

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

皮膚科の臨床 (1994.09) 36巻10号:1476~1477.

上肢の運動麻痺を伴った汎発性帯状疱疹の1例

伊藤文彦、浅賀浩孝、松尾 忍、飯塚 一、玉川 進、箭原  
修

# Mini Report

## 上肢の運動麻痺を伴った汎発性帯状疱疹の1例

伊藤 文彦\* 浅賀 浩孝\* 松尾 忍\*  
飯塚 一\* 玉川 進\*\* 箭原 修\*\*\*

**症例** 50歳, 女性  
**初診** 1992年6月8日  
**主訴** 右上肢と頸部の疼痛を伴う皮疹  
**家族歴** 特記すべきことなし。  
**既往歴** 約20年前から高血圧のため内服治療を受けている。

**現病歴** 1992年5月31日頃から右腕に神経痛様疼痛が出現し, 近医にて消炎鎮痛剤の投与を受けていた。6月3日, 同部に紅暈を伴う小水疱が出現, 6月6日には同様の小水疱が体幹にも拡大してきた。また, 疼痛の増強と右上肢の運動障害もみられるようになってきたため6月8日当院麻酔科を受診し, 同日当科を紹介され入院した。

**現症** 右上肢(C<sub>4-6</sub>)に紅暈を伴う小水疱, 一部では膿疱が集簇している。体幹および両下肢には汎発疹を認める。また, 右上肢の挙上制限など運動障害を認めた。

**検査所見** 白血球 8010/mm<sup>3</sup>, (neut 49.0%, lymp 39.0%), CRP 陽性, 第6病日の水痘・帯状疱疹ウイルス (VZV) CF 抗体価は32倍であったが, 2週間後(第20病日)には128倍に上昇した。髄液所見に異常なく, 末梢血中のCD4/CD8比は1.06でPHAおよびCon-Aによる細胞性免疫検査は正常であった。神経学的には右上腕二頭筋反射, 右上腕三頭筋反射の消失を認めた。右三角筋と右上腕三頭筋の筋電図で多相性の電位と long duration を認め神経原性の変化であった

(図1)。正中神経の伝導速度は58.1 m/sec と正常範囲であることから proximal neuron の障害が考えられ, 帯状疱疹による多神経根障害 (polyradiculopathy; C<sub>5,6</sub>) と診断した。

**治療および経過** 入院時からピダラビン 600 mg/日5日間の点滴静注とそれに引き続いてアシクロビル (4000 mg/日, 合計8日間) および消炎鎮痛剤の内服を行った。また, 麻酔科初診時から Th 2-3 に硬膜外ブロックを行ったが, 開始後3日目から血圧上昇, 頭痛, 嘔吐が出現したため中止した。皮疹は6月20日(第13病日)には治癒したが軽度の疼痛と麻痺は持続していたため, 星状神経節ブロック, レーザー治療およびリハビリテーションを行った。1993年1月には麻痺はほぼ完全に回復した。軽度の疼痛が持続しているため, 現在, 星状神経節ブロックおよびレーザー治療

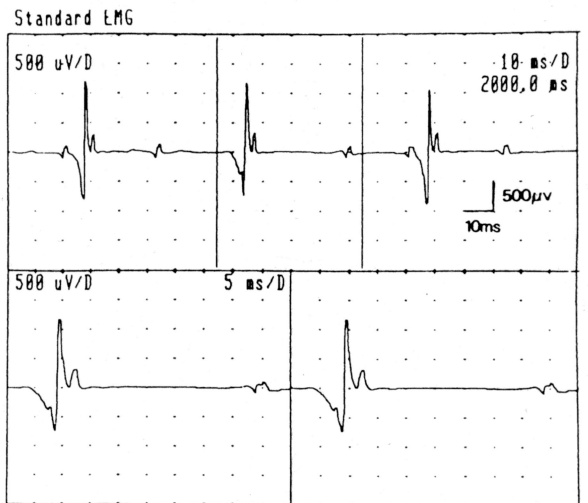


図1 右三角筋の筋電図: 多相性の電位と long duration を認め, 神経原性の筋電図  
上段: Caribration 10 ms/D  
下段: 上段中央の波形を pick up し caribration 5 ms/D に変えて波形を見やすくしたもの

\* Fumihiko ITO et al., 旭川医科大学, 皮膚科学教室(主任: 飯塚 一教授)

\*\* Susumu TAMAGAWA, 同, 麻酔・蘇生学教室(主任: 小川秀道教授)

\*\*\* Osamu YAHARA, 同, 第一内科学教室(主任: 菊池健次郎教授)

[別刷請求先] 伊藤文彦: 旭川医科大学皮膚科  
(〒078 旭川市西神楽4線5号3番地の11)

を継続中である。

## § 考 案 -----

帯状疱疹の合併症として運動麻痺は必ずしもまれなものではなく、頻度は Thomas ら<sup>1)</sup>の報告では 5.0% (ハント症候群を除くと 3.4%), 塩谷ら<sup>2)</sup>の報告では 5.5%とされている。四肢の麻痺と異なり胸筋・腹筋の麻痺は見逃されることが多く、頻度はもっと高い可能性もある。頭頸部では Hunt 症候群や三叉神経第 1 枝領域における眼瞼下垂などがあげられる。麻痺発症までの期間は皮疹出現から 3 週間以内にみられるものが圧倒的に多いが<sup>3)4)</sup>, 麻痺が先行した例もみられている<sup>4)</sup>。一方, 麻痺の出現まで約 2 カ月という例も報告されている<sup>5)</sup>。麻痺の予後は一般に良好とされており, Thomas ら<sup>1)</sup>は約 75%が回復するとし, 湯田ら<sup>4)</sup>も約 2/3 が 1 年以内に回復すると述べているが, 永久麻痺を残す例もないわけではない。

麻痺の原因として水痘・帯状疱疹ウイルスの神経組織への直接侵襲<sup>6)</sup>や同部位での免疫反応<sup>7)</sup>などの機序が考えられている。

青木ら<sup>3)</sup>は本邦における頭頸部を除く四肢, 軀幹の運動麻痺を合併した帯状疱疹 47 例についてまとめ, 麻痺を生じた部位は上肢が圧倒的に多いと報告している。これは必ずしも帯状疱疹の部位による発症頻度の差ではないようで, 事実われわれの施設の集計でも上肢と下肢の帯状疱疹の頻度はともに 7.9%で同じである。

近年, 帯状疱疹の治療には抗ウイルス剤が使用

されるようになり, 発病後 3 病日以内に使用すれば帯状疱疹後神経痛の発症を減らすことができる<sup>8)</sup>とされている。運動麻痺についても抗ウイルス剤の早期使用で予防できるという考え方<sup>3)</sup>もあるが, 早期に交感神経ブロックを強力に行う<sup>9)</sup>とするものもあり見解は一致していない。本症例のように汎発化した帯状疱疹ではステロイドの全身投与は施行しづらいが, Hunt 症候群ではステロイドが有効とされており, また三叉神経第 3 枝領域や頸髄神経 2-3 領域の帯状疱疹では Hunt 症候群を予防するために抗ウイルス剤とステロイドの全身投与を併用するという考え方<sup>10)</sup>もあり, 自験例のような場合でも試みられるべきかもしれない。いずれにしても上肢に高度の皮疹を生じた症例では運動麻痺の出現も考慮し, 速やかに抗ウイルス剤の使用を考慮すべきと考えた。

(1993 年 10 月 15 日受理)

## ---文 献-----

- 1) Thomas JE, Howard FM: Neurology, 22: 459-466, 1972
- 2) 塩谷正弘ほか: ペインクリニック, 1: 119-127, 1980
- 3) 青木育子ほか: 皮膚臨床, 29: 597-600, 1987
- 4) 湯田康正ほか: 外科治療, 40: 731-737, 1979
- 5) 本田 仁ほか: 臨床神経, 24: 581-585, 1984
- 6) Hogan EL et al: Arch Neurol, 29: 309-313, 1973
- 7) Rose FC et al: Arch Neurol, 11: 155-172, 1964
- 8) 新村真人: 日皮会誌, 100: 1352-1354, 1990
- 9) 若杉文吉: 日医新報, 2586: 43-48, 1973
- 10) 本田まりこ: 皮膚臨床, 33: 1143-1151, 1991