

結腸から下行結腸にかけて最大径 12 cm の巨大結腸を認めた。

toxic megacolon と診断し、集中的な循環管理、呼吸管理等を行いながら保存的に腸管通過障害の改善を図ったが奏功せず、同日夜に結腸減圧を目的に横行結腸人工肛門造設術を施行した。さらに集中的な治療が続けたが多臓器不全のため発症後約48時間で永眠された。

病理解剖所見は、横行結腸から下行結腸にいたる拡張および全層性の壊死がみられた。また結腸の神経叢が全体的にまばらであった。

今回の症例は便通はコントロールされていたのだが、急激な腸管通過障害で toxic megacolon を発症した。発症前に既に megacolon や不可逆性の腸管運動の低下があったのかもしれないが確認には至っていない。極めて急激に推移したため、迅速かつ集中的な治療が施行されたものの改善せず不幸な転帰となった。精神科領域において toxic megacolon の経験は乏しく、またこれらの点から今回の症例は予想困難な経過をたどった。

今回我々が示したように精神科臨床に於いても toxic megacolon は極めてまれではあるが存在し、ひとたび発生すると非常に救命が困難となる。抗パ薬の適切な使用をはじめとした精神科薬の調節、下剤使用や生活指導などでの日常の便通管理がこのような病態の予防に効果的なのだろう。

## 12) 生体腎移植の精神科リエゾンコンサルテーション活動について

田崎 紳一	(河 渡 病 院)
稲月 原	(小出本田病院)
中山 温信	(高田西城病院)
高橋 邦明	(松 浜 病 院)
田村 絹代	(五 日 町 病 院)
熊倉 恵子・和泉 美子	(新 潟 大 学)
田中 弘・伊藤 陽	(精神医学教室)

新潟大学医学部付属病院精神科では、コンサルテーション・リエゾン活動を続けているが、近年特に生体腎移植のリエゾンサービスの依頼が増加している。

生体腎移植では、腎を提供するドナーと、現在透析中のレシピエントとが同時に泌尿器科に入院する。すると、泌尿器科主治医が精神科リエゾン外来に術前の精神状態の評価と術後のフォローアップを依頼する。

レシピエントとドナーが、リエゾン外来に来ると、そこで精神科医は二人に会い、何故精神科医が面接するの

かを説明し、精神状態の一般的な面接に引き続いて、腎移植術をうけることを決めた理由、ドナー選択までの経緯、手術に伴うリスクについての認識、などについて確認し、腎移植での問題点がないか否かを泌尿器科主治医に報告し、その後は平均週1〜2回往診し入院中の不安や不満を聴き、時には主治医や看護スタッフとも積極的にカンファレンスの機会を得るようにしている。今回は症例を検討しつつ、生体腎移植での精神科リエゾン活動について、紹介した。

大部分の症例は何の問題もなく経過し退院してゆく。最初はそのような症例を提示した。

しかし症例の中には精神的に問題が生ずることがある。次にそうした症例を紹介しつつ生体腎移植での精神科的問題点を抽出したところ、次の4点が明らかになった。

- (1) 移植決定までの経過の確認
- (2) ドナーの選択と家族の協力態勢の確認
- (3) リスクの認識の確認
- (4) 移植後の生活の受容

### (1) 移植決定までの経過の確認

腎不全という過酷な状況を受容するまでには、キューブラ・ロスの言う喪の作業の5つの段階がある筈だ。つまり、① 否認・否定 ② 怒り・敵意 ③ 取引・探索 ④ 悲哀・抑鬱 ⑤ 受容・再生の5段階である。もしも初期の段階で移植を決定した場合、移植手術に対する理想化が強過ぎて手術に付随する多くの困難が否認されることが多いであろう。

### (2) 家族の協力態勢の確認

生体腎移植での第2のポイントは、誰がドナーになるかという問題を含めた家族内力動の確認である。ドナーが決まるに当たっては、周囲からの圧力が全くなく熟考の末自発的にドナーとして名乗りを上げてもらうことが理想である。

### (3) リスクの認識の確認

① 手術の有益性と手術をしないことの不利益性。② 手術の危険性と手術をしないことの有益性。①と②とが同じ重さで議論された上で①が②を凌いでいる、と判断した上での決断であることが必要となる。

### (4) 術後の受容の問題

最後に、① レシピエントが移植された腎臓をどうやって受け入れてゆくか、そして、② ドナーが片腎の生活をどうやって過ごしてゆくか、この2点を見守るのが退院後のリエゾンの仕事である。