

覚せい剤・有機溶剤中毒に対する救急処置

津久江一郎

精神科 MOOK. No. 20.

精神科救急医療

1988年3月10日発行

金原出版株式会社

覚せい剤・有機溶剤中毒に対する 救急処置

津久江一郎*

Summary

はじめに

第2次覚せい剤時期を迎えて1985年、厚生省は「覚せい剤中毒者に関する専門家会議」を開き、ここで初めて覚せい剤関連障害を検討し用語の統一がなされた。

I. 覚せい剤、有機溶剤乱用者における救急医療の必要性。

II. 覚せい剤、有機溶剤乱用者における危機状況の早期把握。

III. 覚せい剤、有機溶剤中毒に対する救急処置の実際。

A. 覚せい剤乱用者における救急処置。

筆者の経験した3つの症例を通して複雑な精神症状〔症例1はpanic anxiety reaction (bad trip)、症例2、3は共に複雑な再燃現象を発呈した例〕を呈した症例を通して実際の救急処置、治療を披瀝して若干の考察を加えた。

B. 有機溶剤中毒に対する救急処置。

有機溶剤の吸引により救急入院する場合を意識障害の程度に分けて、その対応を示した。

I. 当初より昏睡状態で入院となった場合。

II. もうろう状態で来院した場合。

III. 軽い酩酊状態で来院した場合。

まとめ

1. 有機溶剤乱用者の入院初期における脳波異常には注目すべきものがあり、68症例中27例(39.7%)の高い異常波の出現を見いだした。

2. 現在、わが国におけるmultiple userの乱用パターン(アルコールと有機溶剤、覚せい剤とアルコールまたは有機溶剤)について言及した。

3. 有機溶剤乱用者の対応は教育と医療の接点にある問題として今後真剣に取り上げるべきである。

はじめに

戦後の第1次覚せい剤(ヒロポン)時代を経験していない精神科医にとって、1970年頃より始まつたいわゆる第2次覚せい剤時代の患者

*Ichiro TSUKUE 瀬野川病院(広島)院長

に直面して、その対応に戸惑い、改めて第1次覚せい剤時代の文献を涉獵し、おおよその疾患の概要を知ったのが実状である。

しかし実際の治療に携わってみて第1次覚せい剤時代とは社会的背景もさることながら、乱用方法(質、量、複合使用)等にかなりの差異

があるのを見出し、自ずと精神症状の発呈も異なっていることをおぼろげに感じ始めていた。

こうした折、『覚せい剤中毒』¹⁾(山下格、1980)が出版されたが、続いて「覚せい剤中毒」²⁾が雑誌の特集(1981)として組まれ、さらに『覚せい剤・有機溶剤中毒』³⁾(精神科 MOOK No. 3. 1982)等が次々と世に出た。

ちょうどこの頃、不幸にも覚せい剤精神疾患者による凶悪な通り魔殺人事件等が続発し世間を騒がせることになり、これを受けてか、科学技術振興調査費による「覚せい剤乱用対策に関する緊急研究」が1982年3月にたてられ、「覚せい剤中毒患者の実態調査」および「ラッシュバックの実態調査」を山崎敏雄(日精協常務理事)が担当し、日本精神病院協会の協力を得て755病院入院患者1,283名より初めて全国規模で実態調査⁴⁾(1983年)がなされたのである。

こうした経緯を経て厚生省薬務局麻薬課において「覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議」が開かれ、アルコール依存症の治療モデルを基盤にして、用語の統一、覚せい剤関連障害を検討しこれをまとめた⁵⁾(1985年)。

以下その概要を示すと、

覚せい剤関連障害の類型化

I. 覚せい剤関連社会的障害

II. 覚せい剤精神疾患の類型

1. 覚せい剤急性中毒

次の症状が覚せい剤の使用後1時間以内に出現して、大部分が2,3日で消失し、引き続いて薬効の消退に伴う反跳現象が出現する。

①一般的精神身体症状、②急性症候群(多くは意識障害を伴う)、③反跳現象(薬効の消失と共に出現)。

2. 覚せい剤依存症

覚せい剤依存症候および関連精神神経症状を有するが、明確な幻覚妄想を伴わない状態である。

(1) 覚せい剤の使用行動に見られる変化

(2) 精神神経症状

3. 覚せい剤精神病

覚せい剤依存症候を有するかまたは有していた者に生じた幻覚妄想状態を主とする精神状態であり、休薬後には、以下の経過類型を示す。

(1) 早期消退型

休薬後1カ月未満に症状が消退するが、①覚せい剤および他の依存性薬物(アルコール、有機溶剤など)による再燃、②自然再燃(依存性薬物によらない非特異的刺激による再燃<コンタクトハイを含む>)現象を示すものがある。

(2) 遷延・持続性

休薬後も1カ月以上にわたって持続するもの、なかには6カ月以上も長期にわたって症状の小康と増悪を繰り返すものなどがある。なお、かつて依存症候があったが現在はこれが認められない残遺症候群として、①不安神経症様状態あるいは身体的不定愁訴、②情動障害、意欲減退を中心とする症状、がある。

I. 薬物依存(覚せい剤、有機溶剤等)における救急医療の必要性

ところで諸外国において救急医療部は入院部門とも外来部門とも別個に専属のスタッフによって救急医療部として独立に運営されているのは周知の通りであるが、精神科においても救急精神医療部門として独立してきたのは比較的新しいことである。

また、わが国においても国民が医療に求めるものは年々増大してきており、今では単に疾病的治療だけではなく、その予防あるいは健康作りまで含んだものになってきている。

なかんずく精神科領域においては、最近の医療費抑制策もからめて deinstitutionalization, after care 推進策は当然今までの入院保護を主体とした閉鎖的治療より開放型へ、さらに社会参加の方向へと大きく変わりつつあることも

また周知の通りである。

つまり、pre-primary care, medical care, after care と一貫した health care を確立することが大切なことであり、pre-primary care の領域における薬物依存の救急精神医療としての診断、治療活動が重要な役割を担うようになってくるのである。

薬物依存症者の救急医療のもう一つの意義は、一般精神医療の応用とでもいべきものとなるということである。ただ一つの治療法にこだわることなく、精神医療の基礎的技術を駆使し、個人精神療法、家族間精神療法、集団精神療法、薬物療法などが縦横に使いこなされなければならないのである。

こうした意味での救急スタッフの教育、訓練の場になるという意義も存在するのである。

II. 薬物依存症者における危機状況の早期把握

1) 覚せい剤、有機溶剤患者を個人的に危機状況をどう扱うかは極めて重要な問題となってくる。

入院治療後の退院した患者の after care をすることにより、再使用しようとする危機状況に対して治療者が外来診療、after care、訪問指導等で早期に適切に強力な治療的介入することによって再発の防止をすることができるのである。

この意味合いより、現在では精神障害者の訪問指導は保険点数化されているが、治療システムとして一般化されておらず、また依存症患者の退院後の day care, night care などの after care system は保険点数化されていないが、今後長期にわたる care がとくに大切になってくると思われる。

2) 薬物依存症者の救急においてもう一つの重要なことは、慢性の依存症者における急性症状の発現に対する対応が非常に重要になって

くるのである。

III. 覚せい剤・有機溶剤中毒に対する救急処置の実際

覚せい剤乱用者においては、筆者の経験した複雑な精神症状を呈した症例を通して、実際の救急処置、治療を披瀝して若干の考察を加えることとする。

次項で有機溶剤乱用者について述べる。

A. 覚せい剤乱用者における救急 (症例を通して)

症 例 1. 26 歳、女性(1955 年 10 月 24 日生)

〔既往歴〕 16~17 歳頃、睡眠薬遊びや鎮痛剤乱用（主にナロン乱用）の経験有りという。

〔遺伝的負因〕 詳細は不明なるも、一応認めていはない。

〔学歴〕 中卒。

〔飲酒歴〕 詳細不明。

〔生活歴〕 幼児期より父母の仲が悪く、中学校も行ったり行かなかったりであったという。両親はそのあげく離婚している。中卒後、集団就職で広島県の地元の工場に勤めた。この頃より元来頭痛持ちであったため、これを緩和するためにナロンを使用はじめたが、陶酔感を覚えて次第に乱用するようになった。酒とチャンポンにして使用することが多かったという。

職場で上司と恋愛問題を起こして 1 年間で身を引き、喫茶店のウエートレスをしながら各地を転々としており、今までに同棲生活を 3 回経験している。現在の男性とは、男の実家がある宮崎で 1981 年 4 月に知り合い、広島に来て喫茶店のウエートレスをしながら同棲生活をしていた。

〔現病歴〕 1981 年 11 月 9 日~1982 年 2 月 15 日（89 日間）措置入院。

覚せい剤をこの同棲中の男から誘われて入院するまでの約 7 カ月間乱用を続けていた。主と

してセックスプレイのため、両者共に注射することがほとんどであり、多い時には一夜で大パック（約 0.8 g）を数回に分けて互いに注射し、使い果たしたという。注射をするとナロン乱用時の陶酔感と異なって、頭がスッキリする作用が強かったという。また、幻覚の出現は経験していないが、覚せい剤を乱用している後ろめたさから何となく不安が付きまとっていたと後述している。注射は 1981 年 11 月 8 日まで打っていたように思うという。

同年 11 月 9 日夕刻、近所の人より「女性が包丁で脅かされ家に監禁されている」と 110 番通報があり、警察官が急行し、座り込んでいた患者を救出した。脅していた男性は内縁の夫と分かり、ビニール袋入りの覚せい剤と思われる白い粉、注射器のほかに両者共多数の注射痕を認められ、覚せい剤乱用者であることが判明したので署に連行しようとした。ところが患者はパトカーに乗るまではおとなしく一見平常に見えていたが、車が動き出しサイレンを鳴らし始めたとたん、急に著しい精神的不穏状態となり、暴れ出し叫び声をあげ、意味不明の言葉を発し頭痛を訴えたりして取り調べにならず、警察官の手に負えないほど暴れ出したため、夜間鑑定の上、即日入院となった。

〔入院時所見〕 受診時、瞳孔は縮小しており、対光反射は正常、全身の発汗は無く、けいれん発作は認められなかったが、全身のるい痩が著しく、強い精神運動性興奮と独語を約 15 分間認め、一過性のせん妄状態を認めた。

総蛋白量 6.0 g/dl と低値を示したほかは、肝機能、血糖値、尿検査等はすべて正常範囲内であった。vital sign は異常なかった。

両側肘関節内側部、両足背静脈に多数の注射痕を認めた。覚せい剤の最終使用は患者の供述により入院前日と考えられた。なお尿中覚せい剤反応は陽性であったが、定量と血中濃度は測定していない。

〔入院後経過〕 興奮が強いため、thiamylal sodium 250 mg、haloperidol（以下 HPD と

略）5 mg、promethazine 25 mg を静注し入室させた。その後、入院した夜と第 2 日目の丸 1 日半を食事、手洗いを除いてはほとんど熟睡していた。投薬は第 2 日目より、chlorpromazine（以下 CP と略）250 mg、promethazine 100 mg/日を経口投与とした。第 3 日目より旺盛な食欲を伴う過食と 1 日数回にわたる激しい下痢症状を認めた。

上記のごとき典型的な退薬現象をみた後、次第に精神の安定をみた。総じて看護者に対しては従順であり、治療、生活療法、とくにレクリエーションには積極的に参加した。その間に投薬内容も 12 月 7 日より diazepam 40 mg/日（同月 15 日からは 20 mg/日）のみに変更した。入院 3 カ月余で退院とし、即日警察に引き渡した。

後に偽名を使っていましたことが判明するが、患者の言では韓国人であることを男に偽って同棲していたのと、刑務所に行きたくなかったので演技をしたのだと供述している。しかし、入院時の状態は著しい精神運動性興奮を認めており、意識は清明とはいはず、むしろ短時間（約 15 分間）ではあるが、せん妄状態にあったと考えられ、到底意図的な演技とは思えなかった。

小考察

内縁の夫に脅かされる状況から解放されたかに思えたところ、今度は刑務所に連行されるという不利な状況に置かれて強い不安不穏等の精神症状が出、一過性の意識障害も生じたようである。加えて知能もそれほど高いとはいせず、またるい痩の著しいことからみても栄養障害があったことは疑う余地はないので、これらのこととも上記症状に拍車をかけたと考えられる。これは L.S.D. や大麻などにより著しい不安、被害的内容の妄想様観念が現れた状態（bad trip）と同様の状態と考えてよいと思われる。換言すると、柳田ら⁶⁾の述べた分類での恐慌不安反応（panic anxiety reaction）に当たると思われる。覚せい剤乱用においても、小山⁷⁾は、顕著な自律神経症状と共に、強い不安、焦燥感、

不機嫌、拒絶、攻撃性を示した覚せい剤乱用者の症例を述べ、いわゆる急性恐慌反応（bad trip）に当たるとしている。筆者は、覚せい剤中毒者の中に bad trip（不利な状態に置かれた場合、嘔吐、妄想、不安などの精神症状が出来る）の症候を発呈することがあるのを報告⁸⁾しているが、具体的に通常の乱用時と異なった覚せい剤に対する反応を示した臨床例としては、本症例が最初である。

症 例 2. 33歳、男性（1949年4月24日生）

〔既往歴〕 10歳時、電車事故に遭い左上腕部より切断している。

〔遺伝的負因〕 認めない。

〔学歴〕 中卒。

〔結婚〕 28歳時。男児2名（5歳、2歳）。

〔家族歴〕 父親は健在なるも母は既に死亡。

〔飲酒歴〕 晩酌ビール1本程度。酔うと陽気になる方である。

〔職業〕 クリーニング工場作業員。

〔現病歴 第1回目入院〕 1982年12月6日～30日（26日間）同意入院。

1982年11月頃より友人から覚せい剤を小パック1万円で購入し、これを数回に分けて大体1日2回注射し計10回注射したところ、妻に対して嫉妬心が強くなった。妻と同じ職場に勤めていたが、自分が会社を休むときには妻も休ませたり逆に妻も注射しているのではないかと疑い、何か隠しているのではないかと台所の引き出しを一生懸命探したりし、そのあげく暴力を振るので妻は家に居ることができず、入院4日前に子供2人を連れ九州の実家に逃れてしまっている。

近所に住む父親と伯母が説得し、受診の上、直ちに同意入院となった。

〔入院時所見〕 vital sign は異常なかった。総蛋白量 6.3 g/dl と低値を示したほかは、肝機能、血糖値、尿検査等はすべて正常範囲内であった。

〔入院後経過〕 CP 300 mg/日経口投与を開始した。入院直後はデイルームを徘徊して不穏であったが、その夜と第2日目をほとんど寝て過ごし、第3日目の朝になっても眠たくて仕方がないと訴えていた。第4日目よりほぼ正常の生活になり、精神症状の消失をみたため、第5日目より diazepam 40 mg/日に切り替えた。経過良好のため、第16日目より2日間外泊し、帰院後も状態が落ち着いており、妻の受け入れ態勢も整ったので、26日間で退院の運びとなつた。

退院時、自分は酒には強い方であるが覚せい剤には負ける方であることがよく判り、覚せい剤の恐ろしさが身に染みたと述懐していた。

〔第2回目入院〕 1983年4月13日～25日（13日間）同意入院。

1982年12月30日退院後、1983年1月下旬まで2回ほど外来受診していた（投薬は diazepam 40 mg/日）。その後は受診していなかつた。上司より、仕事は忙しくなったが勤務状態は良いとの報告を受けていた。

退院後は晩酌にビール1本、清酒をグラス1/2杯程度であったが、最近になって仕事が忙しく残業が続き、疲れ過ぎて帰宅するためか、かえって寝付きが悪く、しだいに晩酌の量が増えてきた。毎晩ビール1本、清酒1合、焼酎1合、ウイスキー水割り1～2杯を約3カ月間続けたところ、3月末より再び精神状態が不安定となった。台所に来て棚が変な具合になっているとこれを直してみたり、家中を何か探す格好をしたり、妻に対して浮気しているのではないかと嫉妬し、始終イライラするようになった。そのため妻に対して乱暴をし始めた。覚せい剤を打っている様子はないのに「やっつけてやる」等の幻覚も発呈しており、前回入院した時と同じ症状のように思えて恐ろしいと妻の希望で往診し、即日入院となった。

〔入院時所見〕 vital sign に異常なかった。総蛋白 6.2 g/dl と低値、GPT 44 U とやや高値を示した以外は、肝機能、血糖値、尿検査等

はすべて正常範囲内であった。

往診時、患者は覚せい剤の使用を否定するが、前回退院時の物腰の柔らかさ、人当たりの良さは全く見られず、人が違ったようで病識を欠き、易刺激的で不穏であった。

〔入院後経過〕 入院後も HPD 20 mg/日 経口投薬するも病室で落ち着きなく執拗に外出したい、退院したいと訴え、看護者を困らせた。日中の訴えが多く続くため、入院第 5 日目より 5 日間 diazepam 10 mg を 1 日 2 回筋注（朝夕）の指示を出した。この 5 日間の diazepam の注射が終わった頃より「よく眠れるようになりました。覚せい剤は絶対に打っておりませんが、少し酒の量が多かったのでしょうか」と反省するようになってきた。この頃には幻覚妄想は既に消失しており、運転免許の更新の期日も迫っているため、入院第 11 日目に妻と同伴で外泊した。その後経過良好のため 13 日間の入院で退院の運びとなった。

〔第 3 回目入院〕 1983 年 6 月 17 日～7 月 31 日（45 日間）同意入院。

第 2 回退院後、すぐに働き始め真面目であったという（約 50 日間）が、ちょっとした気の緩みから以前に買っておいた覚せい剤が残っていたのを思い出し、6 月 13 日に 1 回、15 日に 2 回、マッチ棒の頭分くらいを注射したところ、急に再び前回と同様に病院の薬（HPD 20 mg 等/日分 2）を服用しても不眠となり、家の申を夜間ゴソゴソと整理するといって探したり、いじり回し始めた。再び妻に対する嫉妬心が出てき、妻が子供の病気のため仕事を休むと患者も口実を付けて休むようになった。まだ暴力を振るうところまでいかないが、このままではまた騒動を起こして近所に迷惑を掛けではないと妻が説得して病院に連れて來た。今回は晩酌はせいぜいビール 1 本くらいで、それも毎日ではなかったという。即日入院となった。

〔入院時所見〕 vital sign は異常なかった。肝機能、血糖値、尿検査等はすべて正常範囲内であった。前 2 回は低値を示した総蛋白量も今

回は正常範囲内であった。右足背部に 2 カ所注射痕を認めた。

〔入院後経過〕 入院当日夜より嗜睡傾向を認め、第 2 日目の昼間過ぎまで熟睡した。その後全身倦怠感を訴え、栄養注射を希望した。投薬は CP 400 mg（2 週後から 200 mg）/日、diazepam 10 mg/就寝前を経口投与したが、服薬するとかえって体調が悪いと拒薬傾向を認め、不機嫌で焦燥感が強く、看護婦詰め所に 5 分おきに何かと訴えて来るようになった。この状態は第 1、2 回目の入院時のごとく短期間のうちに精神の安定をみなかった。例えば妻の面会に対する注文とか、会社のことを気にしたり、胃痛、頭痛、夜間のムズムズ感、不眠等を執拗に訴えたり、要求が通らないと語氣を荒く詰め寄ったりした。こういった状態は消失したかと思うとまた急に不穏状態となり、表情が硬くなつて自ら注射を要求したりするようになつたり、症状は一進一退した。入院 30 日を経てようやく不機嫌、不穏感が消失して他患との交流も見られるようになり、レクリエーションにも好んで参加するようになってきて、やっと以前の人当りの良さを取り戻した。経過良好のため 2 回の外泊をして確かめた後、入院 45 日目で退院の運びとなった。現在外来通院により経過よく、勤務を続けている。

小考察

本症例は、現在外来通院により経過よく勤務を続けているが、約 8 カ月間に短期間ではあるが 3 回もの入退院を繰り返した例である。

第 1 回目の入院は、約 1 カ月間のうちに約 10 回の覚せい剤の乱用で精神症状の発呈を見ている。

第 2 回目の入院は、約 3 カ月間の持続的なアルコールの過剰飲酒によって発症している。佐藤の慢性覚せい剤中毒の幻覚妄想状態の経過の分類での「急性再燃型」の中に入れるべき「亜急性再燃型」と述べるのが妥当と思われる再燃現象が見受けられたのである。この時の入院では、覚せい剤乱用後の退薬症状とみられる嗜睡

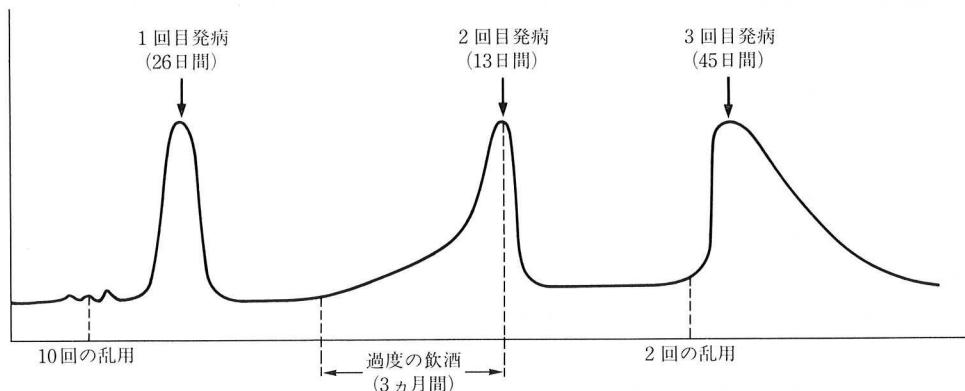


図 1. 症例 2 再燃模式図

傾向、過食、下痢等の症状を認めていない。そして、覚せい剤の検出は尿での CIMF (chemical ionization mass fragmentography⁹⁾¹⁰⁾ によっても認めていない。アルコールという依存性薬物の使用による症状の早期再発型と換言されうる。今までによく見受けられた 1, 2 回の飲酒という刺激と少し趣を異にしており、急性とはい難い 3 カ月という期間にわたった過度の飲酒によって発呈してきている。病的体験としては、第 1 回目の入院時に体験したものに今回もよく似ており、しかも一過性で短期間に消失している。

3 回目の入院はたった 3 回の、しかも常用量より少ない量の覚せい剤の乱用 (CIMF により入院 2 回目の血中濃度 59 nmol/100 g で確認されている) によって精神症状が発呈した。つまり、当該薬物の再使用により前回 (第 1 回入院時) 生じた病的体験に類似した体験が発呈したわけであるから、佐藤ら¹¹⁾¹²⁾ のいう逆耐性現象 (reverse tolerance phenomenon) で説明可能である。しかし、第 1 回目入院時の単なる再燃ではなく、第 2 回目のかなりの期間 (3 カ月) にわたるアルコール過剰飲酒によって亜急性再燃したことにより、発病素質が強化あるいは変質されたとの推定も成立すると思われる。それは、第 3 回目の入院経過が、第 1, 2 回目

の入院に比べて遷延長期化したことにより推定されるのである。

この患者の経過を模式図で示すと概略は図 1 のごときものになろう。

症 例 3. 33 歳、男性 (1950 年 1 月 1 日生)

〔遺伝的負因〕 父方の兄の子 (いとこ) に 1 名精神病患者あり。父は大酒家 (2 日間で清酒 1 升)。

〔学歴〕 高 1 で中退。

〔結婚〕 20 歳時。3 年後に離婚 (子供なし)。

〔家族歴〕 父母健在、同胞 2 名 (姉 1 名)。

〔職業〕 トラックの運転手。

〔生活歴〕 (養育、躾) 両親に育てられた。母にはよく打たれたが、父は男の子を欲しがっていたので非常に甘かった。例えば買って欲しいとその店の前で座り込めば必ず買ってくれたし、患者自身もこうすれば買ってくれるものと信じていたといふ。

(小学校時代) オッショコチョイで人をどうして笑わせようかとばかり考えていてクラスでは人気があったが、先生からはよく叱られていた。

(中学校時代) 補導歴はないが、親はいつも学校の先生から呼び出されて叱られていた。

〔高校時代〕元来勉強嫌いであったのに加えて、無断欠席、恐喝事件などにより学校側より問題視されており、退学を命じられる前に夏休みを過ぎて、高1で自主退学をした（昭和40年9月）。

〔飲酒歴〕酒好きで、16～17歳時、既に皆とはしご酒をした経験があるという。量の方は1合くらいですぐに酔う。

〔既歴往〕5歳時、腸チフス。17歳時、精神分裂病の診断で、国立病院精神科に、1966年6月7日～29日（23日間）入院した。

〔経過〕高校を中退してより電気工事会社に勤めたが勤務状態が悪く反抗的であり、無断欠勤することが多かった。直接声ではないが、何か頭の中で命令しているという作為体験が生じ、関係妄想があり、噂をされているようだと訴えたため、入院治療となった。テレビのドラマを見ていると「自分のことをいっている」という気がしたことが時々あったという。不眠を強く訴えたが、病識は無く、父親が診断を受けるだけだというので一緒に来院したところ、即日入院になったことを不服そうにし、入院理由が分からないと訴えていた。入院6日目には、高校を途中で止めなければよかったです、仕事はしんどいがと反省し始めた。看護者によく話し掛けてくるようになり、疎通性が良くなったり。入院8日目には、作為体験はほとんどなくなったと訴え、入院前の欠勤理由は会社の前まで行つても何か命令されるような気がしたため、勤めずに帰ったのだと述懐していた。入院14日目には、以前の状態は病気であったと思うといい出し、病識が出てきた。入院18日目には外泊を試み、両親の忠告も素直に受け入れた。仕事に行きたくしようがないと訴え、経過良好のため、23日間で寛解退院となった。その後、外来通院、服薬はしていないが、再発をみていかなかった。

〔補導歴〕工場に砲金を盗みに仲間3人で入り、執行猶予3年の刑を受けた（20歳時）。

〔現病歴〕1983年10月5日～31日（27日

間）強制措置入院。

1971年頃（21歳）より1982年2月に逮捕されるまで、11年間覚せい剤を打ち続けた。当初は、友人に誘われて月1～2回、1回の使用量0.01～0.02gくらいであったという。大型トラックの運転手の給料だけでは資金不足のため、母親から金をゆすったりしてこれに当てた。平均すると、大体月30万くらいを覚せい剤のために浪費していたという。1982年逮捕される前の1年間では大体金額にして700～800万円を覚せい剤のために浪費していた。この11年間、多い時には1日3回毎日のように注射をしており、1回の使用量は1度に0.15gくらいの大量になったという。1980年1月頃より使用量が増加し、日に0.7gくらい使用していたとも供述している。大体1度に10gを10万円でまとめて買っていた。

結婚後は、妻（10歳年長）がバーhosutesのため夜が不在であり、かえって使用量が増えたという。この頃、妻に対する嫉妬心が強く出てきて、また薬を止めるとき、眠りこける等の症状のため妻に乱用を発覚されたが、かえって居直って使用量が増えていった。奇形児ができるはいけないと子供は作らないように心がけたし、注射をしてセックスプレイをするのも妻ではなく、他の女性とラブホテルで両者が用いることが常であった。セックスプレイといつても自分で性交を楽しむよりも、むしろ指を用いて女性が絶頂感に達する様子を見て楽しむのが主であった。1回の注射で2時間は持続したという。または、ラブホテルに単独で行き、隣室の声を聴聴器で一晩中聞いて楽しむことも主な使用理由であった。結婚後使用量が増え、どのアベックを見ても自分の妻に見えたというので、かなり幻覚妄想の発呈は強く出没していたと思われる。嫉妬心が強く、そのため妻に対しての突然的暴力がひどくなってしまい離婚となってしまった。またポルノフィルムを40本も入手しており、覚せい剤購入資金が必要なため、ビデオデッキを3台置いて複写し、知人に売り付けていた。その間で

も月に約 20 日間はトラックに乗って仕事をしており、シャブ仲間ではよく働く方であったと自負しており、自分は覚せい剤を趣味として楽しんでいたのであると全く罪悪感を持っていない。入手金が続かないため、一時注射を止めていたこともあったという。そして、覚せい剤による精神症状はときに出没していたらしいが、その程度は入院を要するほどは著しいものではなかったようで、職場を 2, 3 換えながらもどうにか社会生活を送っていた。

1982 年 2 月～1983 年 9 月 30 日まで、猥せつ行為兼覚せい剤取締法違反で山口刑務所に 1 年 6 カ月入所した。直接の逮捕理由はポルノビデオフィルム販売による猥せつ罪のために、家宅捜査されたとき、覚せい剤も出てきたのであった。

1983 年 9 月 30 日山口刑務所を出所し夕方になって自宅に帰った。その翌日（10 月 1 日）昼頃より友人と飲酒を始め、2 日の朝 5 時頃まで続けた。友人と別れて帰宅しても睡眠をほとんど取らず、別の友人が来たので 2 日の昼より外出し、再びビール 3 本とウイスキーを大量に飲み続けた。夜になって帰宅したが、色々と考えていたらあまり眠れなかったという。翌 3 日朝 11 時頃、近所のパチンコ店で見知らぬ男より、覚せい剤を勧められて、右下顎第 1 白歯欠損部に通常の使用量（0.1 g くらい）の 1/5 くらい（0.02 g くらい）の量を店内の便所で注射した。それまでも覚せい剤を打って飲酒したり（主として眠るために）、またその逆の乱用も再三経験しているが、久し振りに打った注射は少しも良くなかった。実際にこのとき歯痛もあり、2 日の夜より正露丸、風邪薬兼鎮痛剤（薬品名不明）2 錠、3 日にも 2 錠服用したという。注射後ビール 3 本を飲んで帰ってきたところ、ビンビンと色々な音が聞こえてき始めた。障子に影絵で警察官が手錠をもって腰繩を着けて捕まえにやって来るよう見えたので、自分が隠れると相手も消えてしまうので不思議に思ったと回想している。翌朝 4 日になんでも幻覚、

妄想は強く、やくざが殺しに来ると叫び、発汗が著しく、自宅の前の道路を転げ回り、家人の 110 番通報で警察に保護された。10 月 5 日、警察に保護されてもこの状態は続き、被害、関係、包囲攻撃妄想等が強く認められ、不眠不穏のため、警察官通報による精神鑑定の結果、当院に措置入院となった。

〔入院時所見〕 vital sign に異常なかった。総蛋白 6.4 g/dl とやや低値のほかは、肝機能、血糖値、尿検査等はすべて正常範囲内であった。

〔入院後経過〕 HPD 30 mg, sulpiride 400 mg/日 diazepam 10 mg/就寝前の経口投与を開始したが、他患の話が自分の悪口をいっているような気がするといったり、不眠不穏状態が続いた。第 3 日目にも、1 日中誰かが覚せい剤の話を喋っているので頭がどうにかなりそうだと訴えていた。とくに夜間がよく聞こえてくるといっていた。第 4 日目には終日床に着き熟睡していた。第 8 日目には、幻覚、妄想の消失が確認された。この日以来打ち解けて、今までの経過について看護者に話してくれるようになった。疎通性は出てきたが、病識や罪悪感は全く認められず、（母親、警察等と照合すると）ウソを平気でいい、都合よく自己流にすべてを解釈するところが多分に認められた。1983 年 10 月 31 日に 27 日間の入院で退院となった。直ちに病院玄関で逮捕され警察に連行された。

小考察

本症例の 17 歳時の精神分裂病は、短期間の入院ではあったが、一過性に判然とした病的体験である幻覚、妄想の発呈をみている。したがって、今回の精神症状発呈の基盤としてその第 1 要因に、分裂病状態になりやすい素質と父親の兄の子（いとこ）の精神病という遺伝的負因を挙げができると思われる。

しかし今回の入院時における症状では、疎通性は保たれており精神分裂病の印象はなく、むしろ軽佻者（Haltlose）という多分に性格的偏倚が見受けられた。

過去 11 年間もの長期間にわたる乱用は、入

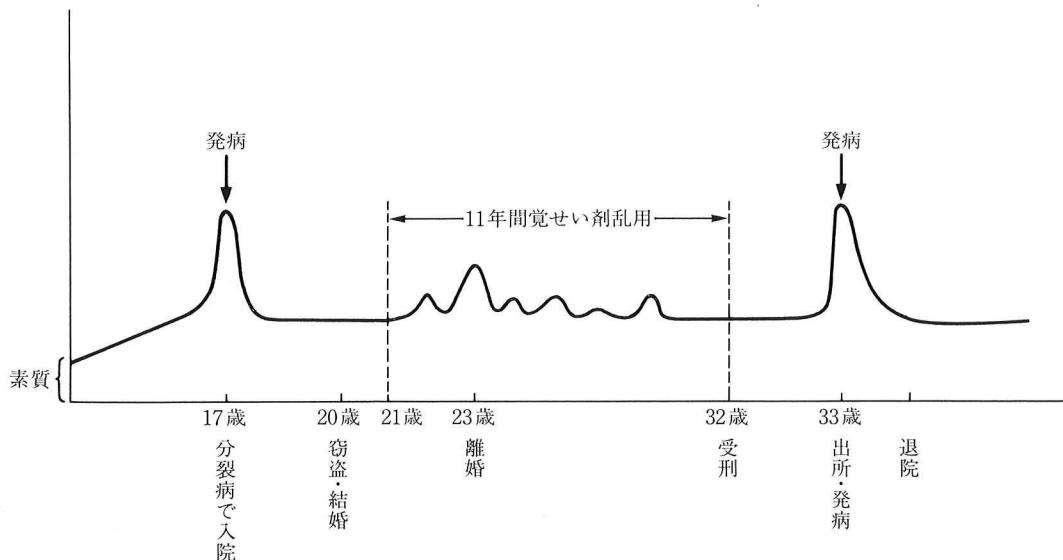


図 2. 症例 3 経過模式図

手する資金の不足という理由でときに不連続的使用であったと思われるが、注射量が次第に増量して最後の頃には1回0.15gを1日に数回も用いていたほどの大量であった。この間に、1度は精神分裂病の発呈を見ている本症例が妻への嫉妬妄想様観念等の程度で周囲が入院を要するまでは考えなかったことは、注目に値する。佐藤ら¹¹⁾のいう覚せい剤中毒者の「再使用による急性再燃型」の中で、幻覚妄想状態の再燃に逆耐性現象を想定することが可能な症例は、筆者もかなり多くの患者を臨床的に診て、印象としては多いと感じているが、本症例のごとき、かなりの期間の再使用によってもなかなか明白な精神症状の発呈をみない症例にも、時々遭遇するのである。

本症例は、分裂病状態になりやすい素質(disphoric state)の上に、アルコール大量飲酒、鎮痛剤の併用、睡眠不足に加えて、常用量の1/5くらい(約0.02g)の少量の覚せい剤が直接の原因となって、多数の条件が複雑に重なり合い、遂には精神症状の発呈をみたものと思われ、単純な再燃現象とはいひ難い症例のようである。なお、入院時のCIMF測定による

血中濃度は5nmol/100g検出されている。

今回の経過は、比較的短期間で消失しており、外的的には一過性の分裂病様反応とも受け取れるが、病的体験の内容においては覚せい剤精神病特有の被害、関係妄想、包囲攻撃妄想等であったことは興味深いと思われる。

この患者の経過を模式図で示すと概略は図2のごときものになろう。

B. 有機溶剤中毒に対する救急処置

わが国において1971年をピークとした有機溶剤乱用は、薬物劇物取締法の改正(1972年)により、一時その影をひそめたが、ここ数年再び著しい増加の傾向にあり、年間の入院数は当院においても覚せい剤入院患者を上回ってきていることは大変憂慮すべきことであると同時に、前項の症例の検討においても見られたごとく、multiple useまたは他剤(への)乱用例がしばしば認められることにこの際注目しておくべきであり、最近の乱用を単なる有機溶剤の再流行として受け止められない重大さを含んでいる。そしてさらにどのような乱用の仕方をするのか、

表 1. 治療形態の比較、経過、およびその(実)数

年	有機溶剤	覚せい剤
1984	外来 25 (♀ 6) 12 (♀ 4) 退院後外来通院 13 (♀ 2)	10 (♀ 0) 2 (♀ 0) 退院後外来通院 8 (♀ 0)
	入院 55 (♀ 7) (実数 41 (♀ 7))	57 (♀ 11) (実数 48 (♀ 11))
1985	外来 28 (♀ 8) 12 (♀ 7) 16 (♀ 1)	11 (♀ 0) 3 (♀ 0) 8 (♀ 0)
	入院 65 (♀ 13) (実数 44 (♀ 11))	52 (♀ 6) (実数 40 (♀ 6))
1986	外来 26 (♀ 14) 17 (♀ 10) 9 (♀ 4)	13 (♀ 1) 3 (♀ 1) 10 (♀ 0)
	入院 50 (♀ 13) (実数 47 (♀ 13))	41 (♀ 5) (実数 30 (♀ 3))

どのような乱用薬の組み合わせを持つのかを一例ずつ長期間にわたって観察することによって乱用パターンを研究しておかねばなるまい。

ところで有機溶剤乱用者で外来通院する例は覚せい剤乱用者のそれと比べて圧倒的にその数が多いのは表1の通りである。

この理由については後述するが、いずれにしても保護義務者、教師等の同伴または警察官、保護観察官、保護司等から紹介されて来院することがほとんどであり、患者自身、単身で来診することはほとんどない。

入院に際しても同様であるが、自らの脱帽、身体的障害の危惧、乱用仲間から抜け出す目的で自ら望んで任意入院することも決してまれではない。

しかし入院治療することに拒絶的な場合にはまず、入院に対する抵抗の処理ということに治療者のエネルギーが向けられることになる。

また、患者に酩酊状態、意識混濁等が認められ十分に説得のできる状態にない場合には、同伴した家族等が重要な情報源となってくる。

以下、有機溶剤の吸引により救急入院する場合を意識障害の程度に分けてその対応を記す。

1. 初より昏睡状態で入院となった場合

a. 気道の確保および酸素吸入

有機溶剤を過度に吸引した場合、その多くは、瞳孔は散大しており、酩酊状態を認めるにもかかわらず、アルコールの場合と異なり顔面の潮紅は認められないが、強いシンナー臭がある。

多くは唾液の過剰分泌を認め、ときに嘔吐がある場合もあるので、下肢を高く頭部を下位にする体位をとらなければならない。

場合によっては気管内挿管により気道の確保と気道内の分泌物の吸引を行う。

b. 虚脱、ショック状態に備えて

血圧を測定しながらショックに陥ることを考慮して、ショックの場合、しばしば静脈が出にくいので、血管を確保しておく。

血圧の維持には、強心昇圧剤の投与により、呼吸を深く血圧を上昇させるためにカルニゲン 1 A (皮下、筋注)、エホチール 1 A (皮下、筋または静注) をする。

c. 解毒

強制利尿することにより体外排泄促進と補液、とくに夏期等で高温の場合には水分の摂取は不十分であり、発汗による不感蒸泄に対してまた

電解質のバランスをとるための補液は不可欠である。これに高単位のビタミン B₁, B₂, B₆, B₁₂, C に加えグルタチオン（タチオン, グルタチオニド等）による解毒を早める（グルタチオンとビタミン B₆, B₁₂ の併用は活性化型であれば白濁することはない）。

また 3~4 時間おきにヒドロコルチゾン（ソルコーテフ, サクシゾン）100 mg 静注または点滴静注するのもよい。

d. その他意識障害治療剤として

塩酸メクロフェノキサート（ルシドリール）250 mg × 2~6 A, シチコリン（ニコリン, シチコリン等）200~500 mg 等は、過敏テストの必要は全くないので意識改善させるためには補液中に加えることは必須である。

なお、意識回復期に際し多動となることもあり、この場合、患者の体動を抑制することより補液を続けざるを得ない場合もしばしばある。

2. もうろう状態で来院した場合

a. 気道確保および酸素吸入

b. ショックに備えて血管確保

c. 解毒

ほとんど前項に準じるが、酸素吸入は呼気にシンナー臭がなくなるまで行う。と同時に不穏、錯乱、興奮状態に伴い、幻視、錯視が加わる場合には、鎮静剤、向精神薬(major tranquilizer)を投与せざるを得ないので、循環系の負担を考慮しながら投与する。

この場合、major tranquilizer としてはフェノチアジン誘導体（クロルプロマジン）よりは血圧低下の少ないブチロフェノン誘導体（ハロペリドール）筋、静注 1(5 mg)~3 A(15 mg)の方が望ましく、でき得れば輸液中に混入し緩徐に行う。

体動が強い場合、患者を抑制せざるを得ないのは前項と同様である。

注意すべきは major tranquilizer と minor tranquilizer（ジアゼパム等）、バルビツール剤（フェノバール等）との併用は、鎮静に対し

表 2. 脳波異常の出現度

性 別	正 常	異 常	境 界	総 計
男	33	14	3	50
女	8	7	3	18
合 計	41	21	6	68

て相乗効果をもたらし、過剰な鎮静作用のためかえって呼吸を抑制があるので禁忌であり、とくに他科よりの紹介等で転入院する場合、既に minor tranquilizer を投与されていることが多いので気をつけたい。

d. けいれん発作

まれに典型的な全身けいれん発作を一過性に発呈する場合をみるが、これに対しては抗けいれん剤を用いるしかない。フェノバルビタール（フェノバール）0.1~0.2 筋注。

3. 軽い酩酊状態で来院した場合

1) 呼吸にシンナー臭を認める。

2) 発語障害。

3) 視力障害、眼振（検者の指先に視線がついてこれない）。

4) 片足閉眼テスト不能、偏倚検査に異常を認める。

有機溶剤吸入の場合、アルコールのそれと異なり、運動不安、平衡失調が早くから認められるのが特徴である。その他は適宜、前項に準じた処置を行う。

なお、有機溶剤乱用は普通 2, 3 人から数人のグループで吸入するものであるが（あげくの果て離れザルのごとく、一人で部屋に閉じこもって乱用する場合、まれに当初より一人で乱用を始める場合もあるにはあるが）、主として車中等、完全に閉鎖された場所で乱用することがしばしばあるので、発見時、一人でも重症者がいれば、他の者たちも高濃度を吸引している場合が多いから、吸入濃度の呼気中または尿中よりの測定法¹³⁾¹⁴⁾が実用化されることが望ましい。そのため、全身状態のみならず、しばらく経過を注目する必要がある。

救急状態の消失を見たら後々のため逆行性健忘の有無についてチェックしておくとよい。その他、早い時期に E.E.G., C.T. スキャン等の検査を、でき得れば行うべきである。

〈自傷行為および自殺について〉

往々にして常習者の両手首内側部に数条の切瘍および瘢痕（wrist cutting）や頸部、大腿部等の自傷行為や“根性焼き”と称する手背部のタバコによる火傷または火傷瘢痕、さらに有機溶剤乱用の上、酩酊状態となり自らの手またはヒモ等で首を締めてついに自殺行為に成功した例、または鉄橋より川面に向けて落下する時の快感と、（冷たいので）水面でハッとするときの二重の快感のために真の自殺行為を目的としない、恐らく酩酊による意識混濁、離人体验の発呈等より自らを確かめるための自傷行為、自殺類似行為がしばしば見受けられるので注意を要し、また診断の助けとなる。

〈有機溶剤乱用者の脳波所見〉

覚せい剤乱用者の脳波所見は余り変化が認められないのが通常であるが、有機溶剤乱用者の入院初期における脳波異常は注目すべきである。

有機溶剤乱用者の脳波異常は、 α 波の律動性や規則性の低下、 θ 波、 θ burst, θ train, posterior slow wave および低振幅速波などが研究者らの報告で知られている。

1984～86年の3年間に筆者の病院に入院したシンナー嗜癖者68名の脳波記録を調べた結果でも、前述のような所見を示して境界異常もしくは軽度異常と判定されたものは27例で全体の39.7%であった（表2）。

脳波異常の内容は、ほとんどのものが α 律動の律動性および規則性の低下と全誘導または後頭領域に散発する θ 波の混在で、その他に低振幅速波や θ train などもみられた。

調査対象としたこれらシンナー嗜癖者の年齢は、平均年齢が18.6歳で、14歳から29歳までの範囲で17歳を頂点として16歳から18歳

までが全体の60.3%を占めており、前記の27例の異常のうち18例がこの年代に含まれている。思春期から青年中期の脳波は正常と思われるものでも10%程度の異常を示すといわれており、さらに情緒の不安定な年代であることや、シンナー乱用の頻度および吸引の多寡、個人差などによっても異なった所見を示すであろうから、シンナー嗜癖者なわち脳波異常とは直ちにこれを結び付けて云々することはできないかも知れないが、これらの事情を考慮に入れてもなおかつ高い脳波異常発現率であり、シンナー吸引と脳波異常の発現が無関係ではないことを示唆しているものと思われる。

ま と め

1. 覚せい剤について

覚せい剤精神障害の急性期の症状は分裂病の幻覚とよく似ているが、外因反応形であることが異なり、状況反応的で妄想知覚等によって興奮し突然的に攻撃的となり傷害事件等の発呈を見る恐れがある。

また対話性幻聴と間違われるが独語は認められても幻聴との対話とは異なる。たとえ存在するとしてもまれであり、いずれにしても長期間続く例は経験していない。

分裂病の多くが自閉状態であるのに反して、覚せい剤の場合には攻撃的行動に移りやすいので注意を要する。

短期間の幻覚であり、経時的に変化するのが普通で、多くは数日間で消失するが、長引いても1ヶ月以内で向精神薬投与により病的体験は消失するのが常である。

症例にみられるごとく再燃現象はときに見受けられるので長期間にわたる after care を重点的に行う必要がある。

なお、カルバマゼピン（テグレトール）は衝動行為を含む再燃症状に対してあらかじめ投与することで、作用機序についてはまだ解明されていないが、筆者は臨床的に用いて有効であった。

症例をみると精神症状に対してはハロペリドール筋、静注1(5 mg)~3 A(15 mg)または20~40 mg服用、CP 50 mg筋、静注または150~300 mg服用等、major tranquilizerが著効を示す。

なお後日の証拠になるため、尿中CIMFのでき得れば入院直後より経時的に3週間くらいまでの計測をしておくべきであろう。

なお、C.T., E.E.G.ではあまり変化が認められないのが通常である。

2. 有機溶剤について

最近になって表1にもあるごとく覚せい剤患者の外来患者のはほとんどが、退院後のafter careとしての外来通院であるのに対して、有機溶剤乱用者の場合、その多くが中、高校生である（休学、怠学を含めて）ため、学校側より病院の診断書のみを求めて保護者同伴で来院する場合が次第に増加してきている。

果たしてこうした現象は外来診療のみで単に不必要的入院を防止していることになっているのであろうか。

外来で身体的検索、心理テスト等のみでおざなりの健康診断書を書くのは治療的意味がないよう思う。

入院することにより集団生活を経験し、薬物治療のみならず個人および集団精神療法等の治療者と接近することを、身体的検索に併行して行なうことが肝要であり、筆者はここに教育（学校、家庭、社会の）と医療の接点にある問題として真剣に取り組むべきであると思う。

また、こうした意味合いから家族に対するアプローチ、治療も必要になってくるのである。

3. 多剤乱用について

最後になったが、multiple useの問題であるが、アルコールと有機溶剤の併用（同時使用）はしばしば認められるが、有機溶剤吸引後のアルコール飲料例はない。覚せい剤と有機溶剤との併用では同時使用は認められず、ただ単に経

済的理由で交互に乱用する例はみられる。むしろアルコールと覚せい剤または覚せい剤乱用後のアルコールの同時使用というのをしばしば認められる。

さて精神科救急医療はただそれ自体としても重要な精神医療活動であるが、さらに一般外来や入院治療、地域における治療活動などと有機的に関連し合いながら全体の治療活動とのバランスを保って進展していくこそ、より一層の重要な機能を発揮しうるのであり、こうした意味合いより薬物中毒そのものの救急処置と救急医療としての薬物中毒症と2つの意義があるようと思われる所以である。

引用文献

- 1) 山下 格、森田昭之助：覚せい剤中毒、金剛出版、1980.
- 2) 特集・覚せい剤中毒、臨床精神医学、10(10), 1981.
- 3) 加藤伸勝、編：精神科 MOOK No. 3、覚せい剤・有機溶剤中毒、金原出版、1982.
- 4) 特集・覚せい剤問題、日本精神病院協会雑誌、2(2); 7~40, 1983.
- 5) 昭和59年度覚せい剤中毒者総合対策研究報告書。
- 6) 柳田知司、逸見武光：覚せい剤依存症、中外医学社、1982.
- 7) 小山 司：覚せい剤中毒の症候、精神科 MOOK No. 3、覚せい剤・有機溶剤中毒（加藤伸勝編）、金原出版、1982, p. 36~47.
- 8) 津久江一郎：覚せい剤中毒の臨床像、臨床精神医学、10(10); 1177~1188, 1981.
- 9) 小嶋 亨ほか：4. 覚せい剤濫用者における血液および尿中覚せい剤の追跡、日本法医学雑誌、37(5); 527~530, 1983.
- 10) Kojima, T. et al. : Articles found in the possession of a methamphetamine abuser. Forensic Science International, 26; 207~214, 1984.
- 11) 佐藤光源、秋山一文：慢性覚せい剤中毒の再燃現象、神經精神薬理、2; 249~259, 1980.
- 12) 佐藤光源、柏原健一：慢性覚せい剤における幻覚妄想状態の生物学的機序、展望、精神医学,

- 24 ; 802~818, 1982.
- 13) 小嶋 亨ほか：吸入によるトルエン中毒の法医学的研究—吸入濃度と呼気からの排出量—. 日本法医学雑誌, 30(2); 49~54, 1976.
- 14) 小嶋 亨ほか：シンナー濫用者の尿中トルエンと馬尿酸のガスクロマトグラフィーによる分析. 日本法医学雑誌, 35(6); 432~439, 1981.

参考文献

- a) 加藤正明, 伊藤健次郎, 宮坂松衛, 森 温理, 三浦四郎衛ほか：シンナー等有機溶剤製品の中毒者の診断, 治療に関する臨床医学的研究. 有機溶剤乱用研究班報告, 1970.

- b) 大原健士郎, 田所作太郎：有機溶剤乱用の概観. アルコール・薬物依存—基礎と臨床一, 金原出版, 1984.
- c) 竹山恒寿：有機溶剤, 薬物依存と中毒 I. 現代精神医学大系 15 A, 中山書店, 1977.
- d) 寺田近義：異常脳波. 脳波の臨床教室—一般医家のために一, 大日本製薬株式会社, 1982.
- e) 田所作太郎：有機溶剤吸引時の薬理作用. 精神科 MOOK No. 3, 覚せい剤・有機溶剤中毒, 金原出版, 1982, p. 11~19.
- f) 三浦四郎衛：有機溶剤中毒の症候. 精神科 MOOK No. 3, 覚せい剤・有機溶剤中毒, 金原出版, 1982, p. 48~57.