

有無, 診断された精神疾患, 転帰について後方視的調査を行った. なお精神疾患は DSM-IV-TR に則り診断した.

【結果】①年齢; 外来患者が入院患者よりも有意に低下していた. ②依頼科別人数; 外来入院ともに内科が最も多かった. 外来では神経内科, 脳外科と続き, 以下は広範囲な科から依頼を受けた. 入院では外科, 胸部外科, 脳外科, 整形外科といった大きな手術を要する外科系が主体であった. ③身体合併症の有無; 外来では身体合併症を持たない患者が45名と約半数であった. 入院では95名とほぼ全例で合併症を有していた. ④精神科受診歴; 外来, 入院ともに少数であった. ⑤精神疾患; 外来では気分障害, 身体化障害, 入院ではせん妄, 気分障害, アルコール関連障害, 痴呆の順で多かった. ⑥転帰; 外来では通院および中断, 入院では終了するケースが最も多かった.

【考察】外来患者では気分障害・身体化障害といった身体症状が主訴となりうる精神疾患が多かった. また神経内科や脳外科からの紹介が多く, 受診した患者は自身が「頭の病気」であることは認識していると思われる. 以上より, 身体科医師は精神疾患の治療への導入としてプライマリーケアを的確に行う必要があり, 当科では身体科医師への精神疾患に関する教育や啓蒙が重要となる. 一方, 入院患者では, せん妄やアルコール関連障害など身体治療を妨げる疾患が多いことから, 当科はあくまで「身体治療の補助」というスタンスでの治療を必要とされている. このように, 外来と入院では当科に求められている役割は相違があり, 当科も身体科もこれを理解した上で精神疾患の治療に臨まなくてはならない.

## 2 中越地震(H16・10・23)前3ヶ月と後3ヵ月における外来新患および入院患者のDSM-IV診断の比較検討

布川 綾子・小河原克人・田崎 紳一  
高橋 邦明

県立小出病院精神神経科

平成16年10月23日の新潟中越地震では多く

の人が家屋損壊の被害にあい, 避難所などでの不自由な生活を余儀なくされた. こういったストレス状況下では精神的変調をきたす可能性があることは容易に推測される. そこで, 地震前の3ヵ月(H16・7・24 ~ H16・10・23)と地震後の3ヵ月(H16・10・24 ~ H16・1・23)に小出病院精神科を初診した患者と同期間に入院した患者におけるDSM-IV-TR診断について当院4名の精神科医師で検討し, 地震前・後の診断の推移について $\chi^2$ 検定を行い比較した. その結果, 外来新患では適応障害, 精神病性障害, 痴呆が地震前と比較して有意に増加しており, 入院患者では精神病性障害, 気分障害, 不安障害が有意に増加, アルコール依存が有意に減少していた. 結果を経時的にまとめみると, 患者群は①元来, ストレスに対する脆弱性があった群(統合失調症, 精神遅滞など), ②ストレスの大きさに反応し, 新たに発症した群(適応障害, 不安障害, 気分障害), ③病状は不変だが環境の変化により表面化した群(精神遅滞, 痴呆, せん妄), の三群に分類できると考えられた. それぞれに対する適切な対策が必要と推察された.

## 3 Risperidone 投与中に水中毒から悪性症候群と横紋筋融解症を呈した統合失調症の1例

渡部雄一郎\*, \*\*・小林 慎一\*  
熊谷 敬一\*\*\*・山本 佳子\*\*\*\*  
田中 敏春\*\*\*\*・藤島 直人\*  
内藤 明彦\*・染矢 俊幸\*\*

松浜病院\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科

精神医学分野\*\*

新潟市民病院精神科\*\*\*

同 救命救急センター\*\*\*\*

多飲水・水中毒は統合失調症や精神遅滞などの患者によくみられる. 水中毒から悪性症候群や横紋筋融解症を呈した症例が報告されており, 重症例では死亡に至ることもある. しかし, 多飲水・水中毒の病態生理は十分に解明されてはおらず, 有効な治療法も確立されていない. 今回, 我々はrisperidone (RIS) の増量に一致して多飲水が出

現・増悪し、水中毒から悪性症候群と横紋筋融解症を併発した1症例を経験した。症例は31歳の男性、統合失調症の外来患者である。X-1年2月ころから被害妄想が出現し、3月にA精神科病院を受診した。被害妄想や解体した会話などから統合失調症と診断され、RIS 3 mg/日などの投与により、被害妄想などは軽減した。X年1月ころから幻聴が認められるようになり、2月にRISが4 mg/日に増量された。このころから多飲水傾向が存在したようであり、けいれん発作が数度みられた。不安症状の増悪に伴い、RISは3月に6 mg/日、4月には9 mg/日に増量された。5月、水中毒に伴う意識障害を呈しB総合病院救命救急センターに入院となった。筋強剛、発汗、CK上昇、褐色尿などが認められ、悪性症候群と横紋筋融解症を併発した。呼吸不全や急性腎不全も合併したが、人工呼吸器管理および血液透析などの集中治療により良好な経過をとった。本症例ではRISの増量に一致して多飲水が出現・増悪したが、Karら(2002)、Kruseら(2001)もRISの増量により多飲水の出現や悪化を認めた症例を報告している。これらの症例報告は、RISが多飲水を惹起あるいは増悪させる可能性を示唆している。多飲水は抗精神病薬の慢性的なドパミンD2受容体遮断により惹起されるという仮説が提唱されているが、RISは非定型抗精神病薬のなかではD2受容体遮断作用が強く、高用量になるほどその作用が増すことは、この仮説に合致する。

#### 4 維持ECTにより寛解維持に成功した薬物治療抵抗性うつ病の1例

橘 輝・北村 秀明\*・染矢 俊幸\*  
新潟大学医歯学総合病院精神科  
新潟大学教育研究院医歯学系精神  
医学分野\*

修正電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy, 以下ECTと略す)は、うつ病に対する重要な治療オプションの一つであり、薬物治療抵抗性の大うつ病性障害(MDD)に対して50~90%の高い有効性を示す。しかし大うつ病

エピソード(MDE)の再燃・再発を十分抑制できないという問題点があり、これを克服する方法の一つとして、近年、維持ECTが注目されている。維持ECTの実施方法については現在のところ、明確なガイドラインが確立されておらず、様々な方法が試行錯誤的に用いられている。

今回我々は、薬物では寛解状態を維持できなかったMDD患者に対して、急性期ECTに引き続いて維持ECTを行い、寛解維持に成功した一例を報告する。症例は59歳の女性。過去2回のMDEではいずれも重昏迷状態を呈し、clomipramineによる薬物治療が奏功した。そこで3回目のMDEに対しても、clomipramineによる薬物治療を行ったが、不整脈などの副作用のため継続不可能であった。幻覚と妄想を伴い、再び重昏迷状態となったため、ECT施行目的に入院した。入院後、ECTを計3クール施行したが、薬物療法では寛解状態が継続せず、再燃を繰り返した。種々の抗うつ薬や抗精神病薬を試みたが効果なく、入院期間が2年と長期化したため、維持ECTの適応と考えた。4クール目の急性期ECT終了後、ECTを週1回の間隔で1ヶ月行い、2ヶ月目からは2週に1回、4ヶ月目からは4週に1回と間隔を延長した。その間、急性期ECTで得られた寛解状態は維持され、入院から887日目に退院した。

維持ECTの有効性・安全性に関する研究や、実施方法の標準化が急務である。しかし本症例のように、適切な薬物療法を行ったとしても、再燃・再発を防ぎ切れないうつ病は、よい適応となるかもしれない。

#### 5 県立小出病院における修正型電気けいれん療法

小河原克人・布川 綾子・田崎 紳一  
油井 勝彦\*・高橋 邦明

県立小出病院精神神経科  
同 麻酔科\*

電気痙攣療法(ECT)は速効性で治療有効性が高いとされ、大うつ病性障害や統合失調症を中心