

現・増悪し、水中毒から悪性症候群と横紋筋融解症を併発した1症例を経験した。症例は31歳の男性、統合失調症の外来患者である。X-1年2月ころから被害妄想が出現し、3月にA精神科病院を受診した。被害妄想や解体した会話などから統合失調症と診断され、RIS 3 mg/日などの投与により、被害妄想などは軽減した。X年1月ころから幻聴が認められるようになり、2月にRISが4 mg/日に増量された。このころから多飲水傾向が存在したようであり、けいれん発作が数度みられた。不安症状の増悪に伴い、RISは3月に6 mg/日、4月には9 mg/日に増量された。5月、水中毒に伴う意識障害を呈しB総合病院救命救急センターに入院となった。筋強剛、発汗、CK上昇、褐色尿などが認められ、悪性症候群と横紋筋融解症を併発した。呼吸不全や急性腎不全も合併したが、人工呼吸器管理および血液透析などの集中治療により良好な経過をとった。本症例ではRISの増量に一致して多飲水が出現・増悪したが、Karら(2002)、Kruseら(2001)もRISの増量により多飲水の出現や悪化を認めた症例を報告している。これらの症例報告は、RISが多飲水を惹起あるいは増悪させる可能性を示唆している。多飲水は抗精神病薬の慢性的なドパミンD2受容体遮断により惹起されるという仮説が提唱されているが、RISは非定型抗精神病薬のなかではD2受容体遮断作用が強く、高用量になるほどその作用が増すことは、この仮説に合致する。

#### 4 維持ECTにより寛解維持に成功した薬物治療抵抗性うつ病の1例

橘 輝・北村 秀明\*・染矢 俊幸\*  
新潟大学医歯学総合病院精神科  
新潟大学教育研究院医歯学系精神  
医学分野\*

修正電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy, 以下ECTと略す)は、うつ病に対する重要な治療オプションの一つであり、薬物治療抵抗性の大うつ病性障害(MDD)に対して50~90%の高い有効性を示す。しかし大うつ病

エピソード(MDE)の再燃・再発を十分抑制できないという問題点があり、これを克服する方法の一つとして、近年、維持ECTが注目されている。維持ECTの実施方法については現在のところ、明確なガイドラインが確立されておらず、様々な方法が試行錯誤的に用いられている。

今回我々は、薬物では寛解状態を維持できなかったMDD患者に対して、急性期ECTに引き続いて維持ECTを行い、寛解維持に成功した一例を報告する。症例は59歳の女性。過去2回のMDEではいずれも重昏迷状態を呈し、clomipramineによる薬物治療が奏功した。そこで3回目のMDEに対しても、clomipramineによる薬物治療を行ったが、不整脈などの副作用のため継続不可能であった。幻覚と妄想を伴い、再び重昏迷状態となったため、ECT施行目的に入院した。入院後、ECTを計3クール施行したが、薬物療法では寛解状態が継続せず、再燃を繰り返した。種々の抗うつ薬や抗精神病薬を試みたが効果なく、入院期間が2年と長期化したため、維持ECTの適応と考えた。4クール目の急性期ECT終了後、ECTを週1回の間隔で1ヶ月行い、2ヶ月目からは2週に1回、4ヶ月目からは4週に1回と間隔を延長した。その間、急性期ECTで得られた寛解状態は維持され、入院から887日目に退院した。

維持ECTの有効性・安全性に関する研究や、実施方法の標準化が急務である。しかし本症例のように、適切な薬物療法を行ったとしても、再燃・再発を防ぎ切れないうつ病は、よい適応となるかもしれない。

#### 5 県立小出病院における修正型電気けいれん療法

小河原克人・布川 綾子・田崎 紳一  
油井 勝彦\*・高橋 邦明

県立小出病院精神神経科  
同 麻酔科\*

電気痙攣療法(ECT)は速効性で治療有効性が高いとされ、大うつ病性障害や統合失調症を中心

とした精神疾患に対して広く施行されてきた。しかし、薬物療法の発展や懲罰的な不正使用等のため一時的に倦厭されていた時代もあった。そのため適応について慎重に検討し、根拠に基づくECT施行が大切であるといえる。1970年ころからは、薬物抵抗例を中心に見直されており、患者の苦痛や痙攣時骨折などの合併症を防止するために全身麻酔等を用いる修正型電気痙攣療法(mECT)が行われている。

県立小出病院では、米国精神医学会タスクフォースレポート等に基づきmECT適応を決定し、2003年4月から2004年12月末現在で、延べ171回施行した。大うつ病性障害や統合失調症の症例に行い治療有効性を認めたものの、症状再燃のためやむを得ず維持mECTを行った例も経験している。

当院におけるmECT適応などについて検討し、若干の考察を加えて報告する。

## 6 一般病院におけるアルコール医療の取り組み

今村 達弥

下越病院心療科

【背景】当院では2004年1月より精神保健指定医1名(演者)が常勤となり心療科が開設された。その前年、当院に身体合併症で入退院をくり返したアルコール依存症者が、妻に殺されるという事件が起きた。一般病院におけるアルコール症者に対する対応の問題点を象徴する事例を反省として、当院のアルコール医療の取り組みが始まった。

【介入①】当院医局会議、地域症例検討会にて、開業医を含む身体科医に、CAGE質問法によるアルコール依存症のスクリーニングとその対応につ

いて提示した。

【介入②】開業医から紹介されたアルコール症者について、結果的に限界設定に失敗し診療中断となった症例を経験し、個人面接以外のアプローチの必要性を痛感した。そこで3月より当院相談室においてアルコール・ミーティングを開設した。

【ミーティングのまとめ】この9ヶ月間に延べ12人の参加があった。その内現在在宅中の男性10名についてまとめる。心療科外来受診者7名(現在継続中4名)。現在断酒あるいは安定した節酒を行っている者、9名(現在定期的参加5名、何らかの就労6名)。入院中に初回導入した5名の内4名は、外来で1度も参加していないが、2名が現在断酒(ともに復職)、1名が節酒、1名が再発飲酒である。

【その他の介入】アルコール教育入院、職員向けセミナー、問題飲酒者の心療科コンサルテーション・リエゾン・システムづくり。

【考察】飲酒を健康増進上どう捉えるか医療スタッフ間で統一した見解がない。問題飲酒者を多次元で捉える、複数のアプローチを考える、等の視点が医療スタッフに欠如していた。ミーティング参加が定着する中で、グループの親和性が高まってきたが、自助グループとしての成長はこれからの課題である。

## Ⅱ. 特 別 講 演

「電気けいれん療法をめぐって」

東京都立豊島病院副院長

一 瀬 邦 弘