

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

ることを契機に、開かれた活発な精神科医療機関として、今後の運営が図れるように努力したいと考えている。

II. 特別講演

「日本脳炎, SSPE, DRPLA, 電子顕微鏡
—精神医学より出発した個人的な研究体
験を振り返って」

長岡療育園

小柳新策先生

第3回血液・血管研究会

日時 平成7年11月10日(金)
午後6時～8時
場所 新潟グランドホテル
3階 悠久の間

I. 一般演題

- 1) 脳血管の血行動態評価における経頭蓋エコー検査の現状と応用について

榛沢 和彦・大関 一 (新潟大学第二外科)
江口 昭治
中島 孝・福原 信義 (国立療養所犀潟
病院神経内科)
伏島 徹・今野 公和 (北日本脳神経外科
病院)

経頭蓋エコー検査は機器の開発と改良によって最近著しい発展をしている。断層像とパルスドップラーの両方が同時に表示できる duplex type の経頭蓋エコー用の機器の開発及び赤血球からのエコー反射強度で血流を表示する power Doppler 法の開発によって比較的容易に頭蓋内の血管走行が描出可能になっている。従来のパルスドップラー単独のいわゆる transcranial Doppler (TCD) では頭蓋内血管の位置や走行がわからなかったため、血管とパルスドップラービームとのなす角度による補正ができないという欠点があったが、duplex scanning を行うことにより血管走行を確認しながらサンプルボリュームの位置を決めることでより正確な流速測定が可能となった。このため中大脳動脈等の脳内血管の血流速度の左右差の検出が可能となり、脳内の血行動態の評価も可能であると報告されている。また TCD についても、これ

までは血栓のシグナルとアーチファクトの区別が難しかったが、最近の機器ではその区別が容易にできるようになっており、血栓の検出用としてその重要性が再認識されている。また日本人を含めた東洋人は欧米人に比べて経頭蓋エコーの描出率が低いと言われているが、超音波造影剤の使用により描出率が上昇することが報告されている。

今回我々は Ultramark9 (ATL), SONOS2500 (HP) 及び SSD2000 (Aloka) を用いて 2.0～2.5 MHz のセクター型プローブで duplex scanning による経頭蓋エコー検査を施行し、頭蓋内血管の血行動態の評価を試みたので報告する。また power Doppler 法は color Doppler 法よりも頭蓋内血管の描出に有用であったが、さらに頸動脈狭窄病変や大腿動脈狭窄病変等の末梢動脈病変にも power Doppler 法が有用であったことを合わせて報告する。

- 2) 解離性大動脈瘤による慢性 DIC に対する
ワーファリン、インドメタシン併用療法

永井 孝一・阿部 惇 (新潟県立中央病院
内科)
村川 英三
庭野 慎一・古寺 邦夫
鈴木 正孝・高野 諭 (同 循環器内科)

解離性大動脈瘤に合併した慢性 DIC に対し、凝血学的安定と患者の QOL の向上をめざし、非注射製剤を用いた内科的治療を施行したので報告する。

(症例) 58歳, 男性. 1975年, 解離性大動脈瘤にて開胸術を施行するも, 処置できず閉鎖した. 以後, 近医にて対症療法を受けていた. 1990年11月8日, 息切れ, 動悸を主訴に当院循環器科受診し, 即日入院となる. NYHAⅢ°, CTR 66.5%, ARⅢ°, MRⅢ°, TRⅢ°による心不全の診断にいたる. CTにて大動脈弓-腎動脈直上にいたる偽腔を認め解離性大動脈瘤の進行と, 壁在血栓を認めた.

PLT $8.1 \times 10^4 / \mu\text{l}$, APTT 44.1 sec, PT 測定不可, Fbg 44 mg/dl, FDP 160 $\mu\text{g/ml}$, ATⅢ 86%, $\alpha 2\text{PI}$ 54%, FDP D-Dimer 8,430 ng/ml. ヘパリン 10,000 単位の24時間持続点滴と, FFP 輸血にて, 11月29日より加療し, 12月3日には, Fbg 176 mg/dl, FDP < 20 $\mu\text{g/ml}$ と改善した. 外来治療を目的に, ワーファリン, ブコローム併用療法により TTO 20～30%にコントロールし, 血小板の活性化の抑制を目的にインドメタシンを併用し, ヘパリンを漸減中止した. 1991年1月30日, PLT $11.8 \times 10^4 / \mu\text{l}$, APTT 44.6 sec, PT 32.8%, Fbg 191 mg/dl, FDP 40 $\mu\text{g/ml}$, FDP D-Dimer 4,680 mg/ml,