

日本神経学会主催 第5回医学生・研修医のための脳神経内科ウェブセミナー “新時代を迎える脳神経内科 Q&A一覧

第一部：下畑 享良先生		
動画再生時間	質問	回答
10:23	パーキンソン病、薬剤性の振戦で左右差が出る理由があれば教えて下さい。	よく分かりません。パーキンソン病では α シヌクレインの伝播の左右差が関与しているかもしれませんが。薬剤性の左右差はもともとの個人差があるかもしれませんが推測です。
10:23	ミオクローヌスと振戦の見分けが難しいと感じました。振戦とミオクローヌスの併発などもあるのでしょうか。	両者の鑑別は難しいことはよくあります。特にミオクローヌスが連続的に起こる場合、区別が付きにくいです。両者の鑑別には表面筋電図が必要です。併存もMSAやCBSなどで認めます。
10:26	ミオクローヌスの焦点(皮質、脊髄)を神経診察で捉えることは、可能でしょうか。	ミオクローヌスの焦点は神経診察である程度推測可能ですが、完全な診断には脳波や筋電図が必要です。皮質性ミオクローヌスは感覚刺激で誘発されやすく、手や顔に多くみられます。陰性ミオクローヌスも認めます。脊髄性は体幹や下肢に局限し、持続的な動きが特徴です。皮質下性は広範囲に認められ、感覚刺激に対して反応は乏しいです。末梢性ミオクローヌスは特定の筋群に局限します。
10:36	コレアはハンチントン病の尾状核萎縮しか知らなかったのですが淡蒼球障害でも起こるのが、非常に勉強になりました。MSA-pの様に被殻外側が障害された場合は固縮は生じても振戦は生じないのでしょうか。	MSA-Pで振戦は一般的ではありませんが、まれに出現することも経験的にはあります(ポリミニミオクローヌスが多いですが)。振戦はパーキンソン病では黒質が主に障害されるために発生しますが、MSA-Pではさらに被殻や大脳基底核、小脳、脳幹も関与するため不随意運動もより複雑になるように思います。

第二部：板橋 亮先生		
動画再生時間	質問	回答
10:56	t-pa施行前に大動脈解離を否定する為に造影ctを取るべきでしょうかエコーの評価のみでは、不十分でしょうか	t-PA検討症例すべてに大動脈造影CTを追加撮像するのは非現実的だと思います。頸動脈エコーでも大部分の大動脈解離を除外できるので、上肢血圧左右差等と合わせれば、スクリーニングの精度としては十分だとは思いますが、検査者の技量次第でCCA近位の解離を見逃す可能性はあると思います。当院の場合ですが、頭蓋内血管評価firstをCTAとしており、ルーチンで頭蓋内から大動脈弓部までを撮像範囲に含めています。頸動脈エコーの技量に自信がない医師にとっても安心できます。CTAで血管評価をしている施設では有用だと思います。
11:06	神経学的検査の重要性保険請求上でのプライオリティの見直しが重要ですね。画像などの検査もその前に適切かつ正確な診察所見があって必要な検査の指示が出せるし、画像などの検査によりそれが裏付けられる。そうしたことを、神経内科の専門医指導医はやってきているという事実はもっと啓蒙するべきだと思う。	コメントありがとうございます。ご指摘の通りだと思います。私もできる範囲で啓蒙等に努力したいと思います。

第四部：磯部 紀子先生		
動画再生時間	内容	回答内容
12:25	デザインの力は、具体的にどのような応用があるのでしょうか？	実用化には至っておりませんが、私達の活動では、立位が困難な患者さんが立ち上がりやすくなるようなバネ機能のついた椅子や、麻痺等で手の微細な動きが困難な方でも化粧をしやすくするツール、等で、患者さんの日常がより過ごしやすく、送りたい人生を送るサポートを、病態説明と並行して、専門家としてできればと考えています。