

三宅晃史 JA長野厚生連 佐久総合病院 総合診療科

神経症状 ただいま診断中!

——問診と身体診察でからだを読む——

中外医学社

第1章

総合診療で遭遇する
神経疾患

総合診療では様々な問題を抱えた患者さんを担当します。その中で“実は神経疾患だった”ということが起きやすい状況があります。特に歩行障害、易転倒性、嚥下障害、自発性低下、seizureによる意識障害のときです。ここでいう seizure は「脳の異常な電気活動によって引き起こされる一過性の症状」を指すもので、日本語では「発作」、「痙攣発作」と呼ばれますが、適当な用語がないので「seizure」として表記します。

「第2章 診断手法」のごとく病態生理を辿っていけば自ずと病態の全貌は見えてきますが、なかなか認識されることが少ない領域です。ここでは特に注目すべき神経症候について解説します。

歩行障害、易転倒性、嚥下障害、自発性低下

原因は様々ですが、日常臨床で頻繁に遭遇し、しかしあまり認識されず、“年のせい”にされやすいものとして前頭葉皮質下障害があります。微小血管障害が蓄積し前頭葉皮質と大脳基底核、脳幹以下をつなぐ神経線維が障害されて生じるものや、Parkinson 病、Lewy 小体型認知症などの神経変性疾患により、前頭葉皮質と大脳基底核の連携に異常が生じるものです。それにより歩行障害、易転倒性、嚥下障害、自発性低下が生じます。前者は脳血管性パーキンソニズムと呼ばれます。前頭葉と各部位との連携に障害が生じている様子をイメージしましょう。

1. 運動プログラムの生成

大脳皮質運動関連領域と大脳基底核（被殻）・小脳内側部とを結ぶ“運動ループ”と、前頭前野と大脳基底核（尾状核）・小脳外側部とを結ぶ“認知ループ”との働きにより、“姿勢と精緻運動に関する”運動のプログラムが生成されます。

2. 姿勢制御プログラムの実行

大脳基底核から大脳皮質と脳幹への脱抑制により、皮質網様体投射と網様体脊髄路系が駆動されて、精緻運動に先行する姿勢制御が可能になります。

3. 随意運動の実行

一次運動野に対する抑制解除によって運動指令が脊髄へと伝達され、精緻運動が実行されます。

この前頭葉から大脳基底核までの連絡の障害として代表的なものは脳血管障害で、血管性認知症と呼ばれます¹⁾ **表1-1**。血管性認知症は多発梗塞性認知症、小血管病変性認知症、低灌流性認知症、出血性認知症、および戦略的な部位の単一病変による認知症 strategic single infarct dementia に分類されます。さらに、戦略的な部位の単一病変による認知症は、視床、前大脳動脈領域、後大脳動脈領域、および角回に代表される中大脳動脈領域の限局性病変に分類されます **図1-1**。

特に注意が必要なものは尾状核頭の病変です **図1-2**。脳梗塞をきたすことが多く、責任血管は前大脳動脈からの穿通枝である Heubner 反回動脈と前レンズ核線条体動脈、中大脳動脈からの穿通枝である外側レンズ核線条体動脈です。この部位に病変が生じると無為（言動の自発性の低下、外的刺激からの反応に時間がか

表1-1 NINDS-AIRENによる probable VaDに関連する画像所見

I. 分布

1. 主幹動脈領域梗塞

両側性前大脳動脈領域

後大脳動脈領域（傍正中視床梗塞、側頭葉内側下面梗塞を含む）

連合野病変（頭頂葉、側頭葉、角回を含む側頭葉・後頭葉連合野の梗塞）

境界域梗塞（前頭葉前部、頭頂葉）

2. 穿通枝動脈領域梗塞

基底核・前頭葉白質の多発性小梗塞、脳室周囲の広範な白質病変、両側性視床梗塞

II. 程度（病変部位に加えて、病変の程度も認知症の発現と程度に関係）

優位半球または両側性の主幹動脈閉塞による病変、白質全体の少なくとも 1/4 を占める病変

(Román GC, et al. Neurology. 1993; 43: 250-60 より)

かる)と呼ばれる状態になります。脳梗塞をきたせば、一夜にして進行期 Alzheimer 型認知症のようにになります。少しずつ慢性虚血性変化が進行すれば徐々にいつの間にか自発性が低下した状態になります。

ほか、意外に見落としやすいのが角回の病変です(図1-2)。脳梗塞や脳腫瘍などでこの場所に病変が生じると激しい過活動型せん妄を生じ、手がつけられなくなります。

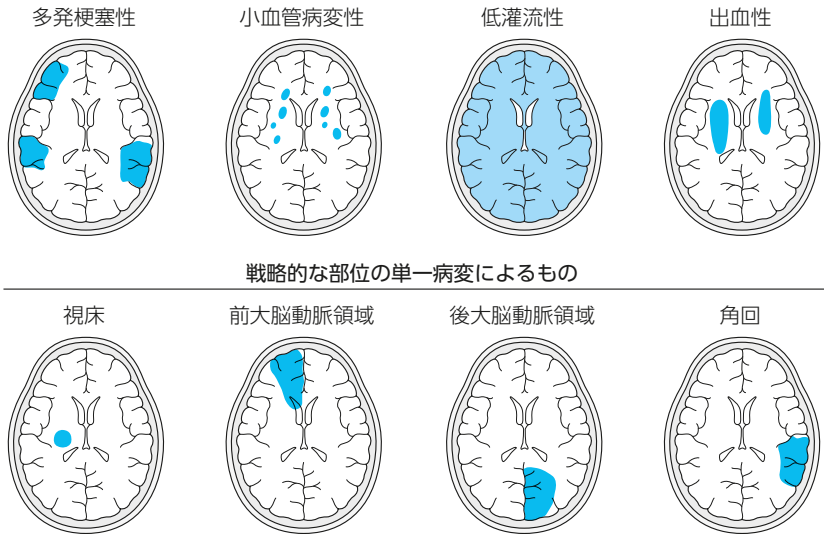


図1-1 病巣による血管性認知症の分類

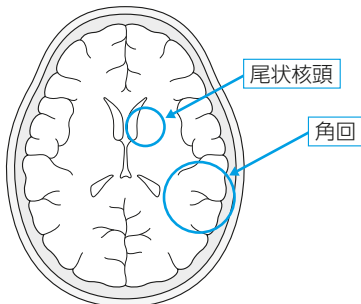


図1-2 尾状核頭、角回

第2章 診断手法

■ 診断の文脈

診断の基本は病因（血管障害や腫瘍性疾患などの疾患カテゴリー）、局在（解剖）を特定することです。問診しながら病因、局在を思い浮かべます。多くのケースでは、まずは局在の特定から始めると流れがスムーズです。必要に応じて質問を追加し、場合によってはその都度身体診察、つまり症状のある場所をみせてもらいながら問診します。その間にどの身体診察を行うかを計画します。そして次に身体診察を行い、どこに病変の局在があるのかを調べていきます。よってどの身体診察を行うかはそのときの“文脈”に依存します。ときおり身体診察をテンプレートにしている初学者を見かけますが、早々に卒業しましょう。スクリーニングは問診で行います。身体診察の検査特性は絞り込みに向いているのです。テンプレートを使用して身体診察を行っているうちには、この大切な“診断の文脈”がいつまでたっても身につきません。

問診と身体診察は「問診→身体診察」というような一方通行のものではなく、身体診察をしながら、得られた所見から必要に応じて問診を追加していきます。ただしカルテ記載は「問診→身体診察」としないと読みづらいことこの上ないです。

問診の段階から身体診察に至るまで、病因と局在を考え続けますが、どちらかというと病因の特定に主に寄与するのは問診で、局在の特定に寄与するのは身体診察です。Time to peak から病因を推定し、局在を探る問診を行い、身体診察で局在を特定していきます。

■ 病因と局在

病因とは疾患のカテゴリーのことで、有名なものに VINDICATE があります。

表2-1 VINDICATEP!!!

Vascular	血管障害
Infection	感染症
Neoplasm	良性・悪性新生物
Degenerative	変性疾患
Intoxication	薬物・毒物中毒
Congenital	先天性疾患
Auto-immune	自己免疫疾患
Trauma	外傷
Endocrinopathy	内分泌・代謝疾患
Psychogenic	精神疾患
!(I)atrogenic	医原性疾患
!(I)diopathic	特発性疾患
!(I)nheritance	遺伝性疾患

筆者はこれをアレンジして、VINDICATEP!!! にしています**表2-1**。

結局、鑑別診断の能力は鑑別疾患の引き出しの多さに依存します。ちょうどこの VINDICATEP!!! の表が引き出しのような役割をしており、経験とともに引き出しの中身が増えていきます。さらには同僚の経験した症例、カンファレンス、症例検討会、論文などで学んだ知識についても自分の引き出しに加えていくことができるようになります。また筆者はこのフレームワークを全ての症候で用いるようにしています。そうすることで、ある症候について学んだ疾患概念を他の症候の引き出しにも追加していくことができます。

この VINDICATE 使いの達人といえば、様々な招聘カンファレンスで来日される、カリフォルニア大学サンフランシスコ校の Lawrence M. Tierney Jr. 先生でしょう。先生はどんな症候のときにもこのフレームワークを用いて鑑別を進めていきます。そこで披露される引き出しの多さに圧倒されます。そういった症例カンファレンスですので、希少疾患や common disease の稀なプレゼンテーションなど、難症例ばかり扱われますが、たいていは的中し、診断が当たらずともかなり肉薄します。しかもそのカンファレンスが終了したのちには、関連する文献を復習し、ご自分の VINDICATE の引き出しにしっかり納めておられました。この地道な生涯学習を今もなお継続されている姿には感銘を受けました。

この病因を突き止めるのには発症様式を確認します。重要な概念は time to peak, つまりいつ症状のピークを迎えたのか、です**図2-1**。

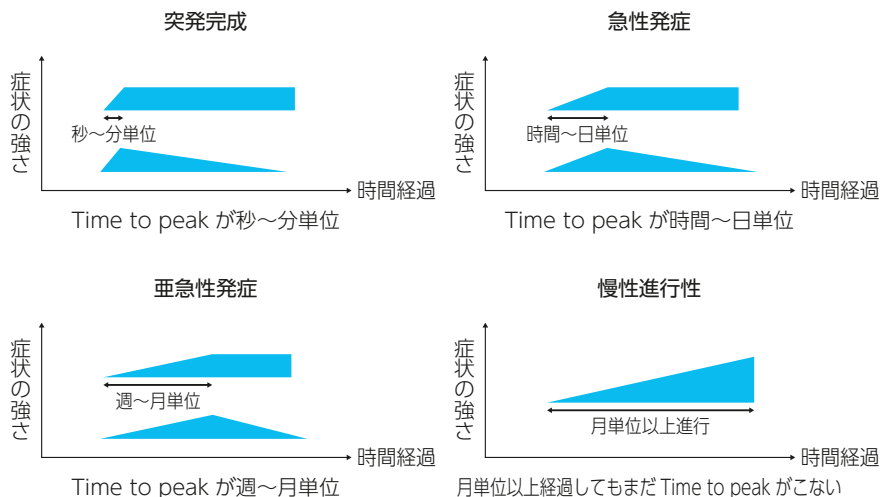


図2-1 Time to peak

なかでもとりわけ重要なのは突発完成の病歴です。くも膜下出血，心筋梗塞，大動脈解離など血管や臓器が詰まる，破れるなどの疾患が相当しますが，要は重篤でかつ緊急対応を迫られる疾患を示唆するものなので，この点ははっきりするまでしつこく聴取します。患者さんは往々にして「突然痛くなった，急に起きた」と表現します。医学的に突発完成かどうかを確認しましょう。決めゼリフは“出た瞬間 max でしたか？”です。急性発症は数時間から数日でピークがくるもので，肺炎や急性上気道炎などの感染症，片頭痛発作などが相当します。亜急性発症は特殊な疾患が多く，主に関節リウマチなどの自己免疫疾患が相当します。慢性進行性は月単位以上経過しても進行性でいまだピークに到達していないもので，悪性腫瘍や真菌性髄膜炎などが相当します。そしてこの増悪についてですが，症状の程度だけでなく持続時間や頻度，間欠期がだんだん短くなるなども増悪ととれます。

この time to peak は疾患ごとに様々ですが，わが国の医学教育では重視されているとは言い難く，海外の教科書を紐解く必要があります。

例えば次の病歴はどんな発症様式でしょうか。

〈症例 1〉

「2007 年某月某日，17 時頃，勤務先でお茶を飲もうとした際に，左口角よりお

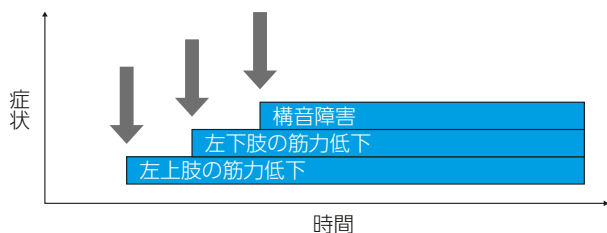


図2-2 階段状進行

茶がこぼれるのを自覚した。その後、車を運転して帰宅途中、18時頃にハンドル操作が思うようにできず、軽い接触事故を起こした。19時頃、車を運転してどうにか帰宅したが、歩行時に左に傾き、ろれつが回らないことを家族に指摘され、20時頃に家族の付き添いで当院救急外来を受診した」¹⁾

〈症例 2〉

「2008年某月某日、13時50分頃、仕事で高速道路を運転中に左手が動かしにくいことに気づき、5分後にはろれつが回らなくなってきた。パーキングエリアに駐車してレストランに入る際、体がよろけて左足を引きずるように歩いた。食事の際に左口角から食物がこぼれた。同僚がおかしいと判断し、14時30分に救急搬送された」¹⁾

これを経過表にまとめてみます(図2-2)。一つ一つのエピソードは突発完成エピソードです。それらがどんどん重なっていき、階段状になっています。これが“階段状進行”と呼ばれるものです。

経過表

まず問診すると通常は発症日から時系列に沿ってどんな症状が出てきたか、という情報が得られるでしょう。症状が複数あると病歴をまとめるのに苦労します。いったん時系列で聴き終わった後に、症状ごとに着目して時系列でまとめ直してみましょう。そのときに活躍するのが経過表です。症例検討会のスライドや症例報告の論文でご覧になったことがあるでしょう。前述のtime to peakを意識して、各症状ごとに経過表を描いてみます。その後時間軸を1日に設定し直して、代表的な1日の日内変動を聴取し経過表をさらに描いてみます(図2-3)。