臨床報告

胸部圧迫感を主訴とする身体表現性自律神経機能不全に
対して真武湯が著効した1例

久永 明人 水島 豊

弘前大学医学部医学科老年科学講座, 青森, 〒036-8562 弘前市在府町5

A Case of Somatoform Autonomic Dysfunction Whose Chief Complaint
of Chest Oppression was Successfully Treated with Shimbuto

Akito HISANAGA Yutaka MIZUSHIMA

Department of Geriatrics, Hirosaki University, School of Medicine, 5 Zaifu-cho, Hirosaki-city, Aomori 036-8562, Japan

Abstract

We report a case of 87-year-old female with somatoform autonomic dysfunction whose complaint of oppression ranging from the left chest to the epigastrium was successfully treated with shimbuto, in whom neither antidepressants nor anxiolytic drugs had been effective. Since weak abdominal power, bilateral kyokyokuman and pulsation in the upper navel region were observed, saikokeishikankyoto was initiated, but satisfactory effect was not obtained. Thus, we re-estimated her conditions and judged as the stage of Shao yin based on symptoms such as bedridden tendency, coldness of the limbs and indigestible diarrhea, although a weak and surface pulse was noted. Shimbuto was then administered, and various symptoms including chest oppression were improved rapidly and dramatically. We speculated that her chest oppression might occur due to kiutsu (depression of ki) secondary to suitai (accumulation of sui) rather than kigyaku (regurgitation of ki), and that the improvement of suitai by shimbuto might result in the disappearance of kiutsu. Although shimbuto is not popularly used for the treatment of somatoform disorder having chest symptoms, our case suggests that there should be a certain case in which shimbuto is so effective. Also it is suggested that shimbuto might be applicable even when deep pulse or excessive strain of abdominal muscles is not necessarily observed.

Key words: somatoform autonomic dysfunction, shimbuto, chest oppression, kiutsu (depression of ki), suitai (accumulation of sui)

要旨

われわれは、左胸部から心窩部の圧迫感に対し、抗うつ薬や抗不安薬が無効で真武湯が著効した身体表現性自律神経機能不全の87歳女性を経験した。本例では、腹力きわめて軟弱、両側胸脇苦満、臍上悸などの腹候が認められたため、柴胡桂枝乾姜湯を処方したが十分な効果が得られなかった。そこで、脈候は浮弱であったが、臥床傾向、四肢の冷え、下痢傾向などの所見から少陰病とみて真武湯を選択したところ、胸部圧迫感をはじめ諸症状が著明に改善した。本例における胸部圧迫感、気逆によって生じたものではなく、水滯によって2次的に起こった気鬱が原因で、真武湯投与後に水滯が改善した結果、気鬱も消退したものと解釈された。胸部症状を主訴とする身体表現性障害に対して真武湯が投与されることは稀であるが、真武湯が著効する症例のあることが示された。また、必ずしも沈脈や腹直筋の緊張などの所見が認められなくても真武湯証とみなしてよい例のあることが示唆された。

キーワード: 身体表現性自律神経機能不全, 真武湯, 胸部圧迫感, 気鬱, 水滯

緒言

「身体表現性障害」の疾患概念は、ICD-10¹⁾やDSM-IV²⁾の診断ガイドラインの普及に伴い、わが国の臨床現場に浸透しつつあると思われる。しかし、ICD-10で規定されている「身体表現性自律神経機能不全」に関してはDSM-IVにおいて該当する固有の

診断カテゴリーが存在しないため、特に下位診断において身体表現性障害の疾患概念は未だ混沌としている。また、身体表現性障害を有する患者は必ずしも身体的諸検査の結果からは説明できないような不可解かつ多彩な身体症状をしばしば呈するが、症状を執拗に訴え続けるあまり、医師側に陰性感情を生

じさせやすい。そのため、「身体性ヒステリー」、「自律神経失調症」、「心臓神経症」あるいは「心気症」などの曖昧な病名が付され、多臓器にまたがる症状は「不定愁訴」として一括され、個々の身体化症状の内容に傾聴することまでもが顧みられない例が少なくない。さらには、診断後は個々の症状に対する多剤併用療法が漫然となされるのみで、改善をみないまま長期にわたり放置されている例さえもある。

身体表現性障害に対する薬物治療については、選択的セロトニン再取り込み阻害薬の一種であるフルボキサミンの少量投与が有効であったとする報告³⁾⁴⁾がなされている。わが国では和漢薬治療を試みた報告も散見されるが⁵⁾⁶⁾⁷⁾、身体表現性障害に対して有効な向精神薬治療についてのエビデンスは未だ集積されておらず、現在コンセンサスのある標準的な薬物療法は確立されていない⁵⁾⁸⁾。今回、われわれは、胸部症状を主とする身体表現性障害に対して真武湯が著効した症例を経験した。真武湯の適応を考える上で示唆に富む貴重な症例と思われたため、脈候、腹候、気血水などの観点から真武湯証を再考してみた。

症例

症例：87歳、女性

主訴：胸が「てきない」感じ（富山県の方言で「苦しい」「だるい」などの意）

家族歴・既往歴：特記事項なし

生活歴：旧制小学校を卒業し、農業に従事していた。20歳代で結婚後、2男をもうけた。X-25年に夫が死亡。初診時、4人家族で長男夫妻、孫娘と同居していた。X年1月まで日常生活は自立していた。

現病歴：X-12年より左胸部から心窩部にかけての圧迫感が出現し、胸が「てきない」感じを主訴に、A総合病院内科で通院治療を受けていた。症状はなかなか改善せず、特に冬場の寒い時期に増悪した。胸痛は認めていなかった。X-7年には同院で心臓カテーテル検査が行われたが、冠動脈の有意な狭窄は認められなかった。X年1月上旬、胸部圧迫感を主訴に、同院を救急受診した。救急外来での血液生化学、心電図、心エコー、胸部X線、胸部CTなど諸検査で異常は認められなかったが、家族の強い希望でそのまま即日入院となった。1月中旬に発作性上室性頻拍が出現したが、頻拍発作と主訴の胸部圧迫感との関連は認められなかった。スルピリド（用

量不詳）、パロキセチン（20mg）、エチゾラム（1.5mg）などが投与されたが症状の軽快は得られず、2月上旬、身体表現性障害が疑われて、B病院精神科に紹介され外来受診した。

身体所見：身長148cm、体重49kg、体温36.0℃、脈拍64/分・整、血圧80/48mmHg

和漢診療学的所見：脈候はやや浮、やや弱、洪。舌候はやや淡白紅で、ごく希薄ながら湿潤した白苔に被られていた。腹候は腹力きわめて軟弱で、心下痞鞭、左側に優位な両側の胸脇苦満、臍上悸、両側臍傍圧痛、小腹不仁が認められた（図1）。自覚的に四肢の冷えとしびれの訴えがあり、他覚的にも四肢の冷えが認められた。

臨床経過：胸部圧迫感の執拗な訴えがあるにもかかわらず、A病院内科での血液検査、胸部X線、胸部CT、心電図、心エコー、心筋シンチグラム、上部消化管内視鏡検査など諸検査で症状を説明できる異常所見は認められず、身体化症状と発動性低下以外に器質性精神障害あるいは内因性精神障害を示唆する十分な精神医学的所見も認められなかった。初診時に測定した血圧はたまたま低かったが、A病院入院中の普段の血圧は収縮期130~150mmHg程度であったため、主訴と血圧の異常との関連性は特にはないものと判断した。よって、総合的に判断して身体表現性自律神経機能不全（ICD-10：F45.30）と診断した。和漢診療学的には腹候から柴胡桂枝乾姜湯証が考えられたので、ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス7.5g（毎食前、分3）を投与した。前医処方エチゾラムは中止した。柴胡桂枝乾姜湯投与2週間で少し元気が出たと家族は述べたが、自覚的には「何となく押さえつけるような」胸のつらさを依然として認めており、胸が「てきない」という訴えは持続した。2月下旬、A病院から自宅へ退院したが、退院後は自宅に引きこもり、介護保険施設への通所を拒んでいた。臥床を好み、咽乾、消化不良による下痢も認められたことから、証を再考し少陰病裏寒型と考えて、3月中旬にはツムラ真武湯エキス7.5gに転方した（サンワ加工ブシ末1.5g併用、毎食後、分3）。その結果、主訴の「てきない」感じが消退し、体も温かくなり引きこもりが改善した。同年7月中旬で終診としたが、以降は寒くなっても特に症状の再燃を認めていない。

図1 腹候所見

腹力はきわめて軟弱（1/5）であった。心下痞鞭，両側胸脇苦満（左>右），臍上悸，両側臍傍圧痛，小腹不仁が認められた。

考察

本例は脈候，舌候，腹候のいずれからでも虚証と考えられた。本例は，中等度以上の胸脇苦満，心下痞鞭を除けば，腹力きわめて軟弱，臍上悸の腹候所見より柴胡桂枝乾姜湯証と思われた。しかし，柴胡桂枝乾姜湯投与後には家族の目から見て全般的な症状の軽快が認められていたものの，自覚的な改善が認められなかった。その後，廃用性障害も重なって臥床傾向となっていたことに着目し直し，『傷寒論』少陰病篇の「少陰之為病（脈微細）但欲寐也」から少陰病とみて，四肢の冷えや下痢傾向も参考にしつつ真武湯に転方した。その結果，主訴の胸部圧迫感が消退し，体の温まりも感じるようになり寛解に至った。

真武湯の胸部症状に対する治験としては，大塚により，呼吸苦を主訴とした滲出性肋膜炎が真武湯の投与で改善した1例が報告されている⁹⁾。しかし，われわれが関連文献を検索した限りでは，身体表現性障害において認められた胸部症状に対して真武湯が選択されることは稀であり，本例にみられたような狭心症様の胸部圧迫感に対しては虚証であれば茯苓杏仁甘草湯が選択されることが多いと思われた¹⁰⁾。

一方，『傷寒論』太陽病篇では「太陽病発汗汗出不解其人仍發熱心下悸頭眩身瞤動振振欲擗地者真武湯主之」と記され，真武湯が動悸などの胸部症状を主治としていることが述べられている。ところが，本例は浮弱の脈候を呈していたため，当初，少陰病とは考えにくい症例であった。真武湯証における脈候に関して，大塚は，「真武湯証の脈は沈弱のものが多いが，又浮大弱のものもあり，沈細のものもある」と記している⁹⁾。藤平らは『漢方概論』¹⁰⁾の薬方解説において，真武湯証であっても，ときに太陽証類似の状態を現し，ときに浮弱の脈を呈する，と記している。また，寺澤の『症例から学ぶ和漢診療学』¹¹⁾においても真武湯証に「表証を伴うことあり」と記されている。よって，本例のように浮弱の脈候を呈していても真武湯証とみるべき場合があると考えられた。

次に腹候について考察する。『腹證奇覽』¹²⁾には「真武湯の證」として「腹軟満にして，之を按ぜば悸ありて拘攣し，或は心下も亦悸して時々目眩し，身瞤動し，或は時々悪寒し，小便不利，或は吐する者」と記されている。この記述では，腹部を按じたときにだけ一時的に反射が起こって「拘攣」が現れるのか，按ずることとは無関係に常に「拘攣」が存在しているのかという点が曖昧である。一方，湯本求真は『皇漢醫學』¹³⁾において，『古方便覧』の真武湯に関する条項「少腹ヨリ心下へ至テ鞭満シ心悸シテ拘攣ス」を引用し，「余曰ク少腹ヨリ心下へ至テ鞭満トハ即チ右直腹筋攣急ノ謂ナリ」と述べている。湯本求真の説に従えば，「拘攣」の意図する内容を，腹部を按ずることとは無関係に常に存在している腹直筋の緊張，と解釈してよさそうである。

ところが，本例において，腹直筋の緊張はまったく認められなかった。大塚は，真武湯自家治験10例を挙げ，その中で各症例個別には腹直筋の緊張の有無について特に言及していないものの，真武湯の腹候に関して総括し，「腹部軟弱にして胃内停水を證明するもの多く又腹壁菲薄にして直腹筋を浅く觸れるものもある。屢々臍上の動悸が亢進する」と記している⁹⁾。すなわち，真武湯の腹候において，すべての症例で必ずしも腹直筋の緊張が認められるわけではないことが考察されている。藤平らは『漢方概論』¹⁰⁾の薬方解説において，真武湯の腹候は「軟，ときに腹筋の異常緊張を現わす」と記している。藤

平は、さらに『漢方腹診講座』¹⁴⁾において「私自身としては、前述引用の『腹満コレヲ按セバ濡ニシテ拘攣シ、アルヒハ心下悸シ』というような腹候で本方を用いたことはほとんどない。私としては、本方の腹候は、『腹力は中等度よりやや軟または軟で、ときに軽度または中等度の心下悸を認める』という程度のものと考えている。」とまで述べており、真武湯証の腹候において腹直筋の緊張の有無は問うていない。また、寺澤が『症例から学ぶ和漢診療学』¹¹⁾において提示している真武湯の2例では、いずれも腹部症状である下痢を目標としており、腹力軟弱で胃部振水音は認められているものの、腹直筋の緊張については特に言及されていない。よって、真武湯証における腹候を考える上で、『腹證奇覽』に述べられている「拘攣」に相当する腹直筋の緊張は必須の所見ではないと思われる。

新谷ら¹⁵⁾は、肘後方奔豚湯により安静時の動悸が消失していた患者に真武湯を投与したところ動悸が再発し、真武湯から芍薬を去した後、動悸が再度消失した1症例を報告している。この報告は、気逆により安静時に動悸を訴える症例に対して、全腹部にわたって腹直筋攣急がなくかつ腹動を認める場合に、芍薬を原典処方より去方するか、もしくは芍薬非含有方剤を用いることを推奨している。本例では、芍薬を去しての投与は行わず、芍薬を含有したままの真武湯を投与しても主訴の胸部症状を悪化させることなく効果が得られた。その理由として、本例の主訴であった胸部症状は、胸部の疼痛や発作性の激しい動悸などではなく、胸部の圧迫感と不快感ないしは苦悶感と表現するのが妥当な内容であり、新谷らの症例とは異なり、気逆ではなく気鬱によるものであったことが推察される。さらに、本例では、廃用性障害も重なっていた影響で2次的に倦怠、発動性の低下、引きこもりが認められていたが、これらの症候も気鬱を支持するものである。しかし、真武湯は一般に気剤とはみなされていない。真武湯の構成生薬を見ても気鬱に著効すると考えられる生薬は見当たらず、真武湯が気鬱を直接改善させたと考えるには無理があるように思われる。本例の場合、臨床症候として当初は明確に捉えることができなかったものの、基礎に水滯があり、水滯が原因となって2次的に気鬱を生じていたところ、真武湯の投与で水滯が改善し、その結果として気鬱も消退したと解釈

するのが妥当と思われた。

「陰証の葛根湯」の異名を持ち、先人たちによりその適応は幅広いと考えられてきた真武湯の証をどの程度にまで広く解釈してよいのかという点において、今後もさらなる検証が必要であろう。本例は真武湯に関するわずか1例の経験に過ぎないが、真武湯証を再考する上で示唆に富む貴重な症例と思われた。真武湯証の多彩さを知り尽くすには、さらに多くの症例を1例1例丹念に検討していくことが重要と考える。

結語

身体表現性自律神経機能不全における胸部圧迫感に対して真武湯が著効した1例を報告した。本例では、心下痞鞭と中等度の胸脇苦満が認められたが、腹力はきわめて軟弱で臍上悸が認められたため柴胡桂枝乾姜湯を試みた。しかし、十分な効果は得られなかった。脈候は浮弱であったが、臥床傾向、四肢の冷え、裏寒を示唆する下痢傾向などの所見から少陰病とみて真武湯に転方したところ寛解が得られた。本例の胸部症状は気逆ではなく、水滯が原因となって2次的に生じた気鬱と推察された。身体表現性障害による胸部症状に対して、真武湯をはじめ附子剤が用いられることは稀である。しかし、本例の経過や文献の考察から、身体表現性障害に真武湯が適応する症例のあることが示され、また必ずしも沈脈、腹直筋の緊張などの所見が認められなくても、真武湯証と考えてよい例のあることが示唆された。

付記：本論文の要旨は、第57回日本東洋医学会学術集会（2006年・大阪）において発表した。

文献

- 1) 融 道男, 中根允文, 小見山実 (監訳): ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン (第1版第2刷), 医学書院, 東京 (1994) (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva (1992))
- 2) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳): DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京 (1995) (Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington D. C. (1994))

- 3) Fallon BA, Qureshi AI, Schneider FR, Sanchez-Lacay A, Vermes D, Feinstein R, Connelly J, and Liebowitz MR: An open trial of fluvoxamine for hypochondriasis. *Psychosomatics*, **44**, 298-303 (2003)
- 4) 小野正美, 菅野智行, 沼田吉彦, 丹羽真一: 身体表現性障害に対する fluvoxamine の治療効果, 臨床精神薬理, **7**, 855-862 (2004)
- 5) Yamada K, Den R, Ohnishi K, Kanba S: Effectiveness of herbal medicine (Kampo) and changes of quality of life in patients with somatoform disorders. *J. Clin. Psychopharmacol.*, **25**, 199-201 (2005)
- 6) 久永明人, 伊藤 隆, 喜多敏明, 横山浩一, 嶋田 豊, 倉知正佳: 緑内障を合併した不眠・抑うつが附子瀉心湯で寛解した1例, 精神科治療学, **17**, 1423-1426 (2002)
- 7) 伊藤 隆, 仙田晶子, 伊藤朋之, 鏡味 勝, 斉藤康栄, 佐藤重明, 松原史典, 豊田 隆: 身体表現性障害に対する漢方治療, 日職災医誌, **51**, 442-447 (2003)
- 8) 越野好文: 身体表現性障害の治療—薬物療法, 日医雑誌, **134**, 209-213 (2005)
- 9) 大塚敬節: 眞武湯に就いて, 漢方と漢薬, **7**, 1015-1026 (1940)
- 10) 藤平 健, 小倉重成: 漢方概論, 創元社, 大阪 (1979)
- 11) 寺澤捷年: 症例から学ぶ和漢診療学 (第2版), 医学書院, 東京 (1998)
- 12) 稲葉文礼, 和久田叔虎: 腹證奇覧全 (大塚敬節, 矢数道明: 解題, 復刻), 医道の日本社, 横須賀 (1981)
- 13) 湯本求真: 皇漢医学 (復刻版: 第三版), 療原書店, 東京 (1989)
- 14) 藤平 健: 漢方腹診講座, 緑書房, 東京 (1991)
- 15) 新谷卓弘, 地野充時, 川嶋裕子, 長山紀子, 高屋 豊, 寺澤捷年: 気逆による安静時の動悸と芍薬去方の効果について, 日東医誌, **53**, 223-228 (2002)