

た。6種類の抗てんかん薬を3種類に整理し、CBZ追加したら眠気は無くなったが、今迄目撃されたことがなかった脱力発作が出現した。PHT, VPAの治療で発作が消失した。

2症例に共通していることは、①部分発作である焦点運動発作に全汎発作である欠神発作、或いは、脱力発作が合併している。②覚醒時脳波でC, mT焦点、睡眠脳波で全汎性slow-spike and waveを示す。③CT異常をもたない。④レンノックス症候群に似ているが、特徴的な強直発作を決して持たない。⑤治療はPHT, VPAの併用療法が有効である事が多い、である。難治性てんかんと誤って診断されやすいので注意すべき一群であるが、てんかん分類のどこに位置するかは未だ定まらず、今後の症例の蓄積が必要と思われる。

5. クモ膜下出血患者におけるけいれん発作について

土田 正・森 修一 (新潟県立中央病院)
阿部 博史 (脳神経外科)

脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血(SAH)後にしばしばてんかん発作を来たすことはよく知られている。その原因として(1)クモ膜下出血の血液成分(赤血球, 鉄), (2)脳の直接損傷, 脳内血腫……重症度, (3)脳血管れん縮……虚血病変, (4)手術操作などが挙げられているが、この発生頻度, 発症要因についての報告は少なく、未だ不明の点が多い。

当科開設以来の30ヶ月に経験したSAH症例47例中、生存しえた28例についてSAHの重症度, 動脈瘤の部位, CT所見, などとてんかん発作の関連について調査し、これまでの報告と比較しながら述べる。

SAH発症から現在(昭和60年10月15日)までの最長2年5ヶ月間の経過で28例中4例(14.3%)にてんかん発作が生じた。第1例は67才女性。中大脳動脈破裂第1日目(Grade III)に入院、同日クリッピング手術施行(脳内血腫合併していた)。19日目に大発作を生じた。2例目は56才女性、前交通動脈瘤破裂(Grade I)の当日入院、クリッピング施行。7ヶ月後の未破裂左中大脳動脈クリッピング後15日目に意識減損発作を生じた。3例目は65才女性、前交通動脈破裂(Grade IV)で第1日目クリッピング施行、5ヶ月後に大発作を生じた。4例

目は76才男性。右中大脳動脈瘤再破裂(Grade III)当日クリッピング施行、12日目に大発作を生じた。この4例のSAHの重症度をCT分類(Fisherによる)で別けると、それぞれ、Class 4, 2, 3, 2であり、最も軽いClass 1の7例ではてんかん発作の発症をみなかった。破裂脳動脈瘤の部位別では、中大脳動脈瘤で10例中3例(30%)、内頸動脈瘤6例中0例、前交通動脈瘤10例中1例(10%)と中大脳動脈瘤に多い傾向がみられた。てんかん発作型では3例が大発作で、1例が意識減損発作であったが、脳波上は全例局所性異常波を認め部分てんかんと考えられた。いずれも、フェニトイン、フェニバルビタールの投与にて容易に発作はコントロールされた。

以上の成績をこれまでの報告(京大脳外, 石川ら一脳外12(1): 63~68, 1984—, 山本ら, 渡辺ら—いずれも第44回日本脳外科学会, 1985, 10—)と比較すると、中大脳動脈瘤に多い傾向のあること, 局所症状の残存した例に多いことなどが一致していた。発作発症時期も1週以後に多く2年以内に90%が起るといふ、石川らの報告と一致していた。しかしSAHの重症度との関連、予防的抗てんかん薬投与の可否については明確ではなく、今後さらに症例を重ねて検討したい。

6. 当院における点頭てんかん14例の臨床的脳波的観察

佐藤 雅久・石塚 利江 (新潟市民病院)
高野美紀子・阿部 時也 (小児科)
永山 善久・小田 良彦 (小児科)
木多 拓 (脳神経外科)

対象は、昭和54年5月から60年5月までの6年間にWest syndrome及びEIEEで当院小児科及び脳外科に入院した14例。男8例, 女6例である。発症年齢は0~3ヶ月3例, 3~6ヶ月4例, 6~9ヶ月2例, 9~12ヶ月3例, 15~18ヶ月2例であった。双胎を2例に認めているが他児はいずれも正常に発達している。推定因子は、出生前因子4例でその内訳は、tuberous sclerosis 1例, von Recklinghausen disease 1例, porencephaly 1例, Down syndrome 1例であった。周産期因子としては、neonatal seizure 3例(von Recklinghausen disease 1例を含む), hypoglycemia 1例, subdural

effusion 2例, asphyxia 1例であった。他は、脳炎1例, 原因不明3例であった。発症前発達状況は、正常、軽度発達遅延がそれぞれ2例, 中等～重度発達遅延を10例に認めている。

てんかん発作を4例に認め、発症前より発達遅延を示す症例が多かった。発作型は、点頭発作7例, 強直発作7例で、他の異常な眼球運動など多彩であった。治療は全例 ACTH 療法と抗けいれん剤の併用であり、Vit. B₆ は6例に投与されていた。抗けいれん剤単独や Vit. B₆ 投与で発作がコントロールされた症例はなかった。ACTH はコートロシン Z を使用し、0.014mg/kg から 0.062mg/kg が投与されていた。点頭てんかん発症より ACTH 療法開始までの期間は1週間から25週間と巾があった。しかし、発作消失の有無との関連は不明であった。ACTH 療法で、14例中11例に発作消失が得られ短期的には著効を示したが、5例に再発が認められた。副作用では、満月顔貌、浮腫・不気嫌などが認められたが、治療を中止しなければならなかったのは腹水を認めた1例のみであった。

死亡した2例を除くと、10例に中等から重度の発達遅延を認め、予後は不良であった。最後に、発育消失後に眼振を生じた症例を呈示した。

点頭てんかんに対する ACTH 療法に関しては種々の検討がなされているが、脳波所見・CT 所見を参考にしながら少量短期間の投与法を行なうことが望ましいと考えました。

7. てんかん発作の内分泌学的検討 —ヒステリー発作との鑑別診断 への応用—

松井 望 (五日町病院)
坂井 正晴 (コロニーにいがた
白岩の里)
笹川 睦男・金山 隆夫 (国立療養所寺泊病
院)
長谷川 精一

日常のてんかん診療において、てんかん発作とヒステリー発作を鑑別することは、重要なことと考えられる。今回われわれは、てんかん発作とヒステリー発作の鑑別診断に応用する目的で、それぞれのけいれん発作後の、プロラクチン (PRL), コルチゾール, TSH を測定し、

両者の結果について比較検討を行い報告した。

対象とした症例は、てんかん患者5例 (全般性強直—間代けいれん発作3例, 部分発作から二次性に全般化した強直—間代けいれん発作2例), ヒステリー患者5例 (全例, 強直—間代けいれん様のヒステリー発作) である。

方法は、発作後15, 30, 60分に採血し、さらに後日午前8時にホルモンの基礎値測定のための採血を行いRIAにて測定を行った。

発作後のPRLの変動については、てんかん群では、発作後15分をピークとするPRLの増加を認め、ヒステリー群では変化が見られなかった。また、てんかん群では、発作15分後に基礎値と比較して有意なPRLの増加が認められ、全例に基礎値の3倍以上の増加がみられた。

発作後のコルチゾールの変動については、てんかん群では発作後15分をピークとする増加が見られたが、ヒステリー群では変化は見られなかった。また、てんかん群の個々の症例についてみると、コルチゾールの増加の程度にはばらつきがあり、PRLとは異なり、基礎値と発作後15分値との間に有意差はみられなかった。また、ヒステリー群の1例で、コルチゾールの著明な増加を認め、発作後のコルチゾール値は、PRL値に比べて、てんかん性けいれん発作の指標としては信頼性が乏しいと考えられた。

TSHの変動については、てんかん群の1例で発作後15分にTSHの著明な増加を認めたが、てんかん群とヒステリー群の間には各時点で差は見られず、発作後のTSH値は、てんかん性けいれん発作とヒステリー発作との鑑別に役立たないと考えられた。

特別講演

てんかん医療の動向

国立療養所静岡東病院 副院長

八木 和 一 先生