5.3.5　脳外科医の立場から

馬場記念病院脳外科　小宮山雅樹

脳外科の進歩は，マイクロ・サージェリーや各種診断機器の進歩とともに，ここ十数年めざましいものがある。そのため，「人間」としての患者を診るよりも「疾患」そのものを診る傾向にあることは否めない。脳外科はその扱う疾患の特徴より意識障害を伴う患者が多く，また高齢化社会への進行とともに脳卒中患者も増加している。脳外科の患者以外に，精神科，神経内科，リハビリテーション科，小児科，整形外科との境界領域の患者を診察することも多い。

臨床の場で，各種の意識障害，うつ状態，興奮状態，神経症，ヒステリー，不定愁訴，失語症，性格変化，痙攣発作，痙攣重積のような症状に遭遇することが多い。脳外科の基礎疾患が原因で起こっている精神症状のときは通常，自ら対処することが多いが，そのような場合でも症状が持続したり，また明らかな脳外科の基礎疾患がないときや精神科疾患を合併するときは精神科の協力を依頼することとなる。

さて，アメリカで発達したCL精神医学が，医療環境，医療の中の人間関係，さらに医学教育も全く異なる日本で，同様に発達するかは疑問の多いところである。現実には，CL精神医学は大学病院と一部の総合病院のICUでのみ実現されているに過ぎず，また日本では脳外科も精神科も，単科の病院として存在することも多いため，脳外科から精神科へ「紹介」すら簡単に行えないのが現状である。また脳外科医，さらに患者と家族の精神科疾患への理解不足また精神科に対する偏見が精神科との協力を困難にしている。このような状況下でCL精神医学が発達するには多くの困難を伴うと思われる。

CL精神医学を発達させ，かつ精神科に対する理解不足や偏見を是正するために精神科との連携に関し，以下のことを脳外科医として要望したい。

精神科の患者が，種々の理由で脳外科を来診することがあるが，主治医と連絡すら取れないことがあり，夜間に精神科医の助言を得ることが困難な場合も多い。また脳外科医の精神科疾患に対する専門知識不足のために，患者の転送を躊躇することもある。両科の信頼関係を確立するためにも，改善の余地があろう。脳外科医が求める精神科医は，精神科特有の疾患だけを診る精神科医で

はなく，現場で起こる諸精神医学問題について積極的に関心を持ち，ベッドサイドで一緒に検討できる精神科医である。

精神科のある総合病院では「紹介」を行うのは比較的，簡単であるが，脳外科単科の病院においてもなんらかの形で精神科医への「紹介」が可能な体制作りが必要である。具体的には，従来から総合病院で行われている「紹介」をより「良質の紹介」にするために，まず非採算部門の精神科（外来）を設置することであろう。とりあえず現状の医療体制下でCL精神医学を発達させる第一歩と考えている。

実際の臨床の場では，以下のような場合に脳外科医だけでは治療が困難であったり，現在は目をつぶって問題として捉えていない場合が多いが，質の高い医療のためには，これからは精神科医の積極的な関与が望まれる。

(1)　精神科疾患が基礎にある患者に関して

慢性アルコール中毒の患者が，酩酊，異常行動，意識障害，肝性昏睡，頭部外傷，慢性硬膜下血腫，痙攣発作などで来院したとき，病態理解を複雑にすることが多い。また，脳外科管理を必要としなくなり，さらにアルコール中毒の治療が必要である場合，患者の転送に関して精神科医の協力を必要とする。

自殺企図患者が来院したときに，医師や看護婦には，ある種の先入観があり治療を困難にすることがある。特に患者が，重症頭部外傷や脊髄損傷を合併し，さらに精神症状が顕在化したとき，精神科医の治療への参加は不可欠である。また入院の必要のない，外来レベルでこのような患者が来院したとき，どのように対処すべきか迷うことが多い。自殺企図のみならず，ヒステリー発作，心因反応，精神分裂病などは脳外科へ移送されることが多いが，精神科的な救急治療を必要とするこれらの病態と脳外科の疾患との鑑別が脳外科医にとって必ずしも容易ではない。

(2)　脳外科疾患が基礎にある患者に関して

脳卒中患者（高血圧性脳内出血，脳梗塞，クモ膜下出血等）が，自分の障害（片麻痺，視野障害，失語，失認）を受容できないときに起こる精神的葛藤，うつ状態に関して適切な治療を必要とすることが多い。

橋出血で代表される locked-in 症候群の患者は，意識は清明であるが，意志の疎通が困難で，精神状態の把握は非常に困難であるため，現在では精神症状は全く治療の対象となっていない。

脳動静脈奇形の患者で手術適応外の場合，神経学的欠落症状がなくても患者は常に出血の不安を抱くこととなる。日常生活上も制約が出て，顕在化しないまでも精神症状を呈することがある。

破裂脳動脈瘤患者に対して，待機手術を行うとき意識が清明であると，待機期間中，不安のためにかえって再破裂の危険が高くなる可能性がある。

諸検査の結果，原因不明のクモ膜下出血の患者が，一般的には予後は良好にもかかわらず退院後，再出血の不安をいつまでも抱く場合がある。

頭部外傷患者が，外傷後の通過症候群で，軽度の意識傷害や指南力障害があるとき，病棟管理上，問題が起き精神科依頼を必要とすることがある。また，脳挫傷により性格変化がきたときも同様である。また種々の原因で性格変化が来たとき，一過性のものか，永続するものかにもよるが，精神科医のアドバイスを必要とする場合がある。

脊髄損傷患者は圧倒的に男性に多い。両下肢麻痺，四肢麻痺の患者は社会復帰を目指してリハビリテーションをする事となるが，この過程で精神科のアドバイスを必要とすることがある。生殖機能障害による精神的苦痛に関しても，適切なコンサルテーションが必要である。

悪性の脳腫瘍患者の治療において，予後をどのように患者自身に話せば良いか迷うことが多い。また多くの場合，約1カ月間に渡り放射線治療を行うこととなるが，放射線による頭髪の脱落も伴うこともあり精神科治療を必要とすることがある。

諸原因により脳死またはそれに近い状態になったときの家族の反応に困ることがある。臓器移植が近い将来，確実に一般的になると思われ，倫理的な問題を含め，脳死に対するコンセンサスの樹立，各科の協力体制が必要である。

脳外科の患者の場合，長期にわたり頭蓋内よりドレナージが必要な場合もあり，その間はICUで治療を受けることとなる。種々の意識レベルの患者が同時にICUにいるため，意識の良好な患者ではICU症候群が問題となる。また，患者が家族から隔離されているために，病状説明が行き届かなかったり，誤解が生じて医師と患者家族の関係が緊張することがある。

いろいろな理由で患者が不穏状態になるとき，鎮静に困ることがある。また術後患者を四肢抑制する事が多いが，精神的な影響は多くの場合考えられていない。さらに術後に起こる精神症状が病態の把握を困難にするばかりでなく，

治療の妨げになることがある。

核磁気共鳴CT，X線CTなどの検査時における閉所恐怖症，さらに血管撮影などの検査に対する不安や，一般脳外科手術，さらに局所麻酔下で行われることの多い血管内手術に対する不安をしばしば経験する。検査や手術の説明不足が原因であることが多いが，十分説明しても患者の不安を取り除けないこともある。

向精神薬を精神科医への相談なく，臨床の場では投与することが多いが，長期投与例や老人への投与例での副作用まで正確な知識を持って投与されていることは少ないと思われる。

老人の痴呆患者を診察する機会が増えている。また軽度の頭部外傷を契機に痴呆が顕在化したり進行したりすることがあり，治療に困ることがある。老人の痴呆に関して現在，担当科がはっきりせず，的確な受け皿がないのも問題である。

先天性水頭症患者に代表される，先天脳奇形の患者に関し，本人ならびに家族に精神的なコンサルテーションが必要と思われる。知能の発達は小児科を含め協議が必要である。

脳卒中や脊髄損傷患者の社会復帰は，精神科医を含めた各科医師，看護婦，コメディカルの医療チームの密な協議の上で進めていく必要がある。また，社会的，経済的背景の理解や経済的な問題に関して相談にのったり，各種の社会福祉制度の利用に関して適切なアドバイスができるケース・ワーカーとの協力関係は不可欠である。

以上，日常的に脳外科の臨床でみられる，精神科との境界領域について述べた。繰り返して言うが，CL精神医学の発達のためには，精神科医の積極的な臨床の場への参加が不可欠であろう。