

第17回 東洋医学シンポジウム

総合討論

後山 基調講演では各シンポジストの先生方から、興味深い症例を具体的に紹介していただきました。後半の総合討論では、それぞれにご発表いただいた分野をさらに掘り下げて検討したいと思います。

糖尿病患者のインスリン抵抗性に対する漢方治療

後山 宇野先生には基調講演で糖尿病に伴う神経障害に対する牛車腎気丸による治療について、詳細なデータに基づき解説していただきました。牛車腎気丸を使用した症例をもう1例ご紹介ください。

宇野 牛車腎気丸が糖尿病患者のインスリン抵抗性を臨床的に改善した症例を紹介します。

症例は41歳の女性です。X-3年より糖尿病で通院を始め、X年10月より下肢違和感、冷感が出現し、当院外来を受診しました。来院時所見では血圧は正常、脈拍は整でした。空腹時血糖値は132mg/dL、HbA1cは7.0%であり、また神経学的所見として腱反射と振動覚の低下を認めました。

食事療法、運動療法を続けつつ、経口血糖降下薬と同時に牛車腎気丸を1ヵ月間投与したところ、空腹時血糖値が132mg/dLから118mg/dLに低下しました。さらに、インスリン抵抗性の簡易指標であるHOMA-R指数が1.96から1.46まで低下しました。また、投与中止1ヵ月後には逆にHOMA-R指数は2.37まで上昇しました(図1)。

2型糖尿病患者のインスリン抵抗性に対する牛車腎気丸の臨床成績を検討しました。2型糖尿病患者61例に対し牛車腎気丸を1ヵ月間投与し、投与前後でHOMA-R指数を求めたところ、4.78から4.02へと有意に低下しました。さらに、投与中止1ヵ月後には投与前レベル以上に上昇しました(図2)。また、HbA1c、総コレステロール、HDLコレステロール、

中性脂肪についても、牛車腎気丸投与後にそれぞれ有意に低下しました。

さらに、2型糖尿病患者8例に牛車腎気丸を1ヵ月間投与し、投与前後でMCR (Metabolic Clearance Rate of glucose；グルコース代謝率)を比較したところ、低用量投与では変化はありませんでしたが、

図1 症例 糖尿病 41歳 女性 臨床経過

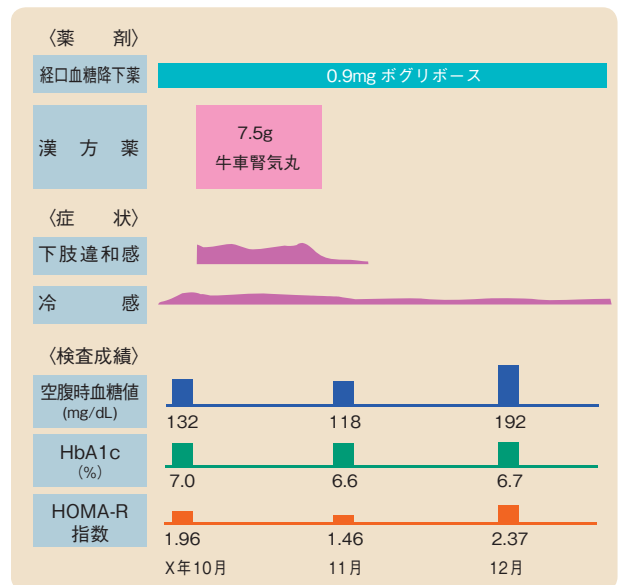
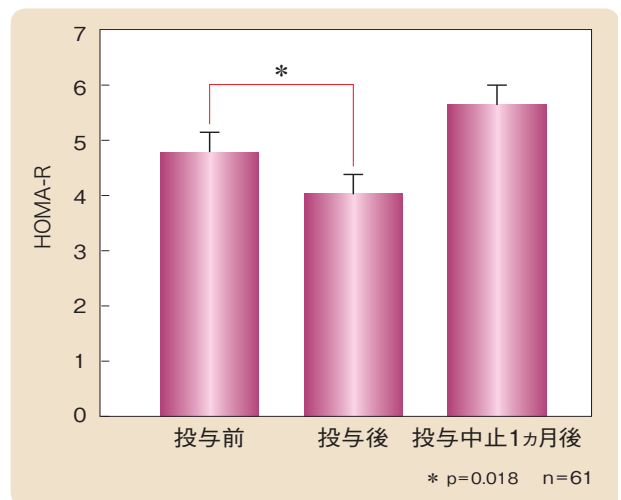


図2 牛車腎気丸投与前後および投与中止1ヵ月後におけるHOMA-R指数



高用量投与では7.9から9.1へと上昇しました(Uno T et al, DRCP 69:129-135, 2005)。

このように牛車腎気丸は、HOMA-R指数を低下させMCRの改善も示しました。すなわち、牛車腎気丸は糖尿病合併症の予防、治療に有効であるだけでなく、2型糖尿病の末梢組織におけるインスリン抵抗性を改善させる可能性が示唆されました。なお、動物実験においても同様の結果を得ています。

後山 糖尿病の病態の中心に迫るようなご発表です。牛車腎気丸が糖尿病の合併症だけでなく、インスリン抵抗性という糖尿病の主要な病態に効果を有する可能性が西洋医学的なデータによって示されたのではないかと思います。

峯 これからさらに研究が必要な興味深い分野だと思います。

原因不明の下腹部痛と当帰芍薬散

後山 宮原先生には、泌尿器科の分野から非常に素晴らしい治療経過をご紹介いただきましたが、何らかの既往を持ち血尿を訴え、宮原先生の元に受診される患者さんもおられると思います。そうした症例のご紹介をお願いします。

宮原 当帰芍薬散を使用した血尿の症例を紹介します。

症例は48歳の女性です。主訴は左側腹部痛と排尿痛、そして肉眼的血尿でした。既往歴として腎盂腎炎がありました。X年5月、左胸水に対する精査加療目的で当院内科に入院しました。精査の結果、結核性の胸膜炎によるものと診断され、内服治療が開始されました。入院中、左下腹部痛、血尿を訴え、泌尿器科に依頼となりました。しかし検査所見では、尿細胞診、尿培養、尿結核培養はいずれも陰性であり、血液検査でも正常で、発熱もありませんでした。

治療は西洋薬投与から開始され、止血剤としてのトラネキサム酸に加え、排尿痛を伴っていたため頻尿治療薬としてフラボキサート塩酸塩が処方されました。その後、胸水の改善を認めたため内科を退院し、外来での経過観察となりましたが、左下腹部痛、血尿は続いていました。画像検査と膀胱鏡検査を行ったところ、CT写真により左水腎症の所見が示され、造影検査では左下部尿管拡張を認めました(図3)。また、膀胱鏡の検査では、左尿管下部と左尿管口周囲の浮腫を認めました。しかし、膀胱生検や尿管鏡検査を勧めましたが、患者さんの同意が得られませんでした。その後、抗生剤や止血剤、利尿薬による治療を試みるも改善なく、東洋医学的治療へと変更しました。

現症は、やせ形、なで肩で食は細く、軽い胃内停水音を認めました。患者さんは、痛みは体が冷える時に起きやすいことを訴えました。また左臍下腹部に圧痛点を認め、舌は湿潤淡白で薄い白苔を認めました。これらの所見より、軽度の血虚、瘀血、水毒

図3 症例 原因不明の下腹部痛 48歳 女性 経過と検査結果

トラネキサム酸、フラボキサート塩酸塩の処方にて外来経過観察となる。

外来でも左下腹部痛、血尿を認めた。

画像検査と膀胱鏡検査にて、悪化寛解する左水腎症、左下部尿管拡張、左尿管下部と、左尿管口周囲の浮腫を認めた。膀胱生検・尿管鏡検査を勧めましたが同意を得られず。

抗生剤や止血剤、利尿薬による治療を試みるも改善なく、東洋医学的治療に変更した。



左下部尿管の拡張を認める

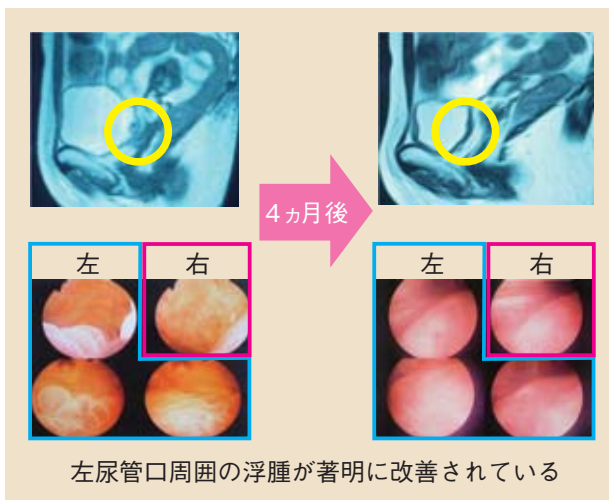
と判断し、腹痛とは直接には結びつきにくいですが、当帰芍薬散証と判断しました。当帰芍薬散を処方したところ、1週間後には痛みは軽減し、1ヵ月後には血尿および左下腹部痛は改善し、尿沈査も正常となりました。なお患者さんの希望で、当帰芍薬散の内服は継続しています。患者さんは、当帰芍薬散の服用中、「本当に冷えが改善されて熟睡ができる」と述べています。

当帰芍薬散の投与前と投与4ヵ月後の変化をMRIと膀胱鏡で確認すると、MRIでは投与前に著明だった膀胱粘膜の節状部分が、全く映っていません。膀胱鏡所見では、投与前に左尿管口周囲に浮腫が非常に顕著でしたが、4ヵ月後には左右ともに浮腫は全く認められません(図4)。

「金匱要略」に、当帰芍薬散は「婦人懐娠し、腹中疝痛する」証に加え、「婦人、腹痛諸疾痛」の証とありますが、その正しさを示したのが本症例ではないかと思えます。

後山 これもまた意外な症例ですね。喜多先生、どうして当帰芍薬散で血尿を消失することができたのでしょうか。

図4 MRI・膀胱鏡所見の変化



喜多 私もこの症例を見て素晴らしいと思いました。泌尿器科の先生ならではの膀胱の臨床検査所見を有効に利用されています。

膀胱鏡の浮腫所見から、本例の血尿は水滞の病態であったと考えられ、当帰芍薬散の利尿作用を活かした症例といえます。また、この症例は水滞による冷え症の背後に、血虚、瘀血が窺えます。一般に婦人の腹痛の病態では、背後に瘀血がある可能性が高いので、当帰芍薬散が効果を示す可能性がなおさらにあります。そのことを教えてくれる非常に貴重な症例です。

後山 内科の先生も宮原先生に紹介して良かった、と思われたのではないのでしょうか。

むくみに対する漢方治療

後山 基調講演で冷え症を主訴とする当帰四逆加呉茱萸生姜湯の症例をご提示いただいた渡邊先生には、その他の方剤についてご紹介いただきます。

渡邊 私は、多くの女性を悩ませてはいても西洋医学的な治療の対象とらしくない症状の一つのテーマとして、診療を行っています。ここでは、むくみを主訴とする症例をご紹介します。

症例は70歳の女性で、主訴は足のむくみです。小児喘息の既往があるものの何十年も喘息発作はありませんでしたが、3年前に気管支喘息を起し、現在ステロイド吸入を行っています。当院受診3ヵ月前より下肢がむくみ、普通の靴が履けなくなったため、近医で肝臓・腎臓・甲状腺機能、心電図、腹部CTなど様々な検査を受けました。検査で異常は認められなかったにもかかわらず、むくみ感が強いので利尿薬の投与を受けましたが、頻尿となったため投与を中止し、当院受診となりました。

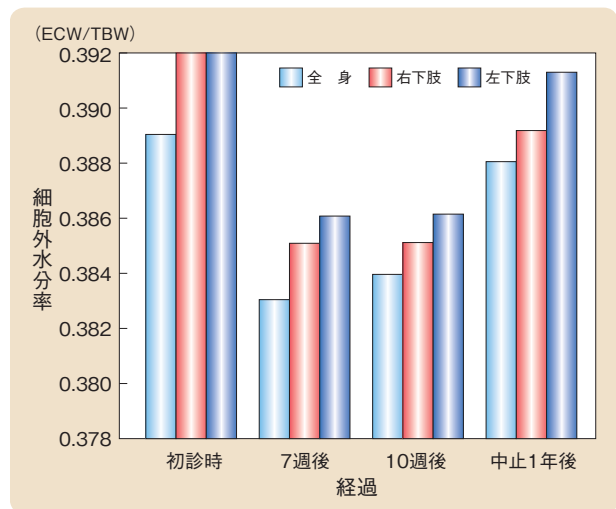
初診時に非常に詳細な病歴を持参されるなど、多

少神経質な患者さんで、現症は、脈は沈、舌は暗赤色で薄い白苔を呈しており、腹力は中等度、軽度の臍傍圧痛を認めました。

腹証からは当帰芍薬散の使用も考えましたが、患者さんのむくみ感が非常に強いため、インピーダンス法による体成分分析装置InBodyを用いて測定を行ったところ、細胞外水分率が増加していたため、五苓散を投与しました。しかし、利尿薬と同様に頻尿となり、自己中止されました。患者さんは薬に敏感なところがあり、さらに下痢も呈していました。そこで真武湯を投与したところ、下痢は改善し、喘鳴も軽減しましたが、むくみは不変でした。そのため真武湯を朝、当帰芍薬散を夕方に変方すると、約2週間でむくみの改善を自覚し始めました(図5)。

図6に、初診時、7週後(真武湯と当帰芍薬散に変えてから2週間後)、10週後、さらに中止1年後の細胞外水分率を示します。自覚的症状の改善を伴って、7週後・10週後ではいずれも生理的範囲内で細胞外水分率が低下しました。すると患者さんが「もうなるべく薬は飲みたくない」と訴えたため、以後1ヵ月分の処方を行った上で、治療を中止しました。ところが中止1年後、患者さんは「やはりむく

図6 体成分分析装置InBodyによる細胞外水分率



みがひどい」と訴え再受診しました。InBodyによる測定の結果、細胞外水分率の再増加を認め治療を再開しました。

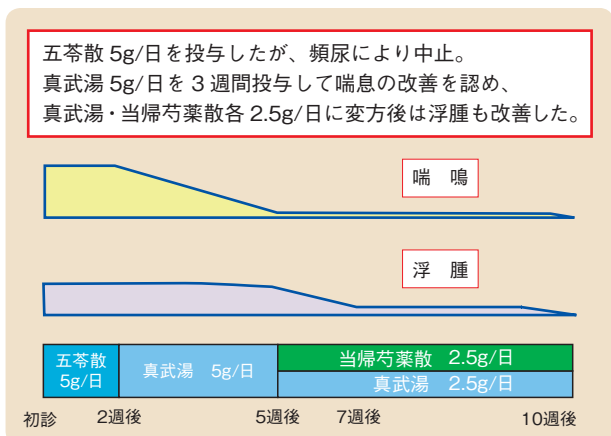
むくみで悩む女性は多いですが、利尿薬等、西洋医学的な治療の適応とならない場合も少なくありません。その一方で、むくみは五苓散、当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、半夏厚朴湯といった利尿剤で改善することも多くあります。結論として、漢方はむくみに対する有効な治療手段だと考えます。

後山 渡邊先生も西洋医学的なデータを漢方の治療に組み込んでいく東西融合療法を非常にうまく実践され、そのことによって、独自のすぐれた治療を患者さんに与えておられます。こうした方法は、現代に生きる漢方の一つのスタイルだと思います。たいへん勉強になりました。

掌蹠膿疱症に対する漢方治療

後山 梁先生には基調講演で未成年の患者さんの症例を示していただきましたが、成人の患者さんについてもご紹介いただきます。

図5 症例 足のむくみ 70歳 女性 臨床経過



梁 先程もお話しました通り、「標」に対してその一歩手前の「本」を見ることができれば、よい結果が得られます。次にご紹介する症例もその一例です。

症例は35歳の男性で、主訴は掌蹠膿疱症です。約10年前から両手足の掌蹠全体に密集する膿疱を生じるようになり、近医皮膚科で掌蹠膿疱症と診断され、I～II群のステロイド外用薬と抗アレルギー薬による治療を受けました。治療中はやや軽快するものの、中止すると再び悪化していました。脈は滑、舌は偏紅・黄苔、さらに喉を見ると扁桃腺の腫大・発赤が認められ、詳しく問診すると、患者さんは年に数回の扁桃腺治療を受けていたことが判明しました。血液検査ではASOが314 IU/mLと確認しました(表1)。

皮膚の病気ということで、漢方薬ではまず消風散であるとか、清上防風湯、十味敗毒湯、治頭瘡一方等を考えます。実際には荊芥連翹湯を使用しましたが、それも当然考えます。

証は痰熱鬱結、すなわち喉に熱邪と痰が結んで停滞しており、さらに熱毒経輸散布、つまり熱毒を生じ経絡等で広がり、掌蹠の絡脈で詰まったことより症状が生じていると考えました。そこで、痰熱鬱結に対し小柴胡湯加桔梗石膏を処方し、熱毒に対し荊芥連翹湯を処方しました。

表1 症例 掌蹠膿疱症 35歳 男性

約10年前から、両手足の掌蹠全体に密集する膿疱を生じるようになった。

近医皮膚科で掌蹠膿疱症と診断され、I～II群のステロイド外用薬と抗アレルギー薬による治療を受けるが、治療中はやや軽快するものの、中止すると再び悪化していた。

脈：滑、舌：偏紅・黄苔、扁桃腺：腫大・発赤
患者は年に数回、扁桃腺炎の治療を受けていた。

ASO：314 IU/mL

小柴胡湯は、扁桃腺に用いる漢方薬です。したがって掌蹠膿疱症に対し小柴胡湯を使用することは異例ですが、II群のステロイド外用薬と併用しながら小柴胡湯加桔梗石膏および荊芥連翹湯の投与を開始すると、膿疱は著明に軽減し始め、ステロイド外用薬をII群からIII群に変更、さらに中止しても再発はなく、荊芥連翹湯を中止しても同様でした(図7)。

西洋医学の世界ではおなじみのように、漢方でも過去の文献を知るのは大切なことです。しかし、自分なりに考え、自分なりにやってみるとうまくいくこともまた多くあり、特にこの症例では予想以上の結果をもたらしました。

後山 掌蹠膿疱症に小柴胡湯加桔梗石膏の処方とは正に意外でした。この患者さんの心についてはいかがでしたでしょうか。

梁 そう言われてみると、確かに最初は医師に対する不信感が強く、いつもイライラし機嫌も悪かったのですが、最近はいつも「ありがとうございます」とおっしゃる雰囲気へとすっかり変わりました。小柴胡湯は肝鬱に対する働きもありますから、もしかし

図7 症例 掌蹠膿疱症 治療経過





たら本症例でも効いたのかもしれませんが。

後山 これからは体だけでなく心の状態も重視する必要があると思います。体が治れば心も治る患者さんは多いでしょう。

間質性膀胱炎に対する漢方治療

後山 最後にコメンテーターの峯先生にも、もう1例の症例を紹介していただきます。

峯 私は、皮膚と粘膜を一つの機能体として捉えることで、共通の治療ができるのではないかと考えています。皮膚と粘膜はともに、直接的または間接的に外界と関わり、傷陰、すなわち津液を失い脱水し、乾燥しやすいという構造を持ちます。

「肺は皮毛を主る」と言われるように、肺を潤すと皮膚は潤います。また、肺は気道粘膜で覆われ、消化管粘膜と共通性を持っています。そして、「土を耕すと金が生まれる」と言われるように、胃腸を潤すと肺も潤います。

以上を踏まえると、肺と胃の陰虚証は、皮膚・粘膜の陰虚証と読み替えられるのではないかと考えます。そして、小腸や大腸の粘膜も広義の胃、すなわち消化管粘膜というカテゴリーでとらえてもよいのではないかと。さらにこのカテゴリーを膀胱粘膜まで拡大できないかと考察しました。これから紹介する症例は、そうした考察に基づく治療を行った例です。

症例は64歳の女性です。1年前から膀胱に尿がたまると膣の部分に痛みを覚えるようになり、近医にて間質性膀胱炎と診断されました。膀胱壁に潰瘍はみられませんでした。主治医からは治療薬はないと言われ、安定剤を処方されました。その後、食事療法や鍼灸など様々な治療を試されても改善をみないため、当院を受診しました。痛みへの予期不安も

あり夜もよく眠れず、抑うつ神経症となり、動悸や不安発作等のパニック症状も現れ、文字通り毎日泣き暮らしているという状態でした(表2)。

現症は、脈は沈細、舌はやや紅色で薄い白苔を認め、腹力4/5と実満でした。膀胱湿熱、陰虚内熱証として五淋散と芍薬甘草湯を処方したところ、この処方では痛みは6/10となりましたが、それ以上改善しないために、さらに煎じ薬の処方を考えました。

患者さんは、気は焦っていますが、熱状はみられないため、まず膀胱壁を潤せば痛みもおのずと改善するのではないかと考え、益胃湯に芍薬、甘草、当帰を加え処方しました(表3)。エキス製剤であれば滋陰降火湯合芍薬甘草湯での代用が可能かもしれません。1週間後、痛みは3/10となり、痛みを感じない日も出てきました。さらに2週間後、痛みは1/10と急速な改善を示しました。なお、不眠に対しては

表2 症例 間質性膀胱炎 64歳 女性 現病歴(治療前)

1年前より尿がたまってくると膣の部分に痛みを覚えるようになり、精査の結果、間質性膀胱炎と診断された。膀胱壁に潰瘍はみられず、よかったですねと言われたが、薬はありませんといわれて安定剤を処方された。それから食事療法などいろいろな治療を試すが改善せず、当院を受診する。痛みの不安のため夜も眠れず、抑うつ神経症となり、動悸や不安発作があり、毎日、泣いて暮らしている。

表3 症例 間質性膀胱炎 臨床経過(治療後)

膀胱壁が潤えば痛みも自ずから改善する

- ・益胃湯加甘草3、芍薬6、当帰3を処方(沙参9、麦門冬15、乾地黄7.5、熟地黄7.5、黄精5、甘草3、芍薬6、当帰3。エキス製剤なら滋陰降火湯合芍薬甘草湯)。
- ・1週間後、痛みは3/10、痛みを感じない日も出てきた。さらに2週間後、痛みは1/10と急速に改善。不眠に対して酸棗仁湯7.5gを併用。体重は56kgと元に戻り笑顔で日常生活を送れるようになった。

酸棗仁湯を併用しました。体重は56kgと元の体重に戻り、笑顔で日常生活を送れるようになりました。間質性膀胱炎は難治性の疾患であり、全ての症例で同じ方法がうまくいくとは限らないと思いますが、この症例は一つの問題提起とみなしうると思います。

後山 よくこれだけ改善したなという感想を抱きました。私も間質性膀胱炎の症例は何例も経験しましたが、これほど改善した症例は初めてです。間質性膀胱炎の治療について、泌尿器の専門医として宮原先生いかがでしょうか。

宮原 診断はできても治療は非常に難しいのが現状です。主な治療薬は抗うつ薬やNSAIDs、抗コリン剤、そしてステロイド剤ですが、どれも著効薬とは言えないのが率直な印象です。

後山 漢方でのアプローチも行われているのでしょうか。

宮原 漢方による治療で、ステロイド剤の代わりにように柴苓湯を使用した症例報告がありますが、著効したという報告はほとんどみられません。ところが峯先生の症例は素晴らしい効果を示しているので、これは手本とさせていただきますと思います。

後山 柴苓湯の使用についてはいかがでしょうか。

峯 単独の使用には問題があるかもしれませんが、ステロイド剤との併用は考えられると思います。柴苓湯はステロイド剤の副作用を軽減します。また、ステロイド様効果を持っていますのでステロイド剤の減量効果もあるということです。

後山 柴苓湯は五苓散を含むことから、どちらかといえば潤す薬ではないという印象もあります。喜多先生はどう思われますか。

喜多 確かに、五苓散で利尿を図るとかえって乾いてしまうという面もあると思います。

クロージング

後山 現代の西洋医学は、高度化を極めていると言われます。その成果と同時に、われわれはその限界もまた認識しています。その限界は「治す」ことにおいて現れるのではないかと思います。

和田啓十郎は「醫界之鐵椎」の緒言で表4の通り述べました。すなわち、医学とは治療学なのだと主張したのです。さらにその解説で和田は、基礎医学は既かなり進歩しているにもかかわらず、「空理贅論」に陥っているとも書いています。こうした西洋医学への批評は、恐らく現代にあっても生きているのではないのでしょうか。「空理贅論」を脱し、「治す」医療、本当に患者さんを幸福にすることができる医療を臨床現場で実践する必要があります。そのためには、体を治すとともに心も治す全人的アプローチを学ばなければなりません。

本日はシンポジストの先生方から、医療はやはり「治す」営みであるということをお示しいただいたのではないかと考えます。素晴らしい症例も多く、今まで温めてこられたようなとっておきの症例もご紹介していただき、心より感謝致します。

本日のシンポジウムが全国の先生方の益々のご活躍に寄与することを願ってやみません。

表4 和田啓十郎 「醫界之鐵椎」

緒言 医学とは何ぞや。一言以って之を蔽へば。曰、疾病治療の学なり。

疾病の確實なる治療法を得んが為。基礎医学あり、診断学あり、更に治療医学ある也。基礎医学は殆ど完備し、幾多の医学もまた殆ど完備に近づくと称せらる。然るに、治療医学のみ独り是に伴う能はずと謂うに至りては。所謂進歩せる医学なるもの。縱令他日の基礎を造るとするも。現下の価値に於ては、唯徒に空理贅論に向って進歩せるに過ぎずと謂って可なり