10）多飲水に引き続き悪性症候群を呈した1症例

小板橋朋巳・村竹　辰之
横山　知行　（新潟大学精神科）
鈴木　雄二　（末広橋病院）

多飲水に引き続き，悪性症候群を発症した症例を報告し，この症例における悪性症候群発症の要因について若干の考察を加えた．

症例は45歳，精神分裂病の男性である．1969年（18才時）幻覚妄想状態で発症し精神病院に入退院を繰り返し，現在までに13回の精神科入院歴があった．1989年よりS精神病院に入院中．自閉，感情の鈍麻，思路の緩みなどの陰性症状が主体で，精神運動興奮，緊張病性昏迷，常同症，衒奇症などの，緊張型分裂病の症状は認められなかった．

1996年8/27，水分を多量に嘔吐し，多飲水行動が明らかに認められるようになった．言動が支離滅裂となり，行動にもまとまりが無くなったためハロペリドール5mgの筋注を連日施行したところ，GOT，GPT，LDH，CPK，WBC，ミオグロビンの上昇など悪性症候群及び横紋筋融解症を示唆する所見を示した．このため，これまで服薬していた薬剤を全て中止した．発汗，頻脈，発熱，構語障害，眼球上転，上肢の筋強剛，嚥下障害などの症状が次第に憎悪し，また意識レベルも低下した．直ちにダントロレン40mgの点滴とブロモクリプチン15mg，ロラゼパム5mgの投与を開始．その後も，発熱，筋強剛，頻脈，発汗等は続いていたが，9/25意識レベルが清明となり，会話や開眼が可能となり，前記症状も改善していった．

本症例では悪性症候群の発症に先行して顕著な多飲水行動が認められた．8/27から9/4の間の臨床検査所見がないため，推測の域を出ないが，この時点で水中毒が存在していた可能性は否定できない．

また多飲水後の行動異常により身体的に疲弊状態にあり，また悪性症候群の身体症状の出現に先行して，ミオグロビン値の上昇，ミオグロビン尿に見られるように横紋筋融解を示していた．これらの要素が今回の悪性症候群発症の一因を成していたと考えられる．

以上より，本症例の発症要因を，まとめると，患者は多飲水により，おそらく水中毒の状態にあり，せん妄状態にあった．この時点で疲弊状態と共に既に横紋筋融解を生じていた可能性がある．このような悪性症候群発症の準備状態に，精神症状に対してハロペリドールの筋注がなされたため，悪性症候群の発症に至ったものと考えられる．

なお，本症例の反省点は，著しい多飲水後に認められた，水中毒をまず疑うべき精神症状を，精神病症状の悪化として捉え，抗精神病薬を増量したことで悪性症候群発症の一因を作ってしまったことである．

この症例を通じて，身体疲弊時や多飲水など，悪性症候群発症の危険因子のある患者においては，精神症状の悪化した際にも，可能な限り諸検査を行った上で慎重な薬物療法を行う必要があること，また，多飲水のある患者は，常に水中毒や悪性症候群の可能性に留意する必要があり，このためにも，入院患者の多飲水行動の有無を確認しておくことが重要であることを学んだ．

11）抗精神病薬を大量長期服用中に出現したtoxic megacolonの1剖検例

村竹　辰之・亀田　謙介（新潟大学精神医学教室）
高塚　尚和・内藤　眞（新潟大学第二病理学教室）

toxic megacolonは潰瘍性大腸炎の重篤な合併症として知られており，その死亡率は高い．しかしながら精神科領域でのtoxic megacolonの症例報告はほとんどなく，便秘等に関するまとまった研究報告も乏しい．我々は，急激に発症し進展したtoxic megacolonの剖検例を経験したのでここに若干の検討を加えて報告し，今後の精神科医療の向上の糧としたい．

症例は41才，男性，22才時に精神分裂病を発症し，その激しい精神症状のため長期にわたり精神科閉鎖病棟への入院と抗精神病薬および抗パ薬服用を続けていた．腹部手術の既往はない．35才時に仙骨部褥創の外科的治療を目的に当院閉鎖病棟に転入院した．褥創は計4回手術を受け，40才時には創部は閉鎖した．幻覚・妄想が強く思考障害もあり現実的な会話が非常に困難であった．訴えは極めて執拗で，妄想に基づく非現実的な要求などが満たされないと興奮し，時に保護室隔離を要するほどであった．これら精神症状の治療のため抗精神病薬や抗パ薬の高用量投与を必要とした．便秘傾向にあったが下剤の服用，浣腸処置，スタッフによる日頃の便通のチェックなどで便通は保たれていた．

41才時，夜間に腹痛が出現したものの，それは軽微で他にイレウスを思わせる症状は認められなかった．翌朝には著明な腹満とともに意識状態の低下，呼吸不全，血圧の低下などを認めショック状態となった．急遽ICUに転棟し循環，呼吸管理を開始した．腹部X-pにて横行

結腸から下行結腸にかけて最大径 12 cm の巨大結腸を認めた．

toxic megacolon と診断し，集中的な循環管理，呼吸管理等を行いながら保存的に腸管通過障害の改善を図ったが奏功せず，同日夜に結腸減圧を目的に横行結腸人工肛門造設術を施行した．さらに集中的な治療を続けたが多臓器不全のため発症後約48時間で永眠された．

病理解剖所見は，横行結腸から下行結腸にいたる拡張および全層性の壊死がみられた．また結腸の神経叢が全体的にまばらであった．

今回の症例は便通はコントロールされていたのだが，急激な腸管通過障害で toxic megacolon を発症した．発症前に既に megacolon や不可逆性の腸管運動の低下があったのかもしれないが確認には至っていない．極めて急激に推移したため．迅速かつ集中的な治療が施行されたものの改善せず不幸な転帰となった．精神科領域において toxic megacolon の経験は乏しく，またこれらの点から今回の症例は予想困難な経過をたどった．

今回我々が示したように精神科臨床に於いても toxic megacolon は極めてまれではあるが存在し，ひとたび発生すると非常に救命が困難となる．抗パ薬の適切な使用をはじめとした精神科薬の調節，下剤使用や生活指導などでの日常の便通管理がこのような病態の予防に効果的なのだろう．

12）生体腎移植の精神科リエゾンコンサルテーション活動について

田崎 紳一 （河渡病院）
稲月 原 （小出本田病院）
中山 温信 （高田西城病院）
高橋 邦明 （松浜病院）
田村 絹代 （五日町病院）
熊倉 恵子・和泉 美子・田中 弘・伊藤 陽 （新潟大学精神医学教室）

新潟大学医学部付属病院精神科では，コンサルテーション・リエゾン活動を続けているが，近年特に生体腎移植のリエゾンサービスの依頼が増加している．

生体腎移植では，腎を提供するドナーと，現在透析中のレシピエントとが同時に泌尿器科に入院する．すると，泌尿器科主治医が精神科リエゾン外来に術前の精神状態の評価と術後のフォローアップを依頼する．

レシピエントとドナーが，リエゾン外来に来ると，そこで精神科医は二人に会い，何故精神科医が面接するのかを説明し，精神状態の一般的な面接に引き続いて，腎移植術をうけることを決めた理由，ドナー選択までの経緯，手術に伴うリスクについての認識，などについて確認し，腎移植での問題点がないか否かを泌尿器科主治医に報告し，その後は平均週1～2回往診し入院中の不安や不満を聴き，時には主治医や看護スタッフとも積極的にカンファレンスの機会を得るようにしている．今回は症例を検討しつつ，生体腎移植での精神科リエゾン活動について，紹介した．

大部分の症例は何の問題もなく経過し退院してゆく．最初はそのような症例を提示した．

しかし症例の中には精神科的に問題が生ずることがある．次にそうした症例を紹介しつつ生体腎移植での精神科的問題点を抽出したところ，次の4点が明らかになった．

(1) 移植決定までの経過の確認
(2) ドナーの選択と家族の協力態勢の確認
(3) リスクの認識の確認
(4) 移植後の生活の受容

(1) 移植決定までの経過の確認

腎不全という過酷な状況を受容するまでには，キューブラ・ロスの言う喪の作業の5つの段階がある筈だ。つまり，① 否認・否定 ② 怒り・敵意 ③ 取引・探索 ④ 悲哀・抑鬱 ⑤ 受容・再生の5段階である．もしも初期の段階で移植を決定した場合，移植手術に対する理想化が強過ぎて手術に付随する多くの困難が否認されることが多いであろう．

(2) 家族の協力態勢の確認

生体腎移植での第2のポイントは，誰がドナーになるかという問題を含めた家族内力動の確認である．ドナーが決まるに当っては，周囲からの圧力が全くなく熟考の末自発的にドナーとして名乗りを上げてもらうことが理想である．

(3) リスクの認識の確認

① 手術の有益性と手術をしないことの不利益性．② 手術の危険性と手術をしないことの有益性．①と②とが同じ重さで議論された上で①が②を凌いでいる，と判断した上での決断であることが必要となる．

(4) 術後の受容の問題

最後に，① レシピエントが移植された腎臓をどうやって受け入れてゆくか，そして，② ドナーが片腎の生活をどうやって過ごしてゆくか，この2点を見守るのが退院後のリエゾンの仕事である．