

■臨床経験

睡眠相後退症候群の漢方治療

佐藤 田 實*

抄録：漢方で治療した睡眠相後退症候群の4症例を報告し、これをもとに治療法を議論した。症例は睡眠障害国際分類の最小限診断基準のA~Dを満たした。治療方法は伝統的
日本漢方に則り薬はエキス剤を用いた。腹診すると4例中3例に胸脇苦満と下腹圧痛とを
同時に認めた。そこで柴胡剤ないしは柴胡を含む処方と駆瘀血剤とから処方を選択した。
その結果各々単独では効果は不十分であるが、両者併用になると良い効果を得た。有効処
方は症例ごとに異なった。柴胡桂枝湯+桃核承気湯, 補中益気湯+四物湯, 補中益気湯,
補中益気湯+四物湯および加味逍遙散+四物湯が有効であった。どの処方も一般の漢方診
療で頻用されるものであった。薬効は早いものでは数日で現れ、効果が出て復職に至るま
での期間では1ヵ月前後, 少し長いと2ヵ月ぐらいであった。使用処方と治療期間からみ
て、睡眠相後退症候群の漢方治療は一般診療所でも実践可能な治療法であると考えられ
た。

精神科治療学 19(6) ; 749-756, 2004

Key words : *delayed sleep phase syndrome, fullness of the hypochondrium, tenderness of the lower abdomen, combined formulation*

I. 緒 言

故大塚敬節氏は昭和の名漢方医で広く人々に慕われた。その著書「漢方の特質」²⁾に次の言葉がある。「漢方では、治療の相手は、抽象的な病気ではなく、生きている病人である。生きている病人はそれぞれ違った体つきをしていて、その生活、環境、遺伝も違っている。それぞれの違い、それぞれの個人差を考慮して治療方針を決めるの

が漢方のたてまえである」。つまり西洋医学に比較すると漢方の特質は治療学という点にある。最近、医学教育に漢方が正規に組み込まれるのも、他には代替できないこの特質のためと思う。

さて、睡眠相後退症候群 (delayed sleep phase syndrome : 以下 DSPS) と呼ばれる病気がある。入眠と覚醒の時刻が社会生活上望ましい時間帯から遅れ、起床困難や日中の過度の眠気のため、学業や仕事などに支障をきたす病態をいう。原因は概日リズム障害によるとされる。思春期に発生率が高い。

DSPSと漢方医学との接点を考えるに、この「病気」は、漢方の古典にも現代にも、筆者の知る限りその記載を見たことがない。ただその「病人」が訴える起床困難や覚醒困難などの症状とその治療は古くから載っている。したがってDSPSにも漢方治療は可能と推測され、実際、筆者はこの10余年間取り組んできた。個人差を考慮して処

2004年3月19日受理

On kampo treatment for delayed sleep phase syndrome.

*木町さとうクリニック

〒980-0801 宮城県仙台市青葉区木町通1-8-15日吉第3ビル3F)

Tanomi Satoh, M.D. : Kimachi Satoh Clinic, 1-8-15, Kimachidori, Aoba-ku, Sendai-shi, Miyagi, 980-0801 Japan.

方を選ぶ問題と、多くの例に通ずる治療法を編み出す問題と、この両者を見据えながら工夫してきた。その結果、柴胡を含む処方と駆瘀血剤との併用が良いとの考えに至った。本論は症例の報告とこの併用治療法を議論するのが目的である。その他、治療の継続を妨げる問題点にも短く触れる。

II. 対象と方法

筆者は神経科標榜の街の診療所で患者を診ている。過去十数年間に治療したDSPS患者は20例余りである。治療に確かに反応し自然治癒と区別できるのは10例程度である。その中で例数が多かつ併用の議論に必要な3例と併用なしの1例の計4例を選び、症例全体の代表とした。

DSPSの診断は睡眠障害国際分類¹⁾に則った。その診断基準としては以下のA~F掲げるが、最小限基準にはA+B+C+D+Eと記してF, Gには言及していない。

- A. 望ましい時刻に入眠できない。あるいは望ましい時刻に自然に目が覚めないか、もしくは過度の眠気がすると訴える。
- B. 主要な睡眠エピソードの位相が、望ましい睡眠時間帯に比べて後退している。
- C. 症状は少なくとも1ヵ月は続く。
- D. 規則正しい生活を要求されないとき(例: 休暇)には患者は以下ようになる。
 1. 健康で正常な睡眠習慣の期間が持てる。
 2. ひとりでの目覚める。
 3. 位相は後退しているが安定した24時間周期の睡眠覚醒リズムが持続する。
- E. 毎日の睡眠表により習慣的睡眠位相後退が少なくとも2週間持続することが明らかである。
- F. 習慣的睡眠位相の後退が次の検査成績から明らかである。
(睡眠ポリグラフと体温連続記録, 省略)
- G. 入眠困難や過度の眠気を引き起こすいかなる他の睡眠障害の診断基準にも当てはまらない。

報告の4症例はA~Dの4項目は満たすが、5番目Eの睡眠表は欠く。その理由は、初診の患

者に薬を処方しないで、まず睡眠表の記録を求めると、患者の反応が良くなかったためである。また、薬を処方してから求めた場合でも億劫がる患者がいた。そのため求めるのは止めた。ただし筆者が2週間に1度は診察し睡眠相の様子をその都度確かめたので、表を欠いても診断に重大な支障は生じないと判断した。

なお漢方治療の心積もりで受診した患者はいなかった。そこで筆者の治療成績などを説明し、同意した患者にのみ漢方を用いた。

診察は日本漢方の技法に則り、望、聞、問、切の四診を行い、証に随って処方を選択した。治療薬はすべてエキス剤を用い、通常は1包2.5gのもの1日3包を標準の服用量とした。

III. 症 例

まずはじめに本稿で提案するDSPS治療仮説の出発点となった2症例を挙げる。

〔症例1〕柴胡桂枝湯+桃核承気湯

症例: 男性, 21歳, 事務員

現病歴: 高校時代から夜更かしだった。残業のため深夜就眠が2年間続いた。X-1年4月に残業は終わったが、夜に頭が冴え朝方まで寝つけなかった。知らぬ間に欠勤して目が覚めるのは夕方4時を過ぎた。はじめは月に1, 2日だったが次第に欠勤が増えた。僚友に頼み朝に揺すり起こさせ、夜通し起きて出勤もしたが、失敗に終わった。1年後(X年)の3月には4, 5日と連日欠勤した。X年4月に神経内科を受診した。検査結果に異常はなくDSPSと診断された。ビタミンB₁₂は効果がなく、また睡眠剤は朝に嘔気があるので中止した。同年5月末に某大学精神科に紹介され筆者が担当した。このころは深夜1~6時に寝つき8~11時に起き、時刻は日によりまちまちだった。

現在症: 表1参照。右季肋下から母指を胸腔内に向かって押し込むと指頭に抵抗を覚え患者が苦痛を訴える胸脇苦満という所見を認めた。これに加え上腹部の両腹直筋が緊張する所見も認めた。両者が存在するものは心下支結と呼ばれる。血圧

表1 症例要約

症例	性別	年齢	身長 体重	体型 など	舌証	脈証	腹証	便秘	虚実	主な有効処方
1	男	21	167 55	筋肉質 肌浅黒い	暗紫色 白苔	緊	心下支結 小腹急結	便秘	実証	柴胡桂枝湯+桃核承気湯
1		31	167 67	堅太り 肌浅黒い	暗紫色 白苔	緊	腹緊満 右胸脇苦満 上腸骨窩圧痛	軟便	実証	小柴胡湯+桂枝茯苓丸
2	女	29	157 45	中肉中背 肌色白	厚い 痰紅色 齒圧痕	遅弱	腹皮薄い 拍水音 右胸脇苦満 上腸骨窩圧痛	2日 1回	虚証	補中益気湯+四物湯 (一時有効後悪化)
3	男	32	165 60	中肉中背 肌薄黄色	無苔 白沫	沈	腹皮薄い 腹筋緊張 拍水音		虚証	補中益気湯
4	女	46	158 48	中肉中背 肌艶なし	湿潤	沈弱	腹軟 拍水音 上腸骨窩圧痛		虚証	補中益気湯+四物湯 加味逍遙散+四物湯

158~80mmHgでやや高い。自発的会話がなく全く無表情であることが印象的だった。

経過：まず心下支結を標的に柴胡剤の中から柴胡桂枝湯を用いた。すると服用3日で寝起きが早まり、3週間には入眠が11時で目覚めが8、9時と改善した。ただし起きても眠気が強くフラつく問題が残った。以前より右上腸骨窩に索状物を触れ、こすると痛みで顔を歪め脚を反射的に引っ込める小腹急結という所見を認めていた。X年7月初旬この瘀血所見を標的に駆瘀血剤の桃核承気湯に変えた。2週間経っても寝起きはそれ以上早まらなかったが、ただ表情が多少明るく感じた。そこで両処方を併せ桃核承気湯+柴胡桂枝湯とした。その3日後には寝つきが早まり、5日後には12時に入眠し7時半に起床し、7日後には出勤した。目覚めがスッキリするといい、表情も青年らしく爽やかになった。初診後ちょうど2ヵ月経っていた。ところが間もなく服薬すると下痢になった。患者はこれを柴胡桂枝湯を飲んでからといい服用を止めた。また桃核承気湯は1包しか飲まなくなった。飲むと臭いでムツと吐き気がするとい、9月中旬以降はほとんど服用を止めてしまっ

た。10月下旬睡眠相が後退し、また下腹に圧痛が現れた。患者は薬をビールやトマトジュースに混ぜるなど工夫をこらし、どうにか1包だけは飲んだ。飲めば数日で症状が良くなり、良くなるとまた止めて数日で悪化した。これを3度繰り返してX+1年1月に至り、服薬なしで3週の間再燃しなかったので治癒とした。初診から8ヵ月過ぎていた。

〔症例1(続)] 小柴胡湯+桂枝茯苓丸

それから7年後のX+7年2度目の再発では8ヵ月間、X+8年の3度目は4ヵ月間、それぞれ休職した。他院でビタミンB₁₂を処方されたが手応えを感じなかったという。自然に回復した模様である。4度目はX+9年6月から休んで5ヵ月間に及び、上司に促されて筆者を訪ねた。当時は入眠が午前2時で起床は午前11時であった。

現在症：表1参照。10年前に比べ体重が12kg増えた。このときも無表情だった。血圧152~90mmHg。

経過：11月末受診。腹は全体に緊張膨隆し胸脇苦満も認めた。これを標的に柴胡剤の大柴胡湯5

g, 次に両上腸骨窩の圧痛を標的に駆瘀血剤の桂枝茯苓丸, 各々単独で1週間用いたが反応がなかった。そこで, 柴胡剤でより虚証の小柴胡湯を選び, これに桂枝茯苓丸を併用した。1週後には入眠時刻が少し早まった。無表情の中に一瞬の笑みが浮かんだ。薬を朝飲むと吐き気がするという。2週目には12時入眠10時起床に改善した。4週目には下腹圧痛も大いに減じた。服薬は忘れてたり面倒になり夜1回になった。そこで1回でよいとし, 代わりに両者5gを一緒に飲ませた。年末になっても出勤できず退職を迫られ辞めてしまい, いったん外来も途絶えた。X+10年1月末に電話が入り, 「中旬で薬が切れた。この10日間12時に入眠し8時半に起床している, これから職を探す」と伝えてきた。2ヵ月未満の治療で回復した。

次はいったんは十分に効いたが間もなく逆戻りした例である。

〔症例2〕補中益気湯十四物湯

症例: 女性, 29歳, 独身, 事務員

主訴: 朝起きられない。

既往歴: 例年検査で鉄欠乏性貧血と通知されるが未治療である。

現病歴: もともと寝つきがよくない。X-1年11月, 朝に起き上がれず仕事を休み, 昼夜が逆転したが4, 5日で自然に回復した。今回はX年1月, インフルエンザの治りが悪く, 下旬になり入眠が明け方4~7時と遅れた。朝は目が覚めずに欠勤し電話のベルにも気づかなかった。内科の眠剤を飲み, 眠気はさしたが, 朝は起きられず, 起きると嘔気がした。8日後, 朝に起床できたので受診した。

現在症: 表1参照。舌は浮腫んで厚く両側縁には歯圧痕を認めた。これは体液の代謝および分布の異常すなわち水毒のサインである。生理は規則的。血圧正常範囲。触れると手足の先が冷たい。

治療経過: はじめは水毒とみて当帰芍薬散を選び, 冷えがあるので附子末1gを加えた。1週間後には入眠が午前2時で起床は午前10時に早まった。効果が十分ではなかった上に薬が飲みにくいと言った。そこで虚証で下腹圧痛があるので四物

湯に変えた。飲んだ翌日には反応が現れ, 入眠が11時半~12時となり起床が7~9時とさらに早まった。薬も飲みやすかった。ところが休職が1ヵ月に及んでしまい退職させられた。同時に外来も途絶えた。後の話ではその後すぐに再就職しており, 1ヵ月半で回復したことになる。

3度目は5ヵ月後のX年7月下旬に起きた。当院を再診し前回効果のあった四物湯を1週間用い, 効果もほぼ同程度だったが, 今一步のところで出勤までには至らなかった。検査で軽度の貧血を認めたので四物湯成分を含む芎藭膠艾湯に変えた。すると1週後にはかえって悪化し中途覚醒を起こすようにもなった。次に小柴胡湯を試みたが, そのまま外来が途絶えた。後日談では午後出勤を認めてもらい1ヵ月弱で回復したという。

4度目は約1年後のX+1年8月下旬で, 睡眠相後退のほか, 倦怠, 眠気, 気力低下などを訴えた。補中益気湯を用い1週間で回復した。5度目はその9ヵ月後のX+2年5月, 目眩と吐き気で先行し, 下旬から入眠が2時を過ぎた。まず半夏白朮天麻湯や人參湯を短期間試したが寝起きは変わらなかった。そこで前に効果のあった補中益気湯と四物湯を併用すると徐々に睡眠相が前進した。計20日の服用で夜12時入眠朝7時起床となり, 7月初め, いったんは仕事に復帰した。しかし間もなく立ち眩みや動悸を伴って睡眠相が遅れて, 休み出した。他に試みる処方もなく同じ薬を続けさせた。回復までの期間はこのときが一番長く約3ヵ月を要した。

次は併用を必要とせず単一処方で済んだ例である。

〔症例3〕補中益気湯

症例: 男性, 32歳, ハードウェア回路設計

現病歴: X年2月徹夜作業が1ヵ月間続いた。そして徹夜が終わってみると寝起きが悪くなっていた。深夜2~3時に入眠し, 朝は起き上がれないので会社を休み, 起床が午後2~3時になった。起きててもボンヤリとテレビを眺めて過ごした。そうしていても会社のことが頭から離れず気分が落ち込んだ。

現在症: 表1参照。食欲低下。夜は大量に寝汗

をかく。

経過：X年4月はじめは神経症性うつ病と判断して抗うつ薬と抗不安薬を処方した。2週間飲み抑うつ気分は治ったものの、寝起きの遅れは変わらなかった。補中益気湯に変えると1週間で体調が回復し、2週間には入眠が12時で起床が7時となり、起床後のボンヤリ感も解消した。3週間には復職した。6週間で服薬を止めた。

その後X年10月とX+1年2月にも再発した。抑うつ気分は伴わなかった。やはり補中益気湯で回復し、復職も廃薬も初回とほぼ同じ期間であった。

次はDSPSでも中年の軽症例である。体調のピークが夜になり日中は倦怠と無気力に苦しむ。苦悩の性質は他のDSPS患者と違わない。

〔症例4〕補中益気湯+四物湯、加味逍遙散+四物湯
症例：女性、46歳、主婦

既往歴：X年8月不眠症で初診した。夫の帰宅が夜遅くかつ子どもは朝早い通学で、就眠が遅く起床が早かった。そのため寝不足で眠剤が欠かせなかった。その後胃腸虚弱、更年期の不定愁訴などを漢方で治療していた。

現病歴：X+2年9月上旬、それまでとは様子が変わった。午前中は眠くだるく、夜はかえって体調が良くなり、眠気がさすのは12時過ぎの状態に陥り、これが3週間続いた。

現在症：表1参照。生理はX+2年5月頃より3週あるいは5週と不順になった。

経過：X+2年10月中旬、1回目の治療では日中の眠気には補中益気湯を選び、肌に艶がないことから四物湯も選び、両者を併用した。眠剤はそのまま継続した。2週間には改善し夜に眠気がさし日中は疲れずに動けるようになったが、薬が切れるとまた疲れやすくなった。2ヵ月後、別の症状のために処方を変えたが入眠は遅れなかった。

X+3年9月中旬1ヵ月半前から夜に頭が冴えて午前中はボンヤリすると訴えた。2回目は、前回有効の補中益気湯+四物湯と内容がよく似た十全大補湯を試みた。これなら処方1つで済む。4週間続けても依然として面倒な家事には手がつかない状態だった。次に補中益気湯を2週間試み

たが変わらず、やはり補中益気湯+四物湯としたら、2週間には日中の眠気が減り気力が出了。さらに附子末0.6gを加え、2週間後には元気に動いて久々に趣味も楽しめた。このころ他症状のため処方を変えたが、症状は悪化しなかった。

3回目は、X+4年11月より気分の落ち込みや日中の倦怠を訴えた。12月下旬これにのぼせ、発汗、動悸が加わった。実は閉経期で生理が遅れていた。補中益気湯+加味逍遙散を用い追加の症状が消え、落ち込みと倦怠も多少和らいだ。X+5年1月中旬入眠が遅れ12時過ぎとなった。加味逍遙散+四物湯に変えて2週間後、入眠が11時に早まり、風邪の老母に添い寝を続けるなどしても日中疲れが出なくなった。

IV. 考 察

1. 治療結果のまとめ

漢方で治療したDSPSの4症例を報告した。はじめに治療結果を整理し、基本的なことをみたと上で、併用療法の議論に移る。

有効な処方患者毎に異なった(表1)。漢方はDSPSという病気ではなく病人個人を治療するので、有効処方が個人毎に違うのは当然ともいえる。処方は一般の治療で頻用されるもので足りた。

処方を選ぶ際は腹診所見が重要だった。4例中の3例において胸脇苦満と下腹圧痛を同時に認めた。両者の併存はDSPSでは多いように思う。この議論は以下に詳述する。

漢方薬の効果は早ければ数日で現れた。寝起きの時間が早まり目覚めの感覚も良くなるから、服用効果は患者自身にもすぐにわかった。効果が出て復職に至るまでの期間は1ヵ月前後、少し長いと2ヵ月前後であった。

以上、使用処方と治療期間からみて、DSPSの漢方治療は一般診療所でも充分実践可能な治療法であると推測する。

2. 併用療法

症例3を除くと、残りの3症例は柴胡剤と駆瘀血剤との併用が奏効した。この点について以下考

表2 生薬構成の比較(1)

生薬	当帰芍薬散	四物湯
当 帰	○	○
芍 薬	○	○
川 芎	○	○
熟地黄		○
茯 苓	○	
白 朮	○	
沢 瀉	○	

表3 処方の虚実

駆瘀血剤	柴胡剤	柴胡を含む処方
四物湯	虚	補中益気湯
		柴胡桂枝乾姜湯
		柴胡桂枝湯
		加味逍遙散
	中間	小柴胡湯
桂枝茯苓丸		柴胡加竜骨牡蛎湯
桃核承気湯	実	大柴胡湯

察する。

まず補中益気湯だけで治せた症例3では胸脇苦満も下腹圧痛も認めなかった。これに対して併用の3症例に共通するのは胸脇苦満と下腹圧痛を同時に認めたことである。ただし虚実の違いはあり、症例1は実証で症例2と4が虚証である。以下各症例で併用を必要とした経緯をたどっていく。

症例1では腹診により心下支結を認めて柴胡桂枝湯を用いた。飲むと数日で効果が現れ、以後睡眠相がみるみる前進した。ただ起床後の眠気とフラつきが残った。桃核承気湯に変えると、さらなる前進はなかったが、表情に少し明るみがさした。両者一長一短なので併用を試みた。すると効果が急に増し1週間後には職場復帰した。この事実から、柴胡剤と駆瘀血剤とは共通の効能を持つ反面、各々異なる面もあり、双方とも単独では効果が不完全で、異なる2つが相加わって十分な効果を得たといえよう。それから10年後2度目の治療では、柴胡剤と駆瘀血剤との併用にこだわるのを避け、まずは両者を単独で試みたが結果は無効であった。やはり小柴胡湯と桂枝茯苓丸との併用で効果を認めた。

症例2の2度目の病相期では当帰芍薬散は効果不十分で四物湯で効果が一段と高まった。構成生薬の面から見ると、当帰芍薬散から駆水剤の茯苓、白朮、沢瀉を去ると駆瘀血剤の当帰、川芎、芍薬が残る。これに地黄を加えたのが四物湯で虚証向きの駆瘀血剤である(表2)。虚証のDSPSに本方は有望に思えた。3度目でも試みたが今一步で回復には至らなかった。そこで4度目は補中益気湯と四物湯とを併用した。これで回復に向か

表4 生薬構成の比較(2)

生 薬	補中益気湯	十全大補湯
	+ 四物湯	
黄 耆	○	○
人 参	○	○
白 朮	○	○
茯 苓		○
桂 枝		○
大 棗	○	○
甘 草	○	○
乾 姜	○	○
升 麻	○	
陳 皮	○	
柴 胡	○	
当 帰	○	○
芍 薬	○	○
川 芎	○	○
熟地黄	○	○

い復職した。ただいったんは十分な効果を得たのになぜか逆戻りしてしまった。その原因としては、動悸や目眩が新たに出現したことを考えると、証が変化したにもかかわらず変化に応じた処方に変えなかったのが、逆戻りした可能性もある。ここでは一段強めの柴胡桂枝乾姜湯に切り替える方法があった(表3)。つまり柴胡剤+駆瘀血剤という治療法自体は疑わなくてよいと考えた。

そこで症例4の1回目の病相期でははじめから補中益気湯+四物湯を用いたところ回復した。症例2とは違って今度は安定した効果を示した。ただ補中益気湯+四物湯が有効なら十全大補湯でもよかったのではとも考えた。なぜなら両処方と比較すると、ほとんどの生薬が共通して違いは少ない

ため、効果も大差ないこともあり得たからである。次の病相期で早速同湯を用いると結果は無効で、やはり生薬の違いは重要と考えられた(表4)。本方ない生薬で補中益気湯にあるものは、升麻、陳皮、柴胡である。このうち柴胡は他の症例でも必要としており、十全大補湯が無効なのはこれを欠くためと思われる。

なお、このとき補中益気湯+四物湯で倦怠と無気力は良くなったが患者は今一歩もの足りない様子だった。そこで附子を少量加えると薬効が格段に増し、動作に疲れず趣味を楽しむほどに回復した。附子を加味する方法³⁾は、証は合致するのに効果が足りないときの手段で、次のように証自体に動きがある場合には使わない。

同じく症例4で、あるとき動悸、のぼせ、発汗が現れ、補中益気湯+加味逍遙散を用いていったん落ち着いた後、3度目の病相期が起きた。1, 2回目同様に補中益気湯+四物湯が良いか、あるいは動悸やのぼせはすでに消えたが依然として加味逍遙散証は続くこととみるか検討し、症例2では証の変化に気づかなかったので、ここは変化を期待し加味逍遙散+四物湯としたら奏効した。加味逍遙散もまた柴胡を含む(表3)。

さて、以上にみたようにこの治療法は実証の症例1が端緒となり、その後虚証の症例2で考案が失敗し、その失敗をもとに同じ虚証の症例4に適用できた。どれも病相期を何度か繰り返したがそれが本研究にはかえって幸いした。つまり処方の効果判定に確実性が増し、自然治癒との区別がしやすくなり、その結果併用治療が必要かつ有効であることを明らかにできた。

柴胡剤と駆瘀血剤との組み合わせは「病人」毎に異なり、同じ個人でも時期が違うとまた異なった。しかしたとえば症例1にみるように、併用法自体は10年過ぎた後でも有効であったので、両者を組み合わせる方法には恒常性があると考えられる。これは、報告の症例に限ったことではなく、胸脇苦満と下腹圧痛を認める多くの患者に通用すると推測する。なおこの方法は多数の症例に当てはまればよく、症例3のようにこれら腹診所見を欠き単剤で治る例を排除はしない。今後、四物湯だけで治る例も見つかる可能性がある。

なお、「柴胡剤」は正確には「柴胡剤もしくは柴胡を含む処方」である。なぜなら柴胡剤とは柴胡の他に黄芩や半夏も一緒に含む処方群を指すのに対し、補中益気湯や加味逍遙散はこれらを含まず柴胡剤とは呼ばないからである。また柴胡剤に比べ柴胡の量が少なめである。

3. 治療上注意すべき点

対処を誤ると治療のボトルネックになる問題がある。

一つは大黃剤を用いて下痢が起きる場合である。症例1は桃核承気湯で下痢になった。こういうときは、患者が自ら試みたように、処方を変えずに量を減らす方法がある。あるいは処方を桂枝茯苓丸などに一段弱めた上で大黃を加減する方法もある。どちらが適切かは症例毎に試して決めるほかない。

二つには服薬コンプライアンスのことがある。本症候群で消化器症状を伴う場合、覚醒直後は嘔気が強く普段食事を摂らない習慣の患者がいる。そこへ薬を飲んで嘔気がすると、副作用と誤解して服薬を拒んでしまう。あらかじめ覚醒直後の嘔気を説明し、問題あれば十分に覚醒する昼以降に服薬する指示をする。したがって服薬回数も減らし標準量以下の量で試みてよい。他のさまざまな治療で少量の薬でも有効なことはよく経験する。

最後に、本論は4症例の治療をもとに治療法一般まで拡大議論した。治療法一般を論ずるには症例数不足の観は否めないが、パイロットスタディのつもりで本論をまとめた。初回でドロップアウトした例やどんな処方にも抵抗した難治例も少数例経験したが、今回は触れる余裕がなかった。

V. まとめ

- ・漢方治療が有効な DSPTS を経験した。
- ・有効処方虚実の違いにより個人毎に異なった。
- ・柴胡剤も駆瘀血剤も単方では効果不足で併用により有効になった。
- ・大黃を含む処方では量を加減するなど下痢回避の工夫を要した。

- ・覚醒直後は嘔気を伴いやすくこの時間帯は服薬を避けた方がよい。
- ・DSPSの漢方治療は一般診療所でも十分に実践可能な治療法であると考ええる。

謝 辞

本研究が実ったのは以下の医師の支持と患者諸氏の協力のおかげである。前日本漢方医学研究所附属日中友好会館クリニック所長で現青山杵渕クリニックの杵渕彰先生と前日本東洋医学会会長で松田医院の松田邦夫先生には常に励ましていただいた。ここに記して感謝します。なお本研究は財団法人日本漢方医学研究所からの研究助成金をもとに行われた。

文 献

- 1) Diagnostic Classification Steering Committee (Thorpy, M.J., Chairman) : The International Classification of Sleep Disorders ; Diagnostic and coding manual. American Sleep Disorder Association, Rochester, 1990. (日本睡眠学会診断分類委員会訳 : 睡眠障害国際分類診断とコードの手引き. 笹氣出版, 東京, p.80, 1994.)
- 2) 大塚敬節 : 漢方の特質. 創元社, 大阪, p.102, 1971.
- 3) 佐藤田實 : 附子は薬の効きをよくする一附子相乗仮説. 日本東洋医学会誌, 23 ; 211-215, 2002.