

DIAGNOSTIC STRATEGIES FROM
20 YEARS OF PRACTICES

卒後20年目
総合内科医の診断術
ver. 3

石井義洋

宮崎県立宮崎病院救急・総合診療センター総合診療科科長

中外医学社

3 版の序

ここ数年、コロナや AI の進歩など時代の大きな変化もあり、本書がどこまで読者や時代のニーズに答えられているかも分からず、第 3 版を書く機会はきつとないだろうと思って過ごしていました。ただ、臨床の日々に没頭する中で、今まで何度も考えている問題に対しても新たな発見や気づきが積み重なり、病気のとらえ方や診断の仕方などで自分自身の成長を感じる一方、『卒後 15 年目』に書き記せていない部分や、内容の粗い部分をもどかしく感じていました。そんな折、2023 年の春に中外医学社さんから第 3 版のお話を頂いた時には、本書を期待して下さる読者がいることを嬉しく思うと同時に、やる気に火がついたのを覚えています。それから約 1 年間は、常に本書のことを考えて過ごしてきました。

卒後 20 年が経過した今でも分からないことは多く、昔よりも増えているようにも感じます。病気や人体の、時に神秘的とも表現される深淵なる設計図は、科学という眼鏡をかけてみても分からないことも多く、今まで表層だけをみて分かった気になっていたことに気づかされます。それでも分からないことを恐れずに、学びのモチベーションに変換して、日々の新たな発見に多くの喜びを感じることに生きる意味を感じるようになりました。そしてそうした気づきを医学生や研修医、読者の皆様と共有できることは、本当に嬉しいことなのです。

最後になりましたが、第 3 版の出版機会をくださった中外医学社さん、読者の皆さん、頼りになる職場の同僚や家族、私を医師に導いてくれた父、天国から見守ってくれている母に心から感謝してお礼の言葉を贈ります。

2024 年 3 月

「分からない」を恐れない
石井義洋

総合内科虎の巻 ～総合内科医の心得～

一、医学を好きになる

- 「好きこそ物の上手なれ」で、医学を好きになることが上達の近道。
- 知の喜び、他者貢献の喜び、上達の喜び——喜びという報酬が上達を早める。

一、医学は不確実な要素の多い確率の学問であることを知る

- 感度・特異度 100%の理想的な検査は存在しない。また、思いこみやバイアスは常に存在する。
- 証明できること、高い確率で言えること、不確実なことを分けて考える。

一、病気をみる前に患者をみる

- 解決しなければならない真の問題は、患者を知らないとみえてこない。
- 深い学びは、患者を知らないとできない。

一、患者の立場になって考えることを忘れない

- 誰しもいずれは患者になり、大切な人を失う時が来る。

一、謙虚な姿勢をもち続ける

- 医学は不確実な要素の多い確率の学問であり、予想通りにいかない。
- 「知っているつもり」は知らないことと同じであり、時に知らないことよりも罪となる。

一、分からないことをそのままにしない

- 分からない部分は、学びのチャンスでもある。
- 追求することで、周辺知識も得て理解が深まる。

一、熟知した知の領域をもつようにトレーニングする

- ゼロから探す作業は大変であるが、熟知した領域の中から選んで比べるだけになれば楽。
- 熟知した知の領域が経験的思考につながる。

一、失敗事例から学ぶ

- 自ら経験した失敗事例にこそ大きな学びがある。
- 知識だけでなく、論理（ロジック）を磨く。

一、教育のマインドをもつ

- 自らの経験や知識を共有することでも、救える患者がいる。
- 学んだことを他者へ教えることが、最も効率のよい学習法である。

一、オープンな空気でディスカッションできる信頼できる他科の仲間を作る

- 他科との議論はやりづらいが、気がつかない視点を指摘してくれる。
- 近い領域の専門医の意見は、診断までの足りない部分を埋めてくれる。

一、安定した精神状態で仕事する

- ベストパフォーマンスをするためには、肉体的・精神的な安定が必要不可欠。
- バランスを崩しやすい状態である時は、早期に認識して対処する。

意識障害を分析する

症例

70歳・女性

主訴 意識障害

- 病歴:** 糖尿病で経口血糖降下薬を内服中。来院数日前より微熱を認めていた。朝になっても起きてこないことを心配した家人が部屋を覗きに行くと、呼びかけにも反応が乏しくベッド上で倒れているところを発見されて救急搬送となった。
- 所見:** 意識 JCS 100, 体温 37.6℃, 血圧 138/85mmHg, 脈拍 90/分, 呼吸数 20/分
瞳孔左右差なし, 対光反射あり, 眼球黄染なし, 項部はやや硬い, 左下肺野で水泡音あり, 腹部は平坦で圧痛なし, 明らかな麻痺なし
- 検査:** 【血液検査】 WBC 12000/ μ L, CRP 10.6mg/dL, BUN 20mg/dL, Cre 0.8mg/dL, Na 122mEq/L, K 3.6mEq/L, Cl 99mEq/L, 血糖値 30mg/dL
【胸部レントゲン】 左下肺野に浸潤影が認められる
【頭部CT】 異常なし
- 経過:** 研修医 A は、**低血糖発作**による意識障害を疑って 50%ブドウ糖 2A を静注したが意識障害の改善はなかった。そのため意識障害の原因は**誤嚥性肺炎**もしくは**低 Na 血症**でよいか指導医 B に相談したところ、髄膜炎を否定するように言われた。腰椎穿刺を施行すると、髄液細胞数は著増していたため (1200/ μ L)、**細菌性髄膜炎**と診断した。尿中肺炎球菌抗原は陽性であり、喀痰のグラム染色でもグラム陽性双球菌を認めていたため、**肺炎球菌性髄膜炎**の診断でセフトリアキソンとバンコマイシン、ステロイドの点滴を開始した。後日、血液と喀痰、髄液培養から**肺炎球菌**が検出され、心臓超音波検査を施行すると**心内膜に疣贅**を認めた。

意識障害の考え方

- 意識を構成するものには、**覚醒**と**認識**がある。
- 中脳橋被蓋から視床までに存在する**上行性網様体賦活系**で「覚醒」が調整されており、広範な大脳皮質が「認識」に関与する。

- 解剖学的には脳幹網様体、間脳（視床、視床下部、視床上部、視床後部）、大脳半球の広範な障害のいずれかの構造的・機能的異常から意識障害に至る **図1**。
- 意識障害とは具体的に①意識の清明度（覚醒度）の低下（傾眠、昏睡など）と②意識の内容（認識）の変化（認知や行動障害など）のどちらか、または両方をさす。
- 開眼して清明度に問題なくとも、家族からみて「いつもと比べて様子がおかしい」という訴えは意識の内容の変化のこともある（例：認知障害、せん妄、急性錯乱状態、精神病性症状など）。
- 同じ意識内容（特に認知機能）の変化が緩徐に進行するのが認知症であり、WHOのICD-10では認知症を「意識の混濁はないもの」と定義しているが¹⁾、認知症が進行し、神経細胞が減少すると無関心で無感情の状態となり清明度も低下するため、意識障害と区別することが困難となる（→ p.44 認知症）。
- 意識障害が一過性の場合は、一過性意識障害の鑑別疾患を考慮する（→ p.48 一過性意識障害）。
- 解離性障害やカタトニアによる昏迷、言語中枢が障害される失語症、閉じ込め症候群^①は、しばしば意識障害に間違えられる。

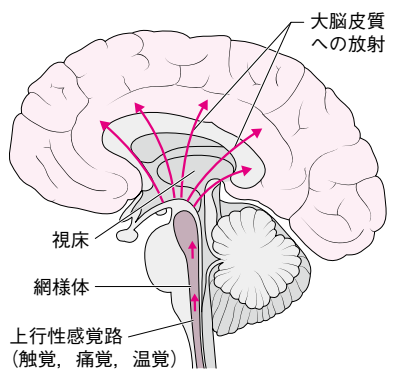


図1 上行性脳幹網様体賦活系
脳幹網様体から大脳皮質にかけて神経線維が投射している。

① 閉じ込め症候群 主に橋底部の両側性の梗塞で起こる。完全四肢麻痺と球麻痺によって眼球運動とまばたき以外のすべての随意運動が障害されるが、感覚は正常で意識は覚醒している。脳幹局所病変のみだけでなく、重症筋無力症、ギラン・バレー症候群、ALSなどでも人工呼吸器が装着されてしまうと、意識が保たれた四肢麻痺と球麻痺状態となり、閉じ込め症候群となる。

意識障害のアプローチ

- 失語や精神症状などの意識障害と間違われやすい症候を除外する。
- 一過性意識障害であれば、鑑別疾患は絞られる。
- 迅速に診断と治療のできる低血糖発作を除外する。
- ①器質的異常と②代謝異常に分類される。
- 代謝異常をきたす病態は非常に多い。「AIUEOTIPS」を利用して病歴と身体所見、各種検査から意識障害の原因につながる「手がかり」を探す **図2**。

咽頭痛を分析する

症例

51歳・男性

主訴 咽頭痛

- 病歴：** 来院数日前に感冒症状を認めていたが、来院数時間前より急に咽頭痛が強くなり、深夜に救急外来を受診。開口障害なし、嚥下障害なし。
- 所見：** 意識清明、体温 37.1℃、脈拍 110/分、血圧 148/92mmHg、呼吸数 18/分。咽頭軽度発赤あり、扁桃腫大なし、頸部リンパ節腫大なし、甲状腺腫大や圧痛なし、呼吸音正常、心雑音なし、腹部は平坦で圧痛なし。
- 経過：** 研修医 A は、咽頭発赤を認めることから急性咽頭炎と診断し、鎮痛薬を処方して帰宅させてよいか指導医 B に相談した。指導医は、患者が深夜に咽頭痛でかけこみ受診していることや、痛みが急激に強くなっていること、**痛みと咽頭所見が乖離していることを考慮して心電図と胸部レントゲン写真を撮影するよう**に言われた。心電図では前胸部誘導で ST 上昇を認めて、急性心筋梗塞が疑われた。

咽頭痛の考え方

- 「喉が痛い (=咽頭痛)」が主訴であっても、必ずしも咽頭や扁桃といった口腔内に問題があるとは限らない。
- 頸部リンパ節炎や亜急性甲状腺炎のように、リンパ節や甲状腺に原因があっても「喉が痛い」と来院される。また、頸椎の偽痛風のように「後頸部痛」を認める疾患や、急性心筋梗塞のように「胸痛」を認める疾患でも関連痛や放散痛によって咽頭痛で来院される。
- 咽頭痛に加えて嚥下痛を伴っていれば、咽頭に問題があるかと思いきや、縦隔気腫の約 3 割が嚥下痛を伴う¹⁾。亜急性甲状腺炎でも嚥下により甲状腺が上下するため、嚥下時痛を訴えることもある。
- 痛みでなく「嚥下障害」を「喉が痛い」と訴えることもある。

外来では上気道炎や咽頭炎などのウイルス感染症に伴う咽頭痛が最も多い。ありふれたウイルス感染症に矛盾する症状や所見を探す。

問診のポイント

- 一般的な問診事項 **表 1** に加えて、**咽頭痛の内容**を問診する (→ p.425 痛みの問診)。
- **重篤な疾患を示唆する病歴**に注意する **表 2**。

表 1 咽頭痛患者の問診事項

既往歴・併存症、薬剤服用歴、アレルギー歴、山歩き・川遊び・海外渡航歴、ペットの有無、シックコンタクト、性交渉歴 (→ p.839 性感染症の問診事項)、生活歴など

表 2 咽頭痛患者で重篤な疾患を示唆する問診事項

突然発症、急性発症 (最悪・増悪)、胸痛、冷汗、開口障害、嚥下障害、流涎、こもった声、呼吸困難

【発症様式】

- 発症様式から咽頭痛をきたす疾患を分類する **表 3**。
- 中高年者の突然発症では、**急性心筋梗塞**や**大動脈解離**を疑う。
- 食事中の突然発症の咽頭痛では、**咽頭異物 (異物誤飲)**を疑う。
- 再発性では、**溶連菌性扁桃腺炎**、**ウイルス性咽頭炎**、**咽頭アレルギー**を疑う。
- 小児の周期熱では、**PFAPA 症候群**を疑う。
- 慢性では、**悪性腫瘍**や**咽喉頭異常感症**を疑う。

表 3 発症様式による咽頭痛の鑑別

発症様式	疾患
突然	心血管系 (→急性心筋梗塞、大動脈解離)、外傷 (→咽頭異物)、特発性 (→縦隔気腫、食道破裂)
急性	感染症 (→ウイルス性・化膿性咽頭炎、急性喉頭蓋炎、レプトスピラ症、インフルエンザ、急性 HIV 感染症、伝染性単核症、サイトメガロウイルス感染症など)、炎症 (→亜急性甲状腺炎、咽喉頭化学熱傷など)、中毒 (→破傷風、ボツリヌス中毒)、自己免疫疾患 (→成人スティル病、巨細胞性動脈炎、川崎病など)、アレルギー (→アナフィラキシー、血管浮腫) など
亜急性～慢性	感染症 (→慢性活動性 EB ウイルス感染症、膿瘍、咽頭結核、喉頭結核、食道カンジダ症など)、炎症 (→慢性咽頭炎、逆流性食道炎、好酸球性食道炎、巨細胞性動脈炎など)、悪性腫瘍 (→咽頭・扁桃腫瘍、食道腫瘍、甲状腺腫瘍など)、心因性・その他 (→咽喉頭異常感症など)
再発性	感染症 (→化膿性扁桃腺炎、ウイルス性咽頭炎)、炎症 (→慢性咽頭炎、逆流性食道炎など)、自己免疫疾患 (→PFAPA 症候群)、アレルギー (→咽頭アレルギー) など