

LISA

周術期管理を核とした総合誌[リサ]

Life Support
and
Anesthesia

7 Vol.27 No.7 2020

Z19-B711

雑誌

27(7):2020.7



●【徹底分析シリーズ】
もう一度始めるTIVA

●【症例カンファレンス】
睡眠薬依存症患者の婦人科手術

●【快人快説】———最先端の研究テクノロジー紹介⑨疾患メタボロミクス

●【こどものことをもっと知ろう】———熱中症

●【バランスト・スコアカー道】———経済学者との医療組織論

●【温故知鍼灸】———五行学説

●【Tomochen風独記】———文化のオモテとウラ

●【オペ室でのびのびストレッチ】———菱形筋

●【タで飯 何にする?】———常備菜の作り置き

●【diary】———長野県諏訪市

●【新説 浮世鑑】———霧しぐれ 富士を見ぬ日ぞ 面白き

メディカル・サイエンス・インターナショナル

睡眠薬依存症患者の婦人科手術

精神科医による解説

松本 俊彦

MATSUMOTO, Toshihiko

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部

ゾルピデムの 依存リスクは低い

提示症例は、ゾルピデム、プロマゼパム、ジアゼパム、フルニトラゼパムなどのベンゾジアゼピン受容体作動薬（BZDs）を定時服用している。その中でもゾルピデムを特に好み、1日の服用量は100～300 mgと驚くべき量だ（通常は5～10 mg/日）。中断時の離脱痙攣の既往もあることから、身体依存は明らかである。主治医に隠れて他院からの処方を受けるなどの必死の薬物探索行動もあることから、強い精神依存も形成されている。まちがいなく依存症の水準、それもかなり重篤な依存症だ。

ゾルピデムは、適応症が統合失調症や双極性障害などの精神障害によらない不眠症となっていることから、精神科以外の診療科でよく処方される。そして、血中半減期の短さから、「切れ味がよい」「朝の持ち越しがない」と好印象を抱く患者が多い。おまけにこの薬、ベンゾジアゼピン受容体に作用しながらも化学構造上シクロピロロン系に分類されることから、「非ベンゾ」と通称されている。これが、悪評高いBZDsとは一線を画す安全な睡眠薬との誤解を引き起こしている。実に困ったことだ。

断言するが、ゾルピデムは決して依存リスクの

低い睡眠薬ではない。実際、筆者らが経年的に実施している、全国の精神科医療機関で治療を受けた薬物乱用・依存患者の調査では、睡眠薬・抗不安薬依存症患者が選択する薬物として、エチゾラムやフルニトラゼパム、トリアゾラムとともに乱用頻度の高い薬物として「四天王」の一角を占めている。

ゾルピデムには、同じ「非ベンゾ」のエチゾラム（チエノジアゼピン系）と同様、通常のBZDsにはない独特の高揚感がある。このため、減薬治療に際して、等価換算したジアゼパムやクロナゼパムに置き換えた際に違和感を覚える患者が多く、治療上の課題となる。加えて、ゾルピデムにはエチゾラム以上にやっかいな特徴もある。それは、離脱痙攣の発症頻度が高いということだ。これには、ゾルピデムの薬理学的特徴である、GABA受容体の2関連作用（抗痙攣、抗不安、筋弛緩）の弱さが影響している可能性がある。

ゾルピデムはかなり控えめに考えても依存リスクの高い睡眠薬だ。筆者はできるだけ処方しないように注意している。もちろん、まったく処方しないわけではないが、少なくとも不眠を訴える患者に対するファーストチョイスではない。

薬物依存症専門外来での 治療の流れ

参考までに、薬物依存症専門外来での治療の流れを紹介しておこう。

本症例のような患者が、本気で減薬や断薬を求めて専門医療機関を訪れるまでには、紆余曲折がある。こうした患者は、だいたい週3回、別のクリニックを受診しては、その都度ゾルピデム30日分の処方を受けている。そして、翌週にはまた別の3か所のクリニックで……といった具合に、仕事や家事、育児の合間を縫って、月平均して12か所程度の医療機関から薬を入手している。

患者にとって一番怖いのは祝祭日だ。クリニックの休診日が増えると、それだけ薬を入手できる機会が減ってしまう。特に離脱痙攣体験者だと「もう二度とあんな怖い思いはしたくない」という恐怖心から、手元の薬のストックが少なくなると居ても立ってもいられなくなる。しかしその一方で、「いったいいつまでこんな生活を続けなくてはならないのか」と、薬に振り回される生活に疲れ、うんざりしている。実は、こうした両価性に共感を示しながら、揺れ動く心の天秤を徐々に「断薬・減薬」という方向へと傾けさせていく作業が、依存症専門医の腕の見せどころだ。

まずは入院治療から

いずれにしても、さまざまな経緯から患者は断薬や減薬を決意して、薬物依存症の専門医療機関を訪れる。専門医療機関では、BZDs依存症患者はまずは入院から治療導入を行うことが多い。乱用している全BZDsを等価換算し、長時間作用型のクロナゼパムの散剤に置き換え（実際には患者は過少申告をする傾向があり、患者申告量よりも多めの量に換算する）、それに乳糖を混ぜてかさを増し、ゆっくりと漸減していく。『アシュトンマニュアル』¹⁾に提示されている減薬ペースだと少し早い気がする。BZDs依存症患者は、もともと神経質な人が少なくない。減薬治療中に焦燥感や不安感がぶり返すと、患者が自己希望退院したり、通院を中断したり、外出や病院を抜け出して他院で薬を調達してしまったりするリスクが高くなる。

筆者の場合、クロナゼパムにして週0.5mg程

度の減薬ペースを心がけ、1~2か月かけて外来で処方できる常識的な量（クロナゼパム1.5~3mg/日）まで減薬し、その後は、外来でやはり散剤での処方で、月0.5mg程度のペースで減薬していくことが多い。なお、散剤に置き換える理由は、乳糖でかさが増しができ、減薬となっている感覚を緩和できること、服用に手間がかかり、乱用しにくいからである。

併存精神障害への対処も重要

同時に、背景にある心理社会的問題への手当が欠かせない。BZDs依存症患者の8割近くに、うつ病や不安障害などの精神障害が併存し、しかも適切な治療が提供されていない。したがって、BZDs減薬と並行して、併存精神障害に対する評価と適切な薬物療法（抗うつ薬や抗精神病薬、気分安定薬）は欠かせない。

また、職業上のストレスや、親や配偶者などの親密な関係性に何らかの問題を抱えている者も多い。BZDs依存症患者は決して“ハイ（高揚感や多幸感）”を求めて薬物を使用しているのではなく、そもそも薬物で解決しない、こうした生活上の「苦痛」に対する自己治療として薬物を用いた結果、乱用状態に陥っているのだ。したがって、入院中にそうした問題を同定し、解決に向けたプランを患者と共有しておかなければならない。

薬物入手ルートの遮断

入院中には、もう一つ大事な作業がある。それは、薬物入手ルートとなっている医療機関との「縁切り」だ。患者からBZDsを入手してきた医療機関を教えてもらい、患者の許可を得たうえで、「BZDs依存症なので、今後は受診しても処方はいりません」という診療情報提供書を作成し、郵送するのである。

本症例での対処

それでは、今回の手術目的の入院でどう対応したらよいだろうか。

服用薬物の見直し

まず、精神科かかりつけ医による処方を見ると、内容が変だ。ゾルピデムの乱用・依存を呈する患者に対してゾルピデムを処方するのはいかなものか、と思う。

もちろん、まったく処方しないとなると、「注文どおりの処方をしてくれる」売人的な精神科医のもとに転医するリスクもあるから、戦略的にあえてゾルピデムを処方することもある。ただしその場合、ゾルピデムのほかに、プロマゼパム、ジアゼパム、フルニトラゼパムなど多種類のBZDsを処方することはない。トラゾドンやミルタザピンといった鎮静作用の強い抗うつ薬で置き換えるか、どうしてもゾルピデム以外にもBZDsを処方せざるを得ない場合、筆者ならば、今後の減薬治療も視野に入れ、中時間～長時間作用型のBZDsのいずれか1種類にまとめ、かつ散剤で処方する。

それから、いくら離脱痙攣の既往があったとしても、この病態に対してデパケン®のような抗てんかん薬は投与しない。離脱痙攣はてんかんとは異なり、平常時には脳波異常はない。離脱痙攣予防のつもりかもしれないが、それよりは4剤もあるBZDsを整理するほうが優先課題だろう。

入院は治療導入のチャンス

まあとにかく、いまは手術のために入院となっている。BZDs依存症患者にとって、一時的であれBZDs乱用ができない環境にいることは、まちがいなく治療のチャンスである。担当医がすべきことは、まずは患者に「あなたは薬物依存症に罹患している」と率直に伝えることだ。その際、断罪し責めるのではなく、「しんどい日々を生き延びるにはやむを得ない面もあった」「人に頼れずに薬に頼らざるを得なかった」など共感的な姿勢を示すことを忘れてはならない。

まず防ぐべきは離脱痙攣だ。BZDsはすべて等価換算し、(過少申告のプラスα分も考慮すると)クロナゼパム6mg/日(1日4回、毎食後、就寝前)程度でカバーできるだろう。術前はこの量を散剤として処方し、不眠に対してはトラゾドン

(レスリン®)25~100mg単剤で調整する。デパケンはこの機会に中止し、2剤だけの単純な処方とする。そして術後には、3日おきに0.5mgずつ減薬し、4.5mg/日になったところで、依存症専門医療機関や一般の精神科病棟に転院し、入院中に減薬と精神医学的評価を行ってもらい、ある程度までは慎重な減薬をするのが理想だ。

患者が治療を受け入れなくても情報は伝えよう。しかし、患者が減薬治療に抵抗したり、依存症専門医療機関への受診や転院を拒んだりすることもある。たとえそうであっても、医師からの「薬物依存症の専門治療が必要」という助言は必ず記憶に残り、将来の行動変容の布石となる。大事なことは、ただちに結果を出すのではなく、未来のために情報を伝えることだ。あるいは、患者には問題意識がなくとも、家族が困っているならば、家族を支援につなげることができる。依存症という病気は、「本人が困るよりも先に周囲が困る」という特徴があり、治療はしばしば家族の相談から始まるのだ。

依存症者家族のための社会資源として、まずは各都道府県・政令指定都市に少なくとも1か所は設置されている「精神保健福祉センター」を紹介してほしい。ここには、依存症者家族の相談対応窓口があり、多くのセンターでは依存症家族教室が開催されている。また、地域の依存症専門医療機関や、依存症からの回復のためのさまざまな社会資源(自助グループや民間リハビリテーション施設)の情報も集約されている。

ぜひとも単なる手術入院に終わらず、患者の生活全体を立ち直させる契機として生かしてほしいと思う。

文 献

1. Ashton CH. 田中 涼, ウェイン・ダグラス訳, 別府宏 訳, 田中勲作監訳. アシュトンマニュアル日本語版: ベンゾジアゼピン—それはどのように作用し、離脱するにはどうすればよいか. 2012. (<https://www.benzo.org.uk/amisc/japan.pdf>) (2020年5月7日閲覧)