

総 説

漢方医学概論

浜松赤十字病院 小児科

西村 甲

Key words

漢方医学, 四診, 陰陽虚実, 五行, 経絡

緒 言

漢方医学における治療の特徴は随証治療にあるといえる。ここでいう証とは、個々の病人にどのような治療を施すべき確証があるかという意味の証である。例えば、病人の現す各種症状を漢方医学的診察によってその病人に葛根湯で治る確証があれば、その病人に葛根湯の証があると診断するわけである。この証に従って治療することを随証治療という。随証治療の相手は病気一般ではなく、病める個人である。個人には個人差が存在する。よって、漢方治療においては西洋医学的には同じ疾患でも個人個人の体質に応じて用いる方剤が異なる（同病異治）。一方、異なった疾患であっても、体質が同じであれば用いる方剤も同じになることもある（異病同治）。西洋医学が個人はもとより集団にも目を向けて予防医学にも取り組むのに対し、漢方医学は目前の個人のみの治療に集中するのである。

このように、治療に取り組む姿勢は漢方医学と西洋医学とでは大きく異なっている。そこには東西両文明の思想の違いも関わっているのである。本稿では、昭和時代に漢方医学復興に貢献された先哲の文献を主体にして、漢方医学の歴史、特徴、背景となる基本的思想、診察法などに関して概説する。

1. 歴史

漢方医学は古代中国に発生し、漢から三国六朝時代には完成した。この時代に漢方医学の古典として有名な『黄帝内経』、『傷寒論』、『神農本草経』

などができた。『黄帝内経』のうち、『素問』は生理、病因などの基礎医学に関するものと摂生、養生などについて、『靈樞』は解剖生理、特に漢方医学独特の経絡思想とその物理療法（鍼灸など）について論じている。『傷寒論』は急性病について、疾病の変化とその変化に対する薬物療法について論じている。なお、『傷寒論』と並び称される『金匱要略』は慢性病的薬物療法について述べられており、これら二つの書物は『傷寒雜病論』という一部の書物であったとも言われている。『神農本草経』は神仙的な薬効について述べたものである。

隋の時代になると、中国西域、インドの影響を受けて『龍樹菩薩藥方』、『西域諸仙所説藥方』、『西録波羅仙人方』など、多数の書物が現れたが、散逸してしまっている。今日に伝わるものとしては『諸病源候論』がある。唐の時代になると、『備急千金要方』、『千金翼方』、『外台秘要』などの著述が現れた。これらの書物には、実際の臨床に役立つ医術について述べられている。しかし、宋以降になると、自然の法則はそのまま人間にもあてはまるとし、事実から離れて理論を構成したため、非科学的な内容が多くなった。宋代の著述として『和剂局方』が、金元の時代では『脾胃論』などが、明代では『類経』、『本草綱目』、『外科正宗』、『万病回春』などが、清代では『本草備要』、『医方集解』などがよく知られている。

清が滅んで国民政府が中国を支配してから、西洋医学を学んだ人達から中国における漢方医学、すなわち中医学を全廃しようとする運動が高まり、政府は中医の全廃を決議した。しかし、中国全土の中医たちは猛烈な反対運動を行った結果、政府はついに決議案を取り下げて中医条例を公布し、

中医の保護を図ることになった。1950年、政府内で再び中医を排除する方針が打ち出された。この問題は第一回全国衛生会議で討論された。その結果、中華医学会が中医および西医との団結により発足し、この学会が中心となり中国医学が科学的に研究されることになった。さらに、政府の援助も受けて着々と研究成果を収めつつある。そして、昭和47年には日中国交が回復し、中国医学とわが国の漢方医学との交流が始まった。

日本には中国の古代医学が朝鮮を経由して輸入されたが、室町時代中期までの日本の医学は中国医学の模倣に終始した。平安時代初期にはわが国在来の医方、すなわち神社、民間に伝承する医方を集成して『大同類聚方』が編纂された。また、『医心方』は平安時代を代表する医書で、現存するわが国最古の医書である。医療行為についてみると、奈良朝時代には主として僧侶が、平安時代には医師が担当した。鎌倉時代から室町時代にかけては、宋の医学思想を巧みに取り入れた仏教医学が主流を占め、僧医の活動が盛んになった。

中国医学の輸入、模倣に終始したわが国の医学は、室町時代中期になって中国医学から脱皮して日本独自の医学として発達した。室町時代中期に田代三喜が明から帰朝し、李朱医学を提唱した。李朱医学は金、元の時代の李東垣、朱丹溪が提唱した医学であり、三喜の弟子の曲直瀬道三により継承され、隆盛を極めた。道三の著書としては『啓迪集』がよく知られている。道三の流れを汲む一派を後世派という。後世派という名称は徳川時代中期に発生した古方派と区別するために設けられた俗称である。後世派では、五行説、運氣七篇論、経絡に基づく引経報使の説を根底思想として病因、病理、診断、治療が大系づけられている。道三とその後継者たちは、後世派が陥りやすい空理空論を排して臨床に則した簡便な治療法を提唱した。なお、同じ金、元の医学でも劉河間、張子和の流れを汲む劉張医学を主張する一派を後世別派として区別することがある。彼らは『黄帝内経』、『難経』などに基づき、陰陽五行説、五運六気、蔵府経絡配当などの理論に傾倒しすぎたため、一般臨床医家の間には広く浸透しなかった。道三流ではないが、李朱医学の流れを汲む者としては、

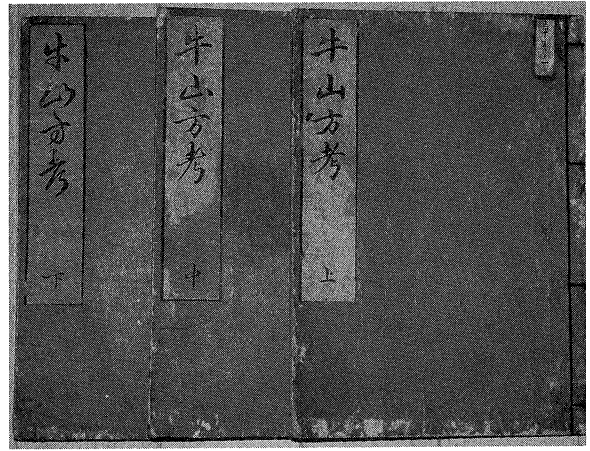


図1a 『牛山方考』

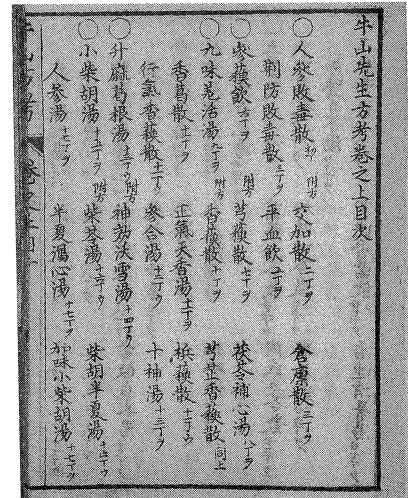


図 1 b 『牛山方考』

香月牛山、津田玄仙などがある。牛山には、『牛山方考』（図1a、図1b）、『牛山活套』などが、玄仙には、『療治茶談』（図2a、図2b）、『療治経験筆記』（図3）などの著述がある。

初め李朱医学を学んだ名古屋玄医は、後年李朱医学を排して『傷寒論』の古に帰るべきだと主張して古方派が生まれた。名古屋玄医に香川修得、山脇東洋、松原一閑斎の三名を加えた計四名は古方四大家といわれている。山脇東洋の門人中の第一人者である永富独嘯庵は35歳で世を去ったが、同時代の医傑吉益東洞をして、「隠として一敵国の如きものは是れ朝陽（独嘯庵の字）か、我死せば正に斯人をもって海内医流の冠となすべし。」といわしめたほどで、京都の東洞、大阪の独嘯庵

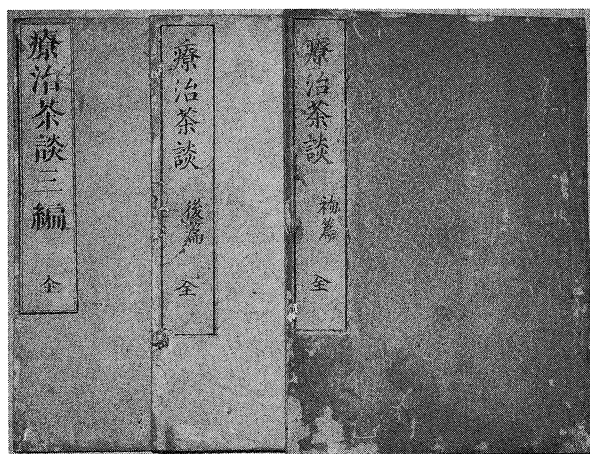


図2a 『療治茶談』

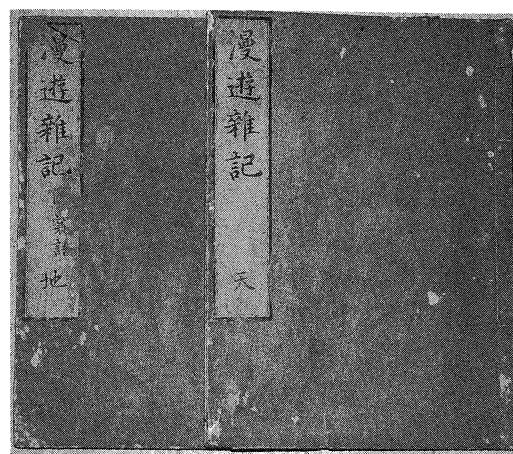


図4a 『漫遊雑記』 および『囊語』

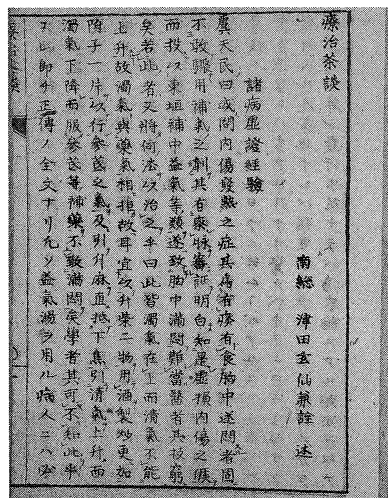


図2b 『療治茶談』

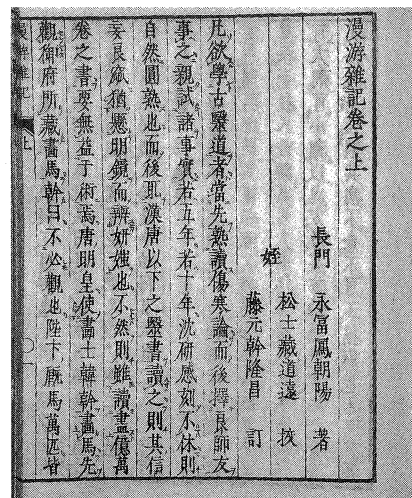


図4b 『漫遊雑記』

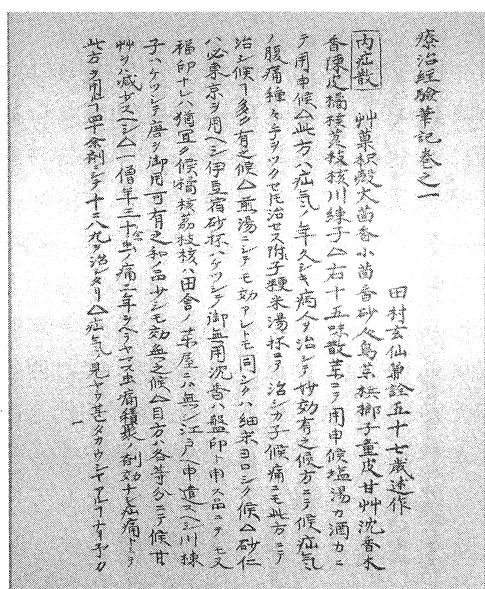


図3 『療治茶談』

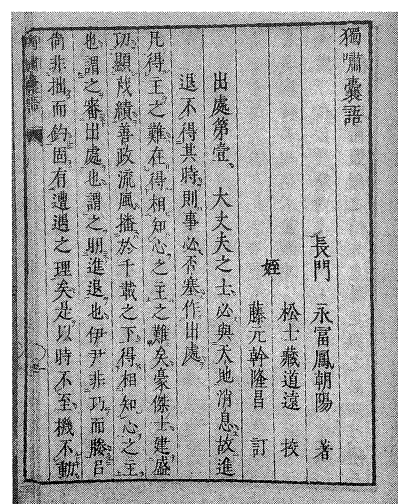


図4c 『囊語』

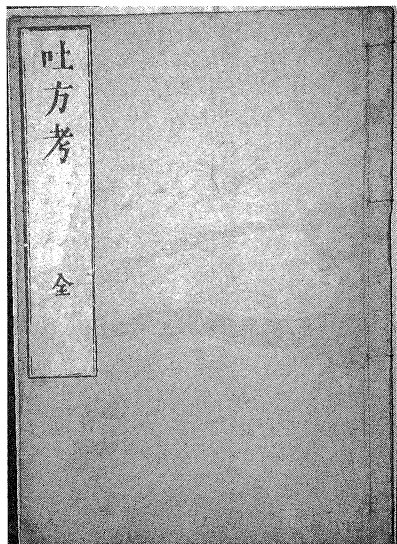


図5a 『吐方考』

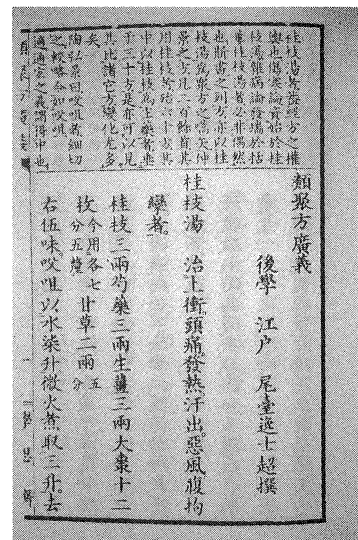


図6 『類聚方広義』

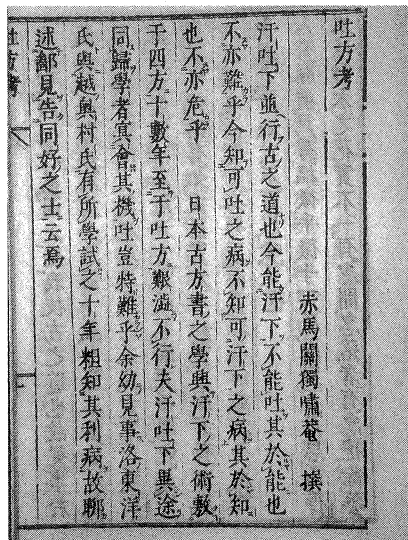


図5b 『吐方考』

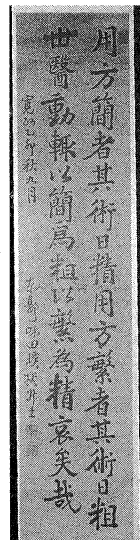


図7 和田東郭遺墨

と説明した。また、治療は病因の如何に関わらず見証に従って行うべきであること、医師はただ病苦を救うのみであり、生死は天の司るところであること(天命弁)を主張した。診断技術に関しては、中国医学を簡素化するとともに脈診を捨て腹診を重んじたため、日本独自の腹診法の発達に貢献した。中国医学の日本化は東洞に負うところが非常に大きいといえる。

東洞流の医術を端的に示す著述としては、『方極』、『類聚方』、『薬徴』がある。幕末から明治維新にかけて古方医家の雄たり得たのが尾台榕堂である。彼は東洞の『類聚方』、『薬徴』に手を加えた『類聚方広義』(図6)、『重校薬徴』、全生涯にわたる処世観、治験、趣味などについて述べた『方伎雑誌』等の著述がある。東洞の門人である和田東郭は優れた臨床家として有名である。彼は東洞流とは別途に一派を立てた。その医説は門人の筆録になる『蕉窓雑話』によって知ることができる。図7は大変有名な東郭の語で、「方を用ゆること簡なる者は、其の術日に詳

と並び称された。独嘯庵には、『漫遊雑記』(図4a, 図4b)、『囊語』(図4a, 図4c)、『吐方考』(図5a, 図5b)などの著がある。吉益東洞は山脇東洋に推挙され名をなした。東洞によれば、どんな病も体内に毒があるために発症するのであるから毒を去ることが万病を治する根本的方法であり、毒薬を用いて体内の毒を攻撃する以外には病を治する方法はないという万病一毒説を主張した。このような治療により身体に激しい反応を起こした場合、それを瞑眩と称し、病に薬が有効に反応した場合には必ず毒にあたって瞑眩して病が治る



図8a 『蕉窓方意解』



図9a 『導水瑣言』

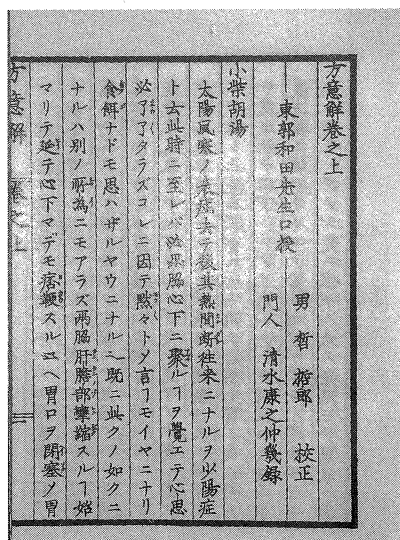


図8b 『蕉窓方意解』

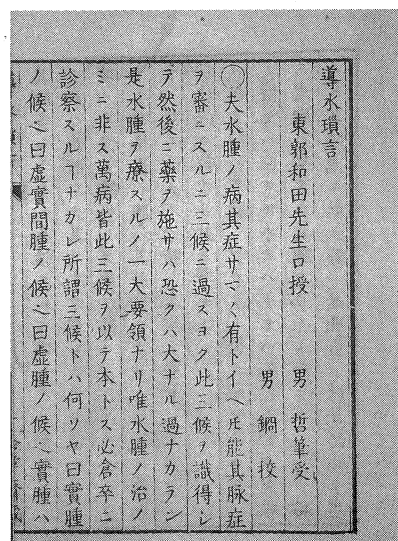


図9b 『導水瑣言』

し。方を用ゆること繁なる者は、其の術日に粗し。世医動（やや）もすれば輒（すなわち）簡を以て粗と為し、繁を以て精と為す。悲しい哉。」とある。また、『蕉窓方意解』（図8a, 図8b）、『導水瑣言』（図9a, 図9b）、『東郭医談』などの著作がある。東郭と同様、折衷派に属する者として有持桂里がいる。その著書『方輿輒』（図10）は臨床医家の間で広く読まれており、彼の手腕の非凡さが全編に溢れている。

考証学派は京都で発生した古方派と異なり、江戸を中心に勃興した。考証学派は経学一派であ

る考証学の学風をもとに医経、経方の本義を解明しようとした。この学派の研究は豊富な古今の文献によってなされるため、幕府に援助され資力潤沢な江戸医学館の関係者によって維持された。特に多紀家は、代々幕府消滅にいたるまで医学館を統率し、考証学派の指導者として活躍するとともに古典の科学研究を発展させた。江戸医学館関係の人々の中には森 立之のように「花にして実地の学少し」と評された人もいたが、治術に秀でた者として目黒道琢、原 南陽、山田業広らがいる。目黒道琢には『餐英館療治雑話』など、原南

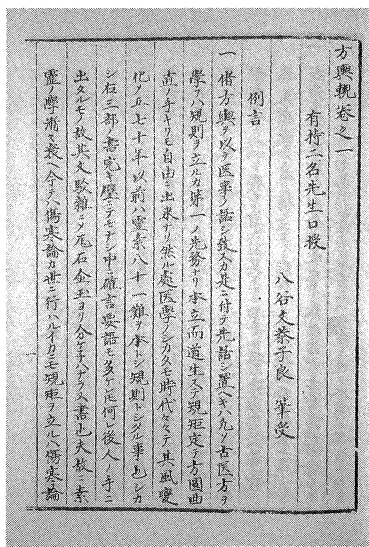


図10 『方輿輓』

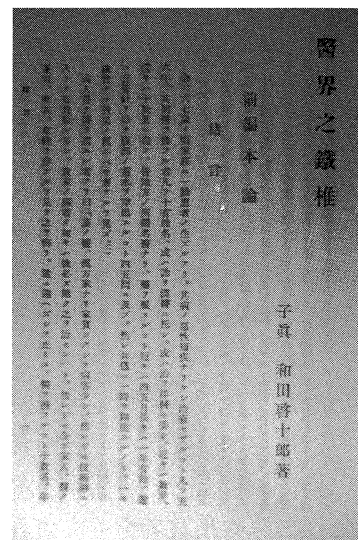


図12 『医界之鉄椎』



図11a 『叢桂亭医事小言』

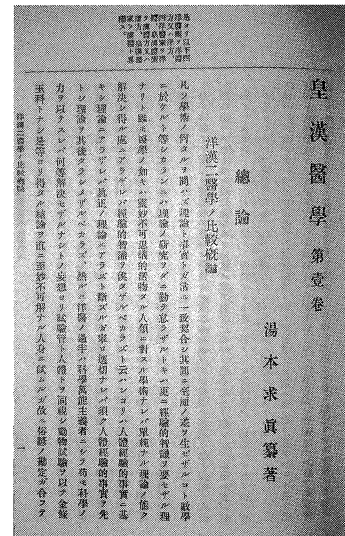


図13 『皇漢医学』

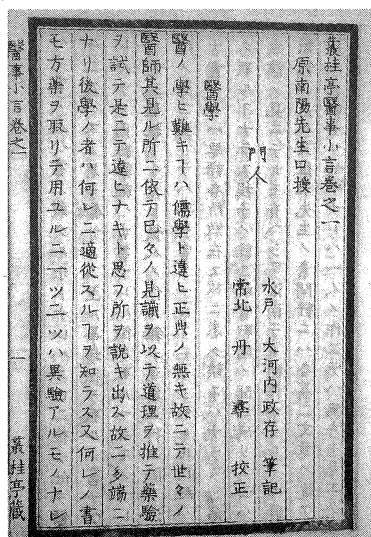


図11b 『叢桂亭医事小言』

陽には『叢桂亭医事小言』(図11a, 図11b)など、山田業広には『椿庭夜話』などの著書がある。

幕府の倒潰とともに江戸医学館は閉鎖となった。医学館関係者に代わって西洋医学者は明治政府と密接な関係を築き、政権に参画することになった。医学以外の分野においても西洋科学を崇拝する時代思潮が高まるとともに医師免許制度の制定によって漢方医学は衰亡することとなった。この制度は明治16年に太政官から発布された。この布告の第35号第1条には、「医師は医術開業試験を受け、内務卿より開業免状を得たるものとす。但此規則

施行以前に於て受けたる医術開業の証は仍ほ其効ありとす.」, また, 第34号第6条には, 「試験科目を定むること左の如し, 前期試験科目, 第一, 物理学, 第二, 化学, 第三, 解剖学, 第四, 生理学, 後期試験科目, 第一, 外科学, 第二, 内科学, 第三, 薬物学, 第四, 眼科学, 第五, 産科学, 第六, 臨床実験」とある. すなわち, この布告以前に開業していた者は既得権のため受験する必要はなかったが, これ以降に医師になろうとする者はいかに漢方医学を学んでも試験に合格できる見込みはなかった. 西洋医学を学んで医師資格を取得した上では, 漢方医術をもって開業することは自由とされた. 漢方医の後継者を養成する道をほとんど途絶するような法令が發布されたわけである. 数々の漢方存続の運動が試みられ, 医師法条文の改正について帝国議会に請願も行われたが, いずれも失敗に終わった.

西洋医学を修得した済生学会出身の和田啓十郎は, 漢方医の弟子となって漢方の臨床経験を積み, 明治43年に『医界之鉄椎』(図12)を自費出版して漢方医学研究の必要性を訴えた. この書を読んで感激した金沢医学専門学校出身の湯本求真は, 漢方医学を学び, 昭和2年に『皇漢医学』全三巻(図13)を著した. このような先駆者の努力により伝統が途絶えんとしていた漢方医学も復活の兆しがみられることになった. そして, 湯本求真の門下生である大塚敬節らが昭和漢方の発展の礎を築いていった.

2. 漢方医学の基本的特質

漢方医学を理解するために, まず基本的な特質について述べる. この特質は漢方医学と西洋医学を対比することによってより鮮明になる. 漢方医学, 西洋医学の取り組み方は東洋文明, 西洋文明の相違を反映しているといえる.

漢方医学の第一の特質は, 二千年も前に著された『傷寒論』, 『金匱要略』が漢方医の指導原典になっていることである. 東洋文明は生々流転の循環の世界観に基づいているため, 古典は単なる過去の文献ではなく, 現在においても重要な示唆を与えてくれる. 一方, 西洋文明は進歩発展の世界

観の上に立っているため, 過去の文献は今日の臨床には役立たないことが多い.

特質の第二として, 漢方医学では薬物は全て天然産のものをなるべく自然に近い状態で用いることが挙げられる. 生薬には多種の成分が含まれ, 中には拮抗作用を持つ成分もあることから, 単一成分より作用が穏やかで, 薬効も多方面にわたることが多い. 漢方薬の大部分はこのような生薬が組み合わされて1つの処方となったいわゆる複合剤である. このような治療法は, 人は自然界の一員であるから自然に順応すべきであり, これに逆らい, 自然を破壊することは人類の滅亡につながるとする東洋文明の考え方に合致する. 西洋文明では, 人と自然は対立関係にあり, 人は自然の秘密を暴いて征服しようと考えているから, 使用する薬物も分子構造が解明された単一成分のものとなる.

第三には, 漢方医学の治療の相手は抽象的な病気ではなく, 病気に悩んでいる患者個人であることが挙げられる. 結核に効く漢方薬はないか, 喘息に効く漢方薬はないか, などとある病名に対する薬をよく要求されるが, そのような漢方薬は存在しない. 治療に際し, 個人差を重視する. 個人差を把握するために, 血液尿検査所見を拠り所とするのではなく, 西洋医学にはない舌診, 脈診, 腹診を用いる. 漢方独自の診察法によって患者の局所症状および全身症状を把握し, 各々の症状の相互関係を確認して具体的な処方を決定していく. このように個人個人に治療方針を立てるため, 病気は同じでも用いる処方異なる.

第四には, 漢方医学の診断は治療法の診断であることである. 患者の治療にある薬剤が適切と判断した場合, その患者はその薬剤の証であるという. 漢方医学における診断はこの証を決定することにある. 証が決定すれば治療法も決定するわけである. つまり, 診断即治療である. 病気の本態を解明し, 病名を診断して, 病名によって治療法を決定する西洋医学とは対照的である.

以上, 漢方医学の基本的特質について西洋医学を対比させて述べた. 両医学は相対立しているように受け取られる. しかし, 西洋医学的分析学により生薬成分が解明されたり, 西洋医学的診断法

により漢方医学の証の診断が容易になったりしているように、漢方医学が西洋医学の恩恵を受けていることも事実である。

3. 気血水の概念

気、血、水は生体の恒常性を維持する要素で、漢方医学における病理学的概念である。気とは生命活動を営む根源的エネルギーのことである。気は目で見ることができず、その働きを介して表現される無形のエネルギーである。気は先天の気と後天の気で構成される。先天の気は誕生に際し両親から与えられた気で、腎で貯蔵、再生産され、成長、発育、生殖を制御する。ここでいう腎は西洋医学における腎以外に副腎、膀胱が含まれる。後天の気は誕生後、自然界から取り入れられる気で、呼吸機能により肺から外気を吸収することにより得られる宗気と消化機能により脾、胃から得られる水穀の気がある。気は血、水が陰であるのに対し陽である。気の中で、陽の気は上から下へ向かい、陰の気は下から上へ向かう。血は生体を物質的に支える血液である。水は血同様、生体を物質的に支える体液である。なお、胃腸のような空間がある所にたまる水分を液、皮下組織の体液を津という。血、水はともに水穀の気が転化したものである。血は陰とされているが、純粹の陰ではなく陽中の陰である。気が陽中の陽であり、水は陰中の陰である。津液は陰中の陽である。

気の病的状態は気虚、気滞あるいは気鬱、気逆に分類される。

気虚は生命活動の根源的エネルギーである気が量的に不足した病態である。これには気の産生障害と病的機転による気の消耗との二つの過程がある。気虚における症状として、精神活動の低下、全身倦怠感、内臓下垂、性欲低下などが挙げられる。

気滞あるいは気鬱は気の循環に停滞をきたした病態である。この場合、抑鬱感、頭冒感、咽喉閉塞感あるいは絞扼感、胸中苦悶感、季肋部重圧感、腹部膨満感、四肢腫脹しびれ感などを訴える。

気逆は気の循環失調のことで、身体中心部から末梢へ、あるいは上半身から下半身へ巡るべき気

が逆流した病態をいう。気逆には、主に四つの病型がある。1. 腹部絞扼感、不安感が上行して胸内に突き上げて動悸を生じ、さらに上行して頭痛、失神を起こす奔豚気、2. 咳嗽などによる呼吸困難、胸満感が咽喉部さらに顔面に上行して咽喉部絞扼感、顔面紅潮、怒責などを起こす咳逆上気、3. 心窩部不快感から胃液を吐出する水逆、嘔逆、4. 四肢末梢から冷痛が中枢側へ波及する厥逆、厥冷である。

血の病的状態は血実、血虚、血熱、瘀血に分類される。

血実は実証の血証、すなわち充血の意味である。脈の緊張、腹部大動脈の拍動が強い。

血虚は血が量的に不足した病態である。この原因としては血の生成障害、消耗性疾患や外科的侵襲による血の消費亢進、消化管出血、月経、不正性器出血、痔出血などによる血の体外への漏出の亢進が考えられる。血虚で出現する症状として、不眠、動悸、顔色不良、羸瘦、眩暈、爪の脆弱性、皮膚の荒れ、脱毛、筋攣縮、四肢の痺れ感などが挙げられる。

血熱は血証があつて熱を帯びているという意味である。血熱はさらに虚実に分類される。また、血熱の中で煩躁が強いものを血煩という。主に皮膚、四肢末梢部で起こる。血熱のために乾燥状態になったものを血燥という。これにより肌膚甲錯、口燥などが起こる。

瘀血は瘀血症候群ともいふべき症状が備わっている必要がある。充血、鬱血、貧血、出血などが全て瘀血とする考えは誤りである。瘀血の症状としては、1. 血行障害、月経障害、顔面、舌、歯肉、口唇、皮膚、爪などのチアノーゼ、鬱血、2. 熱症状（熱がないのに脈が数、逆に熱症状があるのに脈が数でないなど、矛盾所見がみられることがある。）、3. 乾燥症状（この場合も喉が渇くのに水を飲みたくないなどの矛盾症状がみられることがある。）、4. 胸腹部、特に下腹部のはり、筋痛、腰痛、5. 小便が多く出る、6. 便通は普通であるが、大便の色は黒い、7. 忘れっぽい、不眠、嗜眠、精神不穏をおこすことあり、などである。このように、瘀血とは、前瘀血状態、虚寒などから血流の停滞を起こし、停滞した血液が熱を

帯び、血熱のために血燥、その他の血行障害が発生した状態と定義される。瘀血の成因としては外的ストレス（寒、湿、熱など）、打撲、手術、精神的ストレス、運動不足、睡眠不足、高脂肪高蛋白食摂取、便秘などが挙げられる。瘀血の病能は気、水の異常と関連して出現することが多い。

水の病的状態として水滯が挙げられる。水滯は気、血の量および循環に異常をきたした場合に水が偏在するために生じる。水滯における症状、所見としては、動悸、眩暈、立ちくらみ、車酔い、耳鳴、頭痛、口渴、悪心、嘔吐、朝のこわばり、鼻汁、喀痰、唾液分泌過多、尿量減少あるいは増加、下痢、浮腫、胸水、腹水、腹中雷鳴、心窩部振水音、臍動悸などである。

4. 陰陽、虚実、寒熱、表裏の概念

陰陽：生体の恒常性が乱された場合、生体の修復反応の性質が総じて熱性、活動性、発揚性のものを陽（陽証）、寒性、非活動性、沈降性のものを陰（陰証）という（陰陽論とは異なる。陰陽論については後述する。）。

虚実：虚（虚証）とは生体が外乱因子によって歪みが生じた場合、動員しえた気血の力が弱い病態で、生体全体に備わる気血の量が低水準にある。実（実証）とは外乱因子に対して動員された気血の力が強い病態で、生体全体の気血の量が高水準にある。実と虚の病態の中間のものを虚実間証という。外乱因子の影響を受けない通常の生活において気血の外見上の標準的水準が存在すると仮定すると、低水準の人、標準水準の人、高水準の人の三種類に分類される。外乱因子が加わると気血が消費され減少する。その際、体内から動員される気血の量が不足して通常生活における気血の標準的水準まで達し得ない場合を虚、標準的水準に達する場合を虚実間、標準的水準を超える場合を実としている。虚実の判定において通常生活における外見上の気血量は問題にされず、あくまでも外乱因子が加わった際における生体の反応が重要になる。通常生活における外見上の気血量が低水準であっても体内に貯蔵されている気血量が大きく外乱因子を跳ね返して気血量が通常生活におけ

る外見上の気血量を超えれば、その人は実証なのである。逆に通常生活の外見上気血量が高水準にあっても貯蔵された気血量が少ないため強い外乱因子に打ち勝つことができず、気血量が外見上の気血量に到達できない人は虚証と考える。蔵は満して実せず、府は実して満せずといわれていることから、実するのは蔵ではなく府であり、虚は蔵府ともに起こる。確かに肺、心、脾、腎について肺実、心実、脾実、腎実といった例はみられない。しかし、肝実とはいう。これは本来胆実というべきものを便宜上肝実といったにすぎない。なお、蔵府論については後述する。

ここで、虚実と陰陽の概念について整理しておく。虚実とは歪みの場、すなわち局所における生体の修復反応を指す。一方、陰陽は外乱因子によって生じた局所の歪みに対して生体全体としての総合的な反応を指す。虚実、陰陽はともに外乱因子に対する反応の性質をみているわけであるから、両者は当然ながら密接に関連している。虚証なら陰証、また実証なら陽証であることが一般的である。時に虚証ながら陽証のことがある。しかし、実証で陰証であることは稀である。

虚実証に対する治療用語についても整理しておく。虚証には補剤、実証には瀉剤を用いるといわれているが、実しているとはいえ病気であるから瀉する治療を行って良いのかという疑問が出て当然である。身体が正気がしっかりしていれば、たとえ外邪にあたろうと体は侵されないというのが漢方医学における根本的病理観である。病気は必ず正気不足により発生するわけである。よって、治療は正気を補うのが要諦といえる。このように薬は例外なく正気の不足を補うものと考えられるわけであるから、補剤といえる。瀉という語は、現象的、結果的にみた場合に用いられるのである。

寒熱：生体が外乱因子によって恒常性が乱された場合、その局所の呈する病状が熱性（熱感、充血、局所温度の上昇など）ならば熱、寒性（冷感、冷え、血流低下、局所温度の低下など）ならば寒と定義される。寒熱は陰陽を判定するための一つの構成要素である。熱とは陽の気が盛んなもの、寒とは陰の気が盛んなものといえる。両者は常に相対的な関係にあり、陰気が衰えると陽気が盛ん

になり、熱も盛んになる。反対に陽気が衰えると陰気が強くなり寒が増してくる。さらに、寒極まって熱を生じ、熱極まって寒を生ずるといった場合には、量の変化が質の変化に転じたのである。

表裏：外乱因子に対する生体の反応の出現部位で分類したものである。体表部付近を表、表より身体の深部を裏と定義される。頭痛、悪寒、発熱、項背筋のこわばりと疼痛、関節痛、筋肉痛などが表証とされる。一方、腹満、下痢、便秘、身体深部の熱感、稽留熱、譫妄などが裏証とされる。この表裏には三種類の考え方がある。第一に、軀幹において表面の部分を表、内側部分を裏とする。背部の表が太陽、背部の裏が少陰、腹部の表が陽明、腹部の裏が太陰、体側と胸部の表が少陽、その裏が厥陰とする。第二に、腹部を裏とするものである。四つん這いの動物の姿勢に対して背部を表とすると腹部は裏になると考えるわけである。身体の位置次第で表裏の取り方も変わってしまう。第三に、手足の表裏についてだが、これにも二つの考え方がある。一つには手足の表面は全て表、内側を全て裏とするものである。もう一つは経絡で陽経のある所を表、陰経のある所を裏とするものである。なお、内外という分類もある。これは消化管内部を内、内より外部を外とするものである。表証、裏証いずれにも属さない場合、半表半裏証と表現されることがあるが、これは誤りである。内外の分類を用いて半外半裏証とするのが正しい。身体を上、中、下に分類することもできる。上は胸部で、心、肺がある。中は上腹部で、脾胃、肝胆がある。下は下腹部である。

5. 蔵府の考え方

蔵は心臓、腎臓、肝臓などのように充実性構造をもつ器官で、蔵とは正気を蔵しているという意味である。府は胃腸のように管になっている、あるいは胆嚢、膀胱のように袋状になっている中空性の器官のことをいう。府とは物が集まる、物質の集散地という意味である。府は陽で、陽の気を帯びている。これに対し、蔵は陰の気を帯びている。蔵府の関係は肺が蔵、大腸がその府、その他同様に心と小腸、脾と胃、肝と胆、腎と膀胱があ

る。これでは五蔵五府となってしまうが、心の府にもう一つ三焦を設けて府を六つにしているため、五蔵六府となる。三焦とは循環、呼吸、生殖機能に関与し、心に属する熱の元になるもので、皮下組織や内臓の毛細管を指している。

蔵と府は機能的に切り離せない関係にあり、蔵は主として分泌、府は主として運動を司る。例えば、脾は消化液分泌に対し胃は消化管の運動、肝は胆汁分泌に対し胆嚢はその貯蔵と排泄、腎は尿の生成に対し膀胱は尿の排泄運動を司るわけである。しかし、肺と大腸、心と小腸については納得のいく説明は困難である。

『傷寒論』で述べられている外邪による急性疾患である傷寒は、病が外から入り次第に内に進んで、さらに府にまで進入するが、蔵に入れば蔵結といって病気がさらに重くなる。一方、『金匱要略』で述べられている雜病は心身の生活上の疲労が原因となって、病は蔵から始まり府へ移り、さらに外へ波及していく。このように、『傷寒論』では陽の府に関する疾患、『金匱要略』では陰の蔵に関する疾患についての記載が多いのである。

蔵府について考察を深める場合には、上述した蔵府の関係以外にも五行、経絡についての理解が不可欠である（五行、経絡については後述）。

肺は、1. 呼吸により宗気を摂取し、2. 水穀の気から血水を生成し、3. 皮膚の機能を制御し、その防衛力を保持する機能単位である。肺の陽気が虚すると、呼吸困難、胸の塞った感じ、咳嗽、水様泡沫状の喀痰が出現する。一方、陰液が虚すると、気道粘膜の乾燥、気道過敏による咳嗽、粘調性喀痰がみられる。

心は、1. 意識レベルを保ち、2. 覚醒、睡眠のリズムを調整し、3. 血を循環させる機能単位である。心には心臓、血管、血流、副腎髓質などが含まれる。陽気が病的に亢進した場合には、焦燥感、不安感、不眠、発作性顔面紅潮、動悸などが現れる。陽気が虚すると、徐脈、結代、胸内苦悶感、呼吸困難などが出現する。陰液が虚すると、睡眠障害、集中力低下、情緒不安定などがみられる。

肝は、1. 新陳代謝を行い、2. 精神活動を調節し、3. 血を貯蔵して全身に栄養を供給し、4.

筋緊張を維持する機能単位である。陽気が病的に亢進すると、神経質で怒りっぽくなり、眼球乾燥感、頭痛、痙攣などが出現する。陽気あるいは陰液が虚すると疲労感、食欲不振、精神不穏などがみられる。

脾は、1. 消化吸収により水穀の気を生成し、2. 血流をなめらかにし、3. 筋の形成と維持を行う機能単位である。陽気が虚すると食欲不振、消化不良、唾液過多、腹部膨満感、腹痛、下痢などが出現する。陰液が虚すると胃もたれ、腹部膨満感、口渇、唾液分泌低下、手足のほてり、異常な食欲亢進などがみられる。

腎は、1. 成長、発育、生殖を司り、2. 骨、歯牙を形成維持し、3. 水分代謝を調節し、4. 呼吸機能を維持し、5. 精神機能を保持する機能単位である。腎には、泌尿生殖器、副腎皮質、腰髄以下の神経支配などが含まれる。陽気が虚すると、精神活動の低下、性欲の低下、乏精子症、骨の退行性変化、視力聴力の低下、浮腫、頻尿などが出現する。陰液が虚すると、全身倦怠、眼球乾燥感、口渇、手足のほてり、皮膚乾燥などがみられる。

6. 五行

五行とはあらゆる事物や性質を五つの範疇に分類したものである。内容には無理や例外もあるが、中国の自然哲学の根幹をなすものである。五行においては、事物あるいは性質が木(キ)、火(ヒ)、土(ツチ)、金(カネ)、水(ミズ)の五つの属性のどれに該当するか、また、事物あるいは性質の相互関係がどうかの二点が重要である。

同類の性質、属性については、その系列を表の縦の項目で示した(表)。

相互関係には、相生(順)、相剋(縦)、逆、横、自病の五つの関係がある(図14)。このため、五行中に五行ありといわれている。

相生とは生理的促進的生産的關係のことである。例えば、木を燃やすと火が生じる。火から灰の土が生じる。土の中から鉱物の金が生じる。金属が溶けて液体の水になる。水を与えると木や草が生長するといった具合である。この場合、木火土金

水の順序で記憶することが大切である。

相剋とは破壊的病理的關係のことである。例えば、水は火を消す。火は金属を溶かす。金属は木を切ったり割ったりする。木は根で土を押し分けていく。土の堤防は水の流れを阻むといった具合である。この場合は順序が異なり、水火金木土となる。

逆とは相生(順)の裏返しである。例えば、木を燃やすと火を生じるの逆で、火は木を剋して之を焼く。火は土を生じるの逆で、土をかけると火が消える。土から金が生じるの逆で、金属が小さくなれば土の成分になる。金属が溶けて液体の水になるの逆で、水などの液体が凍ると金属などの固体になる。水を与えると木が生長するの逆で、木や草が生長すれば組織に水分を蓄えるといった具合である。

横とは相剋(縦)の裏返しである。例えば、水は火を消すが、火の勢いが強いと少しの水をかけても火は消えないどころか火勢を盛んにする。火は金属を溶かすが、金属が強いと溶かすはずの火が消えてしまう。金属は木を切ったり割ったりするが、木が強いと金属の方が壊れてしまう。木は根で土を押し分けていくが、土が強いと根が押し分けられずに木も生長できない。土の堤防は洪水を阻むが、洪水の勢いが強いと堤防を破壊してし

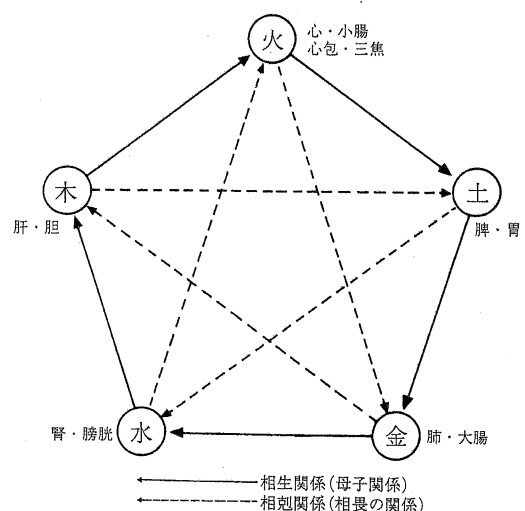


図14 五行の相互関係。相生と相剋について記載した。逆、横はそれぞれ相生、相剋の裏返しのため省略した。

表 五行

五行	木	火	土	金	水
五蔵	肝	心	脾	肺	腎
五府	胆	小腸	胃	大腸	膀胱
五竅	目	耳	口	鼻	二陰
五根	眼	舌	口唇	鼻	耳
五主	筋爪	血脈	肉唇	皮毛	骨髮
五傷	血	氣	肉	骨	筋
五液	淚	汗	涎	涕	唾
五氣	語	噫	吞	欬	欠嚏
五声	呼	言、笑	歌	哭	呻
五井	憂	喜	畏	悲	恐
五志	怒	笑	思	憂	恐
五変	握	憂	噦	欬	慄
五知	色	臭	味	声	液
五通	色	五味	穀味	香臭	五音
五宋	血	神	肉	氣	志
五舍	魂	神	意智	魄	精志
五味	酸	苦	甘	辛	鹹
五禁	辛	鹹	甘、酸	酸、苦	苦、甘
五宜	甘	酸	鹹	苦	辛
五色	青	赤	黄	白	黒
五臭	臊	焦	香	腥	腐
五方	東	南	中央	西	北
五季	春	夏	土用	秋	冬
五惡	風	熱	温	寒	燥
五畜	鶏	羊	牛	馬	豕
	犬	馬	牛	鶏	豕
	犬	羊	牛	鶏	豕
五果	李	杏	棗	桃	栗
五菜	韭	薤	葵	葱	藿
五穀	麦	黍	稷	稻	豆
	麻	麦	稷米	黄黍	大豆
	麻	麦	稷	稻	豆
五音	角	徵	宮	商	羽
五蔵	血	脉	營	氣	精
五穴	井	榮	兪	經	合
五虫	毛	羽	倮	介	鱗
五数	三八	二七	五	四九	一六
十干	甲乙	丙丁	戊巳	庚申	壬癸

まうといった具合である。

自病とは『難経』の四十九難に述べられている正経の自病のことで、同類の性質、属性の系列の過度によって病気になることである。自病は実際には非常に多くみられるものであるため、表に示した縦の系列を十分記憶しておくことが大切である。

症状、治療法を分析したり、整理したり、理論付けたりするためには五行の思想も必要になってくる。しかし、使い方が悪いと迷信になってしまうため、何時でも現実をしっかりと踏まえた上でこの思想を用いなければならない。

7. 陰陽論

陰陽は中国の古代から中世にかけて支配した自然哲学思想の基本で、現代の科学思想とは相反するところがある。しかし、この陰陽思想なしには漢方医学の根本を理解することはできない。陰陽の分類は相対的なものである。例えば、AおよびBという範疇においてAは陰、Bは陽としても、AあるいはB単独の範疇においても陰陽が存在するのである。

場所の陰陽：表、外、上、左、頭部、背部、府、太陽経などの陽の経絡、寸口の脈、伸筋側などは陽に属する。裏、内、下、右、陰部、肛門、腹部、蔵、少陰経などの陰の経絡、尺中の脈、屈筋側などは陰に属する。

性質の陰陽：熱、火、動などは陽に属する。寒、水、静などは陰に属する。

時間の陰陽：朝、昼は陽に属する。午後、夜は陰に属する。

季節の陰陽：夏は陽に、冬は陰に属する。春、秋は陰と陽の間である。

五蔵の陰陽：心は陽中の陽、肺は陽中の陰、肝は陰中の陽、腎は陰中の陰、脾は陰陽どちらともいえない。

陰陽はシーソーのような相対関係をとることが多く、陰気が盛んだと陽が病み、これを陽虚陰盛という。逆に陽気が盛んだと陰が病み、これを陽盛陰虚という。陰陽の気は必ず交流していなければならない。この関係が崩れると病が起こると考

えられている。

8. 経絡

経絡は経脈、経別、奇経、絡脈に大別される。経脈とは皮下を通る内臓と皮膚との間の相互に関連しあう系のことである。経別とは経脈の中で本経から流れ出た分枝のことで、各々支配部位を持っている。奇経とは生体が非生理状態になった場合に、倍にあふれた気血が流れ込む循環路のことで、経絡変動の安全弁の役目をするものである。絡脈は経別と同様に経脈から出た枝であるが、経脈と経脈とをつなぐ役割をしているものである。内臓に変動があるとその主要な点すなわち経穴に反応が出たり、鍼あるいは灸によってこの経穴を刺激すると内臓に影響が生じたりする。経絡は刺激の連関あるいは伝導系であるといえる。経絡は経穴を連ねた線として考えられていたが、本来は幅と深さをもった立体的なものなのである。主要な経絡は五蔵六府の他に数を揃えるために心包（十二経脈）、さらに八脈ある奇経のうち体の背部と腹部の正中線を行く二つを加えて十四ある。これを十四経といっており、以下の通りである。

手の太陰肺経（図15）

手の陽明大腸経（図16）

手の少陰心経（図17）

手の太陽小腸経（図18）

手の厥陰心包経（図19）

手の少陽三焦経（図20）

足の太陰脾経（図21）

足の陽明胃経（図22）

足の少陰腎経（図23）

足の太陽膀胱経（図24）

足の厥陰肝経（図25）

足の少陽胆経（図26）

督脈（図27）

任脈（図28）

次に各経絡について具体的に述べる。

肺経：腹部正中中央から始まって胸部、喉、上肢内側を通り、第一指に達する（図15）。

大腸経：第二指から始まって上肢内側、肩、鎖骨部を通り、以後下歯、鼻に達するものと、胸部

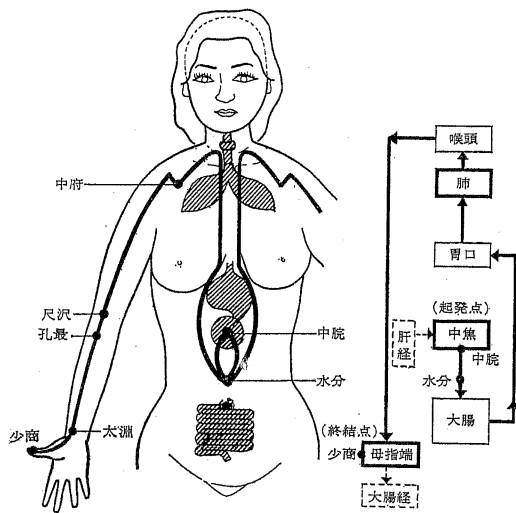


図15 手の太陰肺経。経穴名：中府，尺沢，孔最，列欠，経渠，太淵，魚商。

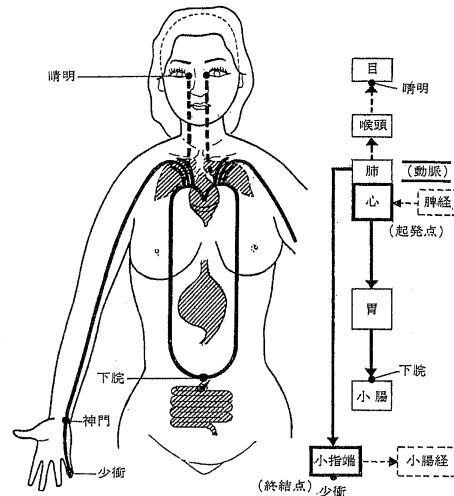


図17 手の少陰心経。経絡名：極泉，少海，靈道，通里，陰郤，神門，少衝。

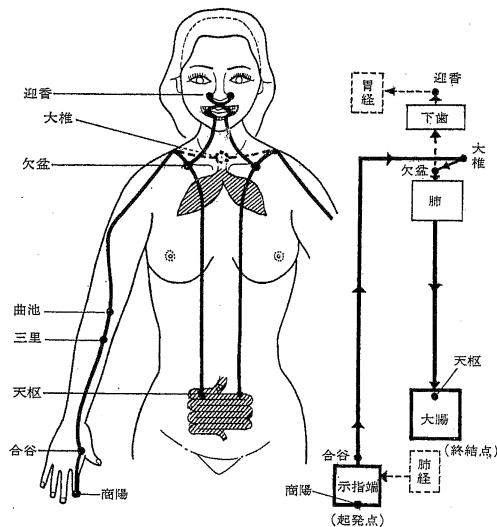


図16 手の陽明大腸経。経穴名：商陽，二間，三間，合谷，陽谿，偏歷，温溜，三里，曲池，臂臑，肩髃，巨骨，天鼎，扶突。

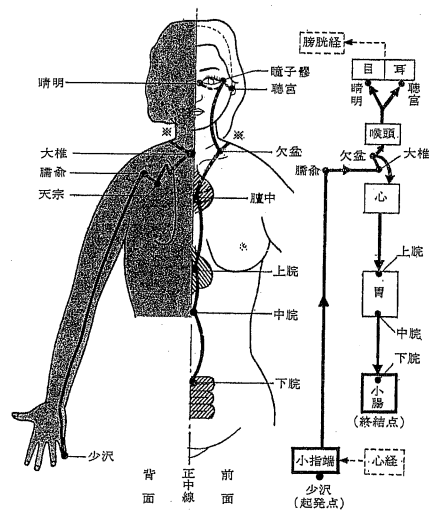


図18 手の太陽小腸経。経絡名：少澤，前谷，後谿，腕骨，陽谷，養老，支正，小海，臑髎，天宗，肩中髎，天容，聽宮。

を通り下腹部に達するものがある (図16)。

心経：胸部から始まって，下腹部に達するもの，上肢内側を通り第五指に達するもの，喉を通り目に達するものがある (図17)。

小腸経：第五指から始まって上肢外側を通り頸に達した後，喉を通り目，耳に達するものと胸部を通り下腹部に達するものがある (図18)。

心包経：胸部から始まって，中腹部に達するも

のと胸部外側，上肢内側を通り第三指に達するものがある (図19)。

三焦経：第四指から始まって上肢外側を通り頸に達した後，頸部外側を通り目，耳に達するものと胸部を通り中腹部に達するものがある (図20)。

脾経：第一趾から始まって下肢中央，下腹部，上腹部外側，胸部外側を通り喉，舌に達する (図21)。

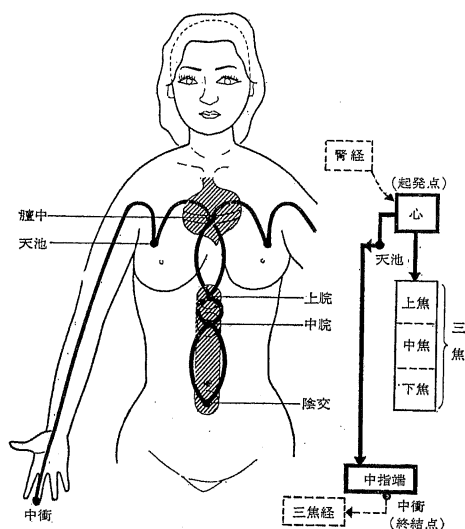


図19 手の厥陰心包経。経絡名：曲沢，郄門，間使，内関，太陵，勞宮，中衝。

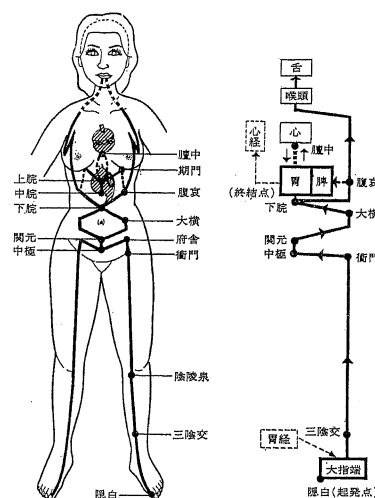


図21 足の太陰脾経。経絡名：隠白，大都，太白，公孫，商丘，三陰交，漏谷，地機，陰陵泉，血海，府舎，大横，周栄。

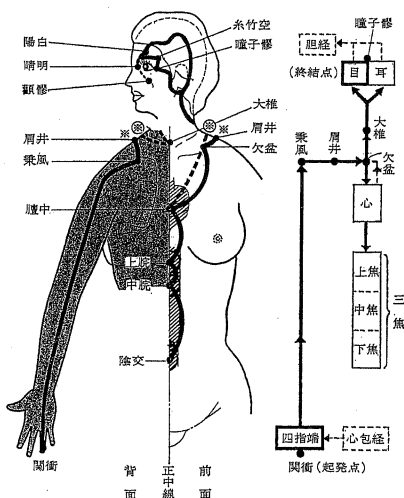


図20 手の少陽三焦経。経穴名：関衝，液門，中渚，陽池，外関，支溝，会宗，三陽絡，四瀆，天井，肩髃，天髃，翳風，角孫，和髃。

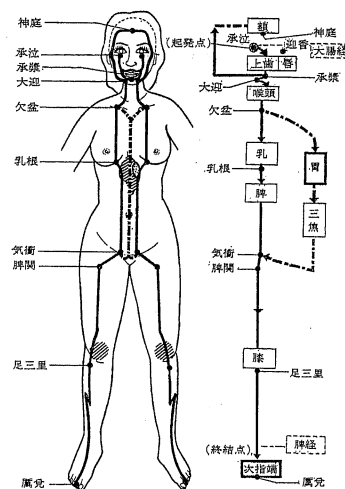


図22 足の陽明胃経。経穴名：承泣，四白，大迎，下関，頬車，欠盆，不容，梁門，滑肉門，天枢，大巨，水道，梁丘，三里，上巨虚，条口，下巨虚，豊隆，解谿，衝陽，陷谷，内庭，厲兌。

胃経：目から始まって上歯，唇に達した後，顔面外側を通り額に達するものと喉，胸部，腹部，外陰部，下肢中央を通り第二趾に達するものがある（図22）。

腎経：足の裏の真中から始まって，下肢内側中央部を通して下腹部から腹直筋内側縁を通り，胸骨外縁に沿って上に上がり咽に達する（図23）。

膀胱経：目から始まって額，後頭部を経て背中

を通り，脚から下肢の裏側を経て足の第五趾に達する（図24）。

肝経：足の第一趾から始まって下肢内側中央部を通り，下腹部で生殖器に絡わり，胸部，喉を経て頭部に達する（図25）。

胆経：目から始まってこめかみ，耳，肩側胸部，側腹部，下肢外側中央部を通り，足の第三趾に達する（図26）。

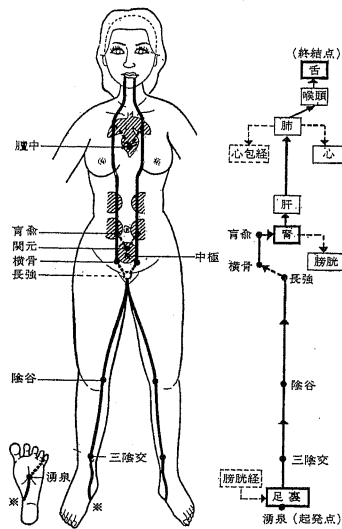


図23 足の少陰腎経. 経穴名: 湧泉, 然谷, 太谿, 大鐘, 照海, 水泉, 復溜, 交信, 築賓, 陰谷, 横骨, 氣穴, 中注, 育俞, 陰都, 幽門.

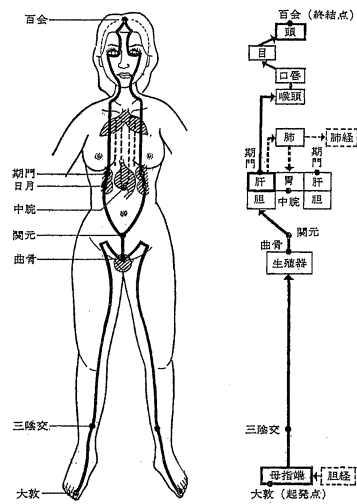


図25 足の厥陰肝経. 経穴名: 大敦, 行間, 太衝, 中封, 蠡溝, 中都, 膝関, 曲骨, 章門, 期門.

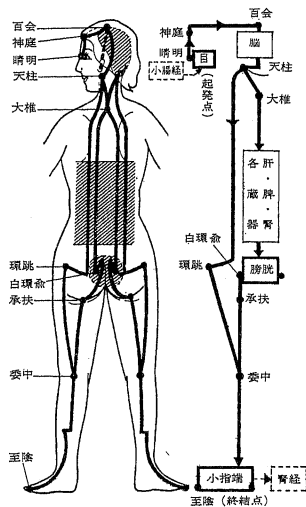


図24 足の太陽膀胱経. 天柱, 大杼, 風門, 肺俞, 厥陰俞, 心俞, 膈俞, 肝俞, 胆俞, 脾俞, 胃俞, 三焦俞, 腎俞, 大腸俞, 小腸俞, 膀胱俞, 中髎, 殷門, 委中, 膏肓, 意舍, 胃倉, 志室, 委陽, 承筋, 承山, 飛陽, 跗陽, 崑崙, 僕参, 申脈, 金門, 京骨, 束骨, 通谷, 至陰.

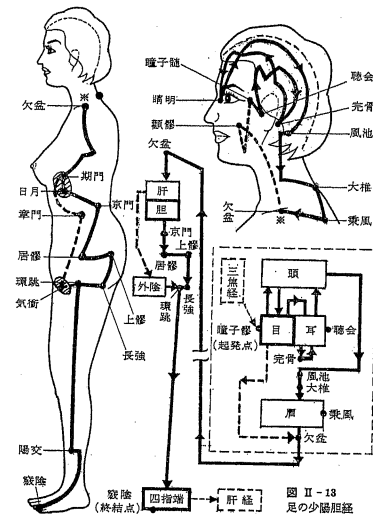


図26 足の少陽胆経. 瞳子膠, 客主人, 陽白, 懸顙, 風池, 肩井, 日月, 京門, 帶脈, 環跳, 陽陵泉, 陽交, 外丘, 陽輔, 懸鐘, 丘墟, 臨泣, 地五会, 俠谿, 竅陰.

督脈: 会陰から始まって外陰部に達するものと背側中央, 後頭部, 頭頂部を通り目, 鼻, 唇に達するものがある (図27).

任脈: 会陰から始まって外陰部, 腹部胸部の正中線, 頸部を通り唇, 目に達する (図28).

9. 薬理

薬理とはある薬がどんな作用があるかを研究することである. 一方, 薬能とはある薬がどういう時に使用してどのように効くかを研究することである. 漢方医学における薬の発達には, 経験 (半夏を嘔吐に用いるなど) と象徴薬理論 (桂枝は句

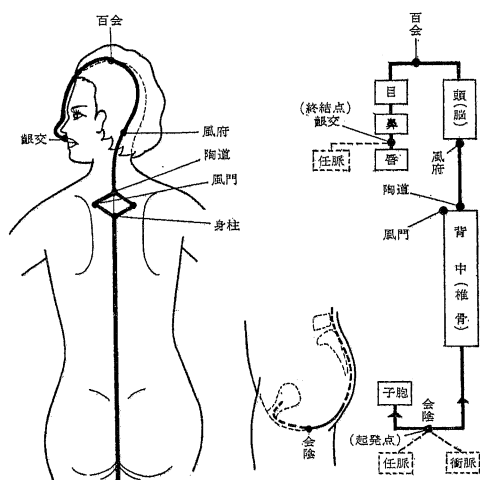


図27 督脈。經穴名：腰俞，陽関，命門，懸枢，脊中，筋縮，至陽，身柱，大椎，百会。

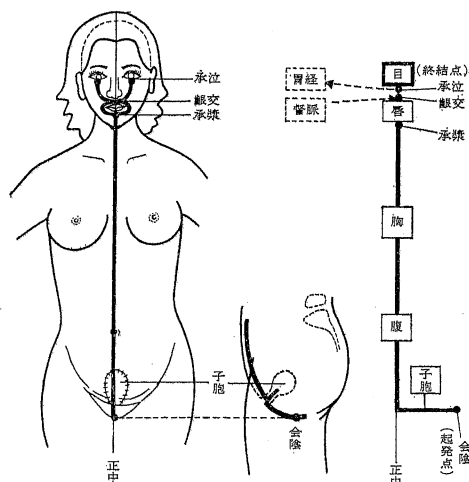


図28 任脈。經穴名：曲骨，中極，関元，石門，氣海，陰交，神関，水分，下脘，中脘，上脘，巨關，膻中，天突。

いが強く太陽の光線を一番強く受ける木の先端にあるから陽の気が強く、よって陽気を補うものであるなど)の影響が大きいといえる。ここでは、『神農本草経』で述べられている気味について説明する。この気味によって『傷寒論』や『金匱要略』の薬理も理解できる。

気味の気とは寒，温，平のことである。寒は蔵

の陰気を補い，熱をさます作用がある。温は府の陽気を補い，寒を温める作用がある。

気味の味とは辛，苦，甘，酸，鹹のことである。辛は肺に，苦は心に，甘は脾に，酸は肝に，鹹は腎に作用する。但し，直接蔵府に作用することもあり，その蔵府に属する気あるいは血に作用することもあり，作用の仕方は様々である。

このような気味に関する概括的な原則は『素問』に述べられているので参照されたい。

10. 四診

漢方医学における診察は，望，聞，問，切の四診によって行われる。望診とは，遠くから患者をちらっと診ることである。二，三間隔てたところからちらっと患者を診る，往診してもつかつかと患者の部屋へ行かないで，隣の部屋からちょっと寝ている患者を診て患者の状態を判断することである。『難経』には，「望んでこれを知るを神という」とあって，ちらっとみて病気がわかるのが一番の名医であり，神技であると述べている。聞診とは，患者の声，咳を聞いたり，臭いを嗅いだりして診察することである。『難経』には「聞いてこれを知るを聖という」とある。問診は，患者の愁訴を聞くことである。『難経』には「問うてこれを知るを工という」とある。切診とは患者に接触して診察することとされており，脈診，腹診などが含まれる。『難経』には「脈をみてこれを知るを功という」とある。詳しくいろいろと診察すればするほど下手な医者だということである。

望診は，二，三間をおいてちらっと患者を診ることである。最近の診察室ではドアを開けるとそこに患者が立っているため望診が困難になってきている。しかし，この望診を実践していた医師がいた。それは田口健二郎という医師で，彼は患者が歩いてくるところを自分の診察室からずっと見えるように道を作ってあったという。田口医師は非常に気を見るのが上手であったことを示す逸話がある。昭和天皇の皇后陛下に第三番目の王女がお生まれになったときのことである。お産にかかったがどうしてもお生まれにならないため東京の産科の名医が様々な処置を施したが，それでもお生

まれにならなかった。そこで、天皇陛下が以前に侍医であった田口医師を呼んだ。すると、田口医師は皇后様の病室には行かず、天皇陛下にお目にかかって「皇后陛下にお声が聞こえる隣の部屋で、もう一人女の子がほしいと仰れば、すぐに生まれますよ。」と言って帰ってしまった。陛下がその通りなされると、すぐお子様が生まれ、それが貴子嬢であった。皇后陛下がまた女の子が生まれたりどうしようかと悩むため、出かかっても生まれなかったが、天皇陛下の一声で皇后陛下の悩みが払拭されたわけである。このように、望診は直感、勘を働かせることが重要な診察ともいえる。田口医師のような境地に達するには患者と医者が一体になることが必要である。これには知識、言葉などは役に立たず、ただ患者に誠を尽くして治療に専念することが最も大切であると和田東郭は述べている。

問診は患者の愁訴を聞くことである。その際、次の二点が重要である。一つは、症状について様々な角度から情報を収集することである。例えば、咳が出るといった場合、咳と痰、あるいは咳と食事との関係、咳の出やすい時間帯、呼吸困難の有無などについて聞き出す必要がある。もう一つは患者に希望を抱かすように配慮することである。治療することによって病気が治る、あるいは治る可能性があることを患者に告げて患者に希望を抱かせることによって患者自身の治癒力も高まるわけである。「あなたの病気は一生治らん。」などと言うことは、希望を打ち切らすことで、治療とは全く逆行することである。治らないのではなく自分には治せないと、正確に伝えるべきである。

問診は、言葉からすると聴覚によって患者の状態を把握する診察をさすように取れるが、嗅覚も利用すると定義づけられている。問診の特徴は、医師自らが操作せず患者が自然に発する症状を把握することにあるといえる。

切診とは医師が患者に接して診察することである。脈診、腹診、経絡診（蔵と府から発し体表に至る経と絡を指頭によって上下左右に輕擦あるいは按压して、経と絡の状態をしり、経絡蔵府の虚実を推察する方法）、背候診（背腰部の太陽膀胱経に属する経穴のうち兪穴による切診により、蔵

府の違和を捉える方法）が含まれると定義されている。

漢方医学的診察の中にもう一つ重要な舌診という方法がある。視診の一種であるため、望診に含まれると考えられている。しかし、舌診は医師が患者に最接近して舌の状態を診るわけであるから、二、三間隔でたところから見る望診に舌診が含まれるという考えは元々の望診の定義に矛盾する。

この点に関して、筆者は以下のように定義すべきだと考える。望診は従来の定義のままとする。切診とは医師が意図的に患者の身体所見を得るための行為で、腹診、脈診の他舌診も含まれる。聞診とは医師が患者を十分観察できる状態において意図的に介入することなく、視覚、聴覚、嗅覚を通して患者の身体所見を得ることで、視診も含まれる。

11. 舌診

舌診は特に急性疾患において重要である。

舌苔のないもの：健康な舌には舌苔は存在しない。太陽病で表証のみの時、陰病の時、熱のない慢性疾患では舌苔は現れないことが多い。

白苔：白苔が出た時は、口が粘り、少し喉が乾くようになり、太陽病が少陽病になったことを意味する。この場合、下剤を投与してはならない。

黄苔：白苔が黄苔に変化してきた場合には、下してよい時と悪い時がある。黄苔が厚くない時には下さない方がよいことが多い。黄苔が経過して焦げ色になれば、下剤の適応証と考える。

黒苔：焦黒で、指先でひねってみて堅硬の場合には実証で下剤の適応である。指でひねって軟らかい場合は虚証で、温補剤の適応である。

その他、舌の乳頭が消失し赤く乾燥している場合には滋潤剤の適応である。舌が暗紫色、青色の場合には瘀血の舌証である。

このように、舌の観察は舌上表面を中心に行う（図29）。しかし、舌裏面にある舌下静脈の怒張の有無（瘀血所見の有無）を確認することも重要である（図30）。

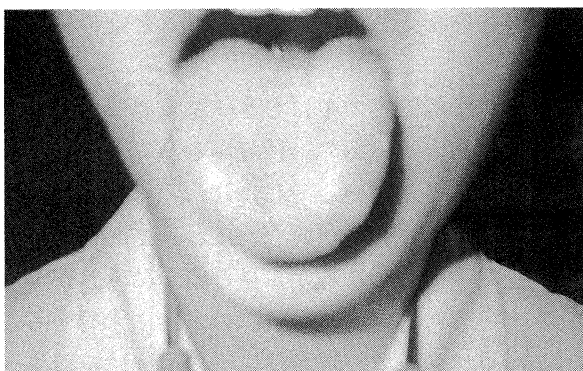


図29 舌診

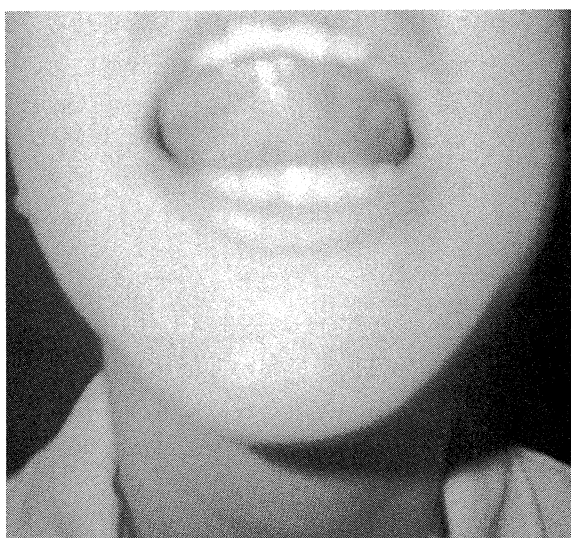


図30 舌下静脈の観察

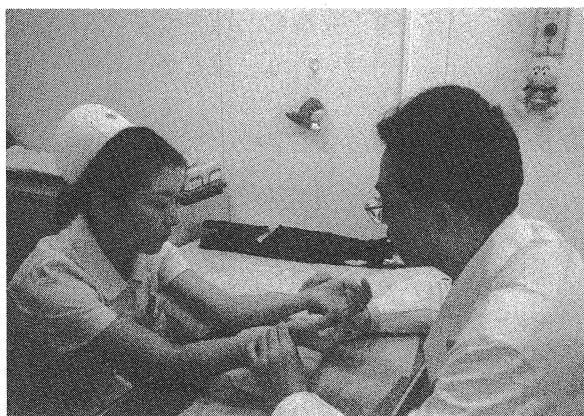


図31 脈診

12. 脈診

示指、中指、薬指の三指で脈を診る。橈骨莖状突起内側に中指を、中指より末梢部に示指を、中指より肘関節より薬指をおき、軽くあるいは重く按じる(図31)。示指のあたるところを寸口の脈、中指のあたるところを関上の脈、薬指のあたるところを尺中の脈という。右側において寸口は肺、大腸、関上は脾、胃、尺中は心包、三焦の状態を、左側において寸口は心、小腸、関上は肝、胆、尺中は腎、膀胱の状態を反映するといわれる。各々の部位において、強く押して前者(肺、脾、心包、心、肝、腎)を、軽く触って後者(大腸、胃、三焦、小腸、胆、膀胱)を、また各部位全て中位の強さで押して胃を診る。このように三ヶ所の部位を三種類の強さでの押し方で脈を診る場合、これらの脈を三部九候の脈(図32)といている。この方法は雑病の診断に用いられる。一方、傷寒、すなわち外邪によって起こる熱病の場合には、寸口を陽の脈、尺中を陰の脈として、陽の脈では陽の表の部分、陰の脈では陰の裏の部分の状態を診ることにしている。脈診によって、1. 表裏寒熱気血水の状態の判定、2. ある程度までの風、寒、熱、湿、痛、宿食などの原因の判定、3. 薬方の証の適合、矛盾の判断、4. 予後判断などを行う。

脈の性状分類

1. 深在性：浮、沈、伏
2. 速度：数、遅

		中枢側			
右側				左側	
尺中	三焦	浮 沈	浮 沈	膀胱	尺中
	心包			腎	
関上	胃	浮 沈	浮 沈	胆	関上
	脾			肝	
寸口	大腸	浮 沈	浮 沈	小腸	寸口
	肺			心	
		末梢側			

図32 三部九候の脈

3. リズム：結，代，促
4. 幅：細，大，洪
5. 長さ：長，短
6. 緊張：緊，弱，弦
7. 血管壁の堅さ，緊張：朶，軟
8. 出入：滑，瀦，微，疾，遲，緩

浮脈：診察する指を皮膚に乗せて直ぐに脈の拍動を触れうる脈のことである。「之を按じて足らず，之を挙ぐればあまりあり」と古人は述べている。また，「浮の脈は水に浮べる木の如し，押せばかくれてうするなりけり」という歌からもこの脈の形状が想像できる。この脈は表証，裏虚，気動の時に現れる。そこに水証，寒証が加わると沈脈になることがある。

沈脈：診察する指を患者の皮膚に強く押してはじめて触れるような深部に沈んだ脈をいう。「上になく，按せば底にて強く打つ，是ぞまことの沈脈ぞかし」という古歌がある。この脈は裏証，水証，寒証の時に現れる。裏証でも裏虚あるいは表熱がある場合には浮脈となる。

伏脈：沈の程度が甚だしいものである。この脈は実脈で，病毒が急に体内に充満したことを意味する。

数脈：医師が1呼吸する間に患者の脈が6動以上の場合をいう。成人において1分間に80-90以上とする。この脈は，熱，気動，虚証において現れる。

遲脈：医師が1呼吸する間に患者の脈が4動以下の場合をいう。成人において1分間に60以下とする。古歌に「尋ぬればかくるやうに遅くうつひえたる人に遅脈ありけり」とある。この脈は，弱脈を兼ねる場合は虚寒，実脈を兼ねる場合は病毒痞塞において現れる。

結脈：遲脈で，不整のものをいう。病毒痞塞の場合あるいは気血が伸びない時，瘀血，身体枯燥して滋潤を失った時に現れる。

促脈：数脈で，不整のもので，脈と脈との間の休息が次第に短縮してきては再び元に復するものをいう。表熱で，胸滿，喘の時に現れる。

代脈：数脈と遲脈が不規則に交ざって起こる不整脈をいう。気脱の徴候である。

大脈，洪脈：大脈は血管の直径が大きい，すな

わち血管が拡張している脈をいう。洪脈は大脈にして，かつ緊張がよい脈をいう。古歌に「大きくて広くぞ指に満ちきたる大きに座とり広く長きぞ」とある。大脈は実証では表熱でも裏熱でも現れるが，虚証では裏虚の場合のみである。洪脈は実証において表熱でも裏熱でも現れる。

小脈，細脈：細脈は血管が収縮して幅が狭く触れる脈である。小脈は細脈で，かつ緊張が弱い脈をいう。この脈は邪が表証から裏証に変わったことを意味する。また，微を兼ねると表裏ともに虚することを意味する。

緊脈：緊張の強い脈をいう。弦脈に似ていて，弦脈は按じても左右に移らないが，緊脈は按じて左右に移る。それで，古人は「緊は転索の常なきが如し」と述べている。古歌に「弦に似てよりのかかれる如くにて底にかたきを緊脈と知れ」とある。この脈は実証，虚証，寒証，水証の時に現れる。脈が緊になり過ぎると実を通越して反って虚になる場合がある。水証では裏水のときに沈緊となる。

弱脈：緊張の弱い脈をいう。浮弱の脈にしる沈弱の脈にしる，表虚でも裏虚でもみられる。脈だけで表裏の判断はできない。ただし，表虚の沈弱はむしろ沈微になることが多い。

弦脈：ぴんと張った弓のつるあるいは琴の糸に触るような感じの脈のこと，すなわち，一種の堅さと緊張をもつ上に脈が触れる時間が短いものである。古人は「弦は，状，弓弦の如く，之を按じて移らざるなり」と述べている。古歌に「弓を張り，力を入れて弦を按ず，すぐにまがらず細く引っぱる」とある。動脈が拡張する時間が急速で，心機能が亢進している状態においてみられる現象である。この脈は少陽病，筋拘急，疼痛，寒証，水証，裏虚において現れる。

朶脈：診察する指を軽く当てると非常に強く感じるが，押すと極めて弱く底力のない脈をいう。古人は葱の切り口に指をあてるような感じと述べている。古歌に「指の腹，まわりにありて中はなし，浮にやわからに，ひともじを切れ」とある。甚だしい虚証で虚勞，亡血の場合に現れる。

軟脈：血管壁が軟らかいことを意味する。虚証で現れる。弱脈と厳密に区別するなら，軟は衛氣

の虚，弱は榮血の虚である。

滑脈：玉を転がしてくるように触れる脈と説明されている。古歌に「玉の如くなめらかにして進み得ず，押せばかくれてしりぞきもせず」とある。指先に触れる時間が短く面積が小さい上に一種の堅さをもっているといえる。弦脈では指が弾かれる感じがあり，鋭さをもち，脈に触れる時間が滑より短く，脈の出時の方が明瞭である。一方，滑脈では出入時ともに等しく触れ，感触は鋭いというより堅い方である。また，滑脈は短い脈ともいえるが，短脈とは異なる。短脈とは橈骨動脈の脈拍に触れる全長が短いことをいう。滑脈は熱，実を意味する。

澹脈：滑の反対で，脈の去来が渋滞して円滑でない脈をいう。小刀で竹をけずる時のような感じと説明されている。古歌に「細くして遅きは沈む故ぞかし，血虚の証に澹脈はあり」とある。この脈は虚を意味する。

微脈：かすかにして触れにくい脈をいう。古歌に「有るかとおせばたよたよ弱くして無きが如くに細くかすかぞ」とある。この脈は精気の虚脱を意味する。

緩脈：数ならず遅ならず中和平穩の脈，無病平人の脈である。諸病に緩脈が表れる場合は，疾患が軽快する徴候といえる。

これらの脈は単独で現れることもあるが，通常は数種類が組み合わされて起こる。また，一薬方が必ず一定の脈を呈するものでもない。脈状と症状とが矛盾する場合，それは真仮（本来寒がありながら仮熱が生じている場合，本来虚でありながら仮の実症状を呈する場合など）あるいは予後不良を示している。

13. 腹診

腹診は古方派を中心に江戸時代に日本独自に発展した漢方医学的診察である。西洋医学における腹部診察は内臓あるいは組織の病理解剖学的変化を見出そうとするのに対し，漢方医学における腹診は腹部の緊張度によって虚実を判断し血水の状況を把握しようとする。漢方の腹診によって得られた所見は証を決定するための判断材料であり，

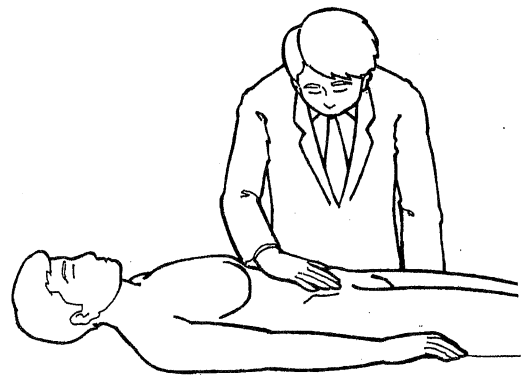


図33 腹診

これを腹証という。「外感」は脈を主とし，「内傷」は腹を主とす」と古人は述べている。つまり，急性疾患のような外感では脈証を主とし，慢性疾患のような内傷では腹証を主として虚実の判定を下すべきであるということである。何故なら，急性病では病証の変動が顕著であり，脈はこの変動に機敏に反応するが，腹証はすぐには反応しない。一方，慢性病では病状の変化が緩慢であるから腹証により虚実が判断できるわけである。腹診所見からは表証の判断はできない。実際の診察では，患者の足を伸ばしたままの状態ですぐに，まず，腹壁の緊張度を手全体で軽くさするようになでて行く。次に腹壁を押して深部の変化をみる。本来，医師は患者の左側から診察するようにいわれているが，左右どちら側からでもよい（図33）。腹診所見は以下のように分類される。

1. 膨満

- 1) 全体的 腹満
- 2) 限局的 心下満，小腹満，小腹腫痞，蠕動不安

2. 腹壁緊張度

1) 緊張

- a) 季肋下 胸脇苦満，脇下硬満
- b) 心下部 心下痞硬，心下支結，心下痞堅，心下痞，結胸
- c) 腹直筋 裏急，腹裏拘急
- d) 下腹部 小腹弦急，小腹拘急

2) 弛緩

- a) 全体

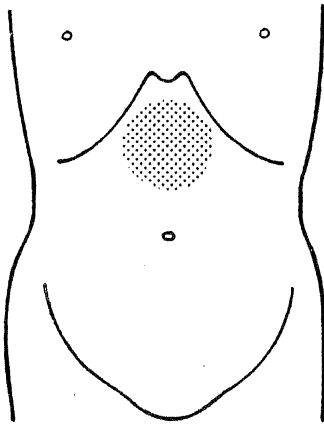


図34 心下痞

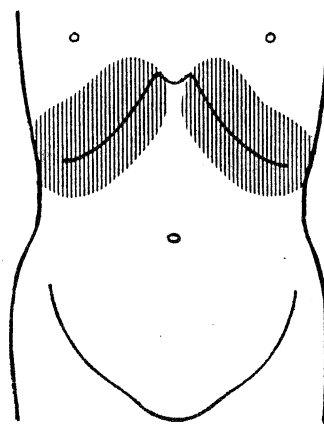


図36 胸脇苦満

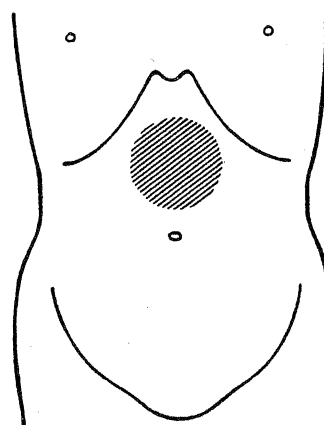


図35 心下痞硬

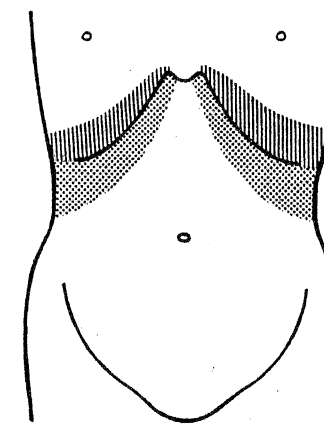


図37 脇下硬満

b) 心下部 心下軟

c) 下腹部 小腹不仁

3. 深在性変化

- 1) 抵抗, 硬結, 腫塊
- 2) 圧痛
- 3) 小腹急結
- 4) 腹動
- 5) 腹鳴
- 6) 振水音

次に各腹診所見について述べる。

心下満：上腹部すなわち胸元が張ることである。これは実証のことが多い。自覚的だけのこと、他覚的だけのこと、自他覚ともにあることの三通りがある。一般に成人では上腹部より下腹部の方が張り出しているのがよい。

心下痞（図34）：上腹部の張りが自覚的に存在するのみで、他覚的に証明しえないものをいう。心下痞にはしばしば振水音を伴い、虚証として現れる。

心下痞硬（図35）：心下痞と同時に心下部腹壁が緊張しているものをいう。心下痞硬には虚実がある。心下痞硬において、心下痞は虚実同一であるが、心下部腹壁緊張度は実証では腹壁に厚みがあり、押すと抵抗があり底力を感じる。しかし、虚証では腹壁が薄く、ぴんと張っており、押すと底力がない。

心下硬満：心下痞硬のうち実証度が著明なものをいう。水証を兼ねている。

胸脇苦満（図36）：肋骨弓下縁にかかる緊張をいう。脇は側胸部と肋骨弓に沿う部分とを含んで

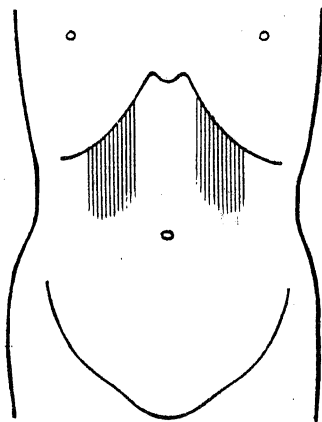


図38 心下支結

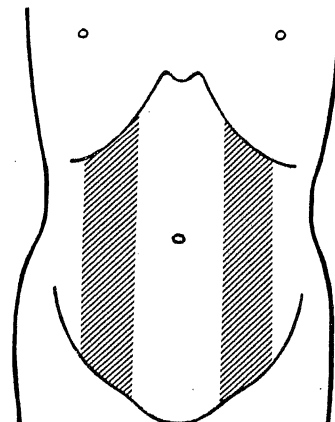


図40a 裏急（腹直筋拘攣）

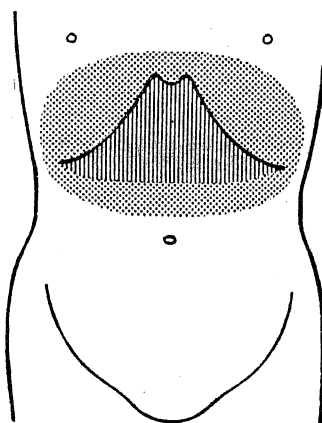


図39 結胸

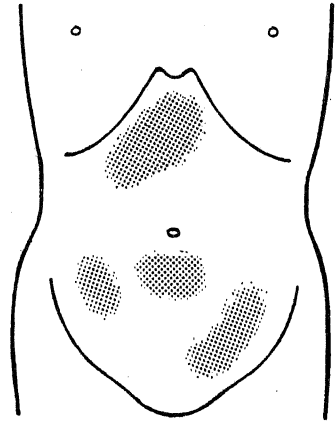


図40b 裏急（腹壁から腸蠕動が観察可能な場合）

いる。圧重感、疼痛として現れることもある。

脇下硬満（図37）：胸脇苦満が下方に移動して、しかも他覚的に緊張が強いものをいう。

心下支結（図38）：腹直筋が上腹部で緊張しているものをいう。柴胡桂枝湯を用いる腹証である。

心下急：心下痞硬よりさらに緊張度、圧痛が強いものをいう。大柴胡湯を用いる腹証である。

心下痞堅：心下痞硬よりさらに緊張度が強く、心下が板状に強く弾力性のない抵抗を示す。木防已湯を用いる腹証である。

心下石硬：さらに緊張度が強いものをいう。

結胸（図39）：心下の緊張が強く、疼痛を伴うものをいう。

裏急（図40a, 図40b）：腹直筋が緊張していることをいう（図40a）。拘攣、拘急ともいう。腹直

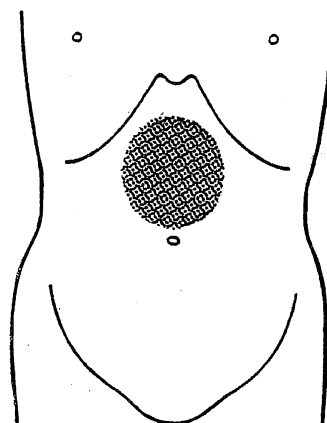


図41 胃内停水

筋の拘攣がなくても、腸の運動が著しく腸壁を通して観察できる場合も裏急という（図40b.）多く

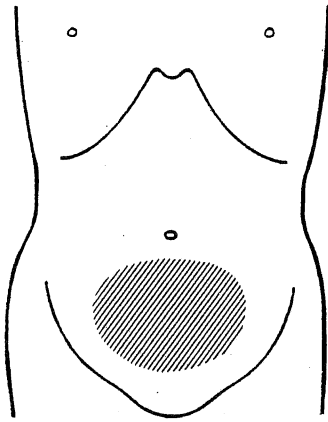


図42 小腹痛満

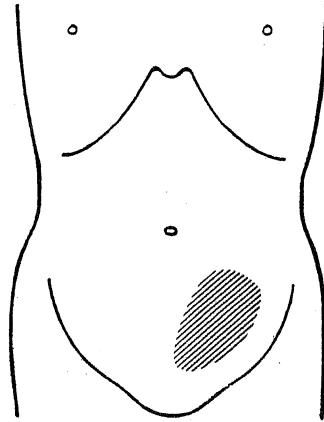


図44 小腹痛急結

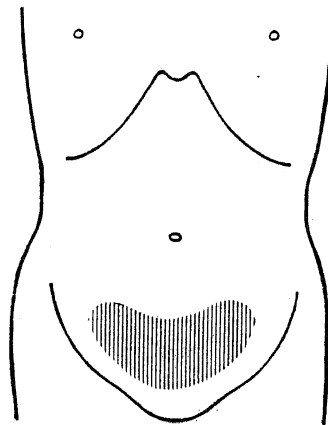


図43 小腹痛急

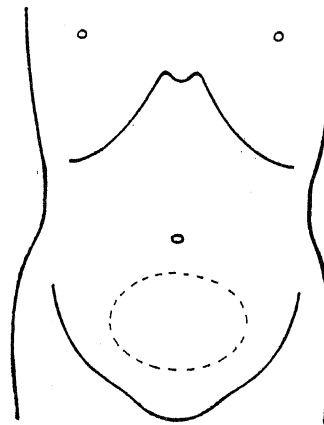


図45 小腹痛不仁

は虚証である。

胃内停水(図41)：胃液分泌過多と胃壁アトニーのため胃液が胃内に停滞し、振水音として証明されることをいう。多くは虚証である。

小腹痛満(図42)：下腹部の膨満をいう。他覚的に膨満していて自覚しないことは稀である。膨満が自他覚的に存在する場合、虚証、水証のことが多い。自覚的のみである場合には瘀血のことがある。

小腹痛腫：小腹痛満の一種で、腫とは限局性に腫れるとの意で、小腹痛満より範囲が狭い。

小腹痛急(図43)：下腹部腹直筋が緊張することである。腎虚の腹証である。

小腹痛弦急：拘急よりさらに緊張度が強いものをいう。

小腹痛急結(図44)：下腹部が急に激しくつれるという意味であるが、深在性の所見も含む。左側腸骨窩において擦過性の圧に対して急迫的な痛みを感じる索状物を証明することである。桃核承気湯を用いる腹証である。

小腹痛不仁(図45)：下腹壁の緊張度が軟弱なことをいう。

腹動(図46a, 図46b, 図46c)：腹部大動脈の拍動が亢進していることをいう。腹動を触れる部位は、通常臍上部が最も著明であるが、臍傍、臍左下のこともある。部位によって、心下悸(図46a)、臍中悸(図46b)、臍下悸(図46c)に分けられる。なお、厳密には拍動が他覚的にも触知しえることを動といい、自覚的にのみ感じられる場合は悸という。

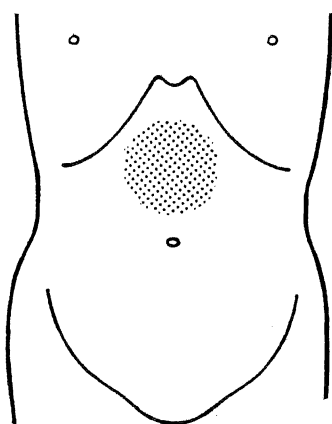


図46a 心下悸

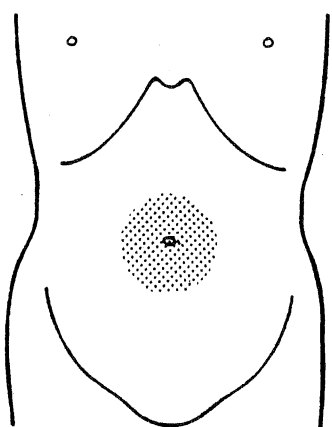


図46b 脾中悸

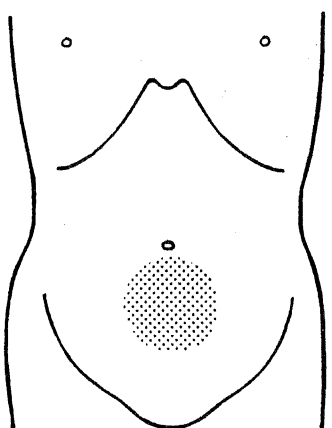


図46c 脾下悸

14. 『傷寒論』の概略

『傷寒論』の本来の名称は『傷寒卒病論』という。傷寒の寒は外邪すなわち外からくるウイルスの激しいものを指しており、従って、傷寒は悪性の熱病のことをいう。卒病の卒は引き連れるということで、例えば、兵卒を引き連れるという意味である。『傷寒卒病論』は、傷寒と傷寒ほど激しくはないが、それに似た病気の治療について述べたものである。

中国北方の黄河流域の洛陽を中心にして出来たものが『黄帝内経』、『素問』、『靈樞』である。これらの書物で述べられている鍼灸はそれほど薬草を必要としないため、寒い北国でも発達できる技術と考えられる。南方の揚子江流域で出来たものが『傷寒論』である。『傷寒論』には多くの薬物について述べられており、このような医療は地域に土着して百姓をするような民族によらなければ発達し得ないと思われる。『傷寒論』の発生当時の中国医学は『黄帝内経』の流れをひく経絡を中心とした医学であった。このため、『傷寒論』を世の中に紹介するにあたり、経絡的なものによって裏付けてその当時の人に理解しやすいように撰次したのである。『傷寒論』では傷寒を『素問』、『靈樞』の六経をもとにした三陰三陽に分類して治療法を論じている。

三陰三陽により太陽病、陽明病、少陽病、太陰病、少陰病、厥陰病に分類される。太陽病について、「太の病たる脈浮頭項強痛而して悪寒す」と、陽明病について「陽明の病たる胃家実これなり」（胃は腸も含めた消化管全体を指す）、少陰病について「少陰の病たる口苦く咽乾き目くるめくなり」、太陰病について「太陰の病たる腹満して吐し食下らず、自利益々甚だしく、時に腹自ら痛む、若し之を下せば必ず胸不結鞭す」、少陰病について「少陰の病たる脈微細、ただ寐んと欲するなり」、厥陰病について「厥陰の病たる消渴気上って心を撞き心中疼熱饑えて食を欲せず。食すれば則ち衄を吐し、之を下せば利止まず」と説明している。このような特徴をもつ各々の病の病証は、体の部位が熱しているか、寒く冷えているかによって分類される。体の部位は、表裏、内外に分類される。



図47a 『傷寒論辨正』

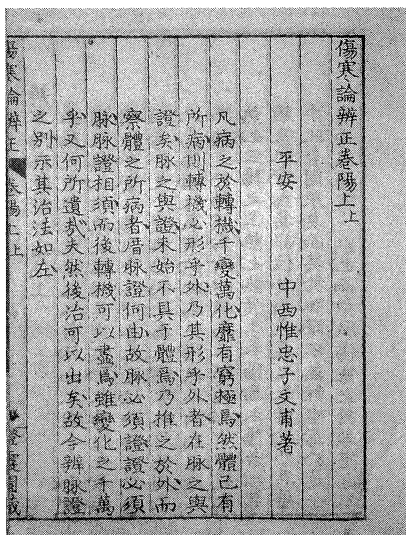


図47b 『傷寒論辨正』

皮膚と皮下を表，表より内側全てを裏という．一方，腸管の中を内，腸管内より外側から皮膚までを外という．裏であるが，内を含まない部分を特に半外半裏という．各々の病証は，太陽病～表熱証，陽明病～裏熱証，少陽病～半外半裏証，太陰病～裏寒証，少陰病～表寒証，厥陰病～半外半裏証となる．これらの病が一種類のみで発症することもあり，重なる場合もある．重なる場合，発病に時間的に前後がある場合は併病，発病が同時である場合は合病という．

なお、『傷寒論』の注釈書としては，中西深斎著『傷寒論辨正』（図47a，図47b），山田図南著『傷寒論集成』，多紀元簡著『傷寒論輯義』（図48a，図48b）が有名である．

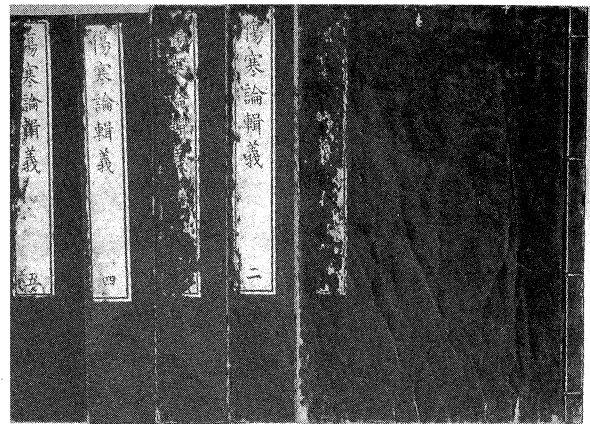


図48a 『傷寒論輯義』

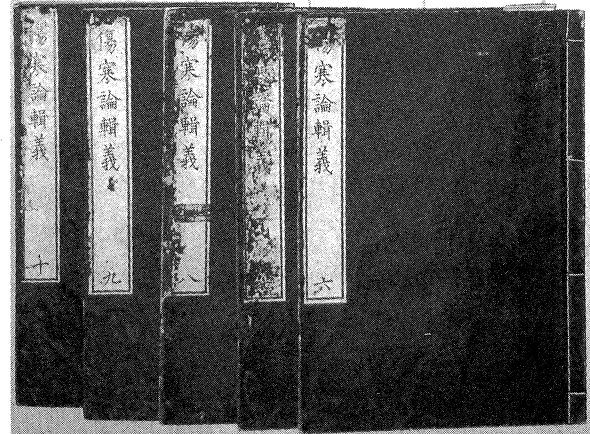
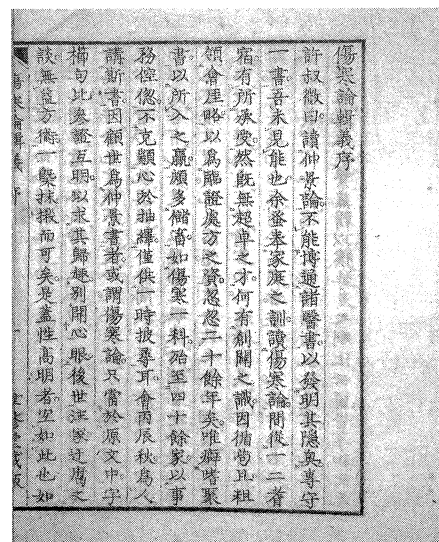


図48b 『傷寒論輯義』



結 語

漢方医学の概略について述べた。漢方は個人を大切にする医学である。西洋医学的診断名は同じであっても、その治療法は各個人の体質を考慮して異なってくることを理解されたと思う。漢方医学には西洋医学にはない素晴らしい点もあるが、今後に残された課題が存在することも事実である。

近年、インフルエンザ脳炎脳症あるいは肺炎による死亡例が話題になり、小児、老人に対して予防接種を勧める意見がある。西洋医学的には当然の考え方であるが、漢方医学の立場からすれば死亡例の中には個人の体質を無視したための誤った治療によるものも含まれている可能性がある。西洋医学では実証の患者に適した治療が中心となっていることが問題なのかもしれない。小児のインフルエンザ脳炎死亡例において使用された解熱鎮痛剤の種類が問題にされたが、種類の問題ではなく解熱鎮痛剤を投与する適応があったかどうかの問題ではないかと思われる。小児は大抵実証であるから、解熱鎮痛剤のような瀉剤の投与は有効と考えられる。しかし、中には虚症の児も存在し、このような児に瀉する治療を行えば、病状がさらに悪化する可能性があるわけである。診断が決定した後、画一的な治療に終始せず患者個人の体質を考慮することが望まれる。

今後に残された課題として、1 漢方基礎理論の普及、2 漢方の科学化の2点を挙げたい。

第一点については、漢方薬が広く普及したが、西洋医学的に投与されていることが問題である。明治時代以降、絶滅の危機に瀕した漢方医学は昭和に入り大塚敬節らによって復興された。保険診療も可能となり、漢方薬が処方される機会も増加した。随証治療に基づいて漢方薬が処方されるべきであるが、実際には製薬メーカーが製作した手帳に記載されている適応症に当てはめて処方される場合が大部分と思われる。漢方医学の根本的理論を分かりやすく普及させる必要がある。大塚敬節、奥田謙蔵、矢数道明、細野史郎、龍野一雄らは理解しやすい貴重な著書を残している(図49-53)。是非読んでいただきたい。

第二点については、現代医学に対応できる漢方医学の基礎的研究手段が確立していないことが課題の根底にある。大塚敬節が漢方医学は非科学ではなく未科学だと述べて四半世紀が過ぎたが、いまだ十分な科学的裏付けが取れていないのが現状である。証を考慮しないヒト集団間における薬効の比較、動物実験は、部分的な成果をもたらすかもしれないが、個人を大切にするという漢方医学

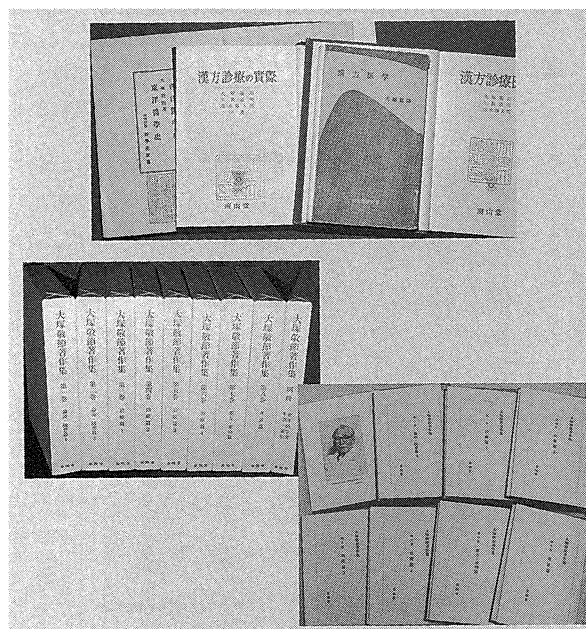


図49 大塚敬節の著作

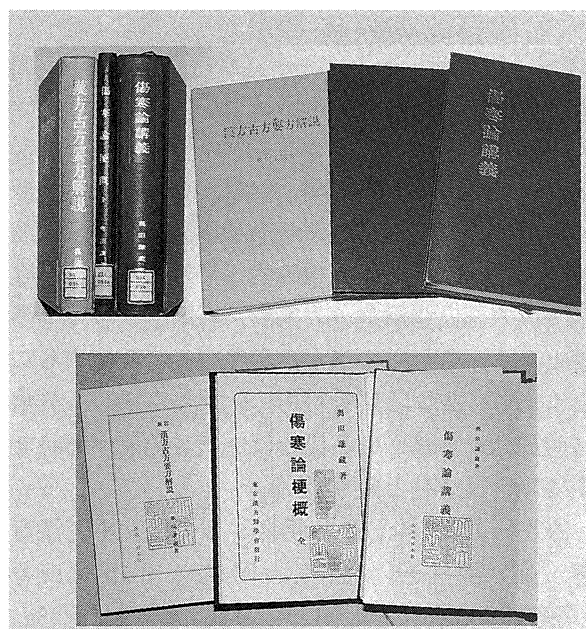


図50 奥田謙蔵の著作

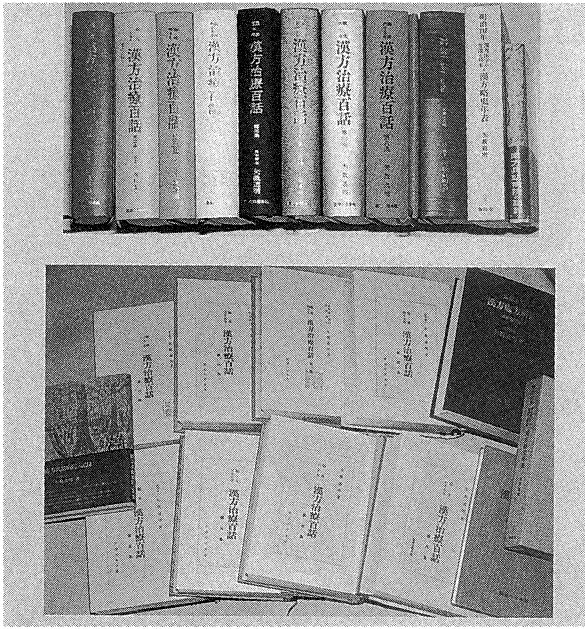


図51 矢数道明の著作



図52 細野史郎の著作

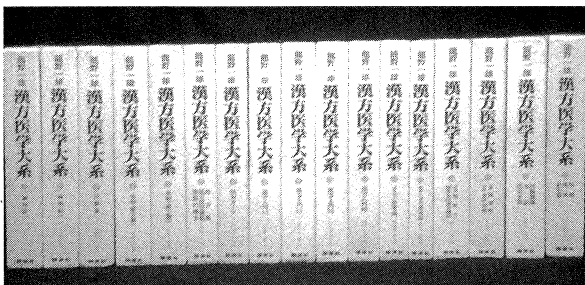


図53 龍野一雄の著作

基礎理念を無視したものである。筆者は具体的方法を示しえないが、漢方医学の基本的思想に立脚した上での研究が望まれる。

謝 辞

筆者に漢方医学の世界を紹介していただき、さらに本稿作成に御協力していただいた株式会社ツムラ名古屋支店浜松営業所所長 坂田 誠氏ならびに医薬情報担当 二村康彦氏に深謝致します。また、筆者の拙い治療にも懲りずに通院していただき、筆者に漢方医学の難しさ、楽しさを御教示下さった全ての患者さんに謝意を表します。

文 献

1. 大塚敬節. 漢方医学. 大阪：創元社；1956.
2. 大塚敬節. 大塚敬節著作集. 東京：春陽堂；1980.
3. 大塚敬節著、『活』編集委員会編. 漢方の珠玉：大塚敬節『活』掲載文集. 東京：自然と科学社；2000.
4. 大塚敬節. 漢方診療30年：治験例を主とした治療の実際. 大阪：創元社；1959.
5. 大塚敬節. 臨床応用傷寒論解説. 大阪：創元社；1966.
6. 大塚敬節主講, 日本漢方医学研究所編. 金匱要略講話. 大阪：創元社；1979.
7. 龍野一雄. 増補改訂 漢方入門講座. 東京：中国漢方；1956.
8. 龍野一雄. 漢方医学大系. 京都：雄渾社；1978.
9. 寺澤捷年. 症例から学ぶ和漢診療学. 東京：医学書院；1990.
10. 寺師睦宗. 漢方の診かた, 治しかた. 日本漢方振興会, ツムラ共催. 静岡漢方夏季大学資料；1998, 7；静岡.
11. 伊藤 剛. 漢方実践講座. ツムラ名古屋支店浜松営業所主催. 漢方クローズドセミナー資料；1999, 11. 2000, 1, 3；浜松.
12. 松下嘉一. 漢方診察法. 東京：谷口書店；1994.

13. 臨床東洋医学研究会事務局, ツムラ編. 第15回臨床東洋医学研究会講演記録集. 東京: メディカル・ジャーナル社; 1999.
14. 蠣崎 要, 池田政一. 図説鍼灸医学入門: 古典鍼灸の法則とその運用. 横須賀: 医道の日本社; 1977.
15. 寺師睦宗. 漢方を築いた先哲. 東京: 泰晋堂; 1995.
16. 鎌野俊彦. 基礎から学ぶハリ漢方療法の実際. 横須賀: 医道の日本社; 1983.
17. 大塚敬節校註. 康平傷寒論. 東京: 日本漢方医学会出版部; 1937.
18. 日本漢方協会編. 和訓康平傷寒論. 東京: 日本漢方協会; 1984.
19. 藤平健, 小倉重成. 漢方概論. 大阪: 創元社; 1979.