



2015年6月10日放送

頻用処方解説 大建中湯②

山口大学医学部附属病院 漢方診療部(非常勤)

梶井内科医院 院長 梶井 信洋

現代における用い方 (領域ガイドラインの記載など)

現代における用い方として、西洋医学的な病態や作用機序に準じた、漢方的な証にはこだわらない運用の方法について述べます。大建中湯は今日使用頻度が最も高く、また基礎研究や臨床試験が盛んに行われている漢方薬の1つです。大建中湯の作用機序として、消化管運動亢進作用、腸管血流増加作用などが明らかにされています。これらの作用を基として、外科周術期医療に広く使用されています。「術後の腸管麻痺性イレウスの改善」や「術後腸管運動機能低下による諸症状改善」に対して用いられています。特に術後イレウスなどでは、胃管・イレウス管からの投与も行われており、1回2包を20～50ccの微温湯で溶解し投与し、30～60分クランプした後に開放します。この処置を通常1日3回施行します。

最近では、門脈血流増加作用や血中アンモニア濃度低下作用、抗炎症作用が報告され、肝切除術後や生体肝移植後の高アンモニア血症の改善に臨床応用されています。肝移植術のクリニカルパスにも組み込まれているほどにもなっています。

さらに、炎症性サイトカイン産生抑制による腸管粘膜抗炎症作用や腸管粘膜防御作用も認められ、クローン病患者にも臨床応用されています。

小児外科領域でも、小児の排便異常やヒルシュスプルング病術後などの術後イレウスや術後排便障害に改善効果が報告されており、「小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン」にも、小建中湯や桂枝加芍薬大黃湯、調胃承気湯などと共に採用されています。

EBM (薬理作用・最新の学会発表など)

薬理作用について述べます。消化管運動亢進の作用機序としては、次の3つの機序が考

えられています。①第一番目は、コリン作動性神経終末のセロトニン3型(5-HT₃)受容体と、セロトニン4型(5-HT₄)受容体を刺激して、アセチルコリンの遊離を促進させ、消化管平滑筋を刺激する機序です。②第二番目は、腸管運動を亢進させる消化管ホルモンであるモチリンの分泌を、腸管粘膜細胞から促進させる作用です。そして③第三番目は、粘膜内知覚神経末端のバニロイド受容体を刺激して、サブスタンスPの遊離を促進させ、消化管平滑筋を刺激する機序です。これに対しては山椒（エキス剤）の成分であるヒドロキシ-β-サンショールの可能性が報告されています。

一方、腸管血流増加作用は、腸管神経終末から CGRP、および腸管上皮細胞からアドレノメデュリン(ADM)の分泌を促進する作用によるとされています。この CGRP は腸管粘膜血流関連ペプチドと呼ばれ、強い微小血管拡張作用を有しています。また ADM にも一定の微小血管拡張作用が認められています。これらの作用は、山椒のヒドロキシ-α-サンショールと、乾姜の6-ショーガオールによるものと考えられています。さらに、この ADM は炎症性サイトカインである TNF-α や IFN-γ の産生を抑制することにより、抗炎症作用を発揮すると報告されています。

大規模な臨床試験では、大建中湯は外科周術期を中心に、国際学会でも注目されています。現在、西洋医学的手法を用いてエビデンスを確立する研究が行われ、その代表的なものが“DKT フォーラム”です。「胃食道班」「肝外科班」「大腸班」などの5つの班に分かれて研究されています。また「膵臓外科」領域でも『JAPAN-PD Study』が進行中です。何れも200～400症例規模の試験で、プラセボ対照多施設共同無作為二重盲検試験が行われており、国際学会で発表されています。将来これらのエビデンスを通して、欧米諸国との多施設共同で大規模臨床試験の実施が期待されています。

処方運用のポイント（筆者の考えるポイント、過去の名医による口訣）

次に大建中湯の処方運用のポイントについて述べます。現代では漢方治療の評価に、今述べたような EBM も求められていますが、本来の漢方は、個々の患者さんとじっくりと向かい合って治療していく、個別性を大事にするものです。そのような漢方医学的立場に立った大建中湯の処方運用のポイントを、以下のように私は考えています。

1. 虚証寒証・冷え症・腹中寒

体力の低下した人で身体や手足が冷えていること、特に腹部に冷えがあることです。いわゆる太陰病期の虚証の方です。これは腹診でお腹を触ると冷たいと確認することや、冷えると腹痛、ことに発作性の強い腹痛が来ること、あるいは痛みは軽度でも腹満・ガス貯留・便秘など症状が増悪すること、あるいは逆に、温めるとこれらの症状が改善することを問診などから判断します。

2. 強い疝痛・ガスペイン

腹痛が非常に強い場合もあり、古典にもあるように、触れることができないほど、寝返りができないほどです。ときに嘔吐することもあります。

3. 特徴ある腹証

1つは「ムクムク・モクモク」と表現されています。腹診すると、腹部は軟弱無力で弛緩し、腹壁は薄いことが多く、そして腸の蠕動を外から望診することがあります。あるいは

は問診で腸の蠕動不穏を自覚していることを聞き出すことが大切です。

これとは別に、お腹が「パンパン」であることも、もう1つの特徴です。上記とは逆に、ガスの充満が甚だしい時には、腹部が一体に緊満状となって、外からは腸管の蠕動は全く望診できません。この時は一見大柴胡湯と見誤るほどです。このように、1つの方剤が全く異なる2つの腹証を有することは、大建中湯だけでなく、八味丸や人参湯、あるいは小建中湯にも同じように認められています。漢方薬の不思議なところですよ。

類方鑑別（関連処方を含む）

次は、大建中湯の類方や鑑別処方についてお話しします。まず、小建中湯です。小建中湯の方が痛みの程度が軽く、ガスや嘔吐は少なく冷えも軽度です。蠕動不穏というよりも腹直筋緊張が主体です。また小建中湯は「虚勞裏急」といって、疲労・倦怠・神経過敏など諸症状を伴うことが多いです。

次に中建中湯、すなわち大建中湯と小建中湯との合方ですが、大塚敬節は、両者の中間型に用いていたようです。機能的イレウス、腹部術後の癒着性通過障害による薬方であり、大建中湯単独では効果が不十分な時に考える処方の1つでもあります。

桂枝加芍薬湯は、小建中湯から膠飴（急迫・鎮痛・滋養の効）を去ったもので、同じく腹痛を目標に用いますが、大建中湯に比べて体力にややすぐれ、腹直筋緊張・交替制便通障害に用います。

また、大建中湯を含む処方に当帰湯があります。これは冷え痛みなどの大建中湯の証を有していますが、疼痛の場所が異なっていて「心腹絞痛」と呼ばれ、上腹部から胸部にかけての狭心症様の差し込むような痛みにも用います。

もう1つ、大建中湯を含む処方に解急蜀椒湯があります。浅田宗伯は『勿誤薬室方函口訣』の中で「大建中湯の一等重き者には、附子粳米湯と大建中湯を合方した解急蜀椒湯が適応する。」と述べています。これは「寒疝気、心痛刺すが如き、臍をめぐるて腹中尽く痛み、白汗出で、絶せんと欲するを主とす。」とあります。脂汗が出て、呼吸もできないほど腹部全体が痛むものが適応とされています。

自験例（典型的な症例）

最後に症例を示します。症例は80歳代の男性。主訴は繰り返す術後癒着性イレウス。身長160cm、体重58kgの小柄ですが、大学の学長を勤めておられた、元気で矍鑠（かくしゃく）とした方です。12年前に胆嚢摘出術を受けて以来、イレウスがたびたび起こり入院を繰り返していました。数年前の11月には、イレウスから嘔吐を繰り返し、ついに誤嚥性肺炎を起こし総合病院ICUに緊急入院した経験もあります。その後も、年に数回イレウスを繰り返していました。やがて「季節の変わり目や寒くなったりすると、あるいは冷たいもの、生ものを多く飲食しお腹が冷たくなると急に腹が痛くなって、吐き気がして来る」と、自ら絶食して、外来に点滴加療を求めて来院するようになりました。

初診は平成X年1月22日でしたが、当初は漢方薬を使用しませんでしたので、1年間に4回起こしました。その後、翌年2月にイレウスが起きた時に、はじめて大建中湯エキスを使用しました。腹部は薄い腹壁に包まれ、膨満しパンパンに脹っていました。大建中湯を

投与すると点滴は2～3日で済み、入院もせず治療期間も短縮し、患者さんから「大建中湯を服用しているとひどくならない。点滴も短期間で調子がよい」と話されました。当初はイレウス発症時にのみ大建中湯エキスを使用しており、4月と8月とに起こしたため、以後は症状に関係なく続服としました。

その次の年は再発が2回で、さらに翌年からはイレウスが再発しなくなりました。そして続服するうちに、10年来の慢性中耳炎(耳ダレ・耳鳴)が知らぬ間に治ったとか、電気毛布が不要になったとか、髪の毛が黒く生えて来たとか、嬉しい‘オマケ’が付いて来ました。

筆者が漢方を使い始めた初期の頃に経験した、誠に印象に残る、そして漢方のすばらしさを教えて頂いた症例です。