

今月の表紙

河村 満^{a)}*

岡本 保^{b)}

菊池雷太^{c)}

BRAIN and NERVE 68 (8) : 978-979, 2016

あくび症候は、40 年ほど前の『日本医事新報』に「日陰者の神経症状」¹⁾ というタイトルで書かれたこともあるように、本邦では依然ほとんど注目されていない自律神経症候です。しかし、1900 年前後の欧米神経学では、明らかに陽が当たっていたのです。例えば、デジュリン (Joseph Jules Dejerine ; 1849-1917) は『神経症候学』²⁾ の中で次のように書いています。「あくびは混合性の呼吸性攣縮 (spasm) である。持続性にあるいは発作性に生ずるが症候として起こることは大変稀である。持続性の場合は睡眠時には止まり、目が覚めると起こり、数カ月～数年間も持続する。規則的で、咳発作で中断することがある。あくびに際して両顎は大きく離れる。しかし呼吸の深さは正常である。発作性の場合には 15～30 分間あるいはそれ以上の間、群性に途切れることなく反復する。発作が止むとまた始まる。痙攣を伴ってヒステリー発作の部分症状として出現することがあ

る」。ガワーズ (William Richard Gowers ; 1845-1915) の教科書には、半身麻痺の上下肢があくびの際には動くという記載があります³⁾。シャルコー (Jean-Martin Charcot ; 1825-1893) は火曜講義の中でヒステリー性あくびについて詳しく述べ⁴⁾、それは、なんと 1911 年 (明治 44 年) に佐藤恒丸によって日本語にも翻訳されています⁵⁾。

『Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière』にはあくびに関する、2 つの論文が収載されています^{6,7)}。1 つは、ジル ドラ トウレット (Georges Gilles de la Tourette ; 1857-1904) によるヒステリー性あくび症例で、本号表紙掲載の 23 歳女性例です。もう 1 つは、フェレ (Charles Samson Féré ; 1852-1907) によるてんかん性あくびの記載です。

以前の論文で⁸⁾ 私たちは、あくび症候を①反復性・持続性あくび、②発作性あくびに分類しました。前者は副腎白質ジストロフィーで井出ら⁹⁾ が

記載したように、しきりにあくびを繰り返し、口の不随意運動のようにみえることもあります。呼吸と連動しており、時に伸びをする stretching を伴っており、その発作は睡眠や覚醒とは関係ないというものであり、多くの病的あくびはこのタイプです。後者は、フェレが記載しているように、てんかん性のものなどです。Table に病的あくびの病因をまとめました。

この表でわかるように、あくびの病因は代謝性疾患など広汎性脳機能障害に基づくものがほとんどです。しかし、限局症候として捉えられる場合もあります。脳幹部病変による記載が多く、脳梗塞、脳腫瘍、多発性硬化症などによる報告があります⁸⁾。

ダーウィン (Charles Robert Darwin ; 1809-1882) もあくびについて記載しています¹⁰⁾。「あくびは深い吸気から始まり、その後長く強制的な呼気が続く、そして同時に目を丸くしながらほとんどすべての体の筋肉を収縮する」とし

a) 昭和大学病院附属東病院, b) 富坂診療所, c) 汐田総合病院神経内科
* [連絡先] kawa@med.showa-u.ac.jp



Table 病的あくびの原因一覧

脳血管障害
脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血
脳腫瘍
脳炎
変性性疾患
パーキンソン病, 進行性核上性麻痺, ジル ド ラ トウレット病
脱髄性疾患
多発性硬化症, 副腎白質ジストロフィー
発作性疾患
片頭痛, 頭位性めまい, てんかん発作
代謝性疾患
副腎皮質刺激ホルモン単独欠損症, 低血糖, 肝性脳症, 睡眠薬中毒
その他の原因
電気ショック治療, 貧血, 失血

ています。あくびは一見呼吸と似ていますが、独特の顔貌表情を呈し、これを真似することは難しく、呼吸とは別の現象なのです。

あくびは脳内酸素の低下により出現し、あくびにより血中酸素濃度を高め、伸びにより筋肉内血液を動員して循環血液量を増やし、これらにより脳内酸素濃度を高める、と説明されます¹¹⁾。しかし、疲労感や眠気と関係しない病的なあくびにこれらをそのまま適用できるか否かについては明確ではありません。最近では、あくびに関する神経

機構はコリン作動系、ドパミン作動系、セロトニン作動系などのさまざまな系の関与が示唆されています¹²⁾。

『広辞苑』¹³⁾であくび(欠伸)を引くと、「眠い時、退屈な時、疲労した時などに不随意的に起こる呼吸運動。口を大きくあけて、ゆるやかな長い吸息についでやや短い呼息を行う。血液中の酸素の欠乏等によって起こる」とあります。しかし、前述したようにあくびを呼吸運動と決めつけることはできず、病的に生じたあくびの原因は血液中の酸素の欠乏だけではありません。

「あくび指南」という落語があります。ここではあくびを真似ることの難しさがとてもおもしろく表現されています。あくびは随意運動ではなく不随意に生じる行為であることは確かです。

あくび症候は古くから知られ、代謝性脳障害で起こり、てんかんでも、脳幹部限局病変でも生じますが、最近の記載は少ないので、改めて注目する価値のある自律神経症候と言えるでしょう。

文献

- 1) 井形昭弘: 日蔭者の神経症状. 日医事新報 **2929**: 69, 1980
- 2) Dejerine J: Sémiologie des Affections du Système Nerveux. Masson, Paris, 1914, p996
- 3) Gowers WR: A Manual of Diseases of the Nervous System, Vol. II, 2nd edition, Blakiston P, Philadelphia, 1893, p81
- 4) Blin MM, Charcot, Colin H: Première Leçon. Bâillement hystérique (bâillement naturel et bâillement suggéré). Policlinique du Mardi 23 Octobre 1888. Cours de M. Charcot. Leçons du Mardi à la Salpêtrière, Professeur Charcot. Policlinique 1888-1889. Progrès Médical, 1889, pp1-11
- 5) 佐藤恒丸 (訳): 第一回講演 第一 歌私的里性欠伸. 沙祿可博士 神経病臨床講義 後編. 東京醫事新誌局, 1911, pp1-16
- 6) Gilles de la Tourette G, Huet E, Guinon G: Contribution à l'étude des bâillements hystériques. Nouv Iconogr Salpêtrière **3**: 97-119, 1890
- 7) Féré CS: Bâillements chez un épileptique. Nouv Iconogr Salpêtrière **1**: 163-169, 1888
- 8) 河村 満, 長谷川幸祐: あくび. 野村恭也 (編): CLIENT 21 No.1 症候. 中山書店, 東京, 1999, pp59-64
- 9) 井出正美, 片岡明美, 郡山達男, 他: Adrenoleukodystrophy の臨床的, 内分泌学的新知見 — 頻回の欠伸(あくび)と血中 ACTH 高値, 脳内石灰沈着と副甲状腺機能低下を伴った adrenoleukodystrophy の一例. 臨床神経 **22**: 112-119, 1982
- 10) Darwin C: The Expression of the Emotion in Man and Animals. John Murray, London, 1904, p168
- 11) Lehmann HE: Yawning: a homeostatic reflex and its psychological significance. Bull Meninger Clin **43**: 123-136, 1979
- 12) 牛島逸子, 水木 泰, 山田通夫: あくび反応と中枢ドーパミン-コリン作動性神経機構. 神経進歩 **38**: 432-442, 1994
- 13) 新村 出 (編): 広辞苑 第六版. 岩波書店, 東京, 2008, p33