

Dr. 山中・鎌田の

# 問診☆攻めNIGHT

## ロールプレイ用 配布プリント



### Dr. 山中・鎌田の問診☆攻めNIGHTとは

- ・問診の実演・解説が聞けるラジオ風動画シリーズです。
- ・国試過去問をベースに、臨床経験豊富なドクターが医師患者役となって外来を実演！
- ・プレゼンを行い、鑑別の思考過程を解説してくれます。
- ・その他、実際に先生が出会ったケースや、過去の失敗談なども聞けます
- ・講師は、福島県立医科大学津医療センターの総合診療医、山中克郎先生と鎌田一宏先生です。
- ・臨床実習での一般外来やERでの実習はもちろん、Post-CC OSCE対策に役立ちます。

### 目次

1. 胸痛
2. 下痢
3. 腹痛
4. 便秘
5. 発熱①
6. 発熱②
7. リンパ節腫脹①
8. リンパ節腫脹②
9. 浮腫
10. 血痰・喀血
11. 動悸
12. 頭痛①
13. 頭痛②
14. めまい
15. 悪心・嘔吐

## ■プリントの使い方

本テキストは、ラジオ風動画『Dr.山中・鎌田の問診☆攻めNIGHT』の内容をテキスト化したものです。

左ページに「トーク内容」・右ページに「ロールプレイ用資料」をまとめています。

症候学の学習とロールプレイのサイクルで学習を進めることができます。

▶Post-CC OSCE／実習／研修へ向けた勉強にぜひご活用ください！

症例へのアプローチ方法を示しています

問診の意図を記載しています

## ●左ページ：プロの考え方を学ぶ！

### Point

- プロの臨床推論の思考過程／臨床上のポイント／実体験やエピソードなど、動画のトーク内容をテキスト化！
- 実習や研修に活かせる内容が盛りだくさん！
- ロールプレイの予習・復習に活用ください。



## ○実際に動画を視聴してみよう！

動画内の マークを長押しすると動画に飛べる！

- テキストには書ききれなかったトークが動画には盛りだくさん！
- 試験勉強の合間、実習の行き帰りの電車の中など、ラジオのように聞き流すことができるでの、合間時間の勉強に最適です。
- その日学習した分野に関する症候を視聴するのがおすすめです。

## ●右ページ：友達とロールプレイ！

### Point

- 動画で扱っている症例を、ロールプレイ用テキスト化！
- Post-CC OSCEへ向けた学習でも活用できるような工夫が満載！
- 国家試験の過去問題を症例にしているため、国家試験対策にもつながります！

今日はどうされましたか



お腹が痛くて…

## ○ロールプレイを行うコツ

### ▶フレームワークを活用して問診する

- OPQRST+かきくけこさしせずで聞くと、網羅的に症状を把握できます。

#### OPQRST

- O : onset(発症様式)  
P : provocative／palliative(増悪・寛解因子)  
Q : quality／quantity(症状の性質・ひどさ)  
R : region／radiation(部位、放散痛)  
S : associated symptoms(随伴症状)  
T : time course(時間経過)

#### かきくけこ・さしせず

- |           |                |
|-----------|----------------|
| か：家族歴     | さ：酒タバコ         |
| き：既往歴     | し：職業、食事・水分     |
| く：薬、アレルギー | す：睡眠           |
| け：健康診断    | せ：性活動          |
| こ：海外渡航歴   | そ：その他(排便・排尿など) |

### ▶鑑別にあわせた身体診察を行う

### カルテと同様、SOAPの順に報告する

主観的所見(S)→客観的所見(O)→アセスメント(A)&プラン(P)

主観的所見(S)	①患者の基本情報
	②主訴
	③現病歴
	④既往歴
	⑤薬剤歴・アレルギー
	⑥生活歴
	⑦家族歴
	⑧心理社会的・解釈モデル
客観的所見(O)	①身体所見
	②検査所見
アセスメント(A)&プラン(P)	①プロブレムリスト
	②臨床診断と根拠
	③鑑別診断・除外診断
	④今後のプラン

#### 症例プレゼンテーションの例

56歳男性、(S①) 前胸部を主訴に救急搬送されました(S②) 起床後、仕事へ向かう前に突然の前胸部痛を自覚し、10分以上痛みが持続していたため救急車を要請しました。痛みは現在も持続しています。この痛みは左肩や喉のあたりに放射痛と冷や汗をともないます。バイタルサインは血圧 160/96、脈拍 120回/分、体温 36.2°C、SpO<sub>2</sub> 97%(鼻カニューラ3L/分酸素投与下)でした。(S③)

既往歴は特になし、健康診断で、高血圧、高血糖、高コレステロールを指摘されているが治療は行っていません。(S④) 20歳から現在まで喫煙歴があります。(S⑤) 父親に心筋梗塞の既往があります。(S⑥)

12誘導心電図で洞性頻脈と前胸部の広範なST上昇を認めています。(O①②) 持続する前胸部痛などの主症状に加え、父親が心筋梗塞で、高血圧、高血糖、高コレステロールといったリスクの高い患者なため、(A②) ますACSを疑いました。(A①) 心電図でST上昇の有無を調べるとともに、採血でトロポニンTの上昇がないかを調べます。(P④)

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



『アプローチ』心筋梗塞を想定し、問診は手短に！

## ● 胸痛対応 3STEP

① まずは急性冠症候群(心筋梗塞)を想定。問診は手短に！

② ACSを疑った時点でバイタルサインのチェック、心電図検査を行う。

緊急事態も考慮しルート確保も同時にやっておく。

③ 症状を見てまだ問診する余裕がある場合、患者背景を聴取！

5:58

## ● 胸痛の Red flag sign

高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、喫煙歴、一親等以内の心筋梗塞の家族歴、年齢(中年)、性別(男性)

→ 上記の背景+冷汗+指差せない広範囲の前胸部痛⇒急性冠症候群の可能性が高い。

10:45

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	心筋梗塞を想定し、手短に問診する。	「これは初めての痛みですか」 「何かをしている時に突然痛くなつたんですか」
Q 症状の性質、程度	痛みがひどければひどいほど心筋梗塞を強く疑う。	「かなりひどい痛みですか」
R 部位、放散痛	心筋梗塞の放散痛を確認。	「指一本で指せる痛みですか、それとも全範囲が痛みますか」 「肩や腕も痛いですか」
S 随伴症状		「冷や汗は出ましたか」
T 時間経過	20分以上痛みが持続する場合は心筋梗塞を強く疑う。	「痛みは何分くらい続きましたか」 「今もまだ痛みは続いていますか」
既往歴	心筋梗塞のリスクファクターの確認。	「今までどんな病気をしたことありますか。」「コレステロールが高いと言われたことはありますか」
嗜好	心筋梗塞のリスクファクターの確認。	「煙草は何本くらい吸いますか」
家族歴	心筋梗塞のリスクファクターの確認。	「ご家族で心筋梗塞の方はいませんか」

## ● 心電図所見

・心電図変化あり(ST上昇など) → 循環器内科にコンサルト

・心電図変化なし → 症状の問診を継続

⇒ 心電図がはっきりしない場合も多々ある

・不整脈の既往、陳旧性心筋梗塞など。

・患者の以前の心電図を確認する(正常心電図との比較)。

・初診の場合、かかりつけ医から心電図を送ってもらうことを考慮しても良い。

11:46

## ► ACSの見逃しに注意！

・胸痛がない心筋梗塞に要注意：高齢者、女性、糖尿病

・胸痛以外の症状：急に発症する倦怠感、食欲低下、息切れ、歯痛などで来院することもある。

・ウォーキングの場合も多い。緊急疾患を常に念頭に置いて診察することが大事。

24:35

## ► 症状だけで判断が難しい場合

・1時間後に心電図を再検査

・血算の再検査(トロポニンTなど最初の数時間では陽性にならないことがある)

28:06

## ○ フリートーク

・ルワンダでは患者さんが自分のレントゲンを絵巻物みたいにして持っている

・脇から上のどのような症状でも心電図を取るべし！

・心筋梗塞と見せかけて…？鎌田先生が今でも覚えている胸痛主訴の患者さん

26:50

33:55

35:33

## ロールプレイ

QB 112E50, 51

## 【症例提示】

56歳男性、主訴：胸痛  
バイタル：血圧 160/96、脈拍 120回/分、呼吸数 20回/分、体温 36.2°C、SpO<sub>2</sub> 97%(鼻カニューラ3L/分酸素投与下)

## 【問診】

## 【身体診察】

	患者さんの回答
O	初めて経験する痛み。 朝起きて仕事に向かう準備をしていたときに突然痛くなった。
R	指一本では指せず、前胸部が痛い。 左肩や喉のあたりも痛い。
S	冷や汗がでていた。
T	痛みが10分以上持続している。
家族歴	父親が心筋梗塞。
既往歴	今まで病気はしていない。 健康診断で高血圧、高血糖、高コレステロールを指摘されていたが、受診はしていない。
嗜好	タバコを20歳くらいから20本/日。



## ■ その他の胸痛の鑑別

肺塞栓症、気胸、胸膜炎、急性心膜炎、急性大動脈解離、大動脈瘤破裂、帯状疱疹、パニック障害

## 【鑑別】

#急性冠症候群(ACS)

## 【プレゼンテーション】

S	56歳男性、前胸部を主訴に救急搬送された。 起床後、仕事へ向かう前に突然の前胸部痛を自覚し、10分以上痛みが持続していたため救急車を要請した。痛みは現在も持続している。このような痛みは初めてで、前胸部だけでなく、左肩や喉にも違和感を伴い、冷や汗を認めた。既往歴は特になし。健康診断で、高血圧、高血糖、高コレステロールを指摘されているが治療は行っていない。20歳から現在まで喫煙歴がある。
O	バイタルサインは血圧 160/96、脈拍 120回/分、呼吸数 20回/分、体温 36.2°C、SpO <sub>2</sub> 97%(鼻カニューラ3L/分酸素投与下)であった。 父親に心筋梗塞の既往がある。12誘導心電図で洞性頻脈と前胸部の広範なST上昇をみとめた。
A&P	持続する前胸部痛などの主症状に加え、父親が心筋梗塞である、高血圧、高血糖、高コレステロールといったリスクの高い患者であり、まずACSを疑う。心電図でST上昇の有無を調べるとともに、採血でトロポニンTの上昇がないかを調べる。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》下痢は腸管以外が原因の鑑別も挙げ、除外しながら診断に迫る。

## 攻める問診

	問診の意図	医師の問診
O 発症様式		「どれくらい前から体調が悪いんですか」 「1日何回くらい下痢をしますか」
Q 症状の性質、程度		「便は海苔の佃煮のような黒い便ではないですか」 「水がシャーっと流れるような水様便ですか」
R 部位、放散痛		「お腹はどこが痛いですか」 「痛みには波がありますか」
S 障害症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血の程度の聞き方(*1) 喪失している血液が多い⇒起立性低血圧 軽度の場合見逃してしまうこともある。 血圧ごとに脈拍を計測／負荷をかけた時の動悸・息切れなどから把握。</li> <li>・しぶり腹はS状結腸～直腸に異常があることを示唆する。 ↓ ・炎症：炎症性腸疾患・虚血性腸炎・憩室炎・細菌性腸炎など ・外からの刺激：出血、大動脈瘤破裂、異所性妊娠、虫垂炎など ・直腸異物・癌など</li> </ul>	<p>「お腹は痛いですか」 「熱は出ていますか」 「体重は減りましたか、または他の人に痩せたと言われますか」 「立ちくらみはありますか」 「階段を登ると動悸がしますか」 「トイレに行きたくて仕方ない感じはありますか？(しぶり腹)」</p>
T 時間経過	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜中に起きてしまうほどの症状では、重大な疾患を考える。過敏性腸症で夜中に目が覚めることはない。 →下痢だけでなく他の症状にも応用できる！</li> </ul>	「夜寝ている時に下痢で目が覚めることはありますか」
既往歴		「今まで大きな病気はしたことありますか」
服薬歴	薬剤性下痢ではないかを確認する。	「今薬を飲んでいますか」
嗜好		「煙草は吸いますか」「お酒はどれくらい飲みますか」
職歴		「お仕事は何をされていますか」
渡航歴	感染症ではないかを確認する。	「海外旅行には行かれましたか」「キャンプや温泉には行きましたか」
性	MSM(：Men who have Sex with Men)の方ではないかを確認する。	「下痢・血便がある男性に必ずお聞きしていますが、男性との性交渉はありますか？もし答えたくなれば答えなくて結構です」

## ● 貧血の程度の聞き方(\*1)

- ・起立性低血圧の有無

→救急室などで立位が難しい場合などは座位にして下肢だけベッドサイドから下げる工夫が大事。

足をブラっとさせて下肢に血液を貯め、負荷をかけた状態で血圧を測ると良い。

- ・眼瞼結膜だけでなく手の皺も確認する。貧血の場合、手を背屈すると普通は黒く見えるシワが白っぽく見えることがある。  
全体を見てみる、自分の手と比べるなどが重要。

## ● 圧痛と自発痛の違い

30:46

- ・自発痛なし、押すと圧痛がある → 圧痛ありの典型
- ・自発痛あり、押すと痛みが増強 → 圧痛があると判断できる
- ・自発痛あり、押しても痛みに変化なし → 圧痛なし。  
この場合血管系イベント(大動脈解離や血管炎)が考えられる
- ・自発痛あり、押しても痛みのない場合 → 関連痛を考える

## ○ フリートーク

- ・鎌田先生がガンジス川に！その後は？ 34:05
  - ・直腸異物～お尻にガラスのピンが…～ 39:12
  - ・山中先生が診断できなかった痛恨の症例！ 41:17
  - ・下痢は腸管外から考えよう 43:26
- 甲状腺クリーゼ、アナフィラキシー、敗血症、肺炎、腹膜炎、TSS、薬剤性(NSAIDs, PPI, アロプリノール, メトホルミン, SSRIなど), 抗菌薬(C.difficileなど)

## ロールプレイ

QB 115D49

## 【症例提示】

26歳男性、主訴：下痢、血便  
バイタル：血圧 108/64、脈76回整、呼吸数 18回、SpO<sub>2</sub> 99%、体温 37.1°C

## 【問診】

## 【身体診察】

	患者さんの回答
O	3ヶ月前から、この1、2週間でひどくなった。
Q	茶色っぽい粘液便で、血が少し混じっている。 水っぽい下痢は出ない。 黒い便ではない。
R	臍の周りや下腹部が痛い。
S	お腹は痛い。 熱は測っていない、だるさはあったが仕事には行っていた。 体重が少し減り、周りからも痩せたと言われる。 立ちくらみはないが、だるさがある。 いつもより息が切れる感じがする。 便意を感じてトイレに行って何もでない。
T	下痢で目が覚めることはない。
既往歴	健康診断でコレステロールに気をつけるように言われたが、特に治療は受けていない。
服薬歴	薬は飲んでいない。 抗菌薬は飲んでいない。
嗜好	喫煙：20歳くらいから10本/日。 お酒：1日に500ml缶を2缶ほど。体調が悪くなってからは飲んでいない。
職歴	印刷業で事務作業や物を運ぶ作業をしている。
渡航歴	この1年海外には行っていない。 キャンプや温泉も最近は行っていない。
性	男性との性交渉はない。



## 【鑑別】

#炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎) #アメーバ赤痢

## 【プレゼンテーション】

S	26歳男性、下痢と血便を主訴に来院した。 3ヶ月前から下痢を自覚し、この1、2週間で1日に5-6回の血便をみとめ、症状が悪化したため受診した。下痢と血便の他にしぶり腹を認めた。海外渡航歴や同性間での性交渉歴はない。内服薬はない。
O	腹部に圧痛は認めない。 バイタルや血液検査所見に異常を認めない。
A&P	しぶり腹、血便からS状結腸や直腸の炎症を考えて炎症性腸疾患をまず第一に鑑別に挙げ 大腸内視鏡検査を行う必要がある。

## ■ その他の下痢の鑑別

甲状腺機能亢進症、急性胃腸炎、機能性消化管疾患(過敏性腸症候群)、慢性膵炎、薬剤性

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》急性虫垂炎に似た症状に注意！解剖を意識した触診を

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式		「昨日までは元気でしたか」「突然痛くなったんですか、徐々に痛くなつたんですか」「初めての痛みですか」
P 寛解・憎悪因子	憩室炎：比較的食欲あり。	「ご飯を食べると余計に痛くなりますか」「こうすると楽になるという行動はありますか」
Q 症状の性質、程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みの波の有無           <ul style="list-style-type: none"> <li>内臓痛(尿管含む「管」の痛み)、波あり、局在がはっきりしない。</li> <li>体性痛(腹膜や胸膜など「膜」の痛み)、波なし、持続的、振動で響く、局在がはっきりしている。</li> </ul> </li> <li>部位：右下腹部なら虫垂炎、心窩部なら別の疾患も。</li> <li>層に分けて考える：一番上の皮膚に痛み→帯状疱疹の可能性。</li> </ul>	<p>お腹の痛みは波がありますか</p> <p>振動で響く感じはありましたか</p>
R 部位、放散痛		「朝はみぞおちが痛みましたか」「右の下腹が痛くなってきたのはいつ頃からですか」
S 障伴症状	カンピロバクター：初期症状は発熱、頭痛、帰ったあと下痢(血便)が始まる。	「熱はありますか」「頭は痛くないですか」「下痢はしていませんか」「みぞおちが痛くなつた後に吐き気がしましたか」
既往歴		「今まで何かご病気をされていますか」
服薬歴		「お薬を飲まれてないですか」
嗜好		「煙草は何本くらい吸いますか」「お酒はどのくらい飲れますか」
その他		「同じような症状の人は家にいらっしゃいますか」

● 虫垂炎の身体診察の時は… 37:45

- 解剖を意識した触診を。自分の手をエコーのプローブのように思って深さを調整する。

● 前皮神経絞扼症候群(ACNES) 39:26

→肋間神経の前皮枝が腹直筋で絞扼され、腹直筋に沿つた正中から3~4cm外側に痛みができる。慢性だけでなく急性もある。キシロカイン10cc程度を痛みの場所に注射すると、腹直筋に絞扼されている神経が解除されて治る。

● カーネットサイン 40:00

・圧痛点を確認した後、胸の前で手を組み、おへそを見るように上半身を起こさせて腹直筋に力を入れた状態で圧痛が出るかを確認する。  
 →腹直筋に力をいたときに痛みがない：腹腔内に原因がある。  
 腹直筋に力をいたときに痛みが変わらないか強くなる(カーネット徵候陽性)：腹膜の外側(筋肉など)に原因がある、ACNESなど。

● 骨盤内炎症性疾患(PID)、肝周囲炎に注意！ 46:10

虫垂炎との鑑別としても重要。妊娠可能な女性の場合月経周期を必ず確認する。

● 月経のタイミングによる腹痛の原因として考えられるもの 55:22

0~7日：月経困難症、子宮内膜症(それ以外のタイミングもありえる)  
 14日ごろ：排卵痛  
 黄体期、排卵期の性交後：卵巣出血

## ロールプレイ

QB 110E54

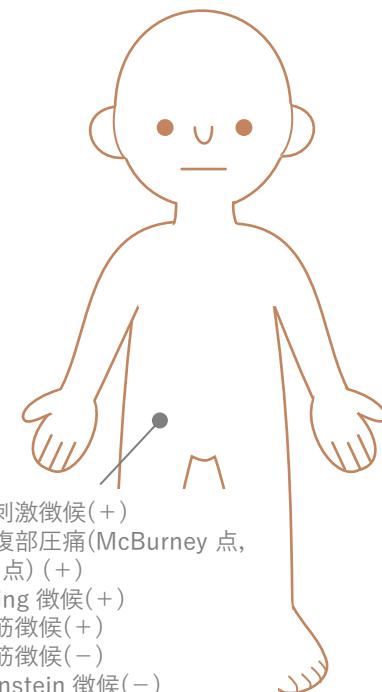
## 【症例提示】

78歳男性、主訴：腹痛、恶心  
 バイタル：血圧 148/84、脈92回整、呼吸数 20回、SpO<sub>2</sub> 99%、体温 37.8°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	今朝起きてから痛い、気持ち悪い感じもする。徐々に痛くなつた。今までになく、初めての痛み。
P	朝食は食べられたが、昼食は腹痛と気持ち悪さで食べられなかった。特に楽になる行動は無い。
Q	波はあるが、痛みが全くなくなることはない。歩くと響く感じがする。
R	今は右下腹部が痛い、朝はお腹の真ん中あたりが痛んだ。
S	診察前の体温は37.8°C。頭は痛くない。昨日の朝を最後に排便していない。今は食欲はない。
既往歴	健康診断で血圧が高いと指摘された。お腹の手術をしたことはない。
服薬歴	薬は飲んでいない。
嗜好	喫煙：20歳くらいから1箱/日。お酒：1日1合。
食事	鳥料理をよく食べる。
備考	周りに同じ症状の人はいない。

## 【身体診察】



- 腹膜刺激徵候(+)
- 右下腹部压痛(McBurney 点, Lanz 点)(+)
- Rovsing 徵候(+)
- 腸腰筋徵候(+)
- 閉鎖筋徵候(-)
- Rosenstein 徵候(-)

## ■ 他の腹痛の鑑別

消化性潰瘍、機能性ディスペプシア(FD)、急性胃腸炎、虚血性大腸炎、腸間膜動脈塞栓症、便秘症、過敏性腸症候群、腸閉塞、腸重積症、汎発性腹膜炎、鼠径ヘルニア、胆囊炎、胆石症、急性膀胱炎、急性冠症候群、急性大動脈解離、子宮内膜症、異所性妊娠、流・早産、卵巣囊腫(捻転)、卵巣癌(捻転)、尿路結石、糖尿病性ケトアシドーシス

## 【プレゼンテーション】

S	78歳男性、腹痛と恶心を主訴に来院した。今朝から心窩部痛と恶心を自覚した。夕方になって痛みは心窩部から右下腹部に移動してきた。バイタルサインは血圧 148/84、脈92回整、呼吸数 20回、SpO <sub>2</sub> 99%、体温 37.8°Cで頻脈、頻呼吸、発熱がある。身体診察では右下腹部に圧痛があり、腹膜刺激症状が認められた。Rovsing徵候陽性、腸腰筋徵候陽性、Macburney点に圧痛が認められた。
O	移動性の腹痛、身体所見から急性虫垂炎が最も考えられる。鑑別診断としてカンピロバクター腸炎や憩室炎も挙げられる。診断のために採血と造影CTを施行する。
A&P	

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

『アプローチ』便秘の原因は様々。除外すべきものを頭に思い浮かべて、問診と身体診察で診断まで行なうことが大事！

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式		「いつくらいから調子が悪いですか」
Q 症状の性質、程度		「お腹の痛みは波がありますか」「振動で響く感じはありましたか」
R 部位、放散痛		「どのあたりが痛いですか」
S 随伴症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>過敏性腸症候群や、ペットボトル症候群、糖尿病を疑う。</li> <li>大腸癌のアラームサイン(*1)の確認。</li> </ul>	<p>「吐き気や嘔吐はないですか」「お腹が張っている感じはしますか」「おならは出ますか」「熱はありますか」「甘い清涼水をたくさん摂取していませんか」「喉が渇いたと感じますか」「尿の回数は増えていますか」</p> <p>「体重は減っていますか」「便が最近細くなってきたと感じますか」</p>
既往歴		「今まで何か大きなご病気をされていますか」
服薬歴	薬剤性便秘の可能性を確認する。 ⇒ カルシウム拮抗薬、オピオイドなどの麻薬、抗ヒスタミン薬、NSAIDsなど ※ 処方カスケードの上流を確認することが大事。	「お薬は飲まれてないですか」
嗜好		「煙草は吸いますか」「お酒はどのくらい飲れますか」
家族歴	大腸癌のアラームサイン(*1)の確認。	「ご家族に大腸癌になった人はいらっしゃいますか」

- 大腸癌
- 早期：無症状 ※ 便潜血は陽性
  - 進行：血便によって貧血が進行、便柱狭小、腹部腫瘍、イレウス、腸梗阻  
⇒ 直腸診による診察が有用

- 内視鏡検査の施行前の注意点 ..... 30:25
- 検査前に下剤を服用する。閉塞等がある場合、腸閉塞を起こしうる。  
⇒ 腹部X線、CTで、閉塞の有無、腫瘍の位置の確認を行う。

## ● 大腸癌のアラームサイン(\*1)

19:40

## ● 洗腸に注意 ..... 37:43

- 特に高齢者では、洗腸により一気に腹圧がかかることで腸管の破裂が起こりうる。できる限り少量(30ml)で行う。
- 洗腸でS状結腸の穿孔が起きてしまうことも。

## ● 身体診察のポイント ..... 25:20

25:20

- フリートーク
- 腹痛だったら必ず直腸診！
  - やらなくていいケースは？ ..... 42:40
  - 未診断の直腸癌が多い ..... 48:23

## ロールプレイ

QB 108F30, 31

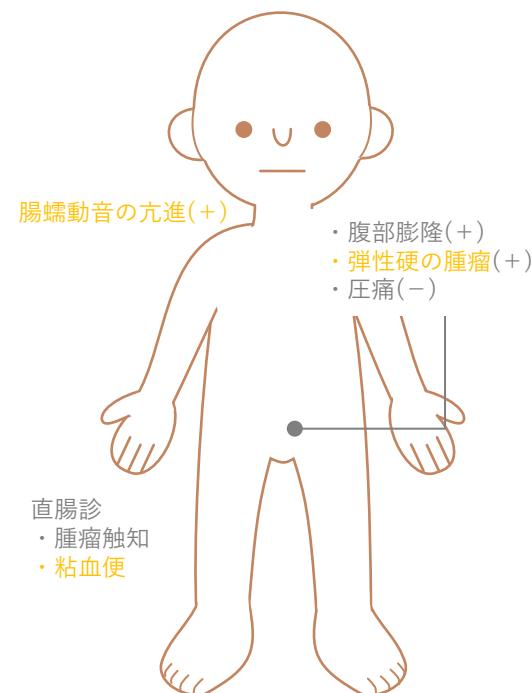
## 【症例提示】

50歳男性、主訴：便秘、下痢  
バイタル：血圧118 / 72、脈80回整、呼吸数 16回、SpO<sub>2</sub> 99%、体温 36.5°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3週間前に下痢をしてから便秘と下痢を繰り返している。今までにこのようなことはなかった。
Q	下痢：1日に4回くらいしていたと思う。便の色、細さはあまり確認していない。痛みに波があり、痛くないときもある。振動が響くことはない。
R	臍のあたりが痛い。
S	吐き気：ない。お腹の張り：便が出ていないからすっきりしない。ガス：出ている。熱：測っていないが、風邪の症状はない。体重：特に運動はしていないが1年で5kg減った。喉の渇き：特がない。尿の回数：増えていない。
家族歴	母が60歳のときに大腸癌。
既往歴	若いころから便秘はなかった。病気はしたことない。
服薬歴	薬は飲んでいない。
健康診断	毎年受けている。便潜血検査：2回のうち、1回しか出していない。
嗜好	喫煙：吸わない。お酒：1日に焼酎1合くらい飲む。30年間くらい。
食事	甘い清涼飲料水はよく飲まない。

## 【身体診察】



## ■ その他の便秘の鑑別

Parkinson 病、便秘症、過敏性腸症候群、腸閉塞

## 【鑑別】

#大腸癌 #過敏性腸症候群 #糖尿病 #薬剤性 #甲状腺機能低下症 #電解質異常

## 【プレゼンテーション】

S	50歳男性、繰り返す下痢と便秘を主訴に来院した。3週間前から下痢と便秘を自覚していた。今までに同じような症状を認めたことはなかった。既往歴は特がない。母が60歳のときに大腸癌と診断された。
O	バイタルサインは血圧118 / 72、脈80回整、呼吸数 16回、SpO <sub>2</sub> 99%、体温 36.5°Cで、バイタルサインに異常は認めなかった。腸蠕動音はやや亢進していた。触診では下腹部正中や左側に弹性硬の腫瘍を触れた。腫瘍の表面は平滑で可動性は良好であり、腫瘍部分を押しても圧痛は認められなかった。肝臓や脾臓は触れなかった。直腸診を行ったところ、腫瘍は触れず、便は粘血便であった。
A&P	直腸診で粘血便を認めたことから、大腸癌が最も考えられる。鑑別としては過敏性腸症候群、糖尿病による自律神経障害、薬剤性、甲状腺機能低下症が挙げられる。3週間前の急な発症、便秘が主症状であることから過敏性腸症候群は否定的であり、糖尿病を疑う口渴や多尿もない。内服薬もなきことから、薬剤性の可能性も低い。今後は腹部レントゲン写真と腹部CTを撮影し、腫瘍の位置と腸閉塞の有無を確認する。また、採血で貧血の進行、電解質異常を確認する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 114D67

《アプローチ》発熱の鑑別は多岐にわたる。

⇒発熱以外の症状（中枢神経系、心血管系、呼吸器系、消化器系、筋骨格系の症状等）に着目して鑑別する。※呼吸器系症状：鼻汁、咳嗽、喀痰、咽頭痛など

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式		「いつから調子が悪いですか」「いつまで元気でしたか」
Q 症状の性質、程度	ADL(食事や運動など)から入院の適応を考える。	「ご飯や水分は取れていますか」「ここまで歩いてきましたか」
R 部位、放散痛		「頭痛や胸痛、関節痛はありませんか」
S 随伴症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 咳痰による鑑別</li> <li>・白黄色～淡黄色：感冒、<b>細菌性肺炎</b></li> <li>・鉄さび色：<b>肺炎球菌</b></li> <li>・オレンジ色：<b>レジオネラ</b></li> <li>・ピンク色：<b>肺水腫</b></li> </ul> <p>※ 咽頭痛、鼻汁を伴う場合ウイルス性疾患の可能性が高い。</p>	<p>「痰は出ますか」「痰は何色ですか」「何か他の症状はありますか」「喉の痛みや鼻水が出るなどはありますか」</p>
T 時間経過		「どんどんつらくなっていますか」
既往歴		<p>「健康診断などは受けていますか」「他の病気で医者にかかっていますか」「血圧はいくつですか」「糖尿病とかコレステロールが高いと言われていますか」</p>
服薬歴		「今飲んでいるお薬はありますか」
嗜好		「煙草はいつぐらいまで吸っていましたか」「お酒はどれくらい飲みますか」
その他		「周りに同じような症状の人はいますか」

## ● バイタルサインの考え方 21:35

- ・血圧→普段の血圧と比較して**20-30mmHg低下**している場合、ショックを考慮する。  
※ ショックは収縮期血圧≤90mmHgというイメージに捉われず、普段の血圧と比較して血圧が低いかどうかを考える。
- ・呼吸数が高い(20回/分以上)+SpO<sub>2</sub>高い  
⇒ 代償ができている
- ・呼吸数が高い+SpO<sub>2</sub>低い ⇒ 代償ができてない

## ● 非定型肺炎 32:48

- ・呼吸器以外の症状(全身倦怠感、消化器症状、肝機能障害、意識障害等)を訴えることが多い。

## ● 身体診察のポイント 36:55

- ・正面だけでなく、**背部**も聴診をする。
- ・正面から肺の聴診をする場合は、背中に手を当てて聴診器と挟み込むような形で聴診を行う。
- ・**深呼吸**をしてもらう。
- ・深呼吸時に認める胸膜刺激痛を確認する。  
⇒ 痛みがあるということは、肺実質から胸膜まで炎症が波及しているということ。つまり胸膜炎を示唆している。
- ・声音聴診(聴診器を当てながら、患者に低い声でひとつ、ひとつと言つてもらう)  
⇒ 声が増強：**肺炎**等  
⇒ 声が減弱：**胸水**、**気胸**等

★ 問診、身体診察を怠らない。身体診察で所見を意地でも取りに行く！

## ロールプレイ

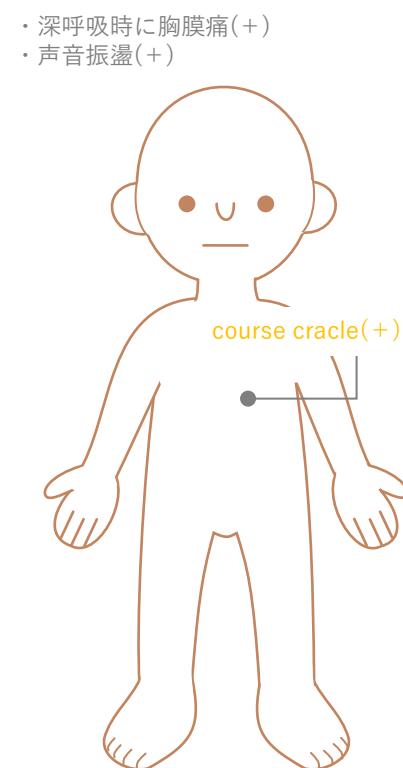
## 【症例提示】

79歳男性、主訴：発熱  
バイタル：意識清明、血圧 96/54、脈108回、呼吸数 32回、SpO<sub>2</sub> 91%(room air)、体温 38.5°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	4日前までは元気だった。 3日前から体調が悪く、熱が出た。
Q	食欲がわからず、いつもの半分くらい。
R	頭痛なし。痛いところはない。腰は昔から痛い。
S	すこし咳が出る。痰も出る。 喉は痛くない。鼻水は出ない。
T	だんだん悪くなり、昨日からは呼吸も苦しい。
既往歴	50代からぎっくり腰で医者にみてもらっている。
服薬歴	腰が痛い時に整形外科でもらった薬を飲む。
健康診断	町の健康診断を毎年受けている。 血圧が高いと指摘された。140/90くらい。
嗜好	30歳までは喫煙していた。 毎晩日本酒1合くらい飲む。
備考	周りに同じ症状の人はいない。

## 【身体診察】



## ■ その他の発熱の鑑別

髄膜炎、急性副鼻腔炎、扁桃炎、上気道炎、インフルエンザ、結核、胆囊炎、胆管炎、尿路感染症、蜂巣炎、薬剤性

## 【プレゼンテーション】

S	79歳男性、発熱を主訴に来院した。 3日前から発熱があり、昨日からは呼吸苦も自覚するようになったため受診した。 発熱とともに咳嗽、喀痰、食欲低下も認めていた。頭痛、関節痛、咽頭痛、鼻汁の症状はない。 同居家族に同様の症状を有している人はいない。 20歳から30歳に喫煙歴があり、飲酒は1日1合ほど。
O	来院時の意識は清明、バイタルサインは血圧 96/54、脈108回、呼吸数 32回、SpO <sub>2</sub> 91%(room air)、体温 38.5°Cで、聴診では左下肺野にcourse cracleを聴取した。
A&P	以上より市中肺炎が最も考えられる。 平時と比較して血圧低下を認めているため、肺炎や肺膿瘍からの敗血症、肝膿瘍や感染性心内膜炎からの敗血症も考えられる。 また、心疾患既往はないが喀痰や咳嗽、低酸素を認めているため、肺炎や感冒を契機に心不全が増悪したこととも考えられる。 そのため、次に行う検査として喀痰のGram染色、喀痰培養、血液培養、採血、胸部X線、必要に応じて胸部CT撮影が挙げられる。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 114A69

《アプローチ》問診であまり情報が取れないケースは、頭のてっぺんから足先まで念入りに身体診察をする。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	急性かどうかを判断する。	「どれくらい前から熱が出ているんですか」 「体調が悪いと感じたのはいつからですか」
S 随伴症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>発熱を見たら、まず感染症を疑うことが多い(肺炎、胆管炎、虫垂炎、イレウス、尿路感染症、皮膚感染症など)。 ⇒ 感染症特有の症状を聞いていく。(肺炎 → 咳嗽、喀痰)</li> <li>感染症が否定されたら、悪性腫瘍や膠原病を疑う。 ▷ 悪性腫瘍 → 寝汗、体重減少 ▷ 膠原病 → 皮疹、関節痛、腹痛</li> </ul>	<p>「熱以外に喉の痛みや咳はないですか」 「お腹や背中など痛いところはないですか」 「皮膚に発疹は出でていませんか」 「残尿感はありますか」 「関節痛はありますか」 「体重は落ちましたか」「人に痩せたねと言われますか」 「下着を変えないといけない程の寝汗は出ますか」</p>
既往歴		「病気にかかったことはありますか」
服薬歴		「何の薬を飲んでいますか」 「漢方やサプリは飲んでいますか」

## ● 収縮期雑音のポイント ..... 31:32

- 収縮期雑音で重要なのはASとMR
- 全収縮期雑音、最強点が心尖部、腋窩や肩甲骨内側に放散する音を聴取→MR
- 右鎖骨に聴診器をあて、頸部に放散する音を聴取→ASの可能性が高い

## ● 感染性心内膜炎を疑ったときは ..... 36:26

- 疣状の破片による梗塞症状はないか確認する

腎臓 → 血尿  
脾臓 → 腹痛や背部痛  
脳 → 片麻痺、構音障害

## ● 薬剤性発熱について ..... 44:43

- 熱はあるが、比較的元気
- 比較的徐脈：発熱があるにも関わらず、脈拍増加を認めない(39°C/110回/分)。

## ● Levine分類 ..... 48:29

- 第Ⅰ度/VI度：注意深い聴診で聴取できる極めて微弱な雑音。  
第Ⅱ度/VI度：弱いが、聴診器を当てるとすぐ聴取できる雑音。  
第Ⅲ度/VI度：容易に聴取できる雑音。  
第Ⅳ度/VI度：振戦を伴う高度の雑音。  
第Ⅴ度/VI度：振戦を伴い、非常に強い雑音。聴診器を離すと聞こえない。  
第Ⅵ度/VI度：振戦を伴い、聴診器を浮かせても聴こえる大きな雑音。

## ○ フリートーク

- ASとMRの音の作り方 ..... 51:03  
AS：聴診器の膜側を手に握り込み、手の甲を人差し指で叩いた後、円を描く。  
MR：聴診器の膜側を手に握り込み、手首を人差し指で撫でる  
・IEでチョコレート色の尿が…! ..... 53:15

## ■ 感染性心内膜炎の診断・治療( Q-Assist内科・外科「循環器」より引用)

## 【診断】

原因菌の同定 … 血液培養

疣腫の確認 … 心エコー

※ 診断に迷う場合は感度も特異度も高い経食道心エコーを行う。

## 【治療】

- 抗菌薬
  - 培養結果判明前 … エンピリック治療
  - 培養結果判明後 … 原因菌に応じた抗菌薬を投与

・外科的治療(心不全悪化、治療抵抗例、感染性塞栓症合併例など)

## ロールプレイ

## 【症例提示】

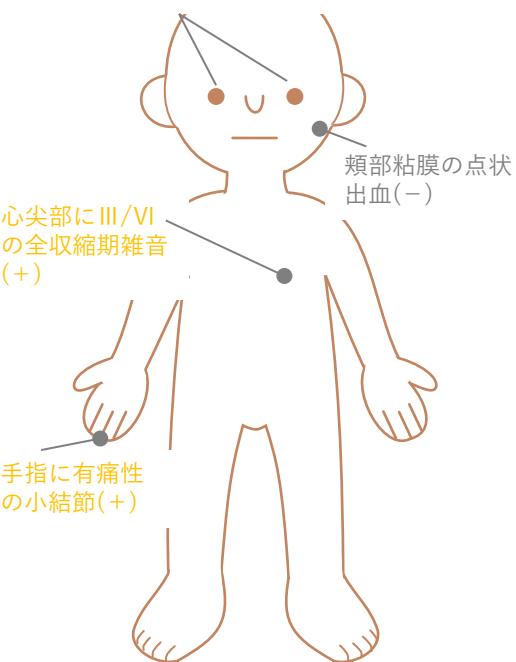
70歳男性、主訴：発熱  
バイタル：血圧 124/80mmHg、脈拍 72回/分 整、呼吸数 18回/分、SpO<sub>2</sub> 94%、体温 37.6°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	2週間前から発熱。 熱が出てからだるさを感じていた、その前は普通だった。
S	咳は出ない、喉も痛くない。 痛いところはない。 発疹、痒みはない。 残尿感はない。 関節痛はない。 少し食欲は減った。 体重は測っていない。 周りから痩せたと言われない。 寝汗はない。 つかれやすい。 浮腫はない。 血尿はでていない。
既往歴	高血圧、高コレステロール。 2.3年前に僧帽弁の不調を指摘されたことがある。
服薬歴	フロモックス、カロナール。 血圧の薬とコレステロールの薬。 サプリメントや漢方は飲んでいない。

## 【身体診察】

- 眼瞼結膜蒼白(軽度)(+)
- 眼瞼結膜の点状出血(-)



## 【鑑別】

#感染性心内膜炎 #悪性リンパ腫 #結核

## ■ その他の発熱の鑑別

髄膜炎、急性副鼻腔炎、扁桃炎、上気道炎、インフルエンザ、肺炎、胆嚢炎、胆管炎、尿路感染症、蜂巣炎、薬剤性

## 【プレゼンテーション】

S	70歳男性、発熱を主訴に来院した。2週間前から38°C前後の発熱、食欲低下、倦怠感があった。既往歴は高血圧、高コレステロールがあり、2.3年前に僧帽弁の異常を指摘されたことがある。現在はフロモックス、カロナール、高血圧と高コレステロールに対する薬を内服している。
O	バイタルサインは血圧 124/80mmHg、脈拍 72回/分 整、呼吸数 18回/分、SpO <sub>2</sub> 94%、体温 37.6°C。身体診察では眼瞼結膜に軽度の蒼白を認め、心音は心尖部にIII/VIの全収縮期雑音を聴取した。眼瞼結膜の点状出血、頬部粘膜の点状出血は認めなかった。手指に有痛性の小結節を認めた。
A&P	以上の所見より感染性心内膜炎を第一に考える。鑑別として悪性リンパ腫、結核が挙げられるが、体重減少や寝汗などの悪性リンパ腫を疑う所見がなく、結核も発症時期から考えにくい。感染性心内膜炎を疑い、血液培養と経胸壁心エコーを行う。また、採血や尿検査を行い、他臓器への障害の有無を精査する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 113D17

《アプローチ》両眼瞼の腫脹から全身性の疾患を疑う。片側であれば麦粒腫なども鑑別に入る。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	急性かどうかの判断。	「いつから熱があるんですか」 「これまで同じ症状になったことはありますか」
Q 症状の性質、程度	入院の適応を確認。 悪性疾患を除外。	「ご飯は食べられていますか」 「食欲はいつものどちらですか」 「体重は減りましたか」
S 随伴症状	肺や心臓の疾患を除外。	「熱以外にどんな症状がありますか」 「咳や痰は出ますか」 「歩いていて息苦しいですか」
その他	急性の発熱と判断するとコロナウイルス感染症なども想定できるが、周りに同じような症状の人がおらず考えにくい。	「部活はなんですか」 「友達で同じ症状の人はいますか」 「部活以外で遠くに出かけましたか」

## ● 10代女性であることを考慮

- ・1対1で話す、女医や女性看護師の力を借りる、雑談を増やすなどより多くの情報を引き出せる環境づくり。

17:55

## ● リンパ節腫脹

37:10

- ・急性反応(感染症、膠原病など)によるもの：**圧痛**がある。
- ・悪性リンパ腫によるもの：**可動性**がある。弹性**硬**。球形で表面平滑。
- ・癌の転移によるもの：**無痛性**、**硬い**。

## ● 脾臓の触診のコツ

41:01

- ・脾臓は臍の方向に腫大している事があるため、肋骨弓からではなく臍から触れてゆくことで脾臓の辺縁を逃さず触診する事ができる。

## ● 腋窩リンパ節の触り方

44:01

- ・腕を上に持ち上げ、腋窩に奥まで手をぐっと差し込むように入れ、肋骨に沿って洗濯板を擦るようなイメージで触る。患者側が痛みを感じるくらいしっかりと触りに行く。

## ● 頸部リンパ節腫脹

48:06

- ・前頸部リンパ節(胸鎖乳突筋の前のリンパ節)が触れる。  
→ 急性上気道炎(溶連菌性咽頭炎など)、局所的な炎症(う歯など)、悪性リンパ腫
- ・後頸部リンパ節(胸鎖乳突筋の後のリンパ節)が触れる。  
→ ウィルス感染症(伝染性单核球症、CMV、HIV、かぜ症候群など)、結核、菊池病、悪性リンパ腫など
- ・鎖骨上窩  
→ 左鎖骨上窩リンパ節(Virchowリンパ節) → 頸部・胸部以外にも腹部・骨盤部腫瘍など(胃癌など)でも腫れる。

## ○ フリートーク

- ・マッチングで選ばれる学生とは？ 成績が良いから選ばれるわけではない！
- ・かりゆしウェアと間違えて…？
- ・Kissしてないのになぜ？ Kissing-desease

00:43  
08:20  
32:05

## ロールプレイ

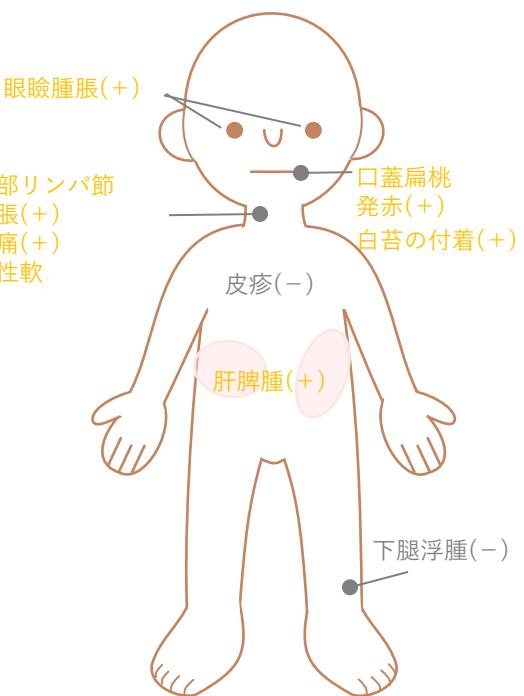
## 【症例提示】

14歳女性、主訴：発熱、頸部リンパ節腫脹  
バイタル：血圧 130/80mmHg、脈拍 92回/分 整、呼吸数 20回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)、体温 38.9°C、

## 【問診】

	患者さんの回答
O	4日前から発熱がある。 今までにこのようなことは無かった。
Q	食欲はいつもの半分くらい。 体重は減っていないと思う。
S	両方の瞼が重たく、目が開けにくい。 首にしこりがある気がする。 咳や痰、息苦しさは無い。
備考	周りに同じような症状の人はいない。

## 【身体診察】



■ 他のリンパ節腫脹の鑑別  
扁桃炎、ウイルス性発疹症(風疹)

## 【プレゼンテーション】

S	14歳女性、4日前からの発熱を主訴に受診した。発熱の他、両眼瞼の重さと頸部の腫瘍を自覚していた。咳嗽や喀痰、体重減少などの症状はない。
O	体温 38.9°C、血圧 130/80、脈拍 92回/分 整、呼吸数 20回/分、SpO <sub>2</sub> 98%(room air)。 左右の後頸部に2cm大のリンパ節腫脹を数個触れ、圧痛があり、弹性軟。 口腔内は口蓋扁桃に発赤を認め、白苔の付着を認めた。 心音、呼吸音に異常はなかった。 腹部は軟で圧痛は認められないが、肝臓2横指と脾臓3横指を触れた。 他のリンパ節腫脅は認めなかった。皮疹、下腿浮腫も認めなかった。
A&P	以上の所見から伝染性单核球症が最も考えられる。 鑑別としてはHIVやサイトメガロウイルス、結核、溶連菌感染症など他の感染症、SLEや成人Still病などの膠原病、悪性リンパ腫が挙げられる。 診断のために血液検査を行い、血球分画などを確認する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 114A60

《アプローチ》しこりのある期間やしこりの大きさ、痛みなどを聴取し、悪性かどうかを確認する。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	1ヶ月以上と長いので、悪性のものを考えたい	「いつくらいから症状が出ていますか」
Q 症状の性質、程度	痛みが無いのも悪性を想起させる	「しこりを触ると痛みはありますか」「しこりが大きくなってきた感じはありますか」
S 障伴症状	結核や悪性リンパ腫を想起する	「食欲はありますか」「体重は減っていますか」「寝ている時に下着がびっしょり濡れる汗をかきますか」
既往歴		「今まで何か大きな病気をしたことはありますか」
服薬歴		「飲んでいる薬はありますか」
家族歴	乳がんを疑う	「ご家族で結核にかかったことのある人はいましたか」「ご家族で乳がんになった人はいましたか」
その他	・乳がんを疑う ・猫ひっかき病を疑う	「乳がんの検診は受けていますか」「最後にマンモグラフィーを撮ったのはいつですか」「会社の人や友人で結核になった人はいますか」  「猫を飼っていますか」「最近外で猫に引っ掻かれましたか」

## ● 寝汗と体重減少から想起するものとは…

結核 → 家族歴をチェック！

悪性リンパ腫 → 悪性リンパ腫のB症状は「発熱・体重減少・盗汗（寝汗）」

26:07

## ● 言葉の定義を押さえて問診する

・寝汗の定義：夜間下着をかえなくてはいけないほどの大量の汗。

・体重減少の定義：意図しない5%以上の減少が半年～1年の間にある。

27:03

## ● 女性の腋窩リンパ節の腫脹…癌！？

乳癌の転移によるものの可能性がある。家族歴と健診の有無をチェックし乳房の触診を。

28:32

## ● その他の鑑別

・猫ひっかき病：腋窩の腫脹がある事が多く、ペットの有無、引っ掻き傷をチェック！

・圧痛による鑑別：圧痛があれば感染症、無ければ悪性疾患と簡単には決めつけないようにしよう。

29:15

## ○ フリートーク

・イタリアは楽しい国！

・学生のうちから臨床でやっていくのって良いよね

・リンパ節が腫れていなくて診断に難渋した症例

・菊池病のあれこれ

00:43

13:45

43:00

47:35

## ロールプレイ

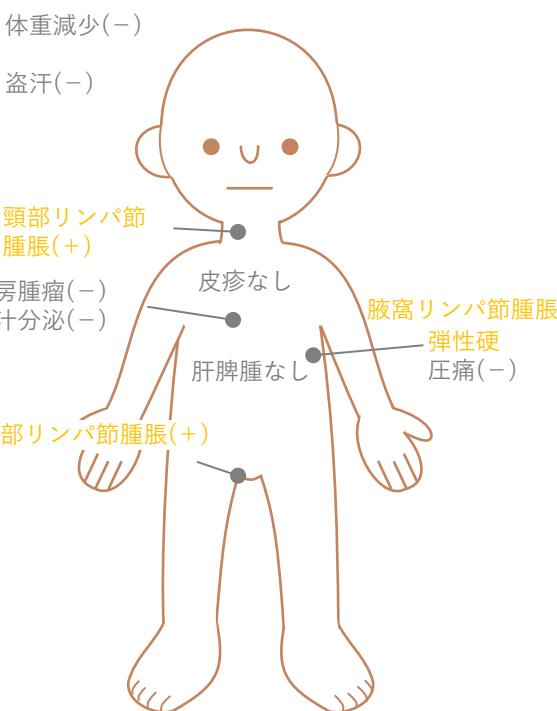
## 【症例提示】

60歳女性、主訴：腋窩リンパ節腫脹  
バイタル：血圧 112/78mmHg、脈拍 84回/分 整、呼吸数 16回/分、SpO<sub>2</sub> 99%(room air)、体温 37.8°C。

## 【問診】

	患者さんの回答
O	1ヶ月前から症状が出ている。
Q	痛みはない。 しこりが大きくなった気がする。
S	食欲はある。 この1ヶ月で体重は減ってはいない。
既往歴	特になし。
服薬歴	特になし。
家族歴	父が昔に結核だったと聞いた事がある。 母が乳癌で手術した。
備考	マンモグラフィーは5年前に受けた 会社の人や友人で結核になった人は居ない。 猫を3匹飼っている。 外の猫には触れていない。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#悪性リンパ腫 #結核 #乳癌 #猫ひっかき病

## ■ その他のリンパ節腫脹の鑑別

扁桃炎、ウイルス性発疹症(風疹)、伝染性単核球症

## 【プレゼンテーション】

S	60歳女性、左腋窩の腫瘍を主訴に来院した。1ヶ月前から増大する無痛性の腫瘍を自覚していた。 体重減少や寝汗の症状はなかった。
O	バイタルサインは血圧 112/78mmHg、脈拍 84回/分 整、呼吸数 16回/分、SpO <sub>2</sub> 99%，体温 37.8°C。 左腋窩に弾性硬の圧痛を伴わない3cm大的リンパ節を触知した。 また、右頸部と右鼠径部にもそれぞれ1cm、3cm大的リンパ節を触知した。 肝臓と脾臓は触れなかった。 乳房に腫瘍は認めず、乳汁分泌も認めなかった。 皮膚に皮疹や傷は認めなかった。
A&P	以上の所見より悪性リンパ腫が考えられる。 鑑別として結核や乳癌、猫ひっかき病が挙げられるが、それぞれを疑う所見が少ない。 悪性リンパ腫を疑い、血液検査、CTを行い、確定診断のためにリンパ節生検を行う。

Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 111F20

《アプローチ》心不全は原因探索こそ最重要である。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式	患者の症状から、心不全があると当たりをつけたのち、その原因は何かと考える。	「体調はいつから悪いですか」 「足の浮腫みはいつからですか」 「足が浮腫んだのは初めてですか」
Q 症状の性質、程度	・心不全の原因として感染症がありうる。 ・左心不全の症状は発作性夜間呼吸困難が有名である。1~2時間ほど横になっていると呼吸困難が出て、30分ほど座っていると楽になってくる。(起座呼吸)	「熱はどのくらいでていましたか」 「夜寝ているときの息苦しさはありますか」
S 障伴症状	心不全の原因として感染症がありうる。 虚血性心疾患、不整脈を疑い、胸痛や動悸の有無などを聞く。	「咳や下痢などの症状はありましたか」 「食事はとれていますか」 「胸の痛みや動悸はありましたか」
T 時間経過		「どのように体調が変化していますか」
既往歴		「今まで大きな病気をしたことはありますか」
服薬歴	心不全の原因として薬剤性がありうる。	「飲んでいる薬はありますか」 「薬の飲み忘れはありませんか」
その他	塩分の過剰摂取により慢性心不全が悪化しうる。	「塩分を摂りすぎていませんか」 「普段の血圧はどれくらいですか」

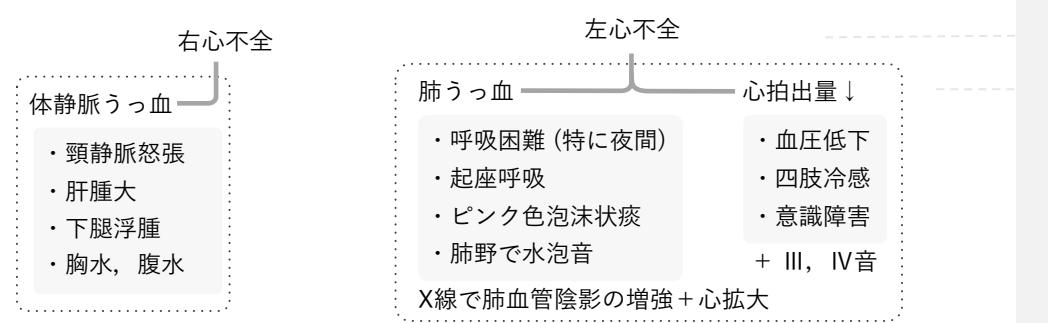
## ● 心不全の原因を探る時に考える「failure」 39:04

- forgot medicine : 薬の飲み忘れ
- anemia, arrhythmia : 貧血, 不整脈
- infarction, infection : 虚血性心疾患, 感染
- lifestyle : 塩分過剰摂取, 妊娠, 甲状腺機能異常
- uremia : 尿毒症
- rheumatic valve : 弁膜症
- embolism : 肺塞栓症

## ● 高齢者の心不全 46:17

- 高齢者の心不全の場合、特徴的な心不全の所見がなく、非特異的な症状として食欲不振や嘔気、倦怠感などが主訴であることがある。

## ■ 心不全 (Q-Assist内科・外科「循環器」より引用)



ロールプレイ

【症例提示】

75歳男性、主訴：呼吸困難、下腿浮腫  
バイタル：血圧 138/86mmHg、脈拍 100回/分 整、呼吸数 24回/分、SpO<sub>2</sub> 88%(room air)、体温 37.2°C.

【問診】

	患者さんの回答
O	1週間前くらいに喉の痛みがありそれから体調が悪い。 足の浮腫は初めてでここ2, 3日で出現した。
P	呼吸は体を起こしている方が楽。
Q	熱は37.5°Cくらい。 昨日から寝て1, 2時間で息苦しさを感じあまり寝られない。
S	1週間前は喉は痛かったが咳はあまり出なかった。 下痢はない。 食事は取れていたが食欲は今はあまりない。 胸の痛みや動悸はなく、息苦しさのみ。
T	最初は喉が痛く、微熱があった。 今日に至るまで段々と息切れするようになってきた。 足も浮腫んできた。 昨日からは息苦しさがあり眠れない。
既往歴	高血圧、高コレステロールを指摘された。 3年前くらいに心臓の弁膜症を指摘されたことがある。
服薬歴	高血圧の薬を1種類飲んでいる。
備考	遺物が好きだが最近食べすぎてはいない。 普段の血圧は薬を飲んでいて110/60mmHgくらい。

【鑑別】

#心不全



## ■ その他の浮腫の鑑別

甲状腺機能低下症、肝硬変、ネフローゼ症候群、慢性腎臓病、薬剤性、深部静脈血栓症、リンパ浮腫、血管性浮腫

【プレゼンテーション】

S	75歳男性、呼吸困難と下腿浮腫を主訴に来院した。 1週間前から咽頭痛と微熱があり、その後動作時の呼吸困難や夜間の発作性呼吸困難、起座呼吸を認めていた。 既往歴は高血圧、脂質異常があり、3年前に弁膜症を指摘されたことがある。
O	意識清明、バイタルサインは血圧 138/86mmHg、脈拍 100回/分 整、呼吸数 24回/分、SpO <sub>2</sub> 88%(room air)、体温 37.2°C。 身体診察では頸静脈怒張と両下肢に圧痕性浮腫を認めた。 聴診ではIII音、IV音を聴取し、心尖部を最強点とするIV/VIの全収縮期雜音を聴取した。 呼吸音は両側の下肺野優位に coarse crackles を聴取した。 四肢末梢に冷感は認めなかった。 肝臓は触知しなかった。
A&P	感染症としては症状が穏やかであり、以上の症状と身体所見から、MRを背景にした両心不全を第一に考える。 心電図、採血をおこない、心不全症状に対して利尿薬投与や酸素投与を行う。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 108A37

《アプローチ》血痰・喀血の診療では、結核、肺癌は常に頭の片隅においておこう。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式	咳嗽がある場合、どのくらい前から続いているかを聞く。2ヶ月前からの咳嗽であれば慢性経過の咳嗽に近づいているため、感染症以外の可能性も高い。	「いつから症状が出ていますか」「このような症状は初めてですか」
S 障伴症状	続く微熱、体重減少、寝汗がある場合は結核をよく疑う。	「体重は減っていますか」「寝汗をかきますか」
既往歴		「健康診断で何か指摘されたことはありますか」
服薬歴		「定期的に飲んでいる薬はありますか」
嗜好	肺炎、COPD、肺がん、肺膿瘍なども疑えるため、肺のベースの状態を知りたい。	「煙草は吸いますか」
職業歴	過敏性肺臓炎など職業による何らかの暴露によるものの可能性がある。	「仕事は何をしていましたか」
渡航歴	結核の感染の可能性がより高い結核蔓延国に行っていないか確認する。	「海外旅行は行きましたか」
その他	血痰からはまず結核、非結核性抗酸菌症、肺癌を考えなければならない。	「結核だと言われたことはありますか」「周りで結核の人はいましたか」

## ● 咳嗽の持続時間

15:34

- ～3週…急性
- 3週～8週…遷延性
- 8週～…慢性

## ● DMマスク

- 糖尿病がある場合、発熱などの症状がマスクされ控えめになることがある。

19:37

## ● 結核の検査

25:25

- 臨床現場ではまず3連痰(喀痰を24時間あけて3回採取)や胃液を用いて喀痰塗抹検査(Ziehl-Neelsen染色など)を実施する。陽性であれば、結核または非結核性抗酸菌症の罹患を疑う。
- 結核の確定診断に有用な検査は、喀痰のPCR法、または抗酸菌培養である。

## ● 結核はいつでも鑑別に

28:10

- 血痰がなくても倦怠感や咳で受診する患者も多いため、結核が鑑別に挙がる事が多い。
- 以前は結核で亡くなることが多かったことから、患者が「肺浸潤」「肋膜炎」などと濁された病名で把握していることもある。そのため既往歴はしっかりとチェックしなければならない。
- 疑いがあればすぐにサージカルマスクをつけてもらうなど、周囲の身を守る対策をする。

## ○ フリートーク

- みんなから愛されるDr.鎌田
- Dr.山中いつの間にか結核に感染?!
- 結核への対処 in America & in Africa
- 意外と多い若年者の結核
- 結核とコロナの
- いつも心に薬と結核を

1:50  
31:31  
33:34  
37:45  
38:33  
42:39

## ロールプレイ

## 【症例提示】

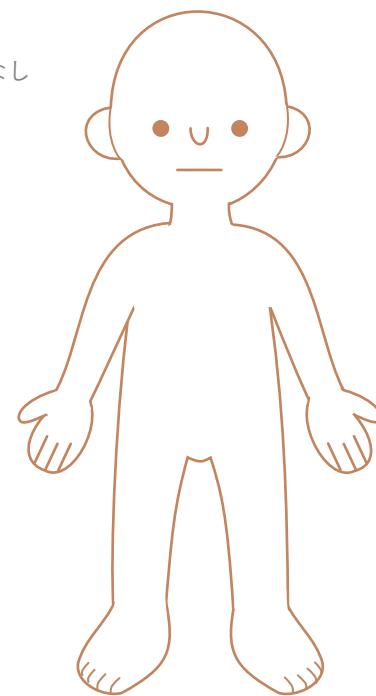
78歳男性、主訴：微熱、血痰  
バイタル：血圧112 / 68、心拍数 72回、呼吸数 16回、SpO<sub>2</sub> 97%(room air)、体温 37.6°C.

## 【問診】

	患者さんの回答
O/T	2ヶ月前から痰、1ヶ月前から37.0°Cくらいの微熱、1週間前から血痰。 このような症状は初めて。
S	体重が減っている：2ヶ月で5kgくらい減り60kgから55kgになった。 寝ている時に汗ばむ
既往歴	定年までは健康診断を受けていた。 高血圧と高血糖を指摘されていた。
服薬歴	高血圧の薬を飲んでいる。
嗜好	10年前まで喫煙していた。 若い時は20本/日 定年後は10本/日ぐらい
職業歴	高校の数学教師をしていた
渡航歴	若い頃はよく旅行を行っていた。 ここ3年は海外旅行に行っていない。
備考	結核と言われたことはない。 周りに結核の人はいなかった。

## 【身体診察】

なし



## 【鑑別】

#肺結核 #肺癌 #肺外結核  
#非結核性抗酸菌症 #肺膿瘍 #真菌症  
#気管支拡張症

## 【プレゼンテーション】

S	78歳男性、微熱と血痰を主訴に来院した。2ヶ月前から喀痰を伴う咳嗽、1ヶ月前から微熱と倦怠感、1週間前から血痰の症状がある。2ヶ月で5kgの体重減少を認めていた。喫煙歴は10-20本/日を50年間。 高血圧と糖尿病疑いの既往歴がある。周囲に同様の症状を有している人はいない。
O	来院時の意識は清明、バイタルサインは血圧112 / 68、心拍数 72回、呼吸数 16回、SpO <sub>2</sub> 97%(room air)、体温 37.6°C。身体診察で有意な所見は認めなかった。
A&P	以上から肺癌、結核、非結核性抗酸菌症を強く疑い、その他肺膿瘍、真菌症、気管支拡張症が鑑別に挙がる。血液検査、胸部レントゲン撮影、喀痰の塗抹検査や培養を行う。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 109A31

《アプローチ》心房細動をみたらバックグラウンドを考えよう。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥 様式		「いつから症状が出ていますか」 「何をしている時にドキドキしましたか」 「今までにこのようなことはありましたか」
P 寛解・ 増悪因子		「動悸はずっと続いていますか、よくなることはありますか」
Q 症状の性質、 程度	不整脈の特徴：「脈がとんでもしまう」、「いきなり始まって気づいたら収まっている」、「バラバラに感じる」などリズムの違いで期外収縮、発作性頻脈、心房細動などを考えるヒントになる。	「どのようにドキドキしますか、どのようなリズムですか」
S 随伴症状	心不全、甲状腺機能の異常がないかを探るために疲れやすさなどを聴取。	「ドキドキする以外に他の症状はありますか」
T 時間経過		「今も続いていますか」
既往歴	心房細動であれば、糖尿病や高血圧、甲状腺機能異常などリスクや原因となる基礎疾患を探査。	「今まで大きな病気をしたことはありますか」「心不全、糖尿病と言われたことはありますか」
健康診断		「健康診断は受けていますか」
その他	心因性の動悸を感じる患者は多いため、ストレスなどの要因があるか確認すべきである。	「最近生活で変わったことやストレスはないですか」

## ● Irregularly irregular

20:24

- 不整脈には、規則性のある不整(regularly irregular)と絶対的不整脈(irregularly irregular)がある。
- 心房細動は全くもってちぐはぐな絶対的不整脈である。

## ● 心房細動の原因探索

22:50

- 心房細動は、原因が何かを考えることが重要である。既往歴に基礎疾患がないか確認し、身体診察では心不全徵候(頸静脈怒張や浮腫など)や甲状腺の触知がないかを診察する。

## ● 心房細動の抗凝固薬の適応

28:09

- CHADS<sub>2</sub>スコアは心房細動による脳梗塞発症リスクを評価するスコアである。
- 今回の患者の場合、年齢、血圧の項目で2点となり抗凝固薬の適応である。

## ● 様々な動悸の原因

29:07

- 糖尿病の患者で心機能が悪くなても動悸など自覚症状がない人は多い(DMマスク)。
- 一方、疲労やコーヒー、煙草などで突然に動悸を感じる人もいる。

## ● 様々な心房細動の基礎疾患

29:56

- 心疾患、甲状腺機能亢進症のほか、高血圧、肺血栓塞栓症のような急性の呼吸器疾患などでも心房細動が起こる。

## ● 心房細動の治療

36:08

- 心房細動による血栓症を防ぐためには抗凝固薬による治療が必要であり、放置すると年間に約5%の確率で脳梗塞を起こすと言われている。最近ではワーファリンに代わりDOAC(直接作用型経口抗凝固薬)の使用が増えている、また、心房細動そのものの治療としてカテーテルアブレーションの有効率は高い。

■ CHADS<sub>2</sub>スコア

- Congestive heart failure (うっ血小心不全) : 1点
- Hypertension (高血圧) : 1点
- Age (75歳以上) : 1点
- Diabetes Mellitus (糖尿病) : 1点
- Stroke /TIA (脳梗塞またはTIAの既往) : 2点

## ○ フリートーク

- 一泊二日地域医療学習"夏の学校" 1:32
- 前より女性が綺麗に見えるDr.山中 11:50

## ロールプレイ

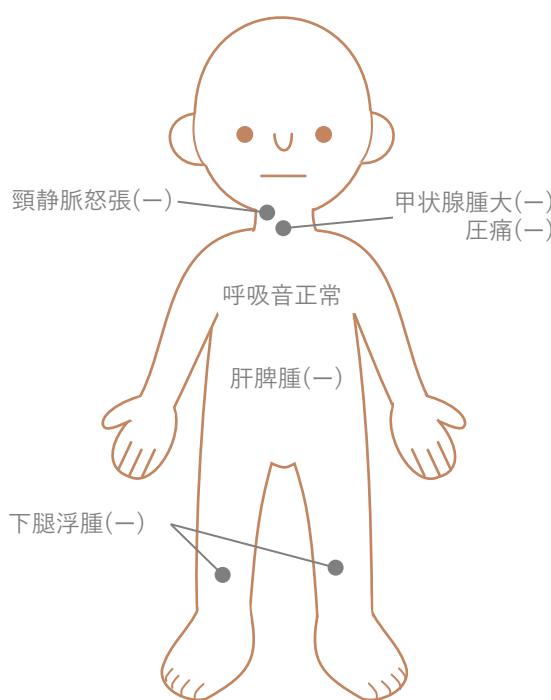
## 【症例提示】

78歳男性、主訴：動悸  
バイタル：血圧 152/90、脈76回/分 不整、呼吸数 16回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)、体温 36.2°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3日前から症状が出ている。 家の片付けをしていた時に症状が出た。 このようなことは初めて。
P	長いこと動悸が続いているがそのうち感じなくなった。 今日はまたドキドキしている。
Q	脈が乱れる感じ。
S	いつもと違う感じがするが、疲れやすいなどはない。
T	今も動悸が続いている。
既往歴	高血圧の既往がある。 心不全・糖尿病と言われたことはない。
健康診断	1年に1回、かかりつけ医のところで受けている。
その他	終活で身の回りを片付けていたが、ストレスなどはとくにない。

## 【身体診察】



## ■ その他の動機の鑑別

甲状腺機能亢進症、貧血（鉄欠乏性貧血、二次性貧血）、パニック障害、不安障害

## 【プレゼンテーション】

S	78歳男性、動悸を主訴に受診した。 3日前に自宅の片付けをしていたところ初めて動悸を自覚し、本日も続いているため来院した。動悸は脈が乱れる感じがした。動悸以外にめまいやふらつき、疲労感や呼吸困難の症状は認めていない。既往歴は高血圧。
O	来院時の意識は清明、 バイタルサインは血圧 152/90、脈76回/分 不整、呼吸数 16回/分、SpO <sub>2</sub> 98%(room air)、体温 36.2°C。 身体診察では頸静脈の怒張、甲状腺の腫大や圧痛は認められなかった。呼吸音に異常はなく、下腿浮腫や肝脾腫を認めなかった。
A&P	以上から心房細動を疑い、心電図をとる。また、甲状腺機能の精査のため採血も行う。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 109F22

《アプローチ》頭痛をみたら、まず第一にくも膜下出血を除外しよう。

	問診の意図	問診の仕方
O 発祥 様式	初めての強い頭痛は、脳卒中などのred flagsである。脳卒中を想起し、力んだりしていないかを問診する。	「いつから頭が痛くなりましたか」「突然でしたか」「重いものを持ち上げたり力んだりした時に痛みましたか」「今までにこのような頭痛はありましたか」
P 寛解・ 増悪因子		「痛みはずっと続いているか、よくなることはありますか」
Q 症状の性質、 程度	1分以内に痛みが最強になるような頭痛(雷鳴頭痛)はred flagsである。このうち20%ほどはくも膜下出血であり、その他、内頸動脈や椎骨動脈の解離、下垂体卒中、脳静脈洞血栓症、片頭痛、RCVS(可逆性脳血管攣縮症候群)など。	「頭のどこが痛いですか」「一気に痛くなりましたか」
S 随伴症状	くも膜下出血で起こる複視や眼瞼下垂、視野異常などを否定したい。また、くも膜下出血で失神することもあり、意識障害もチェック。	「目が見えにくかったりものが二重に見えたりすることはないですか」「気を失っていないですか」
健康診断	まず第一にくも膜下出血を考え、身体診察を行なうか、CT撮影を優先するかを判断したい。	「いつもの血圧はどれくらいですか」
既往歴		「今まで大きな病気をしたことはありますか」

## ● 正常…？くも膜下出血のCT画像

35:45

▶ くも膜下出血でCTが一見正常に見えてわからない時のポイント

- ・シルビウス裂の左右差を見る。
- ・大脳縦列を見る。大脳角の後ろの方は静脈洞があり正常でも白く見える事があるため、前の方を見る。
- ・頭頂部の脳溝の左右差を見る。

▶ CTではわずかな所見しか得られないこともあり、問診が大切である！

## ○ フリートーク

- ・性交渉はくも膜下出血のリスクだ
- ・特異的だけど大事な所見

31:20

41:45

## ■ くも膜下出血 (Q-Assist内科・外科「神経」より引用)

## 【診断から治療までの流れ】

臨床像  
突然の激しい頭痛、恶心・嘔吐、意識障害、けいれん、動眼神經麻痺、髄膜刺激症状

↓ 疑う

## 検査

CT: 鞍上部周囲にヒトデ型の高吸収域 (Sylvius裂や脳溝・脳槽の高吸収域)

↓ 診断

動脈瘤の評価(脳血管撮影・3D-CTA・MRA)

## 治療

1. 急性期(→再出血を防ぐ)  
 厳密な血圧管理(降圧薬+鎮痛・鎮静)  
 頭蓋内圧降下薬、抗けいれん薬など  
 ↓ 適応あれば72時間以内(血管攣縮前)  
 再出血予防処置  
 (クリッピング術やコイル塞栓術)
2. 亜急性期(→脳血管攣縮の予防)  
 ファスジル(Rho-kinase阻害薬), オザグレルNaなど
3. 慢性期(→正常圧水頭症に対する治療)

## ロールプレイ

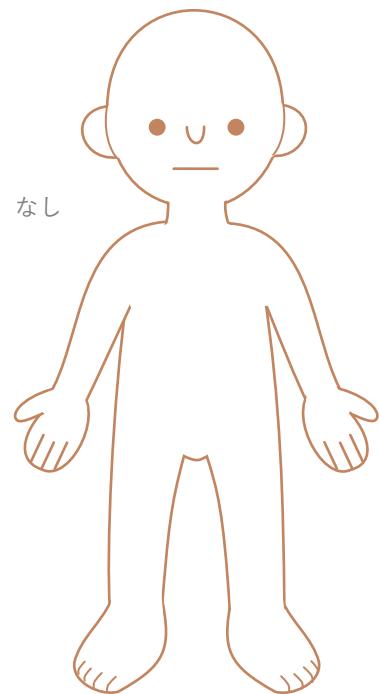
## 【症例提示】

48歳女性、主訴：頭痛  
バイタル：血圧 152/88、脈80回/分 整、呼吸数 16回/分、SpO<sub>2</sub> 95%(room air)、体温 35.8°C.

## 【問診】

## 【身体診察】

	患者さんの回答
O	2日前に洗濯物を干していたら突然頭が痛くなった。特に力んだりした訳ではない。今までこのようなことは無かった。
P	頭痛は長く続き、そのうち感じなくなった。今日はまだドキドキとしている。
Q	頭の後ろの方が痛い。痛みは瞬間に一気に痛くなった。
S	目が見えにくかったりはしていない。気も失っていない。吐き気がして吐いてしまった。
健康診断	健康診断では血圧は120ぐらいで、高いと言われたことはない。
既往歴	今まで大きな病気をしたことはなく、コレステロールが高いと言われたことはある。



## 【鑑別】

#くも膜下出血

## ■ 他の頭痛の鑑別

片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、脳出血、髄膜炎、緑内障、急性副鼻腔炎、巨細胞動脈炎(側頭動脈炎)、薬剤性

## 【プレゼンテーション】

S	48歳女性、頭痛を主訴に受診した。 2日前に洗濯物を干している時に突然頭痛が生じたが軽快したため、受診はしなかった。 本日夕食を食べていた際に再び後頭部痛が生じ、その後嘔吐したため来院した。 既往歴に特記事項はない。
O	来院時の意識は清明、バイタルサインは血圧 152/88、脈80回/分 整、呼吸数 16回/分、SpO <sub>2</sub> 95%(room air)、体温 35.8°C.
A&P	くも膜下出血を疑い、まず頭部CTを撮影する。

Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 115B43, 44

## 《アプローチ》二次性頭痛を疑った後、多角的に攻める問診をしよう。

## 攻める問診

	問診の意図	医師の問診
O 発祥 様式	第一に、くも膜下出血などの二次性頭痛を除外することが先決である。	「いつから頭が痛いですか」 「突然痛くなりましたか」 「今までに同じような頭痛はありましたか」 「今までで一番ひどい頭痛ですか」
P 対解・ 増悪因子	片頭痛の場合、月経や悪天候による増悪が多いと認め確認する。	「頭痛の前に視界がぼやけたりしますか」 「月経前や天気が悪い時に頭痛がすることはありますか」
Q 症状の性質、 程度		「ズキンズキンとした痛みですか」
R 部位、 放散痛	群発頭痛の場合、いつも同じ側が痛む事が多い。	「頭のどこが痛くなりますか」 「いつも右側が痛みますか」 「全体が痛いことはありますか」
S 随伴症状	一次性の頭痛を想定した問診。 また、SASによる頭痛を除外するためいびきについて聞く。	「食欲がなくなったり気持ち悪い感じがしますか」 「光が眩しく感じたりしますか」 「暗い部屋にいる方が楽ですか」 「いびきがうるさいと指摘されたことや、日中に眠くなることはないですか」
T 時間経過		「どんどん悪くなっていますか」
健康診断		「健康診断は受けていますか」
既往歴		「今まで大きな病気はしたことありますか」
家族歴	家族歴は片頭痛の診断の参考になる。	「家族で頭痛持ちの人はいますか」
薬剤性	一次性の頭痛の鑑別の前に、鎮痛薬による薬剤性の頭痛やカフェインの離脱に伴う頭痛を想定し、除外する。	「薬は飲んでいますか」 「痛み止めを頻回に飲んでいませんか」
嗜好		「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」「カフェイン飲料をよく飲みますか」
その他	36歳女性は妊娠の可能性がある。妊婦の頭痛は二次性頭痛の可能性があり、red flagである。	「妊娠している可能性はありますか」

● 片頭痛と群発頭痛の + α 27:34

片頭痛は4h~72hで収まることが多い。また頭痛時の嘔気は片頭痛に特異度が高い。

群発頭痛は、痛くなる側と同じ側から涙がでたり鼻汁が出たりすることが多い。

● 妊婦の頭痛 30:36

妊娠高血圧症候群や子瘤だけでなく、くも膜下出血を起こす可能性も高いことに注意し、問診をする。

また一次性頭痛のある患者が、妊娠を契機に痛みが落ち着いたり、変化したりすることがある。

そのため頭痛の性質が今までと同じかどうか聞くことが問診で大切である。

● 本当に片頭痛？ 32:19

50歳以上の今まで頭痛持ちではなかった患者が頭痛を主訴に来た場合、一次性頭痛のように思えて簡単に診断していく。脳血管系の疾患や髄膜炎などが原因の可能性を考える。

● 二次性頭痛の除外 37:41

若い女性であるが、神経学的な異常所見がないか簡単な身体診察はすべきである。

○ フリートーク

- ・山中先生がコロナウイルス感染症に、お見舞いの品は… 00:49
- ・すぐに役立つ！片頭痛の予防策 42:09
- ・帯状疱疹でも頭痛が起る 45:06
- ・閃輝暗点ってどんなの？ 46:26
- ・研修医になら…上級医へのプレゼンのコツ 50:11
- ・マッピングで大切なこと 53:54

● 片頭痛の特徴 POUNDスコア ————— 29:24

- |                       |           |
|-----------------------|-----------|
| P:pulse               | 拍動性       |
| O:duration 4-72 hours | 4~72時間の持続 |
| U:unilateral location | 片側性       |
| N:nausea              | 恶心        |
| D:disabling intensity | 生活支障度が高い  |

## ロールプレイ

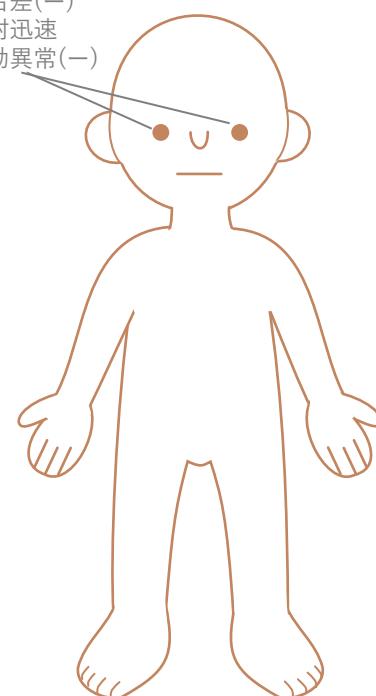
## 【症例提示】

36歳女性、主訴：頭痛  
バイタル：血圧 126/76、脈72回/分 整、呼吸数 12回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)、体温 36.5°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	朝7時くらいから痛い。 突然ではなく、シャワーなど朝の準備をしていてだんだん痛くなってきた。 20歳過ぎからたまにある。 今回が一番ひどいわけではない。
P	頭痛の前に眩しい感じがして視界がぼやける。 ジグザグして見にくい部分がある。 月経前や天気が悪い時に痛む事があった。
Q	ズキンズキンと痛い。
R	頭の右側が痛い。 前回も右側が痛んだ。 左側が痛かった時もあった。
S	食欲はなく、気持ち悪い感じがする。 眩しく感じ、病院の待合室もガヤガヤして聞こえた。
T	どんどん悪くはない。
健康診断	健康診断で何も言われていない。
既往歴	5歳の時に盲腸の手術を受けた。
家族歴	母親が頭痛持ち
薬剤性	薬は飲んでいない。 今までに頭痛の時に薬を飲み良くなったこともあった。
嗜好	煙草は吸わない。機会飲酒、1日に3杯エスプレッソを飲む。
備考	妊娠している可能性はある。

## 【身体診察】

瞳孔左右差(—)  
対光反射迅速  
眼球運動異常(—)四肢筋力低下・感覚異常(—)  
腱反射異常(—)  
病的反射(—)

## ■ その他の頭痛の鑑別

緊張型頭痛、群発頭痛、脳出血、くも膜下出血、髄膜炎、緑内障、急性副鼻腔炎、巨細胞動脈炎(側頭動脈炎)、薬剤性

## 【鑑別】

#片頭痛

## 【プレゼンテーション】

S	36歳女性、頭痛を主訴に来院した。 本日午前7時頃から頭痛が出現した。頭痛の前には視界の眩しさを自覚し、頭痛の後には恶心も出現し、会社に出勤できないため受診した。今までに経験したことのない頭痛ではなかった。20歳の頃から年に数回同じような頭痛を経験していた。薬の飲み過ぎやカフェインの摂りすぎはない。母親が頭痛持ちの家族歴がある。
O	来院時の意識は清明、バイタルサインに特に異常はなく、神経学的異常もない。
A&P	20歳頃から同じような頭痛を経験していることや、日常生活に支障が出ていること、光過敏があることから、片頭痛が第一に考えられる。 片頭痛を疑い、NSAIDsまたはアセトアミノフェンを処方する。 また、頭痛の予防法についても教育する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 109C28, 29

《アプローチ》緊急性のあるめまいを常に念頭に置きつつ、問診を進める。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式		「何をしているときにめまいが生じましたか」 「今まで同じようなめまいはありましたか」
Q 症状の性質、程度	前失神の除外。 回転性めまいか浮動性めまいか。 中枢性めまいの場合、めまいは持続する。	「めまいはどのくらいの時間続きましたか」 「どのようなめまいでしたか」
S 随伴症状	蝸牛症状はないか。 脳神経症状はないか。	「耳鳴りや、聞こえにくさはありますか」 「手足など動かしにくい部分はないですか」 「頭は痛くないですか」
T 時間経過		「今はめまいは治まっていますか」
食事		「食欲はありますか」
既往歴	心血管系疾患のリスクはないか。	「今まで大きな病気はしたことありますか」
嗜好		「煙草は吸いますか」 「お酒は飲みますか」
その他	消化管出血による前失神を除外するための問診。	「便は出ていますか」 「便の色は黒色や赤色になっていないですか」

## ● 前失神の除外

- ・気が遠くなることや、ふらつくことをめまいと訴えて受診する患者さんも多い。
- ・脱水や出血による前失神をまず除外する。
- ・緊急の前失神として消化管出血や心血管系疾患（大動脈解離や心筋梗塞）は重要。

17:11

## ● 中枢性めまいを除外

- ・中枢性のめまいであれば小脳や脳幹の出血／梗塞が最も危険であり、リスク因子となる。  
動脈硬化や生活習慣病はなさそうか確認。
- ・診察室までも歩行して来ているか⇒小脳症状の確認。
- ・めまいの持続時間も短く、安静でおさまったことからも中枢性めまいを除外できる。

18:43

## ● 中枢性めまいを疑う場合

- ・梗塞には内頸動脈系と椎骨脳底動脈系の梗塞がある。めまいを生じる梗塞は椎骨脳底動脈系が多い。
- ・症状がめまいだけの脳梗塞は少ないため、他の神経学的所見がないか確認する。
- ・椎骨脳底動脈系の障害の場合→歩行障害、構音障害、複視、同名半盲、交差性感覚障害、嚥下障害が認められることが多い。
- ・椎骨脳底動脈系の梗塞は当日の画像検査で陰性の場合も十分あり得るため、診察が重要。

41:00

## ● 眼振の所見を正しくとる

- ・Frenzel眼鏡で眼振を確認する。
- ・垂直性眼振、注視誘発眼振があったら中枢性めまい疑う→すぐにCT/MRI撮影する。

47:16

## ● 小脳梗塞の診察

- ・つぎ足歩行、指タッピング、指鼻指試験に負荷をかけると小脳失調を確認しやすい。

51:23

## ○ フリートーク

- ・この前外来で会ったすごい人
- ・眼振を見るとときはフレンツェルを使う～眼振を見落とさない～
- ・小脳梗塞の見分け方

1:00

47:30

51:20

## ロールプレイ

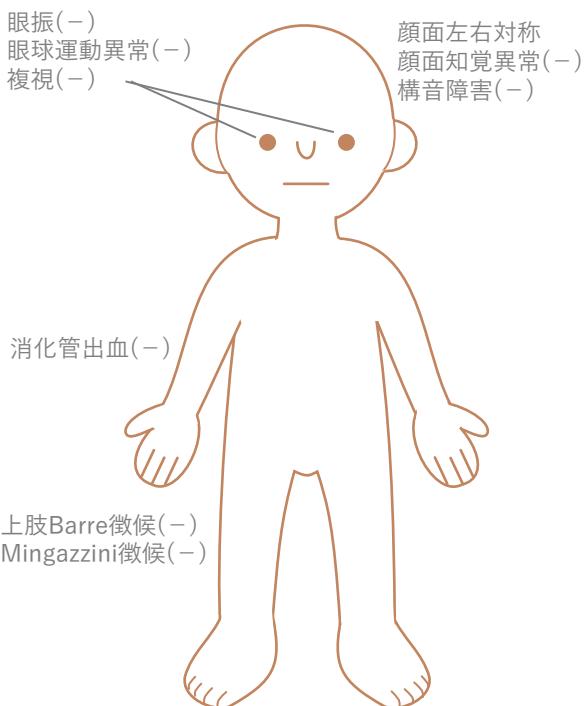
## 【症例提示】

60歳女性、主訴：めまい  
バイタル：血圧 132/78、脈 84回/分 整、呼吸数 16回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)、体温 36.6°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	朝、起き上がった時にめまいがした。 昨日と今日、めまいがあった。 このようなめまいは今までになかった。
Q	1分くらい続いた。 天井がぐるぐる回るようなめまいだった。
S	耳鳴りや、聞こえにくさはない。 手足はきちんと力を入れられる。 頭は痛くない。
T	今はめまいはない。
食事	お腹は空くが、めまいを起こすことが怖くてあまり食べられない。
既往歴	28歳の時に腎盂腎炎になった。
嗜好	煙草は吸わない。 機会飲酒。
備考	昨日排便したが、いつもと変わらない便。

## 【身体診察】

■ その他のめまいの鑑別  
脳出血、脳梗塞、Meniere病、前庭神経炎

## #良性発作性頭位めまい症(BPPV)

## 【プレゼンテーション】

S	60歳女性、めまいを主訴に来院した。 昨日と今朝、起床時に起き上がろうとしたところ、天井がぐるぐる回るようなめまいが出現した。めまいは約1分間持続し、安静によっておさまった。難聴はなく、消化管出血を疑う所見もない。喫煙歴はない。
O	来院時の意識は清明、バイタルは血圧 132/78、脈 84回/分 整、呼吸数 16回/分、SpO <sub>2</sub> 98%(room air)、体温 36.6°Cで特に異常はなく、神経学的所見にも異常はない。歩行も可能である。
A&P	めまいの持続時間が1分と短く、安静によって治まる。 また蝸牛症状はなく、脳神経症状も認めないため、末梢性めまいが考えられる。 末梢性めまいの中でも特に良性発作性頭位めまい症（BPPV）がもっとも考えられる。 Dix-Hallpike法を行い、改善の有無を確認する。BPPVと診断できれば、Epley法で治療をおこなう。

Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 116A36

《アプローチ》嘔吐をきたす疾患は多岐にわたる。 + αの要因を特定する。

## 攻める問診

	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式		「いつから症状がありますか」 「いつまではいつも通りでしたか」
Q 症状の性質、程度		「何回嘔吐しましたか」 「昨日まではご飯は食べれていきましたか」
S 障伴症状	腹膜炎を起こしていないかを確認。	「下痢はありますか」 「歩いたときに響く感じはないですか」
T 時間経過		「どんどん悪くなっていますか」
健康診断		「健康診断でなにか指摘されたことはありますか」
嗜好		「お酒はどれくらい飲みますか」
食事	毒素産生性大腸菌であれば比較的早い時間(3h~6h)で症状が出る。	「生ものをたべていませんか」 「外食をしていませんか」
その他		「これまで似たような症状があったときは自然に治っていましたか」 「周りに似たような症状の人はいますか」

## ●ロールプレイでの問診以外で確認すべきこと

20:00

- ・血性、胆汁様など吐物の性状を確認する(Mallory-wiess症候群なども考えられるため)。
- ・腹部の手術歴を確認する。患者本人は病気では無いと思って言わないことが多いが、昔の手術が通過障害の原因となることもある。

## ●嘔吐も消化管以外から考える

25:08

- ・嘔吐単体で鑑別するのは難しい。色々な原因があるため、+αの要因を特定する。
- ・嘔吐は中枢性嘔吐と末梢性嘔吐に分けられる。
  - 「中枢性嘔吐」：脳の嘔吐中枢が刺激を受けることで起こる嘔吐。
  - 「末梢性嘔吐」：消化器や肝臓、腎臓、生殖器などの疾患からくる嘔吐。内臓からの反射によって起こる。
- ・腹痛があればまず消化管疾患を疑うが、心筋梗塞など重大な疾患が隠れていることもある。糖尿病、女性、高齢者などでは、心筋梗塞を起こしても胸痛がないこともある。他にも脳炎、髄膜炎、脳腫瘍、片頭痛、感染症(敗血症、インフルエンザ、腎盂腎炎など)も鑑別として考える。
- ・妊娠による嘔吐も見逃さない。
- ・薬剤性嘔吐も考える。ジゴキシン、メトホルミン、抗うつ剤(SSRI)、化学療法の抗がん剤などは嘔吐をきたしやすい。

## ○ フリートーク

- ・番組を聴いて奥会津に来てくれる人が増えて嬉しい！
- ・料理人Dr.鎌田
- ・嘔吐の忘れられないエピソード
- ・シンガポール人は日本人と飲むのが怖い？

0:50  
2:20  
43:00  
52:45

## ロールプレイ

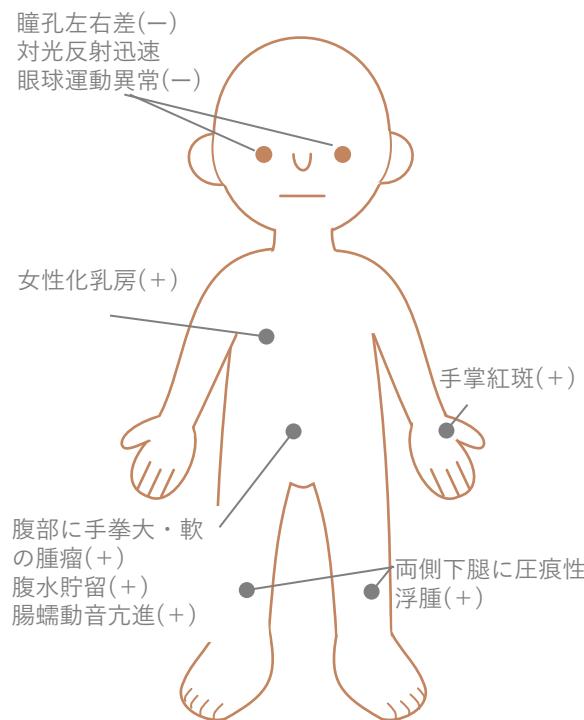
## 【症例提示】

63歳男性、主訴：腹痛、嘔吐  
バイタル：血圧 178/94、脈 58回/分 整、呼吸数 20回/分、体温36.5°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3時間前から臍のあたりがキリキリと痛くなり、張るようになった。
P	横になると張りが楽になる。
Q	3回嘔吐した。
S	下痢はない。歩くと嫌な感じがするが、響く感じは無い。
健康診断	アルコールが原因の肝硬変だと言われたことがある。血圧が高めだと言われた。
薬剤性	薬は飲んでいない。今までに頭痛の時に薬を飲み良くなったこともあった。
嗜好	1日2合ほど飲む。
食事	生ものは食べていない。外食していない。
備考	今まで同じような症状になったときは自然に治っていた。周りに同じような症状の人はいない。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#腸閉塞

## 【プレゼンテーション】

S	63歳男性、腹痛と嘔吐を主訴に来院した。 3時間前から臍周囲の腹痛を自覚し、来院するまでに3回嘔吐した。 2年前にも臍周囲の腫瘍を自覚したことがあったが、仰臥位での安静で改善していた。 既往歴にアルコール性肝硬変がある。
O	来院時の意識は清明、バイタルは血圧 178/94、脈 58回/分 整、呼吸数 20回/分。 腹部診察では臍周囲に手拳大の柔らかい腫瘍を触知し、腸蠕動音亢進を認めた。腫瘍は徒手的に整復できなかった。
A&P	以上から臍ヘルニア嵌頓に伴う腸閉塞が考えられる。 採血、腹部レントゲン撮影を行い、外科の医師にコールする。

## ■ その他の恶心・嘔吐の鑑別

脳出血、くも膜下出血、頭蓋内血腫、髄膜炎、片頭痛、急性胃腸炎、急性虫垂炎、食中毒、急性心筋梗塞、妊娠、糖尿病性ケトアシドーシス、カルシウム代謝異常

Dr. 山中・鎌田の

# 問診☆攻めNIGHT

## ロールプレイ用 配布プリント



### Dr. 山中・鎌田の問診☆攻めNIGHTとは

- ・問診の実演・解説が聞けるラジオ風動画シリーズです。
- ・国試過去問をベースに、臨床経験豊富なドクターが医師患者役となって外来を実演！
- ・プレゼンを行い、鑑別の思考過程を解説してくれます。
- ・その他、実際に先生が出会ったケースや、過去の失敗談なども聞けます
- ・講師は、福島県立医科大学津医療センターの総合診療医、山中克郎先生と鎌田一宏先生です。
- ・臨床実習での一般外来やERでの実習はもちろん、Post-CC OSCE対策に役立ちます。

### 目次

16. 全身倦怠感
17. 意識障害
18. 失神
19. 下血 + 腹痛
20. 吐血
21. 関節痛
22. 腰・背部痛
23. 乏尿
24. 血尿
25. 体重減少
26. 体重増加
27. 筋力低下
28. けいれん
29. 呼吸困難①
30. 呼吸困難②

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》1ヶ月以上症状が続いている場合、精神的な問題の可能性も高い。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	急に発症したのか、慢性経過の症状なのかを確認する。	「いつまでは元気でしたか」「症状が出るのはお仕事をしている時ですか」
Q 症状の性質、程度		「具体的にどんな症状がありましたか」
S 障害症状	甲状腺機能低下症の疑いから、寒がりや便秘などの症状がないかを確認する。	「異常に寒さを感じることはありますか」「便秘はひどいですか」
	抑うつ傾向、希死念慮などがないかを確認する。	「この1ヶ月で気分が落ち込むことはありますか」「行動が遅かったり落ち着かなくてイライラすることはありますか」「集中力はありますか」「死にたいと思うことはありますか」
既往歴	ビタミンB <sub>12</sub> 欠乏症の原因として、萎縮性胃炎を疑う。	「これまで大きな病気をしたことがありますか」「こういった症状は初めてですか」
服薬歴	薬剤性うつを考える。	「薬は飲んでいますか」
嗜好		「煙草やお酒は嗜みますか」「趣味や好きなことはありますか」
食事	精神疾患に伴った拒食／過食がないかを確認する。	「食欲はありますか」「体重の変化はありますか」
	偏食によるビタミンB <sub>12</sub> 欠乏症を疑う。	「野菜しか食べないなどの偏食はありますか」
睡眠	精神疾患に伴った睡眠障害がないかを確認する。	「夜は眠れていますか」
その他	妊娠の可能性を疑う。	「最終生理をお伺いしても良いですか」「妊娠の可能性はありませんか」

## ●問診のポイント

28:01

- 急に発症したのか、慢性経過の症状なのかを確認する。心身の問題の場合には1ヶ月以上の期間症状があることが多い。患者への共感の姿勢を忘れない。
- まずは甲状腺機能低下症、ビタミンB<sub>12</sub>欠乏などの器質的な問題がないか考える。

## ●うつ、不定愁訴の診察ポイント

43:24

- 高齢者の場合→パーキンソン病の人が鬱になりやすい。  
また、ステロイドやβブロッカーによる薬剤性うつも除外する。
- うつ病は死ぬ病気である。決して見逃しても大丈夫ということはない。
- コロナ時代ということもあり、人とのつながりも無くなっている。
- できる範囲で検査しながら、本人と対話することが大事である。

## ○フリートーク

- 患者さんの心を掴め！ということ
- 医学生の人に覚えてほしいこと～この世には3つの世界がある～

35:30  
50:47

## ロールプレイ

QB 110H31, 32

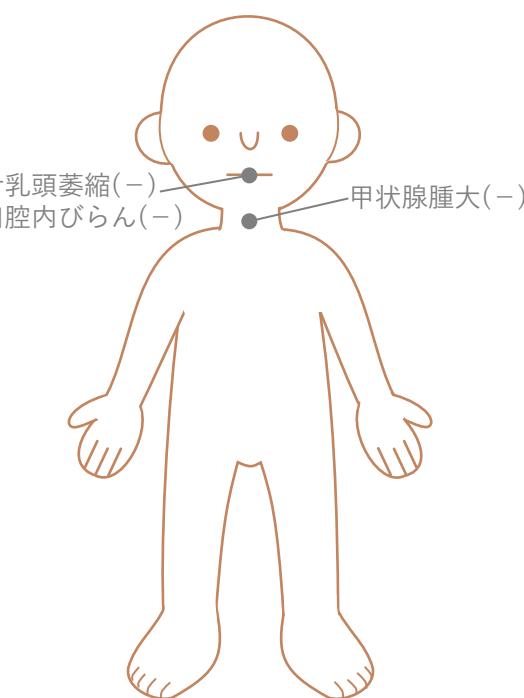
## 【症例提示】

29歳女性、主訴：倦怠感 頭痛  
バイタル：血圧 96/48 mmHg, 脈 76回/分 整, 呼吸数 12回/分, SpO<sub>2</sub> 99%(room air), 体温 36.6°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	2週間くらいだるい。 1ヶ月前から元気がない。 仕事をしていると症状が出る。
Q	1ヶ月前から頭が重い感じ、首や肩がガチガチになる。
S	寒さを感じることはない。1日1回は排便する。 以前からやる気はあっても空回り、疲れてしまう。 仕事で書類を読んでも内容が入ってこない。 よくイライラしてしまう。 死ぬ勇気はないが、だめな人間だと思ってしまう。
T	近医で頭のMRIと首のレントゲンを撮ったが異常なかった。 それでもこの2週間とてもだるく、家のこともできていない。 遅刻もしてしまった。
既往歴	今までに病気になったことはない。
服薬歴	頭痛に対して痛み止めを飲んでいる。
嗜好	煙草は吸わない。 酒は全く飲まない。
食事	お腹が空いた感じはない、少しは食べている。 偏食ではないと思う。 最近は趣味を楽しめていない。
睡眠	眠りにつけない。
その他	10日前から6日前まで月経があった。 妊娠の可能性はない。

## 【身体診察】



■ その他の全身倦怠感の鑑別  
結核、心不全、肝炎、鉄欠乏性貧血

## 【プレゼンテーション】

S	29歳女性、全身倦怠感と頭痛を主訴に受診した。 1ヶ月前から頭重感を自覚し、この3週間で増悪した。倦怠感が改善せず、集中力低下や不眠の症状もあるため来院した。 近医で頭部MRIを撮影したが、異常は認められなかった。既往歴はなく、妊娠の可能性はない。
O	身長158cm、体重46kg、意識清明。 体温37.1°C、脈拍76/分、血圧96/48 mmHg、呼吸数12/分。 身体診察で甲状腺腫大や口腔内の明らかな舌乳頭萎縮は認められなかった。
A&P	不眠、倦怠感、集中力の低下などから抑うつが考えられるが、 鑑別として甲状腺機能低下症やビタミンB <sub>12</sub> 欠乏も挙げられるため、採血でTSH, free T4とビタミンB <sub>12</sub> を測定する。 採血結果が判明するまで時間がかかるため、ビタミンB <sub>12</sub> を投与し、後日来院してもらう。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》 意識障害を見たらAIUEOTIPS.

23:22

## ●意識障害の診察の進め方

## 意識障害の鑑別疾患 (AIUEOTIPS)

A	Alcohol	アルコール(Wernicke脳症なども含む), 大動脈解離
I	Insulin	血糖異常
U	Uremia	尿毒症
E	Endocrinopathy, Encephalopathy, Electrolytes	内分泌疾患, 脳症, 電解質異常
O	Oxygen, Overdose	低酸素血症, CO <sub>2</sub> ナルコーシス, 薬物中毒
T	Trauma, Tumor, Temperature	外傷, 腫瘍, 体温異常
I	Infection	感染症
P	Psychiatric, Porphyria	精神疾患, ポルフィリア
S	Shock, Stroke, Seizure	ショック, 脳卒中, てんかん

## ●よくみられる血糖異常

- ・低血糖による意識障害で運ばれる患者はインスリンや血糖降下薬を使用していることが多い。  
しかし、インスリンなどを使っていないのに低血糖で運ばれるケースもよくあり、鑑別診断が重要である。  
例えば、心肺停止状態の患者の原因が低血糖であり、その要因がひどい肺炎による敗血症であることがある。

## ●低血糖の要因例

- ・敗血症
- ・アルコールによる低血糖  
→ ホームレスの人で食事を取らず栄養不足状態であるにも関わらず、アルコールを飲んでしまう。
- ・肝硬変による低血糖  
→ グリコーゲンの蓄積がない。
- ・副腎不全
- ・甲状腺機能低下症
- ・薬剤性

## ●評価の注意点

- ・スコア以上に大切なこと  
JCS, GCSは大まかな意識レベル評価であるため、同スコアでも意識レベルの細かな違いが生じる。  
患者の意識障害をみつける上で、以前と現在の差異がないか観察することが重要である。

- ・見逃しやすいてんかん  
てんかんには以下のように見逃しやすいものがある。患者の周囲の人に患者の様子を問うことも大切である。  
→ 救急室に到着した時、すでに発作が収まっている場合  
→ 痙攣を起こさないてんかん場合（高齢者に多い）  
    [ 一点を見つめている  
    いつもより反応が遅くぼーっとしている  
    家事の中で同じような動作を続けている（側頭葉てんかん）]

## ●AIUEOTIPS “Infection”

- 肺炎、腎孟腎炎、尿路感染症などの感染症を起こした後は脳梗塞を起こすリスクが高まる。  
腎孟腎炎の患者でなんとなくいつも様子が違うという時に脳梗塞による意識障害を起こしていることもある。

## ○フリートーク

- ・奥会津のコロナ事情
- ・世界の感染症の広まり方
- ・タイでの元旦の過ごし方
- ・ノロウイルスの感染力
- ・Flight emergencyのお話
- ・世界のご当地感染症

## ■GCS

E : 開眼機能 (eye opening)		V : 言語機能 (Verbal response)		M : 運動機能 (motor response)	
自然に開眼	4	見当識がある	5	命令通りにできる	6
命令すると開眼	3	意味のない会話をする	4	痛み刺激の部位がわかる	5
痛みに対し開眼	2	意味のない単語を発する	3	痛みに対し手足をひっこめる	4
開眼しない	1	単語にならない発声のみ	2	病的屈曲	3
		発語なし	1	進展反応	2
				反応なし	1

## ロールプレイ

## 【症例提示】

35歳男性、主訴：意識障害  
バイタル：血圧 156/88 mmHg, 脈 104回/分 整, 呼吸数 16回/分, SpO<sub>2</sub> 99% (マスク5L/分 酸素投与下), 体温 36.0°C

## ■ JCS

I	1	意識清明とはいえない
II	2	見当識障害がある
III	3	自分の名前, 生年月日が言えない
II	10	普通の呼びかけで開眼
II	20	大きな声, 握り拳で開眼
II	30	痛み刺激で開眼
III	100	痛み刺激で払いのけるような動作
III	200	痛み刺激で顔をしかめる
III	300	痛み刺激で反応なし

## 【身体診察】



## ■ 重要な神経学的検査

- ※ 病変の鑑別（頭蓋内or頭蓋外）、病態の把握に有用。
- ・眼球所見（瞳孔、対光反射、眼位、眼球運動など）
  - ・脳幹機能（眼球頭反射など）
  - ・運動系の異常（姿勢の異常、麻痺、病的反射など）
  - ・髄膜刺激症状

\* 救急処置後、病歴聴取、身体・神経所見の把握、採血、画像検査などにより原因を探る

## ■ 意識障害の鑑別

脳出血、脳梗塞、頭蓋内血腫、脳炎、てんかん、くも膜下出血、髄膜炎、心筋梗塞、急性大動脈解離、急性消化管出血、敗血症、薬物中毒、アルコール性中毒、CO<sub>2</sub>ナルコーシス、低血糖、ナトリウム代謝異常、ショック

## 【プレゼンテーション】

S	35歳男性、路上に倒れていたところを発見され、救急搬送された。
O	意識レベルはJCS II-20。 体温36.0°C, 脈拍104回/分, 血圧156/88 mmHg, 呼吸数16回/分, SpO <sub>2</sub> 99% (マスク5L酸素投与下) 対光反射は正常、皮膚は湿潤しており、体表に明らかな外傷は認めなかった。
A&P	意識障害の原因精査として、低血糖の除外をまず行う。 ルートを確保する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》心血管系などの重大な疾患を除外しつつ、起立性低血圧を考えよう

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	突然発症であるかを確認する。	「いつまで覚えていますか」
S 随伴症状	神経調節性失神を考える。	「倒れる前に気持ちが悪くなったり冷や汗をかいだりしていませんか」
	起立性低血圧を考える。	「倒れた時に怪我はしていませんか」「倒れた時に痙攣はありましたか」（妻への質問） 「立ちくらみはありますか」
	起立性低血圧の要因の一つとして貧血を考え、消化管出血がないかを確認する。	「腹痛はないですか」「真っ黒な便が出ていますか」「体重は減っていますか」
T 時間経過	意識障害か、失神かを確認する。	「何分くらいで意識が戻りましたか」
既往歴		「今までに大きな病気にかかったことはありますか」
服薬歴	消化管出血の原因になっているのではと推察する。	「常用している薬はありますか」
嗜好		「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」

## ●起立試験 21:10

- 患者さんが寝ている状態で収縮期拡張期の血圧と脈拍をチェック。
- ベッドサイドで患者さんに立ち上がってもらい、3分後と5分後に血圧と脈拍数をチェックする。
- 起立性低血圧であれば、3分以内に収縮期血圧の20mmHgの低下または拡張期血圧の10mmHgの低下があり診断できる（高齢者では5分後に血圧が下がることがある）。
- 高齢者の起立性低血圧は消化管出血が原因となっていることがある。そのため、腹痛や黒色便も確認する。

## ●失神へのアプローチ 33:10

- 突然発症の病歴があるかを押さえる必要がある。  
→「何をしてる時に意識がなくなった？」などと聞き、具体的なエピソードを聞く。
- 椅子に座っているときに突然意識がなくなった、または倒れた時にひどい怪我をしている時は不整脈を疑う。
- 予後を悪くする不整脈、大動脈弁狭窄症などの弁膜症を含めた心疾患をまず除外する。
- 次に起立性低血圧を疑い、原因に消化管出血や悪性腫瘍などがないか確認していく。  
「高齢者の場合、胃潰瘍でも痛みを感じることがあるので注意する。
- 稀だが失神を起こす致死的な疾患として、大動脈解離、くも膜下出血、肺血栓塞栓症も考慮する。

## ●神経調節性失神 37:52

- 若い人に多い。何年も前から同じ症状を繰り返す人が多い。吐き気や倒れる前の冷や汗、目の前が真っ暗になるような前駆症状があるため、注意して問診を取る。

## ●高齢者では食後の低血圧で失神も（食べて眠くなるのとは違う！） 38:50

- 高齢者は食後に血圧が下がることが時々ある。立ち上がらなくとも座ったまま倒れてしまう。

## ○フリートーク

- 今回の問題は山中先生が作っていた?! 国試問題作成の裏話

45:10

## ロールプレイ

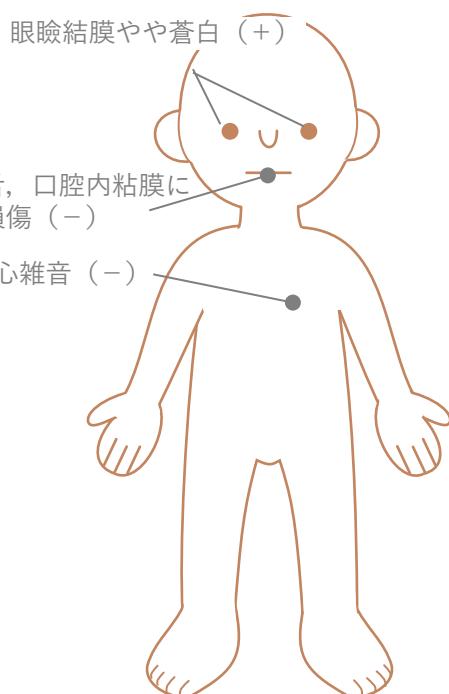
## 【症例提示】

35歳男性、主訴：意識障害  
バイタル：血圧 132/68 mmHg、脈 88回/分 整、呼吸数 18回/分、SpO<sub>2</sub> 95% (room air)、体温 35.6°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	お風呂に行こうとしたのは覚えている。気づいたら床に倒れており、呼びかけられて起きた。
S	気持ちの悪さや冷や汗はなかった。怪我はしていない。最近立ちくらみがある。腹痛はない。黒い便は出ていない。体重は減っていない。痙攣もしていなかった。（妻の回答）
T	妻が呼びかけて顔をたたくとすぐに意識がもどった（2, 3分）。
既往歴	血圧が高い。腰が痛くて整形外科にかかった。
服薬歴	Ca拮抗薬、腰の痛みに対しての痛み止め。
嗜好	煙草は吸わない。機会飲酒。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#起立性低血圧 #消化管出血 #悪性腫瘍  
#不整脈

■ その他の失神の鑑別  
てんかん、肺塞栓症、不整脈、大動脈弁狭窄症

## 【プレゼンテーション】

S	82歳男性、意識消失のため受診した。本日飲酒しながら夕食をとった後、入浴のため立ち上がった際に突然意識消失し倒れた。妻が大声で呼びかけるとすぐに意識清明に戻った。最近椅子から立ち上がる際に立ちくらみを自覚していた。高血圧に対してCa拮抗薬、腰痛に対して痛み止めを内服している。
O	体温36.8°C、脈拍88回/分 整、血圧132/68 mmHg、呼吸数18回/分、SpO <sub>2</sub> 95% (room air)。瞳孔径は両側3mmで対光反射は正常。眼瞼結膜はやや蒼白。聴診では心音、呼吸音に異常を認めなかった。舌と粘膜に損傷は認めなかった。
A&P	以上から起立性低血圧が考えられるため、起立試験を行い起立時の血圧低下を観察する。消化管出血、悪性腫瘍、不整脈も考えられるため、上部消化管内視鏡検査、直腸診や心電図の実施も考慮する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》下血の原因を随伴する腹痛から探ろう。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	突然発症であれば大動脈解離、消化管穿孔、血栓塞栓症、絞扼性イレウスなどを疑う。	「何時くらいにお腹が痛くなりましたか」 「このようなことは初めてですか」 「いつまでは元気でしたか」 「急に痛くなりましたか、だんだん痛くなりましたか」
P 寛解・憎悪因子	前屈みで楽になる→脾臓などの後腹膜臓器の疾患	「楽になる姿勢などはありますか」
Q 症状の性質、程度	寝ていても起きるほどの痛みであれば大動脈解離など緊急性の高い疾患の可能性があるため、何をしている時に腹痛が始まったか聞くことも有意義である。  痛みの波がある→腸の疾患 波があまりない→胆嚢、脾臓系の疾患  歩行により痛みが増強する場合、腹膜炎などをおこしている可能性があるため、車椅子などを使用しているかを確認する。	「お腹が痛くなった時の便はどうな状態でしたか」  「どのような痛みですか」 「最も強い痛みを10点だとしたら、今回の痛みは何点ですか」  「お腹の痛みに波はありますか」  「今日は歩いて来ましたか」
R 部位、放散痛	背部に放散：脾炎、胃十二指腸潰瘍、大動脈解離 右肩に放散：胆嚢系 左肩や頸部に放散：心筋虚血	「お腹のどこが痛みますか」 「背中のほうに痛みが響きますか」
S 随伴症状	高齢であり悪性腫瘍の可能性も高いため体重減少、便潜血を確認する。腫瘍により腸管の狭小化や運動障害が起こり血便となっている可能性がある。	「体重は減っていませんか」 (→ 健康診断) (→ 食事)
既往歴		「今までかかった病気はありますか」
薬剤歴		「痛み止めなどの薬は飲んでいませんか」
アレルギー歴		「アレルギーやコレステロール値について何か指摘されたことはありますか」
健康診断	悪性腫瘍を疑い、便潜血を確認する。	「健康診断でなにか指摘されたことはないですか」 「便の検査で異常は指摘されていませんか」
食事	悪性腫瘍を疑い、体重減少を確認する。	「食欲はありますか、ご飯は何を食べましたか」

## ●テネスマス 37:45

・便が出ないにも関わらず、痛みを伴う頻回の便意を催すこと。うんちしたい症候群という人もいる。大腸の病変による排便反射の刺激で生じると考えられている。  
(例)出血をするとS状結腸や直腸へ血液が入り、それが刺激になって便意を催すが、便が出ない。

## ●癌による下痢 40:15

・大腸癌、直腸癌がある場合、下痢便が出ることがある。したがって、排便習慣の変化などには注意する。

## ●自発痛と関連痛と圧痛の違い 40:50

- ・自発痛：何もしなくとも痛い。
- ・圧痛：押すと痛い。自発痛のある部位を押しても、もし痛みが強くならなければ、圧痛なし（+自発痛あり）となる。
- ・関連痛：局所痛に関連する痛み。痛みを感じる部位を刺激してもさらに痛くなることはない。

## ○フリートーク

- ・国試で出る問題とは 6:10
- ・鎌田先生と山中先生の国試思い出話 9:20

## ロールプレイ

QB 113C30

## 【症例提示】

72歳女性、主訴：下血、腹痛  
バイタル：意識清明、血圧 142/92 mmHg、脈96回整、呼吸数 20回、SpO<sub>2</sub> 96% room air、体温 37.2°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	22時くらいに寝ようとしたら、30分くらいして痛くなった。 このようなことは初めて。 今日の昼までは普通だった、夕方からだるい感じがした。
P	楽になる姿勢はない。
Q	お腹が痛くなった後は5回ほど水っぽい下痢をした。最後は真っ赤な血がでたので病院に来た。 痛みはキリキリする痛みで、だんだんと痛くなってきた。 痛みのあるときと楽な時とでは波がある。 一番辛い痛みを10点とすると、今の痛みは5点。家でトイレに入っている時は8点だった。
R	左の下の方が痛む。 背中の方に響く痛みはない。
既往歴	高血圧と糖尿病でかかりつけに診てもらっている。
薬剤歴	薬は飲んでいない。
アレルギー歴	コレステロール値の異常やアレルギーはない。
健康診断	健康診断では血糖が高いと言われた。 便の検査で異常は特に言われていない。
食事	ご飯は普通に食べていた。今日はコロッケを食べた。生ものや既製品は食べていない

## 【身体診察】



■ その他の下血の鑑別  
消化性潰瘍、炎症性腸疾患、痔核、裂肛

## 【鑑別】

#虚血性腸炎 #憩室出血 #大腸癌

## 【プレゼンテーション】

S	72歳女性、下腹部痛と血便のため受診した。 本日就寝前に左下腹部痛と下痢が出現した。5回ほど下痢を繰り返し、鮮紅色の血便を認めたため、来院した。高血圧と糖尿病の既往があり、通院中である。手術歴はない。
O	来院時の意識は清明。 体温37.2°C、脈拍96/分、血圧142/92 mmHg、呼吸数20/分、SpO <sub>2</sub> 96% (room air)。 心音、呼吸音に異常は認めなかった。 腹部は平坦、軟で左下腹部に圧痛を認めた。Tapping pain、筋性防御は認めなかった。
A&P	所見より、虚血性腸炎が最も考えられるが、憩室出血、大腸癌も鑑別に挙げられる。そのため、採血による貧血や炎症の程度の評価や、腹痛の原因精査として、腹部エコーヤ、必要に応じて、造影CT、大腸内視鏡検査を考慮する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》気道の確保が最優先！呼吸様式がおかしくないかを確認する。

## ●問診の前にまず状態の把握と処置！～到着から問診までの流れ～

12:08

- ・現着時、救急室のバイタルを確認→口腔内の血液を吸引→SpO<sub>2</sub>（動脈血酸素飽和度）を確認
- 冷汗や四肢の冷感を確認→頸動脈の怒張が無いことを確認（心原性や閉塞性であれば怒張）
- 末梢のルートを18Gで2本（急速で点滴を落とすため）→生食液500ccを全開で落とす
- 採血（血算、生化、凝固、血液型、クロスマッチ）→家族へ問診

## ●吐血の診察のポイント

21:31

- A (Airway) : 最優先で気道が確保されているかを確認する。  
意識変容があったり吐血量が多い場合に、窒息や誤嚥性肺炎となるケースがある。
- B (Breathing) : 呼吸ができているか、呼吸様式がおかしくないかを確認する。  
SpO<sub>2</sub>90%以上を保つようにする。場合によっては挿管も考慮する。
- C (Circulation) : ショックであるかどうか確認する。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診 (⇒家族への問診)
O 発症様式		「吐血は初めてでしょうか」
T 時間経過		「体調が悪くなったのはいつですか」
既往歴	肝硬変のリスクがあるかを確認する。	「元々肝臓にご病気はありますか」「B型肝炎やC型肝炎にかかっていますか」「今までがんと言われたことはありますか」「胃潰瘍や十二指腸潰瘍と言われたことはありますか」
服薬歴	消化管出血のリスクがあるかを確認する。	「痛み止め、血液をサラサラにする薬、血圧を下げる薬など、何か薬は飲んでいましたか」
嗜好	肝硬変のリスクがあるかを確認する。	「どれくらいお酒を飲みますか」

## ●ショックの見分け方

23:23

- ・“バイタルの逆転”をチェックする。  
収縮期血圧と脈拍数を比較し、正常と逆の“脈拍数>収縮期血圧”となっている場合、ショック状態と考えられる。（参考：SI）
- 収縮期血圧が100以下でなければ大丈夫と考えがちであるが、血圧がいつもより下がっている代わりに脈拍がいつもより上がっている点が重要である。
- 手に冷感があり、頸静脈が虚脱ていれば循環血流量減少性のショックを考える。

## ■ SI（ショックインデックス）…出血量の予測が可能

$$\text{SI} = \frac{\text{心拍数}}{\text{収縮期血圧}}$$

## ●肝硬変の身体所見のポイント

39:06

- ・女性化乳房
- ・前胸部のvascular spider
- ・羽ばたき振戦(アステリキシス)
- ・手掌紅斑
- ・腹水

## ○フリートーク

- ・バレンタインデートーク

## ・臨床現場での吐血

- ↳ Mallory Weiss症候群かと思ったら…？
- ↳ 全身状態を落ち込ませるのが大事！
- ↳ 鼻血が吐血に見えるケース
- ↳ 高齢者の消化性潰瘍はあまり痛みがない

0:48

41:24

## ロールプレイ

QB 114F58

## 【症例提示】

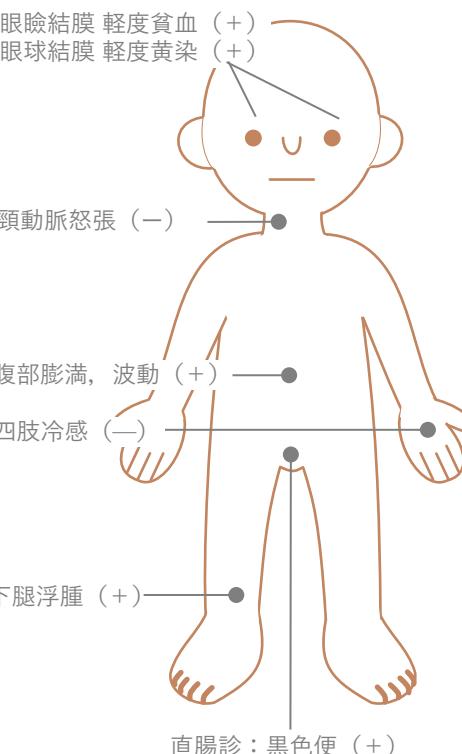
62歳男性、主訴：吐血

現着時バイタル：血圧 130/80 mmHg、脈102回整、呼吸数 20回、SpO<sub>2</sub> 90%、体温 36.9°C  
救急室バイタル：血圧 110/78 mmHg、脈 98回整、呼吸数 20回、SpO<sub>2</sub> 96%、体温 36.5°C

## 【問診】

	患者さん家族の回答
O	吐血は初めて。
T	昨日までは変わった様子はなかった。
既往歴	B型肝炎、C型肝炎、癌などの既往はなし。しかし、何かしらで健診でひっかかり、会社帰りにクリニックなどに行っていた。
服薬歴	血液サラサラの薬や痛み止めの薬は飲んでいなかったと思うが、血圧を下げる薬は飲んでいた気がする。詳しいことは分からぬ。
嗜好	お酒は相当たくさん飲む。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#食道静脈瘤破裂

■ その他の吐血の鑑別  
食道静脈瘤、Mallory-Weiss症候群、胃癌、消化性潰瘍

## 【プレゼンテーション】

S	62歳の男性。吐血のため救急車で搬入された。今朝、7:30頃突然の吐血があり、家族が救急車を要請した。
O	意識レベルはJCS I -2、体温36.5°C、心拍数98/分、整、血圧110/78 mmHg、呼吸数20/分、SpO <sub>2</sub> 96%（鼻カニューラ3L/分酸素投与下）。眼瞼結膜は軽度貧血様で眼球結膜は軽度黄染を認める。腹部は膨満し波動を認める。下腿に浮腫を認める。直腸診で黒色便の付着を認める。
A&P	身体所見より、肝硬変、致死的になる食道静脈瘤を第一に疑う。食道静脈瘤の胃カメラの既往があるかどうかを問診する。バイタルが落ち込まなければ消化器内科医にコンサルし、緊急の上部内視鏡検査を行う。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》炎症性か非炎症性かは問診である程度区別できる。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	経過を確認し、急性（2週間以内）・慢性（4週間以上続く）・再発性のいずれかかを判断する。	「いつ頃から関節が痛いですか」
P 対解・憎悪因子	炎症性か非炎症性かを確認する。	「手を使うと夕方くらいに痛くなっていますか」「手を使っていると次第に痛みが軽くなりますか」
Q 症状の性質、程度	症状の持続時間を確認する。	「手がこわばりますか」「手のこわばりはどのくらいの時間続きますか」
R 部位、放散痛	・どの関節が痛いのかの確認→単関節/多関節、大関節/小関節、左右対称 ・DIP関節を痛がる場合は、関節リウマチではない可能性が高い。	「どこの関節が痛いですか」「肩や膝など他の関節は痛くないですか」「手の関節は痛くないですか」
S 随伴症状	全身症状の有無を確認→炎症性疾患かどうか	「食事は食べていますか」「熱は出でていませんか」「寝汗は出でていませんか」
既往歴		「今まで何かご病気はされていますか」

## ●炎症性疾患 or 非炎症性疾患

- ・炎症性疾患（関節リウマチなど）
  - 一通常は熱感や発赤など全身症状がみられる
  - 一安静にしている夜間に痛くなる
  - 一朝のこわばりが30分以上続く
  - 一動かしていると比較的楽になる

## ●関節痛の身体診察のポイント

- ・圧痛、熱感、腫脹があるかを確認する。
- ・スクイーズ法：レモンやみかんを搾るように患者さんの手指をぎゅっと握り込み、痛くないかを問う。  
→痛む場合は、関節を個々に見ていく。関節の上下と左右を押さえ、どこが痛むかを確認する。

## ●関節炎と関節痛の違い

- ・関節炎  
「炎症」があるため、熱感、腫脹、疼痛がある。
- ・関節痛  
「疼痛のみで、腫脹や熱感は無い。」

## ●DIP関節が侵される疾患

- ・一般的に関節リウマチではDIP関節に痛みは生じにくい。
- ・変形性関節症や乾癬性関節炎ではDIP関節に痛みが生じる。

## ●高齢発症のリウマチ

- ・診断が難しいケースが多い。
- ・高齢者のリウマチは大関節からくることが多い。
- ・リウマチ性多発筋痛症（polymyalgia rheumatica : PMR）と症状が類似。
- ・リウマチ因子や抗CCP抗体が陽性にならないケースが多い。
- ・実臨床ではまずステロイドを使用し、少しずつ量を減らす過程の中で症状が悪くなった場合は、PMRではなくリウマチを疑う。
- ・ステロイドで悪化してしまう敗血症や感染性心内膜炎に注意する。

## ○フリートーク

- ・医師であり弁護士の先生のお話

23:01

27:23

31:25

42:42

43:35

0:45

## ロールプレイ

QB 114B49, 50

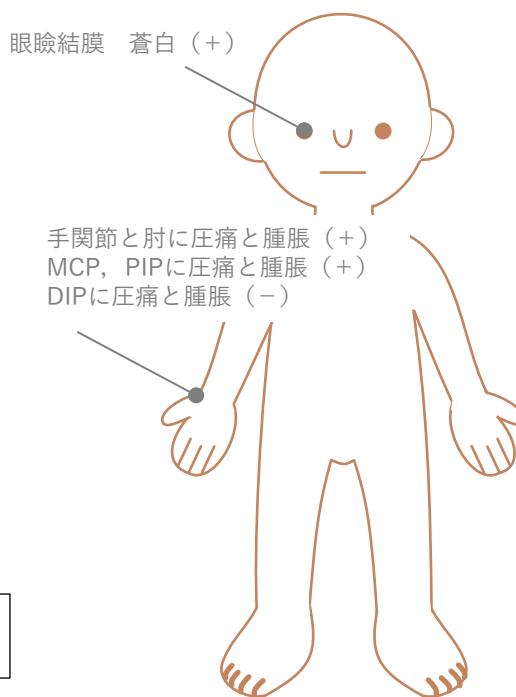
## 【症例提示】

42歳女性、主訴：関節痛、倦怠感  
バイタル：意識清明、血圧 134/80 mmHg、脈88回整、呼吸数 18回、SpO<sub>2</sub> 97% room air、体温 36.0°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	半年前くらいから手首や肘が痛む。両側痛む。なんだかだるい。
P	午前の方が痛い、朝に動かしにくい。働いている時は朝より痛みがまし。
Q	痛くてこわばる、物をにぎりにくい。30分も続かない。
R	左右両方の手首、肘の関節が痛む。痛くないが、ペットボトルの蓋が開けにくい。指の中の方の関節が痛い時もある。
S	食事は食べており、体重も減っていない。熱は測っていないが、熱っぽさはない。寝汗はない。
既往歴	血圧が高いと言われた。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#関節リウマチ #全身性エリテマトーデス(SLE)  
#皮膚筋炎 #偽痛風

■ その他の関節痛の鑑別  
化膿性関節炎、変形性関節症、反応性関節炎、痛風、外傷

## 【プレゼンテーション】

S	42歳女性、関節痛と倦怠感を主訴に受診した。半年前から倦怠感と両手首の痛みを自覚していた。その後、両肘にもいたみが出現し、物をにぎりにくくなった。
O	バイタルサインは、意識清明。体温 36.0°C、脈拍 88回/分、血圧 134/80、呼吸数 18回/分、SpO <sub>2</sub> 97%(room air)。 身体診察で皮疹を認めない。眼瞼結膜は貧血様で眼球結膜に黄染は認めない。甲状腺腫と頸部リンパ節は触知しない。腹部は平坦軟で肝臓、脾臓を触知しない。左右の手関節と肘関節、MCP関節とPIP関節に圧痛と腫脹を認める。DIP関節に圧痛は認めない。
A&P	所見より、慢性多関節炎を考え、関節リウマチ、SLE、皮膚筋炎、偽痛風などが鑑別にあがる。SLEや皮膚筋炎に特徴的な皮疹は認めず、爪も正常であり、感染性関節炎も否定的である。年齢・性別と合わせて、関節リウマチを第一に疑う。血液検査でCRPや抗CCP抗体、肝機能・腎機能を確認する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》「突然」発症に注意。5 killer chest painを見逃すな！

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	発症が「突然」であるかどうかを確認する。 「何をしている時にそうなったのか」を聞くと良い。	「こういったことは初めてですか」 「何をしているときに痛みを感じたのですか」
T 時間経過		「今も痛みは続いていますか」
既往歴		「病気や飲んでいる薬はありますか」

## ● 5 killer chest painとは

10:53

- ・急性心筋梗塞
- ・大動脈解離
- ・緊張性気胸
- ・肺塞栓症
- ・突発性食道破裂

・突然発症の強い胸背部痛からは上記の様な重大な疾患を想起しなければならない。  
また、骨折や悪性腫瘍の骨転移のほか硬膜外膿瘍などの感染によるものも挙げられる。  
体重減少や発熱、転倒などについても確認すべきである。

## ● 大動脈解離の診察のピットフォール

26:14

・血管が裂けるのが一時的に止まり、その時に診察をした場合、痛みがないこともある。  
痛みがなくとも安易に除外してはいけない。

## ● 失神の鑑別診断

30:45

・失神の原因として起立性低血圧、神經調節性、心原性（不整脈、弁膜症などのもの）が多いが、致死的な疾患として大動脈解離、肺塞栓症、くも膜下出血などによるものを見落としてはならない。

## ● アダムキュービツツ動脈 (Adamkiewicz動脈) の閉塞

34:02

・アダムキュービツツ動脈に解離が及んだ場合、対麻痺を起こし両足の運動が障害される。

## ● 見逃してはいけない背部痛

35:55

・悪性腫瘍の骨転移や、骨転移による圧迫骨折の痛みが背部痛として現れることがある。  
50歳以上は悪性腫瘍を常に疑う必要があり、慢性腰痛と診断されていた患者の本当の原因が骨転移であるなどもありうる。  
経過がずれていたり、痛みが増強する場合は念のために画像検査を行う。

## ○ フリートーク

・会津の山菜とDr.鎌田のイタリアン

0:40

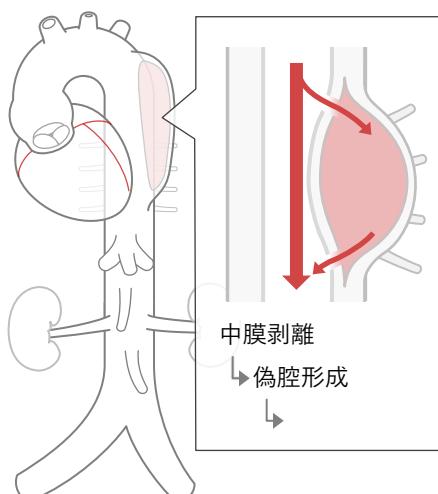
・空港でよく見る疾患

15:15

・23はラッキーナンバー

42:11

## ■ 大動脈解離 (Q-Assist内科・外科「循環器」より引用)



原因：高血圧, Marfan症候群, 外傷など

## 【臨床像】

突然の胸背部の激痛 + 病変部位により多彩な症状

- 大動脈基部病変 → 心筋虚血, AR, 心タンポナーデ
- 総頸動脈閉塞 → 脳虚血, めまい, 失神, 頭痛など
- 鎖骨下動脈閉塞 → 左右上肢の血圧差
- 上腸間膜動脈閉塞 → 腹痛, 腸管麻痺(イレウス), 腸管壊死
- 腎動脈閉塞 → 急性腎不全, 腎血管性高血圧
- その他, 対麻痺, 下肢虚血など

※ 破裂すると出血性ショックをきたす。

画像：造影CT, 胸部X線, 超音波検査, 血液：Dダイマー↑

## ロールプレイ

QB 112A67

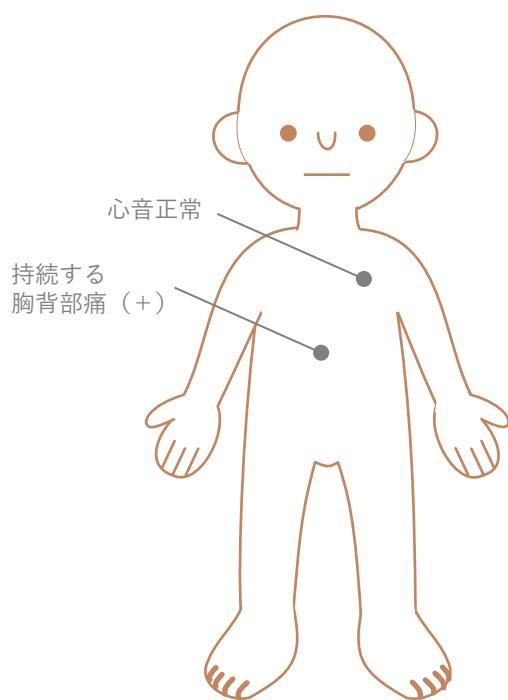
## 【症例提示】

56歳男性、主訴：胸背部痛  
バイタル：意識清明、血圧（上肢）右194/104 mmHg, 左198/110 mmHg、脈92回 整、呼吸数 24回、SpO<sub>2</sub> 100%（マスク10L/分 酸素投与下）、体温 36.2°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	事務仕事をしていたら突然胸背部痛があり、意識を失った。 今回がはじめてである。
T	今も痛みが続いている。
既往歴	血圧が高いと言われていたが、医者には行っていない。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

- #Stanford A型急性大動脈解離
- #急性冠動脈症候群 (ACS)
- #食道破裂
- #肺血栓塞栓症 (PE)
- #緊張性気胸

## ■ その他の腰・背部痛の鑑別

急性大動脈解離、急性脾炎、脾癌、尿管結石、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、脊柱管狭窄症、脊椎椎体骨折、急性腰痛症、化膿性脊椎炎

## 【プレゼンテーション】

S	56歳の男性。突然の胸背部痛のため救急車で搬入された。本日、事務仕事中に突然の胸背部痛を訴えた後、意識消失した。意識は数秒で回復したが胸背部痛が持続するため、同僚が救急車を要請した。
O	バイタルサインは、意識清明。身長163cm、体重56kg。体温36.2°C。心拍数92/分、整。血圧（上肢）右194/104 mmHg, 左198/110 mmHgで左右差は無い。呼吸数24/分。SpO <sub>2</sub> 100%（マスク10L/分 酸素投与下）。心音に異常を認めない。
A&P	方針として、まず大動脈解離やACSを疑い、採血で血算、生化学や心筋トロポニンT値を調べ、心電図、心エコーを行う。これらで異常が分からない場合、造影CTの施行も考慮する。  血液所見：白血球21,000。血液生化学所見：AST 15U/L, ALT 15U/L, LD 261U/L（基準176～353），尿素窒素18mg/dL，クレアチニン0.6mg/dL，尿酸6.4mg/dL，血糖115mg/dL，Na 142mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 107mEq/L，心筋トロポニンT陰性。 神経学的所見に異常を認めない。心電図に異常を認めない。 以上より、ACSは否定的であった。 造影CTを施行した結果、大動脈基部に解離を認め、Stanford A型急性大動脈解離と診断した。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》外傷による尿道への損傷を考える。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	外傷による尿道への損傷を想定する。	「尿が出なくなったのはぶつけた後ですか？」
P 寛解・増悪因子	多量の酒や風邪薬を飲んだ後の尿閉（高齢者に多い）を除外する。	「昨日の夜にたくさんのお酒を飲んだり、風邪薬を飲んだりはしていませんか？」
Q 症状の性質、程度		「出したいけど出ない感じでしょうか」「まだ痛みはありますか？」
S 随伴症状		「睾丸が腫れていますか」「出血していますか」「他には特に気になる症状はありますか？」
既往歴		「今まで大きな病気にかかりましたか」「定期的に薬を飲んでいませんか？」
アレルギー歴		「アレルギーはないですか？」

## ●身体診察のポイント

28:57

- 腹部の緊満が認められるとき、患者さんを横から眺めどこの部分が膨隆しているかを診るのが大事。  
上腹部が膨隆している場合：胃や肝臓に問題あり。  
下腹部が膨隆している場合：尿閉、女性の場合は子宮がん、卵巣がん、妊娠を疑う。  
臍を境に上腹部と下腹部が弓形に膨らむ場合：膀胱を疑う（天使のキューピッドサイン）。

## ●骨盤骨折に伴う尿道損傷

37:33

## ●便秘が起こす意外な悪さ

46:00

## ●尿道カテーテルを入れるコツ

39:25

- カテーテルが入らない時、太めのものにすると入れやすくなる。  
10ccくらいのシリンジにキシリカインゼリーを詰め、尿道へ勢いよく注入すると、通りが良くなる。  
それでも入らない場合、損傷のリスクを考え無理せず泌尿器科のDrに挿入を依頼する。

## ○フリートーク

- オーストラリアの医学部入試と文化
- 男性器が折れた！気の毒な症例

0:40

42:35

## ■ 尿が出ない時の処理（（Q-Assist内科・外科「泌尿器」より引用））

- まず、エコーをあてて、膀胱に尿がある（尿閉）か、膀胱に尿がないかを鑑別する。

腎孟		
尿管		犯人
膀胱		膀胱に尿（—）
尿道	犯人（尿閉）	
処置	1st 導尿、尿カテ	尿管ステント
	2nd 膀胱瘻	腎瘻

※ エコーが使えない場合、聴診器を置きながら叩いて（打聴診）膀胱に尿があるかを確認する

## ロールプレイ

QB 115A36

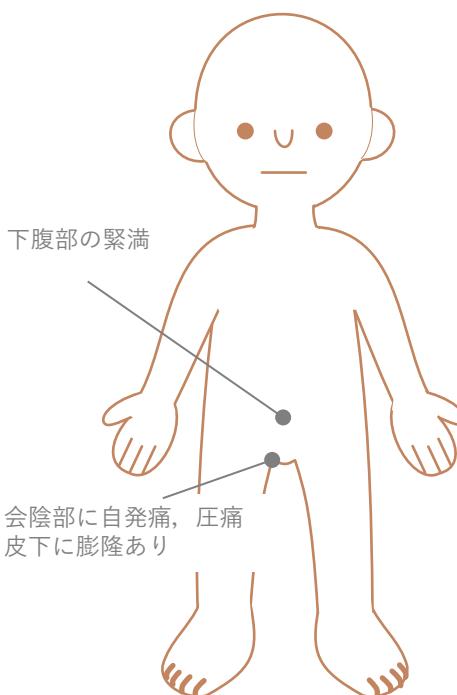
## 【症例提示】

52歳男性、主訴：乏尿  
バイタル：血圧 124/84 mmHg、呼吸数 20回、SpO<sub>2</sub> 99%、体温 36.7°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	家で電球を変えようと脚立に乗っている時、足を滑らせて股間に強打した。昨日までは普通に尿は出ている。
P	お酒も風邪薬も飲んでいない。
Q	痛みは落ち着いているが、僅かに痛く、下腹が張ったような感じがある。
S	睾丸は腫れてはいないが、おしっこが出る所から少量出血した。
既往歴	コレステロールが少し高い。
アレルギー歴	アレルギーはない。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

## #尿道損傷後の排尿障害

■ その他の乏尿の鑑別  
尿路感染症、前立腺肥大症、過活動膀胱、神経因性膀胱、薬剤性、糖尿病

## 【プレゼンテーション】

S	52歳男性、下腹部の緊満と排尿困難のため来院した。自宅で脚立から落ち、会陰部の辺りを打撲した。外尿道口から少量の出血を認める。
O	意識は清明。身長168cm、体重72kg。体温36.7°C。脈拍72/分、整。血圧124/84 mmHg。呼吸数20/分。会陰部の自発痛を訴え、皮下の膨隆と圧痛を認める。下腹部は緊満している。
A&P	下腹部の膨隆、会陰部に自発痛、圧痛。皮下に膨隆を認めた。外傷によって尿道に損傷をきたしていることが想定される。エコーにより尿閉の状態になっていないか確認する。腎臓を確認し、水腎症を除外する。ペニスの先端から造影剤を流し込み、膀胱まで到達するか、途中で断続していないかを確認する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》運動後というところに注目！

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	今回はマラソンの直後の発症であり <b>横紋筋融解症</b> による <b>ミオグロビン尿</b> が疑いやすい。 尿路系の感染症、出血性の膀胱炎などが考えられる。	「いつから血尿が出ているんですか」 「マラソンの前まではいつも通りの体調でしたか」 「こういったことは初めてですか」 「最近風邪っぽかったことはありましたか」
S 随伴症状	<b>腎結石</b> による血尿が考えられる。	「他にどこか痛いところはありますか」
既往歴		「大きな病気にかかったことはありますか」
服薬歴		「普段飲んでいる薬などはありますか」
健康診断	今回の主訴は血尿だが、 <b>蛋白尿</b> もあれば腎性の血尿を疑う。 糸球体性であれば血管炎やIgA腎症、溶連菌感染後糸球体腎炎、ループス腎炎など、糸球体以外であれば腫瘍、外傷、腎梗塞、多発性囊胞腎などが考えられる。	「健診で何か引っぱったことはありますか」

「尿潜血 (+) ≠ 血尿」

- 尿潜血反応陽性だからといって、全てが血尿とは限らない。
- 尿潜血 (+) の場合、原因として血尿以外にヘモグロビン尿やミオグロビン尿なども考える。
- 血尿には、見た目ではっきりわかる肉眼的血尿と、見た目では分からぬ顕微鏡的血尿がある。
  - 肉眼的血尿…（尿 1L に 1 mL 以上の血液が混在すれば肉眼的血尿となる）
  - 顕微鏡的血尿…尿沈渣で  $\geq 5$  赤血球/HPF (正常: 0 ~ 2 赤血球/HPF)  
※ /HPF ( : high power field ) =  $400$  倍下の 1 視野

## ●変形赤血球の有無

- 34:42
- 血尿を認めたら、赤血球変形の有無を評価する。
    - 変形赤血球あり → 糸球体由来のもの → 腎臓に問題があると考えられる。
    - 変形赤血球なし → 尿路系に問題があると考えられる。

## ●ヘモグロビン尿

- 35:28
- 赤血球の溶血が起こっているもの。発作性夜間ヘモグロビン尿症や自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) などを考える。感染症(ウイルスなど)によって起こることもある。

## ●若い男性の血尿の原因

- 泌尿器科で一番多いのはクラミジア感染症で尿道炎を起こしている人である。

## ●高齢者の血尿

- 33:47
- 健診で尿の異常を指摘されて来る患者が多い。
  - 悪性腫瘍(腎癌、尿管癌、膀胱癌、前立腺癌など)の可能性を考え、蛋白尿、肉眼的血尿があるか、煙草や染料の多い食事など悪性腫瘍のリスクがあるかを確認する。

## ○フリートーク

- 1:00  
15:19  
31:50  
39:40  
41:05
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)のお話
  - 国による食事介助の違い
  - Dr. 鎌田の国試前のハワイ旅行
  - 患者さんの心を掴むこと
  - 未来に生身の医師ができること

## ロールプレイ

QB 117B27

## 【症例提示】

35歳男性、主訴：血尿  
バイタル：血圧 132/60 mmHg、脈72回整。

## 【身体診察】

## 【問診】

	患者さんの回答
O	昨日マラソン大会に出て初めて完走し、走り終わって 3 時間後くらいに急に赤黒い尿が出た。こういったことは初めて。 最近の体調管理は万全で、特に問題なかった。
S	両足が筋肉痛でものすごく痛い。
既往歴	病院に行ったことがない。 大きい病気になったことはない。
服薬歴	定期的に飲んでいる薬もない。
健康診断	健診で何かを指摘されたことはない



## 【鑑別】

#横紋筋融解症

■ その他の血尿の鑑別  
糸球体腎炎症候群、腎細胞癌、尿路結石、尿路感染症、膀胱癌

## 【プレゼンテーション】

S	35歳の男性。血尿を主訴に来院した。昨日初めてフルマラソンを完走し、その3時間後から尿の色が赤黒くなり持続している。下肢の筋肉痛があるが、その他の自覚症状はない。既往歴に特記すべきことはない。
O	身長170cm、体重68kg、脈拍72/分、整。血圧132/60 mmHg。胸腹部に異常を認めない。両下肢全体に圧痛を認める。 尿所見：蛋白 (-)、ケトン体 (-)、潜血3+、沈渣に赤血球、白血球、円柱を認めない。
A&P	尿赤血球沈渣陰性だが、尿潜血陽性であることからミオグロビン尿やヘモグロビン尿を考える。激しい運動後であり筋肉の虚血や物理的損傷による横紋筋融解症に伴うミオグロビン尿を考え、横紋筋融解症と診断する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》まず癌や消化管出血を疑い、除外しながら診断に迫る。



QB 115D75

## 攻める問診

	問診の意図	医師の問診
O 発症様式		「いつ頃から調子が悪いのですか」「どれくらいの期間でどれくらい痩せましたか」
Q 症状の性質、程度	食欲の低下の程度を確認する。 また食欲の低下がなく体重減少が生じている場合では糖尿病や甲状腺機能亢進症を考える。	「食事の量としては前に比べて何割くらい食べられていますか」
S 障害症状	消化管出血や悪性腫瘍による体重減少を想起する。 慢性的な大量の下痢による体重減少も生じうるので、回数や量などまで詳しく問診し除外する。 大腸癌の症状として血便は有名であるが、初期には下痢を生じることがある。（→第19夜）	「お腹の痛みなどはありませんか」「真っ黒な便などは出たりしますか」「下痢になつていませんか」「便秘になつていませんか」
既往歴		「今まで大きな病気をしたことはありますか」
薬剤性		「薬は飲んでいますか」「痛み止めを頻回に飲んでいませんか」
嗜好	アルコールによる体重減少を想起する。	「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」「1日どれくらいを何年間続けていますか」

## ●臨床現場でよくみるその他の体重減少例

16:36

- 高齢者の入れ歯の噛み合わせ不良による食欲低下例や、COPDによる呼吸筋使用の増加による代謝亢進、慢性炎症の疾患では全般的に体重減少をきたす。
- ALSでは、初期にほとんどの患者に体重減少がみられる。
- 食欲があるにもかかわらず体重減少する例では、糖尿病と甲状腺機能亢進症が挙げられる。

## ●バイタルサイン・・・脈圧から考えられることは？

22:21

- 本症例では脈圧（収縮期血圧－拡張期血圧）が開大していることに注目する。
- 収縮期血圧が上昇する場合と、拡張期血圧が低下する場合が考えられる。
- 発熱や甲状腺機能亢進症、ショックの前などで心臓が激しく収縮している場合などでは収縮期血圧が上昇する。一方、大動脈弁閉鎖不全症（AR）では大動脈弁での逆流、ビタミンB<sub>1</sub>欠乏では末梢血管抵抗が低下することにより拡張期血圧が低下する。

## ●眼振のポイント

26:50

## ●ARの聴診のポイント

30:02

## ●指タップ

33:35

- 簡易的な小脳の機能検査として、めまいのある患者などつぎ足歩行の試験ができる有用である。

## ●輸液の考え方

44:58

## ●Refeeding syndrome

- Refeeding syndromeとは、慢性的な栄養不足状態が続いている患者に積極的な栄養補給を行うことにより発症する一連の代謝性合併症の総称。
- 初回投与エネルギーを必要エネルギーの25～50%から開始し少しづつ増やすことで予防できる。
- Wernicke脳症の危険性のある場合には栄養療法開始前にビタミンB<sub>1</sub>を静脈投与する。

## ●アルコールに関連する疾患まとめ

51:47

急性アルコール中毒、肝性脳症、Wernicke脳症、アルコールの離脱、低血糖、慢性硬膜下血腫  
アルコール性ケトアシドーシス、慢性肺炎、電解質異常

## ロールプレイ

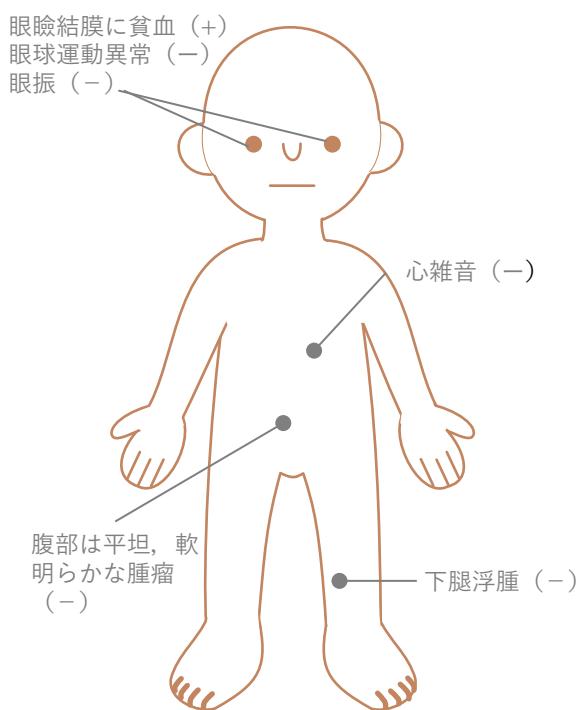
## 【症例提示】

67歳男性、主訴：体重減少  
バイタル：身長 172cm、体重 60kg、血圧 106/46 mmHg、脈100回/分 整、呼吸数 20回/分、体温 36.7°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3か月くらい前からいつもに比べて食欲の低下を自覚し始めた。周囲の人からも「痩せた」、「食べる量が減った」と言われるようになった。
S	食事中、おなかの痛みや気持ち悪さはないが食欲がない。ここ1週間で体のだるさも自覚するようになった。
T	この3か月で、10kg体重が減った。
既往歴	軽度の肥満を指摘された以外特になし。
薬剤性	薬は飲んでいない。
嗜好	煙草は吸わない。 30歳代から日本酒5合をほぼ毎日飲んでいた。ここ2日は量を減らして飲んだ。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#大量飲酒による栄養失調  
#Wernicke脳症 #脚気 #電解質異常  
#アルコール性ケトアシドーシス  
#アルコール性低血糖

## ■ その他の体重減少の鑑別

甲状腺機能亢進症、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、悪性腫瘍全般、糖尿病、神経性食思（欲）不振症（拒食症）、うつ病

## 【プレゼンテーション】

S	67歳男性、体重減少を主訴に来院した。 3か月くらい前から調子が悪くなり、食欲がいつもの2割程度となった。3か月で約10kg体重が減少した。1週間前から倦怠感も自覚し始めた。既往歴は特ないが、日本酒5合を毎日飲むなど、かなりのアルコール多飲であることが分かった。
O	バイタルサインは、脈拍100回/分と頻脈で、血圧106/46 mmHgと脈圧が上昇していた。また貧血を思わせるような眼瞼結膜の蒼白があった。
A&P	アルコール多飲によるビタミンB <sub>1</sub> 欠乏になっていると想定され、Wernicke脳症や脚気、また電解質異常やアルコール性ケトアシドーシス、アルコール性低血糖などが考えられる。 まず血算、生化学検査を行い、貧血の程度、アルコール性肝硬変に伴う血小板減少の有無、電解質、血糖、アルコール性肝障害による肝機能低下を調べる。血液検査で異常がある場合は、内視鏡検査やCT検査で腹部腫瘍の有無を確認する。同時に治療としては、点滴ルートを確保し、ビタミンB <sub>1</sub> の投与、その後ブドウ糖を投与していく。注意点として、Wernicke脳症を起こしていると考えられる患者には初回のブドウ糖投与は控える。

## ○フリートーク

- 会津の素敵なお観光スポット
- 意外と知らない適正なアルコール量
- 二人のDrの好きなお酒は？

0:36

53:36

56:29

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》心、肝、腎、甲状腺の異常と薬剤性を考えよう。



攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	突然の体重増加であることを確認する。 先行感染によって生じる急性腎障害も疑い、エピソードを聞く。	「いつ頃から調子が悪くなりましたか」 「これまで同じような症状が出たことはありますか」 「風邪をひいたり熱を出したりしていませんか」
Q 症状の性質、程度	体重増加の程度を調べる。	「どのくらいの期間でどのくらい体重が増加しましたか」
S 随伴症状		「他にどんな症状がありますか」
T 時間経過		「おしっこの泡立ちはずっと続くか」
服薬歴	薬剤性の肝障害、腎障害を除外する。 また問診で患者や本人が否定していても、違法薬物等を使用している可能性もあることから、薬剤性の可能性は常に考えておく。	「ここ最近新しく薬やサプリメントを飲み始めたなどはありませんか」

## ●身体診察で確認したいこと

18:44

心臓：肺でcoarse cracklesがないか、心雜音の有無、リズムは整か、下腿浮腫の有無など。

肝臓：肝炎や何らかの肝障害により肝不全になる場合、肝腫大をきたす。よって触診で確認する。

肝の叩打痛も確認する。

腎臓：結石の疑いは低いが、腎の叩打痛の有無は確認しておく。

## ●浮腫をみたら～鑑別のポイント～

## ・両側性か片側性か

28:28

片側性の場合、まず深部静脈血栓症を疑いたい。さらにその血栓が飛んで肺動脈塞栓症になると致死的と致死的な緊急性の高い疾患となるので必ず鑑別に挙げる。また、蜂窩織炎も基本的に片側性的浮腫となる。

## ・圧痕性か非圧痕性か

29:30

非圧痕性浮腫の場合、甲状腺機能異常を考える。甲状腺機能亢進症でも低下症でもどちらでも生じる。  
またリンパ性浮腫も考えられる。

## ・fast edemaとslow edema

30:42

圧迫からの戻りが40秒以内の浮腫をfast edemaと呼び、これは低アルブミン血症により生じる。  
心不全や静脈不全などの静脈圧が亢進している病態では、圧迫から40秒経過しても戻らないslow edemaとなる。

## ●浮腫があったら足をよくみよう！

31:32

## ●薬剤性浮腫

35:11

・ACE阻害薬、Ca拮抗薬、NSAIDs、甘草などの薬剤が原因で浮腫が起こる。

## ●浮腫の原因は1つじゃない！

37:10

## ○フリートーク

・伝統工芸品の魅力  
・奥会津在宅医療センターの日常0:40  
40:30

## ロールプレイ

QB 115A26

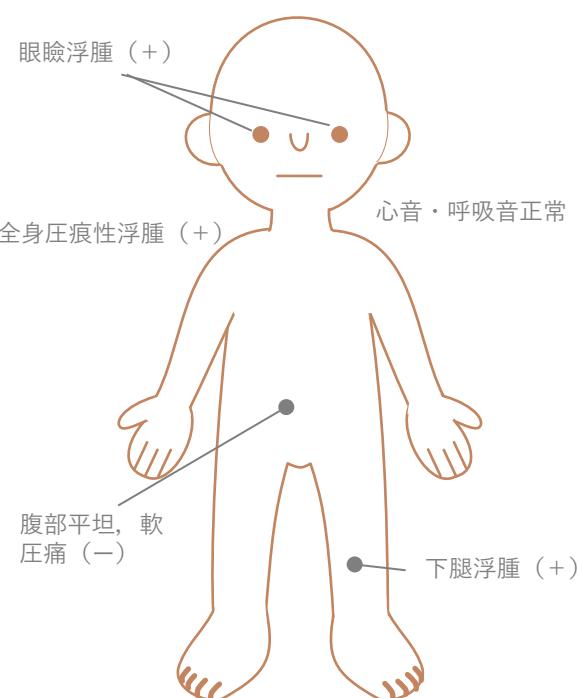
## 【症例提示】

22歳男性、主訴：体重増加  
バイタル：血圧 110/70 mmHg、脈88回/分 整、呼吸数 16回/分

## 【問診】

	患者さんの回答
O	体重が増えてしまった。2週間前から顔や足が浮腫むようになった。5日前から食欲は低下している。風邪などはひいていない。
Q	ここ2週間で20kgも体重が増加してしまった。
S	泡だった尿が出るようになった。少し下痢気味である。疲れやすくなった。
T	2週間前から尿の泡立ちを自覚していて、5日前から尿の回数も減るようになった。今朝は朝から尿が出ていない。
服薬歴	薬は飲んでいない。

## 【身体診察】



■ その他の体重増加の鑑別  
甲状腺機能低下症、心不全

## 【プレゼンテーション】

S	22歳男性、体重増加を主訴に来院した。 2週間前から、排尿時の尿の泡立ち、顔や全身のむくみを自覚していた。むくみが徐々に増悪し体重が2週間で20kgも増加した。ここ1週間で食欲が低下し、下痢が出るようになり全身の倦怠感も生じてきましたため来院した。尿については5日前から回数が減り、本日はまだ排尿がない。
O	来院時の意識は清明、バイタルサインは血圧 110/70 mmHg、脈 88 回/分 整、呼吸数 16 回/分、で特に異常はない。身体所見は、心音呼吸音に異常はなく、腹部の肝腫大等は認めなかったが、両眼瞼浮腫と四肢に圧痕性浮腫を認めた。
A&P	突然の体重増加なので、心不全、腎障害、肝障害、甲状腺機能異常を疑い除外していく。 まず血液検査で血算、生化学所見を診る。また尿検査を行い尿タンパクの有無を調べる。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 103155

《アプローチ》呼吸器・消化器症状先行の左右対称性の下肢筋力低下みたら  
Guillain-Barré症候群を考える。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	発症時期を確認する。	「いつまで調子が良かったですか」 「その前は元気でしたか」
S 随伴症状	・前駆症状についての問診 Guillain-Barré症候群の亜型である、Fisher症候群では眼球運動障害、Bickerstaff型脳幹脳炎では意識障害を認める。	「熱以外に、咳や下痢の症状はなかったですか」 「息苦しさはありませんか」 「物が二重に見えることはありますか」 「意識が朦朧となることはありますか」
既往歴		「今まで大きな病気はしたことはありますか」
嗜好		「煙草は吸いますか」 「お酒は飲みますか」
食事	カンピロバクターの可能性があるか確認する。	「鶏肉をよく食べますか」「自分で調理しますか」 「最近も食べましたか」
その他	リケッチア感染症の可能性があるか確認する。 HIVのスクリーニング。	「周りで同じような症状の人はいますか」 「最近、野山に出かけていませんか」 「同性間での性行為や、不特定多数の人との性行為はありましたか」

●Guillain-Barré症候群 13:04  
 ・下肢から始まり、上行性に進行する左右対称性の筋力低下ではGuillain-Barré症候群が最も考えられる。その他、以下のようなGuillain-Barré症候群と似た症状を起こす疾患もある。  
 ・Fisher症候群：外眼筋麻痺、運動失調、腱反射消失を3徴とする  
 ・Bickerstaff型脳幹脳炎：Fisher症候群+意識障害を伴う

●Guillain-Barré症候群の前駆症状 14:50  
 ・前駆症状として呼吸器症状、消化器症状が多い。  
 ・呼吸器症状ではEBウイルス、サイトメガロウイルス。  
 ・消化器症状ではカンピロバクターが多い→鶏肉の摂取を問診する。

●Guillain-Barré症候群と似た症状の疾患 15:45  
 ・ライム病、HIVもGuillain-Barré症候群と似た神経症状を起こすことがある。

●脳血管障害との見分け方 16:45  
 ・両側の筋力低下は脊髄や末梢神経が原因と考える。

●Guillain-Barré症候群では自律神経失調症状も伴う 31:02  
 ・著しい高血圧や低血圧、頻脈、不整脈、発汗、下痢、便秘の症状が目立つことがある。  
 ・2-4週間で症状がピークになる。早期に診断して治療することが重要。

●呼吸停止に陥る疾患 35:07  
 ・呼吸停止する可能性があるため、Guillain-Barré症候群を診たら必ず入院させる。

○フリートーク 1:00  
 ・熱中症だとと思ったら…  
 ・初めて受け持った患者さん 36:26

## ロールプレイ

## 【症例提示】

32歳男性、主訴：筋力低下  
 バイタル：血圧 138/82 mmHg、脈拍88/分 整、呼吸数 20/分、SpO<sub>2</sub> 99%(room air)、体温 36.2°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	一昨日から足に力が入らず、動かしづらい。昨日の午後から腕に力が入らなくなった。今日は手も足も動かせない。10日前から微熱があったが、3日くらいで良くなった。
S	咳や下痢はなかった。息苦しさはない。物が二重に見えることはない。意識が朦朧になることもない。
既往歴	健康診断で異常を指摘されたことはない。
食事	よく自分で調理して食べる。最近も食べた。
嗜好	お酒は機会があれば飲む程度。煙草は吸わない。
備考	周りで同じような症状の人はいない。野山には行っていない。同性間での性行為はない。

## 【身体診察】



下肢優位の四肢筋力低下 (+)  
 表在感覚異常 (-)  
 膝蓋腱反射、アキレス腱反射 (-)

## 【鑑別】

# Guillain-Barré症候群

## ■ 他の筋力低下の鑑別

脳梗塞、一過性脳虚血発作、脳出血、頭蓋内血腫、てんかん、脊髄損傷、椎間板ヘルニア、筋萎縮性側索硬化症、多発性筋炎、皮膚筋炎、カリウム代謝異常

## 【プレゼンテーション】

S	32歳男性、両上下肢の脱力を主訴に来院した。10日前に微熱の症状があったが、3日程度で回復した。2日前から下肢に力が入らなくなった。昨日の午後からは上肢も力が入らなくなり、今朝は手足を動かすことが困難になり、救急車で搬入された。
O	バイタルは大きな問題はないが、呼吸数は20/分とやや多い。明らかな呼吸器症状、消化器症状は認めなかった。複視は認めなかった。既往歴に特記事項はない。身体所見では顔面と四肢の筋力低下を認めた。また、下肢の腱反射は消失していた。
A&P	10日程度の経過で進行し、上行性に下肢優位、運動神経優位に障害されていることから、Guillain-Barré症候群が第一に考えられる。腰椎穿刺（ルンバール）を行い、蛋白細胞解離の有無を確認する。また、抗ガングリオンド抗体の有無も確認する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》現場で見ていた人への問診が重要！

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	けいれんの原因、前駆症状がないかを確認する。「どのような状況でけいれん発作が起きましたか」	
Q 症状の性質、程度	けいれんの原因を考える。「どのようにけいれんだったか」	
S 隨伴症状	外傷がないかを確認する。「倒れた時に頭をぶつけていないか」	
T 時間経過	けいれん重積発作の起こる可能性を考える。「救急隊はどれくらいで到着しましたか」	
既往歴	けいれんの原因疾患がないかを確認する。「今まで大きな病気はしたことはありますか」	
薬剤性	薬剤、断薬によるものを考える。「薬は飲んでいますか」「サプリメントは飲んでいない」	
嗜好	アルコール離脱によるけいれんもある。「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」	

## ●けいれんを診たら気をつけること 11:11

- ABCが保たれているか、バイタルは安定しているか確認する。
- けいれん重積に注意する。

## ●けいれんか失神か 13:05

- けいれんをおこした時の様子が重要。けいれんは意識レベルが戻りにくい。首の回旋などの動きが認められることがある。失禁、口腔内損傷もけいれんとともに認められることがある。
- 失神は意識消失の時間が短く、意識レベルは戻りやすい。

## ●けいれんの原因を考える 14:45, 22:15

- 原因として低血糖、代謝性疾患、薬物、アルコール離脱、熱中症、不整脈、ビタミンB<sub>1</sub>欠乏、妊娠関連疾患も考えられる。新規の脳血管障害の可能性もある。

## ●けいれんの治療 20:15

- けいれんが止まっている間にルートを確保しておくことが重要。
- けいれんが止まらず、ルート確保できないときは筋注や経直腸的にジアゼパムを投与する。
- ジアゼパムによる呼吸抑制もあるため、呼吸状態をしっかりモニタリングする。

## ●けいれん発作のないてんかんに注意 23:00

- 高齢者ではnon convulsion seizureに注意する。発作がなくても抗てんかん薬で症状が改善することがある。
- 側頭葉てんかんの全般化も疑い、同じような動作を繰り返していないかなど問診する。
- 現場で見ていた人への問診が重要。

## ●脳波測定は万能ではない 27:20

- 発作を起こしている人の脳波を測定することは難しい。
- 1回の脳波測定だけで診断できることは少ないため、3回ほど測定したり、ビデオモニターも使って測定する。

## ○フリートーク 0:43

- 長崎でリスナーと出会ったDr.山中先生 32:01
- 心因性の嘘っこけいれん

## ロールプレイ

QB 113E31

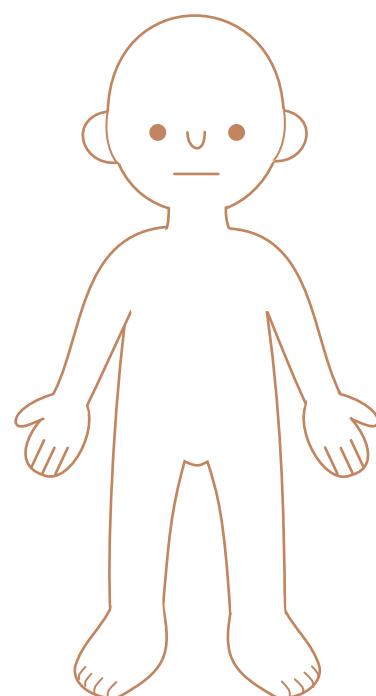
## 【症例提示】

66歳男性、主訴：意識障害、けいれん  
 バイタル：JCS I - 3, 血圧 140/90 mmHg, 心拍数92/分 整, 呼吸数 16/分, SpO<sub>2</sub> 99% (マスク6L/分 酸素投与下), 体温 36.9°C

## 【問診】

	救急隊員・患者さん家族の回答
O	外出先でけいれん発作があり、救急搬送された。
Q	話をしなくなり、首を右に回旋するようにして倒れた。そのあとカクカクという発作があった。
S	頭はぶつけていない。
T	救急要請があってから5分ほどで現場に到着した。 現場到着時にはカクカクとした動きは止まっていた。 手を伸ばすような発作が続いていた。
既往歴	3年前に頭部外傷を負い、てんかん発作の既往がある。
嗜好	お酒は普段は350ccのビールを1本。 昨日は350ccのビールを2本飲んだ。 煙草は10年ほど前にやめた。
内服薬	抗けいれん薬を内服していたが、2週間前に内服を中止した。 高血圧の薬を内服している。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

## #断薬によるてんかん発作

■ 他のけいれんの鑑別  
脳梗塞、脳出血、脳炎、脳症、熱性けいれん

S	66歳男性、意識障害とけいれんのため、救急車で搬入された。 3年前に頭部外傷後のてんかんの既往があり、抗けいれん薬の内服を継続していた。この1年間、けいれん発作がなかったため、2週間前に抗けいれん薬の内服を中止していた。 本日外出先で突然けいれんを起こし、居合わせた人が救急要請した。救急要請から5分後に救急隊が到着したところ、強直間代けいれんが認められたが、搬送中に消失した。
O	搬入時の意識レベルはJCS I - 3。 バイタルは血圧 140/90 mmHg, 心拍数92/分 整, 呼吸数 16/分, SpO <sub>2</sub> 99% (マスク6L/分 酸素投与下), 体温 36.9°C。
A&P	頭部外傷後の症候性てんかんがあり、この2週間抗けいれん薬を断薬していたことから、断薬によるてんかん発作が最も考えられる。けいれんの重積に注意する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》肺塞栓症のリスク因子を見落とさない。

## 攻める問診

	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	突然発症かどうかは、危険な胸痛の除外に有用。	「いつから痛みがありますか」 「何をしている時に痛くなりましたか」
Q 症状の性質、程度	胸膜に病変があると前面に痛みを感じる。	「胸のどこが痛みますか」 「息を吸った時に痛みますか」 「大きく深呼吸はできますか」
S 随伴症状	5 killer chest painを意識した問診。	「咳は出ますか」 「息苦しさはありますか」
T 時間経過		「痛みがだんだん強くなっていますか」 「このようなことは初めてですか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」
服薬歴		「飲んでいる薬はありますか」
嗜好	動脈硬化のリスクはないかを確認する。	「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」
生活歴		「仕事は何をしていますか」

## ●問診のポイント

14:02

- 危険な胸痛(特に5 killer chest pain)を除外する。
- 発症様式(突然発症ではないか)も重要。
- 5 killer chest pain: 心筋梗塞, 肺血栓塞栓症, 大動脈解離, 緊張性気胸, 食道破裂
  - 大動脈解離は胸部から背部まで痛みが移動する。
  - 食道破裂は頻回の嘔吐のエピソードが多い。
- 今回の症例ではピル服用による血栓傾向、突然発症、胸膜刺激痛がある⇒肺塞栓症が考えられる。

## ●バイタルの逆転

22:01

- 正常であれば、収縮期血圧が脈拍数を上回る。
- 脈拍数が収縮期血圧を上回っている場合、ショックまたはプレショックの状態であると考えられる。  
(→第20夜 吐血)

## ●肺塞栓症の診断の実際

30:10

- 肺塞栓症に特有の心電図所見である“S I Q III T III”は、臨床現場ではまず見ることはない。
- 頻脈と心電図でのV1-V3の陰性T波が診断に役立つ。
- D-dimerは特異度が高くない。感度は約90%あるが、特異度が約40%⇒D-dimerは肺塞栓症の除外診断に使う。

## ●肺塞栓症の診断には問診が大事

33:01

- 患者さんの背景を問診する事が重要。
- 肺塞栓症を疑う背景として、ピル服用、長時間のフライト、手術後、長期臥床、担癌患者(特に腺癌)が挙げられる。
- 突然発症であることも重要。

## ●肺梗塞

36:28

- 肺塞栓症の症例で胸痛を訴えることは少ない。
- 壊死によって肺梗塞が起こり、その炎症が胸膜まで及ぶことで胸膜刺激痛を起こす。
- 肺実質には痛みのレセプターはないため、胸が痛いということは、胸膜まで炎症が及んでいる。

## ●臨床でよく見る肺塞栓症の心エコー所見

40:05

- 短軸像において右室が拡大することによって左室が圧排される、D-shapeが特徴的。

## ○フリートーク

- 夏の楽しみ方
- 長期のフライト中のDr.鎌田

1:03

35:10

## ロールプレイ

QB 117F 71-73

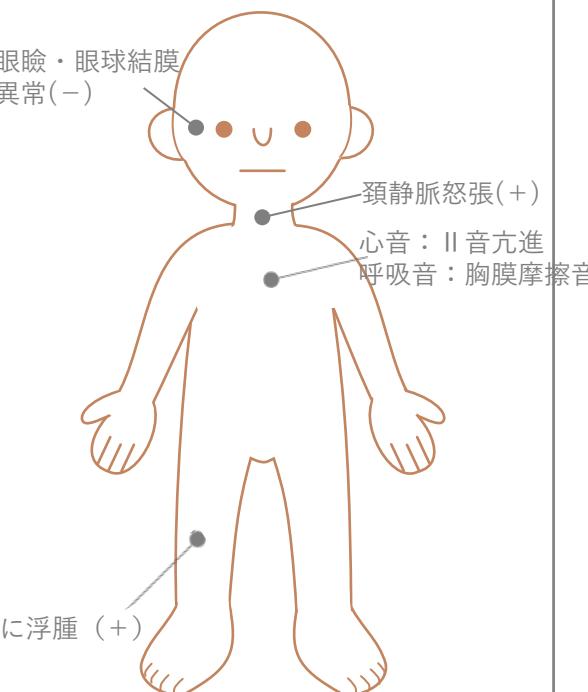
## 【症例提示】

27歳女性、主訴：胸痛、呼吸困難  
意識清明、身長 163cm、体重 60kg  
バイタル：血圧 112/64 mmHg、脈 120回/分 整、呼吸数 32回/分、SpO<sub>2</sub> 88%(room air)、体温 38.0°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	昨日から右の胸が痛い。 事務仕事を終えて帰宅し、食事の準備をしている時に突然痛くなった。
Q	右胸の前の方が痛い。 息を吸う時に痛い。 大きく息を吸えない。
S	咳はあまり出ない。 息苦しい。
T	様子を見ようと思ったが、よくならなかった。 このようなことは初めてです。
既往歴	今まで病気になったことはない。
服薬歴	ピルを3-4ヶ月前から飲んでいる。
嗜好	煙草は吸わない。 お酒はたまに飲むくらい。
生活歴	事務の仕事をしている。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#肺塞栓症 #肺梗塞

## ■ その他の呼吸困難の鑑別

急性喉頭蓋炎、窒息、気管支喘息、急性呼吸促(窮)迫症候群(ARDS)、肺炎、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、間質性肺疾患、肺結核、緊張性気胸、自然気胸、心不全、アナフィラキシー

## 【プレゼンテーション】

S	27歳女性、右前胸部痛を主訴に受診した。 昨日、突然の右前胸部痛を自覚し、その後、吸気時の胸膜刺激痛が発生した。 胸部痛の程度や息苦しさが増し、来院した。 既往歴はなく、3-4ヶ月前からピルを内服している。
O	身長163cm、体重60kg。意識清明。 血圧 112/64 mmHg、脈 120回/分 整、呼吸数 32回/分、SpO <sub>2</sub> 88%(room air)、体温 38.0°C。 身体診察では頸静脈の怒張を認めた。 聴診では呼吸音の異常はないが、II音の亢進を認めた。 右下腿に浮腫を認めた。
A&P	ピル服用による血栓傾向であること、身体所見から肺塞栓症が最も考えられる。 鑑別すべき診断として急性冠症候群があるため、心電図をとる。 採血、血液ガス、心電図、心エコー、胸部の画像検査を施行して診断する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク

《アプローチ》慢性疾患の急性増悪に注意。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	急性発症なのか慢性発症なのか	「いつから呼吸困難がありますか」 「何かをしていました時に苦しくなりましたか」
S 随伴症状		「胸の痛みはありますか」
T 時間経過		「痛みがだんだん強くなっていますか」 「このようなことは初めてですか」
その他		「周りに風邪をひいている人はいませんか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」 「喘息はないですか」
服薬歴		「飲んでいる薬はありますか」
アレルギー		「アレルギーはないですか」
嗜好		「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」

## ●呼吸困難の問診のポイント

16:12

- ・急性発症なのか慢性発症のかが重要。
- ・急性発症⇒上気道異物、急性喉頭蓋炎、気管支喘息、緊張性気胸、急性冠症候群などが考えられる。
- ・慢性発症⇒COPD、心不全、間質性肺炎などの急性増悪。

## ●検査について

26:22

- ・血液検査では白血球の増加や炎症反応を確認する。
- ・血液ガス分析ではII型呼吸不全としてPaO<sub>2</sub>の減少とPaCO<sub>2</sub>の増加を確認する。
- ・感染症を疑い胸部X線を施行する。過去に検査等を受けていなければ胸部CTで全体像を確認してもよいと考える。

## ●気管挿管か、NPPVか

32:41

- ・COPDに対する治療と、細菌感染に対する治療をすれば改善する見込みがある。
- ・高CO<sub>2</sub>血症が改善すれば、意識レベルも改善すると考えられるため、まずNPPVを選択する。
- ・気管挿管は一度挿管したら、抜管するのも大変。

## ●COPDの特徴的な身体所見

35:19

- ・口すぼめ呼吸⇒口でPEEPをかけて換気しやすくしている。
- ・呼吸補助筋(胸鎖乳突筋や中斜角筋)の肥厚、鎖骨上窩の吸気時陥凹、気管短縮(short trachea)を観察する。
- ・頸静脈波のV波
- ・Hoover's sign
- ・ピア樽状胸郭
- ・剣状突起の心拍最強点
- ・呼吸音減弱、CO<sub>2</sub>貯留による手の温感、浮腫。
- ・COPDに肺がんを合併するとばち指も見られる。

## ○フリートーク

- ・事務所の近くの名物店屋さん
- ・Dr.鎌田の奥様ってどんな人?
- ・ばち指の診かた

0:38

6:10

40:58

## ロールプレイ

QB 117F 62-64

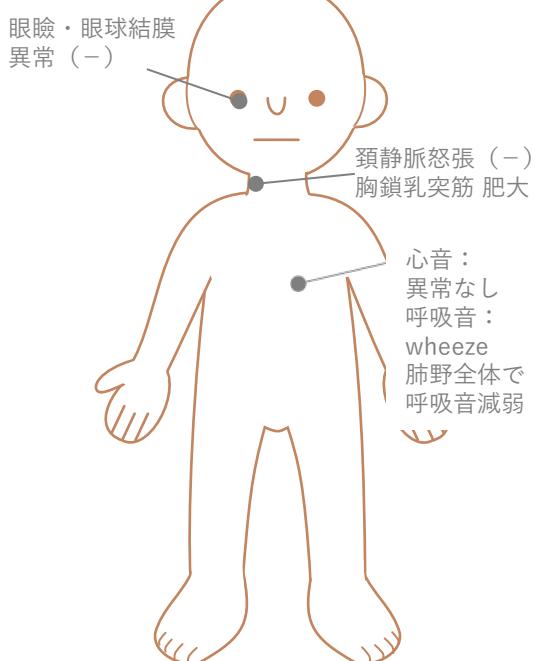
## 【症例提示】

75歳男性、主訴：労作時の呼吸困難  
意識清明、身長 163cm、体重 65kg  
バイタル：血圧 142/56 mmHg、脈 92回/分 整、呼吸数 24回/分、SpO<sub>2</sub> 90%(room air)、体温 36.6°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	2-3年前から歩いたりすると呼吸が苦しい。 徐々に息苦しくなってきた。 今までこのようになったことが1度あったが、1週間くらいで良くなった。
S	咳と痰が出る。 胸の痛みはない。
T	去年くらいから階段や坂道を上る時に途中で休まないと歩けなくなった。 1週間前からいつもより息苦しくなった。
備考	周りに風邪をひいている人はいない。
既往歴	60歳の時に高血圧があると言われた。
服薬歴	高血圧の薬を飲んでいる。
アレルギー	アレルギーはない。
嗜好	煙草は25歳の時から1日40本吸っている。 お酒は週に1回飲むくらい。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#COPDの急性増悪

## ■ その他の呼吸困難の鑑別

急性喉頭蓋炎、窒息、気管支喘息、肺塞栓症、急性呼吸促(窮)迫症候群(ARDS)、肺炎、間質性肺疾患、肺結核、緊張性気胸、自然気胸、心不全、アナフィラキシー

## 【プレゼンテーション】

S	75歳男性、呼吸困難を主訴に受診した。 数年前から労作時呼吸困難を自覚し、1年前からは坂道や階段を上る際に、途中で休みながらではないと上れなくなった。 1週間前から呼吸困難、膿性痰、咳嗽が出現し、改善しないため来院した。 高血圧の既往歴がある。50年間、1日40本の喫煙歴がある。飲酒は機会飲酒。
O	身長163cm、体重65kg。意識清明。 バイタルは、血圧 142/56 mmHg、脈 92回/分 整、呼吸数 24回/分、SpO <sub>2</sub> 90%(room air)、体温 36.6°C。 身体診察で頸静脈の怒張は認めなかったが、胸鎖乳突筋の肥厚を認めた。 聴診では心音に異常はなく、呼吸音でwheezeを聴取し、肺野全体で呼吸音の減弱を認めた。
A&P	慢性経過の呼吸困難が1週間で急性増悪したことから、COPDの細菌感染による急性増悪が第一に考えられる。 検査としては、血液検査、血液ガス、胸部X線・CTを施行する。

Dr. 山中・鎌田の

# 問診☆攻めNIGHT

## ロールプレイ用 配布プリント



### Dr. 山中・鎌田の問診☆攻めNIGHTとは

- ・問診の実演・解説が聞けるラジオ風動画シリーズです。
- ・国試過去問をベースに、臨床経験豊富なドクターが医師患者役となって外来を実演！
- ・プレゼンを行い、鑑別の思考過程を解説してくれます。
- ・その他、実際に先生が出会ったケースや、過去の失敗談なども聞けます
- ・講師は、福島県立医科大学津医療センターの総合診療医、山中克郎先生と鎌田一宏先生です。
- ・臨床実習での一般外来やERでの実習はもちろん、Post-CC OSCE対策に役立ちます。

### 目次

31. 黄疸
32. 腹部膨満
33. 食思不振
34. 噫下困難
35. 歩行障害
36. 感覚障害
37. 不安・抑うつ
38. 認知障害
39. 咳嗽
40. 尿失禁
41. 発疹
42. 月経異常

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》肝障害をきたしうる病歴を見逃さない。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式		「いつまで元気でしたか」
S 随伴症状		「体はしんどくないですか」「熱はありますか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」「B型、C型肝炎になっていると言われていませんか」
服薬歴	肝炎の原因になる服薬歴はないか。	「飲んでいる薬はありますか」
家族歴		「家族で病気の人はいますか」
食事	きのこ毒も黄疸の原因になる。	「きのこを食べていませんか」
嗜好		「お酒は飲みますか」「煙草は吸いますか」

## ● 黄疸の問診

21:40

- 黄疸をきたす疾患として、[ウイルス性肝炎](#)、[薬剤性](#)、うっ血性肝炎、自己免疫性肝炎などある。きのこ毒も原因となる。
- 肝炎の中で最多はウイルス性肝炎である。まずウイルス性肝炎の可能性を考え、服薬歴、食事、既往歴(膠原病)を確認する。
- 今回の症例では、母と兄がB型肝炎のキャリアであり、免疫を抑制する抗TNF- $\alpha$ 抗体薬の服用歴があるため、[de novo B型肝炎](#)発症の可能性も考えながら問診を進めていく。

## de novo B型肝炎

HBV既往感染者(HBs抗原陰性、かつHBc抗体またはHBs抗体陽性)において、HBVの再活性化により生じる肝炎。  
 ・ステロイド、抗リウマチ薬、生物学的製剤、免疫抑制薬、および抗癌薬などの使用例にみられることがあるため、これらの使用前にはHBV関連マーカーや肝機能の検査を行う。  
 → HBV既往感染例(またはHBV量微量陽性例)であれば再活性化のリスクを考え、薬剤投与中もフォロー検査を行う。  
 ・通常のB型急性肝炎に比べて劇症化しやすく死亡率も高いため、適切な対応・治療が重要である。

## ● 身体診察のポイント

23:44

- 眼球結膜の黄疸
- 右上腹部の圧痛や腫瘍、肝脾腫、叩打痛
- 腹水や下腿の浮腫
- 肝腫大を見るとときは、右季肋部に指を入れて診察する。  
 ⇒ 患者さんに大きく息を吸ってもらい(腹式呼吸)、肝臓が下がってきたところを触れる。  
 叩打痛は肝臓に炎症があれば生じる可能性がある。
- 脾腫大を見るとときは、臍部から左季肋部に向かうように順に触診していく。

## ● 血液�査のポイント

34:05

- 臨床では肝炎を診ることが多い。
- AST・ALTの上昇や総ビリルビンが上昇しているときに原因疾患を考えるが、AST・ALTが1000を超える疾患は多くない。  
 1000を超える疾患 ⇒ ウィルス性肝炎、うっ血性肝炎、shock liver、薬剤(特にアセトアミノフェンの大量服用)、きのこ毒、自己免疫性肝炎、Budd-Chiari症候群など。
- 総ビリルビン、直接ビリルビンが上昇しているときに考える疾患。  
 ⇒ [胆管の閉塞](#)(胆石、胆管癌)、[肝細胞の障害](#)(肝硬変、薬剤など)
- 肝炎と診断したら劇症化させないためのフォローが大切である。
- 肝機能検査 ⇒ [アルブミン](#)やINRで肝機能を確認する。  
 ASTやALTは肝機能ではなく肝細胞の障害の程度を表している。

## ○ フリートーク

- Dr.鎌田、イタリアで脱臼骨折
- 海外のアセトアミノフェンの価格

01:08

38:18

## ロールプレイ

QB 112A50

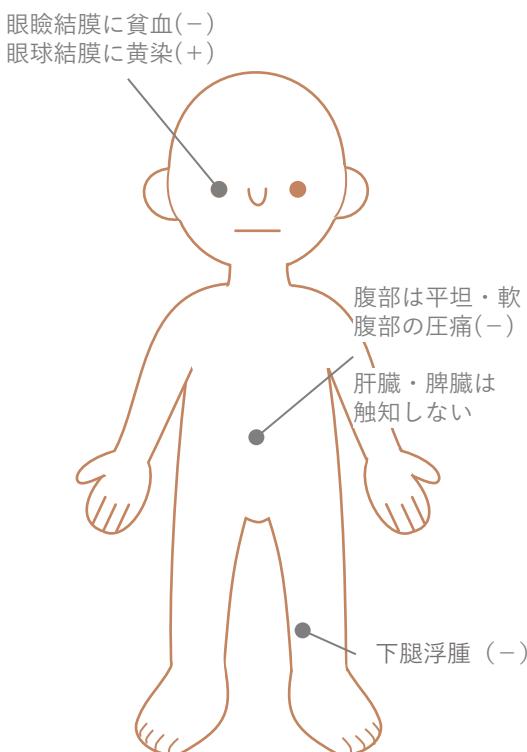
## 【症例提示】

55歳女性、主訴：黄疸  
 身長 152cm、体重 45kg  
 バイタル：意識清明、血圧 116/60mmHg、脈拍 64回/分 整、呼吸数 18回/分、体温 36.3°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	1週間前に白目が黄色いと言われた。 1ヶ月前くらいから体がだるい。
S	だるさがある。 熱は測っていないが、熱っぽさはない。
既往歴	1年前に潰瘍性大腸炎と診断され、治療中。 内視鏡検査時にB型、C型肝炎の検査してもらったが大丈夫と言われたため心配していない。
服薬歴	1年前から潰瘍性大腸炎に対してステロイドで治療していた。半年前から抗TNF- $\alpha$ 抗体薬の治療が始まった。
家族歴	母と兄がB型肝炎のキャリア。
食事	きのこは食べていない。
嗜好	お酒は集まりのときに飲む程度。 煙草は吸わない。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#de novo B型肝炎

■ その他の黄疸の鑑別  
 ウィルス性肝炎、薬剤性肝炎、うっ血性肝炎、自己免疫性肝炎、きのこ毒

## 【プレゼンテーション】

S	55歳女性、黄疸を主訴に受診した。 1年前に血便と腹痛があり、潰瘍性大腸炎と診断された。はじめは副腎皮質ステロイドで治療していたが、効果がなく、半年前から抗TNF- $\alpha$ 抗体薬を服用していた。潰瘍性大腸炎の症状は軽快していたが、1週間前に黄疸が出現した。 濃塗性大腸炎に対する治療薬以外の薬剤は内服していない。母と兄がB型肝炎のキャリアである。 濃塗性大腸炎の治療を開始した際はHBs抗原は陰性だった。 喫煙歴はなく、飲酒は機会飲酒。
O	身長152cm、体重45kg。意識清明。 バイタルは、血圧 116/60mmHg、脈拍 64回/分 整、呼吸数 18回/分、体温 36.3°C 身体診察で眼瞼結膜に黄疸を認めた。腹部診察で特記すべき所見はなかった。
A&P	母と兄がB型肝炎キャリアであり、抗TNF- $\alpha$ 抗体薬投与歴があるため、de novo肝炎が最も考えられる。 今後の検査としては、血算、生化学(特に肝機能を確認)、超音波やCT検査を施行する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》肝脾腫、腹水、イレウスなど原因を多角的に考える。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥 様式		「いつから症状がありますか」 「このようなことは初めてですか」
S 随伴症状		「体重は増えていますか」 「お腹が痛いや便が出ないなど、他の症状はないですか」 「食欲はありますか」「怠さはないですか？」
既往歴	輸血歴などの有無も確認。	「今まで病気になったことはありますか」
健康診断		「健康診断や血液検査はしていましたか」
服薬歴	薬剤性肝炎を考える。	「最近飲み始めた薬やサプリメントはありますか」
食事	ジビエ料理は肝炎のリスクになる。	「鹿肉などのジビエ料理を食べることはありますか」

## ● 腹部膨満の問診 21:09

- 今回の症例は輸血歴があり、慢性肝炎の既往があるため、肝炎が考えられる。  
⇒ 薬剤や食事など、肝炎の他のリスクとなる原因はないか問診を進める。
- 腹部膨満では、イレウス、腫瘍による通過障害、腹水の貯留なども考えられる。  
そのため随伴症状(腹痛、排便、食欲)の確認が重要。

## ● 肝硬変の身体診察 29:20

- 肝硬変の身体所見はたくさんある。  
⇒ クモ状血管腫、手掌紅斑、腹水、女性化乳房、羽ばたき振戦、肝脾腫、下腿浮腫、睾丸萎縮など。
- 腹水の診察  
⇒ bulging flanks, shifting dullness, 打診で濁音や鼓音など

## ● 特発性細菌性腹膜炎(SBP) 40:43

- 腹水が溜まっている肝硬変患者で、特発性細菌性腹膜炎を起こしている場合、腹水を抜き検査に出すことで診断がつく。

## 特発性細菌性腹膜炎

腹腔内臓器の炎症や腫瘍、腸管穿孔がないにもかかわらず、感染性の腹水を有する病態。  
大部分は非代償性肝硬変を背景とする。敗血症性ショックに至る危険があり、早期診断・治療が重要である。

## 〔検査・診断〕

腹水中の好中球数が重要である。

《腹水穿刺》好中球↑(250/ $\mu\text{L}$ 以上)

《細菌培養》陰性(菌が同定されない) ※近年は同定される例も多い。

《細胞診》癌性を否定 《血液》炎症反応

《腹部CT》続発性腹膜炎の除外

## ● 低アルブミン血症のある腹水 41:34

- 低アルブミン血症の患者で、四肢がやせ細っているが腹水により腹部膨満が顕著であることがある。  
低アルブミン血症が改善していなければ点滴等を行っても体液が血管外に分布してしまい、腹水が改善しない。

## ● 慢性貧血 43:54

- 慢性貧血では、Hbの値よりも循環血液量が生命維持に重要である。  
慢性貧血により長い期間を経てHbが下がっている患者では、大きな症状が現れていないことがある。
- MCV値の特徴  
⇒ MCVが120を超える貧血はビタミンB12欠乏であることが多い。

## ○ フリートーク

・飛行機内のドクターコール

00:41

・ジビエ料理は肝炎のリスク

23:10

・アフリカでは大球性貧血がほとんど?!

45:20

・高齢者で増えるビタミンB12欠乏

48:09

## ロールプレイ

QB 100C7-9

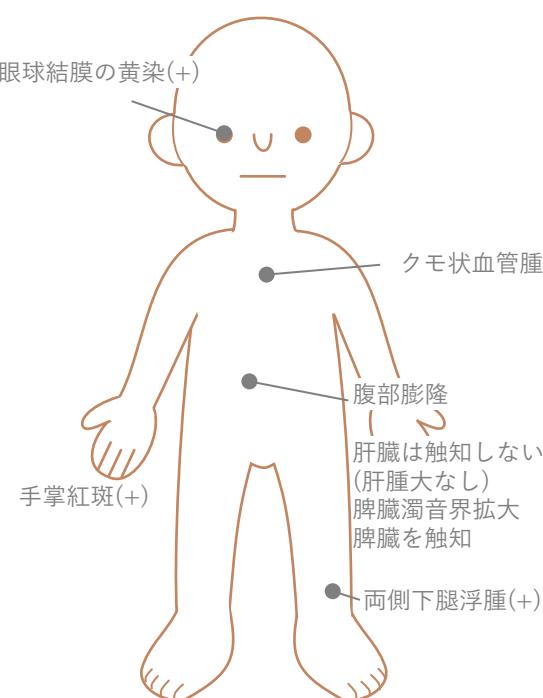
## 【症例提示】

66歳男性、主訴：腹部膨満  
身長 166cm、体重 60kg  
バイタル：意識清明、血圧 146/60mmHg、脈拍 76回/分 整、体温 36.7°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3週間前から、ベルトがきつくなってきた、そこからどんどんお腹が膨ってきた。今までお腹が膨れたことはない。
S	体重は1ヶ月で5kg増えた。倦怠感があるが、他の症状はない。すぐにお腹が張るが、少しづつは食べられている。
既往歴	25歳のときに十二指腸潰瘍から出血し、輸血を受けた。20年前に肝炎と診断され、近医にかかっている。
健康診断	定期的に健康診断を受けている。近医でも数ヶ月おきに肝機能のフォローを受けている。
服薬歴	薬もサプリメントも飲んでいない。
食事	ジビエは食べていない。

## 【身体診察】

■ その他の腹部膨満の鑑別  
イレウス、悪性腫瘍

## 【鑑別】

#肝硬変

## 【プレゼンテーション】

S	66歳男性、3週間前からの腹部膨満を主訴に受診した。 40年前に十二指腸潰瘍の出血の際に輸血を受け、20年前に慢性肝炎と診断され、近医に通院している。 この1ヶ月で体重が5kg増加している。 生肉の摂食や、新しい薬剤の内服歴は無い。
O	身長166cm、体重60kg、意識清明。 バイタルは、血圧 146/60 mmHg、脈拍 76回/分 整、体温 36.7°C 身体診察では眼球結膜に黄染を認めた。 前胸部のクモ状血管腫、手掌紅斑を認め、腹部は膨隆し、脾臓を触知した。肝臓は触知しない。下腿には浮腫を認めた。
A&P	既往歴と身体所見から、慢性肝炎の非代償性肝硬変への移行がもっとも考えられる。 肝胆道系酵素を含めた採血、腹部超音波検査、腹部CTを施行し、肝臓の大きさや肝癌の有無を確認する。浮腫に対しては利尿薬やアルブミン製剤の使用を検討する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》まずは悪性腫瘍を除外。精神疾患によるものも忘れずに。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式		「いつから食欲がなくなりましたか」
Q 性状		「食べられないか、食べると戻しますか」「すぐにお腹がいっぱいになりますか」
S 障害症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>消化管出血はないか。</li> <li>貧血症状はないか。</li> <li>感染症の症状はないか。</li> </ul>	「体重は減っていますか」 「黒い便は出ていますか」 「階段をのぼる時など、動悸がしたり、息が苦しくなることはないですか」 「最近、熱は出ていますか」 「下痢をしていませんか」 「お腹は痛くないですか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」
健康診断	悪性腫瘍のスクリーニング検査実施の有無。	「健康診断や採血の検査はしていますか」 「胃カメラの検査は行いましたか」 「便の潜血検査は行いましたか」
服薬歴	薬剤性の食思不振も考えられる。	「薬は飲んでいませんか」 「サプリメントや健康食品は摂っていませんか」
性		「妊娠している可能性はありますか」
その他	うつ病のスクリーニング。	「朝起きてやる気が起こらないことはありましたか」 「月曜の朝に会社に行きたくないと思うことはありましたか」 「今まで楽しんでいたことを楽しめないということはありましたか」

## ● 食思不振の問診

20:54

- 一般的に食思不振症状が多いのは消化器病変である。特に胃に病変があると、食思不振がみられやすい。
- 特に見逃したくない疾患は悪性腫瘍である。  
⇒ 悪性腫瘍のスクリーニング検査(内視鏡検査や消化管造影検査)実施の有無を問診する。
- 体重減少、2ヶ月間の食思不振の症状持続から悪性腫瘍を念頭において問診する。
- もし消化器病変があれば出血を起こす。  
⇒ 貧血の症状の有無を問診する。
- 胆囊炎や虫垂炎など敗血症を起こす病態が食思不振につながることもある。  
⇒ 痛みや発熱についても問診する。

## ● うつと食思不振

25:59

- うつでも食思不振の症状が出る。
- 女性はうつのリスクが高い。今回のような場合、うつのスクリーニングをかけることが多い。  
⇒ 1ヶ月以上にわたってうつ病ではないか、今まで楽しかったことを楽しめなくなっているか、の2項目質問法でスクリーニングをかける。
- うつ病の患者は増えている。一番はじめの受診先が、精神科ではなく一般の内科外来であることが多い。  
⇒ うつ症状がみられる人を見逃さずフォローする。

## ● 臨床での検査の流れ

36:37

- 緊急の場合、胃カメラよりもCT検査のほうがアクセスしやすい。  
⇒ 胸部から骨盤までCT撮影し、病変を確認する。

## ○ フリートーク

- ウィリアム・オスラー先生について
- 日野原先生の教え、scienceとart
- 昔の病理医はすごい！

01:05

09:44

38:18

## ロールプレイ

QB 115A65

## 【症例提示】

47歳女性、主訴：食思不振

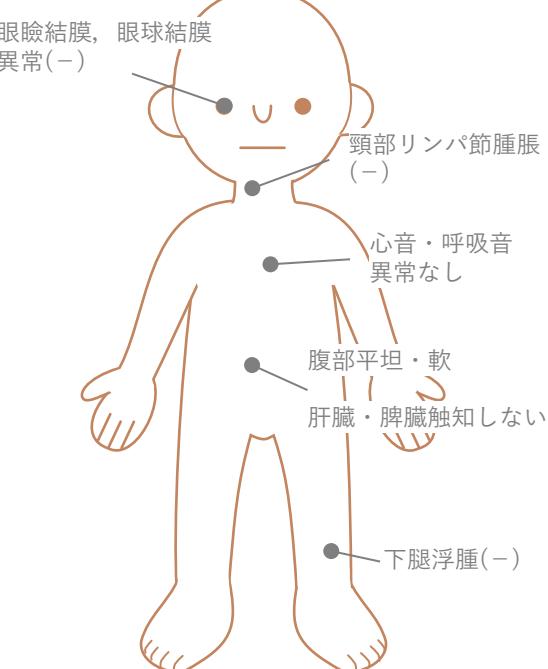
身長 156cm、体重 46kg

バイタル：意識清明、血圧 128/72mmHg、脈拍 80回/分 整、呼吸数18回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)、体温36.0 °C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	2ヶ月前から食欲がない。
Q	お腹が空かない。食べてお腹が痛くなることもない。食べたものを戻したことない。食べる量は減っている。
S	2ヶ月で体重が3kg減った。黒い便は出ていない。日常生活で息が苦しいなどはなかった。この2ヶ月は疲れやすさがあった。熱は出でない。下痢もしていない。お腹は痛くない。
既往歴	今まで病気にかかったことはない。
健康診断	1年に1回、健康診断を受けており、特に異常は指摘されていない。胃カメラはやっていない。便潜血検査もやっていない。
服薬歴	定期的に飲んでいる薬はない。たまにマルチビタミンの錠剤を飲んでいる(ずっと前から)。
性	妊娠の可能性はない。
その他	特別やる気が出ないことはないが、寝ても疲れが回復しない感じがあった。会社に行きたくないということはない。疲れて寝てしまうため、趣味のサッカー観戦ができていない。

## 【身体診察】



■ その他の食思不振の鑑別  
うつ病、妊娠、感染症による敗血症、感染性胃腸炎、腸閉塞、薬剤性

## 【鑑別】

#胃癌

## 【プレゼンテーション】

S	47歳女性、食思不振を主訴に受診した。2ヶ月前から食欲がなくなり、体重が3kg減少した。腹痛や下痢、発熱などの随伴症状はない。過去の健康診断で異常を指摘されたことはない。黒色便はみとめず、息切れなどの貧血症状もない。
O	身長156cm、体重46kg。意識清明。バイタルは、血圧 128/72mmHg、脈拍 80回/分 整、呼吸数 18回/分、SpO <sub>2</sub> 98%，体温 36.0°C。
A&P	食思不振に加え、体重減少があるため、胃癌の可能性をまず除外したい。妊娠やうつ症状、感染症による敗血症、感染性胃腸炎、腸閉塞でも食思不振が生じるため、圧痛の有無や、肝叩打痛などの腹部所見を確認する。腹部に腫瘍性病変が触れないかも確認する。糖尿病によるケトアシドーシスや低Na血症、尿毒症でもこのような症状が生じうる。今後の検査として、血液検査、ピロリ菌の検査(必要であれば)、胃カメラ、腹部エコーやCTも行う。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



QB 110161

《アプローチ》多種多様な原因の中から診断につながる攻める問診を。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式	急性か慢性か。	「いつから症状がありますか」 「どのような時に飲み込みにくさに気づきましたか」 「このようなことは今までありましたか」
Q 性状	嚥下困難を起こす食物の性状はなにか。	「どのあたりがつかえるように感じますか」 「お水やお茶は飲み込みにくさはありますか」
S 障害症状	悪性腫瘍や脳卒中の可能性はないか。	「体重は減っていますか」 「突然喋りにくくなかったことはないですか」 「体の右側が動かなくなることはありますか」
T 時間経過	時間の経過で改善しないか。	「飲み込みにくさは続いていますか」
既往歴	免疫低下は起こしていないか。 がん治療歴(放射線)はないか。	「今まで病気になったことはありますか」 「過去に放射線で治療したことはないですか」
健康診断		「健康診断は受けていますか」
服薬歴	薬剤性の食道炎の可能性はないか。	「飲んでいる薬はありますか」
嗜好	悪性腫瘍のリスクになるものはないか。	「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」「お酒を飲んで顔が赤くなりますか」
アレルギー	アレルギー性食道炎の可能性。	「アレルギーはありますか」

## ● 嘔下困難の問診

21:52

- 年齢、慢性経過の症状から最も除外したい疾患は**悪性腫瘍**。  
⇒ 悪性腫瘍を疑う所見を問診していく。
- 嚥下困難を起こす食事の形状が固体物であり、液体は嚥下できる。  
⇒ 神経筋疾患よりも、物理的閉塞のある疾患の方が考えられる。
- 脳卒中やParkinson病、ALSなど中枢神経系の疾患のほか、アカラシア、強皮症などでも嚥下困難をおこす。  
⇒ アカラシアの場合、固体物も液体も飲み込みにくい。  
また、アレルギー性食道炎や**好酸球性食道炎**、薬剤性(NSAIDs、ドキシサイクリンなど)の食道炎、カンジダやヘルペスなど、免疫低下時に出現する食道炎もある。  
⇒ 免疫抑制剤など、免疫低下の原因となりうるものがないか注意して問診する。
- がん治療などによる放射線曝露歴がある場合は、放射線食道炎も考える。
- 今回の症例では、喫煙歴、飲酒歴、飲酒時に顔が赤くなることから、悪性腫瘍が最も考えられる。

## ● 悪性腫瘍を疑ったときの身体診察

32:08

- 貧血の有無を確認するため、眼瞼結膜の視診を行う。
- 食道癌のリンパ節転移を疑い、鎖骨上窩、頸部など表在リンパ節の腫脹がないかを診察する。
- 遠隔転移により来る所見(骨痛の有無、呼吸音の異常、腹部腫瘍性病変など)を確認する。

## 嚥下困難

嚥下運動が器質的または機能的な要因で障害されることにより生じる症状。  
ものが飲みこみにくい感じや詰まった感じ、胸がつかえる感じを呈する。嚥下痛を伴うこともある。  
(原因・分類)

- 口腔咽頭性嚥下困難(ものが飲みこみにくい、誤嚥しやすい)
  - 器質的障害: 咽頭癌、扁桃炎、Zenker憩室、Plummer-Vinson症候群など
  - 機能的障害: 脳血管障害、Parkinson病、筋萎縮性側索硬化症、重症筋無力症、筋ジストロフィー、ボツリヌス中毒、破傷風など
- 食道性嚥下困難(ものがつかえる感じ)
  - 器質的障害: 食道癌、逆流性食道炎、Plummer-Vinson症候群(食道ウェブ)、食道裂孔ヘルニア、胃癌、大動脈瘤、胸腺腫など
  - 機能的障害: アカラシア、強皮症、食道痙攣など

## ○ フリートーク

- 良い医師の資質とは
- 逆境の乗り越え方
- ミャンマーのお酒事情
- ミャンマーでの修行生活

00:39  
11:59  
28:19  
35:07

## ロールプレイ

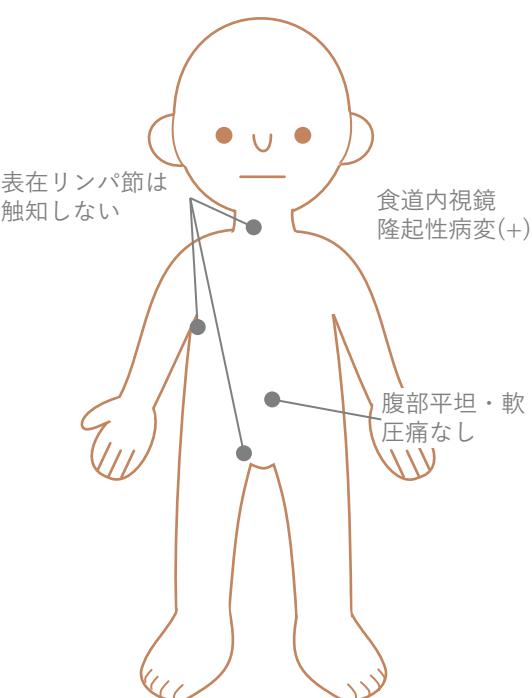
## 【症例提示】

72歳女性、主訴：嚥下困難  
バイタル：血圧 132/72mmHg、脈拍60回/分 整、呼吸数18回/分、SpO<sub>2</sub> 96%(room air)、体温 36.4°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	2ヶ月前から飲み込みにくい。 肉の塊を食べるときにつかえる感じがした。 2ヶ月前までこのようなことはなかった。
Q	胸の前あたりがつかえる感じがした。 硬いものを食べるとつかえる感じがする。 飲み物はつかえることなく飲める。
S	体重は測っていないが、友人に痩せたと言われた。 喋りにくくなったり、体が動かなくなったりはない。
T	いまも飲み込みにくさが気になる。
既往歴	病気はない。 放射線治療はしたことはない。
健康診断	3年前に受けたが、それ以来受けていない。
服薬歴	3年前に血圧が高いと言われたため、塩分を控えたり運動しているが、薬は飲んでいない。
嗜好	1日に5本くらい吸っている。若い頃は1箱吸っていた。お酒は毎日日本酒を飲む。お酒を飲むと赤くなる。
アレルギー	花粉症。

## 【身体診察】



■ その他の嚥下困難の鑑別  
脳卒中、Parkinson病、ALS、食道アカラシア、強皮症、食道炎

## 【鑑別】

#食道癌(進行癌)

## 【プレゼンテーション】

S	72歳女性、嚥下困難を主訴に受診した。 2ヶ月前から固体物の飲み込みにくさを自覚している。 周囲の人から痩せたことを指摘されている。
O	バイタル：血圧 132/72mmHg、脈拍 60回/分 整、呼吸数 18回/分、SpO <sub>2</sub> 96%(room air)、体温 36.4°C 身体診察では眼瞼・眼球結膜に異常はない、表在リンパ節は触知しなかった。 若い頃から喫煙歴があり、現在は1日5本煙草を吸う。飲酒も毎日する。
A&P	食道癌をまずは除外したい。 血液検査に加え、上部消化管内視鏡検査を実施する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



『アプローチ』慢性経過を辿る外傷、慢性硬膜下血腫に注意。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式	経過は急性か慢性か。	「いつまでは元気でしたか」
S 随伴症状	外傷による歩行障害、意識障害を考える。 「怪我はしていませんか」「他に症状はありませんか」	
既往歴	認知症などの原疾患を考える。	「今まで病気になったことはありますか」

## ● 歩行障害の問診

16:18

- 今回の症例は大きな既往歴がなく、2週間前から意識障害が進んでいる、認知症の進行の可能性もある。
- 2ヶ月前の交通事故で肩と頭を打っている → 慢性硬膜下血腫の可能性がある。
- 高齢者では、ラクナ梗塞などの構音障害を起こす小さな脳梗塞、敗血症などの感染症による意識障害、筋力低下による歩行障害の可能性も考慮する。
- 普段の様子を知る家族や、施設の職員からの問診が重要になる。

## ● 歩行障害を診たときの身体診察・検査

19:20

- まずは診察室で歩いてもらう。
- 椅子から立ち上がるところから観察する。
  - 椅子から立ち上がれない ⇒ 近位筋の筋力低下
  - 立ち上がってもふらつく ⇒ バランス障害
- 歩行の様子を観察する。
  - ぶん回し歩行 ⇒ 錐体路障害
  - 開脚歩行(ガニ股歩行)…歩隔の拡大→小脳失調や後索障害
  - 小刻み歩行・すり足歩行・突進現象⇒Parkinson症候群など
- 神経学的所見(反射、筋力低下など)を一通りとる。
- 血液検査 ⇒ 意識障害があるため、原因となり得る肝機能障害や腎機能障害、敗血症、電解質異常の有無を確認する。
- 頭部単純CT ⇒ 慢性硬膜下血腫などの器質的な障害の有無を確認する。

## ● 慢性硬膜下血腫

28:29

- 高齢男性やアルコール多飲者に多い。はっきりとした外傷歴がなくても慢性硬膜下血腫は起こりうる。
- 症状としては歩行障害やつまずき、認知症の進行、しゃべりにくさ、手足の動かしにくさを主訴に来院することが多い。

## ● 歩行障害の診察のポイント

30:07

- 歩行から得られる情報量が多い。
- よくみる歩行障害は、脳梗塞後の片麻痺でのぶん回し歩行(片方の上肢を屈曲、下肢を伸展した状態)。
- 小脳失調や後索障害:開脚歩行
  - ⇒ 小脳失調に対して指鼻指試験、継ぎ足歩行試験、膝踵試験、指タップ試験
  - ⇒ 後索障害に対してRomberg試験(閉眼時のふらつきを確認)、下肢の振動覚検査を行う。
- Parkinson症候群: 小刻み歩行、すくみ足歩行、すり足歩行、手を振らない歩行など
- 正常圧水頭症、脳血管性パーキンソンズム: 逆ハの字型の歩行、足をすった状態での歩行

- フリートーク  
・学生時代の勉強法  
・Dr.鎌田が診察した症例

01:47  
37:32

## ロールプレイ

QB 103B56-58

## 【症例提示】

75歳女性、主訴：歩行障害

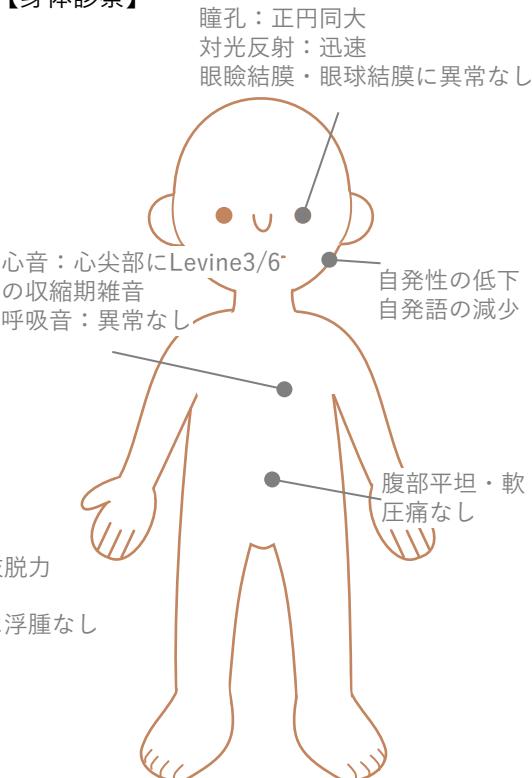
身長 156cm、体重 62kg

バイタル：JCS I -2、血圧 114/68mmHg、脈拍60回/分 整、呼吸数16回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)、体温36.2°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	2週間前くらいから会話が少なくなり、家の中でもつまずくことがあった。いつもに比べてボーッとしている。 2ヶ月前に車に接触して倒れた事があった。
S	大きな怪我はない。 いつもに比べて喋りが少ない、言葉を自分から発さない。ボーッとしている。
既往歴	脈が遅いと言われたことがあった。

## 【身体診察】



■ その他の歩行障害の鑑別  
脳梗塞、敗血症などの感染症

## 【鑑別】

#慢性硬膜下血腫

## 【プレゼンテーション】

S	75歳女性、歩行障害を主訴に受診した。 2ヶ月前に車と接触して頭部と肩に打撲をした。2週間前から歩行困難になり、つまずくことがあったり、発語が少くなり、意識レベルが低下している。
O	身長156cm、体重62kg バイタル：意識レベル JCS I -2、血圧 114/68mmHg、脈拍60回/分 整、呼吸数16回/分、SpO <sub>2</sub> 98%(room air)、体温 36.2°C 身体診察では心尖部にLevine3/6の収縮期雜音をみとめた。
A&P	2ヶ月前に外傷の受傷歴があるため、慢性硬膜下血腫の可能性を考える。 また、その他にもラクナ梗塞などの軽度の脳梗塞や、敗血症の可能性も考えられる。 今後は血液検査、頭部単純CTを行う。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》糖尿病に特徴的な神経所見をおさえる。

攻める問診		
	問診の意団	医師の問診
O 発祥 様式	糖尿病の進行を疑う。	「いつから症状ありますか」
Q 性状	糖尿病の合併症の確認。	「どちらの目が見えにくく感じますか」 「足のしびれはどちら側ですか」 「手もしびれますか」
S 随伴症状	糖尿病による自律神経障害の確認。 体重変化を聞くときは期間が重要。経時的变化を確認する。	「20歳時と比べて、どれくらい体重変化がありましたか」 「便秘や下痢はないですか」 「尿のでにくさはないですか」 「勃起しづらくなっていますか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」
健康診断		「健康診断は受けていますか」
食事	糖尿病の原因となるような食事ではないか。	「食事はどのようなものを食べていますか」
嗜好		「煙草は吸いますか」「お酒は飲みますか」

## ● 問診のポイント 20:16

- 糖尿病の合併症は末梢の多発ニューロパシー、網膜症、腎症と進行する。
- 尿糖を指摘されていたにも関わらず、食事に気を付けていない生活。
- 霧視を自覚している ⇒ 糖尿病の合併症の進行を疑い、糖尿病を念頭においた問診を進めていく。
- 糖尿病では感覚・運動障害の他に自律神経障害も症状として出る。  
→ 排便異常、排尿障害、勃起障害なども問診していく。陰部症状についても積極的に問診。

## ● 糖尿病を疑ったときの身体診察のポイント 25:46

- 眼底所見で新生血管や出血の有無、白斑
- 振動覚・温痛覚の感覚障害、Romberg徵候
- 腱反射
- 手袋靴下型の感覚障害の有無

## ● 血糖コントロール 33:23

- 年齢に応じた血糖コントロールが重要。
- 厳密な血糖コントロールは低血糖を起こすこともあるため要注意。

## ● 感覚障害の診察のポイント 35:47

- 主訴に忠実に  
⇒ 灼熱感や痛みなど、感覚障害の性状を問診する。
- 感覚障害の場所はどこか  
⇒ 糖尿病の場合、Glove and stocking。足の裏から始まる事が多い。
- 生活習慣病の場合、症状が悪化してから受診することが多い。
- アルコールやビタミンB群欠乏、ギランバレー症候群、悪性腫瘍など感覚障害の原因は様々。

## ○ フリートーク

- おすすめの海外旅行先
- 実際に経験した糖尿病の症例

00:41

39:58

## ロールプレイ

QB 117E43-44

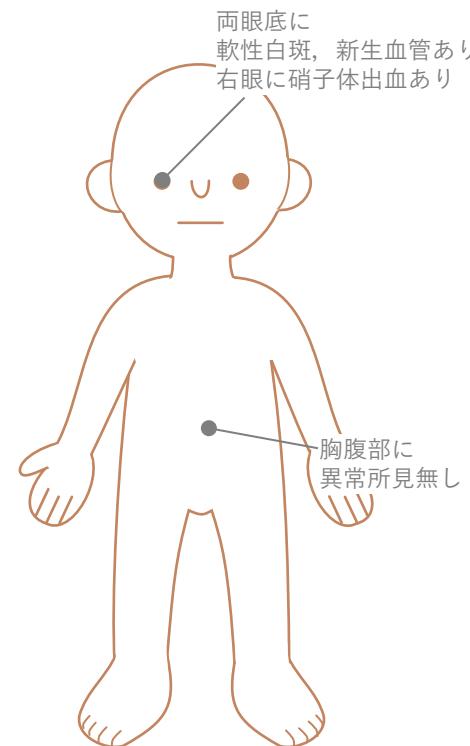
## 【症例提示】

68歳男性、主訴：感覚障害  
身長172cm、体重72kg  
バイタル：血圧 128/72mmHg、脈拍65回/分 整、呼吸数18回/分、SpO<sub>2</sub> 97%(room air)、体温 36.2°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	半年くらい前から視力が下がった感じがした。 3日前からさらに視界が霞んで見えなくなった。 2年くらい前から足の裏が痺れる感じがして、熱い砂の上を歩いているような感覚。
Q	両目とも見にくいが、右のほうが症状が強い。 足のしびれは両足。 手にしびれはなく、足だけしびれる。
S	体重は8kgくらい増えた。最近は大きくは変わっていないが、太り気味。 便秘や下痢気味になることが多い。 勃起は2-3年ない。 喉が乾きやすく、夜中も2-3回トイレに行く。
既往歴	病気はない。
健康診断	20年前に健康診断を受けたときに尿に糖が出ていたと言わされた。その後は健康診断は受けていない。
食事	10年前に離婚して1人のため、コンビニの弁当で済ませることが多い。 3食または2食。
嗜好	1日に15本くらい、50年くらい吸っている。若い頃は1箱吸っていた。お酒は毎日ビール350ccを1本、または焼酎1合ほど飲む。

## 【身体診察】



■ その他の感覚障害の鑑別  
アルコール、ビタミンB群欠乏、ギランバレー症候群、悪性腫瘍

## 【鑑別】

#糖尿病

## 【プレゼンテーション】

S	68歳男性。 2年前からの両足底のしびれと、3日前からの右眼の霧視を主訴に来院した。 20年前から尿糖を指摘されていたが、通院や健康診断は中断していた。
O	身長172cm、体重72kg バイタル：血圧 128/72mmHg、脈拍65回/分 整、呼吸数18回/分、SpO <sub>2</sub> 97%(room air)、体温 36.2°C 身体診察では胸腹部に異常所見は認めなかった。 眼底検査では両眼底に軟性白斑と新生血管を認めた。右眼に硝子体出血を認めた。 飲酒はビール350mlか焼酎1合。タバコは15本を48年間。
A&P	糖尿病が考えられる。 血液検査に加え、尿検査を実施する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



『アプローチ』「今まで楽しかったことが楽しめない」を見逃さない。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
Q 症状の性状	うつ病の症状はないか。	「食欲はどうですか」 「集中力はどうですか」
S 随伴症状	甲状腺疾患や褐色細胞腫はないか。	「頭痛の有無や汗の程度はどうですか」 「高血圧はないですか」 「手の震えはないですか」
S 随伴症状	不安障害の合併はないか。	「細かいことは気になりますか」 「人前でのスピーチは苦手ですか」 「頻回の手洗いや頻回の鍵の確認をしますか」 「すごくつらかったことを思い出すことがありますか」
既往歴		「今まで病気になったことがありますか」
服薬歴	薬剤性の動悸や抑うつの可能性はないか。	「今薬を飲んでないですか」
生活歴		「仕事や家庭環境に変化はありませんか」

## ● うつ病の問診

- 1ヶ月以上にわたって抑うつの症状、今まで楽しかったことが**楽しめない**という症状がありうつ病の疑い。
- うつの他の症状を聞いていく⇒倦怠感、食欲の有無、不眠、集中力低下などをチェック。
- うつには不安障害を合併しやすい⇒不安障害の5つの項目を聞く。
  - 全般性の不安障害(細かいことが気になるか)
  - 社会不安障害(人前でのスピーチ)
  - 強迫性障害(頻回の手洗い、鍵の確認)
  - PTSD(悲しい出来事のフラッシュバック)
  - パニック発作(動悸+息苦しさ(息を吸うことができない)+死んでしまうという恐怖)
- パニック発作様の症状は内科疾患で起こすことがある。  
 → 薬剤性: テオフィリン(気管支喘息の薬) → 薬を飲んでないか  
 → **甲状腺疾患**, **褐色細胞腫** → 高血圧、頭痛、発汗の程度、手の震えなどスクリーニング

22:08

## ● 動悸を診たときの身体診察・検査

- 不整脈による動悸もあるため、脈拍数やリズムの整、不整を確認する。
- 若い女性であり甲状腺疾患の頻度も高いため、甲状腺の腫大、圧痛、結節が触れないか

27:25

## ● うつ病の患者の問診で大切なこと

- うつ病は若い人に多く、自殺をしてしまうので内科医にとって見逃したくない病気
- 仕事がらみでうつになる人が多く、まずは休息・仕事を休むことが重要である。しかし真面目な人が多く、休むことになかなか賛同してくれない事がある。信頼関係を築くことが大切である。

33:10

## ● 精神科に紹介すべき場合

- 双極性障害**(躁うつ病): SSRIでは躁転する可能性がある → 躁状態の既往を聞く。
- 希死念慮の高い人: 単に死にたいというのではなく、具体的に死ぬ方法を考えている場合 → 死ぬ方法を聞く。

36:00

## ○ フリートーク

- 冬の会津の雪
- 学生が知っておいたほうがいいこと

00:35  
37:57

## ロールプレイ

QB 103G65-67

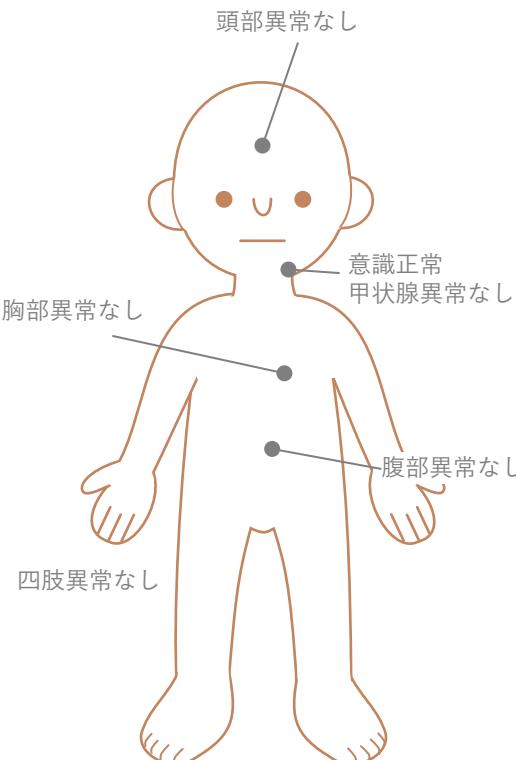
## 【症例提示】

33歳女性、主訴: 何もする気にならない  
身長162cm、体重45kg,  
バイタル: 意識清明、血圧120/76mmHg、脈拍72回整、呼吸数18回/分、SpO<sub>2</sub> 99%(room air)、体温 36.5°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	1年ほど前から何もする気が起きない。
Q	外に出たくなかったのでほぼ在宅、将来に希望が持てない、趣味も興味がわからなくなったり、やらなければならぬとわかっている事が出来ない。疲れやすくなったり、寝れない。8kg体重が落ちて45kg。食欲なし、集中も続かない。
S	動悸時に汗、頭痛 細かいことが気になる、人前でのスピーチが苦手、鍵の確認を何度もする
既往歴	大きい病気ではないが、ここ2年ぐらい怖くなることが多い。きっかけは車の運転中で、いきなり息苦しさと心臓のドキドキを感じ、気が遠のいてこのまま死ぬのではないかと思った。思い出すと怖くなる。 家の近くのクリニックを受診し大丈夫といわれたが、似たようなドキドキや息苦しさ、めまい、冷や汗などが不安で、色々な科を受診した。 しかし、そちらでも大丈夫といわれた。症状は続き怖くて生活に必要な外出もできなくなった。 月経の前によく体調を崩し、動悸やめまいがする。
服薬歴	なし
生活歴	元々明るい性格で友達も多く、職場でも問題はなかった。

## 【身体診察】



■ その他の不安・抑うつの鑑別  
甲状腺機能亢進症、不整脈、褐色細胞腫

## 【鑑別】

# うつ病、不安障害

## 【プレゼンテーション】

S	33歳女性、何もする気になれないことを主訴に受診した。 2年くらい前から突然息が苦しくなったり、動悸がして、死んでしまうのではないかという不安に襲われた。色々な科を回っても特に原因が明らかではない。1年くらい前から抑うつや、今まで楽しめていたことが楽しめなくなった。倦怠感、食欲低下、体重減少、不眠がある。
O	異常なし
A&P	うつ病と、よく合併する不安障害を疑う。鑑別診断としては、甲状腺機能亢進症、不整脈、褐色細胞腫がある。 血液検査、甲状腺機能検査のためにTSHを検査する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》まずは治療可能な認知症を除外する。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥 様式	進行のスピードを確認。	「いつから症状が気になりますか」 「本人はなにか訴えていますか」 「物忘れが目立ち始めたのはいつからですか」
S 随伴症状	うつ病や意識障害はないか。 二次性の認知障害か。	「物忘れ以外で気になることはありますか」 「不安やうつはありますか」 「頭痛はありますか」 「体重は増えましたか」 「死にたいと言うことはないですか」
食事		「ご飯は食べられていますか」
睡眠		「夜は寝られていますか」

## ● 認知障害の問診 17:48

- 主訴の、ここ3ヶ月の物忘れ、健忘、引きこもり⇒認知症疑い
- うつ病か。  
⇒「誰もいないのに怒っている」ことから幻視幻聴を認め、認知症をより強く疑う。
- 意識障害からくる認知障害か、知能低下による認知症か。  
⇒物忘れ、感情面、抑うつと不安なし、意欲低下、幻視幻聴があり、認知症をより強く疑う。
- ここ3ヶ月で症状が出ている。
- 可逆性の二次性認知障害が考えられる。  
…鑑別として甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、ビタミン欠乏、てんかんなど。

## ● 認知障害を診たときの身体診察・検査 22:05

- 神経症状の有無
- 甲状腺機能低下症では眉毛の外側3分の1が剥げている。
- 筋肉を叩くと時間差で筋腹が膨隆して筋弛緩する(mounding現象)。
- 深部腱反射の遅延
- 長谷川式評価スケールやMMSEで認知機能検査
- 頭部単純CT⇒慢性硬膜下血腫などの器質的な障害の有無を確認する。

## ● 治療可能な認知症 30:07

- まずは治療可能な認知症をルールアウトしなければならない。
- 正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫：頭部CT  
うつ病：1ヶ月以上に渡ってやる気が出なかったり、今まで楽しめていたことが楽しめなくなっているか。  
高齢者てんかん：急にぼーっとしていたり、一点を見つめていることがないか。
- 血液検査では腎臓や肝臓の機能、ビタミン(特にB1, B3, B12)の欠乏をチェック。
- まれではあるが、年齢や性別をみて神經梅毒も想起する。
- この方の便秘気味、寒がり、体重増加は甲状腺機能低下症の早期症状と考えられ、実臨床ではポイントである。
- 所見や病歴で疑っている病気の確からしさを上げていき、いくつかの情報から診断することが大切。

## ○ フリートーク

- 訪問診療での患者さんの最期
- 興味深い甲状腺機能低下症の話

01:47  
37:32

## ロールプレイ

QB 110A21

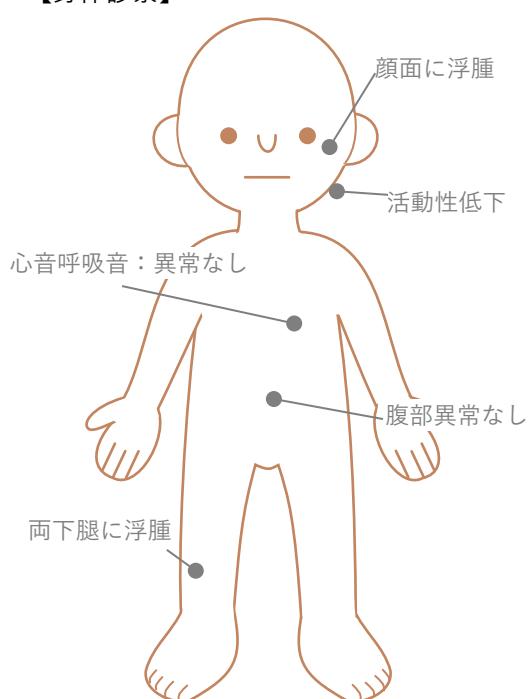
## 【症例提示】

65歳女性、主訴：健忘、ご主人とともに来院  
身長154cm、67kg  
バイタル：JCS I-1、体温35.4°C、血压94/48mmHg、脈拍52回/分 整、呼吸数12回、SpO<sub>2</sub> 93%(room air)

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3ヶ月くらい前から疲れるし心配事もあるからと言ってあまり家を出たがらない。疲れやすいとよく言うが、あまり困っていない。元々昔の友だちの名前が出てこないことはあったが、目立ってきたのは2週間くらい前からで、ぼんやりしている。電気の消し忘れや印鑑の置き場所がわからなくなる。
S	動作が鈍くなった。昨晩誰もいないのに大きな声で言い合いをしていた。やる気が起こらず無気力な感じ。ここ2週間くらい寒がるようになった。頭痛はなさそう、便秘は酷くなった。体重は増えているかもしれないが不明。死にたいとは言っていない。
食事	ある程度食べられている。
睡眠	しっかり寝ているが、最近食後にうつらうつらすることが多い

## 【身体診察】



■ その他の認知障害の鑑別  
慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、ビタミン欠乏、てんかん

## 【鑑別】

#甲状腺機能低下症

## 【プレゼンテーション】

S	特に既往のない65歳女性、主訴は健忘、3ヶ月前からの引きこもりと倦怠感、2週間前からの物忘れと動作緩慢、昨晩からの幻視幻聴の疑いで外来を受診。
O	バイタル：意識レベルJCS1-1、身長154cm、体重67kg、1年間で3kgの体重増加を認める。血压94/48mmHg、脈拍52回で整、呼吸数12回、SpO <sub>2</sub> 93% 身体所見上、顔面と両側下腿に浮腫を認める、心音呼吸音に異常は認めず、腹部等にも異常は認めない。神経所見上は四肢の近位部は徒手筋力テスト4/5で低下、四頭筋の筋腹の膨隆を認める、アキレス腱反射は弛緩相が遅延しており、Babinski反射は陰性である。長谷川式の評価スケールでは18/30、MMSEは20/30と低下を認める。
A&P	一番疑わしいのは、甲状腺機能低下症を考える。鑑別としては、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、ビタミン欠乏、てんかん、うつ病やせん妄、MCI健忘型の軽度認知障害が挙げられる。検査として、甲状腺機能低下症ということで甲状腺ホルモンや、ビタミン欠乏特にB群ビタミンB12・葉酸や、正常圧水頭症や硬膜下血腫を疑うので頭部のCTを実施する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》咳嗽の日内変動は気管支喘息の特徴である。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥様式	急性咳嗽か慢性咳嗽か。	「いつまで元気でしたか」
Q 症状の性状	喘息に特徴的な日内変動はあるか。	「夜に咳がですか」「冷たい空気を吸うと咳が出やすいですか」「会話をするときに咳が出やすくなりますか」「動くと咳が出やすくなりますか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」「結核の人との接触はありますか」「家族に結核に罹った人はいませんか」
服薬歴	咳嗽の原因になる服薬歴はないか。	「飲んでいる薬はありますか」「血圧を下げる薬の種類は何ですか」
嗜好		「煙草は吸いますか」

## ● 咳嗽の問診のポイント

16:01

- 咳嗽の時間帯  
今回の症例では「ヒューヒュー」という喘鳴を示唆する所見から喘息を疑う。  
⇒ 喘息の場合、症状の日内変動があるため、咳嗽の出る時間帯を詳しく問診する。

## ・結核罹患の可能性を除外する

以前は結核のことを肋膜炎や肺浸潤とよんでいたため、色々な聞き方で結核接触歴の問診を進めることが重要。

## ・薬剤性の咳嗽の可能性

ACE阻害薬は咳嗽を引き起こす薬剤として有名であり、必ず内服歴を問診する。

## ・感冒症状の後の咳嗽

鼻水、咽頭痛、咳嗽の症状が認められた

⇒ 喉、気管支、鼻といいくつかの症状があり、ウイルス性の感染症が考えられる。

(ウイルス性の場合、いくつかの部位に症状が出るが、細菌性の場合、症状は局所的であることが多い。)  
⇒ ウィルス性の感染症により気道が過敏状態になったところに何らかの刺激が加わって咳嗽が誘発されたと考えられる

## ・咳喘息に特徴的な病歴の聴取

咳喘息の場合、会話時や小走りした後に咳嗽が出ることや、風邪をひいたときに咳嗽が長引くことがある。

⇒ 過去の病歴を聴取することで検査前確率を上げることができる。

## ・急性咳嗽/慢性咳嗽

咳嗽の症状出現の時期が重要。

3週間未満の咳嗽 ⇒ 急性咳嗽

3週間～8週間の咳嗽 ⇒ 亜急性：気道感染症が多い。

8週間以上の咳嗽 ⇒ 慢性咳嗽：咳喘息、上気道疾患候群(後鼻漏)、逆流性食道炎の3疾患を考える。

日本では咳喘息が最も多く、若い女性に多い。

## ● 咳嗽の身体診察のポイント

23:16

## ・見逃したくない肺炎、結核の診察

肺野の聴診 → 大きく呼吸をさせて肺野での異常crackleの有無を確認する。

深呼吸時の痛みの有無を確認する → 肺野に炎症があると壁側胸膜と臓側胸膜がこすれ、痛みが生じる。

## ・咳喘息の診察

頸部に聴診器を当て、大きく息を吸わせ、思い切り息を吐かせる。

→ 強制呼気終末にピーという音が聴取できる。

## ・聴診の際は、聴診器の膜を胸壁に強く押し付けることが重要。

## ○ フリートーク

・田舎での診療の楽しみ

・咳止めは効かない？

01:12

33:36

## ロールプレイ

QB 108C23

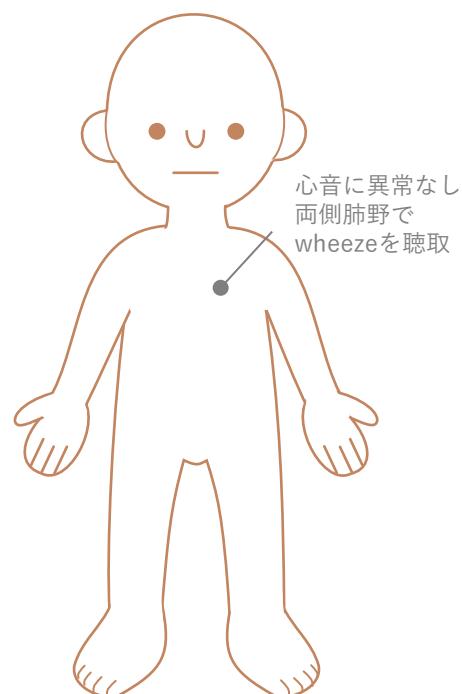
## 【症例提示】

43歳男性、主訴：咳嗽  
バイタル：意識清明、異常なし

## 【問診】

	患者さんの回答
O	6週間前から風邪の症状があった。 4週間前から咳が出るようになり、ヒューヒューゼーゼーする感じがある。
Q	日中よりも夜中や朝早くに咳がよく出る。 冷たい空気を吸い込むと咳が出やすい。 話をするときに咳が出やすくなることはない。 動きで咳が出やすくなることはない。
既往歴	半年前に血圧が高いと指摘された。 胃カメラで胃潰瘍がみつかった。 結核の人との接触はない、家族に結核の人もいない。
服薬歴	胃薬と血圧を下げるCa拮抗薬を内服している。
嗜好	煙草は1日1箱を20年以上吸っている。

## 【身体診察】



## ■ その他の咳嗽の鑑別

結核、肺炎、気道感染症、咳喘息、上気道疾患候群(後鼻漏)、逆流性食道炎

## 【鑑別】

#気管支喘息

## 【プレゼンテーション】

S	43歳男性、長引く咳嗽を主訴に受診した。 6週間前に風邪症状があり、それらの症状が軽快後、4週間前から咳嗽が持続している。 咳嗽だけでなく、喘鳴も自覚していた。 症状は特に夜間と朝早くに悪化する。 既往歴は胃潰瘍と高血圧で、胃薬とCa拮抗薬を内服している。ACE阻害薬の内服歴はない。
O	バイタルに異常はみとめなかった。 聴診では両側肺野にwheezeを聴取した。
A&P	感冒後から長引く咳嗽があり、症状に日内変動をみとめ、喘鳴を聴取することから、気管支喘息が最も考えられる。 結核や肺炎を除外するために胸部X線を撮影し、肺炎や結核を示唆する画像所見がないことを確認する。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》多方面の原因があることを忘れずに。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥 様式		「いつから症状がありますか」 「このようなことは今までありましたか」
Q 性状	睡眠時無呼吸症候群などによる夜間の多尿は無いか。 精神的原因による頻尿ではないか。 腹圧性、切迫性、溢流性のいずれの尿失禁の可能性が考えられるか。	「どのような尿の漏れ方をしますか」 「夜間のトイレに行く頻度はどのくらいですか」 「尿の出方はどうですか」「尿が残る感じはあるか」 「尿失禁時の尿量はどのくらいですか」
S 随伴症状	宿便による尿失禁の可能性はないか。 心理的要因が原因となっていないか。	「便は普通でていますか」 「抑うつになったり物忘れを感じたことがありますか」
S 随伴症状	日常生活における飲水過多の有無。	「水はどのくらい飲んでいますか」
既往歴	多尿の原因となる疾患はないか。	「今まで病気になったことはありますか」 「心臓や腎臓の病気を指摘されたことはないですか」 「いびきを指摘されたことはないですか」
服薬歴	利尿薬や抗うつ薬による影響はあるか。	「飲んでいる薬はありますか」

## ● 尿失禁の問診のポイント

20:35

- 夜間頻尿の有無を確認する。  
今回の症例は就寝中に2回トイレに行く⇒夜間頻尿があるといえる。  
正常では就寝中は抗利尿ホルモンのバソプレシンが分泌され、夜間の排尿は抑えられる。  
心不全、腎不全、睡眠時無呼吸症候群は夜間多尿の原因となる→既往歴の確認が必要。  
その他にも膀胱容量の減少や不眠、心理的要因が原因となって夜間頻尿を来たすこともある⇒メンタル面の問診も必要。
- 多尿の原因を考える。  
多尿の原因としてそもそも水分摂取量が多いことや、尿崩症も考えられる。
- 代表的な尿失禁を考える。  
腹圧性尿失禁：妊娠可能年齢の女性に多く、腹圧がかかることで尿が漏れる。  
溢流性尿失禁：前立腺肥大症や尿道狭窄、神経因性膀胱による尿失禁。  
切迫性尿失禁：過活動膀胱や膀胱炎などの感染症による尿失禁。

## ● 尿失禁の身体診察のポイント

26:44

- 下腹部の膨隆の有無。
- 男性の場合は直腸診で前立腺肥大や硬結を確認する。

## ● 尿失禁をきたすその他の原因

33:29

- 薬剤性の尿失禁にも注意。  
利尿薬や抗うつ薬も原因として考えられるため服薬歴は必ず問診する。
- 敗血症でも尿失禁をきたすことはある。
- 宿便による尿閉も考えられる。
- 性別によって鑑別るべき疾患は変わってくる。  
高齢女性の場合、萎縮性膣炎は見逃してはいけない→高齢女性で尿失禁や膀胱炎を繰り返す場合、萎縮性膣炎を考える。

## ○ フリートーク

- 患者にとっての“家”的持つ力
- 地域医療の魅力

00:38  
10:28

## ロールプレイ

QB 102B54-56

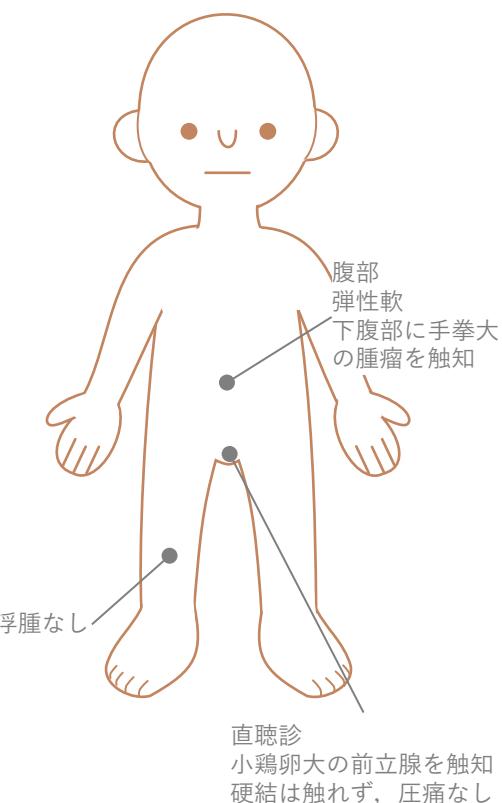
## 【症例提示】

68歳男性、主訴：尿失禁  
身長160cm、体重66kg  
バイタル：血圧 144/88mmHg、心拍数68回/分 整、体温 36.4°C

## 【問診】

	患者さんの回答
O	1ヶ月ほど前から尿が漏れるようになった。 それまでは尿が漏れることはなかった。
Q	気付かないうちに尿が漏れている。 2年ほど前から夜寝ている間に2回ほどトイレに行くようになった。 残尿感はない。出そうとすれば出るが、以前と比べると出しにくい。 ちょぼちょぼ尿がでてしまう。
S	便は普通に出る。 抑うつや物忘れはない。 水はあまり飲んでいない、喉が乾いて困ることはない。
既往歴	10年前から糖尿病。 心臓や腎臓の病気を指摘されたことはない。 いびきも指摘されたことはない。
服薬歴	10年前に糖尿病を指摘され、それ以来血糖を下げる薬を飲んでいる。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#神経因性膀胱、#前立腺肥大、#前立腺癌

## 【プレゼンテーション】

S	10年前からの糖尿病に対し血糖降下薬で治療中の68歳男性。尿失禁を主訴に来院した。2年前から就寝後に2回ほどトイレに行くようになり、受診1ヶ月前から尿失禁をきたしている。残尿感、排尿困難、宿便はない。既往歴は糖尿病のみでうつ病や認知症、心不全、腎不全、睡眠時無呼吸症候群などはない。
O	身長160cm、体重66kg バイタル：血圧 144/88mmHg、脈拍68回/分 整、体温 36.4°C 身体診察では下腿に浮腫をみとめず、下腹部に手拳大の腫瘍を触れた。 直聴診では小鶏卵大の前立腺を触知したが、硬結は触れず、圧痛もなかった。
A&P	糖尿病性の神経因性膀胱が最も考えられる。また、それに加え、前立腺肥大症や前立腺癌の合併の可能性も考えられるため、血液検査でPSAを測定する。 その他に腹部超音波検査で前立腺の肥大的有無を確認し、尿流測定を行うことが診断に有用である。

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



『アプローチ』 身近な薬剤が薬疹の原因となることに注意。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発症様式	急性発症かどうか。	「いつから症状がありますか」「このようなことははじめてですか」
Q 性状	粘膜に症状はあるか。	「目も赤くなりましたか」「皮膚の赤いところは痒くありませんか」
既往歴		「今まで病気になったことはありますか」
服薬歴	薬疹の原因となった薬剤はなにか。	「今回飲んだ感冒薬は、はじめて飲んだ薬ですか」
生活歴	感冒様の症状の原因はなにか。	「家の中で熱を出していたり病気の人はいませんか」「子供との接触はなかったですか」「最近ワクチンは接種しましたか」

## ● 皮疹の問診のポイント

15:35

- 皮疹の患者さんは皮膚科だけではなく、救急外来などにも来る。
- 皮疹を診たら急性の皮疹なのか、薬疹のか考えることが重要。
- 薬疹の中でも、粘膜にびらんが生じる、重症薬疹に注意する必要がある。  
重症薬疹は対応を急がなければならない疾患である。  
→ 目や唇などの粘膜も診察する。通常、陰部にもびらんを生じるため、排尿時の痛みの有無を聞くと良い。
- 今回の症例は、発熱や頭痛・咽頭痛、関節痛など、ウイルス感染症でも説明できる症状があるが、粘膜のびらんなどはウイルス感染症では考えにくいため、まずは重症の薬疹から疑う。
- 細菌性かウイルス性か  
細菌性 → 局所的な炎症  
ウイルス性 → 全身性の多様な症状
- 皮疹がどこに生じているのか診る。  
患者さんが訴える部位だけでなく、全身を診察することが重要。  
皮疹の写真を記録しておくことはコンサルテーションの際や経時変化を比較する際に有効である。

## ● 重症薬疹の種類

27:17

- SJSとTEN(国際基準)  
皮疹が体表の10%未満 → SJS  
皮疹が体表の10~30% → SJSとTENのオーバーラップ  
皮疹が体表の30%以上 → TEN  
口腔内、結膜のびらんが重要な症状。

- 薬剤性過敏性症候群(DIHS)  
抗けいれん薬や、アロプリノール、ミノサイクリンなど限られた薬剤によって起こる皮疹。  
原因薬剤を中止しても皮疹が進行することが特徴的。  
好酸球上昇やリンパ節腫脹、肝機能悪化が特徴的。  
HHV-6の再活性化がおこる。  
サイトメガロウイルスやEBVが関与する場合もある。
- 身近な薬剤が原因で薬疹は起こる。
- 薬剤性の肝腎機能障害に注意する必要があるため、血液検査の値をフォローすることが重要。

- フリートーク  
・これからの医療で大事なこと

## ロールプレイ

QB 102A33

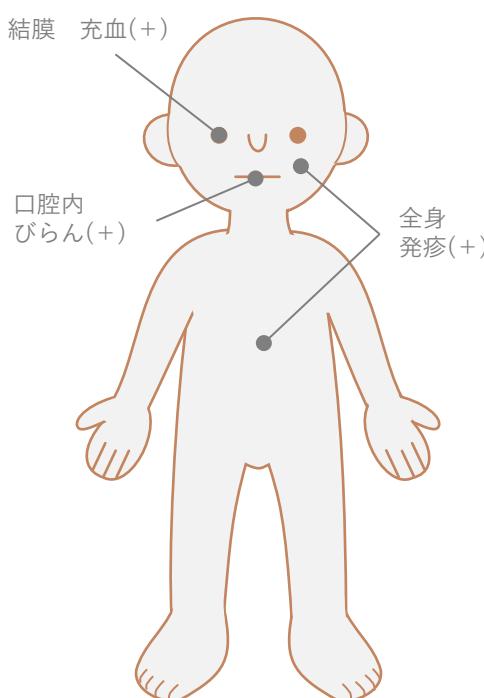
## 【症例提示】

70歳女性、主訴：発疹  
バイタル：血圧 120/80mmHg、心拍数100回/分 整、呼吸数16回/分、体温 37.8°C、SpO<sub>2</sub> 98%(room air)

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3日前から皮膚の症状が出た。5日前から喉の痛みと頭痛があったため市販の感冒薬を飲んだ。 3日前から熱が出て、関節が痛くなり、全身の皮膚が赤くなり、口の中もただれるようになった。 このようなことははじめて。
Q	目も赤くなった。皮膚は痒くない。
既往歴	高血圧と高コレステロールを指摘されたが、薬は飲んでいない。
服薬歴	以前にも飲んだことがある。
生活歴	夫と住んでいるが、症状はない。 子供とは接觸していない。 1ヵ月前にコロナワクチンを接種した。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#薬疹

## 【プレゼンテーション】

S	全身の皮疹と口腔内の痛みを主訴に来院した70歳女性。 5日前から頭痛と咽頭痛があり、市販の感冒薬を内服した。 3日前から発熱、関節痛、目の充血、口腔内の痛み・びらん、顔面・体幹・四肢の皮疹が生じた。
O	バイタル：血圧 120/80mmHg、心拍数100回/分 整、呼吸数16回/分、体温 37.8°C、SpO <sub>2</sub> 98%
A&P	粘膜のびらんがあることから、SJSやTENなどの重症薬疹を起こしていることが最も考えられる。 全身の皮疹の分布を確認し、Nikolsky現象の有無を確認する。 粘膜である口腔内、結膜、陰部も確認する。 肝機能、腎機能を確認するために血液検査を行う。 薬疹の原因となった薬剤の内服中止が必要となる。 治療は支持療法が中心となるため、適切な補液を行う。

01:19

## Dr. 山中・鎌田のラジオトーク



《アプローチ》月経の性状と出産の有無から鑑別を進める。

攻める問診		
	問診の意図	医師の問診
O 発祥 様式		「いつから症状がありますか」 「このようなことは今までありましたか」
Q 性状	いつもと比較して量はどうか。	「普段の月経周期はどのくらいですか」 「日常生活にどのように支障が出ていますか」 「量やナプキンの交換回数はどのくらいですか」
S 随伴症状		「息切れや疲れやすさなど、貧血のような症状はありますか」
性	異所性妊娠、PIDの可能性はないか。	「前回の月経はいつかわかりますか」 「性交時痛はありますか」 「月経時に骨盤内のどこかが痛くなることはありますか」
	経産婦・未産婦に多い疾患を考える。	「子供はいますか」

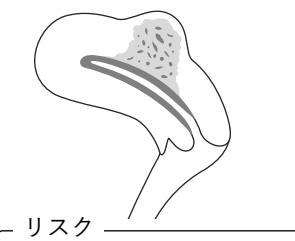
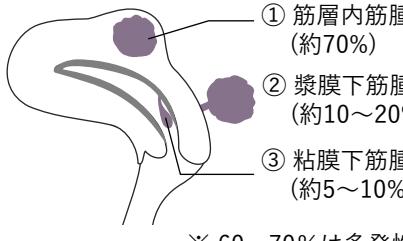
## ● 月経異常の問診のポイント

- 月経異常の診察の際に必ず確認すること
  - ① 月経周期、月経期間が正常であるか。
  - ② 月経の量やおもさ、貧血症状の有無、凝血塊がでていないか。
- エストロゲン依存性疾患
 

頻度的には子宮筋腫が考えやすいが、鎮痛薬が効かなくなっていることから子宮内膜症、子宮腺筋症も考えられる。

21:20

## ■ 性成熟期に好発するエストロゲン依存性疾患 (Q-Assist内科・外科「産婦人科」より引用)

	子宮内膜症	子宮腺筋症	子宮筋腫
病態	子宮内膜組織が異所性に発生   好発部位 Douglas窩 仙骨子宮韌帶 卵巢 など  ※ 子宮内膜症の卵巣病変を チョコレート嚢胞という	子宮内膜組織が筋層内に浸潤   リスク 経産婦や子宮内操作の既往	子宮平滑筋に発生する良性腫瘍   ① 筋層内筋腫 (約70%) ② 浆膜下筋腫 (約10~20%) ③ 粘膜下筋腫 (約5~10%)  ※ 60~70%は多発性  ※ 症状は③が最も強く、②は乏しい。 (ただし②には茎捻転のリスクあり)
症状	月経痛、慢性骨盤痛、性交痛、排便痛 不妊など	月経痛、過多月経、不妊など  巨大化すると圧迫症状 (頻尿、排尿障害、便秘 など)	過多月経、月経痛、不妊など
診断	内診・直腸診：子宮後屈、可動性の制限 Douglas窩に圧痛	内診：腫大した弾性硬の子宮	

・骨盤内感染の可能性もあるため、性交時痛の有無も確認する。

・経産婦には子宮内膜症よりも子宮腺筋症のほうが多い → 出産をしているかを確認。

## ● 月経異常の身体診察のポイント

・救急外来で内診を行うことが難しい場合 → 直腸診を行う。

直腸診では12時方向に子宮頸部を触れ、子宮頸部を動かすことで圧痛の有無を確認する。

・女性を診たら妊娠を疑え！

→ 妊娠可能年齢の女性は全員、妊娠反応を検査しておくことが大切。

## ロールプレイ

QB 115F37

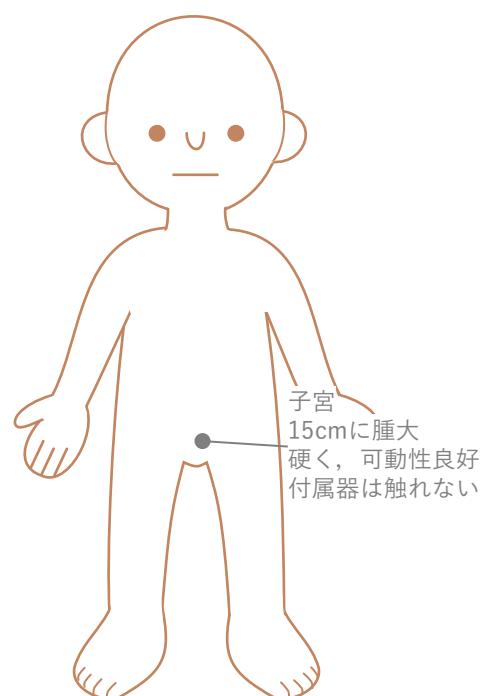
## 【症例提示】

35歳女性、主訴：月経痛、過多月経

## 【問診】

	患者さんの回答
O	3年くらいから月経時の痛みが強くなってきた。市販の痛み止めを内服していたが、半年前から薬が効かなくなり、日常生活に支障がでるようになった。
Q	28日周期で8日間くらい続く。月経時は寝込んでしまう。月経の量も多く、夜用のナプキンを昼から付けていても漏れてしまうことがある。
S	月経の週は、階段を上ったときなどつらい。
性	前回の月経はアプリで記録している。月経時に腰全体が痛い。月経が終われば痛みはない。性交痛はない。
	子供は2人いる。8歳と6歳。

## 【身体診察】



## 【鑑別】

#子宮腺筋症、#子宮内膜症、#子宮筋腫、#異所性妊娠、#PID

## 【プレゼンテーション】

S	35歳女性。3年前からの月経痛と過多月経を主訴に来院した。月経周期は28日整、持続8日間。約3年前から約半年前にかけて月経痛が増悪し、現在は痛み止めも効かなくなっていた。経産婦で子供は2人。
O	子宮は15cmに腫大。硬く、可動性良好。MRI：子宮筋層内に点状の高信号を認めた。
A&P	子宮腺筋症、子宮内膜症、子宮筋腫、異所性妊娠、PIDが鑑別に挙げられる。身体診察は内診を行い、子宮頸部の圧痛、子宮の可動性、腫大の有無を確認する。貧血が進んでいるため、血液検査を、細菌尿やhCGを確認するために尿検査を行う。診断のためには画像による評価が必要になるため、エコーやMRIを行う。

29:55