

気分障害

単極性うつ病

# 目次

1. 症例
2. 疫学
3. 症状
4. 病態
5. 治療

# 目次

1. 症例
2. 疫学(どのくらい「うつ病」がある?)
3. 症状
4. 病態
5. 治療

# うつ病の健康生活支障度

2020年には健康な生活を障害する疾患の**第2位**と予測。

DALYsの健康な生活を障害する疾患(1995年)

rank cause

- 1 下気道疾患
- 2 下痢性疾患
- 3 周産期の状態
- 4 **単極性大うつ病**
- 5 虚血性心疾患
- 6 エイズ(後天性免疫不全症候群)
- 7 脳血管障害
- 8 交通事故
- 9 マラリア
- 10 結核

World Health Report in 1999



DALYsの健康な生活を障害する疾患(2020年)

rank cause

- 1 虚血性心疾患
- 2 **単極性大うつ病**
- 3 交通事故
- 4 脳血管障害
- 5 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 6 下気道疾患
- 7 結核
- 8 戦争
- 9 下痢性疾患
- 10 エイズ(後天性免疫不全症候群)

World Health Report in 1999

Disability Adjusted Life Year (DALY) :

WHOでは単に寿命の延長でなく、健康に生活できる期間が重要と提唱されています

# 世界における健康な生活を阻害する要因(2005年)

全世界	高所得国*
1 下気道感染症	1 うつ病
2 HIV/AIDS	2 虚血性心疾患
3 うつ病	3 脳血管疾患
4 虚血性心疾患	4 アルコール依存症
5 下痢性疾患	5 アルツハイマー病/認知症
6 脳血管疾患	6 難聴(成人発症)
7 低出生体重	7 COPD
8 交通事故	8 呼吸器悪性腫瘍
9 マラリア	9 糖尿病
10 出生時仮死・外傷	10 交通事故

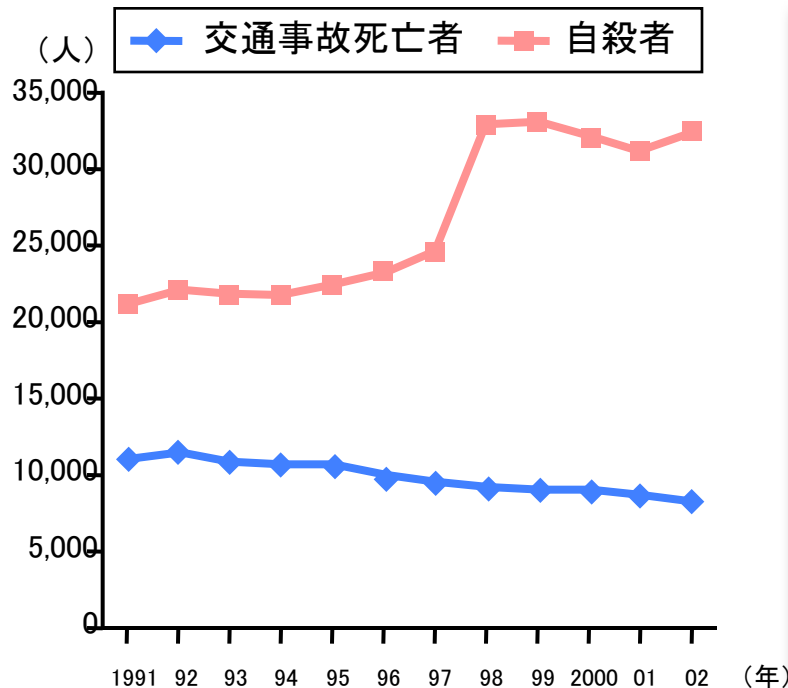
\*日本、米国、英国などを含む世界50カ国

HIV: ヒト免疫不全ウイルス, AIDS: 後天性免疫不全症候群, COPD: 慢性閉塞性肺疾患

WHO, Projections of mortality and burden of disease to 2030: Projected DALYs by income group より作成

# うつ病対策が急務とされる日本の現状

【自殺者数と交通事故死亡者数】



## 国(厚労省)の対策！

- ① 心の問題に関する国民への普及・啓発
- ② 地域・職域でのうつ病対策等

精神科医やプライマリ・ケア医、産業医、地域の医療保険従事者などの  
連携強化、マニュアルを利用した教育研修

診断・治療技術向上が必須

## ⇒プライマリ・ケア医によるうつ病診療が加速

自殺予防の対策として、今後より一層プライマリ・ケア医でのうつ病診療が推進され、SSRIが海外と同様に、ポピュラーな薬剤となっています。

# 目次

1. 症例
2. 疫学
3. 症状(どんな症状?どんな経過?)
4. 病態
5. 治療

# うつ病の症状

## うつ病の身体状態

- ①睡眠障害  
入眠障害  
熟眠障害  
早朝覚醒
- ②食欲減退  
体重減少
- ③倦怠感  
脱力感
- ④性欲減退
- ⑤その他  
疼痛  
便秘  
心悸亢進



## うつ病の精神状態

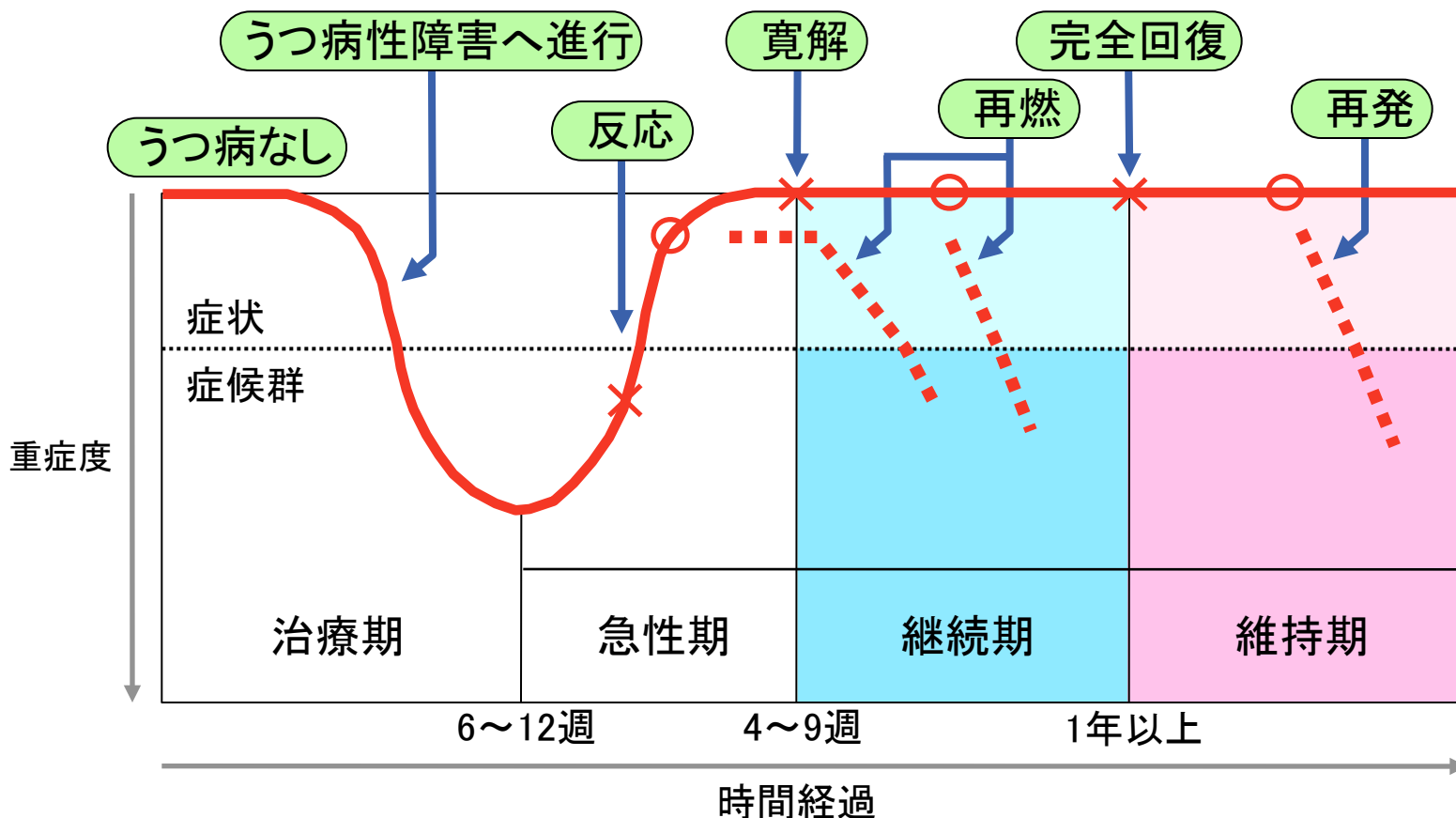
- ①気分・感情の異常  
抑うつ気分
- ②思考の異常  
興味や意欲の減退  
集中できない  
判断力・決断力が鈍る  
絶望感・劣等感
- ③意欲・行動の異常  
行動量の低下  
表情・身振りの減少  
生気に乏しい
- ④その他  
不安・焦燥感



# うつ病の身体症状

症状	出現率(%)
睡眠障害	82~100
倦怠感	54~92
食欲不振	53~94
頭痛・頭重感	48~89
性欲減退	61~78
便秘・下痢	42~76
体重減少	58~74

## ●うつ病における治療段階



(Kupfer DJ : long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 52 (suppl) : 28-34, 1991より)

再燃: うつ病の一つの病相からの回復過程でぶり返した場合。

再発: 病相から一度完全に回復してしばらくして新たな病相が始まった場合。

# うつ病になりやすい病前性格

※① 几帳面、完璧主義、真正直

② がんばり屋で自分の中に閉じこもる人

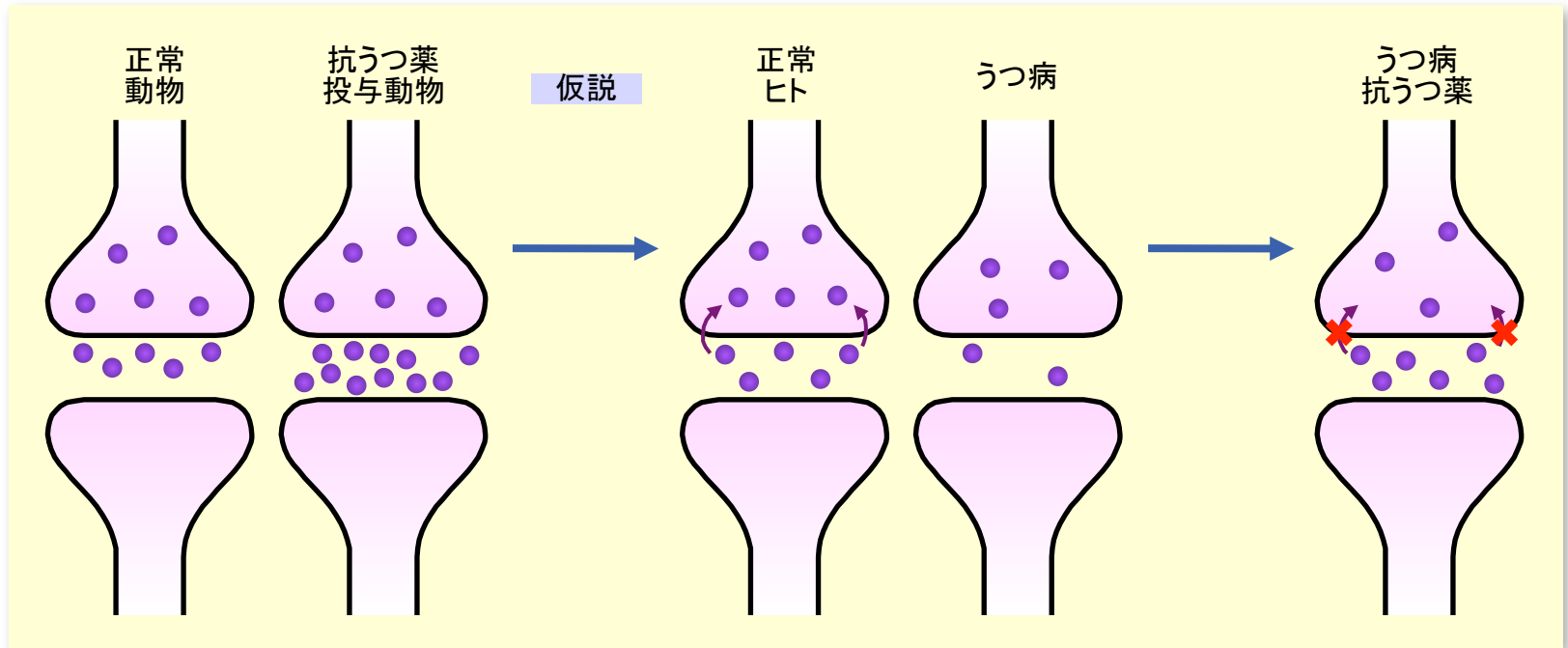
① → 減点主義になりすぎないように伝える

② → 辛いときは周りの人に相談するように伝える

※は性格だけでなく、環境との相性も大事

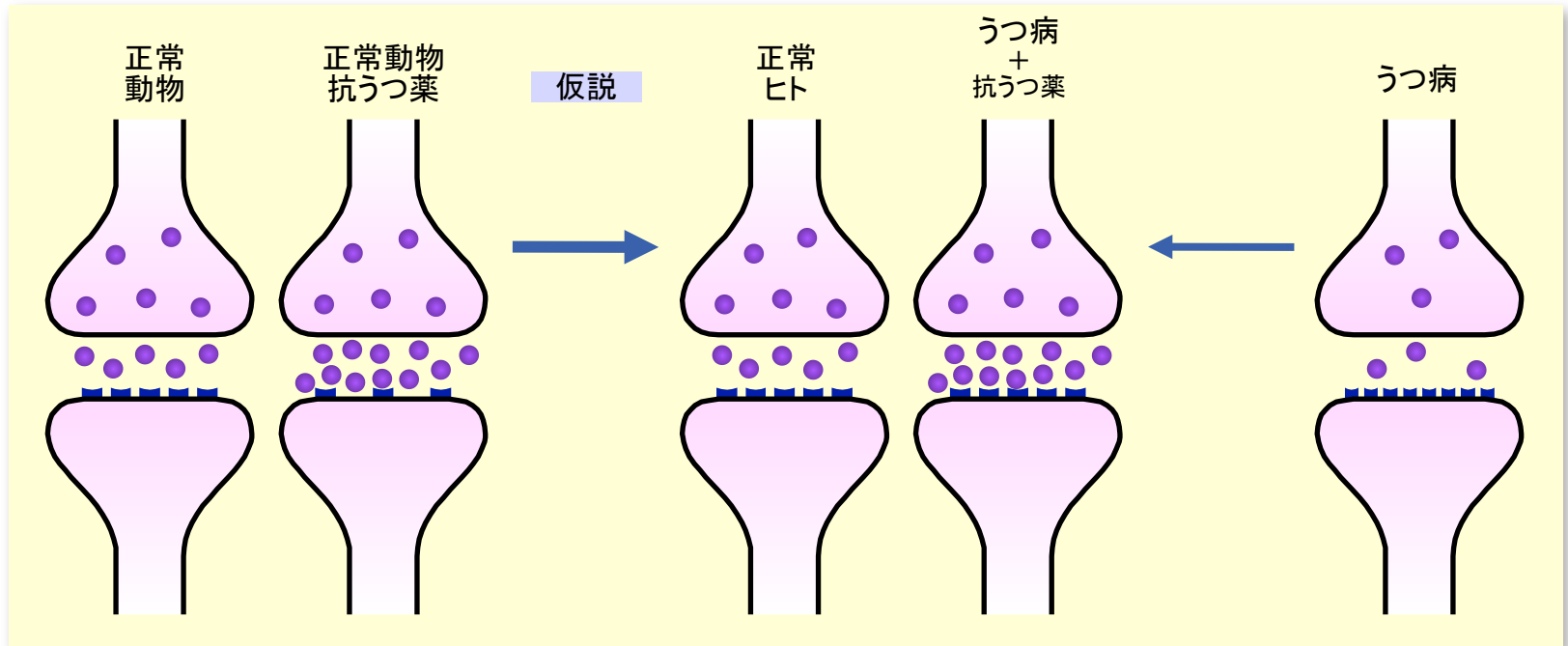
→ ストレスを減らすように勧める

## ● 神経伝達物質欠乏仮説



セロトニン神経終末のシナプス間隙のセロトニン濃度が減少するとうつ病症状があらわれるという仮説。

## ● 神経伝達物質受容体機能亢進仮説



セロトニン神経終末において、後シナプスの神経伝達物質を受け取る受容体の機能が亢進しているという仮説。

# 目次

1. 症例
2. 疫学
3. 症状
4. 病態
5. 気分障害の種類
6. 治療(薬物療法+ $\alpha$ )

# 気分障害の種類

- 単極性気分障害

- 大うつ病性エピソード
- 反復性うつ病性障害
- 気分変調症



- 双極性気分障害

- 双極Ⅰ型気分障害：躁病エピソードを伴う
- 双極Ⅱ型気分障害：軽躁病エピソードを伴う
- 気分循環症



# 躁病エピソード

気分の高揚または易怒的が1週間以上持続

+以下の症状を伴う

- 目的指向性の行動の増加(多弁、多動、浪費)
- 自尊心の肥大(誇大感)
- 観念奔逸
- 注意散漫
- 性欲亢進
- 睡眠欲求の減少

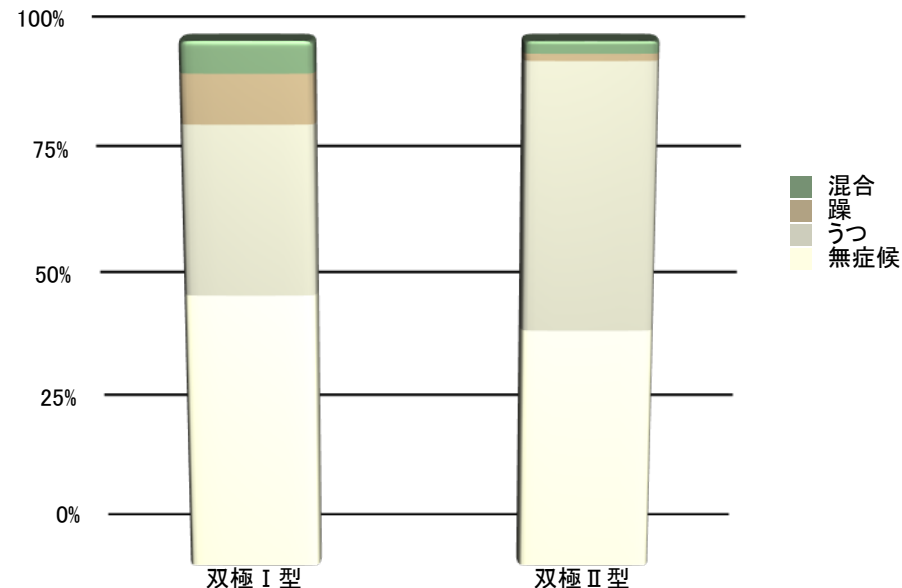


# 双極性障害の疫学

- 躁病エピソード: 1年有病率0.2~1.3%
- 発症年齢が20歳前後
- 双極性感情障害の第一次親族が同病に罹患する割合: 8~18倍 単極性うつ病: 2~3倍

## 双極性障害の20年間の調査

- 1978~1981 NIMH研究
- 146名双極 I 型 86名双極 II 型



# 目次

1. 症例
2. 疫学
3. 症状
4. 病態
5. 治療(藥物療法+ $\alpha$ )

# うつ病の治療

- 休養、環境調整

- 薬物療法

SSRI/SNRI、三/四環系抗うつ薬

- 精神療法

認知療法

対人関係療法

支持的な精神療法

# 治療の原則

## ● 病気の説明

- ・うつ病は病気であって、単なる疲れや怠慢ではないことを伝える。
- ・今の状態は明らかに病気であり、治療すれば治る性質のものであることを保証することが大切。
- ・説明例
  - 「心身ともにエネルギーが低下した状態」
  - 「車にたとえば、いくらアクセルをふかしてもエンジンの回転数が上がらない状態」
  - 「脳の神経と神経の間の情報伝達が悪くなっている状態」
- ・うつ病は特殊な病気ではなく、誰でもかかる可能性のある病気であることを説明する。

## ●治療方針の説明

治療は原則として、**休養、薬物治療、精神療法、環境調整**の4点を説明する。

### ・休養

今までよりペースを落とすことを薦める。休養を続ける期間は、患者がじっと休んでいることが退屈になって少し動いてみたくなるまでを目安にする。

### ・薬物治療

服用に抵抗がある患者も多いため、十分な説明が必要。うつは病気であるため、抗うつ薬の服用なしでは改善しない。服用を完全にやめるまでには、半年から1年はかかる。

### ・精神療法

一般的な支持的な精神療法。その内容はまさにこの治療方針の説明になる。

### ・環境調整

うつ病の発症にはストレスが深く関わっている。ストレスを軽減するために、職場、家族、友人などに病気について理解させる。

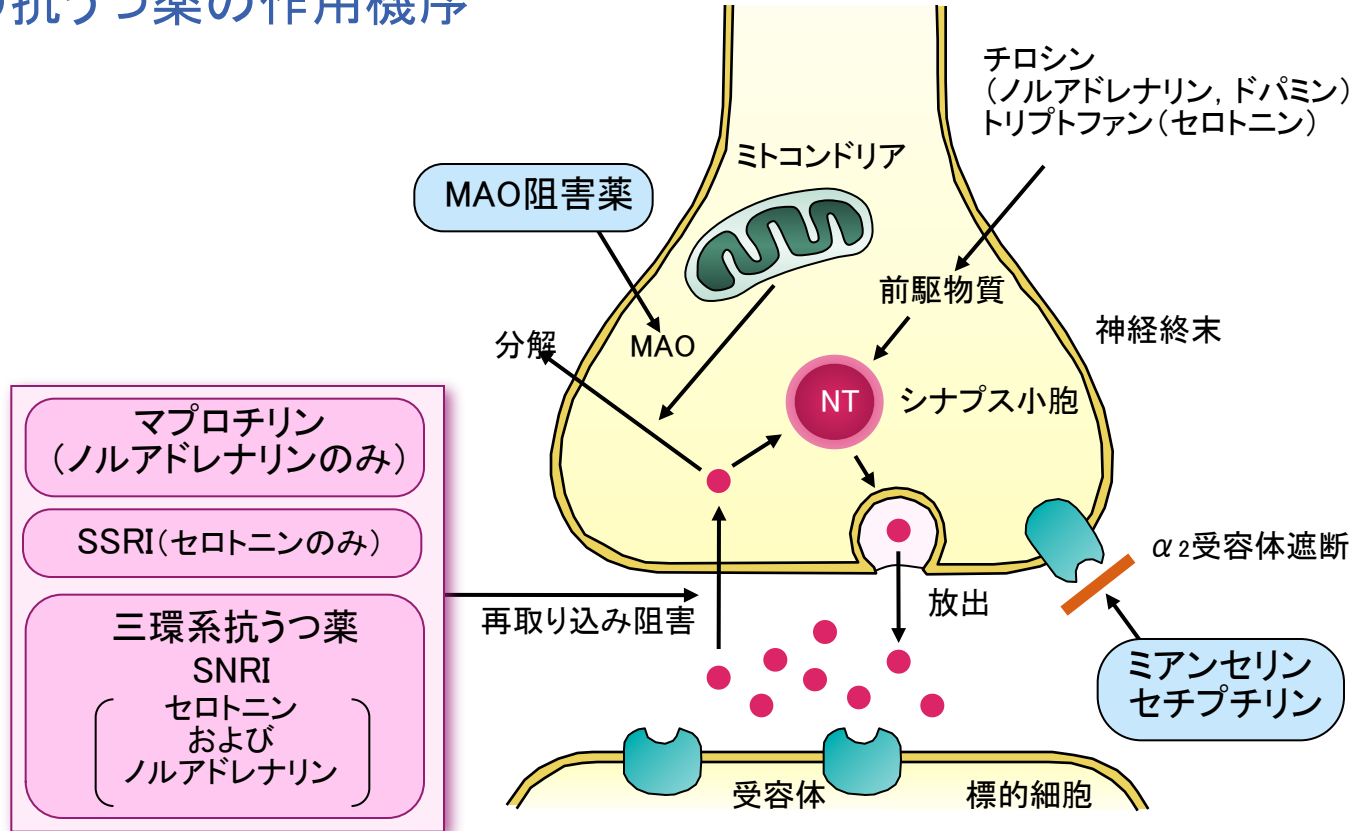
## ●急性期の小精神療法

- 1) 感情障害という「病気」であって単なる怠けでないことを本人ならびに家人に告げる。
- 2) 急性期にはできる限り精神的休息をとるよう指示する。特に発病まもないとき、できるだけ早く休息に入るのが有効なことを告げる。
- 3) 薬物が治療上必要である理由を説明し、無断で服用を中止しないよう求める。
- 4)
- 5) 治療中一進一退のありうることを告げる。したがって、治療途中で悪化するようなことがあっても悲観しないように、また特に終末期には理由のない短い気分動揺のあることを告げておく。
- 6) 治療中自殺などの自己破壊的行為をしないことを誓約させる。
- 7) 治療が終了するまで人生上の重大な決断(たとえば自信がないという理由で退職するなど)をしないよう薦める。

(笠原 嘉ほか編:感情障害-基礎と臨床-, 朝倉書店より)

# 抗うつ薬の機序

## ●抗うつ薬の作用機序



NT: 神経伝達物質(セロトニンまたはノルアドレナリン)

抗うつ薬は、シナプス間隙に放出されたセロトニンが再び前シナプスに取り込まれるのをブロックして、シナプス間隙のセロトニン濃度を上昇させる。

# 症状学的視点および副作用を考慮した薬物選択

	臨床像	適切な薬物のタイプ	身体状況(副作用を考慮)	抗うつ薬
I 群	抑うつ気分、悲哀感、絶望、落胆	抑うつ気分を解消させる抗うつ薬	身体的に健康な成人・症状が重篤 → 高齢者・身体合併症・低体重 →	イミプラミン クロミプラミン アモキサピン フルボキサミン パロキセチン マプロチリン
II 群	不安、焦燥、取り越し苦勞、内的不穩	鎮静、不安軽減作用のある抗うつ薬	身体的に健康な成人 → 高齢者・身体合併症・身体虚弱 →	アミトリプチリン トリミプラミン パロキセチン ミアンセリン セチプチリン トラゾドン
III 群	意欲の欠如、抑制、無感動	意欲回復作用のある抗うつ薬	高齢者では少量より漸増 →	ミルナシプラン ノルトリプチリン アモキサピン
IV 群	身体的訴えと自律神経系の障害が主で、抑うつ症状は目立たない(仮面うつ病)	なるべく広い作用プロフィールをもつ抗うつ薬	いずれも副作用は少ない →	フルボキサミン パロキセチン ミルナシプラン ロフェプラミン セチプチリン ミアンセリン トラゾドン マプロチリン

臨床症状と抗うつ薬の作用特性の関連から、薬剤選択を示したものである。



## 抗不安薬と睡眠薬の使い方

### ● 抗不安薬の役割

抗うつ薬が効果を示すまでの間、不安や焦燥を抑えるために併用。

### ● 睡眠薬の役割

睡眠障害はうつ病における一症状であるため、抗うつ薬によるうつ病の改善がみられるまでの間、不眠を我慢させるのではなく、対症療法的に併用。

### ● 中止方法

抗不安薬や睡眠薬は離脱症状や精神的依存の問題があるため、可能な限り短時間に制限して用いる。

中止するときは、漸減し、投与間隔を徐々にあけて中止していく。

## 抗うつ薬の中止方法

SSRIなどの服用を突然中断したときにおこる離脱症状に注意する。  
中止するときにはゆっくり時間をかけて漸減することが大切である。

### 離脱症状

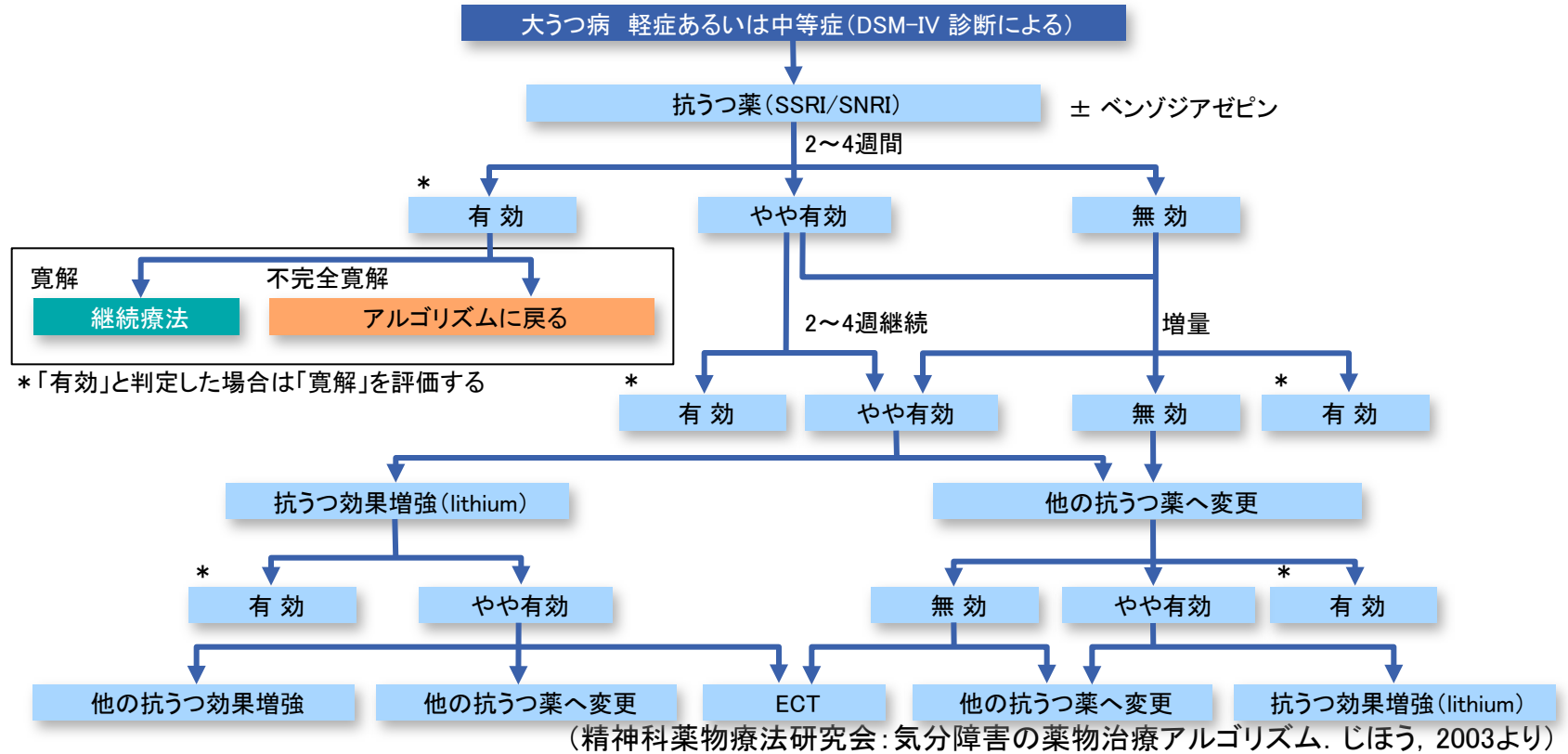
1. 消化器症状	嘔気
2. 全身症状	疲労感、頭痛、発汗、筋肉痛などインフルエンザ様症状
3. 精神症状	不安、焦燥、筋緊張、神経過敏、抑うつ、イライラ感
4. 睡眠障害	不眠、生々しい夢
5. 運動障害	不安定歩行、口や舌の異常運動、アカシジア
6. その他	めまい(クラクラする)、異常知覚(ヒリヒリ感、焼けるような、電気でビリビリした感じ)

# 修正型電気けいれん療法(m-ECT)

- 修正型電気けいれん療法(modified ECT):麻酔科医の全身管理のもと筋弛緩薬を使用。従来のサイン波(正弦波)の電気刺激→パルス波(矩形波)による通電法。
- 適応 (大うつ病に対して)
  1. 希死念慮強く自殺の恐れ切迫
  2. 不安焦燥が強い
  3. 昏迷
  4. 拒絶が強い
  5. 薬物療法に抵抗性

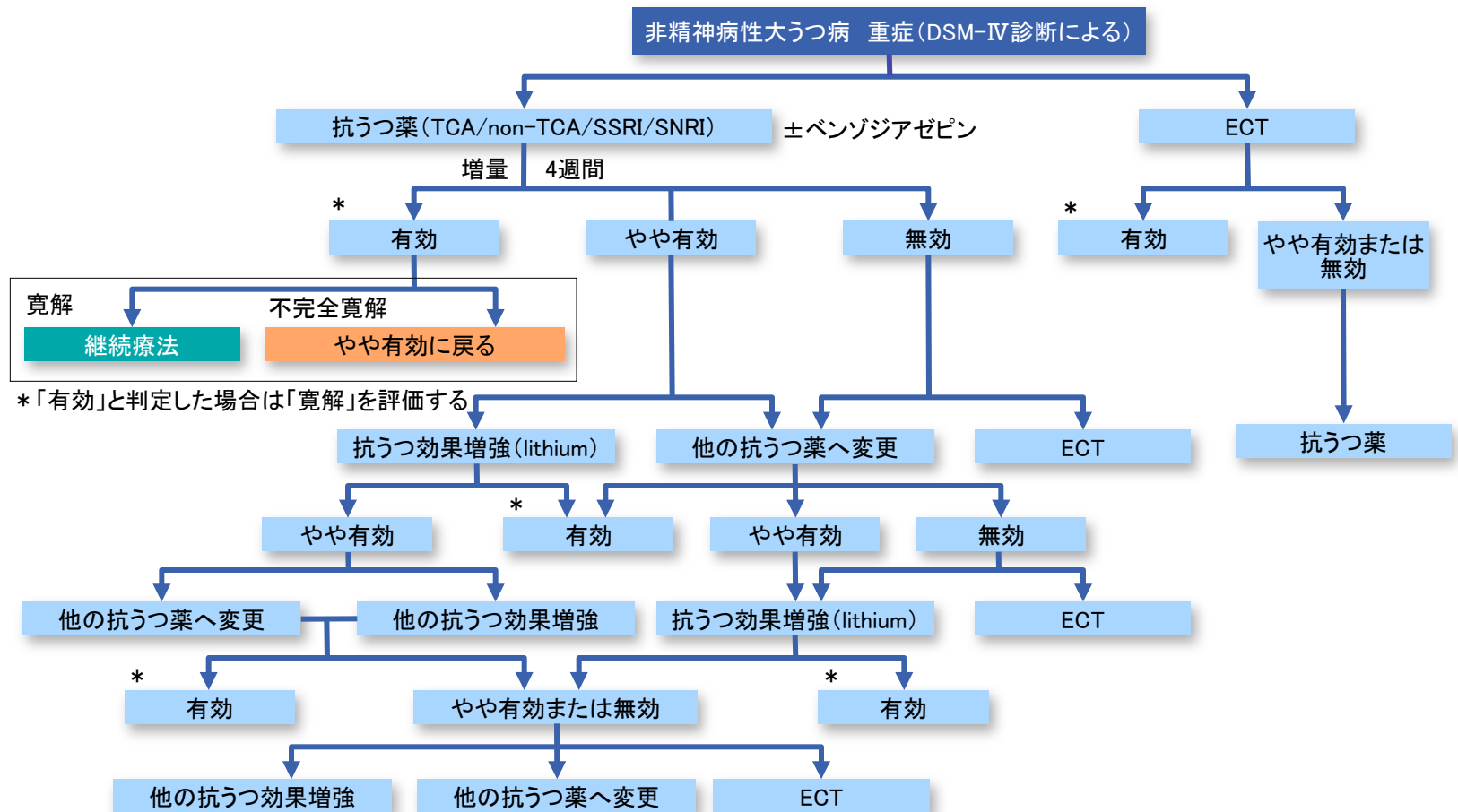
# 治療指針

## ● 大うつ病（軽症・中等症）の治療アルゴリズム



第一選択薬はSSRI・SNRI。効果があらわれるまで少なくとも2週間程度を要するため、その間の不安や焦燥に対処するために、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を併用も。

# ●非精神病性大うつ病(重症)の治療アルゴリズム



(精神科薬物療法研究会: 気分障害の薬物治療アルゴリズム. じほう, 2003より)

第一選択はTCA、non-TCA、SSRI、SNRIのうちから選択するか、ECT。