

甘麦大棗湯座談会

「心の飢餓を癒す？甘麦大棗湯」(I)

ーその有効性の本質を考えるー



左から 田中・橋口(亮)・中川・橋口(玲子)・奥村 の五氏

橋口(玲) 今回は、甘麦大棗湯に関するご講演やご執筆を長年精力的になさってこられた中川良隆先生にお越しいただいて座談会を開催することができました。

まず今回の座談会の目的について世話人代表から説明をお願いします。

はじめに

橋口(亮) 今回の取り上げる処方甘麦大棗湯で、テーマは「心の飢餓を癒す？甘麦大棗湯ーその有効性と本質を考えるー」です。甘麦大棗湯は、甘草、小麦、大棗の3つの生薬で構成されたとてもシンプルな処方です。これらは我々が日常的に口にする食品原料にもなります。生薬論的には、甘草は心脾の気を補い、大棗は心肝の血を補い、小麦も心の陰を補う、これらの3つの補薬を合わせて養心安神、除煩に働くとされますが、作用そのものは補助的と考えられています。

『金匱要略』の「婦人の藏躁…」の文章、そ

奥村 克行先生
(五反田駅前メンタルクリニック院長)

田中耕一郎先生
(東邦大学医学部東洋医学研究室)

橋口 玲子先生
(緑蔭診療所(小児科・循環器科))〈司会〉

橋口 亮先生
(緑蔭診療所、東邦大学医学部東洋医学研究室(婦人科))〈世話人代表〉

中川 良隆先生
(中川内科医院院長)
〈コメンテーター〉

れから成書の「五臓の陰、特に心陰の消耗により、神明を養うことができず、心神不寧になるため…」といった説明にもいまひとつ合点がない点が残る、隔靴搔痒の感が否めません。

今回は甘麦大棗湯の効果発現のためのキーワードは何かということを改めて考えてみたいと思います。

近年、嗅覚や味覚の脳への伝導路と、それらの刺激が人間の摂食行動や睡眠、幸福感などの精神活動にどのような影響を与えているかということについて、新しい知見がいろいろ発表されています。今回は特に味と香りの刺激が脳辺縁系、間脳、大脳基底核に及ぼす影響に注目してみたいと思います。また、理気剤などの併用、加味方、類似方などの鑑別などについても検討いたします。

橋口（玲） ありがとうございます。

それでは、甘麦大棗湯の方意と構成生薬、それから間脳症についての文献的な解説を田中先生からお願いします。

甘麦大棗湯の方意、構成生薬と間脳症

田中 甘麦大棗湯は『金匱要略』が出典で、「婦人の藏躁、よく悲傷し、哭せんと欲す、象神靈の作す所の如し、しばしば欠伸す」と条文にあります。なお「喜」は、通常「しばしば」と訳されています（図1）。

藏躁というのは、通常時は憂うつな状態だったり、過敏性と鈍感とが共存した状態で、非常に悪化した場合は、胸が悶えたり、いらだったり、はっきりした理由もないのに悲嘆にくれた



田中 耕一郎（たなか こういちろう）先生

1993年 北海道大学教育学部 卒業
1993年 榊福武書店（現：ベネッセコーポレーション）勤務
2002年 富山大学医学部 卒業
自治医科大学 一般内科 勤務
2006年 東邦大学医学部東洋医学科 勤務
2013年 東邦大学医療センター大森病院 東洋医学研究室 医局長

甘麦大棗湯とは『金匱要略』

「婦人藏躁、喜悲傷欲哭、象如神靈所作、数欠伸、甘麦大棗湯主之」
よく悲傷し、哭せんと欲す、象神靈の作す所の如し、しばしば欠伸す。

喜：①しばしば

症状

通常時：憂鬱、過敏性と鈍感の共存

悪化時：胸悶、いらだち、はっきりした理由もないのに悲嘆、笑ったり、泣いたり、妄言

図1

り、笑ったり、泣いたり、妄言を繰り返したりというような病態で、通常時と悪化時の症状があるといわれています。

「藏躁」という言葉は、藏が躁ぐ、躁というのは、足をジタバタ動かして、落ち着きのないことという意味です。藏は臓というふうにとらえられています。臓は「医宗金鑑」では心としていますが、子宮や五臓全体を指すという説、葉天土の「女子以肝為先天」という言葉もあり、肝とも密接につながっています。それが落ち着かない、安定しない、乱れているという五臓の機能系統の乱れ、不安定さをあらわした概念と考えられています。

五臓においても、肝・心・脾・肺・腎それぞれの感情、精神活動的なものをさしていると考えられます。情志の抑うつ症状、思慮が過度である、これが肝気鬱結につながって、それが火に変わることによって五臓の陰液不足につながる。というのが中医学を中心とした五臓六腑の解釈の書に書かれている解説です。うつ状態のため息や悲嘆、怒りや煩躁状態の症状の陰陽があり得るというのがおもしろいところです。

そういうところから考えますと、あやしてもおさまらない乳児の夜泣き、幼児のかんしゃく、発達障碍児のパニック、解離・転換性障害などが藏躁の範疇に入ると思います。こういう状態は現実と空想との境界の問題を抱えています（図2）。

こころの領域には、表裏、自他も含めて自分のなかの境界、空想と現実といったいろいろな意味でのこころの境界線に関係して、表に出てくるものもあれば裏に入っていくものもある。

図3は、3種類の能面ですが、世阿弥に「形は鬼なれど、心は人なるがゆえに」という言葉があります。ある意味非常に温和で、小面のよ

藏躁

①臓が躁ぐ？

躁：足をジタバタ動かして落ち着きのないこと。

藏(臓)が落ち着かない、安定しない、乱れている

藏⇒五臓 肝・心・脾・肺・腎

情志抑鬱・思慮過度⇒肝気鬱結⇒化火⇒五臓の陰液不足

✓鬱状態のため息や悲嘆と、怒りや煩躁状態の両者があり得る

②症状から考えると・・・あやしてもおさまらない乳児の夜泣き、幼児のかんしゃく、発達障児のパニック、解離・転換性障害
現実と空想との境界の問題

図2

“こころ”の領域の深さ 表⇄裏 解離

世阿弥「形は鬼なれど、心は人なるがゆえに」



小面



般若

「般若と小面という両極は、表現としては遠く離れたものにみえながら、じつはそれ程距離のあるものではなく、むしろ全く表裏の関係にある女の姿であった」
『鬼の研究』馬場あき子（三一書房 1971）

図3

甘麦大棗湯 生薬構成

甘草	甘平 補気益気	心脾
小麦	甘 微寒 養心益気徐煩	心
大棗	甘温 養血安神柔 肝益気	脾肝

➢ 甘草、大棗は『金匱要略』でも精神疾患に用いられている
・甘草清心湯
・苓桂甘湯
✓ 精神疾患に小麦が用いられた例は他にない

図4

精神・魂魄・意志の三層構造 神・魂・魄 こころの階層

神：心 魂：肝（本能） 魄：肺（無意識） 意：脾 志：腎

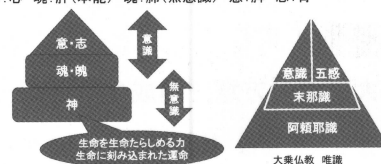


図5

うな本当に慈悲に満ちた性質を人はもっているわけですが、一方で鬼にもなれるという、いろいろな人間の側面というのがあるのです。真ん中の面はそれがともに内在しているのを表現したものです。

『鬼の研究』という書には「般若と小面という両極は、表現としては遠く離れたものにみえながら、じつはそれ程距離のあるものではなく、むしろ全く表裏の関係にある女の姿であった」という言葉がありますが、何か人間の欲深さというものには不可思議な部分があります。

田中 次に甘麦大棗湯の方ですが、甘麦大棗湯は、甘草、小麦、大棗の3つの生薬で構成されており、五臓のなかでも甘草は心と脾、小麦は心、大棗は脾・肝に作用すると考えられていて、いずれも甘い味をしています。

性質としては、大棗は温、甘草は平、小麦は微寒で、いずれも益気という作用をもっています。ただ、甘草は急迫を緩めながら心脾を補うのに対して、小麦は養心安神で、これは大棗も同様です。大棗は養血安神という作用と、柔肝といって、たかぶった肝をやわらかくして鎮静するという作用ももっています。

甘草、大棗は『金匱要略』でも他の精神疾患と思われるものに使われていて、奔豚湯や甘草瀉心湯、苓桂朮甘湯があります。小麦が、精神

疾患に用いられた例は、『金匱要略』では甘麦大棗湯が唯一です（図4）。

東洋医学でいう魂魄の説明に入りたいと思いますが、東洋医学の場合、精神・魂魄・意志という三層構造で精神の働きを考えています。神、魂・魄という心の階層は意識、無意識という言い方が今ではできると思うのですが、神は五臓でいうと心に属している。魂は、生霊とか、念など感情に関係の深い肝に属し、本能に近い部分をさしているのではないかと解説されています。魄はより体に近いもの、無意識の状態のものを肺が主るとされていて、意と志はそれぞれ脾と腎で、もうちょっと意識に上がってくる部分と考えられています。

こういった内容は大乘仏教の「唯識」のなかにもありまして、意識、五感というようなものの下に末那識、阿頼耶識といった更に根元的な精神作用があります（図5）。

西洋でもフロイトがこころの意識、無意識という階層分類をしたわけですが、東洋医学では神・魂・魄・意・志という5つに分けています。そのなかでも金子幸夫先生の『金匱要略解説』のなかでは「心気が損傷されて心神の主ところがなくなり、肺気が損傷されて魄が斂められなくなると、物に取り憑かれたようにぼんやりする」とあり、神・魂・魄というのは各臓腑系

精神・魂魄・意志の三層構造 神・魂・魄 こころの階層

神：心（自我？） 魂：肝（本能） 魄：肺（無意識）
金子幸夫『金匱要略解説』

「心気が損傷されて心神の主とところがなくなり、肺気が損傷されて魄が散められなくなると、物に取り憑かれたようにぼんやりする。」

西洋では、フロイトの
意識、無意識などの分類

個々人の自我には、
身体における“居場所”が存在する
その“魂魄が漏れ出してしまう”

図6

源氏物語 第三段 葵の上に六条御息所のもののけ出現

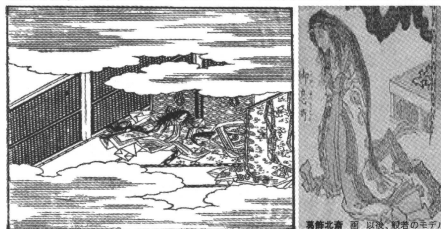


図7

統が養っているものですが、それがその支配下から漏れ出してしまうという病態です。東洋医学の場合、個々人の自我には、身体における居場所が存在しており、それぞれの構造系統がそれぞれを支配しているわけですが、それが管理下におかれず漏れ出してしまうのです（図6）。

橋口（亮） 魂について、『源氏物語』第三段に、葵の上に六条御息所のもののけ出現といったおもしろい段があるので少し解説しますと、六条の御息所は『源氏物語』のなかの先の帝のお妃で、とても教養の高い美しい女性です。その方は光源氏よりも7歳ほど年上なのですが、光源氏の正妻の葵の上、それから夕顔という女性にとりついてとり殺してしまう。図7は、生霊が飛んでいって、寝屋に入ってとり殺しているという図です。人間が乖離して、魂魄のうちのたぶん魂の部分が遊離して、生霊となって動いていった。

六条の御息所はそのことについて自分では気がついていないのです。なぜ自分の生霊がとり殺しにいったことに気がついたかというと、自分の髪の毛に葵の上を悪霊から守るためにたかっていた香の芥子のにおいがついていたので。自分の生霊が葵の上をとり殺しにいったことを知り恥じ入ってしまうのです。魂魄の魂にさえ匂いというものはついて戻ってくるものな

魂：肝（本能） 肝気の萎えを強くする

“間脳症”との関わり 中川良隆「甘麦大棗湯の証の中核をなすのは“肝気の萎え”、“肝気の歪み”である」

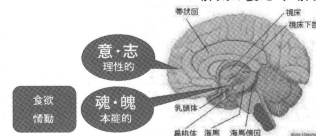


図8

“間脳症”

下田の脳幹発作症

- 1) 発作性、周期性、反復性
 - 2) 発作性症候の恒常性、固定性
 - 3) 間欠持続性客観症候の欠如
- （大野喜暉 他：治療54：1328, 1972）

図9

のかと考えさせられました。

田中 今回のテーマは魂に関係が深いと思うのですが、肝の司る情動、本能に関係する脳の中核は、視床、視床下部からなる間脳、扁桃体、海馬などからなる大脳辺縁系、および大脳基底核などです。“間脳症”との関わりや、甘麦大棗湯の証の中核をなすのは「肝気の萎え」「肝気の歪み」であるという中川先生のお考えについては後で解説があると思います。

先ほどの五臓の脾・意はより理性的なもの、肝・魂は本能的で食欲や情動により色濃く関係したものです（図8）。

“間脳症”についてですが、「下田の間脳発作症」という1972年に大野喜暉先生が書かれたものがありまして、特徴としては発作性、周期性、反復性、発作性症候の恒常性、固定性、最後は間欠持続性客観症候の欠如といった症状があげられています（図9）。

橋口（玲） ありがとうございます。

それでは、この解説については中川先生にご自身の症例も含めてお話ししていただこうと思います。最初に甘麦大棗湯の特に印象に残る症例と、間脳症についてのお考えを話していただければと思います。

症例1 長年の奇妙な発作に甘麦大棗湯

中川 今回紹介する印象に残る症例は、既に何度か発表させていただいて、先生方も耳にしたこと、あるいは目にしたことがあるかも知りませんが、またお話しさせていただきます。

私がまだ国立東静病院に勤務していた勤務医の時代で、その当時、東静病院には斉藤輝夫先生や大友一夫先生もおられて、積極的に煎じ薬で治療をしておりました。当時はまだエキス剤がありませんから、すべて煎じ薬の症例です。

初診は昭和50年10月2日です。37歳の会社員で、この頃特に疲れがひどいと言って来院、次の如きを訴えた。急に眼がチラチラしてくると頭が痛くなる（特に左半分が）。そして両肩がこってくる。そのうちに体が冷たくなって寒気を感じる。仕方がないものだから、足とかお腹にオコタを当てる。数時間そのようなことをしていると軽減するも、その後は体がだるくなって、半日ばかり立ち上がることもできないで横になっている。

以上の発作が7年前よりあった。だからこの間におそらくいろいろな病院を受診して検査を受けているはず。今年の9月に入って頻発して、そのために欠勤している。発作の前に生あくびが出る。また、多食すると眼のチラチラが始まる傾向がある。甘い物を好み、食欲は良好だが、発作の時には全くなくなってしまう。

便は、前から便秘気味。長く座ったりしていると下肢のむくむことがある。生理は2ヵ月に1度、困難症はない。子供さんは2人。

眼球結膜が黄土色調を呈し、くすんでいて、手掌はいくらか紅潮して、前胸部に毛細血管が浮いている。その頃どういうわけか国立東静病院で肝硬変の患者さんが多かったのです。だからついまた肝臓でも悪いのかなという印象をもったのです。腹証で肝腫大や腹動亢進はありませんでした。それでもやはり全体の印象から肝機能障害を疑い検査をしたが異常を認めなかった。血圧も正常でした。

こんな患者さんが来て、いったい何をしたらよいのかということで迷いましたが、そのとき初めて、ふと甘麦大棗湯を思いついて、それを煎じで投与いたしました。

10日後の来院時には、便通もよくなり、頭痛、ムカムカ、眼のチラチラが軽減し、出勤しているとのことで、大変感謝された症例です。

西洋医学的に説明のつけがたい奇妙な発作が、甘草、小麦、大棗の組み合わせでよくなった。不思議だなーと、強く印象に残り、その後甘麦大棗湯を愛用しているわけです。

特に、なぜ食品になり得るものが効くのかということが疑問でした。今までの生薬薬理は、どちらかというところある特殊な、あるいは特異な薬理活性をもっている物質をみつけだして説明しようとしているのですが、甘草、小麦、大棗

症例1：長年の奇妙な発作に甘麦大棗湯

37歳 女性 会社員 昭和50年10月2日初診。

この頃特に疲れがひどいと言って来院、次の如きを訴えた。急に眼がチラチラしてくる→頭が痛くなる（特に左半分が）→（両）肩がこる→体が冷たくなり、寒気を感じる→足とかお腹にオコタを当てる→数時間すると軽減するも、その後は体がだるくなって半日ばかり横になる。

以上の発作が7年前よりあった。今年の9月に入って頻発し、そのために欠勤している。発作の前には生あくびが出る。また、多食すると“眼のチラチラ”が始まる傾向がある。甘い物を好み、食欲は良好だが、発作時には全くなくなってしまう。便は、前から便秘気味でポロポロ。長く座ったりしていると下肢のむくむことがある。生理は2ヵ月に1度、困難症はない。子供は2人。

眼球結膜は黄土色調を呈し、くすみ、手掌はいくらか紅潮、前胸部には毛細血管が浮いている。脈沈細弱。肝腫大、腹動亢進はない。全体の印象から肝機能障害を疑い検査するも、異常を認めなかった。末梢血液検査・検尿も正常。血圧126/80mmHg。

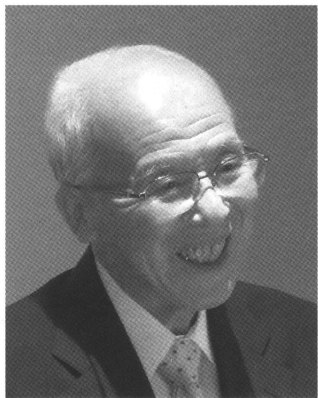
処方選択に迷った。が、ふと、甘麦大棗湯を思いつき、それを投与した。眼球結膜が黄土色調、甘い物を好む、便がポロポロ等より“脾胃の虚”を、そして欠伸、西洋医学的に説明し難い発作、とからである。

ところが10日後の来院時には、便通もよくなり、頭痛、ムカムカ、眼のチラチラが軽減し、出勤しているとのことで大変感謝された。

にはそういうものはあるはずがない。もしあったら食品にはならないはずです。では甘草と小麦と大棗を一緒に煮ると、何かが合成されてそういう物質ができるのかと考えてみても、もしそういうことがあったら、これはものすごく使われている処方ですから、甘麦大棗湯の副作用として必ず出ているはずですが、そういうものもない。

ではいったい何だろうかということで、中医学の本などをいろいろみたりすると、中医は中医の論理で説明しているのですが、橋口先生が指摘されたようにいまひとつ納得ができなかったのです。そういうように説明すれば説明はできるが本当だろうか、ただ便宜的にそう説明しているだけではないかと思っていたときに、たまたま『治療』という雑誌に間脳症のことが書かれていて読んでみたら、この症例は非常に間脳症と一致するものがあった。それで、甘麦大棗湯証は下田の脳幹発作症（間脳症）を中核としたものとしてとらえてよいのではないかと考えて、一時、本方証が理解できたような気分になったのです。

しかし、その後経験を増すと、どうもそれだけではなさそうだとすることで、間脳症のこと



中川 良隆（なかがわ よしたか）先生

1964年 東北大学医学部卒業
1969年 東北大学大学院修了
1973年 国立東静岡病院（現 静岡医療センター）内科勤務
1981年 中川内科医院開設（静岡県三島市）現在に至る
2012年 大塚敬節記念東洋医学賞 受賞

日本東洋医学会名誉会員、東亜医学協会顧問、静岡県立大学客員教授

を改めて最近の医学辞書で調べてみますと、どうも下田の脳幹発作症とはちょっと解説が違っているのです。最近の精神科領域で下田の脳幹発作症がどうなっているかは不勉強なのですが、少なくとも1987年の南山堂の『医学大辞典』には、間脳症は間脳症候群ともいって、それは視床症候群とか視床下部症候群の総称であるとしていろいろなことが書いてありました。2015年度版の『医学大辞典』には、「生後3ヵ月から2年の乳幼児で、それまで正常の発育を示していたものが、著しいいそぎをきたす症候群」が間脳症候群として記載されております。甘麦大棗湯とはどうしても結びつきません。

このような次第で、間脳症という言葉自身をもう一度検討しなくてはいけないと思っております。いずれにしても、間脳症という言葉の概念自身がどうも変わってきているように思うのですが、そこらあたりはいかがでしょうか。

奥村 下田先生というと、気分障害の下田の執着気質で有名な精神医学者だと思います。この間脳症というのは、てんかんやヒステリー、非定型精神病などを念頭において間欠期は問題がないのに、あるとき突然非常に興奮したり、わけのわからないことを言ったり、錯乱したような状態になって、その時期がおさまるとともに戻るといふ疾患群を説明するために考えられたのではないのでしょうか。

統合失調症では間欠期にも機能低下があって、普通の人の通常の状態とは異なる変化が見られますが、それに対して本当にひどいときは精神科の病院に運ばれて強制入院になるのに、間欠期は全然問題ない人がいて、そういう人は脳の奥のほうである種の発作を起こしていると考えられたのではないかと思います。

下田先生は高名な先生ですからこのような考え方は精神科ではあったかもしれないのですが、精神科ではウィルヒョウ的な身体科の病理学で求められる器質的な変化を確認しないまま概念だけが考えられていたので、精神科以外の神経内科や小児科、脳神経外科、視床下部内分泌科などの先生に間脳症という言葉をとられてしまったのではないかというように考えるのですが。

橋口（亮） いわゆる現代の精神科でいうところの解離性（転換性）障害とは違うものと考え

奥村　当時はあまり解離性、心因性と器質性の区別がつかなかったですから、発作的に特殊な精神症状が出現する状態をまとめて内因、外因、心因関係なく症候群というようなかたちで間脳症として考えたものだと思います。

奥村 その内実はいろいろあるのかもしれない
です。

(次回へ続く)

|||||