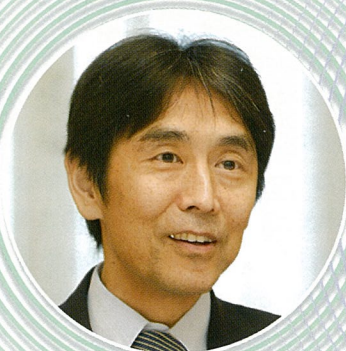


呼吸器疾患の漢方治療について



鹿島労災病院
メンタルヘルス・和漢診療センター長
伊藤 隆 先生



獨協医科大学
心血管・肺内科 講師
加藤 士郎 先生

消化器症状がメインであると考えられていた胃食道逆流症にも呼吸器症状が少なからず存在する。そのような呼吸器症状の多くは西洋薬では改善を認め難いことから、漢方薬による治療が期待される。そこで今回は、漢方治療のご経験が豊富な獨協医科大学の加藤士郎先生をお迎えし、胃食道逆流症に伴う呼吸器疾患を始め、いくつかの呼吸器疾患の漢方治療について、お話を進めていただいた。

胃食道逆流症について

伊藤 胃食道逆流症 (gastroesophageal reflux disease: GERD) は、食道内に酸が逆流することによって引き起こされるすべての病態を包含する疾患概念です。もともとは欧米人に多い疾患でしたが、近年ではわが国でもその発症を多く認めます。本症は胸やけ、食道異物感、嚥下困難感などの消化器症状が主な症状と理解して宜しいのでしょうか。

加藤 GERDはストレスなどによる迷走神経の過剰反応によって、胃酸の分泌が多くなり食道に酸が逆流することが原因であることか

ら、当初は消化器症状がメインであると考えられていました。しかし、実際には消化器以外の症状も4割程度あり、さらにその3~4割に呼吸器症状が認められます。呼吸器症状としては、肺炎(23.6%)や喘息様症状(9.3%)が多いと報告されています。

伊藤 GERDには消化器症状のみならず非消化器症状も多いということですが、治療はどのように行われているのでしょうか。

加藤 GERDによる胸やけなどの消化器症状は、プロトンポンプ阻害剤、H₂ブロッカー、制酸剤などにより改善が認められます。しかし非消化器症状のなかでも咽喉頭部違和感、咳、痰、呼吸困難な

どの呼吸器症状に関しては、去痰剤、テオフィリン製剤、エリスロマイシン系抗菌剤、吸入ステロイドなどを使用するとされていますが、それらでは改善がみられない場合が多いという印象をもっています。

GERDの呼吸器症状に対する漢方治療

伊藤 GERDの呼吸器症状には、西洋薬だけでは十分な効果が得られないという経験から、漢方薬の併用を考えられたわけですね。それでは、症例を紹介してください。

加藤 症例は77歳の男性です。主訴は胸やけ、胸部の不快感、咳、

のぼせです。既往歴として60歳から高血圧症のため降圧薬を服用しています。75歳の時に洞機能不全症候群のため、恒久的ペースメーカーの埋め込みを受けています。70歳まで1日20本の喫煙歴がありました。家族歴には特記すべきことはありません。現病歴として74歳頃から食後に軽度の胸やけを自覚しました。最初はそれほどでもなかったのですが、年々強くなり、76歳時には胸やけとともに胸部の不快感を自覚するようになり、さらに夜間には咳も認めるようになりました。胸部X線と胸部CTスキャンにて食道裂孔ヘルニアを認め、胃透視にて明らかな胃食道逆流現象を認めまし

た。血液生化学検査や尿検査には特記すべきことはありませんでした。本症例の西洋医学的所見と漢方医学的所見を表1にまとめます。これらの所見や内視鏡所見から、本症例は食道裂孔ヘルニアに伴うGERD症候群と診断しました。

初診時は、H₂ブロッカーなどの西洋薬だけで治療を開始しました。2週間には、胸やけや胸部不快感などの消化器症状は改善しましたが、夜間に多い咳とのぼせなどの症状には改善がみられなかったため、テオフィリン徐放剤を追加投与しました。テオフィリンは食道平滑筋の弛緩を助長する作用があり、食道胃逆流現象を悪化させる可能性があります。本人が「吸入はイ

ヤ」ということで、仕方なく処方しました。4週後、咳のみはやや改善傾向を認めましたが、その他の症状の改善は認められませんでした。そこで、漢方医学的所見で、軽度の胸脇苦満、気鬱、気逆さらには心下痞鞭を認めたため、半夏厚朴湯を処方しました。その結果、2週間にはすべての症状が改善し、その後も経過は順調で、治療開始半年後にはすべての服薬を中止することができました。

伊藤 半夏厚朴湯を選ばれたのはどのような理由でしょうか。

加藤 GERD患者さんは、不定愁訴が多く、動悸やめまいも訴えます。また、漢方的には気鬱、気逆、冷えを認めることが多く、これらは半夏厚朴湯の証によく合致していると考えたからです(表2)。

伊藤 なるほど。胸脇苦満がありました。柴朴湯ではどうでしょうか。

加藤 柴朴湯でもよかったかも知れませんが、半夏厚朴湯を選んだ理由がいくつかあります。1つは、以前に高齢者の証を多くの症例で調べた経験では胸脇苦満が2割程度あり、胸脇苦満は必ずしも高齢者の病態を的確に現わす所見ではないという印象がありました。そこで、証の範囲がより広い半夏厚朴湯を選びました。2つ目は半夏厚朴湯の方が薬価が安いという理由です。さらに3つ目は柴胡と黄芩の組み合わせによる間質性肺炎の危険性もありますので、高齢者には柴朴湯より半夏厚朴湯の方が好ましいのではないかと考えました。

伊藤 よくわかりました。ところで先生は、胸脇苦満をどのようにして診られていますか。

加藤 人差し指・中指・薬指の3指で、下腹部から腹診して、ぐっと押し込んで心下痞鞭と胸脇苦満

表1 77歳 男性の所見(主訴：胸やけ、胸部の不快感、咳、のぼせ)

身体所見：	身長172cm、体重64kg、貧血、黄疸、浮腫はなし、 血圧142/78mmHg
胸部の聴診所見：	特記すべきものなし
腹部所見：	心窩部にやや圧痛を認める
神経学的所見：	特記すべきものなし
漢方医学的所見：	全体に陽証でやや実証、心下痞鞭あり、胸脇苦満多少あり、 気鬱と気逆の傾向
寺澤スコア：	気鬱スコア38点、気逆スコア40点、気虚スコア16点で気鬱 と気逆が陽性

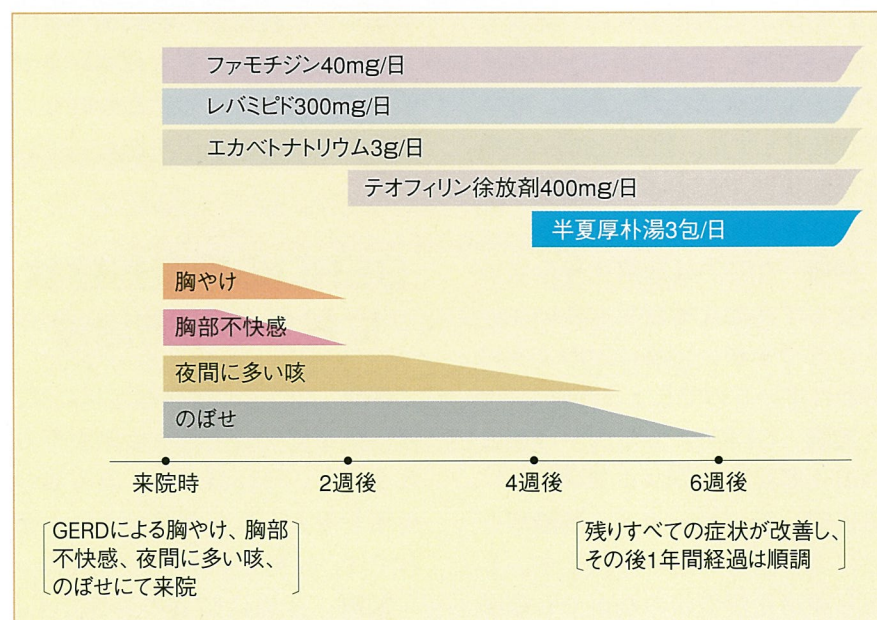


図1 77歳 男性(GERD)の経過

を診ています。圧痛がある場合には胸脇苦満が確実であると判断し、抵抗感がある場合は、腹筋があまり発達していない方の場合のみ胸脇苦満と判断しています。

伊藤 ありがとうございます。ご呈示いただいた症例を含め、半夏厚朴湯の臨床効果を多数例で比較検討されていますが、その方法と結果についても紹介してください。

加藤 対象はGERD19例で、封筒法により対照群9例(平均年齢72歳、男性6例、女性3例)と半夏厚朴湯群10例(平均年齢74歳、男性7例、女性3例)の2群に分けました。いずれもその時点では喫煙習慣も活動性の呼吸器疾患もない症例です。

対照群は現在の治療法を変えることなく咳、痰、咽喉頭部違和感、軽度呼吸困難などを12ヵ月間経過観察しました。通常の西洋医学的治療に加え半夏厚朴湯を6ヵ月間併用し、6ヵ月後には半夏厚朴湯のみ中止し、呼吸器症状の推移を対照群同様に経過観察しました。

その結果、半夏厚朴湯群では対照群に比べ、GERDスコアの有意な改善を認めました(図2)。

伊藤 このデータで興味深いのは、半夏厚朴湯の服用中止後もGERDスコアの改善が持続していたことです。この理由をどのように考えられますか。

加藤 私もこの結果については驚きました。その理由は、半夏厚

朴湯による標治と本治ではないかと考えています。つまり、半夏厚朴湯の服用で、食道裂孔ヘルニアは形状的には残っていますが、GERDの症状は消失したということです。半夏厚朴湯による本治は、耳鼻咽喉科の症例では結構経験することで、GERDでも起こったものと考えます。

伊藤 食道裂孔ヘルニアは持続しているながら、胃からの逆流が減少したということですね。

半夏厚朴湯の薬理作用について

伊藤 半夏厚朴湯は5生薬からなる比較的シンプルな処方構成ですが、蘇葉が入っているところがポイントですね。

加藤 蘇葉を含む方剤は高齢者に適しています。なぜかという、高齢者は多くの場合、うつ傾向にあります。うつ傾向になると、気持ちが落ち込み過酸状態になるといわれています。そのような過酸状態を抑制するためには迷走神経反射を介した作用が求められます。事実、基礎的な研究として、半夏厚朴湯に含まれているpolysaccharideがマウスのストレス反応を軽減し、脳内モノアミン系神経伝達物質である5-hydroxytryptamineとdopamineを増加させたという報告¹⁾があります。さらに、半夏厚朴湯がラット脳内においてストレスに伴う神経興奮の活動マーカーの発現抑制をもたらすという報告²⁾もあります。臨床的にも半夏厚朴湯は、脳血管障害患者やパーキンソン患者の嚥下反射の改善^{3, 4)}、さらには咳反射を改善したという報告⁵⁾があります。そのようなことから、私は半夏厚朴湯はストレスを頭で抑制し、反射を改善することで、胃酸の過

表2 半夏厚朴湯の証とGERD

半夏厚朴湯の構成生薬：半夏(6.0g)、茯苓(5.0g)、厚朴(3.0g)、蘇葉(2.0g)、生姜(1.0~1.5g)

半夏厚朴湯の証：中等度あるいはそれ以下の体力で、咽頭・食道の閉鎖感、ヒステリーなどの神経症状傾向を目標に用いる。腹力がやや低下していて、心窩部に不快感のある時に有効である。また、随伴する不安・不眠・抑うつ、動悸、めまい、咳、冷え、のぼせにも有効である。

↓
GERD患者の多くは、このような証を呈することが多い。

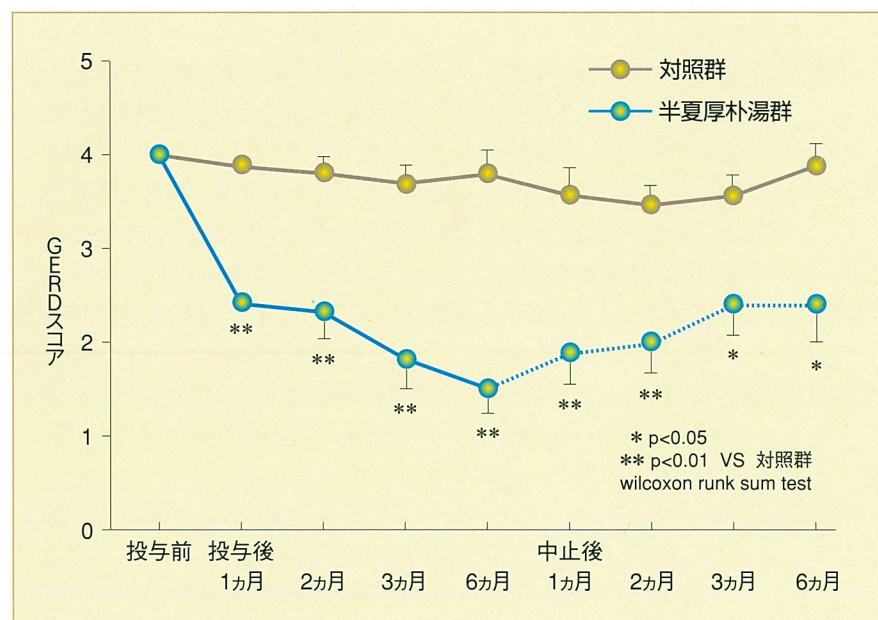


図2 GERDスコアの推移



加藤 士郎 先生

1982年 獨協医科大学卒業
同年 同大学第一内科(現心血管・肺内科)入局
1984年 同大学第一内科大学院入学
1988年 同大学第一内科大学院修了 医学博士 第一内科助手
1994年 同大学第一内科 講師

剰分泌を抑制するのではないかと推測しています。

気管支拡張症の症例

伊藤 それでは、私からは気管支拡張症の1例を呈示します。

66歳の男性です。主訴は微熱、胸が重い、左脇がつっぱる。現病歴として、36歳時に気管支拡張症と診断され、毎年冬になると具合が悪くなります。46歳からは慢性副鼻腔炎で、鼻閉感が毎日夜になると悪化するためエリスロマイシンを数年間服用し、近耳鼻科で鼻の洗浄を繰り返してきました。さらに2年前から手足が非常に冷えるようになり、よく風邪をひくようになりました。首～肩がこり、頭痛がするので3日をあけずにマッサージに通

っています。咳は少ないのですが、痰は不調時には粘っこくなります。ゴルフのハーフラウンドの後半には疲れきって息切れがします。上り坂では普通の人のようには歩けない、ということで当院を受診されました。気管支拡張症が診断された36歳までは、1日20本程度の喫煙がありました。

この患者さんの問診による症状、身体所見ならびに検査所見を表3に示します。

症状が非常に多彩です。慢性的にある微熱、弦脈は陽証を示していますが、冷え、寒がり、舌の湿潤白苔は陰証をも示唆しています。基本的には気管支拡張症の熱が病気の原因であり、これによって消耗した状態と考え陽証と判断しました。自覚症状として、胸が重い、左脇がつっぱることから、胸脇苦満が考えられます。往来寒熱を示唆する症状(熱感と寒がり)とあわせて、少陽病期と考えました。次に脈やお腹の緊張から虚証、首や肩のこり、頭痛、臍上下の動悸、足の冷えなどから気の上衝(気逆)が示唆されました。以上から、柴

胡桂枝乾姜湯の証と考えられました。気分がイライラして怒りっぽい症状は、肝気の亢進をうかがわせまので、柴胡剤でよいと思われました。

その結果、2週後には夜眠れるようになった、食欲が増えた、鼻の洗浄回数が3日おきから7日おきになった等の改善がみられました。4週後には微熱感と鼻づまりが改善し、洗浄が不要になりました。胸脇の違和感もほぼ消失し、不眠も改善しました。8週後も非常に調子はよいとのこと。この患者さんは、毎年、冬近くになると来院され柴胡桂枝乾姜湯の服薬を始め、春になると休薬するというパターンを3年ほど続けています。

加藤 私が柴胡桂枝乾姜湯をよく使用するのは、女性で冷えや気逆があり、喘息気味の方です。

伊藤 神経質そうな方ということでしょうか。

加藤 そうですね。血虚の所見があって、神経質そうな方です。この方剤には、栝楼根が入っているのが特徴で、潤す作用が期待できます。

表3 66歳 男性の自覚症状と所見(主訴：微熱、胸が重い、左脇がつっぱる)

自覚症状：易疲労、気分が優れない、体全体が重い、物忘れ、気分がイライラして怒りっぽい、何となく落ち着かない、些細なことが気になる、集中力がない、風邪をひき易い、眠りが浅くよく夢をみる、朝早く目が覚める、寝汗をかく、寒がり手足が冷える、体に熱感がある、唾液が少なく口が乾燥しやすい、鼻づまりがして臭いがわからない、便通は毎日あるが硬い、夜間尿3～4回。

身体所見：身長165cm、体重62kg、血圧146/78mmHg。体温36.6℃、胸部ラ音なし。

漢方的所見：脈候は弦、緊張は2/5。舌候は湿潤白苔(+)、舌質暗紫色。腹候は腹力2/5、両側季肋骨下抵抗圧痛(±)、臍上悸および臍下悸。足冷(+)。浮腫(一)。上半身の発汗(+)。

検査所見：胸部X線写真にて左下肺野に気管支拡張像あり。呼吸機能検査FEV1.0 83.5%、%FVC 97.9%と正常範囲内ではあるが、下向きに凸の曲線を描いていることから軽度の閉塞性障害が疑われた。心理機能検査では異常なし。CMI II。

伊藤 男性でも、気の病と考えることができるのでしょうか。

加藤 そうですね。この方の所見で、肝気の亢進があり、肝の異常所見がみられることから、気の病と考えてよいと思います。

伊藤 気の動きを柴胡が抑えていると考えるのですね。

咳に対する漢方治療

伊藤 咳の患者を診た時に、よく使用される漢方薬は麦門冬湯と清肺湯だと思います。いずれも風邪や気管支炎で炎症は治まったが、咳や痰だけが残るときに使用されます。なかでも麦門冬湯は滋潤作用がありますので乾性の咳に有用です。それに対し、清肺湯は炎症を抑える作用が強く、湿性咳嗽や黄色い痰が残るような咳に有用です。また、長引いた咳のときには、小柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴朴湯などの柴胡剤も使用されますが、先生はいかがですか。

加藤 柴胡剤の使用にあたっては、基礎疾患の有無を確認することが重要だと考えます。基礎疾患に慢性肺疾患がなければ柴胡剤の使用は問題なく、風邪が長引いていると柴胡桂枝湯を、胸脇苦満が強く比較的若い方で基礎疾患がなければ小柴胡湯を思い切って使用しています。

伊藤 小柴胡湯は何日間程度処方されますか。

加藤 通常1週間分を処方します。1週間後の来院時によくなりましたといわれる患者さんが多いです。柴胡と黄芩の組み合わせが肺の炎症を改善するのですが、気剤によるストレス改善作用も無視できないと考えています。

伊藤 柴胡剤にはそのような作用がありますね。

肺がんに対する補剤の注意

伊藤 先生は肺がんなどのがん治療において、補剤の使い方についてご意見をお持ちです。お話ください。

加藤 がん治療に補剤を使用し、治療効果を高めようという考え方がありますが、誤った補剤の使用はむしろ好ましくない結果をもたらす危険性があります。化学療法後、気虚・血虚が著しい状態であれば補剤として十全大補湯を使用することは問題ないでしょう。しかし、証を確かめずに漫然と補剤を投与し続けると、患者さんが元気になると同時に、がん細胞の増殖能を高める危険性があります。たとえば、舌診で黄苔を認めるとか、胸脇苦満があり体力的にも元気である時に補剤を投与しますと、腫瘍そのものが大きくなる危険性があります。

つまり、漢方医学的にきちんと証を診た上で補剤を処方する必要があります。痰飲や水毒の所見が認められる場合には、いきなり人参養榮湯を処方するのではなく、竹筴温胆湯などで水毒をきちんと改善してから、補剤の処方が必要であるということです。

伊藤 西洋薬の抗がん剤には、漢方的にみると利尿剤のような薬が多いと思います。これらの抗がん剤は、腫瘍周辺のむくみをとる作用があるのでしょね。ところが補剤は、利尿作用よりも潤す作用が強いのので、ご指摘のような問題が起こると考えられます。ということからすれば、先生は黄苔を認める症例には、小柴胡湯や大柴胡湯などを使用されることもあるのでしょうか。

加藤 明らかな黄苔が確認でき



伊藤 隆 先生

1981年 千葉大学医学部 卒業
1986年 国立療養所千葉東病院 呼吸器内科
1993年 富山県立中央病院 和漢診療科 医長
1995年 富山医科薬科大学 医学部和漢診療学講座 助教授
1999年 同大学 和漢薬研究所漢方診断学部門 客員教授
2001年 鹿島労災病院 和漢診療センター長

れば使用します。もちろんこまめに経過を診て、黄苔の所見が消えた段階で補剤を投与します。

伊藤 漢方を使用する場合には、随証治療の考え方が重要であるということですね。今日は貴重なお話をありがとうございました。

参考文献

- 1) Guo Y. et al., Phytother Res., 2004 : 18 : 204-207.
- 2) Zhang W. et al., Phytother Res., 2004 : 18 : 200-203.
- 3) Iwasaki K. et al., Phytomedicine, 1999 : 6 : 103-106.
- 4) Iwasaki K. et al., Phytomedicine, 2000 : 4 : 259-263.
- 5) Iwasaki K. et al., J. Am. Geriatr. Soc. 2002 : 50 : 1751-1752.