

小児心身症およびその類縁疾患の臨床的検討

関 秀俊 西村真実子 林 千寿子
津田 朗子 小泉 晶一*

KEY WORDS

children, psychosomatic disease, school refusal

はじめに

成人心身症は「身体的障害で発症や経過に心理社会的因子の関与が認められる病態」と定義されている。しかし、小児の心身症では器質的・心理的・環境的病因が見当たらない症例も多く、概念そのものが十分理解されていないため、成人の定義の枠を広げて「心身医学的配慮が特に必要な疾患」と考えられている¹⁾。小児科外来においても反復性疼痛や不定愁訴を主訴として訪れる患児も少なくなく、診断・治療にあたっては心身症やその類縁疾患を念頭に置く必要がある。今回小児科外来患児における心身症の実態を把握するため、心身症の症状を訴える初診患児において、症状の内容と頻度、診断名、年齢分布、心理社会的背景、行動様式等を調査した。

対象と方法

対象は、平成6年1月から平成9年12月までの4年間に金沢大学医学部附属病院小児科外来を初診で受診した15歳以下の小児のうち、心身症様症状を訴えた患児である。発達障害のある患児は除外した。調査方法は、外来受診病歴記録から主症状、診断、心理社会的背景因子、行動特徴、登校状況を調査した。主症状は最大2症状までとしたが可能な限り1症状に限定した。診断は症状、身体所見、血液・尿・便検査、胸部X線写真、腹部超音波検査、頭部CT検査、脳波、心電図などのからなされた。

小児の各心身症の診断基準は確立していないが、反復性腹痛あるいは反復性頭痛は、1週間に1回以上出現し、1ヶ月以上持続するものとし、過敏性腸症候群はManningらの診断基準を用いた。自律神経失調症は、起立性低血圧を伴ない、朝起き不良、

微熱、全身倦怠等の症状を呈するものであり、起立性調節障害も含めた。神経性食思不振症の診断はDSM-IVの基準に従ったが、それ以外で心理社会的背景があり器質的疾患がなく体重減少を伴う特定不能の食欲不振は心因性食欲不振とした。夜尿の原因は排尿調節の成熟障害が主であるが、夜尿の一部には心身医学的対応が必要であるため検討の対象とした。不登校としたものは、2週間以上登校していない、器質的疾患あるいは精神疾患ではない症例である。

結果と考察

1. 心身症の頻度と年齢分布

対象患児は233名で全外来初診患者の4.9%であった。わが国の調査でも、心理的背景は明確ではないが心身症的診断がつけられる頻度は5.5%でありほぼ同等の頻度であった²⁾。4年間の患児数の内訳は平成6年60名、平成7年45名、平成8年67名、平成9年61名で特に増加傾向はみられなかった。対象患児の初診時の男女別年齢分布は図1に示したように、男児106名、女児127名で女児が多く、5歳以下の幼児(22名)、6~8歳の小学低学年(1~3年生; 54名)、9~11歳の小学高学年(4~6年生; 72名)さらに12~15歳の中学生(85名)の4群が観察され、以下ではこの4群別に検討した。

2. 主要症状の出現頻度

主要症状の頻度は表1に示したが、腹痛(下痢を伴うものも含む)、頭痛、胸痛、四肢の痛み等の疼痛に関するものが頻度が高く、全体の症状の47.9%を占め、女児に多く見られた。次いで倦怠感、吐き気・悪心、立ちくらみ、目まいなど起立性低血圧や

金沢大学医学部保健学科看護学専攻

* 金沢大学医学部小児科

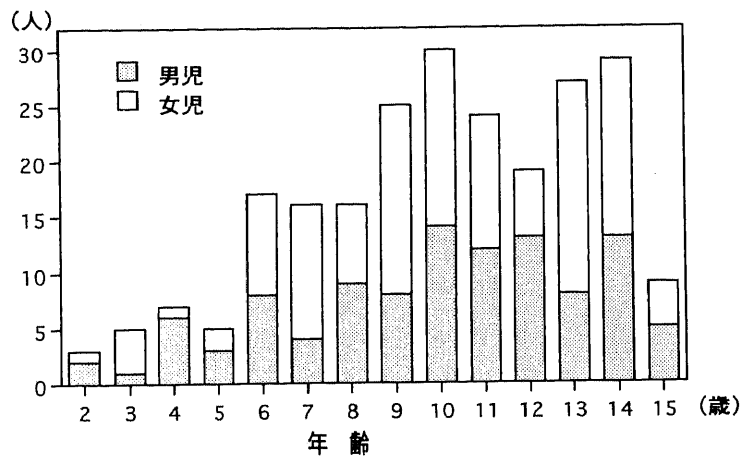


図1. 心身症患児の年齢分布

表1. 主要症状とその年齢分布

主要症状	男女		幼児	小学		中学	合計
	男	女		低学年	高学年		
頭痛	18	34	2	17	17	16	52
腹痛	19	30	6	10	12	21	49
夜尿	12	15	4	11	11	1	27
胸痛	8	7	0	2	4	9	15
倦怠	7	6	0	0	7	6	13
吐き気・悪心	1	11	0	1	4	7	12
チック運動	12	0	3	0	4	5	12
食欲不振	4	6	0	1	4	5	10
四肢痛	3	4	5	2	0	0	7
立ちくらみ・目まい	1	5	0	2	3	1	6
息苦しい	2	4	0	1	2	3	6
頻尿	2	3	2	3	0	0	5
睡眠障害	4	1	1	2	2	0	5
遺糞	3	2	2	3	0	0	5
過呼吸・呼吸困難	1	4	0	1	1	3	5
昼遺尿	3	1	1	3	0	0	4
不安	4	0	0	0	2	2	4
吃音	3	0	3	0	0	0	3
手足のしびれ	2	1	0	1	0	2	3
焦燥感	1	1	0	0	0	2	2
視力障害	1	1	1	0	1	0	2
不眠	1	0	0	0	0	1	1
発熱	1	0	0	0	0	1	1
動悸	1	0	0	1	0	0	1
異食	1	0	0	0	1	0	1
聴力障害	0	1	0	0	0	1	1
圧迫感	1	0	0	0	0	1	1
手の汗	0	1	0	0	0	1	1
意識障害	0	1	0	0	0	1	1
動作緩慢	1	0	0	0	0	1	1
不随運動	0	1	0	0	1	0	1

(人)

表2. 主要診断病名とその年齢分布

診断病名	男女		幼児	小学		中学	合計
	男	女		低学年	高学年		
反復性腹痛	10	14	6	6	4	8	24
過敏性腸症候群	8	13	0	1	7	13	21
胸痛	8	7	0	2	6	7	15
反復性頭痛	4	10	2	5	5	2	14
筋緊張性頭痛	5	6	0	1	2	8	11
四肢痛	3	4	5	2	0	0	7
片頭痛	1	2	0	1	1	1	3
自律神経失調症	16	37	0	11	20	22	53
過換気症候群	3	7	0	2	2	6	10
心因性食欲不振	3	3	0	1	4	1	6
神経性食思不振症	1	3	0	0	0	4	4
夜尿症(生来型)	10	11	4	7	9	1	21
(獲得型)	2	4	0	4	2	0	6
遺尿・遺糞症	5	2	3	4	0	0	7
心因性頻尿	2	3	2	3	0	0	5
一過性チック障害	9	0	3	0	3	3	9
トゥレット症候群	3	0	0	0	1	2	3
夜驚・夢中遊行症	4	1	1	2	2	0	5
吃音	3	0	3	0	0	0	3
過剰不安障害	6	7	0	2	6	5	13
転換障害	2	4	1	0	4	1	6
分裂病	2	0	0	0	1	1	2
強迫神経症	2	0	0	0	0	2	2
抑うつ状態	1	0	0	0	1	0	1

(人)

自律神経失調に伴う不定愁訴的症状が12.1%を占めた³⁾。器質的疾患が否定された胸痛は6%と比較的頻度も多く今後心身症の一部の症状として注目する必要がある。夜尿、遺尿、頻尿、遺糞など排泄に関するものが16.0%で、年少者に多くみられた。チック障害はすべて男児にみられた。

3. 心身症の診断病名とその特徴

診断病名とその年齢分布は表2に示したが、反復

する腹痛の中で、過敏性腸症候群の診断基準に合うものが約50%あった。小学高学年から中学生に多く、特に中学3年生に多い傾向があり、本疾患の若年化が示唆され、今後腹痛の診断及び生活指導をする上で考慮する必要がある⁴⁾。頭痛の最終診断は困難な点が多いが、頭痛の特徴と検査成績より筋緊張性頭痛11名、片頭痛2名が診断された。しかし、小児これらの疾患は成人の診断基準とは異なることが知られており実際は多い可能性もある。

自律神経失調症の診断は起立性調節障害の診断基準と症状を参考としてなされたが53名(21%)と頻

表3. 不登校を合併した疾患

診断病名	男	女	小 学	小 学	中 学	合計
			低学年	高学年		
自律神経失調症	7	9	2	5	9	16
反復性頭痛	1	6	1	4	2	7
過剰不安障害	3	1	0	2	2	4
過敏性腸症候群	1	1	0	0	2	2
強迫神経症	2	0	0	0	2	2
合 計	14	17	3	11	17	31

(人)

表4. 心理社会的背景要因

家庭	家族の病気・死	15
	両親の離婚	10
	家族に精神病	9
	兄弟の葛藤	5
	家族不和	3
	(合 計)	42
学校	クラブ	6
	いじめ	5
	入学・新学期	4
	学業・試験	3
	役員に選出された	3
	友人関係	3
	(合 計)	24
その他	本人の性格	6
	転居	3
	施設入所	3
	習い事	2
	(合 計)	14

(人)

度が一番多かった。前思春期から思春期の精神的緊張感や不安感が背景にあると考えられ、不登校の一因にもなっていると推察される。摂食障害は近年増加が指摘されているが、体重減少を伴う食思不振10名のうち診断基準を満たすものは4名(男児1名)で、全例制限型で過食行動はみられなかった。他の6名は何らかの心因的背景をもつ一過性の食欲不振であった。

学業などに関する不安と心配により過剰不安障害と診断されたもの(7名)はすべて小学校高学年以上であった。また、睡眠時の息苦しい、空気が十分吸えないなどを訴えたもの(6名)は、パニック発作の状態には至らず過剰不安障害とした。心因性の視力・聴力障害や動作緩慢、不随運動などは転換性障害としたが、小学校高学年に多くみられた。夜尿症(27名)のうち6名は獲得型であり、その原因と

しては施設入所(2名)、弟が産まれた(1名)、小学入学(3名)などが考えられた。その他の21名は生来型であったが、小学高学年や中学まで継続したものでは経過中にチック障害や不安症的傾向もみられたため、治療にあっては心因的背景を十分考慮する必要がある。小児の睡眠障害には夜驚、夢中遊行があるが、今回の調査ではそれぞれ4名と1名であった。また不眠を主訴としたものは1名であったが、不定愁訴をもつ不登校を伴う自律神経失調症に睡眠相後退型の概日リズム睡眠障害の傾向を数名に認めた。

4. 心身症的症状を呈する不登校

不登校自体は心身症でないことは明らかであるが、心理的問題と同時に身体症状の訴えが多く、小児心身医学領域の重大な課題である。斎藤らは不登校に伴う機能的身体症状を「狭義の心身症」「心身症的身体症状を主訴とする行動・情緒障害」「身体症状へのとらわれを主訴とする神経症的障害」の3群に分類している⁵⁾。小児科外来を受診する患児は初期の身体的症状を訴える時期であり、今回の調査でも自律神経失調、反復性頭痛(心因性頭痛も含む)、過敏性腸症候群と診断されるものが多数を占め、前述の前者2群に当てはまる(表3)。しかし、不登校が長期化した症例のうち6名に過剰不安や強迫的行動をとるものもみられ、神経症的障害または精神疾患の初期症状である可能性もあり、精神科との連携が重要と考えられた。また4例の不登校児に兄弟姉妹の不登校を認めた。

5. 心身症の心理社会的背景

今回の調査は統一した心身医学的診断基準にしたがっていないため、すべての症例で心理社会的因子の問診が十分ではなかった。記載されているものを検討すると、複数回答であるが表4に示したように家庭に関するものが多く、特に家族の病気・入院と親・兄弟姉妹の死亡が原因になる場合が多い。また

家族の不和や両親の離婚も子どもの大きな心理的ストレスとなっている。家族システム理論によると、子どもの身体化は家族の葛藤を避ける機能を担っているとされるが、心身症を治療する上で家族的要因を十分理解する必要がある。また家族内に精神的問題を持つものが9家族にみられた。学校に関する心理社会的要因ではクラブ活動や学級での友人関係、いじめがあったが、外来での問診には限界があり正確な頻度は不明である。

まとめ

小児心身症とその類縁疾患が外来初診患児の4.9%にみられた。小学高学年から中学では自律神経失調症、過敏性腸症候群、過呼吸症候群、摂食障害、筋緊張性頭痛等が多く、さらに不登校も重なることが多かった。したがってこれらの疾患では、心理社

会的背景としての家庭・学校での問題を十分考慮した外来での初期対応が重要である。

文 献

- 1) 生野照子：小児期の心身症，心身医学，37：203-212，1997.
- 2) 宮本信也：小児心身症の実態，平成4年厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」，14-19，1993.
- 3) 星加明德：小児心身症の主訴と頻度，平成4年厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」，20-22，1993.
- 4) 宮本信也：一般小児における過敏性腸症候群の頻度，平成5年厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」，82-88，1994.
- 5) 斉藤万比古 他：心身症的身体症状と行動・情緒障害発現との関連，平成6年厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」，108-113，1995.

Clinical analysis of children with psychosomatic and related diseases

Hidetoshi Seki, Mamiko Nishimura, Chizuko Hayashi,
Akiko Tsuda, Shoichi Koizumi