


放送日：隔月最終月曜20:40-21:00(20分番組) ラジカNIKKEI

Sの**力** **N**の**力**
～SNRIの使い方と臨床での可能性



 塩野義製薬株式会社

シリーズ第6回/2012年4月30日放送

「日常診療で遭遇するうつ病—その診断と治療—」

藤田保健衛生大学 精神神経科学教授

内藤 宏

かかりつけ医が遭遇する軽症うつ病

一般的に、うつ病というと自殺のリスクが高い重症例をイメージされることが多いと思いますが、今回は、かかりつけ医の先生方が日常診療で遭遇する軽症のうつ病を中心にお話します。

うつ病に限らず、精神疾患というのは患者さん自身が「こころの病気」だと気づいていない場合が多いことが知られています。しかし、身体面や行動面には症状が出ているため、身体症状を主訴にかかりつけ医の受診を経て、精神科を紹介されるケースが多いようです。行動面としては、最近どうも態度が変だとか、怒りっぽいとか、仕事のミスが多い、学生では急に成績が落ちる、などの症状から、職場や学校のメンタルヘルス活動によって精神科を紹介されるケースが増えてきています。

どんな病気でもそうですが、うつ病こそ早期発見が必要な病気です。うつ病の発症で、家庭や職場での人間関係がギスギスし、その結果、患者さんの状況を悪化させてしまう、そして予後がさらに悪くなることがあります。たとえば、うつ病のために、情緒不安定になったり、被害的に考えたり、失敗が増えたりと、そしてこういうことをきっかけに離婚や失職、留年につながることもあります。ですからできるだけ早い時期に発見して治療してあげる方が、立ち治りやすい疾患といえます。

では、うつ病患者さんがかかりつけ医を受診する際、どのような症状を訴えられることが多いかというと、やはり自律神経症状です。代表的な自律神経症状は、不眠、食欲低下、性欲減退などですが、かかりつけ医の先生方が遭遇するのはむしろ不定愁訴、すなわち頭痛、めまい、倦怠感、咽喉頭異常感、微熱、寒気、動悸、胃部不快感などです。そして、うつ以外の精神疾患でも、こういった症状から始まるケースは非常に多いです。

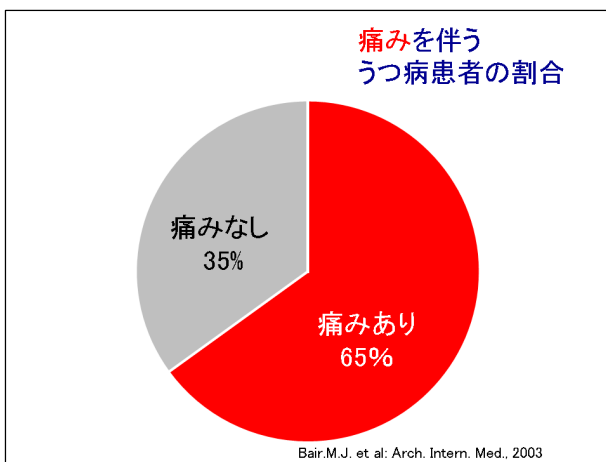
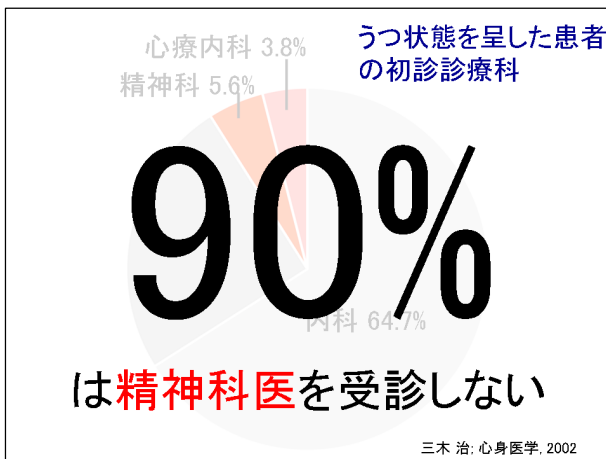
ですから、日常で診療している「いつもの患者さん」の中に、実はうつも沢山隠れています。そういう意味で、みなさんの持つうつ病のイメージを刷新していただきたいと思います。

では、自律神経症状を呈する精神疾患には、他に何があるかという、うつ病を含む気分障害だけではなく、不安障害、統合失調症あるいは妄想性障害といった精神病圏の患者さんも自律神経症状を訴えることがあります。また、薬物の離脱症状、一般的に多いのはアルコールの離脱症状ですが、脈が速かったり、発汗があったり、毎朝体調が悪いというので調べてみると薬物の離脱症状で、それに伴って不安やうつ状態が出ている方もいらっしゃいます。さ

らに、症状はあるけれど、それを説明するような疾患や薬物の影響、他の精神疾患が認められない原因不明の場合を、広く「身体表現性障害」と言っています。

次に、うつ状態の患者さんが初診に受診した診療科を調べたデータでは、内科が 64.7%と最も多く、次いで婦人科 9.5%、脳外科 8.4%、精神科 5.6%、心療内科 3.8%、耳鼻科 3.8%、整形外科 2.8%、その他 1.4%という結果でした。ここで注目していただきたいのは、約 90%の方が精神科や心療内科以外を受診しているという点です。すなわち、かかりつけ医を経てから精神科などを受診するケースが圧倒的に多いということです。

もう一つ、うつ患者さんに「痛み」があるかを調査した結果、65%が「痛みがある」と回答しています。頭痛が圧倒的に多いですが、背部痛とか腰痛などもあります。そういった症状から内科受診につながっているのかもしれませんが。頭痛も含めて特に頭頸部、首から上の部分というのは非常に不定愁訴が多いです。非常に繊細な感覚器、目や耳や鼻や口と、そういう感覚器があり敏感なのでいろいろな症状がしやすい。頭痛に限らず耳鳴りやめまい、口腔異常感や舌の痛み、味覚障害、咽喉頭異常感、こういった症状で受診する患者さんも少なくないようです。



例: 頭頸部の不定愁訴

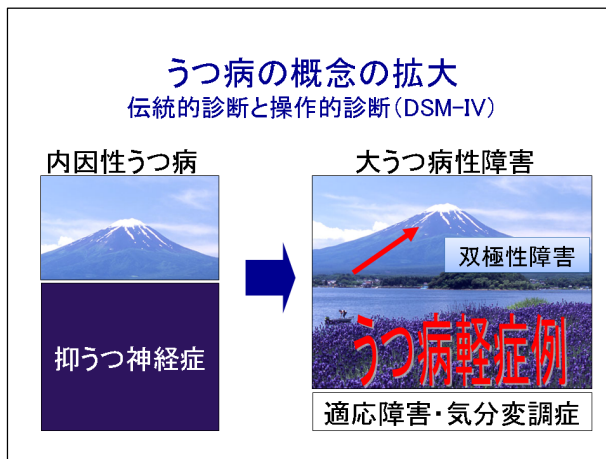
繊細な感覚器

- 頭痛
- 耳鳴
- 眩暈
- 口腔異常感
- 舌痛症
- 味覚障害
- 咽喉頭異常感
- など

これらの体の症状、特に原因不明の不定愁訴の場合は、うつ病や不安障害という疾患を思い浮かべていただくとよいと思います。

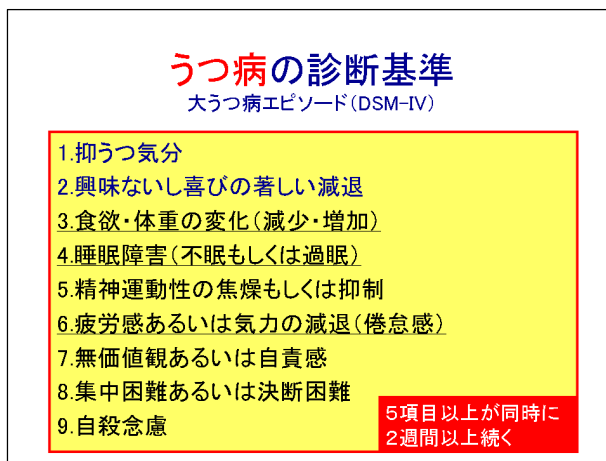
うつ病の概念と診断方法

近年、うつ病の概念は拡大しています。かつての概念では、希死念慮や精神病性の特徴を伴うような中等症から重症の症例をうつ病としていましたが、近年では、広く軽症例まで含まれており、うつ病概念の裾野が拡大されています。そのため、かつてはうつ病の患者さんは 0.9%以下といわれていましたが、現在では 16%が生涯でうつ病を経験するといわれています。



診断方法についても、かつては伝統的診断といわれる、患者さんの症状に併せて、性格や生育歴、家族背景、遺伝背景などから多角的に診断する方法がとられていました。現在では、操作的診断といって、DSM-IVや ICD-10 などを用い診断基準を明確にした方法がとられています。これにより、何項目以上の症状を満たせば「うつ病」と診断され、判断の基準がハッキリしました。

DSM-IVについて少しご説明しますと、大うつ病のエピソードとして、1.いつも憂うつで心細いという抑うつ気分、2.以前のように仕事や趣味に取り組めないという興味ないし喜びの著しい減退、3.食事が美味しくないという食欲の変化、4.ぐっすり眠れないという睡眠障害、5.精神運動性の焦燥もしくは抑制すなわち落ち着きのなさ元気のなさ、6.疲労感あるいは気力の減退、7.無価値観あるいは自責感、8.仕事や勉強等への集中困難あるいは決断困難、9.自殺念慮があります。この 9 項目のうち 1 番と 2 番のどちらか 1 つは必須となっています。逆に言うと、1 番 2 番がなければ、この基準にあてはめる必要がないわけですが、かかりつけ医を受診される患者さんたちは、あまり憂鬱な気分というのは訴えられません。「最近、気分が沈むことはないですか?」「以前と同じように仕事に取り組めてますか?」と聞いてみると、「実は…」と切り出される場合が多いようです。1 番と 2 番のどちらか 1 つと、その他の項目を含めて 5 項目以上に該当し、その症状が 2 週間以



上続くようであれば大うつ病エピソードとなります。

さらに、この1番、2番の2項目だけを質問する「二質問法」というものがあります。これは是非かかりつけ医の先生方にスクリーニング試験として採用いただきたいものですが、1、2の必須項目を2週間ではなく1ヵ月として聞きとる方法です。この1ヵ月間というのがミソなんです。「この1ヵ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？」あるいは、「この1ヵ月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？」と聞き、どちらか1つでも当てはまると先ほどの診断基準を適応するのですが、2項目両方とも当てはまった場合は、88%がうつ病か双極性障害の可能性があるとということになりますので、たったこれだけでも精度は高い試験だと思います。

二質問法

Two-question case-finding instrument

以下の質問にお答え下さい
(当てはまる方に○をつけてください)

- この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。
A はい B いいえ
- この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。
A はい B いいえ

2項目両方が当てはまる場合88%はうつ病?

もう1つ、問診の仕方でも患者さんの返答が変わってくるということも補足いたします。かかりつけ医の先生方も、食欲や睡眠などについて患者さんに聞かれることも多いと思いますが、「食事はとれていますか？」と聞くと、「体のことを考えて食べています」、「睡眠は？」と聞くと「うーん。体に害がないくらいは寝ています」となり、紹介状をみると食欲、睡眠、OKとなっているのですが、私の方で「ご飯は以前のように、おいしく食べられていますか？」「以前のように、ぐっすり眠れていますか？」と聞くと「食欲はないのですが、無理して食べています」とか「ぐっすりとは眠れていません」「途中で何度も目が覚めます」とか聞き方で患者さんの返答が変わってくるんです。そこで仕事や勉強の効率は？と聞けば、「全然集中できていません」とか「転職を考えています」という話が出てくる場合があります。おいしい、ぐっすり、仕事や勉強、などのキーワードを問診に取り入れてもらえるのではないかと思います。患者さんとしても、「こんなことにも先生が関心を向けてくれるのだ」と感じられ、医師患者関係もより強化されるようです。

問診仕方で変わる患者の返答

■ 内科	■ 精神科
<ul style="list-style-type: none">■ 食欲は？ (体のことを考て..) 三食食べています。■ 睡眠は？ (まあまあ..) 眠れています。■ 他に何か？ (体のことには関しては..) ありません	<ul style="list-style-type: none">■ 御飯は美味いですか。 食欲はありません。無理して食べています。■ ぐっすり眠れていますか？ 早く目覚めるようになりました■ 仕事や勉強の効率は？ 全然集中できません。 自信を失いました。

うつ病の治療

うつ病の治療は、なんといっても休養が一番です。休養だけでも患者さんの約 4 割は自然に回復します。休養といっても会社を休むというだけではなくて、うつ病についての正しい理解を得る、脳の機能障害すなわち体の病気として受け止めてもらう。すなわち、こうした疾病教育を受けるだけでも休養といえますし、うつ病の教育用パンフレットを提供するだけでも休養の促進に貢献すると思います。一方、気晴らしは逆効果なので、とにかく安静を心がけるように、脳、体の病気ということを前提にお話しただければいいと思います。

次に、抗うつ薬による治療についてですが、だいたい 7 割の症例で有効です。しかし、効果の発現には、服用開始後 1、2 週間は必要ですので、そのことをあらかじめ患者さんに説明していただく必要があります。そして、症状がよくなったから薬を減らしていいですか？などの質問もできますが、症状改善後も 6 ヶ月間は減量せず治療用量を継続していただくとういこと、中止するときには、中断後症状を避けるためにも徐々に減らしていくということも、患者さんが少し回復されたところに伝えていただくとういでしょう。

抗うつ薬の種類としては、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、SSRI や SNRI などがあります。中でも、SSRI や SNRI は副作用も比較的少ないので、かかりつけ医の先生方も処方しやすい薬剤と思われます。

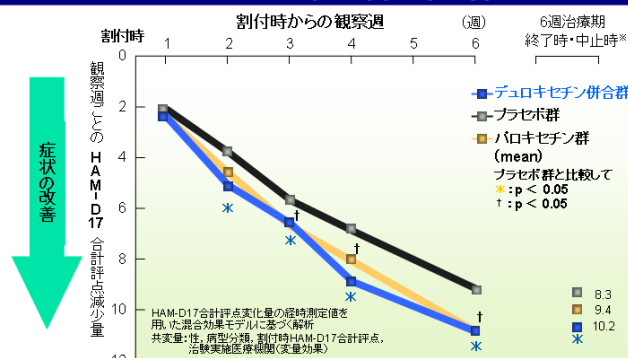
SNRI はセロトニンに加えてノルアドレナリンまで再取り込みを抑制する、車でいうと四輪駆動のようなものではないでしょうか。サインバルタ、一般名デュロキセチンもこの SNRI になります。国内第Ⅲ相臨床試験の比較試験において、デュロキセチンは投与 2 週目から継続し

抗うつ薬による治療

- 約70%の症例で有効
- 服薬開始後1-2週間してから効果が発現
- 症状改善後も用量を減量せず6ヶ月間は維持
- 中止するときには中止後症状を避けるため漸減中止
- 不安感には抗不安薬、不眠には睡眠導入剤を短期間併用することもある

デュロキセチン国内第Ⅲ相臨床試験: 比較試験

HAM-D17合計評点経時変化



観察時点の症例数	6週治療期					
	割付時	1週	2週	3週	4週	6週 終了時・中止時*
デュロキセチン併合群 (147)	145	139	139	136	132	147
プラセボ群 (145)	145	143	137	137	131	145
パロキセチン群 (148)	148	141	137	132	128	148

HAM-D17合計評点減少量: 割付時の値 - 各観察週の値
※: LOCF (Last Observation Carried Forward)

種口輝彦ほか: 臨床精神薬理, 2009, 12 (7), 1613, 改変

て抗うつ効果を発揮することが示されました。ここで少し補足しておきたいのは、プラセボについてです。うつ病治療においては、プラセボ効果は非常に大きく、軽症例では心理教育や休養だけでもどんどんよくなっていきます。もちろん抗うつ薬はよくなるのを補っているわけですが、患者さんにお薬をだすときに、「効くか効かないかわからないけども試してみましょう」という言い方ではなく、「このお薬はあなたの症状に合うと思います。症状の改善が期待できるので、試してみましょう」というような言い方をしていただくと、信頼している先生がおっしゃるのだからと、より効果も上がるのではないかと思います。

精神科専門医へ紹介が必要な場合

心気妄想、貧困妄想、罪業妄想などの現実離れした心配で他人の説得がきかない場合や、深刻な自殺念慮・自殺企図、強い不眠を伴った躁状態や家族が途方に暮れている、2ヶ月間治療しても効果がもう一つ、このような場合には精神科専門医に紹介をお願いします。

紹介する際の留意点としては、「精神科専門医の先生はよく話を聞いてくれますよ」などとは言わないでください。おどろかれるかもしれませんが、かかりつけ医の先生の方が長く話を聞いておられたりする場合があります。そうすると苦労して紹介いただいたのに、先生の方がやさしかったと戻ってしまうことがあります。

また、見捨てられ不安を抱かないように配慮し、併診という形をとる方がいいと思います。「信頼している良い先生がいるから、一度意見を聞いてきてください」という形が理想的です。そして、身体科的診療、検査の結果も申し添えていただくと、われわれ専門医は安心して診療に取り組めます。

しかし、かかりつけ医と精神科専門医の間にはいくつか壁があります。1つは、かかりつけ医の先生方が心の問題を扱うという心の診療に対する恐れ。2つ目は、患者さんが持つ精神

精神科専門医との連携

精神科専門医へ紹介する際の留意点

速やかな対処が必要な場合

- 心気・貧困・罪業妄想
 - 現実離れした心配で他人の説得によっても容易に訂正されない
- 深刻な自殺念慮・自殺企図
- 強い不眠を伴った躁状態(眠らなくても平気)
- 家族が途方に暮れている

精神科専門医との連携

精神科専門医へ紹介する際の留意点

1. 「精神科専門医の先生はよく話を聞いてくれますよ」などと言わない
2. 見捨てられ不安を抱かれないように配慮し、併診という形をとる
「信頼している良い先生がいるから、一度意見を聞いてきましょう。」
3. 身体科的診療、検査の結果も申し添える

科への偏見、3 つ目は紹介先の選択や依頼のタイミングの見極め、4 つ目はかなり深刻なのですが、精神科外来の予約を直ぐに取ることが難しいという壁があります。ですが、これらの壁もかかりつけ医と専門医の上手な連携でのりきっていただきたいと考えます。

かかりつけ医で対応可能なうつ病も少なくはありませんので、いざというときには精神科専門医と患者さんについて気軽に相談できるような連携を確保しておくとういと思います。

今後は、かかりつけ医の先生方に、身体疾患の診療だけでなく患者さんのメンタルヘルスについてもゲートキーパーとしての役割を担っていただきたいと思っております。

