

第1章では、直感の重要性と、多くの指導医や私自身がほとんどの症例を直感で診断していることを述べた。第2章以降では、直感が働かず疾患を想起できない場合や、推論途中で行き詰まった場合の対処法について、説明していく。

## 1 情報を上位の医学概念に置き換える

**症例** 75歳男性：3カ月前からの高CRP血症

第1章での症例である。外来チームはこの問診表情報からリウマチ性多発筋痛症（PMR）を直ちに想起した。チーム内には直感ではなく、**高齢者の慢性炎症性疾患**と置き換えてPMRに到達した者もいた。後者の疾患想起は、セマンティック・クオリファイア（**semantic qualifier : SQ**）を利用したものに他ならない。

問診表や患者から得られる情報は、通常、患者の発する言葉や個別のデータ値である。これらの**具体的な言葉をより上位の医学概念、すなわち普遍的な言葉に置き換えたもの**をSQと呼んでいる。この症例の「75歳」は75という数字自体に推論上の意味はない（73でも76でも同じ）ので、その上位概念である「高齢者」としてまとめたほうが認知負荷は小さい。同様に「3カ月前」を「慢性」や「亜急性」、「高CRP血症」を「炎症性疾患」と置き換えることで、患者情報を普遍化することができる。すなわち、この患者情報を「高齢者の慢性炎症性疾患」というSQの組み合わせに昇華させたのである。通常、**普遍化は鑑別を拡げ、疾患を想起しやすくする**ので、SQへの置き換えは疾患が浮かばないときに有用である。

**情報の普遍化はデータベースでの検索にも有効**である。患者の言葉は「自然語」であり、キーワードとして登録されていない

ので、普遍的なSQに置き換えることにより、ノイズの少ない有益な結果が得られやすい。英語圏の医学データベースは充実しているので、SQを英訳しておくとともに使い勝手が良くなる。

それでは次の症例でSQを練習してみよう(図1)。

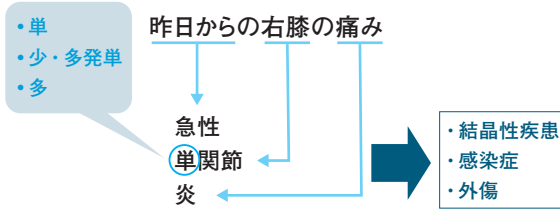


図1 「semantic qualifier : 普遍的な医学用語」への置き換え

### 症例 33歳男性：昨日から右膝痛

「33」という数字自体に意味はないので「中年」というSQに、また「昨日」が一昨日、あるいは本日であったとしても、想起すべき疾患は変わらないので、より普遍的な「急性」というSQに置き換える。左右については、深部静脈血栓症は左足に多いというような意味のある病態も考えられるが、想起すべき疾患に与える影響は小さいので、より本質的な「片側」というSQに昇華させる。

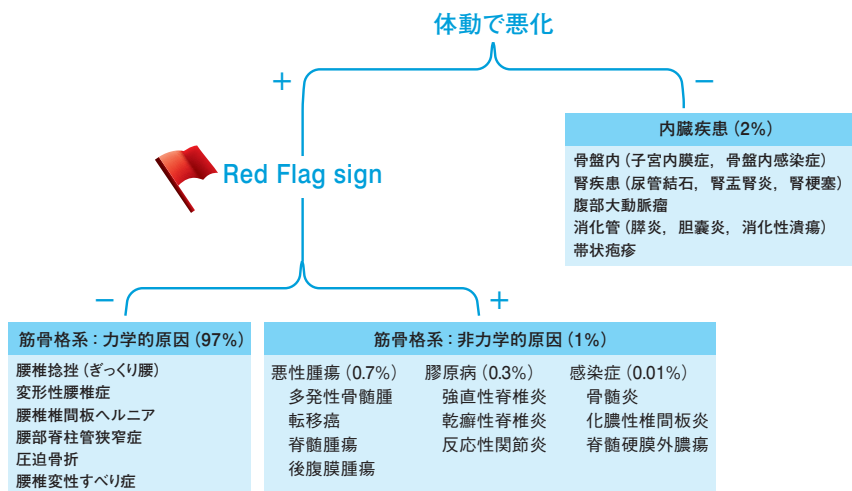


「膝」の上位概念は「関節」であるが、全身に分布している構造物は罹患数が病態と直結している。すなわち1個か数個か多数なのか重要なのである。関節の場合は単関節炎 (monoarthritis)、少関節炎 (oligoarthritis)、多関節炎 (polyarthritis) に分類され、神経の場合は単神経炎 (mononeuritis)、多発単神経炎 (mononeuritis multiplex)、多発神経炎 (polyneuritis) という具合だ。また、

## 1. 体動で悪化する？——腰痛の場合

腰痛を例にとって考えてみよう。基本的に腰痛は筋骨格系の障害であり、力学的要因と非力学的要因に分類されるが、稀に内臓疾患が原因となる。筋骨格系と内臓系の鑑別に有用なのは体動での悪化の有無であり、とりわけ特定の動きでの悪化は前者を強く示唆する。

筋骨格系疾患であれば急変はまずないと言えるが、**安静臥位で改善せず、夜間に悪化したり、発熱（炎症反応）、体重減少、がんの既往、免疫抑制状態、6週間以上改善がない**などの、いわゆる**Red Flag sign**を伴う場合は深刻な疾患の存在を示唆している。すなわち、**体動で悪化する腰痛のほとんどは良性疾患である力学的原因で生じるが、体動で悪化してもRed Flag signを伴う非力学的原因と、体動で悪化しない内臓疾患の拾い上げが重要となる（図3）<sup>3)</sup>**。



**図3** 腰痛の鑑別アルゴリズム

注：内臓疾患でも腹膜に炎症が及ぶと体動で悪化する。また力学的原因でも膀胱直腸障害を伴う場合は、緊急処置が必要な馬尾症候群を考える。

## 4 体動で悪化する痛みのピットフォール

通常、体動で悪化する痛みであれば、直ちに生死に関わる内臓痛ではなく、筋骨格系の疾患を示唆するが、何事にも落とし穴がある。

**症例** 27歳女性：1カ月前からの微熱、倦怠感と左頸部痛

第2章で述べたように微熱や倦怠感のような全身症状からの診断は困難である。定石通りに愁訴の中の局所症状を探して、解剖学的アプローチを試みた。痛みが主訴なので、「体動(首の運動)で悪化するかどうか」を尋ねたところ、首の回旋や前後屈で悪化することが判明した。

この誘因からは、頸部筋骨格系の疾患と言えそうであるが、実は頸部を動かすことで筋骨格系以外の構造物も動かされ、痛みを発生しうる。

筋骨格系か周辺の構造物なのかの鑑別に有用な身体診察手技が、筋の等尺性負荷テストである(☞コラム2「筋の等張性負荷と等尺性負荷」p40参照)。

本症例は、等張性筋負荷テスト、あるいは筋負荷をかけない能動運動では陽性(痛みを誘発)であったが、等尺性筋負荷では陰性であったため、頸部痛の原因は筋骨格系以外の構造物と判断し、局所の解剖学的アプローチに入った。

表面から深部に向かって存在する構造物を吟味し、左頸動脈に一致した圧痛を発見した(図4)。

全身症状を伴う若年女性の頸動脈痛ということで大動脈炎症候群(高安病)を疑い、超音波(図5)および胸部造影CT検査から大動脈炎症候群と診断した。



## 1 虚偽性障害

### 症例 45歳, 医療職: 右季肋部痛

**現病歴:**半年前より右大腿部の有痛性皮下硬結を訴え, これまでも他の場所にてきた硬結が摘出によって治癒しており, 今回も皮下硬結摘出目的で当院皮膚科へ入院中の患者。入院中に右季肋部痛が出現したために当科コンサルトとなる。以前から胆道ジスキネジアによる腹痛発作を繰り返しており, ソセゴン®以外は効かないという。

**既往歴:**ウェーバー・クリスチャン病(20歳よりステロイド長期内服, および十数回の皮下結節摘出), それに合併した腹腔内血管腫に対して開腹手術(腸管切除1回, 開腹観察4回), 両側大腿骨頭置換術(ステロイドによる無菌性骨頭壊死), 胆道ジスキネジア。

**身体診察:**体温35.2℃, 脈拍72/分, 血圧95/70mmHg。右季肋部に圧痛あり。体動での悪化なし。マーフィー徴候陰性。カーネット徴候強陽性。腹部および四肢に多数の手術痕あり(図1)。

**一般血液・生化学検査:**異常値は軽度の小球性貧血のみ。



図1 左上腕にみられた多数の手術痕  
(オリジナル写真を加工済み)

多数の手術痕を見たとき、特にそれが医療職患者であった場合は虚偽性障害、いわゆるミュンヒハウゼン症候群を想起しなければならない。外科的処置を最初から強く希望し、病巣を発見できない試験開腹を繰り返している場合も本疾患の確率を上げる。本疾患は麻薬濫用と強い関連があることが報告されており<sup>1)</sup>、また本患者の既往歴であるウェーバー・クリスチャン病は多様な疾患の集合体で、30人中5人が人為的脂肪織炎だったという報告もある<sup>2)</sup>。

カーネット徴候強陽性は筋骨格系由来の腹壁痛を示唆しているが、心因性疾患でも強陽性となり(☞コラム1「カーネット徴候」p77参照)、本症例の右季肋部痛は体動で悪化しないことから、腹壁痛よりも心因性の可能性が高い。患者は、右季肋部痛の詳細について聞かれることを嫌がり、精神科コンサルトをほのめかすと怒りを露わにした。

皮膚科での部分切除病変の病理組織では石灰化のみで炎症細胞浸潤を認めず、ウェーバー・クリスチャン病に合致しなかったため、前医の患者所見を取り寄せる許可を得るべく本人から電話してもらおうように依頼したが、様々な理由をつけて連絡を取ることと難色を示した。病院スタッフの努力で何とか取り寄せることが決まると、皮下硬結摘出手術を即時施行してくれないことを理由に急遽自己退院していった。その後、前医には受診歴そのものがないことが判明した。

本患者は見破られる度に医療機関を転々とする30年来の虚偽性障害と考えられた。皮下硬結の分布も四肢近位部と腹部に集中しており、頭頸部、会陰部や手の届かない背部にはみられていない。一般に虚偽性障害には以下のような特徴がみられ<sup>3)</sup>、本症例にすべて合致した。

- ・患者が医療について幅広い知識を持っている。

## 1 日本語の多義性に基づく誤判断

### 1. 「わき腹」とは……

#### 症例 58歳男性：右わき腹の痛み

2日前からの同主訴で受診。身体診察で右の肋骨脊柱角（CVA）に叩打痛を認める。

初診医は“わき腹”を側腹部という医学用語に置き換え、同側のCVA叩打痛から尿管結石を考えたが、尿検査に異常を認めないために指導医に相談したケースである。

体の部位を表す言葉は、解剖学を叩き込まれた医者と患者との間ではもちろんのこと、人によってもかなり異なる。たとえば提示症例の“わき腹”が指す範囲は、腋窩直下から腸骨上縁まで、医療者、患者を問わず様々である。ゆえに“わき腹”が痛いと言った場合には、側胸部から側腹部まで、臓器で言えば肺から肝胆道系、大腸、腎、尿管まで鑑別する必要があり、さらに右側では虫垂も含まれる。同様に「わき」と患者が言った場合でも、医療者が想像する「腋窩」ではなく、「腋下」すなわち側胸部を指していることもある。

尿管結石や腎盂腎炎を示唆する**CVA叩打痛は胸膜炎を含めて近接臓器の炎症でも陽性**となる。本症例は深吸気での疼痛増強も認めていたが、深吸気時に下降する横隔膜が腎臓を圧迫するため、尿管結石でも矛盾しないと担当医は考察したようだ。実際には腎被膜に炎症が及ばない尿管結石で吸気による悪化は考えにくい。胸部CTでは右下肺野の浸潤影と胸水を認め、肺炎・胸膜炎が本症例の右わき腹痛の原因であった(図1)<sup>1)</sup>。



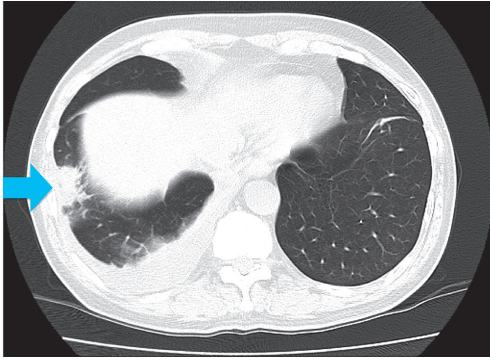


図1 胸部CT

右下肺野の浸潤影(矢印)と胸水を認める。

(文献1より引用)

このように日本語の多義性に基づく患者と医療者のミスコミュニケーションは頻繁に目にする。たとえば英語圏の dizziness, vertigo, faintness, unsteadiness は、それぞれがまったく異なる病態であるが、日本語ではどれも「めまい」と表現される。また、患者の訴える「しびれ」には医療者が想像する感覚障害だけでなく、運動麻痺が含まれる。ただしこちらは英語圏でも、しびれ (numbness) と脱力 (weakness) が間違われることがあるので、正座後のしびれと脱力の切り分けが難しいように、日本語というよりも神経症状の特性から来るものなのであろう。

多義性による混乱を最小限にするために、日本語ならではの **オノマトペ** で対応するとよい。「しびれ」の性状を尋ね、ビリビリするのであれば神経障害性の感覚障害であり、麻痺のことを指しているのではないとわかる。「めまい」の性状も、フワフワ、グルグル、フラフラ、気が遠くなるような、の形容で、それぞれ非回転性、回転性、複合型感覚障害、失神寸前状態などの病態を推察できる。