

総合診療グリーンノートを はじめて手にとられる皆さんへ

全身を診る，そして病気よりも人を診ることに興味がある専攻医・研修医の皆さん，そして医学生の方々にもぜひ，一度手にとって読んでもらいたいと本書を企画しました．この本を読み始めた皆さんは，総合診療医についてどのようなイメージをお持ちでしょうか？

総合診療医は疾患ごとの専門性を追求するのではなく，患者や地域を包括して幅広い視野で患者と地域を診る医師です．予防医療から急性期医療，回復期から慢性期・終末期までの時間軸を見据え，臓器別の疾患・病態から心理社会的側面を含んだ問題を捉える奥行きをもち，日常臨床からパンデミックのような非日常までの変化，地域によって異なるニーズに対応し，解決策を練ることのできる応用力を持つことが理想です．その理想はとても高いのですが，少しでもリアルな総合診療医に近づけるためのポイントを，我々の教室員それぞれの得意技を発揮して本書に纏めてみました．

総合診療で遭遇する頻度の高い疾患・病態への医学的アプローチのみならず，患者さんとどう向き合い，疾患とどう対峙するかの思考プロセスを学びやすいような Chapter 設定としました．まず Chapter I（総論）では，コモンな疾患・見逃してはいけない疾患についてのアプローチを，Chapter II（各論）では，やや困難な事例をどのように診断・治療していくか，症例ベースのプロセスを解説しています．さらに Chapter III（番外編）として，一般的な臨床推論で診断・治療が難しいときのトラブルシューティングから，新型コロナウイルスへの対応まで展開しています．

総合診療力は全診療科に通じる気概のある臨床力です．全人的・総合的視点で行う診療は，実は臓器別・分野別の専門科を超

えた新たなる専門性といえます。総合診療の現場では、患者自身が抱える一つひとつの症候・症状に向き合い、患者背景を深く考察することで、全人的・総合的ケアを実践します。そのプロセスには疾患へのアプローチのみではなく、省察的实践，多職種連携や社会心理学的側面からのアプローチも大切です。医師は患者さんの人生を見守る，あるいはともに人生について考える役割も担っています。さあ皆さん，これからこのグリーンノートを読破し，総合診療力を身につけ，医療学と人生学の両者を学びとりましょう！

2022年9月

岡山大学病院 副病院長
総合内科・総合診療科 教授 大塚 文男

2 非特異的疼痛へのアプローチ

1 はじめに

痛みは、辛く、生活を行う上で「日常」を著しく阻害し、蝕む症状である。

頭痛や関節の痛み、胸痛、腹痛など、特定の部位の痛みがあれば、それをもとに鑑別疾患が浮かんでくる。しかし、時に「全身」が痛い、「両手両足」が痛いなど、臓器特異的には考えることができない疼痛を訴える患者と出会うこともある。血液検査をしても、画像検査をしてもはっきりわからないときに、どのように診断・治療をすすめていけばいいのか、どのようにアプローチすればいいのか、それを本項目で紐解いていく。

2 アプローチの考え方

● 患者が医療に求めること

まず、患者が医療者に求めること（ニーズや受診理由）^{※1}を理解することが重要だと筆者は考える（図1）。

大きく分けてこの3つに分類できる。

- ① 原因追求型：痛みの原因を突き止めてほしい、そのための検査をしてほしい



- ① 原因追求型
- ② 不安増強型
- ③ 症状緩和優先型

図1 ■ 患者のニーズを知ること（痛み）

※1 患者の解釈モデルと同義

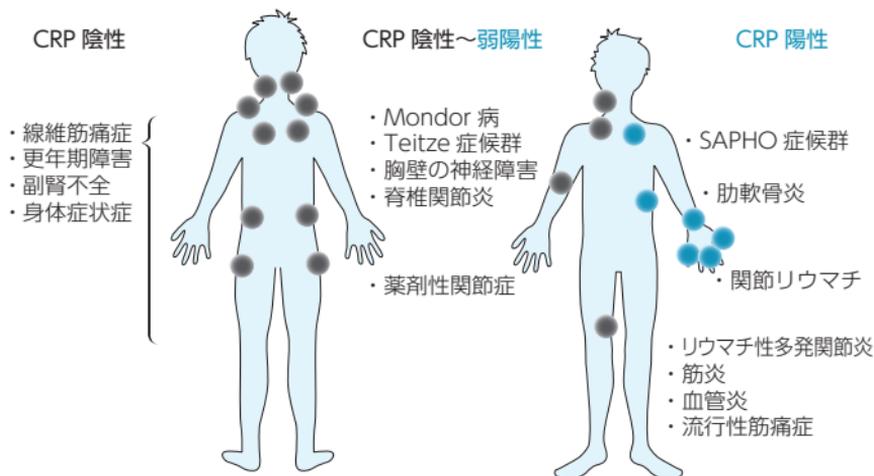


図 4 ■ 非特異的疼痛へのアプローチ

● リウマチ性多発筋痛症 (PMR)

50 歳以上で、急性発症の両肩～頸部の痛みがあり、炎症反応が上昇している場合はこれを疑う。プレドニゾロン 15mg/日ほどが著効する。逆に、著効しないときは治療抵抗性と判断する前に、他の疾患を想定したほうがよい。私は、PMR の症状で来院し、分類不能型大関節炎だった症例も経験している。

● 筋炎 (多発筋炎・皮膚筋炎、封入体筋炎、抗 ARS 抗体症候群)

近位筋の筋力低下や把握痛、間質性肺炎の合併、自己抗体の陽性がヒントになる。皮膚筋炎、多発筋炎の場合は、悪性腫瘍スクリーニングを忘れないようにしないといけない。

● 血管炎 (GCA, ANCA 関連血管炎, GPA)

特に高安病や巨細胞性動脈炎などの大血管炎は症状に乏しいことが多く、不明熱で FDG/PET-CT を撮影したら見つかった、という話はよくある。ただし、頭痛、眼痛、関節痛などの多彩な症状を呈することもあり、CRP 陽性の非特異的疼痛の場合には考えないといけない。

▶ CRP 軽度陽性～陰性

● 肋軟骨炎

側腹部が痛いと訴えることが多く、下部肋骨に著明に圧痛がある。基本的には、NSAIDs が有効であるが、慢性化・難治性化することもある。プレガバリンやデュロキセチン、アミトリプチンを使用することもある。

8

原因追求型の身体的評価
の限界を迎えたとき

～価値を認知し解釈すること，解釈学的医療とは～

1 はじめに

臨床をしていると、症状はあるにもかかわらず、原因疾患がはっきりしないことはよくある。自分自身の鑑別疾患に何か想定できてない疾患があるのではないかと、必要な検査を行えていないのではないかと……さまざまな想いがめぐり、時間が過ぎてしまう。

大きい病院に紹介しても、「……精査を行いました、特に異常はありませんでした。貴院を継続通院希望であり、引き続きの御加療継続お願いいたします……」と返信がある。

目の前の患者は、悩んでいる。

そのような時、どのようなアプローチを行えばよいのか。何か良い方法はあるのか。この章では、「これをやるべき」という解決策を論じているわけではない。あくまで、筆者の視点から、検査を行っても特に異常が見当たらない患者、しかし症状はあり、何らかの医療的サポートを必要としている患者の、「一つの解釈」である。

症例



63歳 女性

主訴	全身倦怠感
病歴 (本人の話)	<p>数年前から体のだるさがある。労作時に強く、気を抜くと横になってしまう。</p> <p>雨の日の前は気圧が下がり、頭痛、頭重、耳鳴り、めまい、食思不振、胃もたれ、足の冷え、足のむくみもきてしまう。数年前に症状が出現してきた頃から近医を受診している。更年期のような症状といわれ続けたが、閉経して10年以上もたっている。むしろ、閉経前後は特に目立った症状はなかった。孫も小学生で、いろいろと面倒をみてあげたいが、なかなか体が思うように動かない。</p> <p>かかりつけであるA医院では、さまざまな検査もしてもらった。貧血や肝機能、腎機能、ミネラル、甲状腺機能や副腎機能、腫瘍マーカー……どれも異常はなかった。</p>

3 症例

20代 男性 医師

主訴	咳嗽
現病歴	新型コロナウイルス感染症が流行するより前の冬のある日、倦怠感や湿性咳嗽、36.7℃の微熱、軽度の咽頭痛を主訴に勤務先の病院外来を受診した。インフルエンザ迅速検査陰性で、特に周囲の流行もなく、感冒として葛根湯とアセトアミノフェンの処方を受けて帰宅となった。その後2日ほどで倦怠感、微熱、咽頭痛は改善し、痰量も減少した。しかし乾性の咳嗽がその後も持続するために、4週後、再度外来を受診した。胸やけ症状や、鼻汁が喉に垂れ込む感じの自覚は特になく、業務での結核患者への曝露歴もないとのことであった。
既往歴・併存症	なし
現処方	なし
アレルギー	なし（喘息既往やアトピー素因もなし）
生活歴	機会飲酒、喫煙なし、環境変化なし 〈身体所見〉 BP 105/64 mmHg, PR 60 /min, SpO ₂ 99% (室内気), RR 16 /min, BT 36.4℃ 著明な乾性咳嗽をしている。嘔声なし。心音整、心雑音なし。呼吸音清、WheezeやCrackleを聴取せず、Air入り良好左右差なし。 〈胸部レントゲン〉 特記所見なし

▶ 診断と治療

● 感冒罹患後の感染後咳嗽

3週間以上持続する遷延性咳嗽の鑑別として、感冒と思われる急性上気道症状の後に発症していること、胃食道逆流症や咳喘息を積極的に疑う症状に欠けること、胸部聴診とレントゲン検査で異常所見を認めないことから、感染後咳嗽の可能性が高いと判断した。麦門冬湯とヒスタミンH₁拮抗薬を処方し経過を診ることとした。症状はある程度改善したものの持続するため、さらに1週間後、吸入ステロイドを追加処方とした。症状は軽快し、薬剤中止後も再燃を認めなかった。

4 それでもうまくいかない時

感染後咳嗽は通常自然に軽快するが、遷延した場合には、中枢性鎮咳薬、ヒスタミンH₁受容体拮抗薬、抗コリン薬、麦門冬湯などが治療薬となる。

2

今までに知らない症状に出会ったら

～患者の訴えを医学情報に変換する～

1 はじめに

実際の臨床の間では、患者さんの主訴から複数の疾患を考え（鑑別診断）、それぞれの疾患について必要な診察、検査を行いながら、最終的に疾患を特定しているかと思う（確定診断）。主訴が「胸痛」であれば、冠動脈疾患や動脈解離、肺塞栓、気胸などの鑑別診断を考え、必要な問診と検査を進めていこう。しかし、患者さんが「胸痛があります」と言って病院を受診することはほとんどなく、「胸が苦しい」、「首や肩が重たい」など、患者さんによって訴え方はさまざまである。そのため、さまざまなかたちで表現される患者さんの訴えを、我々の知っている医学情報に変換するところから診察は始まる。

では、その症状が今までに知らない症状だったら？このような場合にどうアプローチしていくかを考えていく。

2 アプローチの考え方

患者さんが色々な症状を訴える中で、今までに聞いたことがないような症状に遭遇することがある。症状がはっきりしなければ、診断に至るためにさまざまな（時に手当たり次第に）検査を行っていかねばならなくなる。診断までに時間がかかるだけでなく、医療費も多く必要になってくる。

そのため、できるだけ症状をはっきりさせることが重要である。今までに知らないように思う症状でも、その症状を本当に知らないわけではなく、丁寧に問診や診察をすることで、知っている医学情報へと変換されていく。

知らないような症状になるのには、以下のような理由が考えられる。1つは疾患や症状自体の表現が難しい場合である。もう1つは患者さん自身の要因で表現が難しい場合である（表1）¹⁾。

3 具体的なアプローチ方法（図1）

問診では open-ended question で患者さんに自由に症状について話してもらったところから始めて、続いて closed-ended question でその症状について具体的に聞いていく。具体的に問診を進めていく方法にはいくつ