

起立性調節障害の治療過程に漢方薬を併用した5症例の報告

小児科 長田加寿子, 野崎 浩二

当科では、起床困難や倦怠感のため登校が困難となっている小中学生に対し、諸検査で異常を認めなかった場合に新起立試験を行っている。起立性調節障害(orthostatic dysregulation: OD)の診断基準を満たし、非薬物療法(水分・塩分摂取, 生活リズム改善など)や従来のOD治療薬単独では効果がなく、漢方薬を併用した症例の中で1年以上経過観察できた5症例を報告する。愁訴が比較的少なく長期内服できていた症例では、ODにみられる各症状に漢方薬の併用が有効であった。

keywords: 起立性調節障害, 体位性頻脈症候群, 漢方薬

1. 症 例

(1) 症例 1

患者: 12歳男児。

主訴: 後頭部痛, 起床困難。

既往歴: アレルギー性鼻炎。

家族背景: 父, 母, 17歳の姉と本児の4人家族。

ODの家族歴なし。

現病歴: 1カ月前より運動後に悪化する後頭部痛が持続しており, 頭痛時の嘔吐や立ちくらみを認めていた。毎朝アセトアミノフェンを内服して登校し, 内服6時間後に頭痛を生じるため早退する日が多かった。

身体所見: 身長155cm, 体重35kg, 異常所見なし。

検査所見: 血液検査; 異常なし, 頭部CT; 異常なし, 頭部MRI; 異常なし。ODの問診は5/11項目該当。新起立試験にて重症体位性頻脈症候群の診断基準を満たした。

経過: 習い事の負担を軽減するよう勧め, 生活習慣の指導を行うとともに, 塩酸ミドドリン4mg/分2を開始した。以後, 起床が容易になり, 頭痛が軽減, アセトアミノフェン内服の回数が減少した。嘔吐を伴う慢性頭痛に対し有効であるとされている呉茱萸湯(ごしゅゆとう)5g/分2を併用後は, 頭痛の頻度がさらに減りアセトアミノフェン内服を中止できた。症状軽快に伴い, 呉茱萸湯, 塩酸ミドドリンを漸減中止後も症状再発は認めていない(図1)。

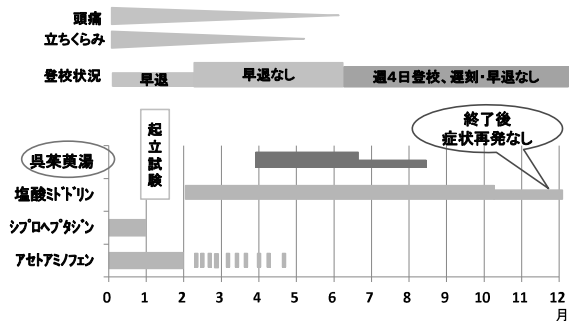


図1. 症例1の経過

(2) 症例 2

患者: 9歳女児。

主訴: 起床困難, 起床後から正午まで持続する嘔気。

家族背景: 父, 母, 兄2名, 本児の5人家族。

兄1名にODの既往歴あり。

現病歴: 近医にて起立性調節障害と診断されアメジニウムメチル硫酸塩を内服し, 軽快傾向ではあるものの症状が持続していた。

身体所見: 身長137cm, 体重28kg。腹部触診にて左下腹部に便塊を触知する以外に異常所見なし。

検査所見: 血液検査(前医); 異常なし, 頭部MRI + MRA; 異常なし, 心電図検査; 異常なし, 心臓超音波検査; 異常なし。ODの問診は6/11項目該当, 新起立試験にて中等症体位性頻脈症候群の診断基準を満たした。

経過: アメジニウムメチル硫酸塩を継続し, 朝の嘔気と食欲不振に対して六君子湯(りっくんしとう)5g/分2を併用した。内服開始後1カ月で朝の嘔気は消失し, 登校が可能となったため2剤とも内服を中止した。しかし,

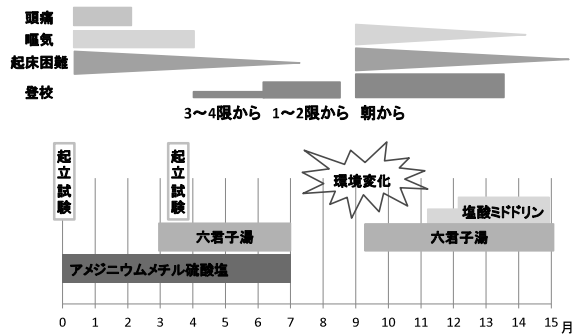


図2. 症例2の経過

2カ月後に環境の変化から再び朝の嘔気と倦怠感が出現し、六君子湯を再開したところ症状が軽快した(図2)。

(3)症例3

患者：10歳男児。

主訴：腹痛，下痢。

家族背景：父，母，本児，7歳の妹の4人家族。

ODの家族歴なし。

現病歴：胃腸炎罹患後より腹痛と下痢が持続し、登校しにくい状態であった。

身体所見：134cm，26kg。舌診；淡紅色，白苔小量。脈診；沈，遅。腹診；腹直筋の緊張を軽度認めた。

検査所見：血液検査；異常なし。腹部超音波検査；異常なし。腹部レントゲン検査；異常なし。ODの問診は4/11項目該当，新起立試験では中等症体位性頻脈症候群の診断基準を満たした。

経過：慢性の腹痛，易疲労感を認めることと身体所見より，小建中湯(しょうけんちゅうとう)を10g/分2で開始した。内服開始後2週間で自覚症状が改善し，本児自身も内服継続を希望したため処方継続した。半年後に内服を中止後も症状悪化はなく朝から登校可能であった。その後，学校でのトラブルをきっかけに再び頭痛，腹痛，下痢を生じ，登校できなくなったが，小建中湯を再開したところ症状の軽減を認めた(図3)。

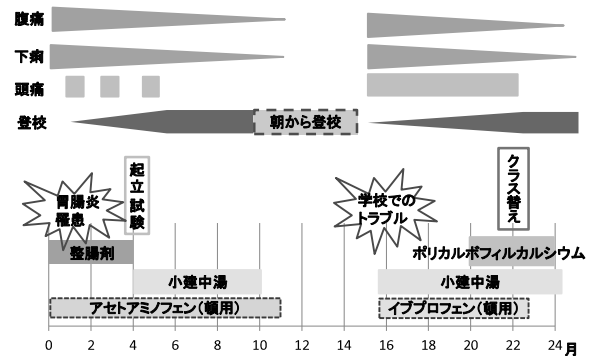


図3. 症例3の経過

(4)症例4

患者：14歳男児。

主訴：起床困難，全身倦怠感，頭痛，腹痛，不登校。

既往歴：アトピー性皮膚炎。

家族背景：父，母，本児，5歳と1歳の弟の5人暮らし。ODの家族歴なし。

現病歴：前医にてODを疑われ塩酸ミドドリンを処方されるも改善なく，昼夜逆転し，まったく登校していない状態であった。

身体所見：身長178cm，体重52kg。顔色は青白く，腹部全体に軽度の圧痛を認めた。四肢屈側に湿疹を認めた。

検査所見：血液検査；CPK低値，尿酸高値。その他異常所見なし。頭部MRI + MRA；異常所見なし。胸部レントゲン；異常所見なし。心臓超音波検査；異常所見なし。心電図検査；異常所見なし。新起立試験では重症体位性頻脈症候群の診断基準を満たした。また検査中に立ちくらみ，めまい，頭のだるさを自覚した。

治療経過：皮膚掻痒感が睡眠の質に影響している可能性を考慮し皮膚外用薬の処方と起立性調節障害の生活指導を行った。本人，家族ともに生活習慣改善の希望が強く，生活指導目的で2回の入院加療を行った。入院中は規則正しい生活リズムを作ることができたが，退院後は再び昼夜逆転の生活に戻った。アトピー性皮膚炎の治療に漢方薬を内服した既往があり漢方薬に抵抗はなかったため，2回目

の入院時に、苓桂朮甘湯(りょうけいじゅつかんとう)7.5g/分3を開始した。はじめは効果を感じたが徐々に効かなくなり、文献¹⁾より半夏白朮天麻湯(はんげびゃくじゅつてんまとう)2.5g夕のみの併用が効果的と考えた。併用したところ寝付きがよくなったが、その効果も次第に感じられなくなった。In Body検査にて体水分の偏在を認めたため、五苓散(ごれいさん)7.5g/分3を開始した。また睡眠サイクルの乱れが著明であったため、ラメルテオン8mg/分1を開始したが倦怠感のため中止した。その後、食欲不振、倦怠感が強まり、補中益気湯(ほちゅうえっきとう)7.5g/分3を併用した。数種類の漢方薬を試みたが効果は一時的または軽度であった。進学する高校が決定した後に症状は改善し、内服薬をすべて中止した後も状態は安定している。

(5)症例5

患者：13歳女児。

主訴：起床困難，全身倦怠感，不登校。

家族背景：父，母，本児の3人暮らし。ODの家族歴なし。

現病歴：中学入学後，倦怠感，起床困難より昼夜逆転し，不登校が続いていた。精神的にも不安定であり，学校など環境のストレス要因が大きいと考えられた。総合病院で身体精査後に，小児心療内科より当科へ紹介受診された。

身体所見：159cm，37kg，舌診；淡紅色，白苔小量，歯痕+，腹診；腹力中等度，胃部振水音+，脈診；沈，遅。

検査所見：血液検査；フェリチン低値以外は異常所見なし。OD問診票では4/11項目該当し，新起立試験では体位性頻脈症候群の診断基準を満たした。

治療経過：水分摂取，運動励行などの生活習慣指導に加え，漢方薬処方希望もあり苓桂朮甘湯7.5g/分3を開始した。寝付きはよくなったが，起床困難は持続し，イライラすることも多くなった。塩酸ミドドリン4mg/分2と抑肝散(よくかんさん)5g/分2を追加し

たところ，昼間の眠気が強まったため抑肝散は中止した。文献¹⁾より半夏白朮天麻湯2.5g夕のみの併用が効果的と考え，追加したが本児には効果は認められず，塩酸ミドドリンも自己中断された。中学2年生になり，担任が起立性調節障害に理解がある先生に代わったことをきっかけに症状が軽快し，登校回数も増えていった。

2. 考 察

思春期発来に伴い，子どもの身体には内分泌系/神経系/循環器系の急激な変化が生じ，さまざまな症状を訴えることがある。この変化に対する代償機能が不十分な場合，あるいは心理社会的ストレスが過剰にかかって自律神経系に影響を与え，代償機構がうまく作動しない場合に症状が表面化する。起立性調節障害は，思春期に起こりやすい循環系自律神経機能失調であり，遺伝的な体質や精神的ストレスの影響を受ける。

起立性調節障害の治療では，まず疾病教育と非薬物療法を行い，改善が不十分な場合に薬物療法を併用する。登校困難な例や学校生活に支障を来している場合は学校への説明を行い，必要な子どもに対しては環境調整や心理療法も実施する。

本報告の5症例においても，疾病教育，非薬物療法(水分・塩分摂取，生活リズム改善など)から開始し，薬物療法を併用しながら，それぞれの症例に応じた環境調整，親子への心理療法を行っている。

5症例のうち，漢方薬の効果がはっきりしなかった症例4，5の2症例の共通点は，昼夜逆転など睡眠障害を生じ定期的に内服ができていなかったこと，愁訴が多かったこと，また，社会的背景の関与が大きかったことである。そのため薬物療法よりも，環境調整や心理的サポートの効果があったと考えられた。

漢方薬が有効だったと考えられた症例1～3の3症例では，頭痛，腹痛，嘔気など，愁訴が比較的単純であり，症例1では嘔吐を伴う頭痛に対し呉茱萸湯，症例2では嘔気に対し六君子湯，症例3では慢性腹痛に対し小建中湯を処方し，効果を実感できた。またこの3症例では独

特の苦みを嫌がらずに飲めており、「証」が合っていたとも考えられる。漢方薬の内服に関して、処方した方剤の「証」が合っている場合は、「香りや味がよい、美味しい」と感じ、逆に合っていない場合は「味がとてつもなくまずい、飲めない」と感じると言われている²⁾。症例1では苦味の強い呉茱萸湯を問題なく内服できていた。また今回の5症例以外でも呉茱萸湯が有効であった症例では苦味を嫌がらず飲んでいた。

ODに対する漢方治療では、直接昇圧作用を用いることは少なく、随伴症状の軽快によりQOL (quality of life)の向上を図ることがポイント³⁾となる。日本小児心身医学会のガイドラインには、起立性調節障害に使用される漢方薬が症状別に記されている⁴⁾(表1)。漢方医学的には、ODは虚弱児の胃症状として捉えられることが多く、気虚と血虚が基本になると言われている⁵⁾。一般に漢方薬は、陰陽、虚実、寒熱、気血水、五臓、六病位などから「証」を決定して処方することが必要になるが、

表1. 起立性調節障害に使用される漢方薬

症候	方剤
めまい・立ちくらみ	苓桂朮甘湯、五苓散、真武湯
頭痛	半夏白朮天麻湯、五苓散
腹痛・食欲不振	小建中湯、柴胡桂枝湯
疲れやすい	補中益気湯

日本小児心身医学会編、小児心身医学会ガイドライン集、改訂第2版、東京：南江堂；2018、p.83を参考に作成

表2. 使用した漢方薬の証・症状

薬名	証	症状
呉茱萸湯	気滞、気逆、気虚、水滯	心窩部の抵抗・圧痛、頭痛、嘔吐、手足の冷え
六君子湯	気虚、気逆、気滞、水滯	食欲不振、心窩部膨満感、悪心、嘔吐、易疲労、胃部振水音
小建中湯	気虚、血虚	腹痛、易疲労感、便秘、手足のほてり、胸内苦悶感
苓桂朮甘湯	気虚、気逆、水滯	立ちくらみ、冷えのぼせ、胃部振水音、臍上悸、動悸
半夏白朮天麻湯	気虚、気鬱、血虚、水滯	胃腸虚弱、冷え性、頭痛、頭重、易疲労、倦怠、抑うつ、胃部振水音
補中益気湯	気虚、血虚	胃腸虚弱、倦怠感、食欲不振、四肢倦怠感、病後の体力増強、感冒、多汗症
五苓散	気逆、水滯	口渴、尿量減少、自然発汗の傾向、嘔吐、下痢、頭痛、胃部振水音
抑肝散	気虚、気逆、気滞、血虚	神経過敏、易怒性、落ち着きなく過動、筋の掣縮

1) 寺澤捷年. 症例から学ぶ和漢診療学. 第3版. 東京: 医学書院; 2015.
2) 西村甲. 臨床漢方小児科学. 東京: 南山堂; 2016. を参考に作成

子どもに関しては、陰陽虚実の現症をできるだけ固定的に捉えず、「動的なもの」として考えるべき⁶⁾で、「証」にこだわらなくても処方できる薬もある。本症例でも主に症状から、使用する漢方薬を選択した(表2)。しかし、特に年長児においては、東洋医学的診察をより詳細に行い「証」を正確に見極め処方することで、多愁訴がある症例(症例4, 症例5)でも症状の軽減が得られたかもしれない。

3. 結 語

ODの診断基準を満たし、非薬物療法やOD治療薬単独では効果がなく、漢方薬を併用した5症例をまとめた。効果が実感できた症例は、愁訴が少なく、漢方独特の味への嫌悪感を認めず定期的に内服できていた。効果が感じられなかった症例は社会的背景の影響が大きく、多愁訴で睡眠障害のため定期的に内服できていない症例であった。漢方薬の効果はODの重症度とは関係しなかった。ODに随伴する症状が比較的少なく、重度な睡眠障害を伴わない場合には漢方薬の併用は効果的であった。

文 献

- 1) 寺澤捷年. 気血水の概念による病態の把握水滯. 症例から学ぶ和漢診療学. 3版. 東京: 医学書院; 2012. p.61-62.
- 2) 広瀬滋之: 診断と治療 ファーストチョイスの漢方. 小児科診療. 73(3): 361-366, 2010.
- 3) 花輪壽彦. 低血圧・起立性調節障害. 漢方診療のレッスン. 東京: 金原出版; 2003. p.87.
- 4) 日本小児心身医学会編. 総説 ODの病態生理と治療. 小児心身医学会ガイドライン集: 日常診療に活かす5つのガイドライン. 改訂第2版. 東京: 南江堂; 2015. p.72-83.
- 5) 西村 甲. フローチャートによる疾患・症候別漢方処方 起立性調節障害. 臨床漢方小児科学. 東京: 南山堂; 2016. p.18.
- 6) 広瀬滋之. 小児医療と漢方医学(領域別入門漢方医学シリーズⅢ). [引用日 2022-05-25]. https://www.kampo-s.jp/m_square/today/tkt/pdf/003.pdf