

4 リチウムの投与回数を増やし、一回投与量を減らせたことで忍容性が改善した双極性障害の1例

高須 庸平・三上 剛明・保谷 智史
信田 慶太

県立小出病院精神科

炭酸リチウムは双極性障害の薬物治療の中心を担っているが、リチウム中毒などの重篤な副作用があり慎重な管理を要する。今回、嘔気のためリチウムの増量を断念されていたが、投与回数を増やして、1回投与量を減らすことで嘔気が消失して、症状の改善を得た症例を経験した。

症例は30歳代の男性で、就職した職場の同僚と折り合いが悪く、徐々に不眠や意欲低下、気分の落ち込みなど出現し、X-4年にAクリニックを初診した。うつ病の診断で薬物治療を開始されたが、軽躁状態となり、双極Ⅱ型障害と診断された。X-2年12月からリチウムを開始され、主に400mg/dayで加療されたが、その後も多くは抑うつ状態で経過した。X年1月に軽躁状態となり、リチウムを400mg/dayから800mg/dayに増量されたが、嘔気が出現し漸減中止された。他剤を試されるが症状は改善せず、リチウム400mg/dayを再開されたが、不安焦燥、易疲労感などが著しく、7月30日に当科を紹介され、同日入院した。

入院後、リチウム500mg/day(1日2回、朝食後200mg、夕食後300mg)に増量したところ、夕食後の300mg内服後のみに強い嘔気が出現し、1時間以内に消失した。そこで、1回投与量は200mgで投与回数を3回(600mg/day)にしたところ嘔気は出現せず、不安、抑うつ症状が改善した。退院後に1日4回投与(800mg/day)にしたが、やはり嘔気は出現せず、更に症状は改善した。リチウム血中濃度は、800mg/day投与時の0.66mEq/Lが最高で、経過を通して中毒域には達さなかった。

嘔気の機序は①脳圧亢進・髄膜炎・心理的要因など嘔吐中枢への直接刺激、②前庭系の異常や脳内の薬物が直接、もしくは化学受容体引金体(CTZ)を介して中枢を刺激する、③血中の薬物

や細菌性毒素などがCTZを介して中枢を刺激する、④消化管の運動の異常などが自律神経系を介して嘔吐中枢を刺激する、に分けられる。リチウム中毒による嘔気は②③の機序と考えられる。本症例では血中濃度が高くないことや、嘔気が内服後速やかに出現して消失したことなどから、リチウムが消化管の運動を変化させ④の機序で嘔気が出現したと考えられた。

リチウムによる嘔気には重篤な中毒に関連したものともそうでないものがあり、投与の可否にはその鑑別が重要と考えられた。向精神薬の副作用を避けることは重要だが、安易に有効な治療選択肢を減らさぬよう十分な評価が必要だと再認識させられた。

5 心理士によるリエゾン業務の現状報告

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
柏崎厚生病院*

【はじめに】立川総合病院では平成11年に初めて臨床心理士が入職し、それ以降リエゾン業務を続けてきた。平成16年に担当心理士が系列病院へと異動したことで一旦は中断していたが、自然発生的に看護師から身体科に入院している患者さんについての相談を受けるようになり、現在も年に数件だが身体科病棟と関わり続けている。

今回は、リエゾン業務の現状と、最近あった病棟との関わりを紹介させていただき、身体科病棟スタッフとの関わり方やケースの進め方にアドバイスをいただけたらと思う。

【内容】立川総合病院では、身体科の病棟でも心理的な見立てやサポートが必要になった時に、精神科の診察を介さず、臨床心理士が直接病棟スタッフや患者さんと関わる場合がある。多くの場合は病棟看護師により介入が検討され、当職へと相談される。患者さんと直接関わる際には、身体科主治医の同意・指示を受け、患者さんのニーズ

にもより週に1～3回の面接を持つ。ケースは様々だが、これまでの生活が一変し、いやがおうにもその現実と直面しなくてはならないような場面に介入を求められるような印象がある。

〔事例1〕患者は12歳女児。交通事故における顔面外傷で形成外科に入院。本人には、治療の拒否や母親への極度の甘えといった行動で問題が表面化されていた。退院も間近ということで両親との面談を持つ。本人の心理的な現状についてアドバイスをし、今後の方針について両親の考えなどを確認しあい、当職の介入は終了した。後日、病棟看護師より心理的なサポートについての講義をお願いしたいという依頼があったが、振返りの会であればと逆に提案し皆で考える機会を持った。

〔事例2〕20歳男性、膀胱癌。本人には告げられていないが余命2週間という段階で当職へと依頼が入る。主治医と両親で話し合った結果、余命についての告知はしない方針としていた。激しい痛みによる不安が強く精神的なサポートを求められる。しかし初回に挨拶をした日の翌日に亡くなってしまった。

【まとめ】事例1・2とも同じ病棟で、これま

であまり関わりが無かったが、短い間隔で立て続けに依頼があった。病棟と心理士との関わりが新しく始まったようなケースだったかと思う。どちらのケースも、実際に求められていたものと、心理士ができることとの間のギャップを感じつつ関わり始めたものだった。

身体科病棟でも心理的なサポートが求められるニーズはある。しかし心理士にどんなことができるかうまく説明できないままである。むしろこれまで身体疾患を抱えた患者さんとどのように向き合いサポートしてきたのか、病棟スタッフに教えてもらいたいという気持ちが起こる。事例を重ねながら身体科スタッフと共有し、この活動を継続していきたい。

Ⅱ. 特別講演 自殺予防の基礎知識

筑波大学医学医療系災害精神支援学

教授 高橋 祥友