2020 年 3 月 19 日放送

印象に残る症例②

開腹術後の遷延性麻痺性イレウスと漢方

福井大学医学部　麻酔科蘇生科　准教授　　**竹内　健二**

漢方薬の中には、各種ガイドラインに記載されていて、いわゆる「病名漢方」的に処方しても十分効果を表すものも多い。またある程度漢方を使いこなせるようになり、自信をもって処方したが期待に反して効果がない事もある。今回の症例は、ガイドラインにも記載されている有名な漢方薬を処方されたにもかかわらず症状の改善が認められず、次の一手により劇的に症状の改善をみた。今回はまさに漢方の奥深さを感じられる一例を紹介させていただきます。

症例は 76 歳の男性です。患者さんは以前から腰痛・腹部の強張りなどを訴えられて定期的に当科外来を受診し神経ブロックを行っていた方で、いつもバイタリティーにあふれ、顔の血色もよく、年齢を感じさせないほど元気な方でした。ある時定期健康診断で胃体部に粘膜下腫瘍が見つかり、開腹胃部分切除術を行いました。以前 2 回開腹歴があり癒着剥離も必要であったとの事でした。術後の胃透視検査にてリークや通過障害がないことを確認して流動食から 3 分粥に食事内容を変更したところ嘔吐を認めました。腸管浮腫の診断にてステロイド投与を開始し、パントテン酸の静脈内投与や大建中湯エキス 7.5 g /日の経管投与を行うも，術後約 3 週の時点の消化管の透視検査にて十二指腸から空腸にかけての腸管の拡張は悪く、結腸蠕動運動も低下していました。入院生活により腰痛が悪化し、腰痛治療目的に術後 26 日目に当科を受診しました。

その時の東洋医学的所見は、人が変わったかと思うほど、顔の血色はわるく精気も感じ

られず、消耗している印象を覚えました。腹部膨満感や腹痛・嘔気・便秘を訴え、脈診で脈は浮沈中間・虚実中間、舌診では舌は紅色でやや乾燥し微白苔を認めました。腹診ではおなかの腹力 2/5、腹部は全体的に膨満し、腹部打診で鼓音を認めました。

腹部膨満，腹痛，便秘などの所見から桂枝加芍薬大黄湯 7.5g/日を大建中湯エキスに替えて経管投与する事を外科の主治医に提案しました。術後 26 日より投与開始し投与翌日よりおならがあり、徐々におならの回数が増え、術後 30 日目には排便を認めるようになりました。その後も順調に排便を認め、六君子湯エキスも併用し食欲の改善も認め、術後イレウス症状は解消されました。

開腹手術後は、しばしば腸管蠕動の低下をきたしますが、通常は特別な処置を行わなくても数日で腸管蠕動が改善するとされています。しかしながら、長時間手術や過度の手術操作・薬物・不適切な輸液管理などの影響で、腸管蠕動運動低下が遷延し術後イレウスといわれる状態を呈することがあります。術後イレウスの治療としては、絶飲・絶食、胃管・イレウス管による消化管の減圧、腹部の加温、薬物療法としてプロスタグランジン，パントール、大建中湯などが使われています。大建中湯は 5g を経口投与または微温湯 30ml に溶解してイレウス管または胃管から投与し 1 時間クランプすることを日に 3 回行うとされています。

今回使用した、桂枝加芍薬大黄湯の出典は『傷寒論、太陰病篇』であり、「本太陽病，医反つて之を下し，因って腹満時に痛むものは，太陰に属するなり．桂枝加芍薬湯これを主る．大実痛するものは，桂枝加大黄湯之を主る．」と条文にあります。喜多先生によると、本方の使用目標は、便秘して、腹部が膨満しているが強い下剤を用いると腹痛を起こすなどの排便異常があるものであり、しばしば腹直筋の緊張を認める、とされています。桂枝加芍薬大黄湯に含まれる芍薬は、平滑筋に対する鎮痙・鎮痛作用を期待して、消化管の痙攣性収縮に伴う疝痛発作に臨床応用されている生薬であります。モルモット摘出回腸を用いた実験では、芍薬の水エキスが電気収縮による収縮や、ニコチンによる収縮を抑制することが示されています。その一方で、芍薬には低下した消化管運動を促進する効果も期待できる。芍薬の水エキスをウサギ胃内に投与すると胃運動を亢進させることや摘出腸管に対して緊張上昇・振幅の増大を示すこと、パパベリンによる胃運動抑制に拮抗作用を示すことなどが報告されています。このように芍薬は消化管運動に対するバランスのとれた調整作用を示すようです。構成生薬に含まれる大黄にも様々な薬理作用がある事が示されています。瀉下作用以外にも、抗菌作用、抗ウイルス作用、インターフェロン誘起作用、免疫複合体クリアランス促進作用、抗炎症作用などの多くの報告があり、大黄含有方剤は単なる瀉下剤ではなく、さまざまな原因によって惹起される炎症を緩和し、炎症に伴う血流障害を改善する方剤として位置付けることができる、とされています。

一方今回の症例では無効であった大建中湯でありますが、セロトニン受容体を介するアセチルコリン遊離促進、腸管運動を促すモチリン分泌の促進、腸管粘膜に存在するバニロイド受容体を介するサブスタンス P の遊離促進などの機序が明らかとなっており、腸閉塞の

治療や予防に外科領域で頻用されている処方の 1 つであります。今回大建中湯が無効であった理由としては、術後痛に対して用いられていた NSAIDs や腸管浮腫治療目的に使用されていたステロイドにより大建中湯の「温中散寒」作用が阻害された可能性があります。また投与量が少なかった可能性もあり、7.5g/日で効果を認めない場合には、15ｇ/日まで増量する事も考慮するべきであります。

いずれにしても、外来再診時に患者さんが実に嬉しそうな声で「やっと人間らしいからだになりました。ここ 3 日便でてる。黄色いいいウンチです」と言われた様子を見た時は、内心ホッとしたと同時に、漢方のもつポテンシャルの高さに改めて感動したのを、今でも鮮明に覚えております。

実臨床では自分が第一選択とした処方や、ガイドラインにのっている処方が有効でない事も多い。常日頃より様々な症例報告を通して研鑽を積み、自分が選択した処方が効果があった時や無効であった時に、どこに作用してその処方が有効であった、あるいは効果がなかったのは何故かを考えながら処方を選択する事は、漢方薬の自分の持ち駒を増やしていく上で重要な事であると、今回の症例を通して再認識させられました。