



パニック障害の臨床的検討（助成研究報告）

三田, 達雄
中井, 隆
小林, 克也[他]

(Citation)

神戸大学医学部神緑会学術誌, 10:179-182

(Issue Date)

1994-06

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81007360>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81007360>



助成研究報告——

パニック障害の臨床的検討

大阪府済生会中津病院精神神経科	三 田 達 雄 (46年卒)	中 井 隆
〃 内科	小 林 克 也	戸 田 常 紀
神戸大学医学部精神神経科学	西 野 直 樹	白 川 治
	北 村 登	安 克 昌

I. はじめに

強い不安・恐怖とともに心悸亢進、息苦しさ、めまい感などの自律神経症状を呈するパニック発作（急性不安発作）を繰り返す疾患がある。精神科以外の一般科では心臓神経症、神経循環無力症、過換気症候群、自律神経失調症などと、精神科では不安神経症と診断されてきた。近年、この疾患はパニック障害（panic disorder; PD）と呼称され、注目を集めているが、PDは米国で新しく提唱された疾病概念であり、その臨床的研究はわが国では極めて乏しい^{1)~4)}。

PDにおいては、心悸亢進、頻脈、胸痛などの循環器症状が主症状となるため、患者はしばしば循環器内科を受診する。そこで、精神科と循環器内科が共同で本障害の臨床的研究を行うことになった。今回は、PD患者の特徴、発症年齢、パニック発作時の症状などについて報告し、PDの臨床的意義を考察する。

II. 対象と方法

対象は、1990年3月から1993年5月までの期間に大阪府済生会中津病院精神神経科を受診した患者のうち、米国精神医学会編「精神障害の分類と診断の手引」第3版改訂版（DSM-III-R）⁵⁾の診断基準により、PDの診断が確実と考えられた患者である。個々の患者について、著者らが独自に作成した調査表を用いて、性、受診時年齢、婚姻状況、最終学歴、精神科・神経科以外の診療科受診歴、救急車利用歴、院内他科からの紹介状況、発症から当科受診までの期間、

喫煙および飲酒の習慣の有無、発症年齢、パニック発作時の症状、空間恐怖の随伴、恐怖性回避行動の有無を調査した。

III. 結 果

1. 対象患者の特徴

対象患者は57名で、男性が34名、女性は23名である。受診時年齢は18歳～63歳で、平均年齢は36.9歳（男性36.7歳、女性37.1歳）であった。

最終学歴は、中学校卒業12名、高校卒業20名、専門学校卒業4名、短期大学卒業1名、大学卒業17名、その他・不明3名であった。

婚姻状況は、現在配偶者がいる者は36名、配偶者がいない者は21名、離婚歴がある者は7名であった。PDのため46名（80.7%）の患者は主として内科など精神科・神経科以外の診療科を受診したことがあった。PDの基本症状であるパニック発作のため過去に救急車を利用したことがある患者は19名（33.3%）いた。院内他科より当科に紹介された患者は18名で、そのうち内科からの紹介が14名であった。発症から当科受診までの期間は5日～186カ月で、平均38.2カ月であった。喫煙の習慣がある者は26名（男性22名、女性4名）、飲酒の習慣がある者は18名（男15名、女3名）であった。

2. 発症年齢

発症年齢は、17歳～53歳で、平均33.7歳（男性34.1歳、女性33.1歳）であった。その年齢分布は図1のとおりである。10代は2名（男性1名、女性1名）、20代は21名（男性10名、女性

11名), 30代は17名 (男性15名, 女性2名), 40代は14名 (男性6名, 女性8名), 50代は3名 (男性2名, 女性1名) であった。

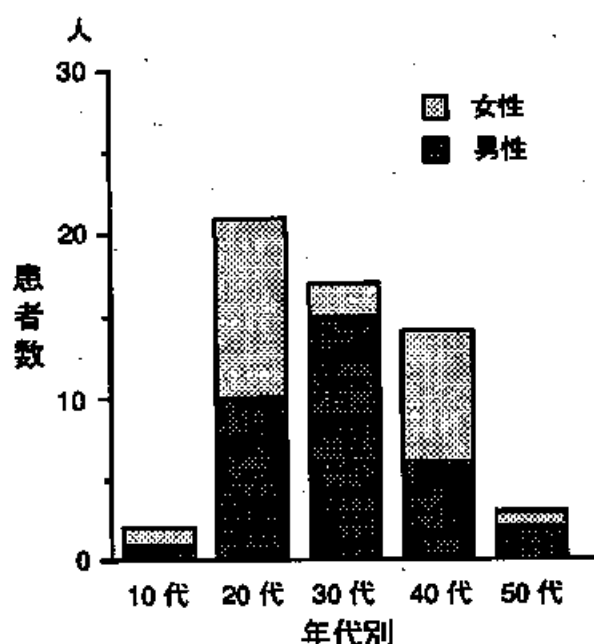


図1 PDの発症年齢分布

3. 臨床症状

DSM-III-Rの診断基準におけるパニック発作の13症状の出現頻度 (過去の発作において一度でもあれば含める) は図2のとおりである。頻度の高い順に, 心悸亢進, 呼吸促進, めまい感, 死の恐怖, 紅潮, 冷感, 発汗, しびれ感, 胸痛, 身ぶるい, はき気, 窒息感, 離人感, 発狂恐怖であった。当科初診時にみられた発作時以外の症状のうち, 不眠は46.4%, 食欲不振は44.6%の患者でみられた。空間恐怖を伴った患者の割合は70.2% (57名中40名) で, 空間恐怖随伴患者40名中35名においては恐怖性回避行動が認められた。

IV. 考察

発作症状が前景にみられる神経症はわが国においても以前より報告されていた。PDに相当すると思われる「急性不安発作で始まった不安神経症」を一群のものとして扱った研究⁶⁾もあった。しかし, パニック発作を繰り返す不安神経症が一臨床単位として分類されたのは, DSM-III (1980年) においてである。不安神経症は解体され, PDと全般性不安障害に分けら

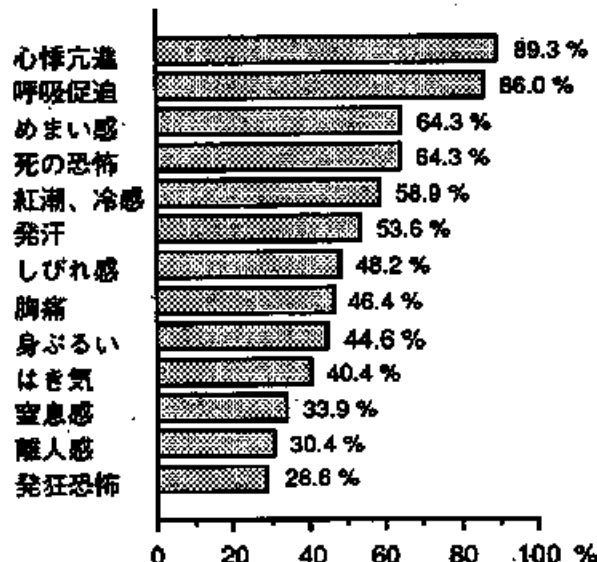


図2 パニック発作症状の出現頻度

れた。この考え方はDSM-III-R (1987年) に引き継がれている。不安神経症の中からPDを単離するという提案がなされて10数年が経ったが, PDの疾病概念が臨床的に妥当なものかどうかは今なお問われている。

外来初診PD患者の性比をみると, 本調査においては1:0.68で, 男性の方が女性より多かった。NIMHの地域住民における調査⁷⁾を含め, 米国の過去の研究^{8) 9)}では, 女性の発症頻度は男性の2倍前後といわれる。DSM-III-Rにおいても, 空間恐怖を伴わないPDでは男女ほぼ同じ, 空間恐怖を伴うPDでは女性が男性の約2倍とされている。しかし, 男性PD患者はしばしばアルコールを乱用し⁹⁾, 調査ではアルコール症に含められた結果, みかけ上男性例が少なくなった可能性がある。一方, わが国の調査ではPD患者の性比は表1のとおりである。女性が多いという報告^{1) 2) 6)}もあるが, 男性が多いとする報告^{3) 4)}もあり, 少なくともわが国では性差があるとはいえないようである。

パニック発作に晒された患者は不安や恐怖という精神症状よりもむしろ身体症状 (自律神経症状) に目を奪われるので, その大部分はまず救急外来や内科 (とくに循環器, 呼吸器, 神経内科), 耳鼻咽喉科, 脳神経外科を受診するといわれる^{3) 10)}。本調査においても3分の1の

表1 わが国のPD患者の性比と発症年齢

報告者	最終 症例数	性比 男：女	平均 発症年齢
高橋 ⁶⁾	42	1：1.33	31
北村ほか ¹⁾	45	1：1.14	28.7
長野ほか ²⁾	9	1：2.00	32.2
井出ほか ³⁾	28	1：0.65	29.4
塩入ほか ⁴⁾	166	1：0.87	35.2
著者ほか	57	1：0.68	33.9

患者に救急車利用歴があり、救急利用者がPD患者の28%⁹⁾あるいは33.7%¹¹⁾を占めるといふ従来の報告と一致している。また、患者の8割が当科受診前に内科などの診療科を受診していたことや、3割以上の患者が循環器内科を中心とした院内他科からの紹介という来科経路も考慮すると、PD患者の診療においては救急部門および精神科と院内他科の連携の重要性が認識される。

PDは思春期から老年期まで幅広い年代で発症し、その発症年齢に著しい特異性はないといわれる⁴⁾⁶⁾が、比較的好発する年代はある。米国では15～35歳とくに15～19歳に発症頻度のピークがある⁷⁾というが、わが国では20～40歳代で多い⁴⁾⁶⁾¹¹⁾。本調査における年齢分布(図1)も同様である。わが国におけるPD患者の平均発症年齢は28.7歳から35.2歳で、われわれの結果(33.9歳)と一致している(表1)。上記の米国の調査結果に加えてDSM-III-Rが好発年齢を20代後半としていることを考えると、わが国では米国より好発年齢がやや高い傾向にある。

パニック発作はPDの初発症状であり基本症状である。何ら特別な契機なく晴天の霹靂のように、激しい不安とともに、心悸亢進、呼吸促進、めまい感などの自律神経症状が患者を襲う。加えて死ぬのではないかと、気が狂うのではないかとこの恐怖感を伴いやすい。本調査におけるパニック発作時の主要症状は、図2のように、頻度順に心悸亢進、呼吸促進、めまい感、死の恐怖であった。この頻度と順位はほぼ過去の研

究結果⁴⁾⁶⁾⁷⁾に沿うものである。Andersonら⁸⁾は発作時の症状に限定せずにPDの精神および身体症状の頻度を調査している。彼らの調査結果はわれわれのDSM-III-Rに準拠した13症状の頻度についての結果を裏打ちするもので、発作時以外の症状のひとつである不眠の出現頻度もわれわれと同じ結果であった。

パニック発作により強い精神的、身体的負荷を受けた患者はまた発作が起きないかという予期不安をもち、発作が起きたら困る場所や状況を恐がり、恐怖に耐えられないときはそのような場所や状況を避けるようになる。つまり空間恐怖による回避行動が生じる。空間恐怖はPDの重要な随伴症状であり、DSM-III-Rではその有無によりPDはさらに細分類される。過去の研究における空間恐怖の随伴率は15.6～66.6%とさまざまである¹⁾⁻⁴⁾⁹⁾¹¹⁾。本調査における空間恐怖の随伴率は70.2%で、空間恐怖を伴うPDが伴わないPDよりずっと多いとする指摘⁵⁾を支持する結果を得た。空間恐怖の随伴率に大きな隔たりがみられた理由はあきらかではないが、以前は空間恐怖への留意が十分でなく、またその概念を狭く定義していたため、本調査結果のように随伴率が高くならなかったのかもしれない。

PDは稀な疾病ではない。海外の大規模な疫学的研究⁹⁾によると生涯有病率は1.5%といわれている。また、とくに総合病院の精神科外来において初診患者に占める率は最近増加傾向にある⁴⁾。しかもPDは遷延化しやすく¹⁰⁾、患者の日常生活の質を低下させることが多い⁹⁾ので、精神科臨床のなかで次第に大きな位置を占めるようになっていく。本調査によってPDという疾病概念の臨床的意義は確認されたが、今後その妥当性をさらに検討する必要があると思われる。

文 献

- 1) 北村俊則, 越川法子, 島悟ほか: 不安性障害の臨床的研究—DSM-III-Rの適用。精神医学, 29:1073-1079, 1987
- 2) 長野浩志, 藤井薫: 恐怖性障害の治療と経

- 過. 精神医学, 30:1159-1162, 1988
- 3) 井出雅弘, 久保木富房, 熊野宏昭ほか:
Panic disorder の臨床研究. 心身医療, 1:
66-71, 1989
 - 4) 塩入俊樹, 花田耕一, 高橋三郎: 恐慌性障
害の症例研究: 1. 精神医学, 34:965-971,
1992
 - 5) American Psychiatric Association: Di-
agnostic and Statistical Manual of Mental Dis-
orders (Third Edition-Revised). American
Psychiatric Association, Washington DC,
1987
 - 6) 高橋徹: 急性不安発作で始まった不安神経
症の経過について. 精神医学, 23:1225-1232,
1981
 - 7) Von Korff MR, Eaton WW, Keyl PM: The
epidemiology of panic attacks and panic dis-
order. Results of three community surveys.
Am. J. Epidemiol., 122: 970-981, 1985
 - 8) Anderson D. J., Noyes R and Crowe R. R.:
A comparison of panic disorder and general-
ized anxiety disorder. Am. J. Psychiatry,
141: 572-575, 1984
 - 9) Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R,
et al: Quality of life in panic disorder. Arch
Gen Psychiatry, 46: 984-992, 1989
 - 10) 三田達雄, 中井隆, 安克昌ほか: パニック・
ディスオーダーの遷延化. 精神科治療学, 8
: 657-665, 1993
 - 11) 竹内龍雄: パニック障害. 新興医学出版社,
東京, 1991