

今さらきけない疑問に答える

学び直し 風邪診療

編著

具 芳明

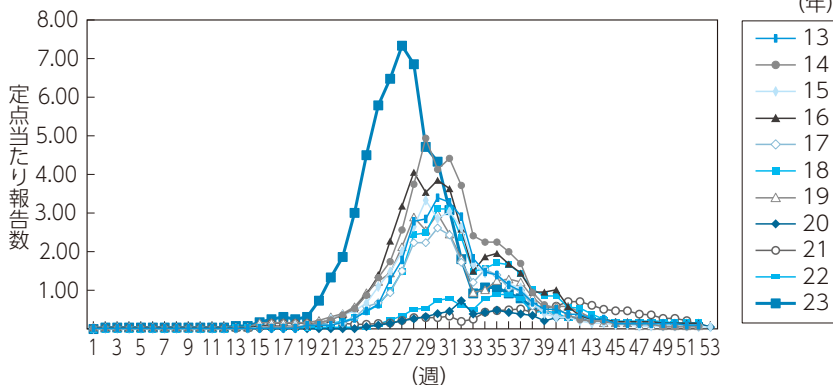
東京医科歯科大学
TMDU感染症センター (TCIDEA) センター長
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
統合臨床感染症学分野 教授

中外医学社

風邪診断の考え方

患者さんから「風邪をひきました」と話された時、読者の皆さまはどのように考えるだろうか？ 新型コロナウイルス（以下、コロナ）の流行期であれば、「風邪じゃなくて、それはコロナでしょ！……感染防御しなきゃ……」と筆者なら思う。2023年5月8日よりコロナが5類感染症になり、世の中からコロナが特別なもので

ヘルパンギーナ



インフルエンザ

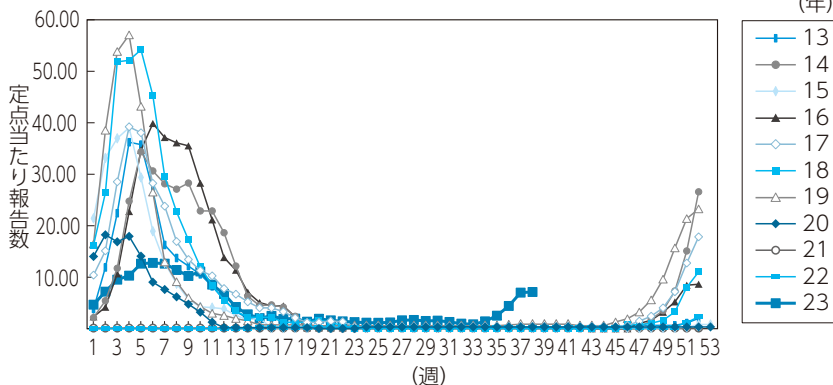


図1 2023年7月のヘルパンギーナ大流行

はなくなってきた印象がある。マスクをつけず、みんなでわいわいするような日常が取り戻されたことは喜ばしいが、微生物にとっても「待ってました！」という状況になっている。例えばコロナパンデミックの時期は全く流行しなかったヘルパンギーナが2023年の7月に大流行した(図1)¹⁾。

この原稿を書いているのは、2023年10月でコロナの第9波のピークがようやく過ぎてきたところだが、すでにインフルエンザ流行の兆しがある。インフルエンザの予防接種前からインフルエンザが流行し、コロナの流行とも重なりいわゆるツインデミックだ。

風邪診療においてコロナパンデミックがもたらした影響は計り知れない。これまでの風邪診療のスタイルや疫学データが一変した。本章ではコロナ以前の風邪診療の考え方について述べた後に、コロナ後の風邪診療へとアップデートしていきたい。

コロナの情報は目まぐるしく変化しており、この本が出版されるころにはコロナが風邪診療においてどのような立ち位置にいるかは予測が困難である。全く相手にされなくなっているかもしれないし、武漢由来の野生株のように重症肺炎を引き起こす強毒性を再度獲得している可能性もある。2023年10月時点のコロナを見据えた風邪診療はこうだったのかと眺めながら、今の風邪診療に生かしていただきたい。

風邪診療の3つのゴール

TOPIC

▷「一周回ってやっぱり風邪」の考え方とは？

ある日の発熱外来。発熱と倦怠感を主訴に来た高齢男性。「咳が出て、熱がある。だるくて風邪っぽい」とのこと。周囲での流行はなかったが、新型コロナウイルスの流行期であり、病院到着後、電話でプレハブ部屋に案内し待機してもらっていた。医師が診察に行くと、心肺停止の状態で見送られた。精査の結果、スタンフォードA型の大動脈解離と判明した。さらにコロナが陽性であった。

新型コロナウイルスの流行によって発熱診療のスタイルは一変した。どの医療機関にも発熱外来が誕生し、感染対策が徹底され時間や場所の分離が行われた。その弊害として上記のような事例が散見されるようになった。発熱外来を受診した人がコロナではなく、実は〇〇で冷や汗をかいたという事例は、皆さまも一度や二度あ

るのではないだろうか。これはまさしく、これまでの風邪診療の縮図であり、「風邪と思って受診したら、風邪ではない危険な疾患（例えば心筋梗塞）だった」ということに他ならず、コロナ以前も日常的にみられる事象であった。風邪診療における重要な医師の役割の一つが、風邪と間違えそうな他の危険な疾患を見極めることだ。これはコロナ前でもコロナ後でも変わらない。

風邪診療はコロナ/インフルエンザ検査をすることではない。風邪診療には3つのゴールがある。

- ① 風邪と間違えそうな他の危険な疾患を見極めることができる
- ② 抗ウイルス薬、抗菌薬を適切に処方することができる
- ③ 風邪の背景にある患者さんのニーズ（症状緩和、不安）に応えることができる

この3つのゴールを達成するために詳しく解説していく。

「一周回ってやっぱり風邪」の考え方：コロナ時代でも大事なことは同じ

そもそも、風邪とは何だろうか？ 風邪の定義はさまざまあるが、一例として英国国立医療研究評価機構（NICE）では「鼻づまりと鼻汁、くしゃみ、喉の痛み、咳などの軽度の症状を呈し、自然に治癒する上気道感染症」と定義されている²⁾。風邪を引き起こす微生物の多くはウイルスである。別の言い方をすると、風邪とはウイルスが上気道に感染することによって「せき・はな・のど」の症状が同程度で出現し、+αとして微熱や倦怠感などの全身症状を伴うが、特別な治療をしなくても自然に治る症候群といえる（図2）（詳しくは前章参照）。

残念ながら、患者さんはこんなややこしい定義で風邪を考えていない。これまでの経験から漠然と「体調不良＝風邪」と認識している人もいる。患者さんが思い描

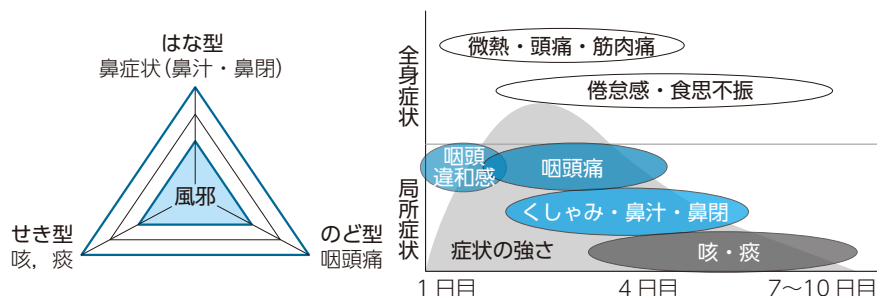


図2 風邪診断のフレームワーク

く漠然としたイメージの「風邪」の中から、狭義の風邪の診断に至るにはいくつかのステップがある。ここではいったんどこかで「風邪やコロナ疑い」とラベリングされた人（発熱外来に割り振られた人も含む）の診療を風邪診療と称して進めていく。例えば、患者さんが自分自身で「風邪をひいた」と訴えられた場合や看護師さんから「コロナ疑いの方です」と言われた時などだ。

田坂佳千先生は「かぜ診療における医師の存在意義は、かぜに見える他疾患の除外である」と述べられ³⁾、山本舜悟先生は、「かぜ」を診られるということは、すなわち「かぜ以外の疾患」を見極められることにほかなりません⁴⁾、と述べている。どちらの先生も共通して強調していることは、風邪の診断は除外診断であるということだ（図3）。

問診票や患者さんの訴えを聞いて「風邪やコロナかもしれない」と考えることはあるが、その思考はいったんおいておき、逆に風邪以外の疾患群の除外を始める。

風邪というゴールに向かって診察が始めるが、途中で違う疾患が強く疑われる場合もある。例えば、発熱外来に来院した高齢女性が目の前でガタガタ震えている。しかし呼吸器症状はない。この場合、「風邪ではなく腎盂腎炎からの菌血症？」とすぐ思考を切り替え、感染対策は継続しつつ血液培養をとる準備をするべきだ。

このように、風邪かもしれないと考えた場合は、「風邪ではない他の疾患ではないか？」という一周回る作業が必要だ。まずは風邪のプレゼンテーションとは異なり、気道症状を伴わない危険な疾患群を考える。その後、気道症状を伴い風邪との区別が難しい呼吸器感染症を考える。一周回ってもやはり風邪らしければ、暫定風邪として対応する。暫定とするのは、風邪の最終診断は自然に治癒してはじめて「あれは風邪だった」ということができるからだ。別の言い方をすると、システム1（直感的思考）でまずは風邪を考え、システム2（分析的思考）で風邪以外の疾患を除

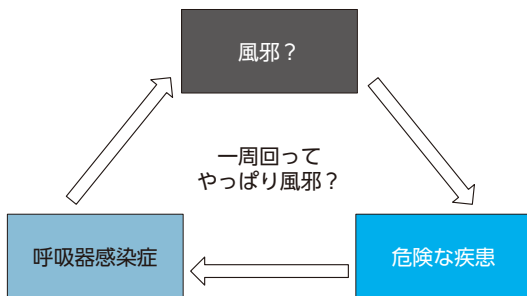


図3 「一周回ってやっぱり風邪？」の考え方