

の使用が困難となり死亡した。

原疾患は脳炎、脳症、脳血管障害、また基礎疾患を持つてんかんが多かった。発作型は群発型のGTS、GTCSが多かった。PTB麻酔により13例中12例(92%)でけいれん重延状態は頓挫された。PTB麻酔からの離脱中発作が再燃し再びPTB麻酔を継続しなければならない症例もあり、離脱時の他の治療の必要性について今後の検討が必要であると思われた。

2. 高齢者にみられたミオクローヌス様不随意運動

(東女医大脳神経センター神経内科)

飯嶋 瞳・大澤美貴雄・
内山真一郎・岩田 誠

近年、高齢者にミオクローヌス様の不随意運動が出現し、脳波上明らかな発作波を認めず、数日間で消失する病態が報告されている。今回われわれも同様な症例を経験し、高齢者における発作性疾患との鑑別の一つとして興味ある病態と考えられたため報告した。

症例は84歳、女性。主訴は四肢の痙攣。現病歴は1994年6月3日歩行中に転倒し右肘、右膝を打撲。疼痛のためインダシン坐薬を使用していた。6月9日より、右下肢のピクつきが出現(1回/時間)。その後、同様なピクつきが四肢におよび頻度が増加(1~2回/10分)したため6月14日に入院した。神経所見は発作性、同期性に四肢を屈曲する1秒以内の不随意運動を認めた。この不随意運動は非律的で、精神負荷、姿勢による変化はなく、感覚刺激に対しては誘発されなかった。腱反射は両上肢、両側膝蓋腱反射亢進、上肢の病的反射を認めた。一般検査所見で軽度の正球性正色素性貧血と腎障害を認め、CRPは3.1と陽性。脳波は基礎波は8Hz、30~60μVのやや不規則なα波が主体で、明らかな発作波は認められなかった。表面筋電図所見は安静仰臥位で四肢に同期する持続時間400~600msec、2~20秒間隔で非律動的に出現する多相性放電を認め、精神負荷での増強はなく姿勢による変化も認めなかつた。安静時の正中神経手関節部による刺激で長ループ反射は誘発されず、体性感覚誘発電位で異常高振幅(giant SEP)は認めなかつた。頭部CTでは軽度の大脳萎縮と右側頭葉に低吸収域が認められた。

入院時よりインダシン坐薬を中止し安静を保っていたところミオクローヌスの頻度は徐々に減少し、5日目には消失した。

本例は、発生源となりうる脳梗塞があり、極軽度の

代謝性異常や薬物中毒が生じ、ミオクローヌスが惹起された可能性が推測された。

3. てんかんと診断されたヒステリーの1例

(東女医大神経精神科)

深水弘輔・加茂登志子・
吉増克實・田村敦子

約2年間にわたりてんかんの診断で当院神経内科外来通院中に、精神医学的問題の関与を疑われて当科外来を紹介され、その後継続的な治療経過においてヒステリーに診断変更された症例を今回私達は経験した。この診断変更は、当科外来治療中に一旦てんかんとヒステリーの重複診断がなされた後、てんかんの診断が除外されるという手順を経て行われた。ここで注意を要するのは、ヒステリーの診断がなされたためにてんかんの診断が除外されたのではなく、ヒステリー診断とは独立しててんかんの正否を吟味する必要性があつたことである。こうした方法があえて必要なのは、精神医学的にヒステリーの積極的診断が可能であるにも関わらず、両者の重複診断を要する症例が少なからず存在するためである。

器質性疾患の除外という除外診断に専ら頼り、心理的原因そのものについて診断上は消極的な意味しか与えることができなかつた20世紀初頭、主にヒステリーの研究を通じ、精神内界の葛藤の存在という考えを主張することで心因に確固とした形と意味を与え、神経症の積極的診断に初めて手掛かりを得ることに成功したのはフロイトである。心理的問題を本質的な原因に位置づけようとするフロイトの病因論は、心理的緊張の機能欠損の観点から症状解析を進めるジャネの症候論とならんで、神経症の基礎概念を形成する状況は今も変わりない。私達が現在臨床的に使用している神経症概念は、具体的には次の6つの特徴から説明することができる。第1に心因性の障害であること、第2に機能的な障害であること、第3に障害は心身両面にわたって出現すること、第4に特有のパーソナリティが認められること、第5に可逆性の障害であること、そして第6に特徴的な状態像を呈することである。であるから神経症の一類型をなすヒステリーの積極的診断は、これら6つの特徴を同定する精神医学的な治療過程および臨床検査により初めて可能となると言える。