

カルテ番号：1234567			
患者 Initial: S.H	性別 女性	年齢：20 歳	職業：学生
診断名： 機能性ディスぺプシア（心身症）		入院：2016年6月4日～2016年6月22日	
		外来：2016年6月1日～2016年7月13日 通院回数：2回	
1) 主訴：心窩部痛			
2) 現病歴：2015年10月頃から嘔気、心窩部痛が出現し、毎日の通学が困難となる。2016年2月頃より症状が増悪し近医内科を受診したが、器質的疾患は指摘されず、精神科へ紹介となった。しかし、精神疾患は否定的との診断で、同医にてカウンセリングが施行されたが症状改善は認めなかった。同年5月、近医内科を再受診し、血液検査・各種画像検査を施行されたが、器質的疾患を認めず、投薬加療にも治療抵抗性であったため、当科を紹介受診後、病態評価、治療方針決定のため当科に入院となった。			
3) 既往歴：特記事項なし			
4) 生活歴：飲酒歴なし、喫煙歴なし、定期的運動習慣なし			
5) 家族歴：母：胃癌			
6) 現症及び検査の概略： 【現症】身長 165cm、体重 48kg、BMI 17.6(半年間で約 10kg の体重減少)、血圧 120/60 mmHg、脈拍 92/min 整、体温 36.5℃。意識清明。頭頸部：異常所見なし。胸部：異常所見なし。腹部：平坦・軟、心窩部に圧痛。腸蠕動音正常。肝脾触知せず。便通、月経は正常。下肢：異常所見なし。神経学的所見：異常所見なし。 【検査所見】血液・尿検査：異常所見なし。心電図：正常洞調律、ST-T 変化・軸偏位なし。腹部単純 X 線（立位・臥位）：ニボー像なし、腸管ガス貯留あり。腹部エコー：腹部大動脈・上腸間膜動脈分岐角：45 度。腹部 CT：異常なし。上部消化管内視鏡検査：器質的疾患なし（H. pylori 抗体陰性）。 【各種質問紙検査】HADS：A7, D8。新版 TEG II（パーセントイル）：CP50, NP100, A15, FC0, AC100。POMS（T 得点）：T-A 64, D71, A-H 60, V45, F72, C68。改訂 F スケール：FD スコア 22 点, GERD スコア 8 点, 合計 30 点。日本語版 GSRS：酸逆流 4.5, 腹痛 5.6, 消化不良 2, 下痢 1.6, 便秘 1.6。出雲スケール：胸やけ 9, 胃の痛み 13, 胃もたれ 10, 便秘 1, 下痢 3。			
7) 診断のプロセスと評価：心疾患、消化器疾患、摂食障害群を鑑別疾患として考えた。器質的心疾患には、冠動脈疾患が考えられるが、診察所見、検査結果、経過から除外した。器質的消化器疾患には、慢性膵炎や消化器系の悪性疾患が考えられるが、慢性膵炎は画像、膵機能検査に異常を認めず、慢性膵炎診療ガイドライン 2015 より除外した。消化器系の悪性疾患は、半年間で 10 kg の体重減少を認め、意図しない体重減少であり、上部消化管の悪性疾患を示す警告症状を満たしている（Talley NJ. New Engl J Med 2015;373:1853）が、上部消化管内視鏡検査および腹部 CT 検査の結果より除外した。また、痩せ型の若年女性に多い上腸間膜動脈症候群については、腹部超音波検査で、腹部大動脈・上腸間膜動脈分岐角が 45° であり除外した。また、食行動障害および摂食障害群（DSM-5）の診断基準も満たさなかった。以上より機能性ディスぺプシアまたは非びらん性胃食道逆流症を考えた。①便秘や下痢などの下部消化管症状がない場合、機能性ディスぺプシアの可能性が高いとの報告（Talley NJ. New Engl J Med 2015;373:1853）、②改訂 F スケール・日本語版 GSRS・出雲スケールの結果から、機能性ディスぺプシア、特に心窩部痛症候群の所見が有意であり、最終的に Rome IV の診断基準における、機能性ディスぺプシア心窩部痛症候群（FD-EPS）と診断した。			

8) 心身相関の評価：「学校に行くとは症状は強めに出るが、休日や友人と遊んでいる時にはそれほどでもない。」という患者の言葉から、心身相関への気付きはある程度はあるものと考えた。心理社会的背景として、中小会社社長の父と専業主婦の母（厳しく過干渉）のもと、二人姉弟の長子として出生し、小学校時代に転居が重なり、いじめを受けており、過度の親の期待と、いじめにより形成された過剰適応な行動パターンが病態を修飾していると考えた。

9) 治療のプロセスと評価：薬物療法は、エビデンスを考慮し、アコチアミドの処方を検討した (Mat K. Gut 2012;61:821) が、前医で処方歴があり、PPI、H₂ ブロッカー、5-HT₄ 受容体刺激薬とともに無かった。システマティック・レビューおよびメタアナリシスの結果から三環系抗うつ薬等の使用も検討 (Lu Y. PLoS One 2016;11:e0157798)、若年であること、本人が希望しないことより使用せず、東洋診察から半夏厚朴湯を処方した。認知行動療法を主体としたアプローチ (Haug TT. J Psychosom Res 1994;38:735) と、解決志向型ブリーフセラピーの手法で、具体的な将来像を一緒に描くことを目標、面談を重ね、親の期待に応えたいという意識が強く存在すること、得意教科の理数系を生かした学科を望んでいることを共有した。希望を達成することを動機付けとし、過剰適応な AG 優位の行動パターンに対して、アサーション・トレーニングを行い、FC を上げるような日常生活活動（挨拶の仕方など）を入れた。その結果、症状は軽快し、現在は外来通院中である。

10) 考察：心理社会的因子が FD の病態に関与する程度は患者によって異なり、また同じ患者でも時期によりその都度変化するため、注意深い観察が必要とされる (Wilhelmsen I. Dig Dis Sci 1995;40:1105)。本疾患でも「学校に行き、やり過ぎると悪化する」といった心身相関への気付きは認めたが、親の期待に応えたいがために何でも Yes と言ってしまう過剰適応な行動パターンがあり、その行動パターンがさらに症状を増悪させているという、更なる心身相関への気付きを促した。さらに、認知行動療法および解決志向型ブリーフセラピーの併用と、アサーション・トレーニングで No を上手に伝えるコミュニケーションを学ぶことで症状が改善したと考えられる。

※先行研究・文献を引用しながら考察を記載してください。

申請者：所属施設名

署名

Ⓜ

研修指導医：所属施設名

署名

Ⓜ