

5

アレルギー疾患

—アトピー性皮膚炎—

アレルギー疾患は小児期慢性疾患の中で最も頻度の高い疾患群である。中でもアトピー性皮膚炎 (Atopic Dermatitis 以下AD) は確立された治療法がないこと、明らかな皮疹と痒みによる不機嫌やいら立ちに対するとまどい、漠然としたステロイド薬に対する不安、そして周囲の無理解 (時に医療者を含む) などにより、患者や家族は心理的ストレスを生じやすい。また同時に、心理的ストレスはADの主要な増悪因子の1つでもある。本稿ではADの定義、症状、自然経過、治療、特にス

キンケアの重要性について述べ、次に心理社会的問題との関連を考察した。AD患者では精神発達が未熟、自己表現が消極的といった傾向がある。高学年になるほど不登校の頻度が増し、難治例での社会不適応が目立つ。さらに患者家族のストレス、親子関係の問題も無視できない。重症度にかかわらずQuality of lifeへの配慮が必須であるが、特に重症例、社会的不適応をきたした症例では濃厚な心理的介入の併用が必要と考える。

キーワード

アトピー性皮膚炎, Quality of life, アレルギー, スキンケア, 不登校

I. はじめに

アレルギー疾患は小児期慢性疾患の中で最も頻度の高い疾患群であり、中でもアトピー性皮膚炎は乳児期から出現するため、アレルギー疾患の始まりとして健診などで相談を受けることも多い。アレルギー疾患は日常生活に支障をきたす要因として極めて重要であり、患者および家族のQuality of lifeへの配慮が必須である。本稿ではアトピー性皮膚炎 (Atopic Dermatitis以下AD) について概説する。

II. ADの定義、診断基準 (表1)

日本皮膚科学会によると「アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、痒痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ」と定義される¹⁾。

診断基準はいくつか提唱されているが、おおむね共通しているため、ここでは日本皮膚科学会の基準¹⁾を示すにとどめる。診断基準は①痒痒、②特徴的皮疹と分布、③慢性反復性の経過という、3つの要素からなる。除外すべき疾患は少なくないが一般に困難ではない。ADの増悪は季節性もあり、初診時には単なる乾燥肌としか判断できない場合でもしだいに典型的なADの所見を示すこともあるため、注意を要する。

III. 症状

ADは乳児期に発症することが最も多いが、学童に至る頃には自然に軽快傾向を示し、中学進学頃には多くの患者が寛解 (必ずしも治癒ではない) する。一方、この時期まで症状が持続する患者は重症難治例の割合が増す。ADの皮膚症状は各年代

表1. アトピー性皮膚炎の定義・診断基準（日本皮膚科学会）

アトピー性皮膚炎の定義（概念）

「アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。」
アトピー素因：①家族歴・既往歴（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患）、または②IgE抗体を産生し易い素因。

アトピー性皮膚炎の診断基準

1. 掻痒
2. 特徴的皮疹と分布
 - ①皮疹は湿疹病変
 - 急性病変：紅斑、湿潤性紅斑、丘疹、漿液性丘疹、鱗屑、痂皮
 - 慢性病変：湿潤性紅斑、苔癬化病変、痒疹、鱗屑、痂皮
 - ②分布
 - 左右対称性 好発部位：前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲、頸部、四肢関節部、体幹
 - 参考となる年齢による特徴
 - 乳児期：頭、顔にはじまりしばしば体幹、四肢に下降。
 - 幼小児期：頸部、四肢屈曲部の病変。
 - 思春期・成人期：上半身（顔、頸、胸、背）に皮疹が強い傾向。
- 3.慢性・反復性経過（しばしば新旧の皮疹が混在する）
 - ：乳児期では2カ月以上、その他では6カ月以上を慢性とする。
 - 上記1, 2, および3の項目を満たすものを、症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する。
 - そのほかは急性あるいは慢性の湿疹とし、経過を参考にして診断する。

除外すべき診断

- 接触皮膚炎
- 脂漏性湿疹
- 単純性痒疹
- 疥癬
- 汗疹
- 魚鱗癬
- 皮脂欠乏性湿疹
- 手湿疹

（アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため）

臨床型（幼小児期以降）

- 四肢屈曲型
- 四肢伸側型
- 小児乾燥型
- 顔・頸・上胸・背型
- 痒疹型
- 全身型
- これらが混在する症例も多い

診断の参考項目

- 家族歴
（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎）
- 合併症
（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎）
- 毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚
- 血清IgEの上昇

重要な合併症

- 眼症状（白内障、網膜剥離など）
：とくに顔面の重症例
- カポジ水痘様発疹症
- 伝染性軟属腫
- 伝染性膿痂疹

ごとに病変部位や皮疹の性状に特徴を持つ。なお本書の性格を考慮し、乳児期は割愛する。

1. 幼児期・学童期

乳児期のADは顔に始まり、頸部、四肢屈曲部に広がる紅斑と湿潤傾向が特徴的であったのが、幼児期になると主に四肢関節部に限局するようになる。ただし重症例では、学童期以降も顔面の病変

が持続する。湿潤部位以外でもしたいに乾燥肌、鳥肌様の毛孔性小丘疹が明らかになり、特に冬期に顕著となる。また、強い痒みのために掻破を繰り返す結果、局所的な糜爛や貨幣状湿疹様変化をともなうこともある。

2. 思春期・成人期

病変部位では上半身に皮疹が強いことが特徴で

ある。乾燥肌、苔癬化傾向はさらに顕著になり、苔癬化局面はしばしば軀幹、四肢などに瀰漫性に広がる。慢性的な掻破行動は二次的に皮膚肥厚をきたし、しばしば色素沈着を生じる。成人ADの特徴の1つに顔面の紅斑 (atopic red face) が挙げられるが、不適切なステロイド外用薬の長期使用が原因の酒皸様皮膚炎との鑑別が重要である。

IV. 参考となる検査

診断基準からも分かるように、診断のために必須の検査はない。しかしアレルギー素因のあることが多く、環境整備を軸とした生活指導を行ううえでアレルギー検査は欠かすことができない。血液検査では血清総IgE値、抗原特異的IgE抗体価、可能であればプリックテストやスクラッチテストといった皮膚テストを行う。皮膚テストは比較的安価でかつ結果がその場で分かり、患者家族への説得力があるという利点がある。当科では初診時にスクリーニングとしてCAP RASTでダニとマルチアレルゲン6種 (食物、穀物、雑草花粉、イネ科植物花粉、カビ、動物) を、また、プリックテストで20種 (ハウスダスト、全卵、牛乳、大豆、小麦、米、そば、犬毛、猫毛、兎毛、アルテルナリアなど真菌5種、キノ、ワタ、ブタクサ花粉、カモガヤ花粉、スギ花粉) を検査している。なお先日、全卵、牛乳、犬毛、猫毛、兎毛については、未知のウイルス混入を否定できないとして製造中止となった。また末梢白血球中の好酸球の割合、絶対数は重症度やアレルゲンへの反応性を反映すると考えられるため、検査すべきである。

V. 治療

アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2001²⁾によると、治療は原因・悪化因子への対策、スキンケア (異常な皮膚機能の補正)、薬物療法からなる (図1参照)。以下に筆者の経験を交えて概説する。なお、ガイドラインの解説は森田が詳しく解説している³⁾。

1. 原因・悪化因子への対策

原因検索にはアレルギー検査の他、患者や家族から増悪するきっかけを聴取すると役に立つ。ア

レルゲンでは一般に幼児期以降食物の関与はしだいに減り、ダニやペットの関与が高くなる。したがって、除去食療法を漫然と行うべきではない。安全性を重視しながらも積極的に食物負荷テストを行い、患者家族とともにその必要性を確認する。石鹸やシャンプー、洗剤による刺激が増悪させることもある。

2. スキンケア

AD患者は明らかな病変部位以外の皮膚もドライスキンであることが多く、その結果水分保持能の低下、痒み閾値の低下、易感染性といった機能異常を示す。スキンケアはこれら機能異常を補正して病変の拡大を防止しつつ、いったん改善した皮膚の状態を維持する意味を持つ。スキンケアは①皮膚の清潔②皮膚の保湿③その他からなる。皮膚の清潔を保つためには入浴が最も重要である。身体に痒みを生じないようにぬるめの湯を使用し、ゆっくりつかるのがよい。石鹸やシャンプーの使用は洗浄力の強いものを避け、しっかりとすすぐよう指導する。タオルは強くこすらずに使用し、炎症の強いところは使用を控える。また特に汚れやすい手指や足は、可能な限り早急に汚れを落とすよう心がける。発汗に対しても同様である。以上の対策は皮脂も洗い落とすため、同時に保湿剤を十分に用いて皮膚の保湿を行う必要がある。入浴後はタオルで押さえて水気を取り、直後に保湿剤を使用することが好ましい。その他に爪の手入れ、寝具のカバーを清潔に保つこと、室内の清掃、食べ物では過剰な香辛料は控えることなどが挙げられる。

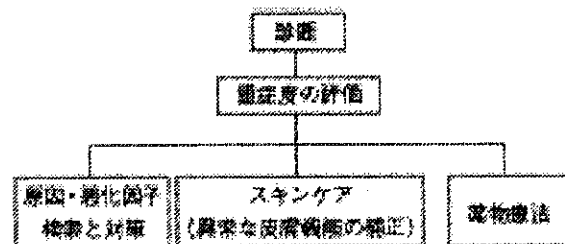


図1. 治療ガイドラインの概要

3. 薬物療法

薬物療法の基本は、病変の部位と状態に応じたステロイド外用薬の使い分けと、痒みを押さえるための抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の使用である。軽度の場合は非ステロイド性抗炎症外用薬を用いることもあるが、薬剤による接触性皮膚炎、光過敏性皮膚炎をきたすこともあり漫然と使用すべきではない。

VI. 学校生活での特記すべき注意点

発汗対策が重要であるが、学校で可能な対応は限られているため、肌着を着替えることが現実的である。学校制服は化繊であることが多く、皮膚を刺激するため好ましくない。ADでは皮膚温調整が困難であることも併せ、制服に関しては柔軟な対応を期待したい。特に臀部の湿疹は、上記条件と固い椅子のためか学齢期に特徴的である。プールは殺菌のための塩素と直射日光への配慮が重要である。塩素は休憩の度にシャワーで洗い流し、終了時に保湿剤を使用することで対応できることが多い。洗体槽は必ず避けるよう指示する。食物アレルギーのある場合には給食に対しての配慮が、また動物のアレルギーのある場合には小動物の飼育係に対しての配慮が必要であることはいうまでもない。

VII. 心理社会的問題

1. ストレスとADの増悪

ADが心身症として発症してくる頻度は明らかではないが、太田は学童期以上の患者へのアンケート調査で、ストレスによりADが悪化する割合は6～12歳で33.3%、13～18歳で28.1%であった¹⁾と報告し、増悪因子としてのストレスの重要性を指摘している。

2. ADによる心理社会的問題

ADが心理的問題に強く影響を及ぼしている可能性があることは明らかである。幼児期から学童期初期は、子どもにとって社会性獲得の始まりの時期である。この時期にADがあることは、多くのデメリットを抱える可能性があり、食物アレルギー

を合併していればなおさらである。石井らによると、AD児の性格は精神発達の未熟、自我が弱い、情緒的な負荷に弱い、過度に人目を気にして自己表現が消極的といった特徴がある⁵⁾。片岡によると、外来通院患者では年間30日以上欠席をしているAD児は小学生ではほとんどなかったが、中学生で10%、高校生で17%で見られ、またADと関連して嫌な思いをした経験は小学生で38%、中学生で22%、高校生で17%に見られた。学校外でも行きずりの他人から嫌な思いを受けた者が各年代とも19%に見られた。また入院患者では、不登校の割合は小学生7%、中学生20%、高校生23%であり、心身医学的治療を併用すると、社会適応のみならずADの経過も良好であったと報告している⁶⁾が、現実にはADだから仕方がないと放置されていることも少なくない。これら報告は必ずしもAD児全体の傾向を示すものではないが、日常診療で常に配慮すべき項目であろう。十川は、心理的に親からの自立が成長の課題となる思春期において怒りの表出ができず、親に反抗できないことが自立をさまたげる可能性があり、結果的に社会的適応を困難にする指摘している⁷⁾が、このことは幼児期にもあてはまる。

3. 患者家族への対応

患者家族への配慮も重要である。岡部らはAD児の家族に症状への不適切な対応の他に、過干渉、親の子離れ・子の親離れがスムーズでない、慢性的な両親の不仲などの問題が見られると報告している⁸⁾。筆者の経験でも母親が我が子をAD児に生んでしまった罪悪感にさいなまれる、短期間で改善しないことに苛立ち、一方でステロイド薬の副作用に不安を持って十分に治療を継続できない、子どもの感情表出（怒りで身体を掻きむしる、泣きじゃくって眼周囲をこすりつける）がAD増悪につながることを恐れて腫れ物に触るかのよう接しているといったことが、少なからず見受けられる。また、いわゆる“民間療法”に救いを求める両親も多い。ここでは民間療法の詳細は触れないが、患者、家族がなぜ民間療法に走るのかを考えないまま否定することは避けるべきである。反対にそ

の気持ちを十分理解することに努め、その治療が患者にとって有効なのか、無効なのかを一緒に確認していこうとする姿勢こそが求められる。

筆者は家族に対して、ADを鎧甲をまとった武士にたとえ、いかつい鎧甲（AD）に惑わされず、それをまとった人そのものを見る必要性を強調している。どんなに重症のADであっても成長過程にある子どもであることに変わりはない。そして疾病にだけとらわれていては成長への支援は困難であることを伝えている。同時に治療を継続するために疾病の説明を繰り返し、家族には不安や疑問をうちにためないよう話している。

VIII. 専門機関への紹介

ADが重症なほど心身医学的対応が必要とされるのはいうまでもないが、残念なことに皮膚疾患、心理的問題双方に精通した医師は極めて少ないのが現状であろう。皮膚症状からだけで心理的問題をとらえることは困難だが、増悪因子の詳細な検討とともに、両親や本人の疾病のとらえ方、治療への反応性、疾病と離れて日常生活での積極性などに注目すると明確になりやすい。特に昼夜逆転といった生活リズムの乱れ、不登校など社会的不適応を示す症例には、一般的な治療に加えて心理的問題への濃厚な治療的介入も必要となる。現状では、極めて少数のADを専門とする小児科医を除けば、ADを専門とする外用治療に長けた皮膚科医と、成長発達を専門とする小児科医が密に連携をとって対応するのが現実的であると思われる。

文 献

- 1) 日本皮膚科学会学術委員会. 日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の診断基準」. 日皮会誌 1994; 104: 1201-1210.
- 2) 平成8年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業アレルギー総合研究および平成9-12年度厚生科学研究・分担研究. 「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2001」2001.
- 3) 森田栄伸. アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2001の概要 アレルギーの臨床 2002; 22: 261-266.
- 4) 石井春子他. アトピー性皮膚炎と心身医学. 皮膚病診療 1990; 12: 841-852.
- 5) 片岡葉子. 学齢期アトピー性皮膚炎と不登校. 日医雑誌 2001; 126: 52.
- 6) 太田展生. アトピー性皮膚炎の治療, 精神神経系の関与とその対策. 小児科臨床 1998; 51: 2014-2022.
- 7) 十川博. ストレスとアレルギー, 皮膚疾患を中心に. アレルギーの臨床 2001; 21: 613-617.
- 8) 岡部俊一他. アトピー性皮膚炎の治療, 牧野荘平監修. アレルギー疾患治療ガイドライン. 第1版. 東京: ライフサイエンスメディカ, 1993: 98-101.

参考サイト

日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン
<http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med24/atopy/therapy.html>
<http://www.med.kyushu-u.ac.jp/atopy/atopy.html>

(亀田 誠)

6

神経・筋疾患

チック障害は瞬きで発症することが多い。その他頭を振る、咳払いなどで発症することもある。この3種で初発症状の70～80%を占める。診断は臨床症状から行うが、チックが疑われた症状が発現してきた年齢や、発現した順序、身体部位における広がりなどが、通常のチックの経過かどうかに注意する。経過中、チックはその種類や頻度が変化する。症状がいつも同じである場合やいつも

同じ早さの律動的な動きは、チックでない可能性が高い。併存症として注意欠陥/多動性障害が見られることがある。また高機能自閉症が併存することがあるが、小児科外来を受診するものでは極めてまれである。四肢のチックのため日常生活に支障をきたすような場合は服薬が必要になり、子どものチックは軽くとも母親の不安が強い場合など、母親が支援の対象となる。

キーワード

チック、トゥレット（Tourette）障害、大脳基底核、ハロペリドール、注意欠陥/多動性障害、高機能自閉症

◆チック◆

Ⅰ. 一般小児科への受診時の主訴

瞬きで発症することが多い。その他頭を振る、咳払いなどで発症することもある。この3種で初発症状の70～80%を占める。またこれらは、初発症状でなくても経過のいずれかの時点で見られることが多い。

Ⅱ. 理学的小よび検査所見

小児科的な通常の理学的小よび検査所見では異常が見られない。時に神経学的徴候が見られることがある。

覚醒時脳波、頭部CT、MRI検査では、通常異常を認めない。睡眠脳波では、学童期に約10%で入眠期の全般性棘徐波や、中心-側頭部の焦点性棘波を認めることがあるが、チックの臨床像との関連はない。

Ⅲ. 診断基準

チックとは、突発的、急速、反復性、非律動的性、常同的な運動あるいは発声と定義（DSM-IV）される。またチックはその種類と持続期間により3種に分類される。（表1参照）

運動性チックでは、瞬き、口角を引く、顔をゆがめるなどの顔面の動きが多く、頭を振る、回転させるなどの頸部の動き、肩をびくっとさせる、回す、上肢をびくっとさせる、躯幹を反らせる、歩いていて急にジャンプするなどがある。

音声チックでは、鼻をすする、咳ばらい、奇声（アッ、アッという甲高い叫び声など）、汚言などがみられる。

診断は臨床症状から行うが、チックが疑われた症状が発現してきた年齢や、発現した順序、身体部位における広がりなどが、通常のチックの経過かどうかに注意する。

複雑な四肢のチックが見られる時には、それま

表1. チック障害の診断基準

〔一過性チック障害〕

- A. 1種類または多彩な運動性および/または音声チック（すなわち、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声）。
- B. チックは1日中頻回に起こり、それがほとんど毎日、少なくとも4週間続くが、連続して12ヶ月以上にわたることはない。
- C. この障害によって著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の著しい障害を引き起こしている。
- D. 発症は18歳未満である。
- E. この障害は物質（例：精神刺激剤）の直接的な生理学的作用や一般身体疾患（例：ハンチントン病またはウイルス脳炎後）によるものではない。
- F. トウレット障害、慢性運動性または音声チック障害の基準を満たしたことがない。

〔慢性運動性または音声チック障害〕

- A. 1種類または多彩な運動性チック、または音声チック（すなわち、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声）が、疾患のある時期に存在したことがあるが、両者がともに見られることはない。
- B. チックは1日中頻回に起こり（通常、何回かにまとまって）、それがほとんど毎日、または1年以上の期間中間欠的に見られ、この期間中、3ヶ月以上連続してチックが認められない期間はなかった。
- C. この障害によって著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の著しい障害を引き起こしている。
- D. 発症は18歳未満である。
- E. この障害は物質（例：精神刺激剤）の直接的な生理学的作用や一般身体疾患（例：ハンチントン病またはウイルス脳炎後）によるものではない。
- F. トウレット障害の基準を満たしたことがない。

〔トゥレット (Tourette) 障害〕

- A. 多彩な運動性チック、および1つまたはそれ以上の音声チックが同時に存在するとは限らないが、疾患のある時期に存在したことがある（チックとは、突発的、急速、反復性、非律動性、常同的な運動あるいは発声である）。
- B. チックは1日中頻回に起こり（通常、何回かにまとまって）、それがほとんど毎日、または1年以上の期間中間欠的に見られ、この期間中、3ヶ月以上連続してチックが認められない期間はなかった。
- C. この障害によって著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の著しい障害を引き起こしている。
- D. 発症は18歳未満である。
- E. この障害は物質（例：精神刺激剤）の直接的な生理学的作用や一般身体疾患（例：ハンチントン病またはウイルス脳炎後）によるものではない。

でに瞬きや頭を振るなどの、頻度の高いチックが見られていることが多い。四肢末梢のチック様運動から始まって、その後の経過においても顔面や頸部の一般的なチックが見られないときは、他の疾患との鑑別を考えなくてはならない。

経過中、チックはその種類や頻度に変化する。症状がいつも同じである場合や、いつも同じ早さの律動的な動きはチックでない可能性が高い。

チックは不随意運動の一種であるため、緊張で増強することがある。またチックが軽度の時には、登校や外出などでわずかに緊張することにより、逆に抑制されることがある。

併存症として注意欠陥/多動性障害が見られるこ

とがある。また高機能自閉症が併存することがあるが、小児科外来を受診するものでは極めてまれである。

発症の誘因は1/3の症例で見られる。頭部打撲などの物理的的刺激が誘因となることがある。また心理的ストレス（学校でのいじめ、友人関係のトラブル、両親の不和、離婚など）が誘因となることもある。他の2/3は、誘因なく発症する。誘因と疑われたことが消失するとチックは軽減することも多い。

チックに心身症と考えられるものがどのくらいあるかということについては、学校での運動会や学芸会などの行事で増強することまで含めると、

100%心身症ということもできるが、それだけであれば本人に対するカウンセリングなどの特別の治療は必要ない。四肢のチックのため日常生活に支障をきたすような場合は服薬が必要になるし、子どものチックは軽くても母親の不安が強い場合には、母親が支援の対象となる。服薬や母親に対す

表2 お母さん方からよく聞かれる質問

Q. お母さんの完璧主義のせいでチックになったといわれましたが、本当ですか？

A. 違います。

以前、子どもがチックになるのは育て方に原因があるという意見もありました。またお母さんが神経質で完璧主義で、干渉しすぎるから子どもがチックになるという意見もあったようです。

ただ、チックを起こしやすい脳の体質は、男の子ではチックを出しやすく、女性の体に入るとチックではなく少し神経質な完璧主義の女性を作る可能性があると言われていました。つまり親子で同じ脳の体質を持っていると、お母さんは神経質で完璧主義になり、お子さんは同じ脳の体質のためにお母さんの育て方とは関係なくチックが出てしまう、という考えもできます。昔、脳の仕組みがよく分かっていなかった時には、このためにあたかもお母さんが神経質に完璧主義で育てたからチックになったように見えたのかも知れません。

Q. チックのある子どもへの接し方や育て方はどうすればよいのでしょうか？

A. 今まで通りでかまいません。

接し方や育て方については、基本的には今まで通りでかまいません。ただ生活を振り返ってみて、干渉しすぎるようなところがあるようでしたら、干渉を少し控えるようにすればよいと思います。

Q. 叱るとチックが増えるのですが、叱らない方がよいのでしょうか？

A. 悪いことをしたときには叱ってかまいません。

叱ることも社会的なルールを覚えさせたりするためには、必要なことがあります。叱った時にはチックが増えるのですが、一時的な現象ですぐ元に戻ります。そのためにチックがひどくなったり、治るのが遅くなったりすることはありません。

Q. 運動会や学芸会などの学校行事の時にチックが強くなるのですが、どうすればよいのでしょうか？

A. あまり気にしないで下さい。

チックは緊張するような行事があると2~3日前から増加し、それが終わると半日から長くても1~2日で以前の状態に戻ります。

Q. チックがあるために、学校でいじめられないか心配です。

A. いじめられることは、ほとんどありません。

チックのお子さんに学校のことを聞いてみても、最初の頃「おまえ何やってんだよ」などと言われることはあるようですが、意外にチックのためにいじめられることはありません。おそらく友達も最初は変に思うかも知れませんが、時間がたつとその動きを見慣れてくるせいか、気にしなくなります。

Q. いじめられて登校拒否にならないでしょうか？

A. 登校拒否になる可能性は、チックのない子どもと、あまり変わりません。

Q. テレビを見ている時にチックが増えるのですが、テレビを見せない方がよいのでしょうか？

A. テレビは見せてかまいません。

確かにテレビを見ている時にチックが増えるお子さんがいるのですが、これはその時だけでテレビを見るのが終わるとともに戻ります。私どもの経験でも、テレビを見る時間が長いからといってひどくなることはありませんし、いつ治るかということにも影響しないと思います。テレビを見せる時間はそのお家の教育方針で決めてかまいません。

る支援が必要になるのは、トゥレット障害で20～30%、その他のチックで5～10%程度であろう。

IV. 一般小児科医で可能な治療（初期対応）

チックは不随意運動であり、短時間の抑制は可能だが長時間止めることはできない。家族にはチックを止めるように言わないよう説明する。

小児科を受診する母親は遺伝的に不安が強く強迫性を持つ場合が多く¹⁾、母親に対する心理的支持が心身医学的治療の主体となる。受診時、母親は、自分の育て方が悪かったのではないかと罪悪感を持っていることが多いので、母親の育て方ではないことを説明する。母親からよく聞かれることについての回答を表2²⁾に示した。

V. 専門機関紹介時に必要な説明事項および紹介方法

チックがあるために食事をこぼす、歩行時に倒れるなど、日常生活に支障がある場合には、専門外来への紹介を考慮する。

記載する内容は、複数のチック症状が出現している場合、その経過、発達歴、既往歴など、一般的なものでよい。家族が不安に思っていること（たとえば遺伝性や予後など）や解釈モデルが分かれば記載しておく、専門機関での初診時の説明に有用である。

コラム ハロペリドール

ハロペリドールにはチックあるいはトゥレット障害への健康保険の適応がない。また使用する場合は、1日の服用量は0.25mgから1mg程度が多い。この量では散剤を使用することになるが、ハロペリドールの散剤では、実測0.025gから0.1gとなる。小児科医が散剤を診療に使う場合、鎮咳剤など実測で0.3g～0.6gとなる場合が多いので、医師が10倍量処方をして、副作用のために入院することがある。また薬局でもハロペリドールを成人に処方する場合、1mg～10mgと使用する量に幅があるため、10倍量処方になることがある。

薬物療法が必要な、日常生活に支障をきたすようなチック障害（大部分はトゥレット障害）小児が、一般の小児科外来を受診することはまれである。もし薬物療法が必要な症例なら、専門外来に紹介するのがよい。

VI. 予後

チックが出現してまもなく受診し、チック症状が瞬きや頭を振るなどの頻度の高い症状であれば、大部分は一過性チック障害の経過をとり1年以内に消失する。トゥレット障害の経過をとるのは、チックの発症初期に受診した子どもの中で1%以下である。

トゥレット障害の経過をとる場合でも、4～5歳の運動性チックから始まり、7～8歳から音声チックが加わり、9～10歳がピークとなり、その後15歳くらいまでに軽減あるいは消失することが多い。思春期になると一部の症例で強迫傾向が見られることがあるが、治療を必要としない軽度のものが多い。

VII. 予後判定の基準

予後の判定には、チックの発現部位を顔面、頸部、肩、上肢、躯幹、下肢の6部位に分けて評価する。発症は顔面か頸部が多いが、経過を追って末梢に広がるものほど、長期に持続する傾向がある。しかし多発性チックの経過があっても、10歳で受診したなら、その後自然経過で数年間のうちに軽減していくことが多い。

また幼児期に発症するものの方が、学童期に発症するものより重症化しにくい。また男児より女児の方が軽症である。

◆頭痛◆

小児が頭痛を訴えて受診した場合、もし頭痛以外の症状をともなっていないければ、偏頭痛か筋緊張性頭痛の可能性が高く、対応や治療は難しくはない。また心身医学的治療が必要になることもまれである。

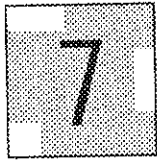
頭痛以外に腹痛、嘔気、めまい、微熱、倦怠感などをともなっている場合は、小児科的には起立性調節障害の臨床特徴を持つことが多く、精神医学的には、分離不安障害、適応障害、転換性障害などの診断となることが多い。また心身症として対応が必要なことが多い。

文 献

- 1) 金生由紀子著．トレット症候群と遺伝，有馬正高，大田昌孝編．発達障害医学の進歩10．第1版．東京：診断と治療社，1998：26-33．
- 2) 星加明德，三輪あつみ．チックについての母親への説明と家庭での対応，こころの臨床アラカルト．第1版．東京：星和書店，2001：373-382．
- 3) 坂田保隆．心身医学的アプローチの対象となる症状 反復性頭痛．小児内科 1999；31：721-724．

(星加 明德)





注意欠陥/多動性障害(AD/HD)とその辺縁疾患

注意欠陥/多動性障害(AD/HD)は小児の行動異常に関する疾患で、過活動、不注意、衝動性の3つを主症状としている。診断はDSM-IVののって行う。気質的な問題との鑑別には、3主症状の頻度や程度、持続性、普遍性、不利益などを参考とする。特に知的障害のない広汎性発達障害や非虐待児との鑑別が重要であるが、しばしば困難である。集団生活を経験する3歳以降で問題視されはじめ、就学後に集団適応上で大きな困難を呈する

ことが多い。集団不適応は心身症や不登校という形で現れやすく、AD/HDの症状そのものに関する治療だけでなく、二次障害の予防も重要である。治療的介入は、環境整備、生活指導、薬物療法の3つである。AD/HD児の行動を症状と理解し、治療の対象であると認識して、生活習慣全般ならびに教育環境を見直すことなどが効果的である。薬物療法では、中枢神経刺激薬や抗うつ薬などが使用されるが、現時点ではすべて保険適応外である。

AD/HD、学習障害、広汎性発達障害、アスペルガー(Asperger)症候群、過活動、不注意、衝動性、集団不適応、学校不適応、不登校

I. はじめに

注意欠陥/多動性障害(Attention Deficit Hyperactivity Disorders; AD/HD)は、小児科が関与すべき極めて今日的な疾患となったが、その存在そのものは以前から知られており、多動性症候群や微細脳障害などの呼び名で診療の対象とされてきている。今日のようにメディアに取り上げられるようになった背景には、学校教育との絡みが大きい。通常の学級に在籍しているが、特別な支援を必要とする子どもと位置づけられ、治療の対象であると教育関係者や保護者が認識しはじめたことによる。

ここでは一般小児科医がAD/HDを診療する際に必要な事項を、特に心身症との関係から概説する。

II. どのような主訴で来院するのか

主訴の多くは「落ち着きがない」、「物事に集中できない」、「乱暴な言動がある」など後述するAD/HDの主症状そのものである。時には「宿題をしない、勉強ができない」といった学業との関連を強調したものや、「学習障害ではないか」といった直接的な表現の主訴まである。

III. 心身症との関係

平成11年度に行われた全国病院調査から、小児科一般外来の受診者(5歳以上)の中でAD/HD児は0.58%(内訳:男児83%,小学生63%)であることが判明している。この調査によればAD/HD児の心身症合併率は58%、家族・友人・教師と何らかの対人関係上の問題のあるものが67%、不登校(保健室登校、または適応指導教室などを含む)が27%であった。もちろん、これらの合併率はAD/HD児全

表1. 生活指導例

- ・ 児が興奮している時に、保護者や指導者まで興奮しない
- ・ 児の興奮がおさまるまで、別の場所へ移動させる
- ・ 児の興奮が落ち着いてから諭す、あるいは威厳を持って叱る
- ・ 叱る言葉は短く、明瞭な言葉を選ぶ
- ・ 児をほめるときにはタイミングよく、思いっきりほめる
- ・ 家庭内にルールを作り、家族全員が守るようにする
- ・ 夜、眠る前に絵本や童話などの読み聞かせを行い、人の話に傾聴する習慣をつける

表2. 環境整備例

- ・ 児の状態が治療の対象であることを家族全員が理解する
- ・ 児の状態について幼稚園や学校に正しく伝え、認識してもらう
- ・ 年長児では（小学校中学年以上）、本人に治療が必要であることを説明する
- ・ AD/HDは、教育的には情緒障害に該当するので、情緒障害通級指導教室などでの少人数指導も考慮する
- ・ 家庭ではテレビやビデオに見過ぎに注意する

般における数値よりも高いと思われる。心身症を合併しているからこそ小児科外来を受診するからである。しかし、小児科の外来担当者としては意識しておくべき数値であろう。学校調査（鳥取県で実施）では、AD/HDの小学生で23%が、中学生では39.4%が不登校となっている。

以上から、「AD/HD児は小学生の男児に多く認められ、中学生になると約4割が不登校の状態である。そして、小児科外来を訪れるAD/HD児の約6割が心身症を合併している」とまとめることができる。

IV. 症状と診断

AD/HDの症状は、過活動、不注意、衝動性の3つに分類される。過活動とは、いわゆる「落ち着きのないこと」で、おとなしくしておくべき場所でも、ウロウロと動き回ったり、多弁であったり

することを指す。たとえ座っていてもよく手足を動かしているなども過活動に該当する。不注意とはいわゆる「ケアレスな状態のこと」で、日々の活動で注意力が足りなかったり、話を聞いていなかったり、必要な物をよくなくす、あるいは宿題など集中力を必要とする活動を嫌うなどが挙げられる。衝動性とはいわゆる「予期せぬ行動をとること」で、順番が待てなかったり、人を遮って話しかけてきたり、他人の活動を邪魔したりすることを指す。

しかしこれらの行動は、小児であれば多少なりとも普通に認められるものである。そのため、病的と判断する目安に苦慮する時もある。これらを症状として考えるには、以下のような要件を念頭に置く。①生活年齢や発達年齢に比べ、明らかに頻度が高かったり程度が強かったりすること、②その行動のために周囲や本人自身に不利益が生じていること、③状況に依存せずにその行動が出現し、ある程度の期間（通常は6ヶ月以上）持続して認められること、の3点である。さらに、自閉症ではないこと、環境による反応性の症状ではないことも付帯条項として重要である。特に虐待を受けている小児の場合には、一見するとAD/HDの行動そのものに見えることが少なくないため、鑑別診断には特に慎重を期すべきである。

V. 一般小児科での対応

小児科医がもっとも留意すべきことは、行動評価もせずに「元気がいいだけで、心配いらない」と断定してしまわないことである。特に保育所、幼稚園、学校などからの紹介で来院した場合には、どんな行動があり、誰が、どの程度困っているかを聴取すると、AD/HD診断のきっかけとなる。

治療的介入には生活指導、環境整備、薬物療法の3つがある。まず、生活指導や環境整備を優先させる（表1, 2参照）。生じている問題の大きさにもよるが、数ヶ月間は生活指導と環境整備による変化を待ちたい。特に生活指導は子育ての延長上にあり、小児科が積極的にかかわるべき領域である。

表3. 機能の全体的評定尺度 (GAF尺度)

GAF値	症 状	学校・家庭での機能
1-10		自己または他者をひどく傷つける危険が続いている
11-20		自己または他者を傷つける危険がかなりある
21-30		学校も家庭も友達もなく、ほとんどすべての面で機能することができない
31-40		家族関係や学校生活で大きな障害がある
41-50	重 度	友達がいない、学業の遅れ
51-60	中等度	友達が少ない、仲間との葛藤
61-70	軽 度	学校や家庭ではかなり適応できている。良い人間関係もある
71-80	軽 微	

VI. 専門機関へ紹介する症例のポイント

上述した指導で改善が見られない場合には、薬物療法の併用を考える。薬物療法の適応は、AD/HD児に生じている不利益の程度を考慮して決定する。不利益の程度にはDSM-IVに記載されている「機能の全体的評定尺度 (GAF尺度)」などが参考となる (表3参照)。GAF尺度のどの段階から薬物療法の適応とするについては、一定の見解はない。AD/HD児の診療を行っているわが国の小児科医等はGAF値31~40とする者が最も多かった。

薬物の選択では、中枢神経刺激薬や抗うつ薬が使用されることが多い。参考として表4に薬物療法の処方例を記載した。しかし、AD/HDを薬で治すという感覚で取り組むことは好ましくない。薬物療法はあくまで症状の緩和が主目的である。薬物療法により症状が緩和し、生活指導や環境整備の進展が得られ、AD/HD児自身が行動統制や人との協調性を学ぶというのが本来の治療であろう。生活指導や環境整備をおろそかにして、安易に薬物療法に頼ることは慎むべきである。薬物療法が必

要と思われたら、身近な精神科 (思春期外来など) あるいは機関病院の小児科 (小児神経外来、発達外来など) や療育センター、発達相談センターなどの小児科に紹介することをおすすめする。

学童期後半以降では過活動は低下し、一見するとAD/HDとは思えなくなることも多い。そのような場合でも不注意や衝動性は残っており、特に衝動性が強い場合には、いわゆる「キレル」という行動に出る。AD/HDの一部では、思春期に行為障害や人格障害を合併してくる。幼児期から適切な対応を行い予防することが何よりも重要である。行為障害を合併してしまうと、小児科だけで対応することは困難になる。積極的に精神科や児童相談所、警察の生活安全課と相談すべきである。

VII. 関連する疾患

1. 学習障害

学習障害 (Learning Disorders; LD) とは、脳機能障害によって生じるある種の認知能力の歪みを主体とする発達障害で、読字障害、書字障害、

表4. 薬物の処方例

中枢神経刺激薬	抗うつ薬
例 Methylphenidate 5mg朝一回投与、のち5mgずつ増量 最少有効量を維持 最大でも30mg/dayを越えない 昼の投与は可、夕方以降は不可 行動の増悪、チェックでは中止 てんかん合併例には慎重投与	例 Fulvoxamine 25mgター一回投与、のち25mgずつ増量 最少有効量を維持 朝夕投与は可 胃腸障害は高頻度に出現 テオフィリンとの併用は慎重に

算数計算障害が代表的なタイプである。AD/HDとの合併は約40%と高率であるため両者はよく混同されるが、AD/HDは行動異常という軸で、LDは認知障害という軸で見ると別々の疾患であることに留意する。

幼児期より多動などの行動上の問題があって学業成績が低下してきた場合は、原則としてAD/HDである。最近になって落ち着きがなくなった学童の場合では、二次的な反応性の多動であることが多く、その背景にLDが隠れていたりする。AD/HDを合併しているLDでは、学習態度そのものが損なわれるだけでなく、選り好みをして学習する傾向があり、学業成績の凹凸がいつそう顕著になる。両者が併存している場合には、まずAD/HDに対する治療的介入を行う。

LDでも心身症の合併が多く、不登校はAD/HDよりも早い時期から認められ、小学校低学年で約20%、高学年で約50%、中学校では約60%と増加する。LDそのものに対する薬物療法はない。環境整備や心身症予防が重要課題である。

2. 高機能自閉症とアスペルガー症候群

高機能自閉症とは知的能力が正常範囲内 (IQが

コラム AD/HDの薬物療法について

AD/HDの治療薬として、厚生労働省の承認を受けているものは一つもないのが現状である。表4に記載したmethylphenidateや抗うつ薬に限らず、その他に時々使用されるcarbamazepineなども同じである。したがってそのことを保護者に伝え、了解を取ったうえで処方しなければならない。methylphenidateは過半数以上の症例で確かによく効く。しかし年長児や成人では高揚感が得られることがあるらしく、インターネット上でVitamine Rという隠語で取り引きされていたり、簡単に処方してくれる病院の情報が出回っていることも同時に承知しておくべきであろう。年少児では考えにくいですが、年長児の場合「ふり」をしてmethylphenidateを入手しようとする者がいることを、今や小児科医も熟知しておくべき時代なのである。

AD/HDの診療を志す者は、「AD/HDの診断と治療ガイドライン (平成14年中に発刊予定)」を参考にすることをおすすめする。

70以上)の自閉症をいう。アスペルガー (Asperger) 症候群とは、大まかには言語発達に遅れない高機能自閉症のことをいう。ともにコミュニケーションの障害を基盤とする広汎性発達障害に分類されている。両者ともに多動、集中不良があり、衝動的に行動したりするため、行動評価のみではAD/HDに見えることが少なくない。独特な感覚へのこだわり (回るものや直線が好きなど) や新規の事柄に対する不安や恐れ、会話のずれなどを特徴としている。方言を使うことが少なく、丁寧な言葉遣いなども特徴的である。DSM-IVでは、AD/HDとの合併を認めておらず、広汎性発達障害の方を優先診断とする。

幼児期から学童期前半ではAD/HDと診断された児が、その後、クラスで孤立するなどの状態を経て学校不適応になり、児童精神科や小児神経科を受診し、アスペルガー症候群と判明することもある。このように行動上はAD/HDと見誤るようなアスペルガー症候群が少なからず存在する。一般小児科としては留意しておくべき点であろう。またこうした高機能広汎性発達障害では、視覚的な理解力は良好であるのに聴覚的な理解力は劣っているなど、認知障害も合併するためLDに見えることもある。

こうした広汎性発達障害では、特に思春期以降になると強迫症状や不安症状などが顕著になりやすくなる。この場合は、児童精神科医などの専門家に相談する。

VIII. おわりに

AD/HD, LD, 高機能広汎性発達障害などの軽度発達障害に共通する重要事項は、幼児期から行われる「できるあなたはいいけど、できないあなたはだめ」という育て方をやめ、「できないあなたも大切な人だ」というメッセージを送り続け、自己肯定感 (self-esteem) を育てることである。

文 献

- 1) 小枝達也. 心のケアと小児保健 ⑧学習障害. 小児

- 科臨床 2000 ; 53 (増刊号) : 1123-1126.
- 2) 小枝達也. シンポジウム4 小児の心身症 発達面からみた心身症および学校不適應の病態. 日本小児科学会誌 2001 ; 105 : 1332-1335.
 - 3) ラッセルA. バークレー, 海輪由香子訳, 山田寛監修. ADHDのすべて. 第1版. 東京: VOICE, 2000.
 - 4) 榊原洋一. 集中できない子どもたち. 第1版. 東京: 小学館, 2000.
 - 5) 杉山登志郎. 発達障害の豊かな世界. 第1版. 東京: 日本評論社, 2000.
 - 6) 小枝達也, 平林伸一, 宮本信也他. ADHDを取りまく医療のあり方について. 脳と発達 2002 ; 34 : 158-161.

(小枝 達也)

8

摂食障害

近年中学生や小学校高学年児にダイエットが流行しており、不自然なやせを見たら思春期やせ症の初期症状を疑う。本症は死亡率の最も高い思春期の心身症で、低身長、二次性徴の遅れ、脳萎縮、骨粗鬆症のほか精神障害、不妊症を合併するリスクがあり、小児科医による予防、早期発見、治療が急務である。早期発見には、成長曲線に母子手帳の記載と身体検査の計測値を記入し、体重の増加停止や減少を見つける。治療は、軽症ではやせと過食嘔吐の危険を伝え、食生活と親子関係を改

善する。中症では、手足の冷感、徐脈、低体温、低血圧が代謝機能低下の進行を示すので、安静臥床によりバイタルサインを改善し、摂食練習と、親への甘えなおしにより信頼関係を育てなおす。極度のやせ、徐脈、チアノーゼ、浮腫は重症の危機徴候で、救命が大切である。学校と連携し治療環境を整え、休養と摂食練習を重ね、周期的排卵性月経、健康な食生活、本音で生きる心の柔軟性の確立を目指す。

キーワード

摂食障害、思春期やせ症、神経性過食症、成長曲線、生体リズムの障害、高い死亡率、骨粗鬆症、不妊症、予防—早期発見—治療、心身の十分な休養、心身の育てなおし、学校との連携

1. 概念

摂食障害 (eating disorders) は、ストレスや不安を本音で悩み解決する代わりに、拒食・過食や嘔吐によりストレスを発散する孤独な心身症である。過食による発達性肥満への取り組みは長年小児科で行われてきたが、近年問題になっているのは、思春期の女子に増加・低年齢化し、男子にも発症する思春期やせ症（神経性食欲不振症 anorexia nervosa）と過食嘔吐症（神経性過食症 bulimia nervosa）である。まじめな良い子が挫折体験を引き金にスリムになり、自信を回復しようとダイエットにのめりこみ、肥満恐怖に陥ることが多い。また、拒食の反動で過食嘔吐症に移行する例が増えている。背景には、幼い頃から過度に気を使う生活史がある。また部活や受験の疲労がたまり、

生体リズムが障害され、食欲不振に陥ることもある。小児科医は声を大にし、予防と早期発見、早期治療を、家庭や学校に呼びかけていく。その際、図1、図2などの資料を用いると分かりやすい。

① 思春期やせ症は恐ろしい（図1参照）

思春期やせ症と過食嘔吐症は心身症であるが、いったん進行すると、身体の成長発達を阻害し、長期的にQOLを低め、寿命を縮めていく慢性疾患になる。「私は食べなくても元気」と強がる子は、飢餓状態への生体防御反応として、脳内麻薬が分泌し、病識がなく恍惚としているにすぎない。生体のホメオステシスは、生き延びるために一種の「省エネの冬眠状態」に入っており、脈はゆっくりになる。子宮・卵巣は萎縮し、無月経により

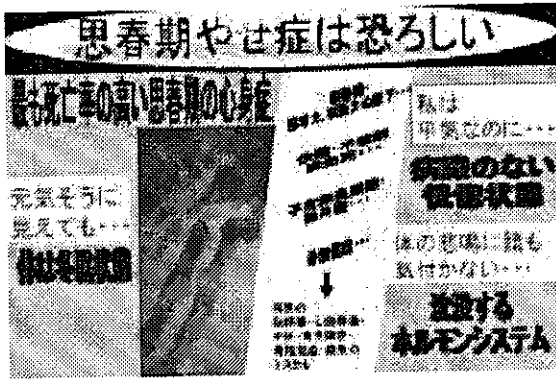


図1 思春期やせ症は恐ろしい

ホルモンシステムの沈没が示される。やがて脳が萎縮し、感情鈍麻、思考力、判断力の低下が生じる。将来の不妊症、骨粗鬆症、精神障害、育児障害、脳梗塞、痴呆、心筋梗塞のリスクが高まり、最も死亡率の高い（約10%）思春期の心身症となる。食欲中枢に隣接する自律神経機能や情動中枢まで混乱し、生体リズムが障害され、情緒不安定に陥る。身体面のみ治療しても、柔軟な適応力をもつ心に成長しなさいと、将来出産、育児やその他のストレスで再発し、産後うつ病や育児障害に苦しみ、わが子の心の発達にまで悪影響を及ぼすことが懸念されている。

2. 思春期やせ症は早期発見できる（図2参照）

過激なダイエットや少食は既に初期症状であるといえる。成長期の子どもの食事量がやけに少ない、変だ、と気づく常識が大切である。「思春期のダイエットは危険がいっぱい」と伝えるだけでも難治例を防ぐことができる¹⁾。多くの親は、食事量

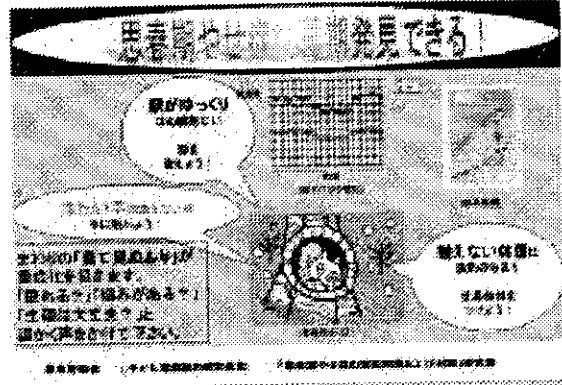


図2 思春期やせ症は早期発見できる

が減り体重が減少しても、平気で子供を学校に行かせ、受診を遅らせる。いよいよ目に見えてやせ細り、月経が止まり、脈もゆっくらになって初めてあわてる。飢餓状態に陥ってからの治療は難しく、予後も不良である。そうなる前に、小児科医が早期に積極的に不健康なやせを発見したい。

II. 主訴

顔色が悪い、体重が増えない、やせてきた、食欲不振や小食、過食嘔吐、やせ願望、過激なダイエット、初潮の遅れ、月経障害、低体温、徐脈、疲れやすさ、体力の低下など。

III. 診察所見

診察所見は、1) ほぼ健康、2) 不健康やせ、3) 病氣進行期、4) 難治性病型と病状の進む段階により異なる。

摂食障害の診療における小児科医の役割（表1参照）に示すように、なおしやすい病初期の1）、2）

表1 摂食障害の診療における小児科医の役割

ケア	一次ケア 予防・早期発見	二次ケア 早期診断治療	三次ケア 専門治療	フォローアップ 再発予防
病期	発症前	初期	中期	治療後
病状	ハイリスク ストレス・ダイエット	体重増加停止・減少 食行動異常	体重減少・月経障害 食行動異常・臓器障害	心身の回復状態の維持 学校生活に復帰
中心	小児科医・ 親・保育士・教師	小児科医・ 親・教師	小児精神保健専門チーム (小児科医+精神科医)	専門家・小児科・親・ 学校
場	家庭・学校・小児科	家庭・学校・小児科	入院・外来治療	診察・心理・家族治療

は小児科医が早期発見（一次ケア）、早期治療（二次ケア）をする。病状進行例には、率直に身体の危機兆候を伝え、まず身体治療を優先する必要を説明し、三次ケアのできる専門治療機関に紹介する。紹介先がない場合には、小児科医が精神科医と協力し、身体面と精神面の治療を分担しつつ、慎重に長期戦で治療する。

IV. 診察順序

問診→診察→検査→身体疾患の鑑別→精神疾患の鑑別→確定診断→病気の状態診断（身体的問題、心理的問題、社会心理的問題）の順に進める。

①問診 食べ方がおかしくなりはじめた時、体重が横ばいになり減りはじめた時の前後の出来事や生活上のストレス、身体発育変化（初潮発来の時期など）を詳しく尋ねる。生育歴では、周産期、新生児期の母子家族関係、乳児期の気質、1～2歳の母親への甘え、分離不安、自己主張の程度、幼稚園・保育園や学校への集団適応を尋ねる。

成長曲線：早期診断の決め手は、自然な体重増加の停止である。乳児期からの身長体重データを成

長曲線上に記入し、体重の横ばいや減少の程度と時期を調べる（図3 成長曲線参照）。体重増加率の悪化は第1の診断項目であり、成人期の体重減少に等しい。個人差の大きい子どもの体重を、集団の標準値と比べず、その子自身の本来の健やかな体重と比べ、客観的成長データの悪化により早期発見をする。成長発達学的には、身体疾患のない子が、成長曲線が下降する時は社会心理生理的ストレスが考えられる。

②診察 バイタルサイン、二次性徴、神経学的診察を含む基本的診察を手抜きせずに行う。

③検査 鑑別診断と栄養障害による臓器機能不全の診断のため行う。血液検査では、白血球減少、ALP低値、電解質異常、IGF-1低値、T3、TSH、free-T3低値、E2低値などは飢餓状態の兆候である。尿検査では尿比重により脱水の有無をみる。EKG、胸部X線では心機能不全の兆候をみる。

④身体疾患との鑑別（悪性腫瘍、血液疾患、結核、SLE等の膠原病、脳腫瘍、変性疾患、消化器等）

⑤小児・思春期精神障害との鑑別（心因反応、うつ病、境界人格、強迫神経症、精神分裂病等）

V. 病状別所見、診断基準、治療（表2参照）

1. ほぼ健康：早期診断と一次ケア

子どもが急に食べなくなった、食事でも忘れて部活や勉強に熱中し心配、と親が訴えてくる。診察所見では異常はなく健康そう。BMI（Body Mass Index：体重/身長²）は20以上でやせてはおらず、生理もあり、末梢血液や尿検査も異常なし。ここで小児科医は「問題ない。親の心配しすぎ」と安易に発言しないよう気をつける。医者の言葉から、「ほらみる、お母さんがうるさい」と子どもが拒食にまい進することがある。

小食の子どもを見たら放置しないこと。成長発達期の子どもの、身体疾患がないのに体重が増えない場合は、思春期やせ症の初期症状を疑う。患者の疾病否認は強く、受診は遅れるので、小児科医から積極的に見つけていく。

具体的にはまず、図3のように成長曲線をつける。体質的なやせなら、もともと体重が平均より低い線で上昇する。成長曲線の自然な体重増加が止ま

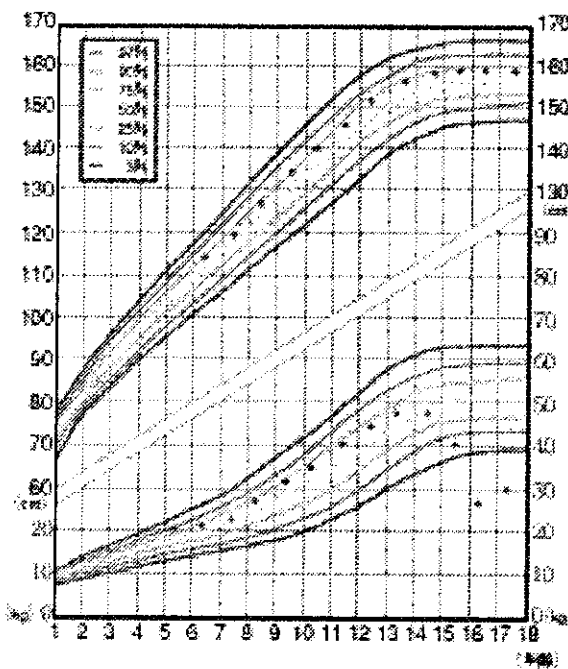


図3：成長曲線と実際の体重・身長の変化の比較（例）

表2. 病気の状態

病状/ 回復程度	ほぼ健康 ほぼ回復	不健康やせ 不完全回復	病気進行 未治療	難治性 予後不良	死亡*
活動度	学校フル参加	学校部分参加	休学/自宅安静	入院/自宅臥床	
体重 (過去6ヶ月)	BMI 20以上 本来の体重	BMI 20-18 -5%~15%	BMI 18-16 -15%~25%	BMI 16未満 -25%以上の減少	
月経(過去6ヶ月)	排卵性・6回	2~5回	0~1回	0回	
脈・体温・血圧	正常	昼夜の脈> 60	昼の脈> 60 夜の脈< 60 低体温・低血圧	脈: 昼< 60, 夜< 50 末梢循環不全 低体温・低血圧	
臓器・機能不全	なし	軽度 骨減少症・ 下垂体機能不全・ 甲状腺機能低下他	中度 間脳下垂体機能不全 骨粗鬆症・脳萎縮 子宮卵巣萎縮・他	重度 汎血球減少症・間脳下垂体機能不全 骨粗鬆症・脳萎縮・子宮卵巣萎縮 その他	
食行動	ほぼ正常	偏食・ダイエット	拒食・過食嘔吐	拒食・過食嘔吐・下剤・ 利尿剤乱用・捨食他	
自己像・性格 親子/対人関係	自信・適応的 甘え上手	劣等感 対人緊張	肥満恐怖・痩せ願望 強迫的・完全癖	精神病的・妄想・被害念慮 肥満恐怖・痩せ願望	

*不整脈, 電解質異常, 心・腎・肝不全, 飢餓死, 感染, 急激なやせ・refeeding syndrome, 自殺, 事故死

り減少していたら, それはその子のデータの悪化であり, 見過ごしてはならない。「食べなくても元気だと油断すると, 身体の成長が止まり, 治りにくい摂食障害になる」と伝え, 心身のめりはりのある生活(食事, 睡眠, 活動のリズム, 本音で生きること)の大切さ, 成長期のダイエットの危険を説明する。体重の増加率が回復するまで, 経過観察をやめないことが大切である。

2. 不健康やせ: 初期治療と二次ケア

成長曲線上1チャンネル以上の体重下降が続いたら, 成長発達に有害な「不健康やせ」と診断する。「不健康やせ」に身体疾患と他の精神障害が伴わない時は, 思春期やせ症とみなす。BMIは20~18でやせはまだ顕著ではない。二次性徴の遅れ, 月経出血の減少, 骨密度の低下, 身長増加不良など, 栄養障害による生体機能低下や内臓発達不全が始まりかけている。持続する体重減少は身体ストレスとなり, ストレス反応としてコルチコトロピン・リリーシングホルモン(CRH)や脳内麻薬のペクターエンドルフィンが分泌する。夜は眠れず, 昼間はじっとしてられず, 目先の勉強や仕事に熱中し, 成績は上がり, 万事好調と錯覚する。やせることが快感となったダイエットハイのせいで

ある。小児の早期の診断基準には以下を用いる。

<Laskらの小児期診断基準>³⁾

15歳未満は以下の1. 2. 3. を満たせば神経性食欲不振症と診断する。

1. 頑固な拒食および減食
2. 思春期の発育スパート期に身体疾患・精神疾患がなく体重増加の停滞・体重減少がある場合
3. 以下の症状が2つ以上ある場合
 - a. 体重へのこだわり
 - b. カロリー摂取へのこだわり
 - c. 歪んだ身体像
 - d. 肥満恐怖
 - e. 自己誘発嘔吐
 - f. 過度の運動
 - g. 下剤の乱用

明らかなやせに対し, 毎週診察と身体計測を行い, 本症の身体徴候の改善をはかる。血清T₃, IGF-1などの代謝機能値を検査し, 体重(初潮発来後無月経の子は月経の再開も)と食生活が回復するまで, 十分な睡眠と食事をとり, 塾や部活や学校を休み, ゆっくりさせる。病識がなく, 治療抵抗や精神的混乱を示す子どもと家族に, 飢餓による心身の消耗状態と多臓器機能不全の危険を具体

的に示す。ダイエットハイのいい気分にはまっている間に食欲中枢が混乱し、栄養失調から脳や他の内臓が萎縮する。異様な精神状態になり、病識が持てないまま、餓死、不整脈、徐脈などの突然死の危険が増す。もう身体をこわすのをやめるよう、こんこんと働きかける。

3. 病気進行：専門治療と三次ケア

BMIが18未満になると飢餓状態が進む。本人はけろっとして病識がないが、目に見えてやせている。成人用のDSM-IVの診断基準を満たす晩期病型である。食欲は失せ、胃袋は萎縮し、空腹は感知できなくなり、嘔吐しやすくなる。脳は萎縮し正常な判断ができず、飢餓状態から徐脈やむくみがきても、身体の危機感がない。医者も信頼せず異様な精神状態に陥り、自力の回復は困難で、飢餓死のリスクが高まる。

顔面蒼白、手足の冷感、低体温、低血圧、徐脈、乏尿、腱反射低下・消失、皮膚の角化、うぶ毛密生、無月経・月経障害など、飢餓状態の所見が強まる。血液検査では、白血球減少、ALP低値、電解質異常、IGF-1低値、T3、TSH、free-T3低値、E2低値が認められる。胸部X線心肺係数は低下し、MRI上脳は萎縮し、エコー上卵巣子宮発育不全が見られ、その他に骨粗鬆症等が認められ、全身臓器の機能不全（循環不全、甲状腺機能低下症、間脳下垂体機能不全、卵巣子宮発育不全、造血機能不全など）に陥る。

DSM診断基準

<神経性食慾不振症>

- ①身体疾患がなく、標準体重 85%よりもやせているとする
- ②やせていながら太ることをこわがり、体重回復に抵抗する
- ③歪んだ身体像と容姿へのこだわり
- ④3ヶ月以上の無月経

<神経性過食症>

- ①繰り返す過食、やけ食い
- ②嘔吐、下剤、利尿剤の乱用や過度の運動
- ③上記①、②が週2回、3ヶ月以上続く
- ④容姿と体重にこだわる

⑤拒食期には過食がない

治療初期：混乱した生体のリズムと心身の機能を回復するため、まず休養し、3度の食事摂取、睡眠覚醒のパターンを作る。安静臥床を基本に、規則的にカロリー摂取を促し、離乳食を与えるように柔らかいもの少量から硬い食物に移行していく。低体温、徐脈、低血圧などバイタルサインを慎重にモニターする。チューブ栄養や投薬は最後の手段で、熱意を持って説得すると、ほとんどの子どもは自分で口から摂取する。不安緊張の強い、「心の未熟児」とみなし、スキンシップをはかりながら、心のこもったケアを積み重ねる。自宅療養では母親が医師の細かい指導下で治療的役割を果たす。幼児期からひそかに抱いてきた見捨てられる不安や治ってしまったら無視される不安などを、言葉で語れるように支援する。過食嘔吐は、母親が暖かく食事に付き添い、適量を吐かないで食べる練習をさせる。不安や苛立ちは身体ごと受け止める。一緒にお風呂に入ったり、添い寝をしたりするのも有効である。

回復期：摂食練習を進め、段階的に食事の種類と量を増やし、普通の食べ方に導く。周期的に月経が回復する（半年に6回）まで過激な運動や勉強は控える。親に本音をだして甘えなおし、自然体で家族や人とふれあうよう練習する。喜怒哀楽の感情がよみがえり、抑うつ、不安、怒りや絶望が湧き、万引き、盗み、過食嘔吐、捨食などの衝動行動が生じやすい。治療者と家族が一枚岩で、子どもの不安や苛立ちをしっかり受け止める。

再適応期：見た目にも元気で内分泌代謝機能、骨密度低下や脳MRI上の萎縮の改善や、体力の回復までにはかなり時間がかかる。急に学校にフルに戻ると、再発、慢性化しやすい。学校の協力を得て、慎重にスモールステップで、子どもに無理のないペースで学校生活に復帰していく。

4. 進行病型

飢餓状態が進行し、長期化した症例である。心身の悪循環に陥り、なおりにくい。体重極少期には餓死、回復期にはrefeeding syndromeや自殺、危険な衝動行動による突然死などのリスクが生じ、