

## パネルディスカッション1 (症例報告)

## 原因不明の腰痛症とうつ病

佐藤 武

佐賀大学保健管理センター教授

(平成15年1月14日受付)

**要旨：**腰痛を主訴とする患者は、さまざまな医療機関を受診しているが、最初から精神科を受診する患者は稀であり、多くは整形外科やペインクリニックを受診している。しかし、腰痛症の中には明らかな身体および検査所見がないにも関わらず、深刻な痛みを訴える患者が少なからずみられる。本報告では職場での業務内容やストレス、引越しなどを契機に腰痛を訴え、整形外科の入院および外来にて2~3カ月間治療を受けたが、症状が一向に改善せず、精神科医への受診に至った3症例(47歳男性, 52歳女性, 39歳女性)を提示する。病歴では、コンビニエンス・ストアでの長時間にわたる立ち仕事、コンピュータ作業が中心となるデスクワーク、引越し作業などを通じて、腰痛を訴えるようになり、整形外科を受診したが、訴える症状のレベルと得られたCTやMRI所見とは完全に一致しなかった。しかし、次第に食欲不振、不眠、意欲減退などの抑うつ症状が目立ち、主治医の意見や周囲の勧めによって精神科を受診した。痛みについてよく尋ねると、腰痛が先行し、次第に頭痛なども併発し、痛み全般に敏感となっていた。DSM-IVによる基準では、大うつ病エピソードと診断可能であった。抗うつ薬の投与で抑うつ症状は比較的速やかに改善し(入院治療1名・外来治療2名)、同時に腰痛やその他の痛みも消失した。

腰痛は周囲からみても受け入れやすい症状であり、患者自身も最初に気づく症状である。しかし、抑うつ症状は客観的な所見もなく、周囲からも理解しづらい症状であり、精神科への受診に至るには、深刻にならないと受診にいたることはない。腰痛症が増えている現状から、その鑑別として、うつ病も考慮すべきであることを強調した。

(日職災医誌, 51: 248—250, 2003)

## —キーワード—

腰痛, うつ病, ストレス, 精神科コンサルテーション

## はじめに

うつ病はどのような愁訴で受診または入院されているのか。特に、痛みを主訴とする患者は、さまざまな医療機関を受診していると思われるが、最初から精神科を受診する患者は稀である。多くは、整形外科やペインクリニックなどの診療科を経由している。しかし、痛みを訴える患者の中には、明らかな身体および検査所見がないにも関わらず、深刻な痛みを訴える患者が少なからずみられる。従来から、痛みの心理的要因として、心理的問題のオーバーレイ psychological overlay, 転換性障害 conversion disorder, うつ病 depression, 損害賠償に関連する痛み pain associated with compensable injuryなどが指摘されているが、うつ病の鑑別は特に重要である。

本報告では当初は、痛みだけが前景にみられ、うつ病

の鑑別診断が困難であったが、経過とともに抑うつ症状が明確となった3症例を提示する。これらの症例を通じて、医療機関を転々としている患者の中で、うつ病の鑑別診断が重要であることを強調したい。

## 症例提示

症例1: 47歳・男性・新聞社勤務

デスクワークが中心の仕事(編集委員)。残業が続き、多忙な毎日を送っていた。同僚とのつきあいゴルフの練習中に腰がピリピリして、立ち上がることができない状態となり、総合病院(整形外科)を受診した。「椎間板ヘルニアの疑い」と診断され、精査目的にて入院を勧められたため、整形外科病院に3カ月間入院した。

入院中、整形外科における徹底した検査および治療を行うも、腰痛は改善しなかった。次第に、表情に生彩を欠き、食欲不振、不眠、意欲減退などの抑うつ症状が出現した。入院後3カ月に精神科コンサルテーションが行

われた。DSM-IVの診断基準に基づき、大うつ病エピソードの診断がなされ、抗うつ薬（アナフラニール75—150mg/日）の投与が開始され、腰痛および抑うつ症状は2～3週後に劇的に改善した。現在、SSRI（フルボキサミン）にて外来フォロー中であるが、うつ病は職場環境の変化によって、寛解および増悪を繰り返している。長期的な通院治療が必要とされる。

症例2：39歳・女性・コンビニエンス・ストア経営

毎日が立ち仕事の連続で、疲れがたまり、立てないくらいに腰痛がひどくなった。腰痛のために、まず鍼灸師を受診した。2カ月間通院したが、改善しないため整形外科を受診した。椎間板ヘルニアの疑いがあると診断され、A病院整形外科に3週間入院するも、改善しないため、B総合病院整形外科に転院し、さらに4カ月間入院した。

入院中でありながら、重度の不眠傾向が持続した。鎮痛目的の注射を受けるも、効果がないという不安が続き、自殺念慮（死に場所を探していると、ナースに伝えた）のために、精神科コンサルテーションがなされた。精神科医とのインタビューの際に、「寝ているのか、起きているのか、わからない」「ごはんを見るだけで気分がわるくなる」「朝は横になっていたい」「自分の周囲の重力が違うのではないか。体が重く、倦怠感がある」「時計の音が心臓に響いて、ドキドキして止まらない」など抑うつ、不安症状が顕著であった。また、店の経営のことが心配な様子で、景気の低迷についても語った。DSM-IVの診断基準に基づき、大うつ病エピソードの診断がなされ、トフラニール75～150mg/日にドグマチール150mg/日を加えた抗うつ薬による薬物療法および「うつ病は時間の病気。必ず、時間の経過とともに改善する病気」との保証を与えつけた。1カ月後に、抑うつ症状の改善とともに腰痛の愁訴も自然に消失した。現在、3カ月に1回フォローアップ中である（ドグマチール50mg/日）。

症例3：52歳・女性・主婦・引越し

平成12年4月に引越しをし、その疲れのためか、2週間後に腰痛が出現した。腰痛のために、整形外科医院を受診したが、腰椎X線検査にて異常がないと説明された。次第に、不眠、食欲低下、集中力の低下、気力の減退、頭痛などが出現し、さらに家族歴で姉がうつ病で治療を受けていることも明らかとなった。腰痛はさらに深刻化し、重度の不眠を愁訴にして、思い切って、6月に県立病院精神科外来を受診した。この時点では、DSM-IVの診断基準にある大うつ病エピソードの診断は明らかであった。

外来通院にて、トフラニール30～75mg/日、ドグマチール150mg/日を投与した。2週間後、不眠の改善が先行し、次第に腰痛も消失した。食欲の改善とともに、体重の回復、痛みの原因に対する理解が深まってきた。

表1 うつ病にみられる身体症状<sup>1)</sup>

睡眠障害	98%
倦怠感	83%
狭扼感	75%
食欲異常	71%
便秘	67%
体重減少	63%
頭痛	42%
疼痛（頸部および腰部）	42%
胃腸症状	36%
心臓に関連する症状	25%

「ダンボールを動かしているうちに、腰をねじってしまった」と語れるだけの余裕がみられるようになった。その後、2年間は完全寛解していたが、再び夏の終わりから秋の始めにかけて、「腰痛」の訴えがみられるようになったため、大うつ病エピソードの先行症状と考え、現在SSRI（フルボキサミン）の投与開始中である。大うつ病エピソードの再発と考えられた。

## 考 察

### 身体症状が先行するうつ病

ここに提示した3症例は、職場での業務内容やストレス、引越しなどを契機に腰痛症となり、整形外科の入院および外来にて2～3カ月間治療を受けていたが、症状が一向に改善せず、精神科医への受診に至ったケースである。病歴の中では、コンビニエンス・ストアでの長時間にわたる立ち仕事、コンピュータ作業が中心となるデスクワーク（新聞記者）、引越し作業などを通じて、腰痛を訴えるようになり、整形外科を受診したが、訴える症状のレベルと得られたCTやMRI所見とは完全に一致せず、対症療法にて経過観察されていた。

しかし、次第に食欲不振、不眠、意欲減退などの抑うつ症状が目立つようになり、担当医の意見や周囲の勧めによって精神科を受診した。痛みについてよく尋ねると、腰痛が先行し、次第に頭痛なども併発し、痛み全般に敏感となっていたという。DSM-IVによる基準では、大うつ病エピソードと診断可能であり、抗うつ薬の投与で抑うつ症状は比較的速やかに改善し、同時に腰痛やその他の痛みも消失した。いずれも身体症状が先行して、うつ病の診断が明らかになった症例であった。

うつ病では身体症状を合併することは一般的である（表1<sup>1)</sup>。Maeno et al<sup>2)</sup>は、頭痛と倦怠感がうつ病によくみられる身体症状であることを報告している。身体および精神症状の初期段階からうつ病を診断することは難しい場合も多いが、医療機関を転々としたり、身体的治療で改善せず、治療関係がうまくいかない症例においては、うつ病の可能性を考慮し、抗うつ薬による薬物療法を一度は積極的に行ってみるべきである。薬物療法および支持的な精神療法によって、症状が一向に改善しない

場合、精神科医へ連絡がとれるようなコンサルテーション・システムを作り上げておくことも重要である。

うつ病の診断に必要な所見

痛みは周囲からみても受け入れやすい症状であり、患者自身も最初に気づく症状である。しかし、抑うつ症状は客観的な所見もなく、周囲からも理解しづらい症状であり、そのために精神科への受診に至るには、症状がよほど深刻にならないと受診にいたることはない。しかし、本当に客観的な所見はないのだろうか。

患者の表情をよく観察してることが大切である。表情の生彩がなく、涙もろく、笑えない、冗談をいえるような雰囲気ではない、化粧ができない、風呂にも入っていない、髭がそれていないなど、多くの客観的な情報が目の前に提示されている場合も多い（百聞は一見に如かず）。医師がこれらの症状に気づいていないこともある。医師がこれらの所見はうつ病とは関係がないと否認する医師もいるだろう。うつ病と診断可能であっても、自分で治療することを躊躇し、他の医師へ受診することを勧める医師も少なからずみられる。現在、SSRIなどの副作用が少ない抗うつ薬が普及しているため、思い切って投与することにより、患者に笑顔がみられ、抑うつ症状が改善される経験を積み重ねるしかない。

痛みを伴ううつ病への心理的なアプローチ

耐えられない環境からの安らぎの場を得たいという患者の訴えが、痛みの表現でもあるとも考えられる。ストレスは確かに痛みの耐性閾値を低下させる。

従来から、痛みに対する心理的アプローチとして、①痛みの存在を否定しない、②個人的な問題を熱心に聞くこと、③問題点を明らかにする作業、④「ストレスが痛みを悪化させているかどうか」について、患者さんの認

識をそれとなく感じ取ること、⑤情緒的なプレッシャーの原因となっているものを一緒に考えて改善の方向性を見出す、などの問題解決療法 problem solving therapy (PST) が推奨されている<sup>3)</sup>。PSTは痛みに限らず、うつ病を含めた精神障害に対する基本的なアプローチである。その治療過程の中で、問題が思うように解決しえない状況も多いため、時間が過ぎるのを静かに待つというアプローチもある。問題がうまく解決できなくとも、うつ病は時間とともに改善していくことは周知の事実である。「うつ病は時間の病気」と喩えられるが、一般に時間とともに改善していくため、医療者の役割は、その自然な改善をお互いに見守っていくようなアプローチ（保証）が重要であるともいえる。

## 文 献

- 1) Kielholz P : 仮面うつ病の診断と治療. Depression Seminar Proceedings 講演内容集, 日本チバガイキヤ(株), 大阪, 1982.
- 2) Maeno T, Kizawa Y, Ueno Y, et al : Depression among primary care patients with complaints of headache and general fatigue. Primary Care Psychiatry 8 : 69—72, 2002.
- 3) Nezu AM, Nezu CM, Perri MG : Problem-Solving Therapy for Depression. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1989. (高山 巖, 佐藤正二, 前田健一, 他 : うつ病の問題解決療法. 岩崎学術出版社, 東京, 1993.)

(原稿受付 平成15. 1. 14)

別刷請求先 〒840-8502 佐賀市本庄町1  
佐賀大学保健管理センター  
佐藤 武

## Reprint request:

Takeshi Sato  
Professor of Health Care Center, University of Saga

## UNDEFINED LOW BACK PAIN AND DEPRESSION

Takeshi SATO

Professor of Health Care Center, University of Saga

Patients with a chief complaint of low back pain visit many kinds of medical facilities. They seldom go to psychiatrists at the initial stage of their problem and often go to either orthopedics or pain clinic. However, some patients whose physical and laboratory finding are undefined with low back pain complaint serious pain. We reported three cases that were referred to psychiatrists due to low back pain and had received orthopedic treatment for 2-3 months. Although they seem having progress after being treated at those clinics but they gradually showed appetite loss, insomnia and lack of motivation. Ultimately they have visited psychiatrists with the advice of physicians in charge and family. According to DSM-IV they could be diagnosed as major depressive episode. Depression was promptly improved by the use of antidepressants. Low back pain and the other pain also disappeared.

Low back pain and headache preceded depression. Pain is easily acceptable as disease for people surround the patients. Patients also tend to notice it. However, there are no objective findings on depressive symptoms, thus a delay to go to psychiatrists. It is emphasized that low back pain is one of important somatic markers of depression.