

3)-3 漢 方 薬 と 副 作 用

木戸病院内科 須 永 隆 夫

Kampo and Its Side Effects

Takao SUNAGA

Department of Internal Medicine, Kido Hospital

In general opinion, It has been believed that side effects of administration of kampo is very few.

Really, we have few side effects of KAMPO in everyday clinical experience. And this side effects is very few than the side effects of general drugs.

Lately, we read side effects of “sho-saiko-to” in newspaper. It was that Sho-Saiko-To caused Interstitial pneumonia.

KAMPO is one of the drugs, so we have been experienced side effects of KAMPO, such as stomach complaint, diarrhea and exanthema.

From olden days, medical doctor and Druggist have been experienced few side effects of KAMPO. There is a good reason for that doctors have been ofeied Sho (oriental medical diagnosis), when doctors have given KAMPO to patients. But, today, many doctors usually give KAMPO to patients following to western medical diagnosis. We think that KAMPO should be given to patients in following oriental medical diagnosis, so, sides effects of KAMPO is very few. Even if, we carefully give KAMPO to patents, we have few its medicinal side effects. We report side effects of KAMPO and about own experienced cases, such as exanthema and hypocalcemia.

Key words: KAMPO, side effects, sho
漢方, 副作用, 証

は じ め に

最近、漢方薬の小柴胡湯による間質性肺炎により、10人の死亡例があったことが、厚生省の緊急安全情報でとり上げられ、新聞にもトップ記事で報道された。一般にも、副作用は少ないといわれている漢方薬にも、副作用はあることを喚起する機会ととらえ、漢方薬と副作用につき、考えてみたい。

大きな報道の後、「この薬は小柴胡湯でしょう。大丈夫ですか。」と何人かの患者さんに聴かれたり、同僚からは、「使うのを控えているけど、本当なんですか。」などと質問を受けた。「私どもは、漢方の使用基準（証）によって投与するので、今のところ、重大な副作用の経験はほとんどありませんが」と答えている。しかし、漢方薬も薬であり、副作用はありうる。

Reprint requests to: Takao SUNAGA
Department of Internal Medicine,
Kido Hospital, 5-2-1, kamikido,
Niigata City, 950, JAPAN.

別刷請求先: 〒950 新潟市上木戸5丁目2-1
木戸病院内科 須 永 隆 夫

漢方薬の歴史の中での副作用「誤治と瞑眩」

漢方薬は、約2千年前の傷寒論や金匱要略という古典で体系づけられ、今日まで、経験をくり返して来た治療体系の中で使用されて来た。この歴史の中には、副作用という表現でなく、誤治とか瞑眩という言葉がある。

副作用と誤治について、松田⁽¹⁾は次のようにのべている。「副作用と誤治という言葉は、現代医学と漢方医学の特質を表現している。副作用という言葉は、現代医学では、薬を使用する基準が一定で、ある程度誰もが同じ使い方をするという前提に立っている。従って同じ用法をしたにもかかわらず、患者に不利な反応が出たら副作用という。漢方では、結果論でいうところがあり、個人の医師の責任・技術を重視する面がある。使用した医師は漢方の考え方（証に従って）薬を用いたと考えても、結果として、もし不利な反応が出現したら、それを副作用と呼ぶか、誤治と呼ぶかが、問題になる。全く現代的な考え方だけで薬を用いた時は副作用であり、漢方医学の考え方で用いたのなら誤治になる。」と。

漢方薬の長い歴史の中で、激しい副作用を有する薬物は除外され、処方構成、使用法の指示の中で、薬物の処理の中で、本来副作用を回避するように設定されて来た。だから伝統的な使用法から、著しく逸脱しなければ、作用もマイルド、副作用は、ほとんどないと考えられている。勿論、急に作用する使用法はある。漢方処方、古来、それぞれの処方の厳密な漢方的使用基準に規定制約されて来た。実証と虚証に分類し、衰弱が甚しい虚証の人に実証向きの薬を用いると、副作用が起きやすいのを回避しても来た。又、消化器系の弱い人に、症状だけから、地黄剤や麻黄剤を使用すると、胃腸障害を起こすのは当然である。漢方にも適応症のしぼりがより厳しくある。

もう1つ、瞑眩という概念がある。この現象は、東洋医学でのみ言われる状態で、一過性の病状悪化や予期せぬ症状の出現を経て、急速に治癒に向かうもので、副作用ではない。この現象は、漢方薬の治癒機転の解明や作用機序に興味ある事実として手助けとなると思える。例えば、一時的な下痢、嘔気、嘔吐、発疹、鼻出血、子宮出血などが、瞑眩として報告されているが、有害作用との鑑別が困難なことがある。下痢などを除き、そう遭遇する現象ではないと思う。

漢方の普及と使用規準

漢方医学は、急速に、いわゆる科学化が行われ、70%

表 1 漢方医学の特質

- | |
|------------------|
| (1) 東洋文明に根ざす |
| (2) 心身全体の調和をはかる |
| (3) 生薬を組合せて用いる |
| (4) 処方単位の薬効を重視する |
| (5) 経験的な病態分類を用いる |

以上の医師が、科によっては80%以上の医師が、何らかの形で漢方を使用している。しかし、西洋医学の立場で、薬の1つとして、病名で使用している先生方も多いようである。先にも述べたように、漢方薬の使用規準が重要となって来ると思える。漢方医学の特質は表1のようである。病人を全体として捉え、局所の病変も全体からみた不調和と考え、全体の調和をとろうとするのが、漢方医学の特徴である。漢方は「証に従って治療する」（随証治療）とし、証は、ある病態に際して出現する複数の症状の統一概念で、西洋医学の症候群の考え方に似るが、次のように使用されて、漢方薬と漢方治療を結びつける重要な考え方である。証というと、いろいろな言葉に使われる。

① 症状、② 柴胡の証、桂枝の証など生薬の適応、③ 小柴胡湯の証、桂枝湯の証など処方の適応、④ 脉証、腹証、舌証など治療の目標となる漢方的な所見、⑤ 陰証、陽証、寒証、熱証などの抗病反応の目安、⑥ 実証、虚証など、体力、病気をはね返す素の抗病力の強弱を図る目安、等々に使用される。

又、証について、寺沢⁽²⁾は次のように述べている。「患者が現時点で呈している病状を、陰陽、虚実、気血水、五臓などの漢方医学のカテゴリーで総合的にとらえた診断であり治療の指示」であると。漢方医学の特質を（表1）に、証の陰陽虚実と、その治療方針、使用する生薬の代表を表2、表3に示す。虚証、実証の臨床的鑑別を表4に示す。

気血水という概念

気：生命エネルギー、働きがあって形のないもの、主として、神経系、内分泌系など、生体の情報伝達系の機能も関与する。気の異常に気の上衝、気うつ、気虚がある。血：血液とその機能を含めた概念で、気とともに全身をめぐり、各組織に栄養を与え、気によって、高次の制御を受ける。血の異常に、瘀血、血虚がある。水：血液以外の体液一般をさし、その機能をも含めた概念である。生理的狀態にあるものを津液、非生理的狀態にある

表 2 陰 陽

| | 病 態 | 治 療 方 針 |
|---|------------------------|--------------------|
| 陽 | “熱のある”状態 新陳代謝の亢進状態 | “冷やす”薬物 黄連・石膏など |
| 陰 | “冷えている”状態 新陳代謝の低下状態 | “温める”薬物 乾姜・附子など |

表 3 虚 実

| | 病 態 | 治 療 方 針 |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 実 | 闘病反応の強い状態 体力・抵抗力の強いもの | 攻撃的治療 (発汗・瀉下) 麻黄・桂枝・大黄など |
| 虚 | 闘病反応の弱い状態 体力・抵抗力の弱いもの | 体力を補う (免疫賦活など) 人参・黄耆など |

表 4 虚実の臨床的鑑別

| | 実 証 | 虚 証 |
|-----------|--|---|
| 体 型 | 筋肉質の闘士型 固太り | やせ型の下垂体質 いわゆる水太り |
| 皮 膚 | 栄養状態良好 光沢・艶あり, Turgor 良好 | 栄養状態不良 光沢・艶なし, Turgor 不足 |
| 筋 肉 | 弾力的で緊張よく発達している | 弾力・緊張ともに不良で、発達も悪い |
| 腹 (腹部証) | 腹筋は厚みがあり、弾力的で緊張もよい 上腹角が鈍角的 胸脇苦満の強い者 | 腹筋は薄く、全体に軟らかく緊張の悪い時と、 腹直筋が棒状に突張っている時とがある 上腹角が鋭角的 心下振水音、正中芯のある者 大動脈拍動を強く触れる者 |
| 消化器症状 | 過食しても大丈夫 食べるのが速い 一食ぐらい抜いても平気 冷たい飲食物を食べられる 一日でも便秘すると不快 下剤を用いて下痢しても爽快 | 過食すると不快で、嘔吐、下痢しやすい 食べるのが遅い 空腹で脱力感を覚える 冷たい飲食物で腹痛下痢しやすい 数日間排便がなくとも平気 下剤で腹痛下痢しやすい 軟便～下痢傾向、兔糞 |
| 体 温 調 節 | 夏は暑がるがバテない 冬は比較的寒がらない | 夏バテしやすい 冬の寒さに弱い 四肢が冷える |
| 活 動 性 | 積極的で疲れにくい | 消極的で疲れやすい |
| 声 | 力強い | 弱々しい |
| 心身の状態 | 余裕がある | 余裕がない |
| 薬物に対する反応性 | 大黄、麻黄、黄連、石膏などを含む処方を使用できる 附子、人参、乾姜などで不快な作用が出やすい 苦味健胃剤が有効 | 大黄、麻黄、黄連、石膏などを含む処方では不快な作用が出て使用できない 附子、人参、黄耆、乾姜などを含む処方が使えて有効 芳香性健胃剤が有効 |
| そ の 他 | 寝汗はかかない | 寝汗をかきやすい 食後に手足がだるく、眠くなる 口乾のある者 |

ものを痰飲（とか水毒）と呼ぶ。表 5 に、気血水の異常と症状、所見、その治療薬の代表を示す。

以上概略したような漢方を使う時の適応規準に従って使用すれば、比較的、副作用は出現しないが、胃腸障害や発疹は、時にある。又、陽実証の人に附子の入った薬では、動悸が、狭心症や前立腺肥大症の人に、麻黄剤を使用すると発作や、尿閉を起すことがある。表 6 に注

意を要する生薬を示す。

漢方エキス剤の功罪

漢方薬のエキス剤が普及している。1976 年から保険適応が本格化し、現在は 150 程もののエキス剤が保険適応を受けている。エキス剤は煎じ薬をスプレードライなど加工して乳糖などの賦形剤で粗顆粒にしたもので、ちょ

表 5 気血水の異常

| | | 症 状・所 見 | 治 療 |
|------|-----|---|--|
| 気の異常 | 上 衝 | 冷えのぼせ、頭痛、 動悸、 | 桂枝：桂枝湯など |
| | 気うつ | 抑うつ気分、不安、 のどのつまる感じ、 | 厚朴、蘇葉、香附子、木香など： 半夏厚朴湯、香蘇散など |
| | 気 虚 | 気力がない、 活発に活動できない、 | 人參、黃耆など： 四君子湯、補中益気湯など |
| 血の異常 | 瘀 血 | 皮膚粘膜のうっ血、暗紫色化、 紫斑点、青筋 月経異常 下腹部の膨満・抵抗・圧痛 | (実証) 牡丹皮、桃仁など： 桂枝茯苓丸、など (虚証) 当帰、川芎など： 当帰芍薬散など |
| | 血 虚 | “貧血”（機能的なものを含む） 免疫能の低下（？） | 四物湯類 |
| 水の異常 | 水 毒 | 皮膚（汗）、皮下（浮腫）、眼（涙）、鼻 腔（鼻汁）、口腔（唾液）、気道（痰）、 消化管（消化液）、泌尿器（尿）などに おける分泌の過多過少、および、頭痛、 めまい、口渴など、局所的体液代謝異常、 | 茯苓、沢瀉、朮、麻黄、半夏、猪苓 など： 五苓散、猪苓湯、小青竜湯など |

表 6 注意を要する生薬

| |
|---|
| (1) 麻黄 |
| エフェドリンを含有→交感神経興奮様作用 |
| ①循環器疾患には、特に注意 虚血性心疾患、不整脈、高血圧症、高齢者には危険 |
| ②自律神経症状 ・不眠、興奮、動悸、頻脈 ・発汗過多 ・尿閉 |
| ③消化器障害をきたすことがある |
| ④交感神経興奮薬との併用による相乗作用 |
| (2) 甘草 |
| ・偽アルドステロン症、ミオパチー、[K ⁺]↓ ・多処方併用時に注意 ・とくに利尿剤との併用時 |
| (3) 消化器症状を起しやすいもの |
| ①大黄 …… 下痢 |
| ②麻黄、地黄、当帰、川芎、など …… 胃症状 |
| (4) 皮膚症状を起こすことのあるもの 桂枝、麻黄、人參、当帰、地黄、など |
| (5) その他 |
| ①附子 |
| ②石膏 |
| ③生薬アレルギー |

表 7 比較的多量の甘草を含む処方

| T社エキス含量 (g/1日量) | |
|-----------------|-------------|
| 半夏瀉心湯 (2.5) | 甘麦大棗湯 (5.0) |
| 小青竜湯 (3.0) | 芍帰膠艾湯 (3.0) |
| 人參湯 (3.0) | 桂枝人參湯 (3.0) |
| 五淋散 (3.0) | 黄連湯 (3.0) |
| 炙甘草湯 (3.0) | 排膿散及湯 (3.0) |
| 芍薬甘草湯 (6.0) | 桔梗湯 (3.0) |
| (2.5 g 以上) | |

表 8

| |
|---|
| 併用に注意すること |
| グリチルリチン酸及びその塩類を含有する製剤 〔偽アルドステロン症があらわれやすくなる。 また、低カリウム血症の結果として、ミオパチー があらわれやすくなる。〕 |
| 〔該当製品番号〕 |
| TJ-1,2,3,5,6,10,11,18,20,22,24,26,27,28,29, 34,35,39,41,43,45,47,48,50,51,52,53,54, 55,58,59,60,61,62,63,65,66,67,70,73,74, 75,76,78,79,80,81,83,84,85,86,88,89,90, 91,92,93,95,96,97,98,99,101,102,103,105, 106,108,109,110,111,114,115,118,119,123, 124,128,134,136,137 |

うど、インスタントコーヒーのような形をしている。製薬メーカーによって、処方の内容も少しずつ違い、賦形剤もちがう場合がある。同じ名前の漢方エキス剤でも、メーカーによって違う薬である（作用が少し違う）。又、賦形剤の違いで、例えば、乳糖不耐症の人には、乳糖を

賦形剤に使ったメーカーのエキス剤は、下痢を起しやすかったりすることもあるのである。エキス剤は、一般に煎じ薬より薬効がマイルドな感じである。エキス剤は、携帯には便利であるが、揮発性、芳香性成分が減じる可能性があり、匙加減ができない、2剤と併用すると重複

過量になる成分があることがある。特に多くの漢方薬に入っている甘草は併用により、過量となりやすい。甘草を2.5g/日以上含む処方を表7に示す。甘草を含むエキス剤を某社の製品番号で示すと表8になる。エキス剤は、保存が簡単、メーカーごとの品質が、ほぼ一定に近い、薬効評価になじみやすいが、生薬の品質を治療者がチェックできない。芳香性成分が少ない、匙加減がしにくいなどがある。重複による過量には注意したいところである。現代薬との併用にも注意である。

当院での経験

(1) 胃腸障害を起すことがある、麻黄、桂枝、当帰、川芎、地黄、石膏などを含む処方では、時に副作用があることがあるが、使いたい場合には、減量したり、食直前や食後に服用してもらおうとよい場合が多い。(漢方薬は食前30分、食後2時間等、食間の服用が原則である。)桂枝、麻黄など発汗作用のあるもの、当帰、人參、地黄など体をあたためる作用のある生薬の入った処方では、湿疹、蕁麻疹などが出現することがまれにある。(抗生剤の薬疹ほどには経験しない。)

(2) 柴胡桂枝乾姜湯 (N11) で薬疹

(症例) S 2 年生男、書道家。(既往歴) 10 年来の高血圧。(現病歴) H 4 年 11 月発熱 40℃、腰痛、尿所見もあり、腎盂炎として入院。(経過) 補液、抗生剤、猪苓湯合四物湯で、検査所見も症状も 2 週間ほどで軽快したが、寝汗と食後の上半身の発汗等あり倦怠感が残る。抗生剤も中止し柴胡桂枝乾姜湯を投与すると、2～3 日後より、寝汗、食後の上半身の発汗等は著明に改善したが、4～5 日目より、全身の発疹あり、柴胡桂枝乾姜湯を中止すると発疹は軽快して行った。皮膚科でのパッチテストは、陽性であった。(薬剤リンパ球刺激試験、DLST は未施行。)

(3) 甘草の過量で S-K 低下

(症例) S 5 年生女、主婦。(既往歴) 4～5 年来の高

血圧、VPC。(現病歴) 前記で加療、薬剤は① ジソピラミド (150 mg) 1 錠 1×n(M)、② ジアゼパム 6 mg、3×(n)、③ ツムラ 26 桂枝加竜骨牡蛎湯 5.0 g、2×(食間) で服用中であった。H7. 7. 26 の Na, K, Cl は、140, 4.0, 103 mEq/l であった。肝機能正常、下肢のこむら返りが頻回とのことで、H7. 9. 28 より、ツムラ 68、芍薬甘草湯 5.0、2×(10 時、21 時) で投与。投与日より、こむら返りは消失していた。H8. 4. 4 の検査で Na, K, Cl、142, 3.2 mEq/l、101 mEq/l となる。利尿剤等は特に併用してはいなかった。甘草は桂枝加竜骨牡蛎湯中の 2.0×2/3 g と芍薬甘草湯中の 6.0×2/3 g、計 5.33 g/日が投与されたことになる。芍薬甘草湯中止一週間後の Na, K, Cl は、143, 3.6, 103 mEq/l となり、その後、H8. 5. 9、K 3.7 mEq/l、H8. 8. 23、K 4.4 mEq/l となっている。

高齢者、衰弱者、利尿剤との併用では、甘草の入った処方の併用にも注意したいものである。

(4) 当院での小柴胡湯による間質性肺炎

この症例は、他院で小柴胡湯を投与、呼吸器症状を訴えて来院、間質性肺炎の診断で、ステロイドの投与により改善した例である(表 9)。

小柴胡湯による間質性肺炎

これは、急性間質性肺炎であり、表 10 に、その肺病変と代表的誘起性薬剤を示す。臨床所見を表 11 に示す。これらの薬剤中、小柴胡湯による発生頻度は、少ない方である。

次に副作用企業報告例 66 例の集計から、小柴胡による間質性肺炎の特徴を示す(表 12)。

次に佐藤^{※3)}らの小柴胡湯による薬剤性肺炎の特徴を示す(表 13)。

小柴胡湯の使用につき、花輪^{※4)}は次のように述べている。

表 9

| | | |
|-------|-------|--|
| 男・65歳 | 肝機能障害 | 肝機能障害の診断で小柴胡湯(7.5g/日)を服用し、2週後、朝のみ咳嗽が発現。4週後に発熱、咳嗽があり、胸部X線、CTにて間質性肺炎像を認めた。薬剤を中止するとともに、低酸素血症(PaO ₂ 32.0 torr)のため酸素療法を行った。ステロイドパルス療法(コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム、500 mg×3日、さらに1,000 mg×3日)により、胸部X線上、間質性陰影が改善傾向を示した。治療2週後に、3l/minの酸素治療でPaO ₂ が79 torrとなり、プレドニゾロン 60 mgに変更した。その後プレドニゾロンを漸減し回復した。 |
|-------|-------|--|

併用薬：マレイン酸エナラプリル、総合感冒剤、セフボドキシムプロキシセチル

表 10 薬剤性肺炎の肺病変パターンと代表的誘起性薬剤

| | |
|---------------|--|
| 好酸球性肺炎 (EP) | 抗生剤：セフェム系、ペニシリン系、テトラサイクリン、ニトロフラントイン 消炎鎮痛剤：アスピリン、ナプロキセン、アセトアミノフェン 抗うつ剤：イミプラミン、デシプラミン、アモキサピン 抗痙攣剤：カルバマゼピン 利尿剤：ハイドロクロルサイアザイド 抗癌剤：ブレオマイシン その他の薬剤：D-ペニシラミン、エポエチン β 、クロモグリク酸ナトリウム、クロルプロバミド |
| 急性間質性肺炎 (AIP) | 抗生剤、抗結核剤：セフェム系、ペニシリン系、イソニアジド 抗癌剤、免疫抑制剤：エンドキサン、メソトレキセート、エトポシド 降圧剤、抗不整脈剤： α メチルドーパ、プロプラノロール、アミオダロン 抗リウマチ剤：金チオリンゴ酸ナトリウム、オーラノフィン、プシラミン 抗うつ剤：塩酸マプロチリン 抗精神病薬：ハロペリドール、クロルプロマジン 抗痙攣剤：ジフェニルヒダントイン その他の薬剤：小柴胡湯、インターフェロン α 、クロモグリク酸ナトリウム、L-ドーパ、プロモクリプテン、下垂体後葉末 |
| 慢性間質性肺炎 (CIP) | 抗癌剤、免疫抑制剤：ブレオマイシン、ペプロマイシン、ブスルファン、エンドキサン 抗不整脈剤：アミオダロン 抗リウマチ剤：金チオリンゴ酸ナトリウム、オーラノフィン |

表 11 薬剤性間質性肺炎の臨床所見

| 発 症 機 序 | | BAL | TBLB |
|---------|---------------|--------|-------------------|
| EP | アレルギー性 (Ⅰ, Ⅲ) | 好酸球増加 | 胞隔, 肺胞腔内に好酸球浸潤 |
| AIP | アレルギー性 (Ⅲ, Ⅳ) | リンパ球増加 | 胞隔のリンパ球浸潤, ときに肉芽腫 |
| CIP | 細胞毒性 | 好中球増加 | 胞隔の線維化 UIP |

BAL：気管支肺胞洗浄 TBLB：経気管支肺生検 UIP：通常型間質性肺炎

小柴胡湯 (しょうさいこうとう)

柴胡7, 半夏5, 黄芩・大棗・人参各3, 甘草2, 生姜0.5 (g)

症状治療

急性疾患では気管支炎, 感冒, その他の急性熱性病が遷延し, 胃腸障害やめまい感などが現れる時期 (「少陽病」の時期) に用いられる。
 原典の『傷寒論』には「少陽の病たる, 口苦く, 咽乾き, 目眩なり」と要約されている。

長期使用

慢性疾患に対しても長期的に使用される。かつては胸膜炎, 肺結核, 肺炎に頻用されたが, 今日では肝炎, 気管支喘息, 腎炎, 虚弱児の体質改善などに用いられる。漢方薬の中で最もポピュラーな BRM (biological response modifiers) 作用を有すると考える。

小柴胡湯が薬剤性間質性肺炎を起しうるが, 小柴胡湯の構成生薬である半夏, 黄芩などが, 原因薬剤として注目されているようである。漢方薬も十分に注意して使用すべきである。

表 12 副作用企業報告例66例の集計結果 (平成6年4月~平成8年1月)

1. 基礎疾患として慢性肝炎, 肝硬変の症例が大多数であった
・特に HCV に感染している例が多い。
2. 肺疾患の併発あるいは既往歴のある症例が多かった
3. 投与開始後2ヶ月以内に発症する例が多かった
4. 年齢層では, 50~70歳台に多く発症していた
5. 発生頻度は, 約2.5万人に1人と推定される

ま と め

漢方医学には, 歴史的に副作用という言葉はなし, 誤治, 瞑眩という考え方をしている。漢方薬は副作用の少ない薬剤だが, 薬であるから, 種々の有益な作用と有害な作用, 副作用を起しうる。時に小柴胡湯などによる薬剤性間質性肺炎も起りうる。しかし, 漢方の使用基準に従った使用方法をすれば, 副作用は, より少なくなると

表 13 小柴胡湯による薬剤性肺炎の特徴

著者らの報告とこれまでの報告例から、その特徴を以下に挙げる

- (1) 投与期間 1～5 か月の発症が多い
- (2) 発熱・乾性咳嗽・呼吸困難で発症し、胸部 X 線上すりガラス状陰影を呈する
- (3) BALF 中リンパ球の増加を認める
- (4) 小柴胡湯中止・短期間のステロイド剤投与により、後遺症を残すことなく軽快する
- (5) 小柴胡湯の成分である黄芩に対する DLST が陽性であり、同成分による allergic pneumonitis と考えられる
- (6) 肝障害による薬剤代謝の障害、免疫調節機構の変調・西洋薬と漢方薬の相互作用・小柴胡湯の免疫調節作用が、小柴胡湯による薬剤性肺炎の発症に関与している可能性がある

思われる。漢方の使用基準（証）に従って使用への喚起（私自身を含めて）と漢方エキス剤重複使用の弊害などを上げながら、漢方薬の副作用を、症例を混えて考えてみた。

参 考 文 献

- 1) 臨床医のための漢方，松田邦夫，稲木一元共著，カレントセラピー．
- 2) 漢方診療のレッスン，花輪壽彦著，金原出版．
- 3) 漢方医学，間質性肺炎をめぐる，Vol. 20/1996，4．
- 4) 緊急安全情報．

注1) 松田邦夫，前日本東洋医学会会長

注2) 寺沢捷年，富山医科薬科大学医学部和漢薬診療学教授．

注3) 佐藤篤彦，浜松医科大学第二内科助教授．

注4) 花輪壽彦，北里大学東洋医学研究所長．

司会 ご質問はございませんか．

宇野 質問ではないのですが，今ちょうど私も漢方薬アレルギーということで，LMIT を依頼されたものをまとめて見ているのです．16例の漢方薬による過敏症と思われる症例がありまして，その中の12例が肺炎です．また，4例が薬疹で，2例が蕁麻疹，2例が紅斑型の薬疹です．この LMIT の陽性率が非常に高く，16例中15例が陽性であります．私は漢方薬の中の何が実際に薬剤性肺炎の原因なのかということに非常に興味がありまして，もし漢方薬によるアレルギーと思われる症例がありましたら，是非私に LMIT を依頼してほしいと思います．

須永 ありがとうございます．

司会 大変興味ある問題でありますので，今後の検討をよろしくお願いいたします．須永先生には，漢方薬の使用法により，副作用を減らすことが出来るというお話をいただきました．どうもありがとうございました．

実は，もう少しディスカッションをしたいと思いますが，時間がありません．この辺で終わりたいと思います．どうもありがとうございました．