

めまいと舌所見

三谷 和男 三谷ファミリークリニック・京都府立医科大学特任教授（漢方外来）

はじめに

今回は、舌所見と他の所見（脈証・腹証）との関わりについて考えてみる。

よく研究会でこういった質問を受けることがある。

「代表的な漢方医学的所見（脈・舌・腹部）にばらつきがあったとき、先生はどの所見を重視されますか？」

最初聞かれたときに、「どう答えたらいいのだろうか」と苦渋した。なぜならば、「腫瘍マーカーが上がっているのに、画像上全く問題がない」というのは次元が違うからである。漢方医学の所見は、固定されたものではなく、「脈はこう、舌はこう、そして腹部はこう。なるほど」と受け止めるものなので、1つ1つの所見の違い（矛盾）がどうかということではない。ここにも、漢方医学教育に工夫が必要と思われる。

「証」の把握は、生体の反応がどう体表に現れているかをつかむことであり、固定して考えようとしては漢方医学の醍醐味が薄れる。

「でも先生、脈は浮いているのに、舌の所見は紫の色調であれば、脈は陽証、舌は陰証となって矛盾しませんか？」

「ああ、なるほど、そういう観点で考えればそうですね。でも、天気予報と同じで、これからどうなっていくかを、そういった、ある意味食い違ういくつかの所見を総合して考えていくことが大事なのですよ」

「でも、先生、それでは所見をきちんととってもし

方がないんじゃないですか。なんか、いい加減に思います」

「いえいえ、所見をていねいにとりながら、その人にとって一番特徴的な変化がどこに現れているのか、レトロスペクティブに考えたとき、どこに現れていたのか、常に患者さんの変化から教えていただくことこそ、漢方診療の本質的な流れなんですよ」

なるほど、治療を開始するときに最も有効にスパッと効くお薬を出すべき、そのために勉強している、という発想なのだろう。正解は1つで、必ず矛盾なく漢方医学の所見が存在しているはず、という前提なのかもしれない。その心意気はわかるが、生体は多面体である。

いつもお話ししているが、血液検査や画像所見も駆使していくことは現代の漢方診療の基本である。その上で、「もっとその人の真実に迫りたい、その人の身体の中で何が起きているのか？」と思うから漢方の考え方を勉強するのであるから、できるだけいねいに所見をとって、その経過から最初の「診立て」を必要があればどんどん修正していく、そのダイナミズムに意欲的であってほしい。

症例

20××年10月に受診されたA.Mさん（72歳、女性）を紹介する。

「今日はどうされましたか？」

「はい、私、めまいでほんとに困っているんです。特

に季節の変わり目、そうですねえ、3月とか9月が特にひどいんです。でも、まあ一年中ですが……」

「なるほど。で、ここに来られる前にどういった診療科を受診されましたか」

「はい、近くの耳鼻科をまず受診しました。聴力の検査などもしていただきましたが、大丈夫ですよ、どうもありませんよ、といわれました。点滴を勧められましたが、通うのが大変でお断りしました」

「何か飲み薬はもらわれましたか」

「はい、血管を拡張するという粉薬をいただきました。でもあんまり効きません。次に、脳神経外科を受診してMRIをとっていただきました。ここでも、きれいですよ、異常はありませんと言われました。でも、フワフワしたり、何かこう雲の上を歩いているようで、とっても気持ちが悪いんです」

「なるほど、それはお困りですね。わかりました。では、診察を始めましょうね」

「あのう……私、とってもつらいんですよ、先生」

「(ふんふんとうなずきながら) じゃあ、脈から診ていきましょう」

考え方

ここまでの診察で、この方はまず何を心配しておられるのか、だ。当然、めまいのこと？ もちろんそれは一番の課題である。しかし、A.Mさんは、「どこもどうもない」と突き放されることに大きな不安を抱いておられる。どこもどうもない、というのは「検査した範囲内では」という条件がつく。医者としては、安心してもらおうというわけだが、患者さんにとっては、「じゃあなんでこんなにフワフワするの？」とやりきれない。とにかく、自分の症状にもっと耳を傾けてほしい……と切々と語っておられる。

こういった条件が整えば、漢方診療の出番だ。ゆっくり脈を診てみる。

「うーん、この脈は……」

「先生、何かおかしいですか？」

「いえいえ、思っていたよりもずっとゆったりした脈ですね」

「はあ？ どういう意味ですか？」

「一般的に、めまいを自覚しておられる方の場合、脈がしっかりしている方と、それほどでもない方とおられるんですね。脈の緊張が強い場合は、交感神経系が優位な症候ですから、緩める方向で考えます。逆に、力のない脈なら、血管から組織に水が漏れていると考えます。組織に漏れている水を血管の中(血流)にいかに移行させるかを考えるわけです」

「じゃあ、私は漏れてるんですか？」

「ちょっと表現は正しくないかもしれませんが、血流に乗らない、つまり利用されていない水の影響(ゆらぎ)でめまいの症状が現れているのだと思いますよ」

「利用されていない水ですか……」

「ちょっとよくわからないなあ、という顔をされている。もうこちらのペースだ。A.Mさんは、少なくともこの時点で医者が自分の症状に向き合ってくれていると思っておられる。

「では、舌です」

「はあ？」

「舌を見せてくださいね」

「ええ(怪訝そうに)……べーッ」(写真)

今度は、私が驚く番だ。舌背の中央に深い亀裂が入り、裂紋が目立つ。亀裂に沿って、黄白膩苔が付着するが、辺縁はむしろ鏡面舌の様相である。これも地図状舌と考えてよいのか？ しばらくじっと見てしまった。たまりかねたように、A.Mさんが尋ねてきた。

「先生、何かおかしいですか？」

そうだ、漢方医学の所見をとるときに、流れるように診察を進めず、じっと見つめたり、考え込んだりす

写真



ると、患者さんは不安になることが多い。さりげなく、ニコニコと観察するように努めてはいるが、今回はさすがに注視してしまった。

「いえ、A.Mさんはこれまで、ご自分の舌を見られたことがありますか？」

「いいえ、一度もありません。でも、歯を磨くときなんか、ちょっと凸凹があることは感じていました」

いわゆる水滯ではあるが、なぜ亀裂はそのままなのか？ 水滯が改善するとこの亀裂はどうなるのか？ 全身状態（めまい）が改善しようがしまいが、同じなのか？ さまざまなテーマが突きつけられてくる。気虚・脾虚・自律神経の乱れ……。とりあえず落ち着いていただく方針をとるか、あくまでも本治を考えるか……。

ニコッと「はい、ではお腹をみましょうね」

「先生、身体を横にすると目が回るんです。座ったまま診ていただけませんか？」

「いいですよ」と座位の腹診だ。

胸脇の抵抗が強い、心下痞もある、かなり「無理して」生きておられるようだ。それならば、なぜ脈は弱いのか？ 試行錯誤は続く。

「夜は早く休まれますか？」

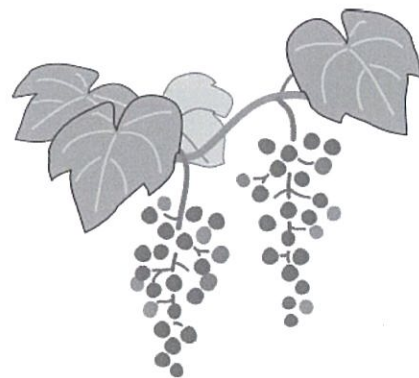
「いえね、家のことをしていると12時は回ってしまいます。もっと早く休みたいんですが……」

まとめ

めまいに汎用される薬方として、^{りょうけいじつかんとう}苓桂朮甘湯が有名だが、前提は脾胃の働きは低下していることである。『傷寒論』は「傷寒、若しくは吐し、若しくは下した後、心下逆満、気上りて胸を衝き、起てば即ち頭眩し、脈沈緊、発汗すれば則ち経を動かし、身振振として揺を為す者」と教える。私は、脾胃の働きが低下しているかどうかは、脈を重視している。「食欲がありますか？」ではなく、「食べたものをエネルギーに変えることができているか？」が脈証である。A.Mさんはどうか。矛盾はないだろう。ただ、脈状にあまりにも力がない。苓朮剤は必要だが、他に何か打つ手はないか？ 脾胃の虚に重点を置いて半夏白朮天麻湯、広くスタンスをとって六君子湯、短期の症状なら五苓散……いずれも候補にはあがる。

先生方は、どこにポイントを置いて考えられるだろうか。腹証から「^{しょうさいことう}小柴胡湯はどうか」という声も聞かえる。つまり、自分がどういう方針で処方計画を組み立てるかが大切なのである。「この患者さんをみれば、もうそれは一目でわかるよ」という先生もおられよう。

私は、前号に続いて四物湯を軸に考えた。主は四物湯、しかし苓朮剤は必要、ということで連珠飲を選択した。連珠飲は四物湯と苓桂朮甘湯を合わせた処方である。もちろん、早く休めるようにご家族にお話しをしたことは言うまでもない。ほぼ2週間で症状は改善する。しかし、連珠飲の目標はそれだけではない。A.Mさんに元気になってもらうためには、もう少し時間がかかる。初診の頃とあまり変わらない舌所見がそれを示している。



再び、望診の一環
としての舌診

三谷 和男 三谷ファミリークリニック・京都府立医科大学

はじめに——これまでの復習

漢方医学的診断は、「望・聞・問・切」の四診により、総合的に判断して「証」を決める。特に望診は視覚による観察で、西洋医学のINSPECTIONに相当するが、『難経』六十一難に「望んで之を知るを神という」とあるように、観察力の鋭さが大切と考えられている。また、『史記』扁鵲倉公伝に「病、内に在れば、応、外に表る」といわれるように、体表（というよりも外から）の観察によって患者さんの病状を把握・予測することの重要性が説かれている。

望診は、「神・色・形・態」に分けて考えるが、特に「神」が重要である。神は、精神・神気・神志などを意味し、色調と形態を含む総合的な判断が求められる。『黄帝内経・靈樞』に「神気を失ふものは死し、神気を得るものは生きる」と書かれている。神気があれば予後は良好だが、神気が虚していれば病状は悪化していく。望診のひとつである舌診においても同じことがいえる。

しかし、この前提は理解できても、舌を診て、いきなり「その患者さんの神気はどうなっているか？」と質問されてもちょっと困るであろう。患者さんのもつ独特の「何となく」の所見を、先生方はつかんでおられるが、これを言語化することができない。ここに舌診の難しさがある。サイエンスとしての医学に課されているのは、普遍性と再現性であり、万人（とまではいかないかもしれないが）が同様な判断ができること

が前提となる。個々の先生方は、舌を診ながら「ああ、この患者さん、今日は大丈夫や」「あれ、どうしたんやろう？」と、いろいろな受け止め方をされ、その判断は的を射ていると思われるが、「普遍的な認識」にもっていく課程でストップしてしまう。「神気」を把握するための舌の「色と形態」の診断について再度考えたい。

舌診の基礎となる色と形の要素

「色」は色調（血色）・光沢・栄養状態までも含めた観察である。「形」と「態」は、「かたち」と「働き」という意味で相互関係にある。そこで、下記に示すように、舌質と舌苔に分けて色と形態へのアプローチを試みる。

1. 舌質

【色調】

舌質の色調は、淡（淡白紅色・淡紅色）・紅色・暗（暗赤〈紅〉色・紫〈紅〉色）で、5段階に分けて考えるが、それ以外に次のような所見を重視する。

- ①舌尖の赤み（舌尖潮紅）：交感神経系の過緊張、怒り、もしくはかぜなどの感染症の指標となる。アトピー性皮膚炎などの患者では、皮膚の炎症の程度により赤みが強くなることもしばしばである（写真1）。
- ②紫色の斑（瘀斑）：これも、後に述べる舌裏静脈の怒張と相俟って、静脈系のうっ滞（右心系への負担、夜間の休息不足、さらには酒毒、長年の飲酒の影響

などに関わる)が考えられる(写真2)。

- ③茸状乳頭：全く目立たない方(写真3)，赤く目立つ方(写真4)，暗紅色で目立つ方(瘀点，写真5)，それぞれの病態から考える。

【形態】

- ①萎縮：筋萎縮性側索硬化症に特徴的な震え(線維束攣縮)とともにみられる萎縮は、病態とともに客観的な評価が可能であるが、一般的に萎縮を判断するのは難しい。あくまでも相対的な印象にとどまる。写真6に示すように、舌辺の凹凸を伴った所見を萎縮とみるとわかりやすいかもしれない。
- ②腫大：水滯の指標である。普段でも、二日酔いの方

の舌をみると明らかに「腫れて」いるのがわかる。毛細血管から漏れた「水分」の貯溜による。舌が口腔内の何%を占めるかで評価されていることが多い(写真7)。

- ③齒痕：水滯の指標に用いられるが、歯列の問題や歯列への舌の「圧力」も併せて考えると、単に「水」の問題だけではなく、「気」の昂ぶりも反映していると思われる(写真8)。
- ④亀裂：気虚(身体を巡る気力・体力の低下)の指標とされるが、舌質の紅色が同時にみられる場合は、「短時間の間に多くのことをこなさないといけない環境に置かれている人」と判断する(写真9)。

写真1 舌尖潮紅



写真2 瘀斑

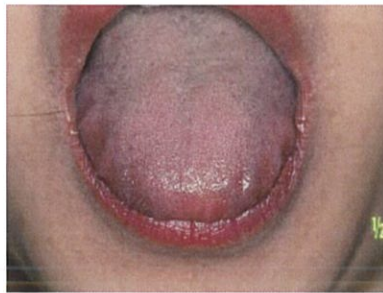


写真3 茸状乳頭が目立たない



写真4 茸状乳頭が赤く目立つ

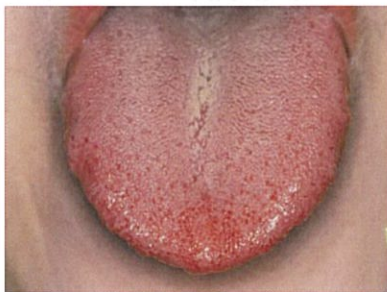


写真5 茸状乳頭が暗紅色

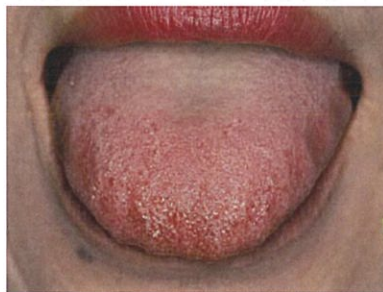


写真6 萎縮



写真7 腫大

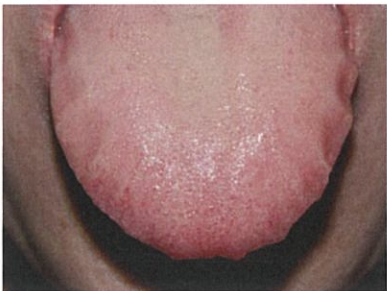


写真8 齒痕



写真9 亀裂



⑤舌裏の静脈の怒張：静脈系のうっ滞で、瘀血の指標とされる。しかし、よく指摘されることだが、体位(座位と臥位)によっても変化があり、同じ臥位でも仰

臥位と側臥位でずいぶん印象は変わってくる。座位ではある程度瘀血の診断が可能だが、この所見による瘀血の判断は慎重にすべきである(写真10)。

写真10 舌裏の静脈の怒張



写真11 白い舌苔

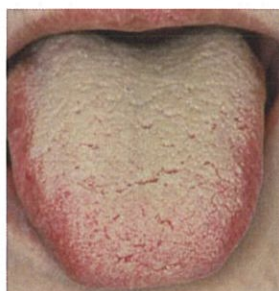


写真12 黒色の舌苔



写真13 鏡面舌



写真14 厚い舌苔

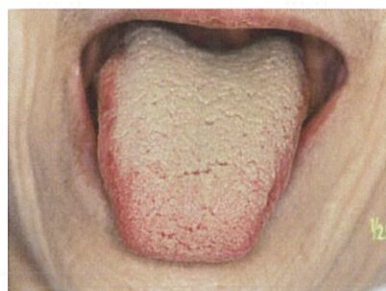


写真15 薄い舌苔



写真16 浄苔

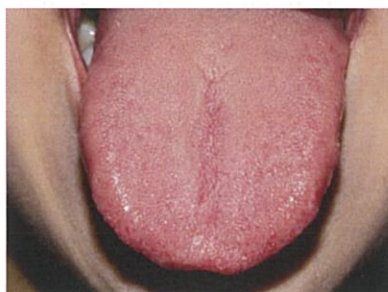


写真17 膩苔



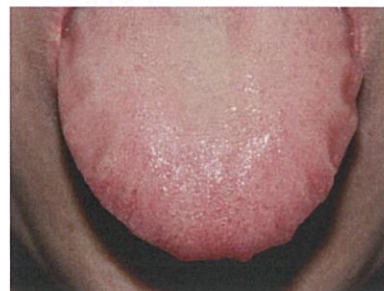
写真18 地図状舌



写真19 乾燥



写真20 湿潤



2. 舌苔

舌苔は「胃気」の消長と考えられている。漢方医学でいうところの「胃気」は「正気」であり、生命力（エネルギー）の象徴と考える。けっして、消化管の機能の反映ではない。

【色調】

舌苔の色調は、白色（白色・淡黄白色）・黄色（濃黄白色・黄色・灰褐色、写真11）・黒色（写真12）に分類し、3～5段階に分けて評価する。

【形態】

- ①まず、舌苔があるかないかをみる。舌苔のない舌は、鏡面舌（写真13）といわれる。
- ②次に、厚い舌苔（写真14）、薄い舌苔（写真15）を分類する。同時に浄苔（糸状乳頭1つ1つの判別が可能、写真16）か膩苔（糸状乳頭の発育が旺盛で相互に絡んでいる。乳頭の判定は困難。写真17）かの判断をし、組み合わせて考える。
- ③地図状舌：表層性舌炎といわれるが、炎症ではない。病因は不明であるが、交感神経系と副交感神経系のアンバランスが背景にあるとみられる。「肝気盛んとす」と位置づけられ、柴胡剤による治療が中心になることが多い（写真18）。
- ④全体として、乾燥しているか（熱、写真19）、湿潤か（冷え、写真20）をみる。

亀裂舌の患者さん

「亀裂舌」のところで紹介した方は、当時30代後半の女性の方で、主訴は頭痛とふらつきであった。受診時は離婚されて数年、中学2年生の娘さんを女手一つで頑張っておられた。

「はい、ペーッ」

思いつめたような表情とこの舌、診察の場ではもっと深い亀裂に思われた。家事に育児にご自分のお仕事にと、次から次へとこなさないといけない。元夫からの養育費も滞っており、頼る親もない。

「待ち時間が長くてごめんね」というと、「いいんです。ここに来るときだけがホッとできるんです」

2,3年前ならどんな舌だったろう、もっと赤みが

強かったり、苔がぶ厚かったりしたんじゃないか、カチカチのお腹を診ながらいろいろなことを考えた。そう、ガス欠の状態で思いっきりアクセルを踏んでいる（踏まざるを得ない）、そんな感じだ。虚労だが、必死……漢方の出番だった。この舌だけで〇〇湯と決まるわけではない。大棗と生姜を除いた四君子湯・十全大補湯・甘麦大棗湯……細かく変方しながら子育てをしてもらった。今は関東に移られ、お孫さんもいて、幸せに暮らしておられる。

私は、舌診を「病気の診断」のみに活かしているわけではない。患者さんが自分ではそうとは気づいていないが、いくつものリスクを抱えておられることを把握することができる。これこそ「未病を治す」上で大事な視点ではないだろうか。



舌診の考え方

— 糖尿病は実証・熱証と考えてよいのか？

三谷 和男 三谷ファミリークリニック・京都府立医科大学

はじめに

私の臨床経験では、「〇〇病に特徴的な舌の所見は……」という病名に対応した舌の法則は原則としてないと考えている（小児科領域で取り上げられる猩紅熱のいちご舌は有名であるが、私は経験がない）。しかし、漢方医学的に見直してみると、舌の所見にはいくつかの特徴が浮かび上がってくる。ここにあげた症例1～4は、いずれも基礎疾患は糖尿病の方である。教科書的には、糖尿病の方は実証かつ熱証で、排便を促したり（防風通聖散）、清熱を図ったり（白虎加入参湯）することが基本方針になっている。また、進行した症例では、合併症、特にしびれやジンジンする感じなど、末梢神経障害の症候がみられる場合は八味地黄丸や牛車腎気丸の適応になる、と書かれている。確かに、そういった方が糖尿病患者の中におられるのは事実だ。しかし、画一的に実証・熱証を前提としてしまうと、病態を見失ってしまう。治療の基本は西洋医学的治療であるが、私たち漢方医は、漢方医学の角度から患者さんを診ていかねばならない。

症例1

58歳、女性。主婦。血糖値 201mg/d L, HbA1c 6.8 (NGSP 値。以下同) BMI 26.2。特に自覚症状はないが、何となく元気が出ない、のぼせ感が強いという。しかし赤ら顔ではない。食欲はあり、二便にも問題は

ない。脈状は沈緩。舌所見は、淡白紅色、茸状乳頭は目立たない。うすい黄白膩苔であり、湿潤傾向。全般的に水滯の所見を示す（写真1）。血虚（陰虚）を背景に、水滯の所見である。

四物湯に苓朮剤（今回は苓桂朮甘湯）を加えて処方する。その後、のぼせがおさまりに、心窩部の不快感が出てきたときは苓桂朮甘湯を四君子湯に変方している（八珍湯加減）。ベースの血虚は、ライフサイクル（消灯時間が遅いこと）にも由来している。冷えは自覚していないが、漢方医学的には冷え症とみる。

症例2

52歳、女性。介護職員。血糖値 224 mg/d L, HbA1c 7.4, BMI 19.0。たえず鳩尾（心窩部）の不快感を訴える。夜、早く休んでもなかなか寝つけない。便秘と下痢の繰り返しは日常のことで、半ば諦めているようなところもある。脈状は、やや浮弱。舌所見は、

写真1 症例1



厚めの黄（褐色調）白浄苔，中央に亀裂がある。舌質の色調は淡白紅色で辺縁に齒痕を認める（写真2）。腹証では，全般的に力はなく，腹直筋の緊張も軽度。心下痞鞭を認める。気血両虚典型例として，十全大補湯を処方する。

「十全大補湯って，胃腸の弱い人には向いてないんじゃないですか？ 書き込みもよく見ます」

インターネットで調べることが多そうな方だ。

「大丈夫，まず飲んでみてください。そうそう，必ず白湯でね」

「ええ」

この方剤で，消化器症状（心窩部の不快感と過敏性腸症候群）が改善した。

「なんで十全大補湯で下痢便秘もよくなるんですか？」

「それはね，あなたに，この方剤の目標があるからですよ」

「目標……ああ，それが証なんですわね」

やはり知識は豊富な方だ。その後，職場の同僚を何人か紹介して下さった。

症例3

62歳，女性。主婦。血糖値 183 mg/d L, HbA1c 7.0, BMI 23.3。とにかくいろんなことが気になって仕方がない。頭ではわかっているのだが，テキパキと話が進まないといライラしてしまう。昨日も自治会の会計処理のことで揉め，大いに怒っている。

「こうすれば簡単にできるのに，みんなわかってくれない」

「きっと，非能率的でも昨年までと変わったことをしたくないんですよ」

「でも先生……」

確かに正論だ。しかし，そうは事は運ばない。脈状は緊弦。舌所見は，苔は舌中から舌根部にかけて黄白膩苔で熱証の所見である（写真3）。また茸状乳頭*が目立ち，次から次へと問題を抱えてしまう日常が浮かび上がる。胸脇部の抵抗と心下の圧痛（胸脇苦満）と合わせ，小柴胡湯を処方する。

症例4

45歳，女性。保育士（課長）。血糖値 104 mg/d L（空腹時血糖は低いが，食後の高血糖（200 <）が問題である），HbA1c 7.4, BMI 22.6。主訴は，項背部のこわばり，しばしば嘔気を自覚することである。

「もう私，来年の3月で仕事やめます」

初診時の話である。

「何もかもがイヤになりました。もう，何年も前から首から肩，そして後頭部にかけて，がしっとつかまれているような不快感があるんです。ひどくなると吐き気がきます」

かつての頸肩腕症候群を思い出させる。血糖値のコントロールも思わしくない。

「○山病院の先生は，熱心に食事と運動の指導をされますが，私の仕事のこと，まったくわかってもらえない……」

頸肩腕の訴えの方に私がよく使う方剤は柴胡桂枝乾姜湯であるが，果たしてどうか。脈は沈弦。舌所見は，症例3の方のように，茸状乳頭が目立つというよりも，

写真2 症例2

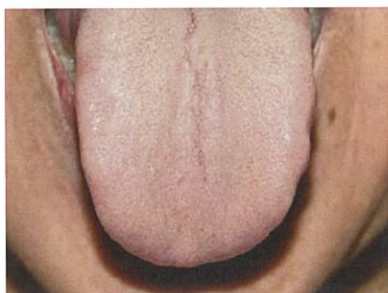
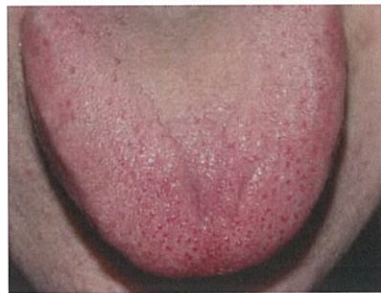


写真3 症例3



うっ滞としての瘀点と瘀斑を認める。基本の色調は、紫紅色で水滯があり、歯痕も認める（写真4）。腹証4では、胸脇部の抵抗や鳩尾の圧痛はなく、中脘も反応に乏しい。柴胡桂枝乾姜湯や柴胡桂枝湯ではなさそう。しかし、静脈系のうっ滞（瘀血的）と水滯を考慮し、^{かみしよゆうさん}加味逍遙散を処方する。退職を思いとどまり、また意欲的に仕事をこなしている。

まとめ

糖尿病は「太鼓腹で便秘・社長さんタイプ・実証で熱証」……こういったイメージで捉えられることが多いが、専門医に問うと怪訝そうな顔をされる。むしろ心血管系へのダメージが強いので、細小血管壁の変化（硬化像）を背景とした諸問題を頭におきながら考え

写真4 症例4



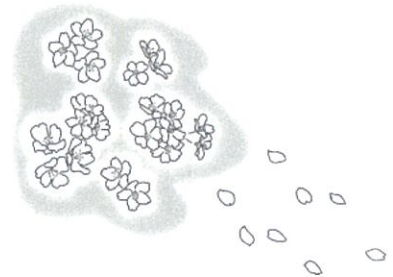
ていく必要がある。ありふれた感冒が、重篤な肺炎や心臓への負担につながることも多く、研修医の頃「糖尿病の患者さんを受け持つと内科学書は通読しておかないといけない」と教えられた言葉が蘇る。確かに、「糖尿病」という病名に対応する漢方薬はない。また、漢方薬だけで血糖値のコントロールをすることもない。しかし、「糖尿病をもつ人」に対するアプローチとして漢方医学の考え方は、これから起こるであろう問題を未然に防ぐ上で、非常に有効と考えられる。まさに「未病を治す」医学である。

*茸状乳頭について

上端が丸く膨らみ茸状をしている乳頭で、舌背（特に舌先側の表面）に広く分布する。糸状乳頭に似るが、より丈は低く大きく、数は少ない。表面の上皮（重層扁平上皮）の角質化はなく、肉眼では毛細血管が透けて、先端が赤く見える。この毛細血管のoriginは舌深動脈で、舌背に向かう細動脈が固有舌筋に枝を派出しながら上行し、舌背粘膜固有層で細静脈とともに同一平面上に細動脈および細静脈網を形成。この細動脈網から各乳頭に向かって毛細血管が派出され乳頭内に毛細血管網を形成している。胎生後半と乳児期には茸状乳頭の上皮に味蕾が点在するが、成人では茸状乳頭は味蕾がほとんどない。

【参考文献】

中村雅彦. 歯科医学. 大阪歯科学会, 1992, 55(6), p.35



舌を通して
何をみているのか

— 普遍性・再現性へのアプローチ

三谷 和男 三谷ファミリークリニック・京都府立医科大学

はじめに

舌診の講義をしたあと、よく添付ファイルで「この所見なら、どういった処方の方が妥当ですか？」と問うてこられる先生が少なからずおられる。当たり前のことだが、舌診を勉強される先生方の目的は、舌診を日常診療に役立てたいということだと思ふ（このシリーズに目を通される先生方もきっとそうであろうと想像している）。しかし、一般的にはどうも処方に直結する所見を追い求めている先生もおられる。確かに、現代医学の基本は、普遍性と再現性であるから、舌診でもある一定の法則の延長線上に方剤が存在するのが望ましい。現に、私たちが西洋医学の世界で行っているカンファレンスには患者さんが登場することは少ない。あくまでも、主訴・既往歴・家族歴・現病歴そして現症・データ（血液生化学検査や画像検査）を介して診断から処方に進んでいく。私は、このある意味美しい流れに沿って舌診を位置づけることができれば、さらに漢方医学の普及につながるのでは、と考えて日々取り組んでいる。しかし、現段階では、その患者さんを診ずして「この舌なら、〇〇湯だよ」とは、なかなか答えられないと感じる。先生方はいかがであろうか。

症例 1

患者：土〇△平。86歳（1926年生）、男性。

既往歴：側頭動脈炎（66歳）、嗄声（72歳）。現在耳

鼻咽喉科通院中。

処方：アログリプチン安息香酸塩、大建中湯 7.5g

経過：1993年6月、割れるような頭痛を主訴に加賀屋病院（現・加賀屋診療所）を受診された。しばしば高熱も伴っていたが、近医では「原因不明」で、まず総合病院（免疫・アレルギー科）を紹介されている。3カ月に及ぶ精査の結果、側頭動脈炎（TA）の疑い（側頭動脈の生検は拒否）と診断され、ステロイド療法（パルス）を提案されたが、これも拒否、漢方治療を求めて来院されたわけである。即刻入院していただき、再度ステロイドパルス（40mgよりスタート）を提案（今度は承諾）、併せて茯苓四逆湯（煎剤）を処方し、寛解に導くことができた。一時期は眼球が左方視で固定され、脳神経外科のコンサルテーションも受けている。ステロイド糖尿病も発症したが、プレドニゾロンを減量・中止により正常化した。

舌所見：当時の写真を掲載することができればわかりやすいが、熱性疾患であるにもかかわらず、紅舌ではなく、写真1のように色調は紅色～淡紅色、地図状（淡黄色浄苔）の所見に大局的にみて変化はない。土〇さんの舌は、高熱が出る直前に舌質の赤みが増し、逆に熱が出てからは次第に淡紅色に変化することが特徴的であった。ステロイドの大量投与時（20mg<）には紅舌～紫紅色を呈することもあったが、おおむね写真のような淡紫紅色を呈しており、むしろプレドニゾロンを減量するに従って「赤み」は増した。自身の病状が安定した後は、症例3で提示する実妹さんの病状を心配されて、紫紅色を呈したことが興味深い。

症例 2

患者：△○子。61 歳（1951 年生），女性。

既往歴：特記すべきものなし。

現病歴：2001 年（50 歳），パニック障害と診断され，神経内科で投薬を受ける。2008 年（57 歳）より，ほてり症状がきつくなり，M 病院更年期外来を受診，HRT（ホルモン補充療法）として結合型エストロゲン・メドロキシプロゲステロン酢酸エステル，柴胡桂枝乾姜湯などを処方されていた。保育所勤務で忙しく，相談相手もない。ご両親の介護とお孫さんの世話も加わり，精神的にも肉体的にも極度の疲労状態であった。脈状：沈弦。舌所見：淡紅色・白浄苔・舌尖潮紅。腹証：腹直筋の緊張。

経過：精神神経科を紹介し，パロキセチン塩酸塩を投与される。父は肺炎（非定型抗酸菌症の疑い），母の認知症が進行，お孫さんの面倒をみるのが大変……と言っておられたが，胸部 X-P で異常所見を認め，縦隔腫瘍（浸潤+）と診断される（K 病院胸部疾患センター）。2012 年，T 市医療センターに転院され，放射線治療を 26 回受けられた。その後，O 大学病院にて抗がん剤治療。9 月より温熱療法と気功療法，2013 年 2 月より S 病院で点滴ビタミン療法・免疫療法・温熱療法を開始される。

舌所見：この舌所見（写真 2，舌苔は薄い白浄苔，舌質は基本的には淡紅色で辺縁は紅色）からは，一般的には「弱った」印象は受けない。むしろ，いきいきと生命力が漲っているようにもみえるが，私は「陰極まりて陽と為す」舌とみている。これからの△さんを精一杯支えていきたい。

症例 3

患者：○田△子。69 歳（1942 年生），女性。

現病歴：関節リウマチ（RA）にて加療中。症例 1 の実妹さんである。症例 1 のお兄さんが良くなったので自分も，と加賀屋病院を受診された。

処方：メトトレキサート（MTX）6 mg，大防風湯（アダリムマブ開始までは煎剤，開始後はエキス剤 10.5 g），アダリムマブ（2 週間に 1 回）。

経過：受診当時（1994 年）は，MTX がまだ広く実用されていたわけではなく，加賀屋病院では慎重に対応していた（新薬に関しては，多くの医療機関での有害情報が十分出そろってから使用するという方針だった）。ご本人の最大の苦痛は膝の痛みであり，動きが悪くなって入院されると，炎症反応（CRP）が，4～5 レベルから 0.2 以下になる。このことが，逆に「安静にすれば数字はよくなるんですね」と言って，患者さんはなかなか投薬内容のレベルを上げることに同意しなかった。MTX の投与までは理解が得られたが，生物学的製剤に関しては，1 年以上かけてようやく同意していただくことができた。

舌所見：この方の特徴は，CRP が 7～9 レベルでも炎症の指標である紅舌を呈することはなく，むしろ紫紅色の傾向（それも，際だった色調の変化ではない）を呈した（写真 3）。生体内で行われているさまざまな反応をじっくり考える上で，舌所見ほど手がかりになるものはない。炎症が一方向で紅色を呈するならば話は簡単である。しかし，同一疾患で，同じ CRP の値であっても，あるレベルまでは確かに淡紅色から紅色と理屈通りに進むが，そこから先のバリエーション

写真 1 症例 1



写真 2 症例 2

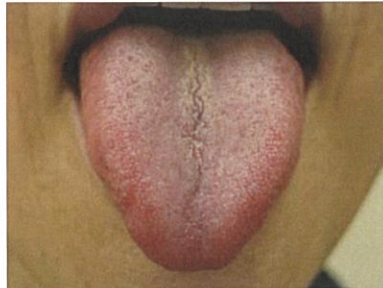


写真 3 症例 3



ン（紫紅色に進むか、いっそう紅色の色調が強くなるか？）は患者さんによって異なる。この因子は何かということについて考えたい。

症例 4

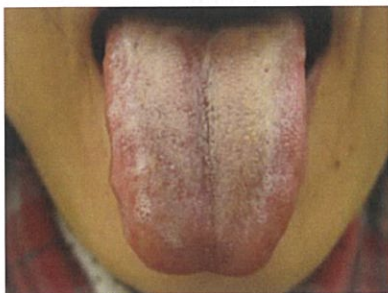
患者：○田千△子。48歳（1964年生）、女性。

処方：千金内托散（煎剤、人参4g、当帰3g、黄耆8g、川芎3g、防風4g、桔梗3g、厚朴6g、桂皮4g、白芷3g、甘草1.5g、升麻3g）

現病歴：2002年頃より痔出血（と○田さんは思っていた）が始まる。その後も、症状は一進一退で、2007年、潰瘍性大腸炎（UC）と診断された。体重も49kgあったのが、40kgまで激減した。メサラジンの内服とステロイドの注腸（増悪時のみ）は、UCの主治医（総合病院消化器内科）の指導を受けているが、病態は安定していなかった。「下痢は心配しなくていいですよ、でも粘血便があれば気をつけましょう」と言うので、「頭ではわかっているけど軟便が続くと、あの地獄のような日々を思い出すんです」と不安がっておられる。当院の初診は2010年4月で、定期的な検査は総合病院で受けておられるが、変動の大きかった炎症反応（CRP）は漢方薬内服後安定している。

舌所見：この舌をみていただきたい（写真4）。舌質の色調は淡紅色（どちらかといえば明るい色調である）、厚い黄白膩苔を呈している。内熱の所見ではあるが、乾燥はしていない。UCの患者さんは、こういった内熱の所見を呈する場合と、舌質は暗紫紅色でほとんど苔が脱落している場合がある。もっとも、病棟があり、入院していただいて経過をみることでこそ、重症のUCの患者さんを診ることができるが、外

写真4 症例4



来では、そこまで重症の方をみることは稀である。○田さんは、現在は落ち着いているが、病状の変化がどう舌に現れる

か、さまざまな予測をもとに考えていく必要がある。

舌の表情——まとめにかえて

私たちは「人物の顔写真（ポートレート）」を撮るとき、どこにポイントをおくだろうか？

おそらく「対象となる人を、自分のイメージにできるだけ近づけたい」と思ってシャッターを切ることになる。一方、医学における画像診断では、客観的な所見を正確に記録することが求められるので、イメージや感覚は排除すべきである。ましてや、「その人らしさ」を盛り込むことを考える人はいない。

舌の写真を撮るときはどうか。舌の腫瘍や口内炎に的を絞って撮影するのであれば、内視鏡写真を撮るケースと同じであろう。

しかし、私は師事した中川米造先生（医学概論）にこういった指摘を受けたことがある。当時、大学を卒業したばかり、市中病院で技術研修真っ只中だった。ある日、上部消化管の内視鏡検査で潰瘍を見つけた患者さんの話をしたとき、「その病変だけが患者さんのすべてですか？潰瘍さえ消えれば、その人は全快したことになるのですか？少し考えてみてください」と言われ、私は何か大きな衝撃を受けた気がした。そう、体のほんの一部の所見（の変化）で、すべてが解決したと思っている自分を恥じた。ましてや、舌は、その中の一点の変化で判断するために診ているのではない。全体の所見から、「その人の中で何が起きているかを考える手がかりとする」ものである。

舌をみて考えることは、内視鏡検査で潰瘍病変をみて良性か、悪性かを議論することと同じではない。あくまでも、患者さんの全体像を探る手がかりと考えているのである。つまり、舌の写真を撮るときは「その人から受けた印象をどう写し込むか？」が前提となっている。最終結果である一枚の写真からは、お互いにその患者さんを知っていれば活発な意見交換ができるが、その患者さんを知らない者同士がシステムティックに考えていくことは現状では難しい。私は、舌所見を個々の患者さんの普遍性・再現性から判断することはできると思うが、これを拡げて一般論としての普遍性・再現性に展開することを試みようとしている。先生方とともにこれからも考えていきたい。

難病・難症における舌診

三谷 和男 三谷ファミリークリニック・京都府立医科大学

はじめに

今回より、日常の診療の流れの中で舌の所見をどう活かすかを考えてみたい。これまで、本講座で舌所見をできるだけ系統的に解説してきたつもりであるが、特に「難病・難症における舌診」を考えてみる。

症例 1

患者：72歳，男性。

現病歴：尋常性白斑（表1）。発症は40歳代で，経過の長い方である。

この方の病型は全身性であり，皮膚科で確定診断を受けたが，特別な治療法はないとのことで私のところに来られた。自覚症状は特にないが，色素の脱失が広範囲に及んでいる。全身性・汎発性の場合，自己免疫の問題から考えることになるが，いずれにしても難治性の疾患である。漢方医学の分野でも，尋常性白斑について当帰芍薬散・加味逍遙散・桂枝茯苓丸などの報告があるが，「尋常性白斑の治療＝〇〇湯」という認識はない。1人1人の患者さんをていねいに診ていくことが大切である。

漢方医学的所見：脈状：弦緩（寸口やや緊，関上弦，尺中沈）。舌所見：舌質は淡（白）紅色，やや腫大。苔は一様な白浄苔，茸状乳頭（一）で，潤であり熱の所見はない。腹証：腹力は軟，腹直筋の緊張は軽度。正中部の所見は，胸脇苦満軽度。鳩尾から中脘にかけ

ての上腹部に抵抗があり，上部の方がより抵抗が強い。

臨床経過：自己免疫疾患は背景に炎症があるが，所見でとらえることは難しい。ウイルス性疾患でもC型肝炎は，少なくとも舌所見では炎症像に乏しい（写真1）。初診の段階では，柴胡桂枝乾姜湯を選択し，経過をみたが思わしくない。白斑は徐々に拡がり，逆にメラニン部の色調は濃くなる。この舌所見を血虚・水滯ととらえて十全大補湯を選択した。最初はエキス剤，その後煎じ薬に変更した。当帰・芍薬・人参に比重を置くことで，軀幹の白斑症の進行には歯止めがかかった。しかし，紫外線を強く浴びる部位（顔面・前腕）は白斑部が目立つ。まだまだ工夫が必要である。生薬の揮発成分にも有効性があり，「良い香り」と受けとめる方には煎じ薬の意味は大きいと考えている。

症例 2

患者：61歳，女性。

現病歴：肛門直腸瘻孔（クローン病の疑い，表2）。発症は40歳代。痔の手術を数回受けた経験がある。最終的には，難治性の肛門直腸瘻孔で，病態的にはクローン病と同等との診断を受けた。もう手術はイヤとのことで，私のところを受診されたが，消化器外科（特に肛門科）の専門医にもう一度つなげることから始めた。漢方治療を希望される方の中には，どうも反西洋医学的な考えをもつ方が少なくない。京都府立医科大学附属病院で漢方外来を担当して10年，西洋医学の進歩を恩恵とした上で漢方治療を進めることがいかに

患者さんのためになるかを実感した私としては、まず「標準療法」と「西洋医学的診断」をきちんと確立させることに力を注いでいる。

この患者さんも私の信頼する肛門科の医師に診察をしていただき、「現段階では手術は困難で、経過観察でいきましょう」というお返事を受け取った。ここからが私の出番である。

漢方医学的所見：脈状：寸口やや浮、関上弦緊、尺中沈。日常は忙しく、頭の中は予定をテンポよくこなしていくことに必死である。しかし、腎の働きは弱い。

笑顔の方であるが、相当無理しておられるんだと感じる。夫の両親と同居で、気苦労が多い。舌を見てみよう。なんとなく水滯が目立つ所見である。診察室ではわかりにくかった(一様な薄い黄白膩苔と判断した)が、よく見ると軽度地図状である。茸状乳頭は目立つが、うっ滞の所見ではない。舌尖の潮紅は、慢性的な炎症を示唆している。病状は落ち着いているが、その後の経過でも感染を起こすと舌尖の潮紅傾向が強くなる。また、茸状乳頭も目立つ。こういった所見は舌によく現れ、自覚症状には乏しい。肛門科の医師のてい

表1 尋常性白斑について

白斑は境界明瞭な完全脱色素斑であり、木の葉状・類円形のものから不規則な地図状を示すものまでさまざまである。毛髪のある部分では白髪になることが多い。病型には3つのタイプがあり、①全身性、対称性に見られる汎発型、②単発～数個の白斑が局所に限局する限局型、③皮膚の神経に沿う分節型がある。汎発型は全年齢層に初発し、新生と悪化を繰り返しながら徐々に広がる。分節型の多くは小児または若い成人に初発し、20～30%で自然軽快する。

白斑はメラニン色素をつくる細胞であるメラノサイトの消失あるいはメラニン色素生成機能の停止により生じる。その発症原因は不明であるが、大きく2つの説がある。

(1) 自己免疫説

メラニン色素をつくるメラノサイトに対する自己抗体の存在が認められている。この自己抗体が自分自身のメラノサイトを破壊する(自己免疫機序)。

(2) 神経説

白斑の分布が神経の支配領域に出現する事実や、白斑部に一致して自律神経系の変化(発汗異常)が認められることがある。最近、皮膚の神経終末とメラノサイトが接続していることが明らかにされた。さらに培養色素細胞において、神経蛋白であるカルチニン遺伝子関連蛋白などが培養細胞を刺激し、神経系が正常メラノサイトや分節型白斑のメラノサイトに影響を及ぼしていることが明らかになってきた。分節型白斑では神経蛋白の分泌低下が起こるか、神経蛋白に対するメラノサイトの感受性低下が起こっている可能性がある。

日本皮膚科学会のHPより一部改変

表2 肛門直腸瘻孔

本疾患は、瘻孔の一方は肛門管に開口し、他方は通常肛門周囲の皮膚に開口する管状の路である。症状として、分泌物、時に疼痛を認める。診断は診察およびS状結腸鏡検査による。痔瘻は自然にまたは直腸周囲膿瘍の排膿に続発して生じる。原因疾患としてはクローン病(まれに結核)がある。ほとんどの痔瘻は肛門直腸陰窩に源を發する。直腸瘻はクローン病、産科的外傷、放射線療法または悪性腫瘍に続発することがある。

【症状、徴候、診断】

既往歴として、膿瘍形成と、その後の間欠性または持続性の分泌物排出の繰り返しがある。感染があれば、疼痛を認める。視診の際、1つ以上の二次口がみられることがある。索状の瘻管をしばしば触知できる。瘻管内プローブによって、その深さや方向、しばしば一次口を確認できる。続いてS状結腸鏡検査を行うべきである。化膿性汗腺炎、毛巣嚢胞、化膿性皮膚洞、および尿道会陰瘻を、腺窩性瘻と鑑別する必要がある。

【治療】

以前は、手術だけが有効な治療であった。一次口と瘻管全体を切開開放し、“溝”に変える。括約筋の部分的切開が必要なこともある。括約筋輪を広範囲に切開した場合に、ある程度の失禁が起こることがある。下痢またはクローン病がある場合には、創傷治癒が遅延するため、瘻切開術は勧められない。クローン病患者には、メトロニダゾール投与、他の適切な抗生物質投与、および抑制療法を行う。インフリキシマブはクローン病に合併する痔瘻を閉鎖するのに非常に有効である。前進皮弁またはフィブリン糊の瘻管への滴下は、従来の手術に代わる方法である。

メルクマニュアル18版・日本語版より一部改変

ねいな報告と付き合わせて考える。また、家庭内の問題や仕事（パート）先のトラブルがあると、地図状の所見がはっきりする。

臨床経過：本症例のように、ベースとしてあまり変化のない所見を頭におきながら、劇的ではないが軽微な変化をていねいに観察することで、患者さんの変化をつかむことができる。家庭や職場のストレス、便通の状況、舌の所見から病態の変化をある程度予測することができる好例である。方剤は、京都におられた緒方玄方先生が汎用された千金内托散（『外科正宗』）を基本軸に、柴芍六君子湯・当帰四逆加呉茱萸生姜湯（すべて煎じ薬）を病態に応じて使い分けている。なお、腹証との関わりでは、胸脇部の抵抗が強いときには、舌所見の舌尖の潮紅も強く、また地図状が目立つ。写真2のような所見のときには、軽度心下痞硬を認め、臍周囲の抵抗があり、膝を曲げた診察で圧痛所見としてとらえられる。腹壁表面の観察では下肢を伸ばして診察するが、抵抗を感じて圧痛をみるときは、なるべく膝を伸ばしてもらっている。

症例3

患者：62歳，女性。

現病歴：舌痛症（口腔内違和感。特に苦味に悩む）。舌痛症で悩む方は多い。「先生，ほら，口の中のこのあたりが痛くて痛くて……。食べるものがしみるので，おいしく食べることができません」と口を開けて必死になって説明される。どうしても，自分の苦痛をわかってほしいということなのであるが，所見のあるケースはまれである（口内炎程度）。この方は，近医（歯科）

で診てもらったあと，口腔外科に紹介され，特に問題はないとのことで漢方外来を紹介された。

漢方医学的所見：身長148cm，体重40kgの小柄な方である。夫の闘病（肝硬変症）に付き添って，身も心もクタクタだという。

こういう方を診るときの注意点を1つ。まず，「どこもどうもないよ」は全くの逆効果である。「こんなにしんどい思いをしているのだから，きっと原因があるはず」と患者さんは思っておられる。「ほら，ここ！」に対しても，「うーん，そこなの」と，まず共感していかないといけない。

脈状：寸口沈弱，関上弦，尺中沈。頭の中はカーツとなっておられるが，全般的に陰証・虚証である。

「毎日しんどいんやねえ」

「いいえ，夫のことは私の生き甲斐です。そんなことより先生，早くなんとかしてください」

そんなに強がらなくてもいいのになあ，と思いつつ，何度も脈を診てみる。

「先生，不整脈ありますか？」

「いいえ，そんなことはありませんよ」

「脈で何かわかりますか？ 私は，口の中を見てほしいのですが…」

「はいはい，じゃあ，大きく口を開けて，はい，そう，べろをべーッ」

「べーッ」

明らかな地図状舌である（写真3）。また，苔の脱落した部位は鏡面的である。舌痛症の場合，乾燥傾向にあり，裂紋が深い方が多いが，この方はむしろ水毒的である。舌尖が潮紅（軽度）であるが，茸状乳頭は目立たない。つまり柴胡剤の適応となるうっ血所見は

写真1 症例1

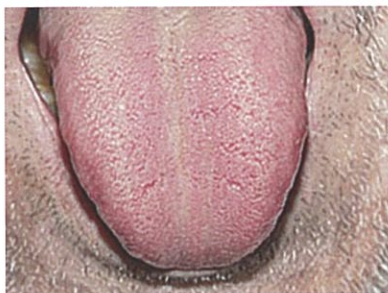
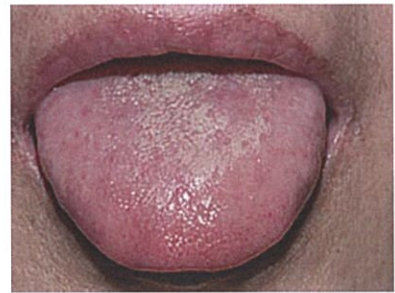


写真2 症例2



写真3 症例3



ない。少し考えてしまっていたのであろう。患者さんが心配そうに、

「何か変ですか？ 私、やっぱり悪いのですか？」と聞かれる。

「いえいえ、変とかじゃなく、治療方針を考えていたのですよ」

あぶない、あぶない、常にこやかに接するという基本が飛んでいる。漢方診療の現場では、舌診でも「患者さんを安らかにする」ことが何よりも大切である。所見をとることに必死になると、肝心の安心（神）作用が失われてしまう。心しておきたい。

「はい、じゃあベッドに仰向けになってください」

「ええ？ 私、困っているのは口の中なんです。なんでお腹を触らないといけないのですか？」

時間かかるなあ……どの部位を診察しても、

「痛い！ 先生、痛いです！」

となる。ここでも安心（神）作用が何よりも大切である。鳩尾の圧痛が特に目立つ。腹直筋の緊張が弱いが、柴胡桂枝乾姜湯からスタートする。栝楼根・

牡蛎の組み合わせは、この方には絶妙か。じゃあ、水滯は？ イライラした雰囲気はどう治すか？ 課題はあるが、主証は陰虚証で地図状舌、冷えを背景とした所見と考え、柴胡桂枝乾姜湯からスタートする。柴胡桂枝乾姜湯→十全大補湯→再び柴胡桂枝乾姜湯と展開し、経過は安定していく。漢方診療にも協力的となり、

「先生の手、あったかいですね。気持ちいいわ」
やっぱり漢方っておもしろい、と思う。

【参考文献】

- 1) 田中梓・林寧・大上沙央理ほか。五苓散と麦門冬湯併用が有効であった舌痛症と口腔乾燥症を併発した1症例。痛みと漢方, 2007, 17, p.51
- 2) 西田慎二・岸田友紀・井上隆弥ほか。乾燥と裂紋を伴い、手術適応とされた舌痛症に清心蓮子飲が有効であった1例。痛みと漢方, 2007, 17, p.48
- 3) 高橋知子ほか。立効散が有効であった舌痛症の1症例。日本歯科麻酔学会雑誌, 2007, 35 (3), p.392
- 4) 草野雅章・小松祐子・梶原淳久ほか。柴朴湯を投与した舌痛症25例の臨床経験。日本歯科心身医学会雑誌, 2007, 22 (2), p.63
- 5) 古賀実芳。舌痛症の経過中に猪苓湯が奏効した1例。伝統医学, 2008, 11 (1), p.26
- 6) 野間昇。慢性疼痛診療ガイド 口腔内の痛み。治療, 2008, 90 (7), p.2177

「漢方と診療」のバックナンバーが <http://www.kampo-s.jp/>
医療関係者向けサイト**漢方スクエア**でご覧になれます。

「情報誌・書籍」からご覧いただけます。
ご利用には会員登録(無料)が必要です。

株式会社ツムラ <http://www.tsumura.co.jp/>
●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。
Tel.0120-329-970

漢方スクエア

舌先潮紅のこと

三谷 和男

三谷ファミリークリニック・京都府立医科大学

はじめに

日常、舌診において、舌（特に尖端）が赤い方をみることが多い。西洋医学的には問題とされない所見であるが、漢方医学的には重要視される。まず、紅舌の考え方であるが、この所見は広く熱候を表していると考えられる。表の所見なのか裏の所見なのか、従来意見の分かれるところであるが、私は一時的な紅色であれば表の所見であり、熱候ではあるが気にとめる必要はないと考えている。しかし、慢性的に紅舌（特に舌尖）を呈しているならば、その原因を探る必要がある。

症例 1

患者：30歳，女性。

主訴：アトピー性皮膚炎。

初診：20XX年8月。

職業：デザイナー。

臨床経過：近医で長年治療を受けていたが、外用剤（ステロイド剤と考えられるが、患者さんは内容を教えられておらず、不明）の投与に不安を感じ、当クリニックに来院。

清熱・消炎・利尿対策を主とした白虎加人参湯エキス9gと消風散エキス7.5gの合方で治療を開始した。

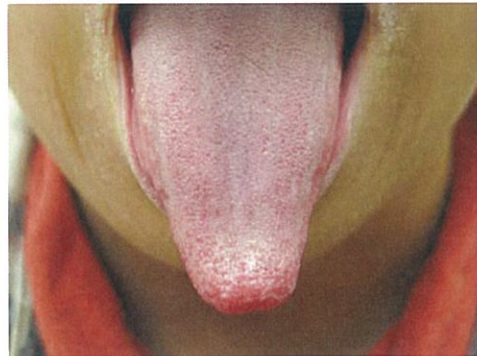
アトピー性皮膚炎の方が漢方薬を希望して来られた際、ときに一気にステロイド剤をやめてしまわれることがある。この方も、とにかく外用剤をやめた

い一心で漢方薬の内服を希望され、ご本人の考えで外用剤を全く中止してしまった。その結果、顔面を中心に皮膚症状が増悪した（粉を吹いたような落屑が目立った）。そこで保湿剤（ヘパリン類似物質軟膏と白色ワセリン）をお出しし、これまで使っていた外用剤も併用可とした。

現在は、白虎加人参湯加黄連（煎じ薬、石膏50g）と荊芥連翹湯（煎じ薬）を使い分けながら経過をみている。食事のことで早寝の指導は欠かせないが、仕事柄10時就寝は難しいようだ。

舌所見（写真1）は、やや力を入れすぎている傾向にあるが、基本的には淡紫紅色で黄白浄苔。水毒の所見を認める（力を入れて舌の先端が白く抜けるようにみえる）。アトピー性皮膚炎の方によくみられる所見であり、石膏・黄連・黄芩・黄柏による清熱を図る必要性を迫っている所見である。

写真1 症例1



症例 2

患者：41 歳，女性。

主訴：不妊症・不育症。

初診：20XX 年 3 月。

職業：高校教諭。

臨床経過：不妊治療を受けるも、思わしくないため漢方治療を求めて来院される。仕事のストレスも大きく、診察室では学校に対する不満を常に口にされる。「夜間の休息が大事ですよ」とお話すると「よくわかっています」とは答えられるが、ご主人のお話を総合すると、資料作りが深夜に及んでいる。ご本人は「こうと決めたら、最後までやらないと気が済まないんです」と、口癖のようにおっしゃる。

漢方治療の結果、体温は二相性となり、安定した経過になってきたが、「もっと肩の力を抜いて！」と励ましている。

処方内容は、当初は抑肝散エキス 7.5g、その後、柴苓湯エキス 9g → 当帰芍薬散エキス 7.5g → 当帰芍薬散エキス 7.5g 合サフラン末 0.3g と変方し、二相性となった現在は苓桂朮甘湯エキス合四物湯エキス（連珠飲の方意）としている。

舌所見（写真 2）は、全般的に瘀血の色調であることがわかる。茸状乳頭が非常に目立ち、小柴胡湯あるいは小柴胡湯合当帰芍薬散（柴胡芍薬散の方意）、あるいは小柴胡湯合桂枝茯苓丸も候補にあがる。

写真 2 症例 2



症例 3

患者：66 歳，女性。

主訴：下肢痛・深部静脈血栓症。

臨床経過：19XX 年，下肢痛を主訴として加賀屋病院受診。以後経過の長い患者さんである。

受診当初は症状の波が大きく、「先生、しばらく痛みが和らいでいましたが、また痛みが出てきました。短い距離を歩くのも辛いです。大丈夫でしょうか？」と不安感とイライラの感じられる訴えが強かったが、現在は落ち着いておられる。

小柴胡湯合桂枝茯苓丸（煎じ薬）を使う期間が長かったが、ここ数年は小柴胡湯（煎じ薬）で固定されている。

舌所見（写真 3）は、地図状で白浄苔（厚い）、歯痕があり、舌尖潮紅部の範囲は広い。

症例 4

患者：38 歳，男性。

主訴：尋常性痤瘡（中等症）。

初診：20XX 年 6 月。

職業：会社員（夜勤あり）。

臨床経過：思春期より顔面・頸部の痤瘡に悩まされている。皮膚科では、アダパレン（ゲル剤）とミノサイクリン塩酸塩を出され、症状は一時的には軽減しているが、中止するとほどなく再燃するため、クリニックに来られた。早く寝ることの必要性は実感されている。

写真 3 症例 3

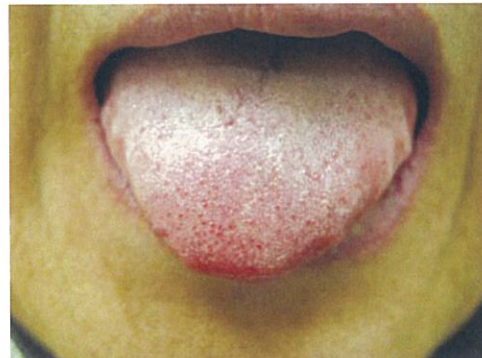


写真4 症例4



が、夜勤もあって実際は難しい。とりあえず甘いものを控えることのみ指導する。

十味敗毒湯エキス 15g から始め、症状の軽減がみられ始めた頃より通常量 (7.5g) に減らした。夏場を迎え、清上防風湯エキス 7.5g を併用する。

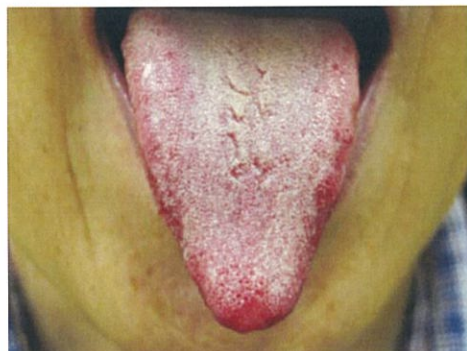
舌所見 (写真4) は紫紅色で、褐色調の舌苔である。中央には亀裂があり、辺縁には歯痕を認める。口唇周囲の瘡瘡は著しく軽減し、経過が安定していることを物語っている。漢方薬は飲んだり飲まなかったりであるが、「調子いいです」と喜んでおられる。

今回のまとめ

紅舌の症例を4例供覧したが、さらにもう1例みていただく (症例5, 写真5)。

この方は看護師で、私の父 (三谷和合) が院長をしていた加賀屋病院 (当時診療所) で働いておられた。私がまだ小学生の頃からだから、かれこれ40年以上のお付き合いになるうか。父が「〇田君はなあ、苦労してんねん。周りが有能やから必死になって勉強してるんや……」と、舌の写真をみながら言っていたのを

写真5 症例5



覚えている。70歳を超えた現在も、ヘルパーステーションの現場で働いておられる。漢方薬を処方しているわけではないが、ときどき私のところに来られて、舌を見てもらってから帰って行かれる。

「お父さんに似てきたね……」

以前は「全く似てないね」とよく言われたのに、最近こう言われることが増えてきた。

舌尖の潮紅所見は、炎症か交感神経の過緊張という見方をしているが、症例3および4でわかるように、症状が安定したからといって潮紅が消えるわけではない。感冒などの場合は、改善すると潮紅所見も軽減 (消失) するが、炎症の質の違いが関係しているのであろうか。

症例5のように、常に「〇〇をせねばならない」と考えて生きておられる方によくみられる所見でもある。「舌尖潮紅があるから、〇〇湯」ではなく、炎症と考えるなら、その炎症の経過と拡がりについての考察が必要である。

また、緊張の高い方なら「通常の舌所見が舌尖潮紅」であるから、その方の日常生活での消耗の程度が大きいことを頭におきながら診療をしている。

慢性疲労症候群の考え方

三谷 和男

三谷ファミリークリニック・奈良県立医科大学大和漢方医学薬学センター

はじめに

この連載も回を重ねてくると、医師・薬剤師の読者の先生方に、舌診について私の意図するところが次第に浸透してきていることを感じる。それは「この舌ならどの方剤が適当でしょうか?」といった質問がめっきり少なくなり、「診察全体の流れの中で考えるんですよ」という答えに納得してもらえるようになってきたからだ。本講座を連載させていただいてることに感謝している。

なぜ慢性疲労症候群を取り上げるのか

今回は、難治性疾患である慢性疲労症候群を取り上げる。本症候群の定義は倉恒らによって再三改定を加えられ^{1,2)}、最新の考え方は表1の通りである。

私は、漢方医学は高い専門性を要求される面もあるが、実臨床ではプライマリ・ケアの立場で役立つ医学と考えている。したがって、日本プライマリケア連合学会が推奨するポートフォリオを意識して、なぜこの症例を取り上げたかについて、まず説明してから詳細を述べる。

漢方治療を求めて私の外来を受診される患者さんに、他科で慢性疲労症候群と診断された方は多く、患者さんの苦痛が大きいわりに有効な治療手段はない。しかし、漢方診療への期待度は高く、症例を通して患者さんどう向き合っているのかを紹介したい。

症例

患者: 34歳、女性。

現病歴: 幼少時より体が弱く、よく微熱を出していた。大学卒業後、しばらく家事を手伝っていたが、2007年4月に就職。しかし、夏が過ぎた頃より、諸関節痛・咽頭痛・発熱が出現、再三仕事を休むようになった。近医(内科)を受診し、血液検査を受けるも異常はない。「まあ、かぜでしょう」と投薬を受け、休養するも改善はみられなかった。その後、眠れなくなり、総合病院の心療内科(精神科)を紹介された。抑うつ神経症・不眠症と診断され、抗不安薬・精神安定剤・睡眠薬を次々に出されるも、余計に体がだるくなるので次第に足が遠のいた。漢方治療を求めて、2010年12月6日に来院。

既往歴: 子宮内膜症(2000-2年8カ月)・乾癬(2000-1年頃より)。

家族歴: 両親と兄の4人家族。

ADL: 昼間は眠く、夜はなかなか眠れない。仕事は全くできない。

主訴: 極度の疲労感・めまい・頭痛・関節痛(左膝・右第二趾・左第一指MP)・微熱(37度)。

初診時身体所見: 身長170.0cm、体重60.4kg、血圧114/67mmHg。

検査データ: 表2参照。

漢方医学的所見: 脈状: 寸口浮・関上浮弱・尺中沈。

舌所見: 淡紅色・舌尖潮紅・白膩苔。舌根部の苔は剥

離している。茸状乳頭が目立つ（写真1）。腹証：胸脇部の抵抗・腹直筋の緊張・自発痛（－）・圧痛（－）。漢方診療問診票：表3参照。

臨床経過

初診時のデータで問題となるのは抗核抗体が陽性という点である。複数の内科・心療内科を経由して私の

表1 慢性疲労症候群（CFS）診断基準

前提Ⅰ.

1. 6か月以上持続ないし再発を繰り返す疲労を認める（CFS診断に用いた評価期間の50%以上認める）
2. 病歴、身体所見、臨床検査（別表1-1）を精確に行い、慢性疲労をきたす疾患・病態を除外するか、経過観察する。また併存疾患を認める

前提Ⅱ. 以上の検索によっても慢性疲労の原因が不明で、しかも下記の4項目を満たすとき

- (1) この全身倦怠感は新しく発症したものであり、発症の時期が明確である
- (2) 十分な休養をとっても回復しない
- (3) 現在行っている仕事や生活習慣のせいではない
- (4) 疲労・倦怠の程度は、PS（performance status：別表1-3）を用いて医師が評価し、3以上（疲労感のため、月に数日は社会生活や仕事が出来ず休んでいる）のものとする

前提Ⅲ. 下記の自覚症状と他覚的所見10項目のうち5項目以上認めるとき

- (1) 労作後疲労感（労作後休んでも24時間以上続く）
 - (2) 筋肉痛
 - (3) 多発性関節痛。腫脹はない
 - (4) 頭痛
 - (5) 咽頭痛
 - (6) 睡眠障害（不眠、過眠、睡眠相遅延）
 - (7) 思考力・集中力低下
- （以下の他覚的所見（3項目）は、医師が少なくとも1ヶ月以上の間隔をおいて2回認めること）

- (8) 微熱
- (9) 頸部リンパ節腫脹（明らかに病的腫脹と考えられる場合）
- (10) 筋力低下

臨床症候によるCFS診断の判定

- (1) 前提Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを満たしたときCFSと診断する
- (2) 感染症後の発病が明らかな場合は感染後CFSと診断する
- (3) 気分障害（双極性障害、精神病性うつ病を除く）、身体表現性障害、不安障害、線維筋痛症などの併存疾患との関連を次のように分類する
 - A群：併存疾患（病態）をもたないCFS
 - B群：経過中に併存疾患（病態）をもつCFS
 - C群：発病と同時に併存疾患（病態）をもつCFS
 - D群：発病前から併存疾患（病態）をもつCFS
- (4) 前提Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのいずれかに合致せず、原因不明の慢性疲労を訴える場合、特発性慢性疲労（Idiopathic Chronic Fatigue：ICF）と診断し、経過観察する

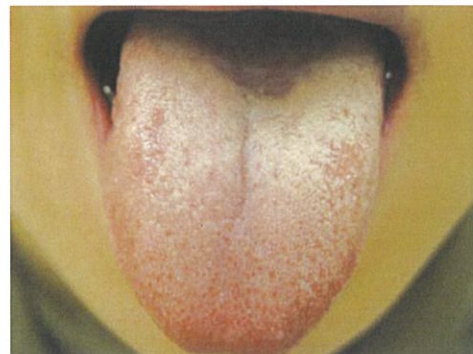
別表1-1. CFS診断に必要な最低限の臨床検査

- (1) 尿検査
- (2) 便潜血反応
- (3) 血液一般検査（WBC、Hb、Ht、RBC、血小板、末梢血液像）
- (4) CRP、赤沈（またはシアル酸）
- (5) 血液生化学（TP、蛋白分画、TC、TG、AST、ALT、LD、 γ -GT、BUN、Cr、尿酸、血清電解質、血糖）
- (6) 甲状腺検査（TSH）
- (7) 心電図
- (8) 胸部単純X線撮影

表2 検査データ

TP 7.1, Alb 4.2, T-Bil 0.5, AST 13, ALT 8, ALP 192, γ GTP 11, LDH 133, Tcho 191, HDL 63, LDL 110, TG 83, FBS 84, BUN 6.5, Cr 0.5, UA 4.1, Na 142, Cl 105, K 3.8, Ca 9.1, FT3 2.85, FT4 1.48, CRP 0.12, WBC 6,500, RBC 414万, Hb 13.0, Ht 37.7, PLT 26.7, ESR 2
抗核抗体 320, HOMO 320, SPECK 320, RAPA 40 >, RA (－), RF IgG (－)

写真1



ところに来られたのであるが、もう一度ていねいに診察を開始するという姿勢で、できるだけ先入観をもたず診療を進めていった。注意すべき点は、抗核抗体である。必ず免疫アレルギー科のコンサルテーションは受けておく必要があることである（この場合、特に治療の必要はないとのお返事をいただいた）。

舌所見からは柴胡劑が適応となる典型例と考えられたが、めまい・ふらつきといった揺らぎの症状と夜間の休息がとれていないことから、水滯と血虚を改善する連珠飲（苓桂朮甘湯エキス 7.5 g + 四物湯エキス 7.5 g）を処方した。

写真2は、2週間後の再診時の所見である。揺らぎ感は比較的早期に改善したが、「ゆっくり休んでも疲労感がとれない」と嘆かれる。舌所見では、初診時の舌尖潮紅は軽減したが舌根部の剝離に変化はない。緊張と緩和の切り替えはうまくできているはずだが、「疲れている」という感覚はほとんど変化がない。

連珠飲を継続するも、症状は一進一退である。ある日、予約外で受診された（2週間後）。「漢方治療に期待をかけてきましたが、あまり変わりません。全然よくなるのに、処方を変えていただけないのが不満です。もっとよく効く処方はありませんか？」

舌根部の剝離が広がっている（写真3）。同時に、苔が厚くなり、内熱の存在がうかがわれる。舌質の色調は淡白紅色となり、夜間の休息不足が考えられる。

「夜は何時頃電気を消してるの？」

「早く消しても眠れないので、眠くなったら電気を消すようにしてます。時間はバラバラです」

「オッケー。じゃあ、眠れなくてもいいから、電気だけ10時には消してね」

「そんなの無理です」

「ちょっと頑張ってみようよ」

柴胡桂枝乾姜湯エキス（7.5 g）に変方する。

4週間後、舌根部の剝離の範囲は広がっているよ

表3 漢方診療問診票

〈体質〉

疲れやすい 冷え症 のぼせやすい

汗をよくかく 胃腸が弱い 暑さに弱い

寒さに弱い 下痢しやすい 便秘しやすい

乗り物に酔いやすい あざがでやすい

アレルギー体質といわれている

かぜを引きやすい 夏になると痩せる

〈性格〉

神経質な方だ 苦勞性と思う

神経過敏の傾向だ イライラする

怒りっぽい方だ とても不安だ

落ち込みやすい

〈全身状態〉

熱： 微熱が続く ソクソクする

汗： 汗をよくかく 寝汗をよくかく

疲れ： ひどい

睡眠： 眠れない

（ 寝つけない すぐ目が覚める）

良く夢をみる 怖い夢をみる

熟睡した気がしない 眠い

大便： 下痢 便秘

*その他、頭痛・目の充血・耳鳴り・難聴・匂いがわかりにくい・のどに何かひっかかっているよう・咳・胃痛・肩こり・腰痛にチェックが入った。

写真2

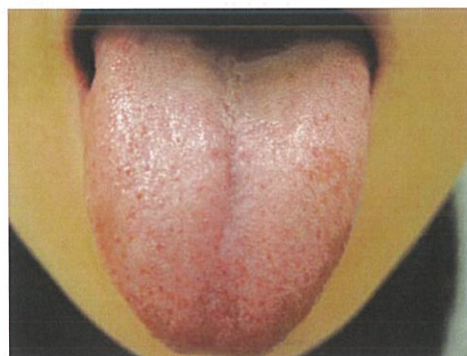
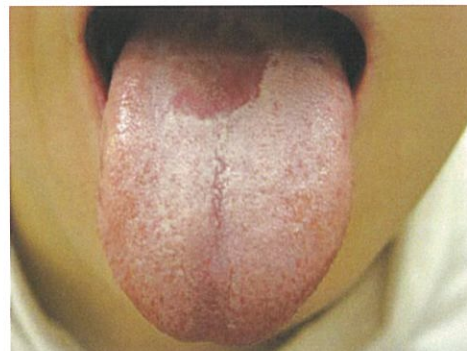


写真3



うに見えるが剝離カ所の苔は浄苔ととらえられる（写真4）。

「先生、ちょっと元気が出てきました。でも、もう一度大学病院に行ってきたいんです。前に行ったときは、私もしんどかったのでちゃんと検査も受けないままに終わってしまいました。今度は、予定された検査も受けてみたいんです」

「いいですね。3年ぶりに行ってみましようか」

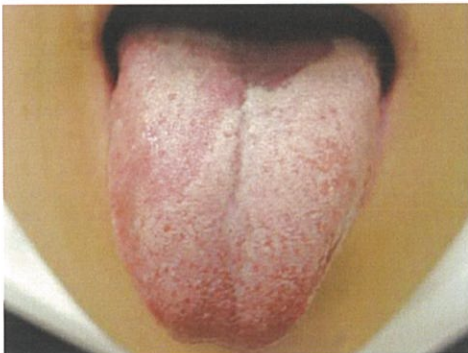
大学病院からのお返事は、「CFSと考えると精査を行います。漢方治療はそのまま継続してください」という内容だった。

再度、連珠飲に戻す。

「え？ またこの処方ですか？ まあ、味はいいけど……」

6週間後、右側部の剝離を認めるが、ようやく落ち着いてきた（写真5）。といっても、訴えは相変わらず多彩であるが、患者さんの「こうしたい」という希望をできるだけ受け入れながら、舌診に依拠して処方を考える。

写真4



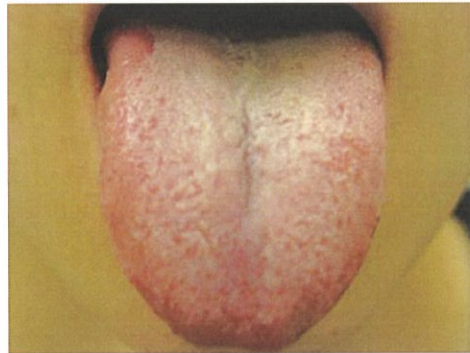
まとめにかえて

この症例は、けっして「うまく治療ができている」症例とはいえない。しかし、舌の変化をよく見ていただきたい。この変化こそ、まさに「雨降って地固まる」所見とみる。患者さんの自覚症状は1つ1つ重要な意味をもっており、毎回でいいいに受け止める必要はあるが、それに振り回されず「軸をもって」方剤を考えられるところに、難治性疾患に対する舌診の醍醐味がある。

【文献】

- 1) 倉恒弘彦. 慢性疲労症候群の実態調査と客観的診断法の検証と普及. 厚生労働科学研究（障害者対策総合研究事業（神経・筋疾患分野））平成24年度研究業績報告書（印刷中）
- 2) 倉恒弘彦. 自律神経機能異常を伴い慢性的な疲労を訴える患者に対する客観的な疲労診断法の確立と慢性疲労診断指針の作成. 厚生労働科学研究（障害者対策総合研究事業（神経・筋疾患分野））平成23年度研究業績報告書, 2012

写真5



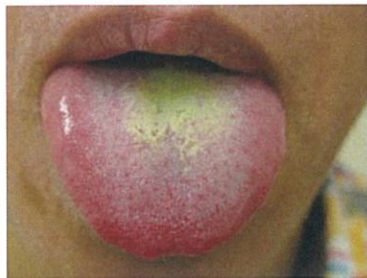
関節リウマチの所見

三谷 和男 三谷ファミリークリニック・奈良県立医科大学大和漢方医学薬学センター

はじめに

私たちの日常の実臨床は、本来は全て「待ったなし」の状況である。一人の患者さんから所見という「データ」を集め、演繹的に分析し、そして治療方針を立てていくわけであるが、その間にも刻々と「その人」は変わっていく。「行く川の流れば絶えずして、しかも元の水にあらず……」だ。通常のカンファレンスでは、ある段階で患者さんの「動き」を止めて詳細に検討すべきである。しかし、漢方医学ではどうだろう。サイエンスの前提は普遍性と再現性だが、漢方医学（特に望診）では、常に「いま」をどう認識したか、が問われる。私は、患者さんの舌をデジタルカメラで撮影し記録に残し、一日の診療が終わった後、もう一度見直している。する

写真1



と診察の間では気づかなかった所見を拾い上げることができる。一方で「なぜこの所見だったのか？」と悩むほど、写真に映し出されていない情報を診察室で掴んでいることもある。では、どちらを重視するか、ということになるが、私は診察室の所見、「判断」を大事にしている。例えば、感冒の治療経過で、「熱」の存在を示唆する奥の厚い黄白膩苔（写真1）が解消されていく経過（写真2・3）は、客観的にわかりやすい。しかし、果たして舌診の意義はその程度のものだろうか。

症例1

患者：40歳，女性。保育士。

主訴：手首の腫れ・痛み。

診断：関節リウマチ。

現病歴：20XX年7月頃より、右第1

指（MP）の痛みを自覚，近医（整形外科）を受診するも多発性関節炎であろうと言われ，ロキソプロフェンナトリウムのみ投与される。改善がみられないため，R病院受診。精査を受け（抗CCP抗体陽性）RAと診断される。治療を開始するも，今度は薬が合わず（副作用の消化器症状が出現）当院を受診。

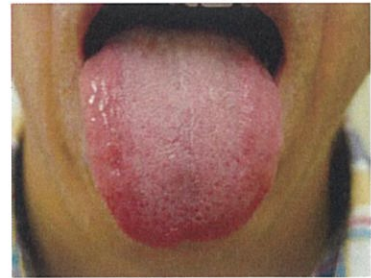
漢方医学的所見（初診時）：脈状：寸口浮・関上弦・尺中沈。舌所見（写真4）：淡紅色・亀裂舌・白膩苔（地図状）。舌質はスポンジが水を含んだような水毒所見である。腹証：腹力弾性硬・鳩尾の圧痛・中脘の抵抗。

治療経過：西洋医学的には，この時点ではMTXを考慮する必要はない。しかし漢方医学的にはどうか。特徴的な舌所見は，亀裂と地図状であり，毎日変化していると考える。よくな

写真2



写真3



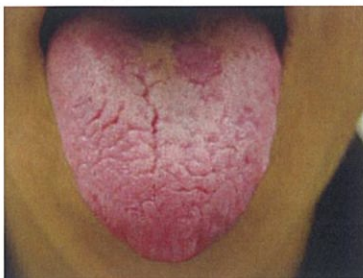
る方向への変化か（榮），そうでないか（枯）を判断して方針を立てる。茯苓・朮・防己による利水が基本だが、四物湯を合わせるか、連珠飲への切り替えを図るか、桂枝は必要ないのか、こまめな対応が必要だ。

「はい、べろを出してくださいね」

亀裂が深くなっている（写真5）。これを水毒の改善とみるか、気虚の所見とみるか、だが、私は湿潤した舌であることより、水の代謝は改善しているとみた。亀裂は相対的な所見である。一方、地図状の白膩苔の拡がりより過労が示唆される。RAの方の特徴として「生真面目」「融通が利かない」ことがしばしば指摘される。私は責任感の強い方と考えているが、よく舌に気虚の所見として現れる。処方では補剤を中心に考える。この方には、はじめ十全大補湯を用い、その後人参養榮湯に変方した。

人参養榮湯投与8週間後、地図状の舌苔は軽減している（写真6）。仕事量は以前よりも増しているが、手に合う範囲でこなせるようになっておられるようだ。口訣として「地図状舌には柴胡剤」といわれているが、こういったRAの方に柴胡剤が使われてきた経緯はないし、私が以前勤めていた加賀屋病院（現・加賀屋診療所）でもRAの方に柴胡剤が使われることは稀だったし、自己免疫疾患の方の熱に石膏はごく少量しか使っていない

写真4



かった。「なぜ？」という検証は必要だが、先人の法則をまず遵守することは必要だ。

症例2

患者：66歳，女性。保育士。

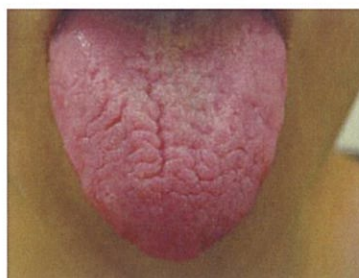
主訴：両肘関節と手首関節の腫脹・疼痛。

診断：関節リウマチ・高血圧症。

病歴：19XX年頃より（40代前半）上記症状が出現。近医（整形外科）にて関節炎として経過を診てもらっていた。しかし、一向によくならないので、OR病院（整形外科）受診、関節リウマチと診断される。DMARDsによる治療を受けるも、湿疹が出現し、漢方治療を求めて来院。炎症の程度（CRP1.8, MMP-3 30, DAS28 4.2）よりMTXを勧めるも拒否。

治療経過：桂枝二越婢一湯加減（煎剤）・サラゾスルファピリジン・ロキソプロフェンナトリウム（適宜）で経過をみていた。しかし、RA治療の基本は外すわけにはいかない。治療薬の選択は最新のガイドラインによって決定される必要がある（最新の生物学的製剤のガイドラインを掲載、表）。ようやく20XX年より、MTXをスタートさせた。ある日の外来で、舌苔は厚い白浄苔に変化（写真7）、瘀血の所見が増強されていた。「また、バレーの練習で忙しかったのですか?」「いえ、もうそんなにでき

写真5



ません。でも、先生。選手として活躍できないので何とかお役に立てないかとチームの練習の日程や試合を組んだりするので、休む時間がいつい遅くなります」「えーっと、いつものように、この表（VASスケールのことです）で笑い顔になりますか？泣き顔ですか？（VAS32）検査データでは以前に比べるといいんですが（CRP0.4, MMP-3 102, DAS28 2.8）、今回は四物湯の方意を入れておきましょう（補中益気湯加桂皮附子より十全大補湯加附子に変方）。でも早く休んでくださいね」「はい」

現在は、MTX3C、大防風湯（煎剤）にて安定している。

症例3

患者：72歳，女性。主婦。

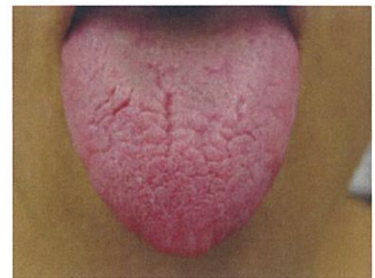
主訴：上下肢の関節痛。

診断：関節リウマチ・骨粗鬆症。

病歴：19XX年（50歳になった頃）、上下肢の関節痛が出現。近医（整形外科）にて治療を受けるも、激的な痛みで外出もままならない日々を過ごしていた。関節リウマチ患者会主催の学習会に参加したのをきっかけに、加賀屋病院を受診し、漢方治療を開始した。

治療経過：痛みの関節が一定せず、行痹と考え桂枝二越婢一湯加減（附子4g）にて治療を開始した。ブシラミン・インドメタシンも併用する。

写真6



関節のX-Pは毎年行い、ADLの評価にも気をつける。当初は、「何でこんなに痛むんですか？」と嘆かれていたが、一進一退だった症状が次第に軽減し、VASスケールで笑顔（CRP 0.2以下、MMP-3 57.6、DAS28 1.8）。舌所見を写真8に示す。舌質は薄く気虚傾向があり、歯痕も目立つ。水の代謝と気鬱対策が求められる。基本は、補中益気湯加桂皮茯苓附子であるが、

夜間の休息が夫の介護でついついとれないときは十全大補湯とする。

まとめにかえて

漢方の勉強会では「最終的に何が効いたんですか？」「〇〇さんはその処方でもよくなりましたか？」という質問を受けることが多い。確かに「よくならなかった」症例をカンファレンスではあまり検討すること

はない。しかし、相当漢方歴の長い先生方を対象とした勉強会で「〇〇湯は難治性疾患の△△病に有効である」といった類のノウハウを求められたときは少しがっかりする。普遍性・再現性が前提のDiagnoseをベースにした検討会なら必要だが、漢方医学は「診断（私は判断 Entscheidung と考える）即治療」の原則があり、診察室でのさまざまな気づきをどう活かすか、が問われる。舌診は、まさにこの気づきに大切な役割を果たしていると考えている。

写真7

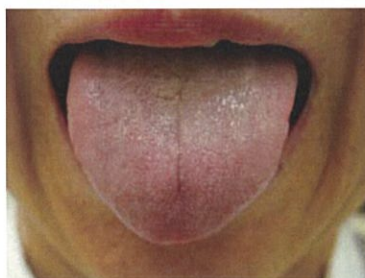
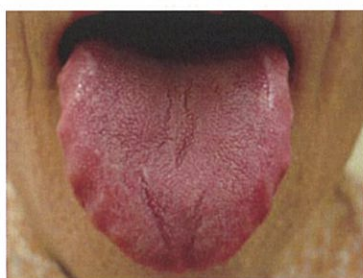


写真8



【参考文献】

- 1) 厚生労働省研究班『寛解導入療法の体系化に関する研究班』報告書
- 2) Arthritis Rheum. 2008, 59, p.762
- 3) Ann Rheum Dis. 2010, 69, p.964

表 関節リウマチ (RA) に対する TNF 阻害薬使用ガイドライン (2014年改訂版より抜粋)

RA においては、「全ての患者において臨床的寛解、もしくは、少なくとも低疾患活動性を目指す」ことが世界的なコンセンサス。厚生労働省の研究班において、臨床的寛解の維持を目標とし、バイオプリー、ドラッグフリー寛解の可能性も視野に入れた RA の治療目標を提言。2008 年の米国リウマチ学会治療勧告 (recommendation) や、2010 年の欧州リウマチ学会治療勧告では、RA 患者を早期に診断して速やかにメトトレキサート (MTX) の使用を開始すること、必要な患者には生物学的製剤を早期から使用することを推奨。

【ガイドラインの目的】

TNF 阻害薬は、関節リウマチ患者の臨床症状改善・関節破壊進行抑制・身体機能の改善が最も期待できる薬剤であるが、投与中に重篤な有害事象を合併する可能性がある。本ガイドラインは、TNF 阻害薬投与中の有害事象の予防・早期発見・治療のための対策を提示し、各主治医が添付文書を守って適正に薬剤を使用することを目的に作成した。

【対象患者】

1. 既存の抗リウマチ薬 (DMARD) 通常量を 3 カ月以上継続して使用してもコントロール不良の RA 患者。
コントロール不良の目安：
・ 疼痛関節数 6 関節以上
・ 腫脹関節数 6 関節以上

- ・ CRP 2.0mg/dl 以上あるいは ESR 28mm/hr 以上

これらの基準を満たさない患者においても、画像検査における進行性の骨びらんを認める

- ・ DAS28-ESR が 3.2 (moderate disease activity) 以上
- のいずれかを認める場合も使用を考慮する。

2. 既存の抗リウマチ薬による治療歴のない場合でも、罹病期間が 6 カ月未満の患者では、DAS28-ESR が 5.1 超 (high disease activity) で、更に予後不良因子 (RF 陽性、抗 CCP 抗体陽性又は画像検査における骨びらんを認める) を有する場合には、MTX との併用による使用を考慮。

3. さらに日和見感染症の危険性が低い患者として以下の 3 項目も満たすことが望ましい。

- ・ 末梢血白血球数 4000/mm³ 以上
- ・ 末梢血リンパ球数 1000/mm³ 以上
- ・ 血中 β-D グルカン陰性

【投与禁忌】

1. 活動性結核を含む感染症を有している。
・ B 型肝炎ウイルス (HBV) 感染者 (キャリアおよび既往感染者)
・ 非結核性抗酸菌感染。
2. 胸部 X 線写真で陳旧性肺結核に合致する陰影 (胸膜肥厚、索状影、5mm 以上の石灰化影)。

3. 結核の既感染者。
4. NYHA 分類 III 度以上のうっ血性心不全を有する。II 度以下は慎重な経過観察を行う。
5. 悪性腫瘍、脱髄疾患を有する。

【注意事項】

1. 重篤な有害事象は感染症が最多。
・ 胸部 X 線写真撮影が即日可能。
・ 日和見感染症を治療できる。

感染症のリスク因子の存在や全身状態について十分に評価した上で本剤投与を考慮。感染症リスクの高い患者では、発熱や呼吸困難などの症状出現に留意するほか、胸部画像所見の推移や血中リンパ球数、β-D グルカン、KL-6 などの検査値の推移にも留意。

副腎皮質ステロイド投与は、感染症合併の危険因子である。TNF 阻害薬が有効な場合は減量を進め、可能であれば中止することが望ましい。

2. インフリキシマブ投与において Infusion reaction (投与時反応) の中でも重篤なもの (アナフィラキシーショックを含む) が起きる可能性があることを十分に考慮し、その準備が必要。
3. 外科手術は TNF 阻害薬の最終投与より 2 ~ 4 週間 (インフリキシマブでは半減期が長いので 4 週間) の間隔の後に進行することが望ましい。
4. TNF 阻害薬の胎盤、乳汁への移行が確認されており、胎児あるいは乳児に対する安全性は確立されていない。

紅色舌のとらえ方

三谷 和男

三谷ファミリークリニック・奈良県立医科大学大和漢方医学薬学センター

はじめに

まだ私が中学生の頃だっただろうか、日曜日ともなれば父は早くから起きて舌診のスライドを陽にかざして熱心に見ていた。

「おい、これ見てみ」

「何の写真なん。えっ？ 舌の写真ばかりや。何で舌なん？」

「人間の身体はなあ、舌でいろんなことがわかるんや」と、一枚のスライドを指さして、

「ほら、こんな舌があるんや」

「苔がまだらやな」

「この舌の患者さんはなあ、すごい苦労してはんねん……」

長い長い物語が始まる。

「舌のことを話してるお父ちゃん、いつもと違ってニコニコしてるなあ」

しかし、私が高校に上がる頃には、そのスライド全てがほこりをかぶって書斎の隅に積み上げられていた。

「もったいないなあ。あんなに熱く語っていたのに」とボックスを作って整理していると、

「お前、何してんねん」

「舌のスライド整理してるんや」

「もう捨てるんや。整理なんかせんでもええ。それよりちゃんと勉強してるんか？ お母ちゃん、お前が成績不振やから体調悪いぞ。おい、ベロ出してみい、ほら勉強してへん奴のベロや！」

何やねん、むちゃくちゃ言うなあ、と怒りながら書斎を出た。そのとき、舌のスライドを見ながら患者さんのことを詳しく語っていた父の姿はどこにもなかった。勉強してへんのはお父ちゃんやないか？ ふとそんなふうに思ったことを思い出す。

大学に入り、家を離れて何年か経った頃、父が舌診をテーマに講演しているのを知った。書斎のスライドは項目別に整理され、帰省した日曜日は、またあの頃が戻っていた。

「この舌の患者さんはなあ……」

舌診は難しいとよく言われるが、診察（観察）する側がイキイキと毎日を送っているのかどうかもカギになるのかな、そう思っていた。

学校の先生は大変な仕事

○村△由さん。39歳、男性。高等学校の国語の教師。奥さんの○村▽美さん。42歳、女性。高校は別だが、音楽の教師。ともに、今年は高校1年生の担任を受け持っている。いつもご夫婦で来られるが、いわゆる「出口のない、行き詰まった雰囲気」が漂う。

まずご主人の△由さんである。

「今日は、どうされましたか？」

「はい、みぞおちのところが詰まって、突き上げてくるような不快感があります」

「このあいだは、かぜがなかなか治りませんでしたね」

「はあ、もうゆっくりしようにも、仕事がつくて……。残った仕事を家に持って帰ってるんですが、そ

れでもこなせません」

身長は165cm、体重は90kgと肥満。糖尿病はないが、高血圧症（カンデサルタンとアムロジピンの配合錠服用）にて治療中である。脈状は、寸口緊・関上弦・尺中沈である。腹部所見は、全般的に膨隆、しかし胸脇部の抵抗があり、心下痞鞭というよりも広範囲の胸脇苦満と考える。

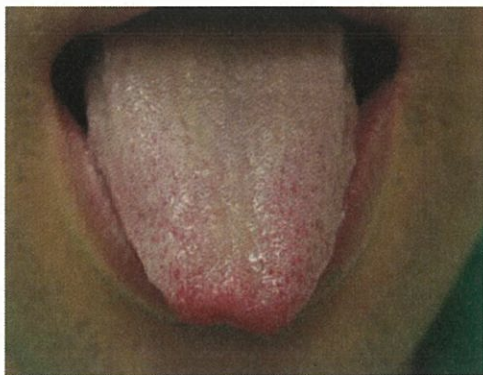
舌所見を見てみよう。比較的明るい舌尖潮紅と厚い（黄）白膩苔である。よくみると茸状乳頭も目立つ。実熱の所見と考えられる（写真1）。この方の場合、「身体の大きな人が小さいサイズの服を着せられたときのような窮屈な感じ」が診察室で話をしていてもよく伝わってくる。

これに対し、▽美さんはどうか。ご主人と同じように、「仕事がきつくて……」とおっしゃっている。脈状は、寸口・関上ともに弦であるが、尺中も緩と落ち着いておられる。腹証は、以前のような張りは軽減し、腹直筋の緊張が目立つ。鳩尾よりも中脘の抵抗が目立ち、心下支結の所見と考える。

舌はどうか？ 舌尖潮紅・茸状乳頭のうっ滞は相変わらずだが、白浄苔は中等度、齒痕を認める（写真2）。いずれにしても実熱の所見である。

しかし、注目すべきはお互いに仕事を持っておられ、しかも同業、「しんどい、やってられない」という気持ちは痛いほどわかるという点だ。お互いを慮ることは大事なことだが、緊張感がかえって高まってしまうこともある。診察室では、ときに突拍子もない会話をしながら「風穴を開ける」ことを心がけている。

写真1



若年性パーキンソン病

△本○優さん。58歳。男性。40代で発症し、神経内科にて治療を受けるもなかなか好転せず、漢方薬を希望されて加賀屋病院を受診された。以後、西洋医学と漢方薬で経過をみている。神経内科ではロピニロール塩酸塩、レボドパ・カルビドパ配合剤、チザニジン塩酸塩、セレギリン塩酸塩の量を調整しながら治療を受けていた。

昨年（2013年）、深部脳刺激療法（DBS）埋込み術を受けた（DBSについては表参照）。2014年8月よりロチゴチンが投与されている。

「先生、じっとしていられればいいのですが、まだこの年です。仕事をしないと食っていけないのですわ。できれば65歳まで。どうかよろしく願います」

頑張り屋さんで、毎日パーキンソン症状日記をつけておられる。「肩がこわばる」「躓きやすい」「頭が痛い」「お腹が空かない」などの記述がみられる。

漢方薬の軸は抑肝散加芍薬（煎じ薬）に置いているが、訴えに対しては、こまめに対応していかないと納得されない。舌所見は、舌尖潮紅傾向にあるが、色調は紫紅色で瘀血の所見である（写真3）。舌血流は緩慢になり、うっ滞が認められる。虚熱と考える。

紅色舌について

舌質が紅色の方は、もともと毛細血管の拡張・充血があり、急性熱性疾患に罹患したときなど、特に舌尖部が深（暗）紅色を呈する傾向がある。「表寒」証と

写真2



考えれば、麻黄・桂皮・羌活・生姜・細辛・紫蘇葉・荊芥・防風が君薬となる薬方（葛根湯・桂枝湯・麻黄湯・荊防敗毒散など）を考え、「表熱」証とみれば柴胡・薄荷・桑葉・牛蒡子・豆豉・升麻・葛根・菊花などを君薬とした桑菊飲・銀翹散などを考える。

また、急性熱性疾患に限らず、舌血流の増加・充血・血流促進・毛細血管拡張などによっても舌質は紅色を呈する。私たちは、アトピー性皮膚炎などの慢性炎症はもちろんだが、それとは別に、交感神経が昂ぶった所見と位置づけ、消炎・清熱剤を中心に考える。石膏・栝楼根・柴胡・知母・升麻・竹葉および黄連・黄芩・山梔子などで、薬方としては白虎加人参湯・三黄瀉心湯・大柴胡湯・小柴胡湯などが候補となる。

同じ熱症でも、虚実の区別は必要である。瘀血の症候もあるが、まず実熱か虚熱かで薬方は大きく違ってくる。虚熱では静脈圧の上昇があり、暗赤色を呈する。

写真3



消炎剤に加え、地黄・麦門冬・五味子・人参などの滋潤剤が必要である。

【文献】

- 1) 三谷和合. 原色漢方舌診法. 緑書房, 1980
- 2) 北京中医学院. 中医舌診. 人民衛生出版社, 1960

表 パーキンソン病に対する深部脳刺激 (DBS)

難治性のパーキンソン病や、本態性・症候性振戦、ジストニアなどの不随意運動に対する外科治療として、従来より脳の特定の部分を破壊する治療が行われていました。最近、これに代わる治療法として深部脳刺激療法 (Deep Brain Stimulation: DBS) が脚光を浴びています。従来の方法に比べて手術に伴う副作用が少なく、両側に行うことができ且つ刺激の調節が可能という利点があります。

脳深部刺激療法 (DBS) とは、脳の深部に留置した電極からの電気刺激により、その部位の活動を抑えて、従来の外科治療で行われていた脳深部の破壊術と同様な効果を得るという治療法です。

実際には刺激電極を脳内の特定の場所 (パーキンソン病では視床下核に、振戦では視床に、ジストニアでは淡蒼球に) に留置し、前胸部皮下に刺激発生装置を埋め込み、それらを皮下の連結ワイヤーでつないで脳内の刺激を行います。DBS は可逆的 (脳を破壊しない) で、手術に伴う合併症が少なく、

体外からの遠隔操作により刺激の設定を変更することが可能で最適な効果が得られるように設定できるといった利点があります。

適応: 薬物治療だけでは十分な効果が得られない、パーキンソン病や、本態性・症候性振戦、ジストニアなどの不随意運動症が対象となります。最もよく行われるのはパーキンソン病ですが、治療はまず薬物療法を行うのが原則です。手術を考慮するのは、十分な薬物治療を行ってもなお著明な日内変動 (ウェアリング・オフやオン・オフ現象) やジスキネジアがうまくコントロールできない場合、薬物でコントロール困難な強い振戦 (ふるえ) がある場合、薬の副作用 (精神症状、消化器症状など) が強く、薬物治療が困難な場合です。

一般に若年者で、L-ドーパに対する反応が良好な患者さんほど劇的な手術効果が期待できます。痴呆やその他の精神疾患を合併した例や二次性パーキンソン病では効果が期待できず適応外となります。

順天堂大学医学部附属順天堂医院・脳神経外科ホームページより
<http://www.juntendo.ac.jp/hospital/clinic/noge/teishinsyu02.html>

機能性ディスぺプシア (FD) の症例を通して

三谷 和男

三谷ファミリークリニック・奈良県立医科大学大和漢方医学薬学センター

はじめに

「先生、最近食事をすると、どうもこのあたり（みぞおちを指さし）に痞えを感じるんです。いいお薬、ありませんか？」

こういう訴えは多い。

「それはきっと慢性胃炎ですね。わかりました。いい漢方薬がありますよ」と安中散や六君子湯を処方する先生は多い。しかし私たちは、まず慢性胃炎概念を正確に理解しておく必要がある。

「プライマリ・ケアの現場では、食後のもたれ感や早期満腹感といった訴えに対し、“慢性胃炎”として曖昧な診断・治療をしているケースがほとんど。慢性胃炎の定義を明確に理解している医師は少ないのではないか」

兵庫医科大学内科学消化管科主任教授の三輪洋人先生のご指摘である。

慢性胃炎の概念は「慢性的な胃粘膜の組織学的な炎症」で、9割がピロリ菌感染と考えられている。まず、内視鏡検査によって器質的疾患の除外とピロリ菌感染のチェックが重要であり、ピロリ菌が否定されれば、機能性ディスぺプシア (FD) と診断される。現在は「心窩部痛や膨満感などの上腹部症状があるが、内視鏡検査で逆流性食道炎や消化性潰瘍などの器質的疾患が認められない疾患を機能性ディスぺプシア」と考えられている。新しい2014年の機能性ディスぺプシアのガイドラインの序文を参照していただきたい。(表)。

症例 1

患者：42歳、女性。

主訴：食事をすると胃がもたれる。

既往歴：思春期より、よくめまいを自覚していた（耳鼻咽喉科で精査を受けるも器質的な問題は認められなかった）

家族歴：夫（44歳）と二人暮らし。

現病歴：20歳前後の頃から「胃がちゃんと動いてない」と思っていた。何度か内視鏡検査を受けるも、「少し胃が荒れている程度」と言われるのみだった。ピロリ菌のチェックは受けていない。身長（162cm）に比べ体重は44kgと少なく、中学の頃が一番太っていたという。X年4月、夫の仕事の関係で、〇〇市に転居したところより症状が再び増悪、体重も2kg減少し、知人の紹介で受診する。

現症：身長161.8cm、体重42.2kgと痩せている。食事のスピードは、ゆっくりと食べる方だと思っている。

血液生化学検査では、アミラーゼが202と上昇しているが、リパーゼは正常である。アイソザイムはややS（唾液由来）が高い。その他は異常なし。

漢方医学的所見では、脈状は寸口緩、関上弦、尺中沈と「イライラして弱った」印象である。舌所見（写真1）は、舌質は淡紅色、白膩苔（薄い）を舌中～舌根部に認める。また、茸状乳頭が目立つもうっ滞はない。潤であり、冷えの所見と考える。腹証は、心下痞鞭・胸脇苦満ともに認める。また、腹直筋の緊張も目立つ。

治療経過：

まずは六君子湯を処方する。2週間後、

「どうですか？」

「あんまり……でもお薬は飲みました。ただ、漢方薬はもっと苦いのかと思っていましたが、甘くて驚いています。でも、私甘い味好きじゃないんです」

「そうですか」

漢方薬の効果判定上、「味」は重要である。脾虚か、気虚か、四君子湯と六君子湯の鑑別ではポイントとなるが、一方で「甘いのが苦手」な方には、甘草・大棗を陳皮・枳実に変えた茯苓飲にすることも多い。

さらに2週間後の診察で、「こっち（茯苓飲）の方がいいです。なんかスツとした気分です」と喜ばれる。

「それはよかったですね」と、ここで、内視鏡検査を勧める。

「ええ？ その検査、もう何回も受けました。こっで、漢方診療していただけると聞いてきたのに、なん

で検査なんですか？ 検査をしないのが漢方なんじゃないんですか？」

どうも誤解されているようだ。西洋医学的な精査は漢方治療の前提である。ピロリ菌の有無は、漢方診療の土台となる。結果は陰性。その後も、さまざまな訴えに耳を傾けながら診療を行っている。

写真1



表 機能性消化管疾患診療ガイドライン 2014 - 機能性ディスペプシア（FD）序文

これまで形態学を中心に消化器病学が進んできたわが国においては、器質的疾患がないのに腹部症状を生じる機能性消化管疾患に対する関心は低かった。しかし、生活レベルの向上とともに国民のQOLへの関心が高まったこと、そして複雑化する現代社会において増加するストレスがその発症に関与していることなどを背景として、機能性消化管疾患に対する関心が飛躍的に高まってきている。実際、日常診療では腹部の愁訴を訴える患者は極めて多く、これらの患者を正しく診断し、科学的に対応することが求められるようになった。そこで、日本消化器病学会ではこの疾患に対して標準的な診断・治療指針を示すため、機能性消化管疾患に対するガイドラインを作成することとなった。

機能性消化管疾患については、機能性ディスペプシアと過敏性腸症候群の二部門に分け、ともにガイドライン統括委員会の定める手順に従ってガイドラインを作成、評価した。作成委員、評価委員は日本消化管学会、日本神経消化器病学会からの推薦を考慮して選任された。まず、2011年7月のガイドライン統括委員会で作成基本方針と作成スケジュールの確認が行われ、ここでガイドラインはGRADEシステムの考え方を取り入れて作成することとなった。同月からGRADEシステムの勉強会が開催され、クリニカルクエスション（CQ）が作成された。2011年11月から、CQに沿ってキーワードが策定され、文献検索が始まった。CQに対するステートメントを作成するため、拾い上げられた論文を一次、二次選択を通じて

選択し、これらの文献の構造化抄録を作成した。論文検索期間は1983年から2011年9月とし、この期間外のは検索期間外論文として取り扱った。また、キーワードからの検索では候補論文として上がらなかったにもかかわらず引用が必要な論文はハンドサーチ論文として取り扱った。文献検索は2012年内に終了し、ステートメントおよび解説の執筆に取りかかった。2013年1月からは、作成委員会を6回開催し、作成されたステートメント案に対して討議、投票のうえ、ステートメントと解説文が決定され、評価委員会で評価、修正が加えられた。2013年12月にパブリックコメントを求め、これをもとに最終的に修正が加えられ「機能性消化管疾患診療ガイドライン2014-機能性ディスペプシア（FD）」が完成した。

2013年5月に機能性ディスペプシアという保険病名が誕生し、今回この疾患に対するガイドラインができたことで、この領域が注目を浴びるとともに、機能性消化管疾患を有する患者に対して正しい診断とよりよい治療が提供される素地が整ったと思われる。ただ、現在機能性ディスペプシアに対する保険適用を有している薬剤はアコチアミドのみであるため、ガイドラインで推奨されている治療には保険上の制約がある。また、本ガイドラインはこれら患者の診療に携わる医師を対象としており、作成はすべて日本消化器病学会の資金によるものであることを付記しておきたい。

症例 2

患者：68歳，女性。

主訴：少し食べたけですぐお腹がいっぱいになる。身体がだるい。

既往歴：高コレステロール血症（ロスバスタチン服用），骨粗鬆症（バゼドキシフェン酢酸塩服用），不眠（ゾルピデム 10mg 服用）。その他，症状に応じてエソメプラゾール・テブレノン・モサプリドクエン酸塩等が投与されていた。

家族歴：夫と二人暮らし。長男，次男は独立して新潟と東京に家族とともに住んでいる。

現病歴：10年くらい前より上記症状に悩まされ，あちこちの医者にかかっていた。内視鏡検査も何回か受けており，慢性胃炎との診断を得ている。薬を飲むと一時的に症状は軽減するも，しばらくすると再燃する。漢方治療に期待し，クリニックを受診する。

現症：身長 154cm，体重 50kg 栄養状態は良好。しかし，表情は暗く，声も低い。舌所見は，普通。「特に問題のない所見」と片づけられそうな淡紅色で薄い白浄苔を認める程度（写真 2）。脈状は沈細，腹証は腹力は軟，自発痛，圧痛はない。この方も，前医で「気のせい」と言われてがっかりきておられる。

基本は「気」をどう考えるか，だ。あちこちの医療機関に受診しておられた（いわゆるドクターショッピング）ことも，診断の手がかりである。怒りなのか，悲しみなのか。間違いなく後者である。

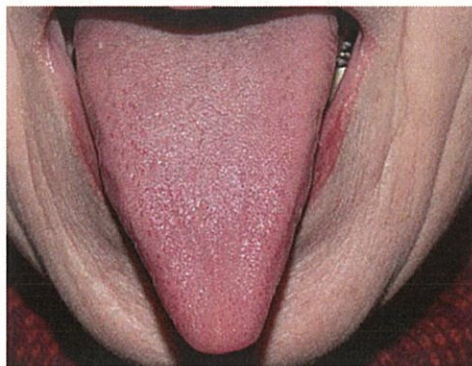
茸状乳頭は目立たず，うっ滞もない。何よりも精気が感じられないのが強い印象となって残る。この疲労感をどう考えるか。気虚であろう。私は，^{にんじん}人參・^{せうじゆつ}蒼朮・^{しょうきう}茯苓の4味の四君子湯（去生姜・大棗）を考えた。この患者さんとじっくり話をすることで，ご主人との不愉快な関係性や，息子さんが遠く離れてしまっていることへの不安感などが次々に出てくる。

治療経過：

「ちょっと面倒くさいかもしれませんが，煎じ薬でいきましょう」

2週間後，「先生，あのお薬よろしいですわ。おいしい，香りもええし，やっぱり漢方，いいですね」とニコニコ話される。そこそこの信頼関係を築くことができ

写真 2



たことがわかる。西洋医学的な精査も積極的に受けていただくことができ，機能性胃腸症として治療を続けている。現在は，四君子湯エキス剤で経過は安定している。

まとめ

消化器は安静にすることができない臓器であり，症状の訴えも多彩である。胃が悪い，といっても，その裏づけとなる所見には乏しいことが多い。大阪市住之江区の加賀屋病院（現診療所）時代には，毎週内視鏡検査の単位を持っていたが，「所見」と「症状」との解離に頭を悩ませていた。表層性胃炎・萎縮性胃炎・肥厚性胃炎……もう今となってはこういった分類はしないのだろうが，私は萎縮性胃炎は悪性につながる可能性がある，と神経をとがらせていた。舌と胃粘膜との関連性についても検討したこともあったが，残念ながらこれといった成果を上げることはできなかった。「みているものが違う」のである。

現在，多くの疾患にはガイドラインがあり，これに沿って病態を考え，治療方針を決めていく。漢方診療においても，西洋医学のガイドラインに沿った考え方で患者さんを診ていくことは前提である。その上で，漢方薬を考えるのである。

今回，舌の特徴があり，検討したい患者さんがおられたが，内視鏡検査でピロリ菌が陽性と出たので外した。常に「診断学」を意識して考えたい。

【参考文献】

- 1) 日本消化器病学会ガイドライン，機能性消化管疾患診療ガイドライン 2014 -機能性ディスペプシア（FD）. 南江堂，2014
- 2) 木下芳一ほか. 胃食道逆流症患者のディスペプシア症状に対する PPI の効果. 特集 プライマリーケアにおける食道・胃疾患. 消化器内科. 2012, 55（1），p.56.