この小建中湯という処方は虚弱児の体質改善に用いることで有名で、また桂枝加芍薬湯は過敏性腸症候群の治療によく利用されている。しかしいずれも桂枝湯をベースにした表裏の調和という巧みな配合が基になっているところに大きな特徴がある。よく漢方薬には副作用が少ないと言われるが、漢方薬だから副作用が少ないということだけではなく、漢方薬の配合の仕方に非常に巧妙さがあり、これが副作用を防止している点については、案外知られていない。そしてこの配合原則は『傷寒論』から始まっているのである。つまり薬草をただバラバラに使っていた時代から一つの秩序ある構成にしたという点が、『傷寒論』の処方集としての重要な意義なのである。

もう一つ少陽病の代表方である小柴胡湯と大柴胡湯について見てみると、小柴胡湯には桂枝湯と違って柴胡・黄芩という表裏の炎症を抑える清熱薬が使われている。これに対して裏には人参・半夏・大棗が用いられている。つまり表裏和解剤という点では桂枝湯と同じである。ただし桂枝湯は表を温める作用をもち、小柴胡湯は表熱を冷ます処方というところに両処方の違いがある。ところが小柴胡湯に比べて更に大柴胡湯を見ると、小柴胡湯

大・小柴胡湯における虚実の違い			
小柴胡湯	表	柴胡(解表) 黄芩(清熱) 生姜(解表)	甘草(調和)
		清熱解表	
	裏	人参(補気) 半夏(化痰) 大棗(補気)	
		補気化痰	
大柴胡湯	表	柴胡(解表) 黄芩(清熱) 生姜(解表)	
		清熱解表	
	裏	大黄(瀉下) 半夏(化痰) 大棗(補気) 枳実(理気) 芍薬(鎮痙)	
		瀉下化痰	

から人参を去り、大黄に変えている。人参は補気的作用があり、大黄は下剤で瀉下の作用を持つ。つまり小柴胡湯はどちらかといえば補剤の性格を持つのに対し、大柴胡湯は悪いものを下すという瀉の性格を持っている。つまり体力の弱い人は小柴胡湯、強い人には大柴胡湯という虚実の違いを、この二つの処方が端的に表わしているのである。

更に補足すると、桂枝湯は感冒といった外側の軽い症状を対象としているのに対し、小柴胡湯・大柴胡湯は半表半裏、あるいは陽から陰へ向かう中間ぐらいでまだ熱のある時期に使う処方といった違いがあるといえよう。

『金匱要略』と『和剤局方』

一方こうした陽病から陰病へと移り変わる病期分類とは別に、『傷寒論』の姉妹編である『金匱要略』には、様々な疾患が並べられている。中には消渴(糖尿病)や淋病、腸癰(虫垂炎)などもあり、現代的医学書のように疾患別に編集されていると言える。さらには一部妊娠・産後・婦人雑病など専門分科も見られる。もともと『傷寒雑病論』という一冊の書を後代に二冊に分けて編集し直したと言われるが、ここに『傷寒論』と『金匱要略』の編集の仕方に違いが見られる。つまり『傷寒論』が人の状態やステージの変化を中心にして編集されているのに対し、『金匱要略』では疾患別の編集が行われている。この違いはよく病(疾患)と証の関係と言われ、経(縦糸)と緯(横糸)の関係にも例えられるが、結局のところ両者はクロスするのである。このうち病についてはその後現代医学による病因論に基づいた整理・細分化が行われ、優れた医学体系を形成してきた。しかし一方の証については動的病態とか病態生理などと言われるが、時間軸上を動く内部状態の変動なので把握し難く、解り難いというイメージだけに終わっている。しかし実は中国医学体系というのは本来この証を中心に整理され、その中に法則性を導き出そうとした体系で、現代医学とは違ったディメンションの上に立つ治療体系であるところに特徴がある。このことについては最近少しずつ注目されてきているように思われるが、よく病名漢方と言わ

『金匱要略』(後漢・張仲景)

262 方剂

臓腑、経絡先後の病の脈証と治
 瘧、湿、喝の病の脈証と治
 百合、狐惑、陰陽毒の病の脈証と治
 瘡の病の脈証と治
 中風、歴節の病の脈証と治
 肺痿、肺癰、咳嗽、上気の病の脈証と治
 奔豚気の病の脈証と治
 胸痺、心痛、短気の病の脈証と治
 腹満、寒疝、宿食の病の脈証と治
 五臓の風寒、積聚の病の脈証と治
 痰飲、咳嗽の病の脈証と治
 消渴、小便不利、淋の病の脈証と治
 水気の病の脈証と治
 黄疸の病の脈証と治
 驚悸、吐衄下血、胸満、血の病の脈証と治
 嘔吐、噦、下利の病の脈証と治
 瘡癰、腸癰、浸淫の病の脈証と治
 趺蹶、手指臂腫、軋筋、陰狐疝、蛇虫の病の脈証と治
 婦人妊娠の病の脈証と治
 婦人産後の病の脈証と治
 婦人雑病の脈証と治

れるように、主として疾患別に漢方処方が使われているのに対し、最近また証の問題を考えなければならないという意識も広く芽生え始めてきているようである。そしてもっと考えれば、この問題は必ずしもひとり漢方薬だけではなく現代医薬品の使用法にも通じるのかもしれない。

次いで『和剤局方』であるが、ある意味では『傷寒論』『金匱要略』の延長といってもよく、本書では疾患別あるいは症候別の分類がなされている。ただ項目に眼目・咽喉口齒・婦人諸疾・小児諸疾といったのもあり、この

『和剤局方』（宋・大医局編）

788 方剂

綱目：諸風	瘧冷	雑病
傷寒	積熱	瘡腫、傷折
一切気	瀉利	婦人諸疾
痰飲	眼目疾病	小兒諸疾
諸虚	咽喉口齒	

時代に専門分科が更に進んできたことを物語っている。また諸虚・一切気といった項目があり、『傷寒論』『金匱要略』ではまだはっきりしていなかった気血の概念の整理が進んできている。一般的に言って『和剤局方』の方剂は温和なものが多く、体力を補強するという考え方が濃厚である。体を元気にするためには漢方薬で気血を補うのがよいとする考え方は、朝鮮半島に渡って『東医宝鑑』にまとめられ、更に後世派の一派として日本にも伝えられている。元来『和剤局方』は、宮廷の中で天子の勅命によって編纂され、貴族階級に広まった書であるという点から考えても、こうした傾向は当然のことと言えよう。

温病学と後世派

ところが金元の時代になると、こうした『和剤局方』の補とは異なり、清熱の瀉法という考え方が生まれる。『傷寒論』では先に述べたように、陰病になると体が冷えてくる。そのためこの冷えを温めるというのが『傷寒論』における陰病治療の基本である。これに対しまず金代の劉河間は、すべて病は熱（炎症）が原因であり、熱が体を消耗させてゆくという考え方を力説した。そしてこれを受けて張子和はその熱を下げるには邪、即ち悪いものを汗で発散し、吐かせ、下すという強烈的な瀉法を推奨した。しかしこれでは状況によって反って体を弱らせてしまうことから、逆に気を補いながら清熱しようという考え方が生まれた。即ち甘温徐熱を提唱した李東垣

金元四大家の学説と代表方剂

劉完素（河間）（1110年生）	六氣化火	防風通聖散
張從政（子和）（1156年生）	驅除邪氣	三聖散
李 杲（東垣）（1180年生）	甘温除熱	補中益氣湯
朱震亨（丹溪）（1281年生）	滋陰降火	大補陰丸

で、日本でよく使用されている補中益氣湯というのはこの人の創作である。『和剤局方』の十全大補湯や人參養榮湯という方剂も医療用漢方製剤の中でよく知られているが、補中益氣湯は気を補いつつ熱を清ますという点に違いがある。そして更に水を補って火を降だすという考え方を提唱したのが元代の朱丹溪である。熱というのは水が涸れるから生じるのであり、水を補うことによって熱を冷ます、いわゆる滋陰降火の発想である。著者等も臨床において慢性消耗性疾患に対し、よくこの流れに基づいた方剂を使用しているが、これは『傷寒論』や『金匱要略』の考え方ではなく、あくまで金元以降の理論によるものである。そしてこうした考え方を持つ金元の処方をもとめたものが明代の『万病回春』で、この書が江戸初期に日本で大流行したのである。実は医療用漢方製剤の中にもこの『万病回春』および同時代の処方がずいぶん採用されているにも関わらず、現在あまり使用されていない、あるいは知られていないというのはこうした漢方の歴史か

明・清代の医家と著作

明	龔廷賢（1522～1619）	『万病回春』
	張介賓（1563～1640）	『難経』
	吳有性（1614～不詳）	『瘟疫論』
清	葉天士（1666～1745）	『温熱論』
	吳 塘（1736～1820）	『温病条弁』

らで、つまり『傷寒論』『金匱要略』には載っていない処方であり、更には虚熱という概念がもともと六経理論では説明できないからでもあろう。

その後、中国ではこれらの考え方を更に発展させ、『瘟疫論』『温熱病』『温病條辨』などで温病学理論が展開される。ただこうした書物や新たに開発された薬物は日本ではあまり広まらず、古方、後世派に分かれてそれぞれ日本人に適した処方、分量、また適応を定め、江戸後期には独自の優れた処方を編み出す水準にまで達している。以上のような歴史の変遷を辿り、中国では傷寒派と温病派という特徴を異にする二大流派が形成されたが、日本で言う古方派と後世派の違いも、またこうした歴史に起因しているといえよう。

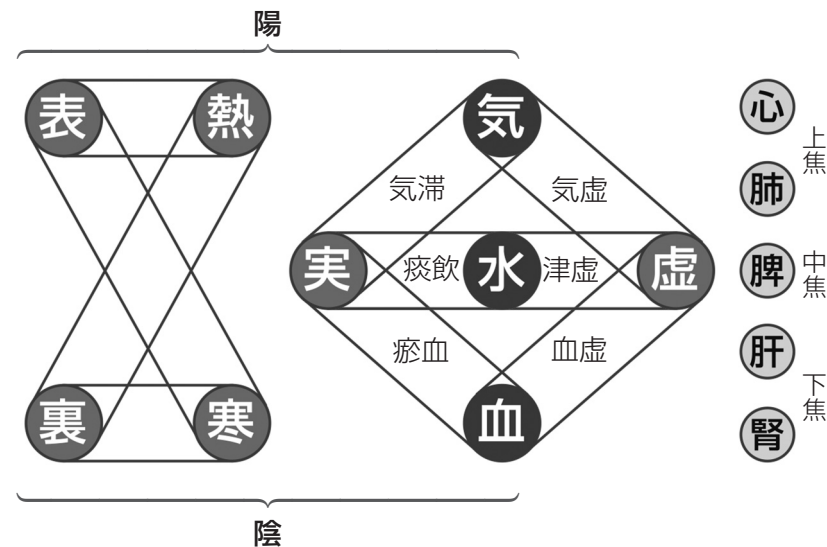
ただ考え方の修正はあったとしても、『素問』から始まって様々な理論が生まれ、それによって診断して証を看、治療法を定めて、処方を選ぶという診断～治療体系が中国医学の中で完成したわけである。しかしここでの診断はあくまで病名を診断するのではなく、証を判定するということに現代医学との違いがある。

この証という概念は大変ファジー的で、把握し難いと言われるが、これを八綱、気血水と五臓の考え方を基に単純に整理すると、次のようにまとめることができる。

証の現代的解釈

八綱は陰・陽・表・裏・寒・熱・虚・実をいい、生体の偏りを示す一種のベクトルとも考えられる。まず表裏と寒熱であるが、その組合わせで表熱・表寒・裏熱・裏寒としてまとめることができる。つまり表が熱しているか寒えているか、あるいは裏が熱しているか寒えているかといった体温の状態を表わすのである。次に虚と実の問題であるが、虚とは何かが不足している状態、実とは何かが過剰で有り余っている状態を言う。よく虚と実を体力があるか無いかで判別することもあるが、人体を構成するものが気・血・水であるならば、気が不足している状態(気虚)、気が有り余って

八綱気血水のまとめ



乱れている状態(気滯)、血が不足している状態(血虚)、血が有り余っている状態(瘀血または血瘀)、水が不足している状態(一般的には陰虚)、水が有り余っている状態(痰飲または水湿)の六つの証に理論的には分類整理することができる。様々に表現される証ではあるが、基本的にはこの10証が分かれば自ずから治療方針は定まってくる。五臓は気血水の生成や循環に深く関連し、それなりに重要な意義を持っているが、まず大きくはこれら八綱と気血水に基づく10証である。

こうした概念の整理は、編者等が中国医学の診断～治療体系をコンピュータ上に乗せてエキスパートシステムを構築することを目的とし、協同研究者である神戸大学工学部のチームの方々と繰返しディスカッションをして得られた結論で、極めて単純なモデルと言える。勿論臨床ではこれらの基本的な証が複雑に錯綜しているのが現実であるが、換言すれば如何に複雑な病態を呈していても、分解していけばここに整理したような基本証から構成されているといえよう。

この証が定まれば後は自動的に治療方針、そして方剤が定まるのである。

以下にその概略を表にまとめる。

証と治法・薬物・方剤の流れ			
証	治法	代表薬物	方剤例
表寒	辛温解表	桂枝、麻黄	桂枝湯、麻黄湯
表熱	辛涼解表	柴胡、薄荷	小柴胡湯、荊芥連翹湯
裏寒	温裏	乾姜、呉茱萸	人参湯、呉茱萸湯
裏熱	清熱瀉下	黄連、大黄	黄連解毒湯、三黄瀉心湯
気虚	補気益気	人参、黄耆	四君子湯、補中益気湯
気滞	理気降逆	厚朴、陳皮	半夏厚朴湯、九味檳榔湯
血虚	補血活血	当帰、芍薬	当帰芍薬散、四物湯
瘀血	化瘀(駆瘀血)	桃仁、牡丹皮	桃核承気湯、大黄牡丹皮湯
陰虚	滋陰	地黄、麦門冬	六味地黄丸、麦門冬湯
陰虚陽亢	瀉火	石膏、知母	白虎加人参湯、滋陰降火湯
痰飲	化痰利水	半夏、茯苓、沢瀉	二陳湯、五苓散

即ち、表寒であれば表を温める(辛温解表)、表熱であれば表を冷やす(辛涼解表)、裏寒であれば裏を温める(温裏)、裏熱であれば裏を冷やすあるいは下す(清熱・瀉下)、気滞であれば気を巡らせる(理気降逆)、気虚であれば気を補う(補気)、瘀血であれば滞っている血の流れを通じさせる(化瘀)、血虚であれば血を補い動きを活発にする(補血活血)、痰飲は水を通じ体外へ排出する(化痰利水)、陰虚であれば水を補う(滋陰)ということになる。治療方針が定まると、それに適合する生薬は『神農本草経』以来既に経験的に定められており、それらを組合わせた処方も既に整理されている。例えば、桃仁には化瘀の作用があるとされ、これを主薬とする桃核承気湯は化瘀の効果を目的に組まれた処方で、瘀血を調節することになる。また滋

陰の作用があるとされる麦門冬を主薬とする麦門冬湯は陰虚に対する処方ということになる。一般に漢方医学は大変経験的で神秘的なものというイメージがあるが、このように整理してみると実ははっきりした診断～治療体系を持っていることが分かる。

そうなると問題は診断方法、つまりどのようにして証を定めるかということになる。証を定めるための診察方法として四診、即ち望診・問診・聞診・切診があるが、その概要は次のようになっている。

(1) 望診

神色形態を望むと言われるが、神は厳密に言えば生気の有無や表情などの精神状態、色は顔や皮膚の色つや、形はるい瘦や肥満などの体型で、態は動作や姿勢などを言う。これらを診て総合的に判断するのが望診である。舌診もこの中に位置づけられ、特に裏の診察方法として重要な意義を持つ。

(2) 問診

これはいわゆる問診で、医師と患者との問答により診察する方法である。但しあくまで漢方医学では証を把握するために行うのである。

(3) 聞診

言葉ではなく音声による識別である。弱い声、かん高い声、声のかすれ、あるいは喘鳴などもここに入る。

(4) 切診

切診とは接触診を意味し、身体に触れてその潤燥、弾力性、筋肉の緊張度、浮腫の有無などを知るために行う。脈診・腹診もこの中に含まれ、これらを重視する人も多い。

以上の詳細については後述する。☞ 00 頁「漢方医学の診断法」

現代中医学と日本漢方との違い

最後に述べておかなければならないことは、現代中医学と日本漢方とはかなり異なっているという点についてである。

まず証であるが、ここで述べたのは伝統的な中国医学の基本に沿っての

証の概念である。日本漢方では時に葛根湯証とか小柴胡湯証などという表現がとられるが、これはあくまで臨床上での方便で、編者は中国医学的な分類の方が論理的で分かり易いと考えている。一方、中医学では臟腑弁証を主に証を表すことが多いが、伝統的な八綱気血水の概念から離れがちで、更に現代医学的臓器と混同されていることも多い。

次に薬用量の違いがある。中国では相対的に日本の分量の約3倍を使用する。著者も以前は中国的な分量を用いてみたこともあるが、現在はやはり日本人に合うのは日本的分量基準で十分だと考えており、臨床上現在の医療用漢方製剤の量で足りないと感じたことはない。また処方の方やり方であるが、日本では成方、成方加減、合方といった成方を中心とする加減が行われているのに対し、中国では一味一味を組み合わせて処方するという裁定方が主流である。ただこの方法は薬剤師の調剤に大変手間がかかること、同時に普遍化し難くデータにまとめられないという欠点がある。そのため著者等は成方、あるいは成方加減を目的とした合方処方を行っているが、これはもともと日本の後世派が行っていた方法で、二剤の場合は各半量、三剤の場合は各三分の一量である。

次に常用薬物の種類であるが、日本では約150種類、中国では約400種類が常用されている。しかしこれについても現在日本で健康保険に適用されている薬物ではほぼ十分であると思っている。結局は使い方が問題であって特殊な薬物を数千と言われる漢方生薬中に追い求めてもきりはなく、同時に品質の問題も起こってくる。

量の問題について例を挙げると、医療用漢方製剤にもある大承気湯で、その構成生薬である大黄について日本では2g程度であるが、中国ではその6倍の13g程が使用されている。大黄は非常に強力な下剤で、日本人に中国分量で投与すれば、大変な下痢を引き起こす。また麻黄の用量が最も多い麻黄湯でみると、日本では麻黄5gに対し、中国では9gを使用している。麻黄湯は著者の経験からも、三服位で胃腸を悪くするが、これを9g服用するととても日本人の体には合わない。石膏についても60g位使われているが溶解度の問題もあり、やはり現代医学的な消炎剤を使った方が確実である。

結論として現在ある漢方製剤を正しく証を定めて運用すれば、十分な漢方治療は可能であると考えている。

これまで約40年間日本の漢方医学の研究の変遷を見てきたが、幾つかの段階に分けられるように思う。まず漢方薬の成分分析と主成分薬理作用の追求が薬系を中心に行われてきた。次いで個々の生薬成分から生薬自体を総合作用として評価しようという動きが出てきた。外国雑誌の論文でも、それまで生薬に関する論文は受け付けないところが多かったが、次第にその傾向は少なくなってきた。つまり純粋な物質を対象としなければ科学ではないという考え方から、自然の生薬でもはっきりとした物であればよいとする傾向が出てきたことになる。また処方構成および臨床効果の検討についても、日本東洋医学会を中心に次第に精度のよい報告が見られるようになってきた。今後は更に単なる漢方薬の薬効という段階から、証を踏まえての見直しという段階に入っていくように思われる。しかし、そのためにはなお東洋医学理論の整理と再編ということが課題として残されている。これに対する一つのアプローチとして漢方医学の流れを分かりやすい形で呈示した次第である。