

薬物療法としてはしびれ症状の緩和のためにビタミンB製剤（B₆、B₁₂製剤）やCa、Mgの併用投与が有効な症例も報告されており²⁾、神経性の痛みに対しアミトリプチリンをはじめとする三環系抗うつ薬やカルバマゼピンなどの抗けいれん薬、非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）やステロイドなどを用い、疼痛が強い場合はモルヒネなどの麻薬性鎮痛薬を使用するなどの対症療法が中心となっている。

漢方治療の適応とエビデンス

末梢神経障害の症状に対する薬物治療として以上のような西洋薬に併用し、漢方薬の牛車腎気丸の有効性も数多く報告されている。

乳がんにおけるパクリタキセルの末梢神経障害に対して牛車腎気丸のエキス製剤（ツムラTJ-107）を使用すると80%以上の例でしびれ、疼痛など何らかの症状が緩和したという報告³⁾や、卵巣がんや子宮体がんに対してパクリタキセルとカルボプラチン併用治療にみられた末梢神経障害に対しても、牛車腎気丸により自覚症状改善効果が認められたと報告がある⁵⁾。

また、大腸がんの代表的な化学療法であるFOLFOX（folinic acid, fluorouracil, oxaliplatin）は、その中心となるオキサリプラチンに特有の副作用として末梢神経障害があり、治療を継続するにつれて使用されたオキサリプラチン投与量に応じ、手足のしびれや冷感などの症状が高頻度にみられる。軽症であれば治療を継続できるが、重症の場合には薬剤減量、中止となるケースも存在する。これに対し、牛車腎気丸が症状を軽減できるという研究結果が報告された⁶⁾。

この研究では進行・再発大腸がん患者においてオキサリプラチンに関連した末梢神経障害に対する牛車腎気丸の効果を検証するため、2005年8月～2008年1月にFOLFOX4また

はmFOXFOX6を施行された進行・再発大腸がん患者90名を対象とした。そして、使用した補助療法により、A群（11名）：補助療法としてFOLFOX施行期間中牛車腎気丸を7.5 g/day（分2または3）を投与、B群（14名）：補助療法としてFOLFOX施行期間の前後1日ずつにCa/Mg製剤を点滴投与、C群（21名）：補助療法として牛車腎気丸とCa/Mg製剤の両方投与（投与法は上記と同じ）、D群（44名）：補助療法は行わない、の4群に分け、レトロスペクティブ（後向き）に比較・検討した。

解析項目として、オキサリプラチンの累積投与量が500 mg/m²を超えた時点の末梢神経障害発生率、期間全体における末梢神経障害発生率とその程度、50%の患者が末梢神経障害を発生したオキサリプラチンの累積投与量（TD50）、治療成功期間、投与できたオキサリプラチンの総用量・平均値・中央値を評価した結果、4群間では人数にばらつきがあったが患者背景には差は認められなかった。

結果は治療期間全体を通じて投与できたオキサリプラチンの総用量・平均値・中央値は、いずれもA群（牛車腎気丸投与群）で最も多かった。オキサリプラチンの累積用量が500 mg/m²を超えた時点の末梢神経障害発生率は、A群50.0%、B群100%、C群78.9%、D群91.7%で、A群で最も少なく、D群との間に有意差があった（ $p=0.002$ ）。全体の末梢神経障害発生率もA群で最も少なく、D群との差は有意であった（ $p<0.001$ ）。TD50は、A群765 mg/m²、B群255 mg/m²、C群340 mg/m²、D群255 mg/m²であり、末梢神経障害が発生するまでに最も多くの量を投与できていたのはA群だった。治療成功期間は牛車腎気丸を用いたA群とC群で、用いなかった群に比べて約2か月間長く（A群177日、B群122日、C群183日、D群127日）、末梢神経障害による治療中断率も低かった（A群0%、B群42.9%、C群19.0%、D群22.7%）。

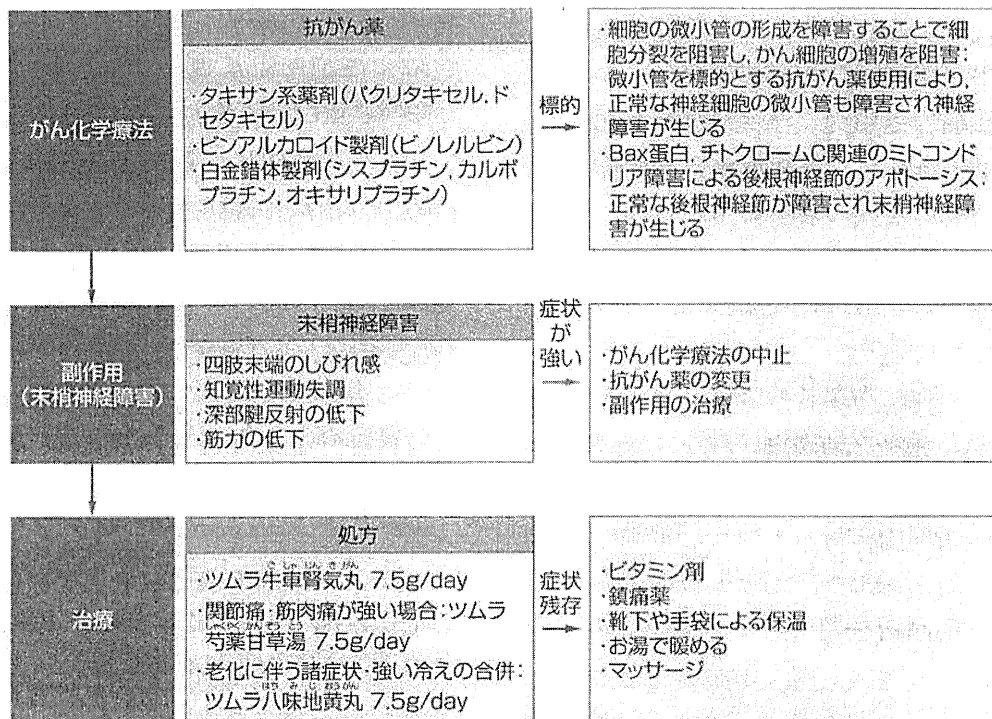
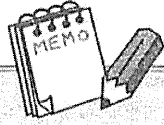


図1 がん化学療法による末梢神経障害の対策と牛車腎気丸の使用

表3 処方例

a) ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (2.5 g/包)	7.5 g 分3 食前	
b) ビタミンB製剤 (B ₆ , B ₁₂)		
c) グルコン酸Ca/硝酸Mg		

なお, A群では骨髄抑制による中断率18.2%と他の3群よりも高かったが(0~7.1%), 全体での治療継続率は最も高かった。この有害事象の原因は牛車腎気丸ではなく, オキサリプラチンおよび5-FU®の総投与量が他の群よりも多いためと考えられた。

現在, さらに有用性を証明するため国内46施設でオキサリプラチンの末梢神経障害に牛車腎気丸の効果を検証する二重盲検第三相試験が行われている。

牛車腎気丸のビューポイント(図1, 表3)

牛車腎気丸は地黄・山茱萸・山薬・沢瀉・牡丹皮・茯苓・附子・桂皮・牛膝・車前子の10種類の生薬を組み合わせられており,

地黄・山茱萸・山薬・沢瀉・牡丹皮・茯苓の六つは六味丸という処方である。六味丸は加齢変化に伴う疲労感, 頻尿, 口渴などの諸症状の改善に使用され, 六味丸に附子・桂皮を加えたものが八味地黄丸となる。附子と桂皮はともに血液の循環を促進し, 体を温めるとされる。附子には鎮痛作用やしびれを改善する効果があり, したがって八味地黄丸は加齢に伴う諸症状に加えて冷えが強い場合に使用されることが多い。

八味地黄丸に牛膝と車前子を加えた処方が牛車腎気丸であり, 牛膝は特に下肢の血液循環を改善し, 車前子は利尿作用によってむくみに効果があるとされ, 牛車腎気丸は八味地黄丸の効能に加えてむくみ, しびれ, 関節痛

に対する効果が強化されている処方である。つまり、牛車腎気丸は血液循環をよくし、体を温めて鎮痛作用やむくみを軽減する効果のある漢方薬であり、通常腰痛や関節痛が強く、浮腫傾向が目立つ場合に用いられ、坐骨神経痛や糖尿病性神経障害など末梢血行障害の関与が疑われるものに頻用され、その有効性が示されている⁷⁾。

また、この他に芍薬甘草湯はこむらがえりや生理痛など様々な筋肉痛に対して使用される漢方薬であるが、パクリタキセルなどによる関節痛や筋肉痛に対して芍薬甘草湯の有効性を示す報告もあり⁸⁾、抗がん薬による末梢神経障害や筋肉痛を完全に抑えることは困難であっても、ビタミン剤や鎮痛薬等の治療に加えて牛車腎気丸や芍薬甘草湯などの漢方薬を併用することにより自覚症状の改善効果が

高まることが期待できる。

おわりに

がん化学療法による末梢神経障害に対する根本的な治療は確立されていないが、症状が発生した際には早期に発見・把握し、症状が進まないよう適切に対応する必要がある。症状を緩和する可能性のある薬物療法やセルフケアの方法があることを患者に知らせ、回復には時間がかかることをきちんと説明し、患者が障害とうまく付き合えるように援助していくことが大事である。

また、今後抗がん薬による神経毒性に関する研究が進んでいくにつれて、今回紹介した牛車腎気丸の有効性の証明や、より有効な副作用緩和治療の発見が望まれる。

- 文献 1) 河野 豊, 他: 薬物による神経障害: 3 末梢神経障害の機序. 日本内科学会雑誌 96 (8): 19-24, 2007
- 2) 榎原隆志, 他: FOLFOX療法による末梢神経障害に対する予防策の多施設実態調査—愛知県病院薬剤師会オンコロジー研究会第4分科会の取り組み—. 癌と化学療法 36 (8): 1315-1320, 2009
- 3) 下屋浩一郎, 他: パクリタキセル投与に伴う末梢神経障害に牛車腎気丸が著効した1例. 漢方診療 18 (3): 61, 1999
- 4) 高島 勉: 乳癌におけるパクリタキセルの末梢神経障害への牛車腎気丸の応用. 癌の臨床 51 (1): 58-59, 2005
- 5) 田畑 務: 婦人科悪性疾患におけるパクリタキセルの末梢神経障害への牛車腎気丸の応用. 癌の臨床 51 (1): 60, 2005
- 6) Kono T, et al.: Efficacy of gosityajinkigan for peripheral neurotoxicity of oxaliplatin in patients with advances or recurrent colorectal cancer. eCAM December 1, 2009 (オンライン版)
- 7) 伊東康子, 他: 糖尿病性神経障害に対するツムラ牛車腎気丸多施設臨床試験成績. 臨床と研究 68 (7): 294, 1991
- 8) 藤井和之: 上皮性卵巣癌に対するPaclitaxel併用化学療法の末梢神経障害に対しての芍薬甘草湯の効果. 癌と化学療法 31 (10): 1537-1540, 2004

著者連絡先 (〒920-0293) 石川県河北郡内灘町大学1-1 金沢医科大学総合内科学 守屋純二

消化器の臨床

Clinics in Gastroenterology

別 刷

● Vol.14 No.3 2011 (2011年6・7月号) ●

ヴァン メディカル

特集・漢方による消化器疾患治療のポイント —日常臨床でどう使いこなすか—

漢方による消化器疾患治療のポイント

肝胆膵疾患

山川淳一*・守屋純二*・元雄良治**

Summary

漢方治療では小柴胡湯の副作用は覚えておきたい。小柴胡湯は1990年代前半までに慢性肝炎に漫然と使用され、間質性肺炎の死亡例が報告された。インターフェロン (IFN) との併用禁忌、肝硬変・肝癌あるいは肝機能障害で血小板数が $10\text{万}/\text{mm}^3$ 以下の患者に禁忌となった。小柴胡湯は、体力・病期をよく考慮すれば有用な薬剤である。また、肝硬変に伴う随伴症状に対して漢方治療が有効であり記載した。慢性膵炎に対する柴胡桂枝湯の効果に関しては、抗炎症・抗アポトーシス・抗線維化・抗酸化などの作用機序が分子レベルで解明されている。

Key Words

小柴胡湯／間質性肺炎／慢性肝炎／慢性膵炎／柴胡桂枝湯

はじめに

1. インターフェロン (IFN)- α と小柴胡湯の併用により副作用が生じた時代背景

小柴胡湯による間質性肺炎死亡例は、漢方薬には副作用はないという印象で使用していた医師に衝撃を与えた。この「小柴胡湯事件」は、全国紙の1面にも掲載されたが、小柴胡湯は約100万人の日本人に投与されたとも言われている。医療用漢方製剤（健康保険適用薬）のほとんどが肝炎に使用できるにもかかわらず、小柴胡湯だけが使われたことを考える必要がある。体質・症状などを考慮せず、

「慢性肝炎には小柴胡湯」という「病名漢方」的な使い方の結果である。これをきっかけに小柴胡湯は IFN との併用による間質性肺炎発症のリスク増大が報道され、漢方医以外には頻用される薬剤ではなくなってしまった。このような背景があるにもかかわらず、現在、8割以上の医師が日常の診療に漢方薬を用いているものの、漢方医学の考え方に基づいて処方されているとは言いがたい状態にある¹⁾。

2. 肝胆膵疾患に有効な漢方治療

肝胆膵疾患に有効な漢方治療に関するエビデンスが集積されつつある。この領域では、悪性腫瘍を除けば、慢性肝炎・慢性膵炎である。以下、この2つの疾患に用いられる柴胡

* 金沢医科大学総合内科学 講師

** 金沢医科大学腫瘍内科学 教授

剤と補剤を中心に記載する。

慢性肝炎

1. 抗ウイルス療法

IFNはC型肝炎ウイルス(HCV)を排除できる唯一の薬剤であったが、2004年12月からはペグ・インターフェロン(PEG-IFN)とリバビリン(RBV)の併用も可能となり、抗ウイルス効果が高まった。難治例とされるHCV serotype 1型・高ウイルス量の患者でもPEG-IFN・RBV併用療法で約5割の患者においてウイルスが除去できるようになった²⁾。しかし、IFNは治療効果も高いが、副作用も多く、治療を中断しなければならない症例もある。そこで、漢方薬によって軽減可能な2つの症状(副作用)を説明する。

1) インフルエンザ様症状

インフルエンザ様症状はIFN本来の作用でどの製剤でも出現する。多くは注射後、38℃以上の発熱と悪寒・戦慄を伴う。発熱は注射を続けると徐々に認めなくなる。頭痛や関節痛、倦怠感の症状を伴うこともある。

インフルエンザ様症状に麻黄湯

C型肝炎のIFN治療によるインフルエンザ様症状に麻黄湯を併用したところ劇的に症状が緩和され、構成生薬の麻黄(Ephedrac Herba)がIL-6やIL-1 receptor antagonistを増加させ、症状を緩和するとの報告³⁾がある。

2) 血球減少

白血球減少と血小板減少はIFN投与により高頻度にみられ、特に注意を要する副作用である。通常IFN投与後1ヵ月頃までに最も低値となり、やや改善していく場合もある。

通常型のIFNよりPEG-IFNの方が血球減少の副作用が強く出る。血球減少によりIFNを減量しなければならない場合もあり、PEG-IFNの場合減量基準が決められている。IFNばかりでなくRBVにも副作用があり、RBVを内服すると、多くの症例で貧血が起こる。RBVが赤血球内部に蓄積し、赤血球膜の脆弱化と溶血性貧血を誘発するからである。

リバビリンによる貧血に対する漢方治療

筆者ら⁴⁾は、IFN+RBV療法による貧血に対する人參養榮湯の軽減効果をランダム化比較試験(RCT)にて検証した。人參養榮湯の抗酸化作用による赤血球膜保護作用と、それによる溶血性貧血防止の意義を検討した。C型肝炎患者23例を人參養榮湯投与群と非投与群に無作為割付した。その結果、抗ウイルス効果には有意差はないが、有意な貧血軽減効果を認めた。人參養榮湯の併用はその貧血軽減効果からC型肝炎のIFN+RBV療法における有用な補助療法として報告している。また、Shoら⁵⁾は貧血に対して十全大補湯の併用を推奨している。十全大補湯には骨髓の造血幹細胞の分画(増殖)を促進させるという報告があり、IFN+RBV療法時の結果ではあるが、Hbの低下を軽減し、減量または中止症例を減らす可能性を報告している。

2. 肝庇護療法

肝炎の活動性を抑えるために、内服薬であるウルソデオキシコール酸(UDCA)、十全大補湯・小柴胡湯などの漢方薬、注射薬である強力ネオミノファーゲンシー[®](SNMC)などが用いられている。多羅尾ら⁶⁾は、IFN療法で治療が完結しないC型肝炎患者のうち、十全大補湯の適応となり、しかも従来のSNMC、UDCAさらには両者の併用療法でもALT平均値が原則として80単位未満に下降

しない67症例を対象として、十全大補湯がALTを有意に低下させることを報告している。

慢性肝炎に対する小柴胡湯の薬理作用は、肝細胞のDNAの障害を引き起こす8-OHdGの産生抑制作用⁷⁾や肝線維化抑制作用⁸⁾を含め多岐にわたる。関塚ら⁹⁾は、小柴胡湯投与開始時より線維化マーカーを3年間の長期にわたり定期的に追跡できたC型慢性肝炎患者93例に関して、その有用性を検討している。慢性活動性肝炎(CAH)、慢性持続性肝炎(CPH)ともに小柴胡湯投与によりALT値の低下を認め、CAHでは40%強の症例で線維化マーカーが正常化し、CPHではPⅢPが69%、7Sコラーゲンが92%で正常化した。山内¹⁰⁾は、HBe抗原陽性B型慢性肝炎患者14例に対し、小柴胡湯単独もしくは桂枝茯苓丸を加えて長期間投与したところ、10例(71.4%)にe抗原の陰性化(SN)、そのうち3例でe抗体へのセロコンバージョン(SC)を認めた。SNやSCに伴って、全例でトランスアミナーゼ値は正常化し、 γ -グロブリン値なども徐々に正常化する例が多かった。

肝硬変

1. 肝硬変に伴うこむら返りに牛車腎気丸

こむら返りは、運動後、糖尿病、甲状腺疾患、電解質異常、肝硬変などさまざまな原因で起こる。肝硬変では23~88%の頻度で認められ、ダントロレンナトリウム、エペリゾンなどの効果が報告されているが、これらの副作用を考えると肝硬変では使いにくい。漢方製剤では、芍薬甘草湯の効果はRCTによって証明されているが、偽アルドステロン症などの副作用を生じやすくなる。筆者ら¹¹⁾は12

例の肝硬変患者(男性5例、女性7例、50~73歳、平均65.1歳、代償期8例、非代償期4例)について検討した。成因はC型9例、B型・アルコール性・自己免疫性各1例で、牛車腎気丸を最低2週間経口投与した。結果として、こむら返りは12例中8例で1週間以内に消失した。症状消失までの期間は平均10.5日であり、副作用としては1例でのみ腹部不快感が自覚されたが、中止するほどではなかった。

2. 肝硬変に伴う女性化乳房痛に葛根湯

肝硬変に伴う女性化乳房はスピロラクトン、ケトコナゾールなどでも誘発される。疼痛・圧痛・患者の要望があれば治療の対象になる。テストステロン、タモキシフェンなどの有効性が報告されているが、種々の副作用もみられる。非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)投与は胃粘膜障害が危惧され、有効で安全な治療法が望まれる。筆者ら¹²⁾は3例の肝硬変に伴う女性化乳房痛を対象に葛根湯を投与したところ、女性化乳房痛が全例で1週間以内に消失したことを報告している。

慢性膵炎

慢性膵炎の治療と漢方薬

筆者らは慢性膵炎の経口治療薬として保険適用になっている柴胡桂枝湯の作用機序が不明であったことから、分子生物学的アプローチを試みた^{13~19)}。自然発症慢性膵炎モデルであるWBN/Kobラットに6種類の漢方薬(柴胡桂枝湯・半夏瀉心湯・加味逍遙散・六君子湯・当帰湯・牛車腎気丸)を経口投与したところ、柴胡桂枝湯で非投与群に通常みられる12週齢での膵炎の発症が完全に抑制され、そ

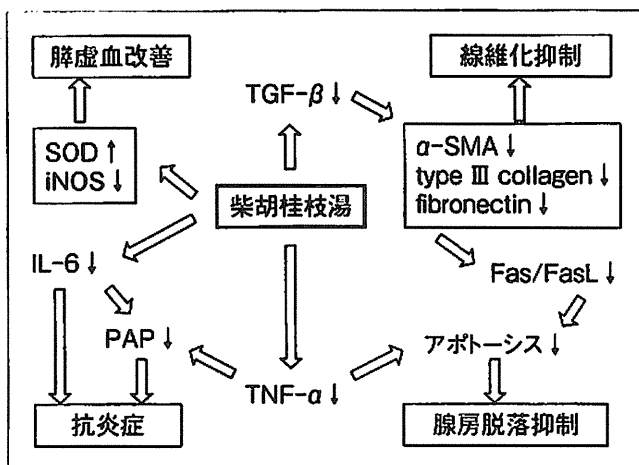


図1 柴胡桂枝湯の膵炎治療効果の分子機構

の後の膵線維化や腺房脱落も有意に抑制された。また、血清アミラーゼ値の上昇ならびに膵組織中の pancreatitis-associated protein (PAP) mRNA の発現が抑制された。さらに、PAP 以外にもサイトカイン (TNF- α , IL-6 など) やケモカインの発現抑制を見出したことから抗炎症作用が示唆された。アザン染色からみた膵線維化改善や TGF- β , α 平滑筋アクチン, III型コラーゲン, ファイブロネクチンなどの線維化関連因子の発現抑制により抗線維化作用を確認した。TUNEL 法や Fas, Fas リガンドなどのアポトーシス関連因子の発現抑制より膵腺房細胞に対する抗アポトーシス作用が示唆された。最後に superoxide dismutase (SOD) の発現増加と iNOS 発現抑制により抗酸化作用を確認した。以上より、柴胡桂枝湯は抗炎症・抗線維化・抗アポトーシス・抗酸化の4つの作用機序により慢性膵炎に有効であると考えられた (図1)。

肝胆膵疾患と柴胡剤の使い分け

小柴胡湯には7種類の生薬が配合されており、柴胡はサイコサポニンのステロイド様作用によって抗炎症作用を示す。小柴胡湯の属する柴胡剤について概説する。柴胡の配合さ

れたものは柴胡剤 (または和解剤) と言われ、少陽 (胸脇) にある病邪に用いられる。定義は構成生薬中の柴胡と黄芩の二味の方剤を柴胡剤と定義する。柴胡剤のなかから症状や体質を考慮し処方を選択する。柴胡剤で薬用されるのは小柴胡湯であるが、柴胡桂枝湯, 加味逍遙散, 補中益気湯の方がより便利で応用の広い処方である。小柴胡湯より病状が実した場合には腸管に便が滞ってくるので、胸脇苦満や往来寒熱, 嘔吐の症状とともに便秘・腹部膨満感がみられ大柴胡湯が用いられる。また、小柴胡湯から虚の方向へ進むと自汗・盗汗・疲労・食欲不振がみられるようになる。柴胡剤は肝の血液浄化作用・解毒作用を助けるので駆瘀血薬と併用することが多く、加味逍遙散はその代表処方になる。

おわりに

以上、肝胆膵疾患における漢方治療の実際とエビデンスとなるデータを示した。いま一度、抗ウイルス療法などの西洋医学的治療に漢方を併用することの意義を考えたい。漢方治療は症状や体質を重視し、「患者を診察しながら」処方を選択することを原則に使用するとよい。一般に炎症性疾患の初期から中期

にかけて柴胡剤が有効である。さらに進行し非代償期に入る病期で、すでに体力が損なわれていれば、補中益気湯・十全大補湯・人参養榮湯などの補剤を使い分ける。また、黄疸や浮腫に対しては茵陳五苓散・茵陳蒿湯などが有効である。このような処方群を知っていることは臨床医にとって多くの「持ち駒」を手に行っていることになる。

文 献

- 1) 山川淳一, 元雄良治: あの治療の現在の位置づけは? 【慢性肝炎】小柴胡湯. 治療 92: 2724-2729 (2010).
- 2) C型慢性肝炎難治症例に対するPEG-IFNおよびRIB併用療法における延長投与(72週投与)について. 肝炎治療戦略会議報告書(2008) p. 11-14.
- 3) Kainuma M, Hayashi J, Sakai S *et al*: The efficacy of herbal medicine (Kampo) in reducing the adverse effects of IFN-beta in chronic hepatitis C. Am J Chin Med 30: 355-367 (2002)
- 4) Motoo Y, Mouri H, Ohtsubo K *et al*: Herbal medicine ninjinyoeito ameliorates ribavirin-induced anemia in chronic hepatitis C: A randomized controlled trial. World J Gastroenterol 11: 4013-4017 (2005)
- 5) Sho Y, Fujisaki K, Sakashita H *et al*: Orally administered Kampo medicine, Juzen-taiho-to, ameliorates anemia during interferon plus ribavirin therapy in patients with chronic hepatitis C. J Gastroenterol 39: 1202-1204 (2004)
- 6) 多羅尾和郎, 坂本康成, 上野 誠ほか: C型慢性肝疾患(慢性肝炎・肝硬変症)難治例に対して十全大補湯は第3の肝庇護剤になりえるか. 日本東洋医学雑誌 61: 1-8 (2010)
- 7) Shiota G: Effects of Sho-Saiko-To on hepatocarcinogenesis and 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine formation. Hepatology 35: 1125-1133 (2002)
- 8) Kayano K, Sakaida I, Uchida K *et al*: Inhibitory effects of the herbal medicine Sho-saiko-to (TJ-9) on cell proliferation and procollagen gene expressions in cultured rat hepatic stellate cells. J Hepatol 29: 642-649 (1998)
- 9) 関塚永一, 大塩 力, 丸山勝也ほか: C型慢性肝炎における小柴胡湯長期投与時の各種線維化マーカーの検討. 診断と治療 83: 579-586 (1995)
- 10) 山内 浩: HBe抗原陽性B型慢性肝炎に対する漢方製剤長期投与の臨床的検討. Prog Med 13: 2873-2883 (1993)
- 11) Motoo Y, Taga H, Yamaguchi Y *et al*: Effect of niuche-shen-qi-wan on painful muscle cramps in patients with liver cirrhosis: a preliminary report. Am J Chin Med 25: 97-102 (1997)
- 12) Motoo Y, Taga H, Su SB *et al*: Effect of gegen-tang on painful gynecomastia in patients with liver cirrhosis: a brief report. Am J Chin Med 25: 317-324 (1997)
- 13) Su SB, Motoo Y, Xie MJ *et al*: Expression of pancreatitis-associated protein (PAP) in rat spontaneous chronic pancreatitis: effect of herbal medicine Saiko-keishi-to (TJ-10). Pancreas 19: 239-247 (1999)
- 14) Su SB, Motoo Y, Xie MJ *et al*: Expression of transforming growth factor-beta in spontaneous chronic pancreatitis in the WBN/Kob rat. Dig Dis Sci 45: 151-159 (2000)
- 15) Motoo Y, Su SB, Xie MJ *et al*: Effect of herbal medicine Saiko-keishi-to (TJ-10) on rat spontaneous chronic pancreatitis: comparison with other herbal medicines. Int J Pancreatol 27: 123-129 (2000)
- 16) Motoo Y, Su SB, Xie MJ *et al*: Effect of herbal medicine Keishi-to (TJ-45) and its components on rat pancreatic acinar cell injuries in vivo and in vitro. Pancreatol 1: 102-109 (2001)
- 17) Su SB, Motoo Y, Xie MJ *et al*: Antifibrotic effect of the herbal medicine Saiko-keishi-to (TJ-10) on chronic pancreatitis in the WBN/Kob rat. Pancreas 22: 8-17 (2001)
- 18) Motoo Y, Xie MJ, Su SB *et al*: Molecular mechanisms of therapeutic effects of Saiko-keishi-to on spontaneous chronic pancreatitis in the WBN/Kob rat. J Trad Med 20: 143-149 (2003)
- 19) Su SB, Xie MJ, Sawabu N *et al*: Suppressive effect of herbal medicine saiko-keishito on acinar cell apoptosis in rat spontaneous chronic pancreatitis. Pancreatol 7: 28-36 (2007)

頻回手術後の多愁訴に対して 漢方治療が有効であった1症例

金沢医科大学 総合内科学
守屋 純二 山川 淳一

金沢医科大学 腫瘍内科学
元雄 良治

福井県済生会病院 麻酔科
竹内 健二

痛みと漢方 Vol.21 (2011)

(2011年4月20日発行 別刷)

臨 床 経 験

頻回手術後の多愁訴に対して 漢方治療が有効であった1症例

守屋純二^{*1} 山川淳一^{*1} 元雄良治^{*2} 竹内健二^{*3}

要旨：疼痛や頻回に及ぶ外科手術のように身体的、精神的な適応能力をはるかに越えるようなストレスは、過度の緊張状態に陥らせ、疲弊させてしまう。西洋医学的診断では身体的疾患による精神の安定を失った神経症と考え、自律神経と内分泌不調をきたしたものとされ、治療には抗不安剤や抗鬱剤が使用されるが必ずしも有効ではない症例が存在する。精神の安定を失った神経症と診断され自律神経と内分泌不調をきたした症例に対し「心肝火旺の状態が慢性化し瘀血を伴った状態」と捕らえることで、東洋医学的な診断と治療が有効であった1例を経験し、随証治療の有用性を再認識した。

索引用語：三黄瀉心湯、桃核承気湯、随証治療

はじめに

外科手術は人間の身体に対する直接的な侵襲であり、身体にも精神にも大きなストレスが加えられる。頻回の手術を受けることにより自己の訴えが軽減しなければ身体因子よりも精神因子の関与が大きくなり不安と不満が著しく増強し身体的疼痛が増幅して訴えるようになる。この症例は3回の手術を受けたが右上肢のしびれ感が改善しなかったために多愁訴となった。この多愁訴に対して東洋医学的な診断と治療が有効であった1症例を報告する。

1. 症 例

症例：45歳 男性

主訴：右上肢の腫れとしびれ、後頭部痛、左眼から涙が勝手に出る、左胸部筋肉が引きつる

感じと背中から腰まで張った感じがする、のぼせ感、眩暈感（浮遊感）、息が出来ないような感じがする、右かかとの痛み、下肢冷感、腹鳴、腹満感、下痢便秘を繰り返す、口渇、口苦と多愁訴を認めた。

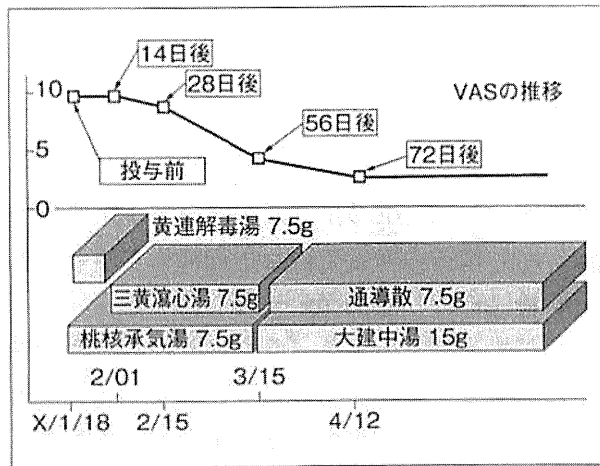
現病歴：X-7年11月、X-3年10月に頸部椎間板症候群としてX-1年04月に胸郭出口症候群として近医にて手術を受けている。しかし症状の改善を認めないためさらに訴えが多くなり当院脳外科に紹介となった。X年01月に漢方外来紹介となった。

東洋医学的所見：（初診時）皮膚は乾燥。赤ら顔。顔面に吹出物。下肢の冷え、便秘1回/3日（切診）脈診：沈弦実 舌診：紅色でやや乾燥、厚黄膩苔。腹診：腹力は実。心下痞硬。左小腹急結を認める。八綱分類：裏熱実証。非常にいらいらした状態で落ち着きが無く興奮しやすい状態で、八綱分類は裏熱実証。黄連解毒湯エキス（TJ-15）7.5g/分3と桃核承気湯エキス（TJ-61）7.5g/分3を処方した。

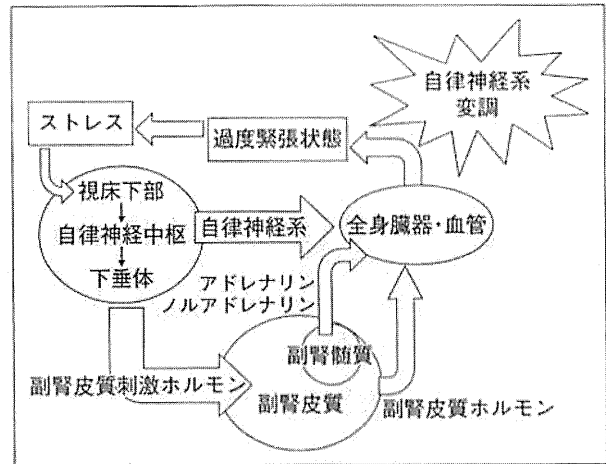
^{*1}金沢医科大学 総合内科学 守屋純二
〒920-0265 石川県河北郡内灘町大学1-1

^{*2}同 腫瘍内科学

^{*3}福井県済生会病院 麻酔科
受付：2010年10月15日



<図1> 臨床経過



<図2> ストレスと自律神経系・内分泌系

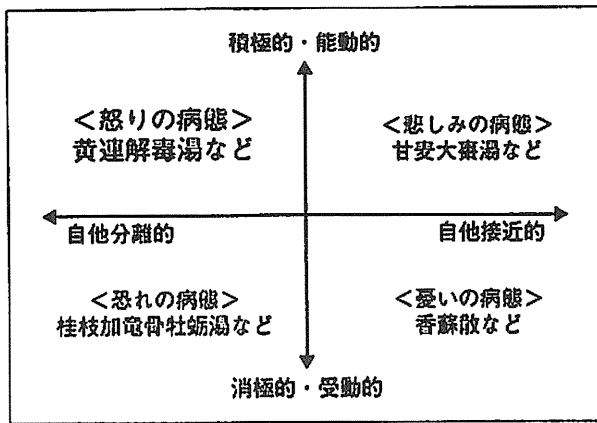
2. 治療経過

臨床経過を示す(図1)。第2診時には、のぼせ感、眩暈感(浮遊感)、息が出来ないような感じがするのが少し楽になったがあまり変わらない。便秘がひどいとの事より三黄瀉心湯エキス(TJ-113)7.5g/分3と桃核承氣湯に変方した。第3診には、のぼせ感、眩暈感(浮遊感)、息が出来ないような感じがするが楽になり便秘がよくなってきた(VAS 80mm)。第4診時には下肢冷感、口渴、口苦が改善。肩こりがあり、筋肉が引きつる感じと張った感じが少し楽になったが腹鳴、腹満感が強い。のぼせ感がまだある。体重は8kg瘦せた。便秘1回/1日(VAS 40mm)となった。再度処方を見直すため東洋医学的所見を取り直した。(視診)舌診:暗紅色、白膩苔。(切診)脈診:沈弦 腹診:腹力は実、腹皮拘急、膨満・やや抵抗あり、小腹急結(-)となり、八綱分類は裏熱実証、駆瘀血・理気を目的に通導散エキス(TJ-105)7.5g/分3に変方とした。

3. 考察

自己の訴えが軽減しなければ身体因子よりも精神因子の関与が大きくなり不安と不満が著しく増強する。ハンス・セリエ(1935年)は『ストレス』を「体外から加えられた要求に対する身体の特異的な反応で刺激に対して反応し、

歪みを起こした状態」と定義している。適応能力をはるかに越えるようなストレスは、過度の緊張状態に陥らせ、ついには疲弊させてしまう。その発症機序は『ストレスは自律神経系・内分泌系が互いに関与し、ホルモン・免疫系が複雑に関わりあっているため一元的な原因を特定できない(図2)。西洋医学的診断では精神的ショック、情緒の不安定や葛藤、外傷、手術、身体的疾患による精神の安定を失った神経症であり自律神経と内分泌不調をきたしたものと考えられる。治療としては抗不安剤や抗鬱剤が使用されるが必ずしも有効ではなく、この症例も受診前に多数の薬剤を投与されていた。東洋医学的診断では中医学的には心肝火旺の状態が慢性化することにより瘀血を伴った状態となったもので、清肝瀉火剤と駆瘀血剤が有効と考えられた。処方として三黄瀉心湯(金匱要略)は過度の思考・心配などによる顔や頭部の充血、精神不安、不眠などの興奮状態に用いられる。湿熱(脾胃湿熱・肝胆湿熱)心火旺・肝胆火旺・胃熱・いらいら・のぼせ・顔面紅潮・目の充血・口臭・口が苦い・口渴・口内炎・動悸・頭がさえて眠れない・気分が落ちつかない・胸脇部が脹って苦しい・上腹部痛・悪心などの症候に使用される¹⁾。また、桃核承氣湯(傷寒論)は神経症状、便秘などを目標に用いられる。蓄血証・下腹部がかたく脹って痛む・圧痛・抵抗・便秘・排尿には異常がないなどの症候で、熱は夜間に高くなり、甚だしい場合には意識障害や狂躁状態を呈する²⁾。喜多は否定的感情の病態に適応となる



<図3> 否定的感情の病態に適応となる代表的処方

代表的処方の使い分けを述べている(図3)³⁾。西洋医学的な加療に対して抵抗を示した症例でも漢方治療が著効した。

まとめ

今回我々は頻回手術後の多愁訴に対して東洋医学的な診断と治療が有効であった1症例を経験した。精神の安定を失った神経症と診断され自律神経と内分泌不調をきたした症例に対して東洋医学的診断により『心肝火旺の状態が慢性化し瘀血を伴った状態』と捕らえることで治療を行ないやすくてきた。頻回手術後の多愁訴に対して漢方治療は有効と考え報告した。

【文 献】

- 1) 高山宏世：三黄瀉心湯。漢方常用処方解説新訂31版，三考塾，東京，84-85，2003
- 2) 藤平健：桃核承気湯。類聚方広義解説，創元社，大阪，436-439，2001。
- 3) 喜多敏明：やさしい漢方理論，医歯薬出版，東京，134-135，2001。

PAIN AND KAMPO MEDICINE Vol.21 (2011)

A case of painful symptom after the repeated operations treated with the combination of san'oshashinto and tokakujokito

Junji MORIYA ^{*1}, Jun-ichi YAMAKAWA ^{*1}, Ryoji MOTOO ^{*2} and Kenji TAKEUCHI ^{*3}

Abstract: The stress that occurs from the pain or the repeated surgical operations make to fall the patients to the state of overstrain, and impoverish their conditions. It is thought to be the neurosis, and there is a case that western medicine is not effective. Some kampo medicines are effective for the neurosis that loses the mental stability and causes the autonomic and an internal secretion disorders. By the combined treatment with san'oshashinto and tokakujokito, the visual analogue scale (VAS) of the pain score improved obviously by the treatment with kampo medicine. The selection of san'oshashinto among many kampo medicines was carried out according to the kampo diagnosis. Kinkyoryaku said that san'oshashinto is effective for the disorder of the circulatory system originated from the mental conditions. It was suggested that the therapy based on kampo diagnosis should be effective.

Key words: san'oshashinto, tokakujokito, therapy based on kampo diagnosis

^{*1} Department of General Medicine, Kanazawa Medical University
 Offprint requests to: Junji MORIYA, Department of General Medicine, Kanazawa Medical University,
 1-1 Daigaku, Uchinadamachi, Kahokugun, Isikawa 920-0265, Japan
^{*2} Department of Medical Oncology, Kanazawa Medical University
^{*3} Department of Anesthesiology, Fukui Saiseikai Hospital

※ ※ ※

21世紀型チーム医療と漢方

近年、チーム医療への関心が高まりつつある。さまざまな医療スタッフが集結し、有機的な協働関係を発揮するチーム医療は、患者を包括的に診療する全人的医療に適した医療体系であり、21世紀の医療のあり方の1つとして注目されている。元雄良治先生は金沢医科大学病院の集学的がん治療センターにおいてチーム医療による外来がん化学療法を行い、単なる抗がん剤治療の域を超えた患者QOLの維持・向上を目指した全人的医療を実践し、そのなかで漢方治療を積極的に取り入れていることで知られている。ここでは、ジャーナリストとして長く医療問題に取り組まれ、厚生労働省の「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のための調査研究」の班長も務められた黒岩祐治先生に、チーム医療に漢方がどのような役割を果たし得るか、その現状と可能性について元雄先生とお話いただいた。



元雄 良治
金沢医科大学腫瘍内科学教授
集学的がん治療センター長

黒岩 祐治
神奈川県知事
前国際医療福祉大学大学院教授



患者中心の医療への意識変革

黒岩 「チーム医療」は以前から言葉だけにはありましたが、今あらためてチーム医療への取り組みが多くの施設で行われるようになってきました。なかでも金沢医科大学の21世紀集学的医療センターは文字どおり21世紀に求められる医療をチーム医療という形で実践する施設として注目されています。また、同学の集学的がん治療センター長である元雄良治先生は、積極的に漢方を診療に取り入れていらっしゃいます。本日は、今の日本の医療に求められるチーム医療のあり方と漢方の位置づけについて元雄先生にお話をおうかがいします。

まず、チーム医療への取り組みが最近特に盛んになってきている背景について医療の現場からのご意見をお聞かせください。

元雄 現代の医療は20世紀に大きく進歩しました。抗菌薬の発見で感染症は駆逐されつつあり、1950年代以降の抗がん剤の開発、CTなどの画像診断、さらには遺伝子診断なども出て、各分野の技術が飛躍的に進歩してきたのですが、そのぶん専門分野の壁ができて同じ患者さんをばらばらに診療するという体系になってしまいました。専門分野間の交流がないために、患者さんはいくつもの科を回り同じような検査を受け、疲れ果ててしまう状況になっているのです。この反省から、患者さんを主体に考え患者さんの負担をできる限りなくす医療を提供する必要性が気づかれはじめたのです。

黒岩 私はジャーナリストとして長く

医療を見てきましたが、これまでの体系は医療を提供する側の理論に立って作り上げられたものでした。普通のビジネスは顧客のニーズを中心に展開するものですが、医療にはそれがなかった。「痛み」ひとつをみても、これまでは「術後だから痛いのは仕方ない」、「治るためのプロセスだから我慢するのが当たり前だ」、ということで患者さんは痛いのを我慢していた。しかし、「そうではない、痛みを取り除くことも含めて治療である」というように治療の概念が大きく変わってきています。患者さんを中心にみると、痛みは無視できないものだと気づいてきたわけですね。

元雄 患者さんを中心に医療を考へようとする意識変化がチーム医療の推進力となっています。チーム医療が進んでいる領域をみると、緩和ケアや在宅医療、終末期ケアなど、これまで患者さんが我慢をしていた部分に焦点をあてて、痛みや不安や不便をなくしていこうとする分野が多いことがわかります。これもそうした背景を考えると納得できます。

また、患者さんがこれまで言えなかった思いをすくい上げて治療に反映する、ということもチーム医療のテーマです。たとえば痛みなどは、今でも「痛いけれどもモルヒネの副作用が怖いので我慢している」というような患者さんがいます。チーム医療ではこういう患者さんの本音を看護師が感知してそれをすぐに医師や他のスタッフに伝えることができます。そして時には薬剤師が効果と副作用を説明して患者さんの不安を取り除くという素早い対応が可能なのです。

もう1つ、医療行為の安全性を高めるという点でもチーム医療は重要です。たとえば抗がん剤は次々に新薬が開発されていますし、分子標的治療薬なども似た名称の薬剤が数多く登場し、市販後に思わぬ副作用情報が出ることもあります。これらの情報を正確に把握する薬剤師と円滑なコミュニケーションがとれるシステムは、処方への誤りの回避につながります。

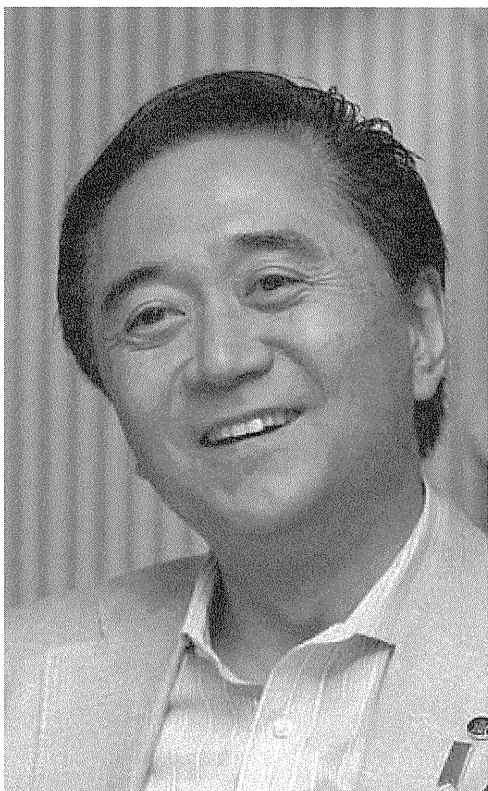
チーム医療を推進することで、患者さん本位の医療の実現と、高度化する医療のなかでの安全性の確保が可能になるのです。

「連携、協働、自律」を支える専門性の追求とコミュニケーション

黒岩 チーム医療が円滑に行われるためには、これまでのように医師が頂点にいてすべての決定権と責任を担い他のスタッフはその下で従うだけ、というトップダウンの構図は変えなければなりませんね。

元雄 患者さんを中心に、医師、看護師、薬剤師などの各職種が対等に医療に取り組むのがチーム医療の基本ですから、従来のヒエラルキーは通用しません。

黒岩 そのためには、各職種の人たちの意識も変わらなくてはいけない。医師にすべてを任せてその指示に従う、という形からそれぞれの専門性に責任を持って医療に参加する覚悟が必要ですし、医師も他職種のスタッフと同じ位置に、同じ目線に立ってそれぞれの専門性を尊重し彼らの意見を耳を傾ける、という意識が求められますね。



くろいわ ゆうじ

黒岩 祐治

神奈川県知事
前国際医療福祉大学大学院 教授

1980年早稲田大学卒業。同年フジテレビ入社。88年『FNNスーパータイム』アンカーマン担当。89年救急医療キャンペーン『救急医療にメス』企画取材編集。以後救急救命士法設立キャンペーンを行い91年の救命救急士誕生のきっかけとなる。2009年フジテレビ退社。同年国際医療福祉大学大学院教授。11年神奈川県知事就任。現在に至る。
主な著書：「救急医療にメス 走れ！家族のための救急車」（情報センター出版局）。「医療白書<2008年度版> “医療崩壊”の次に来る新しい波 10年後の医療の「未来像」を描く!」（共著）日本医療企画など多数

元雄 チームですから医師はキャプテンくらいの役割で治療方針を方向づけはするとしても、看護の専門のことは看護師に、薬剤の専門のことは薬剤師に任せることも必要かと思えます。緩和ケアなどはむしろ看護師がキャプテンになるほうが自然です。本学の集学的がん治療センターではがん看護専門看護師がいて、彼が緩和ケアチームのカンファレンスを主催し、病棟の回診も中心になって行っています。

黒岩 私はこれからの医療に大事なのは「連携、協働、自律」だと考えています。医師だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士などがそれぞれの専門性を生かし、尊重しあうことが「連携・協働」であり、それぞれの専門性を高めて自身の専門性に責任を持って考え行動することが「自律」です。これらはまさにチーム医療につながりますね。

しかし日本では医療スタッフは医師の指示によって動くことに馴れていて、米国のナース・プラクティショナーのように自律的に医療行為を行うところまで踏みこめるのか、看護界の中でもいろいろ意見はあるようです。

元雄 日本では看護師が自己決定して医療行為を行うことは認められていませんし、ナース・プラクティショナーにはそのための教育・資格体制の整備が必要で、すぐ実現するには難しい問題があります。しかし現時点でも、がん医療でいえば、がん看護専門看護師やがん専門薬剤師がいて、彼らは医師が知らない知識もたくさん獲得していて、そういう人たちの専門性は上がってきています。私は彼

らの専門性を尊敬しています。今はまだ医師以外のスタッフが自身の決定で医療行為を行うことはできませんが、彼らの意見を聞いて医師の判断が変わることもありますから、円滑なコミュニケーションを図っていけば互いの専門性を十分反映していけると思います。

21世紀集学的医療センター 最適な医療を選択し 提供するために

黒岩 21世紀集学的医療センターはどのような施設ですか。

元雄 本学の21世紀集学的医療センターは2005年に設立されました。診療科の壁を取り払い、多領域、多職種 of 医療者が患者さんの周りに集結し、それぞれの専門知識・専門技術を提供するためのセンターで、患者さん本位の医療を提供しようという考えのもとに作られました(図1)。集学的がん治療、生活習慣病、健康管理、遺伝子医療、女性総合医療、エイジングケアの6つのセンターが設立されており、臓器別診療とは異なる観点から患者さんのご要望にお応えしています。

黒岩 元雄先生は集学的がん治療センターのセンター長をされているわけですが、具体的にどういう業務をされているのでしょうか。

元雄 第一の業務は外来がん化学療法です。そこには消化器科、呼吸器科、乳腺科、泌尿器科などの専門の壁はありません。すべての外来がん化学療法を一元化して私たちが担当します。これまでは術後のがん化学療法まで外科が担当

することが多く、外科医への負担が多くかかっていました。また高度に複雑化する抗がん剤に対応した治療メニューの確立にも時間がとられ、患者さんとその家族に対する十分な心のケアまでなかなか手が回らなかったというのが実情です。これに対し、センターでは医師、看護師、薬剤師、臨床心理士などが1つのチームとなって患者さんに接するので、最適な医療を提供し、かつ患者さんと家族にも十分なケアが行えるようになっていきます(写真1)。

第二の業務はエキスパートによる集学的治療のための調整です。現在でもがん治療は外科手術による切除が最良の治療手段とされていますが、放射線治療や抗がん剤治療も進歩しており、これらを上手に組み合わせることが現代医療では急務となっています。

たとえば頭頸部がんなどのように切除すると機能的欠損が生じる場合には、手術よりも放射線治療や化学療法が優先されることがあります。この患者さんにどの治療法が最適かを判断するには、これらの専門の壁を取り除いた集学的アプローチが必要です。同センターは、臓器別診療科などの専門領域という縦糸に対する横糸のような存在となり、各領域の専門医が最新の技術と知恵を合わせて、患者さんにとってベストの治療をチームで行う仲介役を務めています。

この他にも、セカンドオピニオン対応や地域医療との連携を主要な業務として取り組んでいます。

21世紀の医療における漢方の位置づけ

黒岩 元雄先生は漢方を日常診療に取り入れていらっしゃいますが、21世紀型の集学的医療、チーム医療において漢方はどのような位置づけにな

るとお考えですか。

元雄 私たちが進める集学的医療、チーム医療は、患者さんを社会のなかの一個人としてとらえ、病気を治すと同時に痛みや不安、社会生活の不便なども取り除いて健康な生活を提供しようとするもので

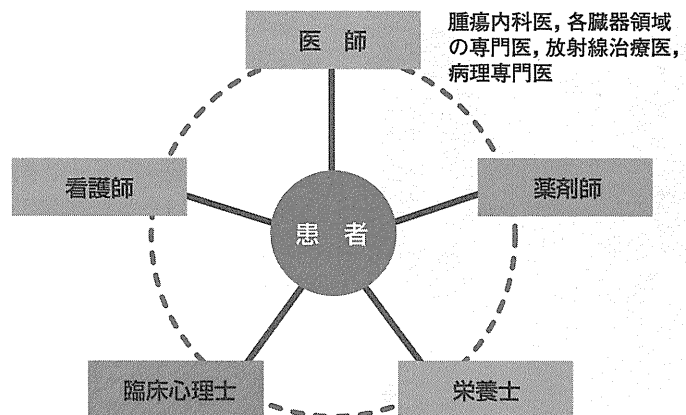


図1 金沢医科大学病院集学的がん治療センターにおけるチーム医療 (元雄 良治)

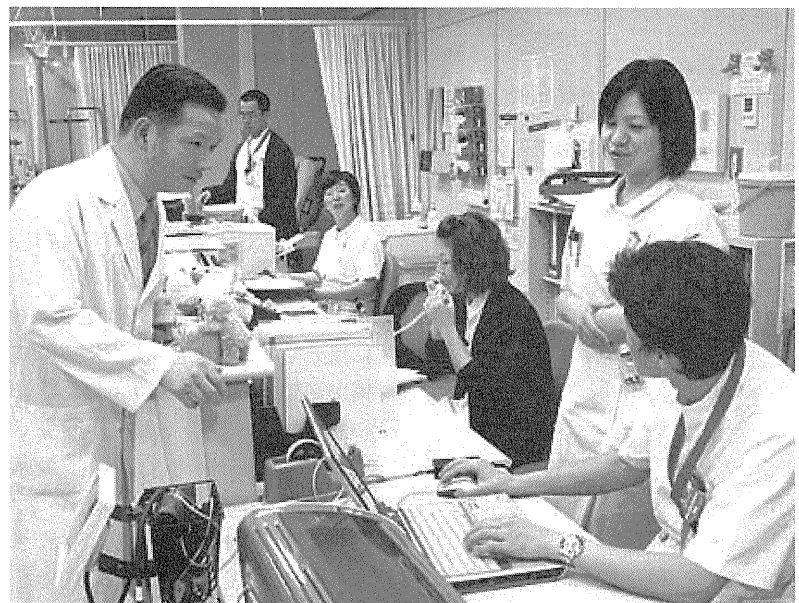


写真1 集学的がん治療センターのスタッフと (元雄 良治)

す。この人間全体をみる、すなわち全人的医療という視点は漢方的な考えにも共通します。全人的医療を実践しようとする、西洋医学では解決しきれない部分が明確になってくるのですが、こうしたところに漢方は力を発揮します。

集学的医療において、西洋医学と漢方医学を合わせていくことは、全人的医療の実践に欠かせないものと考えます(図2)。当学のセンターだけでなく、チーム医療に漢方を取り入れようとする動きは増えつつあります(表1)。やはり、全人的医療という視点が漢方を必要としているのだと思います。

黒岩 センターでは、そういう漢方への認識は医師だけでなく他の職種にも浸透していますか。

元雄 薬剤師は生薬学を学んでいるので知識はありましたが、看護師には通じない時期もありました。しかし、漢方を使った患者さんの状態が改善するのを実際にみて、しだいに看護師も理解を深めてきています。今では「しびれがあるようですから牛車腎気丸を併用しますか」というように、漢方に関心のない医師に漢方薬を提案することもあります。

黒岩 薬剤師も現場にいるのですか。

元雄 センターにいる薬剤師は安全で効果的な投与方法や投与量などについて医師に提案していますし、点滴直前の混合調製も行います。また、患者さんへの服薬指導や薬に関する相談も随時行っており、漢方に関してもよく患者さんや他のスタッフにアドバイスしていま

す。

黒岩 漢方を組み入れることによって、患者QOLを見つめたチーム医療がより効果的に実現されるということなのですね。

漢方との出会いが治療のブレークスルーに

黒岩 元雄先生と漢方との出会いをお聞かせください。

元雄 1989年の第1回漢方医学セミナー(御殿場市)に出席したのがきっかけです。西洋医学で活躍されている先生方が同時に漢方も使っている姿を拝見して、感銘を受けました。そこで病院に戻り漢方を使ってみたところ確かな手応えがあったのです。

黒岩 手応えというのは、西洋医学では届かないところになにか変化があったのですか。

元雄 西洋医学ではなかなか症状が取れない訴えをよく経験します。

たとえば口が苦いという症状に対し西洋薬では改善が難しく苦慮していたのですが、これに対し六君子湯を投与したところ症状が消えたのです。そこで口が苦いという訴えのある約80例の慢性胃炎症例で六君子湯のデータを系統的に取って臨床研究としてまとめました。この結果から通常の西洋医学では取れない症状が漢方で改善されることを再確認しました。

黒岩 それまで元雄先生は漢方とは接点はなかったのですか。

元雄 私の学生時代は漢方の授業はありませんし、卒業してからも5~6年は漢方にはまったく触れる機会はありませんでした。しかし、患者さんを診察しているとどうしても壁にぶつかります。なにかブレークスルーがないかと思っていたときに、漢方に出会ったのです。後は研究会や勉強会に出たり、自分で本を読んで勉強して、実際に診療の現場で使いながら体得していったのです。

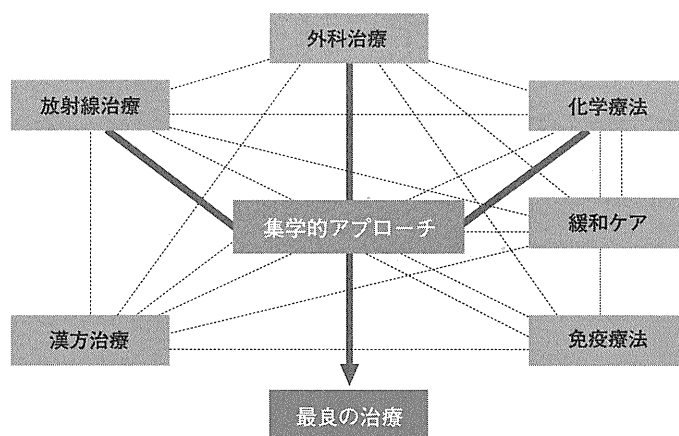


図2 集学的がん治療における漢方の位置づけ

元雄良治, 治療, 2009, 91(6), p.1773-1775. より

黒岩 漢方に関する基礎研究もされていますか。

元雄 当時私は膵臓の研究チームにいたので、ラットの慢性膵炎モデルに柴胡桂枝湯を投与して膵炎の発症抑制効果を検討しました。通常この動物モデルは12週齢で重度の膵炎を発症するのですが、柴胡桂枝湯投与群では12週の段階でもまったく発症がみられず、同処方膵炎発症を強力に抑制することがわかりました。それを遺伝子レベルで解析して、Pancreas誌等で発表しました。それに対しては、国内だけでなく国際的な反応もありました。

狙い撃ちする西洋薬と全体をみる漢方の併用でより良い治療を

黒岩 西洋薬で改善しない症状がなぜ漢方薬で改善するのでしょうか。

元雄 西洋薬はピュアな単一成分であるのに対し、漢方薬は最低2つ以上の生薬で構成される複合系の薬剤です。しかもそれが伝統的な考えのもとに組み合わせられている。そ

れを飲むことによって、単一の成分では考えられないような作用が発揮されて、生体により影響を及ぼすのです。たとえば六君子湯が胃もたれに効くというのも、これまでの西洋薬にはないメカニズムがだんだんわかってきています。そのメカニズムは単一のものではなく複合的なメカニズムで、それが遺伝子レベルまで解明されつつあります。

逆にいうと、食欲不振など西洋医学では対応しきれない症状は複合的なメカニズムが関与していて、漢方がなぜ効くかを解明することによって、その発症メカニズムが解明されつつあるのです。しかも、六君子湯の悪心・嘔吐の抑制作用はランダム化比較試験(RCT)で認められていますので、この効果は科学的にみても確かなものといえます。

黒岩 西洋薬と漢方薬は役割が違うということですか。

元雄 そうですね。抗菌薬や抗がん剤のように攻撃すべきターゲットを定めて狙い撃ちする西洋薬に対して、漢方薬は足りないものを補う、低下しているものを持ち上げる、冷



もとお よしはる

元雄 良治

金沢医科大学腫瘍内科学 教授
集学的がん治療センター長

1980年東京医科歯科大学医学部卒業。84年米国テキサス州ダラス・ワドレー分子医学研究所研究員。88年金沢大学がん研究所腫瘍内科助手。92年金沢大学がん研究所腫瘍内科講師。2002年フランス・マルセイユ・国立医学研究所文部科学省短期在外研究員。03年金沢大学がん研究所腫瘍内科助教授。05年金沢医科大学腫瘍内科学教授・集学的がん治療センター長・総合医学研究所分子腫瘍学研究部門教授(併任)。現在に至る。
主な著書:「全人的がん医療-がんプロフェッショナルを目指して」(じほう)。
研究領域: 腫瘍治療の分子基盤, がん医療における東西医学の融合

表1 チーム医療で使用されることの多い漢方処方

分野	よく使われる漢方薬
栄養サポートチーム (NST)	六君子湯, 大建中湯, など
がん化学療法	十全大補湯, 牛車腎気丸, 半夏瀉心湯, 六君子湯, 黄連解毒湯, など
リハビリテーション	牛車腎気丸, 桂枝加朮附湯, など
在宅医療	六君子湯, 十全大補湯, 葛根湯, など
認知症	抑肝散, など
終末期ケア	補中益気湯, 十全大補湯, 人參養榮湯, など

(元雄 良治)

えているものを温める、というものです。高齢者などの虚弱な方の体力を持ち上げるような薬は、西洋薬にはないですね

黒岩 「漢方処方」ではなく、「漢方診療」という面では西洋医学とどこが違いますか。

元雄 漢方診療に関しては、体を診て、症状をよく聞いて、トータルな生体情報をとる、いわゆる全人的な医療をベースに漢方処方が決まります。西洋医学は、臨床検査や画像診断で異常をみつけて、それをピンポイントで攻めるという考え方ですから、大きく違います。

黒岩 それは、漢方診療と西洋医学との哲学の違いといえますね。西洋医学は攻撃的治療、すなわち病気は悪いものでそれを徹底的に叩くという考え方です。がんでいえば、がん細胞は悪い細胞だから、手術で取る、抗がん剤で叩く、放射線で叩く。そのことによって大きな成果があったのは間違いないですが、そこにも限界がある。特に高齢者、あるいは再発したがんの場合は、攻撃的治療の副作用を軽く

みることはできない。老人は副作用によって体力が弱って、どんどん悪くなる。つまりがんを叩きつぶすのだけれども、体全体も弱ってしまう。

漢方は人間の体全体を診て気血水のバランスを取っていく。気の力、血の流れ、水の流れという、体全体のバランスを重視します。そのときに医食同源という考え方で食をも重視し、未病を治すという見方もします。生活のなかの養生医学というところから病気になる前に改善していく。人間全体の力を高めるというのが漢方の哲学ですね。

だから、西洋医学と漢方医学を足して、そのいいところを取る。攻撃しなければいけないところは攻撃するけれども、それだけでは体力が落ちて人間の体全体がだめになるから、攻撃をするとともに全体の力を上げる。これが西洋医学と漢方医学を合わせることの大きな意義だと思います。

元雄 がん領域でも西洋医学と漢方医学の併用が患者さんにとってメリットになるという理解が進んで

います。たとえば外科手術では、術前・術後の全身状態の改善に十全大補湯や補中益気湯、術後の腸閉塞の予防に大建中湯が広く用いられています。

また、がん化学療法ではイリノテカン投与後の遅発性下痢の予防に半夏瀉心湯や柴苓湯、パクリタキセルの末梢神経障害に牛車腎気丸の有効性が複数の診療分野から報告されています。

そのほかのがん治療や放射線治療に伴う副作用の緩和、支持療法でも漢方薬が大きな効果をあげることがわかっています(表2)。

そしてこのように漢方を取り入れることで患者さんが我慢をすることが減り、治療をより効果的にするのは、これらの処方では日常診療ではかなり常識になってきています。当学のセンターでは臓器の領域をこえて漢方の適応のある患者さんの症状に処方し、今では約8割の患者さんに漢方を使っています。

黒岩 漢方薬を使う医師が増えてきてはいますが、ほとんどの医師は漢方薬を西洋医学的感覚で使っているだけにすぎません。全人的医療としての漢方診療の体系、漢方の哲学にきちんと向き合っているのかという疑問が私にはあります。効くから使う、という西洋薬的な感覚で漢方を使っていると、漢方全体に対してはエビデンスがないからということでは否定的な立場をとるという矛盾も生まれてきてしまいます。

元雄 確かに、芍薬甘草湯などのシンプルな処方では切れ味も鋭く、そういうエキス剤を西洋薬的に使

表2 集学的がん治療で使われる代表的な漢方処方

全身症状の改善	十全大補湯, 補中益気湯, 人参養榮湯, など
食欲不振	六君子湯, など
下痢	半夏瀉心湯, 柴苓湯, など
術後腸閉塞予防	大建中湯, など
うつ状態や不安感	加味逍遙散, 柴胡加竜骨牡蛎湯, 抑肝散, 加味帰脾湯, など
リンパ浮腫	桂枝茯苓丸, など
がん性疼痛	モルヒネと附子剤の併用, など

(元雄 良治)