

4, 基本症状

診断基準 (DSM-IV-TR, 2000) の「A」項目の症状。

5, 合併症・併存症

1) 発達障害：ADHDはODDの子どもに多くみられる。ADHDの30～45%はODDを併存し、ODDの61～67%にADHDを認めるとされている。

2) 心理・行動面：

ADHDの診断基準を満たさない辺縁群の典型例は、従来家庭内暴力と呼ばれてきた家族に限局した暴力行為を示す子どもである。家庭内暴力における両面的で甘えに満ちた暴力行為はその多くはODDと診断すべき水準であり、そう理解する方が治療上も有益である場合が多い。こうした家庭内暴力を伴うようなODDは、不登校の経過中に生じてくることも多く、適応障害、全般性不安障害、分離不安障害、強迫性障害などにODDが併存していると診断できる。

6, 診断

診断基準 (DSM-IV-TR, 2000)

A. 少なくとも持続する拒絶的、反抗的、挑戦的な行動様式で、以下のうち4つ（またはそれ以上）が存在する。

- 1) しばしばかんしゃくを起こす。
- 2) しばしば大人と口論をする。
- 3) しばしば大人の要求、または規則に従うことに積極的に反抗または拒否する。
- 4) しばしば故意に他人をいらだたせる。
- 5) しばしば自分の失敗、不作法を他人のせいにする。
- 6) しばしば神経過敏または他人からいらいらさせられやすい。
- 7) しばしば怒り、腹を立てる。
- 8) しばしば意地悪で執念深い。

注：その問題行動が、その対象年齢および発達水準の人に普通認められるよりも頻繁に起こる場合にのみ、基準が満たされたとみなすこと。

B. その行動上の障害は、社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。

C. その行動上の障害は、精神病性障害または気分障害の経過中にのみ起こるものでもない。

D. 行為障害の基準を満たさず、またその者が18歳以上の場合、反社会性パーソナリティ障害の基準は満たさない。

7, 経過

ODDは通常8歳以前に顕在化し、青年期早期に明らかになることはない。CDの小児期発症型にODDがしばしば先行するが、ODDの多くがCDにはならない。

8, 対応

- 1) 子ども本人を対象とする治療技法

- (1) 個人精神療法、(2) 認知行動療法および行動修正法、(3) 薬物療法
- 2) 親あるいは家族を対象とする治療技法
 - (1) 親ガイダンス、(2) 家族療法、(3) ペアレント・トレーニングや心理教育
- 3) 他機関との連携
 - (1) 学校、(2) 児童相談所、(3) 司法機関

基本的にはODDに特有の治療方法はない。子どもの発達の特性(発達障害の評価を含む)、家庭環境(虐待の可能性の評価を含む)、学校環境、その他の重大なライフイベントなどを総合的に評価して、反抗・挑戦的な行動が出現するに至ったのかという理解がなされ治療が開始される。外来治療では、子どもへの精神療法、薬物療法、認知行動療法(ソーシャルスキル・トレーニングなど)、親ガイダンスや親への心理教育、学校をはじめとする関係諸機関との連携が中心となる。治療上の枠組みや技法の選択にあたっては、中核群と辺縁群を区別して考えるのがよい。

子どもへの心理社会的なアプローチとして、自尊心の保護と育成をめざした個人精神療法と認知行動療法や行動修正法、行動修正法が集団療法的な構造の中で行われることも多い。個人精神療法および集団精神療法では、治療者は治療の枠組みを踏み外しがちな子どもと関わりながら、基本的な受容と限界設定の両者を成立させるために、一貫性を持った辛抱強い取り組みを続けなければならない。薬物療法については、中核群ではADHDのfirst lineの薬物であるmethylphenidateの投与を考慮する。攻撃的・衝動的な問題行動に対しては、抗精神病薬(haloperidol, risperidone)、気分安定薬(carbamazepin, sodium valproate, lithium carbonate)の投与を必要とすることがある。

家族への治療介入では、子ども側の脆弱性を説明して親の養育のみに問題があるわけではないと伝えると共に子どもの養育に伴う苦勞をねぎらう。そして、子どもに対する親の否定的な感情を和らげつつ、例えばスモールステップでどのように努力していったらよいかの目標を子どもに明確に示すことなどの具体的な対処法を伝える。辺縁群では初診時点で子どもが外来に親とともに来院することが難しいことがある。このため親を情緒的に支え、悪循環的な親子関係を修復することを目標に、親ガイダンスを行うことになる。親を介した治療者からのメッセージの伝達によって、子ども本人が治療に参加することにつながることもある。なかなか状況が打開できない時には、児童相談所などの福祉機関が関与している時にはその機関と連携しながら、子どもの治療参加や保護などの解決策を探っていく必要がある。しかし、実際にはODDに対しては医療だけでは対応しきれないことがあり、教育機関や児童相談所との連携や状況に応じて司法機関へ引き継ぎをしていかなければいけないことがあることは理解しておくべきである。攻撃的・衝動的な問題行動が著しく外来治療だけで支えきれない場合や併存障害が深刻な場合は、入院治療を考慮する必要がある。ただしその場合は児童自立支援施設などを利用していく可能性と検討し、医療機関の利用の方が望ましいと判断される場合に限るべきである。虐待的な養育状況や家族機能が低い場合には、児童相談所と連携を行い、子どもを保護することを考慮しなければならない。

9. 専門機関への紹介

心理社会的治療や薬物療法といった治療を開始して3ヶ月経過しても改善がみられず、

反抗的な問題行動が持続する場合には、児童精神科や児童相談所などの専門機関へ紹介することが望ましい。また、虐待的な養育状況との関連が深い症例では速やかに児童相談所と連携する必要がある。

(渡部京太)

<各論 I 2. 小児期および青年期に通常発症する他の障害 8) 破壊的行動障害 (2) 行為障害>

1, 概要

深刻な攻撃的行動の繰り返し、他者の権利を侵害することを特徴とする。

2, 疫学

- 1) 有病率 一般人口の1～10%
- 2) 性差 男子に多い
- 3) 好発年齢 小児期と青年期
- 4) 遺伝・家族性 ある程度の遺伝的関与が報告されている

3, 成因

- 1) 生物的要因：注意欠陥／多動性障害や学習障害、うつ病、極端な神経過敏など
- 2) 心理的要因：剥奪状態や放任されて育ったことへの怒りや慢性的な欲求不満など
- 3) 社会的要因：懲罰的な養育や身体的虐待、養育不備やネグレクト、低い社会経済水準、家族の不和、支持的な地域社会の欠如など

4, 診断基準 (DSM-IV-TR)

- A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ（またはそれ以上）が過去12ヶ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6ヶ月の間に存在したことによって明らかとなる。

人や動物に対する攻撃性

- (1) しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
- (2) しばしば取っ組み合いの喧嘩を始める。
- (3) 他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある。
- (4) 人に対して残酷な身体的暴力を与えたことがある。
- (5) 動物に対して残酷な身体的暴力を与えたことがある。
- (6) 被害者の面前での盗みをしたことがある。
- (7) 性行為を強いたことがある。

所有物の破壊

- (8) 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
- (9) 故意に他人の所有物を破壊したことがある。

嘘をつくことや窃盗

- (10) 他人の住居、建造物、または車に侵入したことがある。
- (11) 物や好意を得たり、または義務を逃れるためしばしば嘘をつく。
- (12) 被害者の面前ではなく、ある程度、価値のあるものを盗んだことがある。

重大な規則違反

- (13) 親の禁止をきかず、しばしば夜遅くまで外出する行為が13歳以前から始まる。

(14) 親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった（または、長期にわたって家に帰らないことが1回）。

(15) しばしば学校を怠ける行為が13歳以前から始まる。

B. 著しい社会的、学業的、または職業的機能の障害を引き起こしている。

C. その者が18歳以上の場合、反社会的パーソナリティ障害の基準を満たさない。

※発症年齢による病型

小児期発症型：10歳以前に上記の少なくとも1つが発症

青年期発症型：10歳以前には1つも認められない

※重症度を軽症、中等症、重症に分類

ICD-10 では心理社会的な視点が含まれ、家庭内に限られる〔家庭限局性〕行為障害、非社会性〔非社会化型〕〔グループ化されない〕行為障害、社会性〔非社会化型〕〔グループ化された〕行為障害という下位分類が設けられている。

5. 鑑別診断

ICD-10 では、「非社会性パーソナリティ障害、統合失調症、躁病エピソード、うつ病エピソード、広汎性発達障害、多動性障害の診断基準を満たさない、情緒障害の診断基準を満たす場合には、F92.行為および情緒の混合性障害と診断せよ」という除外診断の項目があるが、DSM-IVでは反社会性パーソナリティ障害以外には除外診断の項目はない。

6. よくみられる合併症・併存症

うつ病性障害、注意欠陥／多動性障害、学習障害、薬物乱用障害、強迫性障害

7. 経過

幼いうちの発症、多くの症状、頻回に症状を示す場合、予後が悪い。重症の場合は、気分障害や物質使用障害などを併発しやすい。

8. 治療・介入

- 1) 薬物療法：ハロペリドール、リスペリドン、オランザピンなどの抗精神病薬、炭酸リチウム、カルバマゼピン、クロニジン、SSRI など
- 2) 精神力動的アプローチ：支持的・表出的個人精神療法、集団精神療法など
- 3) 認知行動療法：問題解決能力や怒りの感情に対する調整能力の向上など
- 4) 教育的アプローチ：社会技能訓練、学習面のサポートなど
- 5) 家族療法：両親や家族への養育訓練、家族病理への介入など
- 6) 環境療法：虐待児例に対する家庭分離や学校における行動療法的アプローチなど

精神医学的治療としては、上記のようなさまざまなアプローチを組み合わせること、注意欠陥／多動性障害や学習障害、気分障害、物質関連障害などの併存障害に留意することが重要である。

また、精神科医療や精神保健福祉法による介入の他にも、少年法や刑法、児童福祉法による介入もあり得る。個々の事例に応じて、介入の法的根拠や中心になるべき治療・支援

機関について検討・判断すること、司法、矯正、児童福祉、教育などの関係機関との連携・協議が重要である場合も多い。

(近藤直司)

<各論 I 3. 心身症および身体化 1) 心身症 (総論) >

心身症という言葉は市民権を得ているが、適切に理解されていない場合が多い。しばしば神経症と混同され「心の病である」と、ある意味では正しいが、少し本質から外れた解釈がなされ、一般には精神病と混同されることさえある。日本心身医学会は昭和 45 年 (1970) に心身症の定義として「神経症の場合でも身体症状がある時には広義の心身症とする」という項目を付け加えたことも難しさの表れで、未だに学会や一部の論文では「器質的疾患が見つからないので心身症である」という誤った発言・記述がある。

同学会は平成 3 (1991) 年に新しい治療指針を発表し、『心身症は身体疾患である』ことをより強調し、その発症や経過に『心理・社会的因子』が大きく影響しているものと定義した。つまり、心身症は身体疾患 (主に器質的変化が身体にある) であり、心因・環境が大きくその発症や経過、治療に関係する病態の総称である。したがって、厳密には「●●● (ここは気管支喘息や消化性潰瘍といった疾患名が入る) の中には心身症として診るのが適切な病態がある」と解釈するのが正しい。ただ、子どもの場合には神経症でも、ほとんどが身体症状を訴えるので、臨床で神経症か心身症かの鑑別は難しく、それに拘る必要はあまりないが、次に述べる典型的な心身症の特徴は把握しておく必要がある。なお、心因性疾患の診断に使われる DSM-IV では心身症という名称は消えている。

1, 最大の特徴: 感情表現の拙さ

心身症は身体に器質的変化 (例えば気管支喘息の気管支病変) や機能的変化 (過敏性腸症候群の大腸の病変) があるので、身体病変の診断と、その病変を起こさせたストレスを見極め、心身両面への治療が求められる。典型例ではストレスを意識していない場合が多く、適切な言動や情緒で表現できないので、これを「失感情症 (alexithymia) —ストレス (感情) の受け止め・表現方法を失っているという意味—」と呼ぶ。このような状態が周囲に「心理的に問題がない」という誤解を与え、環境に一見過剰適応しているように見える。その結果、個人の内面にうっ積したストレスが身体臓器を通して表現されている (身体化) と考える。これが「器官言語」という別名がある所以で、DSM-IV では「身体表現性障害」に分類される。この一見、情緒反応が乏しく見え、身体症状ばかり訴える心身症の特徴を理解しておかなければ適切な治療が行えない。

このようにストレスを感じていず、身体症状ばかり訴える上、「精神/心理」という言葉を嫌う世間一般の風潮と、「心身症は心の病」と思っている誤解が加わり、「心身症」はしばしば否定され、適切に診られない。そのため心身症であると言われると「精神病と言われた」「情けない/弱い人間と思われた」と誤解される場合もある。治療開始時点では心因性 (ストレス) を指摘するよりも、身体症状を主に医療的関わりを続け、信頼関係ができ理解できそうな時期になったときから心身症として説明するのが望ましい場合もある。

2, 心身症がなぜ増加したのか

心身症の増加に関しては、環境因子が大きく関与している。アレルギー反応は免疫反応が過敏に働くもので、生体の防御機能が予防接種や抗菌剤の発達で、不要になった時代に必然的に出現する。気管支喘息やアトピー性皮膚炎が増加し、心身症的側面が強いのも、

まさに環境に影響されていることを示している。

また、動物として与えられた身体にそぐわない過剰な意識や知的なものをもつ人間に、危機感をもたせる警告が心身症であるという抽象的な考えもあれば、科学の進歩によって人間が本来もつ動物的「感覚」が狂わされた結果、出現するとも考えられる。同じく感覚に注目すると、母親の子どもへの情緒的関わりが拙く、心の基になる「感覚」が乳幼児期に育たず、「知」の勝った養育歴が、思春期に心身症（感覚や情緒を重視する病態）を発症させるとも考えられる。あるいは、「たくましく」生きる大脳辺縁系が「よく／うまく」生きる大脳皮質から抑制され過ぎた養育歴が、思春期に混乱を起こさせ、自律神経失調を来たし、種々の身体症状を出し、心身症が発症するとも考えられる。

このように心身症は現代社会が大きく関与する病態で、上記の種々な解釈に当てはまる病態が多い。

3. 子どもの心身症

子どもで重要なものは、気管支喘息とアトピー性皮膚炎で、一般にはアレルギー疾患に分類される群で、次いで周期性嘔吐症、過敏性腸症候群が多い。同じ消化器系に分類される摂食障害は、小学高学年から散見され思春期に増加していき、未だに数は多くないが、心身症を理解する上で重要である。チックや起立性調節障害は日常的によくみる病態で、成長期の問題と診たほうがよい面も多い。

心身症は0歳児から出現し、加齢につれて種類と患者数が増加していくものが多いが、年齢により病態が異なるものと、ほぼ同じと考えてよいものがある。

乳児期では消化器系疾患、心因性発熱、脱毛、アトピー性皮膚炎が主な心身症であるが、一般には心身症とは認識されていないし、そのような視点から診なくてよい場合が多い。症状が長引いたり、通常の身体的治療に反応しなかったりした場合のみ、少し母親の精神状態や環境へ注意を向ける心身医療的対応が必要である。難治性アトピー性皮膚炎は、その代表である。

幼児期には乳児期から引き続く心身症に加えて、周期性嘔吐症、気管支喘息が出現する。第一反抗期をどのよう親が考え対応していくかが、重要な鍵である。最近「個性・自由・権利」を過度に尊重した戦後教育で育った世代が親から祖父母にまでなっているの、幼い子どものいいなりになっている。「子どもにも年齢に応じて守るべき／従うべき規範があり」「誉めて育てることは大切であるが、それはわがママを許し、子どもの言いなりになり、迎合することではない」と適切な親指導を小児科医に期待したい。

幼児期から学童期にかけてはチックの好発期で、小学校高学年になると思春期になるので、起立性調節障害が多くなる。中学に入る頃からは摂食障害、過敏性腸症候群、過換気症候群なども増加してくる。思春期は最も心身症をはじめ、心因性疾患が増加する時期であるが、これには学校の問題が大きく関与してくる。学校は、子どもにとって表現と対人関係を育てる最も重要な役割を担う場であると認識し、学校を重視した対応をとるようにする。すなわち、受診や入院を考えると、常に「学校を休ませない」工夫をしていくことである。わが国では不登校（学校不適應）が多いので、心身症や神経症を適切に対応することが不登校を防止することになるので、小児科医の役割は大切である。

思春期の心身症は、すべてこの時期に適切な指導や治療で完治させるようにしないと、成人に持ち越し、一生ものになっていく場合が多い。わが国の大きな問題である引きこも

り、ニート、フリーターなど成人の困った状態のほとんどは、思春期の不登校を適切に治療できなかった結果である。不登校は厳密な意味で心身症といえないが、神経症から精神病、発達障害も含め、あらゆる病態により出現し、初期に身体症状（不定愁訴）をほぼ100%認めるので、小児科医が適切に対応すれば、このわが国の大問題のかなりは改善できると考える。

（富田和己）

<各論 I 3. 心身症および身体化 2) 個別の心身症 (1) 起立性調節障害>

1, 概要

起立性調整障害 (OD) は頻度が高く、一般中学生の約 1 割、小児科を受診する中学生の約 2 割を占める。OD は心身症のひとつだが、身体機能異常が中心となる病態であり身体的治療によってかなり改善する。疫学、成因、基本症状、診断基準は、「心の診療一般小児科医用」を参考にされたい。

2, 専門医に受診する起立性調節障害の特徴

一般医家から専門医に紹介されるケースの多くは、OD 症状のために日常生活に支障が生じて、遅刻や欠席を伴っている。倦怠感や立ちくらみなどの身体症状が強くて朝は起きれないためである。登校を強く拒否する場合もみられ、長期の不登校を起こしていることがある。また登校拒否児とよく似た心理社会的背景を持っている。

3, 身体疾患の再評価

不登校が長期化すると身体不調が強くても、心因反応による症状と見なされがちである。しかし、甲状腺機能亢進症などの基礎疾患が潜在している場合があり、基礎疾患の見直しや起立試験による OD の程度を再評価する。

4, 中等症・重症 OD に見られる心理社会的背景

中等症以上の OD で不登校を伴う場合、その多くは OD によって生ずる生活機能の異常 (一次障害) に引き続いて、心理社会的な二次障害を起こしている。すなわち、OD 児は立ちくらみ、強い倦怠感や持続する不眠への不安、学業の遅れに対する焦りがみられ、強い不安を感じている (一次障害)。その一方で、保護者、学校側は、疾患への理解が乏しい。朝にごろごろして午後になれば元気になる OD 児を「怠け者」「仮病」などと拒否的な見方をしがちである。OD 児は幼少時から過剰適応な性格傾向で、親の手を煩わすことが少なく、依存欲求が満たされずに、親に対して両価性感情を抱いているケースも多い。加えて、友人や学校でのトラブルが起こるとそれが引き金になって、周囲に対して不信感、厭世感情を持ち、精神不安定、家族関係の悪化、社会からの孤立、ひいては長期のひきこもりに至ることがある (二次障害)。この二次障害は長期の不登校児と共通する点も多く、治療が難渋する原因となる。

5, 環境調整のコツ

特殊な方法は必要ない。両親あるいは家族に病院に来ていただき、OD の発症機序を改めて十分に理解を求める。とくに、午前中は起立耐性が悪化して身体症状が強

いこと、その反面、夕方から夜には起立耐性は回復し元気になる、これは疾患の特性が原因で怠けているのではないこと、日によって起立耐性が改善、悪化を繰り返すことを説得する。この時、患者の起立試験の血圧／心拍記録を示して説明すると説得力がある。ただし起立試験は、日によって変動することを忘れないでほしい。

さらに治療には長期間（2～3年）を要するケースもあると説明するが、必ず回復するので決して焦らず『子どもを信じて見守る』ことの重要性を説明する。

これと同様に学校との連携を強化して、担任、養護教諭、校長にも OD の病態を説明し、理解を求める。学年が変わる 4 月には、新しい担任にも説明する。

6. カウンセリング・ガイダンスの併用

子どもとのカウンセリングのポイント：まず身体症状や日常生活状況を話題にするとよい。朝起きのつらさ、夜寝つけないときの工夫などを聴く。最初から学校の話を持ち出すのは禁物である。もし子どもから両親や友達に対する心理的葛藤が吐露された場合には、相づちを打ちながらゆっくりと話を聞くが、コメントは控えた方がよい。もし前向きな考えや行動を話した場合には、十分に褒めポジティブストロークを与える。子どものよい点を見つけて褒めることは信頼関係の構築にも役立つ。

保護者とのカウンセリングのポイント：原則的に子どもと分離面接をする。一般的には不登校状態に対する過剰不安に陥っている保護者が多いので、登校拒否児の親へのカウンセリングに準ずる。

(田中英高)

<各論 I 3.心身症および身体化 2)個別の心身症 (2)過敏性腸症候群>

1, 概要

過敏性腸症候群 (Irritable Bowel Syndrome; IBS) は、機能的腸障害のひとつであり、小児思春期の領域では頻度が高く、心身両面からのアプローチが求められる疾患である。IBS は、排便行為や便通性状の変化などと結びついた腹痛や腹部不快感を基本症状とする慢性的疾患である。2006年4月に機能的消化管障害の国際的診断基準が7年ぶりに改訂され、RomeⅢが提唱された。RomeⅡに比べ病悩期間の短縮など、より実際的な内容となっている。

2, 疫学

西欧諸国では中学生の6%、高校生の14%に見られる。また、プライマリーケア小児科では小児の0.2%、3次医療では22%~45%にIBS患者が見られたという報告がある(4-18歳)。

3, 成因

感染、炎症、腸管外傷、あるいはアレルギーを含む多くの病的過程にともなう内臓知覚過敏と腸管運動障害が指摘されている。遺伝負因、人生早期のストレス体験、適応の障害などが複合的因子となる。

4, 基本症状

一定の期間、排便と関連を有する腹痛や腹部不快感が持続、または繰り返される。

5, 合併症、併存症

小児思春期の機能的消化管障害のなかで機能的ディスぺプシア(排便と関係のない上腹部痛)、腹部片頭痛(臍疝痛)などはIBSに合併しやすい。IBSは他の小児心身症や抑うつ、不安などの精神症状、さらに不登校や引きこもりと併存する(とくにその初期に)ことはよく知られている。

6, 診断

RomeⅢの小児思春期IBSの診断基準は次のようである。

以下のすべての項目があること。

1) 腹部不快感(痛みとはいえない不快な気分)または腹痛が下記の2項目以上を、少なくとも期間の25%にともなうこと。

- a. 排便によって軽減する。
- b. 発症時に排便頻度の変化がある。
- c. 発症時に便形状(外観)の変化がある。

2) 症状の原因になるような炎症性、形態的、代謝性、腫瘍性病変がない。

※診断の少なくとも2ヶ月以上前から症状があり、少なくとも週1回以上、基準を満たし

ていること。

実際的には、1日4回以上や週2回以下の回数異常、兔糞便や硬便あるいは軟便や水様便など便性状の変化、息みや逼迫、残便感などの排便困難、あるいは腹部膨満感などがあればIBSの可能性が高いと考えられる。

7, 経過

まだ十分なエビデンスは得られていないが、多くの症例で経過は良好である。しかし、環境調整が難しい場合や行動や精神の障害（たとえば社会不安障害）をとともなう場合などは症状が遷延することがある。

8, 対応

適切な診断、痛みの原因の説明、保証だけでも十分に治療効果が得られる。腹痛は登校前（午前中）に起こりやすい。そこで、患児や保護者に食生活の見直し、排便習慣の根気強い改善、十分な睡眠などを指導することが重要である。腹痛が強い場合、下痢や便秘などのタイプにあわせ抗コリン薬や消化管運動調整薬などの薬物療法を短期間行うことも有用である。抑うつや不安・緊張が明らかに認められるときは、少量の抗不安薬などを用いてよい。環境要因、心理的要因が強い場合、親子を含めた心理療法が必要となる。

9, 専門機関への紹介

体重減少、夜間の腹痛、微熱、下血などの警告症状・兆候があれば、消化器疾患の専門機関へ、軽度発達障害の合併や精神病性症状の前兆などがあれば小児心身医学あるいは児童精神医学の専門医へ紹介する。

(島田 章)

<各論 I 3.心身症および身体化 2)個別の心身症 (3)気管支喘息>

1, 概要

1) 小児気管支喘息(喘息と略): 喘息の病態は気道の粘膜、筋層にわたる可逆性の狭窄性病変と、持続性炎症と気道リモデリングと称する組織変化からなる。

2) 心身症としての喘息: 喘息は慢性に経過するが、突然の呼吸困難から致死的な発作に至ることもあり、発症や経過に心理社会的因子(心因)が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められ、心身症に当てはまる。

2, 疫学

喘息有病率は乳幼児で約5%、小児で約6%であり、思春期までは男児に多く、その後同率となる。小児喘息における心身症の頻度は明らかにされていないが、担当医による心身相関からの判定では約40%を占めていた。

3, 成因

喘息発作は気道感染やアレルゲン、気象の変化、急激な運動などで引き起こされるが、心因も誘因や増悪因子となる。

4, 症状

咳嗽、喘鳴、呼吸困難を繰り返す。多呼吸、陥没呼吸、チアノーゼなどの身体所見を伴うことがある。他の心身症が合併すると、症状が複雑になって診断が難しくなる。

5, 合併症

アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、蕁麻疹などのアレルギー疾患を合併することが多い。心因による喘息は頭痛、めまい、頻尿、夜尿、チック、学業不振、不登校などの心身症を合併することが多かった。

6, 診断

喘息は前述の症状とアレルギー疾患の合併、既往歴、家族歴などにより診断される。心身症は質問紙を用いて、担当医による心身相関から、保護者による喘息発作と心因、喘息児の性格、家庭・社会環境、その他の心身症、人生の転機に関する結果を合わせて診断される。呼吸困難を伴う過換気症候群が喘息と合併または続発すると、診断と治療が困難となる。

7, 経過

喘息は2歳までに約60%が発症し、思春期までに軽症化して寛解に至ることが多い。近年、発症年齢が年少に、寛解年齢が思春期以降に移動しているという報告もある。心身症を合併する喘息は心理社会的要因が関与するためか、非心身症群に比べて年齢が高い。

8, 治療・介入

吸入ステロイド薬、抗ロイコトリエン薬などの長期管理薬を継続し、発作時には気管支拡張薬を追加する。環境改善（室内外汚染物質やアレルゲンの除去など）、身体的鍛錬（スポーツなど）などの生活指導を加え、悪化要因に対応する。質問紙による心因の関与を検討して、喘息発作と心因に関する問題には、講習会、集団療法による生活指導や正しいセルフケアを理解させて実践させる。喘息児の性格には集団療法としての喘息キャンプや施設入院療法、個別療法には箱庭療法などがある。家庭・社会環境では、育児に関する指導や支援、家族間の葛藤には気づきを促し、学校での環境を改善して、対応法を指導する。

（赤坂 徹）

<各論 I 3.心身症および身体化 2)個別の心身症 (4) 過換気症候群>

1, 概要

発作的、不随意的に起こる過換気発作により呼吸性アルカローシスを生じ、全身性の多彩な症状を呈する症候群。

2, 疫学

- 1) 有病率 内科系外来患者の1～3%にみられる。
- 2) 性差 男：女=1：2
- 3) 好発年齢 10歳以降増加し、思春期～20歳代の発症が最も多い。

3, 成因

激しい運動や疲労、発熱などの身体的要因、あるいは不安、恐怖、怒り、敵意などの心理的要因が発症の引き金となり過換気が出現する。正常時は動脈血CO₂分圧の低下に伴い呼吸中枢の興奮が抑制されるが、情動不安定な状態では生理的な呼吸調節が機能せず過換気が持続するため、それに誘発される症状によって不安が高まり、さらに呼吸運動が促進される。交感神経β受容体の機能亢進およびβ-エンドルフィンの呼吸調節機構への関与も症状発現の要因として示唆されている。

4, 診断

- 1) 器質的疾患によらない過換気発作により、呼吸器系（空気飢餓感）、循環器系（胸痛、動悸）、消化器系（嘔気、嘔吐）、神経・筋肉系（しびれ、テタニー型けいれん、意識混濁）などの多彩な症状を呈する。
- 2) 発作時に動脈血CO₂分圧の低下、pH上昇が認められる。
- 3) 3～5%のCO₂吸入または紙袋を用いた再呼吸で発作が消失する。
- 4) 過換気テスト（30回/分程度の深呼吸を2～3分間続ける）によって発作が誘発される。

5, 鑑別診断

糖尿病性ケトアシドーシス、気管支喘息、褐色細胞腫、ポルフィリア、脳腫瘍、副甲状腺機能低下症などの鑑別が必要。

6, よくみられる合併症・併存症

転換性障害、パニック障害、うつ病など。

7, 経過・予後

発作は30分～1時間程度で消失し、対応がよければ予後は比較的良好である。

8, 治療・介入

1) 発作時の治療

まず周囲が慌てず対応し、子どもを安心させる。その後、ペーパーバッグ法（紙袋で口と鼻を覆い、ゆっくりと再呼吸させる）を用いて発作を消失させる。効果がみられない場合には、ジアゼパムの静注あるいは筋注を考慮する。

2) 非発作時の治療

病態の説明、対処法（紙袋の携帯、腹式呼吸など呼吸法）の指導を行い、過換気状態に対する不安を軽減させる。不安が高い場合には抗不安薬の服用をすすめる。発作を繰り返す症例では、学校や家庭での問題など心理的要因の関与が疑われるため、カウンセリング、環境調整などを継続して行う。

(小柳憲司)

<各論 I 3. 心身症および身体化 2) 個別の心身症 (5) 小児の慢性頭痛 (片頭痛、緊張型頭痛) >

1, 概要

2004年国際頭痛分類第2版に従って診断治療を行う。二次性頭痛をまず否定する。一次性頭痛は、片頭痛と緊張型頭痛を鑑別出来れば、小児期では十分である。

2, 疫学

	片頭痛	緊張型頭
1) 有病率	本邦では15歳以上の8.4%	本邦では15歳以上の22.3%
2) 性差	男:女 1:4	2:3
3) 好発年齢	思春期頃-30歳	各年齢層に幅広く
4) 遺伝・家族歴	片親が片頭痛の場合50%発症	親子例は多い

3, 成因

片頭痛は、現在、三叉神経血管説で説明されている。緊張型頭痛の正確なメカニズムは不明であるが、精神的、身体的ストレスが誘引となる。

4, 診断基準

代表的な診断基準を列記する。

「前兆のない片頭痛」の診断基準

A. B~Dを満たす頭痛発作が5回以上ある。B. 頭痛の持続時間は4~72時間(未治療もしくは治療が無効の場合)。C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす[1. 片側性 2. 拍動性 3. 中等度~重度の頭痛 4. 日常的な動作(歩行や階段昇降など)により頭痛が増悪する、あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける]。D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす[1. 悪心または嘔吐(あるいはその両方) 2. 光過敏および音過敏]。E. その他の疾患によらない。[小児では片頭痛発作の持続時間は1~72時間で、両側性のことが多い。]

「頻発反復性緊張型頭痛」の診断基準

A. 3カ月以上にわたり、平均して1カ月に1日以上、15日未満(年間12日以上180日未満)の頻度で発現する頭痛が10回以上あり、かつB~Dを満たす。B. 頭痛は30分~7日間持続する。C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす[1. 両側性、2. 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)、3. 強さは軽度~中等度、4. 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない]。D. 以下の両方を満たす[1. 悪心や嘔吐はない(食欲不振を伴

うことはある)。2. 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ]。E. その他の疾患によらない。

[稀発型は、1カ月に平均1日未満(年間12日未満)。慢性型は3カ月以上にわたり1カ月に平均15日以上(年間180日以上)。頻発型はその中間。]

5, 鑑別診断

一次性頭痛の診断は医療面接で行える。二次性頭痛は、原因を診断・治療することが目標となる。

6, よくみられる合併症・併存症

診断基準参照。片頭痛、緊張型頭痛共に肩こりが多く、不安や抑うつ等精神疾患随伴例も多い。

7, 経過

片頭痛は20～50歳代の働き盛りの生活に支障を与える。トリプタン製剤の登場は、ADLを格段に向上させた。60歳頃には減少する。緊張型頭痛は頻度も予後も様々である。慢性緊張型頭痛は反復性緊張型頭痛より徐々に進展し、加齢と共に増加する。

8, 治療・介入

片頭痛は緊張からの開放により、緊張型頭痛は緊張の持続により起き易い。頭痛診療の目標はADLの向上である。身体的、心理社会的緊張の原因を明らかとし、緩和訓練や環境調整や心理的援助により、頭痛の強度と頻度を軽減し、その上で、薬物療法を行うと効果的である。片頭痛の頓挫には制吐薬と鎮痛薬の併用で開始し、不応例にはエルゴタミン製剤またはトリプタン製剤を追加する。トリプタン製剤は片頭痛時の早期投薬による有効性が高い。緊張型頭痛の頓挫には鎮痛薬が推奨される。

9, 専門機関への紹介

二次性頭痛は、各分野の専門機関へ紹介する。頓挫薬の使用頻度が月10日以上なら予防薬が必要であり、治療に抵抗性なら専門機関へ紹介する。

(安島英裕)

<各論 I 3.心身症および身体化 2)個別の心身症 (6)消化性潰瘍>

1, 概要

胃・十二指腸粘膜の慢性的炎症や、過剰な胃酸・ペプシンなどの消化酵素の刺激による粘膜組織の欠損で、胃潰瘍と十二指腸潰瘍をあわせ「消化性潰瘍」とよばれる。

2, 疫学

1) 有病率：胃潰瘍の頻度は全人口の数%

十二指腸潰瘍の頻度も胃潰瘍と同程度に増加（特に都市部）

2) 性差 男：女 胃潰瘍 2：1、十二指腸潰瘍 3：1

3) 好発年齢：胃潰瘍は30-60代、十二指腸潰瘍では10代後半から30代に多い。

4) 遺伝・家族歴：十二指腸潰瘍では50-60%に家族歴あり

3, 成因

1982年ヘリコバクターピロリ菌（以下、*H. pylori* と記載）発見以来、*H. pylori* 感染症、ストレス、薬剤（特にNSAIDs）が主要因で、胃酸が各々に共通した増悪因子とされる。

1) *H. pylori* 感染症（健常児の10%）：小児胃潰瘍の40-50%、十二指腸潰瘍の80-90%で陽性。特に十二指腸潰瘍との関連が注目されている。

2) NSAIDs：プロスタグランジン合成抑制により防御機能が抑制され、潰瘍が形成されやすい。

3) ストレス：精神的ストレスのみで潰瘍形成まではいたらないが、他の原因（*H. pylori* 感染や胃粘膜の炎症など）があればストレス潰瘍を形成する。

4, 基本症状

心窩部痛、悪心、嘔吐、胸やけなど

胃潰瘍では、食後や空腹時の上腹部痛が多い。十二指腸潰瘍では空腹時に右上腹部痛や背部痛が多い。

5, 鑑別すべき診断

1) 消化器疾患 炎症性腸疾患、アレルギー性紫斑病、上腸管膜動脈症候群、食道炎、膵炎、胆管結石などの器質的疾患 過敏性腸症候群や機能的腹痛、便秘などの機能的疾患

2) 消化器疾患以外 尿路結石、アセトン血性嘔吐症、自律神経発作（腹性てんか