

慢性疼痛へのアプローチ

赤坂見附前田病院 麻酔・ペインクリニック科 町 俊夫

キーワード

- 慢性疼痛
- 桂枝加苓朮附湯
- 補中益気湯

ペインクリニックで扱う多くの疾患には様々な疼痛がある。慢性的な疼痛を有する患者に対し漢方薬がよい適応となる場合は多く、証を正しく診断することによって、漢方治療が患者を慢性疼痛から開放する一助となりうる。そこで、日常診療の中で慢性疼痛に対し比較的よく使用する処方の中から、桂枝加苓朮附湯と補中益気湯が奏効した症例を紹介し、慢性疼痛に対する漢方治療の基本的な考え方について述べる。

はじめに

ペインクリニック科で扱う疾患は、関節リウマチを含む関節痛、腰痛・坐骨神経痛などの神経痛、頭痛、慢性疼痛などで、半数以上は整形外科関連の疾患である。慢性疼痛の多くは神経障害性疼痛に分類され、末梢性の帯状疱疹後神経痛(Post Herpetic Neuralgia: PHN)や複合性局所疼痛症候群(Complex Regional Pain Syndrome: CRPS)、中枢性の外傷性脊髄損傷後疼痛などさまざまな疼痛が含まれる。これらの疾患に対し日本ペインクリニック学会の神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン¹⁾では、第一選択薬として三環系抗うつ薬やプレガバリンが推奨されている。

慢性的な疼痛を抱えた患者に対し漢方薬が適応となるのは、西洋薬と併用することにより相乗効果が期待できる場合や副作用により西洋薬が使用できない場合、あるいは漢方的な思考による治療で改善が望める場合などである。

今回、日常診療の中で、慢性疼痛に対し比較的よく使用する処方の中から奏効した症例を呈示する。

症例1 関節痛の症例

47歳、会社員の女性

40歳初めより右手関節痛を発症したが、NSAIDsで改善。

2年前、風邪を引いたのを契機に両手関節・両肘関節の疼痛、朝のこわばりが出現。近医受診し、CRP 2.1、RA(+)、X-P検査等よりRAと診断され、DMARD、NSAIDsの処方を開始。

約3ヵ月服用後、口内炎、発疹、胃痛等が起り服薬が困難になり来院。

身長155cm、体重48kg、全身倦怠感が強く、食欲不振、顔色蒼白気味、疼痛を伴う関節の腫脹熱感は少なかった。下腿三頭筋の痙攣がよく起こり、朝のこわばりは約1時間持続する。下腿に軽度の浮腫があり、冷えが強かった。

腹診で臍傍部の圧痛と腹力の低下があり、脈診は細であった。

桂枝加苓朮附湯の証と診断し、むくみの改善を強める目的で茯苓を加えた桂枝加苓朮附湯を処方した。5ヵ月間服用を続けているが、CRPは1.3~1.5、副作用はなく、疼痛と朝のこわばりが改善し、食欲が出てきている。今後は副作用を考慮しながら専門医との連携を考えている。

症例2 神経障害性疼痛の症例

75歳、男性

5年前に帯状疱疹を発症。抗ウイルス薬の治療にもかかわらず帯状疱疹後神経痛(PHN)に移行した。

来院時、右Th7~10のPHN、アロディニア(+)。身長172cm、体重65kg、既往は高血圧症と狭心症。

食欲不振、不眠、軽いうつ症状があった。入浴が唯一の楽しみ。通院していた内科ではベシル酸アムロジピン、ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液、ロキソプロフェンナトリウム、クアゼパムのみ処方。

神経障害性疼痛の診断で、プレガバリンを25mg/眠前に処方、週1回胸部硬膜外ブロックを開始した。

漢方医学的には裏・寒・虚証と診断し、身体を温め、食欲を改善し、気を高めることが必要と考え、補中益気湯7.5g/日にブシ末3gを加えて処方した。

現在、プレガバリン75mg×2/日に上記漢方薬の併用で、Pain Score 3~4/10 となり、食欲と不眠の改

善があり、うつ症状は消失している。

考 察

証の診断は、処方決定のプロセスにおいて重要であるが、その基本は虚実あるいは熱寒といった両極の概念である。正常な中心の状態からの偏りを「証」と捉えた場合、方剤の持つベクトルが処方決定のポイントとなる。

関節炎や変形性関節症、リウマチなどを含む関節痛は表証に分類され、痛みを外に発散させて治すのが漢方の考え方である。さらに関節痛では湿が絡んでむくみといった水毒の症状も多くみられるため、表証に加え、湿証にも対応する方剤を処方する(図1)。また、水毒に対する生薬にも各々の得意分野がある(図2)。方剤選択の際には構成生薬から考えることも必要である。たとえば「朮」の場合、白朮は蒼朮に比べて裏の水を捌く作用が強いため、組織内の水をたくさん取りたい場合には白朮を使った方剤とすることが多い。

症例1は、典型的な寒虚証で湿を伴う症例である。桂枝加苓朮附湯を処方することで、桂枝・生姜・附子により血行改善と身体を温め、消化吸收を改善し食欲を増し、利尿剤でむくみを取り、芍薬・甘草で

筋痙攣の改善、全体で鎮痛をはかっている。

症例2は神経障害性疼痛の症例であるが、治療に苦慮する疾患であり、漢方のみで著効するケースは少ない。しかしながら本症例のように、長期に亘る闘病で気力も体力も低下している、いわゆる気虚の症例には、西洋薬に加え補中益気湯や加味帰脾湯などの補剤を処方することで、症状の改善がみられることをしばしば経験している。長い経過の場合は精神的に参っている患者も多く、心療内科的なフォローを行うことも重要である。神経ブロックを西洋薬に併用する形で、痛みを取るだけではなくQOLの改善のために全身的な症状から処方を考える。この場合の処方疾患そのものに効果を示すというのではなく、副次的なものに対して効果を示している。

なお、筆者の経験上、ブシ末を鎮痛に使用する場合には3から5、6gは使用しないと効かないのではないかと考えている。中毒が心配なため最初の1週間は1.5g分3あたりから始め、最終的に6g程度まで使用するケースもある。ブシ末は漢方薬の中では比較的西洋の鎮痛薬的に使用できる生薬である。虚寒という証の判定を誤らなければ、疼痛疾患にもっと利用して良いと考えている。

最近、神経障害性疼痛に附子が有効²⁾との発表もみられている。また、神経障害性疼痛を引き起こす原因物質が発見された³⁾との発表もあり、分子レベルでの解明に生薬の研究も進むことを期待している。

図1 方剤の持つベクトルのイメージ

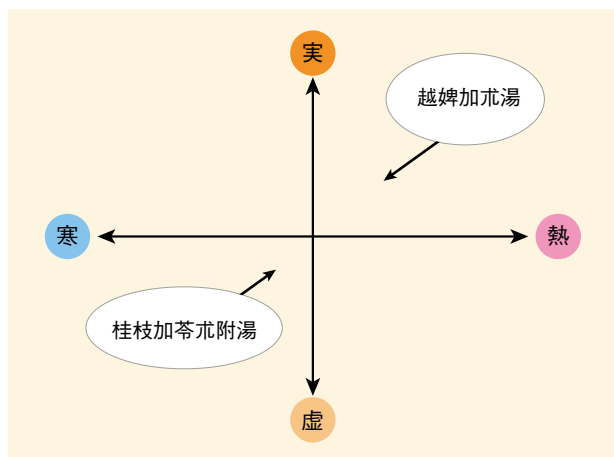


図2 水毒用生薬の比較

「表」	↑	
	麻黄	皮膚表面近くの水を取る
	黄耆	皮膚表面近くの水を取る
	薏苡仁	皮膚・筋肉の水を取る
	防己・蒼朮	関節の水を取る
	茯苓	筋肉の水を取る
	細辛	血管拡張により水を取る
	白朮	組織内の水を取る
	附子	組織内の水や古い水毒を取る
「裏」	↓	

まとめ

漢方医学の本質は、言うまでもなく「病人を全体としてとらえること」である。俯瞰して診る、即ち、個々の症状にとらわれすぎないことが、漢方における診断、即ち「証」を決定するにあたって重要である。また、方剤の構成生薬から方意を知ることでもある。慢性疼痛を消失させることは困難であるが、「証」を正しく診断することにより、バランスの崩れた状態から方剤の持つベクトルの方向に持っていくことができれば、漢方薬は慢性疼痛から患者を解放するための一助となり得ると考える。

【参考文献】

- 1) 日本ペインクリニック学会神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン作成ワーキンググループ編：神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン、真興交済医書出版部、2011年7月
- 2) 柴田圭輔ら：難治性神経障害性疼痛における生薬ブシ末の鎮痛効果 ペインクリニック 32(10): p.1481-1490, 2011.
- 3) Makoto T., et al. : IRF8 Is a Critical Transcription Factor for Transforming Microglia into a Reactive Phenotype. Cell Reports, 1(4): p.334-340, 2012.