



シリーズXIII

メンタルヘルスケア

7. プライマリ・ケアとメンタルヘルス：消化器領域

北大医学研究科プライマリ・ケア医学 前 沢 政 次

1. はじめに

現代人の健康においてはメンタルな問題が占める割合が増加傾向にある。それは世界の先進国のみではなく、開発途上国においても見られる課題である。とくにプライマリ・ケア領域では身体症状を有して外来を訪れる患者の40~50%程度がメンタルな問題を抱えている。一方、慢性化した身体疾患で精神的に悩む者も少なくない。

メンタルな問題を抱えた場合、日本人は消化器系に関する訴えが多いと考えられている。古くから「はらわたが煮え繰り返る」「はらが立つ」「断腸の思い」「はらがふくれる」などの言葉が感情表現として汎用されてきた。最近では、日本の若者の間で最も多用される言葉の一つに「むかつく」がある。あまり良い用法ではないが、現代社会の病理を示す代表的な言葉である。

本稿では、プライマリ・ケア領域でよく遭遇する消化器系の病態について解説し、診断治療において重要と思われる点について述べたい。

2. 病態に影響する因子

メンタルな問題が影響する消化器疾患には、胃潰瘍などの器質的疾患ばかりでなく、過敏性腸症候群をはじめとする機能的胃腸疾患も多い。胃・十二指腸潰瘍はHelicobacter pyloriの感染が主因とされているが、感染のみではなく、感染で胃壁が弱くなり、そこにストレスや暴飲暴食などの環境因子が加わり、潰瘍を発症する。

近年、消化管機能検査技術が発達し、ラジオアイソトープを用いた胃排出能検査、食道、胃、十二指腸、大腸の内圧測定による運動能検査、胃電図法による胃運動機能評価など、消化管機能の評

価が可能になってきた。これらの技術を用いて、種々の消化器症状がどのように起こされるのかが、明らかになってきている。エンドトキシシヨックでは嘔吐と下痢を起こし、前庭神経刺激、寒冷刺激、騒音刺激などの中枢を介する刺激によって上部消化管機能が変化することや、暗算などのストレスにより胃運動の抑制、大腸運動の亢進が起こることが報告されている。

これらの知見を踏まえていくと、図1に示すようなメカニズムが消化管に影響を与えていること

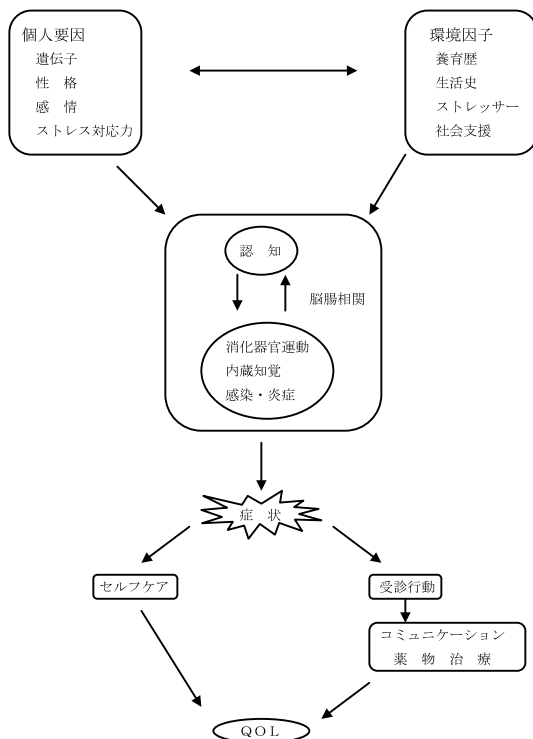


図1 消化管異常のメカニズム

が推察される。

人間は各自個人的要因を有している。親から遺伝子を譲り受けて成長する。それは体質や気質となり、また養育環境の影響を受けて性格を形成する。また、環境に左右され、独特の感情傾向を持つようになる。時には不安やうつが感情の多くの部分を占めることもある。同じストレスがかかっても、人によって対応が異なる。ストレスに押しつぶされる人もいれば、ストレスをばねにして一層たくましくなる人もいる。これらの状況を受けとめるのは、「認知」の部分で大脳皮質がその役割を果たしている。認知した事柄は、自律神経を介して胃腸に伝えられる。胃腸の働きが良いか悪いかも大脳皮質に伝わる。脳腸相関と言われるゆえんである。

消化管には蠕動運動などの運動があり、かつ内臓知覚の問題がある。また、炎症や感染があれば、運動や痛み感覚の閾値に変化が起こる。それが症状として現れる。症状が出ると、ある人は自分で何とか症状の改善をはかろうとして、安静を確保したり、市販薬を服用したりする。セルフケアである。ある人は医療機関に走る。医師とのコミュニケーションが取れ、治療的關係を築ければ、QOLを高めることができる。そこで「気のせい」「病気ではない」と言われれば、ドクターショッピングと言われる悪循環に陥り、医療機関を転々とする。

3. 症状と診断

逆流性食道炎、胃・十二指腸潰瘍などは内視鏡検査で容易に診断できる。一方、食欲不振、悪心・嘔吐、心窩部膨満感、心窩部痛、下痢、便秘などの消化器症状がありながら、消化管に器質的疾患が見出せない場合は、心理的負荷の状況と消化管機能障害を考慮する。

消化管機能障害の診断名としては、機能性消化不良 (FD: functional dyspepsia)、非潰瘍性消化不良 (NUD: non-ulcer dyspepsia)、アルコール関連消化不良 (ARD: alcohol related dyspepsia)、胃食道逆流症 (GERD: gastroesophageal reflux diseases)、過敏性腸症候群 (IBS: irritable bowel syndrome) などがある。

表1は英国のSpillerの文献から引用した¹⁾。機能性の疾患に、潰瘍や癌、胆石症を加え、かつそれぞれの疾患の症状の頻度を一覧表にしたものである。胸やけが強ければ、逆流性食道炎、嘔吐がなく便通異常を訴えれば過敏性腸症候群の可能性が高いといった程度で、他の問題はきわめて重複が多い。Talleyらも、便秘型および下痢型過敏性腸症候群と逆流性食道炎、機能性食欲不振には重複が多いことを図2のように示している²⁾。

したがって、身体的病態の診断としては、内視鏡検査で潰瘍や腫瘍がなければ機能性胃腸障害と診断し、どのような症状が強いかによって病名を

表1. 食欲不振関連疾患の胃腸症状の頻度¹⁾

症状	FD	Oes	DU	GU	IBS	GS	ARD	GCa
食欲不振	40	35	47	56	35	29	55	64*
嘔気	39	17	34	39	32	28	37	48*
嘔吐	24	22	34	34	11*	23	59*	49
消化管出血	12	14	26*	23	5	7	32	34*
胸やけ	20	64*	32	23	12	19	25	22
体重減少	23	20	26	34	16*	32	33	72
向精神薬使用	46*	35	26	20	38	31	18	9*

FD=functional dyspepsia, Ose=oesophagitis and reflux without oesophagitis,

DU=duodenal ulcer, GU=gastric ulcer, IBS=irritable bowel syndrome,

GS=gallstone disease, ARD=alcohol related dyspepsia, GCa=gastric cancer.

*Significant difference from other diseases

つけることでよいのではないと思われる。むしろ、図1に示したような病態を患者に説明できることの方が大切である。

次に、機能的胃腸障害患者では不安および抑うつが強いことがさまざまな検討から報告されているが、このような心理的問題は必ずしもこれらの疾患に特異的なものとは限らない。欧米の報告で、FD群、十二指腸潰瘍群、正常対照群との間で不安、抑うつ傾向を比較検討したところ、FD群、十二指腸潰瘍群では不安、抑うつが正常群に比べ多いが、FD群と十二指腸潰瘍群との間には差がなかったとの報告がある³⁾。さらに不安、抑うつとFD間の相関係数は大きくなかったとのこ

とである。しかし日本の心療内科の入院患者ではうつ病性障害が60%、転換性障害が30%にみられたとの報告がある⁴⁾。実際、FD症状を伴ううつ病患者か、FD患者にうつ病を合併したのかの判断は困難であるが、FD患者の診療においてうつ病の存在は無視できない。

また、生活の質：quality of life (以下QOL) について、FD患者と他の器質的疾患患者との比較では、腹痛のために日常生活が妨げられている者、身体的機能の制限がより少ない者が、FD症状を持つ者に多いことが明らかになっている⁵⁾。精神的健康度、社会的機能、健康認識もまたFD患者では低く、FD患者は他の上部消化管疾患患者に比べてQOLが阻害されている。

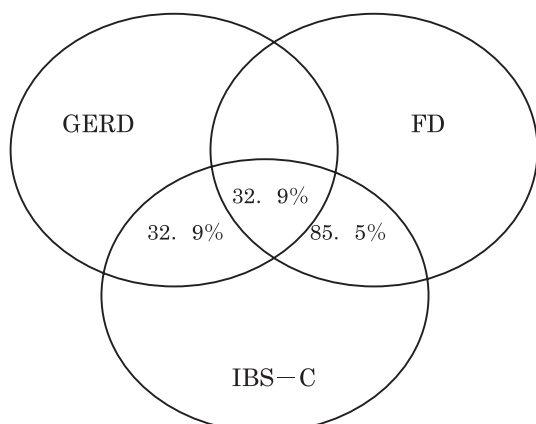
4. 治療のポイント

これらの疾患に対する治療で、驚くべきことはプラセボ効果がきわめて大きいということである。国内での本郷らの新薬治験でプラセボによる症状改善率は39%であった⁶⁾。欧米の研究でも、約半数に近い患者がプラセボによる症状改善を示している^{7,8)}。

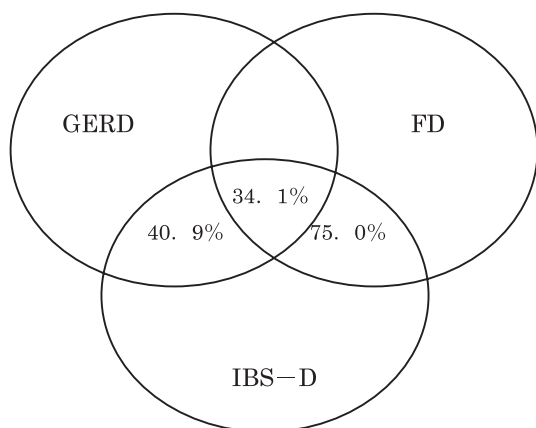
したがって、図1に示したように、医師患者関係、すなわちコミュニケーションの役割がきわめて大きいということである。それは医師がまず、これらの症状を有する患者を病む人として認めることから開始される。忙しい診療であっても、少し時間をかけ、患者の症状にまつわる物語を傾聴することであり、症状の出るからくりを説明する⁹⁾。

薬物療法は一般には消化管運動機能改善が第一選択薬として用いられているが、抗不安薬、抗うつ薬のように中枢に働きかける薬の方が効果的と考える専門医も少なくない。

これらの疾患には欧米では心理療法も活発に行われている。認知行動療法や自律訓練法がその代表例である。日常診療では、コミュニケーション重視の医療で、かなり改善を見るので、難治例は専門医に紹介することでよいと思われる。



A 便秘型過敏性腸症候群



B 下痢型過敏性腸症候群

図2 過敏性腸症候群と逆流性食道炎、機能的食欲不振の重複²⁾

5. おわりに

メンタルヘルスと消化器問題に関する臨床の現状について述べた。これら以外にも「食」の問題は、高齢者の味覚、経管栄養の倫理、過食・拒食など課題が山積している。一層の少子高齢社会となり、「食の文化」についても再考を要する時代である。

引用文献

- 1) Spiller RC : ABC of the upper gastrointestinal tract : anorexia, nausea, vomiting, and pain. BMJ, 323 : 1354-1357,2001
- 2) Talley NJ, et al : Overlapping upper and gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome patients with constipation or diarrhea. Am J Gastroenterol, 98 : 2454-2459,2003
- 3) Talley NJ, et al. : Association of anxiety, neuroticism, and depression with dyspepsia of unknown cause. Gastroenterol, 90 : 886-892,1986
- 4) 美根和典、他 : 心身医学的観点よりみたNUDの病態と治療. 消化器科 18 : 373-380, 1994
- 5) Talley, NJ, et al : Impact of functional dyspepsia on quality of life. Digestive Disease of Science, 40 : 584-589, 1995
- 6) 本郷道夫ら : 慢性胃炎の治療とディスペプシア. Progress in Medicine, 19 : 2024-2027, 1999
- 7) Veldhuyzen van Zanten SJ, et al : Drug treatment of functional dyspepsia : a systematic analysis of trial methodology with recommendations for design of future trials. Am J Gastroenterol, 91 : 660-673, 1996
- 8) Mearin F, et al : Placebo in functional dyspepsia : symptomatic, gastrointestinal motor, and gastric sensorial responses. Am J Gastroenterol, 94 : 116-125, 1999
- 9) 前沢政次 : 患者指導の基本 ; 前沢政次総監修 : 今日から使える患者指導ノート. 日経BP社, 2003 : 8-11

お知らせ

産業保健研修会(リフレッシュャー研修会)開催のお知らせ

標記研修会を下記により開催しますので、ご案内いたします。

記

日 時 : 平成16年2月13日(金)午後6時

会 場 : ホテル函館ロイヤル

(函館市大森町16番9号)

TEL 0138-26-8181)

内 容 :

①ビデオ放映

『快眠最前線—不眠症診療 Update—』

『討論会』

座長

医療法人社団 かとうメンタルクリニック院長

加藤 健

②『最近の労働衛生について』

函館労働基準監督署次長 加藤 峰英

③『健診からみた糖尿病』

医療法人社団 内科高橋清仁クリニック院長

高橋 清仁

④『新しい高血圧診療ガイドラインから見た勤労者の高血圧診療』

市立函館病院循環器科科長 松村 尚哉

単位数 : 基礎研修 実地1単位・後期3単位

生涯研修 実地1単位・更新1単位・

専門2単位

受講料 : 無料

定 員 : 90名(定員になり次第、締め切ります。)

申込先 : 所属郡市医師会名、氏名、医療機関住所、医療機関名、医籍登録番号、認定証番号をご記入の上、FAXにて下記宛にお申込みください。

函館市医師会 TEL(0138)26-1619

FAX(0138)26-7773