

確定診断に時間を要し、プロプラノロールが著効した 遅発性アカシジアの1症例

斎藤 和博¹⁾利光 秀文¹⁾岡部 浩通¹⁾中西 一也²⁾

1) 小松島赤十字病院 精神神経科

2) 徳島大学医学部 精神神経科

要 旨

急性アカシジアはよく知られており、臨床的に問題となることは少ない。一方、遅発性アカシジアは、遅発性ジスキネジアの一型あるいは前駆症状と考えられたり、抗精神病薬関連遅発性症候群とされているが、十分に臨床的には確立されていない。今回、我々は確定診断の遅れのために不適切な薬物使用（向精神薬の過剰投与）のために合併症を起し、苦痛な症状が長期間持続した遅発性アカシジアの一症例を経験したので、その病態、鑑別診断、個体の感受性、治療などについて文献の考察を加えて報告し、遅発性アカシジア（遅発性ジスキネジアの初期）にはノルアドレナリン系が関与していると推定された。

キーワード：遅発性アカシジア、確定診断、プロプラノロール、ノルアドレナリン系

はじめに

急性アカシジアはよく知られており、診断治療面で問題となることは少ない。一方、遅発性アカシジア（以下、TA）は、遅発性ジスキネジア（以下、TD）の一型あるいは前駆症状と考えられたり、抗精神病薬関連遅発性症候群とされているが、十分に臨床的には確立されていない¹⁾。今回、我々は精神症状との鑑別が不十分で診断の遅れのために不適切な薬物使用（向精神薬の過剰投与など）を行い、肺炎のために身体管理を必要とすると共に治療に長期間を要したTAの一症例を経験したので報告する。

症 例

<症例>51歳 男性

昭和48年頃から、非定型精神病の診断で治療を受けており、抑うつ状態及び躁状態のために計2回当院精神科入院歴がある。その後、当院外来通院していたが、担当医の開業に伴い、引き続き同医のもとで治療を受けていた。平成10年5月下旬より、易刺激的及び多弁となってきた。その後、同年6月上旬より、不眠も加

わったため、同年6月29日非定型精神病の躁状態の診断で紹介にて当院入院となった。入院当初は躁状態であり、多弁、抑制欠如、不眠、多動が目立っていたが、ハロペリドールの点滴静注を主とした薬物療法で同年7月中旬には精神的に落ち着き、退院に向けて試験外泊も出来るようになっていた。しかし、同月下旬より、再びイライラ感、不眠に加えて、じっとしておれずに歩き回るといった静座不能が目立つようになって来た。ビペリデンなどの抗パーキンソン薬を含めた薬物の変更や増量を行ったが、症状の改善はほとんど見られなかった。8月中旬より、発熱、痰、咳が目立ち、呼吸器科に紹介したところ、「誤嚥性肺炎」と診断されたため、薬物の減量、補液、抗生剤の投与および酸素投与などを行った。その後、肺炎は改善したが、再びイライラ感が増加し、じっとしていられなくなってきた。抗精神病薬や抗パーキンソン薬を増量したが、まったく改善せず、ろれつが回らなくなり、イライラ感のために妻に暴力をふるったり、<こんなだったら死んだほうがましじゃ。電気ショック療法をしてほしい>などと述べるようになってきた。この時点でTAを疑い、薬物の変更を行ったが、効果なく鎮静目的でフルニトラゼパムの静脈注射を要することもあった。9月下旬より、ジスキネジアと判断される舌を前

に突き出すような規則的な不随意運動が認められる様になり、TA と確診された。そのため、ベンゾジアゼピン系のクロナゼパム、ブロマゼパムのみの投与に変更し、本人及び家族に病名を説明した。その後も静座不能の状態は持続していたが、イライラ感や妻への暴力行為は認められなくなっていた。効果不十分であったため、低血圧傾向のために使用を躊躇していたプロプラノロールを10月中旬より、10mg から使用し、20mg に増量した。その頃から、劇的に症状改善し、試験外泊を行った後、平成10年11月27日退院した。

考 察

TA なる病態概念が提唱されたのは、1983年のWeiner²⁾や Braude³⁾の報告に散見される。TA は、稲田ら⁴⁾ によれば、①抗精神病薬長期投与後に出現し、②ときに抗精神病薬の減量ないしは中断時に出現または増強し、③少なくとも数カ月持続し、④抗コリン剤や抗パーキンソン薬に反応しないなどの特徴があり、急性アカシジアとは区別される。TA は、TD の一型あるいは前駆症状と考えられたり、TA、TD および遅発性トウレット症候群をまとめて抗精神病薬関連遅発性症候群とされているが、十分に臨床的には確立されていない。また、TA では、⑤患者の焦燥感や不安感の訴えが、患者の歩行徘徊が増加した時期に一致して始まっていること、⑥抗精神病薬服用以前に常同的な徘徊がみられなかったこと、⑦ TD の随伴が認められることなどが診断の手がかりになるとされる⁴⁾。本症例は、①、③、④、⑦を満たしているが、②、⑤、⑥についてははっきりしない。しかし、舌を突き出すような TD の随伴及び抗コリン剤や抗パーキンソン薬に反応しなかったこと、プロプラノロールが著効したことなどから、TA の診断については疑いの余地がないと思われる。但し、TA であるか、精神症状であるかの鑑別は困難であることが多く、本症例でも当初種々の要因のため、診断確定が困難であった。第一に、他の医師からの紹介であり、非定型精神病の躁状態の診断であったことである。そのために歩行の増加を精神症状と決めつけてしまった感がある。やはり、鑑別診断としてTA が最初の段階で想起しなければならなかった。次に歩行が増加した時期の確定が困難で、抗精神病薬投与以前の徘徊の有無についても不明であった。おまけに、当院入院3回目であり、前2回の入院

診療録からも以前も同様の症状があったと判断し、見過ごされてしまった。高木⁵⁾ は、患者にとっての体験のされかたに違いがあり、苦痛を訴え自ら積極的に治療を求め、自我異質的なものとして体験され、それらの体験には直接的、無媒介的に自己に侵襲してくる他者性が欠如しているという精神病理学的な指標が有用とし、鑑別診断が不十分なために精神病の症状であると誤診される例が多いと述べている。本症例でも、訴えが頻回であり、焦燥感が強く、自殺念慮まで認められているにもかかわらず、担当医の面接で多少とも落ち着き受容的に症状を認めることにより軽減する面があり、また、自己に侵襲してくる他者性も欠如しており、その点にも早期に注意を向ける必要があった。

次に、錐体外路症状を起こしやすい患者について、身体的および精神的促進因子が、指摘されている。ロボットミーの既往、ショック療法の既往、脳血管障害、器質性精神障害、脱水、肝機能障害、甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下、潜在性テタニー、ステロイド投与中の全身性エリテマトーデス、脳萎縮、非社会的病前性格、ストレスによる感情覚醒度の上昇などがあげられている⁶⁾。本症例では、ショック療法の既往、非社会的病前性格などが見られていた。

治療については、当初は精神症状と考えて抗精神病薬の増量を試みたが、ハロペリドールの点滴静注が初期に奏功した後は全く無効であり、ビペリデンやプロメサジンなどの抗パーキンソン薬も無効でかえって状態の悪化を招いた。TA の診断の後、ベンゾジアゼピン系のクロナゼパム、ブロマゼパムは症状の悪化はなかったもののほとんど効果は無かったと判断された。プロプラノロールの使用については、低血圧傾向があったため使用がためらわれたが、他の薬剤が無効で（クロニジンが有効⁷⁾との報告もあったが、当院薬局に採用されてなかったため使用しなかった）あったため、慎重に少量から血圧測定を頻回に行ないながら投与した。また、同時期に行った本人及び家族への説明が苦痛を受容したという心理面での改善に効果があった。TA の治療について、Burke ら¹⁾ はレセルピンが著効を示し、プロプラノロール、クロニジン、フェノキシベンザミン、は効果無く、抗コリン薬で悪化したと報告した。Kutcher⁸⁾はクロナゼパムの有用性を報告している。本症例ではプロプラノロール以外はほとんど効果なく、他の症例報告でも薬物の効果に違いが見られた。TA や TD の病態として、①ドパミ

ン受容体の過感受性による活動亢進、②ノルアドレナリンとシナプス前ドパミン受容体の活動亢進、③ドパミン系の活動亢進に対応するコリン系の相対的活動低下によるドパミン-コリン不均衡説などがある。本症例を通して、急性アカシジアと比較して、TA が必ずしも一つの病態であるものではなく、何種類に分けられる可能性も示唆され、とくに TA（および TD の初期）には β 受容体遮断薬が効果があったことより、ノルアドレナリン系が関与していると推定され、今後の検討を要する。

おわりに

確定診断の遅れのために不適切な薬物使用（向精神薬の過剰投与）で肺炎を起こし、苦痛な症状が長期間持続した TA の一症例を紹介し、その病態、鑑別診断、個体の感受性、治療などについて文献的考察を加えて報告した。稿を終えるに当たって、治療に協力いただいた当院呼吸器科の先生方並びに病棟スタッフ一同に深謝します。

文 献

1) Jeste DV, Winniewski A, Wyatt RJ : Neuroleptic-associated tardive syndromes. *Psy Clin North America* 9 : 183-192, 1986

2) Weiner WJ, Luby ED : Tardive akathisia. *J Clin Psychiatry* 44 : 417, 1983
3) Braude WM and Barnes TRE. : Lateonset akathisia-an indicant of convert dyskinesia : two case reports. *Am J Psychiatry* 140 : 611, 1983
4) 稲田俊也、市川達郎、有泉博、他:遅発性アカシジアの一症例。精神科治療学 3 : 772-774、1988
5) 高木俊介:遅発性アカシジアによる精神症状-分裂病症状との鑑別診断について。精神科治療学 5 : 213-219, 1990
6) 八木剛平、伊藤斉:抗精神病薬による錐体外路症状-その治療学的意義の変遷について。その1, 症状の多面性と多義性。精神医学 25 : 452-466, 1983
7) Tadashi N, Itsuyuki K, Yasunori U, Treatment of tardive akathisia with clonidine. *Kurume Med J* 37 : 185-187, 1990
8) Kutcher S, Williamson P, Mackenzie S et al. : Successful clonazepam treatment of neuroleptic-induced akathisia in order adolescents and young adults : a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 9 : 403-406, 1989

A Case of Tardive Akathisia with Delay in Definite Diagnosis and Treated with Propranolol Successfully.

Kazuhiro SAITO¹⁾, Hidefumi TOSHIMITSU¹⁾, Hiromichi OKABE¹⁾, Kazuya NAKANISHI²⁾

1) Division of psychiatry and neurology, Komatsushima Red Cross Hospital

2) Division of psychiatry and neurology, Tokushima University School of Medicine

Acute akathisia is well-known and has little clinical problem. On the other hand, tardive akathisia is regarded as a variant of tardive dyskinesia, or previous symptom of tardive dyskinesia, or neuroleptic-associated tardive symptoms and has not been established yet. We experienced a case of tardive akathisia with delay in definite diagnosis, who had complication caused by inappropriate drug therapy (supernumerary medication of neuroleptics), distressing symptoms persist for a long time. We reported it with consideration of the etiology, the differential diagnosis, the sensibility, and therapy from the literature. It is speculated that Noradrenaline System is concerned with tardive akathisia (early stage of tardive dyskinesia).

Key words : tardive akathisia ,definite diagnosis, propranolol, noradrenaline System

Komatushima Red Cross Hospital Medical Journal 5 : 75-78,2000
