

第1回 和漢薬シンポジウムの 討議から (その要約)

糖尿病および一般の問題

山村雄一 (阪大・山村内科) : 糖尿病はインシュリンの不足によるものであって、種々の症状を呈するが、漢方ではそのいろいろな症状を取り除くことが重要であると思う。この際、多彩な症状のうち、どれが主体であり、また、ある症状に対してどれが主たる処方であるか、ご指摘願えないでしょうか。

木村康一 (富山大・薬・和漢研) : 処方には多数にのぼるが、それぞれの症状に対して使うのであって、糖尿病としての症状以外でも坐骨神経痛とか腎臓病であっても、同一処方が使用される。

山村 : 消滯を中心に考えた場合、どれが主な処方であるか。

細野史郎 (京都聖光園) : 混には白虎加人参、虚している場合、麦門冬飲子を用いる。

山村 : 処方中の主生薬はなんですか。

細野 : 全生薬がそれぞれ役割があり、全生薬が必要です。

山村 : 作用機件を考えて薬品を分類していらっしゃるでしょうか。

木村(康) : 漢方は経験的に使われているが、われわれは一つ一つの生薬の mechanism を調べて分類したい。現在では mechanism が明らかでないので分類しえない。

山村 : 複合剤の効果に対する実験薬理学的研究方法を確立して協同的方向でやっていられるが、今までは分析的方向であった。どちらが効率が良いと思うか。

木村正康 (富山大・薬・和漢研) : 生薬の成分がいくつかわかる場合は、従来の方法でよいが、無限であるため、網をはって複合作用からさぐり出し、因子を推定し、それをつかむことを目的としている。

寺師隆濟 (開業) : 白虎加人参湯を動物に与えた実験は、非常によい結果を与えるが、私としては臨床に用いたことはない。常に用いる「大柴胡湯加地黄」につ

いてご意見をお聞かせ下さい。

木村(康) : 白虎加人参湯を用いるのは実証の初期で、虚証に投与すると食欲不振を起こしたり、いわゆる副作用が強いので、注意を要するそうです。

糖尿病でも、実証の人には大柴胡湯を用いる場合が考えられ、それに地黄を加えたものは当然糖尿病のある種のものに効果的なことが考えられ、大柴胡湯は他の意味からも研究されなければならないと考えています。

藤平 健 (開業) : 白虎加人参湯と八味丸では虚実がまったく反対になりますが、先生の実験に、さらにマウスを極度に疲労させて後に白虎加人参湯なり八味丸なりを用いて、疲労していない場合と、どのような差があるか、というようなデータを出していたらと面白いです。

木村(正) : 意味あることですね。たゞ、一度に多数の factor を取り入れて実験すると複雑になりがちです。なるべく factor を単純にして実験を進めた方が、現時点では適しているようです。

高木敬次郎 (東大・薬) : 漢方薬の現代的解釈と、漢方薬の薬学的研究とは一致しない、というのは、漢方薬の効果というものを一つの作用だけを注目してとりあげる後者の方法では、漢方薬のもつ広い適応症を cover できないからである。

大浦彦吉 (富山大・薬・和漢研) : 漢方では石膏をどのように用いているか。また Ca⁺⁺ と糖尿病および糖代謝との関係はどう考えられますか。

細野 : 石膏は口渴を目標に用いますが、本当の目的は、煩躁を治すことを目標にすべきだといわれています。近頃気付いたことは、ある種の皮膚病にこの石膏を主たる処方に用いたり、また、たゞ石膏一味で用いたりして、速やかに消炎的に作用することを経験している。

坂本信夫 (名大・山田内科) : 現在のところ、Ca⁺⁺ と糖尿病ないし糖代謝との直接の関係はわかっていないと思います。副甲状腺ホルモンとの関連において、なにか問題があるかもしれませんが、よくわかりません。現時点では、K⁺、Mg⁺⁺、Zn⁺⁺、Mn⁺⁺、Na⁺ が膜の透過性あるいは糖代謝の酵素活性を左右するという意味で、また Cr⁺⁺⁺ が diabetogenic に働く点で注目されている程度と思う。

熊谷 朗 (阪大・山村内科) : 将来の東洋医学発展のた

めには、その診断、治療の判断のチェックの方法として、西洋医学の必要があると思われませんか。

細野 : 十分にその必要があると信じます。それは東洋医学の発展のため、それどころか、近代医学発展のためにも必要なことなのです。

痛 風 問 題

大島良雄 (東大・内科) : 痛風に関して漢方医の立場からお話下さい。また、大柴胡湯、桂枝茯苓丸、桃核承気湯が尿酸代謝に影響があるか、痛風に対する症があるか。

矢数道明 (東京医科大) : 大柴胡湯に桂枝茯苓丸料を合方して、痛風がみごとに軽快した症例で、興味あるものと思います。その投薬の目標を腹症にとり、胸脇苦満という、肋骨弓下部に抵抗圧痛があり、瘀血症という下腹部に抵抗や圧痛を証明したものに用いたということですが、その各方剤の作用として、やはり前者は胸脇苦満すなわち肝臓の腫大・緊張・うっ血などを治し、さらに下腹部におけるうっ血をめぐらせて腎機能をよくさせたものと思われます。美食家には胸脇苦満や下腹部の瘀血症状が出やすいもの、ようです。腹証により後世では防風通聖散を用い、古方では大柴胡湯を用いますが、いずれも体質的治療法で、薬剤との関係は直接はないようです。

細野 : 私は痛風の発作のとき、その疼痛を治すには、越婢加朮附湯に芍薬、桂枝を加えたもので治しています。また、疼痛発作が消失した後でもずっと用いていると、発作の起こる間隔がうんと延びたり、発作を軽減し、遂には発作を起こさなくすることができるようです。これは、かなりよくきく処方です。

その他、体質改善の意味に腹証によって、防風通聖散、麻黄赤芍湯、あるいはまた寺師先生のように大柴胡湯に大黃牡丹皮湯や桃核承気湯、あるいは桂苓丸のごとき、いわゆる駆瘀血剤を合方して用いることがあります。

肝 炎 問 題

橋本 堅 (開業) : 肝疾患の分類に精密さがあって、その治療において肝底臓=高蛋白、高カロリー、低脂肪という基本線があり、虚証である肝硬変の治療

と実証である肝炎のそれが、大同小異であることに疑問を持ちます。その両者は、治療においても大きな差があってしかるべきと思いますが……

山村 : 西洋医学でも患者の状態に応じ case by case に検討している。実証とか虚証とか、最初からきめつけなくて、全体としての診断結果から治療方針を定めるべきであろう。

矢数 : 重症肝臓疾患のとき (たとえば肝癌とか、肝硬変のとき) の胸脇苦満の状態と虚実のことですが、胸脇苦満というのは右肋骨弓下部に緊張抵抗があって、これを横隔膜方向に圧迫を加えると、痛みと苦満を訴える特有の症候です。相当病状が進んだときでも、この胸脇苦満の証が顕著に現われているので、これを大柴胡湯の証として柴胡剤の実証 (体力の充実して、炎症性のもの) に用いる薬を与えると、悪化することがあります。肝機能検査の結果も悪くなる時が多々あります。このような癌とか、肝硬変のときは、一見、胸脇苦満のように硬くみえても、これは本態は虚証に属するものが多いので、補剤を用いる方がよい場合が多い。肝臓に対して漢薬の清剤(改める薬)といわれているものは柴胡、黄連、黄芩など、冷性の苦い薬が多く、補剤(補う薬)は当帰、芍薬、川芎、地黄、甘草など、温める甘い薬が多いようです。肝機能障害に対する漢薬の薬理学的実験報告には、鹿兒島大・小島教授らのものがあります。日本東洋医学会誌 6 巻 3 号に掲載されていますが、柴胡と甘草が、肝機能障害に対してどのような差異があるかということですが、

- 1) 四塩化エチレンによる肝障害に対しては、甘草は著効を奏し、柴胡は無効でない。
 - 2) チフスワクテンによる肝障害に対しては、柴胡は著効を奏し、甘草は無効でない。
 - 3) アルコールによる肝障害に対しては、柴胡および甘草ともに有効である。
 - 4) 有機燐酸による肝障害に対しては、柴胡および甘草は、ともに顕著な作用はない。
- というもので、すなわち柴胡と甘草の適応、不適応の証のあることが考えられると思います。

寺師 : 潜在性肝炎というものがあるのではないかと思います。というのは、私たちが腹診により胸脇苦満の症状があった場合、柴胡剤を用いると軽快する例を多く経験している。この種の患者は胃アトニー、慢性

胃腸炎、脚氣と誤診しているのではないか、この潜在性肝炎が将来、肝硬変になってゆくのではないか、と思います。肝臓は80%やられないと肝機能障害をおこさないと言書に記してある。ご解答を乞う。

織田敏次 (東大・吉利内科)：肝硬変の患者の既往をしらべてみると、肝炎のはっきりした過去を確かめる例は20%しかない。したがって80%は原因不明といわねばならない。潜在性肝炎というのは問題もあるが、潜在性肝障害といえば、認めざるをえない。10年たって肝硬変になるのか、20年を要するのか、このあたりを確かめたいというのが、現在の肝硬変の問題点にもなっている。

山村：ラットでは3%の肝をとっても生きることができると、80%もやられると、機能検査で充分にしろべることができる。漢方のよさは治療的診断であろう。このあたりに西洋医学との接点があるう。

腎炎 (水分代謝)

橋本：水分代謝異常の場合、1) 血管内外、2) 細胞内外、のいずれかにおける水輸送機点の障害かということが問題になります。その認識のために、

1) 証のある患者の血清、電解質、滲透圧の分析が必要だと思います。

2) 五苓散の証のない健康人およびネズミ、ウサギにおいて、利尿作用および水腫消滅を目安にしてみる事が、目的にそうものかどうか疑問です。

矢数：1) 臨床例に対して電解質の検査を行なったかというご質問ですが、行なっておりません。大体生薬はカリウム塩が多いもので、鹿児島大の報告をみますと、五苓散中の薬のなかに沢瀉 625、桂皮 325、白朮 150、猪苓 87.5、茯苓 62.5 (mg/kg) となっています。2) 五苓散を用いて現代医学的検査を行なった発表としては、千葉大三輪内科の高柳のもので日本東洋医学会誌 10 巻 1号に掲載され、尿沈渣の変動を検討した結果、尿蛋白量および Addis 値に副作用と思われる悪影響なく、大多数において比較的利尿を認めたといっております。

三条貞三 (東大・吉利内科)：漢方では利尿剤は多いようですが、蛋白尿を減少させるような薬はありますか。

矢数：漢方薬で蛋白がすぐに消失するかというご質

問ですが、もちろんスラスラと短期間で消えるものもありますが、慢性腎炎、ネフローゼの蛋白尿は2年、3年とかゝって、いつの間にかよくなるものもあり、それ以上消えないのがあります。

貧血問題

大島：脇坂先生は巨赤芽球性貧血という特殊な貧血についてお話になりましたが、漢方医学の方は、昔は血液像を調べたわけではなく、貧血の症状として病氣をとらえておられるのでしょうか、脇坂先生は血液学の全般についてのご専門でございますので、一般的に貧血の治療について漢方医の立場から、ご発言はありませんか。また、悪性貧血あるいは巨赤芽球性貧血と西洋医に診断されているものに、漢方薬を使用したご経験がありましたら、うかがいたいと思存します。

細野：脇坂先生が講演いただきましたような本当の悪性貧血症を治したといえるだけの経験をもちませんが、しかし、貧血症全般の治療という意味だと、処方の方の本となるものは四君子湯 (人參、白朮、茯苓、甘草) と四物湯 (当歸、芍薬、川芎、地黄) の二方でありまして、いずれはこの二つの処方が根本となつて、あるいはその他の生薬を加えたりして、貧血の個々の目的に添うようにされています。たとえば当歸芍薬散といって貧血性の疾患に頻用される薬方がありますが、これもこの二つの処方を合したもの人參、地黄、甘草を去って、沢瀉を加えたものなのです。その他、貧血症に鉄剤を用いた処方もありますが、肝臓を用いられたということは、私は知りません。

矢数：造血異常について；漢方の造血剤に関して細野、木村両先生のお話がありました、それに追加を申し上げたいと思います。漢方の治療に際して本治法と標治法というのがありますが、本治法すなわち「証」にしたがって既定の処方を用いるもので、細野先生のお話の四君子湯や四物湯これを合せた八物湯、十全大補湯などがあり、さらに帰脾湯という処方があります。漢方では「脾は血を造り、血を臓す」というように解釈して、この脾に力をつけることによって造血を計るという考えで創作された処方があります。やはり人參加味方で消化器、胃腸を補強する作用があるようです。標治法というのは貧血そのものを早急に治すもので、昔から脱血には独參湯といって朝鮮人參一

味を用いました。また、中国では牛の胆のうのなかにできた塊、すなわち牛黄を造血薬として用いています。その赤血球増加、血色素量の増加作用について、昭和10年頃、満大の久保田教授の下で杉本重利氏が詳しい薬理学的研究を発表されています。悪性貧血や白血病などに、私はその製剤牛黄丸を用いて、ある程度の効果を認めています。

結 び

山村：この会は、今後のシンポジウムの前奏曲であ

り、むずかしいと思っていた漢方が身近に感じられ、面白い経験をお聞かせ願ひまして、わからないなりに興味をもったと思います。漢方医学の方も西洋医学に接近してやろうと思われたこと、と思います。また、両者をとるもつ薬学で和漢薬に興味をもつ方が、カスガイのような役割をはたしていただけたらと思います。この会をさらにのり多い形にして、何回か続けて開きたいと思ひます。これでプロローグを終りまして、第2回の幕開けをご期待願ひたいと思ひます。(丁)