

酒皰と酒皰様皮膚炎

- 西洋医学的な治療に抵抗し、漢方薬が奏効した例



前田 學 先生

県立岐阜病院 皮膚科

1975年 岐阜大学医学部卒業
 1977年 岐阜大学医学部皮膚科学 助手
 1983年 米国 Texas 大学植物学科留学 (postdoctoral fellow)
 1986年 岐阜大学医学部皮膚科学 講師
 1994年 岐阜大学医学部皮膚科学 助教授
 1998年 県立岐阜病院皮膚科 部長

はじめに

顔面に紅斑をきたす皮膚疾患は多く、西洋医学的な療法が奏効する場合が多い。しかし、酒皰や酒皰様皮膚炎は漢方療法がより奏効する疾患の代表である。そこで、漢方療法が奏効した症例について紹介する。

症例1 アルツハイマー病を伴った酒皰(Ⅱ度)

症例：69歳、男性(元裁断業、現在無職)

主訴：顔面、特に鼻背周辺の紅潮を伴う丘疹

既往歴：心筋梗塞、平成12年に当院神経内科でアルツハイマー病(長谷川式簡易知能評価スケールHDS-R 23/30点)と診断されアリセプト®の処方を受けている。HDS-Rは平成15年には6点、平成16年には5点と低下した。

現病歴：妻の死後、平成12年頃から注意力が低下してきた。鼻背と両頬部に紅斑を伴う丘疹が多数出現。近医で酒皰と診断され、ビタミン剤内服と外用療法を継続したが改善が認められず、平成16年9月に当科を紹介され受診した。

現症：身長152cm、体重48kg。覇気に乏しい顔貌、便通普通、タバコ20本/日(30~40年間)、飲酒歴なし、食欲はやや低下していた。顔面、特に鼻背には多数の丘疹と膿疱が混在した紅潮・紅斑局面を認め、この紅潮は鼻唇溝から両頬部に存在し、一部眉間部に波及し所々に血管拡張を認めた。掻痒・疼痛はなかった。

検査所見：血液検査でTC 288mg/dL、TG 209mg/dL、UA 3.0mg/dLと高値を認めた以外、異常値は認めなかった。抗核抗体値が40倍(均質・斑紋型)と軽度陽性であった。

経過：初診時より酒皰(Ⅱ度)と診断した。中間証(便

通良好、中肉中背、ややがっちりとした筋肉質体型)で下腹部圧痛および細絡を主とした瘀血状態と胸脇苦満を認めた。桂枝茯苓丸と抗炎症・抗精神作用を期待して小柴胡湯の併用処方とした。服用2週後から紅斑・紅潮の軽減が見られ始め、3ヵ月後には著明改善し、色彩計でも紅斑および色素沈着値が改善した。14ヵ月後にはさらに紅斑が改善し、丘疹・膿疱も完全消失した。18ヵ月後、廃薬したが、再燃の兆候はみられない(図1)。

図1 症例1の治療及び経過

- ・初診時、臨床症状と経過から酒皰(Ⅱ度)と診断
- ・従来のビタミン剤内服療法効果なし

漢方薬(桂枝茯苓丸・小柴胡湯)の併用療法施行

便通良好で、中肉中背、ややがっちり、筋肉質体型から中間証と考え、胸脇苦満と下腹部圧痛及び細絡を主とした瘀血状態を認めた。柴胡剤の抗炎症・抗精神作用と駆瘀血作用を考慮して両剤併用。



初診時

3ヵ月後

14ヵ月後

桂枝茯苓丸 + 小柴胡湯

症例2

熱傷後に生じた片側性の顔面酒皰様皮膚炎

症例：60歳、女性

主訴：左側顔面の紅潮・紅斑

既往歴：白内障、下肢静脈瘤、高脂血症

現病歴：平成14年3月、顔面左側に熱湯で熱傷を受け、総合病院にて冷却、自己判断でアロエを外用した。その後、熱傷部位に掻痒はないものの顔面紅潮、大豆大の円形・楕円形の紅斑が多発したため、近医を受診しステロイド内服・外用を受けたが改善を認めなかった。その後、他院受診し、アロエ皮膚炎合併の熱傷後遺症の疑いでプレドニン®20mg、強力ネオミノファーゲンシー®20mL、ノイロトロピン®1A、タチオン®1Aの注射(3日間)と抗アレルギー剤の内服、ステロイド外用(strongest)療法を2週間受けたが、症状はさらに悪化したため、同年4月に当科を紹介され受診した。

現症：身長152cm、体重48kg。便秘傾向あり。顔面の左側に一致して浮腫混在の紅潮・紅斑局面を認め、所々には血管拡張を認めたが、掻痒や疼痛は認めなかった。

検査所見：耳血一般、肝機能、尿検査には異常なかったが、BUNは26mg/dL、IgEは190IU/mLと上昇を認めた。

経過：初診時、一種の酒皰様皮膚炎と診断し、従来のステロイド外用療法を全て中止し、当帰芍薬散3包/日と梔子柏皮湯1包/日の併用療法およびセファランチン®2g/日内服と強力ネオミノファーゲンシー®・ノイロトロピン®1Aを静注した。治療開始3~4日後には鱗屑を伴って頬部の紅斑は著明に軽減した。その後、ワセリンを少量外用、注射・内服を継続したところ、皮疹のVASは3週後には約10%、7週後には約5%となり、注射は計4回で中止した。4ヵ月後、当帰芍薬散を3包から2包に減量、5ヵ月後にはファンデーションのみ許可したが、悪化しなかった。6ヵ月後、当帰芍薬散を廃薬、7ヵ月後には全ての内服薬を中止したが、以降、再燃は認められなかった(図2)。

まとめ

西洋医学的な治療に抵抗した酒皰および酒皰様皮膚炎に、漢方薬が奏効する症例を呈示した。酒皰様皮膚炎は、使用したステロイド外用剤によって惹起され、化学物質などに対する過敏性亢進や接触性皮膚炎が誘因であることから漢方薬が最適の治療薬となる。いずれも患者ごとに異なる症状・症候(証)を見極め、それに適した漢方薬を選択することが重要である。

図2 症例2の治療経過

初診時	一種の酒皰様皮膚炎と判断、ステロイド外用剤中止。 当帰芍薬散3包・梔子柏皮湯1包、セファランチン®2g/日内服。強力ネオミノファーゲンシー®・ノイロトロピン®1A 静注。
3~4日	表皮剥離(鱗屑)を伴い頬部の紅斑は著明に軽減。 ワセリン少量外用、注射・内服を続行。
3週	皮疹VAS:10%、発汗にても悪化(-)
7週	皮疹VAS:5%、注射は計4回で中止。
4ヵ月	当帰芍薬散を2包に減量、悪化(-)
5ヵ月	化粧を許可、悪化なし
6ヵ月	当帰芍薬散中止
7ヵ月	全内服薬中止。以後2年間悪化・再燃なし



服用前 3週後 7週後

COMMENTS

後山 誰もが使用経験のある小柴胡湯と桂枝茯苓丸の使用で、難治性の皮膚炎がこれほど見事に治ったことは驚きです。また、2症例目では、肝胆湿熱をとる梔子柏皮湯と血を巡らせ寒を散じる当帰芍薬散の組み合わせが非常に興味深いです。峯先生、このような組み合わせについてどのようにお考えですか。

峯 温剤、寒剤という考え方も大切ですが、もうひとつ大事な指標として、潤す、燥かすという考え方も重要です。たとえば、四物湯や、その構成生薬でもある当帰、芍薬、川芎、地黄などは潤す性質を持っていますが、黄連解毒湯や梔子柏皮湯は燥かす作用が強いです。とくに皮膚疾患では、熱をとることも必要ですが、乾かしてしまうとまずいというジレンマがあります。そのバランスをどうするかがポイントではないでしょうか。

後山 貴重なコメントをありがとうございました。ところで、漢方療法が効く皮膚炎であることを、事前に判断できるポイントのようなものがあるのでしょうか。

前田 それは難しいところですが、西洋医学は抑え込む作用、漢方療法はあくまでバランスを保つ作用が主です。とくに難治性の皮膚疾患では抑え込むだけでは改善が認め難いケースが多いと思われます。