出典：症例報告　臨床神経学42巻1号（2002：1）

症例：30歳,女性

主訴：四肢のじんじん感,起立時のふらつき感

現病歴：2000年5月末,肩から背中にかけて痛みが出現した.痛みは睡眠を障害する程強かった.翌朝,起立時にふらつき感を自覚した.また,腹部膨満がみられ麻痺性腸閉塞と尿閉が出現した.続いて四肢遠位部優位の異常感覚と筋力低下も同日に出現した.筋力低下は進行し,翌日には歩行不能になった.約一週間で腸閉塞,排尿障害は保存的療法のみで軽快,歩行障害は徐々に改善し,歩行器で移動できるようになった.しかし,下痢が始まり自律神経症状は増悪し,第21病日目に当科に入院した.経過中,明らかな先行感染症状はなかった.入院時一般内科的所見：身長151cm,体重37kg.血圧16〇/94mmHg,頻脈(114/min,不整),四肢と体幹の発汗の低下をみとめた.

出典：症例報告　臨床神経学42巻1号（2002：1）

症例：49歳,男性.

主訴：四肢遠位部の筋力低下としびれ.

現病歴：1995年頃より両下肢遠位部のしびれ感を自覚していた.1997年頃には両上肢遠位部のしびれ感および書字の際の手のふるえを自覚した.さらに1999年には両下肢脱力感が出現し,歩行時,段差のあるところで,つま先が引っかかりやすくなり,またスリッパが脱げやすくなった.2000年5月中旬頃から両上下肢のしびれ感がさらに増悪したため近医を受診した.その後,当科を紹介され,慢性多発神経炎と診断された.この際,抗HCV抗体は陽性であったが,血中CGは検出されなかった.2000年7月7日,精査加療を目的に当院に入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻1号（2002：1）

症例：64歳,男性.

主訴：両下肢脱力,しびれ感.

現病歴：H2年両足のしびれ感が出現したが放置.H5年空 腹時血糖が580mg/d/と糖尿病を指摘された.以後高カロリーの食事をやめ,1,600calの食事とグリベンクラミド1.25 mg朝前,エパルレスタット150mg毎食前投与を受けていた.H8年より両下腿以下および両手指末端の強いしびれがおこり,H9年より両下肢の脱力,歩行障害が生じH12年4月入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻1号（2002：1）

症例：57歳,男性.

主訴：不眠,不安感,嚥下時の違和感.

現病歴：2000年5月初旬頃より左下肢,7月より右下肢の 脱力が出現した.脱力が進行したため,8月22日に当科に入院した.神経学的所見で両上肢に線維束性収縮,筋電図検査で 神経原性変化をみとめ,ALSと診断された.入院中に主治医 よりALSであることを告知され,9月6日に退院した.退院 後は当科外来に定期通院していた.2001年5月より,将来に 対する不安が強くなり,4〜5時間/日程度しか眠れなくなった.また,嚥下時にのどにつまる様な違和感が出現,うつ状態 となったため,6月6日当科に再入院した.

出典：症例報告　臨床神経学42巻2号（2002：2）

症例：49歳,女性.

主訴：

現病歴：幼少時より痩せており,上手く走れず運動が苦手 で,筋疾患と診断されていた.症状に明らかな進行はみられ ず,日常生活は可能であった.35歳時に会社の健診で2度房室ブロックを指摘されたが放置していた.45歳時に左中大脳 動脈領域塞栓症,およびその半年後に右後大脳動脈領域塞栓 症を発症し,右不全片麻痺,独歩不能となった.この時,一過 性に出現した左同名半盲は抗凝固療法で軽快した.この時点 で筋疾患の合併を再度指摘された.また慢性心房細動をともなう高度房室ブロックと心室期外収縮の多発を指摘されて, 塩酸チクロピジンと塩酸メキシチレンの投与を受けていた. 1999年4月(49歳時)に下腿浮腫と息苦しさが出現した.前 医にてうっ血性心不全と診断され,利尿剤の投与を受け症状 は軽快したが,精査加療目的に当科へ紹介された.

出典：短報　臨床神経学42巻2号（2002：2）

症例1：54歳,女性,主婦.

主訴：右下肢の脱力.

現病歴：1997年9月頃(50歳時)右下腿から足先の痺れと 右足の脱力•痩せが出現.1998年7月,当科に入院し,右下 肢に神経原性変化をみとめたが,確定診断にはいたらなかっ た.1999年8月,顔面筋のピクつき,筋力低下や左下肢の脱 力が出現.1999年9月,再入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻2号（2002：2）

症例2：61歳,男性,無職.

主訴：鼻声,飲み込みづらさ.

現病歴：1997年4月頃(61歳時)より,徐々に鼻声,構音 障害,嚥下障害(固形物)が出現.1 9 9 7 年5 月,上腕外側の 筋の痩せとピクつきが出現.1997年7月,当科に入院した.

現症：嚥下障害,構音障害,舌の著明な筋萎縮,線維束性収縮と運動不良,両側上腕外側,母指球の軽度筋萎縮と左上肢筋 力の軽度低下(4/5)をみとめた.左上下肢に痙縮をみとめ, 下顎反射正常,上肢腱反射は左で亢進,右は正常,下肢腱反射 は正常だった.表在感覚,深部感覚,\_律神経機能に異常はみとめず.

出典：症例報告　臨床神経学42巻3号（2002：3）

症例：50歳,男性

主訴：痙攣発作,発熱

現病歴：1997年7月(49歳時)頃より両側の肩•肘•膝関 節痛が出現し,軽度の労作業で四肢に筋肉痛が生じた.その後 関節痛と労作時の四肢筋肉痛とは出現と消退をくりかえして いた.1998年2月頃より両側顔面に紅斑が出現した.5月,当 院内科初診時,両頰部,頸部,右肩,左手首,両大腿部伸側に 紅斑をみとめた.Gottron徴候陽性.血液生化学的データでは TP 8.1g/dZ, Alb 3.5g/dZ, y-globulin 313 % 、 CRP 3 +, CK 1 4 0 I U / Z , 抗核抗体(n u c l e o l a r ) 1 , 2 8 0 倍であった.5 月1 9 日内科に入院時CK 305IU//, CRP3 + ,尿蛋白(-),尿潜血 (-).針筋電図では,安静時,右上腕三頭筋にpositive sharp wave( + ),随意収縮時,右三角筋,上腕二頭筋,前脛骨筋に polyphasic, low amplitude MUP,右小指外転筋,大腿直筋に giantMUPをみとめた.退院後は投薬なしで経過を観察中 に,6月下旬より両手掌に紅斑が出現,しゃがみ立ちが困難と なった.7 月8 日,C K 1 . 0 5 4 IU // , CR P 2 +とCKが上昇した ためプレドニゾロン30mgを連日経口投与した.7月23日施行した左第]!指背側の紫紅色調紅斑部からの皮膚病理所見 は,過角化,表皮肥厚,表皮突起延長,真皮全層での血管周囲 のリンパ球を主体とする中等度の慢性炎症細胞浸潤が主な所 見で,血管壁には炎症をみとめなかった.8月4日18時頃, 臥床中に両上肢に間代性痙攣が出現した.血液生化学検査で は,CK 920IU//, CRP2 + ,頭部単純CTに異常なく帰宅した が,8月5日脳波検査後に両上下肢の痙攀発作と意識障害が 出現し,神経内科に緊急入院した.

出典：症例報告　臨床神経学42巻3号（2002：3）

症例：46歳,男性.

主訴：四肢麻痺,歩行障害.

現病歴：生来健康.2000年2月下旬,起床時より左下肢遠 位筋の筋力低下を自覚した.前駆症状として発熱.咳嗽などの 感染症状はみとめられなかった.以後左足を引きずって歩くようになった.3月中旬より右足の筋力低下も出現し,手で壁などをつたいながら歩くようになった.3月末より,両手の握 力低下を自覚した.また,立位時のふらっきも自覚するようになった.4月に入ると,起立時の動揺は増悪し歩行困難となり,また手で物を掴むことも困難となったため,4月下旬当科 に紹介され入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻4号（2002：4）

症例：25歳,男性.

主訴：

現病歴：小児期の運動能力は良好で,学生時代は空手•柔 道,受診時も太極拳をおこなっていた.中学2年から緩徐進行 性に肩甲帯•胸部の脱力•萎縮が出現,23歳頃から腰帯部の 筋力低下が出現し,25歳から呂律の回りにくさ,嚥下困難を自覚した.

出典：短報　臨床神経学42巻4号（2002：4）

症例：44歳,女性.

主訴：四肢筋力低下,歩行障害.

現病歴：幼小児期より運動は不得意で,徒歩競争は遅いほうであった.思春期以降徐々に両下肢の筋力低下を自覚した. 30歳頃には足底に胼胝が多発し,近医にて凹足も指摘され た.またこの頃より足趾の感覚低下を自覚.35歳頃より徒歩 困難となり杖歩行となった.40歳頃には指先での細かい作業が不能で独歩困難となり,四肢遠位部の感覚低下も\_覚した. 43歳頃より車椅子での生活となる.また数年前より仰臥位での呼吸苦を自覚している.

出典：短報　臨床神経学42巻7号（2002：7）

症例：62歳男性.

主訴：呼吸苦,四肢末梢筋力低下と感覚障害.

現病歴：1999年3月より両足のびりびり感が出現し,6月 から両手にも出現した.2000年1月より四肢末梢の筋力低下 も出現した.症状は亜急性に進行し,2月から杖歩行,4月よ り車椅子,6月には寝たきりで全介助状態となった.7月より 呼吸苦が出現し,精査加療目的で7月19日自治医大神経内科 に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学42巻9号（2002：9）

症例：17歳,女性.

主訴：左斜頸,右SCMの腫大•硬直,軽度の開口困難.

現病歴：17歳4月よりとくに誘因なく右顎関節付近の痛 みが出現し,しだいに開口困難になった.前医の口腔外科にて 顎関節症をうたがわれ,4月後,全麻下で強制開口をおこない 1.5cm程度の開口は可能になった.しかし術後1月目に右下 顎部の腫脹をきたし,開口不能になった.さらに1月後,口底 部より骨膜下にドレナージが施行され,開口困難は徐々に軽 快傾向にあった.18歳7月より右SCMの腫大•硬直が出現し,しだいに頸 部が左に傾くようになった.前医にて右SCMより筋生検が 施行され,斜頸の精査目的で当院に紹介入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻9号（2002：9）

症例：62歳,女性,右きき.

主訴：四肢•体幹のしびれ,歩行困難. 既往歴,家族歴：特記事項なし.

現病歴：1999年10月頃より,左足底にしびれが出現し,し だいに四肢,体幹に拡がった.徐々に歩行時にふらつくように なり食欲低下もみられ,近医受診した.精査のため当科を紹介 され,2000年4月27日入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻9号（2002：9）

症例：47歳,男性,会社経営.

主訴：呼吸困難.

現病歴：小学生の時から口笛は吹けず,跳び箱は腕で支え きれなかった.中学生の時,額にしわをよせられず,握力は あったが上肢挙上が困難で,走るのが遅くなった.高校で走る と転びやすく,右優位に肘屈曲が弱くなった.19歳,他院で 腱移行術を受け,右肘屈曲が若干可能になった.FSHDと診断 された.20代前半に右優位の手指伸展困難,20代後半に階段昇降困難,30代前半に階段昇降不能,30代後半につかまらな いと起立できず,42歳,寝返り困難になった.44歳,咳が弱 く,痰がからみやすくなり,座位で肺活量は1.65L(予測値の42.7%)で,すでに高炭酸ガス血症がみられた(pH 7.34, PaCCh57.1Torr, PaO2 68.2Torr, HCO3 30.8mEq/L, SaO2 92.2%). 心電図でP波がII,III, aVFで増高,VI—2で陰性で深かっ たが,R振幅は高かった.心エコーで僧帽弁逸脱がめだった が,心房•心室拡大はなかった.Holter心電図はおこなわれ なかった.47歳,半年前より左上下肢筋力もいちじるしく低 下した;^,自宅で仕事をしていた.4日前から微熱•倦怠•呼 吸困難感を自覚したが,独語がみられて入院した.

出典：短報　臨床神経学42巻10号（2002：10）

症例：61歳女性.右きき.

主訴：右手の使いにくさ.

現病歴：1997年1月頃より右手で字が書きにく くなり,言 葉が滑らかに出にく くなった.左手も使いにく くなったため, 1999年3月他院で頭部CTを施行するも異常なかった.その 後も症状が増悪するため同年6月15日当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻1/2号（2003：1/2）

症例：19 歳 男性 DMD (dystrophin遺伝子exon 8一19 重複).

主訴：

現病歴：5歳時(1988年)階段昇降困難で発症した.7歳 (1990年)起立•歩行不能.13歳(1996年)から早朝覚醒不 良などの呼吸不全症状がみられていたが,精査•加療は拒否 していた.2002年1月6日(19歳)から感冒症状が出現し, 呼吸困難を訴え1月9日に救急入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻1/2号（2003：1/2）

症例：59歳,男性,建築設計士.

主訴：四肢のしびれ,脱力.

現病歴：2001年11月末から悪寒,全身倦怠感,食思不振, 12月21日には黄疽が出現した.近医にて肝機能障害を指摘 され入院,急性A型肝炎と診断された.12月24日から四肢 遠位部にしびれと感覚鈍麻が出現し,12月26日から四肢の 脱力も出現した.2002年1月1日からは歩行時のふらつき, 左顔面神経麻痺,嗔声が出現.1月3日から,上肢挙上困難, 膝立て不能となった.1月5日に当科入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻3号（2003：3）

症例：21歳,男性.

主訴：発熱,四肢筋痛,筋力低下.

現病歴： 18歳時(1997年10月),急性骨髄性白血病(AML FAB M0)を発症した.シタラビン,エトポシド,塩酸ミトキ サントロンにて寛解導入後の20歳時にHLA DR座血清学的 1座不一致の非血縁ドナーより同種造血幹細胞移植術を施行 された.移植12日目に皮膚のみの急性GVHDを発症するが, プレドニゾロン(PSL)による治療で軽快した.その後は軽度 の胆道系優位の肝酵素の上昇(y-GTP 200IU/L台,アルカリ ホスファターゼ300IU/L台)がみられるのみであり,外来 経過観察されていた.GVHD予防のために投与されたタクロ リムスも中止されていた.21歳冬に2日間スノーボードで激 しく運動した.運動中および翌日には症状はなかったが,2 日後より四肢近位筋の筋痛が出現し徐々に増強(第1病日), 第5病日には筋痛は全身にひろがり筋の腫脹も増強し38t 台の発熱もみとめるようになった.感冒としてPL顆粒,クラ リスロマイシン,イブプロフェンを処方され内服するも筋痛 進行した.さらに起立維持困難となり,筋腫脹のため上肢挙 上,下肢屈曲制限出現と症状の進行をみとめたため,第16 病日目に車椅子にて入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻3号（2003：3）

症例1：50歳,女性.

主訴：下腿のしびれ感,皮疹.

現病歴： 平成12年4月,両下腿に紅斑が出現.近医皮膚科 で結節性紅斑と診断されプレドニゾロン(PSL) 15mg/日の内 服を開始.症状は一時的に改善したが,PSLの減量にともな い両下腿の強いしびれ感とg発痛が出現した.同年8月に PSLの投与を中止したところ,上記症状は増悪し両手にレイ ノー現象も出現した.12月26日に当科へ紹介され入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻3号（2003：3）

症例2：57歳,男性.

主訴：両下肢および胸腹部の感覚障害,両下肢筋力低下.

現病歴： 平成13年1月左足底の異常感覚と左下肢の筋力 低下が出現し,数日後に右下肢にも同様の症状が出現した.2 月には胸腹部に帯状の感覚障害が出現し近医へ入院した.脊 髄病変をうたがわれ胸髄MRI,ミエログラフィーなど精査さ れたが異常所見をみとめず,3月25日当科に紹介され入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻4号（2003：4）

症例：66歳,男性.

主訴：両下肢のジンジン感•脱力,両指尖•口唇周囲•舌尖のジンジン感.

現病歴： 2002年1月20日頃2〜3日間続く咳嗽•鼻汁な どの上気道炎症状をみとめた.1月28日頃より両下肢遠位側 からジンジン感が出現し,徐々に上行した.少し遅れて両下肢 の脱力,膝関節のガクガク感,口唇周囲•舌のジンジン感,上 肢指尖にもジンジン感が出現してきた.2月4日当院を紹介 されて受診し,同日入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻4号（2003：4）

症例1：22歳女性,工場勤務.

主訴：階段昇降困難.

現病歴： 中学入学後より走ると疲れやすくなった.18歳時 に肝障害をうたがわせる血液所見を指摘されたが原因不明で あった.20歳時より階段を昇りにくい,よくつまずくなどの 症状が出現した.この頃ふたたび血液異常を指摘され,CK も高値であることから筋疾患をうたがわれ神経内科へ紹介され受診した.

出典：短報　臨床神経学43巻4号（2003：4）

症例2：19歳女性(症例1の妹),

主訴：起立困難,走行困難.

現病歴： 小学6年生になった頃から走るのが遅くなり, しゃがんだ姿勢から立ち上がりにく くなった.高校時代に歩 き方がおかしいと友人に指摘され,また階段を昇ると後半が つらく感じるようになった.髙校1年の時はじめて血液酵素 上昇を指摘されたが,内科的精査では異常はなかった.1999 年9月,姉(症例1)が筋疾患を指摘されたのを機に専門外来 を受診し,下肢の筋力低下と血清CKの高値を指摘された.

出典：症例報告　臨床神経学43巻5号（2003：5）

症例：30歳,男性,会社員.

主訴：反復性の筋肉痛,筋力低下.

現病歴： 18歳頃よりはじめて運動後あるいは過労時に四 肢全体の筋肉痛,筋力低下,尿が濃くなることが,年2 〜3 回みられたが,1〜2日の安静で軽快していたため放置してい た.

2001年10月20日(29歳時),同様症状がみられ某院内科を 受診し,血清CK 33,552 IU/Zで同日入院した.尿中ミオグロ ビン40,000ng/m/以上と高値で,尿蛋白も強陽性であったが,安静,補液などで筋肉痛,筋力低下はすみやかに軽快し, 腎機能障害も残さずに10月31日に退院した.その後自覚症 状はみられなかったが,2002年1月29 Hの再診時に自他覚 症候をともなわずCKが6,7911U/Zと再上昇したため,精査 目的で同年2月4日当科へ紹介され入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻5号（2003：5）

症例：31歳,男性(ミャンマー北部出身,10年前に来日).

主訴：左手の痛みと筋力低下.

現病歴： 2001年8月から夜間左手小指の自発痛が出現し た.8月下旬には同部位に軽度感覚鈍麻もみられた.9月上旬 左の手根部付近に発赤,S発痛,腫脹が出現,約1週間で示指 を除く左手掌,手背全体に自発痛•熱感が広がり,同部位から 左前腕内側にかけては感覚鈍麻となった.温めると\_発痛が 軽減するため手関節部に熱湯をいれたビンをあてて加温したところ,同部に2〜3箇所の熱傷ができた.同じ時期に左手指 を屈曲するとこわばりが感じられるようになり,数日の経過 で左握力が低下した.また左手母指と示指の対立が困難と なった.そして,こわばりが出現してから約1週間で左手指は 屈曲傾向となった.さらに10月には右手掌もしびれ感と動作時疼痛が出現したが,これは月末に消失した.また同月両外踝 周囲の感覚鈍麻が出現したが,これも12月に右側のみ消失し た.2002年1月当科受診,精査入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻5号（2003：5）

症例：47歳,女性.

主訴：階段を昇れない,重いものが持ち上げられない.

現病歴： 1983年(28歳)頃からしだいに階段昇降が困難と なり,子供を抱き上げられなくなった.四肢筋力低下が進行するため1984年当院に入院した.上肢優位の四肢近位筋筋力低 下と筋萎縮,顔面頰部と手指伸側に紅斑をみとめた.検査所見 では,血清CK値322IU//と上昇し,筋生検では筋線維の大 小不同,壊死再生現象,および軽度type1線維優位の傾向が みられた.皮膚筋炎の診断にて,プレドニゾロン1OOmgより治療開始した.,覚症状は消失し,血清CK値も正常化した. しかし再燃をくりかえし,減量は困難であった.その後も緩徐ながら筋力低下は進行していた.

2000年12月より下肢帯の脱力が進み,床からはつかまり 立ちとなった.プレドニゾロン増量で対処していたが,筋力低 下は改善しなかった.2001年7月にはCK値1,0001U/Zと上 昇がみられたため,2001年9月25日再入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻5号（2003：5）

症例：25歳,男性

主訴：意識障害,痙攀.

現病歴：2 歳時に歩容異常を指摘され,血清c r e a t i n e kinase (CK)の高値(19.800IU/Z :正常24〜145),生検筋で の壊死再生像から筋ジストロフィーと診断された.9歳時,歩 行能喪失.11歳時,起立保持不能.16歳時,呼吸不全のため 気管切開施行,以後人工呼吸療法を受けている.

兄に同様の臨床症状と高CK血症(3歳時19,000IU/Z)を, 母と姉に臨床症状は乏しいが中等度の血清CK上昇(各々 207IU/Z,1,1741U//)をみとめている.父の血清CKは正常で ある.臨床的にはDMDがもっともうたがわれるが,現時点で は生検筋のdystrophin染色による確認は困難であり,south­ ern blot解析では家系内にdystrophin異常は確認されていない.

15歳時から,療養のため当院に長期入院していたが,2000 年12月4日,誘因なく意識障害,強直間代性痙攣が出現した (第1病日).

出典：短報　臨床神経学43巻5号（2003：5）

症例：37歳,女性.

主訴：複視,四肢筋力低下,呼吸困難.

現病歴：1996年1月14日,物が二重に見える事を自覚し, 近医受診した.眼球運動障害を指摘されたが,眼險下垂や症状 の日内変動は明らかではなかった.抗アセチルコリンリセプ ター (AchR)抗体は陰性であったが,MGと疑診され抗コリ ンエステラーゼ剤を投薬された.その後線維束攣縮が出現し 複視が増悪したため,自己判断で通院を中止した.1998年頃 から夕方に増強する易疲労感,四肢脱力,眼瞼下垂,歩行時の息切れを自覚した.2001年4月頃,呼吸困難,四肢筋力低下 が増悪し,同26日当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻6号（2003：6）

症例：57歳,女性.

主訴：両手足のしびれと脱力感,両足のむくみ,歩けない.

現病歴：2000年8月末頃から両手足のしびれと脱力感が出現した.10月頃から両足のむくみも出現し,歩きづらさを自覚する様になった.症状はしだいに増悪し,2001年1月に は独歩不可能となった.このため1月24日に当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻8号（2003：8）

症例：62歳,男性.

主訴：

現病歴：1 9 8 5 年複視•眼險下垂•易疲労を\_覚して当院 を受診した.浸潤性胸腺腫をともなう重症筋無力症と診断さ れて,拡大胸腺切除術•放射線治療を施行された.1997年お よび2001年には浸潤性胸腺腫増悪のため化学療法が施行さ れた.なお,2000年6月自己免疫機序によると思われる全身 脱毛(alopecia totalis)が生じ,以後この症状は持続した.2001 年5月に筋無力症性クリーゼを発症し,免疫吸着療法•ステ ロイドパルス療法が施行されたが,CPK値変動はみられな かった.2002年1月に抗アセチルコリン受容体結合抗体値増 加(190.0nmol/m/)をともなう重症筋無力症の増悪がみとめ られたため,ステロイドに加えてタクロリムス(3mg/H)が 開始された.この時期に心電図上ST変化(Fig. IB)を指摘さ れたが,心エコーでの異常はなかった.2002年4月9日定期通院時採血でC P K 値上昇(5 6 3 m g /d / )をみとめ,1 3 日に全 身倦怠感•呼吸困難感が出現した.15日になり症状増悪のた め外来を受診,筋無力症性クリーゼをうたがわれて入院した.

出典：症例報告　臨床神経学43巻9号（2003：9）

症例：62歳,女性.

主訴：四肢の筋力低下,感覚障害,ピリピリ感.

現病歴：1997年10月頃入浴時に右足甲の感覚低下を自 覚,その後感覚低下は右下腿前面全体に広がった.11月頃, 両側大腿の筋力低下のため階段を昇りにく くなった.また右 手掌と第1指から第3指にかけて強いピリピリした痛みが出 現した.その後痛みは左手掌,両側下腿にも出現した.1998 年2月精査加療目的で当科に第一回入院をした.

出典：症例報告　臨床神経学43巻9号（2003：9）

症例：38歳,男性

主訴：歩行困難.

現病歴：2002年11月11日,発熱と咽頭痛が出現した.同 月19日(第1病日)より上肢の運動が拙劣となり,両手掌のピリピリとする異常感覚が出現した.第2病日には両上肢の 軽度脱力が出現し,同時に歩行が不安定となった.第3病日午 前には物品を目測して捕捉することが不可能となり,体位変 換時のめまい感と排尿困難を自覚するようになった.同日午 後にはラ行の発音が不明瞭となると同時に飲水時の軽度のむ せも出現し,ふらつきが高度となり歩行不能となったため,入 院した.

出典：短報　臨床神経学43巻9号（2003：9）

症例：74歳,男性.

主訴：首下がり.

現病歴：2001年1月(74歳3力月)より,肩が凝りやすく なり,その3力月後には畑仕事をすると首から背中にかけて 疲れがめだつようになった.その後,首下がりをきたし,歩行 時,頭が下がり背中を後ろにそらして歩くようになった.症状 の進行はみとめなかったが,8月13日(頸部疲労感出現後5力月目)に,当センター神経内科に紹介され入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻9号（2003：9）

症例：52歳,女性.

主訴：嚥下困難,歩行困難.

現病歴：49歳7力月頃から嚥下困難感と鼻声を自覚した. 以後徐々に増強し,以来食事に時間がかかるようになった.発 症約18力月後から階段昇降困難と下肢のだるさを自覚した.

その後より家族から動揺性歩行を指摘された.さらにその数 力月後から,しゃがみ立ちがスムーズにできず,平地でも歩き にくいと感じるようになり,52歳5力月時に近医を受診し た.両側眼瞼下垂,顔面筋力低下,筋萎縮を指摘され,精査加 療目的にて本学に紹介され入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻9号（2003：9）

症例：70歳,女性.

主訴：歩行障害.

現病歴：幼少時より弱視で両側視神経萎縮を指摘されてい る.28歳頃より,会話が不明瞭となり,歩行が不安定となっ た.50歳頃には,両側の眼險下垂,歩行障害,嚥下障害がめ だつようになった.60歳,近医にて眼瞼下垂,眼球運動制限, 視神経萎縮,嚥下障害,下肢の感覚障害を指摘された.その後 も症状は進行性で,当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学43巻9号（2003：9）

症例：18歳,女性.

主訴：四肢体幹の筋痛.

現病歴：乳幼児期に精神運動発達障害はなかった.1998 年(15歳)より運動後に腰部の筋痛が年に2,3回出現してい たが自然軽快していた.2000年3月(17歳)部活(吹奏楽)の 発表会のため練習が忙しく疲れることが多かった.この頃に 両下肢の筋痛が出現し,血清CK値が25,6001U//に上昇し, 褐色尿をみとめた.その後も忙しい練習後や運動後に筋痛,褐 色尿および血清CK値の上昇が2回出現したが,原因は不明 であった.2001年10月10日より背部および大腿部に筋痛が 出現し,10月12日には疼痛のため歩行困難となり,近医に入 院し補液にて加療され,筋痛はやや改善したが,10月16日に 精査目的にて当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻1号（2004：1）

症例：68歳,男性.

主訴：四肢麻痺.

現病歴：痙性斜頸に対して右胸鎖乳突筋切断術を受けた が,効果がなかったため当科を受診した.2002年3月6日に 第1回目のBT療法を開始した.BTは,アラガン社製ボトッ クス(Botulinum toxin A)100単位/1バイアルを生食lm/ で溶解して10単位/〇.lm/とし,異常な高緊張をみとめた右 胸鎖乳突筋,左板状筋,左僧帽筋のそれぞれの1〜4力所に, 1力所あたり15〜25単位を注射した.第1回目のBT療法で は計1 0 0 単位,5 月2 9 日の第2 回目のB T 療法では計1 8 0 単位投与した.2回目後に両手足のしびれを訴えた.頸椎MRI で軽度の頸椎症をみとめ,牽引療法をおこなったが症状は不変であった.同年8月21日に3回目のBT療法(計170単位) を施行し,さらに1 0 月1 6 日に4 回目のB T 療法(計1 5 0 単 位)を施行した.BT投与量は合計600単位になった.同年12 月21日頃から下肢の筋力低下が急に出現し,翌日朝には階段 昇降が困難となり,さらに上肢にも筋力低下が出現し,はしの 使用が不可能になった.症状はさらに急速に増悪し,自力体動 と呼吸が困難になってきたため,12月24日緊急入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻1号（2004：1）

症例：1933年生れ男性.

主訴：

現病歴：1992年,てんかん(複雑部分発作)のため当科を受診し,カルバマゼピン治療を開始した.発作は完全にコントロールされ,2 0 0 2 年4 月に服薬を中止した.この間,1 9 9 6 年3月に髙脂血症を指摘された.血清脂質は総コレステロール 208〜264mg/d/,トリグリセリド 233~445mg/d/, HDL コレステロール27〜38mg/dfに推移していた.2002年9月より,プラバスタチン10mg/日およびイコサペント酸エチル 1,800mg/日の服用を開始した.服用2週目頃より,全身の関 節痛と筋肉痛を自覚するようになった.11月には自己判断で 服薬を中止した.しかし服薬中止後も疼痛は不変であった.12 月3日の検査ではAST48(正常域11—38), ALT44(6—50), LDH 283 (103—190), yGT 22 (9—109), CK 943 «100)(いずれも IU /L , 3 7 t) , ミオグロビン 4 1 0 g g // « 6 0 ), C K- MB 11.3ng/mZ «5)であった.末梢血白血球数は8,800/|i/ (う ち好酸球は4 4 8 /| i /) , CR P 0 . 2 m g /d Z , 血沈ll mm /h rであっ た.12月24 H,早朝の両手指のこわばり,全身の関節や腱付 着部の運動痛が依然として持続した.体温は正常.筋力測定は 筋圧痛や関節痛のため,正確には実施されていない.握力は右 18,左18kgと中等度の手指脱力を呈した.上肢近位筋はほぼ 正常,腸腰筋には4-の脱力をみとめた.っま先立ちと踵立ち は可能であった.Gowers徴候は膝痛のため検査できなかっ た.深部腱反射は正常範囲.バビンスキー徴候は足趾屈伸の誘 発はなかった.感覚機能は正常.皮膚変化をみとめなかった. 免疫検査では,抗J o d 抗体2 d (陰性),抗核抗体9 6. 2 u n it« 20)とともに陽性であった.リウマチ因子や抗ds-DNA, RNP, Sm抗体はいずれも陰性であった.筋電図検査では,三角筋, 大腿直筋,外側広筋や腸腰筋に静止時の線維性電位が出現し た.腸腰筋には短持続,低振幅の活動電位が出現した.筋肉痛 と関節痛に対して,ロキソピロフェンナトリウム180mg/H を2週間使用したが,症状の改善なくむしろ筋脱力はやや進行した.筋生検や入院治療に同意しないため,2003年2月13 日よりプレドニゾロン30mg/日経口投与を開始した.プレド ニゾロンに対する反応は著明であり,2週後には疼痛はほぼ 消失した.握力は右3 0 , 左2 2 k g となった.2 月2 5 日C K 9 4 , L DH 2 9 5 , A S T 2 4 , A LT 3 2 であった.しかし血清総コ レステロール313,トリグリセリド292, HDLコレステロー ル62であったため,アトルバスタチン5mg/日を開始した. 5月6日でプレドニゾロンを漸減中止したが,その後,手指の こわばりと筋肉痛が再発した.握力低下も再出現した.しかし蹲踞姿勢は可能であり,血清C K 値は正常域にとどまってい る.Jo4抗体値はこの間不変であった.また抗核抗体値は75.4とやや減少した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻2号（2004：2）

症例：66歳,男性.

主訴：動悸,労作時呼吸困難,四肢のしびれ感•脱力.

現病歴：1993年6月下旬(56歳時)動悸,呼吸困難感およ び顔面•四肢の浮腫が出現し,その数日後より四肢のしびれ 感,脱力を自覚した.歩行不能となりGuillain-Barre症候群の 診断のもとステロイドパルス療法を受け,3力月後には自力 歩行可能になった.その後軽度のしびれ感を残すのみで,食 事をふくめ通常の生活をしていた.2002年11月に10日間程 上気道炎に罹患後動悸と労作時呼吸困難が出現し,同時期よ り顔面,四肢の浮腫も自覚した.2003年1月,心拡大,胸水 貯留がみとめられ利尿剤の投与(furosemide 40 mg/day)を 受けたが軽快せず,さらに四肢末端のしびれ感,脱力が出現 し,歩行も困難となり,同年2月7日に当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学44巻2号（2004：2）

症例：20歳,女性.

主訴：四肢体幹の異常感覚および起立時の意識消失.

現病歴：2000年7月22 H,起床時より全身倦怠感,熱感,頭重感を\_覚.当初頻尿をみとめたがしだいに排尿困難感が 出現した.翌23 H,四肢末端の異常感覚と発汗の減少を自覚 した.26 Hには歩行時に意識消失を生じるようになった.翌 27 B,意識消失の頻度,程度共に増強し,坐位保持も困難と なった.また異常感覚も増強,拡大するため当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻3号（2004：3）

症例：69歳,男性,農業.

主訴：四肢筋力低下,感覚障害

現病歴：55歳時に左上下肢に遠位優位の筋力低下と異常 感覚を自覚した.以後,右下肢—右上肢->左上肢の順で同症状 が加わり,各々緩徐に進行した.途中に症状の改善はなかっ た.近医で頸椎症と診断され保存的治療を受けるも改善なく, 2000年9月22日当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻4/5号（2004：4/5）

症例：37歳,女性.

主訴：歩きづらい,全身に力が入らない.

現病歴：1997年頃から下腿筋の軽度のこわばりを自覚す るようになった.2001年1月頃より,階段の上りにくさを自 覚し,その後,徐々に歩きづらくなった.2002年2月,切迫 早産で入院した際,不整脈を指摘された.同年5月,第一子出産後,歩きづらさは一時軽減したが,同年7月頃から大腿およ び上肢の把握痛•上下肢脱力を\_覚し,仰臥位からおき上が れなくなった.体重は4 力月で1 0 k g 減少した.同年1 0 月, 近医にてCK4,2071U/Zと高値を指摘され,10月29日当科に 入院した.経過中呼吸苦を自覚したことはない.

出典：症例報告　臨床神経学44巻4/5号（2004：4/5）

症例：46歳,女性.主婦.

主訴：くりかえす複視,四肢の筋力低下.

現病歴：33歳,左顔面麻痺が1週間程度で自然に治った. 35歳,軽度の複視と坂道の登りづらさを自覚したが,どちら も自然に改善した.37歳,階段の昇降に介助が必要になった. また,1週間程度で消失する複視が2回あった.39歳,杖歩行 になり,右手の握力低下と右上肢の挙上困難が出現した.40 歳,立ち上がりに介助が必要になり,移動は車椅子になった. 左前腕尺側の感覚低下を自覚し当科を受診した.末梢神経伝 導検査では,両側正中•尺骨神経の手関節縁と肘部の間,脛骨 神経の足関節部と膝窩の間に運動神経の伝導ブロックをみと め,両側正中•尺骨•腓腹神経の感覚神経活動電位は誘発さ れなかった.髄液は蛋白9 5 mg / d/,細胞数1.7/|Jであった. 血液検査では,アンギオテンシン変換酵素は正常で,PMP22 遺伝子の重複や欠失をみとめず,血清抗GM1, GDlb, GQlb 抗体は陰性であった.右腓腹神経生検では,大径有髄神経線維 優位に髙度の脱落をみとめ,onion bulb形成をともなう髄鞘 が菲薄化した神経線維が散在し,CIDPと診断した.免疫グロ ブリン静注(I VIg ) (5 g /H , 3 日間)を2 クール施行し,その 後の6力月間にIVIgを6クール施行した.プレドニン(PSL) を60mgから漸減し,41歳以降はPSL7.5mg隔日を維持量と した.左尺骨神経領域の感覚鈍麻が残ったが,杖歩行が可能に なり,日常生活動作はほぼ自立した.41歳から43歳までに, 複視,左顔面神経麻痺,挺舌右偏位,味覚低下が同時期に2 週間,複視と挺舌左偏位が同時期に1週間,挺舌右偏位が1 週間出現したが,四肢筋力は悪化しなかった.43歳,複視が 出現し入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻4/5号（2004：4/5）

症例：23歳,男性.

主訴：ろれつが回りにくい.

現病歴：幼小児期の発達,思春期の二次性徴にあきらかな 異常はなかった.21歳頃,急にろれつが回りにくくなったのを自覚したが,他に自覚症状なく放置した.その後も症状改善せず,当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学44巻4/5号（2004：4/5）

症例：58歳,女性

主訴：四肢のこわばり,腫脹,発赤,筋肉痛.

現病歴：2001年11月下旬に大分県由布岳(標高1,583m)に 登山し,12月上旬から両側前腕•下腿のこわばり,腫脹,発 赤,筋肉痛が出現した.四肢はしだいに屈曲拘縮をきたした. 前医にてリウマチ性多発筋痛症の診断をうけ,2002年3月14 日から副腎皮質ステロイド薬少量投与(プレドニゾロン10 mg/H)が開始された後,上記症状は改善傾向であったが,精 査治療目的で当科に紹介され4月19日入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻6号（2004：6）

症例：57歳女性,主婦.

主訴：四肢の筋力低下,しびれ.

現病歴：2000年8月より両足のしびれ,脱力が出現,10 月より下肢に浮腫が出現し症状が増悪したため,某大学病院 に2001年1月24日に入院した.肝腫大,下肢の浮腫,皮膚色 素沈着,多毛,四肢のpolyneuropathyがみとめられ,VEGF は5,180pg/m/と著明に上昇,Crow-Fukase症候群と診断さ れた.yグロブリン大量療法が施行されたが,2回目の治療中にショックをおこしたために中止され,3月6日退院した.精査加療を希望し当院受診し,4月17日入院した.

出典：短報　臨床神経学44巻6号（2004：6）

症例：57歳,女性,主婦.

主訴：歩行障害.

現病歴：生来健康.飲酒はせず偏食はない.34歳頃よりよ く転ぶようになり,ブロックー段分の髙さでも脚が上がりに く く感じた.筋痛はなかった.近医を受診し,筋生検により筋 ジストロフィーと診断された.某総合病院に転医し,再度筋生 検を施行され,今度は多発筋炎と診断された.ステロイド剤の 内服治療が開始されたが筋力の改善はみられなかった.歩行 困難は緩徐に進行し,37歳時には杖歩行となり,上肢の上がりにくさも感じるようになった.以降緩徐に筋萎縮と筋力低 下が進行した.平成1 4 年8 月(5 7 歳)当院を受診,9 月に検 査目的で入院した.経過中息切れ,胸部不快,動悸などの症状 はなかった.

出典：症例報告　臨床神経学44巻7号（2004：7）

症例：73歳,男性1929年8月4日生.

主訴：腰背部•殿部の自発痛.

現病歴：下痢など先行する感染症状はなL. 2003年4月13 日朝,腰背部•殿部の§発痛のため覚醒した.このとき歩行は 可能であり筋力低下は自覚していなかった.その後1週間か けて自発痛は腰背部•殿部から大腿後面に範囲が拡大し程度 も増悪した.4月20日,自発痛によると思われる歩行障害の ため前医に入院した.この時点で,自発痛のため下肢の筋力は評価困難だが少なくともMMT4以上はあり,上肢の筋力は 正常だった.自発痛の姿勢による増悪は自覚しておらず,下肢 挙上による増悪は検査されていないため不明である.4月26 H,血液検査にて低Na血症(115mEo/Z)をみとめSIADH と診断され,水制限を行ったが,低Na血症(110mEq/7台) は持続した.自発痛は5月中旬より徐々に軽減し,6月中旬に は消失した.自発痛が消失した時点で下肢のMMTは3と低 下していたが,廃用性の筋力低下と考えられていた.しかし, 6月中旬には上肢のMMTも4と低下し,さらに6月下旬に は歯磨きをすることや箸やスプーンで食事をすることが困難となり,上肢のMMTは3,下肢のMMTは1と明らかに増悪した.6月19 0,筋力低下の精査加療目的に当科に紹介された.

出典：短報　臨床神経学44巻7号（2004：7）

症例：29歳,女性.

主訴：四肢筋力低下.

現病歴：妊娠•分娩に異常なし.処女歩行は1歳7力月.その後の発達は正常より遅れたが,学生時代には同級生より遅いながら走ることもできた.成績は上位であった.20歳までは日常生活に支障はなく,筋力低下の進行もまったく\_覚しなかったが,21歳頃より四肢筋力低下を自覚した.症状は徐々に増悪し,重いものが持ち上げられず,走れなくなり,しだいに早歩きや階段を昇ることもできなくなった.精査目的で2002年4月に当科入院.

出典：短報　臨床神経学44巻8号（2004：8）

症例：37歳,女性.

主訴：四肢感覚障害,両側顔面筋麻痺.

現病歴：2001年11月24日より37t台の発熱と咽頭痛が1 週間続き,治癒してから2 日後の1 2 月3 日(第1病日)より,四肢遠位と舌先端にびりびりするしびれが出現した.第3病日にロ周囲のしびれと閉眼•閉口不全が出現し,第4病日に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻9号（2004：9）

症例：63歳,男性.

主訴：両下肢筋力低下,筋萎縮.

現病歴：幼少時から運動は得意であった.肝疾患に対する2回目のIFNa治療を受けて間もない1996年初頭から階段を昇りにくく,両下肢のだるさに気付いた.1999年(60歳)から軽い段差につまずいて転倒しやすく,両側大腿部がやせた.2000年(61歳)立ち仕事や通勤が困難になり退職し,杖歩行になった.2001年7月当院神経内科を初診し,精査加療を目的に第1回目の入院をした.

出典：短報　臨床神経学44巻9号（2004：9）

症例：26歳,女性.飲食店勤務.

主訴：腹痛,四肢のしびれと脱力,右眼の見えづらさ,起立時のふらつき,排尿困難.

現病歴：2001年1月20日頃に発熱と感冒様症状をみとめた.28日頃から腹痛が出現したため30日に当院内科を受診し,イレウスの診断にて入院した.2月3日頃より四肢のしびれと脱力,右眼の見えづらさが出現し,さらに起立時のふらつき,排尿困難も出現したので2月7日から神経内科と兼科した.

出典：症例報告　臨床神経学44巻10号（2004：10）

症例：75歳,男性.

主訴：四肢の筋力低下と遠位優位のしびれ感.体重減少.

現病歴：1996年(72歳)頃から全身倦怠感,体重減少を自覚した.関節症状はないもののリウマチ因子(RF)高値より 慢性関節リウマチ(RA)がうたがわれ,近医にて抗リウマチ 薬で加療された.1999年2月,四肢末梢にしびれ感を自覚し た.同年5月4 日,突然,左垂れ足,6 月2 2 日,右垂れ手が 出現した.その後,四肢の筋力低下が徐々に進行し,起立•歩 行困難となり,7月23日,近医に入院.臥床状態から回復せ ず,9月3日,当科へ転院した.

出典：短報　臨床神経学44巻10号（2004：10）

症例：40歳,男性.

主訴：つま先立ちができない.

現病歴：36歳頃から左のつま先立ちができず,38歳頃から右のつま先立ちができなくなった.39歳時に近医整形外科医を受診,腰部MRI施行するも異常なしといわれた.近医神経内科を経て,精査のため当科へ紹介された.

出典：短報　臨床神経学45巻1号（2005：1）

症例：78歳女性.

主訴：嚥下障害,構音障害,上肢挙上困難.

現病歴：60歳,RAと診断.66歳から76歳まで金チオリンゴ酸 Na 投与,71歳に BUC 300mg, 74 歳に PSL 5mg, 75歳にアクタリットが追加され,経過は良好であった.2 0 0 3 年6 月下旬より,頸部•背部の皮疹,嚥下障害,構音障害,四肢筋力低下が出現,亜急性に増悪した.8月,精査加療目的に当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学45巻2号（2005：2）

症例：57歳女性.

主訴：両腕の筋力低下,労作時の息切れ.

現病歴：2000年末頃から雑巾のしぼりづらさを自覚,2001年初めには労作時の息切れが出現,8月頃には上肢全体の力の入りにくさを自覚するようになった.同時期に会社の健康診断で胸部レントゲン上の異常を指摘され,呼吸器内科を受診,間質性肺炎と診断された.このとき血清クレアチンキナーゼ(以下,CK)の高値を指摘され,精査目的で11月に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻3号（2005：3）

症例：51歳,男性.

主訴：手足の筋力低下,転びやすくなった.

現病歴：幼少期より歩行困難感を自覚していた.小学校低学年時,100m走は可能だったが他人の倍程度の時間を要した.また,マラソンは易疲労性のため完走は不可能だった.この頃近医を受診し,筋無力症と診断された.成人になれば改善するといわれ,その後は放置していた.ずっと不自由であったが,日常生活は自立していた. 40歳中頃より握力,前腕の筋力低下が進行し,それまで持てた荷物を持てなくなった.また48歳頃より,食事の際に茶碗を落としてしまうことがあった.さらに容易につまずき,転倒するようになったため,2001年10月Y病院神経内科を受診した.常染色体劣性遺伝と考えられる家族歴に加え,神経学的に下肢主体の四肢遠位筋力低下,凹足,四肢深部腱反射消失,下肢感覚障害などみとめ,常染色体劣性遺伝を呈するCMTをうたがわれ,2002年2月25日,精査加療目的で当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻3号（2005：3）

症例：58歳,男性.

主訴：排尿困難.

現病歴：2002年2月,自動車追突事故で受傷した直後から 四肢のしびれ感が出現した.外傷による変形性頸椎症の増悪 と診断され,約1力月間の安静療法で症状は消失した.2003 年1月から排尿困難,残尿感が出現した.同年6月28日夕方, 入浴中に左胸部圧迫感が出現した.救急搬送された近医で緊 急冠動脈造影がおこなわれ,虚血性心疾患は否定された.検査 後から両側上下肢遠位部のしびれ感が出現し,排尿困難が悪化した.運動障害の自覚はなく 6月30日に同院を独歩退院し たが,7月1日に尿閉となり近医泌尿器科を受診した.膀胱力 テーテル挿入により900111/が導尿され,その後も髙度の排尿 障害が持続したため間歇自己導尿が導入された.同年7月上 旬から左上肢の筋力低下と入浴時の乳頭部以下の冷感が,7 月下旬から両側膝以下の灼熱感が出現した.2003年8月に前医整形外科で入院精査をおこない,CSMと神経因性膀胱を指摘された.同年10月16日に病態評価の目的で当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻4号（2005：4）

症例：27歳,男性,理容師.

主訴：

現病歴：1997年頃から理容師の仕事中に左上肢が挙がりにくいことに気付いた.様子をみていたが徐々に増悪した.また,2003年2月中旬より右上肢の筋力低下を自覚した.2003年3月4日,左上肢挙上時に力が入らず震えてしまうため当院整形外科外来を受診した.両側翼状肩甲をみとめ,頸椎単純写,頸椎MRIなど施行したが異常なく,血液生化学においてCK 638IU/Zと筋原性酵素の上昇をみとめ,肢帯型筋ジストロフィーなどの神経筋疾患をうたがわれて4月8日当科へ紹介され入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻6号（2005：6）

症例：72歳,女性.

主訴：眼瞼下垂,鼻声,四肢近位筋筋力低下.

現病歴：生来健康であったが,6年前(66歳)より発語が不明瞭になり,徐々に開鼻声が出現した.4年前より階段を昇りにく くなり,眼瞼下垂を自覚した.また固形物を嚥下する時のむせを\_覚した.これらの症状が緩徐に進行するため,2004年1月精査を目的に当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻6号（2005：6）

症例：59歳,男性.

主訴：両下肢の脱力.

現病歴：1991年から近医でC型慢性肝炎を経過観察され ていた.肝胆道系酵素の上昇傾向があり2002年4月30日か らIFN-a-2b投与を開始された.リバビリン200mgを併用し, IFN-a-2b 600万単位の筋内投与を2週間連日施行され,以後, 週3回の頻度で継続された.HCV RNAは陰性化,肝胆道系酵 素も正常化し,2002年10月11日にIFN-a-2b投与を終了し た.IFN-a療法開始前と治療中の甲状腺機能は正常であった. 2002年11月(IFN-a療法終了1力月後)から両下肢が疲れや すく,力が入りにくいことに気づいた.両下肢脱力は徐々に増 悪し,2003年3月から両上肢にも脱力感が出現した.5月27日に精査加療のため当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻7号（2005：7）

症例：50歳,女性.

主訴：体重減少,嚥下障害•嗄声.

現病歴：2003年1月頃から体幹部のしびれ,胸背部の痛み があり3月までに体重が約10kg減少した.3月下旬になり嚥 下障害•嗄声が急速に出現,24日当科受診した.％肺活量 42.5%と低下しており,25日入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻10号（2005：10）

症例：47歳,男性.

主訴：複視,左上肢筋力低下.

現病歴：2002年3月(45歳)急性リンパ球性白血病(ALL) と診断された.4月より化学療法として,第1回寛解導入療法 (doxorubicin, vincristine, prednisolone, cyclophosphamide, L-asparaginase, G-CSF),第 2 回寛解導入療法(cytarabine, mitoxantrone hydrochloride),地固め療法(cytarabine, mi- toxantrone hydrochloride),維持療法(cytarabine, mitoxan­ trone hydrochloride)を施行され,以降再発なく経過してい た.2003年4月14日(46歳)cyclophosphamideと全身放射 線照射の前処置後,造血幹細胞移植(末梢血幹細胞移植,AUo- PBSCT)を6種類のHLAすべてで適合した兄より施行され た.GVHD予防目的にciclosporinを200mg/Hより内服開始 し,以降減量された.この2003年4月頃から四肢近位指節間 関節以遠に左右対称性にしびれを感じていた.1 0 月c i ­ closporin を30mg/日まで減量したころ,口腔乾燥,口内炎, 手掌の皮疹,胆道系酵素優位の肝酵素上昇が出現し,慢性 GVHDと診断された.一時的にciclosporinを120mg/日にま で増量され,症状軽減した.2004年2月(47歳)には再度ci­ closporin を30mg/日まで緩徐に減量されたが,その後の3 月5日(第1病日)左上肢が挙上困難となり,また右注視時に 複視が出現した.眼球乾燥,口内炎の悪化も自覚した.3月9 日(第4病日)両下肢の脱力が生じ,ったい歩きとなった.また右手で箸を持てなくなった.3月15日(第11病日)に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学45巻10号（2005：10）

症例：35歳,女性.

主訴：両下肢の筋力低下.

現病歴：2003年10月頃から両足先に力が入らなくなり徐々に進行したため,2004年3月15日に当科を初診した.下肢遠位筋にMMTで4レベルの筋力低下があり,その後も症状が進行したため6月7日に当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学46巻1号（2006：1）

症例：62歳,男性.右きき.

主訴：左上腕の筋力低下.筋萎縮.

現病歴：北海道出身.3歳(1941年)にポリオに罹患.後遺症として左上肢と両下肢に筋力低下がみられたが,日常生活に支障のない程度で,その後の悪化はなかった.両下肢の変形性膝関節症のため54歳から杖歩行.59歳から長距離移動に車椅子を使用するようになった.61歳(2000年1月)に左上肢脱力.左手第1〜4指先端のしびれに気付いた.その3力月後に左上腕外側がやせてきて.同部位の筋がぴくぴくと動くことがあった.62歳(2000年8月)に当科を受診.精査のため入院した.

出典：短報　臨床神経学46巻1号（2006：1）

症例：33歳,男性.

主訴：精神発達遅滞.高CK血症の精査.

現病歴：正常分娩にて出生した.3歳時検診にて.自閉症.精神発達遅滞を指摘された.16歳時,てんかん発作を発症した.発作は約1分間落ちつきなくそわそわした行動をとった後.2〇〜30秒間の強直間代発作をおこすものであった.以後カルバマゼピンを1 日2 00mg内服している.23歳時に約2.0001U/Lの高CK血症を指摘された.経過を通じ運動発達遅滞はなかった.

出典：短報　臨床神経学46巻2号（2006：2）

症例：21歳.女性.

主訴：歩行障害.下肢のしびれ.

現病歴：2000年7月より発熱がみられ.8月より全身倦怠 感が出現した.貧血を指摘され.当院血液内科を紹介された. 骨髄所見において,大型で異形性の不規則な核を有したミエ ロペルオキシダーゼ染色陰性芽球をみとめ.急性リンパ性白 血病(L2)と診断した.9月6日より寛解導入療法をおこない, 続けて地固め療法を追加した.2003年3月に,HLA —致非血 縁者から非血縁ドナー骨髄移植を受け,寛解を維持していた. 2004年6月10日より左足趾のしびれ感を自覚し,21日より 右足趾にも同様のしびれ感が出現した(Fig.l).8月15日よ り左足の脱力が加わり.サンダルが履きにく くなった.9月3 日には.右足の脱力も出現し,徐々に増強した.10月には階 段昇降が困難となった.両下肢のしびれ感が拡大したため,11 月29日当科を受診した.経過中に悪心や頭痛.複視はなかった.

出典：症例報告　臨床神経学46巻3号（2006：3）

症例：60歳男性.

主訴：歩行時のふらつき,両手足のしびれ.

現病歴：1999年12月,両上肢のしびれ,筋力低下が出現. 近医受診しプレドニゾロン20mgの内服で改善した.その後.ふたたび両上下肢のしびれ.失調症状をみとめ2000年3月14日当科受診.精査目的にて4月10日第一回目の入院となる.

出典：症例報告　臨床神経学46巻3号（2006：3）

症例：74歳.女性.

主訴：全身の皮疹,四肢の筋痛,筋力低下.

現病歴：2001年8月,四肢の皮下出血があり当院血液内科を受診.白血球 14,20〇/叫 血色素 10.5g/dZ,血小板2.4x107^と白血球増加,貧血.血小板の減少を指摘された.末梢血中には芽球が出現し,涙滴赤血球をみとめ,肝脾腫があった.骨髄生検で,著明な線維化と巨核球の増加があり,CIMFと診断された(Fig.1).その後も当院血液内科に通院し経過観察されていたが,とくに加療はされていなかった.

2004年3月10日頃から上半身に紅斑性皮疹が出現し徐々に拡大したため.4月3日当院皮膚科を受診した.DMをうたがわせる皮疹であったが,筋力低下や血液検査で筋原性酵素の上昇がなく,外来でステロイド軟膏を投与されていた.4月19日より四肢近位部の筋肉痛.筋力低下が出現.翌日.当科を紹介受診し,精査加療目的に入院となった.

出典：症例報告　臨床神経学46巻3号（2006：3）

症例：68歳,男性.

主訴：一過性意識消失,口渇,便秘.

現病歴：2002年頃から近医にて高血圧を指摘され.降圧薬を内服していた.2004年5月頃から立ちくらみが出現し,血圧低下傾向がみられたため,降圧薬を減量,中止した.同年7月頃から立ちくらみが増悪,midodrineなどを処方されたが,改善せず,9月初旬から起立時や歩行時に一過性の意識消失を生じるようになった.精査加療目的で9月11日に入院した.なお,同年4月頃から便秘傾向.5月頃から口渇症状が出現し,徐々に増悪した.9月初旬からは一回尿量が減少し,入院前4力月間で約5kgの体重減少をみとめた.

出典：症例報告　臨床神経学46巻5号（2006：5）

症例：31歳,男性.

主訴：脱力.筋痛.

現病歴：2002年4月中旬頃より発熱と全身倦怠感が出現した.4月27日より下肢の筋痛と脱力感も出現し.階段の昇降にも苦労するようになった.4月29日,3913台の発熱が出現し,近医受診した.非ステロイド系消炎鎮痛剤(NSAIDs)を投与されたが,効果は乏しかった.5月2日になっても上記症状続くため.再度近医に受診した.その際の採血で高CK血症(6.825IU/L)を指摘され.近医入院した.下肢の脱力と高CK血症が進行するため.5月20日より,精査加療目的にて当科紹介入院となった.

出典：症例報告　臨床神経学46巻6号（2006：6）

症例：70歳.男性.右きき.京都府久御山町出身.農業従事者.

主訴：歩行障害.両側上腕筋力低下.

現病歴：68歳頃(2003年8月)より歩行時に前方へ突進し,しばしば転倒するようになった.家族の注意にもかかわらず一人で出歩いては転倒し,顔面打撲をくりかえした.2004年,他院で前方突進および無動からパーキンソン症候群と診断され.アマンタジンとL-DOPAの投与を受けたが.症状は改善しなかった.2005年4月頃より右肩を挙げにくくなった.同年5月転倒時に前頭部と顔面を打撲し.治療目的で他院に入院した.入院中も出歩いて転倒をくりかえすため.当院に転院した.

出典：症例報告　臨床神経学46巻7号（2006：7）

症例：19歳,ロシア人男性(サハ共和国在住).

主訴：バランスが取れない.足が思うように動かない.

現病歴：処女歩行は1歳で知的発達は正常.5歳,暗所での歩行が不安定.13歳,足を高く投げ出して歩くようになった. 14歳.明所でも立位バランスが取れなくなった.15歳.手先の細かい動きが困難となってきた.17歳.構音障害や固視の障害がみられた.18歳から車椅子生活となった.

出典：症例報告　臨床神経学46巻7号（2006：7）

症例：53歳,女性,寿司屋勤務.

主訴：首が下がる.

現病歴：2004年5月頃より,疲れると首が下がるようになり,夕方には手で下顎を支えるほどであった.近医を受診するもとくに異常を指摘されなかったが,症状が悪化するため当科受診し.精査加療目的で2004年8月2日当科入院となった.

出典：短報　臨床神経学46巻10号（2006：10）

症例：54歳,男性.

主訴：左上肢脱力.

現病歴：2005年5月中旬のある日より38X：台の発熱が出現した.翌日より左肩から左上肢にかけての激痛が出現した.その2日後には解熱するも疼痛は持続し,翌日には左上肢の挙上が不能となり,近医整形外科を受診した.左三角筋の筋力低下,左肩から左上肢にかけての激痛,左肩から前腕にかけての知覚異常をみとめたが,肩関節と頸椎の画像検査に異常をみとめなかったため,発熱発症から3週間後に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学47巻1号（2007：1）

症例：46歳,男性.

主訴：下肢の筋力低下,歩行障害.

現病歴：周産期に異常なぐ生来健康であった.髙校を中等度の成績で卒業した後,30代までは大工を,その後はトラックの運転手をしていた.2000年初め頃(42歳),下肢の筋力が低下し階段昇降が困難になってきた.症状が緩徐に進行するため,2003年2月(45歳),前医を受診した.受診時,両側下肢近位筋の軽度の筋力低下および両側上肢の深部腱反射亢進をみとめた.この頃トラックの運転ができなくなり退職した.2004年5月.当科を受診し同年6月入院した.

出典：短報　臨床神経学47巻1号（2007：1）

症例：49歳.男性.

主訴：つまずきやすい.

現病歴：出生はl,800gと低出生体重児であり,処女歩行も1歳6力月と遅れていた.しかし,その後徒競争は中間位で,30歳代までバスケットボール選手として活躍するなど明らかな問題はなかった.40歳頃より歩行の際つまずきやすぐスリッパが脱げやすいことを自覚した.歩行障害は徐々に進行し,49歳時に当院を受診し,2005年某月精査目的に入院とした.

出典：短報　臨床神経学47巻1号（2007：1）

症例：15歳,男性.

主訴：構音障害,複視.

現病歴：2005年7月25 H,バーベキューにて生焼けの鶏肉を摂食し,同月27日から水様性下痢と38度台の発熱をみとめた.下痢は1週間ほどで自然軽快した.下痢の出現から約2週間後の8月8日朝,起床時より構音障害を自覚したが,とくに気にせず放置していた.翌9日の起床時には.構音障害が増悪して,複視と眼瞼下垂も出現したため,当院神経内科を紹介されて受診した.

出典：症例報告　臨床神経学47巻4号（2007：4）

症例：54歳男性.

主訴：右前腕以遠の痺れ.右上肢の筋力低下.

現病歴：生来健康であった.2004年12月某日.仕事中に突然頭から背部にかけて電気が走るような疼痛を自覚し.その直後から右足が動かなくなった.近医を受診したところ.大動脈解離(StanfordA型)と診断された.その4日後.大動脈解離に対し.上行大動脈置換術を施行された.術中経過にはとくに問題なかった.覚醒後より,右環指および小指から前腕遠位にかけてじんじんするような異常感覚を自覚した.神経伝導検査を施行され.手術時の圧迫による尺骨神経障害と診断された.経過観察していたが,症状は改善しなかったため.当院神経内科を受診した.神経学的に右握力低下.右環指•小指の異常感覚と感覚鈍麻をみとめた.頸椎単純写真では異常をみとめず.ルーチンの神経伝導検査では尺骨神経のSNAPが低下しているのみであった.尺骨神経麻痺がうたがわれ.精査目的に当科第一回目の入院をした.発症11力月後であった.

出典：症例報告　臨床神経学47巻5号（2007：5）

症例：39歳.女性.

主訴：両手の筋力低下.

現病歴：39歳10力月頃より右手指の筋力低下を自覚した.筋力低下は徐々に進行拡大して発症3力月頃には右上肢挙上が困難となった.また,同じ頃にろれつ緩慢となった.発症5力月頃には左手の脱力もみられ,段差で転倒しやすくなり,当科に第1回目の入院をした.

出典：症例報告　臨床神経学47巻5号（2007：5）

症例：57歳.女性.主婦.

主訴：四肢筋力低下.嚥下障害.

現病歴：2003年夏頃から右手握力低下を自覚.10月に歩行困難が出現し12月から車椅子の使用を開始した.2004年4月に某院神経内科に入院した. 神経学的には,右上肢遠位優位の筋力低下.両下肢(右優位)の筋力低下.両上下肢の深部腱反射亢進,病的反射陽性で,下位運動ニューロン症候は明らかではなかったが,針筋電図で神経原性変化をみとめ筋萎縮性側索硬化症(ALS)と診断された.9月に誤嚥性肺炎を併発したため10月に胃瘻を造設し.在宅療養を継続していたが,家庭の事情で在宅療養が困難となり2006年3月近医に入院した.その頃.閉眼による「はい」「いいえ」の意思確認が困難なことに介護者が気付き始めた.6月29日当院へ転院となった.

出典：短報　臨床神経学47巻6号（2007：6）

症例：54歳.女性.

主訴：複視,眼險下垂.首下がり.

現病歴：2004年10月より複視.2005年2月より眼瞼下垂,構音•嚥下障害,頸部の脱力,四肢の脱力が出現し,休養をとると症状が改善した.また,症状の日内変動をみとめた.その後も症状は徐々に増悪し.9月に当科を受診した.抗AChR抗体は陰性.エドロホニウム試験陽性かつ反復誘発刺激試験でwanning現象をみとめ,重症筋無力症と診断した.エドロホニウム試験においては,顔面を中心に著明な筋線維束攣縮が誘発された.抗コリンエステラーゼ薬を投与するも効果なく中止.症状はさらに増悪し,12月には頸部の脱力も出現し,首下がりの状態となった.労作後の脱力も増惡したため2006年2月某日当科に入院した.

出典：短報　臨床神経学47巻6号（2007：6）

症例：73歳,男性.

主訴：歩行困難,両下肢しびれ感.

現病歴：64歳頃より徐々に両下肢のつっぱり感,歩行困難感,残尿感が出現し,70歳頃より杖歩行となった.また緩徐に両足の感覚低下•異常感覚•痛覚過敏が両側対称性に出現.72歳頃より頻尿•尿失禁も加わり,当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学47巻7号（2007：7）

症例：43歳,女性.右きき.

主訴：四肢筋力低下.

現病歴：200X年12月中旬より軽い咳嗽が生じたが.発熱はみとめなかった.そのまま経過をみていたが,同月下旬の某日頃より洗濯物の取り込み動作をくり返すと両上肢が上がらなくなり.また自転車のサドルを跨げなくなった.さらにその6日後より歩行困難が増悪し.足先は動くが膝が上がらなくなり,2, 3日で両上肢が挙上できなくなった.その後,うがいをすると口角から水がこぼれ.嚥下困難も出現したため,翌年1月初旬に当院を受診した.

出典：症例報告　臨床神経学47巻8号（2007：8）

症例：45歳,女性.

主訴：四肢筋力低下•筋萎縮.

現病歴：2001年より口渇感,多数のう歯が出現するようになったが放置していた.2004年8月左下肢の脱力が出現し,足を引きずって歩くようになり.階段昇降が困難となった.11月に近医を受診し,MMT3程度の左下肢筋力低下,筋萎縮を指摘された.また,口腔内乾燥症状に対し,口唇腺生検,耳下腺造影を施行され,SSと診断された.2005年1月より右下肢の脱力が出現し徐々に進行がみられ.3月には両下肢弛緩性麻痺のため起立歩行が困難となった.5月より両上肢の脱力が出現し.手を使っての移動も困難となった.6月より尿が出にくい感じが出現した.2005年7月中旬当科に入院した.

出典：症例報告　臨床神経学47巻9号（2007：9）

症例：46歳,男性..

主訴：呼吸困難.

現病歴：2004年3月.左上肢挙上困難が出現した.その後嚥下困難をともない,同年6月当科に精査入院した.舌および胸鎖乳突筋の萎縮と筋力低下,左上肢筋力低下(徒手筋カテス卜3),両側Babinski反射陽性をみとめ,針筋電図にて神経原性変化がみられALSと診断した.同年10月頃から嚥下困難増強のため当科に再入院した,仰臥位にて呼吸困難感と動脈血ガス検査にて髙炭酸血症をみとめ,非侵襲的陽圧人工呼吸器(NIPPV)を導入した.しかし.球麻痺の増強や流涎のため換気障害は改善せず,同年12月に本人家族の意志により気管切開下での人工呼吸器管理となった.退院時の運動機能は四肢筋力の著明な低下により起立•歩行が不可能であった.在宅療養中の2005年5月より,原因不明の意識消失発作が数回みとめられ,8月末から呼吸困難が出現し.人工呼吸器の最髙気道内圧が30cmH2 Oと上昇し体位変換によって変動した.また,気管内吸引時.気管カニューレ内に抵抗がみられ,度々血痰が吸引されるようになったため,同年9月下旬に当科に入院となった.

出典：短報　臨床神経学47巻10号（2007：10）

症例：64歳女性.

主訴：飲み込みづらい.

現病歴：62歳時.臥位での頭部挙上困難.左眼瞼下垂.複視が出現した.血清抗アセチルコリン受容体抗体(抗AChR抗体)63nmol/L.左僧帽筋の神経反復刺激試験は減衰率25%で.MGと診断された.拡大胸腺摘除術を受けたところ.胸腺過形成であった.ピリドスチグミン180mgを内服し.寛解した.63歳時.呼吸不全.左眼瞼下垂.複視が出現し.3日間.非侵襲的陽圧換気で管理された.経口プレドニゾロン(PSL)を開始し.70mgまで漸増して症状は改善した.その後.ピリドスチグミン120mg連日とPSL 20mg隔日の内服で寛解した.64歳時,頸部の筋力低下が増悪し,左眼瞼下垂.複視が出現した.PSL20mg隔日内服から25mg連日内服に増量し. ピリドスチグミン120mgを維持し.症状は軽快した.寛解してその半年後.食事で喉にひっかかる感じやむせこみ.開鼻声が出現したため.入院した.