3. 心不全患者におけるうつを考える

横山 広行

Key words：循環器疾患，急性心筋梗塞，心不全，PHQ9，うつ

(日老医誌 2013；50：748-751)

心臓病や脳卒中などの循環器疾患に罹患した場合，うつ病有病率が上昇することは 1990 年代から報告されている。冠動脈疾患を発症した患者における大うつ病の有病率は 15～23% と言われ，心筋梗塞後や冠動脈バイパス術後にうつ病を発症すると生存率は悪化し，うつ血性心不全や不安定狭心症とうつ病を併発合併すると予後不良になり，うつ合併併存患者は身体疾患の予後が悪化することがメタ・アナリシスにおいて示されている。心臓病罹患患者は治療に関連した心理的負担をかかえ，身体疾患の経過に悪影響を及ぼすことがあるため，心臓病患者を診察する時には，心臓疾患と精神疾患の係りを知ることが重要である。抗うつ薬投与による脳卒中の予後改善効果が報告され，循環器科の診療においてうつ病の診断と治療は重要な課題になっている。近年，米国では虚血性心疾患患者に対する「うつのスクリーニング検査」を実施することが推奨されているが，わが国では心臓病を合併した精神疾患の医療体制に関する情報，身体疾患に精神疾患を合併した患者に関する研究は十分とは言い難く，その一因として循環器専門医のうつ病に対する関心が低いことが考えられる。本稿では，国立精神・神経医療研究センターと 6 国立高度専門医療研究センターが共同して開発している「包括的なうつ管理のための研修プログラム」から，心臓病患者の精神的支援に関する概要を説明 (<http://mhcn.jp/> July, 2013) し，我々が実施した急性心筋梗塞患者を対象とした多施設共同発症登録調査における退院時抗うつ薬投与率に関する検討結果を紹介し，循環器疾患の診療におけるうつ病のスクリーニングについて解説する。

身体疾患と精神疾患の関連

心臓病患者では，うつなどのこころの問題を呈する人が多いことが知られている。心臓疾患と精神疾患の関連には様々な側面があるため，心臓病患者を診察する時には，身体的所見を観察すると同時に，精神疾患の係りに注意を払うことが重要である。心臓病にかかると，患者は治療に関連した心理的負担をかかえるために，心理的反応などの一般的心理社会的問題を生じる。ストレス等の心理社会的原因を抱えた場合には，身体疾患発症とその経過に影響を及ぼすため，心臓病と精神疾患はしばしばお互いに関連していると考えられている。

心臓病の一次・二次予防として，日常生活の食行動や運動の適切な管理が重要であるが，神経疾患を伴うと，食行動が乱れ，運動が不足し，適正な服薬行動が妨げられるために，健康行動が妨げられ，心臓病になり易くなると考えられている。心臓病を発症した場合には，適切な運動や食行動が妨げられるために精神疾患を発症したり，既存の精神疾患が悪化することがある。2008 年に米国心臓協会は通常診療の一環として，すべての虚血性心疾患患者に「うつのスクリーニング検査」を実施し，適切な治療につなげることを推奨した¹⁾。わが国では，平成 25 年度から都道府県において精神疾患を加えた新しい医療計画が始まり，地域連携クリティカルパス導入率の測定が推奨されているが，これまでに心臓病を合併した精神疾患の医療体制を支援する地域連携パスに関するデータの蓄積はない。

心臓病とうつ病の関連

冠動脈疾患患者では，心筋梗塞患者の 5%～69% が，うつ病を合併すると報告されている²⁾。心筋梗塞発症後に新たにうつ病を発症した場合，うつ病非合併患者に比べて生存率が有意に悪化する³⁾(図 1)。不安定狭心症に

Evaluation of depression in the patients with congestive heart disease

Hiroyuki Yokoyama：国立循環器病研究センター心臓血管内科

図1 うつ病（症状）の有無による心筋梗塞後の生存率
Dickens C, et al. Psychosomatic Medicine 70: 450-455, 2008 より改変引用

においてもうつ病を合併した場合に、うつ病非合併患者に比べて生命予後が短くなる⁴⁾。心不全にうつ病を合併した場合は、うつ病非合併患者に比べて生命予後が短くなり⁵⁾(図2)、心不全重症度の指標であるNYHAの重症度とうつ病の罹患率が相関することが報告されている。

心臓病や脳卒中などの循環器疾患患者においてうつ病を合併発症しやすいこと、うつ病を合併した場合に冠動脈疾患や脳卒中の予後が悪化すること、精神疾患合併患者では、冠動脈疾患や脳卒中を合併する頻度が高いことが報告されている⁶⁾。

急性心筋梗塞患者の退院時処方

我が国において、実際に急性心筋梗塞症例の何%の症例にうつ病を合併しているかを、国立病院機構27病院を中心とした多施設発症登録研究「急性循環器疾患の重症度評価及び治療成績に関する研究(Q-TASK registry; The Quality of Treatment and the Severity for Acute Myocardial Infarction and Stroke. 主任研究者 横山広行)」において、急性心筋梗塞で入院した症例における退院時抗うつ薬処方率により検討した。対象は2009年～2010年の期間に急性心筋梗塞発症から72時間以内に参加施設に収容された1,788例である。この対象症例において、急性心筋梗塞治療に関する医療の質を評価するためのベンチマークである退院時抗血小板薬処方率は94%であり、適切な急性心筋梗塞の治療が施行されている症例群であったが、退院時SSRIの処方率は1,788例中10例、三環抗うつ薬は0例であった。退院抗うつ薬の処方状況に関するデータ収集はQ-TASK registryの

図2 うつ病（症状）の有無によるうつ血性心不全の予後
Sherwood A, Blumenthal J, et al. Arch Intern Med 167: 367-73, 2007. より改変引用

調査期間の途中から追加した項目である点を考慮しても、この処方率の低さは特記すべきレベルであった。この検討から、循環器医は急性心筋梗塞患者の退院時にうつ病をみつけるためのスクリーニング方法を習得することの必要性が示唆された。

心臓病に合併するうつを診断するための身体症状とスクリーニング

うつ病患者でみられる身体症状は、頭痛、ほてり、肩こり、心悸亢進、胃腸障害、痛み等があげられるが、これらの症状は循環器疾患自体でも生じることがあるため、うつ病の合併に気付くのが遅れることがある。また、心臓疾患で循環器科に通う患者は、気持ちの落ち込みを訴えることをためらったり、体のこと以外は診察で話すことではないと考えたりするため、身体症状以外の精神的訴えを控えることが珍しくないことも注意が必要である。

うつ病の一般的な訴えは、悲しみや、むなしさ、泣きたい気持という「抑うつ気分」と、物事への興味や喜びを感じることがなくなる「興味の喪失」が中核症状である。認知症状としては「無価値感」、「集中力の減退」、「自殺念慮」、身体症状としては「食欲減退」「不眠」「いらいら」「疲れやすい」を生じることがある。症状はうつ病に特異的ではないが、症状の数、持続期間、日常生活に支障をきたしているかという観点からうつ病は診断される。

循環器科では、気分が落ち込んでいる患者に対して、自記式のPHQ9(図3)という質問紙を用いたスクリーニングから始めることが多い。うつ病疑いの患者に対し

うつスクリーニング(PHQ-9);PRIME-MD
 この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁(ひんぱん)に悩まされていますか？

1	物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない	☐	☐	☐	☐
2	気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	☐	☐	☐	☐
3	寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	☐	☐	☐	☐
4	衰えた感じがする、または気力がない	☐	☐	☐	☐
5	あまり食欲がなく、または食べ過ぎる	☐	☐	☐	☐
6	自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳ないと感じる	☐	☐	☐	☐
7	新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	☐	☐	☐	☐
8	他人が気づくくらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある	☐	☐	☐	☐
9	死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	☐	☐	☐	☐

図3 PHQ-9 ところとからだの質問票
 PRIME-MD Patients Health Questionnaire-9

て定期的にうつ病の評価をすること、定期的に評価して状態が改善しない場合はより詳細な評価や治療ができる専門家に紹介することも重要である。「抑うつ症状」は健康な人であっても経験する「うつ状態」から、専門的治療を必要とする臨床的「うつ病」まで様々な程度があるが、「抑うつ症状」合併患者の見落としを少なくするには、系統的スクリーニングが有効である。循環器系のすべての患者をクリーニング対象とすると時間がかかりすぎてしまうが、逆にスクリーニング実施基準を厳しく設定すると、「うつ病」の見落としにつながる危険性がある。

心臓病患者を対象とした「うつ病」のスクリーニングを実施する場合には、実際にスクリーニングでうつ病が疑われた場合に適切な医療を提供できる体制を整備しておくことが必要である。米国ではPHQ-9質問票をもちいて循環器科でスクリーニングを実施する場合は、治療の必要な気分の落ち込みがあるのではないかと疑っていることを事前に伝えること、スクリーニングでケアが必要なことが判明した場合や、希死念慮を訴える場合は、適切に精神科医や心療内科医へ相談することが推奨されている。米国予防医療研究班は、「うつ状態のスクリーニングの後に、正確な診断を行い有効な治療が可能で経過観察ができる施設であれば、すべての成人患者にうつ状態のスクリーニングをすべきである」と、条件付き全例スクリーニングを推奨している⁷⁾。一方、英国国立医療技術評価機構は、「過去にうつ病の既往があった場合や、

障害につながる重大な身体疾患のある場合や、その他の精神衛生上の問題を抱えているようなハイリスク者に対してスクリーニングを行うべきである」と、対象を限定したスクリーニングを推奨している⁸⁾。心臓病患者を対象とした「うつ病」のスクリーニング体制を構築するには、うつ病が疑われると判断された場合に対応するため、適切な医療が提供できる体制を検討することが必要であり、各医療機関の精神保健医療体制、地域における病診・診療連携に合わせて、どのような患者にスクリーニングを実施するかを、予め検討する必要がある。心臓病患者におけるうつ病の合併は、決して頻度が少ない特別な疾病ではない。今後、日本においても、よりしっかりとスクリーニングと適切な対応をするための環境整備が重要である。

文 献

- 1) Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, et al.: Depression and Coronary Heart Disease; Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* 2008; 118: 1768-1775.
- 2) Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, van Melle JP, de Jonge P: Prognostic association of depression fol-

- lowing myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 203–216.
- 3) Dickens C, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al.: New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 450–455.
 - 4) Lespérance F, Frasere-Smith N, Juneau M, Thérioux P: Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1354–1360.
 - 5) Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R, Johnson KS, O'Connor CM, Adams KF Jr, et al.: Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med* 2007; 167: 367–373.
 - 6) Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al.: No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–877.
 - 7) Lin KW, Lam C: Screening for depression in adults. *Am Fam Physician* 2010; 82: 985–986.
 - 8) National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression: management of depression in primary and secondary care, In: National clinical practice guideline 23, National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2004.
-