

今日読んで、明日からできる

診断推論

編集：野口善令（名古屋第二赤十字病院総合内科部長）

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



▶HTML 版を読む

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

巻頭言

昨今、「診断推論」はちょっとしたブームである。多くの雑誌の特集で取り上げられ単行本もあまた発行されるようになった。診断推論の考え方を普及させるべく長年努力してきた編者には、たいへんうれしいことである。

診断推論の歴史を紹介すると、臨床医の診断思考プロセスを分析する試みは、1970年代にまず診断に関する医療情報を定量的に扱うことから始まった。いわゆる、検査前確率、感度、特異度といった仮説検証のテーマである。もちろん、この部分だけでは診断思考の全体を解明することはできず、1980年代に『The New England Journal of Medicine』の元編集長である Kassirer JP が、『Hospital Practice』に症候からいかに鑑別診断を思い浮かべるかという仮説形成に焦点を当てた「Clinical Problem Solving (CPS)」という連載を始めた。この連載は Learning Clinical Reasoning というテキストに結実するとともに、現在でも『The New England Journal of Medicine』の“CPSシリーズ”に継承されている。

診断推論は、今日学んで明日から役に立つ速効性の知識ではないかもしれないが、診療しながら繰り返し意識することにより診断に一本背骨が通り、何か見落としているのではないかという不安が軽減するのは請け合いである。今更診断でもあるまいと感じられる読者諸賢にも、ぜひ一読をおすすめしたい。

野口善令

[総論]

日常診療における診断推論の重要性（野口善令）	p1
------------------------	----

[各論]

1. 胸痛（小田浩之）	p7
2. 頭痛（大杉泰弘）	p14
3. 発熱（横江正道）	p20
4. 腹痛（岩田充永）	p27
5. 単関節痛（金城光代，照屋周造）	p33
6. 多関節痛（金城紀与史）	p39
7. めまい（清田雅智）	p46
8. ショック（花木奈央）	p53
9. 失神（寺澤佳洋，山中克郎）	p59
10. しびれ（佐々木康二，北 和也，徳田安春）	p66
11. 痙攣（末松篤樹）	p71
12. 麻痺・筋力低下（須藤 博）	p78
13. 呼吸困難（尾田琢也）	p84
14. 動悸（宇藤 薫）	p91
15. 下痢（小林健二）	p100
16. 発疹（藏本伸生，益田浩司）	p106
17. 不眠（吉見祐輔）	p111
18. 意識障害（西谷重紀，川島篤志）	p118
19. リンパ節腫脹（久田敦史）	p125
20. 口渇（吉藤 歩）	p131

執筆者一覧 (掲載順)

総論	野口 善令	名古屋第二赤十字病院総合内科部長
胸痛	小田 浩之	飯塚病院総合診療科医長
頭痛	大杉 泰弘	飯塚病院総合診療科／飯塚頰田家庭医療プログラム家庭医療センター長
発熱	横江 正道	名古屋第二赤十字病院臨床研修部部長
腹痛	岩田 充永	藤田保健衛生大学救急総合内科准教授
単関節痛	金城 光代	沖縄県立中部病院総合内科
	照屋 周造	東京大学医学部附属病院アレルギー・リウマチ内科
多関節痛	金城紀与史	沖縄県立中部病院内科副部長，総合内科
めまい	清田 雅智	飯塚病院総合診療科診療部長
ショック	花木 奈央	名古屋第二赤十字病院救急科／京都大学医療経済学分野
失神	寺澤 佳洋	藤田保健衛生大学救急総合内科
	山中 克郎	藤田保健衛生大学救急総合内科教授
しびれ	佐々木康二	神戸大学大学院医学研究科内科系講座放射線診断学分野
	北 和也	阪南市民病院総合診療科副医長
	徳田 安春	筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院総合診療科教授
痙攣	末松 篤樹	名古屋第二赤十字病院総合内科
麻痺・筋力低下	須藤 博	大船中央病院内科部長
呼吸困難	尾田 琢也	飯塚病院総合診療科
動悸	宇藤 薫	鎌ヶ谷総合病院救急／新松戸中央総合病院救急・感染症
下痢	小林 健二	聖路加国際病院附属クリニック聖路加メディロカス一般内科医長
発疹	藏本 伸生	京都大学大学院医学研究科内科学講座臨床免疫学
	益田 浩司	京都府立医科大学大学院医学研究科皮膚科学講師
不眠	吉見 祐輔	名古屋第二赤十字病院総合内科
意識障害	西谷 重紀	箕面市立病院内科
	川島 篤志	市立福知山市民病院総合内科医長，研究研修センター長
リンパ節腫脹	久田 敦史	名古屋第二赤十字病院総合内科
口渇	吉藤 歩	慶應義塾大学医学部腎臓内分泌代謝内科

日常診療における 診断推論の重要性

はじめに

筆者らは2008年に『誰も教えてくれなかった診断学』を上梓した¹⁾。この本で紹介した「診断推論」という用語と概念はそれまでほとんど顧みられることがなかったが、その後、わが国の臨床医に急速に浸透し共通言語となりつつある。

前著では初心者に向けて基本的な考え方を述べたので、今回の特集では、もう少し上の年代の臨床医向けに診断推論の概観と考え方のコツについて解説してみたい。

直感による診断

経験を積んだ臨床医は、診断をつけるという思考作業の8～9割を直感的に処理しているようである。これは診断だけに限ったことではなく、我々は日常的にほとんどの認知を直感で済ませている。たとえば、図1を見ると瞬間的にネコという認知が自動的に浮かび上がってくるはずである。一目瞭然でまったく自明であると感じるが、無意識の働きであり、なぜそうなるのかは自分でも説明ができない。



図1 一目瞭然

直感的診断法も、疾患の特徴的なパターンを患者からつかみとって瞬間的に「ひらめき」に似たかたちで認知する意識下のプロセスだと言われている。このプロセスは、

認知心理学ではパターン認識と言われるが、シャッターを切って一瞬で写真を写し撮るのに近いイメージから俗にスナップ診断とも呼ばれている。

直感による診断の多くは、すばやく、楽で、正確である。印象だけでほぼ診断できてしまうので、あれこれと検査を追加する必要もなく、医療コストを節約でき、患者の精神・肉体的負担も軽減される。逆に、医療資源に制限の多い外来診療をこなしていくには、このレベルに到達していないと難しいと言える。

本誌読者の大半を占めるようなある程度の経験を積んだ内科系医師は、日常の診断をこのレベルで行っていると思われるが、それでも直感による診断では、うまくいかないと感じるときがあるだろう。そのようなときに、どうすればよいだろうか。

直感的に診断名が浮かんでこないとき

図2を一見して動物名がわかる人は少ないと思われる。見たことのないまったく知らない動物だと感じるか、ブタの仲間だと感じるかのいずれかではないだろうか。実はこれは、ツチブタという系統的には一般のブタとはかけ離れた異なる動物である。図1との違いは、ネコは見慣れている(経験が豊富)が、ツチブタは見慣れない(見たことがない)という点にある。



図2 「これは何だろう」

つまり、直感的に診断できるかどうかは、自分の中に経験が蓄積され疾患パターンが形成されているかどうかで決まる。経験したことのない疾患は、原則的に直感的に診断できないと考えたほうがよいだろう。経験のないものを見た場合には、まったくわからないと感じるか、自分の中にある最も似たもの(たとえばブタ)として認知される。このため、経験の少ない不慣れな領域の疾患を直感のみに頼って診断しようとするのは危険である。

さらに、「多分これだと思うが、何か違和感を覚える」という場合は、違和感は無

意識からの警告であることが多く、その直感は間違っている可能性が高い。特に、忙しいときなど「ちょっと変だが、まあこの診断でいいか」という感じで済ませてしまいたくなるときは要注意である。

推論による診断

推論による診断とは、患者の訴え（症候）から出発して、対応する鑑別診断を挙げて1つひとつ検討していく体系的・分析的アプローチである。一般的に、この推論による演繹的な思考プロセスを狭義の診断推論と呼ぶ²⁾。

従来の大学医学部では教育が十分とは言えなかった考え方で苦手と感じる向きも多いだろう。また、思考にエネルギーが必要で、ある程度苦痛を伴う精神作業である。

推論による診断では、まず症候から「これは〇〇病ではないか」という疑いを持つ。この疑いが診断仮説であり、鑑別診断の候補になる。この鑑別診断を想起することが診断推論の核心になる。

鑑別診断のリストができれば、情報を集め診断仮説を肯定/否定できるのかを検証していく（図3）。患者から1つ情報を得るとその結果として、患者が〇〇病を持つ可能性（確率）は、①高くなる、②低くなる、③どちらへも動かない、のいずれかとなる。診断推論では、患者から得た情報を、疑われた〇〇病を持つ確率を動かす道具として使う。患者から情報を得る前に考えた、患者が〇〇病を持つ確率を「検査前確率」（事前確率）、患者から情報を得た後の患者が〇〇病を持つ確率を「検査後確率」（事後確率）と呼ぶ。

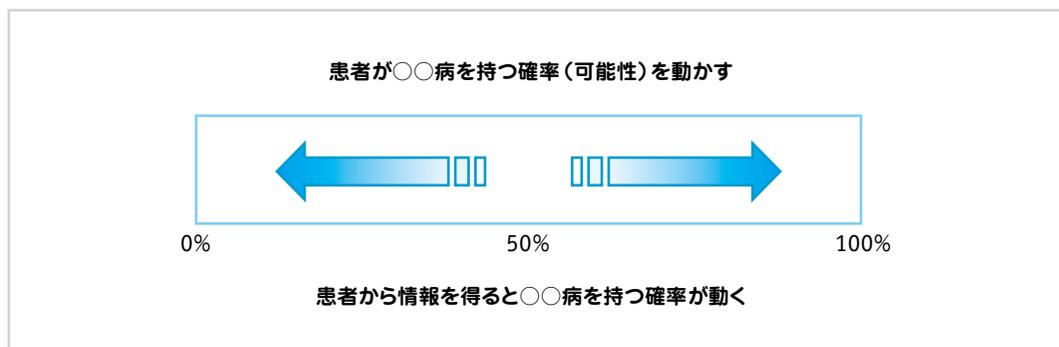


図3 推論による診断

最終的な診断のゴールは、患者が〇〇病を持つ確率が十分高くなって治療を開始してよいレベルになるか（確定診断 Rule in）、もはやこれ以上、〇〇病について考える必要がないと判断できるくらい低いレベルになるか（除外診断 Rule out）のどちらかである（図4）。

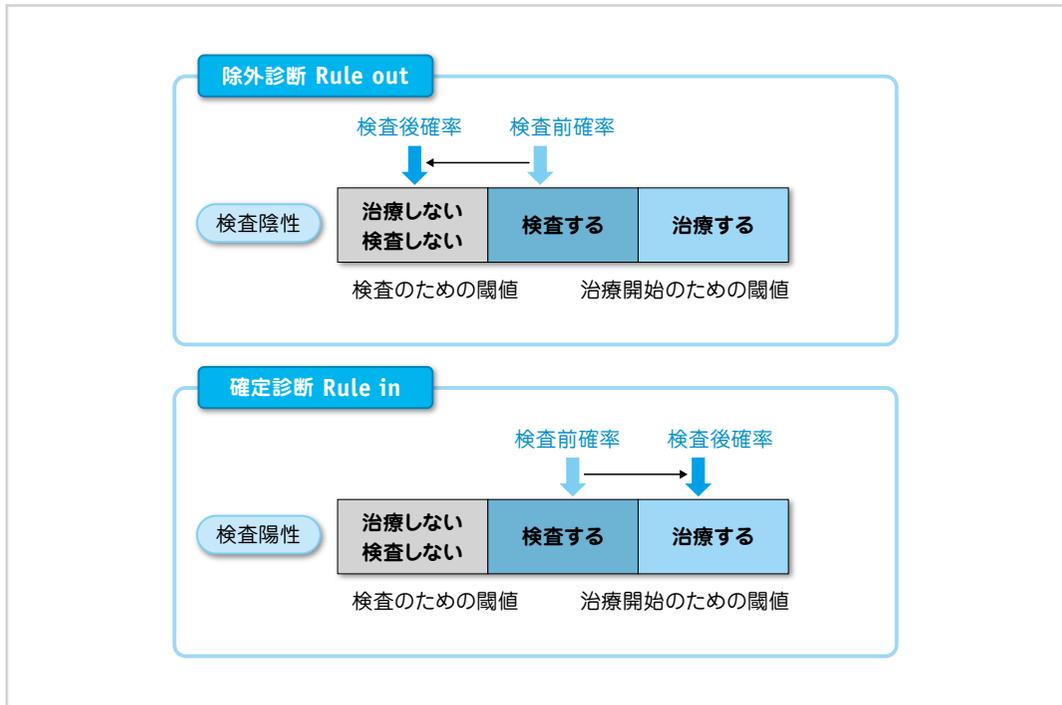


図4 除外診断と確定診断

(文献1より改変)

推論による診断のコツ

人間の脳は、あまりに多くの鑑別診断をいっぺんに検討するようにはできていない。無理にしようとする苦痛になって嫌になる。以下に、いくつかのコツを述べる。

(1) 鑑別診断をたくさん思い浮かべようとして苦しむのはやめよう

鑑別診断をできるだけ多く挙げることが診断の目的ではない。たくさん挙げすぎると、むしろ効率が悪くなる。現在では、幸いなことに症候から鑑別診断を引ける使いやすい成書がいくつかある³⁾⁴⁾。これらを座右において、鑑別診断のリストを見ながら考える材料として活用しよう。

(2) 「見落とし不可」の疾患を押さえる習慣をつけよう

頻度は高くなくそれほど出くわす機会はないが、見逃すと致命的になりうる疾患というものがある。これらの見逃してはいけない疾患の扱いは厄介である。特に外来診療では、否定(除外)するために全例に検査をするのは効率が悪く、かと言って見逃して患者アウトカムが悪くなると医師生命を脅かす危機に直面することにもなりか

ねない。

図5に胸痛のcriticalとcommonを示した。このように特に「見落とし不可」の疾患はリストアップしておき、症例ごとにまず思い浮かべてみて、「このkiller diseaseはないか？ やっぱり大丈夫？」と自問自答する習慣をつけよう。

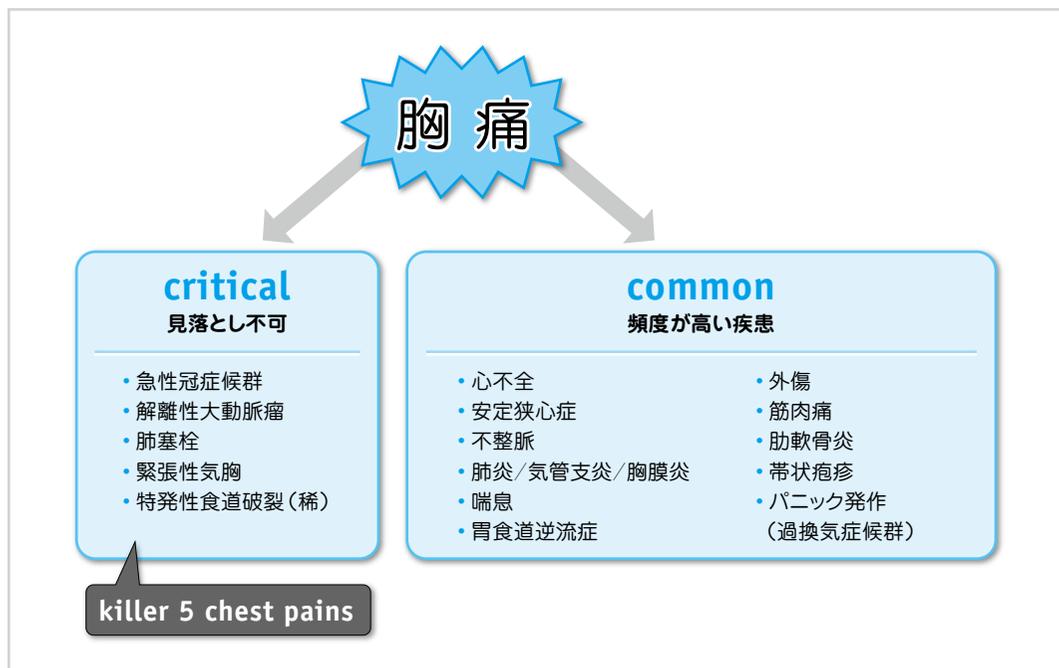


図5 胸痛の鑑別診断

一方、救急にはそれなりに有病割合(率)の高い患者が集まるので、検査が多くなっても「見落とし不可」疾患の可能性をしっかりと下げておくというアプローチが必要になる。

(3) 推論の難しい症候に対処するには

吐血の鑑別診断に困ることはないだろう。出血性潰瘍、食道静脈瘤破裂、Mallory-Weiss症候群など、直感的に診断できなくても、鑑別診断の対象となる疾患が限られているので、次に何をすべきかについて悩むことは少ない。

困るのは、鑑別診断が多臓器、多系統にわたる非特異的な症候や自分が得意としない領域の症候である。これらの症候については、あらかじめ鑑別診断のリストがあると便利である。

今回の特集では、内科系医師が苦手と感ずるであろう症候を中心に取りあげた。このうち発熱、めまい、腹痛、失神、しびれ、意識障害、リンパ節腫脹などは非特異的な症候に、関節痛、発疹、不眠などは内科医にとって苦手な症候に属する。

(4) 臨床的特徴から鑑別診断の優先順位を判断しよう

目のつけどころとなる疾患の臨床的特徴を理解すると、鑑別診断のリストを絞り込むのに役に立つ。たとえば、同じ胸痛でも20歳の若年者であれば、急性冠症候群の可能性は低くなる。今回の特集では、これらの特徴を図6の項目から整理した。



図6 臨床的特徴

おわりに

推論と直感の2つの診断様式は、対立するものではなく相補的なものである。実際には、1つの症例の診断をつける中で独立して別個に使用されるのではなく、鑑別診断の候補は直感で思いつき、それを推論によって検証するなど双方を行き来しながら利用している。したがって、片方がうまくなれば他方も上達するし、相互の弱点を補い合った安全で効率的な診断が可能となる。

この特集が、読者にとって苦手な症候が減り、直感的に診断できるものが増えていく助けになれば幸いである。

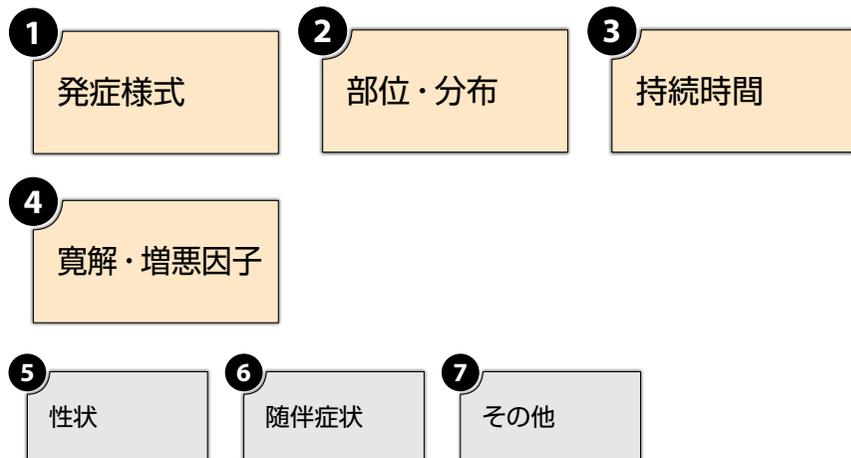
文献

- 1) 野口善令, 他: 誰も教えてくれなかった診断学. 医学書院, 2008.
- 2) 野口善令: 日内会誌. 2013;102(3):644-8.
- 3) 酒見英太, 他: 診察エッセンシャルズ. 新訂版. 松村理司, 監. 日経メディカル開発, 2009.
- 4) Paul MP, et al: 10分間診断マニュアル. 第2版. 小泉俊三, 監訳. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2009.

1

胸痛

アプローチの優先順位



この疾患は絶対見落とさない

- 急性冠症候群
- 大動脈解離
- 肺塞栓症
- 心外膜炎
- 緊張性気胸

1 発症様式

突然発症の胸痛は、致死の疾患を想定する。血管（急性冠症候群，大動脈解離），胸膜・心膜（肺塞栓症，心外膜炎，気胸）に障害が及んでいる可能性があるためである。

2 部位・分布

胸骨の裏の痛みは急性冠症候群（acute coronary syndrome；ACS），心外膜炎を示唆し，気胸，肺塞栓症の場合は胸部の左右どちらかに偏る。大動脈解離は解離を来している場所に依存する。前胸部や背側，その両方であることもある。

3 持続時間

ACSでの胸痛はしばしば寛解・増悪を来す。持続時間が15分以下の場合は，虚血による胸痛と考えられる。その場合，労作性狭心症として扱うか，不安定狭心症として迅速に対応するかを症状により決定する。大動脈解離，気胸，心外膜炎では持続痛となる。肺塞栓症の疼痛は多様であり，一概には言えない。

4
寛解・増悪因子

労作で誘発された胸痛は、よりACSを疑う。胸膜痛や体位変化での出現、鋭い痛み、触診での再現性がある場合はACSの可能性を下げる陰性所見である。胸膜痛を来す場合、多くは肺炎、胸膜炎だが、見逃したくない疾患として肺塞栓症、心外膜炎、気胸を想起する。心外膜炎では、臥位で胸痛が増悪し、坐位や前かがみになることで軽減する。

その他

5 性状

ACSでは、胸部全体の押しつぶされるような圧迫感が特徴的である。問診では、「痛む部分を指し示して下さい」と促し、指で指し示すことができず、手のひらで前胸部を押さえながら「この辺りが圧迫された感じですよ」という訴えがあれば強く疑う。また、裂けるような痛み、移動する痛みは大動脈解離を疑う。肺塞栓症や心外膜炎、気胸は、鋭い刺すような痛みを伴う。

6 随伴症状

表1 ACSの可能性を高める病歴および下げる病歴

可能性を高める病歴	陽性尤度比	可能性を下げる病歴	陰性尤度比
リスクファクター		胸膜痛	0.2
狭心症・心筋梗塞の既往	2.3	体位により出現	0.3
症 状		鋭い痛み	0.3
右肩あるいは右腕に放散	4.7	触診にて再現性がある	0.3
両腕に放散	4.1	運動に関係しない痛み	0.8
運動に関係する痛み	2.4	乳房の下の痛み	0.8
左腕に放散	2.3		
発汗と関連あり	2.0		
吐き気・嘔吐と関連あり	1.9		
先行する狭心症より悪化、既往歴のある患者の以前のMIの痛みに類似	1.8		
胸部圧迫感	1.3		

MI: myocardial infarction

(文献1より改変)

ACSでは、右肩・腕や両腕に放散する痛み(LR⁺ 4.5前後)、発汗(LR⁺ 2)が有用な所見である(表1)¹⁾。胸痛に伴って脈拍欠損や神経学的異常所見(脳梗塞、対麻痺など)を認めた場合には、大動脈解離を疑う。脈拍欠損の発生頻度は、上肢

表3 ACSにおけるRouan decision rule

臨床的特徴	スコア	心筋梗塞のリスク(%)
60歳以上	0	～ 0.6
発汗	1	～ 3.4
心筋梗塞や狭心症の既往	2	～ 4.8
男性	3	～ 12.0
胸部圧迫感	4	～ 26.0
腕, 肩, 頸部, 下顎への放散痛		

表4 不安定狭心症と非ST上昇型心筋梗塞のTIMI risk score

指標	(点)	スコア	2週間以内の心筋梗塞・死亡のリスク(%)
65歳以上	1	0～1	5 低
冠血管危険因子3項目以上	1	2	8
・CADの家族歴		3	13 中等度
・高血圧		4	20
・高コレステロール血症		5	26 高
・糖尿病		6～7	41
・喫煙者			
過去7日以内のアスピリン内服	1		
24時間以内の強い狭心発作(2回以上)	1		
心筋マーカーの上昇	1		
ST上昇0.5mm以上	1		
過去に50%以上の冠動脈狭窄がある	1		

CAD: coronary artery disease

表5 PEやDVTに対するWells criteria

Wells criteria for PE	(点)
① DVTの症状と身体所見	3.0
② 肺塞栓症以外の疾患の可能性はより低い	3.0
③ 心拍数 > 100/分	1.5
④ 4週間以内の手術, または3日以上動かないこと	1.5
⑤ 肺塞栓症, または深部静脈血栓症の既往	1.5
⑥ 咯血	1.0
⑦ 悪性腫瘍(治療中または6カ月以内に加療)	1.0

PE: pulmonary embolism

Wells criteria for DVT	(点)
① 活動性のがん	1
② 下肢の麻痺	1
③ 3日以上臥床, または4週間以内の大手術	1
④ 下肢の局所的な痛み	1
⑤ 下肢全体の腫脹	1
⑥ 3cm以上の下腿腫脹	1
⑦ 圧痕性浮腫	1
⑧ DVTの既往	1
⑨ 副側路としての表在静脈	1
⑩ 他の診断がある	-2

スコアと有病率: 3点以上: 高リスク(53%), 1～2点: 中等度リスク(22%), 0点以下: 低リスク(9%)

DVT: deep vein thrombosis

で2~15%，下肢で7~18%であり，神経学的異常の発生頻度は，脳梗塞3~7%，対麻痺4%と報告されている²⁾。こういった症状を，大動脈解離の3つの病態である「大動脈壁の解離とそこへの血液流入」「広範囲の血管に対する病変の伸展」「血管の状態が①拡張，②破裂，③狭窄または閉塞を来す」という点でとらえると，この多様な症状を理解しやすい。とはいえ実臨床では，解離の生じている部位と周辺血管への影響の組み合わせにより経時的に動的な病態を呈するため，診断が困難となることは多々ある。

7 その他

上記をまとめたもの(表2)³⁾と鑑別アルゴリズム(図1)⁴⁾を示す。

関連する症状，病歴，身体所見を合わせた診断ツールも適時使用する。

(1) ACSにおけるRouan decision rule(表3)

(2) 非ST上昇型心筋梗塞におけるTIMI risk score(表4)

(3) 肺塞栓症(pulmonary embolism; PE)，深部静脈血栓症(deep vein thrombosis; DVT)に対するWells criteria(表5)

検査の考え方

(1) 致命的疾患に関して，陽性尤度比の高い検査で診断する

12誘導心電図は，ACS患者では来院から10分以内に施行することが推奨されている。隣接する2つ以上の誘導で1mm以上のST上昇(陽性尤度比22)を認めたときST上昇型急性心筋梗塞(ST-elevation myocardial infarction; STEMI)の可能性が高まり，次のステップである冠動脈造影を行うこととなる。ACSに関連するそのほかの所見としてST低下(陽性尤度比4.5)，Q波(陽性尤度比22)などがある。心電図の評価は，可能な限り以前のものと比較する。

下壁，右室梗塞の場合には，大動脈解離に伴って生じていることがあるので注意を要する。

心筋炎では，典型的には広範囲のPR低下と下に凸のST上昇を認める。

胸部X線では肺炎，胸膜炎，気胸の確認をする。大動脈痛や血圧の左右差(20mmHg以上)を認めた患者で縦隔拡大を認めたら，大動脈解離についての陽性尤度比は66となる⁵⁾。

心エコーでは左室の収縮，右心負荷所見，心嚢液貯留を確認する。

造影CT検査では大動脈解離，肺塞栓症を疑う状況で施行する。

(2) 致命的疾患に関して，陰性尤度比の低い検査で除外する

DダイマーはELISA，あるいは迅速定量ELISAが肺塞栓症の除外に使用できる。

Wells criteria で可能性が低い(簡便法で4点以下)と想定した患者で、Dダイマーが500 μ g/L未満の場合、ELISAと迅速定量ELISAの陰性尤度比はそれぞれ0.13であり、きわめて有用な検査である。また、大動脈解離の除外にも有用である。大動脈解離が疑われる患者で、発症から24時間以内のDダイマーが500 μ g/L未満の場合、陰性尤度比は0.07となり除外診断に有用である。

上記の場合のDダイマーの陽性尤度比は低く診断には使えないことと、自施設で使用する場合、ラテックス凝集反応によるDダイマー検査と混同しないよう注意する必要がある。

(3) 致命的疾患の非典型例を考慮し、経過観察する

非典型例が多く見逃しやすいのはACSと肺塞栓症である。

採血検査ではCK-MBや心筋トロポニンなどの心筋マーカーを測定するが、STEMIであれば採血結果によらず、心臓カテーテル検査を施行する。NSTEMIの場合、STが低下していたり正常であったりする場合があります。かつ、心筋マーカーも発症早期であれば陰性に出ることがある。そのため、経時的に計測することが多い。その際、心筋炎やうっ血性心不全、肺塞栓症などでも心筋トロポニンが上昇することを認識しておく必要がある。



逃がした魚はいないのか

典型的な症状を呈していれば診断は容易であるが、前述した疾患では緊張性気胸を除き、非典型例では診断が非常に困難なものばかりである。診断の手順としては、まずは致命的疾患に特徴的な所見について確認し、それがなければ、致命的ではない一般的な疾患の診断を考え、それに当てはまらない場合には再度、致命的疾患の非典型例ではないかを考えていくことになる。

ACSに関しては、85歳以上での狭心症の最も頻度の高い症状は「息切れ」であり、女性の心筋梗塞の43%は胸痛を訴えず、息切れ(57.9%)、体が弱った感じ(54.8%)、全身倦怠感(42.9%)と報告されている。こういった症状で受診し、リスクが高いと見積られる場合は、ACSを疑い12誘導心電図、採血を検討する必要がある。



あたりがつけられないときは

致命的ではない一般的な疾患の診断をする

一般外来での胸痛診療では、筋骨格系、消化器系、心理・精神系、呼吸器系

の致死的ではない一般的な疾患の診断がつくことも安心要素となる(表6)。パニック障害のスクリーニングでは、「過去6カ月に、恐怖感、不安感、心配な感じが突然生じる発作を繰り返すか、あるいは単発で経験しましたか?」「過去の6カ月に、理由もなく動悸がしたり、ふらついたり、呼吸ができなくなったりすることを繰り返すか、あるいは単発で経験しましたか?」の1つが合致すればスクリーニング陽性で、2つとも合致しなければ陰性と判断する。しかし、2つの質問に当てはまらず、臨床的な印象も心因性と思わせない場合も、不安から生じる胸痛については有用ではないし、冠危険因子の多い患者ではスクリーニング陽性であっても心血管検査を中止すべきではない。

表6 診療所と救急外来の胸痛を来す疾患の割合 (%)

診 断	診療所(米国)	診療所(欧州)	救急外来(米国)
筋骨格系の痛み	36	29	7
消化管疾患	19	10	3
重篤な心血管疾患*	16	13	54
・安定した心血管疾患	10	8	13
・不安定な心血管疾患	1.5	—	13
心因性・精神的疾患	8	17	9
肺疾患**	5	20	12
非特異的胸痛	16	11	15

*: 心筋梗塞, 不安定狭心症, 肺塞栓, 心不全を含む

** : 肺炎, 気胸, 肺癌を含む

(文献4より改変)

以上、胸痛について概説した。バイタルサインが安定している患者であれば、まずはACSの診断・除外を病歴・身体所見・心電図で行い、その後にそのほかの疾患の診断を病歴で優先順位をつけて行っていくことが、予後を変える治療介入であると考えている。診察を行う医師の行動を変える病歴、身体所見、検査を伝えることができたなら、うれしく思う。

文献

- 1) Swap CJ, et al: JAMA. 2005; 294(20): 2623-9.
- 2) 日本循環器学会, 他: 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン. 改訂版. 2006.
- 3) Lange RA, et al: N Engl J Med. 2004; 351(21): 2195-202.
- 4) Cayley WE Jr: Am Fam Physician. 2005; 72(10): 2012-21.
- 5) Bushnell J, et al: Ann Emerg Med. 2005; 46(1): 90-2.

参考文献

- ・ Konstantinides S, et al: N Engl J Med. 2008; 359(26): 2804-13.