第61回日本東洋医学会学術総会
学会シンポジウム

慢性・難治性皮膚疾患に対する漢方医学的 アプローチ（アトピー性皮膚炎以外）

——なぜ難治なのか、その背景を探る——

座長：石井 正光・前田 學

1. 食を踏まえた漢方療法	石井 正光
2. 難治性皮膚疾患に対する漢方療法、その背景を探る	前田 學
3. 酒皰に対する漢方治療	桜井みち代
4. 慢性蕁麻疹の漢方療法	橋本 喜夫
5. 凍瘡の漢方エキス剤治療について	三田 哲郎
6. 褥瘡に対する十全大補湯の効果	黒川 晃夫

キーワード：慢性皮膚疾患，漢方療法，治療抵抗性

Kampo Medicine Treatment for Various Chronic Treatment-resistant Skin Diseases except for Atopic Dermatitis —Research of their Background for the Reason Why They are so Resistant—

Chairperson : Masamitsu ISHII, Manabu MAEDA

1. Diet and Kampo Therapy	Masamitsu ISHII
2. Kampo Medicine Therapy for Various Chronic Treatment-resistant Skin Diseases ; Research for their Background	Manabu MAEDA
3. Kampo Therapy for Rosacea	Michiyo SAKURAI
4. Kampo Therapy for Chronic Urticaria	Yoshio HASHIMOTO
5. The Treatment of Kampo Medicines for Pernio	Tetsuo SANDA
6. Effect of Jyuzen-daiho-to to Decubitus	Teruo KUROKAWA

Key words : chronic skin diseases, Kampo medicine, treatment-resistance

前田 皆さん、こんにちは。今日、シンポジウム6を、石井先生と私で開催させていただきます。

初めに、このシンポジウム6、「慢性・難治性皮膚疾患に対する漢方医学的アプローチ」ということで、アトピー性皮膚炎以外を取上げましたのは、小児科領域ではアトピー性皮膚炎を主体に開催されますので、重複を避ける意味もあります。それ以外の難治性の皮膚疾患がいろいろありますので、それらを中心に展開させていただきました。私どもの方で、全国の諸先生方から選りすぐりの演者に依頼をさせていただきました。

メイン・テーマに関しましては、石井先生という相談いたしまして、難治性の背景（バック・グラウンド）を考えてみようかということになりました。石井先生の方は食、特に最近の食事は、飽食と呼ばれたり、食が崩壊した、崩食があったり、あるいは肥満やメタボリック症候群が問題視されていることもありまして、食を踏まえた漢方療法を石井先生にお願いしまして、私の方はその背景、膠原病とかシェーグレン症候群とか、いろいろな背景があることが治療を長引かせている根幹になっているのではないかということをお話します。コア・スピー

カーとして私と石井先生がまずお話し、その後、各難治性の皮膚疾患、酒皰に対しては桜井先生、慢性蕁麻疹に対しては橋本先生、凍瘡に関しては三田先生、最後に褥瘡に対しては黒川先生にお話しいただきまして、総合討論に移りたいと考えております。時間の関係で、演者の先生方の略歴はすべて省略させていただきますので、プログラムをご覧くださいと思います。

それでは、第1番目、石井先生、「食を踏まえた漢方療法」を、よろしくお願いいたします。

食を踏まえた漢方療法

石井 正光

大阪市立大学大学院医学研究科皮膚病態学

石井 石井です。よろしくお願いします。前田先生がこのシンポジウムを考えておられて、食を踏まえたものを話してくれということです。漢方療法というのは一体何かというと、漢方薬を使うことだと思っていたのですが、ずっとそうやってくると、いや食の方がもっと大事か。いや、どちらが大事だなどと思い始めたりもして、今日にいたっております。

今日は、抄録にいろいろ大層なこと書いたのですが、結局のところ、なぜそのように食が大事だと思い至ったかという経歴を見ていただくということで、責を果たしたいと思っています。

今から32年前、昭和53年、乾癬性紅皮症の患者さんに困り果てて、私が皮膚科医になって2～3年たったころだと思いますが、山本巖先生の所へ連れていきました。この患者さんというのは、入院して、種々の西洋医学的治療をやったのです。ゲツケルマンもやったり、リンデロン-DPという強いステロイドを体中にぐるぐる巻きにビニールで巻いて、3～4日するととてもきれいになるのですが、外して3～4日すると元通りに戻って退院できないのです。1カ月、2カ月たっても退院できない。何とか退院させたいと思っていたのにできないので、二人で受診に行きました。

その患者さんのビニールを巻いていない所は、これです。巻かなければ全身こうなるという方です。K・Tさんですね。「どないしたん」という感じで迎えていただきました。もう故人になられてしましまして、大変寂しい思いをしております。

漢方で、これをどうしたらいいというのは、あまり何も教えてくれないです。「これ、飲みしとき」と病棟で、漢方薬を焚けというわけです。そのようなことしたこともないですし、漢方薬など見たこともなかったので、「何が入っているんですか」と言っても、「いや温清飲に、いろいろ足したり引いたりしてあるんや」、それだけです。それから、食事療

法で、「四つ足を食べたらあかんよ」と。偉い先生だと聞いていましたので、言われるとおりにしようと思って、それでそのとき、食の注意と漢方薬と両方要るのだということを教えてもらったということです。それが漢方事始めです。

2～3カ月病棟で「臭い」とみんなに言われながら、看護婦も怒りながら、僕は「患者さんのためや」とか言ってやっていたのですけれども、随分きれいになってきて、半年くらい飲んだら治ってしまいました。後は何も要らなくなった。大変良くなったので驚きまして、医局中で「漢方薬が効く」ということになりました。大阪市立大学医学部皮膚科は、早くから漢方薬がすごく効くと決めた大学だと思っています。

当時、尋常性乾癬についての考え方はよく見ますと、古い教科書ではこんなことが書いてあったのです。これは東大教授だった北村・川村共著の代表的な皮膚科教本なのですけれども、「脂肪代謝障害によるとする説は有力で、制限すると軽快する場合あり。本症の発生は、食肉需要に並行との観察もある」、「食事療法は、脂肪を1日3g以下に制限す」と書いてあるのです。昭和24年に第1版で、昭和38年に第8版を重ねている本です。ところが、日本中でもそのような食事療法など、あまり誰もしていなかったのです。ただステロイドを塗ったり、ゲッセルマン療法をやったりという方向に行っていました。

それで山本先生が言われてから、よく見たら、こんなことを書いている本もあるのだということで、それ以来、四つ足を食べるなというのと油をやめとけというのと、それと駆瘀血剤を使って治療したところ、非常に良かったので、それを「皮膚」という雑誌に昭和59年、山本巖の高弟、高橋邦明先生が書いて出しました。一緒にやったものなのです。それで非常にいいと言ったのですけれども、学会の重鎮には「一時的にいいだけでしょ」と言われて二人で「悔しい」と言いながら帰ってきた覚えがあります。

こんな人に使って、舌の裏を見たらこういう非常に静脈の鬱滞が強くて、瘀血症状が強くて、バイオプシーをしますと、こういう所に血管が拡張増生して、角質増生して、「そういうのを瘀血と考える」とおっしゃったのも山本巖先生で、「この皮膚病理組織から証をとらえる」と言われた山本先生に皮膚科医顔負けだと思ったものです。

それで、温清飲プラスアルファに駆瘀血剤のいろいろな薬味を入れられているわけですが、エキス剤ではありません。自由がなかったのが、温清飲+桂枝茯苓丸ということでやりましたが、非常に著効を奏しています。著効、有効、やや有効で78%、これに食養生が入っているわけです。

ところが、治らない方に、もっと瘀血を取るというので有名な、一貫堂の通導散を入れました。そうすると、きれいになる例がたくさんあり、まとめてみると、無効27例集めて温清、桂枝に通導散を足してみると、非常に治る率が上がっています。27%の有効率であったのが、67%の有効率に上がるということで、瘀血と見て、もっと駆瘀血を強めることでさらに治癒率が上がることがよく分かりました。

食べ物は、肉や油は高脂血症の食であり、動脈硬化が起こってきて毛細血管も通りにくい。なるほど血流不全だ。肉や油は瘀血をつくる。一応そういうことで覚えたわけです。

以前、アトピーは全く怖くなくて、子供の病気で大人はなかったのです。

ところが、昭和60年すなわち、25年前になり、そのころ成人型アトピー性皮膚炎というものが出だしまして、治らなくなったのです。私どもは漢方薬も使ったり、甘い物はやめときなさいとか、肉や油も減らしましょうということは言っていたのですが治らない。

アトピーが、なぜこの数十年にこんなに悪化したのかということに対して、誰でも考えられることは汚染物質が増えていることとか、食が何か悪くなっているのではないとか、ストレス社会になったからかなと。そういうことで、食ぐらいは注意したらできそうだから、食をやってみようかということになりました。

取りあえず、大人のアトピーがなかったときの食事として、昭和30年代の和食に戻しましょう。欧米型食事から日本型の食事へ回帰しましょう。近くで取れた旬の物、薄味の和食、お野菜、海藻、穀類、お魚。油を使わないようにしましょう。甘い物を減らしましょう。ジュースや果物も甘いと考えましょう。調味料は、油、砂糖も減らしましょう。朝もご飯にしましょう。水も良いものを飲みましょうと、このような食の注意を作りました。

例えば、この人は顔もひどい症状、体がゴム人形

みたいな状態のアトピーの方でしたが、この食事表を書いてもらうととても治るということです。書かなければ、注意しても治らないのです。不思議ですね。この食事表を発明したのが、うちの准教授の小林裕美先生で、それのおかげで、僕も今、治せるようになっているということです。

ぜひ、これを使ってみてください。簡単です。朝昼晩とおやつ項目があるだけです。朝はもともとパンとマーガリンとコーヒーだけの人だったので、それを改善して、ご飯の日をたくさんつくりました。それから、お昼は、ランチでフライとか天ぷらばかりだというから、そばにしましょう。おそば1杯だったらいいでしょうと言ってから、おそばになりました。前は全部ランチでした。でも、緑のものがなくて、青い線が引いてあります。そうすると、比較的いい内容だけれども、何か緑がないですねという話をします。夜は奥さんが頑張ってくれたので、かなりいいです。

タバコも減りました。今は8000歩歩き＋青汁というのもそこに書かれています。それで1年くらいで治って、その後、何年たってもこの状態が続いて、もう上役になっています。でも、まだ3カ月に一遍来られますけれども、ほとんどお薬を持って帰りません。

このような人がそのころからいっぱい出てきました。この人はこのような状態で、アトピーがひどかったのです。食べる物を注意したら、この人は美食家で文句ばかり言っていました。お酒も好き、甘い物も好き、お肉も好きで、「もう先生、やっても全然変わらへん」と言っていたのですけれども、変わってきたら頑張られたので治ってきて、こんなにきれいになられて、そのまま続きました。銀行員さんでした。

この人はもっと悲惨で、一番嫌な汁が顔から出る、体から出る。体中紅皮症で、泣きそうです。前に来ても、うつむいて何も言わない。お母さんと一緒でした。大阪的に「こんな大丈夫やん」と言ってあげるのがとても大事で、そう言います。そうすると、ちょっとほっとして帰られるのです。そこから治そうということになってきて、そういう心理的な要因を持ち上げるということ＋食です。

そういうことをやっている中で、心のケアもとても大事だということを教えてもらうようになってき

ました。それで私どもの皮膚科ではほかの方もみんなやっていることですが、一は心のケア。心のケアなしには、ちょっと治りにくいのではないかな。いくら食べても、砂をかむようでは吸収しません。だから、まず、心のケアをやりましょう。

2番は、食か漢方か。どちらだと思います。皆さん方全部おられて、本当は手を挙げていただいて調べたいのですけれども、私は食を先に挙げたい。なぜかという、全員が毎日3回以上やっていることだから。それで体に材料を与えて、必要十分な材料を与えたのに、大工さんがいない、家が建たないというときに、大工さんをよんで、てきぱきと必要に応じて細工をして家を作り上げていく。そういった役割をするのが漢方ではないか。必要十分な材料なしに漢方だけをあげるのはどうでしょうか。

3番が漢方なのです、ほかにはいろいろ勉強して、運動とか呼吸とかも取り入れてやれば、随分患者さんも治ると思っています。これが皮膚科においてです。外用剤を塗ったら治ると思っている先生がたくさんいらっしゃる所で、大学でこのようなことをしているというのは、ちょっと変わっているかもしれません。

ほかの疾患に移らなければいけません。今のアトピーは番外でしたが、あまりにいいので、ほかの難しい病気にも全部使ってやろうと思いました。患者さんにそういうことやっているのというのは、手間暇がかかります。大学ですから、大学の皮膚科というのは、いろいろな機械がありません。よそで治らないということで来て、教授ですからね、「何か先生、何とかありませんか」「うーん、いいご治療していただいているね」と言ったら、もう二度と来ないでしょう。何をしたらいいかというと、今考えたようなことしかありません。それを、では頑張ってみようということで、ほとんどの疾患にやっています。ほとんどの患者さんに。その結果がすごくいいので、今日、全般的に食に注意していただいたらどうかと思っています。

この方はこのような状態で、まだ髪の毛があるから治りやすいかなと思って始めました。以前はステロイドで治していたのです。ステロイドを塗ったり、内服プレドニン3錠でいってみようというのをやっていた。髪は生えるのですけれども、減らしていったらまだ内服しているのに、前より髪が減るの

です。内服しているのになくなるのです。これはまずいという例を何例も経験しました。患者さんも来なくなるし。では、あまりステロイドを使わずにやってみようということで、ステロイドを塗らずに、心のケア+漢方薬。この人は桂枝茯苓丸を飲んだと思うのですが、生えてくるのです。1年くらいだと思います。全部ではありませんが、前のステロイドを使って治していたときよりもずっと治りやすく、成功例が多いです。

この人は全頭に何も無い。高校生くらいです。中学から抜けてきて、全部抜けました。それで桂枝、補中、ユベラ、ミヤB、シナールで、食事表。それから、演劇をやって呼吸法をやっているということになります。1年くらいで、これくらい改善ですね。この人は治りました。3年かかりました。

SLEの方、兄がSLEの専門家でたくさんの方を診ています。内臓はどうもないけれども、顔が赤いから、おまえ治すようにと、紹介してこられました。では、どこを治そう。ステロイド（プレドニン）3錠内服と書いてあります。プレドニン3錠とエンドキサンを3年間飲んでいました。兄も一生懸命ステロイド減らす人なので、僕ができることとして、この人の食をみようということになりました。病気がひどいから甘えていて、好きなものばかり食べて、「甘い物などばかりを食べているから、それを治しましょうね」と言って、やってもらったところ、7カ月でプレドニンが少しずつ減って行って、1.5錠に、エンドキサンは中止ということになり、非常に良かったと思っています。今は結婚されて子供さんもできました。漢方薬も出しているから、これが効いたと思われる方もあるでしょうが、僕はそれだけでは治らないと思っているのです。顔はきれいになって、非常に喜んでいる。プレドニンをたくさん飲みながらの出産は難しいと思います。

あと1人だけ。これは示唆に富む大事な症例です。尋常性天疱瘡というのは、皮膚疾患の難病で、ステロイドをたくさん飲まないで治らない。それでやって来ました。入院してステロイド（プレドニン）を5錠いこうと思ったのですが、食事を聞きました。朝、菓子パンです。昼、菓子パン。おやつは、まんじゅう5～6個。それはいかんと思いませんか？ それを是正しようということで、入院をやめまして、プレドニンもやめまして、外用だけに

しました。あまり重症でないので出来たのですが。重症なら、やはりそのようなことだけでは治りません。天疱瘡の重症は、プレドニン60mgを投与します。血漿交換とか。でも、この方は未だ軽いでしょう。顔にも出ています。食事の注意とステロイド外用だけ、最初はリンデロン、ジフラル、その後ネリゾナにして、食べ物を注意したら治るのですが、ストレスがかかって食が乱れると再発を繰り返すことがありました。「菓子パンで誘発される天疱瘡」とでもいうべき症状であり、ステロイドで治すことしかできないとされる難治性皮膚疾患のベースにもこのような食の関与があるということを見ていただくのは重要と思いました。

前田 どうもありがとうございました。食を踏まえて全人的に治療するということがいかに大切かということは、石井先生にお話しいただいた通りです。時間の関係で、最後に総合討論がありますので、そこで質疑応答を受けたいと思います。

それでは石井先生、よろしくお願いいたします。

石井 それでは2番目、前田先生から、「難治性皮膚疾患に対する漢方療法、その背景を探る」を、お話しいただきます。よろしくお願いいたします。

難治性皮膚疾患に対する漢方療法, その背景を探る

前田 學

岐阜県総合医療センター皮膚科

前田 私は「難治性の皮膚疾患に対する漢方療法, その背景を探る」ということで, お話しさせていただきます。

皆さんご存じのように, アトピー性皮膚炎以外にもいろいろな難治性皮膚疾患があります。それに対して一筋縄, たとえば単にステロイド軟膏を外用したり, 抗ヒスタミン剤を内服しただけでは十分満足できる治療ができないというのは, 皆さんご存じのことだと思います。

先ほど, 石井先生もお話になりましたけれども, 私も医食同源, 食事内容がすなわち治療に直結するのだということをお話ししたいと思います。皆さんご存じのように, われわれが摂取している野菜と薬草や生薬はどのように違うかということですが, 野菜というのは薬味, 味を中心にしていて, 薬性はその次なのです。ところが, 薬草というのは, 薬性を主にして, 薬効が次に来ているわけです。それから, 生薬というのは, 薬効を主にして, より効果が上がるように抽出したりしますが, 薬性がその次に来るのです。この生薬の組合せが, 皆さんご存じのように『金匱要略』とか, 『傷寒論』に記載されているような漢方薬になるわけです。

ところで動物と植物の相違を見てみますと, 皆さんご存じのように, 大きさが全然違います。植物というのは細胞壁を持っていて, その細胞中に空胞を持っているのです(図1)。この空胞内に排泄物をためる機構が備わっています。動物であれば排尿して体外に放出することが可能ですが, 植物ではこうした排出が出来ないため, この空胞内にやむを得ずアルカロイドとか多糖類を貯めることになるのです。このアルカロイドを利用したのが, 生薬というわけです。植物の場合には, 頑丈な細胞壁で守られていますので, この細胞壁を完璧に消化する動物は世の中には存在しません。ですから, 動物は植物を食べてもこの植物の細胞壁, すなわちセルロース

図1

図2

は消化できないのです。なぜならセルロース消化酵素であるセルラーゼを持っていないからです。セルロースが全部消化されますと, 植物は全滅してしまいますから, 持ちつ持たれつの関係で両者が生存できるようにうまくできているわけです。

そのアルカロイドの一つに, タマサキツヅラフジから抽出したビスコクラウリン・アルカロイド(商品名セファランチン)が知られています。このアルカロイドは漢方では疎経活血湯とか, 防已黄耆湯に含まれている防已と類似しています。この生薬単独使用でも各種の皮膚疾患に有用であるということをこれからお示しいたします。

ビスコクラウリン・アルカロイドには, これまでのいわゆる基礎的な研究および臨床的な研究から, 各種の作用があることがわかりました。生体膜透過性亢進の抑制, ヒスタミン遊離抑制作用などから炎症性疾患にも皮膚科的に使えるのだということがお分かりいただけると思います。さらに, 末梢循環改善作用やコルチコステロイド様の作用, コルチコステロイド剤の増強作用も示します(図2)。

私は, これまでの30年以上にわたる臨床研究を通

図 3

図 4

図 5

図 6

じて、各種疾患に効果がありました。特に口内炎アフタや、苔癬類、白斑にももちろん有効です。その中のごく一部を、時間の許す限りお話ししたいと思います。

例えば、図3のような3歳女児で、眼瞼部に生じた疣贅は、通常は液体窒素で冷凍凝固するのですが、場所が場所だけに、処置時に泣き叫んで動いても困るということで、アルカロイドを2週間投与しました所、劇的に効きました。ただし、6mg/日が大人の常用量ですが、私は大人で20mg/日を常用としておりますので、その量を基本に小児には体重計算で投与しています。このアルカロイド内服のみで4週間で完治しております。

こうした疣贅は、子供の場合、セファランチン内服だけで治療するときもありますが、効かないときは、通常十味敗毒湯を併用するようにしております。

図4の例は開業医で、液体窒素療法後に急速に疣贅が増大したために、当科に初診しました。同様にセファランチンを投与して2週間で、完治しましたが、逆に治る時期に来ていたとも言えるのです。しかし、矢印のような足底のその他の未治療の疣贅も

数カ月の内服で完全に全部治っていますので、やはり効いていると考えます。

単独投与で効かない場合には、ヨクイニンや柴苓湯を併用しますときれいに治ります。通常はセファランチンと十味敗毒湯の併用で加療しますが、効かない場合には変更します。変更して劇的に効くということもよくあります。

投与の途中、フレア・アップして発赤し、その後、1～2週間で、急速に治ることがあります(図5)。ですから、そこまで我慢して内服続行しろと言い聞かせておかないと、途中で脱落してしまいかねません。

図6は私が非常に苦労した症例です。26歳の主婦で、13年前から顔面に多発性の青年性扁平疣贅が酷くて、当初セファランチンと十味敗毒湯の併用を開始いたしましたが、多少は効いたのですが、いまひとつ効果が少ないというので当帰芍薬散と黄連解毒湯に変えたのです。そうしますと、図のように、著効を示しました。いろいろ検査してみましたら、背景に潜在性のシェーグレン症候群がありました。サクソテストは、やや低下し、シルマーテス

図 7

図 8

図 9

図10

トも陽性で、診断基準にはもちろん満たないのですが、潜在性のシェーグレン症候群が背景に存在したのではないかと考えております。こういう例は非常に治療に苦労しますし、寛解までに長くかかるということが分かってきたわけです。

子供の場合には、線状苔癬なども苦労することがありますけれども、大人の常用量（6 mg/日）を入れて、きれいに治ってきています。外用は一切使っていませんので、この内服だけで効果がありました（図7）。

図8のような虫刺され跡の偽リンパ腫（pseudolymphoma）にも、セファランチン単独で、大人量を使って、3カ月くらいできれいに跡形もなく治ってきます。外用剤は塗りにくい所ですから、一切使っていません。

爪の扁平苔癬は非常に治療に苦労するのですが、セファランチン20 mg/日の内服継続で観察していますと、1年半くらいするとほぼ満足できるくらいまでに治ってきています。

掌蹠膿疱症は、私の場合は、小柴胡湯と桔梗石膏の併用を、第一選択として8割の例に使用するの

ですが、8割以上治ってきます。外用は、もちろんコルチコステロイド外用剤を主体としますが、皮疹が良くなるにつれてだんだんと使用量が減ってきます（図9）。

掌蹠膿疱症では、小柴胡湯と桔梗石膏を併用して、9カ月である程度良くなっていますが、背景を調べてみますと、糖尿病が合併していてコントロールが不良と分かりました。こういう場合には、治るには治るのですが、やはりてこずる例が多いようです。背景があれば、普通よりも治りが悪いのではないかと私は考えております。

乾癬の爪病変にも意外に苦労するのですが、小柴胡湯と四物湯を併用して、1年少しでほとんど略治状態になり、QOLも非常に良くなっています（図10）。この場合でも、10分間のガムテストでは8～16 ccを示しましたが、10 cc以下は異常と見ています。ただし、抗核抗体の異常はないのですが、口腔症状が4項目に陽性で、目の陽性症状はありませんでした。このようなグレーゾーンにある場合には、治療効果の発現は少し時間がかかるようです。

先ほど石井先生も提示されましたけれども、15歳

図11

図12

図13

図14

の脱毛の男児例です。かなりひどくて自閉症にもなって、なかなか学校も行きたがらず、いろいろな所で加療したけれども良くならないということで、受診しました。同様にアルカロイドを投与してから数カ月後にめきめき良くなって、1年くらいではほぼ完璧に良くなっております(図11)。

抑肝散などもよく効きます。精神的にストレスがある場合、セファランチンと抑肝散を併用します。おおむね良くなって、減らすと再燃しました。それは効いているという証拠です。再投与して、また良くなっています。この例では、抗核抗体が陽性以外、ガムテストも正常範囲です。

図12は一番私が苦労した例でして、真武湯や附子を加え、さらにアルカロイド併用が有効でした。瀰漫性の脱毛例で、初診時、髪の毛も真っ白でスレスケな脱毛状態でした。いろいろな医院で治療して、強力な感作物質(SADBE)外用剤を使用しても無効だということで、当科に受診しました。ヘリコバクター・ピロリが陽性で、除菌した際に下痢をきたしたので、附子を入れて、軟便は改善しました。その頃から、3カ月くらいで脱毛が完全に停止して、そ

の後2カ月してからだんだん発毛しかけて、徐々に眉毛が生えそろう、途中いろいろ投与していますけれども、結局3年くらいしてから、友達から「アデランスを使用しているのか」と言われたくらいになったのです。足かけ4年半で廃業しました(図13)。後頭部を見ても真っ黒な毛髪が黒々としておりましたので、「カツラだ」と同僚から疑われるくらい良くなりました。白毛が全部真っ黒になってきております。

このように背景を探るということが非常に大切で、実はこの方も、最初は背景が分からずに検査をしていなかったのです。血液検査では抗核抗体陽性で、しかも抗SS-AやSS-B抗体も共に陽性で、背景にシェーグレン症候群があることが分かりました。

改善・治療に及ぼす影響は、年齢とか、男女差とか、罹患期間とか、糖尿病や各種の膠原病があることもありますけれども、さらに腺分泌異常が関係しているだろうと考えております。

図14のように原因不明の顔面紅斑の看護師が受診しました。最初、原因が分からなかったのです。この人は当帰芍薬散が内服できる人ですが、顔面が赤

図15

くなったときだけ、黄連解毒湯を使いました。再診時、自分でスナップ写真を撮って持参してきましたが、初診で来たときと次の日と3日目でききめきと良くなっています。こんなに良くなりましたといわれ、私の方がびっくりしたくらいです。アトピー性皮膚炎とシェーグレン症候群を合併している方で、現在も加療中ですが、以後顔面紅斑は再燃せず、本治として、当帰芍薬散が合う人です。

黄連解毒湯は、山梔子、黄柏、黄連、黄芩の4成分から構成されていて、全部血剤で、かつ全部苦と寒に属しますので、点数では各々-2点です。渡邊武先生の提唱するレーダーグラフでは10時20分型の鋭いベクトルを有していますから清熱剤として切れ味のよいお薬だと分かります（図15）。この切れのよい薬剤を短期に投与すると急速に皮疹は良くなります。瘀血に関しましては、寺澤先生のスコアで検討しましたが、血の滞りはこうした膠原病でも重症度と正比例して、瘀血の状態も重症と分かりました。

シェーグレン症候群などの背景因子については、東洋医学的異常を、寺澤先生の瘀血スコアを用いて、以前に報告させていただきました。当初、水毒が最悪ではないかと考えていましたが、予想外に気の異常が目立ちました。やたらにうだうだと不定愁訴が多い人が目立ちますので、ウダウダ型と私は仮称していますが、「ウダウダ型はシェーグレン症候群だよ」と冗談交えて学会の懇親会で会話しました所、獨協医大の山崎教授は日常診療で手を焼いていたウダウダ型女性3名を本当かなと思って精査しました所、全員シェーグレン症候群とわかり、先生の言ったことは本当でしたとお褒めをいただきました。毎

図16

年の講義にもこの話を紹介していただいているそうです。

このドライスキン状態が血虚の状態です。脾も障害をおこして、便秘例も多いのです。こういう場合、大黄甘草湯や潤腸湯など投与しています。逆に、腹証では、蛙腹状態で柔らかい人が多いのです。普通、膠原病だと瘀血を伴って腹力は硬いのですけれども、この点が異なるようです。アトピー性皮膚炎を除外しますと言いましたが、このドライスキンの大元は、皮脂欠乏性湿疹やアトピー性皮膚炎のドライスキンにも通じるのですが、シェーグレン症候群も同様にドライスキンがあります。背景を子細に観察しますと、色々なものが存在しているということが分かります。

冷え性も目立ちます。三田先生に後ほど報告していただけたと思うのですけれども、私は以前に凍瘡のパターンにつきまして、皮膚科の全疾患とレイノー病と、皮脂欠乏性湿疹とアトピー性皮膚炎を比較したことがあります。レイノー病の場合は中年以後から凍瘡が出てくる例が多いのですけれども、アトピー性皮膚炎とか皮脂欠乏性湿疹例でも、途中から凍瘡が出てくる場合が多いのです（図16）。ご存じのように凍瘡というのは、小学校、中学校くらいまでは、2人に1人くらいあるのですが、通常、自然に治るのです。治らずに、中年以降とか、あるいは20歳を過ぎてから新規に出てくるというのは、異常があると考えべきです。中年以降も凍瘡が継続するのは異常と見なして、潜在的な膠原病の予備群と、私は考えています。

ドライ・アイやドライ・マウス、ドライ・スキンの三者を、私は団子三兄弟に文字って、ドライ三兄

図17

図18

漢方有効皮膚疾患一覧	
各種苔癬（口腔内・爪・光沢・線状）	生薬
酒さ	漢方
瘡癤	併用
疣贅・再発性単純ヘルペス	併用
膠原病（皮膚筋炎、DLEなど）	併用
脱毛（彌漫性・円形）	併用
紅皮症	併用
爪カンジダ症	生薬
医原病	
酒さ様皮膚炎・薬剤性皮膚血管拡張症	併用
副作用予防効果（PSL,免疫抑制剤など）	漢方
西洋薬ないし生薬併用漢方製剤群（併用）	

図19

弟（ドライ・トリアス）だと言っています。こうした症状を有する一連の疾患群をドライ・トリアス症候群と仮称していますが、四物湯などの血虚を改善するものを主体に、時に駆瘀血剤を少量併用したりして、標治と本治をきちんと使い分けて治療するように心がけています。寺師先生は、保温作用の方剤を主体に強い清熱性の方剤を少量うまく組み合わせる2P療法を提唱しておりますが、私も同様に実践させていただいております。

顔面のほてりなどは黄連解毒湯や梔子柏皮湯を少量短期的に加えながら、元来の冷え性に対しては当帰四逆加呉茱萸生姜湯などで保温を計るようにしております。

シェーグレン症候群に関しましては、診断基準に満たない、いわゆる境界領域（グレーゾーン）に該当する例が非常に多いのです。糖尿病と同じくらい多いのではないかと、思っているくらいなのです。こうした方は、湿疹、皮膚炎や日光皮膚炎も起こしやすく、かつ慢性化しやすいようです。さらに困ることには、薬疹も起こしやすいことです。薬剤性過敏性が非常に顕著なのです。ですから、常用量を初

回から与えては絶対駄目なのです。すぐに副作用を起こしかねませんから、常用量の1/3くらいから徐々に投与していかないと、失敗します。さらに、血中亜鉛値の低下が、3人に1人、30%前後にみられます。低下例では傷の治りも悪く、味覚障害が途中から出る例もあり、舌乳頭は平坦化するなど、いろいろなことが起こります。

図17は赤舌（red tongue）になる過程を示していますが、最終的に舌乳頭が完全に消失し平坦化してきます。この状態を見たら、約4割はシェーグレン症候群だと断言できます。健康者の舌の乳頭の先端は通常檜や松の葉のようにピリピリととがっていますが、これを cornified tip と呼びます。この tip の先端が途中から変化して、完全に平坦化してきます。なぜ、この舌乳頭が平坦化するかということに関しては現在、研究中ですが、数例の生検所見では粘膜固有層に小円形細胞浸潤が多数みられましたので、この炎症反応が何らかのサイトカイン分泌を介してケラチン生成に影響を及ぼしているのではないかと考えています。

血中亜鉛値の推移を見ていますと、亜鉛が途中変動するタイプ、途中から低下するタイプ、あるいは以前から低値なタイプの3型があるようです。なぜ亜鉛低下が起こるのかは不明ですが、腸内の絨毛の異常を想定し、吸収不良や逆に通過してはいけない重金属などが容易に通過することが問題ではないかと考えています。

そこで消化・吸収にも関係する便中の腸内細菌叢を調べましたところ、大腸菌量が少ない例がシェーグレン症候群で目立つのです（図18）。かつ菌種も少ないようですので、疾患により腸内細菌叢が異

なって、この変化が病態とも関係しているのではないかと私は考えております。

食べ過ぎの飽食、あるいは逆の崩食が問題視されておりますが、文明化に伴って、食品添加物の過剰摂取も増え、防腐剤、タール系着色料、香料を常時多量に摂取しているうちに、腸内細菌叢やノーマルフローラにも異常を来して吸収が悪くなると想定されます。その一方で、血中亜鉛値低下例の毛髪汚染を調べますと必須元素のセレンが低下し、30例中26例（86.7%）に砒素18例をはじめとする重金属の残留が認められましたことを踏まえますと、各種の漢方薬や生薬がこうした病態変化を是正するのではないかというのが私の考えです。

生薬が効く疾患、漢方が効く疾患、併用が有効な疾患の一覧表をスライドに示しまして、私の講演を終わりとさせていただきます（図19）。どうもありがとうございました。

石井 前田先生、どうもありがとうございます。大変面白いお話でした。いろいろご質問もあるかと思うのですが、ちょうど時間がなくなりましたので、また最後にさせていただきたいと思います。

それでは次の演者の桜井先生、「酒皰に対する漢方治療」ということで、よろしくお願いいたします。

酒皰に対する漢方治療

桜井みち代

桜井医院

桜井 酒皰とは、中高年の顔面に瀰漫性発赤と血管拡張を来す慢性炎症性疾患で、自覚的にはほてり、痒痒感、刺激感などがあります。原因は不明で、また西洋医学的にも確たる治療法はない難治性です。

重症度によって、3段階に分類されます。第1度は紅斑を主とする“紅斑性酒皰”，第2度は、紅斑とともに丘疹や膿疱が生じた“酒皰性痤瘡”，第3度は、夏ミカンの皮のような外観を呈する鼻になる“鼻瘤”です。

酒皰の適応漢方処方としては、成書には葛根紅花湯や、葛根黄連黄芩湯、四逆散合黄連解毒湯、黄連解毒湯や防風通聖散、消風散や桂枝茯苓丸など、いろいろあります。今回は大柴胡湯＋黄連解毒湯を主にお話しいたします。

54歳の女性です。平成17年5月に初診です。5年前に発症して、皮膚科に4年間通ったが良くなりません。便秘や下痢、下腿の浮腫はありません。頭痛、いらいらがあつて、口内炎がでやすい。体は何かポカポカ熱い。腹力は4/5でかなりいいです。

いろいろ清熱剤や駆瘀血剤を組み合わせたのですが、いずれも効果がありませんでした。それで大柴胡湯＋黄連解毒湯にしてから、急激に良くなりました（図1）。

次は、50歳の女性です。この方も4～5年前から顔が赤くなって、あちこちかかったけれども良くなりません。この方は、ブツブツと丘疹がこのようにあります。第2度の酒皰です。のぼせがあつて、肩凝りがある。食後眠気があつて、帰宅後は何もしたくない。腹力は良いということです。それで駆瘀血剤や清熱剤をやりましたが、良くありません。肩凝りがあつて、何もしたくないというような肝鬱があるので、肝鬱が火化して肝火となったと考えまして、大柴胡湯＋黄連解毒湯にしたところ、初めて改善したという感触を得られて、その後順調に改善いたしました（図2）。

症例 1

初診時 10カ月後
(日本東洋医学雑誌, 62巻1号, 2011年より)

図 1

症例 2

初診時 1年後
(日本東洋医学雑誌, 62巻1号, 2011年より)

図 2

症例 3

初診時 2週間後
(日本東洋医学雑誌, 62巻1号, 2011年より)

図 3

症例 4

初診時 5カ月後
(日本東洋医学雑誌, 62巻1号, 2011年より)

図 4

次は、58歳の女性です。初診の1年ちょっと前に顔が真っ赤になって、ある漢方の先生から桂枝茯苓丸+越婢加朮湯で治療を受けて、2カ月足らずで良くなったことがあります。それから1年余りして、また再発しました。汗かきで体が熱い、目のクマ、瘀血みみたいな症状もあります。胸脇苦満もあります。前回有効だった桂枝茯苓丸+越婢加朮湯にしましたが、今回は全然効かないので、胸脇苦満があることから、大柴胡湯+黄連解毒湯にしますと、2週間でこのようにきれいになりましたので、全部で1カ月で治療を終わりました(図3)。

46歳の女性です。この人も5～6年前から赤いということで、生理痛、頭痛、いらいらがある。下痢をしやすい。食後眠気がある。耳鳴り、肩凝り、朝顔がむくむし、夕方は足がむくむ。足が冷える。汗かきで寝汗も少しかきます。下半身は冷えるということです。それで舌は瘀斑があり、赤みの強い熱証

があります。腹力はとても良いです。この人は下腹部圧痛もありましたので、瘀血と考えて、桂枝茯苓丸とほてりに効く白虎加人参湯、あるいは黄連解毒湯や、桔梗石膏など清熱剤を加えてやったのですが、良くならなくて、この人はおなか張ってガスが多いということで、枳実の入った薬がいいかなと思って、大柴胡湯+黄連解毒湯にしたところ、急激に良くなりました(図4)。

次は、58歳の方です。4カ月前より顔が赤くなって、非常にほてって熱感があります。皮膚科でステロイドの外用とか、それが駄目だったら内服したりとかやったのですが、良くならないということで来しました。便秘がある。頭痛があつて、顔がのぼせて、肩凝りがあるということです。脈は沈の弦です。舌では紫青色で黄膩苔があります。瘀血もあります。腹力は良くて、胸脇苦満があるということで、腹証から大柴胡湯+黄連解毒湯を処方して、3

症例 5

初診時 5 カ月後
 (日本東洋医学雑誌, 62巻 1 号, 2011年より)

図 5

カ月ではほぼ紅斑が消失しました (図 5)。

48歳のこの方も、便秘、肩凝り、頭痛、腹力は良い、胸脇苦満があるということで、大柴胡湯+黄連解毒湯が奏効しました。73歳のこの人も5～6年前から、顔が、本当は実際はもっと赤いのですけれども、便秘、肩凝り、のぼせ、腹力は5/5、胸脇苦満があるということで、大柴胡湯+黄連解毒湯が奏効しました。

次の症例は80歳の方です。半年前から顔が赤くなってきた。背の曲がった小柄な女性で便秘があります。夜間尿が2回、それからセミの鳴き声のような耳鳴りと、肩凝りがあります。咳がよく出る。足がとても冷えて、手足に霜焼けがあって、寒がりです。血圧はやや高めです。八味地黄丸が効きそうな体型の人でした。脈は浮実弦、舌は乾燥して白苔で紅です。腹力は中等度で胸脇苦満があり、小腹不仁もあります。とても大柴胡湯などは使えませので、酒皰鼻に有効とされる葛根紅花湯を使ってみようかなと思って、煎じ薬で出しました。そうしますと、2週間後に、顔面の赤みが半減して、寝付きが良くなって、夜中にトイレに行かなくなった。便通も良くなって、下剤を飲む量が半減した。1カ月半後では顔面の紅斑は、ほとんど消失して、全部で2カ月で治療を終えました。

81歳の女性です。この人は1年前から赤くなった。プロトピックを塗っているけれども良くならないということです。夜間尿が2回、足が冷える、舌は乾燥しています。脈は虚実中間で、腹力は2/5とやや弱く、プヨプヨして小腹不仁があります。一応、気の上衝かなと思って、桂枝茯苓丸+黄連解毒湯を出しましたが、少しはいいのですけれども、

症例 6

初診時 半年後
 (日本東洋医学雑誌, 62巻 1 号, 2011年より)

図 6

肌がつるつるして手の皮もむけなくなったというのですけれども、赤みはまだ引きません。それで葛根紅花湯にしましたら、急速に改善し、初診から6カ月後、葛根紅花湯にして2カ月で、ほぼ終診となりました (図 6)。

次は68歳の方です。1カ月前から顔が赤くなって、便秘があります。朝、顔がむくむ。足が冷えるが体は熱い、夜間尿1～2回、舌証は特にありません。腹証で腹力は中等度、胸脇苦満と小腹不仁があって臍上悸が触れます。それで大柴胡湯+黄連解毒湯を開始しました。でも、1カ月たっても、全く変化がありません。葛根紅花湯にしましたら、その1カ月後、著明に紅斑が消退して、このまま良くなるのかなと思いましたが、3カ月後に、急に顔がまた元のように真っ赤になったので、急いでその赤みを取るように、三物黄芩湯+越婢加朮湯+加味逍遙散にしました。急性の症状は取れたのですけれども、また元に戻って赤いので、今度は白虎加人参湯+加味逍遙散にしましたら、速やかに消失しました。

最後の症例です。57歳の方で、1カ月前から、顔が赤くなりました。冷えのぼせがあって、疲れやすい。頭痛、いらいら、肩凝り、朝顔がむくんで夕方足がむくむ。汗をかきやすい、寝汗もかく。足は冷える、体は熱い。ちょっと更年期症状のような症状もあります。脈は、力は普通にあります。舌は乾燥して紅、真っ赤です。腹力も良い。臍上悸が触れます。下腹部圧痛があり、胸脇苦満はありません。子供のとき湿疹がでやすかったり、1年前からアレルギー性鼻炎があるということです。そういうアレルギー性鼻炎も考えて、越婢加朮湯+桂枝茯苓丸+黄連解毒湯にしましたけれども、ちょっといいよう

表1 大柴胡湯合黄連解毒湯が奏効した7症例のまとめ

症例	年齢	発症から初診まで	肩こり イライラ	胸脇苦満	腹力	処方名
1	54	5年	+	-	4/5	大柴胡湯合黄連解毒湯
2	50	4, 5年	+	-	4/5	大柴胡湯合黄連解毒湯
3	58	3ヶ月	+	+	3~4/5	大柴胡湯合黄連解毒湯
4	46	5, 6年	+	+	4/5	大柴胡湯合黄連解毒湯
5	58	4ヶ月	+	-	4/5	大柴胡湯合黄連解毒湯
6	48	4ヶ月	+	+	4/5	大柴胡湯合黄連解毒湯
7	73	5, 6年	+	+	5/5	大柴胡湯合黄連解毒湯

に思ったのですけれども、また真っ赤になったというので、柴苓湯+桔梗石膏にしましたら、速やかに良くなりまして、大体この処方にして4カ月足らずで治癒しました。

大柴胡湯+黄連解毒湯が奏効した7症例のまとめです(表1)。ほとんど肩凝りかいらいら、または両方があります。腹力は中等ないし良です。その他の方剤では、葛根紅花湯を使用した例が3例、柴苓湯、桔梗石膏が1例ですが、葛根紅花湯を使った症例は、腹力が中等からやや弱い人に多かったようです(表2)。

顔面は三陽経の支配領域で、太陽経、陽明経、少陽経が関与しています。漢方医学的に頭頸部は陽が盛んな所とされ、熱を帯びやすく、各種の熱が上昇して顔面に集まり、皮膚表面の血絡を赤く目立たせます。そのため、駆瘀血剤や清熱剤が必要となるので、桂枝茯苓丸や加味逍遙散、黄連解毒湯、白虎加人參湯、桔梗石膏などがよく効いたのだと思います。

大柴胡湯は半夏、生姜、枳実で理気をして、柴胡、黄芩、大黃で清熱瀉火をし、少陽病に陽明腑証が併存した、少陽と陽明の併病に用いられます。大柴胡湯は少陽経、陽明経の通利を良くする作用があるので、酒皸に有効だったのではないかと思います。

黄連解毒湯は、黄連、黄芩、黄柏、山梔子と、四つの清熱剤が入っておりますので、清熱効果で実火を瀉して有効だったのだと思います。

大柴胡湯+黄連解毒湯が奏効した7症例は、生来のいらいらしやす性質がストレスなどによって鬱血し、長期化するうちに鬱熱を生じ、火化して、酒皸を生じた肝火上炎型と考えられます。

葛根紅花湯は、有持桂里の『稿本方輿輳』が原典で、芍薬、紅花、地黄、大黃で駆瘀血し、大黃、黄連、山梔子で清熱し、葛根で皮膚の熱を去って汗を

表2 その他の方剤が奏効した4症例

症例	年齢	発症から初診まで	肩こり イライラ	胸脇苦満	腹力	処方名
8	80	半年	+	+	3/5	葛根紅花湯
9	81	1年	-	-	2/5	桂枝茯苓丸合黄連解毒湯→ 葛根紅花湯
10	68	1ヶ月	-	+	3/5	白虎加人參湯合加味逍遙散
11	57	1ヶ月	+	-	4/5	柴苓湯合桔梗石膏

表3 牧野健司による“酒皸”に対する漢方処方

- 肝火上炎証・・・竜胆瀉肝湯加黄連紅花
加味逍遙散加黄連紅花
大柴胡湯合黄連解毒湯加紅花
- 湿熱証・・・・・・黄連解毒湯加紅花
黄連解毒湯合治頭瘡一方
清上防風湯加紅花
- 瘀血証・・・・・・桂枝茯苓丸合温清飲去川芎加紅花
桂枝茯苓丸合通導散
通導散合黄連解毒湯

出し、痘瘡、斑疹を皮膚から出し尽くす作用があるために、酒皸に奏効したものと考えます。

牧野健司による酒皸に対する漢方処方では、肝火上炎型、湿熱証、瘀血証に分けて、それぞれ有効な処方をスライドに列記しておりますが(表3)、大柴胡湯合黄連解毒湯加紅花に近い、7例は肝火上炎型だったと思います。

いらいら、肩凝りがあり、腹力は良くて、胸脇苦満のある肝火上炎型には大柴胡湯合黄連解毒湯、腹力が中ないし弱くて、高齢者にはまず葛根紅花湯をファーストチョイスとして試みてはいかがかと思います。もちろんこれだけでは良くなりませんので、酒皸の治療には清熱剤、柴胡剤、駆瘀血剤などをうまく組み合わせることが必要と存じます。以上です。

石井 ありがとうございます。大変面白い、役に立つ処方をお教えいただいて、ありがとうございます。質問は座長もしたいし、それから、会場からもう受けたいのですけれども、時間がなくなりましたので、また最後にまとめてということでお願いします。どうもありがとうございました。

前田 それでは、時間の関係で、次に進めさせていただきます。4番目は、橋本先生から、「慢性蕁麻疹の漢方療法」ということでよろしく願いいたします。

慢性蕁麻疹の漢方療法

橋本 喜夫
旭川厚生病院皮膚科

橋本 慢性蕁麻疹の漢方療法についてお話ししたいと思います。

図1は、2005年の日本皮膚科学会の蕁麻疹の治療ガイドラインですけれども、現在、蕁麻疹は、特発性と、特定刺激や負荷によって誘発のできる蕁麻疹と、特殊な蕁麻疹の大きく三つに分類されています。この分類は従来の臨床像やメカニズム、いろいろなものが交ざり合った分類に比べると、非常にクリアカットになりました。

その中で漢方薬がターゲットになるのは、この特発性の、黄色く書かれた蕁麻疹になると思います。その中でも漢方薬が特にターゲットになるのは、1カ月以上続く慢性蕁麻疹になると思います。従って、もともと漢方のターゲットになるには、1カ月以上の慢性に、しかも理由がなく続くという規定が入ってくるわけです。

図2は同じガイドラインに書かれているものですが、けれども、特発性の蕁麻疹の治療手順ですが、図にありますように、H1拮抗薬でまず治療して、それによってうまくできないものは二次的に補助的治療薬を考える。この補助的治療薬のところに、H2拮抗薬や抗ロイコトリエン薬とかと同じように、漢方薬が位置しています。

今回、十分にコントロールされていない慢性蕁麻疹に対して、茵陳五苓散を投与した症例を供覧します。

症例1は66歳の女性で、平成19年6月4日が初診、全身にかゆみのある膨隆疹、6年前から四肢屈側に膨疹が出ます。近医で内服を各種もらいました。今まででジルテックが一番有効だと言っていました。相変わらず皮疹は出現するというので、当科を紹介されました。中肉中背、腹診上圧痛はありません。体幹四肢に膨疹は目立ちます。水は欲しくないと述べておりますが、舌圧痕は著明。下肢のむくみが強く、尿の出づらさは自覚していません。38~40℃のお湯に触れると、たちまち膨疹が出ます。処方

は、今まで飲んでいたジルテックに加えて、茵陳五苓散を処方しました。

経過ですけれども、3週間後の再来時に全く膨疹が見られなくなりました。内服して間もなくから、ずっと調子がいいと言っています。尿の出の悪さは自覚していませんでしたが、このところ尿の出が良くなり、下肢のむくみも減ったと言っています。さらに4週間後の受診時には全く膨疹はありません。舌圧痕もほぼ消失しています。下肢のむくみも状態が良く、またお湯に触れると、かゆいことはかゆいのですが、膨疹は出なくなったと言っております。現在も非常に良好で、内服中です。

症例2は35歳の女性で、1年前からアレグラを内服中ですが、スキーインストラクターをしていて、寒い思いをしたりすると全身に膨疹が出現します。肩凝りもあって、葛根湯も服用しています。ベルト圧迫部位などの物理的な圧迫部位にも生じ、時には圧迫部位を超えて膨疹が出現します。アレグラ以外を加えると、眠くて仕事にならないと言います。地元の内科から当科に紹介されました。舌圧痕が著明で、中肉中背。腹診所見は、胸脇苦満が多少ありますが、臍傍圧痛はありません。朝にむくみがあります。尿の出方は悪くありませんが、夜間2回はおしっこのために目が覚めると言っています。葛根湯を取りあえずやめていただきまして、茵陳五苓散を追加処方しました。

1カ月後ですが、蕁麻疹の出方が減少、圧迫部位の膨疹は変わりません。しかし、舌圧痕が著明に減少して、むくみが軽快。また夜間のトイレは、一度も起きなくなりました。さらに1カ月後、やはり肩凝りがつらいということで、葛根湯を希望しましたので、葛根湯も追加処方しました。葛根湯は間欠的に内服していただきまして、その1カ月後、自発性の蕁麻疹は全く出なくなりました。圧迫部位も紅斑が出ますが、膨疹は見られません。現在も、茵陳五苓散とアレグラを調節して内服していただいています。

症例3は、79歳の男性。10年前に視床出血、右片麻痺で多数薬を飲んでいました。初診の4カ月前から近医皮膚科で加療しています。そこから当科を紹介されました。アタラックス、タリオン、ビオフェルミンを内服中。体格はやせ型、腹診は腹力が弱くて、胸脇苦満がありません。小腹不仁もありません。口

蕁麻疹の分類(蕁麻疹血管浮腫のガイドライン)2005.

I 特発性

1)急性蕁麻疹

2)慢性蕁麻疹

II 特定刺激、負荷により誘発できる蕁麻疹

3)外来抗原によるアレルギー性蕁麻疹

4)食物依存性運動誘発性アナフィラキシー(FDEIA)

5)外来物質による非アレルギー性蕁麻疹

6)不耐症(イントレランス)による蕁麻疹

7)物理性蕁麻疹(機械性蕁麻疹、寒冷蕁麻疹、日光蕁麻疹、遅延性圧蕁麻疹、水蕁麻疹)

8)コリン性蕁麻疹

9)接触蕁麻疹

III 特殊な蕁麻疹

10)血管性浮腫

11)蕁麻疹様血管炎

12)振動蕁麻疹

13)色素性蕁麻疹のダリエ徴候

図1

特発性蕁麻疹の治療手順(蕁麻疹治療ガイドライン)

1 数週間～数ヶ月に一度間欠的に出現する

対症的H1拮抗薬内服または経過観察

2 毎日ないしはほぼ毎日出現する場合

H1拮抗薬 通常量または適宜他剤へ変更、増量

補助的治療薬

H2拮抗薬、漢方薬、抗ロイコトリエン薬、
DDS、トラネキサム酸、グリチルリチン、
ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液
抗不安薬など

ステロイド PSL 5~15mg/日内服

試行的治療 免疫学的治療(cysA、PSL20mg/日以上)
入院安静も

図2

渴，下肢のむくみが少しあります。IgEを含めて諸検査しましたが，目立った異常はありません。3剤をすべて止めて，アレロックと茵陳五苓散を開始しました。

2週間後の再診ですけれども，膨疹の頻度は減少して，赤みはありません。夜眠れますが，まだ夜間2回おしっこに起きると言っています。さらに2週間後に再診時，食後に膨疹が多かったのですが，全く気にならなくなったと言ひ，安心して食事ができると。夜間の尿回数も，1回に減ったと言っています。さらに1カ月後の再来時は，皮疹は完全に軽快，尿回数が夜間3回以上起きていたのが，毎回，毎日

1日1回だけ起きることになった，「減った」と言っています。寝汗もありましたが，なくなりました。その後3カ月内服して中止するも，経過良好です。

症例4は，64歳の女性です。主訴は全身の耐え難いかゆみ。9カ月前から慢性の蕁麻疹で，近医皮膚科でアタラックス，アレロック，ガスター，ザジテン，ペリアクチンを同時に内服しています。さらに週に1回か2回，プレドニンを2～4錠併用しています。風呂上がりが特にひどくて，ときに呼吸困難を伴うと言っています。体重増加もあって，自己判断で当科を受診しました。中肉で小柄，腹診は腹力

図3

対象疾患:慢性蕁麻疹
試験対象処方:十味敗毒湯、大柴胡湯、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、茵陳五苓散を証に応じて投薬
投与方式:
従来使用中の抗ヒスタミン剤+漢方製剤、初診の患者で使用中の抗ヒ剤がない場合は漢方薬単独
症例数:61例(男24例、女37例)
投与期間:3週間

担当:旭川皮膚病治療研究会
漢方診療5(2):40-43,1985.

図4

結果のまとめ

1. 特に加味逍遙散は85.7%の有効率で、桂枝茯苓丸にも著効例があった(漢方単独でも著効例あり)。
2. 男性の大柴胡湯にも著効例があったが、いずれも抗ヒスタミン剤との併用であった。
3. 十味敗毒湯の有効率50%で、著効例はむしろ単独投与例に多い。
4. 茵陳五苓散の有効率が低い、1例の有効例は演者が経験した(3/4が漢方単独投与)。

図5

が弱い、夜中に2回尿で起きる。口渇が強くて、汗をかきやすい。舌圧痕も著明です。5剤を中止しまして、プレドニンも中止。アレグラ、ホモクロミンを追加して、アレグラ、ホモクロミンと茵陳五苓散を開始しました。

2週間後には皮疹は激減して、かゆみもプレドニンもなくても生活できる。しかし、まだ2週間でしたので、分からないということで、また帰っていただきました。さらに1カ月後、ホモクロミンを止めても、良好な状態を保っています。舌圧痕は軽減、尿回数は減りましたが、まだ起きることはあります。プレドニンは1度も使用しておりません。3カ月後も、アレグラと茵陳五苓散を内服中ですが、日常生活を安楽に過ごすことができます。

症例5, 60歳の男性で、10代後半から蕁麻疹が出ていました。2008年12月から当科に通院して、アレ

グラを内服、治まらずひどいときにはエバステルを頓服していました。投与を継続しても皮疹は出続けていましたが、日常生活に支障なく過ごしていました。昨年の夏から、特に誘因なく悪化して、1日の大半、ほとんどの時間帯に皮疹が出ていると言っています。かゆみが強くて、まだお薬がありましたが来院しました。それまでは非常に温厚な人だったのですが、非常に攻撃的な表情になっています。腹診所見ははっきりせず、舌圧痕も明確ではありません。むくみもありません。アルコールは大好きですが、かゆくて飲めないと述べています。投薬はそのまま継続してもらい、茵陳五苓散のみを追加しました。

投与2週間後ですが、明らかに膨疹が減少。表情が明るい。かゆみもなくて、頓服の使用回数が著明に減少したと言っています。さらに2週間後、皮疹は探さないと分からない程度になりました。頓服も、

対象疾患:慢性蕁麻疹
試験対象処方:葛根湯
投与方式:病名投与法
従来使用中の抗ヒスタミン剤+漢方製剤
初診の場合は漢方単独
重症な症例は新規抗ヒ剤+漢方製剤
症例数:59例(男30例、女29例)
投与期間:4週間

担当:旭川皮膚病治療研究会
皮膚科における漢方治療の現況6:49-56,総合医学社、1995.

図 6

結果のまとめ

1. 葛根湯単独投与は7例のみだが、4週間後の著明改善度は併用群よりむしろ高い。
4週間後の著明改善度は葛根湯単独投与群67%、治療継続+葛根湯群40.5%、新規抗ヒ剤+葛根湯群40.0%)
2. 2週間後の皮疹中等度改善率は新規抗ヒ剤+葛根湯が最も高い。
3. 2週間後の皮疹中等度改善率は治療継続+葛根湯で70%である。
4. 全症例の3/4はこれまでの治療で改善が得られない難治の慢性蕁麻疹症例であったが、少なくとも葛根湯併用で56%がかなり有用以上の結果が得られた。
5. 5例(8.5%)に消化器系副作用がみられた。

図 7

自己免疫性蕁麻疹;上肢の蕁麻疹

図 8

蕁麻疹に使用される漢方方剤

1. 発表剤 (標治法的)
葛根湯、香蘇散、桂麻各半湯、十味敗毒湯
2. 清熱剤 (標治法的)
白虎加入参湯、茵陳蒿湯、茵陳五苓散、消風散
3. 温熱剤 (標治法的)
当帰飲子、真武湯、八味地黄丸
4. 柴胡剤 (本治法的)
大柴胡湯、小柴胡湯、十味敗毒湯、柴胡桂枝湯、補中益気湯、柴朴湯
5. 駆お血剤 (標治法的)
桂枝茯苓丸、桃核承気湯

図 9

酒を飲んだとき以外はあまり使わなくてもいいと。

その後2010年4月現在、良好な経過で、アレグラと茵陳五苓散を調節して飲んでいきます。これはそのときのものです、朝2錠飲んできてこの状態と本人は言っていました。これでもいい方だと言っていました。茵陳五苓散投与時ですね。図3が2週間後です。

その他、私は過去に慢性蕁麻疹の治療を行っておりますので、簡単に説明します。

問診チャートを使用して、ある程度証に応じて5剤を選択して、3週間後判定を61例で行いました(図4)。

問診チャートは、男性はこうに体格ががっしりとか、肩凝り、口中の粘つき感とか、便秘などが二つ以上あれば大柴胡湯、なければNOに進みまして、おしっこの水毒があれば茵陳五苓散、なければ十味敗毒湯という形で選択します。

女性の場合は、生理に伴う不定愁訴や更年期障害があれば、桂枝茯苓丸か加味逍遙散に進んでいき、なければ、やはりおしっこの症状ですね、要するに

水毒があれば茵陳五苓散、何もないければ、NO、NOであれば、十味敗毒湯という形でやりました。

成績ですが、これをまとめたものがあります(図5)。特に加味逍遙散は85.7%の有効率で、桂枝茯苓丸にも著効例がありました。男性の大柴胡湯にも著効例がありましたが、いずれも抗ヒスタミン剤との併用でした。十味敗毒湯の有効率は50%で、著効例はむしろ単独投与例に多い印象でした。茵陳五苓散の有効率は低いのですが、1例の有効例は演者が経験しました。3/4は漢方単独投与でした。

また、慢性蕁麻疹、これはもう一つの治療です。59例で4週間投与、難治の蕁麻疹に対して病名投与しています。56%の有効率でした(図6)。

このまとめですが、基本的に全症例の3/4は、これまでの治療で改善が得られない難治な慢性蕁麻疹の症例でしたが、少なくとも葛根湯併用で、56%がかなり有用以上の結果が得られました。5例

茵陳五苓散 五苓散に茵陳蒿を加味

茵陳:利胆作用、肝障害改善作用、抗炎症、抗菌作用

沢瀉:利尿作用

茯苓:利尿作用、鎮静作用

猪苓:利尿作用

白朮:健胃、強壮、止瀉、利尿作用

桂枝:発汗、発散、健胃作用、のぼせを治す

茵陳蒿は清熱化湿+利胆 五苓散は利水

効能効果:のどが渇いて尿が少ないものの次の諸症

嘔吐、じんましん、二日酔いのむかつき、むくみ

使用目標:体力中程度、口渴、尿量減少、浮腫があり、軽度の黄疸を伴うものに用いる。

斎田俊明ほか:慢性蕁麻疹に対する茵陳五苓散の臨床効果、

皮膚科紀要80:147,1985. 病名投与で67.9%有用以上。

堀口裕治ほか:慢性及び急性蕁麻疹に対する十味敗毒湯と茵陳五苓散の使用経験、皮膚科紀要82:365,1987. やや有効以上85%。

図10

(8.5%)に消化器系の副作用が見られました(図7)。

葛根湯の著効例を1例だけお見せします。35歳の女性、難治性の皮疹です。20代から慢性蕁麻疹。年に数回、内服を受けていました。2002年7月上旬から、特に誘因なく全身に膨疹、近医から内服ステロイドを処方されるも、抗ヒスタミン剤のみでは悪化を繰り返しています。ときに呼吸苦も見られます。10月末になっても、プレドニン5～10mgでも止められないということで、旭川医大皮膚科に入院しました。入院精査の結果、抗アニサキス抗体が陽性で、抗ピロリ菌抗体も陽性、自己血清皮内テストで膨疹が認められ、抗核抗体320～160倍。抗自己血清抗体ですね、抗IgG自己抗体が陽性で、自己免疫性の蕁麻疹と診断されました。自己免疫性の蕁麻疹は非常に頑固、治療抵抗性で、免疫抑制剤などの特殊な治療を要する場合が多いと言われています。

その後、退院した後も非常に困りまして、皮疹憎悪時は、プレドニン5～10mgで対処していました。また、生理中には、必ず悪化を繰り返していました。まず、ピロリ菌の除菌を行いまして、効果がありませんでした。3カ月後の2003年2月の時点で、アレグラ、アレジオン、ホモクロミン、ポララミンを内服して、同時にプレドニンを5～10mg/dayで内服していました。シクロスポリンは拒否されました。元来小太りで、寝汗、肩凝り、風邪を引くと憎悪すると言っています。胃腸は丈夫なので、もしかした

慢性蕁麻疹の漢方療法証がはっきりしない、症状は落ち着いている
化膿体質で、体格中程度の男女**十味敗毒湯**

胃腸丈夫で肩こりあり、上気道感染などで悪化

葛根湯

息苦しさ、のどの閉塞感あり

柴朴湯

多愁訴、更年期女性、ストレス性、きつね目

加味逍遙散

尿量減少、むくみ、口渴、舌圧痕

茵陳五苓散

図11

らと思ひまして、同日から葛根湯の内服を開始しました。内服後、数日後から軽快がありましたが、新しい薬を使うと最初はいつもいいので、また今度も駄目になるのではと本人も言うておりましたし、私もそう思っていました。しかし、いつまでも悪化がありません。葛根湯を始めてから、一度もプレドニンを使用せずにいます。同時に、寝汗が著明に改善しました。

その後の経過ですが、6カ月以上良好で、一度も悪化せず、抗ヒスタミン剤は1剤ずつ減らしていき、葛根湯投与1年後には、葛根湯+アレグラ内服のみとなりました。その後、自己調節して内服しても大丈夫で、受診は不定期となりました。現在も1年に1回か2回、私の顔を見に来ますが、葛根湯とアレ

グラの2週間分のみ処方して、少し調子の悪いときだけ内服して、日常生活を快適に過ごしています。

図8は、この患者さん（自己免疫性蕁麻疹）の蕁麻疹で、蕁麻疹自体は臨床的には普通の蕁麻疹と変わりません。一般的に蕁麻疹に使用される漢方方剤ですが、発表剤、清熱剤、温熱剤、柴胡剤、駆瘀血剤も効くと言われています（図9）。

茵陳五苓散は、ご存じのように、五苓散に茵陳蒿を加味しておりますので、当然五苓散の利水と茵陳蒿の清熱、加湿、利胆作用があります。蕁麻疹は、真皮上層の一過性の浮腫なので、効いておかしくないとは思っております（図10）。

慢性蕁麻疹の漢方療法は、これは私が主に行っている方法ですが、証がはっきりしない場合は十味敗毒湯、現在出ている場合は茵陳五苓散を使っています。胃腸が丈夫で肩凝りがあって、上気道感染などで悪化する場合は葛根湯、息苦しさや喉の閉塞感が幾分ある場合は柴朴湯、多愁訴で更年期女性、またはストレス性のものを考えれば加味逍遙散という形で使っております（図11）。

結論ですけれども、特発性の慢性蕁麻疹のガイドライン上、第1選択であるH1拮抗薬で皮疹のコントロールが得られない症例に対して、茵陳五苓散や葛根湯が著効した症例を供覧しました。

慢性蕁麻疹は、既に1カ月以上の臨床経過がありますので、漢方薬を既存のH1拮抗薬に併用する形で使用すると、良好なコントロールが得られます。各種H1拮抗薬を複数併用しても皮疹のコントロールが得られない難治な症例も、安易にステロイド内服を開始する前に、漢方薬を併用することも選択肢の一つと考えます。以上です。

前田 どうもありがとうございました。

少し時間が押しておりますので、最後の総合討論でまた論議させていただきたいと思います。橋本先生、どうもありがとうございました。

それでは、5席に進めさせていただきます。第5席は「凍瘡の漢方エキス剤治療について」ということで、三田先生、よろしくお願いいたします。

凍瘡の漢方エキス剤治療について

三田 哲郎

三田皮膚科クリニック

三田 三田です。よろしくお願いいたします。それでは、早速、始めます。

凍瘡、一般には霜焼けと言いますが（図1）、冬期を中心に発症を認めることが多い疾患で、まれに通年性のものもあります。気温にして、大体4～5℃、1日の気温較差が10℃前後のぶれがある場合に発症しやすいとされています。大半は軽症例なのですが、成人の凍瘡症例の中に、暦年の再発症例や難治例があり、膠原病関連疾患やあるいは夏まで続くケースは、チルブレングループス（chilblain lupus）、円板状グループスの可能性を考慮しなければならないとされています。

皮膚科的には、凍瘡の病型を3型（多形紅斑型、樽柿型、混合型）に分類します（図2）。多形紅斑型は多形滲出性紅斑様の皮疹を呈するもので、Erythema Multiformeですので、そのMultiのMを取って、M型凍瘡と略します。樽柿型は樽柿によく似た形態で、指がポンポンに腫れるものを言いついて、これをT型と略称します。そして、その両者の混合型はMとTの混合型という意味で、MT型と略称します。凍瘡は、多くの場合軽症なのですが、進行して指の先端辺りに皮膚の壊死、潰瘍の形成を認める場合があり、これを破壊性凍瘡と言います。

樽柿型は、指全体がポンポンに腫れる、つまり浮腫があるわけです（図3）。多形紅斑型（M型）はいわゆる霜焼けの種、これは直下に微小血栓があると考えられますが、そういった形が見られるのが特徴です。

従来、凍瘡の漢方治療は、主に成人期以降の凍瘡患者で、外用療法に十分な効果を認めない症例に行ってきました（図4）。使用する漢方エキス剤は、当帰四逆加呉茱萸生姜湯（38番）、温経湯（106番）の二つを、霜焼けの保険病名が通っておりますので、これを中心に使ってきました。温経湯単独では温める効果が弱いので、修治附子を加味したり、あるい

凍瘡 (しもやけ)

- 冬期中心に発症を認めることが多いが、稀に通年性のものもある。
- 気温4~5℃、日内気温較差10℃前後で発生しやすい。
- 大半は軽症だが、成人の凍瘡症例の中には歴年の再発症例や難治例もあり、膠原病関連疾患や夏まで続く場合にはチルブレンループスの可能性を考慮しなくてはならない。

図 1

凍瘡の病型分類

- 1) 多形紅斑型 (M型) 凍瘡
- 2) 樽柿型 (T型) 凍瘡
- 3) 両者の混合型 (Mixed type、MT型) 凍瘡

の3型に分類する。

多くの場合軽症だが、進行して皮膚壊死・潰瘍の形成を認める場合 (破潰性凍瘡) もある。

図 2

樽柿型 (T型)

多形紅斑型 (M型)
『しもやけの種』

図 3

従来の凍瘡の漢方治療

■ 漢方治療対象：

成人期以降の凍瘡患者で外用療法単独で十分な効果の見込めない症例

■ 従来の使用方剤：

- ① 当帰四逆加呉茱萸生姜湯(38)
- ② 温経湯(106)加修治附子
四物湯(71)加修治附子
桂枝加朮附湯(18)
真武湯(30)、苓姜朮甘湯(118)等

図 4

従来の凍瘡の漢方治療の反省

冷えのみに注目し、散寒に主体を置いた方剤や附子剤を凍瘡に使用してきたが、治療効果の思わしくない症例も多々認められた。

M型・T型・MT型の病型毎に漢方エキス方剤を選択することで治療精度を高めることはできないだろうか

図 5

凍瘡の漢方治療法の再構築

■ 山本巖(1924~2001):

あくまで、煎じ薬の運用を前提に、

- 1) 多形紅斑型 (M型) 凍瘡には経絡に中る寒邪を温経散寒し、活血化癥(駆瘀血)薬をこれに加えることが基本
- 2) 樽柿型 (T型) 凍瘡には、温経散寒・活血化癥(駆瘀血)薬に利湿薬を加える
- 3) 進行して壊死・皮膚潰瘍を認める場合 (破潰性凍瘡)、人參・黄耆・当帰を加えると良い

煎じ薬：活血祛瘀凍瘡湯 (自家経験法) を弾力的に運用

東医雑録(2) p 469~480、燎原

図 6

は四物湯に修治附子を加味したり、または附子が最初から入っている桂枝加朮附湯、あるいは真武湯、苓姜朮甘湯といったものを使用してきました。

しかしながら、これらの処方、凍瘡の冷えに注目して、散寒に主体を置いた処方ですので、効果の思わしくない症例も多々認められていました (図5)。そこでM型、T型、MT型の病型ごとに、漢

方エキス薬を選択することで、治療精度を高められないだろうかと考えました。また、従来からやっておりますように、治療には漢方エキス剤のみを使ってやるということを主眼にしております。

山本巖先生は、あくまで煎じ薬の運用が前提ですが、多形紅斑型 (M型) については、温経散寒し、さらに活血化癥、つまり駆瘀血薬をこれに

① 当帰四逆加呉茱萸生姜湯

- 出典：『傷寒論』厥陰病篇
- 構成：

当帰四逆湯
当帰・桂枝・細辛・木通・芍薬・甘草・大棗

当帰四逆 加 呉茱萸生姜湯
当帰四逆湯 + 呉茱萸・生姜
- 主治：手足厥寒、脈細にして絶せんと欲するは当帰四逆湯之を主る。
若し、其の人内に久寒あれば当帰四逆加呉茱萸生姜湯に宜し。

図 7

エキス剤のツムラ 当帰四逆加呉茱萸生姜湯 (TJ-38)

- 生薬構成

当帰・桂枝・細辛	：温経散寒
木通	：利水・利尿
芍薬・甘草・大棗	：止癒・止痛
呉茱萸・生姜	：温経散寒、温中散寒←内に久寒
- T型凍瘡には、利水薬の配合もあり、その意味での効果が期待できるが、凍瘡は冷えのみでなく、静脈系の鬱血(瘀血)体質が伴う。
活血薬は当帰のみであり、T型、M型、MT型凍瘡に対して、活血化瘀薬(駆瘀血薬)が足りないと思われる。
- 凍瘡に使用するなら、当帰四逆加呉茱萸生姜湯(38)に駆瘀血剤(桂枝茯苓丸(25)など)を合方するべき。

図 8

② 温経湯

- 出典：『金匱要略』婦人雜病篇
- 生薬構成：

半夏・麦門冬・当帰・白芍・川芎・人参・桂枝・牡丹皮・阿膠・甘草・乾姜・呉茱萸
- 本文：手掌煩熱し、唇口乾燥するは、何ぞや。師曰く、此の病、帯下に属す。(略)。瘀血小腹に在りて去らず。何を以て之を知るや。其の証、唇口乾燥す。故に之を知る。(略)。当に温経湯を以て之を主るべし。

図 9

エキス剤の建林松鶴堂(KTS) 温経湯 エキス顆粒 (106)

- 生薬構成

牡丹皮	：化瘀清熱涼血 →瘀血による手掌足趾の灼熱感や唇の乾燥を治す(陰虚熱を冷ます)
当帰・川芎	：活血
白芍・阿膠・麦門冬	：補血滋陰(生肌作用)
呉茱萸・生姜・桂枝	：散寒
人参・甘草	：補気・緩急止痛
半夏	：理気
- * T型およびMT型凍瘡には、利水薬の配合がないため、温経湯のみでの効果は問題あり。M型には基本方剤として使用可能。生肌効果があり、necrosisを伴う場合(破潰性凍瘡)に良い適応と言える。

図10

加えることが基本だと言われております(図6)。T型(樽柿型)に対しては、散寒と活血化瘀、駆瘀血に加えて、そこに浮腫があるわけですから、利湿薬で水はけをしてやる必要があると。進行して皮膚に壊死、潰瘍を認めるケース、破壊性凍瘡の場合には、皮膚の再生作用のある人参、黄耆、当帰などを加えるとよいと言われております。山本先生は、煎じ薬の活血去瘀凍瘡湯というのを創製されて、それを弾力的に運用されていたようです。

そこで、この考え方を基に、漢方エキス剤を使って凍瘡の漢方治療を何とかできないかと考えたわけです(図7)。まず従来、凍瘡に頻用されてきたのは、当帰四逆加呉茱萸生姜湯です。当帰四逆加呉茱萸生姜湯は当帰四逆湯がベースになっておりまして、当帰、桂枝、細辛の三つの生薬で体表面を温めて、木通で利水を利かせる。残りの構成生薬は芍薬、甘草、大棗で、これらは鎮痙・鎮痛作用を有する生薬です。それに呉茱萸、生姜が加わったものが、当帰四逆加呉茱萸生姜湯です。呉茱萸、生姜をなぜ加え

るかという、「内に久寒有れば」という条文に案内があります。「内に久寒」というのは、体表面に冷えがある場合は、それが血液あるいはリンパ液の流れを介して体内に流れ込んでお腹を冷やす、それを呉茱萸、生姜で体表面のみならず、お腹も温めるという意味合いで、呉茱萸、生姜に温中散寒の効能があることを示すものです。

当帰四逆加呉茱萸生姜湯にはさらに利水の木通の配合がありますが、利水薬は木通一つのみしかありませんので利水作用も結果として弱いと思われますが、浮腫のあるT型凍瘡(樽柿型凍瘡)にも効果が期待できると考えられます(図8)。

ただ、凍瘡は冷えのみでなく、山本巖先生のご指摘の如く、静脈系の鬱血、すなわち瘀血体質が伴うと考えられることから、当帰四逆加呉茱萸生姜湯には駆瘀血薬は活血薬の当帰しかありませんので、凍瘡の3病型(T型、M型、MT型)に対して、この当帰四逆加呉茱萸生姜湯単独では駆瘀血薬が足りないと思われます。従って、凍瘡には当帰四逆加呉茱

図11

図12

図13

図14

莫生姜湯に駆瘀血剤，例えば桂枝茯苓丸，桃核承気湯，通導散といったものを合方して当たらなければいけないのではないかと考えられます。

温経湯です（図9，図10）。この処方は今頃頻用していますが，芎帰調血飲の簡略処方とも考えられる処方です。手掌を煩熱し，唇口を乾燥するというのが温経湯の使用目標になっておりますが，手掌煩熱，唇口乾燥に対する薬効は，主に配合されている牡丹皮の薬効によるようです。駆瘀血薬は，牡丹皮，当帰，川芎の3剤が配合されています。そして，呉茱萸，生姜，桂枝は当帰四逆加呉茱萸生姜湯と同じ配合で，散寒の作用です。さらに，温経湯の特徴は生肌作用がある生薬の配合がされている点です。生肌作用とは，皮膚の再生を促す作用を言うのですが，その生薬である人參が配合されたことにより，皮膚の崩れた破壊性凍瘡にも良い。ただし，当帰四逆加呉茱萸生姜湯には有った利水薬の配合が，温経湯にはありませんので，浮腫のある樽柿型，および樽柿型と多形紅斑型の混合型（MT型）には，問題があ

ると考えられます。

温経湯と当帰四逆加呉茱萸生姜湯は，散寒薬の構成生薬は似通ってしまっていて，温経湯に細辛がないことが違うだけです。温経湯の方は，牡丹皮，川芎が配合されていますので，駆瘀血作用がある程度加味されていますし，当帰四逆加呉茱萸生姜湯には木通が配合されていますから利水作用があるといった違いがあります（図11）。

芎帰調血飲です（図12）。漢方原典に基ずく煎じ薬では熟地黄を配合しますが，漢方エキス剤の場合は地黄として乾地黄が配合されています。さらに牡丹皮，益母草，当帰，川芎と入っておりますので，この5生薬で十分な駆瘀血作用が見込めます。それから利湿薬の白朮，茯苓が配合されたことにより，T型（樽柿型）の凍瘡に対しても効果が期待できます。それ以外に，理気作用のあるもの，それから散寒作用のある生薬がたくさん入っています。

すなわち，芎帰調血飲はM型はもちろんのこと，T型およびMT型，すべての凍瘡の病型に対して適

3方剤の効能				
	散寒	駆瘀血	利水止痛	生肌
当帰四逆加呉茱萸生姜湯(38)	◎		○	
温経湯(106)	◎	○		○
芎帰調血飲(230)	○	◎	○	

図15

凍瘡のエキス剤での漢方治療法	
1) M型 (多形紅斑) 凍瘡	温経湯(106) 芎帰調血飲(230)
2) T型 (樽柿型) 凍瘡 (利水薬を配合)	芎帰調血飲(230)
3) MT (混合) 型 凍瘡	芎帰調血飲(230) 温経湯(106)合芎帰調血飲(230)
4) 破潰性凍瘡: 生肌作用 (人參・阿膠を配合)	温経湯(106)

図16

症例1 M型凍瘡 52歳、女性
<ul style="list-style-type: none"> ■ 2000年～2004年 毎年冬期にM型凍瘡。その都度、外用剤(ステロイド+ヒドロコルチゾン混合)に加えて、ツマツ温経湯7.5g加ツマツ修治ツマツ末1.2gを内服し、1～3ヶ月後に治癒し、廃棄としていた。 ■ 2007.12.19 M型凍瘡再発。外用剤(ステロイド+ヒドロコルチゾン混合)に加えて、建林松鶴堂 温経湯 エキス顆粒9g分3合太虎堂 芎帰調血飲 エキス顆粒6g分3を開始。1ヶ月後治癒、廃棄 ■ 2008.12.17 M型凍瘡再発。外用剤(ステロイド+ヒドロコルチゾン混合)のみ処方。 ■ 2009.1.19 外用のみで治癒しないため、建林松鶴堂 温経湯 エキス顆粒9g分3合太虎堂 芎帰調血飲 エキス顆粒6g分3を開始し、1ヶ月後治癒。同年2月末まで内服継続。以後2010年も再発なし。

図17

症例2、MT型凍瘡(趾先necrosis) 78歳 男性
<ul style="list-style-type: none"> ■ 2009.2.9 初診。手足のMT型凍瘡、足の指先にはnecrosisを認める。他院にてトコナメ、コバシN処方受けるも改善なく来院。外用剤(ステロイド+ヒドロコルチゾン混合)、建林松鶴堂 温経湯 エキス顆粒9g分3合太虎堂 芎帰調血飲 エキス顆粒6g分3を開始 ■ 2009.2.23 殆ど治癒 同処方継続 ■ 2009.3.9 治癒、廃棄 ■ 2010.1.8 2009.11月より足に凍瘡、12月より手にも凍瘡出現とのこと。MT型凍瘡に建林松鶴堂 温経湯 エキス顆粒9g分3を開始 ■ 2010.1.8 写真① あまり、改善しないとのことで、建林松鶴堂 温経湯 エキス顆粒9g分3合太虎堂 芎帰調血飲 エキス顆粒6g分3に変更 ■ 2010.1.22 凍瘡改善したとのこと。 ■ 2010.4.20 写真②

図18

応可能です(図13)。ただ、温経湯と比べますと、当帰には生肌作用が多少あるにしても、それ以外は生肌作用のある生薬が入っておりませんので、壊死があるケースにはちょっと弱いと考えられます。

温経湯と芎帰調血飲を比較しますと(図14)、非常に似通った処方なので芎帰調血飲の代用として温経湯が使えるわけですが、温経湯の場合は生肌作用、皮膚の壊死に対する改善作用があるのが特徴、芎帰調血飲は利湿作用があるのが特徴、その違いがあります。

3方剤をまとめますと(図15)、当帰四逆加呉茱萸生姜湯と温経湯は同等の散寒作用がある。散寒作用については若干、芎帰調血飲は前2方剤に比べて弱いのではないかと思いますけれども、駆瘀血作用は芎帰調血飲が一番強く、温経湯がそこそこ、当帰四逆加呉茱萸生姜湯には無いが、有っても非常に弱いと考えられます。T型に必要な利水作用は、当帰四逆加呉茱萸生姜湯と芎帰調血飲にあり、皮膚の再生を促す生肌作用は温経湯にある。

従ってM型、T型、MT型に分けて、どう使うかということになりますと(図16)、当帰四逆加呉茱萸生姜湯を省いて温経湯と芎帰調血飲の二つに絞って言えば、M型は両方使えます。そしてT型については、温経湯は適応外。MT型は、芎帰調血飲が第1選択か、あるいは温経湯と芎帰調血飲を合方すればよいということになります。破壊性凍瘡を認めた場合は、温経湯です。

症例を出します(図17)。M型、つまり多形紅斑型の凍瘡で、毎年冬になると発症する患者さんです。温経湯に附子末を加味して内服していただいて、1～3カ月くらいで大体治癒しておりました。2007年にまた発症してきたものですから、今度は温経湯と芎帰調血飲を合方しております。翌年、M型が出てきたので、今度は外用剤のみでやってみました効かないので、同じ温経湯と芎帰調血飲を投与しまして、2月まで飲んでいただきましたけれども、今年、別の皮膚疾患で来ていただいておりますが、再発せずに済んでおります。

図19

症例 3、MT型凍瘡(趾先necrosis)、65歳 男性

- 2010.1.18 写真①
初診、両手両足のMT型凍瘡、足の指先にはnecrosisを認める。二ヶ月前より両手両足に有痛性皮疹出現していたこと。既往歴・家族歴に特記すべきものなし。
- 2010.1.18 写真②
外用剤(ステロイド+ビタミンE混合)、太虎堂 芎帰調血飲 エキス顆粒 6g分3 開始
- 2010.1.25 写真③
建林松鶴堂 温経湯 エキス顆粒9g分3 合 太虎堂 芎帰調血飲 エキス顆粒6g分3 開始
- 2010.2.1 写真④
症状改善、継続とする。
- 2010.4.28
内服中止 3日後より凍瘡再発(両手両足ともに暗赤色)
内服再開し、症状改善を認めたため以後継続。

図20

図21

凍瘡の発症年齢による分類(前田 学)

- 1) 若年型 : 小・中学生時代に発症し20歳未満で自然消滅する。凍瘡の約半数が相当
- 2) 中年型 : 小・中学生時代に発症し中年(40歳未満)で自然消滅する。
- 3) 継続型 : 小・中学生時代に発症し中年以降も続く。
- 4) 遅発再燃型 : 成人以後に出現し、自然消滅後再燃する。

図22

凍瘡の発症年齢による特徴(前田 学)

- 1) 20歳未満は凍瘡に男女差なく、成人期以降に女性例優位。
- 2) レイノー症状(末梢血管運動神経異常)を示す場合には、遅発再燃型と中年型が目立つとした。
- 3) 20歳以上で凍瘡を発症ないし再燃させる場合や20歳を過ぎても治らない凍瘡は膠原病予備軍と捉えるべきと報告している。

図23

当クリニックでの凍瘡症例

	No. (M/F)	M型	T型	MT型
0～19歳	14 (4/10)	6	7	1
20～39歳	7 (1/6)	3	4	0
40歳以上	16 (9/7)	5	3	8
total		14	14	9

(2008.10.1～2010.5.1)

図24

ミックス型 (MT型)、多形紅斑と樽柿型の混合型の症例です (図18)。

この方は、手指先端部にネクロシスがありました。他院ではドルナーとかユベラ等を使っておりましたが効かなかったそうなので、ネクロシスに対して温経湯が、MT型だから芎帰調血飲が必要と考えて、温経湯合芎帰調血飲を与えて、ほ

ぼ治療、廃棄しておりますが、また今年出てきましたので、まずちょっと逆説的に温経湯だけやってみよう。それで、あまり改善しなかったで、芎帰調血飲を足しますと、著明に改善して治っております。

温経湯の内服1週間後と、温経湯合芎帰調血飲内服後の1週間後で、これは今年の写真です (図19)。

結語

- 成人期以降の凍瘡には、1) 駆瘀血剤を中心に使用し、寒証には温経散寒薬を、2) T型・MT型凍瘡には利水薬を、3) 破潰性凍瘡には生肌作用を持つ生薬を配合した方剤を選択するという発想が必要と考えられる。
- エキス剤の温経湯(106)を中心に芍婦調血飲(230)を合方使用することで、M型凍瘡、T型凍瘡、MT型凍瘡の全てタイプに用いることが出来る。

図25

同じく、ミックス型(MT型)の症例です(図20)。ネクロシスがありましたので、本当は温経湯なのですが、芍婦調血飲を先に使用してみました。MT型だということ。それで、あまり芳しくないということで、温経湯と芍婦調血飲を合わせますと、非常に良くなっております。

治療前と、芍婦調血飲内服1週間後、あまり芳しくないと言われていたときですが、この段階で温経湯を合方すると、大変良くなっています(図21)。

前田 學先生は、凍瘡の発症年齢によって分類されておりまして、若年型、20歳までに治るケース、中年まで続くケース(中年型)、それから、中年以降も続く継続型と、3型に分けられております。また、遅発・再燃型といって、成人以降に出現して、自然消滅後再燃するケースも挙げられております(図22)。

20歳未満には凍瘡に男女差はなく、成人期以降に女性例が優位になる。シェーグレン症候群等のバックグラウンドがあるのかなということになりますけれども。レイノー症状を示すケースには、遅発・再燃型と中年型が目立つとされております。20歳以上で凍瘡を発症ないし再燃させる場合は、20歳を過ぎても治らない場合は、膠原病予備軍ととらえるべきだと報告されています(図23)。

ここ2年間の当院での凍瘡症例を数だけ追ってみましたけれども(図24)、20歳未満はどちらかというと女性が多い傾向で、20歳以上は、40歳までは女性が多いのですが、40歳以上になりますと、ほぼ同数か男性有意という形になっています。M型、T型については、若年層ではT型が多く、高年齢層になるとM型、MT型が増えてくるのかなということ

ころです。

成人期以降の凍瘡に対しては、駆瘀血薬を中心に使用しまして、寒証には温める薬、T型、MT型に対しては利水薬。それから、皮膚が崩れてくる破壊性凍瘡に対しては、生肌作用を持つ生薬を配合した温経湯のような方剤を選択するという発想が必要と考えられました(図25)。エキス薬の温経湯を中心に、芍婦調血飲を合方使用することで、M、T、MTのすべてのタイプに用いることができると考えております。以上です。

前田 どうもありがとうございました。時間の関係で、最後の総合討論に、全部一括してディスカッションさせていただきたいと思います。

それでは最後のセッション、6番目ですけれども、「褥瘡に対する十全大補湯の効果」ということで、黒川先生、よろしくお願いいたします。

褥瘡に対する十全大補湯の効果

黒川 晃夫
大阪医科大学皮膚科

黒川 よろしく申し上げます。私は、去年、東洋医学会に初めて入会して、漢方の治療2年足らずでまだまだ未熟なのですけれども、今回、巨大なポケットを有する仙骨部褥瘡が、十全大補湯で著効を示したという1例を経験しましたので、ご報告させていただきます。

症例なのですから、63歳男性です（図1）。既往歴ですが、胃癌にて胃切除後ダンピング症候群およびビタミンB12葉酸欠乏性貧血、右母趾骨髄炎の切断術を施行されております。現病歴なのですから、平成20年初めより、歩行時転倒が多くなりました。徐々に歩行障害が進行して、低血糖による意識障害が出現したため、平成20年9月から12月まで他院で入院されていました。入院中、認知症症状が悪化して、平成21年1月脳MRIを施行したところ、アルコール性ないし前頭側頭葉型認知症と診断されました。平成21年1月、大阪医科大学神経内科へ再入院となったのですけれども、入院時には既に比較的大きな仙骨部の褥瘡があったということで、大学の形成外科にて加療をされていたということです。4月1日、市立枚方市民病院内科へ転院となりました。

これは回診の風景なのですから（図2）、よく見ていただいたら分かるように、非常に高度の羸瘦があって、人をにらみ付けるようなすごい顔つきをしているということです。

図3は私で、これは研修医の、皮膚科研修していた子です。これは漢方でいろいろお世話になった内科の有島先生ですけれども、いろいろ教えていただきまして、これは非常に虚した状態であると、一遍十全大補湯を処方したまえという感じでご指導いただきました。

図4は仙骨部褥瘡の方なのですから、見てのとおり、すごく大きくて、75 mm × 67 mm、奥行きが最大15 mmです。すごく大きな、非常に治りにくい、しかもよく見るとブヨブヨとした感触があ

症例

- 患者：63歳、男性（元銀行員）
- 既往歴：胃癌にて胃切除（S.61）後ダンピング症候群およびビタミンB12葉酸欠乏性貧血、右母趾骨髄炎切断術施行（H.15）
- 現病歴：平成20年初めより歩行時転倒が多くなった。徐々に歩行障害が進行し、低血糖による意識障害が出現したため、平成20年9月から12月まで他院で入院された。入院中、認知症状が悪化し、平成21年1月脳MRIにてアルコール性ないし前頭側頭葉型認知症と診断された。平成21年1月、大阪医大神経内科へ再入院となった。入院時既に仙骨部に褥瘡が存在していた。4月1日、市立枚方市民病院内科へ転院となった。

図1

回診①（4月2日）

図2

りまして、いわゆる不良肉芽もまばらにしか付いていないという状態でした。

胸部腹部の所見ですけれども、見てのとおり、のっぺりとしているわけです（図5）。まるでベニヤ板状を呈しているといったところです。それに加えて、ここには書いていませんでしたけれども、はっきりとした正中芯が認められまして、この辺りに軽い臍傍圧痛を認めて、軽い胸脇苦満があったということです。なお寝汗も結構、最初のころはかいておられました。

舌は全体的にちょっと白っぽくて（図6、図7）、湿、白苔の付着が認められました。舌下部には軽い舌下静脈の怒張が認められました。

治療なのですから、外用療法としては菌を殺すということと、肉芽形成を促進させるということで、ユーパスタを開始しました。それから、もう先ほども何回も言っていますように、非常に虚した状況であるということに加えて、十全大補湯の特徴の一つである、創傷治癒促進あるいは食欲不振、貧血

図 3

図 4

図 5

図 6

図 7

図 8

の改善などを図って、十全大補湯を処方してみました (図 8)。

これは本当に皆さんよく分かっていると思いますけれども、代表的な気血双補剤であるということです。四君子湯と四物湯に加えて、黄耆、桂枝といった生薬で構成されています。病後、術後の体力回復、あるいは貧血、血球を増殖させる、さらには創傷治

癒の促進効果も認められてまして、いろいろな皮膚糜爛、皮膚潰瘍に应用されると言われております (図 9)。

経過は、4月16日、2週間なのですけれども (図 10)、肉芽形成の上皮化がちょっとずつ促進されてきました。フィブラスプレーでちょっと肉芽形成を盛り上げてみよう、それからプロスタンディ

十全大補湯

- 代表的な気血双補剤である。元気を補う**四君子湯**と物(血など)を補う**四物湯**に元気を補う**黄耆**、冷えを温めて血行をよくする**桂枝**より構成される。
- 病後、術後、慢性の疾患などで筋肉や皮膚が痩せこけ、皮膚は乾燥し、食欲不振、冷えを伴う者に使用されることが多い。
- 四物湯の配合により、**貧血症**、白血球・血小板減少の治療にも用いられる。
- 本剤は**創傷治癒促進効果**をも併せ持っており、褥瘡をはじめとする皮膚潰瘍にもしばしば応用される。

図9

仙骨部(4月16日)

肉芽形成、上皮化が促進されつつある。
フィブラストスプレー、プロスタンディン軟膏の重層に変更。

図10

仙骨部(5月1日)

創への抗菌作用、過湿潤防御を兼ねて、
ユーパスタ+フィブラストスプレーに変更。

図11

胸部、腹部(5月1日)

胸壁、腹壁の厚みが徐々に増加。

図12

仙骨部(5月14日)

肉芽形成、上皮化はさらに促進し、ポケットも狭小化。

図13

仙骨部(6月4日)

直径45×36mmに縮小。ポケットは目立たなくなった。
プロスタンディン軟膏外用に変更。

図14

ンでこの辺りの上皮化ももう少し図ってあげようかと考えました。

ところが、少しやはりこれでは過湿潤になっているような所もありまして、これはもう少し過湿潤を抑えてあげる、あるいは抗菌作用を持っているものに変えておく必要があると思って、ユーパスタに変えて、フィブラストスプレーは続行させたというふ

うに考えました(図11)。

5月1日には、胸壁と腹壁の厚みが、ちよつとずつですけれどもましになってきた、増加してきたという状況です(図12)。

5月14日には、だんだん肉芽形成が、ブヨブヨなのですけれども、初診に比べては非常に良くなってきた。それから、上皮化の方もこの辺りからさらに

図15

図16

図17

図18

図19

図20

促進されてきて、ポケットもこの辺りしか見えないようになってきたというふうになります(図13)。

6月4日なのですけれども、直径が45×36、ポケットはもうほとんどないくらいです。上皮化を促進するという目的でプロスタンディンに変更しました(図14)。

さらに、胸壁腹壁の厚みが増してきたというところ

ろです(図15)。

それから、プロスタンディンだけではやはりちょっと早過ぎたなということで、再びユーバスタとプロスタンディンの併用でやってみたのですけれども、これが非常に劇的に改善しまして、直径31×20まで縮小しました(図16)。

それから、7月7日ですけれども、直径22×9

まとめ

- 十全大補湯は、気血を補うのみならず、免疫賦活作用をも併せ持っている。従って、本症例における巨大仙骨部褥瘡の早期の治癒に十全大補湯が大きく貢献したと考えられる。
- 本症例では、ヘモグロビン、血清アルブミン、コリンエステラーゼの各々の値は、ほぼ連動した上昇を示した。十全大補湯は体力の回復や血球減少を回復させる働きがあることから、これらの上昇に本剤が何らかの役割を果たしている可能性が示唆される。

図21

最後は笑顔で..(7月15日)

図22

と(図17)。

7月15日、もう一息というところですね(図18)。その1週間後には、もう完全に上皮化しました。この間、ずっと十全大補湯を処方しておりました。きちんと飲んでいただきました。

これは、初診時のときと退院寸前のときなのですが、胸壁腹壁は見違えるほど違うの(図19)、それから検査成績および治療の方を先にいきますけれども、コリンエステラーゼとヘモグロビン、アルブミンを、何か相関関係あるかなと思って、私が勝手にちょっとやってみたら、見事コリンエステラーゼとヘモグロビンとアルブミンがずっと連動するような感じで上昇していたと。これは十全大補湯の作用が何か関係しているかなと、ふと思いました、私の推察にすぎませんが。

褥瘡に対する外用療法はここに示しているとおりです(図20)。入院当初より、十全大補湯をずっと処方しているということです。

まとめですけれども、十全大補湯は気血を補うのみならず、免疫賦活作用をも併せ持っている。従って、こういった巨大仙骨部の褥瘡の早期の治療に、十全大補湯が非常に大きく貢献しているのではないかと考えました。それから、先ほども申しましたように、ヘモグロビン、アルブミン、コリンエステラーゼのおおのの値がほぼ連動した上昇を示していたということで、これが十全大補湯のせいかどうかは分かりませんが、もしかして関与している可能性があるのではないかと考えました(図21)。

最後に、4月2日の時点では、これだけ怖がった顔をしているのですが、非常に柔和な顔つき

をして、胸筋も厚くなって笑顔で対話できるようになったということです(図22)。ご清聴、どうもありがとうございました。

前田 どうもありがとうございました。

〔総合討論〕

石井 総合と言いましても、先ほどからご質問を全然受け付けていませんので、お聞きになりたいことがありましたら。あまり時間がありませんので、どなたか、どの先生でもよろしいから、ご質問のある方は手を挙げていただけますか。

Q1 徳島で内科を開業しております、高橋と申します。普段、皮膚科の先生方から漢方薬の話を聞く機会などめったにないものですから、今日は本当に勉強になりました。お尋ねしたいのは、内科で開業しておりますと、慢性皮膚疾患といいますと、慢性蕁麻疹とか、あと霜焼けの相談を受けることが多いです。そこで漢方薬を投与した場合に、効く場合はもちろん2週間くらいで著効を示す場合もあるのですけれども、効かない場合というのは、どれくらいの時間、時期、同じ漢方薬で攻めてもいいものかというのを、教えていただけたらと思います。

石井 そうすると、慢性蕁麻疹の橋本先生、お答えをお願いします。

橋本 最初の方に言ったのですが、特発性の慢性蕁麻疹であるということをまず診断することが結構大事なことは私は思っているのです。13個に分かれるのですけれども、あれは面倒くさいのですが、実は一番すごく良くできているガイドラインです。私は治療ガイドラインはあまり認めていないのですが、何というか、診断ですね、13個に分かれている分類法は非常に良い分類です。特発性なのか、または誘発できる、つまり原因がはっきりしている蕁麻疹なのか、そして特殊なものなのか。特殊なものは入院したりなどしないと診断がつきませんが、特発性なのかということだけは、しっかり押さえないといけないと思うのです。まずそこが大事で、その後は蕁麻疹を普通に治療する場合は、H1拮抗薬で私はやります。

ただし、私の所に来るのは、もうほとんど平均2.5軒回っている患者さんばかりなので、大体普通全部使っていますので、それにプラス漢方薬をオンするという形なのですが、漢方薬だけの単独で効果を見るときに、まず急性蕁麻疹だったら当然のごとく2週間くらいで様子を見ていいと思うのです。ただ、慢性の蕁麻疹という診断がついていれば、やはり2週間単位で処方を変えた方がいいかと。なぜか

というと、慢性蕁麻疹なのだけれども、つまり1か月以上続いているのだけれども、先生の所にいらしているということは、患者さん非常にQOLに窮しているということになりますよね。ですから、2週間以上かけて効果を見てもあまり意味がないと思うので、私は2週間くらいで変えるようにしております。先生はどうですか。

桜井 私もそうです。大体初め来て、出して2週間で効果がなかったらもう変えて、次の処方になることが多いです。少しでも効果があれば、それにもうちょっと、例えば茵陳五苓散でちょっといいような気もすると言ったら、そのまま続けるか、または例えば女の人だったら加味逍遙散をちょっと足したりして、様子を見たりします。だから、2週間ずつ見ていくといいと思います。

石井 そのときは、西洋医学のお薬、抗ヒスタミン剤は使っておられて。

桜井 はい、併用しております。

石井 プラス、あまりにひどければ、例えば、ステロイドも使ったりされておられますでしょうか。

桜井 あまり、ステロイドを使ったことがないの。よほど急性に、真っ赤になってというとき以外はステロイドはあまり使いません。

石井 普通、蕁麻疹は適応ではないかもしれませんが、ひどいときには結構効いてくれるので、逃げてそういう治療もしますね。

桜井 あまりひどいときだけではないですかね。

石井 それはだから、漢方薬だけでして、2週間という意味ではないのですね、橋本先生も。

桜井 抗ヒスタミン剤はずっと使っています。

石井 使っていますね。

桜井 はい。

石井 ということで、よろしいですね。

もう一つ、凍瘡もおっしゃっていましたね。では、三田先生、もう少しお答えいただけませんか。

三田 以前、サーモグラフィで一応検討したときに、内服させて1時間半くらいで、サーモグラフィ上の変化が出てくることが多いのですね。ただ、そのときに便秘の傾向のある方だと、若干ずれる。だから、1時間半くらいで変化が出てくるのがほぼ完成するような、そういった所見でした。ですから、大体1週間くらいでいいだろうと思いますが、便秘があるときに効きが悪いのは、やはり瘀血があった

り、いろいろな腸内細菌の問題が恐らくあるのだろうと思いますけれども、かなりこじれているときは、1時間半でもあまり変化が来ずにということはあり得る。要するに、内側に問題が潜んでいるケースですね。この学会でも、本治と標治ということは、大体皮膚科のセッションはいつも問題にするのですけれども、標治の場合は恐らく変化が早く、本治の場合は長めに見るといったようなニュアンスで、恐らく取れているのではないかと考えております。

石井 ありがとうございます。よろしいでしょうか。ほかにご質問はありますか。

Q2 野木病院で内科をしている加藤と申します。皮膚科の患者さんもちょくちょく来て、アトピーや慢性蕁麻疹の患者さんなども来るのですけれども、一つ、茵陳蒿湯の使い方で、先ほどの桜井先生の酒皸というのは、僕はあまり分からないのですが、あれはかゆみがあるものなのかどうなのかというので、盛んに大柴胡湯と黄連解毒湯の合方ということで、どうなのかなと思ったのですけれども。よく茵陳蒿湯は、自分としては心下痞鞭と胸脇苦満がはっきりしないときがあって、かゆみが強いときはどうも茵陳蒿湯にいて、どちらか分からなくて結構張っているときは茵陳蒿湯と大柴胡湯というのは混ぜてしまって、あるいはむくみがあれば、ちょっと弱ければ、茵陳五苓散でいいと思うのですけれども、その茵陳蒿湯の位置関係というのはどうなっているのか。ちょっと分からないので教えていただきたいと思えます。

石井 酒皸の話ですか。

Q2 酒皸だけではなくて、慢性蕁麻疹も含めて、茵陳蒿湯の使い方みたいな。

石井 茵陳蒿湯の使い方。では、桜井先生、お願いします。桜井先生もよく使っておられるのですか。

桜井 ちょっと難しいですけれども。

石井 あまり使っていない。

桜井 蕁麻疹に限って言えば、ファーストチョイスは茵陳五苓散で、便秘傾向があれば茵陳蒿湯にします。茵陳蒿湯はやはり湿熱なのですね。ですから、舌を診て、湿熱があるかどうかとかを診ます。

それで酒皸の場合も、もちろん浮腫もあるし、何か湿熱がありそうだなと思えば、使いますけれども。

Q2 例えば、腹診で胸脇苦満が左右に当然あって、心下痞鞭もはっきりしないような感じで、いか

にも大柴胡湯かなと思っても、実は茵陳蒿湯だったとか、そういう感じも多々あると。それで先生の腹診のところに、大柴胡湯のところで胸脇苦満がはっきりしない症例も結構あったような気がしたので、それで意外に難しいのかなと。逆に言って、皮膚科の先生が大柴胡湯と茵陳蒿湯を併用するときというのは、どういうときなのですか。

桜井 C型肝炎で、紅斑がズーッと出ている人で、大柴胡湯と茵陳蒿湯で非常に良くなって、抗体価も抗原の量も減っているという人はいますけれども。

Q2 では、かなり重症な肝疾患とかがあって、それによるかゆみがある場合、そういうことをやっているわけですね。

桜井 そうですね。肝機能障害がなくても、茵陳蒿湯はしょっちゅう使いますけれども。アトピーとかでもよく使います。

Q2 ありがとうございます。

石井 では、橋本先生もお願いします。

橋本 私はもう茵陳蒿湯を考えるときは、やはり先ほどの蕁麻疹の流れで、茵陳五苓散がちょっと便秘があって使えないのかなというとき以外は、あと皮膚科疾患ではあまり考えることがないので、桜井先生がおっしゃったこと以外は、私もお答えできません。すみません。

加藤 ありがとうございます。

石井 よろしいでしょうか。どうぞ、先生。

Q3 函館の三上と申します。桜井先生にお伺いしたいのですけれども。全例が確か女性だったような気がしますけれども、中には肝機能障害を持った方はいらっしゃいましたでしょうか。また、甘い物が好きで、そういう食養などは一応考えたことはありましたでしょうか。

桜井 全例検査をしたわけではありませんけれども、半数以上は肝機能もきちんと調べていまして、肝機能が悪かった人は1人もいませんでした。甘い物が欲しい人は半数くらいはいました。それできちんと、甘い物は駄目よということはおっしゃっています。

Q3 そうですか。ありがとうございます。もう一つ、よろしいでしょうか。

石井 どうぞ。

Q3 黒川先生に。褥瘡の治療で最近ラップ療法というのが話題になっていますけれども、そういうのは全然ご検討にはなりませんでしょうか。

黒川 私はラップ療法について、ある刊行雑誌に出したことはあるのですが、やはりラップ療法というのは、感染を起こしている所ではあまり使うと、かえって細菌感染を増殖するというので、やはり禁忌に近いかなと。ほかの先生は、何か抗生物質を点滴しながらラップ療法をしたらどうだと言っている本とかもあるので、わざわざそこまでしてラップ療法にこだわることはなかろうということと、今日ちょっと提示させていただきように、ああいう巨大な、しかもポケットを有するようなものにラップ療法をすると、それこそまた細菌感染の増殖のもとになりますので、浅い、細菌感染が少ない所にラップ療法というのは検討する余地があるかなと考えられています。

Q 3 ありがとうございます。

石井 ありがとうございます。どうぞ、先生。

Q 4 沖縄から来ました、クノリと申します。今日は本当に素晴らしい話をありがとうございました。桜井先生にちょっと質問させていただきたいのですが、私たちも皮膚科の漢方をやっているときに、清熱剤、黄連解毒湯と大柴胡湯という話だったのですが、どのくらい続けたらよいかということ、いつも考えるんですね。その辺のことをちょっとお伺いできればと思います。

桜井 治療期間は、2カ月～1年くらいで非常にばらつきがあります。治るまではずっとやっております。結構長く使えるものだなと思っております。ただ、最近、今日発表した症例ではないのですが、大柴胡湯と黄連解毒湯をやりまして、1週間目に来たときにかかなり良かったので、もう一回処方を出したら、その3日目、つまり飲みだして10日目に間質性肺炎になりまして、慌てた症例があります。ですから、間質性肺炎のことはいつも頭に入れて治療しないといけないと反省しました。

石井 ありがとうございます。

時間がなくなってきましたが、あとお一方、ご質問があれば。

Q 5 静岡から来ました、富士小山病院内科の前畑と申します。前田先生のところで確か掌蹠膿疱症に対処症例があったと思います。小柴胡湯と桔梗石膏でしたか、両方合方されていましたが、掌蹠膿疱症は、基本的にはベースに腎陽虚があって肝

鬱が絡んでいると思うのですが、先生は真武湯とかは使われないのでしょうか。本治の意味合いで。

前田 真武湯を使う例もありますけれども、掌蹠膿疱症に関しては、私はファーストチョイスで小柴胡湯と桔梗石膏と併用する療法を試みっていますが8割は有効という印象をもっています。ただし、乾癬が合併してきますと、話は別で、乾癬で肥満体の方でどの医療所へ行っても黄連解毒湯とか清上防風湯とかを使用されている人が当科を受診したときに、下痢があるし、冷え性もあるといったことから、真武湯を処方して劇的に効くことがありました。これまで真武湯などを処方してもらったことがない人でしたが、大変感謝された記憶があります。当科で加療している掌蹠膿疱症は30例くらいありますが、潜在性にせよ扁桃腺炎が絡んでいることから桔梗石膏が抗炎症作用を発揮して、大体8割方は効果があるようです。効かない場合は、先生のご指摘のように附子を加えたり、いろいろ工夫しております。

Q 5 先生、ずっとこの処方で良くなれば、通していいのですか。本治的にはそのまま考えないで。

前田 ええ、良くなればQOLが保たれますので、ずっと継続投与していますと、大体1～2年くらいで外用剤をほとんど使わなくても、良くなってきます。本人が満足していますので、皮疹が完治しないのですけれども、VASが1割か2割くらいで大体横ばいで保持されるようになりますね。

Q 5 もう一点いいですか。掌蹠膿疱症の人は舌を見ると、黄膩苔がある人が結構多いのですが、黄膩苔は湿熱ととらえてよろしいのでしょうか。

前田 私は、舌苔が多いときは、活動度が高いと見ていますが、確かに先生のご指摘通り、実証時には舌苔が厚くなりますね。私は、ここ何年もの間、舌を観察し続けていますけれども、ほとんどの例で舌構築は変わらないですね。自分の舌も時々見ますが、ほとんど変わらないです。総患者の8割くらいは変わらないとみています。ただ、風邪を引いたときには私の舌でも、白苔が出ます。ですから、もう何千例も症例がありますが、舌診アトラスであれだけクリアカットに分類できるのかどうかについては、私はいまだに疑問視しています。

Q 5 ありがとうございます。

石井 いろいろ大変有意義なディスカッションが

ありましたが、難治の皮膚病もいろいろ、各先生工夫して、かなり狙い打ちできるような処方を、今日は教えていただいたと思いますので、またご診療の中で試してみていただけたらと思います。

皆さん方、ありがとうございました。