

依頼稿

更年期婦人における不定愁訴症候群の診断と治療

鹿児島大学教授

森 一 郎

まえがき

性腺機能と自律神経の関係から、性腺機能の衰退期にあたる婦人の更年期では、自律神経失調様症候群がおこりやすいことは衆知のとおりであるが、一方この時期は、女性として最も華やかな時代から老化への移行の時期であり、また家庭では夫や子供のことで悩みの多いときであるほか、子宮癌の好発期でもあるため、これらに対する焦燥感や不安など、心因による症状も発現しやすく、不定愁訴を訴えるものがきわめて多い。事実、本教室の町野名誉教授の宿題報告でも、なんら器質的疾患の認められない30~65才の一般婦人2,334名中、実に74.4%が不定愁訴を訴えているほどである。

したがって更年期に不定愁訴を訴える婦人に接した場合には、どうしても自律神経機能と心因の両面から観察し、そのいずれか、あるいは両者の混在かを鑑別しなければその治療に万全は期し難いのではないかと思う。そこで教室では、器質的疾患が認められず不定愁訴を訴える更年期(36~58才)婦人55名を3日間入院させ、心因はCornell Medical Index (CMI), Manifest Anxiety Scale (MAS), Sentence Completion Test (SCT), 矢田部-Guilford Test (YGT), Rorschach Test (RT)などで、自律神経機能はメコロールテスト(MT), 寒冷血圧テスト, 体位変換テスト, 皮膚紋画テスト, 眼圧テスト, 眼振テストなどで検索するとともに、血液一般並びに生化学的検査, 梅毒反応, 尿中の5-Hydroxyindolacetic acid (5-HIAA)や、ノルアドレナリン (NA) 並びにアドレナリン(A)の測定, 腔内容塗抹検査, 基礎代謝測定, 胸部X線撮影, 心電図及び脳波の描記や、一部で

は尿中の諸ステロイドホルモン測定, 皮膚電気抵抗や指尖容積脈波検査などの補助的検索も実施して鑑別を行ない、併せて種々の治療を試みてみたのでこれらの結果について以下述べてみる。

1. 検査所見

i. 自律神経機能

対象55例中異常を示したのは、MTで48例、寒冷血圧テストで33例、体位変換テストで30例、皮膚紋画テストで23例、眼振テストで6例、眼圧テストで5例で、MTでの異常率が最もたかく、そのうち副交感神経型は41例、交感神経型は7例であつた。そしてこれらの諸検査法によつて異常が認められたのは実に52例(94.5%)で、正常はわずかに3例に過ぎず、そしてこれらはMTと寒冷血圧テストによつてスクリーニングできることがわかつた。したがって現在では、まずMTをおこない、正常であつた場合にのみ寒冷血圧テストを実施しているが、このような検査によつたものまでを加えると、今日までのところ不定愁訴70例中66例(94.3%)に異常が認められている。MTでは副作用が問題視されることがあるが、われわれは拮抗剤を用いたものは1例もなく、外来でも実施している。

ii. 心因

まずCMIによつて検索した結果は、神経症的傾向のあるⅢ~Ⅳ型は、正常婦人50例では14例(28.0%)に認められたにすぎなかつたが、本群では40例(72.7%)で、神経症婦人50例中の36例(72.0%)の成績にほぼ一致した。しかし神経症ではⅢ型が、本群ではⅣ型が多く認められた。またCMIの中のM~R項(MR)は精神的愁訴に関する項であるので、前述自律神経の安定(3例)

並びに不安定（52例）群についてMRを調べてみたところ、前群では全例に、後群では37例（71.1%）に精神的愁訴が強く認められ、自律神経不安定のみのものは15例であつた。さらにMASでは、自律神経の安定群の全例に、不安定群の39例に不安が強くあらわれ、自律神経の不安定のみのものは13例であつた。なおSCTやRTを参考にしてYGTで性格をみたところ、自律神経の安定群では平凡型1例その他2例、自律神経の不安定群では平凡型13例その他39例であつた。

以上いろいろの心因に関する検査法を試みたが、いずれもほぼ一致した結果をえたので、われわれは平易なCMI、なかでもMRで心因をみても臨床的にはさほど問題はないと考え現在これによつて、このような方法で観察した例を加えると、現在のところ心因のあると思われたものは自律神経の安定群では4例全例、不安定群の66例では47例（71.2%）となつている。したがつて対象例では自律神経失調症（自失症）15例（27.2%）、自律神経失調と心因の混在するもの、すなわち心身症は37例（67.2%）、心因のみのもの、すなわち神経症は3例（5.6%）となつたが、簡易診断によつたものまで加えると、それぞれ19例（27.1%）、47例（67.1%）、4例（5.8%）で、詳細な検査によつたものとほとんど変わらない。

iii. その他

補助的検査所見の詳細は紙数の関係で別の機会にゆづつてその大要のみを述べると、血液の一般並びに生化学的検査では、Naは19.9~33.3%（自失症では低値が、心身及び神経症では高値が主）に、Kは33.3~39.9%（各症型低値が主）に、Caは20.0~33.3%（各症型高値が主）に、Clは60.0~67.5%（各症型高値）に異常が認められ、肝機能は直接ビリルビンが各症型で33.5~54.0%に高値を、間接ビリルビンが自失症で20.0%に高値を、心身症で16.2%に高値、29.7%に低値を示した。血清蛋白は、総量が各症型の26.6~33.3%（ほとんど低値）で異常で、アルブミンは自失及び心身症で、グロブリンは神経症でいずれも低値の傾向を示した。酵素系ではヒヨリンエステラー

ゼの低値が各症型の40.0~66.6%に認められた。尿中のAでは特別なことはなかつたが、NAの平均値はそれぞれ正常値の範囲内にあつたものの、心身及び神経症では高いものが多く、5-HIAAの平均値は心身及び神経症で高値を示した。尿中のエストロゲンの総量は減少し、エストラジオールとエストリオールではこれが著明で、エストロンは比較的増していた。尿中の17-ケトステロイドの総量は少なく、その分画や17-ケトゲニックスステロイドの分画、プレグナンジオールやプレグナントリオール値から、副腎皮質でのコルチコイドに対するアンドロゲン産生の減少が推知された。また腔内容の核濃縮指数は各症型で低値を示した。指尖容積脈波や皮膚電気反応は、自失症でそれぞれ半数に、心身症では60%、100%に、神経症では全例に異常が認められた。

以上諸検査から、本症では性腺機能や副腎皮質のステロイドとくにアンドロゲンの産生機能が減衰の傾向を示し、また肝機能の一部や、血清蛋白あるいは電解質などに異常を呈しているものが多いことをしつた。

2. 診断

自律神経機能や心因の検査法が確定されていない現在では、これらを検索するためには前記諸検査法を可能なかぎり実施しなければならないことになるが、このようなことはあまりにも煩雑にすぎるとは思ふ。したがつて臨床的には、前述の自律神経機能検査ではMTと寒冷血圧テスト、心因ではCMIとくにMRで充分ではないかと考えるが、これでも日常多忙な臨床家にとつてはなかなかのことであろうと思ふ。それでわれわれは、症状の程度を、全くないものを0、症状はあるが病識がないものを1、病識はあるが仕事に支障がないものを2、病識が強く仕事に支障があるものを3として、各症状群別に、大多数を占めた自失症と身心症でその割合を比較してみたところ、前症では精神々経障害、運動器系障害、血管運動神経性障害……の順であつたが、後症では2位と3位が入れ替つて、血管運動神経性障害が2位を占めた。

また、自失症では顔面紅潮、熱感、めまい、肩

昭和43年4月1日

森

457—109

こり、便秘、浮腫、月経困難を、心身症では冷え症、不眠、しびれ感、食欲不振、性交痛などをとくに強く多く訴えていたので、さらにこれらも参考にすれば、症状だけでだいたいの鑑別がつかうのではないかと思う。われわれはさきに更年期障害指数を発表したが、あの当時は病型の診断を充分行なつていなかつたので、例数がある程度になつたら、改めて症型別用の更年期障害指数をつくつて診断と治療の参考にしたいと考えている。

3. 治療

治療の効果判定には、病状の程度を前記の4段階にわけ、治療によるこれらの減退度を点数でみた。治療薬剤としては市販のものを用いたが、性ホルモン剤(H)は、大別してテストステロンとエストラジオール少量の配合剤(H₁)、ステロイドホルモンの中間代謝物の配合剤(H₂)、H₂やテストステロン及びエストロンの各少量と乾燥甲状腺末の配合剤(H₃)、自律神経調整剤(A)としてはベラホリンあるいはクロールプロマジンの配合剤、精神安定剤(T)としてはジアゼパム、クロールメザノン、クロールジアゼポキサイドなどを、所定の用量で1クール5～10日として用いた。症状全体としての初回治療の成績は、H₁、H₂、H₃、AあるいはT、HとAあるいはTの併用で、それぞれ42.2、38.3、33.1、61.3、68.9%で、またHとAあるいはTの組合せでは、AあるいはTを用いてからHを投与したほうが、この逆よりも効果的で、そしていずれも自失症には心身症に比しより効果的であつた。したがつて自失症では、5回治療頃は症状の自覚がほとんどなくなるが、心身症ではなかなか軽快せず、これらの諸薬剤のクールを重ねても症状がある程度のこり、他に対症療法の必要性を感じた。また偽薬による治療で心因のある症型ではある程度の反応をみたことから、これらの症型では精神療法の重大性もとくに痛感した。なお一般に、薬剤投与後3日目頃には効果が著明に現われるから、5日もしてたいした反応を示さない場合は、薬剤の種類を変えるべきではないかと思う。

つぎに症状別の薬剤の効果は、腰痛、悪心、嘔

吐、憂鬱、睡眠障害、逆上感にはAあるいはTが、頭痛、頭重にはHがよく反応し、他の症状に対しては、AあるいはT及びHはほぼ同様で、これらの併用ではやや効果が増すようであつた。なおこれらの副作用は、AあるいはTで約半数に軽い倦怠または浮遊感や、TVや読書での疲労感があつて、症状は軽減したもののなにか一枚ベールをかぶつているような感じがするというものが多く、Hでは浮腫、発疹、にきび、性器出血、胃腸障害などが14.4～58.3%に認められ、活性の強いエストロゲンやアンドロゲンの多いものほど著明であつたが、効果のあつたものでは、なにか頭に傘をかぶつたような重苦しかつた気持が、その傘がとれ晴天を仰ぐような気持になつたとか、その消散のしかたがかなりドラマチックな例が多かつた。

むすび

婦人の更年期に多い不定愁訴症候群の診断にあつては、性腺機能と自律神経機能との関係や、この時期に婦人では心労が多いことなどから、どうしても自律神経機能と心因の両面から観察しなければならぬが、現在のところでは、それぞれに適確な診断法はなく、多くの検査法を行なわなくてはならない。それでわれわれは、これらの諸検査結果をほぼ満足させるためには、どのような検査法の組合せが最も簡便か検討してみたところ、自律神経機能検査では、まずMTを行ない、そしてその正常なものにさらに寒冷血圧テストを実施し、心因の検査では、CMIとくにMRを重視すればよいことをしつたので、今日臨床に応用しているが、しかし多忙な臨床家にとっては、このような方法でも繁雑かと考え、症状からだいたいの推定のしかたも試みてみた。

つぎに治療については、症型別に、また症状別に適当な薬剤の必要性をしつたが、上記の症型鑑別の困難や、副作用の点などを考慮すれば、一般に、まず活性の強いH、例えばH₁などでそのドラマチックな効果を狙い、そしてこれによく反応すれば次に活性の弱いH₂やH₃にかえ、残つた症状にはAあるいはTの単独、または弱いHとの

これらの併用を、またHで反応のにぶいものにはつぎにAあるいはTの単独、または弱いHとのこれらの併用を行なつたがよく、そして以上の方法でも効果のない症状には、他の対症療法や、心因のあるものには精神療法などを講ずることが適当

でないかと考える。さらに諸検査所見でも明らかのように、本症では電解質や肝機能に異常を認めるものが多いから、これらの検索も同時に実施し、その異常に対する治療も決して忘れてならないことと思う。