

できた。

#### 4 カルバマゼピンの中止により一過性脳梁膨大部病変を呈した1例

高須 庸平・信田 慶太・菊地 佑  
渡部雄一郎

魚沼基幹病院精神科

カルバマゼピンは1966年に本邦で抗てんかん薬、三叉神経治療薬として発売され、精神科領域では双極性障害の躁状態や、統合失調症の興奮状態での適応があり、現在でも使用されることの多い薬剤である。今回、カルバマゼピン投与中止後に一過性脳梁膨大部病変を呈した症例を経験した。一過性脳梁膨大部病変は脳梁膨大部中間層にT2強調像および拡散強調像で卵円形の高信号を呈する病変である。

症例は50歳代男性で28歳ごろに不安や抑うつ症状などが出現し、X-20年には車の排気ガスで自殺企図した。X-18年から精神科病院に通院するようになり、X-14年に気分の高揚した期間があり、その後、多くは抑うつ状態で引きこもる生活が続いていた。X-8年に軽躁状態を呈して以降は再び抑うつ状態が持続し、X年7月14日に修正型電気けいれん療法を目的として当院を受診した。双極II型障害と診断し、カルバマゼピン400mg/day、炭酸リチウム400mg/day、ハロキセチン40mg/day、ミルタザピン45mg/day、デュロキセチン60mg/dayを内服していたため、電気けいれん療法に向け外来で漸減・中止を進めることとした。パロキセチンをまずは漸減中止とし、カルバマゼピンを7月24日に中止とした後、8月11日に施行した頭部MRIにて拡散強調画像、T2強調画像ともに脳梁膨大部に卵円形の高信号領域を認めた。臨床症状は全くないため、頭部MRIは再検査を予定し、薬剤の漸減・中止を継続した。その後、デュロキセチン、ミルタザピン・炭酸リチウムと順次漸減中止し、10月14日に電気けいれん療法を目的の入院となった。10月15日に頭部MRIを施行し、拡散強調画像、T2強調画像ともに

脳梁膨大部の高信号領域が消失していた。その間、気分症状以外には身体兆候、神経所見はなく経過していた。

一過性脳梁膨大部病変は感染性や薬剤性などの脳炎脳症、アルコール中毒・低栄養（Wernicke脳症）や低血糖などの代謝異常、SLEなどの血管炎、腎不全、電解質異常（浸透圧性脳症）、外傷、高地脳浮腫、高血圧や、痙攣重積など様々な病態に付随して出現する。あらゆる脳炎や脳症で起こる可能性があり、予後の良い疾患群を形成し、clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion (MERS)と命名されている。薬剤性では化学療法薬1クール目直後や抗けいれん薬（フェニトイン、カルバマゼピンなど）減量後に生じることが多いとされる。臨床像は発熱、頭痛、せん妄、意識障害などが生じることがあるが、無症状のことも多く、ほとんどが1か月以内に消失すると言われている。発生機序は特定されていない。

一過性脳梁膨大部病変はさまざまな病態に付随して発生し、精神科領域においても痙攣や抗けいれん薬の減量中止などに伴い遭遇する可能性がある。予後の良い可逆性の病変であるため、臨床医はその病態を認識し、不必要もしくは侵襲的な検査や治療は可能な限り避ける必要があると思われる。

#### 5 総合病院身体科病棟から精神科へ紹介される患者さんについて

～実際の症例件数より～

金安 亨太・松浦 友輝・岡田奈緒子  
直井 孝二・内田 訓・鈴木 康一  
松田ひろし\*

立川総合病院  
相模原厚生病院\*

【目的】立川総合病院は病床数481床を有する総合病院で、24科ある身体科の病棟は11棟に分かれている。新潟県中越地区においては二次救急医療機関の役割を担う。その中で精神科は、医師は非常勤で、交代制で「ストレス外来」と院内標榜

し診療を行っている。昨年は身体科病棟看護師のストレスに焦点をあて、精神科へと紹介される場面について触れた。せん妄や認知症の悪化による不穏行動・暴力的な行動などにより、「患者さんに寄り添う」「復帰のために支える」といった看護師の本質的な関わりができなくなる場面でストレスを感じやすい様子がうかがえた。今回は、実際の紹介されてきた患者さんの件数や診断名から、その特徴に触れてみたい。

【方法】精神科受付業務での記録から、平成27年1月から12月の期間内に身体科病棟から精神科外来へと紹介された患者さんについて、「初診日」「入院病棟」「診断名(医事登録されたもの)」を調べ集計した。

【結果】平成27年中に身体科病棟から精神科を紹介された患者さんは合計52名。その内訳は循環器内科11名、消化器内科9名、心臓血管外科9名、脳外科5名、外科4名、整形外科4名、耳鼻咽喉科・泌尿器科4名、呼吸器内科3名、産婦人科3名となる。曜日ごとでは、火曜日11名、水曜日26名、木曜日8名、金曜日6名、土曜日0名となる。診断名としては「器質性精神障害」「不眠」「せん妄」「うつ病」「うつ状態」といったものが多かった。

【考察】病棟看護師へのアンケートを裏付ける形で、せん妄状態や不穏行動、暴力などが想定される診断名が多かった。曜日ごとの紹介数には大きな差があった。土曜日は隔週での診察となり、また各曜日を担当する医師により休診や振替診が多いなどの特徴があるが、病棟からの紹介が多いのは「休診はほとんどなく毎週診察する医師」で、また「当院で最も長期間精神科外来を担当している医師」でもある。病棟のニーズとして細やかに診てもらえることは大きく、また医師の間での関係性も影響しているか。総合病院に精神科医が常勤していることは病院全体に大きなメリットがあるように思われる。

## 6 うつ病による身体化症状と考えられたが筋萎縮性側索硬化症と判明した1例

茂木 崇治・土馬場伸始・小泉暢大

県立新発田病院精神科

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症(Amyotrophic Lateral Sclerosis: ALS)とは、上位運動ニューロンと下位運動ニューロンの両方が系統的に変性する疾患である。有病率は100万人あたり50名程度であり、現在全国に約9,000名のALS患者が存在する。典型的なALSの症状は、一側上肢遠位部の手内筋の筋力低下から始まり、近位筋や舌の筋力低下、四肢麻痺、ひいては呼吸筋麻痺を引き起こす。一方では四肢にまったく異常がなく球麻痺から発病する場合も少なくない。今回我々は、身体疾患が否定されたためうつ病として治療されたが、抑うつ症状改善後も球麻痺症状や筋力低下が残存し、結果としてALSと判明した症例を経験した。

症例は75歳、女性。これまで気分症状の出現はなし。X-1年夏より、脱力感、全身倦怠感、呼吸困難出現し、次第に抑うつ気分、興味の減退、希死念慮もみられるようになった。内科受診するも異常を指摘されず、X年5月当科初診し、大うつ病性障害として入院加療開始された。セルトラリンmax100mgにて気分症状は軽快したが、呼吸困難、脱力感、ふらつきなどの身体症状は残存した。同年8月末に転倒し左上腕骨遠位端骨折受傷したため、整形外科の手術施行予定であったが、手術直前にCO<sub>2</sub>ナルコーシスを来し中止となり、呼吸不全の原因検索目的に呼吸器内科と神経内科で精査され、ALSと判明した。

【考察】ALSとうつ病の合併は稀ではなく、本症例の症状もALSによる症状およびALS罹患による2次的な抑うつ症状と考えた。うつ病をはじめとする精神疾患にみられる症状は必ずしも特異的なものではないため、抑うつ気分や興味喜びの減退などの中核的な抑うつ症状の前に出現した身体症状や抑うつ症状改善後も残存する身体症状に遭遇した際には、積極的に身体疾患を疑うことが重要である。