

phil漢方

No.30



■ 特別対談 3

慢性疲労症候群に対する漢方治療

関西福祉科学大学健康福祉学部健康科学科 教授 / 大阪市立大学大学院医学研究科 客員教授 倉恒 弘彦
京都府立医科大学 特任教授 / 三谷ファミリークリニック 院長 三谷 和男

■ 処方紹介・臨床のポイント 8

苓桂朮甘湯(茯苓桂枝白朮甘草湯)

新宿海上ビル診療所 室賀 一宏
日本TCM研究所 安井 廣迪

■ くすりの散歩道 10

桂皮—忘れがたい味 昔ニッキ、今シナモン—

千葉大学 名誉教授 山崎 幹夫

■ 私の一処方 12

心療内科における抑肝散加陳皮半夏の有用性

—イライラ感に対する効果—

中部労災病院 心療内科 芦原 睦/山下 真

■ 身近な疾患に対する漢方治療の実際 14

日常診療でよく見かける

「だるい・しんどい・疲れやすい」に補中益気湯

センプククリニック 院長 千福 貞博

■ 当院における漢方診療の実際 16

耳鼻咽喉科領域における漢方療法

新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央綜合病院 耳鼻咽喉科 部長 田中 久夫

■ TOPICS 18

化膿性皮膚疾患(尋常性痤瘡)に対する十味敗毒湯の作用機序の検討

クラシエ製薬株式会社 漢方研究所 遠野弘美

■ ESSAY 漢方BREAK 20

虎とインフルエンザ

山梨県 富士ニコニコクリニック 渡邊 善一郎

■ まずは使ってみよう漢方薬 21

浮腫(むくみ)

島根県斐川中央クリニック 院長 下手 公一

■ セミナー開催のご案内 22

第61回日本東洋医学会学術総会サテライトシンポジウム

第17回東洋医学シンポジウム

こんな時には漢方を



関西福祉科学大学健康福祉学部健康科学科 教授
大阪市立大学大学院医学研究科 客員教授

倉恒 弘彦 先生



京都府立医科大学 特任教授
三谷ファミリークリニック 院長

三谷 和男 先生

慢性疲労症候群に対する 漢方治療

半年以上持続する原因不明の強い全身疲労・倦怠感のために、健全な社会生活を送れなくなる「慢性疲労症候群」について、最近ようやくその実態が明らかにされつつある。今回は、この分野の基礎から臨床にわたるご研究が長く、大阪市立大学に開設されている世界的にもユニークな疲労クリニカルセンターの客員教授でもある倉恒弘彦先生をお迎えして、慢性疲労症候群の病態とその治療における漢方薬の役割についておうかがいした。

慢性疲労症候群研究のきっかけ

三谷 疲労は誰もが日常生活の中で感じるものであり、発熱や疼痛と同様に体の異常を知らせる必要なアラームの一つでもあると思います。この疲労が慢性的にかつ耐えがたいものになったものが慢性疲労症候群 (chronic fatigue syndrome : CFS) であると理解していますが、このようなCFSはいつ頃から注目されるようになったのでしょうか。

倉恒 歴史的には1984年に、ネバダ州のある小さ

な街で、それまで健康に暮らしていた200名もの人々が原因不明の強い全身倦怠感に襲われるという集団発生が初めて報告されました。それを受けて、アメリカ疾病対策センター (CDC) は、この原因不明の慢性疲労の原因が感染症である可能性を考え、解析対象症例を一定にするための診断基準を1989年に発表しています。

ちょうどその頃、私が勤務していた大阪大学の微生物病研究所に膠原病の疑いである女性が入院されました。実は、その患者さんはCFSだったのですが、たまたま私が指導していた研修医がその患者さんの受け持ちになったのが、この病気との関わりをもつ



1983年 鳥取大学医学部 卒業
1984年 大阪大学医学部医学研究科大学院 入学
1986年 和歌山県立医科大学神経病研究部 研究生
1992年 木津川厚生会加賀屋病院 勤務
1998年 同病院 院長
2003年 京都府立医科大学東洋医学講座 准教授
2007年 三谷ファミリークリニック 開設
2009年 京都府立医科大学 特任教授

ようになったきっかけです。

三谷 すると倉恒先生は、それ以来、今日まで30年以上もCFSの基礎から臨床に至る広範な研究を続けてこられているということですね。ところで、大阪市立大学ではCFSを始めとした疲労全般について科学的な研究施設として「疲労クリニカルセンター」を開設されているとのことですが、このセンターの目指すところについてご説明ください。

倉恒 大阪市立大学では、2005年5月から世界的にも珍しく国内施設では初めての「疲労クリニカルセンター」を開設し、「慢性疲労外来」の運用を始めています。これは、2004年度の文部科学省による21世紀COEプログラムに採択された大阪市立大学大学院医学研究科のプロジェクトである「疲労克服研究教育拠点の形成」の一環として開設されました。ここでは私が臨床部門の責任者となって、さらに神経科学の専門家などの協力も得て、「疲労」を学術的に研究し診療することを目標に掲げています。具体的には、疲労病態を科学的に解明するための疲労動物モデルの作成や客観的な疲労評価法の確立、さらには広範な疲労患者さんの診療を行っています。

CFSの病態と発症機序について

三谷 それでは早速ですが、CFSについて詳しく教えていただきたいと思います。まず、CFSとは具体的にどのような症状を呈するのでしょうか。

倉恒 CFSとは、健康に生活していた人が風邪な

どに罹患したことがきっかけとなり、それ以降、原因不明の強い全身疲労・倦怠感、微熱、頭痛、筋肉痛、精神・神経症状などが長期に続いて健全な社会生活が送れなくなるという病態です。日本でも1990年代の初め頃から注目されるようになりました。ごく普通の疲れは誰でも経験しますが、日常生活に支障をきたすほどの倦怠感が半年以上も続くことが大きな特徴です。このような病態に対し、日本疲労学会としても、プライマリ・ケアで利用しやすいように2008年にCFS診断指針を発表しています(表1)。

三谷 疲労の程度がひどいということですが、具体的にはどの程度の疲労を指すのでしょうか。また、自覚症状以外に他覚的な所見はないのでしょうか。

倉恒 疲労の程度は、たとえば全身の倦怠感で1ヵ月に数日は社会生活や仕事ができない、調子がよい日は軽作業ができるが1週間の半分以上は自宅で休んでいる、身の回りのある程度のことはできるがし

表1 日本疲労学会の慢性疲労症候群診断指針(2008年2月)抜粋

6ヵ月以上持続する原因不明の全身倦怠感を訴える患者が、下記の前提I、II、IIIを満たした時、臨床症候からCFSと判断する。

前提I

1. 疲労の原因となりうる器質的疾患・病態がないかどうかを判断する。
2. A) 下記疾患に関しては当該疾患が改善され、慢性疲労との因果関係が明確になるまで、CFSの診断を保留にして経過を十分観察する。
 - 1) 治療薬長期服用者(抗アレルギー剤、降圧薬、睡眠薬など)
 - 2) 肥満(BMI>40)
- B) 下記の疾患については併存疾患として取り扱う
 - 1) 気分障害(双極性障害、精神病的うつ病を除く)、身体表現性障害、不安障害
3. 一般尿検査、一般生化学・血算、ECG、胸部単純X線を基本的検査として行い、器質的疾患を除外する

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

- 1) この全身倦怠感は新しく発症したものであり、急激に始まった
- 2) 十分な休養を取っても回復しない
- 3) 現在行っている仕事や生活習慣のせいではない
- 4) 日常生活活動が発症前に比べて50%以下になっている。あるいは疲労感のため、月に数日は社会生活や仕事ができず休んでいる

前提III

以下の自覚症状と他覚的所見10項目のうち5項目以上を認めるとき

- 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
- 以下の他覚的所見は医師が、すくなくとも1ヵ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

ばしば介護が必要、日中の半分以上は寝て過ごす、など人によってさまざまです。重症になると、常に介護が必要で終日寝て過ごすようになることもあります。また、自覚症状が主ですが、微熱やリンパ節の腫大を伴うこともあります。

三谷 疫学的な発症頻度を教えていただけますでしょうか。

倉恒 世界各国でも調査が行われていますが、日本では、私どもが1999年に厚生省疲労研究班として、愛知県内の15～65歳の男女4000名を対象に行った調査があります。それによりますと、約6割の人が疲労を感じており、さらに約4割の人は半年以上続く慢性疲労を自覚しているという結果でした。さらに日常生活や社会生活に重篤な支障をきたしているCFS患者も労働可能年齢人口の0.3%存在することが明らかになりました。同様のことは、2004年に行われた文部科学省の疲労の疫学調査でも報告されており、人口1000人あたり2.6～2.7人がCFSに罹患している可能性が指摘されています。

三谷 慢性疲労による経済的損失も決して少なくないということですね。ところで、漢方的発想をしますと、慢性疲労症候群になりやすい体質のようなものがあるのではないかと考えますが、いかがでしょうか。

倉恒 当センターに通院中のCFS患者さんについて、性格・気質分析を行ったところ、CFS患者さんでは物事に対する固着性が強く、仕事をする場合にすべて自分で処理しないと気がすまない完璧主義の傾向が、健常人と比較して有意に高いという結果が得られています。

三谷 CFSの発症には、気質的なものもある程度関与するというのですが、発症機序についてはどの程度明らかにされているのでしょうか。

倉恒 多くの患者さんが風邪や下痢の症状を発現してから次第に具合が悪くなっていることから、発症のきっかけはウイルス感染であるという考え方もあります。たとえば、特発性発疹の原因であるHHV6はCFS患者でしばしば再活性化が見られますが、すると体内の異物を除去する免疫系が過剰に反応し、これに伴い炎症性物質が分泌されることによって疲労が起こるという説があります。また、このようなウイルス感染にストレスが引き金になっているという研究もあります。原因としてはこの他にも内分泌異常説、免疫異常説、代謝異常説、自律神経失調説などさまざまな考え方があります。

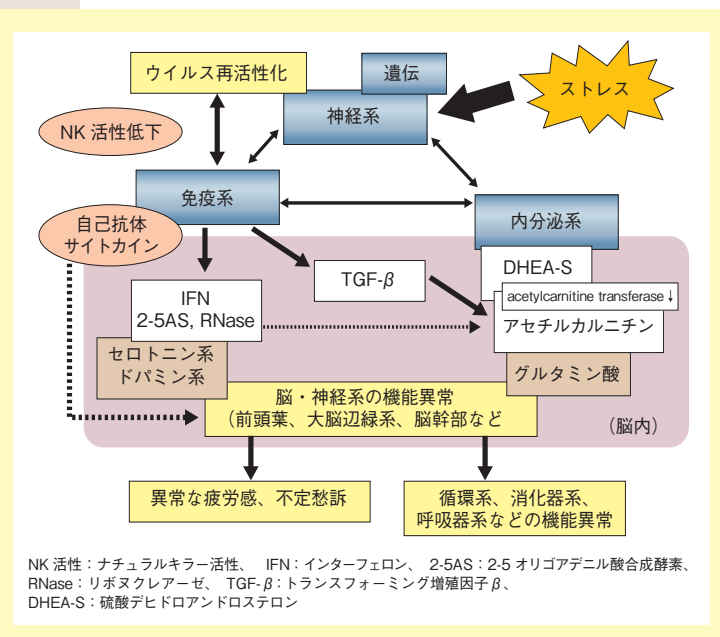
私たちが1991年より厚生省のCFS研究班



1987年 大阪大学大学院医学系研究科博士課程 修了
2001年 同大学大学院医学研究科 講師
2002年 同大学大学院医学研究科 助教授
2003年 関西福祉科学大学健康福祉学部 健康科学科 教授
同年 大阪市立大学医学部疲労クリニック 客員教授併任
2009年 東京大学大学院農学生命科学研究科 特任教授併任

として、CFSの病因・病態の解明を目指した研究を進めており、今ではCFS患者にみられる種々の異常は独立して存在しているのではなく、お互いに関連してカスケードを形成していることを明らかにしました。つまりCFSは、種々の環境要因(身体的・精神的ストレス)と遺伝的要因によって引き起こされた神経・内分泌・免疫系の変調に基づく病態であり、NK活性低下などの免疫力の低下に伴って潜伏感染していた種々のヘルペスウイルスの再活性化が惹起され、これを制御するための産生されたインターフェロンなどのサイトカインによる脳・神経系の機能障害を生じていると考えています(図1)。

図1 慢性疲労症候群に陥るメカニズム(仮説)



このようなことから、これまでは雲をつかむような存在であったCFSの原因や病態が次第に明らかになってきました。

CFSの治療原則

三谷 いずれにしましてもCFSは、疲労という自覚症状がメインになるわけですが、バイオマーカーや画像診断になれている現代の医師にとっては、適切な診断がなかなか難しいのではないのでしょうか。

倉恒 ご指摘のとおりです。「慢性疲労外来」を始めて痛感するのは、つらい疲労を感じる患者さんは、通常、近くの開業医を受診しますが多くの場合、異常がないと診断されます。しかし、それでも疲労が改善しないため、ドクターショッピングを繰り返し、症状によっては耳鼻科・神経内科・整形外科を受診したり、さらには精神科と渡り歩くことが少なくなっています。そのような患者さんが、困り果てて大阪市立大学の「慢性疲労外来」を受診されます。

三谷 まずは正しく診断されることが治療の第一歩ということですね。それでは、正しい診断がされた後のCFSの治療について、一般的にはどのような治療が行われているのでしょうか。

倉恒 症状や原因が多岐にわたるCFSは、通り一遍の治療法では対処できないことが多いです。またCFSは、ストレスとの結びつきが強い病気で、症状はもちろんですが、患者さんのおかれた社会的状況や精神的問題なども考慮する必要があります。つまり、CFSと診断された場合でも、疲労病態に対する内科的治療だけでよい場合と、併存する精神疾患のために精神科専門医の治療を並行して行う必要がある場合があります。

三谷 精神科専門医による治療が必要になるケースとは具体的にどのような場合でしょうか。

倉恒 その目安は、併存する精神疾患が、慢性疲労病態以前あるいは同時に発症している場合です。このようなCFSでは内科的治療だけでは根治が困難で、その予後も悪いことがこれまでの経験から明らかになっています。

三谷 それでは精神疾患の関与が比較的少ないと思われるCFS患者さんの内科的治療についてお願いします。

倉恒 内科的治療の基本は、補中益気湯とビタミンB₁₂さらにビタミンCの大量投与です(表2)。補中益気湯は言うまでもなく生体防御機能を回復させる作用が期待されます。ビタミンB₁₂は末梢神経障害の治療のみならず最近では睡眠障害の治療にも有効

表2 慢性疲労症候群の内科的基本処方

補中益気湯	7.5g/日、分2、食前もしくは食後
アスコルビン酸	3000～4000mg/日、分3、食後を中心に
メチルコバラミン	1500μg/日、分3、食後
その他、対症的にフルスルチアミン、トコフェロールなどを併用する場合もある	

であることが確認されています。またビタミンCの大量投与は活性酸素などによる組織障害を減少させることが確認されています。しかしビタミンCの大量投与は胃粘膜障害を引き起こす可能性もあるので注意が必要です。

三谷 補剤である補中益気湯がファーストチョイスになっていますが、どの程度の期間で効果を認めるのでしょうか。

倉恒 補中益気湯で徐々に免疫力を高め、自覚的に症状の緩和が実感できるまでには4～8週間程度の期間が必要です。速効的な効果は期待できませんが、CFSではあせらずゆっくり治療することが必要です。しかし、これらの投与でも効果が不十分な場合は、選択的セロトニン再吸収阻害薬(SSRI)を投与します。これは、うつ病の治療薬として使うのではなく、脳内のセロトニン代謝の異常が疲労病態に深く関わっていることが明らかにされているからです。さらに、疲労感や虚脱感だけでなく、筋肉痛や関節痛、頭痛などの「痛み」の訴えが強い時には非ステロイド系消炎鎮痛剤を、不眠症状が強い場合には睡眠導入剤を併用することもあります。

CFSに対する補中益気湯の臨床的有用性

三谷 補中益気湯は、補剤の代表的処方で脾胃の作用を高めます。つまり消化管に対する作用と交感神経系に対する緩和作用が期待されるわけですが、先生はCFSの治療に補中益気湯以外の補剤と呼ばれる漢方薬の使用経験はありますか。

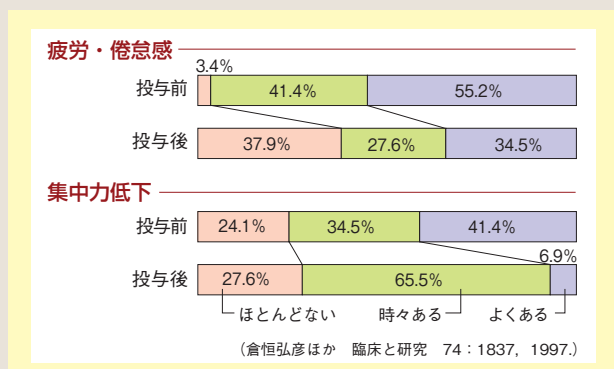
倉恒 漢方薬についてはそれほど詳しくありませんが、補中益気湯は免疫機能などに対する基礎的なデータが一番充実していたため使用しました。補中益気湯以外の使用経験はありませんが、基本的には十全大補湯、人參養榮湯などの補剤についても同様の効果が期待できるのではないのでしょうか。

三谷 CFSに対する補中益気湯の臨床効果については、いくつか検討されておられるようですが、ご

紹介ください。

倉恒 以前に、CFS患者さんを対象に補中益気湯を8～12週間投与し、投与前後のパフォーマンスステータス(PS)、自覚症状、NK活性を比較検討しました。その結果、PSの中等度改善以上が41.4%と通常のプラセボ効果の範囲とされる20%を大きく上回りました。また、自覚症状では、疲労・倦怠感、微熱、筋肉痛、集中力の低下、思考力の低下などの諸症状に明らかな改善効果を認めました(図2)。さらに免疫力の指標であるNK活性についても多くの例で改善傾向を認めました。

図2 補中益気湯投与前後における自覚症状改善度(n=29)



CFS患者さんは、慢性的な疲労により睡眠覚醒リズムの障害が著しいため、服薬を毎食後(1日3回)行うことが難しいことから、1日2回服用タイプの補中益気湯を使用した臨床検討も行いました。難治で当センターを受診された精神疾患を合併しないPSが2以上のCFS患者さんを対象に、1日2回服用タイプの補中益気湯を12週間投与しました。その結果、41%の症例でPS評価が1段階以上の改善を認め(p<0.05)、疲労の程度の指標であるVAS値も低下傾向を示しました。さらに興味深いことは、16項目にもわたる臨床症状を投与前後で比較したところ、7項目で有意な改善を認めたことです(表3)。

三谷 補中益気湯は、すべてのCFS患者さんに有効というわけではありませんが、特効薬と呼べるような治療法がない現状では、まずは試みるべき治療法の1つであるということですね。

倉恒 そのとおりです。補中益気湯はCFSの基礎的な病態を改善させる作用が期待できるだけでなく、1日2回服用タイプの製剤では生活リズム障害や睡眠障害のために覚醒時間を十分に確保できないことが多いCFS患者さんにとってきわめて便利な製剤です。また、補中益気湯の投与で「まぶしくて目がくらむ」いわゆる羞明が有意に改善しました。羞明はウイルスの再活性化による軽い無菌性髄膜炎の発症の結果であろうと推測していますので、補中益気湯の投与で羞明が改善することは、興味深いこ

表3 補中益気湯投与前後における臨床症状の項目別改善度

項 目	有 症 状 例 数	2 段 階 以 上 改 善	1 段 階 改 善	不 変	悪 化	改 善 率 ・ %	Wilcoxon signed-rank test
疲労・倦怠感	22	1	4	16	1	22.7	n.s
微熱	17	0	5	10	2	29.4	n.s.
のどの痛み・腫れ	19	3	6	9	1	47.4	p<0.05
筋肉痛	18	1	9	6	2	55.6	p<0.05
労作後の疲労・倦怠感	22	3	2	15	2	22.7	n.s.
頭痛	21	1	8	12	0	42.9	p<0.05
関節痛	15	3	5	3	4	53.3	n.s.
過眠	20	3	2	9	6	25.0	n.s.
不眠	18	0	8	8	2	44.4	n.s.
まぶしくて目がくらむ	13	1	6	5	1	53.8	p<0.05
目の前の一部が見えなくなる	7	0	3	4	0	42.9	n.s.
物忘れをする	21	2	11	7	1	61.9	p<0.01
興奮する	11	2	0	7	2	18.2	n.s.
「ボーッ」とする	22	2	10	10	0	54.5	p<0.01
集中力が低下する	22	3	6	12	1	40.9	p<0.05
うつ状態になる	16	0	7	7	2	43.8	n.s.

以下の5段階のスコアで評価を行った。
 [0: 症状なし、1: ほとんどない、2: ときどきある、3: よくある、4: 非常によくある]
 * 1段階以上改善した症例数 / 有症状例数
 (倉恒弘彦ほか Prog.Med. 30; 505-510, 2010.)

とです。それ以外にも「物忘れをすることがある」がやはり有意に改善したことは患者さんのQOL改善にもつながるのではないのでしょうか。

疲労研究に関する今後の課題

三谷 CFSの病態やその治療について詳しく教えていただきました。冒頭にも述べましたが疲労は生体に必要なアラームの一つですが、昨今、疲労がありながらそれを疲労とは感じないため、無理を重ね、過労死やメンタルヘルス障害をきたすケースも少なくないように思われます。ご専門の立場から、今後の疲労研究の課題についておうかがいします。

倉恒 ご指摘のような問題が現実起こっています。疲労を疲労として感じないまま過ぐすと、脳が疲労を認識する機能が次第に低下してきます。社会の構造が複雑化すればするほど、そのような危険性が高くなります。そのためにも疲労をより客観的に捉えることのできるツールの開発が急がれ、われわれとしては、疲労の自己チェックリスト表の作成や、よりの確なバイオマーカーの開発などを急いでいます。

三谷 慢性疲労についても「未病」の段階できちんと対応できるようになればということですね。そのような目的のために漢方薬が役立つのであれば、漢方診療を行っている立場からいろいろな議論をさせていただきたいと思います。本日は興味深いお話をありがとうございました。

苓桂朮甘湯(茯苓桂枝白朮甘草湯)

(傷寒論・金匱要略)

組成 茯苓6、桂枝4、朮3、甘草2

主治 水飲・脾虚・脾陽不足

効能 温化水飲・健脾利湿

プロフィール

出典は『傷寒論』および『金匱要略』である。『傷寒論』太陽病中編に茯苓桂枝白朮甘草湯として、『金匱要略』痰飲咳嗽病編に現在用いられている苓桂朮甘湯の略称で記載されている。大塚敬節が「この処方めまいに漢方入門当時の初心者が愛用するもの」と述べているように¹⁾、めまいの代表処方であり、多くの報告がある。また加減方も多く、四物湯を合方した連珠飲、鍼砂・牡蠣・人参を加えた鍼砂湯、呉茱萸・牡蠣・李根皮を加えた定悸飲、車前子・細辛・黄連を加えた明朗飲などが知られている。

方解

本方は、脾陽不足で水飲が心下に停聚した病態の改善を主目的とする処方である。主薬の茯苓は利水作用により体内の水飲を除去して健脾し、白朮は健脾して利水し、茯苓とともに水飲が再び生じるのを防止する。桂枝は陽気を通じさせ、水飲を温化して茯苓の利水作用を補佐する。甘草は諸薬を調和し、桂枝の通陽、白朮の健脾の作用を助ける。

四診上の特徴

苓桂朮甘湯は、臨床応用に記すように様々な疾患に応用されるが、その共通点は循環系の自律神経失調にある。

山本は、早く起床することが困難で、午前中は疲労感があって体調が悪く、時間が経つに従って徐々によくなり、夕方から夜にかけて元気になる一群の人々がおり、このタイプの人のめまいや頭重に本方が非常によく効くと述べている²⁾。以下に要約して紹介する。

めまいは脳貧血によるもので、立ちくらみが見られ、眼前暗黒、心悸亢進、顔面蒼白、冷汗を伴い、ひどければ失神する。主として後頭部の頭重、頸部のこりを訴えることが多い。その特徴は、横になると楽になること、葛根湯や回首散や治肩背拘急方などが一向に効かないことである。これとは別に片頭痛を合併することもある(注:この片頭痛は気圧低下に伴うことが多い)。体質は比較的痩せ型が多く、冷え性でことに手足が冷たい、冬季は“さむがり”である。しかし、暑い夏よりも寒い時期のほうが元気で、活動し易い。のぼせは本証の特徴の一つだが、顔が赤く充血するのぼせには、かえって悪くなる者が多い。常に胃が悪く、心窩部の膨満感や痛み、嘔き気などを訴える。皮膚の色は軽症のものは変わらないが、一般には悪く、顔色はとくに蒼い。皮膚の色に比して結膜や口唇の色は貧血を合併していないかぎり赤い。血圧は低くほとんどが120mmHg以下である。心臓は胸部X線検査で陰影の大きさが小さい。滴状心を示すものも多い。肺野の大きさに比べて心陰影が小さい。脈波は前隆波を示す。舌

は湿潤し、舌質は嫩らかい。歯印を伴うことも多い。舌色は赤く変化が見られない。舌苔は全くないものから白くやや厚みのあるものもある。腹壁は筋肉が比較的薄く、心窩部で振水音を認める。脈は沈である。

本方証の人は、服用3日目位から次第に効いてくる。約7～10日で軽症ならびに中等症は殆どよくなる。他覚的所見はあまり変化が見られないが、自覚症状の好転がすばらしい。外出するとき服用すれば気分が悪くなったり、脳貧血を起こすこともない。

臨床応用

日常臨床では、上に述べたような循環系の自律神経失調による症候に多用される。耳鼻科領域のみならず、内科、小児科、婦人科、眼科、精神神経科など、様々な分野の疾患に用いられている。

■ 耳鼻科領域

眩暈の治療の代表的処方、大塚敬節は「俗に立ちくらみと云われているものに用いる。静にねていると、なんともないが、起き上がると、めまいがするというのが目標である」と述べている¹⁾。めまいに対する報告は多数あり、メニエール病のみならず頭位性眼振や立ちくらみなどにも用いられるほか、他領域の疾患によるめまい、難聴にも応用されている。

田口らは、メニエール病患者に証を選んで苓桂朮甘湯を投与した。この時の適応証は、胃腸症状、悪心・嘔吐が少なく、血圧も正常かやや高い例としたため、適応例が少なかった。しかし、めまいに対する効果は、2週間後56%、4週間後89%で、自覚症状は、首筋・肩こり、悪心・嘔吐、食欲不振が著明改善した。他覚所見は、ロンベルグ現象、注視眼振の消失ないし減少例が多くみられたが、難聴の改善は良好ではなかった。全体的にみて、2週間後よりも4週間後での改善率が極めて高く、本方は運動性を示すものと考えられると述べている³⁾。

小松崎らは、目眩患者71例に本方を投与し、中等度改善以上は24%、軽度改善以上では67%、不変26%であり、有用性では有用26%、やや有用以上が64%であった。疾患別では、頭位性目眩、メニエール病に高い有用性が認められたと報告している⁴⁾。

山際らは、めまい患者20例に苓桂朮甘湯を使用し、4週目で著効7例、有効3例、やや有効2例、無効8例で、著効+有効率は50%。8週目で著効9例、有効4例、やや有効1例、無効6例で、著効+有効率は65%で、長期投与でメニエール病に対して比較的奏効したと報告している⁵⁾。

また長濱は、苓桂朮甘湯を中心に駆瘀血剤や柴胡剤を併用して蓄膿症を治療した結果を報告している。本方を中心に用いた17例では、ほぼ1週間から1ヵ月で鼻閉感が軽快し廃棄できた症例も

報告されている⁶⁾。

■ 内科領域

起立性調節障害や動悸などの循環器疾患に用いられる。塩谷らは、末梢自律神経障害が原因の起立性低血圧患者に苓桂朮甘湯を投与したところ、投与前は循環血流量が過剰に増加した水毒状態であったが、投与後は末梢血管抵抗の増加により血圧を維持すること、そして血管抵抗の増加は、血管収縮により生じていることを報告している^{7,8)}。

吉田は、発作性頻拍症に対して本方を用いて、発作を抑制できている3例について報告している⁹⁾。また、田内らも、高度房室ブロック、多源性心房頻拍、心室頻拍に用いて著効を得ている¹⁰⁾。いずれの例でも、投与開始後不整脈が消失し西洋薬を廃止できた例もあった。

■ 小児科領域

小児の起立性調節障害や起床困難による不登校などに用いられる。甲賀は、小児の起立性調節障害を、「めまい・ふらつき・たちくらみタイプ」「頭痛・腹痛タイプ」「易疲労性タイプ」の3種類に分け、そのうち「めまい・ふらつき・たちくらみタイプ」に用いる処方として半夏白朮天麻湯とともに本方を挙げ、苓桂朮甘湯は「めまい立ちくらみに広く用いられ、心悸亢進、頭痛、神経過敏などの水毒症状を目標とする処方である。半夏白朮天麻湯と同じようなものが適応となるが、この処方の用いられるケースは腹部は軟弱ではなく、顔色も普通のもので対象となる。循環器症状の強い起立性調節障害に最も多く用いられる処方であろう」と述べている¹¹⁾。伊藤らは、早朝起床困難がみられた小、中、高校女子生徒各1例に苓桂朮甘湯を中心とした治療を行い、登校できるようになった3例を報告している¹²⁾。

■ 婦人科領域

この領域では、目眩や動悸を伴う更年期障害や月経前緊張症の治療に用いられる。

西村らは、更年期外来を受診した患者のうち、月経前の黄体期に頭痛・イライラ・抑鬱感・浮腫・便秘などの身体あるいは精神症状を主訴とした15例を対象として本方の効果を検討した。年齢25～49歳で、性成熟期のI群25～34歳4例、II群35～44歳7例、更年期のIII群45～49歳4例であった。証は虚証が6例、中間証が9例で、12例が苓桂朮甘湯で治療を開始し、3例が他の漢方薬から変更、9例がカルシウム剤と併用であった。頭痛、肩こり、目眩、のぼせ、不安感、乳房痛など月経前の18種類の症状を0～3点でスコア化し、簡易更年期指数と同時に苓桂朮甘湯投与前後での変動を検討した。その結果、頭痛、肩こり、目眩は全年齢で改善を示し、のぼせ、動悸に関しては更年期の症例で著効した。イライラ、抑鬱感、不安感などの精神症状の改善は全年齢で有効であった。簡易更年期指数は、更年期の症例で有意に改善した¹³⁾。佐藤らは、目眩を主訴とする更年期障害で、苓桂朮甘湯を投与した8例について報告している。その結果、効果をみた7例全例水毒がみられ、1週間以内に効果をみたと述べている¹⁴⁾。

■ 精神神経科領域

目眩、頭痛、立ちくらみなどの症状を呈する自律神経障害に対して、苓桂朮甘湯を用いた報告がある。筒井らは、自律神経

失調症と診断され、目眩、頭痛、立ちくらみを訴えた20歳代から50歳代の26例、男性11例、女性15例に本方を投与した。その結果、著明改善3例(12%)、中等度改善8例(31%)、軽度改善10例(38%)、不変4例(15%)、悪化1例(4%)で中等度改善以上11例(43%)、軽度改善以上21例(81%)を示した。症状別の効果を個々の自覚症状スコアの変化でみると、全身倦怠感、不眠、立ちくらみ、食欲不振、頭重、目眩、不安、緊張、イライラといった心身の症状に、いずれも治療前に比べて有意なスコアの低下がみられたと報告している¹⁵⁾。

水野らは、パニック障害を痰飲と気逆の混合した病態と捉え、苓桂朮甘湯とパロキセチンを用いた結果を報告し、苓桂朮甘湯は、適応を見極めればパロキセチンと同等かそれ以上の効果があると考えられると述べている¹⁶⁾。また、気圧低下に伴って発症する片頭痛や緊張型頭痛に効くことがある。五苓散証との区別はつきにくい。

その他、癌終末期医療における精神の安定¹⁷⁾や、疼痛を主訴としたパニック障害¹⁸⁾、精神不安の強い高齢者に本方を用いて効果をみた報告¹⁹⁾がみられる。また、明治時代には咽喉頭異常症に用いた山田業精の報告もある。

■ 眼科疾患

『類聚方広義』の頭注に「飲家にして、眼目に雲翳を生じ、昏暗疼痛し、上衝頭眩し、臉腫れ、涕淚多きものを治す。茱萸を加うれば尤も奇効あり。当に心胸動悸、胸脇支満、心下逆満等の症を以て目的と為すべし。(中略)雀目症にも亦効有り」とある。江戸時代より白内障や涙目、夜盲症、眼精疲労などに応用されてきたことが判る。

山本は、苓桂朮甘湯が有効であった偽近視および視神経疾患の症例を報告している。その中で、18例の偽近視において、単独で視力が回復した者はなかったが、一般点眼療法、訓練法、針治療などに本方を追加した場合に視力回復を認めたと報告している。同様に7例の視神経疾患も視力の回復を認めたとしている²⁰⁾。辻は、143例286眼に対し、A群180眼:点眼及びビタミン剤、ATPの内服、B群74眼:A群の治療に苓桂朮甘湯を併用した群、C群32眼:A群の治療に途中から苓桂朮甘湯を追加した群の3群に分け、裸眼視力の変動を比較した。その結果、苓桂朮甘湯を併用した群の方が裸眼視力の改善を認めている²¹⁾。

また上川床らは、視力低下のみられたVDT作業員39名67眼を対象に点眼薬のみのA群と苓桂朮甘湯を併用したB群において、裸眼視力と完全矯正屈折度の改善効果を比較した。その結果、①裸眼視力の視力比が治療後に40%以上改善および②完全矯正屈折度0.25D以上の改善は、両群で差はみられなかったが、治療前の裸眼視力が0.3から0.6の者では漢方併用のB群の方が①、②共に有意に改善していた。このことから、調節麻痺剤点眼と苓桂朮甘湯の併用は、点眼剤単独群より治療前の裸眼視力が0.3から0.6程度の者の裸眼視力と完全矯正屈折度の改善に効果があると考えられたと報告している²²⁾。

藤平は、慢性軸性視神経炎と起立性低血圧と苓桂朮甘湯証の関係性を詳細に調べ、この3者にはきわめて共通点が多いことを述べている。

<引用文献>

- 1) 大塚敬節 症候による漢方治療の実際 p40, 南山堂 東京 1963.
- 2) 山本 巖 東医雑誌(1)苓桂朮甘湯について p690, 燎原 東京 1981.
- 3) 田口喜一郎ほか 耳鼻臨床 75(増5):2337, 1982.
- 4) 小松崎篤ほか 薬理と治療 14(6):4479, 1986.
- 5) 山際幹和ほか 耳鼻臨床 76(12):3267, 1984.
- 6) 長濱善夫 漢方の臨床 2(2):79, 1955.
- 7) 塩谷雄二ほか 日東医誌 44(3):427, 1994.
- 8) 塩谷雄二ほか 日東医誌 50(1):21, 1999.
- 9) 吉田秀義 漢方診療 2(2):35, 1983.
- 10) 田内宣生ほか 日本小児東洋医誌 19:5, 2003.
- 11) 甲賀正聰 漢方治療指針 p486, 緑書房 東京 1999.
- 12) 伊藤 隆ほか 日本東洋心身医学研究 20(1/2):34, 2005.
- 13) 西村公宏ほか 産婦人科漢方研究のあゆみ 19:67, 2002.
- 14) 佐藤泰昌ほか 産婦人科漢方研究のあゆみ 21:131, 2004.
- 15) 筒井末春ほか 医学と薬学 7(3):773, 1982.
- 16) 水野泰行ほか 日本東洋心身医学研究 23(1/2):37, 2008.
- 17) 渡辺睦弥ほか 日本東洋心身医学研究 20(1/2):55, 2005.
- 18) 松村崇史ほか 日本東洋心身医学研究 18(1/2):38, 2003.
- 19) 榎原正純 漢方診療 12(1):8, 1993.
- 20) 山本昇吾 眼科臨床 75(6):826, 1981.
- 21) 辻 静夫 漢方診療 2(4):72, 1983.
- 22) 上川床総一郎ほか 視覚の科学 16(1):17, 1995.

くすりの散歩道

最近のスイーツブームの中で“シナモン”は大活躍をしているが、その正体はクスノキ科クスノキ属の常緑高木ケイヒ *Cinnamomum cassia* あるいはその同属植物の幹皮である。産地や品質によって、広南桂皮、ベトナム桂皮、セイロン桂皮、タイ桂皮、ジャワ桂皮などそれぞれに変わった名前と呼ばれる。

桂皮はケイヒアルデヒドなど芳香性の精油を3%にも及ぶほど豊富に含有し、多くの漢方処方に配合される重要な生薬「桂皮」として重用されていて、『神農本草経』にも「牡桂」または「菌桂」として上品の部に収載されるほどに利用の歴史は古い。漢方ではケイヒの若い枝先も「桂枝」として、たとえば「柴胡桂枝湯」のような配合例があって、使われる目的は桂皮の代用というだけではないらしい。

桂皮の適用症状として知られるのは、頭痛、発汗、解熱、悪風、神経痛、逆上中等であるが、一般的には芳香性健胃薬の目的に使用されることが多い。また民間薬的には打ち身、捻挫、ひび、あかぎれにも使われるという資料があるが、残念ながらどのようにして使うのかについては知らない。

子供の頃の懐かしい思い出として、駄菓子屋の店先に束ねて売られていた「ニッキ」は細い桂枝の束で、その呼び名はケイヒと同属の植物ニッケイ（肉桂）*C.roureirii* に由来する。ニッケイの原産地はケイヒと同様に中国雲南地方とされ、中国南部からベトナム、タイなどに自生し、栽培もされている。わが国でも一時は鹿児島、高知、和歌山などで栽培されたが、現在はほとんど生産されていないらしい。

チューインガムやキャンディなどをふんだんに口にすることが出来なかった時代の子供達には貴重な“菓子”であったし、ニッキの香りは京都の銘菓「八ッ橋」など多くの菓子やニッキ飴、ニッキ水などにも活かされて、わが国でも日常の生活に馴染まれた身近な香りであったと考えられる。



千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

Mikio Yamazaki

わが国の食文化にシナモンのような西欧の香りが漂い始めたのは、恐らくは明治の時代、“文明開化”以降のことであったと思われるが、私自身の思い出としては画家として5年にもわたるフランス滞在から帰国した叔父の家で、叔母の手作りのアップルパイに振りかけられたシナモンの香りが珍しく、70年近くも昔のことでありながら未だに忘れることができない。

ところで、最近の薬学会の会員誌「ファルマシア」に、桂皮に関する面白い実験結果についての記事が載っていたので紹介したい。それはシナモンを使ったライスペディングが食後のインスリン受容体機能を改善し、糖尿病予防にも役立つのではないかという知見であった。実際には6グラムのシナモンを含



桂皮

けい

ひ

忘れがたい味
昔ニツキ、今シナモン

むライスプディングを食べさせた健常人の食後の血糖値上昇の抑制が観察された。しかし、日常の食生活では6グラムものシナモンを一どきに摂取することは無いだろうということからシナモンの量を減らした実験を行ったところ、3グラムのシナモン含有プディングでは食直後の血糖値に有意差はなかった

ものの、食後60分において血清インスリン濃度の有意な低下、血清中GLP-1(グルカゴン-ライク-ペプチド:脂質を摂取したときに分泌される消化管ホルモン、膵臓β細胞からのインスリン分泌を促進させる)の濃度に有意な変化が認められて、結果的にシナモンはグルコースの骨格筋への取り込みの増加に働くことによって血糖値の上昇を抑制し、インスリン需要を減らすことがわかったという。

●
桂皮から得られる水抽出エキスの薬理的活性に関しては、すでにさまざまな角度からの検討が行われており、抗腎炎活性、ヘキサバルビタールによる睡眠時間の延長作用、マウスの腹腔に酢酸を注射したときの腹の振れ(酢酸-ライジング)抑制作用、抗血栓作用などについての知見が報告されているが、血糖値に対する効果についての報告は初めてと思われる。

●
一方で、前述のような桂皮の適応症状を裏づける研究については、それらのほとんどが桂皮アルデヒドを用いた実験の結果として報告されており、恐らくは中枢神経抑制作用(運動量抑制、鎮痛作用、睡眠延長作用等)あるいは少量の場合の興奮作用に起因すると考えられる。

●
桂皮アルデヒドにはまた内因性カテコールアミンを遊離させることによる心拍数や心収縮力の増加、あるいは冠血管における血流量の増加に働く作用がある他、血小板凝集因子であるトロンボキサンA2の産生抑制を介しての血小板凝集抑制作用に関する報告もある。

●
昔の「ニツキ」が最近の「シナモン」に代わっても、その香りを楽しむ我々の嗜好が変わることはなかったと思われるし、何よりも、中国医学からわが国の漢方医学へと連綿として伝えられた「桂皮」からの恩恵はこれからも続いていくのだろうと思われる。

心療内科における抑肝散加陳皮半夏の有用性

ー イライラ感に対する効果 ー

中部労災病院 心療内科 芦原 睦 山下 真

キーワード

- 抑肝散加陳皮半夏
- イライラ感
- ストレス関連疾患

心療内科の実地診療において、向精神薬投与によりうつ・不安が軽減されてもイライラ感が残る症例を経験することが多い。われわれは向精神薬投与でもイライラ感を訴える患者に対し、抑肝散加陳皮半夏を投与することで、向精神薬を変更・増量することなく症状が改善する症例を認めている。また向精神薬の減量・離脱が可能となった症例も認めている。従来より当科ではストレス関連疾患に対して向精神薬と漢方薬の併用療法を日常診療に取り入れており、抑肝散加陳皮半夏も有用性の高い漢方薬と考えている。

はじめに

先の見えない経済不況の中で、雇用の不安や生活苦を感じながら暮らす人々が増えている。そのような現状を反映してか、日々の生活の中でストレスを感じたりイライラしている人も多く、これらの症状を訴え心療内科を受診する患者が増加している。

心身症などのストレス関連疾患に対し、当科では主に向精神薬等による薬物療法を行っているが、西洋薬の投与だけではイライラ感が改善しない患者も多い。このような、向精神薬内服にもかかわらずイライラ感を訴える患者に対し、抑肝散加陳皮半夏を投与しその臨床的有用性を検討したので報告する。

対象および方法

対象は、2008年2月から同年11月に当科外来を受診した患者で、イライラ感のために抑肝散加陳皮半夏を投与した17例（男性8例、女性9例、平均年齢 41.8 ± 12.7 歳）である。対象症例の診断は気分障害7例、不安障害2例、神経性大食症2例、緊張型頭痛2例、過敏性腸症候群、円形脱毛症、全身性エリテマトーデス、線維筋痛症が各1例で、全例が向精神薬内服中であつた。投与中の向精神薬は抗不安薬、抗うつ薬で、抗精神病薬の投与例はなかった。

向精神薬の変更や増量することなくクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒7.5g/日(EK-83)を分3で投与した。

抑肝散加陳皮半夏投与前後でのイライラ感について調査し評価を行った。投与開始前と投与開始後2

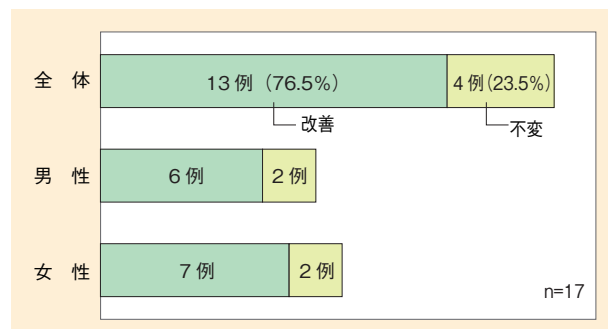
～4週間における外来受診時に、担当医が症状の変化を問診した。また自己評価式抑うつ性尺度(Self-rating Depression Scale:SDS)、状態・特性不安検査(State-Trait Anxiety Inventory:STAI)、東邦大式Medical Index(TMI)などの心理テストの変化についても調査した。

結 果

抑肝散加陳皮半夏投与後のイライラ感の変化を図1に示した。17例中13例でイライラ感が改善し、全体の改善率は76.5%であつた。男女別には、男性8例中6例、女性9例中7例に改善を認めた。改善例の中には、抗不安薬が離脱できた症例やイライラ感の改善とともに頭痛が改善した症例も認められた。

抑肝散加陳皮半夏投与前後でのSDS、STAIの平均得点は減少したが、統計学的に有意差は認めなかった。またTMIの変化では、質問項目のうち、「易怒性」を表現する「すぐカーとなったりいらいらしたりしますか」に対して「はい」と答えた割合が、

図1 抑肝散加陳皮半夏投与後のイライラ感の変化



投与前60%から投与後40%と有意な減少を認めた。TMI全体ではやや改善傾向を示すものの有意差は認められなかった。

考 察

心療内科での診療において、向精神薬投与によりうつ・不安が軽減されてもイライラ感が残る症例を経験する。今回の検討ではイライラ感を訴える患者に抑肝散加陳皮半夏を投与し、向精神薬を変更・増量することなく症状の改善が期待できることを認めた。また、抑肝散加陳皮半夏投与により症状が軽減された結果、向精神薬の離脱・減量が可能となった症例も認められた。さらに易怒性に有意な改善を認めたことは、直接イライラ感の改善を示すものである。

以上より、抑肝散加陳皮半夏はイライラ感を訴えるストレス関連疾患に対する向精神薬との併用療法に有用な漢方薬と考えられた。

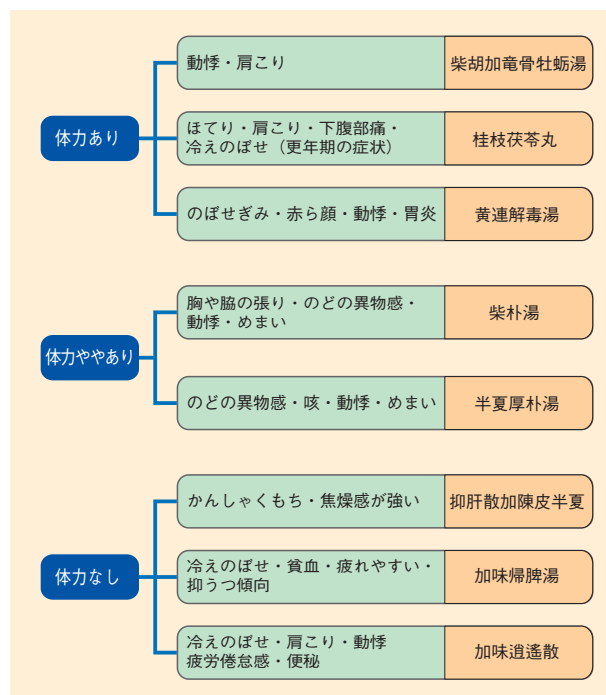
抑肝散加陳皮半夏は虚証から虚実中間証に適応とされ、本来、幼小児の夜泣きやひきつけ、神経症に臨床応用されていた処方である。現在では成人においても不眠症や精神・神経症状を中心に広く用いられている。篠崎は、イライラ感を主訴とする症例に対する抑肝散加陳皮半夏の有効性(効果発現:2~4週)を報告している¹⁾。また関矢らは、慢性頭痛の症例に抑肝散加陳皮半夏が有効であったと報告している²⁾。われわれもイライラ感・易怒性への有用性を認めた他に、イライラ感とともに頭痛が完全消失した症例や頭痛時の鎮痛薬(ロキソプロフェン)の使用頻度が著明に減少した症例を経験している。

以上のことから抑肝散加陳皮半夏は、イライラ感が改善するのみならず、イライラ感に伴う頭痛などの随伴症状の改善も期待できると考えている。

心療内科の臨床では、ベンゾジアゼピン系を中心とする抗不安薬や抗うつ薬の使用が一般的である。しかし、これらの薬剤は長期間にわたる継続投与によって薬物依存という問題を生じるため、向精神薬の離脱・減量が治療のポイントとなる。当科ではストレス関連疾患に対して漢方薬による向精神薬の離脱・減量を積極的に試みている。これまでも加味帰脾湯や柴朴湯を併用し、向精神薬や睡眠薬の離脱・減量が可能であったことを報告している^{3, 4, 5)}。

図2は当科で行っている不眠・イライラ・不安に対

図2 不眠・イライラ・不安に対する漢方治療⁶⁾



する漢方薬の使い分けである⁶⁾。漢方治療では随証治療を行うことで各漢方薬がより有効となり、患者のQOLを高めることに繋がると考えている。

まとめ

当科にて向精神薬内服下でもイライラ感を訴える患者に対して抑肝散加陳皮半夏の投与を行い、症状の改善を認めた(有効率76.5%)。抑肝散加陳皮半夏は、イライラ感を伴うストレス関連疾患に有用性の高い漢方薬と思われる。

参考文献

- 1) 篠崎 徹:イライラを主訴とする神経症30例に対する抑肝散加陳皮半夏の効果 漢方診療18(2):42-44, 1999.
- 2) 関矢信康ほか:慢性頭痛の予防療法としての抑肝散加陳皮半夏の応用 日本東洋医学会誌58:277-283, 2007.
- 3) 芦原 睦ほか:加味帰脾湯の併用により向精神薬が減量もしくは離脱し得た症例の検討 日本東洋心身医学研究8:27-32, 1993.
- 4) 中橋幸代ほか:加味帰脾湯の併用による睡眠薬(ゾルピデム)の減量効果の検討 日本東洋心身医学研究18:23-27, 2003.
- 5) 芦原 睦ほか:パニック障害における漢方治療—柴朴湯を中心に 日本東洋心身医学研究13:29-33, 1998.
- 6) 芦原 睦:女性が抱えるこころとからだの悩み「ストレス病」における漢方治療 フジメディカル出版 2008.

日常診療でよく見かける 「だるい・しんどい・疲れやすい」に補中益気湯

千福 貞博

センプククリニック 院長

はじめに

日常診療において疲労倦怠を訴える患者は少くない。疲労倦怠は年齢、性別、体重、体格などによらず近年あらゆる患者層でみかけることが多くなった。疲労はストレスとも密接な関係があり、現代社会では放置できない病状の一つとなりつつある。治療は安静と栄養補給であるが、『疲労倦怠に効く医薬品』となると西洋医学的にはかなり限定されたものにならざるを得ない。

補中益気湯は医療用漢方製剤の中でも特に使用頻度の高い処方の一つで、中国の古典『脾胃論(1249、李杲)』に記載された名方である。エキス製剤は「元気がなく胃腸のはたらきが衰えて疲れやすいものの次の諸症:虚弱体質、疲労倦怠、病後の衰弱、食欲不振、ねあせ」という効能・効果を有している¹⁾。

そこで今回、日常診療でよく見かける疲労倦怠感を訴える患者を対象に本処方の有用性を検証したので報告する。

対象と方法

平成21年1月から同年12月までに当院外来を受診した患者のなかで疲労倦怠感を訴え、本調査に同意が得られた16例について検討した。年齢、性別、原疾患、合併症は問わず、治療薬も特に制限を設けなかった。調査薬剤はクラシエ補中益気湯エキス細粒(KB41)を7.5g、1日2回に分割し食前または食間に投与した。

調査は以下の評価項目を原則として服用前と8週後に観察したが、患者来院の都合により4週後もしくは12週後となったものも含まれている。

「疲労感」は、Visual analog scale (VAS)を用いて

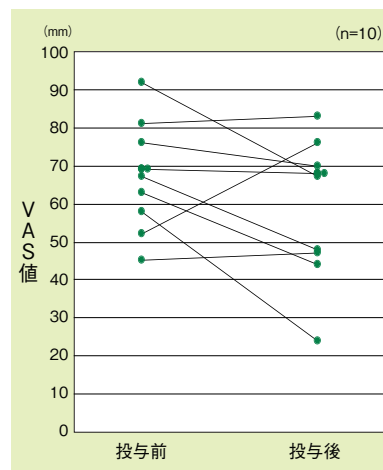
調査し、自覚症状(全身倦怠感(脱力感)、易疲労感、集中力低下、抑うつ傾向、日中の眠気、食欲不振、胃部膨満感、下痢・軟便、四肢冷感、寝汗)は問診表を用いて4段階で調査した。統計処理については、治療前後の「疲労感」をpaired T-testで、自覚症状をWilcoxon符号順位検定で検定した。

結 果

患者の背景は、年齢32～76(平均 47.7 ± 15.0)歳、平均身長 160.5 ± 9.2 cm、平均体重 56.6 ± 13.6 kg、BMIは16.6～29.9(平均 21.9 ± 3.8)で18.5未満のやせが4例、25以上の肥満が4例であった。原疾患はうつ(疑いを含む)が9例と最も多く、次いで全身倦怠5例、神経痛、不明熱が各1例であった。併用薬剤ありは9例、なしは7例で、主なものは睡眠導入剤4例、抗不安薬3例、抗うつ薬(SSRI)2例、ビタミン剤2例、鎮痛薬(NSAIDs)1例(重複あり)であった。

「疲労感」は治療前後の測定が可能であった10例についてVAS実測値の変化を図1に示した。疲労

図1 疲労感に関するVAS値の変化



感が大きく改善している症例が数例見られたほか悪化している症例もあり、平均値では 62.2 ± 13.8 から 59.5 ± 18.0 (mm)と減少を認めたものの統計学的な有意差は認められなかった。また自覚症状について

Points

- 補中益気湯は、疲労倦怠感を訴える患者に広く使用できる。
- 補中益気湯は、うつに伴う倦怠感にも有効である。

表1 自覚症状の変化

問診項目	症例数	投与前値	投与後値	Wilcoxon signed rank test
全身倦怠感（脱力感） 「体がだるい・しんどい」	13	2.6 ± 0.7	1.5 ± 1.1	p<0.01
易疲労感 「疲れやすい」	13	2.6 ± 0.5	1.8 ± 1.1	p<0.05
集中力低下 「根気が続かない」	11	2.1 ± 0.9	1.2 ± 1.2	n.s.
抑うつ傾向 「気分が優れない」	10	2.6 ± 0.7	1.6 ± 1.1	p<0.05
日中の眠気 「日中に眠くなる」	11	1.7 ± 1.2	1.1 ± 0.8	n.s.
食欲不振 「食欲がない」	9	1.1 ± 0.6	0.9 ± 1.1	n.s.
胃部膨満感 「胃がもたれる」	7	1.6 ± 1.1	1.0 ± 1.0	n.s.
下痢・軟便 「下痢気味である」	5	1.6 ± 0.5	1.2 ± 1.1	n.s.
四肢冷感 「手足が冷える・冷たい」	10	2.1 ± 1.0	0.8 ± 1.1	p<0.01
寝汗 「あせをかく」	8	1.8 ± 0.9	0.9 ± 0.8	p<0.05

では全身倦怠感（脱力感）、易疲労感、抑うつ傾向、四肢冷感、寝汗について有意な改善が認められた（表1、図2）。補中益気湯に起因すると思われる副作用は認められなかった。

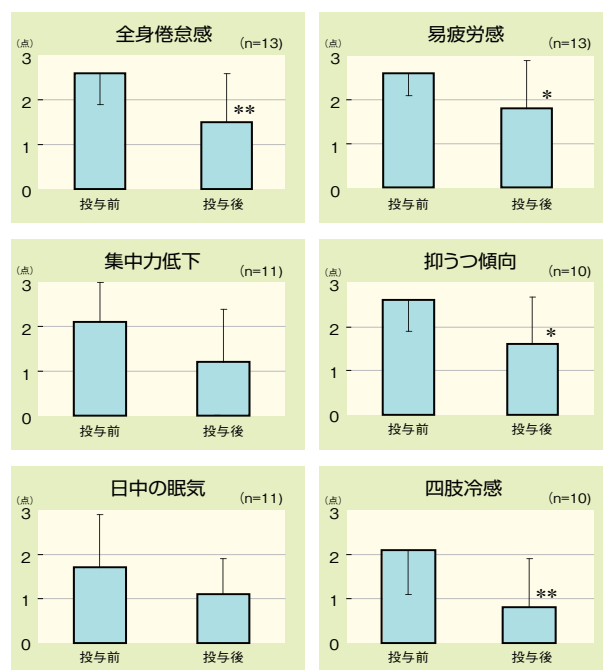
考 察

今回、日常診療でよく見かける疲労倦怠感を訴える症例に補中益気湯を上乗せ処方して効果を検討した。患者の選択は特に意識したものではなかったが、結果としてうつもしくはうつ傾向を呈するものが多くなった。うつに対しては東洋医学的な観点からしばしば補中益気湯の名が挙がることもあり、疲労感を伴ううつ症状に有効との印象がある。

今回の検討でも、対象の半数を占めるうつ症状を有する患者において疲労倦怠の改善が認められた。抑うつ気分に対する効果も認められたことから（図2）原疾患にうつを有する患者でのSSRIとの併用は効果的であると思われる。

倉恒ら²⁾は、慢性疲労症候群に本剤を使用し、NK細胞活性が上昇の傾向を示したことを報告しており、自覚症状の改善が生活の質の向上につながったと考察している。今回の検討でもVASに有意な変化は見られなかったものの、全身倦怠感（脱力感）、易疲労感に改善が認められた。またこれらの症状に加えて四肢冷感にも改善が認められた（図2）。冷えは末梢の循環障害と考えられるが、東洋医学的には気虚の症候の一つと捉える考え方もあり、気を補う作用のある補中益気湯が改善に寄与したことは興味深い。

図2 代表的な自覚症状の変化



**: p<0.01, *: p<0.05 (Wilcoxon signed rank test)

今回の検討では症例数が少なく、特にVAS測定については今後症例を増やして検討する必要があるが、補中益気湯は疲労倦怠に有効であり副作用も見られないことから、日常診療でよく見かける疲労倦怠感の改善に使いやすい薬剤の一つと思われる。

参考文献

- 1) 厚生省薬務局監修：一般用漢方処方の手引き 235-236, 1975. 薬業時報社
- 2) 倉恒弘彦ほか：Prog.Med., 30(2), 505-510, 2010.

耳鼻咽喉科領域における漢方療法

新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 耳鼻咽喉科 部長

田中 久夫 先生

1979年 新潟大学医学部 卒業
同 年 新潟大学耳鼻咽喉科学 入局
1989年 新潟県厚生農業協同組合連合会
長岡中央総合病院耳鼻咽喉科 医長
1993年 同病院 耳鼻咽喉科 部長



新潟県長岡市は、日本一の大河・信濃川が市内中央をゆったりと流れ、市域は守門岳から日本海まで広がり、四季折々の自然が豊かな都市である。その長岡市の中核病院である長岡中央総合病院は、21の診療科からなる総合病院で、先の中越大震災の際にも市民の大きな支えとなった。今回は、同病院耳鼻咽喉科の田中久夫部長をたずね、耳鼻咽喉科領域における漢方診療の実際についてうかがった。

長岡中央総合病院のプロフィール

当病院は、昭和9年に医療に恵まれない農村の共同利用施設「中越医療組合病院」という40床の病院としてスタートしたのが始まりです。その後、戦災で全焼しましたが、地域住民にはなくてはならない病院として、いくたびかの組織変更や増改築を繰り返し、今では21の診療科からなる531床の総合病院として、診療のみならず予防医学や福祉活動との連携にも精力的に取り組んでいます。

当院には、由緒のある1本のプラタナスが植樹されています。はるか昔、ギリシャのコス島にプラタナスの老大樹があり、この下でヒポクラテスが弟子たちに医学を教えたという伝説があります。昭和44年に新潟市の蒲原宏博士がオランダのライデン大学の「日蘭文化交流史シンポジウム」に参加の帰路、コス島に渡り、その球状結実果を持ち帰り、新潟で育てました。その1本は新潟大学医学部の敷地内にありますが、当院の新病院移転を記念して、そのプラタナスの子孫が当院にも植樹されました。そこには、すべての医療者がヒポクラテスの心を体して医療に取り組むという切なる思いが込められています。

当院における耳鼻咽喉科診療

多くの臨床病院と同様に、当院の耳鼻咽喉科も多岐にわたる耳鼻咽喉科疾患の診療にあたっています。それら疾患の治療には薬物療法が不可欠ですが、私は西洋薬も漢方薬も同じレベルの薬剤と考えています。

患者さんのさまざまな症状を改善するために、西洋薬

より漢方薬の方がよい場合が少なくありません。そのような場合には、積極的に漢方薬を使用しています。たとえば、ステロイドの減量や離脱を期待したい場合、体を温めたい場合、さまざまな愁訴を改善したい場合などでは、西洋薬では適切な薬剤が見当たりませんが、漢方薬ではいくつかの選択肢があります。漢方薬を使用することが目的ではなく、西洋薬では患者さんの愁訴の改善が期待できない場合や副作用が問題になる場合に、漢方薬を西洋薬と同じような感覚で使用しています。

そのような考え方にに基づきますと、滲出性中耳炎や耳閉塞症状には柴苓湯が有用です。柴苓湯は内因性の副腎皮質ホルモン誘導作用がありステロイドの減量や離脱が期待でき、さらに水分代謝調節(利水)作用があります。また、アレルギー性鼻炎には小青竜湯が有用です。これは西洋薬の抗ヒスタミン薬では鼻閉に対する効果が不十分ですが小青竜湯は鼻閉にも効果的であるからです。

アレルギー性鼻炎治療の実際

アレルギー性鼻炎の薬物治療には抗アレルギー薬が不可欠です。抗アレルギー薬については、次々と新しい薬剤が開発されていますが、作用の違いや副作用など、それぞれの薬剤には一長一短があります。ただ大切なことは、患者さんの症状や体質、合併症に使用している併用薬剤などを総合的に考慮した上で、最適な薬剤を選択することです。

これまでの経験から、アレルギー性鼻炎の治療は軽症例と中等症～重症例では第一選択薬剤が異なります。さらに、アレルギー性鼻炎の3大症状のうち、くしゃみや水様性鼻汁が強いのか、あるいは鼻閉が強いのかによっ



て、使用すべき抗アレルギー薬を使い分けています。
しかし、小青竜湯は比較的軽症のアレルギー性鼻炎に有効であることから、第一選択薬となりうる薬剤の一つです(表1)。小青竜湯は、くしゃみや水様性鼻汁に対す

表1 花粉症・通年性鼻アレルギーに使用される薬物の使い分けのポイント

患者の症状 (タイプ)	抗アレルギー薬	元々眠気・便秘・口渇などを有しており、抗アレルギー薬によってそれらの症状が悪化する症例	合併症の併用薬剤により、眠気・便秘・口渇などが強く出る症例	薬剤感受性が強く眠気・便秘・口渇が生じやすい症例	特に鼻閉症状が強いアレルギー性鼻炎症例	特にくしゃみ・水性鼻汁症状が強いアレルギー性鼻炎症例	総じて症状が軽いアレルギー性鼻炎症例
第2世代の抗ヒスタミン薬(眠気の少ない抗アレルギー薬)	◎	○	△**	△**	△**		
強力な抗ヒスタミン作用を有する抗アレルギー薬	○	◎	×	×	×		
ケミカルメディエーター遊離抑制薬	○		△	○	○		
トロンボキサン受容体拮抗薬 ロイコトリエン阻害薬		×	◎	◎*	◎*		
Th ₂ サイトカイン阻害薬		△	◎*	◎*	◎*		
漢方製剤(小青竜湯)	◎	○	◎	◎	◎		

◎: 第一選択薬に適する ○: 第二選択もしくは併用薬に適する

△: ときに併用薬として有効 ×: 適さない

* 抗ヒスタミン作用を有する薬剤と比較して、くしゃみ・鼻汁の強いタイプには適さないため、適応範囲は狭く二次選択薬となることが多い。

** 抗ヒスタミン作用に対する感受性の非常に高い患者には適さない。

● くしゃみ・鼻汁に対しては、やや即効性に欠ける。

る効果は西洋薬の抗アレルギー薬に比較してやや遅効ですが、鼻閉に対しては α 交感神経刺激作用も有することから大変効果的です。さらに、副作用や合併症を伴う場合でも、さまざまな理由から小青竜湯は有用性が高く、当科ではアレルギー性鼻炎の第一選択薬として広く使用しています(表2)。

漢方薬を使いこなすためには

これまで述べてきましたように、漢方薬を特別な薬として捉えるのではなく、西洋薬では症状の改善が不十分な場合や副作用が問題になるときに、その問題点を改善する漢方薬が結構たくさんあることから、今では30種類以上の漢方薬を使用しています。

ただ、漢方について専門的に教育を受けたこともなく、おまけに「表裏」、「瞑眩」などのような難解な用語も少なくありません。そこで、それぞれの疾患に対し、患者さんの体力の程度、病期(急性、亜急性、慢性)さらにはそれに伴う種々の症状などをフローチャート化し、使用すべき漢方薬をパソコンで自動的に選択できるオーダーリングシステムを開発しました。このようなシステムを利用することで、当院では難しい証をとらなくても、適切な漢方薬を処方することが可能となりました。処方した結果、患者さんの症状がよくなれば、その段階で改めて漢方薬について理解を深めていく。その繰り返しによって、使いこなすことのできる漢方薬の種類も次第に増えてくるのではないのでしょうか。

表2 副作用や合併症を考慮した薬剤選択の考え方

	パターン	薬剤選択の考え方
抗アレルギー薬投与で問題がある症例	抗ヒスタミン作用に対して感受性が高い症例(眠気が生じやすい症例)	抗ヒスタミン作用による効果と眠気の副作用は、個々の症例で感受性の格差が大きく、感受性の高い症例ではH ₁ 受容体拮抗薬を使用し難いケースがある。このような症例では小青竜湯が望ましい。
	抗コリン作用に対して感受性が高い症例(便秘・口渇が生じやすい症例)	抗ヒスタミン作用が弱く眠気が少ないH ₁ 受容体拮抗薬でも、抗コリン作用は意外と強く便秘や口渇を起こすケースが多い。このような症例では小青竜湯が望ましい。
併用薬剤や患者の体質に問題がある症例	併用薬剤のため副作用が生じやすい症例(眠気・便秘・口渇など)	H ₁ 受容体拮抗薬でみられる副作用と同様の副作用の発現を来しやすい併用薬剤がある場合。このような症例では小青竜湯が望ましい。
	薬剤に関係なく眠気・便秘・口渇などを有している症例	老人や暖房期での口渇、女性の便秘、睡眠時無呼吸の眠気などのハイリスク症例では、H ₁ 受容体拮抗薬より小青竜湯の有用性が高い。

化膿性皮膚疾患(尋常性痤瘡)に対する 十味敗毒湯の作用機序の検討

クラシエ製薬株式会社 漢方研究所 遠野弘美

原著論題：桜皮及び桜皮成分のエストロゲン受容体結合能の評価:薬学雑誌 2010(in press)

桜皮配合の十味敗毒湯は、女性の尋常性痤瘡に対して有用性が高いとの報告がある¹⁾。また、桜皮エキスはエストロゲン産生を促進することが報告²⁾されている。皮膚局所でのエストロゲン産生も十味敗毒湯の作用機序に関連している可能性があると考え、新たな作用機序について検討した。

はじめに

十味敗毒湯は、尋常性痤瘡のような化膿性皮膚疾患に用いられる漢方処方である。出典の違いから桜皮(ヤマザクラの樹皮)配合と樅櫟(クヌギの樹皮)配合のものがあり、特に桜皮が配合されている十味敗毒湯は、女性の尋常性痤瘡に対して有用性が高いとの報告がある¹⁾。

これまで十味敗毒湯の作用機序は、荊芥、甘草などの生薬が持つアクネ菌に対する抗菌作用³⁾が主と考えられてきた。しかし1990年に皮下の線維芽細胞よりエストロゲンが産生されることが海外で報告⁴⁾され、さらに2006年には桜皮から抽出されたエキスがその作用を誘導することも報告²⁾された。

これらより、桜皮を配合する十

味敗毒湯は皮膚局所でのエストロゲンの産生もその作用機序に関連している可能性があると考え検討した。

皮下線維芽細胞増殖促進による エストロゲン分泌増加(推定)

桜皮エキスはエストロゲン産生を促進することが確認されている²⁾。エストロゲンが線維芽細胞のER(エストロゲンレセプター)- β に結合することにより、細胞増殖因子であるTGF- β 1または上皮細胞増殖因子(EGF)を誘導し、線維芽細胞が増殖促進されるため、エストロゲンが相対的に増加すると推察される^{5,6)}。

桜皮および樅櫟の成分分析

桜皮の含有成分としてサクラネチン、ナリンゲニン、ゲニステイン、ゲンクワニンなど8種類の成分が検出されたが、樅櫟から β -シトステロール以外の成分はほとんど検出されず、桜皮の特徴的な成分であることが同定された。

表 LC-MSによる桜皮および樅櫟水抽出エキスの成分定量

	桜皮エキス	樅櫟エキス
サクラネチン	11.04	N.D.
ナリンゲニン	1.21	0.01
ゲニステイン	0.04	N.D.
ゲンクワニン	0.96	N.D.
アルクチゲニン	0.13	N.D.

単位: mg/g

図1 エストロゲン分泌増加のメカニズム(推定)

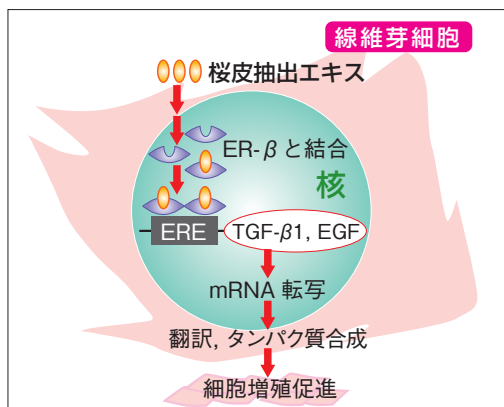
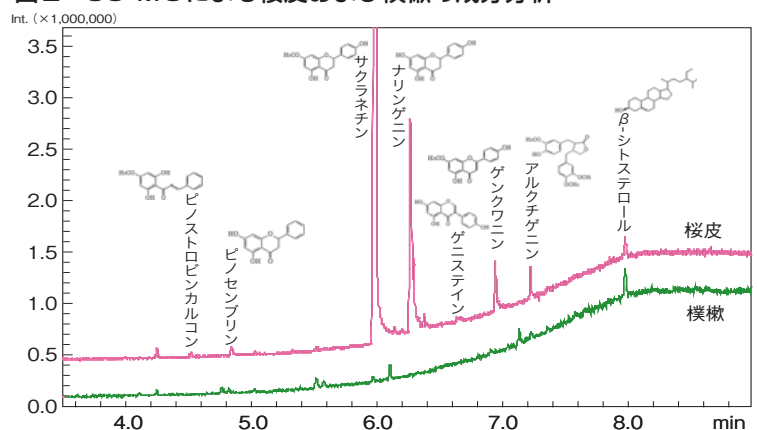


図2 GC-MSによる桜皮および樅櫟の成分分析



試験方法：桜皮および樅櫟刻み生薬に蒸留水を加え加熱抽出後ろ過したエキスを、水/ジエチルエーテルを加え調整した試料溶液を作製し、ガスクロマトグラフィ/質量分析(GC-MS分析)を行った。また、GC-MS分析により同定した成分をマスクロマトグラム(LC-MS)にて定量した。

エストロゲン受容体 β (ER- β) 結合能の評価

桜皮エキスはER- β 結合能を示したが、樅櫨には認められなかった。また、桜皮成分ではゲニステインのER- β への結合能がもっとも高く、次いでナリンゲニン、サクラネチンに認められたことから、これらが桜皮中の活性成分であると同定できた。これらの結果

から、桜皮はエストロゲン様作用を有し、エストロゲン分泌を促進させることが示唆された。

考 察

テストステロンは皮脂腺において5 α -リダクターゼによって最も作用の強力なジヒドロテストステロン (DHT) に変換され、DHTが皮脂腺を活性化し皮脂分泌の亢進および毛包漏斗部の角化細胞の角化亢進を起こす。一方、女性ホルモンであるエストロゲンは性ホルモン結合グロブリン (SHBG; Sex Hormone Binding Globulin)

を増加させ、遊離テストステロン (FT) を減少させることで、5 α -リダクターゼ活性を抑制し、DHTへの変換を抑制させる。すなわち、女性ホルモンは男性ホルモンに対し拮抗的に働き、アンドロゲンの皮脂分泌によるニキビの産生促進を抑制すると考えられる。

今回検討した桜皮の成分分析およびER- β 結合能の結果から、皮膚線維芽細胞から発現するER- β 受容体に桜皮由来のエストロゲン作用を有する成分が結合することにより、皮膚線維芽細胞が増殖促進されるため相対的にエストロゲンが増加することが示唆された。以上により、桜皮を配合した十味敗毒湯は、尋常性痤瘡に対してエストロゲン分泌促進による男性ホルモン拮抗作用も作用機序の一つとして関与していると思われる。

図3 エストロゲン受容体 β 結合能
—桜皮および樅櫨水抽出エキス—

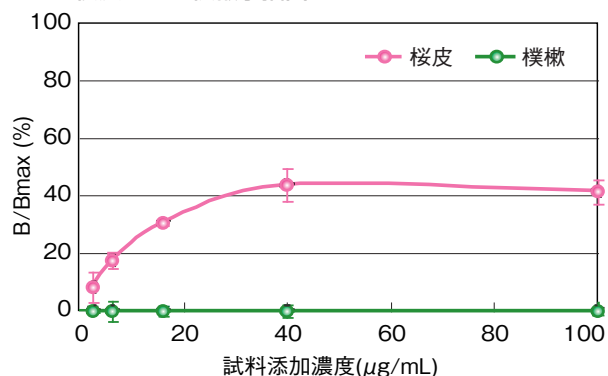
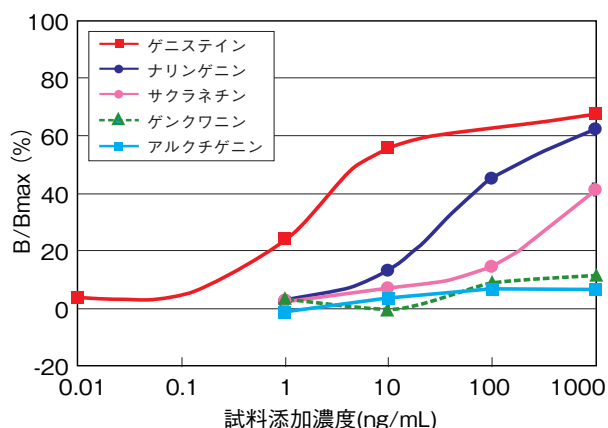
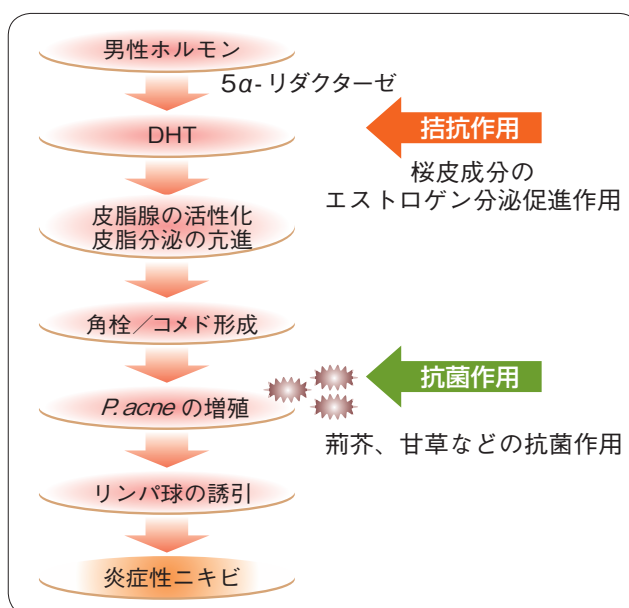


図4 エストロゲン受容体 β 結合能 —桜皮成分—



試験方法：桜皮および樅櫨水抽出エキス、各桜皮成分をジメチルスルホキシドで溶解、段階希釈し試料溶液とした。この各試料溶液とER- β との結合性をレセプター / コアクチベーター・リガンドバインディングアッセイ法を用いて検討し、陽性対照 17 β -エストラジオールのER- β との結合能を100%として評価した。

図5 桜皮を配合した十味敗毒湯の推定される作用機序



引用文献

- 1) Takemura T: J New Rem. & Clin. 58(5):951-959, 2009.
- 2) 目片秀明ほか: Fragr. J. 34(8): 42-47, 2006.
- 3) Higaki S, et al.: J Derma. 23(12): 871-875, 1996.
- 4) Svenstrup B, et al.: J. Steroid Biochem. 35(6): 679-687, 1990.
- 5) Ashcroft GS, et al.: Nat. Med. 3(11): 1209-1215, 1997.
- 6) Kim DS, et al.: Pharmazie 53(1): 51-57, 1998.

虎とインフルエンザ

山梨県 富士ニコニコクリニック 渡邊 善一郎

今年の干支は寅ですが、白虎は西の守り神獣です。古代の人々は天変地異や病気の流行は悪霊・怨霊が侵入することで起こると信じていたため、支配者は国を治めるのに盛大なお払いをして悪霊・怨霊からの災害を防いでいました。

なかでも陰陽師は、中国から輸入された陰陽五行説に則り悪霊・怨霊を治めていました。都市を建築する際にも都を中心に東西南北に守り神(四神)を配置し、外から来る邪気(悪霊・怨霊)の侵入を防御していました。ちなみに奈良飛鳥のキトラ古墳の壁画にも、守護神として東の青竜・西の白虎・南の朱雀・北の玄武そして中央の石棺にはビールのラベルにもある麒麟が描かれています。

病人に対して神道では死霊や疫病神だとし、仏教では疫鬼、魍魎魍魎の仕業だとしました。つまり「たたり」である悪霊・怨霊が身体に取り憑くことで病気になると信じられていたので、古代日本では神主・巫女・陰陽師・山伏・僧侶などによって中国から伝えられた呪術(お払い・お祈り・まじない)が行われました。しかし室町時代になると、後世方派の始祖である曲直瀬道三により医学と仏教が分離され、中国では張仲景(後漢150年頃の人)が著した「傷寒論」の中で、疫病の原因は傷寒中風、風寒暑湿燥火として治療を行い、「医」を「巫」から切り離しています。その傷寒論にも四神獣にちなんだ処方があります。

地図上では中国の都を中心に、東方には海、西方には砂漠、北方には寒冷地帯、南方には熱帯地域があります。東方地域では湿気が多く、喘息・リウマチなどの病気が多発します。これらの病は湿によって起きると考え、身体を温め湿を除く生薬の麻黄(青=緑色)を主薬とした青竜湯を用います。エキス剤では小青竜湯です。西方地域は乾燥しており、アトピー性皮膚炎・糖尿病が多発します。乾燥によって病が起きると考え、身体を冷やして潤す生薬の石膏(白)を主薬とした白虎湯を用います。エキス剤では白虎加人参湯です。北方地域では下痢・胃腸障害・腰痛・頻尿が多く見られます。寒冷によって

病が起きると考え、身体を強く温める熱薬である附子(黒)を主薬とした玄武湯を用います。エキス剤では真武湯です。玄武皇帝が即位してから、皇帝と同名は使用できないため真武湯に改名されました。残る南方地域を守る朱雀湯には現在まで諸説があります。南方は亜熱帯地位であるため熱湿が強く、マラリア・赤痢などの風土病が多発したと推測します。私は、この朱雀湯は熱邪を下痢させて排除する十棗湯だと考えています。十棗湯に配合されている大棗(ナツメ)は赤色です。この十棗湯は強い瀉下剤であり、エキス剤では三黄瀉心湯で代用します。

2009年は新型インフルエンザ(A/H1N1)が大流行しました。感染力は強いですが、幸いにも死亡まで至る重症例は少なく、抗ウイルス薬も有効です。私も救急外来勤務日に流行の大波に遭遇しました。今までの外来ではインフルエンザA型陽性は数名でしたが、この日は50数名診察者中に発熱者は32名で、その中の23名(71.9%)にA型陽性が認められました。多くは10世代の高・中学生の若者でした。診察では発熱一、二日目の受診で、寒気は強いのですが、鬱熱状態の顔赤や目赤も強く認め、腹診では半数の者に胸脇苦満を認めました。つまり、発病早期でも急速に表(鼻咽)から裏(胸中の気管肺)に進展することが推測されました。季節型インフルエンザでは鼻咽頭でのウイルスが増殖し、新型インフルエンザは気管肺でも増殖する報告と一致すると考えています。

今回の新型H1N1インフルエンザは温熱病もしくは傷寒病でも化熱が強い病態なので、裏熱を清熱する処方が有効であり、その処方には今年の干支でもある寅、すなわち白虎加人参湯が含まれます。

インフルエンザ感染症には漢方薬は有効であり、発病初期の検査陰性時期にも扶正祛邪のために積極的に漢方薬を処方し、翌日の陽性確定時より増殖を抑える抗ウイルス剤を併用する東西双補の治療が最も効果的実践的であると考えています。

浮腫（むくみ）

監修／島根県斐川中央クリニック 院長 下手 公一

症状と所見

処方

比較的体力がある（軽度実証）

心不全、胸水、肝うっ血

木防已湯

体力は中程度（中間証）

基本処方

（口渇・尿量減少）

五苓散

胸脇苦満、ネフローゼ症候群、舌白苔

柴苓湯

体力がない（虚証）

発汗しやすい、疲れやすい、関節痛

防已黄耆湯

膀胱炎の症状で尿量減少、口渇

猪苓湯

冷え（+）

夜間頻尿、腰痛

八味地黄丸

月経異常、貧血傾向、倦怠感、めまい

当帰芍薬散



1 point

ワンポイント・アドバイス

浮腫（むくみ）の原因は、肝硬変や心不全・慢性腎不全の他、塩辛いものの摂り過ぎ、立ち仕事、運動不足などさまざまです。いずれが原因でも、治療の基本は食塩摂取量の制限で、さらに腹水が溜まるような重症になると水分摂取量の制限も必要となります。また薬物治療では利尿薬が用いられますが、利尿薬は使用量が増えると低カリウム血症などの副作用も確実に増えるため、まずは症状にあわせた漢方薬の使用が薦められます。漢方では、浮腫（むくみ）を水滯と捉え、その基本処方は五苓散と柴苓湯です。

第61回日本東洋医学会学術総会サテライトシンポジウム

第17回 東洋医学シンポジウム

こんな時には漢方を

各科別漢方の生かし方

日本東洋医学会専門医認定制度（5点配点）

コーディネーター 後山 尚久 先生
大阪医科大学健康科学クリニック

コメンテーター 峯 尚志 先生
峯クリニック

コメンテーター 喜多 敏明 先生
千葉大学柏の葉診療所

シンポジスト 宇野 智子 先生
内科領域 愛知学院大学保健センター

シンポジスト 梁 哲成 先生
内科領域 やんハーブクリニック

シンポジスト 渡邊 賀子 先生
内科・婦人科領域 麻布ミュージッククリニック

シンポジスト 宮原 誠 先生
泌尿器科領域 高木病院

日時 平成22年6月4日(金)
12:00～14:00

会場：名古屋国際会議場
〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1
TEL：052-683-7711 FAX：052-683-7777

主催：クラシエ薬品株式会社
後援：社団法人日本東洋医学会

Kracie

音を感じる風景



ドヴォルザーク 弦楽セレナーデ ホ長調

十和田湖に源を発し、八甲田山麓の水をも集めながら太平洋へと注ぐ奥入瀬川。その始点子ノ口から温泉郷焼山までのおよそ14kmの清流、奥入瀬溪流は国の特別名勝、天然記念物に指定されています。「三乱の流れ」は30近くを数える景勝地の一つで、3つに分岐した溪流がまた1つに合流し、緩やかながら変化に富んだ流れを作り出すことからこの名がつけられたようです。苔むす岩の狭間を縫う千変万化の流れ。静と動が織りなす神秘的な光景に鮮やかな新緑が風情を添えています。

この清々しい情景に、弦楽器の優雅で流れるような旋律と快活な付点リズムが静と動のコントラストを演出し、叙情性を高めています。5つの楽章を通してドヴォルザークのロマンチズムを満喫できる爽やかな名曲です。

(TA)

表紙写真 / 青森県奥入瀬溪流



Kracie

twice or three times a day 選べるやさしさ

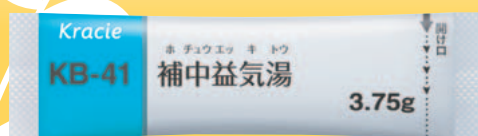
漢方製剤

ホ チュウ エツ キ トウ

薬価基準収載

クラシエ 補中益気湯 エキス細粒

(KB-41)



(EK-41)



効能・効果

元気がなく胃腸のはたらきが衰えて疲れやすいものの次の諸症：
虚弱体質、疲労倦怠、病後の衰弱、食欲不振、ねあせ

スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

〔資料請求先〕〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

クラシエ医療用漢方専門ウェブサイト「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

2010年4月作成

phil漢方