

救命救急センターからみた処方薬の問題

—ベンゾジアゼピン系薬剤過量服薬を中心に—

井出文子*

抄録：救急医療の現場で過量服薬患者，特に向精神薬が原因の過量服薬は増加している。依存や乱用の観点からも向精神薬は危険視されており，特にベンゾジアゼピン系薬剤が多くを占めている。また縊首などの致死性の高い自殺企図手段をする前に脱抑制や酩酊を起こす目的でベンゾジアゼピン系薬剤が内服されることも散見されている。今回，筆者が勤務する北里大学病院救命救急センターにおける自殺企図目的で向精神薬—特にベンゾジアゼピン系薬剤—を過量服薬した患者を中心にその背景や問題点を述べる。

臨床精神薬理 16 : 821-825, 2013

Key words : emergency department, overdose, benzodiazepines, prescription

I. はじめに

近年，特に向精神薬による過量服薬症例で救急外来や救命救急センターに搬送される患者数が増加しており，その精神科医療機関での処方のは是非が救急医の間でも問題視され，議論されている。また薬物依存の臨床においても睡眠薬や抗不安薬などの精神科治療薬の乱用が問題であり，松本の報告によると2010年の調査では薬物関連障害症例のうち覚醒剤に次いで第2位が鎮静薬（睡眠薬・抗不安薬）であった²⁾。こうした背景が救命救急医療の現場での向精神薬による過量服薬症例の増

加の一因となっていると考えられる。

大倉らの調査では，二次救急医療機関で過量服薬した向精神薬の内容でベンゾジアゼピン系薬剤が約8割を占めると報告され⁴⁾，また別の報告では，その薬理作用による脱抑制や酩酊状態が過量服薬やその他の自殺企図手段を促進したといわれている⁵⁾。

本稿では北里大学病院救命救急センターに向精神薬，特にベンゾジアゼピン系薬剤（その近縁のthienodiazepine系やcyclopyrrolone系薬剤も含む）の過量服薬で搬送された症例を元に，精神科医療での処方の問題点について述べたい。

II. 救命救急センターに搬送された過量服薬患者について

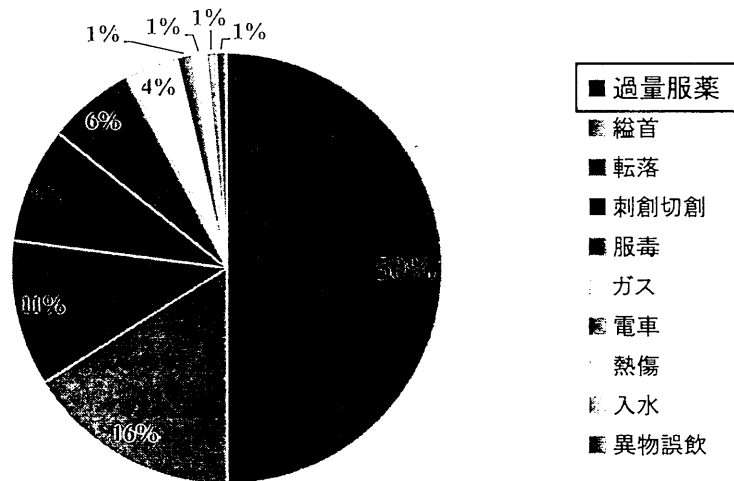
北里大学病院救命救急センター（以下当院）は神奈川県の中央・県北地区である相模原市に位置し，三次救急患者の受け入れを対象とする医療機関である。人口約70万人の相模原市と隣接する東京都町田市，座間市，大和市，綾瀬市を含め約

The problems of prescription by psychiatrists viewed from the staffs of the emergency department treating patients with overdose of psychotropic drugs -focusing on overdose of benzodiazepines.

*北里大学医学部救命救急医学

〔〒252-0375 神奈川県相模原市南区北里1-15-1〕

Ayako Ide : Department of Emergency and Critical Care Medicine, Kitasato University, School of Medicine. 1-15-1, Kitasato, Minami-ku, Sagami-hara, Kanagawa, 252-0375, Japan.



自殺企図患者総計272名(男性98名, 女性174名)
平均年齢39歳

図1 自殺企図患者の内訳(2010年1月1日~12月31日, 北里大学病院救命救急センター)

150万人以上の医療圏として救急医療をカバーしている。

当院の年間救急搬送総患者数は約2300名であり, そのうち約1割強が自殺企図患者である。企図手段として最も多いのが過量服薬で, 処方薬, 特に精神科からの処方薬による過量服薬が大半を占める。

2010年1月1日から12月31日までの救急搬送総患者数は2214名, 診療録を用いて後方視的に調査したところ自殺企図患者数は272名であった。図1に当院の自殺企図患者の内訳を示す。自殺企図患者中で医薬品などによる急性薬物中毒患者は201名であった。男性が63名, 女性が138名, 平均年齢は38歳だった。図2に急性薬物中毒患者の原因薬物を示す。かかりつけの精神科医療機関から処方された向精神薬が原因薬物である症例が全体の64%を占めている。以前の2007年の当院における調査では向精神薬が占める割合は49.6%であった。この結果は, 2008年の向精神薬の処方規制緩和や向精神薬による依存乱用の社会問題化に並行して, 救急医療でも向精神薬による過量服薬患者数が急増しているためと考えられる。

2010年の調査で向精神薬のうち中毒原因薬剤がベンゾジアゼピン系薬物である症例は109例で向精神薬による過量服薬のうち85.2%であった。村

崎は我が国のベンゾジアゼピン系薬剤の処方件数は欧米の6~20倍であると報告しているが³⁾, 救急の現場でもその処方の多さを痛感させられる。過量服薬したベンゾジアゼピン系薬物の平均種類数は1.96種類と少ないが, 3種類以上を過量服薬した症例は32例(ベンゾジアゼピン系薬剤過量服薬患者中29.4%)だった。佐藤らは救命救急施設での3年間の向精神薬による過量服薬患者を調査し, 過量服薬に至りやすい危険因子として前医(かかりつけ精神科医療機関)で多剤併用が行われていることが最も大きい要因であったと報告している⁶⁾。また処方薬剤の種類が多いほど過量服薬する薬剤の種類も多くなるという傾向も指摘している。

また過量服薬以外での自殺企図手段で, 以前なら飲酒し, その脱抑制効果によって縊首や練炭による一酸化炭素中毒などの致死的な企図手段をとるといった症例が見られていたが, 最近ではベンゾジアゼピン系薬剤を内服してから企図する症例が多く見られ, 縊首が未遂であった症例や一酸化炭素中毒で, 血中COHb濃度がそれほど高くない症例であっても遷延性の意識障害を起し, 結果としてベンゾジアゼピン系薬剤の影響であったということもしばしば経験する。廣川らは過量服薬による脱抑制効果が致死的な自殺行動を促進した

ベンゾジアゼピン系薬剤が原因である症例:109例(向精神薬の85%)

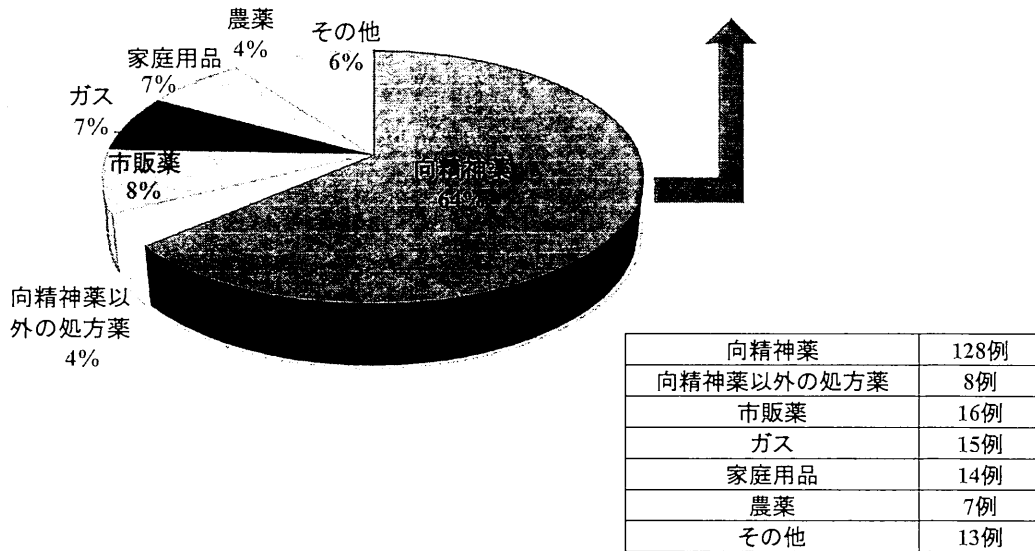


図2 急性中毒患者の内訳 (2010年1月1日~12月31日, 北里大学病院救命救急センター)

可能性を指摘しており¹⁾, 我々の経験からもいわゆる複数手段による自殺企図(過量服薬と縊首, 過量服薬と一酸化炭素中毒など)を引き起こすきっかけになる危険性を, 同じ脱抑制を惹起するアルコール以上に感じている。

Ⅲ. 当院で経験した症例について

当院で経験した, 過量服薬で来院した症例を挙げる。なお症例については個人や医療機関について特定されないように配慮した。

症例1 20代女性, 無職

本人および家族に説明された診断名: うつ病

処方薬: ベンゾジアゼピン系薬剤および近縁の thienodiazepine 系薬剤; bromazepam 6 mg/日, flunitrazepam 4 mg/日, quazepam 20mg/日, nitrazepam 10mg/日, flurazepam 15mg/日, brotizolam 0.25gm/日。

上記以外の処方薬; lofepramine 30mg/日, levomepromazine 25mg/日, pentobarbital calcium 50mg/日, VegetaminB®, 他内科薬(鎮痛薬や止痢剤など多数)。

電話での外来主治医の診断名: 境界型パーソナリティ障害

現病歴・経過: 当院の入院は複数回でリストカットも繰り返している患者である。今回は家族と口論の末に過量服薬とリストカットをして救急要請された。来院時には意識障害, 呼吸抑制を認め, リストカットに関しては縫合を行った。気管挿管し人工呼吸管理を行い, 並行して胃管を挿入し活性炭 50g を投与後入院となった。翌日意識レベルの改善を認めたため抜管し, 第3病日に自宅退院した。

毎回退院時に当院での入院情報提供書は発行しているが, 返信はなく同じ処方方で再度過量服薬をして搬送されている症例であった。

症例2 30代女性, 無職

本人および家族に説明された診断名: うつ病

処方薬: ベンゾジアゼピン系薬剤および近縁の cyclopyrrolone 系薬剤; triazolam 0.25mg/日, lorazepam 2 mg/日, flunitrazepam 2 mg/日, nitrazepam 5 mg/日, zopiclone 10mg/日。

上記以外の処方薬: VegetaminA®。

電話での主治医の診断名: 高度の不眠症。境界型パーソナリティ障害。

現病歴・経過: 以前にも過量服薬の既往があり, 今回家族が帰宅すると倒れていたため救急要請された。来院時意識障害を認め, 胃管より活性

炭50gを投与し入院、翌日には覚醒し自宅退院した。

外来主治医から高度の不眠のため2パターンのベンゾジアゼピン系薬剤を中心とする処方箋が発行されており、自己調節するように指示されていた。このため家にはかなり多くの薬剤が備蓄されており、当院には2回連続して過量服薬して搬送されている症例であった。

症例3 30代女性、無職（生活保護受給中）

本人に説明された診断名：うつ病

処方薬：ベンゾジアゼピン系薬剤および近縁の thienodiazepine 系薬剤；lorazepam 3mg/日、triazolam 0.25mg/日、flunitrazepam 2mg/日、ethyl loflazepate 2mg/日、etizolam 1.5mg/日。

上記以外の処方薬；levomepromazine 15mg/日、trazodone 25mg/日、paroxetine 10mg/日、lamotrigine 25mg/日、risperidone 1mg/日、他内科薬（鎮痛薬や喘息治療薬など）。

電話での外来主治医の診断名：精神遅滞、適応障害

現病歴・経過：当院の入院は複数回で家族は本人との関係を断っており、毎回一人で自宅退院している。今回は元姑に「世話になった」と電話したため救急要請された。過量服薬と複数のリストカットをしていた。来院時には軽度の意識障害を認め、リストカットに関しては縫合を行った。胃管から活性炭50gを投与後入院となった。翌日には覚醒して会話可能となったが入院させられたと医療従事者をなじり、激高し自己退院した。

生活背景としては結婚離婚を繰り返し、子供もいるが養育能力がなく児童相談所に入所している。生活保護受給金も管理ができず、使い込んでしまう。また唯一の血縁者である母親を最近がんで亡くし不安定になっていた。決まった精神科医療機関がなく、毎回違った医療機関から処方されていた。

IV. 症例を通して見えてくる問題点

症例1, 2は病歴などから境界型パーソナリティ障害を疑わせる症例であったが、ベンゾジア

ゼピン系薬剤を中心に多剤併用されていた。

2008年の日本版境界型パーソナリティ障害治療ガイドラインでは薬物療法はあくまでも補助的なものであり、特にベンゾジアゼピン系薬剤は衝動性を増す危険があるため、投与はできるだけ控えるように提言されている⁷⁾。しかし実際の現場ではたとえ衝動性が亢進していても、過量服薬の危険性があっても処方し続けている。小野は境界型パーソナリティ障害における処方制限は患者に必要以上の負荷をかけることになり、治療中断となることも少なくない、処方が複雑化してきたことは治療上の混乱と考え、ある種のターニングポイントを示す指標、と表現している。また確定診断に至る前に処方増加や過量服薬が出現してくる危険性も見逃せない、と指摘している⁵⁾。

症例3は元々精神遅滞があり、些細な出来事で動揺し衝動性が亢進するストレス耐性の低さが目立っていた。処方薬に関しても覚醒した時点で診察した限りでは効能などに関しては全く理解しておらず、服薬のコンプライアンスも守られていなかった。また短絡的に過量服薬しているうちに脱抑制や酩酊などになり、拍車がかかりさらに飲んでしまうといった行動も聴取できた。自己退院もベンゾジアゼピン系薬剤を含む過量服薬した薬の離脱による症状であった可能性も高い。昨今刑務所などで軽度の精神遅滞に関する対応の社会問題が浮き彫りになっている。実際外来患者数の多い精神科医療機関では、例えばIQを検査する心理検査自体が難しいのかもしれない。社会支援も生活保護が限界なのかもしれない。しかし管理能力のない患者にさらに脱抑制を起こさせるベンゾジアゼピン系薬剤を中心とした向精神薬を処方することは事件や事故にもつながり、危険極まりないと考えざるを得ない。

救急医療の現場では向精神薬による急性中毒として、致死性不整脈を起こす三環系抗うつ薬や呼吸抑制を起こすbarbiturate系睡眠薬、有効血中濃度と中毒域に近いlithiumなどが急性薬物中毒の重症例と扱われ、ベンゾジアゼピン系薬剤に関しては意識障害を起こすくらいで直接的に中毒を起こさない薬、として認識されていることも多い。しかしベンゾジアゼピン系薬剤単独の過量服薬に

より意識障害や誤嚥性肺炎、横紋筋融解症、褥瘡、低体温、コンパートメント症候群やそれに伴う末梢神経障害など合併症によって重症化し救急病棟での在院日数が長くなり、後遺症を残しながら退院や転院をする症例も経験している。ベンゾジアゼピン系薬剤による過量服薬は決して中毒の中でも軽症ではないと感じている。また中毒症状から回復しても、長期間に処方・内服していた患者は救急医療機関の短い入院期間の中では確定診断まで至ることは不可能であるが、本人や家族、知人からの病歴聴取によってベンゾジアゼピン系薬剤依存や乱用を疑わせる症例も散見され、社会・家庭生活においても問題を抱えている症例が多く見られた。

V. おわりに

三次救急患者中心の救命救急センターにおけるベンゾジアゼピン系薬剤を中心とした過量服薬の現状について述べた。救命救急医療の現場では直接的に致死的中毒症状を起こさないため急性中毒としては軽症と評価しがちであるが、合併症により重症化する症例もあるため注意が必要である。またその背景としてベンゾジアゼピン系薬剤の依存や乱用が疑われる症例も多く見られ、精神科診断名からこれらの薬の処方が必要とは感じられない症例も散見された。

2008年の向精神薬処方日数の規制緩和により患

者の持つ薬剤量も増え、救急隊員や救急外来で数えるのが一苦労であるほどの薬が本当に患者の治療に必要なものか、という問題を外来主治医だけでなく患者を取り巻く社会全体から再考していくことが早急に必要である。

文 献

- 1) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎 他: 死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による調査. 日本社会精神医学会雑誌, 18: 341-351, 2010.
- 2) 松本俊彦: 薬物依存臨床から見えてくる精神科薬物療法の課題—「全国の精神科医療施設における薬物関連疾患の実態調査」の結果より. 精神科治療学, 27 (1): 71-79, 2012.
- 3) 村崎光邦: わが国における向精神薬の現状と展望—21世紀を目指して. 臨床精神薬理, 4: 3-27, 2001.
- 4) 大倉隆介, 見野耕一, 小縣正明: 精神科病床を持たない二次救急医療施設の救急外来における向精神薬過量服薬患者の臨床的検討. 日本救急医学会誌, 19: 901-913, 2008.
- 5) 小野和哉: パーソナリティ障害における多剤・多量処方の意義と問題点. 精神科治療学, 27 (1): 55-61, 2012.
- 6) 佐藤玲子, 山田朋樹: 向精神薬処方のあり方—精神科医の立場から. 中毒研究, 23: 16-21, 2010.
- 7) 牛島定信 編: 境界型パーソナリティ障害〈日本版治療ガイドライン〉. 金剛出版, 東京, 2008.