

| 特集 |

頭部・顔面の神経症状 鑑別診断と そのアプローチ

企画 | 大木宏一

嗅覚障害は鼻副鼻腔疾患だけでなく、感染症後、外傷性、薬物性、神経変性疾患、腫瘍、てんかんなど多様な原因があり、詳細な問診・診察およびそれに基づく検査による体系的な鑑別が重要である。》》》 474

「物が見えにくい」という訴えで来院する患者は多く、その原因は眼疾患から脳神経疾患まで多岐にわたる。まず視野異常か視力低下か、単眼性か両眼性かを確認することが、病巣診断の第一歩となる。視覚異常は患者のQOL に大きく関わるため、非専門医であっても、症状と経過から病態を的確に推定し、脳神経内科や眼科などの専門医と速やかに連携することがきわめて重要である。》》》 478

複視・眼瞼下垂は軽症から重篤疾患まで原因が多彩で、初期評価が重要である。病歴と基本診察（眼瞼裂、瞳孔、眼球運動）から病態を層別化し、重症筋無力症や脳神経麻痺などを適切に鑑別する。》》》 486

「顔面のしびれ」を訴える患者では、まずそれが顔面運動麻痺を指しているのか、本当に感覚障害なのかを的確な問診により確認することが必要となる。そして、感覚障害としてのしびれのなかでも、感覚が低下する陰性症状なのか、「ピリピリ」としびれるような陽性症状なのかの区別も重要である。急性発症で感覚が低下するしびれの場合には脳血管障害の可能性が十分考えられ、頭部MRI の施行や神経専門医へのコンサルトが必要となる。》》》 494

から考える

「口から水が垂れる」と訴える患者

では、それが顔面神経麻痺からきているのか、顔面のしびれや顔面痙攣など他の原因からきたしているのか、問診や診察で判断する必要がある。顔面神経麻痺では中枢性なのか末梢性なのかを神経診察で判断し、頭部画像検査などから総合的に原因疾患を鑑別していくことが重要である。》》 500

耳鳴りは耳科的な疾患から脳神経、血管由来の疾患までさまざまな原因で起こる。自覚的な耳鳴り (subjective tinnitus) と多覚的な耳鳴り (objective tinnitus) に分けて鑑別し、疑わしい薬剤の聴取や頭部画像上聴神経周囲の病変の鑑別が重要となる。また、objective tinnitus では不随意運動の評価や硬膜動静脈瘻・内頸動脈狭窄など血管性の病態に注意を要する。》》 506

飲み込みづらさやしゃべりにくさのみを主訴に受診する患者に対しては、他の随伴症状を含めた丁寧な問診が重要である。また、口腔内の神経学的診察に加え、全身の詳細な神経学的診察を行う必要がある。急性発症の場合には延髄外側症候群などの脳血管障害の可能性がある、速やかな対応が望まれる。亜急性に進行する場合は、Guillain-Barré症候群の可能性を考慮し、早期の脳神経内科専門医へのコンサルトが望ましい。》》 510

首の姿位や姿勢の異常はさまざまな原因で生じる。このため、訴えは十人十色で、自覚症状すなわち訴えないことも多々ある。通常の診察では見過ごされがちであるが、何らかの疾患診断の手がかりとなることもあり、注意を払いたい。》》 514

構音障害は両側性上位運動ニューロン(UMN)の障害、顔面・舌咽・迷走・舌下神経の下位運動ニューロン(LMN)の障害、神経筋接合部や筋肉の障害による構音筋の障害、小脳・小脳路の障害、錐体外路系の障害など多様な原因で生じる。舌下神経障害の局在診断や適切な検査・治療には、解剖・機能の把握や注意深い診察が重要である。診察では、片側性か両側性か、核上性か核性・核下性か、急性か慢性かといった点に注意する。併存する他の神経所見も局在診断の手がかりとなる。》》 517

頭痛や頸部痛は時に一刻を争う緊急疾患が潜んでおり、採血や画像検査のみでは重症度判断が困難な症例も多く、問診と診察が診断の鍵となる。特に、「初めての痛み」を訴えたときは、緊急度の高さを考慮すべきである。》》 524