

アルコール・ 薬物関連障害の 診断・治療ガイドライン

編集 アルコール・薬物関連障害の診断・治療研究会
白倉克之 樋口進 和田清

JiO じほう

ベンゾジアゼピン系薬物の使用原則と 臨床用量依存の診断と治療

井澤志名野 早川 達郎 和田 清

1. はじめに

ベンゾジアゼピン系薬物 (BZ) は、すぐれた抗不安作用・催眠作用と高い安全性のため抗不安薬、睡眠薬として広く用いられている。1951年に最初のトランクライザーとして導入されたプロパンジオール誘導体のメプロバメートは、優れた抗不安作用を有しているにも関わらず、強度の精神・身体依存を形成し、退薬時に強度の全身けいれん¹⁾や幻覚などの症候を出現させたため、臨床から姿を消した。

これに代わって1960年代に登場したBZは、乱用や高用量使用による退薬症候の問題が指摘されたものの、通常使用の低用量ではメプロバメートのような耐性と依存の形成がないという安全性の高さが強調されて広く使われるようになった。しかし、1980年代に入り、臨床用量の範囲内でも長期服用のうちに身体依存が形成され、退薬に伴って退薬症候が現れるとの指摘がなされるようになった^{2, 3)}。Rickelsら⁴⁾は1983年にジアゼパムの長期治療に関する研究から8カ月以上の継続で退薬症候が出現しやすいことを確認し、身体依存の形成に特定の時間の関与を示唆した。BZ長期使用者には、このような薬力学的な特徴のみならず、臨床的に不安や不眠が改善されて寛解状態となり、本来はBZの服用を必要としない状態にありながら、反跳現象や退薬症候のためにやめるにやめられないでいる病態も存在する。このような病態(状態)は、ICD-10による依存症候群の定義を満たさないため、本来、薬物依存と名づけることは妥当ではない。しかし、適当な呼称もなく、BZに特異的な病態でもあるため、今日では、常用量依存、ないしは臨床用量依存と呼ばれ、安易な長期投与に対する警鐘が鳴らされている。

ここでは、BZの適切な臨床使用について述べると同時に、臨床用量依存という依存類似状態への対応法を紹介し、臨床用量依存への対応指針を提示する。