



2019年5月2日放送

印象に残る症例①

COPD の急性増悪時に漢方治療を併用した症例

酒井病院 呼吸器内科 阿南 栄一郎

超高齢社会が進むなか、呼吸器領域の疾患は増加の一途をたどっており、肺炎や COPD、肺癌など死亡率の上位にあがる疾患をかかえています。

こうした疾患の治療は、ガイドラインに従う標準治療がありますが、病気の治療はできたもののフレイルサルコペニアが進行し、結局は健康寿命を損ねる場合も日常的に多々遭遇いたします。例えば、最新の肺炎ガイドラインで、老衰に併発した肺炎は抗菌薬の投与を差し控える選択肢もある、と初めて記載されました。高齢の進行肺癌患者さんで抗がん剤投与ができない場合もありますし、痛みや呼吸困難症状の緩和に悩む患者さん、COPD で吸入療法はしているものの食欲不振や息切れ、全身倦怠感など症状がとれず肺炎を繰り返す患者さんもおられます。

こうした患者さんの QOL を維持していくにはどうしたらいいのか？ その解答を求めるとき、栄養のバランス？ リハビリ？ 口腔ケア？ 標準治療の組み合わせの仕方？ 高齢社会での全身管理に何が大切なのか試行錯誤することが増えています。

一人ひとり同じ病気でも全く経過は違いますし、何か最善の対応はないか？ 探る中で漢方に出会いました。漢方を日常診療に組み合わせ、一人ひとりにあう治療を目指しているところです。その中で巡り合った呼吸器領域の漢方治療で心に残る症例を紹介させていただきます。

症例は 86 歳女性です。当院で 85 歳時より慢性閉塞性肺疾患及び認知症にて加療中、39 度を超える発熱、湿性咳嗽、食欲不振のため当院を受診しました。

SpO₂89%、動脈血液ガス検査所見で pO₂53Torr と低酸素血症があり胸部 X 線写真、CT 画像にて浸潤陰影を認め肺炎に伴う COPD 急性増悪と診断し入院となりました。

血液生化学検査所見では、WBC10700/μl、Neutrophil81%と好中球優位の増加を示し、NT-proBNP2800pg/ml と心不全傾向もありました。尿中肺炎球菌抗原陽性、喀痰培養検査で、Haemophilus influenzae を認め細菌性肺炎が疑われました。

ペニシリン、セフェム系抗菌薬にて薬疹歴があり抗菌薬を使用しにくい患者さんでした。入院後、細菌性肺炎として薬剤アレルギー歴のないメロペネムとクリダマシンを始めました。しかし、抗菌薬投与後全身に薬疹が出現しメロペネムとクリダマシンは投与 2 日で中止しました。

抗菌薬中止で薬疹は改善したものの、第 8 病日に確認した胸部 X 線写真上左肺野全体に浸潤陰影が拡大し、右上肺野の浸潤陰影の残存と胸部 CT 画像上両側胸水の増加を認めました。

画像にて両側胸水が増加しており、NT-proBNP の上昇があること、呼吸状態の改善を認めないことから肺炎に心不全を併発したと診断しました。このため、肺炎心不全の悪化として第 8 病日よりカルペリチド投与を開始、抗菌薬としてシプロフロキサシン投与を併用しましたが、シプロフロキサシン投与開始 1 日で全身性の薬疹が再度出現したため抗菌薬投与を中止しました。心不全加療のみ継続し胸水の改善は認めましたが、発熱及び呼吸状態など肺炎症状の改善を認めませんでした。酸素チューブや点滴の抜去、妄想や大声の出現など第 11 病日よりせん妄も激しく、全身状態の悪化を認めたため漢方治療を併用することとしました。

漢方医学的所見ですが、望診上やせぎみの小柄な超高齢女性です。舌候では、紅舌、黄白色舌苔で舌下静脈怒張は認めませんでした。切診で脈候は沈弦、腹候は腹力中等度～やや虚で軽度胸脇苦満、腹皮拘急を認めました。四診から、少陽病の中間～虚証と診断し、胸脇苦満と腹皮拘急のある腹症、往来寒熱を疑う熱型から第 14 病日、柴胡桂枝湯 (7.5 g /day) を投与することとしました。

柴胡桂枝湯を投与開始後 WBC、CRP の改善を認め、第 33 病日撮影した胸部 X 線写真、CT 画像上も浸潤陰影の軽快を認めました。症状も、柴胡桂枝湯投与後より 38 度以上の発熱は生じなくなり、呼吸状態は第 14 病日に SpO₂80～90%前後に悪化していましたが、酸素投与なしで第 28 病日には SpO₂95～98%を示すようになりました。第 24 病日には、せん妄も改善し酸素チューブや点滴の自己抜去がなくなりました。食欲不振も柴胡桂枝湯投与後より徐々に改善しましたが、若干の食欲不振が残存しており、今後の肺炎予防と肺炎に伴う脾気虚改善のため、第 42 病日より補中益気湯 (7.5 g /day) に変更し食事もほぼ全量摂取可能となり、肺炎の再発なく退院しました。

COPD の急性増悪は、肺炎や心不全を繰り返すことで ADL を損ね、全身機能の低下も大きい病態です。

その急性増悪期の対応は、経気道感染に伴う悪化が多いため本症例のように各種抗菌薬投与を行うことが多くなっています。

本症例では、ペニシリン、セフェム系抗菌薬で薬疹の既往があるためカルバペネム、ニューキノロン系抗菌薬を使用しましたが、薬疹の出現があり抗菌薬使用が困難でした。その結果、病態の悪化を招くこととなりました。さらに、せん妄のため点滴抜去や酸素チューブ抜去があり、食事が全くとれない状態に重症化していきました。現代医療のみでは満足な治療効果を得られないため漢方治療を併用することとした症例です。

本症例で投与した柴胡桂枝湯は、傷寒論太陽病下編を原典として「傷寒六七日、発熱、微悪寒、支節煩疼、微嘔、心下支結、外證未去者、柴胡桂枝湯主之」とあります。本症例は、発病より 10 日前後経過し、太陽病から少陽病に変化してきており、往来寒熱の継続した病期の間中～やや虚の患者にとって柴胡桂枝湯証が合致すると考えました。

柴胡桂枝湯の構成生薬は、柴胡、黄芩、半夏、生姜、桂皮、人参、大棗、甘草、芍薬から構成され、類聚方広義にも「治小柴胡湯、桂枝湯、二方証相合者」とあるように柴胡桂枝湯は少陽病と太陽病の方意である小柴胡湯と桂枝湯の合方です。

構成生薬の柴胡、黄芩には、抗炎症、解熱作用があり清熱し、特に柴胡は、往来寒熱を呈する発熱を緩解します。柴胡、芍薬、甘草、大棗は、自律神経系を調整し苛立ち、不安、緊張感を改善する疏肝解鬱を行います。半夏、生姜も疏肝解鬱を補助し制吐、鎮嘔作用があります。半夏、生姜、甘草は、鎮咳と痰の抑制に働きます。人参、甘草、大棗は、消化吸收を強め補気健脾作用を発揮し、全身機能を高めます。桂枝、生姜は、悪寒、発熱、頭痛、身体痛などの表証を発汗、解熱により解表します。

抗炎症、精神安定、補気を考慮したバランスの良い生薬構成です。こうした薬理作用を持つ柴胡桂枝湯は、高齢社会で増加する肺炎や COPD といった全身性炎症症候群が引き起こす諸症状改善に本症例のように期待できます。

漢方で治療し、肺炎を治癒した症例報告を検索すると使用方剤は、参蘇飲、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯合半夏厚朴湯、桂枝二越婢一湯、小陷湯、柴陷湯等が使用されていました。全症例で太陽病期～少陽病期の方剤が使用されていました。

抗菌薬投与を薬疹出現のため実現できず、悪化を認めた COPD の急性増悪に柴胡桂枝湯を投与して、炎症と全身状態の改善をみた症例を経験しましたが、細菌性肺炎の場合、抗菌薬投与を行い改善を図ることが第一であることは言うまでもありません。まず、標準治療を行うべきですが、抗菌薬投与が困難となる場合や治療効果が今一つの場合、治療選択肢に証に基づいた漢方薬の投与も考慮し、治療の展望を切り開く手段のひとつであるといえるのではないのでしょうか。急性期呼吸器疾患治療にガイドラインに準じた治療とともに漢方を併用させるメリットは大きいと思います。