

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

日本医師会雑誌（2004.06）131巻12号:S282～283.

【精神障害の臨床】

環境,性格要因によって増悪する身体疾患—心身症とその治療
心身両面からの理解と診断,治療まで
消化器系の心身医学

上原 聡

消化器系の心身医学

上原 聡

「胃腸はこころの鏡」といわれるように、消化器はストレスの影響を最も受けやすい臓器の1つである。実際、「血を吐く思い」「断腸の思い」など、精神状態と胃腸の働きを関連づけるような表現が多い。表1に示すように、心身症（発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる身体疾患）として扱われる消化器疾患は多岐にわたるが、そのなかでも機能的胃腸症と過敏性腸症候群が代表的な疾患である。過敏性腸症候群は腹痛と便通異常を主訴とする消化器疾患で、有病率は一般人口の10～15%、1年間の罹患率は1～2%と概算され、欧米ではその頻度の高さから「消化管のかぜ症候群」とも呼ばれている。

最近、消化管の機能異常に基づく疾患を総称して機能的消化管障害（Functional Gastrointestinal Disorders）と呼び、機能的胃腸症と過敏性腸症候群もそのなかに分類されるようになった。これら疾患の病因・病態はいまだ解明されていないが、現在考えられている主な病態生理としては、消化管運動の異常、消化管知覚の異常および心理的異常などが挙げられている。特に、最近では消化管の知覚過敏

が注目され、バロスタットという装置を用いた消化管知覚検査が臨床応用されつつある。

機能的胃腸症

●診断基準

本疾患は「器質的疾患が存在しないにもかかわらず、腹部正中線上に上腹部症状が最近の12か月のうち、少なくとも12週以上（連続でなくともよい）存在する」と定義されている（ローマII基準）。ここでいう上腹部症状とは、食欲不振、腹部膨満感、腹痛、早期満腹感を指す。本症は、以前よりわが国で用いられていた慢性胃炎、神経性胃炎、ストレス性胃炎などと類似した病態を指し、欧米で一時期頻用されたnon-ulcer dyspepsiaと同義である。最近、わが国でも世界の動向にならって、機能的胃腸症の名称が広がりつつある。

●診断のポイント

問診により消化器症状を的確に把握し、必要な諸検査を施行することにより、診断を下す。さらに、自覚症状に基づいて、①胃食道逆流型（胸やけ、げっぷなど）、②運動不全型（腹部膨満感、早期満腹感、胃もたれ、食欲不振、悪心・嘔吐、脂肪摂取による症状の増悪など）、③潰瘍症状型（夜間や空腹時の上腹部痛など）、④非特異型（いずれの型にも含まれず、心因的要素の強いもの）に分類するのが一般的である。

●治療のポイント

器質的病変が存在しないこと、および機能的変化によって生じている病態であることをわかりやすく説明することが治療の第一歩で

表1 心身症の側面を有する消化器疾患

- ・機能的胃腸症
- ・過敏性腸症候群
- ・消化性潰瘍（胃・十二指腸潰瘍）
- ・炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎、クローン病）
- ・慢性膵炎
- ・神経性嘔吐症
- ・胆道ジスキネジー
- ・その他

ある。そのうえで、症状に見合った薬物治療を行うことが肝要である。その際、上述の臨床分類に応じて治療方針を決める。しかし、病型が重複して分類できない例も少なくないので、個々の症例の病態や背景因子を把握して治療方針を立てるべきである。

●薬物治療の実際

①胃食道逆流型：この型は「内視鏡的所見のない胃食道逆流症」と同じ病態であり、最新の機能性胃腸症の分類からは除外されている。胃食道逆流症に準じた治療を行う。具体的にはH₂受容体拮抗薬、プロトンポンプ阻害薬、消化管運動賦活剤を用いる。

②運動不全型：消化管運動賦活剤を用いる。ときに漢方薬（六君子湯など）が奏効する。

③潰瘍型：消化性潰瘍の治療に準じる。H₂受容体拮抗薬や胃粘膜防御因子増強薬を用いる。

④非特異型：不安・緊張がみられる症例には抗不安薬を、全身倦怠感、意欲の低下、睡眠障害を訴える症例には抗うつ薬を用いる。

過敏性腸症候群

●診断基準

腹痛と便通異常を主体とする症候群である。以前よりさまざまな診断基準が提唱されてきたが、1992年の世界消化器病学会でローマ定義として新しい診断基準が発表されて以来、現在ではこの診断基準（最新版はローマII基準）に準拠するのが世界的趨勢である。この診断基準では、「腹痛あるいは腹部不快感が最近の12か月のうち、少なくとも12週以上（連続でなくともよい）存在し、次の2項目以上の特徴を有するもの」と定義され、その特徴的な腹痛・腹部不快感とは、①排便によって軽快する、②排便頻度の変化で始まる、③便性状の変化で始まる、とされている。

●診断のポイント

器質的疾患の除外診断が大切であるが、警

告症状（発熱、関節痛、粘血便、予期せぬ体重減少など）や異常な身体所見（腹部腫瘤の触知、直腸診による腫瘤の触知や血液の付着など）がある場合、あるいは危険因子（50歳以上の患者、大腸器質的疾患の既往歴や家族歴など）を有する場合には、大腸内視鏡検査や大腸造影検査を行う。なお、本症は便通異常のタイプにより3つの臨床病型（便秘型、下痢型、便秘・下痢交替型）に分類する。

●治療のポイント

臨床病型に基づいて対症療法を行うが、症状の発症や経過に心理的要因が強く関与している症例が多く、心理療法も重要な役割を果たす。本症における治療の目標は、症状の完全な消失よりも、症状のコントロールと社会的に適応できることにおいたほうがよい。

●薬物療法の実際

①基本薬剤：まずは便通異常に対する基本処方として、ポリカルボフィルカルシウムを中心とする高分子重合体を投与する。

②腹痛：抗コリン薬を適宜用いる。

③便秘：病態は腸管機能の亢進であり、刺激性の下剤は腹痛を増悪させる。酸化マグネシウムなどの膨潤性下剤を用いる。

④下痢：整腸剤を基本として、適宜止瀉薬を併用する。

⑤不安・抑うつ症状：機能性胃腸症の項参照。

⑥漢方薬：桂枝加芍薬湯を基本処方として、便秘型には桂枝加芍薬大黃湯を、下痢型には半夏瀉心湯を用いる。

●心理療法

本症の発症や経過にはストレスや心理的要因が密接に関連していることが多いので、病態を十分に説明することが重要である。患者の訴えによく耳を傾け、患者の苦痛を理解し、諸検査の結果より身体的な異常がないことを説明して、安心させることが基本である。同時に、ストレス対処法などを指導する。しかし、心因的要素が強い場合は、精神科や心療内科の専門医を受診させるのが大切である。