

## 正 誤 表

「整形外科卒後研修 Q&A (改訂第 7 版 第 3 刷)」

下記の箇所にご迷惑がございました。謹んでお詫びし訂正いたします。

【問題編】 頁	該当箇所	誤	正
78	問 3-9-28 選択肢 c	c 発汗障害など交感神経の機能障害がない.	c <u>患側上肢には</u> , 発汗障害など交感神経の機能障害がない.

【解説編】 頁	該当箇所	正
118～119	問 3-9-28 解説および文献	<p>(下線部を追加・修正)</p> <p>神経根が頸髄から引きちぎられ、硬膜外に引き抜かれたものを神経根引き抜き損傷といい、中枢神経の損傷に属するため自然回復は期待できない。引き抜き損傷か否かの鑑別には、軸索反射が有用である。引き抜き損傷は節前損傷であり、後根神経節と末梢神経との連絡は途絶えておらず、ヒスタミンを神経根支配領域に注射すると、その部位に発赤・腫脹を生じる。それが認められないときは引き抜き損傷でなく、より遠位の損傷(節後損傷)を示している。理由は以下の通りである。<u>腕神経叢を形成する脊髄神経では、神経根部にまだ交感神経成分が存在せず、頸部交感神経節からの神経線維は腕神経叢の途中からそれぞれの神経に混入する。上肢に向かう交感神経線維は T3-T6 髄節から上行するため、理論上、引き抜き損傷の際は、患側上肢に発汗障害など交感神経の機能障害がなく、患側上肢に交感神経の機能障害が認められたときは、より遠位部での損傷であることを示すからである。ちなみに、Horner 徴候を認める場合、C8-T1 の引き抜き損傷を強く疑うが、縮瞳、眼瞼下垂(眼裂狭小)、眼球陥凹の三徴の他に、同側顔面の発汗低下を伴う。なお、感覚神経線維は後根神経節と連絡し、Waller 変性を免れているため、感覚脱失野を電気刺激すると感覚神経活動電位は導出できる。引き抜き損傷では、一般に引き抜かれた神経根を単に脊髄に縫着しても、神経再生はほとんど起こらないとされており、その治療は、副神経、横隔神経、肋間神経などを麻痺神経に移行する神経移行術や麻痺を免れた筋肉を移行する筋移行(移植)術が適応となる。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 標準整形外科学. 第 12 版. 884-886.</li> <li>● 整形外科クルズス. 第 4 版. 398-403.</li> <li>● 神中整形外科学. 改訂 23 版, 下巻. 405-408.</li> <li>● 柿木良介 : <u>Jpn J Rehabil Med 2018 ; 55 : 939-942.</u></li> </ul>

2020年8月24日  
株式会社南江堂