



図 20-22 外眼筋所見の記載法(a), 眼振の記載法(b)

こり,これが間接反射(consensual reflex)である.対光反射の経路は図 20-21 に示したように,一側網膜の刺激で両側性に瞳孔の収縮が起こる.視神経障害では患側を光刺激した場合,直接反射,間接反射ともに消失するが,動眼神経障害の場合,間接反射は保たれる.輻輳反射は指標を鼻尖に近づけて輻輳を行わせ,このとき縮瞳が起こるかどうかをみ,次に遠方を見させ,散瞳が起こるかどうかをみる.

2) 眼瞼下垂(ptosis)

眼瞼下垂には動眼神経麻痺によるものと,交感神経麻痺によるものがある.動眼神経麻痺によるものは,上眼瞼挙筋の麻痺で上眼瞼が大きく垂れ下がるが,交感神経麻痺の場合には,眼瞼下垂の程度は軽く,さらに下眼瞼が健側より多少上に持ち上がって見える.これは眼球の後ろにある交感神経支配による Müller(ミュラー)筋の萎縮によるとされている.その結果,瞼裂が小さくなり,眼球が陥凹して見える.さらに患側は縮瞳を示し,顔面の発汗低下をみることがある.このような症状の組み合わせを Horner(ホルネル)症候群という.

3) 複視(diplopia)

複視は物が二重に見える現象である.複視の訴えがある場合,片目でも二重に見えるか,片目では1つに見えるかを聞く.片目でも二重に見える場合は,乱視,網膜疾患など眼科的異常である.片目で1つになる場合は,外眼筋障害で,次の眼球運動の検査でどの筋に障害があるかを確認する.

4) 眼球運動(ocular movement)

眼球運動の検査は,眼前 50 cm ぐらいにペンラ

イトを置き,片目ずつ検査する.水平方向に動かし,内方視,外方視の位置でそれぞれ上下にさらに指標を動かし,正常を5として,動く範囲を,2/5, 3/5 のように記載する(図 20-22 a).次に両眼視で同様に検査を行い,複視がある場合,どこで複視が最も強くなるかを記載する.次に正中で上下方向に指標を動かして垂直方向の注視麻痺がないかどうかを検討し,最後に輻輳ができるかどうかをみる.

5) 頭位変換眼球反射(oculocephalic response)

意識障害があるときは,眼球運動は頭位変換眼球反射や前庭眼反射を誘発して検査する.これは内リンパ液の動きを誘発して眼球を動かす反射で,頭を抱えて一側に急に回旋すると内耳水平半規管内リンパ液の流れが誘発され,これにより,頭の回旋とは逆の方向への眼球運動が誘発される.頭を上下に動かすと,やはりこれとは反対向きの眼球運動が誘発される.本反射の存在は,内耳神経と動眼・外転神経の間の反射経路が機能していることを示し,脳幹機能は残存していることを示す.

6) 前庭眼反射(vestibulo-ocular reflex)

頭位変換眼球反射と同じ反射であるが,内耳リンパ液の流れを,外耳道への温度刺激により誘発するものである.仰臥位にて頭を 30° 前屈する.これにより水平半規管が垂直位になる.鼓膜穿孔のないことを耳鏡にて確かめたうえで,冷水約 20 mL を一側の外耳道にゆっくりと注ぐ.意識障害のある場合,脳幹が障害を受けていなければ刺激側への共同偏倚がみられる.覚醒状態にある場合,反対側に向かう眼振が誘発される.44℃