心身医学の立場からみた耳鼻咽喉科領域疾患

—その診断と治療—

ま と め

松 学

は じ め に

心身医学も医学とよばれる以上、科学の一分野であるはずである。そして、従来の研究業績より判断すると、心理学と医学を総合しての学問と考えていいようである。従って、得られた成績を数量化することがこの学問にとっても基本的な立場となり、またそのようにして心の科学としての向上が得られることはその他の医学領域の場合と共通している。しかし、現段階では心についての学問では成績を数量化して表現することが他の医学の分野に較べて困難なことが多い。従って、それを科学の名に値しないと見る見方があるが、この考えは狭量すぎると思う。少なくとも、治療の面では自然科学的知識のみでは明快に説明しつくせない事実を我々は経験している。すなわち、現段階では自然科学的 approach と並んで human approach と呼んでいいような医療行為がなされ、それが病変の治療に大きな役割を果たすことがしばしばある。そして、それをもふくめて臨床医学が成立している。勿論、心の科学が更に進歩した段階ではこの human approach も数量化されて表現され、より自然科学的記述を行える段階になると

思う。しかし、自然科学がもともと価値判断に直接関与しない立場をとり、一方、ヒトの社会生活においてはより多く“価値”を問題とし、それに由来して心の歪みとしての心身医学的疾患が成立する以上、自然科学としての心身医学がヒトの心の病いを完治しうる段階にまで到達しうると考えていいかどうかその結論については慎重でありたい。しかしながら、心の疾患に対する human approach の成果を、より豊かなものとするには、矢張り心の科学としての心身医学が更に系統的発展を遂げる必要があると考えるべきであり、また現在、この分野でもその様に志向して研究が行われているものと理解している。本誌編集委員会が上記の主題を“臨床ノート”の一項目として選んだのも、心の科学としての心身医学についてであり、とくに、その学問の現段階での姿を耳鼻咽喉科領域疾患にもとめたものと考え、上述の執筆者をえらび、5つの項目を設けて執筆をおねがひした。また、その要約を行うにあたってもそのような立場から行い、私見を加えた。

要約と私見

神崎氏は心身医学の立場から蝸牛症状を次の2群に分けて考えるとよいと述べている。その一つは、聴力検査所見が異常を示さない蝸牛症

状群と、他はこの検査所見に異常をみる群である。そして、心因の関与する蝸牛症状、とくに難聴の場合は次の特徴がみられるという。すな

Summary of reports and a consideration on psychosomatic diseases in otolaryngology.

Manabi Hinoki

京都大学医学部耳鼻咽喉科学教室

わち、診察の際に患者のみせる態度、検査所見（聴力損失）と会話に際しての応答との著しい不一致などがこれに相当する。さて、事故の補償や福祉に関する書類の作製などを要求して成人が受診する場合には、心因の関与を考慮する余地は多く、医師側にもその心構えがあるが、困難なのは子供の場合であろう。とくに、父兄が家庭環境などを卒直に話さず、しかもそれが蝸牛症状発現の“引き金”となっている場合である。しかし、この場合でも聴力検査を重ね、その経過を忠実に観察すると、上述した成人にみる特徴が把握でき、確定診断をうる場合が少なくないという。さて、神崎氏によると、突発聾症例はCMIテストの結果、高率（50%）にⅢ又はⅣを示すとのことであり、この疾患の発症に心因の関与を無視できない。突発聾とメニエール病発症の高次原因に、内耳血管運動反射の異常を重視する研究者は多く、またメニエール病は片頭痛と並んで心身症の代表的疾患とのべる研究者がいる。そして、心理的ストレスによる中枢神経の *adrenaline* 作働神経の活動性亢進を心身症型メニエール病発症の神経機序と考える研究者もいる。この様に考えを進めると、突発聾も心身症の立場から考慮に価する疾患であり、その発症に心理的ストレスによる *adrenaline* 作働神経活動亢進→内耳血管運動反射の異常の増大という機序が想定されてよいのかもしない。今後の研究課題の一つであろう。

神崎氏は難聴を有しない耳鳴症例でCMIテスト（阿部法）を行った成績を述べているが、49.1%が正常型、16.3%が自律神経失調型、11.6%が神経症型、30.2%が心身症型を示したという。それでは耳鳴の場合でも難聴に関して組立てた想定は成立するものであろうか？ この問題についての2, 3の自験を申し述べたい。私達は“心因性めまい、平衡失調検出を意図した平衡試験”を考案し、頭頸部外傷によるめまいやメニエール病のめまいを分析した結果、心身症に属すると考えてよいめまいがしばしば出

現することを知った。すなわち、*adrenaline* の筋肉内注射で平衡失調を増大するめまい例を対象に、“*adrenaline* 注射”を予告（言葉刺激による心理的ストレス）し、*placebo* として生理的食塩水を同量筋肉内注射する場合、めまい平衡失調が出現又は増強し、かつ後者の方法で誘発された平衡失調が *adrenaline* 注射によるそれと相似するもの（A型平衡失調）が存することが判明した。*adrenaline* が後部視床下部に直接作用し、大脳辺縁系（海馬、扁桃核など）の電気的活動性を亢進し（川村・大島 1962）、一方、中脳被蓋（眼球及び身体の平衡中枢が存する）に作用してその脳分野の活動性を高め、ひいては大脳皮質の覚醒反応を促進する（Rothballer 1956）ことが報告されている。そして、海馬は大脳皮質（とくに側頭皮質）とともに記憶や条件反射の形成に重要な役割を果し、それに基いて情動の出現をコントロールするといわれている（時実 1966）。この様な報告を参照すると、心身症型めまいの機序には、大脳皮質、大脳辺縁系、視床下部、脳幹平衡中枢を結ぶ神経路が関与し、とくにその中にふくまれる *adrenaline* 作働神経の活動性亢進がこの種めまいの発症に重要な意義を有するものと考えられる。ここで注目すべきことは、A型平衡失調を示す例で蝸牛症状（とくに耳鳴）を示すものでは、平衡系に上述の変化があらわれるばかりでなく、蝸牛系にもそれに相似した現象が出現する傾向があることである。すなわち、*adrenaline* 注射で耳鳴を増強する例で、“*adrenaline* 注射”を予告し、*placebo* として生理的食塩水を注射する場合、その同じ耳に耳鳴が増強し、かつ両操作でおこる耳鳴の変化を耳鳴遮蔽曲線を作製して比較するとその成績に相似性がみられることである（この様な耳鳴の変動を示す場合をa型蝸牛症状とよぶ）。そして、a型蝸牛症状を示す例ではCMIテストでⅢ又はⅣ型を示す傾向がつよい。また、*Cloxacolam* を投与すると、この種の耳鳴は抑制されることが少なくない。*Cloxacolam* は中枢神経系の *adre-*

naline 作働神経の活動性亢進を抑制し、学習効果の獲得(側頭皮質と海馬が関与)を抑制する。従って、この薬剤をA型平衡失調の治療に採用して効果を得ていたが、a型蝸牛症状にも効果があることを自験している。そして、この事実は心身症型蝸牛症状の出現機序にも心身症型めまいの機序と共通するものがあることを示唆している。心身症型めまい、平衡失調発現機序に関しては動物及びヒトを対象として幾つかの成果をあげたが、蝸牛系のそれについては系統的研究を行っていない。今後の重要な研究課題の一つと考えている。

さて、中西、松らは心因の関与するめまいに関して次の経験を述べている。心因の関与するめまいとしては、心身症の他に、神経症、うつ病、とくに仮面うつ病に伴われるめまいがある。これらのめまいの成立機序については従来系統的な神経耳科学的研究はなされておらず、従って、この立場よりする以上3種のめまいの鑑別に関しては報告をみない。今回の検索で私達は以上の3つの心因の関与するめまいの中で、心身症型めまいを他の2つのめまいより鑑別しうる手掛りを得た。すなわち、上述した

“心因性めまい平衡失調検出を意図した平衡試験”を用いてこれらのめまいを分析したところ、その間に相当度の差異のあることが判明した。その成績を再度要約すると次のようになる。①この平衡試験でA型平衡失調を呈するもので、神経症(ヒステリー、心気症、不安神経症)又はうつ病(とくに仮面うつ病)と診断されたものはない。これに対し、外傷性神経症でヒステリー状態と診断されたものの大多数はA型平衡失調を出現した。なお、心療内科医によるこの症例群の診断は心身症である。心身症と外傷性神経症(とくにヒステリー状態)がそれぞれどのような根拠に立脚して診断されているかはよく判らない。しかし、後述する Cloxazolam の効果の相違点からみても、外傷性神経症の機序と神経症のそれの間には著しい相違があると考えてよい。②A型平衡失調を呈するもの

のめまいには Cloxazolam が奏効するが、神経症やうつ病(仮面うつ病を含む)にみられるめまいにはこの薬剤の効果は不良である。すなわち、神経症例のめまいには奏効するものが少なく、また奏効してもその効果が一過性である。うつ病に伴われるめまいには Cloxazolam は無効であり、Amitriptyline のような抗うつ剤が劇的に奏効することがある。今回、神崎氏は仮面うつ病に伴われる耳鳴が Amitriptyline により有効に抑制されることを述べている。この成績はただ今のべた本薬剤の抗めまい効果と相応するものと考えられる。さて、Cloxazolam は中枢神経系、とくに視床下部のレベルで交感神経性出力を抑制する効果を有するといわれ、Amitriptyline は視床下部の ergotropic 系に作用する noradrenaline の作用を促進する点にその主なる作用機序を有するといわれている。この様な報告を参照すると、同じく視床下部を主要な神経要素とするとしても、心身症と仮面うつ病のめまいの機序は著しい相違を有するものと推定される。最近、各種の精神神経学的疾患の発現機序を中枢神経系の化学伝達物質との関係から分析しようとする気運がある。心因性めまいや耳鳴をこの立場で分析することろみは未だ系統的には行われていないが、今後行ってよい研究方向と考えている。

次に心因の関与する鼻アレルギーについての奥田氏の報告を要約したい。鼻アレルギーが抗原、抗体反応を基盤としておこることやこの反応に神経生理的因子が有意の影響を与えることに関しては多くの報告がある。さて、この因子は抗原、抗体反応の結果生ずる好塩基顆粒細胞からのヒスタミンを主とする化学的介達物質の遊離を促進し、他方ではこの介達物質に対する気道粘膜の反応性を増強し、両者相まって発症を容易にするという。そして、鼻アレルギーの場合、上述の神経生理的因子の中でも副交感神経緊張亢進はその条件を充たしうるものであることが指摘されている。従って、鼻アレルギーの心身症的発症の機序を上述の神経生理的因子

との関係で検討することは合理的と考える。以下、奥田氏の報告をこの様な観点から要約すると大略次の様になる。

④従来、鼻アレルギーは気管支喘息と並んで心身症としてとりあげられることが多い。奥田氏はCMIテストを用いた成績より次の事実を明かにしている。周知の様に、CMIテストでⅢ又はⅣ領域のスコアを示した場合、神経症的又は神経症と診断される。今もし鼻アレルギーが心身症に属するとすると、対照群に比しこの領域のスコアを示すものが多発するはずである。しかし、調査の結果では対照群との間に有意差はなかったという(29%:18%)。因みに、喘息合併例ではⅢ又はⅣ領域のスコアを示したものは65%であった。鼻アレルギーと気管支喘息を心身症としてとり扱っている報告は少なくなないが、以上の成績よりすると、前者を心身症として取扱うに際しては慎重な態度が必要となろう。勿論、この成績より、鼻アレルギーが心身症と無縁のものであるといっているのではない。個々の症例にはこの範疇に入るものである。例えば、6ヶ月以上減感作療法を行っても症状改善をみない例ではCMIテストの成績がⅢ、Ⅳ型を示すものが多いなどがそれに該当する。要するに、喘息側に較べ鼻アレルギー例では心因の関与する度合が少ないという結論とうけとめたい。⑤心身症の生理学的機序はi) 大脳辺縁系⇔視床下部⇔脳幹⇔自律神経器官をむすぶ回路を基盤とする神経機序とii) 大脳辺縁系⇔視床下部⇔下垂体前葉⇔副腎皮質系という体液性反応機序に分けて考えられている。奥田氏は鼻アレルギー症例ではその30%以上に各種の自律神経症状が訴えられるとのべ、i)の機序に相当する発生要因を確認しようと努力している。このためMecholy1検査を行っているが鼻アレルギー群と対照群の間に成績の有意差をみていない。しかし、Muckのadrenaline sonde法では鼻アレルギー群は対照群に較べて鼻粘膜の異常反応が多発し(38%・17%)、また鼻アレルギー症例で手掌、頂部、脚などに

冷刺激を加え鼻粘膜血流を測定すると、血流は一旦減少したのちreboundし、かくして鼻閉を来すものが多いという。そして、このような現象はこれらの例に暗算負荷(心理的ストレス)を行っても再現できるので、心理的因子が鼻アレルギーの増強に一役を荷う可能性ありと考察している。なお、このような反応状態にある鼻粘膜や星状神経節ブロックを行った後の鼻粘膜に抗原を与えると反応が増強して出現する事実より、神経生理的因子、とくに副交感神経緊張は鼻アレルギー発症の因子となりうることを示唆している。なお、心身症成立機序には下垂体⇔副腎皮質系を介する体液性反応の機序がある。今回の論文ではこの問題については深くふれておらず、鼻アレルギー群と対照群の血漿中コルチゾン価には有意差がなかったとの報告にとどまっている。今後この方面の研究の進展が期待される。さて、臨床的には心因の関与についての診断とその対策が重要な課題である。奥田氏はこの問題に関して次の様に述べている。すなわち、鼻アレルギーにおける心因の関与の有無は、心理テスト(CMI, Y-Gテスト)などの採用の他に、暗算負荷などの心理的ストレスで、鼻粘膜異常反応(例えば鼻閉)がみられるか否かを観察することは有用性があること、その治療にはこれまでの方法の他に、心因が関与してその症状をひきおこしていることについての客観的データを患者に示し、説明すること(biofeedback)が治療効果の向上に役立つことをのべている。傾聴すべき意見である。

日野原氏は心身症の立場からみた咽喉頭異常感症に関して次の様な見解を述べている。

心身症の定義をみると、当初は肉体的原因で発症していた疾患が、病変の経過中心理的ストレスで増強、強化される場合もそれに加えている。この際、心理的因子が加わって誘発される疾患は器官選択的にその症状が再現され、神経症のように症状が多彩不定となり、いわゆるsyndrome shiftを示さないことがその特徴とされている。私達の日常臨床には、このような広

義の心身症に属する疾患が少なくない。従って心理的ストレスでおこる情動の **target** となるべき原疾患を精査せずしてその心因のみの治療に終止することは片手落というべきである。とくに、咽喉頭異常感症と考えて治療中、潜在していた悪性腫瘍が出現してはじめてその訴えの深刻であったことに気付いた症例報告も散見する。日野原氏がこの論文で局所の精査の重要性をくりかえし強調していることはもっともなことと思う。

さて、この論文で私に印象ぶかく思えるのは次の記載である。すなわち、自律神経失調症の部分現象として咽喉頭異常感を来すことがあるが、その機序は、交感神経活動亢進により末梢血管の攣縮がおこり、これに由来して局所粘膜のうっ血、ひいては限局性浮腫がもたらされ、上記の症状が結果されるとのべている点である。そして、もし局所粘膜に潜在性の病変が存する場合はそれが増強され、**manifest** となることはいうまでもない。これまでの報告を参照すると、各々の心身症はそれに対応した中枢神経系の化学伝達物質があるという。例えば、情動性冠不全には **catecholamine** が、メニエール病や頭頸部外傷によるめまいの場合には **adrenaline** 作働神経が、そしてチック症や眼瞼けいれん症には **dopamine** がそれぞれ関係をもつといわれている。心身症としての咽喉頭異常感症の成立機序に中枢神経系の **adrenaline** 作働神経の活動亢進をあげてよいかどうかは検討の余地がある。しかし、既に野中 (1968) は上頸部交感神経節遮断注射と **Benzodiazepine** 系薬剤 (**Cercine**) の併用が奏効することをあげており、上述の考えは支持されている。以上の他に、日野原氏は咽喉頭異常感を訴えるものに仮面うつ病があるとのべている。先に神崎氏は耳鳴について、また、私達はめまいについて仮面うつ病との関連をのべた。この疾患成立の神経要素の一つとして視床下部があげられている。従って、自律神経症状が仮面うつ病に由来して発現することはそれ自体不思議ではない。

しかし、日常臨床でどのようにしてその本態を見極めるか必ずしも容易ではない。咽喉頭異常感症の鑑別に関してもその神経耳科学的検査法の開発がのぞまれるのは以上の様な理由からである。なお、日野原氏は、咽喉頭異常感症と診断された症例には **fiberscope** を利用し、患者に咽喉頭像を示し、それを自覚させる (**biofeed back**) ことにより、治療効果を向上させる方法を打出している。まことに当を得た処置と考える。

最後に大野氏の発声言語障害に関する心身医学的アプローチに関する報告の要約を行いたい。

ヒトや動物から発せられるいろいろの音はほぼ共通の意味をもつ情動を伝えることが可能であり、それ故に発声は情緒障害の鋭敏な指標となると大野氏は説明している。とくに、ヒトでは言語が自己の考えを他に伝達する有力な手段であるので、情緒障害がおこるとそれが言語に投影され、各種の症状が出現する。大野氏はその代表的疾患としてヒステリーによる発声障害と吃音をあげ、それらの治療についての解説を自験を交えて行っている。周知の様に、ヒステリーには身体症状が伴われ、音声障害はその一つである。この疾患の音声障害には失声から嗄声まで各種の段階があるが、注目すべきことは意志的発声には障害がおこるが、反射的発声には障害もなく、また、同じく迷走神経が関与する咳嗽や嘔下には異常が見あたらない。私は第2次大戦中海軍病院に勤務していたが、激しい艦砲射撃をうけ集団的に失声を来した症例の幾人かを診る機会を得た。当時の診断名は **Kriegsneurose** であった。それらの症例では本人の名前をよんで答えを求めると失声状態であり、間接喉頭鏡下にもそれに対応して声帯の内転が起らず、むしろ外転傾向さえうかがわれた。この様な例では不意に驚かされる場合には発声可能であり、また嘔下障害はみあたらなかった。**Kriegsneurose** と呼ばれる疾患による失声とヒステリーによるそれが同一の機序によ

るか否かを私は明かにする知識をもたない。しかし、両者は相似性の高い症状を示すと思われるのでここに自験を付記した。

さて、大野氏はヒステリーによる音声障害の治療は心理療法を中心とすべきことを述べている。すなわち、具体的には保証、再教育、環境調整、行動療法、自律訓練法、交流分析などをあげ、その簡単な説明をこころみている。

そして、氏が今回の論文でのべた治験例の記載は印象的である。この例は感冒を契機に嗄声を訴えるようになっていたが、感冒による声帯の炎症が真の原因でなく、職場や家庭での心理的トラブルがその原因であることが判明し、自律訓練法による全身のリラックスをこころみ、同時に催眠下に「声がだんだん良くなる」との暗示を与えて治癒に導いている。一般的にいうと、発声障害例を我々が初診する場合、喉頭局所の精査は必要であり、またその操作により発声障害の原因をつきとめられることが多い。しかし、耳鼻咽喉科疾患の場合、大野氏も指摘するように、疾患を明視しうることが多いという利点が却ってわざわざいし、病像を局所的、器質的に考察し、全人間的観察や処置を等閑に付する恐れが多い。私自身音声障害例についての治療の自験はないが、頭頸部外傷後のめまいの治療にあたってその配慮を欠いたため治癒せん延化をまねいた幾症例かを見聞している。

さて、大野氏によると、吃音機序に関しては大略次の3つの説があるという。すなわち、①

発声に関係のある器官や組織の先天的機能障害（体質説）、②対人関係や自己不完全感などにもとづく発語障害（心因説）③④⑤両者の合併（複合原因説）があり、現在では⑤の考えを支持する研究者が多いという。また、吃音には一次性と二次性があるが、前者は単語や句のくりかえし、引き伸ばしなどを症状とするが、本人はそれを苦にしていないものをいう。これに対し後者ではその症状を気にし、話す場面を回避し、ますます症状を増悪させている。両者の治療方針は次のように異なる。すなわち、前者に対しては情緒的要素の軽減を計るとともに、患者の父兄と面接して患者の話し方に対する父兄の態度を改善するよう配慮する。この際、患者の吃そのものにはアプローチは行わない。これに対し二次的吃音の治療は次の様に行う。すなわち、吃音と関連した不安（吃り言葉やその様な状況への不安）を軽快させる様努力するとともに、吃そのものに対する治療を行う。そして、前者の治療としては系統的脱感作療法が推賞され、後者の治療としては shadowing 法、メトロノーム法、delayed auditory feedback 法などが紹介されている。その何れを採用するかは個々の症例によって異なるであろうが、重要なことは治療を全人間的に行うことであると大野氏は力説している。言語という人間独自の、しかも文化に直結した現象をとりあつかう場合、とくにその配慮が必要であろうことは納得できる。

文

- 1) Kawamura, H. and Oshima, K.: Effect of adrenaline on the hypothalamic activating system. Jap. J. physiol. 12 : 225, 1962.
- 2) 野中康弘：咽喉頭異常感症に対する上頸神経節ブロックの効果について；その発生機序に関する一考察。耳鼻 40 : 203, 1968.
- 3) Rothballer, A. B.: Studies on the adrenaline-sensitive component of the reticular ac-

献

- tivating system. EEG Clin. Neurophysiol. 8 : 603, 1956.
- 4) 時実利彦：大脳辺縁系，新生理学（問田，内蘭編），医学書院，東京，pp. 575～605, 1966.

原稿到着：昭和53年12月5日
 別刷請求先：検 学
 ☎606 京都市左京区聖護院川原町53
 京都大学医学部耳鼻咽喉科学教室