

改訂
第6版

救命救急士 標準テキスト

救命救急士教育研究会

第3章 疾病救急医学

精神障害

1. 精神障害と精神病

1) 精神障害の概念

精神障害とは、広い意味では、平均からある程度の偏りをもつすべての精神状態を含む概念である。一方、わが国の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、「精神保健福祉法」)上の規定では、「精神障害者」とは、精神分裂病、精神作用物質(注：アルコールや薬物)による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者とされている。したがって、法的には精神障害者とは精神疾患を有する者と定義されるが、ここでいう精神疾患とは、精神上、心理上および行動上の異常や機能障害によって、生活を送るうえでの能力が、相当程度影響を受けている状態を指している。

2) 精神病の概念

精神障害のうち、より重症の精神症状や行動障害を呈する状態を精神病と称する。具体的には、幻覚、妄想や異常行動(興奮、昏迷、自閉など)といった症状を示すものを指す。

精神病に含まれる疾患としては、精神分裂病、妄想性障害、反応性精神病(心理的原因によるもの)、器質性精神病(脳の器質的病変を原因とするもの)、薬物性精神病(薬物乱用を原因とするもの)などがある。

2. 精神障害の観察と判断

1) 精神障害における各種状態像

精神障害における各種の状態像と、原因となる可能性のある精神障害を表Ⅲ-3-50に示した。

表Ⅲ-3-50 各種状態像と精神障害の病名

不安状態	不安神経症、パニック障害、精神分裂病、人格障害
うつ状態	うつ病、精神分裂病、人格障害
躁状態	躁うつ病
幻覚妄想状態	精神分裂病、中毒性精神病、器質性精神病
昏迷状態	精神分裂病、ヒステリー、うつ病、(悪性症候群)
興奮状態	精神分裂病、躁うつ病、心因反応、中毒性精神病、器質性精神病、人格障害
せん妄状態	器質性精神病、中毒性精神病、老年痴呆
もうろう状態	てんかん発作後、ヒステリー

2) 問診のポイント

傷病者本人や家族の訴えは、しばしば混乱していることがある。落ち着いた調子で問いかけ、精神症状の内容、出現の契機や経過を時間を追って整理する。そのさい、精神科や心療内科への治療歴や身体疾患の既往についても確かめる。

3) 観察のポイント

表情、態度、振るまい、服装、身辺清潔の程度、口調などを観察する。表情や態度が不自然であったり、不潔であったり、口調や振るまいに奇異な印象がある場合には、精神病が疑われる。

3. 精神科救急

1) 救急活動の原則

精神障害と関連して救急搬送を要する事態としては、強度の興奮、異常言動や問題行動、自殺企図やその危険などがある。その他、昏迷や重度うつ状態など、平常の精神活動性・反応性の顕著な減退により救急搬送を要することがある。それ以外にも、不眠、不安、抑うつ、心気症状の訴えや、向精神薬副

表Ⅲ-3-51 精神保健福祉法に定められた入院形式

任意入院	・患者本人の同意による入院
医療保護入院	・患者本人の同意が得られず、保護者または市区町村長の同意による非自発的入院 ・精神保健指定医の診察により判定
措置入院	・自傷他害のおそれが強い場合 ・都道府県知事命令による非自発的入院 ・精神保健指定医2名の診察による判定の一致を要する 国都道府県立精神病院、その他の指定病院のみ
緊急措置入院	・措置入院が急速を要し、手続きが間に合わない場合 ・精神保健指定医1名の診察により判定 ・72時間まで ・国都道府県立精神病院、その他の指定病院のみ
応急入院	・上記のいずれにも該当せず、かつ医療上急速を要する場合の非自発的入院 ・精神保健指定医の診察により判定 ・72時間まで ・応急入院指定病院のみ

作用などにより、傷病者自らが救急搬送を要請することがある。できるだけ要領よく必要な情報を収集し、問題を明確化し、状況を判断する。精神障害では、しばしば自傷行為や暴力行為などの危険を伴う。したがって、まず自傷他害の危険性を判断し、必要に応じて消防隊や警察官の臨場要請をする。

2) 入院の形式

精神障害者の医療および保護については、「精神保健福祉法」による規定を遵守しなければならない。傷病者の意思によらない非自発的入院の場合には、精神保健指定医*による診察が必要とされる。

精神科病床への入院には表Ⅲ-3-51のような形式がある。

3) 自殺企図への対応

自殺企図が疑われたら、まず傷病者自身ないし家

族に、事実関係を単刀直入に確かめる。いたずらに刺激してしまうのでは、と心配するのは無用である。また、受傷機転に関しては、得られた情報をうのみにせず、一つの手段に目を奪われないように十分注意を払う。たとえば、手首自傷の前に鎮痛剤を大量服用していたなど、複合的な手段を見逃さないようにする(表Ⅲ-3-52)。

4) 興奮への対応

傷病者の興奮が強い場合には、家族などから話しを聴き、状況を把握する。傷病者本人に対応するさいは、落ち着いた物静かな態度と、簡潔でわかりやすい質問を心がける。刺激的挑発的な質問や態度は禁物である。傷病者が突然暴力的行動に出たとしても、不意をつかれぬよう、適度な距離を保ったり、動作に注意をしながら処置する。

5) 昏迷への対応

昏迷とは、意識があるにもかかわらず無言無動で、外界の刺激に反応しない状態である。もっとも多いのは、精神分裂病による昏迷状態である。他には若年女性に多いヒステリー性昏迷状態がある。うつ病性昏迷はまれである。また、悪性症候群(後述)により昏迷様の状態像を呈することがある。

意識障害、ことに昏睡との鑑別が重要となる。昏迷では、全身を緊張させカタレプシー症状(たとえば傷病者の腕を拳上させ手を離すと、そのままの姿勢を保ち続ける)をしばしば認める。昏迷では、開眼や開口させようとする抵抗することが多く、また瞬時に眼を閉じる点が昏睡と異なる。

対応としては、耳もとで静かに声をかけ、安心させながら、開閉眼や観察者の手を握らせるなど、簡単な指示を与えて反応をみる。ヒステリー性昏迷では、やや暗示的に励ましながら動作を促すと反応が出てくる。分裂病性昏迷では突然興奮状態に転換することがあるので注意する。また、処置するさいはたとえ無反応であっても、必ず内容を説明しながら行う。

6) 抗精神病薬副作用への対応

(1) 急性ジストニー

急性ジストニーとは、抗精神病薬服用中に出現す

*精神保健指定医：3年以上の精神科実務経験を含む5年以上の医療実務経験と、厚生労働大臣が定めた基準による精神障害の診療に従事した経験を有し、法律等に関する研修を修了した医師

表Ⅲ-3-52 自殺未遂者の特徴と判断のポイント

自殺未遂者の特徴

生命的危険性の乏しい軽症自殺未遂者

- ・女性若年層が多い
- ・手段は、少量～中等量の過量服薬、浅い手首自傷が多い
- ・神経症、軽症うつ病、人格障害の割合が高い

生命的危険性の高い重症自殺未遂者

- ・男性が女性より多く、中高年層が若年層より多い
- ・手段は、飛び降り、電車飛び込み、大量服薬、服毒、刃物、縊首、焼身、家庭用ガスないし排気ガスなど
- ・重症うつ病、精神病圏、アルコール障害の割合が高い

判断のポイント

良好例←簡単な精神的援助で足りる

- ・言葉や表情が和らいで、自然な感情交流が可能である
- ・処置に協力的である
- ・もうしない、助かってよかった、などの肯定的表現をしている
- ・家族は傷病者の気持ちを共感的にとらえている

不良例←救急入院を含め向精神薬投与が必要

- ・言葉や表情に緊張が強く、自然な感情交流がみられない。おし黙っている、興奮が強い、不自然に冷静で他人事のような。あるいは幻覚妄想状態、強うつ状態を認める場合
- ・処置に非協力的、ないし言葉や行動がまとまらない
- ・助かったことへの肯定的表現が出てこない
- ・家族は傷病者に対して拒否的、批判的態度が強い

る頸部、口部、舌、体幹や四肢の筋肉の硬直性筋収縮であり、しばしば救急受診の原因となる。ごくまれに出現する喉頭ジストニーは、生命にかかわる事態となる。通常は服薬開始後数日以内が多い。また、若い男性に頻度が高い。苦痛を伴う症状であるので、すみやかに症状改善を図る必要がある。

(2)アカシジア

通常は抗精神病薬の服用を開始してから、数日後あるいは数週間後に出現する状態である。それぞれ、じりじりとした落ち着きのなさ、じっとしていられない、といった自覚的他覚的な運動不穩に加えて、焦燥感やいらいら感を伴う。典型的な場合は常に立ったり座ったり、歩きまわったりする。あるいは、足を組んだりほどいたり、しきりと揺すったりする。

(3)悪性症候群

抗精神病薬服用中の傷病者にまれに出現するが、しばしば身体的に重篤な状態となる。症状は、昏迷様意識障害、筋強剛、発熱、発汗、頻脈などである。

7)救急対応と搬送

落ち着いた口調と態度で接することで、興奮や不安を鎮めることを図る。緊張の強い傷病者では、搬送中に突然興奮したり、粗暴となつたることがあるので注意を怠らない。前述のように、自傷他害の危険が切迫しており、救急隊だけでは搬送が困難と判断される場合には、消防隊あるいは警察官の臨場要請をしたり、あるいは警察車両での搬送を依頼する。

8)病院選定

自殺企図などにより身体治療が優先される場合には、一般救急病院に搬送する。身体状態には大きな問題はなく、精神症状の治療が優先される場合、かかりつけの病院があればそこに搬送する。ただし、かかりつけ病院で対応が困難な場合(入院病床がない、遠方など)、しばしば病院選定までに困難が生じる。身体症状と精神症状がともに重症である場合には、精神科病床をもつ総合病院への搬送が望ましい。

精神科救急医療体制については、国の精神科救急システム整備事業により、ほぼ全国の都道府県自治

体に整備されており、それぞれの自治体の要綱に沿った病床運用がなされている。ただし受け皿としてはいまだ十分ではない。

4. 精神障害の種類と病態

1) 内因性精神障害

(1) 精神分裂病

主として青年期に発症し、進行性の経過ないし再燃と軽快を繰り返す経過をとり、多くはなんらかの程度の人格の変化を残遺する障害である。特徴的な症状として幻聴(人の声が聴こえる幻声が主体)、被害妄想や関係妄想などの妄想症状を認める。また思考障害による話のまとまりの悪さ、閉じこもりなどの異常行動などもよくみられる。

急性期では、不穏、興奮、不眠、情動不安定などの症状が、数日～数週間の経過で急速に発展する。しばしば衝動行為、粗暴行為などの問題行動を伴い、自傷他害にも結びつく。興奮や言動滅裂のために、ほとんど会話が不可能なこともある。幻覚妄想状態を認めることが多い。幻聴や妄想などの病的異常体験の存在がはっきりしなくても、生硬な表情、感情の鈍麻、脈絡のつかない会話といった特徴も判断の手がかりとなる。

一切口を閉ざして答えない緘黙状態も、その多くは精神分裂病である。

(2) 妄想性精神病

妄想性精神病とは、顕著な妄想症状を認めるが、他の精神分裂病症状を認めない場合である。妄想内容としては被害関係妄想が多く、妄想対象に迷惑行為や脅迫行為を長期にわたって執拗に繰り返すこともある。

妄想を特徴づけるものは、なみなみならぬ確信をもつこと(確信性)、経験や推理によって影響されないこと(訂正不能性)である。いわば、誤った現実解釈をなし、それを訂正することがはなはだ困難な状態といえる。また、多かれ少なかれ現実離れした内容を含んでいる。

高齢者では、頑固な物盗られ妄想が続くことがある。この場合、痴呆症状が明らかであることも、目立たないこともある。しばしば脳血管性障害の後遺症として発現する。夜間の不眠、精神不穏、幻覚症

状などが出現すれば、せん妄状態を合併している可能性が高い。

まれに家族も、傷病者本人の妄想に同調していることがある。家族や同居者の間で妄想体験が共有されている状態は、二人精神病あるいは感応性精神病と呼ばれる。

妄想症状をもつ傷病者に対しては、訴える内容をいきなり批判したり、頭から反論することは控える。重要なことは、事実か妄想かといった、おうおうにして無益に終わる水かけ論を避け、むしろ傷病者の困惑、不安、身体的変調による苦痛感や、精神的身体的な疲労感に焦点を当てる。妄想があるからと治療を勧めても、傷病者はほとんど聞く耳をもたないが、苦痛感や疲労感の自覚をうまく引き出すことができれば、説得がしやすくなる。

(3) 躁うつ病・うつ病(気分障害)

気分障害では、うつ状態だけが出現するうつ病がもっとも多く、躁とうつを繰り返す躁うつ病はそれよりも少ない。

躁状態では、上気し、多弁で大声か、さもなければすでに声は嘎れている。上機嫌で気分は昂揚し、誇大的で話は次々と広がる。早朝覚醒傾向が目立つ。しばしば金遣いが荒くなる(濫費傾向)。ただし救急事態では、不機嫌、易刺激的、易怒的なことも多い。

うつ状態では、抑うつ気分、気力や意欲の減退、集中困難、興味や関心の低下がみられる。通常は不眠と食欲低下を伴う。重症となると、言葉や動作は普段に比べのろのろと単調で、質問しても返答に時間がかかる(精神運動性抑制)。あるいは焦燥が強くなり、周囲の者からみても、そわそわと落ち着かず、じっと座ってもいられないほどとなる。現実にとぐわなほどの自己卑下や罪責感、死への強い願望や自殺企図などを認めるようになる。

救急事態にまで至るうつ状態では、焦燥感を伴った不安、自殺企図など、切迫した精神症状が存在していることが多い。悲観傾向、焦燥感や自責感を深め、自殺企図に至ることもまれではない。自殺が最大の問題である。

激越うつ病、焦燥感の強い重症例では、同じことをくよくよと思い悩んで、そのうちに落ち着かず、うろうろしはじめ、苦悶様にうなり声をあげたり、

自殺を口にし、実行しようとする。周囲の者の説得にも耳をかさない。うつ病に特有の罪業、貧困、心気妄想による焦燥苦悶感が強く、不穏不眠が続く。処置に拒否的となることも多い。

2) 外因性精神障害

(1) せん妄

器質症候性精神障害の急性状態は、ほとんどがせん妄を呈する。原因となる身体病態は脳器質疾患(痴呆を含む)、各種中毒、内分泌疾患、各種代謝障害や臓器不全など、多岐にわたる。

せん妄とは意識変容、見当識障害を基盤として、異常行動や反応性の低下、まとまりのない思考や会話などを認めるものである。注意の集中が困難で、錯覚や幻覚と、それに基づく妄想気分を伴う。

せん妄を認めたら身体的既往歴、服用中の薬物、アルコール・薬物依存の可能性などを確かめる。せん妄の原因はさまざまであるが、救急で多いのは、アルコール離脱や薬剤性せん妄、高齢者の夜間せん妄などである。強迫的に多量の水分を摂取することで生じる水中毒(低ナトリウム血症)でも、せん妄や痙攣発作を生じる。

せん妄の傷病者は見当識が障害されているため、質問はゆっくりと、短くわかりやすく繰り返す。また、傷病者の置かれている状況や、処置の内容も簡潔に繰り返し説明する。

(2) てんかんによる精神運動発作ともうろう状態

てんかんの精神運動発作では、目的のはっきりしない無意味な動作や行動の繰り返しがみられる。表情は茫乎とし、応答ははっきりしない。舌や口部、手などに自動症としての不随意運動がみられる。発作が治まると表情や発語が回復する。通常は数十秒以上続くが、5分を越えることはまずない。

てんかん発作後に出現することのあるもうろう状態では、痙攣発作に続いて、応答不能な不穏興奮状態となることがある。

3) 心因性精神障害

(1) 不安障害(不安神経症, パニック障害)

不安症状の訴え方は多彩である。原因もさまざまであるが、大きく分けると以下の3つとなる。

① なんらかの原因による状況因性不安

② 神経症としての不安障害

③ 器質症候性、中毒性、機能性の各精神障害に起因する二次的不安症状

パニック発作では、突然の不安恐怖感に加えて、呼吸促迫、息苦しさや窒息感、眩暈、動悸、ふるえ、発汗、嘔気、しびれ感、死恐怖、発狂恐怖などに襲われる。症状は特徴的で判断は容易である。

(2) 人格障害

人格障害にはいくつかのタイプがあるが、ここでは、中でも救急事態に至る頻度がことに高い、境界性人格障害について述べる。このタイプの人格障害の特徴は、対人関係や感情の不安定と著しい衝動性であり、青年期や成人期早期から明らかになってくる。

不安や抑うつへの訴え、家族とのもめごとからの興奮、家庭内暴力、自殺企図や自傷行為などにより救急事態となる。訴えはおうおうにして一方的であり、家族など周囲の者に依存的でありながら、攻撃的となるといった態度をとる。既往にアルコール・薬物依存、摂食障害、家庭内暴力、自傷行為など特有な問題が認められる。

対応としては、傷病者の気持ちをくみ取りつつ、しかし訴えや態度に振り回されないように心がける。

(3) 過換気症候群

不安などの心理的要因により、過呼吸(換気の亢進)が引き起こされ、それによる低二酸化炭素血症を介して、各臓器の血管攣縮により種々の症状を生じるものである(p.531参照)。

(4) 心的外傷後ストレス反応

災害や事件・事故などにより、命の危険や重傷を負う危険に遭遇したり、凄惨な場面を目撃したことで、強い恐怖を伴う精神的衝撃を受けた場合に生じるストレス反応である。特徴的な症状として、再体験(出来事の記憶が突然蘇るフラッシュバック、悪夢、思い出したときの精神身体反応)、回避(思い出すことを避けようとする)、過覚醒(睡眠障害、集中困難、過敏反応など)が認められる。

なお、消防士や救急隊員の職務上の同様のストレスは、惨事ストレスとして知られている。

家族を失った場合には、急性悲嘆反応(死別反応)も出現する。

4) 中毒性精神障害

(1) アルコール性障害

酩酊は単純酩酊と病的(複雑)酩酊に分けられる。救急医療の対象となる急性アルコール(エタノール)中毒の多くは単純酩酊である。病的(複雑)酩酊は、少量の飲酒で激しい情動興奮や暴力行為を生じ、のちに健忘を残す病態である。この場合は、酩酊から醒めるまで治療の対象となる。酩酊者に対しては、丁寧な態度で話を聴き、怒らせないことが、興奮を鎮める最良の方法である。説教や口論は無益である。

離脱症状とは、アルコールや薬物の依存症者が、急激にアルコールや薬物の摂取を減量したときに、引き続いて起こる精神身体症状である。たとえば、慢性多量飲酒者がなんらかの理由により飲酒を中断したり、飲酒量を急激に減らしたりすると、アルコール離脱症状を生じる。

アルコール離脱症状は、最終飲酒後1~2日目に出現する早期離脱症状と、2~5日目に出現する後期離脱症状に分かれる。重度の後期離脱症状は、振戦せん妄の形をとる。

早期離脱症状は、最終飲酒後数時間から出現し始め、24~48時間後にピークに達する。最初の徴候としてもっともよくみられるのは、振戦(手や体の震え)である。さらに、いらいら感、悪心、吐き気が出現する。自律神経症状として、頻脈、血圧上昇、体温上昇、発汗を認める。また不眠や悪夢を訴える。この時期に一過性の幻覚が出現することがある。また、アルコール離脱による痙攣発作(アルコールてんかん)は、最終飲酒後7~38時間に90%が出現し、出現のピークは24時間よりやや遅い。

振戦せん妄(後期離脱症状)は、顕著な振戦と自律神経症状を伴うせん妄状態である。多くは断酒後2~3日目の、ことに夜間に発症することが多い。症状のピークは4~5日目を中心にほぼ3日間続く。典型例では、錯乱興奮、見当識障害、不安恐怖感、妄想、生々しい幻覚、錯覚や知覚の歪み、強い不眠、発熱などの症状が出そう。虫や小動物の幻視、幻聴、虫拾い動作などが認められる。意識水準は1日の中でも動揺する。振戦せん妄は、通常5年~15年の過量飲酒歴のある者に認められる。

アルコール離脱の傷病者を観察する場合、飲酒行

動や依存歴の把握に加えて、身体状態の入念なチェックが重要である。しばしばみられる合併障害は、胃食道炎、消化性潰瘍、肺炎、肝障害、心筋障害、貧血、脱水、横紋筋融解症などであるが、気管支肺炎、肝不全、重症肺炎、頭部外傷による硬膜下血腫などを見落とすと、ことに危険である。

振戦せん妄、痙攣発作、アルコール幻覚症は、より細かな症状観察、身体チェック、向精神薬による症状管理が必要とされ、入院治療の適応となる。

(2) 覚醒剤中毒

かつては暴力団関係者、水商売従事者が多くを占めていたが、最近は薬物の入手が簡便となったため、一般社会人や学生にも乱用者が増加している。

急性中毒は、覚醒剤使用後1時間以内に出現し、大部分は24時間以内に消失する。症状は、精神運動性興奮を中心とした精神症状と、交感神経刺激作用による身体的中毒症状である。落ち着きのなさ、刺激性亢進、多弁、不安、情動不安定などの精神症状に、振戦、頭痛、悪寒、嘔吐、発汗などを伴う。大量使用では、さらに特徴的な常同行為^{レイト}が出現することもある。また攻撃的、誇大的となったり、物音、人の動きに警戒的となり、過剰に反応したりする。重症例では痙攣発作や高熱を生じることがある。

急性中毒性精神病(急性症候群)は、頻回連続使用や1回大量使用などにより発症する。意識障害を伴い、断片的な幻覚妄想、知覚過敏、不安-興奮、錯乱状態、せん妄状態などを呈し、健忘を残す。

急性中毒の消退後は反跳-離脱^{レイト}症状として、疲労、脱力、不機嫌、抑うつ、嗜眠、過食傾向などがみられる。

覚醒剤精神病は、急性中毒性病像とは異なり、意識清明下で出現する幻覚妄想状態を主とした精神病像である。乱用初期の少量使用により出現することはまれであり、ほとんどは1カ月以上数年にわたる乱用歴を背景としている。妄想体験の内容としては被害的内容の妄想であり、幻覚症状は、日本では幻聴が多い。

フラッシュバックは、少量再使用や大量飲酒などをきっかけとして、急性症状が再燃するものである。

(3) 有機溶剤中毒

トルエンが代表的であるが、その他にも修正液の

トリクロロエタンやガスライターのボタンなど、さまざまな有機溶剤が乱用される。

酩酊により、ろれつが回らず、運動失調をきたす。重度では意識障害、不整脈を生じる。シンナー臭が顕著である。幻覚、気分変調、無関心、不穏興奮、暴力行為や衝動行為、自殺企図などが出現する。必要に応じて、酸素吸入を行う。

(4)大麻中毒

大麻(マリファナ)は喫煙摂取での効果発現はすみやかであるが、経口摂取では徐々に効果発現し、また作用持続時間は12時間、ないしそれ以上に延長することがある。

摂取による多幸感、自我高揚感が乱用の目的とな

るが、中毒時には、不安感、猜疑心、妄想気分などの精神症状を呈することがあり、また身体症状として、頻脈、結膜充血、口内乾燥、食欲増進を認める。時間感覚の延長も特徴的である。

まれに急性効果に不安を伴って恐慌状態(パッドトリップ)をきたすことがある。

長期連用者では、自発性欠如症候群や被害妄想を伴う大麻精神病が報告されている。中毒症状に加えて、幻覚妄想などの病的異常体験や抑うつ症状を伴っていないかに注意する。

大麻による中毒症状は通常、数時間で治まる。ただし経口摂取では時間が長引く。

[飛鳥井 望]