

中毒性疾患

覚せい剤急性中毒

小嶋 亨・津久江一郎

疾患の概念

覚せい剤には2種類あり、フェニールメチルアミノプロパン（メタンフェタミン）とフェニールアミノプロパン（アンフェタミン）である。

製剤としてはメタンフェタミンは塩酸塩であり、アンフェタミンは硫酸塩である。現在も抗うつ薬として塩酸メタンフェタミンが製造されている。その常用量は内服で1回2.5～5mg、1日10～15mgである。皮下または筋肉注射で1日3～6mgである。

薬理作用には中枢作用として神経活動の促進（気分昂揚、覚醒水準の上昇、注意力の増強、疲労感の減退）、強迫的常同行動（頭をなでたり、耳垢の掃除をしたり、同じ行為を何時間も飽きることなく続ける）、食欲減退・性欲刺激作用、発熱・口渴がある。末梢作用としては交感神経末梢興奮作用がある。

覚せい剤の中枢神経作用は、カテコールアミン神経終末からトランスマッターを遊離して間接的に受容体を興奮させる機構が主体と考えられている。人における作用は個人差が強く、そのときの状況によっても異なり、抑うつ状態では疲労感を除き、精神活動を高めるが、疲労や抑うつのない人では不安、焦燥を起こすという。

健常人に常用量を内服させた場合、30分後から効果が発現し、1～2時間後が頂点となり、4～6時間持続。症状は、落着きがなくなり、頭が冴え、決断が早くなり、気分は明るく、干渉的となり、いろいろな考えが湧き、口数が多くなり、仕事のまとまりは悪く、深く考えることができない。薬効が切れると倦怠感、力の喪失感が生じ、体を動かしたり口をきくのも億劫となり、精神の安定感が乏しくなるという。

20mgを静脈注射すると、幻覚や離人症体験

が起ることがあり、さらに多量の静脈注射では幻覚や被害妄想も現れるという。

120mgを急速に静脈注射すると死亡するといわれている。

メタンフェタミンは体内で一部はアンフェタミンなどに代謝されるが、酸性尿の場合は摂取した大半が未変化のまま排泄され、アルカリ尿の場合には尿への排泄が少ない。

乱用についてみると、医療以外を目的として使用する場合、1回のみの使用でも「乱用」と定義されている。日本で乱用されてきているのは塩酸メタンフェタミンであり、「シャブ」、「ポン」、「ヤク」、「ネタ」、「ヒーヤイノ」などの隠語で呼ばれている。乱用により精神依存が形成されるが、身体依存にはならないといわれている。しかし、実際にはもうろう状態やはなはだしいものにはけいれん発作の発生もみられる。注意すべきは、大量摂取のため循環系の虚脱により、死の転帰をとることがある。乱用の動機は、「好奇心」が最も多く、「セックスのため」も多く認められる。反復使用は静脈注射による急速な爽快感と薬効が切れたときの倦怠感、不快感のためと考えられる。乱用方法で最も無駄のないのは静脈注射であるが、注射痕を気にして服用するとか、最近ではアルミホイルの上に覚せい剤を置き、下からライターなどで加熱し、気化した覚せい剤を吸入する方法も行われている。女性では経腔摂取もみられる（粘膜からの吸収は迅速であり、著効するという）。乱用者は1回の静脈注射に30～50mgを使用するが、耐性が生じるため、同じ薬効を得るために次第に使用量が多くなる。2～3時間置きの反復使用により、1日の使用量が1g以上にもなることがある。症状としては、過敏、不安、不眠、食欲減退、易怒的となるほか、関係妄想（誰かが自分の噂をしている）、被害妄想

(自分は狙われている), 注警妄想(警察に監視されている), 追跡妄想(暴力団に追いかけられる), 包囲攻撃妄想(囲まれて襲われるようにも思ひ込む), 嫉妬妄想(妻が浮気をしている)とか, 幻聴などの幻覚を体験するようになり, 殺人や傷害事件を起こしたりする。乱用者では, 長期休薬後にごく短期間の再注射によって連續乱用時と同様の精神症状が出現したり, 飲酒やストレスによっても異常体験が自然に出現することがある。この症状は逆耐性現象であり, 最近ではフラッシュバックという言葉はあまり用いられておらず, 急性再燃状態として統一されている。現在の開価格は約0.2g入りの小パックで5千円から1万円という。

日本の乱用の歴史についてみると, 戦前に医薬品として市販された覚せい剤は, 戦時に主に軍需工場で夜間の突貫作業の能率を高めるためや, 飛行兵の夜間の覚醒に用いられた。敗戦により混乱し, 目標を失った社会に軍部や製薬会社から大量の覚せい剤が放出され, 当初は芸能関係者がこれに手を出し, 次第に世間に蔓延していった。これを第一次乱用期と呼んでいる。これを取り締まるため, 昭和26年に覚せい剤取締法が制定された。しかし, 亂用は衰えず, 被捕者でみると, 昭和29年には全国で5万5千人を越えた。その後急激に法の効果をみて減少し, 昭和32年から昭和43年は1千人未満となつた。だが, 昭和44年に1千人を越え, 減増はじめてきた。これを第二次乱用期という。昭和51年には1万人を越え, 昭和59年には2万4千人を越えてピークとなり, 平成元年以降は1万7千人台から1万4千人台となっている。最近は, お祭りなどで暴力団員が中学生や高校生に覚せい剤を格安で売り渡し, 販路を拡大しているせいか, 中学生・高校生の乱用者が急増している。

覚せい剤中毒の診断において, 亂用者は静脈注射が多いので, 四肢の静脈に沿って並んだ注射痕をみつければ診断ができるが, 注射痕の生じない摂取方法の場合は, 診断が困難である。治療目的で医師が覚せい剤を処方して生じた中毒以外の場合は犯罪であるから, 患者が摂取し

たことを医師に話さないこともあります。分裂病と鑑別することが困難なこともある。そのような場合の診断方法としては, 尿を用いるスクリーニング法(金コロイド粒子と各薬物のモノクローナル抗体を用いる方法など)と確定診断法(ガスクロマトグラフ・質量分析計を用いる方法など)があるが, 亂用は犯罪であり, 犯罪捜査との関係から診断の確定には分析を専門に行っているところに依頼することが望ましい。また, 最近になってわが国でもほかの依存性薬物との多剤乱用者がしばしば見受けられるようになったため, 薬物乱用の種類, 方法などに対しては注意深い問診をはじめとし, 分析には注意する必要がある。

覚せい剤取締法には, 医師が患者を診察して覚せい剤中毒と判断した場合も麻薬および向精神薬取締法と異なり届出の規定はない。そのため, 亂用者自身や家人が乱用しているのを察知し, 警察に相談した場合などでも, 末端の乱用者であったり, 精神症状が強い場合などでは, 逆に警察官の薦めで病院が紹介され, 治療を行うこともある。

●治療の基本戦略

覚せい剤中毒の治療にあたって最も大切なことは, 二度と覚せい剤に手を出さないように本人および家人をはじめとする周囲に対し, 生活指導することが大切である。

乱用により精神依存が形成されている場合, 幻聴などの幻覚や追跡妄想, 被害妄想, 嫉妬妄想がある場合は, 専門家のいる病院に入院させる。

薬物依存症者の薬物療法には限界があり, これのみで完結するものではないことは明らかである。また, 精神療法の効果についても, 薬物依存症者には個人精神療法よりは集団精神療法の方がより有効であることは学会すでに定説となっている。

覚せい剤関連疾患の治療では

1. 覚せい剤急性中毒
2. 覚せい剤依存症
3. 覚せい剤精神病

4. 覚せい剤残遺症候群 に分けて対応する。

治療者側は担当医師、看護婦（士）、心理療法士、精神保健福祉士、作業療法士などで治療プロジェクトチームを構成してチーム医療を実践することが望ましい。詳細は省き、本稿では覚せい剤急性中毒に限って臨床像、その対応の基本的戦略について述べる。

1. 精神症状

精神運動性興奮、気分発揚、爽快感、多幸、多弁、不安、焦燥感、知覚過敏など。

2. 身体症状

不眠、食欲減退、発汗、口渴、振戻、けいれんなど。

3. 急性症候群

恐慌不安反応、急性幻覚状態、せん妄状態、急性錯乱など。

4. 反跳現象

無欲、疲労感、脱力感、嗜眠、過食など。

ここで、急性中毒の治療は上記の諸症状に対する薬物療法が主体となる。まず、補液を十分に行い、解毒に努めることが第一である。ついで、精神運動性興奮、急性幻覚妄想状態に対して、全身状態をチェックしながら抗精神薬を投与していく。

●薬物治療の基本方針

急性中毒の際は、塩化アンモン投与で尿を酸性にして覚せい剤の排泄を促進すること、症状に対しては対症療法を行うことである。

幻覚・妄想・興奮状態が強い場合は、向精神薬治療を中心とする。メジャートランキライザー（主としてクロルプロマジン、ハロペリドー

ル）を用いる。興奮が強く、経口投与が不可能の場合は、注射によることが必要となる。麻酔薬や睡眠薬を投与すると酩酊状態が強く現れることが多いので、用いない方がよい。多くは向精神薬治療により約1ヵ月以内で精神症状は消退する。しかし、一部には無為、感情鈍麻などの状態に移行する者もある。また、精神症状が消退しても粗暴、軽薄、威嚇性などの性格特性を持っているので、マイナートランキライザーと集団精神療法の併用が有効である。

脱水状態、電解質不良、肝障害、けいれん发作がある場合は、それぞれに対する対症療法が必要である。

●薬物治療の実際

1. 幻覚、妄想に対してはメジャートランキライザーが有効である（できるだけ単味で用い、特に睡眠薬、麻酔薬と併用すると相乗効果が強く発現するので注意を要する）。

処方例

1) クロルプロマジン 150~300mg/日 塩酸プロメタジン 50~75mg/日	分3 食間
2) ハロペリドール 20~30mg/日 ビペリテン 1~3 mg/日	分3 食間

2. 精神症状が消退後のグループミーティング、集団精神療法・作用療法などの治療メニューの導入には、乱用者の持ち合わせる性格特性（粗暴軽薄、威嚇性）からも、マイナートランキライザーが有効となる。

処方例

ジアゼパム 30~60mg/日 分3 食間