

# 不随意運動で歩行困難となり 救急搬送された症例

名瀬徳洲会病院  
永岡 晋一

**症例**      **87歳男性**

**主訴**      **全身のふるえ**

# 現病歴

平成22年3月末に全身ふるえが出現し当院へ救急搬送。

脳血管障害による不随意運動との診断にて入院。

ジアゼパム(セルシン)内服で改善し自宅退院。

5月31日、突然両上下肢のふるえを自覚。

3日後に歩行困難となり当院救急搬送。

- (既往歴) 高血圧、  
陳旧性脳梗塞
- (内服薬) バイアスピリン  
アムロジン
- (家族歴) 特記すべき事項なし
- (社会歴) 喫煙歴; 10本/日  
飲酒歴; 1合/日  
ADL完全自立  
妻と息子と3人暮らし

# 入院時所見

バイタル 140/80mmHg、64/分、SpO2 98%  
GCS E4V5M6

全身状態 良好

意識状態 清明

眼所見 眼瞼 貧血様ではない

眼球 黄染なし

胸部所見 呼吸音 清、明らかな肺雑音なし

心音 心雑音なし、リズム整

腹部所見 平坦・軟、腸蠕動音 moderate

圧痛なし、腫瘤・硬結・拍動なし

四肢 浮腫なし、チアノーゼなし

# 神経学的所見

CNS 特に異常なし

Motor 上下肢MMT5/5、Barreは評価できず

Reflex 異常反射なし、病的反射認めず

Coordination 不随意運動のため評価できず

Sensory 感覚異常はなし

## 不随意運動

- ・開口時で下顎に振幅の大きな振戦、声のふるえ
- ・両上肢；姿勢時・運動時に振戦増強  
左右差(-)、固縮(-)、強剛(-)
- ・両下肢；振戦にて挙上不可  
左右差(-)、固縮(-)、強剛(-)

# 血液検査

CPK 32IU/l

AST 36IU/l

ALT 20IU/l

T-Bil 0.3mg/dl

**BUN 36.0mg/dl**

**Crea 2.30mg/dl**

UA 5.0mg/dl

Na 138mEq/l

K 4.2mEq/l

Cl 102mEq/l

Ca 8.7mg/dl

IP 3.6mg/dl

NH<sub>3</sub> 44μg/dl

BS 102mg/dl

CRP 1.19mg/dl

WBC 6780/μl

RBC 428万/μl

**Hb 13.0g/dl**

Ht 39.7%

Plt 21.5万/μl

PT 11.7秒

PT-INR 1.04

APTT 25.5秒

TSH 1.4μIU/ml

FT4 1.1ng/dl

FT3 2.5pg/dl

コルチゾール 18.0μg/dl

エタノール <10mg/dl

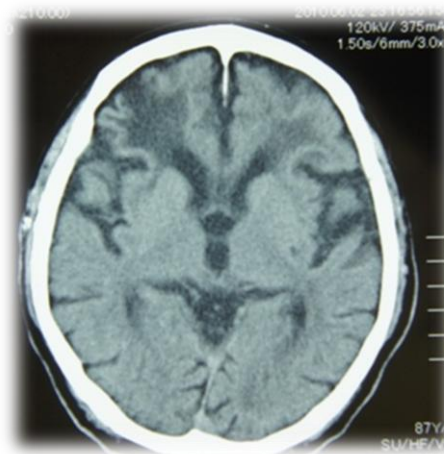
# 画像検査

## 胸部レントゲン

明らかな異常所見はなし

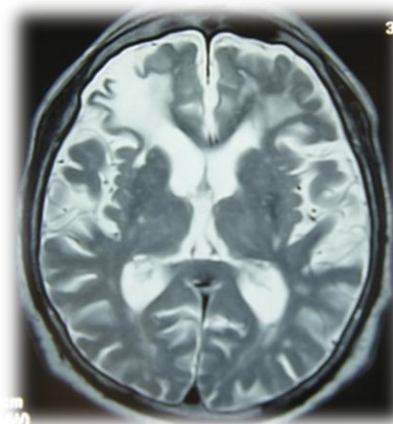
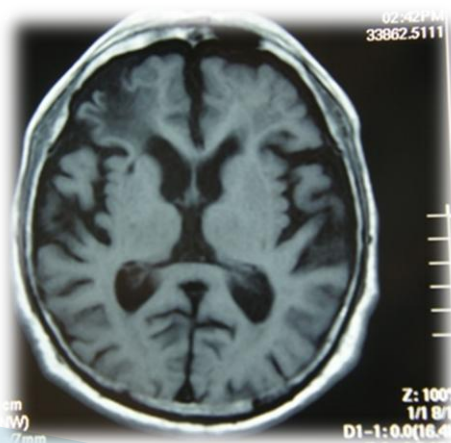
## 頭部CT

前回のCT所見と同様で、  
右陳旧性脳梗塞を認める



## 頭部MRI

新規病変はなし





# 鑑別疾患

- 脳血管障害(脳出血、脳梗塞)
- 髄膜炎、脳炎
- **パーキンソン病・症候群**
- 変性疾患・脱髄性疾患
- 代謝性脳症
- 甲状腺疾患
- 敗血症
- 電解質異常
- アルコール性離脱症状
- 薬剤性振戦(β刺激薬、気管支拡張症)
- **本態性振戦**
- **てんかん**

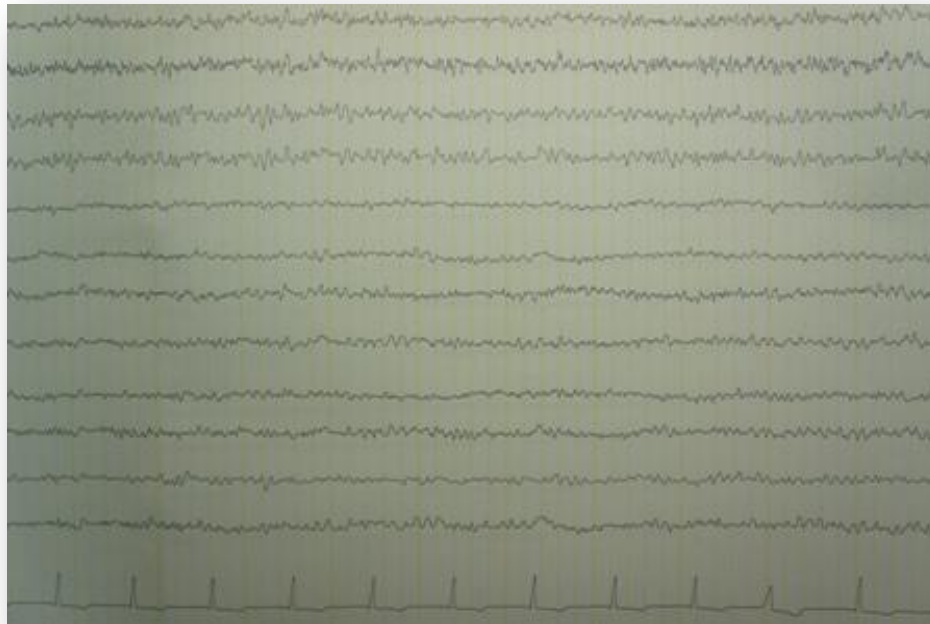


器質的疾患と  
代謝性疾患は  
除外

⇒ 上記鑑別目的に入院

## 入院後経過①

- 前回の入院と同様にジアゼパム内服開始。
- 脳波施行。てんかんは否定的。



⇒ 本態性振戦、パーキンソン病の鑑別を行った。

## 入院後経過②

- ・突然発症
- ・安静時に比べ姿勢時・運動時に振戦増強
- ・筋固縮、強剛なし
- ・左右対称性
- ・小刻み歩行、姿勢反射障害なし

パーキンソン病は否定的

⇒ 本態性振戦と診断

ジアゼパム内服開始3日後には振戦消失。  
入院10日目に軽快退院となった。

**震え**

**短時間で生命に危険が及ぶ疾患**

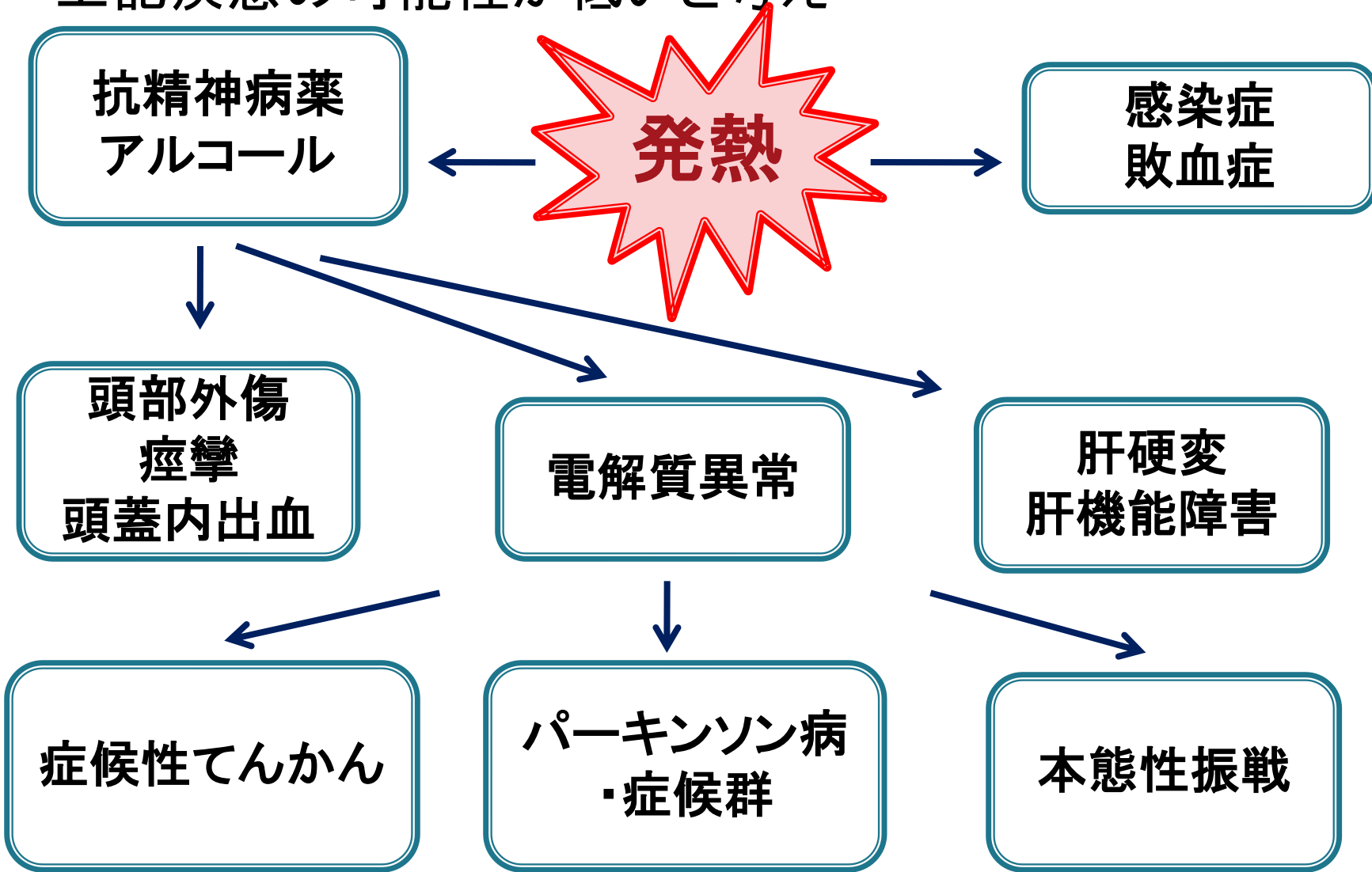
髄膜炎  
脳炎

脳血管障害

甲状腺  
クリーゼ

**頭部CT、MRI、  
血液検査**

上記疾患の可能性が低いと考え・・・



# パーキンソン病 VS 本態性振戦

所見	パーキンソン病	本態性振戦
年齢	>50歳	20代と60代の2峰性
性別	男性に多い	性差なし
家族歴	>25%	>50%
非対称性	+++	+
振幅	4~6Hz	4~10Hz
特徴	安静時	姿勢時・運動時
	回内・回外が障害	屈曲・伸展が障害
振戦の部分	手・足・顎・舌	手・頭・声
その他	無動、強剛、歩行困難 姿勢反射障害	難聴

# 本態性振戦について

- ・原因ははっきりとしないが、ふるえ以外の症状はなく、**生命予後の良い病気**。
- ・原因に**交感神経の過興奮**といわれている。
- ・**姿勢時・動作時**、または、**精神的な緊張**で増強する。
- ・**家族内発症が多く常染色体優性遺伝**を示す。

# 本態性振戦の治療

内科的治療⇒約50%で有効

- ・ $\beta$ 遮断薬(第一選択); プロプラノロール
- ・抗てんかん薬; プリミドン(バルビツール酸系)
- ・精神安定剤; ジアゼパム(セルシン)

外科的治療⇒内科的治療に抵抗性のある患者に適応

- ・脳深部刺激療法(DBS: deep brain stimulation)
- ・視床破壊術



## 結語

今回は、不随意運動を主訴として救急搬送され、本態性振戦の診断で内服加療で軽快退院された症例を経験した。

本態性振戦は致死的原因がない病気であるため、これまで軽視されていることが多いと思われる。

しかし、患者の精神的ストレス、QOLを著しく障害するものであるため、積極的な治療が必要と考えられる。

内服治療によりある程度改善が見込まれるため、早期からの加療が必要である。