

器質か心因か

ある身体症状が、「器質」なのか「心因」なのか、つまり実際に身体や脳の病気の症状なのか、それとも心の葛藤が身体症状として出現したものなのかという判断はときに容易ではない。容易ではないが、現実にはその判断をせねばならず、皆その判断をごく自然に行っている。

内科外来、あるいは救急外来でもいいのだが、診療場面で自分の思考の流れを思い出してみたい。我々は、患者を目にしたとき、まず性別や年齢などのプロフィールを把握し、その訴えを聞く。これが最初のステップである。そして訴えをもとに、観察し、身体診察を行う。さらに、そこまでの情報をもとに、検査を行う。イレギュラーな場面は別として、普通はこのような順序で患者を評価していくことになると思う。

30歳の男性。昨日から鼻汁、咽頭痛、咳嗽があるという。特別な既往はない。普通のサラリーマンと思しき格好をしており、それほど弱っているようにも見えない。咽頭

を診察すると確かに赤く、頸部リンパ節も軽度腫脹している。典型的な急性上気道炎と考え、検査は不要と判断し、対症療法薬を処方し帰宅とした。

例として挙げるまでもなかったかもしれないが、この患者について、自分の思考を追ってみたい。まず、既往のない30歳の男性という時点で、考える病気の範囲がそれなりに決まってくる。さらに鼻汁、咽頭痛、咳嗽と上気道症状が揃っており、この時点でまあ急性上気道炎だろうと考える。特別ひどい症状はどれか、ということくらいは聞かかもしれない。一応診察をしておくか、ということで咽頭を診たり、首を触ったり聴診をしたりしてみる。それで特に矛盾がないので急性上気道炎と考えるわけである。では、次の3例はどうだろうか。

①30歳の女性。10代のころから自殺未遂を繰り返し精神科クリニック通院中。朝起きたときから声が出ず、両下肢も動かないとのことで救急搬送されてきた。診察しようとする声が出て、口汚く医師を罵倒する。できる範囲で行った神経診察で異常所見はなく、なんとか撮影した頭部CTは異常なし。

②30歳の女性。10代のころから自殺未遂を繰り返し精神科クリニック通院中。SLEで総合病院のリウマチ科

に通院中。朝起きたときから左上下肢が動かないとのことで救急搬送されてきた。診察しようとする口汚く医師を罵倒する。できる範囲で行った神経診察で異常所見はなく、頭部CTは異常なし。

③30歳の女性。10代のころから自殺未遂を繰り返し精神科クリニック通院中。SLEで総合病院のリウマチ科に通院中。朝起きたときから両下肢が動かないとのことで救急搬送されてきた。診察しようとする口汚く医師を罵倒する。できる範囲で行った神経診察で異常所見はなく、頭部CTは異常なし。

まず①から考えよう。「自殺未遂を繰り返し精神科クリニック通院中」の30代女性が救急搬送という情報の時点で、

この予想に従ってどんどん診療を進めてはならないが、そういう言葉が続くのではないかと無意識に脳が計算してしまうのを止めることはできない。

で、どれだけバイアスをなくそうと試みても、少なくとも僕はリストカット？ 過量服薬？ と次にくる言葉を予想してしまう。次に「失声、両下肢麻痺」という情報がきた時点で、心因性の運動麻痺だろうな、と考えてしまう。診察にも全然協力的じゃないし、家族の希望で一応撮った頭部CTも正常だし、そもそも頭だったら片麻痺だろうし、かといって便も尿もしているみただし脊髄緊急症でもないだろう。その場にはないのでわからないが、最終的にはこの人を僕は帰宅させる気がする。

次に②はどうか。「自殺未遂を繰り返し精神科クリニック通院中」の30代女性が救急搬送という情報に加えて、SLEがあるという。これだけでこちらの心境は大きく変わる。まず思うのはNPSLE（ループス精神病）の可能性はないだろうかということだ。そして次に左片麻痺という情報があり、いよいよもって脳卒中なのではないかと思う。多少罵倒されようがBabinski反射などを確認するだろう。頭部CTで異常がないのは発症直後ならありうる話で、はっきりとした神経学的な異常が診察で掴めなくてもMRIまで撮像しようと思うかもしれない。

ただ実際にSLEの若年女性でどれくらいこういった状況で脳梗塞をきたしやすいかということについては正確な経験と知識を持ち合わせていない。あくまで、現状の知識と経験量でこの場に居合わせたらという話である。

難しいのは③である。「自殺未遂を繰り返し精神科クリニック通院中」で「SLE」の30代女性が救急搬送。でも両下肢麻痺だという。ここで家族から「嫌なことがあるとしょっちゅうこうなる」という証言でもあれば帰宅させるかもしれないが、そうでなければ脊髄の血管がどうにかなってしまったのではないかと僕なら心配になる。神経学的な異常がはっきりしないから、Hoover徴候などを確認しようともまず思うかもしれない。

ひどい選り好みでもしない限り（いやしたとしても）、「初診」という場には必ず自分の専門分野・得意分野以外の病気や症状が混ざってくる。そういった「周縁領域」は誰にでも存在しており、知識があやふやだったり、自信をもって診療できなかつたりする領域に、普段どう対応しているか自覚的である必要があると思う。

さて、3例示したここで思ったのは、「情報・訴え」「観

察・身体診察」「検査」の3段階でそれぞれ、病気らしいか（器質か）、そうでないか（心因か）、ということを考えているなということである。

①はどの段階も心因反応としての運動麻痺に矛盾なく、帰宅させるという判断に繋がっている。

②は、「情報・訴え」の段階では、器質（脳梗塞）の可能性があると考えている。「観察・身体診察」は方針の決定に寄与していない。「検査」の頭部CTも当てにしておらず、総合的に器質を疑って頭部MRIを撮像するという判断をしている。

③は、「情報・訴え」の段階では、器質と心因どちらもありえると思っている。最初の時点での「観察・身体診察」「検査」はやはり方針の決定に寄与しておらず、かと言って脊髄の血管の病気についてあまり詳しくないので、無意識に「しょっちゅうこうなる」という証言がないか「情報・訴え」の段階における心因の確からしさを高めようと、さらなる情報をとりに行っている。さらに、「観察・

身体診察」における心因の証拠を掴もうと Hoover 徴候を確かめることを思い浮かべている。仮に脊髄梗塞などを疑ったとしても、次にどんな検査をすべきかもよくわからないし「こんなことあるわけないだろ、なにヒステリーにこんな細かい検査してるんだよ」と脊髄の専門

臨床においては、どれだけ「診断推論」などといったものをよく勉強していたとしても、年次・専門性への意識、その日の体調、あるいはその病院におけるある診療科がどのような性格か（例えば全部検査してからコンサルトしないと不愉快そうな態度を露骨に見せるなど）といった、診療場面をとりまく「構造」に、decision making が大きく左右される。こういったことに常に意識的でありたい。