

特集：心身症治療最前線－近畿大学医学部心療内科

心身医学と漢方治療

奥 見 裕 邦 (OKUMI, Hirokuni)
村 田 昌 彦 (MURATA, Masahiko)
小 山 敦 子 (KOYAMA, Atsuko)

近畿大学医学部附属病院心療内科

キーワード：東洋心身医学、漢方治療、心身一如、

はじめに

心身医学領域における漢方治療は、これまでの漫然とした向精神薬の長期投与への反省や、西洋薬のみで対応できない症状への新たな手段として用いられつつある。漢方薬は、単一成分で成立する西洋薬と異なり、複数の生薬から構成され、結果的に複合的な症候群に対応できる可能性が高い。一方で未だエビデンスを基とする現代医学では十分に汎用されているとは言い難い。筆者は心療内科医として、西洋薬単独の治療から洋漢併用の薬物治療を実践しているが、心療内科受診の患者で西洋薬単独で治療抵抗性のある患者、あるいは一般総合外来で心身医学的な治療を要する患者に対し、一定の臨床効果を目の当たりにしている。以下に心療内科における漢方治療、及び今後の展開すべき道筋について記す。

1) 漢方治療の変遷

本来、漢方治療というと実際は湯液（いわゆる漢方薬）、鍼灸、按摩、気功、薬膳など幅広い分野を指す。ここでは最も医師の世界で親和性の高い湯液（薬物）治療を中心に述べる。

日本における東洋医学の原点は、984年丹波康頼による『医心方』の編纂とされ、これは平安時代に輸入された隋唐医学の集大成とされる。その後幾多の変遷を経て、江戸時代後期には、主に明代医学を基本になされた一派（後世派）、更に唐以前の傷寒論・金匱要略を原典とした一派（古方派）、更にそれらを統合した一派（折衷派）らが跋扈していた。

しかし1883（明治16）年内務省令によって、教育機関にて西洋医学修了者のみが、医師として従事可とされ、正規の医育機関から東洋医学が追放された。結果として漢方医達は次々と廃業し、その系統学的治療の知識も多く失われたとされる¹⁾。漢方復興の流れは、漸く昭和の初めになり和田啓十郎や湯本求真といった先人らによる著書（『医界の鉄椎』『皇

漢医学』など)に細々と継承され、大塚敬節、矢数道明、奥田謙蔵らによる現代の臨床的漢方治験と後継者育成、さらに1967(昭和42)年の漢方エキス製剤の保険適用に結実した。

更に1984(昭和59)年に富山医科薬科大学(現在の富山大学)医学部に、日本で初めての漢方医学の講座「和漢診療科」が設立され、現在では文部科学省指定のコアカリキュラムとして、授業に漢方講座を取り入れている医科系大学が増加した。

心身医学の分野では、学術的交流の場として「東洋心身医学研究会」があり、毎年一定の参加者はあるものの、多くの心療内科医にとって、まだ漢方治療が一般的治療法とはいえない。現在、心療内科分野で漢方治療を教育カリキュラムで取り入れているのは、九州大学、鹿児島大学、そしてわが近畿大学とわずかしか存在しない。

ちなみに中国や韓国では、医療教育機関が東洋医学(中医学、韓医学)と西洋医学は全く別系統であり、各々の医師は西洋医学及び東洋医学の診断治療のみが許可されている。本邦は西洋医学の系統のみが医師として認められているため、世界で唯一、単独の医師が漢方薬と西洋薬が同時処方できる国である。このことだけでも、日本の医師として漢方治療を利用しないということは、恵まれた機会をみすみす逸しているも同然である。

2) 漢方医学における理論と主な具体的診察法

漢方処方をするにあたり、多くの医師は病名診断によるもの(例えば機能性ディスペプシアには六君子湯、術後イレウスには大建中湯など)が多い。確かに漢方治療初心者であればこうした処方はやむを得ないが、臨床的には漢方独特の診察法をある程度会得した方が、よりの確な処方を選択することができるため、患者のにとって有益である。東洋医学の診断法は、江戸時代から継続し、証に従い処方を決定する古方派と、理論的に処方を導く後世派および現代中国にて発達した中医学の一群に大きく分かれる。最大の特徴は、診察法における日本独特の腹診の有無と、処方決定に対しあくまで患者にみられる所見(証)から直接処方に結び付ける「随証治療」と、診察所見より理論的な考証を行い処方決定する中国の「弁証論治」(後世派では察証弁治)の違い²⁾といわれる。

ここでは日本漢方における概念と診察法(和漢診療学的診察法)³⁾について、その主なものを挙げる。

①八綱理論

漢方では、陰陽(病期、状態における新陳代謝の盛衰)、虚实(病邪の盛衰及び身体の抵抗力の強さ)、寒熱(自覚的または他覚的な熱の状態)、表裏(病気の存在する部位または深度)を八綱といい、病態の時間的変化や重症度を把握することを重要視する。(図)。陰陽はさらに病期によって6つに分割され、太陽、少陽、陽明、太陰、少陰、厥陰の六病位を形成する。(図1)

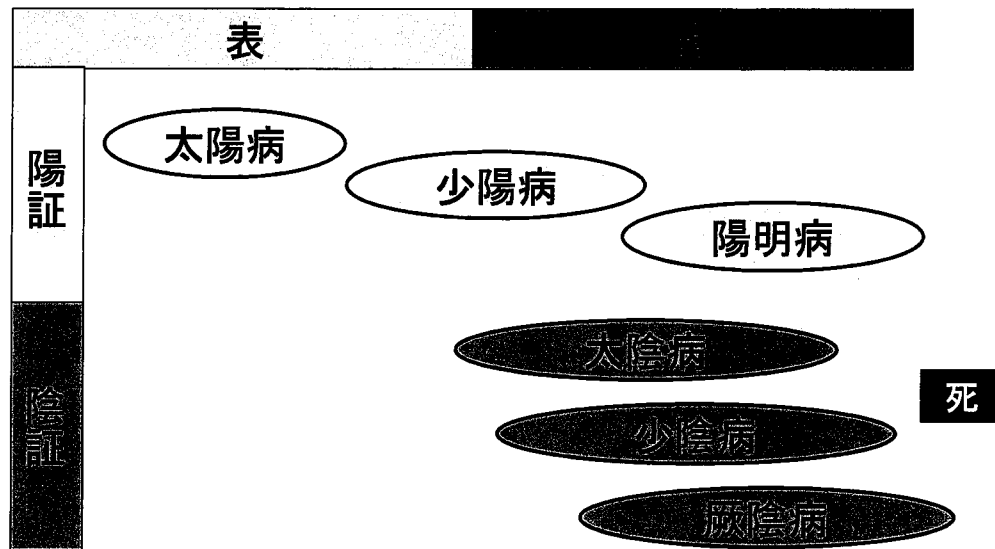


図1. 六病位：生体側の気血水の量と外乱因子とで流動する

②気血水理論

漢方では、体の恒常性を保つ上で熱を運んだり、食物を巡らしたりするエネルギーを気と名付け、これに付随する液成分のうち赤いものを血、それ以外のものを水と名付けている。中医学では気血を陰陽（陽気と陰液）に分け、さらに陰液を血・津液と分ける。各々の異常として、気逆、気鬱、気虚、血虚、瘀血、水滯または水毒があり、実際の症状にこれらを当てはめ診断の一助とする。（図2）

例えば六君子湯は主に気虚、気鬱（時に水滯を伴う）に用いる処方であり、当帰芍薬散は、瘀血と水滯を伴うものに処方するといった具合である。

- 気：
 - 1) 気逆：気の偏在、上逆
 - 2) 気鬱：気の滞り
 - 3) 気虚：気の量的不足
- 血：
 - 1) 血虚：血の量的不足
 - 2) 瘀血：血の滞り
- 水：
 - 1) 水滯：水の偏在と滞り（水毒）

図2. 気血水理論

③五行説（五臓論）

森羅万象を木・火・土・金・水の五大要素に分類し当てはめたものである。（図3）

漢方医学的には五臓論としてそれぞれ肝・心・脾・肺・腎に相当し、この裏に六腑（胆・小腸・胃・大腸・膀胱、これ以外に三焦）があると考え、処方決定を行う。一般にストレス関連疾患は、肝（胆）・心の気が亢進し、これに伴い他の臓腑に影響を及ぼすことが多い。これは、肝（胆）・心は現代医学でいう脳神経領域に相当する臓腑だからである。例えばストレスによる心窩部痛症候群の患者なら、肝気が亢進し脾を攻撃（木克土）するため、肝を抑え脾を補う（抑肝扶脾）処方を検討する。アトピー性皮膚炎の場合、肺、大腸に病態の中心がありこれを調整する処方および非薬物的指導（食事内容など）を検討する、といった具合である。（図3）

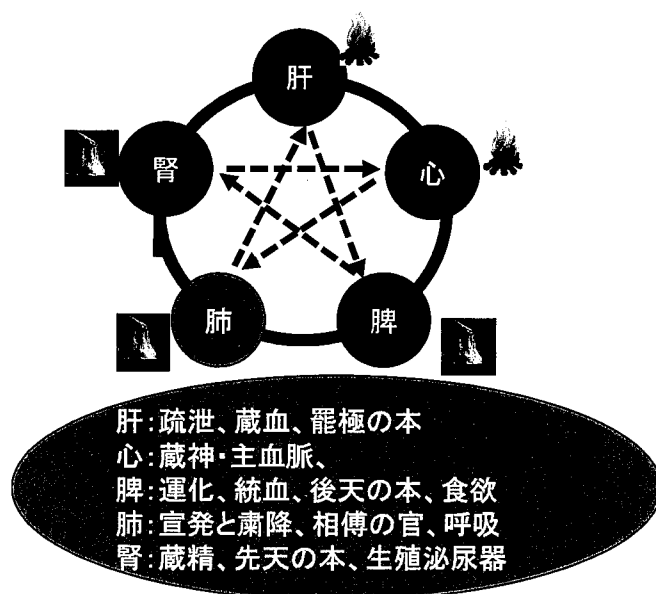


図3. 五行説：森羅万象を木・火・土・金・水の五大要素に分類

④黄帝内経的陰陽説

後世派では先に述べた陰陽（病期、状態における新陳代謝の盛衰）とは別に、森羅万象を陰陽にて二分化し対峙させる概念がある。初学者には理解困難な概念であるが、処方を理解するため把握すべき内容である。例えば「補陽」「補陰」とは病期や状態のことではなく、氣に由来した「陽」、血に由来した「陰」を補うことを意味する。

⑤脈診

手首を橈骨側から橈骨茎状突起中心に示指、中指、薬指の3本（寸関尺と名付ける）をあてて診察する。診察法は大きく2つに分けて考えられる。

1) 古方的脈診：原則片側で診る

浮沈（表裏）、数遅（熱寒）、緊（弦）緩（疼痛緊張・少陽病期・水滯）

滑洪（瀉）（熱寒・瘀血）、大小（虚実）などを診る

2) 三部九候（六部上位）：同時または交互に両側で診るもので五臓論に照らし合わせ診察する。右手（寸：大腸と肺 関：胃と脾 尺：心包と三焦）、左手（寸：小腸と心 関：胆と肝 尺：膀胱と腎）などを診る

⑥舌診

舌の色、大きさ、形状、舌苔の所見について診察する。

色（白：寒証や虚証、暗赤：瘀血、鮮紅：熱証（舌尖紅））、苔（乾黄～白苔：陽証 湿白苔：陰証 厚黑～黄食苔：熱または寒証）、形（胖大、齒痕：水毒、氣虚 地図状、亀裂、鏡面：虚証）の特徴を診る。

⑦腹診

日本において独自に発達した診察法で、患者は仰臥位で、膝は立てずに診察を行う。腹力及緊張（腹直筋緊張、腹皮拘急）、腹力の強弱（実虚）、心下痞硬（心窩部の抵抗と圧痛）、胸脇苦満（肋骨弓直下の抵抗や圧痛）、胃部（心下）振水音（水滯の存在）、腹動（心下悸、臍上悸、臍下悸、腹壁で触れる動悸）瘀血圧痛点（血塊、少腹急結、下腹部腹壁圧痛）、少腹不仁（正中芯、下腹部の知覚／腹力低下と冷え）の所見から、処方決定に導く。

3) EBM に基づいた漢方治療から臨床心身医学への応用

実際漢方処方の裾野を一般医に広げる上で、単なる症例報告のみならず統計学的な根拠を示すということでEBM（Evidence based medicine）が盛んである。心身医学の分野では、東洋医学会のEBM委員会とは別に、心身医学と東洋医学の架け橋として、日本東洋心身医学研究会のEBM作業チームが情報収集分析の一翼を担っている。本研究会で取り上げられた、心身医学的かつEBMに基づいた漢方処方（EBM漢方）の一部として、気管支喘息を例示する。

多施設無作為二重盲検試験として、心理スコアでCAI20点以上、STAI男性41点以上、女性42点以上、SDS40点以上のいずれかを満たす喘息患者107例に対し、柴朴湯エキス7.5mg/日またはClotiazem15～30mg/日を3年間投与し、臨床効果、各種心理検査、気道過敏性、BALFなどを、全体改善度を比較したところ、柴朴湯投与群が有意に気道炎症及び不安抑うつ改善を認めた。⁵⁾

他にも過敏性腸症候群や、機能性ディスペプシア、一次性頭痛、心因性発熱、慢性疲労性症候群など16の疾患及び症候群についても検討したが、現在まで症例集積まではみられても、更にevidenceの高いRCT及びDB-RCTなどは存在しない。今後は症例報告の中から、漢方治療としてのEBMに心身医学的検討を加えた研究デザインが求められる。

4) 古典的漢方医学から臨床的心身医学への応用

心身医学的分野で利用される主な漢方処方を図4に示す。

漢方診療における心身医学への応用を図る上で、漢方の古典から多くの情報を得ることは重要である。これは各処方における条文のみならず、臨床報告として有用なものも含まれているからである。補中益気湯と慢性疲労症候群（CFS）を具体例として説明する。

心療内科領域で使用される主な漢方処方

駆瘀血:桂枝茯苓丸 加味逍遙散 当帰芍薬散 芎帰膠艾湯 女神散
 瀉下(通便)+駆瘀血(補血):大黃牡丹皮湯、桃核承気湯、腸癰湯 潤腸湯
 止痛+補気:大建中湯、小建中湯、黄耆建中湯
 補脾:人參湯 桂枝人參湯 六君子湯 四君子湯 安中散 呉茱萸湯
 補腎:八味地黄丸 牛車腎気丸 六味丸 苓姜朮甘湯 啓脾湯
 補気血:補中益気湯 人參養栄湯 十全大補湯 加味帰脾湯など
 鎮痙: 桂枝加芍薬湯 安中散
 平肝:釣藤散 抑肝散
 安神:柴胡加竜骨牡蛎湯 桂枝加竜骨牡蛎湯 甘麦大棗湯、酸棗仁湯
 理気:香蘇散、半夏厚朴湯、半夏瀉心湯 麻子仁丸、大承気湯
 利水+降気:五苓散 半夏白朮天麻湯 苓桂朮甘湯

図4. 心療内科領域で使用される主な漢方処方

補中益気湯は人參、白朮、黄耆、陳皮、大棗、生姜、甘草、柴胡、升麻、当帰の十味から構成される薬剤である。明代の古書『古今医鑑内傷門』には「中氣不足、肢体倦怠シ、(中略)或ハ飲食節ヲ失ヒ、勞倦身熱、(中略)、身熱シテ煩シ、或ハ脈微細軟弱、(中略)」とある⁴⁾。日本でも虚証の患者に気を補う「補剤」の代表的処方とされ、中医学でも補気健脾、升陽拳陷、甘温除熱の剤として心身ともに強い疲労、食欲低下の患者の効能を説く。慢性疲労症候群は、筋肉関節痛や倦怠感、記憶力低下、不眠、頭痛、微熱などの器質的病変を除外された症状の特徴があるが、前述の古典の条文に照らし合わせると、非常に類似した病変であることが理解できる。例えばCFSにおける微熱は免疫系の活動を高める生体反応の可能性があると考えられるが、これは古典での、気血の不均衡からくる「身熱（または虚熱）」に相当し、補中益気湯による治療効果が基礎研究、古典的解釈両方で一致することを示す好例である。

基礎研究のレベルでは、金子ら⁶⁾は抗体産生能が未発達な若年マウスに補中益気湯を投与後に細菌感染させたところ、コントロール群に比しINF- γ 低産生も含め有意に細菌増殖を抑制したことを報告した。これ以外にも同方剤が免疫系を賦活していることを示唆する研

究報告は多く見られるが、慢性疲労症候群（CFS）においても免疫系の低下が考えられており、こうした研究が臨床的効果を裏打ちする先例として模範とされるべきであろう。

5) 生薬レベルから臨床心身医学への応用

現代においては、西洋医学的な病名診断から類推してそれぞれの薬理効果を実験することが多いが、古典や先人の治験から生薬単味の効果を検討することも重要である。ここでは大黃を例にとって説明する。

大黃は江戸時代の古方の大家吉益東洞の『薬徴』⁷⁾に「通利結毒^{つかさど}を主るなり。故に能く胸満、腹満、腹痛及便閉、小便不利を治す。旁らで發黃、瘀血^{おけつ}、腫膿を治す」とある。中医学でも活血祛瘀、清熱瀉火、瀉下攻積の薬剤とされ、瀉下通便とともに抗炎症作用や駆瘀血作用をもち合わせた生薬である。一方で江戸時代から近江国で精神運動発作のような症状に民間薬として使用されたことや、近年では腎障害に大黃製剤を用いて改善した症例報告もあり、幅広い効果が期待される。

大黃のPDA成分分析を行うと瀉下効果（大腸蠕動運動亢進）を持つ Sennoside A～F, Rheinanthrone 以外にも、血中尿素窒素低下（蛋白合成促進）や向精神作用（自発運動抑制、攻撃行動抑制）を持つ RG-tannin など複数の成分構成であることが理解できる⁸⁾。筆者もそれまで抑肝散のみを内服していた対人緊張と感情の亢ぶりの強い女兒に対し、桂枝加芍薬大黃湯を併用することで精神症状の改善が見られた症例を経験した。これは大黃の向精神作用もさることながら、漢方処方では他の生薬の複合体であり、このことで相乗的な薬理効果などをもたらした可能性がある。これは生薬レベルにおいても、古典的な解釈と現代における薬理的研究分析が両輪となって、心身医学に寄与できる一例である。

6) なぜ心療内科に漢方治療が必要なのか

ここまで漢方治療の心身医学への応用として様々なアプローチを述べてきたが、そもそも心療内科に本当に漢方治療は必要なのかどうか？この疑問を解くカギとしてよく引用されるのは、心身医学における「心身相関」と漢方における「心身一如」の概念である。ここでは更に深めて、両者の共通性からその意義を総括する。

①患者層の類似性

まず両者の患者層の共通点は、他科受診にて治療抵抗性のある患者が巡り巡ってたどり着くことである。彼らの多くが身体症状が多岐に跨り、西洋薬での治療抵抗性が見られる。その観点に立てば、漢方診療科においても心療内科外来同様に心身相関が疑われる症例も多く、逆に心療内科においても漢方外来同様の西洋薬治療になす術のない症例が多数存在する。現実には薬物療法として向精神薬単独でなく、漢方治療を単独もしくは併用し、心理的介入を必要とする症例が多いことは臨床家の多くが経験している事実で

ある。

②投薬における数量の調整及び置換

長期に渡る心療内科患者には、複数の向精神薬を含めた多数の西洋薬を処方される症例が多い。しかし薬剤の長期投与による影響や、投薬遵守性も鑑みれば、西洋薬特に向精神薬の長期投与に対する是非と、患者における多種類の西洋薬内服への心理的抵抗は看過できない。

漢方の古典の一つ「神農本草経」には漢方生薬を、生命を養う長期投与可能なもの（上品^{じょうほん}）、体力を養い有毒にも無毒にもなるもの（中品^{ちゅうほん}）、病気の治療薬であり有毒なため短期間の服用に留めるべきもの（下品^{げほん}）に分けている。向精神薬を含めた西洋薬がどれに該当するかはさておき、少なくとも可能な限り少数の薬剤処方に留め、依存性の高いものを使用しない、もしくは一時的な使用に留める処方調整能力が医者側には求められるであろう。

その点、複合的な症状に治療効果が期待され、かつ依存性が少ない漢方方剤を併用もしくはこれに置換すれば、処方数を減らしたり、離脱を図れる可能性がある。今後漢方併用による処方薬剤数削減や、保険点数の改善など医療経済上の効果を検討する臨床研究が待たれる。

③西洋薬にて対応できない症状への対応

心療内科に来院する患者の主訴には、西洋医学的にはほとんど無視される症状（例、四肢の冷え、体のむくみ、頭がぼーっとする感覚、多湿な環境で現れる体調不良など）あるいは他科受診にて対応せざるをえない症状（例、眩暈、咽喉頭部違和感、月経痛、生理不順など）が散見される。他科紹介受診などの連携も重要であるが、こうした不定愁訴と一括される症状についても、漢方方剤は治療的效果が期待できる。

7) 総括 ～東洋心身医学の確立を願って～

多くの医師から、漢方治療は「効果はありそうだけど、体系が難しくて理解できない」とか「効果が出るまで時間を要し、実際あまり効果を認めなかった」という意見を耳にする。確かに漢方医学の理論は、全貌を把握するのが容易な分野ではない。しかし、前述の通り心療内科の患者には、漢方治療と親和性がある。また治療効果が芳しくない場合も、安易な病名漢方で虚実などの証を無視して処方された場合（誤治）であったり、或いは西洋薬同様漢方薬でも単純に薬物治療だけでは治らない症例もあることもあろう。実際に臨床の現場では西洋薬を併用せざるを得ない症例や、不眠などのように西洋薬の方がより効果的な場合もある。しかし、他の代替療法と異なり、漢方医学には一部に信憑性が問われるものの、古代から体系化された一定の学問的蓄積があることも事実である。

臨床家は、まず数種類の漢方エキス処方を試み、その治療効果を体験することが重要であ

る。更に独学或いは研究会に参加すれば必ず、臨床現場でその効果が発揮される。

また研究者にとっても、確かに EBM や薬理学的な研究は重要であるが、西洋医学的な単一症状に単一方剤を組ませた研究意匠のみで実施されれば、本来の漢方処方の多様性を損なうこととなる。漢方処方を用いた研究は、できれば古典、せめて漢文の書き下し程度は理解できる素養をもち、応用することが望ましい。実際古典の中には、普段用いられる処方内容以外にも、研究のヒントとなる記載・条文が隠れている可能性も高い。洋漢医学統合の観点で、多数の医師が英語論文同様に、漢方の古典にも目を向ければ、各々の研究により、多くの心療内科患者に福音をもたらすことができよう。

最後に、江戸時代の漢方医として、折衷派の医師和田東郭を紹介したい。その弟子が筆記したとされる『蕉窓雑話』⁹⁾に当時の様子が書かれている。彼は当時争われていた古方派と後世派の流派同士の不毛な戦いを「古方になじまず、近方（後世方）に偏せず」と記し、どちらにも偏らずあくまで患者本意の治療を優先することを強調した。また今日の心身症と思われる患者に対して、処方とともに言葉で諭す「輸説」なる治療法を用いている。例えば「病を苦にして、気分伸びざればそれより病もますます盛んになるものなり。この処などをも良く病人に説き聞かすべし」の一節は現代の心理療法（ブリーフセラピー）に類似したものである。漢方の先哲の残した言葉は、現代の心身医学に、東洋医学が十分応用できる一つの根拠である。

残念ながら、多くの心療内科医は漢方治療に疎い現状がある。今後漢方医学の真髄を理解し、心身医学に応用する医師が増えれば、「東洋心身医学」の分野が確立され、多くの患者の治療に還元できることを願ってやまない。

参考文献：

- 1) 専門医のための漢方医学テキスト：日本東洋医学会学術教育委員会：6～11、南光堂、2009
- 2) 安井廣迪：医学生のための漢方医学基礎編、漢方医学の構造、36～40、2008
- 3) 寺澤捷年：症例から学ぶ和漢診療学第2版、5～11、88～110、医学書院
- 4) 山岡康利：補中益気湯の若齢マウスにおける易感染性改善効果、和漢医薬学雑誌 17, 113, 2000
- 5) 山田光胤：漢方処方応用の実際第6版、補中益気湯、366～368、20
- 6) 鈴木順：日本東洋心身医学研究会 EBM 作業チーム調査報告 心身症およびストレス関連疾患に対する漢方治療のエビデンス 5) 気管支喘息、過換気症候群、日本東洋心身医学研究、23 巻 1/2 号 85～87、2008
- 7) 吉益東洞：西山秀雄和訓重校薬徴、池中商事 46. 巻、316～319、1969
- 8) 植木昭和ほか：研究レポート 大黃の向精神作用、現代東洋医学、7 巻 2 号、平成 9 年度研究報告書、98～10、1986
- 9) 松田邦夫：和田東郭にみる心身医学的療法、日本東洋心身医学研究、10 巻 1/2 号 1～5、1995

