

## 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ら問診してみて！

**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！



**メガネ先生**：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。でもまず何から聞こうかな？



**メガネ先生**：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。



**メガネ先生**：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？



**メガネ先生**：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でことだね。ちなみに問診で最初に聞くことって何かな？<sup>1)</sup>

えーっと。今日はどうされましたか？



**メガネ先生**：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立つよね。

確かに話を聞いてもらおうと嬉しいですよ。



**メガネ先生**：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ね。

なんだか問診の立つ瀬がないですね。



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。

主訴の決定？



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、 $\text{SpO}_2$  が低下していれば呼吸困難を主訴にして鑑別を考えれば良いと言えるね。

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けど…



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。

そうなんですか！



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？意識障害？



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<sup>2)</sup>。



えー、完全に誤解していました！



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<sup>3)</sup>。



へー。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てくるね。



なるほど。でもそれは患者さんが言ってくれますよね？



患者さんが、自分は関節炎ですって言ってくれるかな？



いやー。それは…





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。

というと…



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。

はい。主訴は全身倦怠感で良いと思います。



その通りなのだけど、倦怠感是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。

といいますと。



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<sup>4)</sup>。

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。

なるほど！



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」という訴えて救急搬送された症例では、どういう主訴にする？

筋力低下ですかね？



筋力低下だとするとどういう疾患を考える？

脳梗塞とかですかね…



そこが落とし穴だね。

えー！ どういうことですか？



脳梗塞などの神経疾患による筋力低下と言うには、全身状態が良好であるというのが前提なんだ。例えばインフルエンザで 40℃ くらいの高熱が出ていて、体がしんどかったら、何となく力が入らないよね？

確かに…



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。

動けなくなるのは、筋力低下があるせいだと思い込んでしまいました。



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

なるほど。

