

[Review]

## Integration of oriental and western medicine

Nakaaki Ohsawa, M. D.\*

\* Chairman, Aino Institute for Aging Research

**Key Words :** integrated medicine, holistic medicine, shou (kampo diagnosis), EBM and NBM,  
Neuro-immuno-endocrinology

# 東西医学の融合

大澤 仲 昭\*

キーワード：東西融合医療，全人的治療，証，EBM と NBM，神経・免疫・内分泌相関

## 1. はじめに

日本には、長い歴史を有する東洋医学と、明治時代に開花した西洋医学の2つの医療体系がある。この東西医学が融合してお互いを補い合い、新しい医療体系を確立すれば、すぐれた医療を患者に提供できると考えられる。

筆者の漢方の恩師、大塚敬節先生は昭和29年に発行された名著「漢方診療の実際」改訂版（矢数道明，清水藤太郎共著1954）の序文において、「漢方醫學にも近代醫學にもそれぞれ長短得失があり、その治療にも限界がある。例えば漢方で難治とする疾病を近代醫學の力をもって治し得る場合もあれば、近代醫學で治し得ないものを漢方の治療で容易に治し得るものもある。この故に臨床醫家として治療の完璧を期するには、漢方醫學と近代醫學の治療の限界を知ると同時に、その長所を巧みに活用することに努めるべきである」と述べて居られる。

ところが現在の日本の医療は西洋医学が中心であり、東洋医学との融合はまだ殆どなされて居らない。そこでここでは、東西医学の融合が何故出来ていないのか、出来ればどのような意義があるか、東西医学の融合を確立するにはどのようにしたらよいか、と言った問題について検討してみたいと考える。

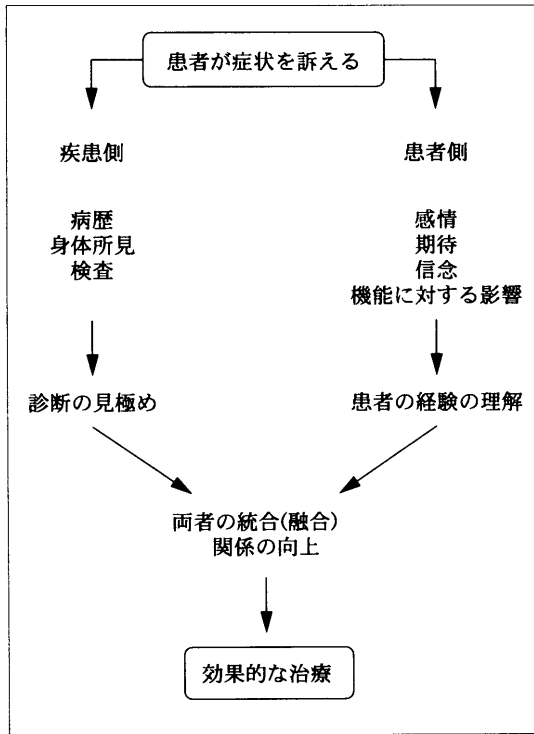
## 2. 東西医学の融合の意義

21世紀を迎えて、我が国では超高齢化社会が急速に進行しており、西洋医学を基盤とした医療体系も抜本的な変革が求められて居る。その中でも重要とされているのが、真の意味での患者中心の医療体系の確立であるとされている。それは具体的には、医師中心の医療から患者を医療のパートナーとしてみる体系であり、病気の治療から病人の治療（疾患治療から全人的治療）への転換であり、更に現在可能な最高の医療を患者に提供することにある。

興味深いことに、医療の最先端をゆく米国においても、現在の医療体系が“病氣”を治す疾患中心、医師中心であることに反省が見られるようになり、どのようにして患者中心の医療体系をつくり上げるかが問題となっている。ハーバード大学精神科教授で、同時にジョスリン糖尿病センターの副所長であるアラン・ジェイコブソン教授（A. Jacobson）の提案もその一つである（図1）。

患者が症状を訴えて病院を受診した際、現在の医療体系では図の左側の「疾患側」あるいは「医師側」、 「医療側」の矢印に見られるように、病歴、身体所見、検査などから病名を診断して、その病気の治療（疾患治療）を行い、よくなれば医師が病気が治ったと判断し医療行為が終わることになる。これがいわゆる医師中心の医療体系と言われるものであったが、これは病

\* 藍野加齢医学研究所所長



A. M. Jacobson, 1996  
(Harvard Medical School, Joslin Diabetes Center)

図1 21世紀の患者中心の医療体系

気を治すという点では大きな成果をあげてきた。ただしこれでは病気は治療出来ても患者の十分な満足が得られるとは限らない。患者側に立ってみると、図1の右の矢印に見るように、患者は一人の人間であり、いろいろな精神的、社会的背景を持ち、感情、期待更には信念といったものが患者の身体的、精神的機能に大きく影響を及ぼし、患者自身の経験から自らの意見を持っているわけで、医師が病気の治療を行っても、その評価は患者が医師と対等のパートナーとして行われて、はじめて効果的な全人的治療が行われるというわけである。この患者中心の医療が21世紀の医療のキーワードになるとすると、病気の治療が病人の治療になり、個の医療の存在意義が大きくなって来ると思われる。

このようなジェイコブソンが主張する患者中心の医療体系を更に充実させるには、疾患側、医療側の更なる発展が必要となる。その一つが患者中心のチーム医療である。その点で藍野学院の小山昭夫理事長が従来から提唱されている Symmedical System (図2) は極めて大きな意義をもつものと思われる。特に高齢化社会になればなる程、医療・福祉・保健の専門家が一緒になり (Sym), 患者中心の医療 (Medical) をする必要があるということである。この Symmed-

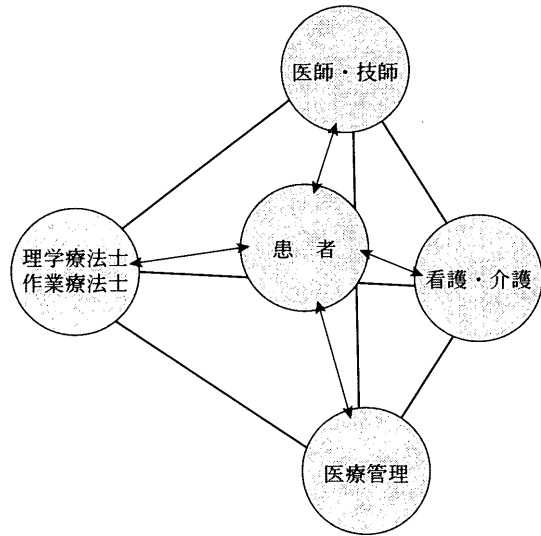


図2 Symmedical System (小山)

ical System という言葉は小山理事長の創作であるが、21世紀の医療のあり方の一端を見事に指摘したものとと言える。チーム医療の最も要求される疾患の一つが糖尿病であることはよく知られている。(大澤 1999)

もう一つの医療側の充実の一環として必要なものとしてあげられるのが、東西医学を融合した医療の提供であり、この総説の主題でもある。このように考えてくると、東西医学の融合が如何に重要なものであり、また21世紀の患者中心の医療体系における東洋医学の役割も明らかになってくると思われる。

わが国の医療には東洋医学と西洋医学があり、それを融合すれば素晴らしい医療体系が確立出来ると考えて種々努力されているが、実際には殆ど成功していないのが現状である。その理由として、少なくとも2つの要因があげられる。その一つはわが国の医療の歴史的背景、すなわち古来から長らくわが国の医療を支えてきた東洋医学に代わり、明治の時代に西洋医学中心の医療体系が発展し、東洋医学は細々と維持されたという事情があり、西洋医学側の優越感と東洋医学側の被害感覚、プライドとの対立があることである。もう一つは、前述の理由も含めて、わが国の現在の医療行政が西洋医学中心であるために、東洋医学の位置づけが明確でなく、わが国の医療に定着していないことがあげられよう。従って、東西医学の融合を実質的なものにするためには、この様な問題の解決が必須であるわけである。ここでは、これらの点をふまえて話を進めたいと思う。

なお、この総説ではタイトルを「東西医学の融合」として、結合とか統合とか言う言葉を使用しなかった

理由は、第一に東西医学の体系が全く異なること、第二に上述のようなわが国における東西医学の対立という現状をふまえて、東西医学の融和を念頭に融合という言葉を使用したことによるものである。(大澤 1994)

### 3. わが国の医療における西洋医学と東洋医学

東西医学の融合を確立するには、東洋医学と西洋医学のレベルが何れも高いことが必要である。この点で両方の医学のレベルが高いわが国は、十分な資格があると言える。融合を進める上で必要なことは、わが国における西洋医学と東洋医学の現状の分析であり、特に両者を融合する上で問題となる点を理解することである。以下に西洋医学、次いで東洋医学について述べる。東洋医学については、漢方と鍼灸が含まれるが、今回は医療を中心に話が進むので、漢方医学を主として取り上げることにする。

#### 1) わが国の西洋医学の位置づけ

わが国の医療は明治初年に医師法が制定されて以来、西洋医学中心の医療行政となり、20世紀のわが国の医療を支えてきた(表1)。すなわち医師は西洋医学の教育のみを受け、医療行為を行うには西洋医学の医師免許を必要とし、保険診療も西洋医学的な疾患単位の治療が行われ、また医療の評価も医薬品の評価も西洋医学的になされるというように、完全な西洋医学の医療体系下にあるというわけである。(大澤 1989)

その様なわが国の医療は、20世紀の後半、急速な進歩をとげた。特に抗生物質やワクチンの開発による細菌やウイルス感染症の治療は、疾患治療を基本とする西洋医学の大きな成果であったといえる。感染症対策が進むにつれ、生体内の原因により発生する各種成人病が問題となってきた。高齢化が進むわが国に於いては成人病、生活習慣病の対策は特に必要であり、これに対し西洋医学はヒトゲノム計画の達成に示されるように、急速な進歩で対応し、オーダーメイド医療にみられるように、集団の治療から個の治療へ発展しつつある。ただこのような西洋医学の進歩にもかかわらず

表1 本邦における医療行政の基盤——西洋医学——

1. 西洋医学的医療体系
2. 西洋医学教育
3. 医師免許
4. 保険診療
5. 医療の評価
6. 医薬品の評価

ず、わが国の医療の変革で求められている患者中心の医療、あるいは病気の治療から病人の治療へといった流れがまだ十分でないのが現状であると考えられる。この点で東洋医学の関与が考えられるところであるが、西洋医学の立場からのわが国の東洋医学に対する評価は低いのが現状である。ただ最近になってその評価が少しずつ上昇してきたのは事実であるが、まだまだと言うべきであろう。(大澤 2000)

#### 2) わが国の漢方医学の位置づけ

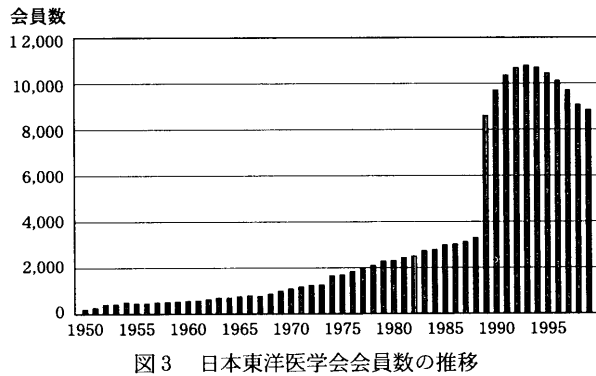
わが国の医療は、江戸時代までの長い間、漢方医学が中心となって維持されてきたが、明治時代に入り前述のような西洋医学中心の医療体系になると共に、漢方医の存続は許されなくなり、漢方医学研究の機運は衰退の一途をたどり、辛うじて一部の篤志家によってその伝統が保持される状況が続いていた。その意味で当時の漢方医学の日本の医療における位置づけは殆ど無に等しかったと言えよう。

処が20世紀後半になって再び漢方が普及するようになってきた。現在では80%以上の医師が漢方薬を処方した経験を持つようになったと言われている。この様な普及の理由の代表的なものをあげると表2の如くなる。

第一に、第二次大戦後、抗生物質あるいはワクチンの導入により、人類の最大の外的病因であった感染症の対策ができるようになるにつれて、高血圧、動脈硬化、糖尿病、悪性腫瘍などの内的病因によっておこる疾患、生活習慣病が注目されるようになり、これらの疾患への対策が西洋医学では充分でなかったこと、第二はサリドマイドやキノホルムなどの西洋薬の重篤な副作用が問題となり、副作用が一般に少ない漢方薬に注目が集まったこと、第三に西洋医学の医療の専門化が進み、病気の治療は発展したものの、患者の全人的治療の欠如が問題となってきたこと、第四に漢方薬がエキス剤化され、一般の診療施設で使用が容易になったこと、第五に漢方薬が保険診療で使えるようになったことなどがあげられる。この中で漢方自身に関係する項目は3, 4, 5であるが、最も大きな役割を果たしたのは最後の項の漢方薬の保険診療適用であることは確かである。この様に漢方が普及し、漢方薬を使用す

表2 20世紀の本邦の医療における漢方の発展の基盤

1. 第2次大戦後の疾患の種類の変遷
2. 西洋薬にみられる重篤な副作用
3. 漢方医学の全人的治療体系
4. 漢方薬のエキス剤の開発
5. 漢方薬の保険診療の適用



る医師が増加すると共に、日本東洋医学会の会員数も20世紀の後半に驚くほど増加し、一時は一万名を越える状況になった(図3)。また日本東洋医学会が日本医学会の分科会に加入が認められ、専門医制度や卒後教育体制の整備が進んだ。このように見て来ると、20世紀のわが国の医療における漢方の成果は「漢方、漢方薬の普及」であったことが明らかである。(日本東洋医学会 2000)

ただしこの漢方の普及は決して安定したものでなく、わが国の医療に定着していないことがやがて明らかになってきた。その一つは、医療行政上の環境条件が変化し、漢方薬が保険診療の適用から除外される可能性が問題とされた際、漢方薬の使用が激減すると予想され大騒ぎになったことがあった。わが国の医療で、医薬品の保険適用が除外された場合、その使用が殆ど止まることは周知の事実であるからである。この問題の原因は皮肉にも、漢方薬の普及の最大の要因と考えられる漢方薬の保険診療への認可が、当時西洋薬の如き厳密な審査を経ないで行われた為に取り消される可能性が生まれたためであった。漢方薬の認可は極めて不安定な状況におかれており、ある意味では諸刃の剣のような危なさがあったのである。ただしこの問題は解決したため、実際に漢方薬の使用が減ることはなかったが、次に小柴胡湯の副作用の問題が発生した。慢性肝炎の治療時に、まれではあるが重篤な間質肺炎が発生し、死亡例が報告されたのである。これは漢方薬の安全神話の崩壊を来すと共に、小柴胡湯の使用が激減して、漢方医学界は大きな影響を受けた。

このような事例から見ても分かるように、現在漢方医療はわが国の医療に決して定着していないことが明らかである。従って20世紀の漢方の評価は「普及すれども定着せず」ということに改めることが必要となった。そして、東西医学の融合を行うためには、わが国の医療体系に漢方が定着することが大きな前提となることが明らかとなった。

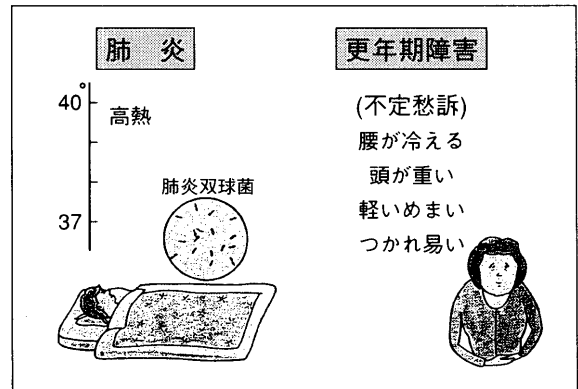


図4 東洋医学の得意分野(更年期障害)と西洋医学の得意分野(肺炎)

#### 4. 東西医学の特性

東西医学の融合のために、それぞれの医学の特性を明らかにする必要がある。特にその得意な分野の差異と、医療体系の差異が目される。

##### 1) 得意分野の差異

医療の立場から見ると、疾患の中で西洋医学が得意な領域と漢方医学が得意な領域があることが分かる。図4には肺炎と更年期障害の症例が示されている。左側の肺炎の場合は、細菌感染によって高熱、呼吸困難のほか、頭痛、全身倦怠感、食欲不振などの愁訴を訴えるが、この場合には原因が外因の細菌であることが明らかなので、抗生物質の適応となり、西洋医学が得意とする疾患である。一方、右側の更年期障害は、閉経後に頭痛、倦怠感、腰の冷えなどの不定愁訴を訴えるが、これに対しては西洋医学は不得意である一方、漢方医学は非常に得意とする病態である。このように、東西医学それぞれの得意分野を知っておくことは、東西医学の融合において、お互いに補いあう条件を検討する上で有用である。表3に漢方治療が適応となる病態を示した。何れも西洋医学が不得意な場合が多く、また西洋医学の治療が充分でない状況が含まれているのが分かる。特に高齢化社会に有用性が考えられる。

##### 2) 東西医学の治療体系の差異

東西医学を融合する上で最も問題となると思われるのが、その治療体系が全く異なることである。図5は風邪の症状を訴えて、太って体力のある患者と痩せて体力のない患者が受診してきた場合の、西洋医学と東洋医学の治療の方法の違いを示したものである。西洋

表3 漢方治療の適応

1. 機能的病変, 可逆的病変を主とする疾患
2. 西洋医学的治療の困難な症例
  - アレルギー疾患 (アトピー性皮膚炎, 湿疹など)
  - 膠原病 (慢性関節リウマチなど)
  - 消化器疾患 (過敏性腸症候群, 潰瘍性大腸炎など)
  - 呼吸器疾患 (気管支喘息など)
  - 整形外科的疾患 (変形性関節症, 腰痛症など)
  - 更年期障害
  - その他頭痛, 肩こりなど
3. 西洋医学的に異常がなく, 愁訴のある症例
  - 不定愁訴
4. 心身症傾向のある症例
5. 虚弱体質, 無力性体質に伴う病態 (体質改善を期待するもの)
  - 胃下垂, 胃アトニーなど
6. 高齢者, 体力の低下傾向のある症例

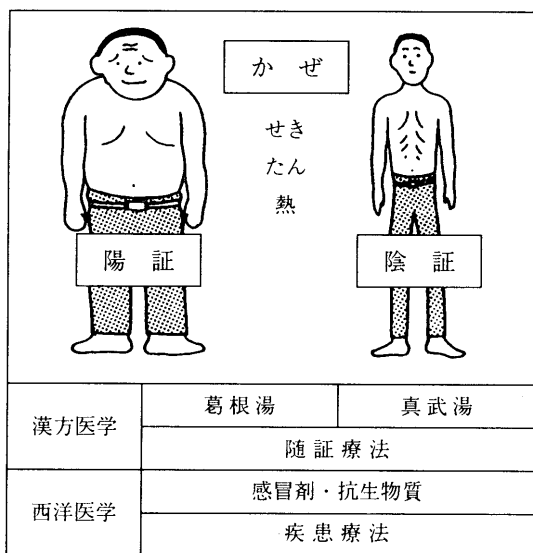


図5 かぜの患者の治療における東洋医学と西洋医学の差異

医学の治療の場合, 両者とも理学的所見, 検査所見などから感冒という病名を診断し, 感冒薬, 抗生物質など, 感冒の治療薬を投与する。すなわち, 感冒という病気を治療する疾患治療なので, 同じ薬を投与することになる。

漢方治療の場合には, 同じ風邪の症状を有していても, 太って体力のある患者の場合 (陽証) には葛根湯を用い, 一方痩せて体力のない患者の場合 (陰証) には真武湯が有効であると診断する。すなわち漢方医療の場合, 感冒という疾患を治療するのではなく, 患者の体質, 症状などを勘案して, どの漢方薬が効く病人であるかという薬証を決め, その漢方薬を用いるという随証療法である。これを図式で示したのが図6である。

すなわち, 患者が症状を訴えて受診した場合, 左の西洋医学では, 病歴, 症状, 理学的所見, 検査所見などから病気を診断し, その病気を治療する疾患療法を

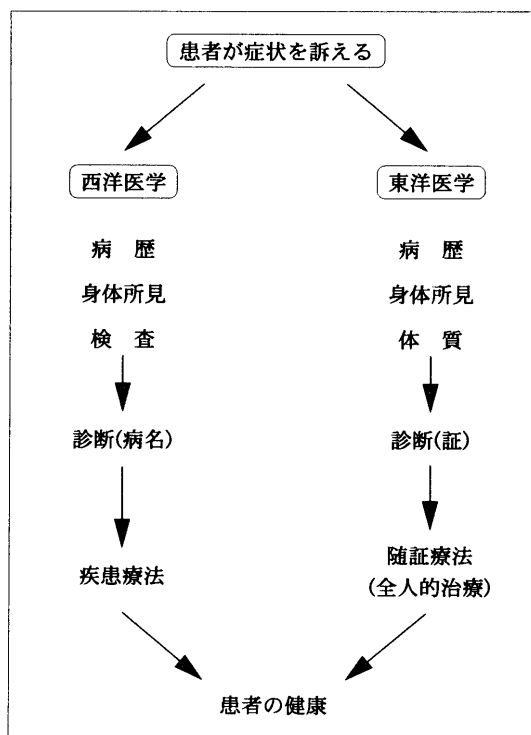


図6 患者に対する東洋医学と西洋医学の対応

行う。右の漢方医学では, 病歴, 症状, 漢方医学的診察, 体質などからどの漢方薬が効く病人であるかという証を診断し, 証に対応する漢方薬を用いて随証療法を行う。言い換えれば, 西洋医学は病気を治し, 漢方医学は病人を治すということで, その治療体系が全く異なる。その意味では, 西洋医学と東洋医学は互いに補いあって, 総合的に患者に対応する点で, 大塚敬節先生の言われるような完璧な治療を, 東西医学の融合の形で行うことになると考えられる。

### 5. 東西医学の融合に必要な条件

—日本の医療体系への漢方の定着—

前項の図6に見るように, 患者の診療に当たって, 治療体系の全く異なる東洋医学と西洋医学を平行して用いることにより, 個々の医療よりもすぐれた医療を提供できると考えられるが, ここで問題となるのが既に述べたように, 普及した漢方医療がわが国の医療に定着していないという大きな問題である。すなわち, 漢方医療をどのようにして, わが国の医療に定着させるかという問題を解決する必要がある。キーワードは漢方の「普及から定着へ」である。

そのためには, 漢方が定着すべきわが国の医療の基盤は何かという点を明らかにし, 次いでその基盤に漢方を定着させる方法を検討することが望まれる。

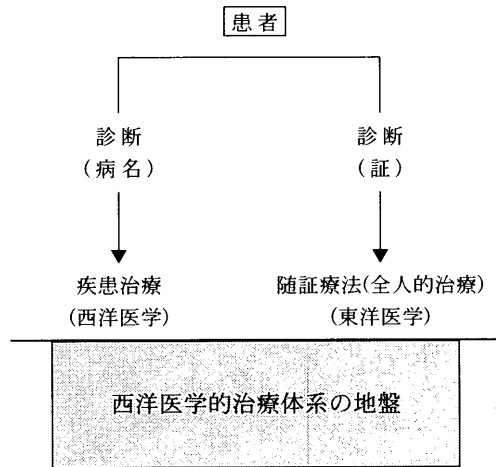


図7 わが国の医療体系下での東洋医学の位置づけ

1) わが国の医療体系の基盤：西洋医学

わが国の医療体系の基盤をなすものは西洋医学であることは既に述べた通りである（表1参照）。従ってわが国で行われている西洋医学の治療も漢方医学の治療も、すべて西洋医学の土俵（地盤）の上での行動であることになる。これを図で示すと図7の如くなる。この際、西洋医学の疾患治療は西洋医学的評価（EBM：Evidence Based Medicine）を受けて行われているので、西洋医学的治療体系の地盤に根をおろし、定着している。一方漢方医学の随証療法も同じ西洋医学の土俵の上にあるが、それが定着するのも西洋医学治療体系の地盤であることが必要である。わが国には、漢方医学治療体系の地盤はないことを明確にしておく必要がある。

2) 漢方治療の西洋医学的治療体系への定着（漢方のEBM）

漢方医学の治療が西洋医学治療体系へ定着するためには、西洋医学の治療と同じく西洋医学的評価を受けることが条件になる。治療法の評価は一般にEBMの場合、二重盲検比較試験（DBT）の成績で行われることになる。西洋医学の治療法の場合、疾患治療であるので対象を疾患におくことが出来るが、漢方医学の治療法の場合、随証療法であり、本質的には疾患の治療法の評価法DBTにはそぐわないことは明らかである。この問題の解決は困難であるが、これに対応する方法を考えられないと、漢方医療の日本の医療への定着は困難ということになるので、現在種々の方法が検討されている。その一つに経験を重視したNBM（Narrative Based Medicine）があるが、未だ確立しているとはいえないのが現状である。

6. 漢方薬、漢方治療の西洋医学的評価

東洋医学の融合を確立するためには、漢方がわが国の医療体系すなわち西洋医学の医療体系に定着すること、言い換えれば西洋医学の立場からみて有用性を認められるようになることが必要である。具体的には西洋医学的評価に耐えることが要求されるわけである。その中でも現在特に必要とされているのは、漢方薬に関してはその臨床的有用性の評価と作用機序の解明であり、漢方治療に関しては随証療法と疾患療法の評価である（表4）。

1) 漢方薬の西洋医学的評価

表4に示した項目は現在行われている漢方薬の評価についてであるが、厳密な医薬品（西洋薬を含めて）の評価方法は表5に示すように行われる必要がある。すなわち、規格、前臨床試験、臨床試験の成績が必要であるが、現在の処漢方に関しては十分な検討が行われていないのが現状である。将来、漢方薬についてもこれらのすべての項目について正確なデータが得られれば、西洋医学的な評価は完全になり、定着は確実になる。中でも必須の項目は、第三相試験（DBT）の成績と規格である。特に規格は重大な問題で、これが

表4 漢方の西洋医学的評価

1. 漢方薬
1) 臨床的有用性の評価及び再評価*1（DBT*2）
a. 有効性
b. 安全性（副作用）
2) 作用機序の解明
2. 漢方治療
漢方薬の使い方の評価
1) 随証療法
2) 疾患療法

\*1 既に認可されている医薬品の評価（第四相）

\*2 二重盲検比較試験

表5 医薬品の評価

1. 規格・安定性
2. 前臨床試験
a. 毒性試験
急性, 亜急性, 慢性, 生殖毒性, がん原性
b. 薬効薬理/一般薬理
c. 薬物動態
3. 臨床試験
a. 第一相試験
b. 第二相試験
c. 第三相試験（DBT：二重盲検比較試験）
臨床的有用性：薬効, 安全性
d. 第四相試験（PMS）*
大規模臨床試験

\* 承認後の試験

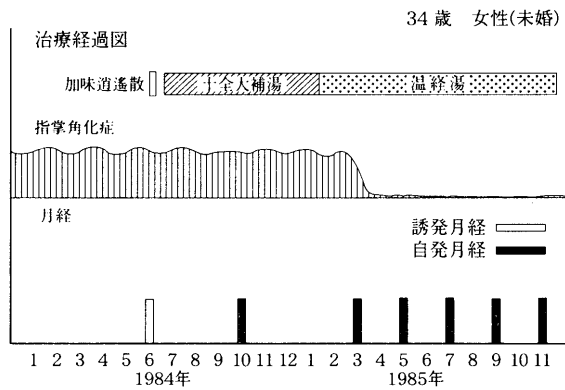


図8 指掌角化症と月経不順に対する温経湯の効果 (自験例)

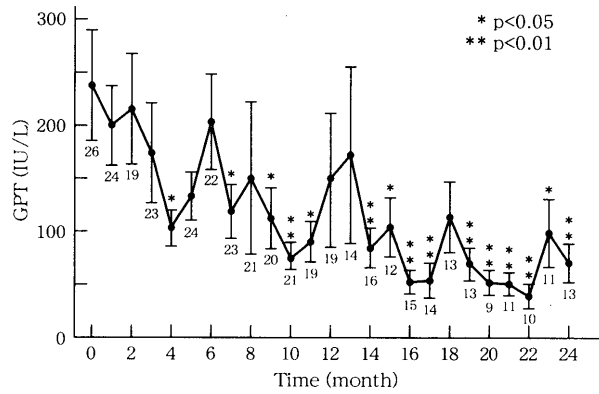


図9 慢性B型肝炎のGPT値に対する小柴胡湯の効果

確立出来ない限り、漢方薬は西洋医学の新薬と同等の評価を得ることは困難である。

我々は漢方薬の規格に関しては、力価規格が唯一の方法でないかと考え検討を重ねている。

a. 漢方薬の有効例

漢方療法は随証療法であり、疾患という集団の治療でなくて個別の患者の治療であり、EBMになじまない点で評価がしにくいのが問題である。むしろNBMの立場から経験の評価が確立されることが望まれている。そこで我々が経験した漢方の有効例について述べる。

第一例は34才女性、無月経と指掌角化症に温経湯が劇的効果を示した症例である(図8)。本例は長らく無月経が続くと共に、重症の指掌角化症を示していた。西洋医学的治療が無効で、漢方療法を行った。加味逍遙散、十全大補湯は無効であったが温経湯を使用したところ、1ヶ月で指掌角化症が治癒すると共に正常な月経が発来した。この様に、奇跡的な漢方薬の効果例を経験するとその有用性を感じさせられるが、他の症例での再現性が乏しい点が問題である。

我々の経験では、こむらがえり(有痛性痙攣)に対する芍薬甘草湯の有効率は極めて高く、72.1%にのぼった。その他、不定愁訴に対する加味逍遙散(有効率54.8%)、糖尿病性神経障害に対する牛車腎気丸(有効率39.5%)などが有効性の感触が得られた例の一端である。また慢性B型肝炎に対する小柴胡湯の肝機能改善効果も有効性が期待された(図9)。(大澤・増井 1995)

以上是我々の経験の一端を示したにすぎないが、漢方薬の有用性は明らかに感じ取れる。ただこれをEBMの土台にのせるのは困難な点が多いというのが一般的な西洋医学の立場からの見方であると考えられ

る。

b. 漢方薬の臨床的有用性の評価及び再評価

前にも述べたように多くの漢方薬のエキス剤が保険診療に適用されたが、その際に厳密な評価がなされて居らなかったこともあり、その有用性がなかなか評価されなかった。そこで最近、その臨床的有用性を確認するために二重盲検比較試験により、一部再評価が行われ、その有用性が確認されるようになった(慢性肝炎/小柴胡湯、こむらがえり/芍薬甘草湯、脳血管障害/釣藤散など)。現在使用されている漢方薬の処方薬は100種を越すが、これらすべてについて確実な再評価が行われることが、漢方薬の定着に重要であると考えられる。

c. 漢方薬の安全性

漢方薬の副作用は、胃腸症状などの軽度のものを含めると少なくないが、重篤な副作用は稀である。ただし慢性肝炎治療の小柴胡湯による間質性肺炎の副作用は大きな問題を引き起こした。その頻度は稀であるが、死亡例が出たことが漢方の安全神話を崩壊させ、小柴胡湯のみならず漢方薬全般の使用が減少する結果をまねいた。一方同じ慢性肝炎の治療に用いられているインターフェロンも同じように間質性肺炎の副作用を引き起こすことが知られたにもかかわらず、その使用は全く減ずることなく続けられている。同じ目的で使用され、同じ重篤な副作用を引き起こしながら、小柴胡湯とインターフェロンとはその扱い方が全く異なる点は注目に値するところである。両者の問題点を比較した表6を見てもその理由は明らかでない。ただしこの現象から言えることは、小柴胡湯の慢性肝炎への使用は定着したものでなかったということである。この問題から見ても、漢方の西洋医学体系への定着の努力は急ぐ必要があることが明らかである。(大澤 1998)



表6 慢性ウイルス性肝炎の治療

	インターフェロン	小柴胡湯
薬効	肝炎ウイルス血症の改善	肝機能改善
作用機序	抗ウイルス作用	免疫賦活作用
目標	肝癌の発生抑制	肝癌の発生抑制
副作用	間質性肺炎 インフルエンザ症状 鬱病, 自殺 内分泌異常	間質性肺炎 偽アルドステロン症
用法	注射	経口

## 2) 漢方医療の西洋医学的評価

漢方薬の使い方に関しても西洋医学的評価が必要である。漢方薬を西洋医学的に、すなわち疾患療法的に使用できる場合は評価は容易である。例えばこむらがえりに対する芍薬甘草湯の効果は、証に関係なく使用でき、疾患療法的に用いるので問題はない。ただしこの様な例は多くなく、漢方医学的には随証療法として用いるべき漢方薬の評価が問題となる。例えば気管支喘息に対する小青龍湯の効果の評価する場合、西洋医学的に疾患療法として評価することは出来るが、小青龍湯の証でない症例の扱いが問題となる。この様な場合は、患者の層別において証の項目をつくることの一つの方法として考えられる。漢方薬の西洋医学的評価が基本的には疾患単位で行われるので、その様な対応が必要と思われる。

## 3) 漢方薬の作用機序の解明

漢方薬が西洋医学の医師にとって使い難い理由の一つに、その作用機序が西洋医学的に明らかでないことが多い点あげられる。逆に言えば小青龍湯は気管支喘息に用いられるが、その成分に麻黄が含まれ、麻黄はメチルエフェドリンを含むので、西洋の医師にもその使い方が理解できるというわけである。

### a. 有効成分

漢方薬の有効成分の分析の研究は進んでいるが、その中から医薬品として認可されるに到っているものは多くない。

麻黄：メチルエフェドリン

甘草：グリチルリチン

大黄：セノサイド

黄芩：バイカレイン

などが代表的なものである。

### b. 漢方製剤の作用機序

漢方薬そのまの作用機序の研究は進んでいるが、西洋医学的な評価は十分ではない。その中で、補剤を中心とする多くの漢方薬が免疫賦活作用を有し、

BRM (Biological Response Modifier) として作用することが知られている。これのがんや感染症に対する生体防御に有用であるとされるが、その効果は西洋医学的評価には未だ充分でない処が多い。ただし免疫賦活作用を有する多くの漢方薬がその BRM 作用により、生体防御に働くと共に、患者の愁訴をとり、QOL をよくするという効果があることはよく知られており、漢方薬の有用性の一つであるところから我々はその作用機構の解明を検討している。その一部を次項で紹介する。

## 7. 不定愁訴に対する漢方療法の研究

愁訴、あるいは不定愁訴の治療は漢方療法の最も得意とする領域であることは前にも述べたが、その作用機序は全く不明であるため、西洋医学的には取りつきにくい課題である。逆に言えば、漢方療法のシンボルでもある不定愁訴に対する作用機構の解明は、大きなインパクトを与えると考えられる。ここでは我々の検討成績について紹介したいと思う。(大澤 2000)

### 1) 不定愁訴の発生機序 (サイトカイン仮説)

漢方薬の愁訴、不定愁訴に対する優れた治療効果の作用機序を解明するためには、まず愁訴、不定愁訴の発生機序が明らかである必要があるが、現在のところ殆ど不明といってよい状態である。

我々は以前から、免疫系の情報伝達因子であるサイトカイン、特にインターフェロン (IFN)、IL-1、IL-6、TNF などに興味を持ち、特にこれらのサイトカインの生体機能に及ぼす効果の研究を行ってきた。ヒトにおいて IFN、IL-1、IL-6、TNF などを投与したり、あるいは生体内に増加する状況下では、サイトカインが中枢神経系に作用し、発熱のほか全身倦怠感、頭痛、食欲不振などの愁訴を引き起こすことが明らかとなった (図 10 上段)。ちなみに IFN は抗ウイルス作用、IL-1 はストレス反応、IL-6 は抗体産生、TNF は抗腫瘍作用を示すサイトカインである。これらは炎症性サイトカインとも呼ばれている。

いずれにしてもこれらの炎症性サイトカインは、免疫系の組織において免疫機能を調節して生体防御作用を発揮するほかに、中枢神経系へ到達して中枢神経効果、特に愁訴をひき起こすというわけである。この機構を理解するためには、生体調節系としての神経・免疫・内分泌のトライアングルについて検討する必要がある。

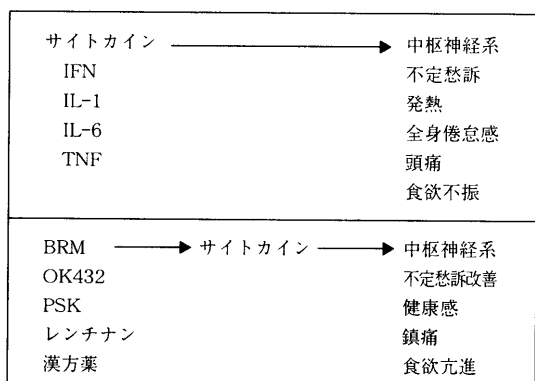


図10 サイトカインとBRMの中枢神経効果

## 2) 神経・免疫・内分泌のトライアングルからみた愁訴

最近生体の機能は、神経系、内分泌系、免疫系の3つの系が、それぞれの情報伝達因子、すなわちニューロトランスミッター、サイトカイン、ホルモンを介して相互に連絡しあいながら調節されていることが明らかとなり、この調節系を神経・免疫・内分泌のトライアングルと呼んでいる(図11)。ここで細菌や悪性腫瘍などの異物刺激が生体に加わると、まず免疫系が応答し、サイトカインを放出して生体防御反応を引き起こす。その際、放出されたサイトカイン、すなわちIFN、IL-1、IL-6、TNFなどは中枢神経系に到達し、視床下部を中心に作用し、発熱及び各種の愁訴を発生すると考えられる。これらのサイトカインはまた内分泌系へも作用を及ぼすことが知られている。(大澤 1997)

## 3) 愁訴とサイトカイン

サイトカインの放出を引き起こす病態をまとめると図12の如く、細菌感染症(IL-1, IL-6)、ウイルス感染症(IFN)、悪性腫瘍(TNF)、更年期障害(IL-6)、ストレス(IL-1)などがあげられるが、これらの多彩な病態から放出される炎症性サイトカインによって、同じ様な愁訴をひき起こすことが考えられる。このようにして、愁訴の発生機序としてサイトカインが関与している可能性が考えられるようになったわけである。これを愁訴のサイトカイン仮説と呼んでいる。

## 4) 漢方薬を含むBRMの中枢神経効果

十全大補湯、補中益気湯などの漢方薬、OK 432(ピシバニール)、PSK(クレスチン)、レンチナンなどの免疫賦活作用を有するBRM類(Biological Response Modifier)は、免疫系に作用して、免疫担当

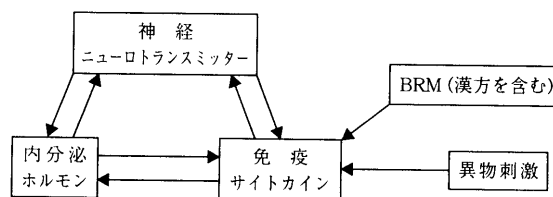


図11 神経・免疫・内分泌のトライアングルと生体反応の調節

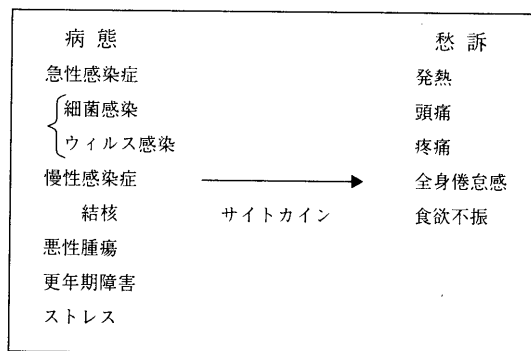


図12 愁訴の発生機序

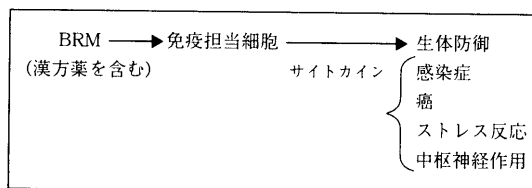


図13 BRMとサイトカインの生体作用

細胞を刺激し、各種のサイトカインを放出して生体防御反応を示すと共に、中枢神経系にも作用することが知られている(図13)。ところがこのBRM類をヒトに投与すると、中枢神経系に作用して、不定愁訴の改善、健康感、鎮痛、食欲亢進といったQOLの改善効果を増すことが明らかとなった(図10下段)。

前述のように、炎症性サイトカインは愁訴を誘発するが、BRM類はサイトカインの放出を介して中枢神経系に作用するにもかかわらず、逆に愁訴を改善し、QOLをよくする作用を示す理由は現在のところ不明である。ただ何れにしても漢方薬の愁訴、不定愁訴の改善効果は免疫系に働き、恐らくサイトカインのバランスの調節を介して発揮される可能性が示唆される。

今後の研究によって、漢方薬の不定愁訴改善効果がサイトカインと関連して解明されることを期待している。

## 8. 東西医学の融合による治療の実際

以上、東西医学の融合に関する問題点について種々の検討を加えて述べてきたが、現在の段階で東西医学

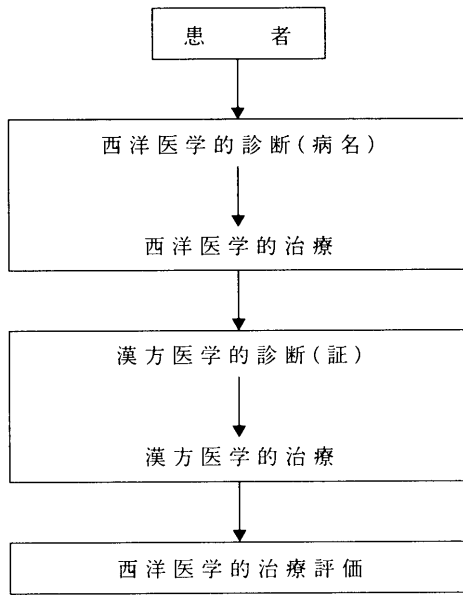


図14 東西医学の融合による治療体系

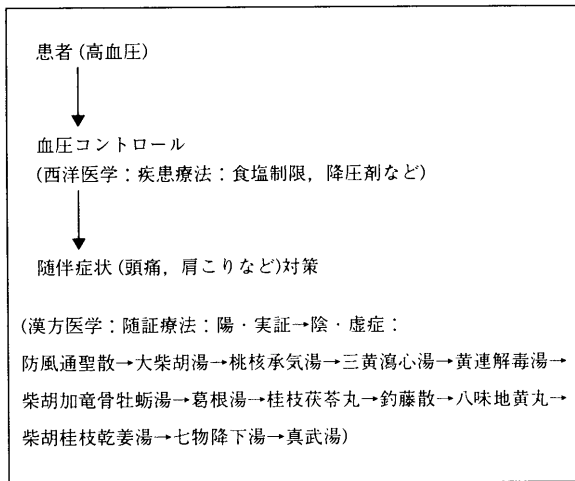


図15 高血圧の東西医学の融合療法

を融合した医療を実施する上での問題点について触れておきたいと思う。

実際的には図14に示すように、患者が受診した場合、まず西洋医学的に十分対応し、必要に応じ西洋医学的治療を行った上で、その治療が不十分な際、あるいは西洋医学的には有効な治療法がないような場合には、東洋医学的に診察、証を診断して随証療法を行うことになる。そして東西医学の治療効果の判定は、西洋医学的に行う必要がある。

具体的な例として、高血圧と糖尿病の東西医学融合治療について図15、16に示した。本態性高血圧の治療の場合、まず血圧のコントロールは西洋医学的に行い、食塩制限、降圧剤を必要に応じて用いた後、随伴症状の頭痛、肩こりなどの対策として漢方療法を行う。

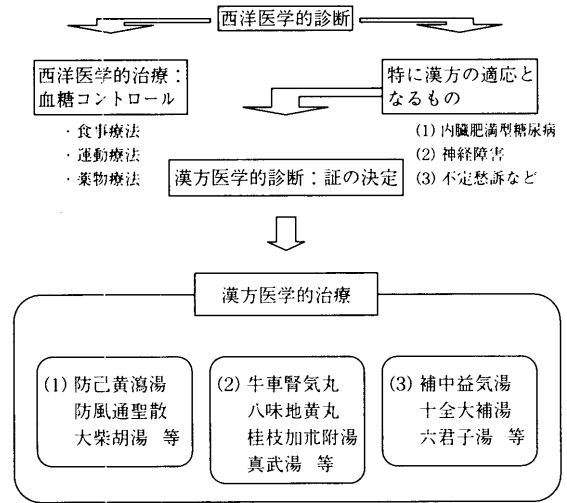


図16 糖尿病の東西医学の融合療法(吉田, 大澤)

この際、随証療法として、高血圧の適応のとれている漢方薬を証に従って使用するとよい。

糖尿病の場合、やはり血糖コントロールは西洋医学的に確実にいき、その後漢方の適応と考えられる内臓肥満型糖尿病、糖尿病性神経障害、不定愁訴などに対して漢方医学的に診断し、証を決定、随証療法を行うようにする。我々は現在このような方法で東西医学を融合した治療法の検討を進めている。

## 9. 終わりに

東洋医学と西洋医学の融合は、21世紀の患者中心の医療体系を確立する一環として、重要な意義を有している。ただし、現在のところ東洋医学はわが国の医療体系に定着して居らないために、この定着問題を解決するのが最も重要であると考えられる。もしこれが成功すれば、超高齢社会の日本の医療に大きな意義を有するものになると確信している。

### 引用文献

- 大澤仲昭：現代医学と漢方. 治療 71 (8) : 1671-1673, 1989
- 大澤仲昭：成人医療における東西医学の融合. Progr. Med. 14 (6) : 1792-1805, 1994
- 大澤仲昭, 増井義一：わが教室における漢方外来の実際. 産婦人科治療 71 (6) : 646-650, 1995
- 大澤仲昭：神経・内分泌・免疫相関と漢方. Progr. Med. 17 (4) : 806-811, 1997
- 大澤仲昭：小柴胡湯による間質性肺炎. 日本東洋医学雑誌 49 (3) : 346-348, 1998
- 大澤仲昭：藍野加齢医学研究所の設立とその目指すもの. 藍野文庫 15号 1-10, 1999

大澤仲昭：東洋医学融合の立場からみた長寿. 日本東洋  
医学雑誌 51(2)：206-214, 2000

大澤仲昭, 裏辻嘉行, 後山尚久, 寺澤捷年：21世紀の医  
療における漢方の役割. 日本東洋医学雑誌 51(5)：  
899-939, 2001

大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎：漢方診察の実際, 改  
訂版. 南山堂, 1954

日本東洋医学会編：日本東洋医学会50年史(石川友章  
編). 社団法人日本東洋医学会, 東京, 2000