

慢性腎臓病 (CKD) に 使える漢方



和田健太朗 (日本鋼管福山病院腎臓内科部長・透析センター長)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

summary	p2
1. はじめに	p3
2. 保存期CKD・透析期における漢方治療の基本	p6
3. 保存期CKD・透析期における漢方治療の実際 — 各種疾患・症状に応じた漢方処方	p16
4. おわりに	p27

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

summary

1 はじめに

- 慢性腎臓病 (CKD) の進行に伴い増加する症状・訴えに対し，標準治療 (西洋薬) で対応できなくても漢方薬で改善効果が得られることが多い。
- 通常複数の症状を1種類の漢方薬で治療できるため，ポリファーマシー対策，医療費抑制効果を期待できる。

2 保存期CKD・透析期における漢方治療の基本

- 治療効果の判断：血清クレアチニン，eGFR，血清シスタチンC，アルブミン尿・蛋白尿，血圧など。
- CKDを意識した副作用：通常透析期は体力が低下している (虚証)。したがって，**黄芩・黄連・石膏・大黄・桃仁・芒硝・麻黄**など体力のある人 (実証) 向けの生薬を含む処方に注意。

3 保存期CKD・透析期における漢方治療の実際

- 代表的な合併症であるサルコペニア・フレイルに対し，**牛車腎気丸**や**六君子湯**などに期待がもたれる。
- RAS阻害薬等で降圧が不十分なら**七物降下湯**を併用。
- 糖尿病関連腎臓病 (DKD) には，RAS阻害薬やSGLT2阻害薬に**八味地黄丸**や**牛車腎気丸**を併用。
- 蛋白尿を伴うIgA腎症や活動期のネフローゼ症候群には，RAS阻害薬に**柴苓湯**を併用。
- 血液透析中の筋痙攣には**芍薬甘草湯** (頓用)，慢性化する場合は**五苓散**や**疎経活血湯**。
- 腹膜透析中の被嚢性腹膜硬化症に**柴苓湯**。

4 おわりに

- CKD診療における漢方治療の目的は、標準治療（西洋薬）の隙間を埋めるだけでなく、標準治療を補うことでもある。
- CKD診療に漢方薬が果たす役割は大きい。

1. はじめに

わが国の成人人口の約13%が慢性腎臓病 (chronic kidney disease : CKD) と言われている。高齢化が進み、CKD患者の増加も見込まれる。また、年間3万人以上の患者が末期CKDから新規透析導入となり、既に維持透析患者数は34万人を超え増加の一途にある。CKDは慢性腎不全の原因となるだけでなく、心血管疾患 (cardiovascular disease : CVD) の発症や死亡のリスクとなることが明らかとなり、CKDの早期診断・治療介入が重要である。

腎臓病の創薬は長らく医学の中で最も遅れた分野のひとつであったが、近年IgA腎症をはじめとする糸球体腎炎の治験が盛んになっている。高血圧症・2型糖尿病・脂質異常症・肥満症などの生活習慣病、そしてリウマチ・膠原病でも腎臓病をきたし、それぞれの原疾患に対する薬物療法は数多く存在するが、CKDを適応症とする薬物は存在しなかった。しかし、近年ナトリウム依存性グルコース輸送担体2 (sodium-glucose co-transporter 2 : SGLT2) 阻害薬やミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 (mineralocorticoid receptor antagonist : MRA) などの西洋薬がCKDを適応症として承認されるようになり、治療効果を上げている。いずれにしてもCKDの早期診断・治療介入は、その進行阻止の観点から重要であることに変わりはない。

本稿の読者においては「一般的な型通りの医療をCKD患者に施してきたが、患者の症状や病態が十分改善しない」「臨床検査では異常を認めないが、治療できない訴えがある」など現場で困った経験があり、西洋薬に

よる標準治療を行っても十分な効果を上げられない症例に日々悩みながら、その隙間を埋める治療法を探している方が多いのではないだろうか？ 高齢者医療を中心に漢方治療を行う機会が増えているが、究極のプライマリ・ケアであるCKD診療も例外ではない。

筆者のCKD診療における漢方治療の目的とは、腎臓病の標準治療の隙間を埋めるだけでなく、標準治療をサポートすることである。標準治療を無視して漢方薬で奇跡を起こすことを目的にしているわけではなく、あくまでも標準治療を基本とした上で、漢方治療を行うよう心がけている。

本稿を執筆するにあたり、大きく2つの特色を意識した。まず「**保存期CKD・透析期における漢方治療の基本**」である。生薬の副作用の項では、甘草かんぞうによる偽性アルドステロン症、麻黄まおうによる高血圧症などについて、それぞれの医療用漢方薬における含有量にも言及し、その副作用の回避法などについて具体的に解説している。

CKDの診療では、早期治療介入によって腎機能を改善させる、あるいは悪化させないことが重要であるが、加齢に伴う腎機能低下が徐々に進行する患者は少なくない。CKD重症度分類(図1)¹⁾は、死亡・CVD・末期腎不全のリスクを層別化して作成されたものである。CKDの進行の度合いに応じて、降圧薬・脂質異常症治療薬・高カリウム(K)血症治療薬・高リン血症治療薬・利尿薬・腎性貧血治療薬など多くの薬剤が使用されるが、いずれも血液検査データをもとに投薬されることが多い。CKD患者は重症度の進行に伴い、多くの「症状」を訴えるが、西洋医学でこれらの症状すべてに対応することは不可能であり、漢方薬に期待が持たれる。本稿ではCKDの重症度に応じて頻用される代表的な医療用漢方薬を一覧表として示している。

図1 CKDの重症度分類 (CKD診療ガイド2012)^{注)}

原疾患		蛋白尿区分		蛋白尿が多い		
				A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFRが低い GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	90以上			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを紺色■のステージを基準に、水色■，薄い灰色■，濃い灰色■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミンを疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する (文献1より転載)

もう1つの特色は「保存期CKD・透析期における漢方治療の実際」であり、症状に応じてすぐにでも漢方薬を処方できるように工夫したことである。高血圧症・心不全・慢性糸球体腎炎・ネフローゼ症候群・透析中の除水困難症・感冒(呼吸器感染症)などの西洋医学的診断から、頭痛・眩暈・睡眠障害など多彩な訴えまで、幅広く対応できるようにした。特に進行したCKD患者に合併率の高いサルコペニア・フレイルに対しては、西洋医学ではいまだによい薬物療法がないが、漢方治療による効果が期待できる。

腎臓病の中には、現代医学で根治困難な疾患が多く存在する。さらに、長期罹患に伴い多疾患併存状態となり、多くの訴えや症状が出現するようになる。そのようなとき、治療ガイドラインに従って薬物療法を行うとポリファーマシーとなり、医療費が高額になりがちである。しかし、漢方治療は全身の様々な症状に対し、通常1種類または相性のよい2種類の漢方薬で治療を行うことが可能である。つまり、多くの訴えも1~2種類の漢

方薬で治療できるということで、ポリファーマシーの予防だけでなく、医療費の削減につながる可能性もある。以上より、CKD診療の現場で漢方薬が果たす役割は大きい。

2. 保存期CKD・透析期における漢方治療の基本

(1) なぜCKDに漢方薬なのか？

本稿の読者にとって「漢方薬」のイメージとはどのようなものであろうか？ ①CKDの患者には使用しづらい(血清K値が上昇しそう)、②常用漢字以外の薬剤名が多く読みづらく覚えにくい、③薬理作用が不明でエビデンスがない、④慢性疾患や不定愁訴などで治療方法のないものに対して気休め程度に用いる、⑤長期間使用して効果が出ているが自然治癒なのか漢方薬によるものなのか判定困難である、などではなからうか。

漢方薬のバイブルとされている『傷寒論』は、現代の西洋医学が治療している感冒・インフルエンザなどの急性熱性感染症に対応するため、後漢時代の中国で張仲景により開発されたという歴史を持つ。そのため、漢方薬の中には短時間(数分から数時間)で効果を発揮するものも少なくない。その代表は、筋痙攣(こむら返り)に頻用される^{しゃくやくかんぞうとう}芍薬甘草湯である。本剤は多くの読者が一度は使用経験をお持ちの漢方薬であろう。

近年、西洋薬にはない漢方薬独自の薬理機序も判明し、急性期の漢方薬の効果に関するエビデンスが構築される傾向にあり、各種ガイドラインの中にも漢方薬が収載されるようになってきた。たとえば、高齢者におけるサルコペニア・フレイルは救急・急性期疾患の発症に伴って増悪・進行することが大きな問題となっているが、西洋薬にはいまだ確立された治療薬がない。しかし、漢方薬であれば対応可能なことも多い。このように高齢者診療を中心に救急外来、急性期病棟などで漢方薬を使用する機会が増えているが、究極のプライマリ・ケアであるCKD診療も例外ではない。

本稿は多忙なCKDの診療現場にあっても、読者が漢方治療を効率よく