

たが、現在でも新鮮例の報告が見られる。また、近年の画像診断法の進歩により進行麻痺における PET や SPECT の報告がいくつか見られるが、その多くは前方部優位の脳血流の低下を認めている。今回われわれは、ペニシリン点滴静注療法を行った2症例につき、SPECT による脳血流量の検討を行ったのでここに報告する。

症例1は33歳、男性。構語障害、易怒性、幻聴などが見られ、血清および髄液中の梅毒抗体価の高値を認めたため、ペニシリン内服による駆梅療法が行われた。治療後、幻聴は見られなくなったが、感情鈍麻、思考の貧困化、注意散漫、了解不良などの症状を認め、血清梅毒抗体価が高値であったため当科紹介となった。当科にてペニシリン点滴静注療法を行ったが、臨床症状の改善は見られず、血清梅毒抗体価も不変であった。頭部 MRI では脳全体の萎縮と脳室の開大を認めた。SPECT では、大脳皮質全般の著明な血流低下を認め、特に前頭葉から側頭葉に著しかった。

症例2は37歳、男性。集中力・記憶力の低下、易怒性、構音障害などが認められ、血清および髄液中の梅毒抗体価が高値であったため、ペニシリン点滴静注による駆梅療法が行われた。治療後、易怒性、構音障害などは改善したが、記憶力障害、感情鈍麻、思考の貧困化などが存在し、血清および髄液中の梅毒抗体価も依然として高値であったため当科紹介入院となった。当科にて再度、ペニシリン点滴静注療法を行ったが、臨床症状、血清および髄液中の梅毒抗体価ともに改善しなかった。MRI では脳全体の萎縮と脳室の開大が見られ、T2で前頭皮質下に高信号域が認められた。当科における治療前の SPECT では、両側前頭葉から側頭葉にかけて、海馬傍回、基底核、左視床に低血流を認めた。この所見は、治療後においても不変であった。

前述した通り、先行する報告では進行麻痺において前方部優位の脳血流の低下を認めたものが多いが、今回の2症例でも前方部優位の脳血流の低下が見られた。また、駆梅療法のあとで精神症状の改善と相関して血流の改善を認めたとの報告もあるが、今回、治療前後で脳血流を比較した症例2においては精神症状および脳血流の改善は見られなかった。この症例においては前医ですでに駆梅療法が行われ、精神症状の若干の改善が認められた後で脳血流の測定を行っており、そのために治療前後で血流の改善が認められなかった可能性があり、今回見られた血流の低下は、進行麻痺による脳実質の不可逆的変化に関連している可能性が考えられた。

A-4) 高用量 clomipramine が著効した身体醜形障害の一症例

塩入 俊樹・染矢 俊幸(新潟大学
精神医学教室)

身体醜形障害 (Body Dysmorphic Disorder: 以下 BDD) の臨床的特徴は、外見の欠陥に対するとらわれである。そしてその欠陥は想像上のこともあるし、また小さい身体的異常が存在していてそれに対する患者の心配が著しく過剰である場合もあるとされる。

BDD は1886年に Morelli によって "dysmorphophobia" (=dismorfofobia, 醜形恐怖症) として初めて報告された。Philippopoulos (1979) によると、その語源は特に顔の醜さを意味するギリシャ語の "dysmorphia" で、Herodotus がその歴史書の中で最初に用いたのだという。ちなみにこの障害を持つ患者は、その身体的欠陥のためにしばしば形成外科を受診し、手術を希望する。幸田 (1994) は手術希望のある形成外科受診者180名中に20名 (11.1%) が BDD の診断基準を満たしたという。

BDD 患者の治療は服薬を含めて精神科治療の受け入れ・継続がまず最大の難関とされ、これまでわが国での BDD 治療に関する報告は、薬物療法がほとんど効果がないとされていた。しかしながら最近、clomipramine (CMI) や fluvoxamine 等のセロトニン再取り込み阻害薬 (Serotonin Reuptake Inhibitors: SRIs) が BDD 症状に効果があるとした研究結果が欧米を中心に示され、注目されている。

我々も13歳時初発の BDD 症状が29歳時の大うつ病性障害エピソードの出現と共に悪化し、CMI の通常量投与ではうつ状態のみの軽快しか得られず、高用量投与によって完全に BDD 症状が消失した一症例を経験したので、報告した。

本症例の主訴は「耳の形が(他人と)違う」、 「自分の左右の顔が違う」、 「自分のペニス(他人より)ひどく曲がっている」という身体各部に対するこだわりであり、この BDD 症状は転居・転職により生じた適応不全からうつ状態を呈し、更に悪化していた。そのため入院にて amitriptyline (AMI) の薬物療法から開始した。しかしうつ状態は改善するものの BDD 症状は不変のため CMI に変更された。更に CMI の通常最大量 (225 mg/日) でも同様の状態のため、心電図でフォローしながら 300 mg/日まで増量した。その後3週間で BDD 症状は完全に消失し、以後3年以上にわたって再発は見られていない。

今回、BDD 症状は AMI では改善せず、CMI にて症状消失に至った。その理由として、CMI は SRI の一つで、セロトニンに対する再取り込み阻害作用が他の 3 環系抗うつ薬に比し強いことが挙げられる。また BDD は Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (OCS) という疾患グループに含まれるとされ、OCS の代表的な障害として強迫性障害が挙げられる。その OCD の治療にはうつ病の治療に比し高用量の薬物が必要とされている。今回我々が用いた高用量 CMI によって初めて BDD 症状が消失したことから、BDD の治療にはうつ病に比してより高用量の薬物が必要なのかもしれない。

A-5) 新潟大学医学部付属病院精神科における DSM-IV 診断による初診患者の内訳
—DSM-IV 診断を 1 年間行ってみて—

渡辺	清美	・	渋谷	太志
福井	弘恵	・	本田	潤
天金	秀樹	・	澤村	一司
細木	俊宏	・	塩入	俊樹
柴矢	俊幸			(新潟大学 精神医学教室)

精神科診断学の流れに新しい転換期が訪れたのは、今から 20 年余りも前となる、米国精神医学会の公式診断基準である DSM-III が世に出た 1980 年である。それによって、それまでの各々の精神科医の経験のみに基づいた曖昧な診断から、診断項目を具体的に列挙し、その診断基準に合致さえすれば誰でもが一貫した診断を下せるという、操作的診断基準を用いるようになった。それから早 20 年が経ち、現在では DSM-IV (1994) や ICD-10 (1993) 等の操作的診断基準が欧米ではスタンダードとなっている。しかしわが国ではそこまでは至っていないのが現状である。

我々も 1998 年度より DSM-IV 診断基準を用い、新患および入院患者の診断を行っている。そこで今回、DSM-IV による疾患別頻度・内訳の検討、他施設（滋賀医科大学）との比較等を行ったので報告する。

調査対象は 1998 年 4 月 27 日～1999 年 9 月 10 日の間（約 1 年 4 ヶ月）に当科外来を初診した 1,041 人とした。男性 416 人、女性 615 人、平均年齢は 37.0 ± 18.75 であった。各診断カテゴリー別では、気分障害 263 名で 23.7%、精神分裂病及び他の精神病性障害が 153 名で 13.8%、以下不安障害 (12.3%)、適応障害 (8.4%)、身体表現性障害 (8.1%) となった。性差に関しては、男性に最も多かったのが幼児期、小児期、青年期の精神

障害で、男性が女性の 2.2 倍、一方女性では摂食障害が男性の 18.7 倍となっていた。ちなみに、幼児期、小児期、青年期の精神障害の中では特に注意欠陥及び破壊的行動障害が 7 : 1 ともっとも男女比に差が存在した。

4000 名以上の外来初診患者の DSM-III-R 診断を行っている滋賀医科大学付属病院との疾患別頻度の比較では、2 施設共に気分障害が最も頻度が高く、全体的にはほぼ同じ傾向が示された。当大学の特徴的な所見として、滋賀医科大学に比し摂食障害が有意に多いことが挙げられた。摂食障害の中では、神経性無食欲症が 44.1%、神経性大食症は 30.5% で、残りは特定不能の摂食障害と診断されていた。平均年齢としては、神経性無食欲症の方が神経性大食症よりも若い傾向が認められた。この障害が慢性・難治性であることを考え合わせると、出きるだけ早くこのような疾患を集中的に治療できる場を確保する必要があると思われた。また、DSM-IV 診断を不明とする症例が 45 名にのぼったことは、DSM-IV 診断への親和性がまだ乏しいことを示しており、今後も DSM-IV 診断を日常的に用いて、その診断の信頼性・妥当性をより高めて行く必要があると考えられた。

B-6) 長期入院中の精神障害者における糖尿病の治療とインフォームド・コンセント

梶 鎮夫・佐野 孝 (白根緑ヶ丘病院)

当院長期入院中の精神障害者 164 名（閉鎖病棟 84 名、開放病棟 80 名）について調査したところ、治療中のインスリン非依存性糖尿病患者は 19 名（男 12 名、女 7 名）であった。この人達について、血糖コントロールの良否、食事療法の遵守の良否、肥満度などについて調べた。その結果、19 名中 13 名では血糖コントロールはほぼ良好であった。肥満度とコントロール良否の関係では、-20% 以上の痩せた人ではすべて不良であったが、肥満者では一定の傾向は認められなかった。次に開放と閉鎖病棟と肥満度の関係を見ると 20% 以上の肥満者は開放に、-20% 以上の痩せた人は閉鎖病棟のみにみられた。

血糖コントロールと食事療法遵守についてみると、血糖コントロール不良の人はすべて食事療法遵守不良であった。

家庭よりも入院中、開放病棟よりも閉鎖病棟の方が食事療法を管理して行うことは容易ではあるが、閉鎖病棟での管理は自主性を妨げるなど問題があることを指摘した。