



2008年12月3日放送

領域別入門漢方医学シリーズ

救急領域と漢方医学

熊本赤十字病院 総合内科

加島 雅之

(6) 救急入院患者に対する漢方診療

救急患者が病態が重篤なために入院した場合にも漢方診療が有効な病態が存在する。無論、救急疾患の重篤疾患に対して気道・呼吸管理、輸液・循環作動薬をはじめとする循環管理、抗生物質など西洋医学的方法論が超急性期の病態管理に絶大な効力を発揮することは言うまでもない。しかし、まだ超急性期である治療開始後12時間程度から漢方診療を併用することで病態の改善に寄与することができると思う。さらに救急患者の入院に伴いしばしばおこる不穏に際しても漢方診療は効果をもつ。

1. 循環管理における漢方診療の意義

重篤疾患で循環不全がある場合は十分な輸液を行うことが現在進められている。特に重症敗血症/敗血症性ショックでは **early goal directed therapy** といわれる生理学的指標を見ながら大量輸液を行う治療が確立している。このような治療では初期6時間で平均6リットル、24時間で約10リットルもの輸液を行うことが知られている。こうした重篤病態で大量

輸液を行った後は血管透過性の亢進と低アルブミン血症に伴い、全身は浮腫となるが血管内脱水となる。ルート感染の原因となったり、胸水による呼吸状態の悪化、腸管浮腫により腸管機能低下を招き低栄養が遷延し、臓器機能の回復が遅延する。こうした病態においては西洋医学的な方法論では、アルブミン+フロセミド(ラシックス®)を行うこととなる。しかし、生物由来製剤は非常に高額であり、感染の可能性も付きまとう。また利尿剤の使用は電解質を狂わせ、腎機能を悪化させることもしばしある。

このような時に漢方処方を応用することが薦められる。エキス剤で使用できる即効性のある水をコントロールする漢方薬は五苓散と真武湯がある。五苓散は古典の記載例をみてもある部分に水分が過剰で一方に不足している「水の偏在」の病態に頻用されている。手足の冷えや脈沈、無尿など極端な循環障害がない場合には「水の偏在」の病態として考え、五苓散が有効である。津液を巡らせるエネルギー源である気も重篤病態のために消耗していることが多く、適宜、補中益気湯や人参湯を併用するとよい。使用開始後、早ければ 2~3 時間で反応がみられ遅くとも 24 時間以内には利尿が付きはじめる。

手足の冷えや脈沈、後脛骨動脈の触知不良などの循環障害がある場合にはいわゆる腎陽虚に伴う水泛と考えられ、真武湯が適合する。陽気の不足が顕著な場合には人参湯・補中益気湯や附子末を併用するのが効果的である。また、しばしばショック患者で最初の 12 時間程度は大量輸液を行うと利尿がつくが、その後に尿量低下を来すことがしばしばある。こうした際には真武湯をあらかじめ投与しておくことで尿量低下を一定程度予防することが出来る。

慢性化した低アルブミン血症などを伴う血管内脱水に合併した浮腫の場合は、防己黄耆湯を基本として用いると有効のようである。

2. 超急性期の腸管機能・栄養管理における漢方診療

重篤な病態では腸管運動が低下し、しばしば麻痺性イレウスが発生する。特に非侵襲的陽圧喚起 (NPPV) では呑気に伴い鼓腸となり、人工呼吸器管理でも非生理的な横隔膜運動が原因と考えられる腸管運動の低下がみられる。このような状態では、経腸栄養を開始することが困難となり、低栄養の遷延や **bacterial trace location** の原因となり重症患者の管理で難渋させられる。通常は腸管運動促進剤や腸管刺激性下剤を用いて治療することとなるが、その効果は到底効果が得られたという手ごたえを感じられるものではない。欧米では抗菌薬であるエリスロマイシンの副作用である腸管運動性亢進作用による下痢を逆手にとって、麻痺性イレウスに使用する。しかし、エリスロマイシンの投与は不整脈の原因となり集中治療室での死亡率の上昇につながるという研究結果もあり賛否が分かれている。

こうした状況に対しても漢方薬が著効する。全体に鼓腸を呈しレントゲンでも腸管ガスの停滞が激しい場合で腹痛を伴わない場合 (通常こうした状況下では腹痛を伴うことは少ない) は、気滞による腸管運動の低下と考え茯苓飲合半夏厚朴湯を使用する。極めて速やかに反応することが多く、投与後、半日程度で排ガスの促進が始まり、おおむね 2 日以内に排便が見られることが多い。症状が強く腹部の冷えがない場合には小承気湯の方意も兼ねて投

与初日は大黃甘草湯を併用することもある。腹部の冷えが顕著で単純写真でもガスの貯留より腸管内容物の停滞が中心に認められる場合は内寒に伴う腸管運動の低下として大建中湯を使用することもある。

腸管運動が回復し経腸栄養が可能となればその後は消化吸収能力の回復を図る必要がある。初期は六君子湯を使用する。六君子湯を使用しても心下痞が強い場合には半夏瀉心湯に変更する。半夏瀉心湯のみでは倦怠感・食思不振・栄養指標の改善が不十分な脾気虚が目立つ場合には六君子湯を併用してもよい。下痢が生じ六君子湯で改善しない場合には、水様下痢の場合は水逆として五苓散の併用もよい。水様下痢で循環障害がある場合には腎陽虚による水泛とし真武湯を使用する。こうした際に脾気虚が強い場合には人参湯を合方して用いるのがすすめられる。

食欲の回復がはかれ、心下のつかえ感が無くなり気虚が強い場合、または呼吸機能の低下が認められる場合にはまずは補中益気湯を使用する。重症患者の回復期は病態に伴う消耗のために気血両虚となっていることがおおく、十分に食欲不振や下痢が回復した場合には十全大補湯に変更することが多い。しかし、この場合も水湿の停滞や気滞が合併していることも多く、単に十全大補湯で補うだけでは滞りの病態を悪化させとともに「補」を阻害することとなる。五苓散や茯苓飲合半夏厚朴湯などの併用し、滞りを助長しないよう努めるのがポイントとなる。

3. 重篤患者の入院後不穏

重篤患者は入院後にしばしば不穏となる。こうした入院中の不穏は致死率を上昇させるのみならず、本人のみならず周囲の入院患者にとっても不快な思いをする。また対応する医療スタッフの手間や薬剤、管理のための器具・部屋など医療資源を浪費する。一部の不穏に対して漢方薬は有効であり、西洋医学の鎮静薬より自然な形で不穏を改善し副作用も少ない。多くの報告例があるが、認知症の患者が突然の易怒とともに不穏となる場合には抑肝散が有効である。内服していると易怒や逸脱行動を抑制するだけでなく、頓用でも速やかに効果を発揮する。天麻・釣藤鈎といった平肝熄風薬は気の過剰運動である内風を沈静化させる作用があり、めまいや痙攣に応用されるが、特に突然の易怒となる・感情失禁などの突然の情動変化も内風として捉えられ、天麻・釣藤鈎を含む処方を精神症状に応用する際のポイントとなる。

重症病態で消耗のために不眠や昼夜逆転となることがしばしばみうけられるが、こうした患者に通常の睡眠導入薬などを使用してもむしろ煩躁となり返って不穏や、昼夜逆転を来す場合がある。このような場合には酸棗仁湯が著効することがある。また、ステロイドを大量使用したり、カテコールアミン類の投与やβ刺激薬の吸入によって引き起こされた不眠・不穏にも酸棗仁湯が有効なことがある。また、不穏・譫妄の背景に脱水がある場合があるが心不全等で輸液などがすぐに出来ない場合がある。外台秘要方にも示されているように脱水による不穏に対して五苓散を使用しながら水を飲ませるという方法論が有効な場合がある。