

日常診療にみられる精神障害の診断と治療の検討

—自験例を中心にして—

Examination of a Diagnosis and Treatment of a Mental Disorder ; From My Own Experience

上 平 忠 一*

Uwadaira Chuichi

目 次

I はじめに

II 症例の提示

症例 1. 35歳、男性、破瓜型統合失調症

症例 2. 45歳、男性、アルコール依存症兼
うつ病エピソード

症例 3. 53歳、女性、外傷後ストレス障害
PTSD 兼うつ病エピソード

III 考察

症例 1 について

症例 2 について

症例 3 について

IV おわりに

I はじめに

精神科の治療は薬物療法、精神療法、環境療法の3つに大別できる。そのなかで最も主要な療法である薬物療法について述べると、1952年に最初の統合失調症治療薬であるクロールプロマジンが現れて以来、統合失調症に対する薬物療法はフェノチアジン系抗精神病薬およびブチロフェノン系抗精神病薬を中心とする定型抗精神病薬が本格的に開発発展してきた^{3,7,9,13)}。これらの定型抗精神病薬は、ドーパミンD₂受容体に対する遮断作用を有し、統合失調症の幻覚や妄想などの陽性症状

の治療には有効であるが、感情鈍麻や社会的引きこもりなどの陰性症状に対しては、その効果に対して限界がみられる。また、定型抗精神病薬は錐体外路症状を初めとする一連の副作用を引き起こす。一方で、1996年にリスペリドン（リスパダール）が上市され、2001年にオランザピン（ジプレキサ）、クエチアピン（セロクエル）、ペロスピロン（ルーラン）が発売され、これらの非定型抗精神病薬は、各種受容体に対する薬理学的特性によりMARTA（Multi-acting receptor targeted antipsychotics 多元受容体標的化抗精神病薬）やSDA（Serotonin dopamine antagonist セロトニン・ドーパミン拮抗薬）など称され、前者の代表薬としてオランザピン（ジプレキサ）、クエチアピン（セロクエル）があり、後者の代表薬としてリスペリドン（リスパダール）、ペロスピロン（ルーラン）がある。また、これらの非定型抗精神病薬は、陽性症状および陰性症状の両症状に対して有効を示し、かつ錐体外路などの副作用の出現が少ないというメリットを生かして治療薬として臨床に登場してきた^{1,6)}。しかし、医療現場では、なお定型抗精神病薬による多剤併用療法が多く行なわれ、定型抗精神病薬から非定型抗精神病薬への切り替えがスムーズに行なわれず、非定型抗精神病薬による処方が少ない実情がある⁸⁾。

多剤併用療法が生じる要因として、

* 社会福祉学部教授

- ① 精神科医の不足や入院中心主義などの治療環境的要因
- ② 多剤併用への依存状態や偽りの満足感・安心感といった主治医の心理的要因
- ③ 臨床精神薬理学の理解不足
- ④ 医療経済的要因

などが指摘されている⁸⁾。

また、非定型抗精神病薬の処方率の低い理由については、次のような項目が掲げられている

- ・ 慢性長期入院患者に対する効果が充分ではないこと
- ・ 非定型抗精神病薬のみでは幻覚や妄想などの陽性症状を完全に抑えきれない
- ・ 現在多剤併用となってもそれで微妙なバランスがとれており、安定化しているために、あえて単剤化しなくてもよい。
- ・ 患者が処方変更を嫌がる
- ・ 非定型抗精神病薬の薬理作用やその使用方法についての知識不足
- ・ 非定型抗精神病薬に、意外に副作用（高血糖、体重増加）があつて使いにくい
- ・ 定型抗精神病薬に比べて薬価が高いこと

特に、最後の項目にある「定型抗精神病薬に比べて薬価が高いこと」が実際の医療現場では問題となることが多い⁴⁾。

本研究の目的は、日常診療にみられる精神障害、特に統合失調症、アルコール依存症、Post-traumatic stress disorder (PTSD) など「代表的精神疾患例」に絞って、診断や治療に関する評価および今後の課題・対応方針を探ることである。その方法として、筆者が主治医として臨床に関わった症例を中心に、初診時主訴、家族歴、既往歴、生活歴、病前性格、現病歴、初診時所見、診断とその根拠、治療方針、および治療経過を発表し、若干の考察を行なった。

II 症例の提示

症例1：オランザピンへの切り替えにより、幻覚妄想が改善し9年ぶりに退院に至った統合失調症

[症例] 35歳、男性

統合失調症（破瓜型）(F20.1)¹⁰⁾

[初診時主訴] 幻聴、関係被害妄想、独語、母

への暴力行為

[家族歴] 父親が分裂気質の人で、息子の病気に対して無関心、放任。母親は52歳の時に、精神科に中年期幻覚妄想症にて4ヶ月間入院。

[既往歴] 15歳、交通事故による左鎖骨骨折により、手術を受けた。

[生活歴] 同胞2名中第2子長男として出生する。両親と姉（東京在、OL）の4人暮らし。出生時トラブルなし。地元の小・中学校を卒業し、高校に進学した。高校時代1年間野球部に所属する。同高校を発病のために3年生のときに中退する。その後、工場に数ヶ月間勤務したことがあるが、長続きしなかった。

[病前性格] 内向的、非社会的、内気で分裂気質である。

[現病歴] X-3年1月（16歳）に、高校1年生のときに、部活内での人間関係が契機となり不登校になり、A病院心療内科を受診する。この頃の症状は、関係被害妄想、自閉的な生活で、時々母親に対して攻撃的になり、暴力を振るう。X年8月（20歳）に、同病院から勧められ、B病院精神科を母親と一緒に受診した。

[初診時所見、診断とその根拠、治療方針] その時の所見は、幻覚妄想状態で、「通行人や近くの人がいろいろと自分の悪口を言うのが聞こえる」と訴え、独語や奇妙な行動が認められた。幻聴、関係被害妄想が認められ、感情の平板化、無為、自閉があり、統合失調症破瓜型と診断した。治療方針は比較的落ち着いている現状を考慮して、外来通院をとり、悪化したら入院治療を考えるというもので、薬物療法と精神療法を中心とした治療が実施された。

[治療経過] 異常体験が頑固に継続し、自閉的な生活態度を認め、母親への暴力（石を母親に投げるなど）は頻発した。

X+3年12月（23歳）に、両親と一緒にB病院を受診し、初回任意入院（3ヶ月）となる。初回入院時所見は、「陰の音が聞こえる」と幻聴を認め、母親への暴力については「手が張ってきて、急に気に食わないようなことを言われたような気がしてやった」と妄想気分に基づく暴力であり、幻覚妄想状態であった。薬物療法として、幻覚妄想に対して抗精神病薬として、プロムペリドール

36mg、ゾテピン 300mg、ハロペリドール 9mg が投与される。同時に抗パ剤としてトリヘキシフェニジル 6mg が併用投与された（いずれも1日量）。ここで薬物療法について述べれば、ブロムペリドールおよびハロペリドールというブチロフェノン系薬物が抗幻覚・妄想作用を持った薬剤として使用された。ゾテピンが鎮静作用の効果を期待して使用された。

第1回目入院後も、幻覚妄想、作為体験が継続する。X+4年3月に、自宅に外泊し、そのまま自己退院となる。母親は単に病院に連絡したのみで、患者の行動に対して適切な対応が取れなかった。

X+4年7月（24歳）に、母親への暴力行為が頻発し、関係被害妄想が強まり、第2回目任意入院（1年1ヶ月）となる。入院中に、妄想気分、作為体験（体が自然に動いた。操られた感じ）による暴力行為が頻発し、保護室⁽¹¹⁾に収容することが多かった。また、時に抑うつ的になり、自殺念慮を認めることがあった。X+5年8月に、自宅に母親と一緒に外出するものの、そのまま自己退院となった。

X+5年12月（25歳）に、本人の病識欠如により協力を得られず、医療保護入院（8年6ヶ月）となる。この時の処方は、ハロペリドール20-40mg⁽¹²⁾、トリヘキシフェニジル 8mg、レボメプロマジン 200-250mg、クロールプロマジン 100mg、ベゲタミンA 2錠（いずれも1日量）、および睡眠薬（フルニトラゼパム 3mg）である。

第3回目入院後の経過は、テレパシー体験、されられ体験、関係被害妄想など異常体験が著明に継続していた。

その間ハロペリドール 5mg の点滴注射が施行され、易怒的傾向は軽減していた。

X+12年11月（32歳）に、陽性症状および陰性症状の改善および眼球上転発作の改善を目標にオランザピン（ジプレキサ）20~30~40mg⁽¹³⁾を漸増し、併用使用する。併用薬剤はゾテピン200mg、トリヘキシフェニジル6mg、ベゲタミンA 2錠、クロールプロマジン100mgである。幻聴が減少し、以前に比べると口調が穏やかになり、疎通性がよくなっている。（図1）

X+13年11月に、オランザピン（ジプレキサ）20mgに減量する。

X+14年4月に退院する。退院時所見はなお幻覚妄想症状が残存する状態であった。退院時に、①B病院精神科外来を規則正しく通院すること、②D町の共同作業所に通所のことを約束させる。現在、外来通院については、B病院精神科外来に規則正しく、母親と一緒に受診している。同時に、D町の共同作業所に週に1-2度通所している。

症例2：身体合併症（糖尿病）を伴ったアルコール依存症兼うつ病エピソード

〔症例〕 45歳、男性

アルコール依存症（F11.2）⁽¹⁰⁾、中等症うつ病エピソード（F32.1）⁽¹⁰⁾、糖尿病

〔初診時主訴〕 酒を断つことができない、酒に対する渴望、憂うつ気分、意欲低下、不眠、食欲低下、希死念慮

〔家族歴〕 父が60歳代に糖尿病（心不全、失明）で死亡。次兄が35歳時にアルコール性急性膵炎で死亡。

〔既往歴〕 36歳頃、急性アルコール性膵炎にて、1ヶ月間入院。

〔生活史〕 同胞3人の末子、三男として出生。父親が開業医をしていた。甘やかされて養育された。学業成績は優秀にて、進学高校に進学し、私大経済学部を卒業する。卒業後地元の会社に入社し、以来30数年連続して勤務し、現在に至る。

〔病前性格〕 完璧主義、不潔恐怖、心配性、神経質であり、反面、甘えん坊。

〔現病歴〕 24歳の結婚当時から酒を飲み、31歳頃から、仕事の関係で飲む機会が増え、飲酒量が増えた。X-1年（45歳）12月頃、仕事に張りがなくなり、抑うつ的となる。X年1月に、糖尿病、アルコール肝炎に罹患し、内科に1ヵ月半入院。X年4月、人事異動があり、販売課長となった。この頃に、精神科を受診した。

〔初診時所見〕 妻と一緒に受診。痩せている（身長：167cm、体重：49kg、BMI=17.6⁽¹⁴⁾）。疎通性はつく。「酒が切れない」「すぐに酒に手が出してしまう」「今日だけは酒を飲むまいと思って

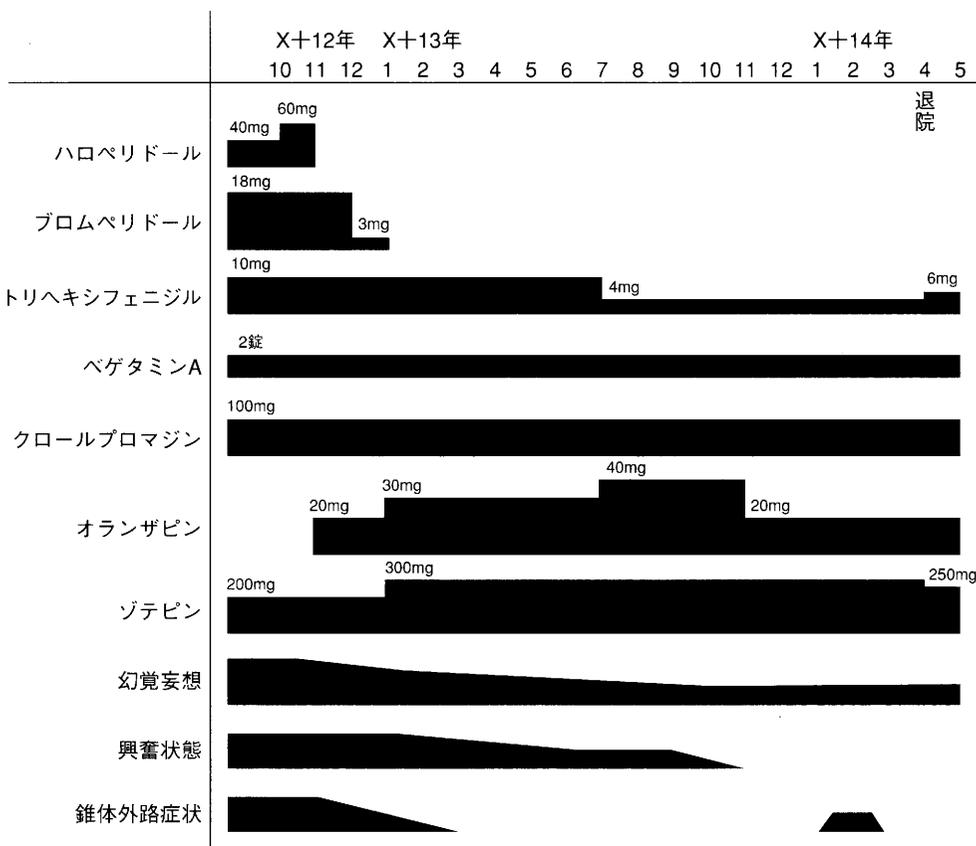


図1 症例1の臨床経過

も、つい飲んでしまうことが多い」と訴え、また、飲酒により肝障害が出現しているにもかかわらず、飲酒の継続を認めた。同時に、睡眠障害（夜間途中覚醒、早朝覚醒）、食欲低下、倦怠感を認め、「気持ちが生んでいる」「毎日の勤めが億劫だ」「気力が出ない」「人生がおもしろくない」「気分を紛らわすために、飲酒している」と悲観的に述べ、抑うつ気分、厭世感や意欲減退、精神運動抑制を認め、自殺念慮を伴う抑うつ状態であった。心理検査では、アルコール・スクリーニング・テスト（KAST）12.5点、アル症自己診断法¹⁰ 10個、SDS¹⁷：59点、血液生化学検査では、 γ GTP：207 IU/l、HbA_{1c}：8.8%であった。

〔診断とその根拠、治療方針〕 診断は飲酒渴望と飲酒に対する精神的依存を認め、ならびにアルコール依存症に関する心理検査の結果が陽性であることからアルコール依存症（F11.2）と判断され、同時に抑うつ気分、興味と喜びの喪失、およ

び易疲労感が存在し、睡眠障害、食欲不振、自身欠乏が存在し、中等症うつ病エピソード（F32.1）との Comorbidity¹⁰とした。治療方針はまず、患者に病名を告知し、うつ病に対し、薬物療法¹⁸ならびに休養の重要性を説明した。抑うつ症状に対して薬物療法として、第2世代のトラゾドン75mg および四環系抗うつ薬であるミアンセリン10mg を投与し、また、自殺念慮が認められたため、自殺しないことを約束させ、次回診察日を予約した。同時に、アルコール依存症には、飲酒の問題を直面下させ、断酒の決意を促し、アルコール依存症は心の病気であると精神療法を実施した。さらに、抗酒剤ジスルフィラム0.1gを投与し、同薬剤の副作用について説明を行う。また、家族にも、アルコール依存症であることを説明し、断酒に協力するように支援をおくる。

〔その後の治療経過〕 初診後、現在までの全経過は約12年であり、その期間を便宜的に3つに大

別した。初期には、症状把握、薬剤調整を主とし、うつ状態が改善する時期（半年間）で、通院医療費公費負担制度を利用する。また、向精神薬の投与の結果、昼間の眠気や脱力感が出現したために薬の減量を行った。シアナマイドを服用中に、飲酒し副作用が発現するエピソードが見られた。第2期は外来が一時中断までの期間（約5年間）で、定期的に通院していた。しかし、眼底出血の手術のために入院や、母親の死亡などに遭遇し、外来受診が中断した。その後、こちらから妻に連絡を取り、受診を促す。第3期は現在までの約5年間で、仕事量の増加や会社の人事異動、内部闘争に巻き込まれ、軽うつ状態や飲酒回数の増加がみられた。診察時、本人の会社に対する不満や愚痴を聞き、カタルシス効果を狙って支持的精神療法を実施した。

症例3：交通事故後に生じたPTSD (Posttraumatic stress disorder)

〔症例⁹⁾〕 53歳、女性

外傷後ストレス障害 PTSD (F43.1)¹⁰⁾、うつ病エピソード (F32)¹⁰⁾

〔初診時主訴〕 「1人でいると、ふと事故のことを考えている」、不眠、食欲低下、憂うつ感、罪業妄想、自殺念慮

〔家族歴〕 精神疾患の遺伝負因はない。

〔既往歴〕 特記すべき事項なし。

〔生活史〕 同胞3人の第3子次女として出生。地元の小中高学校を卒業し、地元の会社に就職した。

30歳の時に、結婚し、夫の仕事の関係で県外に住み、専業主婦として働いていた。子どもは2人儲けた。39歳の時に、A市に転居した。その後、2箇所ほどパートに参加している。

〔病前性格〕 無口、おとなしい、几帳面、神経質

〔現病歴〕 X年3月、A市Bの見通しの悪い交差点で、本人の運転する乗用車と、同じ地域に住む女子学生の自転車が出会い頭に衝突する交通事故が発生した。同女子学生は左大腿部切断の傷害を負った。その直後から、相手方から事故を起こしたことに対する責めや罵声を浴びさせることが

たびたびあった。また、損害保険以外にも金銭的な補償・慰謝料を要求された。

事故の対応は、当初夫と一緒にやっていく覚悟であったが、夫は仕事が忙しく、結局本人1人ですべてを行なわなくてははいけなかった。

X年5月(53歳)頃から、不眠(入眠障害)、食欲低下、抑うつ気分が出現し、体重が2ヶ月間に10Kg以上も減少した。また、リストカットや家出をし、C高原にいるところを発見される。X年6月に、D病院内科から紹介され、翌日に精神科を受診した。

〔初診時所見、診断その根拠、治療方針〕 兄夫婦と3人で外来を受診する。沈んだ表情を呈しながら、小声で俯いて応答し、ときどき大きなため息をつく。不眠、食欲不振を泣きながら訴え、「相手のお嬢さんに申し訳ない、辛い思いをさせている。毎日、自分の心を痛めている」「どうやって償えばいいか、そればかりを考えている」「どうしようもない憂鬱な気分」「何かしようとすると思うが出来ない」「考え出すと、わからなくなってしまう」と罪業・罪責感、抑うつ気分、意欲減退、思考制止、不安、困惑状態を認めた。さらに、「水を飲んでもいけなような気がする」「自分が生きているのが悪いような気がする」と罪業妄想を訴え、自殺念慮も認められる。同時に、次のような訴えが認められた。

「1人でいると、ふと事故のことを考えている。考えるつもりがないのに、考えてしまう。事故のときの気持ちがぶり返してくる」「事故のことを思い出させるものには近づかない、事故について話さないようにしている」と述べる。

診断は、相手に重症を負わせた交通事故という外傷的な出来事、および出来事の侵入体験・フラッシュバック体験、外傷と関連した刺激の回避と睡眠維持の困難および集中困難の覚醒亢進症状を有し、外傷後ストレス障害 PTSD (posttraumatic stress disorder) と診断した。同時に抑うつ気分、意欲低下、思考制止、不眠、食欲低下、易疲労感が認められ、うつ病エピソードの comorbidity とした。治療方針は、患者ならびに親族に病状を説明し、PTSD に対して安心・安全を目標に支持的精神療法を実施し、同時にうつ病には薬物療法を行い、外来治療の方針を告げる。薬物療法はフル

ボキサン75mgとクロキサゾラム6mgの抗うつ薬および抗不安薬が投与され、さらに抗うつ薬クロミプラミン25mgの点滴500mlが投与された。および就寝前薬としてニトラゼパム10mgとトラゾドン25mgが睡眠障害に対して投与された。

〔治療経過〕 外来通院はX年6月からX+3年4月までの治療終了までの約3年間である。その間に合計58回の診療が実施され、初回から7ヶ月間は1週間に1度の割合、その後の7ヶ月間は2週間に1度、刑事裁判が結審後は3～4週間に1度の割合で行われた。裁判の進展にしたがって、診察状況がほぼ並行し経過していった。通院初期には受診に抵抗を示し、親族が同伴していた。共感的態度で傾聴を主として支持的精神療法が行なわれ、治療同盟が確立していった。民事裁判の和解後まで治療が存続した。抑うつ状態は波状経過をとりながらも徐々に改善し、PTSDの3大症状の消長は最初の覚醒亢進症状、次に回避・麻痺症状が漸進的に軽快した。しかし、再体験症状・侵入体験は最後まで出沒し、継続した。

Ⅲ 考察

各症例の考察

1. 症例1について

症例は、破瓜型統合失調症であり、高校時代に発症し、精神科への入院歴が3回ある。入院の動機はいずれもが母親への暴力行為であり、それらの行為は幻聴、被害関係妄想など異常体験に基づくものであった。3回の入院期間は回を重ねる毎に、家族の受け入れが悪くなり延長していた。退院の仕方を述べれば、1～2回の退院の仕方はほぼ同様で、一方的な自己退院であった。3回目の退院は外泊を重ねて慎重なものであった。最後の退院に至った経過をここで評価してみる。

①本人側の問題として、非定型抗精神病薬への切り替え服用により、幻覚妄想などの陽性症状が減少し、意欲低下や疎通性の改善など陰性症状に対する効果が認められた。またSST(社会生活技能訓練)やOT(作業療法)の参加により、気分転換や意欲向上に役立ったと思われる。

②家族側の問題として、外出・外泊などに協力的であった。母親がキーパーソンの役割を果たしていた。但し、父親は治療に全く無関心・放任で

あり、マイペースで自分の道を歩んでいる人である。

③病院側の問題として、大部屋から個室へ移動させ、対人接触、対人関係の摩擦がより減少したと思われる。

さて、本ケースは治療抵抗性統合失調症⁽¹⁴⁾であり、オランザピン(ジプレキサ)への切り替え服用により、臨床症状の改善が認められた。オランザピン(ジプレキサ)の承認用量は1日量20mgを超えない範囲で使用が認められている。一方、これまでの先行研究^(2,5,14)によれば、高用量(20mgを超える用量)のオランザピン(ジプレキサ)による治療抵抗性統合失調症への有効性が報告され、注目を集めている。本ケースの場合には、最大投与量が1日糧で40mgにまで達していた。これらの結果をみると、20mgを越す高用量のオランザピン(ジプレキサ)の投与が治療抵抗性統合失調症の臨床症状に対して有効性を示唆している。ここでオランザピン(ジプレキサ)の特徴を記載すると、表1に示したように、優れた臨床効果と副作用の出現が少ないことである。その優れた臨床効果として、表2に示したように、陽性症状(幻覚、妄想、思考障害)や陰性症状(自発性低下、意欲低下、情動の平板化)に対する効果、認知機能(記憶、注意、遂行機能)⁽¹⁵⁾の改善、錐体外路症状や遅発性ジスキネジア・高プロラクチン血症を来たしにくいなどが指摘されている^(1,5)。

最後に、今後の課題を検討する。現在行っている作業場への通勤を継続させるように援助し、社会生活の継続を支援して行くことが重要である。同時に、母親への支援も欠かせないと思われる。さらに、これまでほとんど父親の影が薄く治療に参加しに來なかったが、今後治療過程への参加を促す父親へのアプローチも重要な課題のひとつである。

2. 症例2について

本症例は10年以上の長期にわたり良好な治療経過を保持している。その理由を考えると、支持的精神療法的アプローチや身体的不調の訴えに丁寧に対応していたことが治療同盟の確立に寄与していたと考えられる⁽¹¹⁾。また、配偶者の暖かい支援

表1 オランザピン（ジプレキサ）の特徴

1. 優れた臨床効果
 - ・陽性症状の改善
 - ・陰性症状の改善
 - ・認知機能の改善
2. 副作用の低出現
 - ・錐体外路症状の発現が少ない
 - ・抗コリン性副作用が少ない
 - ・血中プロラクチンの上昇が少ない
3. 注意が必要な副作用
 - ・体重増加、肥満
 - ・糖尿病の悪化・顕在化（糖尿病性昏睡、糖尿病性ケトアシドーシス）
4. 使用法
 - ・原則として抗パーキンソン薬を併用しない
 - ・単剤使用が原則

表2 オランザピンの薬理学的作用と関係する臨床効果

| 薬理学的作用 | 臨床効果 |
|---------------------------------|----------------------|
| ドーパミン D ₂ 受容体拮抗作用 | 抗幻覚作用、高プロラクチン血症 |
| セロトニン 5-HT ₂ 受容体拮抗作用 | 錐体外路症状軽減作用、抗不安、抗うつ作用 |
| ムスカリン性アセチルコリン受容体拮抗作用（抗コリン作用） | 錐体外路症状軽減作用 |
| アドレナリン α ₁ 受容体拮抗作用 | 鎮静作用 |
| ヒスタミン H ₁ 受容体拮抗作用 | 鎮静作用 |

が認められ、外来受診を援護するなどその理由の1つである。しかし会社におけるストレスが飲酒の直接的動機となっていて、週末に1-2回飲酒が継続しており断酒に至っていない。さらに、本ケースは糖尿病を合併しているケースであり、身体的管理は内科医にゆだねているが、当方で、血液生化学検査やHbA_{1c}や空腹時血糖を検査していた。その間のリエゾンが必ずしも有機的に行われていたわけではなく、今後の病診連携が課題として指摘できる。

3. 症例3について

一般にPTSDに合併する精神障害にはうつ病、パニック障害、身体表現性障害、適応障害など多種・多様にわたっている¹²⁾。本ケースは交通事故後に発症したPTSDであり、うつ病を合併していた。本ケースでは、裁判進展と診察状況がほぼ並行していった点に特徴があった。裁判の種類によって、ストレスの状況が大きく影響を受け、刑

事裁判で被害者やその家族との顔を合わせることを考えただけでストレスが高まり、PTSDの症状が増悪した。一方、民事裁判が和解で終結すると、精神症状も軽快していった。今後の課題として、治療過程における家族、とくに配偶者との面接も重視し、配偶者の支援の必要性を考えた。

IV おわりに

日常診療にみられる代表的な精神疾患には、「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」「気分障害（感情障害）」「アルコール、精神作用物質による精神障害」「症状性または器質性精神障害」「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」「人格障害」などが列挙されている。今回、私たちが取り上げた精神障害は、筆者が主治医として治療に濃密に関わり、詳細な資料が得られた症例を中心に、初診時主訴、家族歴、既往歴、生活歴、病前性格、現病歴、初診時所見、診断とその根拠、治療方針、および治

療経過を具体的に発表し、若干の考察を行なった。特に、治療抵抗性統合失調症のオランザピン高用量療法の検討を行った。

注

注1) 任意入院の場合、開放的な処遇が行なわれることが原則である。但し、症状の重い場合には、閉鎖的処遇を必要とする場合があり、その時には、患者本人から「閉鎖的処遇の同意書」と書かれた書面にて同意を得ることである。また、隔離を必要とする場合、「隔離を行なうに当たってお知らせ」と書かれた書面にて患者本人に告知をする。

注2) ハロペリドールの本邦における承認用法・用量は「通常、成人1日0.75~2.25mgから始め、徐々に増量する。維持量として、1日3~6mgを経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する」である。

注3) オランザピンの本邦における承認用法・用量は「通常、成人にはオランザピンとして5~10mgを1日1回経口投与により開始する。維持量として1日1回10mgを経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。ただし、1日量は20mgを超えないこと」である。

注4) 治療抵抗性統合失調症の定義は、一般に、正しい診断を受けた統合失調症患者が、さまざまな抗精神病薬を、十分な期間、十分な量を投与されても、十分な反応を示さないことを意味している。

オランザピンは治療抵抗性統合失調症患者に有効性を示すといわれる。

注5) 近年、人間の精神機能を情報処理システムという新たな枠組みの中で理解しようとする考え方が生まれてきている。

認知機能 cognitive function とは、精神機能の入力面（注意、知覚、記憶、言語、思考）に関する機能だけでなく、運動、行為、遂行機能といった出力面（情動面）を含めて認知機能と考えられている。

オランザピンは、リスペリドンやハロペリドールに比べて、認知機能の改善に効果が認められている。

注6) BMI=body mass index {体重 Kg ÷ 身長 (m)²}

注7) SDS=self-rating depression scale。うつ傾向に対する自己評価スケールであり、80点満点で示され、60点以上が中等度以上の抑うつ傾向を示し、40点未満が抑うつ傾向の乏しいことを示している。

注8) 代表的な抗うつ薬には、三環系、四環系、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、セロトニン

・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) がある。

注9) 本事例は既に、論文¹²⁾「道路交通事故後、うつ病を合併した PTSD 症例の研究」における症例2として、詳細に報告してある。

注10) Comorbidity とは、複数の精神障害に同時に罹患している状態をいう。

文献

- 1) 藤井康男著『分裂病薬物治療の新時代』ライフ・サイエンス、東京、2000年
- 2) 藤井康男「治療抵抗性統合失調症患者への olanzapine の位置づけ」臨床精神薬理 6; 2003年、427-439頁
- 3) 原田俊樹「抗精神病薬の副作用」大月三郎監修『抗精神病薬の使い方』日本アクセル・シュプリンガー出版、東京、1996年、147-224頁
- 4) 井村 徹、南 良武「非定型抗精神病薬を阻むもの原因と提言」日精協雑誌 24; 2005年、182-187頁
- 5) 上島国利編『オランザピン100の報告—ひとりひとりの治療ゴールへ—』星和書店、東京、2003年
- 6) 上島国利編著『現場で役立つ精神科薬物療法』金剛出版、東京、2005年
- 7) 松田源一「抗精神病薬療法の副作用と対策」浅井昌弘、八木剛平監修『精神分裂病治療のストラテジー—薬物療法と精神療法の接点を求めて—』国際医書出版、東京、1991年、182-225頁
- 8) 日本精神科病院協会「特集 非定型抗精神病薬の処方割合はどうして増えないのか?—変わらない定型抗精神病薬による多剤併用療法」日精協雑誌 24; 2005年、6-81頁
- 9) 佐藤光源、井上新平編『統合失調症治療ガイドライン』医学書院、東京、2004年
- 10) 融 道男、中根允文、小見山実監訳『ICD-10精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、東京、1993年 (World Health Organization "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines" WHO, 1992)
- 11) 上平忠一「シンナー中毒とアルコール依存症を合併しフラッシュバック現象を呈した覚醒剤精神病」精神神経誌 99; 1997年、706頁
- 12) 上平忠一「道路交通事故後、うつ病を合併した PTSD 症例の研究」長野大学紀要 25; 2003年、165-177頁

- 13) 上平忠一「悪性症候群を2回発症した症例の縦断的検討」長野大学紀要 28；2006年、47-59頁
- 14) Voavka,J., Czobor,P.and Sheitman,B. “Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder” Am. J. Psychiatry, 159 ; 2002, pp. ; 255-262