

精神科領域における 漢方治療の可能性

久留米大学医療センター 副院長／
先進漢方治療センター 教授
恵紙 英昭 先生

金沢大学附属病院 漢方医学科
臨床教授
小川 恵子 先生

うつ病、不安障害、統合失調症やパニック障害などの精神疾患で心療内科や精神科を受診する患者数は経年的に増加が続いている。ストレスの多い現代社会において、“こころの病”に罹患することは珍しいことではなくなってきた。近年では、うつ病治療薬においてSSRIやSNRI、NaSSAなど新たな薬剤が登場し、治療選択肢は確実に広がっている。一方では、多剤大量処方による薬漬けなどの問題も散見されており、精神科疾患の治療における課題は少なくない。

今回は、「精神科領域における漢方治療の可能性」をテーマに、精神科専門医として、さらに漢方専門医としてご活躍の久留米大学医療センター 副院長、先進漢方治療センター 教授の恵紙英昭先生をお招きし、金沢大学附属病院 漢方医学科 臨床教授の小川恵子先生とご対談いただいた。

I 不安・抑うつに用いられる漢方薬

小川 今回は、久留米大学医療センターの恵紙英昭先生と、精神科領域における漢方治療の可能性について考えたと思います。先生は、漢方精神科の診療をされていますが、比較的患者数の多い不安や抑うつの患者さんに対して、どのような漢方処方をお使いですか。

恵紙 半夏厚朴湯などの気剤を使うことが多いですが、さらに倦怠感などの症状があれば補中益気湯などの人参湯類、瘀血があれば駆瘀血剤を併用するなど、患者さんの状態に応じた漢方薬を選択しています(表1：次頁参照)。一般に精神科医はあまり身体を診ない傾向がありますが、気鬱や気虚なども診断する必要があるので、私は脈診や腹診も行いながら漢方処方を選択しています。

小川 漢方だけで治療されることもありますか。

恵紙 軽症から中等症の患者さんであれば漢方の単独治療を行うことも多くあります。漢方単独治療と向精神薬との併用治療との割合は半々くらいです。向精神薬との併用治療では、SSRI、NaSSAなどを半量にして漢方薬を併用するような場合、また漢方単独治療で改善しない場合のSSRI、NaSSAなどの少量追加などです。

II うつ病と診断された患者さんの 中に存在する“フクロウ型”体質

見逃されている“フクロウ型”

小川 先生は、うつ病やうつ状態と診断される患者さんの中に“フクロウ型”体質の患者さんの存在を指摘されています。フクロウ型とはどのようなタイプなのでしょうか。

恵紙 山本巖先生は人間の体質を“ヒバリ型”と“フクロウ



恵紙 英昭 先生

1987年 久留米大学医学部 卒業、
同学 神経精神医学講座 入局
1992年 大牟田市立病院 精神科 部長
1996年 医学博士号取得
2000年 久留米大学医学部 神経精神医学講座 講師
2009年 同 先進漢方医学講座(寄附講座) 准教授、
久留米大学医療センター 先進漢方治療外来 科長
2013年 同 先進漢方医学講座(寄附講座) 教授
2014年 久留米大学医療センター 副院長
先進漢方治療センター 教授(神経精神医学講座兼務)

型”に大別され、フクロウ型は苓桂朮甘湯が有効と報告されました。私もフクロウ型ですが、具体的には、朝寝坊の宵っ張り、倦怠感や頭痛、消化器症状に加え、水滯を示唆する訴えがあります(表2)。不定愁訴だらけなのですが、うつ病の操作的診断ではうつ病に当てはまりますから、

フクロウ型をご存じない先生はうつ病と診断されると思います。このタイプは比較的思春期の中高生に多く、不登校が問題になりますが、産後にも見られることがあります。

症例は28歳の女性です。産後うつ病の診断で向精神薬による治療が行われたのですが、副作用がきついということで漢方治療を希望して当科を受診されました(表3)。お話を伺うと典型的なフクロウ型でしたので、苓桂朮甘湯を処方したところ約2週間で症状はかなり改善し、さらに補中益気湯の併用で寛解しました。

小川 漢方をご存じない先生であれば希死念慮もあるのでうつ病と診断されて、抗うつ薬などによる治療を開始されると思います。

恵紙 ICD-10やDSM-5による操作的診断に当てはまるので、うつ病と診断されます。ただ、かつてわれわれが勉強した『うつ状態の臨床分類』(表4)では、性格や状況因、抗うつ薬に対する反応性などで分類しており、私はフクロウ型はⅥ型に相当していると考えています。

小川 フクロウ型で苓桂朮甘湯が効果不十分の場合はどのようにされていますか。

恵紙 先程の症例のように、補中益気湯を追加しています。最近では、最初から苓桂朮甘湯と補中益気湯の併用から開始していますが、とくに中学生・高校生には奏効します。私の外来には、近隣の進学校の生徒も受診しますが、その子たちは朝に起きられない、夜遅くまで勉強して翌朝早くから登校するという日常の中でとても疲れていますから、補中益気湯を併用した方が良いです。また、受験前の不安が強いときには苓桂朮甘湯の服用量を増やす、さらに不安が強い場合には半夏厚朴湯を加えています。

表1 目標と薬剤・不安と抑うつ

	目標	薬剤
柴胡剤類	① 柴胡剤は、ストレスなどで緊張が持続、焦燥感、眼瞼痙攣、チック症状など ② 消化器が弱い場合 ③ 抑うつ、不安、呼吸器症状など	① 柴胡加竜骨牡蛎湯、四逆散、抑肝散 ② 抑肝散加陳皮半夏、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、など ③ 柴朴湯
気剤	① 抑うつ ② 抑うつ、不安、呼吸器症状など ③ 胃腸虚弱(吐気などあり)で抑うつ	① 半夏厚朴湯 ② 柴朴湯 ③ 茯苓飲合半夏厚朴湯、香蘇散
人參湯類	① 不安、抑うつ、消化器能低下 ② 不安、抑うつ、消化器能低下、全身倦怠感 ③ 不安、抑うつ、消化器能低下、全身倦怠、不眠	① 六君子湯 ② 補中益気湯 ③ 帰脾湯、加味帰脾湯
駆瘀血剤	瘀血の存在、抵抗性の症状、便秘(桃核承気湯、通導散)	① 桃核承気湯 ② 桂枝茯苓丸 ③ 通導散 ④ 加味逍遙散
その他	① 高血圧傾向、のぼせ気味、いろいろ ② 高血圧、不安、抑うつ、頭痛 ③ 気うつ、抑うつ、不安、呼吸器症状など ④ いわゆるヒステリー状態(解離性障害) ⑤ 虚弱で、イライラ、不安、動悸など ⑥ フクロウ型	① 黄連解毒湯 ② 釣藤散 ③ 柴朴湯 ④ 甘麦大棗湯 ⑤ 桂枝加竜骨牡蛎湯 ⑥ 苓桂朮甘湯



小川 恵子 先生

1997年 名古屋大学医学部 卒業
 2004年 名古屋大学大学院 医学研究科 修了 (医学博士)
 名古屋第二赤十字病院 小児外科
 2005年 あいち小児保健医療総合センター 医長
 2006年 あきば伝統医学クリニック
 2007年 千葉大学医学部附属病院 和漢診療科 医員
 2011年より現職 (2015年 名称変更)

“フクロウ型”に亜型が存在？

恵紙 疼痛治療がご専門の平田道彦先生 (平田ペインクリニック；福岡県) からご指摘いただいたのですが、不登校のお子さんで頸椎や肩、頭痛などの痛みを訴える方の中に“フクロウ型”が存在するということです。それをお聞きし

表2 フクロウ型

- 体がしんどい、疲れやすい、体力がない、頭が痛む、肩がこる、胃が痞える、重々しい、吐き気がある、胃が痛む、めまいがする、手足が冷える。
- 体力がなく、粘りがきかず、力仕事に向かない。
- 「朝寝の宵っ張り」で寝ていたい。休日は昼頃まで寝ている。
- 朝は頭がボーッとしているが、夕方から夜にかけて最も元気。
- 朝食は欲しくない。夕食が美味しいし、よく食べられる。

表3 症例 28歳 女性

主 訴

意欲がわからない、ゆううつ、だるい、朝起きられなくなった。

現病歴

- 子どもの頃からわりと活発で、大学時代は運動部に入っていた。
- 卒業後は医療従事者として就職。とくに問題なく3交代勤務をしていた。
- 恋愛結婚し無事に妊娠し出産。ところが産後から、だるい、朝起きられなくなった、冷えるようになった、意欲がわからない、抑うつ気分があり、つらくて仕方がない、子どもの養育がとてもしんどい。精神的に不安定になると蕁麻疹も出現する。好きな運動もできなくなった。
- 近医精神科を受診。産後うつ病と診断され休職。SSRI、眠剤を処方されたが副作用でかえってきつくて仕方がない。
- 休職1ヵ月後に漢方治療を希望し当科を受診。

その他の症状

- めまい、立ちくらみ、下肢のむくみ、胃のつかえ、少し動いただけでハアハアいう、だるい、冷える、朝ご飯が入らない、午前中はボーッとしたり仕事でミスをしていた、夕方から元気になる…。
- 湿度が高くなるときつい。蕁麻疹もでる。
- 「私はこんな体力ではなかった。別人になった。子どもを産んだのが悪かったのか…。死んだ方が楽な気がする」と涙し自責的になり希死念慮を語る。
- 精神科クリニックで産後うつ病と診断され、処方されたSSRI、眠剤は眠気、だるさ、かえって気分が落ち込み具合が悪くなるなど副作用が出現しやめた。

表4 うつ状態の臨床分類：笠原－木村分類

型・仮称	性 格	状 況	抗うつ薬への反応	経過	年 齢	病前適応	従来診断
I型 メランリー 性格型	メランコリー (他者のための存在、過度な良心)・執着型	状況変化(転勤、昇進、身体疾患への罹患、負担の急激な増減、物や財産喪失など)	良	良好、3~6ヵ月で改善	中年・初老期	良	内因性うつ病 反応性うつ病 神経症性うつ病
II型 循環型	循環性格	明白でない、季節・月経・出産など生物学的要因	やや悪い	良好だが反復	初発は若年に多し	良だが、メランコリー型ほどではない	躁うつ病 内因性うつ病
III型 葛藤反応型	未熟、配慮性 少な	負担・性格の弱点に触れる困難、対人葛藤、成熟危機	ほぼ無効 本格的な精神療法	慢性化	10~20代と40~50代	神経症傾向	抑うつ神経症、 反応性うつ病、 退行期うつ病
IV型 偽循環病性 分裂病 (境界例)	分裂質 (スキゾイド)	個別化危機	無効、 精神療法も 無効	分裂病症状へ	青年期後期	少年期規範的、 自己同一化困難前駆	神経症性うつ病 無気力反応 Student apathy 境界型、分裂質
V型 悲哀反応	特徴なし	悲哀体験	無効	一過性	特徴なし	特徴なし	反応性うつ病 心因性うつ病
VI型 この分類の 原理でとら えられない		体質 対人関係など	苓桂朮甘湯に 反応	良好	フクロウ型体質		医薬原性うつ病 老年うつ病 脳動脈硬化性うつ病 若年うつ病

笠原 嘉 ほか：うつ状態の臨床的分類に関する研究。精神経誌 77: 715-735, 1975、笠原 嘉：うつ状態の臨床的分類試案(笠原・木村案)再論。精神経誌 81: 786-790, 1979 より改変

て以来、頸椎のX線撮影を施行しているのですが、ストレートネックだったり逆に後弯していたりしています。さらに詳細にお話を伺うと、「小さい時に頭から落ちた」というような受傷の既往がある方が多いことに加えて、“治打撲一方の圧痛点”（図）を確認することが多くあります。このような患者さんには苓桂朮甘湯をベースに治打撲一方と葛根加朮附湯を加えます。そうすると、症状は改善して学校にも行けるようになり、勉強にも集中できるようになります。

小川 非常に興味深いですね。最近、頸の痛みを訴える方が多いのですが、私はてっきりスマートフォンが原因だと思っていました。やはり受傷機転も関係があるのですね。

恵紙 症例をご紹介します。原因不明の意識消失があるという10歳の女児です。体操教室で逆立ちをした際に頭から落ちてしまい、それ以降に頸の痛みなどを訴えるようになりました。しかも起立性調節障害があるのですが、脳波などには何ら異常はありません。ところが、この症例にも「アイタッ！」と叫ぶくらいの治打撲一方の圧痛点がありました。そこで、苓桂朮甘湯に治打撲一方、葛根加朮附湯を体重を考慮して微調整しながら使用したところ、症状は改善しました。しかも、不思議なことに圧痛点が軽くなったのです。

同じような訴えがある方にお話をお聞きますと、何かしらの受傷機転があります。私は、このようなタイプをフクロウ型の亜型と考えて調べているところですが、フクロウ型の中にこのような方がいらっしゃることも注意して診ていただくと良いと思います。

小川 精神科の先生方には、是非、フクロウ型に注目していただきたいですね。うつ病と診断して抗うつ薬など向精神薬による治療をする前に漢方薬が処方されれば、患者さんにとっても精神科の先生にとっても非常に良いと思います。その入門として苓桂朮甘湯を処方するということですね。



Ⅲ 広義のフラッシュバックに神田橋処方（桂枝加芍薬湯合四物湯）

小川 フクロウ型には苓桂朮甘湯が第一選択ということでしたが、この他に漢方を第一選択にするとよいケースはありますか。

恵紙 不安障害やパニック障害でも、軽症～中等症であれば漢方治療から開始しても十分対応できます。また、PTSDのフラッシュバックに対する処方として有名な神田橋処方（表5）、狭義のフラッシュバックというよりも、もう少し幅を広げて“あの嫌な感覚が蘇ってくることがあ

図 治打撲一方の圧痛点

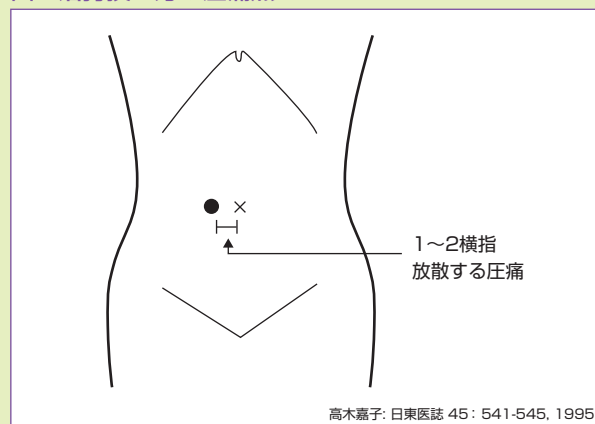


表5 フラッシュバックと神田橋処方

フラッシュバック

- LSDや覚醒剤を長期使用し、幻覚などの異常体験を経験したものが、薬物使用を中止した時期にも、自然にあるいは何らかの非特異的な刺激によって類似の異常体験を再体験する現象。
- PTSDでは、心的外傷の原因に関連のある出来事や場所に遭遇したときに悲惨な体験の記憶が鮮明に再体験される場合もフラッシュバックと呼び、特別な刺激がなくても出現する。悪夢なども。

神田橋処方（フラッシュバックなど）変法

- 桂枝加芍薬湯+四物湯
- 桂枝加芍薬湯+十全大補湯
- 小建中湯+四物湯
- 小建中湯+十全大補湯
- 桂枝加芍薬大黃湯+四物湯
- 桂枝加芍薬大黃湯+十全大補湯
など

る”というような訴えのある患者さんに用いると、程度が軽くなって嫌な感じが蘇る回数が減少します。

小川 特に精神科領域は、患者さん個々のバリエーションが広いがゆえに漢方薬が奏効するところがありますが、それだけに“この処方”というように絞ることが難しいと思います。私も、パニック障害に対して神田橋処方でも十分な効果が得られなかった患者さんをご紹介いただくことがあります。おっしゃるように“嫌な感じがする”というような患者さんに有効例が多いように思います。



Ⅳ 精神科領域における補剤の応用 — 発達障害と人參養榮湯 —

小川 先生はフクロウ型に対して苓桂朮甘湯に補中益気湯を併用されていますが、精神科領域において補剤はどのような患者さんに有効ですか。

恵紙 人參養榮湯の新たな可能性が示唆される症例を経験しました。中学生時に発達障害と診断され、その後も学校や職場で問題を起こしていた方です。本人の希望で、服用していた抑肝散を人參養榮湯に切り替えたところ、それまでの問題行為がなくなり、職場でも問題を起こさずに就労しています。人參養榮湯は、アスペルガー症候群など発達障害の患者さんに良いように思います。

小川 人參養榮湯は十全大補湯よりも精神症状に良いと言われます。

恵紙 遠志の影響もあると思いますが、比較的穏やかになるように思います。

小川 五味子も収斂作用があるので、気を下す感じがあります。

恵紙 神田橋処方では有名な神田橋條治先生も「発達障害系の患者さんには人參養榮湯が良い」とおっしゃっています。先日まで神田橋先生の陪席についていた後輩の堀川直希先生が、「神田橋先生は最近、発達障害の患者さんに人參養榮湯を使われていますが、みんな過敏さが軽減し角が取れて丸くなっていくんです」というのです。

小川 私は精神科領域の症例での使用経験はさほどありませんが、術後や白血病で寛解したお子さんなどは、やはり普通のお子さんに比べて体力がなくて自信が持てずに自己肯定感が低くなってしまうのですが、そのような子には人參養榮湯が非常に良いです。元気が出てくるし、遠志が配合されているためか睡眠が良くなります。さらに、みんなについて行けるようになると自己肯定感が増すので、さらに積極的に学業も頑張ろうというお子さんが多くいます。

恵紙 良いヒントをいただきました。フクロウ型の不登校で、消化器系が弱くて線が細いような子は、補中益気湯より人參養榮湯が良いかもしれません。



漢方による向精神薬の減量方法

小川 当科には向精神薬が多剤併用されている患者さんをご紹介いただくことが多くあります。精神科で処方される薬剤の多くは減量や廃薬が難しいですが、先生はどのように漢方薬に切り替えておられますか。

恵紙 多剤併用の場合、服用期間が長いほど減量と切り替えは慎重に行う必要があります。しかも、減量した分を補うために用いる漢方薬には相応の用量が必要になります。

小川 量が関係するのですね。たとえば、柴胡剤の倍量投

与ということもありますか。

恵紙 柴胡加竜骨牡蛎湯なら、最大15gを使うこともあります。用量反応性があるので相応の量は必要です。

小川 具体的に、どのように減量されているのですか。

恵紙 まず、不安になったときにエチゾラムやアルプラゾラムを服用するのではなく、「漢方薬2包を一度に飲んでね」というように漢方薬の頓用から開始して、良さそうなら切り替えを開始します。BZD系薬剤を1日3回服用されている場合、週に1回、比較的調子が良い時間帯に服用する量を半分にさせていただきます。そして、翌日は元に戻すということをししばらく続け、次に同じことを週2回に増やします。それでも大丈夫なら次は隔日、そして毎日というように“ゆっくり”と抜いていきます。そうしないと、患者さんも不安ですし、離脱症状が起こってしまいます。

また、血中濃度半減期が短い薬剤を使用している場合、まずは長いものに置き換え、さらに減量するときは、先ほどと同様に“ゆっくり”と抜いていきます。

小川 われわれが漢方治療を行う場合、向精神薬の減薬は精神科専門の先生にお任せして、漢方治療で症状の改善を目指すことで、結果として減薬を期待するというのが良いですね。

恵紙 不安と動悸が強い場合、アルプラゾラムではなく柴胡加竜骨牡蛎湯にボレイ末を足すこともあります。その他にも患者さんのタイプを考慮して、薬性を考えて漢方薬を選択しています。



精神疾患を診療する際の注意点

小川 いままでの先生のお話を伺っていると、最初から向精神薬だけで治療するよりも、漢方を組み入れることで向精神薬の量が少なくて済むように思います。

恵紙 精神科医は、向精神薬を積み重ねるような“積極的な治療”をしがちですが、それが認知機能やQOLの低下を招くこともあります。しかも、症状の改善を図ろうとするために、患者さんの生活なども含めた全体像を診ないままに薬剤を処方することで、薬漬けになってしまうこともあります。精神科の先生方も漢方をもっと知っていただき、そして使っていただきながら向精神薬を調整すれば患者さんにとっても幸せな結果につながるのではないかと思います。

小川 ただ、漢方単独で治療できる方ばかりではないと思いますので、いわば漢方と西洋薬の“いいとこどり”も大切

ですね。うつ病や不安障害などの患者さんを精神科以外のプライマリの先生が診療されることもあると思いますが、どのような点に注意したらよいですか。

恵紙 患者さんの状態がどの程度かを時間をかけてきちんと聴取する必要があります。たとえば希死念慮がある場合でも、「死にたいと思う、この場から逃げたい。しかし、具体的には考えられない」という程度であれば、漢方治療でも比較的スムーズに対応できると思います。しかし、具体的に考えが及ぶような切迫した状況では漢方治療というわけにはいきません。

久留米市では、『久留米方式』という、プライマリの先生方と精神科医のお互いの“顔が見える”連携による自殺予防対策を実施しています。その成果として自殺数は減少していますし、精神科への紹介率も高く、久留米市内の精神科へ100件/月ほどの紹介を受けています。プライマリの先生方にはSSRIやBZD系薬剤を2ヵ月程度使ってみて、上手いかなければ精神科に紹介していただきます。そこからの薬の調整は比較的やりやすいですが、投与期間が長期間にわたると調整は難しくなります。



VII 精神科における漢方診療

小川 精神科で漢方処方をして少しでも使えるようになると、患者さんはもちろんのこと、処方される先生にとってもメリットは大きいと思います。

恵紙 おっしゃるとおりです。ただ、現在の精神科医は患者さんの身体に触れることに慣れていませんし患者さんも抵抗があると思います。私も外来に腹診・脈診を行うことの告知の貼り紙をして、さらに「漢方なので、脈などを診ますが良いですか」といって診察をしています。それが当たり前になってくると、患者さんご自身の身体の状態だけでなく、薬に対する反応をお話して下さるようになります。

精神科医はもともと患者さんの全体像をみる診療科ですから、詳細なバックグラウンドや人間関係、性格や考える癖などを考慮した認知療法的なアプローチもしながら、さらに身体も診て総合的に判断していく、そして治療の選択肢に漢方もあれば患者さんも喜ばれると思います。

また、内科など身体科の先生方が抗うつ薬や抗不安薬を処方されることがあると思いますが、服薬を引っ張りすぎないでいただきたいと思います。なぜなら、日々のお忙し

い外来で、患者さんのお話を十分に聞かないままに、診断基準に照らしてうつ病と診断し、SSRIやSNRIを継続投与され、突然に自殺されるというケースが実際にあります。やはり、診察時間をゆつくり取ることは非常に大切です。

小川 先生は一人の患者さんにどれくらいの時間をかけておられますか。

恵紙 私は“初診が勝負”と思って、最低1時間は必ず取ります。そこで、「もう話すことはない？」と問いかけ、何も出なくなるまで吐き出してもらい、何が問題なのかを患者さんにも意識してもらいます。しっかり傾聴し共感できていると、次回以降の診察が非常に楽になります。漢方で身体も楽になりますから、「先生、とても楽になりました。ちょっとこれを飲んでみたいと思います」と短時間で終わることもあります。ところが初診が中途半端だと医師が患者さんのコアな部分に気づいていないということで、患者さんは医師が分かってくれるまで言い続けられます。ですから私は、患者さんが立ち上がって帰ろうとするときに、「まだ何か言い忘れないですか」と歩を止めていただき、「もう大丈夫です」と言って笑顔でお帰りいただくようにしています。私は診察室を「癒しの空間」と意識しながら笑顔でお帰りいただくように診察を組み立てています。漢方薬についても、「このような作用のお薬が入っているから、効くと思います」というように薬能についてもきちんとお伝えします。

小川 先生は学生や研修医の教育もされています。

恵紙 最近の若手の精神科医は、熱心に漢方を勉強して診療に漢方を取り入れている方が多いですし、周囲もそれに対して肯定的に見てくださいます。このような医師が一人でも増えてくることは、患者さんにとっても良いことだと思っています。だからこそ、地道な教育の必要性を感じています(表6)。

小川 精神科領域における漢方の可能性の大きさを実感しました。本日は大変貴重なお話をお聞かせいただき、ありがとうございました。

表6 山本厳医学の大綱(医療センターの方針)

- ① まず西洋医学的病名(病態)診断を行う。
- ② 次に漢方的病態把握を行う。
- ③ エキス剤を病態に適合するように合方する。
- ④ そのためにはエキス剤の適応病態を理解しておく必要がある。
- ⑤ エキス剤の病態を理解するには、エキス剤を構成している個々の生薬の薬能を知り、その配合の意味を理解する必要がある。