

「治療」2018年6月号『抗うつ薬・抗不安薬の前にこの方剤！精神症状×漢方』正誤表

いつも小社出版物をご利用いただき誠にありがとうございます。

「治療」2018年6月号『抗うつ薬・抗不安薬の前にこの方剤！精神症状×漢方』に以下の誤りがございました。深くお詫びするとともに、ここに訂正いたします。誠に申し訳ございませんでした。

①715頁、「Ⅱ 加味帰脾湯・酸棗仁湯」1行目

【誤】次によく使うのが、加味帰脾湯と酸棗じん湯である。

【正】次によく使うのが、加味帰脾湯と酸棗にん湯である。

②644頁、特別座談会 参考文献の欠落

次ページより文献を追記した修正版を提示いたします。

2018年6月現在

総合診療×精神症状×漢方薬

● 総合診療医	樺尾明彦	(給田ファミリークリニック／和田堀診療所)
●	金子 悅	(浜松医科大学地域家庭医療学講座／静岡家庭医養成プログラム)
●	精神科医	宮内倫也 (可知記念病院 精神科)
●	野村紀夫	(ひだまりこころクリニック)

精神症状治療のもうひと押しに漢方を

樺尾：今回は「総合診療×精神症状×漢方薬」というテーマで座談会をしたいと思います。金子先生には読者層である総合診療医の立場として、患者さんの精神症状に対して今現在どのように対応されているのか、そして、そこに漢方薬をどのように取り入れていったらよいのか、実際に精神科で漢方薬の処方をされている宮内先生、野村先生にお聞きしていこうと思います。

総合診療医にとって精神症状に漢方薬を使うのは敷居が高いと感じることもあるかと思いますが、まずははじめはどのように出していくのか、あとは安全性、副作用、依存性のことも気になるところですので、その面についてもお聞きしながら進めていけばと思います。

金子：一般的にプライマリ・ケア、家庭医療、総合診療といわれる領域でカバーしている精神疾患というのは、パニック障害、軽度のうつ病が多いと思います。それ以外ですと認知症がかなり多いので、往診でも外来でも認知症の方への精神症状に対して、非薬物的治療が奏功しない場合は抗精神病薬を使うことがあるように思います。簡単にお話すると、パニック障害に関しては、認知行動療法を勉強した範囲でやったり、SSRIをそれに合わせて使ったりしています。ベ

ンゾジアゼピンを不安が強いときに頓用でお出しするということもありはするのですが、ベンゾジアゼピンを出すというのは依存の形成がかなり心配です。SSRI、ベンゾジアゼピン、できる先生は認知行動療法というのが、私がほかの総合診療医の先生にも聞いたときには多い印象でした。

困ってしまうケースとしてはほかの医療機関でベンゾジアゼピンを出されていて、依存のようなかたになっているような方にはどういうふうに対応したらいいのかであったり、あまり選択肢がなくて「専門の所に行ってください」といっても行けない方も多いからです。また、パニックやうつなど、診断基準にあてはまるような人にはガイドラインに合わせた治療になるのですが、そこまで重症ではないのだけれど、ちょっと不安が強いというときに、ベンゾジアゼピン以外の選択だと、何を出したらよいのかがよくわからないことが多いと思っています。

樺尾：金子先生からあげていただいた点について野村先生、宮内先生からはいかがでしょうか。

野村：私もベンゾジアゼピンはできるだけ使わないようにしています。日本は世界でも有数のベンゾジアゼピン大量処方国で世界でも目立っ

て処方量が多いです¹⁾。厚生労働省も2018年からの診療報酬改定でベンゾジアゼピンの多剤処方をなくしていく方針としています。ベンゾジアゼピンは依存性や退薬症状があり、なくなつたときに反跳性不安、反跳性不眠などをきたし、減量や中止が難しく、耐性があるためどんどん量が増えていってしまいます²⁾。また、ベンゾジアゼピンを服用すると日常生活で車の運転ができなくなりますので、そういう意味でも避けるようにしております。これらの理由もあり、ベンゾジアゼピンの代わりに漢方での治療を行うこともあります。

私が精神科医として使える治療方法としては、西洋薬、漢方薬、精神療法の3つの選択肢があげられて、さらに急性か慢性か、そして患者さんが効果を待てるのか待てないのかを判断して選んでいます。漢方だとどうしても効くのに少し時間がかかります。

初期のうつ病というのはじつは非常に重要で、休職になってからSSRIを使うのでは遅いんです。男性の場合はうつ病で休職すると出世が絶たれ、家庭環境が壊れてしまう。女性の場合だと、子育てに影響したり、夫やその家族との不和になったりとさまざまな問題が出てきます。うつ病のスコアはいろいろあるんですけど、HAM-Dで半分になることを反応、7点以下になり症状がほぼ消えることを寛解といいます。SSRIを使用した時の1カ月後の反応率、つまり、1カ月後に症状が半分にな

る可能性はだいたい50%弱、3カ月後で60%といわれています。寛解は2カ月後に35%、6カ月後に60%弱です^{3, 4)}。SSRIの効果が出るまでに時間がかかるので、比較的早い段階からSSRIを使うことが重要と考えています。

うつ病の場合、妊娠を希望する方だとSSRIは子どもに遷延性の肺高血圧症を2倍近く増やすというというエビデンスがあります⁵⁾。

宮内：ほかにも心血管の異常や発育不全のリスクが指摘されています⁶⁾。自閉症スペクトラム障害とADHDのリスクについては今のところ結論が出ていません。うつ病を治療しないことによる妊婦や児への影響も懸念され、妊娠中のうつ病治療は産科と精神科がより強く連携し、患者さんとご家族とともに考えるべきです。

野村：私は少しでもお子さんに対して心配だという方には漢方を優先的に使うようにしています。加えて、妊娠希望の方は実証の漢方が使えません。基本的に妊婦は虚証になります。実証のものだと下剤が入っており、お腹を下し、流産のリスクが高くなります。そこをまず注意して使っていただきたいです⁷⁾。どうやって実と虚を分けているかというと、すごく簡単にお腹が強いか弱いかで聞いています。あと見た目とか、若い人ほどより実になり、高齢者ほどより虚になる、妊娠したり、がんになると虚証になるというように、いろいろルールがあります(図1)。

金子：お腹が弱いというのはいわゆる下痢をす

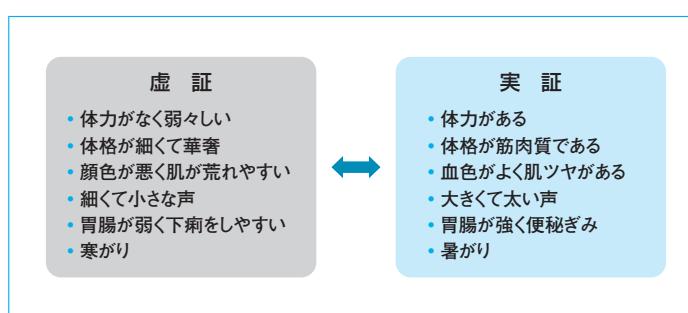


図1 実証と虚証



櫻尾明彦

るとか、ちょっとしたらお腹を下すとか、そういうことです。

野村：そうです。妊娠とお腹を下しやすい方にに関しては実証の漢方薬は出さないというのを1つルールとしています。

それと症状があと一歩取れない、というときにも漢方薬を使っています。うつ病でもあと一歩スッキリしない、パニックでも喉の詰まりだけがどうやっても取れないといったときです。うつ病は落ち込むだけではなく、イライラする病気もありますが、少しイライラが出てしまう方であれば、加味逍遙散など女性の婦人科系の処方をしたりしています。ただ、こちらもお

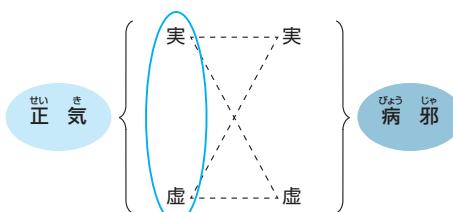
腹を下しやすいので、注意は必要です。

櫻尾：ベンゾジアゼピンをなるべく気軽には使わないというのは総合診療医もおそらく気をつけているところかと思います。今の野村先生のお話にはほかにも学ぶ点がいっぱいあったのですけれども、宮内先生からはいかがでしょうか。

宮内：漢方はどうしても外れることも多いので、対象になる患者さんとしては待てる人というのが大きなところかなと思っています。野村先生がおっしゃったように、治療はしたけど、ほんのちょっと症状が残るときにもうひと押し何かをプラスしてあげたい。西洋薬でプラスアルファを使うまでもないけど、患者さんが困っているというときに漢方薬でちょっと底上げしてあげるというような工夫をしています。

私自身は日本漢方の考え方をしていないところがあるので、日本漢方でいう虚証の方に実証のお薬を使うこともありますが、サポートで虚証のお薬を合わせるなどの方法も1つとしてはあります(図2)。ただ、それは最初から漢方を頑張りますという人がやるにはちょっとハードルが高いところがあるので、お腹が弱いと思ったならば下すような物はあまり使わないほうが無難かとは思っています。

正気：身体やこころのバランスを保とうとする力
病邪：そのバランスを乱そうとする力
虚はその力が弱いこと、実はその力が強いことを示す



日本漢方の虚証・実証は
正気の虚実を見ている

正気と病邪の争いが症状

いずれにも虚実がある
(実-実、実-虚、虚-実、虚-虚)

精神疾患は正気が虚の傾向で病邪が実の傾向
正気の虚には補う方剤
(いわゆる虚証用の方剤)

病邪の実には攻める方剤
(いわゆる実証用の方剤)

状況によって、両者を一緒に使うこともある
例)補中益気湯 + 大柴胡湯

図2 正気の虚実と病邪の虚実

頓用で使える漢方薬

金子：具体的な処方についてお二人にお聞きしたいんですけど、いわゆる西洋医学だとパニックやうつの場合SSRIを出して、状況に応じて量を増やしたりします。なるべく避けるけれども、発作時はベンゾジアゼピンというふうに教科書的には理解しているんですけど、漢方薬というのもベースのお薬の頓用みたいなものがあるのか。そういうものとはまた違った考え方なのか。具体的にどういう処方をうつやパニックの方にされるのでしょうか？

野村：すごく単純にいうとエチゾラム(デパス[®])の代わりに四逆散を頓用で使っています。熟睡感がないという方には、トラゾドン(レスリン[®])のイメージで加味帰脾湯^{かみきひとう}、頓服で使いやすい物からいくと、女性の生理前のイライラ、気分の落ち込み、不安には加味逍遙散、うつ病でだるさが取れない、今一歩やる気が出ない方には補中益氣湯^{ちゅうえきとう}があります。

金子：そうやって西洋薬とこれが対応しているといった感じで説明していただくと、すごく頭に入りやすいですね。

野村：パニックへの頓用には半夏厚朴湯^{はんげこうぼくとう}があります。これはうつ病のだるさに関しても頓用だったり、毎日飲んだりできます。半夏厚朴湯は適応症につわりが入ってるので、妊娠されている女性にも安心して使っていただけます。生理前のイライラなどに関しても当帰芍薬散^{とうきしゃくやくさん}があります。当帰芍薬散は不妊にも使われる漢方ですし、妊娠中の諸症状、産後・産前の周辺症状にも使えますので、そちらの症状を少しでも治めたいというときに使わせていただいている。

宮内：頓用や処方については特集でも扱っているので(p.714)、そちらもみていただければと思います。パニックの発作に関しては症状の発現からピークまでが10分ぐらいなので、仮にペ



野村紀夫

ンゾジアゼピンを飲んだとしても、その効果発現までに30分ぐらいかかるため、じつはそのものには効果がないことがあります(お守りのような存在)。そういう意味ではベンゾジアゼピンではなく、ほかのプラセボ的な物を使っていただいても結構かと思います。漢方薬では甘麦大棗湯^{かんばくたいそうとう}が使えて、1～2包飲んでいただくとよいです。少し甘い味ですので、水がなくても飲める点も使いやすいです。

櫻尾：ありがとうございます。今のお二人のお話に頓用でというのがあったのですが、頓用の処方は基本的に1包ですか。それとも、「1回に2包まではOK」というふうに出されていますか。

宮内：私は結構たくさん使うほうです。たとえば野村先生がおっしゃっていたように、人前で緊張する、手に汗をかくという時には四逆散を使いますが、私は1回に2包もしくは3包使うことが多いです。甘麦大棗湯はシャープな効き方をするので、1包か2包ぐらいでいいかと思うんですけれども、だいたいのお薬は2つから3つ使います。

櫻尾：漢方を「1回に3包」といって、患者さんは実際に飲んでくれるものでしょうか？

宮内：飲んでくれる方には3包というかたちになりますけれど、3つと表現して、患者さんが「おっ」と思うようであれば2包にする。その辺



宮内倫也

りは場の雰囲気になってしまいますけれども、まずは飲んでいただくことが大事です。患者さんの漢方に対する意欲といったものに応じて包数は変えなければいけないと思います。ただ、効かせるためにはある程度の量は必要だと私は思っています。

野村：漢方はよく1日3回分3、毎食前で出されることが多いです。ただ、よくよく患者さんに聞くと、お昼は飲まれていないことが多く、実践的にいうと、朝2包、夜2包という出し方をよくしています。クラシエなどではちょっとグラム数が多い包がありますので、分3ではなく分2で出したほうがよりコンプライアンスにつながりやすい場合はそのようにします。

金子：たしかに3包は飲めないという方は結構いらっしゃるので、朝夕1包ずつというふうにしてしまうことが多いんですけど、漢方は全般的に朝2包、夕2包でも大丈夫なものですか。

宮内：基本的に私も量は少し多めに出します。ツムラですと、1日4包、朝夕食後ですとか、朝と寝る前です。患者さんが1番飲みやすい時間帯に合わせてお出ししています。朝はどうしてもバタバタしてというときはお昼ですとか、あとは飲めるときに飲んでくださいというようにお伝えすることもあります。あまりこだわらずにまずは飲んでいただくことが大事ですので。

ただ、四物湯など補血薬が多く含まれるものは胃に障ってなかなか飲めないという方がいらっしゃるので、そのときは食後でお出しをしています。

金子：漢方の先生からそうやって飲めるときでいいよといつてもらえると、患者さんにとってもよいですし、われわれとしてもすごく出しやすいと思います。

忘れちゃいけない副作用

桙尾：まだ漢方薬の処方にあまり慣れていない読者の立場からすると、やはり気になるのは安全性かと思います。おそらく「1日4包も飲んで大丈夫なんですか」というような疑問があると思うのですが、このあたりは先生方いかがでしょうか。

宮内：そんなにたくさん飲めるのかという点ですけれども、不安な患者さんには少なめの量からはじめていただいて、様子をみつつ、効果が出る量まで上げていただければよいのかなと思います。量を上げても改善しないのであれば合わない可能性が高いので、別のものを処方することになります。

野村：副作用としては、注意するのが偽性アルドステロン症です。^{かんそう}甘草という生薬があるので、その成分が1日2.5gを超えている方はとくに注意しています⁸⁾。この点に関しては虚証だと比較的出にくいです。実証だとお腹がこわれたり、吐き気がしたり、動悸がしたりします。漢方は相性が悪い物を飲みますと非常に症状が出やすいともいわれていますが、飲むまではわからないので、何回か変えてチャレンジしていくこと、諦めないことが大事なんじゃないかと思います。2つ目に注意するところは妊婦さんで、とくに大黄^{だいおう}が入っている場合は流産のリスクを上げます⁹⁾。また、含まれる生薬の数が多

い場合、たとえばダイエットに使われてしまう防風通聖散だと18種類入っているので、肝機能障害がとくに出やすいです。長期で使用することもありますので、血液検査を3～6カ月に1回ぐらいやっていただくといいんじゃないかなと思います。あと、柴胡剤さいこであれば間質性肺炎のリスクがあるので1年に1度はX線を撮られるよいと思います。

宮内：麻黄は催奇形性があり¹⁰⁾、また含まれるブソイドエフェドリンは母乳の量を落とし、かつ若干ながら移行する¹¹⁾という論文も出ていました。また、桂枝茯苓丸は昔、墮胎薬で使われたぐらいですので、驅瘀血薬も妊婦さんには非常に危険です。肝機能障害と間質性肺炎には黄芩を含む物が報告されています¹²⁾。それを含む方剤であれば、患者さんに発熱があるかどうか、空咳が最近出てないか、だるさはないかなどを問診で聞き取るようにして、検査につなげていくというかたちにしています。ただし、肝機能障害は症状に出ないことも多く、やはり定期的な検査は必要です。

野村：今回は精神科というテーマをいたしましたが、とくにエフェドリンの入っている葛根湯、麻黄はドバミンD₂受容体を刺激します^{13, 14)}。精神科の薬はD₂をブロックしますので、精神症状が一時的に悪化する可能性があり、統合失調症やせん妄の患者さんには避けるようにしています。

漢方薬にエビデンスはあるの？

櫻尾：漢方をこれから患者さんに出したいという先生方のなかには、もっとエビデンスがあれば出せるのにという意見もあるかもしれないですが、それについて皆さまはいかがでしょうか。

金子：いわゆるevidence-based medicineは、有効だというエビデンスがない=出さないとい



金子 慎

う意味では本来はありません。患者さんに合う、症状がよくなるというのが1番かと思います。ただ、私自身、ランダム化比較試験(randomized controlled trial: RCT)ということでの有効性でいうと漢方薬に関してはあまり存じ上げないので、こういう研究がされているというのがあればぜひ教えていただきたいなと思っています。

野村：少しいわれているところでいうと、抑肝散や抑肝散加陳皮半夏の認知症の周辺症状、イライラ、BPSDに対してと、抑肝散加陳皮半夏の認知症の進行予防に関しては論文が出ています¹⁵⁾。エビデンスのレベルがどこまでか、しっかりプラセボと比較できたかは難しいところではないかと思うのですが……。ただ、漢方じゃないとダメな患者さん、もしくは西洋薬を減量できる患者さんが一定数いることはたしかです。選択肢は広い方がいいので、エビデンスにこだわらず、1番は患者さんのためになることをやっていけたらいいなと思っています。

宮内：抑肝散はよくBPSDがいわれますけど、去年、ダブル・ブラインドのRCTでは有効性が否定されています。サブ解析の攻撃性では有意な改善でしたが、苦し紛れに出した印象です¹⁶⁾。加味逍遙散も日本でダブル・ブラインドのRCTが行われて、更年期障害に対してプラセボを上回る効果を出せなかったので¹⁷⁾、RCTというところ

を考えると弱いところがあります。ほかに報告されているものも基本的にはエビデンスレベルが高くないところが多いので、エビデンスといわれるとちょっと漢方は難しいところがあるかと思います。

ただ、RCTは金科玉条のようにいわれているんですけれども、効果がよくわからない薬に対してやる試験がRCTです。そのため、いわゆる著効例であって、すでに効果がわかっているのであれば必ずしも行わなくていいのではないかと思います。漢方薬はある程度著効例というのを確認されているので、それは効果がありと判断してもいいのではないかでしょうか。あとは、どういった患者さんに著効するのかというのを細かくみていく必要があるのかもしれません。国外に発信するのはどうしてもRCTが必要になってきます。いわゆる西洋医学的な病名に対して漢方はどれだけ有効なのかというのも、これから試されるところかなと思っています。

金子：西洋医学でも、いわゆるRCTできれいに分かれている患者さんで有効性を確認しても、実臨床で有効でないとか、逆に副作用のほうが多いといった研究は結構あります。最近はダブル・ブラインドでRCTでということでなくとも、実臨床に即した環境のなかでプラグマティックRCTなど、いくつかデザインがあるので、実際に漢方薬を出されている人での有効性を確認する必要があるのだと思います。たぶん漢方だと、先ほどからお話があるみたいに合う方、合わない方というのがいらっしゃるので、ダブル・ブラインドで投与する群、しない群を分けて検証するのではあまり現実的な話ではないかなと思います。西洋医学の研究の方法でもより実臨床に即したものを見る研究デザインも増えているので、そういうところで漢方薬の効果というのもうちよっとはっきり出せるような研究の仕方というのが今後出てくるのかなと思います。

漢方の依存性

宮内：副作用の話がありましたが、依存性についても注意すべきではないかと考えております。私は麻黄には依存性があると思っていて、文献でも示されており^{18, 19}、なかなかやめづらい印象があるので皆さまはいかがでしょうか。

桜尾：風邪薬の麻黄附子細辛湯は私自身も風邪を引いたびによく飲むんですけど、好きな患者さんは1年中飲んでいたいといいます。麻黄附子細辛湯には麻黄と附子と細辛しか入ってないので、依存性があるとすればどれかなんですか、麻黄附子細辛湯は、発汗するまで限定の麻黄湯よりもある意味適応が広い半面、体も温まるし、喉の痛みもよくなるし、だるさも取れて、確かに依存性を感じやすいところがあるようにも思います。

宮内：小青竜湯も麻黄を主体にしているので、好きな患者さんはやめられなくなってしまいます。

桜尾：そうですね。花粉症の時期だけかと思っていたら、もうちょっと飲んでみたいといって鼻水やくしゃみが出るごとに、ずっと飲んでいる人もいるかと思います。

野村：葛根湯にも麻黄が入っています。麻黄の成分にはエフェドリンが含まれ、依存性と耐性があります。

宮内：うつ病の方も朝がなんとなくだるくて、というときに薬局で売っている麻黄湯や葛根湯を飲んでシャキッとさせて行く、というような方がいるんですけど、おそらくエフェドリンの依存ではないかと思います。ただ、エフェドリン以外のほかの生薬に関してはなかなかわからないので、気になっています。

野村：頭痛の患者さんに葛根湯が効くのですが、耐性があって次第に効かなくなるため、吳茱萸湯なども使っています。

桜尾：プライマリ・ケアでは、患者さんから依

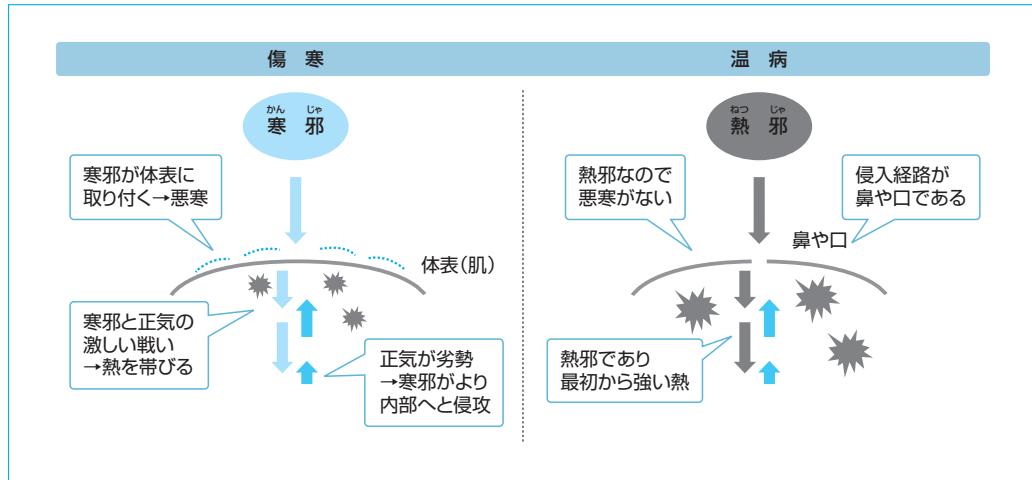


図3▶ 傷寒と温病

傷寒では“寒”邪なので悪寒の存在が重要。身体に入り込み正気との戦いで熱が生まれる。

しかし、寒邪が侵攻し身体を蹂躪すると一転して内部が冷える。

温病では“熱”邪なので最初から熱感があり、正気との戦いでは強い熱となる。熱が出っぱなしで脱水が著しい。

温病に対して傷寒の太陽病に用いるような麻黄湯や葛根湯を投与するとかえって悪化することになるので注意！

頼されると葛根湯を診察ごとに毎回出してしまって傾向もあるかもしれません。

金子：肩こりとかで葛根湯を飲む方はたくさんいますよね。

宮内：風邪でも麻黄が合う方、合わない方がいます。^{いとうかん うんびょう} 傷寒と温病がありますけど、温病に入ると麻黄の入った薬や温める薬は逆に体調を悪くしてしまうので、風邪に出すにしても傷寒と温病の知識をもっていただきたいとは思います(図3)。ですので、ステップアップとして麻黄ができるだけ使わないような工夫というのもいいのかなと思います。

診療に漢方を取り入れるポイント

櫻尾：だいぶお話を進んできたのですが、これから漢方を使いたいという先生方に、アドバイスといいますか、何か背中を押すようなコメントがありましたらいただけないでしょうか。

野村：まずは何種類かを使うのではなくて、1つだけ、これぞといった物を覚えていただくこと

です。次第に使える漢方を増やしていただければいいんじゃないかなと思います。ほかに漢方の使い方としては、精神科の副作用止めとして使うこともあります。抗精神病薬での副作用で口渴がでますので、白虎加人參湯、SSRIの吐き気止めには六君子湯を使ったりと、何か1つのパターンをまずは覚えていきましょう。

宮内：漢方薬も非常に有名なものからマイナーな物までありますので、まずは有名なもの、皆さんのがよく使われるものを勉強していただくといいと思います。あとは軽症かつ典型的な症状で、これぞというような患者さんが来るまでじっと待つというのが大事かもしれません。それで来たなと思ったときに使っていただいて、成功体験が増えれば少しづつ自信をつけられるのはと思います。

金子：今回はすごく勉強になりました。家庭医療、総合診療の立場でわれわれは患者さんの話を聞くようにという教育を受けるんですけど、詳しく問診したり、患者さんの訴えをいろいろ聞いても、たとえば風邪の場合は西洋医学的な

選択肢はありません。症状が違ったりしても処方は変わらなかったりして、あまり患者さんから聞いてもやることは変わらないんじゃないかというふうに思っていた時期もありました。そのときに樋尾先生から漢方の勉強をちょっとだけさせてもらったところ、風邪でもいろんな訴えがあって、それに合わせた選択肢があるというので、今日の精神疾患もそうだと思うのですが、家庭医療や総合診療の医師は漢方を勉強するとすごくモチベーションが上がるんじゃないかと思って聞いていました。

樋尾：金子先生はちょっとだけなくけっこう勉強されていると思います(笑)。自分のこととして考えると、SSRIもベンゾジアゼピンも自分で飲みたいという気はしないのですが、漢方は合いそうな症状があればまず1包飲んでみると、患者さんに勧めると同時に医師もまず飲めるというところも魅力かと思います。今日は精神科の先生方のお話がメインでしたが、総合診療医の日常診療の内容にとてもマッチしていく大変勉強になるお話だったかと思います。

野村：最後になりますが、漢方で非常に多くの患者さんは一定数存在します。西洋薬ではなく、自然なかたちで治療をしたいという要望ももつ患者さんもいますので、緊急性を判断しつつ漢方を使うのも1つの選択肢だと思います。

宮内：精神科で使う抗うつ薬はかなりプラセボ効果が大きいところがありますので、漢方にもぜひその効果を乗せてください。医者と患者さんの関係性は非常に大事なので、患者さんが飲んでほっとするとか、これ飲んでみようかなというふうに治療参加できるようなところを漢方に求めていただければと思います。

加えてお伝えしたいのは、漢方は万能ではないということです。どうしても漢方を勉強していると、何でも漢方でやってやろうというふうに力業になってしまって、患者さんを置き去りにしてしまうところがあります。過大な期待はせずに、あくまでも選択肢が1つ2つ増えたというようなレベルからやっていってもらえたならと思います。

参考文献

- 1) Report of the International Narcotics Control Board 2010.
<https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2010.html>
- 2) 河野仁彦, 稲田 健, 石郷岡純: なぜ、ベンゾジアゼピン系薬がうつ病治療推奨されないのか. 最新医療, 71 (7) : 1489-1493, 2016.
- 3) Szegedi A, Jansen WT, van Willigenburg AP, et al: Early improvement in the first 2 weeks as a predictor of treatment outcome in patients with major depressive disorder: a meta-analysis including 6562 patients. J Clin Psychiatry, 70 (3) : 344-353, 2009.
- 4) 持田製薬 社内資料(長期投与試験一大うつ病性障害患者における長期投与の安全性及び有効性の検討).
<http://www.mochida.co.jp/dis/medicaldomain/psychiatry/lexapro/clinicalstudy/index.html#point03>
- 5) 渡邊央美: SSRI・SNRI・NaSSA. 向精神薬と妊娠・授乳. 伊藤真也, 村島温子, 鈴木利人(編), 南山堂, 東京, 80-87, 2014.
- 6) Udechiku A, Nguyen T, Hill R, et al: Antidepressants in pregnancy: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry, 44 (11) : 978-996, 2010.
- 7) 村田高明: 処方的にみる妊娠の漢方治療上の諸注意. 現代東洋医学, 13 (1) : 11-17, 1992.
- 8) 日本薬事法務学会: グリチルリチン酸等を含有する医薬品の取り扱いについて, 1978.
http://www.japal.org/wp-content/uploads/mt/19780213_158.pdf
- 9) 青山康平: Q&A 妊婦に漢方薬を処方するあたり, 禁忌とすべき事項. 現代東洋医学, 15 (1) : 132-134, 1994.
- 10) Bitsko RH, Reefhuis J, Louik C, et al: Periconceptional use of weight loss products including ephedra and the association with birth defects. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol, 82 (8) : 553-562, 2008.
- 11) Aliaza K, Hale TW, Llett KF, et al: Pseudoephedrine: effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. Br J Clin Pharmacol, 56 (1) : 18-24, 2003.

- 12) 寺田真紀子, 北澤英徳, 川上純一, 他:漢方薬による間質性肺炎と肝障害に関する薬剤疫学的検討. 医療薬学, 28 (5) : 425-434, 2002.
- 13) Angrist B, Rotrosen J, Kleinberg D, et al: Dopaminergic agonist properties of ephedrine--theoretical implications. Psychopharmacology (Berl), 55 (2) : 115-120, 1977.
- 14) Ercil NE, France CP: Amphetamine-like discriminative stimulus effects of ephedrine and its stereoisomers in pigeons. Exp Clin Psychopharmacol. 11 (1) : 3-8, 2003.
- 15) Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al: A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. J Clin Psychiatry, 66 (2), 248-252, 2005.
- 16) Furukawa K, Tomita N, Umematsu D, et al: Randomized double-blind placebo-controlled multicenter trial of Yokukansan for neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. Geriatr Gerontol Int, 17 (2) : 211-218, 2017.
- 17) 水沼英樹, 吉村泰典, 高松 潔, 他:更年期障害に対する加味逍遙散のプラセボ対照二重盲検群間比較試験. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究, 2013.
- 18) Miller SC, Waite C: Ephedrine-type alkaloid-containing dietary supplements and substance dependence. Psychosomatics, 44 (6) : 508-511, 2003.
- 19) Martine-Quintana E, Rodríguez-González F: Addiction to ephedrine in psychiatric disorders. 25 (1) : 89-90, 2013.