

対照52名), Gly/Gly (患者8名, 対照5名) のホモ接合体と, Ser/Gly (患者38名, 対照43名) のヘテロ接合体が確認された. 各々の allele と genotype の出現頻度について, 分裂病群全体と対照群を比較したが有意な差は得られなかった. また, ホモ接合体を合わせた場合の出現頻度も同様であった. さらに発症年齢, 遺伝負因の有無, 抗精神病薬の反応性の良否などで患者群を2分し, それぞれ対照群と比較したが有意差は認められなかった. 以上の結果より, 分裂病と D3 受容体遺伝子との関連は否定的であった.

(3) 今後の展望

神経薬理学的知見に基づいたドーパミン仮説から我々も含め多くの施設でドーパミン受容体遺伝子を候補遺伝子として研究が行われたが一定の知見は得られていない. 最近表現促進現象のみられるいくつかの神経疾患の原因遺伝子が同定され, 3塩基の繰り返し配列の延長であることがつきとめられた. 分裂病にも表現促進現象が認められるとの報告があり, 今後上述した神経疾患に対する戦略と同様の方法が, 分裂病の遺伝子究明に適用され得る可能性についてふれた.

7) クロナゼパムによって遷延性うつ病相から躁転した双極感情障害の1例

稲月 原 (小出本田病院)
鈴木 邦人・茂野 良一
伊藤 陽 (新潟大学精神科)
稲月まどか (黒川病院)

今回我々は, 種々の抗うつ薬に対しては殆ど反応がみられなかったが, クロナゼパムの投与によって2年以上遷延していたうつ病相からの躁転がみられた双極感情障害の1例を経験した. これまでクロナゼパムによる躁転例の報告はないので, この貴重な症例を若干の考察を加えて報告した.

【症例】40歳の双極感情障害の女性である. 33歳時にうつ状態で発症し, 36歳時に躁状態のエピソードがある. 37歳時より再びうつ状態となり, 種々の抗うつ薬が十分な量, 投与されたにもかかわらず, うつ病相が約2年間続いていた. 抑うつ気分, 意欲低下, 食欲低下, 不眠などと同時に不安・焦燥感が強く, 背中のザワザワ感や「じっと座ってられない」「足がムズムズする」などの restless legs 症候群様症状も認められた. このため1994年5月にクロナゼパムを開始し5mg/日まで増量した. まもなく restless legs 症候群様症状や背中のザワザワ感が

消失するとともに, 不安・焦燥感や抑うつ症状が著明に改善し, 6月には完全寛解となった. ところが同年8月に入ると, 声高で多弁となり, 爽快気分, 活動性亢進, 金銭の浪費, 夫や姑に対する反抗的態度がみられ, 軽躁状態となった. この時の脳波は, 16~18c/s, 20~50 μ Vの不規則 β 波が主体で, spike 類似の transient β が出現している不規則 β 波パターンを呈していた. 抗うつ薬を中止すると同時に, 炭酸リチウム 600mg/日の投与を開始した. クロナゼパムの血中濃度が89.98ng/mlとやや高値であったため, 4mg/日に減量したところ徐々に落ち着きを取り戻した. 1995年1月には完全寛解状態となり, この時のクロナゼパムの血中濃度は23.17ng/mlであった.

【考察】クロナゼパムは抗うつ効果の他に, restless legs 症候群に対しても有効性が指摘されている. 本例はうつ病相において強い不安・焦燥感, 不眠などの特徴的な臨床像を呈するとともに, restless legs 様の身体症状を呈しており, この点でクロナゼパムが奏効した可能性が考えられる. また本例は脳波上不規則 β 波パターンを呈していたが, 不規則 β 波パターンを有する精神疾患ではバルプロ酸が有効なことがある. クロナゼパムはバルプロ酸と同様に GABA 神経系を増強することによって奏効したのかもしれない.

本例のクロナゼパム投与後のうつ病相から軽躁病相への移行は連続的であり, またクロナゼパムを1日4mgに減量することで軽躁状態は軽快していることから, 軽躁病相はクロナゼパムによってもたらされた可能性が高い. クロナゼパムは抗うつ薬抵抗性うつ病に対して試みる価値のある薬剤と考えられるが, 躁転の危険性を考慮する必要があることが本例によって示唆された. クロナゼパムが奏効する抑うつ症例の臨床的特徴や, 躁転を未然に防ぐためのクロナゼパムの至適用量および適切な併用薬剤については, 今後の症例の積み重ねによる検討が必要である.

8) C型慢性肝炎に対するインターフェロン療法中に抑うつ状態を来した1例

渡辺 亮・佐藤 純雄 (山形県立鶴岡病院)
富田 晋吾

本邦では1992年1月にC型慢性肝炎に対するインターフェロンの使用が健康保健適応となり, それ以来各施設にて積極的に使用され, その成果が確認されつつある. しかし, その副作用として発熱, 関節痛, 頭痛などの身

体症状の他に、精神症状も注目されて来ている。今回、C型慢性肝炎に対するインターフェロン療法中に抑うつ状態を来した1例を経験したので報告する。

症例は44歳、女性。31歳時に先天性心房中隔欠損症の手術を受け、その時の輸血が原因でC型肝炎に感染した。平成7年1月24日よりC型慢性肝炎に対して総合病院・内科に入院してのインターフェロン療法が開始され、その直後より抑うつ気分、不安感、食欲不振、不眠などが出現した。インターフェロンの減量後も抑うつ気分が強まり、3月3日に降圧薬を大量にのみ服薬自殺を図り、この時点でインターフェロン療法は中止された。3月6日に当院紹介、3月13日に入院となった。アミトリプチリン、チオリダジンを主体とした薬物療法によって、徐々に精神症状は改善し、3月29日に退院となった。現在、精神症状の再燃は認めていない。

本症例での主な精神症状は抑うつ気分、不安・焦燥感、食欲不振、不眠であった。インターフェロン療法時に見られる精神症状としては意識障害、傾眠、知能低下、見当識障害、味覚・嗅覚障害、知覚障害、精神錯乱、幻覚、不安、不穏、躁状態、うつ状態、尿失禁、拘禁反応、人格変化などの報告がある。

これらのインターフェロンによる精神障害への対策としては、まず第一に、精神的病歴を詳細に聴取し、うつ病、自殺企図の既往のあるものには投与しないこと。第二に、家族歴にうつ病、自殺企図が見られたら、投与に際して厳重な注意をすること。第三に、抑うつ症状や自殺念慮の出現を見たらインターフェロンの減量、中断、中止に踏み切り、対症的に抗うつ薬などを使用すること。その他の精神症状についてもこれに準じて対応すること、などが上げられる。しかし、例えば比較的軽症のうつ状態などの場合に、インターフェロン療法を継続しながら向精神薬を使用する際の効果についてなどはあまり多くの報告がなく、はっきりしたことは、まだ分からないというのが現状である。

インターフェロン治療中に生じる精神障害は臨床上、非常に重要であり、今後、一層の研究が必要であると考えた。

9) 精神科領域の救急医療について

武内 広盛・野方 俊郎 (国立療養所犀潟)
北村 秀明・西沢 芳子 (病院精神科)

精神科領域の救急医療は、平成10年までに全都道府県単位で組織化される運びになっている。この背景には、

精神科医療の地域への傾斜が存在しているが、その結果多くの精神障害者が、地域社会で生活を始めることになる。その概算には、現在の35万人の精神科入院患者のうち10万人は、条件さえ整えば退院が可能であるとの見解が、1つの参考になるものと思われる。ただ、こうした地域精神医療の流れが、精神科救急の組織化にドライブをかけはしたが、精神障害には根源的に救急を必要とする面がある。いずれ医学的にこのことが総合的に解明されるべきものと思う。

精神科救急医療の範囲は、以下の5つに分類される。(1) 緊急(自傷他害)、時間外一般診療、リエゾン・コンサルテーション・サイカイアトリー、身体合併症救急、電話相談(患者とその縁者、公的機関)、応急入院、救命救急センターとの連携、(2) 予防精神医学(発症予防、再発・再燃防止)、訪問医療(往診を含む)、(3) 慢性難治例、対応困難例(所謂処遇困難例)、(4) mentally disordered offender(精神障害犯罪者)、(5) 大災害時の精神科救急・救護。

当面どの自治体でも、(1)の領域の一部、所謂緊急精神科医療に組織的対応を実施し、もって精神科救急医療としているのが現状である。新潟県関係の精神病院を対象に調査したところでは、救急医療には半数が独自に対応しているが、極めて不完全であり、緊急医療を中心として救急システムを、91%の病院が必要と考えていた。またシステムの構成では、公的病院を軸にしたブロック制を考える向きが多いが、救急専門病院や身体合併症の救急を抱き合わせたシステムを構想する意見もみられた。近い将来に予測される、精神病院の機能分化を考慮すれば、救急のありかたも自ずから変化せざるを得なくなる。つまり、救急で扱う病態は、所詮が多様な精神障害者の示す病態のうちの1つに過ぎないものであれば、精神科リハビリ専門施設が存在するように、救急相当の病態だけを専門に治療する病院が現れることを、むしろ期待することになるように思われる。

国立医療機関は政策医療を実施する場所であるから、精神科救急というようなすくぐれて地域に密着した領域だけでなく、より広域的な医療を実施することが求められる。

地域に密着した、緊急を軸とする救急医療を含め、いま仮に精神科急性期総合医療といったものを考えると、国立の精神科医療は、刑法の改正を受けての犯罪精神障害者治療、大災害時の精神科救急・救護の2つを核に、対応困難例や慢性難治例の治療、予防精神医学などにも責任を求められるものと思う。地域の救急医療に参加す