

6. 思春期・青年期の夜尿には心身医学的アプローチを

夜尿症患者は、夜尿があることだけでも二次的なストレス状況におかれているものと考えべきであろう。思春期から青年期にかけての夜尿症患者は、受診のピークとなっている10歳以降の夜尿症患者の約1割を占めている。これらの夜尿症患者は図3に示されるように、第二性徴期を過ぎて体の機能が成熟しながらも夜尿が続いており、心身症状状態がより強いと理解すべきである。したがって、患児ならびに保護者に対しては心身医学的なアプローチが重要となる。日常の診療にあたっては、カウンセリング技法を駆使しつつ、具体的な目標を設定して夜尿状態を乗り越えていく意欲を育むことが重要となる。

III. 薬物療法

薬物療法を行う場合には、その治療効果を客観的に評価するために必ず夜尿経過表を記録することが大切である。また特に小児であるため、薬物の連続服用はせず、2週間内服、1週間休薬といった治療スケジュールで加療していくことが望ましい。

1. 多量遺尿型

1) 三環系抗うつ薬

多量遺尿型に対する薬物療法としては、三環系抗うつ薬が第一選択となり、Clomipramine (Ana-

franil), Imipramine (Tofranil), Amitriptyline (Tryptanol) が代表的である。そのいずれも就眠前内服とし、5~7才が10mg、8才以上が25mgを基準量とする。初回投与量は、年齢に関係なく10mgの少量から開始し、25mgで効果がない場合には増量すべきではない。副作用としては、食欲不振、悪心、嘔吐といった消化器症状と不眠などが代表的であるが、これらが見られた場合には直ちに服用を中止する。

2) DDAVP点鼻療法

多量遺尿型、特に低浸透圧多量遺尿型の夜尿症児に対しては、DDAVP点鼻療法が良好な治療成績をおさめている。これは、就眠直前に酢酸デスマプレシン点鼻薬を鼻粘膜から吸収させる治療であり、10 μ gを基準量として適宜増減している。

摂取水分コントロールなどの生活指導を守らないと、水中毒症状としての浮腫、頭痛、極端な場合には痙攣といった副作用が出るおそれがある。

2. 排尿機能未熟型

排尿機能未熟型に対しては、oxybutynin hydrochloride (Pollakis) や propiverine hydrochloride (BUP4) といった尿失禁治療薬を中心に用いる。前者は、5~7才が2mg、8才以上が4mg、後者は6歳以上10mgを基準量とし就眠前に内服する。小児においては、副作用はほとんど認められていない。

3. 混合型

多量遺尿型と排尿機能未熟型とが合併している混合型に対する薬物療法としては、これまで述べた薬物療法に準拠して併用療法を行うのがよい。この際、薬物の副作用も増強するため、併用前に副作用の有無について十分に聴取しておくことを忘れてはならない。

◆昼間遺尿◆ (尿失禁)

I. はじめに

幼児期における日中の排尿は、ほぼ3~4歳で自

立していく。ところが、日中の排尿が自立しないままの状態です。5～6歳を迎え昼間遺尿が続く例があり、この場合を一次性的昼間遺尿症という。一方、いったん自立したのちに心理・環境的な影響などにより日中の遺尿を生じた場合を、二次性的昼間遺尿症という。ここでは、一次性的昼間遺尿症の原因、生活指導、薬物療法について述べる。

II. 昼間遺尿の原因

一次性的昼間遺尿の原因としては、トイレット・トレーニングの過誤や膀胱など尿路系の器質的・機能的障害が基盤にあることが多い。しかし、通常は幼児期に見られる昼間遺尿は発達的に見て心配ないとされている。特に頻尿傾向があり、時折見られる昼間遺尿の場合は心配なく、そのうちに自立することが多い。一方学童期になっても昼間遺尿が見られる場合には、その原因の究明と積極的な治療が必要とされる。

昼間遺尿が常時見られる場合には、膀胱・尿道括約筋の神経機能が低下している可能性がある。そこで、まず腰椎部のレントゲン検査を行い、潜在性二分脊椎など脊椎障害の有無を確認する必要がある。また、必要に応じて腰椎から仙椎部分の脊椎MR検査を実施する。

女兒では、まれに尿道開口部が膈部に異常開口しているといった奇形が認められることもあり、頑固な場合には泌尿器科の診断をおく必要がある。

III. 生活指導

昼間遺尿の生活指導としては、排尿中断訓練、つまり排尿の途中で5～10秒間抑制してまた排尿するといった訓練を、排尿ごとに行うことが効果的である。

また日中の頻尿をとまなう場合には、排尿抑制訓練をする必要がある。つまり帰宅後尿意を感じた時に排尿を抑制して、250～300cc貯められるように指導する。また、潜在性二分脊椎を認め昼間遺尿がなかなか改善しない場合には、肛門の収縮訓練も必要となる。

昼間遺尿がひどく集団生活で目立つ場合には、

遺尿がズボンにまでしみださないような特殊な尿失禁用のパンツやパッドもあり、友だちにからかわれたりしないよう配慮することも大切である。

昼間遺尿は、尿意の知覚と排尿反射の抑制にかかわる神経学的要因が強いが、学齢期に達し高学年ともなると、二次的に心身医学的問題を抱えることが多い。そのような点についても十分に配慮した治療や相談が望まれる。

IV. 薬物療法

昼間遺尿に対する薬物療法としては、尿失禁治療薬が効果的である。たとえば、Oxybutynin hydrochloride (Pollakisu) や propiverine hydrochloride (BUP4) が代表的である。内服量については、前者の場合は7歳以下で2mg、8歳以上で4mg、後者の場合は学齢児には10mgを朝食後に内服している。夜尿をとまなう場合には、朝食後と就眠前の2度の内服としている。内服期間は、2週間内服、1週間休薬を治療スケジュールとしている。

これらで効果が不十分な場合には、副交感神経調整剤としてのPropantheline Bromide (Probanthine) を併用すると効果的である。また、三環系抗うつ剤のClomipramine (Anafranil) , Imipramine (Tofranil) , Amitriptyline (Tryptanol) などもその抗コリン作用によって効果的なことがある。内服時間は朝食後、使用量は夜尿症の場合に準拠している。

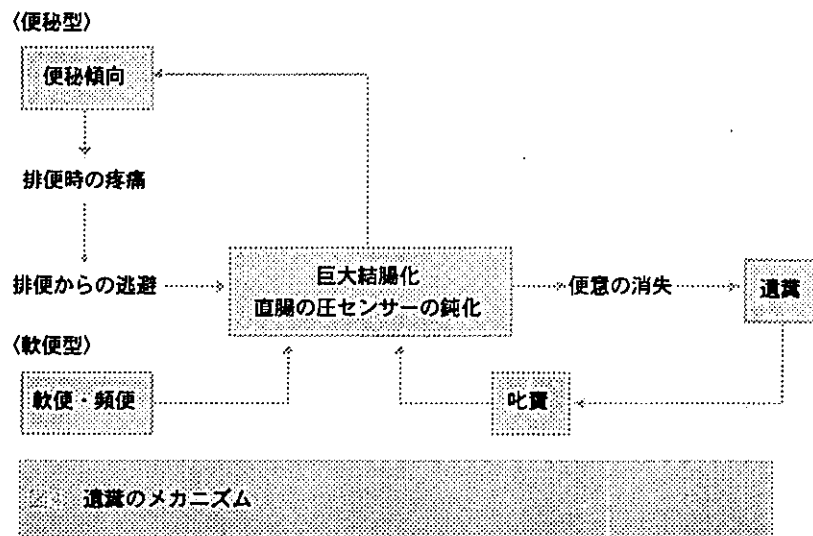
薬物療法を行う場合には、昼間遺尿記録をつけ、また生活指導を徹底することが重要である。

◆ 遺糞症 ◆

1. 遺糞症のメカニズム

遺糞症というのは、排便が自立すべき4～5歳を過ぎても下着に便をもらしてしまう状態をいう。幼児期における排便のしつけの失敗から生じる場合も少なくなく、母親がオマルやトイレへの誘導を強制しすぎたり、パンツに漏らしてしまった際にお尻を叩くなどの叱りすぎも影響している。

遺糞症の場合には、多くの事例が便秘型である



が、軟便型の場合もある。

図4に示されるように、便秘型の遺糞症の場合には、排便がスムーズにいかず、しかも排便時の疼痛をとまなうことが多く、排便から逃避がちとなる。これにより、結腸に便の塊が貯留して巨大結腸となり、そこにまた便が停滞しやすくなるという悪循環を生じる。そして、より硬い便塊の一部が直腸に入り込み、排出が困難なまま直腸に停滞し、便意をキャッチする直腸の圧センサーがしだいに麻痺して作動しなくなり、ついには便意を感じなくなっていく。その結果、気がつかないうちに便がパンツにもれてしまって遺糞になる。また、この遺糞を叱ると、心身症メカニズムによって直腸の圧センサーの感受性が狂い、悪循環となって遺糞状態が固定してしまう。

一方軟便型の遺糞の場合には、便が軟便か泥状便のため、直腸の圧センサーが十分に作動せず、便意を感じないまま漏便となってしまふ。大人でもひどい下痢の場合に便が失禁してしまうことがあるが、これと似た現象である。

II. 生活指導

遺糞は後始末がやっかいため、つい叱りがちとなり、母子関係が緊張状態におかれていることが多い。このような場合には、カウンセリングによって母子関係の改善に努力する必要がある。親

子間の緊張状態を改善するためには、遺糞を叱ることをやめ、意図的に身体接触による子どもの受容を心がけることが大切である。

このように、遺糞症はその殆どが心身医学的問題を抱えていると考え、患児ならびに保護者に対してもそのような点を配慮した相談、治療が望まれる。

また便秘傾向が見られた場合には、繊維性の食物、とくにわかめ、ひじき、昆布などの海藻類や野菜、また果物などのように腸内で醗酵して腸管の蠕動運動を活発にさせるものを十分に食べさせることが大切である。

III. 薬物療法

遺糞症によくきくという決定的な薬はない。便秘にとまなう遺糞の場合には、便秘を改善させる目的で緩下剤も用いる場合もある。また、自律神経調整剤の内服も効果的なことがある。

文 献

- 1) 帆足英一. 新・おねしょなんかこわくない. 第1版. 東京: 婦人生活社, 2001.
- 2) 清水凡生編, 帆足英一著. 小児心身医学ハンドブック「遺尿症」. 第1版. 大阪: 北大路出版, 1999: 137-147.

- 3) 二木武・帆足英一他編著. 排泄の臨床 I 「新版小児の発達栄養行動」, 第2版. 東京: 医歯薬出版, 1995: 236-277.
- 4) 帆足英一. 夜尿症. 小児科 1995; 36: 651-657.
- 5) 帆足英一. ママ・おしっこといえるまで—おむつはずし最短コース. 東京: 婦人生活社. 1987.
- 6) 帆足英一ほか. 難治性夜尿症の病態生理とDDAVP点鼻療法の実際. 小児科 1986; 27: 209-214.

参考サイト

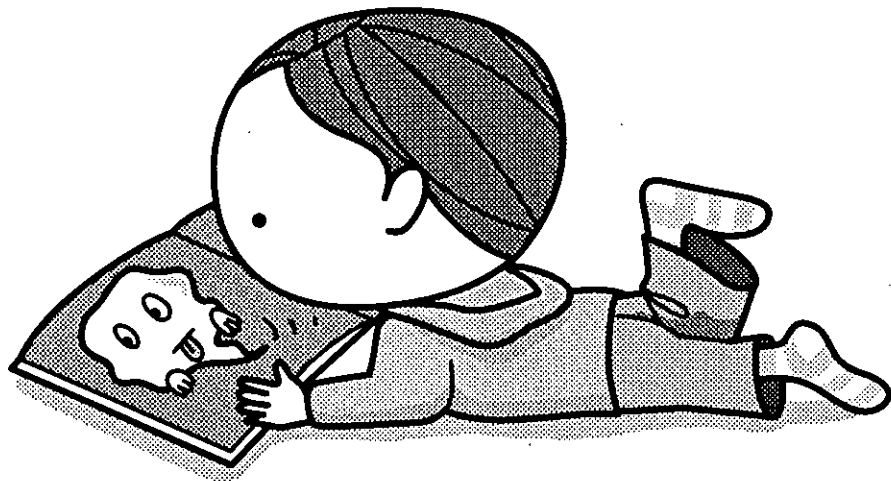
帆足英一制作・管理 <http://www.onesyo.net/>

専門学会

日本夜尿症学会 (理事長: 帆足英一)

夜尿症臨床にかかわる小児科, 泌尿器科専門医ならびに心理, 看護師等が参加する学会. 年1回の学術集会, 機関誌「夜尿症研究」の発行を行っている. 問い合わせなどは, 事務局担当理事である埼玉県立小児医療センター院長・赤司俊二まで

(帆足 英一)





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

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
- カボジ-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. 幼少期・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、幼小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だいに乾燥肌、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しうこともある。

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10種 (ハウスダスト、そば、アルテルナリアなど真菌4種、キヌ、ブタクサ花粉、カモガヤ花粉、スギ花粉) を検査している。さらに食物アレルギーを合併している場合には8種の食品 (小麦、米、大豆、ラッカセイ、エビ、カニ、イカ、タコ) を追加することを検討する。以前行っていた鶏卵 (現在は卵白、卵黄が使用可能)、牛乳、犬毛、猫毛、兎毛は、現在ルーチンには行っていない。これらを含む「動物由来診断用・治療用アレルゲンエキス」は、未知のウイルス混入を否定できないとして平成14年3月にいったん製造中止となった経緯があり、この時点で実際には副作用報告は上がっていないものの、これらの使用は患者家族への十分なインフォームドコンセントが必要であると判断したからである (学会見解は日小ア誌2002; 16 (2) : 188)。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

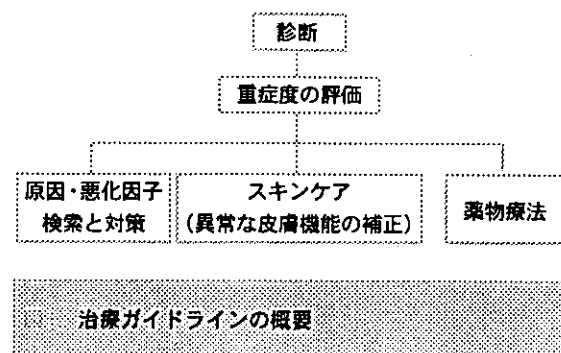
アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2001²⁾によると、治療は原因・悪化因子への対策、スキンケア (異常な皮膚機能の補正)、薬物療法からなる (図1参照)。以下に筆者の経験を交えて概説する。なお、ガイドラインの解説は森田が詳しく解説している³⁾。

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。

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ままでもない。

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⁴⁾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と指摘している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に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）に感わされず、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注意到意する。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ても母親の不安が強い場合など、母親が支援の対象となる。

チック、トゥレット (Tourette) 障害、大脳基底核、ハドペリドール、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. 理学のおよび検査所見

小児科的な通常の理学的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、MR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、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注意到意する。

複雑な四肢のチックが見られる時には、それま

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. トゥレット障害、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. トゥ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。

チックは不随意運動の一種であるため、緊張が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あるが、変化しないことも多い。

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

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ます。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は増えるのですが、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な、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◆

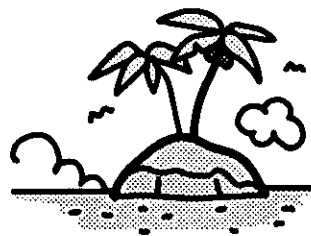
小児が頭痛を訴えて受診した場合、もし頭痛以外の症状をともなっていないければ、偏頭痛か筋緊張性頭痛の可能性が高く、対応や治療は難しくはない。また心身医学的治療が必要になることもまれである。

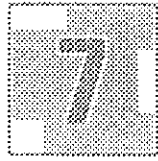
頭痛以外に腹痛、嘔気、めまい、微熱、倦怠感などをともなっている場合は、小児科的には起立性調節障害の臨床特徴を持つことが多く、精神医学的には、分離不安障害、適応障害、転換性障害などの診断となることが多い。また心身症として対応が必要なことが多い。

文 献

- 1) 金生由紀子著. トウ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ののっとり行う。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

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

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2.3%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。とくに保育所、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）。生じている問題の大きさにもよるが、数か月間は生活指導と環境整備による変化を待ちたい。とくに生活指導は子育ての延長上であり、小児科医が積極的に関わるべき領域である。

改善が見られない場合には、薬物療法の併用を考慮する。薬物療法の適応はAD/HD児に生じている

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	

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)。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、そして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

ンター等の小児科に紹介する、あるいはアドバイスを得たうえで行うことをおすすめする。

学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。そんな場合でも、不注意や衝動性は残っており、とく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つたら、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。

VI 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、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

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

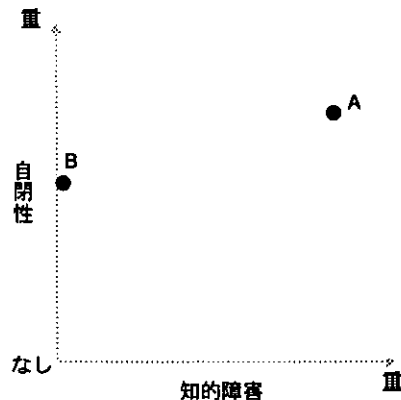
れるが、AD/HDは行動異常という軸で、LDは認知障害という軸で見ると別の疾患であることに留意する。

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、学業成績の凹凸がますます顕著になる。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

自閉症とは①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像性の障害の3つを基盤とする発達障害のことである。知的発達と自閉性という2つ



自閉症の考え方

の軸でとらえると理解しやすい(図1)。知的障害もあり、自閉性も見られるという場合が、古典的な自閉症である(図1-A)。しかし最近の自閉症研究の発展にともなって、知的障害のない自閉症の存在がクローズアップされ、その病態が次第に明らかになってきている。

高機能自閉症とは、図1-Bに該当する自閉症のことを意味する。つまり上記の3点を満たし、かつ知的能力が正常範囲内(IQが70以上)である場合に、いわゆる高機能自閉症と称する。自閉症の中には、一般的なルール理解などには困難があるが、記憶力がとくに優れていたり、ある特定の事柄には優れた能力を発揮する児が存在する。これはカナリー型の自閉症と称されているものであり、ここでいう高機能自閉症ではないことに留意する。アスペルガー症候群は、知的能力にも遅れがなく(IQが70以上)、上述した3つのうち②のコミュニケーション障害がごく軽度であり、とくに幼児期に言語発達の遅れがないものをいう。ともにDSM-IV-TRでは広汎性発達障害に分類されている。

両者ともに多動があり、不注意だったり、衝動的に行動したりする。そのため、幼児期には自閉性に基づく症状よりもAD/HD類似の症状が目立つてしまうことになり、AD/HDという診断を受けていることが少なくない。このような児が、学童期に入ってクラスで孤立するあるいは孤立させられるなどの状況に陥ると、学校不適應を起し、広汎性発達障害に特徴的な行動(こだわりや恐怖、

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1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carbamazepin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。

パニックなど)が見えてくる。こうしたパターンを取る児が少なくないことも知られている。一般小児科としては、留意しておくべき点だろう。

AD/HDとの鑑別点は、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、会話のずれなどである。物陰や狭いところでひとり遊びを好む、あるいは方言を使うことが少なく、丁寧な言葉を使うことなども特徴的である。幼児期にはしりとり遊びができないのに、すでに平仮名や数字、あるいはアルファベットを読むことができた、など能力の発達にも特徴を示すことが多い。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。こうした広汎性発達障害では、とく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ったりする。この場合は、小児神経科医あるいは児童精神科医などの専門家に相談する。

VII. 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応の病態. 日本小児科学会誌 2001 ; 105 : 1332-1335.
- 3) ラッセルA. パークレー, 海輪由香子訳, 山田寛監修. ADHDのすべて. 第1版. 東京: VOICE, 2000.
- 4) 榎原洋一. 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。

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、高血圧、骨粗鬆症、不妊症、予防—早期発見—治療、心身の十分な休養、甘えの育てなおし、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