

# 序

総合診療に携わっていると、診断が難しいケースの相談を受けることがある。多くは神経内科領域の疾患である。若手医師だけでなくベテラン内科医にも、私と同じように神経内科領域に苦手意識をもつ医師が多いのではないかと思う。救急室から神経内科医にコンサルトすると、診察道具がいっぱい入ったドクターバッグを持って現れ、芸術的と思える華麗な診察で病変部位を明らかにしていく。基本的な神経解剖を理解していることと、症状・身体所見から責任病巣を絞り込んでいく臨床推論が重要ようだ。

「神経内科がわかる、好きになる」という今回の企画では、私が最も信頼する若手神経内科医の安藤孝志先生の力を借りた。実際の症例を提示しながら、神経疾患は難しいと考えている医師にもわかりやすく神経疾患へのアプローチが解説されている。

最近、こんな症例に出会った。やはり神経内科領域の疾患は診断が難しい。

65歳女性がめまいを訴えて救急室を訪れた。来院前日より、起床時から回転性めまいと嘔気、耳鳴、耳閉感があり起き上がることができない。めまいは安静にしていると楽になり、頭を動かすと増悪する。嘔気があり食欲はない。こんなことははじめてであるという。頭痛や後頸部痛はない。構音障害、嚥下障害、麻痺はない。

既往歴にバセドウ病による心不全、高血圧、脂質異常症がある。内服薬は降圧薬（ARB+利尿薬）、カルシウム製剤、脂質異常症治療薬（スタチン）、甲状腺疾患治療薬（チアマゾール）である。

バイタルサインは体温 36.5°C、血圧 119/89 mmHg、心拍数 93回/分、酸素飽和度 98%（室内気）。意識は清明であるが、ゆっくりと話す。会話をしていても視線が合わない。独特の言葉づかいがあり、ちょっと変わった印象を受ける。

頸部に血管雑音を聴取しない。坐位から臥位になると、水平回旋性眼振を認め、1分以内にめまいは消失した。右の眼裂狭小を認めるが、5年前から自覚しているとのこと。瞳孔は左右同大で直径3 mm、顔面の発汗に左右差はない。聴力は左右差なし。他の脳神経にも異常を認めなかった。四肢に筋力低下はなく、温痛覚も左右差はない。小脳失調症状なし。自力で歩行は可能だが、「いつもと違う」との訴えがある。継足歩行はふらつきを認めた。下肢振動覚は低下し、Romberg徵候は陰性だった。

## 〈血液検査〉

WBC 6,730/μL, Hb 15.7 g/dL, MCV 89.2, 血小板 27.4万/μL

AST 18 IU/L, ALT 17 IU/L, LDH 293 IU/L, ALP 261 IU/L, 総-bil 1.14 mg/dL, LDLコレステロール 113 mg/dL, 血糖 174 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Mg 1.9 mg/dL, Cre 0.37 mg/dL, CRP 0.25 mg/dL

TSH 0.0051 μIU/mL（基準値0.52～3.5）、FT<sub>4</sub> 1.46（基準値0.97～1.66）

### 〈Problem List〉

# 持続するめまい # バセドウ病 # 脂質異常症  
# 歩行障害 # 高血圧

後下小脳動脈（PICA）領域の梗塞を疑われ入院したが、入院後の頭部MRI検査では異常を認めなかった。Dix-Hallpike試験を施行すると、右下懸垂頭位で回旋性眼振を認めた。しかし、眼振の変動が認められ方向が一定しない。安静臥位でも持続的なめまい感がある。耳石除去のためEpley法を行うとめまいと嘔気は改善した。良性発作性頭位めまい症だったのだろうかと考えていると、衝撃の検査結果が戻ってきた。

ビタミンB<sub>12</sub> 75 pg/mL (基準値 180～914)

ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症だった。葉酸は正常値である。

ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症を正しく診断し治療を行うことはきわめて重要である。早期に治療をはじめれば可逆的だからだ。ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症の症状/所見として大球性貧血（巨赤芽球性貧血）が有名だが、神経症状も起こす。神経の髓鞘形成と正常な機能維持にビタミンB<sub>12</sub>が必要だからである。頸髄、胸髄の側索と後索（稀に脳神経や末梢神経、脳白質）の脱髓が起こる。貧血を全く伴わず、神経症状だけを呈するときもある。75歳以上の高齢者の10～24%に臨床症状があまり明らかでないビタミンB<sub>12</sub>欠乏症が存在するとも言われている。よくある神経症状として、下肢優位の左右対称性の異常感覚、筋力低下、歩行障害、認知機能障害、精神障害、視力障害を起こす。身体所見では下肢振動覚低下やRomberg徵候、皮膚の色素沈着、舌炎を認めることが多い。

血清ビタミンB<sub>12</sub>値が100 pg/mL以下ならば、確実にビタミンB<sub>12</sub>欠乏症と診断できる。血清ビタミンB<sub>12</sub>値が正常下限（180～400 pg/mL）であるときは注意が必要である。偽陰性や偽陽性が50%に起こるからだ。血清メチルマロン酸と総ホモシステインを測定し上昇を確かめることが診断には有効である。しかし、国内では血清メチルマロン酸は測定できない。末梢血スメアで好中球過分葉所見を見つけることも参考になる。

この企画ではプライマリ・ケア医がよく遭遇する疾患に的を絞り、卓越した臨床能力をもつ指導医に診断のポイントをわかりやすく解説していただいた。何度も復習し自分のものとすれば、神経疾患を診ることが楽しくなるのではないかと思う。

2017年1月

諫訪中央病院 総合内科  
山中克郎

---

### 文献

- 1) Stabler SP : Clinical practice. Vitamin B<sub>12</sub> deficiency. N Engl J Med, 368 : 149-160, 2013
- 2) Hoffbrand AV : Megaloblastic anemia. 「Harrison's Principles of Internal Medicine 19th edition」 (Kasper DL, et al, eds), pp640-649, 2015