

# phil漢方

No. 37

特別対談：  
漢方医療を支える「臨床生薬学」

## ■ 特別対談 3

### 漢方医療を支える「臨床生薬学」

名古屋市立大学大学院薬学研究科 医療分子機能薬学講座 生薬学分野 准教授 牧野 利明  
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

### 桂枝加苓朮附湯

新宿海上ビル診療所 室賀 一宏  
日本TCM研究所 安井 廣迪

## ■ 私の一処方 10

### 五苓散が奏効した関節痛の3症例 —白朮と蒼朮の違いについて—

あらいクリニック 副院長 新井 恵子

### 本態性肉眼的血尿に対する猪苓湯の使用経験

慶應義塾大学医学部 救急医学教室／慶應義塾大学病院 救急科 田島 康介

### 認知症の周辺症状に対する加味帰脾湯の臨床効果

医療法人社団 桑島内科医院 副院長 桑島 靖子  
医療法人 東洋病院 院長 清水 寛

### 柴苓湯投与による帝王切開術後の肥厚性瘢痕形成に関する臨床的検討

医療法人社団 正岡病院 理事長 正岡 博

### 閉経前乳癌術後の更年期様症状に対する加味帰脾湯の臨床的有効性の検討

足利赤十字病院 外科 副部長 戸倉 英之

## ■ 当院における漢方診療の実際 20

### 血管外科における漢方的アプローチ

済生会横浜市東部病院 外科副部長（血管外科） 林 忍

## ■ TOPICS 22

### 「同名異方」を知り、よりよい処方選択を

東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科／吉祥寺東方医院／真田皮膚科クリニック 板倉 英俊

## ■ ESSAY 漢方 BREAK 25

### アゲハチョウについて

#### ナミアゲハとキアゲハ —本草学からその分布の謎にせまる—

医療法人番場会 番場皮膚科医院 番場 圭介

## ■ まずは使ってみよう漢方薬 26

### 神経痛

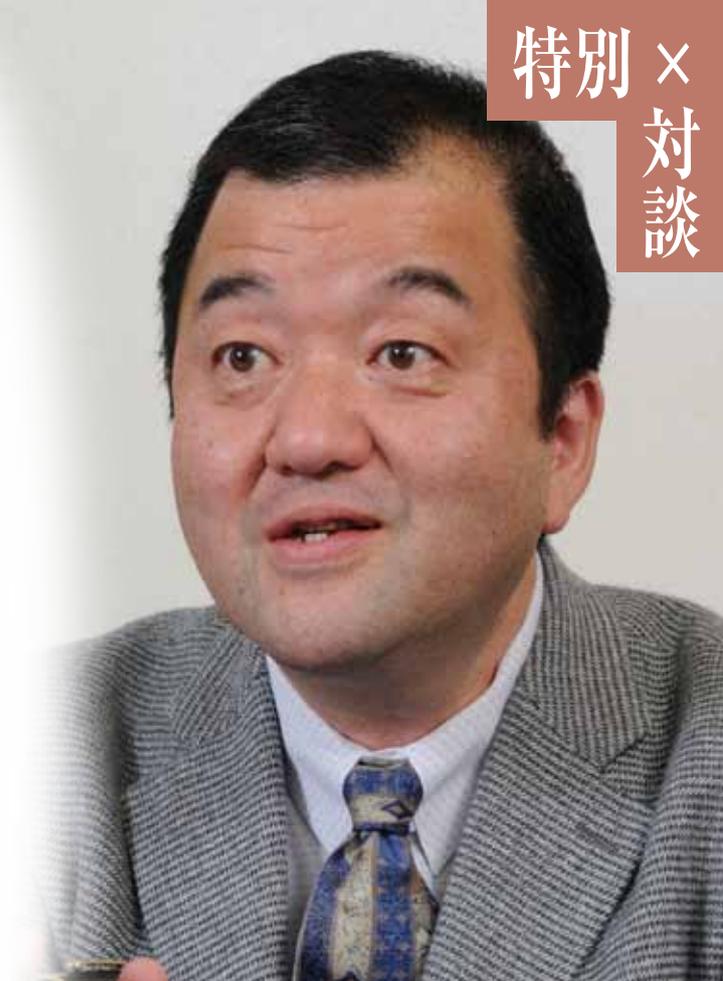
鳥根県斐川中央クリニック 院長 下手 公一



名古屋市立大学大学院薬学研究科  
医療分子機能薬学講座 生薬学分野 准教授

牧野 利明 先生

## 漢方医療を支える「臨床生薬学」



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

天然物由来の複合成分からなる漢方薬については、その薬理作用を明らかにし臨床的有用性に結びつけることが難しいとされていた。しかし、薬学の立場から臨床に役立つ生薬学を目指した研究が始まりつつある。今回は、薬学の立場から漢方の「臨床生薬学」の確立に精力的に取り組んでいる名古屋市立大学大学院准教授 牧野利明先生をお迎えし、その意義と研究の成果さらには漢方医学への提言などについて、京都府立医科大学特任教授 三谷和男先生と対談していただいた。

### 漢方薬学の重要性

**三谷** 漢方診療では古典や先人の教え、経験などが大きなウエイトを占めており、個々の生薬の薬理学的作用に基づく処方を選択や臨床的有用性の検討などがあまり行われていません。これまで複合成分からなる漢方薬の薬理作用を明らかにし、臨床的有用性や副作用との関係を科学的に証明することは困難とされていました。しかしこのような問題に対し、名古屋市立大学大学院薬学研究科の牧野先生は新し

い取り組みを始めておられます。まず、先生が薬学のなかでも生薬学という領域に興味を持たれた理由からおたずねします。

**牧野** 私は大学への進路を決める際に、今から思えば全く若気の至りであったのですが、「病気を治すのは薬であって、医師は単にその薬を選択するだけだから、学問としては薬学の方が医学より重要である」と考えており、あえて薬学部に入りました。ところが、そこでの教育は他学部でも行われているような有機化学や生化学という科目が大半で、薬学部ならではの科目が少なくいささか期待はずれでした。そのような中、薬学部にはかない科目とし

て生薬学というのがあることを知り、他学部の出身者との違いを明確にするためにも、そのまま生薬学という学問を大学院での自分の専攻にしました。

**三谷** なるほど。そこで生薬や漢方について基礎的なことを学ばれたのですか。

**牧野** 生薬学の基礎については学べましたが、漢方との接点はありませんでした。漢方については、当時、京都府立医科大学で田代眞一先生や日置智津子先生が「臨床漢方薬理研究会」という会を主催されており、そこに参加することで知りました。

その後、大学院を修了して博士号を得た後、北海道薬科大学漢方薬物学研究室に助手として勤務するようになりました。当時、この研究室は鹿野美弘先生が教授を務めておられ、先生は独自のテキストで学部の学生に年間45コマもの漢方教育を実施されていました。ここで私も漢方について本格的に学ぶことが出来ました。

**三谷** 鹿野先生は全国各地で漢方の勉強会の講師をされており、私も関西で開催された折、出席させていただいた記憶があります。先生の「寒熱」の考え方は理論的にも理解しやすく、今でも引用させていただくことがあります。牧野先生にとって大変意義深い出会いであった訳ですね。

**牧野** そうですね。今でも私は鹿野先生が作られた膨大なオリジナルテキストを自分のiPadに保存して、折にふれ参考にしています。



- 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

**三谷** その後、名古屋市立大学に移られて、生薬学の立場から漢方を科学的に究明する研究を精力的に始められたのですね。

**牧野** 漢方薬は生体が本来持つ自然治癒力(生体恒常性維持機能、ホメオスタシス)を補助することにより治療効果を発揮すると言われており、鎮痛作用や抗炎症作用など、西洋薬の薬理試験法が適応できないケースが多くあります。従って、漢方薬の薬理作用を明らかにするためには、漢方ならではの実験系を組むところから始まります。これは、研究成果を出すことがなかなか難しいのですが、何とかアイデアを出して取り組んでいきたいと思っています。

## 薬学生に対する「漢方薬学」教育

**三谷** わが国では9割以上の医師が漢方薬について何らかの使用経験があると言われていています。しかしそれに伴い副作用や予期せぬ相互作用など、多くの問題点も生じるようになりました。そのようなことを予知したり軽減したりするには医師のみならず薬剤師の力が不可欠です。薬学生に対する生薬や漢方教育の実際について少しご紹介いただけるでしょうか。

**牧野** 薬学教育が6年制になったことで、漢方に関する講義を充実させる大学が増えてきています。当大学でも薬剤師の専門性を高めるためにフィールドワークを含め漢方に関する教育の充実を図っています。

その中で、生薬学の立場から漢方薬を取り扱う時に問題となるのは、個々の生薬の薬理作用と漢方処方への配合目的がかみ合わないことがよくあることです。特に日本漢方では「方証相対」という考えで、例えば葛根湯証には葛根湯のように、診断(証)と処方(方)とが対応します。つまり漢方処方を1つの薬物として扱い、その処方に配合されている個々の生薬の働きについてはブラックボックスで、あまり深く考えないという傾向があります。このような考え方は臨床医が処方を決定する場合には、大変都合がよいのですが、生薬というモノから薬物の効果と患者さんの病態を把握していく薬剤師にとっては思考が困難になることがあります。それに対し中医学の理論では、生薬の分類と処方の分類がほぼ一致するため、生薬をある程度グループ分けして漢方薬学教育を行うと理解しやすいという利点があります。中医学も一部、論理の飛躍やこじつけが多いという問題点もありますが、薬学部で漢方薬の教育をする上では日本漢方の考え方よりも理解しやすいと思います。

このようなことから当大学では6年制教育課程の4年次に「漢方薬物治療学」として表1に示すよ

うなシラバスのように、中医学と日本漢方を同時に学べるような漢方教育を行っています。

表1 名古屋市立大学薬学部における「漢方薬物治療学」のシラバス

1	現代医療における漢方薬の役割1
2	現代医療における漢方薬の役割2
3	解表薬と解表剤(麻黄湯類・桂枝湯類)
4	>と和解剤(柴胡剤・瀉心湯類)
5	清熱薬と清熱剤(芩連剤・白虎湯類)
6	瀉下薬と瀉下剤(承気湯類)
7	温裏薬と温裏剤(建中湯類・附子剤)
8	理気薬と理気剤
9	活血化瘀薬と活血化瘀剤(駆瘀血剤)
10	祛湿薬と祛湿剤(利水剤)
11	補気薬と補気剤(参耆剤)
12	補血薬と補血剤(四物湯類)
13	補陰薬と補陰剤・滋陰剤(補腎剤)
14	漢方薬の調剤、服薬指導、医薬品情報の実際
15	補完代替医療について

**三谷** 充実した教育計画ですね。ご紹介いただいたような形で漢方教育をしたり、さらには生薬の立場から漢方薬の意味を考えるとというスタンスは、全国的にみても珍しいのではないのでしょうか。

**牧野** そうかもしれません。でも本当は日本漢方も中医学もきちんと議論を尽し、お互いのよい面を積極的に取り入れる姿勢を持つことが大切だと思います。

## 新たな研究アプローチとしての「臨床生薬学」

**三谷** 牧野先生は薬学教育だけではなく、生薬学をベースにした臨床薬理学に関し先駆的なアプローチをされています。その実際についてもご紹介ください。

**牧野** もともと生薬学というのは、品質管理学とか鑑定学とでもいうべき内容から発展してきたものでした。つまり確かな生薬を市場に供給することが第一の目的でした。例えば、麻黄なら地上部にエフェドリンがどの程度含有するのかということを科学的に明らかにし、その品質を保証してきました。しかし麻黄がなぜ葛根湯や麻黄湯に含まれているのか、さらには麻黄がその処方の中でどのような働きをしているのかということについては殆ど論じられることはありませんでした。つまり生薬の生産から漢方薬の製造までの段階で生薬学の役割が終わっており、患者さんに処方されてからの先の問題については関心外だったのです。

そのような生薬学の姿勢に疑問を抱くようになったのは、私が大学院生の時に起こった漢方薬によるアリストロキア腎症という薬害の問題でした。これは、日本薬局方に適合しない生薬を原料としていた漢方エキス製剤による健康被害であり、本来の生薬の品質が確保されていれば、起こらなかったはずのものです。この問題からは、その後の私の研究スタンスを決定づけるほどの影響を受けました。といいますのも、この問題に対して、当時の生薬学会も和漢医薬学会も何も具体的な対応が出来ず、臨床医に必要な情報を提供できなかったのです。日本では、生薬は漢方薬の原料として臨床で使用されているのに、それに関する医薬品情報学が機能していないことを痛感した事例です。

**三谷** ご指摘の通りですね。薬学の立場からの生薬の副作用や、西洋薬との薬物相互作用のような臨床応用研究は、臨床医にとってはとても重要です。

**牧野** 実際には、生薬の薬理作用の解明のほうがまだまだ不十分な段階なので、副作用や相互作用の研究が後手に回っていると思います。

**三谷** 確かに個々の生薬の薬理作用についても、大事ですよ。それを十分に理解しないと、新しい漢方処方を作り出すようなことも不可能です。

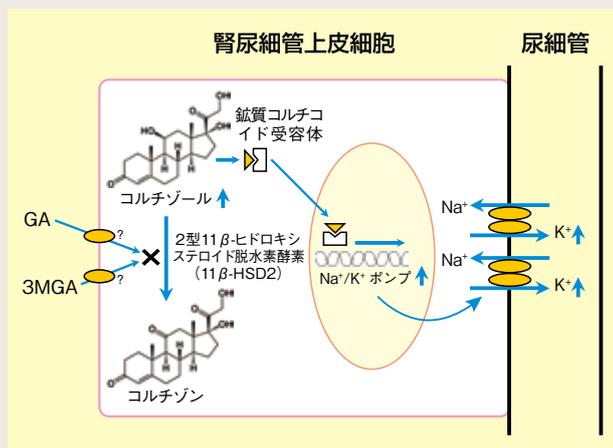
**牧野** 中医学で表現する生薬の薬能は、日本で使用される漢方薬の作用を説明するのにもわかりやすい



- 1995年 京都大学薬学部 卒業
- 2000年 京都大学大学院薬学研究所 修了
- 同 年 北海道薬科大学漢方薬物学研究室 助手
- 2002年 ミシシッピ大学薬学部天然薬物研究センター 訪問博士研究員
- 2004年 北海道薬科大学 薬理学分野 講師
- 2005年 名古屋市立大学大学院薬学研究所生薬学分野 講師
- 2007年 同大学院同研究科同分野 准教授



図2 偽アルドステロン症の発症メカニズム



(牧野利明 ファルマシア 47(5) 403, 2011. から転載)

る段階に至っています。

**三谷** これまで漠然としか明らかにされていなかった生薬による副作用を薬理学的手法で明らかにされ、さらにその事実を臨床との共同研究にまで持っていかれていることに敬服します。

漢方薬には有効性だけではなく副作用などについても、まだまだあやふやなことが多くあります。例えば、今、お話のありました甘草についても、中国では20グラム前後の大量投与が行われているが、日本では6グラム程度の投与でも副作用が大きく取り上げられています。このような問題についても、GLの代謝物の血中濃度を測定することで明らかになる可能性がありそうです。それ以外にも例えば、黄芩の自生品と栽培品に関する品質の違いの有無など、臨床医にとって解明が望まれる課題が多くあります。これらの課題に対しても「臨床生薬学」への期待は大きいものがあると思います。

## 「薬能」から「薬理」に

**三谷** 漢方の専門医と呼ばれる医師の中では、いわゆる「古典」と言われるものを金科玉条のように考える向きが少なくありません。牧野先生はこのような「古典」についてはどのように考えておられますか。

**牧野** 『傷寒論』にしる、個々の生薬の薬能が記載されている『神農本草経』や『本草綱目』にせよ、そのままの記載を絶対視することは避けています。現代科学の薬理学ですら、科学の発展とともに誤りが見つかって内容が正されていくのですから、古典に書かれていることが現代においても全く正しいとは断定できず、時代とともに発展させていくべきです。

**三谷** ということは「古典」でよく用いられている

「薬能」と言うような概念ではなく、あくまで「薬理」ということですか。

**牧野** 「薬能」は漢方薬の構成生薬を解釈するためには有用なので、それを学ぶことは必要だと思います。ただ、「薬能」の概念は漠然としすぎていますので、将来的にはサイエンスである「薬理」に翻訳することが求められます(表2)。しかし、実験薬理ではできることが限られていますので、現時点では臨床薬理の立場で、漢方薬の作用を何らかの指標をもとに定量的に把握し、多くの症例を積み重ねてメタアナリシスなどの統計学的手法に耐える手法を用いて普遍性の高いものにしていくことが重要ではないでしょうか。そのような中で、臨床薬理的な裏付けがとれた作用については、実験薬理学により作用機序や活性成分を明らかにして、臨床へフィードバックすることが出来ますし、インパクトファクターの高いジャーナルにも投稿が可能になって、世界に向けて漢方薬に関する情報を発信することが出来るようになると思います。

表2 薬能と薬理の違い

薬能	漢方医学でクスリの作用を示す言葉で、実験で再現することが困難。	解表、利水、平肝、補腎など
薬理	西洋医学でクスリの作用を示す言葉で、実験的に再現が可能。	鎮痛作用、解熱作用、利尿作用など
漢方薬物学の究極的な目的は、「薬能」の「薬理」への翻訳		

**三谷** 永年、漢方診療を行ってきた医師にとって、いくつか苦言を呈されたという感じを抱かれるかもしれませんが、これからの漢方が普遍的な医学として評価されるためには必要な提言であったと思います。それ以上に、漢方薬という複合体が持つ問題点を生薬学と言う立場から解明されようとしている先生の研究は、漢方医にとっても大変心強いものでした。

**牧野** まだまだ課題は多いのですが、漢方の世界でよく用いられている五臓や気・血・津液などという考え方もあくまで架空の理論で定量化が困難です。しかし、生薬という物質はたとえ複合体であってもその成分は科学的に解明可能です。したがって漢方を科学的に解明するための1つのツールとして生薬を利用できれば、東洋医学の世界観を生薬で表現することも可能ではないかという想いから、「臨床生薬学」を私の大切な研究テーマとして続けていきたいと考えています。

**三谷** 今後とも漢方の「臨床生薬学」を益々発展させていただき、漢方の診療に役立つ情報を大いに発信していただくことを期待します。本日はありがとうございました。

# 桂枝加苓朮附湯

## (方機)

**組成** 桂枝4.0 芍薬4.0 大棗4.0 乾生姜1.0 甘草2.0 朮4.0 茯苓4.0 加工附子0.5~1

**主治** 陽気不通、寒湿痺

**効能** 通陽散寒祛湿、止痛

### プロフィール

吉益東洞が『傷寒論』の桂枝加附子湯に朮を加えて桂枝加朮附湯と名づけ、更に茯苓を加えて、その適応症を「湿家、眼目明らかならざる者、或は耳聾、或は肉瞶筋傷する者、桂枝加朮附湯之を主る」(『方機』)と述べたものが、すなわち本方である。東洞の常用処方であり、後に尾台榕堂もこの処方を多用した。湯本求真は桂枝加朮附湯ではなくこの桂枝加朮附湯のみを用いると記し(『皇漢医学』)、その中には苓桂朮甘湯、真武湯の方意をも含蓄すると述べている。浅田宗伯が本方を用いてフランス公使レオン・ロッシュを治療した有名な逸話がある(『橘窓書影』)。医療用漢方製剤には桂枝加朮附湯と桂枝加朮附湯がともに存在し、同じように使用されている。

### 方解

本方は、基本骨格は桂枝湯であるが、基本的には寒湿痺を治療する処方である。桂枝湯は営衛を調和して風寒邪の侵襲を防御し、同時に配剤された附子の散寒温通の作用を加えて陽気と血を温通させ、寒が主たる原因で生じた疼痛や痺れを改善する。蒼朮は祛風湿し、茯苓は利水によって寒湿の邪を外泄する。芍薬は関節痛、筋肉痛に対して緩急止痛に働き、甘草、大棗、生姜は中焦を鼓舞する。生姜には附子の散寒作用を増強する働きもある。

### 四診上の特徴

本方に関する四診上の特徴を述べた記載は少ない。長谷川らはその使用目標について、「本方は、比較的体力が低下し、四肢冷感を訴える例の、四肢関節の疼痛・腫脹、筋肉痛、麻痺、しびれ感などを目標に用いる。腹部は、一般に腹力が弱く、時に心窩部振水音、腹直筋の緊張を認める。一般に、関節痛・筋肉痛(寒冷により増悪)のほか、微熱、盗汗、手足のこわばり、浮腫などを伴う」と述べている<sup>1)</sup>。

尾台榕堂は、「心悸、目眩、身瞶動者」には、桂枝加朮附湯に茯苓を加味して桂枝加朮附湯として用いるように指示している<sup>2)</sup>。これは、苓桂朮甘湯もしくは真武湯の方意を反映させたもので、眩暈、立ちくらみ、労作時の動悸などを伴う場合のあることを示唆している。

### 臨床応用

適応疾患は、関節痛、神経痛、筋肉痛など疼痛性疾患と、

麻痺やしびれを呈する疾患である。関節リウマチ、肋間神経痛、上腕神経痛、三叉神経痛、肩関節周囲炎、諸種の関節痛ならびに筋肉痛、腰痛症、変形性膝関節症、脳卒中後遺症などに用いられる。花輪は、交通事故外傷、むちうち症、リウマチ、神経痛などで「冷えると古傷が疼く」ものに有用で、「胃腸にやさしい鎮痛剤」と記載している<sup>3)</sup>。しかし、初期でも病態が合えば使用可能である。

#### 関節リウマチ(RA)

桂枝加朮附湯、桂枝加朮附湯は、RAの代表的治療薬の一つとして用いられてきた。これまでの報告では、主にStage I・IIの比較的関節変化の少ない患者が対象であり、関節の腫脹、熱感が軽い場合に適応となるとされている。

谷崎らは、classical又はdefinite RAと診断されプロトコルを満たした36例に桂枝加朮附湯を投与し、4、8、12週ごとに臨床症状などを評価した結果、12週投与した27例中14例(51.9%)に明らかな臨床効果が認められたと報告している。投与対象は関節の腫脹・疼痛のみられる比較的活動性の高い症例であった<sup>4)</sup>。

Imadayaらは95例のRAに対し漢方治療を行い、ランスバリー指数により判定を行ったところ、68%の有効率であった。有効処方方は桂芍知母湯、桂枝加朮附湯、桂枝二越婢一湯の順で有効であり、全体の94%を占めていた。特に桂枝加朮附湯は発病初期の活動性の高い症例に有効であったと報告している<sup>5)</sup>。

同様に古田らは、活動性の高い36例のRAに対し随証治療を行い、14例で桂枝加朮附湯を使用した。うち8例が有効であり、単独投与は6/8例で有効であった<sup>6)</sup>。また松多は52例のRA患者で、桂枝加朮附湯または桂枝加朮附湯のみで2ヵ月経過を診た患者に対し、各種DMARDを追加して治療効果を検討したところ、金製剤との併用が効果的であったと報告している<sup>7)</sup>。

安田らもclassical又はdefinite RAと診断されて治療中の患者に対し、「手足の冷え」を主要項目とし、「手足の痺れ」、「四肢の腫脹」、「自然発汗」、「尿量減少」がみられた症例に桂枝加朮附湯を投与した。その結果、全般改善度でやや改善以上の効果がみられた割合は7/13例(53.8%)であり、特に「手足の冷え」がみられた場合に有効であったと述べている<sup>8)</sup>。

#### 変形性膝関節症

高岸は27名に桂枝加朮附湯を用いた結果、全般改善度は著明改善1例、中等度改善11例、軽度改善10例で中等度改善以上は44%であったと述べている。患者自身の評価では「良くなった以上」は48.1%、「やや良くなった以上」は81.5%であっ

た。さらに、高齢者になるにしたがい、「改善以上」の比率が上昇したと報告している<sup>9)</sup>。

### 腰下肢痛(骨粗鬆症を含む)

大竹は、腰痛症の治療結果をまとめた報告で、桂枝加朮附湯は変形性腰椎症より骨粗鬆症に伴う痛みに有効なことが多いと述べている<sup>10)</sup>。その中で、骨粗鬆症患者では小腹不仁などの腎虚の兆候が少なかったと報告している。さらに、非ステロイド系消炎鎮痛剤(NSAID)との治療効果を比較したところ、投与4週目ではNSAID投与群と桂枝加朮附湯を中心とした漢方治療群で治療効果に差を認めなかったが、12週後では有意に漢方治療群で痛みが軽減していた。さらに、骨量(骨皮質幅・MCI)と骨密度の推移をDIP法とm-BMD法で9か月間追跡したところ、無治療群と比較し有意に増加していた。

さらに、骨粗鬆症治療薬のイブリフラボン、NSAID、桂枝加朮附湯をそれぞれ投与した3群でMCIの変化を9か月間追跡した結果、桂枝加朮附湯とNSAIDでは同様な鎮痛効果を示したがNSAID投与群では骨量が維持されなかった。桂枝加朮附湯ではイブリフラボンと同等な骨量維持効果を認めたため、桂枝加朮附湯は単に疼痛改善のみならず骨代謝に直接影響している可能性が示唆された。また、骨代謝マーカー(Osteocalcin, intact-Osteocalcin, ALPⅢ)の変動があるか否かをDXAでの骨量測定(BMD)と同時にを行った結果、ALPⅢは3か月で有意に低下し、BMDは6か月後には有意に増加した。またいずれの骨代謝マーカーにおいても、初期に明らかに高値で高回転を示した症例においては、3か月後に低下していた。よって、特に高回転型と思われる骨粗鬆症に対し桂枝加朮附湯は骨代謝を抑制したと考えられる。

田北はビタミンD製剤と桂枝加朮附湯を併用することにより、煎じ薬では骨密度を増加させ、エキス剤の場合には低下させないと報告している<sup>11)</sup>。

佐々木らは腰椎変性疾患で疼痛を訴えている20例に桂枝加朮附湯を用いたところ、著効2例、有効9例、やや有効4例、無効5例であったと報告している<sup>12)</sup>。

### 帯状疱疹後神経痛(PHN)

本方は帯状疱疹の急性期よりも、その後に生じるPHNに対して使用される機会が多く、特に胸神経領域に頻用される<sup>13)</sup>。菅谷らは、PHNに対する桂枝加朮附湯の効果を検討した。27例の投与群と30例の非投与群に対し、10段階の疼痛スコアで評価した結果、開始時が10として、1か月後で投与群が7.33±1.3、非投与群が7.87±1.1(p<0.05)、2か月後は投与群5.25±2.5、非投与群7.16±1.8(p<0.01)となり、有意に疼痛の軽減がみられた<sup>14)</sup>。

また、里村らは、体力に乏しく筋肉の緊張が弱く冷え症など虚証タイプで、発症1か月以上経過した48~89歳のPHN患者40名に対し、神経ブロックの補助療法として桂枝加朮附湯

を投与した。その結果、1か月後で有効以上34例(85%)、3か月後は36例(90%)で、胸神経領域に比較し三叉神経第1枝領域では不変の割合が高かったと述べている<sup>15)</sup>。

白藤は、PHNの部位と有効処方との関係を考察し四肢末梢の寒湿性疼痛を訴える場合に桂枝加朮附湯を用いると効果的であると述べている<sup>16)</sup>。

### 三叉神経痛及び顎・顔面痛

堀江らは、虚証を呈する三叉神経痛の患者5例に対しカルバマゼピンと桂枝加朮附湯を併用したところ疼痛の改善を認め、3例ではカルバマゼピンを中止できたと報告している<sup>17)</sup>。神野らは、虚証あるいは虚実中間証で冷感を有する根管治療後疼痛7例、非定型顔面痛6例、三叉神経痛2例、顎関節症1例の計16例に、桂枝加朮附湯を投与し効果を検討した。その結果、各疾患で著効、有効を合わせた有効率はそれぞれ6/7例、1/6例、1/2例、1/1例で、全体として56.2%であった<sup>18)</sup>。この他、複合性局所疼痛症候群(カウザルギー)<sup>19)</sup>や放射線治療後などの疼痛<sup>20)</sup>、上眼窩神経炎などにも有効であったと報告がある。

### 脳血管障害後遺症

吉益東洞は脳卒中の後遺症(半身麻痺など)に本方をしばしば用いた。尾台榕堂にも著効を示した症例報告がある。大塚は、7か月前に脳出血を発症した半身不随の65歳の男性に対して効果のあった興味深い症例を記している<sup>21)</sup>。

脳血管疾患の後遺症、特にしびれや痛みに対して本方を使用した報告がいくつかみられる。佐々木らは桂枝加朮附湯を被核出血の後遺症に<sup>12)</sup>、後藤らは桂枝加朮附湯及び桂枝加朮附湯を視床痛の症例に用いて効果を得たと報告している<sup>22)</sup>。

### その他

赤澤は、糖尿病性神経障害による痛みやしびれを訴える50例に対し桂枝加朮附湯を投与したところ、著効34%、有効30%、改善30%、やや改善6%であったと報告している<sup>23)</sup>。

また、城石らは八味地黄丸がしびれや冷感に対して70~80%の効果であるが、桂枝加朮附湯は冷感に対して62.5%、疼痛に対して50%の効果があることを報告している<sup>24)</sup>。

関矢らは、クローン病、下痢を伴う直腸腸術後の吻合部からの出血、急性腸炎の下痢、チョコレート嚢胞による生理痛に、目眩と腹痛・腹満の5例において効果を得たと述べている。これらの症例では腹直筋の緊張がみられ、桂枝加朮附湯を桂枝加芍薬湯と真武湯または苓桂朮甘湯の合方と解釈して用いると応用が広がる可能性を示唆している<sup>25)</sup>。

また渡辺らは、サルコイドーシスの患者5例において、四肢冷感や関節痛、しびれなどを目標に用いて、症状の改善と同時にACEやsIL-2受容体などの検査成績も改善したとしている<sup>26)</sup>。

### <引用文献>

- 1) 長谷川弥人・大塚恭男・山田光胤・菊谷豊彦編 漢方製剤活用の手引き p55-56 臨床情報センター 東京 1998.
- 2) 尾台榕堂 類聚方広義 11~12丁 1855.
- 3) 花輪壽彦 漢方診療のレッスン p400-401 金原出版 東京 1995.
- 4) 谷崎勝朗ほか 慢性関節リウマチに対するツムラ桂枝加朮附湯の臨床効果 臨床と研究 70: p2285-2292, 1993.
- 5) Imadaya et al. Therapeutic effect of Sino-Japanese (Kampoh) medicine on rheumatoid arthritis. 和漢医学雑誌 2(3): p439-445, 1985.
- 6) 古田一史ほか 桂枝加朮附湯、附子剤-煎じ薬- リウマチ科 27(5): p488-498, 2002.
- 7) 松多邦夫 桂枝加朮附湯 リウマチ科 27(4): p384-388, 2002.
- 8) 安田正之ほか 漢方製剤の追加併用による慢性関節リウマチの治療-桂枝加朮附湯および意苡仁湯- リウマチ科 7(4): p322-330, 1992.
- 9) 高岸直人 腰痛・変形性膝関節症 老化と疾患 4(3): p389-395, 1991.
- 10) 大竹哲也 退行期骨粗鬆症と漢方 漢方と最新治療 10(4): p325-331, 2001.
- 11) 田北雅夫 桂枝加朮附湯とビタミンD製剤の併用効果 漢方と最新治療 12(4): p323-325, 2003.
- 12) 佐々木学ほか 神経原性・筋原性疼痛に対する桂枝加朮附湯の効果についての検討 脳外と漢方 2: p9-13, 2007.
- 13) 大竹哲也 帯状疱疹・帯状疱疹後神経痛 日医雑誌 114(8): p457-460, 1995.
- 14) 菅谷壮男ほか 帯状疱疹後神経痛に対する桂枝加朮附湯の効果 ベイクリニク 12(1): p70-

- 72, 1991.
- 15) 里村敬ほか 帯状疱疹後神経痛に対する神経ブロックと和漢薬の併用療法の試み 和漢医学雑誌 2(1): p146-147, 1985.
- 16) 白藤達雄 神経痛の漢方療法(帯状疱疹も含めて) 現代東洋医学 14(2): p197-201, 1993.
- 17) 堀江憲夫ほか 三叉神経痛に対する桂枝加朮附湯の効果 日大歯学 67: p896-901, 1993.
- 18) 神野成治ほか 顎顔面痛に対する桂枝加朮附湯の効果 日歯麻誌 20(2): p233-238, 1992.
- 19) 千葉雅俊ほか 頰骨骨折後に生じたCRPS type IIに桂枝加朮附湯が奏効した1症例 ベイクリニク 27(2): p209-212, 2006.
- 20) 山口孝二郎ほか 下顎骨悪性線維性組織球腫再発に対するサイバーナイフ治療後の慢性神経痛に桂枝加朮附湯が有効であった1症例 痛みと漢方 21: p87-90, 2011.
- 21) 大塚敬節 脳出血による半身不随 漢方診療30年 p109-110 創元社 大阪 1959.
- 22) 後藤三三ほか 視床痛に対する漢方治療の試み 日東医誌 61(2): p189-197, 2010.
- 23) 赤澤好温 糖尿病性神経障害(DIABETIC NEUROPATHY)に対する桂枝加朮附湯エキス散の効果 基礎と臨床 15(11): p5390-5394, 1981.
- 24) 城石平一ほか 糖尿病性神経障害に対する和漢薬治療の試み-桂枝加朮附湯、八味地黄丸、牛車腎気丸の使用経験- 和漢医学学会誌 2(1): p144-145, 1985.
- 25) 関矢信康ほか 桂枝加朮附湯の関節外症候への応用 日東医誌 60(4): p465-469, 2009.
- 26) 渡辺秀裕ほか サルコイドーシスへの桂枝加朮附湯による免疫調節効果の有効性がみられた症例治療学 40(4): p454-457, 2006.

# 五苓散が奏効した関節痛の3症例 —白朮と蒼朮の違いについて—

あらいクリニック 副院長 新井 恵子

## キーワード

- 関節痛
- 五苓散
- 白朮
- 蒼朮

西洋医学的には治療法が確立していない関節痛3症例に五苓散が奏効した。五苓散エキス製剤はメーカーによって構成生薬が違い、白朮を使った五苓散と蒼朮を使った五苓散がある。脾虚の1例と気虚で浮腫の著明な1例では白朮五苓散が奏効した。肝鬱により胃の調子が悪くなる1例では蒼朮五苓散が有効であった。五苓散使用時には、白朮と蒼朮を使い分ける必要があると考えられた。

## はじめに

当院では西洋医学的診断と同時に東洋医学的診断を行っている。下記の関節痛3例も西洋医学的検査で関節リウマチなどの疾患を否定された症例であり、このような症例は日常臨床でよく遭遇する。

このように、西洋医学的には治療法が確立していない関節痛でも、東洋医学的診断により全身的要因に目を向けながら、五苓散で水滯を解決することで治療できる症例がある。五苓散エキスの朮は製薬メーカーによって白朮のものや蒼朮のものがある。これらを使い分けることで効果が挙がったので報告する。

## 白朮五苓散が奏効した2症例

### 症例1：61歳、女性、主婦

**主 訴：**全身の関節痛、特に左肩関節の痛み

**現病歴：**X年2月、冷えを契機に全身の関節痛が出現する。肩関節の可動域も制限され、痛みがひどいときは夜も眠れなくなる。2軒の整形外科に受診し、レントゲン検査異常なし。リウマチではないと言われる。肩関節内注射を受け、鎮痛剤を処方されたが効果なし。経過中CRPは2月から4.0→0.9→0.45と徐々に改善している。6月19日当院受診。

**現 症：**身長154cm、体重44kg、関節可動域制限以外著変なし。血液生化学所見は、CRP 0.45↑、FT3 3.1→、FT4 1.03→、TSH 4.132↑、抗サイログロブリン抗体4.1↑、抗TPO抗体0.6↑以外は基準値内。

**【東洋医学的所見】**舌診：軽度歯圧痕、脈：虚実中間証、腹力：中等度。

**経 過：**初診より、五積散処方と鍼治療開始。6月26日、肩関節痛はやや軽快する。7月10日、ペインスコア10→7。「以前より雨が降ると調子が悪い。サウナ、アルコールは苦手、ハワイに行った時は調子が良かった。胃カメラ検査時、胃液がたくさんたまっているとされた。口が渇き、尿が出ない。水を飲むと気持ち

悪くなるのであまり飲まないようにしている。動くとき調子がいいのでいつも動くようにしている。食べるとすぐ眠くなる」という本人の話より五苓散の証と診断し、7月10日から蒼朮五苓散に変方。8月21日には、関節痛、関節可動域制限は、以前の状態に戻った。蒼朮五苓散服用後の本人談。「雨の日も過ごしやすくなった。口の渇きも良くなった」。X+2年1月7日より、食べると眠くなるという脾虚の改善を目的に、白朮五苓散に変方した。変方後の本人の話。「胃の調子がいい。作用が穏やかで自分には合っている。芯から暖まる。前の薬はパーッと発散するというか元気がいいんです。足背の部分が動きやすい」。以後白朮五苓散を服用している。

### 症例2：41歳、女性、会社員

**主 訴：**両手足のむくみと痛み

**現病歴：**Y年12月29日に風邪症状、12月30日より両上肢下肢のむくみが出現。痛みのため不眠。靴が履けない。全身倦怠感のため仕事ができない。Y+1年1月4日当院受診。

**現 症：**身長160cm、体重57.9kg(3~4kg増加)。両上肢下肢の浮腫以外著変なし。血液生化学所見は、末血WBC 12000以外基準値内、生化学検査CRP 3.6↑、BNP 正常、TSH 正常、肝機能 正常。尿検査では異常なし。ウイルス学的検査ではパルボウイルスB19 IgM抗体(-)、HBsAg(-)、HCV抗体(-)。免疫学的検査ではRA(-)、抗CCP抗体(-)、補体価64(30~45)、抗核抗体(-)。

### 【東洋医学的所見】

顔色：白、舌診：歯圧痕、腹力：中等度。

自覚症状として以前より冷えむくみあり。関節痛が始まってから、口渇あり、尿の出が悪い。

**経 過：**第3病日CRP 4.0。当帰芍薬散(白朮)を処方開始。第5病日CRP 3.2。第7病日 浮腫が改善しにくいので、水滯の治療の目的で蒼朮五苓散に変方。第9病日CRP 2.3。関節痛、浮腫は軽快する。本人の話で

も、「当帰芍薬散より五苓散のほうが効いている」。第17病日 CRP 1.5。足背に浮腫と痛みが残っているの  
で、白朮五苓散に変方。第28病日(Y+1年2月1日) CRP 0.2。足背の関節痛、浮腫も消失。本人談では「白朮五苓散に変えて、口の乾きも良くなり、尿量が増えた。靴が履けるようになった。だるさもなくなった」とのこと  
で治療終了した。

## 蒼朮五苓散で改善した1症例

### 症例3 46歳、女性、主婦

**主訴**：全身の関節痛(特に腰痛)

**現病歴**：28歳ごろより腰痛。31歳時、転倒して頸部  
圧迫感と肩凝りが始まった。41歳時、左上肢を下げ  
ると痛みが出現。整形外科にてC4-5の頸椎異常を  
指摘される。43歳時、尻もちをついてから腰部にコ  
ルセットを着けている。45歳時、左第5趾骨折、その  
後左膝の痛みが出現し膝関節内注射をしている。Z年  
9月18日当院受診。

**既往歴**：鬱状態で心療内科通院中。

**現症**：身長157.6cm、体重50.5kg、理学的所見には  
著変なし。血液生化学所見に著変なし。

**【東洋医学的所見】**舌診：軽度歯圧痕、苔なし。腹力：  
中等度。

**経過**：局所の鍼治療施行し疎経活血湯処方。痛みは  
一時的に改善したが効果は続かない。「雨の降った時に  
痛みが増強する。アルコールは飲めない」という本人  
の話から11月16日より蒼朮五苓散処方。服用して2日  
後の診察で、「上を向いて寝られるようになった。冷え、  
むくみ、痛み、関節音も減少した。尿が出るようになった」と語った。Z+1年1月7日、「今年の冬はむくみも冷  
えもなく、厚着をしなくて済んでいる」と述べた。以  
後、蒼朮五苓散を服用している。Z+1年9月26日、だ  
るさを訴え、気虚と診断して、蒼朮五苓散から白朮五  
苓散に変方した。2週間後、「白朮五苓散に変更してか  
ら、足の冷えと痛みが戻って眠れなくなった」と不調  
を訴えた。「くよくよした時、考え事をした時に胃の調  
子が悪くなる」という本人の話から、白朮五苓散を中  
止して、肝鬱を除く蒼朮五苓散に戻した。以後、蒼朮  
五苓散を服用している。長時間の立位、座位で関節痛  
が生じるが長くは続かない。

## 考察

五苓散の目標は、「胃内(あるいはその他の体腔内)に  
停水があって、気の上衝あるいは表証を伴っているも  
のである。口渴と尿不利があって、気の上衝のため嘔  
吐があり、激しい頭痛や眩暈のあることもあり、表熱  
の症状がある。腹は多くの場合、心下部に拍水音が認  
められる。」とある<sup>1)</sup>。

症例1と症例2は、水滯の体質の人に感染症が加  
わって生じた関節痛である。『金匱要略』瘧湿渴病篇に  
は<sup>2)</sup>、「風湿相打ち一身ことごとく疼痛するは、法ま  
さに汗出でて解すべし。天の陰雨止まざるとき、医いわ

く、これ発汗すべしと。これを汗して病癒えざるもの  
は何ぞや。けだしその汗を發し、汗大いに出づるもの  
は、ただ風氣去りて湿氣あり。これゆえに癒えざるな  
り。もし風湿を治さんとするには、その汗を發するに、  
ただ微々として汗出でんと欲するに似たるものは、風  
湿ともに去るなり。」とある。湿の体質の人が外邪に当  
たり痛みが持続する時は、少しづつ汗を出して湿を除  
く必要があると書かれている。

症例3は水滯に姿勢、肢位による局所的要因が加  
わった関節痛だと考えられる。松村ら<sup>3)</sup>は、胸郭出口  
症候群は水滯という全身的な要因を有する例に姿勢、  
肢位などの局所要因が加わった結果、発症する可能性  
があると言っている。関節痛の治療においても全身的  
な要因としての水滯の診断は重要であると考えられ  
た。

五苓散エキスは製薬メーカーによって構成成分が違  
い、白朮を使った五苓散と蒼朮を使った五苓散があ  
る。白朮と蒼朮の違いを表に示す。白朮には補脾益氣  
作用があり、蒼朮には祛風湿作用があると言われてい  
る<sup>4)</sup>。症例1は、五苓散証に脾虚を伴う人の関節痛で  
ある。補脾益氣作用のある白朮で、脾氣を補い湿を改  
善することで効果が挙がった。症例2は五苓散証で気  
虚を伴う人の関節痛である。補脾益氣作用がある白朮  
が著効した。また白朮は浮腫にも有用であると言われ  
ている<sup>4)</sup>。症例3は五苓散証に肝鬱を伴い、体位によ  
り関節痛が悪化する症例である。祛風湿作用により肝  
鬱を除く蒼朮を使用することで症状が改善した。白朮  
と蒼朮は使い分ける必要があると考えられた。

症例1、2とも白朮五苓散は足背前面の症状を改善  
した。脾胃の機能の改善が、胃経、脾経の経絡の機能  
の改善に繋がっていると考えられる。西田<sup>5)</sup>の言うよ  
うに臟腑機能の改善で経絡の動きも改善する可能性も  
あると考えられた。

五苓散は生体内でアクアポリン阻害作用があるとい  
われており、利尿剤とは異なる機序で水の偏在や水分  
代謝異常を改善すると報告されている<sup>6)</sup>。今後、水滯  
が西洋医学的にも解明される可能性もあり、全身的な  
体質としての水滯を見逃さないように診察する必要が  
あると考えられた。

表 蒼朮と白朮の違い(文献4より作成)

	基原	味	性	帰経	薬理	禁忌
蒼朮	ホソバオケ ラの根茎	苦、辛	温	脾、胃	燥湿健脾、 祛風湿	陰虚で咯血、鼻 出血のあるとき
白朮	オオバナオ ケラの根茎	甘、微苦	温	脾、胃	補脾益氣、 燥湿利水	高熱、陰虚火 盛、脱水など

## 【参考文献】

- 1) 矢数道明：臨床応用漢方処方解説 増補改訂版。p170-175, 創元社, 大阪, 1981.
- 2) 大塚敬節主講：金匱要略講話。p53-54, 創元社, 大阪, 1979.
- 3) 松村崇史ほか：胸郭出口症候群の漢方医学的病態－五苓散のしびれに対する効果－。痛みと漢方 15:p25-29, 2005.
- 4) 中山医学院編。神戸中医学研究会訳・編：漢薬の臨床応用。p 207-208, p313-314, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1986.
- 5) 西田皓一：図解経筋学－基礎と臨床。p10-11, 東洋医学出版社, 千葉, 2008.
- 6) 磯濱洋一郎：炎症・水毒 和漢薬によるアクアポリン水チャネルの機能調節。漢方と最新治療 17: p27-35, 2008.

# 本態性肉眼的血尿に対する 猪苓湯の使用経験

慶應義塾大学医学部 救急医学教室  
慶應義塾大学病院 救急科

田島 康介

キーワード

- 無症候性血尿
- 本態性血尿
- 猪苓湯
- ナットクラッカー現象

本態性血尿は患者にとって心理的負担であり、血尿が肉眼的に観察されるとすればなおさらである。今回の症例は1年以上も続く本態性肉眼的血尿に対し、ナットクラッカー現象との診断を行った上で猪苓湯を処方し、劇的な改善をみた例である。

## はじめに

血尿とは尿中に赤血球が混在した状態で、肉眼で明らかに血尿を観察できるものを肉眼的血尿、顕微鏡検査による尿沈渣で赤血球を確認できるものを顕微鏡的血尿という。また血尿のみならず排尿痛、頻尿、残尿感などの自覚症状を伴うものを症候性血尿といい、それに対して明らかな自覚症状を伴わないものを無症候性血尿という。さらに、本態性血尿(特発性血尿；idiopathic hematuria)は、臨床検査では原因究明されない血尿をさす症候名である。本態性血尿の病態は顕微鏡的血尿から肉眼的血尿まで様々であるが、特に肉眼的血尿の場合、原因が特定されないまま血尿が続くことに対する患者の心理的負担は計り知れない。

一般に血尿の原因は、(1)膀胱炎などの尿路感染症(2)尿路結石(3)腎炎(4)悪性腫瘍(腎癌・尿管癌・膀胱癌・前立腺癌など)(5)そのほか腎血管腫・腎梗塞・腎結核など多岐に亘るが、そうした原因が判明しない場合は経過観察とするか、もしくは止血剤、抗アレルギー薬、そして漢方薬では猪苓湯による対症療法がなされることが多い。猪苓湯は一般的に血尿に用いられることも多いが、ここでは、筆者の治療以前には1年以上改善しなかった

特徴的な本態性肉眼的血尿の一症例を提示する。本症例は、ナットクラッカー現象(後述)を呈していたとみられ、猪苓湯により劇的に肉眼的血尿が改善した例である。本症例を通じて本態性血尿の病態を東洋医学的に考察する。

## 症 例

症例：39歳 男性

主 訴：血尿

現病歴：突然発症した1ヵ月以上続く肉眼的血尿により、前医泌尿器科を受診。KUB(腎・尿管・膀胱の単純X線検査)では明らかな異常を認めず、超音波検査では軽度の左水腎症を、腹部造影CT上で左腎盂の軽度拡張を認めるのみであった。経過観察となったが、初診後3ヵ月経過しても肉眼的血尿が改善しなかった。そこで膀胱鏡検査を行うも異常を認めず、さらに1年以上の経過観察でも肉眼的血尿が改善しなかったため、患者は漢方治療を希望し筆者外来を受診した。なお経過観察中、複数回の尿細胞診を行うも悪性所見を認めなかった。

現 症：初診時、患者は赤ら顔で、腹力は2/5、瘀血の圧痛点は左臍傍部に軽度に認め、また舌診で軽度の白苔と軽度歯痕舌、舌下静脈の怒脹を認めた(図1、2)。尿検査では肉眼的鮮血尿であったが(図3)、血尿以外の症状は無かった。また前医泌尿器科では検査所見に明らかな異常を認めなかったが、retrospectiveに前医画像を検討すると、造影KUB撮影で左腎が

図1 舌の所見(表側)



軽度の白苔、軽度の歯痕舌

図2 舌の所見(裏側)



舌下静脈の怒脹

図3 初診時尿所見



肉眼的鮮血尿

図4 造影KUB



図5 腹部造影CT画像

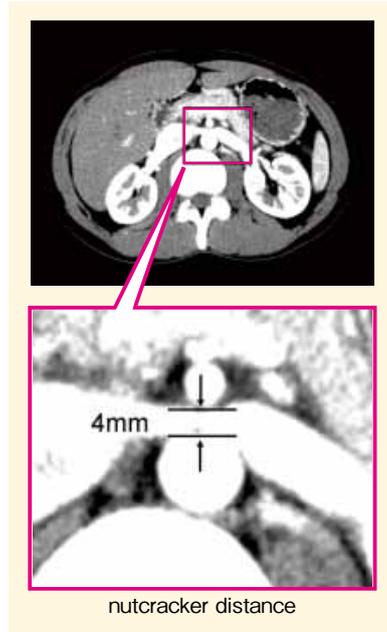


図6 猪苓湯服薬開始後3カ月の尿所見



軽度拡張しており(図4)、また腹部造影CT画像上 nutcracker distance(上腸間膜動脈後面から大動脈前面までの距離)が4mmと短縮しており(図5)、本症例の病態はナットクラッカー現象であったと考えられた。漢方医学的には本症例は虚証で、瘀血と水毒を認めた。

**臨床経過：**猪苓湯(KB-40、6g分2/日)を処方したところ、服薬開始1ヵ月で鮮血尿がロゼ色になり、3カ月の時点で肉眼的血尿を認めなくなった(図6)。6ヵ月を経過した時点で、顕微鏡的血尿は未だに認めるものの、主訴としての肉眼的血尿は無くなり、患者希望により廃薬となった。以後、1年を経過したが肉眼的血尿の再発は無く経過良好で、患者は満足している。

## 考察

本態性血尿の病態は顕微鏡的血尿から肉眼的血尿まで様々であるが、DeSchepperが提唱したナットクラッカー現象(nutcracker phenomenon)<sup>1)</sup>は、本態性血尿の原因の一つと考えられている。ナットクラッカー現象とは、左腎静脈が腹部大動脈と上腸間膜動脈の間に挟まれることにより還流障害を生じ、左腎静脈圧の亢進による腎静脈系と腎盂腎杯系との異常交通によって無症候性の肉眼的血尿をきたす病態である<sup>2,3)</sup>。ナットクラッカー現象の診断は、血液生化学検査、尿細胞診、各種画像検査、膀胱鏡検査等によって血尿の原因となる疾患を除外する必要があるが、現時点では

確立された診断基準はない<sup>4)</sup>。本症例も、各種検査で異常が無かったことから前医の画像診断を retrospective に検討し診断したに過ぎない。

『傷寒論』では、喉が乾き水を飲みたい、尿量が減少した、排尿が困難である、排尿痛や残尿感のあるものを猪苓湯の主な対象として挙げている。猪苓湯は五苓散とともに代表的な利尿剤であり水毒症状を認めるときに一般に用いられるが、止血作用をも有する点が五苓散と異なる。猪苓湯は滑石、沢瀉、猪苓、茯苓、阿膠からなり、前4者は利尿・消腫に、阿膠は滋陰止血に働く<sup>5)</sup>。本症例は軽度の左水腎症を認めており、猪苓湯の利尿作用により左腎静脈圧が低下し、阿膠の止血作用とあいまって血尿が改善したものと考えられる。ナットクラッカー現象の治療については、体格の変化から側副

路の発達により自然に血尿が消失することがかなり期待できるため経過観察とされる場合が多い<sup>3)</sup>が、本症例では1年以上の経過観察で改善がみられなかったため、漢方医学的治療を試みた。ナットクラッカー現象による肉眼的血尿に対して猪苓湯が有効であったとする報告はこれまでみられないが、猪苓湯の作用機序(利尿・消腫および滋陰止血)からも本症例に対する処方には理に適っており、猪苓湯は考慮されるべき処方と思われる。

「本態性血尿 = idiopathic hematuria」はあくまでも血液生化学検査、尿細胞診、各種画像検査、膀胱鏡検査などで異常を認めなかったという「除外診断」によってなされる症候名である。したがって止血剤や抗アレルギー薬、猪苓湯などが漠然と処方される機会も少なくない。しかしながら、そうした症例の中には、本症例のようにナットクラッカー現象という診断が可能な症例が多く潜在しているとも考えられる。ナットクラッカー現象は、本態性血尿の鑑別疾患の一つとして常に念頭に置くべき現象であると考えられる。

## 【参考文献】

- 1) DeSchepper, A. : Nutcracker fenomeen van de vena renalis en venue ze pathologie van de linker nier. J Belge Radiol 55 : p507-511, 1972.
- 2) Nishimura, Y. et al : Left renal vein hypertension in patients with left renal bleeding of unknown origin. Radiology 160 : p663-667, 1986.
- 3) 小松洋輔ほか：左腎静脈圧亢進症を伴った左腎出血とその追跡成績について. 臨泌 41 : p957-960, 1987.
- 4) 大木隆弘ほか：血流変換術を施行したナットクラッカー現象の一例. 泌尿紀要 45 : p183-186, 1999.
- 5) 高山宏世：猪苓湯：漢方常用処方解説, 高山宏世編, 第31版 : p120-121, 泰晋堂, 東京, 2003.

# 認知症の周辺症状に対する 加味帰脾湯の臨床効果

医療法人社団 桑島内科医院 副院長 桑島 靖子  
医療法人 東洋病院 院長 清水 寛

キーワード

- 認知症
- 周辺症状
- 加味帰脾湯
- 抑肝散
- 貧血

認知症の周辺症状に対する漢方治療としては抑肝散及び抑肝散加陳皮半夏の処方が広く知られているが、加味帰脾湯もまた、神経症や不眠といった認知症に随伴する症状への適応を元来有するとされる。ここでは、加味帰脾湯が認知症患者の夜間不穏や貧血等に対して著効した2例を紹介し、認知症治療における漢方の新たな可能性を呈示したい。

## はじめに

高齢化とともに認知症患者は増加し、周辺症状による介護負担が、特に、特別養護老人ホームなど人手の少ない現場では大きな問題となっている。近年、認知症の周辺症状に対する抑肝散や抑肝散加陳皮半夏の有用性が数多く報告され、注目されている。しかし、漢方薬は原則的には患者の証(=症状や体質)によって処方を選択するため、ときにはこれら以外の処方で優れた効果を認める場合もある。今回、認知症の周辺症状に対し、「神経症・不眠症」に適応のある加味帰脾湯を用いて著効した症例を経験したので報告する。

## 症 例

### 症例1：95歳、女性

**現 症：**体重40.9kg、痩せ型。眼瞼結膜貧血、顔面蒼白。舌：淡白湿潤(薄白苔)、脈：沈細数、腹証：軽度胸脇苦満、腹力軟。

**現病歴：**昼夜逆転し、夜間興奮。抑肝散を投与するも改善がみられず、昼間も興奮するようになった。歩行不能だが、夜間に床を這って徘徊し、同室者に乗りかかろうとし始めた。

**臨床経過：**加味帰脾湯5.0g分2に変方して、3~4日目には夜間の興奮、徘徊がなくなり精神的に安定した。また、3ヵ月後にはHb 6.6g/dLからHb 7.0g/dLと貧血の改善もみられた。

### 症例2：91歳、女性

**現 症：**体重33.9kg、痩せ型。眼瞼結膜軽度貧血、顔面やや蒼白。舌：淡白湿潤(薄白苔)、脈：沈細数、腹証：軽度胸脇苦満、腹力軟。

**現病歴：**夜間不穏となり、歩行不能だが、何度もベッドから下りようとする。無理に寝かそうとすると抵抗する。

**臨床経過：**加味帰脾湯5.0g分2を投与して1週間後には夜間不穏がみられなくなった。また、3週間後にはHb 10.8g/dLからHb 11.5g/dLと貧血の改善もみられた。

表1 当院における認知症の周辺症状に対する漢方治療の例

No.	周辺症状に使用した漢方薬	投与期間
1	抑肝散→加味帰脾湯	3ヵ月
2	加味帰脾湯	3週
3	加味帰脾湯	5ヵ月
4	加味帰脾湯→抑肝散→加味温胆湯	4ヵ月
5	加味帰脾湯	2ヵ月

図1 周辺症状スコアの変化

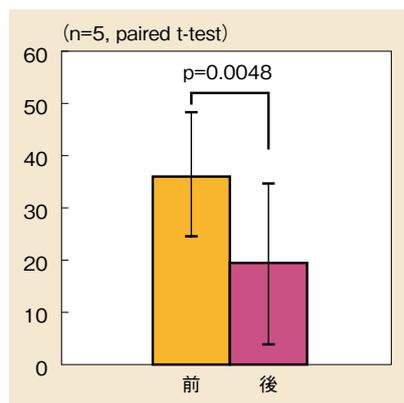
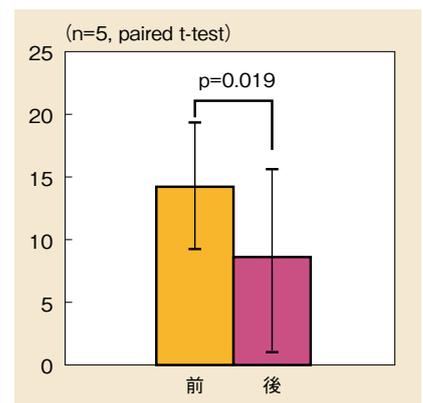


図2 介護負担度スコアの変化



以上より、認知症の周辺症状に対する加味帰脾湯の有効性が示唆された。このような経験を踏まえ、当施設では認知症の周辺症状の治療に加味帰脾湯を積極的に取り入れている。まだ症例数は少ないが、当施設の治療成績を示す(表1、図1、図2)。周辺症状の評価は施設版NPI (Neuropsychiatric Inventory)分類を用いた。

## 考 察

加味帰脾湯は、疲れやすい、食欲不振、健忘、不眠、驚きやすく動悸がする等の症状(心脾両虚)に対応する帰脾湯に、のぼせやほてり、イライラ等の自律神経の緊張・亢進(肝火旺)に対応する柴胡と山梔子を加えた14の生薬からなる気血両虚の方剤で、現在は精神疾患や血液疾患に幅広く用いられている<sup>1)</sup>。精神疾患については、神経症やうつ病患者の抑うつ感、焦燥感および不眠<sup>2)</sup>や、婦人科領域における不定愁訴<sup>3)</sup>に対する有用性の報告が数多くあるものの、認知症に対する臨床報告は少ない。丸山はドネペジル塩酸塩5mgを投与しても精神症状に十分な改善がみられなかった症例に加味帰脾湯を併用し、自発性障害と感情障害への有用性を示している<sup>4)</sup>。基礎研究では、自律神経失調モデルマウスに対する痛覚過敏症状の改善や老齢ラットでの前脳・大脳皮質部ムスカリン受容体数増加およびCAT活性の賦活などが報告されている<sup>5)</sup>。また、山梔子に含有されているcroninはエタノールによる海馬長期増強障害を改善するとされている<sup>5)</sup>。

今回、周辺症状に難渋する認知症患者に対し加味帰脾湯を投与し著効を経験した。抑肝散は認知症の治療薬として注目されているが、症例1からも分かるように、イライラなどの精神興奮状態にあるすべての症例に有効というわけでない。症例1および2のように、自律神経が緊張または亢進してイライラなどの症状が目立ち、かつ、貧血が認められる場合には加味帰脾湯が著効することが示された。加味帰脾湯は従来より貧血や血小板減少性紫斑病 (ITP ; Idiopathic Thrombocytopenic Purpura) に繁用されており、「貧血」の適応を有する。貧血に関する報告としては、抗精神病薬服用中の赤血球系の造血障害<sup>6)</sup>や、妊婦の鉄欠乏性貧血<sup>7)</sup>などがある。一方、抑肝散は肝気鬱血を和らげる理気剤でイライラなどの興奮状態の緩和に特化してい

るため、貧血の有無が加味帰脾湯と抑肝散の鑑別の1つの指標となり得ると考えられた。

また、今回示した加味帰脾湯の効果は、精神症状については早いもので3~4日から改善がみられているが、貧血については3週間~3ヵ月と比較的長期の投与が必要であった。百々も、女性の諸種の貧血に対し加味帰脾湯を用いた結果、効果発現は投与2ヵ月後頃よりと述べており<sup>8)</sup>、長期投与の必要性を示している。そのため、加味帰脾湯が適応となる心脾虚から生じる精神症状が問題となる症例には、精神症状の改善がみられた後も貧血が改善するまでの2~3ヵ月間の継続投与の検討が必要だと思われる。また、加味帰脾湯は鉄剤でしばしばみられるような消化器症状の副作用はなく、貧血に対し長期に用いることのできる有用な薬剤である。特に高齢者や女性では貧血を伴っている場合が多く、栄養状態が各種症状に影響を与える可能性もあるため、加味帰脾湯を選択肢の1つとして取り入れることは非常に有益である。

## まとめ

認知症の病態は様々で、しかもそれは刻々と変化するため、個々の患者に合った対応を考える必要がある。貧血を伴う認知症患者の周辺症状に加味帰脾湯は有用であり、抑肝散や抑肝散加陳皮半夏などの繁用処方が効果不十分な場合の選択肢の1つとする事で、診療の幅を広げることが可能であろう。

## 【参考文献】

- 1) 室賀一宏ほか：処方紹介・臨床のポイント. phil漢方 11 : p7-8, 2005.
- 2) 斎藤文男ほか：神経症およびうつ病に対する加味帰脾湯の効果. Prog. Med. 13 : p1456-1464, 1993.
- 3) 千村哲朗ほか：更年期障害時の不定愁訴に対する加味帰脾湯の臨床効果(II). 診療と新薬 29(3) : p145-151, 1992.
- 4) 丸山哲弘ほか：高齢アルツハイマー病患者の自発性障害、感情障害に対するドネペジルと加味帰脾湯の併用療法. 日本東洋医学会雑誌 53(6) : p170, 2002.
- 5) 西沢幸二：加味帰脾湯. 認知症治療薬開発の最前線 p307-314, 2006.
- 6) 千丈雅徳：抗精神病薬投与患者の造血障害に対する加味帰脾湯の有用性. 漢方と最新治療 4(1) : p65-68, 1995.
- 7) 浮田徹也：妊娠中の鉄欠乏性貧血に対するツムラ加味帰脾湯の効果. 漢方医学 14(9) : p323-326, 1990
- 8) 百々 猛：貧血に対する加味帰脾湯の使用経験. 漢方診療 3(5) : p43-45, 1984.

# 柴苓湯投与による帝王切開術後の肥厚性瘢痕形成に関する臨床的検討

医療法人社団 正岡病院 理事長 正岡 博

キーワード

- 帝王切開
- ケロイド
- 肥厚性瘢痕
- 柴苓湯

帝王切開術後の肥厚性瘢痕形成(ケロイド)は女性にとって大きな苦痛をもたらすことがあり、瘢痕形成の予防が望まれるが、肥厚性瘢痕形成の予防に有用とされているトラニラストなどの内服薬は授乳中禁忌とされている。今回、授乳中においても投与可能と考えられる柴苓湯投与について検討したところ、肥厚性瘢痕形成への予防効果を認めため、報告する。

## はじめに

ケロイド・肥厚性瘢痕は線維芽細胞の増殖によるコラーゲンの異常産生が一因となり創部が隆起した状態である。特に下腹部は肥厚性瘢痕の好発部位であり、帝王切開術後患者では約6割に生じるとも言われている<sup>1)</sup>。瘙痒感や疼痛といった自覚症状の他に、発赤、腫脹、隆起などの審美的問題を来すことから、女性にとっては日常生活において肉体的・精神的に苦痛を強いられる場合がある。肥厚性瘢痕の治療は、圧迫、シリコンジェルシート、ヘパリン類似物質、ステロイドホルモンを含む貼付剤等の予防的処置、あるいは訴えのあった患者にトラニラスト等の内服薬による創傷の治療を行う場合もあるが、授乳を行う帝王切開術後患者に関しては、薬物の母乳移行などの面から内服剤は使用しづらく貼付剤の効果に関しても、帝王切開術後の肥厚性瘢痕に対して検討した報告は少ない。柴苓湯は、内因性ステロイドホルモン誘導作用や線維芽細胞増殖抑制作用などの薬理作用を有し<sup>2-5)</sup>、手術後や熱傷・外傷による肥厚性瘢痕に対する有効性が報告されている漢方薬である<sup>6-8)</sup>。今回、帝王切開術後患者で、肥厚性瘢痕形成の予防的処置を希望する者に対し柴苓湯を投与し、アンケート調査によって予防効果についての検討を行ったので報告する。

## 対象および方法

X年8月からX+1年8月までに当院を受診し帝王切開で出産を行い、術後創部の自覚症状についてアンケート調査を施行することに同意を得ることができた患者48例を対象とした。肥厚性瘢痕形成に対

する柴苓湯の予防投与について、同意が得られ、服薬良好であった症例を投与群とした(33例)。また、柴苓湯の服薬を希望しなかった、あるいはほとんど柴苓湯を服薬しなかった患者を非投与群とした(15例)。柴苓湯は1回4.05gを1日2回投与し、投与期間は術後1週目より1ヵ月間とした。産後1ヵ月健診時に、術後創部の自覚症状7項目(瘙痒、圧痛、自発痛、拘縮感、潮紅、硬結、隆起)について、4段階(3:高度、2:中等度、1:軽度、0:症状なし)によるアンケートを実施し、その合計点数スコアにより投与群と非投与群の差を評価した。

## 結果

患者背景は表1に示す通りであるが、帝王切開術後の瘢痕形成既往者の割合がやや柴苓湯投与群で多かったが、統計的には背景に有意差は認めなかった。

表1 患者背景

	投与群	非投与群
症例数	33例	15例
平均年齢(歳)	33.4 ± 4.0	30.5 ± 4.4
帝王切開回数	なし : 15例	なし : 7例
	1回 : 13例	1回 : 5例
	2回 : 5例	2回 : 2例
	3回以上 : 0例	3回以上 : 1例
帝王切開術後瘢痕既往者	12例	3例
切開方法	縦切開 : 16例	縦切開 : 8例
	横切開 : 17例	横切開 : 7例

図1 自覚症状スコアの分布

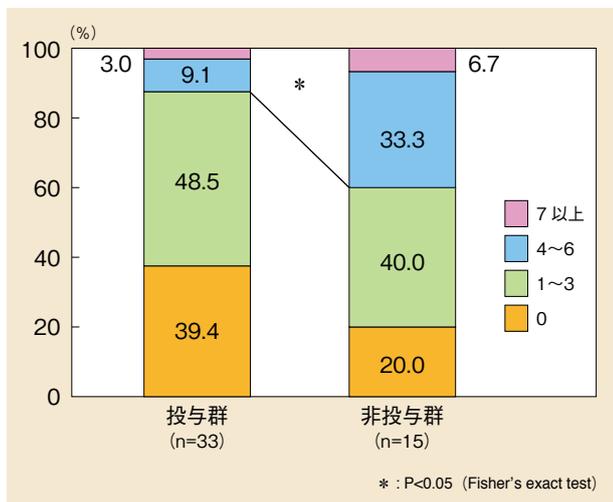
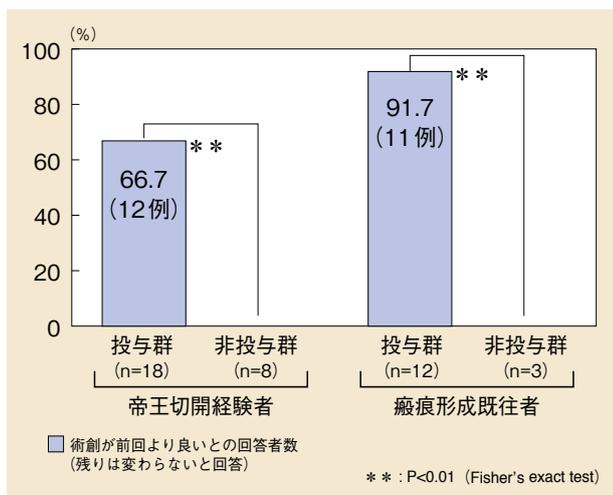


図2 前回と比較した術創の状態



患者自覚症状スコアは投与群と非投与群で全体では有意な差は認められなかったが、スコア4点以上を示す患者の割合は、投与群において、非投与群と比較して有意に少なかった(図1)。

また、図2に示すように、以前に帝王切開を経験した患者におけるアンケートでは、今回の傷の状態を前回と比べ「良い」と回答した患者が、非投与群では8例中0例に対して、投与群では18例中12例(67%)と有意な差が認められた。さらに、癒痕形成既往者においては、非投与群では3例中0例に対して、投与群では12例中11例(92%)と大部分の患者で良好であり、有意な差が認められた。調査期間を通じて調査薬剤に起因すると思われる副作用は認められなかった。

## 考察

帝王切開術による癒痕は産後数ヵ月を経て形成されるため、本格的な治療は形成外科など他院で行われる場合が多く、出産を行う産婦人科においては、十分な状況の把握やフォローがされていないのが実情である。今回、産後1ヵ月健診時と癒痕形成においてはごく初期段階ではあるが、当院で帝王切開術を受け同意の得られた全例の調査で、柴苓湯が特に術後創傷における自覚症状の重症度を有意に軽減できる結果を得た。さらに、柴苓湯を投与した帝王切開経験者、特に癒痕形成既往者において大多数の患者が、前回より創傷の状態が良いと回答しており、帝王切開術後患者の肥厚性癒痕予防に柴苓湯は有用であると考えられた。肥厚性癒痕の主な内服治療薬であるトラニラストは授乳中は禁忌であるのに対し、柴苓湯は、授乳中新生児についても特記すべきことはなかったとの報告もあることから<sup>9)</sup>、安全性の面でも推奨できる。

帝王切開による手術創の状態が変化しなくなるまでは数ヵ月から数年かかると言われておりさらに長期間での検討が必要ではあるが、産婦人科において術後長期間追跡調査するには限界があり、今回は産後1ヵ月の健診時の結果を示すに留まった。しかし、今回初めて示された帝王切開術後のアンケート調査結果に加えて、柴苓湯の薬理作用や過去の臨床報告を考えると柴苓湯投与による肥厚性癒痕形成予防に対する有効性が期待でき、出産後の女性に肉体的・精神的に苦痛を強いるケロイド・肥厚性癒痕を軽減する目的で、柴苓湯を産婦人科における帝王切開術後の創傷治療に積極的に用いても良いと考えられた。

## 【参考文献】

- 1) 小立健ほか：日本形成外科学会誌 13 : p29-34,1993.
- 2) 田代真一：和漢医薬会誌 2 : p108-109, 1986.
- 3) 中野頼子ほか：ホルモンと臨床 41 : p725-729, 1993.
- 4) Nakano, Y., et al. : Neuroscience Letters 160 : p93-95, 1993.
- 5) 荘園ヘキ子ほか：日本産婦人科学会誌 60 : p833, 2008.
- 6) 金城盛吉ほか：漢方診療 15 : p14-16, 1996.
- 7) 平松幸恭ほか：日本形成外科学会誌 28 : p549-553, 2008.
- 8) 馬場奨ほか：Prog. Med. 28 : p149-154, 2008.
- 9) 岩城雅範：Prog. Med. 19 : p1969-1971, 1999.

# 閉経前乳癌術後の更年期様症状に対する加味帰脾湯の臨床的有効性の検討

足利赤十字病院 外科 副部長 戸倉 英之

キーワード

- 閉経前乳癌
- リュープロレリン酢酸塩
- 更年期様症状
- 加味帰脾湯

閉経前乳癌治療にリュープロレリン酢酸塩(LH-RHa)を投与することによって血中エストロゲン(E<sub>2</sub>)値が閉経期レベルまで低下し月経が停止する。この急激なE<sub>2</sub>の持続的低下に伴い更年期様症状が出現することがある。今回、閉経前乳癌術後のLH-RHa投与患者において、特に鬱などの神経症状を強く訴える患者に加味帰脾湯を投与し、臨床的有効性を検討した。

## はじめに

我が国における乳癌は、40歳代が好発年齢であることが特徴である。この年代の患者の特徴として、更年期障害が出現し始め精神的に不安定になりやすい、また癌の予後に対する不安があり精神的なダメージを負いやすい状態にあることが挙げられる。

さらに、閉経前乳癌治療に用いられるLH-RHaは、Gn-RH受容体のdown regulationをもたらし、投与開始から1ヵ月程度で血中E<sub>2</sub>値が閉経期レベルまで低下することで、月経が停止する。この急激なE<sub>2</sub>の持続的低下に伴い更年期様症状である、鬱、不眠、めまい、肩こり、頭痛、ほてり、熱感、のぼせ、発汗等が出現することがある。今回、閉経前乳癌術後のLH-RHa投与患者において、特に鬱などの神経症状を強く訴える患者に、加味帰脾湯を投与し、臨床的有効性を検討した。

## 対象と方法

平成22年4月～平成23年3月の間に、当院にて乳癌手術後、LH-RHaを投与した患者は29例であり、そのうち鬱などの神経症状を強く訴えた6例を対象とした(表1)。この6例に対し、加味帰脾湯を12週間、1日7.5gを分2で投与した。更年期様症状はクッパーマン指数により評価し、投与開始時および投与

表2 クッパーマンの更年期指数表

症状の種類	症状の程度	評価度
① 顔がほてり汗をかきやすい	3・2・1・0	4
② 手足がしびれ、感覚が鈍くなる	3・2・1・0	2
③ 寝つけず、目を覚ましやすい	3・2・1・0	2
④ 興奮しやすく神経質になった	3・2・1・0	2
⑤ くよくよし、憂鬱になる	3・2・1・0	1
⑥ めまいや吐き気がする	3・2・1・0	1
⑦ 疲れやすい	3・2・1・0	1
⑧ 肩や腰、手足の節々が痛い	3・2・1・0	1
⑨ 頭が痛い	3・2・1・0	1
⑩ 心臓が動悸する	3・2・1・0	1
⑪ 皮膚をアリが這う感じがする	3・2・1・0	1

①～⑪までのそれぞれの「症状の程度」について [3: 強度、2: 中等度、1: 軽度、0: なし] の4段階の評価をつけ、「評価度」の数値を掛けた値とする。

参考: Kupperman, H.S., et al.: J. Clin. Endocrinol., 13: 688, 1953. 一部改変

表1 症例一覧

症例No	年齢	身長	体重	リュープロレリン酢酸塩投与期間(加味帰脾湯開始まで)	更年期様症状	乳癌ステージ	既往歴	合併症	前治療	併用薬	クッパーマン指数			
											投与前	投与後1ヵ月	投与後2ヵ月	投与後3ヵ月
1	44	160	61	3ヵ月	軽症	I (T1N0M0)	なし	なし	なし	タモキシフェンクエン酸塩	8	2	4	4
2	54	155	45	3ヵ月	軽症	I (T1N0M0)	なし	なし	エキセメスタン	エキセメスタン アルファカルシドール ロキソプロフェンナトリウム レバミピド	13	13	11	5
3	48	160	55	9ヵ月	重症	II A (T2N0M0)	鬱	花粉症	なし	タモキシフェンクエン酸塩 アモキシシリン センソシド	36	31	20	17
4	50	162	53	1年3ヵ月	軽症	I (T1N0M0)	なし	なし	なし	タモキシフェンクエン酸塩	8	10	7	8
5	40	160	50	1年9ヵ月	重症	I (T1N0M0)	なし	花粉症 統合失調症	なし	フェキソフェナジン塩酸塩 モンテルカストナトリウム 大建中湯、オメプラゾール	51	51	51	50
6	44	150	53	2年6ヵ月	軽症	II A (T1N1M0)	なし	不眠症	EC	タモキシフェンクエン酸塩 プロチゾラム	14	10	19	19

後4、8、12週目に調査した。また、更年期様症状の重症度は、クッパーマン指数の数値によって、20以下は軽症、21～34は中等症、35以上は重症と定義した(表2)。また有効性は、クッパーマン指数の数値を加味帰脾湯投与前と比較し、投与3ヵ月後に50%以上改善した場合を「有効性あり」と判断した。

年齢40～54歳(中央値46歳)。乳癌のステージは、Stage I:4例、IIA:2例。LH-RHaの投与期間は3ヵ月～2年6ヵ月(中央値12ヵ月)。鬱症状は、LH-RHa投与1ヵ月頃から発現し、軽症4例、重症2例であった。

## 結果

加味帰脾湯の有効性は、6例中3例に認められた。有効性があった3例の更年期様症状の重症度は軽症2例、重症1例であった。クッパーマン指数において、有効例のうち2例は加味帰脾湯投与1ヵ月後から鬱症状の改善が認められ、他の1例は、投与2ヵ月後から改善が徐々に認められた。

## 症例

### 症例1(軽症、乳癌ステージI)(図1)

加味帰脾湯投与により、クッパーマン指数は投与前8から、投与3ヵ月後には4に改善した。もともとホットフラッシュのない症例であり、症状別に「憂鬱」(3→1)、「疲労倦怠感」(2→1)、「頭痛」(1→0)に改善が認められた。

図1 症例1



図2 症例2



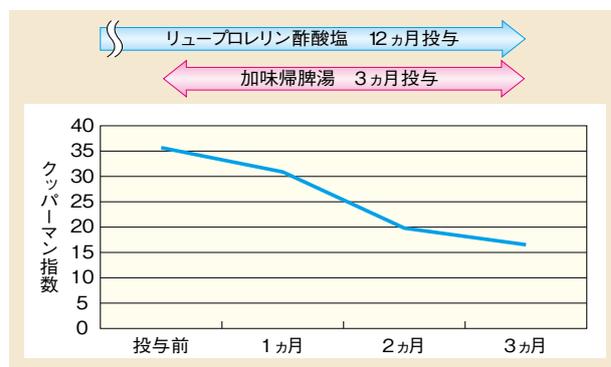
### 症例2(軽症、乳癌ステージI)(図2)

加味帰脾湯投与により、クッパーマン指数は投与前13から、投与3ヵ月後には5に改善した。症状別には「不眠」(1→0)、「疲労倦怠感」(1→0)、「頭痛」(1→0)に改善が認められた。

### 症例3(重症、乳癌ステージII A)(図3)

加味帰脾湯投与により、クッパーマン指数は投与前36から、投与3ヵ月後には17に改善した。症状別には「憂鬱」(3→1)、「疲労倦怠感」(3→1)、「不眠」(3→1)、「心悸亢進」(3→1)などに改善が認められた。ホットフラッシュは3→2と推移した。

図3 症例3



## まとめ

乳癌手術後、LH-RHaを投与し、更年期様症状を呈した6例に加味帰脾湯を投与したところ、3例に有効性を認めた。加味帰脾湯有効例は、LH-RHaの投与開始から加味帰脾湯の投与開始までの期間が短い症例であった。したがって乳癌手術後にLH-RHaを投与し更年期様症状を呈した症例には、加味帰脾湯を早期から投与することで症状を軽減できる可能性が示唆された。また、加味帰脾湯はその構成生薬より、鬱などの神経症状を強く訴える患者に有効性がある可能性が示唆された(図4)。今後更に症例を積み重ね検討していきたい。

図4 加味帰脾湯の構成生薬と薬能

精神的ストレスに伴う「気血両虚」の状態に適する

柴胡 (3)	大棗 (1.5)
山梔子 (2)	竜眼肉 (3)
黄耆 (2)	酸棗仁 (3)
人參 (3)	遠志 (1.5)
白朮 (3)	当帰 (2)
茯苓 (3)	生姜 (0.5)
甘草 (1)	木香 (1)

- 安神 (酸棗仁、遠志、茯苓、竜眼肉、大棗)  
鎮静・催眠作用をもち不安感・焦燥感を除く
- 清熱瀉火 (柴胡、山梔子)  
精神的ストレスによる緊張、抑鬱感、イライラ、のぼせ、ほてりなどを鎮静する

# 血管外科における漢方的アプローチ

済生会横浜市東部病院 外科副部長(血管外科)

林 忍 先生

1993年 慶應義塾大学医学部 卒業  
同 年 慶應義塾大学 外科学教室 入局  
1994年 日野市立病院 外科 勤務  
1995年 川崎市立川崎病院 外科 勤務  
1996年 慶應義塾大学 外科学教室 助教  
末梢血管外科学専攻。医学博士号取得。  
1999年 済生会神奈川県病院 外科 勤務  
2007年 済生会横浜市東部病院 心臓血管センター 血管外科 医長  
および消化器センター 外科 医長 兼任  
2011年 同院 外科副部長(血管外科担当)



済生会横浜市東部病院は、平成19年に開設した新しい病院である。川崎市に隣接した横浜市東部地区の中核病院として、急性期医療および高度専門医療を担っている。

この病院は内科系と外科系の医師が常に連携して診療にあたる疾患別センター制が導入されている。その中で血管外科では、外科的な治療以外に漢方的なアプローチが取り入れられている。その実際について外科副部長の林忍先生にうかがった。

## 一步先の急性期モデル病院を目指して

当院は横浜市で5番目の地域中核病院として平成19年に開設されました。横浜市東部地区における中核病院としての役割と同時に、横浜市の政策的医療の一環としてハード救急も担う精神科や重症心身障害児(者)施設も併設されています。

当院の特徴としては疾患別センター制が導入されており、患者さんの治療計画を立てるにあたって内科系と外科系の医師が常に連携し、患者さんにとって最善の治療法が提供できるようになっています。消化器センター、心臓血管センター、糖尿病・内分泌センター、こころのケアセンターなど16ものセンターが設けられています。私が担当する血管外科は心臓血管センターに属し、必要に応じ循環器内科や心臓血管外科の医師とも連携を図りながら診療できるようになっています。

## 血管外科診療の実際

血管は人間の体の全ての部位にはり巡らされています。当院の心臓血管センターでは、心臓と胸部大血管については心臓血管外科が担当し、それ以外の全身の動脈・静脈さらにリンパ管を加えたあらゆる脈管に関する疾患については私が担当している血管外科が診療しております。血管外科で扱う疾患は、動脈疾患では腹部や四肢の動脈瘤、急性動脈閉塞症、慢性動脈閉塞症(閉塞性動脈硬化症、パージャー病)、内頸動脈狭窄症、膠原病に伴う血管炎、レイノー症候群などであり、静脈疾患では下肢静脈瘤、深部静

脈血栓症、肺血栓塞栓症などがあります。さらにこれら以外にもリンパ浮腫、透析用内シャントの造設さらには先天性の血管形成異常など、実に様々な血管疾患を対象としています。

これらの疾患の治療にあたっては、ガイドラインやエビデンスに基づいたもっとも適切な治療法を選択することは言うまでもありませんが、腹部大動脈瘤や閉塞性動脈疾患では可能であれば患者さんの身体に負担の少ない血管内治療を行うようにしています。

## 血管外科の代表的疾患：下肢静脈瘤

血管外科で扱う疾患は多岐にわたりますが、当院の血管外科で頻度の高い疾患の一つに下肢静脈瘤があります。下肢静脈瘤は、長時間にわたる立ち仕事や妊娠・出産などで下肢の静脈弁に負荷がかかり、静脈弁が機能不全に陥ることから、足の表在静脈に逆流が起こり血管がコブのように変形する疾患です。妊娠や出産が関係することから、女性の発症頻度は男性の3倍程度も高く、さらに加齢とともに増加する傾向があります。

下肢静脈瘤の種類と皮膚症状を図に示します。また症状としては、足の循環が悪くなり、うっ滞を起こすので、足がだるい、痛い、重い、むくむ、などの他、冷えやこむら返りを訴えることも少なくありません。さらに進行すると色素沈着や血栓性静脈炎、皮膚の潰瘍を生じることもあります。

しかし患者さんは、静脈瘤の存在には気づいても軽い症状では積極的に受診されることは多くありません。通常は、下肢静脈瘤発症後、長い年月を経て、

図 下肢静脈瘤の種類と皮膚症状



痛み、むくみ、冷えなどの自覚症状が強くなってから、初めて受診されることが多いです。ところがこの時点では、下肢静脈瘤の重症度も中等度から重度に進行していることが多いという問題があります。

下肢静脈瘤と診断した場合、まずは医療用弾性ストッキングの着用を指導します。しかしこれだけで症状が改善するケースは少なく、硬化療法や外科的治療が必要になります。外科的治療としては、静脈高位結紮術、静脈瘤抜去術(ストリッピング術)、レーザー治療などあります。なかでも静脈瘤抜去術は、伏在静脈瘤が良い適応であり、安全性が高く再発が少ないことから当院では積極的に行っています。また、レーザー治療は最近、保険適応となったこともあり、今後、増えていくものと予想されます。とは言え、外科的治療に至るまでの間、医療用の弾性ストッキングだけで患者さんのQOLを維持することは難しく、内科的に症状の改善が期待される薬物治療が望まれていましたが、現実には有用な薬物がありませんでした。

### 下肢静脈瘤の病態は「瘀血」

下肢静脈瘤に限らず静脈血栓症(VTE)や末梢動脈疾患(PAD)は、いずれもその病態は循環障害であり、漢方でいう「瘀血」の病態で、下肢のしびれや冷えなどの違和感が生じると考えられます。事実、このような患者さんに桂枝茯苓丸などの駆瘀血剤を投与すると、下肢のしびれや冷えが改善する症例を以前から経験していました。

そこでこのような症例を客観的に解析するために、下肢静脈瘤の患者さんを対象に桂枝茯苓丸投与前後における自覚症状(冷え、しびれ、かゆみ、痛み、下肢倦怠感)の推移の評価をVASにより行いました。それと同時に、静脈瘤重症度分類であるCEAP分類や皮膚灌流圧、および漢方医学的瘀血の評価基準である瘀



血スコアの推移の観察も行い、症例を集積しました。結果は今後詳細に解析して報告の予定ですが、桂枝茯苓丸(6g分2)の12週間投与で、VASで評価した自覚症状のほか瘀血スコアの有意な改善を認めました。さらにCEAP分類や皮膚灌流圧についても改善を認めました。これらのことから、下肢静脈瘤の自覚症状と「瘀血」の関係が示唆されただけでなく、静脈瘤の客観的な診断基準である重症度分類や皮膚灌流圧でも改善を認めたことから、桂枝茯苓丸は下肢静脈瘤そのものに対して臨床的有用性がある可能性が示唆されました。

### 血管外科における漢方診療の可能性

私は日常臨床において、下肢静脈瘤をはじめ、静脈血栓症(VTE)や末梢動脈疾患(PAD)などに伴う自覚症状に広く漢方薬を使用しています(表)。

表 血管外科における漢方処方例

冷え、しびれ、だるさ	桂枝茯苓丸
強いむくみ	柴苓湯、五苓散
こむら返り	芍薬甘草湯
強い冷え	当帰四逆加呉茱萸生姜湯

血管外科では下肢静脈瘤以外にも漢方薬が有用性を発揮できる分野が少なくありません。たとえば、VTEやリンパ浮腫に対する柴苓湯、レイノー症状に対する当帰四逆加呉茱萸生姜湯などについては、これまでもいくつか報告があります。血管外科における漢方治療の有用性は、その患者満足度の高さにあります。桂枝茯苓丸の服用により自覚症状が緩和された患者さんは8割近くを占め、しかも「かなり楽になりました」と言われることが多いです。ここまで高い患者満足度は西洋薬による治療では得がたいものであり、患者さんのQOLや満足度を高めることは非常に価値があることです。血管外科領域において漢方薬は、駆瘀血剤をはじめ、幅広い応用が期待できると感じています。今後は血管外科医も、治療の選択肢の一つとして漢方薬をもっと上手く使用していくことが必要ではないでしょうか。

# 「同名異方」を知り、よりよい処方選択を

東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科 板倉 英俊  
 吉祥寺東方医院  
 真田皮膚科クリニック



漢方薬を構成する生薬の種類や配合量には意味があるが、日本国内のエキス製剤には同じ名前の方剤でありながら構成生薬の種類や配合量の異なる「同名異方」が存在している。このような違いからは、当然効能に対する影響も考えられ、より高い治療効果をあげるためには使い分けを考慮する必要がある。そのためには、各生薬の本質的特徴を捉えることと、それぞれの患者さんの症状の発生機序をできるかぎり認識する必要がある。今回は、漢方医学の古典から西洋医学の先端までを視野に入れつつ最善の処方を臨牀的に探求する東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科 板倉英俊先生に、同名異方の選択について伺った。

## 「同名異方」とは

漢方には「同名異方」という概念があります。これは、同じ名の方剤でも構成生薬の量が異なっていたり、もしくは生薬の一部が別の生薬に置き換えられていたりする方剤を指します。古来より東洋医学では、方剤の組み方、君薬や佐薬をどう配合するかを重視した上で、個々の生薬のさじ加減や入れ替えがなされてきました。また東西南北に広大な中国では、産地ごとに使用できる生薬が異なるという事情もあります。これに対して日本漢方では中国から伝わってきた漢方方剤の配合を忠実に守ろうとしてきましたが、そのような日本においてさえ、メーカー間においてエキス製剤の一部に「同名異方」が存在します。ここでは、朮における白朮と蒼朮の違いの例を中心に日本における「同名異方」についてお話しします。

## 白朮と蒼朮の働きの違い

『傷寒論』に登場する五苓散や人參湯等に関しては、「朮」が白朮

なのか蒼朮なのかは不明です。しかし、後世方(『傷寒論』『金匱要略』より後の方剤)においては白朮・蒼朮の明瞭な区別があり、時代とともにノウハウが蓄積され、鑑別が進みました。清代の張隱庵『本草三家合注』には、「故白朮味甘、蒼朮味苦」とあります。すなわち、白朮は甘味、蒼朮は苦味という意味です。甘味・苦味

については表1の分類と機序が存在します。このことを現代医学的な胃の機能に当てはめると、甘味の白朮は近位胃(胃底部)での適応性弛緩、すなわち胃の受容能を改善し、苦味の蒼朮は遠位胃(幽門・前庭部)の胃排出能を改善するという仮説が成り立ちます(図1)。

また、『本草三家合注』には「白

表1 甘と苦

味	伝統医学的作用	生薬例	二次伝達物質の変化(現代医学的薬理作用)	平滑筋
甘	緩和	人參・甘草 白朮	細胞内 cAMP を活性	Ca <sup>2+</sup> 濃度を減少 弛緩
苦	泄・降	橘皮・枳実 蒼朮	細胞内 IP <sub>3</sub> 活性を活性	Ca <sup>2+</sup> 濃度を増加 収縮

●甘味と苦味は、Caイオンに対して相反する反応を示す。

図1 白朮・蒼朮の作用機序の仮説

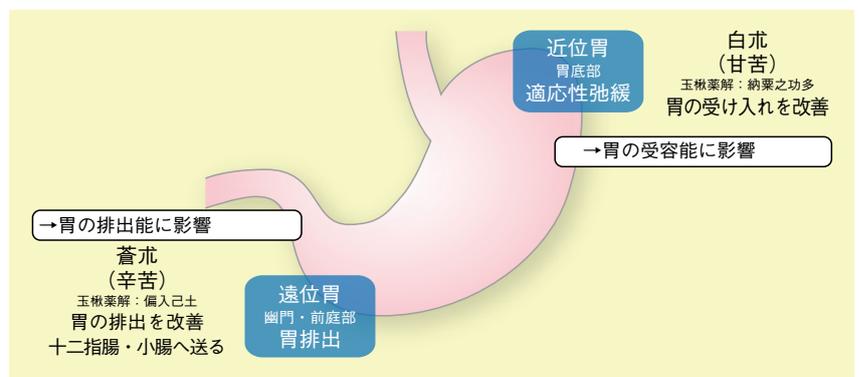


表2 『玉楸薬解』における白朮・蒼朮の違い

白朮	守	補	納粟之功多(胃の受け入れを改善)
蒼朮	走	行	偏入己土(胃の排出を改善)

朮止汗、蒼朮発汗」ともあります。つまり白朮は汗を抑えるのに対し、蒼朮は汗を出させると記載されているのです。この点も白朮と蒼朮の違いを捉える上で重要なポイントとなります。また同じく清代の黄元御『玉楸薬解』によると、白朮と蒼朮は、それぞれ守(補)、走(行)の働きを持つとされます(表2)。

### 虚実と「補(守)」「泄(走)」

ところで、漢方の基本概念である「虚」と「実」については様々な意見がありますが、生薬の構成を考える際には、まずはごく単純に「実」とは余計なものがある状態、「虚」とは何か足りない状態と考えるのがわかりやすいと思います。

つまり「実」とは、気が行き来しているべき空間が、閉じてしまい、不要な気を出すことができない状態です。このドアを開くのが「泄(走)」であり、蒼朮の働きです。一方、ドアが開いたまま固定されている「虚」では、身体に必要な気が出て行ってしま

う。このドアを閉じるのが「補(守)」であり、白朮の働きです(図2)。

虚と実には虚実錯雑、つまり開いたり閉じたりという状態もあります。また「虚」が進んだり、病気が遷延化したりすると、虚実の判別が困難となる場合があります。そうした場合には、白朮と蒼朮の両方を処方すると臨床効果が良好な場合があります。また半夏白朮天麻湯、二朮湯など白朮と蒼朮が両方入っている製剤もあります。

### 白朮と蒼朮の臨床的な使い分け

白朮と蒼朮の「同名異方」の代表として、胃腸の働きを改善する方剤である六君子湯があります。私は、臨床現場で白朮・蒼朮の六君子湯を使い分ける際、患者さんに問診で必ず2つの事柄を確認します。第一に、食事を多く食べられるかです。あまり食べられない、食べるとすぐお腹がいっぱいになる、あるいはそもそも食欲がないときには、白朮が多く入っている方剤を選びます。一方、食べられはするがもたれてしまう場合には蒼朮を用います(表3)。

第二に汗をかきやすいかどうかや汗をかいた時の気分も尋ねます。汗をかくと気持ちが悪くなるという患者さんは少なくありませんが、そうした患者さんや、そもそも汗をかきやすいという患者さんには積極的に白朮を選びます。逆に、汗をかくと気持ちが良い、汗をかきにくいという

患者さんには蒼朮を使います。肌が乾燥している印象が強い患者さんには白朮を使った方がよいという判断も可能です。

また、舌の状態を参考にすることもあります。舌が胖大(ぼつてりと大きくなる)になっている場合は、気虚さらには陽虚が進んでいるため、苦甘の白朮が適しています。一方、白苔がついているような場合は、湿が多くなっているため、蒼朮が適することが多いです。

白朮と蒼朮の同名異方が問題となるもう一つの代表的な方剤は補中益気湯です。補中益気湯は気虚発熱、つまり疲れてくると気が足りなくなって熱が出る病態に対して使用しますが、その応用として不明熱に対してよく使用します。特に抗癌剤への併用投与、肺炎に伴う微熱の持続などが主な適応となります。この際も、熱が出た時に汗をかくと気持ちが悪く、疲れてしまうという患者さんには白朮がよく、汗をかいてほっとする、楽になるという患者さんには蒼朮を使います。

実際に白朮と蒼朮を入れ替えてみて印象的だったのが玉屏風散(黄耆、白朮、防風)の症例です。玉屏風散を汗が止まらないという患者さんに使ったところピタリと汗が止まりました。ところが白朮を蒼朮に代えてみたところ、止まっていた汗がまた出てきてしまいました。白朮と蒼朮の汗に対する効果の違いを実感した貴重な経験です。

なお、私は後世方の方剤に関しては、基本的に白朮を配合した製剤を使用しますし、原典で白朮と蒼朮を両方配合しているものについては、それに合わせた製剤を使用します。

図2 守と走のイメージ

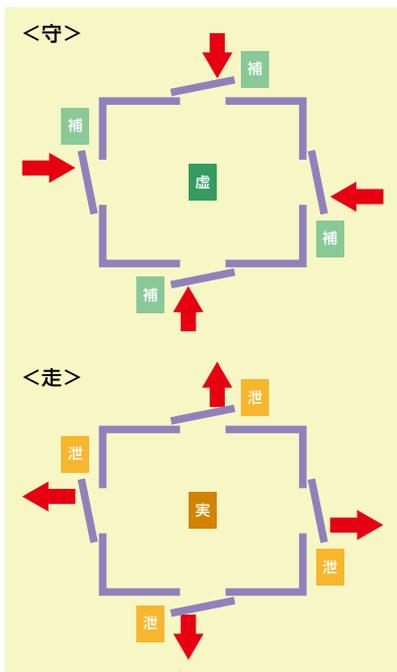


表3 白朮と蒼朮の適応証

生薬	汗	食	舌
白朮	・汗をかきやすい ・汗をかくと気持ち悪い	食欲不振	胖大
蒼朮	・汗をかきにくい ・汗をかくと気持ち良い	胃もたれ	白苔

## その他の同名異方

### 十味敗毒湯～桜皮と樸椒～

十味敗毒湯には桜皮と樸椒の同名異方があります。樸椒は化膿や赤みが強い時に適する生薬です。一方、桜皮は腫脹が強い場合に適しているといえます。

### 柴胡加竜骨牡蛎湯～大黃の有無～

柴胡加竜骨牡蛎湯では、同名異方として大黃の有無という違いがあります。本剤は動悸や精神症状に対して使用することが多い方剤ですが、便秘傾向にはもちろんのこと、精神症状や熱っぽい症状への改善効果を期待する場合は、大黃を含む製剤の方が明らかに効果が高くなります。一方で、大黃で下痢になってしまう患者さんには、腹証を参考にしつつ大黃が無い製剤を処方します。

### 神秘湯～麻黄の分量～

神秘湯は気滞、湿滞がある患者さんに処方されますが、そうした患者さんに麻黄を長く投与しますと、化燥作用(体内の水分の消耗)が出やすくなります。本剤は特に小児に対して出されることが多いですが、小児とはいわば、陰も陽も不足している不完全な生命体ですので、麻黄を含有する方剤を長期投与されることで容易に陰虚(水分不足)となってしまう、結果として夜の発作が強くなります。したがって、長期投与する場合には麻黄が少なめの製剤が適しています。敢えて麻黄が多めの製剤を長期処方する際は、麦門冬湯や六味丸等の補陰薬を合わせて処方することが多いです。ただし、急性の風邪など咳がメインで表邪が明らかであるようなときには、麻黄が多い方が良い場合もあります。

また、寒熱のバランスを考え

ると、麻黄が少ない方がバランスが取れた構成になります。神秘湯の適応というのは、湿邪があって鬱熱がこもるタイプですので、麻黄は少なめ、隠し味程度で十分であると考えています。そもそも私は、神秘湯は麻黄が主体ではなく、あくまでも柴胡と陳皮と蘇葉による痰や気滞を取る作用を主体と捉えており、基本的には麻黄が少ない方がよいと考えています。情動変化で喘息が悪化する場合には柴朴湯と神秘湯を鑑別して使用します。

### 葛根湯～葛根の分量～

肩こりの時は、葛根が多い葛根湯の効果がやはり高いです。また、葛根湯という方剤は、葛根が寒薬であり、その他の桂皮や麻黄などの温性を打ち消すので、比較的ニュートラルな方剤となっています。そのため、傷寒にも温病にも使うことができます。葛根が多いと、より温性を打ち消すことができるので、冷えがはっきりしないような患者さんには葛根が多い方が適しており、逆に冷えや寒邪がはっきりしている場合には、葛根が少ない方が適している考えられます。

## 漢方の道に入ったきっかけ

現在の東洋医学には、患者さんの体内をブラックボックス化して処方を決めてしまう傾向があります。しかし私は、東洋医学においても、西洋医学と同様に体内の病理・病態の研究と考察を進めるべきだと考えています。日々の臨床上で個々の患者さんの身体内に対して考えを及ばせていけば、自ずとより緻密な漢方処方が導かれると思います。

元来、私は循環器内科医として、特に不整脈を専門としていました。不整脈とは、厳密には細胞内チャンネルの電気の流れであり、それを考慮しつつ様々な西洋

薬を処方していたのです。

そのような中、私が漢方に足を踏み入れたきっかけには私自身の不眠症がありました。当時、三浦於菟先生に六味丸を薦められました。不眠と六味丸という組み合わせは意外でしたが、服用したところ著しい改善がみられたのです。三浦先生には「舌を見ておきなさい」と言われましたが、不眠時の私の舌は真っ赤で苔もない細い舌で、典型的な腎陰虚を示していました。それが、不眠の治癒とともに苔が生え、普通の大きさの舌に戻ったのです。この経験から、漢方は確実に体内の何らかの機構に働いていると認識し、漢方を学べばもっと広い見方ができるのではないかと考え、研究と実践を始めたのです。

三浦先生の考えとはまさに、身体ブラックボックスの中身を見極めようとするものでした。だからこそ私は不整脈治療の延長で漢方に臨むことができたのです。また、私の妻はかつてひどい喘息持ちで、ステロイド剤や吸入療法でも十分な改善がなく入院治療が必要なこともありましたが、漢方治療を始めたところ、次第に改善し、現在、妻は服薬の必要もなく、ほとんど発作もない状態にまで改善しました。これらのことから漢方の奥深さを感じた次第です。

## 漢方上達の近道

最後に、私は自らが処方する漢方薬については採用前に全て自分で服用し、味や剤型、口溶けを確認します。それらもまた身体の機構になんらかの影響を与え、治療効果に影響、関係すると考えるからです。そうした味や剤型などを、「自分で感じながら」処方することは、漢方処方の上達への近道であると思います。

## アゲハチョウについて

ナミアゲハとキアゲハ ー本草学からその分布の謎にせまるー

医療法人番場会 番場皮膚科医院 番場 圭介

**洋**の東西を問わず人々にいちばん親しまれ、愛されてきた蝶はアゲハチョウの仲間であろう。その優美な姿をローマ人はパピリオとみなし、イギリス人はツバメの尾をそこに見て、中国人は鳳凰を感じて鳳蝶と名付けた。日本では翅を上げているほうに特徴を見て、揚羽蝶と和称した。南極大陸を除くすべての大陸に分布し、世界で約600種が記載報告されており、日本国内ではその内の20種が毎年確実に観察されている。

**ふ**だんおおよそ蝶などに関心のない人でも、日常的にみかけるアゲハチョウはナミアゲハ *Papilio xuthus* (図1)である。北海道から小笠原諸島および南西諸島まで標高2000m以上の高地を除くほぼ国内全域に分布し、海外では沿海州、中国、朝鮮半島、台湾などと北東アジア全域に分布するほか、近年グアムやハワイに侵入している。幼虫(図3)は食用薬用として栽培されるミカンや柚子、山椒といった柑橘類の葉を食する。

**ナ**ミアゲハと良く似た蝶にキアゲハ *Papilio machaon* (図2)がある。本種は国内では北海道から九州(種子島、屋久島を含む)の高山帯を含めたほぼ全域に土着するが、伊豆・小笠原諸島およびトカラ諸島以南の南西諸島には分布しない。世界的にみると、旧北区であるヨーロッパ、北アフリカからシベリアならびに日本、台湾、朝鮮半島を含むアジア、さらにベーリング海峡を挟んだ新北区の北米北西部にかけて広く分布する。これらの分布域には北極圏に近い寒冷地や砂漠地帯、ヒマラヤ山脈をも含むことから、本種は寒冷および乾燥に強い性質を有するものと考えられている。幼虫の食草はセリ、ハマウド、シンウドなどのセリ科植物である。海岸植物から高山植物までを含む各種セリ科植物を食草とするため、生息環境も幅広い。とりわけ、見晴らしの良い山の頂上に縄張りを張る習性は、ナミアゲハとの相違点でもある。

また、成虫だけみると、キアゲハはナミアゲハと大変に良く似ているが、終齢幼虫(図4)の風貌は怪異であり、東映特撮ヒーロー番組の仮面ライダーに登場する改造人間のモデルになったと説明されても、それほどの違和感はない。

**蝶**の様に、長くても成虫の時期が1年に満たず、さらに幼虫の時期に特定の植物に依存する昆虫の分布は、食草食樹の分布にほぼ制限される。それにしてもほぼ北東アジアに分布を限定されたナミアゲハと、旧北区のみならず新北区の一部にまで分布を拡大したキアゲハとの違いは、何によってもたらされたのであろうか。

**こ**の謎を解く手がかりの一つとして、東洋医学的な知見に根差した本草学の考え方が有用である可能性がある。すなわち漢方方剤を構成する薬用植物の薬性、具体的には熱寒・燥潤などの性質を上記の食草食樹に当てはめてみるということである。もちろん、ヒトと蝶では生物分類学上の動物界の門レベルで枝分かれしているのみならず、ヒトが薬物として利用する部位と蝶の幼虫が食餌として利用する部位が一致しない場合が多い点を考慮すれば、かなり乱暴な見立てであるということは十分に承知である。

それでも、例えばナミアゲハが利用する柑橘類である山椒と呉茱萸、ミカン(陳皮)、ダイダイ(枳実)は燥性であり、これは高温多湿で稲作の盛んなアジアモンスーン気候地域での分布拡大に有利に作用した可能性がある。これに対してキアゲハが利用するセリ科植物である川芎、当帰、シンウド(独活)、羌活、防風はいずれも温性であり、防風が燥性であるのを例外とすれば潤性でもあり、これもまた農耕よりはむしろ牧畜放牧に適した旧北区の乾燥寒冷地での分布拡大に有利に作用した可能性がある。

**各**種薬用植物が生体内でどのような働きを有するかは、世界中で日夜研究されている。その一方で、これらの植物を食餌とする昆虫類が、異なる植物を利用する見かけの良く似た近縁種と比較して、寒冷・温熱または乾燥・湿潤などの外部環境の変化に対してどのような耐性を示すか検討することは、今後の生薬研究に思いがけない手がかりを与えてくれる可能性があり、興味が尽きない。

図1 ナミアゲハ



図2 キアゲハ



図3 ナミアゲハ 幼虫



図4 キアゲハ 幼虫



## 【参考文献】

白水 隆：日本産蝶類標準図鑑，p27, p30-31, 学習研究社 東京 2006.  
桑木崇秀：健保適用エキス剤による漢方診療ハンドブック，p13-17, p329-355, 創元社 大阪 1995.

# 神経痛

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（実証）

口渇、浮腫  
尿量減少、関節痛

越婢加朮湯



## 体力は中程度（中間証）

冷えのぼせ、下腹部の圧痛  
肩こり

桂枝茯苓丸

筋肉痛、関節痛、皮膚乾燥

麻杏薏甘湯

関節腫脹、しびれ、運動障害

薏苡仁湯



## 体力がない（虚証）

四肢や下腹部の冷え  
しもやけ、腰痛

当帰四逆加呉茱萸生姜湯

関節変形・腫脹、筋萎縮

桂芍知母湯

冷えを伴う痛み、関節変形のない痛み

桂枝加苓朮附湯

腰痛、皮膚乾燥 → 夜間頻尿、口渇

八味地黄丸

→ 下腹部の圧痛

疎経活血湯

腰と下肢の冷え、多尿

苓姜朮甘湯



## 1 point ワンポイント・アドバイス

寒い時期に症状が出現することが多い神経痛ですが、原因は明らかではなく、継続的な軽い痛みから強い瞬間的な痛みまで広い病態があります。西洋医学ではカルバマゼピン、メコバラミン、ロキソプロフェン等の薬物療法を第一選択とし、必要に応じて、手術や神経ブロック等の外科的な処置を行うこともあります。一方、東洋医学では神経痛は「痺症」の一種とされ、外因的な毒邪の侵入、もしくは内因的な肝胆の気血両虚、瘀血による症状と捉えて漢方薬が処方されます。

## 音を感じる風景



### プロコフィエフ 交響曲第7番 第1楽章

温泉が湧きたつ厳寒の地。抜けるような青い空の下、白く輝く氷の芸術は何処か幻想的で、大自然の営みの偉大さを感じます。

プロコフィエフ(1891~1953)最後の交響曲となったこの曲は、作曲者自身によって『青春交響曲』と名付けられています。冒頭、チューバと低音ホルンの主音に乗って第1ヴァイオリンが歌うやや哀愁を帯びた第1主題。中間音のない響きが、天と地の隔たりと、しんと冷え込んだ静寂な光景をイメージさせてくれます。続く第2主題は2オクターブ以上におよぶ上昇系の旋律で、低音楽器で始まり、高音楽器へと受け継がれます。そのうねりと、湧き上がるようなスケールの大きさは、大自然を称え、生命の尊さ、力強さ、生きる喜びと希望を表現しているように聞こえてきます。その後、木管楽器がスタッカートで奏する第3主題とも言える滑稽な旋律は、凍りついた枝葉の会話のようでもあります。

「寒」のなかにも「暖」と「喜」が感じられる名曲です。

(TA)

表紙写真 / 北海道 釧路市



# Kracie

## クラシエ小青竜湯は、選べる3タイプ。

**KB**

(KB-19)

服薬コンプライアンスを高める1日2回服用タイプ

漢方製剤 ショウセイリュウトウ 薬価基準収載  
クラシエ 小青竜湯 エキス細粒

**EK**

(EK-19)

1日3回服用タイプ

漢方製剤 ショウセイリュウトウ 薬価基準収載  
クラシエ 小青竜湯 エキス細粒

**EKT**

(EKT-19)

味と匂いを感じにくい錠剤タイプ

漢方製剤 ショウセイリュウトウ 薬価基準収載  
クラシエ 小青竜湯 エキス錠

- 効能・効果**
- ① 下記疾患における水様の痰、水様鼻汁、鼻閉、くしゃみ、喘鳴、咳嗽、流涙  
気管支喘息、鼻炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、感冒
  - ② 気管支炎

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>

■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。

**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  
2010年1月作成

# phil漢方