

第8回

精神科的問題を有する患者の救急外来での対応

▶ 東京医療センター 研修医セミナーから

墨岡卓子 山崎知子 樋山光教

IRYO Vol. 64 No. 1 (55-61) 2010

キーワード：パニック発作，自傷行為，興奮状態，精神保健福祉法

Key Words : panic attack, self-mutilating behavior, excitement, mental health and welfare
low

2009年9月に行われた東京医療センターの研修医セミナー「精神科救急関連」の記録です。

や、内服の種類、このようなことは今回が初めてであったのか、などを聞きたいです。

パニック発作・パニック障害

症例1

26歳女性

「苦しい」と訴えて駅のホームにうずくまっていたところを通行人が救急要請。救急外来に到着した時には、呼吸苦症状はおさまっていた。「会社からの帰りの電車の中で、突然具合が悪くなり、胸がドキドキして呼吸が苦しくなり、全身が緊張して冷汗をかき、このまま死んでしまうのではないかと強い恐怖を感じた」とのこと。身体的検査ではとくに異常はなかった。

質問①

何の疾患を疑いますか？ さらにどんな情報を集めたらよいでしょうか？

研修医1

パニック発作だと思います。精神科既往歴の有無

研修医2

身体の病気があるかもしれないので、身体診察は必要だと思います。

解説

とてもよいと思います。夜間・当直帯では詳細な精神医学的診断を行う必要はありませんが、背景にある身体的問題を見逃さないようにしてください。身体的な問題がなく状況なども含めてパニック発作を疑った場合は、精神科受診歴の有無や、不安をもたらすような精神的誘因の有無を聞いてみてください。パニック発作のスクリーニングの質問としては、「突然に怖くなったり、不安になったり、ひどく落ち着かなくなったりする、不安の発作をこれまでも経験したことがありますか？」と聞くのが有用とされています（表1）。付け加えるならば、広場恐怖の有無を確認する質問として、「公共の交通機関を使うこと、お店の中にいること、列に並ぶこと、その他公共の場所にいることが、ひどく怖くて困

国立病院機構東京医療センター 精神科

別刷請求先：墨岡卓子 国立病院機構東京医療センター 精神科 〒152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1

(平成21年10月29日受付，平成22年1月8日受理)

How to Cope with the Patient Having Mental Problem at Emergency Room

Takako Sumioka, Tomoko Yamasaki, Mitsunori Hiyama, NHO Tokyo Medical Center, Department of psychiatry

表1 パニック発作 診断基準

| |
|---|
| 1. 動悸, 心悸亢進, または心拍数の増加 |
| 2. 発汗 |
| 3. 身震いまたは震え |
| 4. 息切れ感または息苦しさ |
| 5. 窒息感 (ちっそくかん) |
| 6. 胸痛または胸部不快感 |
| 7. 嘔気または腹部の不快感 |
| 8. めまい感, ふらつく感じ, 頭が軽くなる感じ, または気が遠くなる感じ |
| 9. 現実感消失 (現実でない感じ), または離人症状 (自分自身から離れている) |
| 10. コントロールを失うことに対する, または気が狂うことに対する恐怖 |
| 11. 死ぬことに対する恐怖 |
| 12. 異常感覚 (感覚麻痺) |
| 13. 冷感または熱感 |

ていますか?」という聞き方もよいでしょう。

鑑別すべき疾患としては、

- ①代謝性アシドーシスの代償性過換気
- ②自然気胸
- ③肺塞栓症
- ④肺炎・肺水腫・COPD
- ⑤心疾患に続発した過換気
- ⑥気管支喘息
- ⑦甲状腺機能亢進症
- ⑧褐色細胞腫, カルチノイド など

といったものが挙げられます。

検査としては、身体所見, 血液検査, BGA, 心電図, 胸部 X-p, 血液 D-ダイマー, 甲状腺ホルモンなどが場合によっては必要ですが、若年の典型例では必ずしも必要ではないとされています。

経過

この症例は過呼吸発作を併発したパニック発作でした。

質問②

どのような対応をしますか?

研修医 1

発作が治まっているのであれば、話を聞いてあげます。でも救急外来は忙しいので、明日精神科の受

診をするように勧めることもあると思います。

研修医 2

発作が続いていれば、ベンゾジアゼピンを筋注したり、飲ませるのも有効だと思います。

解説

そうですね。まず、発作が続いていれば、喋りかけて答えてもらったり、ゆっくり四肢を動かすよう指示するなど、呼吸以外のことに注意を向けさせるのも方法でしょう。ゆっくりした呼吸・息こらえや口すぼめ呼吸を指示するのも有効と思います。その後、死にそうなくらいつらいということには共感しつつ、死ぬ危険のない病気であることをしっかりと説明して不安を取り除くのが重要です。以下のような薬剤を使うこともあります。

- ・ジアゼパム (セルシン®) 5 mg 0.5A-1.0Ai.m.
- ・ジアゼパム (セルシン®) 2 mg-5 mg p.o. 頓用として
- ・アルプラゾラム (ソラナックス®) 0.4mg 1-2 T p.o. など

ここからは、パニック発作について理解を深め、救急外来においてよりよい対応をするために、いくつかのケースを一緒に検討してみたいと思います。

ケース A

診察を終えて帰ろうとした時、再び受付の前で倒れ込んだ。迎えにきた母親より「また家でも倒れてしまったらどうしたらいいのでしょうか? 今晚は入院させてください」との依頼があった。

解説

身体的な入院適応の有無を判断してください。適応がない場合、頓服薬を処方して本人・家族の不安を軽減し、夜間休日にご家族にしっかりと観察していただくことを確認の上、精神科を受診していただく約束をしてご帰宅いただいでください。

ケース B

「今日もまた苦しくなってしまう・・・」と度々救急外来を訪れる患者。決まったかかりつけ医はおらず、「この前出してもらった薬と同じものを処方してください」という。

解説

この患者は繰り返し発作がおこっており、頓服薬だけの対応では治療が困難と考えられるので、精神科受診を勧めるのがよいでしょう。受診を約束してもらった上で「今回まで」の条件で2-3日分程度の頓服薬を処方してはどうでしょうか。

ケースC

「またパニック発作がおきた。まだ不安感が続いている。セルシンを注射してほしい、あれを注射すると治るから」といって薬剤名を指定して要求してくる患者。診察すると腕に注射痕が多く認められる。

研修医1

薬物依存症が疑われます。簡単に薬をあげてしまうと度々救急外来を訪れるようになってしまうかもしれません。かといって、セルシンの代わりにこっそり生食を打つわけにもいかないですね……。

研修医2

カルテがあれば、この方の病歴を調べて、過去にどのような処置を受けているのか、かかりつけ医はいるのか、などを調べます。その上で対処を上級医に相談すると思います。

解説

このケースは皆さんが考えるように、薬物依存症になっていることが考えられます。実際に、パニック障害と鎮静薬・睡眠薬の薬物乱用との関連は強いといわれています。対応はなかなか難しいのですが、基本的には薬物依存が疑われる場合、希望する薬物を安易に提供すると繰り返しになってしまう恐れがあるので、望ましくありません。上級医と相談して臨機応変に対応していくしかないのですが、かかりつけ医がいる場合には、「当院は精神科救急をやっていないので、救急外来で精神科の処置はできないのです。かかりつけの先生とご相談ください」といったり、はっきりと「薬物依存症になっていることが考えられます。ここで注射をしてもあなたのためになりません」と伝えるのも方法でしょう。

ここがポイント

パニック発作は一般人口の約15%が一生のうち少なくとも1回は経験するといわれるほどに、頻度

の高いものであり、明日には自分が経験することになるかもしれません。苦しくて、不安で救急外来に駆け込んだ患者さんの気持ちを思って真摯に対応してください。そのことが結果的に救急外来での診療にかかる時間を短縮し、精神科治療へのスムーズな導入となるでしょう。「誠実な対応と必要な処置」ということを心掛けてください。

(山崎知子)

自傷行為・自殺企図の対応

症例2

26歳女性

過量服薬にて救急搬送された。服薬直後のため胃洗浄でかなりの薬片が排出され意識レベルもクリア。身体的には帰宅可能である。付き添いの母親は「こんな状態で家に帰ったらまた自殺企図をしてしまうのではないか」と入院を希望している。

質問①

身体的な処置が落ち着いたあと、次にどうしますか？

研修医の回答

問診。なぜ過量服薬を行ったかを聞く。

経過

問診の結果今までも過量服薬やリストカットを繰り返し「うつ病」で精神科クリニックに通院歴があったが数カ月前から自己中断していた。今回は母親と喧嘩した後に「わかってくれない。何もかもいやになって」薬を大量に飲んだと語った。本人は「母親がいるところに帰りたくない」と動こうとしない。

質問②

何を考えどのように対処しますか？ 具体的な質問の仕方など。

研修医の回答

支離滅裂でもないし落ち着いていそう。話を聞いて母親がだめなら友人でも誰でも呼んで一緒に帰宅してもらい、翌日精神科を受診してもらう。

解答と解説

ご指摘どおり、疎通がとれるかどうかは精神的

な緊急性の有無の判断に役立ちます。幻覚妄想状態、昏迷などは場合によっては緊急の精神科入院が必要です。それ以外であれば家族の付き添いのもと翌日の受診でよいと思います。精神科では本当の病名をぼかし「うつ」と本人に告げている場合も多いので、日勤帯で余裕があればかかりつけ医に問い合わせると、より正確な情報が得られます。精神科受診までに友人でも家族でも誰かに付き添ってもらおうというのも重要なポイントですね。

質問③

もしこのケースで「入院させてくれない」と大声で暴れたらどうしますか？

研修医の回答

身体的に問題がないことを説得する。警備員を呼ぶ。

解説

説明をして落ち着いていれば同伴者と相談してもらい、数分間こちらは離れて様子を見るなどクールダウンの時間をとってよいかもしれないですね。しかし暴れるようなら警備員を呼ぶことは大切です。必ず「あなたが興奮しているところや他の患者さんは恐怖を感じるので警備員を呼びますよ」と一言警告してからがよいでしょう。難しいケース、迷うケースは精神科医に相談してください。

自傷行為の患者への対応

まずは身体的処置が最優先。次に問診の際には以下の点が重要。

切迫した希死念慮があるか
内因性の精神病状態か、反応性（衝動的）か
精神科的既往歴などの情報収集

（うつ病（回復期など）、妄想性うつ病、不安焦燥の強いうつ病、統合失調症の急性期、産褥期精神病など自殺企図の成功率の高い疾患を除外）

帰宅可能なケースとしては衝動的に行い現在は落ち着いている場合、または、内因性精神病があるが現在は比較的落ち着いていてかかりつけ医がある場合である。

帰宅の際のポイントは必ず早目の精神科受診の勧めと一人にしないということ。

ここがポイント

希死念慮があるかどうか、どのような気持ちで行ったのかは意外にストレートに聞くとよい。「言いくいかもしれませんが死にたい気持ちはありますか」と話すことで「死にたい」のか「現実から逃れたい」のか判断していく。

忙しい救急外来の合間で短時間かつ適切な判断が必要とともに誠実な対応も忘れない。

過去のつらい出来事を延々と話したがる患者には「申し訳ないのですが慌ただしい救急外来ではあなたの重要な話をゆっくり聞くことができません。精神科でちゃんとお話して対策を練った方がよいと思います。」などと対応。帰宅の際には家族に危険行動の際の連絡先などを伝えて対策法があることを伝える。（墨岡卓子）

早急な対応が必要となる向精神薬の副作用

症例 3

72歳男性

不安感、息苦しさで来院した。うつ病で精神科通院中の患者。

家族によると「1週間前から落ち着かず、時折混乱して苦しいとっていました」とのこと。診察室では座ってられず、そわそわと歩き回っている。バイタル異常なく、過呼吸症状もなし、検査でも明らかな異常なし。

質問①

何を考えますか？ さらに聴取すべき情報は？

研修医 1

内服薬の確認をします。パニック発作やアカシジアが疑われると思います。

解説

そうですね。身体疾患が除外できるようであれば、精神科既往のある患者ですし、パニック発作やアカシジア、また精神症状の悪化による不安・焦燥などの可能性を考えてみましょう。このときに「(落ち着かないのは)足がそわそわするのか？ 胸がそわそわするのか？」と聞いてみましょう。不安感や混乱している理由、最近の薬歴も必要です。

経過

「下半身がムズムズと身の置き所がない、じっとしていられず歩き回ってしまう。不安になり次第に息苦しくなってしまう……」とのことでした。薬歴からは2週間前にドグマチールが増量されていたことがわかりました。この症例は、ドグマチール増量によるアカシジアでした。

アカシジアとは

- *錐体外路症状の一つ
- *抗精神病薬の投与や増量から2カ月以内に多い（定型抗精神病薬でおこりやすい）
- *下肢のムズムズ感、静座不能、不安焦燥、イライラなどが主症状
- *非常に不快な症状であり、自殺企図を誘発しうる
- *そのため即時の対応が必要
- *精神症状の悪化と鑑別が必要

治療

- ・アキネトン[®]（5mg）1-2A など抗コリン薬の筋注
 - ・無効であれば、ホリゾン[®]1-2A の緩徐な静注を試みる
- ただし、アキネトン[®]の使用にあたっては以下の禁忌、慎重投与群に留意してください。
- *禁忌：緑内障、重症筋無力症
 - *慎重投与：前立腺肥大など尿路閉塞疾患、イレウスなどの消化器閉塞疾患、肝・腎障害、高齢者、てんかん、不整脈
 - *副作用：吐き気、口渇、便秘（抗コリン作用）
- 今後の予防としては、定型抗精神病薬の減量や、非定型抗精神病薬への変更、アキネトン[®]などの抗コリン薬の経口投与が挙げられます。ひとまず救急外来においては、アキネトン[®]によく反応しアカシジアが強く疑われる場合、原因薬物の減量や一旦中止を指示して、早めにかかりつけ精神科医を受診させるのがよいでしょう。

症例 4

25歳男性

被害妄想、幻聴を認め統合失調症の診断で、セレネース6mgを数日前から服用中。「舌が飛び出して戻らない、首が曲がったまま戻らない」と家族が慌てて、本人と共に来院した。来院時、バイタルは正常範囲。苦悶様表情で、舌突出、痙性斜頸を認め、

全体的に筋緊張が強い状態であった。

質問①

何を考えますか？ どのような対処をしたらよいでしょう？

研修医

急性ジストニアを疑います。アキネトン[®]筋注がよいかと思います。

解説

抗精神病薬投与後や増量後、数日以内に筋緊張の異常を呈した場合には急性ジストニアを疑ってください。禁忌を除外し、慎重投与群に留意しながら、

- ・アキネトン[®]（5mg）1-2A 筋注
- ・無効ならホリゾン[®]1-2A 緩徐に静注

予防には、やはり抗精神病薬の減量ないし変更や、アキネトン[®]1-3mg 1日2回の経口投与が行われます。

症例 5

65歳男性

長年、統合失調症で精神科通院中。今朝呼びかけに全く反応せず、自室で倒れているところを家族に発見され救急搬送された。家族によると、「最近食欲が低下していて、数日前から多量の発汗、手指の振戦に気づいていた」「2週間前に、幻聴がひどくセレネースを増量されたところだった」とのこと。

来院時の状態：開眼で無言・無動、全身の筋強剛、発汗が著明で四肢の振戦あり
瞳孔4.0mm同大、対光反射迅速
Vital:BP70/F, PR140, RR30, BT 39.8

【検査所見】末梢血：WBC 増多（18000/μl）
血液生化学：高タンパク血症（TP8.3g/dl）
筋原性酵素の上昇（GOT280IU/l, LDH1200IU/l, CK24000IU/l）
腎機能障害（BUN28mg/dl, Cr2.8mg/dl）
電解質異常（Na148mEq/l, K5.2mEq/l）

質問①

何を考えますか？

研修医

悪性症候群でしょうか。

表2 DSM-IVの神経遮断薬悪性症候群診断基準 (3332.92)

- A. 神経遮断薬の使用にともなう重篤な筋強剛と体温の上昇の発現
- B. 以下の2つ (またはそれ以上)
- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1) 発汗 | 6) 無言症 |
| 2) 嚥下困難 | 7) 頻脈 |
| 3) 振戦 | 8) 血圧の上昇または不安定化 |
| 4) 尿失禁 | 9) 白血球増多 |
| 5) 昏迷から昏睡までの範囲の意識水準の変化 | 10) 筋損傷の臨床検査所見 (例:CKの上昇) |
- C. 基準AおよびBの症状は、他の物質 (例:フェンシクリジン) または神経疾患または他の一般身体疾患 (例:ウイルス性脳炎) によるものではない
- D. 基準AおよびBの症状は、精神疾患 (例:緊張病性の特徴をともなう気分障害) ではうまく説明されない

解説

そうですね。抗精神病薬内服中の患者に高体温、筋強剛、高CK血症を認めたら悪性症候群を疑ってください。リスクマージンは広くとりましょう。わかりやすいイメージとして、筋強剛のあるひどいパーキンソン症状に高体温、高CKを思い浮かべてください (表2)。

経過

この症例は、著しい脱水による急性循環不全、腎機能障害をともなう悪性症候群でした。

救急外来での対応としては、悪性症候群を疑ったらずぐに上級医を呼び、同時に三次救急対応が必要かどうかを迅速に判断してください。抗精神病薬を中止し、全身冷却と、細胞外液の輸液を速やかに行う必要があります。

(山崎知子)

法と行動制限

症例

35歳男性

土曜の夜に全身痛と腹痛を訴え救急外来に来院。検査の結果大きな異常はなかったが炎症反応と白血球の軽度上昇があり、念のため内科病棟に入院となった。深夜になり不穏となったため身体拘束を内科医が指示。翌日になり検査データは正常になった。「お腹を誰かにいたずらされてこんなふうになった。みんなが噂うわさをしている」と精神症状が出現したため本人、家族は退院を希望したが治療が必要と判断し入院継続をして週明けに精神科医に依頼をした。

質問①

この対応についてどう思いますか？

研修医

本人の同意が必要。

解説

本人の病状を気にかけた姿勢はいいと思いますが精神科入院の場合は任意入院と医療保護入院があります。精神科医の診察のもと同意を得てはじめて任意入院が成り立ちます。本人の同意が得られない場合は精神保健指定医の診察と保護者の同意のもと医療保護入院となりますが、このケースのように両親の同意が得られないとそれも難しいのです。また20歳以上は配偶者が保護者となります。身体拘束に関しても精神科入院のもとでは法律に基づいた開始方法や記載、経過の観察の仕方があります。一般科での拘束は当院の院内基準で規定されているので参照してください。

精神保健福祉法

入院について

本人の同意で行われる任意入院と医療保護入院があり後者では

- 1 精神保健指定医による入院の必要性の判断
- 2 家族などの保護 (義務) 者の同意

この2つを両方満たすことが必要です。本人も家族も入院を拒否しても自傷他害の危険性が差し迫っている場合は措置入院という制度があります。

行動制限について

当院の精神科病棟は精神保健福祉法下にあります。行動制限には隔離と身体拘束があり、精神保健指定医が必要性を判断します。

必要と判断した場合は、開始時刻、行動制限の方法、理由、指定医名などをカルテ記載することが義務付けられており、その際には患者に制限する理由を説明し書類を交付することが必要となります。また医師の診察が毎日必要となってきます。

隔離：1日1回以上の医師による記載が義務付けられています。

身体拘束：医師による1日2回以上の記載が義務づけられています。
(墨岡卓子)

まとめ

救急外来で遭遇する精神科患者の対応について実践的な視点からディスカッションした。

興奮したケース、パニック発作、自傷・自殺企図、早急な対応が必要な向精神薬の副作用による症状、精神科の法と制限について取り上げた。

忙しい救急外来の中でともすれば時間がかかる精神科患者の対応だが、精神保健福祉法の法的立場や外来の機能の観点から、【できること、できないこと】を明確にしておくことで統一した対応が可能である。

それによって繰り返し救急外来を受診する医原性の「救急外来依存」の患者をつくらないことにもつながっていく。精神病状態を見逃さないことはもちろんである。それ以外の患者さんにはストレートかつ誠意のある対応が効果的である。

(樋山光教)

[参考書]

- (1) 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会. 身体拘束・隔離の指針：日本総合病院精神医学会治療指針 3. 東京：星和書店；2007.
- (2) 堀川直史・野村総一郎編. すべての診療科で役立つ精神科必修ハンドブック. 東京：羊土社；2005.
- (3) 本田 明編, 野村総一郎監修. 精神科身体合併症マニュアル. 東京：医学書院；2008.
- (4) 八田耕太郎. 救急精神医学 - 急患対応の手引き -. 東京：中外医学社；2005.
- (5) 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会 編. 急性薬物中毒の指針 - 日本総合病院精神医学会 治療指針 4 -. 東京：星和書店；2008.