身体的愁訴を呈する登校困難児に対する漢方治療

地野 充時^a 辻 正徳^a 奥 雄介^b
 高橋久美子^c 八木 明男^d 平崎 能郎^d
 岡本 英輝^d 寺澤 捷年^a

a 千葉中央メディカルセンター和漢診療科, 千葉, 〒264-0017 千葉市加曽利町1835-1

b 新東京病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科, 千葉, 〒270-2232 松戸市和名ヶ谷1271

c 高橋小児科医院, 東京, 〒124-0023 葛飾区東新小岩5-17-1

d 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学, 千葉, 〒260-8670 千葉市中央区亥鼻1-8-1

Kampo Therapies for Children Difficult to Attend School who Were Presenting Somatic Complaints

Atsushi CHINO^a Masanori TSUJI^a Yuusuke OKU^b
 Kumiko TAKAHASHI^c Akio YAGI^d Yoshiro HIRASAKI^d
 Hideki OKAMOTO^d Katsutoshi TERASAWA^a

a Department of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Chiba Central Medical Center, 1835-1 Kasori-cho, Wakaba-ku, Chiba 264-0017, Japan

b Department of Otorhinology -Head and Neck Surgery, Shin Tokyo Hospital, 1271 Wanagaya, Matsudo 270-2232, Japan

c Takahashi Children's Clinic, 5-17-1 Higashishinkoiwa, Katsushika-ku 124-0023, Japan

d Department of Japanese Oriental (Kampo) Medicine, Graduate School of Medicine, Chiba University, 1-8-1 Inohana, Chuo-ku, Chiba 260-8670, Japan

Abstract

We experienced 8 cases of children who presented with somatic complaints and found it difficult to attend school successfully treated with Kampo medicine. We evaluated them objectively by using the evaluation scale in the guideline for medical care of school refusal. Four cases were orthostatic dysregulation, 2 cases were migraine, 1 case was involuntary movement in upper abdomen and the other case was autonomic dysfunction. Kampo medicines were selected according to conventional method, so-called *sho*. Among 8 cases, 5 cases had a major response, 2 cases had a minor response and one case had no beneficial response. These results suggest that Kampo therapy can be effective therapeutic means. Kampo therapy is quite personalized and beneficial especially for children who find it difficult to attend school and need individualized care. This is the first report evaluating many cases objectively by using the evaluation scale and there have been no reports similar to ours. We have to continue to enlighten general pediatricians about the effectiveness of Kampo therapy.

Key words : difficult to attend school, guideline for medical care of school refusal, Kampo therapy, individualized care

要旨

身体症状を呈し登校困難となった8症例に対する漢方治療の効果について検討した。効果判定については、不登校診療ガイドラインに記載された評価基準を用いて客観的に評価した。西洋医学的診断としては、起立性調節障害が4例、片頭痛が2例、上腹部不随意運動・自律神経失調症がそれぞれ1例であり、漢方方剤の選択は証に随って行った。その結果、8例中5例が有効、2例がやや有効、1例が不変であった。半数以上に効果を認めたことで、登校困難児の中に漢方治療が有効な一群が存在することが示唆された。登校困難児には個別対応が必要であるが、漢方治療はまさしく個別治療であり、有用な治療手段になりうると考えられた。今回の報告は不登校児の漢方治療を多数例で検討した初めての報告であり、客観的な評価基準を用いた報告も過去に見られない。今後、一般小児科医に対しては伝統的な考え方に基づく漢方治療の有用性をさらに啓蒙していく必要がある。

キーワード : 登校困難児, 不登校診療ガイドライン, 漢方治療, 個別治療

状態0	登校できる	外出 できる	ほぼ平常に登校している
状態1			遅刻・欠席がしばしばある 保健室通いが多い
状態2			保健室・相談室登校 半分以上欠席
状態3	登校できない	外出 できる	学校以外の施設への定期的 参加ができています
状態4			比較的気軽に外出はできる
状態5		外出 できない	家庭内では安定しているが 外出はむずかしい
状態6			部屋に閉じこもり、家族と もほとんど顔を合わせない

図1 不登校状態の評価基準

登校、外出の可否の組み合わせで、不登校状態を7段階で評価できるようになっている。

緒言

2015年の文部科学省の調査によると、2014年度間の長期欠席者のうち、不登校を理由とする生徒は、小学生26000人、中学生97000人であり、いずれも前年度より2000人増え、2年連続の増加となった¹⁾。この統計では30日以上学校を欠席している生徒を不登校と定義して調査対象としている。そのため、不登校の定義にあてはまなれないものの、体調不良でしばしば登校できない、いわば「不登校予備軍」の生徒はさらに多いということは想像に難くない。

日本小児心身医学会は2015年にガイドライン集（改訂第2版）を発刊しており、その中に「小児科医のための不登校診療ガイドライン」が収載されている²⁾。この中には臨床現場で客観的かつ容易に観察可能な、子供の活動状況をもとに不登校状態を認識するための評価基準が記載されている（図1）。これは登校、外出の可否を組み合わせで評価する方法であり、状態0がほぼ平常で、状態6が引きこもりというように、数字が上がるほど重症となり、7段階で不登校状態を評価できるようになっている。

不登校に対して漢方治療が有効であったという報告は散見されるが、このような客観的な指標を用いて、評価した報告はない。今回、2013年5月から2016年12月までに当科を受診した不登校児を含めた登校困難児8例について、この評価法を用いて検討したので報告する。

なお、本報告で用いた漢方方剤の分量等の詳細は本文の末尾に附記した。

症例

症例1：17歳男性。高校3年生。主訴は上腹部痙攣。既往歴、家族歴に特記事項はない。X年9月下旬、進路指導を受けた日の夜、呼吸困難が出現。当院救急外来を受診し、過換気症候群と診断。その後全身倦怠感のため、学校も休みがちとなった。10月中旬から上腹部痙攣が間欠的に30分から1時間程度出現するようになり、学校に行けなくなった。

X年10月下旬、和漢診療科外来を受診し、柴胡加竜骨牡蛎湯3包分3を処方。受診当日の夜20時半頃、上腹部痙攣が再度出現し、発語も不可能となったため、救急外来を受診し、入院となった。

和漢診療科外来受診時の自覚症状、他覚所見は以下の通りである。身長161 cm、体重52 kg、体温36.9℃、血圧122/67 mmHg、脈拍63/分・整。自覚症状としては、気力がない、疲れやすい、集中力がない、手足が冷える、手掌や足の裏に汗をかく、肋骨の下の部分のお腹が苦しい、食欲がないということであったが、便通は正常であった。他覚所見としては、上腹部がピクピクと痙攣しているように動いており、脈候は沈・やや虚。舌候は暗赤色で、白黄苔を被り、舌尖紅を認めた。腹候は腹力中等度で、心下痞硬、右胸脇苦満、腹直筋緊張、臍上悸を認めた。

救急外来受診時には発語も可能となっており、入

院後施行した頭部 MRI・MRA 及び脳波では異常を認めなかった。上腹部痙攣に対しては、外来で処方した柴胡加竜骨牡蛎湯 3 包分 3 を継続し経過観察したところ、翌日午前中には症状の著明な改善は認めなかったが、翌々日には時々起こる程度となり、その時間も短縮したため、第 4 病日には退院とした。11 月の外来受診時には、11 月に入ってから上腹部痙攣がなく、学校に行っているとの報告があった。その後数回の痙攣を認めたことはあったが、徐々に漢方薬も減量し、X+1 年 2 月からは漢方薬を中止して経過を見ることになった。その後症状の再発はなく、終診とした。この症例は不登校評価基準で状態 4→0 となったため、「有効」と判断した。

症例 2：14 歳女性。中学 3 年生。主訴は吐き気、めまい・立ちくらみ、頭痛。既往歴、家族歴に特記事項はない。X-2 年夏頃（中学 1 年生）より、全身倦怠感、立ちくらみ、頭痛、吐き気、食欲不振が出現。近医小児科では起立性調節障害の診断で、X 年 12 月から塩酸ミドドリンを投与され、症状の改善が見られていた時期もあった。X 年 4 月（中学 3 年生）より再び吐き気、めまい・立ちくらみ、頭痛が出現するようになり、体調不良のため、しばしば学校を休むようになった。X 年 5 月和漢薬治療を希望し、紹介受診となった。

身長 158 cm、体重 52 kg、体温 36.2℃、血圧 100/64 mmHg、脈拍 84/分・整。自覚症状としては、体がだるい、疲れやすい、朝起きにくい、手足が冷える、体がむくみっぽい、めまい・立ちくらみがする、咽に何か詰まっているような感じがある、吐き気がする、急に腹が痛くなる（週に 1-2 回で 30 分くらい続く）ということであった。便通は下痢が 1 日 3 回であった。他覚所見としては、脈候はやや沈・やや虚・弦。舌候は暗赤色で、薄い白黄苔を被り、茸状乳頭が目立っていた。腹候は腹力中等度で、心下痞鞭、左胸脇苦満、腹直筋緊張、臍上悸、心下支結（中脘の圧痛）、右側腹部の鼓音を認めた。

和漢診療学的には気虚、気滞、水滞の病態と考えられたが、気滞が主体の病態と考え半夏厚朴湯 3 包分 3 を処方した。X 年 7 月には咽の違和感が 7/10 となり、塩酸ミドドリンの内服も不要となったが、立ちくらみ・吐き気・頭痛・下痢には変化がなく、生理痛もひどいということから、桂枝茯苓丸を併用し、1 日 2 回服用とした。これにより吐き気の頻度

が減少し、便通も改善した。X 年 9 月には腹痛に対し、桂枝茯苓丸を柴胡桂枝湯に変更。X 年 11 月には吐き気、頭痛もなくなり、腹痛も軽減した。めまい・立ちくらみはまだあるものの、体調が悪くて学校に行けないことは少なくなっているとの本人の申し出があった。その後高校受験が無事に終了し、X+1 年 4 月から高校生となったが、学校には休まずに行けるようになった。この症例は不登校評価基準で状態 4→0 となったため、「有効」と判断した。

症例 3：13 歳女性。中学 2 年生。主訴は頭痛。既往歴に特記事項はない。家族歴としては母に片頭痛がある。もともと頭痛持ちではあったが、X 年 9 月頃より頭痛が増悪。ひどい時には毎日のようにあり、1 日 2-3 回頭痛が起きることがある。頭痛は拍動性であり、天候が悪いと悪化する傾向がある。脳外科を受診したが、頭部 CT では異常がないと言われた。頭痛と全身倦怠感のために朝起きられず、体調不良で学校を休むようになったり、ソフトボールの朝練習に参加できなくなったりしたため、X 年 10 月に当科受診となった。

身長 158 cm、体重 39 kg、体温 37.2℃。自覚症状としては、体がだるい、疲れやすい、朝起きにくい、手足がやや冷える、立ちくらみがする、車酔いしやすい、月経不順があるということであった。便通は毎日あり普通便であった。他覚所見としては、脈候はやや浮・やや数・やや虚。舌候は暗赤色で、微白苔を被り、茸状乳頭が目立っていた。腹候は腹力やや軟弱で、心下痞鞭、腹直筋緊張、臍上悸、右臍傍圧痛、S 状結腸部圧痛、鼓音を認めた。

和漢診療学的には気虚・気滞・水滞、陰虚証と考え、半夏白朮天麻湯 2 包分 2 を処方した。3 週間後の再診時には頭痛が減少し、朝起きられるようになったとのことであった。その後は頭痛が起きることもあるが、学校に行ける程度の頭痛であり、クラブ活動の朝練習にも参加できるようになったとのことであった。X+1 年 2 月には霜焼けが出来たとのことで、瘀血を目標に当帰芍薬散 2 包分 2 を併用した。同処方を継続したが、頭痛の状態に合わせて減量し、X+2 年 3 月に終診となった。この症例は不登校評価基準で状態 1→0 となったため、「有効」と判断した。

症例 4：13 歳男性。中学 2 年生。主訴は頭痛。既往歴、家族歴に特記事項はない。X-1 年に中学校

に入学し、よく風邪をひくようになった。9月頃より不眠、微熱、全身倦怠感、嘔気、頭痛が出現し、近医小児科を受診。起立性調節障害と診断され、投薬治療（塩酸ミドドリン）を受けたが改善を認めなかった。11月頃から漢方薬局で煎じ薬（帰脾湯加減）を処方され、不眠、嘔気は改善したが、午前中の頭痛がひどくなり、体調不良のため学校に登校できていない。ズキズキする頭痛が毎日あり、朝起きると頭痛がするとのことであった。和漢薬治療を希望し、X年3月に当科受診となった。

身長154 cm、体重37 kg。自覚症状としては、体がだるい、疲れやすい、朝起きにくい、手足が冷える、立ちくらみがするということであり、便通は2日に1回程度であった。他覚所見としては、脈候は沈・やや虚。舌候は淡白紅で、やや腫大し、微白苔を被っていた。腹候は腹力やや軟弱で、両側腹直筋緊張、臍上悸、右側鼓音を認めた。

和漢診療学的には気虚・気滞・水滞、陰虚証と考え、初診時には半夏白朮天麻湯を煎じ薬で処方したが、その後、服薬アドヒアランスを考え、エキス剤2包分2に変更した。3週間後の再診時には、頭痛が減少したとのことであった。4月以降は学校に行ったり、行かなかったりであったが、5月下旬より38℃台の発熱を認めるようになった。当院での採血検査では炎症反応は陰性であり、補中益気湯2包分2と五苓散2包分2の併用に変更した。これにより発熱は改善し、食欲も増加した。9月に入り、再度頭痛が出現し、学校には行っているものの保健室登校の状態となった。冷えもあったため、桂枝人参湯2包分2に転方したところ、11月より普通に登校できるようになった。X+1年2月に天気の良い日に頭痛が起きるとの訴えがあったため、真武湯2包分2を併用したところ、頭痛は改善。5月からは、再度不眠が出現してきたため、桂枝加竜骨牡蛎湯2包分2に紅参末2g分2を併用したところ、不眠が改善し、同処方経過観察中である。この症例は不登校評価基準で状態3→0となったため、「有効」と判断した。

症例5：14歳男性。中学3年生。主訴は不登校。既往歴、家族歴に特記事項はない。X-2年の中学1年の夏頃より、学校に人間関係をきっかけに不登校となった。X-1年9月に一旦登校できるようになったが、その後2ヵ月で再び不登校となり、近医

小児科で投薬治療（塩酸ミドドリン、ラメルテオン）を受けたが改善を認めなかったため、X年4月に当科紹介となった。

身長168 cm、体重55 kg、体温36.0℃。自覚症状としては、体がだるい、気力がない、疲れやすい、朝起きにくい（お昼まで寝ている）、手掌や足の裏に汗をかく、めまい・立ちくらみがする、車酔いしやすい、食欲がない、急に腹が痛くなる、ということであり、便通は軟便で下痢しやすいとのことであった。家でずっと寝ていることが多く、外出は週に1回あるかないかとのことであった。他覚所見としては、自汗傾向であり、脈候はやや沈・やや虚。舌候は暗赤色で、微白苔を被っていた。腹候は腹力中等度で、両側腹直筋緊張を認めた。

和漢診療学的には気虚、陰虚証と考え、初診時には黄耆建中湯6包分3を処方した。これにより少し早く起きられるようになり、やる気も出てきたが、7月に手足と胸元に湿疹がでるということがあり、十全大補湯3包分3に転方。10月には買い物についていくようになり、12月には学校訪問にも出かけられるようになった。X+1年1月には食欲が出てきて気持ち軽くなってきたという発言もあり、4月からは高校に行くことが出来るようになった。現在は7時には起きられるようになったとのことである。この症例は不登校評価基準で状態5→0となったため、「有効」と判断した。

症例6：15歳男性。高校1年生。主訴は朝起きられない。既往歴・家族歴に特記事項はない。中学1年生頃より起床が難しくなり、中学2年生になって部活動がうまく行かなくなった頃から、頭痛、腹痛、下痢などが出現し、学校を休むようになった。近医小児科では起立性調節障害と診断され、塩酸ミドドリンを処方されたが、あまり効果を認めず、X-1年3月、C大学和漢診療科を受診。柴胡桂枝湯（煎じ薬）を処方され、やや改善が見られ、学校に登校できる日も出てきて、高校にも合格した。主治医の転勤に伴い、当院を紹介され、X年3年当科受診となった。

身長169 cm、体重60 kg、体温36.4℃。自覚症状としては、体がだるい、疲れやすい、朝起きにくい、ズキズキと脈打つような頭痛が発作的に起こる、鼻水が出るということであった。便通は毎日あり普通便であった。他覚所見としては、脈候はやや沈・や

や数・虚実中間。舌候は暗赤色でやや腫大していたが歯痕を認めず、白黄苔を被っていた。腹候は腹力中等度で、両側腹直筋緊張、心下痞鞭、左胸脇苦満を認めた。

和漢診療学的には気虚、陽虚証と考え、補中益気湯を煎じ薬で処方した。1ヵ月後には朝動けるようになり具合が良い気がするということであったが、湿度が上がり頭痛が出てきたことから5月より五苓散料を合方。しかし、症状には改善が見られず、睡眠状態を改善させる目的で、7月より柴胡加竜骨牡蛎湯に転方。これによりしばらく症状は落ち着いていたが、再度頭痛が出現してきたため、11月から半夏白朮天麻湯に転方した。これにより頭痛が改善し、X+1年2月には週に2回午後から登校できるようになった。その後は同方を継続し、遅刻や欠席はしばしばあったが、X+2年12月には大学への推薦入学が決まり、大学に入学してからはエキス剤に切り替えて経過観察中である。この症例は不登校評価基準で状態4→1となったため、「やや有効」と判断した。

症例7：17歳女性。高校3年生。主訴は頭痛。既往歴・家族歴に特記事項はない。X年6月頃より頭痛が出現。頭痛は毎日起こり、特に午前中がひどい。バットで頭を殴られているような頭痛で、布団から起き上がれない。大学病院等で検査をしたが、諸検査で異常は認められず、片頭痛と診断され、トリプタン製剤で様子を見るように言われた。9月から頭痛がひどいために学校を休んでおり、和漢診療を希望し、12月に当院受診となった。

身長159 cm、体重59 kg、体温36.6℃、血圧122/73 mmHg、脈拍94/分・整。自覚症状としては、疲れやすい、集中力がない、朝起きにくい、足が冷えて頭がのぼせる、めまい・立ちくらみがある、便通は2日に1回程度(1週間出ないこともある)であった。他覚所見としては、脈候は沈・やや虚。舌候は暗赤色で、やや厚い黄苔を被っていた。腹候は腹力やや軟弱で、心下痞鞭、腹直筋攣急、左臍傍圧痛、S状結腸部圧痛を認めた。

初診時、陰虚証、気虚・気逆と考え、桂枝人參湯3包分3を処方。X+1年2月には、頭痛は比較的楽になり、便通も毎日あるようになった。家事の手伝いもできるようになってきた。X+1年3月には頭痛は生理と関係ありそうとのことで、当帰芍薬散

3包分3を併用した。X+1年6月には、昼間は軽くなってきたものの毎日頭痛はあり、立ちくらみ・お腹のはる感じがあるため、桂枝人參湯を半夏白朮天麻湯3包分3に転方し、当帰芍薬散と併用した。X+1年9月には、生理の時も動けるようになり、保健室通学が出来た。X+1年12月には、登校できるが、授業がないので行っていないとの発言があった。この症例は不登校評価基準で状態4→1となったため、「やや有効」と判断した。

症例8：15歳女性。高校1年生。主訴はめまい、吐き気、心窩部痛。既往歴・家族歴に特記事項はない。X年1月頃よりめまい・吐き気が出現。近医脳外科で採血や頭部MRI検査をしたが、異常を認めなかった。同じ頃から心窩部痛も出現し、学校の友達関係もストレスとなり自傷行為の既往もあり、学校には行けていない。ストレス性の自律神経失調症として近医小児科で加療されていたが、和漢診療目的に、X年6月に当院受診となった。

身長161 cm、体重53 kg、体温37.4℃、血圧122/73 mmHg、脈拍75/分・整。自覚症状としては、疲れやすい、体がだるい、朝起きにくい、憂鬱である、足が冷えて頭がのぼせる、体がむくみっぽい、めまい・立ちくらみがある、げっぷが出やすい、吐き気がする、便通は2-3日に1回程度で軟便気味であった。他覚所見としては、脈候は沈・やや虚。舌候は暗赤色で腫大しており、微白苔を被っていた。腹候は腹力中等度で、心下痞鞭、左胸脇苦満、腹直筋攣急、心下支結、左臍傍圧痛、S状結腸部圧痛を認めた。

初診時、陰虚証、気虚・気滯・水滯と考え、六君子湯2包分2を処方。約1ヵ月半服用したが、間欠的な腹痛が改善しなかったため、柴胡桂枝湯3包分3に変更。その後げっぷに対して、半夏厚朴湯を併用したり、瘀血に対して桂枝茯苓丸なども使用したりしたが、症状がすっきりと改善することはなかった。その後は人參湯、真武湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯、大建中湯、小建中湯などの陰証の方剤も試してみたが、自覚症状がやや改善し以前より買い物などに出かけられるようにはなったものの、登校できるようにはなっていない。現在、定期的に通院しており、支持的にサポートを行っている。この症例は不登校評価基準で状態5→4となったため、「不変」と判断した。

表1 8症例のまとめ

症例	年齢	性別	身体的愁訴	治療期間	状態変化	効果
1	17	男	上腹部痙攣	4ヶ月	4 → 0	有効
2	14	女	食欲不振・頭痛・立ちくらみ	3年8ヶ月	1 → 0	有効
3	13	女	頭痛	1年3ヶ月	2 → 0	有効
4	13	男	不眠・微熱・嘔気・頭痛	1年3ヶ月	3 → 0	有効
5	14	男	起床困難	1年2ヶ月	5 → 0	有効
6	15	男	起床困難・倦怠感	3年3ヶ月	4 → 1	やや有効
7	17	女	頭痛	1年6ヶ月	5 → 1	やや有効
8	15	女	めまい・嘔気	2年	5 → 4	不変

以上、8症例の漢方治療による効果をまとめると、症例1－5は状態0となったため「有効」、症例6,7は遅刻・欠席がしばしばあったが、状態1まで改善したので「やや有効」、症例8は自覚症状的に改善したところはあったが、登校はできなかったため「不変」、と臨床的に判断した(表1)。

考察

不登校を含めた登校困難児に対する治療を行う際には、自覚症状の変化に基づき主治医が主観的に効果の判定を行うことが多いと思われる。今回、「小児科医のための不登校診療ガイドライン」に記載されている不登校状態を認識するための評価基準を用いることで、客観的に治療効果の判定を行うことが可能であった。この評価法は登校の可否による2段階評価ではなく、登校できる状態を3つの状態、登校できない状態を4つの状態に分類しているため、治療効果を比較的細かく評価できることがメリットである。この評価法は今後のガイドライン改訂に伴い、改良されていく可能性があるが、客観的な評価法を用いて漢方治療の効果判定を行うことは意義があると考えられる。

提示した8例のうち、「有効」は5例(62.5%)、「やや有効」は2例(25%)、「不変」は1例(12.5%)であり、この結果からは登校困難児に対する漢方治療は有用であり、積極的に行われるべき治療であることを強く示唆する。症例8は「不変」と判断した症例であったが、過去に自傷行為の既往があった。

このような症例ではカウンセリングなどの精神科的アプローチが併用する必要があるため小児精神科との連携が必要と思われるが、漢方治療で支持的にサポートを継続することが可能である。

表2には、8症例の西洋医学的診断と初診時の漢方医学的病態及び使用方剤を示した。西洋医学的診断としては、起立性調節障害が4例、片頭痛が2例、上腹部不随意運動・自律神経失調症がそれぞれ1例であった。起立性調節障害の4例はいずれも小児科医からの紹介である。本疾患に対してガイドラインでは塩酸ミドドリンなどによる治療が推奨されている。しかし、治療が奏効しないことがあり、漢方治療に精通していない一般小児科医にとっては、次の治療の一手に難渋することが多いと思われる。この4例の漢方医学的病態としては、気虚ということは共通していたものの、それ以外の病態は症例により様々であり、使用した方剤もそれに応じて様々であった。片頭痛の症例は2例とも気虚・陰虚証であり、半夏白朮天麻湯が有効であったが、五苓散のような陽証の方剤が有効な一群も存在すると思われる。

今回経験した8症例のうち、7症例において気虚の徴候を呈していた。このことから、登校困難児の漢方治療に際しては気虚の存在を念頭に置く必要があると考えられた。ただし、このことは気虚に対して単一の方剤(例えば補中益気湯)だけ用いれば良いということではない。併存する病態である気滞や瘀血を優先して治療しなければいけない場合(症例

表2 8症例の西洋医学的診断と漢方医学的病態（初診時）及び使用方剤

症例	西洋医学的診断	漢方医学的病態（初診時）	使用方剤
1	上腹部不随意運動	肝の異常、陽証・虚実間証	柴竜湯
2	起立性調節障害	気虚・気滞、水滞、瘀血、陽虚証	半夏厚朴湯、桂苓丸、柴胡桂枝湯
3	片頭痛	気虚・気滞、水滞、陰虚証	半白天、当芍散
4	起立性調節障害	気虚・気滞、水滞、陰虚証	半白天、桂竜湯＋紅参末
5	起立性調節障害	気虚、陰虚証	黄耆建中湯、十全大補湯
6	起立性調節障害	気虚、陽虚証	補中益気湯、柴竜湯、半白天
7	片頭痛	気虚・気逆、陰虚証	桂枝人参湯、当芍散、半白天
8	自律神経失調症	気虚・気滞・水滞、陰虚証	六君子湯、柴胡桂枝湯など

方剤の略称は以下の通りである。

柴竜湯：柴胡加竜骨牡蛎湯 桂苓丸：桂枝茯苓丸 半白天：半夏白朮天麻湯
当芍散：当歸芍薬散 桂竜湯：桂枝加竜骨牡蛎湯

2) や、補気剤だけでは症状の改善が不十分で他の病態に対する方剤を併用しなければならない場合（症例3, 5, 7）、随伴する症状に応じて複数の補気剤を使い分けなければならない場合（症例4）などがある。このような治療上の判断をするには、望聞問切の四診を精密に行い、そのうえで陰陽虚実や気血水の失調病態を判断し、併存する病態の軽重や治療優先順位を判断し、さらに用いる個々の治療方剤の特性についても精通している必要がある。そのためには当然ながら漢方医学に関する深い学識と経験の蓄積が必要であり、このような随証治療を行えることに漢方専門医の存在価値がある。以上、上腹部不随意運動・自律神経失調症の症例も含め、西洋医学的病名と漢方医学的病態及び使用方剤は1対1で対応するというのではなく、登校困難児に漢方治療を行う際には、個々の患者にあわせた随証治療が必要と思われた。

漢方治療の意義としては、(1) 随証治療により個別的に対応することが可能である、(2) 身体症状の管理に有効である、(3) 解決志向アプローチに馴染みやすい、ということが挙げられる。(1) に関しては、登校困難児が呈する症状は、西洋医学的には様々な病態に起因するため、本来であればガイドラインによる画一的治療は難しいことがガイドライン自体

にも記載されている。提示した症例に関しても、それぞれ証が異なるため、使用方剤に一定の傾向はないが、逆に言うと随証治療で個別的に対応していると言える。(2) に関しては、症状が持続することにより不安や抑うつを覚え、これがさらに不安を助長するという悪循環が生じるため、漢方治療で身体症状を改善させることで、その悪循環を止めることが可能になる。(3) に関しては、従来からある問題を解決するとき、その問題には必ず原因があると考え、問題を引き起こす原因を明らかにすることで問題解決を試みるという方法が行われていた。しかし、原因を追及しても物事が解決しないこともあり、原因よりもむしろ現在起きている問題に着目し、問題をマネジメントすることで解決に導くという方法が有用なことがある³⁾。これを解決志向アプローチと言うが、漢方治療では原因は横に置いておいて、目の前の症状に着目して治療をすることが可能なため、解決志向アプローチに馴染みやすいと思われる。例えば、症例1については、恐らく受験のストレスが原因だと思われるが、そこには言及せずに身体症状に着目し、漢方薬で治療した結果、症状が改善し登校可能になったと理解される。

不登校の漢方治療に関する報告を2017年4月に医中誌で検索したところ、55件の文献がヒットした。

その中で日本東洋医学会誌に報告されているものは2報のみであった。一つは1例報告で、家庭内暴力を伴う登校拒否に対しての漢方薬の使用の方向であり、漢方治療のみならず精神科のアプローチも併用する必要があるような症例であった⁴⁾。もう一つは入院治療で附子・烏頭煎剤が奏効した2症例の報告であるが、そのうちの1例が起立性調節障害のために不登校となり、赤丸料で改善したという症例であった⁵⁾。すなわち、いずれの報告も不登校については1例報告ということになる。今回我々は不登校を含めた登校困難児8例についての報告を行ったが、過去に本学会誌にこのような症例集積の報告はされていない。

漢方治療により身体症状を改善することで半数以上に効果を認めたことは、登校困難児の中に漢方治療が有効な一群が存在することを示唆する。気血水病態を意識した問診と、脈診、舌診、腹診などの診察を行うことは、身体疾患をも想定した行為であり、患者の医師に対する信頼感を高め、さらには医師の患者の病状に対する共感を深める効果もあり、医師患者間のコミュニケーションはより親密なものとなる。その上で起立性調節障害、片頭痛等に対する漢方方剤を調整していくことで、今回の優れた治療成績を発揮できたものと考えている。漢方医学のこのような診療体系そのものが心身医学的アプローチをより容易にしている可能性がある。漢方医学的な「身」へのアプローチにより、結果的に「心」の状態が改善し登校可能になったとも解釈でき、これは漢方医学の「心身一如」ということを如実に表していると考えられる。今後はさらに症例を集積し、漢方治療の適応例と非適応例を検討していく必要があると考えられる。

結語

本報告は、身体的愁訴を呈する登校困難児に対して随証治療による漢方治療を行い、ガイドラインに記載されている不登校状態を認識するための客観的な評価基準を用いて治療効果の判定を行った、最初の報告である。このような患者の多くは最初に小児科を受診することが多いにもかかわらず、プライマリーケアを扱うことが多い小児科の医師の中で、漢方治療を積極的に取り入れている医師はそう多くはないと思われる。また、成書に記載されている教科書的な漢方治療⁶⁾（虚弱体質、自律神経症状、起立

性調節障害、心身症などの漢方治療について記載されている）やガイドラインに記載されている治療⁷⁾

（小児起立性調節障害に対しては、半夏白朮天麻湯、補中益気湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯の5処方の記載がある）を試みても、改善が見られなかった場合には、その後どのような漢方治療をしたらいいのか、一般小児科医にとっては対処が難しいと思われる。このような場合には伝統的な考え方に基づく漢方治療が有用であり、一般小児科で対処困難な症例については、漢方専門医にコンサルトする必要があると思われる。このような報告を日本東洋医学会として多く発信していくことで、漢方治療に精通していない小児科医に対して漢方治療の有効性をさらに啓蒙し、連携を強化していく必要があると思われる。

附記 本稿は第68回日本東洋医学会総会（名古屋・2017年）において報告した。

本稿の症例の医療用漢方製剤については、（株）ツムラのエキス製剤を用いた。紅参末は株式会社ウチダ和漢薬のコウジン末M（医療用）を用いた。

症例6の補中益気湯、五苓散料、柴胡加竜骨牡蛎湯、半夏白朮天麻湯の構成及び集散地は以下の通りである。

補中益気湯：黄耆（8g, 中国）、当帰（4g, 中国）、人参（4g, 中国）、白朮（4g, 中国）、柴胡（2g, 中国）、升麻（2g, 中国）、大棗（2g, 中国）、陳皮（2g, 日本）、甘草（1.5g, 中国）、生姜（1g, 中国）。

五苓散料：沢瀉（6g, 中国）、猪苓（4.5g, 中国）、茯苓（4.5g, 中国）、桂皮（3g, 中国）、白朮（4.5g, 中国）。

柴胡加竜骨牡蛎湯：柴胡（7g, 中国）、半夏（5g, 中国）、黄芩（3g, 中国）、桂皮（3g, 中国）、大棗（3g, 中国）、人参（3g, 中国）、茯苓（3g, 中国）、竜骨（3g, 中国）、牡蛎（3g, 日本）、生姜（1g, 中国）。

半夏白朮天麻湯：半夏（3g, 中国）、陳皮（3g, 日本）、麦芽（3g, 日本）、茯苓（2-4g, 中国）、黄耆（2-5g, 中国）、人参（2g, 中国）、沢瀉（2g, 中国）、蒼朮（2-4g, 中国）、天麻（2g, 中国）、白朮（1.5g, 中国）、黄柏（1g, 中国）、乾姜（1g, 中国）、生姜（0.5g, 中国）。

本論文に関連し、開示すべき利益相反（COI）状態

にある企業・組織や団体

八木明男, 平崎能郎, 岡本英輝: 奨学(奨励)寄付
などの総額(株式会社ツムラ)

文献

- 1) 文部科学省. 平成26年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について. 2015年9月16日
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/09/_icsFiles/afieldfile/2015/10/07/1362012_1_1.pdf, (参照2017-06-01).
- 2) 日本小児心身医学会. 小児心身医学会ガイドライン集. 南江堂, 東京 2015. 101.
- 3) 森俊夫. “問題行動の意味”にこだわるより“解決志向”で行こう. ほんの森出版, 東京 2015. 18-23.
- 4) 矢野博美, 田原英一, 土倉潤一郎, 他. 入院治療で附子・烏頭煎剤が奏功した小児2症例. 日東医誌 2013; 64: 282-288.
- 5) 岡島幸代. 家庭内暴力を伴う登校拒否に対する漢方薬の使用経験. 日東医誌 1989; 40: 99-101.
- 6) 花輪壽彦. 漢方診療のレッスン. 金原出版, 東京 1999. 213-222.
- 7) 日本小児心身医学会. 小児心身医学会ガイドライン集. 南江堂, 東京 2015. 83.