

日本中医学会雑誌

第9巻 第1号 | 2019年5月

2019年5月15日発行（年2回発行）

ISSN 2185-8713



● 巻頭言 ————— 吉富 誠 1

● 学会講演 第7回日本中医学会学術総会

会頭講演

現代における経絡病証の概念—胃経を中心として—

————— 篠原 昭二 2

招待講演

近年の中国における針灸の経絡弁証の応用に関する現状分析

————— 趙 吉平 11

近年来中国针灸临床经络辨证研究现状分析

————— 趙 吉平 24

シンポジウム⑥中医と漢方，対話と展開

中医と漢方，対話と展開—日本漢方の立場から

————— 木村 豪雄 33

中医学から見た日本漢方— ————— 平馬 直樹 39

中医と漢方の背景にあるもの—その医学思想の観点から

————— 加島 雅之 43

投稿規定 51 / 誓約書・著作権委譲承諾書 54 / 編集委員会 55

巻頭言

第7回日本中医学会学術総会は台風直撃のなか開催された。篠原昭二会頭はじめ準備委員は大いに気を揉んだが、予想以上の参加者で盛会であった。総合テーマは「日本における中医学の受容と役割」である。

日本中医学会総会がお江戸を離れ、初めて地方で開催されたのが今回の熊本総会である。熊本弁の「わさもん」漢字では「早生者」新し物好き、初めてが大好きという意味で、熊本を代表する県民性といわれている。

日本初のスクランブル交差点は1968年12月1日、熊本市の子飼交差点が発祥である。県警の担当者がニューヨーク5番街のスクランブル交差点からヒントを得た。

日本初の藩立医学校も熊本である。村井見朴が藩主細川重賢の命を受け、宝暦6年(1756)に開校した。山崎正董著『肥後医育史』に教育内容の詳細が記されている。素問靈樞・脈経・諸病源候論・難経・傷寒金匱・甲乙経・類経・千金方・肘后方・外台秘要・本草綱目が主なテキストとして講義に用いられた。藩立の薬草園も同時に作られ、本草学を重視した。明治初期、温知社と共に漢方存続運動の一翼を担った熊本の春雨社は医学校の流れをくむものである。

熊本の中医学を興した牟田光一郎先生も全国に先駆けて中医学を受容した「わさもん」の1人である。日中国交回復直後より、ほぼ独力で中医書を読み解き、『校釈諸病源候論』を出版した。ライフワークである『景岳全書』の邦訳も完結している。私は幸いにも平馬直樹会長の紹介で、研修医時代より牟田先生の手で中医学を学ぶことができた。有り難いことに弟子である私に対し、牟田先生は一切学問的束縛なくお付き合いいただいている。

熊本が育ててきた土壌から、加島雅之先生という大樹が育った。熊本赤十字病院で最先端の診療を行いながら、今回のシンポジウム「中医と漢方、対話と展開」では「中医と漢方の背景にあるもの」と題して、時代と東西を超えた講演をしていただいた。

学問に国境はない、学者には祖国がある。

日本人の学者がノーベル賞をもらったら嬉しいことである。しかし医学理論や学説は、より道理にかなっているか、実際の運用に有益であるかが肝要であって、どこの国の誰の弟子の説であるかは評価の対象外であるはずである。グローバルスタンダードの利権争いで学問がないがしろになってはいけない。師匠の説に限界があれば、乗り越えるのが弟子の役割である。中医学と日本漢方という国境も、乗り越えるべきボーダーである。日本中医学会こそが世界に先駆けて、古今東西の垣根を乗り越えることができる「わさもん」である。

梶原町立梶原病院 内科 (元日本東洋医学会熊本県部会会長)

吉富 誠

会頭講演

現代における経絡病証の概念 — 胃経を中心として —

篠原 昭二

九州看護福祉大学教授

要旨

鍼灸臨床において、経絡・経穴は必要欠くべからざる概念であることは、鍼灸臨床家であれば大多数が同意されるものであろう。しかし、診断・治療においてその定義は未だに明確にはされていないのが現実である。とくに、経脈を病んだときに出現する病証や治療可能な病症が何であるのかさえ明確にはされていない。

現在、最も重視されているのは、『靈枢』（経脈篇・第十）に記述される「是動病・所生病」が根拠とされていると思われる。

足陽明胃経を見ると、「是動ナレバ則チ洒洒トシテ振寒ス〔寒くてふるえる〕、善ク呻ル、数シバ欠スル、顔ハ黒イ。病ガ至レバ則チ人ト火トヲ悪ム。木ノ声ヲ聞ケバ則チ惕然トシテ驚ク、心ニ動ヲ欲スルヤ独リ戸ヲ閉ジ牖ヲ塞ギテ処ル。甚シケレバ則チ、欲シテ高キニ上リテ歌ウ、衣ヲ棄テテ走ル、賁響、腹脹、肝厥ノタメデアル。云々（以下略）」であり、

是動病：振寒、よく呻る、欠伸、顔色が黒い、病が至れば人と火を悪み、木声を聞けば惕然として驚き、戸を閉じ窓を塞ぎ一人おる。甚しければ高きに登り歌い、衣を捨てて走る。腹脹。

所生病：高熱による意識障害、汗が出、鼻血、口歪み、口唇の傷、頸腫、喉痺、大腹、水腫、膝の腫痛、胸、股関節、大腿外側、足前面が皆痛む。足の中指が使えない。気盛んなれば体の前が熱く、胃が有餘すれば消穀善飢、尿黄。気不足すれば、体の前が寒く、胃中寒すれば脹満。

以上が、足陽明胃経の病とされている。一方、素問／厥論／熱論／逆調論や靈枢／五邪篇／邪氣臟腑病形篇などの中にも、陽明経や胃の腑と関連する、病証が羅列されている。

日本の伝統鍼灸においては、臟腑と経脈については、理論的な区分は可能であるが、その病証については、時間経過とともに両者が混交して、明確に分けられなくなるものとする考え方がある。そうであるならば、種々の記述を一旦ばらばらに崩して、足陽明胃経の流注関連病証と内臓（臟腑）病証および精神症状に区分する方が理解を深めやすいものと思われる。

結論：足陽明胃経に関連する新しい病証概念

1. 経脈関連病証

- ①流注関連病証（足陽明経脈病証）：顔面紅潮，前頭（額）部のだるさ，上眼瞼の痙攣，上眼瞼の下垂，歯茎（上>下顎）の痛み，眼痛，鼻の乾燥及び鼻出血，口唇のできもの（瘡）かさつき，ひび割れ，口唇の歪み，咽喉痛（喉痺），頸部の腫痛（扁桃腺炎を含む），前胸部痛，膝関節水腫，足関節前面の腫痛，足背部の腫痛，下肢の発赤，腫脹，疼痛，冷感。股関節，大腿外側，足前面が皆痛む。足の中指が使えない。
- ②経筋病証（足陽明経筋病証）：顎関節痛，胸鎖乳突筋のひきつき感，腹直筋の痛み，背部の膈俞から三焦俞にかけての動作時痛，殿部の動作時痛，股関節前面の痛み，大腿前面の痛み，膝関節前面の痛み，下腿前面の痛み，足関節前面の痛み。

2. 臓腑関連病証

- ①臓腑病証（胃病証）：虐疾（寒熱往来：高热あるいは悪寒），腹部膨満，腹水，不眠，消穀善飢，腹脹（満），腸鳴，腹痛，尿黄色。
- ②精神症状：意識朦朧して譫言，狂躁，癡狂，躁状態。

はじめに

それでは経絡病証についてお話させていただきます。本日は次の4つについて話を進めていきます。

- ①鍼灸臨床のベースにあるのは経絡病証であるが，そのもとになっているのは是動病と所生病か。
- ②臓腑と経脈の病証を明確に区分することができるのか。
- ③経穴刺激の特徴と臓腑と経脈の関係はどうなっているのか。
- ④日本の伝統鍼灸，いわゆる経絡治療といわれるものは，臓腑と経脈を一体として診断・治療するシステムとして確立し得る可能性があるのではないか。

経絡病証のベースは是動病と所生病か

まず，この経絡病証は是動病と所生病がベースになっていると考えられます。鍼灸養成施設で使われている『新版 東洋医学概論』のなかでは「経絡の病理」という項目があります。ここでは，「経脈の病証は，『靈枢・経脈篇』に記されている是動病・所生病および十二経脈の病証を考察することが大切である。」「『是動病』は，主として経脈の機能が失調（変動）した時に現れる病証を，『所生病』は，本経の経気が異常な時に現れる病証を，その経の経穴が主治できることを説明している。」と記されています。

つまり，是動病・所生病といわれるものの，特に所生病は，本来的には経脈の異常が生じたときに現れるあらゆる症状群が網羅されていなければならないことを意味するわけですが，現実にはそうではありません。

『新版 東洋医学概論』の是動病と所生病について見てみると，「是動病を気の病，所生病を血の病とする」（『難経』二十二難），「是動病を本経の病，所生病を他経の病とする」（『難経』経积），「是動病は外因が起こすもの，所生病を内因が起こすものとする」（『靈枢集註』），「是動病を経絡の病，所生病を臓腑の病とする」

『十四経發揮和語鈔』とあるように、是動病・所生病の定義・概念自体、文献によって種々異なりがあることが見て取れます。

次に東洋学術出版社の『針灸学 [基礎篇]』のなかにも「経絡弁証」という項目が掲載されています。ここでは「外邪が人体に侵入すると、経気をめぐらせるはたらきが乱れ、体表では衛外機能が失調する。その結果、病邪は経絡を通じてだいに臓腑に入っていく。また逆に内臓の病変が経絡を通じて体表に反映されることもある。経絡弁証とは、体表の経絡およびそれが所属する臓腑に関連する臨床所見にもとづいて、疾病がどの経あるいはどの臓腑にあるのかを分析し、判断する弁証方法である。」と定義されています。ここでは、経絡弁証というものが経絡の異常だけでなく、臓腑の異常も包含するものであることが明記されています。

それでは、『靈枢』経脈篇の足の陽明胃経の病証を見てみると、「これ動ずれば洒洒として振寒し……」と、いろいろありますが、寒気がする、よく呻る、欠伸が出る、顔色が黒くなる、病が重くなれば人と火を嫌がる、木の響きを聞けば惕然として驚く、戸を閉じ窓を閉め一人でいる、というような鬱病の病証の記述も、足の陽明胃経の是動病のなかに出てきます。そして甚だしければ高いところに登って歌い、衣服を脱ぎ捨てて走る、という躁状態を表します。その他、所生病には高熱による意識障害や、自汗、鼻出血、口の歪み、口唇の傷、首の腫れ、喉の痛み、腹の腫れ、むくみ、膝の痛み等々、という記述が出てきます。

また『針灸学 [基礎篇]』のなかでも足の陽明胃経の病証が記述されていますが、なぜかここでは足の陽明胃経の病証を臓腑の病証と経脈の病証と分けて記述しています。この臓腑の病証と経脈の病証というのは是動病・所生病のなかにはみられない概念です。ところがここで示されている症状のうち、発熱、鼻血、頸部の腫れ、口眼歪斜、乳房部の疼痛などは所生病の症状で、是動病の項目には含まれていません。すなわち、所生病の症状は一部記述されていますが、『針灸学』の足の陽明胃経の経脈病証のなかには、是動病の記述は登場しません。

さらに『針灸学』のなかでは、臓腑の異常の是動・所生はほとんどないのですが、「臓腑病証」という項目が設けられています。臓腑病証と経脈病証を併記することに1つの大きな意味があるものと思いますが、なぜそう分類することが可能なかという説明はありません。

以上をまとめると、是動病・所生病というものを、経脈の病証として臨床で使うことははなはだ不完全であり、不十分であるということです。臓腑の異常に関する記述も包含されてはいるものの、病証としての臓腑および経脈の異常に関する記述は、是動病・所生病だけでは明確ではないといわざるを得ません。さらに、中医学の経脈病証の記述も、是動病・所生病をベースにするといいつながら、それも明確にされていないというのが現状であると思われます。

■ 臓腑と経脈の病証は区分できるか

次に臓腑と経脈の病証は区分ができるか、ということについて見ていきます。

経絡の臨床的意義は、土屋書店が復刻出版した（もとは刊々堂）上海中医学院編の『針灸学』において、「膝以下の穴位は、一般に胸部、腹部、頭部、顔面、胃腸、咽喉、口部、鼻部の各部位の病症を治療することができる。経絡臓腑における相互の連係によって、胃経の穴位に針灸を行えば、脾臓に対して一定の作用を起こ

すと同時に、全身に対してもまた広範な作用を持つことができる。」と記述されています。

すなわち、経穴というのは、主治病症だけでなく、経絡を介して治効作用を有することが明記されているわけです。

是動病・所生病については説明しましたが、それ以外にも上海中医学院編の『針灸学』には、外経病候と内臓病候という記述があります。

さらにその他の文献のなかには、『靈枢』五邪篇で「陽気有余、陰気不足の場合は熱が中にあり、よく飢える」とか、「陰気有余、陽気不足の場合は寒が中にあり、腸鳴し、腹痛む」など、その他に『素問』の厥論篇では「喘咳して身熱、よく驚き、鼻血、嘔血する」、また『靈枢』邪氣臟腑病形篇では、「腹部膨満、胃脘が心にあたって痛む、両脇の痞え、膈と咽と通ぜず、飲食降（くだ）らず」、『素問』熱論では「身熱あれば目が痛み、鼻乾き、臥せるを得ず」というように、種々の文献のなかには、胃の腑に関するもの、あるいは陽明経脈に関する病証というものが散見されます。

つまり、古典の記述というのは、臟腑に関する病証、経脈に関する病証としてまとまったものは存在していないということです。

臟腑・経脈の病証というのは『内経』にも散見されます。経穴への刺激自体は、臟腑にも経脈にも作用することが明確にされています。つまり『内経』をベースとして、臟腑や経脈、経筋の病証を総合的に整理・分類する作業というものが、現代のわれわれに課せられた仕事ではないかと思われまます。

■ 経穴刺激の特徴と臟腑・経脈との関係

次に、経穴刺激の特徴と臟腑と経脈の関係はどうなっているのかということについて述べます。

経筋の研究をするうえで、多くの症例に対して鍼治療を行いました。

足の内庭、外・内庭、俠溪といった足の陽明経脈・経筋の榮穴・兪穴に相当する部位の経穴ですが、その場所に皮内針を0.5mmほど軽く刺すと、刺入した直後から膝関節前面の痛みは有意に減少します。

一方、同じように股関節前面の痛みを訴える症例に対して、内庭、外・内庭、俠溪に皮内針を0.5mmほど刺しても股関節の動作時痛は軽減します。また、内庭、外・内庭、俠溪の圧痛点に皮内針をすると、顎関節の開口時痛も明らかに減少します。

以上のことは、ルート上に位置する動作時痛を、内庭、外・内庭、俠溪といった足の陽明経脈・経筋の経穴刺激により鎮痛効果を引き起こすということがいえるわけです。つまり経脈・経筋のルート上の症状であれば、同一経脈・経筋の末梢のツボ刺激によってその症状を軽減することができることを意味します。

一方、膝の前面の痛みを訴える患者に対して、榮穴・兪穴に圧痛があるのかを調べてみました。すると、内庭、外・内庭、俠溪の場所には、77%、62%のケースにおいて圧痛が認められました。

そこで、実験的に大腿四頭筋の遅発性筋痛（DOMS）を作り、運動負荷を加えて24時間後にそれぞれの経穴相当部位の圧痛閾値がどうなるかを調べました。すると、24時間後に筋肉痛が出現した段階で内庭穴の場所において、有意な痛覚過敏が起きました。いわゆるツボ現象が発現するわけです。筋肉痛が生じた

段階で内庭にもツボ反応・圧痛が明らかに出現することがわかりました。

そこでその内庭穴に鍼刺激として皮内針を0.5mm刺しました。すると、筋肉痛は軽減しました。一方、対照群とした内通谷への刺激では筋肉痛はあまり変わりませんでした。

また、膝関節を伸展するときの大腿四頭筋部の痛みについても調べてみたところ、内庭に皮内針をすると、痛くなく動かせる範囲が広がりました。しかし、内通谷の刺激ではほとんど痛みを生じない角度の拡大というものは起こりません。すなわち、大腿四頭筋の遅発性筋痛に対しては内庭穴の刺激が鎮痛効果を発揮しますが、内通谷刺激では鎮痛効果は観察されないことがわかりました。

そこで、今回も手伝ってもらっていますが、高橋信博先生に大学院の研究として、上腕二頭筋の遅発性筋痛を作成し、そのときに魚際相当部位の第1中手骨の底部・体部・頭部に当たる場所と、対照群として第5指の小指球に当たる第5指の底・体・頭部の3カ所に焦点を絞って圧痛閾値がどうなるのかということで、上腕二頭筋の筋肉痛が出来た段階で、母指球と小指球で圧痛がどうなるのかを調べました。すると、魚際穴相当部位の母指の第1中手骨の底部・体部・頭部においては、3カ所ともに痛覚過敏が出現しました。一方、小指球の第5中手骨の底・体・頭部の部分では、24時間後に痛覚閾値の過敏というものは出現しませんでした。つまり、小指球には顕著な反応というものは見られませんでした。

そこで魚際穴に3mmの切皮置鍼をしました。すると、屈曲時の上腕二頭筋の痛みや、肘関節伸展動作の痛み、屈伸動作時の引きつり感、といったものをみた場合、無刺激コントロール群に対して魚際穴切皮置鍼群では有意な鎮痛効果が認められました。したがって上腕二頭筋の筋肉痛に対しては、魚際への鍼刺激、切皮置鍼が明らかに効くということがわかるわけです。

つまり、筋肉痛は上腕二頭筋に起こっていますが、筋肉痛が生じたときには母指球の場所に痛覚過敏が生じ、その痛覚過敏の生じた魚際穴付近のツボに鍼を切皮置鍼したら、上腕二頭筋の筋肉痛が軽減することがわかったわけです。

また、口唇がひび割れる、唇がカサつく、口角が切れる、アクチが出来るという人、またそういう場合、大迎・頬車の部分をこすると非常に痛みが起きます。時には顎関節の開口時痛が起きます。そういう場合に、前胸部の胃経・腎経・肺経・脾経を触ると、明らかに胃経上に痛みが出現することがわかりました。

また同様に単徑部でも、その内側から外方5分は腎経、2寸が胃経、2寸5分が肝経、3寸5分が脾経、6寸が胆経というように、単徑靭帯に応じて外方に経脈の走行が認められていますが、口角が切れる、口内炎が出来ると、唇がカサつくといったケースでは明らかに正中線の外方2寸の気衝の辺りが腫れて硬く痛くなります。また、そういうケースでは、膝関節前面に炎症を起こすことが高頻度に見られます。膝蓋骨を母指と次指でつまんで、ゴリゴリと上下にこすると、その膝蓋骨周辺が痛くなったり、あるいは膝蓋骨の関節面の圧痛、膝蓋骨を内側に寄せて出てきた内側の部分の関節面をゴリゴリと膝の後ろ側からこすってやると、非常に痛いという所見がみられます。

したがって、胃経あるいは唇の異常がある人は、PF関節の異常が出現しやすいということがわかります。ですから、口内炎やアクチなどは胃熱ですので、膝の関節水腫なども生じやすいわけですが、そういう症例においては内庭・外庭・俠溪といった鍼治療がすごく有効です。その背景としては、暴飲暴食やストレス

による肝胃不和といったものが関連していることが多く、起座動作時に膝蓋大腿関節部の炎症、痛みを訴えるケースが多いというような、一連の胃経にまつわる現象を観察することができます。

それから、顎関節症は足の陽明経筋病として内庭・外内庭・侠溪への刺鍼が奏功しますが、顎関節症は足の陽明経筋が深く関わっています。

顎関節には手の陽明経筋も関与していますが、臨床的にも圧倒的に足の陽明経筋が深く関わっていると考えています。それは実際に鍼治療をしたときに、二間・三間に鍼をするよりも、内庭、外・内庭に鍼をしたほうが遙かに顎関節の開口時痛の減少がみられるからです。

また、顎関節症の発症は、悪化要因として歯ぎしりが非常に大きく関わるのですが、いびき・歯ぎしりというのは胃熱によって生じるので、胃熱によって生じる歯ぎしりを、内庭・外内庭の瀉法というものは胃熱を去ることから歯ぎしりを減少させる、歯ぎしりを起こらなくすることができます。そういう意味で、悪化要因を緩和する、緩和しながら顎関節の開口時痛を止めるという治療が、いわゆる本質的な治療になるだろうと思われれます。それに対して、上関や下関といった顎関節局所の圧痛点に鍼をすることによって、歯ぎしりを止めることができるのかどうかということが問題といえます。

その意味から、顎関節症の発症要因としての歯ぎしりを、胃熱を改善しながら顎の痛みを止めるということもできるということで、これが臟腑に働きかける末梢の経穴刺激を使った治療効果といえるのではないかと思います。

■ 腎臓結石の自験例

私事で恐縮ですが、7月28日の夕方の5時頃、突然に左の腰部（腎俞の奥）に鈍痛を自覚しました。ドスーンと痛くなってきて、左の腰部全体が鈍く重苦しく痛くなって、体の動きには関係なく、姿勢にも影響されませんでした。痛みの場所と性質から、腎臓結石が落ちて尿管に入ったと考えられました。1時間ほどして、痛みはピークになって、絞られるような強い鈍痛に変わって、血尿が出ました。左の腰部から下腹部、ペニスにかけて、ジンジン、ビリビリとした放散痛を自覚して、空腹だったのに食欲はまったくなく、冷や汗と自汗があって、かけていたクーラーの冷気が肌に刺さるようでした。近医の泌尿器科に時間外に連絡をしたところ、先方から返ってきた言葉は「我慢できませんか？ 我慢できないようなら来てもらっても構いません」と、「大したことがなければ来るな」と言われているようで、様子を見ることにしました。ただ、我慢していても仕方がないので、鍼をすることにしました。

改めて見てみると、下肢の腎経に沿って索状の緊張と圧痛が下腿部に明確に出ていることがわかりました。舌は淡白、胖嫩。舌の奥は薄黄膩苔。下腹部の左側の腎経に明確な硬い索状の筋と圧痛がありました（右側の腎経・任脈にはなにもない）。前胸部の腎経にも緊張・圧痛があり、腓腹筋の内側頭にも反応がありました。足の少陰経脈・経筋の異常がある場合、腓腹筋内側頭に緊張・圧痛が顕著に出現します。腓腹筋外側頭の緊張・圧痛は足の太陽経脈・経筋病の診断ポイントとして非常に価値が高いと考えていますけれども、腓腹筋内側頭に反応がありましたから、明らかに腎経だということがわかりました。脈はやや数で、左関尺

に弦がみられました。

以上から明らかに腎経の経脈病証だということがわかりました。もちろん臓腑病もあるわけですが、尿管結石という器質的な病変によって経脈系統にも明確な反応が出現することがわかりました。そこで、足の少陰腎経の気滯・血瘀と判断して、左通谷に速刺速抜の瀉法を施し、復溜と陰谷に2mm ぐらい置鍼して、軽く旋捻をして、10分くらい置鍼しようと思ってそのまま放置していたら、5分くらいで痛みがスッと軽くなっていきました。そしてその後徐々に血尿の色も薄くなり、黄色く変化していきました。

ところが、実際に石が出たのは8月18日でした。長径9mm、短径7mmのギザギザした石が突然出てきました。内径5mmの尿管の中に長径が9×7mmの尖った石が入るわけですから、尿管が傷ついて血尿が出るのも納得できましたが、そういった痛みも鍼によって解消できることを経験できたことは個人的には非常に大きな収穫でした。また器質的疾患でも経脈系統に明らかな所見が出現することがわかったことも大きな収穫でした。

以上をまとめると、末梢の経穴刺激は経筋ルート上の動作時痛を軽減あるいは消失させることができます。また、局所に炎症があれば、たとえば二頭筋の炎症は母指球に、大腿四頭筋の炎症は内庭・外内庭のところに痛覚過敏を生じさせます。そしてその圧痛点に対して何らかの鍼刺激をすると、もとにあった局所の痛みを軽減させることができます。

さらに、唇の異常、あるいは口内炎といった口の異常は、胃経や胃の腑の異常によって生じることが非常に多く、経脈・経筋ルート上の膝蓋大腿関節の膝蓋骨の過敏性を高め、膝蓋大腿関節部の痛みを起こすことがわかってきました。

整形外科で「胃の調子が悪くなって、膝が悪くなりました」なんて言えば、笑われるだけですけれど、膝関節前面が痛い場合にお腹の調子を尋ねると、「歯の具合が悪くて、よく噛めなくなって、お腹の調子が悪いんです」ということを訴えられる患者さんもいらっしゃいます。

そのことから、東洋医学的には膝前面の痛みは、足の陽明胃経の経脈・経筋病で発症する確率が非常に高く、その場合は胃の腑の異常を背景にもっているケースが非常に多く観察されます。ですから、胃の調子を調べなければ、膝関節前面の痛みを解決することはできないということが、鍼灸学的な考えといえるわけです。

したがって、器官・臓腑・経脈の異常は相互に関連し、経穴上にその反応が反映され、反応のあるツボへの刺激は、臓腑および経脈上の愁訴の治効作用をもつということがいえます。

日本の伝統鍼灸は臓腑と経脈を一体とした診断・治療システム

日本の伝統鍼灸は臓腑と経脈を一体として診断・治療するシステムといえるのではないのでしょうか。経絡治療は脈によって異常を知って、『難経』六十九難でツボを刺激するという簡単な方式から出発しましたがけれども、今回の研究を進めていく過程で、実は経絡治療は相当優れた診断治療システムといえるのではないかと考えるようになりました。

臓腑の病、経脈の病、経筋の病というものを一体として認識し、異常経脈の切

経・切穴を含む四診情報を総括することによって、経絡異常、経脈病証というものを完成させることができるのではないかというのが今回の試案です。

そこで、足の陽明胃経をベースにして、新しい経絡病証の概念を提示したいと思います。

経脈関連病証としては経脈の流注上の病証、経筋の病証、そして臓腑関連病証として、たとえば足の陽明胃経であれば胃の腑の臓腑病証、それから胃の腑と関連する精神病証。さらに四診関連情報として望聞問切の項目をあげ、これらの所見があれば、陽明経脈、胃の腑および陽明経筋の異常だということを整理する作業が必要だと考えました。

経脈病証では、現状では顔面紅潮、欠伸、前頭部のだるさ、上眼瞼の痙攣、顔色が黒い、自汗、眼痛、鼻の乾燥および鼻出血、口唇の出来物、口唇の傷、口唇の歪み、咽喉痛、頸部腫脹、歯茎の腫れ、前胸部痛など、たくさん書いてありますけれど、これは文献によっていろいろと書いてありますので、ある程度網羅する必要がありますでしょう。そして症例を数多く集めることができれば、重要な病証と滅多に現れない病証といったものが徐々に整理されていくだろうと思います。

経筋の病証では、顎関節痛、腹直筋の痛み、股関節前面の痛み、大腿前面の痛み、足前面の痛み、背部の膈俞から三焦俞にかけての動作時痛、膝関節前面の痛みといったものがあります。足の陽明経筋病のギックリ腰というのがありますけれども、お腹を壊して軟便・下痢が続くというふうに脾が弱ると筋肉が障害されていき、同時に胃の腑も障害されて、重いものを持ったときに足の陽明経筋に沿ってギックリ腰様の痛みが出現した場合は、通常の治療ではなかなか取れませんが、陥谷・外陥谷や、脾俞、胃俞などを使うと、劇的に症状が軽減します。筋膜性腰痛や椎間関節性腰痛で治らないケースが、こういった足の陽明経筋病でギックリ腰として出現するケースがあります。

臓腑関連病証では、腹部膨満、腹水、不眠症、消穀善飢、腹脹、腸鳴、尿黄色。精神病証としては躁状態、癲狂、狂躁といったものがあげられます。

四診確認情報では、望診として舌中央部の状態、鼻翼の状態。脈診では右関上の脈差および脈状の異常。腹診では上腹部の異常。背候診では脾俞・胃俞・意舎・胃倉の所見。切経では前胸部や鼠径部の胃経上の硬結・圧痛、足背部の胃経上の温度変化といったものを見ることができます。

切経では、前胸部は正中の外方2寸が腎経、4寸が胃経、外方6寸の烏口突起内縁の第1肋間が肺経、第2・3・4肋間が脾経となっていますので、前胸部で簡単に腎経・胃経・肺経・脾経の異常をみることができます。

また先ほども述べましたけれど、鼠径部でも経脈の反応をみることができますが、女性の鼠径部の緊張・圧痛は月経前後で大きく変化します。たとえば、胃経の具合が悪い人は外方2寸ぐらいが幅が広く硬く痛くなりますが、それが月経が終わると徐々に改善します。脾経の悪い人は、正中の外方3.5寸、いわゆる鼠径靭帯の中央から外側が硬く腫れて痛くなります。そういった変化は、経脈の気血の状態によって左右されることもわかってきました。

その他、耳の前のところでは、耳門・聴宮・聴会というわずか1寸足らずのところには三焦・小腸・胆経という3つの異なった経脈のツボが配当されています。ですから、側頸部の異常がある場合、三焦経・小腸経・胆経のどの経脈・経筋の異常であるかを調べるのに、耳門・聴宮・聴会を同じ圧で押さえて、最も痛いと

ころが異常のある経筋だというふうに調べることもできます。同様に甲状軟骨上縁の高さの胸鎖乳突筋の前縁は胃経、中央は大腸経、後縁は小腸経というふうに、人迎・扶突・天窓の3穴も胃経・大腸経・小腸経の異常を診断するポイントになっています。

そうして見てみると、切経によって経脈の異常を知る術というのものも、少し工夫をすれば簡単に使えることがわかります。

足でも同じように、腎経と膀胱経の異常は、腓腹筋の内側頭と外側頭の緊張・圧痛として顕著に現れ、切れ味良く反応を見ることができます。

また足背部の温度変化についてですが、第1指、2指の間がホットスポットになっていれば、足の厥陰肝経に鬱熱があることを表しています。また、胃経に熱がある場合には足の第2・3・4指が温かくなっています。膝関節前面が腫れて、関節水腫が起こるケースは、足背部の熱感を簡単に触診で確認することができます。その意味で、足の母指や足背部の指の温度は、動脈系では個別支配を受けていないのですけれども、母指内側は脾経、外側は肝経、足の第2指外側・第3指外側は胃経、第4指外側は胆経、第5指内側は腎経、第5指外側は膀胱経というように、経脈の気血の状態を皮膚の温度から判断することも、非常に簡便ですけれども再現性が高く、興味深い反応だと思います。

西洋医学的には親指と小指で血流が違うといってもその説明はなかなか難しいのですけれども、経絡理論から考えると経絡の気血の循環状態がそれを反映すると考えれば非常に合理的に理解することができると思います。

その他、腹部の腹診もいろいろな臓腑の異常を反映します。漢方腹診・難経腹診・無分流腹診など、さまざまな腹診法がありますが、それらをそれぞれ独立して学ぶより、臓腑経絡といったフィルターを通してそれらを眺めてみて、もう一度整理してみると、合理的な腹診所見を読み取ることができるのではないかと思います。

臓腑の異常は、腹診や背部兪穴、脈診、舌診といったものに反映されやすいですし、また経脈の異常は脈差診、さらにそれぞれの経脈の切経・切穴といった方法で明らかにすることができますから、それぞれの経脈の異常を、望聞問切といった四診情報を再度整理することによって、明らかにすることができるのではないかと思います。

以上のことから、日本の経絡治療というのは、優れて発達した診断治療システムを包含した日本のオリジナルの治療方式といえるかもしれません。ご静聴、ありがとうございました。

招待講演 近年の中国における 針灸の経絡弁証の 応用に関する現状分析

趙吉平

北京中医薬大学東直門医院針灸科教授・針灸教育研究室主任

〔翻訳〕角南芳則

要旨

「経絡弁証」をキーワードに1997～2017年の20年間を対象に文献検索を行った結果、鍼灸臨床と密接な関連がみられる文献を約800篇得ることができた。ここ10年で文献の数は顕著に増加している。

一、臨床研究に関するもの

1. 約半数以上の文献が臨床研究であった。これには観察研究、症例報告等が含まれる。病症の種類としては関節の痛症が主で、例えば、頸椎症、腰痛、肩関節周囲炎、膝関節症、軟部組織の損傷及び小関節のずれ等がある。次に多いのが頭痛、季肋部痛、胸痛、月経困難症、骨盤内炎症性疾患などの内科、婦人科疾患である。その次に多いのが皮膚疾患で、にきび、しみ、帯状疱疹などである。それ以外にも末梢神経性顔面神経麻痺、乳腺疾患などがある弁証の主な根拠となっているのは十二経脈の体表での走行や奇経八脉及び経筋の分布などである。
2. ある専門家は、経絡弁証には十二経脈弁証、奇経八脉弁証と経別・経筋・皮部弁証の3つがあるとし、疼痛疾患は経絡弁証を用いることでとても良い臨床指針をえられるが、内科疾患の多くでは経絡弁証のみを用いるだけでは明らかに不足であり、内科の他の弁証方法と組み合わせる必要があると考えている。
3. 指摘しておかなければならないのは一部の臨床研究においては臓腑弁証の結果をもとに相応の経脈経穴を選んで論治しているという点である。一見経絡弁証をしているようであるが、実際には臓腑辨証を行っている。
4. プロトコール作成者が経絡弁証が内包しているものを十分に深く理解していないために研究デザインに制限がかかり、“部位／病候一経脈”という簡単な対応関係を経脈弁証として理解するという状態が現れ、鍼灸臨床における思考モデルへ

の探求に欠けている。

5. 経絡弁証をメインにした研究において、主穴の選択は基本的に弁証の結果を根拠としており、対応する経脈の経穴が選ばれている。
6. 経絡弁証に密接に関わる経穴の診察があまり重視されていない。また、刺鍼深度に関しては穴位のどの組織まで刺鍼するのかの説明がとても少ない。医師の鍼の感覚がどのようなものであるかについても説明がほとんどみられない。

二、文献研究に関するもの

文献研究に関連する文献は少ない。主なものとしては以下がある：

1. 現代文献分析。「経絡弁証」は臨床においてあまり重視して用いられてはならず、そのため証拠としての質も低い。また大多数のものは臨床症状と循経に現れた陽性反応点を根拠に経絡弁証を行っている。
2. 古代文献分析。『内経』の経絡弁証思想の研究が主である。あるものは臟腑経絡弁証を1つのまとまった体系とし、鍼灸学における伝統的な意味での経絡弁証とは異なる見方をする。あるものは“大筋として脈気の診断があり、ベースとして病候の診断があり、さらに経絡の伝変径路がある”とし、経絡弁証は、人迎寸口脈弁証、標本弁証、絡脈弁証、六経弁証、十二経脈弁証の5つに概括できるとしている。『内経』中における頭痛、腰痛、心痛、咳、熱病、瘡、痺症の7つの病症の鍼灸弁証方法の分析を通して、経絡弁証、臟腑弁証と形体弁証が『内経』における鍼灸弁証の主な方法である事がわかった。そのうち経絡弁証は十二経脈弁証に重きを置き、経脈循行と病候をその主な根拠としている。

三、実験研究に関するもの

実験の研究デザインは全身性の疾患、例えば、頭痛、蕁麻疹、便秘、骨粗鬆症、婦人科疾患などがよく選ばれている、経脈弁証をベースに、研究対象となる疾患を診断或いは治療できる特異的な経穴を探しあるいは検証し、経穴を探る際には「審、循、切、按」といった伝統的な方法を用いている。併せて反応点の病理変化に対して定性的な説明を加えている。また現代科学的手法を用いて音波、光、電気、熱などの異なる方面から経絡経穴に関連する指標に対して測定を行う、経絡経穴に対し客観的な定量化を試みることで徐々に一定の説得力を有する客観的な指標が次第に確立されつつあり、臨床に対しても一定の指導的価値を有する。

四、老中医による経絡研究の応用の特徴

老中医の経験を総括した文献は比較的多い：弁証段階に関しては、或いは、弁証の段階で病歴を聴取して経絡弁証を行う際に弁病位帰経と弁病候帰経を相互補完的に用いられるべきであるということ強調しているもの：或いは、その弁証の結論に対して更に奇経八脈、絡脈及び経筋理論を加えて補足するべきであるということ強調しているものなどがある。論治段階に関しては、選穴に関して歴代の教材において大きな差はなく、特定穴が多く用いられ、経穴への診察が強調されている。

五、近年の経絡研究のホットトピックス

文献研究に関しては、その内容が「いかに用いるか—なぜ用いるか—いかに用いるか」というような変化のパターンが見られるようである。臨床研究に関しては、

経絡弁証が実際に内包しているものへの理解とその規範化が強調されている。現在鍼灸臨床では中医内科の弁証思考モデルがそのまま用いられており、臟腑辨証が経絡弁証の代わりとして用いられているという弊害が存在する。いかにして鍼灸学科の特色と優位性を体現するような「理・法・方・穴・術」を一体とする独創性のある弁証論治思考モデルを確立するかということに対して再考と対策の考慮が行われている。

このたびは、5年ぶりに中国における経絡弁証の応用状況についてお話できる機会を与えていただき、日本中医学会の平馬直樹会長および同志の皆さまにたいへん感謝しております。前回〔2011年開催の第1回日本中医学会学術総会〕は私個人の臨床経験を中心にお話させていただきましたが、今回はおもに近年の中国の針灸臨床における経絡弁証に関する研究の現状を紹介します。

近年、多くの人びとが、「針灸は経絡弁証を主とする」と提唱し、それに関連する研究もある程度行われている。私はこれらの研究に関して依然として以下の3つの問題が存在していると考えている。

- ①経絡弁証の研究の多くが理論研究であり、実際の応用に関する研究が少なく、斬新さに欠け、実用的な臨床研究が少ない。
- ②経絡弁証が希薄化している。多くの針灸医師がさまざまな疾患に対し中医内科の弁証施治の体系に沿って治療を行っている。
- ③臟腑弁証・経絡弁証以外の弁証方法が軽視されている。

われわれは中国で使用されている4つのデータベース、中国生物医学文献データベース (CBM)・中国智網 (CNKI)・維普 (VIP)・万方中華医学会期刊データベース (WANFANG) を用いて、「経絡弁証」を検索ワードとし、この20年 (1997～2017年) を対象に文献検索を行った。結果は、CBMは20年間で802編、年平均40編、CNKIは664編、年平均33編、VIPは269編、年平均13編、WANFANGは19年間で273編、年平均14編であった。これらのうち重複した文献を除外した結果、経絡弁証に関する文献数は1,201編あり、これは満足できる数字ではなかったが、注目に値する現象が2つみられた。1つは、修士・博士論文が144編あったことから、経絡弁証に対する大学研究者の関心の高さがうかがえたこと。もう1つは、前半の10年は文献数が少なく、後半の10年、特に後の8年は文献数が顕著に増加しており、経絡弁証に対する近年の関心の高さがうかがわれたことであった。これらの文献調査の結果に、さらにわれわれの見解を加え、以下、9つの側面について述べる。

1. 臨床研究の状況

第一は、臨床研究の現状についてである。1,201編の文献のうち800編余りは臨床研究に関するものであり、この10年のものが比較的多かった。これら800編余りの文献を分析した結果、おもに以下の5つの問題点が明らかになった。

(1) 半数以上の文献が観察研究や症例報告を含む臨床研究であった

これには2つのポイントがあった。

① どの疾患に対して経絡弁証を用いているか

まず肢体の関節の痛みを主とする疾患、たとえば頸椎症・腰痛・肩関節周囲炎・膝関節炎・軟部組織損傷および関節機能障害など。次に内科・婦人科疾患。頭痛・季肋部痛・胸膈・月経痛・骨盤内炎症性疾患など。その次に皮膚疾患。痔疾・色素沈着・帯状疱疹など。その他に顔面神経麻痺・乳腺疾患などがあった。また病位が明確に限局された一部の疾患もあった。

② 弁証の根拠はなにか

おもに症状の所在や十二経脈の体表上の循環経絡にもとづいて弁証および選穴を行っていた。あるいは奇経八脈および経筋の分布にもとづき弁証および選穴を行っていた。これらの文献に共通していたのは、経絡弁証には十二経脈弁証・奇経八脈弁証および十二経脈の経別・経筋・皮部にもとづく弁証の3つが含まれていたことである。この結果は、針灸専門家の共通認識と一致していた。

多くの疾病のうち疼痛性疾患では、おもに経絡弁証が針灸の有用な指針となるが、複雑な難治性疾患や内科系の大半の疾患では、経絡弁証だけでは不十分であり、臓腑弁証と八綱弁証を併用しなければならない。したがって、針灸では経絡弁証を強調あるいは重視しなければならないが、その他の弁証方法を除外することはできない。

この問題に対してわれわれの認識を述べる。われわれは2012年、第5期の『北京中医薬大学学报（中医臨床版）』において「从“辨”与“治”談針灸臨床中辨証方法的揆宜而用」〔弁証と治療から針灸臨床における弁証方法の選択と応用を考える〕という論文を発表した。この論文では（1）「治療」から「弁証」を考えるでは、各種の弁証方法はいずれも針灸に適應すること。（2）「弁証」から「治療」を考えるでは、針灸においては各種の弁証方法は取捨選択する必要があることの2つを主張した。

第一の主張である「治療」から「弁証」を考えると、各種の弁証方法はすべて針灸に適應することを指しており、もちろん経絡弁証と臓腑弁証が大多数の疾患に対して適應するが、疾病の性質を弁証する場合は八綱弁証を用いて寒熱虚実を見極める必要がある。八綱弁証は針と灸の選択および補瀉の選択において不可欠であるため併用する必要がある。その他に腧穴の多くは特定の病因・病機に対して特異的な作用を有しており、それぞれ特徴的な治療効果がある。したがって、気血津液弁証を用いて病因・病機を分析し、狙いを定めて腧穴を選択することが重要である。六経弁証・三焦弁証・気血津液弁証は、一部の疾病の弁証治療に有用であるため、併用する必要がある。つまり、われわれは経絡弁証と臓腑弁証を重視するとともに、他の弁証方法の特徴と使用範囲を把握する必要性があると考えている。

第二の主張である「弁証」から「治療」を考えると、針灸において各種の弁証方法は取捨選択する必要があることを指している。経絡弁証は非常に重要ではあるが、それでは経絡弁証は何を弁別しているのかといえ、経絡弁証は病位の弁別が核心であり、同時に疾病を弁別しているとわれわれは考えている。もちろん臓腑弁証は重要であり不可欠である。臓腑の病位を弁別したうえで証候を弁別することが重要である。針灸では往々にして八綱弁証が軽視されるが、八綱弁証

の「陰陽・寒熱・表裏・虚実」のうち、特に病性である「寒熱・虚実」は穴の選択、特に刺針施術・刺針操作法の選択に非常に重要であるとわれわれは考えている。したがって、経絡弁証と臓腑弁証は非常に重要であるが、その他の弁証方法も除外してはならない。

(2) 表面上は経絡弁証であるが、実際は臓腑弁証を行っている研究が一部存在する

これらの文献では、表題は経絡弁証とあるが、実際の内容は臓腑弁証を用いて病変のある臓腑を弁別し、その臓腑に関連する腧穴を用いて治療を行っているため、真の意味では経絡弁証の内容とはいえない。したがって、経絡弁証に類似するが実際には臓腑弁証である。

(3) 部位や病候と経脈の単純な対応による「経脈弁証」

臨床研究において研究デザインを作成する際、経絡弁証に対する一部の研究者の理解不足や研究方法の制限により、経脈を部位や病候と単純に対応させたものを「経脈弁証」としている現状がある。これは、針灸への考えが欠如し、経絡弁証の本質への理解が不足しているためである。経絡弁証の概念とは何か、内包される定義は何か、外延の定義は何かなど、現在も共通認識は形成されていないが、けっして経脈を部位や病候と単純に対応させたものでないことは明らかである。頭痛・肩痛・腰痛などにおいて、単純に痛みの部位を走行する経絡の腧穴を用いて、これが経絡弁証のすべてだと理解するのは短絡的である。

(4) 経絡弁証を主とした研究では循経選穴を基本法則とする

『黄帝内経』の時代から、数千年の時を経た現在に至るまで、循経選穴は針灸医家が有する共通認識であり基本法則である。検索した文献のうち経絡弁証を主とした研究では、弁証の結果をもとに主穴の選択を行い、対応する経脈の腧穴を用いている。しかしどのように経絡弁証を行ったのかについてはよく考えなければならない。

(5) 経絡弁証と密接な関係がある経穴診察が軽視されている

いかに経絡弁証を行うのか。経絡弁証では症状・舌象・脈象を診る以外に、針灸独自の診察技術を用いる。たとえば経脈の循行上を審（詳しく調べる）・循（沿う）・切（触れる）・按（押す）を行い、疼痛・結節・腫脹などの陽性反応を見つけ、経絡の病変の所在を推測し、病状の虚実寒熱をうかがう。しかし、臨床において経穴診断の内容を重視している文献は多くなく、また臨床応用も多くはない。近年、われわれは腧穴と経絡の関連性に関する予備研究を行っており、今後、機会があればお話ししたい。

2. 実験研究の状況

第二は、経絡弁証の実験研究の現状についてである。検索した文献は以下の通りである。

①研究の対象疾患：多くが蕁麻疹・骨粗鬆症・婦人科疾患などの全身性の疾患で

あった。

- ②**研究方法**：多くが経絡弁証を基礎とし、特定の疾患に対して特異的な作用を有する腧穴の探求あるいは検証を行っていた。
- ③**具体的な操作方法**：経絡・経穴に関連する指標を測定していた。これには2つのパターンがあり、1つは伝統的な「循・切・按」によって経穴を探り、陽性反応を見つけ定位・定性を行っていた。もう1つは現代科学の音響学・光力学・電磁気学・熱力学などさまざまな方面から測定し腧穴の変化を調べ、さらには経絡の虚実や病位の所在を推定しようとしていた。これらの研究はおもに経絡・腧穴を客観的に定性化・定量化する目的があった。研究の結果、少しずつではあるが説得力のある客観的指標が出来上がっていた。たとえば臨床では赤外線測定器により経絡・腧穴部位の温度変化を測定する方法が多く用いられていた。

3. 文献研究の状況

第三は、文献研究の状況に関するものである。われわれが検索した文献のうち、一部は現代あるいは古代の文献に対する総説であった。

しかし現代の文献の総説では、臨床における経絡弁証の重視度が不明瞭であり水準は高くない。具体的には、経絡弁証に関連する臨床研究では、研究デザインに問題があり、エビデンスの質が低く、多くの研究が症状と十二経脈の走行上に現れた陽性反応をもとに経絡弁証を行い、経絡が内包するその他の内容（経筋・経別・皮部など）に対する考察が少ない。

古代の文献の総説では、多くが古典における経絡弁証の考えに関する研究であり、『内経』中の経絡弁証に関する研究が非常に多く、新たな視点から書かれた論文も一部あった。ある研究者は、経絡弁証は「気脈を以て大綱と為し、病候を以て先とする伝変経路である」と定義し、経絡弁証を人迎寸口脈弁証・標本弁証・絡脈弁証・足六経弁証・十二経脈弁証の5種類に分類し、経絡弁証を詳細に分析していた。また他の研究者は『内経』中の頭痛・腰痛・心痛・咳・熱病・瘧・痹症の7つの疾病に関する針灸の弁証方法を分析した結果、経絡弁証・臟腑弁証・形体弁証が『内経』における針灸弁証の主要な方法であり、なかでも経絡弁証は十二経脈弁証の経脈循行と病候を主要な根拠としているとしていた。ある論文は『金匱要略』における経絡弁証を分析しており、『金匱要略』では臟腑弁証と経絡弁証は不可分な一つの弁証方法であり、針灸学における経絡弁証とは異なる定義であるとしていた。

4. 老中医の経絡弁証の経験

経絡弁証に関する老中医の経験を参考にするため、関連する文献を読み解いたところ、経絡弁証に対する老中医らの認識には共通点が多かった。たとえば弁証の段階あるいは病歴を調べ経絡弁証を行う際には、病位の帰経と病候の帰経が互いに補完し合っていた。また奇経八脈や絡脈・経筋理論によって経絡弁証を補完し根拠を示していた。論治の段階では、選穴は歴代の教材と大差がなく、多くは特定穴を用いた処方となっていた。一般的に経絡腧穴の診察を

重視し、既存の診察方法に加え、老中医独自の診察方法を用いていた。

しかしこれらの文献の多くは、今は亡き老中医らの外来診療の症例分析であり、資料を整理した人の見解や思惑が混入し、老中医の本意と異なる可能性がある。また転帰の多くが「治療**回により症状が消失/治癒」あるいは「治療後に症状が緩解/消失」と書かれており、疾病の病機変化と治癒過程や対応する治療方案の変化について説明が不足していた。

5. 経絡弁証の研究の焦点

これまでに述べた5つは経絡弁証の研究における焦点であり、以下の2つの内容に概括される。

(1) 文献研究

経絡弁証の目的に研究の重点を置いている。まるで「いかに用いるか」が「なぜ用いるのか」に変わり「いかに用いるか」に変容する様相を呈している。この変容は、実際には進歩発展の過程を示している。

前半の文献では理論と応用の2つの側面から述べている。

①**理論面**：経絡弁証を針灸に応用する重要性や、いかに経絡弁証を運用して臨床に活用するかに重点を置き、十二経脈の病候に内包される定義と表現に重きを置き、体表における経脈の走行・分布および臓腑との関連などの基礎的知識の重要な意義を詳しく述べている。取穴では「経脈の通ずる所を主治とする」を根拠とし、腧穴自体の特性を加えて配穴処方としている。

②**応用面**：具体的な疾病に対して弁証選穴あるいは用薬を行っており、症例報告では介入前後の変化を評価基準としている簡略な研究デザインであり、後ろ向き研究が主流であり、しばしば弁証分析の過程が具体的に示されていない。

後半の文献では、科学技術の発展に伴い計測方法が豊富になり、経脈や腧穴の生化学的指標による診断測定を行い、定性化・定量化を試み、腧穴の物理的および科学的な性質、経絡弁証の有効性および効能の大小を検証している。これらの研究デザインは比較的緻密であり、客観的指標を根拠としているが、治療の際の取穴・刺針と施灸の方法については独創性が乏しく、経脈あるいは腧穴を選択する根拠が「対応」ではなく「分析」であり、弁証論治の考えが抜け落ちている。しかしながら多くの説徳力のある指標を作り出し、今後の研究の補助的指標あるいは根拠になっている。

(2) 臨床研究

経絡弁証に内包される定義を理解し規範とすることを強調している。腧穴の特性と経絡を有機的に連携させることが疾病の診療に有用であり、臨床において順序立てて段階的に経絡弁証を行うことが重視されている。現在、針灸において用いられている中医方脈弁証論治の考えと形式、たとえば中医内科・婦人科・小児科などの臓腑弁証が経絡弁証に置き換えられている弊害に対して、針灸学の特色・長所である「理・法・方・穴・術」が一体化された独自の弁証論治の思考形式の確立および再考と対策を行わなければならない。多くの人が、経絡弁証は非常に重要であり、針灸は経絡弁証を行うべきであるというが、経絡弁証が内包する定

義とは何か、経絡弁証の概念をどのように定めているのか、有効的に臨床に活かすにはどのようにすればよいかといった問題に対して、中国の有名な針灸専門家たちはさまざまな卓見を述べている。たとえば、梁繁榮は「关于構建針灸臨床弁証体系的思考」〔中国針灸 28（8）：551-553，2008〕という論文において、「針灸の弁証体系は中医内科の弁証体系とは異なり、経絡弁証を主体とし、部位弁証に重点を置き、八綱弁証により指導され臓腑弁証により補完され、同時に臨床では腧穴の特異性を重視し運用する」と述べている。

針灸治療の過程では、穴と施術の2つは互いに密接につながっており、完全にあるいは多くの部分において薬物治療と異なっている。

まず穴に関する問題について述べる。穴はある病理状態における経絡の変化を反映しており組織的な変化が現れる。病理状態では腧穴の位置の移動が起こり、国際基準で定めた標準位置とは異なるため、治療時の刺激点（刺針点・施灸点）は変化に応じた位置となる。腧穴の位置に関する認識が足りず、機械的に標準位置を用いて施術を行った場合、治療効果に影響を及ぼす可能性がある。周知の通り経穴の治療作用は単純な補瀉や特定の臓腑疾患に対するものではなく、特殊な状況下における幅広い治療作用であり、病因病機に対する特殊な治療作用である。そのため腧穴の研究では、診断から治療に至るまで経絡弁証と臓腑弁証が指導的役割を果たしている。

次に施術に関する問題について述べる。一般的には弁証にもとづいて腧穴を選択した後に穴に施術を行う。施術は治療効果に大きく影響を及ぼす。しかし施術の前提として「理・法・方・穴」を熟慮しなければならない。「理・法・方・穴・術」が一体化した独自の思考形式を確立し、5つの段階をいかに行うかを考えることにより、針灸弁証の特色を発揮することができる。これには文献や専門家らの考え方や共通認識、探索的な考え方を参考にすることができる。まとめると、針灸の弁証は中医内科とは異なるため、大方脈（中医内科）の弁証法を針灸に用いることはできない。

6. 教材における経絡弁証の内容

第六は、教材における経絡弁証の内容についてである。教材において経絡弁証はどのような内容で書かれているのか。教材は人材の育成に非常に重要であるとともに学科の研究状況も反映している。目を背けることのできない現状として、現在育成されている学生の多くは、臨床では依然として大方脈（内科）の思考法を用いており、針灸の弁証論治の思考法に対する理解が不足している。これは教材と無関係ではない。この現状に対して十数年にわたり教材の編纂において針灸の診断治療に関する重要度と編纂内容に変化が起きている。この変化は『針灸学』と『針灸治療学』の2冊の教材において特に顕著に現れている。現在、中国で出版されている教材は多いが、版元は中国中医薬出版社と人民衛生出版社が主体であり、その他には上海科技出版社や高等教育出版社などがある。ここではこの4つの出版社の『針灸学』と『針灸治療学』を比較してみる。

（1）『針灸学』の編纂内容

上海科学技術出版社の『針灸学』のうち1985年に出版された第5版の教材は、

邱茂良教授が中心となって編纂したものである。この教材が与えた影響は非常に大きく、出版後は長期にわたり最も多く選ばれ用いられてきた教材である。針灸の弁証思想に関連する内容は「治療総論」のなかで書かれており、総論のはじめに「臟腑経絡証治」が紹介されている。ここでは、十二臟腑の証型・各証の症状・経脈および経穴の選択が説明されている。本書における経絡弁証に関連する内容は、『靈枢』経脈篇の内容を主体とし、実証・虚証の症状および使用するツボを説明し、基本的には伝統的な臟腑弁証と経絡弁証を主体とした内容となっている。1997年に出版された第6版の教材は、孫国傑教授が中心となって編纂したものである。本書では「(第5版の) 臟腑経絡証治」から「八綱臟腑経絡証治」に変更されている。

中国中医薬出版社が2002年に出版した「十五計画」教材(第7版教材)は石学敏教授が中心となって編纂したものである。本書では「臟腑経絡証治」の内容は記載されていない。2012年に出版された王華教授・杜元灝教授が中心となって編纂した「十二五計画」教材では、弁証論治・弁病論治・弁経論治の3つが「針灸診治規範」として述べられている。2016年に出版された「十三五計画」教材は梁繁榮教授・王華教授が中心となって編纂したものであり、その内容は「十二五計画」教材と似ているが取り上げ方に変化があり、「針灸臨床診治の特徴」として弁証と弁病の結合、弁証と弁経の結合、調神と調気を重視するなどがあげられている。この2つの教材においては、針灸の診断治療として「病・経・証」から「気・神」まで各方面を総合的に論じている。

中国中医薬出版社から出版された『針灸学』は、2006年の「十一五計画」教材と2012年の「十二五計画」教材のいずれも梁繁榮教授が中心となって編纂したものであり、証・経・病・神・気の各方面にわたり説明し、「針灸臨床診治の特徴」として、弁証と弁経の結合、調神と調気の重視をあげている。

高等教育出版社から出版された『針灸学』は、2008年の「十一五計画」教材と2013年の「十二五計画」教材のいずれも王華教授が中心となって編纂したものであり、「針灸臨床診治の特徴」として弁病・弁証・調経をあげており、病・証・経の3つの内容が際立っている。

人民衛生出版社は、中国最大の西洋医学の教材の出版社であり、前期ではおもに西洋医学の教材を出版していたが、2002年に徐恒澤が中心となって編纂した『針灸学』[新世紀版]を出版している。その後、中医学系教材の出版は中断されていたが、2012年に新たに中医学系教材の出版を再開し、私も編集者として選ばれ梁繁榮教授とともに「十二五計画」教材の編纂を行った。2016年も李瑛教授とともに「十三五計画」教材の編纂を担当した。この2つの教材では「針灸臨床診治の特徴」として弁証と弁経の結合、弁証と弁病の結合、調神と調気の重視をあげている。

(2) 中国中医薬出版社の『針灸治療学』について

2007年に出版された「十一五計画」教材は、王啓才が中心となって編纂したものであり、針灸の弁証論治の綱要として、八綱弁証・臟腑弁証・気血弁証・経絡弁証をあげている。2012年の「十二五計画」教材、2016年の「十三五計画」教材は高樹中教授と楊駿教授が中心となって編纂したものであり、「針灸臨床診治の特徴」は「十二五計画」教材の弁病論治・弁証論治・調経論治が弁病診治・

弁証診治・調經診治に変更されている。

「十一五」「十二五」「十三五」の計画教材は、編集者によって表現方法は異なるが、『針灸学』『針灸治療学』のいずれの教材でも、針灸臨床における弁証方法は経絡弁証の内容が際立っており、針灸の弁証論治思想の特徴を明らかにして、針灸臨床における診断治療の思考形式の確立を試みている。

(3) 針灸の診断治療の思想をいかに学生に学ばせるか？

私が編纂した「十二五」「十三五」の教材を例にして、「理・法・方・穴・術」の針灸の診断治療の特徴をいかに学生に学ばせるかについて述べる。教材編纂の際に、臓腑弁証・経絡弁証を強調し、針灸臨床における思考形式を重視し、疾病の弁証論治の際に着実に活かされるように注意した。そのため治療総論と治療各論の内容では、弁証と治療の関連性を重視している。

顔面神経麻痺を例として述べる。

①病位の弁証について

病位の弁証は中医内科とは異なる。内科の弁証では、概して顔面部の経脈を弁証するだけで、風・寒・熱などの病因の弁証を重視し、おもに証型の弁別を行い、風寒侵襲・風熱襲絡・気血不足などのように弁証を行う。針灸の弁証では、顔面部が病位であることを重視する。まず経絡を弁証し、次に病期を弁証した後、兼証を弁証する。経絡弁証の際は顔面部だけでなく、どの経脈に属し、経脈のどの部位の病証であるかを弁証する。顔面神経麻痺は、陽明・太陽の経筋の病証として認識されているため、顔面神経麻痺の病位は、顔面部であると同時に、一種の経筋病であることに注意が必要であり、基本的な病機は顔面部の経筋の弛緩である。

②治法と弁証の関連性について

顔面神経麻痺の治療において祛風通絡・疏調経筋を用いるのは、病位と経筋と密接に関係している。

③取穴について

学生には以下の内容を理解させなければならない。1) なぜ顔面部のツボを用いるのか。経筋病では「痛を以て腧と為す」を基本原則としており、顔面神経麻痺の病位は顔面部であるため、顔面部の腧穴を最も重視するからである。2) なぜ合谷を用いるのか。それは「面口は合谷に収む」の理論にもとづいているからである。3) 近年、太衝が顔面神経麻痺の治療に常用されている。なぜ太衝を用いるのか。選穴の目的は経筋の調治にあり、本病の病位である経筋を考慮し、さらに足の厥陰肝経の流注は「目系から下行して唇内を回る」ため、目・頬部・口唇と関連するからである。4) その他に証型に対応した配穴（たとえば風寒外襲証・風熱侵襲証・気血不足証など）、主要な症状に対応した配穴（たとえば乳様突起部に圧痛がある場合は翳風、兎眼には魚腰・申脈など）を用いる。

④施術について

いかに刺針操作を行うかが問題である。急性期・緩解期・後遺症期でそれぞれ用いる刺針操作が異なる。治療を有効なものとするためには、選穴以外に、いかに施術を行うかが非常に重要である。顔面神経麻痺の病期の弁証において、急性期の多くは実証に属するため遠隔部の腧穴に強刺激で瀉法を行う。急性期の病位は浅いため顔面部の腧穴には浅刺、軽刺が適している。回復期は虚証に属し、

後遺症期の多くも虚証に属するため、遠隔の足三里や合谷に補法を行い、灸を加える。

(4) 『針灸臨床技能実訓』の編著における私の考え

これまでに述べた教材の目的は、学生の診断治療の思考法を鍛え「理・法・方・穴・術」の各段階の連携を確立することにある。ここで、2013年に人民衛生出版社から出版された新たな教材『針灸臨床技能実訓』（趙吉平主編・劉保延主審、写真）の編纂における私の考えを述べる。

針灸の臨床教育において、学生の針灸操作技術の向上はたいへん重要であるが、同時に針灸における診断治療の思考を養うこともたいへん重要である。そのため、編纂の際は刺針の操作技術の向上とともに、針灸の診断治療の思考の育成も強く意識した。

本書は2篇から構成されており、第一部の上篇では、毫針法・灸法・拔罐法・その他の針法など常用されている針灸の操作技術について述べている。各項では針灸の操作技術の基本的操作法の規範を示し、各項で詳細な説明を行っている。第二部の下篇では、針灸の診断治療の思考を育成する内容になっている。「治療総論」では、針灸治療の基本的な手順や治療における一連の基本的な流れを述べている。この図〔原書では針灸弁証論治階段的關鍵環節示意図（141頁）〕はわれわれの考え方を明確に示しており、左枠は中医治療の弁証と論治の2つの段階である。この2つの段階をさらに細かく分けると、四診による病の情報の収集・弁証分析・治則の決定・治法および取穴の決定・刺針施灸法の決定の5つの段階に分けられ、各段階の要点は何か、針灸診療の特徴とは何かといった説明に重点を置いている。

たとえば、四診段階では、問診・舌診・脈診だけでなく、望診と触診を重視することが針灸の特徴であり、経絡腧穴の診察方法に応用することを重視する。これは診断・取穴・施術において重要な意味をもつ。

弁証分析では、適応する弁証方法の選択とともに、臓腑弁証と経絡弁証との連携、弁証と弁病の一体化を重視し、病位を把握することが取穴と刺針施灸方法を選択するうえで重要であることを認識しなければならない。経絡の病位がどこな



写真

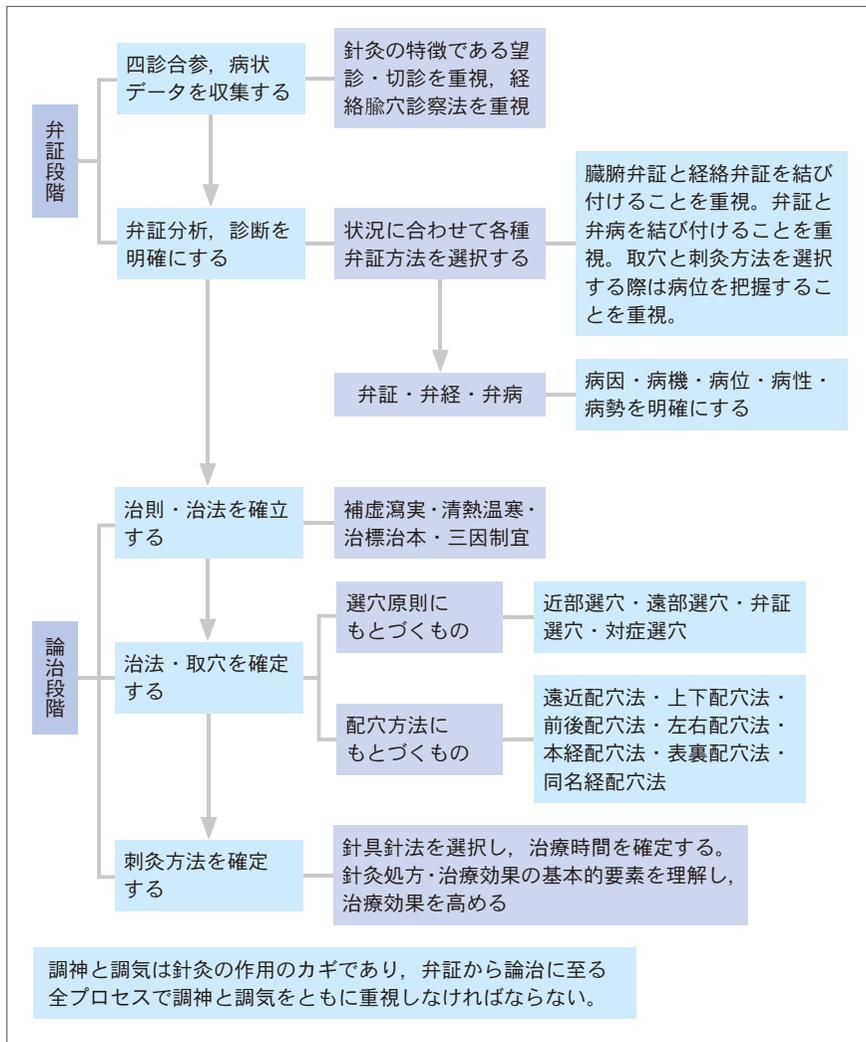


図 鍼灸の弁証論治の各段階におけるポイント

のかは、体表の疼痛部位に注意すると同時に、疼痛が深層組織のどこから起きているのかに注意する。一般的に带状疱疹に対する鍼灸治療の効果は良好であり、治療期間が短く短期間で治癒する。基本的に局所穴は浅刺法（平刺あるいは斜刺）を用いる。ただし膿疱があったり皮膚上に癬痕が現れている患者の場合は、その弁証施治は通常の治療法とは異なる。

私はかつて带状疱疹による神経痛の後遺症を患い、右季肋部の疼痛を訴えていた60歳過ぎの男性患者を診察したことがある。初診時の病状は重く、局所の皮膚には膿疱が出来ていた。治療により大部分の皮膚の痛みは軽減したが、化膿していた部位の痛みが非常に強かった。これまで、若い医師のところでも10数回鍼灸治療を受けたが効果ははっきりしなかった。私が診察した際、軽く触る程度では痛みはないが、深層に向けて力を加えると痛みが顕著になり、さらに硬結にも触れた。実際の按摩の深度は化膿癬痕が出来ている層である。この患者は、安静時は痛みが少ないが、上肢や身体を動かすと痛みが顕著になるという特徴があっ

た。このことより、病位は皮膚ではなく、経筋に深く入り込んでいることがわかった。そのため治療では、まず痛む場所に平刺による圍刺法を行い、疼痛点には太い毫針を皮膚に対して30度の角度で0.5寸前後、硬結を感じるまで刺入した後、合谷へ刺針を行い、局所の筋硬結の緩解を行った。再診時、患者は疼痛の程度は40%に軽減したと述べ、硬結部を触診すると顕著に軟らかくなっていった。弁証分析では弁証・弁経・弁病の連携を重視し、病因・病機・病位・病性・病勢を明確にしなければならない。

治則の確立、治法の決定、穴の選択のいずれの段階にも針灸の特徴がある。

刺針施灸の方法を決定する際は、針具針法の選択、治療時間の確定、針灸処方が治療効果に影響を及ぼす基本的要素であることを理解して、治療効果を高めなければならない。

『針灸臨床技能実訓』の「治療各論」では、内科・外科・婦人科・小児科・耳鼻咽喉科の35種類がよくみられる疾病を記載している。これらの疾病は外経病もあれば、臓腑病、官竅病などもある。各疾患の総論では、基本的な弁証の手順や各段階の説明を行っている。たとえば頭痛の針灸治療では、頭痛のタイプごとに論治を示し、頭痛の症例から関連する問題まで教え導くようにしている。いかに四診を応用するのか、どの弁証方法を用いるのか、治法をいかに決定するのか、選穴・処方はいかに行うかなど、針灸の診断治療の一連のプロセスを学ぶことができる。

経絡弁証に対する私の考えはまだ未熟であるため、皆さまのご批判・ご指導をお待ちしています。今後、皆さまと討論できることを強く希望いたします。

招待講演

近年来中国针灸临床经络辨证研究现状分析

赵吉平

北京中医药大学东直门医院针灸科教授 针灸教育研究室主任

摘要

以“经络辨证”为主题词检索近20年（1997-2017）的文献，得到与针灸临床密切相关的文章约800篇。近10年文献数量明显增加。

一、临床研究类

1. 约半数以上为临床研究。包括病例观察，个案报道等。病种多以肢体关节痛症为主，如颈椎病，腰痛，肩周炎，膝关节炎，软组织损伤及小关节紊乱等；其次为头痛，胁痛，胸痹，痛经，盆腔炎等内科，妇科疾患；再次为皮肤科疾患，如痤疮，色斑，带状疱疹等；另如周围性面瘫，乳腺疾病等。其辨经主要依据十二经脉在体表的循行径路，间或涉及奇经八脉及经筋的分布规律。有专家认为，经络辨证包括十二经脉辨证，奇经八脉辨证和经别，经筋，皮部辨证三个方面，疼痛类疾病用经络辨证就可以很好地指导临床治疗，但内科大多数疾病单用经络辨证则显不足，需结合内科其他辨证方法。

2. 需要指出，一部分临床研究是根据脏腑辨证结果，再取相应的经脉腧穴进行论治。看起来似属于辨经，实质却是辨脏腑。

3. 由于试验设计者对“经络辨证”内涵的理解不够深入，加之受研究类型所限，出现将“部位/病候—经脉”的简单对应关系理解为“经络辨证”的现状，缺乏针灸临床思维模式的探讨。

4. 以经络辨证为主的研究中，主穴的选取基本以辨经结果为依据，选取对应经脉的腧穴。

5. 对与经络辨证密切相关的经穴诊察的重视度偏低，且对于针刺深度的描述，较少见到应针刺在穴位处哪个组织层次结构？对医者针下感觉如何的阐述寥寥无几。

二、文献综述类

相关文献不多。主要有：

1. 现代文献分析。对“经络辨证”在临床应用重视度不足，证据质量低，且大多数是根据临床症状和循经出现的阳性反应点进行经络辨证。

2. 古代文献分析。以研究《内经》的经络辨证思想为主，有的认为是以脏腑经络辨证作为一个整体，并非针灸学传统意义上的经络辨证；有的认为是“以脉气为纲，以病候为先，有传变径路”，可概括为人迎寸口脉辨证，标本辨证，络脉辨证，足六经辨证和十二经脉辨证5种。

通过分析《内经》中头痛，腰痛，心痛，咳，热病，疟，痹症七病的针灸辨证方法，发现经络辨证，脏腑辨证和形体辨证是《内经》针灸辨证的主要方法，其中经络辨证重在十二经脉辨证，以经脉循行和病候为主要依据。

三、试验研究类

试验研究的设计常选择全身性疾病，如头痛，荨麻疹，便秘，骨质疏松症，妇科病等，在经脉辨证的基础上，寻找或验证能够诊断或治疗所研究疾病的特异性腧穴，采用传统的“审，循，切，按”的方法揣穴并对反应点的病理变化进行定性描述，并结合现代科学手段从声，光，电，热等不同的方面对经络经穴一些相关指标进行测定，试图从客观上对经络腧穴进行定量化探索，逐步建立了一些具有一定说服力客观指标，对临床也有一定的指导价值。

四、老中医应用经络研究特点

以名老中医经验总结类的文章较多：在辨证阶段，或强调辨证阶段采集病史进行经络辨证时，辨病位归经和辨病候归经常常相辅相成；或强调应常结合奇经八脉，络脉及经筋理论对上述辨证的结论加以补充，佐证。在论治阶段，选穴与历版教材相差不多，多采用特定穴，强调对腧穴的诊察。

五、近年来经络研究关注的热点

文献研究中，似乎呈现出“如何用—为何用—如何应用”的变化规律。

临床研究中，更强调对经络辨证实质内涵的理解与规范，针对目前针灸临床上存在的套用中医内科辨证论治思维模式，以脏腑辨证代替经络辨证的弊端，对如何建立体现针灸学科特色与优势的“理，法，方，穴，术”为一体的独特辨证论治思维模式进行反思与对策的思考。

非常高兴也非常感谢日本中医学会平马会长和各位同道给我这样一个机会，让我时隔五年之后，再与大家谈经络辨证在中国应用的情况。上一次主要是谈了一些我自己临床体会，本次主要是介绍近年来中国经络辨证研究的一些现状。

近年来，倡导针灸应“以经络辨证为主”者很多，也做了一些相关的研究工作。我认为仍存在三个问题：1. 对经络辨证的研究仍处于理论探讨多于实际应用的状态。而且，有新意的，实用的临床研究较少。2. 经络辨证仍被淡化，较多医生对众多病症仍多沿用内科大方脉的辨证施治体系；3. 脏腑辨证，经络辨证之外的多种辨证方法更是被少提及或被轻言。

我们曾在中国常用的四个文献库——中国生物医学文献数据库（CBM），中国知网（CNKI），维普（VIP），万方中华医学会期刊数据库（WANFANG）中，以经络辨证为主题词，对近二十年（1997-2017）的有关文献进行了检索，其结果是：在CBM中，近20年间有802篇，平均每年40篇；在CNKI，近20年间有664篇，平均每年33篇；在VIP，近20年间有269篇，平均每年只有8篇；在WANFANG，近19年间有273篇，平均每年14篇。将4个中文数据库查重后，共获得有关经络辨证的文

章 1201 篇，应该说这不是一个满意的数字。不过，其中有 2 个值得注意的现象：硕博士论文有 144 篇，显示高校研究人员对经络辨证的关注度更高一些；前 10 年文章数量处于较低的水平，而后 10 年，尤其是后 8 年文献数量增加明显，显示出近年来对经络辨证的关注度明显增高。基于此项文献调查，结合我们的了解，从以下六个方面进行阐述。

一、临床研究情况

我讲的第一个方面的问题是，临床研究现状如何？在 1201 篇中有 800 多篇是关于临床研究的，同样也是近 10 年的文献较多。对这 800 篇文章的内容进行分析，谈五个主要问题：

第一：半数以上为临床研究，包括病例观察，个案报道等。从中可以分析 2 个问题：1. 哪些疾病用了经络辨证？首先是以肢体关节痛症为主，如颈椎病，腰痛，肩周炎，膝关节炎，软组织损伤及小关节紊乱等；其次为内科，妇科疾病，如头痛，胁痛，胸痹，痛经，盆腔炎等；再次为皮科疾患，如痤疮，色斑，带状疱疹等；其他如周围性面瘫，乳腺疾病等；再就是有明确而局限病位的一些疾病。2. 辨经的依据是什么？主要是根据症状所在，十二经脉的体表循行路线进行辨经，选穴；或根据奇经八脉及经筋的分布规律进行辨经，选穴。对此，文献中较共识的是：经络辨证可包括十二经脉辨证，奇经八脉辨证，以及附属在十二经脉的经别，经筋，皮部的辨证三个方面，这个结果与针灸专家的共识比较一致：在众多疾病当中，疼痛类的疾病主要依据经络辨证就能较好地指导针灸临床了；但是对于一些复杂的疑难病症，对于内科大多数病症，单用经络辨证还不够，应该结合其他的辨证方法，如脏腑辨证，八纲辨证等，也就是说，针灸临床应该突出或者重视经络辨证，但不能排除其他一些辨证方法的应用。

说到这个问题，也交流一下我们对这个问题的认识。我们在《北京中医药大学学报（中医临床版）》2012 年第 5 期发表了一篇文章——从“辨”与“治”谈针灸临床中辨证方法的择宜而用。核心意思是两个方面，其一，从“治”谈“辨”，各种辨证方法均适宜于针灸临床；其二，从“辨”谈“治”，各种辨证方法针灸临床要择宜而用。

详细来说，第一个方面是从治疗来谈辨证，应理解各种辨证方法都是适合于针灸临床的。当然，经络辨证和脏腑辨证对绝大多数疾病都是适用的。但是，如果要辨疾病的性质，就需要用八纲辨证来辨别寒热虚实，八纲辨证对于选择针灸方法和补泻手段是非常必要的，所以应该配合应用。另如，很多腧穴的治疗作用针对的是某种病因，是某个病机，各有治疗特点，因此通过病因辨证，气血津液辨证等分析出病因，病机，针对性的选用腧穴就很重要了。所以说，六经辨证，三焦辨证，气血津液辨证等对某些疾病的辨证治疗是有用的，应该选用的。总之，我们在强调经络辨证，脏腑辨证的同时，要了解不同的辨证方法是有各自的特点和它的使用范围的。第二个方面是从辨证来谈治疗，应理解在临床上应择宜选用各种辨证方法。首先经络辨证很重要，但经络辨证辨什么？我认为经络辨证时辨病位是核心，要兼辨疾病。当然脏腑辨证也很重要，不可或缺，应在辨明脏腑病位的基础上，辨证候，这是关键。不少人忽视八纲辨证对针灸临床的指导意义，但我们认为八纲辨证之阴阳寒热表里虚实当中，尤其是辨病性之寒热虚实，对于选择穴位，特别是对于选择针刺施术，各种操作方法是非常重要的。总之，经络辨证，脏腑辨证很重要，但

是也不能弃用其他的辨证方法。

第二，部分研究表面上看似在辨经络，实质上却是在辨脏腑。这些文献中，有一部分看题目似乎是经络辨证的内容，但读了正文才知道是通过脏腑辨证辨出病变在哪个脏腑之后，再取该脏腑相应的经脉腧穴进行治疗，不属于真正意义上经络辨证的内容。所以，看起来似属于辨经络，实质上却是在辨脏腑。

第三，将“部位/病候—经脉”的简单对应关系理解为“经脉辨证”。

由于临床研究中，部分试验设计者对“经络辨证”内涵的理解不够深入，加之受研究类型所限，出现将“部位/病候—经脉”的简单对应关系理解为“经脉辨证”的现状，缺乏针灸临床思维，没有从经络辨证的实质内涵上面去全面考虑，深入思考。

虽然到目前为止，经络辨证的概念到底是什么？内涵是什么？外延是什么？尚未达到共识，但若只是简单的将部位与经脉，病候与经脉进行对应，是远远不够的。如对于头痛，肩痛，腰痛而言，仅通过确定是哪个部位痛，有哪条经脉从此所过，然后循此经选穴，就理解为是经络辨证的全部，未免过于简单。

第四，以经络辨证为主的研究中，循经选取主穴是基本规律。从内经时代历经几千年直到现在，这始终是针灸医家共识的基本规律。在上述检索到的有关经络辨证为主的研究中，主穴的选取基本也是以辨经结果为依据，选取对应经脉的腧穴。但是如何进行经络辨证？是值得深入思考的问题。

第五，对与经络辨证密切相关的经穴诊察的重视度偏低。应该如何进行经络辨证？除了解症状，舌象，脉象之外，进行经络辨证常需配合一些针灸特色的诊察的技术，比如在经脉循行路线上，应用审，循，切，按，以发现是否有疼痛，结节，肿胀等阳性反应，推断病变所在经络，病情虚实寒热。但是临床上关注经络诊察内容的文献并不多，临床应用的也并不多。近年来，我们试探性地做了一些关于腧穴和经络相关性的研究，将来有机会再一起讨论。

二，实验研究情况

我讲的第二个方面的问题是，有关经络辨证的实验研究现状如何？从检索到的文献来看，①研究的病种：多是全身性的疾病，如荨麻疹，骨质疏松症，妇科疾病等。②采用的方法：多是在经脉辨证的基础上，寻找或者验证能够诊断或者治疗某些疾病的一些特异性的腧穴。③具体操作方法：对经络，经穴的某些相关指标进行测定，会分为两大类：一类是采用传统的寻切按的方法揣穴，获得阳性反应点，进行定位，定性。另一类是近年来也有不少研究采用现代科学手段，从声，光，电，热不同方面进行检测，从而了解腧穴的变化，进一步来推断经络虚实，病位所在。这些研究的目的，主要是想客观上对经络，对腧穴进行定性和定量。研究的结果，也逐步筛选出了一些有说服力的客观指标，比如现在在临床上用红外热像仪对经络，腧穴部位的皮肤温度进行检测，就是比较常用的方法。

三，文献研究情况

我讲的第三个方面的问题是要谈一下关于文献研究的情况。在我们所检索到的文献中，有一些文章是对他人所做的研究进行综合述评，包括对现代文献，或对古代文献进行综述。

对现代文献进行综述，可以了解到：经络辨证在临床应用中的重视度明显不足，

水平不够高。具体体现在：有关“经络辨证”的临床研究，因为课题设计等问题，文献的证据质量不高；多数研究停留在根据症状和十二经脉循经部位出现的阳性反应点进行经络辨证，而对具有丰富内涵的其他经络内容（其他经脉系统的内容，如经筋，经别，皮部）的应用研究并不多。

对古代文献进行综述，可以了解到：多以研究典籍中的经络辨证思想为主，研究《内经》中经络辨证的文章偏多，有的文章具有新意。如某作者认为经络辨证是“以脉气为纲，以病候为先，有传变径路”，可概括为人迎寸口脉辨证，标本辨证，络脉辨证，足六经辨证和十二经脉辨证5种，把经络辨证分得比较仔细，当然这也是一家之言。又如某作者通过分析《内经》中头痛，腰痛，心痛，咳，热病，疟，痹症七种疾病的针灸辨证方法，发现经络辨证，脏腑辨证和形体辨证是《内经》针灸辨证的主要方法，其中经络辨证重在十二经脉辨证，以经脉循行和病候为主要依据。

有文章对《金匱要略》中的经络辨证做了分析，认为在《金匱要略》中，脏腑经络辨证是不可分割的，是作为一个整体出现的，而且在《金匱要略》当中经络辨证的意义并不等同于我们针灸学中的经络辨证。

四、老中医经络辨证经验举隅

我们再来学习借鉴一下部分老中医经络辨证方面的经验。

检索相关文献，阅读学习之后得知，有关经络辨证，老中医们共识性的经验很多。如在辨证阶段，或强调采集病史进行经络辨证时，辨病位归经和辨病候归经应相辅相成；或强调应结合奇经八脉，络脉及经筋理论对上述辨证的结论加以补充，佐证。在论治阶段，选穴与历版教材相差不大，多采用特定穴组成处方；一般都注重强调对经络腧穴的诊察，既有传统的诊察的方法，也有老专家独特的诊察方法。

但是，此类文献有的是对已故名老中医专家门诊病例的分析，或多或少兼夹着整理资料者的见解与思考，可能与老专家之本意存在差池，而且对于结局的描述，多是“治疗**次症状消失/痊愈”或是“治疗后症状缓解/消失”，缺乏对疾病病机变化和治愈过程，以及相应的治疗方案变化的完整描述。

五、关于经络辨证的研究热点

我讲的第五方面的问题是关于经络辨证的研究热点，概括为两个方面：

其一，文献研究。注重对经络辨证目的的研究。似乎呈现出“如何用—为何用—如何用”的变化规律。解析可知，此变化规律实际上是一个逐渐进步发展的过程。

前期的文献着重在谈两个方面的问题：第一，理论层面，着重于在将经络辨证应用于针灸临床的重要性，如何运用经络辨证指导临床，重点阐释了十二经脉病候的内涵与表现，提出掌握经脉体表循行分布部位及其对脏腑的联系等基础知识的重要意义，取穴上强调在治法基础上，根据“经脉所通，主治所及”结合腧穴本身的特性加以处方用穴。第二，应用层面：针对较为具体的疾病辨证选穴或用药，以临床病例自身前后对照作为疗效的评价标准，通常设计简单，以回顾性分析为主，辨证分析的具体过程往往较为笼统。

从后期的文献可以了解到，随着研究的深入和科技的发展，检测手段日益丰富，对所选的经脉，腧穴的一些生化指标等进行诊察，测定，试图从定性，定量角度寻求经脉，腧穴的理化性质，验证经络辨证的有效性和效能大小，这一类研究通常设

计较为周密，结局有客观指标佐证，但是在治疗取穴，刺灸方法上并没有太多创新，选用某条经脉或者某些穴位的缘由大多具有“对应”而不是“分析”，似乎与中医辨证论治的思维略有脱节，然而也产生了许多具有说服力的指标，作为此后研究的辅助指标或依据。

其二，临床研究。更强调对经络辨证实质内涵的理解与进行规范。譬如基于腧穴的特性与经络有机结合对疾病诊疗的价值，侧重于在临床中如何分步骤，有层次地采用经络辨证，针对目前针灸临床上存在的套用中医方脉辨证论治思维模式（中医内科，妇科，儿科等），以脏腑辨证代替经络辨证的弊端，对如何建立体现针灸学科特色与优势的“理，法，方，穴，术”为一体的独特辨证论治思维模式进行反思与对策的思考。经络辨证很重要，大家都在谈针灸临床应该经络辨证，但是经络辨证的内涵是什么？该怎样规范经络辨证的概念？如何有效地指导临床？对于这方面的探讨，不少中国的针灸知名专家都在思考并发表了卓见。如梁繁荣等在“关于构建针灸临床辨证体系的思考”一文中指出，“针灸辨证体系绝不等同于中医内科辨证体系，应该以经络辨证为主体，以部位辨证为重点，以八纲辨证为指导，以脏腑辨证为补充并在临证时重视腧穴特异性的运用”。

在针灸诊疗过程中，穴和术是重要的两个环节，完全或者在很大程度上不同于药物的治疗。

先说关于穴位的问题。因为穴位会反应某种病理状态下经络的变化和相应的组织的变化，在病理状态下，腧穴的位置可能会发生移动，腧穴的位置不一定是国际标准所规定的标准位置，因此，治疗时的刺激点（进针点，施灸点等）就应该相应的发生变化。对穴位定位的认识不足，机械的完全按照标准定位取穴施术，可能会影响临床疗效。当然我们还知道穴位的治疗作用也不简单就是补泻，不简单是针对某一脏腑的疾病，它在特殊的情况下既有一种广泛的治疗作用，也会对某些特殊的病因病机有特殊的治疗作用。所以说，对腧穴的研究，从其诊断意义到治疗意义，到如何选用都需要在经络辨证，在脏腑辨证思维指导下来确定。

再说关于术的问题。一般是在辨证思想指导之下选定腧穴之后再在穴位上施术。施术这个环节在很大程度上也会影响疗效。但是，施术的前提也需要对理法方穴几个环节认真考虑。所谓的要建立理，法，方，穴，术为一体的独特的思维方式，就是要考虑在这5个环节中的每个环节如何做，才能够体现针灸的辨治特色。有些文章可供参考。专家们有独特的考虑更有很多的共识，有一些是探索性的想法。总之，大家都强调针灸临床针灸的辨证思维不同于内科，不能用大方脉的辨证思维来统治针灸临床。

六、关于规划教材中的经络辨证内容

我讲的第六个方面的问题是教材中的经络辨证内容。教材中是如何编写经络辨证的内容呢？作为教材，一是要对专业人才的培养起到重要作用；二是要反映学科的研究状况。

不可回避的现实情况是，现在培养的很多学生在针灸临床仍然以大方脉的思维模式进行思考，而对具有特色的针灸辨证论治思维模式了解得比较少。这与教材不无关系。针对这个现状，近十多年来，在教材编写方面，有关针灸诊治思维，在重视程度和编写内容方面发生了一些变化。主要集中在《针灸学》和《针灸治疗学》两本教材当中。

目前，在中国出版中医教材的比较多，其中以中国中医药出版社，人民卫生出版社为主，再如上海科技出版社和高等教育出版社等。在此，试对这4个出版社的《针灸学》《针灸治疗学》做比较。

（一）先看《针灸学》的编写内容

在上海科技出版社出版的《针灸学》中，1985年出版的5版教材由邱茂良教授主编，这本教材影响深远，在出版后的较长时间，是被选用最多的一本教材。针灸辨证思维相关的内容列在针灸治疗总论中，针灸治疗总论的开篇写的就是“脏腑经络证治”。列出了十二脏腑的多种证型，各证型的症状，要选择哪条经脉哪类腧穴。本书有关经络辨证的内容，是以《灵枢经》经脉篇的内容为主体，区分为实证有什么症状，该取什么穴；虚证有什么症状，该取什么穴。基本是以传统的脏腑辨证和经络辨证为主体的内容。到1997年出版了6版教材，由孙国杰教授任主编。这部分内容有所变化，列出了“八纲脏腑经络证治”。到2002年出版了“十五”规划教材（7版教材），由石学敏院士任主编。这部分内容未再列入教材中。2012年出版了王华，杜元灏教授主编的“十二五”规划教材，书中列出“针灸的诊治规律”，包括了“辨证论治，辨病论治和辨经论治”三部分。2016年出版了梁繁荣教授和王华教授主编的“十三五”规划教材，这部分内容与“十二五”规划教材相似，只是在提法上有一些变化，变成“针灸临床诊治特点”，包括了“辨证和辨病的结合，辨证和辨经的结合，调神和调气并重”。两版教材均关注了针灸诊治应该从病，经，证，甚至是气，神各方面综合论治。

在中国中医药出版社出版的《针灸学》中，2007年出版的“十一五”教材，2012年出版的“十二五”教材，都梁繁荣教授主编，这部分内容也是沿用了对证，经，病，神，气几个方面的讨论。列出“针灸临床诊治特点”，包括“辨证与辨经结合，辨证与辨病结合，调神与调气并重”。

在高等教育出版社出版的《针灸学》中，2008年出版的“十一五”规划教材和2013年出版的“十二五”规划教材，均由王华教授任主编，列出“针灸临床诊治特点”，包括“辨病，辨证，调经”，同样突出了病，证和经三个方面。

再来看人民卫生出版社出版的《针灸学》。人民卫生出版社是中国最大的出版西医学教材的出版社，前期主要是出版西医教材，也曾在2002年出版了由徐泽恒任主编的《针灸学》，其后因故中断了中医药教材的出版。至2012年重新开始出版中医药教材，很有幸我被选为主编之一，和梁繁荣一起主编“十二五”规划教材。2016年我又与李瑛教授一起担当“十三五”规划教材主编。在这两版教材中，均编入了“针灸临床诊治特点”，包括“辨证与辨经结合”“辨证与辨病结合”“调神与调气并重”。

（二）再来分析一下中国中医药出版社出版的《针灸治疗学》

2007年出版的“十一五”规划教材，由王启才教授任主编，列出“针灸临床辨证论治纲要”，包括“针灸临床辨证论治要点，八纲辨证，脏腑辨证，气血辨证，经络辨证”。2012年出版的“十二五”规划教材，2016年出版的“十三五”规划教材，均由高树中，杨骏教授任主编，均列出“针灸临床诊治特点”，只是包括的内容中，由“十二五”规划教材的“辨病论治，辨证论治，调经论治”变为“辨病论治，辨证论治，调经论治”。

总之，在“十一五”，“十二五”和“十三五”规划教材中，虽然因为主编不同，

表述方式不一样，但无论是《针灸学》教材还是《针灸治疗学》教材，在内容上都突出了针灸临床辨证方法中经络辨证的内容，并试图突出针灸的辨证论治思维特点，尝试如何构建针灸临床的诊治思维模式。

(三) 如何培养学生针灸诊治思维特点？

在此，以我们主编的“十二五”“十三五”和教材为例，跟大家谈交流一下是如何从理，法，方，穴，术几个环节的上来初步培养学生针灸诊治思维特点的。在我们的编写思路中，很想突出以脏腑辨证，经络辨证为特点，为重点的针灸临床辨证思维模式，而且把这种思维落实到每个病的辨治中，故在编写的时，很关注治疗总论内容和治疗各论内容，辨证和治疗的呼应关系。

我以面瘫为例来谈：

1. 关于辨病位。这一点与内科不同。内科的大方脉辨证，粗略辨出在面部经脉即可。重点辨病因是风，是寒，是热等，以辨别证型为主，辨别属于风寒侵袭，风热袭络，或是气血不足证？针灸临床辨证，则强调病位在面部。强调先辨经络，次辨病期，再辨兼证。辨经络时，只辨出在面部还不够，还要辨出是属于哪条经脉，属于该经脉的哪部分经络组织的病证？对于面瘫的辨证，比较共识的是属于阳明，太阳经筋的病证。故既要关注面瘫的病位在面部，也要关注它是一种经筋病，基本病机是面部经筋弛缓不收。

当然不同类的疾病应该选用不同的辨证方法。面瘫适合用经络辨证，就应突出经络辨证为主，但同时要考虑病期，考虑病因，兼用其他的辨证方法。

2. 关于治法要与辨证相呼应。为什么治疗面瘫要祛风通络，疏调经筋？这与病位在经筋密切相关。

3. 关于取穴：要让学生了解到：①为什么选面部穴？治疗经筋病“以痛为腧”是基本治疗原则，面瘫病位在面部，故选用面部腧穴始终是重点。②为什么选合谷？主要基于“面口合谷收”的理论。③太冲是近年来治疗面瘫的常用穴，为什么选太冲？选穴的意义在于调治经筋，是从本病病位在经筋考虑的，而且，足厥阴肝经的循行“从目系下颊里，环唇内”，与目，颊，唇相关，也属于循经取穴。④再就是常规的针对证型配穴，如针对风寒外袭证，风热侵袭证，气血不足证配穴；针对主要症状配穴，如乳突部压痛取翳风；眼睑闭合不全取鱼腰，申脉等。

4. 关于施术。就是如何手法操作的问题。有急性期和缓解期，后遗症期的不同。要取得佳效，除恰当选穴外，很重要的一个环节是如何施术。对于面瘫要辨病期，在急性期多属于实证，操作的时候，远端腧穴要用重刺，用泻法；急性期病位较浅，故面部腧穴又宜浅刺，轻刺。对于恢复期属于虚证者，以及在后遗症期（以虚证为多见），远端的足三里，合谷，要用补法，加用灸法。

(四) 有关《针灸临床技能实训》的编著思想

如上所述，教材的编写目的是为了培养学生的诊治思路，试图做到理法方穴术各个环节的前后呼应顺接。与此相关，给大家汇报一下我主编的创新教材《针灸临床技能实训》的编著思想。本书2013年在人民卫生出版社出版。我始终认为，针灸临床教学中，如何提高学生的操作能力固然很重要，但同等重要的还有如何培养学生的针灸临床诊治思维。故编写本书时，既要注重提高学生的针灸操作技术，也要注重针灸诊治思维的培养。

本书分两大部分，第一部分上篇是选择了毫针法，灸法，拔罐法，其他针法等

常用的针灸操作技术，对各项技术的基本操作进行了规范，对各环节进行了详细阐述。

在此，我想跟大家汇报的是第二部分下篇的内容，是有关培养针灸临床诊治思维的内容。在治疗总论中，强调了针灸治病的基本程序，也就是治病的基本环节。这个图或许能够较清晰地展示我们的一些想法。左栏展示的是中医治病的辨证阶段和论治阶段两个大阶段。把这两个阶段再细划分，可以分为四诊采集，辨证分析，确立治则，确定治法取穴，确定刺灸方法 5 个环节。着重分析每个环节的要点是什么？针灸诊疗的特点是什么？

如在四诊阶段，不仅问症状，看舌头，摸脉，还要注重望诊，切诊在针灸临床的特殊性，重视经络腧穴诊察方法的应用，这对诊断，取穴，施术有重要意义。

在辨证分析时，一要酌情选用合适的辨证方法，重视脏腑辨证与经络辨证相结合，重视辨证辨病相结合，重视把握病位对于指导取穴和刺灸方法的重要性。经络病位在哪里？既要关注病痛在体表的病位点，又要关注病痛在哪一深层组织？举例说明。一般来说，针灸治疗带状疱疹止痛效果好，疗程短，短期之内能够痊愈。常规来说，基本都选用局部穴，采用浅刺的方法（平刺，或斜刺）。但有些患者可能出现脓疱，皮肤出现瘢痕，那辨证，施治与常规的治疗差别就很大。我曾接诊一个 60 多岁的男性患者，是带状疱疹后遗神经痛，右肋部的疼痛。初诊时很明确地告知病情较重，局部皮肤有过化脓。经治疗大部分皮肤疼痛已经轻微，只遗留曾经化脓的地方非常痛。来之前，已经在年轻医生那里针灸了 10 多次，但效果不明显。当我对痛处进行诊察的时候发现，轻轻触摸基本不痛，但若往深层逐渐加力按压，则疼得比较明显，并可触及到硬结。按压的深度实际上到化脓瘢痕的那个组织层次。这个患者还有一个特点，静位时疼得不重，若做上肢，躯体摆动时则疼得明显，由此可知，病位不但在皮部，已经深入到局部经筋。故治疗时，我仍选择痛处围刺，予数针平刺；针对痛点，又选用较粗毫针，以约与皮肤 30° 夹角进针，刺入 0.5 寸左右，至手下感觉有硬结处，然后采用合谷刺法，对局部筋结进行针刺松懈。复诊时，病人告知该处疼痛程度减轻了 40%，再触诊此处，硬结也有明显的疏松。

在辨证分析二要注重辨证，辨经，辨病相结合，明确病因，病机，病位，病性，病势。

在确立治则环节，在确定治法，选取穴位环节都有针灸的特殊性。

在确定刺灸方法时，要关注选择针具针法，确定治疗时间，了解影响针灸处方疗效的基本因素，对提高治疗效果的作用。

《针灸临床技能实训》一书的治疗各论部分，选择了内外妇儿五官科的 35 种常见疾病，这些疾病有外经病，有脏腑病，也有一些官窍病。对于各病，都依据总论中展示的疾病基本辨治程序，对各个环节进行了分析。如头痛的针灸治疗，有别于以往头痛的分型论治的编写方式，而是以头痛病例为切入点，按照临床诊病流程，对涉及到的问题逐一导学。指导学生如何选择应用四诊？怎样选择用哪种辨证方法？如何确定治法？如何选穴处方？如何操作？是一种完全切合于针灸临床诊治过程的提炼。

有关经络辨证，我的这些想法还不很成熟，希望各位专家多批评指正，希望将来有更多的机会和大家讨论。

シンポジウム⑤中医と漢方，対話と展開

中医と漢方，対話と展開 — 日本漢方の立場から

木村 豪雄

桜十字福岡病院漢方内科

要旨

現在の日本漢方の原点は、『漢方診療の実際』（大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎著、南山堂）と考えられている。古方派、後世派ならびに折衷派という立場の異なる各流派が、考え方の違いを統合するために伝統医学的な用語の意味をこの本で再定義したといわれている。

日本漢方の特徴は方証相対であり、カテゴリー分類、腹診を重視する、そして口訣の活用にあるといえる。この口訣は、優れた臨床医の言葉、西洋医はクリニカル・パウルと言っているが、EBMという言葉が当たり前になったこの時代に、その意義が問われている。

科学的思考には演繹と帰納の2種類の推論が含まれており、臨床では演繹的思考で書かれたエビデンスと、帰納的なクリニカル・パールの両方を上手に使っていくことが必要である。

中医学と漢方を考えた場合、弁証論治は演繹法（順序立てた仮説によって最終結論を導き出す方法）、口訣は帰納法（数多くの「例」を集積することで結果を導く方法）と置き換えることができ、口訣を伝統的中医理論を用いて解説（質的検証）することによって、用語や概念の意味を再認識させることが日本漢方との対話の手掛かりになるかもしれない。またその作業は伝統的中医理論の深化に寄与する可能性もある。

お早うございます。桜十字福岡病院の木村でございます。今日は「中医と漢方、対話と展開」ということで、この3つの流れに沿ってお話をしたいと思います(図1)。

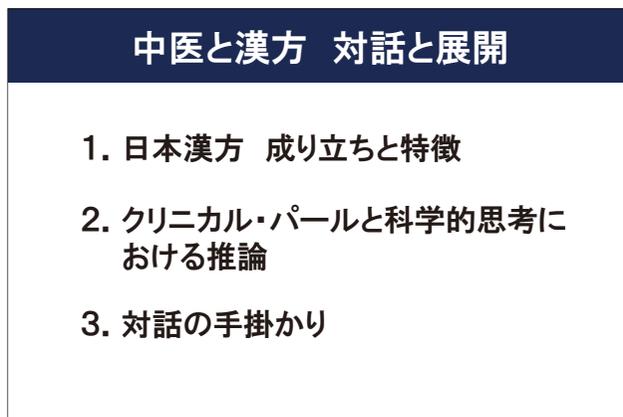


図1

1番目は「日本漢方 その成り立ちと特徴」。2番目は、現代医学においても、現在、クリニカル・パールが非常に注目されておりますが、「クリニカル・パールと科学的思考における推論」。そして3番目は「中医と漢方の対話の手掛かり」という流れでお話ししたいと思っております。

日本漢方の原点

現在の日本漢方の原点は、『漢方診療の実際』(大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎著, 南山堂)と考えられております(図2)。古方派, 後世派ならびに折衷派という立場の異なる各流派が, 考え方の違いを統合するために伝統医学的な用語の意味をこの本で再定義したといわれております。この本は『漢方診療医典』(大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎著, 南山堂)と名前を変えて現在も出版されています。



図2

この『漢方診療医典』の初版の序を読みますと、「多忙な臨床医家が、比較的容易に漢方医学を習得し、また漢方医学を現代医学の立場から理解できるような『漢方の学習書』という目標のもとに、初版『漢方診療の実際』を出版したのは昭和16年(1941)のことであった」ということであります。そして「昭和29年に、現著者ら3人で、新たに稿を起し、『漢方診療の実際』の増補改訂を行った」と。この本こそが、現在の日本漢方の原点であるといわれているわけがあります。さらに、「その後の15年の経験を追加し、さらに一般の要望に添うよう、全面的な大巾な増補改訂を行ない、書名も『漢方診療医典』と改め、内容の充実を心がけた」とあります。「即ち本書は、明治以降わが国において歴史的発展を遂げてきた、これら三派に属する生き残りの漢方医家に就いて、その伝統を学んだ著者らが、その家学経験方を総合し、現代医学との接触のもとに集大成したもので、昭和の漢方に新しい一面を拓いたものと評価されてきた」(『漢方診療医典』)と書かれております。

■ 証を強調した理由

さて、日本漢方では証ということがよく強調されるわけではありますが、日本漢方の大家である大塚敬節先生の言葉を紹介します。これを読んだときに、いまでも非常に驚きを覚えたことを記憶しております。大塚先生は「証という言葉は吉益東洞が言い出した言葉で、昭和になって盛んに言い始めたもので、徳川時代にはあまり言っていませんね」と。では、なぜ証を言ったかという、「昭和になって私共が証を喧しく言ったのは、実は意味があるんでね。打明け話をすると、漢方のいちばん弱い所は病名診断で、機械も器具も使わないから、病名でいくと西洋医学に負ける。そこで証を強調して漢方の盲点をカバーして、なおかつ漢方の特質を強調しようという意図があったわけです」(『漢方研究』「東西両医学よもやま話」より、昭和45年9月)ということを言われております。

すなわち、日本漢方はその成り立ちにおいて、明治時代に一度、漢方廃止という壮絶な経験があり、そのトラウマがあったのではないかと。そして、なんとか昭和になって漢方が復興したときにもう二度と潰されるのは嫌だと。そのために、日本漢方は現代医学に迎合して生まれたものだと思っております。

さらに、日本では一元的な医師免許制、つまり日本の医師免許があれば西洋薬も漢方薬も勉強しなくても使えるわけですが、それは利点であり、ある面では欠点でもあります。これは、中医学が西洋医学との激しい対立のもと、2002年のSARSの勝利をきっかけにその立場を確立したとも考えると、日本漢方というのはかなり現代医学に迎合しているのではないかと思います。

そしてもう1つの特徴は、複雑性より簡潔性を好む国民性にあるとも考えられます。

■ 日本漢方の特徴

次に日本漢方の特徴を考えてみますと、これは、寺澤捷年先生が2012年に発表された総説ではありますが、そこでは「日本漢方は、方証相對論(隨証治療)を基本としている」「いずれの学派も腹診を重視している」。そして「証を確定する

ために構造主義的な実態に基づく暗黙知の直接把握を優先している」(寺澤捷年: 日本漢方の特徴. 日東医誌 63 (3): 176-180, 2012) と書かれております。

1. 方証相対

方証相対については、安井廣迪先生のテキストからの抜粋ですが、「方証相対システムは、症候と処方とを直接結びつけて治療を行う。ブラックボックスにカテゴリ分類を入れるのは近年の傾向であるが、実際にはその他にさまざまな口訣を用いて使用処方を決定するのがこのシステムの特徴である」また「日本の漢方医学の最大の財産であり世界に誇るべきものは、『傷寒論』処方使用の経験の蓄積であり、それらは多くの症例報告とともに口訣という形で伝えられて来た」(安井廣迪: 医学生のための漢方医学 [基礎篇], 東洋学術出版社) と述べられております。

2. 暗黙知と口訣

次に寺沢先生が言われた暗黙知と口訣との関係を考えてみますと、暗黙知というのは、もともとは企業経営を論ずる場合に考え出された知的な発想ですが、野中郁次郎先生が書かれておりますように、「暗黙知はしばしば現場の経験から生まれる意味のある経験的知識であるが、それが個人の「勘」に留まっている限り、組織的に共有できる知識とはなりえない。しかし、暗黙知がいったん明示化され、形式化されると、その形式知を通じて新たな暗黙知の世界が開かれる」と。つまり、形式知というのは漢方でいうところの口訣化ということであります。さらに野中先生は「対象に住み込んで意味を読み取り、その思いを言語(概念)を想像していく。そうして拡大された暗黙知は、さらに新たな形式知へ結びついていく。暗黙知と形式知はこのような相互循環作用を通じて量的・質的な広がりを実現していく」(野中郁次郎: 知識創造の経営. 日本経済新聞社) と書かれております。ところで、和田東郭先生も勘ということを非常に大切にしておりました。大塚先生も書かれておりますが、それが口訣という言葉で形式知になるということになります。

そこで、日本漢方の特徴は方証相対であり、カテゴリ分類、腹診を重視する、そして口訣の活用にあるといえるのではないかと思います。

3. 口訣とクリニカル・パール

さて、この口訣でありますが、EBMという言葉が当たり前になったこの時代に、優れた臨床医の言葉、漢方では口訣、また西洋の先生たちはクリニカル・パールと言っていますが、その意義が非常に問われております。このクリニカル・パールを臨床問題に適用するときの注意点はなにか、という問いに対し、「パールのような短く包括的でわかりやすい情報は受け入れやすく、盲目的になりやすいが、適用に関しては情報源・信憑性・安全性・費用対効果などを考慮し、一般化の程度と範囲に留意する」(春田淳志・錦織宏: クリニカル・パールとは何か. JIM 22, 2012-8) ということが強調されております。

さらに、クリニカル・パールの4つの基準というものが唱えられておまして、1番目、ある患者から得られた情報のなかで、他の患者に対しても一般化できるものである。2番目、経験豊富な優れた臨床医から得られるものである。3番

目、あまり知られていない知識をうまく伝えることができる。4番目、注意を引きインパクトのあることが最も重要であり、簡単で、理解しやすく、覚えやすくあるべきであるといわれております (Mangrulkar RS et al : What is the role of the clinical “pearl” ? . Am J Med113 : 617-624, 2002)。

ここで、このクリニカル・パールを活用した、クリニカル・パールと科学的思考における推論というものを考えてみますと、「科学的思考には、演繹と帰納という2種類の推論が含まれる。臨床現場では、科学的思考におけるこれら2種類の推論をうまく組み合わせることが必要である。つい演繹的思考で書かれたエビデンスをもとにして内的妥当性を考える事が科学的思考と考えてしまいがちだが、帰納的なクリニカル・パールも臨床現場では有用な情報源であり、これらを発信しデータの量を積み重ねる事もリサーチクエスションとして質的検証していくのも、重要な科学的任務の必要であるといえるのかもしれない」(春田淳志・錦織宏：クリニカル・パールとは何か. JIM 22, 2012-8)といわれており、やはり両方を上手に使っていくことが必要になっていきます。

■ 中医学と日本漢方の対話の手がかり

中医学と漢方を考えた場合、弁証論治は、順序立てた仮説によって最終結論を導き出す方法であり、演繹法だと考えられます。それに対して口訣は、多くの経験から出てきたもので、数多くの「例」を集積することで結果を導く方法であり、帰納法とも置き換えられるのではないかと考えられます (図3)。

中医学と漢方 推論法の相違	
弁証論治	口訣
順序立てた仮説によって最終結論を導き出す方法	数多くの「例」を集積することで結果を導く方法
演繹法	帰納法

図3

対話の手がかりとして、再び安井廣迪先生のテキストを参考にさせていただきますが、安井先生は「日本の口訣は中国伝統医学に新しい視点を提供する資源である。中医学と日本漢方医学の接点の一つが、ここに存在するというのを忘れてはならない」(安井廣迪：医学生のための漢方医学 [基礎篇]。東洋学術出版社)と述べられております。

以前より、用語・概念の共有化の必要性はいわれておりますが、現実的には進んでおりません。現代医学に迎合し定着した日本漢方独自の概念や用語を、本来の定義に回帰させ、共有化することは難しいかもしれません。そこで、日本漢方

の財産である口訣を、伝統的中医理論を用いて解説（質的検証）することによって、用語や概念の意味を再認識させることが、実用性を好む日本漢方との対話の手掛かりになるかもしれないと思っております。また、その作業は伝統的中医理論の深化に寄与する可能性もあると思います。

知識が異なる知、特に暗黙知と形式知の相互作用を通じて創造されるという前提にもとづけば、共同化・表出・連結化・内面化の4つの知識変換モードが考えられます（図4）。

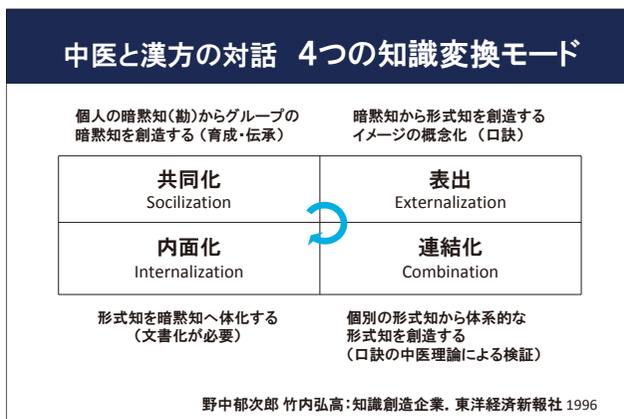


図 4

すなわち1番目、個人の暗黙知（勘）からグループの暗黙知を創造する（育成・伝承）共同化。これは優れた臨床家の勘やスキルを修行中の弟子やその師匠から、言葉によらず観察・模倣を練習によって技能を学ぶようなものであります。2番目の表質化は、暗黙知から形式知を創造することで、暗黙知を明確なコンセプトに表すプロセスとも考えられております。つまりここで口訣という表質化が起こるわけであります。さらに、個別の形式知から体系的な形式知を創造する連結化へと進んでいきます。中医学と漢方の対話にはまさにこのプロセスが必要であり、繰り返し述べますが、口訣を中医理論によって検証し、体系的な形式知にすることが重要なのではないかと考えます。そして4番目が形式知から暗黙知へ創造する内面化。これには文章化が必要だとされております。内面化とは実際に他の人の経験を追体験しなくても起こりうることで、たとえばある治療経験を他のメンバーにその症例の本質と臨場感を感じさせることができれば、過去の経験が暗黙知的なメンタルモデルになり得ることを表しております。

最後に昭和漢方の大家も期待していることを紹介して終わります。『漢方診療医典』の序には、「我々は本書とは別個の使命をもつ。東洋医学本来の基礎理論の上に、東洋独自の治療体系を集大成した、さらに高度な著述が新しい研究者によって出現し、現代医学に寄与することを、心より期待するものである」（大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎：漢方診療医典，南山堂）と述べられております。

以上、中医と漢方の対話についてお話させていただきました。ありがとうございました。

シンポジウム⑤中医と漢方，対話と展開

中医学から見た日本漢方

平馬 直樹

平馬医院院長

要旨

現代の日本では、漢方薬は主に医療用漢方製剤（エキス剤）として、臨床各科領域で諸疾患に応用されている。歴史的に用いられてきた名方剤を、現代医療にいかに応用するかに工夫が凝らされている。これは、健康保険診療の制約のなかで、エキス剤の使用が主流になっているためであるが、煎剤による治療が主流であった昭和期の漢方診療でも、古典的名方剤の運用による治療が行われていた。

さかのぼって江戸時代初期に主流であった曲直瀬道三の医学は、明医学の主流であった朱丹溪学派の医学を日本に広めたもので、当時の中医学を忠実に受容したものであった。道三は自らの医学を「察証弁治」と呼んでいる。これは現代の弁証論治とほぼ同義であり、診療の方法も弁証論治に近い。

ところが道三の医学の継承者曲直瀬玄朔は、全国から医学生が参集する学舎啓迪院では、広く宋金元明の折衷医学を規範として、啓蒙的な教育を施した。玄朔の弟子の長沢道寿は、『医方考』を研究し『医方口訣集』を著し、啓迪院の後継者岡本玄治は、『万病回春』『古今医鑑』を研究し『玄治方考』『玄治薬方口解』などを著した。道三の察証弁治は変容して、古典的名方剤の臨床運用を重んじ、方剤の運用のコツを伝授し、その裏付けに伝統的理論を援用するというスタイルになっている。これを「口訣の医学」と呼ぶが、私はこのスタイルを察証弁治の発展形である「方剤弁証」と位置付けている。道三の『衆方規矩』、長沢道寿の『医方口訣集』とその類書、甲賀通元の『古今方彙』などは江戸時代中期までの医師に遍く読まれ、臨床の座右に置かれ、名方剤の運用に注力する臨床の形が広がっていた。

その後18世紀の日本では、張仲景方を伝統理論（陰陽・五行・営衛・運氣）に依らずに、臨床症候と直接結びつけて運用する方証相対の治療が行われるようになった。古方派の誕生である。

古方派の主張するところは、従来の後世方派の医学が基づく医学理論（内経から明医学）は、古来の中国医学のものではなく、後世の医家が創作、潤色したもので、信じるに足りない。『傷寒論』には古の聖人の医学の姿が遺されている。『傷寒論』を古学（荻生徂徠の古文辞学など）の文献研究法で読み、体系化を試みるべきだ。『傷寒論』の条文が正しいか否かは、臨床の効果によって、判別される。実効あるものを採用するというものであった。

方証相對の方法は、症候を伝統理論で解釈せずに、現れた症状（ことに腹候に邪の部位が現れる）と臨床効果の高い張仲景方（傷寒論の処方）の薬効に当てはめて処方を選択するという方式である。方証相對の方劑運用によって、伝統理論は破壊されたが、古方派の仲景方運用は、寒熱・虚実などに拘泥せず、邪（古方では毒と称する）の部位とその排出経路を勘案して方劑を鑑別するもので、疾患や病状によってはこのような方式が有効な場合もある。演者は方証相對の方法を、方劑弁証の特殊な一方式と理解している。

このように日本漢方は張仲景方、『和劑局方』や『万病回春』などの収載方など古典的名方劑の応用に工夫を凝らし、経験を積み上げてきた。それが、昭和から現代の漢方にも受け継がれているが、継承されているのは系統的な診断治療のシステムというよりも、名方劑の運用パターンのようなものである。現在の漢方は医療用漢方製劑が用いられることが主流であり、それにはこのような方式が便利であり、日本においてすでに定着している。

■ 中医学との出会い

私は、若い頃、北里研究所東洋医学総合研究所で大塚敬節先生と矢数道明先生の薫陶を受け漢方を学びました。そのため、江戸時代の文献とともに、中国の古典や医書を学ぶのが当然というなかで漢方を学び始めました。

漢方処方の運用を理解するためには、中国の大学の教材である『中薬学』と『方劑学』が有用と思い、これを学びましたが、その内容を理解するのに入門書である『中医学基礎』も理解しなければならないと考え、これも学びました。さらに臨床の手本とするため、昭和の漢方書のほか、江戸の医案、中国の古典医書、現代中国の中医学書を手あたり次第参照し、段々と中医学にもなじんでいきました。

中国へは1978年に医療訪中団に参加し、武漢・長沙の中医学院を視察したことがあり、その後1980年代におもに北京に数度にわたって短期研修に行き、また、来日した中医師たちとも交流しました。1980年代というのは、中国ではちょうど文化大革命（文革）が終わった時期です。文革中は中医学の教育が歪められ、研究も出版も制限されていました。1980年代というのは、そういった制限から解放され、中医学の発展をはかる情熱に溢れた時代でした。

1987年から89年まで中国政府の高級進修生として、中国中医研究院广安門医院（北京）に留学し、内科・皮膚科・腫瘍科の3科で臨床研修を受けました。皮膚科を朱仁康先生と張作舟先生、内科を路志正先生、腫瘍科を朴炳奎先生からそれぞれ指導を受けました。具体的には朱仁康先生からは皮膚疾患への衛氣營血弁証の応用を、張作舟先生からは湿疹病変の治療を深く学びました。路志正先生からは脾胃の昇降を調えるような治療法、朴炳奎先生からは中西医结合による肺がん治療を学びました。そこでは、四診合参、つまり望聞問切をどのように統合するかということ、そして弁証論治の進め方といった神髓に接することができ、一生中医学でやっていくという揺るぎない学習の方向性を与えられました。

帰国後は中医学を専門として臨床を行ってきました。1990年に東京臨床中医学研究会の創設に参加し、初代の事務局長を務めました（当時の会長は故・張瓏

英先生)。2003年に中医学大交流会を開始し、その後、同会を発展継承し、2010年に日本中医学会を設立しました。

■ 中医学から見た日本漢方の特徴

現代の日本では、漢方薬はおもに医療用漢方製剤（エキス剤）として、臨床各科領域で諸疾患に応用されています。歴史的に用いられてきた名方剤を、現代医療にいかに応用するか工夫が凝らされています。これは、健康保険診療の制約のなかで、エキス剤の使用が主流になっているためですが、煎剤による治療が主流であった昭和期の漢方診療でも、古典的名方剤の運用による治療が行われていました。

さかのぼって江戸時代初期に主流であった曲直瀬道三の医学は、明医学の主流であった朱丹溪学派の医学を日本に広めたもので、当時の中医学を忠実に受容したものでした。道三は自らの医学を『啓迪集』の自序で「察証弁治」と呼んでいますが、これは現代の弁証論治とほぼ同義であり、診療の方法も弁証論治に近いです。

ところが、道三の医学の継承者である曲直瀬玄朔は、全国から医学生が参集する学舎・啓迪院において、広く宋・金・元・明の折衷医学を規範として、啓蒙的な教育を施しました。

そして玄朔の弟子の長沢道寿は、『医方考』を研究して『医方口訣集』を著し、啓迪院の後継者である岡本玄治は、『万病回春』『古今医鑑』を研究して『玄治方考』『玄治薬方口解』などを著しました。道三の察証弁治は変容し、古典的名方剤の臨床運用を重んじ、方剤の運用のコツを伝授し、その裏付けに伝統的理論を援用するというスタイルになっていきます。これを「口訣の医学」と呼びますが、私はこのスタイルを察証弁治の発展形である「方剤弁証」と位置付けています。

道三の『衆方規矩』、長沢道寿の『医方口訣集』とその類書、甲賀通元の『古今方彙』などは江戸時代中期までの医師に遍く読まれ、臨床の座右に置かれ、名方剤の運用に注力する臨床の形が広がっていました。

その後18世紀の日本では、張仲景方を伝統理論（陰陽・五行・營衛・運氣）に依らずに、臨床症候と直接結び付けて運用する方証相對の治療が行われるようになりました。古方派の誕生です。

古方派の主張するところは、従来の後世方派の医学がもつづく医学理論（『内経』から明医学）は、古来の中国医学のものではなく、後世の医家が創作・潤色したもので、信じるに足りない。『傷寒論』には古の聖人の医学の姿が遺されている。『傷寒論』を古学（荻生徂徠の古文辞学など）の文献研究法で読み、体系化を試みるべきである。『傷寒論』の条文が正しいか否かは、臨床の効果によって判別される。つまり実効のあるものを採用するというものでした。

方証相對の方法は、症候を伝統理論で解釈せずに、現れた症状（殊に腹候に邪の部位が現れる）と臨床効果の高い張仲景方（『傷寒論』の処方）の薬効に当てはめて処方を選択するという方式でした。方証相對の方剤運用によって、伝統理論は破壊されましたが、古方派の仲景方運用は、寒熱・虚実などに拘泥せず、邪（古方では毒と称する）の部位とその排出経路を勘案して方剤を鑑別するもので、疾患や病状によってはこのような方式が有効な場合もあります。私は方証相對の

方法を、方剂弁証の特殊な一方式と理解しています。

このように、日本漢方は張仲景方、『和剂局方』や『万病回春』などの収載方など古典的名方剂の応用に工夫を凝らし、経験を積み上げてきました。それが、昭和から現代の漢方にも受け継がれていますが、継承されているのは系統的な診断治療のシステムというよりも、名方剂の運用パターンのようなものです。現在の漢方は、医療用漢方製剤が用いられることが主流であり、それには、このような方式が便利であり、日本においてすでに定着しています。

■ 日本漢方への提言

医療用漢方製剤が普及し、その臨床経験が蓄積されています。医療用漢方製剤が生まれ、普及したのには、これまで述べてきたような日本の漢方の特質、口訣の医学や方証相対の方式と合致したためであり、江戸時代からの長い伝統が医療用漢方製剤にも投影されています。このような伝統と経験の集積は貴重であり、それにもとづいた発展をはかるべきです。それには日本漢方の方式を方剂弁証の一方式と位置づけ、伝統理論を学習し、症候を分析するにも治療方針を立てるにも中医学の伝統的な方式であり、本質である弁証論治の標準的な方法を身に付け、たとえば口訣や方証相対を活用すると、理解が深まり応用が広がると思われれます。

弁証論治の基本を学んだ私にとっては、『古今方彙』や『勿誤薬室方函口訣』（浅田宗伯著）の簡潔な方剂運用指針の記述は、たいへん有用で、読めばその病態や効能が中医学の頭でたちどころに理解できます。江戸以来の伝統と中医学理論は私の頭の中では異質なものではなく混在となっています。医療用漢方製剤を運用するためにも、伝統理論を身に付け、弁証論治の方法を学んでおくことが大いに役立つことを提言しておきたい。

近年では中国でも台湾でも韓国でも、エキス製剤が広まっています。弁証論治によるエキス製剤の運用も普遍的な臨床スタイルになっていくでしょう。中医学を学んでいる本学会員は、日本漢方が異質なものとは捉えずに、弁証論治の一方式である方剂弁証と理解して、身に付けた弁証論治の方法で医療用漢方製剤を大いに活用していただきたい。

シンポジウム⑤中医と漢方，対話と展開

中医と漢方の 背景にあるもの —その医学思想の観点から

加島 雅之

熊本赤十字病院総合内科

要旨

現存する，中医と漢方とともに，中国明代中期（1400～1600年代）の医学を直接の祖先としている。このため，同じ古典を読み，その解釈の枠組みや基礎用語も表現上同じまたは類似の表現をとるなど，類似した内容をもっている。

しかし，漢方は独自の発達をしている。その最も特徴的な内容は漢方の古方派の泰斗である吉益東洞によって確立させた“方証相對”である。方証相對では，中医の病因病機・治法・薬能といった機序的説明をブラックボックス化する。現在の漢方で使用される八綱・六病位・五臓などの概念は，このブラックボックスに方劑選択の効率性をあげるナビゲーターとして症状・症候の組み合わせとその有効な方劑を結びつけた，症候・方劑分類ともいうべきものである。東洞の理論の背景には直前に誕生し日本の思想革命をもたらした荻生徂徠の思想の強い影響がある。

では，こうした方証相對のような思考方法は東洞が始まりであったのであろうか。日本において中医を受容した初期の段階から，その受容の仕方にはある傾向性がみえてとれる。現存する最古の日本の医学書である『医心方』は，主なるものだけでも百数十の六朝～唐代の医学書を引用する形で成立しているが，編集方針ではできるだけ理論的説明部分を省略する傾向がみえてとれる。また，現存する漢方流派の始まりで，明代医学を集大成して導入した後世派の開祖である曲直瀬道三は，弟子の教育においては極めてマニュアル化した方法での教育を行っている。後世派はこの方向で発達していくこととなる。つまり，東洞の方法は，こうした具体性と実践性を重んじた日本の中国医学受容の在り方を先鋭化させたものともいえる。

古来，中国医学では自然界の気の運動変化に対応して人体の気が運動変化することこそを生命現象と捉えてきた。翻って，疾病とは自然界の気の変化に人体が対応できない状況であり，病因は，人体が対応できない自然界の気の変化や，自然界の気の動きに反する気の動きを生じさせるような不摂生などの人体側の要因，また気

の交流・運行を阻害する邪の存在とされてきた。体内の内外という異世界を一連のものとして理解するために、自然界の気と人体内の気と同じ気の性質を表す際に根源的な属性である陰陽・五行といった極めて抽象的で多義的な表現で理解することが求められる。こうした、世界観を日本では身体感覚的に受け入れるのはなじまなかったのであろう。

日本の伝統理論を受け入れる立場でも特徴がある。それは、用語の定義を厳密に行うこと、また、人体と自然との気の流れの阻害という病態の説明の中心を担う、邪の存在を重視しないことにある。

私は中医と日本漢方の特徴の背景について、いくつかの観点をまとめてみたいと思います。

■ 方証相対と弁証論治の背景にあるもの

まず日本漢方の一番の特徴である「方証相対」と「弁証論治」の関係について、ブラックボックス化している方証相対の「方」と「証」の間に、言語的な論理の展開があるのかということですが、そもそも中国医学の病因病態論を突き詰めて考えてみると、そこには「自然界と人体は同じ法則によって支配されており、自然界にあることは人体の中にもある」という基本的なテーゼがあります。したがって、人間が活着しているのは自然界の気の流れと同じように、体内で気の流れが起こっているからだと考えます。これが、何らかの理由で自然界の気の流れと人体の気の流れが不一致を来すと疾病を起こすと考えており、体が自然界の何らかの気の流れに順応できない理由が病因だと考えます。そして、その病因を取り除くのが中国医学の大きな特徴になります。

たとえば、胃もたれ・食欲不振・倦怠感・軟便といった症候があると、「脾虚」と「痰湿」から「六君子湯」という発想になりがちですけれども、実はこれは、ただ症状を集めているだけで、症状を概念という記号で置き換えただけですから、「方証相対」と変わりません。本来の中国医学では「脾の虚弱な者が不摂生をして食べ過ぎ、外界の湿度が上昇したために痰湿が生じた」と考えます。したがって治療方針は「脾の気を補って痰湿を除いて養生を薦め、さらに季節に応じて治療法も変える」というのが本来の考え方です。ただ単に症状を記号で置き換えるだけではありません。

こういった観念をもとに見ていくと、たとえば診察学においても、中国と日本とは歴史的に考え方が大きく異なっています。これは(図1)、中国の先生が書かれた舌診の文献を日本語訳してあるものですが、ここには非常に注目すべき内容が記されています。中国の代表的な舌診書で、中には画が記載されているのですが、すべて同じことが強調されています。そこには「書かれていることだけを鵜呑みにするな」「その病態の背景を探れ」と書いてあります。

それに対して、こちら(図2)は日本の『腹舌図解』という有名な腹診・舌診書ですが、この中には非常に詳細に舌の画が描かれており、その舌の画に関して「これによって病態を探るな」「何が起きているかを考えるのではなく、1個1個が細かく書いてあるから、それと当てはめて考えろ」と、中国とは180

度違うことをいっています。おそらくここが伝統医学に対する日本人と中国人との大きなスタンスの違いだと思います。

つまり、中国医学は病因・病態があって症状・症候があり、症状・症候はあくまで病因・病態を類推するための手がかりにすぎないという立場です。それに対して日本漢方は病因・病態というのは人間ではわからないから、あくまで症状・症候を中心に考えなさいという考え方をします。

実はこうした発想はかなり古くからあって、現存する日本の最古の医学書『医心方』は、百数十にのぼる中国医書をダイジェストして書いてあるのですが、これにはある編集方針があります。それは理論的な部分を極力省略するというものです。『医心方』はだいたい『諸病源候論』を引っ張ってあって、病態・生理が述べられた後で処方に記載されているのですが、『諸病源候論』の病態・生理がだいたい12行ぐらいに渡って書かれているのに対し、『医心方』では4行か6行で書かれており、だいぶダイジェストされています。そういう立場で考えていくのが『医心方』です。

日本の漢方の始まりで、中国医学を導入した曲直瀬流の曲直瀬道三は、実際の臨床では一人一人に対してまったく違う、約束処方を用いない治療を行っていましたけれども、彼がどのように自分の弟子を教えていたかという点、それは『出

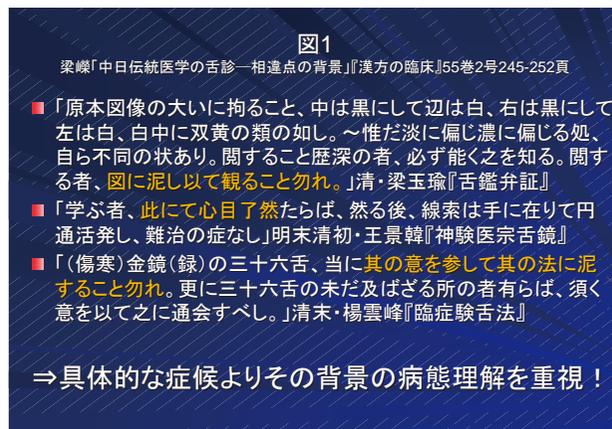


図1

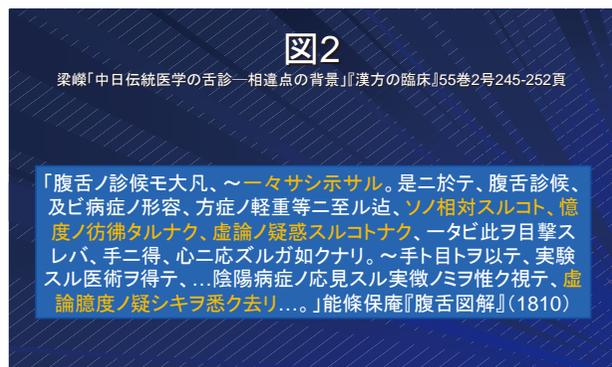
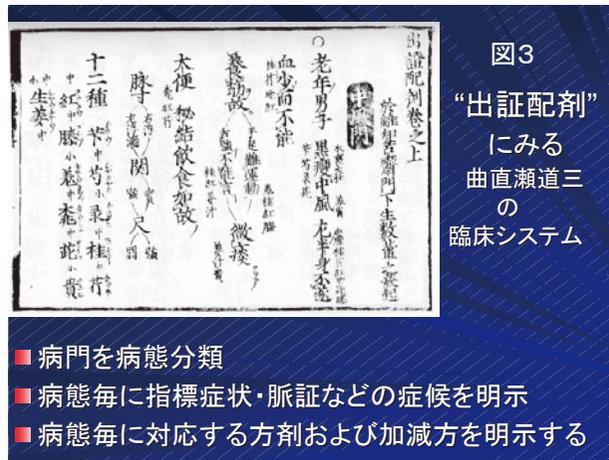


図2

証配剤』という本を見ればわかります。この本は、彼が講義した内容が講義録として残され、それをもう一度曲直瀬道三が確認して出版されたものです。その第一門は中風門ですけれども、そこに「老年の男子が黒く痩せて中風し、半身不遂して血漿して、筋を養う能わず」と書いてあります。これ(図3)を読んでみると、隣に小さい文字がずっと書いてあります。小さな文字は「これ、水が涸れて火が大壮。そうすると、地黄、芍薬、柴胡などを入れろ」となっています。すなわち、症状とその症状の解釈、そしてそれに対応する生薬をすべて1対1対応で書いてあって、それをすべて集めると、12種類の生薬を集めた1つの処方が出来上がる。曲直瀬道三はこういうやり方で弟子を教えていたのです。自分の弟子は、自分と同じように毎回病態診断はできないと諦めきって、マニュアルを教えるようなやり方をしていました。この口訣化する考え方は、その後に急激に進行して行って、先ほど平馬先生がおっしゃったような江戸時代の口訣医学が出来上がってきます。



- 病門を病態分類
- 病態毎に指標症状・脈証などの症候を明示
- 病態毎に対応する方剤および加減方を明示する

図3

吉益東洞の背景にあるもの

ここで、ちょっと話を変えますけれども、「具体化する」ということにはある種のジレンマが存在します。みなさんは、「山」と聞いたときに、どういうものを思い浮かべられますか？ いろいろな山がありますね。たとえばエベレスト、富士山、阿蘇山……、しかしこの画(図4-1)を見た瞬間にエベレストはなくなります。ここ(図4-2)までくると立山連峰で、こんな感じに見えるわけです。すなわち、抽象性が高いと「応用性が高まる代わりに認識にバラツキが出る」。逆に具体性が高いと「認識は均一化できるけれども応用性に乏しい」という現象が生じてしまいます。つまり、具体化し過ぎると、未知の状況に対応できなくなってくる可能性が出てくるわけです。

その問題が江戸時代に起こってしまいました。「天然痘」と「梅毒」というそれまでの治療方針がほとんど歯の立たない病気が流行り始めました。その時に極めて具体化していた口訣の医学はことごとく太刀打ちできませんでした。それを解決せんとして現れたのが吉益東洞です。彼は役に立たない方法論の背景にある

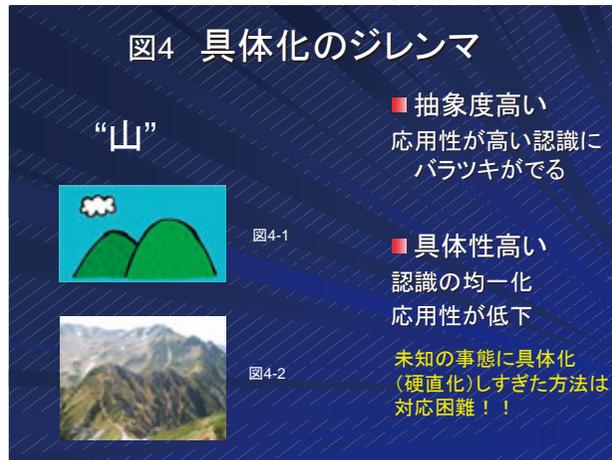


図4-1, 4-2

もの一切を否定しようと試みて、医学理論を否定しました。代わりに「万病一毒」という考え方をに入れてゆき、数少ない方剤のみで治療しようとした。彼の常用処方箋は十数種類ですけれども、江戸時代に最も読まれた方剤集である『古今方彙』が1,894処方箋を収載していますので、それと比べると非常に少ない薬で治療を試みているのがわかります。

この東洞の考え方の背景をちょっと考えてみたいと思います。江戸時代のものの考え方の基本は朱子学です。朱子学というのは、万物は気によって出来ており、この気の運動を支配する法則である理を考えようとしています。たとえば、「道徳的である」というのはこの理に合致することです。つまり。人が朝起きたら挨拶をすることが道徳的なのは、「理と合致しているから」と考えるのが朱子学です。欲望を抑制して、理性を高め、世界の背景にある義理を迫及することが人間の知性の目標だというふうに考えています。宇宙の始まりからこの世のすべてを説明していくのが朱子学です。

一方、この朱子学を否定するような考え方が吉益東洞から遡ること50年ぐらい前から既に始まっています。それが日本の復古儒学ですけれども、その代表的な人物が荻生徂徠です。荻生徂徠は日本の思想史における最も重要な人物で、東アジアで唯一近代革命がまっとうに成功したのが日本だったのも、この人がいたからだといわれている人物です。彼は朱子学において「人間が万物の基本的な法則である理を理解できるのはおかしい」といっています。彼は「古文辞学」という学問を確立していますが、彼の最大の疑問は、「古代の聖人が理を理知的に理解して儒教の教典を書いたとすれば、なぜ時代によって解釈が変わるのか。絶対の真実なら解釈は変わり得ないだろう」ということでした。最も完成された知性を持つ人間である聖人であっても、根本原理というものは言語的に表現できない、と。ただし、儒教の教典に書かれている仁や義や礼といった概念は時代を超えて有用だということで、「聖人は原理を含めたシステムとしてものを残してくれていて、人間はそれを言語的に説明できない、理知的には把握できない」ということをいったのです。

荻生徂徠の古文辞学は、近代になって西洋で構造主義を唱えたソシュールの考

え方と似ているのですが、違っているところも結構あります。ソシユールの構造主義は「同じ音が言葉になっても言語や文脈によって意味は異なっている。だから音節に意味はなく、文脈や文法に意味がある」といっています。たとえば、熊本弁で「こんみかんは『すいか』ですか」と言うのと、「わたしは『すいか』がすきです」と言うのでは、同じ「すいか」ですけれども、一方は「すっぱい」という意味で、もう一方は「西瓜」ということになります。このように、同じ音でも意味は違うわけですから「すいか」という音に意味はないというわけです。

それに対して古文辞学では、人間は概念の原理そのものはわからないけれども、文脈を超えて概念の使用条件と結果だけを集めると概念の本質的構造が抽出できると考えます。つまり、A というものに、D という方法を使うと、ある結果が起こる。たとえば、朝、「お早うございます」と頭を下げると、相手も「お早うございます」と頭を下げてる。こういう関係がさまざまな場面で、A という言葉が教典のなかでどういうふうに使われているのかを並べれば、礼というものの本質的な意味はわからなくても、構造的な対応はわかるというふうに考えました。

この方法論を『傷寒論』の条文のなかでやったのが吉益東洞で、彼は『類聚方』という本を書きました。「こういう症候に桂枝湯を使う」「こういう症候に大承気湯を使う」ということだけを抽出して並べ、なぜ大承気湯か、なぜ桂枝湯かはわからないけれども、この条件でこの薬が効くということだけを抽出して医学を作り直しました。実は吉益東洞の儒学の師匠は荻生徂徠の弟子なので、直接この考え方を引き継いでいるのですね。

さらに数少ない方剤をさまざまな病態に応用する論理を東洞はこういうふうと考えています。同じ薬がいろいろな病態に効くのは、普通の私たちの観念でいえば、たとえばさまざまな病因があって症状が起こっていても、その「機序」を同じように解決できる1つの薬があるから、いろいろな病気に使えるのだと考えるのですけれど、吉益東洞の場合、この「機序」という概念をできるだけ言いません。そうすると、同じ病因だから結果としていろいろな症状が違っても1つの薬で治せる。だから「万病一毒」という考え方なのです。彼はそういう考え方に帰着させようとしていました。結果として、症状・症候、そして毒という概念で薬を選ぶことになり、毒を探る方法として腹診を使いました。「ここに毒があるからこの薬を使う」というやり方です。「では、毒とは何ですか？」と、吉益東洞は聞かれているのですけれど、それにはムニャムニャ言って教えません。仕舞いには「そんなものは臨床の役には立たないから、考えるんじゃない」と怒る。そういう立場をとるのが吉益東洞です。

そうすると、結局は何も教えないから「ブラックボックス」ということになるのですが、よほど臨床的に優れた人でなければ典型症状以外の症状から薬を選ぶというのはかなり難しいですね。たとえば、逆流性食道炎の胸の痛み、心筋梗塞の胸の痛み、大動脈解離の胸の痛み、気胸の胸の痛みを、非典型例で、症状だけで使い分けて、この時はアスピリン、この時はPPI、この時はモルヒネなどとは普通はできないですよ。吉益東洞はそういうことをやっているのです。そのため、それ以降の医者は自分たちでいろいろな分類項目をブラックボックスに入れて、より薬を導きやすいようにしました。

■ 中医学と日本漢方のさまざまな相違

虚実挟雑と虚実中間

中国伝統医学に現存している「虚実挟雑」という概念と、日本漢方の「虚実中間」は非常に象徴的な意味合いがあります。虚実挟雑は、邪の実と生気の虚の2つが同時に存在しています。日本漢方では疾病が発症しているからには毒があるのですけれど、毒が何かはわからないから言語化しません。そうすると、毒を排除するための劇薬が飲めるか、それとも劇薬に耐えられない状況なのかに注目して考えることとなります。そして劇薬でもなく、劇薬に耐えられないときに使う薬でもない、真ん中くらいが日本漢方の虚実中間ということとなります。

また、たとえばインフルエンザで発熱しているとき、日本漢方では「表熱証」と表現するのに対し、中医学では「表寒証」といいます。これは邪を中心に考えるか、生体反応を中心に考えるかという立場の違いで、日本漢方では生体の現れている現象のみを中心に考えていきます。方剤に関しても、中医学では病因病態に対する治療方針が重要で、どの方剤を使うかは、ある意味どうでも構いません。日本漢方に関しては、個別の目標症状に対して固有の処方という考え方をしていきます。たとえば、中医学では葛根湯の処方を規定しようとする、「16味の葛根湯も葛根湯」になります。われわれには7味の葛根湯しか葛根湯とは思えないのですけれど、「16味の加減法でも、葛根湯の治療方針をもっている処方だから葛根湯」になるというわけです。彼らは「葛根湯という治療方針を体現していれば、どんな組成であっても構わない」という考え方をしています。

口訣と歌訣

中医学のなかにも「歌訣」という「口訣」に相当するものがありますけれども、意味合いが違います。日本漢方では口訣は非常に重要な、臨床の手掛かりと考えているのに対し、中医学ではあくまで学習の補助と考えています。

また中国では新しい理論を打ち立てることが名医の条件とされていますが、日本では有用な口訣を知っていたり、それを創造できる人が名医の条件とされています。これがかなり違う立場だと思えます。

気血水と気血津液

現代の日本の漢方の方法というのは、西洋医学的な診断名、口訣、そして中医によく似ているけれども異なる症状分類・症候分類・カテゴリー分類をして処方を選ぶというやり方です。そのうちよく似ているけれども違うものとして「水」と「津液」があります。日本漢方の水はあくまで症状分類ですけれども、中医の津液は病因病態をみて生理学も含めた考え方です。

日本漢方の水の履歴を見てみると、「気血水」説を最初に言ったのは吉益南涯で間違いありませんけれども、彼の言っている「水」は、現在の水とはまったく関係がありません。たとえば「太陽病で気に乗ずると桂枝湯」「血に乗ずると葛根湯」「水に乗ずると麻黄湯」と言っており、みなさんの知っている「気血水」とは全然違いますよね。いまの「気血水」説のものは湯本求真です。これが、『漢方診療実際』の第2版に取り入れられて、現在の「気血水」につながってゆきま

す。「水滯」という言葉は、和田東郭と吉益南涯に各1条文ずつ彼らのものが出てくるのですけれども、いまの「水滯」は直接的には長濱善夫先生の本から来るようです。

中医学の「津液」は『素問』のなかにあるのですけれども、「痰」の概念はもともと仏教医学から来ているようです。「湿」の概念も運氣論から来ています。運氣論も西の方から来た占星術にかなり影響されているようなので、中医学といっても中国の伝統がずっと真っ直ぐつながってきているわけではなくて、他の国の医学の影響を受けながら形成されてきています。中医において「気血津液」という3組トライアングルの完成するのは、中医統一教科書の第1版からです。それ以前の伝統的な既刊の本のなかでは、「気血津液」というトリヤスではなくて、「気血」もしくは「気血精神」という組み合わせが多く、3つで1つという考え方は、日本の影響を受けたのではないかという指摘もあります。

■ 具体表現と抽象表現

最後に中医学の概念の特徴なのですけれど、たとえば「陽」という言葉をいろいろな意味で使いますね。非常に具体的な人体の症状である熱のことをいっている場合と、哲学的な意味も同時に陽と表現します。抽象度の違うものを同じ名前と呼ぶため、初学者はわかりにくいと感じてしまうのですけれども、なぜそうしたいかという、万物を成立させている気の最も根源的な状態を表せば陰陽五行なので、その表現ができているということは、最も本質に近いものを把握できていることの現れだと考えているからです。

気の状態を表す言葉というのが最も重要だと思います。ですから、日本でも伝統理論を使ってやる考え方がありますがけれども、中国とはだいぶ様相が違って、たとえばその最も端的な例は、江部洋一郎先生の「経方理論」です。これは、江部先生が中医学を勉強されたうえで作り上げた中医学とは異なる体系です。江部先生の方法論は非常に具体的で、一つひとつの言葉も抽象度の概念を超えないように、きっちり定義しながらやっていくというやり方で構築されています。

このように、日本が理論的な立場を取ると、中国伝統医学の理論を用いていても、抽象表現を避け、邪の概念の把握が薄れやすく生体反応から病態を把握しようとしています。日本が具体性を重んじやすいのに対して、中医学は気の状態を観念的に表す抽象表現を多用します。病態の主役をなす阻害因子、すなわち邪を重視した表現もしやすいといった違いがあるのではないかと考えております。以上、ありがとうございました。

日本中医学会雑誌 投稿ならびに執筆規定

1. 目的

本誌は日本中医学会の機関誌として、中医学およびそれと深い関連を有する事項に関する基礎的および臨床的研究を発表する学術雑誌である。

2. 投稿資格

本誌への投稿は原則として、筆頭著者 (first author) および責任著者 (corresponding author) は日本中医学会の会員に限る。ただし、編集委員会が特に依頼したものはこの限りではない。

3. 倫理規定

1. 投稿原稿は他誌に未発表であり、かつ投稿中でないものに限る。
2. 人を対象とした研究はヘルシンキ宣言 (1964 年採択, 1975 年, 1983 年, 1989 年および 1996 年修正) の精神に則って行われたものでなければならない。
3. 実験動物を用いた研究は動物実験に関する倫理規定に基づいて行われたものでなければならない。
4. 個人識別ができる患者などの写真類を掲載する場合、本人または法定代理人の承諾書を添付する。
5. 金銭的な利害関係がある場合は、その旨記載する。

4. 論文の募集と採否

1. 原著ならびに症例報告を募集する。原著論文については新しい手段を用いた研究、新しい角度からなされた研究など originality に富んだ論文を特に歓迎する。
2. 国内・国外を問わず、他誌に掲載されたもの、または掲載予定のもの、自らあるいは第三者のホームページに収載または収載予定のものは掲載しない。
3. 投稿論文の採否は編集委員会で決定する。審査の結果、編集方針に従い原稿の加筆、削除、一部分の書き直しなどを求めることがある。不採用の論文は速やかに通知する。

5. 執筆要項

1. 論文の長さは下記のとおりとする。
 - 〔原著・総説〕
 - 本文 (文献含む) 8,000 字以内
 - 表・図・写真 8 点以内
 - 〔症例報告〕
 - 本文 (文献含む) 4,800 字以内
 - 表・図・写真 6 点以内
2. 表・図・写真が増加した場合は 1 点につき本文を 400 字減じて調整する。
3. 和文抄録 (600 字以内) および 300 語以内の英文抄録を添付し、5 個以内の key words を日本語および英語で指定する。

4. タイトルページには、タイトル、著者名、所属、連絡先を和英で併記する。また、本文・文献の総字数を記載する。
5. 本文はタイトルページを1頁、文献の終わりを最終頁とし、各頁のナンバーを入れる。また、本文、文献、抄録、図表説明、表、図、写真の順に配置する。なお、図表の説明はすべて日本語表記とする。
6. 原稿は横書きで、1行の行数はA4判用紙で24～35字とし、十分な行間(5mm以上)をとる。
7. 所定枚数を超過した論文は原則として採用しない。ただし、編集委員会で認めた場合に限り、掲載する。
8. 外国語の固有名詞(人名、商品名等)は原語のままアルファベットで表記し、頭文字は大文字とする。ただし、日本語化しているものは片仮名とする。また、文中の外国語単語(病名、一般薬名等)の頭文字は、固有名詞、独語名詞、文頭の場合を除き小文字にする。
9. 年号は西暦で統一する。
10. 単位記号は、原則として国際単位系(SI)とし、km, m, cm, mm, μm , nm, L, mL, μL , kg, g, mg, μg , ng, pg, yr(年), wk(週), d(日), h(時), min(分), s(秒), ms, μs などを用い、記号のあとの句点はいらない。

6. 文献の記載

1. 文献は本文中に引用されたもののみを挙げる。
2. 文献の記載順序は原著名のアルファベット順とし、同一著者の場合は発表順とする。本文中の引用個所には肩番号を付す。なお、著者名は3名までとし、それ以上の場合、英文は「～ et al」、和文は「～ほか」とする。
3. 文献の書き方は次のように統一する。
〔雑誌の場合〕著者名：題名 誌名 巻数：頁、発行年
〔書籍の場合〕著者名：書名 発行所、発行地、発行年、頁
または、著者名：題名 頁(編者名：書名 章、節、発行所、発行地、発行年)

なお、欧文雑誌名の略称はIndex Medicusに従い、和文雑誌は公式の略称を用いる。

7. 電子原稿および電子投稿

1. 原稿は全て電子原稿とし、紙原稿は受け付けない。
2. 投稿原稿の文章はMicrosoft Office Word、図表はMicrosoft Office PowerPointを用いることとする。図表は、PowerPointで作成する。各頁に図表の番号を記述する。写真の保存方法についてはJPEG形式が望ましい。使用したワープロ(パソコン)の機種およびワープロソフト名とそのバージョンを明記する。
3. 動画の掲載を受け付ける。詳細については事務局に連絡する。
4. 電子原稿は日本中医学会事務局に、E-mail(添付ファイル)で送付する。
宛名：日本中医学雑誌 編集部
アドレス：日本中医学会事務局 [seo@jtcma.org]

8. 論文の採否

1. 投稿された論文の採否は複数のレフェリーによる公正なる査読を経て，編集委員会で決定する。
2. 掲載の巻号が決定次第，希望により掲載証明書を発行する。

9. 校正

1. 著者による校正は初校のみとする。その際，字句の訂正のみにとどめ，組版に影響するような大幅な加筆や削除は行わない。
2. 表題，用字，用語などは編集委員会で修正する場合がある。

10. 著作権について

1. 本誌に掲載された論文の著作権は日本中医学会に帰属し，無断掲載を禁ずる。著者は論文の掲載が認められた後に，著作権委譲承諾書に署名・捺印し提出する。
2. 出版物から図表などを引用する場合，その出版社および著者の承諾書を添付する。

(2010年12月13日規定)

誓約書・著作権委譲承諾書

日本中医学会 殿

年 月 日

『日本中医学会雑誌』に掲載した下記の論文は、他誌(商業誌を含む)には未発表であり、かつ投稿中ではありません。

また、今回『日本中医学会雑誌』に掲載された下記の論文の著者全員の著作権はすべて日本中医学会に委譲することを承諾します。

論文名：

著者名(共同著者全員を含む)：署名・捺印のこと

筆頭著者： 会員番号

責任著者： 会員番号

共同著者 1 共同著者 6
(会員番号) (会員番号)

共同著者 2 共同著者 7
(会員番号) (会員番号)

共同著者 3 共同著者 8
(会員番号) (会員番号)

共同著者 4 共同著者 9
(会員番号) (会員番号)

共同著者 5 共同著者 10
(会員番号) (会員番号)

※共同著者が会員の場合は、会員番号を記入の事。

編集委員会

編集長 酒谷 薫
副編集長 篠原昭二, 平馬直樹, 別府正志, 安井廣迪, 山本勝司
編集委員 浅川 要, 猪越恭也, 関 隆志, 戴 昭宇
西本 隆, 兵頭 明, 吉富 誠, 路 京華
査読委員 猪越英明, 石川家明, 石原克己, 王 曉明, 王 財源
越智富夫, 加島雅之, 河原保裕, 北川 毅, 北田志郎
清水雅行, 菅沼 栄, 瀬尾港二, 仙頭正四郎, 西田慎二
西森婦美子, 矢数芳英, 山岡聡文, 梁 哲成, 渡邊善一郎

日本中医学会雑誌 Journal of Japan Traditional Chinese Medicine Association

第9巻第1号 2019年5月15日発行

発行 日本中医学会

事務局：〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

日本大学医学部脳神経外科学系光量子脳工学分野内

e-mail : info@jtcma.org <http://www.jtcma.org>

制作 東洋学術出版社
