

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (8CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考			
A1	F45.9	心身症 診断 治療ガイドラ イン 2006	社団法人日本心身医学会 (編集: 小牧元、久保千春、福土香) Strength of Evidence I: システマティックレビュー・メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験による III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による VI: 患者データに基づかない専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを推奨 C: 推奨する根拠がはっきりしない D: 行わないよう勧められる	協和企画、 2006年5月25 日 第1版第1刷 発行	A1-1	六君子湯	Functional Dyspepsia (FD)	原澤茂, 三好秋馬, 三輪剛, ほか. 運動不全型の上腹部膨脹 (DYSMOTILITY-LIKE DYSPEPSIA) に対するTJ-43六君子湯の多施設共同市販後臨床試験—二重盲検群間比較法による検討—. <i>医学のあゆみ</i> 1998; 187: 207-29.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	B: 行うことを推奨	FDに対する治療手段の薬物療法に、下記の記載がある。 『漢方薬では、六君子湯に関してRCTで有効との報告があるが、よい研究デザインの報告は少なく結論は出ていない。漢方薬は併存する身体症状や精神症状も含めた処方が可能なので、FDのようにさまざまな症状を並存する患者では、断えを受容しながら使用しやすい薬物といえる。FD治療の候補にはこれ以外に半夏瀉心湯、安中散などがあるが今のところエビデンスはない。』	n/a	FDの汎用薬剤の一覧表の中に、 症状、胸やけの欄に「ツムラ六君子湯 7.5g 分3食間」の記載がある。			
					A1-2	漢方薬	更年期障害	木村武彦, 赤松達也, 矢内原巧. 更年期障害の漢方療法. <i>漢方と最新治療</i> 1992; 1: 229-36.	V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による	B: 行うことを推奨	更年期障害の治療ガイドラインとして、HF (+) でHRTを希望しない例や禁忌例、HF (-) 例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 『更年期障害に多くみられる12症状を選択し、症状に見合った虚証、中間証、実証に分けた漢方薬を表にまとめた。中間証は虚証と実証の間の証であり、証が分かりづらいときには中間証の薬剤を選択するのがよい。』	n/a				
					A1-3	桂枝茯苓丸	更年期障害								n/a	
					A1-4	加味逍遙散	更年期障害	木村武彦, 矢内原巧. 更年期の漢方治療. <i>産婦人科治療</i> 1991; 63: 199-202.	V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による	B: 行うことを推奨					n/a	
					A1-5	当帰芍薬散	更年期障害									n/a
					A1-6	桂枝茯苓丸	更年期障害									n/a
					A1-7	加味逍遙散	更年期障害	村田高明. 更年期障害の漢方療法. <i>Current Therapy</i> 1990; 8: 47-53.	VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	B: 行うことを推奨	更年期障害の治療ガイドラインとして、HF (+) でHRTを希望しない例や禁忌例、HF (-) 例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 『漢方の中で桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散の3つは女性3大漢方と呼ばれており、この3剤で更年期症状のかなりの部分をカバーできる。女性疾患の証が類似しているからと考えられる。冷え症状に対してHRTと当帰四逆加呉茱萸生薑湯との比較試験では、漢方の有効性が高い。』	n/a				
					A1-8	当帰芍薬散	更年期障害									n/a
					A1-9	当帰四逆加呉茱萸生薑湯	冷え症				n/a	n/a		n/a		n/a
A2	H26.9	科学的根拠 (evidence)に 基づく白内障 診療ガイドラ イン	厚生科学研究費補助金 (21世紀型医療開拓推進研究事業: EBM分野) (分担研究者: 冢本信博 日本医科大学付属千葉北総病院眼科教授) Strength of Evidence I: ランダム化比較試験のメタ分析 II: 1つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験 IV: コホート研究 症例対照研究 V: ケースシリーズ/ケースレポート VI: 患者データに基づかない専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない D: 行わないよう勧められる	日本白内障学会誌 Vol.16別冊 2004 平成16年7月 10日発行	A2-1	八味地黄丸	白内障	尾羽沢大. 眼疾患に対する漢方の適応について 白内障. <i>産薬ジャーナル</i> 1990; 26: 1853-6.	III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない。	白内障の薬物療法: 内服 (国内認可薬物) のうち、漢方薬は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があり、その研究結果として下記の記載がある。 『動告 (ガイドライン) 漢方薬は、白内障に対する効果に科学的根拠が無いので、一般的な使用は勧められない。』	n/a	n/a			
					A2-2	牛車腎気丸	白内障		III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない。	漢方薬は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があるが、ランダム化比較試験はなく、有効性が明らかではない。』	n/a				
					A2-3	牛車腎気丸	老人性白内障	尾羽沢大. 眼疾患に対する漢方の適応について 白内障. <i>産薬ジャーナル</i> 1990; 26: 1853-6.	III: 非ランダム化比較試験	n/a	老人性白内障32例を対象にした研究について下記の記載がある。 『目的と方法: 牛車腎気丸の白内障進行防止効果 牛車腎気丸7.5g/日。カタン点眼。微照像混濁面積定量し、1年間での増加率を算出。統計手法記載なし。 結果: 混濁増加率は牛車腎気丸 + カタリン0.75%/年、両薬 (-) 2.95%/年、牛車 (+) : 牛車 (-) = 1.24: 2.48%/年』	n/a				

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (8CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
A3	130.4	アレルギー性鼻炎の科学的根拠に基づく医療 (Evidence Based Medicine) によるガイドライン策定に関する研究	平成12年度厚生科学研究費補助金事業: アレルギー性鼻炎の科学的根拠に基づく医療 (Evidence Based Medicine) によるガイドライン策定に関する研究 研究班 Strength of Evidence I: ランダム化比較試験 II-1: 非ランダム化比較試験 II-2: コホート研究または症例対照研究 II-3: 時系列研究, 非対照実験 III: 権威者の意見, 記述疫学 Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを中等度推奨 C: 中間 (推奨する根拠がはっきりしない) D: 行わないことを中等度支持 E: 行わないことを強く支持	鼻アレルギー診療ガイドライン - 通年性鼻炎と花粉症 - 2009年版 付録	A3-1	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	馬場駿吉, 高坂知節, 稲村直樹, ほか. 小青竜湯の通年性鼻炎に対する効果. 二重盲検比較試験. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995; 88: 389-405.	I: ランダム化比較試験	A: 行うことを強く推奨	『ランダム化された多施設共同第三相二重盲検比較試験: ツムラ小青竜湯エキス顆粒9.0g/日107例 (TJ-19群)、プラセボ110例 (P群) 2週間投与の最終全般改善度、症状別改善度、概括安全度、有用度の比較』をした結果・考察として下記の記載がある。 【1. TJ-19群の中等度以上の全般改善度は、92例中41例 (44.6%) であり、プラセボ群の94例中17例 (18.1%) と比較し有意に優れていた。(U検定: p<0.001) 3. TJ-19群の有用度 (有用以上) は93例中43例 (46.2%) であり、プラセボ群の96例中22例 (22.9%) に比べて、有意に優れていた。(U検定: P<0.001)』	【2. 投与薬剤との因果関係が疑われた副作用症例の発現率はTJ-19群で107例中7例 (6.5%) であり、プラセボ群で110例中7例 (6.4%) であり、両群間に有意差はなかった。TJ-19群の主な副作用は消化器症状、頭痛などで、重篤なものは認められなかった。】	
					A3-2	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	中井義明, 大橋淑宏, 江崎裕介, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の臨床効果の検討. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 33: 655-73.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-3	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 増田はつみ, ほか. 柴芩湯による鼻アレルギーの治療. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 33: 61-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-4	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	伊藤博隆, 馬場駿吉, 高木一平, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の薬効評価. 鼻閉症状の臨床効果について. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991; 補52: 107-18.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-5	小青竜湯	通年性鼻過敏症	荻野敏, 原田保, 入船盛弘, ほか. 通年性鼻過敏症に対する小青竜湯の臨床効果 - 証との関係 -. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991; 34: 1-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-6	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 神崎仁, 柴芩湯による鼻アレルギーの治療 - 特に鼻閉に対する効果について -. <i>Progress in Medicine</i> 1991; 11: 1444-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-7	麻黄附子細辛湯	通年性鼻炎アレルギー	真弓広子, 輪銅幸太郎, 坂倉康夫. 麻黄附子細辛湯エキスカプセルの通年性鼻炎アレルギーに対する臨床成績. <i>アレルギーの臨床</i> 1991; 11: 46-9.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-8	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	大橋淑宏, 中井義明, 古谷博之, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992; 85: 1845-53.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-9	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 柴令湯による鼻アレルギーの治療. <i>現代産科学</i> 1993; 8: 219-24.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-10	漢方薬	鼻アレルギー	馬場廣太郎. 鼻アレルギーの漢方治療. <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 945-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-11	漢方薬	アレルギー性鼻炎	澤木修二. アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>現代東洋医学</i> 1994; 15: 354-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-12	辛夷清肺湯	鼻アレルギー	小川浩司, 橋口一弘. 鼻アレルギーとその周辺疾患に対する辛夷清肺湯の治療効果. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 2617-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-13	漢方薬	アレルギー性鼻炎	荻野敏. アレルギー性鼻炎における漢方の位置づけ. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 2643-51.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-14	補中益気湯	アレルギー性鼻炎	荻野敏. アレルギー性鼻炎に対する補中益気湯の使用経験. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 1472-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-15	漢方薬	鼻アレルギー	大山勝. 鼻アレルギーの漢方療法. <i>アレルギーの臨床</i> 1995; 15: 918-22.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-16	芩甘姜味辛夏仁湯	通年性アレルギー性鼻炎	佐藤むつみ, 緒方哲郎, 山崎充代. 通年性アレルギー性鼻炎に対する芩甘姜味辛夏仁湯の使用経験. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 2622-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-17	小青竜湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 柏木令子, 松永喬. 鼻アレルギーに対する小青竜湯の臨床効果. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 1476-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-18	小青竜湯	アレルギー性鼻炎患者の鼻閉	中村信一, 松本勲, 堀孝郎, ほか. アレルギー性鼻炎患者の鼻閉に対する小青竜湯の影響 - Acoustic rhinometryを用いた評価法 -. <i>和漢産薬学雑誌</i> 1996; 12: 474-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-19	小青竜湯	鼻アレルギー患者の鼻閉塞	山際幹和, 徳力俊治. 小青竜湯 (TJ-19) の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>診断と治療</i> 1996; 84: 533-44.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-20	漢方薬	アレルギー性鼻炎	大山勝. アレルギーと漢方薬. 基礎と臨床. アレルギー性鼻炎 - 基礎 病態生理と作用点. <i>アレルギーの臨床</i> 1997; 17: 362-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-21	漢方薬	アレルギー性鼻炎	大山勝. 漢方薬と西洋薬の併用. アレルギー性鼻炎における併用, 配合の留意点. <i>漢方調剤研究</i> 1997; 5: 15-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-22	漢方薬	アレルギー性鼻炎	馬場駿吉. アレルギー性鼻炎 - 臨床. 漢方の使い方と薬効評価. <i>アレルギーの臨床</i> 1997; 17: 358-61.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-23	芩甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 松永喬. 鼻アレルギーに対する芩甘姜味辛夏仁湯の臨床効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997; 補92: 43-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-24	小青竜湯	鼻アレルギー患者の鼻閉塞	山際幹和. 小青竜湯 (TJ-19) の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997; 補92: 38-42.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-25	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	清水正彦, 清水和彦, 宮川礎, ほか. アレルギー性鼻炎に対する小青竜湯の有効例と無効例に関する臨床的検討 (retrospective study). <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1998; 補98: 39-43.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-26	小青竜湯	鼻アレルギー	松野栄雄, 松井健一郎, 山口宣夫. 鼻アレルギー誘発時の末梢血CD陽性細胞レベルでみた小青竜湯の作用機作. <i>漢方と最新治療</i> 1999; 7: 345-51.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A3-27	麻黄剤	アレルギー性鼻閉塞	山際幹和. アレルギー性鼻閉塞に対する麻黄剤の即時的効果 - 方剤と効果発現様式の比較 -. <i>漢方診療</i> 1999; 18: 73-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	

上記以外の参考文献として、漢方の項に文献の一覧が記載されている。

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (8CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考		
A4	J45.9	EBMIに基づいた喘息治療ガイドライン2004	厚生労働科学特別研究事業 診療ガイドラインのデータベース化に関する研究班 (主任研究者 宮本昭正 日本臨床アレルギー研究所長) Strength of Evidence I: システマティックレビュー・メタアナリシス II: 一つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを推奨 C: 推奨する根拠がはつきりしない D: 行わないよう勧められる	協和企画、2004年9月20日 第1版第1刷発行	A4-1	麦門冬湯	咳感受性の亢進している気管支喘息	渡邊直人, 成剛, 福田健, 咳感受性の亢進している気管支喘息患者に対する麦門冬湯の効果の検討. <i>アレルギー</i> 2003; 52: 485-91.	Ⅲ: 非ランダム化比較試験による	A: 行うことを強く推奨	咳感受性の亢進している気管支喘息患者に対して、麦門冬湯1日3回9g投与した結果として下記の記載がある。『麦門冬湯投与群は咳点数、治療点数を有意に減少させ、カプサイシン咳閾値の有意な改善を認めた。』	n/a			
					A4-2	柴朴湯	アスピリン喘息	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 柴朴湯吸入の抗アスピリン喘息効果. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 2001; 44: 5-13.	Ⅲ: 非ランダム化比較試験による	B: 行うことを推奨	アスピリン喘息に対して、柴朴湯100mg/mL、 \times 5mL、3回/日、生食3回/日を投与した結果として下記の記載がある。『アスピリン誘発気管支肺胞洗浄液中ロイコトリエン、ECP、好酸球、IL-3、4、5、8の有意な低下を認めた。』	n/a	柴朴湯は吸入		
					A4-3	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 柴朴湯の抗不安効果に基づく抗気管支喘息治療効果: 抗不安薬との他施設無作為前向き比較検討試験. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2002; 17: 20-7.	Ⅲ: 非ランダム化比較試験による	B: 行うことを推奨	気管支喘息に対して、柴朴湯7.5g/日、クロチアゼパム (15~30mg/日) を投与した結果として下記の記載がある。『柴朴湯投与群において有意に気道炎症の改善効果を認め、不安や抑鬱状態の改善も認めた。』	n/a			
					A4-4	漢方薬	喘息	n/a	n/a	n/a	『前文 喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法のみ適応とされ、多くの経験に裏づけされた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は随証治療といって、患者の体質、体力とその時点での特病反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を旨として柴胡剤 (柴朴湯、他) を投与するのが原則である。麻黄剤はエフェドリン類を含む麻黄を主薬とした方剤で、気管支拡張作用や鎮咳作用を有し、効果の発現は比較的早い。柴胡剤は抗炎症作用を有し、長期投与によって症状の安定がもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎剤である八味地黄丸などの適用が有用とされている。 現在の喘息での漢方療法の目安を示す。①重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。②軽症、中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれほどこだわらなくてもよい。③漢方の選択はなるべく証 (東洋医学的に見た診断と治療) に基づいて行う。④漢方薬の効果はすぐには現れない、約3~4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できるときは長期 (半年~2年) に服用を続ける。効果が実感できないときには、その時点で、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における麦門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMIに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に麦門冬湯を投与し、気道炎症の指標として喀痰好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認められた。また有意に咳感受性も低下させた。また、柴朴湯においては従来から知られている喘息症状の改善率、ステロイド薬の減量率が非投与群に比して優れる報告以外にアスピリン喘息に対する抑制効果や抗不安効果に基づく喘息の治療効果も示されている。 結論 主として臨床的経験から、そして、少数ではあるが比較対照試験からその有効性が示されており、軽症、中等症喘息の長期管理に単独に、また西洋医学薬と併用することができる。』	n/a			
					A4-5	小青竜湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a		n/a	
					A4-6	柴朴湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a		n/a	
					A4-7	麻杏甘石湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a		n/a	
					A4-8	補中益気湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a		n/a	
					A4-9	八味地黄丸	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a		n/a	

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (8CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考		
A5	L70.0	尋常性疥癬 治療ガイドラ イン	日本皮膚科学会 疥癬治療ガイドライン策定 委員会(委員長:川島真 東京女子医科大学 皮膚科) Strength of Evidence I: システマティック・レビュー/メタアナリシス II: 1以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験(統計処理のある 前後比較試験を含む) IV: 分析疫学的研究(コホート研究や症例対 照研究) V: 記述研究(症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く推奨する(少なくとも1つの有 効性を示すレベルもしくは良質のレベルIIの エビデンスがある) B: 行うよう推奨する(少なくとも1つ以上の有 効性を示す質の劣るレベルIIか良質のレベル IIあるいは非常に良質のIVのエビデンスが ある) C1: 良質な根拠は少ないが、選択肢の1つ として推奨する(質の劣るIII~IV、良質な複数 のV、あるいは委員会が認めるVIのエビデ ンスがある) C2: 十分な根拠がないので(現時点では)推 奨できない(有効のエビデンスがない、ある いは無効であるエビデンスがある) D: 行わないよう推奨する(無効あるいは有害 であることを示す良質のエビデンスがある)	日本皮膚科学 会雑誌 Vol.118 No.10 2008 平成20年9月 20日発行	A5-1	荊芥連翹湯	疥癬(面皰)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荊芥連翹湯の使用 経験. 第12回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する(質 の劣るIII~IV、良質 な複数のV、ある いは委員会が認める VIのエビデンスがあ る)	『CQ13 疥癬(面皰)に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文と解説が記載されている。 『推奨文: 疥癬(面皰)に対して、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、荊芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨す る。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸については、行ってもよいが推奨はしない。』 『解説: 疥癬に対しては、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯、桂枝茯苓丸など種々の漢方薬が使用されてきた。しかしな がら臨床評価としては、漢方エキス剤の炎症性皮膚に対する効果を評価したものが大多数であり、面皰について検討したものは非常に限ら れている。黄連解毒湯、十味敗毒湯についてはクリンダマイシンローション、1%硫酸ゲンタマイシン含有甘草酸ベタメサゾンローション、ある いはイオウカンフルーション外用と併用することで面皰、丘疹、膿疱の減少と消失に有効とする報告があり、荊芥連翹湯及びテトラサイクリ ン系抗菌薬併用とテトラサイクリン系抗菌薬のみの群を比較した時に荊芥連翹湯併用群で有効性が高かったとする報告と桂枝茯苓丸と茵陳 蒿湯を併用した使用経験の報告がある。また煎薬に関してはエビデンスがあまり不足して評価できない。ただし、副作用が少ない 点が考慮され、他の治療に抵抗性、あるいは他の治療が実施できない状況では、上記の漢方エキス剤も選択肢の一つとなりうる。なお、疥 癬に対して保険適応を有しているのは、荊芥連翹湯、清上防風湯のみである。』	n/a	Clinical Questionのまとめの一覧 表の記載がある。 下記リンクには各論文の詳細解 説が記載されている。 http://www.dermatol.or.jp/medical/guideline/pdf/118101893.pdf		
					A5-2	黄連解毒湯	疥癬(面皰)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)		n/a			
					A5-3	十味敗毒湯	疥癬(面皰)								n/a
					A5-4	桂枝茯苓丸	疥癬(面皰)	1) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験(第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278- 85.				C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)		n/a	
					A5-5	桂枝茯苓丸 十箇テン高 湯	疥癬(面皰)	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝 茯苓丸の使用経験(第3報). 新薬と臨床 2006; 55: 538-45.							n/a
					A5-6	清上防風湯	疥癬(面皰)	堀口裕治, 松本いづみ, 唐崎健一郎. 尋常性疥癬に対する清 上防風湯エキス顆粒・多剤併用療法の治療効果. 皮膚科紀 要 1997; 92: 407-12.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	n/a				n/a	
					A5-7	黄連解毒 湯、十味敗 毒湯、荊芥 連翹湯、清 上防風湯、 桂枝茯苓丸 など	疥癬(面皰)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	n/a				n/a	
					A5-8		疥癬(面皰)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産 婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)	n/a				n/a	
					A5-9	十味敗毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する(質 の劣るIII~IV、良質 な複数のV、ある いは委員会が認める VIのエビデンスがあ る)		n/a			
					A5-10	十味敗毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産 婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)					n/a	
					A5-11	荊芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荊芥連翹湯の使用 経験. 第12回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する(質 の劣るIII~IV、良質 な複数のV、ある いは委員会が認める VIのエビデンスがあ る)		n/a			
					A5-12	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)								n/a
					A5-13	荊芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)					n/a	
					A5-14	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)								n/a
					A5-15	黄連解毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)		n/a			
					A5-16	黄連解毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産 婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)					n/a	
					A5-17	温清飲	疥癬(炎症性皮膚)	林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産婦 人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)	C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)		n/a			
					A5-18	温経湯	疥癬(炎症性皮膚)								n/a
					A5-19	桂枝茯苓丸	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 3) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験(第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278- 85.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)	C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)		n/a			
					A5-20	桂枝茯苓丸 十箇テン高 湯	疥癬(炎症性皮膚)	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝 茯苓丸の使用経験(第3報). 新薬と臨床 2006; 55: 538-45.							n/a

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (8CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
A6	N40-N51	男性下部尿 路症状診療 ガイドライン	日本排尿機能学会 男性下部尿路症状診療 ガイドライン作成委員会 (委員長: 本間之夫 東京大学) Strength of Evidence (論文のレベル) I: 大規模のRCTで結果が明らかなもの II: 小規模のRCTで結果が明らかなもの III: 無作為割付けによらない対照を有するも の IV: 無作為割付けによらない過去の対照を有 するもの V: 対照のない症例集積研究、専門家の意見 Strength of Evidence (根拠のレベル) A: 2つ以上のレベルIの研究に裏付けられる B: 1つのレベルIの研究に裏付けられる C: レベルIIの研究に裏付けられる D: レベルIIIの研究に裏付けられる E: レベルIV、Vの研究に裏付けられる Strength of Recommendation a: 行うよう強く勧められる b: 行うよう勧められる c: 行うよう勧めるだけの根拠が明確でない c+: 行ってもよい c-: 行うよう勧められない d: 行わないよう勧められる	ブラックウェル パブリッシン グ、2008年9月 20日 第1版第 1刷発行	A6-1	牛車腎気丸	男性下部尿路症状	Zhang X, Ishizuka O, Tanabe T, et al. Effects of goshajinkigan (miu-che-sen-qi-wan) for reseriferatoxin-sensitive afferents on detrusor overactivity induced by acetic acid in conscious rats. <i>American Journal of Chinese Medicine</i> 2006; 34: 285-93.	E: レベルIV、Vの研究に裏付けられる	c+: 行ってもよい	その他の内服薬の漢方薬 (八味地黄丸・牛車腎気丸) の項に、下記の記載がある。 『検索では5編の論文があったが引用すべき論文はなく、基礎研究論文1編と総説論文1編を引用した。 有効性を支持する根拠は乏しい。 牛車腎気丸は、ラットを用いた実験で、膀胱内酢酸注入によって誘発される排尿筋過活動を抑制することが報告されており、八味地黄丸と同様に、男性の下部尿路症状の改善目的で使用されている。しかし、ともに、臨床的に有効性を支持する根拠は乏しい。』	『有害事象はまれで軽微である。』 『有害事象はみられるべきものはなかった。』	論文そのものは、レベルI(大規模のRCTで結果が明らかなもの)とされているが、この論文は総説であり、他の薬剤が大規模のRCTであるため、レベルIIに該当している。牛車腎気丸や八味地黄丸についてはない。
					A6-2	牛車腎気丸	男性下部尿路症状	Ishizuka O, Nishizawa O, Hirao Y, et al. Evidence-based meta-analysis of pharmacotherapy for benign prostatic hypertrophy. <i>International Journal of Urology</i> 2002; 9: 607-12.	E: レベルIV、Vの研究に裏付けられる	c+: 行ってもよい			
					A6-3	八味地黄丸	男性下部尿路症状	Ishizuka O, Nishizawa O, Hirao Y, et al. Evidence-based meta-analysis of pharmacotherapy for benign prostatic hypertrophy. <i>International Journal of Urology</i> 2002; 9: 607-12.	E: レベルIV、Vの研究に裏付けられる	c+: 行ってもよい			
A7	R35	夜間頻尿診 療ガイドライン	日本排尿機能学会 夜間頻尿診療ガイドライ ン作成委員会 (委員長: 西澤理) Strength of Evidence I: 大規模のRCTで結果が明らかなもの II: 小規模のRCTで結果が明らかなもの III: 無作為割付けによらない同時期のコント ロールを有するもの IV: 無作為割付けによらない過去のコントロール を有するもの V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、 専門家の意見の加わったもの Strength of Recommendation A: 最低2つ以上のレベルIの臨床研究に裏付 けられる B: 1つのレベルIの臨床研究に裏付けられる C: レベルIIの臨床研究に裏付けられる D: 最低1つ以上のレベルIIの臨床研究に裏 付けられる E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験しか 存在しない F: 保留 (本邦において未承認、あるいは日本 人における有効性・安全性が確立されていな い)	ブラックウェル パブリッシン グ、2009年4月 30日 第1版第 1刷発行	A7-1	柴芩湯	夜間頻尿	杉山高秀, 大西規夫, 尾上正浩, ほか. 前立腺肥大症に対する漢方製剤 柴芩湯の有用性の検討 - 夜間頻尿症状の改善効果についての検討. <i>泌尿器科紀要</i> 2002; 48: 343-6.	V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験しか存在しない	前立腺肥大症 (BPH) に伴う夜間頻尿に対する治療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『“BPH”と“夜間頻尿”および“漢方薬”をキーワードとして検索を行い、PubMedで0編、医中誌で2編のみであったため、これら2編の関連する論文を用いた。 BPHに伴う夜間頻尿に対し、漢方薬の効果も報告されている。杉山らは柴芩湯による検討、渡部らは牛車腎気丸による検討を行い、双方とも夜間排尿回数の減少が得られ、有効であると報告している。』	高血圧に対する治療の二次性高血圧の分類の表の中に、薬物誘発性高血圧として『漢方薬』の記載がある。	夜間多尿および夜間頻尿に対する薬物治療の表の中に、柴芩湯、牛車腎気丸の記載がある。
					A7-2	牛車腎気丸	夜間頻尿	渡部明彦, 明石拓也, 藤内晴喜, ほか. 頻尿に対する牛車腎気丸の効果. <i>泌尿器科紀要</i> 2006; 52: 197-201.	V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験しか存在しない			

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (8CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考		
A8	R51	慢性頭痛の 診療ガイドライン	編集: 日本頭痛学会 Strength of Evidence Ia: 均質なランダム化比較試験の系統的レビュー Ib: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験 Ic: すべてがなしか IIa: 均質なコホート研究による系統的レビュー IIb: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; 例えば追跡率80%未満のもの) IIc: アウトカム研究 III: 均質な症例対照研究による系統的レビューあるいは1個の症例対照研究 IV: 症例集積研究と質の低いコホート研究や症例対照研究 V: 明白な批判的吟味の無い、あるいは生理学や実験室での研究、根本原理に基づく専門家の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない D: 行わないよう勧められる	医学書院、 2006年2月15日 第1版第1刷	A8-1	漢方薬	慢性頭痛	1		1	(漢方薬全体として) B: 行うよう勧められる	『漢方薬は予防薬あるいは急性期治療薬として長期間にわたり使用されており、経験的あるいは伝統的には効果・安全性の両面から有用であると評価されている。これを裏付ける科学的エビデンスも近年集積されつつあり、予防薬として推奨可能である。』	n/a		
					A8-2	呉茱萸湯	慢性頭痛	前田浩治, 宮城敦, 菅原武仁. 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果. 漢方医学 1998; 22: 53-7.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑			n/a		
					A8-3	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭靖博, 戸原睦, ほか. 緊張型頭痛に対する呉茱萸湯の有効性. 日本東洋心身医学研究 2000; 15: 36-8.	III: 均質な症例対照研究による系統的レビューあるいは1個の症例対照研究	↑		『症例集積研究が2件と漢方薬同士のランダム化比較試験が1件である。いずれもエビデンスレベルは低いが、呉茱萸湯の高い有用性が示されている。北里研究所等で研究段階のレスポナー限定多施設無作為化二重盲検プラセボ対照比較試験ではレスポナーに対する有用性が認められた。漢方薬の特性にかんがてデザインによる研究で有用性が示されたことは価値があると考えられるが、レスポナーの選定基準等、問題もある。』	n/a		
					A8-4	呉茱萸湯	慢性頭痛	関久友, 沖田直, 高瀬貞夫, ほか. 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果—封筒法による桂枝人参湯との比較—. Pharma Medica 1993; 11: 288-91.	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑				n/a	
					A8-5	桂枝人参湯	慢性頭痛	松本博之, 柏木基, 松谷学, ほか. 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究. 臨床と研究 1995; 72: 1299-303.	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑		『漢方薬同士のランダム化比較試験が1件と漢方薬同士の非ランダム化クロスオーバー比較試験が1件である。前者は漢方薬同士であるため漢方薬の有用性を示すエビデンスとしてはレベルが低いが、頭痛改善に対する高い効果が示されている。後者はデザインに問題があり、漢方薬同士であるためエビデンスレベルは低い。さらに評価方法も問題である。』	n/a		
					A8-6	釣藤散	慢性頭痛	松本博之, 柏木基, 松谷学, ほか. 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究. 臨床と研究 1995; 72: 1299-303.	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑				n/a	
					A8-7	釣藤散	脳血管障害患者の慢性頭痛	木村裕, 笹生俊一. 脳血管障害患者の慢性頭痛に対するツムラ釣藤散の臨床効果. Geriatric Medicine 1989; 27: 445-9.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑		『漢方薬同士の非ランダム化クロスオーバー比較試験が1件と症例集積研究が2件である。前者については②【桂枝人参湯】で述べた。後者についてもエビデンスレベルは低いが、釣藤散の有用性は示されている。』	n/a		
					A8-8	釣藤散	慢性緊張型頭痛	高田理. 慢性緊張型頭痛に対する釣藤散の有効性について. 漢方医学 1998; 22: 121-4.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑				n/a	
					A8-9	葛根湯	慢性緊張型頭痛	山本光利. 肩頸部のこりに起因する慢性緊張型頭痛に対する葛根湯の臨床効果. 臨床と研究 1995; 72: 2085-8.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑		『エビデンスレベルの低い症例集積研究1件だけであり、効果も明確でない。』	n/a		
					A8-10	呉茱萸湯	慢性頭痛	花輪壽彦, ほか. 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果: レスポナー限定多施設無作為化二重盲検プラセボ対照比較試験 (トライアル段階)	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑		『これまで頭痛に対する漢方薬の効果についてのエビデンスは少ない。漢方薬が有用であることは経験的・伝統的にはほぼ疑いがないので、花輪らの研究のようにさらなるエビデンスの集積が必要である。その際、漢方薬の特性を生かした臨床研究デザインが使用されるべきである。』	n/a		
					A8-11	漢方薬	片頭痛の予防		n/a				n/a		急性期の片頭痛予防療法として他の薬物とともに漢方薬がグレードA (行うことを強く推奨) で推奨されているが、引用論文や推奨根拠の記載はない。

文献評価は冊子体の方には記載されていない。日本頭痛学会ホームページ掲載の「慢性頭痛の診療ガイドライン」から、参考文献のAbstract Formにリンクがはられており、文献評価が記載されている。
http://www.jhsnet.org/GUIDELINE/1/AF/1-15_af.htm

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B1	B16.9	小児B型肝炎の診療指針	日本小児栄養消化器肝臓学会小児B型肝炎診療指針作成ワーキンググループ	日本小児科学会雑誌 第111巻 第7号、2007年7月1日	B1-1	小柴胡湯	B型肝炎	1) 佐藤俊一, 石川和克, 千葉俊明. B型肝炎に対する小柴胡湯の臨床効果. <i>消化器科</i> 1991; 15: 39-49. 2) 田尻仁, 古座岩宏輔, 尾崎由和, 他. 小児HBVキャリアーについての臨床的検討—肝炎発症例における小柴胡湯の効果—. <i>日本小児科学会雑誌</i> 1990; 94: 1811-5. 3) 白木和夫, 谷本要, 富程武弘, 他. HBc抗原陽性小児慢性B型肝炎に対する小柴胡湯の有効性に関する検討. <i>小児科臨床</i> 1991; 44: 2146-51.	n/a	n/a	その他の治療の項に、下記の記載がある。 『小柴胡湯・小柴胡湯は血清トランスアミナーゼ値低下、HBc抗体産生促進、HBc抗原からHBs抗体へのSC促進を目的に投与されてきたが、IFNとの併用で重篤な間質性肺炎を起こすことが報告され、最近ではその使用頻度は減った。』	n/a	
B2	C22.0	科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン 2009年版	肝臓診療ガイドライン改訂委員会(総括: 幕内雅敏 日本赤十字社医療センター院長) Strength of Evidence 1a: ランダム化比較試験のメタアナリシス 1b: 少なくとも1つのランダム化比較試験 2a: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究(前向き研究, prospective study, concurrent cohort studyなど) 2b: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究(historical cohort study, retrospective cohort studyなど) 3: case-control study研究(後ろ向き研究) 4: 処置前後の比較などの前後比較, 対照群を伴わない研究 5: 症例報告, ケースシリーズ 6: 専門家個人の意見(専門家委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので、勧められない D: 行わないよう勧められる	金原出版、2009年11月24日 第2版第1刷発行	B2-1	小柴胡湯	肝細胞癌の発症予防	n/a	n/a	n/a	『CQ: 肝臓療法は肝細胞癌の発症予防に有効か?』に対して、『C型肝炎患者に対する発症予防としてグリチルリチン製剤静脈内投与が推奨される。(グレードB)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『背景: グリチルリチン製剤は、抗炎症作用を有し、肝の炎症を抑制し、肝酵素値を減少させる。小柴胡湯は、7種の生薬を混合した漢方薬で、その作用として細胞保護作用、抗炎症作用、肝血流増加作用、肝再生促進作用等が推定されている。これら2剤は肝臓目的でわが国で広く投与されている。』 『サイエンティフィックステートメント: 大阪地区の肝硬変患者260人を対象とした小柴胡湯投与のRCTでは、平均41カ月の観察期間中、投与群130人中23人、非投与群130人中33人の発症が認められた。小柴胡湯投与は、発症率を減少させたが、有意ではなかった(P=0.071)。HBs抗原陰性例に限ると、小柴胡湯投与によって5年発症率が39%から22%に減少し(P=0.024)、さらに5年生存率が60%から76%に改善した(P=0.043)。』	n/a	
B3	F00.9	アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインの作成(一般向け)に関する研究	厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業(主任研究者 本間昭)	平成13年度~平成14年度総合研究報告書 平成15年(2003年)4月	B3-1	Herbal drugs	アルツハイマー型痴呆	Geng, J. Treatment of 50 cases of senile dementia by acupuncture combined with inhalation of herbal drugs and oxygen. <i>Journal of Traditional Chinese Medicine</i> 1999; 19: 287-9.	n/a	n/a	薬物療法の他の薬剤の項の中に、『Herbal drugs』とあり、『これらの薬剤に関する報告はきわめて少なく、今後の検討を待たねばならない』と記載されている。	n/a	
B4	F50.9	摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005	厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による「摂食障害の治療ガイドライン作成とその実証的研究」班	マイライフ社、2005年1月	B4-1	温経湯	無月経	後山尚久, 坪倉省吾, 楠木実, ほか. 第2度無月経への温経湯—メサルモン-F併用療法時の内分泌変動. <i>日本不妊学会雑誌</i> 1994; 39: 144-8.	n/a	n/a	摂食障害と無月経: 無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『妊娠希望の場合は第1度無月経にはクロミフェン療法を第一選択薬とします。3周期反復投与して排卵なき場合は中止とし、第2度無月経とともにゴナドトロピン療法(FSH-hCGあるいはhMG-hCG療法)を行います。他にGnRH拮抗療法・隔日投与方法や温経湯などの漢方療法も有効と考えられます。温経湯はラットの試験で視床下部に作用してLH-RHの放出を促進し、ヒト排卵障害例ではLH律動性分泌を賦活させます。臨床試験成績では、無排卵周期症で69%、第1度無月経で44~62%、第2度無月経で17~24%の排卵誘発効果があり、温経湯とクロミフェン、温経湯とメサルモン併用療法も有効とされます。』	n/a	
					B4-2	芍薬甘草湯	薬剤性高プロラクチン(PRL)血症	福島峰子, 成田章子, 一関和子, ほか. 高プロラクチン血症を伴う排卵障害に対する芍薬甘草湯の効果. <i>和漢薬学会誌</i> 1986; 3: 227-30.	n/a	n/a	摂食障害と無月経: 無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『薬剤性高プロラクチン(PRL)血症に対し芍薬甘草湯のPRL低下作用も証明されており、摂食障害の高PRL症例の無月経に対しては選択薬の一つと考えられます。』	n/a	
					B4-3	漢方薬	摂食障害	n/a	n/a	n/a	『平成13年度厚生労働省摂食障害研究班での筆者が行ったCAMの実態調査結果では、アンケート調査をした50名の摂食障害患者のうち44%が何らかのCAMを試みた経験があり、その目的としてはラクゼーションが最も多く挙げられていました。種類としてはアロマセラピーと指圧あんまマッサージが最も多く、続いて健康食品、漢方薬、鍼灸の順でした。』	n/a	
B5	H66.9	小児急性中耳炎診療ガイドライン 2009年版	小児急性中耳炎診療ガイドライン作成委員会(委員長: 喜多村健 東京医科歯科大学大学院耳鼻咽喉科学)	金原出版、2009年1月10日 第2版第1刷発行	B5-1	十全大補湯	反復性中耳炎	Maruyama Y, Hoshida S, Furukawa M, et al. Effects of Japanese herbal medicine, Juzen-taiho-to, in otitis-prone children—a preliminary study. <i>Acta Otolaryngol</i> 2008; Jun 12: 1-5.	n/a	n/a	付記 反復性中耳炎の診療についての提案の中の反復性中耳炎の治療の項に、下記の記載がある。 『わが国独自の治療として提唱されているのが、漢方補剤による免疫能の上昇由来による予防効果で、十全大補湯の有効性が報告された。』	n/a	

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考			
B6	I10	高血圧治療 ガイドライン 2009	日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン作 成委員会 (委員長: 萩原俊男 大阪大学名誉 教授)	ライフサイエ ンス、2009年1月 16日発行	B6-1	甘草含有漢 方薬、芍薬 甘草湯、小 柴胡湯	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	1) Cosmetic Ingredient Review Expert Panel. Final report on the safety assessment of glycyrrhethinic acid, potassium glycyrrhethinate, disodium succinoyl glycyrrhethinate, glyceryl glycyrrhethinate, glycyrrhethinyl stearate, steryl glycyrrhethinate, glycyrrhizic acid, ammonium glycyrrhizate, dipotassium glycyrrhizate, disodium glycyrrhizate, trisodium glycyrrhizate, methyl glycyrrhizate, and potassium glycyrrhinate. <i>International Journal of Toxicology</i> 2007; 26: 79-112. 2) 本間真人, 千文, 幸田幸直, ほか. 芍薬甘草湯と小柴胡湯の運用が血清カリウム値に及ぼす影響. <i>薬学雑誌</i> 2006; 126: 973-8.	n/a	n/a	n/a	『カンゾウ (甘草) は肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、その他多くの漢方薬、健康補助食品、化粧品などに含まれている。主要有効成分であるグリチルリチンはコルチゾールを不活性のコルチゾンへ代謝する11β水酸化ステロイド脱水素酵素を阻害して、コルチゾールの半減期を延長して内因性ステロイド作用を増強させ、Na、水の貯留、K低下をきたし、偽性アルドステロン症を発症する。グリチルリチンの投与量、投与期間、年齢 (60歳以上) が本症の危険因子であるとされているが、大量、長期にわたりグリチルリチンを服用しなければ高血圧が問題となることは少ない。診断は、高血圧と同時に低K血症を認め、低レニン活性、血漿アルドステロン低値であれば (偽性アルドステロン症)、本症を疑う。患者自身から漢方薬、健康補助食品の利用が報告されることは少ないので、使用の有無については注意を要する。臨床的には数週間 (最大4か月) のカンゾウの中断、あるいはアルドステロン拮抗薬の併用で改善する。』				
								B6-2	甘草含有漢 方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	POINT 12e 薬剤誘発性高血圧の項に、下記の記載がある。 『カンゾウの主要有効成分であるグリチルリチンの大量使用で低K血症を伴う高血圧 (偽性アルドステロン症) をきたすことがある。特に漢方薬使用時には注意する。中止が困難であればアルドステロン拮抗薬を用いる。』	
								B6-3	甘草含有漢 方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	薬剤誘発性高血圧の原因薬物と高血圧治療法の表中に、下記の記載がある。 『原因薬物: カンゾウ (甘草) / グリチルリチンを含む肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、漢方薬、健康補助食品、化粧品など 高血圧の原因: 11β水酸化ステロイド脱水素酵素阻害によるコルチゾール半減期延長に伴う内因性ステロイド作用増強を介した水・Naの貯留とK低下高血圧治療への対策: 漢方薬などの減量・中止、アルドステロン拮抗薬』	
B7	I64	脳卒中治療 ガイドライン 2009	Strength of Evidence Ia: RCTのメタアナリシス (RCTの結果がほぼ一様) Ib: RCT IIa: 良くデザインされた比較研究 (非ランダム化) IIb: 良くデザインされた準実験的研究 III: 良くデザインされた非実験的記述研究 (比較・相関・症例研究) IV: 専門家の報告・意見・経験 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる (aまたは少なくとも1つ以上のレベルIの結果) B: 行うよう勧められる (少なくとも1つ以上のレベルII以上の結果) C1: 行うことを考慮しても良いが、十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので、勧められない D: 行わないよう勧められる	協和企画、 2009年11月30 日 第1版第1刷	B7-1	抑肝散	血管性認知症、血管性認知障害	Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52.	IIb 良くデザインされた準実験的研究	n/a	血管性認知症、血管性認知障害の項に、下記の記載がある。 『抑肝散は少数例の臨床試験で周辺症状の改善に有効であった。』	n/a				
B8	J30	鼻アレルギー 診療ガイドラ イン-通年性 鼻炎と花粉症 -2009年版 (改訂第6版)	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会 (編集顧問: 奥田稔 日本医科大学名誉教授、 石川峰 熊本大学名誉教授)	ライフ・サイ エンス、2008年 11月28日 改 訂第6版第1刷 発行	B8-1	小青竜湯	鼻アレルギー	1) 大山勝. アレルギー性鼻炎と漢方. <i>アレルギーの領域</i> 1995; 2: 49-56. 2) 鳥場駿吉, 高坂知節, 稲村直樹, ほか. 小青竜湯の通年性鼻アレルギーに対する効果—二重盲検比較試験—. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995; 88: 389-405. 3) 河野英浩, 山田昌宏, 山岡秀之, ほか. 小青竜湯エキスのスギ花粉症の鼻炎症状に対する臨床効果. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 2000; 43: 253-7.	n/a	n/a	『漢方薬では小青竜湯、葛根湯、小柴胡湯などが用いられているが、証による病態把握、漢方診断に始まり、病期、病因分類が行われ方剤が選択され、経験則に基づいて行われる。同名でも発売会社により組成が異なり、有効性、成分配合の根拠などは必ずしも明らかではない。小青竜湯のみがプラセボとの比較対照試験が行われ有効性が証明されている。即効性・持続性からみると麻黄中に含まれているエフェドリンが作用していると考えられるが、作用機序については不明な点も多い。』	n/a	主な漢方製剤の一覧表に、葛根湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯の組成・性状、効能・効果、用法・用量、薬効薬理、警告・禁忌、相互作用、副作用が記載されている。			
					B8-2	葛根湯	鼻アレルギー	1) 日本東洋医学会学術教育委員会 (編). 入門漢方医学 2002; 30-47. 2) 萩野敏. 漢方薬はどんな患者に有効か? <i>治療</i> 2006; 88: 295-300.	n/a	n/a						
					B8-3	小柴胡湯	鼻アレルギー		n/a	n/a						

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考				
B9	J45 J30 L20-L30	アレルギー疾患 治療ガイド ライン'95改訂 版	日本アレルギー学会(監修:牧野荘平 獨協 医科大学医学部アレルギー内科教授)	ライフサイエ ンス・メディカ 1995年7月	B9-1	柴朴湯	ステロイド依存性 喘息	1) Egashira Y, Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993; 685: 580-3. 2) 江頭洋祐, 特集・アレルギー疾患の漢方治療—気管支喘息, <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a	『気管支喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づき一定の治療指針ができてきている。漢方薬の投与は随証治療といって、患者の体質、体力とその時点での腫瘍反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的薬効は有していないので、投与前にあらかじめrespondとnon-respondを区別するという経験則に基づいている。一般に喘息発作の急性期には麻黄剤(小青竜湯、他)を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤(柴朴湯、他)を投与するのが原則である。 ①重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。②軽症、中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれほどこだわらなくてもよい。③漢方の選択はなるべく証(東洋医学的にみた診断と治療)に基づいて行う。④漢方薬の効果はすぐには現れないので、約3~4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できるときは長期(半年~2年)に服用を続ける。効果が実感できないときには、その時点で、方剤の見直しを行う。』 『気管支喘息への漢方薬の投与指針の表の中に下記の記載がある。 『発作期(麻黄剤) 熱証(暑がり、汗をかく): 麻杏甘石湯、寒証(寒がり、しゃみ、鼻水): 小青竜湯 慢性期(柴胡剤) (体力中等度、虚寒間): 柴朴湯、小柴胡湯、脾虚(胃腸が弱い): 補中益気湯、腎虚(足腰の冷え、弱り): 八味地黄丸 *柴朴湯はステロイド投与例にステロイド節減作用や下垂体副腎機能の賦活作用があることが認められている。』	n/a	n/a				
					B9-2	麻杏甘石湯	気管支喘息		n/a	n/a							
					B9-3	小青竜湯	気管支喘息		n/a	n/a							
					B9-4	小柴胡湯	気管支喘息	江頭洋祐, 特集・アレルギー疾患の漢方治療—気管支喘息, <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a							
					B9-5	補中益気湯	気管支喘息		n/a	n/a							
					B9-6	八味地黄丸	気管支喘息		n/a	n/a							
					B9-7	小青竜湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a							
					B9-8	葛根湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a							
					B9-9	小柴胡湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a							
					B9-10	漢方薬	アトピー性皮膚炎	濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1.	n/a	n/a							
					B9-11	十味敗毒湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a							
					B9-12	消風散	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a							
					B9-13	柴胡清肝湯	湿疹・皮膚炎群	山口全一, 馬場俊一, 痒い皮膚病の漢方治療(その2). <i>日本小児皮膚科学会雑誌</i> 1991; 10: 16-20.	n/a	n/a							
					B9-14	越婢加朮湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a							
					B9-15	当帰飲子	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a							
					B9-16	消風散	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a							
					B9-17	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	堀口裕治, 大桑隆, 今村貞夫, アトピー性皮膚炎における漢方治療—ツムラ柴胡清肝湯の使用経験. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1991; 2: 104-9.	n/a	n/a							
					B9-18	柴朴湯	アトピー性皮膚炎	渡辺雅久, 吉田彦太郎, アトピー性皮膚炎—アトピー性皮膚炎に対する柴朴湯の使用経験. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1992; 3: 88-91.	n/a	n/a							
					B9-19	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	小林裕美, 石井正光, 谷井司, ほか, アトピー性皮膚炎の漢方治療—補中益気湯の有用性について—. <i>西日本皮膚科</i> 1989; 51: 1003-13.	n/a	n/a							
					B9-20	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a							
B9-21	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎, 脂漏性皮膚炎	1) 濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1. 2) 山口全一, 馬場俊一, 痒い皮膚病の漢方治療(その2). <i>日本小児皮膚科学会雑誌</i> 1991; 10: 16-20.	n/a	n/a												
B9-22	当帰飲子	アトピー性皮膚炎, 皮膚欠乏性湿疹	濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1.	n/a	n/a												
B9-23	治頭痛一方	アトピー性皮膚炎, 湿潤性癬皮性湿疹	n/a	n/a	n/a												
B9-24	補中益気湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a												
B9-25	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a												
B9-26	通導散	成人型アトピー性皮膚炎	濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1.	n/a	n/a												
B9-27	黄連解毒湯	成人型アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a												
B9-28	大黃牡丹皮湯	成人型アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a												
B10	J32	副鼻腔炎診療の手引き	日本鼻科学会 副鼻腔炎診療の手引き作成委員会(委員長: 洲崎春海)	金原出版, 2007年9月1日 第1版第1刷発行	B10-1	葛根湯加川 キユウ辛夷	小児慢性副鼻腔炎	伊藤博隆, ほか, 小児慢性副鼻腔炎に対する葛根湯加川キユウ辛夷の治療効果について. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1984; 77: 153-62.	n/a	n/a							
					B10-2	荊芥連翹湯	副鼻腔炎	荻野敏, 漢方医学からみた副鼻腔炎の病態と治療. <i>JOHNS</i> 2006; 22: 99-102.	n/a	n/a							
					B10-3	辛夷清肺湯	慢性副鼻腔炎	間島雄一, ほか, 慢性副鼻腔炎に対する辛夷清肺湯の効果. <i>耳鼻臨床</i> 1992; 85: 1333-40.	n/a	n/a							
					B10-4	辛夷清肺湯	慢性副鼻腔炎	間島雄一, ほか, 慢性副鼻腔炎に対する辛夷清肺湯の効果. <i>耳鼻臨床</i> 1992; 85: 1333-40.	n/a	n/a							

下記の処方について処方名、構成生薬、適用、証の一覧表が掲載されている。越婢加朮湯、黄連解毒湯、葛根湯、柴胡清肝湯、柴朴湯、十味敗毒湯、小柴胡湯、小青竜湯、消風散、大黃牡丹皮湯、当帰飲子、荊芥連翹湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B11	J70	薬剤性肺障害の評価、治療についてのガイドライン	日本呼吸学会薬剤性肺障害ガイドライン作成委員会(委員長:久保惠嗣)	メディカルレビュー社、2006年4月1日第1版第1刷	B11-1	小柴胡湯、柴朴湯、柴芩湯、柴胡桂枝乾姜湯、辛夷清肺湯、清肺湯、大柴胡湯、半夏瀉心湯、清心蓮子飲、防風通聖散、三物黃芩湯、防己黃耆湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	「CHAPTER 1.疫学」の項に『より緊急性を要する副作用情報である緊急安全性情報で通達された薬剤による間質性肺炎を、表11に示す。金製剤のsodium aurothiomalate(シオゾール)、漢方薬の小柴胡湯、および新しい抗癌剤、分子標的薬剤のgefitinib(イレツサ)であった。』の記載があり、表1に小柴胡湯についての記載がされている。 表2「主な医薬品副作用情報 医薬品・医療用具安全性情報における間質性肺炎、肺病変の一覧」には、副作用が発生した処方について経時的に記載されている。	
					B11-2	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	「CHAPTER 3.臨床病型 3.臨床病態」の項に薬剤の種類と出現しやすい病理組織所見、臨床像との関連性を示した『表6. 薬剤性肺障害の主な原因薬剤』の表で『ARDS/ALL 非心原性肺水腫、ALI』と『HP、肉芽腫性間質性肺疾患』の欄に小柴胡湯の記載がある。	
					B11-3	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	1) 築山邦規, 田坂佳千, 中島正光, ほか. 小柴胡湯による薬剤性肺起性肺炎の1例. <i>日本胸部疾患学会誌</i> 1989; 27: 1556-61. 2) 厚生省薬務局. 医薬品副作用情報 1996; 137.	n/a	n/a	n/a	「6. 漢方薬による肺障害」の「1. 小柴胡湯」にて、小柴胡湯の副作用報告例が記載されている。	
					B11-4	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	1) 佐藤篤彦, 豊嶋幹生, 近藤有好, ほか. 小柴胡湯による薬剤性肺炎の臨床的検討. 副作用報告書からの全国調査. <i>日本胸部疾患学会誌</i> 1997; 35: 392-5. 2) 佐藤篤彦. 小柴胡湯による薬剤性肺炎. <i>日本東洋医学会誌</i> 1998; 49: 349-56. 3) 鈴木宏, 熊田博光, 佐藤篤彦, ほか. 小柴胡湯による副作用検討報告: C型ウイルス慢性肝炎患者への小柴胡湯投与に関するガイドライン. <i>初漢医学会誌</i> 2000; 17: 95-100.	n/a	n/a	n/a	『漢方薬に起因する代表的肺障害として小柴胡湯単独による100例の臨床像を提示する(表13)。(中略)。全体で90例が速やかに治癒したが、10例が死亡した。死亡例を生存例と比較すると、死亡例では発症から薬剤中止までの期間が長く(15.9日vs5.8日)、基礎疾患として呼吸器疾患を合併(30%vs2.2%)した例の予後が不良であった。』	
					B11-5	小柴胡湯、他漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	寺田真紀子, 北澤英徳, 川上純一, ほか. 漢方薬による間質性肺炎と肝障害に関する薬剤疫学的検討. <i>医療薬学</i> 2002; 28: 425-34.	n/a	n/a	n/a	『各種漢方薬による薬剤性肺障害をまとめて報告した。35例中21例が小柴胡湯によるもので、14例は他の漢方製剤によるものであった。』	
					B11-6	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	松島秀和, 高柳昇, 徳永大道 ほか. 薬剤性肺炎のCT所見の検討, 組織所見に基づいたCT所見の特徴と重分類の試み. <i>日本呼吸器学会誌</i> 2004; 42: 145-52.	n/a	n/a	n/a	『薬剤性肺障害27例のCT所見について報告した。(中略)。また気管支血管束の肥厚、牽引性気管支拡張、肺の縮小は認めなかった。』	
					B11-7	加味逍遙散	ARDS【急性呼吸窮迫症候群】(副作用)	Shiota Y, Wilson JG, Matsumoto H, et al. Adult respiratory distress syndrome induced by a Chinese medicine, Kamisyoyosan. <i>Internal Medicine</i> 1996; 35: 494-6.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『臨床的にARDS【急性呼吸窮迫症候群】を呈した例』	
					B11-8	小柴胡湯	肺水腫(副作用)	1) 宮崎英士, 安藤優, 伊井和成 ほか. 肺水腫を呈した小柴胡湯誘起性肺炎. <i>日本呼吸器学会誌</i> 1998; 36: 776-80. 2) 吉田良昌. 非心原性肺水腫を呈した小柴胡湯による薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会誌</i> 2003; 41: 300-3.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『肺水腫を呈した例』	
					B11-9	小柴胡湯	DAD【びまん性肺胞障害】(副作用)	富岡洋海, 橋本公夫, 大西尚 ほか. 小柴胡湯服用中に発症した間質性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会誌</i> 1999; 37: 1013-8.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『剖検でDAD【びまん性肺胞障害】を呈した例』	
					B11-10	漢方薬	EP【好酸球性肺炎】、OP【器質化肺炎】(副作用)	久保田勝, 花田伸英, 増田千代彦 ほか. 漢方薬による薬剤誘起性肺炎の3症例. <i>呼吸</i> 1991; 10: 475-9.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『肺生検でEP【好酸球性肺炎】、OP【器質化肺炎】を呈した例』	
					B11-11	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	松島秀和, 高柳昇, 徳永大道 ほか. 牛車腎気丸による薬剤性肺炎の1例. <i>日本胸部臨床</i> 2003; 62: 363-8.	n/a	n/a	n/a	『漢方薬による薬剤性肺障害46例(IFN併用8例を含む)を集計し、小柴胡湯が32例、その他13例であった。』	
					B11-12	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	田代真一. 小柴胡湯と間質性肺炎の関連に関する薬理学・疫学からの検討. <i>日本東洋医学会誌</i> 1998; 49: 371-81.	n/a	n/a	n/a	『薬剤性肺障害の発生頻度は10 ⁴ 例に1件程度と低く、IPFの混入やC型肝炎とIPFの合併頻度が高いことから、小柴胡湯と肺障害の因果関係をさらに検証すべきであるとの指摘もある。』	
					B11-13	黄ゴ含有漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	1) 寺田真紀子, 北澤英徳, 川上純一, ほか. 漢方薬による間質性肺炎と肝障害に関する薬剤疫学的検討. <i>医療薬学</i> 2002; 28: 425-34. 2) 西森文美, 山崎啓一, 神崎人 ほか. 黄ゴによると思われる薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会誌</i> 1999; 37: 396-9.	n/a	n/a	n/a	『黄ゴは、寺田らの調査した薬剤性肺障害35例に投与された漢方製剤の33例に含まれていた。(中略)。一方患者の同意後、あるいは偶発的に再投与されたチャレンジテストは11例(5製剤)の報告があり、全例で黄ゴが含まれており、黄ゴとの関与が推察される。』	
					B11-14	牛車腎気丸	薬剤性肺障害(副作用)	松島秀和, 高柳昇, 徳永大道 ほか. 牛車腎気丸による薬剤性肺炎の1例. <i>日本胸部臨床</i> 2003; 62: 363-8.	n/a	n/a	n/a	『添付文書に重大な副作用として記載のない製剤においても肺障害の報告がある。』『いずれも黄ゴンを含まない。』	
					B11-15	六君子湯	薬剤性肺障害(副作用)	丸山佳重, 丸山倫夫, 高田俊範 ほか. 六君子湯による薬剤性肺炎の1例. <i>日本胸部疾患学会誌</i> 1994; 32: 84-9.	n/a	n/a	n/a	『添付文書に重大な副作用として記載のない製剤においても肺障害の報告がある。』『いずれも黄ゴンを含まない。』	
					B11-16	大建中湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『添付文書に重大な副作用として記載のない製剤においても肺障害の報告がある。』『いずれも黄ゴンを含まない。』	
B12	198.8	「呼吸器感染症に関するガイドライン」成人気道感染症治療の基本的考え方	日本呼吸器学会呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会(委員長: 松島敬香 川崎医科大学呼吸器内科)	日本呼吸器学会、2003年6月20日発行	B12-1	葛根湯、麻黄湯	かぜ症候群	1) 磯部秀之. 漢方製剤の適正使用—漢方治療の現代医学的アプローチ—かぜ症候群. <i>薬局</i> 1997; 48: 1074-8. 2) 川名明彦, 工藤宏一郎. かぜ症候群の対症療法. <i>薬局</i> 1997; 48: 1951-7.	n/a	n/a	『漢方薬は日常臨床でも葛根湯や麻黄湯などが「かぜ症候群」によく用いられている。漢方薬は通常病態分類による漢方診断によって、総合的に治療薬を選別して行われるもので、ある程度の経験と知識が必要である。漢方薬を用いる時には、西洋医療での薬物と同様に副作用等にも注意すべきである。』	n/a	

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考			
B13	J	呼吸器疾患 治療用医薬品 の適正使用 を目的としたガイド ライン。漢方薬治療 における医薬品の適正 な使用法ガイド ライン	呼吸器疾患治療用医薬品の適正使用を目的としたガイドライン作成委員会(委員長:栗山 喬之 千葉大学大学院医学研究院)	日本呼吸器学会、2005年11月20日 第1刷発行	B13-1	漢方薬	有熱かぜ症候群	本間行彦。有熱かぜ症候群患者における漢方治療の有効性。 <i>日本東洋医学雑誌</i> 1995; 46: 285-91.	n/a	n/a	『本間は学生で初診時に37℃以上の症例を対象として解熱鎮痛消炎剤(ropfen)と「随証」漢方治療の比較を封筒法により行った。熱の持続時間は解熱剤群2.6±1.7日に対して漢方薬群1.5±1.9日と推計学的に有意に短縮した。また、全症状持続率は解熱剤投与群6.6±3.6日に対して、漢方薬群5.1±1.9日と有意に短縮した。』	n/a				
					B13-2	葛根湯	インフルエンザ、感冒	村岡健一、吉田哲、長谷川和正、ほか。葛根湯製剤の作用機序の薬理的検討—イヌによる体温上昇と免疫能活性について—。 <i>初漢薬学雑誌</i> 2003; 20: 30-7.	n/a	n/a	『葛根湯服用後の体温上昇時にマクロファージの活性化が指摘されている。(Kurokawa M, et al. Effect of interleukin-12 level augmented by Kakkon-to, a herbal medicine, on the early stage of influenza infection in mice) <i>Antiviral Res</i> 2002; 56: 183-8) 葛根湯はインフルエンザ感染マウスに発熱の抑制・体温減少の抑制と肺炎の軽化を示した。感冒に伴うサイトカインの過剰反応をインターフェロンからIL-1の誘導を阻害することによって解熱効果を示すことが報告された。』	n/a				
					B13-3	小青竜湯	気管支炎	宮本昭正、井上洋西、北村諭、ほか。TJ-19ツムラ小青竜湯の気管支炎に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験。 <i>臨床薬学</i> 2001; 17: 1189-214.	n/a	n/a	『Placeboを対照とした二重盲検比較試験(気管支炎178例)。気管支炎の主要症状である咳の回数・強さの症状別改善度、症状消失率、喀痰の切れ、日常生活の症状別改善度において、小青竜湯がPlaceboと比較し有意に優れていた。』	n/a				
					B13-4	麻黄附子細辛湯	かぜ症候群	本間行彦、高岡和夫、與澤宏一、ほか。かぜ症候群に対する麻黄附子細辛湯の有効性—封筒法による比較試験—。 <i>日本東洋医学雑誌</i> 1996; 47: 245-52.	n/a	n/a	『対象は初期のかぜ症候群に罹患した3歳以上の214例。39℃以上、抗生物質の適応がある場合(熱証と思われる)は除いた。麻黄附子細辛湯エキスあるいは総合感冒薬の封筒法による多施設比較試験を行った。解析例は実薬群83例、対照群88例であった。中等度改善以上の症例は実薬群81.9%、対照群60.3%で前者において優れていた。発熱持続日数はそれぞれ1.5±0.7日、2.8±1.5日であり前者で短縮していた。全身倦怠感、咽頭痛・違和感、咳・痰についても症状日数は前者で短縮していた。』	n/a				
					B13-5	小柴胡湯	感冒	加地正郎、柏木征三郎、山本戸道郎、TJ-9ツムラ小柴胡湯の感冒に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験。 <i>臨床と研究</i> 2001; 78: 2252-68.	n/a	n/a	『発病後5日間に上経過した感冒患者で、咳を有し、口中不快・食欲不振・倦怠感のいずれかを伴う患者を対象にPlaceboを対照とした二重盲検比較試験を行い、小柴胡湯(TJ-9)の有効性、安全性を評価。全般改善度は、Placebo群と比べ小柴胡湯群が有意に優れていた。』 『有用度において、小柴胡湯はPlaceboに対して有意に優れていた。』	『概括安全度と副作用発現率は群間に有意差は認められず、両群とも重篤な副作用の発現は認められなかった。』				
					B13-6	麦門冬湯	かぜ症候群後咳嗽	藤森勝也、鈴木栄一、下条文武、かぜ症候群後咳嗽に対する麦門冬湯と臭化水素酸デキストロトルファンとの効果の比較(バイロット試験)。 <i>日本東洋医学雑誌</i> 2001; 51: 725-32.	n/a	n/a	『非喫煙者で、かぜ症候群後2週間以上咳嗽が続き、ACE阻害薬を内服しておらず、鼻・副鼻腔疾患、慢性呼吸器疾患、アトピー歴、胃食道逆流症がなく、胸部単純X線、呼吸機能、末梢血好酸球数、CRP、血清IgE値に異常のない症例を無作為に麦門冬湯エキス顆粒9g/日(13例)と臭化水素酸デキストロトルファン60mg/日(12例)の2群に分け(1週間内服)、咳日記(咳点数0-9点に分布)を用いて2群間の咳嗽抑制効果を比較検討した。麦門冬湯は臭化水素酸デキストロトルファンに比し、2日目で咳嗽抑制効果が強かった(P<0.05)。』	n/a				
					B13-7	補中益気湯	COPD	杉山幸比古、北村諭。COPDに対する漢方補劑 補中益気湯の効果。 <i>日本胸病雑誌</i> 1997; 56: 105-9.	n/a	n/a	『補中益気湯がCOPD患者の感冒罹患回数を減少させ、体重増加をもたらす。DPBおよび間質性肺炎を含むCOPD患者36名を2群に分け、11名には補中益気湯を服用させ、1月から3月まで冬の3ヶ月間感冒罹患回数を比較した。さらに、比較的稳定したCOPD患者8例については4ヶ月以上呼吸機能、体重などを経過観察した。その結果、感冒罹患は補中益気湯内服群で有意に少なく、また長期観察に於いて標準を下回るやせが見られた3例で体重が平均2.83kg増加した。』	n/a				
					B13-8	柴朴湯	ステロイド依存性喘息	Egashira Y, Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993; 685: 580-3.	n/a	n/a	『ステロイド依存性喘息患者90例を封筒法でランダムに2群に分け、改善度を比較したランダム化比較臨床試験において、柴朴湯は有意差をもって改善度が高かった。』	n/a				
					B13-9	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男、西澤恭子、永野富美代、ほか。ベクロメタゾン吸入量半減時の柴朴湯吸入療法とクロモグリセート吸入療法の代替療法比較試験。 <i>耳鼻咽喉科雑誌</i> 2002; 45: 8-15.	n/a	n/a	『症状の安定した気管支喘息患者94例を対象に、無作為に2群に分け、クロモグリセート(DSCG)20mg/カプセル×4回/日(D群)と柴朴湯(CPT)粉末500μg/カプセル×4回/日(C群)をDSCG用スピンヘラーで吸入させた。試験開始1年後、好酸球数、interferon-γ、eosinophil cationic proteinはC群で有意に減少した。気管支肺胞洗浄液中のLeukotrienes、各種アレルギー・炎症関連各種インターロイキン(IL)、化学物質の産生・遊離も、C群では有意に抑制されていたが、D群ではIL、TXA ₂ 、Endothelin-1の抑制は見られなかった。これらの相乗効果によって、C群では自覚症状の改善、呼吸機能の改善、β ₂ -刺激剤服用回数の減少が認められた。CPTは、DSCGよりもベクロメタゾン半減時の代替薬剤として有効・有用性に優れていることが示された。』	n/a				
					B13-10	麦門冬湯	咳感受性の亢進	渡邊直人、成剛、福田健。咳感受性の亢進している気管支喘息患者と非喘息患者に対する麦門冬湯の効果の比較検討。 <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2004; 42: 49-55.	n/a	n/a	『カプサイシン咳感受性試験で、咳閾値が3.9μ以下を示した気管支喘息患者21名(喘息群)と、慢性咳嗽症状を有し咳感受性が亢進しているものの、喘息の診断には至らない22名(非喘息群)に麦門冬湯を2か月間投与し、咳感受性と気道炎症に対する効果を比較した。咳感受性への効果は、両群間に有意差を認めなかった。気道炎症については両群とも約半数で改善がみられたが、有意ではなかった。気道炎症の程度別に検討すると、両群とも喀痰中に好中球が2%以上検出されている症例で、咳感受性の有意な低下が認められた。』	n/a				
					B13-11	神祕湯	アスピリン喘息	西澤芳男、西澤恭子、吉岡二三、ほか。神祕湯 (Shen-bi-tang: SBT) 吸入療法とsodium cromoglicate吸入療法とのアスピリン喘息への多施設無作為効果比較検討。 <i>耳鼻咽喉科雑誌</i> 2003; 46: 3-14.	n/a	n/a	『アスピリン喘息患者でリジン-アスピリン吸入試験吸入閾値の決定した114例を対象に、神祕湯(SBT)吸入療法とsodium cromoglicate(DSCG)療法について多施設無作為効果比較試験を行った。A群61例にはSBT500μgを充填したDSCG用カプセル、B群53例にはDSCG20mgを充填したカプセルを用い、1日4回6時間毎にDSCG用スピンヘラーによる吸入を行った。その結果、SBTはヒト気道粘膜細胞の5-リポキシゲナーゼ活性の抑制により、ロイコトリエン産生を抑制した。A群はB群に比較して、閾値濃度リジン-アスピリン吸入時の1秒量低下が改善し、副作用や検査値異常も少なく、アスピリン喘息は有意に改善した。』	n/a	日本東洋医学会 2002年中間報告・漢方治療におけるEBMにおける呼吸器分野論文を参考に作成。			
					B13-12	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	『近年の研究では、半夏厚朴湯は、脳血管性障害やパーキンソン病に伴う嚥下を改善し、また咳反射をも同時に改善することが報告されている。すなわち原典にあるとおり、実際に食物が喉に詰まることを改善するのである。従って、脳血管性障害の原因となる嚥下障害、咳反射の障害に用いることが出来る。』	n/a				
					B13-13	半夏厚朴湯	パーキンソン病の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpo Tang (Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『半夏厚朴湯は脳血管性障害患者に於ける嚥下反射を改善した(比較臨床試験)』 『半夏厚朴湯はパーキンソン病に於ける嚥下反射を改善した(比較臨床試験)』 『半夏厚朴湯は脳血管性障害患者の咳反射を改善した(比較臨床試験)』	n/a				
					B13-14	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の咳反射	Iwasaki K, Kitada S, et al. A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpo tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2.	n/a	n/a	『近年の研究では、半夏厚朴湯は、脳血管性障害やパーキンソン病に伴う嚥下を改善し、また咳反射をも同時に改善することが報告されている。すなわち原典にあるとおり、実際に食物が喉に詰まることを改善するのである。従って、脳血管性障害の原因となる嚥下障害、咳反射の障害に用いることが出来る。』	n/a				
					B13-15	清肺湯	誤嚥性肺炎	Mantani N, Kasahara Y, Kamata T, et al. Effect of Seichai-to, a Kampo medicine, in relapsing aspiration pneumonia-an open label pilot study. <i>Phytomedicine</i> 2002; 9: 195-201.	n/a	n/a	『清肺湯は、抗菌作用、抗炎症作用を持つ生薬を多数、少量ずつ集めた方剤であるが、ADLの低下した慢性呼吸器疾患を有する高齢者に於いて、炎症を抑制することが報告されており、そのメカニズムの一部は、活性酸素の発生を抑制するためであることが示唆されている。従って、常に誤嚥を繰り返す気道の炎症が収まらない症例に用いることが出来る。』 『清肺湯の抗炎症効果に関する臨床的エビデンス』 『清肺湯は再発する誤嚥性肺炎を予防する(比較臨床試験)』	n/a				
					B13-16	抑肝散	認知機能障害・痴呆のBPSD	Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-gan san for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52. (本ガイドラインの記載: Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-gan san on behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients, in press.)	n/a	n/a	『痴呆に伴う精神症状は近年BPSDと総称されるが、これらの症状を抑制するために、鎮静剤、向精神薬を多用すれば、薬剤性の誤嚥を生じ誤嚥性肺炎を惹起する危険がある。抑肝散を痴呆に伴う情動不穏に使用することで、精神安定剤、向精神薬の使用を減らし、誤嚥を減少させる可能性が示唆される。』 『抑肝散のBPSDに関する臨床的エビデンス』 『抑肝散はBPSDを沈静化させる(単純盲検ランダム化比較臨床試験)』	n/a				
					B13-17	麦門冬湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a		n/a				『麦門冬湯、清肺湯、柴朴湯については間質性肺炎を惹起するおそれがあるとして、使用上の注意が喚起されている。その原因生薬は黄芩であるとの報告もあるが、麦門冬湯は黄芩を含まないにも関わらず、過去数例ではあるが間質性肺炎の発症が報告されている(因果関係は不明)。』
					B13-18	清肺湯	間質性肺炎(副作用)	Takeshita K, Saisho Y, Kitamura K, et al. Pneumonitis induced by Ou-gon (scullcap). <i>Internal Medicine</i> 2001; 40: 764-8.	n/a	n/a		n/a				
					B13-19	柴朴湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a		n/a				
					B13-20	補中益気湯	全身倦怠	Kuroiwa A, Liou S, Yan H, et al. Effect of a traditional Japanese herbal medicine, Hochu-ekki-to (Bu-Zhong-Yi-Qi Tang), on immunity in elderly persons. <i>International Immunopharmacology</i> 2004; 4: 317-24.	n/a	n/a		n/a				
					B13-21	補中益気湯	無症候性MRSA感染症	Nishida S. Effect of Hochu-ekki-to on asymptomatic MRSA bacteriuria. <i>Journal of Infection Chemotherapy</i> 2003; 9: 58-61.	n/a	n/a		n/a				
					B13-22	補中益気湯	Mycosis Fungoides	Tokura Y, Sakurai M, Yagi H, et al. Systemic administration of Hochu-ekki-to (Bu-zhong-yi-qi-tang), a Japanese-Chinese herbal medicine, maintains interferon-gamma production by peripheral blood mononuclear cells in patients with mycosis fungoides. <i>Journal of Dermatology</i> 1998; 25: 131-3.	n/a	n/a		n/a				

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B14	L20.9	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2009	社団法人日本アレルギー学会 アトピー性皮膚炎ガイドライン専門部会 (委員長: 片山一朗 大阪大学大学院医学系研究科分子病態医学皮膚科学)	協和企画、2009年10月29日 第1版第1刷発行	B14-1	漢方薬	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『漢方医学的疾患概念「証」の中には西洋医学の病態生理の立場からは、現時点では説明しきれない部分もあるが、体質が重要な部分を占め、慢性疾患であるアトピー性皮膚炎では、体の機能の流れを流動的に捉える漢方治療を併用または補助的治療とすることが有用であることは否定できない。』	『副作用については、漢方薬といえども、注意が必要である。これらの漢方処方には甘草が含まれることがあり、偽アルドステロン症、ミオパシーが現れることがある。補中益気湯には間質性肺炎、肝機能障害、黄疸が報告されており、使用には十分な注意を要する。』	
					B14-2	十味敗毒湯	慢性湿疹、アトピー性皮膚炎	小林衣子, 大河原章. 慢性湿疹、アトピー性皮膚炎に対する十味敗毒湯の治療効果. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1994; 5: 25-34.	n/a	n/a	『解説: 体力中等度の人の皮膚疾患で、患部は発散性あるいはびまん性の発疹で覆われ、滲出液の少ない場合。 方法: 封筒法による比較試験 十味敗毒湯18例およびクレマスタチン20例を8週間連続投与、併用薬はステロイド外用薬中等度使用可。 結果: 8週間後の改善率は十味敗毒湯では改善以上で50.9%、軽度改善以上で88.9%、クレマスタチン20例は改善以上で60%、軽度改善以上で90%。2群間には有意差は認められず、ほぼ同等の作用。』		
					B14-3	消風散	アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹	筒井清広, 田中武司, 広根孝衛, ほか. アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹に対する消風散の臨床効果. <i>漢方医学</i> 1994; 18: 309-14.	n/a	n/a	『解説: 比較的体力のある人の慢性の皮膚疾患で、患部に熱感があって、多くは湿潤し、掻痒のはなはだしい場合。 方法: 消風散35例を4週間以上連続投与。併用薬はステロイド外用薬weak以下使用可。 結果: 試験開始2週間後および4週間後の中等度改善以上は45.7%および68.8%、4週間後の有用度は有用以上が68.8%。』		
					B14-4	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	堀口裕治, 大桑隆, 今村貞夫. アトピー性皮膚炎における漢方治療—ツムラ柴胡清肝湯の使用経験. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1991; 2: 104-9.	n/a	n/a	『解説: 弱々しく体力の低下した人で、皮膚の色が浅黒く、扁桃、頸部や頰下部リンパ節などに炎症、腫脹をおこしやすい場合。 方法: 柴胡清肝湯と白色ワセリン34例および外用ステロイド薬58例を投与。 結果: 全体では約半数に著効あるいは有効、外用ステロイド薬群 (46%) と白色ワセリン群 (53%) 間に著明な差はなし、やや有効も含めた成績では、外用ステロイド薬併用群に、より高い有効率。』		
					B14-5	補中益気湯	気虚を有するアトピー性皮膚炎	古江増隆, 田中洋一, 小林裕美, ほか. 気虚を有するアトピー性皮膚炎患者に対するカネボウ補中益気湯の効果—多施設二重盲検法による検討—. <i>アレルギー</i> 2005; 54: 1020. (本ガイドラインの記載: 古江増隆, 田中洋一, 小林裕美, ほか. 気虚を有するアトピー性皮膚炎患者に対するカネボウ補中益気湯の効果—多施設二重盲検法による検討—. 第55回日本アレルギー学会秋季学術大会講演要旨 盛岡, 2005; 10: 20-2)	n/a	n/a	『解説: 比較的体力の低下した人が、全身倦怠感、食欲不振などを訴える場合。 方法: 多施設二重盲検比較試験 補中益気湯37例およびプラセボ40例を24週間連続投与、前後の症状の変化を比較評価。 結果: 皮膚改善率はプラセボ群と比較して若干の改善は認められるが、有意差はなし。しかし、ステロイドおよびタクロリムス外用薬使用量は有意減少。』		
B15	N02.8	小児IgA腎症治療ガイドライン1.0版	日本小児腎臓病学会学術委員会小委員会「小児IgA腎症治療ガイドライン作成委員会」(委員長: 吉川徳茂 和歌山県立医科大学小児科)	日本小児科学会雑誌 第111巻 第11号、2007年11月1日	B15-1	柴芩湯	小児IgA腎症	n/a	n/a	n/a	小児IgA腎症軽症例の治療の薬物選定根拠の項に、下記の記載がある。 『小児の軽症IgA腎症では、非免疫抑制薬が推奨される。成人のIgA腎症ではアンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE-I) やアンギオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB) のランダム化比較試験が存在し、有効性と安全性が証明されている。小児のIgA腎症ではこれらの薬剤のランダム化比較試験はないが、リシノプリルの果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症へのランダム化比較試験でその有効性と安全性がオープン試験で示されている。一方、柴芩湯は小児の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症へのランダム化比較試験でその有効性と安全性が証明されている。以上より、本ガイドラインでは上記2剤を第一選択薬とした。上記2剤を併用したときの有効性と安全性についてのエビデンスは存在しない。』 『以下の2剤のいずれかを2年間以上投与する。* 薬物投与量は身長をもとにした標準体重により計算する。 アンギオテンシン変換酵素阻害薬: リシノプリル0.4mg/kg/日 分1 (最大20mg/日) 漢方薬: 柴芩湯1包 分2 (体重20kg以下)、2包 分2 (20~40kg)、3包 分3 (40kg以上) (注) 注: 本剤1包とは、ツムラ柴芩湯エキス顆粒の3g、カネボウ柴芩湯エキス顆粒の2.7gに相当する。』	主な副作用の項に、下記の記載がある。 『柴芩湯、アレルギー性膀胱炎、肝機能障害、間質性肺炎、偽アルドステロン症』	
					B15-2	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井糾, ほか. 果状・微小メサンギウム増殖を示す小児期IgA腎症における柴芩湯治療のプロスペクティブコントロールスタディ. <i>日本腎臓学会誌</i> 1997; 39: 503-6.	n/a	n/a	『柴芩湯には抗炎症作用、ステロイド様作用、免疫抑制作用などがあると考えられている。わが国で施行されたランダム化比較試験では、15歳以下の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症患者において、2年間の観察にて無治療群48例の1日尿蛋白が0.41 ± 0.48gから0.43 ± 0.56gと不変であったのに対し、柴芩湯群46例では1日尿蛋白量が0.39 ± 0.31gから0.25 ± 0.41g (p=0.005) と有意に減少した。また、尿正常化率も無治療群10%に対し、柴芩湯群は46%と良好であった (p<0.001)。』		
B16	N40	EBMIに基づく前立腺肥大症診療ガイドライン	泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班 Strength of Evidence I. 大規模のRCTで結果が明らかなもの II. 小規模のRCTで結果が明らかなもの III. 無作為割付によらない同時期のコントロールを有するもの IV. 無作為割付によらない過去のコントロールを有するもの V. 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	じほう、平成13年12月25日発行	B16-1	漢方薬	前立腺肥大症	Dreikorn K, Borkowski A, Braeckman J, et al. Other medical therapies. In Proceedings 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia 1997; 633-59.	V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	n/a	薬物療法: その他の薬剤の項に、下記の記載がある。 『植物エキス製剤、アミノ酸製剤、漢方薬などがあるが、その作用機序や有用性については、十分解明されておらず、今後の検討が必要である。』	n/a	引用は、Phytotherapy全体の解明が不十分であることを述べたものである。
B17	R05	咳嗽に関するガイドライン	日本呼吸器学会咳嗽に関するガイドライン作成委員会 (委員長: 河野茂 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)	日本呼吸器学会、2005年9月20日 第1版第1刷発行	B17-1	麦門冬湯	咳嗽	宮田健, 洲上淳一, 甲斐広文, ほか. 鎮咳作用—麦門冬湯と麦門冬湯抽出成分の鎮咳作用特性と作用機序. <i>代誌</i> 1992; 29: 377-85.	n/a	n/a	『漢方薬の中には、ツムラ麦門冬湯のように科学的に鎮咳作用機序が検討されているものもあるが、咳嗽を有する大規模集団を対象にした二重盲検比較試験は行われておらず、咳嗽治療における役割は確率されていない。』	n/a	『成人の咳嗽治療薬』の表中に代表的薬剤 ツムラ麦門冬湯 (非特異的に使用される疾患) の記載がある。

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考		
B18	R51 R52	くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集-	日本小児心身医学会くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン作成委員会(委員長:石崎優子 関西医科大学小児科)	南江堂、2009年6月20日発行	B18-1	漢方薬	頭痛	1) 日本東洋医学会学術教育委員会(編) 入門漢方医学 2002 2) 中村謙介 和漢薬方意辞典 2004 3) 高山宏世 腹証図解漢方常用処方解説 1995 4) 花輪壽彦 漢方診療のレッスン増補版 2008 5) 林明宗 東洋医学的治療による片頭痛の予防, 日本頭痛学会誌 2004; 31: 53-5.	n/a	n/a	『漢方治療は個人の体質・体調を重視し、心身全体の調和安定をはかる医療で、頭痛の治療には、自覚症状や漢方医学的所見(虚と実・陰と陽・気血水など)に留意し、証を見きわめて、漢方方剤を決定する。子どもでは年少児ほど陰陽、虚実、気血水の病態がつかみにくく、症状や視診(望診)、客観的所見などと共に家族からの情報収集が重要になる。学童期・思春期の慢性頭痛に対して比較的良好に用いられる漢方方剤について虚実に分けて示す。初心者が漢方治療を行う場合、まず、子どもの体力の有無(実証か虚証かの判定、胃腸が丈夫かどうか、寒がりか否か)を見きわめる。実証の場合、多くは食欲旺盛で胃腸が丈夫で暑がりである。』 『漢方医学的視点からみると、頭痛は冷えに由来する 경우가多く、生活背景として陰性食品(体を冷やす食品)を摂りすぎている場合が多いので、生活指導が重要である。漢方薬の有効性を高めるためには腸内細菌の助けが必要であり、食事の影響を受けない空腹時の服用が勧められる。漢方エキス剤の服用方法は、食前(食事の30分以上前)あるいは食間(食後2~3時間後)に熱い湯に溶いて服用するが、苦く飲みづらい場合は、オブラートに包んだり、ココア、蜂蜜などに混ぜて飲ませてよい。年長児に服用させる場合、薬について納得のいく説明をし、どうしたらうまく飲めるかについて一緒に検討する。飲みづらくても薬の効果を得られると、我慢して飲む子が多い。』 『漢方薬は指示どおりきちんとして服用することで、体がなじみよく効くようになるので、2週間から1か月を目途に効果判定を行う。』	『漢方薬にアレルギーをもつ場合もあるので、好ましくない反応が出た場合は使用を中止する。』			
					B18-2	葛根湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『葛根湯は通常、風邪の初期に使われる。肩こりがひどく、体格ががっしりしていて、あまり汗をかかないタイプには一度試みる必要がある。』	n/a			
					B18-3	五苓散	頭痛	n/a	n/a	n/a	『口渴があり、尿が少なく、胃部に振水音(仰臥位にして指先で軽く叩いて聞こえるジャブジャブ音)があれば、五苓散が有効である可能性が高い。』	n/a			
					B18-4	桂枝人参湯、半夏白朮天麻湯、当帰芍薬散、真武湯、呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『冷えの度合いは、おおむね桂枝人参湯、半夏白朮天麻湯、当帰芍薬散、真武湯、呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯の順に強くなる。』	n/a			学童・思春期の頭痛に対する主な漢方方剤と選択の目安のチャートが記載されている。
					B18-5	桂枝茯苓丸、桃核承気湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『思春期女子では、生理痛・生理不順に関する頭痛が多い。生理痛と関連する頭痛としては、桂枝茯苓丸が代表的であるが、生理痛が強くと生理中にイライラが目立ち、赤や黒で便秘がち、がっしりした体格の女性には、桃核承気湯を考慮する。』	n/a			
					B18-6	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸+葛根湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『冷え性で色白で華奢な女子で四肢がむくみやすいときには当帰芍薬散、冷えのほせがあり、イライラして訴えが多く情緒不安定な場合には加味逍遙散を考慮する。生理痛が強く、肩こりのひどい女性の場合、桂枝茯苓丸と葛根湯の併用が有効な場合もある。』	n/a			
					B18-7	苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯、当帰芍薬散	起立性調節障害	n/a	n/a	n/a	『苓桂朮甘湯や半夏白朮天麻湯や当帰芍薬散は起立性調節障害症状の例によく使われる。』	n/a			
					B18-8	呉茱萸湯	片頭痛	n/a	n/a	n/a	『呉茱萸湯は片頭痛によく使われる方剤で胃部の振水音があり、嘔気があるなど五苓散と似るが、頭痛が激しく、顔色不良で冷えがあり、心窩部を指先で軽く叩くと振水音が聞こえる場合に用いる。』	n/a			
					B18-9	真武湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『冷え性で寒がり顔色不良でめまいがある場合や、たるさを訴え横になりたがる場合に、真武湯が有効な頭痛を疑う。』	n/a			
					B18-10	呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	n/a	『頭痛時によく使われる呉茱萸湯、あるいは当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、漢方薬の中でもっとも苦くて服用しにくい薬であることをあらかじめ伝え、初めての服薬で嫌にならないように配慮することが望ましい。』			
					B18-11	漢方薬	痛み	n/a	n/a	n/a	一般的な痛みへの薬物療法の中に、特異的な治療薬。その他の項として、『漢方薬』の記載がある。	n/a			
					B18-12	桂枝加芍薬湯、小建中湯、人参湯、半夏瀉心湯	過敏性腸症候群	n/a	n/a	n/a	過敏性腸症候群に対する薬物療法の中に、漢方製剤の分類として、下記の記載がある。 『桂枝加芍薬湯(すべての症状) 5.0~6.0g/日 分2~3 小建中湯(虚証、腹痛、下痢) 7.5~10.0g/日 分2~3 人参湯(虚証、冷え、下痢) 5.0~6.0g/日 分2~3 半夏瀉心湯(中間・実証) 5.0~6.0g/日 分2~3』	n/a			
					B18-13	漢方薬	小児慢性頭痛	n/a	n/a	n/a	小児慢性頭痛の治療アルゴリズムの薬物療法に、『頭痛の漢方療法』が記載されている。	n/a			

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (19CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B19	R	高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005	日本老年医学会(委員長:鳥羽研二 杏林大 学医学部高齢医学教授)	メジカルビュー社、2005年7月1日 第1版第1刷発行	B19-1	抑肝散	認知機能障害・痴呆のBPSD	Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-gan san for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52.	n/a	n/a	『漢方薬である抑肝散は、姿勢バランスやADLを障害することなくBPSDのコントロールに有効である。』	n/a	
					B19-2	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpo Tang (Henge-Koboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『降圧剤のアンジオテンシン変換酵素阻害剤(ACE阻害剤)では乾性咳の副作用がある。ACE阻害剤によってブラジキニンが増加し、気道のC線維末端を刺激し、サブスタンスPが遊離するため考えられる。しかし、同時に咳反射、嚥下反射を高める効果もあり、ACE阻害剤によって、誤嚥性肺炎の発症が抑制される。半夏厚朴湯にも同様の効果が報告されている。』	n/a	
					B19-3	小青竜湯	間質性肺炎(副作用)	畑芳夫, 上原久幸. 経過中reversed halo signがみられた小青竜湯による薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2005; 43: 23-31.	n/a	n/a	n/a	去痰薬の項に、下記の記載がある。『まれながら、間質性肺炎の副作用報告がある。』	
					B19-4	麦門冬湯	咳嗽	n/a	n/a	n/a	去痰薬の項に、下記の記載がある。『漢方薬の麦門冬湯は気道を湿潤し、気道のレオロジーを改善し、鎮咳去痰作用をもたらす。』	呼吸器疾患の病態により特に慎重な投与を要する薬物のリスト中に『間質性肺炎』の記載がある。	
					B19-5	漢方薬	(用法)	n/a	n/a	n/a	飲み忘れないための工夫 服用する薬の用法について、下記の記載がある。『漢方製剤のように「食前(食前30分を意味する)」や「食間(食事と食事の間、通常食後2時間を意味する)」を、糖尿病用薬(食後過血糖改善剤)のように「食直前」を、イトラコナゾール製剤、イコサベント酸エチル製剤のように「食直後」を指定して処方するものなど、さまざまな服用時間が存在する。』	n/a	
					B19-6	生薬成分(甘草、ききょう、麻黄、半夏)	咳嗽	n/a	n/a	n/a	『末梢性の鎮咳薬は気管支に直接作用して気管支平滑筋を弛緩させる。テオフィリン、SABA(塩酸プロカテロールなど)などの気管支拡張剤である。生薬成分として甘草、ききょう、麻黄、半夏なども用いられる。』	n/a	
					B19-7	小柴胡湯	間質性肺炎(副作用)	Ishizaki T, Sasaki F, Ameshima S, et al. Pneumonitis during interferon and/or herbal drug therapy in patients with chronic active hepatitis. <i>European Respiratory Journal</i> 1996; 9: 2691-6.	n/a	n/a	n/a	呼吸器疾患に関連して注意すべき薬剤として『間質性肺炎の危険性が高まるので、発症の可能性を念頭に治療に当たることが必要』との記載がある。 呼吸器疾患の病態により特に慎重な投与を要する薬物のリスト中に『間質性肺炎』の記載がある。	
					B19-8	甘草含有製剤	薬剤相互作用	n/a	n/a	n/a	n/a	相互作用に注意が必要な薬物のリスト[高血圧]中に、サイアザイド系利尿薬として『グリチルリチン:甘草含有製剤(低K血症)』の記載がある。	
					B19-9	小柴胡湯	低K血症、ミオパシー、偽性アルドステロン症(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	消化器疾患の病態により慎重な投与を要する薬物のリスト中に、『肝硬変:小柴胡湯(低K血症、ミオパシー、偽性アルドステロン症)』の記載がある。	
					B19-10	漢方薬	高齢者特有の症状群	n/a	n/a	n/a	n/a	『高齢者特有の症状群に対し、多くの漢方薬が用いられる。多彩な症候、病態を併せ持つ高齢者には多成分系である漢方薬を個人の病態に応じて加減配合する漢方薬は、基本的に適した薬剤であるといえる。』 その他に虚寒や固々の生薬についての記載がある。	注意すべき生薬、生薬と西洋薬との相互作用について記載がある。 その他、高齢者に対して注意すべき生薬のリスト、症候別注意すべき処方と生薬のリスト、相互作用に注意が必要な薬物リスト(生薬と西洋薬)の記載がある。

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (25CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C1	A64	性感染症 診断・治療ガイドライン 2008	日本性感染症学会(ガイドライン委員長:川名尚)	日本性感染症学会誌 Vol. 19, No. 1 Supplement, 2008年11月30日発行	C1-1	漢方薬	細菌性陰症	n/a	n/a	n/a	細菌性陰症の内服療法に、下記の記載がある。 『更年期症状の強い症例などでは、ホルモン補充療法や東洋医学的治療(漢方治療)などが併用される。』	n/a	
C2	B24	抗HIV治療ガイドライン 2009年3月版	平成20年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業(服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究班)(研究代表者:白飯琢磨 国立病院機構大阪医療センター)		C2-1	漢方薬	薬剤相互作用	n/a	n/a	n/a		『プロテアーゼ阻害剤や非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤は、チクロロームP450の基質であると同時にその活性を抑制(時に促進)する作用がある。したがって、チクロロームP450で代謝される他の薬剤との相互作用が生じる。(中略)健康食品や漢方薬として市販されているものの中にも相互作用を有するものがあり(セイヨウトギリソウ St.Johns Wortが代表的)、注意を要する。』	
C3	C50.9	科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 1. 薬物療法 2007年版	日本乳癌学会編 乳癌学会診療ガイドライン 薬物療法小委員会(小委員長:ガイドライン作成責任者:渡辺亨 国際医療福祉大学臨床医学研究センター)	金原出版、2007年6月29日 第2版第1刷発行	C3-1	漢方薬を含む補完代替療法	乳癌	n/a	n/a	D: 乳癌の進行抑制や延命効果のある補完代替療法は存在せず行うべきでない。 C: 標準的な癌治療に伴う有害事象や癌性疼痛などの症状の緩和目的、あるいは心理的不安の軽減などを目的とした補完代替療法は一部有用である。 『乳癌治療として補完代替療法は有用か』 『背景・目的: 癌患者における補完代替療法(complementary and alternative medicine: CAM)の普及率は海外では48~87%、国内では44.6%と広く使用されている。CAMの利用傾向や目的は民族背景で異なる。白人女性は食事療法や精神療法、アフリカ系女性は瞑想などを好み、中国系女性は漢方薬を好む傾向をもつ。わが国のCAM利用者の9割近くはアガリクスや漢方、サメの軟骨などの製品を使用する傾向があり、2000年の国内全体の漢方薬市場は実に2000億円を越えている。(以下、省略) 解説: CAMは大まかに次の5つに分類される。①代替医療システム(伝統医学系統、民族療法、東洋医学など)、②エネルギー療法(氣功、レイキなど)、③肉体的療法(カイロプラクティック、マッサージ療法など)、④精神・心体介入(精神療法、催眠、瞑想など)、⑤薬物学・生物学にもとづく療法(漢方、サメ軟骨、食事療法、免疫療法などの先端医療も含まれる。) (以下、省略)』	『患者に害悪が及ぶ可能性があり避けるべきCAMとしては、高度の食事制限、化学療法や放射線治療中の抗酸化サプリメント(コエンザイムQ10など) 摂取、乳癌患者のイソフラボンや大豆の高用量摂取、抗凝固療法中の鍼治療やマッサージ療法、化学療法中におけるある種の漢方やセントジョーンズワートの摂取、高用量のビタミンAやビタミンD療法などが挙げられる。』		
C4	C80	抗がん剤適正使用のガイドライン	日本癌治療学会編 日本癌治療学会がん診療ガイドライン委員会(委員長:佐治重豊 岐阜大学名誉教授)	日本癌治療学会、2005年6月25日	C4-1	漢方薬	乳癌	n/a	n/a	C: 乳癌治療において代替療法を推奨するだけの根拠はない。 『乳がん治療として代替療法は有用か』 『いわゆる民間療法は、ある種の植物や人工合成物の服用、気功や運動療法、さらに温泉療法などさまざまなものが宣伝されていて120種類以上あるといわれている。そして、普及率48~87%との調査もあるように癌患者の多くがこれら治療を取り入れている。経済的にも莫大な費用が積み込まれ2000年の国内の漢方薬市場だけを取り上げても実に2兆円を越えると報告されている。このように広く使用されているにもかかわらず、その効果や毒性について科学的に検証されたものはほとんどないのが実情である。(以下、省略)』 ※本ガイドラインでは漢方は代替医療の一部とされており、漢方を含む代替医療全体として、「推奨するだけの根拠はない」とされている。	n/a		
C5	E10-E14	科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン(改訂第2版)	日本糖尿病学会編 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン(改訂第2版)策定に関する委員会(委員長:田嶋尚子 東京慈恵会医科大学糖尿病・代謝・内分泌内科)	南江堂、2007年6月1日 改訂第2版発行	C5-1	漢方薬	注意	n/a	n/a	n/a		糖尿病腎症の治療 顕性腎症の治療の項の「ACE阻害薬/ARB使用時の注意」の表中に、『Kの排泄に影響を与える薬剤に注意: NSAIDs 漢方薬など』の記載がある。	
C6	E29.1	加齢男性性腺機能低下症候群(LOH症候群)診療の手引き	日本泌尿器科学会/日本Mens Health学会「LOH症候群診療ガイドライン」検討ワーキング委員会	じほう、2007年1月31日 発行	C6-1	漢方薬	男性更年期障害	n/a	n/a	n/a	『本邦では男性更年期障害という疾病概念が先行し、これに従って男性ホルモン補充療法、抗うつ薬、ED治療薬、漢方薬等を用いた治療が開始されましたが、現実には男性ホルモン値など診断や治療の基準がなく、医療現場の混乱を招いてきました。』	n/a	
C7	F98.0	夜尿症診療のガイドライン	日本夜尿症学会 ガイドライン作成委員会編	平成16年6月 http://www.jse.n.jp/guideline/index.htm	C7-1	漢方薬	夜尿症	n/a	n/a	n/a	『夜尿症に対する薬物療法には、三環系抗うつ剤、抗コリン剤、抗利尿ホルモン剤、プロスタグランジン合成阻害剤、β ₂ 刺激剤、漢方薬、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)などの報告が見られる。そのうちメタアナリシスにより有効性が証明されているものは、三環系抗うつ剤、抗利尿ホルモン剤のみである。』	n/a	
C8	G47.9	睡眠障害の対応と治療ガイドライン	睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会(主任研究者:内山真 国立精神・神経センター精神保健研究所)	じほう、平成14年7月15日	C8-1	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、佛手湯、養血仁湯、温経湯	不眠症	n/a	n/a	n/a	『Q15 民間療法、漢方、サプリメントで睡眠薬の代わりになるものはありますか?』 『漢方薬で不眠症に保険適応とされているものは、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、佛手湯、養血仁湯、温経湯などがあり、これらにはハンゲ、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウゴンなどの生薬が配合されている。多くは神経症や更年期障害にも有効とされており、自律神経系の活動や気分の安定化により睡眠促進効果を発現する。』	『漢方などは一般に副作用が少ないとされているが、これは薬効成分の含有量が少ないためであり、多量に摂取すると、カンゾウでは腎機能異常、カルシウムでは尿路結石などの副作用が出現する。また、原料の植物に含まれている微量の物質や、製造過程で混入した物質による思わぬ副作用も起こりうる。』	
					C8-2	漢方薬	更年期障害に伴う不眠	n/a	n/a	n/a	『神経症症状や抑うつ症状などがある場合には、精神安定剤、抗うつ薬、漢方製剤や心理療法の併用が必要である。』	n/a	
C9	125.9	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版)	循環器病の診断と治療に関するガイドライン合同研究班(日本循環器学会、日本栄養・食糧学会、日本高血圧学会、日本更年期医学会、日本小児循環器学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本糖尿病学会、日本動脈硬化学会、日本老年医学会)	http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_kitabatake_h.pdf	C9-1	漢方薬	薬剤誘発性高血圧(副作用)	n/a	n/a	n/a		二次性高血圧の分類の表中に、薬物誘発性高血圧をおこすものとして「糖質コルチコイド、グリチルリチン製剤、漢方薬、エストロゲン製剤、非ステロイド性抗炎症薬、カタコラミン類似化合物、三環系抗うつ薬、サイクロスポリン、エリスロポエチンなど」の記載がある。	
C10	195.1	小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集-	日本小児心身医学会 小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン作成委員会(委員長:田中英高 大阪医科大学小児科)	南江堂、2009年6月20日発行	C10-1	漢方薬	起立性調節障害	n/a	n/a	n/a	ガイドライン解説の部の「3. 総説 OD【起立性調節障害】の病理生理と治療」の「h. 重症OD【起立性調節障害】に対する心理社会的対応(専門医向け)」のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『OD【起立性調節障害】の治療においては、上記の西洋医学に基づく治療以外にもさまざまな治療が実際の臨床現場においてなされている。それには、漢方療法、補完・代替療法と呼ばれるものが含まれ、医療機関で個別に実施されていると推定される。これらの治療によって改善する例(場合)もあるが、未だに明確なエビデンスが得られたとはいえない。したがって、これらの治療については、本ガイドラインによる治療を行っても改善がみられない重症例に対して、患者や保護者の希望があれば試してみようと考えられる。この解説では、漢方療法と補完・代替療法について簡単に触れたが、今後の研究が待たれるところである。』	漢方療法の一覧表の中に、半夏白朮天麻湯、補中益氣湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯の服用法(服用分3、小学生5.0g、中学生7.5g)の記載がある。	

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (25CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C11	J45 J30 L20	アレルギー疾患 診断・治療 ガイドライン 2007	社団法人日本アレルギー学会ガイドライン委 員会	協和企画、 2007年11月26 日 第1版第2刷 発行	C11-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	成人喘息の長期管理における薬物療法プランの他の薬剤、療法に、下記の記載がある。 『漢方薬: 漢方薬の投与は、患者の体質、体力とその時点での副反応の強弱によって方剤を選ぶという原則があり、投与前にあらかじめ responderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。』	n/a	従来の漢方製剤の一覧表に、葛根湯、五虎湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青龙湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯の商品名、剤形、組成、用量(1日用量)、適応、副作用、禁忌が記載されている。 成人気管支喘息、小児気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーの診療ガイドラインが2005～2006年に改訂版・最新版が出たのでそれを契機に日本アレルギー学会・ガイドライン委員会がガイドラインの統合版を作成。
					C11-2	漢方薬	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	アレルギー性鼻炎治療薬の表中に、『その他: 変調療法薬、生物製剤、漢方薬』と記載されている。	n/a	
					C11-3	小青龙湯、 葛根湯、小 柴胡湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	その他の薬物療法の非特異的変調療法薬、生物製剤、漢方薬の特徴の表中に、下記の記載がある。 『漢方薬: 小青龙湯、葛根湯、小柴胡湯などが用いられるが、小青龙湯のみがプラセボとの比較対照試験が行われ、有効性が証明されている。』	n/a	
					C11-4	漢方薬	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『漢方医学的疾患概念「証」の中には西洋医学の病態生理の立場からは、現時点では説明しきれない部分もあるが、体質が重要な部分を占め、慢性疾患であるアトピー性皮膚炎では、体の機能の流れを流動的に捉える漢方治療を併用または補助的治療とすることが有用である場合もあることは否定できない。』 『近年、漢方薬の薬効についてのコントロールスタディが行われるようになり、より客観的なエビデンスが得られるようになった。』		
					C11-5	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『解説: 体液中程度の人の皮膚疾患で、患部は発散性あるいはびまん性の発疹で覆われ、滲出液の少ない場合。 方法: 封筒法による比較試験。十味敗毒湯18例およびフマル酸クレマスタチン20例を8週間連続投与、併用薬はステロイド外用薬中等度使用可。 結果: 8週間後の改善率は十味敗毒湯では改善以上で50%、軽度改善以上で88.9%、フマル酸クレマスタチンは改善以上で60%、軽度改善以上で90%。2群間には有意差は認められず、ほぼ同等の作用。』		
					C11-6	消風散	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『解説: 比較的体力のある人の慢性の皮膚疾患で、患部に熱感があって、多くは湿潤し、掻痒のはなほたい場合。 方法: 消風散35例を4週間以上連続投与。併用薬はステロイド外用薬weak以下使用可。 結果: 試験開始2週間後および4週間後の中等度改善以上は45.7%および68.8%、4週間後の有用度は有用以上が68.8%。』	『副作用については、漢方薬といえども、注意が必要である。上記【これら】の漢方処方には甘草が含まれており、偽アルドステロン症、ミオパシーが現れることがある。補中益気湯には間質性肺炎、肝機能障害、黄疸が報告されており、使用には十分な注意を要する。』	
					C11-7	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『解説: 弱々しく体力の低下した人で、皮膚の色が浅黒く、肩、頸部や顎下部リンパ節などに炎症、腫脹をおこしやすい場合。 方法: 柴胡清肝湯と白色ワセリン34例および外用ステロイド薬58例を投与。 結果: 全体では約半数に著効あるいは有効、外用ステロイド薬群(46%)と白色ワセリン群(53%)間に著明な差はなし。やや有効も含めた成績では、外用ステロイド薬併用群に、より高い有効率。』		
					C11-8	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『解説: 比較的体力の低下した人が、全身倦怠、食欲不振などを訴える場合。 方法: 多施設二重盲検比較試験。補中益気湯37例およびプラセボ40例を24週間連続投与、前後の症状の変化を比較評価。 結果: 皮膚改善率はプラセボ群に比較して若干の改善は認められるが、有意差はなし。しかし、ステロイドおよびタクロリムス外用薬使用量は有意な減少。』		
C12	J45.0	小児気管支 喘息治療・管理 ガイドライン 2008	日本小児アレルギー学会ガイドライン(小児 気管支喘息治療・管理ガイドライン2008)作 成委員会(委員長: 西野田敏之、国立病院機 構下志津病院)	協和企画、 2008年12月13 日 第1版第1刷 発行	C12-1	漢方薬	気管支喘息	n/a	n/a	n/a	主な抗喘息薬一覧表の中に、気管支喘息に適応のある漢方製剤として、下記の処方記載されている。 『五虎湯、柴胡湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青龙湯、神秘湯、大柴胡湯、大柴胡湯去大黃、麦門冬湯、半夏厚朴湯、麻杏甘石湯、麻黄湯、苦 甘美味辛夏仁湯』	n/a	
C13	J45.9	喘息予防・管 理ガイドライン 2009	社団法人日本アレルギー学会 喘息ガイドラ イン専門部会(会長: 大田健 帝京大学医学 部内科)	協和企画、 2009年10月29 日 第1版第1刷	C13-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	『漢方薬の投与は随証治療といって、患者の体質、体力とその時点での副反応の強弱によって方剤を選ぶという原則があり、投与前にあら かじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。しかし、適切な偽薬が得られず、喘息治療における有効性を実証で きるプラセボコントロール試験の成果がない。』	n/a	従来の五虎湯、柴朴湯、小青龙湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯の処方一般名・商品名、剤形・組成・用量、適応が掲載されている。
C14	J84.8	特発性間質 性肺炎 診断 と治療の手引 き	日本呼吸器学会びまん性肺炎疾患診断・治療 ガイドライン作成委員会	南江堂、2004 年9月20日	C14-1	漢方薬	特発性間質性肺炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『薬剤性肺炎の原因薬としては、アミオダロン、ビ ンドロール、サラゾピリン、フルファン、ニトフロラ ントイン、金製剤、種々の抗癌剤、漢方薬などさま ざまであり、間質性肺炎発症時に服用している薬 剤は、すべて鑑別の対象となるといっても過言で はない。』	
C15	K70 K76	NASH- NAFLDの診 断ガイド	日本肝臓学会編	文光堂、2006 年8月22日 第 1版第1刷	C15-1	防風通聖散	アルコール性脂肪 性肝疾患 (NAFLD)	n/a	n/a	n/a	『防風通聖散は白色脂肪細胞に蓄積した中性脂肪を分解して体脂肪を減少させ、また褐色脂肪細胞の熱産生を促進し、基礎代謝を亢進させ ることで体重を減少させる作用がある。肥満症の適応を持つ防風通聖散を食事療法と併用すると、BMIの改善、血中脂質の減少がみら れる。防風通聖散は内臓脂肪蓄積の改善に有効である可能性があるが、NAFLDに対する有効性は確認されていない。 処方例: 防風通聖散 7.5g、分2～3、食前または食間、(適応) 高血圧の随伴症状(動悸、肩こり、のぼせ)、肥満症、むくみ、便秘』	『【注】肝機能障害、黄疸は重篤な副作用』	
C16	L23-L25	接触皮膚炎 診療ガイドラ イン	日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドラ イン委員会	日本皮膚科学 会雑誌 Vol.119 No.9 2009 平成21年8月 20日発行	C16-1	甘草、十全 大補湯	副作用	n/a	n/a	n/a	n/a	医薬品による接触皮膚炎(湿疹型薬疹を含む)の 項の湿疹型薬疹の原因薬として報告されている主 な医薬品の表中に、漢方薬として、『甘草、十全大 補湯、柿の葉+スギナ』の記載がある。	
C17	L50	蕁麻疹・血管 性浮腫の治 療ガイドラ イン	蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン作成 委員会	日本皮膚科学 会雑誌 第115 巻 第5号 第 703-715頁(平 成17年4月)別 刷	C17-1	漢方薬	特発性蕁麻疹	n/a	n/a	n/a	『2. 特発性の蕁麻疹の治療 2) 慢性蕁麻疹の中に『その他、適宜図3②に示した補助的治療薬を追加しても良い。これらの治療薬は、一般 にはヒスタミンH1受容体拮抗薬ほどの高い有効性を期待することはできないものの、一部の症例では極めて高い効果が得られていることが ある』と記載され、『図3 特発性の蕁麻疹に対する治療手順』の表中に、『②補助的治療薬として『漢方薬』が記載されている。』	n/a	
C18	M35.0	シェーグレン 症候群治療 指針マニユ アル	厚生省特定疾患自己免疫疾患調査研究班 (班長: 宮坂信之)	厚生省自己免 疫疾患調査研 究班 平成8年3 月21日 第1版	C18-1	人參養榮湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状)に 対する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量) 7.5g～9g、分3、 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など) 著しい胃腸虚弱 (慎重投与)、電解質バランスの乱れ、過敏症』	
					C18-2	麦門冬湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状)に 対する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量) 9g、分3、 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など) 電解質バランス の乱れ、過敏症』	
					C18-3	小柴胡湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状)に 対する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量) 6g～9g、分3、 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など) 電解質バランス の乱れ、過敏症、肝機能障害』	
C19	M35.2	難病の診断と 治療指針 3ed vol.1	疾病対策研究会編	東京六法出 版、2005年7 月	C19-1	漢方薬	ペーチェット病	n/a	n/a	n/a	『主な薬剤とその用法』として『⑦漢方薬、エイコサペンタエン酸製剤』との記載があるが、具体的な処方名は書かれていない。	n/a	
C20	N20.9	尿路結石症 診療ガイドラ イン改訂版 (2004年)	平成15-16年度厚生労働科学研究医療技術 評価総合研究事業 尿路結石症診療ガイドラ インの適正評価に関する研究班		C20-1	漢方薬	閉塞を伴わない尿 路結石やシステ ン結石	n/a	n/a	n/a	『鎮痛・鎮痙剤として、抗コリン薬や選択的抗ムスカリン薬などがあり、排石促進薬として生薬や漢方薬などがある。疼痛がなければ適度な 運動とともに投与を行うことが効果的と考えられている。』	n/a	
C21	R46.8	小児科医の ための不登 校診療ガイ ドライン・小児 心身医学会 ガイドライン集	日本小児心身医学会 小児科医のための不 登校診療ガイドライン作成委員会(委員長: 村 上佳津美 近畿大学医学部球病院小児科)	南江堂、2009 年6月20日発 行	C21-1	漢方薬	機能性頭痛	n/a	n/a	n/a	不登校の診療にあたり知っておきたい知識の「1. 身体症状の治療に有用な心身症の知識」の機能性頭痛の項に、下記の記載がある。 『緊張型頭痛には鎮痛薬、漢方薬のほか、筋弛緩薬、抗不安薬を予防的に投与すると効果的です。』	n/a	

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (25CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C22	RS2	ペインクリニック治療指針改訂第二版	日本ペインクリニック学会 ペインクリニック治療指針作成委員会	日本ペインクリニック学会誌別冊、平成18年4月25日発行	C22-1	漢方薬	三叉神経痛	n/a	n/a	n/a	カルバマゼピン以外の薬物療法として、『漢方薬を使用するという報告もある。』	n/a	
C23	RS2.2	Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン	日本緩和医療学会 がん疼痛治療ガイドライン作成委員会 (委員長: 平賀一陽 国立がんセンター中央病院手術部部長)	真興交易 (株) 医書出版部、2000年7月25日 第1版第1刷	C23-1	大建中湯、潤腸湯、大黃甘草湯、麻子仁丸、調胃承氣湯、桂枝加芍薬大黃湯	モルヒネ副作用対策としての緩下薬	n/a	n/a	n/a	「モルヒネ副作用対策としての緩下薬一覧」の表中に下記の記載がある。 『大建中湯 7.5~15g/日 緩下薬の適応はない 潤腸湯 7.5g/日 大黃甘草湯 7.5g/日 麻子仁丸 7.5g/日 調胃承氣湯 7.5g/日 桂枝加芍薬大黃湯 7.5g/日』	n/a	巻末の付録「モルヒネ副作用対策に用いる薬剤」の表にも同様の記載あり。
C24	R	改訂 高齢女性の健康増進のためのホルモン補充療法ガイドライン	厚生労働省・長寿科学総合研究「高齢者に対するホルモン補充療法に関する総合的研究」班 (代表: 武谷雄二/大内剛義)	メディカルレビュー社、2004年5月	C24-1	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	n/a	『ホットフラッシュ (のぼせ、ほてり)、発汗などの血液運動神経症状を主体とする自律神経更年期障害には、HRTにより即効性に約1か月で症状の改善をみることが出来る。一方、社会心理的要因により誘発されると考えられているうつ、神経症などの神経症状を伴う更年期障害に対してもHRTはかなり有効であり、約1か月で症状の改善をみることが出来る。更年期障害は、自律神経失調症状と精神症状が混在し相互に修飾しあって病態を複雑にしている場合が多いので、HRT施行後3ヶ月が経過しても症状の改善が認められなければ、カウンセリング、心理療法、漢方薬・向精神薬などの使用も考慮される。』	n/a	
C25	Z01.7	臨床検査のガイドライン 2005/2006 症候編・疾患編・検査編	日本臨床検査医学会包括医療検討委員会 および厚生労働省編	宇宙堂八木書店、平成17年12月25日 第1版	C25-1	甘草含有薬 (小柴胡湯)	薬剤性浮腫 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『甘草含有薬 (小柴胡湯、強力ミノファージェン) やエストロゲン作用薬はアルドステロン様作用があり、Naを貯留させる。ヒドララジンなどの血管拡張薬やCa拮抗薬は血管透過性を亢進させ浮腫を来す。そのほかNSAIDなど多くの薬物が浮腫の原因となるので、疑わしい薬物を服用しているときは中止して浮腫の消滅を確認する。』	