

シーン別

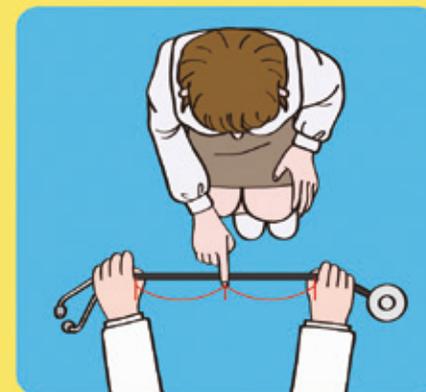
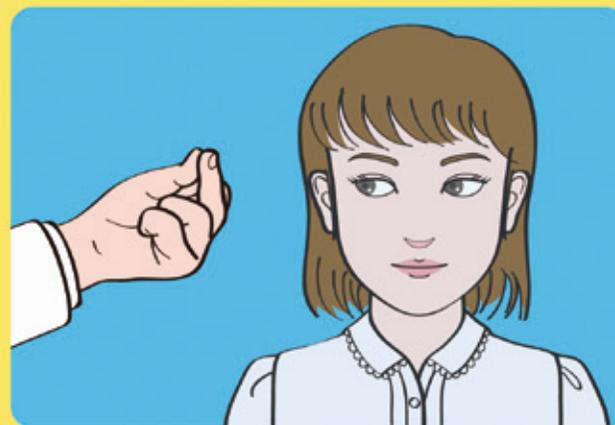
# 神経診察

こんなときに診る・使う

第2版

総合病院国保旭中央病院 総合診療内科部長

塩尻俊明 著



# 神経診察のABC

診療所や病院の外来での神経診察を、短い時間でクイックにとることが必要です。各論では詳しい神経診察の取り方を解説していますが、ここでは短時間でできる神経学的所見のスクリーン法を説明します。最後にチェックリストを示します。

## 1 坐位と立位で診察をすませる場合

### 脳神経系(1)

#### II (視神経), III (動眼神経), IV (滑車神経), VI (外転神経)

▶対座視野: 対座法(図1)で行います。

- ①患者さんと膝がつくかつかないかぐらいの距離で向かい合って座ります。
- ②患者さんの検査しない側の眼を自分の手で隠してもらい、検者もそれに対向する側の眼を検者自身の手で隠します。患者さんに検者の眼を見るように指示します。
- ③検者は自分の指をすり合わせながら、患者さんの耳側上方、耳側下方の視

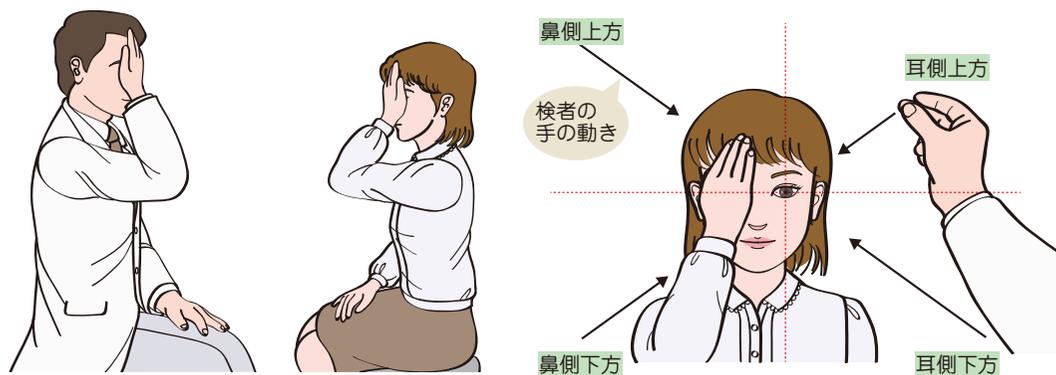


図1 ● 対座法による視野の確認

野を外側から中心に向けて移動させます。指が見えた場所が、患者さんと検者とではほぼ一致していれば視野障害はないと考えます。

④次に検者は自分の眼を隠す手を替えて、患者さんの鼻側上方、鼻側下方の視野を耳側と同様に確認していきます。両眼で行って終了です。

▶瞳孔, 対光反射, 眼位: 瞳孔径の左右差を確認しますが、2~5mmが正常範囲です(図2)。このとき、Horner徴候があるかどうかを確認します。Horner徴候では眼裂狭小をきたしますが、上眼瞼の下縁が瞳孔にかからないため、患者さん本人は眼瞼下垂の自覚がありません(図3a)。Horner徴候ではまた、下眼瞼が挙上する(図3a)ほか、上から見ると眼裂狭小のある側に眼球陥凹がみられます(図3b)。

対光反射は、患者さんになるべく遠くを眺めてもらい、視野の外側からペンライトで光を入れて、直接反射と間接反射ともに縮瞳することを確認します(図4)。

眼位は、患者さんの両眼前50cm程度の距離からペンライトで瞳孔を照らし、瞳孔の中に光が反射していれば眼位は正常、外に射していれば斜視と判断します(図5)。

▶眼球運動, 眼振: ペンライトの先を患者に眼で追うように指示します。その際、検者はもう一方の手で患者さんの頭が動かないように固定するとよいでしょう。ペンライトの先は「H」の字を描くようにゆっくり動かし、患者さんに眼で追ってもらいます(図6)。眼球を上転, 下転, 外転, 内転させ眼球運動制限をみます。図6に正常な眼球運動を示します。

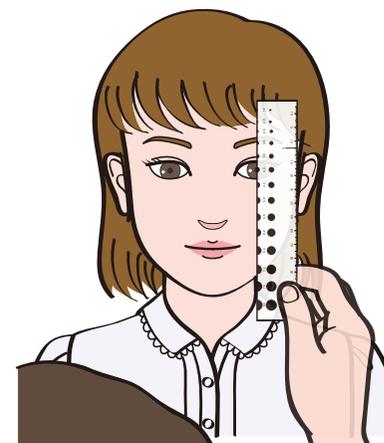


図2 ● 瞳孔計の使いかた

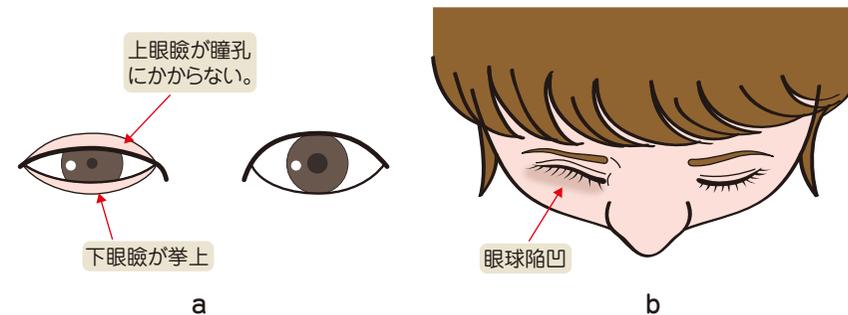


図3 ● Horner徴候

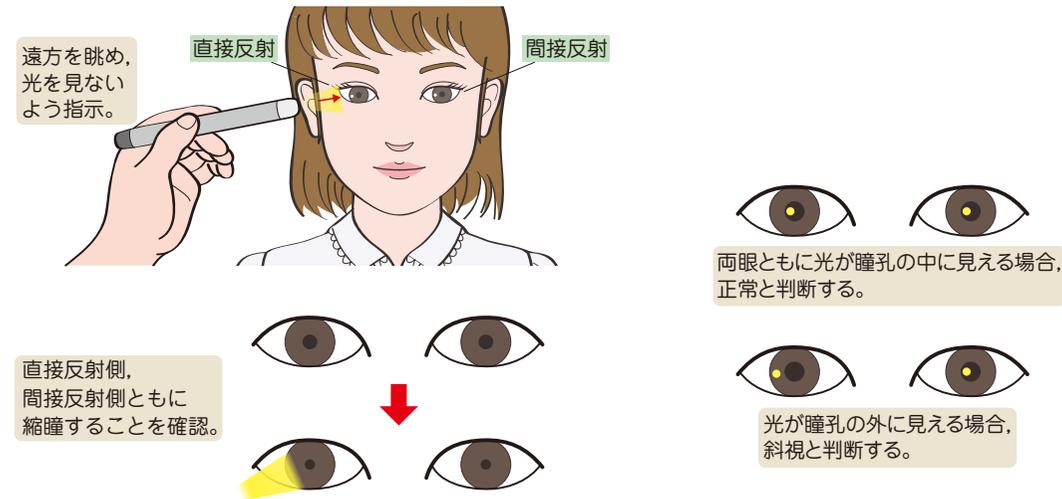


図4 ● 対光反射

図5 ● 眼位のみかた

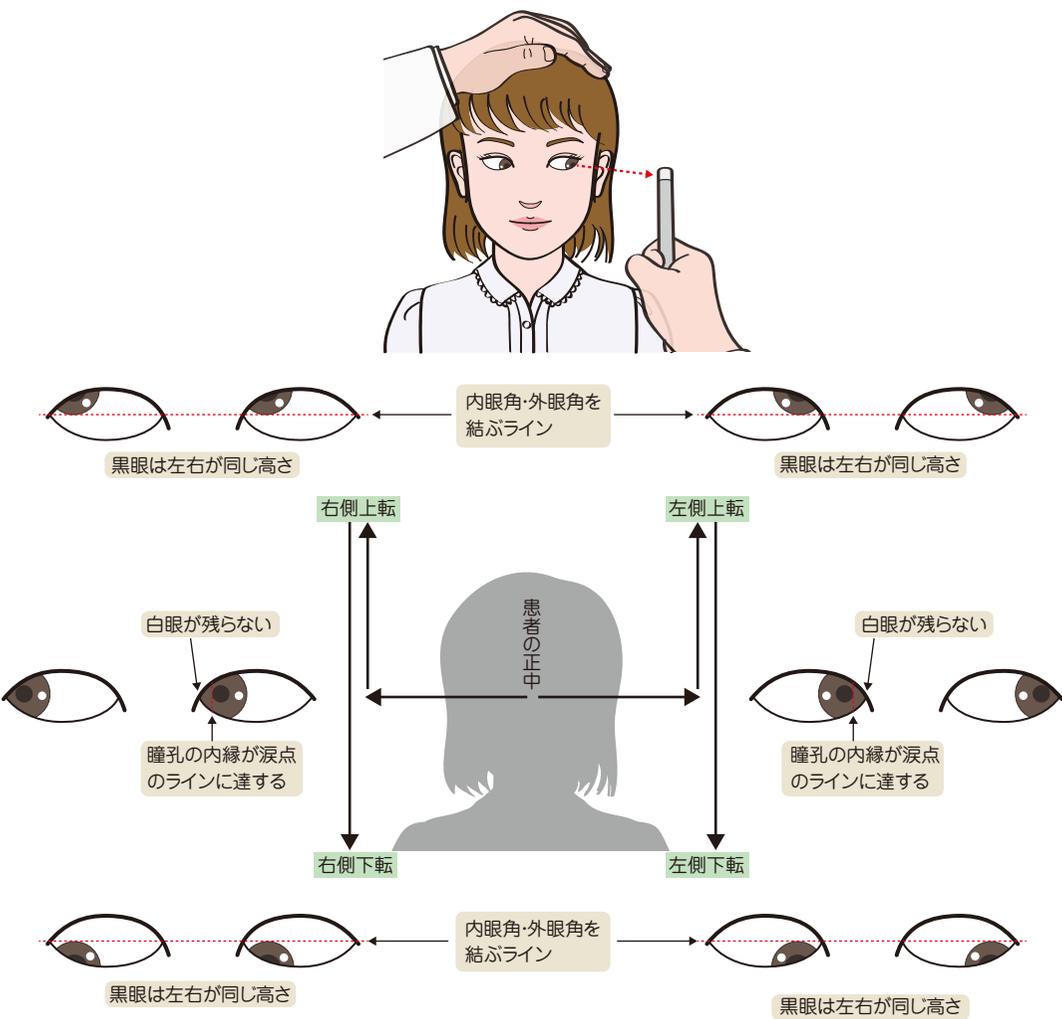


図6 ● 眼球運動のみかた/正常な眼球運動

このとき、同時に眼振も確認します(図7)。正常人でも眼球を極位まで動かすと3回ほどの振動をきたすことがありますので、眼振を見間違えないように注意しましょう。

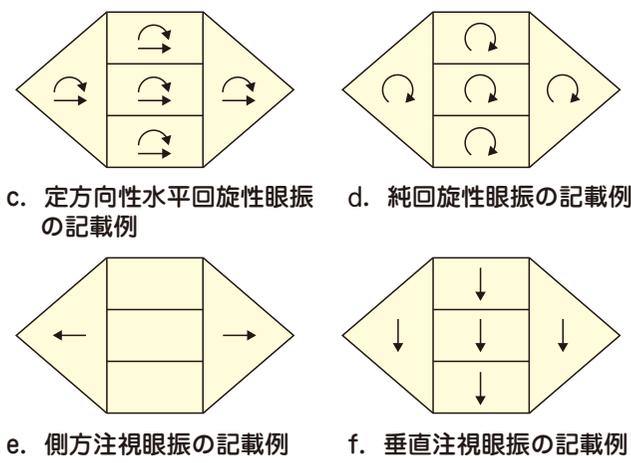
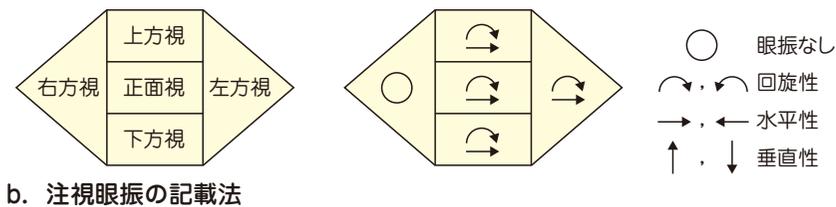
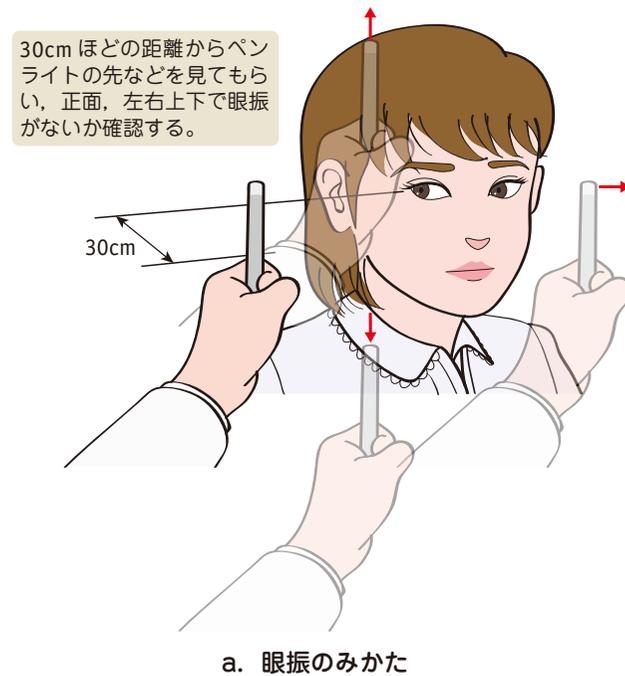


図7 ● 眼振

Scene 1 「どうぞおかけ下さい」

# 1 歩き方がおかしい

First Impression どんなふうにおかしいと感じたか？	キーワード (考えられる神経徴候)	原因となる主な疾患
1歩目が出ない。	すくみ足 (p21)	● パーキンソン病 ● パーキンソン症候群
前傾姿勢で、踵は挙げず、膝は屈曲している。	パーキンソン歩行 (p21)	● パーキンソン病 ● パーキンソン症候群
片側の障害で、膝が伸びている。患肢で外側に半円を描くように歩いている。	片麻痺性歩行 (p24)	● 脳血管障害 ● 慢性硬膜下血腫 ● 脳腫瘍 ● 脳膿瘍 ● 多発性硬化症
踵は地面につけてすり足、膝は伸びている。	大脳失調性歩行 (p26)	● 多発性脳梗塞 ● 正常圧水頭症
つま先で歩き、スタンス(脚幅)が狭い。	ハサミ歩行 (p27)	● 頸椎症 ● 多発性硬化症 ● HTLV-1関連脊髄症 ● 副腎白質ジストロフィー ● 家族性痙性対麻痺
上体を左右に振るように歩く。	動揺性歩行 (p28)	● 筋ジストロフィー症 ● 近位型脊髄性筋萎縮症
つま先を高く持ち上げて歩く。	鶏歩 (p29)	● 腓骨神経麻痺 ● L4~5神経根障害 ● 多発神経炎

踵は地面につけ、スタンス(脚幅)が広く、ふらつくような歩行。	小脳失調性歩行 (p29)	● 小脳の血管障害 ● ウェルニッケ脳症 ● 脊髄小脳変性症 ● 甲状腺機能低下症
足元を見ながら、下肢を投げ出し、踵から床につく。	脊髄失調歩行 (p31)	● 亜急性連合性脊髄変性症 ● 脊髄癆
歩いているうちに片方に傾いていく。	迷路性歩行 (p33)	● メニエール病

原因となる疾患は頻度順に並べている。赤字は緊急度が高い。

## キーワード(考えられる神経徴候)と原因となる主な疾患

### 1 すくみ足とパーキンソン歩行

#### ▼ すくみ足の問診・視診

Q1

足が地面に張りついたようになり、その場ですくんでしまうか？

これはすくみ足と呼ばれ、パーキンソン病、パーキンソン症候群で見られます。狭いところを歩こうとしたとき、方向転換をするときに顕著です。足元に敷居や進行方向と垂直に交わる床の模様などがあると、これをまたぐことができる矛盾性運動が見受けられます。

#### ▼ パーキンソン歩行の問診・視診

Q2

「前傾姿勢で、踵は挙げず、膝は屈曲している」「腕は脇につけて、ほとんど振りが無い」「歩くとどちらかの手の振戦が増強することがある」「歩いていると、どんどん加速して止まらなくなる」といった徴候がみられるか？ (図1)

これらは診察室に入ってくる際の歩き方で気づく場合があります。パーキンソン病の初期では、片側のみ症状が出ている場合があり、片方の腕の振りが少なかったり、片方の脚が一方と比べて歩幅が狭いことがあります。一方、パーキンソン症候群では発症早期でも左右差が認められません。

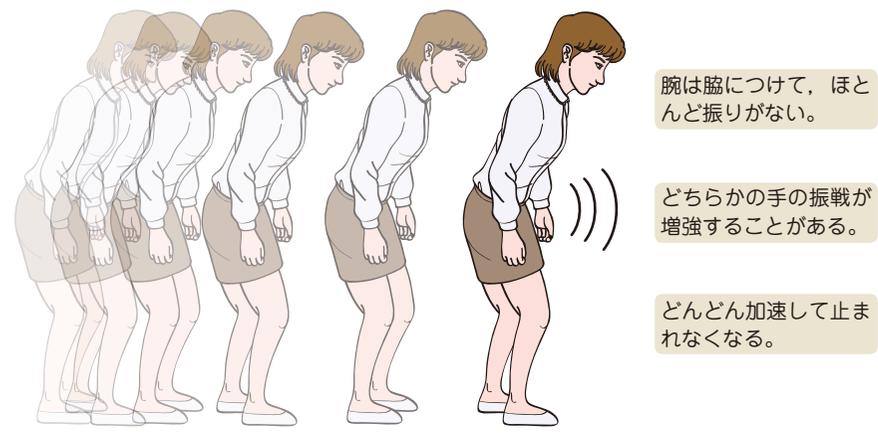


図1 ● パーキンソン歩行

腕は脇につけて、ほとんど振りが無い。

どちらかの手の振戦が増強することがある。

どんどん加速して止まれなくなる。

▼すくみ足とパーキンソン歩行の神経診察

E1 Myerson 徴候 (図2)

患者さんの眉間を中指でトントンと叩きます。その際に検者の指が患者さんの視野に入らないようにします。叩くたびに眼輪筋が収縮して瞬目し、健常者では5~10回繰り返し叩くと瞬目が止まりますが、パーキンソン病では、10回以上叩いても瞬目が続きます。



図2 ● Myerson 徴候

健常者では5~10回叩くと瞬目が止まるが、パーキンソン病では10回以上叩いても瞬目が続く。

E2 固縮 (図3)

パーキンソン病、パーキンソン症候群では、手首、肘、膝、足首の順で左右を比べながら固縮の有無を確認します。手首 (図3a) では背屈・掌屈を繰り返す、カクンカクンとした抵抗がないかをみます。同様に、肘 (図

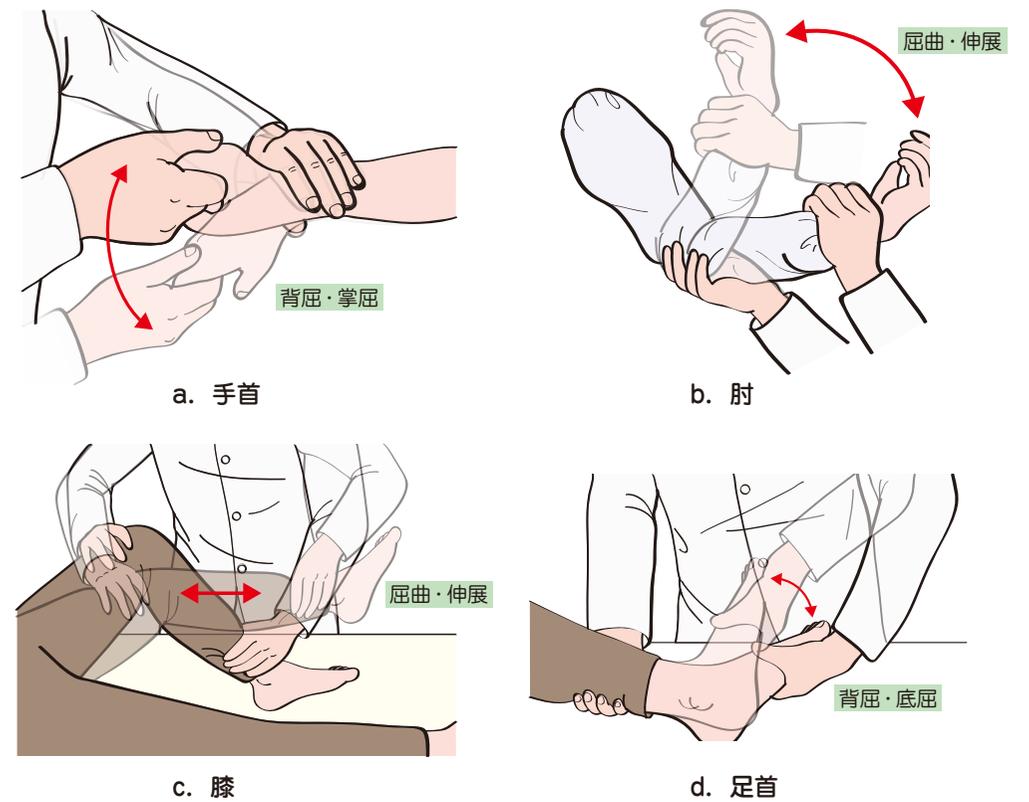


図3 ● 固縮のみかた

3b) と膝 (図3c) は屈曲・伸展、足首 (図3d) は背屈・底屈を繰り返す、固縮の有無をみていきます。パーキンソン病の早期では、固縮にも左右差が認められます。

固縮が軽度で検出しにくい場合は、誘発法を行います。対側の手を回内・回外運動させながら、検査する手首を背屈・掌屈させると固縮が検出しやすくなります (図4)。

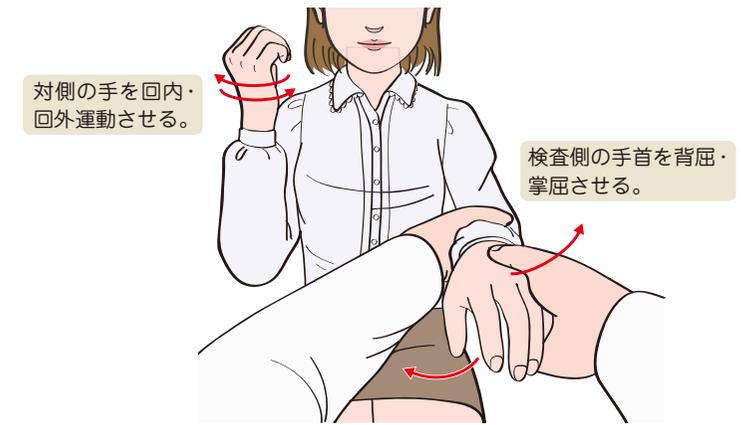


図4 ● 固縮の誘発法