

Ⅱ 各論

皮膚科 Common Diseases の漢方治療

1. アトピー性皮膚炎

疾患概念

アトピー性皮膚炎 (atopic dermatitis : AD) の病態は、①皮膚バリア機能異常、②アレルギー炎症 (Th2 優位)、③掻痒・掻破の3つの要素が絡みあった三位一体説が有力になっている。わが国のAD有病率は乳幼児で10～13%程度、学童期で10%程度、大学生で8%程度(2000～2002年厚生労働省研究調査)と普遍的な疾患である。

IgEを産生しやすいアトピー素因やバリア機能低下(フィラグリン遺伝子変異)を背景に種々の悪化因子も加わり症状が形成される。乳幼児から嚴重なスキンケアと標準治療で外来抗原の侵入による後天的IgE値上昇や、皮膚炎そのものの重症化を防ぐことも可能であるし、スキンケア介入による発症や重症化の予防のほか、タクロリムス軟膏などによるプロアクティブな治療がADそのものの重症化予防や再燃予防に効果があることも、エビデンスがそろいつつある。

このような背景で、AD患者のQOL改善のために漢方製剤が果たす役割は少なくない。漢方治療による介入は大きく2つに分けられ、乳幼児期のADに対する場合と、不幸にも重症化して既に成人型ADが発症してしまった場合である。本項では乳幼児期ADと成人型ADに分けて、ADに対する漢方治療を解説する。

なお、2012年のアトピー性皮膚炎診療ガイドラインにおいて漢方治療は通常の治療で十分にコントロールできない場合の付加的治療に記載されており、じゅう み はいどくとう 十味敗毒湯、しょうふうさん 消風散、さい こ せいかんとう 柴胡清肝湯、補中益気湯、抑肝散、桂枝茯苓丸、おうれん げ どくとう 黄連解毒湯、白虎加人参湯が記載されている。

2018年のアトピー性皮膚炎診療ガイドラインでは推奨文が「他の治療

で効果が得られないアトピー性皮膚炎に対して漢方併用を考慮してよい」と記載があり、エビデンスレベルBになっている。しかし、ランダム化比較試験 (randomized controlled trial: RCT) でデータがある消風散と補中益気湯のみ処方名が記載されている。

2018年から重症～中等症以上の成人ADにはデュピルマブ (抗IL-4,13抗体) が認可され、経済的コストが大きい問題以外、有効性は十分である。したがって、漢方はデュピルマブで発生する副作用・副効果を軽減する意味でも使用価値がある。

乳幼児期ADの漢方治療

乳児期は主に顔面の脂漏性皮膚炎様皮疹から発症することが多く、この時期に既に体幹、四肢にドライスキンがあるタイプと、幼児期には体幹、四肢のドライスキンが明確にならないタイプがある。またこの時期はおむつ皮膚炎も合併しやすい。

乳児期の治療としては標準的治療の保湿剤による十分なスキンケアと炎症部にマイルドランクのステロイド外用で多くはコントロール可能である。特に、保湿剤の十分な塗布 (スキンケア) が後のADの重症度や喘息発症の有無にも影響をきたすと言われており重要である。

最近では経皮感作が後の食物アレルギー発症にも関与すると推定され、スキンケアの重要度は増している。標準治療にもかかわらず、十分なコントロールが得られない、または症状の悪化がある場合や、母親など保護者が漢方治療を希望する場合には付加的に漢方治療を考慮する。

この時期のファーストチョイスは^{おうぎけんちゅうとう}黄耆建中湯であろう。最近、乳児期ADは皮膚の自然免疫の異常が後のバリア機能異常や、後天性のIgE高値 (獲得免疫の異常) にもつながるとも言われており、この時期の黄耆の投与は有意義であると推定している。また顔面、頭部の痂皮、脂漏性皮膚炎が主体で分泌物が多い症例では^{じずそういっぽう}治頭瘡一方も選択できる。

幼児期 (2歳以降) になると、皮疹は顔面から体幹、四肢にうつってい

き、ドライスキンと四肢屈側の苔癬化も明確になってくる。この時期でも引き続き標準治療、特にスキンケアは最重要であるが、十分なコントロールが得られない場合や、抗ヒスタミン薬内服のみで掻痒感、掻破、時に湿潤や膿痂疹などの合併が多い場合は漢方薬の併用を考慮する。

この時期のファーストチョイスは**柴胡清肝湯**である。柴胡清肝湯が処方できない場合は**温清飲**^{うんせんいん}、**柴胡桂枝湯**でもよい。学童期以降になればエビデンスもそろっている**補中益気湯**をある程度長期間投与することを考慮したい。

落ちつきがなく、動き回り、いつも体を掻きむしっているようなADでは標準治療に加えて、**抑肝散**を投与する。特に母親までもナーバスになってイライラしている症例では、母児同服が実現できなくても、患児のみに内服させても有効である。

夏場はコントロールが良好だが、冬季に悪化してドライスキン、掻痒、掻破痕が明確になるような冬季増悪型は血虚がベースにあると考えると**当帰**^{とうき}**飲子**^{いんし}を処方する。また、食欲低下や胃腸虚弱があれば**当帰飲子+六君子湯**の合方も考慮できる。

逆に冬季は比較的コントロールが良好であるが、夏に増悪して、痒み、皮疹悪化、湿潤傾向が出る夏季増悪タイプ(年長児以降に多い)は湿熱があるので、**黄連解毒湯**や**消風散**も考慮する。**十味敗毒湯**を使用するときは標治療法(対症療法)としてよりも、本治療法(体質改善)のつもりで処方すべきである。

年長児になって**補中益気湯**投与中でも四肢に痒疹結節が目立ってくるタイプは瘀血がベースにあることは間違いなく、**桂枝茯苓丸**の投与も推奨できる。ただし、イライラして掻破したり、掻破によってストレス発散しているようなケースでは**抑肝散**を追加投与すると著効する症例がある。

筆者の処方箋 乳幼児期AD

既存の西洋医学の治療に付加して

乳幼児期 黄耆建中湯 0.5包/1日1回

2歳以降 柴胡清肝湯 1包/1日1回

上記いずれも本治療法として使用する

成人型ADの漢方治療

成人型ADの場合は既にIgE高値、TARC高値の頻度が高い外因性アトピーと、両方の検査値がほぼ正常であり、金属アレルギーを高率に合併する内因性アトピーに大別される。どちらのタイプも重症度に応じて標準治療を継続することは当然である。

しかし、付加的に漢方治療を実施する場合は、治療者側も長く経過を見るつもりで本治療法(体質改善、基礎治療)を行うか、皮疹が少しでも改善するように標治療法(対症療法)で経過を見るかを、患者のQOLや重症度から判断して漢方治療をスタートさせるべきである。

ただし成人型ADは診断がついた段階で重症な場合が多く、コンプライアンスが良くて、患者の理解が得られれば筆者は本治療法+標治療法を初めから考慮して漢方エキス製剤の合方(併用)を考慮する。

標治療法としてはまず**黄連解毒湯**の使用を考える。乾燥性湿疹が中心であれば**温清飲**を単独投与もしくは**桂枝茯苓丸**との合方でもよい。

湿潤性湿疹が主体であれば**消風散**を単独投与もしくは**桂枝茯苓丸**との合方もよい。消風散が処方できないなら**越婢加朮湯**^{えっぴ かじつとう}でもかなりの効果が期待できる。

食欲不振、胃腸虚弱など気虚、脾虚があれば本治療法としてエビデンスのある**補中益気湯**も考慮したい。

十味敗毒湯は本治療法として長期に使用するのもよい。顔面発赤、ほてり、赤鬼様顔貌(現在は多くない)の症例では**白虎加人参湯**がファースト

チョイスである。なお本剤はADがベースにあり、長期ステロイド外用のために顔面に酒皰様皮膚炎が生じてしまった場合もファーストチョイスとなる。手に汗をかきやすい、神経質なADが肌の浅黒いタイプの頑固な痒疹ではけいかいれんぎょうとう荊芥連翹湯が著効する場合もあり一考に値する。

瘀血が強く出たとき、痒疹が頑固なものは桂枝茯苓丸からつうどうさん通導散に切り替え、あるいは桂枝茯苓丸+通導散など合方を用いる施設もある。しかし、ADには胃腸虚弱や下痢をしやすい患者も多く、筆者はあまり通導散を投与していない。むしろ桂枝茯苓丸を長期に我慢して継続させることが多い。

通導散はあくまでも便秘気味の患者に使用すべき方剤である。ほぼ最強の駆瘀血剤でもある通導散を要するほどの症例であれば、シクロスポリン投与や生物学的製剤を考慮するほうが得策であると思う。

筆者の処方箋 成人型AD	
既存の西洋薬に付加して	
痒み、炎症が強いとき	黄連解毒湯 3包/1日3回 食前
本治療法	十味敗毒湯 3包/1日3回 食前
本治療法 夏に増悪型	消風散 3包/1日3回 食前
冬に増悪型	温清飲 3包/1日3回 食前
顔面発赤やほてり	白虎加人参湯 3包/1日3回 食前

乳幼児期ADでも述べたが、イライラして掻破して痒疹を作るタイプのADであれば、常に抑肝散の投与を考慮すべきであろう。

筆者の処方箋 痒疹が主体	
痒疹	桂枝茯苓丸+越婢加朮湯 各3包/1日3回 食前
イライラして掻破する	抑肝散 3包/1日3回 食前 または 抑肝散+越婢加朮湯 各3包/1日3回 食前

なお、前述した重症ADに使用するデュピルマブは、体幹四肢の皮疹は著明に改善するが、顔面紅斑が持続することがある。この場合、筆者は女

性であれば白虎加人參湯，男性では黄連解毒湯で対処して有用な結果を得ている。

また，ADの30%近くに出現する結膜炎には点眼薬に加えて**越婢加朮湯**で対処している。慢性湿疹，慢性痒疹，貨幣状湿疹など他の湿疹皮膚炎群もADに準じて漢方処方を考慮すればよい。

症例提示

図2に，重症痒疹型AD症例（14歳，男子）を示す。抗ヒスタミン薬2剤＋ストロングのステロイド外用剤では不変で抑肝散3包を追加した。2カ月後に著明に改善し，8カ月後も改善状態を維持している。





図2 重症痒疹型AD(14歳, 男子)

- a: 抗ヒスタミン薬2剤+ストロングのステロイド外用剤は不変で抑肝散3包追加した当日の臨床像。
- b: 2カ月後。著明に改善した。
- c: 抑肝散投与開始8カ月後。改善状態を維持している。

2. 手湿疹・進行性手掌角皮症

疾患概念

手指の湿疹病変を手湿疹と言うが、主婦に多いことから主婦湿疹と呼ばれることもある。掻痒を伴い、紅斑、丘疹、小水疱、鱗屑、びらん、亀裂がみられる。これに対して手掌の乾燥、角化、亀裂に伴い、手指、指腹の指紋が消失するタイプを進行性手掌角皮症とするが、両者は基本的に同一の疾患と考えてよい。

ADが軽快した後、手湿疹のみが限局して頑固に残る症例もある。刺激性接触皮膚炎、アレルギー性接触皮膚炎における皮膚症状の一型の場合もある。金属アレルギーがあるものでは食事や歯科金属が悪化因子になることもある。刺激性接触皮膚炎の原因では石けん、シャンプー、洗剤、紙、キーボードなどが多く、アレルギー性接触皮膚炎では手袋、ハンドル、革手袋、ゴム手袋、金属、楽器などもある。

職業性に関与がある場合はパーマ液、ヘアダイ、セメント、エポキシ樹脂などがある。洗剤によるものでは洗い残しのある指間に多い。また、生