

精神科の意見を聞きたい皮膚科症例

アトピー性皮膚炎の1例

鷲崎久美子

東邦大学医学部皮膚科学第1講座

要約：アトピー性皮膚炎の経過には心理社会的要因が関与することが明らかとなり、2009年版日本皮膚科学会による「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」にも基本的治療のひとつとして心身医学的側面からの治療が明記された。今回、39歳、男性、通院は不定期で増悪により当科入院となったアトピー性皮膚炎患者につき検討した。本例は悪化時のみの受診、治療への意欲がない等から、アトピー性皮膚炎における心身症の分類では「治療・管理への不適応」に相当すると考える。客観評価では抑うつやストレスはなかったが、共感の過程で家族、仕事のストレスが判明し自身が搔破行動との関連を自覚するに至った。これら心身医学的側面からの評価・加療と、痒みに対する行動療法、生活や外用療法指導、疾患に関する知識の教育を行い、2週間で軽快退院となった。アトピー性皮膚炎加療にあたり、時には精神科医のアドバイスを求めながら、心身医学的治療を行う必要性は高いと考えた。

東邦医学会誌 59(2)：87-89, 2012

KEYWORDS： atopic dermatitis, psychosomatic disease, scratching behavior

アトピー性皮膚炎の臨床経過には心理社会的要因が関与することが明らかとなり、2009年版の日本皮膚科学会による「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン（診療ガイドライン）」¹⁾にも基本的治療のひとつとして心身医学的側面からの治療が明記されている。今回、アトピー性皮膚炎の治療が適切に行えていない成人の難治性アトピー性皮膚炎例を経験したので報告する。

症 例

症例：39歳、男性

主訴：全身の痛く、痒い皮疹

初診：2011年9月28日

既往歴：気管支喘息

家族歴：特記することなし

現病歴：幼少時からアトピー性皮膚炎で中学生までは皮膚科に通院していた。その後の通院は不定期で今回増悪したため当科受診、入院となった。2011年1月に内科で喘息治療薬とともにアンテベート軟膏〔鳥居薬品（株）、東京〕、プレドニン〔塩野義製薬（株）、大阪〕、アレジオン

〔エスエス製薬（株）、東京〕を処方されたが、皮膚科を受診することはなく、放置していた。

初診時現症：顔面、体幹、四肢にび慢性に浸潤を触れる紅斑、落屑、搔破痕を著明に認め、いわゆる紅皮症状態を呈していた（図1）。

臨床検査成績：末梢血液検査：WBC 9600/ul↑、Eosino 43.0%↑、生化学検査：CRP 0.89 mg/dl、AST 18 IU/l、ALT 24 IU/l、 γ GTP 31 IU/l、LDH 224 IU/l、Cr 0.66 mg/dl、BUN 22 mg/dl、IgE 26200 IU/ml↑、TARC 14030 pg/ml（正常値 450 pg/ml 未満）↑、MAST：スギ6+、ヒノキ4+、カンジダ6+、コナヒョウダニ6+、ハウスダスト5+。

以上の臨床所見、検査成績からアトピー性皮膚炎と診断した。

治療と経過：入院後副腎皮質ステロイドホルモン剤 30 mg/日の内服と外用、抗アレルギー剤の内服にて治療を開始した。さらに、心身医学的側面からの評価・加療と、生活指導、外用療法指導とアトピー性皮膚炎に関する知識の教育を行い、約2週間で軽快退院となった。



図1 初診時臨床所見

考 案

アトピー性皮膚炎は慢性で長期の治療を要する皮膚疾患であり日本皮膚科学会から診療ガイドライン¹⁾が以下のように作成されている。

A) 診断基準

1. 痒痒
2. 特徴的皮疹と分布
 - ①皮疹は湿疹病変
 - ②分布
 - ・左右対側性
好発部位：前額，眼囲，口囲・口唇，耳介周囲，頸部，四肢関節部，体幹
 - ・参考となる年齢による特徴
乳児期：頭，顔にはじまりしばしば体幹，四肢に下降。
幼小児期：頸部，四肢関節部の病変。
思春期・成人期：上半身（頭，頸，胸，背）に皮疹が強い傾向。
3. 慢性・反復性経過（しばしば新旧の皮疹が混在する）
 - ・乳児では2カ月以上，その他では6カ月以上を慢性とする。

B) 治療の目標

1. 症状はない，あるいはあっても軽微であり，日常生活に支障がなく，薬物療法もあまり必要としない。
2. 軽微ないし軽度の症状は持続するも，急性に悪化することはまれで悪化しても遷延することはない。

C) 治療の基本

1. 薬物療法
 - ①皮膚炎に対してはステロイド外用薬やタクロリムス軟膏による外用療法を主とする。

②生理学的機能異常（乾燥とバリア機能異常）に対しては保湿・保護剤外用などを含むスキンケアを行う。

③痒痒に対しては抗ヒスタミン薬，抗アレルギー薬の内服を補助療法として併用する。

2. 悪化因子の除去
3. 心身医学的側面
4. 生活指導

このうち心身医学的側面として具体的に診療ガイドライン¹⁾には以下のように述べられている。「アトピー性皮膚炎の特に成人の重症例においては，人間関係，多忙，進路葛藤，自立不安などの，アトピー性皮膚炎以外の心理社会的ストレスが関与し，嗜癖的あるいは依存症とも呼ぶべき搔破行動が生じ，自ら皮疹の悪化をもたらしている例もまれではない。また小児例においても，愛情の欲求が満たされない不満から同様の搔破行動がみられることがある。このような場合には，心身両面からの治療が必要であり，精神科医を含めたチーム医療が必要となることもある。」檜垣はストレスによる悪化の機序としては行動の問題としての搔破行動が重要で，これがイライラや焦りなどの情動により誘発され，ストレスのもとで激しくなる。つまりアトピー性皮膚炎では stress-scratch cycle というような経路ができておりストレスのもとではこの cycle が回転すると考えられる。この搔破行動の修正が治療上，非常に有用であると述べている²⁾。またコンサルテーション・リエゾン精神科医が入院中の重症アトピー性皮膚炎患者と面接した結果³⁾最も多いのはいわゆる心身症で70%をしめ，精神疾患の合併例は「気分障害」（うつ病性障害など）が6%，「適応障害」が5%，「不安障害」が4%，「睡眠障害」が3%などと少なかった。この結果から檜垣はいわゆる心身症と診断される70%のケースと精神科診断のない10%の症例と合わせ，アトピー性皮膚炎の重症例であっても，その80%は皮膚科医が対処すべき症例であると述べている。

しかしながら，実際の診療現場で患者の精神医学的状态を正確に把握することは皮膚科医にとって容易ではない。そこで抑うつ状態を客観的に診断するために Self-rating Questionnaire for Depression (SRQ-D) を用いた心理検査や，アトピー性皮膚炎に起因する心理社会的問題の評価には Dermatology Life Quality Index (DLQI)，Skindex-16 などの quality of life (QOL) 評価尺度が有用である。

自験例は悪化時のみの受診，自分の症状に無関心，治療に対する意欲がないなどの点から，皮膚科的評価のほかに，精神科の評価が必要と考え，今回，心身医学的側面から本症例を検討した。アトピー性皮膚炎における心身症の分類は心身症診断・治療ガイドライン2006^{4,5)}に記載されているように A 「ストレスによるアトピー性皮膚炎の発症，悪化，再燃，持続（正義の心身症）」で具体的パターンとしてはテスト前や仕事のプレッシャーがある時に悪化する。

B1「アトピー性皮膚炎に起因する不適切」で具体的パターンとして顔に発疹があるのが耐えられない。B2「アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応」で薬に対する不信感や、治療が適切にできていない治療遵守不良の状態の3パターンに分けられる。自験例は、B2「アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応」に相当すると考えられる。客観的評価の心理検査ではSRQ-Dは総合点5点で抑うつ状態になかった。またDLQIを使用し評価を行ったが、入院前は1.「ここ1週間で皮膚に痒み痛みを感じましたか?」に対し「かなりある」、2.「この1週間、皮膚炎のせいではずかしく思ったり周りの人の目が気になったりすることがありますか?」に対し、「少しある」の評価であった。これらの結果から自験例の心身症パターンと考えられるB2「アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応」に対処するため、正しい外用療法指導、生活指導、アトピーの病態についての教育入院を行った。その結果2週間後にはDLQI評価は上記の1, 2の項目で改善し、退院可能となった。心身医療的対応としては①共感:「つらいでしょう。それは大変ですね。」などと話を聴いて受容し、支持して共感する。②「どんな時に皮膚の状態がよかったですか?」などと質問して良い状況を思いおこさせる。③行動療法:患者自身が行動異常としての搔破行動を明確に自覚し、これがストレスや不快な情動にたいする不適切な行動になっていることを認識させる。小林⁶⁾は患者が搔破行動を日記に書くことでこれを自覚するようになると述べており、日記を記載することで生活状況と照らし合わせ搔破のきっかけや状況を明らかにし自覚を高めることができる。また搔いていることに気が付いたらポケットに手を入れるなど別のことに

気をそらせるなども有効な手段である。

自験例は客観的評価で抑うつ状態やストレスはないとの判断をされたが、共感の過程で家族や、仕事のストレスがあることが判明した。また著明な搔破痕をみとめるため、痒みに対する行動療法を行い、皮疹の改善を認めた。

結 語

アトピー性皮膚炎は慢性的疾患で、治療期間も長く、若年者に多いため治療継続が困難な場合も多い。発疹の評価を患者と一緒にを行いながら、心身医療の継続には、話しやすい雰囲気を作り、可能な限り話を聴く、ストレス解消や、行動療法のやる気を起こさせることなどが必要と考える。また、アトピー性皮膚炎における心身医学的治療の必要性は高く、時には精神科医のアドバイスをもとめながら、一般皮膚科診療においても積極的にかかわるべきと考える。

文 献

- 1) 古江増隆, 佐伯秀久, 古川福実, ほか: 日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会: アトピー性皮膚炎診療ガイドライン. 日皮会誌 **119**: 1515-1534, 2009
- 2) 檜垣祐子: 心身症性皮膚疾患. 皮膚臨床 **51**: 1658-1665, 2009
- 3) 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子, ほか: アトピー性皮膚炎の難治化における心理社会的負荷の関与について, コンサルテーション・リエゾン医療の試み. 日皮会誌 **110**: 27-34, 2000
- 4) 羽白 誠, 安藤哲也: アトピー性皮膚炎, 心身症診断・治療ガイドライン2006 (小牧 元, 久保千春, 福士 審編, 西間三馨監修), p250-280. 協和企画, 東京, 2006
- 5) 羽白 誠: 東洋医学・心身医療, アトピー性皮膚炎における心身医療のコツ. 日皮会誌 **119**: 2638-2641, 2009
- 6) 小林美咲: アトピー性皮膚炎患者の搔破行動の検討. 日皮会誌 **110**: 275-282, 2000