

鎧を着たかのように腹部が硬く胃腸障害を繰り返す多愁訴のご婦人に人參湯が奏効した一例



玉田 真由美 先生

亀田総合病院附属幕張クリニック

2001年 熊本大学医学部卒業、熊本大学病院 第二内科に入局
 2001年～熊本大学病院ほか、同大学関連病院にて勤務
 2006年～亀田総合病院附属幕張クリニック(現在も非常勤として勤務)
 2007年～慶應義塾大学医学部 総合医科学研究センター研究員
 2012年 慶應義塾大学大学院医学研究科 修了 医学博士
 慶應義塾大学医学部 先端医科学研究所遺伝子制御部門 特任助教
 日本学術振興会 特別研究員
 2013年～慶應義塾大学医学部 漢方医学センター 特任助教
 2015年～自治医科大学 地域医療学センター 東洋医学部門 非常勤講師(2023年まで)
 2016年～医療法人深緑会 麻布ミュージッククリニック 院長(2024年まで)
 2024年～東京女子医科大学附属東洋医学研究所 非常勤講師

はじめに

慢性的な消化器系の不調に悩む方は少なくない。中には、原因となる器質的異常が認められない例や、西洋医学的治療でも十分な効果が得られず、治療に難渋する例もある。そのような場合でも、漢方治療が奏効することがしばしばあり、消化器領域でも非常に注目されている。

症例

症例：69歳 女性。

主訴：胃のムカつきと持続する不快感、食欲低下、胃もたれがある。普段は下痢しやすいが、便通が悪くなるとすぐ憩室炎を起こす。その他、疲労感、食後の眠気、息切れ、めまい、関節痛、冷えなど多彩な不調を抱えている。

現病歴：若い頃から胃腸が弱く、68歳頃から症状が増悪した。逆流性食道炎と診断されPPIを処方されたが、症状は改善しなかった。普段は下痢傾向だが、便通が滞ると憩室炎を繰り返し発症していた。抗生剤服用で腹痛は改善するが、胃もたれや便通の乱れはむしろ悪化していた。大学病院で検査と多剤併用療法を継続して受けたものの症状は改善せず、漢方治療を希望して当院を受診した。

初診時所見：図1に示す。

東洋医学的所見：目力が強く、気の強そうな表情だが、虚勢を張っているようにも見えた。顔色はやや青白く、艶に欠け、皮膚の乾燥や、爪の脆さなどの血虚所見を認め、年齢以上に老けて見える。問診では空腹感の欠如や持続する胃の不快感に加え、疲労感や食後の眠気を自覚していた。また、外出が続くと疲労が蓄積し、諸症状の悪化や帯状疱疹再発を招き、QOLも損なわれていた。排便は1日2回で

軟便か下痢。冷えると下痢しやすいが、少しでも排便が滞ると憩室炎が誘発される状態を繰り返していた。なお、下

図1 症例 69歳 女性

主訴

胃のムカつきと持続する不快感、食欲低下や食後の胃もたれもある。普段は下痢しやすいが、便通が滞るとすぐ憩室炎を起こす。

その他の訴え

疲労感、眠気、息切れ、めまい、手指関節痛、前胸部痛、冷えなど。

既往歴

18歳・67歳・68歳・69歳：帯状疱疹。
 30歳：胃潰瘍(60歳頃に*H. pylori*の除菌治療を受けた)。
 68歳：大腸憩室炎(4回/年)、ヘパーデン結節、骨粗鬆症、慢性気管支炎。

身体所見

身長 149cm、体重 38kg、BMI 17.1 kg/m²。
 血圧 94/68mmHg、脈拍 88/分、甲状腺：触知せず。聴診所見：異常なし。

検査所見

- 血算・生化学(肝機能・腎機能・電解質・脂質・糖など)：特記すべき異常所見なし。
- 抗核抗体：320倍(セントロメア型)→強皮症は否定(大学病院精査)。
- 上部内視鏡検査：パレット食道(short segment)を認めるが、食道・胃接合部にびらんおよび発赤などの炎症所見はない。胃底腺ポリープ散見。
- 下部消化管内視鏡検査：上行結腸・S状結腸に多数の憩室を認める。

図2 東洋医学的所見(初診時)

脈候

浮沈中間 2/5

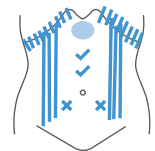
腹候

腹部全体はガチガチに硬く、深呼吸をしても力が抜けない。
 上腹部に比べると下腹部はやや軟弱な印象を受けるがそれでも硬い。
 腹部は全体的にやや冷たい。
 胸脇苦満(+++)、腹皮拘急(+++)、
 臍上動悸(+)、心下痞(+)
 (腹部全体が硬く心下痞硬は判別困難)
 臍傍・鼠径瘀血の抵抗軽度(+)
 小腹不仁(±)(腹部全体が硬く判別しづらいが、やや軟弱な印象を受ける)

その他の所見

手足はやや冷たい。下肢浮腫なし。細絡なし。

まるで鎧を着ているかのようにガチガチに硬い。



痢傾向でも排尿は1日約7回と維持されていた。

脈は浮沈中間で2/5。上腹部に比べ下腹部はやや軟弱な印象を受けたが、腹部全体は鎧を着ているかのように硬く、心下痞癢などの所見も判別困難なほどだった(図2)。

臨床経過: 四診より、虚証・寒証・脾胃の機能低下・気血両虚と診断。これに基づき人参養栄湯 5.0g/日(分2)を投

与したが、症状改善はわずかだった。2診目には、口内の苦み、胸脇苦満、腹部動悸、神経質な傾向を踏まえ、柴胡桂枝乾姜湯 5.0g/日(分2)に転方。転方後は良い意味で、時折力が抜けるようになったが、徐々にみぞおちの痞えを自覚するようになった。また、腹部の硬さは残っていたが、上腹部にはやや軟な部位が現れたほか、小腹不仁も明瞭となった。さらに著明な心下痞硬と心下の強い閉塞感が出現したことで人参湯の選択に至り、腹直筋の強い緊張と腹部全体の硬さが板状硬であるということにも気づいた(図3)。

人参湯 6.0g/日(分3)転方後は、消化器症状のみならず多彩な愁訴も軽減し、腹診所見にも改善がみられた(図4)。

(なお、少量の桂枝加苓朮附湯併用は短期で終了した。)

図3 東洋医学的所見(柴胡桂枝乾姜湯服用後)

望診・問診

初診時と大きな変化はない。

問診

これまでの症状に加え、みぞおちの痞えと閉塞感が強くなってきた。

切診

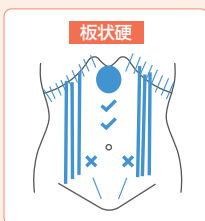
脈候 やや沈 2/5

腹候 腹部全体は、依然として鎧を着ているかのように硬い状態が続いているが、時折、力が抜けるようになってきた。
→上腹部はやや軟な部位が現れ、
下腹部はより軟であることが判明。

胸脇苦満(+++)→胸脇苦満(+),
腹皮拘急(+++)→腹皮拘急(+++),
心下痞(+)+心下痞硬(++),
(強い閉塞感もあり)
臍上動悸(+)+臍上動悸(+),
臍傍・鼠径瘀血の抵抗軽度→不変,
小腹不仁(±)→小腹不仁軽度よりの(+).

処方

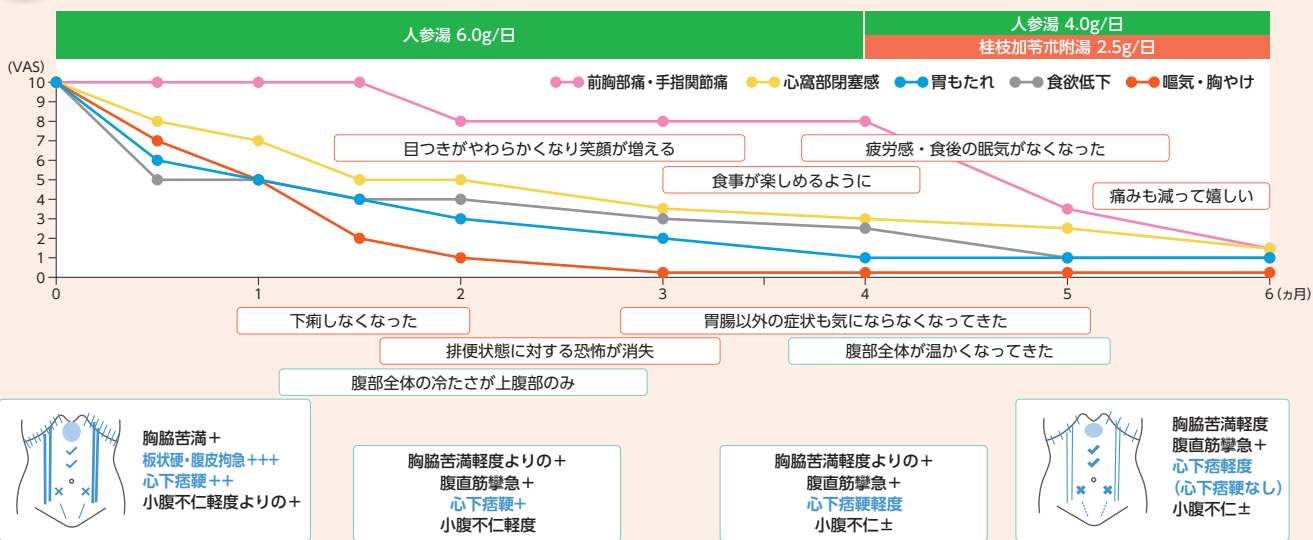
人参湯 6.0g/日(分3) 毎食前へ転方。



考察

人参湯の腹証は軟弱無力であることが多いとされるが、板状硬を呈する場合もあることを忘れてはならない。人参・朮・乾姜・甘草の4味とシンプルな構成ながら、効能は健胃・整腸・補気・生津・養心・散寒と多岐にわたる。本例のように長期にわたり消化器症状をこじらせ、多彩な愁訴を呈していた症例にも一剤で対応できたことは、漢方の応用範囲の広さと奥深さを再認識する機会となった。

図4 臨床経過(人参湯に転方後)



Discussion

木村: 人参養栄湯が合わず、人参湯が有効でした。先生はこの結果をどのように解釈されますか。

玉田: 胃腸虚弱だったため、人参養栄湯に含まれる地黄が合わなかった可能性があります。また、冷えると下痢症状が悪化していたことを踏まえ、裏寒が強く、甘草乾姜湯の方意である人参湯が適していたと解釈しました。

木村: この患者さんは治療経過で本来の腹診がわかるようになったとも理解できますがいかがですか。

玉田: 初診時の腹証から柴胡剤も考えましたが、合わない可能性を考慮し2診目で転方しました。その結果、明瞭になった所見があり、最終的に人参湯選択や板状硬への気づきに繋がりました。この経過も重要だったと考えています。