

神経内科

神経内科から脳神経内科へ

神経内科医長 立石 貴久
Takahisa Tateishi

2018年3月に日本神経学会より、標榜診療科名を「神経内科」から「脳神経内科」へ変更する旨の発表がなされました。それに伴ない少しずつ神経内科から脳神経内科へ診療科を変更している医療機関が増えてきています。当院も現在診療科名の変更手続きを進めていますが、診療科名の変更というのは時間がかかるよう来年度には変更できる予定です。

神経内科という名前は1964年に九州大学神経内科に設置された際についたものです。最初は脳神経内科という名前で始まりましたが、諸事情により2週間程度で神経内科になったと聞いています。今回の「神経内科」から「脳神経内科」への変更に関しては、神経内科と聞いてもなかなかイメージがつきづらいので少しでもわかりやすくしようという意図があります。確かに、神経というと「神経症」「神経衰弱」といった言葉のイメージが先行します。また、私が医学生だった1990年代後半にポリクリで精神科を回っていたときに、当時の精神科の教授が「そもそも神経内科の存在意義がわからない！」と学生に話していたり、よくわからないと思われがちでした。最近こそは精神科や心療内科と間違っただけで紹介いただく例は少なくなりましたが、初診の患者さんからは「なんで神経科に紹介されたのか」という声を聞くことがしばしばあります。神経内科から脳神経内科へ標榜科が変更されることにより、イメージがしやすくなることはとても良いことかと思えます。

神経内科の守備臓器は脳～脊髄～末梢神経～神経筋接合部～筋肉と意外と広範囲です。症状でいうと手足のしびれる、頭痛、筋力低下、歩きにくい、呂律がまわらない、手がふるえる、単語がでてこない、物忘れ、まぶたが落ちてくる、目の焦点があわない、めまい、手足がかってに動くなど、多彩です。主訴が意外すぎて、よくよく話を聞かないと理解できない内容だったりすることもあります。また、どこの医療機関を受診しても原因不明だった「腹痛発作」が神経内科を受診して急性間欠性ポルフィリン症と診断できた患者さんを経験して、神経内科という診療科の守備範囲の広さを改めて感じたこともありました。

神経内科の初診の外来では、患者さんの訴えの内容を解きほぐしながら、その症状がいつから出てきたか、そしてどういった経過で症状が広がっていったか、などに焦点を置いて問診していきます。問診からはどういった病因の疾患か（つまり、血管疾患、炎症性疾患、脱髄性疾患、変性疾患、先天性疾患、発作性疾患など）を想定してから、神経診察に進みます。神経学的診察では、意識、高次脳機能、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、起立、歩行と網羅的に診察していますが、実際は一通りの診察だけではなく、その過程で適宜必要な診察を追加して病変部位を絞り込んでいきます。

得られた病歴と診察から臨床診断と鑑別疾患を挙げて、それにあった検査を進めていくこととなります。

そんな面倒な診察をしなくても、とりあえず検査をすれば病気の診断は可能だろうと思われがちで、実際、「面倒なことは抜きにして、とにかく検査してもらえば良い」という患者さんも結構おられます。しかし、神経内科の疾患は問診～診察の段階で診断を十分に絞り込めなければ、その後色々な検査を行っても全く診断につながらないことがしばしばあります。例えば四肢の脱力が出現し、進行する筋萎縮性側索硬化症では検査のために頭部～脊髄MRIを行ってもそれで診断に至ることはありません。この神経診察過程は今後しばらくはAIでは代用できることはないでしょうし、神経内科診療における醍醐味でもあります。しかし、どうしてもこのアナログなやり方では問診～診察までに時間がかかることもあり、初診も予約制としています。ただし、いわゆる緊急疾患については可能な限り対応するようにしています。当科は特に専門外来という形を取らず、頭痛、てんかん、脳梗塞など頻度が多い疾患から、筋萎縮性側索硬化症、クロイツフェルトヤコブ病などの神経難病まで広く対応するようにしています。方法自体は古くからあるやり方ではありますが、今後も問診・神経診察を大切にしたい神経内科診療を続けていきたいと思えます。

