

# 4 MUSと女性特有の問題

井本博之，中山明子

## Point

- 女性特有の問題では月経周期との関連を必ず聴取する。
- 女性特有の問題では生物心理社会的アプローチが有用である。
- 女性特有の問題はMUSとラベルされることが多い。
- 女性の各ライフステージに特徴的な疾患を意識する。

## 1 MUSと女性特有の問題

### 1) 女性特有の問題では月経周期との関連を必ず聴取する

女性特有の問題は、一見不定愁訴(医学的に説明困難な症状：medically unexplained symptoms：MUS)のように思われる場合がある。しかし、その背景に介入可能な疾患が隠れている場合がある。女性特有の背景を見逃さないためにも、月経周期との関連を必ず聴取する。

たとえば内科外来において「昨日から頭とお腹が痛い、イライラして不安、気分が落ち込む」と書かれた思春期女性の問診票を見た際、「また不定愁訴か」とため息をつくのではなく、女性特有の問題が背景に隠れていないかに注意しなければならない。症状のタイミングと月経周期を問診することで、たとえば思春期女性の特有の問題である月経前症候群(premenstrual syndrome：PMS)にたどり着き、治

療につながられるかもしれない。他にも「下痢を繰り返す」という過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome: IBS) 様の訴えも、月経歴を確認すると、実は月経前症候群や月経困難症だったという可能性もある。

## 2) 女性特有の問題では生物心理社会的アプローチが有用である

女性特有の問題には心理社会的な背景に対する問診が欠かせない。月経前症候群、月経困難症、更年期障害はいずれも心身症でもある<sup>1)</sup>。心身症は「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害を認められた病態」であり、生物心理社会的アプローチが有用となる。生物心理社会的アプローチの詳細については後述するが、問診では身体的な側面と心理社会的側面を分けることなく同時に聴取することを心がける。

## 3) 女性特有の問題はMUSとラベルされやすい

月経周期やホルモンバランスは超音波検査、CTやMRIなどの画像検査でとらえられるものではないため、女性特有の問題はMUSとラベルされやすい。多愁訴をMUSと決めこむのではなく、女性であれば必ず月経との関連を念頭におき問診する。

# 2 女性特有の問題を抱える患者を診察する上での基本的姿勢

本項では様々な愁訴を持つ患者を前にしたとき、MUSと断じてしまう前に、適切に問診し治療につなげるテクニックを紹介するが、各論に入る前に女性特有の問題を抱える女性を診察する上での基本的姿勢として、心と身体を分けずに診察する方法(生物心理社会的アプローチ)、女性のライフステージを踏まえた問診、月経の問診について

概説する。

## 1) 生物心理社会的アプローチ

心理社会的因子が影響する女性特有の問題には、生物心理社会的アプローチが有用と言える。

### (1) 心と身体を同時的にとらえる

図1に医療者と患者とで考え方が異なる場合に生じる悪循環を示す。①症状のある患者に対して②検査を行い、③その検査が陰性でありMUSと分かったとき、医師は安心する。その時、患者の症状は一時的に改善する。しかし①症状は再燃し、サイクルが再び始まる。②③やはり検査は陰性であり、それでも症状が生じることに患者は不安になる。④患者はさらに検査を要求し、⑤医師を苛立たせ、医

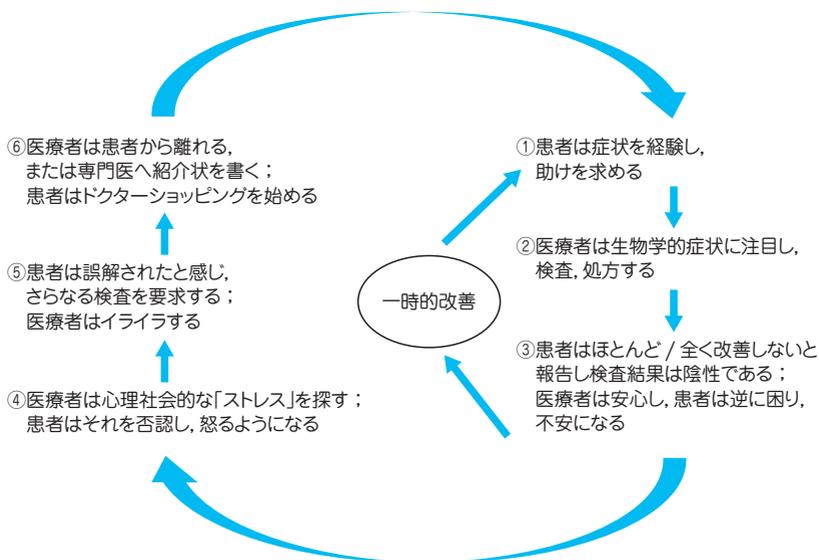


図1 身体化の固定した医療者—患者の相互作用

(文献2より改変)

# 1

## 器質的疾患とも精神的疾患とも言えないとき

加藤光樹

### Point

- 生物医学的な診断の有無にかかわらず、医師は患者のwell-beingを支えるように関わる必要がある。
- 患者のwell-beingとは何かを探る上では患者中心の医療の方法が有用である。
- 低疾患率症状と判断した場合、diseaseあるいはillness寄りに診療の軸足を定めることが、不要な検査を減らし、患者に安心を提供する上で有用である。

ここではまず、患者のwell-beingを考える上で有用な「患者中心の医療の方法」について紹介する。その上で、この診療モデルを土台として、MUS (medically unexplained symptoms: 医学的に説明困難な症状) が疑われる症状を有する患者への診療の流れと留意点について解説していく。

## 1 患者中心の医療の方法と well-being

患者中心の医療の方法 (patient-centered clinical method: PCCM)<sup>1)</sup> は、カナダのウエスタン大学家庭医療研究センターの Moira Stewart らによって、1995年に初めて紹介された。これは医療職がこれまでもっていた方針決定の力を患者とシェアし、より良い

ケアを実現するための方法論である。以下にその方法論の概要を述べていく。

## 2 健康、疾患、<sup>やまい</sup>病体験を探る

私たちは疾患について、検査し、診断し、薬などの治療的な介入を決定しているが、患者は同時にその疾患に関する主観的な「病体験 (illness)」を経験している。illnessは以下の4つの領域を探っていくことで見てくる。①感情：病気についてどんなことが不安・心配か、②考え：なぜ自分が疾患を患うことになったか、③影響：疾患に伴って生活上のどのようなことに支障が出ているか、④期待：現在の状況がどうなっていくことを望んでいるか。さらに患者の健康観も、療養のゴールを設定するにあたってきわめて重要な情報になる。患者にとって健康とはなんなのか(意味)、どう過ごすことがよりよく生きる (well-being) ということなのか(目標)。こうした情報を集め、患者の体験を多面的に理解するのがこのプロセスである。具体的な事例を見てみよう。

### 【事例1】46歳女性

1週間続く咽頭痛を主訴に受診。咽頭痛はあるが食事は可能である。最近、父を咽頭がんで亡くしており、自分の咽頭痛の原因ががんなのではないかと恐れている。診察ではその可能性について医師からの判断を受けたいと思っている。

### 【解説】

この事例では、患者は自分の家族の病気の経験を受けて、自らの病気もそうしたものののではないかと考えている(考え)。食事もとれており咽頭痛のため生活へ出ている支障は少ないものの(影響)、自分もそうした病気なのではないかという恐れが

あり(感情), そうした病気ではないということを確認したいと思っている(期待)。この診療におけるゴールは「風邪だから鎮痛剤を出しておきますね」という対応ではない。「ご家族がそのような病気だったのでしたら, ご心配になるのもごもっともです。ご心配の点に対してしっかりと診察してみたいと思います。」といったやりとりを通じて, 患者の懸念を払拭することが診療のゴールとなりうる。なぜなら, そのことは患者がwell-beingを取り戻す(病気の不安のない状態に戻る)ということに繋がるからである。

さて, この際にどの程度の不確実性を許容するかの判断をしなければならぬ。究極的には病歴聴取, 肉眼的咽頭視診, 頸部リンパ節の触診だけでは咽頭がんの可能性を完全に否定することは不可能である。そこで, 後述のsafety-net (p87) を利用しながらマネジメントプランを患者と合意することが, 不要な検査を避ける上で重要になってくる。また, この事例では実にスムーズに患者の懸念事項が抽出されているが, 医師が患者の訴えを遮り, 早急にclosed-questionを繰り返す場合には, このようにillnessが自然と出て来ることはない。こうしたことを避けるためには後述のinductive foraging (p85) が大いに役に立つ。

### 3 全人的に理解する

患者を全人的に理解するためには, 患者個人のことと, 患者が置かれている環境について理解する必要がある。患者個人のこととしては, 今どのようなライフサイクルにあり, どのような発達課題があるか, どのような信念や信仰があるかといったことがそれに当たる。ま

# 器質的疾患が隠れている事例

松浦武志

## 1 患者サマリー (初診時)

事例： 50歳代 女性 専業主婦

既往歴：頸椎ヘルニア，変形性膝関節症，腰部脊柱管狭窄症（いずれも保存療法中）

10年前子宮全摘術後：年1回の定期チェックのみ

嗜好歴：たばこ6本/日 30年，アルコール ビール1,000mL/日

主訴： 1カ月前からの嘔気・食欲低下・めまい

現病歴：1カ月前から嘔気・食欲低下が出現し，それまで飲んでいたアルコールが摂取できなくなった。3週間前からめまいが出現し，近医脳神経外科を受診し脳MRIが撮像されたが異常なしとされた。嘔気・食欲低下が持続するため2週間前に近医消化器内科を受診し，上部消化管内視鏡検査を受け異常なしとされたが，臨床症状から逆流性食道炎の診断となり，ランソプラゾール30mgが処方された。しかし症状はおさまらず，1週間前に近医耳鼻科を受診し聴力検査・重心動揺検査などを受けたが異常なしとされた。その後も症状が続くため，当院総合診療科外来を初診で受診した。この1カ月で体重が6kg減少していた。

内服歴：ランソプラゾール30mg 1日1回



## 2 事例に対する考え方

それなりの喫煙歴・アルコール摂取歴のある中高年女性の1カ月前からの嘔気・食欲低下・体重減少・めまいの症例である。体重減少というred flag signがあることから初診の段階では「器質的疾患」を疑って診察することになる。食欲低下を伴った体重減少であることから、消化管の悪性腫瘍や胃十二指腸潰瘍などの良性疾患を第一に疑う。それなりのアルコール歴があることから慢性膵炎などの肝胆膵系の疾患も鑑別に挙がる。嘔吐や腹痛がないことから術後の腸閉塞・イレウスなどはあまり疑わない。めまい症状は悪性腫瘍による貧血症状も考えられる。起立負荷試験で症状の再現をみたいところである。貧血が鑑別に浮かべば、アルコール摂取過剰に伴うビタミンB<sub>12</sub>欠乏症や葉酸欠乏症は鑑別に挙がる。慢性失血が原因であれば鉄欠乏症による小球性貧血になるであろうし、ビタミン不足が原因であれば大球性になることが多い。MCV (mean corpuscular volume: 平均赤血球容積) のチェックとともに鉄欠乏に対し感度・特異度に優れたフェリチンのチェックはしたいところである。ビタミン欠乏症が鑑別に挙げられれば、めまい症状の原因として亜急性連合性脊髄変性症に伴う脊髄後索障害が鑑別に挙がってくるため、アルコール摂取量の詳細な聴取が必要になる。アルコール関連疾患が頭に浮かべば、アルコール性肝硬変に伴う二次性糖尿病による高血糖と低血糖の諸症状も鑑別に挙がる。また、アルコール摂取はうつ病との関連が強く、器質的疾患の精査を進めると同時に「うつ病・抑うつ傾向」の診断も積極的に進めたいところである。特に希死念慮の聴取は疾患の緊急性の判断には必須である。抑うつ傾向がみられれば、生活背景・社会背景についての聴取が必要になる。

ポイントは、全身の症状(食欲低下・体重減少)かつ複数臓器系にわたる(めまい・嘔気)症状があるため、「VINDICATE-P [Vascular