出典：症例1

主訴：歩きづらい，左手に力が入らない

現病歴：出生・発達は問題なし (出生時体重は 3300g)． 小学校の時，足は速く，かけっこでは 1-2 位であった．鉄棒は苦手ではあったものの逆上がりも習得した．町の柔道場に通って柔道を習っていた．中高一貫校に入学，中学校は生物部，高校は放送研究会に所属．運動はあまりしなかったが，3 年間朝野球をやっていた．学業成績は上位だった(58 人中 11 位)．大学に入学してからも運動はしていなかったが，生活に不便を感じることはなかった． 社会人になり，商売を行っていた．配達などの肉体労働もあったが，不便は感じなかった． 2009 年 (59 歳) の時に十二指腸のリンパ腫と診断された．治療で寛解．このころから，足をよくつるようになった．以降，症状は全くなく経過し，2017 年の江戸歩きの時には問題なかった (1 年に 1 回行っていた)． 2018 年 8 月，東北旅行中，待ち合わせ場所を間違えて，走ろうと思ったが，腰が曲がって走れなかった．その後，階段の上りづらさを自覚した．同時期から畳から起き上がるのにテーブルの支えを使わないといけなくなった． 2019 年，高校野球の予選をみて球場から出てきて，駅に向かって歩いていたが，足に力が入らなくなり歩けなかった．江戸歩きに参加した際にも，腰が曲がっていることを指摘された．同年，バスに乗れそうだと思って，走ったが，もつれて転倒した(初めて転倒した)． 2020 年以降，地下鉄の駅で降りる際立ち上がる時に，支えが必要となり，前の駅から準備しないと間に合わなくなった．左手の力の入りづらさのため，左手の指が閉じられない，ボタンがとれない，左手で右手の爪が切れない，茶碗が左手で持てない，新聞の紙がめくりづらい，お寿司についているしょうゆが開けられないといった症状を認めた．手のふるえのため字が下手になった．また，ちょっとした動作で息切れをするようになり，トイレで手すりにつかまるようになった．夏頃に， 新百合ヶ丘クリニック(整形外科)を受診，頚椎・腰椎 MRI を施行したが症状を説明する異常所見を指摘されず，同クリニック脳神経内科紹介となり，そこから聖マリアンナ医科大学脳神経内科紹介となったが，外来で経過観察されていた．10 月 1 日，駐車の時に足の力が入らずブレーキが踏めなかった．右足首のほうがより上がりづらく，左足首も上がりづらかった．また，左手でフライパンが上がらなくなった．食器を洗うのがしんどくなった． 11 月に江戸歩きに行った時には歩くことができず，帰りにタクシーで送ってもらった．12 月に畳から起き上がるときにテー ブルの支えを使っても起き上がりづらくなった． 2021 年に入ってから足を思うように踏み出せず，玄関の段差に引っかかり 2 回転倒した．左肩が上がらなくなり，左手の指が閉じないため，顔を洗うのが困難になった．同時期より起床時に両下肢が筋肉痛であると感じるようになった．電車で一人で外出したのは 1 月が最後．50 歩歩くと休まないといけなくなった．経過中一貫して感覚障害はなく，嚥下障害もなかった． 2 月 22 日，兄(元脳研音声言語医学研究室教授)の薦めで築地神経科クリニック(井上聖啓先生)を受診．診察上，右優 位の下肢脱力あり，下垂足の歩容に加え下肢帯の脱力も目立ち，また左大腿部に僅かな fasciculation を認めた．他院腰 椎 MRI で脊柱起立筋の高度変性を認め，CK 2000 U/L 台で筋疾患が疑われ，2 月 26 日に当科紹介受診 (Dr.清水)． 診察上 #. 頚部屈筋・左優位/遠位優位の上肢筋力低下，#. 右優位/遠位優位の下肢筋力低下，#. 傍脊柱筋の萎縮を認めた．精査目的に 3 月 3 日当科初回入院．

出典：症例3

症例：58 歳女性

主訴：飲み込みづらい、動きづらい

現病歴：2009 年（47 歳）7 月、ボランティア（糖尿病に関する臨床研究）で血液検査を施行したところ、CK と胆道系酵素の上昇を指摘された（CK 1190 IU/L、AST 41 IU/L、ALT 33 IU/L、γ-GTP 75 IU/L）。同時期、ふくらはぎが張ってかかとを地面につけられず、つま先歩きをするようになった。階段をスムーズにあがれず、右上肢もあがらなくなった。10 月頃から平地歩行や立ち上がりも困難さを自覚した。 2010 年（48 歳）1 月、左上肢も挙上が難しくなり、洗濯物を取り込めなくなった。四肢に網状の紫斑が時々出現するようになった。体重が 9kg 減少した（2009/4 68kg→2010/4 59kg）。2 月に A病院の神経内科受診。 B病院を紹介受診し、５月に精査入院した。「MMT は頸部前屈/後屈 2、四肢近位 3、四肢遠位 4。肩外転 は右 90 度、左 70 度。肘関節屈曲と足関節背屈で ROM 制限あり。腓腹筋に把握痛あり。つま先立ち可能だが踵立ち不可。片足立ち可。軽度 waddling gait。階段昇降は手すりを要する。四肢腱反射低下。」と所見記載あり、血液検査では WBC 9610 /μL、CRP 1.29 mg/dl、CK 2233 IU/L、AST 55 IU/L、ALT 30 IU/Lであり、抗ミトコンドリア M2 抗体陽性が判明した。呼吸機能は VC 2.19L、%VC 78.5%と低下していた。針筋電図で筋原性変化を認め、左上腕二頭筋から筋生検を施行した（所見は後述）。腹部エコーや腹部 CT で特記すべき所見はなかったが、抗ミトコンドリア抗体陽性、IgM 高値、慢性的に肝胆道系酵素が上昇している点から、筋生検の所見と併せて、無症候性原発性胆汁性肝硬変（asymptomatic PBC）に関連した多発筋炎の診断になった。ウルソ内服を開始し、胆道系酵素が改善傾向にあった。筋炎の治療目的に、C医療 センターに入院。PSL 50mg/day を導入され、一人で臥位から起き上がることができるようになった。PSL 30mg/day まで漸減し、退院した。 2011 年（49 歳）1 月、両前腕が腫脹することがあった。 2012 年（50 歳）でステロイドの内服を漸減終了。日常生活を問題なく行えていた。 2017 年（55 歳）5 月、坂を登るのがきつくなり、息切れがした。飲み込みづらさもあった。筋炎の再燃としてステロイド内服が再開となり、筋力は改善しCK も低下した。 東京への転居をきっかけに、10 月から帝京大学附属病院脳神経内科に転医した。 2018 年（56 歳）2 月、体幹部に皮膚硬化所見が出現し、右側腹部から生検施行。抗 Scl-70 抗体陰性であり限局性強皮症の診断になった。 2019 年（57 歳）、プログラフが開始になった。ベッドがフラットだと息苦しくなるようになった。 2020 年（58 歳）、１年間で体重が 18kg 減少した（58→40kg）。PSL 5mg/day 内服していたが、合併症予防のため中止した。7 月、呼吸苦が出現し、帝京大学病院循環器内科に入院し、たこつぼ型心筋症の診断になった。１週間程度で退院したが、退院後すぐに疲れやすくなり、体動時に息切れが出現した。下痢が続き、四肢の浮腫が強くなった。筋力も低下し車椅子を使用するようになったが、階段昇降はなんとかできていた。固形物が飲み込みづらくなり、とろみを付けるようになった。CK 値や外来での MMT は著変がなかった。 7 月に帝京大学の耳鼻科受診。口腔咽頭に器質的異常を認めず、筋力低下に起因する嚥下障害と言われた。 ろれつが回らず喋りづらくなり、唾も飲み込みづらくなった。 9 月に当科の嚥下外来初診。PSL 5mg が開始となり、嚥下障害と構音障害が改善した。 10 月、評価目的に当科へ入院した。 【既往歴】 23 歳頃：右大腿骨骨折、33 歳頃：２型糖尿病（インスリン導入歴あり、網膜症で右眼レーザー治療後）、 48 歳：左硝子体出血（レーザー治療後）、高血圧症、心房細動、58 歳：たこつぼ型心筋症

出典：症例4

症例：47歳男性

主訴：左手が動かしづらい

現病歴：小学校から高校まで野球（右投げ右打ち、ピッチャー）をやっており、運動は得意な方だった。ここ数年野球を再開している。1998年（31歳）の冬、出勤中に左手がなんとなくだるく力が入りにくい事に気づいた。痛みや異常な感覚は認めなかった。料理の時にフライパンを左手で反そうとしたがうまくいかなかった。その後力の入りにくさはゆっくりと悪くなり、特に寒い季節に悪いと感じていた。2003年（36歳）12月ごろより左親指・示指・中指の先が「正座した後の感じ」のようにピリピリするようになったが、感覚は薄れていなかった。また、仕事（設計）のためパソコンに向かう時間が長く、首がこるようになるにつれ左手の力が入りにくくなりキーボードが打ちにくくなった。2004年1月に浦和福岡クリニック整形外科受診、採血・頚部Xp・頚部MRIが行われたが異常は認められなかった。5月（37歳）には東京厚生年金病院整形外科でも精査（頚部MRI・NCS・EMG）が行われた。結果、NCSでlt. ulnar nerve MCVで手関節～肘関節遠位部にconduction blockを認め、EMGでlt. C7 levelにdenervationの所見あり・lt. ext. digit.brevis にgiant spikeあり、原因は同定困難とされた。6/3当科高橋先生紹介受診、6/10当科入院となった。

出典：症例報告 臨床神経学2019\_1

症例：69歳男性

主訴：両下肢筋力低下，歩行困難

現病歴：2016 年9 月末頃から下肢疲労感が徐々に強くなり50 m も歩けなくなった．10 月頃から右上肢を肩から上に持ち上げられなくなった．11 月末に一人で立ち上がれなくなり当科を受診し，近位筋筋力低下およびCK 8,271 IU/l と異常高値を認めたため筋炎が疑われ入院した．先行感染は明らかでなかった．

出典：症例報告　臨床神経学58巻12号（2018：12）

症例：58歳，女性

主訴：右下肢全体の激痛と筋力低下

現病歴：2018 年6 月某日（第1 病日）午前中に右下肢全体，特に右殿部から大腿後面を中心に電気が走るような激痛が出現した．夕方，歩行時に右足がつまずくようになったが何とか歩けた．右下肢の筋力が次第に低下して夜には歩けなくなり，第2 病日に救急外来を受診した．体温36.8°C，血圧155/100 mmHg，また血液検査，単純頭部MRI でも著変なく，右Lasègue 徴候陽性から腰椎椎間板ヘルニアを疑われて緊急入院した．しかし，腰椎MRI では腰部脊柱管狭窄や腹部大動脈の異常はみられず，第4 病日，当科に紹介された．両上肢はまったく無症状で，便通異常や排尿障害もなかった．また，数カ月以内にワクチン接種や感染症状，体重減少はなかった．

出典：症例報告　臨床神経学59巻1号（2019：1）

症例：69 歳男性

主訴：両下肢筋力低下，歩行困難

現病歴：2016 年9 月末頃から下肢疲労感が徐々に強くなり50 m も歩けなくなった．10 月頃から右上肢を肩から上に持ち上げられなくなった．11 月末に一人で立ち上がれなくなり当科を受診し，近位筋筋力低下およびCK 8,271 IU/l と異常高値を認めたため筋炎が疑われ入院した．先行感染は明らかでなかった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻9号（2020：9）

症例：77 歳，男性

主訴：歩行障害，四肢筋力低下

現病歴：出生，発達に異常なく，運動は得意だった．1999 年（64 歳）から両足先にじんじん感が出現し，2002 年から両下肢筋力低下が出現した．近医脳神経内科を受診し，両膝関節から末梢の触痛覚，振動覚および両下肢関節位置覚の低下の所見と末梢神経伝導検査で脱髄所見をみとめたことから，CIDP と診断された．ステロイドパルス療法 1 クールが行われ，じんじん感は軽減し下肢筋力は軽度改善した．しかし，筋力の改善が一時的だったことからそれ以上の投与は行われず経過観察となった．2007 年には両上肢筋力低下が出現し，同院で IVIg 1 クールが行われたが筋力の改善はなかった．その後再びステロイドパルス療法 1 クールを施行された後，プレドニゾロン 1 mg/kg/日の内服が開始された．1 週間ごとに 10 mg/日ずつ漸減され 3 カ月後には 5 mg/日で維持された．その後も四肢筋力低下は増悪し，下肢遠位筋筋力は MMT3 まで低下し杖歩行になった．2008 年 2 月に同院で単純血漿交換療法が施行された．四肢筋力が改善し杖なしで数歩歩けるようになったが，施行直後の末梢神経伝導検査での改善が得られなかったとの評価から単純血漿交換は「無効」と判断された．その後シクロスポリンが併用されたが腎障害をきたしたため中止され，シクロホスファミド 50 mg/日に変更された．しかし，感染症を契機に 2008 年 2 月にプレドニゾロン，同年 4 月にはシクロホスファミドが中止された．2011 年 1 月には免疫吸着療法が施行されたが筋力の改善に乏しく無効と判断され，アザチオプリン 100 mg/日の投与が開始された．2011 年秋頃から安静時に両足が内反交叉するようになり，上肢筋力低下が増悪し，尿意・便意が減弱したため，当科に紹介となり入院した．

出典：症例報告　臨床神経学60巻10号（2020：10）

症例：74 歳，男性

主訴：四肢近位部の痛み，下肢の脱力感，体重減少

現病歴：2016 年11 月頃から四肢近位部の痛みを自覚するようになった．2018 年10 月頃から下肢の脱力感を自覚した．次第に起き上がりや立ち上がりが困難になり，12 月に前医を受診した．約2 年間で15 kg の体重減少があり，舌を含む四肢の筋萎縮と筋力低下を認め，筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis; ALS）が疑われ，2019 年1 月中旬に当科に紹介入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻10号（2020：10）

症例1：80 歳，男性

主訴：両手足の痺れ

現病歴：10 年以上前から両手足の痺れがあり，近医を受診したが原因不明であった．2018 年春に両下肢の脱力と異常感覚の悪化を自覚し，同年12 月某日に当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻10号（2020：10）

症例2：77 歳，女性

主訴：両手足の脱力

現病歴：2014 年5 月某日のワクチン接種後に関節痛と倦怠感を自覚した．近医を受診し，抗核抗体陽性，抗ds-DNA 抗体陽性のためプレドニゾロン（PSL）10 mg/日の内服加療となった．2017 年6 月頃に両手指の痺れや筋力低下が出現し，草むしりがしにくくなった．緩徐に進行し2018 年6 月下旬に四肢筋力の著明な低下のために階段が昇りにくくなり，近医でPSL 40 mg で加療されたが筋力低下が進行した．原因不明のため2019 年1 月某日に当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻11号（2020：11）

症例：74 歳，男性

主訴：両下肢筋力低下

現病歴：2018 年7 月に非小細胞肺癌と診断された．病理組織でPD-ligand 1（PD-L1）が陽性と判明し，9 月中旬にfirst line としてペムブロリズマブ（200 mg/body）を投与した．投与から10 日後に下肢の脱力感が出現し，徐々に増悪した．投与13 日後には歩行ができなくなった．両下肢挙上が困難となり，投与後21 日目に当科入院した．

出典：症例報告　臨床神経学60巻11号（2020：11）

症例：34 歳男性

主訴：頭痛，右下肢の疼痛と運動麻痺，播種性HZ

現病歴（Fig. 1）：2019 年9 月末から，下口唇の単純ヘルペスを繰り返し，14 kg の体重の減少もあり体調はよくなかった．10 月下旬に右前額部や鼻尖部に紅斑・丘疹が出現，頭痛と37°C 台の発熱を認めた．2 日後には38°C の発熱，後頸部と胸部に水疱，右鼠径部痛が出現し，近くの病院の内科を受診した．血液検査を受けたが明らかな異常所見はなく解熱剤の内服で帰宅となった．5 日後には再度受診したが，発疹が背中・右下腿に浮腫性紅斑，水疱が多発していることから皮膚科受診を指示され，発熱・右大腿部痛，右跛行を示し，皮疹発症から7 日目に当院皮膚科へ入院となった．感染予防のため個室で隔離管理し，入院時に右大腿部痛と右側優位の両下肢筋力低下を訴えたことから，3 日後神経内科に紹介となった．

出典：症例報告　臨床神経学61巻2号（2021：2）

症例：59 歳，女性

主訴：左顔面痛，構音障害

現病歴：2012 年に左頬部のピリピリとした異常感覚を自覚し，緩徐に増悪した．2017 年10 月頃に左顔面全体と頭部に広がったため，同年12 月に前医を受診し，感覚障害の他に

左口輪筋筋力低下が指摘された．感覚障害への対症薬物療法の効果は限定的であった．2018 年10 月頃から構音障害を自覚するようになり，2019 年2 月には舌左側の萎縮と線維束性収縮が指摘された．同年10 月に当科を紹介受診し，精査のため入院した．

出典：症例報告　臨床神経学61巻4号（2021：4）

症例：62 歳，男性

主訴：四肢の筋力低下，関節痛，筋痛

現病歴：2010 年より寒冷刺激で手指が蒼白色に色調変化することを自覚した．2017 年6 月上旬，四肢の筋力低下，関節痛，筋痛が出現した．7 月に歩行困難となり，A クリニックを受診し，血液検査で高creatine kinase（CK）血症，抗核抗体陽性を指摘された．8 月上旬にB 病院脳神経内科を受診し，炎症性筋疾患が疑われ，8 月下旬に精査加療目的で当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学61巻4号（2021：4）

症例：71 歳，女性

主訴：疲れやすい，呼吸困難

現病歴：幼少期より小柄で運動は苦手で，体育の成績は5段階評価の2 から3 であったが，腹筋運動は苦手だができていた．65 歳頃から，臥位で頭部を挙上できないことに気づき，69 歳頃から易疲労性や四肢の筋力低下を自覚していた．71 歳時に腰椎圧迫骨折で前医に入院し，経過中に呼吸不全による意識障害をきたして当院内科に転院した．転院時は，意識レベルがJCS 10 で，動脈血液ガス分析でpH 7.37，PaO2 64.2mmHg，PaCO2 58.6 mmHg，HCO3− 33.3 mEq/l と二酸化炭素の貯留があり，NPPV が必要であった．II 型呼吸不全の原因となる呼吸器疾患や循環器疾患がなく，呼吸筋麻痺の精査のため当科に転科した．

出典：症例報告　臨床神経学61巻4号（2021：4）

症例：47 歳，女性

主訴：筋痛，筋力低下

現病歴：2018 年12 月中旬に咳嗽，鼻汁，同月下旬より大腿や腹部の筋痛を自覚した．筋痛が徐々に頸部，腰部，臀部，上腕に進展したため，2019 年1 月中旬に近医を受診したところ血清CK 高値のため，当院内科へ紹介・入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学61巻4号（2021：4）

症例：33 歳，男性

主訴：四肢筋力低下

現病歴：出生には問題はなかったが，8 ヶ月健診時に発達の遅れを指摘され，筋力低下により機能獲得はつかまり立ちまでであった．以後四肢筋力低下，関節拘縮，骨格変形により，補助具の使用や介助で生活していた．5 歳時に前医でSMA と診断されたが，SMN1 遺伝子は2 コピーと判定されていた．SMN1 遺伝子微小変異ホモ接合体によるSMA の可能性を考慮され，ヌシネルセンの投与検討目的で当科を紹介受診した．

出典：症例報告　臨床神経学　59巻 4号（2019：4）

症例：73 歳　男性

主訴：四肢筋力低下　食思不振

現病歴：2016 年4 月より四肢筋力低下を自覚し，他院神経内科で精査するも診断には至らなかった．その後も筋力低下は進行した．2016 年10 月までの6 カ月間で体重が10 kg 減少した．同月当科紹介され，入院した．

出典：症例報告　臨床神経学59巻4号（2019：4）

症例：76 歳，男性

主訴：嚥下障害，筋力低下

現病歴：2017 年4 月初旬より喉のつかえが出現し，食欲が低下した．4 月中旬には，液体と固形のどちらも嚥下しにくくなり，むせや嗄声が出現した．4 月下旬の起床時に眩暈を認めたため，救急病院を受診したところ，食思不振に伴う脱水によるものと判断された．食思不振，嚥下困難感の精査加療目的で，当院外科へ紹介入院した．耳鼻科で嚥下内視鏡を行ったところ，左声帯麻痺を認めた．炎症反応上昇を伴った発熱が見られ，誤嚥性肺炎としてスルバクタム/ アンピシリン，レボフロキサシン，メロペネムなど複数の抗菌薬を投与したが効果なく，筋力低下がめだち，寝たきり状態となった．神経疾患の関与が疑われ，5 月中旬に当科を紹介受診した．

出典：症例報告　臨床神経学　59巻 5号（2019：5）

症例：47 歳男性

主訴：左上下肢筋力低下

現病歴：2017 年11 月初旬，咳を中心とした感冒症状あり．11 月中旬某日，昼過ぎより左肩の疼痛が出現し，その後夕方に左肩の疼痛が増強，左上肢の痛みが出現，左上肢遠位筋の筋力低下と歩行時の左下肢脱力を自覚した．翌日右上下肢の異常感覚，左上下肢の発汗低下を自覚し，左上下肢筋力がMMT（徒手筋力テスト）1 に低下した．精査加療目的に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学59巻11号（2019：11）

症例：33 歳男性．右利き

主訴：立ち上がりにくい，階段を昇れない

現病歴：16 歳時，健診にて血清CK 6,000 U/l と高値を指摘された．18 歳時無症状であったが当院を受診し，左上腕二頭筋から筋生検を施行した．筋線維の変性などの所見が乏しく，筋疾患が疑われたが診断は未確定であった．25 歳時から下肢脱力を自覚し徐々に増悪した．29 歳頃から，立位に支えを要し，階段昇降にも手すりが必要となった．同時期から両側大腿の痩せを自覚していた．33 歳時に精査目的に当科を受診し，入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学59巻12号（2019：12）

症例：67 歳　男性

主訴：四肢の筋力低下，歩行障害

現病歴：53 歳頃に履いたスリッパが自然に脱げることを自覚し，その後徐々に両足の背屈ができなくなってきたため，56 歳時に当院外来を初診．両側前脛骨筋の筋力低下・筋萎縮および四肢の筋伸張反射の消失をみとめ，末梢神経伝導検査にて右正中神経の複合筋活動電位の著明な低下をみとめたことから当初はCharcot-Marie-Tooth 病2 型（CMT2）が疑われた．しかし，58 歳頃から右腕で持った食器や衣服を上に持ち上げることができなくなり，その後左腕にも同様の症状が出現した．外来診察では両側上肢近位筋の筋力低下と筋萎縮をみとめ，さらに軽度の高CK 血症（304～576 U/l）を持続的にみとめたためミオパチーが疑われ，67 歳時に当科入院となった．自覚的に嚥下障害や息切れなどはみとめなかった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻1号（2020：1）

症例：50 代，女性

主訴：眼瞼下垂，複視

現病歴：2017 年12 月．膀胱癌T3bN0M0 を指摘され，経尿道的膀胱腫瘍切除術（transurethral resection of the bladder tumor; TURBt），ゲムシタビンとカルボプラチン（GEM +CBDCA）による術前化学療法，膀胱全摘除術を実施された．後腹膜リンパ節に再発転移を認め，2018 年6 月にペムブロリズマブを開始された（Day 1）．ペムブロリズマブの2 回目投与の翌日（Day 23）から肝機能障害，高クレアチンキナーゼ（CK）血症，筋痛が出現した．その後約1 週間で（Day 30），眼瞼下垂，複視，眼球運動制限，呼吸苦，近位筋筋力低下，易疲労性が出現したため，2019 年7 月に当科に紹介受診した．

出典：症例報告　臨床神経学60巻1号（2020：1）

症例：69 歳男性

現病歴：2017 年1 月頃から歩行時の易疲労性を自覚し始めた．同年7 月頃から下肢の疼痛が出現した．易疲労性は緩徐に進行し2018 年2 月に精査目的に入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻4号（2020：4）

症例：71 歳男性

主訴：四肢筋力低下

現病歴：2008 年頃から左下肢で膝折れを自覚し転倒することが多くなった．その後，両下肢の筋力低下が緩徐に進行し，2012 年頃から手すりを持たないと立ち上がれなくなった．さらに両上肢にも筋力低下が拡がり，左手にレジ袋を持っている時に手指が伸展してしまうようになった．また，疲労時の両側下腿背面の筋痛を自覚するようになった．2014 年11月中旬に四肢筋力低下の精査目的に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学60巻5号（2020：5）

症例：69 歳，女性

主訴：四肢麻痺，構音障害

現病歴：1968 年，美容目的で両側乳房にシリコンインプラント注入を行った．上気道炎症状や消化器症状の先行なく，2018 年某日に両下肢のビリビリとした異常感覚と筋力低下が出現した．発症4 日後，構音障害を自覚し，両上肢にも同様の異常感覚と筋力低下が出現し，徐々に増悪したため，発症16 日後当科に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学60巻7号（2020：7）

症例：29 歳，男性

現病歴：出生時の異常はなかった．定頸3 か月半からハイハイ8 か月までの運動発達の遅れはなかった．1 歳10 か月時に独歩の遅れを主訴としてA 病院小児科を受診した．筋緊張低下を指摘されたのみで診断は明らかでなかった．2歳6か月時に独歩を獲得した．筋力低下と歩行困難が始まった時期は定かでなく不明であるが，11 歳頃まではゆっくり歩行していた．12 歳時に歩行不能となり，同時期から脊椎側弯が進行した．20 歳時に夜間の呼吸苦が出現した．21 歳時に小児科から紹介され当科初診となった．この時点の動脈血液ガス分析でpH 7.34，酸素分圧70 mmHg，炭酸ガス分圧57 mmHgと呼吸不全を認めたため，睡眠時の非侵襲的陽圧換気療法（non-invasive positive pressure ventilation; NPPV）を開始した．脊髄性筋萎縮症を疑いSMN1 の遺伝子解析を施行したが，欠失を認めなかった．28 歳時に気管支炎から排痰困難となり，呼吸困難を主訴に当院を受診し入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学60巻8号（2020：8）

症例：41 歳，男性

主訴：両手指，足趾のしびれ，感覚が鈍い，物をつかみにくい

現病歴：X 年5 月初旬に両足，両手の指先のしびれ，脱力が出現した．近医を受診しメコバラミン，プレガバリンを投薬されたが，徐々に悪化していった．5 月末に当院を受診し，神経学的には四肢遠位筋優位の筋力低下，glove and stocking型の感覚障害，振動覚低下，体幹失調，軽度左下肢失調，反射消失があった．神経伝導検査で脱髄の所見があり，髄液検査で蛋白細胞解離もあったことから，免疫介在性二ューロパチーとして6 月に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学57巻12号（2017：12）

症例：59 歳，男性　道路工事現場監督

主訴：四肢脱力，両上肢感覚障害，排尿障害

現病歴：2015 年3 月上旬に間欠的後頸部痛に加え，物が二重に見え，口渇を自覚し前医入院．糖尿病性ケトアシドーシスと診断，インスリン治療開始後の3 月中旬から急速に下肢優位四肢筋力低下，両上肢感覚障害，構音障害，嚥下障害，排尿障害が出現した．その後も両下肢筋力は約1 週間に亘り徒手筋力検査（manual muscle testing; MMT）1 レベルに低下し3 月下旬に精査加療目的で転院となった．

出典：症例報告　臨床神経学58巻1号（2018：1）

症例：76 歳，女性

主訴：動作緩慢，起立歩行困難，会話不能

現病歴：2014 年10 月に合唱で歌声が低音化し，同年12 月に話の遅さ，左腕筋力低下を呈した．2015 年2 月に前医を受診し，頭部MRI にて著明な左優位の前頭側頭葉萎縮を認めた．同年3 月に施行した脳血流SPECT では左側頭葉の血流低下がめだち，easy Z-score imaging system（eZIS）解析では右は前頭葉と頭頂葉に散在性に，左は前頭葉，頭頂葉，側頭葉に広範囲に血流低下を指摘された（Fig. 1）．同月，CK 378 IU/lと軽度上昇を認めた．同年5 月から急速に構音障害が悪化し，嚥下障害も出現して，四肢筋力低下も悪化した．同年7月の頭部MRI では左優位前頭側頭葉萎縮がさらに顕著となった（Fig. 2）．前医で施行された左上腕二頭筋の筋生検にて，Hematoxylin & eosin（H&E）染色で小角化線維様の萎縮線維が散在し，ragged red fiber （RRF），cytochrome c oxidase（COX）欠損線維を認めて（Fig. 3）ミトコンドリア病と診断され，筋組織mtDNA 多重欠失を認めた．針筋電図は施行されなかった．同年8 月に別府へ転居し，同月下旬に当科初診，入院した．

出典：症例報告　臨床神経学58巻1号（2018：1）

症例：87 歳，男性

主訴：眼瞼下垂，歩行困難

現病歴：2005 年10 月中旬，頻脈性不整脈のため近医にてシベンゾリンコハク酸塩錠300 mg/ 日が内服開始となった．2009 年11 月，シベンゾリンコハク酸塩錠が450 mg/ 日に増量となった．2010 年2 月下旬，昼より増悪する眼瞼下垂，顔面筋，四肢筋力低下のため近医より当院紹介となった．抗アセチルコリン受容体抗体陰性であったが，日内変動，エドロフォニウムテスト陽性より重症筋無力症が疑われた．その後，外来にてピリドスチグミン120 mg/ 日が開始となり，眼瞼下垂，筋力低下とも改善した．造影CT/MRI では胸腺腫はみとめなかった．2013 年10 月下旬，食欲不振，嘔吐を契機に，眼瞼下垂，四肢筋力低下が悪化し，重症筋無力症の増悪が疑われ，当院入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学58巻1号（2018：1）

症例：71 歳　女性

主訴：痙攣，四肢脱力

現病歴：発症2 週間前に上気道炎症状を認めた．第1 病日に急に歩行時のふらつきが出現した．第2 病日より開眼困難になり，真っ直ぐ歩けずA 病院を受診し，MRI 所見で異常は認めなかったが脳梗塞の疑いで緊急入院した．入院後，降圧薬を中止し，抗血栓療法を開始した．第3 病日に頭部MRI で白質脳症を認め，ステロイドパルス療法が施行された．第4病日に全身性の痙攣，四肢麻痺が出現し，当院へ搬送された．

出典：症例報告　臨床神経学58巻2号（2018：2）

症例：56 歳，男性

主訴：腰痛，右下肢筋力低下

現病歴：2016 年5 月中旬に北海道道東地域にて左腋窩，側腹部2 か所にマダニ咬傷を受傷した．受傷部位に皮疹は出現しなかった．8 月末より腰痛が出現し，徐々に増悪し痛みのため体動困難となった．腰痛は両側で灼熱感を伴い夜間に増悪する傾向にあった．近医整形外科に入院し鎮痛薬により腰痛は改善傾向にあったが，発症2 週間後より右下肢の筋力低下，3 週間後より複視と左顔面筋の麻痺が出現したため，精査目的に当院に転院となった．

出典：症例報告　臨床神経学58巻 3号（2018：3）

症例：58 歳，男性，右利き

主訴：歩行困難

現病歴：2014 年12 月頃から両足底の異常感覚を自覚するようになった．2015 年2 月頃から左下肢の筋力が低下し，2015年3 月に左手の異常感覚，右手の異常感覚，右下肢の筋力低下が順に出現した．その後，急激に両下肢の筋力低下が進行し，2015 年4 月初旬には起立困難となったため，当院の救急外来を受診し，精査のため入院した．入院数日前から排尿困難・排便困難も認めた．

出典：症例報告　臨床神経学58巻3号（2018：3）

症例：75 歳，女性

主訴：首が倒れる，疲れやすい

現病歴：2016 年6 月頃から家事を2 時間程度していると頭が重くなり下がってくることを自覚した．徐々に症状は増悪し頭が下がるまでの時間が短くなっていた．歩行時の易疲労感も自覚し15 分毎に休憩が必要になってきたため2016 年11 月に当院神経内科を初診し，精査目的に2016 年12 月に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学58巻4号（2018：4）

症例：63 歳男性

主訴：両下肢筋力低下，感覚障害，膀胱直腸障害

現病歴：2016 年9 月上旬より左臀部から左下肢背側，左足背にかけてしびれを自覚するようになった．9 月中旬には左下肢の疼痛，脱力，排尿障害が出現し，近医整形外科を受診しプレガバリンを処方され疼痛は軽減した．しかし，排尿障害と筋力低下は持続し，9 月下旬に泌尿器科を受診して間欠的自己導尿を開始した．10 月下旬には右下肢筋力低下も出現し，歩行困難となった．当院整形外科で施行した腰椎MRI では椎体や椎間板の変形を認めるが症状を説明しうる所見はなく，当科紹介受診し11 月上旬に精査目的に入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学　58巻 11号（2018：11）

症例：33 歳，男性

主訴：左下肢筋力低下

現病歴：幼少期より，1 時間ほどで回復する一過性の筋痛，四肢脱力を繰り返していたが特に精査はされていなかった．2014 年6 月に同様の四肢脱力が出現した後，両上肢，右下肢の脱力は改善したが，左下肢の脱力のみ改善せず筋力低下が持続していた．2014 年9 月頃から左下腿の萎縮も出現したため，同年12 月に当院当科を受診した．外来で施行された発作間欠期の血液検査ではNa 143 mEq/l，K 4.4 mEq/l と電解質は正常，CK 646 U/l と軽度上昇を認めた．左腓腹筋，ヒラメ筋の針筋電図では，安静時に刺入時電位の亢進と線維自発放電，陽性鋭波，強収縮時に低振幅電位を認めたが，ミオトニー放電は認めなかった．筋のMRI では左下腿の筋萎縮，T1/T2 強調画像，short tau inversion recovery（STIR）画像での筋の高信号を認めた．原因不明のミオパチーとして経過観察されていたが，徐々に左下腿の筋力低下が進行したため，さらなる精査として筋生検目的に2016 年9 月に当科に入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学58巻11号（2018：11）

症例：35 歳，男性

主訴：腰痛，歩行障害，排尿障害

現病歴：2014 年5 月初旬頃，前胸部痛が出現し，5 月中旬頃には両下肢にビリビリとした異常知覚が出現した．6 月初旬には腰痛，下肢疼痛が出現し，18 日には排尿困難を自覚し，23 日には完全に尿閉となったため近医泌尿器科を受診した．翌日には右下肢挙上困難となったため，当院整形外科を受診した．胸椎MRI T2 強調画像でTh7～9 にT2 強調像で高信号領域がみられたため，脊髄炎等を疑い当科へ同日入院した．また，症状の出現する前の4 月下旬頃，野良猫に左上肢を噛まれ流血した事があった．

出典：症例報告　臨床神経学58巻11号（2018：11）

症例：33 歳女性

主訴：四肢の筋力低下

現病歴：2016 年9 月中旬から朝のこわばり，10 月中旬から上腕の筋痛を自覚した．10 月下旬からペットボトルを開けづらくなり，ベッドからの寝起きに手間取るようになった．近医を受診し高CK 血症を認め，当院に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学58巻12号（2018：12）

症例：58 歳，女性

主訴：右下肢全体の激痛と筋力低下

現病歴：2018 年6 月某日（第1 病日）午前中に右下肢全体，特に右殿部から大腿後面を中心に電気が走るような激痛が出現した．夕方，歩行時に右足がつまずくようになったが何とか歩けた．右下肢の筋力が次第に低下して夜には歩けなくなり，第2 病日に救急外来を受診した．体温36.8°C，血圧155/100 mmHg，また血液検査，単純頭部MRI でも著変なく，右Lasègue 徴候陽性から腰椎椎間板ヘルニアを疑われて緊急入院した．しかし，腰椎MRI では腰部脊柱管狭窄や腹部大動脈の異常はみられず，第4 病日，当科に紹介された．両上肢はまったく無症状で，便通異常や排尿障害もなかった．また，数カ月以内にワクチン接種や感染症状，体重減少はなかった．

出典：症例報告　臨床神経学59巻1号（2019：1）

症例：69 歳男性

主訴：両下肢筋力低下，歩行困難

現病歴：2016 年9 月末頃から下肢疲労感が徐々に強くなり50 m も歩けなくなった．10 月頃から右上肢を肩から上に持ち上げられなくなった．11 月末に一人で立ち上がれなくなり当科を受診し，近位筋筋力低下およびCK 8,271 IU/l と異常高値を認めたため筋炎が疑われ入院した．先行感染は明らかでなかった．

出典：症例報告　臨床神経学56巻4号（2016：4）

症例：69 歳　男性

主訴：下肢に力が入らない

現病歴：2008 年，両側第1 指から第3 指にかけて感覚異常に気づいた．2013 年春，足底部に違和感を自覚し，夏には階段の登りが困難になり，腰を左右に振りながら歩くようになった．秋には，両膝下から自発的な痺れを自覚した．2014年4 月，当科に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学56巻9号（2016：9）

症例：17 歳，男性

主訴：四肢筋力低下，手指振戦

現病歴：生来運動機能に問題はなかった．17 歳時の夏ごろから上下肢の筋力低下を自覚するようになり，走った際にバランスを崩すようになった．筋力低下は徐々に進行し，加えて姿勢時に手指の振戦を自覚するようになった．翌年になり当科を紹介受診し入院した．

出典：症例報告　臨床神経学57巻1号（2017：1）

症例：62 歳，女性

主訴：四肢のしびれ感，歩行困難，尿閉，便秘

現病歴：2015 年12 月某日から上気道症状が出現し，3 日後には軽快したが，10 日後より手足のしびれ感が出現し（第1 病日），徐々に増悪し歩行不能となり（第12 病日），同時期から溢流性尿失禁，便秘となったため，当院受診し緊急入院となった（第13 病日）．

出典：症例報告　臨床神経学57巻2号（2017：2）

症例：36 歳，男性，右利き

主訴：左下腿萎縮，両下肢背面の疼痛

現病歴：2006 年頃から両下肢背面に疼痛を自覚するようになった．疼痛は冬に多く，1 日に数回の増強を認めていた．2007 年に全大腸炎型UC を発症し，約6 週間入院した．入院時よりUC に対してプレドニゾロン90 mg/day 内服投与およびメサラジン投与が開始された．同時期から両下腿萎縮を自覚し，その後半年以内に右下腿は回復したが，左下腿萎縮が残存した．UC が改善してきたため，プレドニゾロン内服量は漸減され，2011 年10 月には10 mg/day となり，2013 年に中止された．左下腿萎縮と両下肢背面の疼痛は持続し，2014年4 月に同僚から歩行時に左足を引きずっていることを指摘されるようになった．2014 年12 月中旬，左下腿萎縮と両下肢背面の疼痛の精査目的に入院した．入院時内服薬は，メサラジン3,600 mg/day 天然ケイ酸アルミニウム3 g/day タンニン酸アルブミン3 g/day 塩酸ロペラミド2 mg/day 塩酸エビナスチン20 mg/day メサラジン注腸1 g/day サラゾピリン坐剤500 mg/day リン酸プレドニゾロンナトリウム注腸20 mg 頓用臭化ブチルスコポラミン10 mg 頓服であった．

出典：症例報告　臨床神経学57巻3号（2017：3）

症例：49 歳，女性

主訴：喉のつかえ，手足に力が入らない

現病歴：2012 年冬に，手指が寒いところで白くなることに気づいた．2013 年5 月，食事中にむせや喉のつかえ感を自覚するようになった．同年6 月には重いものが持てなくなり，階段が上りづらくなったため，7 月に当院を受診した．

出典：症例報告　臨床神経学57巻4号（2017：4）

症例：78 歳，男性

主訴：階段や坂道が歩きにくい，腕が上がらない，飲み込みにくい

現病歴：2012 年8 月頃から，徐々に力の入りにくさや飲み込み辛さを自覚するようになった．11 月には坂道や段差を歩くのが大変になり，翌年1 月には階段をはってのぼるようになった．同年3 月，近医整形外科で両下肢の筋萎縮を指摘され当院を紹介受診し，5 月，精査目的に入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学57巻7号（2017：7）

症例：17 歳男性，学生

主訴：左上肢脱力

現病歴：生来健康であった．2015 年7 月末より，腕立て伏せや腹筋などの自重を用いた筋力トレーニング開始した．開始約10 日後頃より，左肘にじんじんとした痺れが出現．この時点で筋力トレーニングは中断している．8 月上旬より徐々に左肘を曲げる事ができなくなり，左握力も弱くなった．更に徐々に左上肢挙上も困難となり，筋力の低下とともに左肘の感覚障害の領域も徐々に前腕・上腕に広がっていった．8月中旬，左手が頭に届かなくなったため，A 病院整形外科受診．頸椎症が疑われ，精査目的で当科紹介受診となった．外来診察にて，Guillain-Barré 症候群などの疾患が疑われ，精査目的で8 月某日に当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学57巻9号（2017：9）

症例：59 歳，男性

主訴：歩きにくさ，手指の力の入りにくさ

現病歴：出生・発育に問題はなかった．2006 年（50 歳）より足に力が入りにくく全力で走れず，よく転倒するようになった．2009 年から両下腿以遠にじんじん感が出現し，歩行時に爪先が上がっていないことを周囲に指摘された．同年8月には両手指にもごく軽度のじんじん感を自覚するようになった．その後も緩徐に下肢の筋力低下が進行し，2012 年末からは杖歩行となった．2013 年からは両手指の使いにくさも出現し，財布から硬貨が出しづらい，ペットボトルの蓋が開けづらいといったことが増えた．2014 年には階段昇降に手すりを要するようになった．近医を受診し，CMT が疑われたが，2014年5月時点でのCMT遺伝子解析（MPZ, PMP22, SIMPLE, GJB1, TTR, HOX10, HK1, CNTF, TRPV4, MFN2, GARS,PRPS1, SETX, MED25, YARS, KARS, AARS, MTMR2, EGR2, NEFL, SOX10, GDAP1, SBF2/MTMR13, SH3TC2, NDRG1, PRX, RARB7, HSPB1, HSPB8, LMNA, GAN1, KCC3, TDP1, DHH の34 種類の遺伝子解析）では変異はみられなかった．精査目的で2016 年1 月当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学57巻10号（2017：10）

症例：67 歳，女性

主訴：四肢の筋力低下とじんじん感

現病歴：2011 年8 月，右優位の両下肢筋力低下が出現し，9 月には杖歩行となった．10 月には右優位の両上肢の筋力低下が加わり，袖通しやボタン留めを含めた着衣が難しくスプーンを使用して食事するようになった．両手掌と両足趾にじんじん感を自覚し，11 月上旬に当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学57巻11号（2017：11）

症例1：37 歳 男性

主訴：右足を内側にひねりやすい

現病歴：出生発達に異常なし．3 歳頃，平地で転びやすく，6 歳，かけっこは下位で平泳ぎの足の動作が苦手だった．10歳，右膝から下が細いことを自覚した．13 歳，走るのが遅く，右足関節を背屈しても直角より上げられず，転びやすいために整形外科で右アキレス腱延長術を受けたが改善はなかった．症状は進行せずに経過した．ミオパチーが疑われ，37 歳時当科に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学57巻11号（2017：11）

症例2　35 歳 男性

現病歴：出生発達に異常なし．小学校低学年から右側下腿が細かった．30 歳，起床時に頭痛が出現し，日中も眠気とだるさが強くなり，近医で睡眠時無呼吸症候群を指摘され持続式陽圧呼吸療法を開始したが続けられなかった．32 歳，「右足を引きずっている」と家族に指摘された．35 歳，階段を上った後に息苦しさを自覚し，次第に平地を歩くだけで息切れがした．他院循環器科に入院し，心不全からの呼吸状態悪化と診断され，気管内挿管，人工呼吸器管理となった．呼吸状態が改善し抜管に至り，夜間非侵襲的陽圧換気を開始したが，就眠時にSpO2 70％に低下するため，在宅酸素2 l/ 分を併用した．筋電図でミオパチーが疑われ，当科を受診した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻2号（2015：2）

症例：31歳女性

主訴：ふらつき

現病歴：正常出生，発達歴問題なし．小児期より運動，とくに長距離走が極端に不得意だった．18歳時の検診で感音性難聴を指摘された．この頃より早歩きができなくなった．23歳頃さらに歩くのが遅くなり転倒が増えたためA病院を受診したところ，頭部MRIにて小脳萎縮を指摘され，脊髄小脳変性症うたがいといわれた．31歳より歩行時のふらつきが増悪し伝い歩きとなったため，当科を受診した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻2号（2015：2）

症例：62歳，女性

主訴：身体がこわばる，下肢の脱力，尿閉

現病歴：2011年に慢性甲状腺炎，2012年に1型糖尿病と診断された． 2013年7月某日，両下肢脱力感を自覚した．発症第3日目に当科を初診し，38.3°Cと発熱があり，徒手筋力テスト4レベルの両下肢近位筋筋力低下，四肢腱反射亢進，尿閉をみとめた．同日夕より両下肢脱力が増悪し，発症第6日目に尿閉となり，入院した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻3号（2015：3）

症例：65歳，女性

主訴：右手に力が入らない

現病歴：2003年ごろ右手の母指の付け根が痩せていることに気付き，前医神経内科を受診した．手根管症候群をうたがわれて検査を受けたが合致する所見なく原因不明とされた．徐々に示指が曲がらなくなったが，小指側三本で物の把持はできていた．2009年の冬から右手の麻痺が悪化し，小指の付け根の筋肉のやせに気がついた．2010年4月某日，とくに誘引なく急に右の鎖骨の裏から背中にかけて痛くなったため，前医整形外科を受診．頸椎MRI検査を施行されたが原因不明とされた．数日後に右の小指側三本の指が曲がらなくなっている事に気がついた．痛みは改善したが，3ヵ月たっても指の動きが改善しなかったため当科紹介され精査目的で2010年7月入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学55巻4号（2015：4）

症例：65 歳，男性

主訴：高CK 血症

現病歴：53 歳時に高尿酸血症で通院中であった近医の定期検査で高CK 血症（669 IU/l）をはじめて指摘された．翌年も高CK 血症は持続しており精査目的に入院した．身体所見では自他覚的に筋力低下なく，筋電図検査においても異常所見はみられなかった．また，左上腕二頭筋からおこなった筋生検においても有意な異常所見はみとめられなかった．一方，同時におこなった全身検索においてS 状結腸癌が発見され腫瘍摘出術をおこなったが，術後も高CK 血症は改善せず傍腫瘍性の病態は否定された．高CK 血症の原因に関しては確定診断がえられず，その後は特発性高CK 血症として近医で経過観察されていたが，筋力低下もなく，血清CK 値は1,000 IU/l程度で推移していた．しかし，65 歳時に階段昇降の困難感を自覚するようになり当科を再診した．血清CK の上昇（4,846 IU/l）をみとめたため，精査目的に再入院した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻5号（2015：5）

症例：57歳男性

主訴：四肢筋力低下，四肢の疼痛

現病歴：2013年4月中旬より左肩痛と左上肢の筋力低下

が出現した．6月になると右肩痛と右上肢の筋力低下も出現し進行性に増悪した．やがて両下肢にも筋力低下やしびれが出現し，さらに嚥下障害や構音障害が出現したため前医へ入院した．その後も四肢の筋力低下は進行し歩行不能となった．また，嚥下障害の進行により誤嚥をくりかえし，呼吸困難出現のため酸素投与も開始された．前医で施行された頸髄MRIにて第1～6頸椎レベルの脊髄後索にT2強調画像で高信号の病変をみとめた．また髄液検査では細胞数47/μl，蛋白793 mg/dl，糖3 mg/dlをみとめ，髄液細胞診は陰性であった．以上の神経症状が亜急性に進行したため，さらなる精査加療目的で6月下旬に当科へ転院した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻6号（2015：6）

症例：22歳，男性

主訴：歩行障害

現病歴：出生時および幼少期に異常はみとめなかった．10歳頃より走るのが遅くなり，長距離走ではかなり差がつくようになった．2006年（18歳），右眼の眼痛と視力低下を訴えたため近医眼科で視神経炎をうたがわれ，ステロイドパルス療法を施行され，1週間で軽快した．その後通院歴は無い．2011年6月（23歳）より歩行時のふらつきが出現し，8月には自力歩行が困難となってきたため近医脳神経外科を受診．頭部MRIで多発する白質病変がみとめられたことから，多発性硬化症がうたがわれ，同年8月当科紹介入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学55巻6号（2015：6）

症例1：58歳，男性

主訴：著明なこむら返り，四肢しびれ，筋力低下

現病歴：30歳代より運動後に夜間，下腿のこむら返りがおきやすくなり，40歳代には頻度が増し，体幹・四肢にも出現するようになった．50歳頃から上下肢の近位筋力低下や両手掌のしびれが出現し，54歳時に当科初診．筋力低下は緩徐に進行し，現在ADLは一本杖歩行で，頸部筋力低下のためネックカラーを使用している．転倒すると自力でおき上がるのが困難．こむら返りの程度は57歳頃から減弱している傾向にある．

出典：症例報告　臨床神経学55巻6号（2015：6）

症例2　53 歳，男性

主訴：両手しびれ，筋力低下

現病歴：高校生の頃，運動後にこむら返りが頻発することを自覚していた．43 歳頃右上肢の挙げにくさと両手掌のしびれが出現し，症状は徐々に増悪し，46 歳時に当科初診．47 歳頃から歩行困難となり，現在ADL は車いすレベルである．

出典：症例報告　臨床神経学55巻6号（2015：6）

症例：19 歳，女性

主訴：両側下肢筋痛，筋力低下，易疲労性

現病歴：2008 年春（15 歳），高校入学後，疲れやすくなり，体育は見学するようになった．2011 年春（18 歳），大学入学後，易疲労性が悪化し，学校の階段を昇ることができなくなった．同年9 月下旬，筋痛のため歩行困難となり，当院を受診し，入院した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻9号（2015：9）

症例：73 歳，女性

主訴：右足底がジンジン痛い，右足が上がらない

現病歴：2010 年6 月頃からジンジンする異常感覚を右足底に自覚し，12 月に左側足底にも同様の異常感覚が出現した．灼けるような激痛になり，夜間に眼が覚めるようになった．2012 年頃から右下垂足を認め近医で短下肢装具を作成された．階段を登れなく這うようになり，感覚障害も悪化傾向であったため2013 年11 月に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学55巻10号（2015：10）

症例：49 歳，女性

主訴：四肢の脱力

現病歴：2013 年12 月某日頃より左前腕の脱力を自覚し始めた．発症第12 日目より左上肢全体の脱力となり，右上肢の脱力も加わった．発症第15 日目に近医で頸椎MRI を受けるも異常は指摘されなかった．発症第19 日目より階段を昇る際の両下肢の脱力に気づき，発症第20 日目に当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学56巻1号（2016：1）

症例：初診時72 歳（死亡時74 歳），男性

主訴：四肢筋力低下，労作時呼吸困難

現病歴：4 歳時に急性灰白髄炎に罹患し，後遺症として左下肢麻痺を生じ，以後松葉杖歩行となった．その後は特に症状の進行なく経過したが，60 歳頃から緩徐に四肢の筋力低下が進行し，72 歳頃から上腕・肩・頸部の筋力低下のため板書や髪をとかす動作が困難になった．下肢の筋力低下も進行し，杖歩行では数m程度しか歩けなくなったため，外出時には介助者操作による車いす移動が主体となった．易疲労感を主訴に近医を受診した際，胸部単純レントゲン写真にて胸膜肥厚と全肺野にびまん性に輪状影を認め，肺線維症の疑いで当院呼吸器内科に紹介された．気管支鏡検査にて網谷病（上肺野優位型肺線維症）の疑いと診断されたが，胸部CT 画像所見に比して呼吸機能低下が重篤であり，四肢筋力低下も認められたため，精査目的で当科に紹介された．

出典：症例報告　臨床神経学56巻2号（2016：2）

症例：43 歳，男性

主訴：両下肢遠位部のジンジン感

現病歴：2011 年10 月に左下肢外側から足趾にかけてジンジン感が出現し，数日後に右下腿外側から足趾にもジンジン感がひろがった．11 月に近医を受診し，両下腿以下の痛覚過敏と触覚低下をみとめた．12 月に精査目的で当科に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学53巻9号（2013：9）

症例：51 歳，女性

主訴：四肢のしびれ感

現病歴：2000 年3 月に意識障害，小脳性運動失調，複視が出現した．近医で脳幹脳炎と診断されステロイドパルス療法（メチルプレドニゾロン1 g/ 日× 3 日間）を1 クール施行され軽快した．2004 年7 月に両下肢の筋力低下と四肢遠位部の異常感覚が出現，この際に同院で多発性硬化症と診断されステロイドパルス療法1 クールがおこなわれ軽快し，後療法としてプレドニゾロン（PSL）30 mg の隔日投与が開始された．その後神経症状は安定していたため，2007 年6 月にPSL は漸減の後中止となった．同年12 月にふたたび意識障害と両下肢の筋力低下が出現したため同院に入院した．頭部MRI で第三脳室周囲の視床下部や両側視床内側にFLAIR 画像で高信号病変がみとめられた．多発性硬化症再発の診断でステロイドパルス療法がおこなわれ症状は軽快，PSL 25 mgの隔日投与が継続された．2008 年1 月に同院の精査で，血清抗AQP4 抗体陽性が判明した．2011 年10 月当地への移住を契機に当科を紹介受診し，病態評価のため入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学53巻10号（2013：10）

症例：49 歳，男性

主訴：歩行ができない

現病歴：2011 年6 月，全身倦怠感が出現した．8 月下旬から両膝から下にもやもやとした異常感覚が現れ，遠位部ほど症状が強かった．9 月初旬から2 時間毎にトイレに行くようになった．同月中旬から腰痛が現れ，両下肢全体に力が入らなくなり，杖歩行を始めた．同月下旬，近医整形外科に「腰椎椎間板ヘルニアのうたがい」として入院し，神経ブロック注射，リハビリなどをおこなったが改善せず，総合病院整形外科に転院した．歩行器でなければ歩けない程度まで症状は進行し，一過性の尿閉なども現れたため，さらなる精査のため，10 月中旬，当科に転入院した．

出典：症例報告　臨床神経学54巻1号（2014：1）

症例：入院時55 歳男性，右手利き

主訴：筋痙攣で右手が使いづらい，筋がピクピクする，体幹の筋力低下

現病歴：2008 年夏から腹筋・背筋の筋力低下を自覚，右手の筋痙攣と使いづらさが出現し，体重が減少傾向となったため2009 年4 月当科外来を初診し，症状が進行性であるため9 月に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学54巻2号（2014：2）

症例：80 歳，男性

主訴：四肢の脱力，両側末梢性顔面神経麻痺

現病歴：2012 年3 月上旬に高熱をみとめた．同月下旬より左手先の異常感覚が出現し，全身へ拡大した．同年4 月初めに右末梢性顔面神経麻痺，さらに会陰部の感覚低下，排尿障害，歩行時のふらつきが出現し，数日後には歩行困難となった．近医神経内科に救急搬送され，両側性末梢性顔面神経麻痺，四肢筋力低下，低Na血症を指摘され，当科紹介入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学54巻3号（2014：3）

症例：58 歳，女性

主訴：両下肢遠位の激烈な疼痛としびれ感，歩行障害

現病歴：2011 年6 月中旬頃右下肢のしびれ感で発症し，激烈な両下肢痛と，筋力低下が急速に出現し歩行困難となった．6 月末，急激な発症から腰椎椎間板ヘルニアをうたがわれ当院整形外科に入院し，下肢疼痛に対し鎮痛薬を投与されるも無効であった．末梢血好酸球増多をみとめ当科に転科した．

出典：症例報告　臨床神経学54巻4号（2014：4）

症例：69 歳，女性

主訴：四肢の筋力低下

現病歴：出生，生育歴に問題はなかった．2008 年下肢の筋力低下が出現し平地では躓いたりせず問題がなかったが，階段昇降が困難となった．2009 年には転倒しやすくなり，徐々に外出が減り，家の中でも動くことが少なくなった．2011 年に上肢の脱力を自覚し，ボタンはめができなくなり，同時期より重いものが持ちあげられなくなった．2 年で5 kgの体重減少があり，2011 年10 月に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学54巻5号（2014：5）

症例：73 歳，男性

主訴：くりかえす脱力発作

現病歴：出生時は異常なし．2 歳頃から，2 週間持続する四肢脱力発作をくりかえしていた．2012 年8 月某日，下肢筋力低下と高CK 血症のため当科紹介受診した．これまで経験した脱力発作は，数分で終わることもあったが，2 週間寝たきりになる発作が年に2～3 回あった．脱力症状は下肢に強く，極期には立つことも困難となった．長時間の発作は，冬などの寒冷期に誘発されることが多かった．軽度の発作であれば白米を食べると筋力が回復しやすかった（麦飯では効果がないという）．また子供の頃から，寒い日に冷水で顔を洗うと目が開けにくかった．

出典：症例報告　臨床神経学54巻6号（2014：6）

症例：42 歳男性

主訴：左手首の力が入らない，全身脱毛

現病歴：2006 年より後頭部の脱毛を生じ，近医で円形脱毛症と診断された．2009 年に失業した頃から脱毛症が増悪し，腋毛，陰毛をふくむ全身の体毛が脱落した．同年4 月，近医皮膚科を受診し，prednisolone（PSL）15～30 mg/ 日の投与を受けたが改善しなかった．その後左上肢の脱力感が出現し，左手でものが握りにくくなった．投与されていたステロイドの服用が不規則となり，2010 年5 月ステロイド投与は中止された．2011 年には右上肢の挙上も困難となり，近医を受診したが原因不明であった．徐々に躓きやすくなり，軽度であるが左足趾にしびれ感も出現したため，2011 年当科を受診した（Fig. 1A）

出典：症例報告　臨床神経学54巻10号（2014：10）

症例：48 歳，女性

主訴：躯幹・四肢近位筋の筋力低下

現病歴：2008 年11 月頃より手指が冷水暴露で白くなることに気づいた．その後，仰臥位から起床するのに時間がかかったり，掃除や洗濯干しなどの家事をする時に腕に力が入りにくいことを自覚した．翌年1 月近医を受診し，血液検査でAST・ALT・LDH の上昇を指摘され，当初は肝機能異常と考えられていた．同年6 月当院を紹介受診し，外来での検査で血清CK の上昇から筋疾患がうたがわれ，精査・加療目的で入院した．

出典：症例報告　臨床神経学52４号（2012：４）

症例：45 歳，男性，右きき

主訴：四肢の脱力

現病歴：30 歳代から職場の健康診断にて相対的リンパ球増多，好中球減少を指摘されていた．32 歳頃より四肢の筋力トレーニング時に筋力低下を自覚するようになり以後緩徐に増悪したが日常生活に支障はなかった．43 歳時に近医を受診し筋生検をおこなわれ，筋線維の大小不同や筋内鞘に単核球浸潤がみとめられ筋炎と診断された．45 歳頃（200X 年）から階段を登る際に疲労感を自覚するようになったため同年当科に入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学52巻６号（2012：６）

症例：66 歳，女性

主訴：両側顔面筋麻痺，四肢の感覚障害，筋力低下

現病歴：2006 年5 月中旬から軽度の両側顔面筋麻痺が出現した．数日後，両側顔面筋麻痺は増悪し，さらに両下肢の感覚障害，筋力低下が出現した．このため6 月上旬に前医に入院した．入院後まもなく四肢の筋力低下が進行し，歩行不能となった．6 月中旬より上肢にも感覚障害と筋力低下が出現し，尿閉も出現した．6 月下旬，精査加療目的に当科に転院した．

出典：症例報告　臨床神経学52巻６号（2012：６）

症例：73 歳，男性

主訴：浮動性眩暈，両肩痛，両上肢筋力低下

現病歴：2010 年11 月X－1 日15 時，突然浮動性眩暈が出現したが，15 分間ほどで消失した．11 月X 日7 時，ふたたび眩暈が出現した．8 時過ぎに近医で両肩痛と同時に両上肢脱力が出現し，しだいに両肘関節の伸展が不能となり，10 時に当科に紹介入院となった．経過中，外傷性機転はなかった．

出典：症例報告　臨床神経学52巻10号（2012：10）

症例：75 歳男性

主訴：歩行障害

現病歴：2008 年9 月より両下肢の脱力感が出現し，階段を昇りづらくなった．同12 月から手をつかないと床から立ち上がれなくなった．2009 年1 月に他院にて血清中CK が500IU/l 台の上昇を指摘された．同3 月から歩行の際に杖が必要になった．同4 月，筋疾患がうたがわれ当科に紹介受診した．

出典：症例報告　臨床神経学52巻10号（2012：10）

症例：38 歳，男性

主訴：左上肢，右下肢筋力低下

現病歴：2010 年4 月上旬に実子が予防接種のため第1 回目のOPV を内服した．その約3 週間後には患者本人が水痘，ムンプスワクチンを左上腕に筋注された．患者本人のワクチン接種の約3 日後から38℃ 台の発熱が出現し，5 日間程度で自然解熱した．解熱5 日後の5 月上旬から左上肢と右下肢の筋力低下が出現し，5 月中旬当科を受診した．筋力は左上肢，右下肢で徒手筋力テスト（MMT）4 程度の低下があり腱反射は正常であった．末梢神経伝導検査（NCS）では，左正中，尺骨神経でF 波の出現率が50％ に低下し，右脛骨神経のF 波は導出不能であった．左上腕二頭筋，三角筋，第一背側骨間筋，右外側広筋で施行した針筋電図検査では異常はなかった．このため外来で経過観察とし，5 月下旬には筋力がMMT5－程度まで自然回復した．6 月上旬から左上肢と右下肢を中心とした筋力低下がふたたび出現し，歩行困難となったため当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学52巻10号（2012：10）

症例：70 歳，男性

主訴：右上肢脱力

現病歴：2003 年9 月より右上肢異常感覚（ピリピリ感）と右手指脱力を自覚し，箸をうまく使えないなどの巧緻運動障害が出現した．同年11 月には左第一趾にもピリピリ感が出現したため当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学53巻１号（2013：１）

症例：87歳，女性

主訴：首下がり，腰曲がり，四肢筋力低下

現病歴：2009年8月頃，徐々に首が下がっていることに気がついた．立って歩いていると1分以内に首が下がり，また朝よりは夕方に首下がりが強かった．同年9月，背中が曲がってきたため杖をついて歩くようになった．同時期より洗濯物が干しにくくなり，歩きにくさが出現し，また階段も登るのが困難になった．2010年1月，首下がりと筋力低下の原因検査目的で入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学53巻3号（2013：3）

症例：62歳，男性

主訴：四肢の脱力，歩行時のふらつき

現病歴：生来健康であったが54歳頃より歩行時のふらつきを自覚するようになった．56 歳時より右下肢の脱力が出現，階段が上りにくくなり，その後両下肢の脱力が徐々に出現，進行した．57 歳時より両上肢の脱力が出現．59 歳時より左聴力低下が出現し，その後も上記症状が徐々に進行，症状出現後より体重が7 kg 減少し，本年になり立ち上がるのにも苦労する程となったため，精査目的に当科入院した．

出典：症例報告　床神経学53巻4号（2013：4）

症例：69 歳，女性

主訴：物が二重にみえる

現病歴：2012 年3 月下旬に上気道感染症状をみとめた．6日後（第1 病日）にみえづらさを自覚し，物が二重にみえるようになった．その後ふらつきやめまい感をみとめた．近医受診するも異常を指摘されず，自宅療養していた．第5 病日にはふらつきが強くて自力で座位保持できず，自宅療養困難となったので，M 病院を救急受診し入院となったが，その後も症状軽快しなかったため，第7 病日に当科紹介入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学53巻4号（2013：4）

症例：28 歳，男性

主訴：左腕の筋萎縮と脱力

現病歴：2009 年1 月某日起床時に左腕の挙上ができないことを自覚．その数日後より手首にも力が入らなくなったため近医神経内科を受診した．症状の主体が下垂手であったことから左橈骨神経麻痺の診断で保存的に加療がおこなわれた．しかし，左上腕外側の激しい痛みが新たに出現し夜間の激痛のため救急要請をおこなう事が度々あった．2010 年に筋力は自覚的に一部改善，疼痛も消失したが左上肢外側のしびれ感が残存した．2012 年3 月精査目的に当科に入院．

出典：症例報告　臨床神経学53巻5号（2013：5）

症例：47 歳，男性

主訴：両手足のしびれ，歩行時ふらつき

現病歴：2009 年8 月上旬より両足先のしびれ（ジンジン感）を自覚した．9 月上旬にはつま先立ちが不可能となり，歩行時ふらつきをみとめた．10 月中旬，臀部の違和感が出現した．11 月，手指にもジンジン感が出現し当科を受診した．

出典：症例報告　臨床神経学53巻6号（2013：6）

症例：49 歳　女性（臨床神経 2013;53:465-469 論文症例の妹）

主訴：四肢の筋力低下

現病歴：2007 年（46 歳）頃から，洗濯物を干す際に右上肢を拳上しにくいことを自覚した．その後，右肩，右上腕が重く，後髪を結うことが困難となった．2008 年春から，ベッドから横向きでおき上がる際に，頭を持ち上げにくいことに気付いた．その後，階段を上る際に足が重く感じるようになった．2009 年夏にはしゃがんで立ち上がることができなくなった．2010 年春から，仕事での指示をなかなか覚えられない，数日前に話した内容を忘れている，などを自覚するようになった．2010 年秋に近医を受診し，四肢の筋力低下をみとめ，当院を紹介され入院した．

出典：症例報告　臨床神経学　53 巻 6 号（2013：6）

症例：51 歳，男性（臨床神経 2013;53:458-464 論文症例の兄）

主訴：四肢体幹の筋力低下，無言，反社会性

現病歴：出生や発育に異常はなかった．40 歳で右スリッパが脱げやすくなり，41 歳で腰の重い感じを自覚し，膝がくだけて転倒することが増えた．42 歳で左上肢挙上に困難感を覚え，症状が進行するために43 歳時に某病院に入院した．脳神経系に異常をみとめず，上下肢バレー徴候は陰性で，上肢は筋力低下をみとめず，MMT で両側腸腰筋4，両側大腿屈筋群4，両側腓腹筋4，右前脛骨筋1，左3 で，下肢の筋萎縮はみとめたが浮腫が強く正確な評価は困難であった．下肢深部腱反射低下，病的反射みとめず，左第1 趾の温痛覚は低下，下肢の関節位置覚と運動覚は低下，歩行に問題をみとめなかった．CK は215 IU/l，左大腿直筋の筋電図で線維自発電位はみとめず，低振幅・短持続電位，多相性電位をみとめた．神経伝導速度検査で異常をみとめなかった．L4/5 間の椎間狭小化をみとめる他は頸椎・腰椎に異常をみとめず，頭部CT と頸部MRI も正常範囲であった．大腿部MRI で大腿伸筋群を主体に筋萎縮と脂肪置換をみとめた．右大腿四頭筋の筋生検（Fig. 1B）では著明な筋線維大小不同，中等量の壊死再生線維と中心核，少量の縁取り空胞をみとめ，タイプ1 線維主体でタイプ2B 線維はみとめず，病理所見から縁取り空胞をともなう遠位型ミオパチー（DMRV）を可能性も一応検討したが，GNE 遺伝子検査と免疫染色で異常をみとめなかった．45 歳で下垂足と四肢近位筋や頸部の筋力低下をみとめ，右上肢も挙上困難となった．49 歳で仕事上の要件をしばしば失念し，易怒的となり，物の名前がいえないなどの症状が出現した．またこの頃より首下がりをみとめるようになり，下肢筋力低下も進行して歩行不能となった．上肢で車椅子を操作することは可能であった．筋力低下と認知機能低下で仕事が困難となり同年に退職した．50 歳から無言でいることが多く，話しかけへの返答はまれであった．51 歳から電動車椅子を使用し，独りで5 時間の散歩することを日課としたが，道に迷うことは無かった．外出時に陳列していた店先の商品を車椅子で倒しても悪びれることなく謝罪をうながしても応じなかったことが幾度かあった．近隣の主治医より認知機能の精査を依頼され当院に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学53巻7号（2013：7）

症例：37 歳男性

主訴：右下肢の激烈な疼痛，四肢筋力低下

現病歴：2010 年9 月，入院16 日前から微熱，下痢，腹痛が1 週間持続し，入院10 日前から，疼痛が右下腿後面に生じた．入院8 日前，両下肢に脱力が生じ，入院5 日前，両上肢にも脱力が生じ，前医を受診した．疼痛は右大腿後面，次いで両下肢に拡がり，骨と肉が剝がれるような激痛になり，当科に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学53巻7号（2013：7）

症例：60 歳，女性

主訴：つま先立ちができない

現病歴：約3 ヵ月前から歩行時に右足で思うように踏ん張れなくなったことに気付き，その後両足でつま先立ちができなくなったため近医整形外科を受診した．腰部magnetic resonance imaging（MRI）では腰髄や馬尾の圧迫病変はみとめず，神経疾患をうたがわれたため当科に紹介され精査のため入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学50巻４号（2010：４）

症例：72 歳，女性，右きき

主訴：両下肢の脱力とジンジン感

現病歴：200X－2 年より両下肢脱力にともなう歩行困難が出現した．200X－1 年より物を持ち上げる作業も困難となり，同時に左大腿から足底にかけてのジンジン感も出現した．その約半年後には同様のジンジン感が右下肢にも出現した．諸症状が徐々に増悪したため，精査目的で200X 年3 月に当科に入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学50巻７号（2010：７）

症例：75 歳，男性

主訴：意識障害，四肢の筋力低下

現病歴：2004 年9 月よりふらつきが出現．翌10 月近医を受診し，衝動性眼球運動障害，下向き眼振，および感覚障害を指摘された．翌2005 年2 月には症状は自然軽快した．また，同時期に当院呼吸器科にて肺門部リンパ節腫脹を指摘され，FDG-PET でも同部位に集積をみとめた．そのため超音波内視鏡下に経気管支的穿刺吸引細胞診を施行したが悪性細胞はみとめなかったため，経過観察となった．2006 年3 月頃より手指遠位部のじんじん感と筋力低下による歩行困難が，8 月には一過性の意識消失発作や全身痙攣，意識障害が出現した．その後も歩行障害が進行性に増悪し，上肢遠位の筋力低下も出現し，物をよく落とすようになったため，同月下旬前医に入院した．入院後リハビリテーションにて一時的に改善したものの，10 月中旬から意識障害，四肢の筋力低下が悪化したため，2007 年1 月上旬当科へ紹介入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学50巻８号（2010：８）

主訴：手指の使いにくさ

現病歴：35 歳，左手でキーボードが打ちにくいことに気づいた．左手の動かしにくさは緩徐に悪化した．39 歳，重い物を持つと左手がふるえ，痩せていることに気づいた．その後右手も物がつまみにくく，ペットボトルの蓋が開けにくくなった．40 歳，両前腕のピクツキに気づき右手も痩せてきたため，2007 年3 月当院に精査入院した．

出典：症例報告　臨床神経学50巻８号（2010：８）

症例：73 歳男性右きき

主訴：左母指，示指の脱力

現病歴：左下肢の静脈瘤，高血圧および心房細動で近医に通院中であったが，ワルファリンカリウムの内服はしていなかった．2006 年9 月某日，17 時頃よりビールを飲もうとしたところ，突然左の第1 指，第2 指が動かしにくくなった事に気が付いた（左腕を圧迫した経緯はない）．しばらく様子をみていたが，症状改善しないため翌日当院神経内科を受診した．頭部CT を施行して明らかな異常所見はみとめられなかったが，経過と神経症状より脳血管障害の存在をうたがったために同日当院に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学50巻９号（2010：９）

症例：29 歳．男性

主訴：歩けない

現病歴：出生，発達異常なし．幼稚園でかけっこは他児より大きく離されて最下位だった．7 歳時，兄が筋ジストロフィーと診断され，A 病院で筋生検を受け，筋ジストロフィーと診断された．免疫染色は当時施行されていなかった．治療方法がないといわれ以後は通院していなかった．小学生で級友から「足が太い」といわれていた．16 歳，つかまらないと座位から起立できなくなった．普通高等学校の成績はよい方だった．21歳，専門学校卒後IT 関係企業に就職．歩行に杖が必要になった．26 歳，移動は主に車いすを使用するようになった．27歳，会社の検診で心拡大を指摘され，B 病院受診，心超音波検査でFS 16.6％，マレイン酸エナラプリル5mg が開始された．29 歳，リハビリテーションを希望し当院初診，診断目的に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学50巻９号（2010：９）

症例：63 歳，男性．右きき

主訴：右手のしびれ，右上肢の脱力

現病歴：2009 年5 月下旬，仕事中に右小指球の感覚鈍麻が出現，徐々に右第4・5 指の掌背側に症状が拡大した．翌日には感覚鈍麻が右前腕尺側まで拡がり，右第4・5 指に力が入りにくくなった．第3 病日には右上肢の挙上がやや困難になり近医を受診，頭部MRIT2 強調画像では左半卵円中心に陳旧性のラクナをみとめるのみで，頸椎症がうたがわれた．第6 病日に当院を紹介受診，緊急入院した．

出典：症例報告　臨床神経学50巻10号（2010：10）

症例：71 歳，男性，右きき

主訴：四肢筋力低下，しゃべりにくさ

現病歴：68 歳頃から長い釣り竿を握ることや，缶の蓋を右手指で開けることが徐々に困難となってきた．69 歳頃よりしゃべりにくさを自覚し，家人にもろれつが回っていないことを指摘されるようになった．70 歳頃より前腕や大腿のやせに気づき，重い箱を持ちあげることやしゃがみ立ちが困難となり，71 歳時当科入院となった．これまで食事の際，喉のつかえや咳こみ，鼻への逆流などは自覚したことはなかった．

出典：症例報告　臨床神経学50巻10号（2010：10）

症例：73 歳，男性

主訴：首下がり，痩せ，筋力低下

現病歴：68 歳頃から体重減少がみられ，四肢筋力低下，疲れやすさを自覚した． 70 歳時に首下がり， 両手指の強ばり，Raynaud 症状が出現した．71 歳時より階段昇降が困難となり，73 歳時に某総合病院の内科を受診した．悪性腫瘍の合併をうたがわれ精査を受けたが異常所見をみとめず，運動ニューロン疾患をうたがわれ当院を紹介された．

出典：症例報告　臨床神経学51巻２号（2011：２）

症例1：78 歳，女性

主訴：首が下がる

現病歴：2008 年3 月下旬より首が上がらなくなり，近医を受診した．症状は進行性であり，同年4 月初旬に当科を紹介された．症状に日内変動はなく，血清CK 値の上昇と，針筋電図にて頸椎の右傍脊柱筋に筋原性変化をみとめ，筋疾患をうたがわれ入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学51巻２号（2011：２）

症例2：85 歳，女性

主訴：首が下がる

現病歴：2008 年3 月頃，近医で白内障の手術を受けてから急速に首下がりが出現し，後頭部に痛みを感じるようになった．そのため，当科受診し，血清CK 上昇，針筋電図によって頸椎の左側傍脊柱筋に筋原性変化を指摘され，筋疾患をうたがわれ入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学51巻２号（2011：２）

症例：72 歳，男性

主訴：四肢の脱力，しびれ感

現病歴：2004 年1 月四肢遠位の感覚鈍麻が緩徐に進行したため，2006 年1 月近医を受診し，四肢末梢優位の感覚低下・筋力低下，腱反射消失をみとめた．神経伝導検査で脱髄を示す伝導遅延がみられ，髄液検査で蛋白細胞解離をみとめたことから，CIDP と診断され，ステロイド治療，免疫グロブリン静注療法（IVIg）がおこなわれたが，反応はなく症状は緩徐に進行した．2008 年10 月，誘因なく近位筋をふくむ四肢の筋力低下が急激に進行し，歩行不能となり，同年11 月に精査加療目的に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学51巻５号（2011：５）

症例：49 歳，女性

主訴：顔面・体幹・両上肢の皮疹

現病歴：2009 年1 月中旬よりサプリメントの摂取を開始した．1 月下旬より顔面に搔痒感をともなう浮腫性紅斑が出現し，その後，体幹・両上肢へと拡大した．3 月初旬にサプリメントの摂取を中止した．しかし皮疹は改善せず，6 月下旬に近医皮膚科を受診し，中毒疹のうたがいで当院皮膚科を紹介受診した．CK の上昇もありDM がうたがわれ，6 月某日に当科を紹介受診し，精査加療目的に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学51巻７号（2011：７）

症例：46 歳，男性

主訴：四肢の感覚障害

現病歴：2007 年11 月下旬，起床時に両手のビリビリとした異常感覚を自覚し，両足部にも拡大した．12 月中旬に近医を受診し，末梢神経障害がうたがわれるも原因が不明であった．その後も症状は増悪し，翌年2 月中旬，精査目的で当科入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学51巻10号（2011：10）

症例：75 歳，男性

主訴：四肢の脱力．嚥下障害．嗄声，痰の喀出困難

現病歴：2009 年夏頃から書字が不自由になった．次いで両側上肢が挙上しにくくなり，徐々に悪化した．歩行障害はなかったが，少し喋りにくくなったため2010 年1 月に当科を受診した．

出典：症例報告　臨床神経学52巻１号（2012：１）

症例：29 歳，女性

主訴：物が二重にみえる

現病歴：2011 年1 月中旬から約1 週間鼻水と喉の痛みがあった．1 月下旬某日（第1 病日）なんとなく目が見えづらい感じがあり．第3 病日から左右方向視時の複視が顕在化した．第4 病日には歩行時のふらつきも出現し，鼻声となり，近医より当科を紹介されて入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学52巻２号（2012：２）

症例：40 歳，男性

主訴：左腰痛，左下肢疼痛，筋力低下

現病歴：2006 年7 月下旬左側腰痛を自覚．近医整形外科にて消炎鎮痛剤を処方され，自宅で腰部と下肢のストレッチをして様子をみていた．3 日後の夜，左側腰部から大腿部に激痛が出現．同時に左大腿部前面にしびれ感もともない，大腿部に力が入らないと自覚．当院救急外来受診し入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学52巻４号（2012：４）

症例：29 歳，男性

主訴：頸部筋力低下

現病歴：25 歳時より慢性的な肩こりがみられた．27 歳時より頸部の筋力低下を自覚．その頃に受けた職場健診にて血液検査の再検査を指示されたため，近医を受診し高CK 血症（3,989IUl）を指摘された．28 歳時，当科を紹介受診し，CK高値であったものの，針筋電図において一部に高振幅電位をみとめたものの干渉波は良好であり，神経疾患・筋疾患のいずれも鑑別しながら経過観察としていた．頸部の筋力低下が緩徐に進行するため，29 歳時に精査目的に入院した．

出典：症例報告　臨床神経学52巻４号（2012：４）

症例：70 歳，男性，右きき

主訴：歩行障害，感覚障害

現病歴：2002 年頃（64 歳）から四肢の感覚異常と脱力感が出現，増悪した．2005 年頃から歩行時のふらつきや立ちくらみ症状が出現し，残尿・排尿困難のため尿道カテーテルが留置された．2007 年に，完全房室ブロックのためペースメーカー埋め込み術が施行された．その頃，頭部CT で脳室拡大を指摘された．2008 年，硝子体混濁に対する手術の採取検体からアミロイドが検出された．感覚障害と水頭症の精査加療目的に2008 年6 月に神経内科へ入院した．

出典：症例報告　臨床神経学48巻１号（2008：１）

症例：72 歳，男性．

主訴：下肢の有痛性結節．

現病歴：71 歳時に左下腿後面に有痛性の結節が出現した．近医にて同部位より筋生検を施行したところ，筋線維の大小不同や多数の壊死・再生線維，および筋内鞘への単核球浸潤がみとめられたため（Fig. 1A）， 筋炎と診断された． その後，経過観察のみで約3 カ月後に結節は消失した．72 歳時に右下腿後面に有痛性結節が出現したため，当科入院した．

出典：症例報告　臨床神経学48巻２号（2008：２）

症例：31 歳，女性．

主訴：近位筋優位の筋力低下，全身の痛み．

現病歴：2004 年2 月，肋骨骨折を指摘され，その後も腰の痛みが持続したためMRI 検査を施行したところ腰椎の圧迫骨折をみとめた．5 月頃より足のこわばりが出現し，力の入りにくさを自覚し歩きづらくなった．その後の脱力症状は徐々に進行し，頸部や上肢にも広がり，頭が上げづらい，ペットボトルのふたが開けにくいなどの症状が出現した．臀部・両肩・前胸部に痛みが出現した．2005 年12 月に骨粗鬆症を指摘された．その後も徐々に全身の痛みと筋力低下が進行し，歩行困難となったため2006年2 月精査目的に入院となった．入院時全身理学的所見：体温36.6℃， 血圧12476mmHg，脈拍76分・整，身長は発症前より3.4cm 低下し166.7cm であった．肋骨，肩関節，股関節，手関節，膝関節に圧痛をみとめた．

出典：症例報告　臨床神経学48巻２号（2008：２）

症例：23 歳女性．

主訴：下肢の感覚異常と筋力低下，排尿障害．

現病歴：200X 年7 月X 日午前中から殿部～下肢に違和感および倦怠感を自覚するようになった．同日18 時頃には通常通りに排尿したが，その後は尿意があるものの排尿困難となった．21 時頃には歩行困難となり，その後起立不能となった．翌日の起床後も起立不能な状態が持続したために近医を受診した．ミエロパチーがうたがわれたため同日当科に精査加療目的で入院した．

出典：症例報告　臨床神経学48巻２号（2008：２）

症例：73 歳，男性．

主訴：左手足の脱力，物が二重にみえる．

現病歴：入院当日，起床時より左手足の力が入りにくくなり，その後，朝9 時頃から話しにくさと右方視時の複視が出現し，同日夕方に当院を救急受診した．頭部CT では明らかな異常所見はなかったが，神経学的所見と経過から脳梗塞をうたがわれて入院した．

出典：症例報告　臨床神経学48巻７号（2008：７）

症例：39 歳男性．

主訴：複視，ふらつき，意識障害．

現病歴：2006 年3 月下旬より37～38 度台の発熱と鼻汁，6日目に頭痛，回転性眩暈，複視，歩行時のふらつきが出現した．左外転神経麻痺，四肢の著明な運動失調，顔面・四肢の軽度筋力低下，腱反射消失がみとめられ，FS の診断のもとに免疫グロブリン大量静注療法（IVIg）が開始された．しかし意識障害が急速に出現し，第8 病日に昏睡となった．

出典：症例報告　臨床神経学49巻１号（2009：１）

症例1：81 歳，男性．

主訴：四肢筋力低下，構音嚥下障害．

現病歴：2002 年夏より重い物の持ち上げが困難になり，階段の昇りが遅くなるなど四肢の筋力低下が緩徐に進行した．2005 年2 月頃より鼻声となりろれつが回りにくくなった．また，食事中にむせるようになり，同年12 月に当院に精査入院した．

出典：症例報告　臨床神経学49巻１号（2009：１）

症例2：71 歳，男性．

主訴：四肢筋力低下，構音障害．

現病歴：2000 年春より下肢に力が入らなくなり，階段の昇りが遅くなるなど緩徐に歩行困難が進行した．2003 年より鼻声となりろれつが回りにくくなった．また，長時間，腕を上げていられなくなった．2005 年1 月に当院に精査入院した．

出典：症例報告　臨床神経学49巻2/3号（2009：2/3）

症例：65 歳，女性．

主訴：両上肢，左下肢の異常感覚，両下肢筋力低下．

現病歴：1 年半前，左下肢の異常感覚が出現し，MRI にて頸髄病変を指摘された．1 年前に頸髄病変が再発，ステロイドパルス療法を受けた．半年前より両下肢違和感，筋力低下が出現し入院した．退院後も異常感覚は残存した．1 カ月前より肩から下の異常感覚が増強し再入院した．

出典：症例報告　臨床神経学49巻2/3号（2009：2/3）

症例：35 歳，男性．

主訴：歩行時の下肢の筋痛・関節痛．

現病歴：2007 年9 月中旬に誘引なく両手の腫れとむくみ感を自覚した．10 月中旬に両腕，太腿および下腿後面に張っている感じが出現した．また，歩行時に膝の痛みをともなうようになった．11 月に仕事で重いものを持ち上げられず，握力も落ちてきた．2008 年1 月に症状はピークとなり以後は不変であった．同年5 月に当科精査入院した．約6 カ月で2kgの体重減少があった．

出典：症例報告　臨床神経学49巻８号（2009：８）

症例：38 歳．男性．

主訴：四肢脱力．

現病歴：筋力低下出現の約2 週間前に鼻汁・咽頭痛があったが，下痢はなかった．上気道炎症状の改善後，4 月上旬（第1 病日）に両側の握力の低下を自覚．第2 病日には下肢脱力も出現した．第3 病日に近医を受診し，握力が右10kg，左11kg と低下，腱反射の低下もみとめたためGBS をうたがわれて第5 病日に当科紹介入院となった．

出典：症例報告　臨床神経学50巻１号（2010：１）

症例：64 歳，男性

主訴：易疲労感，口渇，歩行障害

現病歴：2000 年11 月に健康診断の胸部単純レントゲン写真で右上肺野に腫瘤性陰影を指摘され（Fig. 1a），同月に右上葉切除術を受けた．肺病理組織像で中分化型扁平上皮癌と診断された（Fig. 1b）．2001 年10 月に縦隔リンパ節転移（病理組織診断で肺扁平上皮癌によるリンパ節転移）がみとめられ，5-FU の内服が開始された．2002 年6 月に右上下肢のけいれん発作が出現し，左前頭部の転移性脳腫瘍がみとめられたが，放射線治療で縮小した．2002 年10 月から徐々に易疲労感，口渇が出現し5-FU の副作用がうたがわれ，同年11 月に中止されたが改善せず，2003 年3 月にふたたび投与開始された．しかし，しだいに歩行障害が出現し，5 月に当科受診となった．

出典：症例報告　臨床神経学50巻３号（2010：３）

症例1：80 歳，男性（II-2）

主訴：両下肢脱力

現病歴：2001 年3 月（79 歳時）より右下腿のしびれ感が出現．同年6 月より右大腿部の痛みと右優位の両下肢脱力が出現し，腰部脊柱管狭窄症と診断され，第3～5 腰椎の後方固定術を施行された．この頃は歩行器で自力歩行可能であった．手術施行後，感覚障害は改善したが，両下肢の筋力低下は徐々に増悪し，車椅子生活となったため，2002 年3 月当院に精査目的で入院した．

出典：症例報告　臨床神経学50巻３号（2010：３）

症例2：79 歳男性（II-6）

主訴：両下肢脱力

現病歴： 2005 年頃（76 歳）から徐々に歩きづらさが出現，200X＋7 年初旬頃より段差につまずきやすく転倒をくりかえすようになり，杖歩行となった．その後，左上肢の軽度筋力低下を自覚するようになったため，同年12 月当院に精査目的で入院した．