

# 倦怠感の 鑑別診断手順ガイド



吉田心慈 (国立病院機構東京医療センター総合内科)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

summary	p2
1. 「倦怠感」を臨床推論の視点から考える	p3
2. 問題のyieldを上げる	p8
3. 慢性で主訴が置換できない倦怠感の鑑別	p13
4. 疾患カテゴリ別各論	p18
5. 原因が診断できない倦怠感にどう向き合うか	p24
6. 慢性疲労症候群	p28
7. おわりに	p30

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

# summary

## 1 「倦怠感」を臨床推論の視点から考える

- 「倦怠感」にプライマリ・ケアで出会う頻度は高いが、医師には苦手意識がある。
- 「倦怠感」の原因診断を難しく感じる理由は、①倦怠感“low yield”な問題である、②倦怠感を主訴とする患者の「有病率」が低い、③倦怠感診療では「ノイズ」が発生しやすい、からである。

## 2 問題のyieldを上げる

- 「倦怠感」という low yield な問題を、より high yield な問題にアップグレードする。

### ▶問題を別の症候に置換できないか検討

- ① 「倦怠感」を患者自身の言葉で置き換えてもらう、
- ② 「倦怠感」が「筋力低下」「労作時呼吸困難」「眠気」でないかを確認、
- ③ high yield な随伴症状がないかを確認

→別の問題に置換できれば、その問題について鑑別する。

### ▶経過と先行疾患で分類

- A. 急性疾患の治癒後に遷延する倦怠感
- B. 明らかな疾患の先行のない急性経過の倦怠感
- C. 慢性の倦怠感

- A, Bで困ることは少なく、以降のステップはCに対して適用する。

## 3 慢性で主訴が置換できない倦怠感の鑑別

### ▶鑑別リストを持つ

- 疾患カテゴリを意識して鑑別を整理。
  - 考慮すべきカテゴリ：慢性臓器不全、慢性炎症性疾患、悪性腫瘍、内

分泌・代謝疾患，薬物・物質使用，精神疾患，睡眠障害。

#### ▶疾患カテゴリに非特異的な病歴の聴取

①体重減少，②症状の数，③安静・睡眠での改善

#### ▶解釈モデルの聴取

#### ▶疾患カテゴリに特異的な診察と検査

- ・アルコール，抑うつ，不安，睡眠の評価には，質問票を活用する。
- ・身体診察は目的をもって行う。
- ・基本的な「ルーチン」検査でほとんどの疾患の拾い上げは可能。

### 4 原因が診断できない倦怠感にどう向き合うか

- ・重大な身体疾患がないことを保証し，illness-orientedに対応する。
- ・不用意に「病名」のレッテルを貼らない。
- ・教条的にならず，患者の意を汲みながら付き合っていく。

### 5 慢性疲労症候群

- ・「病名」をつけるためでなく，「原因不明の強い倦怠感で苦しむ患者の一群がある」ことを知る。

## 1. 「倦怠感」を臨床推論の視点から考える

「先生，なんだかこのところずっとだるいんです」と患者に言われたら，どう感じるだろうか。このシチュエーションを得意としている方は少ないと思う。「面倒なことを言い出したな……」と思う方も多いただろう。筆者もそのひとりである。

西洋のデータではあるが，「倦怠感」は，プライマリ・ケア受診理由のトップ10に入っており<sup>1)</sup>，プライマリ・ケア受診患者の5～10%は（主訴とは限らないが）倦怠感を訴える<sup>2)</sup>。米国の労働者を対象とした調査では，38%が過去2週間以内に倦怠感を自覚していたという<sup>3)</sup>。

これほど頻度の高い症候だというのに、なぜ我々は「倦怠感」という訴えが苦手なのだろうか。「なぜうまくいかないのか」に答えることができれば「どうしたらうまくいくのか」はその裏返しだから、対処法は見えてくる。ここでは「倦怠感の原因診断を難しいと感じる理由」を臨床推論の視点から考えてみる。最初にまとめてしまうと、主な理由は次の3つである。これを見てすぐに腑に落ちる読者は、ここを読み飛ばしてもらってかまわない。

- ① 倦怠感は“low yield”な問題である
- ② 倦怠感を主訴とする患者の「有病率」が低い
- ③ 倦怠感診療では「ノイズ」が発生しやすい

## (1) 倦怠感は“low yieldな”問題である

臨床推論の最初のステップは「問題定義」である。「問題定義」とは、患者の訴え、診察・検査上の所見を、簡潔で検討可能な医学用語の連なりに翻訳することである。

「問題定義」により鑑別の外枠（フレーム）が決定され、そのフレーム内に鑑別疾患のリストが構築される。「問題定義」の基本的な構造は「主たるプロブレム＋医学的修飾語（semantic qualifier）」の形式となる（表1）。

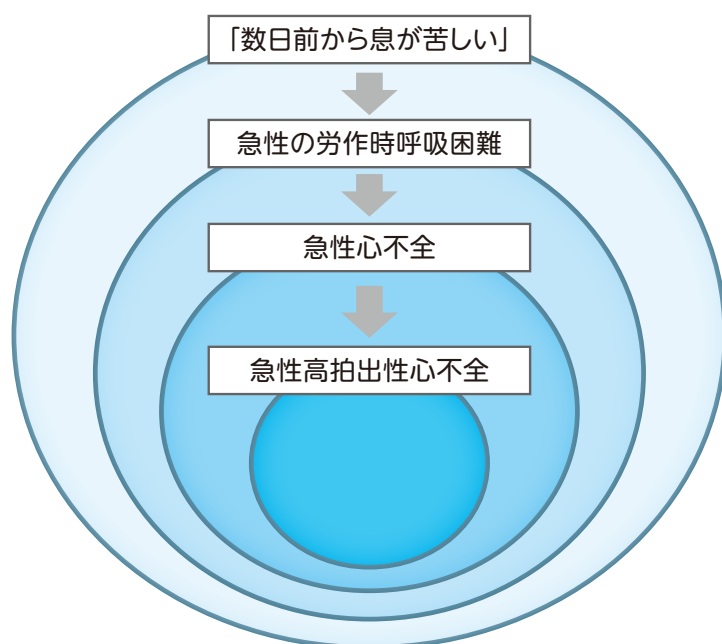
表1 「問題定義」(フレーミング)の例

臨床状況	問題定義
25歳女性、半日前から始まった右下腹部痛、診察で右下腹部に反跳痛と筋性防御あり	(若年女性の)「腹膜刺激徴候を伴う急性右下腹部痛」
80歳結核既往の女性、2カ月前からの微熱と倦怠感、ROSでは陽性項目なし、血液検査で貧血およびESRとCRP高値あり	(結核既往高齢女性の)「+αのない慢性炎症」
37歳アルコール依存症男性、3日前から進行性の息切れと浮腫、BNP 700pg/mL、心エコーではLVEF 75%＋両心房と右室の拡張あり	(アルコール依存者の)「急性高拍出性心不全」
85歳前立腺癌既往の男性、3カ月の経過の背部痛と側胸部痛があり、画像検査で非外傷性の脊椎、肋骨骨折の多発が指摘された	(前立腺癌既往高齢男性の)「多発病的骨折」

ROS : review of systems

定義された問題により与えられるフレームが狭いほど、鑑別疾患が少なくなり、診断はしやすくなる。鑑別疾患が浮かばない場合でも狭いフレームであれば、検索により鑑別リストや対応法を容易に入手することができる(図1)。たとえば「高拍出性心不全 (high-output heart failure)」と問題が定義されれば、これを検索語としてUpToDate<sup>®</sup> やPubMed<sup>®</sup> に入力することで、瞬時に良質なレビューが発見できる。

図1 問題定義とフレームの広さ



「狭いフレームを提供する問題定義」は疾患特異性が高いということであり、このような問題定義を“high yield”であると言う (yieldとは「産み出す」というような意味)。逆に、「提供するフレームが広い問題定義」では鑑別疾患が膨大な数に上り、一つひとつ検討することが難しくなる。このような問題定義を“low yield”であると言う。

さて、「倦怠感」という問題のyieldはどうだろうか。倦怠感をきたしうる疾患を列挙してみしてほしい。きわめて多数の疾患があることは容易にわかるだろう。極論すれば、あらゆる疾患が倦怠感を引き起こしうる。つまり、「倦怠感」という問題定義はきわめて“low yield”なのである。

「倦怠感」を入りに疾患を探すことは、干し草の中から針を探し出すよ

うなものである。それ自体が難しい行為だし、一定の診察、検査を行って異常がなかったとしても、そこには「可能性は否定できない」疾患が多数残ることになり、「何かを見逃しているのでは」という感覚が捨てられない。これが、倦怠感に苦手意識をいただく理由の1つ目である。

## (2) 倦怠感を主訴とする患者の「有病率」が低い

「倦怠感」という症候においては、そもそも同定しうる原因疾患が存在しないことがしばしばある（これを「有病率」が低いと表現した）。プライマリ・ケアにおける若年成人の倦怠感では27%しか症状を説明する身体および精神疾患が同定されなかったとする研究や<sup>4)</sup>、プライマリ・ケアにおける倦怠感で明確な身体疾患が特定されたのは8%のみ（17%で精神科的病名がついた）であったとの研究がある<sup>5)</sup>。「診断しうる『疾患』は持っていないけれど、倦怠感という『症状』は持っている」という患者が多数派なのである。

仮に「倦怠感」というフレームの中にある膨大な疾患をしらみ潰しにしたとしても、かなりの割合で（身体疾患、精神疾患問わず）「病名」はつかない。我々の教科書に「倦怠感」に対する診断名は載っていない。これが、倦怠感に苦手意識をいただく理由の2つ目である。

## (3) 倦怠感診療では「ノイズ」が発生しやすい

yieldの低さ、「有病率」の低さは、ほかにも問題を引き起こす。ノイズの発生である（図2）。ここで言う「ノイズ」とは、「意味ありげに見えるが、診断と関係しない情報」のことである。「偽陽性情報」と言ってもよいかもしれない。