

## 各論 7

神経内科  
でみる意識障害齊藤正樹 松村晃寛  
津田笑子 久原 真

札幌医科大学医学部 神経内科学講座

Point 1 急性散在性脳脊髄炎の病像を理解する。

Point 2 急性散在性脳脊髄炎の MRI 像を理解する。

Point 3 非ヘルペス性辺縁系脳炎の病像を理解する。

Point 4 免疫性辺縁系脳炎と抗神経抗体の関係を理解する。

Point 5 免疫性辺縁系脳炎と腫瘍の合併を疑うことを忘れない。

## はじめに

意識障害の鑑別は多彩であるが、「AIUEO TIPS：アイウエオTIPS（→メモ1）」や、PCEC（意識障害病院前救護）における「まずい、意識に障害、ためして酸素（→メモ2）」などを利用して、順に鑑別していくことが大切である。しかし、酸素化は十分で血圧も安定しており、血糖や肝・腎・電解質にも異常がなく、薬剤でもなく、髄液はリンパ球優位の増多でありながらもヘルペスではない、そういった進行性の意識障害の担当医になったときに、どのような原因を考えてどう治療していけばいいのだろう。本稿では、急性発症する炎症性脱髄疾患である急性散在性脳脊髄炎（acute disseminated encephalo-myelitis；ADEM）と、最近話題になっている免疫性の非ヘルペス性辺縁系脳炎（non-herpetic limbic encephalitis；NHLE）の2つを提示しながら考えてみたい。

## 1. ADEMの診断と治療

## 症例1 45歳の男性

〔主訴〕 球麻痺と意識混濁

〔現病歴〕 3週間前から感冒様症状があったが、数日で回復した。その約10日後から全身のしびれ感、歩行困難感、めまい、嘔気が出現した。近医で点滴を受けたが、症状は増悪して歩行時のふらつきや口のもつれも出現したため、脳神経外科に入院した。

〔検査所見〕 髄液細胞数 21/mm<sup>3</sup>（多核球 0%，リンパ球優位）、蛋白 84 mg/dl、糖 70 mg/dl（血糖 105 mg/dl）。細胞診 class II。抗核抗体：陰性。膠原病および血管炎症候群のなか



## メモ1 「AIUEO TIPS」

ア：alcoholism, イ：insulin, ウ：uremia, エ：encephalopathy, オ：opiates, T：trauma, I：infection, P：psychiatric, S：syncope.

## メモ2 「まずい、意識に障害、ためして酸素」

ま：麻酔、ずい：髄膜炎、い：インスリン、し：失神、き：胸部大動脈病変、に：尿毒症、しょ：消化器疾患（肝疾患、消化管出血）、う：うつ病、が：外因、い：飲酒、た：体温、め：めまい、し：心筋梗塞、て：てんかん、さん：低酸素、そ：卒中。

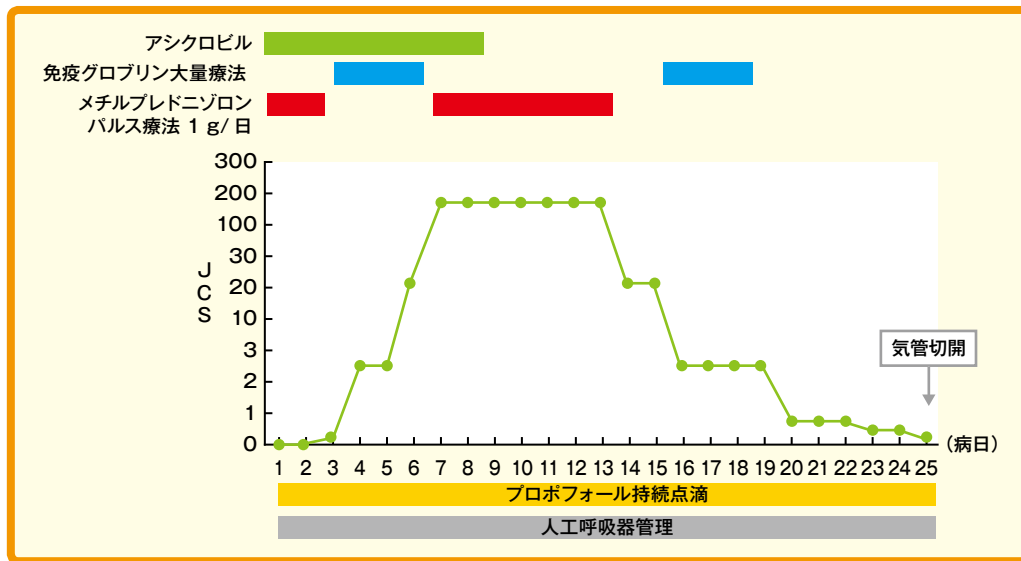


図1 症例1：発症から入院後の経過  
意識障害は数日で急速に進行し、人工呼吸器管理下で検査と加療を行った。単純ヘルペスPCRの結果が陰性であることを確認して、アシクロビルを中止。ステロイドパルス療法と免疫グロブリン大量療法を繰り返し行ったところ、意識障害は回復した。球麻痺が強く、気管切開して抜管した。



図2 症例1：入院時の頭部MRI T2強調画像

血管支配域に一致しないT2高信号域が、延髄背側、橋全域、両側の大脳基底核（被殻・線条体）、視床に認められた。症例1ではこの他に、左大脳脚と大脳深部白質にも同様の高信号域を認めた。

で診断基準を満たすものはなし。血清抗GQ1b抗体（→メモ3）：陰性、髄液単純ヘルペスPCR：陰性、血液・髄液真菌培養：陰性、カンジタ抗原：陰性、クリプトコッカス抗原：陰性。

【経過】アシクロビルの点滴を行ったが容態は改善せず、意識障害が進行したため、メチルプレドニゾン大量療法を行った。しかし球麻痺と意識障害は増悪して、人工呼吸器管理となった（図1）。単純ヘルペスPCR検査は陰性で、さらに免疫グロブリン大量療法とメチルプレドニゾン大量療法

を行ったが、四肢麻痺に至った。頭部と胸腰椎のMRI像（図2・図3）により、脳幹部の病変に加えて胸髄病変の出現を認めた。これによりADEMと診断して、免疫グロブリン大量療法を再度行ったところ、症状の増悪は停止した。四肢麻痺および球麻痺、尿路感染の反復に対し胃ろうと膀胱ろうを増設し、リハビリテーションを継続した。

#### メモ3 血清抗GQ1b抗体

外眼筋麻痺に関与する抗体。フィッシャー症候群やビッカースタッフ型脳幹脳炎（運動失調、外眼筋麻痺を呈する脳幹脳炎）のとき、高率に検出される。