

症例報告

過換気症候群など多彩な心身症状を呈した10歳女児例

相坂和貴子* 平川 賢史* 吉川 匠*
 橋本 真* 酒井 好幸* 依田弥奈子*
 小林 穰** 赤松 直子** 阿部 修司***

A case study of a ten-year-old girl manifesting hyperventilation and various psychosomatic symptoms

Wakiko AISAKA, Satoshi HIRAKAWA, Takumi YOSHIKAWA
 Shin HASHIMOTO, Yoshiyuki SAKAI, Minami YODA
 Yutaka KOBAYASHI, Naoko AKAMATSU, Shuji ABE

Key words : hyperventilation syndrome — conversion disorder — psychosomatic disease — verbalization

はじめに

今回我々は、過換気発作で発症し、その後多彩な心身症状を呈した10歳女児例を経験した。その心身症状発症の要因、現時点までの臨床経過とその心理的背景について考察したので報告する。

症 例

患 者：9歳11ヶ月，女児

現病歴：X年9月26日，胸がドキドキして苦しい，痛いとの訴えがあった。その日以降連日，1日2～3回同様の呼吸苦や胸の痛みを訴えた。9月29日，近医小児科を受診。過換気症候群と診断され，漢方薬処方にて自宅で経過観察されていたが，過換気症状が消失することはなかった。10月1日，朝から過換気，呼吸苦症状あり，近医総合病院小児科を受診（病院へ向かう車内でも発作出現あり）。外来診察中も過換気発作を起こし，即日入院となった。入院後も頻回に発作を繰り返した。ペーパーバック法では治まらず，ジアゼパム，塩酸ヒドロキシジン（商品名：アタラックスP）静注で入眠させることで発作は頓挫した。症状，発作様式，患者背景から，パニック障害を合併した過換気症候群の可能性が考慮され，10月3日，当院小児科紹介受診，入院となった。

入院時現症：JCS 0，137cm，32kg，頸部・胸部・腹部所見および神経学的所見に異常なし。

出生・発達歴：特記事項なし。

既往歴：8歳から慢性的な頭痛あり，近医で「緊張性頭痛」の診断。

家族構成：父（38歳），母（37歳），兄2人（10歳，12歳）の5人。父は3交代制の工場勤務で多忙な生活を送っている（何日も自宅へ帰れないことがある）。母は患児の入院後，仕事を休職している。中学生の兄とは表面上は仲良くしていたものの，力関係で負けることがあり，自分の欲求が通らないことも多い。

患者背景：小学校4年生。友達が多い。成績は普通。（母親からの情報）もともと頑固な面もある児で，あまり内心を語らない。（父親が「何を考えているのかわからない」というほど。）陸上部に小学校3年生から所属。普段は愛想よくしているが，大会でよいタイムが出ないと家族にはふてくされているような態度をとることもあった。タイムが伸び悩み，短期間，部活を休んだこともあった。9月頃から朝練習を休むことが多くなった。9月半ばに左足の指を怪我し，レギュラーから外され，悔しい思いをしていた。約3週間休み，怪我は完治し10月から復帰予定だった。

*市立函館病院 小児科

**市立函館病院 精神神経科

***函館五稜郭病院 小児科

入院時検査所見（表1）：血液検査，髄液検査上，特記すべき異常なし。

胸部Xp：特記すべき異常なし。

表1 検査結果

末梢血		生化学		血液ガス分析 (静脈血)	
WBC	5700 / μ l	T-Bil	0.4 mg/dl	※発作時	
RBC	482 $\times 10^4$ / μ l	TP	6.9 g/dl	pH	7.428
Hb	14.1 g/dl	ALB	4.3 g/dl	pCO2	35.2 mmHg
Hct	40.2 %	GOT	26 IU/l	pO2	44 mmHg
Plt	29.8 $\times 10^4$ / μ l	GPT	18 IU/l	HCO3-	22.8 mmol/L
		LDH	190 IU/l	BE	-0.5 mmol/L
血清学		ALP	975 IU/l	AG	13.6 mmol/L
CRP	0.03 mg/dl	γ GTP	14 IU/l	Na	142 mEq/l
ZTT	1.9 U	AMY	113 IU/l	K	3.7 mEq/l
IgG	748 mg/dl	BUN	13 mg/dl	Cl	110 mEq/l
IgA	93 mg/dl	Cre	0.6 mg/dl	Glu	106 mg/dl
IgM	115 mg/dl	CPK	69 IU/l	Lac	1.8 mmol/L
		Na	140 mEq/l	髄液	
単純ヘルペス IgG	2.0 未満	K	4.1 mEq/l	白血球4 (単核1, 多核3) / μ l	
単純ヘルペス IgM	0.41 (-)	Cl	103 mEq/l	蛋白 11.7 mg/dl	
麻疹ウイルス IgG	30.0 (+)	Ca	9.9 mg/dl	Alb 7.9 mg/dl	
麻疹ウイルス IgM	0.65 (-)			潜血 +	
		Glu	85 mg/dl	IgG 1.4 mg/dl	
freeT3	3.76 pg/ml	乳酸	11.5 mg/dl	糖 60 mg/dl	
freeT4	1.51 ng/dl	ビルビン酸	0.86 mg/dl	Cl 124 mEq/l	
TSH	1.27 μ U/ml	アンモニア	29 μ g/ml		

心電図, Holter 心電図: 特記すべき異常なし。

頭部 CT, MRI: 明らかな器質性病変なし。

脳波 (図1, 2): 1回目の脳波では単極誘導で左優位の棘波あり(筋電図混入のため判定困難)。2回目は筋電図, アーチファクトとは異なる波形の全般性の棘波を認めた。1回目, 2回目とも背景波に異常なし。

脳血流 SPECT 123 I-IMP (図3): 遅延相で左側頭葉内側に集積の低下あり。

各種検査結果, 症状, 患者背景より, 心因性の病態 (過換気症候群, ヒステリー, パニック障害), てんかんを疑った。脳波・SPECT 所見から, てんかんは否定できなかったが, 情動的な負荷のあとに身体症状が出現しやすいこと, てんかん発作としては症状が典型的ではないこと, 周囲の状況・対応により多様な症状の変化がみられたことから, 心因性の病態を強く疑った。我々はまず心因性の発作として対応し, 精神科医と連携して薬物治療, 心理相談を行った。

臨床症状ならびに心理過程

当科入院から現時点 (第57病日) までの時間経過を大きく4つの時期に分類し, 臨床症状の推移と心理的経過, 各時期の対応について述べる。

第1期 (入院~第7病日): 過換気症状出現の時期 (図4)

入院時は無呼吸も混在した過換気症状が中心であった。呼吸誘導は効果がないため塩酸ヒドロキシジン静注

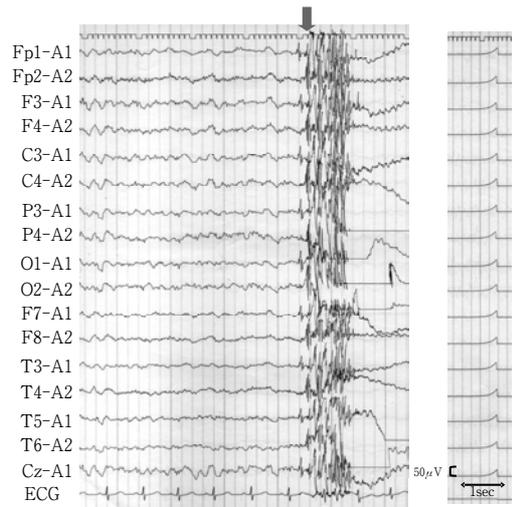


図1 脳波 (1回目)

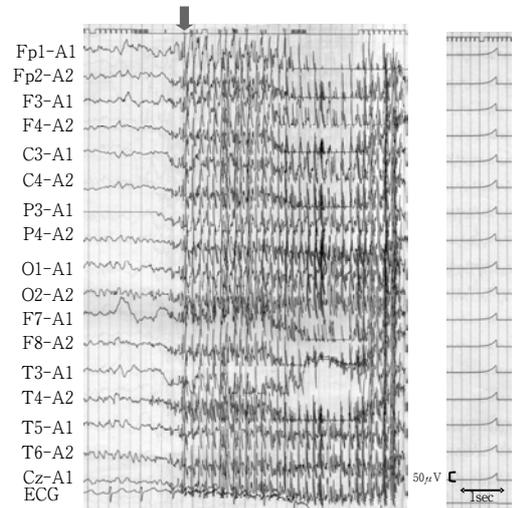


図2 脳波 (2回目)

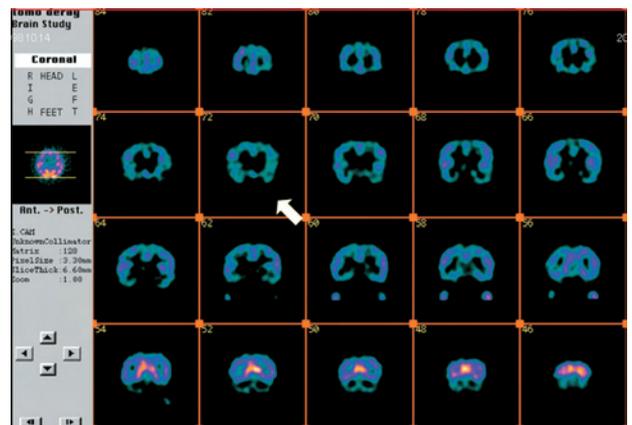


図3 脳血流 SPECT (123 I-IMP)

で鎮静した。発作時間は10~15分, 入院2日目の発作の回数は10回であった。しかし, 抗不安薬の内服開始で, 過換気症状を中心とする身体症状の出現頻度は減少した。

患児の心理背景に踏み込むことが根本的な治療になると考えたが、この時期の患児は口数が少なく、自分から気持ちを話すことがなかったため、まず家族から情報収集を行った。また、我々は患児の呈する身体症状、訴えに耳を傾け、医療者が真摯に患児の気持ちを受け止めていることを伝えた。

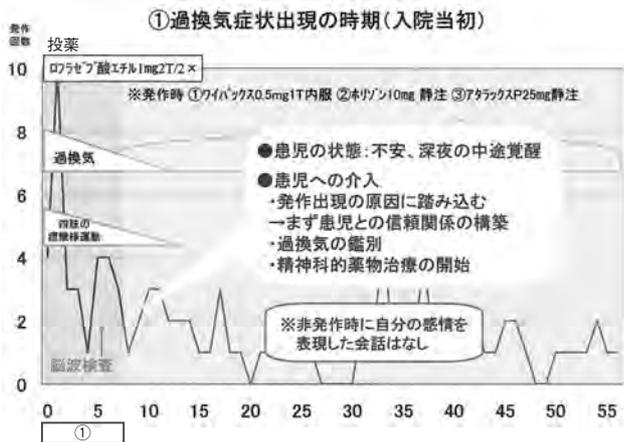


図 4

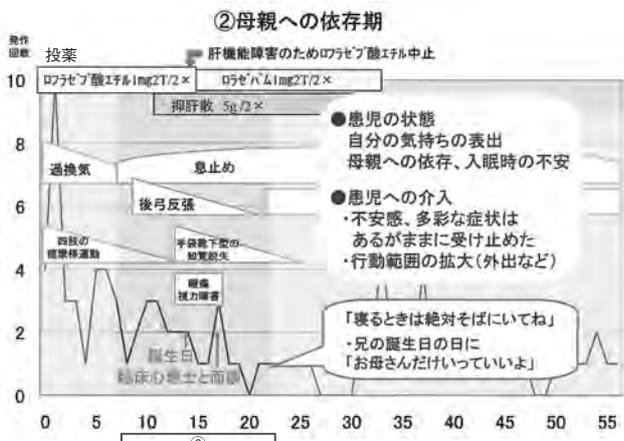


図 5

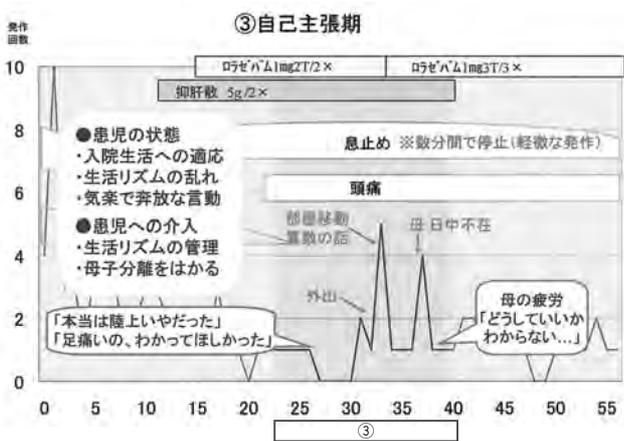


図 6

第2期(第8~22病日): 母親への依存期(図5)

この時期、母親は24時間患児に付き添い、患児は母親を独り占めの状態であったが、幼児のような口調、母親に甘えるような発言、兄の誕生日に「お母さん、お兄ちゃんのところへ行っていいよ」と自分と兄を選ばせるような発言がみられるようになった。また患児の訴えも、「外出したい」「寝るときはそばにいてね」といった単純なものから、「眠れなくてイライラする」といった感情のこもった言葉に変化するようになった。学業の遅れに対する不安は見られなかったが、「苦手な算数のプリントをやりたくない」など、勉強に関する欲求が通らないと頭痛や吐き気を訴えるようになった。また、短期間ではあったが、過換気症状以外の身体症状(後弓反張、視力障害、四肢の脱力)が出現した。

第2期は、心理葛藤の言語化がすすんだ時期であるが、まず表面化したのは家族との葛藤である。入院することで兄弟間の葛藤を回避し、心身症状を呈することで家族の関心を集める、という疾病利得を得ていたと思われる。また、様々な身体症状は母親の関心をひこうと無意識的に身体化されたものとしてとらえられた。

我々は、患児の呈する不安感、多彩な症状はあるがままだに受け止め、思いを言語化できるように援助した。また、試験外出など行動範囲の拡大を行った。

第3期(第23~40病日): 自己主張期(図6)

3週間経過し、患児は入院生活に適応していった。発症のきっかけと考えられた心理について「本当は陸上がいやだった。足痛いのをわかってほしかった」「誰もわたしの言うことを真面目にちゃんと聞いてくれなかった」と母親に説明することができるようになった。この時期の発作は無呼吸中心で、酸素マスクを顔にあてがえば、呼吸の誘導を行うと数分間で頓挫した。入院当初に比べると非常にコントロールしやすい発作であった。頭痛もみられたが、鎮痛薬の頓服で対処可能であった。

また、この時期に母親と患児間で直接的な対話が可能となった。「お母さんもつらいけど、〇〇はもっとつらいよね」と母親と患児が泣きながらお互いの感情をぶつけ合う場面もあった。

しかし、母親に守られた生活の中、生活リズムは乱れ、わがままともとれる気楽で奔放な言動が多く見受けられるようになった(「算数やると頭痛くなるからやらない」「買い物行きたい」「友達に会いたいから退院したいけど勉強はしたくない」など)。親子関係にも変化が生じ、発作の悪化を心配した母親は「腫れ物をさわるように」患児を扱うようになり、次第に母親に混乱、疲労感が出現した。

この時期は、患児の自己主張が目立ち始めたが、一方

で身体症状は軽減していった。また、母親との対話を通じて愛情を確認し、自分の存在に自信がもてるようになってからは、情緒も安定し始め、心理葛藤を言葉で相応に表出できるようになった。

我々は、患児・家族と相談しながら院内学級への準備をすすめて、母子分離を図ろうとした。また、規則正しい生活をしてもらうため、スケジュール表の作成を患児に勧め、実行してもらった。

第4期 (第41病日～現在)：社会適応への不安、克服期 (図7)

院内学級の初登校の日、休み時間に患児が自室へ戻った際に、母親が不在であった。数分後、スタッフが患児の様子を見に行ったところ、息止めの発作を呈していた。

信頼していた母親の不在が不安感の増強をもたらした結果ととらえたが、このエピソードからは新しい学校という環境に対する不安、緊張、見捨てられることに対する不安などの心理がうかがわれた。

院内学級開始後、表面上は明るく振舞っていたものの、「学校おもしろくない」との発言もみられた。6～7時台に頭痛などの不定愁訴を訴えるようになり、過換気症状も一時増悪した。また下肢の不随意運動など新しい症状の出現も認められた。この時期は「勉強したら外出許可」「プリントやったら外出許可」といった対応を行い、行動療法的な介入をした。

また、院内学級で出会った新しい友人が、登校するたびに「やったー、〇〇ちゃん来た。」と温かく教室に迎え入れ、登校に良い影響を与えた。

患児自身も新しい環境へ適応するようになると、「(苦手な算数の授業がおわり) あーさっぱりした」、「大部屋に行きたい」、「おかあさん、夜いなくても大丈夫と思う」など積極的な発言が認められるようになった。その友人が退院することになり、耳痛、難聴という新たな症状が

出現したが、数日間で消失し、情緒的にも安定している印象を受けた。

考 察

本症例では、まず過換気症状の鑑別を要したが、患者背景に心理因子が深く関わっていることが予想されたため、入院時には過換気症候群、転換性障害(ヒステリー)、パニック障害などの心因性の病態を疑った。その中でも、転換性障害は、感覚器、運動器、自律神経系などの多種多様な形で身体症状を呈することが知られており¹⁾、我々は患児の入院中の経過から転換性障害を念頭に置いて治療を進めていった。

転換性障害は、身体症状を有することで、患者が抱える心理的葛藤や強い精神的緊張状態を意識しないですむ一次疾病利得や、病気になることにより自分にまつわる様々な条件を有利にすることが出来る二次疾病利得を特徴とする精神疾患である¹⁾。

本症例の発症の背景と発症要因、治療に有効であったアプローチ法、予後について考察する。

1・心理社会面の解釈

本症例の場合、身体症状が多彩であったため身体症状そのものに焦点を当てるのは難しかった。しかし、患児にとって発作が起きることは、周囲の関心を集めて看護される、親の愛情を独り占めにする、嫌いな教科を勉強しなくてすむなどの疾病利得があったと思われた。本症発症の背景には、頑固で我慢強く、内心をあまり語らないという本人の気質と、過去に経験した悔しい体験や心理葛藤、家族関係が関わっていたと考えられた。

病態出現の要因を同定するため、患児や家族との面接を行ったが、入院時は自己表現の言葉がほとんどなく、患児の内面をうかがうことが出来なかった。我々は次に述べるチームアプローチを行い、徐々に患児の内面を理解し、症状の軽減を得ることが出来た。

2・チームアプローチ

①小児科医、看護師の対応

多彩な症状に対し、どう関わるかがスタッフ間でも話し合われた。治療開始時は、本人の主訴に共感しながら不安感を軽減し、患児と治療者の心理的つながりを確立することを優先させた。また、あらゆる身体症状に対して過不足のない診察、検査を実施した。一方で、痙攣、無呼吸など派手な症状に振り回されないように、スタッフ間で冷静な対応や情報の共有を心がけた。そして、言語化を待ちながら、徐々に身体症状そのものに目を向けていった。

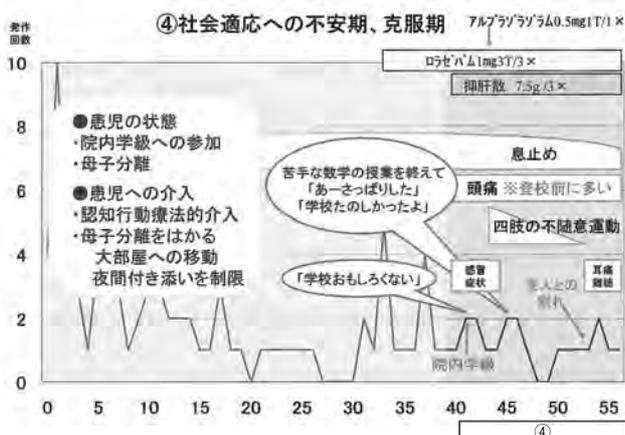


図7

②精神科医の介入

本症発症のきっかけには心理的要因が絡んでおり、精神科医の協力を要した。精神科医は薬物療法と受容的なカウンセリングを中心とした面談（週2～3回）を行った。

一般的に、転換性障害の治療は心理療法が中心となるが、身体症状に対しては補助的に薬物療法（抗不安薬、鎮痛薬、漢方薬など）を併用する²⁾。本症例では、次々と出現する症状そのものが本人の不安感を増強させていた。また、「自宅やスーパーなど病院以外で発作が起きた場合、どう対処したらよいのか」といった家族の不安感もあり、生活行動範囲を制限していた。

薬物導入後は、第1期から明らかな発作回数の減少を認め、さらに第2期では発作時頓用の抗不安薬を持参させることで外出も可能となった。発作出現に対する不安感を減少させ、行動範囲拡大がなされたという点で、薬物療法も有効であったといえる。

③臨床心理士の介入

幼児、児童期の場合は言語化が難しいため、非言語的な精神療法が多用される³⁾。具体的には箱庭、描画、スクイグルやコラージュなどによるアプローチ方法である。本症例では第2期に臨床心理士が介入し、箱庭療法、描画（交互なぐり描き物語統合法、風景構成法）を行い、心理面の把握に有用であった。

箱庭療法の経過を述べる。第2期は心理葛藤をようやく表現できるようになった時期にあたる。この頃は「平和な動物園が蛇で荒らされる」という展開の作品を作っており、不安、恐怖感、攻撃性が表出されていた。回数を重ねる毎に、現実的で開放的な世界へと作品は移った。第4期後半では、花が飾られた道に家族の人形が置かれた作品を作っていたが、家族が進む道が社会に向けて作られている様子が表現され、家族間の葛藤が解決へ向かっていると解釈された。また、当初は治療者の反応を気にして作っていたようだが、後半では様々な葛藤から開放されたように、楽しみながらのびのびと創作活動を行うようになった。

本症発症の背景の推定には、心理検査も参考となった。今回、文章完成法テスト（単語や未完成の

短文を刺激語として連想される文章を完成させる性格検査）を行ったところ、「父はわたしに言うことを」「母はわたしに」という項目で空欄になっており、家族間の心理葛藤も反映されていた。

3・予後

児童期の心身症、転換性障害の予後は比較的良好であり、1年以内に改善あるいは治癒した例も多い⁴⁾。一方で長期間に治療に難渋する事例も見られる。そのような例の特徴として、両親からの虐待がみられる、保護者の不安が高い、長期間の不登校のあとに来院するなど問題が遷延化してから治療を開始した、などの問題があげられる⁵⁾。

本症例は、発症から現時点まで約2ヶ月経過し、患児は未だ入院中で、発作は1日0～1回前後で経過している。治療の長期化が想定されるが、現在の心理状況は安定しており、症状も入院時よりはコントロール良好であるといえる。今後は、完璧に症状を消すことにこだわらず、大きな支障なく日常生活、社会生活を送れるように支援する方針で治療を進めていきたい。

ま と め

今回、我々は過換気症候群で発症し、多彩な心身症状を呈した症例を経験した。心身症、転換性障害では、その症状に振り回されることなく、症状によって回避している心理的葛藤を理解することが重要であると思われる。

文 献

- 1) 山 隆志：精神疾患—その他の精神疾患．小児内科 2003；35(Suppl)：894-899．
- 2) 「精神科治療学」編集委員会：児童・青年期の精神障害治療ガイドライン．精神科治療，2008；23(増)．
- 3) 日本心身医学会教育研修委員会：心身医学の新しい治療指針．心身医，1991；31(7)：537-576．
- 4) 成田有里：小児の心身症—過去3年間の症例を通して—．埼玉小児医療センター医誌，2003；20(1)．
- 5) 河村雄一ほか：児童，思春期に解離症状が見られた18例の臨床的研究．児童青年精医と近接領域，2005；46：508-511．