大陷胸丸の使用経験

長坂 和彦^a 引網 宏彰^a 名取 通夫^a
土佐 寛順^b 寺澤 捷年^c

a 諏訪中央病院東洋医学センター, 長野, 〒391-8503 茅野市玉川4300

b 土佐クリニック, 埼玉, 〒336-0920 さいたま市井沼方東谷139

c 富山医科薬科大学医学部和漢診療学講座, 富山, 〒931-0194 富山市杉谷2630

Clinical Experience of Dai-kankyo-gan

Kazuhiko NAGASAKA^a Hiroaki HIKIAMI^a Michio NATORI^a
Hiroyori TOSA^b Katsutoshi TERASAWA^c

a Center of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Suwa Central Hospital, 4300 Tamagawa Chino-shi, Nagano 391-8503, Japan

b Tosa clinic, 139, Higashiya Inumakata Saitama-shi, Saitama 336-0921, Japan

c Department of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University, 2630 Sugitani, Toyama 930-0194, Japan

Abstract

Dai-kankyo-gan has traditionally been used for great resistance for tenderness upon pressure in the epigastric region (Shinkahiko) and rigidity of nape (Kohai-kyo). We treated two cases with Dai-kankyo-gan for years.

Case 1 was a 75-year-old male patient. He had been experiencing shortness of breath after slight exertion since 1986, and had been treated with theophylline, bronchodilator, and expectorants, as well as prednisolone for emphysema and pneumoconiosis. After receiving Dai-kankyo-gan, the patients Kohai-kyo and dyspnea improved and he was able to stop taking prednisolone. It is well known that Dai-kankyo-gan makes Shinkahiko and Kohai-kyo better. In this case, it improved throat discomfort as well.

Case 2 was a 56-year-old female patient who had been suffering from stiff shoulders and headaches. After receiving Dai-kankyo-gan, Kohai-kyo improved and the thick coating on the tongue was normalized.

Shinkahiko, which depends on stasis of body fluid, is usually normalized with the improvement of subjective symptoms. But in these cases, it was not cured.

Key words : Dai-kankyo-gan, Kekkyo, Shinkahiko, Kohai-kyo

要旨

今回我々は、強度の「心下痞鞭」、「項背強」と便秘を認めた二症例に、大陷胸丸を長期間連用する機会を得た。症例1は75歳・男性。1986年から、軽い労作でも息が切れるようになり、肺気腫・塵肺と診断された。労作時の呼吸困難が著しく、テオフィリン除放製剤、気管支拡張剤、去痰剤、ステロイドの服用でも症状が改善しないため受診した。大陷胸丸を服用後は、項背の強ばりや安静時の呼吸困難は改善し、ステロイドも中止することができた。大陷胸丸は項背の強ばりと心下痞鞭を治すことが有名であるが、本例では咽喉部の不快感も消失した。症例2は、56歳・女性。1980年頃から肩こりが強くなり、90年から頭痛を伴うようになり受診した。大陷胸丸を投与したところ、頭痛と項背の強ばりが改善し、厚い黄苔も消失した。水の停滞のために心下痞鞭を来す場合は、自覚症状の改善とともに心下痞鞭が軽快することが多い。しかし、今回の2症例では、心下痞鞭は改善しなかった。

キーワード: 大陷胸丸, 結胸, 心下痞鞭, 項背強

緒言

『傷寒論』¹⁾収載の大陷胸湯条と大陷胸丸条のキーワードに、「項背強」、「石鞭」、「結胸」がある。しかし、脚気 of 患者を診ることがない現在では、結胸を診療する機会は少ない。

今回我々は、強度の「心下痞鞭」と「項背強」を認めた二症例に、大陷胸丸を長期間連用する機会を得たので、症例を呈示するとともに、二症例から得られた「結胸」という病態について、若干の考察を加え報告する。

症例呈示

症例1 75歳, 男性

主 訴: 呼吸困難, 喘鳴, 便秘。

既往歴: 肺結核で入院 (20歳), 蜂に刺され呼吸困難の後, 意識レベルが低下して入院 (46歳), 腰椎圧迫骨折 (50歳), 左大腿骨骨折 (53歳), 胃潰瘍の穿孔で手術 (70歳)。

家族歴: 特記すべきこと無し。

職業歴: 解体業。

現病歴: 1975年 (50歳) から喘鳴や喀痰が出るようになり, 重労働ができなくなった。86年からは, 軽い労作でも息が切れるようになり, 医療機関を受診し, 肺気腫・塵肺と診断され, 以後投薬を受ける。

94年から在宅酸素療法 (1リットル/分) が開始され, 95年からはこれまで服用していた, テオフィリン除放製剤, 気管支拡張剤, 去痰剤のほかに, 新たにステロイドを内服するようになった。

98年12月に転倒し, 胸腰椎圧迫骨折の診断で当院に入院し, 呼吸器症状に対し翌2月当科を受診した。

現症

身長146.0cm, 体重55.0kg, 血圧124/80mmHg, 脈拍96/分・整, 眼球・眼瞼結膜に貧血・黄染を認めない。背部で水泡音を聴取する。肝脾腎は触知せず, 浮腫はない。パチ状指は認めない。喫煙は90年まで, 1日60本を38年間。

自覚症状: 呼吸困難時は, 起座になると楽になる。呼吸困難時に咽喉部の不快感を自覚することがある。5メートル歩くと息が切れる。黄色い痰が出る。

他覚症状: 10メートル歩くと喘鳴が聞かれる。

脈候: 沈実。

舌候: 紅色で腫大し, 中等度の白苔で覆われている。

腹候: やや充実している。両側の腹直筋は緊張し, 強度の心下痞鞭と胸脇苦満を認める。

検査所見

胸部レントゲン: CTRは43.3%で心肥大は認めない。胸水なし。

血液検査 (表1) ・心電図・心エコー: 異常なし。

MRI: 胸腰椎の圧迫骨折とL₅/S₁前方すべり症。

経過

本例は95年9月に当科を受診し, 増損木防已湯が処方され, 以後内科で同方が継続されていた。99年2月には, 増損木防已湯証より実証であると考え,

木防已去石膏加茯苓芒硝湯加大黄に転方した。これにより, 自覚症状はわずかに改善したが, 痰の量は変わらないため, 清肺湯エキスを併用した。清肺湯エキス服用40日目には, 痰は減少し自覚症状も改善してきた。しかし, 頑固な項背の強ばりは続き, 心窩部の不快感も強いので, 主方を大陷胸丸に変更した。

大陷胸丸に転方後は, 項背の強ばりや安静時の呼吸困難は改善した。現在, ステロイドの服用は中止でき, 経皮的動脈血酸素分圧 (SpO₂) は入院前の93%から98%まで回復した。また, 肺活量や一秒率も改善した (図1)。

体重は大陷胸丸服用1年後に5kg減少した。しかし, その後の体重減少はない。

症例2 56歳, 女性

主 訴: 頭痛, 肩こり, 便秘, 腹満, 坐骨神経痛。

既往歴: 真珠腫で手術 (16歳), 子宮筋腫で手術 (39歳), 肺炎 (46歳), 交通事故で左大腿骨骨折 (52歳)。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 1980年 (36歳) 頃から肩こりが強くなり, 90年から頭痛を伴うようになった。このほか便秘もあり, 96年8月当科を受診した。

検査所見

血液生化学検査 (表2): 高脂血症。

身体所見

自覚症状: 頭が痛い。後頸部と肩がこる。

他覚症状: 眼輪部のくまやシミが目立つ。

脈候: 虚実・浮沈中間。

舌候: 正常紅で腫大・歯痕を認め, 舌は厚い黄苔で覆われている。

腹候: 腹力中間。強度の心下痞鞭と臍上悸, 臍傍の圧痛を認める。

経過

当初は, 三黄瀉心湯を処方し, 頭痛は軽度であるが改善した。以後, 柴胡疎肝湯 (一貫堂) や大柴胡湯合桃核承気湯に転方したが, 便秘のみの改善にとどまった。97年5月より大陷胸丸に転方したところ, 項背の強ばりと肩こり, 頭痛が改善し, 厚い黄苔も消失した。

考察

大陷胸丸は『傷寒論』¹⁾に収載されている方剤である。しかし, その使用は稀で, 尾台榕堂²⁾と浅田宗

WBC	5800	/mm ³	T-p	6.3	g/dl
RBC	429	× 10 ⁴ /mm ³	Al	56.9	%
Hb	13.5	g/dl	α ₁	6.8	%
Ht	41.3	%	α ₂	9.4	%
MCV	96.3	fl	β	12.0	%
MCH	31.5	pg	γ	14.8	%
MCHC	32.7	%			
PLT	31.5	× 10 ⁴ /mm ³	Na	139	mg/dl
GOT	26	lu	K	4.1	mg/dl
GPT	17	lu	BUN	14.5	mg/dl
LDH	207	Wu	Cr	0.69	mg/dl
ALP	270	lu	UA	6.1	mg/dl
CHE	0.96	△Ph	FBS	95	mg/dl
T-cho	182	mg/dl	CRP	1.2	mg/dl

WBC	6300	/mm ³	T-p	7.9	g/dl
RBC	484	× 10 ⁴ /mm ³	Al	65.8	%
Hb	13.2	g/dl	α ₁	2.0	%
Ht	40.5	%	α ₂	9.2	%
MCV	83.7	fl	β	8.8	%
MCH	27.3	pg	γ	14.1	%
MCHC	32.6	%	CHE	0.96	△Ph
PLT	25.9	× 10 ⁴ /mm ³	T-cho	250	mg/dl
GOT	22	lu	HDL	43	mg/dl
GPT	22	lu	TG	260	mg/dl
LDH	358	Wu	Na	141	mg/dl
CPK	103	lu	K	4.6	mg/dl
ALP	5.3	KAu	BUN	22.6	mg/dl
T-Bil	1.07	mg/dl	Cr	0.79	mg/dl
CRP	0.1	mg/dl	UA	4.1	gm/dl
ESR	13	mm	FBS	104	mg/dl

図2 大陷胸丸の腹候図

「結胸の毒」は①や②の方向だけでなく、③を含む全ての方向に影響を及ぼしうる。図は『腹証奇覧翼』⁵⁾大陷胸丸図より抜粋した。

伯³⁾以外の報告は少ない。また、報告例のほとんどは兼用例であり、主方として長期間使用したのは、藤平健の報告をみるのみである⁴⁾。藤平は、「大陷胸丸は虚実中間証まで投与でき、長期の連用も可能である」と述べている⁴⁾。

今回我々は、大陷胸丸を1年以上にわたり投与し、著効を得た2症例を経験した。この2例は、広範でかつ強度の心下痞鞭と項背の強ばりを呈していた。大陷胸湯の腹候は石硬とされていることから、大陷胸丸証にも相当の心下の痞鞭があることが推測される。今回は、「結胸」という病態は考慮せず、強度の心下痞鞭と項背の強ばり、便秘を目標に大陷胸丸を投与した。

大陷胸丸は『腹証奇覧翼』⁵⁾に、「柔瘕は身体強ばり、几々たるをいう。几々は項背強ばるの貌、俗に猪頸をのぼし、或は反顧しがたきをいう。此れ、結胸の毒、項背におよぶを以て、亦項背強ばりて柔瘕の如くなるなり。」とあり、図2が記載されている。症例1は、咽喉部の不快感も大陷胸丸で改善した。

これより、和久田寅叔虎のいう「結胸の毒」は図2の①の方向だけでなく、②の方向に及ぶことがあり、この場合に咽喉部の不快感が起これらと考えられる。

『勿誤藥室方函口訣』⁶⁾にも、「胸背徹痛、昼夜苦楚忍ぶべからず」と、「胸」だけでなく「背」と記載されているように、胸背部の全ての部位で症状を来しうると考えてよいようである。

結胸とは、「胸腔内で熱邪と水邪が結聚して、発病する病態」と藤平は述べている⁷⁾。症例1は、尿量が多い日は自覚症状がよいことから、水の停滞が悪化要因と考えられた。しかし、代表的な利尿剤である増損木防已湯や木防已去石膏加茯苓芒硝湯は無効であった。そこで、利尿作用とともに抗炎症作用を合わせ持つ大陷胸丸を投与したところ、痰が減少し呼吸状態が改善した。本例は、大陷胸丸服用後1年間で体重が5 kg 減少した。これは、大陷胸丸の利尿作用がその一因と考えられるが、75歳という高齢者に、実証の薬剤を長期間連用したことが原因の可能性も否定できない。しかし、その後体重は減少せず、経過も良好であることから、現在も継続している。

『橘窓書影』³⁾や『建珠録』⁸⁾では、柴胡剤を主方にして大陷胸丸を兼用していることが多い。これは、胸脇苦満と心下痞鞭の両方に対処するためと思われる。広範な心下の痞鞭がある場合は、圧痛が季肋部にも及び、胸脇苦満様の所見を呈することがある。我々はこれを「疑似胸脇苦満」と称し、薬方に質して胸脇苦満であるか否かを判断している。

症例2は胸脇部より心下の圧痛が強く、かつ大柴胡湯が無効で大陷胸湯が有効であることから疑似胸脇苦満と判断した。本例は明かな水の異常は認めなかったが、項背の強ばりと強度の心下痞鞭を目標に大陷胸丸を投与し著効を得た。

通常、自覚症状が改善すると、心下痞鞭は軽快することが多い。しかし、今回の2症例では心下痞鞭は改善しなかった。また、大陷胸丸を服用すると高頻度で嘔気や嘔吐をもよおすといわれているが、当科で経験した5症例では、嘔気と嘔吐は認めなかった。

結論

1. 大陷胸丸は項背の強ばりと心下痞鞭を目標に投与してよい。

2. 大陷胸丸は長期に連用することができる。

図3 大陷胸丸の作り方(文献12)から引用)

3. 大陷胸丸は熱邪に用いるとされているが、必ずしも熱邪でなくてよい。症例1は冬にズボン下を着用して、呼吸器症状は夏の方がよいことから、明らかな熱邪の存在は考えにくい。

当センターの大陷胸丸の作成法¹²⁾

各生薬を薬研で粉末にする。この時、大きな粒が混入しないように篩で越して(図3a)、各生薬を混合する(図3b)。蜂蜜は急激な温度の上昇を防ぐために(沸騰してこぼれることがある)、陶器の板を挿入して加熱する(図3c)。出来上がった蜂蜜と粉末を二重のビニール内で混合する(熱でビニールが破損することがあるので二重にする)。この時、蜂蜜が一様に分布するように入れる(図3d)。ビニールごとこねる(図3e)。こうすれば容器に付着する損失をなくせる(図3f)。出来上がり(図3g)。

用語の説明

『傷寒論』には大陷胸丸の腹候について記載がないため、本論文では、大陷胸丸の腹候を「心下痞鞭の程度が強く、範囲が広範なもの」とした。また、

心下痞鞭は「心窩部に自覚的に痞塞感を感じるばかりでなく、他覚的にも抵抗と圧痛があるもの¹⁰⁾」という意味で用いた。

心下痞鞭を確認するには、腹壁に対して心下を垂直方向に按压する。江部¹¹⁾は、心下から上方に按压することの重要性を述べている。福田佳弘によると、藤平も同様の診察をしていたという。

付記 大陷胸丸の構成生薬の分量・集散地

杏仁1.1g(新疆自治区)、大黃適宜(四川省)、芒硝1.3g(合成品)、甘遂0.2g(香港市場品)、葶藶子(安徽省)1.1g⁹⁾

謝辞 本研究は、厚生省長寿科学総合研究費によってなされたことを付記し感謝する。

参考文献

- 1) 大塚敬節：傷寒論解説. pp.298～306, 創元社, 大阪(1986)
- 2) 矢数道明・大塚敬節編：近世漢方医学書集成, 57:267～272, 名著出版, 東京(1988)
- 3) 安井廣迪編：近世漢方治験選集, 12:129～130,

- 153～154, 295～296, 名著出版, 東京 (1986)
- 4) 藤平 健: 漢方腹診講座, 121～125, 緑書房, 東京 (1994)
- 5) 矢数道明・大塚敬節解題: 腹証奇覧, 516～519, 医道の日本社, 横須賀 (1992)
- 6) 長谷川弥人: 勿誤藥室「方函」「口訣」釈義, 281～283, 創元社, 大阪 (1994)
- 7) 中村謙介編: 傷寒論演習, 290～294, 緑書房, 東京 (1997)
- 8) 安井廣迪編: 近世漢方治験選集, 6: 23～24, 名著出版, 東京 (1986)
- 9) 山田光胤・藤平健監修: 実用漢方処方集, 265, 薬業時報社, 東京 (1993)
- 10) 文献7) に同じ, 28～31
- 11) 江部洋一郎: 経方医学, 1, 70～74, 東洋学術出版社, 市川 (1997)
- 12) 長坂和彦: 続これであなとも漢方通, 216～218, 医歯薬出版, 東京 (2002)