



漢方トゥデイ

2025 年 2 月 6 日放送

漢方経方医学シリーズ①

経方理論とは？

広島大学病院 漢方医学センター 教授 小川 恵子

今回は、シリーズ初回ということで、経方理論とは何か、というお話をします。

現在の中国では、『傷寒論』、『金匱要略』を使う流派を経方派と言います。名称からもわかるように、経方理論は『傷寒論』、『金匱要略』とそれに関連する古典を基礎としています。ここでいう関連古典とは『黄帝内経』、『神農本草経』、『名医別録』、『難経』、『千金方』、『千金翼方』、『外台秘要』です。

歴史

経方理論の立ち位置と特徴を理解するために、漢方医学の歴史を振り返ってみましょう。『黄帝内経』は、春秋戦国時代から漢の時代(一部唐代)にかけて著された古典で、黄河流域で発達した中国文化とともに形成されてきました。基本的に陰陽学説と老荘思想にもとづいて展開されていますが、時代を経るうちに五行学説を結合しています。後漢末（AD200年頃）に、張仲景により『傷寒論』が編纂され、それ以降、中国では数多くの注釈書が著されました。主に木簡や竹簡に記載されていたため、『傷寒論』の条文は簡潔で、その処方の背後に内在する生理、解剖、病理および薬理の体系は明らかでなく、想像するしかありません。『傷寒論』には五行学説はほとんど見られず、処方の部分には皆無です。『傷寒論』は『黄帝内経』の基本的な生理学や病理学を基礎とするものの、『黄帝内経』や『難経』にあるような経絡とは異なった解剖に基づき独自に発達した古典であると考えられます。『金匱玉函要略方』を基に林億らが『金匱要略』を再編し、『傷寒論』と合わせて『傷寒雑病論』と呼ばれるようになります。経方理論の臨床では、東洋学術出版社の『傷寒雑病論』を用いています。

さて、日本では、江戸時代中期に吉益東洞が万病—毒説を唱え、それまでの五臓や陰陽、気血水の概念を排しました。吉益東洞は、親試実験、すなわち実際に臨床で使ってみて確かめることを重視していました。吉益東洞は金瘡、つまり外傷の治療を専門とする外科医でしたので、理論よりも実践を重視し、鋭い観察眼を持っていました。そのため、毒（邪）というものの存在と、それが流れを阻むことによって起こる生理学的な病態について把握していたであろうと推察されます。そのような考え方をするためには、漢方臨床にそれまでの伝統医学理論はかえって邪魔であると考えたと推測されます。（余談ですが、吉益東洞も江部洋一郎先生も広島出身です。安芸の国の人物には物事の本質に鋭く切り込む気質があるのかもしれませんが。）江部洋一郎先生は、『傷寒雑病論』を黄帝内経の理論で考え、実践し、経方理論を構築しました。簡単にいうと、吉益東洞がブラックボックスにしてしまった思考過程を経方理論としてまとめ、創出したといえます。

経方医学の特徴

経方理論の面白さは、日常的に観察できる人体の生理学的・解剖学的現象を観察して着目して導き出した普遍的な法則であるところにあります。気の循環と還流における理論は、患者さんの手足の冷えの性質や病態の観察から明確にされました。例えば、レイノー症候群においても指尖の色の違いによって病態が異なること、そしてその治療のための方剤の使い分けを生薬レベルから考えられるように理論を構築しています。また、温かい食べ物（例えばラーメン）を食べると気が上昇して顔が熱くなったり鼻水が出たりすることから、胃気の直達路という法則を見出しました。詳細については、この後のシリーズで詳しくお話しします。

経方理論は、非常に独創性の高い理論ですが、中医学理論や漢方医学の考え方と矛盾しません。経方理論を学ぶ前に中医学理論を学ぶと非常に理解が進みます。また、漢方医学の古方を学んでいるならば、証（パターン）との親和性が理解できるようになるでしょう。

各論に入る前に、経方理論において特徴的な概念をお話しします。まず、虚実についてです。中医学と同じく古典的虚実として考えます。虚は正気が不足しているので補わねばならない状態、実とは邪実が存在するので瀉することで改善します。虚の中に実がある場合もあれば、実の中に虚がある場合もあります。つまり、全身的に正気が衰えた「虚」の状態にある高齢者であっても、急性副鼻腔炎のような邪気（感染）があると、抗病反応が過剰になり、部分的に「実」の状態となります。また、がん患者の化学療法後に、食欲不振などで全体的には「虚」の状態となっても、腫瘍は「実」で、転移、浸潤、出血などを起こします。

虚と実が同時に存在することはあり得るわけです。ここまでは中医学と同じ考え方が、経方理論では「実」の部位によって処方を決定し、その部位として重要なのが「胸」「心下」と「膈」です。

一方、日本では、虚実は、江戸時代中期から昭和初期には、しばしば対極にあると定義されるようになりました。そのため、「虚実中間」が存在することになります。さらに、昭和以降には、西洋医学で漢方医学を理解できるようにすることに重点が置かれたため、虚実を体力の有無ととらえる考え方が出現しました。この考え方の長所は、脈がよくわからない、とりあえず漢方薬を便宜上簡単に使い分けたい、といった場合には、簡便に処方を選択する基準となることです。しかし、先ほど述べたように虚実が同時に存在するということがあり得なくなってしまう、実際の人体の複雑な状況が理解できなくなってしまうたり、虚実が「補瀉」という治療の選択条件には結びつきにくいということがあります。

さて、「胸」「心下」と「膈」は、気の昇降出入というきわめて重要な機能を主る、特異的で重要な部位になります。特に注意したいのは、胸と肺は異なる概念だということです。

『傷寒論』において結胸証・胸痞・胸満など、胸という字を使う場合は、肺ではなくて胸です。膈は、肺・心とそれより下にある臓を隔てる膜で、西洋医学の横隔膜（diaphragm）に相当します。『傷寒論』における膈は、もちろんそれよりはもっと広義的で広い機能をもっていると定義されますが、解剖学的には、膈とは横隔膜を含んだ機能的な構造物であると考えてください。脈がミクロの身体を表しているように、膈が外殻における腠理と構造のうえでも機能のうえでも相似していると考えます。

『傷寒論』では、外殻の構造(皮・肌・腠理)と外殻より内部にある五臓六腑の配置、とりわけ胸・膈・心下の働きがわかれば、『傷寒論』の処方が理解できるようになります。

「漢方における処方の自由は、経方理論の上にのみ可能であるというのが、われわれの信念である。」これは、江部洋一郎先生が『経方医学』の序文で書き記した言葉です。

経方理論を学んで、処方の自由を得てみませんか？