

第1章

病歴編

診断手順の考えかた～臨床推論～

患者さんが「訴え」をもって来院したときに、その訴えが「なぜ」起こっているか、ラベルを貼る作業が「診断」です。

ラベルを貼ることで、初めてその患者さんを正しく扱う＝治療する、ことができます。そのラベルをいかに正確に、実態に即して貼るか、これができるだけ体系立てて、論理的にやっていきましょう、というのが臨床推論です。

診断のプロセスには、直感的思考と分析的思考があります。訴えだけ、あるいは特徴的な身体所見や検査所見でピンとくる、そんな「オレって（私って）、できる名医」感が自覚（勘違い）されるのが直感的思考。それに対して、いろいろな情報を集約し分析して、網羅的に多くの鑑別を検証してから診断に至るのが分析的思考です。

経験を積んでくると直感的にひらめくことが経験されます。これは無意識のうちに、得た情報を分析して、過去の経験から「これじゃないか」と診断名に至っているわけですが、実際の現場ではそのひらめきを尊重しながら、さらなる「診断を確定する」ための材料、情報を収集し検討していくわけです。

名医とよばれる方はこの「直感で出てくるもの」が多く正確なわけで、それこそがご経験の賜物であるわけですが、できる限りそれを再現していきたい。その手順とは、

- ①病歴聴取を行い、そこで得られた情報からとりあえずの鑑別診断を考える。ここがキモになります。ここでは、できる限りもれなく、ということと、可能性の高いもの（頻度の高いもの）、という観点からある程度優先順位をつけて鑑別をあげていくことになるでしょう。common disease、特に呼吸

器内科領域では病歴聴取が診断のカギになる疾患が多いので、ここで診断、ということも少なくありません。

- ②あげた鑑別診断に合致する所見が得られるかどうか、という観点も（もちろん、**だけ**じゃありませんが）頭において、身体診察を行います。所見や情報ごとに、他の所見と合致するか矛盾がないか、確認しながら進んでいきます。身体診察から鑑別を絞り込み、ある程度確定に至ることもあてでしょう。
- ③そこで考えられる鑑別疾患をさらに絞り込み、診断に至るべく、オーダーする検査を選定します。この過程で、どの程度「根拠」をもって検査を選定できるかが、腕、実力を知るバロメーターとなるでしょう。

ある程度鑑別を絞って検査を行う、ということは、検査前確率を上げる、ということにほかなりません。その検査が陽性ならば、そう診断してもよい、そのぐらい絞り込めるのが理想です。もちろん、疾患によりますが。

この本では、診断に至る流れをできるだけ追体験していただけるように、ロールプレイングゲーム（RPG）のように病歴→診察→検査へつながる手順をご紹介します。



主訴・現病歴 ～病歴聴取～

まずは経過が大切 突然経過・急性経過と慢性経過

まず病歴聴取です。common disease ではこれだけで診断をつけることも少なくありませんし、その後の臨床推論を展開していくうえで、きわめて重要な役割をもっています。

主訴を聴くときに必ず意識しておかなくてはならないのが、その訴えは、

- 突然（発症の時刻が特定できるほど）なのか
- 急性（せいぜい数日の経過）なのか

- 亜急性（数日～せいぜい数週間）なのか
- 慢性（数週間～数年）の経過なのか

ということです。これはどの臓器でも共通で、今後も繰り返し出てくる考えかたですから、必ず身につけておきましょう。つまり、「いつからその症状が起こったか」、「どのくらいの期間続いているか」ということ。これによって、ある程度疾患のカテゴリーを絞ることができます。

- 何時何分から症状が起こった、と特定できるほどの突然の経過は、「破れた」、「詰まった」系の疾患がほとんどです。呼吸器疾患であれば、「破れた」の代表は気胸、「詰まった」の代表は肺血栓塞栓症でしょう。呼吸困難症状であれば、虚血性心疾患も鑑別に入ります。
- 数日でおこってきている急性の経過は、感染症が考えられやすいです。たとえば細菌感染を考えますと、大腸菌は20分に1回細胞分裂します。すると1時間で8倍、3時間で512倍、数時間の経過で圧倒的に（倍々ゲームで）菌量が増えていくわけです。これが、比較的急速に症状が進んでくる理由です。

感染症でも膿瘍や慢性膿胸のように、閉じた空間で低酸素状態になっていると、菌の活動が低下しなかなか増殖しません。そういう状況では症状も急速な進行がなく、慢性であるものです。また、結核菌や非結核性抗酸菌のように、そもそも細胞分裂のスピードがゆっくりである菌による感染症も、慢性の経過を辿ります。

- 亜急性～慢性になってくると、疾患のバラエティは豊富になります。これはひと口に語れるボリュームではありませんので、もっと特異的な情報を収集することが鑑別には必要です。

つまり、突然発症の場合には「破れた」、「詰まった」系、急性の経過では感染症を軸に考えると、まずとりあえずの鑑別を想起しやすい、ということになります。

JUMP!

突然発症→気胸 13 ページ、肺血栓塞栓症 14 ページへGO！
急性発症→急性の咳 4 ページ、急性呼吸困難 17 ページへGO！



ともかくにも受診動機として多いのは「咳」です。あらゆる分野を含めて、外来受診の動機として最も多いともいわれています。外来をやっていて「咳が出る」という患者さんが来ることはよくあるものです。

急性に（数日前から）起こってくる咳の原因となるのは、ほとんどが感染症といってもよいでしょう。まれに、見逃してはならない疾患として、急性心不全や急性肺塞栓症が含まれる程度ですが、このあたりはさすがにそれ以外の症状（心不全による症状、低酸素など）でわかります。

鑑別としては、

- 普通感冒
- 急性副鼻腔炎
- 急性気管支炎，急性肺炎
- 急性循環不全

などがあり、上気道症状というくくりで鑑別すべきものとして急性咽頭炎や急性喉頭蓋炎があげられます。急性の咳に関しては、咳そのものの特徴よりも、咳以外の症状が鑑別に役立ちます。

- 普通感冒：咽頭痛・鼻汁・咳が併存する
- 急性副鼻腔炎：片側の頬部痛・上歯痛・膿性鼻汁・圧痛
- 急性気管支炎，急性肺炎：高熱を伴う咳と痰，頻呼吸や SpO₂低下
- 急性循環不全：頻脈（動悸）・赤色調の痰・夜間，労作時の呼吸困難・頻呼吸や SpO₂低下
- 急性咽頭炎・急性喉頭蓋炎：強い咽頭痛があり咳や鼻症状に欠ける

それでは、具体的に各疾患の病歴上の特徴をみていきましょう。

▶ ① 普通感冒

急性に起こる咳で最も common なものは普通感冒（かぜ症候群）です。ただの風邪。

学生諸君に「風邪をひいたかどうか、どうやって判断する？」と聞くと、大

概「何となく」、「フィーリングで」、「経験から」みたいな返事が返ってきます。しかし、それでは困るのです。きちんと診断をつけたい。なぜか。

診断が治療介入法を大きく左右するからです。

普通感冒はウイルス感染症であるため、治療には抗菌薬を必要としません＝使わない。これは日本でも欧米でも繰り返しガイドラインに記載されているほど、「大事なことでありながら守られていないこと」ではありますが……。

細菌感染症には抗菌薬を使う。ウイルス感染症には使わない。コレが原則。ですから、普通感冒の治療方針を決めるのは、正しく「かぜ」と診断できるかどうかにかかっているのです。それでは診断はどうか。

大原則をシンプルに書きます。

急性の咽頭痛に引き続き、鼻汁、咳がそれほどの重篤度でなく併存する場合は「かぜ」と考えて差し支えない。

ポイントは「併存する」というところです。細菌感染症では原則、一臓器（器官）が侵され、ひとつの場所に強い症状が出ますが、ウイルス感染では同時多発的に複数の器官が侵され、複数の症状が併存するわけです。

UpToDate[®]によると、初日に咽頭痛、翌日に鼻汁が出てきて、4～5 病日には咳が強くなってくる、で、医療機関を受診する 2～3 日目にはだいたいどの症状もある、という記述がありました。それで、水漬が固くなってきて、粘調の痰になって治る、みたいな、おおよそ 1 週間で治る感じ。何となく頷けますね。

というわけで、急性の咳で、咽頭痛や鼻汁が併存する場合は「かぜ」と自信をもって診断しましょう。もちろん、発熱や倦怠感といった非特異的な症状もあってよいですが、成人の場合は小児ほどの高体温にはならないのが普通です。

普通感冒は病歴だけで判断可能です。もちろんバイタルサインや SpO₂などが問題のないことを確認する必要がありますので、診察は必要ですが、特異的な診察所見はありません。



1

1

主訴・現病歴

病歴聴取

