

後の受診と並んで4～5ヶ月後の受診が相当数にのぼる。

- (2) 女性は地震直後に受診するケースが多く、男性はむしろ時間をおいて受診に至っている。
- (3) これまでは受診が少なかった40代・50代での受診者数が増大している。  
特に50代男性の受診が目立つ。
- (4) 診断では、ICD-10によるF4コードが圧倒的多数を占める。  
従来殆ど認められなかった急性ストレス障害やPTSDの診断も見られる。
- (5) 50代男性では、F3コードの増加が著しい。
- (6) 地震後8ヶ月間について診断名の推移を男女別で見ると、男性ではF3コードが減少・F4コードが増加し、女性ではF3で横這い・F4が減少となっている。
- (7) 直接のストレス因として地震を挙げた患者は、40代から70代が主である。
- (8) 主訴の内容としては不安・恐怖とならび身体症状が目立ち、経過の中でそれらが反復されている。

#### 【まとめ】

- ・地震直後の「ストレス外来」受診の状況は、全般として大きな変化を認めていない。
- ・地震直後の混乱が一段落してから、受診者数の増大・主訴の均一化・診断内容の変化といった点で受診状況に影響が見られる。
- ・地震被害の甚大さに比して精神症状が重症のケースは少なく、その理由の一つとして災害に対する地域住民の受容性・認容性の高さが伺われる。

### 3 神経精神症状に対してミルナシプランの単剤投与が奏効した進行性核上性麻痺の1例

横山 裕一<sup>1)</sup>・渡部雄一郎<sup>1, 2)</sup>  
小澤鉄太郎<sup>3)</sup>・今村 徹<sup>4, 5)</sup>  
福井 直樹<sup>6)</sup>・高橋 誠<sup>1, 6)</sup>  
染矢 俊幸<sup>1, 6)</sup>

新潟大学医歯学総合病院精神科<sup>1)</sup>  
松浜病院<sup>2)</sup>

新潟大学脳研究所神経内科学分野<sup>3)</sup>  
新潟リハビリテーション病院神経内科<sup>4)</sup>

新潟医療福祉大学医療技術学部言語聴覚学科<sup>5)</sup>

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野<sup>6)</sup>

【はじめに】進行性核上性麻痺 (progressive supranuclear palsy; PSP) は眼球運動障害、易転倒性、痴呆等を主症状とする変性疾患であり、その治療法は未確立だがセロトニン (5-HT) やノルアドレナリン (NA) 神経系に作用する薬物が有効であったとする報告が散見され、最近では5-HT・NA再取り込み阻害薬の milnacipran (MIL) が有効であった症例も報告されている。しかし、これらの症例の大多数は複数の薬物が併用されており特定の薬物に対する治療反応性を議論することに困難があった。今回我々はMILの単剤投与が奏効したPSPの1例を経験したので報告する。

〔症例〕66歳の男性。64歳時から意欲が低下し臥床傾向となった。同時期から転びやすくなり、車の運転がぎこちなくなった。目が見えにくいと何度も眼鏡を代え、書字が稚拙になった。次第に易転倒性が悪化し、65歳時に神経内科を受診した。姿勢反射障害、垂直性眼球運動障害、構音障害、軽度痴呆症状が認められ、頭部MRIによる中脳被蓋の萎縮など脳画像所見と併せPSPと診断された。66歳時に自殺企図がみられ、精神科に入院となった。MIL単剤投与(25mg/日)開始後4日目には姿勢反射障害や眼球運動障害が改善し、3週目からは意欲の向上もみられ、仰臥位からの起き上がり時間も徐々に短縮し投与開始4週後に退院となった。

【考察】PSPに対するMILの効果は5-HTおよびNA再取り込み阻害作用によるものと推察されるが、PSPの病態における5-HTやNAの関与は未だ明らかでなく、PSPの臨床・病理学的サブタイプによって治療に対する反応性が異なる可能性も考えられ、今後も治療例を蓄積することが重要である。本症例は単剤投与により症状の改善がみられた点で意義があるものと考えられ、MILはPSPの治療に有効である可能性が示唆された。

#### 4 大うつ病性障害を併存した身体表現性障害に、修正型電気痙攣療法が奏効した1例

渡辺 純蔵・北村 秀明・染矢 俊幸\*

新潟大学医歯学総合病院精神科  
新潟大学大学院医歯学総合研究科  
精神医学分野\*

特に高齢のうつ病患者では、身体的愁訴が多いと言われる(柄澤1991)が、うつ病と身体的愁訴との関係は、主に以下の3種類に分類できる。すなわち、1) うつ病の一つの症状としての身体的愁訴、2) うつ病症状の等価物としての身体的愁訴、3) うつ病とは独立した身体的愁訴を主体とする精神疾患の併存、である。

今回私達は、大うつ病性障害(以下MDD)と身体表現性障害のcomorbidityと考えるべき症例を経験し、うつ症状と身体的愁訴の両者に修正型電気痙攣療法(以下mECT)が奏効したので報告する。

症例は58歳男性。元来自分の健康にこだわる傾向があったが、特に問題になる事はなかった。4年前、特に誘因なく胃部不快感が出現し、食欲が低下した。その後腹痛、不眠、焦燥、意欲低下が出現し、臥床傾向になった。近医精神科を受診し、種々の投薬を受けたが効果なく、ECT目的に当科紹介受診。MDD、鑑別不能型身体表現性障害と診断され、入院の上、mECTを施行したところ、腹痛、焦燥は軽度残存したが抑うつ症状は消失し、退院となった。退院後より腹痛の訴えが増悪し、食事が低下、体重減少を来し、著しい焦燥を認めため、退院3ヶ月後に再入院となった。再度

mECTを施行したところ焦燥は速やかに消退し、その後腹部症状も消失した。

本症例では、MDD発症の30年以上前から健康へ過剰な憂慮が存在した事、常に身体的愁訴(腹痛など)が前駆し身体的愁訴が一定期間持続した後に抑うつ気分、焦燥が出現し大うつ病エピソード(以下MDE)を満たすようになる事、mECT施行後最初に抑うつ気分、焦燥が消失しMDEを脱するが身体的愁訴はしばらくの間持続する事、身体的愁訴が気分症状と完全に同期せずMDEより長期間に渡っている事から、身体的愁訴をうつ病症状の一部、あるいはうつ病症状の等価物とせず、身体表現性障害とMDDのcomorbidityとした。

MDDに伴う身体的愁訴はこれまで、うつ病症状の一部、あるいはうつ病症状の等価物とみなされ、comorbidityと診断しない場合があったと推測される。抑うつ症状と身体的愁訴の時間的關係や患者の心理的特徴をより綿密に検討すれば、MDDと身体表現性障害とのcomorbidity診断がより多く下される可能性がある。本症例では、初回入院の退院後に残遺していた身体的愁訴が悪化し、それに続いてMDDが再発したことから、身体表現性障害のcomorbidity診断を十分認識しておくべきである。

身体表現性障害に対するECTについては、76歳男性の舌痛症が改善した症例(三澤ら2004)、気分症状を併発した原発性慢性疼痛患者20人にECTが効果的であった報告(Bloomstein, et al 1996)、併発した重症うつと慢性顔面痛双方にECTが効果的であった症例(Hampf, et al 1992)等がある。一方、身体化障害に対しては、ECTは有効ではないと考えられている。本症例では、mECTがMDDに加えて身体表現性障害をも改善したように見える。しかし身体表現性障害に対するECTの有効性を示唆するevidenceは少数の症例報告やオープン試験に限られ、今後さらなるevidenceの蓄積が待たれる。現時点では、より慎重に適応を考えるべきであろう。