

平成 21年 6月 16日現在

研究種目：若手研究（B）
研究期間：2007 -2008
課題番号：19791233
研究課題名（和文） ストレス評価、遺伝子多型解析の耳鼻咽喉科テーラーメイド医療への応用
研究課題名（英文） The application of stress evaluation and genetic analysis for the tailor-made therapy to the patients in otorhinolaryngology
研究代表者 五島史行(GOTO FUMIYUKI) 慶應義塾大学・医学部・講師 研究者番号：80286567

研究成果の概要：

ストレスの客観的評価を耳鼻咽喉科テーラーメイド医療へ応用するために研究を行った。患者の遺伝的な素因がストレスによる患者固有の身体反応を出現させ、個々により治療効果も異なると考えられる。耳鼻咽喉科ストレス疾患患者に対する薬物療法として抗うつ薬を使用し、非薬物治療として認知行動療法、自律訓練法を行いその有用性について検討した。外来患者を対象に耳鼻咽喉科心身症の割合を明らかにした。

交付額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	2,300,000	0	2,300,000
2008年度	1,000,000	300,000	1,300,000
年度			
年度			
年度			
総計	3,300,000	300,000	3,600,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：外科系臨床医学・耳鼻咽喉科学

キーワード：耳科学、耳鼻咽喉科、心身症、ストレス評価、めまい、耳鳴、心理療法

1. 研究開始当初の背景

近年、社会が多様化し複雑化する中でストレス疾患が増加傾向にある。これらの患者は訴えが強いが器質的異常が認められないため“原因不明”とされ十分な治療を受けていない。しかしなぜストレスが患者によって異なった身体症状を引き起こすかについては知られていない

2. 研究の目的

(1) 患者の遺伝的な素因がストレスによる

患者固有の身体反応を出現させ、個々により治療効果が異なるかどうかを検討すること。

(2) 耳鼻咽喉科ストレス疾患患者に対する薬物療法として抗うつ薬（SSRI；セロトニン再取り込み阻害薬）や非薬物治療としての認知行動療法、自律訓練法の有用性を検討すること。

(3) 外来患者を対象に耳鼻咽喉科心身症の割合を明らかにすること。

3. 研究の方法

(1) 耳鼻咽喉科外来患者を対象に心身症患者の割合を統計学的な検討を行う。またこれらの患者に対して心理社会的な背景、ストレスについて評価を行う。

(2) これらの患者に抗うつ薬や非薬物治療としての認知行動療法、自律訓練法を行いその治療効果について自覚的、他覚的尺度を用いて評価する。

4. 研究成果

耳鼻咽喉科外来における心身症の割合は約20%であった。めまい、耳鳴り、咽喉頭異常感症を主訴とするものが多かった。抗うつ薬であるSSRIは約60%の症例で有効であった。自律訓練法も同様の有効性を示した。難治性の心身症例に対して特に有効であった。自律訓練法の適応によって従来の薬物治療が奏功しなかった症例も自覚症状が改善した。また非薬物治療の導入によって投薬量が減少した症例もあった。

今後耳鼻咽喉科臨床に多いてストレス評価、非薬物治療のさらなる普及のためには症例の選択、効率的なストレス、心理社会的評価法の開発、客観的評価法の開発が必須である。

つぎに耳鼻咽喉科における心身症の割合と心療耳鼻咽喉科医の必要性について検討した。

はじめに

心身症とはその発症や経過に心理社会的な因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する。(1991年日本心身医学会)と定義されている¹⁾²⁾。耳鼻咽喉科の心身症として代表的なものとして咽喉頭異常感症、めまい³⁾、耳鳴、アレルギー性鼻炎、嘔声、心因性難聴、顎関節症があげられている。耳鼻咽喉科を受診する心身症の割合は決して少なくないが心身医療が普及しているとはいえない。これまで耳鼻咽喉科の心身症について詳しく検討した報告は無い。しかし耳鼻咽喉科医が外来でこれらの患者の診療に当たることは決して稀ではなく、ストレスの増加する現代においてますます心身症患者の割合は増加することが予想される。

目的と方法

今回耳鼻咽喉科における心身症の割合、治療内容などについて調べることを目的に検討し、臨床心理士が介入した症例については治療内容についても検討を行った。また耳鼻咽喉科を受診した、精神障害であるうつ病患者の割合やその主訴について検討を行った。はじめに、当院の診療体制について概説する。耳鼻咽喉科医である著者はめまい平衡医学

会の専門医であり、受診患者に占めるめまい、耳鳴りなどの耳疾患の割合が比較的高くなっている。診療においては一般的な耳鼻咽喉科診療に加えてすべての患者に対して心理面での評価を詳細に行うことに注意を払っている。つまり症状の発症の前後や経過にどのような心理社会的背景の変化があったのかを医師が必ず医師面接の中で聴取しそれをDSM-IVのIV軸のカテゴリーに準拠して分類した。心理社会的要因について複数の心理社会的または環境的問題をもっていると考えられた場合には、最も身体症状の発症と経過に関連が深いと考えられるものを統計の対象として記録した。それらは第一次支援グループに関する問題(配偶者との交流不全、嫁姑問題家族の死去、家族内の健康問題、別居、離婚など)、社会的環境に関連した問題(重要な人物の死去、友人の死、一人住まいなど)、教育上の問題(学校での不適応、不適切な学校環境、教師や級友との不和など)、職業上の問題(職場での不適応、職場環境の悪化、困難な勤務条件など)、住居の問題(地区の住民または家主との不和、不適切な住居など)、経済的問題、保健機関利用上の問題(保健施設への輸送機関欠如など)、法律関係および犯罪に関連した問題(犯罪の犠牲など)、その他の心理社会的環境問題(医師など家族以外の世話人との不和など)である。身体科において心療内科的な問診には限界があるがそれを補うため初診時にめまい患者に対しては全例、めまい問診票、DHI日本語版(Dizziness handicap inventory) 4)、抑うつ尺度SRQ-D (Self rating questionnaires for depression)を配布している。また初診時に抑うつや不安が疑われる症例については別途SDS(Self-rating depression scale, STAI (State-Trait Anxiety Inventory) やHAD(Hospital anxiety and depression scale)によって評価を行っている。そして心理社会的要因が関与している可能性が高く、時間をかけた心身医学的介入が必要と考えられる症例については臨床心理士に依頼し一回45分間のセッションでインテーク面接、さらに必要に応じ臨床心理士と治療を行っている。臨床心理士は2人おり、一人は主にインテーク面接を行い、もう一人は治療的介入まで行っている。精神神経疾患の診断はDSM-IV⁵⁾に基づきおこなった。また症例によっては精神神経科医に依頼し診断を確定した。このような体制の中では本格的な心身症を診断するにはいくらか限界があるが、耳鼻咽喉科における新しい試みとして検討を行った。平成19年に耳鼻咽喉科を初診した患者を対象とした。診断名の主なものは急性咽喉頭炎、眩暈症(メニエール病を含む)、耳垢栓塞、感音難聴、咽喉頭異常感症、耳鳴症であった。

結果

対象症例のうち心身症と考えられたものは約20%であった。特に咽喉頭異常感症、耳鳴症、眩暈症(メニエール病を含む)、慢性咽喉頭炎では心身症の占める割合が高かった。心身症では器質的、機能的異常に対する治療のみを行っても、治療に難渋することが多くそのような症例が多く含まれていた。治療は医師による心身相関の説明を基本とし、難治例では臨床心理士によるカウンセリング、自律訓練法(auto-genic training: AT)などの心身医学療法を導入した。投薬治療としてはベンゾジアゼピン系薬剤、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)、漢方薬などを用いた。心理社会的因子の多くは第一次支援グループに関する問題と職業上の問題であった。一人の臨床心理士が受け持った患者8例のDSM-IV 5)診断は気分障害4例、不安障害2例、身体表現性障害1例、転換性障害1例であった。大うつ病の診断は大うつ病エピソードの9項目のうち5項目以上が、2週間以上にわたって続く場合に診断した(ただし、5項目の中に少なくとも一つは(1)抑うつ気分、あるいは(2)興味または喜びの喪失である)。気分障害は全例大うつ病であった。大うつ病と診断された患者の耳鼻咽喉科における主訴はめまい、咽喉頭異常感、耳鳴、口腔異常感、耳閉感、頭痛であった。精神科へ依頼し転科となったものもあった。他にDSM-IVの統合失調症および他の精神病性障害、統合失調症、ICD-10の統合失調型障害、および妄想性障害などの症例はなかった。

考察

データは示していないが通院期間が短い症例では心身症と確定診断するのが難しいため、心身症とされた症例は治療に比較的期間を要した症例の占める割合が高くなっていた。逆に診察時間が短く通院を必要とされない急性疾患である急性咽喉頭炎は初診のみで終診となる症例がほとんどであり心身症の割合は低くなっていた。それ以外も視診で診断し処置によって加療が直ちに終了してしまう耳垢栓塞や魚骨異物などの疾患は心身症ではないと判断した。今回の検討では耳鼻咽喉科における心身症の割合は22.7%であった。この割合は他科と比較しても低いものではないと考えられる(8, 9) 10)。患者が主訴として咽喉頭異常感や耳鳴、めまいを訴える場合には心身症の割合が高いことが示された。心身症には器質的障害を伴うものと機能的障害のみの病態が含まれる。耳鼻咽喉科では後者の割合が高いと考えられる。たとえば耳鳴症患者では純音聴力検査や耳鳴検査で異常を認めることも認めないこともある。また眩暈症の患者では平衡機能検査(眼振検査、重心動揺検査)で異常を認めないこともある。

患者の訴えが検査結果と乖離する場合これらの患者には心身症が含まれていることも少なくない。もちろん器質的異常を伴う場合にも心身症の存在を疑う必要がある。これらの患者に対して医師が心身相関を理解し、心理社会面にも配慮した診療を行う必要がある。

心理社会的要因の多くは第一次支援グループに関する問題と職業上の問題であることから、問診においては、まず家族構成や家族内での問題、そして仕事に就いている場合には職業上の問題として勤務態勢や異動などの環境の変化について、はじめに質問する必要がある。耳鼻咽喉科の特徴として患者の年齢層が多岐にわたると言うことがあげられる。年代によって当然予想される要因は異なっており、それらに配慮した問診を的確に行う必要がある。

耳鼻咽喉科医の診療領域は耳、鼻、咽喉の領域と広い範囲にわたるが、多くが視診で診察評価可能である。また外科系の医師であるが内科的な診療も求められるという特殊性がある。一般的治療を行っても、十分に症状の改善が認められなかったり、症状と所見が一致しない症例を診る機会は少なくない。これらの症例に対して心理社会的介入を行うと心身症と診断できる症例がある。これらの患者は身体症状を主訴としており身体科における治療を希望している。このような患者に対しては心療耳鼻咽喉科としての対応が求められる。

今回提唱する、心療耳鼻咽喉科とは耳鼻咽喉科として行うべき身体疾患の評価、処置、外科的治療の手技を持ちながら、心理社会的介入を行い患者を全人的な立場から診察することが出来る耳鼻咽喉科医のことである。そのためには従来は身体面のみでの診察が中心で、それ以上の介入は心療内科医や精神科医にゆだねることが多かった耳鼻咽喉科医、自らが身体面での診察を行った上で、患者の心理社会面での介入を行う必要がある。心療耳鼻咽喉科医としての役割を考える上でPadeskyとMooneyが提唱したケースフォーミュレーション(11)は参考になる。身体科医である耳鼻咽喉科医は身体、生理への介入がメインであるが、心療耳鼻咽喉科医としては図に示したように心理面での介入を出来る限り意識して診療を行う努力が求められる。そして必要に応じ臨床心理士の助けをかり心理面での介入を行う。耳鼻咽喉科医みずからが身体科として心理社会面での評価、治療に携わることのメリットは多いと考えられるが、これまで外科系の診療科医師、特に耳鼻咽喉科医が心身医学的治療を行うことについての報告は少ない。

耳鼻咽喉科を受診する疾患で、めまい(12, 13)やその

代表的疾患であるメニエール病(14-16)には心理社会的な影響が強いことが報告されている。それらでは、主に臨床心理士(17-19)が治療的介入を行っており、医師自らが心理的介入を行ったという報告は無い。整形外科医の谷川浩隆⁹⁾が述べているように心理社会的要因の強い患者ほど自身の身体症状の原因を器質的なものと確信する傾向があり、これらの患者は精神科や心療内科を受診することはなく身体診療科を受診する。そして、このような患者に対しては身体科医として接することが患者にとって最も心理的な治療になりうる。身体科診察室では身体科医も気づかずにこのような患者-医師関係が成立している。これらと、心理的な介入を身体科医が行うことは時に困難を伴う。耳鼻咽喉科は身体科であり、受診する患者は身体科的な対応を要求していることが多く、心理的介入が好まれないことが多い。特にプライバシーの守られていない外来の構造などは心理的介入を妨げる要因となっている。心理社会的背景に関する問診に際しては、あくまでもさりげなく行う必要がある。患者が抵抗を示す場合には深く質問をせず初回の診察以降の再診で必要に応じ問診を追加するなどの工夫が必要である。医師の診療には時間的な制約もあり、耳鼻咽喉科医のみでの対応が困難なときには、担当医がすべて一人で診断、治療を行おうとせず、必要に応じ臨床心理士や心療内科専門医、精神科医と連携を取る必要がある。複数の治療者がカンファレンスを行うなどして患者の情報を共有することにより、お互いの医療の問題点を改善させ医療の質を高めると同時に、効率よく適切な診療を行うことが可能である。今回の検討でも臨床心理士の介入により改善が認められた症例があった。予後の詳細などについては今後報告する予定である。

今回呈示した症例は複数の耳鼻咽喉科を受診したが改善せず、その後さらに精神科を受診し治療が難航し紹介になった症例である。このような身体症状を前面にもつ心身症患者は精神科での治療が困難なことも多い。このような症例では自律訓練法を含む心身医学治療が有効である。本例は臨床心理士と耳鼻咽喉科医が共同で診療にあたり良好な成績を上げた代表的な症例である。

このような診療様式を広めていくためには卒前、卒後教育において心身医学の教育を取り入れていく必要がある。耳鼻咽喉科専門医みずからも手術や、処置といった身体的介入のみにとらわれず心理面での評価、介入を行うことの重要性を再認識する必要がある。しかし現時点ではこのような考え方は普及していると言えない。これらの啓蒙、教育活動が今後の課題といえる。

耳鼻咽喉科においての薬物治療として、ベン

ゾジアゼピン系薬剤の処方量は少なくないが抗うつ薬の処方はいずれも一般的ではない。ベンゾジアゼピン系薬剤のみでは治療が困難な症例も多くあり今後は抗うつ薬であるSSRIなどを処方しうつ病などの精神疾患(20)めまい(21)やその他の心身症(22)の治療を行うことも必要である。耳鼻咽喉科医として身体疾患の診断治療にあたりながら心身症の治療を行う必要性は今後増加していくと思われる。

文献

1. 総論 心身症の定義. 小牧元, 久保千春, 福土審編. 心身症診断・治療ガイドライン 2006: エビデンスに基づくストレス関連疾患へのアプローチ. 2-9 頁, 2006.
2. 中川哲也: 心身医学の新しい診療指針(案). 心身医学 31:17-25, 1991
3. 矢野純: 【頭頸部の心身症】めまい. 心療内科 7:103-109, 2003
4. 増田圭奈子, 五島史行, 藤井正人, et al.: めまいの問診票(和訳 Dizziness Handicap Inventory)の有用性の検討. Equilibrium Research 63:555-563, 2004
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Washington, D.C; 2006
6. 松岡洋一: 【ストレス軽減技法】自律訓練法. ストレス科学研究 21:18-22, 2006
7. 梅沢章男, 寺井堅祐: 【ストレス軽減技法】臨床呼吸法. ストレス科学研究 21:10-17, 2006
8. 吾郷晋浩: 心身医療のエッセンスとその実践再考. 日本心療内科学会誌 12:3-10, 2008
9. 谷川浩隆: 外科系診療科ができる心身医療の可能性 運動器疼痛に対して心療整形外科的アプローチを行った1例から. 心身医学 47:1029-1036, 2007
10. 早川東作: 学生の健康白書から見てくるもの 学生の精神健康調査実施状況. CAMPUS HEALTH 45:74-77, 2008
11. Padesky CA, Mooney KA: Presenting the cognitive model to clients. Cognitive Therapy Newsletter International 6:13-14, 1990
12. Yardley L, Luxon LM, Haacke NP: A longitudinal study of symptoms, anxiety and subjective well-being in patients with vertigo. Clin Otolaryngol Allied Sci 19:109-116, 1994
13. Yardley L, Britton J, Lear S, et al.: Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance. Behav Res Ther 33:435-9, 1995
14. Fowler EP, Jr., Zeckel A: Psychosomatic aspects of meniere's disease. J Am Med Assoc 148:1265-8, 1952

15. Dibb B, Yardley L : Factors important for the measurement of social comparison in chronic illness: a mixed-methods study. *Chronic Illn* 2:219-30, 2006
16. Czubalski K, Bochenek W, Zawisza E, et al. : [Meniere's disease in its psychosomatic aspect]. *Otolaryngol Pol* 30:285-91, 1976
17. 神崎仁, 浅野恭子, 田副真美, et al. : 難治性メニエール病に対する心理療法. *Equilibrium Research* 60:93-104, 2001
18. 五島史行: メニエール病を治す 心因. *Equilibrium Research* 67:467, 2008
19. 中井貴美子, 五島史行: 難治化したメニエール病症例への認知行動療法の適用. *心身医学* 47:484, 2007
20. 五島史行: めまいを主訴としたパニック障害とうつ病に対するパロキセチンの使用経験. *Pharma Medica* 25:227-230, 2007
21. 五島史行, 荒木康智, 齊藤晶, et al. : 精神疾患に関連しためまいに対する新しい抗うつ薬による治療成績. *Equilibrium Research* 65:17-23, 2006
22. 五島史行, 岡瑞紀, 村上正人, et al. : マレイン酸フルボキサミンを用いた耳鼻咽喉科領域の愁訴の治療. *日本心療内科学会誌* 10:238-242, 2006

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 9 件)

五島史行, 心因性発声障害の治療経験、*日本心療内科学会誌*、12、p5-9、2008、査読有り

Goto F, A case of intractable Meniere's disease treated with autogenic training, *BioPsychoSocial Medicine*, 2, p3, 2008, 査読有り

五島史行, 総説 ストレスに関連した聴覚平衡器障害について、*ストレス科学研究*、23、p15-22、2008、査読無し

Goto F, Nakai K, Kunihiro T, Ogawa K, A case of intractable Meniere's disease treated with autogenic training, *BioPsychoSocial Medicine*, p2-3, 2008, 査読有り

五島史行, 矢部はる奈, 國弘幸伸, 小川郁, 片頭痛関連のめまい, *Equilibrium Res*, 67, p205-210, 2008、査読有り

Goto F, Yabe H, Hayashi K, Kunihiro T,

Ogawa K, A case of delayed endolymphatic hydrops treated meniette device, *Equilibrium Res*, 67, p496-499, 2008, 査読有り

五島史行, 矢部はる奈, 國弘幸伸, 小川郁, 高齢者メニエール病, *Equilibrium Res*, 67, p500-505, 2008、査読有り

五島史行, 井出里香, 矢部はる奈, 國弘幸伸, 小川郁, 酸化ストレスとメニエール病 良性発作性頭位めまい症との関連, *Equilibrium Res*, 68, p1-5, 2008、査読有り

Goto F, Nakai K, Kunihiro T, Ogawa K, Phobic postural vertigo treated with autogenic training a case report, *Cases Journal*, 1, p189, 2008, 査読有り

〔学会発表〕(計 11 件)

五島史行, 新しい検査法;めまい患者の酸化ストレスレベル評価、メニエール病、良性発作性頭位めまい症との関連、第 67 回日本めまい平衡医学会、平成 20 年 10 月 31 日、秋田

五島史行, The possible contribution of angitis to the onset of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)、*日本耳科学会*、平成 20 年 10 月 17 日、神戸国際会議場

五島史行, 耳鳴りに対する 3 種類の SSRI (セロトニン再取り込み阻害薬) の治療効果、第 53 回日本聴覚医学会、平成 20 年 10 月 2 日、東京 明治記念館

五島史行, 耳鼻咽喉科における SSRI (塩酸パロキセチン、マレイン酸フルボキサミン) の比較、第 70 回日本耳鼻咽喉科臨床学会、平成 20 年 6 月 28 日、長崎ブリックホール

五島史行, 耳鼻咽喉科における線維筋痛症の治療、第 49 回日本心身医学会、平成 20 年 6 月 12 日、札幌コンベンションセンター

五島史行, 明らかな器質的異常を認めない発熱患者に対する治療、第 109 回日本耳鼻咽喉科学会総会・学術講演会、平成 20 年 5 月 15 日、大阪国際会議場

Goto F, The Characteristics of Patients with

Phobic Postural Vertigo Revealed by Psychological Questionnaires , The 25th Barany society meeting Kyoto ,平成 20 年 4 月 2 日 , Kyoto

五島史行、耳鼻咽喉科における心身症の割合と心療耳鼻咽喉科医の必要性、日本心療内科学会、平成 19 年 12 月 2 日、大阪国際交流センター

五島史行、高齢者のメニエール病、第 66 回日本めまい平衡医学会、平成 19 年 11 月 15 日、大阪

五島史行、片頭痛関連めまい、第 35 回日本頭痛学会、平成 19 年 11 月 10 日、東京都市センターホテル

五島史行、うつ病を含めた耳鼻咽喉科患者に対する塩酸パロキセチンの効果、日本うつ病学会、平成 19 年 6 月 30 日、札幌

6 . 研究組織

(1) 研究代表者

五島 史行 (GOTO FUMIYUKI)

慶應義塾大学・医学部・講師

研究者番号 : 80286567

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし