

慢性蕁麻疹の抗不安薬治療

会津中央病院皮膚科特任部長

幸野 健

(聞き手 池田志孝)

特発性の慢性蕁麻疹では、ストレスなどが誘因になっていることを患者さんが自覚していることがあります。ガイドラインでも抗ヒスタミン薬で効果不十分な場合には、抗不安薬を追加してもよいとあります。難治性の慢性蕁麻疹の患者さんに対して、強い不安、ストレスを感じている場合に、専門医以外でも使用しやすい抗不安薬はあるでしょうか。ご教示ください。

<愛知県開業医>

池田 幸野先生、特発性の慢性蕁麻疹でストレスが誘因になっている患者さんたちには抗不安薬を追加してよいとガイドラインにはあるのですが、というご質問です。実際、背景がある方は別にして、慢性蕁麻疹の治療ガイドラインというのはどのようになっているのでしょうか。

幸野 慢性蕁麻疹で治りにくいものについては、ガイドラインの中で抗ヒスタミン薬以外に抗不安薬を追加してもよいと書かれているのですが、海外のエビデンスで「心理テストをやった高得点のものには効果があった」という書き方になっていて、どのような抗不安薬がよいか、具体的な推奨は

されていないのです。ですから、使ってもいいのですが、どういう使い方をするかということがはっきりしないという問題があります。

池田 一応抗不安薬というのは書いてあることはあるけれども、具体的にはなっていないということですね。

幸野 はい。

池田 今おっしゃった心理テストとか、ちょっと耳慣れない言葉ですが、忙しい中で行うことは難しいと思うのです。心理テストというのはどんなことをされるのですか。

幸野 アンケート調査みたいなもので、うつ病のスコアなどです。心理テストは、質問中のストレスなどが誘因

になっていることを患者さんが自覚しているということが前提になっています。そういう方でない場合、皮膚科に蕁麻疹として来られた方に、様々な心理テストをいきなり行うというのは、患者さんにとってあまりにも唐突で、びっくりされる方が多いと思うのです。

それと、自覚しているということが問題でありまして、なかなかストレスと蕁麻疹との関わりというのは気づかれないですね。通常、様々な検査、治療を行っていくことによって、何回かの診察での会話の中で、患者さん自身がだんだん気づいていくということのほうが普通だと思うのです。「私、ストレスが原因で蕁麻疹が出ています」という方の場合であれば、今までいろいろな治療をしてきて、うまくいかなかったということで、内科や皮膚科ではなくて、いきなり心療内科に行かれることが多いでしょう。

ですから、通常は特発性の慢性蕁麻疹であるということをまず確認するために、例えば発汗に伴うコリン性蕁麻疹であるとか、圧に伴う機械性蕁麻疹であるとか、あるいは寒冷蕁麻疹、温熱蕁麻疹、何らかのアレルギーによる蕁麻疹、さらに感染病巣がある蕁麻疹、慢性の副鼻腔炎とか、慢性扁桃炎とか、齲歯、歯周病、慢性胆嚢炎、慢性膀胱炎、痔瘻であるとか、ヘルペスに伴って出る蕁麻疹もあります。またガイドラインにも書かれているように、甲状

腺自己抗体を持っている方に慢性蕁麻疹はけっこういるものですから、C型やB型肝炎のキャリアであるとか、そういうものをいろいろルールアウトしつつ患者さんと話をしていく中で、患者さん自身が少しずつ気づいていくのではないかと。その気づいていかれる段階で心理テストも一つの方法かなと思います。

池田 お話をうかがうと、心理テストを行うようになるというのはかなり患者さんとの関係性が深まって、ほかのことも全部除外できて、ある意味で最終形のようなかたちですね。

幸野 私はそう思います。

池田 例えば刺激による蕁麻疹、これは問診などである程度わかってくると思うのですが、いわゆるアレルギーによる蕁麻疹、これは採血等をされるのですか。

幸野 やはり採血をして、そういうことも知った上で、患者さん自身が心の中の問題と関係するということをつかんでいくほうが正しい方法だと思うのです。医師が「おそらくストレスが関係するでしょう」と言って、患者さんも「なるほど、ストレスですね」というふうに感じられるぐらいであれば、非常に浅い不安であって、本当の不安やうつ患者さんというのは、心理テストでもはっきりしないことが多いのです。

自己自身に対する洞察が進んで初め

て、本当に自分を見つめ直すことができると思います。様々な試験を行ったり、患者さんが発汗蕁麻疹であれば走って汗をかいたらどうなるかとか、そういうところまで行っていく中で、この医師はきっちり自分を見てくれるなという信頼感がなかったら、心理治療をできるような皮膚科医であっても、心理テストを行うのはなかなか難しいと思います。

池田 そういう意味でも安易に使えない状態ですね。患者さんとの信頼関係をつくり、心理テストもできた。そしてかなりのストレスに依存している蕁麻疹だということがわかった場合、先生ご自身ですとどのような治療をされるのでしょうか。

幸野 抗ヒスタミン薬は当然使うわけですが、通常は第二世代の非鎮静性の抗ヒスタミン薬を使い、それを増量しても効かない、あるいは系統を変えても効かない場合、あるいはロイコトリエン拮抗薬であるとかH₂ブロッカーも加え、その上でまだ効かなければ、最初に私がよく処方するのは、ヒドロキシジンです。眠気についての注意、運転の注意を与えながら投与しています。ヒドロキシジン追加が俄然効く方の場合にはかなり精神的、心理的な問題が関連していることが多いと経験的に思っています。

池田 ヒドロキシジンはかなり眠くなることが多いですよ。そういう場

合はちょっと心配ですよ。

幸野 ヒドロキシジンは眠る前の内服でよいと思います。ヒドロキシジン以外でありましたら、最初に使いやすいのがトフィソパム（自律神経失調症の薬）。これは広い意味ではベンゾジアゼピン系なのですけれども、あまり副作用がなくて、例えば多汗症の患者さんにも使われるトフィソパムをまず使ってみます。それでも難しい患者さんの場合は、抗不安作用、抗うつ作用などがあるので、かなり注意して使うのですが、例えばタンドスピロンクエン酸塩、セロトニン作動性の抗不安薬ですが、副作用が比較的少ないものですから、こういうものを使います。それでもまだ難しい患者さんの場合には、ベンゾジアゼピン系になりますが、ロフラゼパ酸エチルなどを投与することもあります。

池田 なかなか抗不安薬を使いづらい方もいっぱいいらっしゃると思うのですが、そのときはどのようなものを使われるのでしょうか。

幸野 患者さん自身も抗不安薬とか抗うつ薬とか、そういう薬はちょっと嫌だと、医師の側としても少々それはハードルが高いという方の場合には、抑肝散という漢方薬があります。漢方医学での「肝」というのは中枢神経系の働きを含みます。抑肝散は子どもの夜泣きにも使われていますので、推奨できます。また、特に女性のうつの方

によく使うもう一つの漢方薬は香蘇散です。漢方薬がお嫌いでない患者さんであれば抵抗なくのめるでしょうし、私自身としては副作用をほとんど経験していませんから安心して処方できるのではないかと思います。

池田 そっちを試して、それからまたという方も多いのですか。

幸野 それもまた一つの方法ですね。精神治療とか心療内科的な治療にご興味のある方は、SSRI、パロキセチン塩酸塩とか、そういう薬を使う傾向のある方がいらっしゃいます。この場合、必ず注意すべきことは、患者さんに自発的な、自生的な問題といたしますけれども、何か声が聞こえるとか、操られている感じがするとか、自分の心から何か漏れているというようなことがあると、賦活化作用で大暴れをしたり、自殺念慮が出てきますので、こういう患者さんについては心療内科や精神科医と十分ご相談の上で使われるのがいいかと思います。

池田 そういう患者さんは鑑別も含めて他科との協力が必要ということですね。先ほどからのお話では比較的使いやすいものから、だんだん重くなるということですが、その間にいわゆる精神療法とか、そういったものを併用されるのでしょうか。

幸野 精神療法は、例えば催眠療法や夢の分析であるとか、こういうものは特に専門医でないかぎりには行わない

ほうがいいと思います。自律訓練法という簡単な自己催眠法は行いやすいですけれども、それ以外の精神治療というのは皮膚科医、一般内科医が行うのはなかなか難しい。というのは、そこまでしなければ効かない患者さんには、統合失調、双極性障害のような非常に深い問題を抱えていることがあります。皮膚科、内科医が扱えるストレスもしくは精神関連の疾患というのは、職場の人間関係や家族内の問題であるとか、軽いうつ、不安くらいだと思うのです。深入りをしますと非常に痛い目に遭う。私自身も経験がありますので、こういうことは注意しておいたほうがいいと思います。

池田 それを患者さんとの診療の間である程度は見極めていかないといけないわけですね。

幸野 そうですね。

池田 ここからは心療内科、精神科の領域であるというのを心にとめておかないと泥沼にはまってしまうということですね。

幸野 患者さんのお話から、そういう人間関係なり理由がはっきりわかるような内容と違って、かなり理解しがたい内容のものがありますので。また、医師にわりと適応する傾向がある人も問題です。「ストレスが関係しています」とこちらが言うと、「ストレスですね。先生がおっしゃるとおり、先生のおかげで本当によくになっている」と

というようなことを言う患者さんの場合、依存関係ができてしまうので、今度はそこから脱出させることが非常に難しくなってしまいます。

池田 その場合は、薬のレベルだとか量とかをどんどん上げていくわけですね。

幸野 どんどん上げていく必要がありますし、SSRIやベンゾジアゼピン系、そういう強い薬を使うことになってしまいますが、そうなってくると、これは普通の皮膚科の保険診療の領域を逸脱してくることもなりかねませんので、なかなか難しい問題です。

池田 今日の質問の答えにかなり近くなってくると思いますが、何か不安を抱えていらっしゃるようなのだけれども、どんどん突き詰めていくと、これはちょっと皮膚科領域ではないな、心療内科領域だなど思われたら、紹介してあげるということですね。

幸野 そのほうが無難だと思います。そういうことがなく、ずっと治療されている方もいるのですけれども、現実にはそういう事象に遭遇しますと、ああ、これはたいへんなことに巻き込まれたとあとでわかるようなことがあります。

池田 ありがとうございます。