

態によるのか、CBZ等の薬物の影響によるのかは現在のところ不明で、今後更に検討が必要である。またRC患者に自己抗体が陰性であったことは、RCの甲状腺機能の異常は少なくとも慢性甲状腺炎などの末梢の粗大な異常によるものではないことを示唆している。

CBZが炭酸リチウムとは異なって、末梢甲状腺ホルモンを変化されるがTSHを変化させないことは、これまでの他の研究による結果と一致していた。またこの結果はCBZのRCに対する有効機転が炭酸リチウムの作用機構とことなる可能性を示唆しており、興味深い所見であった。

11) 内分泌異常と脳波異常を伴った周期性傾眠症の1例

中山 温信 (国立療養所犀潟病院精神科)
 田先由紀子 (新潟大学教育学部障害児教育)
 茂野 良一・加藤 靖彦 (新潟大学精神科)
 田崎 紳一 (新潟こばり病院内科)
 村竹 辰之 (木戸病院内科)
 滝沢 謙二 (千曲荘病院)

周期性傾眠症は1925年にKleineが初めて報告して以来、器質性脳障害や各種の身体疾患に合併したものも含め、数多くの報告がなされている。しかし、その診断には未だ曖昧な点が多く、疾患の病因、病態に付いては一般的には脳の機能異常と考えられているが、ナルコレプシーの関連疾患であるという立場、てんかんの側から把える立場、意識障害を主体として把える立場、心因説の立場などがあり、一定した見解は得られていない。今回我々は、内分泌検査において安静時ホルモン基礎値、TSH、LH-RH負荷試験、睡眠時のホルモン検査に異常がみられ、睡眠脳波で、間歇期に入眠時の α 波の残存および突発性脳波異常が認められた周期性傾眠症の1女性例を経験した。

周期性傾眠症の診断基準は、まだ一定の見解に達していない。この病態を一つの疾患単位と考えない研究者もあり、傾眠期に過食を伴わないものを非Kleine Levin型の周期性傾眠症、傾眠期に過食を伴うものをKleine Levin症候群、月経周期と関連するものを月経随伴症候群として三群に分類する研究者もいる。性差は約3対1で男性に多く、発症は思春期から20代前半に多く認められる。成長に従い自然に治癒する予後良好な疾患であるとされている。

本例の間歇期の24時間脳波記録で睡眠時第1段階において50%以上の α 波の残存および頭頂葉優位の4ヘルツ

棘徐波複合や棘波様、および右前頭葉優位、全汎化する傾向のある高振幅徐波が単発あるいは群発してみられた。4ヘルツ棘徐波複合や棘波様はその出現直前に多く右前頭葉優位の高振幅徐波が先行して出現していた。

本例において周期性傾眠症の病因と関係ある明確な異常は、安静時ホルモン検査におけるACTH、Prolactinの分泌異常、TRHおよびLH-RH負荷によるホルモン検査の反応異常、睡眠時のホルモン検査におけるGH、PRL、LHの変動および睡眠脳波で間歇期に入眠時の α 波の残存や頭頂葉優位の4ヘルツ棘徐波複合、高振幅徐波などの突発性脳波異常が認められたことである。

内分泌検査の異常より視床下部、下垂体の機能異常が示唆され、間歇期に入眠時の α 波の残存は睡眠機能の活動低下と考えられ、脳の全般性の機能低下が示唆された。本例の病因は脳全体の機能低下、特に視床下部周辺の機能異常が最も考え易いと考えられた。脳波について検討してみると、突発性異常は本例がてんかん類似の疾患である可能性もあると考えられた。間歇期に多くの脳波異常がみられ、傾眠期には右頭蓋前半部の中等電位の徐波以外には明らかな異常が認められなかったことは、いままでに報告が少なく興味深いものと考えられた。突発性脳波異常に先行して高振幅徐波が認められたことは、高振幅徐波が脳の深部起源であることを考えると本例の病因に関連がありそうに思われた。しかし、これらの事実がどのような病的意義を持つのかは不明であり、今後の症例の集積を待って検討していく必要があると考えられる。

12) 当院精神科における短期入院病棟の現状と今後の展望

不破野誠一・本間 哲雄
 中山 温信・藤田 基
 後藤 雅博・西沢 芳子
 種市 愈・武内 広盛 (国立療養所)
 大森 隆・林 茂信 (犀潟病院)

犀潟病院精神科では、精神科医療の変化に対応し、また病期の慢性化の防止を方針として入院期間を限定した病棟を始めた。入院期間が3カ月～100日間、開放病棟で、入院期間が限定できる患者を対象とすることになった。昭和62年12月開棟したが、一日の患者数は20名近くで、平均在棟期間は五十数日であった。入院、転入は年間ほぼ150人で、その一部は他病棟に入院できなかった患者群が入院してきていると考えられた。疾患別の入院数では、精神分裂病はほぼ30人前後で、うつ病・うつ状態の患者が50人以上あった。入院・転入は予約制にしている。茶話会活動や、退院者クラブなどの活動をしてい

る。一人あたりの床面積は広く、プライバシーも確保しやすい。生活上の当番はなく、看護者による代理行為を少なくしている。患者、家族が病棟を見てから入院を判断するケースが増えている。電話相談を受けており現在月に15回くらいの相談がある。外来受診時気軽に病棟に立ち寄ることができる。患者が看護者に自分の問題を相談しやすい。

問題点や課題として、長期入院患者や回復期患者に対する独自のプログラムがないこと、日による看護者の仕事量の差が大きいこと、構造上の設備が不十分であること、患者が看護者に相談する時間が準夜帯に多いこと、患者の情報を外来へ伝える体制を整えること、危機介入を行うには体制が不十分なこと、病床の回転率が高くても入院数自体にこれが表れず評価を受けにくいことなどがある。

この病棟が病気の慢性化の防止に大きく貢献していることは明らかで、今後もその運営に努力したいと思っている。

13) 新潟大学精神科外来を受診したせん妄患者の分析

高橋 邦明	(高田西城病院)
松井 征二	(大島病院)
小熊 隆夫	(白根緑ヶ丘病院)
稲月 原	(飯塚病院)
関 美好・内藤 明彦	(新潟大学精神科)
須賀 良一	(厚生連中条病院)

昭和62年1月1日から平成3年7月3日の間に新潟大学精神科外来を初診したせん妄患者38例について検討した。診察依頼の理由は“精神運動活動の活発化のコントロール”であった。精神科受診歴はアルコール依存症が3例、中枢神経に障害があるものは19例(50.0%)、身体疾患を持つものが31例(81.6%)であった。

予後に関しては、せん妄の予後(治癒、反復、遷延、悪化、死亡、不明)と関連疾患の予後(治癒、未治癒、死亡、その他)に分けて検討し、せん妄の悪化群と死亡群を合わせて予後不良群とした。

せん妄の治癒群と予後不良群を比較すると、せん妄の治癒群は22例(57.9%)で、予後不良群は8例(21.0%)であった。予後不良群は身体疾患が重篤であり、全例が3カ月以内に死亡していた。治癒群は機会性、状況性のせん妄が多かった。

また、関連疾患を持たず原因や誘因も不明でせん妄を呈した高齢者(75歳以上)が2例あった。

治療はハロペリドール主体に行なわれていた。

以上の結果から、ひとつの指針を提示した。

治療指針

精神運動興奮が激しく、急速な鎮静化が必要なとき、ハロペリドール 5~10 mg の筋注または静注が一般的である。できれば静注の方がよい。

具体的には、まず 5 mg 静注して、30分後にそれでも興奮が治まらないときにもう 5 mg 追加する形がよい。総量で 20 mg 程度まで使用してよい。原則として抗バ剤は使用しない。

夜間せん妄：予防的に、ハロペリドール 0.75~1.5 mg を眠前に経口投与する。

不穏時にはハロペリドール 2.5~10 mg を静注または筋注する。

術後せん妄：ハロペリドール 5~10 mg 静注または筋注。なお興奮が続くときは、さらにハロペリドール 15~20 mg を5%グルコース 100 ml に加え、約5~6時間かけて点滴静注する。

身体疾患が重篤で精神運動興奮が激しくないときは、薬物を使用せず、関連疾患の治療に全力をあげる。

精神運動興奮が激しい場合には上記に従う。

II. 特別講演

「私の妖怪学」

—いち臨床精神科医の視点で—

群馬県立佐波病院院長

平 沢 吟 吉 先生