

## Munchausen 症候群に生じた難治性再発性角膜上皮障害の 1 例

谷藤 典子<sup>1)</sup>, 外園 千恵<sup>1)</sup>, 木下 茂<sup>1)</sup>, 國澤 正寛<sup>2)</sup>, 小尾口由紀子<sup>2)</sup>, 吉井 崇喜<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>京都府立医科大学眼科学教室, <sup>2)</sup>京都府立医科大学精神神経科学教室

### 要 約

**目的:** Munchausen 症候群による, あらゆる薬物療法に抵抗した難治性角膜上皮障害の症例を経験したので報告する。

**症例:** 35 歳, 女性, 看護師。20 XX 年 7 月左眼痛が出現し, 流行性角結膜炎と診断された。増悪寛解を繰り返しながら所見が悪化するため, 20 XX 年 10 月当院を紹介受診した。薬物療法を行うも次第に悪化し, 全角膜上皮欠損となった。その翌日, 枕元から塩酸オキシプロカイン点眼液が発見されたため自傷による角膜上皮障害と判断, 同時に精神神経科的診察を行い Mun-

chausen 症候群と診断した。その後, 約 2 か月で角膜所見は改善した。

**考按と結論:** 詳細な病歴および家族背景の聴取, 精神神経科的診察が Munchausen 症候群の診断に有用であった。難治な角膜上皮障害では自傷の可能性も考慮して治療に当たる必要があると考えられた。(日眼会誌 107 : 208—212, 2003)

**キーワード:** 再発性角膜上皮びらん, 自傷, Munchausen 症候群

## A Case of Intractable Recurrent Corneal Erosion Caused by Munchausen Syndrome

Noriko Tanifuji<sup>1)</sup>, Chie Sotozono<sup>1)</sup>, Shigeru Kinoshita<sup>1)</sup>, Masanori Kunisawa<sup>2)</sup>  
Yukiko Kooguchi<sup>2)</sup> and Takanobu Yoshii<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Ophthalmology, Kyoto Prefectural University of Medicine

<sup>2)</sup>Department of Psychiatry, Kyoto Prefectural University of Medicine

### Abstract

**Object:** We report a case of intractable recurrent corneal erosion that was unresponsive to any medication, but was cured by psychiatric care after diagnosis of Munchausen syndrome.

**Case:** The patient, a 35-year-old female, who developed pain in her left eye in July, 20 XX, was diagnosed with epidemic keratoconjunctivitis at the hospital where she worked as a nurse. Despite medication, the eye condition gradually worsened. After undergoing examination at many medical institutions, she came to our hospital on October 6, 20 XX. Her left eye manifested superficial punctate keratitis, then exhibited recurring corneal erosion. The eye condition was intractable, total corneal epithelial defect ultimately occurring on December 30. Subsequently, a bottle of hydrochloric acid

oxybuprocaine eyedrops was found under her pillow. We therefore suspected that the corneal erosion was due to self-inflicted injury. She consulted a psychiatrist, and was diagnosed with Munchausen syndrome. After about 2 months of therapy in which she was prevented from touching the eye (eye patch etc.), her eye condition improved.

**Conclusion:** This case was not diagnosed as Munchausen syndrome for 5 months. In cases of intractable corneal erosion, the possibility of self-injury should be considered.

Nippon Ganka Gakkai Zasshi (J Jpn Ophthalmol Soc 107 : 208—212, 2003)

**Key words:** Recurrent corneal erosion, Self-injury, Munchausen syndrome

### I 緒 言

自傷行為とは, 自己の肉体を傷つける行為であり, 主

として精神発達遅滞, 精神分裂病, 人格障害, てんかん, 痴呆, 薬物依存などでみられ, ヒステリーの疾病利得としてなされる場合もある<sup>1)</sup>。自傷の診断には, 他者

別刷請求先: 602-0841 京都市上京区河原町通り広小路上ル梶井町 465 京都府立医科大学眼科学教室 外園 千恵  
(平成 14 年 3 月 12 日受付, 平成 14 年 8 月 15 日改訂受理)

Reprint requests to: Chie Sotozono, M. D., Ph. D. Department of Ophthalmology, Kyoto Prefectural University of Medicine, 465 Kajji-cho Hirokoji-agaru, Kawaramachi-dori, Kamigyō-ku, Kyoto 602-0841, Japan

(Received March 12, 2002 and accepted in revised form August 15, 2002)

が自傷行為の現場を目撃すること、あるいは本人の告白を得ることが必要である。しかし、本症例である Munchausen 症候群のように現場を押さえることが難しく、本人も否定する場合は自傷と診断することは困難である<sup>2)</sup>。

Munchausen 症候群は 1951 年に Asher により初めて提唱された症候群で、身体症状の自己産出、自己の生活史に関する虚言、病院放浪を主徴とし、ほらふき男爵の異名のある Munchausen 男爵にちなんで命名された<sup>3)4)</sup>。Munchausen 男爵が広範囲を旅行したように、患者は驚くほど多くの他病院を受診し、医師、看護師を騙してきている。Munchausen 症候群の最も顕著な特徴は、その行動の「無意味さ」にあり、自傷による疾病利得が見出されないことにある。この点で明らかな目的を有する仮病、詐病とは区別される。自傷により産出される症状は、腹部症状型、出血型、神経型、心臓型、皮膚型、異物摂取型、混合多症状型に分類されているが<sup>5)</sup>、眼に関する報告<sup>6)7)</sup>もあるなどその症状は多彩で、診療科も多岐にわたる。どの科の医師であっても本疾患に遭遇する可能性をもつが、精神科以外での認知度は低い。病院遍歴を繰り返し虚偽の申告をすることから診断は難しく、自傷により作られた病態が稀な疾患あるいは難治例として治療されることも少なくない。

今回、我々は治療に抵抗し角膜びらんの再発を繰り返す特異な症例に遭遇した。実際には自傷により作り出された病像であり、精神神経科的診察により Munchausen 症候群と診断した。その臨床経過について報告する。

## II 症 例

症 例：35 歳，女性。

職 業：看護師，救急室配属。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：胃潰瘍。

### 1. 現 病 歴

20 XX 年 7 月左眼に眼痛が出現し、近医受診。流行性角結膜炎の診断で点眼治療を施行されたが悪化し、勤務先病院の眼科に入院した。アデノウイルス検査、細菌検査は陰性であり、角膜障害の原因は解明されず、所見が改善しないまま退院した。その後、角膜上皮障害の増悪寛解を繰り返し、複数の医療機関を経て 10 月 6 日当院紹介受診となった。初診時、左眼に点状表層角膜症がみられ、左眼視力は 0.02(矯正不能)であった。右眼には細隙灯顕微鏡検査で特に異常はなかった。薬剤毒性を疑い処方されている点眼をすべて中止し、人工涙液のみを処方した。それにより所見はいったん軽快したが、次の診察時には増悪しており、通院を重ねるうちに点状表層角膜症は悪化して眼瞼腫脹もみられるようになった。消炎目的で 11 月 6 日、1% メチルプレゾニゾロン(ソル

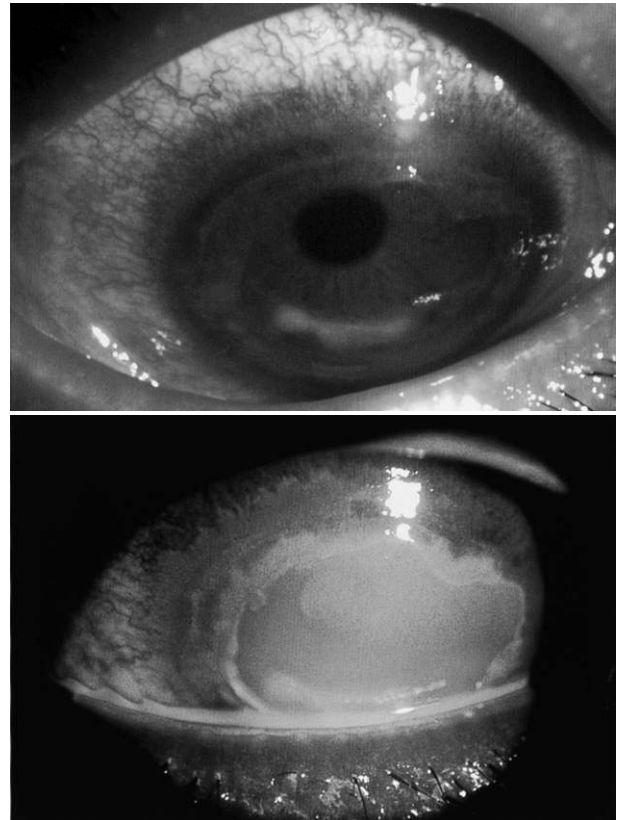


図 1 悪化時前眼部所見。

上段：広範囲の角膜上皮欠損と下方実質に細胞浸潤がみられる。下段：フルオレセイン染色。

メドロール<sup>®</sup>)点眼(防腐剤なし)を処方したところ、11 月 10 日再診時に角膜びらんを生じていた。本人に塩酸オキシブプロカイン(ベノキシール<sup>®</sup>)点眼液の使用について聞き正したところ、強く否定した。上皮障害が難治であり、遠方からの通院であったため、入院加療に変更した。

11 月 21 日入院。治療用ソフトコンタクトレンズ装用、消炎および上皮修復を目的とした薬物療法(オフロキサシン眼軟膏、1% メチルプレドニゾロン(ソルメドロール<sup>®</sup>)点眼、塩酸セフェノキシム(ベストロン<sup>®</sup>)点眼、人工涙液点眼)を行ったが、上皮が修復しては突然に角膜びらんを生ずることを繰り返し、12 月 30 日にはほぼ全角膜上皮欠損となった(図 1)(図 2 に眼表面スコアの推移を示す)。疼痛管理を本人が強く希望するためペンタゾシン(ソセゴン<sup>®</sup>)15 mg 筋注を 1 日 2~3 回行ったが、患者には以前他院で処方された持参薬(消炎鎮痛剤)を勝手に服用するという行動がみられた。

極めて難治であること、角膜上皮の創傷治癒メカニズムからは説明のつかない経過を示すこと、失明への懸念がみられないことなどから自傷を疑い始めたところ、12 月 31 日枕元から塩酸オキシブプロカイン点眼液が発見された。自傷による上皮障害と判断し、治療用コンタクトレンズ、当て綿、眼莢(カップあるいはギッテルとも

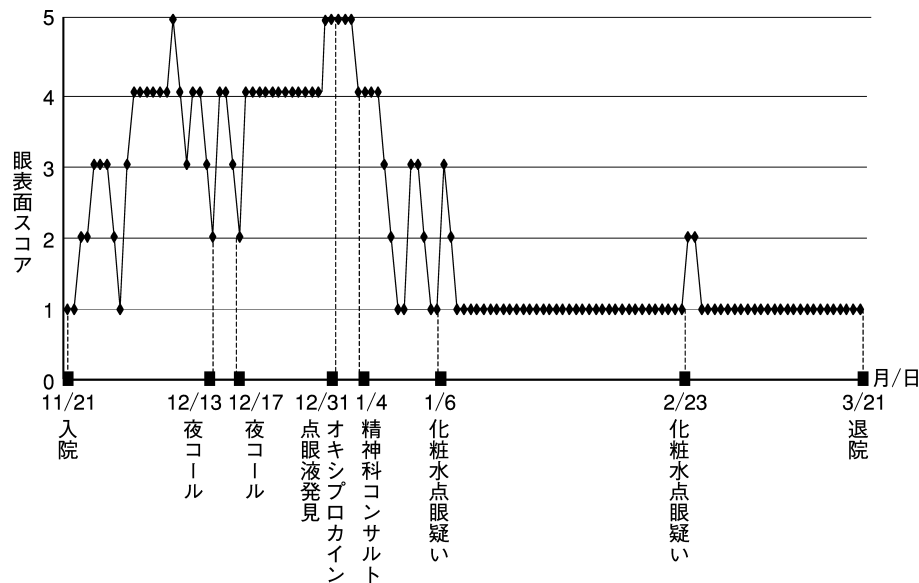


図 2 眼表面スコアの推移。

眼表面所見には日内変動があったが、最も重症な所見をスコア化して1日1プロットとした。スコア0：点状表層角膜症なし、スコア1：点状表層角膜症のみ、スコア2：角膜上皮欠損1/4未満、スコア3：角膜上皮欠損1/4以上1/2未満、スコア4：角膜上皮欠損1/2以上3/4未満、スコア5：角膜上皮欠損3/4以上とした。

#### 表 1 Munchhausen 症候群(慢性虚偽性障害)の診断基準

1. 身体的または心理的微妙な症状を意図的に産出するか装う。
2. その行動の動機は病者の役割を演じることにある。
3. 行動の外的な動機が欠如している。

いう)を装用し、さらにその上から包帯を巻き、眼に触れさせないようにした。翌年1月4日精神神経科的診察を行い、経過および患者背景から Munchhausen 症候群と診断した(表1)。

精神科医によるカウンセリング、自傷としての眼科治療(患者本人に眼に触れさせない)を開始したところ、角膜びらんの再発をみなくなった。しかし経過中、角膜上皮障害の後戻りが生じ、それに一致してトイレに行くと30分以上戻らず、当て綿から化粧水のような香水臭がするという行動がみられた。化粧水点眼による自傷が疑われたが、確証は得られなかった。このようなぶり返しを生じながらも次第に所見は改善し、約2か月で点状表層角膜症のみとなった。眼科、精神神経科的症状とも安定したため3月21日に退院とした。退院時、左眼視力は0.5(矯正不能)に回復した。現在は眼科、精神神経科ともそれぞれ月に1~2回の間隔で通院している。眼所見は完治しないものの、点状表層角膜症で留まっている(図3)。

#### 2. 患者背景

19XX年結婚。婿養子である夫とは結婚後半年で不仲となっていた。両親によると、患者は2人姉妹の長女

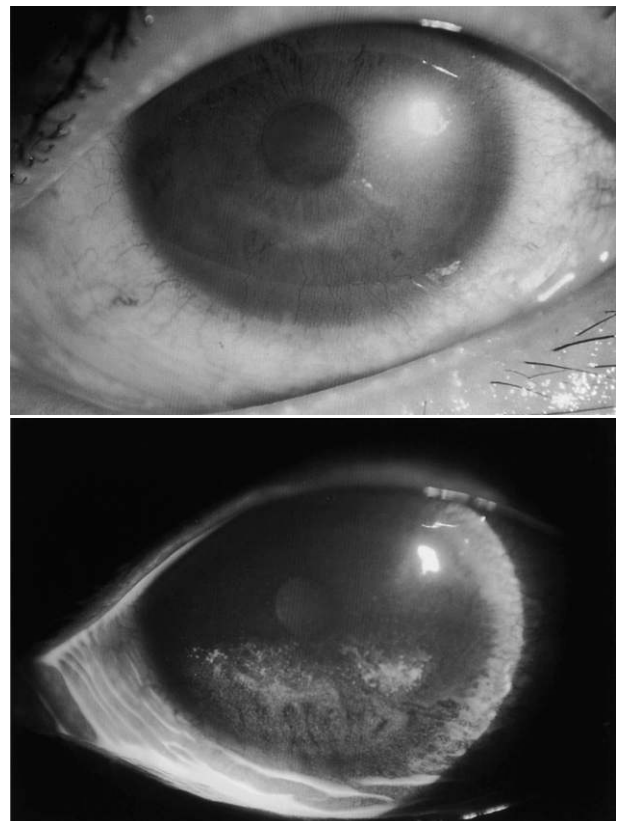


図 3 寛解時前眼部所見。

上段：点状表層角膜症の状態に寛解した。  
下段：フルオレセイン染色。

で過保護に育てられた。性格はまじめで勤勉であり、看護師の仕事に誇りを持っている。一方、上司(婦長)によると、仕事態度はまじめであり、勤務状況に特に問題はなかった。19 XX 年、専門看護師の資格を目指したが、研修の途中で挫折、上司は患者から「胃潰瘍による吐血が原因であり、同時に墮胎した」と説明されていた。入院中に両親、夫に確認したところ、「胃潰瘍を長くわずらっていたが、墮胎の事実はない」とのことであった。夫によると、患者は自己中心的であり、患者の眼痛の症状は自分で作りあげているのではないかと夫が自傷を疑っていたことが聴取された。上司や患者家族からの聴取と、本人の申告事項に幾つかの相違の多いことがわかり、本人の虚偽が明らかになった。自傷の疑いを強くしていたところ、12月31日塩酸オキシブプロカイン(ベノキシール®)点眼液を発見した。

### III 考 按

自傷は、最初から確かな診断を下すのはほとんどの場合不可能であり、患者の治療経過上で医師が異常を察し、精神神経科的診察で診断がつく場合が大半である。特に Munchausen 症候群は医療側と患者の人間関係が問題となり、診断に至る前に受診しなくなる場合も多いとされている。本症例は比較的早期に患者の異常に気づき、精神神経科的治療を開始したことで最低限の障害で留めることができたと考えられる。

本症例は、眼を保護すると速やかに上皮修復するが、治癒傾向にあることを本人に伝えると突然に角膜びらんを生じ、所見は治療にもかかわらず寛解、増悪を繰り返しながら悪化するといった上皮修復メカニズムからは説明できない病像を呈していた。角膜上皮は速やかに再生することから、健全な治癒力を有していると考えられた。本症例は、①上皮の再生は早い、突然に悪化してほぼ全面的角膜上皮欠損となる(健全な上皮創傷治癒力を有している)、②疼痛の訴えが強く、入院への不満も強く訴えるが、疾患の治療そのものには無関心であり、失明に関して全く懸念していない(疾患に対して無関心)、③複数の眼科に通院していたが、そのことを医師に正しく伝えない(病歴に関する虚言)といった特徴があり、括弧内はすべて Munchausen 症候群の診断基準<sup>9)</sup>(表1)に合致する所見であった。本患者は、夜間、早朝、日曜など主治医のいない時に突然の症状を訴えることが多く、主治医はしばしば病棟からの呼び出しを受けた。痛みの訴えが強く、痛みのコントロールに対する不満を訴え、鎮痛薬を無断で頻回に内服した。入院が長びくことについても医師と看護師をなじむなど、病棟スタッフは患者に振り回された。このように、医師と看護師に苦情を呈し、医療側の助言に反した行動をとることも本症候群の特徴とされている。

Asher の報告では、ヒステリー、精神分裂病などが本

症候群の基礎疾患として挙げられた。しかし、現在では精神疾患を基礎疾患として求めない傾向にあり、本症候群の特徴を患者役割の追求や無目的な症状産生性に焦点づけるようになりつつある<sup>4)5)</sup>。西松ら<sup>5)</sup>は1992年までの本邦での報告例33例をまとめているが、欧米の報告では男性、比較的高年齢の症例が多いのに対して、本邦では女性が24例、30歳未満が17例であり、女性と若年者が多数を占めていた。その後、本症候群の社会的認知が広まるにつれて本邦における報告例が増えつつある。詐盲、ヒステリー(転換性障害)との鑑別が難しく混同されやすいが、詐盲では症状産出は意図的であり、目的となる疾病利得が存在する。ヒステリーでは、無意識的に症状が産出され、その結果何らかの疾病利得(例えば家族の注目を得るなど)が無意識的に得られている。本症候群では症状産出は意図的であるが明らかな疾病利得がなく、患者の目標は「患者」という役割を演じることにある<sup>8)</sup>。

共著者である木下は、これまでに自傷による角膜上皮障害について2例を報告した。大園ら<sup>10)</sup>の報告した症例は16歳女性で、原因不明として治療されていた難治な両眼性角膜上皮障害が両眼ともに全角膜上皮剥離に至った。患者の枕元から塩酸オキシブプロカイン(ベノキシール®)点眼液を発見し、後に患者がそれを点眼していた事実を認めた。ヒステリーとして治療したが、その後の経過の中で精神分裂病(統合失調症)と診断された。田中ら<sup>11)</sup>の報告は20歳女性で、6~7日毎の早朝に定期的に片眼性の角膜びらんを生じた。患者の眼部を完全に被覆して機械的な衝撃を防いだところ、角膜びらんの再発はみられなくなり、確定はできなかったが自傷と考えられた。心理テストの結果からヒステリーと診断された。これらの症例には病院遍歴の既往はなく、Munchausen 症候群ではなかったと考えるが、難治な角膜上皮障害では自傷による可能性を検討する必要があると思われる。

Munchausen 症候群発病の原因、誘因はよくわかっていない。本症例の誘因としては専門看護師資格獲得の挫折、夫との不和が考えられた。また、患者の理想とする自己のイメージが高く、その理想像からはずれるようなことを受け入れることができず、患者自身が自己統制ができなくなった可能性がある。流行性角結膜炎の発症をきっかけとして、患者としての役割を演じ続けることで何らかの精神的満足が得られていたと考えられる。

診断に当たっては、本人以外からの聴取が重要であり、本症例においても家族、職場の上司からの詳細な病歴、家族背景の聴取が有用であった。また、精神科医による問診と診断も重要であるが、患者本人が精神科受診を拒否した場合に眼科医のみでは診断がつけられず、曖昧なままに時間が過ぎてしまう可能性がある。本症例では、不眠の訴えのあることを理由にして、精神科を受診

させることができた。

Munchausen 症候群の患者は病院遍歴の傾向が強い  
ため、退院後の定期受診が大変難しいとされる。その  
ため、治療では病院遍歴を止めさせることが最も重要  
である。本症例では眼科と精神神経科の連絡を密にし、  
自傷を軽度抑える形で続けさせながら、その度合いが  
次第に軽くなることを目標とした。精神神経科のカウ  
ンセリングでは虚偽を指摘せず、生活歴を聴取する  
中で患者との信頼関係を確立した。その上で日常生  
活の不安や葛藤を洞察し、共感を明らかにしながら  
診察を継続した。眼科においても自傷であることを  
本人に詰問せず、騙されてあげながらも振り回さ  
れないという態度で接するようにした。角膜上皮障  
害が増悪し自傷の再発を疑った時には、再入院が  
必要となることや失明の恐れなどを患者に話し、  
患者が何らかの不利益を被ることを伝えた。本症  
候群は完全治癒は難しく、本症例も角膜上皮障  
害が軽度なままで持続しているが、現在患者の症  
状は安定している。

Munchausen 症候群の報告は国内外とも報告数は  
増加しており、診療科も多岐にわたっている。難治  
な角膜上皮障害や角膜びらんでは自傷の可能性も  
考慮して治療に当たる必要があると考えられた。

#### 文 献

- 1) 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原 嘉, 宮本忠雄, 小此木啓吾: 新版精神医学事典. 弘文堂, 東京, 306, 1992.
- 2) 國澤正寛, 河瀬雅紀, 福居顯二: 本当に困った症例集. ころの臨床 a・la・carte 20 (増刊号): 45—47, 2000.
- 3) Asher R: Munchausen's syndrome. Lancet 1: 339—341, 1951.
- 4) 加藤佳彦, 飯田 眞: Munchausen Syndrome. 精神医学 31: 543—551, 1989.
- 5) 西松能子, 齊藤卓弥, 黄 珉淑, 竹原 恵, 佐藤忠宏, 遠藤俊吉: 本邦における身体症状を伴う慢性虚偽性障害(いわゆる Munchausen syndrome)の検討. 臨床精神科学 24: 1631—1639, 1995.
- 6) Cruciani F, Santino G, Trudu R, Balacc Gabrieli C: Ocular Munchausen syndrome characterised by self-introduction of chalk concretions into the conjunctival fornix. Eye 13: 598—599, 1999.
- 7) Voutilainen R, Tuppurainen K: Ocular Munchausen syndrome induced by incest. Acta Ophthalmol 67: 319—321, 1989.
- 8) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 182—183, 1995.
- 9) 融 道男, 中根允文, 小見山実(監訳): ICD-10 精神および行動の障害. 医学書院, 東京, 230—231, 1994.
- 10) 大園澄江, 新藤いづみ, 木下 茂, 眞鍋禮三: 塩酸オキシプロカイン点眼液連用による重篤な角膜障害の 1 例. 眼紀 34: 2373—2376, 1983.
- 11) 田中 文, 木下 茂, 大橋裕一: 自傷による再発性角膜上皮びらんの 1 例. 日眼会誌 95: 1275—1279, 1991.