

Non-sedative であること、心肺系に対する抑制が稀にしか生じない点で、今後脳神経外科手術後の SE 患者の治療をはじめ広く試みられてよい方法であると思われる。

3. Carbamazepine (CBZ) によりてんかん発作の増悪を来したと思われる 2 例

稲月 原・笹川 睦男 (国立療養所)
長谷川精一 (寺泊病院)

CBZ はてんかんの治療に広く用いられている有効な薬剤であるが、今回我々は CBZ によっててんかん発作がむしろ増悪したと思われる 2 例を経験したので報告する。

症例 1 は 7 才の女兒。父親および父方のいとこに熱性痙攣の既往がある。既往歴には特記すべき事なし。3 才 6 カ月時に無熱時全身痙攣が始まり、6 才 7 カ月まで年 1~2 回の頻度で続いた。またこれとは別に、3 才 8~9 カ月時に入眠時に顔面の左半分がピクピクする発作が始まり、週 1 回の頻度で 4 才頃まで続いた。当院入院時、脳波は右中心部から右中側頭部を焦点とする棘波が頻発していた。PHT, VPA, PB, CZP, ESM, TMO の 6 種類の抗てんかん薬を服用していたが、VPA, PB の 2 剤を残し CBZ を追加した。CBZ を 1 日 200mg に増量して 3 日後から短い脱力発作が頻発するようになった。CBZ をさらに 1 日 300mg に増量し、その血中濃度は 4.6 $\mu\text{g/ml}$ であったが発作の頻度は変わらなかった。その後 CBZ を中止したところ、翌日より発作は完全に止まった。

症例 2 は 6 才の女兒。家族歴には特記すべき事なし。生後 4 カ月時に有熱時全身痙攣が始まり、3 才頃より無熱時に眼球・頭部が右へ偏向し、口唇色不良となる部分発作も始まった。その後も有熱時全身痙攣は年 2 回くらいの頻度で、部分発作は 2 カ月に 1 回の頻度で続いていた。入院時、脳波は広汎性高振幅徐波が主体で明らかなたんかん性波型は見られなかった。CBZ, PHT, PRM, VPA を服用していたが、入院前日より CBZ を 1 日 300mg に増量したところ、翌日より無熱時の全般性強直間代発作 (GTC) が始まった。CBZ の血中濃度は 2.3 $\mu\text{g/ml}$ と低かったため、1 日 300mg からさらに 400mg に増量したが、GTC は抑制されなかった。その後 CBZ を中止したところ、GTC は見られなくなった。

以上より、抗てんかん薬の追加または増量によりてんかん発作が増悪した場合には、更に新たな抗てんかん薬

を追加投与する前に、追加または増量された抗てんかん薬が原因となっている可能性も考慮して対処すべきであると思われる。

4. 抗てんかん薬長期服用患者の視床下部—下垂体系機能について (その 2)

有田 忠司 (県立新発田病院 精神科)
金山 隆夫 (国立療養所 寺泊病院)
内藤 明彦 (新潟大学 精神科)
塚田 浩治 (新潟大学医療技術短期大学部)

われわれは、てんかん患者において抗てんかん薬長期投与の視床下部—下垂体—甲状腺系機能に及ぼす影響について検討してきた。

これまででは、6 例のてんかん患者について血中の各甲状腺ホルモン濃度と TBG 濃度を測定し、同時に TRH 刺激試験を実施して年令と法を一致させた 6 例の正常対照者とその成績を比較検討した。その結果は、てんかん群の甲状腺ホルモン末梢代謝動態は 5'-脱ヨード酵素活性の亢進による T_4 から T_3 への変換率が促進しており、正常対照群に比べ有意な低 T_4 血症であった。TRH 刺激試験では、てんかん群の TSH 反応が全体に低下しており、TSH 最大反応値は正常対照群に比べ有意に減少していた。同時に測定した PRL 反応は両者間で有意差はなかった。そして、この下垂体 TSH 分秘予備能の低下は 5 日連続の TRH 刺激試験から下垂体レベルの機能異常によるものと考えられた。

そこで今回は、このてんかん群の下垂体レベルの機能異常について、関連があるとされる脳内カテコールアミンの観点から検討を加えてみた。カテコールアミンは髄液中のドーパミン代謝産物である HVA 濃度とノルエピネフリン代謝産物である MHPG 濃度を測定した。HPLC 法を用いた。

てんかん患者は同一の 6 例を対象とした。正常対照者は、文献学的に成壮年者であれば髄液中の HVA と MHPG 濃度は性差がなく、年令差もないとされていることから、男 9 例、女 9 例の 18 例で、年令は 18 才~27 才 (平均 21.6 才) であった。髄液は腰椎穿刺 (側臥位) ではじめの 5~6ml を採取し、 -80°C で凍結保存した。採集時間は朝食を絶食とした安静 1 時間後の午前 10 時であった。

測定結果は、髄液 HVA 濃度は正常対照者が $8.0\sim 41.0 \text{ ng/ml}$ (Mean \pm SD $23.3 \pm 9.8 \text{ ng/ml}$) であり、てんかん患者が、 $22.0\sim 44.1 \text{ ng/ml}$ (Mean \pm SD 27.6

± 7.7 ng/ml)であった。両者間で有意差はなかった。髄液 MHPG 濃度は正常対照者が 3.0~10.0 ng/ml (Mean ± SD 5.6 ± 1.6 ng/ml)であり、てんかん患者が、9.0~11.8 ng/ml (Mean ± SD 9.9 ± 0.9 ng/ml)であった。てんかん群が有意に高値であった (P < 0.000005)。

以上から、てんかん患者の脳内ドーパミン代謝は正常であり、これは PRL 反応が正常なことからも裏づけられよう。他方、てんかん患者の脳内ノルエピネフリン代謝の障害は TSH 反応の低下と何らかの関係をもつ異常であり、抗痙攣作用と関連づけられる亢進かもしれないことを報告した。

5. Ecstatic Seizure (ドストエフスキー てんかん) を呈した側頭葉てんかんの 1 例 松井 望・内藤 明彦 (新潟大学精神科)

恍惚発作 (ecstatic seizure) を呈した側頭葉てんかんの一例を報告した。症例は 61 歳の女性で、てんかんの遺伝歴はない。既往歴として、昭和 48 年 (8 年前) に交通事故で骨盤骨折と頭部打撲を負い意識不明になり数ヶ月入院したことがある。昭和 56 年 4 月、ときどき意識がなくなったり、奇妙な動作をすることを主訴に、当科外来を訪れ入院となった。脳波記録で左前側頭部に棘波が認められ、てんかん発作 (自動症) 時の脳波が記録され、「側頭葉てんかん」と診断された。

本症例のてんかん発作として、意識減損発作、自動症、および主観的な恍惚体験を呈する特異な発作が認められた。その特異な発作の体験内容は、「うれしくて、うれしくて感謝の涙が吹き上げた。」「太陽がカッ、カッ、カッ、と照らしていき、心臓がまるで磁石にでも吸いつけられるように太陽へグングンと引き付けられて胸苦しいほどになった。」「グングンと胸が引き付けられる時に、うれしくて、幸せで、感謝の涙が吹上げてきた。」「太陽の光のもとに万物が輝いていることを神様が教えて下さったと感じた。」「極楽世界にいった様な気持ちになった。」というものであった。この体験の宗教的色彩や涙が吹き上げるほどの感動の強烈さは、単なる喜悅発作 (pleasurable ictal emotion) というよりもむしろ恍惚状態 (ecstasy) であり、本症例の発作はいわゆる恍惚発作 (ecstatic seizure) に合致すると考えられた。

従来恍惚発作は非常に稀なものとされ、ドストエフスキーが復活祭前夜に体験したと彼自身述べている恍惚発作や、彼の小説「白痴」に登場するムイシキン公爵の恍惚発作が有名であるが、医学論文における臨床報告はわ

ずか 4 例にすぎない。本症例の体験をドストエフスキーの体験と比較してみると、通常感ずることのできない知覚の存在、天国や極楽世界にいる実感、神の存在、神または超存在的なものに引き込まれるような一体感、叫び出すほどの感動の強烈さなど多くの点で一致しており、本症例の呈した恍惚発作は、従来の報告の中でも最も典型的な恍惚発作と考えられた。恍惚発作の特徴についても若干の考察を加えた。

6. 笑い発作など複雑部分発作を呈した 思春期早発症を伴う視床下部

Hamartoma の 1 例

土田 正・関原 芳夫 (新潟県立中央病
院 脳神経外科)
森 修一・大倉 良夫

笑い発作など特異な複雑部分発作を呈した思春期早発症 (Pubertous precox. 以下 pp) を伴う視床下部 Hamartoma の 1 例を経験したので報告する。

症例は 3 才女兒。2 才頃より乳房増大、笑い発作、夜間に急におきだして歌うなどの発作が出現、CT 検査にて、第三脳室底に isodense で、enhance されない腫瘍が発見され入院。身長 108cm、体重 22.2kg と正常の 90% 以上。神経学的には両下肢の深部反射が亢進し、両側の Babinski 反射が陽性。知的発達正常。内分泌学的検査所見では LH レベルの夜間の上昇、LH-RH 負荷テストで、LH、FSH の過剰反応あり、真性 pp と診断した。入院後より不規則な性器出血も認められた。

1984 年 6 月 21 日、右前頭側頭開頭にて、腫瘍の部分摘出術を施行した。組織学的診断は“Brain tissue With reactive astrocyte”であった。術後、性器出血が消失、笑い発作が減少、歩行もそれまで大股で不安定だったのがスムーズになった。内分泌検査所見でも LH-RH 負荷テストに対する LH の過剰反応が約 1/2 に低下し、LH の夜間上昇パターンが消失した。

しかし術後 1 年 8 カ月 (5 才) 後より、早朝布団の中で体をブルブルふるわせたあと急に立ち上ってキャーと声を出すような発作と、ケラケラと笑い声を発する発作が再び出現し、頻発するようになった。この頃の脳波では左前頭側頭部の鋭波と、汎発性の 3Hz の非典型的棘徐波結合がみられた。これらの発作はバルプロ酸のみでは抑制されず、カーバマゼピンの併用ではほぼ良好にコントロールされている。

笑い発作の診断基準として、Lombroso らは (1) 常に同一パターンで起り、(2) 外的誘発要因を欠き、(3) はっきりとてんかん発作とわかるような他の発作型を併発し、