

昏迷状態や経口摂取困難な症例では CMI 点滴静注は重要かつ有効な治療手段であるが、内服に比べ 2～3 倍の力価に相当し、慎重な投与量の設定が必要である。また、CMI 点滴静注で著効したとしても、経口での等価量投与が、投与経路による効果の差異により同等の効果を示すとは限らないということを経験した。本症例のように病状が部分的に改善しやすい患者では、ECT 施行の時期の決定が困難である。一時的に状態が良くなり薬物治療の継続による十分な改善が期待されたとしても、ECT の実施を含めた注意深い治療選択の判断が重要であることを実感した。

### 3 低用量の risperidone により陽性・陰性両症状が著明に改善した統合失調症初回エピソードの一例

小河原克人・塩入 俊樹\*・遠藤 太郎

佐々木明子・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\*

統合失調症の初期には、幻覚・妄想状態がはっきりせず抑うつ症状や陰性症状が主体となることがよくあり、大うつ病性障害などの気分障害と鑑別することは必ずしも容易ではないとされる。今回、気力低下や軽い抑うつ気分、引きこもり等を主症状に大うつ病性障害と診断され、種々の抗うつ薬、気分安定薬および甲状腺薬等で治療されていた統合失調症初回エピソードの一例を経験した。

定型抗精神病薬は統合失調症の初回エピソード患者において、錐体外路症状発現の危険性が高いとされる。さらに、非定型抗精神病薬は、陽性症状に対し定型抗精神病薬と同等かそれ以上の効果があるとされ、統合失調症の急性期、特に初回エピソードに対する第一選択薬に位置づけられている。これらのうち、risperidone と olanzapine では、陰性症状に対しても効果があることがメタ解析によって証明されている。また、統合失調症の陰性症状は複合的で、治療反応性から一次性と二

次性とに分けられるとされている。即ち、前者は欠損症状とも言われ、長期にわたり一貫して存在し、治療効果はない。一方、後者は抗精神病薬による副作用や陽性症状、環境的要因、抗パーキンソン薬による認知障害等に起因するものである。本症例では、上記エビデンスにより risperidone を用いた。その結果、低用量の risperidone にて速やかに陽性症状が消失し、陰性症状に対しても明らかな改善が得られた。このことは、陽性症状に起因する二次性陰性症状の改善である可能性が高いと考えられた。

### 4 過去の処方に戻して病的多飲が改善した精神分裂病の一症例

稲井 徳栄・本田 潤・小林 真理

新潟県立精神医療センター

長期間病的多飲が続いたため、隔離を長期間継続しなければならなかった精神分裂病の患者に、病的多飲が認められなかった時期の処方に戻したところ病的多飲が殆ど消失し、約 2 ヶ月後に隔離解除し、それ以降殆ど隔離せずに現在に至った症例に若干の考察を加えて報告した。

〔症例経過〕精神分裂病。S25 生。女。S45 年（20 歳）頃に精神変調出現。長時間入浴、家人に対する暴言、意味不明の発言などが出現し、N 病院精神科受診。S45. 7. 26 - 11. 15 N 病院精神科入院。S46. 10 - 47. 12 S 病院精神科入院。退院後長時間入浴、家人に対する粗暴行為、チラシや手紙の朗読、長時間の手洗いが出現。S48. 10. 26 - 49. 8. 1 当院第 1 回入院。退院後家人に対する暴言、乱暴行為がみられ、見知らぬ人に平気で話しかけたり、他人が自分の物に触れるとそれを捨てて新品を買った。S49. 8. 30 から当院第 2 回入院中。S53 水中毒のけいれん発作が出現し、以降病的多飲のために断続的に隔離せざるをえない状態になり、H6 - H8. 6 まで全日または夜間隔離していた。洗面やオヤツの時間に個室から出ると、蛇口から大量の水を飲もうとするため職員から制止されていた。血清 Na は 135mEq/L 前後であった。演者は病的多飲の改善を図るには過去の多飲のなかった時期

の処方に戻したら改善するのではないかと考え、就眠前薬のレボメプロマジン100mgを残したまま、H8.6.29にハロペリドール6mg、モサプラミン200mgから多飲のなかった第1回退院時の処方(ハロペリドール2.25mg、パーフェナジン12mg、クロルプロマジン75mg)に戻したところ飲水量は低下し、8.20に隔離解除できた。その後H9.2.20に開放病棟へ移った。以降1年に1回位の多飲の時期の出現とH12.3の1週間の隔離だけで現在(H14.7)に至っている。

ここで演者らは、投薬内容のハロペリドール換算値と病的多飲の間に関係があるのではないかと考え、慶大精神神経科臨床精神薬理研究班の等価換算を使い、H8.6の隔離中の処方と処方変更後のハロペリドール換算値を計算したところ、それぞれ20mg、8.2mgであった。そこでハロペリドール換算値が高値であることが病的多飲の誘因になるのではないかと考え、病的多飲の極みといえる3回の水中毒のけいれん発作時のハロペリドール換算値を調べたところ、8.2mg、42mg、38mgであった。その結果水中毒のけいれん発作とハロペリドール換算値の間には一定の関係が認められなかった。今回の研究はレトロスペクティブの研究のため、薬物以外の要素には言及できなかった。今後症例を積み重ね、研究を発展させていくことが大切と考えられた。

## 5 わが国における気分変調性障害の診断の現状について

遠藤 太郎・塩入 俊樹\*・阿部 亮  
 阿部 美紀・北村 秀明\*・佐々木直哉\*\*  
 広瀬 徹也\*\*・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\*  
 帝京大学医学部精神神経科学教室\*\*

慢性軽症のうつ状態は、従来“抑うつ神経症”と診断され、神経症圏の疾患と捉えられていた。治療的にも精神療法が有効であるとされ、薬物療法が導入されず、治りにくい疾患と考えられていた。

1980年のDSM-III (APA, 1980)で、“抑うつ神経症”は“気分変調性障害(Dysthymic Disorder: DD)”として気分障害のカテゴリーに分類され、以後、DDに対する薬物療法の有効性を示す報告がなされるようになってきた。しかしながら、DD患者は実際の臨床場面で適切に診断されず、適切な治療を受けていないのが現状のようである。今回我々は、現在のわが国におけるDD診断の実態を探るため、アンケート調査を行い、その結果から興味深い所見を得たので報告する。

厚生労働省精神・神経疾患研究の「感情障害の薬物療法のガイドライン研究」の一環として、我々は気分変調性障害に関するアンケートを行った。送付先は、全国80大学(各大学5通ずつ、計400通配布)とし、58大学より232通の回答(回収率58%)が得られた。アンケートには、DDの症例を3例提示し、各々の症例で、①診断(DSM-IVとICD-10)、②重症度、③診断の根拠、④薬物療法等の質問項目を設けた。

アンケート結果と、アンケートで用いた症例を検討することで、以下のような結果を得た。①操作的診断基準を日常的に使用している群で非使用群に比しDD診断率が高い、②DDは思春期および成人早期の発症が特徴である、③DDは重複うつ病(Double Depression)を呈しやすい、④Double depressionを呈した場合、DDが過少診断され、大うつ病性障害が主診断とされやすい、⑤認知症状が存在するとDDと診断され、自律神経症状が存在するとMDDと診断される傾向がある。

したがって、これらの結果を考慮しDDの診断にあたることでより診断率が高まり、さらには適切な治療にもつながる可能性があるものと思われる。