
 学 会 記 事

平成 13 年度新潟精神医学会

日 時 平成 13 年 10 月 13 日 (土)
午後 2 時 30 分～
会 場 ホテルニューオータニ長岡

I. 一 般 演 題

1 高齢発症した双極性障害の 2 例

小泉暢大栄・塩入 俊樹*・天金 秀樹
布川 綾子・染矢 俊幸*
新潟大学医学部附属病院精神科
新潟大学大学院医歯学総合研究科
精神医学分野*

高齢で躁状態を初発した双極 I 型障害の 2 症例を経験し、既報と比較・検討したので報告する。

〔症例 1〕70 歳, 男性. 当院にて脾臓癌の手術を施行した. 術後 6 ヶ月を経て, 家族に告げずに旅に出かけるなど意欲亢進し, 多弁で話がまとまらない状態が出現したため当院救急外来を受診した. 気分高揚, 睡眠欲求の減少, 観念奔逸, 意欲亢進等を認め, 躁状態と診断され入院となった. 入院当初より躁状態著しくハロペリドール 4.5mg およびゾテピン 100 ~ 200mg にて治療した. これにより気分高揚や多弁, 易怒性・易刺激性は徐々に治まり退院とした. EEG: Slightly abnormal (irregular, unsteady 8 ~ 9Hz α with rare 4 ~ 5Hz θ). MRI: 脳室周囲の白質に軽度の虚血性病変を認める. 脳萎縮は年齢相応. SPECT: 両側の前頭葉~側頭葉, 両基底核の相対的な血流低下 (但し, 絶対的な低血流域は認めない). 退院時 HDS-R 29/30.

〔症例 2〕68 歳, 男性. 肝臓癌の手術の 4 ヶ月後から体力低下がみられ, 同時に気力低下, 興味の

喪失, 不眠等も出現し, うつ病で発症した. さらにその 4 ヶ月後, 早朝覚醒, 易怒的で意に沿わぬと妻に暴力を振るう等, 躁状態となった. 躁状態が 2 ヶ月程続いた後, 再びうつ状態になった. 以後, 躁状態とうつ状態を約 2 ヶ月間ずつ繰り返していた. 発症から 2 年後, 4 度目の躁状態となり, 多弁, 易怒的, 早朝覚醒, 暴力, 乱費がみられたため当科を初診し, 即日閉鎖病棟に医療保護入院となった. 入院後はゾテピン 100mg を中心に治療し, 躁状態が改善してきた時点で炭酸リチウム 400mg を追加した. この頃より, 患者が自覚的に気力低下を訴えうつ状態になったためゾテピン 100mg を中止し, マレイン酸フルボキサミンを 150mg まで投与した. これによりうつ状態は徐々に改善し, 4 ヶ月で退院となった. 退院後は, 薬物コンプライアンスが悪く, 退院 1 ヶ月後には軽躁状態, 2 ヶ月後にはうつ状態と急速交代型を呈している. EEG: Slightly abnormal (predominant 8Hz α with much 6 ~ 7Hz θ). MRI: 脳室周囲及び前頭~頭頂葉, 基底核領域に白質深部高信号. 脳萎縮は年齢相応. SPECT: 両側側頭から頭頂葉の軽度血流低下.

【考察】高齢で躁状態を発症し, SPECT, MRI で軽度の異常所見が存在した 2 症例を呈示した. Snowdon や Shulmann & Herrmann が報告した, 気分障害の発症に対する脆弱性に神経学的病変の存在が関与している, いわゆる “Secondary Mania” といえる可能性があったと考えられた.

2 クエチアピンへの置換により遅発性ジスキネジアが軽減した慢性期分裂病の 1 症例

須貝 拓朗・村竹 辰之*・澤村 一司
奈良 康・染矢 俊幸*
新潟大学医学部附属病院精神科
新潟大学大学院医歯学総合研究科
精神医学分野*

神経遮断薬誘発性遅発性ジスキネジアは少なくとも 3 ヶ月以上神経遮断薬を使用した既往のある患者に現れる舌, 顎, 体幹, または四肢の不随意運動であり, その動きは舞踏病様, アテトーゼ様,

または律動的なものである。遅発性ジスキネジア (TD) の多くは非可逆性で、一部に非定型抗精神病薬であるクロザピンの効果が報告されているが今のところ確実な治療法は無い。近年使用されるようになったクエチアピンをはじめとする非定型抗精神病薬は TD の発生率が低いことからその予防として頻用されるようになってきた。

今回我々は定型抗精神病薬による薬物療法を継続中、著明な TD を生じた慢性期精神分裂病患者に対してクエチアピンへの置換を行った。これにより、TD の軽減と陰性症状の著明な改善を示したのでここに報告し、若干の考察を加えた。

症例は 34 歳男性、発症後 5 年経過した慢性期精神分裂病の患者で 3 年前から四肢及び頸部に著明な TD が出現している。また精神症状は陰性症状が主体である。当科入院前は主にハロペリドール、クロルプロマジン、ピペリデン、クロキサソラム等によって治療されており入院時にはすでに陽性症状は認めなかった。治療はクエチアピン 100mg より開始し 1 週間で速やかに 400mg まで増量した。一方で定型抗精神病薬等を漸次減量していき、入院 9 週目にはクエチアピン単剤とした。治療開始より 3 週で TD の中等度改善を認め、以降退院まで著変なく経過した。また陰性症状についてもクエチアピン投与後 2 週で著明な改善をみせた。

Glazer らによるとクエチアピンによる TD の発生率は年に 1%にも満たないことが報告されている。一方、クエチアピンによる TD の治療効果については Vesely や Farah らがそれぞれクエチアピンへの置換または追加投与により TD の著明な改善を示した症例を報告している。さらには TD に効果があるとされるクロザピンと類似の化学構造及び受容体結合プロフィールを有することなどからクエチアピンの TD に対する治療効果が推測されている。

我々は以上のことより今回の症例は定型抗精神病薬を中止したことに加え、クエチアピン自体の TD に対する治療効果の可能性を考えた。

3 神経性無食欲症の入院患者における臨床特徴と BMI 推移との関連

鈴木 雅子・伊澤 寛志・関 哲哉

高橋 誠*・桑矢 俊幸*

新潟大学医学部附属病院精神科
新潟大学大学院医歯学総合研究科
精神医学分野*

神経性無食欲症患者の入院治療は広く行われている。しかし、その目的や適応については、入院治療に重点を置くか、外来に重点を置くかで、さまざまな見解がある。そこで今回、入院後の治療計画を考える資料として、BMI を指標とした入院中の体重変動について調査を行った。対象は 1998 年 4 月～2001 年 7 月までの間に新潟大学医学部附属病院精神科に入院した患者のうち、退院時に神経性無食欲症と診断 (DSM-IV) された患者とした。対象症例 32 例について入院カルテをもとに、入院時年齢、性別、I 軸診断 (重複診断)、II 軸診断、病型 (制限型、むちゃ喰い/排出型)、入院回数、初診年齢、入院形態 (任意入院、強制入院)、初診から入院までの経過年数を調査した。入院時および退院時の BMI の平均値はそれぞれ 13.5、15.3 で、入院期間の平均は 9.9 週であった。入院時 BMI を 100 とした BMI 増加率の推移をみると、早期に体重が増加し 15 週までに退院できる早期増加型と、入院 15 週以降に遅れて体重が伸びる遅延増加型に大別できた。各群とも増加率 20%を超えるものはその後の伸びが期待でき、これを超えないものは横ばい傾向にあったことから、増加率 20%が入院治療の成果を予測する上での閾値と考えられた。入院治療の目安として、1 週間に 1～1.5kg の体重増加が望ましいとされているが、初期に順調な体重増加がみられなくとも、15 週以降に十分な体重増加を期待できることも多いといえる。さらに、早期増加型に多い臨床特徴として人格障害のないこと、強制入院であることの 2 点が挙げられた。しかし強制入院患者の BMI 増加率は入院の長期化により横ばいとなっており、強制入院による大幅な BMI 増加を期待できるのは、入院初期のみと考えられた。一方、任意入院患者の BMI 増加は緩徐だが着実であり、