

産後 2 日目に発症した産褥精神病の 1 例

佐々木佳子・川西 貴之・大道 千晶・根津 優子・平松 祐司・徳毛 敬三

岡山市立岡山市民病院 産婦人科

A case of puerperal psychosis on the second day after delivery

Keiko Sasaki・Takayuki Kawanishi・Chiaki Omichi・Yuko Nezu・Yuji Hiramatsu・Keizou Tokumo

Department of Obstetrics and Gynecology Okayama City Hospital

産褥精神病は、産後数週間以内に発症し急激に悪化する稀な疾患であり、多くは入院治療が必要となる。産後 2 日目に急な意思疎通困難と発語困難で発症したが、速やかに精神科受診につなげることで寛解に至った症例を経験した。症例は 31 歳の経産婦。既往帝王切開後妊娠のため、帝王切開術を施行し、手術は問題なく行われた。産後 2 日目（第 1 病日）に不可解な行動と意思疎通困難、発語困難が認められた。脳出血や脳梗塞を疑い画像検査を行ったが異常所見を認めず、検査後に発語を認めた。産後 3 日目（第 2 病日）に精神症状が悪化した。当院での入院継続は困難で、緊急性があると判断した。精神科救急情報センターに連絡し、精神科受診とした。医療保護入院が必要だったが、夫の強い希望により、投薬のみで自宅での経過観察となった。患者の治療のため、児は乳児院に一時保護となった。第 6 病日、エジンバラ産後うつ病質問票は 21 点だったが、第 17 病日には 4 点を示し、自宅での育児を再開した。第 32 病日に精神科の受診は終了した。産褥期の精神障害は、マタニティーブルーズ、産後うつ病、産褥期精神病に大別される。症状や発症時期に共通する部分があるが、重症度には大きな違いがある。産婦人科医に求められることは、緊急性と重症度を判断し、的確に精神科受診へつなげることである。平時より、緊急の場合の連絡や体制を把握しておくことが重要である。そして、患者だけでなく、児の安全や育児再開に備えるために、精神科・保健師・助産師・産婦人科医の連携が重要であると考えられた。

Puerperal psychosis is a rare disorder that develops within a few weeks after delivery and worsens rapidly, thus, requiring inpatient care. We encountered a case of puerperal psychosis that developed due to sudden communication difficulties and dysphasia but went into remission with prompt psychiatric consultation. A 31-year-old woman (gravida 1) delivered through a cesarean section. Two days after delivery, communication difficulties and dysphasia developed. On the third day, as her mental condition worsened, we decided on urgent psychiatric consultation. We contacted the Psychiatry Department Emergency Information Center. The psychiatrist determined that she needed medical protection admission; however, her husband wanted her to be followed up at home, and her baby was taken care of in a nursery. On the 6th sick day, her Edinburgh Postnatal Depression Scale score was 21 points, and on the 17th sick day, it was 4 points; hence, she began nursing her baby at home. On the 32nd sick day, she completed her psychiatric treatment. Postpartum mental disorders include maternity blues, postpartum depression, and puerperal psychosis. The urgency and severity of symptoms should be judged accurately to make appropriate psychiatric consultations.

キーワード：産褥精神病、産褥期精神障害、医療保護入院、精神科救急情報センター

Key words：puerperal psychosis, postpartum mental disorders, medical protection admission, Psychiatry Department emergency information center

緒 言

産褥精神病は、分娩 500～1000 に 1 回の頻度で出現する稀な疾患であり、出産後数週間以内に発症し急激に悪化する精神障害である。概ね治療により寛解に至るが、多くは入院治療が必要となる。しかし、患者本人の病識がないため、離院や自殺企図を防ぎ安全に治療を継続するためには、精神科急性期閉鎖病棟への医療保護入院を要することも多い^{1, 2)} (表 1)。

今回我々は、帝王切開 2 日後に急な意思疎通困難と発語困難で発症したが、速やかに精神科救急情報センター

と連携することで寛解に至った産褥精神病の症例を経験したので報告する。

症 例

【患者】 31 歳

【妊娠歴】 3 妊 1 産（帝王切開 1 回、自然流産 1 回）
（前回帝王切開は分娩停止による緊急帝王切開だったが、産後は特に異常はなかった）

【既往歴】 なし

【家族歴】 なし

【現病歴】 自然妊娠が成立し、妊娠初期より当院で妊婦

表1 精神科病棟の用語

医療保護入院

医療および保護のため入院が必要な状態ではあるが、精神症状のために入院加療の必要性を理解することが困難であり、入院に同意できる状態にない場合に、資格をもった精神科医（精神保健指定医）が入院の判断を行う入院形態。ただし入院に際しては家族や扶養義務者などの同意も必要とする。患者本人の同意の有無に関わらず治療を行う入院形態。

閉鎖病棟

- ・病棟の出入り口が施錠されており、外出にスタッフの確認を要する病棟。
- ・離院や危険行為のリスクが高い患者が入ることが多い。また、より自殺などの緊急性が切迫しているケースに対応するため、自身のみで室外に出られない構造をもっている保健室を併設していることも多い。

健診を行っていた。妊娠経過は良好で、既往帝王切開後妊娠のため、妊娠38週0日、選択的帝王切開で2922gの女児をApgar score 1分後8点、5分後9点で出産した。手術は問題なく行われたが、腰椎麻酔にやや時間を要した。

産褥2日目、19時の授乳室での授乳の呼びかけに答えず、自室での授乳となった。児に対する笑顔を認めたが、乳首を児の口に無理矢理含めようとしたり、児が吸っている状態で乳首を外したりと不可解な行動が見られた。

20時、授乳後より発語なく、筆談を試みるも困難だった。そわそわしたり、呼びかけに応じず布団を頭から被ったり、末梢静脈ルートを引っ張ったりと異常行動を認めたため、産婦人科当番医に報告があった。

【診察時現症】血圧117/59mmHg, SpO₂98% (room air), 虚ろな表情で、従命は可能だが、自発的発語はなし。眼球は正中位で四肢麻痺はなく、痙攣発作を疑うような動きはないが、一時的に意識消失を疑うような首を横に傾ける動きが何度もあった。

脳出血や脳梗塞の評価を行うため、脳神経外科に相談し、画像検査を行った。頭部CTで出血を認めず、頭部MRIで新規の脳梗塞は認められなかった。てんかん発作を疑うような拡散強調での皮質高信号もなく、MRAで主幹動脈の狭窄や閉塞も認められなかった。画像検査の際、プロポフォールでの鎮静が必要だった。画像検査で器質的異常がなく、検査後に発語を認めたため、一旦経過観察とした。

【経過】産褥3日目（第2病日）、「怖い夢を見ていた」、「今日は11月だけど、ずっと10月29日と30日を行ったり来たりしている」、「手術をしたことは覚えているが、本当にしたのかわからない」、「産んだ感覚がなくて、自分の子供なのか、かわいいのかよくわからない」、「いろんなことが面倒臭くて話すのをやめた」、「今すぐに退院する」などと訴えた。また、訪室すると、パジャマのズボ

ンだけをはいていない状態で、興奮気味に話し始める様子も見られた。

会話はできるが表情が硬く、児への関心が無くなっている様子がうかがえた。「すぐに退院する。」と荷物をまとめたり、児を連れて帰ろうとしたりした。家族に連絡するように伝えても、連絡せずに「連絡がついた、今すぐに迎えに来る。」といった発言をするなど、医療者の指示に従えないようになっており、当院での入院継続は困難と思われた。

気分の低下や流涙はなく、興奮状態であり、マタニティーブルーや産後うつ病とは考えられなかった。また、症状の増悪が認められたため、緊急での精神科の受診が必要であると考えた。当院は常勤の精神科医師が不在のため、自治体・圏域の精神科救急情報センターである岡山県精神科医療センターに連絡し、児は当院入院管理継続し、第2病日に患者本人のみ退院し受診することとなった。

【退院後の経過】第2病日、岡山県精神医療センターに夫・第1子とともに受診した。診察時、困惑が強く、帰ろうとする強い思考障害でまとまった話が出来ないという状態だった。妄想気分（人生が終わりになる感覚、終わらせないといけない感覚、何か悪いことが起きそうな感覚）、被害関係妄想（周囲におとしめられている感じがする）、自我障害（心を読まれる、周囲の考えが自分に伝わる）、注察妄想（見張られている感覚）、カブグラ妄想（家族が偽物のように感じる）などの精神症状を有しており、急性の幻覚妄想状態にあると思われ、産褥精神病と診断された。妄想気分については、行動化の懸念もあるため、医療保護入院が望ましいと考えられたが、在宅ワークである夫より、自宅で様子をみたいという強い希望があった。そのため、現状においては行動予測が全くつかず、自傷他害の可能性があることを説明し、細心の注意を払って様子をみることで、何か心配な状況の場合は直ちに相談することを約束し、入院を見送り、電話

での状況確認を行うこととした。非定型抗精神病薬を開始した。

第5病日、受診時に著明な思考障害を認めたため、再度入院加療の必要性を説明したが、夫が付き添い可能なため、外来治療の継続となった。また、本人の治療を優先するために、児は乳児院での一時保護の方針となった。

第6病日（帝王切開後7日目）に当院を受診。エジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale, 以下EPDS）は21点と高得点だった（表2-①）。

第11病日、精神科医療センターを受診した。不眠は改善し、児への関心も戻り、「早く連れて帰って育児をしたい。」という発言も見られた。産褥精神病は改善し、投薬は不要、経過観察となった。

第13病日（帝王切開後14日目）、当院の2週間健診を受診時、「一番困っていることは？」という質問には、「赤ちゃんに会えないので心配。」と発言していた。発症時のことに関しては、断片的にしか記憶がなく、「第1子の帝王切開時よりも麻酔に時間がかかり、本当にしんどくて怖かった。それで夜も眠れなくなった。」と話していた。

第17病日には、児は乳児院より退院し、自宅での育児を開始。産後1か月健診では、EPDS4点だった（表2-②）。

第32病日で精神科は終診となった。次回出産時の再発のリスクを考慮し、避妊目的で低用量エストロゲン・プロゲステロン配合剤の内服も開始した。

第37病日には精神科を終診したが、担当保健師の訪問や電話での支援を継続している。

考 案

女性のライフサイクルの中で、周産期は生物学的にも社会心理学的にも大きな局面を迎える。特に産後は、ホルモンの急激な変動が生じるとともに、育児という母親としての役割への適応にあたって、様々な困難を抱える時期でもあり、心理的社会的なストレスを受ける。これらの変化がもたらす負荷が過剰な場合には、心身のバランスが崩れ、精神的に不安定な状態が生じると考えられる。

厚生労働省による2015年から2016年の人口動態調査票の解析で、妊娠中から産後1年末満の死亡女性357人のうち、自殺が102人で死因のトップに挙げられた³⁾。メンタルヘルス悪化で自殺に至るケースが多いことが知られている。また、2005年から2014年の東京都23区の妊産婦異常死89例中63例が自殺であったという統計もある⁴⁾。

妊娠中、特に産褥期のメンタルヘルスの悪化は、自殺だけでなく育児に支障をきたし、児の発達にも影響する。

産褥期の精神障害は、マタニティーブルーズ、産後うつ病、産褥期精神病に大別される⁵⁾（表3）。

産褥精神病は、分娩500～1000に1回の頻度で出現する稀な疾患であり、出産後数週間以内に発症する。多形性の幻覚妄想、支離滅裂な知覚障害や、注意力や集中力に欠けた意識混濁や、失見当識、困惑、情動不安定、抑うつ気分、多幸、不安、焦燥感など、症状は多岐にわたり、重症度も著しく変化する。リスク因子として、初産、双極性障害の家族歴がある。しかし、精神症状の既往やライフイベントなどとの関連はほとんど認められない、という報告もある^{1, 2, 6)}。本症例では、第1子分娩

表2 EPDSの変化（①第6病日、②第17病日）

〈質問項目〉	①	②
1. 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。	1	0
2. 物事を楽しみにして待った。	0	0
3. 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。	2	1
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。	2	0
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。	3	1
6. することがたくさんあって大変だった。	3	1
7. 不幸せなので眠りにくかった。	3	1
8. 悲しくなったり、惨めになった。	2	0
9. 不幸せなので泣けてきた。	2	0
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。	3	0
合計得点	21	4

EPDS；10項目4検法の自己記入式質問票。

合計30点満点中9点以上を「うつ病の疑いがある」としてスクリーニングする。

後に問題はなく、家族歴も認められない。入院前に愛犬が死んだ、というエピソードや、麻酔に時間を要し、怖くて眠れなくなったというエピソードがあるが、はっきりとした誘因は不明である。治療により寛解に至るが、後に37%が双極性障害を生じ、また双極性障害は生じなかったものの31%がその後の出産において同様のエピソードを生じたとの報告もある⁷⁾。予後は良好であるが、妄想が出現すると、周囲の助言だけでは修正が困難で、抑うつ状態の結果として患者の生活や育児が破綻することがしばしば起こる。また、著しい悲観による自殺を防止し、乳幼児の安全を確保するためにも、患者の多くは入院治療につなげることが必要になると考えられる。

マタニティーブルーズは分娩後数日から発症する軽度の情動障害である。気分の低下・不安・涙もろさ・不眠・情緒および認知の障害がみられるが、ほとんどが自然軽快し、治療の介入を必要としないことが多い。正常反応として準臨床的なものとして位置づけられているが、産褥期うつ病のリスク因子でもあり、注意深い経過観察と適切な評価が必要となる^{2, 8)}。

産後うつ病は、産後数週から数か月以内に発症する。症状としては、一般的なうつ病と同様であるが、産褥期早期には自責感や自殺念慮の強い重症のうつ病が発症しやすいという特徴がある。重症のうつ病から産褥期精神病に急速に変化する場合もある。選択的セロトニン取り

込み阻害薬や三環系抗うつ薬・抗不安薬などの薬物療法が望ましいが、重症例は入院管理を要する^{2, 8)}。

マタニティーブルーズ、産後うつ病、産褥期精神病は発症時期、症状ともに重複する部分があるが、自然軽快するものから、入院治療を要するものなど、重症度が大きい異なる。それぞれの病態を移行することもあり、対応を誤ると、取り返しのつかない結果を招く可能性がある。

褥婦が気分障害を訴える場合や意思の疎通が困難となった場合、我々産婦人科医にとってまず重要なことは、診断をつけることよりも、その状態が精神科医の関与を必要とするかどうかの判断を、的確に且つ速やかに行うことであると考ええる。

今回の症例では、児に対する不可解な行動から始まり、意思の疎通が困難となった。表情が乏しく、自発的発語を認めないため、脳出血や脳梗塞を疑い、画像検査を行ったが異常なく、検査後に発語を認めた。そのまま経過観察が可能と考えたが、時が経過するにつれ、児に対する興味が消失していき、不可解な行動が増え、医療者の指示に従わない行動をとるようになった。気分低下や流涙、食欲の低下はなく、マタニティーブルーズといった病態では説明がつかなかった。興奮状態もみられ、産後うつ病も考えられなかった。急速に精神障害が増悪しているため、精神科医の診察が必要と判断した。

精神科紹介の判断のポイントは、緊急性の有無と症状

表3 マタニティーブルーズ・産後うつ病・産褥期精神病について（文献1, 2, 8より作成）

	マタニティーブルーズ	産後うつ病	産褥精神病
発症時期	産後数日～数週間	産後数週～数か月	産後数週以内
頻度	10～50%	重症例は0.1～0.3% 軽症を含めると 10～15%	0.1～0.2%
症状	気分の低下、不安、涙もろさ、不眠、情緒および認知障害	軽症；気分の低下、涙もろさ、不眠、食欲低下 重症；自殺念慮、殺児念慮	新生児に対する妄想や不安、幻聴、幻覚、幻視、興奮、錯乱などをきたす。 自殺は少ないが、殺児念慮をもつことがある。
治療	一般に薬物療法は不要	薬物療法が望ましい	入院治療が必要な場合が多い。 専門医により向精神薬治療が必要。
予後	約1～2週間で大半が自然軽快する。 約1割はうつ病相に進展する。	良好な経過だが、長期化・重症化することもある。	概ね治療により寛解に至るが、後に約4割が双極性障害を生じる。

の重症度である。日本精神神経学会と日本産科婦人科学会が作成した「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：総論編周産期」によると、精神科との連携が必要な精神症状として、①精神症状のために、身の回りの必要なことが自分ではできなくなっている、もしくは、一応できてはいるが非常な努力や苦労、不安を伴う場合、②「逃げ出したい、消えてしまいたい、いなくなりたい、生きているのをやめたい」という気持ちが明確に現れている場合、③過量服薬やリストカッティングなどの自傷行為が見られている場合、④望ましくない生活習慣・行動を自分ではコントロールできなくなっている場合、が挙げられている⁹⁾。そして、それらの症状で産科医が対応に苦慮する場合は緊急の対応が必要であると考えられる。また、日常生活に支障をきたし、精神症状が周りの家族（児も含め）や他者の日常生活にも多大な悪影響を及ぼしている場合、緊急性はないが精神科受診の対象となる。

緊急性がある場合、速やかな精神科治療導入が推奨される。しかし、総合病院においても精神科入院病棟を併設している病院は限られる。褥婦が通院中である場合は当該精神科医療機関に紹介するが、紹介先がない場合は、精神科救急対応窓口が各都道府県で整備されており、そこに相談することとなる¹⁰⁾（図1）。

今回の症例は、発症が休日で、精神科の入院施設は併設されていないため、岡山県精神科医療センター内にある精神科救急情報センターに連絡し、精神科医の診察を依頼した。

しかし、過去に精神的な診断や治療を受けたことのない褥婦に精神症状が出現した場合、本人だけでなく家族も動揺し、精神科受診や入院への抵抗感を持つことが

少なくない。精神的変調が褥婦だけでなく、児の発達や今後の育児にも影響を及ぼす可能性があり、精神症状には専門的なアプローチが必要であること、産婦人科も連携して診療にあたることを十分に説明する。そのためにも、精神科医・保健師・ソーシャルワーカー・助産師・産婦人科医が連携して、精神科受診を支援する体制をとることも必要である。

本症例は、産褥2日目に急激に発症したが、精神科医、保健師、助産師、産婦人科医が情報を共有し、連携を図ることで、良好な経過をたどることができ、第17病日には育児を再開することができた。

結 語

産褥2日目に急な意思疎通困難と発語困難で発症した産褥精神病の1例を経験した。入院での管理が必要と判断した場合、自施設に精神科入院ができない場合は、速やかに院外の精神科施設と連携をはかる必要がある。本症例は、精神科医・保健師・助産師・産婦人科医が連携することで児の安全も確保され、治療終了後の育児導入もスムーズに行われた。

文 献

- 1) 武藤仁志, 竹内崇. 産褥期精神病の妊婦・授乳婦への治療. 医学のあゆみ 2012; 266: 528-532.
- 2) 岡野禎治. 周産期の精神障害—産褥期を中心に—. 睡眠医療 2012; 6: 431-437.
- 3) 森臨太郎. 人口動態統計（死亡・出生・死産）から見る妊娠中・産後の死亡の現状. 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター. 2018, <https://www.ncchd.go.jp/press/2018/maternal-deaths.html>

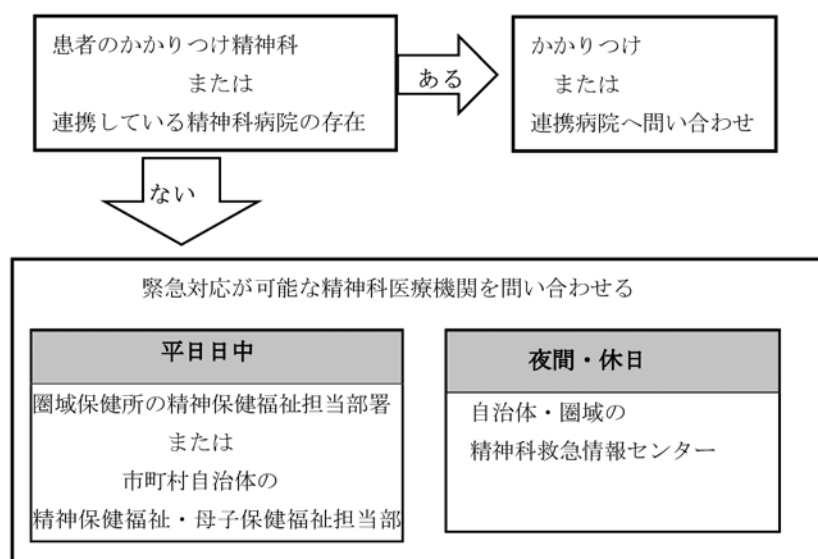


図1 緊急性がある精神症状を発症した時の対応（文献9より引用）

[2021.04.01].

- 4) 中山敏男. 子どもの虐待—周産期から切れ目のない支援— 産後うつ 私たちにできる支援. 小児保健研究 2020 ; 79 : 26-35.
- 5) 川村論, 中山和彦. 産褥精神障害. 臨床精神医学 2011 ; 40 : 263-265.
- 6) 岡野禎治. 産褥期の急性精神病の特徴について. 精神科救急 2013 ; 16 : 42-46.
- 7) Richard W, Astrid MK, Trine MO, Victor JMP, Steven AK, Veerle B. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2016; 173: 117-127.
- 8) 山内彩, 尾崎紀夫. 周産期の気分障害. 分子精神医学 2019 ; 19 : 134-141.
- 9) 精神疾患を合併した, 或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド: 総論編. 日本産科婦人科学会. 2020, http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20200601_guide.pdf. [2021.6.30].
- 10) 周産期メンタルコンセンサスガイド2017. 日本周産期メンタルヘルス学会. 2017, http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html [2021.04.01].

【連絡先】

佐々木佳子

岡山市立岡山市民病院産婦人科

〒700-8557 岡山県岡山市北区北長瀬表町3丁目20番1号

電話: 086-737-3000 (代表) FAX: 086-737-3019 (代表)

E-mail: keichima0823@yahoo.co.jp