

若松区内科医会学術講演会

『心療内科と漢方』

講 師

鞍手クリニック 院長 岡本章寛 先生

若松区内科医会学術講演会

2002年 9月17日 鞍手クリニック 岡本章寛

『心療内科と漢方』

A はじめに

心身医学： psychosomatic medicine

患者を身体面とともに、心理面、社会面に加えて、実存的な側面を含めて総合的、包括的に診ていこうとする医学である。

心身医学の歴史と展開：

第1期；神経症に対する心身相関の研究の時代



第2期；いわゆる心身症が研究や診療の対象

心身症；身体疾患の中で、その発症や経過に心理・社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。

(心身医学の新しい概念：日本心身学会教育委員会編，1991)



第3期；臨床各科疾患一般に対する心身両面から総合的、統合的にとらえる医療へ

⇒全人的医療を目指しての“核”

心身医学展開の要因：

- (1)精神分析学、行動医学、心理学の進歩（精神・心理面の人間の理解）
- (2)大脳解剖学、大脳生理学の進歩（脳科学による人間の理解）
- (3)心身両面からの患者理解の方策（病気を診る医療から病人を診る医療：全人的医療）
- (4)疾病構造の変化による慢性疾患マネジメントの必要性の高まり

（心理社会的ストレスへのコーピング、ライフスタイル、QOL、生きがいの模索）

※時代の変化とともに、心身医学へのニーズも大きく変化してきた。

B 西洋医学、東洋医学、心身医学

1. 西洋医学と漢方

西洋医学	⇔	漢方
人工的な方法		自然な方法
分析的・局所的アプローチ		包括的・全人的アプローチ
公衆衛生学的		個人衛生的：“未病を治す”
動物実験から発展		すべて臨床実験により成立
普遍性の医学		個別性の医学
抽象論的である		現象論的である
心身二分論		心身一如
(身体と心理は別個の アプローチ)		(身体から心へのアプローチ)
病気に対する治療		病人を診る治療
診断にて治療法決定		診断即治療：随症治療

※西洋医学と漢方の間には、自然観、疾病観、健康観、哲学などに大きな開きがある。

2. 心身医学と漢方

心身医学	⇔	漢方
心から身体へのアプローチ (psycho-somatic approach)		身体から心へのアプローチ (somato-psychic approach)
受容・支持・保証		証の把握 (四診；望聞問切) ⇔ “手当て”
自己破壊的ライフスタイルによる 生活習慣病からの脱却 健康の創造 (positive health) 死の臨床 (terminal care)	}	養生の考え方
機能的病態、自律神経失調状態など いわゆる “自律神経失調症” 半健康半病人 (ill-health) 不定愁訴		未病を治す

※心身医学と漢方の間には、全人的病態把握の方法論、有効患者母集団に共通点が多い。

⇒現代医学と、漢方の橋渡し (interface) としての心身医学の役割

C 心療内科における漢方治療の意義

- (1)治療への導入 : 四診による証の把握により、直ちに治療を開始できる。
(重篤な副作用が少ないため初診時からアプローチできる)
⇒良好な治療者－患者関係の早期構築が可能
- (2)一般身体疾患への
心身両面のアプローチ：心身一如；身体から心へのアプローチ (somato-psyhic)
(身体症状への漢方で精神症状にもアプローチ可能)
- (3)機能的病態
未病
unorganized disease } 積極的、第一義的治療手段
- (4)生活習慣病
ありふれた慢性疾患
(common disease) } 西洋医学との鼎立にてQOLの改善
- (5)心理反応や精神症状を
ともなう病態
不安・抑うつ状態
睡眠障害 など } 軽症例では有効、
中等症・重症では、西洋医学中心に併用も一方
※単独での治療では有効でないことがある。
- (6)向精神薬の副作用
予防・軽減 : 漢方方剤との併用、置き換え可能なことも
※西洋薬の減量は漸減にて行なうようにする。

D 漢方治療の考え方

現代医学と異なり、病名診断により治療を行うのではなく、四診に基づくアプローチでよい。心身相関による身体症状や心理反応に着目するため、気・血・水の異常を捉えて治療するとよいことが多い。

また、多様な薬理作用（中枢抑制、抗炎症、抗アレルギー、抗ストレス作用など）をもつ柴胡を含有した漢方方剤（柴胡剤）を、患者の虚・実、胸脇苦満の程度に合わせて用いる機会が多い。

気：身体を巡る生命エネルギーのようなもの、目には見えない流れ。血・水に影響

気の異常：

気うつ；抑うつ気分 不安 喉の詰まる感じ

気うつに頻用する方剤；半夏厚朴湯、香蘇散など

気虚；意欲障害 食欲不振 消化吸収機能低下

気虚に頻用する方剤；補中益気湯、十全大補湯、四君子湯など

気の上衝；頭痛 動悸 眩暈 冷えのぼせ 顔面紅潮

気の上衝に頻用する方剤；桂枝湯類など

血：気によって巡らされている赤い液体。ホメオスタシスに関係。

血の異常：

瘀血；微小循環障害やうっ血などの末梢循環障害 血液凝固線溶系異常や代謝障害などの複合兆候、気の異常から進展することがある。

いわゆる“血の道”もこの特殊型と言える。

瘀血に頻用する方剤；当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、桃核承気湯など

水：気とともに巡る血以外の液体；体液、分泌液、尿、滲出液

水の異常：

水毒；浮腫 尿量の過多や減少 頭痛 眩暈

水毒に頻用する方剤；五苓散、猪苓湯、防己黄耆湯など

※気・血・水の異常は、単独のこともあるが、相互に影響しあうために、複合していることも多い。（例：瘀血＋水毒、気血両虚（気虚＋血虚）など）

E 漢方治療の実際

(1) 機能的病態に対する漢方治療

機能的病態の例

症状：頭痛（片頭痛、緊張型頭痛など） 冷え・のぼせ 易疲労感 虚弱体質

性機能障害 排尿異常 便秘・下痢 食欲不振 浮腫 るいそう 眩暈

耳鳴り 咽喉頭異常感 口渇・口乾 肩こり 五十肩 腰痛 など

病態：高血圧 低血圧 起立性低血圧 狭心症 気管支喘息 胃排泄能低下

（NUD・GERD） 胃下垂・胃アトニー 過敏性腸症候群 月経困難症

眼精疲労 円形脱毛症 凍瘡 メニエル氏病 など

（『漢方薬の刊行』にある証・病から辨・別）

※実際は、このような症状・病態が単独であったり、複合で存在するしたりする。

（⇒頻用漢方処方各論参照）

(2) 不安・抑うつ状態・不眠など精神症状に対する漢方治療

① 柴胡剤

柴胡加竜骨牡蛎湯；実証で胸脇苦満、臍上悸、舌に白苔

四逆散；虚実間証で胸脇苦満、肩こり、手足の冷え

柴胡桂枝湯；虚実間証、胸脇苦満、胃潰瘍などの胃腸症状

柴胡桂枝乾姜湯；虚証で胸脇苦満は軽度、冷え、貧血など合併

抑肝散；虚証で胸脇苦満は軽度、焦燥感、興奮性、腹部大動脈の拍動著明亢進

抑肝散加陳皮半夏；抑肝散証で胃腸虚弱 など

② 理気剤⇒気うつ

いんちゅうしゃれん

半夏厚朴湯；虚実間証で喉のつかえ感（咽中炙臑）、梅核気、ヒステリー

球(globus hystericus)

柴朴湯（小柴胡湯合半夏厚朴湯；柴胡剤＋理気剤）

茯苓飲合半夏厚朴湯（利水剤＋理気剤）

香蘇散；虚証で特に体力・胃腸虚弱なもの など

③ 駆瘀血剤

桃核承気湯；実証、のぼせ・はてりを伴う、便秘（大黃芒硝含有）、小腹急結

加味逍遙散；虚実間証、柴胡剤であるが、気・血・水のバランスの取れた方剤。

更年期の女性に用いることが多い。

その他；桂枝加竜骨牡蛎湯（虚実間～虚証、胸脇苦満なし）、黄連解毒湯（実証、赤ら顔、便秘なし）、四君子湯（虚証、気虚⇒人参配剤、胃腸虚弱、抑うつ合併）
など

※いずれの症状も、中等度～高度の場合は、向精神薬との併用が必要となる。

※不眠だけを目標にした速効性のある漢方方剤はない。

(3)向精神薬の副作用の予防・軽減

①口渇：主として向精神薬の抗コリン作用による。

五苓散；虚実不問、多飲・多尿あるいは乏尿によるむくみに有用。

白虎加人参湯：実証、発汗・尿量過多、顔のほてり、手足の冷え

②肝機能障害：薬剤性肝障害であるが、向精神薬の減量・変更が困難なときに併用。

柴胡剤；小柴胡湯を中心に使い分ける。

③月経不順：婦人科的アプローチが必要であるが、併用も有効なことが多い。

駆瘀血剤；虚実により使い分ける。

④全身倦怠感・食欲不振

温補剤；体力の落ちた患者や高齢者では併用することで副作用の予防が可能で

あったり、向精神薬の減量が可能であったりする。

⑤血行動態不良：自律神経系の脆弱な体質によることも考えられるが、向精神薬一

般に循環抑制作用があるので、予防・軽減に併用することあり。。

F 症例

症 例 1 K. O. 46歳 男性 大学教員

【主訴】胆石による腹痛、下痢

【家族歴】父：心筋梗塞にて死亡、母は健在

【既往歴】特記すべきことなし

【現病歴】

海外出張中に下痢、腹痛発作が出現し、胆石症が判明した。手術の必要が指摘され、手術目的にて入院となった。中性脂肪が高値であり、内科管理目的にて紹介受診した。

【ライフスタイル】

食事：外食が多い。不規則、朝食はとらない。 睡眠：4～5時間（時に徹夜）。

仕事：発作前後の1ヵ月に10回の国内外の学会に出席していた。その準備に追われ、連日深夜まで休日返上で仕事をしていた。

運動：する習慣がない。 飲酒：18歳から連日（付き合いで時に深酒） 喫煙：なし。

嗜好：コーヒーを好み、疲労時にはドリンク剤やビタミン剤に頼っていた。

【治療経過】

入院約1ヵ月後に腹腔鏡下胆のう摘出術が施行された。術後患者の行動パターンを患者とともに振り返りながら分析し、慢性的な疲労がこうしたことによる症状の出現であることを理解させるようにし、患者自らが十分な休息と、食事、睡眠などのライフスタイル修正を行うことの必要性に気づけるようにした。具体的には、飲酒量の減量、十分な睡眠時間の確保、仕事の制限、食事や運動に関する指導、一日二回の入浴などでの心身のリラクセーションを得ることなどであった。その上で、柴胡加竜骨牡蛎湯エキス7.5g/dayの投与を行い、瘀血病態の変化を、瘀血スコアにて経時的にチェックした（図1）。瘀血は徐々に改善し、症状も改善がみられた。

【考察】

A型行動性格、失感情症、失体感症、過剰適応傾向の患者が、いわば自己破壊的なライフスタイルを続けた結果の発症が疑われる症例である。瘀血病態を中心に病態説明を充分に行ない、手術後自らライフスタイルや行動を変容して行けるように指導した。特に、瘀血スコアはそのチェック法を患者に指導し、自らチェックリストで連日チェックできるようにした。こうした方法は、瘀血の程度は日々変化するものであり、それをとらえて病態をセルフコントロールに導けることを示した点で意義あるものと考えられた。

【瘀血スコア】

瘀血スコアの推移

	7/10	7/31	8/17	9/15	10/15	11/5
			手術日			
(1)眼輪部の色素沈着	○	○	○	○	○	
(2)顔面黒色	○	○	○	○		
(3)皮膚の甲錯		○	○		○	
(4)口唇の暗赤化	○	○	○	○		
(5)歯肉の暗赤化		○	○	○		
(6)舌の紫暗色化	○	○	○	○		
(7)細絡						
(8)皮下溢血						
(9)手掌紅斑	○	○	○			
(10)臍傍圧痛抵抗 左	○	○	○	○		
(11) 右	○		○			
(12) 正中			○			
(13)回盲部圧痛抵抗			○	○		
(14)S状部圧痛抵抗			○			
(15)季肋部圧痛抵抗	○	○	○	○	○	○
(16)痔疾			○			
点数	46	48	83	49	27	5
陽性項目数	8	9	14	8	4	1

症 例 2 M. Y. 45歳 男性 自動車販売会社営業所長

【主訴】

不眠 意欲の低下

【現病歴】

20年来自動車販売会社の営業部門に勤務し、まじめな勤務ぶりで12年前に営業所長に昇進した。その頃より、不眠、気力の低下が出現し、A病院神経科を受診し、うつ病の診断にて2ヵ月休職した。その後、復職するも症状は軽減せず、会社を休みがちとなり、所長を更迭され、降格となった。さらに会社から休職を迫られたが、「一生懸命頑張るから」と勤務を続けた。しかし、更に症状は増悪したため、会社の産業医の紹介にて外来を受診した。

【既往歴】

特記すべきことなし。

【家族歴】

実母、妻、長女、長男の5人暮らし。実父；脳梗塞にて死亡（57歳）。家族にうつ病患者はなし。

【身体所見】

身長 164cm、体重55kg。胸腹部聴打診にて異常なし。神経学的異常所見なし。

顔面黒色、舌、口唇の暗赤色著明。胸脇苦満あり。両下腹部圧痛著明。

瘀血スコア：76点（重度瘀血病態）

【入院時血行動態】（Schellong' tilting test）

	安静臥位	立位1分	立位9分
収縮期血圧（SBP）	138	157	173
拡張期血圧（DBP）	78	84	78
心拍数（HR）	67	78	78
一回心拍出量（SV）	95	97	107
分時拍出量（CO）	6.36	7.56	8.34
心係数（CI）	4.2	5.0	5.5
総末梢血管抵抗（SVR）	1240	1150	1050

⇨起立性高血圧（Orthostatic hypertension）

【検査所見】

血液一般検査：Hb 18.3g/dl, Ht 56.2%, RBC 564×10^4 であることのほかは異常なし。

頭部MRI：無症候性多発性脳梗塞（ラクナ型脳梗塞） ⇨供覧

心理テスト：SCT（文章完成テスト） ⇨供覧

A型行動性格

失感情症（Alexithimia）、失体感症（Alexisomia）

【治療経過】

向精神薬 sulpiride 150mg/day、bromazepam 6mg/dayに加え、CoQ₁₀30/dayを投与し、重度瘀血病態であること、実証で胸脇苦満があることから、桂枝茯苓丸エキス7.5g/day、柴胡加竜骨牡蛎湯エキス7.5g/dayの投与を行った。治療開始1ヵ月にて瘀血スコアは30点（瘀血病態）まで改善し、2ヵ月後には瘀血スコアは12点（非瘀血病態）、Hb 16.7g/dayと血液所見の改善が認められた。

患者は、今までのライフスタイルや行動の問題点を自ら変容することを決心し、職場は退職し、暫く充電期間をとって今後の生活を考えることにした。

【考察】

起立性高血圧である。起立性低血圧のような明確な診断基準はないが、安静臥位収縮期血圧 165mmHg以下、立位収縮期血圧 165mmHg以上という基準に本症例は合致する。

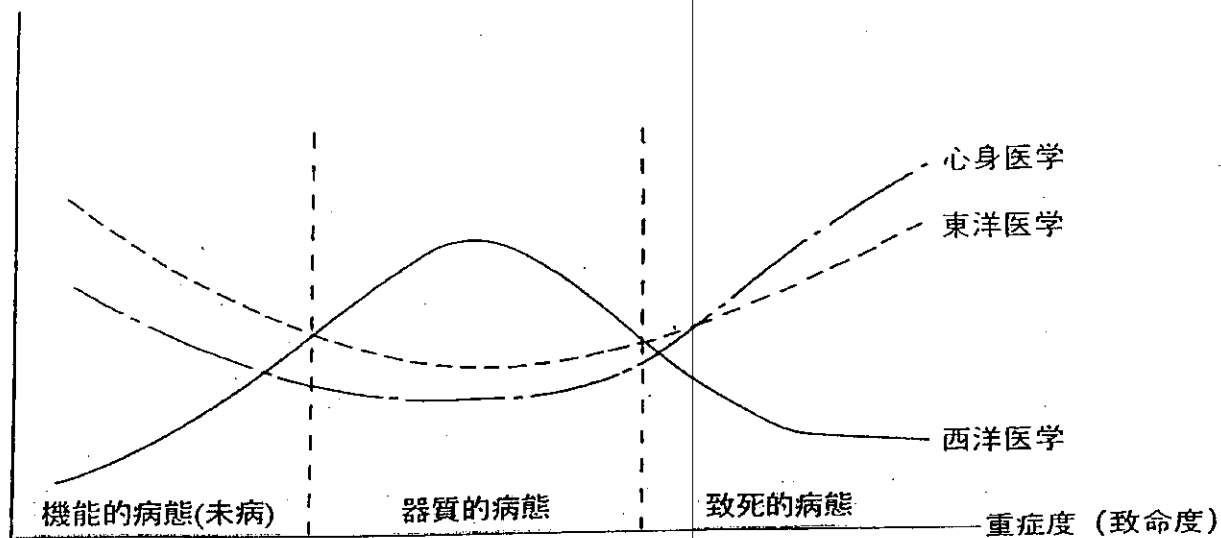
本症例は、いわゆる燃え尽き（Burn out）による抑うつ状態を呈した症例と考えられたが、身体面において重度瘀血病態を認め、起立性高血圧の状態にあり、頭部MRIにて多発性脳梗塞が認められたことから、患者のA型行動性格による、永年の過剰適応生活にともなって生じた、脳梗塞の一症状としての抑うつ状態と考えられた。ラクナ型脳梗塞は神経学的には無症候であるが、不眠、抑うつなどの精神症状を生じる。頭部CT検査では診断できず、MRI検査で診断に至る。いわば脳梗塞の未病といえるが、放置すると神経学的症候をもつ脳梗塞に発展することが考えられる。瘀血や起立性高血圧の所見に着目し、早期に駆瘀血剤などでの治療を行えば“未病を治す”ことのできる病態であると考ええる。いわば身体因性偽神経症の例と思われる。

II おわりに

心療内科における漢方についてまとめた。社会の複雑化、価値の多様化などで、衣・食・住をはじめライフスタイルは大きく変化し、心療内科にご紹介いただく患者の病態も時とともに変化してきているように感じる。特に今回提示した症例は、一般的な身体面からのアプローチだけでも、心理・社会的側面からのアプローチだけでも不十分であり、改めて包括的な医療の必要性を感じた症例である。現代医学の進歩、特に検査法の進歩で、今までは精神的な問題とされていた病態が、実は機能的病態や器質的病態の“末病”であったなどということも、今後大いに起こりうると思われる。まだまだわからないことも多々あるわけであるが、明日病院を訪れるであろう患者の治療は待ったなしであるので、絶えず患者の問題点を身体・心理・社会・実存的観点からとらえるよう心がけたいものである。漢方を取り入れた医療は、養生の健康観のもと、からだから心へ、無理なく効率よくアプローチできる方法の一つとして大切である。

西洋医学，東洋医学，心身医学の治療効果曲線

有効率（治療効果）



半健康，半病人，不定愁訴，自律神経失調症など

先天性心疾患（手術可能なもの），早期胃癌や急性虫垂炎など手術により治癒見込みのある疾患，細菌感染症など

癌末期，膠原病，人工透析など