

高齢の透析患者における慢性便秘に対する九味檳榔湯の使用経験

岡 良成^{a)※}，宮崎 雅史^{a)}，高津 成子^{b)}，呉 燕靈^{c)}

^{a)} 幸町記念病院外科，^{b)} 同・内科，^{c)} エール大学医学部腎臓内科

はじめに

透析患者では透析に導入された後に便秘の訴えが多くなることが知られている。これは透析による除水（大便の硬化）に自律神経系のニューロパチー（消化管運動低下）が加わって発生してきたものと考えられている¹⁾。その上、種々のイオン交換樹脂やリン吸着剤の内服が、便秘の増悪を招いている。透析患者は高カリウム血症を来しやすいが、透析患者の体内に蓄積したカリウムは血液透析のみでは排泄しきれない。その代償として、健常者とは異なり大便でのカリウム排泄が増加している²⁾。そのため、便秘は高カリウム血症の原因にさえなりうる³⁾ので、便秘の治療は非常に重要である。しかし、透析患者は腎機能の廃絶により、種々の薬剤で副作用が出やすく、下剤もその例外ではない。

高齢の透析患者が増加してきた現在、排便のコントロールが必要な傾向はさらに強くなっているため、安全性の高い使用しやすい下剤が必要とされている。漢方薬には種々の作用機序を持つ下剤があり、適切な使用がなされれば、良い効果が期待できる。

そこで筆者らは高齢の透析患者における治療抵抗性の慢性便秘に対し、九味檳榔湯を使用して有効であったので報告する。

症例1 87歳 女性 無職

主訴：下剤使用時の下痢

原疾患：腎硬化症

透析歴：4年7ヶ月

現症：身長146cm 体重（ドライ・ウエイト）53.0kg 肥満

既往歴：昭和49年 高血圧。平成6年 慢性腎

不全。平成7年 狭心症，左大腿骨人工骨頭置換術。平成10年 血液透析導入。平成13年 腰椎圧迫骨折。

家族歴：特記事項無し

現病歴：元来の便秘傾向に加え、腰椎の圧迫骨折後の腰背部痛により下剤無しでは排便困難となった。プルゼニド2錠を屯用すれば排便があるが下痢になるため、透析の前日を避けて週2回のペースで使用していた。しかし、やはり下痢が苦痛とのことで漢方治療を希望した。

治療経過：平成14年8月2日，コタロー九味檳榔湯4.0g（分2）を処方した。8月9日，九味檳榔湯4.0gを連日内服すると下痢気味になるとのことで，2.0g（分1）と4.0g（分2）を自分で調節することにした。調子よく排便できるようになって助かっていると言いながらも，他の医師にプルゼニドを処方してもらって月に2～3回内服していた。平成15年3月以降，時折軽い下痢をするがプルゼニド無しで自然にはほぼ毎日排便できるようになった。

症例2 88歳 女性 無職

原疾患：糖尿病性腎症

透析歴：2年11ヶ月

現症：身長146cm 体重（ドライ・ウエイト）41.5kg 舌証：淡白舌。

既往歴：数十年前より糖尿病（Ⅱ型）にて通院治療を受けていた。平成10年慢性腎不全にて血液透析導入

家族歴：特記事項無し

現病歴：平成13年1月16日，常用していた市販の下剤で下痢になり，止まらなくなった。

1月23日，水様下痢となり，腹痛と脱水のため入院。

※ 〒700-0903 岡山県岡山市幸町9-1.

1月29日, タール便有り。便潜血: オルトト
ルイジン法(++) ヒトヘモグロビン法(++)

1月31日, タール便多量に有り。便潜血: オル
トトルイジン法(+++) ヒトヘモグロビン法(±)

その後下血は止まったものの下痢と便秘が続いた。

検査結果

直腸指診: 異常なし

腹部超音波検査: 膵嚢胞有り。その他異常所見無し。

上部消化管内視鏡検査: 食物残渣多量, 胃ポ
リープ(胃体部小弯側に山田Ⅱ型1個, 胃体部
大弯側に山田Ⅰ型1個)

直腸鏡: S状結腸ポリープ

注腸造影: 上行結腸とS状結腸に大腸憩室10個
以上より出血は大腸憩室からのものと考えられた。

治療経過: 平成13年3月2日, また便秘をした
と暗い表情で言う。下剤を飲まないで便が出な
いので, 市販の下剤を飲んで下痢していたと
のこと。寒がり, 動くと両膝・腰が痛む。コ
タロー九味檳榔湯2.0g(分1) ツムラ真武湯5.0g
(分2) 処方す。

3月3日, D-ソルビトール5.0g 屯用で追加
処方となる。

3月7日, 便秘気味にてコタロー九味檳榔湯
4.0g(分2) ツムラ真武湯2.5g(分1) に量
を変える。

3月12日, 排便は調子よくなってきたとのこと。

3月15日, 下痢をする。

3月17日, コタロー九味檳榔湯4.0g(分2)
ツムラ桂枝加芍薬湯2.5g(分1) に変更する。
アローゼン2包眠前屯用も追加になる。

3月24日, 黒色便有り。ヘマトクリット19.4%
にて濃厚赤血球2単位2パック輸血。

4月1日, 排便はいつも下痢で, その際に下
血も続く。それ以外は便秘。

4月14日, D-ソルビトール, アローゼン中
止。コタロー九味檳榔湯4.0g(分2) ツムラ桂
枝加芍薬湯2.5g(分1) のみ続行とする。

4月21日, 排便が調子よくなってきたと笑顔
有り。

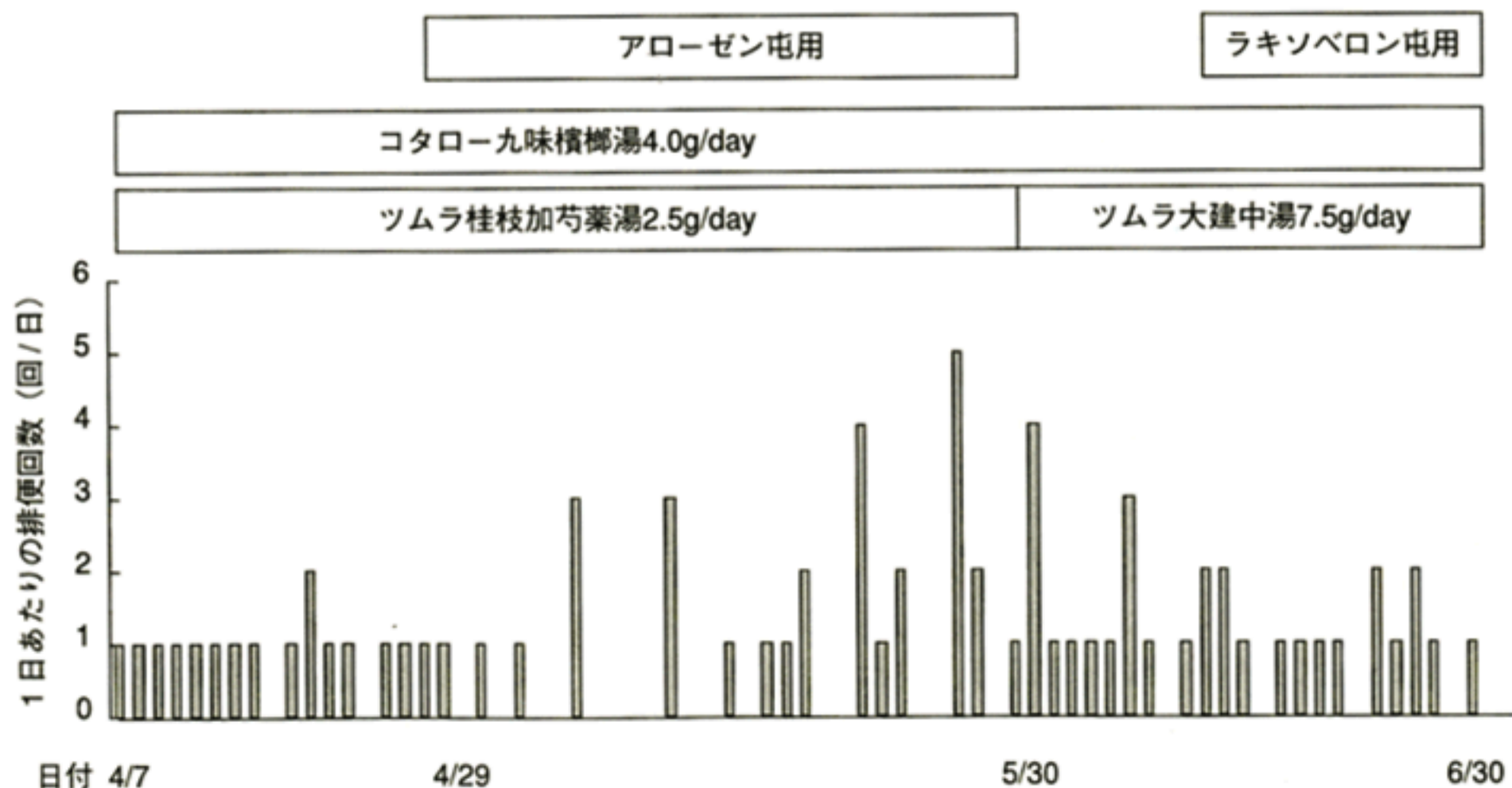
5月3日, 週に4~5日のペースで排便有り。
下痢もしない。

5月28日, 退院。

以後, コタロー九味檳榔湯4.0g(分2) ツム
ラ桂枝加芍薬湯2.5g(分1) のみ続行した。11
月19日, 肺うっ血を機に入院となっていたが,
他の下剤を用いることなく1年近く排便コント
ロールは良好であった。

翌14年4月29日, 数日間大便の量が少なめで

表1 アローゼン使用前後の排便回数の推移



この症例の慢性便秘は九味檳榔湯と桂枝加芍薬湯の併用で, 他の下剤を用いることなく1年近く排便コントロールは良好であった。アローゼンの使用により, 下痢と便秘を交代するようになった。アローゼン中止後, 下痢は消失し便秘も改善した。

あったとのことで下剤希望有り。アローゼン2包屯用で処方となる。その夜内服する。

4月30日、軟便多量にあり。

以後、アローゼンを飲むと下痢、飲まない便秘というふうになり、下痢と便秘を交代するようになった(表1)。

5月1日、透析中ショック状態となり、透析は途中で終了とする。透析後、しばらく眠っていたが、夕方、突然胸苦を訴える。高血糖あり、インスリン投与などしているうちに落ち着く。

5月2日、再び胸苦有り。興奮状態で早く死なせて欲しいと泣き叫ぶ。呼吸性アルカローシスあり、過換気症候群を疑いアタラックスP25mg筋注し、間もなく落ち着く。

5月3日、血液透析(HD)を血液濾過透析(HDF)とする。以後、透析中の胸苦は改善した。

5月16日、再び「胸がしんどい。」との訴えが増えてきたため、コタロー香蘇散4.0g(分2)処方。

5月30日、表情は柔らかくなってきた。香蘇散中止。下痢と便秘の繰り返しは悪化している。アローゼンにより下痢と便秘が悪化したものと考え、アローゼンを中止した。ツムラ大建中湯7.5g(分3)開始。

以降、ほぼ1日1回の排便になり、胸苦も減っていった。

考 察

透析患者の下剤について

健常者の軽度の便秘にはマグネシウム製剤が使用されることが多い。マグネシウム製剤は便が軟らかくなり、スムーズな排便が期待されるが、透析患者では、マグネシウムが蓄積して、高マグネシウム血症を来しやすいので長期には使用しにくい。

実際には緩下剤として効果の確実なセンナ(アローゼンなど)やその類薬であるセンノシド(プルゼニドなど)が患者から好まれ多用されている。透析の無い日に確実に排便するためである。しかし、センナは中国では蕃瀉葉と呼ばれ劇薬として扱われており、脱力感、息切れ、多汗、食欲減退、胃腸の重苦しさを来し、風邪をひきやすくなるなど副作用が多いため、慎重な扱いを要し、高齢者・虚弱者・妊婦等には禁忌とされているとのことである⁶⁾。さらにセンナは冷性の瀉下薬なので、胃腸が虚弱で冷えて

いる患者では腹痛や下痢が起こるうえ、胃腸の冷えが強まるため蠕動運動が抑制され、かえって便秘が悪化する原因にさえなりうると思われる。当然の事ながら日本でも高齢者での使用は奨励されていない。センノシドはセンナよりもさらに強い下痢・腹痛が見られる。なお両者ともに痙攣性便秘には禁忌であり、その上長期連用により次第に必要量が増大していくことも少なくない。こういった薬剤の使用で医原性の慢性便秘を来している患者も少なくないと考えている。

こういった状況下で使用しやすいのはラキソベロンやソルビトール、およびレシカルボン座薬などが上げられるが、これらで排便コントロールが困難な場合も少なくない。

透析患者の多くは汗が出にくく、唾液の分泌が少なく、のどが渇き、便秘の傾向が強い。これらの特徴により透析患者の体は一見して乾燥しているようにみえる。

西洋医学的にはこの便秘は透析の除水による体液の喪失に伴う乾燥によるものと説明されている。漢方治療としても、高齢透析患者の肉体およびその便の乾燥状態から地黄を含む滋潤剤(潤腸湯など)が考えられるが、多くの透析患者は胃腸が弱く、地黄はかえって便秘を悪化させる原因となりうる。

九味檳榔湯について

元来、九味檳榔湯は脚気に用いられてきたが、下肢の違和感全般および種々の様々な病態に有用な方剤である。脚気様症候群⁵⁾や、我々が躁脚症と呼んでいるレストレス・レッグス症候群⁶⁾にも用いられる。当院の透析患者においても、下腿のだるさを訴えるとき、腓腸筋の握痛を目標に使用して著効することが多い。下腿のだるさは入眠障害の原因となり、患者は意外に苦痛を感じているため、大変に喜ばれている。九味檳榔湯は副作用が非常に少なく、また東洋医学的な証にとらわれずに気軽に使える⁷⁾ため、非常に有用な処方である。実際に当院の透析患者においても下痢と(非常に少数例での)胃もたれ以外の副作用は経験していない。

便秘に対する九味檳榔湯の効果

九味檳榔湯は余剰な水分を大便中に排泄させることで大便を軟らかくして出しやすくする一種の

下剤として考えることができる。瀉下の効力はあまり強くないが、下痢になりやすく、排便に伴う腹痛が起こりにくいいため、当院では虚弱者や高齢者に対する使用感の良い下剤として使っている。

下剤としての九味檳榔湯について、仙頭は「通の便秘薬」⁹⁾と称しており、結縁は「腹部が冷え、便がすっきり出ない人の胃腸を整え、気をめぐらせ、温めて湿を取る温下剤と考えられる。」⁹⁾と述べている。

体内、腹水、関節内などの水を腸管から排泄することを逐水と言うが、九味檳榔湯の主剤である檳榔子は逐水の効能を有する¹⁰⁾。通常、逐水という治療法は体力を損なうので虚弱者には要注意とされるが、九味檳榔湯は作用がマイルドなので虚弱者や高齢者にも使用しやすい。効果が不十分な場合には大黄末や麻子仁丸などの併用が勧められている⁷⁾⁹⁾。

特に上記のセンナやセンノシドで腹痛や下痢が起こる患者に対しては東洋医学的な証によらず九味檳榔湯を処方して患者から喜ばれている。症例2でもアローゼン(センナ)の使用により下痢・腹痛のみならず、下血・胸苦・便秘の悪化まで来したものと考えられ、九味檳榔湯が有用であった。

透析患者の便秘に九味檳榔湯を用いる事の妥当性について

透析患者は腎機能の廃絶により、利尿が減少しており乏尿・無尿のものも多い。そのため経口摂取した水分が体内に蓄積している。血液透析中に余分な水分を除水して取り除く事になるが、血液透析は週2～3回行われるのでその透析の間に貯まった水分は5リットルを越えることもまれではない。特に水分管理の悪い患者は透析の度に顔や手足をバンバンにむくませて来院する。従って透析患者の一般的な病態は水分過多であり、その過剰な水分を透析の際に血液中から除水することになる。この際むくみとして血管外に貯留した水分が血管内に移行していくことで、大量の水分が除水できる。しかし、この際の水分の移行がスムーズに行われないと血管内の脱水が起こるため、腸管の糞便からの水分の吸収が高まって便秘の増悪を招くことになる。このように透析による除水は、透析患者の便秘に大きく影響している。それに対して九味檳榔湯の構成は、「檳榔子は逐水の効能をも

ち、浮腫・水腫・肺水腫などを水様便として除く(機序は不明)。これを瀉下の大黃が補助する。茯苓・呉茱萸も利水に働き、4薬が協同して浮腫を改善する。檳榔子・呉茱萸・厚朴・紫蘇葉・橘皮・桂皮・木香は、理気の効用により蠕動を調整し瀉下作用を強め、腹満・悪心・嘔吐などを改善し、逐水・利水薬の吸収を促進して効果を補助する¹⁰⁾。」とされており、透析患者の便秘の治療に非常に適していると考えられる。

したがって透析患者がたとえ伝統的な漢方医学的診察から乾燥した状態に見えたとしても、便秘の治療については利水剤の適応を考えてみる必要があるのではないだろうか。

われわれは透析患者の種々の病態における利水剤の適応を検討してきた¹¹⁾。便秘についても利水剤の適応があると考え、利水作用を持つ温下剤である九味檳榔湯⁹⁾の使用経験を報告した。

結 語

透析患者の便秘に対して九味檳榔湯が非常に有用であった2症例を報告した。特に高齢者の軽症の便秘に対して九味檳榔湯は有用性が高いと考えられる。

文 献

- 1) 太田和夫：人工腎臓の実際，265，出版社，東京（1980）
- 2) 山本龍夫ら：特集 K 異常の病態と対策 腎不全（保存期・透析期），腎と透析，35，63-66（1993）
- 3) 岡 良成ら：透析患者における関節水腫に対する薏苡仁の治療効果，日本東洋医学雑誌，49，817-822（1999）
- 4) 劉 大器：漢方 日本人の誤解を解く，18-20，講談社，東京（1997）
- 5) 中田敬吾：九味檳榔湯に就いて，漢方研究，245，146-153（1992）
- 6) 花輪壽彦：漢方診療のレッスン，147，金原出版，東京（1995）
- 7) 長瀬千秋：九味檳榔湯の運用について，漢方研究，126，217-218（1982）
- 8) 仙頭正四郎：九味檳榔湯の中医学的方意解釈と現代応用，漢方研究，5，157-160（1993）
- 9) 結縁繁夫：九味檳榔湯加呉茱萸茯苓 利水作用をもつ温下剤，漢方研究，364，154-156（2002）
- 10) 森雄材：図説 漢方処方構成と適応 - エキス材による中医診療 -，203，医師薬出版，東京（1998）
- 11) 岡 良成ら：芍薬甘草湯無効の透析時こむら返りに対するヨクイニンの効果 日本東洋医学雑誌，52，173-177（2001）