

## 6) 小児期における自律神経障害の診断と治療

## —— 起立性調節障害 ——

新潟大学医学部小児科学教室 (主任: 内山 聖教授)

橋本 尚士・川崎 琢也  
菊池 透・高橋 秀雄  
内山 聖

Diagnosis and Treatment of the Autonomic Nervous Disorders in Childhood

Naoshi HASHIMOTO, Takuya KAWASAKI, Toru KIKUCHI,  
Hideo TAKAHASHI and Makoto UCHIYAMA*Department of Pediatrics, Niigata  
University School of Medicine  
(Director: Prof. Makoto UCHIYAMA)*

Orthostatic dysregulation (OD), periodic vomiting, migraine and irritable colon are the autonomic nervous disorders seen in childhood, and OD, which frequently occurred in preadolescence and adolescence, is especially important among them. The concept of OD was established in Germany and introduced to Japan. The diagnosis of OD has been scarcely made in most countries except a few including Germany and Japan. As previously reported in Japan, about 10% of school children are considered to have OD. OD, characterized by altered cardiovascular control on standing, has circulatory symptoms (postural hypotension, dizziness, palpitation), gastrointestinal symptoms and other non-specific complaints. The criteria for diagnosis of OD consists of five major symptoms and ten minor symptoms. Four of the minor symptoms are related to the changes in blood pressure, heart rate and ECG findings before and after standing for 10 or 15 minutes. Some kinds of vasopressor agents are usually given to children with OD for a short period to improve their quality of life.

---

Key words: orthostatic dysregulation, autonomic nervous disorders, children

起立性調節障害, 自律神経障害, 小児

## はじめに

小児期における自律神経障害としては、起立性調節障害 (orthostatic dysregulation: OD)、周期性嘔吐症 (ア

セトン血性嘔吐症)、片頭痛、心臓神経症、過敏性腸症候群などがあげられる。これらのうち、起立性調節障害は日常診療で遭遇する機会が多く、小児科領域における重要性は高い<sup>1)2)</sup>。

---

Reprint requests to: Naoshi HASHIMOTO,  
Department of Pediatrics, Niigata  
University School of Medicine,  
Asahimachi-Dori 1, Niigata City, 951,  
JAPAN.別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1番町  
新潟大学医学部小児科学教室

橋本 尚士

起立性調節障害では、循環器症状、自律神経症状、消化器症状、神経症的傾向などの多彩な症状がみられる。本症は生命に危険を与えるようなものではないが、症例によっては症状がかなり強く、日常生活に支障を来す場合もある。とくに、好発年齢が前思春期および思春期であること、小学校高学年から中学生の10%前後にみられること、朝起きが悪いこと、朝礼中にしばしば倒れること、授業の大半が行なわれる午前中に症状が強いことなど、学校生活にも大きな影響を与え、学校保健上大きな意義をもっている<sup>1)2)</sup>。

## 1. 症状および診断基準

主な症状は起立性調節障害診断基準に示されている(表1)<sup>3)</sup>。各症状がさまざまな組み合わせで出現するため、多彩な臨床像を呈する。臨床症状は、その病態から、起立時循環器症状(立ちくらみ、めまい、動悸、胸痛)、朝起き不良、自律神経不安定症状(顔色不良、頭痛、頭重感、乗物酔い、腹痛、悪心)、神経症的症状(不眠、いらだち)に分けることができる。大症状A～Eおよび小症状a～fのほか、小症状g～jには起立試験による判定が記されており、本症患者の約30%がこの基準にあてはまる。

すべての器質的疾患を除外しなければならないが、とくに鉄欠乏性貧血、精神科的疾患(神経症、登校拒否症、うつ病)、脳内病変(脳血管奇形、脳腫瘍)には注意する必要がある。

## 2. 病 態

本症の基本病態は図1に示す通りであるが<sup>1)</sup>、各症状の発現機序は必ずしも同一ではない。

### (i) 起立時循環器症状

起立時の血管収縮反射に失調があり、下肢静脈に血液が貯留する結果、心臓への還流血液量が減少し、心拍出量が低下する。このため、立ちくらみや脳貧血が起こり、代償的に心拍数が増加して動悸が起こる。

安静時の血漿レニン活性や血漿カテコラミン濃度は低値を示すが、脳貧血時にはむしろ過大反応がみられる<sup>4)5)</sup>。血管収縮反射失調の原因として、従来から交感神経系機能低下が想定されているが、むしろ調節異常と考えたほうがよいと思われる。また、カテコラミンの過大反応にもかかわらず、血圧は低下したままであることから、血管系の $\alpha$ 受容体の異常も推測される。

### (ii) 朝起き不良

睡眠中に優位の副交感神経緊張状態が起床後も続いた

めに起こる。安静時の血漿レニン活性や血漿カテコラミン濃度は低値を示し、起立負荷でも増加反応は不良である<sup>6)</sup>。

### (iii) 自律神経不安定症状

自律神経系の調節機構が不安定なために起こると考えられている。いずれも血漿カテコラミンの特異的反応はない。本症でみられる頭痛には筋収縮性頭痛と片頭痛が混在しているが、頻度は前者が多い。頭部筋肉の過度の収縮によるもので、肩こりや項部痛を伴う。

### (iv) 神経症的症状

自律神経系の不均衡によると考えられている。不眠は、午後から夜にかけて徐々に高まった交感神経系活動が、

表1 起立性調節障害診断基準

大症状
A. 立ちくらみ、あるいはめまいを起こしやすい
B. 立っていると気持ちが悪くなる。ひどくなると倒れる
C. 入浴時、あるいはいやなことを見聞きすると気持ちが悪くなる
D. 少し動くと動悸あるいは息切れがする
E. 朝なかなか起きられず、午前中調子が悪い
小症状
a. 顔色が青白い
b. 食欲不振
c. 臍痛を時々訴える
d. 倦怠あるいは疲れやすい
e. 頭痛をしばしば訴える
f. 乗り物に酔いやすい
g. 起立試験で脈圧狭小 16 mmHg 以上
h. 起立試験で収縮期血圧低下 21 mmHg 以上
i. 起立試験で脈拍数増加 1 分間21以上
j. 起立試験で立位心電図の T <sub>II</sub> の 0.2 mV 以上減高、その他の変化

### 判定

大症状1 小症状3、大症状2 小症状1、大症状3以上で器質的疾患を除外したものを起立性調節障害とする。

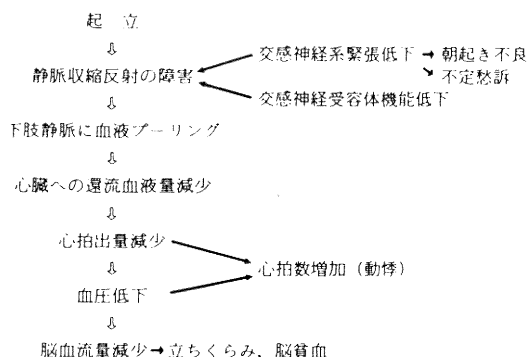


図1 起立性調節障害の症状発現機序

就寝の際に副交感神経系優位に容易に切り替わらないために起こると考えられ、これは朝起き不良と逆の機序である。

### 3. 治 療

主体は薬物療法であるが、心理療法や生活療法の併用で相乗効果が得られる。

#### (1) 心理療法

患者の訴えによく耳を傾け、気持ちを支えてやる。更に、本症が心配のいらぬ病態であることや治療で必ず改善することを十分に説明する。

#### (2) 生活療法

規則正しい生活、適度な運動、十分な休息が基本である。また、起立時に症状が出やすい小児に対しては、乾布まさつ、水泳、薄着の習慣などを勧める。これにより血管運動神経の反射を高め、心臓機能を中心とした血行動態の改善が期待出来る。

#### (3) 薬物療法

治療薬剤の一覧を表 2 に示す。

表 2 起立性調節障害の治療薬剤（1日投与量）

商 品 名	投 与 法	小学生 低学年	小学生 高学年	中学生
カルニゲン	朝・昼	2～4錠	3～6錠	3～6錠
エホチール(5mg)	朝・昼	2～3錠	2～4錠	3～6錠
ジヒデルゴット	1日2～3回	2～3錠	3錠	3錠
メトリジン	朝・夕	1～2錠	2錠	2錠
ベレルガル	1日2～3回	2錠	2～4錠	3～6錠
リズムック	朝・夕	1錠	1～2錠	1～2錠
グランダキシン	1日3回	3～4mg/kg(細粒, 50mg錠剤)		
半夏白朮天麻湯	1日3回	5g	7.5g	7.5g

#### (i) 起立時循環器症状

下半身への血液貯留を改善するメトリジン（塩酸ミドドリン）やジヒデルゴット（ジヒドロエルゴタミン）を第1選択にすることが多い。また、リズムック（メチル硫酸アメジニウム）、カルニゲン、エホチール（塩酸エチレフリン）などの昇圧剤も用いられる。

#### (ii) 朝起き不良

カルニゲンやエホチールなどの昇圧剤を朝と昼に投与する。朝の投与分は起床直後が最も効果的である。

#### (iii) 自律神経不安定症状

ベレルガル（ペラフォラン、酒石酸エルゴタミン、フェノバルビタール配合薬）が有効である。ジヒデルゴット

やメトリジンも循環状態を介し、症状を軽減させる。

#### (iv) 神経症的症状

神経症的症状も、もとは起立時循環障害の基本病態と関連していると考えられ、ジヒデルゴット、ベレルガル、メトリジンなどを用いる。不眠が強い場合にはマイナートランキナイザーを用いることもある。

### 4. 結 語

起立性調節障害について述べた。本症は前思春期から思春期にかけて多く、日常生活とくに学校生活に支障を来すこともある。しかし、本人の自覚症状が強いにもかかわらず、朝起き不良、疲れやすいなどの症状のために、周囲からは学校嫌い、覇気がないなどと思われ、十分な治療を受けていない例もある。両親、学校関係者をはじめ関係各方面の理解が進むことを期待する。

### 参 考 文 献

- 1) 内山 聖：小児薬物療法の実際，起立性調節障害．小児内科，20（臨時増刊号）：306～307，1988．
- 2) 内山 聖：自律神経の異常症に対する薬剤の選択，一小児科一．薬局，42：785～788，1991．
- 3) 大國真彦：起立性調節障害．小林 登他編，新小児医学体系，10巻—D，中山書店，397～407，1984．
- 4) Uchiyama, M.: The role of renin in children with orthostatic dysregulation. Acta Medica et Biologica. 31: 115～128, 1983.
- 5) 内山 聖，里方一郎，相川 務，山口淳一：起立性調節障害小児における血漿カテコラミン濃度の動態．日児誌．91: 1327～1332, 1987.
- 6) Uchiyama, M.: Decreased plasma catecholamine and renin activity in children with difficulty waking up in the morning. Acta Pediatr. Jpn. 32: 519～522, 1990.

司会 ありがとうございました。では残りました時間、講師の先生方とのディスカッションに移りたいと思います。6人の先生方からお話を伺ったわけですが、難しいお話もありました。せっかく多数の方々をご参加下さいましたので、何か少しでも良かったということがありますように、わかりやすくまとめられればと思っております。講師の先生方、よろしく願ひ致します。議論の前半は、講師の先生方並びに会場の方々どうしてご質問がありましたら、お互いに出し合ってください。

橋本 岡田先生にお聞きしたいのですが、糖尿病の場

合、合併症が起きるかどうかわかるというのは、罹病期間とコントロール状況たとえばヘモグロビン A<sub>1c</sub> などの積分した値と関係すると思っているのですが、どのくらいの罹病期間でどのようなコントロールであると先生がやられているような検査で症状が現れる前に陽性として捉えられるのか教えていただきたいのですが。

司会 糖尿病の方はかなり検査部に参りますが、検査で陽性となる患者さんはそれほど多くありません。先生のおっしゃる通り、罹病期間が5年あるいは10年以上ありませんと、確率は余り上がってこないということが言えます。最初はやはり副交感神経の方からひっかかってきます。その時期には自覚症状があるということもあればないこともあります。1例お示ししましたように、交感神経までダメージを受ける患者さんはきわめて希で、そのような方々では他の検査所見もきわめて重症の状態です。橋本先生のスライドの中で、心拍のお話が出てきましたが、リズム解析をどう思いになりますか。

橋本 先生がされておられるような詳しいものではないですが、以前は% CV を私どもも測定していました。実際の症状と余りパラレルに関係しないようで、あくまでも補助的診断と考えております。

津田 私も2カ月前に糖尿病の学会でシンポジウムがありまして、糖尿病の自律神経障害ということで話をしたのですが、心拍のパワー・スペクトラム解析ということで、今新しい知見がだいぶ出ています。糖尿病型の副交感神経障害が先にきて、さらに交感神経障害が合併してくるのですが、パワー・スペクトラム解析などいたしますと、より早期の段階で CV<sub>RR</sub> に比べて障害の程度がわかるのかということについてお聞きしたいのですが。

司会 小山先生、いかがでしょうか。

小山 私のデータではないのですが、スライドでお示ししましたように、冠動脈疾患で、従来からの CV<sub>RR</sub> では有意差が出ておりませんが、パワー・スペクトラム解析では、少し特殊なアレンジメントはしておりますけれども、副交感神経の障害が出て、次第に交感神経の機能も悪くなってきていることがわかります。それは冠動脈病変に比例しているということがわかってきました。

司会 私も少し補足いたしますが、このような生理検査の常として、個人差がかなり大きいわけですね。最近ですと糖尿病の時のヘモグロビン A<sub>1c</sub> ですとか糖尿病腎症を診るための尿中の微量アルブミンですとか、そのような検査に比べてやはり、個人差あるいは加齢変化が大きい、いろいろなことがわかった上でデータを見ますと、これは糖尿病性のニューロパチーの初期の変化かな

というデータにはしばしば行き当たるのですが、データだけを見せられた時に、正常の範囲内か、あるいは大きな変化が始まっているのかを区別するのは非常に難しいと思います。従って先生のご質問にあったような、初期の変化をこれだけで見つけるのは難しいという気がいたします。小山先生がおっしゃるように、病態が完成した群について有意差があるというのは世界中の方が認めていることです。

五十嵐 スペクトル分析をなされている先生方にぜひ教えていただきたいのですが、1つは low frequency の成分と high frequency の成分から交感神経と副交感神経の機能が、絶対評価できるのかどうかということです。我々が扱っているめまい疾患などの患者さんは、交感神経機能が亢進しているのか、副交感神経機能が低下して見かけ上、交感神経が亢進しているように見えているだけなのか、その辺がどうもわかりません。もう1つは、LH 比を取る場合にピークの高さを比較するのが適当なのか、それともピークの積分値を比較するのが適当なのかということです。それから、low frequency は0.08から0.15、high frequency は0.15から0.4ヘルツというスライドがあったと思うのですが、絶対的な値を決めてしまうべきなのかという点も教えていただきたいのですが。

司会 ご質問は2つあったわけですが、まず、スペクトル・パターンから副交感神経と交感神経それぞれ独立して判定できるのかという点です。実は、私もこのことが気になっておりまして、起立した時に、血圧が下がるわけですが、それは交感神経がうまく働かなくて下がるということもあるでしょうし、副交感神経の抑制がかかりすぎているということもあるわけです。果してある単一の現象を見たときに交感、副交感のどちらが悪いのか、あるいは両方が悪いのかを判定するのはそう簡単ではありません。先生方はどのようにお考えでしょうか。本間先生、よろしくお願いします。

本間 確かに五十嵐先生が言われた通り、ピークを見るのか積分値を取るのか、両方のプログラムが市販されているようです。あちらこちらで研究している最中でして、それをやっても余りはっきりと区別できるようにはならないのではないかと思います。

司会 ありがとうございます。村松先生、いかがでしょうか。

村松 自律訓練をやった患者さんで、パワー・スペクトルの変化が経時的に出てくると、それを私たちは逆に治療に活かしているわけです。不定愁訴の患者さんの場

合と、糖尿病などある程度器質的な変化を起こしてしまった患者さんで、データを同じ次元で扱ってはまずいのではないかと、そのように私は考えております。ですから精神的な因子を除外しておかなければ、この議論はなかなか成り立たないのではないかと思います。

**司会** おっしゃる通りだと思います。小山先生いかがでしょうか。

**小山** ある程度の傾向は分かるかと思うのですが、実際には厳密な意味での交感神経、副交感神経を分離したものが得られているかどうかは、まだ検討しなくてははいけないと思います。また名古屋大学では面積で測るとすそ野が少し曖昧になってしまうので、ピークで1つの波を作って、面積で計算しているようです。

**司会** 何か数式に近似させるのですか。

**小山** その通りです。高周波成分と低周波成分で2つの大きな波に分離して出している式もあるようです。

**司会** どこかに境目を引くのは無理だという発想ですね。

**小山** そのグループはそのように考えております。そこまでやって臨床的な意義があるかどうかは私もコメントできませんが。

**本間** 境目を引くとしたら、皆さんどの辺でやっておられるのでしょうか。五十嵐先生はどの辺が適当だと思っておられますか。

**五十嵐** 分かりませんが、去年の平衡神経学会でこの話をしました時に、自律神経学会では絶対値を決めているということが話に出ました。その値が先程小山先生が提示されたあのデータと同じようです。

**司会** この件に関して他にいかがでしょうか。ございませんでしたら他の問題をどうぞ。

**小田野** 私ども数名の起立性低血圧の患者の脳の血流スペクトをイメージした経験があります。それで分かったことは寝ているところから起立させますと、前頭葉とか基底核とか決まったところではなく、部分的に低下したり、基底核でも右とか左とかバラバラに下がります。講師の先生方どなたでも結構なのですが、起立させることによって、脳における血流が低下する領域が分かっているようでしたら、それをお教えいただければありがたいと思います。もう1つはめまいとか立ちくらみとかの症状が、小児科の先生のおっしゃられたのは、脳の血流が低下するそのために、来るとおっしゃられると思うのですが、どこの血流が低下するのかお分かりになっておられましたら、教えていただきたいと思うのですが。

**司会** 難しい質問ですがいかがでしょうか。橋本先生

いかがでしょうか。

**橋本** 私も知りたいと思っておりますが、分かりません。

**司会** この問題は、小田野先生が一番よくご存じではないでしょうか。

**小田野** そのような現象が捉えられたものですから、ある英文雑誌に投稿したのですが、それはいったいどの様に意味付けるのかということで、自分の所に帰ってきてしまいました。文献を色々と搜してみたのですが分かりません。それでファンダメンタルな事をやっておられる先生にご意見をお聞きしたいと思っただけです。

**司会** 耳鼻科では詳しく調べておられるのですか。

**五十嵐** めまい立ちくらみというお話ですけども、椎骨動脈が脳に入りますと、脳底動脈として一本になりまして、そこから小脳とか脳幹に血流を送っているわけですが、めまいが起きるのは椎骨脳底動脈領域、前の方は余り関係ないと思います。大脳の前頭領域はもの考える方で、体のバランスを取っているのは小脳ということになっております。後ろの方なので椎骨脳底動脈領域であろうと思います。

**小田野** 立つことによって反射がカルティド・アルテリー領域とベルテブラル・アルテリー領域では違うと考えればよいわけですか。つまりベルテブラル・アルテリー領域の方が反応が悪い。そのようなことは証明されているのでしょうか。椎骨動脈不全というものがあまして、これはスペクトでやっていきますと小脳の血流が低下したり、ベルテブラル・アルテリーの領域が低下していることはつかまえることはできるのです。そのような疾患があるわけですがそれでも、立つことによってめまいがするということは、ベルテブラ・アルテリー領域の変化ということですね。

**司会** あるいは、細いからでしょうか。特に耳鼻科領域では。

**五十嵐** 正直申しますと余りよく分かっておりません。リフレックスと言われましたが、循環器系の問題かも知れませんが、立つときにどれくらい反応するかですね。頸部の辺りに受容器がありますが、物理的なものと化学受容器がありますが、どちらが悪いのかははっきりいたしません。それから今、岡田先生からお話がありましたが、細いからではないかという問題があります。これもMR アンギオ、DSA を撮っていただいたりしているのですが、必ずしも所見が一致しません。平衡神経学会では片方が細いからというような同定はできないという見方をしております。血管に明らかな狭窄があって誰が

診ても病的にわかるようなもの以外は余り問題になりません。誰が診てもおかしいというような症例はきわめて希です。

**司会** これからの課題だと思います。小田野先生に期待しております。他にいかがでしょうか。不定愁訴の多くが胃腸障害として出て来ると思うのですが、本間先生のお話に胃電図がありますが、それは日常検査に使えるのでしょうか。

**本間** 現在胃電図を保険の点数にしようという動きはあるようでございます。アメリカでは通らなかったようですが、それでこの10月でしょうか。消化器病学会の方で、胃電図のシンポジウムがございまして、日常胃電図を取っているところというのはまだ少なく、東北大学の心療内科あるいは第三内科、あと群馬大学の内科、小児科でございましょうか。それから岡山の日赤病院でしょうか。やはり昔から胃腸の生理の盛んなところで胃電図をやっております。まだごく一部だと思います。

**司会** 村松先生、どう思われますか。

**村松** 現在私どもの外来でも、過敏性の腸障害の方々が多数おられますので、ぜひその辺りをやってみたいと思います。心療内科の分野では胃電図をそのままフィードバックする施設もあるみたいです。腸蠕動を音なり数値に変えるなりして自己コントロールする形で、治療に持っていくということなので、非常に興味深いと思っております。

**司会** 小山先生にお聞きしたいのですが、ヘッドアップ・ティルト・テストをおやりになって、失神との関係をお調べになっているわけですが、これは具体的にはどの様にするのですか。

**小山** すいません。写真を撮っておけば良かったのですが、これは透視台を使って頭を高くして50~60度になります。外国の文献ではティルト台を使う場合もあるのですが、

**司会** 先生が今日お話になったこととちょっと違うかもしれませんが、近ごろ循環器の方でこの検査を使って、突然死とか心筋梗塞を起こした方の予後を見るときに、自律神経機能を交感神経、副交感神経に分けて調べていくと差があると言っている方が多いのですが、その辺何かご意見はありませんか。

**小山** 私自身がデータを持っているわけではないのですが、心筋梗塞後ではやはり、交感神経活動の方が増して、副交感神経活動の方は低下しているといいたことが4週間後くらいまでは認められているということです。急性期にはそれがよく出るためにやはり不整脈というもの

につながっていくのではないかと思います。あと突然死を起こした患者さんのホルター心電図などでは、副交感神経機能の低下がみられているということだと思います。

また肥大型心筋症とか拡張型心筋症についてもある程度知見が得られているようですけれども、いずれにしても交感神経機能、副交感神経機能の低下というのは両方とも生じてきています。肥大型心筋症の患者さんで、かなり遷延性の低血圧が持続したという経験があります。このような末梢血管の拡張というものがあるんらかのリフレックスで出てこれが突然死につながるような場合が考えられるかも知れません。

**司会** ありがとうございます。そろそろまとめに入りたいと思います。まず、今日お話くださったテーマの多くは自律神経失調症、器質的ではなく機能の異常ということでしたので、その診断基準を改めてお尋ねして明らかにしていきたいと思います。耳鼻科では五十嵐先生が3つの基準をお示しになってその上で、心電図のR-R間隔をお調べになっているということでしたが、一番有用な検査はどれでしょうか。

**五十嵐** 現在それを模索中でして、殆ど検査診断学の先生にお願いして検査していただいているのですが、先程、お示ししましたような脈波伝播速度、R-R間隔の変動係数、サーモグラフィーをテストしてみますとどうもサーモはもうひとつという感じで前者2つをあてにしています。こういった検査をしてみて我々が今までの診断基準で、いわゆる自律神経失調症と診断した方で陽性所見が得られた方は68.6%くらいです。ですから自覚症状と検査所見には幾らか差があるのではないかと、今期待しているのはR-R間隔のパワー・スペクトルで何か有益な結果が出るのではないかと考えております。

**司会** ありがとうございます。村松先生にお話をさせていただきたいのですが、先程精神的な背景があるものと単に末梢神経が壊れているものとを混同しないようにとおっしゃっていたのですが、心身症とか神経症を除くということですね。ところで除いた残りというものは何なんでしょうか。

**村松** 学会のシンポジウムでも自律神経失調症を再検討しようということですが、その中で東邦大学の発表では、全例が神経症もしくはうつ病と診断しなせると報告しております。

**司会** それは最初に除きなさいということに矛盾してしまうのですね。

**村松** そうですね。弘前大学の川上先生は、いわゆる不定愁訴の患者さんで、うつ病や神経症を除外して最終

的に残るのが5%くらいだと、その人達が自律神経のバランスが悪い人ではないかというデータがあります。その他産婦人科領域では、体質的に多いと報告されている施設もあります。私どもは心身症外来ということで、一般開業医の先生方で大変困った患者さんが来られることが多いのですが、だいたい7割くらいに神経症もしくはうつ病が隠れています。その方々は自律神経症状の治療としては当然抗うつ薬や抗不安薬ということになってしまいます。ただ心理的なものが自律神経のバランスに影響をもたらしているような方には特殊な治療法を持ち込んでいかなければならないということがあります。

司会 冒頭、本態性自律神経失調症などといささかオーバーな病名があると申しましたが、そのような症例が5%と。

村松 というように川上先生のところでは出ています。

司会 心身症を除くポイントはなんでしょうか。

村松 心身症が先程述べましたように、自律神経の本態性のものに含まれる可能性もあるのです。いわゆる精神疾患としては今のところ神経症とうつ病を除外することになっております。心身症は、身体的な様々な症状に対して心理的、社会的なものが影響しているものと今のところ定義されておりまして、心身症とうつ病、神経症は違うものです。本態性の自律神経失調症の方の場合にはそれに心理的なものが加わってきているような可能性があるということで、そこに私達が治療を加えるということです。ですから心身医学の外来に来る人達に心身症と診断を付けてしまえば、その時点で本態性のものはなくなってしまうのではないかと、横断的側面では、自律神経失調症というふうに診断されても縦断的に経過を見ていけば、必ず心理的、社会的なものが入ってきて本態性の自律神経失調症が、鑑別しきれないのではないかとようなことがいわれております。

司会 これからまだ議論の余地があるということですね。

村松 はい、そのように思っております。

司会 最後に、治療のことをまとめたいと思います。小児科の先生のお話では薬物療法が非常に効果的だったのですが、共通した原因である心因性のものあるいはストレスに対して治療をするということは大きな要素

になるのでしょうか。薬物療法と比べてどのくらい意義があるのでしょうか。

村松 先程申し上げた本態性の自律神経失調症とそれからなんらかの社会的病因为加わっている自律神経失調症に関しては、やはり治療方針が変わってくるものだと思っております。糖尿病の自律神経の患者さんに一生懸命、マイナー・トランキライザーをやってもなかなか良くならないのは確かですし、糖尿病の患者さんで心因性のものが加わってさらに症状が増強されている症例には効くということはあると思います。ですからまず自律神経失調症をどの様に捉えるかという判断が一番大切なような気がします。筒井先生が言われていることでは、だいたい70%の患者さんが一般的な精神療法もしくは軽い抗うつ剤、抗不安薬だけで患者さんが良くなるだろうということです。

司会 小児科領域では橋本先生はどの様にお考えになりますか。

橋本 私どもが扱っております起立性調節障害というのは、岡田先生がおっしゃっている本態性自律神経症に近いものではないかと思えます。起立性低血圧が前面に出て参りますので、他の領域の先生方がおっしゃる様な自律神経失調症よりは疾患としては単一であると思えます。したがって薬物療法、昇圧剤がメインですが、非常によく効くということになります。ただ、そうは申しましても、精神的なストレスがかなり背景にあることもございます。たとえば、起立性調節障害のお子さんの症状が悪くなるのは暑い夏場、その他には4月の新学期と9月の休み明けです。やはり精神的なストレスがあるせいだと思います。

司会 ありがとうございます。もっとご意見をお聞きしたいところですが時間が来てしまいました。この辺で締めたいと思います。6人の先生方のお話を聞いて、だいふ整理できたと思いますが、分からないことも出てきてまだまだ研究が必要だということがはっきりしてきました。諸先生方の今後の発展をお祈りして、また参加された方々に御礼を申し上げて、本日のシンポジウムを終わりにしたいと思います。どうもありがとうございます。