

# 訴え・症状から考える 神経所見のとり方

「いやあ神経だけは苦手なんです」という言葉をよく耳にする。その責任の一端は、神経所見のとり方を「神経内科医にならない人には教えない」という態度をとってきたわれわれ神経内科医にもあるだろう。出身大学ごとに流儀が違ったり、非常に細かく変法があったりすることも親しみにくい原因だろう。しかし、根本は「所見の意味するところ」がわからないことだと思われる。このような状況を打破するために、ルーティンの診察法とテーラーメイドの診察法という考え方を紹介したい。

まず、すべての患者に行う診察法をルーティンの診察法とする。ルーティンの診察法を意識清明で指示動作に従える患者を対象とする場合と、意識状態が悪く指示動作に従えない患者を対象にする場合に分けて解説する。そして、小児を対象とした診察法を解説する。

その後、診療の状況ごとによく遭遇する訴えに分けて、そのような訴えに対してルーティン以外で行わなければならないテーラーメイドの診察法を根拠とともに解説する。

救急外来でよく遭遇する訴えは、一般的な訴えを中心に解説する。その際に緊急に対処が必要な疾患を示唆するような危険な徴候(レッドフラッグサイン)や問診が局在診断にかかわってくるような場合はそれも含めて記載していたくようにした。

次は、思わず神経内科医を呼びたい訴えに関して解説する。神経内科医がいつも手の届

くところにいるわけでもなく、ある程度の知識は必要になってくる。その際に役に立つ診察法を解説する。

さらに、認知症と決めつけたいくなる状況について解説する。「認知症＝Alzheimer病」だと思いついておられる医師は是非読んでほしい。高齢社会で認知症という診断があふれているが、正しく診断されている場合はあまりにも少ない。認知症として片付けたいくなる脳高次機能障害に関しても、よくある訴えを中心に解説する。

さらに、思わず精神科を呼びたいくなる状況について解説する。救急外来や内科外来で精神科疾患に遭遇することはきわめて多い。しかし、精神科医がそばにいてくれることはきわめて少ない。内科医が正しい知識をもっていることが、精神科医にコンサルトする前に要求されている。「いったい何がおかしくて」器質的疾患ではないとわれわれが感じるのか、訴えから診察を通じて解説する。

昨今、画像技術の革新により神経内科領域は恩恵を受けている。ただし、神経内科において最も大切なことは“局在診断”であり、その過程を省いて画像に頼ることは神経内科の最も面白い部分を放棄することである。この特集を通じて、主訴から考えながら神経所見をとり、局在診断をつける楽しさとArtを少しでも多くの医師にお伝えしたいと思っている。

河合 真(トヨタ記念病院／統合診療科)