

な関わりが、この時期の患者に合致したことを強調したい。患者の話しを生育史に添って聞くことに慣れている精神科医は、他科の医師や看護師よりも、この時期の患者の話しを理解しやすく、患者の強力な援助者になりうるものと思われるのである。

本症例のように、自分に残された時間が少ないことを知っている終末期の患者との関係は、こちらのほんの少しの援助で驚くほど展開する可能性があることを知っておくべきである。

6 Midazolam の関連が疑われる悪性症候群の 1 例

保谷 智史・根本麻知子・井上絵美子
大塚 道人

県立小出病院精神科

悪性症候群は、高熱、筋強剛、自律神経症状などを特徴とする重篤な副作用で、大部分は抗精神病薬の使用と関連している。今回我々は、経過中 midazolam の関連が疑われる悪性症候群を来した症例を経験したので報告する。

症例は 25 歳男性で、気分変調性障害の診断にて加療中、学校屋上より飛び降り、多発外傷にて救急外来へ搬送された。挿管後外科へ入院し人工呼吸器下に管理されたが、体動、人工呼吸器との fighting が目立ち、第 2 病日より比較的高用量 (1.8 ~ 2.7 γ) の midazolam 投与を継続されていた。第 8 病日以降、40 $^{\circ}$ C 以上の発熱、発汗、頻脈とともに高 CK 血症 (27320 IU/l) を来した。鑑別として悪性高熱、横紋筋融解症も挙がると思われたが、臨床症状や、経過中使用された薬剤に関し過去に報告されている副作用、薬剤投与から症状出現までの期間から、midazolam による悪性症候群を疑い dantrolen 投与を開始した。全身状態は改善せず、更なる集中治療を目的として第 12 病日に他院へ転院した。

以前より、悪性症候群の病態に dopamine 受容体遮断が関与している可能性を指摘されている。また、ラット線条体切片においては、midazolam

が用量依存的に dopamine 放出を抑制するという報告もなされている。これらは本症例における高用量の midazolam 投与が悪性症候群発症に関与したという推論に矛盾しない。

高用量のベンゾジアゼピン系薬剤投与中の症例では、悪性症候群発症の可能性に留意すべきである。

7 Quetiapine 治療中に生じた糖負荷後低血糖が、aripiprazole への置換後改善した 1 例

田尻美寿々・鈴木雄太郎・三上 剛明
常山 暢人・染矢 俊幸

新潟大学医歯学総合病院精神科

【はじめに】第二世代抗精神病薬 (以下 SGAs) は、膵インスリン分泌に影響を与え統合失調症患者の耐糖能異常を惹起する可能性が指摘されている。我々はこれまで、quetiapine 内服中に糖負荷後低血糖を生じ perosprrone への置換で改善した症例や、quetiapine 内服中に糖負荷後低血糖を生じ blonanserin への置換で改善した症例を報告した。SGAs による耐糖能異常の発症頻度には薬剤間差があると言われており、clozapine や olanzapine に比して aripiprazole は糖代謝異常をきたすリスクが低い可能性がある。今回我々は、quetiapine 内服中に糖負荷試験後の低血糖をきたしたが、aripiprazole への置換で改善した非糖尿病の統合失調症の症例を経験したので報告する。

症例は 51 歳、女性。入院前に糖尿病を指摘されたことはない。X-3 年より抑うつ症状を呈していたが、次第に被害妄想等の精神病性症状が顕著となり X 年当科を紹介初診し入院となった。入院後 quetiapine 50mg より治療を開始し、quetiapine 800mg 内服中には精神症状は改善した。しかし quetiapine 800mg 内服中の糖負荷試験で、120 分値で 57mg/dl と無症候性低血糖を認めた。また血中インスリン濃度のピークが 90 分値であったことから、インスリン分泌の遅延が認められた。その後 aripiprazole へ置換後の糖負荷試験では、糖負荷後低血糖やインスリン分泌遅延は改善

した。

【考察】低血糖は放置すれば非常に危険な症状であり、また軽症でも無気力や会話の停滞、不安・焦燥などの精神症状やアカシジアなどの抗精神病薬の副作用と類似しており、治療者が気づかない可能性がある。抗精神病薬による治療中に低血糖症状に類似した精神症状が出現した際は、症状出現時に血糖検査や必要であれば糖負荷試験を行うべきかもしれない。また、SGAsによる反応性低血糖をきたした場合は、aripiprazoleへの置換が有用かもしれない。SGAsが低血糖をきたす機序やその薬剤間差については今後のさらなる研究が望まれる。

8 精神科救急対応で受診したが身体疾患が原因であった2例

高須 庸平・澤村 一司・小河原克人

県立新発田病院精神科

県立新発田病院は精神科病床を有する総合病院である。最近我々は精神症状を主訴に精神科救急対応で受診したが、器質性疾患が原因であった2症例を経験した。

〔症例1〕72歳男性で会話が支離滅裂となり、ハンマーを持ち出すなど興奮が著しく、警察が介入して夜間に精神科救急システムに則って当番病院であった当院に救急搬送された。鎮静して頭部MRI撮影したところ左側頭葉の脳梗塞と判明し、脳外科に依頼して入院となった。脳梗塞発症後で感覚性失語を呈し会話はまとまりなくなり、せん妄状態となり不穏興奮状態になったと考えられた。

〔症例2〕偏頭痛にて通院歴がある28歳男性で数日前から頭痛、嘔吐にてかかりつけクリニックで頭部MRIや血液検査を施行されたが、異常を指摘されずに鎮痛薬を投与されていた。急に興奮して暴れだしたために身体科病院に搬送されたが、当院精神科に対応依頼があり救急搬送された。ベッドに立ち上がり怒声を上げるなど興奮著しかったが、急性発症で精神科既往もないために

神経内科に依頼して腰椎穿刺を施行した。単核球優位の細胞数上昇を認め、無菌性髄膜脳炎と診断され神経内科に入院となった。

2症例の経過報告とともに新潟県の精神科救急システムについて考察した。今回経験した2症例とも急性発症であり器質性疾患の可能性が考えられたが、精神症状が前景であったために精神科救急対応を依頼された。当県の精神科救急システムでは、各当番病院が電話相談、トリアージ、身体科病院との連絡、受け入れ先の調整などの全てを担っている。また、精神科専門病院、総合病院精神科が画一的に参画しており、病院の特徴を生かした役割分担がされていない。適正な受診導入や受け入れ医療機関の選定、身体科病院との連携の円滑化などを図るため精神科情報救急センターを設置し、総合病院精神科対応を要する事例に対応するため、精神科専門病院との役割を差別化する救急システムの再構築が必要と思われる。

9 横紋筋融解症と下肢麻痺で発症し、経過中に急性腎不全、高血糖、胆のう炎などを合併した1症例

鈴木 好文・川嶋 義章・豊岡 和彦
渋谷 太志・鈴木 保穂

恵生会南浜病院

突然に横紋筋融解症と下肢麻痺をおこし、経過中に腎不全、高血糖、そして胆のう炎を連続的に合併し治療に苦慮した症例を報告する。

症例は統合失調症の6X歳男子。既往歴に糖尿病。某日昼まではいつもと変わらない状態であったが、夕方に病室のベッド脇に倒れていた。平熱で意識清明であったが、発汗著明、両大腿部痛、下肢麻痺、排尿障害がみられた。ソリタ T3 で開始し、翌日の検査で高CPK血症(155,000IU/L)、ミオグロブリン尿(9,999ng/ml以上)、腎不全(BUN 34.2mg/dl, Cr 2.02mg/dl)が判明し、ソリタ T3 24時間2,500mlを開始した。7病日に意識障害、K 7.8mEq/Lとなり尿毒症と考えてラシックス 40mg 静注、ケイキサレート 30g を一日4回