



## 更年期のうつと不眠

－更年期障害として見逃してしまわないために－

### はじめに

更年期には卵巣機能低下に伴う様々な身体症状や精神症状が発現する。これらの症状に対する適切な対応は、更年期の生活の質ばかりではなく、その後の長い人生にとって重要なことである。更年期のうつや不眠も日常診療で対応しなければならない重要な問題の一つである。産婦人科医は更年期のうつと不眠の問題を、更年期障害の一部と片付けてしまう傾向があるが、ここでは精神科、心療内科との境界領域にあると認識した上で、私たちが日常診療の現場でどのように対応したらよいかについて、田坂慶一先生（大阪・田坂クリニック産婦人科・内科）に解説していただき、研修ニュースとして、会員各位に配布することにした。

平成 25 年 2 月  
日本産婦人科医会 研修委員会

### 【本項を理解するうえでの注意事項】

- 更年期のうつ：更年期に発症したうつという意味で、更年期障害の症状の一部としての抑うつ気分だけではない。
- うつ（用語）：抑うつ気分、うつ状態、うつ、大うつ病（重症、軽症）、仮面性うつ病など、簡単にうつといった場合はすべてを含み、抑うつ状態、うつ状態は症状が軽く、早い段階での治療を目指して軽いうつ症状として扱う。
- 大うつ病（重症、軽症）：多くの精神身体症状を有し、明確な基準のもとに診断される病名。

### ・・・ 目 次 ・・・

I. 更年期とうつ、不眠の関係.....	2	Ⅲ. 更年期の不眠.....	11
II. 更年期のうつ.....	3	1. 不眠とは.....	11
1. うつとは.....	3	2. 更年期の不眠.....	12
2. 更年期のうつ.....	5	3. 不眠の診断.....	12
3. うつの診断.....	5	4. 不眠の治療.....	13
4. うつの治療.....	7	IV. 婦人科医としての更年期のうつと不眠の対応例 .....	14
5. 精神科、心療内科への紹介.....	9	参考文献 .....	15

## I. 更年期とうつ、不眠の関係

- 更年期：生殖期から非生殖期への移行期であり、加齢に伴い性腺機能が低下し、排卵などの機能が消失し始め、やがて月経が不順から停止し、閉経となる。我が国の平均閉経年齢は  $49.5 \pm 3.5$  歳（中等値 50.5 歳）である。
- 更年期関連の用語：（図 1）
  - ・閉経（Menopause）：最後の月経から 12 カ月間月経の無いものをいう。診断はさかのぼって行う。
  - ・閉経移行期（Menopausal transition）：閉経に至る変化の開始から最後の月経 = 閉経まで
  - ・周閉経期（Perimenopause）：閉経に至る変化の開始から閉経後 1 年まで
  - ・閉経後（Postmenopause）：最後の月経以降の期間
  - ・更年期：閉経 3 ~ 5 年前から閉経後 5 年程度

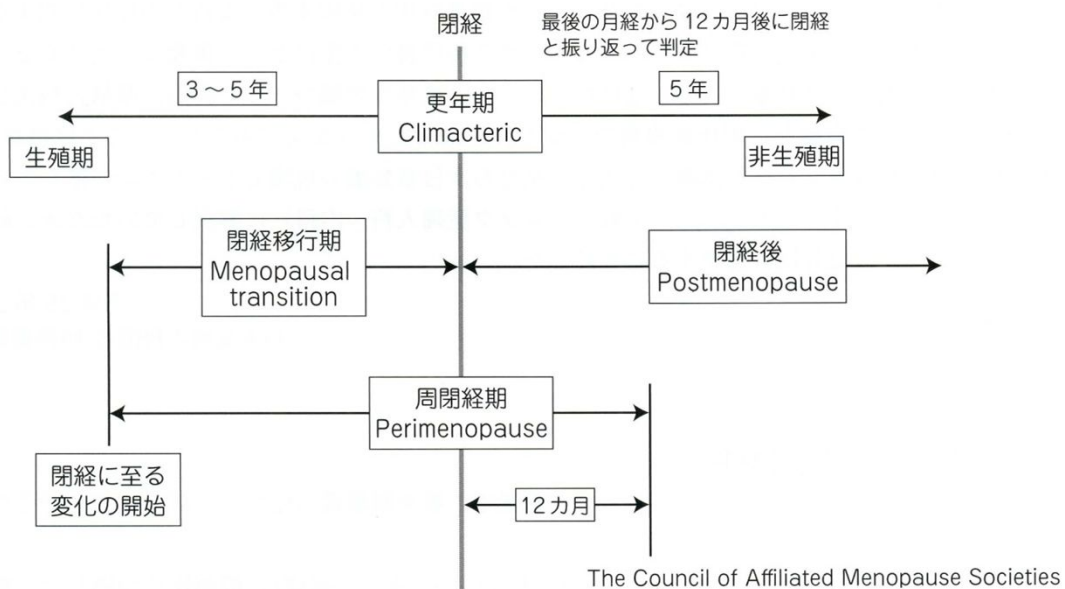


図 1. 閉経にかかわる用語について

- 更年期障害：更年期に現れる多種多様な症状を示す症候群。エストロゲン低下・ゴナドトロピン持続的上昇に伴う自律神経失調症状とともに、性格的要因と取り巻く社会心理的要因による神経精神症状が絡み合っって複雑な病態を呈する。
  - ・血管運動神経症状：典型的な症状で hot flush（ほてり）、発汗、冷え症等。
  - ・精神症状：抑うつ気分、不安感、情緒不安定、神経質、神経過敏、不眠など。抑うつ気分の頻度が最も高く、不眠もよくみられるが、更年期の不眠には単純な不眠もあり、そのために疲労感、自律神経失調をきたす場合もある。長く続く不眠はうつ病の原因となりうる（文献 1）。
- 更年期を境に各時期における各症状の頻度を表 1 にまとめた（文献 2）。
- 更年期には更年期障害の一環として抑うつ気分、うつ状態、うつがある。
- うつ：独立した 1 つの疾患であるが、時として更年期障害に類似した身体症状を呈することもある。

- **不眠**：更年期障害、うつ状態の主要な症状であるとともに、慢性的な不眠である不眠症は1つの疾患でもある。不眠を放置するとうつ状態の誘因になることがある。
- 更年期障害、不眠、うつは、一連の共通したストーリーはあるものの、3つの病態はお互い部分的には関係しつつ、独立して存在し、お互いに影響を与える存在であるととらえることが実際的である（図2）。

表1. 更年期各時期における諸症状の頻度（文献2）

	閉経前	周閉経期	閉経後
血管運動症状 (ほてり、発汗)	14～51%	35～50%	30～80%
膣乾燥感 性交痛	4～22%	7～39%	17～30%
気分障害 抑うつ状態	8～37%	11～21%	8～38%
睡眠障害	16～42%	39～47%	35～60%

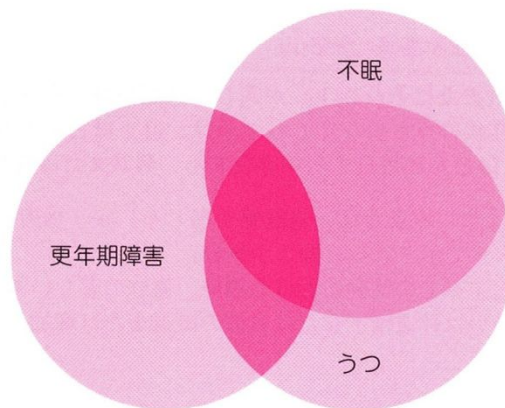


図2. 更年期のうつと不眠の関係

## II. 更年期のうつ

### 1. うつ（大うつ病、軽症うつ病、抑うつ状態、仮面性うつ病）とは

- 日本うつ病学会ガイドライン（2012）では、「うつ」といえば大うつ病と考えるとしている。
- **大うつ病**：気分障害に分類される疾患、大うつ病診断基準を表2、表3に示す（文献3、4）。
- DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：精神障害の診断と統計の手引）は、アメリカ精神医学会が定めた精神疾患に関するガイドライン。第IV版まで出版されており、現在2000年TR（Text revision：修正版）まで発行されている。次の版は2013年発行予定、大うつ病の診断にはA～Eすべてを満たす必要がある。
- **軽症うつ病**：DSM-IV-TRにおける大うつ病エピソードのうち、軽症とされるものをいう。

●うつに関する基本的立場：

- ・抑うつ気分、うつ状態、うつ病の患者には支持的態度で接するとともに十分な心理教育を行い、個々の患者背景に応じた治療方針をとることを主眼にする。
- ・中等症・重症のうつ病では薬物療法が中心的役割を持つが、軽症以下ではどのような治療（心理療法か薬物療法か）がよいか不明な点も少なくない。

表 2. 気分障害 DSM-IV-TR (文献 3)

- ・大うつ病性障害
- ・双極性障害
- ・気分変調性障害
- ・気分循環性障害
- ・一般身体疾患による気分障害
  - 脳器質的疾患：神経疾患、脳血管障害など
  - 内分泌疾患：甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、クッシング病など
- ・物質誘発性気分障害
  - インターフェロンなど

表 3. 大うつ病の診断基準（簡略化） DSM-IV-TR (2000) (文献 3、4)

A. 以下の症状のうち 5 つ（またはそれ以上）が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも 1 つは、(1) ほとんど毎日、ほとんど 1 日中存在する抑うつ気分または (2) ほとんど毎日 1 日中存在する、興味または喜びの喪失である。

1. 患者自身の言明（例えば悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば涙を流しているように見える）によって示される、抑うつ気分。
2. すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退。
3. 著しい体重の減少、あるいは体重増加または食欲の減退または増加。
4. 不眠または睡眠過多。
5. 精神運動性の焦燥または制止。
6. 易疲労性、または気力の減退。
7. 無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感。
8. 思考力や集中力の減退、または決断困難。
9. 希死念慮、自殺企図。

B. 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

C. 著しい苦痛または社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。

軽症うつ病とは大うつ病診断に必要とされる 9 項目のうち「抑うつ気分」もしくは「興味、喜びの著しい減退」を含む、少なくとも 5 つ以上の症状を同じ 2 週間以上の間にほとんど 1 日中、ほぼ毎日有し、加えて就労や就学状況、家事などにおける機能障害が軽度のもの、軽度の抑うつ状態を示すがこの診断基準を満たさない場合、気分変調症や適応障害と診断される患者はここに含まない。

●症状：精神症状と身体症状がある。

- ・精神症状：興味・関心・意欲の減退、抑うつ気分、不安感、焦燥感、自殺念慮など。

- ・**身体症状**：睡眠障害、食欲不振、全身倦怠感、頭痛、肩こりなど。
- ・**仮面性うつ病**：うつ病では精神症状と身体症状の両方が現れるが、その現れ方は様々で、身体症状が強く出て、精神症状はあまり出ない人もいる。そのような状態のうつ病を言うが、正式な医学用語ではない。しかし、精神科領域では重要な概念である（文献4）。

## 2. 更年期のうつ

- 更年期に限ったことではないが、「うつ」には抑うつ気分、うつ状態、多くの神経・身体症状を呈するうつ病（大うつ病）がある。
- 閉経前後の抑うつ気分の頻度を表1に示したが、うつ気分誘導の原因は多様であるので、閉経そのものにより、うつの頻度が上がるかについては明確でない。
- 一方周閉経期において抑うつ症状を訴える場合、エストロゲンが有効であるとの研究もある。

## 3. うつの診断

- 診断にあたっては、まず全身性疾患を除外する。鑑別を要するのは甲状腺機能低下症で、更年期障害やうつ病とされることがある。その他、甲状腺機能亢進症、糖尿病などの内分泌・代謝疾患、悪性腫瘍などを除外する必要もある。
- 気分障害**：大うつ病性障害、双極性障害（いわゆる躁うつ病）、気分変調性障害、身体疾患による気分障害、物質誘発性気分障害に大きく分類される。これらはどれもうつ状態を呈しうる。
  - ・大うつ病は、気分障害に分類される（診断基準は表3）（文献4、文献5）。
- うつの鑑別診断**：気分障害に属する以下の疾患が重要。
  - ①**気分変調性障害**：
    - ・大うつ病ほどでは無い程度のうつ状態が2年以上持続する場合。
    - ・症状は軽いものの長期間にわたるため社会機能が障害されることも少なくない。
  - ②**気分循環性障害**：
    - ・大うつ病の基準を満たさない程度の軽うつ状態と躁状態を繰り返す場合。
  - ③**双極性障害**：
    - ・うつ状態と躁または軽躁という極端な病相を繰り返す場合。
    - ・うつ病で発症した場合の鑑別は難しい。
  - ④**一般身体疾患に伴う気分障害**：
    - ・神経疾患や脳血管障害などの脳の器質的変化による場合と甲状腺疾患、クッシング病などの内分泌疾患による場合がある。
  - ⑤**物質誘発性気分障害**：
    - ・主に薬物によるもの。インターフェロン、ステロイド、抗うつ薬など。
  - ⑥**精神疾患**：
    - ・うつ病が否定された後に考慮する精神疾患は不安障害と身体表現性障害がある。
    - ・**不安障害**：日常生活に支障を及ぼすほどの不安を呈する疾患で代表的なものではパニック障害、社交不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害がある。パニック障害は予期しないパニック発作の反復と予期不安を主症状とする病態であり、パニック発作は突然生じる急激な不安の高まりと同時に動悸、発汗、震え、息切れ、胸部不快感、めまいなどの身体症状を特徴とする。

- ・ **身体表現性障害**：症状を訴えるものの身体異常が認められないか、その病態を証明するものではない場合に考慮される。

● **診断法**：

- ・ うつ病の診断には、問診で診断基準を満たすかどうか判断することが重要であることはいうまでもない。ただし、婦人科や内科を受診する多くの患者は身体疾患を懸念して来院していることを考えると、問診の初めから抑うつ気分などの症状を尋ねることは患者に不信感や抵抗感を抱かせる可能性がある。こうしたことを防ぐためには身体症状の有無から聞いていくとよい。実際の臨床場面で問診例を表 4 に示す（文献 5）。

表 4. 大うつ病の診断にあたっての問診のコツ（文献 5）

（表中の数字は表 3 の診断基準に対応）

問診の基本	一般診療科に受診した場合、初めから抑うつ気分について聞くと患者の不信感を招く可能性あり、身体症状から聞いていく方がよい。
身体症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疲れやすかったり、やる気が出なかったりしませんか？ — 6. 易疲労性、気力の減退</li> <li>・ 普段に比べて動作が鈍くなったり、あるいは焦ってしまったりしませんか？ — 5. 焦燥または制止</li> <li>・ 睡眠に問題はありませんか？ — 4. 不眠・睡眠過多</li> <li>寝つきは悪くありませんか？ — 入眠困難</li> <li>真夜中に目が覚めて眠れなくなることはありませんか？ — 中途覚醒</li> <li>朝早く目が覚めてしまうことはありませんか？ — 早朝覚醒</li> <li>寝すぎてしまうことはありませんか？ — 睡眠過多</li> <li>・ 食欲が落ちたり体重が減ったりしていませんか？ — 3. 体重減少・増加または食欲低下・増加（上記項目について肯定的な場合は— 2 週間以上ほとんど毎日続いていますか？ はい の場合、次の中核症状について聞く）</li> </ul>
中核症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最近なんとも言い難いうつうつとした気分が続いていますか？ — 1. 抑うつ気分</li> <li>・ 普段なら楽しめてやれたことが楽しめなくなったりほとんどのことに興味が持てなくなったりしませんか？ — 2. すべての活動における興味、喜びの減退</li> <li>（上記項目について肯定的な場合は— それらの症状はここ 2 週間以上、ほとんど毎日、ほとんど 1 日中続いていますか？ — 1、2 のうちどちらかであればうつ病である可能性が高い、その他の精神症状について聞く）</li> </ul>
精神症状について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分に価値がないと感じたり、何か罪を犯しているように感じたりしますか？ — 7. 無価値感、罪責感</li> <li>・ 考えがまとまらなかったり、集中したり決断することが困難であると感じますか？ — 8. 思考力、集中力の減退、決断困難</li> <li>・ 自分を傷つけたり、自殺することを考えたり、具体的自殺手段を考えて実行に移そうとしましたか？ — 9. 希死念慮、自殺企図</li> </ul>

その他、各種診断を補助するためのツールがある。

- ・ **スクリーニング**：自己記入式質問紙（Center for epidemiologic studies depression scale：CES-D、Self-rating Depression Scale：SDS など）を用いる。

- ・ **うつの評価**：スクリーニング陽性の場合、うつの評価が必要である。BDI- II (Beck Depression Inventory-Second Edition) は DMS-IV の診断基準に沿って作成された自己記入式抑うつ評価尺度である。
- ・ 面接では DSM と ICD-10 の主要な精神疾患を診断するための簡易構造面法として作成された M.I.N.I (Mini -International Neuro-psychiatric Interview) が有用である。
- ・ 仮面性うつ病に関しては東邦大学で開発された自己診断票がある。短時間で患者の顔を見ながらできるので他科の医師にとって簡便で使いやすい (表 5)。

表 5. SRQ-D (東邦大学)

**調 査 票**

記入 年 月 日

姓名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

次の質問の各項目について当てはまるところに○印をおつけください。

質 問	いいえ			はい		
	時々	しばしば	常に	時々	しばしば	常に
1. 身体がだるく疲れやすいですか						
2. 騒音が気になりますか						
3. 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか						
4. 音楽をきいて楽しいですか						
5. 朝のうち特に無気力ですか						
6. 議論に熱中できますか						
7. くびすじや肩がこって仕方がないですか						
8. 頭痛持ちですか						
9. 眠れないで朝早く目覚めることがありますか						
10. 事故やけがをしやすいですか						
11. 食事がすすまず味がないですか						
12. テレビを見て楽しいですか						
13. 息がつまって胸苦しくなることがありますか						
14. のどの奥に物がかかえている感じがしますか						
15. 自分の人生がつまらなく感じますか						
16. 仕事の能率があらゆる何をするのおつうですか						
17. 以前にも現在と似た症状がありましたか						
18. 本来は仕事熱心で几帳面ですか						

**SRQ-D**  
Self-Rating Questionnaire for Depression

SRQ-Dはmasked depression (仮面うつ病) 発見の手がかりを得る方法の一つとして考案された質問紙法によるスクリーニングテストです。経歴アプレーションや身体症状を定量化した masked depression の評価の補助に活用してください。

質 問	0	1	2	3	(得点)	
	いいえ	時々	しばしば	常に		
1. 身体がだるく疲れやすいですか						
2. 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか						
3. 朝のうち特に無気力ですか						
7. くびすじや肩がこって仕方がないですか						
9. 眠れないで朝早く目覚めることがありますか						
11. 食事がすすまず味がないですか						
13. 息がつまって胸苦しくなることがありますか						
14. のどの奥に物がかかえている感じがしますか						
15. 自分の人生がつまらなく感じますか						
16. 仕事の能率があらゆる何をするのおつうですか						
17. 以前にも現在と似た症状がありましたか						
18. 本来は仕事熱心で几帳面ですか						
【判定基準】 各項目の得点の総計により、次のように区分する。					総計	
15点以上	うつ病の疑いあり	5~14点	時として疑う、境界型	10点以下	健常	<医師記入>

SRQ-D (Self-Rating Questionnaire for Depression)

「阿部達夫, 筒井末春, 難波経彦: Masked depression (仮面うつ病) の Screening test としての質問表 (SRQ-D) について. 心身医学 12 : 243-247, 1972」

**採点方法**

「いいえ」は 0 点、「ときどき」は 1 点、「しばしば」は 2 点、「常に」は 3 点として採点する。ただし、質問の 2, 4, 6, 8, 10, 12 は、どんな答えでも 0 点とする。従って、最低で 0 点、最高で 36 点となる。

**判定基準**

**合計得点**

- 10 点以下・・・健常
- 11 ~ 15 点・・・時として疑う、境界型
- 16 点以上・・・うつの疑いあり

**4. うつの治療**

①心理的アプローチ：

- 受容的に接し、よく話を聞く。怠けや甘えでなく、感情の病気であること、治療の有効性、休息の必要性、経過の見通しなどを説明する。生活指導として、食事は少量で頻回のバラエティーのある炭水化物やビタミン、鉄分を摂取し、塩分、チョコレート、カフェイン、アルコールは控える。適度な有酸素運動をする。ストレス解消とリラクゼーションに努める。人間関係の改善に努める。自助グループへの参加を勧める。



## ②薬物療法（表 8）

女性うつ病に関するエキスパートが更年期うつ病の治療選択について、推奨する治療スタンスを以下に示す。

- 更年期におけるうつ病の治療としてエストロゲンと抗うつ薬による治療が考えられる。ホルモン状態と疾患の重症度によって、選択の軸足が異なる（文献 6）。
- ホルモン変動に依存している抑うつ気分あるいは軽症うつ状態で、閉経移行期または周閉経期を中心に発症している場合は、ホルモン補充が最初の選択肢となる。
- 重症の大うつ病あるいは閉経後、時がたって発症し、ホルモン低下に誘導された可能性の少ない場合は抗うつ薬を選択する。
- エストロゲンは抑うつを改善するケースが多いが、プロゲステロン併用が必要となる。プロゲステロンはエストロゲンの効果を減弱する可能性がある。
- 大うつ病治療歴のある場合や、大うつ病の重症、あるいは閉経後でホルモン低下と関係が薄いと考える症例では、SSRI を中心とした抗うつ薬による治療を開始する。
- 抗うつ薬の使用法：単剤で副作用の出方を見ながら、1～2週間ごとに増量し、4～8週かけて十分量まで増量する。重症例では、ホルモン補充療法の併用が効果的な場合がある（文献 11）。

表 6. 更年期のうつ病の治療選択（文献 6）

周閉経期	閉経後
軽症うつ病 エピソードの既往歴なし HRT/ERT 抗うつ薬 いずれかと精神療法 大うつ病再発歴あり 抗うつ薬 抗うつ薬+ HRT/ERT いずれかと精神療法	軽症うつ病 エピソードの既往歴なし 抗うつ薬と精神療法 大うつ病再発歴あり 抗うつ薬と精神療法  重症うつ病 抗うつ薬
重症うつ病（エピソードあり、なし） 抗うつ薬 抗うつ薬+ HRT/ERT いずれかと精神療法	ただし軽症の場合、最初から HRT/ERT の選択もある。 HRT/ERT 追加は重症な場合に追加考慮の意見が多い。

## ③抗うつ薬による治療と副作用（表 9）

- 抗うつ薬としては、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）、SNRI（選択的ノルアドレナリン・セロトニン再取り込み阻害薬）が初期治療の主流である。副作用も比較的少なく、一般医としては使いやすい。SSRI が第 1 選択薬として使用されることが多い。
- うつ病は不眠を伴うことが多いので、睡眠薬を併用するとよい。
- 抗うつ薬は適宜増量し、通常量で 1 カ月経て、効果がみられない場合、薬剤を変更する。
- 改善がみられたら再燃予防も考慮して、少なくとも半年間は治療を継続した後、徐々に減量・中止を考慮する。



表 7. うつの薬物療法 (処方例)

- |   |
|---|
| <p>1) SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パキシル 夕食後 10 ~ 20mg より開始、週 10mg ずつ増量 40mg/日を超えない</li> <li>・ルボックス、デプロメール 初期用量 50mg/日、150mg まで増量し、2 回に分服</li> <li>・ジェイゾロフト錠 (50mg) 25mg を初期用量とし、100mg/日まで増量</li> <li>・レキサプロ 10mg/日 夕食後、1 週間以上の間隔をあけて増量 20mg/日まで</li> </ul> <p>2) SNRI (選択的ノルアドレナリン・セロトニン再取り込み阻害薬)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・トレドミン 25mg/日を初期用量とし、100mg まで増量 ただし高齢者は 60mg まで</li> </ul> <p>3) 3 環系抗うつ薬</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アナフラニール 50 ~ 100mg/日 2 ~ 3 回に分服 225mg/日まで</li> <li>・トフラニール 25 ~ 75mg/日 200mg まで漸増、分服</li> </ul> |
|---|

表 8. SSRI 使用上の注意

- |  |
|--|
| <p>効果</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・効果発現まで約 2 週間かかることを説明。効果が出るまで徐々に増量する。</li> <li>・その間、不安があればベンゾジアゼピン系抗不安薬 (デパス、セルシン、ソラナックスなど) 併用。</li> <li>・各製剤により作用、副作用の微妙な差異あり、SSRI 間での変更可能。</li> <li>・中止する場合は、徐々に減量。</li> </ul> <p>副作用</p> <p>一般的副作用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3 環系抗うつ薬よりは副作用が少ない。</li> <li>・吐き気、食欲不振、体重増加または減少、性欲異常など。</li> </ul> <p>作用が逆に出た場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中枢神経刺激症状を呈することがあり注意が必要である。</li> <li>・症状としては、不安焦燥感、衝動性、不眠、自殺企図。</li> </ul> <p>セロトニン症候群 (まれ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・錯乱、いらいら、ミオクローヌス、深部腱反射亢進、発汗、悪寒、振戦、下痢、協調運動障害、発熱。</li> </ul> |
|--|

## 5. 精神科、心療内科へ紹介

- 婦人科診療でのうつに関連した病態の場合、産後うつ病、月経前症候群、月経前不快気分障害、更年期うつ病など精神科と関連する疾患が少なくない。患者にとって精神科は敷居が高いため精神科より婦人科を選択する場合がある。
- 精神神経科は心療内科、メンタルクリニックなどと標榜することもあり専門性がわかりにくい。近隣の専門医と緊密に連携を取って専門分野を認識しておくことが肝要である。
- 一般に更年期を担当する婦人科医が専門医に紹介する場合、2 段階に分けられる。
  - ① 診断に迷う場合。
    - ・婦人科で診断できる範囲のうつに似た病態ではあるが、婦人科では対応が難しいいくつかの疾患群がある (例：自殺念慮、双極性気分障害等)。これらの多くは最初の段階で専門医受診が勧められる。
  - ② 治療は開始したが、治療に限界を感じる場合。
    - ・婦人科では、うつや不眠に対して女性ホルモン薬、精神安定薬、SSRI 使用までが一般的な対応範囲と考えられるので、範囲を超えれば専門医に紹介するが多い。
- 精神科専門医の立場から、内科あるいは当該科では対応が難しい事例を示す (表 9)。

## ●表 9 を解説する (文献 7)。

表 9. 専門医への受診を勧めるケース (文献 7)

1. 診断に迷った場合
2. 脳の器質的な障害が疑われる場合
3. 第一選択の抗うつ薬で効果が認められない場合
4. 重症のうつ病の場合
5. 自殺の危険性がある場合
6. アルコール依存が疑われる場合
7. 入院が必要だと考えられる場合
8. 慢性化している場合
9. 躁症状が出現した場合

**1. 診断に迷った場合**

うつ病は抑うつ感や喜びの感情の消失など、精神的エネルギーが喪失している状態である。しかし、こうした精神状態は統合失調症、不安障害等様々な精神疾患でも現れる。またうつ病とこれら精神疾患の併存している場合もある。妄想や幻聴の存在が疑われる場合や不安焦燥感が強い場合、意識障害が疑われる場合、問題行動がみられる場合は鑑別診断のために一度は専門医紹介を考える。

**2. 脳の器質的な障害が疑われる場合**

鑑別診断に関しては、高齢者などで脳梗塞などの器質的な疾患があるためにうつ病の症状が現れる場合があるので注意しなくてはならない。軽度の麻痺症状などの身体症状が存在する場合はもちろんであるが、うつ病の適切な治療をしても症状が改善しない場合には脳の器質的な疾患が関与している可能性がある。

**3. 第 1 選択の抗うつ薬で効果が認められない場合**

うつ病を疑って抗うつ薬による治療を始めてもなかなか治療に反応しない場合がある。抗うつ薬は 1 ~ 2 カ月かけて最大用量まで漸増し、その後 1 ~ 2 カ月間様子を見るのが一般的であるが、初期治療に反応しない患者もいる。また、副作用は患者によって異なるが、副作用のために患者の不安が高まって治療継続に抵抗感を示すことがある。このような場合、他の薬剤への変更を考えるが、この段階で専門医に紹介してもよい。

**4. 重症のうつ病の場合**

うつ病が重症の場合、もしくは治療継続中に重症化してきた場合にも精神科受診を勧める。焦燥感が強くなっている場合や妄想や幻覚が認められる場合、意識が混乱したようになって言動にまとまりが無くなった場合などである。

**5. 自殺の危険性がある場合**

自殺をほのめかす言葉を口にする、遺書を書く、自殺の道具を準備する、身辺整理をする、自殺未遂をする、などが認められる場合。本人を一人にしないで、ナイフやひも類は本人の手の届かないようにするよう家族に伝え、できるだけ早く誰か同伴して専門医に受診させる。

**6. アルコール依存が疑われる場合**

うつ病のつらさを紛らわせるために、アルコールを飲用するようになる患者も多い。また、アルコールは依存に加えて、向精神薬との相互作用や自殺の問題がある。アルコールを中止できない患者も専門医への紹介を考えた方がよい。

### 7. 入院が必要だと考えられる場合

入院が必要になるのは、前述したようにうつ病が重症の場合はもちろんであるが、自殺の危険性がある場合、外来治療に反応しない場合、患者が規則的に服薬しない場合、家族の支援が欠けている場合など。

### 8. 慢性化している場合

うつ病は急性疾患ではなく、最近では慢性疾患と考えられるようになった。辛抱強く治療してゆくことが必要であるが、症状が長引いている場合には治療方針に関して専門医の意見を聞くとよい。

### 9. 躁症状が出現した場合

うつ病の治療で改善したと喜んでいると、躁状態になっていることがある。軽い躁状態の場合には気づきにくいので、人間関係の問題が出てきたり、浪費傾向が出たりしていないかなどチェックして、軽躁状態を疑った場合専門医に紹介する。

## Ⅲ. 更年期の不眠

### 1. 不眠とは

#### ●慢性不眠症（一般に言う不眠）の定義：

- 1) 入眠、睡眠維持、熟眠の欠如
- 2) 上記症状が、睡眠に適切な機会や環境があるにもかかわらず起こる
- 3) 睡眠障害が日中の生活障害や苦痛の原因となる
- 4) 週最低3回起こり、少なくとも1カ月継続する

#### ●米国睡眠学会、米国精神医学会、NIH カンファレンスステートメント：

- 睡眠に適切な機会や環境があるにもかかわらず、1) 入眠障害、2) 睡眠維持障害（中途覚醒）、3) 早朝覚醒のどれか最低一つ（熟眠障害を入れる場合もある）、かつ30日以上継続している場合。

表 10. 不眠症の定義と種類（文献7、8、9）

不眠症の定義：

- 1) 入眠、睡眠維持、熟眠の欠如、（中途覚醒、早朝覚醒）
- 2) これらが睡眠に適切な機会や環境があるにもかかわらず起こる。
- 3) この睡眠障害が日中の生活障害や苦痛の原因となる。
- 4) この障害が週最低3回起こり、少なくとも1カ月継続する。

不眠症の種類：

入眠障害 夜間なかなか入眠できず寝つくのに普段より2時間以上かかる  
 中途覚醒 一旦寝ついても夜中に目が醒めやすく2回以上目が醒める  
 熟眠障害 朝起きたときにぐっすり眠った感じが得られない  
 早期覚醒 朝普段よりも2時間以上早く目が醒めてしまう

- 慢性的に起こる入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害でQOLに影響を与える場合には適切な治療を受けることが望まれる（表11）

#### ①入眠障害（寝つきが悪い）

- ・20歳以上の8.1%にみられる。入眠に30分～1時間以上かかり、それを苦痛に感じる場合。

- ・騒音環境、身体疾患（掻痒感、疼痛）、全身性疾患などでも起こる。精神的諸問題、不安、緊張、気分変調などでも起こる。

### ②中途覚醒（夜中に何度も目が覚める）

- ・頻回に起こると熟眠感が得られず、翌日の身体精神活動に影響を及ぼし、1 日中眠気を生じる。
- ・成人の 15% にみられ、不眠の訴えで最も多い。
- ・アルコール摂取、夜間頻尿、睡眠時無呼吸症候群、周期性四肢運動障害、レストレスレッグス症候群、身体疾患、疼痛、睡眠時随伴症など睡眠を妨害する身体的原因がある場合起こりやすい。うつ病などの精神科的障害、精神的ストレスでも起こりやすい。

### ③早朝覚醒（朝早く目が覚めてその後眠れない）

- ・早朝覚醒があるとその後再入眠できても睡眠が浅く、熟眠感が無い。
- ・成人の 7.9% にみられる。
- ・うつ病に特徴的な睡眠障害である。高齢者にもよくみられる。

### ④熟眠障害（ぐっすり眠った気がしない）

- ・睡眠時間は十分であるにもかかわらず深く眠った感覚が得られない。
- ・不眠症患者ではノンレム睡眠の量が十分でも不眠を訴えることがある（文献 8、9、10）。

## 2. 更年期の不眠

- 閉経周辺期における睡眠障害は比較的多く、年齢とともにその頻度が上がる。ただし、男女を問わず年齢とともに睡眠障害の頻度はあがる。
- 原因：生活の変化、ホルモンの低下、就業環境、社会環境の変化など、いくつか要因が考えられる。観察研究に閉経と不眠の関連を示すものもある。従来、Hot flush が不眠の原因と論じられたことはあるがまだ明確ではない。年齢的不眠と区別がつかない場合もある（表 1）。閉経周辺期、閉経後の不眠についての研究（対象 1451 人：寺内ら）によると、中等度、重度不眠を訴える頻度はそれぞれ 23.0%、27.8% と報告、約 50% が何らかの不眠を訴えた。他の症状との関係では血管運動系症状（Hot flush、発汗）との関係よりむしろ抑うつ状態と相関があり、不眠の約 3 分の 1 は重度の抑うつ状態を示した（図 3）。軽症の場合は、日常生活の改善（健康・栄養）で薬物投与と独立して有効性がみられているし、エストロゲン投与はある程度の効果を示している。睡眠薬は眠れないときに服用よりはむしろ、定期的服用が推奨される（文献 11）。

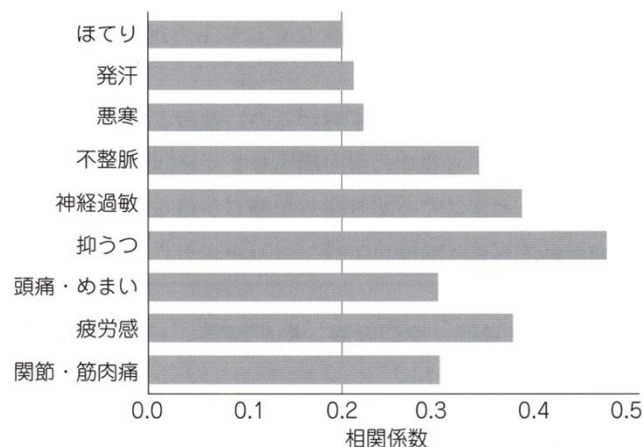


図 3. 日本人における不眠と更年期症状の相関（文献 10）

一方、うつ病の90%は不眠を訴え、うつ病の初期症状として夜よく眠れないとの訴えは多い。うつ病で多いのは中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害であるが、症状が進むと入眠障害も見られ、睡眠が全体に障害される。

### 3. 不眠の診断

- ・ポイントは日中の生活の質低下を及ぼしているかである。
- ・背景にうつなど精神疾患、睡眠時無呼吸症候群、むずむず運動などがいないか検討する。
- ・診断に迷う場合には終夜睡眠ポリグラフ検査などを行う。
- ・日常診療で理解できない不眠に関しては専門医の治療が必要な時もある。

### 4. 不眠の治療

- ・更年期障害やうつ症状のある場合には原疾患治療を優先する。
- ・更年期障害やうつで不眠が主体の場合は、不眠に対する治療も原疾患の改善に有効である。
- ・生活の改善や認識の是正を図ることが、睡眠薬の効果とは独立して有効性があることが示されている(表11)。
- ・周閉経期での気分変動には、ほてりの是正よりは睡眠薬とエストロゲンが有効であると報告されている(文献12)。
- ・よく使用される睡眠薬を表12に示した。薬剤は頓用ではなく定期的服用の方が、より有効性が高い。

表 11. 睡眠障害対処 12 の指針 (文献 10)

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中に眠気で困らなければ十分
2. 刺激物は避ける、寝る前には自分なりのリラックス法
3. 眠くなってから床に就く、就寝時刻にこだわりすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7. 昼寝するなら15時前の20～30分
8. 眠りが浅いときはむしろ積極的に遅寝、早起きに
9. 睡眠中の激しいいびき、呼吸停止や足のピクつき・むずむず感は要注意
10. 十分眠っても昼間の眠気が強いときは専門医に
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

表 12. 睡眠薬の実例 (処方例)

入眠障害	1. マイスリー錠 (5・10mg)	1 錠	就寝前
	2. アモバン錠 (7.5・10mg)	1 錠	就寝前
	3. ハルシオン錠 (0.125・0.25mg)	1 錠	就寝前
	4. デパス錠 (0.5・1mg)	1 錠	就寝前
	5. レンドルミン錠 (0.25mg)	1 錠	就寝前
	6. ロラメット錠 (1mg)	1 錠	就寝前
睡眠維持障害 (中途覚醒、早朝覚醒)	1. ドラール錠 (15mg)	1 錠	就寝前
	2. サイレース錠 (1mg) またはロヒプノール錠 (1mg)	1 錠	就寝前
	3. ベンザリン錠 (5mg)	1 ~ 2 錠	就寝前
	4. ユーロジン錠 (1mg)	1 ~ 2 錠	就寝前
	5. リスミー錠 (1mg)	1 錠	就寝前
熟眠障害	1. レスリン錠 (25mg) 抗うつ薬	1 ~ 2 錠	就寝前
	2. テトラミド錠 (10mg) 抗うつ薬 4 環系	1 ~ 2 錠	就寝前
	3. シプレキサ錠 (2.5mg) 新世代向精神薬	1 錠	就寝前
	4. リスパダール錠 (1mg) 新世代向精神薬 (1. 2. は抗うつ薬、うつ病名があれば保険適用)	1 ~ 2 錠	就寝前

## VII. 婦人科医としての更年期のうつと不眠の対応例 (図 4)

### ①問診→うつの可能性を受容させる

- ・更年期障害を訴えて来院した患者から、症状を聞く。
- ・そのうえで「一般に更年期障害で来られる方の約半分は更年期障害ですが、その次に抑うつ状態の人が多く、甲状腺機能低下症や全身疾患によるものがあります。今から少しずつ調べてみましょう。」と説明する。
- ・これにより更年期障害と自己判断、あるいは他医で診断された状態からいったん白紙に戻し、患者にうつが原因の可能性があると認識させる。

### ②更年期障害評価表と仮面性うつ病自己診断票でスクリーニング

- ・更年期障害評価：これにより身体症状が主か、精神症状が主か判断すればよい。
- ・更年期障害評価法としては Kupperman 指数、日本産科婦人科学会更年期スコア、更年期指数票 (小山式) などがある。
- ・仮面性うつ病自己診断票：うつ患者は内容に少し共感を感じる人が多い。ここでは淡々と検査を行わせる。

### ③婦人科一般診察、ホルモン検査 (特に卵巣機能、甲状腺機能)、全身状態把握のための血液検査 (末梢血、肝腎機能)。

【注】月経周期が確立していても、一度更年期障害と思い込んだ患者は他の可能性に納得しない。納得させるデータがある程度必要である。

### ④この時点でのある程度の判断を遠まわしに言うが、決して断言しない。あくまでも可能性であると言う。

- ・「更年期障害の可能性が高いですが、抑うつも少しあるかもしれません。」
- ・「抑うつ状態の可能性もありますね。何か思い当たることはありますか？」

15

- ・「更年期障害と抑うつ両方混在している可能性がありますね。エストロゲンを投与して評価してみましょう。」
  - ・「他の疾患も考えられますね。もう少し検討してみましょう。」
  - ・「主に不眠とその影響が考えられますね。生活の見直しを行い、場合により睡眠薬を使ってみましょう。」
- ⑤エストロゲン投与による治療的診断を行う。
- ・プロゲステンの副作用（浮腫、乳房痛、むかつき、抑うつ状態等）が評価に影響を与えるので、この段階ではプロゲステンは併用しない。
- ⑥服用後、エストロゲンの効果を評価し、エストロゲン欠乏関与の程度を評価し、治療方針を決める。
- ⑦治療方針の設定
- ・エストロゲン欠乏が主体でエストロゲンの効果がみられる場合：HRT を中心に治療開始、SSRI 追加考慮。HRT 不可の場合は SSRI、漢方薬などの選択肢を探る。
  - ・うつ主体でエストロゲンの効果がみられないか不良の場合：SSRI 主体の治療を選択、場合により HRT 追加考慮
- ⑧上記ステップで対応できない場合、専門医紹介。

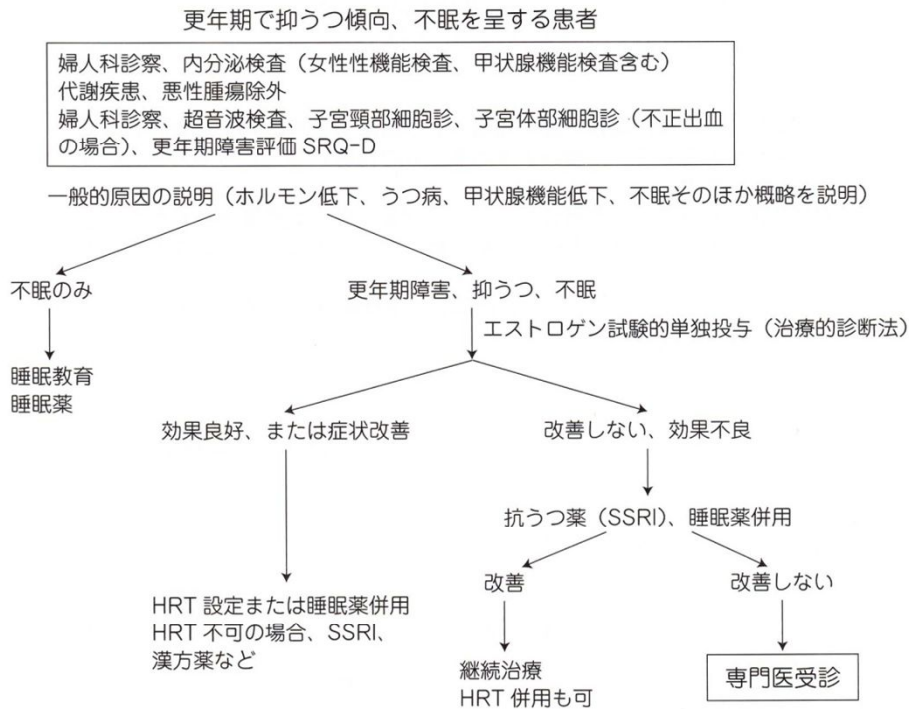


図 4. 一般婦人科医としての対応例

## 参考文献

1. NIH National Institute of Health State-of-the-Science Conference Statement:Management of Menopause-related Symptoms Ann Internal Med 142 : 1003-1013, 2005.
2. 矢野哲 更年期の精神症状に対する対応 ((11) クリニカルカンファレンス (9) ;更年期医療における問題点を克服する 日本産科婦人科学会雑誌 58 (9), "N-377"- "N-381", 2006.
3. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR) American Psychiatric Association 2000.
4. 日本うつ病学会ガイドライン作成委員会 日本うつ病学会治療ガイドライン 2012Ver.1、平成 24 年 7 月 6 日
5. 久保木富房、坪井康次、神庭重信 編集 うつ病診療 2009 年 メジカルビュー社発行
6. 閉経に関連するうつ病 女性のうつ病治療 2001 大野裕訳 エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ 2002 アルタ出版
7. 一般診療医と精神科医のメンタルヘルス連携ハンドブック 水野雅文編 東京都福祉保健局
8. Roth, T Insomnia :Defeinition,Prevalence, Etiology, and Concquence J Clin Sleep Med vol 3 (5) : 41-51, 2007.
9. NIH State-of-Science Conference Statement on Manifestations and management of chronic insomnia in adults Vol 22 Number 1,June13-15, 2005.
10. 内山真 睡眠障害の対応と治療ガイドライン
11. Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M et.al Insomnia in Japanese peri-postmenopausal women Climacteric 13 (5) : 479-86, 2010.
12. Joffe H, Petrio LF, Koukoboos et al. Increased estradiol and improved sleep, but not hot flushes, predict enhanced mood during the menopausal transition J Clin Endocrinol. Metab 96 (7) : E1044-E1054, 2011.

本研修ニュースは、会員の医学知識および医療レベルの向上を目的として作成されたものです。一般の医療水準以外の内容についても言及している場合があります。

個別症例においては、本研修ニュースの記載と異なる措置が行われることがあると思われませんが、医師の裁量の範囲内の措置として容認されることがあります。

検査・薬剤の保険適用については使用時に再度確認をお願いします。

## 平成 24 年度

研修委員会		学術部・研修部会	
委員長	小林 浩	常務理事	川端正清
副委員長	春日 義生	〃	平原史樹
委員	沖 明典	理事	落合和彦
〃	飯塚 美德	〃	高橋恒男
〃	金井 誠	副幹事長	塚原優己
〃	小林 康祐	幹事	鈴木俊治
〃	高井 泰	幹事	関沢明彦
〃	藤井 俊策		
〃	牧野 康男		
〃	百枝 幹雄		
〃	横田 康平		