

〔症例〕 心筋梗塞後顕在化した Panic Disorder を伴う 初老期うつ の 1 例

石 出 猛 史 藤 井 秀一郎¹⁾ 藤 井 真 理¹⁾

若 新 洋 子¹⁾ 鎗 田 正¹⁾

(1999年5月31日受付, 1999年8月6日受理)

要 旨

心筋梗塞の発症後, うつ症状と panic 障害が顕在化した症例について報告する。症例は70歳の女性で特記すべき既往歴はなし。長男と2人暮らしで, 配偶者は高血圧の既往歴があり, 20年前に50歳で脳卒中により死亡した。平成2年8月体重減少と全身倦怠感を訴えて来院したが, 精査の結果異常は認められなかった。同年11月に急性心筋梗塞を発症して入院したが, 経過良好で12月に退院した。平成3年に入ってから, 安静時の窒息感・胸部圧迫感・動悸・気分不快感・不眠などを頻繁に訴えるようになった。これらの訴えは10月から11月にかけて増加する傾向がみられた。現在までに過換気症候群などにより, 2度短期間入院している。Panic 障害を伴ったうつ症状と診断し, diazepam・imipramine hydrochloride・brotizolam などの内服で経過を観察しているが, 大きな変化はみられない。この間自主的に精神科を受診していたが, 現在は中止している。これらの症状出現の引き金は死に対する恐怖であり, その原因は過去におこした心筋梗塞であった。10月から11月にかけて訴えが増加することからも, このことは推定された。従って病院受診が最も有効な治療手段となっている。うつ症状および panic 障害に対する治療として, 医療サイドの care が重要であることが知られているが, 今後核家族化・少子化・独居老人の増加は, うつ症状あるいは panic 障害の care にも影響することが予想される。

Key words: 心筋梗塞, タイプ A 行動パターン, パニック障害, 神経循環無力症,
初老期うつ

I. 緒 言

心筋梗塞を発症した患者の病前性格あるいは精神状態について, A 型気質との関わり, および急性期における ICU 症候群に関する報告はしばしばみられるが, 梗塞発症後の慢性期における精神状態について, また慢性期の精神状態が心血管疾患に与える影響について言及した報告は, 本邦ではあまりみられない。

心筋梗塞の発症後, うつ症状と panic disorder が顕在化したと考えられる症例について, 8 年間の経過観察を行ったので報告する。

II. 症 例

患 者: 70歳, 女性。

既往歴: 特記すべきことなし。飲酒・喫煙歴, 高血圧, 糖尿病, 高脂血症, 肥満など, 冠動脈疾

千葉大学医学部内科学第三講座, ¹⁾鎗田病院内科

Takeshi Ishide, Shuichiro Fujii¹⁾, Mari Fujii¹⁾, Youko Wakashin¹⁾ and Tadashi Yarita¹⁾:

A Case of middle-aged depression with panic disorder after suffering from myocardial infarction. The 3rd Department of Internal Medicine, School of Medicine, Chiba University, Chiba 260-8670
Tel: 043 (222) 7171 内線5264 ¹⁾Division of Internal Medicine, Yarita Hospital, Ichihara 290-0056

Received May 31, 1999, Accepted August 6, 1999.

患の危険因子も認められなかった。

家族歴：配偶者に高血圧の既往歴があり、20年前脳卒中により50歳で死亡している。両親・兄弟姉妹・子供のいずれにも、精神神経学的な徴候は認められていない。

現病歴：心筋梗塞を発症するまで、一人で農家を経営しており、現在に至るまで会社員の長男と2人暮らしである。平成2年8月体重減少と全身倦怠感を訴えて来院。精査の結果、異常は認められなかった。心身医学的な治療も含めて、特別な処置を要さずに改善したために、いわゆる夏バテと診断した。

同年11月急性心筋梗塞を発症して入院したが、発症前特に大きなストレス因子の関与はうかがえなかった。心筋梗塞に関しては合併症もみられず、経過は良好で12月に退院した。

退院後は通常の日常生活を送っていたが、平成3年に入ってから、安静時の窒息感・胸部圧迫感・動悸、および気分不快・不眠などを頻繁に訴えるようになった。

これらの訴えは10月から11月にかけて増加する傾向がみられ（図1）、現在までに過換気症候群

などにより、短期間の入院を2度している。Panic disorderを伴ったうつ症状と診断し、diazepam・imipramine hydrochloride・brotiazolamなどの処方で経過を観察しているが、大きな変化はみられていない。この間自主的に神経精神科を受診していたが、現在は中止している。

これらの症状出現の引き金は死に対する恐怖であり、その原因は過去におこした心筋梗塞であった。これは10月から11月にかけて訴えが増加することからも、推定される。従って病院受診が最も有効な治療手段となっている。

Ⅲ. 考 察

Stressorによって惹起されるstress反応が、様々な疾病の発症に関与していることは、広く認められているところである。しかし、stressorには多種多様な要因がなりうるだけではなく、抽象的なものも含まれること、また純化した系において実験・臨床研究を行っても、stress反応の個体差などにより、普遍化した反応過程を導き出すのが難しいことから、因果関係およびstress反応の過程なども含めて、その評価には困難さが伴う。一例として、あらゆるstressorは共通の性質を有するの否か、あるいはそれによっておこされるstress反応には、共通した性質があるのかといった問題がある。

虚血性心疾患の発症についても、様々なstressor、即ち糖尿病・高血圧・肥満・喫煙などの関与が言われているが、精神面におけるstress反応もその一つである。本例について、虚血性心疾患に関わりがあると考えられている、精神神経学的な概念のうちから、タイプA行動パターン・神経循環無力症・うつについて考察を行う。

1. 心筋梗塞とタイプA行動パターン（type A behavior）

心筋梗塞の発症に関与する精神神経因子のなかで、良く知られているのが、Friedmanらによって提唱された概念であるタイプA行動パターン（虚血性心疾患親和性行動パターン）である[1]。その特徴は、(1)常に時間に追われるような意識をもち、より多くの仕事をこなそうとする、(2)精力的に仕事にあたる、(3)他人に対して強い敵意・攻

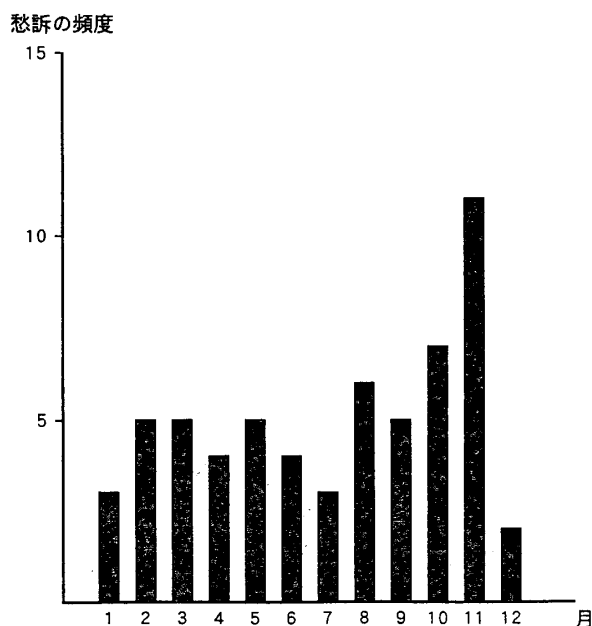


図1 月別不定愁訴の頻度

平成3年1月から平成10年12月までに、胸部圧迫感・動悸・窒息感・気分不快などの、不定愁訴を訴えて来院した月ごとの頻度。11月の頻度が特に多く、12月になると急激に減少している。

撃性をもち易いことであるとしている。

しかし、日本人のタイプ A 行動パターンは米国人のそれとは異なると考えられており、(1)敵意性の表出が乏しく (2)几帳面で熱中し易く、仕事中毒の傾向があるのが、その特徴と考えられている[2]。タイプ A 行動パターンとは、stressor が加わった際の stress 反応であり、不安感はその引き金になるといわれ、またタイプ A の患者は抑うつに陥り易いともいわれている。本例も几帳面な性格を有している。

Schmieder らは、高血圧症を有するタイプ A 患者が β 受容体遮断薬の服用により、タイプ B に変わりうることを示唆している[3]。一方、「高血圧の診断と治療に関する米国合同委員会第 6 次報告 (JNC VI)」では、うつを伴う高血圧症例における β 受容体遮断薬の適用は、「併存疾患に好ましくない影響を与える」とあり[4]、抑うつを伴うタイプ A 患者への使用は注意を要する。

本邦では、タイプ A 行動パターンと虚血性心疾患との関連性について、まとまった詳細な調査は行われていない。

2. 神経循環無力症 (Neurocirculatory asthenia : NCA) について

本例における心筋梗塞発症後慢性期の症状は、従来内科・循環器領域では、NCA あるいは心臓神経症 (cardiac neurosis : CN) と診断されていたものである。この症候群に関する記述は、旧くは Crimea 戦争 (1853-56) の時代にまで遡るといわれている[5]。

その他にも、irritable heart, soldier's heart, effort syndrome, disordered action of the heart, war neurosis, effort syndrome, Tropicfenherz, small heart syndrome, effort phobia, hyperkinetic heart syndrome, hyperdynamic beta-adrenergic circulatory state, mitral valve prolapse (MVP) syndrome など、様々な名称で報告されているが、これらの名称はいずれも内科・循環器の観点から、報告者が最も特徴的とした所見を表現したものである。

この症候群の精神神経学的な特徴から、Freud が名付けたのが anxiety neurosis (不安神経症) である[6]。Soldier's heart, war neurosis などの名称からも推測されるように、当初は戦争ある

いは兵役と強く関連づけて考えられていたが (図 2)、平時に一般人でもおこりうる。

頻度は報告者によって様々である。筆者の調査では、胸痛・動悸・窒息感・易疲労感などの主要症状を訴えて、循環器外来を受診した 140 例のうち、44 例 (31%) が NCA であった[7]。

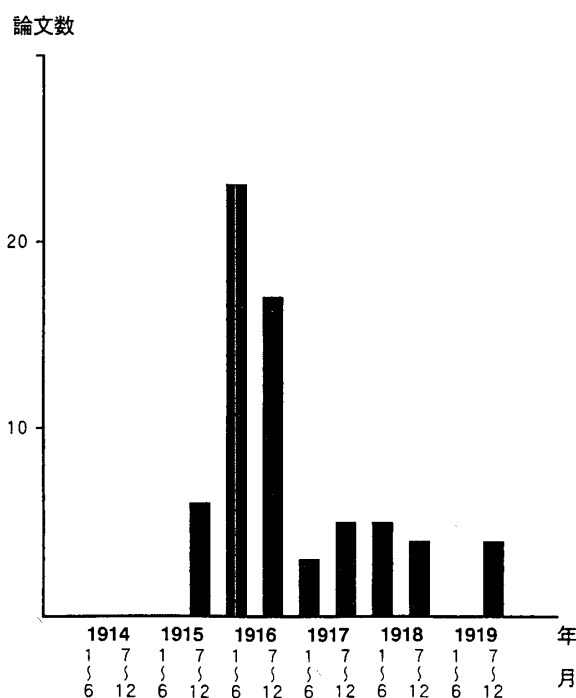


図 2 第一次世界大戦時 (1914 年 6 月 28 日 - 1918 年 11 月 11 日), British Medical Journal に掲載された、NCA に関する論文数。6 カ月ごとの報告件数をまとめたもの。特に 1916 年の報告件数が多いが、終戦と供に減少している。

米国精神医学会 (American Psychiatric Association : APA) による DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Medical Disorders : 1980 年), およびその改訂版である DSM-III-R (1987 年) から、「神経症」および「心身症」の分類名はほぼ削除された。

代表的な循環器病学の textbook である, “Hurst's The Heart Arteries and Vessels” の第 6 版 (1986 年) には、NCA および CN の両者が併載されているが、第 7 版 (1990 年) では、NCA は残されているものの、CN の語はなく、代わりに “anxiety neurosis” が用いられている。

近年は、panic disorder (パニック障害) という用語が用いられるようになっているが、胸痛を

伴う NCA 症例のうち、panic disorder に該当するのは 33~48% という報告もみられ、一方冠動脈疾患を有する例でも、panic disorder に該当する徴候を有する症例もあるという報告もあり [8-11]、必ずしも同一の疾病概念とは断定し難いようである。

本邦の内科医・循環器科医の間では、その利便性の由に、神経循環無力症・心臓神経症の両者共、その名称を残した方が良いという意見が強い [12]。

NCA は現在、神経科領域の疾患ととらえられているが、一方で内科・循環器領域で行われてきた研究成果に対する疑問が残る。DaCosta の報告 [5] には、個々の症例に関して具体的な記述がなされている。これらの症例のなかには、明らかに心房細動と考えられる例、甲状腺機能亢進症が強く疑われる例などが含まれている。従って内科・循環器領域で行われてきた研究は、このような内科的疾患の病像確立・鑑別診断に役立ってきたと考えられ、当初の NCA から、内科および循環器領域の疾患が除かれていき、残された病像が現在の NCA であるとも考えられる。

NCA の予後は、従来より疾病としては不良であるものの、生命予後は良好であるというのが定説であった。しかし panic disorder の予後は、対照群と比較して、自殺および心血管系の疾患による死亡率が高いという報告もみられる [13, 14]。本邦では長期間その予後を追跡した報告はみられない。

3. 心筋梗塞とうつ

心筋梗塞を経験した大多数の患者が、不安あるいは抑うつ状態を経験するといわれている。その原因には、死に瀕したという恐怖感・人生における喪失感・身体活動の制限、さらに心筋梗塞に関連した症状である、胸部圧迫感・脱力感・窒息感などの発現が挙げられている [15]。

心筋梗塞後のうつ症状はいつでもおこりうるものであり、早い例では梗塞発症後 3~5 日で出現し、入院中にはその徴候がみられなくとも、退院後になって発症する例もあるという。しかし多くは一過性であり、精神科の診療を要する例は少ないとされている [16]。

一方「抑うつ状態」が、心筋梗塞発症の予徴および誘因となりうることも報告されている。

Theorell らは、心筋梗塞発症後にうつ症状を呈した 36 例の 8 年間の追跡調査で、うつ状態の評価点が高い患者では、その半数に心筋梗塞の再発・突然死がみられたことを報告している [17]。

Hippisley-Cox らも、男性ではうつ病が虚血性心疾患の大きな危険因子になると報告しており [18]、Williams らの報告でも同様な傾向がみられている [19]。これらの報告から導かれる仮説は、心筋梗塞が抑うつ状態発症の stressor となるというだけではなく、抑うつ状態が心筋梗塞あるいは心臓死発症の stressor になるという、悪循環の cycle である。

また、Williams らは冠疾患をもつ患者の死亡予測因子として、「抑うつ」と共に、社会的支援がないこと、社会経済的な立場が弱いことなどを挙げている [19] が、これらの社会的因子は、同時に抑うつの原因ともなりうるものである。

精神的因子が冠動脈疾患を発症させる機構は、交感神経系を介すると考えられている。交感神経機能の亢進は、心筋の電気活動を不安定にし、血小板凝集能の亢進、心仕事量の増大、動脈硬化の進行をもたらす。これらはいずれも冠動脈疾患の進展を促す要因である [20]。うつ症例でも対照に比べて、交感神経機能が高まっているという報告がみられる [21]。

治療は従来より、minor tranquilizer・三環系抗うつ剤などの薬剤を用いて行われることもあるが、脳内の serotonin の減少がうつの本態であるという考え方があり、近年 fluoxetine・fluvoxamine・sertraline などの、選択的 serotonin 再取り込み阻害剤 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) [22]、および脳内の serotonin 受容体の一つである 5-HT_{1A} を選択的に刺激する tandospirone citrate [23] なども用いられている。

一方、うつ症状および panic 障害に対する治療として、医療サイドの care が重要であるといわれている [24]、今後核家族化・少子化・独居老人の増加は、うつ症状あるいは panic 障害の care にも影響することが予想される。

ところで、このような症例を扱う分野の一つに心療内科があるが、診療にあたっての問題点が幾つか指摘されている。その一つに、心療内科で扱

う内科疾患の多様さがある。多様な身体疾患に通曉した心療内科医を養成することは、困難であると考えられるため、むしろ各臓器の専門医が、心身医学的な知識を身につけるほうが妥当であるという意見もあり[25]、これも今後の課題であろう。

本文の要旨は第11回千葉心身医学研究会（1998年千葉）で報告した。

SUMMARY

The case of a 70-year-old female patient who suffered from acute myocardial infarction is presented. After recovery from the heart attack, she frequently complained of various cardiovascular symptoms, an oppressive sensation in the chest, palpitations, breathlessness, malaise and so on at rest. These complaints have increased since October/November when she had the heart attack. Up to the present time, she has been admitted to our hospital twice, for short periods suffering from hyperventilation syndrome. She was diagnosed as suffering from depression with panic disorder and was prescribed diazepam, imipramine hydrochloride and brotizolam. However her complaints have hardly improved. These symptoms appear to have been induced by the fear of death, which her old myocardial infarction triggered. This view is supported by the increase in occurrence of these symptoms since October/November. Thus, the best way to settle her complaints was for her to attend the hospital. It is widely known that it is very important for medical staff to care for such patients. On the other hand, as the number of small families with few children and the number of lonely elderly patients are increasing, these problems will seriously affect the care of elderly patients with depression and/or panic disorder.

文 献

- 1) Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959; 169: 1286-96.
- 2) 保坂 隆, 田川隆介, 杉田 稔, 五島雄一郎. わが国における虚血性心疾患患者の行動特性-欧米におけるA型行動パターンとの比較 心身医 1989; 29: 529-36.
- 3) Schmieder R, Friedrich G, Neus H, Rudel H, Eiff AW. The influence of beta blocker on cardiovascular reactivity and Type A behavior pattern in hypertension. *Psychosom Med* 1983; 45: 417-23.
- 4) The Joint National Committee Report on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: Sixth Report on the Joint National Committee Report on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
- 5) DaCosta JM. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med* 1871; *Sci CXXI*: 2-52.
- 6) Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". In: the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. III. pp1893-9, Hogarth Press, 1894, London.
- 7) 石出猛史. 心臓神経症・神経循環無力症-内科から, 循環科学 1989; 9: 140-3.
- 8) Bass C, Wade C. Chest pain with normal coronary arteries: A comparative study of psychiatric and social morbidity. *Psychol Med* 1984; 14: 51-61.
- 9) Katon W, Hall ML, Russo J, Cormier L, Hollifield M, Vitaliano PP. Chest pain: Relationship of psychiatric illness to coronary arteriographic results. *Am J Med* 1988; 84: 1-9.
- 10) Beitman BD, Lamberti JW, Mukerji V, DeRosear L, Basha I, Schmid L. Panic disorder in patients with angiographically normal coronary arteries: A pilot study. *Psychosomatics* 1987; 28: 480-4.
- 11) Mukerji V, Beitman BD, Alpert MA, Lamberti JW, DeRosear L, Basha IM. Panic attack symptoms in patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *J Anxiety Dis* 1987; 1: 41-6.
- 12) 春見建一, 梶原長雄, 中村保幸, 五島雄一郎, 鈴木仁一, 筒井末春, 中村光好, 水野康, 真柴裕人, 下村克郎. いわゆる心臓神経症の診断基準並びに治療薬効評価確立に関する研究 厚生省循環器病委託研究 1989; 88: 282-94.
- 13) Coryell W, Noyes R, Clancy J. Excess mortality in panic disorder: A comparison with primary unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 701-3.
- 14) Coryell W, Noyes R, Hause JD. Mortality among outpatients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 508-10.
- 15) Hackett TP, Cassem NH, Wishnie HA. Detection and treatment of anxiety in the coronary care unit. *Am Heart J* 1969; 78:

- 727-30.
- 16) Hackett TP, Cassem NH, Wishnie HA. The coronary care unit: An appraisal of its psychological hazards. *N Engl J Med* 1968; 279: 1365-70.
 - 17) Theorell T, Rahe RH. Life change, ballistocardiography, and coronary death. *J Human stress* 1975; 1: 18-24.
 - 18) Hippisley-Cox J, Fielding K, Pringle M. Depression as a risk factor for ischemic heart disease in men. Population based case-control study. *Bri Med J* 1998; 316: 1714-9.
 - 19) Williams RB. Somatic consequences of stress, In: Friedman HJ, Charney DS, Deutch AY eds, *Neurological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD*, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1995: pp403-12.
 - 20) Eliot RS, Kuvar N, Morales-Ballejo HM. The heart, emotional stress, and psychiatric disorders. In: Alexander W, Schlant RC, Fuster V, eds, *Hurst's The Heart Arteries and Veins*, 9th ed, New York, McGraw-Hill, 1998; pp2347-426.
 - 21) Veith RC, Lewis N, Linares OA, Barnes RF, Raskind MA, Villacres EC, Murburg M, Ashleigh EA, Castillo S, Peskind ER, Paswaly M, Halter JB. Sympathetic nervous system activity in major depression: Basal and desipramine-induced alternations in plasma norepinephrine kinetics. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 411-22.
 - 22) Sheehan DV, Sheehan HK. The role of SSRIs in panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 10) 51-8.
 - 23) Hamik A, Oksenberg D, Fischette C, Peroutka SJ. Analysis of tandospirone (SM-3997) interactions with neurotransmitter receptor binding sites. *Biol Psychiatry* 1990; 28: 99-109.
 - 24) Anderson MP. Psychological aspects of cardiovascular disorders and rehabilitation. In: Peterson LH ed, *Cardiovascular Rehabilitation*. New York, Macmillan Publishing Company, 1983, pp94-117.
 - 25) シンポジウム「心療内科の現在－『心療内科』の現実的ニーズ－」, 第3回日本心療内科学会, 1999, 東京.

健やかな人生に、健やかな骨

Yes, Alfarol!



骨粗鬆症、およびビタミンD代謝異常に伴う骨疾患に

Ca・骨代謝改善1 α -OH-D₃製剤 薬価基準収載
アルファロール 液 カプセル
ALFAROL [一般名: alfacalcidol.] 0.25 μ g・0.5 μ g・1 μ g・3 μ g

〔効能・効果〕

- 下記疾患におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状(低カルシウム血症、テタニー、骨痛、骨病変等)の改善。
慢性腎不全、副甲状腺機能低下症、ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症、未熟児(液のみ)
- 骨粗鬆症(カプセル3 μ gは除く。)

〔使用上の注意〕—— 抜粋 ——

(1) 一般的注意

- 1) 過量投与を防ぐため、本剤投与中、血清カルシウム値の定期的測定を行い、血清カルシウム値が正常値を越えないよう投与量を調整すること。
- 2) 高カルシウム血症を起こした場合には、直ちに休薬する。休薬により血清カルシウム値が正常域に達したら、減量して投薬を再開する。

* 用法・用量、その他の使用上の注意、取扱い上の注意は添付文書をご覧ください。



中外製薬

(資料請求先)
〒104 東京都中央区京橋2-1-9

CAL 1542