

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ECTの適応と身体合併症を持つ精神科患者へのECT

鈴木 一正¹⁾, 高野 毅久¹⁾, 粟田 圭一²⁾, 松岡 洋夫³⁾

1) 東北大学病院精神科, 2) 仙台市立病院神経精神科・認知症疾患センター, 3) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学

身体合併症を持つ患者へのECTの考え方とECTの適応について述べた。ECT前の身体状態・身体合併症の評価は大切であるが、重篤な精神障害を呈している場合は、身体状態だけに拘泥すると、精神障害により身体的衰弱が起こることがあり、注意が必要である。その際に、精神障害だけでも、身体症状だけでもなく、これらの相互関連性による身体切迫性を考慮し、最適な時期にECTを施行することが大切と思われる。この観点からECTの適応については、精神障害のECTへの反応性、ECTの緊急性、ECTへの身体的忍容性の3つの視点から考えると良いと思われる。

はじめに

東北大学病院精神科では、1986年から修正型電気けいれん療法（ECT）を開始し、現在、年に約20コースの急性期ECTと必要に応じて継続・維持ECTを施行している。その経験から今回は、身体合併症を持つ患者へのECTの考え方についてとECTの適応について述べる。

ECTにおける身体合併症

ECTの対象になる患者における身体合併症は、精神障害が原因となって生じる身体合併症と既往の身体合併症に大別される。精神障害が原因となって生じる身体合併症は、さらに精神障害そのものの身体症状と精神障害による二次的身体合併症に分かれる。精神障害そのものの身体症状は、焦燥うつ病やカタトニアでよくみられる頻脈、高血圧、発熱などの自律神経症状や筋緊張による呼吸障害などであり、この対策としては早急にECTによる根本の精神障害の改善が求められる。また、精神障害による二次的身体合併症としては、摂食量の低下による低栄養状態や脱水、嚥下障害による誤嚥性肺炎、尿道カテーテルによる尿路感染症、中心静脈栄養による敗血症、長期臥床による褥瘡、

関節拘縮、深部静脈血栓、肺塞栓などで、この対策としても重篤な身体合併症が起こる前にECTにより精神障害の改善が重要である。既往の身体合併症については、特に心血管系、肺、脳の部位での合併症に注意が必要である。その際に身体合併症の見立てと治療は重要であるが、必要以上に拘泥し時間を費やすと、重篤な精神障害により身体状態の悪化が起こることも考慮しなければならない。

これまでECTの対象となる患者における様々な身体合併症について記載したが、これらに共通する視点としては、精神障害だけでも、身体症状だけでもなく、これらの相互関連性による身体切迫性を考慮し、最適な時期にECTを施行することが大切と思われる。

ECTの適応について

身体症状及び身体合併症がある患者へのECTの適応については、以下の3つの視点から考えると臨床上有用である。一つ目は、精神障害のECTへの反応性という視点、二つ目は、ECTの緊急性という視点、三つ目は、ECTへの身体的忍容性という視点である（表1）。

表1 身体症状・身体合併症がある患者への
ECT の適応の考え方

1. 精神障害の ECT への反応性はどうか？
ECT 反応精神症候群
・カタトニア
・メランコリア
・精神病状態 (幻覚妄想状態)
2. ECT の緊急性があるか？
生命にかかわるかどうか
・精神的切迫性 (自殺, 事故)
・身体的切迫性 (身体症状, 身体合併症)
3. 身体的に ECT に耐えられるか？
ECT での絶対的な医学的禁忌はない
ECT 前評価

1) 精神障害の ECT への反応性

APA では ECT の主な診断的適応として、大うつ病性障害、躁病、統合失調症を挙げているが⁶⁾、臨床的には、ECT への反応性が高いことが数多く報告されている以下の3つの ECT 反応精神症候群を考える方が実用的である。ECT 反応精神症候群は、カタトニア、メランコリア、精神病状態 (psychosis) の3つからなり、時にこれらは重複する。

a) カタトニア (catatonia)²⁾

症状としては、無言、昏迷、拒絶症、カタレプシー、興奮、反響現象、常同症、衝動症などがあり“緊張病性症候群”と従来からいわれるものである。病因としては、躁うつ病、統合失調症、身体疾患 (脳器質性精神障害を含む)、てんかんなどがありえる。昏迷、無動、無言などの症状を呈する抑制カタトニア、多動、多弁、減裂思考などの症状を呈する興奮カタトニア (錯乱躁病も含む)、著しい自律神経症状を呈し、短期間に急激な身体状態の衰弱を呈する悪性カタトニア (神経遮断薬性悪性症候群の一部も含む) の3型に分けられるが、この3型の間を短期間に病像が変化することも少なくない。

b) メランコリア (melancholia)⁵⁾

いわゆる“内因性うつ病”の病像で、特徴としては環境に影響されない気分の落ち込み、精神運動抑制の存在、自律神経症状 (食欲低下、体重減

少、睡眠障害、日内変動など) を基本的症状として挙げられる。さらに精神症状や病前適応の良好性が加われば、より ECT 反応性が高いと考えられる。視床下部-下垂体-副腎系の異常や REM 潜時の遅延などの病態生理学での異常が想定されている。単にうつ病または大うつ病性障害として一くりにして考えるよりも、メランコリアとしてより ECT に反応しやすいうつ病像を分けて考える方が臨床的に ECT 適応を考える上では有用と考える。

c) 精神病状態 (psychosis)¹⁾

いわゆる“幻覚妄想状態”であり、病因としては、統合失調症、躁うつ病、脳器質性精神障害などが挙げられる。この場合も、ECT の適応として統合失調症を一くりにしてしまうと、無為・感情平板化といった ECT での反応が乏しいと思われる陰性症候群も含まれてしまうために、精神病状態として ECT への反応性が期待される状態を分ける意味はあると思われる。

2) ECT の緊急性⁴⁾

緊急性というのは、生命にかかわるかどうかという意味である。この生命切迫性は、自殺や転倒などの事故が起こることが強く考えられる精神的切迫性と先ほど述べた精神障害による身体症状や身体合併症による身体切迫性に分かれる。両者とも ECT に反応する精神障害であれば、救命的な ECT の施行が要請される。身体切迫性を呈した老年期カタトニアの一例を提示する³⁾。

〈症例〉当科初診時 77 歳の女性

診断：統合失調症・緊張型

家族歴・既往歴：弟がパーキンソン病

現病歴：37, 38, 45 歳時に幻覚妄想状態を呈し、3 回精神科入院歴があり、抗精神病薬により寛解状態だった。76 歳時より「職場で皆がぐるになっていじめる」「テレビやラジオで自分のことを言われている」と被害関係妄想が出現し、精神科に入院した。Risperidone 2 mg/day にて寛解し、77 歳時転居に伴い当科に紹介された。当科初診 3 ヶ月後に食欲低下がみられ近医内科へ入院した。

入院中に、拒絶、拒食、被害妄想を伴う亜昏迷状態を呈し、当科に転院した。

当科入院時は、かすかにうなづくのみの筋緊張の強い亜昏迷状態だったが、入院後ほどなく「私は3度死んでいるからこういうのは無駄なのです」「あ、今死にました」などと滅裂に大声で叫ぶ興奮状態に変化した。Quetiapine 25~50 mg/day で処方を開始したが、1週間後には、無言、無動、一点凝視の昏迷状態を呈し、38度の高熱、頻脈（150回/min）、CK上昇（3,717 IU/L）、筋強剛、著明な発汗を認めた。また、筋緊張が高い昏迷により口腔内分泌物を咯出できないためにSpO₂が70%台へ低下した。Diazepam 10 mg/day 静注で筋緊張を緩和させ、喀痰吸引することで一時的に呼吸状態は改善したが、数時間で元に戻った。カトニアというECT反応精神症候群であること、カトニアの身体症状により身体切迫性を呈していることより、急性期ECTを家族に同意の上で施行し、完全寛解した。その後は、quetiapine 200 mg/day で1年半寛解を維持した。

また、この症例の様に、ECT反応精神障害の中でも最も身体切迫性を呈しやすいカトニアを例にどのようなパターンで身体的衰弱を来すかを示す。

栄養：経口摂取不能になり、まず簡便な末梢静脈輸液が投与されるが、栄養的には不十分で、数週間で低栄養状態に陥る。そこで、経管栄養や中心静脈栄養が開始されるが、経管栄養では誤嚥性肺炎、中心静脈栄養では、カテーテル挿入時の気胸や出血、カテーテルからの感染症として敗血症を呈することがある。

呼吸：著しい筋緊張を伴う症例では、筋緊張自体が呼吸困難を起し低酸素血症を呈することがある。また口腔内分泌物の咯出困難による上気道閉塞や無気肺を起こすこともある。

循環：自律神経症状により、頻脈や高血圧があり、心拍数と平均血圧の積であり、心筋酸素消費量の指標となるRPPの上昇を来し、心機能が低下している患者では注意が必要である。

無動・長期臥床：昏迷では特に、褥瘡、関節拘縮、深部静脈血栓症、肺塞栓を起こすことがある。尿道カテーテルを挿入しなければならないために、尿路感染症や尿路損傷を起こす。

高力価の抗精神病薬：特に筋緊張が強い抑制カトニアに高力価の抗精神病薬投与により、自律神経症状（発熱、頻脈、血圧上昇など）、CK上昇、著しい筋強剛などカトニアの症状をより増悪し、悪性カトニアに至ることもある。

これらの身体切迫性を未然に防ぐには、こういった状況を予見し、最適な時期を逃さずECTを施行することが重要である。

3) ECTへの身体的忍容性

APAのECT実践ガイドでも、ECTでの絶対的医学的禁忌はないと記載されているが、身体疾患がある場合には、ECTへの身体的忍容性という視点で危険を評価する必要がある⁶⁾。

まずは、精神科による診察・検査が行われる。ECT治療前の身体診察においては、特に心血管系、肺、脳の部位での身体疾患に注意が必要である。なかでも心臓については、心電図で問題がある場合以外にも、70歳以上の高齢者の場合はあらかじめ心エコーを施行し心機能を評価しておいた方が良い。精神科診察後に、必要があれば、該当身体科による診察・検査・治療が行われる。しかし、身体科においてECTは完全に認知されているとは言い難く、紹介の際には、患者にはECTという麻酔下に電気てんかん発作を誘発する治療を行う必要性があり、それについてどのような身体的影響を懸念しているかを明記する方が良いと思われる。特に心臓について循環器科にコンサルトする場合には、ECTで起こる循環器に影響を及ぼす自律神経系の変化を説明しておく必要がある。また、前述した通り、ECT前に完全に身体疾患を治すという考えだけでは、著しい精神障害の影響で、かえって身体状態の悪化を来すことがあり、身体的に耐えられる最適のタイミングでECTを施行してゆくという考えも念頭に置き、身体科にも説明してゆく必要がある。麻酔

科の術前相談でさらに身体状態や具体的な麻酔方法を検討する。その後、ECTカンファレンスを開催することを勧める。当科では、ECTカンファレンスは、患者の主治医、ECT精神科医、ECT麻酔担当医が集まり、症例を検討する。通常のカンファレンスと同様に症例の紹介をし、その後、精神障害へのECTの反応性、ECTの緊急性、ECTへの身体的忍容性について評価が行われ、ECTを行うかどうか、最適の時期はいつか、ECTの手技などを決める。カンファレンス後に、本人または家族に説明し、同意を得るという手順になる。

著者らの臨床経験を鑑みると、身体症状・身体合併症を有する患者へECTを施行するかどうかの医療側の判断は、精神科医がしなければならない場合が多かった。その理由は、他の身体科では、該当臓器・器官の身体状態の評価や治療はできるが、重症の精神障害の評価ができない(ECTへの反応性や緊急性)ことにある。その際には、精神症状の把握だけでなく、他科からの身体状態の情報も理解し、精神・身体の相互関連性も見た上での、大局的な判断がECTを決める精神科医には求められる。

ま と め

1. 重篤な精神障害を呈している場合、身体状態・身体合併症の評価も大切であるが、それだけに拘泥すると、精神障害により急速に身体的衰弱が起こることがあり、注意が必要である。その際に、精神障害だけでも、身体症

状だけでもなく、これらの相互関連性による身体切迫性を考慮し、最適な時期にECTを施行することが大切と思われる。

2. この観点からECTの適応については、精神障害へのECTの反応性、ECTの緊急性、ECTへの身体的忍容性の3つの視点から考えると良いと思われる。

文 献

- 1) Fink, M.: *Electroshock: Restoring Mind*. Oxford University Press, New York, 1999
- 2) Fink, M., Taylor, M.A.: *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. Cambridge University Press, New York, 2003
- 3) 小山康則, 鈴木一正, 本多知子ほか: 高齢期に緊張病による呼吸障害を起こし、ECTが著効した一例。精神医学, 48 (1); 51-55, 2006
- 4) 鈴木一正, 栗田主一, 高野毅久ほか: 電気けいれん療法: 救命手段としての有用性—東北大学での20年間の臨床経験から—。精神医学, 47 (11); 1201-1207, 2005
- 5) Taylor, M.A., Fink, M.: *Melancholia: The Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment of Depressive illness*. Cambridge University Press, New York, 2006
- 6) Weiner, R.D., American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy: *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging (A Task Force Report of the American Psychiatric Association)*, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2001