

## I

## 外来受付から診察までの流れ

## 1 しびれ、痛みを訴える患者はすべて診察

しびれ、痛みを呈する脊椎脊髄疾患や末梢神経疾患を診療対象としているが、明らかに、私の専門外の疾患と考えられても（股関節，肩関節，膝関節の疾患等の整形外科疾患，パーキンソン病，筋萎縮性側索硬化症等の神経内科疾患，リウマチや糖尿病等の内科疾患），身体のどこかにしびれや痛みがあり，患者が受診を希望している時には，かならず，診察するようにしている。

## 症例 1

腰痛あり，当科を受診したが，他科を紹介されそうになった 50 歳代男性

腰痛を訴えて脳神経外科の診察を希望し，外来に来た患者がいた。診察中，妙な会話が外来受付から聞こえてきた。職員が，脳神経外科では腰痛患者をみませんので，整形外科を受診してくださいと説得していた。患者は，私に診察してもらいたくて脳神経外科を受け付けしたため，診察していただけないかと何度も懇願していた。私は診察を中断して患者に謝り，予定通り脳神経外科の受付をしてもらって，診察した。病名は腰部脊柱管狭窄症であった。腰痛，下肢痛が強かったため，後日，腰椎手術を行った。鉗路での腰椎手術第一例目となった。



## 神経外科医のつぶやき

## 受診する科を決めるのは患者である

診察を希望する科を決めるのは患者ですが，昔風の職員は自分の考えを一方的に，患者に押し付ける傾向にあります。私は脳外科医で，脳以外の病気をみることはできないと思われていることを実感しました。赴任して初めて経験した試練でした。私は，脳神経外科でも腰椎疾患患者の診断，治療が可能であることを啓蒙すべきと感じ，腰

椎疾患の患者向けパンフレットを作成し、腰椎疾患治療に関する市民医療講演会を積極的に行ってきました。最近、ようやく、私が勤務する地域では腰椎疾患の専門医と思われるようになりました。

## 症例 2

脳神経外科では手根管症候群の治療はできないと勝手に思い込んでいた 50 歳代女性

20 年程前に、頸椎疾患は脳神経外科、手根管症候群は整形外科と勝手に思い込んでいた手根管症候群患者がいた。頸椎症術後 7 年目に再び、左手のしびれ、痛みが出現し、再発を心配して当科を受診した。頸椎 MRI では異常所見なく、臨床症状ならびに神経伝導検査の結果から手根管症候群の再発と診断した（5 年前に整形外科で手根管開放術施行）。先生（私のこと）は頸椎が専門で、手根管症候群の治療は行っていないと勘違いしていたと言われた。当科でも手根管症候群の治療を行っていると言ったところ、当科での再手術を希望した。



## 神経外科医のつぶやき

私、脳神経外科医は腰痛や膝内側の痛み、手、足裏のしびれ、痛みも診断・治療します

私は脳の手術に興味があり、脳神経外科を専攻しました。脳神経外科医になって初めて、脊髄疾患も治療対象であることを知り、卒業 10 年目に脊髄外科の道を志すようになりました。10 年ほど前から身体に触れてみなければ診断が困難である腰下肢絞扼性末梢神経疾患と出会い、ようやく、頭のとっぺんから手足の神経疾患までを治せる正統派の脳神経外科医になれました。より良い治療を希望するのであれば、画像所見のみに興味がある



画像所見のみに興味がある医師の診察を受けないことを勧める

外科医の診察を受けないほうが良いと思います。無駄な腰椎手術を受けてしまう可能性があります。注意が必要です。

## 2 問診票の記載

患者の訴える症状や経過，他院での治療歴（薬物治療，神経ブロック，手術歴等），紹介状の有無，服用している薬等，病気に関する情報を診察前にあらかじめ把握していれば，限られた時間内で診察をスムーズに行うことができるため，問診票の記載は必須である。また，患者の受診の目的がわかっていると，患者の意に沿った説明が可能となり有益である。

問診票の記載に際しては，質問の意味を十分に理解できず（特に，高齢者では），記載漏れが多くみられることがある。そのため，患者ならびに家族の方と話しながら，診察前に空欄を可能な限り埋めてもらうようにしている（追加記載と明示）。



最も大切なことは，問診を的確に聴取することである

### 症例 3

問診票に受診の目的を記載せず，診察時にも何も語らなかった腰部脊柱管狭窄症例，50 歳代女性

腰痛と下肢痛を訴えて受診。腰椎疾患を疑い，MRI を予約（1 週間後）し薬を処方した。診察終了時，不満そうな表情であった。当日夕方，病院に連絡があり MRI はキャンセルになった。看護師が理由を聞いたところ，他院で腰の手術を勧められていたため，当日，MRI の検査をし，手術の話をしたかったようである。診察時は何もそのような話はなかったのだが。

## 症例 4

画像所見のみを信じて、手術をされそうになった腰痛症例，70歳代女性

他院で腰部脊柱管狭窄症の手術を勧められ、娘と共に受診。話をよく聞いてみると、腰痛は2週間前、腰をひねってからであり、診察時には腰痛は消失していた。10年ほど前から、数年に1回、腰痛があるとのことだった。下肢痛の訴えはなかった。腰椎MRIでは脊柱管は狭いが手術適応はなく、薬物投与も必要ないとお話した。画像で所見があるのにどうして手術をしていただけないのですかと言ひ張り、しばらく、納得していただけなかった。再び、腰痛が出現したら、受診してくださいと説明したが、



## 神経外科医のつぶやき

## 問診は大切である

診察前に問診票を詳細に書いてもらうことは非常に重要ですが、多くの患者や家族はその重要性を認識していません。検査をすれば、すべての病気の診断が確定すると思っているようです。しびれ、痛みを呈する病気の多くは問診票を間違いなく記載していただければ、診察前に診断が確定することが多いです。私が、問診票をみて、記載が不十分な箇所の質問をすると、面倒臭そうな表情をする患者がいます。MRIの所見を早く聞きたいからです。症例3の患者は、当日に精密検査（MRI等）し、手術の説明を希望していたため、私と行き違いがあったと思われます。MRI付きの紹介状を持って来ていただければ患者の希望に添う診察が出来たかもしれません。症例4の患者、家族、他院の医師は画像でみられた所見が腰痛の原因だと思い違いをしていたようです。腰部脊柱管狭窄症に特徴的な症状（腰痛、下肢痛、間欠性跛行）がなければ、腰部脊柱管狭窄症と診断してはいけません。狭いだけでは病気ではありません。画像重視の医療の



問診より検査が重要だと思っている患者がいる。問診を軽視する患者はより良い医療を受けられない。

弊害でしょうか。

問診票に受診の目的（つらい症状を軽減してほしい、どこが悪い病気がないか心配、他院での説明・治療に不満あり、手術の相談、検査を希望等）を正確に記載してもらうことは非常に重要です。問診の聴取は、医師と患者、家族との協働作業であり、患者、家族の協力がなければできないことを、あらかじめ、説明しておくことも必要です。



問診の聴取は、医師と患者との協働作業であり、患者の協力がなければできない。



## 豆知識 1

### 腰痛の局在（どの範囲の痛みを腰痛というか）

腰痛の局在は、文献的には体幹後面の第12肋骨と殿溝下端の間と定義される<sup>1,2)</sup>。しかし、実際の患者と医師は必ずしもそのような認識がない可能性がある。2001年に松平らは<sup>3)</sup>、腰痛の既往のある患者270名と整形外科医62名に対し「どこが痛ければ腰が痛い」と表現するかとのアンケート調査を行ったところ、下限が腸骨稜を越えない腰背部単独型が患者62%・医師39%、下限が腸骨稜を越え殿部近位1/2を越えない上殿部型が患者27%・医師48%、下限が殿溝まで及ぶ全殿部型が患者8%・医師11%、下限が殿溝を越える下肢型が患者3%・医師2%であったと報告した。また、背側のみならず上前腸骨棘周囲などの腹側も含めていたものが患者10%・医師3%でみられた。近年は、腰痛の局在の定義がガイドラインなどで明示されているため、上記の割合に変化があることが予想されるが、日常診療では「腰痛の局在」について患者認識とギャップがある可能性に留意する必要がある。

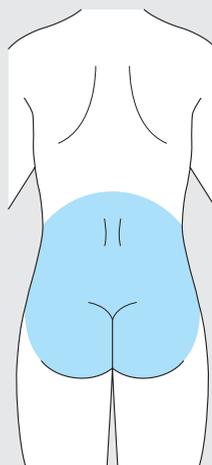


図1 腰痛の局在