臨床報告

中建中湯加当帰が奏効した大腿ヘルニア術後 偽性腸閉塞症の一例

矢野 博美^a 田原 英一^a 田中 祐子^b
 村上 純滋^c 前田ひろみ^a 伊藤 ゆい^a
 吉永 亮^a 上田 晃三^a 土倉潤一郎^a
 井上 博喜^a 犬塚 央^d 三瀧 忠道^e

a 榊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

b 榊麻生飯塚病院中央検査部，福岡，〒820-8505 飯塚市芳雄町3-83

c 榊麻生飯塚病院予防医学センター，福岡，〒820-8505 飯塚市芳雄町3-83

d 医療法人博愛会もち東洋クリニック，福岡，〒814-0001 福岡市早良区百道浜2-4-27

e 福島県立医科大学会津医療センター漢方医学講座，福島，〒969-3492 会津若松市河東町谷沢字前田21-2

A Successful Case of Pseudo-Obstruction After Femoral Hernia Radical Operation Treated with Chukenchutokatoki

Hiromi YANO^a Eiichi TAHARA^a Yuko TANAKA^b
 Junji MURAKAMI^c Hiromi MAEDA^a Yui ITO^a
 Ryo YOSHINAGA^a Koso UEDA^a Junichiro DOKURA^a
 Hiroki INOUE^a Hisashi INUTSUKA^d Tadamichi MITSUMA^e

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

b Central Laboratory, Iizuka Hospital, 3-83 Yoshio-cho, Iizuka-shi, Fukuoka 820-8505, Japan

c Preventive Medicine Center, Iizuka Hospital, 3-83 Yoshio-cho, Iizuka-shi, Fukuoka 820-8505, Japan

d Momochi Toyo Clinic, 2-4-27 Momochihama, Sawara-Ku, Fukuoka-shi, Fukuoka 814-0001, Japan

e Department of Kampo Medicine, Affiliated Hospital, Aizu Medical Center Fukushima Medical University, 21-2 Maeda, Tanisawa, Kawahigashi, Aizuwakamatsu City Fukushima 969-3492, Japan

Abstract

A 54-year-old female had left femoral incarcerated hernia. One month later, she received a radical operation for it, but was admitted to our hospital twice because of ileus. Various tests showed no mechanical intestinal obstruction, but small-intestinal edema. She was transferred to our department to receive Kampo medicine. She could not eat any food and her weight decreased from 47 to 37.5 kg. We therefore administered intravenous hyperalimentation. She had a cold sweat on her face and was prone to bed rest because of severe abdominal pain as if in labor, and general fatigue. Her skin was dry, her radial pulse was weak and her abdominal tonus was weak. In addition, lower abdominal tension was more intense than upper and we could observe bowel movements from her skin. At first, we administered bushikobeito, but it had no effect. Referring to her abdominal findings, we considered that daikenchuto and tokikenchuto were compatible in her case, and after changing to chukenchutokatoki her abdominal pain disappeared in 5 days. Thus, Kampo medicine was effective for post-operative pseudo-obstruction.

Key words : abdominal pain, ileus, chukenchutokatoki, pseudo-obstruction

要旨

54歳女性。左大腿ヘルニアが、整復不可能となり、外科で1ヵ月後に左大腿ヘルニア根治術を受けたが、イレウスのため入院を2度繰り返した。小腸壁の浮腫はあるが、諸検査で器質的な閉塞機転を認めなかった。しかし腹痛が持続するため、当科に転科した。腹痛のために食事が摂れず47 kg から37.5 kg まで減少したので中心静脈栄養管理を行った。陣痛のような激しい腹痛により顔に冷汗を認め、倦怠感のため臥床がちであった。皮膚は乾燥し、脈候は浮、大、弱、瀡であった。腹候は腹力弱で、下腹部優位の腹直筋緊張を認め、腹壁から腸の蠕動が観察された。附子粳米湯で治療を開始したが無効で、腸管の蠕動が腹壁から見えることから大建中湯、皮膚乾燥と腹直筋の

緊張を認めることから当帰建中湯の証があると考え、中建中湯加当帰に転方したところ、転方5日目から腹痛は消失した。大腿ヘルニア術後の偽性腸閉塞症に漢方治療が有効で試験開腹を免れた。

キーワード：腹痛，イレウス，中建中湯加当帰，偽性腸閉塞症

緒言

大腿ヘルニアの手術は成功したが、イレウスのために入退院を繰り返していた患者に対して、中建中湯加当帰が奏効し、試験開腹術を免れた症例を経験したので報告する。総合病院において漢方診療科以外の入院患者に漢方治療が貢献した症例と思われた。

症 例：54歳女性，介護職員。

主 訴：激しい腹痛。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：父 脊髄腫瘍，母 肺癌，長男 外傷性脳出血。

現病歴：X-3年より2ヵ月に1度の頻度で左大腿ヘルニアの脱出を認めたが、自分で整復可能であった。X年6月より訪問介護の仕事に加えて、デイサービスの介護の仕事も始めて、重症の人を抱えることが多くなりヘルニアが増悪し、7月にはヘルニアが整復できなくなった。8月8日より排便が停止し、8月10日に嘔吐、腹痛、腹部膨満感が増悪したため、8月11日に当院外科に入院した。腹部X線検査では階段状のニボーを認め（図1-1）、ヘルニア嵌頓による閉塞性イレウスと診断した。8月13日に左大腿ヘルニア根治術を受け、8月17日に退院した。しかし8月18日から腹部膨満感、嘔吐が出現し、8月22日から水様性下痢が出現したために、8月23日に外科を受診した。腹部の膨満と圧痛、筋性防御を認め、左大腿部に弾性軟の腫瘤を触知した。超音波検査・腹部CT検査で左大腿部の腫瘤と小腸主体のイレウスを認め、左大腿ヘルニアの再発が疑われ同日再手術となった。しかしヘルニアは確認できず左大腿術創近傍の水腫であった。イレウスの原因検索のために腹腔鏡にて腹腔内を観察したが異常を認めなかった。術中に挿入した胃管は、8月26日まで留置し、絶飲食とした。8月26日の夕より食事を再開したが、食後に嘔吐・腹痛が出現したため、8月27日の朝・昼食は絶食とし、夕より全粥で再開した。腹痛は軽度あったが、自制内で排便も見られ、腹部X線上はニボーを認めなかった。8月28日、食事はほぼ全量摂取できたため8月29日に退院した。

しかし退院翌日から食事を摂取すると差し込むような腹痛、嘔吐、水様性下痢も伴い、9月8日に再々入院となった。同日の腹部立位のX線写真では、ニボーが見られ（図1-2）外科でイレウスと診断された。絶飲食とし、胃管を挿入し、大建中湯エキス15g/日は注入して30分クランプし以後開放した。胃管よりの排液はなく9月9日に上部消化管内視鏡検査のために胃管を抜去した。上部消化管内視鏡検査では、出血性胃炎、胃ポリープのみであった。また同日、大腸内視鏡検査のための処置の浣腸では、普通便を多量に認めた。大腸内視鏡検査で横行結腸まで観察したがイレウスの原因となる所見はなかった。9月9日の夕より飲水を開始したが、腹痛は増悪せず、9月10日の腹部立位のX線写真では、ガス像は多いがニボーは消失していた（図1-3）。9月11日・12日、腹痛は消失していたが、9月13日の昼から全粥で食事を開始したところ、夜から腹痛が増悪した。腸蠕動は亢進し、排便は普通便または軟便が1回/2日見られた。大建中湯エキスは、9月18日に中止となった。その他、ポリカルボフィルカルシウム、耐性乳酸菌、臭化チキジウム、マレイン酸トリメブチン、塩酸ロペラミドの内服治療を行ったが、無効であった。小腸造影、腹部CT検査では閉塞機転を認めなかったが、腹痛は持続した。9月20日から9月28日まで再度絶食（内服は継続）を施行したが、腹痛は軽減せず、臭化ブチルスコポラミン注射は4回/日までと制限していたが、同注射は4回/日必要であった。9月29日より全粥・軟菜食を再開したが、1日のうちで摂取したものは乳酸飲料65ml1本やゼリー2、3口、汁数口のみであったために、アミノ酸・糖・電解質・ビタミン(3)キット（アミグランド輸液®）1500ml/日の持続点滴を継続した。外科医師は原因が特定できないため試験開腹も検討していたが、その前に漢方治療を試みるため、10月5日に当科転科となった。

転科時身体所見：身長162cm，体重39kg，BMI14.9と著明なうい瘦を認めた。（平素の体重は47kg）。血圧100/60mmHg，脈拍86bpm，体温35.1℃であっ

図 1-1

腹部単純 X 線検査 8 月 11 日
(1 回目入院)

図 1-2

腹部単純 X 線検査 9 月 8 日
(3 回目入院)

図 1-3

腹部単純 X 線検査 9 月 10 日
(3 回目入院)

図 1 画像所見 (54歳, 女性)

表 1 転院時検査成績

* * WBC	2950	/ μ l	* CRP	0.86	mg/dl	Glu	97	mg/dl
neut	50.4	%	AST	8	U/l	TSH	0.54	μ IU/ml
lymp	31.2	%	ALT	7	U/l	freeT4	0.96	ng/dl
mono	8.8	%	LDH	130	U/l	便潜血反応(10月14日) (—)		
eos	5.5	%	γ -GTP	10	U/l			
bas	0.9	%	ALP	198	U/l	Urine(10月11日)		
RBC	403	$\times 10^4$ / μ l	BUN	10	mg/dl			
Hct	34.6	%	Cre	0.5	mg/dl	specific gravity	1.011	
MCV	86.0	fL	Na	137	mEq/l	protein	(—)	
MCHC	34.7	%	K	4.1	mEq/l	glucose	(—)	
Hb	12.0	g/dl	Cl	103	mEq/l	occult blood	(—)	
Plt	29.6	$\times 10^4$ / μ l	* * TP	5.5	g/dl			
			* * Alb	2.9	g/dl			

基準値を上回る項目に*を下回る項目に**を付けた

た。胸部は心音・呼吸音に異常を認めなかった。腹部は平坦で腫瘍は触知しなかったが、腸蠕動は亢進しており、時に腸管が腹壁に腫瘍様に盛り上がる様子が体表から観察された。左下腹部に圧痛を認めたが、反跳痛や筋性防御は認めなかった。左鼠径部に手術痕を認め、下肢に浮腫は認めなかった。

検査所見：白血球数は2950/ μ l (好中球50.4%)と低下し、CRPは0.86 mg/dlと軽度上昇していた。総蛋白5.5 g/dlとアルブミン2.9 g/dlは低値であった。血糖値は97 mg/dlで、電解質は異常なく、甲状腺機能も正常範囲内であった。尿検査は異常なく、便潜血反応は陰性であった(表1)。10月8日の腹

図2-1

10月8日（転科後）臍部からのアプローチ。腸間膜の肥厚と腸間膜リンパ節腫脹を複数認めた。

図2-2

10月8日（転科後）臍部の右側からのアプローチ。小腸の短軸像。小腸壁の浮腫・肥厚と腹水を認めた。

図2-3

10月8日（転科後）臍部のアプローチ。小腸の長軸像。少量の飲水直後より小腸は直径3.7 cmに拡張しイレウス状態を呈した。

図2 腹部エコー所見（54歳，女性）

図3 臨床経過（54歳，女性）X年10月5日～11月2日

部エコー検査では、臍部付近から下腹部にかけて腸間膜が軽度肥厚し、腸間膜リンパ節（最大径1.4 cm）が複数認められた（図2-1）。小腸は部分的に壁の浮腫・肥厚を認め（図2-2）、少量の飲水の直後に蠕動が異常に亢進し小腸の著明な拡張（直径3.7 cm）を生じた（図2-3）。

漢方医学的所見：自覚症状では、寒がりの暑がり、で、倦怠感が強く臥床がちであった。腹部には熱感

を自覚し、腹鳴も著明であった。安静時でも陣痛のような激しい腹痛のために冷汗を伴い、「腹で腸が蛇のようにグニユグニユ動く。」と訴えた。腹痛のために不眠となり、少量の飲水でも腹痛が増強するため食事は摂取できなかった。持続末梢点滴中で口渇は認めなかった。排便は1回/2日で、便は細く便臭は弱。排尿は6回/日で夜間尿は2回。その他、足の火照り、回転性眩暈、気持ちの沈みがあった。

腸間膜リンパ節腫脹

図4-1

腹部エコー所見（54歳，女性）10月15日臍部からのアプローチ。腸管膜の肥厚と腸間膜リンパ節腫脹を認めたが，リンパ節の長径は1 cm 以下に縮小していた。

小腸径 1cm

図4-2

腹部エコー所見（54歳，女性）10月15日臍部左側からのアプローチ。小腸の長軸像。小腸壁の浮腫や肥厚はなく，直径は約1 cm で小腸の拡張は認めなかった。

他覚所見：顔色は不良で，表情に乏しく，診察時でも生あくびが頻繁に見られた。皮膚乾燥は著明で白色の落屑を伴っていた。下肢に軽度の冷えを認めたが，手・腹部・背中に冷えはなく温かかった。脈候は浮，大，弱で濡。舌候は暗赤色で腫大・歯痕はなく，白色の乾湿中間の苔が不均一に付着していた。腹候は，腹力弱で，両側の腹直筋緊張（下腹部が優位）と小腹不仁を認めた。

臨床経過（図3）：外科入院中の内服薬は無効と考え中止した。高度の腹痛と腹鳴を腹中雷鳴切痛と考えて附子梗米湯（烏頭1 g）で治療を開始した。附子梗米湯は少量ずつ服用でき，服用後に腹痛が増強したとの訴えはなかった。転科後は，患者の苦痛軽減を図るために臭化ブチルスコポリミン注射の制限を8回/日とした。しかし腹痛は持続し，臭化ブチルスコポリミンの注射が最も多い日では6回/日，アセトアミノフェン坐薬が2回/日が必要であった。頓服で芍薬甘草湯や大烏頭煎を試服したが，無効であった。嘔気・嘔吐も伴いメトクロプラミド注射も用いた。当科に転科後，体重が39から37.5 kgに減少したために10月7日に中心静脈栄養管理とした。

（高カロリー輸液・ハイカリック1号®・1120 kcal

からハイカリック2号®・1640 kcal に上げて10月29日まで継続した。）腸管の蠕動が腹壁から見えることから大建中湯，下腹部優位の腹直筋の緊張と皮膚乾燥から当帰建中湯の証があると考えて10月7日から中建中湯加当帰に転方したところ，4日後の10月11日から腹痛がほぼ消失し，臭化ブチルスコポリミン注射が不要となった。腹痛の軽減後，飲水が可能となった。8日後の10月15日の腹部エコー検査では，腸間膜リンパ節は縮小傾向（1 cm 未満）となり（図4-1），小腸壁の浮腫状肥厚や拡張所見は認めなかった（図4-2）。飲水直後の腸管の拡張（イレウス様所見）も認めなかった。10月18日より重湯で食事を開始したところ，腹痛は増悪しなかったが，水様性下痢が出現した。10月19日に，めまいを訴えた。足首が冷たいこと，脈が沈・細・小であったことから，中建中湯加当帰に真武湯（煎じ薬）を併用したところ，めまいは軽減した。水様性下痢は続いていたが，食事摂取量も徐々に増えて中心静脈栄養を中止することができた。なお10月25日の血液検査では TP5.7 g/dl，アルブミン3.0 g/dl，CRP0.02 mg/dl と，低栄養状態ではあったが，転科時と比較すると改善傾向にあり，炎症所見は改善していた。食

事は全粥が摂取可能となり、11月2日に退院した。退院時の体重は40 kgに増加していた。退院後、腹痛が増強し、外来で3回、酢酸リングル液（ブドウ糖加）500 mlの点滴を施行した。季節が初冬となり外出や家事などによる冷えが原因と考え、外来受診時に腹痛に対して大烏頭煎（烏頭1 g相当）10 mlを服用したところ腹痛が軽減したため、以後、頓服で用いた。大烏頭煎を服用すると30分くらいで腹痛は消失するとのことであった。冷えがあると考え、中建中湯加当帰に附子を加味し、附子は2 gから12 gまで漸増した。また真武湯の附子も2 gから10 gまで漸増した。その後、大烏頭煎を服用する回数も1回/週程度と少なくなり、下痢も普通便となった。X+1年2月中旬には何でも食べられるようになり、めまいと冷えが消失したために真武湯は中止した。また皮膚乾燥、両下腹部優位の腹直筋の緊張が改善したので、当帰を除いて、中建中湯の方意として大建中湯エキス15 gと小建中湯エキス15 gに変更し、大烏頭煎も中止した。4月13日に既知の大腸ポリープに対して入院の上、ポリペクトミーを施行した。大腸内視鏡は、癒着のため挿入は困難であった。症状が安定していたために、5月から7月まで2ヵ月間来院しなかったが、便秘を主訴に7月15日に受診した。腹痛はなく、便秘すると腹部全体が張り、腹直筋の緊張が全長に亘って認められたために、桂枝加芍薬大黃湯エキス7.5 gを処方した。体重は45 kgに増加した。その後、X+2年1月に下痢と便秘を繰り返すため、2度受診し桂枝加芍薬湯エキス6 gと大建中湯エキス15 gを3週間服用して軽快した。体重は46 kgに増加していた。3月に花粉症のため受診し、食後の腹部膨満感は軽度であると述べた。その後は、受診歴がない。本症例をまとめるに当たって、大腿ヘルニア術後の症状は、イレウス症状はあるが、排便・排ガスもあるため、非機械的イレウスであり、腸蠕動の亢進、高度の腹痛を伴うことから偽性腸閉塞と診断した。

考察

イレウスは腸管内容の通過が障害された状態と定義され、わが国ではイレウスと腸閉塞はほぼ同義語として用いられてきた。イレウスは、非機械的イレウスと機械的イレウスに大別される。前者は神経筋障害が原因で、麻痺性イレウスや力学的イレウスが発生する。一方、機械的イレウスの原因は、腸管外

病変（癒着バンド、内ヘルニア、外ヘルニア）、腸管の壁内病変（憩室炎、癌、限局性腸炎）、腸管内腔の閉塞（胆石嵌頓、腸重積）の3つに大別される¹⁾。本症例の1回目入院のイレウスは、左大腿ヘルニア嵌頓のための機械的イレウスであった。しかし大腿ヘルニア根治術後もイレウス症状（高度の腹痛、嘔吐、水様性下痢）が持続した。小腸主体の腸管拡張や小腸壁の浮腫・肥厚を認めるが、小腸造影や腹部CT検査では、閉塞機転や腫瘍など器質的な異常所見は認めず、非機械的イレウスと診断される。非機械的イレウスのうち、麻痺性イレウスでは腹痛は見られず、腹部膨満による不快感があると記載され¹⁾、本症例の陣痛のような腹痛は当てはまらない。また麻痺性イレウスは、腸蠕動音は低下することが多いが本症例は、亢進していた点も異なる。非機械的イレウスのうち、偽性腸閉塞症は器質的病変がないにもかかわらず、腸管内容の通過が障害されている症候群である。偽性腸閉塞症は小腸における障害が多いが、全消化管に及ぶこともあるとされる²⁾。石川は、急性偽性腸閉塞症は欧米では約800例の報告がある一方、わが国においては約40例の報告がみられるのみとし、大腸の急性偽性腸閉塞症に対して大建中湯が有効であった3例を報告した³⁾。偽性腸閉塞症は、しばしば機械的イレウスと類似する所見を呈し、不要な手術は避けなければならないとされる¹⁾。本症例も高度の腹痛が持続し、原因が特定できなかったために、試験開腹も検討されていた。本症例は、入院中には診断に至らなかったが、偽性腸閉塞症であったと考えられる。偽性腸閉塞症の原因は、大腿ヘルニアが整復不能となってから根治術まで1ヵ月もの時間がかかったことが原因と推測される。1回目と2回目退院後、3回目入院後の9月13日に腹痛が増強したのは、明らかに食事再開が増悪因子となっている。また腸管拡張自体によって引き起こされる腸管虚血がイレウスをさらに持続させると言われる¹⁾。本症例は、腹痛による食事摂取不良が長時間続き、低栄養・低アルブミン血症も腸管浮腫を増悪させたと考えた。退院後に生活様式が臥位から立位へ変化し、力学的に腸管膜が牽引されたことや安静から家事などの負荷も関与していると思われる。

偽性腸閉塞症への漢方薬内服治療の妥当性については、当科転科時（10月5日）は、偽性腸閉塞の発症を2回目入院の8月23日とすると約1ヵ月半経過

しており、急性期ではなく慢性期であったと考える。また排便・排ガスも認められ、漢方薬の経口投与で病態に悪影響を及ぼしているとは考えにくい。附子梗米湯開始後に、臭化ブチルスコポリミン注射の回数が増えたが、これは患者の苦痛を除くために、1日の使用制限を緩和したためで、腹痛は増強していない。

中建中湯は、大塚敬節の命名で、小建中湯合大建中湯である。大塚は、中建中湯は開腹手術をうけてから癒着が起これ、便秘、腹痛を主訴とするものによく効くと述べている⁴⁾⁵⁾。本症例は、高度の腹痛を認め、開腹手術ではないが、大腸内視鏡検査では、腸管の癒着を認めている。また矢数道明は、慢性胃腸炎の31歳の女性に中建中湯加減を用いている⁶⁾。矢数の症例は、強い腹痛が起きると1ヵ月症状が続く、栄養が衰え、顔色も蒼白で虚弱であり、顔貌は疲れきった苦悶状を呈し、下腹部の緊張と圧痛、腸の蠕動亢進が認められ⁶⁾、本症例と類似する点が多いと思われる。転科時に診察中でも頻回に生あくびが見られたのは、長期間絶食による気虚（ブドウ糖不足）の所見と思われた。生あくびは、中心静脈栄養開始後に高カロリー輸液が入ることで（ブドウ糖が高濃度で補給されたことで）消失したと考えた。しかし腹痛に関して高カロリー輸液の効果はなかった。本症例では、中建中湯を小建中湯ではなく、当帰建中湯として用いたが、それは腹直筋の緊張が下腹部優位⁷⁾で皮膚乾燥を認めたためである。当帰には、薬理効果として鎮痛鎮静作用、抗炎症などの作用があるとされ⁸⁾、強い腹痛を認めた本症例には、中建中湯に当帰を加味した。漢方治療のはじめに用いた附子梗米湯は、高度の腹痛に用いられる方剤であるが無効であり、本症例の腹痛に対する効果は当帰の作用によるところも考慮される。当帰には、補血作用があることから局所の循環障害に良い影響を与えた可能性もある。

大建中湯は、自覚的にも「蛇のごとく腸が動く」と言い、腹壁の腸管蠕動亢進の透見は、金匱要略にある「上衝皮起。出見有頭足」⁹⁾と言う条文に合致する所見と考えた。大建中湯単方の効果については、転科前の外科で大建中湯エキス15g/日が処方され、開始後3日目～6日目は腹痛が消失したが、食事再開後に再び腹痛が増悪したので、外科から無効と判断された。

中建中湯は、中心静脈栄養と開始が同日であり、絶食による腹痛消失の可能性については、中心静脈栄養の開始前から、1日のうちで水分もしくはゼリーを2、3口しか摂取できなかったこと、中心静脈栄養後も飲水可としていたため、絶食による腹痛消失とは考えにくい。中心静脈栄養による栄養状態の改善で小腸の浮腫が軽減し、腹痛が消失した可能性については、中心静脈栄養開始後4日で腹痛が改善しているため中心静脈栄養の効果としては早すぎ、退院前の10月25日の血液検査では依然として低アルブミン血症があるために考えにくい。

早期退院し、社会復帰したいと考えている患者にとって入院理由となった疾病の治療が終了したにも関わらず、何らかの理由で退院が延長されることは肉体的にも精神的にも負担となる。退院を阻害する症状が西洋薬で解決できず入院期間が想定されるよりも延長した症例において、漢方治療により退院可能となった症例を並木らが報告している¹⁰⁾。また、並木は、「漢方治療は外来治療が多いが、漢方診療科以外の入院患者での漢方治療の役割のひとつとして、術後患者に対する治療効果があり、その結果、早期退院、社会復帰を促すことになる。他部門との協力関係は漢方治療のさらなる可能性を広げることであり、漢方の治療効果に科学的検討を加えることでさらに認知されるよう努力する必要がある。漢方治療の導入と普及が一般病院でも必要である。」と述べている¹⁰⁾。本症例も高度の腹痛が遷延し、外科医は試験的開腹術を検討していたが、漢方治療で軽快したため、侵襲的な外科手術を免れ、退院が可能となった。総合病院において、漢方診療科以外の入院患者に漢方治療が貢献した一例と思われた。

本論文の要旨は第21回漢方治療研究会（2011年9月、千葉）において発表した。

附記 本報告で使用した漢方方剤の構成生薬（1日量：単位はグラム）、調整方法、服用方法および集散地は次の通りである。

中建中湯加当帰：桂皮4.5g、芍薬9g、人参3g、山椒2g、炙甘草3g、乾姜4g、大棗4.5g、膠飴20g、当帰4g。上記の膠飴以外の生薬を600mlの水に入れ、40分間煎じて300mlとし滓を去り、砕いた膠飴を入れて溶解させたものを1日3回に分けて食間（10

時15時20時)に100 ml ずつ温服させた。

真武湯：茯苓6 g, 芍薬6 g, 白朮4 g, 生姜1.5 g, 附子1→2 g まで漸増。上記の生薬を400 ml の水に入れ, 40分間煎じて100 ml として滓を去り, 1日3回に分けて毎食30分前に温服させた。

大烏頭煎：(烏頭6.0 g, 蜂蜜60 g), 水160 ml に烏頭を入れ電気コンロで600 W の熱力で沸騰させた後に, 300W として45分間煎じて濾す。これに蜂蜜60 g と水を加えて計130 ml とし, 300 W で45分煎じて60 ml とした。疼痛時に約10 ml (烏頭1.0 g 相当)を用いた。

主な生薬の集散地：桂皮 (ベトナム), 芍薬 (中国安徽省), 人參 (中国吉林省), 山椒 (日本和歌山), 炙甘草 (中国甘肅省), 乾姜 (中国雲南省), 大棗 (中国河南省), 膠飴 (日本), 当帰 (中国浙江省・四川省), 茯苓 (中国朝鮮自治区), 白朮 (中国黒竜江省), 蜂蜜 (中国安徽省), 烏頭 (日本群馬), 生姜 (中国雲南省), 附子 (中国四川省)。

エキス剤のメーカーは, 桂枝加芍薬湯は東洋薬行社, 大建中湯, 小建中湯, 桂枝加芍薬大黃湯はツムラ社である。

本論文に関連し, 開示すべき利益相反 (COI) 状態にある企業・組織や団体

矢野博美, 田原英一：講演料等 (株式会社ツムラ)

文献

- 1) 福井次矢, 黒川清日本語版監修. ハリソン内科学. 第2版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京 2006. 1856-1858.
- 2) 沖永功太. 別冊・医学のあゆみ消化器疾患 state of arts I. 消化管 (食道・胃・腸) Ver.3. 第1版, 医歯薬出版株式会社, 東京 2006. 729-733.
- 3) 石川義典. 急性偽性腸閉塞に対し大建中湯が有効であった3例. Prog. Med 2005; 25: 3060-3061.
- 4) 大塚敬節. 大黃剤を禁忌とする常習便秘に中建中湯を用いた経験. 日東洋医学会誌 1967; 17: 139-140.
- 5) 大塚敬節. 修琴堂雑誌 (三) 開腹術後遺症に中建中湯. 漢方の臨床 1967; 14: 820-822.
- 6) 矢数道明. 温知堂経験録ー桂枝加芍薬湯治験五例ー (69)慢性胃腸炎に中建中湯加減. 漢方の臨床 1965; 12: 572-573.
- 7) 三瀧忠道. はじめての漢方診療十五話. 第1版, 医学書院, 東京 2005. 191-192.
- 8) 田中重雄, 鹿野美弘, 田端守, 他. 当帰 (Angelica acutiloba KITAGAWA) エキスのマウスに於ける Writhing および毛細血管透過性におよぼす影響について (鎮痛および抗炎症作用). 薬誌 1973; 91: 1098-1104.
- 9) 大塚敬節主講. 金匱要略講話. 創元社, 大阪 1979. 227-232.
- 10) 並木隆雄, 関矢信康, 笠原裕司, 他. 早期退院に対する漢方治療の寄与ー外科治療後の合併症のため退院が遷延した症例に漢方薬が奏効した3例. 漢方の臨床 2009; 56: 1849-1858.