Bセッション

1 2 3 4 5 6 7 8 9

救急総合診療のピットフォール

山中 克郎

Key words 心をつかむ, 攻める問診, snap diagnosis, キーワードからの展開, パッケージで攻める

はじめに

救急診療で最も大切なことは、患者さんや家族に対する「温かい思いやりの心」である。医療従事者と患者さんが切迫した状況で向き合う救急医療は、様々な誤解が生じやすい場でもある。そのような難しい環境だからこそ、優しい気持ちを持ち、患者さんや家族により近い視点で接することが重要である。言葉にならない心の声を、微笑みをもって受け止める優しさは、どのような治療薬にも勝る。

1. 最初の1分で心をつかむ

不安をもって訪れる患者さんに対しては「それは大変だったですね。今日来ていただいて本当によかったと思います」と心から共感をもって接し、手を握り締めたい。最初の1分間で患者さんの心をぐっとつかむことが大切である。心が通わなければ、重要な情報は聞き出せなくなる。患者さんは全てを医者に話すわけではない。

視線の高さにも十分注意したい。目の高さは患者さんと同じかやや低いことが理想的だ。上から見下ろすのでは威圧感がある。優しく接しているようには見えない。ただ手を握るだけでは不十分だ。患者さんに話しかけながら意識レベルをチェックする。橈骨動脈に触れながら血圧、心拍数（不整脈の有無）、体温、呼吸回数を推定する。プレショック状態なら何ともいえない嫌な冷汗を感じるはずだ。

2. バイタルサイン

まずはバイタルサインの確認を行う。重症そうであるかは第一印象を大切にしたい。苦痛に歪む顔、冷汗、何となくぼんやりしている…そんな重症を示唆するサインがあれば、迅速に評価した方がいい。臨床経験を積み、最初の3秒間の印象でかなり正確な評価が可能である。バイタルサインでは次の項目に注意する。

・血圧<100 mmHg

（ショックでも低血圧はかなり後になってから

諏訪中央病院内科総合診療部

Programs for Continuing Medical Education : B session ; 9. Pitfalls in the emergency department diagnosis.
Katsuo Yamanaka : General Internal Medicine, Suwa Central Hospital, Japan.

起こることに注意)

- ・心拍数>90/分
- ・頻呼吸>20/分

血圧は、普段の血圧が重要である。いつもが180/100 mmHgなら120/70 mmHgでもショックかもしれない。絶対不整脈があれば、心房細動に伴う血栓による血管閉塞が推定される。呼吸回数は、状況によっては測定が難しいかもしれない。患者さんと同じテンポで呼吸をしてみるとよい。呼吸数が明らかに多いことはすぐに実感できるだろう。

3. 攻める問診

優秀な内科医は80%の診断を問診だけでつけるそうだ。残りの10%は身体所見、10%は血液/尿検査・画像などの検査が診断に寄与するようである¹⁾(図)。この数字の信憑性は測り知ることができないが、問診が診断にとって大切な要素を占めていることは疑いのないことだ。医学教育の基礎を築いたWilliam Osler先生(1849~1919)も次のように述べている。

If you listen carefully to the patient, they will tell you the diagnosis.

患者さんの言葉に耳を傾けなさい。そうすれば自ずと診断は見えてくる。

問診は大切だが、患者さんの話をそのまま聞いてはいけい。症状や既往歴を聞きながら、どこが責任病巣でどのような疾患の可能性が高

いか、鑑別診断をどんどん絞り込んでいくことが重要である。診断に必要なことをズバッと聞き込む問診技術の習得が必要なのである。

突然の発症かどうかを聞くためには、「その症状が起こったときに何をしていたのですか」と聞けばよい。例えば、「椅子から起き上がろうとしたときに頭痛がしました」と患者が答えるなら、突然発症の可能性が高い。重要な血管が詰まったか破裂したかをまず考える。

4. snap diagnosisを活かす

48歳、女性。夕食の準備を終えた直後に、自分が作ったおかずを見て「これ何?」と言い出した。生年月日など昔の記憶は保たれているが、短期記憶が障害されており、同じ質問を何度も繰り返す。可能性の高い疾患は?

キーワードから瞬時に診断を思いつくときがある。これをsnap diagnosis(一発診断)と呼ぶ。私が研修医のときには「誤診するので、snap diagnosisは絶対にしてはいけない」と教えられた。本当にそうだろうか。臨床経験のない医師でも、特徴的な病歴や身体所見から疾患を瞬時に思いつくようにトレーニングを繰り返すことが、臨床診断能力を効果的に高めるために大切である。

この症例には一過性全健忘(transient global amnesia:TGA)に特徴的な症状がある。原因は不明だが、疼痛、ストレス、息ごらえが誘因となる。24時間以内に症状は改善する。一過性全健忘の再発は約20%である。このような症状を繰り返すならば、一過性てんかん性健忘(transient epileptic amnesia:TEA)も鑑別診断に考える必要がある²⁾。

5. キーワードからの展開

ベテラン内科医は鑑別診断に重要な「キー

図 診断における問診の役割

ワード」を問診，身体所見，または検査結果から上手に見つけ出し，鑑別診断を展開していく．たとえ大切なキーワードでも，それを起こす原因疾患リストが長すぎるものはだめだ．例えば，倦怠感や正球性貧血は当てはまる疾患が多すぎて疾患を絞り込むことができない．

1分以内に最高に達する突然の頭痛

救急室では1分以内に最高に達する突然発症の頭痛（thunderclap headache）では，くも膜下出血，内頸/椎骨脳底動脈解離，下垂体卒中，脳静脈洞血栓症，可逆性脳血管攣縮症候群（reversible cerebral vasoconstriction syndrome）を考えなければならない．頭痛持ちでない40歳以上の人に，いきなり片頭痛が起こることはあり得ない．40歳以上の人突然ひどい頭痛を起こし来院したとき，私はかなり心配になる．このような重要キーワードからの鑑別診断の展開により，見逃してはいけない疾患についてすばやく考えることができる．

朝の頭痛

最も頻度が高いのは二日酔いだろう．他には睡眠時無呼吸症候群，一酸化炭素中毒，カフェイン依存症，糖尿病患者の夜間低血糖，脳腫瘍が考えられる．「朝の頭痛」というキーワードを拾うことができれば，これらの病気を想定することができ，どのような問診を追加すべきかわかる．

身体所見からも「キーワードからの展開」は可能である．バイタルサインや身体所見の背後にある意味を読み解くことが大切だ．

比較的徐脈

比較的徐脈とは，発熱に比べて脈拍の上昇が少ない状態である．体温1℃の上昇に対し，脈拍は10/分上昇するとされている．この予想値から大きく下回るときに比較的徐脈と呼び，原

因としては細胞内寄生菌感染症（レジオネラ，サルモネラ，ブルセラ，腸チフス，Q熱）が有名である．それ以外にもβ遮断薬の服用や薬剤熱，腎癌が思い浮かべば，すぐにこれらに的を絞り，「攻める問診」を行うことができる³⁾．

徐脈+ショック

徐脈+ショックでは，高カリウム血症，低体温，徐脈性不整脈，粘液水腫，副腎不全，脊髄損傷を考える⁴⁾．腎不全の既往およびNSAIDs（non-steroidal anti-inflammatory drugs）の使用，カリウムを上昇させる薬剤の使用（スピロノラクトン，ACE（angiotensin converting enzyme）阻害薬，アンジオテンシン受容体拮抗薬），血清カリウム測定，心電図，体温測定，TSHとコルチゾールの測定，外傷の有無をすばやくチェックする必要がある．

検査所見からも鑑別診断が絞り込める．

血沈>100 mm/1時間

結核，悪性腫瘍，心内膜炎，骨髓炎，亜急性甲状腺炎，側頭動脈炎，リウマチ性多発筋痛症（polymyalgia rheumatica：PMR），多発性骨髄腫．

持続する低血糖

敗血症，肝硬変，アルコール，副腎不全/下垂体機能不全，ダンピング症候群，インスリノーマ．

6. パッケージで攻める

Snap diagnosisやキーワードからの展開で上手い場合には，可能性がある疾患の様々な典型的症状をパッケージにして，それらが存在するかどうかを患者さんに質問することが重要だ．例えば，虫垂炎では最初に心窩部または臍周囲の痛み，数時間して嘔気/嘔吐，その後右腹部へ痛みが移動，そして発熱が生じてくるのが一般的である．嘔気/嘔吐が心窩部

(臍部) 痛に先行する場合、虫垂炎は否定的であるといわれる⁵⁾。さらに虫垂炎を支持する身体所見が存在するかどうか、フォーカスを絞った診察をすばやく行う。

片頭痛では日常生活の妨げ、光過敏、頭痛時の嘔気が最も重要な症状である。さらに振動での増悪、閃輝暗点、拍動性頭痛、持続時間(4～72時間)、誘引(月経、ストレス、チョコレート、チーズ、赤ワイン)…これらの特徴的な症状をパッケージにしてすばやく攻め立てる。

7. 鑑別診断から原因を推定する

身体所見から心不全と診断したら、その誘因を推定することが大切だ。心不全は感染症(多いのは肺炎)、虚血性心疾患、弁膜症、尿毒症、塩分過剰摂取、甲状腺疾患、貧血、不整脈、肺塞栓、薬の飲み忘れにより増悪するので、これらの誘因がないかどうかを問診や検査データで確認することが大切である。

敗血症ではフォーカスとなりやすい肺炎、腹腔内感染症(胆石胆嚢炎、腸閉塞、虫垂炎)、尿路感染症、褥瘡のチェックをすばやく行う。

8. 鑑別診断を2～3個に絞り込む

鑑別診断を10個考えても診断にはあまり役立たない。どの検査を出すのか迷うだけである。救急室では「見逃してはまずい疾患」はいつも頭の片隅に置いておかなければならないが、できるだけ早い段階で可能性が特に高い2～3個程度に鑑別診断を絞り込むトレーニングが必要だ。症例集を勉強するときはすぐに最終診断を見るのではなく、病歴と身体所見のみから鑑別診断を3つに絞り込む訓練を行いたい。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) Orient JM: サバイラ 身体診察のアートとサイエンス 原書第4版. 須藤 博, 他監訳. 2013, 70.
- 2) 佐藤泰吾: 「なんで俺はここにいるんだ?」と繰り返す男性. 総合診療 25: 817-820, 2015.
- 3) Mangione S: 身体診察シークレット. 金城紀与史, 他監訳. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2009, 46.
- 4) 林 寛之: Step Beyond Resident 1 救急診療のキホン編. 羊土社, 2006, 81.
- 5) Silen W: Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. 22th ed. Oxford University Press, 2010, 73.