

労作後 脱力

1) 症例呈示

【症例】52 歳女性。

【主訴】全身の力が入らない。

【既往歴】なし。

【家族歴】母：心筋梗塞で死亡（82 歳）。父：白血病で死亡（64 歳）。兄弟：健在。

【薬剤】なし。

【薬剤副作用歴】なし。

【アレルギー歴】なし。

【生活社会歴】

[職歴]主婦。＜家業は？ その手伝いは？ 物を握る仕事？＞

[家族構成]夫と 2 人暮らし。

[生活介護]なし。

[飲酒]なし。

[喫煙]なし。

【過去の資料】なし。

【入院までの経過】（本人より）

生来健康。

10 年程前から排便回数が多い。1 日 1～3 回程度。茶色泥状便。

3 年前から月経不順。それまでは 1 ヶ月周期で規則正しくきていたが、3 年前から周期が短くなったり長くなったり。

2 年前から不眠。それまでは 1 日 6 時間ぐっすり眠れていたが、2 年前から 23 時頃就寝すると 1 時間後に目が覚める。その後 2～3 時間眠れず、朝方 1～2 時間程度ウトウトする。日中の眠気なし。夜間排尿 1 回のみ。

1 年前は体重 45kg。若い頃からこのくらい。この頃から少しずつお腹まわりが太っていった。下肢浮腫なし。

X 年 1 月を最後に月経が無くなった。

X 年 6 月中旬まではいつも通り。仕事もいつも通りできた。

X/6/25 起床時に両手指・両足首から先にこわばりを感じ始めた。手指を曲げ伸ばした時に手指関節がこわばって動かしづらい。足首から先もこわばって動かしづらい。動いているうちに 15 分ほどでこわばりが取れてくるが「ジーンとした違和感」が残る。じっとしているとまたこわばってくるが、動くとまたこわばりが無くなる。関節が赤く腫れることはない。顎・肩・肘・脊椎・股・膝関節はこわばらない。こわばりはあるが日常生活に差し支えることはなく通常通りに家事はできていた。

7 月体重 49kg。

9 月に入って、このこわばりは徐々に改善した様を感じる。最初を 10 の強さだとすると現在は 2

くらいまで改善。そのかわりに 9 月に入ってから全身の力が入りにくくなり、体全体が怠いという症状が徐々に悪化していった。鞆を持っていると持っている方の腕（上腕と前腕）がすぐに怠くなる。階段を登ると両大腿がすぐに怠くなる。階段で 2 階に上がっただけで「まるで東京タワーの頂上まで階段で登ったような怠さ」を両大腿に感じる。痛みではない。その際には両大腿以外にも全身がとても怠くなる。「横になって寝ていたくなるような」怠さ。＜指の疲労は？>

その後もだんだん怠さがひどくなり、立っていられなくなり、家の中を這ってしか移動できなくなった。暫く横になって休んでいると少し動けるようになり、また動くと怠くなるので休む。

9/16 から食欲低下。それまでは 1 日 3 食、夫と同じ位の量を食べていた。3 日前から 1 日 1 食に。朝食は何とか無理して食べる。昼は食べたくない。夕食前になるとギューっと腹鳴があるが食べたい気持ちにならない。嘔気なし。＜食事・便所・入浴？ TV 新聞見ていると瞼は？>

9/19 当院総合内科受診。本人希望で同日入院。

経過を通じて眼瞼下垂・複視なし。ストレス・悩み事なし。

一般健康指標

食事：偏食なし。

排尿：1 日 7～9 回。夜間 1 回。かわりなし。

【入院時身体所見】(X/9/19)

[一般身体所見]

生命徴候：

血圧 脈拍

臥位 136/89mmHg 64 回/分 整

立位直後 123/89mmHg 74 回/分 整

立位 3 分後 132/88mmHg 72 回/分 整

SpO2 98%(室内気) 呼吸 16 回/分 整、補助筋の使用なし、吸気<呼気(1:1.5) 体温 36.3 度

一般：意識清明 情緒正 知力平均 栄養正 体位正 息の匂い正 年齢相応の外観

身長 160cm 体重 45.8kg BMI 17.9。皮膚：全体にやや乾燥、腋窩乾燥。



手掌の皺がやや黒い(写真)

<いつから？皺黒だけではないのでは？>

両膝がやや黒い(以前から変わらないと)。腋毛なし、陰毛薄い(以前から変わらないと)。

四肢：爪正 ばち指なし 静脈瘤なし 浮腫なし 関節正

リンパ節：頸部・鎖骨上・耳介後部・腋窩・肘・鼠径不触

眼：結膜正 角膜正 眼瞼正 眉毛正 眼突出なし 眼球正

頸：甲状腺正 <左右正常位置に触れるか？> 唾液腺正 腫瘤なし 瘢痕なし

耳：耳介正 鼓膜正

口腔：口唇正 粘膜正 舌正 歯正 扁桃正

乳房：腫瘤なし

胸郭：形状正 動き正 瘢痕なし

肺：打診音正 呼吸音正 気管支音なし う音なし 摩擦音なし

心臓：頸静脈拍動の最高点は胸骨角と同じ高さ(臥位) 心尖拍動左第 5 肋間鎖骨中線上 心濁音界は右界が胸骨右縁、左界が鎖骨中線。心音は心基部で $S_1=S_2$ 、心尖部で $S_1>S_2$ 、分裂なし、3 音なし、4 音なし、雑音なし、心膜摩擦音なし。

血管(R/L)：頸動脈+/+、橈骨動脈+/+、大動脈+、大腿動脈+/+、膝窩動脈+/+、足背動脈+/+。

雑音・圧痛なし。

腹部：腸雑音 30 秒間で終始コロコロと小さく鳴っている 肥満なし 瘢痕なし 静脈怒張なし

蠕動なし 腹水なし 肝縦幅 13cm(鎖骨中線上)、肺肝境界第 6 肋間(深呼吸で 1 肋間程度動く)

胆嚢不触 脾不触 右腎を僅かに触れる 左腎不触 子宮不触

直腸：未検

[神経所見]

脳神経：I 正 (コーヒー豆の匂いが分かる) II 正 III/IV/VI 眼球位置正、瞳孔 4mm、右 = 左、

対光反射正 VI 正 VII 正 VIII 正 IX/X 正 XI 正 XII 正

感覚：触覚正 痛覚正 位置覚正

運動：上腕二頭筋 5/5 上腕三頭筋 5/5 腕橈骨筋 5/5 手掌屈筋 5/5 腸腰筋 5/5 大腿四頭筋 5/5 大腿屈筋 5/5 下腿三頭筋 5/5 前脛骨筋 5/5。いずれも力を入れ始めた時点では 5 だが、15 秒程度力を入れ続けていると徐々に筋力が落ちてきて 4 程度になる。

握力は右 21kg/左 20kg→(手の開閉運動を 30 秒間施行後) 右 19kg/左 18kg。筋トーンス正 筋容積正 不随意運動なし

<瞬きは?>

反射(R/L)：上腕二頭筋反射++/++、上腕三頭筋反射++/++、橈骨筋反射++/++、膝蓋腱反射++/++、アキレス腱反射++/++。ワルテンベルグ+/+、バビンスキー-/-。足関節クローヌスなし。<Jaw Jerk?>

*(++)は打腱器の重みだけで腱反射が誘発される。

協調：継脚歩行可 ロンベルグ陰性 指鼻試験正

歩行：歩行正

高次脳機能：見当識正 記憶正

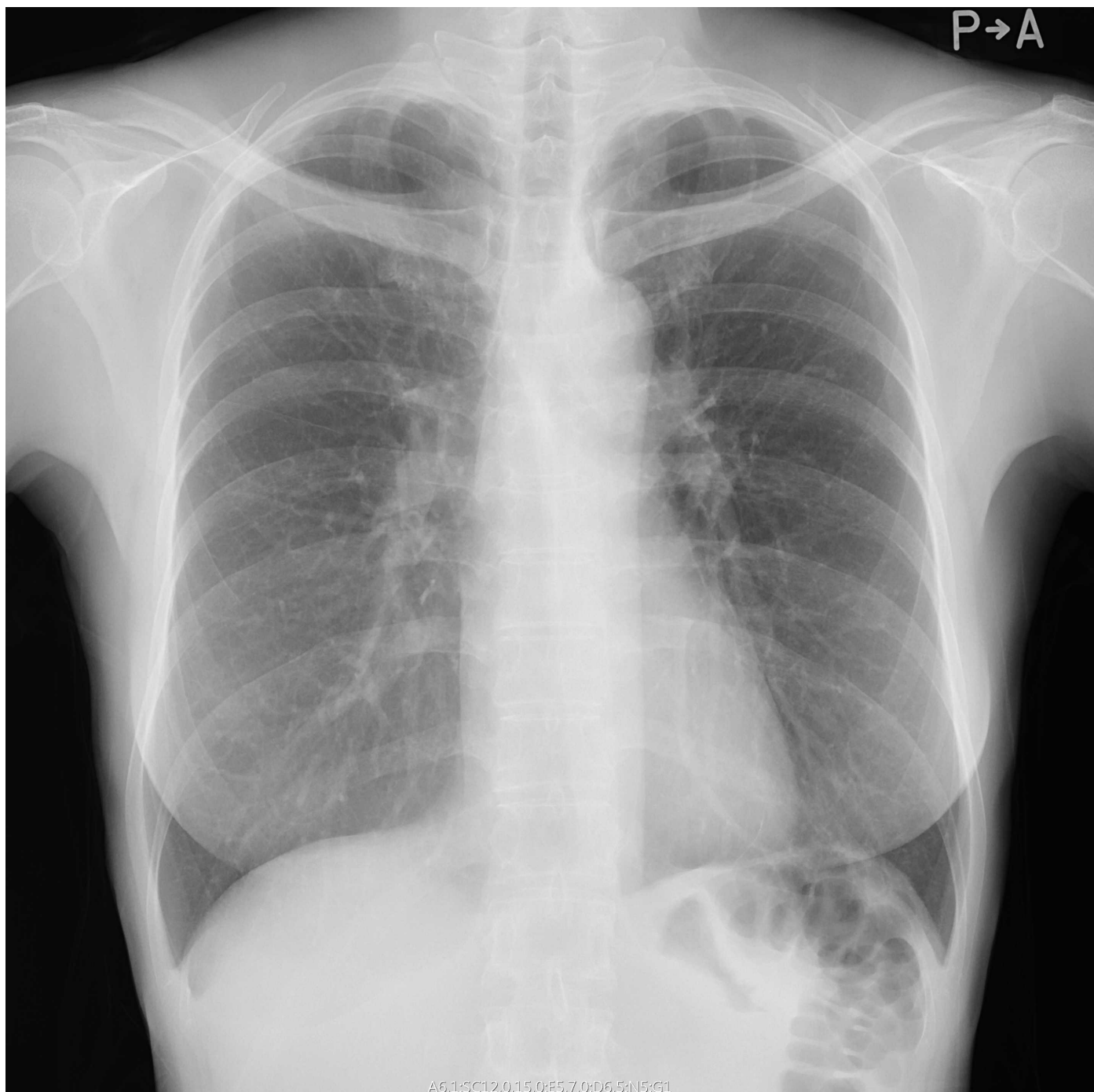
髄膜刺激徴候：項部硬直なし

眼底：未検

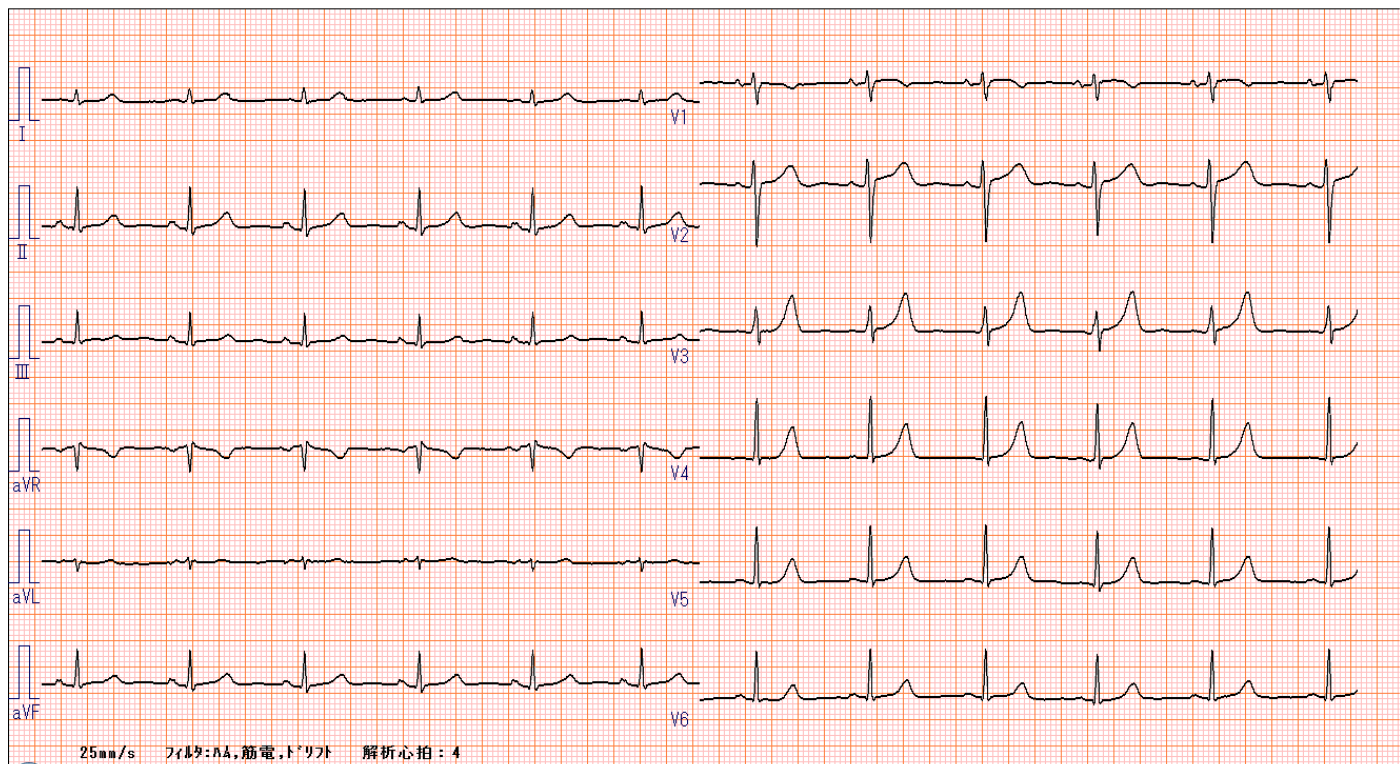
【入院時検査所見】

[血液尿検査(X/9/20)]別紙。

[胸部単純 X 線検査(X/9/20)]写真。



[心電図(X/9/20)]写真。



2) 検査結果

X/9/20

血液検査

TP (g/dl)	7.4
Alb (%)	62
α 1 グロブリン	3.3
α 2 グロブリン	11.1
β 1 グロブリン	4.8
β 2 グロブリン	4.2
γ グロブリン	14.6
Alb (g/dl)	4.6
ALT (U/l)	11
LDH (U/l)	167
ALP (U/l)	187
CPK (U/l)	91
BUN (mg/dl)	14.7
CRE (mg/dl)	0.6
UA (mg/dl)	3.2
Na (mmol/l)	142
Cl (mmol/l)	108
K (mmol/l)	4
Ca (mmol/l)	9.6
IP (mg/dl)	3.3
Mg (mg/dl)	2.2
CRP (mg/dl)	0.04
WBC (/ μ l)	5700
Neut (%)	69.9
Eosi (%)	0.9
Baso (%)	0.7
Mono (%)	10.9
Lymph (%)	17.6
RBC (万/ μ l)	449
Hb (g/dl)	12.8
MCV (fl)	85.3
MCH (pg)	28.5
MCHC (g/dl)	33.4

PLT (万/ μ l)	12.6
RDW-CV (%)	12.9
PDW (fl)	13.8
MPV (fl)	12
TSH (μ IU)	2.899
尿検査	補液未施行
pH	6
蛋白	±
糖	—
ウロビリノーゲン	±
ビリルビン	—
ケトン体	2+
比重	1.018

3) 診断プロセス

プロブレムリスト

1 労作後脱力症 →<重症筋無力症>

a focal macular hyperpigmentation

診断プロセス

1 労作後脱力症 →<重症筋無力症>

1 労作後脱力症

要点	注釈
労作後脱力	全身の疲労ではない
事象	考察
X/6/25起床時に両手指・両足首から先にこわばり 動いているうちに15分ほどでこわばりが取れてくる 関節が赤く腫れることはない 徐々に軽快 9月 上肢・大腿 動くとすぐに怠くなる 歩けない・上れない	RA-like morning stiffness significance ? (Eaton Lambert様ではない) 脱力と直接しない (脱力疾患の発症にかかわる免疫異常の前駆症?) 指の脱力は?

→重症筋無力症

要点	注釈
休息で筋力回復	
事象	考察
休んでいると少し動ける 眼瞼下垂・複視なし 脳神経・感覚正 腱反射 (2+) バビンスキ (ー) 協調・歩行 正 上肢下肢手指 運動労作後 脱力易疲労 筋力: 15秒程度力を入れ続け→徐々に筋力が落ちる 握力: 右21kg/左20kg→ (手の開閉運動を30秒間施行後) 右19kg/左18kg 血圧・脈拍136/89mmHg 64回/分 整 (シェロング試験陰性) 呼吸16/分 正 心電図: 正 血算 正 生化学 正 γ Gl 1.08gm/dl 体重 45.8kg (7月49kg) Alb4.6gm/dl 胸部XP: 肺野正常 腫瘍・結節なし 前縦隔 大動脈に高さで気管わずかに右に偏位 透見できる腫瘍影はない 両肺尖胸膜は不整肥厚	休息で回復 眼輪筋力? 労作運動開始後に筋力増強の傾向なし 腱反射亢進 EatonLambert 否定 他神経系身体所見 まったく正常 筋力労作後漸減 自律神経障害所見なし ルーチンLabs 正 高 γ グロブリン血症なし 摂食不良 反応性抑鬱? 肺に腫瘍影不認 anterior mediastinal mass なし?

左上縦隔影の幅が拡大 後肋骨影は透見できる 肺との境界ほぼ直線で極めて明瞭	上葉縦隔側胸膜線維性肥厚？ not cystic mass? not substernal thyroid ?
--	--

a focal macular hyperpigmentation

事象	考察
手掌しわ黒い(いつから？) 以前から膝は黒い (家業？)	皺のほかに拇指側手掌手首にかけて 淡く大斑状に黒みがかかる 口腔粘膜黒斑なし focal hyperpigmentation(etiology? significance?)

P) Dx: テンシロンテスト 胸部CT

カンファレス 主治医と質疑：

1 食事・トイレ・入浴は自力。

受診当日、家（平屋）から夫の車まで歩行し乗車、病院駐車場から外来診察室入室まで自力歩行。

2 診察ベッドの起坐普通に自力。

3 閉開眼作業観察せず。

<事態は「mental disease」が濃厚>。

4 主婦。仕事は介護職。6 月前に離職した。理由経緯は訊ねていない。

<もはや「mental disease」疑いなし。「ヒステリー」>。

=====

主科総合内科。夫が神経内科対診を求めた。

【追加検査】

●神経内科検査

(X/9/20)

抗 AChR 抗体	≤0.2	0.2 以下	nmol
抗 MuSK 抗体	<0.01	0.02 以下	nmol

腰椎穿刺施行。初圧 8cmH₂O、終圧 6cmH₂O。無色透明な髄液 5ml 採取。

基準値 単位

髄液蛋白	28.4	10-40	mg/d
髄液糖	68	50-75	mg/d
髄液クロール	130	H 120-125	mEq/
細胞数	2		/μL
赤血球数	0		/μL
単核球数	100.0		%
多核球数	0.0		%

X/9/21

神経伝導速度検査・反復刺激試験：正常。

●総合内科検査

(X/9/25)		基準値	単位
01 空腹時血糖 FNa	97	73-109	mg/d
03 HbA1c(NGSP)	5.8	4.9-6.0	%
04 GH	0.24	0.13-9.88	ng/m
05 黄体形成ホルモン	22.83	mIU/	
06 FSH	31.43	mIU/	
07 プロラクチン	14.7	g/m	
08 インスリン	4.9	μIU	
09 IgF1 ソマトメジン C	95	ng/m	

(X/9/25 06:18) ACTH 刺激試験施行。

負荷物：テトラコサクチド(商品名：コートロシン)0.25mg

		0	30	60
血漿	コルチゾール	12.0	20.0	22.2

【その後の経過】

入院後、主治医観察のもと、階段昇降施行。階段昇降は普通に可能。ただし、「体全体が疲れる」「えらい（体がくるしい、の方言）」と。

入院後、希望に応じて、各種検査施行。食事全量摂取。その後は何となく怠いながらも、自力で歩行・排尿排便・入浴可能となり退院。

月経は4月に終わったと思っていたが10月に3日間来た。

退院後、体調は徐々に良くなってきたと。階段をのぼっても怠くなくなってきた。少しずつ家事もするようにしていると。<本態は脱力ではなかった>

<当方プロブレム>：

1 労作後脱力症→（訂正）易疲労症 →Psychoneurosis（ヒステリーではなかった）

（付）副腎不全は全く考えなかった。あるなら慢性副腎不全だが、這って歩けないほどの易疲労に急になったならば adrenal crisis まがい。それにしては gluco-mineralcorticoid の減少徴候が全くない。そのうえ、こんにちまでに風

邪・発熱 etc のストレス下で不全顕性がない。カンファで聞いたが、子供二人いる。妊娠出産も問題なかった。毛については人さまざま。正常の範囲。

Hyperpigmentaion は = hypermelanosis ではない。まして generalized hypermelanosis の一部分症というには、主婦にしては手が荒れているし、分布が力込めるときに当たる処。

「本態の認識」

過去から現在の症状所見などが混在する低次元から、疾患という高次元の概念の認知が初期プロブレムである。初期プロブレムはその名の疾患集合であるから、その後は部分集合をたどって、より特殊な概念疾患へ診断思考作業は進む。

よって初期プロブレムが異なれば、その部分集合は異なって診断結論も必然的に異なるものに導かれる。

初期プロブレムが出発点としていかに重大な診断作業であるかが見て取れる。

本態の認識	神経筋	神経筋機能環境	事例
疲労	○	○	疾走 力仕事 ・・
易疲労	○	X	貧血 空腹 発熱 電解質異常 ホルモン異常 ・・
脱力	X		ニューロン疾患 筋無力症 筋疾患 ヒステリー ・・

注：当方理解 ヒステリー＝無意識の詐病