

# 起立性調節障害 (Orthostatic Dysregulation:OD)

## 1. 疾患名ならびに病態

起立性調節障害 (Orthostatic Dysregulation:OD)

起立に伴う循環動態の変化に対する生体の代償的調節機構が破綻して起こる。代償的調節機構が正常に機能しているときには、起立時の血液の下半身への急激な移動に対して圧受容器反射が素早く生じ、抵抗血管や容量血管の収縮、心拍上昇により、血圧を維持している。この機構に破綻を来たす身体的要因として、循環血液量、心拍出量、末梢血管特性、脳循環調節特性と、これらを調節統合する自律神経機能が挙げられる。自律神経機能は心理社会的ストレスによる影響を受けやすく、心身症としての側面もある。

## 2. 小児期における一般的な診療

### ◇ 主な症状

起立時に身体や脳への血流が低下し、立ちくらみやふらつき、頭痛、動悸、全身倦怠感、食欲低下、起床困難、集中力の低下を認め、症状が続くことにより学力の低下をきたすこともある。

### ◇ 診断の時期と検査法

小児起立性調節障害診断・治療ガイドラインに示す OD 身体症状 11 項目中 3 項目が該当する患者さんに対して、新起立試験を午前中に実施する。新起立試験は、安静臥位から能動起立し、血圧回復時間と起立中の血圧、心拍数を計測し、診断基準に従い診断する。

### ◇ 治療法

症度と心理社会的因子の関与の程度に応じて、疾病教育、非薬物療法、学校への指導や連携、薬物療法、環境調整（学校・家庭）、心理療法といった治療的対応を行う。身体症状に対しては、子どもと家族に対する病態生理の丁寧な説明により不安軽減効果もある疾病教育と、日常生活での注意や運動・食事療法などの非薬物療法が基本的な対応となる。

また、小児心身医学の専門機関を受診する OD の 70～80% に心理社会的要因の関与があると考えられていることから、必要に応じて、家庭や学校での理解と対応を促すための環境調整や、本人のストレス対処能力向上のための心理療法を並行して行う。

### ◇ 合併症および障がいとその対応

OD の二次障害として、不登校・ひきこもりが大きな問題となる。OD の身体症状である頭痛、たちくらみ、朝起き不良による遅刻や欠席が、周囲の無理解から怠けや仮病といった否定的な見方をされ、患者が心理的に孤立し、長期の不登校・ひきこもりに進展する事が少なくない。不登校・ひきこもりに伴う身体機能の低下 (Deconditioning)、心理的葛藤や不安による自律神経系の不調は、ともに OD 症状を更に悪化させ、悪循環に陥る。このように、心身相関による病態が複雑な患者では、自律神経機能異常が年余に渡り持続する難治性 OD の経過をとることがある。

ODの併存疾患として自閉スペクトラム症の併存がおよそ 35%にのぼると報告されている。また、併存する精神疾患として重症ODの約4割に不安障害、約1割に気分障害とくにうつ病を認めることから、回復までに時間がかかる患者では、発達・心理面の評価を行うことを考慮する。併存障害に応じた治療と並行して、神経発達症に対する教育環境の整備を行うことが、OD症状の改善につながることもある。

### 3. 成人期以降も継続すべき診療

#### ◇ 移行・転科の時期のポイント

過去の調査では成人期以降もOD症状が残る患者は、男性2割、女性5割と報告されている。しかし、治療の目標を症状消失ではなく、体調を整えそれに合わせた活動ができることに設定し、適切な治療を継続することにより、高校卒業時頃には、90%程度の症例で日常生活に支障をきたすことが少なくなる。身体症状が重症の時期には体力に見合った社会生活を選択し、適切な目標設定を行うことでself-esteem（自尊感情）は良好に保たれる。これにより二次障害が回避され、症状改善後のスムーズな社会生活復帰につながると考えられる。

一方、重症例では高校・大学等への進学や就職に支障をきたし、休学・中退や退職を余儀なくされ、ひきこもりに至る例もある。その機序の詳細については専門医向けODガイドラインを参照されたい。

上記の状況から、身体症状が重症、あるいは二次障害や併存症が問題となる患者では、移行期医療は必須となる。担当する成人診療科は、患者が最も治療を要する身体症状や病態によって異なり、OD症状が持続する症例では総合診療内科、一般内科、神経内科、循環器内科、心療内科への転科あるいは併診が望ましく、月経前症候群が強い場合には婦人科での診察が必要となる。また、社会的転帰不良群の特徴に、精神疾患の二次障害を認めると報告されており、不安やうつなど精神症状が顕著で加療が必要な場合には、心療内科、もしくは身体科と精神科との併診が必要である。重症の自閉スペクトラム症についても精神科との併診が必要である。精神科紹介の基準についても専門医向けODガイドラインを参照されたい。成人科移行は、医師・患者関係だけでなく、患者自身に大きな変化を求められるものである。中長期的な視点に立ち、①コミュニケーション、意思決定、決断力、自己管理、自己啓発技術を高め、②健康管理におけるコントロールや、相互依存の感覚を高め、③自分の持つ機能や潜在能力を最大限に伸ばす、ことを狙いとした移行支援プログラムを組むことが大切である。患者は社会復帰に向けて治療に対する自主的な行動変容を求められることから、何よりもODの疾患特性・病態生理を十分に理解していることが必要である。

ODは中学生・高校生の間には軽快治癒する症例も多く、必ずしも成人科受診が必要とされるものではない。しかし移行プログラムそのものが患者の自立に役立ち、ODの治療にもつながるため、患者が中学生の間から主治医は移行プログラムを意識して診療を行うことが望ましい。施設によって成人科受診が可能な年齢が異なるので、この点も考慮して家族や本人と移行に向けての相談を行う。

将来の成人科移行について、具体的に患者に伝えるタイミングについては、心身症という医師・患者関係が特に大切な疾患特性を考慮して、患者が中学生の間ではなく、中学卒業前後

を待つて伝えることが望ましい。

#### ◇ 成人期の診療の概要

成人期にODを担当する診療科は患者の病態（身体面と心理面・精神面の関与）、症状の多様性から多岐に渡る。

いずれの診療科へ移行しても、自立した成人患者として医師と関わる必要があり、自立に向けた移行プログラムの役割は大きく、心理社会的因子が大きく関与する心身症では、自立そのものが治療につながると考えらえる。

### 4. 成人期の課題

#### ◇ 医学的問題

ODの中等症～重症の一部では成人後も症状が続き、治療継続が必要な場合がある。その際に大切なこととして、①非薬物療法の継続を日頃から心がけること、②自分なりの日常活動のキャパシティを知っておくこと、③医療機関への通院を自分の判断で中断しないこと、④一旦治癒後に症状が再発した場合にはODの悪化と決めつけず、他疾患の可能性を考えて医療機関を受診すること、の4つが挙げられる。

小児科では心身両面にわたる加療が可能だが、移行後は診療科の専門性が高まる一方、治療における精神面あるいは身体面への偏重をきたす可能性がある。こうした観点から心身両面の加療が必要な症例では、あらかじめ治療継続を依頼する心療内科、もしくは身体科と精神科双方と緊密な関係を築いておくことが望ましい。

移行後にそれまでの治療構造が崩れ、患者が不利益を被ることがないように、成人科への診療情報提供を丁寧に行う。小児科医師が心身両面からの診療が施されるよう、患者の病態を考慮した診療デザインを具体的に提示して引き継ぐ工夫をすることにより、紹介された成人科医師が、今後の診療プランを明確に把握し、患者にとってよりよい治療を継続することができる。

#### ◇ 生殖の問題

ODは、月経不順や月経前症候群を併存し、適切な婦人科治療が必要となることも少なくない。妊娠初期、中期、後期において、OD特有の注意すべき症状があり、子育てにおいても心身の負荷がかかり症状が再燃・悪化する可能性があるため、担当医にODの既往歴について情報提供しておくことが大切である。

#### ◇ 社会的問題

OD症状が持続する場合には、環境や条件を熟慮し、体調に見合った進路を選択できるよう支持する。身体症状のために学業や仕事の継続が困難となることも多いため、必要に応じて周囲の理解が得られるよう具体的な対応を記載した医師の診断書や意見書を作成することが有用である。学業や仕事が続けられず自宅にひきこもり、更にOD症状が悪化することもあるため、精神面でのフォローも必要となる。

### 5. 社会支援

#### ◇ 医療費助成

指定難病ではないため該当しない。

◇ 生活支援

指定難病ではないため該当しない。

◇ 社会支援

指定難病ではないため該当しない。

**【参考文献】**

小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン、  
専門医向け小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン、  
小児期発症慢性疾患患者のための移行支援ガイド

**【文責】**

日本小児心身医学会 起立性調節障害ワーキンググループ