第59回日本東洋医学会学術総会
学会シンポジウム

急性ウイルス性胃腸炎への漢方治療

座長：新井 信・中村東一郎

1. ノロウイルスに対する抗菌薬と漢方薬の効果に関する比較研究

小橋 重親

2. 高齢者施設で多発した嘔吐下痢症に対する黄芩湯の使用経験 犬塚 央

3. 急性胃腸炎に対する桂枝加芍薬大黃湯の有用性 木村 英夫

キーワード：漢方治療，急性ウイルス性胃腸炎，ノロウイルス，五苓散，黄芩湯，桂枝加芍薬大黃湯

Kampo Therapy for Acute Viral Gastroenteritis

Chairperson : Makoto ARAI, Toichiro NAKAMURA

1. The Efficacy of Antibiotics or Kampo Medicine for Acute Enteritis of Norovirus Infection

Shigechika KOHASHI

2. Usage of Ogonto to Address the High Prevalence of Vomiting and Diarrhea Amongst Senior Citizens in Nursing Home

Hisashi INUTSUKA

3. Effects of Keishikashakuyakudaioto on Acute Gastroenteritis

Hideo KIMURA

Key words : Kampo therapy, acute viral gastroenteritis, norovirus, goreisan, ogonto, keishikashakuyakudaioto

中村 おはようございます。ウイルス性の急性胃腸炎の漢方治療というシンポジウムを開催したいと思います。

はじめに、シンポジウムの始まりに際しまして、一緒に司会をなさる新井先生の方から急性ウイルス性胃腸炎，こちらの方の概要をまずお話ししたいと思います。では，新井先生，よろしく願いいたします。

新井 皆さま，おはようございます。朝早くからどうもありがとうございます。シンポジウム2として，「急性ウイルス性胃腸炎への漢方治療」ということで，3人の演者の先生にお話をさせていただきたいと思います。

本日のシンポジウムの進行ですが，まず私の方から急性ウイルス性胃腸炎の概略について，プレゼンテーションをさせていただきます。そして，「ノロウイルスに対する抗菌薬と漢方薬の効果に関する比較研究」に関して小橋先生，次に，「高齢者施設で多発した嘔吐下痢症に対する黄芩湯の使用経験」に

関して犬塚先生，最後に，「急性胃腸炎に対する桂枝加芍薬大黃湯の有用性」に関して木村先生の方から15分ずつお話をいただきます。3人の演者のお話をいただいた後に，フロアからのご質問やご追加発言をいただき，そして，その後にディスカッションをしていくというような形で進行させていただきます。

本シンポジウムの目的は，昨今各地の施設で多発しておりますノロウイルス等による急性ウイルス性胃腸炎に対し，漢方治療が果たしてどのように有効なのだろうか。そして，特に高齢者の症状改善にはどのような漢方薬が効果的なのか。このようなことに関して，経験者の発表に基づいて実際の目の前の患者に使えるような検証・検討を行う。これを本シンポジウムの目的としたいと思います。

図1は，感染性胃腸炎の患者報告数の推移です。ここに示しましたように，感染性胃腸炎は，大体秋から冬にかけて最も多く発生いたします。これは後ほど述べますが，多くはノロウイルスによるものと

図1 感染性胃腸炎の患者報告数推移
—全国約3,000カ所の定点医療機関あたりの患者報告数—

思われます。そして、冬から春にかけても一つのピークがありますが、これはロタウイルスによるものと推測されます。

今申し上げたように急性胃腸炎の原因として、ウイルスに関してはロタウイルス、アデノウイルス、よく聞くノロウイルスなど、さまざまなものがあり、さらに細菌性のものも多々ございます。これらが急性胃腸炎の原因として今考えられているものです(表1)。

急性ウイルス性胃腸炎の比較についてまとめたものを提示いたします(表2)。他のウイルス性胃腸炎が主に乳幼児に発症することに対して、ノロウイルス感染症は高齢者施設で集団発生することも多く、今日のシンポジウムでも、高齢者施設での臨床研究が多く取り上げられていることを考えると、恐らくノロウイルスの話を中心に議論が展開されることと思います。

図2は、ノロウイルスの電子顕微鏡写真です。大体ノロウイルスというのは、以前はSRSV (Small Round Structured Virus)と言われていたもので、大きさは30~38nmくらいだと考えられています。

表1 急性胃腸炎の原因

ウイルス	細菌
ロタウイルス	大腸菌
アデノウイルス	腸管病原性大腸菌
エンテロウイルス属	腸管毒素原性大腸菌
カリシウイルス科	腸管侵入性大腸菌
ノロウイルス	サルモネラ
サボウイルス	カンピロバクター
	ビブリオ属
	腸管ビブリオ
	コレラ菌

ノロウイルスは感染力が非常に強いということが大きな特徴です。ですから爆発的に施設内で感染を起こすということですが、人に感染するときは、大体100個以下でも感染力を持つと言われているものが、実際に患者の糞便や嘔吐物を調べてみますと、1g中に100万から10億個ぐらいのウイルスが見つかるそうです。このように爆発的に増殖することが集団感染を起こす、あるいは施設内感染を起こす理由だと考えられています。

ノロウイルスの感染経路です(図3)。これは東京都の福祉保健局マニュアルから引用したのですが、感染には経路が幾つかあります。経路1という

表2 急性ウイルス性胃腸炎の比較

原因ウイルス	ロタウイルス	ノロウイルス	アデノウイルス
かかりやすい年齢	乳幼児	乳幼児～成人	乳幼児 (ロタよりやや上)
潜伏期間	1～3日	1～2日	1～2日
症状のある期間	5～8日	1～2日	4～6日
症状	極めて強い、おう吐、 下痢(頻回の水様便)、 脱水の進行、 30-40%が発熱	おう吐、下痢、腹痛、 頭痛、食欲不振 ロタウイルスより軽い	下痢、おう吐、 軽度の発熱
別 名	乳児冬期下痢症	流行性おう吐(下痢)症	なし
流行期間	冬場に多い(冬～春)	冬に多い(秋～冬)	通年発症
その他	ときに脱水が進行し 重症化。 便の検査で約15分で 判定可	人から人への経口感染の他 に食物を介しての集団発生 もある(貝類等)。 ロタウイルスよりやや早い時 期に流行する	ロタウイルスに比較し て胃腸症状と脱水の 程度は軽度。 便の検査で約15分で 判定可

Wikipediaより引用

図2 ノロウイルスの電子顕微鏡写真

のは、人の糞便中のノロウイルスが下水を経て川から海に運ばれて、二枚貝に蓄積される。それを十分に加熱しないで食べると感染するわけで、これは集団発生等の原因になり得ると思います。

経路2に示したものは、ノロウイルスに感染した人が、十分に手を洗わずにウイルスが手についたまま調理などをすると食品が汚染されて、その食品を食べた人が感染する。そういう直接感染という経路もあります。

そして、経路3は、ノロウイルスを含む糞便や嘔吐物を処理した後に、手についたウイルスや不適切な処理で残ったウイルスが口から取り込まれて感染する。これも直接感染ですが、もう一つこの下の経路で、特にこの残った糞便や嘔吐物が乾燥して微細粒子化すると、飛沫感染、空気感染を生じることが

表3：ノロウイルス感染症の臨床症状

潜伏期間	24～48時間
主 症 状	吐き気、嘔吐、下痢、 腹痛、発熱(軽度)
継続期間	1～2日
発症時期	秋～冬

あるというようなことも指摘されています。

ノロウイルス感染症の臨床症状を示します(表3)。潜伏期間は大体24時間から48時間。主症状としては、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛、軽度の発熱です。症状の継続期間は大体1～2日。発症時期は、先ほど申し上げたように秋から冬、ロタウイルスよりやや早い時期に流行しやすいということです。

治療方法ですが、ウイルス感染で、特に抗ウイルス剤等はありませんで、原則的には対症療法のみというような現状になっています。一般的には、ロタウイルスに比べて症状は軽いと言われていますが、やはり今日問題になるような体力の弱い乳幼児や高齢者では、脱水症状や体力消耗を起こさないように水分と栄養の補給を十分に行うという注意が必要になってくるわけです。

消毒方法は、まず85度で1分間以上加熱することです。ノロウイルスは他の微生物と比べると、非常に熱に強いという特徴があります。そして、逆性石けんやアルコール、エタノールの消毒はあまり効果的ではなく、次亜塩素酸ナトリウム、塩素系の漂白剤が有効です。これらのことがまず消毒方法、防疫

『東京都福祉保健局マニュアル』より引用

図3 ノロウイルスの感染経路

1. 85℃で1分間以上加熱する
〔他の微生物などと比べると熱に強い〕
2. 次亜塩素酸ナトリウム(塩素系漂白剤)
が有効である
〔逆性石けん、アルコールの消毒効果は十分
ではない〕

図4 ノロウイルスの消毒方法

方法として有効なわけです(図4)。

最後に、ノロウイルス感染症の蔓延化を防止するための対策をお示しします。特に家庭内や集団で生活している施設において発生した場合の問題ですが、原則的には、糞便や嘔吐物からの二次感染の予防、そして、人から人への直接感染、飛沫感染の予防ということに力点が置かれるべきものだと思います。これは、厚生労働省の「ノロウイルスに関するQ&A」というホームページから引用してまとめたものですが、重要なことは手洗いを励行する、そして、糞便や嘔吐物を適切に処理するということです。先ほど申し上げたように、乾燥したものが微細粒子化して飛沫感染、空気感染を生じ得るため、室内の適切な換気を行う必要もあるでしょう。そして、三つ目に掲げたように、使用した食器類、リネン類は熱湯で1分間以上加熱消毒しておく、あるいは次亜塩素酸ナトリウムを用いてきちんと消毒しておく必要があります。最後に、手を触れる場所、日用品などの環境からもウイルスを検出し得ますので、次亜塩素酸ナトリウムで消毒しておくということです(図

- ◎糞便や嘔吐物からの二次感染の予防
- ◎ヒトからヒトへの直接感染・飛沫感染の予防

- ◎手洗いを励行する
- ◎糞便や嘔吐物を適正に処理する
乾燥したものが微細粒子化して飛沫感染を生じ得るため、
室内の適正な換気を行う
- ◎使用した食器類、リネン類は熱湯(1分間以上)や
次亜塩素酸ナトリウムを用いて消毒する
- ◎手を触れる場所、日用品などの環境からもウイルス
を検出するので、次亜塩素酸ナトリウムで消毒する

『厚生労働省:ノロウイルスに関するQ&A』より引用(一部改変)

図5 ノロウイルス感染の蔓延化防止のための対策
一家庭内や集団で生活している施設において
発生した場合一

5)。

このように施設内で感染の拡大を防ぐためには、厚生労働省からのマニュアルを基礎にしっかりと対策を立てて実行することが基本、かつ最も重要なことであることを基本的な視点として、このシンポジウムの前に確認しておきたいと思います。

それでは、これから3人の演者の先生方にお話を伺いたいと思います。

中村 ありがとうございます。感染性胃腸炎の治療に関しては、感染予防を基本として考えるべきものということをまず前提として話を進めていきたいと思っています。

それでは、最初の講演が「ノロウイルスに対する抗菌薬と漢方薬の効果に関する比較研究」ということで、小橋先生、よろしくお願いいたします。

ノロウイルスに対する抗菌薬と漢方薬の効果に関する比較研究

小橋 重親
丸谷病院

旭川から参りました小橋といいます。よろしくお願いいたします。

最初に目的ですけれども、ノロウイルスによる急性胃腸炎は自然治癒傾向が高く、対症療法が広く行われております。しかし、その症状は激烈で、かつ強力な伝染力は院内感染の一つとして非常に問題になっておりまして、効果的な治療法の出現が期待されております。今回、ノロウイルスに対する漢方治療の有効性について検討いたしましたので、報告いたします。

対象は、2006年10月から2007年11月に嘔吐、下痢などの症状から感染性腸炎が疑われ、便培養を提出した外来および入院患者です。204例いまして、男女比が87対117。年齢は、16歳から92歳。このうちノロウイルスが陽性だったのは32例です（図1）。

方法として、嘔吐、下痢を主訴とする感染性胃腸炎の患者に対して、全例に便培養とノロウイルス抗原の同定を行いました。嘔吐を伴う下痢に対しては、上部消化管の水毒と考えまして、五苓散を投与しました。また、嘔吐を伴わない下痢に対しては柴苓湯を、また、遷延する下腹部痛には桂枝加芍薬湯を追加投与しました（図2）。

診察方法は、左側臥位にしまして、滅菌した肛門鏡を肛門内に挿入しまして、そこから直接便を採取して培養およびノロウイルス抗原に提出しています。引き続き直腸鏡で便の性状や直腸の炎症の程度を確認しまして、この際に炎症がひどい場合は、引き続きCFで大腸内を観察します。これでかなり病原性大腸菌、あるいはキャンピロバクターなどの大腸炎の診断が可能です。原則は外来で対処するようにしまして、点滴あるいは入院が必要な場合には、専用の点滴室や個室に最初から隔離します。外来入院でもマスク、ディスポエプロンなどを着用しまして、診察後は、先ほどありましたような次亜塩素酸溶液で消毒・ふき取りを行います。また、患者の排

対 象

2006年10月から2007年11月に嘔吐、下痢などの症状から感染性腸炎が疑われ、便培養を提出した外来および入院患者

症例 204 例

男:女 87:117

年齢 16-92 歳(平均56.7)

ノロウイルス(NV)陽性 32例

図1

方 法

1. 嘔吐、下痢を主訴とする感染性胃腸炎の患者に対して全例に便培養とノロウイルス抗原の同定を行った。
2. 嘔吐を伴う下痢に対しては、上部消化管の水毒(水逆)と考え、五苓散(エキス7.5g分3)を投与した。
3. 嘔吐を伴わない下痢に対しては柴苓湯(エキス9g分3)を、遷延する下腹部痛には桂枝加芍薬湯(エキス7.5g分3)を追加投与した。

図2

診 察 方 法

- 1 原則外来で対処し、点滴や入院が必要な時は、専用の点滴室や個室に隔離する。
- 2 外来、入院でもマスク、ディスポエプロンなどを着用し、診察後は1%次亜塩素酸(ミルトン)溶液で消毒、拭き取りを行う。
- 3 患者の排泄物や使用食器(ディスポ)は、すみやかにビニール袋に入れて、処理、廃棄する。

図3

排泄物あるいは使用食器、これは速やかに捨てられるように全例ディスポを使うようにしました（図3）。

月別の症例数は、ノロウイルスは大体10月から発生しまして、大体12月、1月がピーク。3月ぐらいまで発症が見られます。今年に関しては一応10月までしか検討していませんが、この後、今年に関して

図 4

図 5

図 6

図 7

はノロウイルスは5月末ぐらいまで検出されました。

あと、病原性大腸菌、カンピロバクター等の食中毒ですけれども、これは各月を通して見られています (図 4)。

結果です。ノロウイルスの症例が32例で、うち2例は家族内の発生だということでこの中に含めてあります。年齢が22歳から87歳。外来が29例で、うち入院を要したのが9例。ただし、これは初期のうちに入院をさせていたのですけれども、一人入院させることによって、看護婦、スタッフがかなり手間暇を取られるということで、その後は原則外来で対処するようにしております (図 5)。

感染経路は、食事からの感染と思われたのが9例、家族内、特に孫や子どもからうつされた方が非常に多かったです。症状は、嘔吐が24例、水様性の下痢が27例に見られています。検査結果は、白血球は2800から15000、CRP が0.3から3.4と、特に特徴的な所見はありませんでした (図 6)。

治療法は、漢方を使用した群と、抗菌薬のみ、レボフロキサシンですが、それに分けてこの後の検討を行っております。この2群に分けた理由なのですが、私は全例漢方を使っております、一緒に診療していますうちの院長は漢方薬を使えないものですから、結果的に抗生剤だけで対処したということです。それで、漢方群の中で抗菌薬を併用したのは11例です。症状としましては、嘔吐、水様性下痢は、スライドのごとくです。また、同時期に分離されました腸内細菌は、Klebsiella, Pseudomonas, Candida ということで、病原性の大腸菌、あるいはカンピロバクター等の食中毒菌は、同時には検出されておられません。結果的には抗生剤は必要なかったということになります (図 7)。

治療別の結果ですが、どうしても外来の患者さんに後で話を聞くものですから、治療効果を1日単位でしか話を聞けないのですが、嘔吐が消失するまでの日数が漢方群では1.2日に対して、抗菌薬群が1.7

図 8

NVは自然治癒するか？

67歳、女性

2週間前からの下痢、食思不振で入院。
水様便からNVが検出された。

87歳、女性

06, 12/5 嘔吐、下痢で受診したが、心不全
のため専門病院に転院。
12/8 心不全軽快し、当院に転院。
12/15 下痢が続いており、水様便を提出した
ところNV、Candida が検出された。

図10

日。下痢がまるきりなくなりまして、普通便になるまでの期間ですけれども、これが漢方群では2.8日、抗菌薬群では3.6日でした。ただ、いずれも有意差は見られませんでした (図 8)。

小括として、感染性胃腸炎患者の初診時には、原因菌が不明なために、抗菌薬を投与した症例が多かったです。抗菌薬と漢方薬による治療効果に有意差は認められませんでした。ノロウイルスに特有な激しい嘔吐を五苓散は速やかに改善しました。

次に症例を提示いたします。まず院内感染の例ですけれども、もともと肺炎で入院していた84歳の男性に、12月15日に、水様性の下痢があった。翌日、便培養を提出しております。それで、下痢が見られた4日後ですが、少し離れてはいるのですけれども、斜め向かいの同室者に突然噴水状の嘔吐があった。その翌日、その便の方の処置をしたスタッフが下痢をして病院を休んでおります。その同日に、どうしても便が出ないということで、普通便を出したので

NVは予防可能か？

院内感染 80歳、男性 (11/20 入院; 脳梗塞後遺症)

06, 12/10 上肢のしびれに対して、五苓散の服用を開始していた。

12/19 発端者に遅れて、4日後に噴水状嘔吐。

嘔吐は1回のみ。食思不振は2日ほど継続したが、下痢はみられなかった。

12/22 普通便を検査に提出し、後日NV(+)

図 9

ですが、それが後にノロウイルスだということが判明しました。

院内感染をした80歳の男性は、もともと脳梗塞の後遺症で入院しておりました。ほとんど動けなくて寝たきり状態だったのですが、この患者さんは、もともと五苓散を服用していたのですけれども、その発端者に遅れて4日後に噴水状の嘔吐がありました。ただし、その嘔吐は1回のみで、食思不振は2日ほど続いたのですが、一度も下痢は見られておりません。下痢は見られなかったのですが、普通便からノロウイルスが検出されております。高齢者ではありましたが、五苓散を服用していたことで、1回の嘔吐のみで下痢もせずに症状は軽度でありました。ただし、五苓散服用ではノロウイルスは予防できませんでした (図 9)。

2例の症例があるのですが、67歳女性は、2週間前から下痢、あるいは食思不振だということで入院されまして、この方もほとんど寝たきりの状態です。この方は、ちょうどノロウイルスがはやっていた時期でもありましたので、検査に出しましたところ、便からノロウイルスが検出されました。

87歳の女性で、嘔吐、下痢で受診したのですけれども、そのときに心不全がかなりひどいということで、循環器の専門病院にそのまま転院になっております。心不全が改善したということで、3日後に当院にまた転院しまして、その後、どうもまだ下痢が続いているということで、約10日してから水様便を提出しましたところ、まだノロウイルスおよびCandidaが検出されました。

これらから推察されることとしまして、ノロウイルスの発症後、10日から14日後に今回のように検出

されたわけですが、こういう Compromised host につきましては、ノロウイルス感染が遷延してキャリアになる可能性もあるということが示唆されました(図10)。

結語です。漢方治療は、ノロウイルス感染による症状を速やかに改善いたしました。特に高齢者など、Compromised host に対しても漢方治療は有用であると考えられました。以上です、ありがとうございます。

中村 ありがとうございます。続きまして、「高齢者施設で多発した嘔吐下痢症に対する黄芩湯の使用経験」ということで、犬塚先生、よろしくお願いします。

高齢者施設で多発した嘔吐下痢症に対する黄芩湯の使用経験

犬塚 央

麻生飯塚病院漢方診療科

麻生飯塚病院の犬塚と申します。今回は、「高齢者施設で多発した嘔吐下痢症に対する黄芩湯の使用経験」について報告させていただきます。

抄録の内容と若干異なる部分がありますが、ご了承ください。

対象は、ノロウイルス感染症が全国的に流行した2005年12月から翌年1月までの2カ月間、介護付有料老人ホームノア21の入居者のうち嘔吐または下痢を認め、黄芩湯を投与した20例です。この老人ホームは、当科の医師2名が嘱託医となって日ごろの健康管理を行っておりますが、介護体制が非常に充実しております。煎じ薬も含めた漢方治療にも対応しております。入居者の急な発熱時には、医師が作成した服薬指示書に従ってすぐに漢方薬が投与できるようにしています。

服薬指示書はこのようになっておりまして(図1)、症状や症候から薬が選べるような仕組みにしております。なお、指示書の運用と治療効果につきましては、昨年の「漢方の臨床」4月号に当施設からの報告がございますのでご参照ください。

漢方方剤の投与方法です。当初は先ほどの発熱時の服薬指示書を利用していたのですが、嘔吐下痢も呈して、黄芩湯が著効する症例が続出しました。そこで、ノロウイルス感染症を疑って保健所へ連絡をしたのですが、近隣でのノロウイルス感染症の流行と、この老人ホームでの患者さんの症状から間違いないであろうとの見解でして、同症に準じて対処するように指導されました。

そこで、二次感染の防止対策を強化するとともに、今後も黄芩湯証が続くことを予想しまして、嘔吐、下痢の出現時に発熱や腹痛が確認できなくても、明らかな陰証と思われない限り黄芩湯を投与することにしました。結果的に使用した方剤は、1例を除く20例が黄芩湯でした。この1例につきましては、認知症が軽度で腹痛がないことが確認できましたため、

発熱時 服薬指示書(急性期)				
脈	自汗	熱	症状	方剤
浮実 (-)		高熱 (悪寒戦慄)	口渇(++) 赤い顔	大青龍湯
		発熱(悪寒)	関節痛	麻黄湯
			項背部こわばり / 下痢(+) 腹痛(-)	葛根湯
浮中間 (+)		熱>寒	咽痛(+) 口渇(+)	桂枝二越婢一湯
			咽痛(+) 口渇(-)	桂麻各半湯
		熱<寒	鼻汁 くしゃみ	小青龍湯
浮弱 (++)		軽い発熱	のぼせ	桂枝湯
浮実 (±)		発熱(悪寒)	下痢 腹痛	黄芩湯
実 (-)		発熱	下腹部熱感	猪苓湯
沈弱 (±)		発熱	咽頭痛 冷え 顔色不良	麻黄附子細辛湯

図1

半夏瀉心湯を投与して改善しております。

漢方薬の投与は発症後早急に開始し、以後、原則として毎食30分前に投与しました。内服が困難な場合は、嘔吐後に少量の湯で溶いて服用させました。漢方方剤は、三和の黄芩湯エキスを1回につき2.5g使用しました。

代表症例を1例提示いたします。患者は73歳の女性で、主訴は、発熱、腹痛、下痢です。2005年の12月20日朝、悪寒、腹痛の後、下痢が3回あり、37.8度の発熱を認めましたので、先ほどの指示書に従い黄芩湯エキスを2.5g投与しました。そうしましたところ、昼にはもう腹痛は軽減しておりまして、悪寒、下痢も消失しており、昼食を通常量摂取されました。午後の検温では36度に解熱しております。翌朝、朝食後に軟便が1回あったということで、腹痛はありませんでしたが、念のためにもう一度黄芩湯エキスを投与して治療を終了しております。この症例は黄芩湯を2回投与していますけれども、1回目の投与後2～3時間でほぼ症状は消失しておりまして、典型的な黄芩湯証であったと考えております。

患者の発生は、2005年の12月15日に始まりまして、その後年末年始は少し減っていたのですが、1月中旬にピークとなりました。二次感染の防止には努めたのですが、ウイルスの感染力が非常に強く、さらに介護職員も感染して病欠するなど、マンパワーも不足しまして、患者の発生を抑えることができませんでした。最終的に、入居者50名中20名が発症しました。

臨床症状としましては、下痢が19例、嘔吐18例、発熱が16例に見られました。発熱は37度前半ぐらい

図2

が多く、ほとんどは嘔吐下痢が先行していました。腹痛などの自覚症状につきましては、認知症の方がほとんどのため正確に把握することはできませんでした。

ここでノロウイルス感染症について少し触れておきます。ノロウイルス感染症は、冬期における胃腸炎流行の主な原因で、感染力が非常に強いため、施設内での集団発生が問題となります。感染は経口感染が主で、1～2日潜伏期を置いて発症します。症状としましては、嘔吐、下痢、腹痛、発熱などが1日から3日間続くとされております。脱水や吐物の誤嚥で重症化しますので、小児や高齢者では注意が必要で、特に高齢者では死亡例も報告されております。治療は、補液・水分補給といった対症療法だけということなので、二次感染の防止が重要になるかと思えます。

これらの症例において、嘔吐または下痢が消失するまでの漢方方剤の投与回数および時間、補液やその他の使用薬剤、合併症、入院加療の有無について調べました。

嘔吐または下痢が消失するまでの漢方方剤の投与回数です(図2)。最短は1回から最長は12回までと幅はあるのですが、全体では少ない回数の方に多く、中央値をとると3回でした。そのうち3回以内のものが20例中15例と、75%を占めていました。しかし注目すべきは、1回のみ投与で嘔吐下痢が消失した症例が4例あったということで、黄芩湯の効果には速効性もあるということが分かります。なお、最長12回の例は、1日3回の投与で日数にすると約4日間でした。

嘔吐または下痢が消失するまでの時間です(図

図 3

江戸末期における「暴利」の記録

鎮西諸州ニハ、夏月小兒ノ暴利多ク行ハルト聞ケリ。筑前ニハ其ノ証尤夥シ。…其ノ証候ハ初起発熱悪寒、頭痛、四肢怠惰、面色少シク熱色ヲ帯ビ、脈浮数、或ハ洪滑、微ニ腹痛シ、或ハ腹痛セズシテカワヤニ登リ、滑便二三行、…治方ハ、黄芩湯ナド初起ニ用ヒテ愈ル者ハ論ナク、…。

(尾台榕堂 方伎雑誌 卷三)

図 4

嘔吐下痢症に用いる主要な方剤と鑑別

	嘔吐	下痢	腹痛	発熱	悪寒	項強	口渴	尿不利
黄芩湯	○	○	○	○	○		△	
葛根加半夏湯	○	△	△	○	○	○		
半夏瀉心湯	○	○	△					
五苓散	○	○		△			○	○
桂枝人参湯	△	○	△	△	△			

(矢数道明:漢方処方解説 藤平健・小倉重成:漢方概論)

図 5

3)。ノロウイルス感染症の自然経過は、通常24時間から72時間とされています。これに対しまして、今日黄芩湯を投与した症例では、24時間以内に嘔吐下痢が消失したものが20例中11例、55%と半数以上で、48時間以内のものが合わせまして20例中17例と実に、85%を占めておりました。そのほか48時間から72時間が2例、72時間から96時間が1例ありましたがいずれも少数で、患者の年齢層を考慮すれば、遷延化するものは少なかったと考えております。

その他の治療と合併症です。年齢や体格、基礎疾患などから、脱水や重症化の恐れがあると考えた6例には早めに補液を行いました。嘔吐が続く4例につきましては、症状の軽減と誤嚥性肺炎予防の目的で、制吐剤を使用しました。誤嚥性肺炎を発症した症例が1例ありましたが、入院治療を要する症例はありませんでした。

黄芩湯は、黄芩、芍薬、甘草、大棗の4味から成る方剤で、『傷寒論』の太陽病下編に「太陽と少陽の合病、自下利する者は、黄芩湯を与う。若し嘔す

る者は、黄芩加半夏生姜湯之を主る」と記載されております。

黄芩湯の使用目標につきまして、諸家の報告を見ますと、まず『古方薬囊』では、「黄芩湯証は、葛根湯証と誤りやすい場合がある。葛根湯の場合は、腹痛は少し軽い。黄芩湯証では腹痛があるものが多い。また、痛みが激しい」となっております。あと、矢数道明先生の『漢方処方解説』には、「下痢して心下つかえ、腹中拘急するもので、発熱、頭痛、嘔吐、乾嘔、渴などが目標」となっておりまして、藤平健先生、小倉重成先生の『漢方概論』には、「下痢、裏急後重、腹痛、発熱、腹筋緊張、胃部抵抗および停滞感」となっております。大体いずれも腹痛、発熱、嘔吐、下痢といった症状を目標に使われているようでした。

これは、江戸末期における「暴利」の記録なのですが(図4)、鎮西諸州すなわち九州諸国には、夏季に小児の暴利、暴利というのは激しい下痢だそうですが、これが多く流行すると聞いている。筑前は福岡県の北西部に当たりますが、この地域にはその証が最も多い。起こり始めは発熱、悪寒、頭痛、四肢のだるさといった症状で始まって、顔色が少し熱色を帯び、脈は浮数、あるいは洪滑、少し腹痛がしたり、ないこともあるのですが、便意をもよおして便所へ行くと、ゆるい便が2~3回出ると。こういうときに治療に用いる方剤は黄芩湯など云々、こうなっておりまして、今回私どもの施設でも黄芩湯証が多かったのは、こういった地域性ももしかしたらあるのかもしれないと考えております。詳しくは、寺沢捷年先生が先日出されました「完訳方伎雑誌」に紹介されておりますので、興味のある方は

ぜひ読まれてください。

嘔吐下痢症に用いる主な方剤と鑑別です（図5）。黄芩湯は太陽と少陽の合病で、嘔吐下痢のほか腹痛もみられます。少陽病が中心ですが、悪寒、発熱といった表証も伴います。そのほか、裏急後重、排便時の肛門部の灼熱感、強い便臭といった非常に熱候の強い実証の病態を呈します。

太陽と陽明の合病で見られる葛根加半夏湯では、太陽病が中心になりまして、下痢や腹痛というのはあっても軽度です。半夏瀉心湯は、黄芩湯と同じ少陽病位ですけれども、腹痛は軽く、腹鳴を伴うことが多いと思います。また、表証は通常見られません。五苓散は、水の異常が中心ですので、口渴、尿不利といったものがありまして、特に嘔吐につきましては、飲んだ物をすぐに吐くという水逆が特徴かと思います。あと、発熱はあっても悪寒を伴うようなことはなく、腹痛は通常見られません。

桂枝人参湯は、発熱、悪寒、腹痛はあっても軽いと思いますし、やはり陰証ですので、便臭も少なく、冷えとか脈が弱いとかグッタリしているとか陰証の様相を呈していると思います。

以上をまとめますと、黄芩湯が有効な嘔吐下痢症は、陽証で腹痛や発熱を伴うことが多いということになると思います。ただ今回の症例は認知症患者がほとんどで、腹痛がどのくらいあったかというのは正確には把握できませんでした。

結語です。高齢者施設においてノロウイルス感染症と推定される嘔吐下痢症20例を経験しました。嘔吐下痢に発熱を伴い、かつ陽証であれば、黄芩湯が有効な場合が多いと考えられました。黄芩湯を投与した20例中、投与回数が1回だったものは4例、20%、3回以内だったものは15例、75%でした。嘔吐下痢が消失するまでの時間は、24時間以内のものが11例、55%で半数以上、48時間以内のものが17例、85%でした。これら20例において、入院治療を要する症例はありませんでした。

ノロウイルス感染症は、早期から漢方薬を投与すれば軽症かつ早期に回復する可能性があり、また、治療も西洋医学的には対症療法のみですので、漢方治療を行う意義は大きいと考えております。以上です。ありがとうございました。

中村 ありがとうございます。それでは、第3席、「急性胃腸炎に対する桂枝加芍薬大黄湯の有用性」

ということで、木村先生、よろしくお願いいたします。

急性胃腸炎に対する桂枝加芍薬大黃湯の有用性

木村 英夫

旭が丘ファミリークリニック

鈴鹿から来ました町医者の木村です。今回のテーマは「急性ウイルス性胃腸炎」ということですが、町医者の日常診療では急性胃腸炎は非常にありふれた病気で、特にウイルス性とか細菌性とか診断をつけることはありません。ですから今回は急性胃腸炎として述べさせていただきます。

当院の急性胃腸炎に対する初診時の治療（図1）は、①漢方薬はすべてエキス剤です。②症例によっては五苓散エキス座薬を作ってもらってそれを使います。③漢方薬を処方する場合は、整腸薬や止痢剤、鎮痙剤などの西洋薬は併用しません。ただ、時に解熱剤を欲しがっている人がいるので、アセトアミノフェンを頓服で出しています。④抗生物質は、血便があるとか、あるいは「鳥肉を食べた」など、カンピロバクターを疑うような場合には、クラリスロマイシンを初診時から併用しますがそれ以外は使いません。⑤症例によっては輸液や静脈注射を併用しています。⑥初診時の処方はいずれも3日以内と決めています。

図2、図3は、昨年の広島での東洋医学会総会に発表したもので、当院の1年間の急性胃腸炎症例をまとめたものです。395例ありますが、私は経験的に胃苓湯をファーストチョイスに使うことが多いので、約8割が胃苓湯及び胃苓湯の合方です。ご存じのように、胃苓湯というのは、水毒の五苓散、宿食の平胃散の合方で、まさしくこの水浸しの飽食の時代の胃腸炎にいいのではないかと考えて使っています。

図4は初診率です。当院のような町医者は、よほどひどい治療をしない限りは、たとえ初診で治らなくても2回は来てくれます。だから、初診1回のみの受診ですんだのは恐らく治っているのだろうと考えて、初診のみの受診率を一応有効率としてみました。全体で85.8%、胃苓湯群が87.5%、胃苓湯以外は78.9%ということで、先達の先生たちが、「病気などというものは放っておいても6～7割は治るのだ。医者が治すのは10%しかない」ということを言

急性胃腸炎に対する初診時の治療

- * 漢方薬はすべてエキス顆粒
- * 症例によっては五苓散エキス座薬も使用
- * 漢方薬を処方する場合は、整腸剤、止痢剤、鎮痙剤等の西洋薬を併用しない
- * まれに解熱剤（アセトアミノフェン）を屯服
- * 抗生剤は血便などカンピロバクターを疑う場合のみCAMを併用
- * 症例によっては輸液・静脈注射を併用
- * 初診時の処方はいずれも1～3日分

図1

急性胃腸炎症例の検討

2005.8.1～2006.7.31 395例
(男性:191例 女性:204例)

図2

結果①投薬内容

* 胃苓湯: 五苓散+平胃散
(水毒) (食積)

図3

われていますので、一応治しているのかなと思います。

図5は輸液あるいはブドウ糖の静脈注射を行った症例です。脱水を疑う場合には行いますが、患者さんの希望によることが多いです。

結果②初診率(≡有効率)

* 初診のみの受診

図 4

結果③輸液・ブドウ糖静注率

図 5

「胃苓湯以外群」の漢方エキス剤など

	初	再		初	再
桂枝加芍薬湯+半夏瀉心湯	3	4	柴胡桂枝湯+半夏瀉心湯	0	1
桂枝加芍薬湯	1	3	六君子湯+半夏瀉心湯	1	0
啓脾湯	3	0	六君子湯+桂枝加芍薬湯	1	0
真武湯	2	0	安中散+桂枝加芍薬湯	1	0
半夏瀉心湯	0	1	桂枝加芍薬湯+黄連湯	1	0
六君子湯	0	1	桂枝加芍薬湯+人参湯	1	0
桂枝人参湯	1	0	西洋薬	4	0
葛根湯+小半夏加茯苓湯	1	0	桂枝加芍薬大黃湯→ 胃苓湯+桂枝加芍薬湯	3	0

図 6

症例 13歳 男児

主訴: 嘔吐

現病歴: ○年8月○日の夕食時にカップ麺を食べ、その後嘔吐が数回あった。翌日当院受診。下痢はなく便は出ていない。口渇がある。夏休み中、陸上クラブで頑張っていた。

現症: 体重36kg 心下痞硬、両下腹部に軽度の圧痛。尿ケトン(3+)

図 7

ところで胃苓湯以外群を調べている時に、桂枝加芍薬湯を入れた症例に再診率が高いということに気付きました。一方、症例数は少ないですけれども、桂枝加芍薬大黃湯を初日に与えた症例は再診がなかったのです(図6)。

きっかけとなった症例(図7)です。13歳の男の子でした。主訴は嘔吐です。夕方にカップ麺を食べ、その後嘔吐が数回あって、翌日当院を受診しました。下痢はなく、すごく口が渇いていました。陸上部で夏休み中は練習を頑張っていたそうです。その疲れもあったのでしょう。現症は心下痞硬と両下腹部に軽度の圧痛がありました。尿ケトンも3+でした。経過(図8)です。急性胃腸炎と診断して、まず五苓散を処方しました。2日後に来た時には「嘔吐はもう収まって、お粥を少し食べられた」と言っていました。その夜から発熱と下痢が出始めました。そこでいつも使う胃苓湯に変えました。念のため輸液も行いました。それから2日後に来たのです。

けれども、やはり発熱と下痢が続いていました。普通、急性胃腸炎だと大体1日か2日で熱が下がるのですが下がらないのです。これは少陽病期に入っていると考えて柴苓湯に変えましたが、この時から下腹部痛が出てきたので桂枝加芍薬湯を加えました。輸液もしました。翌日には下痢は少し収まったようですが、ちょっと気になってきたのは、やはり下腹部の痛みです。翌日には下腹部の反跳痛が出てきましたし、白血球15000、CRPも11.2ありました。そこで腹膜炎の疑いで、病院に紹介して入院いただきました。病院からの情報提供書によると、①CTでは腸炎と腹水はあるが、虫垂炎の所見はない。②便培養などでは大腸菌だけで、ペロ毒素等はないということでした。幸いCTXの点滴と輸液を行っただけですぐに良くなりましたが、急性胃腸炎から腹膜炎を起こしてしまったという手痛い症例です。

経過を見直しますと、下腹部の圧痛が出てきた時

図 8

図 9

図10

図11

図12

図13

に、下痢はあるものの、桂枝加芍薬大黃湯を入れればひよっとしたら経過が違ったのではないかと思います。

桂枝加芍薬大黃湯は、ご存じのように桂枝加芍薬湯に大黃が加わった処方です(図9)。

私はあまり中医学には詳しくないのですが、大黃の薬効(図10)には瀉下通便や清熱などと書いてあります。西洋医学的にも瀉下作用とか、抗菌作用とか、抗炎症作用とかかなり良いことが書いてありますが、「大黃」というと、西洋医学から入った

結果①発症から初診までの日数

図14

結果②投薬日数

図15

結果③2日目以降の投薬内容

図16

結果④初診時の症状

図17

者からすると「下剤」という印象がどうも強くて、下痢している人に下剤を使うということは非常に抵抗感があって、急性疾患だとなかなか使えないのです。しかし桂枝加芍薬大黃湯の効能には「通因通用、下痢していても下す」とか、「積滯を流す」とか、「胃腸を守りながら流す」というような表現があり、原典でも「大実痛のものは、桂枝加芍薬湯大黃湯之を主る」とあります。使用目標（図11）はしぼり腹とか、強い腹痛、按ずると嫌がる、特に下腹部に痛みがある場合とあります。

このような経験から、急性胃腸炎にも積極的に桂枝加芍薬大黃湯を使おうと考えました。桂枝加芍薬湯の投薬方法（図12）は、①初診時の投薬日数は同じように3日以内で、②1日目に桂枝加芍薬大黃湯を3時間ごとに2～3回服用させます。③2日目以降は症状を予測して漢方エキス剤を処方します。④西洋薬は併用しませんが、抗生物質はキャンピロバクターを疑った1例だけクラリスロマイシンを投与

しました。

2006年11月1日から2007年10月31日の1年間で32名に投与しました。対象の年齢は5歳から88歳です。男性・女性は同じ数だったのですが、年齢に開きがありました（図13）。

発症から初診までの日数は、平均1.3日で、おなかが痛くなった当日、あるいは翌日来的のがほとんどですが、5日、6日たってから来ている症例や、すでに市販の薬や他院で処方された薬を服用していた症例もありました（図14）。

投薬日数は平均3.2日で、大体1回の投与ですんでいるような勘定になります（図15）。

1日目は桂枝加芍薬大黃湯ですけれども、2日目以降は、私が好きな胃苓湯単独か、腹痛ある場合には桂枝加芍薬、吐き気の強い場合は半夏瀉心湯、腹痛と吐き気の両方ある場合には黄芩湯を胃苓湯に合方して処方しました（図16）。

初診時の症状は、腹痛100%、下痢75%、発熱37.5%、

結果⑤ 初診率(≒有効率) 81.2%

図18

症例 76歳 女性(元薬剤師)

主 訴: 下痢

既往歴: 高血圧症で内服中。腎炎。関節リウマチ。

家族歴: 同居の孫(男)も同日嘔吐、下痢

現病歴: 12月の夕食時に「殻付きの生牡蠣」を食べ、翌朝よりむかつきがあり気分が悪く、自分で平胃散2.5gを服用した。11時ごろより頻回の下痢が始まった。胃苓湯2.5g服用指示。その後も下痢と腹痛(渋り腹)がひどくなりトイレに間に合わないほどであった。便は水様であるがちょっとしか出ず、そのたびに腹痛におそわれていた。午後3時「往診」。心下部と左下腹部を痛がる。悪寒・発熱はない。

現 症: 身長143cm、体重43kg。舌は乾燥白苔。腹部は軟弱、心下痞硬、左下腹部に著明な圧痛点がある。脈は浮弱。

図19

経 過

1日目 16時と19時に桂枝加芍薬大黃湯2.5g服用。水のような便が大量に出たが、渋り腹は良くなった。22時には胃苓湯2g+桂枝加芍薬湯1gを服用。その後も下痢が続いたが痛みは軽くなった。

2日目 胃苓湯6g+桂枝加芍薬湯3g分3を続けて服用。下痢の回数は減り、お粥も食べられるようになった。同時、嫁、孫(女)が嘔吐。

図20

まとめ

- ・ 下痢症状のある急性胃腸炎に瀉下作用の「大黃」を使用するのはいささか抵抗感があるが、いわゆる通因通用(下痢していても下す)・積滯を流す」によって早期に原因を排除することが経過をむしろ良くすると思われる。
- ・ 桂枝加芍薬大黃湯は急性胃腸炎において、腹痛の強い症例、按じて痛みのある症例に対して下痢の有無に拘わらず有用である。

図21

嘔吐34.5%でした(図17)。

初診率は81.2%でまあまあかなと思います(図18)。輸液は2例だけでした。

症例を提示させていただきます(図19, 図20)。76歳女性で、元薬剤師です。実を言うと同居の母親です。経過は良く観察できたのですが、身内を診るというのは結構手を抜いてしまいしっかり診察していないので恥ずかしい症例です。主訴は下痢です。夕食時に殻付きの生ガキを食べ、翌朝にむかつきが出て気分が悪くなったそうです。自分で「昨日食べすぎた」と思い平胃散を飲んでいました。11時ごろから頻回の下痢が始まりましたが、私は外来診察中だったので診察をせずに胃苓湯を飲むよう指示しました。胃苓湯を飲んだ後も水様便がちょっとずつしか出ないため頻回で、そのたびにひどい腹痛に襲われていました。トイレに間に合わなくなり「もうオシメを当てるわ」というようなことを言っていました。午後3時過ぎに「往診」に行きましたとこ

ろ、心下部と左下腹部を痛がっていました。悪寒、発熱はなく、心下痞硬と左下腹部に著明な圧痛点を確認しました。そこで4時と7時に桂枝加芍薬大黃湯2.5gを服用させました。服用後に水のような便が大量に出てしおり腹は良くなったようです。それで、22時には胃苓湯合桂枝加芍薬湯を服用させました。その後も下痢が続きましたが、痛みは軽くなったため、翌日も胃苓湯合桂枝加芍薬を続けて服用させました。下痢の回数も減り、お粥も食べられるようになりました。同時に、嫁と娘も吐いていました。おそらくノロウイルス感染症と思われます。

まとめです(図21)。①下痢症状のある急性胃腸炎に瀉下作用のある大黃を使用するというのはちょっと抵抗感がありますが、いわゆる通因通用で、早期に原因を排泄することが経過をむしろ良くするのではないかと思います。②桂枝加芍薬大黃湯は、急性胃腸炎において、腹痛の強い場合や圧痛の強い場合に「下痢の有無にかかわらず」有用であると感

じました。以上です。どうもありがとうございました。

中村 ありがとうございます。それでは、総合討論を始めたいと思いますので、演者の3人の先生方、壇上に上がってください。

総合討論

中村 それでは、お三方の先生で、発表した内容で何か言い足りないことがあれば、はじめに発言してください。何かこれを言っておきたかったというのはございませんか。よろしいですか。それでは、フロアの方で何かご質問なさりたい方、おられますか。

オザキ 北海道から参りましたオザキと申します。小橋先生にお聞きしたいのですが、ノロウイルスの場合、私も病院をやっておるのですが、発症した患者さんを隔離するということはないのでしょうか。

小橋 発症した患者さんを……。

オザキ ほかの患者と隔離する。

小橋 もちろん入院患者で発症した場合は、もう隔離します。下痢を発症した患者はノロウイルス等でないことが判明するまで原則、発症直後から個室に隔離します。

イトウ 横須賀のイトウと申します。私は海上自衛隊で、よく船で下痢などのときに五苓散を経口と同時に経肛門的に投与しました。木村先生は座薬をお使いと先ほどおっしゃいましたが、座薬を使うということは、直接腸管に作用するのでしょうか。それとも、肛門の周囲というのは非常に吸収力が高いから、いったん血液に吸収されてから作用するのでしょうか。それをちょっとお伺いしたいのですが。

木村 私も詳しくはないのですけれども、恐らく吸収されるのだろーと思います。私が使うのは子供です。大人で使うことはありません。また座薬でなくても微温湯というか、お湯に溶いてネラトンで入れてもいいということはいわれています。実際に私は座薬しか使いませんけれども。

イトウ ありがとうございました。

キシ 老人病研究所附属病院のキシと申します。大変貴重なお話をどうもありがとうございました。犬塚先生にお伺いしたいのですが、私が勤めた病院も、入院される方はやはり高齢者の方が多くて、寝たきりの患者が多いのです。ノロウイルスの感染が多かったときに漢方治療に当たりまして、寝たきりのお年寄りの患者さんで、寒がったり、全体的にもやせ細った患者さんですとか、そういった患者さまが多かったので、使う薬として、つつい陰証に偏っ

たような薬を使うことが多くて、それでも真武湯や啓脾湯などでまあまあの効果、手応えを得ていました。

犬塚先生は、今回太陽病と少陽病の合病で使われる黄芩湯で素晴らしい成績を残しておりますので、その使用に際しては、やはり先表後裏、先急後緩と、そういう治療原則に従ったという理解でよろしいでしょうか。

犬塚 先表後裏というよりも、単に黄芩湯証を呈していたからということになるのですが、私の担当する施設の話なのですが、高齢者がそれほど陰証・虚証を呈することは実際にあまりないのです。平均年齢は85歳ぐらいなのですが、嘔吐下痢以外にも、発熱時などでも実証を呈する方がかなり多いのです。これは、一つはやはり、高齢者というのはそこまで長生きしているということで、肉体的にエリートなのだと思うのです。それと、認知症というのが何か抑制を外しているのではないかと。便通のコントロールに毎日大承気湯を使っている人などいますし。私が今回経験した症例は、下痢の性状なども粘稠で黄色っぽくて、非常に便臭の強い下痢で、それで、脈を診ても嘔吐下痢を来している時に特別弱かったという人もいませんし、手足が非常に冷たかったとかいうこともありませんし、陽症の病態を呈している方ばかりでした。ただ、もちろん真武湯とかの鑑別は重要だと思いますし、陰証に落ち込んでくる可能性も十分ありますが、その時の状態を見て、症状、症候に応じてやっていけばいいのではないかと思います。

奥 群馬大学の奥と申します。本日は貴重な講演をありがとうございました。木村先生にお伺いしたいのですが、先生もおっしゃったように、下痢がある方に大黄を含む処方、やはり医師側もかなり躊躇する面もあるとは思いますが、実際、患者さんに、「下痢があるけど下痢が出ますよ」みたいな形で処方するとなると、納得、服薬が続けられるのかとか、そういう問題もあるかと思ひまして、患者さんに対してはどのようなお話をされているのかということをお伺いしたいのと、あと、やはり下痢が続くとなると、脱水等の問題も出てくると思いますので、そのような問題はなかったのかということをお伺いしたいのですが。

木村 そのとおりで、私ももともと桂枝加芍薬大

黄湯を使う場合は、やはり慢性の便秘に使っていることが多くて、急性疾患に使いだしたのは本当に最近というか、こういう症例がたまってきてからなのです。まずは患者さんには「吐いたり下したりするというのは、体を掃除しているんだよ」ということを説明します。「おなかの中にたまっている間は駄目だよ」とも。実際に桂枝加芍薬大黄湯を服用すると、やはり下る人もいますけれども、後で聞いてみると「気持ち良く下る」という言い方をされる方がいます。逆に、投与したにもかかわらず別に下らない人もいます。多分もう出てしまっただけ、腹痛だけが残っているのではないかなと思うのですけれども、そういう方もいます。私も先生と同じ考えで、長く続けるとやはりちょっと嫌だなと思うので、1日目だけ、なるべく早めに、漢方では「急なものはまず標を取れ」ということがありますので、取りあえずは1日だけ、ひどいときは2時間ごと、大体は3時間ごとに投与して、2日目からは胃苓湯に変えるというやり方をしています。32例しかないのですが、桂枝加芍薬大黄湯を使って後で点滴をしたという症例はありません。

渡邊 山梨の渡邊と申します。大黄の問題ですが、私、何で読んだか、いつごろ読んだか忘れましたが、大黄の瀉下作用というのは、腸内細菌で代謝を受けて、その代謝物に効果があるということで、下痢している場合には細菌の構成が違うから、中間産物がなくなるので、下痢に大黄を使うということは合理的だと聞いたことがありました。私は老研に勤めておりまして、認知症が非常に多いものですから、診察にも大変難渋しまして、何だか訳が分からないという、獣医さんは偉いなと感ずることが非常に多いのですが、痛いということはいくつ言ってくれます。それで、水様の下痢をしていて、おなかが痛いという言葉があったら、まず桂枝加芍薬大黄湯というのを試してみたいと思いますが、下痢が止まってしまうことが非常に多いような感じがいたします。そんなことで今日の木村先生のお話は大変参考になりました。ありがとうございました。

木村 ありがとうございました。

丁 日本薬科大学の丁と申します。今の大黄の腸内細菌で代謝されて、抗菌活性が出てくるという研究は、実は私の研究なのです。私が最初にそういう研究はやったのですけれども、大黄を便秘に使うよ

うになったのは戦後の話です。戦前まで大黄製剤というのは、適応症は全部下痢です。ですから、そのことを確認しておいていただきたいと思います。

中村 ありがとうございます。それでは、総合的な討論へ入りたいと思います。討論で最初に確認しておきたいこととして、感染性胃腸炎は、時間的に比較的早く治癒傾向のある疾患ですので、漢方を用いることにより、果たしてどのような効果があるのか。治癒時間を短縮するのか、症状を軽くして患者さんの全身状態を良くしていくことを目指して行うのか。こちらに関してお三方の先生のお考えを話していただければと思います。順番に小橋先生の方からよろしいでしょうか。

小橋 ノロウイルスの治癒に対して、うちでは全例ノロウイルスの抗原を測定していますから、ノロウイルスだろうということは診断できているのですが、その治癒をどこに取るかというのは一つ問題があると思うのです。症状がまるきりなくなった時点で完全にノロウイルスがいなくなっているかということ、実はそれはまだきちんと結果が出ていませんし、保健所だとかは、発症したということになったら、一応1週間は職場だとか学校には行かせないようにと言っていますから、本当の意味での治癒の時点というのはちょっと分からないと思います。今回は、漢方とたまたま抗生剤のみの治療で比較検討したのですが、症状が良くなるまでの期間に対しての有意差はちょっと出ませんでした。ただ、患者さんから聞く感じでは、大体1回から2回ぐらい漢方薬を飲んだ後から食事もしっかりと取れるし、ということで、症状がかなり急速に良くなっているということは伺えます。

それで、僕は先輩から聞いて五苓散を使い始めたのですが、最初に言われたのは、ノロウイルスのような疾患の場合は、水を飲んでも吐いてしまいますから、漢方薬そのものを飲ませることが非常に難しいのです。それで先ほど注腸だとか、座薬という話も出たと思うのですが、僕が教わった方法としては、一度五苓散を溶かして、それに氷を入れて完全に冷やした状態でちびちび飲んでくださいという形で勧めています。そうすると、大体1～2回飲んだ感じで食事もしっかりと取れるし、それこそまず水がきちんと飲めるようになるという訴えがありますから、症状を良くするという意味では非常に漢方は

有効ではないかと考えています。

犬塚 症状が良くなるということは、治癒期間が短縮するということだと思うのです。漢方是对症療法ではありませんので、証に従って治療して、症状が軽快したということは、それは治っていつているということですから、あえて分けて考えることはないかと思っています。

それで、完全に症状が取れた後に1週間ぐらい便にウイルスが出ると確かに書いてありますが、そこで何の所見もなければ、それを証と呼ぶかどうかという問題はあるとは思いますが、そのように考えております。

新井 先生の抄録を見ると、大体1.9日ですね。

犬塚 はい。

新井 そうすると基本的には、有症状期間というのは、自然経過と大きな区別がつかないということになりますね。私はむしろその時々、激しい嘔吐や下痢を軽減することで、トータルではかなりいい状態にもっていける、特に高齢者施設ですと、遷延化を防いだりするような効果が得られると思うのですが、この期間と程度について、先生はどのようにお考えになりますか。

犬塚 漢方薬を使ってどの程度嘔吐が楽になったとか、その辺は比べていないのでちょっと分からないですけれども、有症期間は自然経過と比べても割と早かったと思っています。

新井 早いときもありますか。

犬塚 そうですね。あと、85歳という平均年齢から考えても、遷延化する症例は少なかったかなとは思っています。

新井 ありがとうございます。

木村 急性胃腸炎で一番嫌なのは、やはり先ほど小橋先生が言われていた嘔吐ですね。薬を飲めなくなってしまうし次の治療に進めない、嘔吐がまず嫌です。その次は腹痛です。下痢は結構していても、皆さん平気であることが多いので、その二つを抑えたいと思います。そこで五苓散が入っている胃苓湯をファーストチョイスとして使っています。飲ませ方がありまして、やはり吐き気の強い人や吐いている人には、「お湯に溶いて、1回目は20～30分かけてゆっくり飲みなさい。もし吐いてしまったら、20～30分後にもう一度飲みなさい。2服ぐらいで吐き気は収まります」と言って渡しています。以

前は五苓散をファーストチョイスで使っていましたが、経験的に五苓散だと、嘔吐や吐き気が収まった後に下痢だけが残ってしまう人があるような印象がありましたが、胃苓湯を使い出したところ下痢もうまいこと止まってくれるような印象があり、最近は胃苓湯をファーストチョイスにしています。腹痛に関しては、軽い場合は桂枝加芍薬湯で良いのですが、強い場合は桂枝加芍薬大黃湯を使うと痛みが非常によく取れます。治療期間が短くなるかということ、ちょっと分かりませんが、やはり症状が取れるという意味では、漢方薬は非常に有用ではないかと思っています。

新井 ありがとうございます。それでは、さまざまな症状によってある程度使い分けのことを考えられていると思ってよろしいですか。

木村 基本的にはそうしたいのですが、忙しい時には「まず胃苓湯」と出してしまうことが多いです。

新井 はい。

中村 それでは、感染性胃腸炎の処方を使い分けについて話していきたいと思います。随分3人の先生の方から多数の方剤が出てきておりますが、それぞれどのような症状のときに何を用いれば一番早く治癒へ導いていくことができるか。こちらについてちょっとコメントの方をできればお願いしたいと思っています。

それから、犬塚先生はほとんど全例ノロウイルスで、あと、お二人の先生はそのほかの原因なども混じってはいますが、原因菌の違いにより漢方的な証に何か違いが起きてきているのかどうか。こちらの方まで一緒にお話し願えればと思います。

では、小橋先生からお願いいたします。

小橋 今回、ノロウイルスに関しては同定していますので、それに関しての治療をどのような形で考えるかということ、大体7～8割ぐらいの方がほとんど目の前で吐くぐらいの状態を受診されます。そういう方に関して、僕は第一選択で五苓散をお渡ししています。ノロウイルスは大体1日から2日までないと思いますけれども、2日ぐらいするともう嘔吐はやんで、その後は下痢だけの状態であることが多いと思います。そういう下痢だけの状態でいらっしゃった場合には、もうちょっと裏の方に入ってしまったのかなということで、柴苓湯を第一選択で使うように、そういう形では使い分けているというこ

とが一つです。あと、実際初診時は、細菌性の腸炎なのか、あるいはウイルス性腸炎なのかの判断もつきませんし、ましてやノロウイルスか、そのほかのアデノウイルスかということはちょっと分からないと思うのですけれども、ただ経験上、激しい嘔吐を伴うような場合にはやはりノロウイルス、あるいはロタウイルスがかかっているのではないかと思います。その場合には、多分同じような治療法でも対処できるのではないかと考えております。

中村 ありがとうございます。それでは、犬塚先生、黄芩湯はこの会場の中でも恐らく用いられた方はむしろ少ないのではないかと思いますので、その黄芩湯の特徴を含めてお話し願えればと思います。

犬塚 非常に熱候の強い実証の病態、ですから、腹痛が強くて、裏急後重もはっきりあるかと思えますし、便臭が強いとか、下痢の後に肛門部に灼熱感を伴うといった特徴があるものに黄芩湯が効くことが実際に多いと思います。

あと、太陽と少陽の合病で、少陽病が中心ですけれども、太陽病もまだ引きずっていますので、悪寒、発熱という表証が見られるかと思えます。

使い分けについて、まず五苓散との違いですが、実際にノロウイルス感染症を五苓散で治している先生もおられるので、どのへんが違うかということがポイントになると思いますが、五苓散はやはり水毒が中心ですので、口渴や尿不利があると思います。それから、五苓散であまり強い腹痛というのはないかと思えますし、熱はあっても悪寒を伴うようなことはないと思います。

半夏瀉心湯は、黄芩湯のような熱候がありません。腹痛はそれほど強くありませんし、裏急後重もないようです。構成生薬にも熱薬の乾姜が入っています。

それと、先ほどちょっと思ったのは、桂枝加芍薬大黃湯との鑑別です。おなかがいっぱい便臭が強いというのは黄芩湯と似ていると思ったのです。ただ、桂枝加芍薬大黃湯はどちらかという裏の方が中心で腹満がみられるかと思えますし、表証はないかと。嘔吐を目標に使うこともないかと思えます。

陰証の方剤では真武湯や桂枝人参湯などとの鑑別が必要になると思いますが、基本的に陰陽が違いますので、下痢の性状や脈とかで見分けがつくと思います。

新井 そうすると、先生は今回、恐らくノロウイ

ルスだろうと疑われて、全例に黄芩湯が使われましたけれども、先生がご覧になった症例は、ほとんど今言ったような鑑別の中で黄芩湯証だろうと考えられたのだと思います。そうすると、施設内ではほかの症候を呈した例はあまりなかったのですか。

犬塚 そうですね。1例だけ、認知症が軽度で腹痛がないことが分かった人は半夏瀉心湯にしたのですけれども、あとは、最初に嘔吐、下痢と発熱、腹痛で著効した例が何例か続いたのです。同じような症状ですし、今後そういうのが多発してくるのであれば、黄芩湯で対応できる可能性が高いと、その時は考えたのです。本当はもっと自覚症状が分かれば、例えば腹痛、悪寒とか、うなじのこりとか、口渴とか、そこまで分かればもっと細かい処方運用ができると思うので、もしかしたら違う結果になったかも知れませんが。ただ今回は、職員にも聞いたのですけれども、下痢の性状が通常と違って、非常に臭いが強くて、黄色っぽくて、粘稠でと、そのような下痢でしたし、ほとんど黄芩湯証を呈していたのだろうと考えております。

新井 分かりました。その辺は陽実証的だったということですね。

犬塚 はい。

新井 同じように小橋先生は、黄芩湯の使用経験がそう多くはないということですが、五苓散を主体に使われていて、黄芩湯との区別というのはいかがですか。

小橋 私が経験したノロウイルスは、あまり腹痛の訴えがないのです。だから、先生が今、腹痛のことをある程度強調されていらっしゃったのですが、どちらかというと、いわゆる細菌性腸炎などの方で比較的腹痛や下痢などを主訴としていらっしゃる方はいるのですけれども、ロタ、あるいはノロウイルスに関しては、もちろん激烈に熱が出る方も数例いましたけれども、発熱、あるいは腹痛というのは、あまり一般的に見られなくて、そういう意味で、先生の話聞いていて、ちょっとウイルスのタイプが少し……。

新井 そうですね。ちょっと違う感じでしたね。

小橋 ちょっと違うのかなと。実際、前に保健所の方と話したときに、ノロウイルスというのは変異がかなり激しくて、一人の患者さんの体に入って、出るときにはかなりタイプが変わってくるので、そ

ういった意味でもワクチンがまだできる段階ではないのだということはちらっと伺っていたので、地域によって若干タイプが違うというのはあるかもしれないと思います。

新井 なるほど。だいたい症状が違うということが少しこの辺で分かってきたのですが、その辺も含めて木村先生の方からコメントをいただきたいと思います。

木村 私は基本的にはウイルスの種類とか細菌だろうがあまり気にしなくていいと思っています。というのは、通年性の急性胃腸炎に関して、例えば冬の時期にこの薬を使うとか、そういうことをしなくても効果があると思いますし、やはり、宿主側の反応も含めて症状や証を呈していると思うので、原因をあまり考えていません。

先ほど先生方が言われたように、一番はじめにどの症状を取るかというと、吐き気が強い場合にやはり五苓散です。使う時は1日ぐらいしか使いません。2日も3日も吐き続けるということはほとんどないと思います。それから、腹痛の強い場合も、2日も3日もひどくてしょうがないということはあまりなくて、おなかが痛くて、なおかつ押さえて痛いという、実痛というのを目標にして桂枝加芍薬大黃湯を使うようにしています。これも1日ぐらいです。今日聞かせてもらった黄芩湯、これは非常に使ってみたい薬で、恐らく吐き気と腹痛の両方ある場合の症例に使うといいのではないかと思います。それ以外の軽いような、本当に放っておいても治るのではないかというものには、まずは胃苓湯を与えておけば良くなるのではないかと思います。

中村 ありがとうございます。今日は、3人の先生の方から陽証に関しての処方の提示をしていただいたのですが、陰証のものに対してのご経験、このような症例を経験したという、陰証のときの対処について何かご経験はありますでしょうか。お三方のうちどなたの先生でもよろしいのですが。

小橋 先ほどスライドでもちょっと提示したのですが、10日、あるいは2週間ぐらい下痢が遷延したという方で、もちろん当初からノロウイルスだということは考えていなかったのですが、その二人に関しては、確か一人は柴苓湯で、もう一人は人參湯で症状は良くなったのではないかと、それで、後で結果がノロウイルスだったということを見て、

逆にびっくりしたのですけれども、やはり五苓散にしても、例えば先生の使われている黄芩湯にしても、かなり急性期の、発症してから1日、あるいは2日以内が治療対象になるのではないかと思います。それが少し遷延した場合には、先ほどから出てきました真武湯だとか、あるいは人参湯だとか、その辺が中心になるのではないかと考えております。

犬塚 私は、実際に外来で急性の胃腸炎を診る機会というのがあまりないのですが、陰証の方剤で使った覚えがあるのは桂枝人参湯ぐらいでしょうか。その方は寝冷えの後下痢、腹痛、発熱でこられて、冷えとか脈が弱いとか下痢の性状とかで陰証と考えた人がおりました。慢性の下痢は時々来ますが、そういう時は真武湯とか人参湯とか建中湯とかを使います。

木村 先ほど出させてもらいましたけれども、お年寄りで真武湯がいくような場合とか、人参湯、あるいは建中湯類を使うことはあります。でも、それがウイルス性の胃腸炎だったかどうかはちょっと分かりません。

中村 それでは、もう一つ、漢方で感染性胃腸炎をどこまで治療していいかということについて、入院して漢方を用いるという方法もありますし、漢方以外にどのような方法を採用かという、漢方単独でどこまでやれるかということと、あともう一つ、感染性胃腸炎のときの食事、水分、こちらの注意ですね。ただ薬だけ飲んでいればいいというものではなく、養生などに関しても一緒にお話し願えればと思います。

小橋 ノロウイルスがはやっている時期にはできるだけ入院させたくない。要するに、一人入院させることによって、スタッフを通じて院内に感染が広がることもあるということで、できるだけ外来で対処しなければならない。そうなったときに患者さんの症状を少しでも軽減するという意味もありまして、そういう意味でも漢方薬は私は有用ではないかと考えております。点滴に関しては、先ほどおっしゃったように、患者さんの希望です。あるいは、初診時は全例採血しているものですから、非常に脱水傾向の強い方だとか、あるいはウイルス性感染ではなく、細菌性感染を疑わせるような、白血球、あるいはCRPの高いような症例は、できるだけ点滴するようにはしているのですけれども、まずウイルス性

の胃腸炎に関しては、漢方薬だけでも十分対処できるのではないかと考えております。

ただ、急性の下痢の患者には僕は桂枝加芍薬大黃湯ではなくて、桂枝加芍薬湯ばかり使っていました。それを使っていて、下痢が完全に良くなって、本人も非常にいいと言っていたのですが、実はたまたまカンピロバクターが出たのです。カンピロバクターや病原性大腸菌が便の培養で出た場合には、それが実際に排除されたか確認するために再度培養検査しているのですが、そうすると、抗菌薬を使わない患者さんに関しては、再度検出されるということは何例か経験しました。それで、最初からある程度ブロードスペクトラムな抗生剤を、そういう細菌性腸炎に関しては使った方がいいだろうというのが今のところの結論というか、見解でやっております。

犬塚 ノロウイルス感染症は基本的にはそれほど長引くものではありませんし、漢方以外に何か必要なことはあまりないのですが、やはり長引いてきたら補液しますし、脱水になりやすそうな小柄な人とか、重篤な基礎疾患のある人、ちょっと重症化したら怖いというような人には早めに補液したり制吐剤を使ったりしますけれども、それほど多くはないと思います。

入院については、二次感染を防ぐためその場で治したいというのもありますので、できるだけとらないようにしています。

もちろん、本当にバイタルサインの悪い、例えばショック状態とか、酸素化が不良とか、そういう時は入院させますけれども、たいてい補液程度で見れますので、入院までいくということはあまりないかと思っています。

木村 当院は入院施設がないので入院はできませんし、外来で点滴するというのは非常に場所を取るし厄介なのです。だから、なるべく点滴もしたくないと思っているのですが、かなり症状が強い人で尿ケトンが出ている場合には点滴しています。あとは食事です。いくら薬を出しても「何を食べてもいいよ」というのではまず効かないと思います。だから、「おなかを休ませなさい」「今は、食べようと栄養をつけようと思うと失敗するよ。脱水にならないように水分だけ入っていればいい」という話をして、「大体1日かかってお粥が食べられればいいんじゃない。冷たいものや果物は控えなさい」とい

うことを書いた紙を渡します。

新井 ありがとうございます。今日は3人の先生方に急性ウイルス性胃腸炎に対する漢方治療についてお話ししていただきましたが、さまざまな処方がありましたので、これは本当に五苓散や黄芩湯や桂枝加芍薬大黃湯、どれを使っているか、なかなか分からないと思いながら聞かれていた先生方も多かったかと思います。今日のこのシンポジウムで明らかになったことは、1つめとして、本当に漢方治療が有効なのだろうかということに関して、今のお三方の先生方からお話があったように、その程度はかなり改善してくれそうということです。さらに、有症状期間の短いノロウイルス等について、本当にその期間を短縮しているかという問題に関しては、まだ明らかではないかもしれませんが、印象としては症状の軽減とともに、その期間もかなり短縮する効果がありそうということでした。特に高齢者の場合、遷延化の抑止にはかなり有用であろうというお話もありました。そして、3つめの問題として、処方の使い分けに関しては、症状にしたがって処方を使い分けるとよいのではないかと考えられました。具体的には、嘔吐や嘔気があるときは五苓散、裏急後重や裏の症状がかなり強いときは黄芩湯、そして、下腹部に圧痛や自発痛が強いときは、短期間ということですが、桂枝加芍薬大黃湯のような処方、これらの処方を考慮し得るだろうという結論になりました。

まだまだディスカッションが足りないところがあつたかと思いますが、時間になりましたので、これでこのシンポジウムは終わりにさせていただきますと思います。3人の先生方、どうもありがとうございました。