

特集の意図

脊椎・脊髄疾患は、多数の神経疾患および外科的疾患との鑑別診断が必要である。しかし、デルマトームと症状で食い違いがあるなど、机上の知識と実際の臨床間においては矛盾をしばしば経験する。本特集では、適切な鑑別診断が可能となるよう、知識の整理をするとともに、第一人者らによる長年の臨床経験と研究成果をもとに積み上げられた成果を余すことなく盛り込んだ。

特集の構成

- 1. Spine Neurology — これまでの観察と自験例をもとに（井上聖啓）** 脊椎椎体高位と脊髄髄節とのずれは脊椎・脊髄疾患を診療するうえで常に念頭に置いておく必要がある。そこで、単純X線写真のダイナミック4方向などの評価ポイントを概説する。さらに、神経原性の下腿三頭筋萎縮を呈し、歩きづらさを訴えるがしばしば見過ごされる症候を“こむらなえ”と名付け、注意を喚起する。
- 2. 頸椎疾患の鑑別に役立つ最新の神経筋解剖（園生雅弘）** 腕橈骨筋はC6筋節を主体とする文献が多いが、筆者らの検討では上腕二頭筋と同じC5筋節主体であると考えられる。最新の筋節表をはじめ、頸椎疾患の鑑別を行ううえで重要な神経筋解剖の最新知識を多数紹介する。
- 3. 頸椎・頸髄疾患の症候学（福武敏夫）** 「Reverse neurology」という言葉が指すように画像を見てから症候を取り直すことがある。これは画像診断の技術だけではなく、それに伴い症候学も改訂されていくべきことを示唆している。その一助となるよう、頭痛・顔面痛、めまい、上位・中位・下位頸椎・頸髄、偽性局在症候、自律神経障害、一過性神経障害という切り口で、頸椎・頸髄疾患の症候学を論じる。
- 4. 脳神経内科医による頸椎症診療（安藤哲朗）** 筋萎縮性側索硬化症では上肢にびまん性の筋萎縮を呈し進行性の経過をたどるが、頸椎症では髄節性分布で障害筋と非障害筋の間には明らかな違いがあり、多くの期間で症状は固定性である。このように頸椎症は神経疾患との鑑別診断が重要な脊髄疾患であり、脳神経内科医が積極的に診療を行うべきである。
- 5. 解剖学的（神経学的）診断と画像診断の乖離（三好光太）** 中心性頸髄損傷の場合、例えばC3/4レベルのくも膜下腔の狭小が軽度であるにもかかわらず、手指の巧緻機能・感覚が著しく障害される。このように解剖学的（神経学的）診断と画像診断に乖離が生じる主な6病態について詳説する。
- 6. 特異な手内筋萎縮 Split Hand（澁谷和幹）** 母指球筋や第一背側骨間筋が萎縮するのに対し、小指球筋が比較的保たれる split hand は筋萎縮性側索硬化症に特異的な所見である。この症候の検査は、上記3筋の複合筋活動電位を測定し比較するだけと非常に簡便であり、同じく上肢の筋萎縮を呈する頸椎症性筋萎縮症との鑑別診断に有用である。