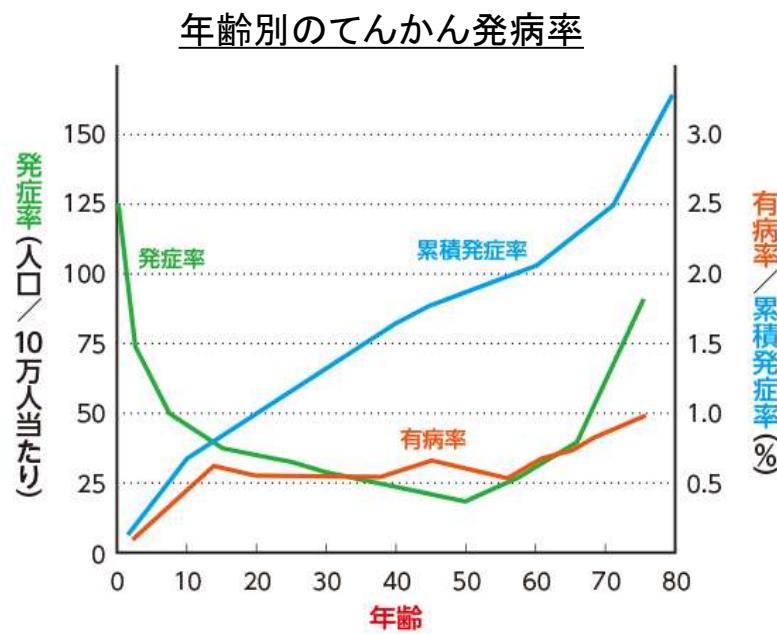
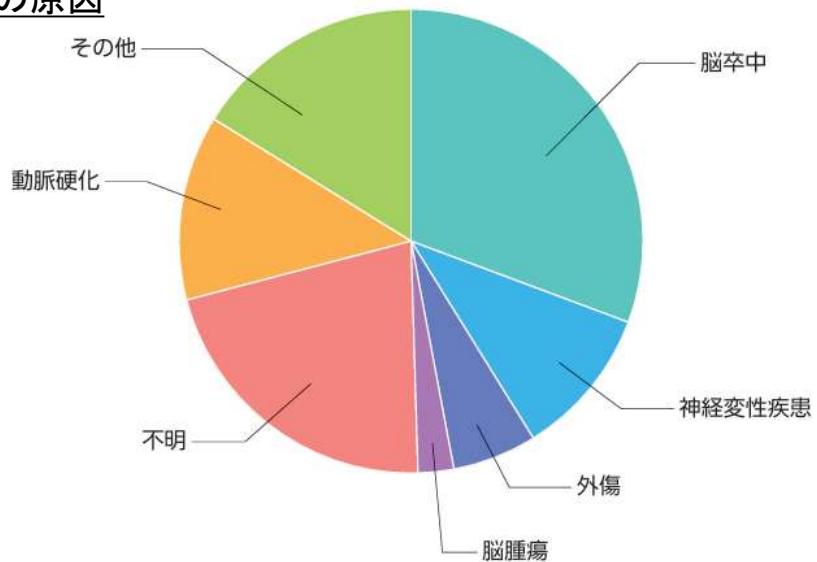


# てんかん①（一般・認知症）

- 「てんかん」とは、「てんかん発作」を繰り返し起こす状態。「てんかん発作」は、脳にある神経細胞の異常な電気活動により引き起こされる発作のことで、突発的に運動神経、感覚神経、自律神経、意識、高次脳機能などの神経系が異常に活動することで症状を出す。そのため、「てんかん発作」ではそれぞれの神経系に対応し、体の一部が固くなる（運動神経）、手足がしびれたり耳鳴りがしたりする（感覚神経）、動悸や吐き気を生じる（自律神経）、意識を失う、言葉が出にくくなる（高次脳機能）などのさまざまな症状を生じる。  
「厚生労働省てんかん対策より抜粋」
- 一般に、高齢者てんかんは脳卒中など原因がわかっているてんかん（症候性てんかん）が約2/3、原因不明のてんかん（特発性てんかん）が約1/3で、この点が小児てんかんと大きく違う。症候性てんかんでは、側頭葉てんかんが最も多く（約7割）、次いで前頭葉てんかん（約1割）と考えられている。



高齢者のてんかんの原因



出典：辻 貞俊ほか、神経治療学 29巻4号 p463

## てんかん②(高齢者)の症状

- 高齢者てんかんの発作症状は非けいれん性発作が多く、意識障害や言葉が出ない、発作後にもうろう状態が続くなど患者さんごとに様々な症状がみられる。そのために周囲は気づきにくく、てんかんとしての判断が難しく他の病気と見誤ってしまうことがある。

意識障害により当人は発作時の記憶がなく話が噛み合わないことで、周囲からは、認知症、健忘症、うつ病などと勘違いされることがある。また、突然その場にふさわしくない行動をとったり、ぼんやりするような発作症状も認知症と勘違いされやすい。

認知症やうつ病とてんかん発作との違いは、意識障害以外にもいつも同じ症状を繰り返したり、発作時以外は記憶がはっきりしている。また、脳血管疾患やアルツハイマー病などではてんかんを合併していることが多いので、正確な診断が大切である。てんかんを確認するためには、脳波検査が行われる。

- 高齢者てんかんでは、側頭葉てんかんが最も多く約7割、次いで前頭葉てんかんが約1割。

- **側頭葉てんかんの症状(例)**

自動症: 口をモグモグする、身振りをする 等

自律神経性症状: 腹痛などのお腹の症状が前ぶれとして起こる、嘔気・嘔吐、発汗、立毛、熱感、冷感、腹鳴、心悸亢進、胸部圧迫感、頭重感 等

精神症状: 未体験なのに過去に体験したような感覚(デジャヴ、既視感)、いつも体験していることが未体験のように感じる(ジャメヴ、未視感)、昔の記憶が次々と頭に浮かぶ(フラッシュバック)、恐怖感 等

認知障害: 記憶障害、言語障害

その他: 動作の停止

発作後にもうろうとして歩き回る

出典: てんかんinfo

# てんかん③(高齢者)

## 高齢者のてんかんと間違えられやすい病気

心血管障害	失神、けいれん性失神、心不全、不整脈、など
脳血管障害	一過性脳虚血発作(軽度の意識障害を伴う場合)、など
片頭痛	脳底型片頭痛、など
薬物中毒	アルコール離脱、各種中枢神経作用薬、など
感染症	急性脳炎、慢性脳炎、寄生虫感染症、敗血症など
代謝性疾患	低血糖、高血糖、電解質異常、甲状腺機能障害、ポルフィリア、高炭酸血症、など
睡眠異常症	レム睡眠行動障害、周期性四肢運動障害、夢遊症、夜驚症、など
精神科的疾患	心因性非てんかん性発作、うつ病、解離性障害、遁走、双極性障害、不安神経症、など
一過性全健忘	(反復することもある)
認知症	アルツハイマー病、など

## 高齢者のてんかんと認知症の鑑別

症状の比較	アルツハイマー型認知症	高齢者(側頭葉)てんかん
発症様式	発症時期不明 緩徐進行	間欠的 発作的に生じる
意識レベル	清明	数分間の意識障害
普段(発作間欠期)	物忘れ症状継続	生活に支障はない
主な症状	記憶障害	意識障害
記憶障害	継続してみられる	発作時あるいはその後のみ
前兆(自動症など)	なし	しばしばみられる
抗てんかん薬	効果なし	効果を示す

出典：高齢者のてんかんと認知症診療 明日の臨床 Vol.35 No.1, 2023

### 高齢者のてんかん発作と間違えられやすい病気

出典：日本てんかん学会ガイドライン作成委員会報告 高齢者のてんかんに対する診断・治療ガイドラインより  
監修：むさしの国分寺クリニック  
名誉院長 大沼 悅一先生

## てんかん④(薬の選択)

表1 抗てんかん薬による治療の基本

基本	コメント
基本は単剤	まずは、単剤で治療を開始する。複数のAEDを併用すると副作用の種類が多くなり、薬物相互作用のために薬効が増強したり減弱したりすることがある。
第一選択薬の選択	発作型・症候群類型により適切な第一選択薬が存在する。第一選択薬は部分発作にはカルバマゼピン、全般発作にはバルプロ酸。不適切なAEDでは発作が増悪することもある。
「十分量」まで漸増	少量より開始し、発作が抑制される、もしくは副作用などのために增量できない用量まで漸増する。
第一選択薬の次に第二選択薬	十分量の第一選択薬が無効であった場合や、併用薬や合併症のために第一選択薬が使用できない場合には、第二選択薬を使用する。
薬剤抵抗性の場合専門医へ	薬剤抵抗性の場合には診断の再検討、服薬・生活状況の確認、外科的治療・緩和的治療の検討、周辺環境の調整、てんかん教育プログラムの導入、治療目標の再設定などが必要となるため、てんかんの専門医の受診を勧める。
治療目標の確認	長期間にわたる治療では、妊娠・出産など生活の状況により治療目標が変化することがある。そのため、てんかん診療では、包括的立場から定期的に治療目標を再確認する。

出典：日内会誌 105:1375～1380, 2016

## てんかん薬⑤(薬の選択)

### ●合併症・依存症のない高齢者の部分発作

カルバマゼピン、ラモトリギン、  
レベチラセタム、ガバペンチンが推奨。

### ●合併症・依存症のある高齢者の部分発作

レベチラセタム、ラモトリギン、  
ガバペンチンが推奨。

### ●高齢者の全般発作

ラモトリギン、バルプロ酸、  
レベチラセタム、トピラマートが推奨。

☆出典:日本神経学会  
てんかん診断ガイドライン2018

### ☆肝代謝型 (抗てんかん薬のほとんど)

カルバマゼピン、フェニトイン、  
フェノバルビタール、バルプロ酸など

### ☆腎排泄型

ガバペンチン、レベチラセタムなど

表1 | 主な抗てんかん薬の代謝・排泄経路、肝腎障害時の抗てんかん薬用量調整

	肝代謝(%)	腎排泄(%)	肝障害時の調節	腎障害時の調節
フェニトイン	90	<2	減量	不要
カルバマゼピン	90	<1	減量	不要
バルプロ酸	85	<5	減量	不要
フェノバルビタール	55	25	少し減量～不要	少し減量
プリミドン	45～60	20～25	少し減量～不要	少し減量
クロバザム	>90	<1	減量	不要
クロナゼパム	>90	<1	減量	不要
ゾニサミド	70	<30	減量	少し減量
エトスクシミド	70	20	減量	不要
臭化カリウム	0	100	不要	減量
ガバペンチン	0	100	不要	減量
トピラマート	<25	75	不要	減量
ラモトリギン	90	10	減量	不要
レベチラセタム	<3	70	不要	減量
ルフィナミド	85	2	減量	不要
スチリペントール	75	25	減量	不要
ピガバトリン	10	90	不要	減量
ペランパネル	70	30	減量	不要
ラコサミド	30	40	減量	少し減量

出典:日本神経学会 てんかん診断ガイドライン2018