

心 因 性 尿 閉 の 2 例

大和市立病院泌尿器科 (部長 : 熊谷治巳)

北見 一夫, 増田 光伸*, 千葉喜美男, 熊谷 治巳

PSYCHOGENIC URINARY RETENTION: REPORT OF TWO CASES

Kazuo KITAMI, Mitunobu MASUDA*, Kimio CHIBA and Harumi KUMAGAI

From the Department of Urology, Yamato City Hospital

Case 1 was a 24-year-old woman, with a broken heart who complained of urinary retention. Cystometry revealed a hypoactive bladder without detrusor contraction. Case 2 was a 30-year-old man, who thought that he had renal failure. Urodynamic study showed hypoactive bladder without detrusor contraction. External sphincter electromyograph revealed no evidence of detrusor sphincter dyssynergia. These 2 cases were treated by psychotherapy, administration of diazepam and bethanechole, and intermittent self catheterization.

The Japanese literature on the psychogenic urinary retention is briefly discussed.

(Acta Urol. Jpn. 35: 509-512, 1989)

Key words: Psychogenic urinary retention

緒 言

心因性尿閉は尿路に器質的な障害をもたず, 心理, 情動因子が自律神経を介し尿閉をきたす心身症である. 本症の診断には神経学的検査で異常がないこと, 器質的下部尿路閉塞がないこと, 心因的な原因で発症することが必要である.

欧米では多くの報告例があるが本邦では本症に対する関心が薄いためか報告例が少ない. われわれは心因性尿閉の2例を経験したので報告する.

症 例

症例 1

患者: 26歳, 女性, 会社員

既往歴: 15歳, 虫垂炎手術

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1984年1月15日排尿痛が出現, 1月17日発熱と共に尿線細小化し, 1月22日より尿閉となり近医で2回導尿を受けた. 1月24日当科初診し, 残尿 330 ml を認めた. 1月26日精査のため入院した.

入院時現症: 胸腹部理学的所見に異常を認めない.

上下肢, 会陰部の知覚は正常. ATR, PTR は正常. その他神経学的に異常を認めない.

検査所見: 末梢血, 血液生化学異常なし. FBS 88 mg/dl, 尿所見: 蛋白 (-), 糖 (-) 尿沈渣; WBC 26-30/hpf, RBC 5-6/hpf, 尿細菌培養: 陰性, IVP: 上部尿路に異常を認めない. 膀胱鏡検査: 異常を認めない. 膀胱内圧測定: FDV 250 ml, MDV 380 ml, 最大静止圧 20 mmHg, 最大意識圧 20 mmHg, 排尿筋収縮反射は認めない (Fig. 1).

治療経過: 入院後検査で何ら神経学的検査で異常を認めず, 心因性尿閉が疑われたため, 詳細に病歴を問いつつ, 患者は妻子ある男性と付き合っていたが, 自ら別れ話をだし, その直後から排尿困難を自覚していたことがわかった. 失恋を発症因子とする心因性尿閉と診断した.

間欠導尿を指導しつつ, 精神が排尿機能に及ぼす影響について説明し, ジアゼパム, ベサネコールを投与したところ1月29日より自排尿がみられ, 2月8日には残尿が 6 ml となったため間欠導尿を中止し, 2月11日退院した. 退院後は排尿障害の訴えはない.

症例 2

患者: 30歳, 男性, 会社員

既往歴: 29歳時腎盂腎炎を2回起こしている

* 現: 藤沢市民病院泌尿器科

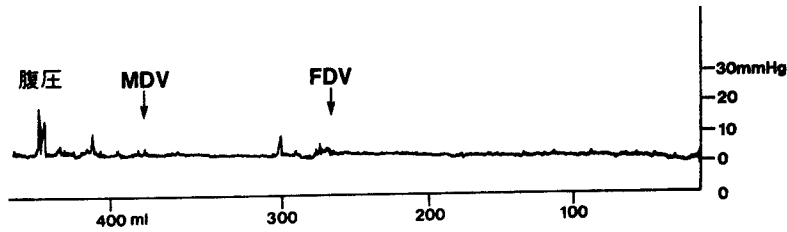


Fig. 1. Cystometry of case 1

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：1987年2月14日より微熱があり、尿量が多くなったり少なくなったりすることが気になっていた。4月24日微熱が続き、下痢、尿量過多を主訴に当院内科を受診した。本人の不安が非常に強いため入院した。入院後検査では特に異常を認めず、過敏性大腸炎、不安神経症と診断された。5月23日内科を退院したが、5月25日より排尿困難、残尿感を訴え当科を受診、残尿 50 ml を認めた。5月28日再び残尿感を訴え来院、残尿 300 ml。5月29日残尿 610 ml と増加し尿閉となった。

現症：胸腹部理学的所見に異常を認めない。外陰

部、前立腺も正常。その他神経学的にも異常を認めない。

検査所見：末梢血、血液生化学検査異常なし。尿所見；蛋白（－）、糖（－）、尿沈渣；WBC 3-4/hpf, RBC（－）。尿細菌培養；陰性。IVP：上部尿路に異常を認めない。Urodynamic study：FDV 100 ml, MDV 210 ml, 最大静止圧 20 cmH₂O, 排尿筋反射は認めない。UPmax 70 cmH₂O, FPL 2.6 cm, 尿流測定；排尿量 460 ml, 残尿量 40 ml, FT 115 sec, Qmax 8 ml/sec, Qave 4 ml/sec. DSD（－）（Fig. 2, 3）。治療経過：Urodynamic study では hypoactive bladder の所見がみられたが原因となる

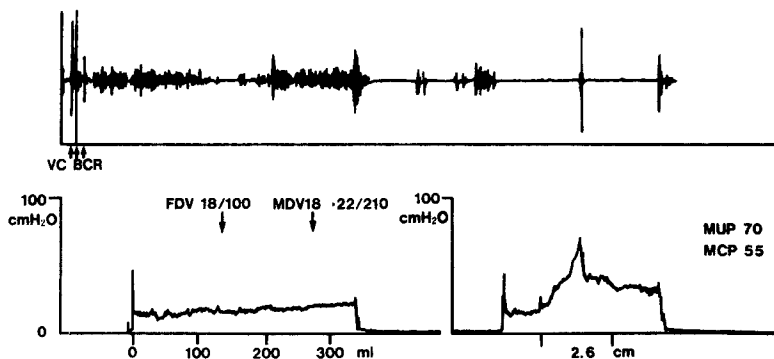


Fig. 2. CMG and UPP combined with external sphincter EMG of case 2

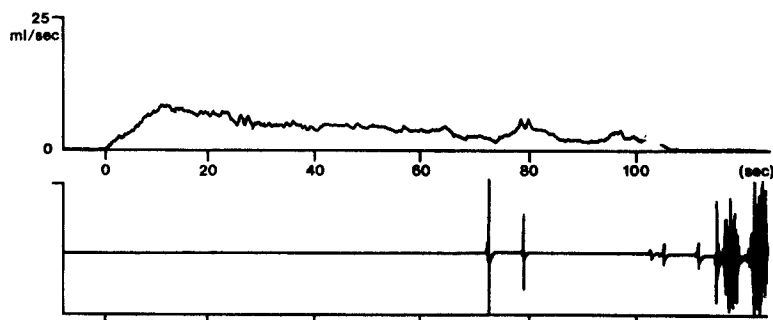


Fig. 3. Uroflowmetry combined with external sphincter EMG of case 2

神経学的異常を認めず, 尿道造影でも排尿障害の原因となる異常がみられないため心因性尿閉が疑われた。本人より病歴と症状を詳しく聴き直したところ, 非常に神経質な性格で, 2月頃よりの微熱, 尿量が多くなったり, 少なくなったりすることを腎不全の症状と思い込み不安が強いことが判明した。腎不全の恐怖を心因する心因性尿閉と診断した。腎機能が正常であること, および精神が排尿機能に及ぼす影響について説明し, ジアゼパム, ベサネコールを投与しつつ自己導尿を指導した。その結果6月5日には残尿 100 ml と減少しつつある。しかし完全には残尿は消失せず, 腎不全への恐怖も残っているため精神科にも通院治療中である。

考 察

心因性尿閉は素因や性格を基盤に心理, 情動因子が自律神経を介して尿閉を呈する心身症である¹⁾。本症の診断には器質的下部尿路閉塞がないこと, 神経学的検査で異常がないこと, 心因的な原因で発症し, この原因の消失または精神的治療で症状の改善がみられることが必要である。また若〜中年女性に多いこと, 残尿量が測定のために変動することや, 症状が間欠的であることも本症を強く疑わせる所見である。本症の患者では種々の心理テストの結果, 虚栄的, 自己中心的, 誇張的性格のみられることが多く完全な正常群はないといわれる²⁾。またヒステリーや分裂病, うつ病も稀ではないといわれる。

心因としては欧米の報告では近親相姦, 性交への恐怖などに性に関することが多いが²⁾, 本邦報告例では近親者の死, 家庭内のトラブルなどが多い。これらの心因が尿閉をきたす機序については, 長田ら³⁾は情動の変化が大脳皮質辺縁系に影響し, 視床下部を介して自律神経系に伝えられるため排尿機能が精神的影響を強く受けるという。落胆や打ちひしがれた状態では膀胱の機能低下を示し尿閉になるという。

本症と鑑別を要するものには脊髄の病変, 腫瘍, 血管奇形, 椎間板ヘルニア, spina bifida occulta, multiple sclerosis, 糖尿病, herpes simplex vaginitis などがある。脊髄の病変が疑わしい場合は myelography が必要である。

検査所見として, IVP では上部尿路は正常なことが多いが症状が進行すると上部尿路の拡張や稀には水腎がみられることがある⁴⁾。膀胱鏡では trabeculation, 軽度の炎症所見, 膀胱容量の増大がみられることがあるが心因性尿閉の診断に特徴的所見はない。urodynamic study では膀胱内圧は低緊張型を示す

Table 1. Psychogenic urinary retention reported in Japan

No	報告者	年	性	心因	CMG	EMG	治療
1	辻	1957	M	家庭不和	hypoactive		精神療法、持続睡眠療法
2	長田	1979	F	夫の死			精神療法
3	宮川	1981	M	糖尿病への恐怖		DSD	精神療法
4	宮川	1981	F	出産拒否	正常		精神療法
5	安藤	1983	F	養父との不和	hypoactive		精神療法
6	山西	1984	F	養母との不和		軽度DSD	精神療法、ジアゼパム、間欠自己導尿
7	山西	1984	F	養母の死	hypoactive		精神療法
8	山西	1984	F	夫婦間の葛藤	正常		精神療法
9	山西	1984	F	夫婦間の葛藤	正常		精神療法、抗うつ剤、間欠自己導尿
10	福井	1985	F	近親者の死	正常	spasticity	精神療法、抗うつ剤
11	福井	1985	F	クラス先生の転勤	正常		自律神経訓練、薬物療法
12	福井	1985	F	分裂病	hypoactive	DSD	間欠自己導尿
13	自験例	1987	F	失恋	hypoactive		精神療法、ジアゼパム、ベサネコール、間欠自己導尿
14	自験例	1987	M	腎不全への恐怖	hypoactive		精神療法、ジアゼパム、ベサネコール、間欠自己導尿

例が多い, これは一次的に排尿筋の抑制がおこったためか,あるいは宮川ら¹⁾の言うように繰り返された尿閉のため排尿筋の緊張が弱まったからか意見のわかれるところである. 外尿道括約筋電図では排尿を命じたときに外尿道括約筋の弛緩が不十分であるかまたはまったく弛緩しない^{4,5)}. また福井ら⁶⁾は心因性尿閉でも排尿筋括約筋協調不全が現われることがあるという. 内尿道括約筋の開大機構の抑制が起こるという説^{2,7)}もあり自律神経系の障害が様々な病像を呈していることがうかがえる. 本性の治療の基本は精神療法である. 軽度の場合は患者に精神と膀胱機能との相関を理解させ発症の原因となった情動因子について十分納得させることで効果がみられるが^{1,8)}, うつ病やヒステリーなどが考えられる場合は精神科医との協力のもとでの治療が必要となる. 薬物療法としてはジアゼパムが有効とされている⁴⁾. ジアゼパムの作用機序としては中枢作用として排尿閾値に影響があるとされている limbic system に作用し, 末梢作用として脊髄の presynaptic inhibition により骨格筋の弛緩を起こすことが考えられている.

間欠自己導尿法の報告もあり²⁾ これは残尿量を測定させ患者にその意義をよく理解させることで治療にも結びつく. その他に催眠療法⁹⁾, biofeedback 法などの有効例が報告されているが, TUR-bn^{3,5,10)} や陰部神経切断術⁴⁾ などの観血的療法は無効である.

本論文の要旨は第52回日本泌尿器科学会東部総会にて発表した.

文 献

- 1) 宮川征男, 平川真治, 山口高正, 後藤 甫: 心因性尿閉の2例. 臨泌 35: 187-190, 1981
- 2) 山西友典人, 五十嵐辰男, 高原正信, 村上信乃, 村山 直, 山城 豊, 安田耕作, 島崎 淳, 服部高道: 心因性尿閉—病因, 病態, 診断, 治療について. 日泌尿会誌 76: 1567-1572, 1985
- 3) 長田尚夫: 泌尿器科領域の心身症. 臨泌 33: 215-224, 1979
- 4) Krane RJ and Siroky MB: Psychogenic urinary retention. Clinical neurourology, pp, 245-256, Little Brown Co, Boston, 1979
- 5) Montague DK and Ralph JL: Psychogenic urinary retention. Urology 13: 30-35, 1979
- 6) 福井準之助, 山口建二, 仲間三雄, 富田康敬, 小俣和一郎: 女性の心因性尿閉の3例. 日泌尿会誌 76: 1561-1566, 1985
- 7) Khan A: Psychogenic urinary retention in a boy. J Urol 106: 432-434, 1971
- 8) Larson JW, Swenson WM, Utz DC and Steinhilber RM: Psychogenic urinary retention in women. JAMA 184: 697-700, 1963
- 9) Barret DM: Evaluation of psychogenic urinary retention. J Urol 120: 191-192, 1978
- 10) Alken TD: The non-neurogenic neurogenic bladder. J Urol 117: 232-238, 1977

(1988年3月17受付)