



2011年5月11日放送

漢方頻用処方解説 麻黄湯②

富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座

藤本 誠

漢方頻用処方解説シリーズ、麻黄湯の第2回目です。

本日は麻黄湯の現代における使い方についての解説をしたいと思います。すでに麻黄湯エキス製剤はインフルエンザに対して保険適応になっておりますが、2009年に日本感染症学会が発行した新型インフルエンザ診療ガイドライン第1版には、一般的治療の項に、麻黄湯などの漢方薬による治療も可能であることが示されています。

現在、わが国で承認されている抗インフルエンザウイルス薬は、M2阻害剤であるアマンタジン（商品名はシンメトレル）と、ノイラミダーゼ阻害剤であるザナミビル（商品名はリレンザ）とオセルタミビル（商品名はタミフル）の3剤ですが、オセルタミビルが頻用されているのが現状です。

ご存知のとおり、2007年3月20日、厚生労働省医薬食品局安全対策課が「タミフル服用後の異常行動について」を報告して以降、原則として10代への処方を避けるなど、服用後の異常行動に注意して慎重投与することが必要となりました。

このような背景があって、麻黄湯を含む漢方薬がインフルエンザ治療薬として処方される機会が増えるものと思われます。

麻黄湯の現代における使い方として、今回紹介いたしますのは、慢性C型肝炎治療におけるインターフェロンとの併用療法についてです。慢性C型肝炎の治療は、日本肝臓学会

が発行している「慢性肝炎診療のためのガイドライン」によれば、インターフェロンを用いた治療が第一選択となっています。

インターフェロン治療においては高率に副作用が出現します。治療開始1週間以内の「初期」には、使用した症例の全例に頭痛・悪寒・発熱、全身倦怠感などのインフルエンザ様症状が見られます。そして治療開始2週ないし8週の「中期」には、抑うつ状態、自殺企図の出現などが知られています。

「インターフェロン投与後に全例に出現するインフルエンザ様症状が、麻黄湯の適応病態に極めて類似している」として、貝沼らはインターフェロン治療に麻黄湯を併用した臨床研究を行いました。

その結果、インターフェロン治療に麻黄湯を併用した群は併用しなかった群と比較して有意にインフルエンザ様症状が軽減しただけでなく、生化学的著効率の向上がみられました。また、麻黄湯を併用することが、インターフェロンの副作用であるうつ症状の発症抑制につながる可能性が示されました。

次に、麻黄湯の薬理作用として報告されているものを示します。

いずれもA型インフルエンザウイルスPR-8株感染MDCK細胞を用いた研究ですが、この細胞に麻黄抽出エキスを投与して評価したところ、細胞内のエンドソームやライゾゾームなどの細胞内画分の酸性化を麻黄エキスが抑制することでインフルエンザウイルスの増殖抑制を発揮すること、そしてその作用には麻黄に含まれるタンニン成分が関係していること、インフルエンザウイルスの細胞への吸着と侵入、脱殻（だっかく）を阻害することが明らかになりました。

また、麻黄湯の構成生薬の一つである桂皮の抽出成分であるシンナムアルデヒドをインフルエンザウイルス感染細胞に投与してその効果を評価したところ、シンナムアルデヒドは細胞内でウイルスRNAや蛋白を合成する時期に相当する「増殖中期」に作用して抗ウイルス作用を発揮することが明らかになりました。

つまり、以上の基礎研究から、麻黄湯に含まれる麻黄と桂皮は、ノイラミダーゼ阻害薬であるオセルタミビル（商品名タミフル）のような、感染細胞内でのウイルス増殖抑制効果を持っており、特に麻黄にはインフルエンザウイルスの細胞への吸着と侵入を阻害する効果を持っていると考えられました。

次に麻黄湯の鑑別処方について呈示します。太陽病期・実証の方剤が鑑別の対象になります。

葛根湯では肩甲骨付近までこわばりを自覚します。また、麻黄湯のような体の節々の痛みの自覚はありません。

大青竜湯のエキス製剤はありませんが、麻黄湯エキスと越婢加朮湯エキスを同量混ぜることで、大青竜湯に近い構成になります。大青竜湯は麻黄湯よりも更に実証の方剤で、炎

症が強いことが多く、麻黄湯と同様、自然発汗はありません。そしてここが麻黄湯との鑑別のポイントですが、熱のためにうなされる、煩躁と言う状態になります。

小青竜湯は太陽病期の虚実間証の方剤で、麻黄湯の症例よりもやや虚証の症例に適応になります。くしゃみや水様鼻汁などが見られ、水滯の傾向が見られ、冷えている症例が適応になります。構成生薬を見ると、乾姜や細辛や五味子といった温薬が配剤されています。

桂枝湯は太陽病期でも虚証の方剤ですから、麻黄湯とは異なって脈は弱いですし、悪寒も強くはなく、発熱の程度も軽いです。麻黄湯では無汗ですが、桂枝湯では発汗がみられます。

次の麻杏甘石湯ですが、これは少陽病期・実証の方剤です。麻黄湯の構成生薬の桂枝が石膏に変わったただけの方剤です。麻黄湯では咳が出て汗が出ないですが、麻杏甘石湯では咳が出ますが、自汗の傾向がみられ、口渴が強くなってきます。構成生薬が一味違うだけで治療目標が変化します。

次に、麻黄湯が奏功した症例を呈示します。

症例は 20 代男性で、主訴は頭痛と悪寒です。生来健康。起床時から寒気を自覚していたが出勤しました。業務中、徐々に寒気が悪化し、頭痛も顕著になってきたために当科を受診しました。身長 166cm 体重 60kg、血圧は 102/65mmHg。脈拍は 72/分・整。体温は受診時には 38 度でした。身体所見では胸部雑音など、現代医学的な異常はみられませんでした。また血算・血液生化学・尿検査でも異常はみられませんでした。

漢方医学的所見では、発汗はみられず、舌は淡紅舌で腫大、歯痕はなく、薄い白苔を被っていました。脈は浮で緊でした。腹診では腹力は中等度で軽度の小腹不仁を認めました。問診上、頭痛、悪寒、関節痛、腰痛を認め、口渴は明らかではありませんでした。

脈が浮いていて、頭痛があり、悪寒の自覚があることから太陽病期と診断し、自汗がないことと、脈が浮緊であることから実証と考えました。葛根湯を示唆するような肩甲骨付近のこわばりはなく、また大青竜湯を疑うような煩躁の所見もみられませんでした。小青竜湯を疑うような水滯の所見も明らかではありませんでした。これらのことから、麻黄湯証と診断し、すぐに治療を始めるために、麻黄湯エキスを処方しました。

麻黄湯エキスを 1 包投与し、観察室で休んでもらいました。30 分ほどすると体が温かくなり、悪寒の程度が軽くなりましたが消失はせず、体の節々の痛みや頭痛も取れませんでした。そこで、最初の内服から 1 時間ほどした時点で、追加で麻黄湯エキスをもう 1 包投与しました。そこから 30 分ほどした時点で、わずかに発汗と排尿があり、37.4 度に解熱し、頭痛や節々の痛みが消失しないまでも軽快しました。

麻黄湯に反応がみられたと考えられましたので、麻黄湯エキスをもう 2 包持たせ、自宅でまた頭痛・悪寒・発熱があり、汗が全然出なくなったら再度内服するように説明し、帰宅してもらいました。

結局この症例は、帰宅後、麻黄湯エキスを追加内服しないでも翌日には解熱し、頭痛や

関節痛は消失しておりました。

麻黄湯をはじめとして太陽病期の方剤の治療の原則は解表です。病邪が体表部に存在し、その結果として悪寒や頭痛、麻黄湯では関節の痛みが出てくるので、発汗することで病邪を排出しようとするわけです。この際、『傷寒論』では、しっとりとした発汗にとどめることを指示しており、決してただらと流れるほどの発汗をさせてはいけません。

藤平健先生が「日本東洋医学会誌」25巻3号で「熱のすりかわり現象について」と題して論文報告をされていますが、太陽病期から始まった急性熱性疾患に、太陽病期の方剤を用いて治療を続けるうちに、服薬によって発汗はするが、それでも熱が下がらない。それどころか却って熱は上昇していき、気がつくとも実熱が虚熱にすり替わって真武湯証や四逆湯証に変わっているということがあります。

今回のテーマから外れますが、私自身の経験した症例でも麻黄湯で治療していた症例が、真武湯証に変わっていたことがあります。この時は、発熱、熱で顔が赤ら顔、節々の痛みがあり、また麻黄湯だと思っていたら、「脈が沈んでいて、頭痛がないから、これは太陽病期ではない」と上司に指摘されて気づいたものです。

麻黄湯を含めて、急性熱性疾患に対して太陽病期の方剤を使う際には、症例が太陽病の大綱を満たしているか、すなわち、「脈浮、頭項強痛、而して悪寒」を満たしているか、そのつど確認する慎重さが必要と思います。

これで、麻黄湯の解説を終わります。