

診断につながる

新装改訂版

# 病歴聴取

編集

今村総合病院救急・総合内科臨床研修部長

西垂水和隆



日本医事新報社

## 2 P：増悪因子／寛解因子

—どうしたら悪く／楽になりますか？

### POINT

- ▶ 増悪・寛解因子がみられた場合は診断にかなり寄与するため、必ず問診で尋ねるようにする。
- ▶ 再現性があり、増悪因子の反対動作で寛解することが確認できれば、かなり意味のある所見となる。
- ▶ 生理・解剖学的に考えると理解しやすい。
- ▶ 誘因に複数の因子が含まれていることに注意する。

### 1 増悪因子／寛解因子がないか積極的に探す

増悪や寛解についての質問は主に疼痛疾患で有用なことが多いが、そのほかの症状でも患者が様々な言葉や体位などで表現してくれる。

しかし、増悪／寛解因子について患者が認識していないことも多く、診察中に患者が無意識にとっている姿勢やベッドに移る際の様子をよく観察したり、体動や食事が誘引になっていないかなど具体的な質問をしたり、場合によっては誘発させるなどの工夫が必要となる。

患者はなんとか楽になろうとして体位をいろいろと変えたり、一見不自然に見えるが本人にとっては楽な姿勢を維持しようとする傾向があり、その状態を解除したときに症状が悪化すれば、やはりその状態が本当は楽なのだろうと気づくことも多い。

たとえば胸痛が主訴の患者で、背筋良く診察室に入り、椅子に座るときも不自然に首を伸ばしたままという場合がある。これは頸椎症性胸痛(cervical angina)や縦隔気腫を疑わせる姿勢だが、患者には首からきている胸痛という認識はなく、労作時の胸痛と言うかもしれない。ここで改めて首を動かしてもらい、その際に痛みが誘発され、じっとしていると痛みが出ないことを再現する

と初めて頸椎由来と本人も認識できることがある。

大切なことは再現性があること、そして増悪因子の反対が寛解因子になることであるが、この2つの条件が満たされていればかなり意味のある所見であり、非常に診断的となる。

ただし、誘因に複数の因子が混ざっていることに注意すべきであり、これを間違えて解釈してはならない。たとえば、くしゃみは頭蓋内圧亢進を起こすが、同時に頸椎など筋骨格系の動きも起こすし、くしゃみをする前の吸気による横隔膜の動きも起こす。

## 2 様々な体位・動作における疾患ごとの増悪因子/寛解因子

### ① 体位・姿勢

体位については、問診というよりもベッドサイドでの視診により気づくことが多い。患者が体でアピールしているサインに目が行くようにしたい。

#### 【側臥位 (図1)】



図1 腹痛時の側臥位

側臥位を好む理由があるはずであり、症状によって生理的・解剖学的に考えていく(表1)。

#### 【坐位一起坐呼吸】

左心不全によるものが最も多いが、両側肺尖部のプラヤ肺炎、気管支喘息、COPD、胸水などの肺疾患、大量腹水、横隔膜疾患(神経・筋疾患を含む)でも坐位を好む。坐位一起坐呼吸を好む疾患・病態とその理由を表2にまとめる。

COPDや気管支喘息では、心不全よりも前屈の坐位をとって両手を前につけて首を伸ばし、よりまっすぐな姿勢を好む。椅子では両肘を肘掛けにのせて体幹を伸ばそうとする(図2)。前傾姿勢のときに手掌を床につけるのではなく、

表1 側臥位を好む疾患・病態とその理由

疾患・病態	側臥位を好む理由
喉頭蓋炎, 咽後膿瘍, 扁桃腺炎, 口腔底蜂窩織炎	上気道の閉塞感があるため, どちらかの側臥位や坐位で顎を持ち上げる姿勢を好む。この場合, 膿瘍のあるほうを下にする
神経・筋疾患による喉頭軟弱症	仰臥位で喉頭蓋が落ち込み咳や呼吸苦をきたすため, 側臥位を好む
肺病変	健側を下にしたほうが換気血流比がよくなるため患側を上にした体位をとるが, 腫瘍や大量胸水などで圧迫感が強い場合は患側を下にする 寝たきりの患者などでは体位交換後に酸素化が低下することで肺炎や無気肺に気づくこともある
胸膜炎を伴う場合	呼吸性の変動を減らすために患側を下にする
心不全	初期においては右側臥位を好む場合がある
心臓粘液腫	閉塞による症状を回避するために側臥位を好む場合がある
腹膜刺激徴候がある場合	側臥位を好む, さらに腰と膝を曲げて腹壁の緊張を取ろうとする
限局性腹膜炎による腹痛	呼吸による横隔膜の動きを嫌がり患側を下にする (図1)
肩関節周囲炎	夜間痛が有名だが, 患側を下にしたほうが痛みは強くなることが多い (患側を上にした側臥位を好む)
良性発作性頭位めまい症	患側を下にした側臥位を嫌い, 仰臥位か対側の側臥位となる
瀑状胃	左側臥位のほうが食道への逆流を防いで胸焼けを減らすため, 側臥位を好む

拳にしたり, 指を伸ばしてさらに胸郭を広げようとする姿勢は肺疾患に特徴的である (図3)。筆者はこのような所見を「ゴリラの手徴候」と勝手に命名した。

起坐呼吸とは逆に, 仰臥位より坐位や立位で低酸素になる場合は platypnea (扁平呼吸) と言われるが, 症状として訴えられることは少ない。これは右左シャントや換気血流比不均等の増加が原因とされる。シャント血流の増加は, 卵円孔開存症や心房中隔欠損症などの心臓由来と, 肺動静脈瘻や肝肺症候群などの肺内由来に分類される。

表2 坐位—起坐呼吸を好む疾患・病態とその理由

疾患・病態	坐位—起坐呼吸を好む理由
発作性夜間呼吸困難	睡眠後2時間ほど経ってから呼吸苦が起こり、足を下げた坐位や立位によって軽快して眠れる場合は心不全に特徴的である。気管支喘息も夜間や明け方に呼吸苦を起すすが、坐位になるだけでは軽快しない
両側性の横隔膜疾患	仰臥位で呼吸困難となるが、心不全などとは異なり、仰臥位になるとすぐに呼吸苦が出現して頻呼吸となり、副呼吸筋を使用するのが特徴的である
COPD、気管支喘息、上気道病変	心不全よりも前屈の坐位をとって両手を前につけて首を伸ばし、よりまっすぐな姿勢を好む
心膜炎	仰臥位で胸痛が強くなるため、坐位で前屈姿勢を好む
両側性の肺尖部病変(ブラ、肺炎)	換気血流比を上げるために坐位を好む
大量腹水などの腹部膨満疾患	横隔膜の圧迫を避けるため坐位を好む

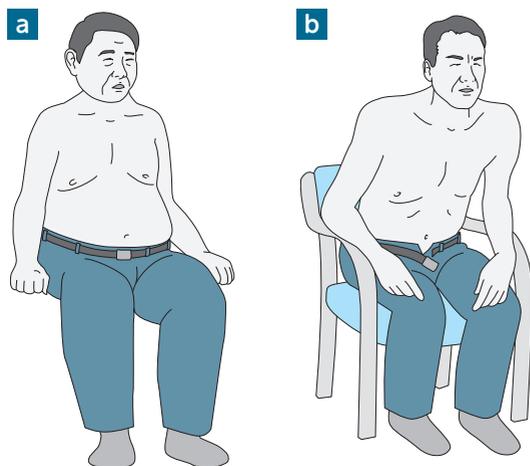


図2 心不全患者、COPD患者の姿勢の特徴

a:心不全での起坐呼吸, b:COPDでの起坐呼吸

bでは気道・胸郭を広げようと、前屈で肩・顎を上げている

## 【胸膝位(図4)】

後腹膜のスペースを空けようとするもので、急性膵炎や上腸間膜動脈症候群などでみられる。

## 10 気温

COPDなどで二酸化炭素が貯留すると暑がるため、冬でも窓を開けていることがある。心不全も窓を開けたがるが、これは空気の流れを欲するためとされる。

甲状腺機能低下症や副腎皮質機能低下症では耐寒性が低下する。

## 11 咳・くしゃみ・いきみ

頸椎性神経根症など神経根病変では、脊柱管内の圧が上昇して痛みが生じる。一方、末梢神経障害では痛みは生じない。

髄膜炎、静脈洞血栓症などの頭蓋内圧亢進状態では頭痛が増強する。

キアリ奇形でも頭痛が生じる。

一次性咳嗽性頭痛では、咳やいきみで三叉神経第1枝領域に瞬間的な痛みが起こり、他に原因がない。

咳は体全体の振動を起こすため、頭蓋内圧亢進とは関係なく、骨関節疾患や腹膜・胸膜の炎症性疾患などの症状を増悪させる。

腹膜刺激徴候の所見として咳サインがある。

## 12 光・音

片頭痛や髄膜炎では光過敏・音過敏を訴えるが、増悪因子ではない。

破傷風の第3期では音や光に反応して痙攣が誘発される。

### Column 〈驚きの病歴シリーズ〉 そんなことあるの？ やっぱ病歴は大事！

#### 60歳代女性 主訴：発熱，下腹部を持ち上げると改善する排尿困難

▶腸閉塞術後の腹壁ヘルニアの手術歴がある女性。昨日より悪寒戦慄を伴う発熱があり、その後から尿が出しにくいとのこと。それ以外には、歩行時に下腹部痛があるという。食欲はないが食べられてはおり、嘔吐や下痢はなく、呼吸器症状もない。

▶聞くと、排尿困難は下腹部を持ち上げると改善するという寛解因子があった。また、下腹部痛は歩行で増悪し、安静で軽快するという増悪・寛解因子が

みられた。

- ▶ 尿路感染症にしては、排尿困難が発熱後に出ており、下腹部を持ち上げると改善するというのも合わない。実際、尿沈渣は正常であった。
- ▶ 労作で増悪し、安静で改善するということから筋骨格系の疾患が疑われ、腹壁を持ち上げることで尿が出るようになるということも併せて考えると、腹壁の病変が疑われた。
- ▶ 身体所見では、視診では問題ないものの、下腹部正中をわずかに圧迫するのみで痛みが誘発され、カーネット徴候も陽性であることからやはり腹壁の疾患が疑われた。悪寒戦慄もあることからメッシュ感染を疑い、CTにて確定された(図5)。

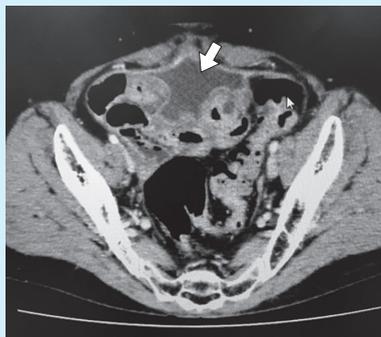


図5 本症例のCT画像

### Column 〈変な症状シリーズ〉 そういうことだったのね…!

#### 70歳代男性 主訴：昼食後に尿が濁る

- ▶ 1カ月前に急に尿が濁っているのに気がついた。しばらく様子を見ても改善しないため、かかりつけ医から泌尿器科を紹介されて受診。エコーなどの画像検査・尿検査を行い、尿検査に異常はないものの、膿尿として抗菌薬が処方された。しかし、その後も症状が改善しないため当院受診。
- ▶ 話を聞くと起床時の尿はきれい、夕食後も気にならないが、昼食後2時間ほどすると尿が濁るとのこと。ヨーグルトやアイスクリームが悪いのではないかと思うとのこと。
- ▶ 病歴から乳糜尿が疑われ、尿中中性脂肪高値もあり診断となった。造影CTを含めて尿路系の精査が行われたが、明らかな異常はなかった。
- ▶ 昼食後だけ食べていたおやつをやめることで症状は改善した。

(西垂水和隆)

# 12 意識消失

## POINT

- ▶ 意識消失の診断は病歴が最も重要である。
- ▶ 特に目撃者からの情報が大切であり、来院していない場合は電話してでも情報を得る。

## 1 一過性意識消失の分類と鑑別

一過性意識消失とは、急性発症で、短期間で自然と完全に意識が戻る意識消失である。そのため来院時に意識レベルが完全に正常でない場合は、意識障害として鑑別を考えていく必要がある。

一過性意識消失の二大疾患は失神と痙攣であり、まずはこの鑑別を行い、失神と考えられた場合には反射性失神、起立性低血圧に伴う失神、心原性失神のどれに当たるかを鑑別する (図1)。

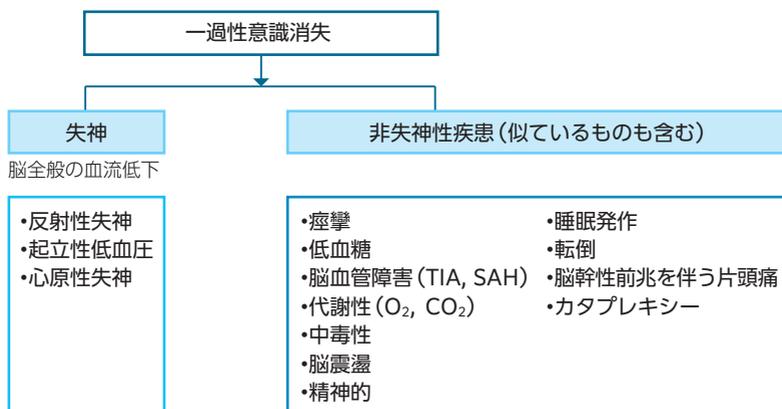


図1 一過性意識消失の分類

TIA:一過性脳虚血発作, SAH:クモ膜下出血

## 2 失神と痙攣の鑑別

患者は意識消失しているため、本人からの情報収集が困難なことが多い。目撃者から詳細に聞き出すことが最も重要であり、来院していなければ電話をしてでも情報を取るべきである。発作前と発作中、発作後にわけて、表1の項目について質問をして鑑別していく。

表1 失神と痙攣の鑑別

	失神	痙攣
<b>発作前</b>		
誘因, 状況	あり(不整脈ではなし)	なし(予兆はありうる)
直前の症状	動悸, 嘔気, 熱い感じなど	デジャヴ(既視感), 匂い・味など
既往歴	なし, 心疾患, パーキンソンニズム	てんかん, アルコール, 脳卒中
<b>発作中</b>		
顔色	青(顔面蒼白)	赤(怒責, その後チアノーゼとなる)
冷汗	あり	なし
首, 眼位	首は下がる, 眼球上転	一方向に持続的
意識消失時のトーン	弛緩性(長時間では緊張)	緊張(稀に弛緩性痙攣)
呼吸	保たれる	無呼吸後の失調性呼吸, 叫び声
徐脈	迷走神経ではあり	なし(頻脈が多い)
痙攣	意識消失後に数秒	いきなり数十秒以上
意識消失時間	20秒以内(坐位だと長い)	長い(30秒以上)
<b>発作後</b>		
舌咬傷, 泡	なし(あっても舌尖端)	あり(舌側縁)
尿・便失禁	なし(ときどき尿失禁)	あり
回復	早い	ゆっくり(意識朦朧)
回復後の症状	迷走神経では嘔気	意識障害, 興奮
逆行性健忘	なし	あり
トッド麻痺	なし	ありうる
怒責による点状出血	なし	ありうる
褥瘡	なし	ありうる