



第22回 日本臨床漢方医学会 講演会

瀉剤の時代

大分市 織部内科クリニック
織部 和宏

はじめに

最近はどここの会合にいても「メタボ」リックシンドロームが話題にのぼらない日はない。飽食と運動不足が原因であろうが、あるレベルを超えると少々の努力では仲々やせられないのは多くの人が経験するところである。漢方の業界では肝うつや気虚、裏寒、水毒、瘀血等が注目されてきたが、現代の日本人は体に余分なものをくっつけた実タイプが増えており、これからは、いわゆる瀉下剤を使う機会が増えてきそうな時代に入ってきた。今回は著者の自験例を中心にいくつか私見？を混じえて報告する。

瀉すとは

先づ、瀉すとは実証を瀉実去邪する治方であると中医学では定義されている。中医学で言う所の実証とは「外邪の感受、または体内の病理産物（瘀血、痰など）によっておこる病理的な状態を総称したもの」である。

（東洋学術出版『中医学の基礎』222頁）

さて、どの領域の学問を勉強するにあたって基本となる用語を正確に理解することが大変大事なことは言うまでもないが、我が国では困ったことに中医学と日本漢方と二大流派があり同じ漢方薬を処方するにしても考え方や概念の違うところがあって注意が必要である。

「虚」「実」について

ある講演会で「虚」「実」についてこんな質問があった。
「中医学や『黄帝内经』では『実』は邪気の有余、
『虚』は精気の不足となっていて、実は攻撃因子、虚は
防御因子の低下であり、その相対的な争いで病気の緩急
が決まるわけで、体力があるとか無いとかいうのとは違
うんじゃないですか」という内容である。確かに黄帝内
経の「通評虚実論」では「邪気盛実、精気奪則虚」と
なっているが、日本漢方家達にとってはそんなことは百
も承知である。

ではなぜ体力の虚実を強調するようになったかについて江戸中期に京都で活躍した名医、和田東郭の「蕉窓雑話」に「平生言うところの虚実を人の体にかけてみると治術の上において甚大事の入るところなり。とかく夫々の人体の厚薄虚実を度って薬剤の補瀉をなすべきことなり。必ずしも一概に病の虚実のみに目を付くべからず。皆夫々の木地によってそれ相応の物を用いざる時は大に害を招くことあるものなり」～「治術の上にては病勢の盛衰激易は元よりにて、其の人の体の虚実と薬剤の軽重遲鈍を善弁すること肝要の努めなり。」と述べられた内容が納得しやすい。

これは「黄帝内経」や中医学で定義する“虚” “実”はもちろん十分理解した上で、実地臨床にあたっては体力の虚実も参考にして治療にあたることが大事だと言っているわけである。そこで具体的な症例に入る。

①体力の虚実よりは『邪気盛』にポイントをおいて治療されたケース

A：「薬徴」（吉益東洞著、大塚敬節先生校注、たにぐち書店）の乾姜、弁誤のケースより

「京師二條路白山街に嘉兵衛なる者あり。その男、年始めて十有三。一朝下利し日午に至るに及び、その行数を知るなし。是において神気困冒す。医独参湯を為りて之を与ふ。日晡所に至るに及び手足厥冷す。医大いに懼れ、姜附を用ふること益多し。しかして厥冷益甚し。諸医皆おもへらく不治と。余為めに之れ診するに百体温なく、手足を地に擗ち、煩躁して叫號し、腹痛の状あるが如く、臍に当って動あり、手近づくべからず。余乃ち謂ひて曰く、是れ毒なり。薬して以って治すべし。～。乃ち大承気湯を与ふ。一服にして知らず。復与ふ。厥冷則ち變じて熱となり、三服にして神色正に反り、下利半を減ず。服すること十日所、諸状尽く退く」

本例は一見、少陰～厥陰の茯苓四逆湯証のように思える。しかしこの病態は東洞に言わせると「是れ毒なり」が原因で生じたことになるので邪実盛を瀉下しなければ、いくら体力を補ったり温めたりしても改善しないよというケースである。

このあたりは傷寒論の次の条文が参考になる。（山田光胤先生解説「康平傷寒論読解」たにぐち書店より引用）

(323) 少陰病之を得て二三日、口燥き咽乾く者は急に之を下せ、大承気湯に宜し。

解「少陰病で二三日たって普通は口中和するのに、急に口内が乾燥するのは、少陰病の劇症で、うっかりすると体液枯渇し危篤に陥るから急いで大承気湯で下して、内にこもっている熱を去れという指示である」

(324) 「少陰病、清水を自利し色純正なるは心下必ず痛み口乾燥する者は之を下すべし。大承気湯に宜し」

解 「少陰病で結糞が腸管内に残留し、その間隙をぬって汚水が下るので、水を自下利し、みぞおちが痛み、口が乾燥するような者は急劇の証であるから、急いで大承気湯で下すのがよい。

(325) 少陰病、六七日腹脹り、大便せざる者は急に之を下す。大承気湯に宜し。

解 本条は前の323条、324条の補追の文である。

「少陰病之を得て二三日、口燥咽乾する者より内熱が強く病勢が深いし、猪苓湯の六、七日よりも更に病勢が急激で体液、体力の喪失の恐れがあるので急に大承気湯で腹内に停滞せる大便を下すのである。その後で、或いは四逆湯などで温補しなければならないこともある。故に宜しといているのである。」

B : 自験例 81才、女性

主 訴 : 腹満、便秘、高熱持続

既往歴 : 15才、肺結核

現病歴 :

それまでは感冒罹患時に時々診ていた患者で麻黄附子細辛湯ですぐ回復していた。

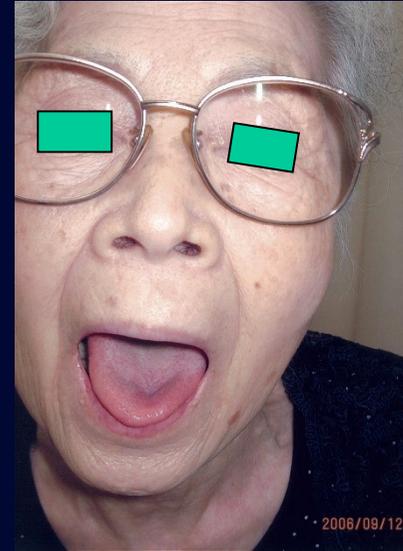
半年前ころんで全身打撲した。その後、頭痛、38℃以上の高熱が持続し近医で出されたボルタレン坐薬を朝・夕入れると一時的に下熱していたが次第に全身衰弱がひどく便が出なくなり高熱持続、腹満がつづき平成X年2月6日、当院を受診した。

現 症：体格、栄養状態 ・ ・ やせ型、不良。写真①

体重39kg、体温38.5℃

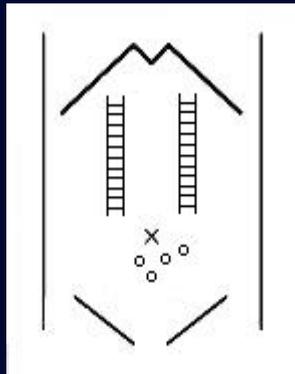
脈 80/分、整 沈実

舌はやや紅で胖で中央にやや厚白苔、写真②、③半年前



血圧 140/70

腹証



上腹はベニア板状

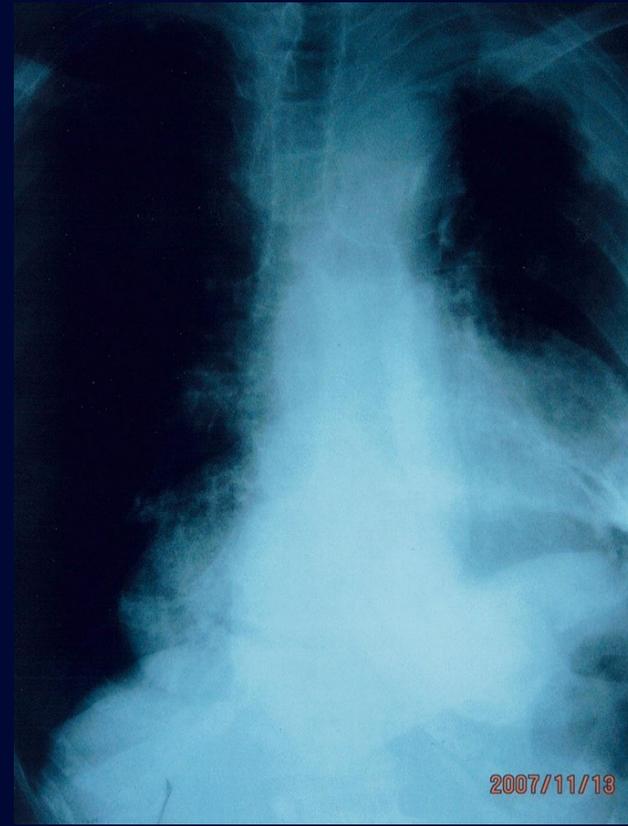
臍周囲に圧痛

臍下～下腹部は硬い

便塊を触知する

経過：体は写真①のごとく虚している上に、写真④の胸写所見より肺結核の再燃を考えたが、ここは東洞流に腹の毒が原因と考え**大承気湯**7.5g/日を投与した。

便が気持良く毎日2-3回出、それにつれ下熱し、二週間後には快調となった。



C : 自験例 51才、女性

主 訴 : 高熱、腹満、便秘

現病歴 :

日頃はドライアイに対して漢方治療
(明朗飲加菊花、枸杞子) 中の、
写真⑤のような虚証タイプの方である。
一週前にインフルエンザに罹患し、
様々な西洋薬を近医で処方され服用
したが、スッキリせず38°C以上の高
熱が持続し「体があつく頭が割れる
ように痛い。汗が全身から出て非常
に口が乾く」と言って平成X年11月
10日来院した。



現 症：やせ型、脈沈緊、血圧114/76

舌はやや紅舌、厚白苔。腹証は臍を中心に実満し圧痛を認め下腹に硬い便塊を触知した。便は5日間出ていないと言う。

経 過：見かけは虚しているが、インフルエンザによる陽明病状態と診断した。そこで**大承気湯**7.5g/日を投与。

3日後に来院。大承気湯服用後「臭い便がいっぱい出て、それにつれて熱が下がり気分が良くなった」と言う。現在、頭痛もない。体温36.1℃、腹満も消失していたので廃薬とした。

考 按：呈示した三症例は見かけは虚証であるが、高熱、腹満、便秘、譫語等の邪実の証拠を認めれば、大承気湯等の瀉下剤を迷わず使用して瀉下すべきであることを示している。Septic shockに対してスペクトラムのあった抗菌剤を併用するのと基本原理は同じと思われる。

②体力が実証で邪気盛の症例

現代はメタボリック症候群に代表されるように体力も腹力もあり内臓脂肪もたっぷり貯えた人が数多く見られる。雑病として診る時には大柴胡湯や防風通聖散をベースに使用することが多いと思われるが、急性疾患を併発した場合には大承気湯を使うチャンスが出てくる。具体的な症例を呈示する。

D 自験例 55才、女性

主 訴：めまい、腹満、便秘、悪心

現病歴：この一週間、ストレス食いたという。二日前天井がぐるぐる回るめまいが生じ上腹部～臍のあたりがはって胃も痞え悪心がひどいと言って平成X年4月16日受診した。この二週間便が殆ど出ていないと言う。

現 症：身長152cm、体重72kg。腹囲102cm、胸写⑥、⑦のように堂々たる肥満の方である。



脈 80/分沈緊、**血圧**138/82

腹証 臍を中心に実満し心下～臍下部まで抵抗、圧痛を認めた。

経 過：主訴はめまい、悪心であり苓桂朮甘湯も鑑別に入れたが、食べ過ぎが誘因となり元来の便秘をベースに腹満が原因と考え**大承気湯**7.5g/日を投与した。翌日、大量排便後、腹満が次第に減少し、それにつれ、めまい、悪心が改善。一週間後にはすべての症状がなくなり廃薬とした。

コメント

主訴が何であれ、腹満、便秘がある時は一度下してみることは漢方にとって大切な治療法のひとつである。

雑病への応用

症例

E：自験例、81才、男性

主 訴：夏バテ、腹満、便秘

現病歴：

日頃は高血圧症、糖尿病に対しオルメック(20)1T、カルブロック(16)1T、アマール(3)1Tで長年診ていた患者である。平成19年8月に入り、外出して毎日歩いていた所、汗が出て口渇し、水を大量飲んだ。夕方から体がきつきなり、便秘もひどい、腹が脹る。食欲もないと言って8月6日来院した。

現 症：

身長162cm、体重61.5kg、腹囲91cm

(写真は三ヶ月前のもの)

脈 沈実、80/分 血圧 152/92

腹診 腹力中等度、臍～心下を中心に膨満し
圧痛を認めた。



経過：補中益気湯7.5g/日を処方した。

ところが一週間たっても体のきつさがとれないばかりか腹満、便秘がひどくなりイライラして眠れないと言う。そこで一度下してみてもどうかと思い、大承気湯7.5g/日に切りかえた。一週後に来院。臭い便が毎日大量に出、その後腹満、イライラがなくなり体のきつさが全くなかった。「継服したい」と言う。「先生『大承気湯』は夏バテの漢方薬ですか」と質問するので「貴方にとってはそうかもね」。

以後、大承気湯2.5g/就寝前で経過順調である。

さて大承気湯を使うポイントは尾台榕堂の「類聚方広義」(創元社、類聚方広義解説、藤平健主講より)では、東洞の方極の

「腹堅満し或は下利臭穢、或は燥屎の者を治す。凡そ、燥屎有る者は臍下必ず磊砢(らいら)たり。肌膚必ず枯燥する」が参考になるが、やはり腹診が特に大事であり、稲葉克文礼の腹証奇覧(図1, 2)、和久田寅叔虎の腹証奇覧翼(図3, 4)の腹証図が決め手となる。特に図1、図3の典型例だけでなく図2、図4の腹証を示すケースのあることを知っておくことが大事である。



症例Bなどは、腹證奇覽(医道の日本社、大塚敬節 矢数道明解題)大承氣湯の證Ⅱに「或は身体るいそうして堅塊あるものあり、世に所謂、中風脹満、或は労瘵等に此の證多し。～凡そ此の證、若しくは燥屎あるものなり。燥屎あるものは臍下必ず磊砢として宛も衆石を包みて上より按ずるが如し。肌膚、枯燥してばさばさとしたるものなり。」の典型例である。一方、自験で一見虚に見えるB、C例ではこの臍下磊砢を認めたので、大承氣湯を投与したわけである。症例Dは図1、3の典型的な腹診所見を呈している。

次に小承氣湯と大承氣湯の鑑別であるが、小承氣湯はエキスがないので、著者は煎じ薬で使用している。両者の鑑別は実地臨床上は結構難しい。例えば「金匱要略」の「嘔吐、噦、下利病脈証、治」に「下利讖語者、有燥屎也。小承氣湯主之」など特にそうである。燥屎があれば、大承氣湯でよさそうであるが。

尾台榕堂は「類聚方広義」の頭註で「下利、讖語すと雖も其他に苦しむ所無し。故に燥屎有りと雖も小承気湯を用うる也」と言っている。この場合の下利は「消化管内に燥屎が出来て、その間隙を水様便の下利が通るもので（＝熱結傍流）この燥屎を除かなければ下利も讖語も治すことが出来ない。もし下利せず大便が出ず、讖語、潮熱などがみられれば大承気湯の主治するものであるが、まだそれまでにはなっていないので小承気湯を与えてみるのがよろしい」と藤平健先生は解説されている。「類聚方広義」（創元社）

一応与えて「転失気」するかをみる手もある。

大小の承気湯の使い分けについて潮熱、転失気色々言われているが、中西深斎は「傷寒論弁正」で「承気湯の大小に於ける、其の劇易に随いて之を制するものなり。若し燥屎の成るや否やを審らかにせずして、大小の、其の劇易に随わざれば、其の精気を毀（こぼ）つに非ざれば則ち必ず將に之が勢いを加えんとするなり。是の故に法において、先ず小承気湯を与えて、其の更衣するや否やと讖語止むや否やと、転失気するや否やと候いて而る後に始めて大承気湯を与うるなり」と述べている。

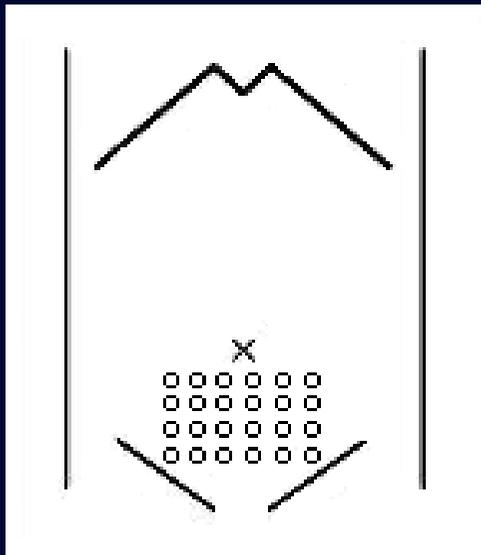
大承気湯は大黃四両は小承気湯と同じであるが、厚朴半斤、小は二両、枳実五枚、小は三枚そして芒硝が入っている。斤=十六両（東洞=医方分量考）半斤=六両
芒硝は東洞の薬徴では「堅を突（やわら）げることがを主る。」

中薬学では大黃とともに瀉下薬の中の攻下薬に分類され、大黃が瀉熱通腸、清熱瀉火、涼血解毒作用に対し、瀉熱通便は一緒であるが、違いは潤燥軟堅にある。又薬徴では、大黃は「結毒を通利するを主る」となっている。即ち芒硝は燥屎のために加味されていると考えられる。参考、「中医臨床のための中薬学」（医歯薬出版）

なお、厚朴は薬徴では「胸腹脹満を主治し旁ら腹満を治す」東洞は弁誤で大承気湯は厚朴を君と為すと言っているが、どうであろうか。しかも厚朴は漢産が良いと言う。枳実「結実の毒を主治する。旁ら胸満、胸痺、腹満、腹痛を治す」

東洞は、腹診候で「臍下磊砢(らいら)の者は芒硝之を主る。」

磊砢は多くの石が積み重なっている様で腹内では燥屎を腹診的に触診するポイントである。「凡そ腹満の症の多くは塊物あり。或は腹堅満、燥屎の物は承気剤(大)之れを主る。若し塊なくして唯停滞有るものは大黃剤(調胃)之れを主る。」



スケッチするとこんな感じである。

厚朴、枳実は腑内に貯留した有形（便、不消化物、炎症性遺物）無形（ガス等）の物を多少は軟化させつつ、蠕動運動をパワーアップして下を送る働きと私は自分なりに解釈している。

芒硝と朴硝、そして尾台がよく使用している玄明粉の違いは、天然の鉍物を加水分解した後、泥砂、雑質を除いた濾液を冷やして析出した結晶が「皮硝」であり、そのうちの上面に結した細芒が「芒硝」底部にある塊状のものが「朴硝」、又芒硝を大根と同煎し不溶物を除去して冷却した後、析出した結晶を風化させ、脱水して白色したものが玄明粉である。朴硝は雑質が多くて瀉下の効力がもっとも強いので「膾（なます）、之を食らい～すみやかに之を下せ」は橘皮大黄朴硝湯である。

芒硝はやや純粹で瀉下がやや弱い。

現在はすべて硫酸マグネシウムで代用している。

以上より大承気湯は小承気湯より腹満が強く、為に厚朴を約四倍量使用し、又便秘は燥屎を認めることにより芒硝が追加されていると考えられる。

ところで大承気湯を使用するにあたって燥屎になるまで待つ必要があるのだろうか。

江戸の中期に京都で活躍した和田東郭のライバルとして荻野台州がいる。彼が復刻した本に呉有性の「温疫論」がある。この温疫論は当時の漢方家達にかなり読まれていたようで、例えば原南陽はその著「叢桂亭医事小言」巻二 傷寒にて「傷寒治療の助になるものは呉又可の温疫論也」「表証既に解せずして陽明に至ものより以後は呉氏の論至って実地にかけて甚よろし。」ただし、ここからが南陽の意見であるが「不内不外募原と言う所に邪気の居という説又達原飲という方を用ゆるの論は建言家の常態にて」「発表の手をゆるむるは仲景の方に非ず。

是全く傷寒温疫を両途に見たるのは誤也。」と結構批判的である。なぜならば南陽によると「傷寒の外に温病ありというのは非也。」「それ傷寒というは疫疾の事也」そして「明の呉又可の温疫論に傷寒は少くして伝染せず、温疫は多くして伝染することを論じ邪気も一種の雑気なり。傷寒と異也というは是も仲景の書を常の眼にて見たる故に誤也。仲景何ぞ少き傷寒を以って論ぜんや」と述べ更に彼の時代に疫にて多くの人が亡くなったことを他の文献をあげて論じ「仲景何ぞ其多き疫を置て少なき傷寒を以って論を著せんや」と反論している。詳しくは南陽の著書を読んでいただくとして、しかしながら「傷寒治療の助になるものは呉又可の温疫論也」と一応学ぶべき価値は認めている。勿論「傷寒」「金匱」を十分に勉強した後であくまで参考として、ということである。

南陽が特に強調しているのが、「表証に裏を攻むるは仲景の規矩に非ず。先ずあくまで発表してしかる後、それぞれの証に従うべし」ということで先表後裏の傷寒論の大原則のことである。即ちまだ太陽の証が残っていると思われるのに「世人の治法を見るに二、三日も発表すれば表証の有無に構わず柴胡などにす」これは「大いに非也」大事なことは「表証の尽くさざるに、「手を引くべからず」「発表の手が」十分に「届けば狂躁、譫語」などを呈すところの陽明証に「至らずして太陽にて邪は打止るなり」「この手当不届なれば陽明まで攻込まれる。」しかしながら「邪陽明に屯せば十分治し易く勝ち軍ならん」南陽からみれば「とにかく太陽々明二証のものは」経験上「多し、又治しやすしとす。」よく学会等で問題になる傷寒論では太陽の次に少陽ではなく陽明病篇がきて後に少陽病篇が置かれていることについて「少陽の証は

柴胡にてさまでの事も無き故に仲景の論も短き也」と結論している。

南陽がそこまで傷寒論にこだわるのは邪気が居る所が傷寒論の考え方と「温疫論」では違うからだと思われる。神戸中医学研究会編著の「中医臨床のための温病学」(291頁)によると温病の病因について呉又可は「戾気を受することである」と指摘し「一端接触感受すると老若強弱にかかわらず発病する」としている。これはインフルエンザ等の流行の際、現代の私共の経験も一致する意見ではあるが、その病態についての説明が独断的であるので南陽がかみつくのも無理はないと思える。それは

「戾気の侵入は天受（いわゆる空気感染）と伝染（感染者との接触）があり、いずれも口鼻から侵入して半表半裏の膜原（著者註荻野台州は募原をぼげんと読み、江戸の医学館での講義中に目黒道琢に「募は幕、膜の誤字で

あるから『ばくげん』と読むべきだと反論あり）（喜多村直寛の「五月雨草紙」より）を侵犯する。感受した邪が重いとすぐに発病する。

では膜原はどこにあるのか。「経絡と胃腑が交界する部位であり半表半裏に属する」と定義している。

大部、本論からずれてきたので本旨に戻るが著者が言いたいのは「急証は急攻す」に対しての早期の大承気湯の使用のすすめ、そして「注意して逐邪は結糞に拘わるなかれ」という所である。呉又可は「疫邪は早期に祛逐するのが最もよく」気力の衰も、体力の衰弱、その他合併症が出ていない時期に「全力で祛邪すれば処方も容易で治癒しやすい。治療上の要点は疫邪の部位を洞察して病根を速やかに除くことである」又「疫邪を攻逐する上では『下すに遅きを厭わず』の説に拘泥してはならない」～「承気湯は結糞（燥屎）を下すための方剤ではなく、

邪気の攻逐を目的としているのである。」だから「逐邪を主体にし結糞に拘ってはいけない」「病邪が温疫の根本原因であり発熱は正気が邪に抵抗していることを示し、結糞は邪熱の搏結で生じる。すなわち邪が本で熱は標であり、結糞は更に標に属するのである。邪熱が大便を燥結させるのであり、大便が燥結してはじめて攻下法を用いる。（傷寒論）」と考えると治療が手遅れになり邪熱が深入して陰血を耗傷し変証を引き起こしてしまう。」と早期からの逐邪をすすめている。温疫の原因が強毒菌の感染であれば現代医学的にもその通りと思えるし、このあたりは吉益東洞の「万病一毒説」とも通じるところがある。

このような病態に対して漢方のみで立ち向かうことは現代の私達の置かれている医療環境からは大変勇気と度胸のいることである。

さて中神琴溪は「生生堂雜記」卷下にて、「傷寒も時疫の一なり。治法に至りては仲景は汗を主として下を副とし呉又可は下を主として汗を副とす。仲景は攻撃を矯るが主なり。呉又可は仲景が攻撃を矯る弊を又矯るを主とするなり。」と醒めた眼で評論している。又呉又可は温疫には安易に黄連を使用すべきではないと主張しているのに対し琴溪は「熱邪は多く胃に入るものなれば舌の黄苔を見れば早く下すに如くはなし」黄連でただ冷やすだけでなく原因の疫邪を大黄等で瀉下することが肝要だから、本態を診ずに対症療法に走り逐邪のchanceを遅れさせない為にそう言っている」と説明している。（著者、意釈）

現代でも発熱した症例にすぐに非ステロイド抗炎症剤が使用されることが度々あることを耳にするがやはり発熱性疾患に対してはその原因に基づいて治療すべきであることは言うまでもない。

和田東郭は蕉窓雑話初編の中で「時疫は歳に因て戾氣（病原菌等）の違ひ病む所の症も同じからず。温疫論に説く所の戦汗を得て解すると云う症も何時にてもこの通り病むに極りたるに非ず。～唯傷寒論は万代不易の法書にてたとえ病むところの症かわりても其の変に応じて用いらるるなり」とあくまで傷寒論が基本であると述べ「若し呉氏ののべる通り初めより邪気半表半裏にありて発汗桂麻の類を用いがたきとせば柴胡剤よりして入るべきなり。達原飲は九味清脾飲の変方なり。（著者註：達原飲は檳榔、厚朴、草菓仁、知母、芍薬、黄芩、甘草、今加柴胡《和田泰庵方函より》。温病初期、憎寒して後発熱、其の脈浮沈にあらず、頭痛、身痛する。邪は背の前、腸胃の後にある。）」ここから東郭の温疫に対しての評価であるが「呉氏は承気湯を用ゆるに長ぜりと云い、なるほど承気は逐邪の為に設け結糞に拘らずと述べる

あたりは承気の意を得られたり。然れども柴胡剤を用ゆるには短なり。如何となれば大柴胡又は柴胡加芒硝の行くところへ概して承気を用い下して後に始めて、柴胡清燥及び養栄の類を以って調理の方とせり。これ裏を先にして表を後にするの説に偏固せり。」東郭が傷寒論を如何に熟読していたかは次の文章でよく理解出来る。「傷寒論の陽明篇に熱邪の胃府に陥入するの間を待って小柴胡湯を用ゆる手段は治療の細密の場にて仲景氏の教えは格別なり」著者註（#1. 陽明病、潮熱を発し大便溏く小便自可胸脇満去らざる者は小柴胡湯之を主どる。#2. 陽明病、脇下鞭満し、大便せずして嘔し、舌上白苔の者は小柴胡湯を与うべし。上焦通じるを得、津液下るを得て胃気因って和し身濈然として汗出て解するなり。傷寒論参照）そして「大柴胡湯又は柴胡加芒硝湯の行くところへ概して承気湯を用ゆれば瀉下は同じことなれども両脇

心下の痞梗をゆるむること今一層力薄し。よくよくこの所を分別すべし」と教示している。これらの鑑別にはやはり決め手は腹診だといいい「承気湯の腹候は心下くつろぎて臍上より臍下に向けてしっかりと力ありて脹ものなり。又陽明篇に説く所の小柴胡湯は此の症ぜひとも大承気の位に進まざれば解せざる熱勢あるゆえ小柴胡にて両脇及び心下を軽々にあしらいゆるめて中脘以下に硬満するまでを待ちたる手段なり」著者などはこの病態にはむしろ大柴胡湯や柴胡加芒硝湯などを使用したくなるが、東郭はNoと言う。これで「瀉下する時はさっぱりと解熱はせで反って荏苒(じんぜん)としたる様子になり終には壞病となる者なり」そうなんでしょうか。「此のところへ大小柴胡又は柴胡加芒硝湯の行場それぞれに差別ありて少しも雷同せず、瞭然として明かなる分れめあり。各このところを意得心識すべし」

なお東郭は「柴胡加芒硝湯は大柴胡方中芒硝を加え用ゆるなり。即是大柴胡湯合大承氣湯去厚朴」としている。少陽から陽明のかかりについては仲々判別も理解もしにくい所があるがその辺の違いを東郭はしっかり勉強し臨床経験を積みなさいとコメントしてくれてる訳である。尾台榕堂は「井観医言」にて「呉又可の方を執る、白虎、三承氣、其の運用は頗る得たりと為す。～達原、三消を論ずる無く其の他の方剤も一切皆な用うべからず。唯だ、柴胡清燥湯、柴胡養榮湯の二方のみ。或はなお以って傷寒、金匱のたりない所を補うべし。」と言い、臨床的にしばしば使用している。

であり、表、裏、半表半裏の邪を分消するための処方である。又、柴胡清燥湯は温疫論の「戦汗」に柴胡養榮湯は「解後宜養陰、忌投参朮」に出てくる。

両方の使い分けについて浅田宗伯は勿誤藥室方函口訣で「下後、胃中の津液乏しくなりて餘熱未だ除かず、ややもすれば再び胃に陥らんとするものが柴胡清燥湯（柴胡、黄芩、橘皮、甘草、知母、天花粉、生姜、大棗）なり」とコメントしている。傷寒論の方剤では竹葉石膏湯の証に何となく似ているが、構成生薬は大部違う。竹葉石膏湯は麦門冬湯加竹葉、石膏といった内容で傷寒論では「傷寒解して後、虚羸少氣し氣逆して吐せんと欲する者」と記されており、東洞は「当に枯燥の証あるべし」とコメントしている。又尾台は類聚方広義の頭註で「傷寒余熱退かず、煩冤(えん)咳嗽し渴して心下痞鞭し或は嘔し或は噦する者を治す」「骨蒸勞熱咳して上氣し衄血唾血、燥渴煩悶し眠る能わざる者を治す」「消渴、貧飲やまず、口舌乾燥し、身熱して食せず多夢寢汗、身体枯槁の者を治す」次が大事な所と思われるが

「若し大便通ぜず、腹微満し舌上黒苔の者は調胃承気湯を兼用す」と具体的活用についてアドバイスしている。さて柴胡養栄湯は宗伯の同書には「下後、血液枯燥して余熱之が為に去る能わざる者」に用い「傷寒大熱解後、往々此の場合あり下後には拘わるべからず」としている。柴胡養栄湯は柴胡清燥湯加当帰、芍薬、地黄であり、その分血虚が加わった病態であることが理解される。竹葉石膏湯との両者の鑑別には胸脇苦満等の有無についての腹診が決め手になりそうである。さて著者が「虚実について」で通評虚実論（黄帝内经）の言う所の虚実については十分承知の上で体力の虚実も大事だと和田東郭のコメントを引用したが、尾台は「井観医言」に「資質薄弱の人、或は老人、或は病後、精力未だ復せずとて傷寒に罹れば、則ち暫時にして憊衰して危殆に至る者あり。若し是れらに遇えば邪を駆ること

宜しく神速なるべし。若し其の虚羸を臆度して徒らに緩剤を用いて日を送れば則ち病邪横ままにはせ、精気忽ち折れ、死亡、之に随う。治療の際、切に左支右吾して、以って時機を誤ること勿れ」と述べ、そのあたりは東洞はもちろんであるが呉又可の「急証急攻」「注意逐邪勿拘結糞」と一致する治療の考え方をしている。

虚証タイプの人々の邪実に対しては瀉剤をタイミングよくサッと使用し深追いせず、逐邪後はその時の証に従って適応の方を処すべきことだと解釈できる。そのあたりは尾台の井観医言に詳しく実例を出して述べられており、類聚方広義と共にしっかり勉強しておくことが大事だと自戒している。

この篇からは承気湯類についての後半に入る。
大黄甘草湯は承気湯類ではなさそうであるが、それに芒硝が加わると調胃承気湯なので、まず大黄甘草湯の本来の使い方について検討してみたい。

現代では普通の便秘に対する緩下剤として使用されることが多いと思われるし、著者の恩師の山田光胤先生も、平成3年12月～平成20年7月、金匱会診療所にて月2回研修させていただいた中ではそういう使い方をされていた。この大黄甘草湯は金匱要略の嘔吐噦下利病脈証治に出てくる処方「食し已って即ち吐する者、之を主る」が本来の目標となっている。東洞の方極では「大便秘閉し急迫する者を治す」となっていて藤平健先生の「類聚方広義解説」(創元社)では「本方には便秘のために腹痛がしたり苦しんだり又食後急に吐くなどの差し迫った病症が

あるはず」なので単なる常習性便秘だけの薬方ではないことは明らかである。

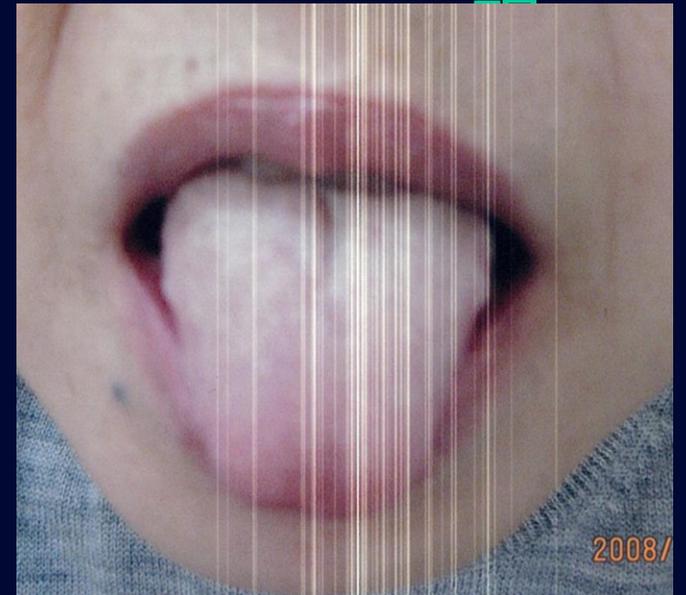
症例を呈示する。

症例A 58才、女性

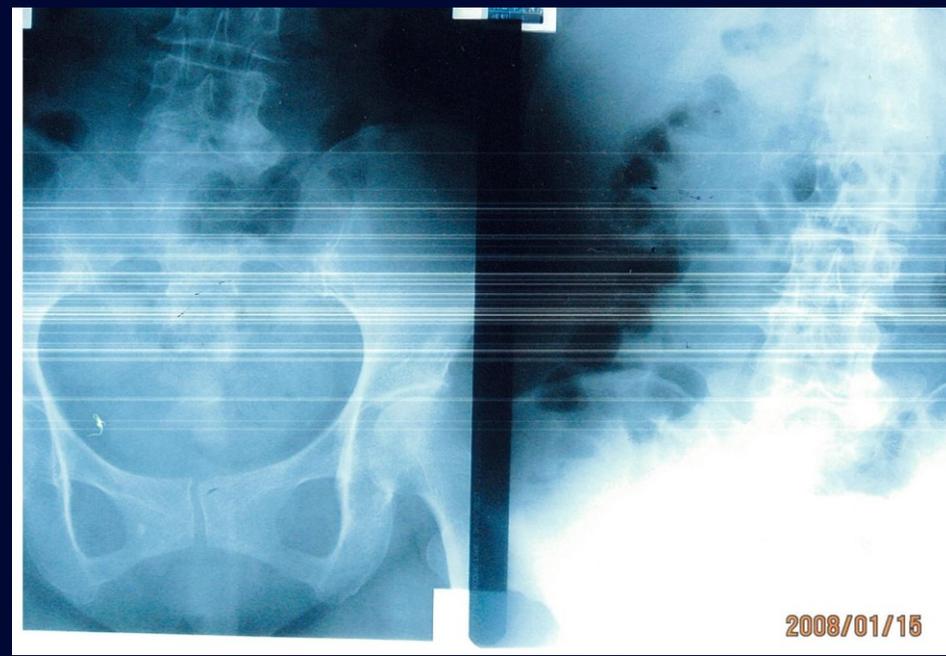
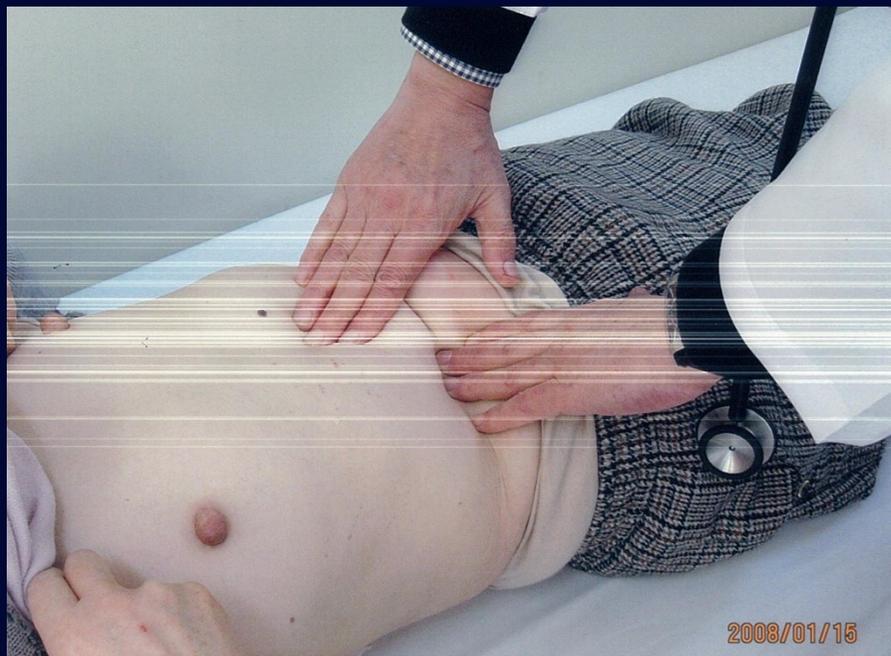
主訴は急の息苦しさとお嘔吐

現病歴 正月にヤマイモやおもちを食べすぎた。その後も過食を続けていた。元々便秘がちであった。1月13日昼食をとった所、急に息苦しくなりムカムカして嘔吐したと言って来院した。

症：やや太り目で脈は沈やや実。
先端が紅で胖、齒痕、厚白苔、
136/80 腹診では腹力中等度で
及び右臍傍に抵抗を認め左S状
圧痛を認めた。



経 過：腹単×線写真、骨盤内に糞塊が充満し大腸にガス像を認めた。以上より「食し己って吐する者」の**大黄甘草湯7.5g/日**を分3にして朝、夕、就寝前に投与した。当日の夜～翌朝～昼にかけて大量の便が出てそれにつれ息苦しさもムカツキも改善したと言って2日後に来院した。その後は毎朝、気持ち良く便が出るようにと**桂枝加・薬****大黄湯2.5g**を就寝前のみ投与して経過はすこぶる順調である。



コメント

大黃甘草湯の同じ篇に「病人欲吐者不可下之」とある。原則とは違うようであるが吐をなす原因となる病気の場所がこの場合は上焦にある。又「諸嘔吐穀下不得下者小半夏湯主之」も上～中焦、即ち食道下部～胃にかけての病気によっておこる。

大黃甘草湯は元来便秘が元にあって即ち下がつまっているため、食事をすると上にいくしかルートがないので吐くのが本態であり便をくだせば下の道が通じるので吐が改善すると考えられる。一種の機能的なサビイレウス状態に使用する方剤であるとも理解される。

さて調胃承気湯の調胃とはどういう意味なのだろうか。傷寒論の条文の中で「若し胃氣和せず譫語する者」「発汗後悪寒せず但熱する者は実なり。当に胃氣を和すべし」「太陽病三日、発汗して解せず蒸々として発熱する者は胃に属するなり」「大便通ぜず胃氣和せざる者」等から考えると胃氣をして和せしむることを意味していると思われる。

具体的にはどういう病態に対して調胃承気湯を使用するかについて東洞の方極の「大黄甘草湯証にして実する者を治す」だけではもひとつイメージが湧いてこない。宗伯の「勿誤藥室方函口訣」では「此の方は承気中の輕劑なり。故に胃に属すといい、胃氣を和すといい大小承気の如く腹滿燥屎を主とせず唯、熱の胃に属して内壅する者を治す」でも分かったようでいて結局具体的な使用法が著者のレベルではよく分からない。

腹證奇覽（医道の日本社）で稲葉文礼及び和久田叔虎は
図1.2の如き腹證をあげ「心下臍上の間、痞鞭して堅く、

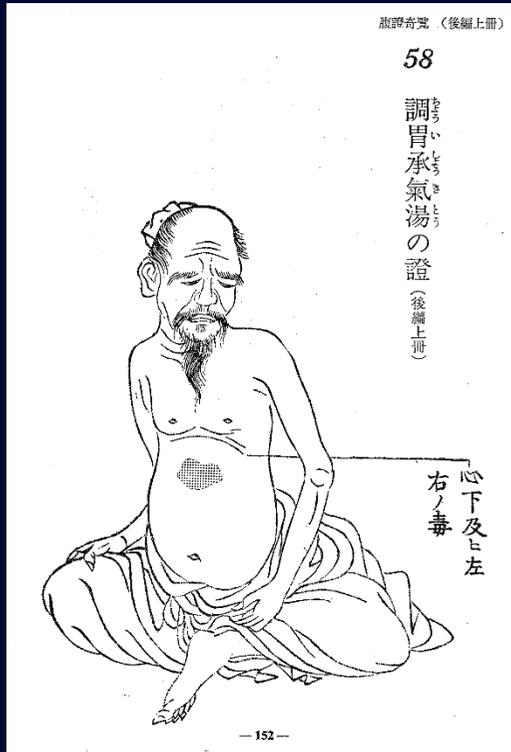


図1

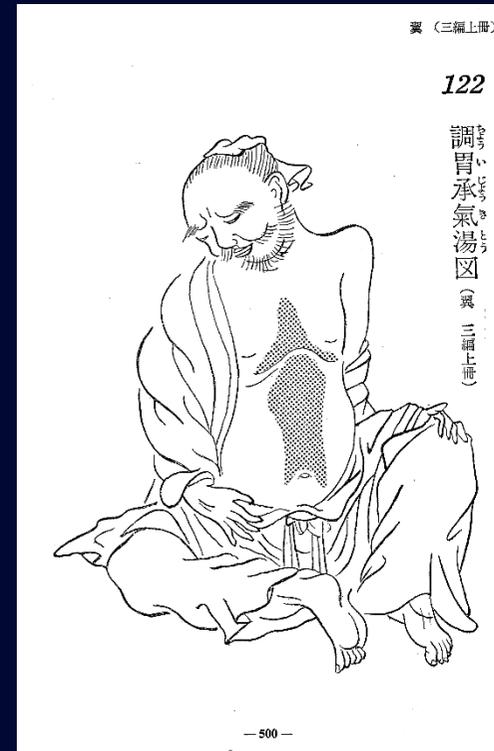


図2

之を按せば病者痛みを覚ゆるもの、此の方の正證なり。
是れ、すなわち胃実して大便不通の者なり」と腹診上は
心下痞鞭が大事だと述べている。しかるに、調胃承氣湯
加桃仁、桂枝の桃核承氣湯の腹証図では、この心下痞鞭

は描かれておらず、少腹急結のみ強調されている。

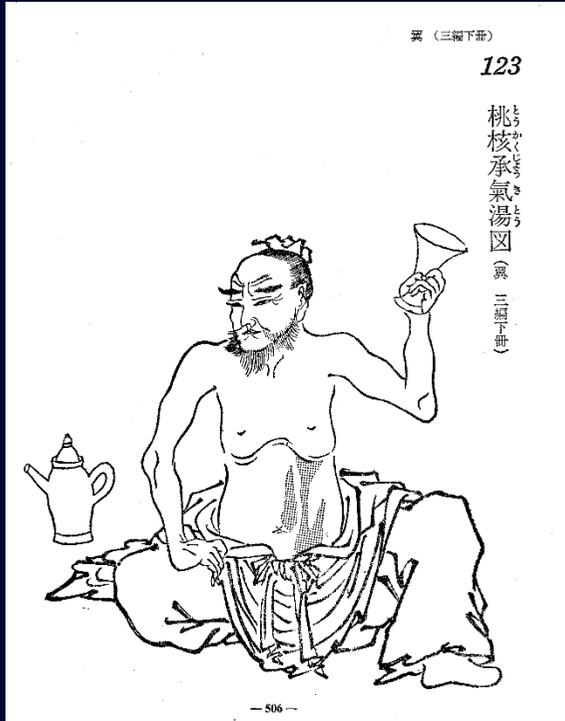


図3

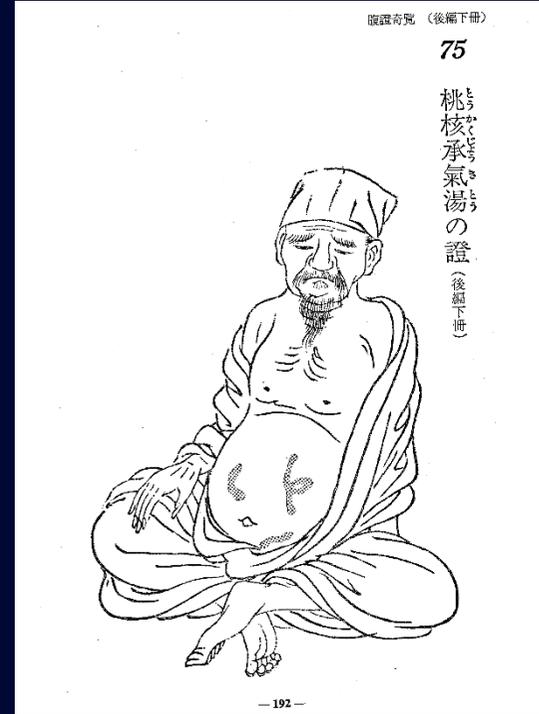


図4

ところが和田啓十郎の「醫界之鐵椎」(株式会社中国漢方)後編、反響の中で「湯本氏の漢洋醫方比較實驗」に「古方の優秀」として「腹證奇覽は腹證の参考書として不可というには非ざれども、その文辞曖昧なるのみならず前後撞着の点、少なからず。かつ総ての腹證を盡く

網羅せられるに非ず。漏れたるもの又多し。其一例として桃核承気湯の腹證として只少腹忽結を擧ぐるのみなれども南涯先生の治験によれば心下石鞭をも該湯の證として治療し全効を収められたる事實あり。」と述べ例えば図4のごとく、これは和久田叔虎の奇覽翼の図であるが、それはあくまで「単にその形式を説くのみにして千變万化の腹證を知るには」「歲月と巧思とを以って幾多の患者に接して自得するより外、策なきものなり」とテキストは大事であるが、それを十分理解した上で、薬味構成などを参考としてあとは臨床経験をしっかり積む事が大事だと結論している。

事実、湯本氏は「皇漢医学」ではその手紙で「奇覽によりて大要を知り得たる上は、斯る末書に何時までも没頭せず傷寒、金匱、難経、類聚方等の聖經を熟読玩味して建珠録、方伎雑誌等の治験を参照し以って患者に対する

ときは大過なきに庶からず」と言った通りに、薬方の解説をしている。

すなわち、桃核承気湯証といってもそれを応用する際には色々バリエーションがあるので、少腹急結の有無のみに拘らず総合的に判断して使用するということであろう。少腹急結を診断するのは、結構熟練がいるようで先日、師の山田光胤先生は「大塚敬節先生によると湯本求真先生は少腹急結の腹診所見としての取り方が実に上手だった」と話されていたので初期の和田啓十郎先生への手紙と晩年の経験を積んだ後の湯本求真先生の努力の成果を知った。

話は横道にそれたので元に戻すと
調胃承気湯の適応となる病態は田畑隆一郎氏がその編著
「漢方ルネサンス」(源草社)P404で解説している如く「陽
明証では病邪が消化管内に充満し、旺盛な熱のために汗
が出て小便も快利し、ひどく暑がり、ために体中の津液
が失われ、枯燥して食物や水分が腸管内に結実すること
になる。しかし未だポロポロとした糞塊となる小承気湯
や大承気湯の証には至らない持続熱の初めの段階」であ
り「この時点では腹満や便秘症状は軽度であるが、熱症
状が強くうつ熱のために消化機能が調和せず」これが
胃気とせずと言う意味であろう。そのために「気が巡ら
ず悶え苦しみ、譫語するもの」と理解するとイメージが
出来上がってきそうである。田畑氏は「脈候、腹候とも
に充満して熱性症状が強くなり心煩、腹満、便秘、食滞する
者の大便を通じて胃気を調和させる」と要約している。

そこで症例を提示する。

症例2. 34才、男性

主 訴 発熱持続、悪心、腹満、便秘

現病歴 一週前感冒罹患、解熱剤服用したが、一時的に解熱するだけで昨日より上気症状が出現して平成X年9月5日来院した。

現 症 身長182cm、体重76kgで実証タイプ。

脈沈実、血圧110/74 舌はやや紅舌、胖、齒痕、薄白苔
腹診は服力中等度で心下に抵抗・圧痛を認めた。



経過：調胃承気湯7.5g/日分3で便が大量に出、3日以内にすべて治癒した。

同じく、平成X年2月27日に3～4日便秘していたが、昨日夕食に肉マン3個、パンを一杯食べた所、夜ムカムカして吐いた。37.6℃の発熱があると言って来院した。同様の所見で

調胃承気湯3日分で翌日、大量排便後すべて軽快した。

症例3 48才、女性

主訴 腹満、便秘、悪心、食臭をゲップ

現病歴 高血圧症でルメック(20)1Tを毎日服用している患者である。この一週間、便秘し、多少腹満気味であったが食欲があったので過食した所、今朝より腹満が強く食臭のあるゲップが頻発、悪心も強いので平成X年2月8日来院した。

現 症 身長158cm、体重62kg、腹囲101cmの見かけは実タイプ。

舌診 紅舌、胖、厚白苔(写真6)

脈68/分、沈実血圧136/80

腹診は腹力あり、心下痞鞭と下腹に硬い便塊を触知した。(写真7)

経 過 : イルスではないと確認後(写真8)

調胃承気湯7.5g/日を投与した。



図6

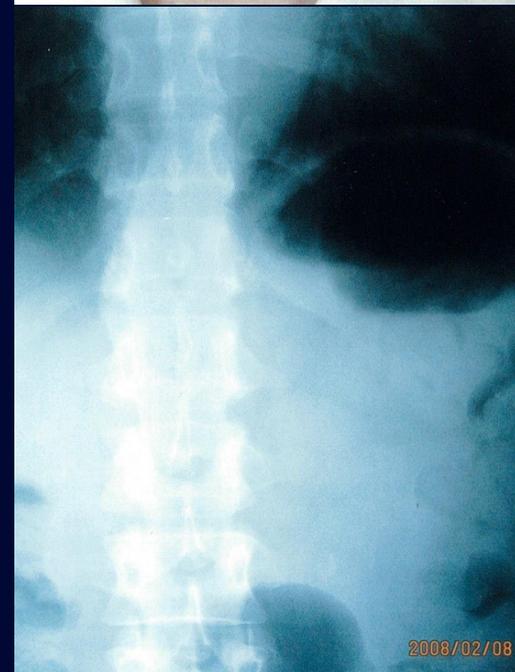


図8

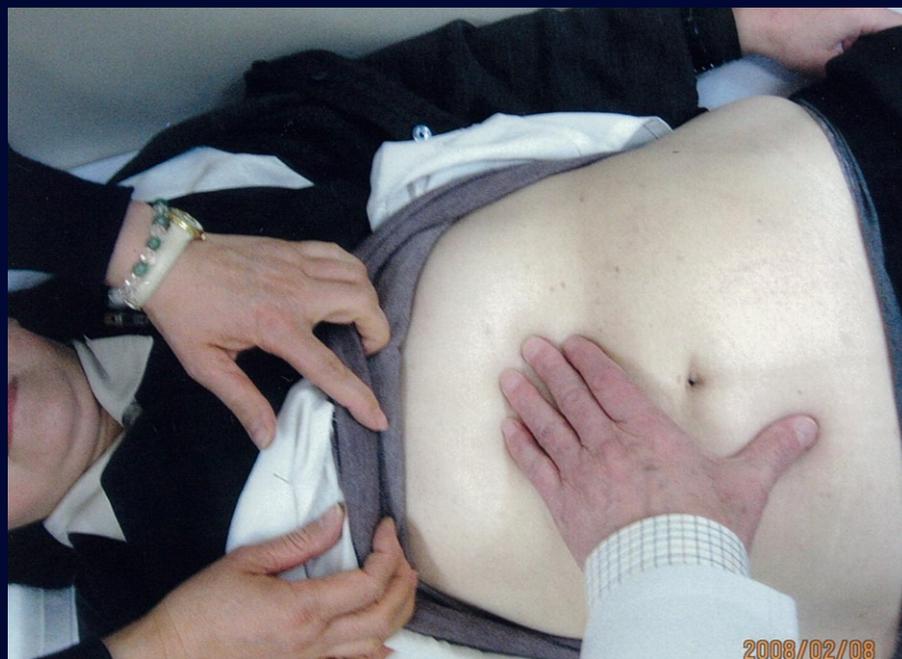


図7

その後、便が日に2~3回気持ち良く出るようになり諸症状すべて改善した。二週間服用させ、その後は腹満の治療も兼ねさらに**防風通聖散**7.5g/日に変更して継服させた所、平成20年7月14日、体重は62kgが65kgにUPしたが腹囲は101cmが95cmとなり便も毎日出て気分良好との事である。

次にこのようなケースで胃脘に貯留するガスが多くゲップがさかんに出る場合には、**茯苓飲**を合方して使用すると良いようである。しばしば経験している。

症例4 72才、男性

主 訴 腹満、腹鳴、ゲップ、便秘

現病歴 一ヶ月前感冒に罹患した。近医で何種類かの抗生剤を服用した所、便がスキッと出なくなり裏急後重し便臭もすごくなった。来院一週前より主訴の症状が出現し、次第に増悪したため平成X年3月6日当院を受診した。

現 症 身長168cm、体重65kg、体格はやや実証。

脈は沈弦滑、舌診はやや紅舌、胖、薄白苔(写真9)

血圧132/80、腹診では上腹部が膨満し心下痞鞭し、打診で鼓音を認め、下腹全体に圧痛があった。(写真10)

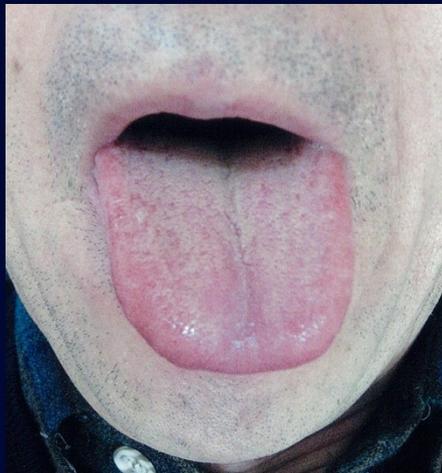


図9



図10

経 過：腹単(写真11)にてイレウスを否定後、**茯苓飲**と**調胃承気湯**をそれぞれ7.5gずつ合方で処方した。一週後に来院。当初、臭い便が一杯出たが五日目頃より正常便に近くなった。ゲップは2~3日大量に出ていたがその後、余り出なくなり、それにつれ腹満も改善したと言う。しばらく継続したいというので、三ヶ月服用させ諸症状すべて良いというので廃薬とした。





ご清聴ありがとうございました。

