

生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

日本医師会生涯教育制度ハガキによる申告（5単位）

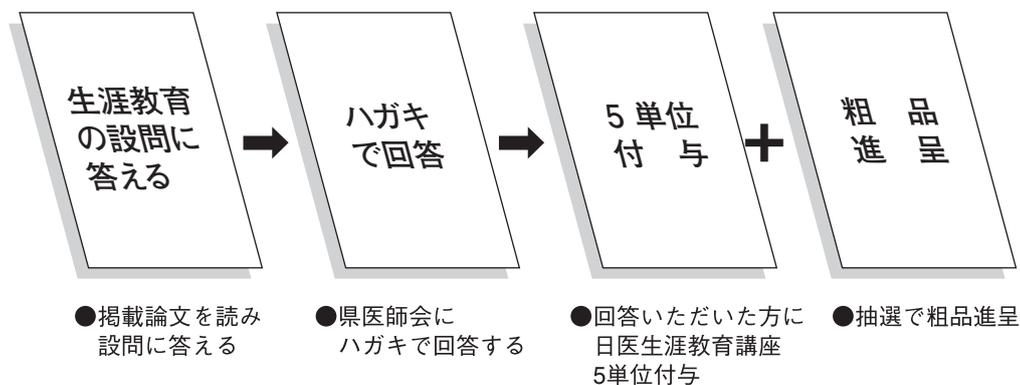
日本医師会生涯教育制度は、昭和62年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

沖縄県医師会では、自己学習の重要性に鑑み、本誌を活用することにより、当制度のさらなる充実を図り、生涯教育制度への参加機会の拡大と申告率の向上を目的に、新たな試みとして、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文の末尾の設問に対しハガキで回答（ハガキは本巻末にとじてあります）された方には日医生涯教育講座5単位を付与することに致しております。

つきましては、会員の先生方より一層のご理解をいただき、是非ハガキ回答による申告にご参加くださるようお願い申し上げます。

なお、申告回数が多い会員、正解率が高い会員につきましては、粗品を進呈いたします。ただし、該当者多数の場合は、抽選とさせていただきますので予めご了承ください。

広報委員会





日医生涯教育制度ハガキによる上位申告者34名に 記念品贈呈！

ご承知のとおり本会では、平成13年6月号会報から、生涯教育制度の新たな試みとして、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文の設問に対しハガキで回答された方に日医生涯教育講座5単位を付与しているところではありますが、広報委員会では、平成20年度の上位申告者34名に記念品を贈呈いたしました。

つきましては、上位申告者34名の名簿を掲載すると共に森本哲也先生のコメントを紹介致します。

平成20年度生涯教育制度ハガキによる上位申告者名簿

No	地区名	会員名	医療機関名
1	中部	安座間 聡	いずみクリニック
2	那覇	新垣 敏幸	新垣クリニック
3	那覇	新垣 光之	クリア・スキンクリニック那覇
4	那覇	伊良波 隆	いらはクリニック
5	北部	大兼久 健	大兼久医院
6	南部	翁長 春彦	おなが眼科医院
7	那覇	嘉陽 宗隆	嘉陽外科
8	中部	岸本 広次	岸本内科クリニック
9	公務員	吉川 仁	県立宮古病院
10	那覇	許田 重之	(自宅会員)
11	中部	慶田 喜信	よしクリニック
12	中部	源河 圭一郎	あいわクリニック
13	那覇	白井 和美	白井クリニック
14	中部	砂川 行徳	介護老人保健施設いしかわ願寿ぬ森
15	那覇	瀬尾 駿	沖縄セントラル病院
16	中部	高江洲 信孝	翔南病院
17	北部	出口 宝	名桜大学人間健康学部
18	中部	徳森 栄次	中部協同病院
19	那覇	中里 和正	ウイメンズクリニック糸数
20	那覇	仲本 亜男	仲本クリニック
21	那覇	萩原 啓介	中央皮フ科
22	八重山	玻座真 学	(自宅会員)
23	南部	原田 宏	豊見城中央病院
24	中部	比嘉 禎	ひが皮膚科クリニック
25	宮古	藤川 栄吉	宮古休日・夜間救急診療所
26	浦添	辺野喜 英夫	辺野喜内科小児科
27	中部	真栄城 尚志	新垣病院
28	南部	真栄城 弘史	介護老人保健施設白寿園
29	南部	町井 康雄	南部徳洲会病院
30	北部	宮城 一文	北部病院
31	中部	宮城 聡	介護老人保健施設 池田苑
32	那覇	宮城 政剛	新川クリニック
33	南部	宮國 孝彦	沖縄メディカル病院
34	中部	森本 哲也	森本産婦人科

錯ついた頭と生涯教育コーナー



森本産婦人科 森本 哲也

産婦人科を専攻研修して、更に開業してから25星霜、他科の知識は古びて錯ついている現在です。生涯教育コーナーを読むことにより昨今の他科の流れの一部が垣間見られ、刺激になり、また患者さん紹介の一助ともなっています。これまでの多数の著者の先生方の御執筆に感謝するとともに、できるだけ沢山の会員にもこのコーナーの意義を理解し、さらなる利用を訴えていきたいものです。これからも、いままで同様、各方面の現場の診療・治療内容を紹介して戴きたいと思えます。更に従来の医学常識が、現在見直され手が加えられている点も数々見受けられています（例えば、一般診療における抗生物質の使い方、消毒・滅菌法、皮膚科疾患の治療法等々に、従来と考え方が場合によっては180°異なる）。挙げればきりがなし、これからも更に変遷していくでしょう。そんな一般的疾患などを含め、各科の変貌なども御紹介お願いします。

ここ数年来の医師の不足・地域&診療科偏在問題、女性医師（勤務環境）支援策の模索、勤務医と開業医の対立構造持ち込み方への疑義等次々気になるここ数年です。特に産科、小児科、麻酔科等は喫緊の問題で閉塞状態にあります。それでも、以前は台風並みの逆風であった

のに比べ、現在は現状を把握しつつあるのか、世論・マスコミも若干ニューアンスが変化している様(?)です。

今年は更に医療事故調査委員会問題の成り行きも気になります。昨今のILI（インフルエンザ様疾患）の推移、政局の変動等々。どうなる事やら？

『蒼蠅驥尾そうようきびに附ふして万里を渡り碧蘿松頭へきらしょうとうに懸かりて千尋せんじんを延のぶ』(史記)

『意』小さな青バエも駿馬の尾につかまって万里に行くことができ、蔓かずらは大きな松の木にかかって千尋に伸びることができる。

生涯研修コーナーで様々な科の診療内容に触れる度に、前述の諺を思いながら自己研修の励みにしています。

来年（2010年）、私も、いつの間にか還暦。－60年で再び生まれた年の干支に還る－。還るということから、自分が今まで、そして現在行っている医療をふり返って整理してみたい今日この頃です。

多くの良書と先輩諸氏の助言・指導を得ながら。

抗てんかん薬の使い方

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 神経内科 小嶺 幸弘

【要旨】

成人の抗てんかん薬の使用について述べた。初回の発作のみで投薬を開始しない。1剤ずつ数ヶ月毎に小量減量し3年間の無発作で投薬終了も可能である。抗てんかん薬の選択は発作型に基づき、部分発作にCBZ、全般発作にVPAが第一選択である。ミオクローニー発作などにCBZは避ける。単剤で開始し、2～3の単剤を切り替えてだめなら併用する。理解しやすい相互作用表を示した。LTGとVPAの併用は慎重にする。妊娠初期にVPAを避けるか、同1,000mg以下が良い。TPMにも奇形の報告が見られる。子の認知能低下を避けるため妊娠中にVPA (PHT・PB)を避ける。てんかん重積の治療も見直されてきている。治療がうまくいかない時、心因性発作を再検討する。全身性强直間代発作や複雑部分発作で発作後10～20分の血清プロラクチン値が上昇し、心因性発作と鑑別できる。発作から6時間以上経てば基礎値とみなせる。脳波ビデオ同時記録も有効である。

略号および主な商品名 (太字は注射薬がある)

CBZ カルバマゼピン (テグレトール)、CLB クロバザム (マイスタン)、CZP クロナゼパム (ランドセン、リボトリール)、**DZP** ジアゼパム (ホリゾン、セルシン)、ESM エトスクシミド (ザロンチン)、GBP ガバペンチン (ガバペン) 2006年発売、LTG ラモトリギン (ラミクタール) 2008年発売、**PB** フェノバルビタール (フェノバル、静注ノーベルバル)、**PHT** フェニトイン (アレビアチン)、PRM プリミドン (マイソリン)、TPM トピラメート (トピナ) 2007年発売、VPA バルプロ酸 (デパケンR、バレリン)、ZNS ゾニサミド (エクセگران)

はじめに

てんかん治療は精神科の手を離れる傾向といわれており、一部例の手術を除けば治療が長期に渡るため、神経内科・神経小児科・脳外科だけでなく、他の臨床医も心得が必要と思われる。

てんかん発作を主治医が目撃することは実際少なく、診断は家族などの情報に基づくことが多い。治療には発作型が重要なため、鑑別が容易なように次の項目に従って用語を振り返っておく。

1) 非てんかん性けいれん：有痛性筋攣縮 (いわゆる、こむら返り)、顔面けいれんなどの不随意運動で、意識障害を伴わない。三叉神経痛や他の異常感覚なども含めてCZPが有効である。中でも、Restless legs syndromeに合併することが多い周期性四肢運動異常は、足の背屈などが20～30秒ごとに繰り返す特徴的な不随意運動であるが、動きが粗大で、腎不全などの基礎疾患があるので、てんかんを疑われ紹介されることがある。本剤が良く効く。

2) てんかん性けいれん：間代性や強直性のけいれんで、運動野にてんかん性活動が及んだものである。意識障害をきたさなければ「単純部分発作」の一つである。顔面や1肢から始ま



り運動野配列に従ってけいれんが広がる (Jacksonian march) 例がある。多くの場合、大脳皮質全体に異常興奮が及び「二次全般化」し意識障害をきたす。発作の初めから意識障害とけいれんをきたすものは「全般発作」であり、多く見られるが、その例でも脳波で局在性所見があれば、二次全般化と考えるのが妥当である。

3) てんかん性非けいれん症状：けいれんを伴わない意識障害などがてんかんで生じるものである。いわゆる小発作という一瞬の意識障害だけ (これも「全般発作」である) の例や、意識障害と異常な行動をきたす「複雑部分発作 (精神運動発作)」例や、数は少ないが自律神経症状 (腹痛・頻脈など) をきたす「単純部分発作」例がある。意識障害なく失語・錯覚・感情変化きたす精神発作も単純部分発作とされる。

以下、成人の抗てんかん薬の使用について述べる。

てんかん治療の開始と終了

てんかんと鑑別を要す病態は多く、初回の発作のみで投薬を開始しない¹⁾。てんかんに疑う例には脳波が必要であり、専門医に相談する。脳波までの短期間は無投薬にするしかない。脳波で棘徐波結合などの明らかなてんかん原性所見があれば、初回発作とされても再発の可能性が大きいので、社会的な状況も考慮し、よく説明して治療を開始する。一方、脳波が正常でもてんかんと思われる発作が複数あれば治療する。Focal cortical dysplasia を除外するには脳CTでは不十分で脳MRIを要すが、その検査は治療開始後でも良い。

小児は発達に伴って発作が見られなくなる例があるが、思春期以降に発症した真のてんかん例は治癒する例は少ない。投薬で発作がなくその診断が疑問な例では、よく説明して1剤ずつ数ヶ月毎に小量減量し3年間の無発作で投薬終了も可とされる。このように、てんかんであると誤診さ

れると患者負担が大きいので、脳波の読みには慎重であらねばならない。

抗てんかん薬の選択と相互作用

てんかんの分類には、病因をめざした「てんかん症候群分類」と発作の症状 (すなわち病態) による「てんかん発作分類」がある。抗てんかん薬の選択は後者に基づいて行われ、部分発作にCBZが、全般発作にVPAが第一選択である²⁾ (表1)。GBP・TPM・LTGの新規薬は先行した外国でもガイドライン化途上であり日本でもガイドラインは改訂中である。ミオクロニー発作や欠神発作や脱力発作では、増悪の可能性があるCBZは避ける³⁾。単剤で開始し、2~3の単剤を切り替えてもだめな時は併用するが、薬物相互作用で血中濃度が変化することがあり注意する (表2)。薬が10種以上なので相互作用

表1 発作型と選択薬

	発作型	第一選択薬	第二選択薬	新規薬
部分発作	単純部分発作	CBZ	PHT、ZNS、VPA	GBP、TPM、LTG
	複雑部分発作			
	二次性強直間代発作			
全般発作	強直間代発作	VPA	PB、PHT、CLB	TPM、LTG
	欠神発作		ESM	LTG
	ミオクロニー発作		CZP	TPM、LTG
	脱力発作			

日本てんかん学会ガイドライン2005²⁾による。新規薬は筆者が参考に加えた。

表2 抗てんかん薬の相互作用

		影響を受ける薬剤											
		CBZ	PHT	PB	PRM	ZNS	GBP	LTG	TPM	VPA	ESM	CLB	CZP
影響を与える薬剤	CBZ		U	(U)	↓	↓	→	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	PHT	↓		(U)	(↓)	↓	→	↓	↓	(↓)	↓	↓	
	PB	↓	(U)		(↓)	(↓)	→	↓	→	(↓)	(↓)	(↓)	
	PRM	↓	(↓)			(↓)	→	↓		(↓)	→	(↓)	
	GBP	→		→	→			→	→	→			
	LTG	→	→	→	→				→	↓			
	TPM		↑				→	→					
	VPA	U	U	↑	(↑)	↓	→	↑*	(↓)		↑	↓	→
	ESM	→	↑	(↑)	→	→	→		→	(↓)	→	→	
	CLB	↑	↑	↑	(↑)	→	→		→	↑	→	→	
	CZP	→	U	→	(↑)	→	→		→	→	→	→	
	ZNS	(↑)	↑	→	→		→		→	(U)	→		

Uは増加もしくは減少、↑は増加、↓は減少、→は不変。

2009年4月までの医薬品添付文書によるが、()内は各種資料による。



を覚えるのは難しく確認を要すが、従来の表記では理解しがたいので全体が俯瞰できる新しい表を作成した。CBZ・PHT・PB (PRMは類似) は他剤の代謝を亢進させそれらの濃度を減弱させることが多く、GBP・TPM・LTGの新規薬は他剤への影響が少なく、VPAは増強か減弱、その他は増強が多い。部分てんかんに使われるものを表の左よりに配し、全般てんかんに使われるものを右よりに配したが、きれいに2分できるものではない。PB・VPAなど両タイプで使われ、外国のNICEガイドライン⁴⁾では全般発作にもLTGやTPMが有効とされている。

表3 抗てんかん薬の有効血中濃度と用量

薬剤	有効血中濃度 μg/ml	成人常用量 mg/日	小児常用量 mg/kg/日
CBZ	3~12	200~1200	5~20
PHT	10~20	100~300	3~10
PB	10~25	90~150	2~5
PRM	4~12	250~1000	10~20
GBP	2~20	900~1800 注1	30~40
LTG	4~18*	200~400 注2	5~15 注3
		100~200 注4	1~5 注5
TPM	9~12	200~400 注6	1~9
VPA	40~100	600~1800	10~30
ESM	40~100	500~1500	10~30
CLB	0.1~0.4	10~30	0.2~0.8
CZP	0.02~0.08	1~10	0.05~0.2
ZNS	10~30	200~600	4~10

有効血中濃度は山磨⁵⁾および*Stein⁶⁾による
 GBP・LTG・TPMは日本では併用適応だが、外国では単剤投与もある。
 この3薬とCLBの有効血中濃度は定まったものではない。
 GBPとTPMは小児の国内臨床試験はない。

- 注1 初日600mg、2日目1200mg
- 注2 CBZ~PRMのいずれかと併用；
50mg/日 x2週、100mg/日 x2週、以後100mg/日 x1-2週で漸増
- 注3 同上；0.6mg/kg/日 x2週、1.2mg/kg/日 x2週、以後1.2mg/kg/日 x1-2週で漸増
- 注4 VPAと併用；25mg/隔日 x2週、25mg/日 x2週、以後25-50mg/日 x1-2週で漸増
- 注5 同上；0.15mg/kg/日 x2週、0.3mg/kg/日 x2週、以後0.3mg/kg/日 x1-2週で漸増
- 注6 50mg/日から週50mg/日ずつ漸増

抗てんかん薬の副作用と血中濃度測定

1) 発作が起きた場合、2) 薬の種類や量を変える場合、3) 副作用を疑う場合には血中濃度測定をおこなう。発作がなく薬も継続例では、1年に1度くらいの測定で問題はおきていない。有効血中濃度を表3に示すが^{5,6)}、新規薬とCLBは定まってないとされる。PHTの血中濃度は服用量に対し指数的に増加するので注意する。

副作用を表4にまとめた。CBZではふらつきが多いのことを説明し、少量200mgから始める。その維持量は精神科では大量のこともあるが、12歳以上のてんかんでは9~11mg/kg (50kgで450~550mg) という報告がある⁷⁾。LTGでは粘膜びらんなどのStevens-Johnson症候群が問題で、半減期がVPAで伸びるので、VPAに併用時は25mg/日から開始し、慎重に増量する。(表3)

表4 各抗てんかん薬の副作用

薬剤	神経系副作用	その他の副作用
CBZ	めまい、複視、眠気、食欲不振、	発疹、低Na、肝障害、無顆粒球症、血小板減少、房室ブロック
PHT	眼振、運動失調、霧視、眠気、食欲不振、	歯肉増殖、多毛、肝障害、無顆粒球症、SJ症候群、房室ブロック
PB	眠気、子供で多動、呼吸抑制	発疹、肝障害、血圧低下
PRM	無気力、性欲低下、食欲不振、	発疹、無顆粒球症、血小板減少症、
GBP	眠気、めまい、複視、頭痛	尿失禁、白血球減少、高CPK血
LTG	めまい、眠気、食欲不振、	発疹、SJ症候群、肝障害、
TPM	眠気、めまい、異常感覚、食欲不振、	電解質異常、代謝性アシドーシス、肝障害、血中脂質増、
VPA	振戦、悪心、食欲亢進、	体重増加、脱毛症、膵炎、高アンモニア、肝障害、血小板減少症、
ESM	眠気、食欲不振、	発疹、無顆粒球症、再生不良性貧血、
CLB	眠気、めまい、脱力感、	
CZP	めまい、眠気、	肝障害、血小板減少
ZNS	眠気、無気力、食欲不振、	尿路結石、肝障害、再生不良性貧血、

SJ症候群；Stevens-Johnson症候群

妊娠への影響

2009年のガイドライン⁸⁾の要点は下記の通りである。大奇形を避けるため、妊娠初期 (the first trimester) に、VPAと他の抗てんかん薬



との併用をさける (レベルB)、VPA単剤をさける (レベルC)。VPAやLTGは用量と関連あり (レベルB)、VPAは1,000mg以下が良い。CBZは用量との相関はない。子の認知能低下を避けるためには、妊娠中にVPAをさけること (レベルB)、PHTやPBもさけた方が良い (レベルC) が、CBZとは関連ない。ガイドライン後の新しい報告でも、3歳児評価でVPAは影響する⁹⁾。よって、妊婦にはVPAは避け、他の併用療法もできるだけ避ける。新規薬も検討され (表5)^{10,11)}、安全とされていたTPMにも奇形の報告が見られる¹²⁾。

表5 抗てんかん薬と奇形発現率

薬剤	大奇形発現率% ⁹⁾	奇形発現率% ¹⁰⁾
CBZ	2.2	4.62
PHT	3.7	7.36
PB		4.91
GBP	3.2	
LTG	3.2	2.91
TPM	7.1	
VPA	6.2	10.73

てんかん重積の治療

てんかん重積の定義は、5歳以上では5分以上けいれんが持続するか、意識回復が不完全でけいれんが断続するものとなっている¹³⁾。1993年の手順 (表6)¹⁴⁾ が推奨されてきたが、見直されてきている¹⁵⁾。静注 (筋注はしない) ノーベルバルも発売されたが、ロラゼパムとPHT併用からミダゾラムなどの麻酔に行くという考えもある¹⁵⁾。また、米国では、受診前に救急隊が抗けいれん薬を静注すると予後が良いと報告された¹⁶⁾。ミダゾラム筋注とジアゼパム静注との比較は同等で¹⁷⁾、代用される。けいれん中の静注や筋注は安全といえず、簡便な経粘膜ロラゼパム投与の試験は静注比較で無効とされ¹⁸⁾、ミダゾラム経鼻投与が検討されている¹⁹⁾。

表6 てんかん重積の治療手順

0~5分: 酸素、バイタルサイン、静脈確保
6~9分: 低血糖が不明; 50%ブドウ糖 50ml 静注、ビタミンB1 100mg静注
10~20分: ジアゼパム 0.2mg/kg、5mg/分 (10mg/2分) 静注、 5分後、+ジアゼパム同量静注
21~60分: フェニトイン 15~20mg/kg、成人 50mg/分以下 (750mg/15分以上) 静注、EKG, BP
60分~: フェニトイン 5mg/kg (250mg/50kg) 追加 +同量追加
持続: フェノバルビタール 20mg/kg (100mg, 4mg/kg/h) 静注、必要なら人工呼吸器

治療困難な例で

さらなる新薬の登場も予想されるが、治療がうまくいかない時に考えておきたいのは、心因性発作の除外である。医師が発作を目撃することは少なく、心因性発作と分からないまま治療開始され、紹介で継続しなければならない例がある。発作まもなくであれば血清プロラクチン値が有用である²⁰⁾。発作後10~20分の血清プロラクチン値上昇が全身性強直間代発作や複雑部分発作にみられ、失神との鑑別はできない (レベルB) が、心因性発作との鑑別に有用である (レベルB)。発作から6時間以上経った血清プロラクチン値は基礎値とみなせる (レベルB)。また、脳波とビデオの同時記録は有効で、当院でも記録中に突然首を振りきれいに回転してうつ伏せになった心因性発作をみた。家庭にビデオカメラが普及しており、脳波がなくても記録が有用なので薦めたい。

本稿の範囲外であるが、外科的成功例もめずらしくないので、治療困難な例では脳波で局在性異常がないか、脳MRIで海馬硬化がないか再検討も要す。

終わりに

筆者は以前から地域で神経疾患の診療体制をどうするかを考えてきたが、てんかん診療の担い手が必要と考えている。また、診断にも治療の評価にも長時間の脳波モニターが必要であるが、国立のてんかんセンターでも長時間モニターは検査室の人力に依存しており、従来よりも優れた小型テレメトリー機器が必要である。最後に、県内で長時間モニターができる体制が必要と訴えたい。



文献

- 1) Musicco M, et al:
Treatment of first tonic-clonic seizure does not improve the prognosis of epilepsy, *Neurology*, 49:991-998, 1997
- 2) 井上有史:
日本てんかん学会ガイドライン作成委員会報告—成人てんかんにおける薬物治療ガイドライン—, *てんかん研究*, 23:249-53, 2005
- 3) Perucca E, et al:
Antiepileptic drugs as a cause of worsening seizures, *Epilepsia*, 39(1):5-17, 1998
- 4) <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG020adultsquickrefguide.pdf>
- 5) 山磨康子:
小児期てんかんの薬物療法, *日医雑誌*, 136(6):1086-1092, 2007
- 6) Stein MA, et al:
Management of newly diagnosed epilepsy: a practical guide to monotherapy, *Drugs*, 69(2):199-22, 2009
- 7) Samaei A, et al:
An experimental design for finding of minimum dosage of carbamazepine and valproate in preventing of seizure attacks, *Pak J Pharm Sci*, 22(2):180-183, 2009
- 8) Harden CL, et al:
Practice Parameter update: Management issues for women with epilepsy--focus on pregnancy (an evidence-based review) : Teratogenesis and perinatal outcomes. Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society, *Neurology*, 2009 Apr 27. [Epub ahead of print]
- 9) Meador KJ, et al:
Cognitive function at 3 years of age after fetal exposure to antiepileptic drugs, *N Engl J Med*, 360(16):1597-605, 2009
- 10) Morrow J, et al:
Malformation risks of antiepileptic drugs in pregnancy: a prospective study from the UK Epilepsy and Pregnancy Register, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77(2):193-8, 2006
- 11) Meador K, et al:
Pregnancy outcomes in women with epilepsy: a systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts, *Epilepsy Res*, 81(1):1-13, 2008
- 12) Hunt S, et al:
Topiramate in pregnancy: preliminary experience from the UK Epilepsy and Pregnancy Register, *Neurology*, 71(4):272-6, 2008
- 13) Lowenstein DH, et al:
It's time to revise the definition of status epilepticus, *Epilepsia*, 40(1):120-2, 1999
- 14) Working Group on Status Epilepticus:
Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus, *JAMA*, 270(7):854-9, 1993
- 15) Millikan D, et al:
Emergency treatment of status epilepticus: current thinking, *Emerg Med Clin North Am*, 27(1):101-13, 2009
- 16) Alldredge BK, et al:
A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus, *N Engl J Med*, 345(9):631-7, 2001
- 17) Silbergleit R, et al:
Comparing routes of benzodiazepine administration in the initial emergency treatment of persistent seizures: a meta-analysis. In: *The Fourth Mediterranean Emergency Medicine Congress.*, Sorrento, Italy, 2007. 16) から引用
- 18) <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT00343096>
- 19) Owen R, et al:
Intranasal midazolam, *Emerg Med J*, 26(3):217-8, 2009
- 20) Chen DK, et al:
Use of serum prolactin in diagnosing epileptic seizures: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology*, 65(5):668-75, 2005

著者紹介



沖縄県立南部医療センター・
こども医療センター
神経内科
小嶺 幸弘

生年月日： 昭和25年10月生まれ
出身地： 沖縄県渡嘉敷村
出身大学： 神戸大学 昭和51年卒

略歴

昭和51年 神戸大学病院、以後 神戸市立神戸中央
市民病院、田付興風会北野病院
昭和59年 琉球大学病院（平成6年講師）
平成13年 国療日南病院、以後 国療琉球病院
平成18年 沖縄県立南部医療センター・こども医療
センター 神経内科部長

専門領域

臨床神経学、不随意運動やてんかん

その他・趣味等

3年かけて「神経診察ビジュアルテキスト、医学書院
2002年」を出版。



6月号 (Vol.45)
の正解

早期関節リウマチの診断・治療について
問題：早期関節リウマチの診断について誤った
記載はどれか

1. 早期診断のために抗CCP抗体を検査すること
も必要である
2. リウマチは発症後5年くらいでゆっくり変
形が進行するのでその間にゆっくり診断すれ
ばよい
3. 単純レントゲンで関節の変形を来たさない
時点で造影MRIでは滑膜炎の所見が得られ
ることがある
4. リウマチ結節は早期では見られないことも
多い

正解 2

QUESTION!

次の問題に対し、ハガキ（本巻未綴じ）でご
回答いただいた方に、日医生涯教育講座5単
位を付与いたします。

問題：抗てんかん薬の使用について誤ったもの
はどれか。

- 1) 部分発作にCBZ、全般発作にVPAが第1
選択である。
- 2) CBZ・PHT・PB・PRMらは他の抗て
んかん薬の濃度を減弱させることが多い。
- 3) 妊娠初期にVPAを避け、使用せざるえな
い時は1,000mg/日以下が良い。
- 4) 妊娠中のVPA投与と子の認知能とは関連
ない。
- 5) 全身性強直間代発作や複雑部分発作で発作後
10～20分の血清プロラクチン値は上昇する。