

総論

向精神薬の概念

I

向精神薬による
精神障害の治療

II

主な向精神薬
(下記 A ~ G)

III

抗精神病薬

A

気分安定薬

B

抗うつ薬

C

抗不安薬

D

睡眠薬

E

抗てんかん薬

F

その他の薬剤

G

I

向精神薬の概念

1 向精神薬とは

向精神薬 psychotropica は、精神に作用する薬物の総称である。WHO は「その物質の生体に対する主要な作用として、精神機能、行動あるいは経験に影響を与える薬物」と定義している。本書では図 1 に示したように、中枢神経系に対する作用が一次的で、精神機能や行動に変化をもたらすものを向精神薬とし、そのうち主として精神障害の治療に用いられる薬物を「精神治療薬」とした。

2 向精神薬の分類

向精神薬の定義によりその分類は異なるが、わが国での治療の現況を勘案し、図 1 のように分類した。

a 抗精神病薬 antipsychotics, neuroleptics

抗幻覚妄想作用、鎮静作用、賦活作用などがあり、薬理的にはドパミン受容体のうち D₂ 受容体に対する拮抗作用が共通してみられる。副作用は錐体外路症状の頻度が高い。新しい抗精神病薬であるセロトニン・ドパミン拮抗薬 (SDA) は、陰性症状にも有効で錐体外路症状が少ない。

b 抗うつ薬 antidepressant

抑うつ気分を昂め内因性うつ病またはさまざまなタイプの抑うつ性気分変動を改善させる作用をもつ薬物全体を抗うつ薬という。薬理的にはモノアミン再取り込み阻害や受容体のダウンレギュレーションなどの関与が推定されているが、完全には解明されていない。抗コリン性の副作用が多い。新しい抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) は抗コリン性の副作

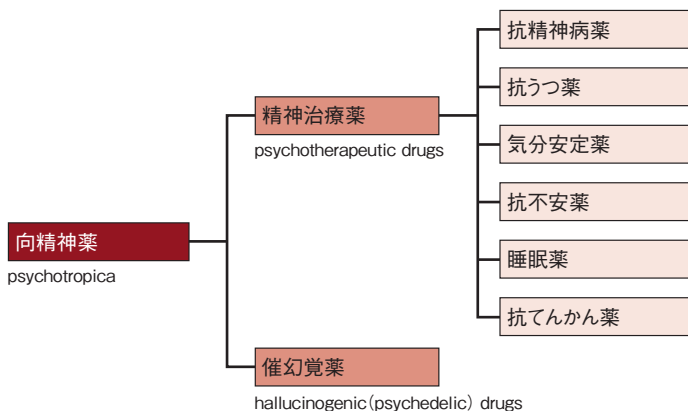


図 1 臨床的見地からの向精神薬の分類

用は少ないが嘔気など消化器の障害がみられる。

c 気分安定薬 mood stabilizer

炭酸リチウムをはじめ双極性障害の治療効果と予防効果を併せもつ薬剤を気分安定薬という。カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウムも気分安定薬としても用いられる。

d 抗不安薬 antianxiety drug, anxiolytics

眠気や意識状態の低下を起こさぬ量で不安緊張などを緩和、改善させる薬物の総称である。セロトニン作動性抗不安薬タンロスピロンは依存を惹起しない。

e 睡眠薬 hypnotics

睡眠を誘発し持続させる薬剤の総称である。ベンゾジアゼピン受容体作動薬が主として用いられるが、最近ではメラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体拮抗薬も用いられる。

f 抗てんかん薬 antiepileptic drug

てんかん発作を抑制する効果のある薬をいう。血中濃度をモニターしながら用いる。

[上島国利]

II

向精神薬による精神障害の治療

II

現代の精神障害の身体的治療の一手段として、向精神薬による薬物治療は、最も重要でしかも効果的治療法としての地位を確立している。また身体疾患を扱う一般臨床でも補助的、対症的に用いられて効果を上げている。

しかしながら薬物療法のみで人間存在全体に関わる精神障害を治療することは困難といえよう。薬物療法は他の治療法とうまく組み合わせ最良の効果が得られるように工夫すべきであり、薬物療法のみにも固執したり、薬物療法を敬遠する態度はともに適切とはいえない。

1 向精神薬の効果・効用

a 臨床面での効果

- ①各種精神障害の示す精神症状の消失・改善。
- ②治療者と患者のつながりが密接となり、精神療法・生活療法への導入が容易となる。
- ③精神病理学への影響。
- ④抗精神病薬に関しては、その効果により従来は閉鎖的な環境でしか治療ができなかった患者を開放的な状況で治療することが可能となった。開放化が進み、開放病棟の増加、隔離室の減少、作業棟、体育館、デイケア施設などの建築が進んだ。
- ⑤投薬と心理社会的療法でかなりの程度の精神障害への対処が可能となった。在院期間は短くなり、通院医療が可能となり、地域精神医療が活発に展開されるようになった。

b 研究面での効用

- ①向精神薬の作用機序の研究から、精神障害に生じている生物学的諸変化の推測が可能となり、病態生理の解明がなされつつある。

- ②向精神薬を用いての実験精神病や行動科学の発展がもたらされた。
- ③脳機能に関する知識が増大していった。
- ④客観的症状評価法や科学的薬効判定法が開発された。

C 限界

以上のような効用に対して、その限界も指摘されている。クロルプロマジンを臨床に導入した Delay は、その作用を原因療法ではなく病因療法であると述べているが、向精神薬が原因療法ではないという指摘は 50 年以上経過した現在でも生き続けているといっても過言ではない。各障害の急性期には有効でも、はたして長期予後は改善しているのか、再燃・再発の予防効果はあるのか、病期の短縮は可能かなど解決すべき問題は多い。非可逆性の副作用の出現もみられ、また重篤で死に至るような副作用も時に出現する。

このように向精神薬による精神障害の治療にはその効用のみならずいくつかの限界も存在する。しかしながら、良好な医師-患者関係のもと、適切な薬物投与を行うことにより、迅速かつ安全に諸症状の改善・消退が期待できる。

2 向精神薬投与に際して

①投与前の理学的および生化学的検査

身長・体重・体温・脈拍・血圧などの測定とともに、心電図および血液生化学的検査を施行し生体の病的状態の有無を測定する。必要によっては、脳波、CT、MRI も施行する。

- ②薬剤は単剤投与を原則とし、多剤併用は極力避ける。十分な臨床効果が得られぬときは、まず最初に投与した薬剤の許容最大量まで投与し、安易に多剤併用を行わぬことが肝要である。多剤併用ではたとえ効果がみられてもどの薬剤の効果か、また副作用もどの薬剤によるものかの同定が困難である。また予期しない薬物相互作用の危険もある。効果と副作用を勘案しながら漸増し、減量も漸減を心がける。