

新連載

舌診入門①

## 舌診をもっと身近に！

三谷和男 京都府立医科大学東洋医学講座

### はじめに

「舌診って難しいよね」

「うん、ていうかさあ、あれでは何もわからないよ」

「でも伝統的な中医学診察法の1つでしょ」

「どうも、舌診って体系的じゃないんだよね。それに、食べたものや飲んだもの、タバコなど嗜好品の影響も強く受けるから、舌だけでは判断なんてできないよなあ」

「そんなことないんと違うかな。けっこう診断に役立つし……」

「そうそう、私なんかは舌診が決め手になることが多いわよ」

先生方にとって、舌診についてはいろいろ意見が分かれるところでしょう。舌診について書かれた本を読んでも、今ひとつピンとこない、そう思っておられる先生方も多いでしょう。この舌診をどう臨床に活かすか、この講座を通して先生方とともに考えていきたいと思います。よろしくおねがいします。

### 漢方医学の法則とは

漢方製剤が全面的に保険に適用（昭和51年ですから1976年ですね）され、多くの先生方に使用されるようになってすでに30年以上の歳月が流れています。この間「漢方薬は副作用がなくて身体に優しい」といった神話と「西洋医学では対応できないさまざまな病態にも驚くべき効果がみられる」といった宣伝を背景に、飛躍的にその使用量が増えた時期もありました。確かに、漢方が多くの患者さんの福音となったことは事実でしょう。しかし、漢方が本当に西洋医学を基盤とす

る日本の医療に受け入れられたのかどうかを考えてみると、まだまだ疑問符を付けざるをえません。

大学時代の友人と話をしたとき、私が「漢方上達のカギは、漢方医学における法則を学ぶことと、薬方を点ではなく線あるいは面で考えられるかどうかやね。自分でその原則に則って方剤を生み出すことができればいいと思ってるんや」というと、

「ふーん、それは面白いね。僕は、また、あの多くのクスリの番号の中から1つの正解を選ぶ、そんな世界かと思っていたよ。だから、閉ざされた世界のような気がして興味が今ひとつ持てなかったんや」

「そうなんか。それやったらやってみようとは思わないね」

これには考えさせられました。西洋医学的な発想で漢方薬を使うとすると、エキス剤に番号を付けると便利でしょう。あたかも、1つのクスリみたいにみえますね。でも、承気湯類ひとつとってみても、126番（麻子仁丸）と133番（大承気湯）の接点に小承気湯（枳実・厚朴・大黄）があることがわからなければ、これはもう「丁半博打」みたいになってしまうのです。その中で、「すごく効いた、いや効かない」を「対西洋医学」という図式に当てはめすぎたのか、「驚くべき効果」が喧伝されすぎたのか、漢方の世界に集い、まじめに勉強しようという多くの心ある先生方が「どうも胡散臭い」と離れていかれた時期もあったわけです。とても残念なことでした。

さて、今回、『伝統医学』誌上で舌診のお話をさせていただく機会を得たわけですが、診断即治療の原則、四診について、患者さんの把握など、漢方診療の原点に戻って、あらためて「漢方診断学の実際」を考えてみたいと思います。

## 望診の中核をなす舌診

西洋医学では、四診といえば「視・聴・問・触」ですが、漢方医学では「望・聞・問・切」ということになります。この中で、特に強調しておきたいことは「望診」の重要性です。「望」という字の成り立ちを、白川静先生の『字統』で調べてみますと、背伸びをして遠くの方をぼうっとみる、とあります。つまり「分析的な見方ではなく、あくまでも「全体を大づかみにする」という発想で行わねばなりません。

さらに、望診は「神・色・形・態」の4つに分類されます。「神」とは「神気」ともいわれますように、患者さんの顔色（面色）・表情・動作・言語・意識などを総合的にまとめたもので、疾病の予後や軽重を推察するために大きな意義があります。『黄帝内経・靈樞』に「神を得るものは昌え、神を失うものは亡ぶ」とあるように、神気を把握することは望診の中でも特に重要です。私たちは、内科診断学でも「患者さんが診察室に入ってこられた瞬間から診療は始まる」と教えられましたが、漢方診療でもこの原則はまったく同じで、さらに「神気を把握」することができるかどうかカギとなります。

望診の中核をなすのが、舌診です。私も、勉強会ではよくパワーポイントなどでスライドを提示して解説しているのですが、いつも「ちょっと違うなあ」と感じています。それは、「色や形」が実際とちょっと違う、というだけではありません。「色や形」の些細な（時によってはかなりな）差違は、実はほとんど問題になくてよいと思います。何が違うか、もうお気づきかと思いますが、「診察室に入ってこられた時の患者さんの雰囲気」が盛り込まれないからです。「そう！この患者さんは、毎日毎日、お煎餅を一日中焼いててなあ……」

こういったこともわかっているのといないのとは、1枚のスライドで「なんで、そこまで考えられるの？」ということになります。画像診断でよく読める先生が詳細に解説されるのとは違う話ですね。

舌診が望診であるのに対し、脈診や腹診は切診になります。特に腹診は日本漢方の歴史の中で大きな役割を果たしています。ただ、多くの場合、「腹力は？」「腹直筋の緊張は？」「胸脇苦満があるのか？」「圧痛点は？」といった具体的な診察のポイントに重点が置かれがちで、肝心なことが論じられていません。もちろん、所見をていねいに正確にとることは重要です。その患者さんにどういった処方をお出しするのか、の要ですから集中するのはわかります。しかし、それ以前のこととして漢方診療の腹診においては、患者さんに安らぎを与えることが不可欠なのです。私はこれを安神作用と呼んでいますが、「あの先生にお腹を診てもらおうと、それだけで病気が治った気がするね」と思ってもらえるような努力が必要です。「そうなん？……」と思われる先生、もう一度考えてみてください。

## 「みること」を考えてみましょう

私たちは、毎日多くの患者さんを診察していますが、その中で気をつけておきたいことがあります。漢方・東洋医学の診察においては、私たちの感覚を鋭敏に保って患者さんと向き合っています。初診の方ならば「この方の元気なときの状態はどうなんだろう」、再診の方なら「この方の前回の所見と比較するとどうかな」といろいろ考えを巡らせるわけですね。

血液検査データや画像所見なら、その患者さんのこれまでのデータと比較して考えることは当たり前のこと（コンピューターでも得意なところですが）、漢方・東洋医学の診断ではどうでしょうか。「そんな、前の所見なんか詳しく覚えてられるの？」そう思っておられませんか。そんなことはありません。これを読まれている先生方の頭の中のデータベースには、その患者さんの前回のことは記憶にとどまっているはずで、臨床家としての「あれっ、何かおかしい」といった感覚が働くのは、このデータベースへのアクセスの結果なのです。よく「勘がいい」といわれる先生がおられますが、それはていねいな観察をベースとし、ご自分のデータベースに頻繁にアクセスされているから

でしょう。

とはいえ、あふれんばかりの患者さんと向き合っていると、その方のこれまでの所見との比較ではなく、その前に診察した患者さんの所見に振り回されていること、ありませんか。特に、色と形の観察から入っていく舌診は、直前の患者さんの色と形に影響を受けることは間違いありません。つまり、ある意味では錯覚（あるいは錯視）をどう頭置きながら観察を進められるかにかかっています。

錯視とは、「視覚における錯覚」のことです。初期段階では、視点の周りのごく狭い領域での情報、隣り合った色・明暗の比較、運動や奥行きによる比較によって、大きさ・長さ・方向などが実際のそれとは違った見え方が生じる現象を指します。情報処理に関してゲシュタルトは、「各部分、部分を個別に観察した結果と、全体を一度に観察した結果と知覚が異なることが多い」と結論づけています。

この事実は、舌診（というよりも漢方・東洋医学全般に通じることと思います）を考えていくうえで重要な指摘です。色と形をていねいに観察することは基本ですが、常に「全体がどうなのか」という視点をもつことがカギとなるのでしょう。舌の所見をスライドで説明するとき、いつも「この色はちょっと違うなあ」と歯がゆい思いをしていました。学会発表でも、カラースケールを添付されたり、特別な波長の蛍光灯の下で撮影されている先生もおられます。

例として、40歳代の女性2名と60歳代の男性1名の3枚の舌の写真を見ていただきたいと思います。

症例1は中央に亀裂を認めます。舌質は比較的薄く、歯根が目立ちますから気虚の所見と考えます。茸状乳頭も目立ちますので、柴胡も適用になるでしょう。

これに対して、症例2は舌質が全体的に分厚く浮腫様で、水滯の所見と判断します。また、軽度舌尖潮紅を認めます。交感神経系の過緊張、もしくは何らかの感染所見ともいえます。

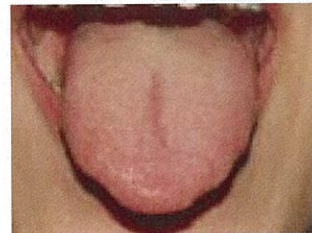
症例3は、乾燥気味の厚い黄白色膩苔が認められ、裏熱の存在がうかがわれます。舌質の色調は不明です。

これで、「症例1は補中益気湯、症例2は柴苓湯そ

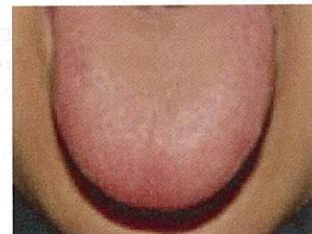
して症例3は生姜瀉心湯ですよ」とお話ししても、「そなん？」と思われるかもしれません。つまり、これらの舌に適する方剤は数多くありますし、バリエーションも豊富です。1つの処方限定することはできません。しかし、考え方に法則性のあることを理解し、例外に柔軟に対処できれば、舌診を臨床に活かすことは大いに意味のあることだと思います。これまでの多くの先人のご努力を發展させ、これからの時代に私たちは舌から何をつかむかを考えていきたいと思えます。

\*

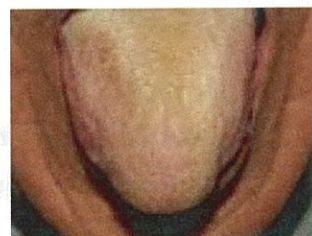
さて、次号以降は、舌診の考え方について順を追ってご紹介していきます。全体を通して必要な点を「舌診のサマリー」としてまとめてみましたので、お手元において参考になさってください。



症例1 40代、女性。亀裂舌。気虚的（舌質が薄く歯根が目立つ）。茸状乳頭も目立ちます。



症例2 40代、女性。舌質が全体的に分厚く浮腫様で、水滯と判断します。軽度舌尖潮紅を認めます。



症例3 60代、男性。舌質の色調は不明です。厚い黄白色膩苔が認められ、裏熱の存在がうかがわれます。

## 【舌診のためのサマリー】

### 舌質についての検討

#### ①色調

白色～淡泊紅色	貧血症・蛋白代謝障害・ 組織の浮腫 (気血両虚)	気虚	四君子湯・補中益気湯
		血虚	四物湯
		湿潤 (陰虚寒湿)	乾姜・附子・桂枝
		乾燥	六味丸・補中益気湯
紅色～暗(深)紅色	急性熱性疾患 (ある程度進行)	・明るい色調 (実熱型・口渴+)	黄連・黄芩・黄柏・山梔子・知母・石膏
		・暗い色調 (虚熱型・口渴一・ 温湯を好む)	養陰剤 (麦門冬・人参)・附子剤
	急性熱性疾患 (増悪)・ 循環障害の存在	この場合、舌苔 (糸状乳頭の発育) がポイント	
		発育良好 (肝・胆)	柴胡・黄連・山梔子
	発育不良 (腎気の欠乏)		
紫がかった色調		・急速に津液が減少 →補液が必要	滋潤剤：阿膠・(生)地黄・天門冬・鶏子黄
		・「腎陰が枯れる」→病の進行・呼吸および循環障害の増悪。 腫脹：血水証。瘦せ：気血証。	

#### ②形態 (腫大しているか? 辺縁に凹凸があるか?)

腫大	結合織の増殖, 組織間浮腫, 血管系・ リンパ系の循環障害→内分泌系疾患 (甲状腺機能低下症), 原発性アミロイドーシス	水滯	茯苓・朮・沢瀉・猪苓・木通・車前子・滑石
		腫大+色調が淡 (白)紅色→気血両虚	補血剤: 当帰・地黄(熟)・阿膠・芍薬
		腫大+色調が 紅～紫色	清熱剤: 石膏・知母・黄連・黄芩・黄柏・ 大黄・茵陳蒿・山梔子・竜胆・決明子
羸瘦(やせ)	粘膜や組織の萎縮・脱水症・消耗性 疾患→筋萎縮性側索fasciculation, 萎縮。	気虚	人参・黄耆・甘草
		羸瘦+色調が深紅色 →熱盛んによる津液 不足	清熱剤が中心
		慢性消耗性疾患 (高齢者)	滋潤剤: 地黄(生)・麦門冬・天門冬・玄参・ 鱉甲・枸杞子・龜板
羸瘦+色調が淡紅色 →血虚	補血剤が中心		
舌背面の亀裂・溝 (人文字様の亀裂)	脱水状態→急性熱性疾患		
	舌粘膜の萎縮→慢性(消耗性)疾患	気虚・気滯・気鬱: 厚朴・紫蘇葉・桂枝・荊芥・防風	
地図状の舌苔 (糸状乳頭の消失と 再生が著しい状態)		「陰陽ともに虚す」→肝気盛んとす	

### 気血水と舌の関係

気虚・気鬱・ 気滞・気逆	腫大なく歯痕あり，人文 字様の亀裂，地図状の苔。	気剤（芳香精油成分の多い薬物）：厚朴・紫蘇葉・桂枝・陳皮・柴胡・甘草・茵陳蒿など。
瘀血・血虚	色調が深紅色ないし紫紅色 →舌静脈の鬱滞・舌尖の潮紅。 歯肉の色調はどうか？	駆瘀血剤：桃仁・牡丹皮・当帰・川芎・芍薬・地黄・虻虫・水蛭など。
水滞	舌質の腫脹・湿潤の程度が 重要。色調は淡白紅色。	利水剤・駆水剤：茯苓・朮・猪苓・沢瀉・防己・黄耆・附子・生姜・石膏など。

### 舌苔についての検討

#### 【舌苔の定義】

剝離した上皮細胞，食物残渣（微細），唾液・粘液などの分泌物，細菌・真菌類などが，糸状乳頭の間隙に蓄積したもの。唾液の分泌の減少により生じやすいと考えられる。舌苔の意味するところは，胃気（正気）の消長である。

#### 【舌苔の厚さ】

- ・一様な白浄苔・中根部（脾胃に対応）に厚い苔→正常と考えられる苔。
- ・特に厚い苔→痰湿か飲食の停滞か。
- ・中根部の苔の消失→上焦・胸膈部の邪

#### 【舌苔の色調】

白苔	表証…表熱・表寒型	浄苔	小柴胡湯
		膩苔（寒湿・痰飲）	半夏瀉心湯・平胃散
黄苔	熱証…陽明病位。下剤の適応が多い。	浄苔（軽度の湿潤）	白虎湯・瀉心湯・大柴胡湯
		粘っこい膩苔	黄連解毒湯合橘皮枳実生姜湯・三黄瀉心湯合茯苓杏仁甘草湯
黒苔	熱邪が裏に入った所見…予後不良？		

#### 【舌苔の乾湿】

乾燥して亀裂（舌質は紅色）	白虎湯・瀉心湯
湿潤で厚い膩苔→腎虚あるいは胃虚	生脈散・人参湯
灰白色，潤で滑苔	四逆湯・茯苓四逆湯

#### 三谷和男先生プロフィール

1956年 兵庫県生まれ  
1983年 鳥取大学医学部卒業  
1986年 大阪大学医学部大学院中退  
和歌山県立医科大学神経病研究部研究生  
1991年 和歌山県立医科大学神経病研究部研究員  
木津川厚生会加賀屋病院勤務  
1998年 木津川厚生会加賀屋病院院長  
2004年 京都府立医科大学東洋医学講座准教授