

唾液過剰分泌, 盗汗などが約40%にみられるという<sup>8)</sup>。

#### 7) 摂食障害

摂食障害には, 神経性無食欲症 (AN) と神経性大食症 (BN) がある。AN は, 強い痩せ願望と肥満恐怖のために極端な低体重と無月経に陥り, 重症例では, 著しい低血糖や不整脈を伴う低 K 血症, あるいは急性肝炎や腎不全などにより生命的にも危機的状況となる。一方, BN は, 通常2時間以内の無茶食いがあり, そして過食後に体重増加を防ぐため自己嘔吐や下剤の乱用など不適切な代償方法が認められる。体格や体重に対する心配はあるものの通常著しい低体重とはならないが, 頻回な嘔吐のため電解質異常などが生じる。

AN では, 無月経, 徐脈, 低体温, 低血圧, 浮腫などが, BN では, 浮腫や過食後の微熱などの自律神経失調症状が認められる<sup>9)</sup>。

#### 8) 薬物依存・薬物の副作用

アルコールやモルヒネなどの薬物依存患者に急に薬物を中止した場合に, 離脱症状として自律神経失調症状が出現する。例えば, アルコールの離脱では手指振戦, 異常発汗, 頻脈, 嘔気, 下痢などが生じ, モルヒネでは上記症状に加え, 流涎, 流涙, 発熱, 散瞳, 筋けいれん, 血圧上昇などを呈し, 自律神経嵐と言われるような状態となる。

薬物の副作用としての自律神経失調症状には, 抗精神病薬や抗うつ薬などによる抗コリン作用として, 鼻閉, 口渇, かすみ目, 便秘, 麻痺性イレウス, 排尿障害がある。また, 抗 $\alpha_1$ 作用によるものとして, 頻脈や起立性低血圧が認められる。更に, 悪性症候群では頻脈, 血圧の変動, 頻呼吸, 尿閉, 流涎などが生じる。

## 文 献

- 1) 田原啓二: 自律神経失調症—実地医家でよくみられる症状を中心として—呼吸器系における自律神経失調症. 医学と薬学 14: 887-890 1985.
- 2) 日本自律神経学会: 自律神経機能検査—第3版. 文光堂, 東京, 2000.
- 3) 宇尾野公義: 自律神経失調の臨床. 新興医学出版,

東京, 1980.

- 4) 筒井末春: 自律神経失調症—実地医家でよくみられる症状を中心として—自律神経失調症. 医学と薬学 14: 871-882 1985.
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> ed. APA, Washington D.C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳).
- 6) 塩入俊樹, 村下 淳, 加藤忠史, 濱川 浩, 高橋三郎, 染矢俊幸: 恐慌性障害の奨励研究. Panic Grand Round '95 パニック障害研究最前線. pp62-80, ライフ・サイエンス社, 東京, 1996.
- 7) 塩入俊樹: 慢性疼痛(心因性): 疼痛性障害を中心として. 痛みと臨床 1: 403-416 2001.
- 8) 櫻井浩治: 転換性障害. 臨床精神医学講座 6 身体表現性障害・心身症. (松下正明総編). pp159-174, 中山書店, 東京, 1999.
- 9) 切池信夫: 摂食障害—食べない, 食べられない, 食べたら止まらない. 医学書院, 東京, 2000.

司会(染矢) どうもありがとうございました。特に御質問ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。それではシンポジストの先生, 前に来ていただきまして, 総合討論に移りたいと思います。

村松 倉林先生が今異常出産ということでコールされました。ちょっと今退席なさっておりますので, 倉林先生を抜いて4名の先生方にこれから討論していただきたいと思います。先ほど塩入先生が東邦大学の筒井先生というお話を出されたのですが, 私自身が東邦大学に一時いたものですから, その自律神経失調症という診断名について関わったことがあります。当初東邦大学の第二内科の安部先生が不定愁訴症候群という診断名それが自律神経失調症という診断名に変わっていきまして, そのあたりから筒井先生と一緒にやりになっていました。その後筒井先生が中野先生と一緒に自律神経失調症の定義を作られました。その後の心身医学会で調査が行なわれまして, 大部分の報告は, 先ほど染谷先生が言われたみたいに, 精神疾患であると報告されています。自律神経失調症という診断名を不定愁訴に対して使用していたというのがその背景があったと思われます。最近筒井先生にお会いしまして, その後の経過をうかがいましたところ, 最近筒井先生ご自身もほとんど自律神経失調症という言葉は使っておられないようです。先ほど染矢先生が言われた不安障害とか身体表現性障害とか

いう診断名をお使いになって、講演されているためでしょうか、東京都内で内科の先生方のところにくる一番多い不定愁訴の診断名は身体表現性障害だそうです。このように、自律神経失調症という診断名が使われてきているのが実状ではないかと、私は考えています。そこで先ほど各先生方のご発表の中で、質問が全くなかったんですが、それぞれ先生方のお互いに質問など、いかがでしょうか。それぞれ立場は微妙に違っていらっしゃると思うんですが、精神的な内容が関わっているということではどの先生方も同じところではあるんだろうと思うのですが、いかがでしょうか。

塩入 3人の先生方に質問なんですが、実際臨床で自律神経失調症という言葉は本人さんまたは家族の方に使うことがあるのかどうか、ということを知りたいですね。

真島 私は内科医でもあり、心身医学のほうでもやっておりますけど、私自身は自律神経失調症という言葉あまり、実際使うことはありません。といいますのは、大体私が大学で心身学外来やっていますと、大体紹介元の先生から自律神経失調症だということで、良くならないということで、来てますのでちょっとそこでもう一回、いろいろ心理状態とかそういうものを判断して、最終的には軽い鬱です、とか、あるいは鬱はそんなに強くないけれどこういうストレスが関与して自律神経系の症状かもしれませんね、といった形でお話することが多いと思います。ただ一般内科の先生の場合は、暫定的な診断という形で、自律神経失調症という言葉は、まあ歴史ある言葉で患者さんの受け入れは悪くはないと思いますので、使ってもよろしいと思いますが、先ほど村松先生も言われました通り、精神科疾患、不安障害とか鬱とかそういった合併も多いということ、それから内科的にも例えば膠原病とか多発性硬化症とかあるいは悪性腫瘍とかそういったものが後になって出てくる場合もありますので、そういうものもあるんだということを前提において暫定的に使うということは、私は決して反対ではないと思います。

篠田 私は精神疾患を専門に見ている者ではないです。患者さんに説明をするときに、患者さんにわかりやすい、受け入れやすい疾患概念として自律神経失調症という病名を使うことはあります。先ほど言いましたように、めまいに自律神経系の関与が考えられると話をしますと、患者さんのほうから、「じゃあ自律神経失調症なんですか」という風に逆に聞かれることがあります。

田中 小児科では自律神経失調症というと、起立性調節障害がかなり主体を占めていて、この場合は身体的なことのほうがメインで、薬物療法にも反応する場合があります。ただ、だんだん心身症的な要素が増えてきて、起立性調節障害と診断しても治療になかなか反応しない子供たちというのが増えてきている印象があります。そういう子供達に対して例えば心身症というような病名は、かなり今の日本では誤解を受けるのではないかと思います。心身症となると、その子の気の持ちようだとか、精神的に弱いからだというような形で思われるケースが多いです。特に学校の先生とのやり取りの中で、例えば不登校状態の子の説明とかで心身症だということだと、やはりかなり誤解を受けてしまったりするケースがあり、そういう場合に実際に自律神経の異常があるということでの自律神経失調症ということで、説明したり診断書に書くということは、まあそんなに多くはないけれど、それはそれでそう悪くはないと思います。ただ最近ではだんだん自律神経失調症という病名も、一般の人たちもなんとなく心身症だというような感じで受け取られる方が多くなっているの、そういうことかというと、だんだん中途半端な病名になって消えていく運命にあるのかもしれませんが。ただ自律神経の異常があるということは、ある程度身体的なしっかりした異常があるという観点からは、使っていったいい病名ではないかと思えます。

司会(村松) ありがとうございます。その他各先生がたで、ありませんでしょうかね。そうしましたら今日の討論の中身に入っていきたいと思うんですが、いわゆるこの病名の有用性と弊害ということで、あまり時間がないんですけど、それぞれの先生方のご意見を伺えればと思うんですが、真島先生からお願いします。

真島 有用性に関してはいま先ほどちょっとお話しした通り、病名としてはかなり長い歴史を持っているということと、今までは受け入れやすい方向にあったということで、そういう意味ではいきなり、例えば内科の先生が精神科疾患を合併しやすいということを曖昧な形で言ってみたりとか、あるいはその、ヒステリーだとかいう言葉を出してしまうと、かえって患者さんとの医師患者関係っていうのが悪くなってしまうので、むしろ曖昧なそういう診断はせずに、先ほど私がお話ししたように、そういう前提のもとで暫定的な形で使うということは非常に有用だと思います。ただ弊害としては、今このような前提を考えないで、あ、自律神経失調症ですねと、特に身体の方に異常がないからもういいんじゃない

かな、みたいな形で、医師患者関係をそれによって壊してしまうと、病名を一括して、壊してしまつて、それによって医師患者関係がうまくいかなくなつてドクターショッピングがはじまつてしまうということの危険性もあるので、やはり今お話ししたような前提のもとで、暫定的な意味で、身体的なケアも失わずにやっていくという意味では非常に有用ではないかと思ひます。

篠田 自律神経失調症は、非常に曖昧な病名ですが、耳鼻科医としては、便利な病名です。専門的に、細かくヒステリー、身体表現性障害、パニックディスオーダーなどという診断はつけられません。また器質的疾患がない患者に対し経過を観察していく上で、自律神経失調症という病名は患者の理解度が高く、受け入れやすいと思ひます。歴史的背景もあり、今すぐ使うのを止めろというのはどうなのかな、と思ひます。

田中 弊害のほうは、やはり曖昧な診断ですので、医者の方も曖昧になつて例えば誤診する、あるいは診断や治療への取り組みに対しての意欲あるいは厳しきみたいなものがなくなつてしまうというようなことを、やっぱり考えていかなければならぬんじゃないかと思ひます。利点としては、例えば転換性障害でもやはりその精神的なことに対してまだ取り組みたくない、気付きたくない、それで身体的な科を受診する。そのときに色々調べたけれど異常がないから、精神的なことだから、というところですぐ納得をして精神科に行く患者さんばかりとは限らず、そこである程度つながつて、その状態をある程度受け入れてあげるところで、身体的な科がそういうところを診るという役割はやはりあるんだろうと思ひます。そういうときに自律神経失調症という病名があつてもいいのかな、と思ひます。

塩入 精神科としては自律神経、先ほど染矢先生のほうからもあつたんですが、自律神経失調症という診断は使いません。村松先生のお話のように自律神経失調症といわれた患者さんの大部分が精神科に関係したような病気であるということですので、我々のところに来た段階では全て細かい診断にします。そして、ただ患者さんが、「じゃあ自律神経失調症なんですわね」というような質問をされるんですけど、そのときに自律神経失調症という病気とその方の持っている、例えば身体表現性障害という病気の関係を説明させていただいています。それで納得していただくのが現状です。ですから自律神経失調症という病名の有用性としては、まず患者さんがすぐに理解できるような病名であること。そして何となく身体の重篤な病気ではないという安心感と、「自律」と言

われるところに患者さん自身では何ともしようがないという印象、そして命に別条はないので、患者さんが安心してあきらめるような、そういうニュアンスが病名にあるのではないのかなと私は考えています。あと先ほど他の先生がおっしゃいましたが自律神経失調症ということで、患者さんに、「これで診療終わりなんですよ」というような、診療を切つたりするときに使うのは良くないだろうとは、思ひます。ただ非常にうるさい患者さんに、「検査でどうもない。そしたらあなたは自律神経失調症だから大丈夫」と、無理矢理治療を終了したりする時に使われたりする人もいるようなので、それは少し違うんじゃないか、という風に感じています。以上です。

司会(村松) ありがとうございます。時間になりますので、それでは最後に染矢先生にまとめていただきたいと思ひます。

司会(染矢) 先生方から各科で診ておられる自律神経失調症状を呈する疾患を色々提示していただきました。精神科医の私たちにとりましても非常に勉強になりました。いまシンポジストの先生方にもご指摘いただきましたように、有用性の一番は、心身症という言葉よりも、自律神経失調症のほうを受け入れやすいという背景がやはりまだあつて、そういった意味で使いやすいということかと思ひます。これは医学教育とも関係してくると思ひますが、暫定的な、保留的な診断名として便利だ、と篠田先生がおっしゃつたような面も確かにありますし、まだこれからも使われていくんだろうと思ひました。ただ、塩入先生が最後に指摘したように、ある程度病名を曖昧にしておきたい時期に、意図的にその病名を使うのはいいと思うのですが、よくわからないからただ曖昧に、という意味でそういう病名を下すのとは、大きな違いがあると思ひます。これは医学教育と深く関係する問題です。もう一つ心配な点はもう治療のベースに乗らないんだ、ということで見捨てられていくということです。自律神経失調症といわれている疾患でも、最後の塩入先生の発表で皆さんもお聞きになったように、うつは約6週間、パニック障害も数週間でかなり症状が改善し、QOLがあがるわけで、治療可能、改善可能なものも非常に多い。それはここ15年ぐらいで精神科の治療が進歩してきた部分でもあるだろうと思ひます。しかし一方、身体表現性障害が精神科に来たら良くなるかという、これはなかなか難しい。篠田先生の発表を聞いていて思ったのですが、これは耳鼻科的疾患、これは精神科疾患、ときれいに分けられないだろうと思ひますね。人間いろんなことで機能的失調をきたして、それを身体

的な側面からだけアプローチして治していく、あるいは心理社会的側面からだけアプローチして治していくかという相反的な考えでは無理があると思います。身体面と心理社会的な要因をともに考え、ともにアプローチしていかななくてはいけない、特にそういう病態ではないかと思います。

今日は自律神経失調症状を呈する疾患についてということで、各科の先生にはむしろ話しにくいテーマではなかったかと思います。その科の専門でない、よくわからない部分について、そのわからなさを話してほしいという風な依頼でしたので、大変ご苦勞をおかけしたかと

と思いますが、こういった領域というのは、各科が分担してそれぞれ診断するというよりは総合診療方式といえますか、いろんな科がいろんな専門で関わって診ていかないと、なかなかサポートできないでしょうし、治療できないだろうということも最後に確認しておきたいと思います。今後の診療協力や知識の啓蒙に一層努めていきたいと思います。少し時間がオーバーしてしまいましたけれど、長時間にわたってご協力ありがとうございました。これでシンポジウムを終わりたいと思います。どうもありがとうございました。