

耳鼻咽喉科医が行なう心身症の加療の考え方と問題点 およびうつ傾向を伴う心身症症例への漢方加療 －加味帰脾湯を中心に－

新潟県厚生農業協同組合連合会長岡中央総合病院 耳鼻咽喉科 部長(新潟県) 田中 久夫

耳鼻咽喉科の心身症医療は、はっきりしたガイドラインがあるわけではなく、個々の医師により薬物療法などの治療範囲や考え方に非常に大きな隔たりがあるため、重要な領域ではあるが曖昧でなかなか議論が進んでいない状況である。今回、その現状や問題点をアンケート調査にて解析・検討したので報告する。

次に、めまい・耳鳴り・咽喉頭異常感症は、耳鼻咽喉科領域において心身症傾向の患者が多い代表的な疾患である。このような身体症状を訴えて受診する症例でも精神・心理的な影響を受けていることが多く、精神面に対するケアも同時に行う必要がある。今回、心因性要素により悪化する耳鼻咽喉科症状を訴える患者に対し、加味帰脾湯と加味逍遙散とクロスオーバー比較試験を実施したところ、SRQ-Dが16点以上のうつ傾向の患者に対して加味帰脾湯に効果が認められた。一方、うつ傾向のない症例では加味逍遙散の方が評価は高かった。

加味帰脾湯は添付文書の効能効果や患者が薬局でもらう薬剤情報提供書に「うつ」の記載がないため、抗うつ剤の投与をためらう医師でも、患者に対してうつと説明する必要がなく処方しやすい薬剤である。

Keywords 心身症、うつの記載、耳鼻咽喉科、うつ傾向、加味逍遙散、加味帰脾湯

はじめに

耳鼻咽喉科領域は、心身症症例が多く、特にめまい・耳鳴り・咽喉頭異常感症などでその比率が高い。医師1人あたりでは一般内科より多いのではないかと考える。しかし、耳鼻咽喉科医の中でも、精神・心理面における加療の範囲は個々の医師間により異なり、明確な基準や治療ガイドラインがない。特に長岡市(新潟県)のような地方都市では、精神科医は精神病院での医療が中心となり、心身症に興味をもつ医師は少なく、心療内科を専門に行なっている医師も少ないと考えられ、一般病院における心身症に対するケアは一般医が行わなければならない状況となっている。

そのような中、抑うつ症状に対して使われる加味帰脾湯は、添付文書の効能・効果や薬局で患者が受け取る薬剤情報提供書(薬情)に「うつ」と記載がない。そのため、実際は抗うつ作用のある薬剤を使用したいが、抗うつ剤を使用するのに抵抗のある医師には使いやすい薬剤であるといえる。

そこで今回、心因性要素により増悪していると考えられる耳鼻咽喉科症状に対して、心理テスト(SRQ-D)を用い、うつ傾向の有無による加味帰脾湯の有用性を加味逍遙散とクロスオーバー比較試験により検討したので、報告する。

対象と方法

まず、心身症治療の薬剤適応範囲をどのように考えているか耳鼻咽喉科医50名にアンケート調査を実施した。適応範囲は①心身症が原則的に器質的な疾患を否定し、精神的な治療は行なわず、できるだけかわりを持たない。②不安に対してある程度対応するが、ベンゾジアゼピン(以下、BZD)の投与に留めSSRIなどの抗うつ剤は使用しない。③不安に対してSSRIなどの抗うつ剤も投与する。④意欲・行動障害まで加療し、ノルアドレナリンやドパミン系の薬剤も使用する、の4段階に大別し回答を得た(図1)。

次に201X年6月から8月にかけて当院耳鼻咽喉科外来を受診し、心因性要素(SRQ-D11点以上)(表1)により耳鼻咽喉科症状(めまい、耳鳴、のどの異常感のいずれか)を増悪させていると考えられる患者30例を対象とした。患者を来院順にA群とB群の2群に割り付け、それぞれ通常の治療に加え、加味帰脾湯と加味逍遙散を4週間ずつ交互に投与

図1 耳鼻咽喉科医：50名へのアンケート

- | | |
|---|-------|
| ① 心身症が原則的に器質的な疾患を否定し、精神的な治療は行なわず、できるだけかわりを持たない。 | ➡ 24% |
| ② 不安に対してある程度対応するが、ベンゾジアゼピンの投与に留めSSRIなどの抗うつ剤には使用しない。 | ➡ 38% |
| ③ 不安に対してSSRIなどの抗うつ剤も投与する。 | ➡ 26% |
| ④ 意欲・行動障害まで加療し、ノルアドレナリンやドパミン系の薬剤も投与する。 | ➡ 12% |

表1 SRQ-D(東邦大式うつ状態自己評価尺度)

質問	いいえ	はい		
		ときどき	しばしば	常に
1 身体がだるく疲れやすいですか	0	1	2	3
2 騒音が気になりますか				
3 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか				
4 音楽を聴いて楽しいですか				
5 朝のうち特に無気力ですか				
6 議論に熱中できますか				
7 首すじや肩がこって仕方がないですか				
8 頭痛持ちですか				
9 眠れないで朝早く目ざめることがありますか				
10 事故やけがをしやすいですか				
11 食事がすすまず味がないですか				
12 テレビを観て楽しいですか				
13 息がつまって胸苦しくなることがありますか				
14 のどの奥に物がつかえている感じがしますか				
15 自分の人生がつまらなく感じますか				
16 仕事の能率が上がらず何をしても億劫ですか				
17 以前にも現在と似た症状がありましたか				
18 本来は仕事熱心で几帳面ですか				

・10点以下：問題なし
 ・11～15点：ボーダー
 ・16点以上：うつ状態の疑い

表2 患者背景

	A群 (加味帰脾湯→加味逍遙散)	B群 (加味逍遙散→加味帰脾湯)
症例数	15例	15例
女性	10例	11例
男性	5例	4例
年齢	56.7±12.3歳	54.5±13.7歳
病名		
めまい	12例	12例
耳鳴	1例	1例
下咽頭異常感症	2例	2例
SRQ-D	17.4±4.5点	17.5±4.7点

した。なお投与順序は、A群は前半に加味帰脾湯、後半に加味逍遙散を投与し、B群は前半に加味逍遙散、後半に加味帰脾湯を投与した。評価は8週後に前半と後半の効果を比較して、効果上昇、不変、効果減弱の3段階で行った。

結果

心身症治療の薬剤適応範囲について耳鼻咽喉科医50名に行なったアンケート調査の結果は、①心身症が原則的に器質的な疾患を否定し、精神的な治療は行わず、できるだけかわりを持たない医師は24%、②不安に対してある程度対応するが、BZDの投与に留めSSRIなどの抗うつ剤には使用しない医師は38%、③不安に対してSSRIなどの抗うつ剤も投与する医師は26%、④意欲・行動障害まで加療し、ノルアドレナリンやドパミン系の薬剤も投与する医師は12%となり、医師個人により治療方針にバラつきが見られた。特に②は38%と比較的多く認められ、この中には患者にうつの説明をすることに抵抗を抱く医師も含まれている(図1)。

次に患者背景を表2に示す。

A群(加味帰脾湯→加味逍遙散)の全症状に対する効果を示す(図2)。加味逍遙散への変更により、患者全体で6.7%(1/15例)に効果上昇が認められた。またSRQ-D16点以上

図2 加味帰脾湯から加味逍遙散への変更

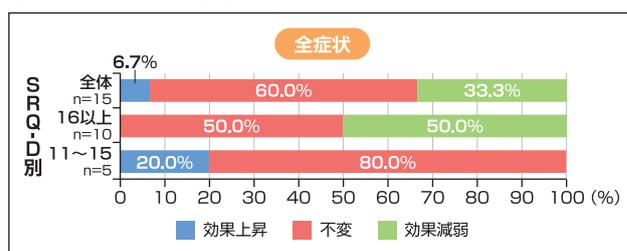


図3 加味逍遙散から加味帰脾湯への変更

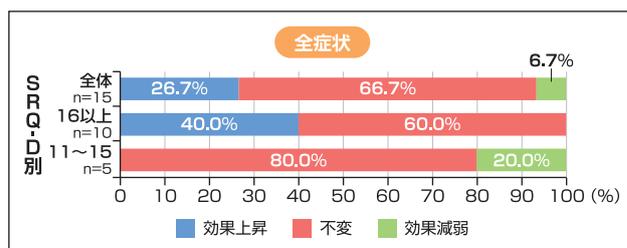


図4 加味帰脾湯から加味逍遙散への変更

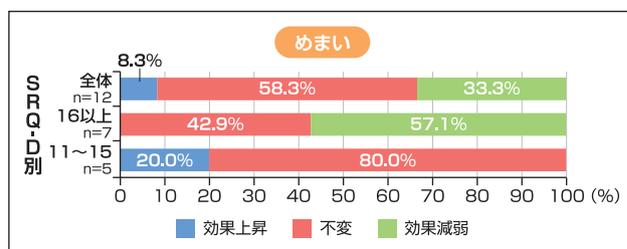
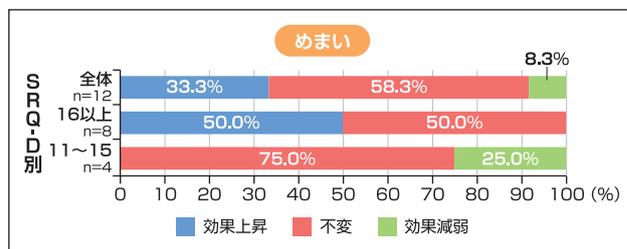


図5 加味逍遙散から加味帰脾湯への変更



の患者では効果上昇した症例はみられず、SRQ-D11～15点の患者では20.0%(1/5例)に効果上昇が認められた。

B群(加味逍遙散→加味帰脾湯)の全症状に対する効果を示す(図3)。加味帰脾湯への変更により、患者全体で26.7%(4/15例)に効果上昇が認められた。またSRQ-D16点以上の患者では40.0%(4/10例)で効果上昇が認められたが、SRQ-D11～15点の患者では効果上昇がみられなかった。

めまいに対する効果は、患者全体ではA群で8.3%(1/12例)、B群で33.3%(4/12例)の効果上昇が認められた。SRQ-Dの検討では、16点以上の患者はB群にて50%(4/8例)、11～15点の患者はA群にて20.0%(1/5例)の効果上昇が認められた。(図4、5)

全症状に対する2剤の効果を比較した(図6)。方剤変更により効果に違いが認められたのは患者全体の36.7%(11/30例)であり、不変は63.3%(19/30例)であった。なかでも加味逍遙散の方で高い効果が認められた患者は

6.7% (2/30例)、加味帰脾湯では30.0% (9/30例)であった。SRQ-D16点以上の患者において、加味帰脾湯の方で高い効果が認められたのは45.0% (9/20例)であるが、加味逍遙散では加味帰脾湯より高い効果がみられた患者はいなかった。一方、SRQ-D11~15点の患者において、加味逍遙散の方で高い効果が認められたのは20.0% (2/10例)であるが、加味帰脾湯では加味逍遙散より高い効果がみられた患者はいなかった。

調査期間中、加味逍遙散および加味帰脾湯に起因する副作用は認められなかった。

考 察

長岡市のような地方都市では、心身症に興味をもつ医師や心療内科を専門に行なっている医師は少なく、精神科医は精神病院での医療が中心となっているのが現状である。そのため、一般病院における心身症に対するケアは一般医が行わなければならない。耳鼻咽喉科も例外ではなく、医師1人あたりの心身症の受診者数では一般内科より多いのではないかと考えられる。耳鼻咽喉科領域における心身症傾向の症例が多い代表的な疾患はめまい・耳鳴り・咽喉頭異常感症などで、このような症例に対して、耳鼻咽喉科医は身体面のケアだけでなく、精神面に対するケアも同時に行う必要がある。

しかしながら、実際は耳鼻咽喉科領域の心身症医療は、明確なガイドラインがあるわけではなく、個々の医師により治療範囲や考え方に非常に大きな隔りがある。今回実施したアンケート調査でも耳鼻咽喉科医における心身症患者に対する加療範囲を4つのタイプに大別した結果、臨床医による考え方の差が大きい領域であることが示唆され、重要な領域ではあるが曖昧でなかなか議論が進んでいない領域であると推察される。また、そのなかでも②が比較的多く認められたが、②の中には、抗うつ剤を使用するのに抵抗があるが、実際は抗うつ作用のある薬剤を使用したいと考える医師が少なくない。

そこで、今回、うつ傾向を伴う心身症症例(めまい、耳鳴、のどの異常感のいずれか)に対して漢方治療を実施し、加味逍遙散と加味帰脾湯の効果を比較した。SRQ-Dが16点以上のうつ状態の疑いがある症例に対しては加味逍遙散に比べて加味帰脾湯の方が高い効果が認められ、抑うつ傾向には加味逍遙散よりも加味帰脾湯の方が適していることが推察される。加味帰脾湯は、虚証で意欲低下、食欲不振、全身倦怠感の強い者で、悲哀感を伴う場合に有効で¹⁾、抑鬱・無力状態に適応となる²⁾。一方、加味逍遙散は比較的虚証で、抑うつ気分や不安焦燥感の症状を認めるものに有効であり¹⁾、興奮・焦燥感が強いイライラしやすいといった症状

図6 加味逍遙散と加味帰脾湯のクロスオーバー

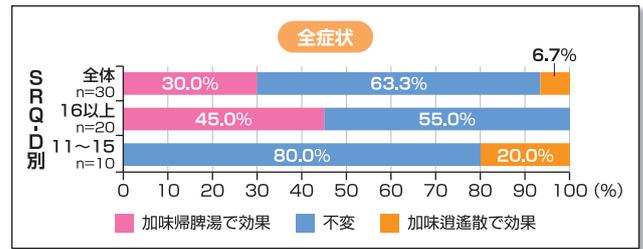


図7 加味帰脾湯の効能・効果

【効能・効果】

虚弱体質で血色の悪い人の次の諸症：貧血、不眠症、精神不安、神経症

図8 加味帰脾湯のくすりのしおり

この薬の作用と効果について

この薬は漢方薬です。体質や症状に合わせて処方されます。
虚弱体質で血色が悪い人などに用いられます。
通常、貧血、不眠症、精神不安、神経症の治療に用いられます。

が強い場合に用いられ²⁾、漢方医学的な「証」からも、抑うつ傾向が強い症例には加味逍遙散より加味帰脾湯の方が適した処方であるといえ、今回はそれを裏付ける結果となった。

また、心身症の患者は各症状の背景に心因性の要素があると思っていないことが多く、SSRIなどの抗うつ剤を処方することで服薬コンプライアンスや治療成績に影響を及ぼす場合がある。加味帰脾湯は抗うつ剤ほどの効果は期待できないが、薬理的にもノルアドレナリン系やセロトニン系神経の賦活作用があり³⁾、軽うつ病に対する有用性もいくつか報告⁴⁻⁶⁾されている。しかしながら、本剤の効能・効果は「虚弱体質で血色の悪い人の次の諸症：貧血、不眠症、精神不安、神経症」となり、「うつ」の適応がないため、薬剤と共に患者に渡される薬剤情報提供書(薬情)にも「うつ」の表記はなく、またレセプトなどにも「うつ」と記載する必要がない(図7、8)。このようなことから、抗うつ剤の投与に抵抗を感じる医師でも、加味帰脾湯は心身症に対して使用しやすい薬剤といえる。また、BZD系抗不安薬で効果が不十分な場合や抗うつ剤を投与するまでもない軽症例の場合などに対しても試す価値のある薬剤といえる。

【参考文献】

- 幸田のみ子：うつ病・うつ状態に対する漢方薬の有効性，精神科，20 (5)：469-473，2012
- 喜多敏明：精神症状に対する漢方治療—証の心理的側面を捉える—，日本東洋医学雑誌，58 (1)：34-39，2007
- 柳瀬晃子 ほか：マウスにおける加味帰脾湯の抗侵害受容作用，日薬理誌，108：77-83，1996
- 中田輝夫：漢方製剤による軽うつ病の代替治療の可能性，精神科，13 (1)：83-88，2008
- 斎藤文男 ほか：神経症およびうつ病に対する加味帰脾湯の効果，Progress in Medicine，13 (7)：1456-1464，1993
- 中田輝夫：軽うつ病の患者への加味帰脾湯単独投与の経験，漢方と最新治療，3 (4)：387-390，1994