

漢方薬のポリファーマシー

先月、私の最初の職場の大学病院薬剤部の浸煎剤室を見学させてもらった際に様々なことが蘇ってきました。若い頃の思い出話をするようになるのと人生も終わりに近いと言われますがあえての話題です。

1) 煎じ薬とエキス剤

漢方薬をガスクロマトグラフィーで分析すると多数の成分ピークが現われてきます。煎じ薬とエキス剤を比較したデータからエキス剤では煎じ薬で見られた成分が消えたり、極端に少なくなったりしていました。当時は揮発性成分がエキス剤では製造過程で飛んでしまっているという評価からエキス剤は煎じ薬とは同等ではなく別の薬として考えるべきとの論調があったと記憶しています。しかし煎じ薬は生薬に水を加えてトロトロと弱火で30～60分間煮たものを漉した液体製剤(細かい固形物も含む)ですから当然揮発性成分も飛んでおり、その飛び方がゆるやかだっただけとも言えます。特に薬効に影響のありそうな生薬は煎じ上がる10分前に加える方剤もあったので、生薬そのものを服用する散や丸は別として古来より揮発性成分は薬効にさほど影響を与えていなかったとも思えます。逆に考えるとエキス剤でも煎じ薬と同様の薬効を期待できるという考え方になります。

エキス剤は局方の成分基準をクリアした数種類の生薬を煎じて乾燥固化したもののなので製品としては均一な成分が配合されていると考えられます。一方の煎じ薬は各生薬の品質が問題となり、そのほとんどを現在も中国からの輸入品に頼っており、品質の良いものを求めようとする薬価より高い購入価格となる逆ザヤ生薬もあります。価格交渉は当時の薬剤部の関与する所では無かったのですが一時期、桂皮特有の匂いや味があまりしない桂皮が入ってきた際に当時の和漢診療部長がこれはだめだということで匂いの強い桂皮に戻したことがありましたが、かなり逆ザヤになったと聞きました。また煎じ薬は煎じ方が不均一になりがちです。電気コンロでタイマー設定をしても煮詰まり過ぎてお湯を足して1回量が100mLになるよう調整したりすることがありましたが煮詰まり過ぎは薬効にどれだけ影響を与えるか等のエビデンスは恐らくないでしょう。煎じ薬の調剤を応需する薬局はどのような品質の生薬を購入しているのか、そして患者さん任せで煎じた後の状態がどうなっているか分からないような煎じ薬の効果をどう評価して良いのか、つまり品質が一定なエキス剤に対して品質が患者任せでどうなったか不明の煎じ薬が果たしてエキス剤より優れているかどうかという問題です。

2) 煎じ薬の匂いを嗅ぐのも治療の一つ (以下、気化しやすい成分を揮発性成分と解釈)

漢方薬を煎じていると様々な生薬由来の匂いを感じます。その匂いは主に生薬の揮発性成分になりますが、その揮発性成分を嗅ぐのも漢方薬治療の一つだという意見があります。慢性疾患用の漢方薬を必要としている患者さんは自分で煎じる機会も多くなりその間に匂いを嗅げるでしょうが、急性疾患用の漢方薬の場合、患者さんは養生のため寝ているため介護者が煎じる機会が多くなり患者さん自身は匂いを中々嗅げないのではないかと思います。また揮発性成分が体に良い影響を与えるとするならば吸い込んだ先の肺自体への効果、もしくは肺血管から吸収される成分が全身的に効果を与えるものと思われる。かつて富山医科薬科大学(現富山大学)附属病院では病棟で煎じて患者さんに匂いを嗅がせてはどうかという話も出ましたが病棟では煎じる設備もなく、また匂いが病棟中に漂うのもいかなものかというので病棟での煎じ計画は中止となり薬剤部での煎じが継続されました。薬剤部には浸煎剤室という匂

いを排出する専用の大きなドラフトが設置された部屋があります(右の写真は1987年に北日本新聞の特集記事で掲載された浸煎剤室での風景です。モデルの男性は若い頃の私)。当時は10人以上の入院患者さんの煎じ薬を同時に煎じていましたがドラフトがあるとは言え10種類以上の漢方薬の匂いが狭い浸煎剤室に漂い、それを担当薬剤師が毎日吸い込んでいたわけです。つまり各生薬から発生する揮発性成分の恩恵を受けていたのは我々薬剤師で、それも各種生薬の混合成分なので相互作用もあったかもしれず恩恵だったかリスクだったのかも分かりません。何が言いたいかというと少なくとも入院患者さんは揮発性成分の直接的な恩恵を受けていないので生薬の加減方がない限り標準処方煎じ薬はエキス剤と効果に変わりがなかったのではないかという話になります。



3) 漢方薬のポリファーマシー

先日「薬理学からみた漢方薬」(櫻井裕之著 2019年)を読みながらなるほどと思った話も含めます。ポリファーマシーとは多剤併用療法で併用する薬が増えるほど副作用も増えてくるため患者さんのリスクを減らすため極力減薬することが奨められ、ひいては保険医療財政逼迫の軽減対策になるため診療報酬にも関連項目が設定されています。調剤報酬では「服用薬剤調整支援料1」(2022年改正時)に6種類以上の内服薬が処方されていた場合に薬剤師による提案によって2種類以上減薬された場合に125点を算定できるとありますので、保険請求上では6種類以上をポリファーマシーと設定しています。もちろん必要なポリファーマシーもありますから減薬ありきで接するのではなく副作用の発生頻度は高くなりかつ多様化することを意識して患者さんとていねいに接していく対応が求められます。

さて、ここで問題です。

ある患者さんに西洋薬5種類と漢方薬の「クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒」が処方されていたとします。そして薬局から主治医に2種類の西洋薬の削除を提案し主治医が了承したとします。全体で薬が4種類となったので「服用薬剤調整支援料1」が算定可能になると考えてよいと思いますが、この時の漢方薬をエキス剤ではなく煎じ薬とした場合でも算定可能でしょうか？

「抑肝散加陳皮半夏エキス」はエキス剤として1種類の薬でカウントされますが、中身は局方品である半夏、白朮、茯苓、川芎、陳皮、当帰、柴胡、甘草、釣藤鈎の7種類の生薬で構成されています。煎じ薬として処方された場合(一般的には刻み処方と言われていますが)、私の以前の認識ですがレセプト請求時は各生薬が明記されるもののそれらを組み合わせた「抑肝散加陳皮半夏」は明記されません。つまり煎じ薬で処方された場合は、当初西洋薬5種類と生薬7種類の12種類の薬であったものが西洋薬を2種類減らしても10種類の薬になるだけで6種類以上のポリファーマシーのままとなります。

実際の調剤報酬上の取り扱いについては現状を把握しておらず残念ながら私には**前出の問いには答えられません**が、薬理作用の立場からみると一つの生薬でも複数の成分(化合物)を含んでおりそれぞれが何らかの薬理作用を持っている可能性があります。1) 項で言及したガスクロマトグラフィーでの複数のピークの存在につながります。例えば1生薬について5成分が含まれ何らかの薬理作用を示すとしたら抑肝散加陳皮半夏エキスは7生薬×5成分=35成分のポリファーマシーとなってしまいます。

漢方薬はポリファーマシー前提の多成分系の薬で体の不特定な場所への作用を含めた総合的に作用する薬であり、西洋薬は単成分系の薬で主作用は特定の作用点に特化した薬と言えます。漢方薬では原則1生薬でも欠けると証に合わなくなるのでポリファーマシーの観点でも漢方薬と西洋薬の考え方の違いを感じます。

(終わり)