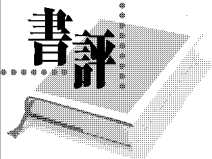


書評



本橋伸高責任編集

気分障害の薬物治療アルゴリズム

山脇成人

最近の EBM (evidence-based medicine) の理念は精神科治療においても重要な位置を占めており、気分障害の治療においてもいくつかのガイドラインやアルゴリズムが報告されている。国際精神科薬物治療アルゴリズムプロジェクト (IPAP) の一環として、わが国でも精神科薬物療法研究会 (JPAP) が結成され、筆者も参加して 1998 年に初めてわが国の統合失調症と気分障害の治療アルゴリズムを報告した。しかしその後、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) といった新しい抗うつ薬が市販されるようになり改訂が強く求められていた。また、厚生労働省精神・神経疾患委託費でも気分障害の治療ガイドライン作成に関する研究班が組織され、責任編集者である本橋氏が主任研究者を務め、わが国の気分障害の新しい治療アルゴリズムが検討された。本書はその成果を集大成したものである。

最近のわが国の精神疾患の診断と治療は、アメリカ精神医学会 (APA) の DSM-IV や治療ガイドラインにあまりにも影響を受けすぎているとか、若手の精神科医がこれらのマニュアルに依存しすぎて病状の背景にある精神病理をじっくりと考察しないなどの批判をよく耳にする。精神疾患は身体疾患と異なって個別性が強く、統計学的なデータがそのまま個人に当てはまらないことも多いが、かといって従来の主治医の経験と勘による治療をそのままにすることはできない。また、わが国では根拠のない多剤併用が多く、諸外国の研究者からも指摘されているので、教育的な観点からも標準となる治療基準は必要である。

残念ながら、わが国では抗うつ薬に関する無

作為割り付け比較試験 (randomized controlled trial: RCT) はそれほど多くなされているわけではないため、実証レベルの高い海外のデータに頼らざるをえないことは否定できない。本書は、わが国の現実に則した気分障害の治療アルゴリズムの作成を目的として、全国の精神科医を対象に症例を呈示して、薬剤の選択とその投与量、投与期間、併用薬の有無、初回治療不成功の場合の第 2 選択薬剤、電気けいれん療法の適応などについてアンケート調査をし、これらの実情を踏まえた上で国内外の文献を集めて得られたエビデンスに基づく実践的なアルゴリズムを構築している点が高く評価される。

具体的には、各障害ごとに典型的な症例を呈示し、それに対する診断のポイントをまとめた後、わが国のアンケート調査結果を考慮しつつ、実証レベルの高い文献を引用しながら、治療アルゴリズムを作成し、その解説を加えている。また、特徴的なのは進行がん患者のうつ病に対する治療アルゴリズムが提案されていることである。これは欧米のアルゴリズムには含まれていないものであり、わが国が先駆的に報告しているという点で誇ってよいものであろう。また、最後に抗うつ薬の薬理作用、用法・用量と相互作用、非薬物療法である電気けいれん療法の適応についてまとめてある点も読者にとっては大変有用である。

わが国では欧米に比べて、SSRI、SNRI などの導入が 10 年近く遅れたが、さらに新規薬剤が開発されているので、その導入に応じて気分障害の治療アルゴリズムも頻回に改訂が必要となるであろう。

(広島大学大学院・精神神経医科学)

● B5 169 頁 2003 本体 3,500 円 じほう刊