心因性発声障害を伴った心因性難聴の2症例

佐藤 斎・大滝 一・藤崎 俊之・中野 雄一

Two Cases of Psychogenic Hearing Loss Combined with Aphonia

Hitoshi Satoh, Hajime Ohtaki, Toshiyuki Fujisaki and Yuichi Nakano

(Niigata University School of Medicine)

Two cases of psychogenic hearing loss combined with psychogenic aphonia are reported.

Case one was a 15-year-old female with psychogenic hearing loss that appeared just before taking a high school entrance examination. After she passed the examination, the complaint of hearing loss was reduced. Three years later she suddenly suffered from psychogenic aphonia prior to taking a college entrance examination. The aphonia also diminished after she passed the examination. Both the hearing loss and aphonia were attributed to the stress caused by the entrance examinations.

Case two was a 26-year-old female who suddenly suffered from profound hearing loss and aphonia simultaneously. The conditions were brought on apparently by a psychogenic reaction to a stressful relationship with her mother-in-law.

In both cases, the threshold of auditory brain stem evoked response was normal while the threshold of pure tone audiogram indicated profound sensorineural hearing loss. The phonolaryngogram was useful for diagnosis and evaluation of voice disturbance.

Key words : psychogenic hearing loss, psychogenic aphonia, auditory brain stem evoked response

はじめに

耳鼻咽喉科領域における心因性の疾患として、心因性難聴および心因性発声障害がよく知られている。しかし両者の合併例の報告¹⁾²⁾は難聴と視力障害の合併に比べるとまれである。さらにそれらが報告された時代には聴性脳幹反応(以下 ABR と略)はまだなく、音声障害の評価方法も確立していなかった。今回心因性難聴に心因性発声障害を合併した2症例を経験したので、過去の報告例と比較し、さらに ABR, 自記オージオメトリー, ホノラリノグラムなどの検査結果を加えて報告する。

症 例

症例 1. 15歳女性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。

現病歴：1990年(中学3年生)の春の学校健診において

左難聴が疑われ5月近医耳鼻咽喉科を受診し、左高度感音難聴を指摘された。以後経過観察されていたが、11月16日両側難聴を強く訴え、同医にて両側の難聴の進行がみられたため、補聴器の装用を指導された。自ら精査を希望し、11月20日当科を受診した。

局所所見：両側鼓膜は正常で耳鼻咽喉科領域に異常を認めなかった。

検査所見：純音聴力検査にて右高度感音難聴、左聾を認めた(図1A)。自記オージオグラムはV型を呈し、ABRでも両側30dBまでV波を認めた(表1)。耳X線検査に異常はみられなかった。

経過：純音聴力検査では高度難聴を示したものの、ABRは正常反応で両者に矛盾がみられた。さらに受験に関して、音楽学校への進学希望に対し両親が反対していることによる心理的葛藤がうかがわれたため、心因性

図1 症例1 純音聴力検査

A: 初診時(1990年11月20日)

B: 難聴の自覚消失時(1993年8月12日)

C: 最終(1995年8月10日)

表1 症例1 聴力検査

	右	左
語音聴取域値	施行不可	施行不可
語音弁別能	施行不可	施行不可
S I S I	0 %	施行不可
自記オーゾ	V型	施行不可
A B R V波域値	30 dB	30 dB

1990年12月5日

難聴と診断した。初診時から高度の難聴を訴え日常生活に強い不自由があったため、当科では経過観察しつつ、あわせて精神科にカウンセリングを依頼した。カウンセリングでは両側の高度難聴にもかかわらず不安な様子が

なく、むしろ通院を喜んでいるかのようにあったという。その後、難聴の訴えは徐々に改善し、1991年高校入学後の6月から日常会話に不自由はなくなり、純音聴力検査の域値も6月からまず右側が、翌1992年8月から左側も徐々に改善した。1993年(高校3年生)の8月12日には純音聴力検査上、両側中等度難聴(図1B)を残すものの難聴の訴えは消失した。ところが同年10月28日起床時より誘因なく嗄声を訴え、失声となった。11月4日当科を受診し、精査を施行した。

喉頭所見と音声機能検査: 喉頭に器質的な異常は認められなかったが、中等度の努力性の嗄声(G2R1B1A1S2)を呈した。11月12日施行のホノラリノグラムは声の強さ、基本周波数が安定せず測定不能であった(表2)。発声器官に器質的な異常がなく、心因性難聴の既往があることから、失声の原因も心因によるものが疑われた。その後の経過: 発声訓練の指導を行い経過を観察した。1ヵ月後のホノラリノグラムでは無関位発声時の呼気流量はまだ高く、声の強さも大きめで発声時の緊張状態が推察された。しかし進学が決まった後の1994年3月18日のホノラリノグラムでは、安静時の発声にしてはやや強いものの、他の値は正常に復帰し、自覚的にも他覚的にも嗄声は消失した。1995年(短大1年生)8月10日の受診時には純音聴力検査はほぼ正常となり(図1C)、難聴、嗄声の自覚もなかった。

症例2. 26歳女性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。

現病歴: 1993年5月27日起床時より両側難聴、発声障害が出現したため同日近医を受診し、両側聾、失声を指摘された。両側突発性難聴あるいは心因性難聴の疑いで翌日当科を紹介され受診した。

局所所見: 初診時両側鼓膜は正常で、咽頭、喉頭にも異常はなく、特に声帯の可動性に問題はみられなかった。

検査所見: 純音聴力検査にて右聾、左高度感音難聴を

表2 症例1 音声機能検査(無関位発声)

	実施日1993年11月12日	12月17日	1994年3月18日	
呼気流量	220	180	135	(ml/秒)
強さ	測定不可	84	96	(dB)
基本周波数	測定不可	239	287	(Hz)
最大発声持続時間	16.4	18.9	18.8	(秒)
G R B A S 評価	G2R1B1A1S2	G2R1B2A0S1	GORO B0A0S0	

認めた(図2A)．初診時会話には困難であったが、時々診察医の小さな声を聴取するため、同日ABRを施行したところ、右30dB、左20dBまでV波を検出した(表3)．自記オーディオグラムは両側V型を示した．

治療と経過：症状経過から心因性難聴が疑われたが、右軽度感音難聴の可能性も完全には否定できなかったため、ステロイド、ビタミン剤、血管拡張剤による治療を開始した．2日後にはオーディオグラムは両側とも中等度まで回復し、3日後には難聴の自覚は消失し、囁声も軽快した．6月1日には純音聴力検査も正常に復帰した(図2B)．

自覚的にも聴力が正常になった発症後3日目に、「難聴は精神的な要因から生じた症状であり精神的な背景に対する治療が必要ではないか．」と説明したところ、「姑

とやりとりをしなくて済むようになればよいと思っていった矢先の発症であった．」と話した．発症後9日目には囁声は軽度粗造性、氣息性となりホノラリソングラムでは発声時の軽度緊張が認められた(表4)．治療として精神科でカウンセリングを受けることを勧めたが、夫、姑の理解を得られず、結局軽度の囁声を残したまま来院しなくなった．

表4 症例2音声機能検査(無関位発声)

1993年6月4日		
呼気流率	160	ml/秒
強さ	76.7	dB
基本周波数	213	Hz
最大発声持続時間	15.9	秒
G R B A S 評価	G1R1B1A0S0	

考 察

ヒステリーは、患者自身は気づいていない動機が心因として働き、意識野の制限あるいは運動機能、知覚機能障害が引き起こされる疾患である³⁾．今回呈示した2症例はヒステリーの中でも転換型ヒステリーに分類される．転換型ヒステリーは自らの欲求が抑圧された結果、無意識的な感情の葛藤が運動系あるいは知覚系の身体症状として現れるものをいう．運動系の症状としては失失、失歩、失声などがある．知覚系の症状としては、解剖学的にでなく身体の機能単位に従って生じる手袋型靴下型の知覚脱失や、管状視野がよく知られ、聴覚障害としてあらわれると難聴、聾となる．特に難聴と失声ではコミュニケーションの障害として現れる点が注目される．

症例1の難聴および囁声は2回の受験(高校、短大)の直前に生じた．音楽学校への強い進学希望があったが、この2症状で両親のいう通りあきらめざるを得なかった．症例2は義母とのコミュニケーションを皆が納得できる形で断ちたいと願い、実現した．そして両例とも運動系、知覚系のヒステリー症状が、症例1は異時性に、症例2は同時に出現した．

過去の心因性難聴と心因性発声障害の合併例の報告をみると難聴発症後しばらくして発声障害を発症した症例¹⁾と難聴と失声が同時に発症した症例²⁾がみられる．つまり心因性の難聴と発声障害が合併する場合は、先に

図2 症例2純音聴力検査

A：初診時(1993年5月28日)

B：最終(1993年6月1日)

表3 症例2聴力検査

	右	左
語音聴取域値	25 dB	5 dB
語音弁別能	85 %	90 %
S I S I (4kHz)	85 %	65 %
自記オーディオ	V型	V型
ABR V波域値	30 dB	20 dB
1993年5月31日		

難聴で発症する場合と同時に発症する場合があるということになる。心因性難聴は小学生から中学生の女性に好発し^{4)~6)}、一方心因性の発声障害も女性に多いが、年齢層はむしろ成人にかたよっている⁷⁾⁸⁾。このことから単独発症では難聴の方が若年に、すなわち先に発症するということが示唆される。

今回我々が呈示した2症例においてABRとホノラリソングラムは非常に有用であった。難聴の診断においてABRの域値が純音聴力検査の域値と矛盾する場合は、種々の検査結果を総合し、心因性難聴と診断される。また発声障害の診断、経過観察においてホノラリソングラムは有用で、発声時の声門閉鎖不全の所見と発声時の緊張状態を客観的に知ることができる。

以上から我々耳鼻咽喉科医としては今回呈示したような症例において、ABRやホノラリソングラムを積極的に利用し、的確な診断をすることが重要であると思われる。近年ストレス社会といわれ、内的葛藤や不安が生じやすい世の中となった。そのため社会に対して適応障害が生じ、今回示したような心因性難聴、心因性発声障害となる症例は今後増加することが予想される。こうした疾患に対応するわれわれ耳鼻咽喉科医の役割は重要で、病態の理解と同時に場合によっては精神科と密接な連絡を保った上での積極的な加療が一層求められるようになるものと思われた。

まとめ

1. 心因性の難聴と発声障害を合併した2症例を報告した。

2. 症例1は難聴で発症し3年後失声となった。症例2では難聴と失声が同時に発症した。

3. ABRとホノラリソングラムは診断および経過観察に有用であった。

4. 今後類似した症例の増加が予想され、耳鼻咽喉科医の役割も大きくなることが考えられた。

本論文の要旨は第40回日本聴覚医学会で報告した。

参考文献

- 1) 服部 浩, 木村 照: 機能的難聴. 耳鼻臨床 60: 583~591, 1967.
- 2) 沢木修二, 藤田馨一, 高橋 良: 難聴を伴ったヒステリー性失声症の一治験例. 耳鼻 1: 206~210, 1955.
- 3) 大熊輝雄: ヒステリー. 現代臨床精神医学. 278~280頁, 金原出版, 東京, 1989.
- 4) 工藤典代: 小児心因性難聴の基礎的および臨床的研究 — 聴覚学上の特徴について —. 日耳鼻 88: 1588~1597, 1985.
- 5) 松木千加子: 機能性難聴の臨床的研究. 日耳鼻 92: 1371~1380, 1989.
- 6) 佐藤 斎, 藤岡 治, 大滝 一, 他: 急性に発症した心因性難聴9症例の検討. 耳鼻臨床 88: 293~296, 1994.
- 7) 矢野 純: 心因性失声症. JOHNS 10: 481~484, 1994.
- 8) 加藤友康: 心因性失声症の臨床的研究. 耳喉 45: 37~52, 1973.

(原稿受付: 平成8年3月27日
原稿採扱: 平成8年4月24日
別刷請求先: 佐藤 斎
〒951 新潟市旭町通1
新潟大学医学部耳鼻咽喉科学教室)