

柏厚生総合病院 内科
児玉知之

心因性 愁訴を 極める

ジェネラリストのための
実践的10症例

逆に必ず強調してほしいのは、次の2点です。

- ▶ パニック発作では生命の危険はないことを保証する
- ▶ しかるべき治療を行えば必ず良くなることを保証する

この説明を補強するために、パニック障害の成因論を説明したり(23ページ参照)、パニック障害は決して稀な疾患ではなく、統計上は生涯有病率が優に1%を超える common diseaseであることを織り込んで説明すると説得力が増すと思います。

個人的な印象ですが、パニック障害の患者には、「脳機能上の誤作動=神経伝達物質の乱れに伴う病気」のように、器質因に帰着させた説明をした方が納得してもらいやすく、その後の服薬においてもアドヒアランスを保ちやすいと思います。

ここまでは治療してみる

初期治療の基本方針

パニック障害においてプラセボと比較してエビデンスが確立しているのは、抗不安薬とSSRIです。SNRIでもSSRI同様に効果的であるとする報告が多いですが、まずはスタンダードな流れを整理しましょう。

なお、SSRI、SNRIなどの抗うつ薬の使い分けについては、第8章で詳しく説明します。

お勧め!! 初期治療セット

- ▶ 長時間作用型抗不安薬 + SSRI の併用
- ▶ お好みに短時間作用型の抗不安薬を頓用

【処方例】

- ①ロフラゼパ酸エチル(メイラックス[®]) 1mg 1錠 分1 就寝前
- ②セルトラリン(ジェイゾロフト[®]) 25mg 1錠 分1 就寝前
セルトラリンは症状に応じて2週間ごとに1錠ずつ増量

【処方例】

- ①クロナゼパム(ランドセン[®]、リボトリール[®]) 0.5mg 1錠 分1 就寝前
- ②エシタロプラム(レクサプロ[®]) 10mg 1錠 分1 就寝前
エシタロプラムは1錠で改善なければ、1~2ヵ月で2錠まで増量可

これらを定時内服とし、発作時には以下のいずれかを頓用(1日3回程度まで内服可)

【処方例】

- アルプラゾラム(ソラナックス[®]、コンスタン[®]) 0.4mg 1錠
- ロラゼパム(ワイパックス[®]) 0.5mg 1錠
- エチゾラム(デパス[®]) 0.5mg 1錠

抗不安薬の薬理特性を生かした使用方法、SSRIの使用方法などについては第8章をご参照ください。パニック障害であろうが、

咽喉・喉頭の異常感覚は、ヒステリー球（主に内科系で使用）、咽喉頭異常感症（耳鼻科など主に外科系で使用）、梅核気（^{ばいかくき}主に漢方医学で使用）などと呼ばれ、心因性愁訴の代表的なものの1つです。本書では「ヒステリー球」という呼び名で統一しますが、洋の東西を問わず、古くからその存在が認知されてきた疾患でした。

現代でも性差として女性に多い（ヒステリー球の定義によっても差異はあるが2～4倍程度女性に多いとの報告あり）のですが、昔からその傾向には変わりがなかったようで、ヒポクラテスは女性の子宮が喉に移動して疾患を起こすと考えていましたし、中国の書物にも「中年女性で喉が詰まったような感じがする場合には…」などと女性をターゲットとした記載があります。

追加すべき問診・検査

診断確定のために

ヒステリー球について、これを聞いておけば診断につながるといった質問項目はありませんが、第1章で整理した「心因性愁訴らしさ」の特徴がヒステリー球についても当てはまりますので、ご参照ください。

ただし、それらの特徴のうち、「何かに気をとられているときには症状が軽くなる、あるいは気にならなくなる」という所見は、ヒステリー球では目立たないことが多いです。心因性愁訴の中でも精神病理として根深い部類に入るからでしょうか。

治療の項でも述べますが、ヒステリー球に関しては、「すぐに治ってしまって、もう大丈夫です」という患者は少なく、一度良くなってもすぐに再燃するような経過をたどることがほとんどです。

結果として患者と長く付き合うことになる症例が多いのですが、これもヒステリー球という疾患の特性を表している気がします。

内視鏡や喉頭鏡で異常所見がないのであれば、追加の検査は特に必要はないと思いますが、逆流性食道炎で内視鏡的に所見がないものの一部がヒステリー球の原因になっている可能性が指摘されます。また、局在性のアレルギーや炎症が原因となっている場合があるという報告があります。

したがって、診断的治療として、それらの治療薬をとりあえず使用し、反応をみるのが有用な場合があります。詳しくは47ページをご参照ください。

言っていること悪いこと

患者との関係を円滑にするための注意事項

本症例に限らず、本書で取り上げているような心因性愁訴に対して、医師は、「所見は正常で問題ない。少なくとも悪い症状ではない」という説明をとりあえず強調しがちです。たとえば…

▶「検査データ上は重篤な疾患はありません」

⇒ 疾患や愁訴そのものの却下、陰性結果の押し付け

▶「症状は恐らく良性のもので、自然に終息する可能性が高いでしょう」⇒ 稚拙で無責任な保証

上記のような説明は、心因性愁訴の患者のニーズに合致していないことを、この章で改めて整理しておきたいと思います。

上記のような説明は、ある程度論理的な会話が成立する患者向けのものです。論理的な説明が苦手な患者には、さらにかみ砕いて、以下のような、誰でも日常生活で経験しているたとえを用いるようにしています。



かみ砕いた説明を!!

「我々は毎日、服を着ていますが、“肌に布切れが密着している感覚”を常に意識しているわけではありませんよね？それが普通の状態なのですが、なぜそういう状態を維持できているのかといえ、脳が別に意識しなくてもいい感覚だと前もって処理しているからなのです」

「他の身体感覚も同様に、脳は“当たり前感覚”をそれほど意識しないように、前もって処理しているのです。ふとしたきっかけで、その処理がうまくいかなくなって、意識しなくてもよい感覚を感じてしまうことがあるのです」

「それが、あなたの場合、喉の違和感ということになるんですね」

3. 説明に納得を示さない場合には、押し付けず撤退する。再診ごとに徐々に理解を深めてもらう

心因性愁訴の患者は、1回の説明で病態を理解することは滅多にないと思った方がよいでしょう。再診外来を重ねるたびに、何度か同様の説明をして、ようやく理解する患者がほとんどです。

初診時や再診の回数が浅い時期では、医学的にはいくら正しい解

釈であっても、それを押し付けることは望ましい結果を生まないことが多いのですが、だからといって、全く説明をしないわけにはいかないということは前述の通りです。

医学的に正しいことを述べるだけではうまくいかない

医師は医療の専門家ですから、患者を目の前にすると、ついつい断定的な口調で「医学的にはこれしかあり得ない」という言い方をしてしまいます。

本症例のヒステリー球を例に挙げて説明すれば、「2週間前の内視鏡検査で問題なかったわけだから、今日検査したって、異常なんかあるわけないですよ。あなたの症状は別の原因だと思いますよ。追加の検査は必要ありません」といったところでしょうか。

こうして文字に起こすと、高圧的というか、押し付けっぷりが際立って感じられます。

確かに医学的に言えば、2週間前の検査で異常所見がないことが確かであれば、その間に喉の違和感を生じさせるほどの病変ができることはきわめて可能性が低いと言えます。

医学的にはこの医師の言うことは、全くもって正しいのですが、心因性愁訴を呈する患者と付き合うためには、医学的に正しいことを述べるだけではうまくいかないことが多いのです。

だからといって、患者の不安や心配に迎合して、医学的に不必要な対応をとることを推奨しているわけではありません。プロフェッショナルな立場としては、医学的な常識や見立てなど、言うべきことは包み隠さず言わなければなりません。が、その言い方について

抗うつ薬の間違った使用法に注意 !!

どの薬剤でも、単剤を抗うつ効果が出るまで十分量（保険用量の範囲内で）、かつ十分な期間使用することを原則としてください。

抗うつ効果が不十分になる使用法として、以下のような間違いがあります。

✕ 抗うつ効果が出るまでの期間を考慮していない

抗うつ効果は、投薬開始後、数週してから実感されることが普通です。

上記の説明で「即効性」があると記載した薬剤でも、2週間程度はかかるものと思ってください。再診外来での実感としては、「今月投与開始した効果が、来月出る」くらいのタイムラグがありません。

原則単剤で十分量まで漸増した上で、数ヵ月は待つ、という姿勢が重要です。

✕ 十分な期間使用していない

抗うつ薬は、抗うつ効果が出始めたら、ある程度の期間維持しないといけません。

効果が出てから半年～1年程度は、抗うつ効果が十分にみられた処方量をそのまま維持し、その後数ヵ月かけて漸減中止を図ると再発が少ないと報告されています。いくつかのガイドラインでは、**うつ状態寛解後、半年～1年は減薬せずに投薬を維持**することが推奨されています。

パロキセチンの項（156ページ）で述べたように、抗うつ薬を高用量のまま急に中止すると、離脱症状が起きる危険性があります。1ヵ月に1錠くらいのペースで漸減し、内服錠数が十分少なくなっしてから中止することをお勧めします。

プライマリケアの先生方が多く向き合うであろう、単極性うつ病（1回きりのうつ病）の場合には、抗うつ薬をずっと維持投薬することはありません。

これに対し、うつ病を繰り返している反復性うつ病性障害（特に3回以上うつ病相がある場合）では、抗うつ薬を中止すると再燃するリスクが高まることは知っておいた方がよいでしょう。いくら落ち着いている患者でも、維持されている抗うつ薬を理由なく中断しない方がよい場合もあるということです。

✕ 異なった薬剤を不十分量ずつ併用している

抗うつ薬は、三環系、四環系、SSRI、SNRIなどのカテゴリーに分けられますが、それらの併用によって相加的・相乗的な効果を得ることは難しいと認識してください。

つまり、原則として $1 + 1 = 2$ にはなりません !!

一例を挙げて説明すると、同じSSRIに分類されるフルボキサミン25mgとセルトラリン25mgを併用しても50mg分の抗うつ効果にはならない、ということです。

抗うつ薬の作用機序として、「セロトニン再取り込み阻害作用により、シナプス間隙のセロトニン血中濃度を高めて抗うつ効果を発