

# 東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	東邦大学と自律神経失調症・自律神経不全
別タイトル	So called Autonomic 'Shiccho sho', Autonomic Failure and Toho University
作成者（著者）	榊原,隆次
公開者	東邦大学医学会
発行日	2023.06.01
ISSN	00408670
掲載情報	東邦医学会雑誌. 70(2). p.83 84.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	論評
著者版フラグ	publisher
JaLCDOI	info:doi/10.14994/tohoigaku.2022 053
メタデータのURL	<a href="https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD71223017">https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD71223017</a>

## 東邦大学と自律神経失調症・自律神経不全

「自律神経失調症」は、東邦大学（旧）第2内科教授である阿部達夫先生（ビタミンB1欠乏症（脚気）他の代謝科を専門とされ、教室には、後の心身医学/心療内科初代教授・筒井末春先生、脳神経内科初代教授・里吉菅二郎先生がおられました）が1960年代に作られた言葉です。「自律神経失調症」は本邦でのみ使われており、欧米で対応する言葉がありません。独特の歴史があり、阿部先生が記載された当時と比べ、最近はやや用法が変化しているようです。

以下の3者に携わる立場から、自律神経とは以下のよう  
に思われます。

**（基礎）「自律神経系」**（欧米の用語 autonomic nervous system の日本語訳で、生理学の1部門。身近なところでは Wikipedia に項目がございます。）

**（臨床A）「自律神経不全/障害」**（欧米の用語 autonomic failure/dysfunction/disorder の日本語訳で、脳疾患 brain disorder（多系統萎縮症、パーキンソン病など）、脊髄疾患 myelopathy（脊髄損傷など）、末梢神経疾患 neuropathy（糖尿病など）など様々な原因疾患があり、様々な検査法があります。Wikipedia に項目がございます。脳神経内科が担当します。）

**（臨床B）「自律神経失調症」**（欧米で対応する言葉がありません。阿部先生の当初の記載は、不安 anxiety [ストレス] にともなう（心因性 psychogenic）身体症状症 [somatic symptom disorder SSD、ヒステリー、心の体への転換反応 conversion reaction、症状は意識認知・運動・感覚・特殊感覚・内臓と多岐にわたります] の中の内臓症状のことで、精神科（心身医学/心療内科）が担当します。最近はやや用法が変化し、不安症の代わりにも用いられますが、その場合は不安症を用いる方が正確と存じます。Wikipedia に項目がございます。）精神科・脳神経内科において、上記のAとBとは明確に区別され、それぞれの担当科が異なります。

阿部先生は、筒井先生と共著で、1961年前後に、脚気類似の症状を呈しビタミンB1欠乏のみられない一群の患者に注目し、「脚気様症候群」と呼称しました。その後1967年前後に「自律神経失調症」と改称し、さらに1972年前後に「不定愁訴症候群」と改称しました。「失調症」の用語

を採用した理由は述べられていませんが、代謝科の「栄養失調」からではなかったかと想像されます（阿部達夫。不定愁訴症候群。東邦医学会雑誌 第29巻第3号、1982年9月、318-327頁）。第51回日本自律神経学会が、筒井先生を会長として1998年11月5-6日、東京国際フォーラムで開催された際、筆者が筒井先生に伺った所、筒井先生は、精神科による心因性内臓症状（いわゆる自律神経失調症）と、脳神経内科による自律神経不全とを、明快に区別され、混同してはいけない/鑑別診断をしなければいけない、との立場をとっておられました。このように、阿部先生・筒井先生は、身心症の臨床的基礎を確立され、1) 機会依存性が大きいこと、2) 複数臓器に同時に症状が出易いこと（このため「不定愁訴症候群」の用語も作られました）、3) 身体・内臓・自律神経の診察・検査で機能低下がみられないこと、を示されました。さらにその後の研究では、4) 腸管・膀胱・気道・皮膚などに知覚過敏がしばしばみられること、5) 不安症一般の脳内機序として、情動に関わる脳内部位（扁桃核・前部帯状回・島回・前頭前野など）の賦活、同部位でのセロトニン・GABA・opioidなどの低下、CRF (corticotropin releasing factor, CRH)・CCKの上昇などが知られています。

自律神経不全の代表的な疾患は、**多系統萎縮症** (multiple system atrophy, MSA, 従来はシャイ・ドレーガー症候群と呼ばれていました) です。40歳位から発症し、高度の起立性低血圧、尿閉、睡眠時無呼吸と共に小脳性運動失調・パーキンソン症候群をきたす、厚生労働省の定める神経難病の一つです。グリア細胞内にαシヌクレイン陽性の嗜銀性封入体が出現するもので、パーキンソン病と同様、シヌクレイン蛋白のコンフォメーション病と言われます。MSAでの細胞死に至るメカニズムが少しずつ明らかにされ、シヌクレイン重合阻害薬、免疫治療などが試みられるようになり、MSAの早期の確実な診断が求められています。本年、MSAの新診断基準 (Wenning GK, Stankovic I, Sakakibara R, et al. The movement disorder society criteria for the diagnosis of multiple system atrophy. *Mov Disord.* 2022 Jun ; 37 (6) : 1131-1148.) が発行され、東邦大学から



左から 阿部達夫先生，筒井末春先生，里吉宮二郎先生

その作成に参加することが出来ました。本診断基準により、自律神経不全で発症することが多い難病 MSA を的確に診断し、治療介入することによって QOL が向上されることを願っております。以上、東邦大学と自律神経の臨床につ

いて述べてみました。

(東邦大学医療センター佐倉病院脳神経内科：榊原隆次)

DOI : 10.14994/tohoigaku.2022-053