

『強疑』所見

脊髄 MRI/MR ミエログラフィー：

- ①造影されない硬膜外水信号病変
- ②くも膜下腔と連続する硬膜外水信号病変

脳槽シンチグラフィー：

- ① 片側限局性 RI 異常集積
- ② 非対称性 RI 異常集積 or 頸～胸部における対称性の集積
+脳脊髄液循環不全

『疑』所見

脊髄 MRI/MR ミエログラフィー：

硬膜外水信号病変

脳槽シンチグラフィー：

- ① 非対称性 RI 異常集積
- ② 頸～胸部における対称性の集積

7.4 低髄液圧症の画像判定基準と診断基準

本研究は脳脊髄液漏出症を対象としたものであるが、脳脊髄液漏出症と低髄液圧症は密接に関係しており、低髄液圧症の診断は脳脊髄液漏出症診断の補助診断として有用である。本研究においても、脳脊髄液漏出症に加えて、低髄液圧症の存在も確認する。

7.4.1 低髄液圧症の画像判定基準と解釈

脳 MRI

1. びまん性の硬膜造影所見 diffuse dural enhancement

【判定基準】

硬膜に両側対称性にびまん性かつ連続性に造影効果と硬膜の肥厚を認める。

- ① 冠状断像で大脳鎌および小脳テントが連続的に造影されること。
- ② 少なくとも連続する 3 cm 以上の範囲で造影効果が確認できること。
- ③ 造影程度は少なくとも大脳皮質よりも高信号を示すこと。

【特徴】

低髄液圧症の特徴的所見として、広く受け入れられている所見である。

低髄液圧症であっても、時期によっては認められないことがある。

【解釈】

びまん性の硬膜増強所見があれば、低髄液圧症の『強疑』所見とする。

びまん性の硬膜増強所見がなくても、低髄液圧症を否定はできない。

2. 硬膜下水腫 subdural effusion

【判定基準】

硬膜とくも膜間に液体貯留を認める。

- ① T2WI では脳脊髄液とほぼ同等の均一な高信号を呈する。
- ② FLAIR 法では脳脊髄液よりも高信号を呈することがある。

注：脳萎縮に伴うくも膜下腔の拡大と混同してはいけない。

【特徴】

低髄液圧症の随伴所見として、広く受け入れられている所見である。

外傷や脳萎縮に伴い、低髄液圧症とは関係なく臨床的にしばしばみられる所見でもある。

本所見単独では診断的意義が乏しい。

【解釈】

低髄液圧症の『参考』所見とする。

3. 硬膜外静脈叢の拡張

【判定基準】

斜台あるいは上位頸椎背側の静脈叢が拡張する。

- ① 脂肪抑制造影 T1 強調画像の正中矢状断像で判定する。
- ② ある程度の範囲と厚さで、拡張所見陽性とする。

*皮質静脈や静脈洞の拡張所見については variation が大きく除外した。

【特徴】

重要な所見の一つではあるが、客観的判断が難しい。

【解釈】

低髄液圧症の『参考』所見とする。

4. その他の脳 MRI 所見

〈小脳扁桃の下垂、脳幹の扁平化、下垂体前葉の腫大（上に凸）等〉

【特徴】

いずれも硬膜の造影効果ほど顕著な所見ではなく、正常所見との境界を明確に規定することができない。

【解釈】

低髄液圧症の『参考』所見とする。

5. まとめ

びまん性の硬膜造影所見を、低髄液圧症の『強疑』所見とする。

その他の脳 MRI 所見は、すべて『参考』所見にとどめる。複数の『参考』所見があった場合には、低髄液圧症の『疑』所見とする。

脳ヘルニアやキアリ奇形の除外が必須である。

7.4.2 低髄液圧症の診断基準

- ・起立性頭痛を前提に、びまん性の硬膜造影所見と 60 mm H₂O 以下の髄液圧（仰臥位）があれば、低髄液圧症『確定』とする。
- ・起立性頭痛を前提に、びまん性の硬膜造影所見と 60 mm H₂O 以下の髄液圧（仰臥位）のいずれか1つあれば低髄液圧症『確実』とする。
- ・複数の『参考』所見があった場合には、低髄液圧症『疑』とする。

*脳 MRI におけるびまん性硬膜造影所見のみを『強疑』所見とする。

*発症直後にはびまん性硬膜造影所見（硬膜肥厚）が認められない場合があるため、数週間の期間を置いて複数回検査することが推奨される。

*硬膜外静脈叢の拡張、小脳扁桃の下垂、脳幹の扁平化、下垂体前葉の腫大（上に凸）等については、正常所見との境界を明確に規定することができないため低髄液圧症の『参考』所見とする。

8 画像の中央判定

8.1 中央判定

登録した被験者について、研究代表者および研究分担者の二名の放射線科医が被験者の画像を再審査し、画像中央判定を行う。

1) 登録した被験者に対して行った MRI および脳槽シンチグラフィ、CTミエログラフィーのデジタル画像データを研究事務局宛に送付する。送付するデータについては、本研究計画書に規定した撮像条件・画像表示条件に合致させること。

2) 研究代表者は、登録症例数が目標数に達した段階で研究分担者の二名の放射線科医を招集し画像中央判定会を開催する。

3) 画像中央判定会では、送付された個々の画像検査について「確定」、「確実」、「強疑」、「疑」、「否」、「判定不能」の6段階の判定を行う。

4) 3) の各画像検査の判定結果に基づき、「脳脊髄液漏出症 確定」、「脳脊髄液漏出症 確実」、「脳脊髄液漏出症 疑」、「否」、「判定不能」の総合判定を行う。

5) 判定結果は、研究事務局に報告する。

8.2 中央判定結果の取り扱い

1) 中央判定結果は、各研究実施医療機関から送られてくる経過報告書の中央判定欄に研究事務局により記載される。

2) 各施設の施設責任者と画像中央判定会の判定が異なった症例については、後日当研究班の全体会議において検討する。

9 問題発生時の対応

研究事務局で集約し、研究代表者、登録施設、研究事務局で対応を協議する。

10 研究期間および目標症例数

平成24年6月1日から平成25年2月28日まで、被験者登録を行う。本研究の最終報告書作成時までを研究期間とする(平成25年3月予定)。

目標症例数は、平成23年度までの研究結果をもとに登録症例数100例、治療症例数20と例とする。

11 研究計画の概要

多施設共同前方視的観察研究

* 研究代表者・研究分担者および班長協力者各施設で、「座位または立位により発生、あるいは増悪する頭痛」を主訴とする患者が受診し、本研究への協力を同意が得られた場合。

→統一した患者登録票にデータを記入し、登録票を研究事務局に送付する。登録に際しては、連結可能匿名化を行う。

→統一した画像診断手順により画像診断を行う。この際得られた画像データは、匿名化した上で、研究事務局に提出し、研究代表者および中央判定担当の放射線科医二名(研究分担者)にて最終判定(中央判定)を行う。

→各症例の治療結果は、経過報告書にて研究事務局に報告する。

→症例登録票データおよび中央判定データを集積・解析し、「脳脊髄液漏出症の診断指針」を作成する。

→本診断指針による最終診断と治療結果に関するデータを集積・解析し、上述の診断指針と併せ、最終的に「脳脊髄液漏出症の診療指針(仮題)」を作成する。

12 予想される危険性

本研究では、診断のため、造影剤および放射線薬剤の使用や腰椎穿刺などを行うが、これらは本症の診断の為にこれまでも行われている検査法である。また治療に

関しては、現時点で診療報酬表に記載されている手技ではないが、収載済みの手技を組み合わせることで達成可能である。この治療は、すでに米国NIHの運営する U.S. National Library of Medicine に脳脊髄液漏出の治療法として紹介されるなど国際的には認知されており、本研究に参加することで、これまでの一般診療以上の危険性が、心身に及ぶということはないと考えられる。

また、被験者の登録に際しては、登録票には個人を特定しうる被験者の氏名、住所、生年月日、カルテ番号等の情報は記載されない。よって個人を特定することは非常に困難であり、情報漏洩のリスクについても危険性はきわめて低いと考える。

1 3 被験者の利益および不利益

本症に関して我が国では、本症と交通外傷の因果関係をめぐる問題が生じ、近年、種々の社会問題を起こしている。そこには、過剰医療と見逃し医療や種々の疾病がこの疾患とされるものに含まれている可能性がある。

本研究により、本疾患の臨床像および診断基準を明確にできれば、被験者にとって正しい最終診断を得ることができ、過剰医療や見逃しを回避することが可能で、被験者にとって直接的な利益がある。

また、本研究の成果は、脳脊髄液漏出症の病態を科学的に解明でき、医学的にも社会的にも貢献するところは大である。

1 4 費用負担に関する事項

本研究における診断・治療は、原則保険診療の範囲で行われる。診療報酬表に記載されていないブラッドパッチに関しては、先進医療として施設認定を受け行う。ただし、先進医療の施設認定を受ける以前に関しては、自由診療となる場合がある。

また本研究に関わる医療費以外の諸費用は、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(神経・筋分野)により行う。

1 5 知的所有権に関する事項

この研究の結果として特許権等が生じた場合、その権利は国、研究機関、研究遂行者などに属し、被験者には属さない。また、その特許権等に関して経済的利益が生じる可能性があるが、被験者にこれらについても権利はない。

1 6 倫理的配慮

16.1 本研究の実施に際しての倫理的配慮

- 1) 本研究は、ヒトを対象とした臨床研究であり、ヘルシンキ宣言に基づく倫理原則、臨床研究に関する倫理指針を遵守して実施する。

- 2) 研究の参加にあたっては、説明同意文書を含む研究計画書について、各施設の倫理委員会に文書による承認を得る。
- 3) 被験者の特定には登録番号のみが用いられ、被験者情報の機密は保持される。
- 4) 説明同意文書には、データは研究者により厳重に保護されること、データ検証のため研究事務局の担当者が担当医同席のもと、本研究に関連する診療記録等の一部を直接閲覧することがある旨記載される。

16.2 被験者への説明と同意

担当医師は本研究について以下の内容を被験者本人に説明し、参加について文書による同意を被験者本人より得るものとする。また研究計画書は、被験者本人の希望により、いつでも閲覧できることとする。登録は文書による同意取得後に行う。

説明同意文書には以下の事項が含まれている。

- 1) 研究への協力の任意性と撤回の自由
- 2) 研究目的および内容
- 3) 研究計画書等の開示
- 4) 予想される危険性およびその対応
- 5) 研究協力者にもたれされる利益および不利益
- 6) 費用負担に関する事
- 7) 知的所有権に関する事
- 8) 倫理的配慮
- 9) 個人情報の保護に関する事

17 行政機関個人情報保護法に基づく追加事項

患者登録票には、氏名、住所、生年月日、カルテ番号等の情報が記載されないため、個人を特定できない。被験者の特定には登録番号が用いられ、被験者情報の機密は保持される。

18 データの品質保証

18.1 品質管理と品質保証

各研究実施医療機関の責任医師(研究代表者・研究分担者および研究協力者)は、原資料(診療記録、ワークシート等)と患者登録票との整合性に責任を負う。研究事務局は、適宜電話、訪問等による品質管理を実施する。必要に応じ、担当医師立ち会いのもと原資料の直接閲覧による確認を行う。

18.2 被験者登録票の作成と報告

患者登録票の作成と報告は、各研究実施医療機関の責任医師の責務である。責任医師および担当医師は、本研究に登録した全被験者について、患者登録票を作成する。

18.3 データの集積と管理

患者登録票および経過報告書に記載されたデータは、各研究実施医療機関から研究事務局に送付される。研究事務局は、施錠可能な保管場所に適切にデータを管理する。

18.4 記録の保存

1) 診療記録

各被験者の外来診療記録には、少なくとも下記の項目について明確に記載すること。

- ・本研究に参加したこと(研究名、説明日、同意取得日)
- ・研究参加の中止日時およびその理由

2) 研究実施医療機関における記録の保存

各研究実施医療機関の責任医師(研究分担者および研究協力者)は、本研究における以下の資料を研究代表者から通知があるまで保存する。

- ・患者登録票(コピー)
- ・被験者の同意(原本を保存し、コピーを被験者に渡す)および情報提供に関する記録
- ・患者登録票のもとになった記録(診療記録、ワークシート等)
- ・倫理委員会からの通知

3) 研究事務局における記録の保存

研究事務局は、研究代表者の責任において、患者登録票や経過報告書、その他の資料を厳重に管理・保存する。研究期間終了後も、本研究の研究代表者である嘉山孝正のもと、適切に管理・保管する。

19 研究計画書の改訂

研究についての手順の変更は、研究代表者および研究分担者、研究協力者の同意のもと研究事務局が決定する。

20 結果の公表

研究代表者は、研究結果の論文投稿および公表について責任を持つ。公表の際には被験者の秘密を保全する。

症例登録票

施設名 _____ 担当医 _____

各施設の管理番号 _____ 初診日 _____

記入日 _____

1) 必須条件「座位または立位により発生、あるいは増悪する頭痛」であること。

①何時頃から頭痛がありますか？

(発症時期が明確な症例) _____ (日・月)前(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

(発症時期が曖昧な症例) _____ (日・月)位前

②頭痛の原因となりうるエピソードがありますか？

ない

ある

交通事故(具体的記載: _____)

スポーツ(具体的記載: _____)

転倒 (具体的記載: _____)

脊髄・脊椎手術(具体的記載: _____)

腰椎穿刺(具体的記載: _____)

その他 (具体的記載: _____)

③今の頭痛の種類(性質・部位)は、どれですか？(複数回答可)

頭全体をしめつけられるような頭痛

首のこりに伴って出現する後頭部の鈍痛

脳自体を後方や下方に引っ張られるような感じの頭痛

首が脳に突き刺さるような感じの頭痛

目の奥の痛み

ズッキンズッキンと脈打つような頭痛

頭全体 前頭部 側頭部(含こめかみ) 頭頂部 後頭部

右 左 両側

頭の皮膚(表面)がピリピリチリチリするような頭痛

頭全体 前頭部 側頭部(含こめかみ) 頭頂部 後頭部
右 左 両側

気圧の低下(台風や雨降りの前)に伴って増悪する頭痛

頭全体 前頭部 側頭部(含こめかみ) 頭頂部 後頭部
右 左 両側

乗物(自転車、自動車、電車など)によって増悪する頭痛

頭全体 前頭部 側頭部(含こめかみ) 頭頂部 後頭部
右 左 両側

安静臥床することで軽快するような頭痛

④体位による変化は、どの位の時間で起きますか？

座位または立位による増悪: _____分後

臥位による緩解: _____分後

⑤今の頭痛の程度(重症度)は、どのくらいですか？

【患者側】



100%

予想される中で最も痛い

0%

全く痛くない

⑥これまで一番強かった時の頭痛の程度は、どのくらいですか？

【患者側】



100%

予想される中で最も痛い

0%

全く痛くない

⑦頭痛が一番強かったのは何時ですか？

□いま □() (日・月)位前

2) 頭痛以外の症状

①随伴症状がある場合は、該当箇所をチェックし、頭痛と関連づけた症状出現時期と体位による変化の有無等を記載してください。

□嘔気嘔吐(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□頸部硬直(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□めまい(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□耳鳴り(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□目のかすみ、視力低下、視野欠損

(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□倦怠・易疲労感(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□物が二重に見える(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□顔面が非対称(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□顔面痛、顔面のしびれ(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□耳が聞こえ難い(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□音が大きく聞こえる、音が頭に響く

(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□歩き難い(発生時期: _____)

□上肢の痛み・しびれ(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□排尿障害(発生時期: _____)

□上背部痛(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□腰痛(発生時期: _____ 体位による変化の有無: _____)

□その他: 具体的記載「 _____ 」(発生時期: _____)

②頭痛以外の症状で今最も辛いのは何ですか(上記から選択): _____

その症状の程度(重症度)は、どのくらいですか？

【患者側】



100%

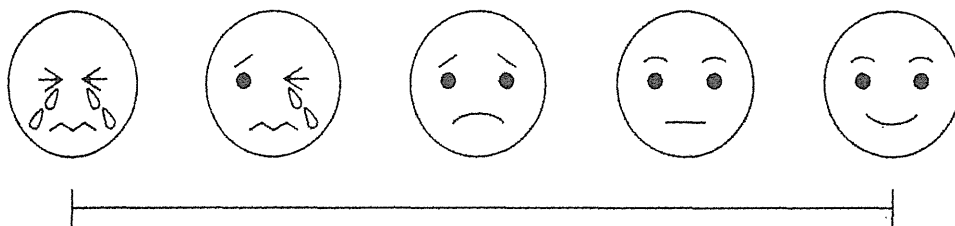
0%

予想される中で最も辛い

全く症状なし

③これまで一番辛かった時の辛さの程度は、どのくらいですか？

【患者側】



100%

予想される中で最も辛い

0%

全く症状なし

④上記の症状が一番強かったのは何時ですか？

いま () (日・月)位前

3) 頭頸部外傷が先行する場合の追加事項

*別表に記載。

4) 特記事項

<事務局記入欄>

登録番号 _____ 登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録担当者 _____

症例登録票 v1.2

別表 Quebec WAD task force report(1995)による分類

grade	class	臨床所見	推定病理像および臨床症状	受傷時評価(*)	初診時評価(**)	治療期間中の評価	治療期間中の評価	治療期間中の評価	治療期間中の評価	最終時又は症状固定時の評価(***)
0	No complaint No physical sign(s)	頸部愁訴なし 理学的所見なし								
I	Neck complaint of pain, stiffness, or tenderness only No physical sign(s)	頸部の痛み、こり感、圧痛が ある 理学的所見なし	顕微鏡的な頸部筋、靭帯組織損傷 筋スパズムを起こすほどではない 受傷後 24 時間以上経過して受診する							
II	Neck complaint and musculo- skeletal sign(s)	頸部愁訴あり ROM(関節可動域) 減少 圧痛あり	頸椎捻挫(挫傷) 軟部組織内出血 軟部組織挫傷による筋痙攣 受傷後 24 時間以内に医師を受診							
III	Neck complaint and neurological sign(s)	頸部愁訴あり 神経学的異常(感覚障害、筋 力低下、深部腱反射低下)を 伴う	外傷または出血による二次的刺激 炎症や外傷による神経組織の損傷 受傷後 2~3 時間で受診し神経症状を合 併した頸部 ROM 制限がある							
IV	Neck complaint and fracture or dislocation	頸部愁訴あり 脊椎の脱臼、骨折を認める	重篤な脊椎および神経組織の挫傷および 損傷							

* 受傷後数日以内

** 初診時(*であればそれらは同一のものとする)

経過報告書

施設名 _____ 担当医 _____

各施設の管理番号 _____ 登録番号 _____

記入日 _____

主治医判定

<画像診断所見>

1) 頭部 MRI 所見

びまん性の硬膜の Gd 造影効果

あり なし 判定不能

硬膜下水腫

あり なし 判定不能

頭蓋内皮質静脈の拡張、硬膜外静脈および硬膜外静脈の拡張

あり なし 判定不能

小脳扁桃の下垂

あり なし 判定不能

脳幹の扁平化

あり なし 判定不能

下垂体前葉の腫大

あり なし 判定不能

判定

強疑 疑 否 判定不能

2) 脊髄 MRI/MR ミエログラフィー所見

硬膜外に水信号病変

あり なし 判定不能

*疑以上の場合:部位()

硬膜外水信号病変の造影の有無

造影あり 造影なし

硬膜外水信号病変のくも膜下腔との関係

連続している 連続していない

判定

確実 強疑 疑 否 判定不能

3) 脳槽シンチグラフィー所見

片側限局性 RI 異常集積

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

非対称性 RI 異常集積

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

対称性 RI 異常集積

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

24 時間円蓋部 RI 循環不全

あり なし 判定不能

2.5 時間以内早期膀胱内 RI 集積

あり なし 判定不能

RI クリアランス亢進

*測定データを添付。

24 時間 RI 残存率

(%)

髄液圧 (側臥位)

(mmH20)

判定

確実 強疑 疑 否 判定不能

4) CT ミエログラフィー所見

硬膜外への造影剤漏出

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

硬膜欠損部の同定

可能 困難

判定

確定 確実 強疑 疑 否 判定不能

5) 主治医診断結果

「脳脊髄液漏出症」

確定 確実 疑 否 判定不能

参考：「低髄液圧症」

確定 確実 疑 否 判定不能

<治療>

1) 治療法

治療 1

なし 安静臥床+補液

効果判定1

頭痛

治療前 VAS(%)→治療後 VAS(%)/改善度(%)

頭痛以外症状()

治療前 VAS(%)→治療後 VAS(%)/改善度(%)

治療 2

ブラッドパッチ

効果判定2

頭痛

治療前 VAS(%)→治療後 VAS(%)/改善度(%)

頭痛以外症状()

治療前 VAS(%)→治療後 VAS(%)/改善度(%)

プロトコール中止後の治療

なし 安静臥床 安静臥床+補液 硬膜外生理食塩水注入

ブラッドパッチ 手術 その他()

効果判定3

頭痛

治療前 VAS(%)→治療後 VAS(%)/改善度(%)

頭痛以外症状()

治療前 VAS(%)→治療後 VAS(%)/改善度(%)

2) 転機

治癒 軽快 不変 増悪

*合併症出現時の詳記

[]

『事務局記入欄』

中央判定結果

<画像診断所見>

1) 頭部 MRI 所見

びまん性の硬膜の Gd 造影効果

あり なし 判定不能

硬膜下水腫

あり なし 判定不能

頭蓋内皮質静脈の拡張、硬膜外静脈および硬膜外静脈の拡張

あり なし 判定不能

小脳扁桃の下垂

あり なし 判定不能

脳幹の扁平化

あり なし 判定不能

下垂体前葉の腫大

あり なし 判定不能

2) 脊髄 MRI/MR ミエログラフィー所見

硬膜外に水信号病変

あり なし 判定不能

*疑以上の場合:部位()

硬膜外水信号病変の造影の有無

造影あり 造影なし

硬膜外水信号病変のくも膜下腔との関係

連続している 連続していない

判定

確実 強疑 疑 否 判定不能

3) 脳槽シンチグラフィー所見

片側限局性 RI 異常集積

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

非対称性 RI 異常集積

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

対称性 RI 異常集積

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

24 時間円蓋部 RI 循環不全

あり なし 判定不能

2.5 時間以内早期膀胱内 RI 集積

あり なし 判定不能

RI クリアランス亢進

陽性 擬陽性 陰性 判定不能

*測定データから解析。

RI クリアランス亢進 (24 時間 RI 残存率)

陽性 擬陽性 陰性 判定不能

判定

確実 強疑 疑 否 判定不能

4) CT ミエログラフィー所見

硬膜外への造影剤漏出

あり なし 判定不能

*ありの場合:部位()

硬膜欠損部の同定

可能 困難

判定

確定 確実 強疑 疑 否 判定不能

5) 中央判定診断結果

「脳脊髄液漏出症」

確定 确实 疑 否 判定不能

参考：「低髄液圧症」

確定 确实 疑 否 判定不能

「脳脊髄液漏出症の診断・治療の確立に関する研究」

へのご協力をお願い

【調査研究への協力の任意性と撤回の自由】

この調査研究への協力の同意はあなたの自由意志でお決めください。ご協力いただかなくてもあなたの不利益になるようなことはありませんし、現時点で最善と考えられている治療を受けられることは保障されています。

一旦同意した場合でも、あなたの不利益になることはなく、いつでも同意を撤回することができ、診療記録などもそれ以降は研究目的に用いられることはありません。ただし、同意を取り消した時すでに研究結果が論文などで公表されていた場合などのように、調査結果などを廃棄できない場合があります。

【研究の目的および内容】

目的:

脳や脊髄の周りにある脳脊髄液が漏れ、脳や脊髄の周りの圧力が低くなることによって、頭痛、めまい、悪心、嘔吐、難聴などが引き起こされる病気は、低髄液圧症候群と呼ばれ、70年以上も前から世界中で知られ、すでにたくさんの研究がなされています。またブラッドパッチと呼ばれる治療法も、この低髄液圧症候群の治療法として開発されたものです。一方、脳脊髄液減少症は、低髄液圧症候群とほぼ同じ意味で使われてはいますが、これは最近になって使われ始めた病名で、その中には脳や脊髄の周りの圧力が低くなく、低髄液圧症候群とは異なる病気が含まれている可能性があります。この二つを同じ病気として良いのかが問題となっています。特に日本では、脳脊髄液減少症と交通事故による「いわゆる鞭打ち症」との因果関係をめぐる問題が取沙汰され、社会問題となっています。その問題を解決するためには、脳脊髄液減少症の病気の本質を研究し、診断の基準を明確にする必要性があります。

しかしながら、脳脊髄液減少症よりも古い歴史を持つ低髄液圧症候群には、国際頭痛学会や日本神経外傷学会が作った診断の基準もありますが、それでさえ、必ずしも科学的な根拠に基づいたものとは言えません。

この研究では、脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）に関係する日本の主な学会（日本脳神経外科学会、日本整形外科学会、日本神経学会、日本頭痛学会、日本神経外傷学会、日本脊椎脊髄病学会、日本脊髄障害医学会）からの代表とこの病気の診断に関係のある放射線医学、疫学・統計学の専門家で、診断と治療を研究するチームを作り、