

い空間」を視覚的空間・図式的認知とするならば、ミンコフスキーのいう「明るい空間」の修復、すなわち「明るい空間が暗い空間に浸透した状態」や「明るい空間と暗い空間の混交・不調和の状態」からの脱出といえるかも知れない。

4) うつ病に合併したパーキンソン病の1例

酒井美和子・田中 敏恒 (新潟大学)
飯田 眞 (精神医学教室)

今回、我々は、抑うつ状態にパーキンソン病が合併し、パーキンソン症状の改善と並行して抑うつ状態も寛解に至った症例を経験した。症例は56才の女性である。本症例は恐慌様発作で発症し、後に抑うつ症状が出現した。sulpiride 投与により抑うつ症状は改善されたが、同時にパーキンソン症状が出現した。そのため、抗パーキンソン剤の投与が開始された。しかし、パーキンソン症状悪化に伴い、抑うつ症状も増悪し、この患者は手首を自傷して自殺を図った。その後、抗うつ剤が増量され、一時は精神神経症状共に改善されたが、次第にパーキンソン症状は悪化し、それに伴い抑うつ症状も再燃した。そのため、抗パーキンソン剤を増量したが、パーキンソン症状は改善されず、それに伴い抑うつ状態も再び悪化していった。さらに抗パーキンソン剤を増量したところ、パーキンソン症状は軽快し、それに伴い抑うつ状態も寛解した。

本症例は精神症状から見て大別すれば第一期と第二期に分けられると思われる。第一期は恐慌発作と抑うつ症状のみ認められた時期であり、第二期はパーキンソン症状が出現し、その悪化や軽快に伴い抑うつ症状も動揺した時期である。寺元らはパーキンソン病に見られる抑うつ状態は、パーキンソン病の精神症状としてのうつ、反応性うつ、内因性うつの3つが考えられ、その発症要因としては多因的に考えざるをえないと報告しているが本症例においても同様であった。第一期は神経症状を伴わない抑うつ期であり、通常の内因性うつ病としての治療が奏効したと思われる。第二期の抑うつ状態は、内因性抑うつ、パーキンソン病の部分症状としての抑うつ、心因性抑うつの三者の複合体としての抑うつ状態であると考えられ、内因性要因については抗うつ剤の投与を行い、しかもこの時期は、抗うつ剤の副作用によるパーキンソン症状の出現、増悪に注意しながら薬物療法をおこなった。また心因性要因については、パーキンソン病、うつ病の予後に対する患者の過度の不安を取り除く精神療法的

配慮を行った。パーキンソン病の部分症状としての要因については抗パーキンソン剤の投与を行った。その結果、精神神経症状の著名な改善が得られた。

本症例のように、身体疾患、特に神経疾患に認められる抑うつ状態は内因性、外因性、心因性の要因が全て病像に関連していることがあり、三者が病像に与える影響度の大きさ、割合など観察しながら、多次的な治療を試みるべきなのであろう。

5) うつ病に睡眠時無呼吸症候群を合併した症例について

田中 弘・坂戸 薫 (新潟大学)
飯田 眞 (精神医学教室)

症例は、44才男性。1992年10月頃より、食欲不振・易疲労感・下痢等の症状が見られるようになり、11月末A精神科で“神経症性うつ病”と診断され薬物療法にて改善。翌年10月から同様の症状が出現し、11月B精神科を受診し、大うつ病と診断され、薬物療法により、1994年3月までにほとんど認められなくなった。気分の落ち込み、日中の眠気、頭痛、食欲不振、下痢、便秘症状は間欠的に増悪・軽快するため、精査目的で新潟大学精神科を紹介され7月に入院となった。投薬に関係なく軽快した。また、うつ症状を認めることは全くなかった。入院中、偶然睡眠時無呼吸症候群(重症度は中等度以上)が発見された。退院後、しばらくは精神状態は安定していたが、9月より身体症状のない抑うつ状態のため第2回目の入院となる。睡眠時無呼吸症候群治療用のマウスピース装着により無呼吸指数17.8から3.2回/時と改善され、経過観察となった。【考察】本症例の主な症状は、抑うつ気分、気力・喜びの減退、精神運動制止、睡眠障害、思考力・集中力の減退、食欲不振、易疲労感、性欲の減退、傾眠傾向、腹部膨満、頭痛、下痢といった症状で、DSM-III-R 診断では、Major depression。症状は2週間以上続いたり、投薬に関係なく数日で軽快した。安定している時期に日中の眠気、頭痛、下痢、便秘といった症状がしばしば認められている。という点から、うつ病の典型的なものではないと言える。ところで、本症例は偶然観察された激しいびきと睡眠時無呼吸から睡眠時無呼吸症候群と診断された症例でもあり、睡眠時無呼吸症候群の精神症状としては、易疲労感、活動性の低下、易怒性、多動性、記憶力低下、日中の眠気、性欲の減退、頭痛など又、不眠や抑うつ状態を生じやすい性格傾向を持つ患者が不眠に陥りやすいとも報告されている。以上

のことを考えあわせると本症例の症状はうつ病的側面を認め、睡眠時無呼吸症候群の側面が重なり合って病像や経過が形成されている可能性があります。本症例はイミプラミンによって抑うつ症状は軽快している。しかし、他の抗うつ剤、気分安定剤には反応せず、入院時にはげしいびきが観察されるようになってからはベンゾジアゼピン系睡眠剤を中止したところいびき、睡眠時無呼吸、傾眠症状を認めなかった。また、睡眠時無呼吸症候群に用いられる三環系抗うつ剤は、無呼吸数、平均無呼吸時間、途中覚醒数に変化を与えないが、REM 睡眠時間の割合が減少した結果低酸素血症の程度、傾眠症状を改善させること、non-REM 睡眠における無呼吸の減少、低呼吸の増加を観察して、上気道の緊張に影響を与える事が知られています。本症例は、大うつ病にしては三環系抗うつ剤が少量かつ短期間で奏効し、ベンゾジアゼピン系薬剤は筋緊張を低下させて気道を閉塞し、これが経過における抑うつ以外の症状を間欠的に出現させていた可能性があった。

6) 思春期初発の予後良好な側頭葉てんかんの検討

金子 雅彦・小穴 康功
新井 千秋・大島 久智
椿 雅志・斉藤 佳代 (東京医科大学)
清水 宗夫 (精神医学教室)

側頭葉てんかんは難治性のものが多いと言われているが、治療を進める上で治癒していくものもあり、その過程を検討することは臨床研究を進める上で、大切な視点と思われる。

今回、思春期に初発し、抗てんかん剤によく反応した予後良好な側頭葉てんかん3症例を経験したのでその治療過程に的を絞って報告した。

〔症例1〕は17歳男性で周生期障害、発育歴に特記事項なく、現在高校生、4人家族で両親と同胞弟1人は健康。

現病歴は、平成3年(14歳時)、気分が悪くなり、嘔気、フーとした感じになり、母から声をかけられることがあった。内科受診するも異常なしといわれた。平成4年(15歳時)、10月より再び同様の症状出現、1～2分の意識減損発作が連日出現し日に数回出現することもあった。近医から当科紹介され平成4年10月受診し脳波を記録、右側側頭部スパイクの頻発を認め側頭葉てんかんと診断された。CBZ 600 mg, PHT 200 mg 投与し、発作は消失、傾眠傾向出現したため、ZNS 200 mg, PHT

200 mg に変更し改善された。平成5年1月以降断薬しているが、平成6年8月の脳波は正常に近く、現在まで発作を訴えていない。

〔症例2〕は16歳女性で周生期障害は特記事項なく、既往歴は8歳時ベランダから転落、頭部打撲するが、意識障害は認めなかった。

現病歴は、13歳時初夏の頃、胸がしめつけられる感じがし、頭の中が空になり、ボーッとした感じを自覚した。それが時折、数分間出現したが放置していた。約1カ月後強直間代発作が出現したため近医受診、脳波上スパイク、ファーストウェーブが頻発、側頭葉てんかんと診断された。CBZ 600 mg 投与された。その後2年以上無発作であり脳波も改善されている。

〔症例3〕は31歳女性、周生期障害、発育歴は特記事項なし、現在看護婦、家族歴として妹がてんかん。

現病歴は、10歳時、不快感、動悸、既視感とともに言語の認知障害が発生、意識消失する CPS が月1～2回出現した。以後、入浴中や生理前に CPS が出現した。昭和58年3月10日東京医大神経科受診し側頭葉てんかんと診断され、CBZ 600 mg, Hyd. F 4錠服用し経過観察しているが、発作頻度は年毎に減少している。

以上3症例は治療への過程はそれぞれ異なっているが、比較検討することは、今後の側頭葉てんかんの治療予後に有効と思われる。

7) Lithium (Li), Carbamazepine (CBZ), Valproic Acid (VPA) 長期投与時のラット海馬における Indoleamine (IA) 系物質の濃度変化

—気分安定薬の作用機序に関する研究—

池田 良一・包 海 巖
高橋 丈夫・錦織 靖
引場 智・近藤 雅則 (東京医科大学)
池内 憲夫・清水 宗夫 (精神神経科学教室)

【目的・方法】

気分安定薬の作用機序を解明しようとする研究の中で、脳内 monoamine 代謝の観点からこれを探る実験的研究は、Li 以外は充分ではなく、各薬物間の比較研究は絶無である。今回我々は、既報の Li, CBZ および VPA 長期投与時のラット全脳中の monoamine 関連物質濃度を測定した研究(参考文献)に続いて、これら3薬物を4週間投与した時の海馬における IA 系物質について検討した。各薬物は各群(n=10)に混飼投与されマイクロウェーブ頭部照射後海馬が取り出され、Tryptophan