

健康文化

病歴をとる ―見直してほしい問診―

吉田 三毅夫

昨夏、これまで続けた33年間の開業医生活に終止符をうちました。この間に感じた事から、患者と医者の本格的な問題と受けとめて、問診の意味について記述させていただきます。

地方での内科診察室には、多様な患者の訴えがあります。どんな相談でも聞いてもらえるという気安さからです。普段は、穏やかな空気がいっぱいな診察室で、殊に医業を終える前の約10年間は、私は患者との会話を楽しみながら診療ができました。そんな診察室にも緊急事態が起こります。また、現役のある時期に市立夜間救急室の当直勤務では、毎回のように救急医療に携わることができました。消化器科の関連では、消化管閉塞、急性胆嚢炎、消化性潰瘍の穿孔など急性腹症が疑われて、救急車による搬送に、あるいは、電話での往診依頼にも医学的な即応が必要でした。

緊急時には時間的な余裕がまったくなく現症を診ただけで即断し、問診ができる状態では病態と直接かかわる範囲を想定して病歴をとりました。

「病歴をとる」目的は、患者が異常を感じている主訴と経過などを聴きただして、疾病の診断の助けにすることにあります。

病歴をとる (history taking) はいうまでもなく問診のことですが、医療外の人には病歴をとるという意味が分かりにくく、馴染めないかもしれません。「とる」は漢字では「執る」と書きますが、広辞苑によると「政務を執る」と同意語です。ここでは、使い慣れた問診という言葉を用いることにします。

問診は病歴を書くためにひとりひとりの患者に必要な個別のものであって、「右にならえ」とか「以下同文」というわけにはいかないのです。診察の現場では、2～3分で行うことは容易ではありません。少なくとも10分ぐらいかかる作業ではないでしょうか。昭和40～50年代に、3時間・3分という病院事情がありました。流行語でしたが、3時間待たされてやれやれと思ったら、

診察時間がたったの3分だったということです。これでは、患者にストレスがたまります。最近、友人から時間予約したのに、1時間・3分だったと憤りの言葉を聞きました。ひよっとすると今も3時間・3分が生き続けているかもしれないと感じました。

問診を補う手段として考えられたのが問診票です。患者に予め記入してもらった問診票を医者が診察時に読解して診断に役立てます。現在は病院ごとに、病院内では各診療科ごとに内容を工夫して整った問診票があります。確かに便法ですが、難点としてどうしても画一的であったり、患者さんにたずねると、内容が理解しにくいという指摘があります。定形の問診票では、不十分だったり間に合わない部分があるのはやむを得ないことでしょう。一方で、問診を短時間で聴取することは一つの技術であって、訓練によって身につくことです。診療全体の中で熟練を要するものの一つが問診であるといわれる所以です。問診の熟練者は知識と経験から病状を順序よく尋ねることと、患者から話を聞き出すことに長けています。

病歴を作成するには、患者の訴えを患者の言葉で記載するのがよいとされています。問診の実際では、初対面の緊張もあって問診がスムーズにできない場合があります。質問に対して打ち解けて答えてくれなかったり、順序よく話してくれないために余計な時間がかかることになります。

問診によって得られた現病歴から何が分かるかは、一つは病変の部位の診断が、もう一つは原因となる病態が何かという原因診断が可能になることです。

病歴から正しい診断に近づける割合（正診率）についての報告をみると、調査した医療機関による差がありますが、報告者の正診率は50～80%です。問診によって最もよい場合は、10人中8人が正しい診断に結びつくということになります。

医療の歩みが示すように、大正時代末の主役は問診・身体所見および医者の直感力でした。当時の時代背景を見ると、大正14年（1925）ラジオの試験放送が開始され、日本人の平均寿命は男性42.06歳、女性43.20歳でした。同じくこの年の死因順位3位までをあげると、第一位は肺気管支炎、第二位は胃腸炎、第三位は全結核でした。平成12年（2000）6月、WHOの発表によると日本人の平均寿命が80.9歳、健康寿命が74.5歳と、共に世界第一位であり、大正14年と比べると平均寿命の伸びの速さは驚異的で、他に類をみないといわ

れます。これだけの大きな移り変わりのなかで、臨床医学において問診はその形や大切さを変えることなく連綿と受け継がれてきました。近年、しかし、医学技術の進歩の流れに押されて、問診そのものの存在価値が低下したかのような印象を受けます。このような趨勢と医の精神が稀薄化した時世に、ひとりひとりの患者に即した医療を行うために、問診を見直し、改めることは有意義であると思われます。医者が、問診の技術を向上させたり、診断を正しくするための直感力を養うことは、患者との意志の疎通をよくすることにもなります。

最善の医療とは何かは難しい課題です。それは、「医者が患者の立場に身をおいて考え最善をつくすことであること」と更に、「患者の求めに応える医療である」と言えそうです。この考えが妥当であると、自らが病にかかってから一層強く感じるようになりました。医療は、もともと問診から始まり病苦を癒してきました。近代科学が日本に入ってきた19世紀後半後も問診の役割は同様に果たされてきました。

最善の医療の全てが問診から始まることにその重要性があるのではないでしょうか。

私の病歴 症例 67歳 男性 内科開業医
主訴 遠方の複視 ふらつき

5年あまり前に、突然、私の体に異変が起こった。思いもかけない眼の病変、複視だった。一週間前から感冒症状がはじまり、過去に感じたことのないほどの激しい痛みと熱感のある後鼻腔一帯の炎症が治った直後の発病だった。今までは、一つのものを意識せずに左右の眼で一つに見えたのが二つに見えたのです。その瞬間、重大な病気かもしれないと思った。複視が起こる原因の殆どが、視覚の指令室とそのコントロール系統に当る脳及び中枢神経系統にあるからです。

〈第1病日〉その日、車を運転して片道2車線の道路に出てまもなく、センターラインが2重にダブって見え、車道の幅、対向車との間隔が不確かなために運転に危険を感じた。帰宅後、暫くして明視距離(25cm)より遠い所のものが遠くなる程2重に見えることが分かった。

〈第2病日〉夕暮れ時に屋上から遠望すると2km離れた高層ビルの一つが完全に2つに並んで見えた。室内では2~3mからのテレビ画面は2つの像が重な

って見えるので、全体としてハッキリしなかった。私にとって幸いだったのは、25cm以内の物は正常視でき、書物や新聞を支障なく読むことができたことである。

〈第6病日〉さしあたって、必要な検査を通院で受けることに決めた。

眼科受診：現症と病歴からの眼科的診断は、「麻痺性視覚調節障害（外眼筋開散麻痺）」、他に糖尿病性病変はなく、視野および視力は正常、従って、眼科的局所病変は否定され、脳中枢神経系の精密検査を指示された。

〈第14病日〉病院画像診断センター受診

予約して、頭部のMRI・MRAの画像診断を受ける。診断結果は「異常なし」、「脳中枢神経系に器質的病変を認めない」と報告があった。この時点で、心配された脳内の血管病変と腫瘍性病変が否定的となる。気分的な余裕ができ、今、複視で網膜にうつる映像を記録できる方法はないものかとふと考える。これから、複視が改善されるに従って網膜像も次々と変ってゆくだろう。その状況を再現してみたいと思った。

〈第19病日〉病院神経内科受診

病歴と頭部MRI・MRAの写真フィルムを持参する。診察を受ける前に予め問診票に丸付けして答える。この問診票は秀れた内容であり、私にとっては問診上略々満足できたが、一般の人には数点分りにくい所に説明が必要と思った。

上記の資料と問診と神経学的な診察の結果、「炎症性神経炎後のFisher syndrome」と診断された。私はこの時点で推察した。専門医は「問診の段階で経験的直感によって第一にこの診断を思いついた」と。

Fisher syndromeは、感冒後に外眼筋麻痺（複視）と歩行障害を主徴とする症候群で、1956年にFisher M.が初めて記載をして以来注目されるようになった。我が国でも1977年までに35例、文献によると以後、多くの報告がなされている。本症は3ヶ月以内の完全治癒が70%である。

私の病状に対する神経内科主治医からのコメント。

「感冒後の複視と歩行失調が、順調に改善されつつあるので、特にステロイドホルモン剤などの薬物療法を行わずにこのまま経過をみてよい。」その後も、新たな徴候の出現が無く、筆記が可能のために、日常の診療や学校検診を行うことができた。

〈第41病日〉プロサッカー試合をサッカー場の4階観覧席から観戦する。試合場では両チーム22人の選手が複視の私の眼には2倍の44人に見えた。選手たちがめまぐるしく動く。ただそれだけで試合の状況は殆ど分からなかった。だが、複視という異常な眼から見た光景は、私にとっていつまでも忘れられない衝撃的な映像であった。

〈第71病日〉少しずつ、近いところから物が見やすくなる。複視が徐々に快方に向かっているようだ。

〈第76病日〉近いものから焦点が合うようになったのが良く分かる。排尿中、発病後2本だった尿線が初めて、突然1本に見えた。この距離では複視が回復してきた証拠だろう。

〈第105病日〉起床後、室内のどこを見てもハッキリと良く見える。複視が睡眠中、突然、自然完全治癒したのだと感じられた。105日ぶりに、眼の中にある「つかえ棒」がポンととれたように、複視が治った。

以上、私の発病から完治するまで、主に、複視に焦点をあてて追ってみた。

神経内科専門医の診断の通り、前駆症状の感冒と、烈しい炎症が引金となって動眼神経、滑車神経などの脳神経領域の局在性炎症が眼筋麻痺症状をまねいたものと推測される。画像診断などの検査によっては、複視の原因となる責任病巣の所在を特定できなかった。複視を患って実感できたことは、複視で感知する像は一つの物が単に2つに見えるのではなく、実社会の雑多な構造が入り乱れ、重なりあって特異な光景をつくり出すことであった。

5年を経過した現在、複視の再発は無く、病中の眼の感覚や複視の光景の大半は遠い記憶として消え去りつつあります。とくに発病後の1ヶ月不安に揺れ動いた患者心理は、時々、新しい記憶として甦ってきます。

私が患者として信頼できたのは、専門医の人格であり、その経験と、問診を含めた診断力である。

(平成13年9月6日)

(元吉田消化器科医院院長)