

## 06-40

### 高マグネシウム血症が多彩な神経症状の原因であった3例

松江赤十字病院 神経内科

○福田 弘毅、木下 香織、深田 育代、田村 邦彦、山田 真悠子

多彩な神経症状の原因として緩下剤投与に伴う高マグネシウム血症が関与していた症例を経験したため報告する。

【症例1】59歳女性。SLE、慢性腎機能障害で加療中。数日前より倦怠感、脱力感が出現。前夜より体に力が入らず立位歩行困難となり嘔気、頭痛も出現し救急外来を受診。筋力低下、腱反射低下、呼吸緩慢あり。Mgが13.4と異常高値を示しており緊急入院し透析を実施。

【症例2】73歳男性。大腸癌外科的治療の既往。誤嚥性肺炎後の廃用症候群で他院入院加療中であった。初期には介助歩行レベルであったのが徐々に起立性低血圧が出現し意識消失も出現することがありリハビリ困難となった。易怒性が出現し、四肢にミオクロームスも診られるようになったため当院に転院。転院時には血圧低下傾向で循環動態不安定のため昇圧剤の投与などを必要とした。高マグネシウム血症が判明し補正を行いすべての症状が軽快。

【症例3】57歳女性。10年前よりパーキンソン病として加療を受けていたが無動症状が強く抗パーキンソン病薬のコントロールに苦慮していた。3ヶ月前より幻覚が多くなり日常生活動作も低下して他院に入院。さらに易刺激性が強くなったため当院に紹介受診。慢性腎機能障害がありながら酸化マグネシウムが投与されていたため休止を助言、その後症状軽快。

【考察】いずれの症例も腎機能障害を合併しながら緩下剤としてマグネシウム製剤が投与されていた。緩下剤としてのマグネシウム製剤は比較的処方頻度が高いが腎機能障害の患者には注意を要する。また高マグネシウム血症では傾眠、脱力が多いが易刺激性や不随意運動も出現する可能性があり注意が必要である。

## 06-42

### 神経症状にIVIg療法が著効したChurg-Strauss症候群の1例

長岡赤十字病院 神経内科

○光田 友美、梅田 麻衣子、梅田 能生、笠原 壮、今野 卓哉、小宅 陸郎、藤田 信也

【症例】60歳、女性。

【主訴】手足のしびれ感、左足の筋力低下。

【現病歴】気管支喘息で吸入ステロイド薬や内服薬でコントロールしていた。発症13年後に気管支喘息の急性増悪を認め、その数日後から左手のしびれ感が出現したため当科を受診した。左上肢の末梢のみのしびれ感は、数日単位で四肢に広がり、四肢遠位の筋力低下も出現し、左前脛骨筋は、徒手筋力テストで1レベルまで筋力が低下した。血液検査で、白血球24560/ $\mu$ l(好酸球17560)、CRP8.85mg/dlと好酸球増加、炎症反応を認め、Churg-Strauss症候群(CSS)を疑われ、当科に入院した。神経生検では、血管炎の所見を認め、先行する気管支喘息、好酸球増加、多発性単神経炎、病理結果からCSSと診断した。入院当日からステロイド治療を開始し、速やかに好酸球数も炎症反応も正常化した。しびれ感と筋力低下は残存した。末梢神経障害に対して免疫グロブリン大量療法(IVIg)を施行したところ、強いしびれ感が軽減し、左下肢の筋力低下にも改善がみられ、杖歩行が可能になった。現在は独歩可能で、後遺症はほぼ残っていない。

【考察】CSS症候群では様々な臓器が傷害されるが、特に心臓・腎障害は生命予後に影響するといわれている。一方、CSSの末梢神経障害は生命予後とは関連しないが、残存しやすく患者のQOLを強く障害する。末梢神経障害の治療に関しては、病理学的に血管炎が顕在化した時期でのステロイド治療の効果は少ないといわれている。ステロイド治療では半数以上が後遺症を残すとの報告もあり、本症例のようにステロイド抵抗性の末梢神経障害に対してはIVIg療法を積極的に検討すべきと思われる。

## 06-41

### 当院神経内科での細菌性髄膜炎の治療成績

福井赤十字病院 神経内科<sup>1)</sup>、齋藤医院<sup>2)</sup>

○高野 誠一郎<sup>1)</sup>、今村 久司<sup>1)</sup>、早瀬 史子<sup>1)</sup>、伏屋 公晴<sup>1)</sup>、松田 有紀<sup>2)</sup>

【目的】細菌性髄膜炎の治療成績を調べ、予後に影響する要因を検討した。【方法】平成16年9月1日より26年4月1日までに、当院神経内科の入院診療録より、主病名が細菌性髄膜炎である患者を抽出した。年齢、性別、主訴、既往歴、当院受診までの治療、頭痛、体温、意識状態、髄膜刺激徴候、検査データ、治療、予後、について調べた。

【成績】合計15名の細菌性髄膜炎の患者を抽出した。年齢は41歳～92歳、男性10名、女性5名であった。14名に2種類以上の抗生剤治療を行った。12名にステロイド治療を行った。髄液より細菌を検出できたのは9名であった。できなかった6名は、血液検査で白血球またはCRPが上昇していた。受診時、意識障害を認めたのは13名、うち5名は、軽度であった。発熱は13名で認め、全員が38.0度以上であった。頭痛は6名、項部硬直は8名で認めた。意識障害、発熱、頭痛をすべて認めた患者は5名であった。発熱と意識障害を認めたのは13名、発熱も意識障害も認めなかった患者はいなかった。予後はmodified Rankin Scale(mRS)0点が3名、1点が3名、2点が2名、5点が2名、6点(死去)が5名であった。髄液より細菌の検出できなかった6名はmRS5点が1名、6点が2名であった。初期治療をされて受診した患者は5名いた。うち4名が髄液より細菌は検出できなかった。予後はmRS0点1名、5点2名、6点2名であった。

【結論】十分な治療を行っても、予後が重篤となるが多かった。急性の発熱、意識障害を呈する患者には、細菌性髄膜炎の可能性を検討すべきである。不十分な初期治療は、予後が重篤となる可能性もある。

## 06-43

### 脳梗塞を繰り返した大動脈解離の一例

長岡赤十字病院 神経内科<sup>1)</sup>、心臓血管外科<sup>2)</sup>

○張 高正<sup>1)</sup>、今野 卓哉<sup>1)</sup>、小池 佑佳<sup>1)</sup>、笠原 壮<sup>1)</sup>、梅田 能生<sup>1)</sup>、梅田 麻衣子<sup>1)</sup>、小宅 陸郎<sup>1)</sup>、平原 浩幸<sup>2)</sup>、藤田 信也<sup>1)</sup>

症例は56歳の男性である。52歳時にStanford A型の大動脈解離を発症し、解離は右総頸動脈までおよび、右中大脳動脈領域の脳梗塞を合併した。大動脈解離に対して、上行大動脈置換術を施行し、後遺症として軽度の左不全片麻痺が残存した。右総頸動脈の偽腔は残存し、抗血栓療法は開始しなかった。同年、腎梗塞を発症しアスピリンを開始され、3年後に腎梗塞が再発しクロピドグレルが追加された。56歳時、突然、会話ができなくなり、1時間後に当院へ救急搬送された。意識は清明で全失語、左半側空間無視、左不全片麻痺を認め、NIHSSで18点であった。頭部MRI拡散強調画像で、右側頭葉に広範な高信号域を認めた。頭部MRAでは、右内頸動脈が描出されなかった。頸動脈エコーでは右総頸動脈起始部から内頸動脈にかけてフラップを認め、偽腔に逆流血流を認めた。体幹CTでは、大動脈弓部から両側外腸骨動脈におよぶ残存解離病変は変化なく、偽腔は開存していた。大動脈解離に伴う右内頸動脈閉塞による脳梗塞と診断した。大動脈解離を合併する脳梗塞ではアルテプラーゼ静注療法は禁忌であり、急性期のみ抗血栓療法を行い、以後は血圧管理のみとした。入院後、自発語が出現し、左半側空間無視と左不全片麻痺も改善し、NIHSSは7点となった。第9病日に施行した頭部MRAでは、右内頸動脈が描出され、大動脈解離による閉塞は解除されたと考えた。大動脈解離に合併した脳梗塞の二次予防は、エビデンスが乏しくガイドライン上の推奨もない。本例は抗血小板薬を使用していたために、偽腔の血栓閉塞機転が阻害され、残存したフラップによる内頸動脈閉塞を来した可能性が考えられた。