

炙甘草 1.5g、当帰 3g、黄耆 3g、桂皮 3g、芍薬 3g、川芎 3g、熟地黄 3g 分3食前)とコタロー梔子柏皮湯 6g (分3食後)

[治療評価] 第0日→第58日で評価

① 尋常性乾癬重症度評価 PASI(Psoriasis Area and Severity Index) : 頭部 1.2→0.1、体幹 7.2→5.4、

上肢 6→4、下肢 12→10、計 26.4→19.5

② QOL(Skindex-16) : 症状 6/4→3/24、感情 40/42→17/42、機能 21/30→14/30

③ 血液検査データ : 明らかな改善も悪化もなし(通常の変化内)

④ その他 : 尿量が増加したとの本人からの報告(計測なし)

[舌変化] 軽度の腫大が軽減、舌の厚みが増加

[症例 4]

57歳女性 潰瘍性大腸炎

メサラジン、ステロイド坐剤など使用中であったが、下血がおさまらず、あらたに抗 TNF α 抗体による治療を勧められていた。

[舌所見] 淡白、厚めの白苔がみられた。

[処方] 真武湯合人参湯煎剤(茯苓 6g、芍薬 6g、白朮 4g、生姜 1.5g、附子 1.4g、人参 4g、炙甘草 2g、乾姜 4.6g 分3食前) 第14日から芍帰膠艾湯煎剤(当帰 4.5g、芍薬 6g、川芎 3g、地黄 6g、艾葉 4.5g、炙甘草 3g、阿膠 3g 分3食後)を併用

[治療評価] 第0日→第14日→第28日で評価

① 潰瘍性大腸炎臨床的重症度 :

排便回数 10回→6回→3.4回/日、血便(NRS評価)

10/10→3/10→0/10

その他の重症度の評価項目である発熱・頻脈・赤沈の上昇は第0日から正常であり、Hbの評価はおこなわれなかった(この間に主治医による評価はおこなわれなかった)。

[舌所見変化] 軽度の腫大が軽減、軽度赤みが増加

D. 考察

① 撮影にあたって舌の出し方は一定でなかったので具体的な指導が必要と考えた。写真は全体的に黄色を帯びていて、写真記録の目的だけでTIASを使用するのであれば、処方選択時には肉眼で評価したほうがよいと考えた。そこで、舌所見の変化をみるために②の研究にすすんだ。

② 症例1(アトピー性皮膚炎)については、特に舌の所見は重要な情報であり、裏熱の強い状態と判断でき、白虎加人参湯を中心とした清熱剤で治療していくことになった。その結果、皮膚所見の改善とともに舌苔の色と厚さの変化がみられた。裏熱が軽減したと評価できる変化であり、皮膚の炎症と裏熱の強さが相互に関連していると推測された。

症例2(アトピー性皮膚炎)については、舌は羸瘦しており、舌粘膜の萎縮があって亀裂がめだち、消耗性の状態であることがわかった。また赤みが強くなく、寒の状態であることが推測できた。2週後の変化であるが、皮膚所見の改善とともに睡眠障害や食欲不振も軽減し、舌の萎縮は改善傾向となった。この所見変化は肉眼でははっきりわから

ず、写真記録にて気づいた所見であった。

症例3(尋常性乾癬、慢性腎不全)については、当初の舌所見は、やや舌色が淡く軽度腫大や軽度歯痕などあるが、特にめだって特徴的な舌所見はなかった。しかし、他所見とあわせて、気血両虚と評価し、十全大補湯(煎剤)と、掻痒対策として、梔子柏皮湯エキスを内服してもらった。最初に全身倦怠感が楽になり、その後に皮膚所見が改善、同時に尿量が増えているようだという報告を受けた。舌所見の変化として、舌が締まった印象があり、白苔が薄くなり、その結果、当初は舌に浮腫があったことなどが推測できた。

症例4(潰瘍性大腸炎)については、舌所見は舌色が淡く、血虚と判断した。非常に疲れやすく、寒さで下痢や腹痛が悪化し下血が続いている状態で、食事には神経質なほどに注意をはらっている状態であり、気虚(特に脾気虚)が強い状態と考えた。まずは補気(温補)薬として真武湯合人参湯(煎剤)を処方した。それにより下痢の回数が減り、食欲が増えてきた。そこで補血薬として、芍帰膠艾湯(煎剤)を併用し、内服したその日から下血量が減り、間もなく止まった。舌所見の変化として、舌が締まり、苔が薄くなり、舌尖に赤みがでてきた。この症例も結果から、当初は舌に浮腫があったことなどが推測できる。

今回は4症例であったが、初診時の舌評価は、肉眼評価で十分であったと考えている。しかしその後の舌所見の比較に関しては、特に症例3-4の軽度浮腫様変化に関しては写真でないといわず、治療によって、何らかの循環障害の改善はおこなわれていることが推測できる。所見を肉眼でとらえ文字で記録していく時、小さい所見変化の場合は、変化をとらえることもそれを正確に文字で表現することも難しいので、TIAS使用は有用であると考ええる。

一方、舌の出し方や部屋の条件によって画像が変化する。今回比較的同じように舌をだした症例を提示しているが、TIASを使用する前に前回分と比較し確認する必要がある、できるだけ同じ条件をとるように配慮が必要であった。

E. 結論

舌所見の処方決定に占める重要度は各症例で異なっていたが、治療効果に関しては舌所見で改善されている点が多いことが確認できた。

TIASによる舌変化の評価は、肉眼でとらえにくい変化や所見記載の表現が難しい場合は特に有用だと考えた。

参考文献

1. 日本皮膚科学学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会. アトピー性皮膚炎診療ガイドライン. 日皮会誌.119(8),1515-1534,2009.
2. Chren MM. The Skindex Instruments to Measure the Effects of Skin Disease on Quality of Life. *Dermatol Clin.*30(2),231-236,2012.

3. Michelle A, et al. Pathogenesis and Therapy of psoriasis. *Nature*.445(22),866-873,2007.
4. Feldman SR, et al. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis*.64(suppl II), ii 65- ii 68,2005.
5. Research Group for Intractable Inflammatory Bowel Disease 2006. Guidelines for the Manegement of Ulcerative Colitis in Japan. *IBD Research*.4(suppl),189-239,2010.
6. 高津典孝ほか. 炎症性腸疾患診療ガイドラインに基づいた実地診療. *Medical Practice*.27(8),1274-1287,2010.

F. 健康危険情報
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし

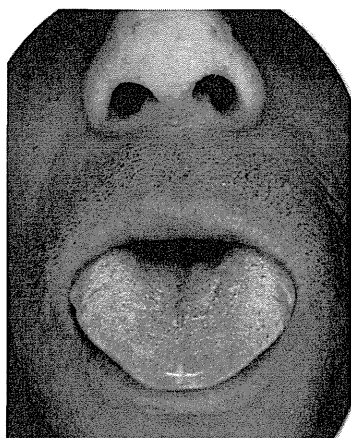
2. 学会発表
該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

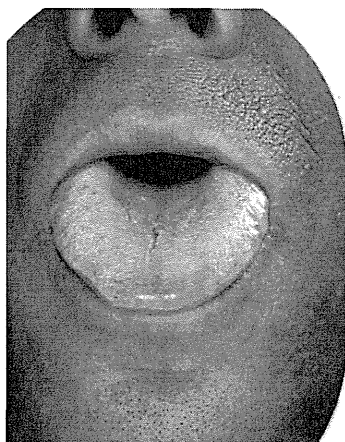
1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録
該当なし

症例 1

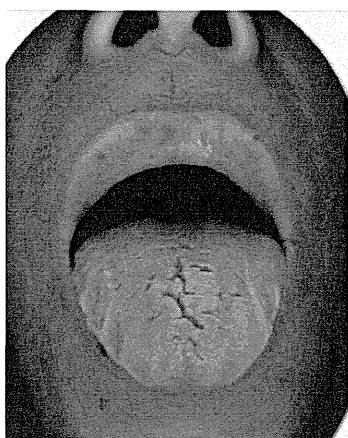


第 0 日

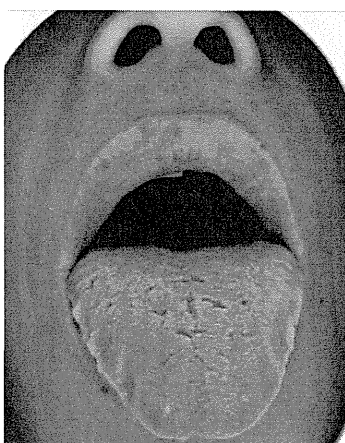


第 52 日

症例 2

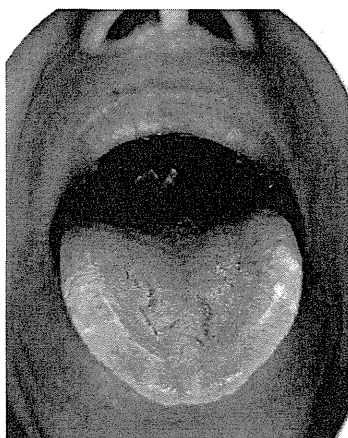


第 0 日

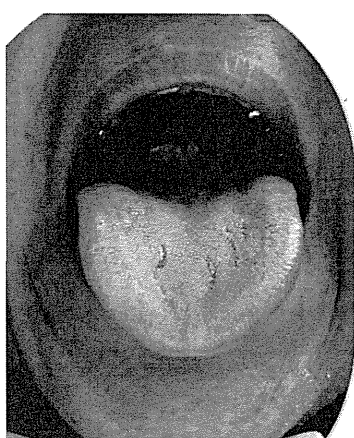


第 15 日

症例 3

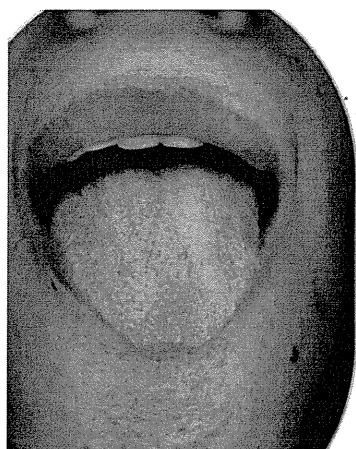


第 0 日

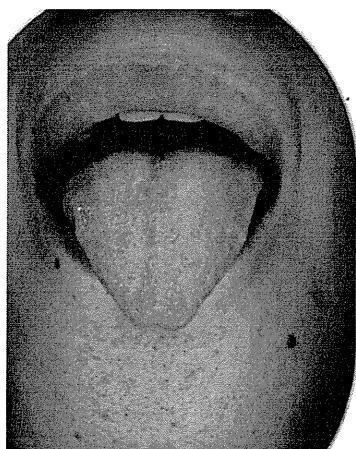


第 58 日

症例 4



第 0 日



第 28 日

Fig. 1 舌所見

Tab.1 瘀血スコアと舌所見

	ボランティアNO. 年齢・性別	1 39歳女	2 36歳女	3 46歳女	4 28歳女	5 44歳女	6 38歳女	7 42歳女	8 45歳女	9 52歳女
	瘀血スコア	70	35.5	79	41	58.5	59	51	31	51
舌質	色	淡白0 - 深紅4	2	1	2	2	2	2	2	2
		紅0 - 紫紅4	2	1	2	1	3	1	2	2
	形状	萎縮0 - 腫大4	3	3	4	2	3	2	2	3
	歯痕	無0 - 有2	1	2	2	0	2	2	0	0
	亀裂	無0 - 有2	0	0	1	0	2	0	0	0
	尖紅	無0 - 有2	0	0	0	0	0	0	0	0
	紅点	無0 - 有2	0	0	0	0	0	0	0	0
	瘀点	無0 - 有2	2	0	0	0	0	0	2	1
	瘀斑	無0 - 有2	2	0	0	0	1	0	0	1
怒張	無0 - 有2	2	1	2	2	1	2	2	1	
舌苔	色調	白0 - 黒4	1	0	0	1	1	0	1	0
	厚さ	鏡面0 - 厚4	3	3	3	4	3	3	3	3
	地図状舌	無0 - 広4	0	0	1	0	2	0	0	0
	乾湿	乾0 - 湿4	2	3	3	2	1	2	1	2

* 瘀血スコア～20点以下:非瘀血病態、21点以上:瘀血病態、40点以上:重症の瘀血病態

舌証と東洋医学の体質分類・病証推測の関連性について

研究分担者 和辻 直 明治国際医療大学基礎鍼灸学講座 准教授
研究協力者 森田 智 明治国際医療大学大学院鍼灸学研究科
研究協力者 篠原 昭二 明治国際医療大学基礎鍼灸学講座 教授

研究要旨

東洋医学の診察評価には画像記録ができる舌診がある。本研究は、舌診の有用性を検討するために、舌診から判断される舌証と、調査票から推測できる東洋医学の体質・病証との関連性を調査した。研究に同意した31名を対象に、舌診撮影ユニットと舌撮影解析システム(TIAS)で撮影した画像から判断した舌証を、中医体質分類判定票(CCMQ)からの体質判定と東洋医学健康調査票(OHQ57)からの病証推測との関連を検討した。その結果、舌証は、東洋医学の質問票による体質判定(54.8%)・病証の推測(35.5%)との一致率が低かった。また舌証は病証の推測よりも体質の判定が一致率が高かった。このことから舌証は一つの病証の推測であり、複数の診察結果を組み合わせ活用することが望ましい。

A. 研究目的

東洋医学の診察所見には客観的評価が行いやすい診察法として、画像記録ができる舌診がある。東洋医学では、舌診や脈診、腹診、問診などの診察法から病因や病態を考へて、病証を判断する。一方、舌診は舌証、脈診は脈証、腹診は腹証を単独な診察法から病証を判断することができる。本研究で注目する舌診も体質や病証との関連が深く、例えば陽虚証や陰虚証では主な舌所見がある。

本研究の目的は、舌診の有用性を検討するために舌診から判断される舌証と、調査票から推測できる東洋医学の体質・病証との関連性を調査した。

B. 研究方法

調査対象は本研究に同意を得た学生31名(24±3歳、男性24名、女性7名)とした。調査は2013年10月に行った。舌の画像記録は舌診撮影ユニットと舌撮影解析システム(TIAS)を用いた。調査票は、体質の判定に中医体質分類判定票(CCMQ)を、病証の推測に東洋医学健康調査票(OHQ57)を用いた。舌診判断は、撮影者以外の者が記録した舌画像から舌所見と舌証を評価した。

(倫理面への配慮) 研究倫理委員会(24-60-1)の承認を得て実施した。

C. 研究結果

CCMQの体質判断は陰虚体質12名と陽虚体質9名であり、OHQ57の病証推測は陰虚証7名、陽虚証12名であった。舌証は陰虚証12名、陽虚証11名であった。CCMQと舌証との一致率は54.8%で、OHQ57と舌証との一致率は35.5%であった。

D. 考察

舌診は画像記録ができ、体調を判断するのに有用とされている。これまで我々は東洋医学の有用性を検討するために、OHQ57の健康評価と東洋医学の診察法(舌診・問診・脈診)ごとの健康評価との一致率を調査した。その結果、診察法別の健康評価に一致率が異なり、特に舌診は一致率が15.2%低かった。本調査ではOHQ57の陰虚証・陽虚証

の推測と舌証との一致率は高くないが、前述した舌診の健康評価の一致率よりは高かった。

E. 結論

舌証は、東洋医学の質問票による体質判定・病証の推測との一致率が低かった。また舌証は病証の推測よりも体質判定が一致率が高かった。このことから舌証は一つの病証の推測であり、複数の診察結果を組み合わせ活用することが望ましい。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

記載なし

2. 学会発表

1. Morita A, Watsuji T, Seki M et al: Relationship between from of the tongue and constitution in Chinese medicine questionnaire. GUNTM International Symposium 2013 in Kyoto, Kyoto, p60, 2013.11.16
2. 森田智, 和辻直, 関真亮, 斉藤宗則, 渡邊勝之, 篠原昭二: 舌形と中医学体質分類との関連性について. 全日本鍼灸学会第33回近畿支部学術集会, 大阪, p28, 2013.11.23

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

3. 該当なし

舌診解析と問診解析からの診療情報の標準化

研究分担者 渡辺賢治 慶應義塾大学医学部環境情報学部 教授

研究要旨

漢方医学の診断には四診と呼ばれる四つの診断方法（望診、聞診、問診、切診）が必要である。舌診はこのうちの望診の一部である。舌診は漢方の診断（証）を決定するためには重要な手段の一つであるが、他の診断方法と相まって初めての確な診断がなされる。本分担研究では、もう一つの重要な診断手段である問診についての情報を得るための問診システムの開発した。これらの診察所見の標準化の先にある漢方の診断である「証」の標準化は WHO が行っている国際疾病分類改訂作業に協力しながら進めている。

A. 研究目的

漢方医学の診断には四診と呼ばれる四つの診断方法（望診、聞診、問診、切診）が必要である。望診は顔色、動作などを観察するが、舌診は重要な望診の一部である。聞診は聴覚を使い発声を聞いたり、嗅覚を用いて呼気臭などから心身の状態を判断する手段である。問診は患者の状態を質問して、診断・治療に必要な情報を得る手段である。切診は身体に直接触れて診察することであり、漢方では脈診と腹診が含まれる。

四診は漢方の診断である「証」を決定するためにはどれも必要な方法であるが、脈診・腹診などの診察は医師の主観的見解であり、標準化のためには専門家による意見統一と教育方法の標準化が必要とされる。また、聞診も医師の主観が入るため、標準化が難しい。その点問診は患者の主観であり、データ収集は容易である。また、舌診所見は主任研究者並木を中心に開発している舌診撮影装置にて客観的な指標が可能である。

本分担研究は将来的な問診-舌診の統合データベース構築を目的として、問診項目の構築を行う。なお、本分担研究の一部は平成 22～24 年度厚生労働科学研究費補助金「漢方の特性を利用したエビデンス創出と適正使用支援システムの構築」および平成 23～24 年度厚生労働科学研究費補助金「WHO 伝統医療分類からの日本版漢方分類の作成」により行った。

B. 研究方法

1) ブラウザベースの問診システムの構築

問診は通常紙ベースで、初診時に自由記載もしくは当てはまる項目をチェックするのが通常のやり方である。しかしながら紙ベースのものは解析のために、後から電子媒体に入力し直さなくてはならないために、時間と労力を要する。

電子媒体の入力方法として、iPad を用いた問診入力方法を設計した。

2) 証の標準化のための WHO の活動

また、漢方の証の診断については、現在 WHO が疾病及び関連保健問題の国際統計分類：

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) の改訂作業を行っており、2015 年にリリースされる予定の ICD-11 には伝統医学分類を盛り込む予定となっている。その伝統医学分類は、まずは漢方を含む東アジア伝統医学からということで、WHO は 2010 年に国際伝統医学分類：International Classification of Traditional Medicine (ICTM) プロジェクトをスタートさせた。この ICTM プロジェクトの中のひとつの目的は ICD-11 に新しく伝統医学の章を設けて、東アジア伝統医学分類を入れることである。

3) 日本における漢方の証の標準化

WHO の活動に協力して行っているわが国の漢方の証分類についての標準化作業は渡辺が研究代表者を務める厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業：統計情報総合研究事業「WHO 伝統医療分類からの日本版漢方分類の作成」の中で、WHO-FIC 日本協力センターの一員である、日本東洋医学会用語および病名分類委員会と共同して研究を進めている内容を反映し、作成した。

C. 研究結果

1) ブラウザベースの問診システムの構築

通常問診は自由記載欄と予め決められた質問に「はい、いいえ」で答える項目がある。自由記載は OCR を用いて自由言語解析などを用いれば解析可能であるが、まだ技術的に確立していないため、採用しなかった。

症状のうち、程度で表せるものはビジュアル・アナログ・スケール (VAS) で指示してもらうことで、実際には 0-100 の定量化数値として表示される。診療毎に経時的データが集積され、症状の変化が分かる。症状の変化は時間経過とともにグラフ上で示されるようにした。

問診項目はいくつかのカテゴリーに分けられ、

- 1) 日常生活に関する質問項目 40 (うち 13 が VAS 項目)
- 2) 全身状態に関する質問項目 29 (うち 29 項目が VAS)

- 3) 痛み・冷えに関する質問項目 42 (うち 42 項目が VAS)
- 4) 頭頸部に関する質問項目 26 (うち 23 項目が VAS)
- 5) 胸部に関する質問項目 7 (うち 6 項目が VAS)
- 6) 腹部に関する質問項目 13 (うち 11 項目が VAS)
- 7) 手足に関する質問項目 5 (うち 5 項目が VAS)
- 8) 生活習慣に関する質問項目 6 (VAS 入力はない)
- 9) 女性特有の質問項目 17 (うち 2 項目が VAS) という構成になっている。

2) WHO の伝統医学分類の活動

WHO の国際疾病分類は正式名称を「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)」という。1900 年に死因統計の国際比較をする目的で作成されたが、爾来 110 年以上西洋医学の体系での分類であった。ICD 第九版 (ICD-9) から ICD-10 になったのは 1990 年であったが、2015 年に 25 年ぶりに ICD-11 に改訂される計画でそれに向けた作業が WHO の主導で行われている。ICD-11 には伝統医学分類を盛り込む予定となっている。その伝統医学分類は、まずは漢方を含む東アジア伝統医学からということで、WHO は 2010 年に国際伝統医学分類：International Classification of Traditional Medicine (ICTM) プロジェクトをスタートさせた。この ICTM プロジェクトの中のひとつの目的は ICD-11 に新しく伝統医学の章を設けて、東アジア伝統医学分類を入れることである。ICTM プロジェクトに参加しているのは、日本、中国、韓国のほか、アメリカ、オランダ、オーストラリアが参加している。2012 年に ICD-11 の α 版が完成し、2013 年に β 版が完成し、ウェブ上に公開されている。

<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>

この中で暫定的ではあるが、25 章として「Traditional Medicine Conditions」として入っている。これらについてレビュー作業 (世界中から 200 名のレビュワーが本分類についてのフィードバックを行う。日本からも 60 名のレビュワーが登録されている。また、日中韓で同じ症例で分類が国際的にも標準化できるかどうかを検討する予定である。日本、中国、韓国から各 30 例ずつ英訳したものを作成した。

3) 日本における漢方の証の標準化

日本漢方の証の内容であるが、日本では中国・韓国で行っている臓腑弁証というものを行っていない。しかしながら、加齢に伴う種々の変化を「腎虚」と称している。腎虚は五臓 (肝・心・脾・肺・腎) の一つであるが、腎虚は用いても、その他の臓器については脾虚を用いることがあるくらいで臓腑についての診断は用いない。日本版漢方分類を決める際に、腎虚の扱いをどうするかで議論があった。「脾虚」に関しては「気虚」に置き換えることができるため、特に臓腑を用いなく

ても表現可能である。

腎虚の場合、加齢変化に伴う種々の症状を呈するが、腹診上下腹部の中央に力がない、もしくは知覚鈍麻がある「小腹不仁」がその特徴的な所見である。この所見が 100% に認められるわけではないが、代表的な所見ということで、「下焦 (下腹部) の虚」とすることにした。

この下焦の虚は気血水の異常；気虚、気うつ・気滞、気逆、血虚、瘀血、水毒とは独立しているものであることから、新たに「下焦の虚」を設けた。

もうひとつは漢方の証をコードする時に、コードのルールを決めることである。

具体的には「虚実」「寒熱」は必須項目とする。急性熱性疾患だった場合にはさらに「六病位」の中から一つ選択する。もしくは慢性疾患の場合には「気血水」の異常からゼロないし、一つか二つを選択する、というものである。

分類という観点からは二つまでというルールを決めないと、同じ患者を診察しても、ある医師は 1 つ、ある医師は 3 つも 4 つも診断する可能性がある。そのため、2 つまで、というルールを設けている。

日本で提案したものはすべて WHO の ICD-1 β 版に反映されているが、今後レビュー、フィールドテストを経て最終版の作成となる。

D. 考察

舌診同様、問診についても各施設でさまざまな項目について行われており、国際化に対応した科学的視点に立った日本漢方診断法・処方分類および用語の標準化の確立のためには問診項目および証の標準化も必要と考えられた。

診断の標準化の先にある証の診断については国際的にも標準化が進行している。日本の漢方の証分類は中韓と比較すると特殊であるが、国際的にも日本の分類が認めらようという段階にある。

E. 結論

舌診、腹診といった患者側からの客観情報に加え、問診情報は重要であり、そのシステム構築を行った。舌診などの診察法の標準化の先にある診断の標準化は WHO 主導で国際的に順調に進んでいる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Yakubo S, Ito M, Ueda U, Okamoto H, Kimura Y, Amano Y, Togo T, Adachi H, Mitsuma T and Watanabe K: Pattern Classification in Kampo Medicine, eCAM olume 2 014, Article ID 535146, 5pages.

2. 学会発表

1. (渡辺 賢治、伊藤美千穂、上田ゆき子、岡本英輝、木村容子、天野陽介、東郷俊宏足立 秀樹、矢久保修嗣、三瀧 忠道：ICD-11 ベータ版伝統医学病名における日中韓の比較、第 64 回日

本東洋医学会総会、平成 25 年 5 月 31
日～6 月 2 日、鹿児島。

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当なし

腹診研究班報告書

研究分担者 矢久保修嗣 日本大学医学部内科学系統合和漢医薬学分野 准教授
研究協力者 上田ゆき子 日本大学医学部内科学系統合和漢医薬学分野 助手
研究協力者 並木隆雄 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学 准教授

研究要旨

漢方医学において重要な診察法である腹診所見の標準化のために、腹診シミュレータ開発のための検討と、先人の腹診手技を検討するため、先人の腹診手技のDVD記録の文書化をおこなった。腹診所見の標準化を目的として、既存の腹診教育用シミュレータを改良した。腹力を標準化するため、腹部の強い抵抗感から弱い抵抗感を、5段階に表現した腹力モデルを作成した。これに加えて、小腹不仁モデル、振水音モデル、腹部動悸モデル、心下痞鞭モデル、胸脇苦満モデル、小腹硬満モデルに関して、それぞれの所見のある腹部モデル作成をおこなった。腹診シミュレータ腹診所見標準化モデルの使用は、腹診を行う際に得られる所見を標準化するために役立つことが期待される。また、著名な漢方医の腹診手技やその解説のDVD記録を文書化し、この手技の標準化をするための参考にできるようにした。

A. 研究目的

漢方医学には、腹部の身体所見である腹証を得るために腹診という日本独特の診断法が存在している。腹証は患者の腹部を、医師の手により圧迫し、このとき捉えられる医師に伝わる手の感覚や、患者の圧迫に対する反応などにより得られる。漢方医学では疾患による生体の変化が、腹部に腹証として表現されると考えている。このため、漢方医学の臨床ではあらゆる疾患を対象として、腹診は診断のために行われる診察法である。

腹診の所見を現代医学で用いられる画像による検査や臨床検査において評価をすることは困難であることが示されている。

既存の腹診シミュレータを改良して、漢方医学で重要な腹力などの所見を標準化するための腹部モデルを作成することを、我々は検討した。5段階の腹力所見を表現する腹力モデルの作成と、これに加えて小腹不仁モデル、振水音モデル、腹部動悸モデル、心下痞鞭モデル、胸脇苦満モデル、小腹硬満モデルの作成をおこなった。

また、この手技の標準化をするために、著名な漢方医が行う腹診手技やその解説のDVD記録の文書化を行った。

B. 研究方法

[腹診シミュレータ腹力モデルの作成]

基本的な素材構造としては、硬質な樹脂製のベース（基板）に、肋骨・胸骨にあたる部分のFRP製の部材と同じくFRP製の骨盤にあたる部材を設け、内蔵に当たる部材としては主に化繊綿を使用した。表皮にあたる部材としては実際の男性の腹部を型取りし、柔軟性のあるシリコン樹脂にて成型した。また、上記の基板に複数の通気孔を設けると共に四隅に脚を付けることで下部に空間をつくり、内部の空気が下方に逃げるようにすることで、実際の人体に似た感覚が得られるようになった。また表皮部材の内側に“特殊な複合素

材”を覆うことによって実際の人体の表皮がずれる感覚が得られることが可能であった（図1）。

5種類の腹力モデルは、腹部の抵抗感について段階的に表したものである（表1）。腹力1が最も抵抗感が弱く、腹力5が最も抵抗感が強く、腹力3が平均的なものである。それぞれの各モデルについては、以下の通りに製作した。

(a)腹力モデル（腹力1）

一番抵抗の少ないモデルである。臨床的には明らかな虚証を示す所見である。内蔵部材としての化繊綿を複数枚積層した上に側面を含めた全体を同じ化繊綿で覆っており、腹力1としての適度な抵抗を得られた。腹部と胸部を比較すると、胸部に比し腹部が陥凹しているように作成した（図2）。

(b)腹力モデル（腹力2）

臨床的にはやや虚証の腹力である。腹力1のモデルに対し、下半身側の表面裏に10数mm程度の幅で部分補強材としてウレタン素材の一種を配置した。化繊綿に比べ強度が大きい為、触診した場合の抵抗は大きく、腹力1とは異なる腹力の感触を得ることが出来た（図3）。

(c)腹力モデル（腹力3）

臨床的には中間証の腹力である。内蔵部材の化繊綿の表面側に補強調整部材としてウレタン素材を2重に積層した。この補強調整部材は、多数の孔を打ち抜いて、全体としての強度（抵抗力）を調整した（図4）。

(d)腹力モデル（腹力4）

臨床的にはやや実証の腹力である。腹力3と基本構成は同じであるが、ウレタン素材の補強部材に孔を打ち抜いていないことで、腹力3に比べ強度が大きいものにした（図5）。

(e)腹力モデル (腹力5)

臨床的には明らかな実証の腹力である。腹力4のモデルに対し、表皮部材の内側にウレタン素材とは別の補強部材を全体に覆うことで強度の大きいものとした。胸部に比し腹部が膨隆しているように作成した (図6)。

[腹診シミュレータ小腹不仁モデルの作成]

腹力3のモデルと基本構成を同じくしているが、下腹部の中心部分の皮下部補強調整部材の内側に長方形の深さ数mm程度の溝を形成し、ここに化繊綿をはめ込むことでこの部分の強度(抵抗力)が補強部材に比べ小さくすることができ、外部より圧迫した場合に抵抗の弱い部分を感じとることが出来ると考えられた。(図7)。

[腹診シミュレータ振水音モデルの作成]

腹力が小さい場合が多いので、基本は腹力1のモデルと同じくしている。心下振水音は心下部を指先でスナップを利かせて叩くことにより水分の揺れる音が聞かれるように、水の入った袋を心下の位置の基板に固定している。袋の中の水は粘性も考慮しつつ、腐敗しにくいものとした。またその水と空気の割合も幾度となく水を加減して調整し、音の響き易い割合とした。加えて基板の下側に2本の金属製のレールを下駄状に取り付けることにより、さらに音の響きが増すようになったと考えられた。(図8)。

[腹診シミュレータ腹部動悸モデルの作成]

左胸下にあたる部分に電動モーターを含む動悸発生装置を配置した。この動悸発生装置は電動モーターとその回転軸に取り付けた偏心カムによって上下動するプラスチックの棒からなっており、この棒が上下運動することにより動悸の振動が生じるようにした。モーターの回転数は70rpm程度に調整している。これにより、腹部に押し当てることで腹部動悸を感じる事が出来ると考えられた。(図9)。

[腹診シミュレータ心下痞鞭モデルの作成]

心下痞鞭モデルでは、腹部モデル内部の心窩部に相当する領域で、軟質発泡ウレタンにシリコンゴムを含浸させた。これにより心窩部の抵抗感が増強し、心下痞鞭の腹証を表現することが可能と考えられた。

[腹診シミュレータ胸脇苦満モデルの作成]

胸脇苦満モデルでは、腹部モデル内部の季肋部に相当する領域の軟質発泡ウレタンにシリコンゴムを含浸させ、この部分と肋骨として作成した樹脂を密着した。これによりその部分の抵抗感が増強し、肋骨に沿って肋骨下部に手を入れることが困難となり、胸脇苦満の腹証を表現することが可能と考えられた。

[腹診シミュレータ小腹鞭満モデルの作成]

小腹鞭満モデルでは、下腹部に相当する領域で腹部モデル内部の軟質発泡ウレタンに馬蹄形に成形したシリコンゴムを貼り付けた。これにより下腹

部の馬蹄形の抵抗感が増強し、小腹鞭満の腹証を表現することが可能と考えられた。

[著名な漢方医の腹診手技やその解説DVD記録の文書化]

1979~1996年に記録したDVD『漢方診断シリーズ~腹診を中心に』における著名な漢方医の腹診方法の実技、解説を文書化した。各漢方医の腹診法や所見の考え方の相違などを検討することが可能である。以下、

[1]大塚敬節(1979年制作)35分~解説:山田光胤

[2]山田光胤(1994年制作)50分

[3]大塚泰男(1994年制作)

[4]藤平健1994年制作)

[5]寺師睦宗(1994年制作)

[6]細野八郎(1994年制作)

[7]矢数道明(1995年制作)

[8]矢数圭堂(1995年制作)

[9]室賀昭三(1995年制作)

[10]松田邦夫(1995年制作)

である。

C. 研究結果

日本漢方における腹診の標準化のために、腹力1~5の腹部モデルを作成した。ウレタン、スポンジを組み合わせて中間的な腹力を3として作成した。これを基準として腹部の抵抗感の強いものを腹力4、著しく強い抵抗感と腹部の膨隆を伴うものを腹力5。腹力3よりも抵抗感の弱いものを腹力2、著しく弱い抵抗感に腹部の陥凹を伴うものを腹力1となるように作成することが可能であった。

振水音は心下部を指先でスナップを利かせて叩くことにより水分の揺れる音を聞くことが可能であった。

腹部動悸モデルは、モーターを使用して顕著でも無く、かすかでもない腹部動悸所見を膺上に得ることが可能であった。

小腹不仁モデル、心下痞鞭モデル、胸脇苦満モデル、小腹硬満モデルに関しては、腹部モデルのそれぞれの部位にみられる抵抗減弱、あるいは抵抗増強を表現した。

本モデルに関して、日本東洋医学会理事を対象として意見を聴取した。腹部表面の感覚に関しては、以前のモデルで採用していた人工皮革のものと比較すると、本モデルのシリコン樹脂の感覚の向上が評価された。

腹力モデルに関しては、5つの腹力モデル全体に対する評価では、適切であるという評価が77.6%と一定の評価が得られたが、各個人による感覚のバラツキも存在することも明らかとなった。

本モデルのように標準的なモデルを作成する感覚の標準化に関しては、きわめて有用、あるいは有用という評価が96.7%に得られた。このような企画に関して、前向きな評価が得られている。

1979~1996年に記録されたDVDにおける著名な漢方医、大塚敬節(1979年制作)、山田光胤(1994年制作)、大塚泰男(1994年制作)、藤平健(1994年制作)、寺師睦宗、細野八郎、矢数道明、矢数

圭堂, 室賀昭三, 松田邦夫 (1995年制作) の腹診手技や所見の考え方などの文書化をおこなった (資料1) .

D. 考察

腹診を教育するための腹診教育用シミュレータの作成を, 我々が行ってきた. これは腹直筋緊張, 心下痞鞭, 胸脇苦満, 小腹硬満, 小腹不仁, 振水音, 臍傍圧痛のそれぞれの所見をもつ7個の腹部模型である.

これを用いて腹診の教育を受けた医師からは, 講義やプリントでは抽象的であった概念が腹証モデルの存在により具体化され, 腹部の触診すべき場所が分かりやすくなった. などの意見がみられた. 本シミュレータを使用した講演による腹診に対する理解については, 極めてよく理解ができた, よく理解ができたという答えが58.4%にみられた. シミュレータの有用性に対する彼らの評価は, 極めて有用, あるいは有用の評価が77.2%に得られた. これらのモデルに関しては, 教育者は本シミュレータを触診して評価を行った. 漢方医学教育担当者からは, 表皮の人工皮革に関する感覚が不十分であること, 振水音モデルから適切な拍水音が得られていないなどの問題が指摘されている. それにも関わらず, 腹診シミュレータに関して教育担当者の78.6%が, 極めて有用, あるいは有用であるという評価をしている.

これらに対しては, 漢方医学教育をおこなう立場からも, 漢方医学教育をうける立場からもの好意的な評価を得ている.

これらのシミュレータは教育の現場で標準的な所見を教育するために作成してきた. この標準的な所見ということが, 重要である. 感覚に関しては, 個人差がありこれを文字のうえなどで記載しても十分な理解を得ることはかなり困難である. こなため, シミュレータによる所見の標準化をしていく必要を我々は考えている.

腹力モデルに関しては, 5つの腹力モデル全体に対する評価では, 適切であるという評価が77.6%と一定の評価が得られている. しかしながら, 同一モデルでありながら, 腹力の所見に関して弱すぎるという評価が17.8%, その反対に強すぎるという評価が5.2%にみられた. 各個人による感覚のバラツキも存在することも明らかとなった. このような方法に関しては, きわめて有用, あるいは有用という評価が96.7%に得られていることから, 本モデルのように標準的なモデルを作成する感覚の標準化に関する必要性が推測された.

今回, 我々は腹力に関する標準化のために5段階の腹力モデルを作成すること, これに加えて標準的な腹診所見モデルとして, 小腹不仁モデル, 振水音モデル, 腹部動悸モデル, 心下痞鞭モデル, 胸脇苦満モデル, 小腹硬満モデルの作成をおこない, これに関する評価を検討している.

今後, 腹部のいろいろな所見部位にあわせて硬度を変化することが可能な材料を設置し, 遠隔操作によりそれを変化させるような可変型腹部シミュレータの作成を我々は目指したい.

この他, 手指の圧迫力センサーを開発し, 医師の腹診時に使う手指の圧力をモニタリングするこ

とで, 的確な腹診を評価できるようなシステムの開発もおこなった.

また, 1979~1996年に記録されたDVDでみられる著名な漢方医の腹診手技や腹診所見の考え方の相違などを比較し, 腹診手技の標準化をする検討のための興味深い基礎的な資料を用意することができた.

これに加えて, 脈診に関してもそのシミュレータの開発に関しても検討を行った.

腹力モデルの内部は化繊綿などを組み合わせて腹部の強い抵抗感から弱い抵抗感を, 5段階に表現した. 心下痞鞭モデル, 胸脇苦満モデル, 小腹硬満ではそれぞれの部位における抵抗感の増強, 小腹不仁モデルでは下腹部正中の抵抗減弱感, 振水音モデルでは腹部の拍水音, 腹部動悸モデルでは腹部における腹部大動脈拍動の触知できるような装置の設置を行った.

本モデルに関して, 有識者対象として意見を聴取した. 腹力に関しては, 一定の評価が得られたが, 各個人による感覚のバラツキも存在することも明らかとなった.

腹診という臨床的手技を臨床に活かすためにも, 腹診シミュレータは腹診所見の標準化を行うために, 役立つことが期待される.

また, 1979~1996年に記録されたDVDでみられる著名な漢方医の腹診手技や腹診所見の考え方などを検討することが可能となり, 腹診手技の標準化に役立つことが期待される.

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文など

(1) Shuji Yakubo, Yukiko Ueda, Shogo Ishino, Hideki Adachi, Yasutomo Arashima, Takao Namiki, Takashi Nakayama, Kazufumi Yamanaka, Kiyotaka Matsushita, Motoko Tamura: Towards the Standardization of Abdominal Strength in the Abdominal Palpation Diagnostic System of Kampo Medicine: Development of an Abdominal Strength Model in the Fukushin Simulator. *Int Med J*, 20(6), 696-698, 2013 (資料2)

(2) Shuji Yakubo, Yukiko Ueda, Shogo Ishino, Hideki Adachi, Yasutomo Arashima, Takao Namiki, Takashi Nakayama, Kazufumi Yamanaka, Kiyotaka Matsushita, Motoko Tamura. The development of an abdominal palpitation model for the Fukushin Simulator: towards improvement and standardization of Kampo abdominal diagnosis. *Int Med J* 2014; 21:in print.

2. 学会・研究会の発表など

(1) Shuji Yakubo, Yukiko Ueda, Yuko Kinoshita,

Naomichi Tanekura, Tomoyuki Okudaira : Making and Evaluation of a Simulator for the Teaching or Learning of Abdominal Pattern in the Japanese Kampo Style by Clinical Doctors and Educational Faculty, 16th ICOM, Seoul(Korea). 2012.9.15.
(資料3)

(2) 矢久保修嗣 : 漢方標準化への努力. 日本東洋医学会北陸支部総会. 2013.3.10.
(資料4)

(3) Shuji Yakubo, Yukiko Ueda, Naomichi Tanekura, Takao Namiki, and Hiroshi Ota : Making of a simulator for the standardizing of abdominal strength pattern in the Kampo style. 2nd International Symposium on Japanese Kampo Medicine. London(UK). 2013.4.13.
(資料5)

(4) Kenji Watanabe, Michiho Ito, Yukiko Ueda, Hideki Okamoto, Yiko Kimura, Toshihiro Togo, Hideki Adachi, Shuji Yakubo and Mitsuma : Kampo Classification in ICD-11. 2nd International Symposium on Japanese Kampo Medicine. London(UK). 2013.4.13.

(5) 上田ゆき子, 矢久保修嗣, 室賀一宏, 種倉直道, 船山いずみ, 篠原佳枝 : 医学生の漢方医学的診察実習に対する評価について, 第64回日本東洋医学会学術総会, 鹿児島市. 2013,6,1.

(6) 矢久保修嗣, 上田ゆき子, 種倉直道, 奥平智之, 笹沼俊文, 中山隆 : 腹診シミュレータ腹力モデルと腹部動悸モデルの作成, 第64回日本東洋医学会学術総会, 鹿児島市. 2013,6,1. (資料6)

(7) 中山隆, 山中一文, 矢久保修嗣, 上田ゆき子, 種倉直道, 奥平智之, 笹沼俊文 : 脈診シミュレータの作成, 第64回日本東洋医学会学術総会, 鹿児島市. 2013,6,1.

島市. 2013,6,1

(8) 渡辺賢治, 伊藤美千穂, 上田ゆき子, 岡本英輝, 木村容子, 天野陽介, 東郷俊広, 足立秀樹, 矢久保修嗣, 三瀧忠道 : ICD-11ベータ版伝統医学病名における日中韓の比較, 第64回日本東洋医学会学術総会, 鹿児島市. 2013, 6,2

(9) 矢久保修嗣, 上田ゆき子, 種倉直道, 室賀一宏, 藤田之彦 : 腹診シミュレータを使用する漢方医学的診察実習に対する学生の評価, 千葉市, 2013, 7, 26-27, 第45回医学教育学会. (資料7)

(10) 矢久保修嗣, 上田ゆき子, 並木隆雄, 中山隆, 山中一文, 松下清孝, 田村素子 : 腹診シミュレータ腹力モデルによる腹力標準化の試み, 第30回和漢医薬学会学術大会, 金沢市. 2013,8,31. (資料8)

(11) 矢久保修嗣, 上田ゆき子, 並木隆雄, 中山隆, 山中一文 : 腹診班報告. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)報告会, 千葉市. 2014,1,13. (資料9)

(12) 矢久保修嗣. 漢方医学で重要な腹診に関するシミュレータの作成. 平成25年度日本東洋医学会東京都部会. 2014,3,16. (資料10)

H. 知的財産権の出願・登録状況

- (1) 特願2012-273531「漢方医学用腹部模型」
- (2) 特願2013-207529「脈診シミュレータ」

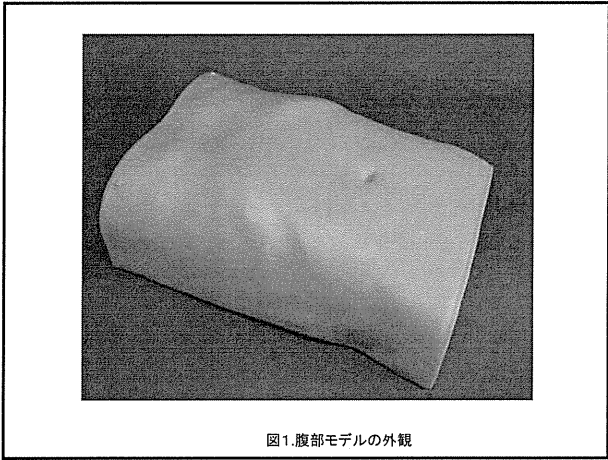


図1. 腹部モデルの外観

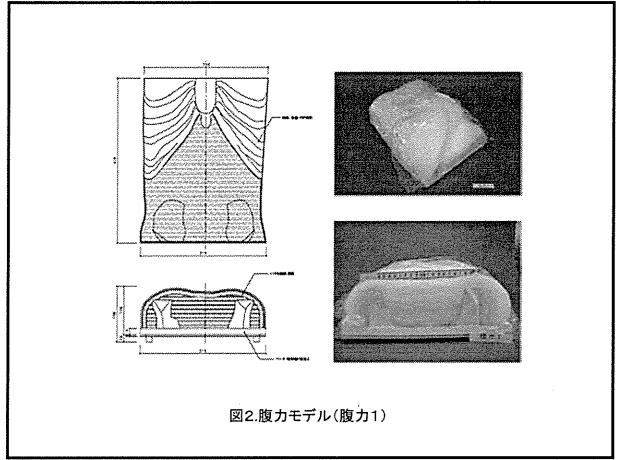


図2. 腹カモデル(腹カ1)

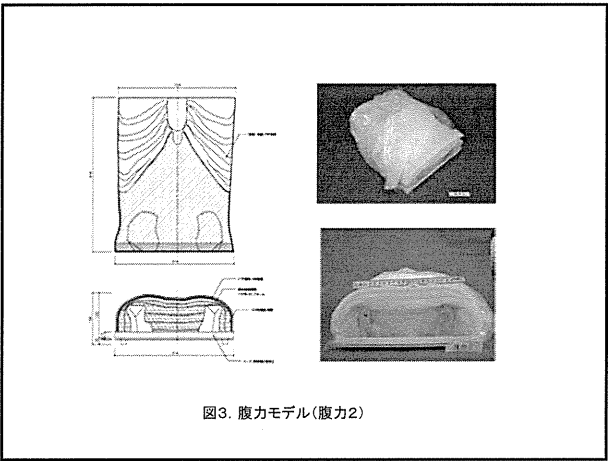


図3. 腹カモデル(腹カ2)

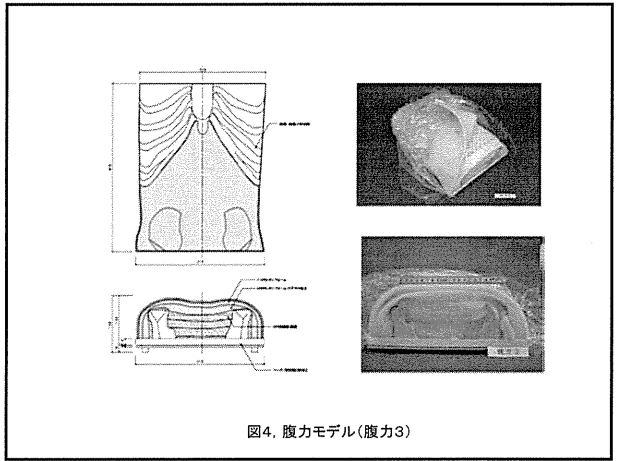


図4. 腹カモデル(腹カ3)

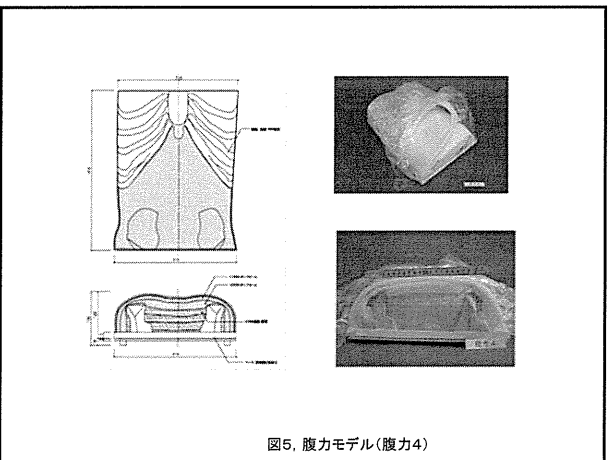


図5. 腹カモデル(腹カ4)

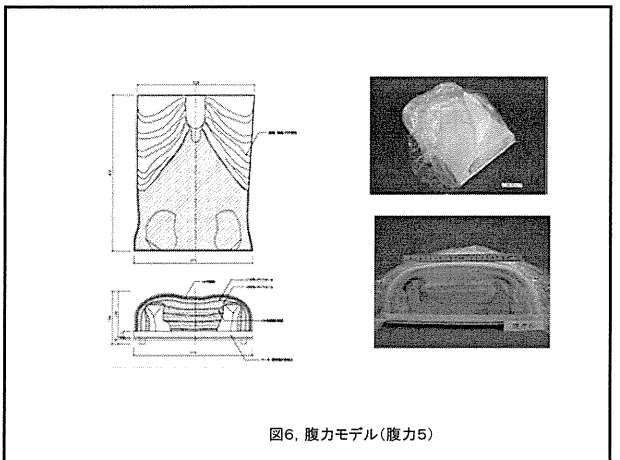


図6. 腹カモデル(腹カ5)

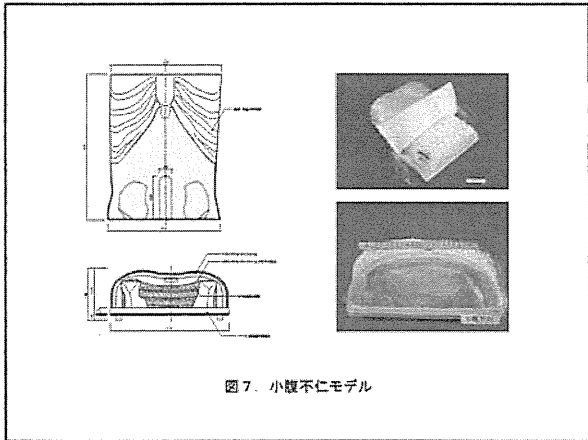


図7. 小腸不仁モデル

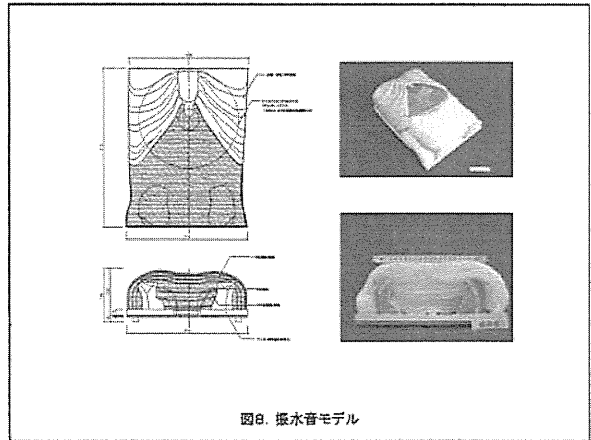


図8. 吸水音モデル

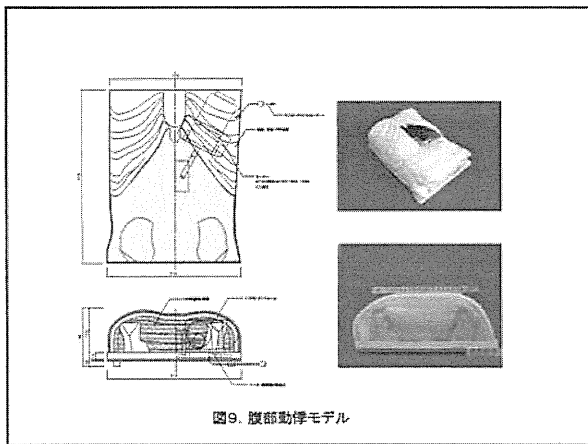


図9. 腹部動悸モデル

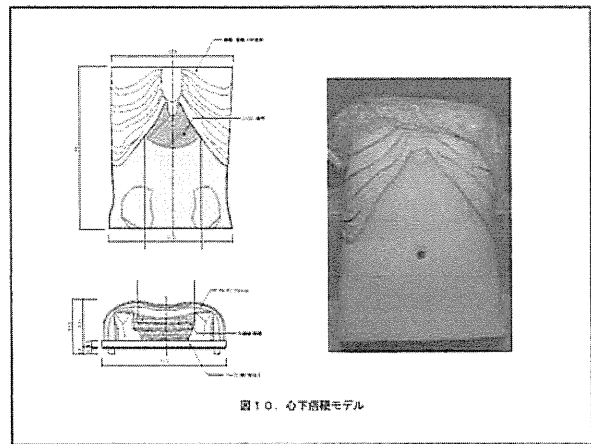


図10. 心下格柵モデル

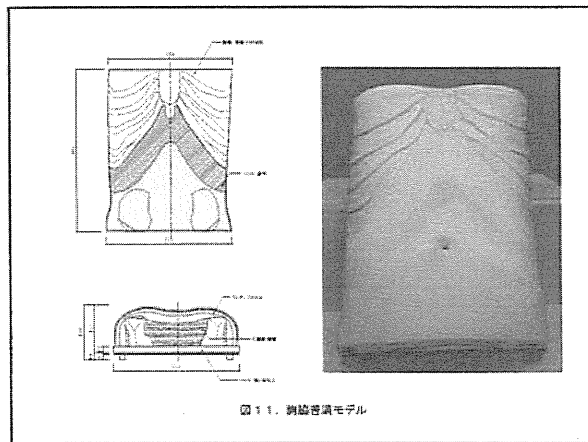


図11. 胆汁管満モデル

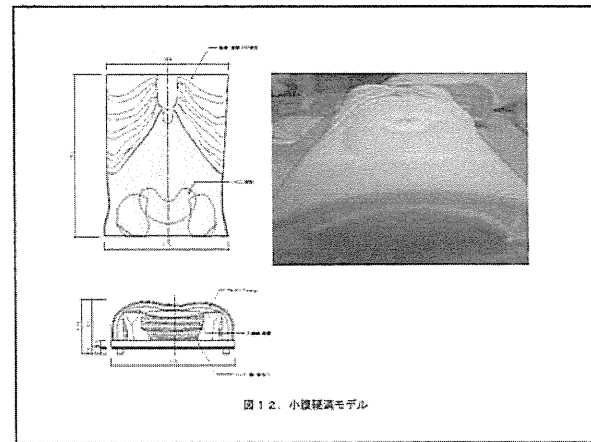


図12. 小腸満モデル

表 1. 5 種類の腹力からなる腹診シミュレータ腹力モデル

■腹診シミュレータ/腹力比較モデル・腹力1

胴体、骨盤:FRP成形

110°位線編織層

ベース:発泡ビニル板加工

品名	202201
	5-1-1(A1)
品番	813
製品名	腹診シミュレータ
図面番号	202201

腹力1：腹部が陥凹し腹力が弱いタイプ

■腹診シミュレータ/腹力比較モデル・腹力2

胴体、骨盤:FRP成形

11°不織布の仮積層

部分補強鋼製 110°位線フォーム

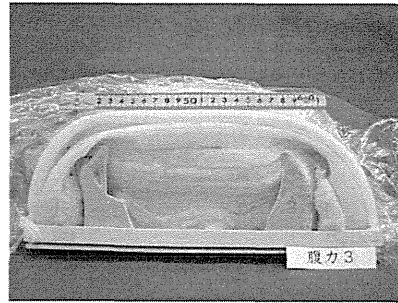
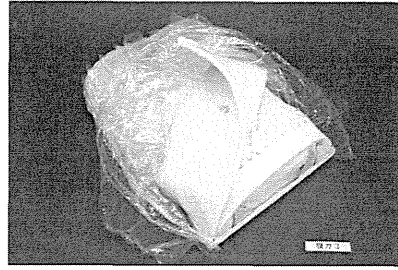
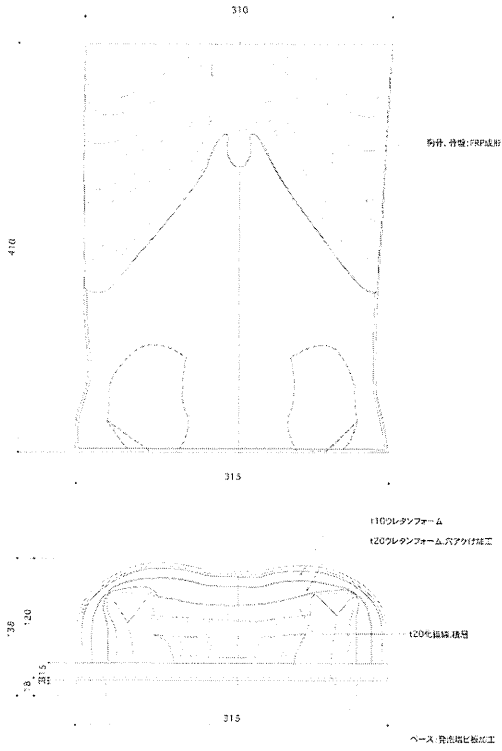
120°位線編織層

ベース:発泡ビニル板加工

品名	202201
	5-1-1(A2)
品番	813
製品名	腹診シミュレータ
図面番号	202201

腹力2：腹力がやや弱いタイプ

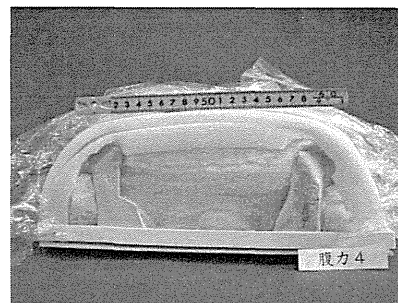
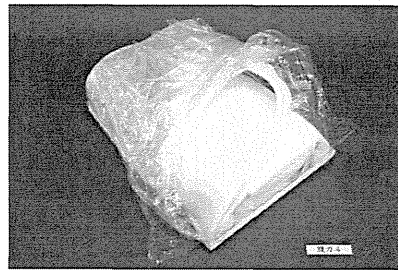
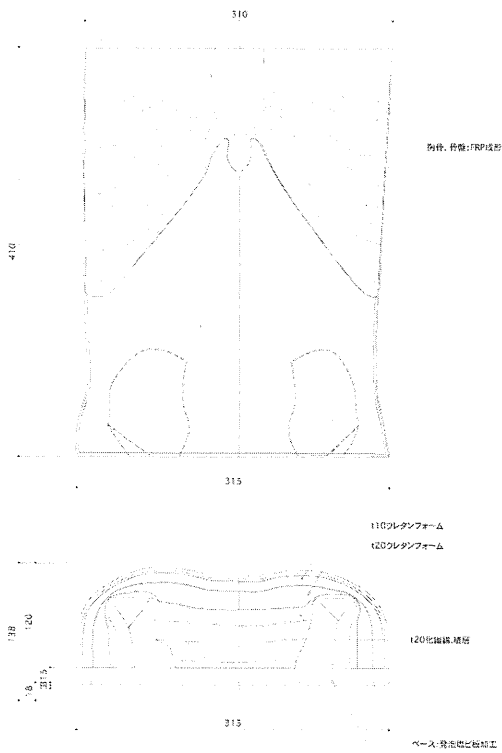
■腹診シミュレータ/腹力比較モデル・腹力3



NOMURA Co.,Ltd.

腹力3：中間の腹力のタイプ

■腹診シミュレータ/腹力比較モデル・腹力4



NOMURA Co.,Ltd.

腹力4：腹力がやや強いタイプ

■腹診シミュレータ/腹力比較モデル・腹力5

310

410

315

肉付、特産、FRP成形

138
120
105
90
75
60
45
30
15

315

セブ繊維布

110ウレタンフォーム

120ウレタンフォーム

120化繊綿埋込

ベース、発泡塩化ビニール

NOMURA Co.,Ltd.		品名	腹診シミュレータ	品番	50-251	規格	JIS S 10-2003	品名	腹診シミュレータ	品番	50-251
-----------------	--	----	----------	----	--------	----	---------------	----	----------	----	--------

腹力5：腹部が隆起し腹力が強いタイプ

[1]第1巻 No.1: 大塚敬節 (1979年制作) 35分～
解説: 山田光胤

親子の患者さんですね。お母さんの方は血清肝炎になった時に神経質になって色々神経症状がでたんですね。神経症とも言われたわけです。そうしていらしゃって、その時に大塚先生は抑肝散加芍薬黄連と言う処方をまず使われたんです。これは恐らく胸脇苦満があって、かなり神経質になって、イライラして時々子供を怒ったりなんかしたんでしょね。その時に芍薬黄連を加えて使うのは大塚先生の特徴的な使い方なんです。

頭いたくないか、めったにございませぬ今咳の話がでましたけど、この方喘息のような咳が生まれて、その時百合固金湯と言う処方が使われています。今脈を丁寧にみていらしゃますね。脈は両方の手を、両手の脈を見るのが普通です。

心音を聞いていますが、胸脇苦満をみてるところです、服診ですね。胸脇苦満ですね、をみてるところです胸脇苦満は両側を見てははずですが、足に浮腫がないかということまで、みてるわけですね。

これは坊やの方です。坊やは喘息で約6年前から受診しています。初めは麻杏甘石湯を使いまして、それからその次に小柴胡湯加麻黄杏仁を使われています。分量は子供ですから大人の二分の一量。そしてその後おそらくアトピー性皮膚炎があったとおもわれますので、それでこれが治頭瘡一方と麻杏甘石湯の合方。それに樸椒を加えて使われています。アレルギー体質の子供はよく結膜炎がありますから、アレルギー性の結膜炎ですね、それをいまごろんになっているところでしょ。おそらく心音を聞きながら呼吸音を聞いていらしゃるんでしょ。喘鳴が聞こえますから。乾性ラッセルですね、笛声音だとかヒーメンが聞こえることがありますからそれを確かめて。

今、胸脇苦満をみました。お臍のところを当てて、腹動を腹部の動悸をごろんになったところですね。そして今度は胃内停水を見ているわけです。胃内停水の時だけ膝を曲げまして、腹部の緊張をとっておいて、でみるとみやすいんです。もう一回、胸脇苦満を確かめて。腹部の動悸を感じているんですね。ていねいにごろんになりますね。今鼠径部のリンパ腺ごろんになったんでしょ。大塚先生、こうやって全身を丁寧に診察されます。背中から、呼吸音を聴診されるんでしょ。あ、そうじゃありませんね。肩や背中の筋肉を見ているわけです。それから太陽膀胱経にそって、筋肉の状態をああやってごろんになったんですね。筋肉のこりだとか何かをみていらしゃるわけです。やっぱり呼吸音をお聞きになってますね。非常に具合が良くなってますから、ラッセルは聞こえないはず。頸部のリンパ腺、リンパ節をみていらしゃいます。

結局、この時の処方やはり治頭瘡一方に麻杏甘石湯の合方、それに大黄と樸椒をくわえたものです。この坊やに初めに麻杏甘石湯を使いましてけど、これは漢方で言う実証ですね、坊やがわりに虚弱じゃないんです。それに筋肉の緊張なども

よい体をしている。それから先程みました胃内停水、恐らくなかったはず。胃内停水があるようだと、虚弱体質ですから麻杏甘石湯ではなくてむしろ小青竜湯を使うのが普通です。実証でそういう虚証の腹証ではなかったの、最後に治頭瘡一方の加減方になったわけ。治頭瘡一方もやはり漢方でいう実証、体がしっかりした体質の子供に使う処方です。

この患者さんは5年前に足の静脈痛、ですから足の静脈が腫れて痛かったんですね。それと両方の足の指が痛い。それから足の力がない、要するに下肢の脱力ですね、そういうことを訴えてきた人です。そして初期から八味丸の煎じ薬、八味丸附子1gを加えて使われています。脈を見ながら、何か先生考えていらしゃいますね。心音を聞いていらしゃいますが、患者さんは心臓が悪いという訴えが初期にあったのかもしれない。今心下の様子、それから肋下の様子、胸脇苦満があるかないかですね。それをみる。今下腹の腹直筋の様子などもみていらしゃいます。これは正中です。この患者さんは下腹で右側の腹直筋が少し緊張しているんです。漢方で言う、小腹拘急と言う腹証があったわけ。今叩いてごろんになったのは、胃内停水をみたわけ。ああやって膝を曲げて腹部の緊張と取り除いて胃のところを少し軽く叩くわけですね。この患者さんに八味丸料を使われたのは足の症状が主で、脱力をしていると、それから腹証として右側だけですが、小腹拘急、それがみられたというようなことから、下焦の虚ですね、しんばい下部、体の下の方の衰えと判断して八味丸を使ったわけ。去年から八味丸料に大黄と牛膝と薏苡仁を加えて使われています。大黄は0.5gですからわずか、少し便秘の秘結が、大便の秘結があったのでしょう。牛膝とか薏苡仁を加えたのは痛みを軽快するためと思います。腹部の動悸をみているんです。腹部全体としての緊張力はわりにあるんですね、腹力はわりにあってあまり虚証ではない。八味丸は虚証に使うんじゃないで身体下部、体の下の方ですね下半身の虚に使うんですから、体全体としての虚ではありません。ですから腹部全体としての腹力はわりある人が多いんです。血圧は162から96で年齢相応経過良好というところ。それからこの患者さんの腹証は小腹拘急だけでしたけれど一般には八味丸の腹証は小腹不仁と言いまして、下腹の力が抜けて脱力してぐにやぐにやと言いますかね、弱くなっている人が多いんです。

この患者さんは一年前に、前から来院している患者さんです。病気は小児リウマチ、小児の慢性関節リウマチで当時は、初診の当時は股関節、しつ関節、足の関節ですね、などが痛くてそれから腫れて痛くて、それから鼻血がよくでたり微熱がでたりして非常に具合が悪かったです。その当時は副腎皮質ホルモンのプレドニンを相当服用したようです。

今、先生の手が逆なんです、脈を診ていらしゃるんです。体格が比較的がっちりした体格で、やや太り気味ですね、肥満気味です。これはプレドニンを飲んでから太ってそのままなのか、生まれつきこういう体質なのかよくわかりませんが。

腹部の緊張もわりがいいようです。かなり力を入れて胸脇苦満をみていらっしやいます。腹壁が厚いんです。これは瘀血をみていらっしやるんですね。ちょっと見えませんが、この患者さんには初めから桂枝二越婢湯を使われています。体格がいいせいほとんど大人量が使われています。そして経過がよくて一カ月前にはすでに鼻血も皮下溢血なども全くないし、血色も非常によくなっています。足の浮腫をみていますね。首のこりをみているんですが、少し首筋の筋肉がこるようです。

この時に桂枝二越婢一湯の石膏の分量を以前は16gでしたが10gに減らしまして、それから大黄を5g加えています。大黄を加えたのは便秘が少し秘結気味のせいです。それから桂枝二越婢一湯を使ったのは少年がやや、虚実中間ぐらいでそれほど体質的には虚弱ではないからですね。もし虚弱の体質ですと桂枝加朮附湯あるいは桂枝加苓朮附湯などをよく使われるんです。

それでこの少年は初診のころにはよく下半身の関節が全て痛くて動けなくてほとんど寝たきりで学校へ行くこともできなかつたんですが、今では元気に学校へ行っているようです。子供ですけれどもやや肥満気味ですので血圧を一応測って高血圧かどうか、高血圧がないかどうか確認されてるわけです。血圧は100から60で異常ありません。

この患者さんは一年前に一度来院して、それきり休んでしまったんですが、再び再診として一年後にいらっしやつたんです。病気は今から約10年前からの腎炎です。慢性腎炎ですね。蛋白尿が3+ぐらい。尿には赤血球白血球などもでます。夜間尿も一回あります。そのほかに動悸がしたり血圧が高かったりしんかぶ、胃のところが痛んだり、頭が重かったり疲れやすかったりと言う色々症状がありまして、あまり軽症とは言えない状態ですね。脈を慎重にみてらっしやいます。方剤は初診時、小柴胡湯加桂枝芍薬黄連です。これは処方の意味としましては小柴胡湯加黄連なんですけど、黄連に似ているんですがこの場合はむしろ柴胡桂枝湯か黄連ですね。生姜を除いてあります。黄連を加えるのは小柴胡湯加茯苓黄連と言う使い方をよく慢性腎炎の時にするんです。それで黄連を加えてあるわけです。それから柴胡桂枝湯にしたのはしんかぶ、胃のところが痛むということと、動悸を感じるということなどだと思えます。この腹診は胸脇苦満があるようですね。それから腹直筋の緊張が若干ふれるような感じがします。全体としては腹力が中等度あるいはやや弱いぐらいのところ、虚実とすれば虚実間、あるいはやや虚証というところと思われまふ。先程舌を見ましたが舌が少し荒れていたですね。

血圧をこれから測りますが血圧は最大血圧178最小血圧120から110の間を動揺すると言う、血圧としてはあまり良い状態じゃありませんね。簡単な検尿によって蛋白が1+、潜血が1+みとめられています。

で、結局この時の処方小柴胡湯加桂枝芍薬茯苓黄連から去生姜、生姜を除いたものと言うことになりました。やはり柴胡桂枝湯に茯苓黄連を加えたものとだいたい同じです。

大塚先生は明治大正を通じて細々とわずかに伝えられた漢方と言う医学の伝統を昭和の初めに引き継がれたお一人です。そしてその漢方を復興しようと努力して、やがて道明先生とコンビを組んで色んな活動をなさったんです。そしてそれがすべて成功して、そして今のような漢方が、漢方医学が盛んになる元をおつくりになった方なんです。学問の学統といたしましては、正統派でしてそして古方派の正統なんです。

[2] 第1巻 No.2 山田光胤 先生(1994年制作) 50分

最近、漢方薬とか漢方製剤が急速に普及しまして、日本国内で漢方薬を医療に応用する医師が非常に多くなりました。漢方薬とか漢方医療と言うのは一般医療、一般医学に対しましていわば次元が違う様なものでして、したがって一般医学から見ると意外な程の効果があることが少なくありません。

ですが、そういう医療を行うためには漢方薬ですので、やはり漢方医学と言う方法論に基づいて使いませんか十分な効果は期待できないわけです。何がポイントかといいますと、現代医学が病名を診断して治療方針を決めるのに対しまして、漢方医学では証というものを診断して、診断すれば治療方針が決まるわけで、病名と証というものは似て非なるものです。

証は何で、何から構成されるかと言いますと、一番中心になるのが症状です。これは単一の症状ではなくていくつかの症状の組み合わせですので、複合症状と言っています。その他に不可欠な条件があります。ひとつは虚実、これは個人差です。虚と言うのは空虚の虚。実と言うのは有実の実です。もうひとつは陰陽寒熱と言う区分けです。これは病気の現れ方ですので昔の人が病の情と言っております。もうひとつの条件は病位と言いまふ。それを表裏内外というように区分けをしました。

初めに寒熱ですが、風邪をひいたような時に熱感を感じるような場合はこれは熱証で、寒さだけを感じる場合は寒証になります。寒証の場合は、従って寒そうな様子をしていまして、手足も冷たくなりますが、熱証の人は顔も赤くなりますし、手足も暖かい、あるいは熱くなります。脈を診ますと熱証の人は風邪の引き始めは浮の脈になりますが、寒証の人は初めから沈の脈で風邪が始まります。

次は陰陽ですが、急性症の場合は熱証は陽証になります。寒証は陰証になります。そして慢性症では一般に陽証の人は言ってみれば日向の症状が現れますし、陰証の人は日陰の症状が現れます。で、陽証の場合には症状がはっきり現れますし、陰証の場合は症状があまり現れにくいと言う特徴があります。

次は虚実ですが、虚と言うのは弱いことですね、虚弱の虚です。実と言うのは力が充実していることです。ですから虚証の人はいかにも弱そうな体つきをしていまして、実証の人は強そうな体つきをしていまして、そして症状としても実証の人は強