

## 自傷による再発性角膜上皮びらんの1例

田中 文\*, 木下 茂\*\*, 大橋 裕一\*\*

\*大阪労災病院眼科, \*\*大阪大学医学部眼科学教室

### 要 約

20歳女性の、自傷による再発性角膜上皮びらんの1例を経験した。この上皮びらは6~7日毎の早朝に定期的に発生し、その範囲は角膜中央部約10mm径であり、保存的治療では再発を防止できなかった。このような臨床所見から筆者らは自傷によるびらんを疑い、患者の眼部を夜間に完全に被覆し機械的な衝撃を防ぐことによって、上皮びらの再発は見られなくなった。心理テストの結果とも併せてヒステリーによる自傷が考えられた。(日眼会誌 95:1275-1279, 1991)

キーワード：再発性角膜上皮びらん, 自傷, 心因的要因, ヒステリー, 詐病

## A Case of Recurrent Corneal Erosion Caused by Self-inflicted Injury

Fumi Tanaka\*, Shigeru Kinoshita\*\* and Yuichi Ohashi\*\*

\*Eye Clinic, Osaka Rosai Hospital

\*\*Department of Ophthalmology, Osaka University Medical School

### Abstract

A 20-year-old female developed periodically recurrent corneal erosion in a 10mm diameter area of the central cornea. Since the episodes of corneal erosion occurred suddenly in the early morning every 6~7 days and since medical treatments could not prevent recurrence, we suspected that the corneal erosion was due to self-inflicted injury such as mechanical damage and/or topical application of toxic drugs. Psychological tests also indicated that the patient had a tendency towards hysteria. The corneal erosion has not recurred since we completely protected both her eyes at night. These findings strongly suggested that the cause of this corneal erosion was due to self-inflicted injury. (Acta Soc Ophthalmol Jpn 95:1275-1279, 1991)

Key words: Recurrent corneal erosion, Self-inflicted injury, Psychological factor, Hysteria  
Malingering

## I 緒 言

再発性角膜上皮びらは朝起床時に突然眼痛、流涙を自覚することを特徴とする疾患である。また、治癒後も再発を繰り返すことが多く、紙や爪などによる角

膜外傷や格子状角膜変性症等の遺伝性疾患によって生ずる例が多いと言われている<sup>1)~4)</sup>。

今回我々は、角膜上皮びらの再発を繰り返し治療に抵抗する特異な疾患に遭遇したが、実際には自傷により生じていると考えられたので、その臨床経過につ

別刷請求先：553 大阪市福島区福島1-1-50 大阪大学医学部眼科学教室 木下 茂  
(平成3年3月22日受付, 平成3年7月22日改訂受理)

Reprint requests to: Shigeru Kinoshita, M.D. Department of Ophthalmology, Osaka University Medical School.

1-1-50 Fukushima, Fukushima-ku, Osaka 533, Japan

(Received March 22, 1991 and accepted in revised form July 22, 1991)

いて報告する。

## II 症 例

症例：20歳，女性。

初診：1990年5月11日。

主訴：右眼の眼痛，視力障害。

家族歴：特記すべき遺伝歴なし。家族構成は両親と同胞3人（患者は長女で末子）で同居。

既往歴：1986年2月から3月まで，右眼の再発性角膜上皮びらんの診断のもとに近医で加療を受けていたが，ほぼ1週間ごとに上皮びらんの再発を繰り返すため，大阪労災病院眼科へ昭和61年3月19日に紹介された。初診時，視力は右0.03 (n.c.)，左0.2 (1.0)であり，右眼角膜中央約10mm径の上皮びらんを認めるのみで，角膜実質の癒痕はなく浸潤細胞もわずかであった。問診では外傷の既往はなく，経過観察を目的として入院し，抗生剤とステロイド点眼治療で経過観察を行ったところ，上皮びらんはすみやかに治癒し，視力は3月26日には右0.06 (0.4)となった。以後上皮びらんの再発を認めなかった。

現病歴：1990年4月2日，急激な右眼眼痛をきたし某医大眼科を受診した。そこで右眼の広範囲な角膜上皮びらんを指摘され，抗生剤及びFAD®点眼の治療により治癒した。しかし4月9日に角膜上皮びらんを再発したため，医療用ソフトコンタクトレンズ (plano-T, Bausch-Lomb) の装着を開始した。上皮びらんは一且治癒したがコンタクトレンズを外すと再発した。以後ソフトコンタクトレンズ装着あるいはフィブロンクテン点眼による治療が行われたが，4月16日，22日，

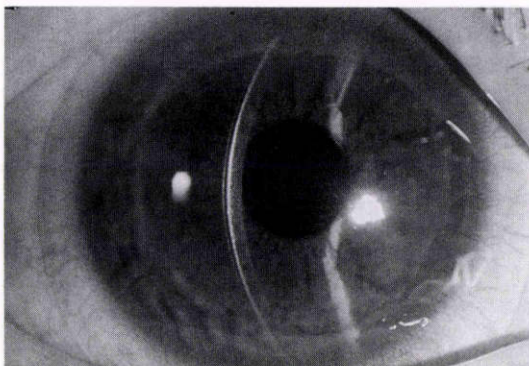


図1 初診時の前眼部所見。医療用ソフトコンタクトレンズを装着されている。角膜中央部では上皮下混濁と細胞浸潤を認めるが，角膜全体は透明である。

25日，5月1日，7日と右眼上皮びらんの再発を再三認めため大阪大学眼科に紹介された。

現症及び経過：1990年5月11日の診察所見は，視力が右0.1 (0.5)，左0.15 (1.2)，眼圧は右15mmHg，左15mmHgであった。右眼角膜中央部には上皮修復過程と思われる上皮パターンを認め，約10mm径の上皮接着不良部位を認めたが，上皮欠損はなかった。中央部の実質浅層にはわずかな癒痕と細胞浸潤を認めた。さらに，周辺部の角膜実質深層には血管侵入を認め，右眼球結膜は充血していた(図1，2a)。右眼の前房には細胞は認めず，中間透光体，眼底にも異常を認めなかった。左眼角膜は正常であった。

即日入院のうえ，ソフトコンタクトレンズ装用を中止し，ステロイドの内服と抗生剤及びアトロピン点眼で経過観察を行ったが，5月14日午前4時頃，突然右眼の激痛を訴え，ほぼ全角膜の上皮びらんを生じた(図2b)。眼軟膏点入と圧迫眼帯の治療により，2日後には上皮欠損は縮小し(図2c)，4日後には上皮は完全に被覆した(図2d)。角膜上皮内および上皮下には，再発性びらんの寛解期に認められる砂状混濁<sup>1)</sup>は認められなかった。

5月20日午前2時頃，再び右眼痛を訴え，右眼角膜は同様の上皮びらんをきたした。再発前の角膜の状態からこのような広範囲の上皮欠損をきたすことは考えがたいこと，当科を受診する以前からはほぼ6日毎に上皮びらんを繰り返していたことなどから，本人は自傷を否定したが，自傷による可能性を考慮し精神科を受診させた。同時に，角膜上皮障害をきたす薬剤の自己点眼を疑って所持品検査を行い，内容不明な液体の入った点眼に適した化粧瓶を発見した。分析の結果，45.4%エタノールを含む液体であったが，これを点眼していたとは断定できなかった。精神科において矢田部—ギルフォード検査(Y-G)，Cornell medical index-health questionnaire (CMI)，文章完成テスト(SCT)の3種の心理テストを行った結果，Y-Gテストでは情緒安定しており主導性を指向する性格，一方CMIテストでは精神的自覚症状での不適応，緊張の項目が目立ち，内面の繊細，不安定性を示した。またSCTテストでは極めて幼稚で感情的，短絡的な思考内容を示し，Y-GとCMIの結果の解離及びSCTの内容からみて性格未熟性，ヒステリー傾向を有していると推定された。その結果，意図的に自傷行為を繰り返す可能性は低いが，ヒステリーの短絡的の反応として無意識に自傷行為を行う可能性がある旨と指摘された。ただし視野検



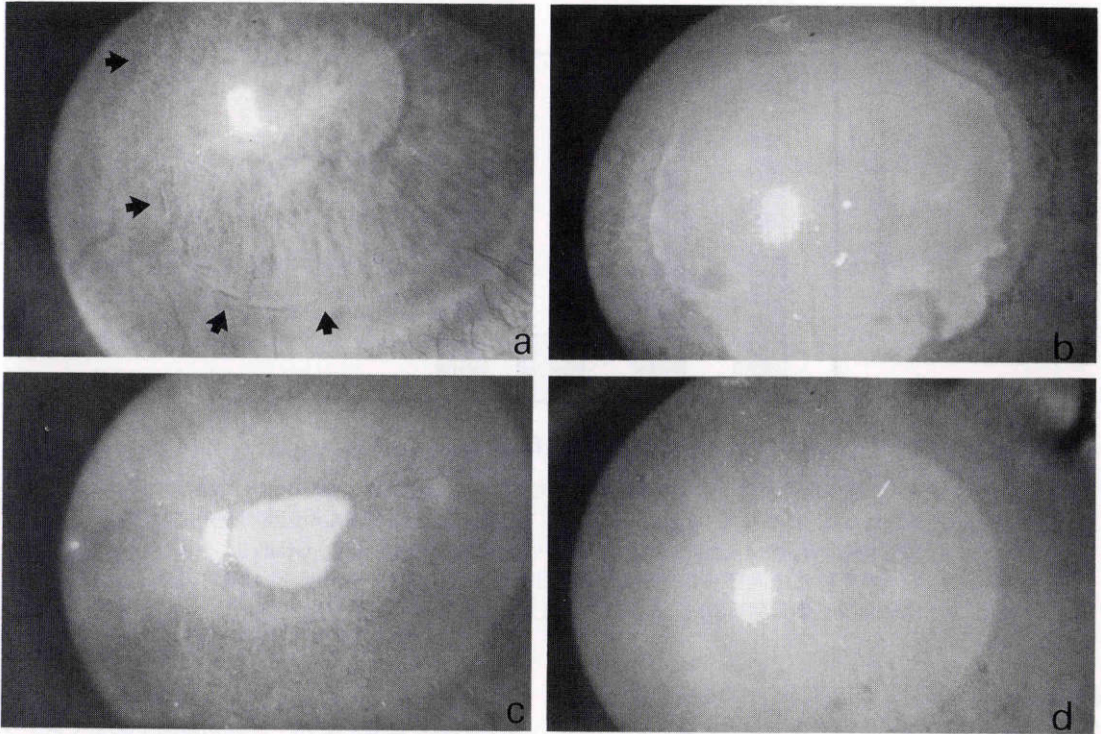


図2 角膜上皮びらの再発例(右眼). a: 上皮びらは認めないが, 矢印の内側に生じた上皮接着不良部位が認められる(5月11日). b: 突然, 角膜中央部に上皮びらを生じたが, 上皮先端部は比較的なめらかである(5月14日). c: 上皮びらは正常な治癒過程にある(5月16日). d: 一部表層上皮に障害は認められるが, 上皮びらは消失している(5月18日).

査は両眼正常であった。

以後も, 5月26日, 6月1日に右眼の角膜上皮びらを再発したが, 必ず午前2~5時の間で手洗いに起きたあとにみられた。これらの上皮びらは, いずれの場合も3~4日で速やかに治癒した。以上のような経過のため, 6月5日から, 患者に無意識の自虐による再発が疑わしいことを説明したうえ眠剤を処方し, 眼莢(カップともいう)上からさらに包帯を巻くことで, 右眼を機械的障害から防御した。しかし6月6日朝, 左眼の眼痛(著者の知るかぎり初めてのエピソード)を訴え, 細隙灯顕微鏡検査にて左眼角膜中央部にフルオレイセインをはじく上皮の不整を認めた(図3)。この所見より, 機械的障害が加えられている確信を強め, 両眼に眼莢を装用し, 就寝前の包帯による被覆を続行した。その結果, 上皮びらの再発は見られなくなり, 患者の強い希望もあって6月16日退院とした。

なお, 患者は6月5日午前4時頃, 左肩の痛みを訴

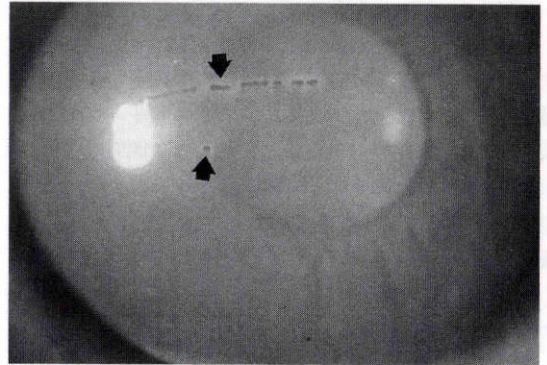


図3 左眼の上皮障害。突然, フルオレイセインをはじく上皮不整部位が出現した(6月6日)。

えたため, 整形外科医師の往診を依頼した。その際, 左肩脱臼が認められるとともに患者の応答に心理的な要素が強いことを指摘された。入院中の右眼の上皮びらん再発の経緯を図4に示した。



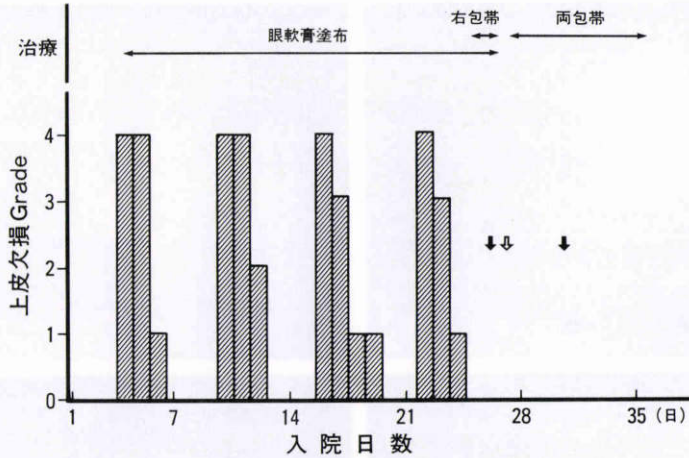


図4 右眼の角膜上皮びらんの再発経緯。上皮びらんの範囲を grade 0~4までに分けて表示した。Grade 0: 上皮びらんなし, Grade 1: 上皮びらんの面積が全角膜の10%未満, Grade 2: 上皮びらんの面積が全角膜の10~40%未満, Grade 3: 上皮びらんの面積が全角膜の40~70%未満, Grade 4: 上皮びらんの面積が全角膜の70~100%。↓肩関節脱臼, ↓左眼の上皮びらん出現のエピソードを示す。

退院後約6カ月経過した12月7日までの間に、上皮びらんの再発を認めなかった。所見としては、角膜中央部の上皮下に軽度の混濁を残すのみであり、周辺部深層の侵入血管は消退しつつあった。左眼角膜には異常は認められなかった。視力は右0.7(1.0), 左0.1(1.5)であった。

### III 考 按

本症例の再発性角膜びらんの原因については、眼症状の所見及び経過が特異なことから自傷の可能性を疑ったが確定は困難であった。自傷を疑わせる病歴としては、再発性びらんが、(1) 約1週間間隔で定期的に生じた、(2) 真夜中から早朝にトイレに行った時に生じた、(3) 右眼に眼帯を行うと左眼に生じた、(4) 両眼に眼帯と包帯を行ってからは再発を生じなかった、(5) 眼症状軽快後生じた肩の脱臼も自傷の疑いがあった、などがある。

我々は以前、塩酸オキシプロコカイン (ベノキシル®)を故意に頻回点眼し、重篤な角膜上皮障害を生じた16歳女子の症例を経験したことがある<sup>9)</sup>。今回の症例も決まった間隔で決まった時刻に発症するというエピソードが自傷を疑わせたため、何らかの薬剤点眼による傷害を念頭の第1に置いた。このため、患者を入院させ、患者および母親の了承を得て所持品検査を行い、ベノキシル®点眼液やそれに類似の薬品を検索

した。その結果、点眼しやすい化粧水(アルコール剤)とその瓶を発見したが、これが原因と確定することは出来なかった。第2の可能性として、患者自身の指等による機械的な傷害も疑い、眼莢を貼るテープに細工をして注意を払ったが、やはり再発をきたした。しかしこの方法では、眼莢を外さずに隙間から指を入れたり眼莢上から圧迫することで機械的傷害を起こすことは可能であった。このため眼莢を含めた眼部に包帯を巻き、眼への機械的傷害を完全に防御したところ角膜上皮びらんの再発は認められなくなった。以上のような試行錯誤の対応から、本症例の再発性びらんは上皮毒性のある点眼か機械的傷害という自虐的行為による可能性が極めて高く、いわゆる器質的障害によるものではないと考えられた。

本症例の角膜びらんが自傷によるものとするれば、その行為が『意識』したものか、『無意識』のものかに大きく分けて考えることが重要である。『意識した自傷』としては詐病があるが、これは何らかの社会的重圧からの逃避や金銭的補償が目的とされている。今回の定期的な発症という病歴は意識した行為であることを示唆したが、患者の人格的な未熟さや幼稚性からは系統だった思案に基づいて詐病という行為に至る可能性は低く、むしろ、心理テストの結果とも併せて、ヒステリー的な要因による『無意識』の行為である可能性が高いと考えられた。ヒステリーの眼症状は視力低下と

視野狭窄が代表的であるが、眼ヒステリーの分類に自己損傷をあげる場合もある<sup>6)</sup>。吉田ら<sup>7)</sup>は11歳男子にみられた自傷による網膜剥離症例を報告しているが、その症例においても心理テストで情緒不安定ヒステリー型と判定されている。また本症例で見られた肩脱臼のように、ヒステリーでは症状が身体の異なる部分に移動してあらわれることも特徴であるといわれる。

自傷行為を生ずる心理的要因としては、性的欲動、攻撃衝動あるいは自己懲罰の欲求を満足させるためと解釈されることが多い<sup>8)</sup>。本患者の場合は、本年4月に就職したばかりで、周囲に同年代の同性がいない不満をもらしていたが、このような環境変化が今回の精神的ストレスの背景にあったことは十分に考えられる。また前回(昭和61年)の発症時は患者は高校生であり、当時カンニングを疑われて悩んでいたという事実もあった。

このような精神的ストレスに反応している患者に、角膜上皮びらんが自傷によると告知するかどうかは問題のあるところであるが、今回は精神科医の助言もあり、また自傷対策上必要であると考えられ告知した。このような告知の患者への心理的な効果は不明であるが、少なくともこの患者では反応性の精神症状・所見は少なく、上皮びらんの再発防止には有効であったと思われる。一般にヒステリー患者は自分の行為を自覚していないことが多く、医師が自傷を指摘しても患者はそれを否定できないため、医師一患者間の信頼関係は失われにくいといわれる。ただし、自傷にいたる要因について洞察できる患者でなければ、かえって対症療法のみの方が効を奏する場合もある。

果たして今回の自傷が『意識』したものなのか『無意識』のものなのか確定はできないが、自傷行為が精神・心理的ストレスによって誘発されたものであることは間違いのないところと思われる。眼に対する自傷行為は、精神分裂病患者にみられることが多いといわれている<sup>9)~12)</sup>が、うつ病や神経症といった他の精神神経疾患の際にも認められることが報告されてきている<sup>9)13)</sup>。我々はしばしば眼の器質的障害に対する治療のみに専念しがちであるが、発症に心理的な要因が絡んでいる場合、早期にその事実を見抜き治療対策を講じなければ、いたずらに再発を繰り返し、精神科的診

断および治療が開始される時期にはすでに恒久的な角膜障害を残すことになりかねない。以前の症例の経験から今回の症例は角膜瘢痕を残すことなく治癒させることが出来たが、心理的ストレスに関係した自傷による角結膜疾患は今後ますます増加し、また重要となってくるものと思われる。

稿を終えるにあたり、御助言を頂きました大阪大学医学部精神神経科武田雅俊先生に深謝致します。

#### 文 献

- 1) Galbavy EJ, Mobilia EF, Kenyon KR: Recurrent corneal erosions. *Int Ophthalmol Clin* 24: 107-131, 1984.
- 2) 大西裕子, 内田幸男: 反復性角膜びらん100例の検討. *眼臨* 79: 1650-1653, 1985.
- 3) Brown N, Brown A: Recurrent erosion of the cornea. *Brit J Ophthalmol* 60: 84-96, 1976.
- 4) Brown AJ, Burgess SEP: Inherited recurrent corneal erosion. *Trans Ophthalmol Soc UK* 101: 239-243, 1981.
- 5) 大菌澄江, 新藤いずみ, 木下 茂, 他: 塩酸オキソブ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.
- 6) Duke-Elder S: *System of Ophthalmology* XII, London, Henry Kimpton, 579-594, 1971.
- 7) 吉田紳一郎, 筑田 真, 小原喜隆, 他: 眼心身症の自傷行為による網膜剥離の1例. *眼臨* 83: 288-291, 1989.
- 8) 亀井俊郎: 眼心身症. 植村恭夫編: 新臨床眼科全書, 4巻B, 神経眼科学2, 東京, 金原出版, 257-280, 1984.
- 9) Tapper CM, Bland RC, Danyluk L: Self-inflicted eye injuries and self-inflicted blindness. *J Nerv Ment Dis* 167: 311-314, 1979.
- 10) Yang HK, Brown GC, Magargal LE: Self-inflicted ocular mutilation. *Am J Ophthalmol* 91: 658-663, 1981.
- 11) Tamai M, Mizuno K, Okuyama S: Self-inflicted proptosis misdiagnosed as orbital malignancy. *Am J Ophthalmol* 96: 812-814, 1983.
- 12) 山口朋彦, 中野 匡, 三原 敬, 他: 幻聴から眼球に自傷行為を及ぼした1例. *眼紀* 41: 1251-1255, 1990.
- 13) Stinnett JL, Hollender MH: Compulsive self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 150: 373-375, 1970.