大建中湯が奏効した難治性下痢症の一例

村井 政史 田原 英一 大田 静香
畑野 浩幸 岩永 淳 矢野 博美
中村 佳子 犬塚 央 三瀧 忠道

(株)麻生飯塚病院東洋医学センター漢方診療科, 福岡, 〒820-8505 飯塚市芳雄町3-83

A Case Report of Intractable Diarrhea Successfully Treated with Daikenchuto

Masafumi MURAI Eiichi TAHARA Shizuka OTA
Hiroyuki HATANO Jun IWANAGA Hiromi YANO
Yoshiko NAKAMURA Hisashi INUTSUKA Tadamichi MITSUMA

Department of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Oriental Medical Center, Iizuka Hospital, 3-83 Yoshio-cho, Iizuka-shi, Fukuoka 820-8505, Japan

Abstract

We report a case of intractable diarrhea successfully treated with daikenchuto. The patient was a 60-year-old female. She had suffered from diarrhea in spite of being prescribed Shimbuto, Kanzoshashinto, Shigyakuto and so on. After daikenchuto was administered her intractable diarrhea improved. However, she had not symptoms such as abdominal pain, coldness in the abdomen and abdominal movement disorder that often appear in daikenchuto-syo. We consider daikenchuto may be effective not only for diarrhea but also constipation in yin-syndrome and hypofunction when intestinal juice and gas are stagnated.

Key words : daikenchuto, diarrhea

要旨

大建中湯が奏効した難治性下痢症の一例を報告した。症例は60歳の女性。水様下痢が持続し、真武湯、甘草瀉心湯、四逆湯などを投与したが改善しなかった。腹痛や腹部の冷え、蠕動不穏等の典型的な大建中湯証の症候が備わっていないにもかかわらず、大建中湯に転方したところ下痢は改善した。大建中湯は便秘あるいは下痢にかかわらず、陰証虚証で、腸内に水とガスが停滞した病態に適応となる可能性がある。

キーワード：大建中湯、下痢

緒言

大建中湯は「金匱要略」を出典とし、腹痛や腹部の冷え¹⁾、蠕動不穏を主な目標として使用される²⁾。大建中湯は腹部手術後の腸閉塞予防などに有効と報告が多数されているが^{3)~7)}、下痢に対しても有効との報告もある^{8)~14)}。今回我々は、腹痛や腹部の冷え、蠕動不穏等の典型的な大建中湯証の症候が認められなかったにもかかわらず、大建中湯が奏効した難治性下痢症の一例を経験したので報告する。

症 例：60歳、女性。

主 訴：下痢。

既往歴：55歳、子宮筋腫。57歳、腰椎椎間板ヘルニア。59歳、高コレステロール血症。腹部手術歴なし。

家族歴：父、パーキンソン病。母、子宮癌。

現病歴：X年2月、特に誘因なく水様下痢が出現しその後徐々に回数が増加したため、真武湯を処方したが改善しなかった。4月に某消化器内科を受診し、全大腸内視鏡検査を施行されたが異常所見を認めず、ポリカルボフィルカルシウムやロペラミド塩酸塩を投与されたが下痢は続いた。そして水様下痢が一日10回を越え、附子粳米湯や真武湯の生薬量を当院常用量の2倍としたものを投与したが改善せず、低蛋白血症から両下肢に浮腫が出現したため、5月精査加療目的に入院となった。

入院時身体所見：身長148.6 cm、体重43.5 kg、BMI 19.7、血圧98/56 mmHg、脈拍82/分・整、体温36.8℃。結膜に異常なし、表在リンパ節触知せず、甲状腺腫大なし、胸部に聴打診上異常を認めず、腹部に圧痛なくグル音やや亢進、両下肢に浮腫著明。

表1 入院時血液および尿検査所見

血液検査所見で基準値よりも高値であった項目には**を，低値であった項目には*を付記した。

血液検査		* TP	4.9 g/dl	レニン活性	0.4 ng/ml/hr
WBC	4380 / μ l	* Alb	2.6 g/dl	(基準値 : 0.3~2.9 ng/ml/hr)	
Neut	48.3 %	T-Bil	0.5 mg/dl	* アルドステロン	10.0以下 pg/ml
Lymph	37.8 %	GOT	17 U/l	(基準値 : 29.9~159 pg/ml)	
** Mono	10.0 %	GPT	10 U/l	抗核抗体	<40 倍
Eos	0.4 %	CPK	109 U/l	** CH50	62.1 U/ml
Baso	0.6 %	LDH	174 U/l	(基準値 : 23.0~46.0 U/ml)	
Hb	12.3 g/dl	ALP	140 U/l	* IgG	527.0 mg/dl
** Plt	54.9 $\times 10^4$ / μ l	AMY	116 U/l	* IgA	108.0 mg/dl
尿検査		BUN	12 mg/dl	IgM	38.9 mg/dl
比重	1.025	Cr	0.6 mg/dl	TSH	3.945 μ IU/ml
PH	6.0	UA	3.3 mg/dl	free-T3	2.26 pg/ml
蛋白	($\pm$)	Na	140 mEq/l	free-T4	0.98 ng/dl
糖	(-)	* K	3.4 mEq/l	ガストリン	44 pg/ml
ケトン体	($\pm$)	Cl	107 mEq/l	(基準値 : 200 pg/ml 以下)	
潜血	(-)	Ca	8.3 mg/dl	** sIL-2R	1031 U/ml
白血球	(-)	TC	176 mg/dl	(基準値 : 127~582 U/ml)	
		TG	99 mg/dl		
		Glu	87 mg/dl		
		CRP	0.20 mg/dl

図1 入院時腹部立位レントゲン写真

小腸と大腸にニボーを，骨盤内に石灰化を認めた。

入院時検査所見：血液および尿検査所見を表1に示した。総蛋白およびアルブミン，カリウムは低下していた。レニン活性は基準値内下限でアルドステロンは低下していた。またIgGおよびIgAは低下し，可溶性IL-2レセプターは軽度上昇していた。腹部立位レントゲン写真（図1）では小腸と大腸に

図2 腹部造影CT検査（入院6日目）

小腸および大腸はともに軽度拡張し，腸管内溶液が大量に貯留していた。

ニボーを認め，また骨盤内に石灰化を認めた。便培養では大腸菌が検出されたが病原性大腸菌は否定され，便中に虫卵を認めなかった。腹部造影CT検査（図2）では，小腸および大腸はともに軽度拡張し，腸管内容液が大量に貯留していた。そのほか腫瘍性病変を認めず，腹水は少量で，子宮筋腫を認めた。またダブルバルーン小腸内視鏡検査でバウヒン弁から約1m口側回腸まで観察し，回腸にはびらんや腫瘍性病変などの異常所見を認めなかったが，S状結腸から上行結腸にかけて非連続的に粘膜の剥離と

図3 臨床経過 (60歳, 女性)

びらんを認めた。内視鏡検査時に生検を施行し、小腸と大腸に非特異的な炎症所見を認めたが炎症性腸疾患は否定的で、アミロイドの沈着を認めなかった。そして ^{99m}Tc ヒト標識アルブミンシンチグラフィー検査では、蛋白の消化管への漏出は検出されなかった。

漢方医学的所見：自覚症状では、寒がり、温かい飲み物が好き、多汗なし、口渇なし、尿利異常なし、腹痛なし、しぶり腹なし、水様不消化便が一日10回以上、便臭は強くなかった。他覚所見では、腹部に冷感なし、下肢に冷感を認めなかった。脈候は、やや浮、やや虚、小。舌候は、暗赤色で腫大および歯痕があり、軽度乾燥した白黄苔を認めた。腹候は、腹力がやや弱で、左右の腹直筋の緊張を軽度触知し、右胸脇苦満、胃部振水音、心下悸、臍上悸、右臍傍の圧痛、小腹不仁を認めた。

臨床経過 (図3)：入院時まで高コレステロール血症のためアトルバスタチンを投与していたが、下痢の原因の可能性があり中止した¹⁵⁾¹⁶⁾。外来では陰証虚証の下痢と考え附子粳米湯や真武湯の生薬量を当院常用量の2倍として投与していたが、入院後は、激しい下痢を目標に甘草瀉心湯に転方した。しかしその後38.8℃の発熱が出現し、桂枝二越婢一湯や柴胡桂枝乾姜湯を投与後に解熱したが倦怠感が強く食事が摂れなくなり、輸液を行いつつ四逆湯に転方

したところ徐々に食事が摂れるようになった。なお発熱時に血液培養検査を2回行ったが陰性で、入院中抗生物質は使用しなかった。一時、心下悸があり茯苓四逆湯に転方したが、下痢が悪化したため四逆湯に戻した。この頃、血液検査でアルブミンが1.6 g/dl、カリウムが3.0 mEq/lまで低下し、これらは下痢による吸収不良が主な原因と考えた。また、血圧は100/60 mmHg前後で推移し、血圧の上昇を認めなかったが、入院時の血液検査でレニン活性は基準値内下限でアルドステロンは低下していたことから、偽性アルドステロン症の関与も否定できないと思われた。スピロノラクトンやカリウム製剤を投与しつつ四逆湯を継続したが、下痢は改善せず証を再考した。水様不消化便で便臭は強くなかったことからやはり陰証虚証であり、また偽性アルドステロン症の関与を否定できなかったため甘草を含まない方剤が安全であると考えた。そこで、大建中湯証によくみられる腹痛や腹部の自他覚的な冷え、蠕動不穏は認めなかったものの大建中湯に転方したところ、翌々日には便が軟便となり、さらに生薬量を当院常用量の1.5倍としたところ排便回数が減少し普通便となった。その後1～2日間排便を認めず、蜜煎導を肛門に挿入したところ、約5分後に正常な便を排出した。その後は血清アルブミン値が上昇し、下肢の浮腫も消失したため退院とした。なお、退院後はほ

表2 下痢に対して大建中湯が有効であった報告

報告者	報告年	文献	年齢・性別	疾患	特徴的な自他覚所見
松田邦夫	1990	漢方医学講座	62 女	記載なし	腹痛 腹にガスが溜まる 臍の上に振水音
謝花隆光ら	1993	沖縄医学会雑誌	44 男	過敏性腸症候群	腸蠕動触診
赤池正博ら	1996	日本東洋医学雑誌	28 女	過敏性腸症候群	腹痛 腹鳴
			41 男	腸閉塞術後	腹痛 腹鳴 腸の蠕動
			24 女	過敏性腸症候群	腹痛 腹鳴 腸の動き
中村謙介	1999	漢方の臨床	43 男	過敏性腸症候群	腹痛 腹満 上腹部振水音
新井信	2000	CURRENT THERAPY	53 男	過敏性腸症候群	腹痛 腹満 心下振水音
今津浩喜ら	2001	PROGRESS IN MEDICINE	29 女	小腸大量切除後	腹痛 腹満 蠕動亢進
松崎敦ら	2005	漢方研究	48 男	小腸切除術後 短腸症候群	腹壁および足の冷え 腸蠕動亢進

ば毎日、自然な排便を認めた。

考察

本症例における下痢は、内視鏡検査時の生検結果から小腸および大腸の持続的炎症に起因すると考えられた。その炎症の原因として、何らかのウイルス感染の遷延、入院時まで服用していたアトルバスタチンの影響、また入院の約一年前に息子を亡くしたことによる心的ストレスなどが考えられたが、明らかではなかった。

陰証虚証の下痢に対しては真武湯、四逆湯、人參湯などの方剤がよく使用されるが、これらに比べて大建中湯の下痢に対する有効例の報告は少なく、我々が調べた限り9症例であった(表2)^{8)~14)}。疾患は過敏性腸症候群や小腸切除術後の短腸症候群などで、特徴的な自他覚所見として腹痛もしくは蠕動異常を全例に認めている。大建中湯は『金匱要略』の腹滿寒疝宿食病篇に記載されている方剤で、「心胸中大寒痛。嘔不能飲食。腹中寒。上衝皮起。出見有頭足。上下痛而不可触近。大建中湯主之。」と記載されており、腹痛や腹部の冷え¹⁾、蠕動不穏が主な使用目標である²⁾。本症例ではそれらの所見を認めなかったものの、大建中湯が難治性下痢症に対して奏効した。

大建中湯の構成生薬は、蜀椒(山椒)、乾姜、人參、膠飴の四味であり、それぞれの主な効能は、蜀椒は温中・祛湿、乾姜は温中・回陽、人參は健脾益

気、膠飴は補中緩痛とされている¹⁷⁾。本症例は陰証虚証の病態であり、大建中湯の裏寒を温め脾胃を補う作用が適したと思われた。また大塚は大建中湯のなかの蜀椒は腸の運動に関係があり、運動を亢進させるばかりではなく、ある場合には沈静させるといった、二通りの働きがあると記している²⁾。布目らは山椒のもつ麻痺作用が消化管の蠕動運動を低下させ、乾姜が蠕動運動を亢進させると述べている¹⁸⁾。Hayakawaらはウサギの摘出空腸を用いた研究で、山椒は自動運動を亢進させ、乾姜は抑制すると報告している¹⁹⁾。これらより、大建中湯の構成生薬の山椒と乾姜が消化管の蠕動運動を調節する作用を持つと思われた。

矢数は大建中湯の目標として、腹部は全体として軟弱無力で弛緩し腸内に水とガスが停滞しやすく、腸の蠕動を外部から望見することができるが、寒と水毒の上衝があれば必ずしも蠕動亢進が認められなくともよいとし、応用として、本方は主として腸管蠕動不穏症や麻痺性下痢および麻痺性便秘等に広く応用されると述べている²⁰⁾。本症例の腹部造影CT検査(図2)所見は、矢数の言うところの腸内に水とガスが停滞した病態に一致すると思われた。

結語

難治性下痢症に、大建中湯が奏効した一例を経験した。本症例では、大建中湯証によくみられる腹痛や腹部の冷え、蠕動不穏を認めなかった。大建中湯

は便秘あるいは下痢にかかわらず、陰証虚証で、腸内に水とガスが停滞した病態に適応となる可能性がある。

附記 本報告で使用した大建中湯の構成生薬、集散地、調整方法および服用方法は次の通りである。

山椒2.0g (日本・和歌山)、乾姜4.0g (中国・雲南省)、人參3.0g (中国・吉林省)、膠飴30g (日本)。

山椒、乾姜、人參を600 mlの水に入れ、40分間煎じて約300 mlとして滓を去った後、砕いた膠飴を入れ3分間加熱して溶解させたものを、1日3回に分けて食間に温服させた。

本論文の要旨は第34回日本東洋医学会九州支部学術総会(2008年11月、熊本)において発表した。

文献

- 1) 犬塚央, 貝沼茂三郎, 山田徹, 堀江延和, 中村佳子, 宮坂史路, 木村豪雄, 三瀧忠道: 大建中湯の腹証における「腹中寒」の意義, 日本東洋医学雑誌, 59, 715-719, 2008
- 2) 大塚敬節: 金匱要略講話, 227-232, 創元社, 大阪, 1979
- 3) 中山裕史, 市原透, 松原広幸, 安藤修久, 坪井賢治, 片岡政人, 大野元嗣, 鈴木夏生, 佐藤康幸, 近藤健, 三浦啓多, 堀澤増雅: 不全イレウスに対する大建中湯(TJ-100)の有用性の検討, Progress in Medicine, 18, 906-909, 1998
- 4) 古川良幸, 羽生信義, 中田浩二, 橋本慶博, 向井英晴, 西川勝則, 青木照明: 術後イレウス治療における大建中湯の臨床的有用性, Progress in Medicine, 19, 897-902, 1999
- 5) 中尾健太郎, 角田明良, 草野満夫: 大建中湯による麻痺性および癒着性イレウスの改善症例の検討, 漢方医学, 30, 106-110, 2006
- 6) 西堀英樹, 長谷川博俊, 石井良幸, 遠藤高志, 北島政樹: イレウス治療・予防における大建中湯, Medical Science Digest, 33, 753-756, 2007
- 7) 中永士師明: 救急外来において大建中湯が奏功した三症例, 日本東洋医学雑誌, 59, 77-81, 2008
- 8) 松田邦夫: 大建中湯・当帰湯, 漢方医学講座, 48, 60-66, 1990
- 9) 謝花隆光, 宮里稔, 安次富聡, 仲原靖夫: 過敏性腸症候群への漢方生薬の使用経験, 沖縄医学会雑誌, 32, 150-152, 1993
- 10) 赤池正博, 白石佳正, 三浦於菟: 慢性下痢症に対する大建中湯の治験例, 日本東洋医学雑誌, 46, 77, 1996
- 11) 中村謙介: 過敏性腸症候群に大建中湯を中心として, 漢方の臨床, 46, 1350-1351, 1999
- 12) 新井信: 大建中湯, Current Therapy, 18, 1163-1167, 2000
- 13) 今津浩喜, 船曳孝彦, 落合正宏, 桜井洋一, 松原俊樹, 長谷川茂, 中村康子, 小林栄孝, 庄司光孝, 三浦弘剛, 野副泰智, 吉田郁男, 増井利彦, 殿村周平, 酒井和加奈: 小腸大量切除後の下痢に対して漢方薬を用い有効であった2症例, Progress in Medicine, 21, 1354-1355, 2001
- 14) 松崎敦, 小林裕: 短腸症候群による低カリウム血症を伴う下痢に大建中湯が有効であった1例, 漢方研究, 400, 126, 2005
- 15) Posvar EL, Radulovic LL, Cilla DD Jr, Whitfield LR, Sedman AJ: Tolerance and pharmacokinetics of single-dose atorvastatin, a potent inhibitor of HMG-CoA reductase, in healthy subjects, J Clin Pharmacol, 36, 728-731, 1996
- 16) 水島裕: 今日の治療薬, 370, 南江堂, 東京 (2008)
- 17) 神戸中医学研究会: 漢薬の臨床応用, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1979
- 18) 布目慎勇, 佐々木博: 大建中湯および構成生薬の来歴, 日本東洋医学雑誌, 50, 413-437, 1999
- 19) Hayakawa T, Kase Y, Saito K, Hashimoto K, Ishige A, Komatsu Y, Sasaki H: Pharmacological studies of the effect of Dai-kenchu-to on spontaneous contraction of isolated rabbit jejunum, J smooth Muscle Res, 35, 55-62, 1999
- 20) 矢数道明: 臨床応用漢方処方解説増補改訂版, 創元社, 大阪, 1981