

第595回実地医家のための会5月例会第二部

知っておきたい処方、 知らなきゃ損する 処方アラカルト Part 3

石橋クリニック
石橋幸滋

症例1 腰痛症

80歳 男性

【現病歴】

20年前より腰痛があり、時々湿布や痛み止めで対処していた。4ヶ月前より徐々に痛みがひどくなり、整形外科受診し精査したが、軽度の脊椎管狭窄症と脊椎分離すべり症があるものの手術するほどでもないとのことで、鎮痛剤投与と理学療法を行っているが、なかなか良くなり、最近では日常生活に支障が出るようになってきた。

【服薬】

ロキソプロフェン 60mg 3錠 毎食後
レバミピド 100mg 3錠 毎食後

腰痛診療ガイドライン 2012

日本整形外科学会／日本腰痛学会



腰痛の原因

脊椎由来

腰椎椎間板ヘルニア

腰部脊柱管狭窄症

分離性脊椎すべり症

変性脊椎すべり症

代謝性疾患（骨粗鬆症，骨軟化症など）

脊椎腫瘍（原発性または転移性腫瘍など）

脊椎感染症（化膿性脊椎炎，脊椎カリエスなど）

脊椎外傷（椎体骨折など）

筋筋膜性腰痛

腰椎椎間板症

脊柱靱帯骨化症

脊柱変形など

神経由来

脊髄腫瘍，馬尾腫瘍など

内臓由来

腎尿路系疾患（腎結石，尿路結石，腎盂腎炎など）

婦人科系疾患（子宮内膜症など），妊娠

その他（腹腔内病変，後腹膜病変など）

血管由来

腹部大動脈瘤，解離性大動脈瘤など

心因性

うつ病，ヒステリーなど

その他

腰痛に対する保存的治療

対象患者	推奨される治療法
急性腰痛（ぎっくり腰） 亜急性腰痛	<ul style="list-style-type: none"> ○温熱治療（中程度の推奨度） ○マッサージ ○鍼治療 ○脊椎マニピュレーション（低い推奨度） ○医師や患者が望む場合には薬理的療法（中程度の推奨）
慢性腰痛	<ul style="list-style-type: none"> ○運動療法・リハビリ ○リラクゼーション ○鍼治療 ○マインドフルネス（瞑想） ○太極拳・ヨガ ○脊椎マニピュレーション（低い推奨度） ○モーターコントロールエクササイズ ○認知行動療法 ○筋電図のバイオフィードバック ○オペラント療法 ○低レベルレーザー療法
非薬理的療法で 効果が出なかった慢性腰痛	<ul style="list-style-type: none"> ○非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）（低い推奨度） ○抗うつ薬（トラマドール・デュロキセチン）（低い推奨度）

腰痛の薬物治療

要 約

Grade A



腰痛に対して薬物療法は有用である.

Grade A

第一選択薬は急性・慢性腰痛ともに以下の薬剤を推奨する.

Grade A

非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)

アセトアミノフェン



第二選択薬は急性腰痛に対して以下の薬剤を推奨する.

Grade I

筋弛緩薬



第二選択薬は慢性腰痛に対して以下の薬剤を推奨する.

Grade A

抗不安薬

Grade B

抗うつ薬

Grade I

筋弛緩薬

Grade A

オピオイド

急性腰痛に対する各薬剤の推奨度

	日 本	Cochrane ^{1~5)}	European ⁸⁾	USA ⁹⁾	UK ¹⁰⁾
NSAIDs (COX-2 阻害薬含)	◎	○	○	◎	○
アセトアミノフェン	◎			◎	◎
抗不安薬	○	○	○	○	
筋弛緩薬	○	○	○		
抗うつ薬	○		○	○	○
オピオイド	○	○	○	○	○

◎：第一選択薬, ○：第二選択薬

慢性腰痛に対する各薬剤の推奨度

	日 本	Cochrane ^{1~5)}	European ⁸⁾	USA ⁹⁾	UK ¹⁰⁾
NSAIDs (COX-2 阻害薬含)	◎	○	○	◎	○
アセトアミノフェン	◎			◎	◎
抗不安薬	○	○	○	○	
筋弛緩薬	○	○	○		
抗うつ薬	○		○	○	○
オピオイド	○	○	○	○	○

◎：第一選択薬, ○：第二選択薬

腰痛に使う薬一覧

1. 消炎鎮痛剤

非ステロイド系消炎鎮痛薬NSAIDs(内服薬、外用薬)

非NSAIDs消炎鎮痛薬(アセトアミノフェン)

Cox-2阻害薬

2. オピオイド系鎮痛薬

モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、トラマンドール

3. その他

血流改善薬、筋弛緩剤、ビタミン剤

抗うつ薬、抗てんかん薬、抗不安薬、ビタミン剤

4. 漢方薬

5. その他

表1 NSAIDsの化学構造による分類

酸 性				塩基性
カルボン酸系	酢酸系	プロピオン酸系	エノール酸系	
サリチル酸系 アスピリン ジフルニサル	フェニル酢酸系 ジクロフェナクNa ナブメトン† アルクロフェナクNa フェンブフェン† インドール酢酸 インドメタシン アセメタシン† スリンダク† インドメタシン ファルネシル† イソキサゾール酢酸系 モフェゾラク ピラノ酢酸系 エトドラク* ヘテロ環酢酸 トルメチン	プロピオン酸系 ロキソプロフェンNa † イブプロフェン オキサプロジン ナプロキセン ケトプロフェン プラノプロフェン フルルビプロフェン チアプロフェン酸 アルミノプロフェン ザルトプロフェン	オキシカム系 ピロキシカム アンピロキシカム† テノキシカム メロキシカム* ロルノキシカム ピラゾロン系 フェニルブタゾン オキシフェンブタゾン クロフェゾン フェブラゾン	メピリゾール 塩酸チアラミド エモルファゾン

*COX-2選択性の高いNSAIDs, †プロドラッグ

表2 血中半減期の長さによるNSAIDsの分類

分 類	薬 剤	時間	用法
長時間持続型	テノキシカム	57	分1
	オキサプロジン	50	分1～2
	ピロキシカム	36	分1
中間時間持続型	ナブメトン	21	分1
	メロキシカム	20	分1
	フェンブフェン	17	分2～3
	スリンダク†	15	分2
	ナプロキセン	14	分2～3
	ザルトプロフェン	9	分3
	ジフルニサル	9	分2
	エトドラク	6～8	分2
	インドメタシン	3	分3
短時間持続型	ロルノキシカム	2.5	分3
	チアプロフェン酸	2	分3
	ジクロフェナクNa徐放錠	2	分3
	イブプロフェン	2	分3
	プラノプロフェン	1.5	分3
	ロキソプロフェンNa †	1.3	分3
	ジクロフェナクNa	1.3	分3
	アルミノプロフェン	1.0	分3

† プロドラッグ

オピオイド系鎮痛薬の効果・効能一覧

物質名	μ 親和性	κ 親和性	同効果 (mg)	最大効果 (min)	持続時間 (hr)
モルヒネ	+++	+	10	20~30	3~4
フェンタニル	+++	0	0.1	3~5	0.5~1.0
レミフェンタニル	+++	0	0.1	1.5~2.0	0.1~0.2
ペチジン	++	+	80	5~7	2~3
ブプレノルフィン	+++	-	0.3	30	6~8
ペンタゾシン	--	++	60	15~30	2~3
ブトルファノール	-	++	2	15~30	2~3
トラマドール	++	-	100	15	4~6
ナロキソン	---	-	?	?	?

症例2 うつ病

50歳 男性 会社員(中堅どころの銀行員)

【現病歴】

本日は高血圧その他でかかりつけの内科に薬がなくなったために受診した。血圧は通常は130/70mmHg台なのに、今日は146/90mmHgといつもよりやや高かったため、何か変わったことがないかと医師が尋ねたところ、最近何となく寝つきが悪く、ぐっすり眠れないとのことであつた。

もう少し詳しく話を聞くと、1ヶ月前より寝つきが悪くなり、1週間前からは寝るまでに2, 3時間かかり、寝ても早朝に目が覚めるようになった。そのため、昼間身体がだるく物事に集中できなくなり、仕事上のミスも多くなったとのことである。

質問1. このような場合次にどうしますか？

1. 詳細な問診とうつ病をチェックする問診票を使用して今後の方針を考える
2. 睡眠導入剤を出して様子を見る
3. パロキセチンなどのSSRIを使って様子を見る
4. ミルタザピンなどのノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬
(Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant)を使って様子を見る
5. 精神科もしくは心療内科に紹介する

もう少し詳しく話を聞いたところ、以下のような話をされました。

2ヶ月前、妻が乳がんであることが分かり手術をした。右乳房切除をしたが、リンパ節転移はなく、まず心配ないと言われているが心配で仕方がない。次男は今年受験なので、いろいろ面倒を見てやらなければならないが、妻が病み上がりなので、何かと代わりをしなければならないことがある。

また、1ヶ半月前に融資先の焦げ付きで大きな損失を出してしまい上司から厳しく叱責された。その頃から体調が悪くなり、食欲も低下し、眠れなくなってきたとのことである。

このような場合皆さんはどうされますか。

抗うつ薬一覧

1. 三環系

アモキサピン(アモキサン) ノルトリプチリン(ノリトレン)
アミトリプチリン(トリプタノール) トリミプラミン(スルモンチール)
イミプラミン(トフラニール) クロミプラミン(アナフラニール)
ドスレピン(プロチアデン) ロフェプラミン(アンプリット)

2. 四環系

マプロチリン(ルジオミール) セチプチリン(テシプール)
ミアンセリン(テトラミド)

3. SSRI

フルボキサミン(デプロメール) パロキセチン(パキシル)
セルトラリン(ジェイゾロフト) エスシタロプラム(レクサプロ)

4. SNRI

ミルナシبران(トレドミン) デュロキセチン(サインバルタ)

5. NaSSA

ミルタザピン(リフレックス、レメロン)

日本うつ病学会治療ガイドライン

Ⅱ. うつ病（DSM-5） / 大うつ病性障害 2016

2012 年 7 月 26 日

作成

2013 年 9 月 24 日

第 1 回改訂

2016 年 7 月 31 日

第 2 回改訂

制作

日本うつ病学会

気分障害の治療ガイドライン作成委員会

うつ病の薬物療法の基本的考え方

軽症うつ病の場合は、薬物療法は、過去に抗うつ薬に良好な反応が得られたこと、罹病期間が長期であること、睡眠や食欲の障害が重い、焦燥がある、維持療法が予測される場合に行うことが推奨される。これらを満たさない場合でも、患者の希望があれば、検討する(American Psychiatric Association, 2010)。

うつ病の薬物療法の基本的考え方

抗うつ薬以外の薬剤として、BZD系抗不安薬の抗うつ薬への併用が治療初期には抗うつ薬単独よりも治療効果が高いことが示されており（Furukawa et al, 2002）、選択肢となりうる。

しかし、脱抑制、興奮といった奇異反応の出現に十分注意すべきである他、乱用や依存形成に注意し、安易な長期処方は避けることが望ましい。

うつ病の薬物療法の基本的考え方

急性期における薬物療法

1. 治療開始前に丁寧な説明を行う
2. 抗うつ薬を低用量から開始する
3. 有害作用に注意しながら可能な限り速やかに増量する
4. 十分な最終投与量を投与する
5. 十分期間効果判定を待つ

寛解維持期における薬物療法

1. 十分な継続療法・維持療法を行い
2. 薬物療法の終結を急ぎすぎない

※投与初期に不安、焦燥、興奮、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア、精神運動不穩、軽躁、躁病等があらわれることがある

うつ病の薬物療法の基本的考え方

抗うつ薬は単剤で使用し、多剤併用は行わないことを基本とする。第一選択薬を十分量・十分期間使用し、用量不足や観察期間不足による見かけの難治例を防止する。ベンゾジアゼピン受容体作働薬 (benzodiazepine: BZD) を併用する場合は必要最小限とし常用量依存に注意する。

うつ病の薬物療法の基本的考え方

自殺念慮が強い患者に向精神薬を処方する場合は、過量服薬の危険性（TCAの過量服薬による致死性不整脈など）について十分に注意する（Hawton et al, 2010）。例えば一週間以内など、処方日数を最低日数に留める。処方薬を患者がため込んでいないか外来の度に確認する。また自殺企図を予防するため注意深く見守ってもらうなど、家族と協力して治療を進めることも重要である。

うつ病の薬物療法の基本的考え方

うつ病は再発が多く、維持療法の期間は重要な問題である。精神病性うつ病患者の追跡研究では退院後1年以内に80%以上の患者が再発しており、最も多かったのは服薬を中止した時や抗精神病薬を減量している時であった (Aronson et al, 1988)。また、エピソード期間が長い患者、過去の再発回数が多い患者、発症年齢の若い患者で再発しやすい傾向にあった (Rothschild et al, 2003)