

2018/9/1



TMM

Total Medical Management

講座



-臨床推論-

魚沼市立小出病院

鈴木善幸

症例：65歳、女性

主訴：3時間前からの頭痛

高血圧で近医通院中

テレビで大相撲を観戦中、頭痛を自覚し、
救急室を受診した

診断がつきますか？

診断するためにはどうすればよいですか？

症状分析のチェックリスト

OPQRST

O	Onset : 発症形式
P	Palliative&Provocative Factors : 軽快・増悪因子
Q	Quality&Quantity : 性質(質)と程度(量)
R	Region&Radiation : 部位と放散
S	Symptoms/Assosiated : 随伴症状
T	Time Course : 時間的経過

Onset: 発症形式

医師:「痛みはいつからですか？」
「そのとき何をしていましたか？」

患者:テレビで大相撲を観戦中に突然、
激しい頭痛を自覚
「そのときは、白鵬がすくい投げで
勝った瞬間でした」

突然発症(突発)の病態と例

破れる (rupture/perforation)	腸管穿孔、くも膜下出血
裂ける (tear/dissection)	大動脈解離、椎骨脳底動脈解離
詰まる (occlusion)	動脈塞栓
ねじれる (torsion)	精巣捻転、卵巣茎捻転

Palliative&Provocative Factors

軽快・増悪因子

医師：「ずっと痛いのですか？」

「楽なときはありますか？」

（より具体的に、「横になっている
ときはどうですか？」）

患者：「安静にしても軽快せず」

頭痛のレッドフラッグ

- 最悪
- 増悪
- 突発
- 安静で軽快せず
- 意識障害あり
- 神経症状あり

Quality&Quantity: 性質(質)と程度(量)

医師:「どんな痛みですか？」

患者: がんがんする頭痛を自覚

頭痛の程度は、これまでに経験をした
ことがないほどのひどい痛みであった

Region & Radiation

部位と放散

医師：「頭のどのへんが痛いのですか？」

「ほかにいたいところがありますか？」

患者：頭部全体に頭痛を自覚。頸も痛い

Symptoms/Assosiated 随伴症状

医師：「頭痛のほかに何か症状はありましたか？」

患者：嘔吐1回と冷汗あり

交感神経と副交感神経の亢進 によるアラーム症状

交感神経

- ・冷汗
- ・冷汗(皮膚)
- ・動悸

副交感神経

- ・悪心・嘔吐
- ・尿失禁
- ・便失禁

Time Course : 時間的経過

医師：「病院に来るまでの間、頭痛がひどくなったり、良くなったりはしていませんか？」

患者：その後も頭痛が持続し増悪する

症状分析による現病歴の完成

65歳、女性

主訴: 3時間前からの頭痛

高血圧で近医通院中

テレビで大相撲を観戦中に突然、激しい頭痛を自覚
「そのときは、白鵬がすくい投げで勝った瞬間でした」
ガンガンする頭痛を頭部全体に自覚。頸も痛い
頭痛の程度はこれまでに経験したことのないほどの
ひどい痛みであった

嘔吐と冷汗あり、安静にしても軽快せず。その後も
頭痛が持続し増悪するので救急室を受診

診断は？

症状分析のチェックリスト

OPQRST

O	Onset : 発症形式
P	Palliative&Provocative Factors : 軽快・増悪因子
Q	Quality&Quantity : 性質(質)と程度(量)
R	Region&Radiation : 部位と放散
S	Symptoms/Assosiated : 随伴症状
T	Time Course : 時間的経過

25歳、女性

主訴：7日前からの胸痛

Onset：胸痛は急性発症

Palliative&Provocative Factors：深呼吸と臥位により増悪

Quality&Quantity：差し込むような性質、程度はNRSで8/10

Region&Radiation：部位は前胸部痛で左肩に放散

Symptoms/Associated：体動時に動悸あり

Time Course：持続痛で徐々に増悪

まず近医を受診

- 心臓の聴診で、心膜摩擦音が聴かれる
- 胸部X線写真で心拡大あり
- 心電図では、aV_R V1を除く広範囲誘導で上方に凹のST上昇あり, aV_RのPR部分上昇, aV_Rを除く全誘導でPR部分低下あり
- 血液検査でESRの上昇あり
- 心エコー検査で心嚢液の貯留あり

急性心膜炎疑いで、当院紹介受診

急性心膜炎の原因

1. 特発性(85%)

2. 感染性

ウィルス性

・コクサッキーウィルス

・EBウィルス

・パルボウィルス

・アデノウィルス

・サイトメガロウィルス

・インフルエンザウィルス

細菌性

寄生虫性

3. その他

膠原病

腫瘍(悪性リンパ腫など)

自己炎症性疾患

診断は特発性またはウィルス性でよいでしょうか

- 病歴聴取の基本

まず、開放型質問(open-ended question)から行うことは正しい

しかし、患者が重要な情報をすべて最初から提供してくれるとは限らない

患者にはどの情報が重要なのかは分からないことが多い

病歴は取りにいく(history taking)のであり、こちらから積極的に情報収集を行う必要がある

システムレビュー(ROS)

- 主訴や主訴に準ずるような症状ではないが、「この症状もあった、あの症状もあった」というような、聞かれて初めて思い出すような症状を拾い上げる方法
- 症状の有無を閉じた質問方式(答えが「はい」「いいえ」のいずれかになる質問)で聞いていくもの

システムレビュー(review of system:ROS)

全身系:発熱、悪寒、寝汗、体重減少、体重増加、食欲不振、倦怠感

神経系:頭痛、複視、嚥下困難、構音障害、筋力低下、感覚異常、歩行障害、めまい

心血管系:胸痛、動悸、呼吸困難、失神

呼吸器系:咽頭痛、鼻水、咳、痰、血痰・喀血、嚕声

消化器系:吐気・嘔吐、吐血、腹痛、下痢、血便・下血、便秘

腎泌尿器科系:頻尿、夜間尿、残尿感、排尿困難、血尿

生殖器系:異常性器出血、月経困難・月経過多、性交痛、睾丸痛、血精液

内分泌代謝系:多尿、多飲、寒冷不耐症、温暖不耐症

筋骨格系:筋肉痛、筋硬直、関節痛、関節腫脹、腰痛

皮膚・粘膜系:発疹、掻痒、口内炎

精神心理系:抑うつ、記憶障害、認知障害、睡眠障害

眼科・耳鼻科系:視力低下、視野障害、聴力低下

鑑別診断に基づく ROS

① 炎症反応のROS

② 感染臓器のROS

この症例では呼吸器系ROS

③ その他の原因のROS

この症例では筋骨格系・皮膚粘膜系

炎症反応のROS

- 全身炎症反応症状としては、発熱、悪寒、寝汗などがある。
- この症例では
 - 発熱：なし
 - 悪寒：なし
 - 寝汗：あり(1ヶ月前から)

感染臓器のROS

- ウィルス感染症の可能性が高いため
呼吸器系のROSを聴く

咽頭痛：なし

鼻水：なし

咳：なし

痰：なし

血痰・喀血：なし

嚕声：なし

膠原病とその類縁疾患のROS

筋骨格系	
筋痛	なし
筋硬直	なし
関節痛	あり(1ヶ月前から両側手指、手首、肘、膝)
関節腫脹	あり(1ヶ月前から、部位は同上)
腰痛	なし
皮膚・粘膜系	
発疹	あり(1ヶ月前から顔面の日光過敏症)
掻痒	なし
口内炎	あり(1ヶ月前から)

診断は？

- 病歴情報に基づいた鑑別診断から適切な検査を施行した

⑦腎障害

- ・尿蛋白0.5g/日または定性で3+以上
- ・細胞性円柱

⑨血液異常

- a)溶血性貧血
- b)白血球減少(<4000/ μ L)
- c)リンパ球減少(<1500/ μ L)
- d)血小板減少(<100000/ μ L)

⑩免疫学的異常

- a)抗DNA抗体
- b)抗Sm抗体
- c)抗リン脂質抗体

⑪抗核抗体(薬剤性によるものを除外)

診断は？

- リンパ球減少
蛋白尿陽性
抗核抗体陽性が判明
- 速やかに“SLE”の診断が下された

全身性エリテマトーデス(SLE)

- 分類基準(米国リウマチ学会1997年改定)

以下の基準から4項目以上が必要

- ①頬部皮疹(蝶形紅斑) ②円板状皮疹(DLE)
- ③日光過敏症 ④口腔潰瘍
- ⑤関節炎 ⑥漿膜炎
- ⑦腎障害 ⑧神経障害
- ⑨血液異常
(a)溶血性貧血b)白血球減少c)リンパ球減少d)血小板減少)
- ⑩免疫異常 ⑪抗核抗体陽性

*** 簡単にできる①～⑨で2つ以上なければ
⑩⑪を測定する意味はない**

システムレビュー(review of system:ROS)

全身系:発熱、悪寒、寝汗、体重減少、体重増加、食欲不振、倦怠感

神経系:頭痛、複視、嚥下困難、構音障害、筋力低下、感覚異常、歩行障害、めまい

心血管系:胸痛、動悸、呼吸困難、失神

呼吸器系:咽頭痛、鼻水、咳、痰、血痰・喀血、嚕声

消化器系:吐気・嘔吐、吐血、腹痛、下痢、血便・下血、便秘

腎泌尿器科系:頻尿、夜間尿、残尿感、排尿困難、血尿

生殖器系:異常性器出血、月経困難・月経過多、性交痛、睾丸痛、血精液

内分泌代謝系:多尿、多飲、寒冷不耐症、温暖不耐症

筋骨格系:筋肉痛、筋硬直、関節痛、関節腫脹、腰痛

皮膚・粘膜系:発疹、掻痒、口内炎

精神心理系:抑うつ、記憶障害、認知障害、睡眠障害

眼科・耳鼻科系:視力低下、視野障害、聴力低下

75歳、男性

主訴：失神

自宅のテレビでプロ野球観戦中に失神あり
家族によって救急隊がコールされた
救急救命士が現場に到着したときには、
意識は回復していたが、血圧90/70mmHg,
脈拍80/分、心電図では洞性リズム(洞調律)
であった

失神の原因: SYNCOPÉ

S	Situational : 状況性(排便、排尿、咳失神など)
Y	Vasovagal : 血管迷走神経性
N	Neurologic : 神経障害性(自律神経障害など)
C	Cardiovascular : 心血管性(不整脈、弁膜症、肺塞栓、大動脈解離など)
O	Orthostatic : 起立性低血圧(出血、脱水、容量低下など)
P	Psychogenic : 精神心理的(過換気など)
E	Everything else : その他すべて(薬剤性)

病歴を補完するチェックリスト

MISIA

M	Medications : 薬剤歴
I	Illness : 併存症と既往歴
S	Social History : 社会歴(喫煙、飲酒、仕事、家族)
I	Injury/Surgery : 外傷および手術歴
A	Allergy : アレルギー歴

失神をきたしうる薬剤

・ 血管拡張薬	・ コリン作動薬(徐脈をきたすもの)
・ 利尿薬	・ 抗不整脈薬(催不整脈作用のあるもの)
・ α 遮断薬	・ 抗精神病薬(QT延長作用のあるもの)
・ β 遮断薬	・ 抗微生物薬((QT延長作用のあるもの)

Medication

この症例の内服薬

- ①バルサルタン(降圧薬)80mg 1日1錠
- ②タムスロシン(前立腺肥大治療薬)0.2mg 1日1錠
- ③フロセミド(利尿薬)20mg 1日1錠
- ④アスピリン(抗血小板薬)100mg 1日1錠
- ⑤ランソプラゾール(PPI)15mg 1日1錠
- ⑥ブロチゾラム(睡眠導入剤)0.25mg 1日1錠

この症例の併存症と既往歴

1. 高血圧
2. 高血圧性心疾患
3. 前立腺肥大症
4. 睡眠障害

この症例の内服薬

- ①バルサルタン(降圧薬)80mg 1日1錠
- ②タムスロシン(前立腺肥大治療薬)0.2mg 1日1錠
- ③フロセミド(利尿薬)20mg 1日1錠
- ④アスピリン(抗血小板薬)100mg 1日1錠
- ⑤ランソプラゾール(PPI)15mg 1日1錠
- ⑥ブロチゾラム(睡眠導入剤)0.25mg 1日1錠

PIM (potentially inappropriate medication)

不適切な薬剤

今回の失神の原因について

降圧薬+利尿薬に加えて

α 遮断薬のタムスロシンがはいっているのが
問題

α 遮断薬は起立性低血圧を起こすことがある
薬剤

Social History:社会歴

喫煙：吸ったことなし

飲酒：毎日焼酎3合

仕事：ラーメン店の店長

家族：心臓や神経疾患などの家族歴なし
長男がキーパーソン

診断は？

- 「内服薬+飲酒+過換気による失神」
- 救急室で起立性低血圧を確認した
- PIMの4剤も含め、内服の調整施行
- 飲酒習慣を変える動機づけ面接のアドバイスを行い退院

病歴を補完するチェックリスト

MISIA

M	Medications : 薬剤歴
I	Illness : 併存症と既往歴
S	Social History : 社会歴(喫煙、飲酒、仕事、家族)
I	Injury/Surgery : 外傷および手術歴
A	Allergy : アレルギー歴

35歳、男性、会社員

主訴：発熱

生来健康。3日前より悪寒と発熱、頭痛、倦怠感、
関節痛あり、体幹部の紅斑も認める。

待合室にて悪寒戦慄あり

血圧120/70mmHg, 脈拍90/分, 呼吸数24/分, SpO2 99%

体温39°C,

診察上、脾腫、体幹部に多数のピンク色小紅斑あり

Jolt accentuation陰性 関節腫脹なし・圧痛なし

血液検査にて白血球4500/ μ L

相対的除脈

- 発熱に伴う生体反応としては頻脈になることが多い
- **デルタ心拍数20ルール**
 Δ 心拍数 / Δ 体温 $> 20 \Rightarrow$ 細菌感染症の可能性大
- 熱の割に脈拍の上昇が少ない状態をさす
- さまざまな定義があるが、38℃で110/分以下、
39℃で120/分以下、40℃で130/分以下が覚えやすい
- 相対的除脈をきたす代表的疾患は、
ウィルス感染症（デング熱など）
**細胞内寄生微生物による感染症（腸チフス、マイコプラズマ
レジオネラ、リケッチア、マラリアなど）**
非感染性の発熱（薬剤熱、悪性腫瘍、中枢神経病変）

- 急性熱性疾患(acute febrile illness)である
- 急性熱性疾患では、まず感染症を考える
- 悪寒戦慄があると菌血症の可能性が約10倍
- 悪寒を訴える患者をみたら、悪寒の「程度」に注意して問診をとる

軽度の悪寒	重ね着でおさまる肌寒い程度
中等度の悪寒	布団にくるまっておさまる程度
重度の悪寒 (悪寒戦慄)	歯はガチガチ、手足がブルブル、 ベットもガタガタする程度

病原体との接近遭遇チェックリスト

STSTAE

S	Sick Contact: 病人との接触
T	TB Contact: 結核患者との接触
S	Sexual History: 性行為歴
T	Travel History: 渡航歴
A	Animal Contact&Intake: 動物との接触・生肉の喫触
E	Environmental Exposure: 環境曝露(山,川,池,温泉など)

1. Sick Contact: シックコンタクトはない
2. TB Contact: 結核コンタクトなし
3. Sexual History: 最後の性行為は「1ヶ月前に妻と」
とのことだった
4. Travel History: 仕事で東南アジアに2週間滞在の
あと、発症の3日前に帰国したばかり
5. Animal Contact&Intake: 詳細な渡航中の病歴聴
取より、現地で「サラダ」を喫食したことが判明
6. Environmental Exposure: 渡航中に山、川、池など
行楽地には出かけなかった

東南アジアからの帰国者が発熱

Asian big 5

- ① マラリア
- ② デング熱
- ③ レプトスピラ
- ④ 腸チフス
- ⑤ リケッチア

輸入感染症の潜伏期

- 7日以内：感染性下痢症、インフルエンザ、デング熱、リケッチア
- 7-21日：マラリア、腸チフス、パラチフス、レプトスピラ症、ウィルス性出血熱（ラッサ熱、マールブルグ病）
- 21日以上：マラリア、急性ウィルス肝炎

診断は？

東南アジアから帰国した直後に、悪寒戦慄を伴う発熱、頭痛、倦怠感、関節痛、体幹部にピンク色小紅斑、比較的徐脈、脾腫、白血球減少、とくれば……

診断は “腸チフス”

悪寒戦慄の病歴を無視しない

- ・ **Shaking chill:悪寒戦慄** →敗血症を示唆する
体が震えてとまらない (止めようと思ってもとまらない)
- ・ **Chill(moderate): 悪寒**
毛布を何枚かかぶりたくなる (止めようとする と止まる)
→頻呼吸 >30 で敗血症を示唆
- ・ **Chilly sensation(mild):さむけ**
セーターをはおりたくなる
→心拍数 <120 なら敗血症はなさそう

病原体との接近遭遇チェックリスト

STSTAE

S	Sick Contact: 病人との接触
T	TB Contact: 結核患者との接触
S	Sexual History: 性行為歴
T	Travel History: 渡航歴
A	Animal Contact&Intake: 動物との接触・生肉の喫触
E	Environmental Exposure: 環境曝露(山,川,池,温泉など)

発熱・咽頭痛を主体とする 「かぜ」症状を呈する症例

24才、男性。

主訴：咽頭痛、発熱

現病歴：起床時よりのどの痛み、全身倦怠感が出現。咽頭痛が次第に増強し、「つばを飲むのも痛く」なってきた。昼食後より寒気が出現し、体温は38.5℃であり、当院救急外来を受診した。

熱がでて喉が痛い

- どんな病気を考えますか
- それを診断するためにどうしますか
- 診断したらどう治療しますか

咽頭痛の鑑別診断

感染症

咽頭炎

A群 β 溶連菌
C,G群 β 溶連菌
ライノウィルス
コロナウィルス
アデノウィルス
単純ヘルペスウィルス
インフルエンザウィルス
パラインフルエンザウィルス
コクサッキーA
EBウィルス
サイトメガロウィルス
HIV,淋菌、梅毒
トキソプラズマ
マイコプラズマ
クラミドフィラ
扁桃周囲膿瘍
急性喉頭蓋炎
Lemierre症候群

非感染症

亜急性甲状腺炎

無顆粒球症
白血病
悪性リンパ腫

咽頭癌、喉頭癌

舌咽神経痛、三叉神経痛
上咽頭神経痛

外傷、熱傷、魚骨異物

狭心症、心筋梗塞

心因性

医療面接におけるポイントを絞った 現病歴の聴取

- 鑑別診断としてリストされる代表的な疾患(頻度の高い疾患・頻度は低いが見逃すと致命的な疾患)の特徴をしっておく必要がある
- 患者から与えられる基本的な情報を出発点として代表的な疾患群で構成される初期の鑑別診断を頭の中で構成する
- それぞれの疾患に特徴的な事項を医療面接で順番にもれなく尋ねることによりポイントを絞った病歴聴取が可能となる

3Cで仮説演繹する

Critical 緊急性の高いものから考える
(重大)

Common 頻度の高いものから考える
(高頻度)

Curable 確実な治療のあるものから考える
(治療可能)

OFT: 除外のための3要素

- O Onset** 突然発症は怖い
- F First episode** 今までにない症状は怖い
- T Time course** 悪化するものは怖い

緊急性の高い疾患

窒息する(死亡する)可能性のある咽頭痛を
見逃すな！ (five killer sore throat+1)

急性喉頭蓋炎

扁桃周囲膿瘍

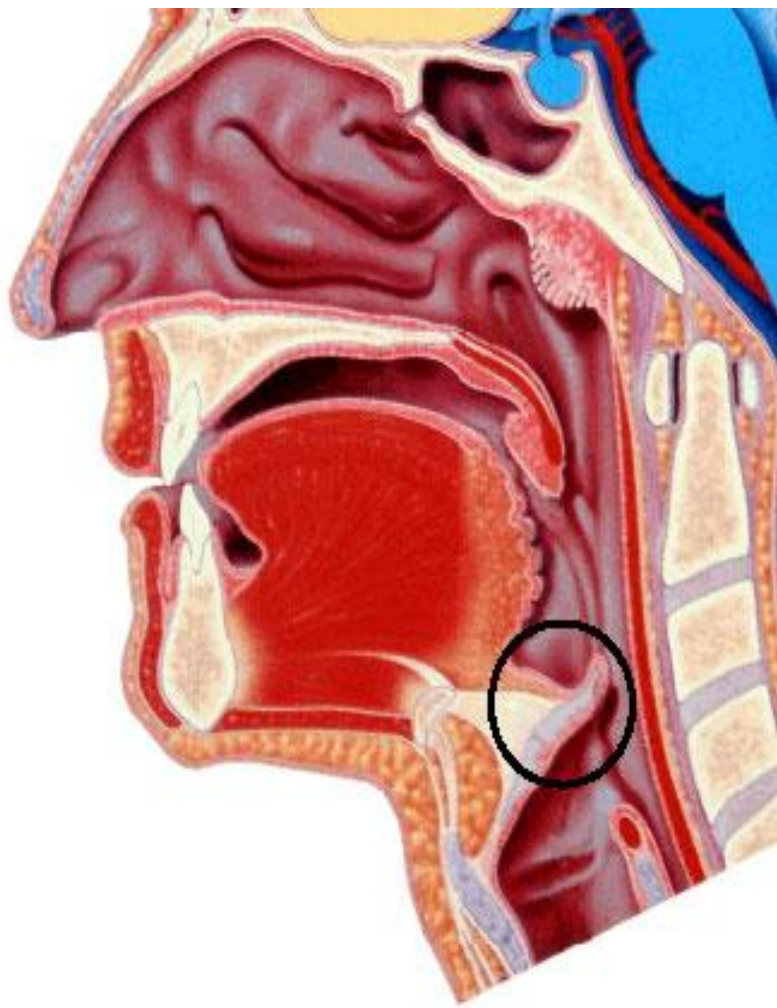
Ludwig's angina

Lemierre症候群

咽後膿瘍

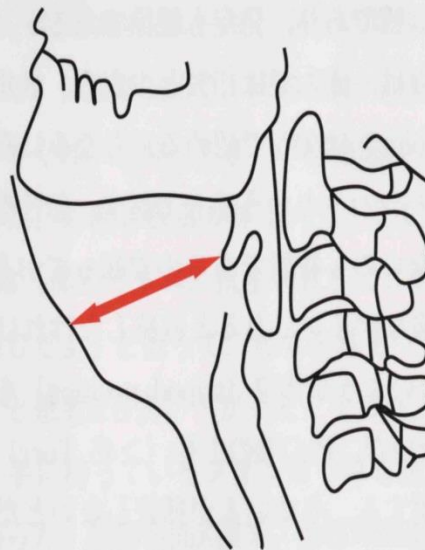
+

無顆粒球症



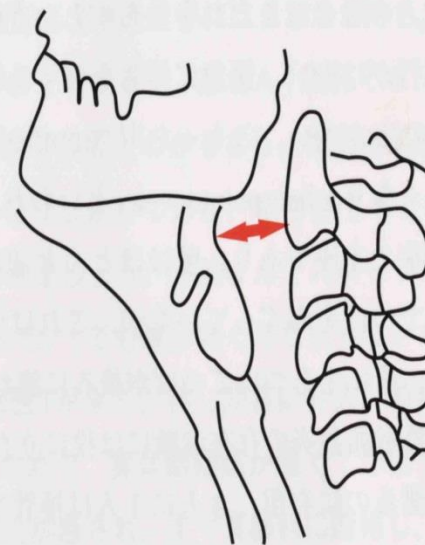
急性喉頭蓋炎のX線所見

- ① hypopharyngeal space (下咽頭腔) の拡大
- ② epiglottitis (喉頭蓋) の腫脹
 - (i) **thumb sign** (親指を当てたように喉頭蓋が腫脹)
 - (ii) 喉頭蓋 $> 1/2 \times C3$ 厚み (喉頭蓋の幅が、第3頸椎の幅の半分より厚い)
 - (iii) 喉頭蓋の幅/高さ > 0.6 (喉頭蓋の高さの6割より喉頭蓋が厚い)
- ③ aryepiglottic fold (披裂喉頭蓋ヒダ) の腫脹
- ④ **vallecula sign** [喉頭蓋谷 (喉頭蓋の前の空気の切れ込み) の消失]



Ludwig's angina

口腔底の軟部組織の著明な腫脹



咽後膿瘍

著明な椎体前面軟部組織の腫脹

図1 killer sore throatの頸部X線所見

問診・診察のポイント

問診のポイント

- ・唾液が飲み込めなくて垂れてこないか？
- ・開口障害(trismus)はないか？
- ・呼吸苦はないか

診察のポイント

- ・くぐもった話し方をしていないか？
(hot potato voice: 熱いポテトを頬ばっているような話し方)
- ・扁桃・喉頭蓋の偏移はないか？
- ・吸気時の気管狭窄音(Stridor)はないか？

のどの痛み：見逃したくない疾患

①開口障害

口蓋垂偏奇・片側性の軟口蓋の張り出し
→扁桃周囲膿瘍

②尋常でなく激しい咽頭痛＋流涎・嚥下障害

→急性喉頭蓋炎

③後頭部痛・嚥下障害

→咽後膿瘍

④左右非対象の頸部腫脹・圧痛

→Lemierre症候群(*Fusobacterium necrophorum*などによる頸部感染性血栓性静脈炎)

もしこの患者の口腔内に所見がない
（“咽頭痛”に比して咽頭所見に乏しい）
ときに見逃してはいけない疾患は？

1.急性喉頭蓋炎

疑えば頸部側面軟線撮影を
入院加療が必要

2.亜急性甲状腺炎

甲状腺の触診を

（強い圧痛が片側の一部に 局在性に認める）

治療は炎症所見が強ければ、ステロイド

見逃してはいけない咽頭痛 感染症以外で

- 急性(亜急性)甲状腺炎
- 悪性疾患
- 胃・食道逆流
- 急性心筋梗塞の放散痛
 - ・・・・「のどが痛い」で来る
- 高安病の血管痛
- スチル病の咽頭痛 など

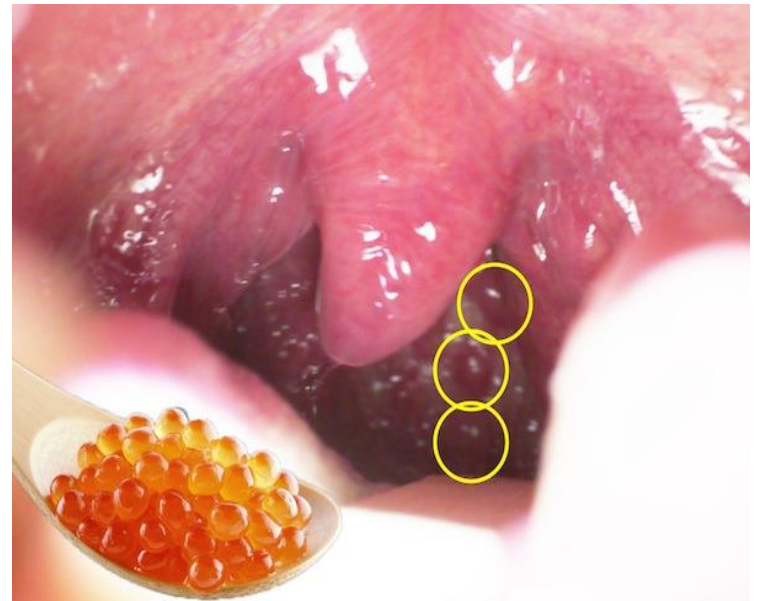
- 患者は、嚥下痛はあるものの、流涎、開口障害、呼吸困難、咳、鼻水、鼻づまりなどの症状はない
- 周囲に体調の悪い人はいない
- 既往、アレルギーや手術歴もない
- 常用している内服薬はない
- 喫煙なし、飲酒なし
- ペットはいない、最近の旅行歴なし
- 独身で一人暮らし
- 仕事は介護職員

鑑別診断を決定するためには

- それぞれの疾患の特徴を知った上で疫学的要素(年齢、性別、罹患率、有病率)と臨床的要素(病歴、既往歴、危険因子の有無、身体所見、検査所見)の両者を考慮しての検討が必要

かぜと診断するには？ (細菌感染との違いは？)

- 鼻水 (rhinorrhea)・咽頭痛 (sore throat)・咳症状が急性に同時に存在すれば典型的な“かぜ”
- 多症状を呈するのがウィルス感染の特徴
- 細菌感染は同時に複数の器官 (鼻、喉、気管支など)を侵すことはない
- 咽頭後壁のリンパ濾胞 (イクラ状に見える)はインフルエンザの診断に有用



身体所見

- 血圧108/73mmHg、脈拍87/分・整、
- 体温38.6°C、呼吸数18回/分、意識：清明
- 咽頭・頸部：後咽頭粘膜は発赤し扁桃部に浸出物あり、水疱・潰瘍形成なし 両側前頸部リンパ節は腫脹し圧痛あり
- 気管は正中で可動性もあり、呼吸音正常
- 腹部：触診上、肝臓に腫大・圧痛なし、脾腫を認めず

急性扁桃腺炎



鑑別診断

- 細菌性急性咽頭炎
- ウィルス性急性咽頭炎
- 伝染性単核球症

A群溶連菌による咽頭炎を見分ける！

- 咽頭痛、発熱、リンパ節腫脹の症状を特徴とするので鑑別が問題
- A群溶連菌による咽頭炎は、急性期の抗菌薬投与により合併症や症状軽減が期待できる
- 伝染性単核球症やウィルス性咽頭炎は、特別な治療法がなくsupportiveな治療しかできないものの、ほとんど合併症なく自然治癒する

上記三疾患を鑑別するためには？

- 病歴

この3つの鑑別にはあまり役に立たない

- 臨床所見

ある程度役立つ

例えば、肝脾腫があれば伝染性単核症を強く示唆する

咽頭の浸出物は、鑑別の材料としては弱い

Centor's score

- 臨床検査

役立つ・・・何を調べる？

溶連菌性咽頭(扁桃)炎

- A群β溶連菌(GAS)による急性咽頭炎

診断: Centor Strep Score

- 1) 38°C以上の発熱(24時間以内の発熱)
- 2) 扁桃腫大または白苔
- 3) 咳がない
- 4) 圧痛を伴う前頸部リンパ節腫脹(胸鎖乳突筋より前方に存在するリンパ節をさす)
- 5) 15歳未満: 1点 45歳以上: -1点

溶連菌感染症のリスクの評価

ポイント	GABHSの可能性(%)	方針
-1 or 0	2-3	対症療法
1	4-6	対症療法
2	10-12	溶連菌迅速テスト* (ステップA)で 判断する
3	27-28	
4 or 5	38-63	テストをしないで治療

*:感度80%,特異度90%

発熱・咽頭痛を主体とする 「かぜ」症状を呈する症例

24才、男性。

主訴：咽頭痛、発熱

現病歴：起床時よりのどの痛み、全身倦怠感が出現。咽頭痛が次第に増強し、「つばを飲むのも痛く」なってきた。昼食後より寒気が出現し、体温は38.5℃であり、当院救急外来を受診した。

身体所見

- 血圧108/73mmHg、脈拍87/分・整、
- 体温38.6℃、呼吸数18回/分、意識：清明
- 咽頭・頸部：後咽頭粘膜は発赤し扁桃部に浸出物あり、水疱・潰瘍形成なし 両側前頸部リンパ節は腫脹し圧痛あり
- 気管は正中で可動性もあり、呼吸音正常
- 腹部：触診上、肝臓に腫大・圧痛なし、脾腫を認めず
- ・ストレップA 陽性

診断は

- 溶連菌による急性咽頭炎



GASによる急性咽頭炎には 抗菌薬投与が必要

1. リウマチ熱の予防（糸球体腎炎の予防効果は証明されていない）
2. 合併症の予防（扁桃周囲膿瘍、リンパ節炎、乳突炎など）
3. 症状の軽減と持続時間の短縮
4. 周囲への感染性の制御

症例: 58歳男性

- 午後10時救急外来を受診。
- 数日前から咽頭痛を覚え、つばも飲み込めないほどのどが痛いと言った。
- 体温38.8℃ 鼻水なし、咳なし、嘔吐なし、下痢なし
- その朝近医を受診。血液検査を行い、抗菌薬も処方してもらったが、のどが痛くて眠れない、横になると息が苦しくなって眠れないと救急外来を受診。
- のどを診てみたが、少し赤い程度で白苔も扁桃の腫脹も見られなかった。

何を考えますか

のどの痛み：見逃したくない疾患

①開口障害

口蓋垂偏奇・片側性の軟口蓋の張り出し
→扁桃周囲膿瘍

②尋常でなく激しい咽頭痛＋流涎・嚥下障害 →急性喉頭蓋炎

③後頭部痛・嚥下障害 →咽後膿瘍

④左右非対象の頸部腫脹・圧痛 →Lemierre症候群(*Fusobacterium necrophorum*などによる頸部感染性血栓性静脈炎)

その後の経過

- 「**かぜ**」と診断されたが、食事がとれない状態であることから午後11時頃入院した。午前0時頃になると声がでない、息ができないとゼーゼーと音をたて始めた。苦しくて仰向けになれず座位になってよだれをたらしていた。午前4時頃呼びかけに反応がなくなり、当直医が呼ばれた。医師が到着時、心肺停止状態。気管内挿管しようとして喉頭鏡でみると喉頭蓋がさくらんぼのように著明に腫大していて挿管チューブが挿入できない

*Stridor*と*Wheeze*を区別しよう

- *Stridor*:

吸気に著明な連続性ラ音
上気道に70%以上の狭窄があるので
患者には窒息の危険がある

急性喉頭蓋炎、上気道異物、声帯浮腫・
クループ症候群など

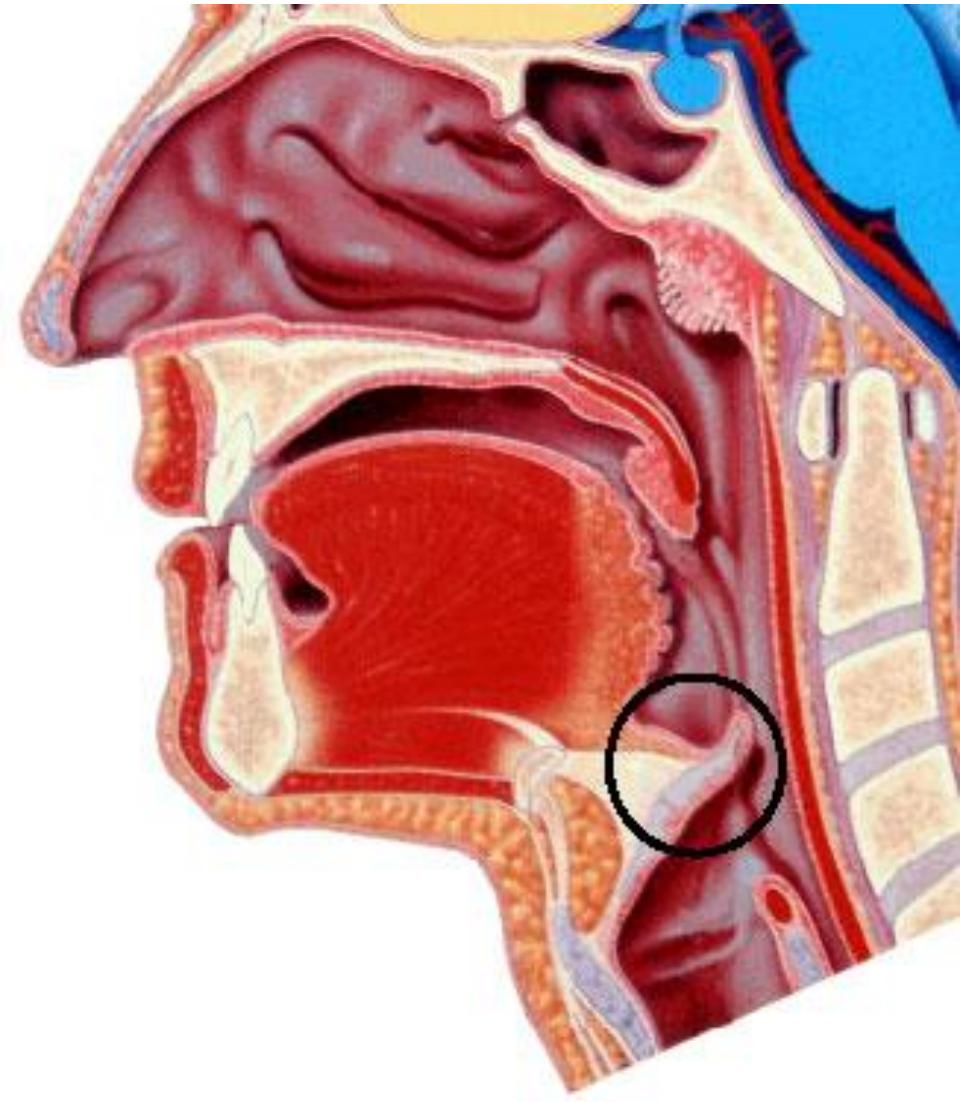
- *Wheeze*:

呼気時が主であるが吸気呼気ともに聴取、
気管支喘息で聴かれる音

急性喉頭蓋炎



急性喉頭蓋炎



急性喉頭蓋炎

- 強い咽頭痛・嚥下痛を伴う場合は安易に「かぜ」と診断せずまず急性喉頭蓋炎を鑑別しよう
- ・診断のキーワードは、
 - ①人生最大の咽頭痛・嚥下痛
 - ②患者の強い訴えの割りに臨床所見に乏しい
(咽頭はほぼ正常＜喉頭蓋の細菌感染＞)
- 疑えば頸部の側面軟線撮影
(感度40%・特異度75%くらい)
- 喉頭ファイバーで診るのが最も信頼性が高い

急性喉頭蓋炎

- 内科的緊急症の一つで、病態は分単位で進行し急速進行性に気道狭窄をおこす
- 85%は嚴重監視下に置き、抗菌剤の全身投与を行えばよい
- 15%は緊急気道確保が必要になる
- 症状が進行すると発声困難(含み声)、流涎、大量の口腔咽頭分泌物を認める。この時点が気道確保のタイミング
- さらに症状が進むと吸気時stridorを聴取し、患者は座位・前傾・開口・後頸をとり、あえぎ呼吸になる

のどが痛い

- 咽頭痛は日常診療できわめてよく遭遇する主訴(約5%)
- 咽頭炎は、プライマリーケア医に治療を求められる最も多い疾患の一つ
- Killer Sore Throat(死の危険性のある咽頭痛)は見逃してはいけないが、決して多くはない
- 急性咽頭炎の最も多い原因はウィルスであるが、しばしば抗菌薬処方理由とされる
- 咽頭炎で抗菌薬投与の絶対的適応となるA群β溶連菌感染(GABHS)を診断することが重要

問題です！

1. リウマチ性多発筋痛症＋側頭動脈炎
2. リウマチ性多発筋痛症
3. 細菌性髄膜炎
4. Pancoast's 腫瘍
5. 乳癌頸椎転移
6. 急性心筋梗塞
7. 胆石疝痛
8. 食道裂孔ヘルニア＋逆流性食道炎
9. 縦隔気腫
- 10.扁桃周囲膿瘍

11. 感冒後の副鼻腔炎

12. 髄液穿刺後頭痛症候群

Post-Lumbar Puncture Headache Syndrome

13. 帯状疱疹

14. 急性閉塞性隅角緑内障

15. デング熱

臨床推論の基礎

一般外来では医療面接だけで7～8割の疾患は診断できる
外来では会話ができないほど重症な患者は少ないので
病歴聴取は外来診療で最も頼りになるスキル

救急外来は重症・緊急疾患が多く重症であるが故に
身体診察・検査の異常所見などの特異度の高い情報を
発見しやすい

病歴よりも特異度の高い身体・検査所見を手がかりに
推論するほうがより速く確実に診断に到達できる

医療面接(病歴)

- Open-ended question と 傾聴から入る
- 次に「はい」「いいえ」で答えられる closed question に入る・・・2つの種類

① 何も診断が想起されていない場合
主訴について一般的なことを聞く
semi-closed question ・・・・痛みのOPQRSTなど

② 疾患を想起して感度の高い Yes-No question を
ぶつけて除外する、あるいは特異度の高い質問を
ぶつけて診断を確定する方法

**感度の高い病歴聴取で疾患を除外していくのが
一般外来診療の基本**

感度とは

- 感度100%の所見・検査では、患者のすべてにこの所見がある

Positive in Disease(PID)と覚える

SnOut:

感度(Sensitivity)の高い所見が
陰性(Negative)のとき、その疾患を
否定(Rule Out)できる

- 陰性の時に診断的に意味がある
- その所見がないことを確認できれば、その疾患の可能性が低くなる

特異度とは

- 特異度100%の所見・検査では、健康人にこの所見はでない

Negative in Health(NIH)と覚える

SpPin:

特異度(Specificity)の高い所見が陽性(Positive)のとき、その疾患を診断(Rule In)できる

- 陽性の時に診断の意味がある
- その所見があることを確認できれば、診断に近づける所見(疾患の可能性が高くなる)

診断の手順

- いくつかの鑑別診断のなかで
- 感度の高い所見の有無によって否定(SnOut)して疾患を絞り込む
- 特異度の高い所見を探して診断を確定(SpPin)する