

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント
1	J30.4	鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(委員長: 岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: 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) IIb: 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) III: ケース・コントロール研究(後ろ向き研究) IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 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	ライフ・サイエンス、2020年7月10日改訂第9版第1刷発行	1-1	小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯など	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アレルギーに対する効果—二重盲検比較試験—、 <i>耳鼻臨床</i> 1995; 88: 389-405. 日本東洋医学会学術教育委員会(編)、入門漢方医学、南江堂 2002; 30-67. 荻野敏、漢方薬はどんな患者に有効か? <i>治療</i> 2006; 88: 295-300. 稲葉博司、アレルギー性鼻炎・花粉症、市村恵一編集、耳鼻咽喉科漢方薬処方ガイド、中山書店 2015; 64-77.	n/a	n/a	治療の薬物療法その他の項に、下記の記載がある。 『漢方薬 (Chinese medicine) 漢方薬では小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁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、病因分類が行われ漢方薬が選択され、経験則に基づいて行われる。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。速効性・持続性からみると、麻黄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	アレルギー性鼻炎治療薬の表中に、その他: 非特異的変調療法薬、生物抽出製剤、漢方薬の記載がある。	
					1-2	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	n/a	I	A: 行うよう強く勧められる	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』に対して、下記の記載がある。 『Answer: 推奨度A 小青竜湯は通年性鼻炎患者のくしゃみ発作、鼻汁、鼻閉を有意に改善する。』	n/a		
					1-3	小青竜湯	通年性鼻炎アレルギー	馬場駿吉、高坂知節、稲村直樹、ほか、小青竜湯の通年性鼻炎アレルギーに対する効果—二重盲検比較試験—、 <i>耳鼻臨床</i> 1995; 88: 389-405.	IIb: 少なくとも1つのランダム化比較試験	I	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』に対して、エビデンスの要約に下記の記載がある。 『全国61施設の耳鼻咽喉科を受診した通年性鼻炎アレルギー患者220名を対象にした小青竜湯の二重盲検ランダム化比較試験では、全般改善度、くしゃみ発作、鼻汁、鼻閉スコアにおいて実薬群が有意に優れていた。』	n/a		
					1-4	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	I	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』に対して、エビデンスの要約に下記の記載がある。 『小青竜湯の漢方的使用目標は、泡沫水様性の痰、水様性鼻汁、くしゃみなどを伴う場合であり、アレルギー性鼻炎の症状と合致する。一方で、漢方薬処方の場合には対象患者の「証」を判断した上で、それに沿った処方勧められている。麻黄は一般に中間証から実証の場合に用いられ、虚証の場合は麻黄の副作用である動悸や胃腸症状が現れやすいため、苓甘姜味辛夏仁湯という麻黄を含まない漢方薬が処方される。また基本的には麻黄含有薬は速効性があり、特に鼻閉に対する効果が強い。そして本来長期適用する薬ではない。』	n/a		
					1-5	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯、大青竜湯	アレルギー性鼻炎	森壽生、ほか、春季アレルギー性鼻炎(花粉症)に対する小青竜湯と大青竜湯(桂枝湯合麻杏甘石湯)の効果—両剤の効果の比較検討—、 <i>Therapeutic Research</i> 1998; 19:3299-307.	IIb: 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	I	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』に対して、エビデンスの要約に下記の記載がある。 『漢方治療エビデンスレポート2016が日本東洋医学会のWebサイトに掲載されている。その中の「10. 呼吸器系疾患」の中に小青竜湯を中心にしたアレルギー性鼻炎に対する比較試験の論文の概要が述べられている。その中で、森らの花粉症患者に対する小青竜湯と他の漢方薬(苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯)のランダム化比較試験の結果がまとめられている。症状別には小青竜湯と大青竜湯に効果の差はないが、全般改善度は大青竜湯が小青竜湯に比べ有意に高い改善度を示した。』	n/a		
					1-6	漢方薬	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	I	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』に対して、エビデンスの要約に下記の記載がある。 『漢方薬だけの治療も考えることはできるが、麻黄を中心とする漢方薬は鼻噴霧用ステロイド薬などを中心とする基本的な治療におけるレスキュー薬としての役割を担うとするのが現状の通念である。』	n/a		
					1-7	漢方薬	アレルギー性鼻炎	I	(小青竜湯) A: 行うことを強く推奨 (漢方薬全体として) C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『ケミカルメディエーター遊離抑制薬 非特異的変調療法薬・生物製剤・漢方薬 点鼻用血管収縮薬 (α交感神経刺激薬) の項に、下記の記載がある。 『前文: 漢方薬は種々のものにアレルギー性鼻炎に対する効果が示唆されているが、科学的検討をされたものは小青竜湯以外では少ない。』 『推奨: 漢方薬は有用性が期待されるが、小青竜湯(推奨度A)以外、対照比較試験がなく、評価は困難である(推奨度C)。』 『結論: 漢方薬のうち、小青竜湯はケミカルメディエーター遊離抑制薬に臨床効果は類似している。その他の漢方薬も有用性が期待されるが、質の高い検討が不可欠である。』	n/a			
					1-8	小青竜湯	通年性鼻炎アレルギー	Kim MH, et al. A multicenter study on the efficacy and safety of So-Cheong-Ryong-Tang for perennial allergic rhinitis. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> 2019;45:50-56.	I: ランダム化比較試験	A: 行うよう強く勧められる	『対象 例数: 通年性アレルギー性鼻炎154例、年齢: 18~60歳、対象: くしゃみ、かゆみ、鼻漏、鼻閉の少なくとも2つ以上が中等症以上の症例 試験デザイン 方法: 多施設、プラセボコントロール二重盲検並行群比較試験、観察期間: 小青竜湯、プラセボを4週間投与し、その後8週間経過観察、その他: 1) 主要評価項目: 総鼻症状スコア (TNSS)、2) 副次評価項目: RQLQ、血清IgE、末梢血好酸球数、IL-4、IL-5、IL-8、鼻内視鏡index、3) 安全性 結果・考察: 1) 投与開始2週間後、4週間後に小青竜湯群はプラセボ群と比較し、有意にTNSSを抑制した。治療中止後は両群間に有意差がなくなった。2) 小青竜湯群はプラセボ群と比較して投与4週間後の鼻漏とくしゃみを有意に抑制した。3) 投与4週間後に小青竜湯群はプラセボ群と比較し有意にRQLQを改善した。4) 血清IgE、好酸球数、サイトカイン、内視鏡indexは両群に有意差はなかった。』	『有害事象は両群間に差はなかった。』	EBM文献集に掲載 (Webサイトに記載)	
					1-9	麻黄附子細辛湯	通年性鼻炎アレルギー	鶴飼幸太郎、田矢理子、坂倉康夫、ほか、通年性鼻炎アレルギーに対する漢方製剤の検討麻黄附子細辛湯エキス製剤の臨床応用、 <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 83: 155-65.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 21例、対象: 通年性鼻炎アレルギー患者 試験デザイン 方法: 麻黄附子細辛湯エキスカプセル(6cap./day)を4週間連日経口投与し、全般有効度、概括安全性および有用度を検討した。 結果・考察: 1) 医師判定による全般有効度は、薬剤投与2週目で有効以上35.0%、やや有効以上60.0%、4週目で有効以上57.9%、やや有効以上68.4%であった。2) 自覚所見は、くしゃみ発作、鼻汁、鼻閉、嗅覚異常および日常生活支障のすべてに改善が認められ、とくに鼻閉は症状の消失症例が多く改善率も高かった。鼻粘膜所見の下鼻甲介粘膜の腫脹、鼻腔内の水性分泌量、鼻汁中好酸球数検査も良好な改善を示した。3) アレルギー日記の集計による鼻症状の各項目の平均値推移では、対照観察期間に比較して鼻つまり、嗅覚異常および苦痛の程度は2週目より有意な減少を認め、くしゃみおよび鼻みずは4週目で有意な減少を認めた。』	『副作用は2例で皮疹の症例を認めた。』		
					1-10	麻黄附子細辛湯	通年性鼻炎アレルギー	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: 107-118.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 61例、対象: 通年性鼻炎アレルギー患者 試験デザイン 方法: 麻黄附子細辛湯エキスカプセル(6cap./day)を4週間連日経口投与し、全般有効度、概括安全性および有用度を検討した。 結果・考察: 1) 医師判定による全般有効度の有効以上の率は、薬剤投与2週目38.3%、4週目54.7%であった。有用度は有用以上60.7%であった。2) 鼻症状の改善率は、くしゃみ発作、鼻汁、鼻閉、嗅覚異常および日常生活支障のすべてに改善が認められ、とくに鼻閉は症状の消失症例が多く改善率も高かった。鼻粘膜所見の下鼻甲介粘膜の腫脹、鼻腔内の水性分泌量、鼻汁中好酸球数検査も良好な改善を示した。3) アレルギー日記の集計による鼻症状の各項目の平均値推移では、対照観察期間に比較して鼻つまり、嗅覚異常および苦痛の程度は2週目より有意な減少を認め、くしゃみおよび鼻みずは4週目で有意な減少を認めた。』	『副作用は頭痛1例、胃痛1例を認めたが、服薬中止により症状は軽快した。』		

2016年の改訂版(ほぼ同じ)

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント
1	J30.4	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(委員長:岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: 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) IIb: 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) III: ケース・コントロール研究(後ろ向き研究) IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 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	ライフ・サイエンス、2020年7月10日 改訂第9版第1刷発行	1-11	小青竜湯	通年性鼻アレルギー	馬場駿吉、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—。耳鼻咽喉科臨床 1995; 88: 389-405.	I-ランダム化比較試験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 通年性鼻アレルギー患者220例(脱落、除外34例)、年齢: 12~72歳(平均29.2歳)、対象: 中等症以上 試験デザイン 方法: 小青竜湯とプラセボとの二重盲検併用比較法。観察期間: 小青竜湯1回3.0g、1日3回内服、1週間の対照観察期間後2週間投与。その他: 1. 併用不可、救済はタベジール錠頓用。2. 自・他覚症状、アレルギー日記から判断。 結果・考察: 1) 全般改善度: 中等度以上 小青竜湯群44.6%、プラセボ群18.1%、P<0.001。2) 有用度: 有用以上 小青竜湯群46.2%、プラセボ群22.9%、P<0.001。3) 通年性鼻アレルギーに対し、有効、安全かつ有用な薬剤である。』	『副作用: 小青竜湯群6.5%、プラセボ群6.4%、差なし。』		
					1-12	小青竜湯	スギ花粉症	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。和漢薬学雑誌 1996; 12: 474-5.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 1例、対象: スギ花粉症患者 試験デザイン 方法: 小青竜湯6g頓服とエビネフリン鼻粘膜塗布による鼻腔容積の変化をacoustic rhinometryで計測。 結果・考察: 小青竜湯服用により総鼻腔容積は対照と比較して約15%の増加を示したが、エビネフリン塗布では約27%の増加が観察された。小青竜湯6.0g服用後およそ90分で効果が発現した。』	n/a		
					1-13	小青竜湯	通年性鼻アレルギー	山際幹和、徳力俊治、小青竜湯(TI-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果。診断と治療 1996; 84: 533-44.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 11例、対象: 通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン 方法: 小青竜湯エキス顆粒を1回3g1日3回、2週間連日単独投与し、VASを用いた鼻閉塞感の自覚的評価と、Acoustic Rhinometryによる最小鼻腔断面積と鼻腔容積の測定を投薬開始前と開始後1、2週目と終了後1週目に行った。 結果・考察: 1) VAS得点は投薬後1、2週目で有意に減少した。投薬終了後1週目には開始前と比べ有意差はなくなった。2) 最小鼻腔断面積及び鼻腔容積は1、2週目には有意に増加した。投薬終了後1週目には投薬前と比べ有意差がなくなった。』	n/a		
					1-14	苓甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田稔彦、松永喬、鼻アレルギーに対する苓甘姜味辛夏仁湯の臨床効果。耳鼻咽喉科臨床 1997; 補92: 43-6.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 鼻アレルギー患者(抗原不明) 22例、年齢: 平均46.3歳、対象: 発症後不明 試験デザイン 方法: 苓甘姜味辛夏仁湯エキス製剤2週間投与前後の鼻症状の比較。観察期間: 苓甘姜味辛夏仁湯エキス製剤投与量記載なし。その他: 1. 自覚症状より判定。2. 東洋医学的所見を検討。 結果・考察: 1) 全般改善度: 著明改善9%、中等度改善18%、軽度改善50%、無効23%、悪化0%。2) 症状別改善度: 改善以上くしゃみ72%、鼻汁65%、鼻閉58%、嗅覚12±14、日常生活支障度53%。3) 鼻粘膜色調別改善度: 軽度改善以上 蒼白67%、暗赤90%、赤67%、著明改善は暗赤のみに認められた。4) 振水音改善度: 振水音あり、なしで軽度改善以上に差はない。5) 腹力別改善度: 腹証で軽度改善以上に差はなかった。6) 苓甘姜味辛夏仁湯エキス製剤は鼻アレルギーに有効。』	n/a		
					1-15	麻黄附子細辛湯	スギ花粉症	大橋隆、スギ花粉症患者の鼻症状に対する麻黄附子細辛湯の臨床効果。新薬と臨床 1999; 48: 225-31.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: スギ花粉症患者245例、年齢: 6~71歳(平均43.5±11.2)、対象: 重症度不明、漢方医学診断にて投与不適とされた患者は除外。 試験デザイン 方法: 麻黄附子細辛湯を用いた非対照試験。観察期間: 麻黄附子細辛湯エキス製剤1回2カプセル1日6カプセル内服(エキス量120mg)、その他: 1. 併用剤禁止、救済薬として点鼻薬、点眼薬使用(内容不明)。2. 患者アンケートより判定。 結果・考察: 1) 全体の印象: 効果あり、大変効果ありが80%。2) 症状別の評価: くしゃみ効果あり以上79.2%、鼻みず効果あり以上80%、鼻閉効果あり以上73.1%、目のかゆみ効果あり以上60.8%。3) 効果発現時間: 1時間以内49%、24時間以内68%。4) 麻黄附子細辛湯エキス製剤は、スギ花粉症の鼻症状、眼症状に有効。』	『副作用: 8例(3.3%) (胃障害、便秘、倦怠感、口内炎、湿疹)。』	EBM文献集に掲載(Webサイトに記載)	2016年の改訂版(ほぼ同じ)
					1-16	小青竜湯	スギ花粉症	河野英浩、ほか、小青竜湯エキスのスギ花粉症の鼻症状に対する臨床効果。耳鼻咽喉科展望 2000; 43: 253-7.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: スギ花粉症患者15例、年齢: 20~72歳、平均39.2±16.0歳、対象: 軽症5例、中等症10例、重症1例。 試験デザイン 方法: 小青竜湯エキスを用いた非対照試験。観察期間: スギ花粉飛散期に小青竜湯エキス錠1回6錠、1日3回(1日量として3900mgエキス量)経口投与により2週間投与。その他: 1. 併用剤禁止。2. 自・他覚所見より判定、さらに花粉飛散量を取り入れた修正改善度も併用。 結果・考察: 1) 全般改善度: 改善が46.7%、著明改善なし。花粉飛散量を考慮した修正全般改善度は改善以上40.0%、著明改善13.3%。2) 全般有用度: 有用53.3%、極めて有用0%。3) 症状別改善度: 鼻汁改善が14.3% (有意差なし)、鼻閉21.4% (有意差あり)、くしゃみ発作14.3% (有意差あり)、眼掻痒感14.3% (有意差あり)、後鼻漏効果なし。4) 小青竜湯は花粉症の鼻症状、眼掻痒感の改善に有効で安全である。』	『副作用: なし。』		
					1-17	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	山際幹和、アレルギー性鼻炎。漢方と免疫・アレルギー 2002; 16: 142-60.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 通年性アレルギー性鼻炎患者11例、年齢: 19~53歳(平均33.5±10.8歳)、対象: 発症後48~240カ月(平均121カ月)、重症度不明。 試験デザイン 方法: 小青竜湯2週間投与による鼻閉への影響を検討。観察期間: 小青竜湯1日3回9gを2週間のwash out後に2週間投与し、その後5~9日間観察。その他: 1. 併用剤不明。2. 自覚症状、VAS評価、他覚症状はacoustic rhinometryで評価。3. 東洋医学所見との対比。 結果・考察: 1) Acoustic rhinometry: 向鼻腔容積は投与開始前12.08±0.82、投与後5~9日14.53±0.79、投与後12~16日14.37±0.82、投与終了後5~9日13.77±1.10で投与前と比較して投与後16日まで有意に増加した(p<0.05)。2) VASの評価: 投与開始前47.8±6.3、投与後5~9日32±5.9、投与後12~16日36.7±6.7、投与終了後5~9日で投与前と比較して投与後16日まで有意に改善した(p<0.05)。3) 有効例6例中1例は寒、3例は水滞、1例は水滞傾向。無効例5例中1例のみ寒と水滞。4) 小青竜湯は通年性アレルギー性鼻炎の鼻閉にも有効性が高い。5) 小青竜湯は寒証で水滞傾向のある患者に効果が高い。』	n/a		
					1-18	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	中島修、アレルギー性鼻炎に対する抗アレルギー剤・抗ヒスタミン剤と小青竜湯の併用療法。化学療法研究所紀要 2004; 34: 34-9.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 30例、対象: アレルギー性鼻炎患者。 試験デザイン 方法: 小青竜湯と、抗アレルギー剤もしくは抗ヒスタミン剤の併用療法を検討。観察期間: 平均投与期間は64週。 結果・考察: 自覚症状は、投与終了時には全例で消失していた。鼻粘膜所見のうち腫脹は全例消失、色調は全例正常化した。』	n/a		
					1-19	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯、大青竜湯	成人スギ花粉症	森壽生、嶋崎謙、倉田文秋、ほか、春季花粉症の麻黄剤を主とした6年間の治療成績。Progress in Medicine 2003; 23: 1925-9.	II-1: 非ランダム化比較試験	B: 行うことを中等度推奨	『対象: 成人スギ花粉症患者 試験デザイン 方法: 小青竜湯と他の6種類の漢方薬との治療による改善度と有用度の比較検定。 結果・考察: 小青竜湯の軽度改善以上の効果は6年間を平均すると70%であり、中等度以上の効果は50%であった。苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯の各々と小青竜湯の比較では、いずれの場合も全般改善度、有用度ともに有意差を認めず、有用であった。大青竜湯は小青竜湯に有意差を持って優れた結果を得た。』	n/a		
					1-20	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	新川光俊、ほか、アレルギー性鼻炎に対する小青竜湯とベシル酸ベトタステンの併用効果および眠気について。漢方と免疫・アレルギー 2005; 18: 70-6.	II-1: 非ランダム化比較試験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 58例、対象: アレルギー性鼻炎患者。 試験デザイン 方法: 小青竜湯とベシル酸ベトタステンの単独投与および併用投与の効果と眠気には及ぼす影響について検討。小青竜湯群39例、ベトタステン群19例で、ベトタステン単独投与では十分な効果が得られなかった症例9例に対しては小青竜湯を併用投与。 結果・考察: くしゃみ、鼻汁に対しては小青竜湯、ベトタステンともに単独投与で同等の有意な改善効果を示した。鼻閉と眠気に関しては小青竜湯のみが有意な改善効果を示した。併用投与の検討では、くしゃみ、鼻汁、眠気のスコアが有意に改善した。小青竜湯と抗アレルギー薬の併用療法はアレルギー性鼻炎に対する有効な治療法になり得る。』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント	
1	J30.4	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(委員長:岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: 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) IIb: 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) III: ケース-コントロール研究(後ろ向き研究) IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 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	ライフ・サイエンス、2020年7月10日改訂第9版第1刷発行	1-21	漢方薬	春季花粉症	三浦於菟. 春季アレルギー性鼻炎の漢方薬治療. 東洋医学的観点による分類の試み. 東邦医学会雑誌 2006; 53: 76-83.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 春季花粉症患者188名、年齢:記載なし。対象: 軽症以上、平成9年~13年の各年の1月初旬から3月末日に来院し、血中特異的IgE抗体陽性で耳鼻科専門医が花粉症と診断した患者。 試験デザイン 方法: 94種類の漢方薬を証に従って投与する非対照試験。観察期間: 2週間投与。その他: 1. 西洋薬の投与患者は除外。2. 投与前後で奥田の基準に従って改善度を判定。3. 有効方剤から患者を分類し、特徴を検討。 結果・考察: 1) 165例(87.7%)に有効、23例(12.2%)無効。2) 有効方剤の薬効別検討から辛温剤(生体温める薬効)投与での有効群51例(30.9%)、辛涼剤(生体を冷ます薬効)投与での有効群(29.7%)、混合群(32.7%)に分類。3) 辛温剤有効群は寒冷時期に発症、虚証の素因、寒証の花花粉症。4) 辛涼剤有効群は温暖開始期に発症、虚証少なく、熱証の花花粉症。5) 混合群は寒熱半ばする時期に発症し、虚証の素因を有することがあり、寒熱錯雑症の花花粉症。』	『副作用記載なし』			
					1-22	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	田中久夫. 2007	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 通年性アレルギー性鼻炎患者58例、年齢: 平均42.5歳、対象: 4週間以上第2世代抗ヒスタミン薬投与後の鼻閉改善効果不十分症例。 試験デザイン 方法: 小青竜湯とロラタジン併用する非対照試験。観察期間: 小青竜湯2~3回/日、ロラタジン10mg/日を4週間投与。その他: 1. 他剤併用禁止。2. 鼻閉、眠気、全般症状改善評価。3. Epworth sleepiness score (ESS)による睡眠評価。4. 終夜睡眠ポリグラフ検査を高度日中睡眠症例10例に実施。 結果・考察: 1) 鼻閉改善29.3%、やや改善46.6%。2) 眠気改善17.2%、やや改善50.0%。3) 全般症状改善22.4%、やや改善31.0%。4) ESSは治療前後で14.6±2.1、11.5±2.5と有意な改善。5) SGでは治療前後でAHIスコアは23.3±23.2、21.6±25.9、Arousal Indexスコアは23.4±7.0、13.7±12.3、Srem+SI時間(%)は全睡眠で56.6%±14.7、40.3±21.8といずれも治療後に有意に低下。6) 小青竜湯とロラタジンの併用により鼻閉の改善から睡眠の質の向上がみられた。』	『副作用は記載なし』			
					1-23	越婢加朮湯、小青竜湯	アレルギー性鼻炎	稲葉博司. 局所・全身的な証を考慮したアレルギー性鼻炎の漢方治療. 日本鼻科学会誌 2008; 47: 83-5.	n/a	n/a	『試験デザイン 方法: 総説 結果・考察: アレルギー性鼻炎の漢方治療の総説。急性期の場合、粘膜が発赤・充血している場合は麻黄の含量が最も多い越婢加朮湯を用い、一方蒼白傾向のときは小青竜湯を選択する。通年性の場合には麻黄剤よりは柴胡剤や補剤を用いる。』	n/a			
					1-24	小青竜湯、越婢加朮湯、麻黄湯と越婢加朮湯併用、小青竜湯と五虎湯併用	スギ花粉症	今中政支. ほか. スギ花粉症に対する漢方薬併用療法の臨床効果. 日本漢方医学雑誌 2009; 60: 611-6.	II-2: コホート研究または症例対照研究	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 51例、対象: スギ花粉症。 試験デザイン 方法: 即効性を期待できる漢方薬を西洋薬に併用し臨床効果を検討した。くしゃみ鼻漏型には小青竜湯、鼻閉型には越婢加朮湯を基本的に処方。 結果・考察: アレルギー性鼻炎に対する漢方薬として第一選択とされている小青竜湯例(20名)の有効率は45%と芳しくない成績であった。一方、越婢加朮湯例(24名)では有効率64%と良好な成績であった。重症例に処方される麻黄湯、越婢加朮湯併用(大青竜湯の簡便方)例(7名)は有効率72%であった。麻黄と石膏の消炎作用の増強目的に小青竜湯と五虎湯を併用した症例(16名)では有効率87%とさらに良好な結果であった。経口ステロイド薬の使用を余儀なくされた症例は皆無であった。』	n/a			
					1-25	麻黄湯	小児アレルギー性鼻炎	山際幹和. 小児アレルギー性鼻炎患者の鼻閉塞に対する麻黄湯の即時的効果. 漢方学 2011; 35: 57-61.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 25例(男児14例、女児11例)、年齢: 5.6~14.9歳、対象: 小児アレルギー性鼻炎。 試験デザイン 方法: 常用量の麻黄湯(TJ-27)を単回投与し、服用1-13分前と服用28-60分後に患児による鼻閉塞感の主観的評価(VAS)と音響鼻腔計測法による鼻腔形態の客観的評価(右・左鼻腔容積[NCV]、最小鼻腔断面積)、服用直後に麻黄湯の味の主観的評価(VAS)を行った。 結果・考察: 麻黄湯服用後、鼻閉塞感のVASスコアは服用前に比べて有意に減少し、鼻閉塞の客観的パラメータであるNCVと最小鼻腔断面積は有意に増加した。10例(40%)はNCV増加率≥15%で、臨床的に満足できる抗鼻閉効果を得られた。』	n/a	EBM文献集に掲載(Webサイトに記載)	2016年の改訂版(ほぼ同じ)	
					1-26	小青竜湯、葛根湯加川芎辛夷	季節性アレルギー性鼻炎	金子達. 季節性アレルギー性鼻炎に対する漢方製剤の有効性の検討-抗ヒスタミン剤との併用効果について-。医学と薬学 2011; 66: 1003-6.	II-3: 時系列研究、非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 51例、対象: 季節性アレルギー性鼻炎患者。 試験デザイン 方法: 2011年に受診した患者に対し、小青竜湯もしくは葛根湯加川芎辛夷とレボセチリジン塩酸塩併用療法を行い、効果発現までの時間日数、症状の程度などについて服用2週間後にアンケート調査を行い、併用療法の有用性を検討。 結果・考察: 効果発現までの平均日数は2.4±2.7日であった。くしゃみ回数、こらみ回数、鼻閉症状、生活の支障度のいずれにおいても有意な改善が認められた。また、眠気の発現頻度は5/48例(10.4%)であった。眠気の副作用も強くなく全例において薬剤投与を継続できた。』	n/a			
					1-27	小青竜湯、麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻炎	中田薫. 渡邊善一郎. 中島功. くしゃみと鼻水の鼻炎に小青竜湯合麻黄附子細辛湯が有効. 漢方研究 2012; 485: 130-1.	II-3: 時系列研究、非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 30例、対象: くしゃみと鼻漏を主症状とするアレルギー性鼻炎患者。 試験デザイン 方法: 小青竜湯18錠に麻黄附子細辛湯のカプセルを追加した場合の症状改善を検討。小青竜湯6錠投与、15分後に症状が軽快しないと麻黄附子細辛湯2カプセル投与。これを症状軽快まで昼、夜と投与。観察期間: 1日。 結果・考察: 1日満量で症状が軽快したのが10%、満量以下で軽快したのが80%、満量投与でも不十分な患者が10%、小青竜湯の働きを麻黄附子細辛湯が強めた。』	n/a			
					1-28	滋陰降火湯、滋陰降火湯+麦門冬湯、白虎加入参湯、麦門冬湯+辛夷清肺湯など	アレルギー性鼻炎	今中政支. アレルギー性鼻炎に対する補陰の治療. 漢方の臨床 2013; 60: 843-53.	II-3: 時系列研究、非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 477例、対象: 春の花粉症患者。 試験デザイン 方法: アレルギー性鼻炎患者の鼻粘膜の病態を探るため、電子スコープによる鼻粘膜の状態の観察所見と舌診所見との比較、および他の漢方医学的診察法による所見との整合性について調査。補陰が必要な場合、滋陰降火湯や滋陰降火湯+麦門冬湯、白虎加入参湯、麦門冬湯+辛夷清肺湯などを処方。 結果・考察: アレルギー性鼻炎の鼻粘膜病態に対しては単なる滋陰のみならず、清熱による炎症制御も必要。従来の四診に加えて、内視鏡による鼻内観察も重要。局所陰虚を示す所見として痂皮付着が重要。』	n/a			
					1-29	小青竜湯、四逆散、荆芥連翹湯	アレルギー性鼻炎	砂川正隆. ほか. アレルギー性鼻炎モデルラットのSP、GRP、NGF分泌に対する小青竜湯の効果. 漢方と免疫・アレルギー 2013; 25: 22-30.	II-1: 非ランダム化比較試験	B: 行うことを中等度推奨	『対象: TDI誘発アレルギー性鼻炎(AR)モデルラット。 試験デザイン 方法: 鼻症状とSP、CGRP、NGFの分泌に対する漢方方剤の効果について検討 1) コントロール群、2) AR群、3) AR+1%小青竜湯群、4) AR+3%小青竜湯群、5) AR+3%四逆散群、6) AR+3%荆芥連翹湯群に分け、実験22日目にくしゃみならび鼻を掻く回数と、鼻洗浄液中のSP、CGRP、NGF濃度を測定。 結果・考察: 鼻洗浄液中のSPはいずれの漢方薬投与群でも有意な抑制が認められた。CGRPは3%小青竜湯群と、3%四逆散群で有意な抑制が認められた。NGFは1%小青竜湯群を除いた各投与群で有意な抑制が認められた。しかし、実際に鼻過敏症状を有意に抑制したのは3%小青竜湯投与群のみであった。小青竜湯のARに対する作用機序の1つにSP、CGRP、NGFの分泌抑制が関与していることが示唆された。』	n/a			
					1-30	千金内托散	鼻アレルギー	Morikura I, et al. Japanese traditional medicine, Senn-kinn-aidaku-sann up-regulates Toll-like receptor 4 and reduces murine allergic rhinitis. Rhinology 2014; 52: 252-9.	n/a	推奨外	『試験デザイン 方法: 千金内托散をOVA感作させたC3H/HeNマウスに経口投与させパラメーターの変化と症状の変化を観察。 結果・考察: 千金内托散投与で血中OVA特異的IgEとIgG1が減少、IL-4産生も低下、IFN-γ上昇を見た。OVAチャレンジで好酸球粘膜浸潤やくしゃみ回数が有意に減少。』	n/a			

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント	
1	J30.4	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(委員長:岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: 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) IIb: 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) III: ケース-コントロール研究(後ろ向き研究) IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 専門家個人の意見(専門委員会報告を含む) 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	ライフ・サイエンス、2020年7月10日 改訂第9版第1刷発行	1-31	小青竜湯	スギ花粉症	大屋靖彦. スギ花粉症に対する小青竜湯の季節前投与の有効性について. <i>漢方診療</i> 1991; 10: 42-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	EBM文献集に掲載 (Webサイトに記載)	2016年の改訂版 (ほぼ同じ)
					1-32	漢方薬	鼻アレルギー	馬場広太郎. 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			
					1-33	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	池田勝久. アレルギー性鼻炎と漢方-小青竜湯の鼻汁の分泌応答への影響-. <i>漢方と最新治療</i> 1999; 7: 311-3.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-34	小青竜湯	鼻アレルギー	坂口理. ほか. モルモット鼻アレルギーに対する小青竜湯の効果-Acoustic Rhinometryを用いた研究-. <i>日本鼻科学会会誌</i> 1999; 38: 183-5.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-35	小青竜湯	鼻アレルギー	武田弘志, 辻稔, 稲津正人, ほか. 小青竜湯の薬理学的特徴-中枢神経系に対する影響-. <i>漢方と最新治療</i> 1999; 7: 315-20.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-36	小青竜湯	鼻アレルギー	盛岡頼子. 小青竜湯. <i>Current Therapy</i> 1999; 17: 153-5.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-37	麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻閉	山際幹和. アレルギー性鼻閉に対する麻黄附子細辛湯の即時的効果 剤型と効果発現様式の比較. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1999; 49: 859-63.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-38	漢方薬(小青竜湯以外)	アレルギー性鼻炎	赤尾清剛. 小青竜湯以外の漢方治療によるアレルギー性鼻炎の症例. <i>東洋医学</i> 2000; 28: 29-31.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-39	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>東洋医学</i> 2000; 28: 31-5.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-40	漢方薬	アレルギー性鼻炎	河野茂勝. アレルギー性鼻炎に用いられる漢方方剤. <i>アレルギー・免疫</i> 2002; 9: 800-5.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-41	漢方薬(小青竜湯・柴朴湯など)	花粉症	丁宗鑑. 鼻アレルギーなどいわゆる花粉症に際しての漢方薬(小青竜湯・柴朴湯など)の使い方について教えて下さい. <i>アレルギーの臨床</i> 2004; 24: 1121.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-42	小青竜湯	花粉症	池田孔己. 小青竜湯 花粉症初期療法としての可能性. <i>アレルギーの臨床</i> 2005; 25: 751-2.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-43	漢方薬	アレルギー性鼻炎	西村甲, 渡辺賢治. アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>内科専門医会誌</i> 2005; 17: 597-602.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-44	麻黄剤	鼻づまり	Yamagiwa M. Immediate Effects of Ephedra Decoction in Pediatric Patients with Nasal Obstruction. <i>The Journal of Kampo, Acupuncture and Integrative Medicine</i> 2007; 2: 23-8.	n/a	n/a	n/a	n/a			

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント	
1	J30.4	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(委員長:岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: 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) IIb: 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) III: ケース-コントロール研究(後ろ向き研究) IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 専門家個人の意見(専門委員会報告を含む) 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	ライフ・サイエンス、2020年7月10日 改訂第9版第1刷発行	1-45	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	稲垣直樹. 科学的に検証する漢方薬のエビデンス. アレルギー性鼻炎と小青竜湯. 薬厨 2009; 60: 3624-9.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	EBM文献集に掲載 (Webサイトに記載)	2016年の改訂版 (ほぼ同じ)
					1-46	漢方薬	耳鼻咽喉科アレルギー	荻野敏. 「耳鼻咽喉科アレルギーの治療薬update」漢方薬. MB ENT 2009; 104: 27-31.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-47	漢方薬	花粉症	織部和宏. 漢方診療ワザとコツ 花粉症の漢方. 漢方医学 2009; 33: 362.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-48	小青竜湯	鼻アレルギー	Lee SE, et al. The efficacy, quality of life and safety of fexofenadine hcl and shoseiryu-to, alone and in combination, in par: a preliminary study. The Journal of Physiological Sciences 2009; 59: 270.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-49	漢方薬	アレルギー性鼻炎	荻野敏. 漢方薬によるアレルギー性鼻炎の治療. アレルギーの臨床 2010; 30: 734-7.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-50	黄耆建中湯	小児耳鼻咽喉科疾患	五島史行, 堀知子. 小児耳鼻咽喉科疾患に対する黄耆建中湯の治療成績. 漢方医学 2010; 34: 276-8.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-51	漢方薬	アレルギー性鼻炎	齋藤晶. 漢方薬の取り入れ方のコツ アレルギー性鼻炎. JOHNS 2010; 26: 89-99.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-52	漢方薬	アレルギー性鼻炎	山際幹和. 「耳鼻咽喉科医が知っておきたい漢方薬のイロハ」アレルギー性鼻炎. MB ENT 2010; 110: 37-42.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-53	小青竜湯	鼻アレルギー	Shimada T, et al. Enhancement of anti-allergic effects mediated by the Kampo medicine Shoseiryuto (Xiao-Qing-Long-Tang in Chinese) with lysed Enterococcusfaecalis FK-23 in mice. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology 2010; 28: 59-66.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-54	小青竜湯、神祕湯	アレルギー性鼻炎	染村圭一. アレルギー性鼻炎に対する小青竜湯、神祕湯の併用療法の検討. 医学と薬学 2011; 653: 399-401.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-55	漢方薬	花粉症の付随症状	田中嘉人. 花粉症の付随症状に対する漢方薬治療の検討. 漢方医学 2011; 35: 161-3.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-56	黄連解毒湯	花粉症	室本哲男. 花粉症における黄連解毒湯の使用経験. 漢方研究 2011; 477: 306-8.	n/a	n/a	n/a	n/a			
					1-57	小青竜湯	アレルギー性鼻炎(花粉症)	田中文顕. アレルギー性鼻炎(花粉症)に対する小青竜湯(EKT-19)の効果の検討. Phil 漢方 2013; 41: 16-7.	n/a	n/a	n/a	n/a			
1-58	小青竜湯加附子	アレルギー性鼻炎	松本一男. 東洋堂経験余話(254) アレルギー性鼻炎に小青竜湯加附子. 動脈の硬化に防風通聖散料合桂枝茯苓丸料. 漢方の臨床 2014; 61: 821-4.	n/a	n/a	n/a	n/a								

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント	
1	J30.4	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(委員長:岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: 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) IIb: 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) III: ケース-コントロール研究(後ろ向き研究) IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 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	ライフ・サイエンス、2020年7月10日改訂第9版第1刷発行	1-59	小青竜湯加附子	花粉症	松本一男. 東洋堂経験余話(255) 視力の回復に苓桂朮甘湯加車前子、花粉症に小青竜湯加附子. <i>漢方の臨床</i> 2014; 61: 934-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	EBM文献集に掲載(Webサイトに記載)	2016年の改訂版(ほぼ同じ)
					1-60	漢方薬	花粉症	米川俊. 麻黄剤を使用しない花粉症の漢方治療. <i>漢方の臨床</i> 2014; 61: 1121-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-61	小青竜湯	アレルギー性鼻炎合併喘息	木原令夫. アレルギー性鼻炎合併喘息に対する小青竜湯追加投与の意義. <i>医学と薬学</i> 2015; 72: 279-86.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-62	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	福井裕行. 抗アレルギー天然物医薬の機能に基づくアレルギー疾患治療戦略. <i>アレルギーの臨床</i> 2015; 35: 45-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-63	小青竜湯	薬剤性肺炎(副作用)	和田広. ほか. 小青竜湯群による薬剤性肺炎と思われた1例. <i>日本胸部臨床</i> 2016; 75: 197-202.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-64	当帰芍薬散	アレルギー性鼻炎	川島春佳. ほか. 当帰芍薬散が奏効したアレルギー性鼻炎の症例. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2018; 69: 359-65.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-65	甘草乾姜湯加桂皮末	アレルギー性鼻炎	盛克己. ほか. アレルギー性鼻炎に対する甘草乾姜湯加桂皮末(散剤)有効性の検討. <i>漢方の臨床</i> 2018; 65: 181-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-66	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	Honmura T, et al. Evaluation of the therapeutic potential and underlying mechanisms of synephrine, a component of Kampo medicine, against allergic rhinitis. <i>Cognet Biology</i> 2019; 5: 1592274.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-67	真武湯など	アレルギー性鼻炎	菊島和仁. アレルギー性鼻炎をはじめとする鼻炎に対する東洋医学的アプローチ. <i>MB ENT</i> 2019; 229: 44-53.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
					1-68	呉茱萸湯	アレルギー性鼻炎	齋藤明美. ほか. 呉茱萸湯の併用が奏効したと思われる症例. <i>漢方の臨床</i> 2019; 66: 721-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
1-69	小青竜湯、麻黄附子細辛湯、越婢加朮湯	アレルギー性鼻炎	谷川聖明. アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>Modern Physician</i> 2019; 39: 218-9.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a							

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント	
2	K58.9	機能的消化管疾患診療ガイドライン2020過敏性腸症候群 (IBS) (改訂第2版)	日本消化器病学会 機能的消化管疾患診療ガイドライン 過敏性腸症候群 (IBS) 作成委員会 (委員長: 福土 番 東北大学行動医学分野・心療内科)	南江堂、2020年6月1日改訂第2版発行	2-1	漢方薬	過敏性腸症候群 (IBS)	↓		C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: IBSに対して一部の漢方薬は有用であり、投与することを提案する。』	n/a		
					2-2	漢方薬	過敏性腸症候群 (IBS)	n/a	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『解説: 漢方薬は、「生薬」と呼ばれる、自然界に存在する植物、動物や鉱物などの薬効となる部分を、通常は複数組み合わせて構成された医薬品であり、数多くの方剤の種類が存在する。中国の伝統医学で用いられている「中薬 traditional Chinese medicine」と、起源は同じでもわが国で独自に発展した漢方医学で用いられる「漢方薬 Kampo medicine」では、同じ名前の処方でも生薬の成分あるいは配合比率、投与量が同じとは限らない。日本独自の治療のために、IBSに対する漢方薬の有効性に関するエビデンス (特にRCTによる成績) は非常に限られている。』	n/a			
					2-3	桂枝加芍薬湯	過敏性腸症候群 (IBS)	佐々木大輔, 上原聡, 樋渡信夫, ほか. 過敏性腸症候群に対する桂枝加芍薬湯の臨床効果—多施設共同無作為対群間比較臨床試験. <i>臨牀と研究</i> 1998; 75: 1136-52.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『IBS患者に対する桂枝加芍薬湯の有効性が確認されている。佐々木らはIBSに対する4週間の桂枝加芍薬湯による多施設RCTを実施した。232例 (うちプラセボ群108例) のIBS患者を評価した結果、最終全般改善度 (中等度以上の改善: 実薬群50.9% vs. プラセボ群47.9%)、便秘状、排便回数、残便感改善度それぞれについて両群間に有意な差は認められなかった。腹痛改善度では実薬群のほうがプラセボ群に比較して改善傾向を示した (p=0.051)。便通サブタイプによる病型別に評価した場合、下痢型において腹痛改善度では実薬群のほうがプラセボ群に比較して有意な改善が認められた (p=0.037) が、その他の病型 (便秘型、交替型) においては有意な改善が示されなかった。』	『桂枝加芍薬湯による重篤な副作用はほとんど認められなかった。』			
					2-4	桂枝加芍薬湯	過敏性腸症候群 (IBS)	水野修一, 永田勝太郎, 吉田勝彦. 過敏性腸症候群に対する桂枝加芍薬湯エキスの治療効果 臭化メベンゾラートとの比較試験. <i>診断と治療</i> 1985; 73: 1143-52.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『水野らは50例のIBS患者に対して8週間の桂枝加芍薬湯 (26例) の効果について臭化メベンゾラート (24例) をコントロールとして比較した。その結果、有効以上の全般改善率は桂枝加芍薬湯群 (73%) のほうがコントロール群 (46%) より有意に高かった (p<0.05) が、各症状の改善率には有意な差は認められなかった。』	n/a			
					2-5	桂枝加芍薬湯、柴胡桂枝湯	過敏性腸症候群 (IBS)	石井史, 飯塚文瑛, 長廻敏, ほか. 過敏性腸症候群に対するTJ-10 柴胡桂枝湯とTJ-60 桂枝加芍薬湯の治療効果の比較ならびに潰瘍性大腸炎に対するTJ-114 柴芩湯の治療効果の検討. <i>Progress in Medicine</i> 1993; 13: 2893-900.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『IBS患者に対して2週間の桂枝加芍薬湯 (23例) と柴胡桂枝湯 (23例) の有効性を比較した石井らのRCTの結果では、50%の症状改善を示した症例は桂枝加芍薬湯群74%、柴胡桂枝湯群39%であった。』	n/a			
					2-6	桂枝加芍薬湯	過敏性腸症候群 (IBS)	Saitoh K, Kase Y, Ishige A, et al. Effects of Keishi-kashakuyaku-to (Gui-Zhi-Jia-Shao-Yao-Tang) on diarrhea and small intestinal movement. <i>Biological & Pharmaceutical Bulletin</i> 1999; 22: 87-9.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『IBSに対する桂枝加芍薬湯の奏効機序は十分解明されていないが、いくつかの基礎的研究報告がある。桂枝加芍薬湯は安静時のラット小腸運動を変化させなかったが、ネオスチグミンを投与して促進させた小腸通過時間を有意に抑制した。』	n/a		『IBSの治療ガイドライン: 第1段階』のフローチャートに漢方薬があり、症例によっては漢方薬もしくは抗アレルギー薬を投与すると記載がある。	
					2-7	桂枝加芍薬湯、芍薬	過敏性腸症候群 (IBS)	Maeda L, Shinozuka K, Baba K, et al. Effect of SHAKUYAKU Paeoniae Radix and KANZOHO Glycyrrhizae Radix on ginea pig ileum. <i>Journal of Pharmacobio-Dynamics</i> 1983; 6: 153-60.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『桂枝加芍薬湯の成分である芍薬エキスは回腸平滑筋において迷走神経からのアセチルコリン遊離を抑制することが報告されている。これらの結果より、桂枝加芍薬湯は消化管運動調整作用ならびに鎮痙作用を介して下痢、腹痛などのIBS症状を改善させるのではないかと考えられる。』	n/a			
					2-8	半夏瀉心湯	下痢型IBS	備前敦. 心理的ストレスを伴う下痢型過敏性腸症候群に対する半夏瀉心湯 (錠剤) の検討. <i>医学と薬学</i> 2012; 68: 127-33.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『下痢型IBSに対しては半夏瀉心湯の効果が報告されている。備前は6例の下痢型IBS患者に7~28日間の半夏瀉心湯を投与した症例集積研究を実施した。その結果、全般症状改善度は著名改善2例、改善3例、軽度改善1例であり、治療前に比較して治療後の腹痛ならびに便秘状 (軟便ほど大) スコアは有意に低下した。』	n/a			
					2-9	半夏瀉心湯	下痢型IBS	Kase Y, Hayakawa T, Ishige A, et al. The effects of Hange-shashin-to on the content of prostaglandin E2 and water absorption in the large intestine of rats. <i>Biological & Pharmaceutical Bulletin</i> 1997; 20: 954-7.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『基礎的には、半夏瀉心湯は大腸粘膜内のプロスタグランジンE ₂ 量を減少させ、大腸内の水分吸収を促進させる作用を有する。』	n/a			
					2-10	半夏瀉心湯	下痢型IBS	Kito Y, Teramoto N. Effects of Hange-shashin-to (TJ-14) and Keishi-kashakuyaku-to (TJ-60) on contractile activity of circular smooth muscle of the rat distal colon. <i>American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology</i> 2012; 303: G1059-66.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『さらには、ラット大腸において半夏瀉心湯は自発性収縮運動だけでなく経壁電気刺激によるコリン作動性の収縮反応も抑制することが確認された。』	n/a			
					2-11	大建中湯	便秘型IBS	武田宏司, 中川宏治, 武藤修一, ほか. 消化器内科領域における漢方. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2010; 25: 37-41.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『便秘型IBSに対して大建中湯の有効性が示唆されている。腹部膨満を伴うIBS患者26例に対して大建中湯7.5~15g/日を4~8週間投与した武田らの症例集積研究の結果、腹部単純X線による腸管ガス面積の低下とともに腹部膨満、放屁、腹痛、残便感の有意な改善を示した。』	n/a			
					2-12	大建中湯	便秘型IBS	Manebe N, Camilleri M, Rao A, et al. Effect of daikenchuto (TU-100) on gastrointestinal and colonic transit in humans. <i>American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology</i> 2010; 298: G970-5.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『Manebeらは、健康者に対して5日間のプラセボ (21例)、大建中湯7.5g/日 (19例) または15g/日 (20例) のRCTによる消化管通過時間を評価した。その結果、大建中湯7.5g群はプラセボ群に比較して有意に上行結腸における通過時間の短縮が確認された。』	n/a			

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント	
2	K58.9	機能的消化管疾患診療ガイドライン2020過敏性腸症候群 (IBS) (改訂第2版)	日本消化器病学会 機能的消化管疾患診療ガイドライン過敏性腸症候群 (IBS) 作成委員会 (委員長: 福土 審 東北大学行動医学分野・心療内科)	南江堂、2020年6月1日改訂第2版発行	2-13	大建中湯	便秘型IBS	Nakaya K, Nagura Y, Hasegawa R, et al. Dai-Kenchu-To, a herbal Medicine, attenuates colorectal distention-induced visceromotor responses in rats. <i>Journal of Neurogastroenterology and Motility</i> 2016; 22: 686-93.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『ラットにおいて大建中湯はプラセボと比較して大腸伸展刺激に対する腹痛反応を有意に抑制した。』	n/a	『IBSの治療ガイドライン: 第1段階』のフローチャートに漢方薬があり、症例によっては漢方薬もしくは抗アレルギー薬を投与する。と記載がある。	2014年の改訂版	
					2-14	大建中湯	便秘型IBS	Kikuchi D, Shibata C, Imoto H, et al. Intragastric Dai-Kenchi-To, a Japanese herbal medicine, stimulates colonic motility via transient receptor potential cation channel subfamily V member 1 in dogs. <i>The Tohoku Journal of Experimental Medicine</i> 2013; 230: 197-204.	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『ピーグル犬を用いた検討では、大建中湯はTRPV1 (transient receptor potential cation channel subfamily V member1) 受容体、アセチルコリン受容体、セロトニン3受容体を介して大腸収縮運動を亢進させる機序が明らかになった。したがって、IBSに対する大建中湯のRCTの成績はまだ報告されていないが、大建中湯はIBS (特に便秘型) 病態の改善作用を有すると考えられる。』	n/a			
					2-15	アントラキノン系の大黄を含む漢方薬 (大黃甘草湯、麻子仁丸、桂枝加芍薬大黃湯など)	大腸メラノシス (副作用)	n/a	↑	↑	n/a	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『一方、アントラキノン系の大黄を含む漢方薬 (大黃甘草湯、麻子仁丸、桂枝加芍薬大黃湯など) は大腸運動促進作用を有すると考えられる。しかしながら、アントラキノン系の刺激性下剤を連用すると耐性の出現あるいは大腸メラノシスをきたすことが知られており、大黄を含む漢方薬についても長期間の連用を避けて短期間の投与に留めることが望ましい。便秘型IBSに対する大黄を含有する各種の漢方薬の有効性に関する臨床成績はこれまで報告されていない。』			n/a
					2-16	桂枝加芍薬湯、半夏瀉心湯、大建中湯	過敏性腸症候群 (IBS)	n/a	↑	↑	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『以上より、桂枝加芍薬湯、半夏瀉心湯、大建中湯はIBSに対して有効であると考えられ、投与することを提案する。ただし、優位な症状を考慮したうえで適切な漢方薬を選択する必要がある。近年、IBS患者に対する漢方薬の臨床試験成績はあまり多く報告されていないために、さらなるエビデンスの集積が期待される。』	n/a			
					2-17	漢方薬	過敏性腸症候群 (IBS)	n/a	n/a	n/a	『CQ3-20: IBSに補完代替医療は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『補完代替医療 (complementary and alternative medicine: CAM) は多種多様であるが、IBSの治療として応用されているものとして、①瞑想、催眠、ヨガなど心身に働きかけるもの、②ハーブや自然食品を使用するもの、③プレバイオティクス、プロバイオティクス、④鍼灸、⑤漢方薬などがある。(中略) ⑤漢方薬についてはCQ3-17に記載する。』	n/a			
3	K74.6	肝硬変診療ガイドライン2020改訂第3版	日本消化器病学会・日本肝臓学会 肝硬変診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 吉治仁志 奈良県立医科大学消化器・代謝内科)	南江堂、2020年11月15日改訂第3版発行	3-1	芍薬甘草湯	肝硬変に合併する筋痙攣	↓	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): “実施する”ことを提案する	『CQ4-20 肝硬変に合併する筋痙攣に有用な治療はあるか?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 病態に応じて芍薬甘草湯、カルニチン製剤、BCAA製剤、亜鉛製剤を選択することを提案する。』	n/a	2015年の改訂版 (前版は記載なし)		
					3-2	芍薬甘草湯	肝硬変に合併する筋痙攣	1) Hiraoka A, Yoshiji H, Iwasa M, et al. Clinical features of liver cirrhosis patients with muscle cramping: a multicenter study. <i>European Journal of Gastroenterology and Hepatology</i> 2019; 31: 1557-62. 2) 熊田卓、桐山勢生、曾根康博、ほか。EBMに基づいた消化器疾患の漢方治療 3. 肝硬変の「こむら返り」に対する芍薬甘草湯の効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2003; 54: 536-8. 3) 熊田卓、熊田博光、与芝真、ほか。TJ-68 ツムラ芍薬甘草湯の筋痙攣 (肝硬変に伴うもの) に対するプラセボ対照二重盲検群間比較試験. <i>臨床医薬</i> 1999; 15: 499-523.	↑	↑	『CQ4-20 肝硬変に合併する筋痙攣に有用な治療はあるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『本邦においては、芍薬甘草湯、カルニチン製剤、BCAA製剤、亜鉛製剤などが、肝硬変に伴う筋痙攣に対して一般的に用いられているのが現状である。』	n/a			
					3-3	芍薬甘草湯	肝硬変に合併する筋痙攣	熊田卓、熊田博光、与芝真、ほか。TJ-68 ツムラ芍薬甘草湯の筋痙攣 (肝硬変に伴うもの) に対するプラセボ対照二重盲検群間比較試験. <i>臨床医薬</i> 1999; 15: 499-523.	↑	↑	『CQ4-20 肝硬変に合併する筋痙攣に有用な治療はあるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『各薬剤の機能効果は、芍薬甘草湯が「急激に起こる筋肉の痙攣を伴う疼痛、筋肉・関節痛、胃痛、腹痛」... (中略)... である。筋痙攣を伴う肝硬変患者に対する芍薬甘草湯の有効性を評価する二重盲検無作為比較試験では、芍薬甘草湯投与群のほうがプラセボ群と比較して筋痙攣の持続時間や痛みの程度の改善が有意に良好であった。』	n/a			

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント
4	L28.2	痒疹診療ガイドライン 2020	<p>日本皮膚科学会 痒疹・皮膚癢痒症診療ガイドライン作成委員会(策定委員長:佐藤貴浩 防衛医科大学校皮膚科)</p> <p>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(症例報告や症例集積研究による) VI: 専門委員会や専門家個人の意見</p> <p>Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる(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こと) B: 行うよう勧められる(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IIIあるいは非常に良質のIVのエビデンスがあること) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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) C2: 根拠がないので勧められない(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: 行わないよう勧められる(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)</p>	<p>https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/guideline/yoshinGL2020.pdf</p>	4-1	大柴胡湯加減	結節性痒疹	田原英一、新谷卓弘、中尾紀久世、ほか、大柴胡湯加減が奏効した結節性痒疹の1例。漢方の臨床 2007; 54: 1107-10.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	<p>『CQ16: 漢方薬は痒疹に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 本症が極めて難治であることを考えれば使用を考慮してもよいと思われる。 解説: 痒疹における漢方薬の治療効果に関する報告はエビデンスレベルとしてはV以下であり、殆どが症例報告ないし症例集積研究である。大柴胡湯加減、黄連解毒湯、四物湯、補中益気湯、温清飲、柴芩湯、越婢加朮湯、桂枝茯苓丸と桂枝加朮附湯などによる治療が有効であった例が報告されている。』</p>	n/a	<p>痒疹治療アルゴリズムに、「漢方薬」の記載がある。</p> <p>痒疹に用いられる主な漢方薬の表中に、温清飲、越婢加朮湯、黄連解毒湯、桂枝茯苓丸と桂枝加朮附湯、柴芩湯、四物湯、大柴胡湯加減、補中益気湯(ただし痒疹の保険適用は無い)と記載がある。</p>	<p>「慢性痒疹診療ガイドライン」の改訂版(2012年)</p>
					4-2	黄連解毒湯	亜急性単純性痒疹	手塚匡哉、亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験。新薬と臨床 2005; 54: 749-53.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-3	黄連解毒湯	多形慢性痒疹	1) 手塚匡哉、Bednar'sアプタを合併した多形慢性痒疹の女性例に対する補中益気湯と黄連解毒湯の使用経験。漢方研究 2004; 388: 15-7. 2) 水島宣昭、多形慢性痒疹に奏効した黄連解毒湯。老花と疾患 1995; 8: 1649-51.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-4	四物湯	亜急性単純性痒疹	手塚匡哉、亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験。新薬と臨床 2005; 54: 749-53.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-5	補中益気湯	多形慢性痒疹	手塚匡哉、Bednar'sアプタを合併した多形慢性痒疹の女性例に対する補中益気湯と黄連解毒湯の使用経験。漢方研究 2004; 388: 15-7.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-6	温清飲	痒疹	手塚匡哉、痒疹に対する温清飲の使用経験。漢方研究 2003; 383: 14-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-7	柴芩湯	難治性全身性痒疹	田中哲二、月経時に増悪する難治性全身性痒疹に柴芩湯が著効した1例。Progress in Medicine 2000; 20: 2275-7.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-8	越婢加朮湯	汎発性皮膚そう痒症	三田哲郎、安江厚子、汎発性皮膚そう痒症に対する越婢加朮湯の使用経験。漢方診療 1987; 6: 41-4.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				
					4-9	桂枝茯苓丸、桂枝加朮附湯	結節性痒疹	吉村和弘、橋本隆、桂枝茯苓丸と桂枝加朮附湯が有効であった結節性痒疹の2例。漢方医学 2013; 37: 149-52.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)				

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント				
5	L29.8	皮膚そう痒症 診療ガイド ライン 2020	日本皮膚科学会 難治性慢性痒疹・皮膚そう痒症診療 ガイドライン作成委員会(策定委員長:佐藤貴浩 防衛 医科大学校皮膚科) 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(症例報告や症例集積研究による) VI: 専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう勧められる(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 ること) B: 行うよう勧められる(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IIIあるいは非 常に良質のIVのエビデンスがあること) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (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) C2: 根拠がないので勧められない(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: 行わないよう勧められる(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)	https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/syuyouGL2020.pdf	5-1	漢方薬	皮膚そう痒症			I	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 本症が治療抵抗性であることを考えれば使用を考慮してもよいと思われる。 解説: 老人性皮膚そう痒症については以下に示すランダム化比較試験が報告されている。』	n/a					
					5-2	黄連解毒湯	老人性皮膚そう痒症	五大学共同研究班. 老人性皮膚そう痒症に対するTJ-15, TJ-107の使用経験. <i>西日本皮膚科</i> 1991; 53: 1234-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『黄連解毒湯(中~実証を対象)、牛車腎気丸(中~虚証を対象)を用いたランダム化比較試験において、両者ともフマル酸クレマチン(タベジール)と同等の効果がみられている。』	n/a						
					5-3	牛車腎気丸	老人性皮膚そう痒症				(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)							
					5-4	当帰散子	老人性皮膚そう痒症	飯田利博, 西山千秋, 鈴木啓之. 老人性皮膚そう痒症に対する当帰散子の内服と甘草抽出エキス配合入浴剤の併用効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1996; 47: 35-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『当帰散子と甘草エキス配合入浴剤の併用効果を検討し、当帰散子単独と甘草エキス配合入浴剤単独、両者併用いずれにおいても角層水分量の改善をみている。しかし乾燥が改善した症例においてそう痒が軽減したのは半数以下であった。』	n/a						
					5-5	甘草エキス配合入浴剤	老人性皮膚そう痒症				(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)							
					5-6	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症	石岡忠夫, 青井礼子. 老人性皮膚そう痒症に対する八味地黄丸とフマル酸ケトフェンの薬効比較. <i>新薬と臨床</i> 1992; 41: 2603-8.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『八味地黄丸とフマル酸ケトフェン(ザジテン)を用いたクロスオーバー法によるランダム化比較試験で両者とも有意差なく78%の有効性が確認されている。』	n/a						
					5-7	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症				(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)							
					5-8	六味丸	老人性皮膚そう痒症	石岡忠夫. 老人性皮膚そう痒症に対する六味丸と八味地黄丸の薬効比較. <i>Therapeutic Research</i> 1995; 16: 1497-504.	II: 2つ以上のランダム化比較試験による	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『八味地黄丸と六味丸との比較試験においても両者に同等の有効性が示されている。』	n/a						
					5-9	当帰散子	皮膚そう痒症				(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)							
					5-10	黄連解毒湯	皮膚そう痒症	大熊守也. 皮膚そう痒症の漢方薬による治療. <i>和漢医薬学会誌</i> 1993; 10: 126-30.	II: 2つ以上のランダム化比較試験による	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『皮膚そう痒症患者に対して当帰散子と黄連解毒湯の併用で抗ヒスタミン薬と同等の効果を示しているが、患者の年齢分布や基礎疾患などの詳細な情報は記載されていない。』	n/a						
					5-11	黄連解毒湯	皮膚そう痒症	1) 赤松浩彦, 石井洋光, 石井澄, ほか. 血液透析患者の痒みに対する黄連解毒湯の効果. <i>漢方と最新治療</i> 2004; 13: 75-9. 2) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 3) 大和田章, 椎具達夫. 保存期腎不全患者のそう痒症に対する黄連解毒湯の効果. <i>腎と透析</i> 1998; 44: 283-6. 4) 河合弘進, 高木智恵子, 塚田義人, ほか. 透析そう痒症に対する黄連解毒湯の効果の検討. <i>臨床透析</i> 1995; 11: 389-96.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)								
					5-12	温清飲	皮膚そう痒症	1) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 楠見博明, 畑中淳治. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の効果. <i>新薬と臨床</i> 1984; 33: 283-8. 3) 阿部富弥, 北裕次, 楠見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>医学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『腎不全や透析患者の皮膚そう痒症における漢方薬内服療法については記述研究がほとんどである。症例集積研究としてその効果が報告されているものは、黄連解毒湯、温清飲、当帰散子などである。』	n/a						
					5-13	当帰散子	皮膚そう痒症	1) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 楠見博明, 畑中淳治. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の効果. <i>新薬と臨床</i> 1984; 33: 283-8. 3) 阿部富弥, 北裕次, 楠見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>医学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81. 4) 岩本一郎, 堀内ひろみ, 今田聡雄, ほか. 腎疾患と漢方治療QOL・透析患者の皮膚そう痒症と当帰散子. <i>現代医療学</i> 1994; 9: 63-8.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)								

皮膚そう痒症治療アルゴリズムに「漢方薬」の記載がある。
皮膚そう痒症に用いられる主な漢方薬の表中に、温清飲、黄連解毒湯、牛車腎気丸、当帰散子、八味地黄丸、六味丸(温清飲と八味地黄丸は皮膚そう痒症の保険適用は無い)と記載がある。
「汎発性皮膚そう痒症診療ガイドライン」の改訂版(2012年)

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント
6	N46N70- N77N80- N98	産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2020	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会 ガイドライン 婦人科外来編2020作成委員会 (委員長: 小林浩 奈良県立医科大学附属病院) Strength of Evidence I: よく検討されたランダム化比較試験成績 II: 症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象 III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見 Strength of Recommendation A: (実施すること等を) 強く勧める B: (実施すること等が) 勧められる C: (実施すること等が) 考慮される (考慮の対象となる、という意味)	http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gf_fujinka_2020.pdf	6-1	芍薬甘草湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯など	機能性月経困難症	大塚敦子、花輪壽彦、竹下俊行. 月経困難症の漢方療法. 産婦人科治療 2009; 98: 51-4.	III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ305 機能性月経困難症の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 2. 漢方薬あるいは鎮痛薬を投与する。 解説: 漢方薬により月経困難症を効果的に治療できる可能性がある。芍薬甘草湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯などから、漢方医学的診断に基づいて処方する。漢方薬治療に即効性はないが、4ないし12週間の投与で症状の改善を期待できる。なお芍薬甘草湯は月経痛が激しい場合に頓服で用いることができる。』	n/a		
					6-2	芍薬甘草湯	月経痛	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 考慮される				
					6-3	補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蛎湯など	男性不妊 (乏精子症)	布施秀樹、山口徹、北原光夫. 男性不妊. 今日の治療指針 2007年度版. 医学書院 2007; 812-3.	III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ320 男性不妊治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 2. 乏精子症に薬物療法を行う。 解説: 副作用の少ない非内分泌療法として、ビタミン剤 (ビタミンB ₁₂ 、ビタミンE)、カリジノゲナーゼ、漢方薬 (補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蛎湯、など) が用いられるが、作用機転やその有効性は必ずしも明らかでない。』	n/a		
					6-4	漢方薬	月経前症候群	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ404 月経前症候群の診断・管理は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 3. 利尿薬や漢方薬を処方する。 解説: 浮腫や乳房緊満感に対する利尿薬 (スピロノラクトン)、鎮痛薬、またわが国では多様な症状に対して漢方薬も処方される。』	n/a		
					6-5	漢方薬	ドーピング (注意)	n/a	n/a	B: (実施すること等が) 勧められる	『CQ405 女性アスリートの診療上の留意点は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 7. 処方に関しては、最新の世界アンチドーピング規程禁止表国際基準をアスリート自らが確認するように伝える。 解説: 漢方薬は、すべての成分を明らかにできないため、原則アスリートでは使用しない。』	n/a		
					6-6	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ407 更年期障害への対応は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 6. 不定愁訴と呼ばれる多彩な症状を訴える場合には漢方療法などをを用いる。 『解説: 不定愁訴に応じて個々の症状ごとに処方を追加していけば、短期間のうちに多剤併用療法を余儀なくされるが、このような場合には漢方療法などが有効である (詳細はCQ410を参照されたい)。』	n/a		
					6-7	柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、温清散、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯	更年期障害	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ410 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 1. 漢方処方としては当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸などを中心に用いる。 解説: 漢方薬は現在保険診療において投与可能であり、日本における伝統的医療の主流である。更年期障害患者の呈する多彩な精神身体症状を全人的なプロフィールとして一括して把握し、個々の患者に相応しい少数の処方を選択する漢方治療は更年期障害の病態によく適合している。また、婦人にみられる特有の生理現象に関連して起こる精神神経症状を基調とするさまざまな症状を指す「血の道症」は更年期障害を含んだ疾患概念であり、「血の道症」の適応をもつ処方も更年期障害に対して使用可能である。』	n/a		
6-8	柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清散、四物湯、三黄瀉心湯、川キウウ茶調散、桂枝茯苓丸加ヨク苳仁	血の道症	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 考慮される					「更年期障害」「血の道症」の適応をもつ漢方処方の表中に、「更年期障害」: 柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温清散、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯、「血の道症」: 柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清散、四物湯、三黄瀉心湯、川キウウ茶調散、桂枝茯苓丸加ヨク苳仁と記載がある。				
6-9	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸	更年期障害	寺内公一. 産婦人科医必携 現代漢方の基礎知識 更年期障害. 産婦人科の実務 2014; 63: 315-20.	III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ410 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、Answer 1の解説に下記の記載がある。 『漢方治療は中国・日本由来の伝統医学に基づき、西洋医学とは異なる独特の医学体系を用いており、本来は診断の結果でその患者のいわゆる「証」を決定し投薬を行う必要があるが、更年期障害に対しては「婦人科三大処方」と呼ばれる「当帰芍薬散」「加味逍遙散」「桂枝茯苓丸」の使用頻度が高い。「当帰芍薬散」は弱い腹力と心下振水音 (心高部を揺らした時に胃内に滞留した水分の動く音がすること) を参考に体力が弱く、貧血気味で少しむくみがあり、主に下半身の冷えを訴え、さらに頭痛、めまい、肩こりなどがある女性に対して、「加味逍遙散」は弱い腹力と胸脇苦満 (肋骨弓下部の抵抗・圧痛) を参考に、体力が弱く、肩こり・疲れがあり、さまざまに変化する精神神経症状を訴える女性に対して、「桂枝茯苓丸」は中等度の腹力と小腹痛満 (臍下部腹直筋上の抵抗・圧痛) を参考に、体力があり、赤ら顔でのほせを訴える女性に対して、それぞれ処方する。』	n/a							

2017年の改訂版

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (7CPGs)

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	コメント		
6	N46N70- N77N80- N98	産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2020	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医学会 ガイドライン 婦人科外来編2020作成委員会 (委員長: 小林浩 奈良県立医科大学附属病院) Strength of Evidence I: よく検討されたランダム化比較試験成績 II: 症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象 III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見 Strength of Recommendation A: (実施すること等を) 強く勧める B: (実施すること等を) 勧められる C: (実施すること等を) 考慮される (考慮の対象となる、という意味)	http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/g1_fujinka_2020.pdf	6-10	漢方薬	更年期障害	日本東洋医学会EBM特別委員会エビデンスレポート/診療ガイドライン・タスクフォース (ER/CPG-TF): 漢方治療エビデンスレポート2013-402のRCT-.	I: よく検討されたランダム化比較試験成績	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ410 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、Answer1の解説に下記の記載がある。 『漢方治療は西洋医学とは本質的に異なる医学体系に基づいており、EBMによる解析が困難である側面を持つが、近年更年期障害に対する漢方治療の有効性に関する報告が、ランダム化比較試験・コホート研究ともに増えている。』	n/a	n/a	「更年期障害」「血の道症」の適応をもつ漢方処方の表中に、「更年期障害」: 柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温清飲、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯 『血の道症』: 柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清飲、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川キユウ茶調散、桂枝茯苓丸加ヨク苳仁と記載がある。	2017年の改訂版	
					6-12	甘草含有処方	偽性アルドステロン症 (副作用)	n/a	n/a	『CQ410 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 3. 漢方治療・補完代替医療においても有害事象に注意を払う。 解説: 一般に副作用が少ないと考えられている漢方治療でも甘草含有処方による偽性アルドステロン症や小柴胡湯による間質性肺炎などが知られている。(中略) 補完代替医療においても有害事象には常に注意を払う必要がある。』						
					6-13	小柴胡湯	間質性肺炎 (副作用)	n/a	B: (実施すること等を) 勧められる							
					6-14	牛車腎気丸	過活動膀胱	n/a	n/a	n/a						『CQ422 過活動膀胱の外来管理は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 4. 薬物療法を行う場合には、抗コリン薬またはβ3アドレナリン受容体作動薬を用いる。 解説: フラボキサート (プラダロン®) やイミプラミン (トフラニール®) などの抗うつ薬、牛車腎気丸なども有効とされているが、推奨グレードは低い。』
7	R35	夜間頻尿診療ガイドライン [第2版]	日本排尿機能学会/日本泌尿器科学会 夜間頻尿診療ガイドライン [第2版] 作成委員会 (委員長: 吉田正貴 国立長寿医療研究センター 副院長/泌尿器外科部長) 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比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 V: 後ろ向き症例研究が専門家の意見 Strength of Evidence (根拠のレベル) 1: 2つ以上のレベル I の研究に裏付けられる 2: 1つのレベル I の研究が複数のレベル II の研究に裏付けられる 3: レベル III の研究に裏付けられる 4: レベル IV の研究に裏付けられる 5: レベル 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十分でない C1: 行うのもよい C2: 行うよう勧められない D: 行わないよう勧められる 保留: 推奨のグレードを決められない	http://japanese-continenence-society.kenkyukai.jp/images/sys/information/20200527162817-C7663AC8D3BD1607BA2885D44531DBB7EA5250FA80C5105F9E54CE0B1BC9BB49.pdf	7-1	漢方薬	夜間頻尿	↓	↓	『CQ13 夜間頻尿患者に対してサプリメントや漢方薬などの代替療法は推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『様々なサプリメントや漢方薬が存在し、夜間頻尿に効果的との報告はあるが、複数の大規模RCTで裏付けられたものはなく、効果に一貫性があるとはいえない。また、適切な摂取量が明確でなく有害事象もあり、推奨に至る十分なエビデンスがあるとはいえない。 [レベル1~4]』	C2: 行うよう勧められない	n/a	n/a	前立腺肥大症に伴う夜間頻尿の薬物療法の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: Phytotherapy (漢方薬)、nocturia (夜間頻尿)、benign prostatic hyperplasia (BPH、前立腺肥大症) をキーワードとして検索し17編が検出されたが、漢方薬の論文は極めて少なくガイドラインを含めて3編を引用した。 柴芎湯と牛車腎気丸が夜間頻尿回数を減少させたとの報告はあるが [レベル4]、最近新たなエビデンスの報告はない。』	前立腺肥大症に伴う夜間頻尿の治療の表中に、漢方薬 (柴芎湯、牛車腎気丸)、柴芎湯: 1日9.0gを2~3回分割服用、牛車腎気丸: 1日7.5gを2~3回分割服用、推奨グレード: C1 と記載がある。	2009年の改訂版
					7-2	柴芎湯	夜間頻尿	Sugiyama T, Oonishi N, Onoe M, et al. Kampo preparations for prostatic hyperplasia: usefulness of Saireito for nocturia. <i>Hinyokika Kyo</i> 2002; 48: 343-6.	IV: 前向き対照のない研究	↑	『CQ13 夜間頻尿患者に対してサプリメントや漢方薬などの代替療法は推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『柴芎湯と牛車腎気丸が夜間頻尿回数を減少させたとの報告はあるが、最近新たなエビデンスの報告はない。』	n/a				
					7-3	牛車腎気丸	夜間頻尿	Watanabe A, Akashi T, Fujiuchi Y, et al. The efficacy of Gosyajinkigan for pollakisuria. <i>Hinyokika Kyo</i> 2006; 52: 197-201.	IV: 前向き対照のない研究	↑						
					7-4	柴芎湯、牛車腎気丸	前立腺肥大症に伴う夜間頻尿	↓	↓	C1: 行うのもよい						
					7-5	柴芎湯	夜間頻尿	Sugiyama T, Oonishi N, Onoe M, et al. Kampo preparations for prostatic hyperplasia: usefulness of Saireito for nocturia. <i>Hinyokika Kyo</i> 2002; 48: 343-6.	IV: 前向き対照のない研究	↑						
					7-6	牛車腎気丸	夜間頻尿	Watanabe A, Akashi T, Fujiuchi Y, et al. The efficacy of Gosyajinkigan for pollakisuria. <i>Hinyokika Kyo</i> 2006; 52: 197-201.	IV: 前向き対照のない研究	↑						
					7-7	柴芎湯、牛車腎気丸	夜間頻尿	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編. 夜間頻尿診療ガイドライン. ブラックウェルパブリッシング 2009.	n/a	↑						

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (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	コメント
1	K12.3	がん治療に伴う粘膜障害マネジメントの 手引き 2020 年版	日本がんサポーターティケア学会 粘膜部会 (部会長: 近津大地 東京医科大学 口腔外科学分野)、日本がん口腔支援療法学会「がん治療に伴う粘膜障害マネジメントの手引き 2020年版」作業部会 (部会長: 上野尚雄 国立がん研究センター中央病院 歯科)	金原出版、 2020年2月25 日 第1版第1 刷発行	1-1	半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯	口腔粘膜炎	n/a	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『A2 口内炎に保険適用がある漢方薬は、半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯である。特に半夏瀉心湯は、その有効性が臨床面、基礎研究面の両方から明らかにされており、がん治療により発症する口腔粘膜炎に対して使用を検討してもよい。治療開始から予防的に用いることもある (予防的使用は保険適用外)。』	n/a		
					1-2	半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯、小柴胡湯、黄連解毒湯、温清飲、甘草湯、白虎加人参湯、立効散、十全大補湯、柴芩湯、五苓散、麦門冬湯、桂枝茯苓丸、補中益氣湯、六君子湯、加味逍遙散	口内炎	1) 三嶋秀行. 消化管疾患に対する漢方医療の実際 口内炎. <i>臨床内科</i> 2013; 28: 203-7. 2) 砂川正隆, 王宝禮, 影向範昭, ほか. 歯科口腔外科における漢方薬の使用状況: 一般歯科診療所における使用実態調査. <i>日本歯科東洋医学会誌</i> 2011; 30: 8-17.	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『口内炎と漢方薬: 漢方薬は、中国で用いられている中薬薬が6世紀に日本に伝わり、日本の気候風土、日本人の身体に合わせて江戸時代に独自に発展してきたものである。現在、医療保険の適用になっている漢方薬は148品目である。そのうち口内炎に使用されることが多い漢方薬を表1に示す。』	n/a	口内炎に有効と考えられている漢方薬の表の中に、半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯、小柴胡湯、黄連解毒湯、温清飲、甘草湯、白虎加人参湯、立効散、十全大補湯、柴芩湯、五苓散、麦門冬湯、桂枝茯苓丸、補中益氣湯、六君子湯、加味逍遙散と記載がある。	
					1-3	半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯	口内炎、口腔粘膜炎	三嶋秀行. 消化管疾患に対する漢方医療の実際 口内炎. <i>臨床内科</i> 2013; 28: 203-7.	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『口内炎と漢方薬: 半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯は、口内炎の保険適用を得ており、なかでも半夏瀉心湯はプラセボをコントロールとした二重盲検無作為化比較試験が行われており、口腔粘膜炎に有効であることが質の高い科学的エビデンスで明らかにされているのみならず、作用メカニズムの基礎研究的な解析により、各生薬成分がそれぞれ異なる作用点を介して口腔粘膜炎に効果を発揮していることが明らかにされている漢方薬である。』	n/a		
					1-4	半夏瀉心湯	口腔粘膜炎	Matsuda C, Munemoto Y, Mishima H, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14 (Hangeshashinto) for infusional fluorinated-pyrimidine-based colorectal cancer chemotherapy-induced oral mucositis. <i>Cancer Chemother Pharmacol</i> 2015; 76: 97-103.	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『エビデンス: 漢方薬の口腔粘膜炎に対する効果について解析したエビデンスレベルが高い臨床試験が行われているのは、半夏瀉心湯のみである。半夏瀉心湯の有効性を明らかにするための研究として、大腸がん化学療法患者93名を対象とした、プラセボコントロールの二重盲検無作為化比較試験が行われており、半夏瀉心湯は口腔粘膜炎の病期期間を短縮した (Grade2以上の粘膜炎の持続期間の中央値: プラセボ群は10.5日であったのに対して、半夏瀉心湯群は5.5日、 $p=0.018$) と報告されている。』	n/a		
					1-5	半夏瀉心湯	口内炎	1) Matsumoto C, Sekine-Suzuki E, Nyui M, et al. Analysis of the antioxidative function of the radioprotective Japanese traditional (Kampo) medicine, hangeshashinto, in an aqueous phase. <i>Journal of radiation research</i> 2015; 56: 669-77. 2) Kono T, Kaneko A, Matsumoto C, et al. Multitargeted effects of hangeshashinto for treatment of chemotherapy-induced oral mucositis on inducible prostaglandin E2 production in human oral keratinocytes. <i>Integrative Cancer Therapies</i> 2014; 13: 435-45. 3) Fukumachi H, Matsumoto C, Omiya Y, et al. Effects of Hangeshashinto on Growth of Oral Microorganisms. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2015; 2015: 512947. 4) Hiroshima Y, Bando M, Inagaki Y, et al. Effect of Hangeshashinto on calprotectin expression in human oral epithelial cells. <i>Odontology</i> 2016; 104: 152-62. 5) Hitomi S, Ono K, Yamaguchi K, et al. The traditional Japanese medicine hangeshashinto alleviates oral ulcer-induced pain in a rat model. <i>Archives of Oral Biology</i> 2016; 66: 30-7. 6) Hitomi S, Ono K, Terawaki K, et al. [6]-gingerol and [6]-shogaol, active ingredients of the traditional Japanese medicine hangeshashinto, relief oral ulcerative mucositis-induced pain via action on Na(+) channels. <i>Pharmacological Research</i> 2017; 117: 288-302. 7) Miyano K, Eto M, Hitomi S, et al. The Japanese herbal medicine Hangeshashinto enhances oral keratinocyte migration to facilitate healing of chemotherapy-induced oral ulcerative mucositis. <i>Scientific Reports</i> 2020; 10: 625.	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『半夏瀉心湯の具体的な作用機序: 半夏瀉心湯は、半夏 (ハシゲ)、黄ゴン (オウゴン)、黄連 (オウレン)、人参 (ニンジン)、乾姜 (カンキョウ)、大棗 (タイソウ)、甘草 (カンゾウ) の7種類の生薬で構成されている。これら7種類の生薬は、抗酸化作用、抗炎症作用、抗菌作用、鎮痛作用、ならびに組織修復作用を介し、口内炎治療に働くことが基礎研究により明らかにされている。』	n/a	半夏瀉心湯の口内炎に対する作用機序の表の中に、関連があることが実験で確かめられた生薬として、抗酸化作用: 黄ゴン、黄連、人参、乾姜、大棗、甘草 抗炎症作用: 黄ゴン、黄連、乾姜 抗菌作用: 半夏、黄ゴン、黄連、人参、乾姜 鎮痛作用: 人参、乾姜 組織修復作用: 黄ゴン、乾姜、甘草と記載がある。	初版
					1-6	半夏瀉心湯	口腔粘膜炎	大岡均至. 転移性腎癌症例へのスニチニブ投与に伴う口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯含嗽の有効性. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2018; 69: 1-6.	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『半夏瀉心湯を処方する際の具体的な対応: 半夏瀉心湯は内服だけではなく、含嗽による外用でもその効果が得られることが報告されている。』	n/a		
					1-7	半夏瀉心湯	口腔粘膜炎	n/a	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎の治療に、漢方薬 (半夏瀉心湯) は推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『半夏瀉心湯を処方する際の具体的な対応: 半夏瀉心湯 (1色、2.5g) をコップ半分 (50ml) 程度のお湯または水に溶かし、口の中に入れて30秒程度、保持させる (創面に長く作用させるため)。このとき、半夏瀉心湯を吐き出しも構わない。半夏瀉心湯が溶けにくい場合は、コップの底の平らな面などを使ってあらかじめ顆粒をすりつぶし、小さくしておくのと溶けやすい。溶けきらない場合は、溶け残ったものもすべて口の中に入れていただく。漢方薬の味が苦手な場合は、ココアと混ぜると服用しやすくなるということが知られている。半夏瀉心湯の適用後30分間は、食べ物や飲み物を摂取することを控える。』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (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	コメント
1	K12.3	がん治療に伴う粘膜炎マシメントの手引き 2020年版	日本がんサポーターケア学会 粘膜炎部会 (部会長: 近津大地 東京医科大学 口腔外科学分野)、日本がん口腔支持療法学会「がん治療に伴う粘膜炎マシメントの手引き 2020年版」作業部会 (部会長: 上野尚雄 国立がん研究センター中央病院 歯科)	金原出版、2020年2月25日 第1版第1刷発行	1-8	半夏瀉心湯	5-FUとイリノテカンによる下痢症	n/a	n/a	n/a	『Q9 5-FUとイリノテカンによる下痢症に対して半夏瀉心湯は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『A9 現時点において半夏瀉心湯の投与を推奨できる十分なエビデンスはない。』	n/a		初版
					1-9	半夏瀉心湯	化学療法による下痢症の予防	Kase Y, Hayakawa T, Ishige A, et al. The effects of Hange-shashin-to on the content of prostaglandin E2 and water absorption in the large intestine of rats. <i>Biological&Pharmaceutical Bulletin</i> 1997; 20: 954-7.	n/a	n/a	『Q9 5-FUとイリノテカンによる下痢症に対して半夏瀉心湯は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『化学療法による下痢症の機序の一つとして、プロスタグランジンE ₂ 産生亢進により腸管粘膜上皮におけるアデニレートサイクラーゼ活性化が起こり、それにより腸管上皮細胞内のカルシウムイオン濃度が上昇し、腸液分泌亢進が起こることによる機序が知られている。半夏瀉心湯に含まれる乾姜や黄連には、COX-2阻害作用、およびMAPキナーゼであるJNK、p38の阻害により誘導されるプロスタグランジンE ₂ の産生を抑制する作用があるため、下痢症の予防効果があると考えられている。』	n/a		
					1-10	半夏瀉心湯	化学療法による下痢症の予防	Mori K, Kondo T, Kamiyama Y, et al. Preventive effect of Kampo medicine (Hangeshashin-to) against irinotecan-induced diarrhea in advanced non-small-cell lung cancer. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2003; 51: 403-6.	n/a	n/a	『Q9 5-FUとイリノテカンによる下痢症に対して半夏瀉心湯は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『イリノテカン+シスプラチン療法を施行された非小細胞肺癌における半夏瀉心湯 (TJ-14) の下痢予防効果を検証する無作為化比較試験 (非盲検) が行われたが、この試験は、半夏瀉心湯7.5g/dayを化学療法の3日以上前から継続投与する形の介入試験であった。本試験のコントロール群 (半夏瀉心湯未使用群) におけるGrade3以上の下痢症は23例中10例に発生したのに対して、半夏瀉心湯群におけるGrade3以上の下痢症は18例中1例であったため、半夏瀉心湯の予防的使用により下痢の発生が低くなる可能性が示唆された (p=0.01) が、本試験の症例数が少なかつたこと、非盲検試験であったことから、エビデンスレベルが高い研究結果とはいえないことに注意が必要である。』	n/a		
					1-11	半夏瀉心湯	S-1+イリノテカンによる下痢症	Komatsu Y, Yuki S, Fuse N, et al. Phase 1/2 clinical study of irinotecan and oral S-1 (IRIS) in patients with advanced gastric cancer. <i>Advances in Therapy</i> 2010; 27: 483-92.	n/a	n/a	『Q9 5-FUとイリノテカンによる下痢症に対して半夏瀉心湯は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『胃がんに対するS-1+イリノテカンの有用性を検討した第II相臨床試験のなかで、支持療法として半夏瀉心湯を使用した症例でGrade3の下痢症を呈したのは15例中1例のみであったことを報告している。』	n/a		
					1-12	半夏瀉心湯	5-FUおよびイリノテカンによる口腔粘膜炎、下痢	1) Aoyama T, Nishikawa K, Takiguchi N, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14 (hangeshashinto) for gastric cancer chemotherapy-induced oral mucositis. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2014; 73: 1047-54. 2) Matsuda C, Munemoto Y, Mishima H, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14 (Hangeshashinto) for infusional fluorinated-pyrimidine-based colorectal cancer chemotherapy-induced oral mucositis. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2015; 76: 97-103.	n/a	n/a	『Q9 5-FUとイリノテカンによる下痢症に対して半夏瀉心湯は有用か?』に対して、解説に下記の記載がある。 『そのほか、5-FUおよびイリノテカンによる口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯の有用性を検証した無作為化比較試験における下痢の発現頻度に関する報告が2報あるが、いずれも主要評価項目が口腔粘膜炎発症割合とされた臨床試験のサブ解析としての検討でしかないことや非盲検であることなどから、エビデンスレベルが高い研究結果とはいえず、今後、半夏瀉心湯の予防投与による効果に関しては、さらに質の高い臨床研究による検証が必要だと考えられる。』	n/a		
2	K52.8	幼児・成人好酸球性消化管疾患診療ガイドライン 2020年	厚生労働省好酸球性消化管疾患研究班 (統括委員長: 野村伊知郎 国立成育医療研究センター好酸球性消化管疾患研究室/アレルギーセンター) Strength of Evidence A (強): 質の高いエビデンス RCTのみでまとめられた場合やSR、メタアナリシスなど B (中): 中等度の質のエビデンス 観察研究であっても、救命や障害を防ぐなど、介入の効果が大きい場合等 C (弱): 質の低いエビデンス 観察研究 (コホート研究、症例対照研究のほとんどがこれにあたる) D (とても弱い): 非常に質の低いエビデンス 観察研究 (症例報告、症例集積研究) Strength of Recommendation 1 強い推奨: “実施すること”を推奨する、“実施しないこと”を推奨する 2 弱い推奨: “実施すること”を提案する、“実施しないこと”を提案する	https://www.nccchd.go.jp/hospital/sickness/allergy/EGIDs_guideline.pdf	2-1	漢方薬	EGE【好酸球性胃腸炎】	n/a	n/a	n/a	EGE【好酸球性胃腸炎】の治療のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『その他の治療法として免疫抑制薬 (アザチオプリン、シクロスポリン、タクロリムス)、生物学的製剤 (抗IL-5、抗IgE)、制酸薬 (ヒスタミンH2受容体拮抗薬、PPI)、漢方薬、手術療法などがある。』	n/a		初版
					2-2	漢方薬	EGE【好酸球性胃腸炎】	Bo Y. Observation of curative effect on eosinophilic gastroenteritis by treatment with method of reinforcement of essence of the kidney. <i>Journal of Traditional Chinese Medicine</i> 1996; 16: 186-9.	D (とても弱い): 非常に質の低いエビデンス 観察研究 (症例報告、症例集積研究)	判定できない (合意率: 100%) ※「判定できない」とあるため推奨なしと判断した。	EGE【好酸球性胃腸炎】の治療のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『CQ: その他の治療法は有効か? ステートメント (推奨案): CQ1-4で紹介した治療以外の治療についてその他の治療法についても、推奨を判断するだけの十分なエビデンスや使用経験があるものではなく、有効性は不明である。推奨の強さ (合意率): 判定できない (100%) エビデンスの強さ: D 解説: その他の治療法は文献が検索されていたもの (ヘリコバクター・ピロリ除菌治療、抗TNFα療法、漢方薬投与、インターフェロンα、アザチオプリン、シクロスポリン、タクロリムス) について記載した。』 『その他にはSR【システマティックレビュー】での網羅的検索においてヘリコバクター・ピロリ除菌治療、抗TNFα療法、漢方薬投与、インターフェロンαが奏効したとの報告が存在した。』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (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	コメント
3	L23-L25	接触皮膚炎 診療ガイドラ イン 2020	日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドライン改定委 員会	https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/130_523contact_dermatitis2020.pdf	3-1	紫雲膏、太 乙膏	接触皮膚炎(副作 用)	1) 成田佳香, 大瀧直毅, 東森倫子, ほか. [接触皮膚炎 2009]臨床例 紫雲膏による接触皮膚炎. <i>皮膚病診療</i> 2009; 31: 1301-2. 2) Tsunoda T, Okada S. 紫雲膏による接触皮膚炎の1症例 (A Case of Contact Dermatitis due to Shium-ko). <i>Journal of Environmental Dermatology</i> 2002; 11: 16-20. 3) 久保容二郎. [嗜好品・健康食品による皮膚病変 臨床 例]アトピー性皮膚炎の自家療法 (紫雲膏、プロポリス等) で生じた接触皮膚炎. <i>皮膚病診療</i> 2004; 26: 983-6. 4) 夏秋優, 武田裕美子, 矢野倫子, 紫雲膏, 太乙膏による 接触皮膚炎の1例. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2000; 51: 255-9. 5) 加藤佳美, 早川律子, 請井智香子. [接触皮膚炎-1998] 臨床例 漢方製剤による接触皮膚炎. <i>皮膚病診療</i> 1998; 20: 212-4.	n/a	n/a	n/a	医薬品・医療材料による接触皮膚炎(湿疹型薬 疹含む)の項の『Q3. それぞれの種類による病 型・原因物質・部位・特徴は?』に対して、下記 の記載がある。 『その他の外用薬: 乾癬治療外用薬・漢方含有 外用薬など 漢方含有外用薬による接触皮膚炎の報告もあ る。紫雲膏は報告が多く、主成分であるシコン、 トウキ、基剤に含まれるミツロウやゴマ油によ る。太乙膏による報告もあり、やはりミツロウが 原因と特定されている。』		2009年の改訂版 (前版はタイプC)
					3-2	甘草、十全 大補湯	湿疹型薬疹(副作 用)	Ikezawa Y, Aihara M, Kondo M, et al. Two Cases of Contact Dermatitis due to 1, 3-Butylene Glycol. <i>Journal of Environmental Dermatol.</i> 2004; 11: 59-64.	n/a	n/a	n/a	医薬品・医療材料による接触皮膚炎(湿疹型薬 疹含む)の項の『Q3. それぞれの種類による病 型・原因物質・部位・特徴は?』に対して、下記 の記載がある。 『湿疹型薬疹の原因薬として報告されている主 な医薬品 付表6は、湿疹型薬疹の原因薬として報告され ている主な医薬品を表示したものである。(中 略) 甘草などの漢方薬(中略)など、多種薬剤が 原因となる。』	湿疹型薬疹の原因薬とし て報告されている医薬品 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。	
4	N04.9	エビデンスに 基づくネフ ローゼ症候群 診療ガイドラ イン 2020	厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究 事業(難治性疾患政策研究事業) 難治性腎障害に関 する調査研究班(研究代表者: 成田一衛 新潟大学医 歯学系腎・膠原病内科学)	https://minds.iqchc.or.jp/docs/g_l_pdf/G00012174/nephrotic_syndrome.pdf	4-1	甘草	低カリウム血症 (副作用)	川合真一, 川合真一(編). ステロイドの上手な使い方. 永 井書店. 2004: 16-22	n/a	n/a	n/a	薬剤の作用機序と副作用の項の『ステロイドと他 の薬剤の相互作用』の表中に、下記の記載があ る。 『同時投与により起こりやすい合併症と薬剤 低カリウム血症: サイアザイド系利尿薬、エタクリ ン酸、フロセミド、甘草、エフェドリン』		2017年の改訂版
5	O21.0	産婦人科診 療ガイドラ イン-産科編 2020	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会 ガイドライン 産科編2020作成委員会(委員長: 板倉 敦夫 順天堂大学医学部産婦人科)	http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2020.pdf	5-1	ショウガ粉 末	妊娠悪阻	1) The Committee on Practice Bulletins: ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. <i>Obstetrics & Gynecology</i> 2018; 131: e15-30. 2) Matthews A, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015.	n/a	n/a	『CQ201 妊娠悪阻の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 3. 悪心の緩和に、ビタミンB6 (Pyridoxine) を投与する。 解説: 欧米ではショウガ粉末が「つわり」症状の軽減に有効として広く推奨されている。』		2017年の改訂版 (前版はタイプA)	
					5-2	ショウガ粉 末	妊娠悪阻	McParlin C, et al. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. <i>JAMA</i> 2016; 316: 1392-401.	n/a	n/a	I: よく検討されたラン ダム化比較試験 成績、システマ ティック・レビュー、 メタ解析			
6	O22.4	エビデンスに 基づく助産ガ イドライン-妊 娠期・分娩 期・産褥期 2020	日本助産学会 エビデンスに基づく助産ガイドライン- 妊娠期・分娩期・産褥期 2020ガイドライン委員会 (委 員長: 堀内成子 聖路加国際大学)	https://www.jyosan.jp/uploads/files/journal/JAM_guideline_2020_revise_d20200401.pdf	6-1	漢方薬	妊娠中の痔核	Gan T, Liu Y, Wang Y, et al. Traditional Chinese Medicine herbs for stopping bleeding from haemorrhoids. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2010; 10: CD006791.	n/a	n/a	『CQ115 妊娠中の痔核症状の改善に効果的な方法は何か?』に対して、下記の記載がある。 『上記以外のエビデンス: 妊娠中の女性ではない、一般の人を対象としたコクランSRは5件であった。(中略) 痔核からの出血に対する漢方薬の効果 (Gan 2010)、血管強化薬であるフラボノイドの効果 (Perera 2012) について検討されてい る。』	n/a		2016年の改訂版 (ほぼ同じ)
					6-2	生薬	妊娠中の痔核	Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2005; 4: CD004649.	n/a	n/a	『CQ115 妊娠中の痔核症状の改善に効果的な方法は何か?』に対して、下記の記載がある。 『上記以外のエビデンス: 7 件のRCT (n=378) を対象とした食物繊維 (ハーブ、生薬、ブラン、ダイエットファイバーなど) とプラセボの 比較 (Alonso-Coello 2005) では、全般的な痔核症状の改善がみられ (RR 0.47 [95% CI 0.32, 0.68])、出血の症状も改善された (RR 0.5 [95% CI 0.28, 0.89])。』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (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	コメント		
7	R05	小児の咳嗽 診療ガイドラ イン2020	日本小児呼吸器学会「小児の咳嗽診療ガイドライン」 作成委員会(監修:吉原重美 獨協医科大学医学部 小児科学)	診断と治療 社、2020年7 月15日 初版 第1刷発行	7-1	漢方薬	咳嗽	n/a	n/a	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『Keypoint: ①漢方薬は多数の生薬から構成される複合体であり、組み合わせや割合の割合で総合的な薬効が変化することが特徴である。②咳嗽に対し漢方治療を試みる際、咳嗽の性状や持続時間、喘鳴を伴うかどうかなどについて考慮し、適切な漢方薬を選択する必要がある。③漢方薬は味覚的に小児には飲みづらいものも多いため、苦痛なく飲ませる工夫も必要である。』	薬物による治療の漢方薬の副作用・禁忌の項に、下記の記載がある。 『いずれの薬剤も小児では使用経験が少ないため、安全性は確認されていない。ただし、漢方薬は全般的に、比較的副作用が少なく、小児でも使用しやすいのが特徴である。』			
					7-2	漢方薬、麦門冬湯、清肺湯、半夏厚朴湯、参蘇飲、柴朴湯、柴陷湯、小青龙湯、五虎湯など	咳嗽	n/a	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『漢方薬は多数の生薬から構成される複合体であるため、薬理作用は複雑で不明確な点が多いが、基本的に東洋医学の薬剤のため「証」をみて使用する。 近年、積極的に薬理学的な検討がなされている。含有するおもな生薬の薬理作用の観点から以下の四つに分類できる。 ①麦門冬・人参・大棗・甘草を主構成成分とする薬剤(麦門冬湯、清肺湯など): 鎮咳・去痰作用。 ②半夏・蘇葉・厚朴を主構成成分とする薬剤(半夏厚朴湯・参蘇飲など): 鎮静作用と胸部不快感を改善させる作用。 ③柴胡・黄芩・甘草・厚朴を主構成成分とする薬剤(柴朴湯・柴陷湯など): 抗炎症、抗アレルギー作用。 ④気道の拡張作用を示すエフェドリンを含有する麻黄を主構成成分とする薬剤(小青龙湯、五虎湯など): 交感神経刺激効果。』					
					7-3	麦門冬湯	咳嗽	渡邊直人. ほか. 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. アレルギー 2003; 52: 485-91.	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『麦門冬湯は、咳嗽の誘因となる一酸化窒素(nitric oxide: NO)の増加を抑制し気道炎症を改善する末梢性の鎮咳作用をもつとの報告があり、強い乾性咳嗽や切れにくい喀痰がある際に適応となる。』					
					7-4	麦門冬湯	気管支炎の咳嗽	野中善治. ほか. 小児の持続性咳嗽における麦門冬湯の使用経験. 日本小児東洋医学会誌 2004; 20: 15-21.	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『乳児～学童期の気管支炎の咳嗽に対して、麦門冬湯とデキストロメトラン臭化水素酸塩水和物(マジコン®)の効果と比較したところ、両者ともに効果は3日以内にみられ、その差はほとんどみられず、一部、デキストロメトランに不応であった例にも麦門冬湯が効果を示したとの報告がある。』					
					7-5	柴朴湯	咳嗽	Egashira Y, et al. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid-dependent bronchial asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. Annals of the New York Academy of Sciences 1993; 685: 580-3.	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『柴朴湯はアレルギー性炎症、好酸球活性の抑制、抗ヒスタミン作用、血小板活性化因子(platelet-activating factor: PAF)産生抑制作用などがあり、気道炎症の抑制により鎮咳作用を示すとされている。成人では喘息患者におけるステロイド薬の使用量を減量できるとの報告もある。』					
					7-6	小青龙湯、五虎湯、麻杏甘石湯	喘息発作に伴う咳嗽	n/a	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『麻黄にはエフェドリンが含まれており、気管支拡張作用を有する。麻黄を含む小青龙湯、五虎湯、麻杏甘石湯は喘息発作に伴う咳嗽に有効とされる。』					
					7-7	漢方薬	服用方法	n/a	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の投与方法の項に、下記の記載がある。 『投与方法は一律1日3回食前・食間内服である。』 『漢方薬は味覚的に小児には飲みづらいものも多いため、オブラートや服用用ゼリーを用いて飲ませるなどの工夫も必要である。二次感染の可能性を考える場合は、漢方薬と抗菌薬の併用が望ましい。』	咳嗽に用いるおもな漢方エキス製剤の一覧表に、麦門冬湯、清肺湯、半夏厚朴湯、参蘇飲、柴陷湯、柴朴湯、小青龙湯、五虎湯、麻杏甘石湯の構成生薬と薬効の記載がある。 投与量の目安の表の記載がある。				
					7-8	麦門冬湯、柴朴湯、麻杏甘石湯、小青龙湯、柴陷湯	咳嗽	広瀬滋之. 日常よく見る疾患と診療のポイント. 小児科疾患漢方治療マニュアル. 現代出版プランニング 2006; 98-106.	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の投与方法の項に、下記の記載がある。 『咳嗽を伴う急性上気道炎(一般的なかぜ症候群)に対する漢方治療の例のフローチャートを示す。咳嗽の性状から分類しているが、実際は症状が重複することも多く、合方にして使用することも多い。』 咳嗽を伴う急性上気道炎の漢方治療の処方の図に、下記の記載がある。 『咳嗽の性状から分けているが、実際は症状が重複することも多く、合方にして使用することも多い。一般的な軽い上気道炎や発熱から1～2日間は抗菌薬を併用せずに漢方薬のみでよい例が多い。二次感染の可能性を考える場合は漢方薬と抗菌薬を併用することが望ましい。』	咳嗽の種類によるフローチャートの記載がある。				2014年の改訂版
					7-9	漢方薬	副作用	伊藤隆. 厚生労働省副作用情報に基づく一般用漢方製剤の副作用の件数とその内容の調査. 日本東洋医学雑誌 2016; 67: 184-90.	n/a	n/a	『共通する副作用として、皮膚症状(発疹・発赤・痒み)や消化器症状(食欲不振・胃部不快感・悪心・下痢など)、また、まれではあるが間質性肺炎(咳嗽、発熱、息切れ、肺炎など)、偽アルドステロン症(尿量低下、手足のむくみ、まぶたの重み)、ミオパチー(手足のしびれ、力が入らない)、肝障害(全身倦怠感など)があげられる。』					
					7-10	麻黄	心疾患、腎疾患など(副作用)	n/a	n/a	n/a	『麻黄は心疾患、腎疾患など、多くの疾患を悪化させる可能性が指摘されており、健康者にもけいれん発作や頭痛、振戦、高血圧などを起こす可能性があるため、小児の使用は避けるべきとの指摘がある。特に交感神経を刺激することから動悸を助長する可能性があるため、β ₂ 刺激薬との併用には注意が必要である。』					
					7-11	柴朴湯、柴陷湯	膀胱炎様症状(副作用)	n/a	n/a	n/a	『柴朴湯や柴陷湯においては、膀胱炎様症状(頻尿、排尿痛)なども特記すべき副作用として注意が必要である。』					
					7-12	清肺湯(山梔子)	腸間膜静脈硬化症(副作用)	n/a	n/a	n/a	『厚生省医薬・生活衛生局は清肺湯に含まれる漢方生薬の山梔子により腸間膜静脈硬化症が現れるおそれがあるとして、長期投与する場合にあっては定期的にCT、大腸内視鏡などの検討を行うことが望ましいと報告している。』					
					7-13	麻黄	心疾患、腎疾患など(副作用)	n/a	n/a	n/a	参考 一般用医薬品(OTC医薬品)・民間療法 のOTCの副作用と禁忌の項に、下記の記載がある。 『麻黄は心疾患、腎疾患など、多くの疾患を悪化させる可能性が指摘されており、健康者にもけいれん発作や頭痛、高血圧などを起こす可能性があるため、小児の使用は避けるべきとの指摘がある。麻黄の主成分にエフェドリンがあり、特に交感神経を刺激することから動悸を助長する可能性があるため、β ₂ 刺激薬との併用には注意が必要である。』					

『 』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (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	コメント
8	R19.8	認知症の人への歯科治療ガイドライン	一般社団法人日本老年歯科医学会、日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班（研究開発代表者：平野浩彦 東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科部長） Strength of Evidence A（強）：効果の推定に強く確信がある B（中）：効果の推定に中等度の確信がある C（弱）：効果の推定に対する確信は限定的である D（とても弱いあるいはできない）：効果の推定がほとんど確信できない	https://minds.jstqc.or.jp/n/mst/4/med0398/G0001138	8-1	六君子湯	摂食嚥下障害	内海雄思、井関栄三. 漢方薬の臨床応用 認知症高齢者の食欲不振へのアプローチ. 脳2/ 2015; 18: 287-90. ※本文中では参考文献6)となっているが、6)は漢方に関する論文ではなく、上記の参考文献2)が正しいと思われる。	C（弱）：効果の推定に対する確信は限定的である	n/a	『CQ10-6 認知症患者の摂食嚥下障害において注意を要する薬剤は何か』に対して、解説に下記の記載がある。 『薬剤のなかには摂食嚥下機能を改善させるものもあり、認知症を対象とした研究では、ACE阻害薬（降圧薬）とニセルゴリン（抗認知症薬）が有効であり、その効果はニセルゴリンが勝るといことが報告されている。そのほか、症例報告としては、フェルラ酸とガーデンアンゼリカの合剤（抗認知症サプリメント）、ACE阻害薬、アマンタジン（抗ウィルス薬、抗パーキンソン病薬）、レボドパ（抗パーキンソン病薬）、六君子湯が有効であったと述べられている。』	n/a		初版

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (4CPGs)

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	コメント
1	B24	抗HIV治療ガイドライン 2021年版	令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業 HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 (研究代表者: 白阪琢磨 国立病院機構大阪医療センター)	https://www.ha-art-support.jp/guideline.htm	1-1	漢方薬	薬物相互作用	n/a	n/a	n/a	n/a	抗HIV薬の代謝と薬物相互作用の項に、下記の記載がある。 『P【プロテアーゼ阻害剤】やNNRTI【非核酸系逆転写酵素阻害剤】は、チトクロームP450 (CYP) 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、CYP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 (セイウオトギリソウSt. John's Wartが代表的)、注意を要する。』		2020年の改訂版 (ほぼ同じ)
2	H81.0	メニエール病・遅発性内リンパ水腫診療ガイドライン 2020年版	一般社団法人 日本めまい平衡医学会 メニエール病・遅発性内リンパ水腫診療ガイドライン 2020年版作成委員会 (委員長: 蔭積日出夫 富山大学耳鼻咽喉科学教授)	金原出版、2020年6月30日 第2版第2刷発行	2-1	漢方薬	メニエール病	n/a	n/a	n/a	メニエール病の間歇期の治療 (治療アルゴリズム) の薬物治療の項に、下記の記載がある。 『抗めまい薬、ビタミンB12薬、漢方薬などがインソルビドと併用または単独に投与されることがある。』	n/a	メニエール病の間歇期の治療アルゴリズム中のメニエール病の発作予防の段階的治療に、保存的治療生活指導 (過労・睡眠不足・ストレス回避)、心理的アプローチ薬物治療 (浸透圧利尿薬、抗めまい薬、抗不安薬、ビタミンB12、漢方薬) と記載がある。	「メニエール病診療ガイドライン2011年版」の改訂版 (ほぼ同じ)
3	N19	腎代替療法選択ガイド 2020	日本腎臓学会、日本透析医学会、日本腹膜透析医学会、日本臨床腎移植学会、日本小児腎臓病学会 (委員長: 猪俣善隆 大阪大学大学院医学系研究科腎臓内科学、酒井謙 東邦大学医学部腎臓学講座、伊藤恭彦 愛知医科大学腎臓・リウマチ膠原病内科、西慎一 神戸大学大学院腎臓内科、服部元史 東京女子医科大学腎臓小児科)	https://cdn.jsn.or.jp/data/rrt_guide_2020.pdf	3-1	漢方薬	腹膜透析開始後の注意事項	n/a	n/a	n/a	n/a	腹膜透析の選択の項の『Q17 腹膜透析を始めた後は、日常生活で注意することはありますか』に対して、下記の記載がある。 『解説: 腹膜透析開始後は、保存期のときと同様に、食事や薬の服用が重要です。市販薬や健康食品・サプリメント・漢方薬 (茶) は自己判断で服用しないようにします。』		初版
4	N61	乳腺炎ケアガイドライン 2020	公益社団法人日本助産師会、一般社団法人日本助産学会	https://www.midwife.or.jp/user/media/midwife/page/guideline/tab01/myuten_guideline_2020_2.pdf	4-1	葛根湯	乳腺炎症状	n/a	n/a	n/a	『CQ5: 乳腺炎の女性が、葛根湯を服用すると、乳腺炎症状 (発熱・発赤・疼痛・腫脹) が改善するか?』に対して、下記の記載がある。 『P: 乳腺炎の女性、I: 葛根湯を服用する、C: 葛根湯を服用しない、O: 乳腺炎症状 (全身の発熱、乳房の発赤・疼痛・腫脹) の改善推奨: 今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。 エビデンスの確実性: 評価できず 解説: 今回の網羅的文献検索の結果、該当する介入研究は見つからなかった。 日本助産師会・日本助産学会の提案: 乳腺炎症状の改善を期待して慣例的に葛根湯が用いられている。一方、乳腺炎症状を改善する効果の根拠は不明である。そのため、日本助産師会・日本助産学会は、助産師が乳腺炎症状を改善する目的で、葛根湯の服用を勧めることは提案しない。』 ※PICO P: Patients, Problem, Population (対象の範囲や症状など) I: Intervention (検討したい治療法) C: Controls, Comparators (比較する治療法) O: Outcome (アウトカム)	n/a	コラム 葛根湯に、乳腺炎症状の改善を期待して慣例的に葛根湯が用いられている。一方、乳腺炎症状を改善する効果の根拠は不明である。そのため、助産師会・助産学会は、助産師が乳腺炎症状を改善する目的で、葛根湯の服用を勧めることは提案しない (CQ5参照) と記載がある。	「母乳育児支援業務基準 乳腺炎2015」の改訂版 (前版は記載なし)