

ER 診療の実際

現代社会において、こころを患う人は増加傾向にあります。そしてそれに伴うように、精神疾患を持つ患者さんが救急外来を受診する機会も増えてきているようです。みなさんは、精神科の先生がいない場面で、こうした患者さんにうまく対応できるでしょうか？ こうした時代だからこそ知っておきたい精神科救急の対応を、岸先生、三宅先生、教えてください！

第6回

自殺企図と精神症状



今回のゲスト

岸 泰宏 先生

1989年日本医科大学卒業。日本医科大学 精神科、アイオワ大学 精神科、ミネソタ大学 精神科、Blue Cross Blue Shield Minnesota、東海大学 精神科、埼玉医科大学総合医療センター 精神科を経て現職。日本精神神経学会 専門医、日本総合病院精神医学会 理事・専門医、米国心身医学会 フェロー。

はじめに

三宅: 不景気や、複雑な人間関係などのせいで、最近では薬物中毒などの自殺企図で救急外来に担ぎ込まれてくる患者が増えています。年間の自殺死亡は3万人を超え高止まり傾向です。自殺を企図する患者さんはこの数十倍とも言われます。また、自殺企図で搬送され身体的には問題なく帰宅可能となったときに、残る精神症状や再企図のリスク評価などの問題を片づけるには、精神科医を呼ぶのが1番簡単ですが、たいていは不在です。

今ほど精神科救急が重要な時期はないのですが、そのシステムはここ数十年改善されず、その目処も立っていません。

本日は精神科医がいない場面での、自殺の再企図予防と精神症状への対処法を、救命救急センターで働いた経験もある精神科医の岸先生にお伺いします。

岸: 救急外来でみる“精神科関連の疾患”は大きく2つに分けられると思います。1つは自殺企図や自傷行為を行った症例であり、もう1つは“幻覚や妄想、あるいは不穏”などの精神症状を持つ症例です。

自殺・自傷の患者さんは、その行為によってもたらされる身体的な問題に加えて、精神的問題ならびに社会的な問題を抱えた、非常に“complicated”な人たちです。救急外来では、淡々と身体的治療のみに絞ってしまうのも1つの方法ですが、その背景にある“精神科的なもの”の知識を持っておくと役に立つと思

いますし、現場では精神的対処をしないてはいけないことも多いと思います。

一方、精神症状を呈して救急外来を受診する患者も多いと思います。精神科受診歴があると、行動異常を含めた精神症状を精神科疾患によるものとされる 경우가多くあります。また、総合病院の入院患者や外来患者では、実際は身体疾患の一表現としての精神症状であることが非常に多いことがわかっています。せん妄やCNS ループスなどは典型的です。救急外来で精神症状がある患者をみたときには、“器質性”なのか“機能的”なのかの区別がとても大切です(→ Mini Lecture 1)。

三宅: それでは、薬物を過量摂取して救急外来に搬送された若い女性の症例を紹介しましょう。実によく見るケースです。

Mini Lecture 1: “器質性”なのか“機能的”なのか

本当に精神疾患によるのか？

精神症状を出している症例をみた場合に、まず鑑別は“器質性”か“機能的”かである。機能的とは、統合失調症、躁うつ病など、精神科が扱う疾病である。器質性の場合、その原因となるものは“Medical”なので、原因疾患を特定・治療していく必要がある。

表1に“器質性”をまず疑う場合を記す。特に、40歳以上で発症したような精神症状の場合には器質的な原因が隠れていることが多い。統合失調症の発症年齢は定型的には10代後半から20代であるし、不安障害も定型的には10代から30代半ばまでなど、精神疾患発症の年齢は若年であることが多いことも覚えておくといだろう。“仮面うつ病”などの曖昧な病名が付いている場合にも警戒しておく必要がある。

どのような精神症状が器質性か？

表2に器質性の典型的な症状を示す。患者の精神症状で器質的な原因が疑われるかの判断では、意識の変動（せん妄など）が1つの鍵となる。通常精神疾患では意識変動や意識障害は認められない。また、精神症状が挿間性に出現する場合はてんかんなどを疑う。幻聴以外の幻覚が出現してい

る場合、器質的（例：アルコールを含めた薬物の中毒・離脱）な原因をまず考慮する。多剤処方されている症例では薬物相互作用による薬剤性の精神疾患に注意が必要である。（岸）

表2 器質性の典型的な症状

病歴	アルコール・物質乱用歴 多剤服用（市販薬も含めて）
家族歴	脱髄性疾患・家族性脳疾患 家族性代謝疾患
精神症状	意識の変動 症状の変動 認知障害 挿間性 ^{註1} 、反復性、規則性（たとえば月経との関連） 幻聴以外の幻覚（幻視、幻触、幻臭など）
身体症状	神経症状出現症例

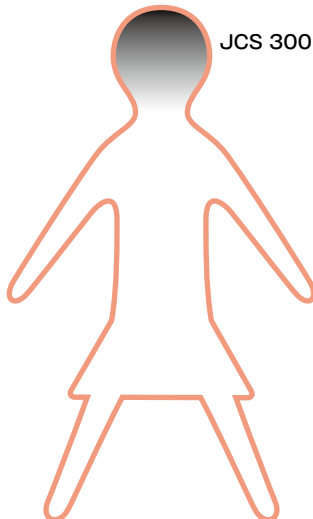
表1 “器質性”を疑う場合

初めての精神障害
急激・著明な精神症状の悪化
40歳以上で発症
定型的な症状でない
適切と思われる精神科治療に反応が乏しい
ソーシャル・サービスあるいは医師以外からの紹介
低所得者層

註1 挿間性（精神症状）

てんかん患者で主にみられる精神症状。発作と発作の間に出現し、意識障害のうえに、多彩な精神症状（幻覚妄想、躁鬱症状、不機嫌、興奮など）を呈する。このようなときに脳波をとってみると、発作波は抑制された状態でアルファ波が規則正しく出現している。“脳波強制正常化”という状態がみられることが多いようである。

Case



薬物を過量摂取して救急外来に搬送された29歳の女性

〔年齢・性別〕29歳・女性

〔来院理由〕薬物を過量に摂取したとのことで、彼氏が119番

〔既往歴〕15歳より不登校、境界性人格障害と診断されているとのことだが詳細は不明。あちこちの精神科クリニックの診察券を持っている。

〔現病歴〕同居している彼氏とお酒を飲んでいて、別れ話から口論となり、彼がアパートを出て行った直後に患者本人から携帯電話がかかり、「持っている薬を全部飲んだ」とのこと。会話途中から徐々に話し方がおかしくなったため、彼氏が心配して23時30分ごろ119番。救急隊到着時、鍵は開いており、室内に入ると、患者は携帯電話を持ったままベッド上に倒れていた。外傷はなく、呼びかけに反応なし。周囲に多数の薬剤の空包が散乱していた。

〔救急隊到着時現症〕意識レベルJCS 300、ただし気道閉塞なく、呼吸パターンは安定しており、脈拍や血圧も安定。呼吸数12/分、脈拍89/分・整、血圧112/68 mmHg。SpO₂ 100%（大気）、瞳孔2/2 mm、対光反射あり。明らかな外傷なし。両側手関節内側に多数のリストカット痕あり。気道の確保、酸素投与はせず、右仰臥位の回復体位で固定し搬送開始。彼氏とは連絡が取れ、搬送先病院へ向かうとのこと。車中変化なし。

〔来院後の経過〕来院時は、意識レベルE1V1M1、呼吸状態、血圧、脈拍、瞳孔所見に変化なし。体温36.7℃。静脈路確保、採血の後に、胃内容物の確認のために経鼻的に胃管を挿入しようとしたところで突然暴れだし、目を開け体を起こして胃管を抜去。運動機能に左右差なし。その後はコミュニケーションが取れるようになり、会話も可能となった。