主訴の決定



とある ER。7年目の指導医のメガネ先生と1年目の研修医のピカピカ先生で当 直をしていた。今日は、1年目研修医ピカピカ先生の初当直。



メガネ先生: じゃあ、今日はウォークインの患者さんが来た

ピカピカ先生: えー! 急に言われても何を聞いていいかわ からないですよ!





🤾 🕻 全く! 最近の研修医は。自分が若いころは…

わかりましたよ。ひとまず話聞けばいいですよね。でもま ず何から聞こうかな?





🍑 < ところで、問診って何のためにするの?

なんの検査をするか決めるためじゃないでしょうか。





確かにそういう側面もあるけど、問診で診断を絞り込むためだね。



え。診断って検査しないとわからないのでは?



ある論文では、なんと病歴で診断の76%が決まるとなっているとされているね。つまり問診が診断において一番大切ってことだね。ちなみに問診で最初に聞くことって何かな?1)



えーっと。今日はどうされましたか? }





最初は Open question で聞いたほうが良いね。30 秒は患 者さんの話をじっと聞くという格言もあるくらいだから。 じっと聞くのは難しいのだけど、最初は患者さんに喋って もらったほうが情報量も多いし、何よりラポール形成に役



確かに話を聞いてもらうと嬉しいですよね。





そうだね。患者さんに、この先生なら安心して話せるとい う雰囲気を作るのが大切だね。イライラしたりすると陰性

感情が出てしまったりするよね。そうすると患者さんも喋 りたくても喋れなくなって…その結果大切な病歴を見逃す こともあり得るので、和やかな雰囲気作りが大切だね。

なるほど。良い雰囲気は、診断にも良い影響を与えるんで すね。ちなみに問診票にバイタルサインが書いているので すが、どう考えればよいですか?





バイタルサインは極めて大切だね。初診外来でも救急外来でもバイタルサインによるトリアージはとても大切だね。 もしバイタルが崩れていれば、問診は最小限にして検査や 治療を優先することもあるね。

心筋梗塞もそうですね。





その通り! 予診票の時点で心筋梗塞らしい胸痛なら、問診は最小限にして、迅速に心電図を施行すべき状況もある

なんだか問診の立つ瀬がないですね。





なんだか問診の立つ瀬かないです そんなことはないよ。先ほどの心筋梗塞の例でいえば主訴 の決定が極めて大切だったということだね。





胸痛という主訴を決定したので、そこからまず除外すべき 疾患として心筋梗塞が想起され、心電図を行うことができ たと言えるね。

なるほど。 }





他には熱があれば発熱を主訴にして鑑別を考えればよいし、 SpO_2 が低下していれば呼吸困難を主訴にして鑑別を考え

バイタルサインも主訴の決定に有用なのですね。





その通り! ただ、主訴を決定すること自体が時に難しい こともあるので注意が必要だね。

でも、主訴って問診票に書いてあるじゃないですか。決定 も何も決まっているような気がしますが…

じゃあ、例えば意識障害と失神の違いって何?





えっと…完全に意識を失うのが意識障害でしょうか。失神 なら意識が残っているとか…





🤾 | 実は、そうではないのだよね。



例えば、電車で長時間立っているうちに気持ち悪くなって、 冷や汗をかいてたらいつの間にか気を失った。でも倒れていたら、1分ほどで意識が完全に元に戻った。これは失神?



えーっと。失神でしょうか?





その通りだね! 失神の定義は、脳血流低下によって起こる数分以内の意識消失発作および筋トーマスの消失とされているんよ。つまり、意識は数分以内に完全に清明になれ ば失神で、意識が完全に戻らなければ意識障害ということ 2)。

えー、完全に誤解していました! > (ご)





√ 例えば、失神における頭部 CT の意義ってどう思う?

有用だと思います。





実は、失神において頭部 CT はルーチンで使用する必要は ないんだ。失神は脳への血流低下がメインの病態なので、 心拍出や循環血漿量という脳以外の問題をまずは考えるべ きだね。一方、意識障害において特に血圧が高ければ頭蓋 内疾患の可能性は極めて高くなるので頭部 CT は必須の検 査と言えるね³⁾。

へ一。失神と意識障害で鑑別がかなり違うのですね。





その通り! 主訴によって鑑別の方向性が全く変わってく るからこそ、主訴の決定が極めて大切なんだ。そのために は主訴の定義をしっかりと理解しておく必要があるね。関 節痛と関節炎の違いもわかりやすい例と言えるね。

関節炎は炎症を伴っているということでしょうか。

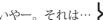




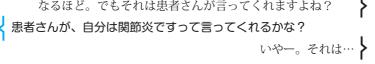
そうだね。関節炎は炎症なので、発赤・熱感・腫脹を伴う のが原則だね。関節炎は非常に特徴的な所見で、関節リウ マチ、結晶性関節炎、化膿性関節炎などを想起する必要が あるね。一方、関節痛だけで炎症を伴っていなければウイ ルス感染などを考えるので、やはり鑑別疾患の方向が異なっ



なるほど。でもそれは患者さんが言ってくれますよね?















そうだよね。なので、こちらから積極的に主訴の定義を意識して患者さんに問診することが大切ということだね。主訴の決定においてもう一つ重要な視点が、患者さんの言葉を医学用語に変換すること。これがとても大切なの。

というと…





例えば、患者さんが、膝が痛いと言ってきた場合を考えてみようか。患者さんの言葉をそのまま書いても、鑑別のしようがないよね。でも、積極的に問診して、発赤・腫脹・熱感がありそうなら…

それなら関節炎の可能性が高そうですね!





その通り。実際は身体診察で確認をするけど関節炎でよさそうだね。ここで関節炎という医学用語に変換できれば、関節炎という言葉を教科書やインターネットで調べることができるよね。そうすれば自然に鑑別もわかるはずだね。つまり、問診の第1歩は患者さんの現実世界の話を医学的世界の話に変換することから始めると言っても過言ではない。

なるほど。でも、主訴は患者さんが一番困っていることで よいんじゃないですか??





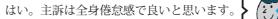
するどいね。とてもいい視点だと思う。確かに患者さんの 困っていることを解決してあげる必要があるよね。ただ診 断という意味では、患者さんの困っていることが必ずしも 主訴として適切とは言えないこともあるんだ。







例えば患者さんが、体がだるいという訴えで来た場合を考えてみよう。この場合の主訴は全身倦怠感になり、全身倦怠感を解決してあげたいということになるよね。







その通りなのだけど、倦怠感は非特異的な症状で鑑別を絞れないんだ。全身倦怠感だけではなく呼吸困難を認める場合は、主訴を呼吸困難にしたほうが、はるかに鑑別を絞りやすいと言えるね。







倦怠感だけならば、感染症、電解質異常、悪性腫瘍、心血 管疾患、膠原病、薬剤性、内分泌疾患、神経疾患など鑑別 が多岐にわたるね。一方、呼吸困難ならば大きく分けて心臓・ 肺・貧血の3つを考えればいいので、はるかに鑑別を絞る ことができるね。呼吸困難のように鑑別が絞りやすい主訴 を high yield の症状と言い、全身倦怠感のように鑑別が絞 りにくい主訴のことを low yield の症状と呼ぶんだ⁴⁾。

くい王訴りここで low you. ___ つまり、症状がいくつかある場合は、可能な限り high yield な症状を主訴に設定するということですね。





そういうことだね! 現場では最初は患者さんの訴えを主訴として問診をしているうちに、真の主訴を設定しなおすことも多々あるんだ。主訴は一度決めたら終わりではなく、問診をするなかで何回か吟味されるべきなの。





実は、患者さんの言葉を医学用語に変換することは慣れが必要で意外に難しいんだ。例えば「動けなくなった」という訴えで救急搬送された症例では、どういう主訴にする?



















あるいは動けない理由がひょっとしたら膝関節痛かもしれないよね? つまり医学用語に変換する際は患者さんの言葉を鵜呑みにしないように注意が必要ということ。

まいました。





くっだね。なぜ動けなくなったのか。Why を徹底的に突き 話めることが大切であるとも言えるね。

なるほど。 }

