

難 治 “夜 叫” て ん か ん*

一 症 例 報 告 一

荒 井 紀 久 雄** 平 野 喬**

い と ぐ ち

てんかん発作は大略は症状面から分類できるがその中の少数のものでは細分類に困難を感じるものが少なくない。その為に症状の実態をそのまま表現する方法も時にとられる。たとえば夜泣き発作・笑い発作などである。特にそのようなものが多いのは乳幼児期てんかんや所謂 masked epilepsy である。

ところで、てんかんの診断はあくまでも臨床症状の把握が第一義的なものであり、その確認によって治療も実施されなければならない。然し把握はまた、臨床の実際には極めて困難なことも稀に見受けられる。我々は“夜叫”発作という極めて奇異な表現を家族が訴えた1少年てんかん例を診療したのであるが、その発作の実況を終夜脳波・8mm映画・音声の3同時記録を施行した上で確認したので、ここに報告する。

症 例

芳○森○, 11才3ヶ月, 男子, 小学5年生。

父は本人の幼少の頃に行方不明。母は本人が1年6ヶ月の時に肺結核で死亡。同胞なく、幼時に乳児院にひきとられ、1年10ヶ月で他家の里子となった。従って家系の精神医学的負因は判然としない。2才時に結核性右膝関節炎に罹患、大学病院の整形外科に通院、10才5ヶ月迄コルセットをしていた。現在も跛行歩行がみられ、右膝関節は強直している。

満7才の頃、突然大声を出して2~3分間笑い且つ急激にやめたことがあるという。その時にまた、“化け猫”や“幽霊”がみえてくるとか、それがお母さんの顔に似ているなどとも云ったともい

う。これは一種の幻覚を伴った笑いの発作とみられる。以来それがつづいた。

この笑いは原因と思われるものがないのに自動的に現われる。“頭がファッとしてくると、笑いがこみあげてきて、がまんしてもしきれないそれで急に笑わさってしまう”ということである。

当時の発作は昼も夜もあり、1日10回以上で30日間以上も続いた。そして我々の外来を訪れ、てんかん疑いのもとに脳波検査をした。基本波は不規則で散発性の徐波があり、MM(megimide-metrazol)-賦活で右側頭前部に限局する不規則な spike-wave complex の burst がみられた。即ち限局性(側頭葉)てんかんの像である。その後、約1年間は発作がみられないままに治療をうけなかった。

ところが、8才3ヶ月の時に限局性けいれん発作が1回みられた。即ち、突然に右の手だけがけいれんし、次いで意識が消失し、2時間半位眠った。その頃より笑い発作も再び1日十数回という具合に頻発してきた。2ヶ月後に(即ち昭和35年8月)、再び当科を訪れ、焦点性てんかん及び精神運動発作自動症と診断された。以後、外来通院のままで投薬治療をうけた。

Aleviatin 1日量0.1gで、限局性けいれんも笑い発作もみられずにいたが、36年5月下旬(9才3ヶ月)より再び笑い発作が頻発してきた。それと同時に夜間に異様な、恰も大声ですすり泣くような叫声が現われ、然も本人がそれを知らないという発作(?)がみられるようになった。家人は“夜泣き”と表現していたが、その状態が実際に目撃されないままに時が過ぎた。我々も一応、それを“夜泣き発作”と便宜上呼んでいた。その当時の諸発作は多い時で1日25回位、少ない時で3回位

* Night-Crying Epilepsy: A Refractory Case

** 研修員

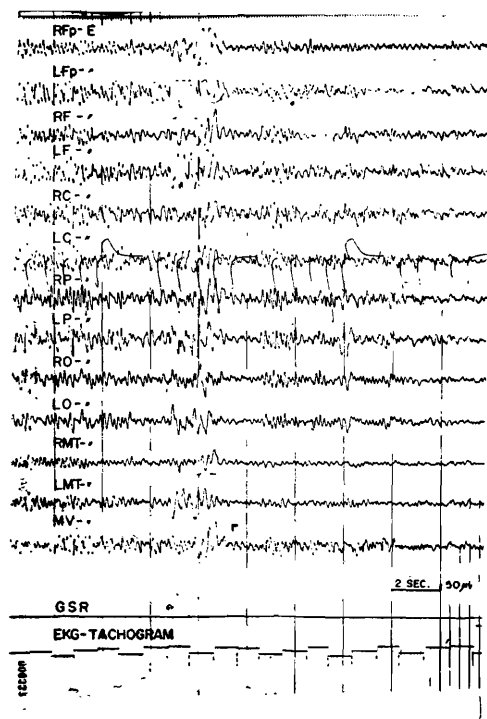
平均10回あった。種々の抗てんかん剤を色々、組合わせて投与し、その結果は36年7月頃（9才5ヶ月頃）から昼間発作は消失し、就眠後に間もなく現われる前述の夜叫発作だけとなった（第1図参照）。

しかし、この夜叫発作は依然として消失せず、いわゆる難治てんかんの一環とみられるに至った。そこでその夜叫発作を確認し併せて消失せしめようとして、昭和38年5月に当科に入院させ、発作の様相を実際に観察し且つ治療した。

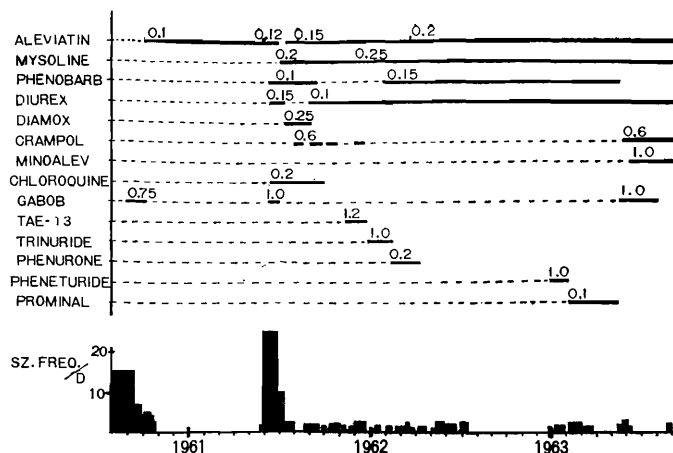
なお、入院までの間、小学校の成績はだんだん低下してきており、智能検査では昭和35年8月には I. Q. 90 であったのが、昭和38年5月（2年9ヶ月後）には I. Q. 80 となっている。性格は明朗・我儘ではあるが、しだいに落ち着きがなくなり、倦き易くなってきている。

現症：右膝関節部に手術創があり、関節拘縮のため軽度の跛行歩行。髄液異常なく、血液ワ氏反応陰性。肝機能正常。頭部レ線写真も正常。

脳波は基本波が dysrhythmia で、6～7 c/s の



第2図 (A) 夜間自然睡眠脳波

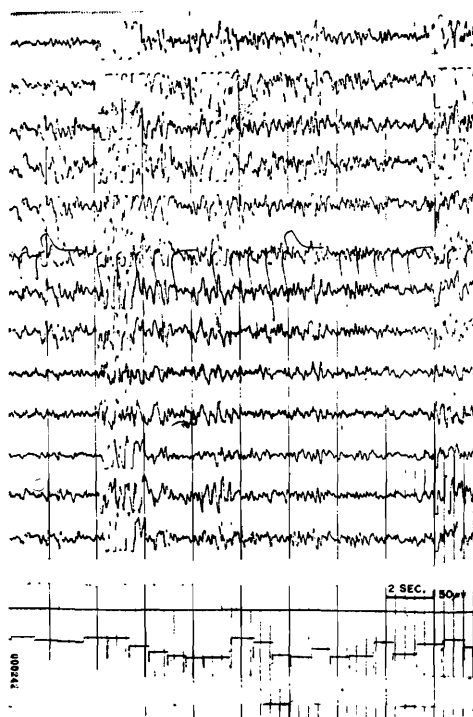


第1図 薬物投与及び発作経過図

high voltage slow wave がみられ、megimide-metrazol 賦活で単に振幅が増し、著しい focal sign を欠く。

Rorschach Test では、Rej. が第7カードに見られ、F+ %は66%, R+ %は66%, A %は62%で第8カードには固執反応がみられ、Fc がやや多い。この成績から若干の智能の低下がうかがえるし、多少情緒的表現に疑問があるかも知れないとみられる。

症状の経過：入院後は毎日、就眠後まもなく平



第2図 (B) 夜間自然睡眠脳波

均3回位の夜叫発作がみられた。第1図のような投薬をなし、服薬時間を朝・夕及び就眼前としたところ(5月19日)、発作はいくぶん減少した。発作観察をかねて終夜脳波を撮るため投薬を一時中止した(5月26日～6月5日)後では、発作が頻発し、就眠後間もなくと朝目覚める少し前に発作が多くみられ、平均1夜10回となった。

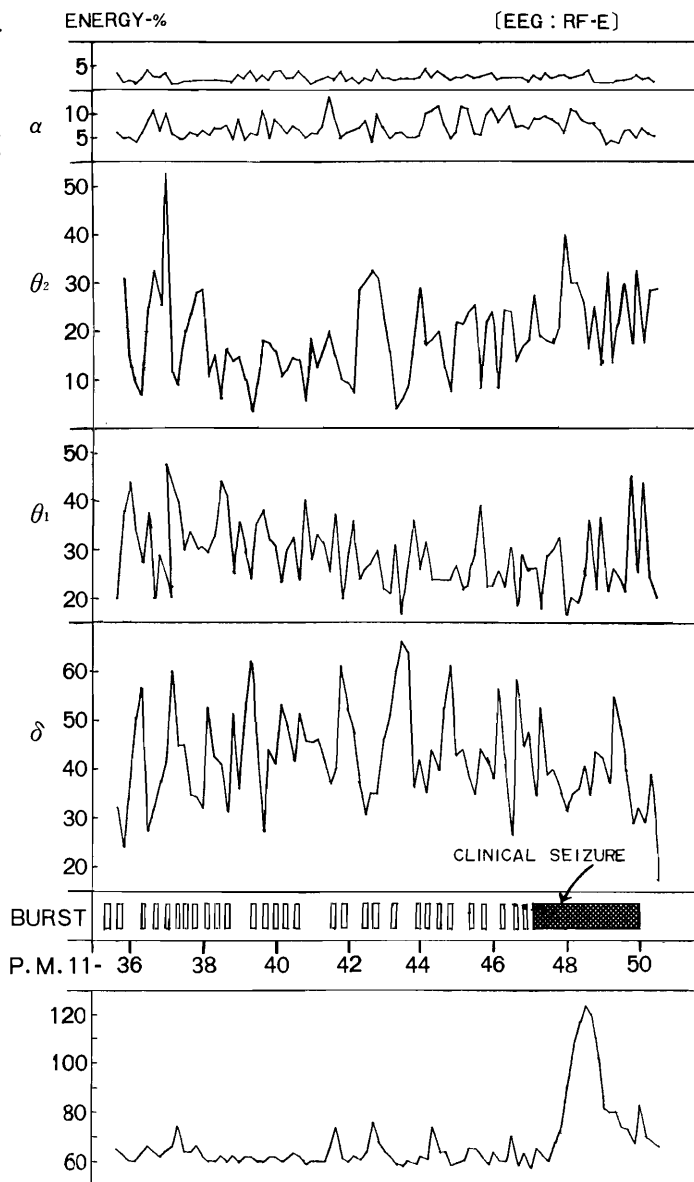
発作の実況：昭和38年5月26日、夜10時より翌27日朝5時30分迄、終夜脳波を記録した。それと共に8mm映画及び泣叫の発声をテープレコーダーで同時に記録した。その際、投薬を1日前より止め、午後10時10分に cardiazol 200mg 筋注して発作誘発をはかった。

第2図(A)は記録後1時間10分目頃の嗜眠状態時の脳波で、11～12 c/s の若干速い波が主体を占め、小児睡眠脳波像を呈している。然し同図にその一片がみられるが、高振幅徐波のburst が挿間され始め、その3～4 c/s の高振幅徐波群が次第に burst の回数を増し、一種の paroxysmal discharge の像が明瞭となる。即ち第2図(B)の如くであり、その discharge は同期・汎発性である。その時刻を中心に脳波自動周波分析を行ったのが第3図である。その様相が特に δ 及び θ 帯域において明瞭に認められる。なお tachogram による心搏リズムもかなり鋭敏に変動していることも判明した。これは要するに異常睡眠 pattern とみられるし、このような像が夜間てんかんの一特徴という Janz¹⁾ らの知見に準ずるものである。

ところで、11時47分頃に例の夜叫発作が出現した。その様相は次の通りである。突然、大声にうなり出し(吸気)、2～3秒後に顔を右へ回転させ短かく呼気を吐き出しながら、エッエッと断続する声を出し、これは泣声とも感じられるが寧ろ叫声である。涙は流さない。10秒をすぎる頃から摸索運動(この場合はふとんをかぶってまき

ぐるような運動)をし、声の方は約15秒位で突然に止み、その後は顔をふとんより出して唇を2～3度尖らすといった自動症が出現して来た。全経過は凡そ1分30秒位。発作中には意識障害があり2分位経過したときに名前を呼ぶと返事をした。その間の状態は第4図の8ミリ写真の通りである。

その時に同時に記録した脳波では第5図の如く発作の始めには高振幅徐波及び棘徐波結合が両半球特に左側に優位に出現している。つづいてけい

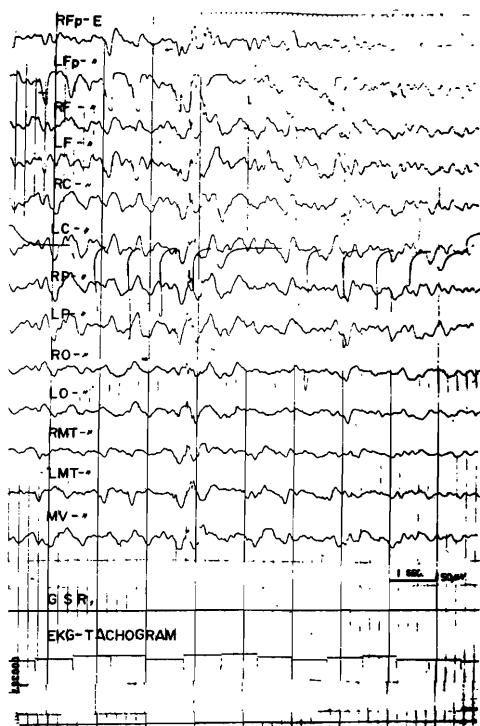


第3図- 夜間自然睡眠脳波の分析

れん発作波がみられ、2分位で回復している。

因みに終夜脳波の全記録を概観すると、前述の如く1~2秒位つづく高振幅徐波群が間歇的に現われ、sleep patternのparoxysmal changeのあることが容易にみられる。換言すれば、夜間てんかん脳波像を伴った精神運動発作型てんかんの一特殊臨床像と云い得るものと思われる。

ECG-Tachogramでは、発作前より高さが低くなり、発作ではより低くなって殆んど平坦となる。即ち、発作の発現と共に脉搏数は多くなって2倍以上にも達する。そして1分30秒後位から脉搏は次第に回復してきている。



第5図 発作時脳波

その後の経過：その後、minoaleviatinを0.5g追加（6月6日）したが、以後発作は減少し1日2回位となる。1.0gに増量（6月8日）した後は発作は消失し、6月13日に退院。その後、現在も外来通院を続けているが、発作は退院直後に夜に2回程あったが、そのあとは全然みられないところ。ところが、本年8月下旬頃服薬を忘れてたりして服薬が不規則になったところ、今度は就寝後に叫声をあげず、ただ眼球が固定して両腕を次第に伸展し固くつぱるような発作一強直性けいれ

ん一で、10秒位で呼気をフッと吐き出す発作がみられてきている。

考 按

夜叫発作という特異発作をもつ本例は、家庭でも発作の実態を確認し得ずにいたものである（眠ってから発作がおこるので確認がむづかしかったし、なお見のがしている発作もあると思われるので、発作の頻度は実際にはもっと多いと思われる）。然しその発作は前述の如く、結局は精神運動発作自動症の1症状であることが確認された。

てんかんの泣き声発作の例としては Lennox が大人の1例をあげている。幼児の Nick-Krampf では鋭い叫び声・号泣・泣顔を伴うことがしばしば観察される。福山⁴⁾も點頭けいれんを伴った笑いと、睡眠中のすすり泣きの例をあげている。本例は、それら乳幼児てんかんと範疇を異にすることは云うまでもない。即ち、向反運動に続発する叫びが、次の精神運動発作自動症へと続いている。本例では以前にみられていた症状が哄笑発作であるが、病的笑いの報告は多い²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾。本例の哄笑は、心因性ではない強迫笑であり、感情の中樞である視床下部附近の障害が当然考えられよう。

結 語

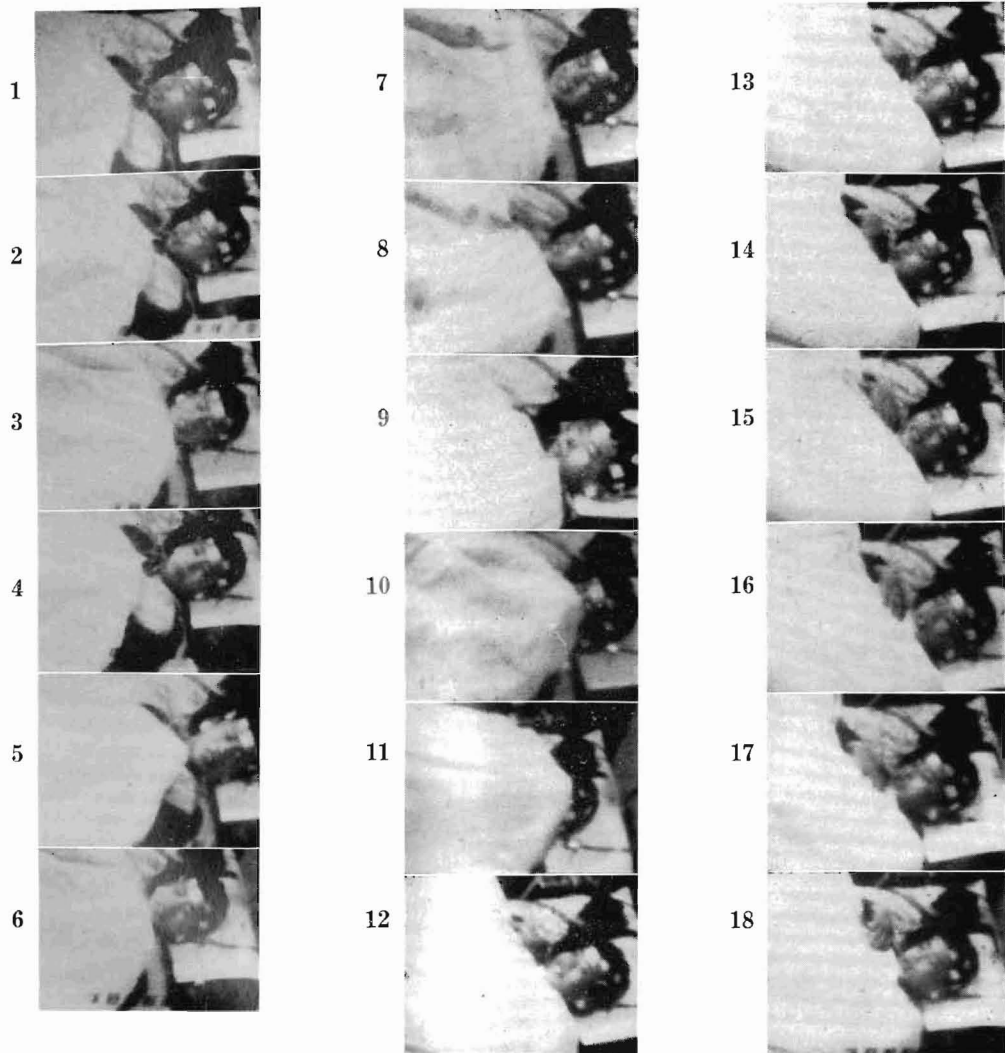
1) 11才男子で夜叫発作の1症例を観察したがその発作は向反運動を伴う焦点性発作と、それにつづく精神運動発作自動症であり、その間に叫声という1症状が挿入されたものであった。終夜脳波・8ミリ映画・録音の同時記録によってそれを確認した。

2) Minoaleviatin を付加投与することによって発作を完全に消失させ得た。

文 献

- 1) Janz, D.: Epilepsia, IV, 3: 65-109, 1962
- 2) Lennox, W. G.: Epilepsy and related disorders, Vol I, 280-282, Little-Brown, Boston, 1960.
- 3) Martin, J. P.: Brain, 73: 453-464, 1950.
- 4) 福山幸夫, 他: 神経研究の進歩, 3: 223-243, 1959.
- 5) 大原健士郎, 他: 精神医学, 4: 316-320, 1962.
- 6) 菅原和夫: 精神経誌, 62: 1349, 1960.
- 7) 岡部雅夫, 他: 精神経誌, 63: 562, 1960.

付 図



第4図 臨床発作 8mm 映画

- 1— 2 : うなり出し (2~3秒)。
 3— 9 : 顔を右へ回転, エッエツと発声 (10秒位)。
 10—11 : ふとんをかぶって模索運動 (自動症)。
 12—15 : ふとんから顔を出して唇を2~3度尖らす (5~6秒)。
 16—17 : その後の経過。
 18 : 2分位して呼ぶと返事。

註 : 鏡へ反射させて撮影してあるので, 画面の左は実際には右。