

# 内科診断学

東京医科歯科大学教授

武内重五郎著

改訂増補

東京 南江堂 京都

## 序

内科における診断は、通常 1) 病歴をとる、2) 現症の観察、3) 臨床検査、4) 鑑別診断の過程をとって行なわれる。すなわち、まず患者の病歴を詳細にききとり、診察し、必要な諸検査を実施し、これらの結果を総合判断し、考えられるいくつかの疾患のなかから、もっとも妥当と思われるものを選び出すのである。

臨床検査は、生物学的方法(細菌学・血清学ならびに免疫学的方法など)・物理学的方法(X線検査・心電図・筋電図・脳波・基礎代謝測定など)・化学的方法・病理学的(形態学的)方法などによって行なわれるが、近年いちじるしい進歩をとげた分野である。この臨床検査の発達により、従来診断がきわめて困難あるいは不可能であった疾患で生前正しい診断が下されるようになったものが少なくない。また単に診断(病名)の決定に寄与するのみでなく、疾患時における生体の病態生理学的認識が深められ、疾患の経過に伴う病態の推移を正しく把握し、それに応じた適切な治療が加えられるようになってきた。

しかし一方、臨床検査をほとんど実施しえない条件下において患者を診察し、治療を行わなければならないことは現在においても決してまれではないし、また実際正確な病歴の聴取と精密な現症の観察にもとづき、なんら臨床検査の助けをかりることなく正しい診断を下しうる例も少なくはない。

臨床検査法の進歩とその有用性を重視するあまり、病歴の正確な聴取や現症の精密な観察を軽んずるのは大きな誤りである。臨床検査の成績は、病歴・現症からえられた知見を土台としてはじめて正しい意味づけが行なわれるものであり、またそのような態度を守ることによって、いたずらに不要の検査を行ない、患者に無用の負担(肉体的・精神的・経済的)をかけることを避けることもできるのである。

内科診断学は、正しい病歴のとり方と現症の観察ならびにその記載の方法を教え、またそれによってえられた知見と臨床検査成績をどのように総合して、正しい診断にいたるかの思考の過程を学ぶ領域ということができよう。もちろん、このさい、単なる病名の決定にとどまらず、つねにその病気とそれに伴う病態生理学的推移に対する判断をも忘れてはならない。

本書は上記の内科診断への道程のうち、とくに病歴のとり方と現症の観察およびその記載法に重点をおいて記述したものである。内科診断学の基本はこれら2つの徹底的訓練にあると考えるからである。鑑別診断の訓練はもちろん内科診断学の究極の目標であるが、その実際的的教育は内科学各論・臨床講義・Clinical conferenceなどを通じ絶えず行なわれるべきものであろう。本書はこの点に関しては病歴の聴取や現症の観察にあたり、とくに必要な点のみを簡単に記述するにとどめてある。臨床検査についても、“臨床検査法”の専門成書を参照されんことを望む。

本書の執筆を終えるにあたり東京大学 上田英雄教授の多年のご指導と温かいご激励を心から感謝し、謹んで本書を膝下に捧げたいと思う。また一部を分担執筆していただいた加藤和三・箕野脩一・飯野四郎・金山隆一の諸博士や写真の撮影と整理にあたられた小林一到講師・中村英夫技官の両氏の労を多としたい。

昭和41年5月

著者 識す

## § 1. 診断への道程

### Diagnostic Process, Gang zur Diagnose

病人はなんらかの異常（精神的・肉体的）のために医師を訪れる。その目的はいうまでもなく、その異常をとり除いてもらうためである。

その異常をとり除く行為は“治療”とよばれるが、適切な治療は正確な“診断”が基礎となる。臨床医学において正しい診断が要求されるゆえんである。ただし、診断の正確さを重視するあまり、確実な診断が決定されるまで、治療を行なわないという態度は正しくない。最終的診断にいたるまでにも、緊急な治療を行ない、あるいは患者の苦痛を和げてやる必要のある場合も少なくないのである。

“序”に述べたように、内科（すべての臨床医学に共通であるが）における診断は、1) 病歴の聴取、2) 現症の観察、3) 臨床検査、でえられた情報にもとづき、考えられるいくつかの疾患のなかから、もっとも妥当と思われるものを選び出す、すなわち、4) 鑑別診断、の過程をとって行なわれる。

比較的容易に鑑別診断が可能のことも多いが、一方、ただちに診断が決まらないこともある。この場合には、1) 経過を観察し、既存の症状の推移、あるいは新しい症状の出現の有無などに注目し、また、2) さらに必要と考えられる臨床検査を追加し、あるいは、3) 診断未定のままでも治療を行なってその効果を見る（たとえば、原因不明の発熱患者に対し、INAHを投与し、下熱した場合、発熱の原因が結核によるものであることが明らかとなる）、などの方法により、正しい診断にいたるよう努めるべきである（図 1・1）。

上述のように、鑑別診断とは、いくつかの疾患のなかから、自分の診ている患者にもっとも妥当と思われる疾患を選び出す操作であるが、このさい、とくに注意を要することは、患者の病歴・症状あるいは検査所見と想定している疾患のそれらとの類似性を求めるのみでなく、相違点あるいは矛盾している点についての検討も行なう必要のあることである。しばしば、素人がいわゆる家庭医学書のなかのある疾患の記述を読んで、自分もその疾患ではないかといって訪医することがある。もちろん、その疾患であることもあるが、むしろまったく別の疾患であることが少なくない。これは自分の有する症状とその疾患の症状の類似点のみに注目し、相違する点についての検討を欠くために生ずることである。

また情報が補充されるに従い、当初想定していた疾患はむしろ誤りで、別の疾患であったという場合もある。はじめの診断に固執し、判断を誤らないようにしたいものである。

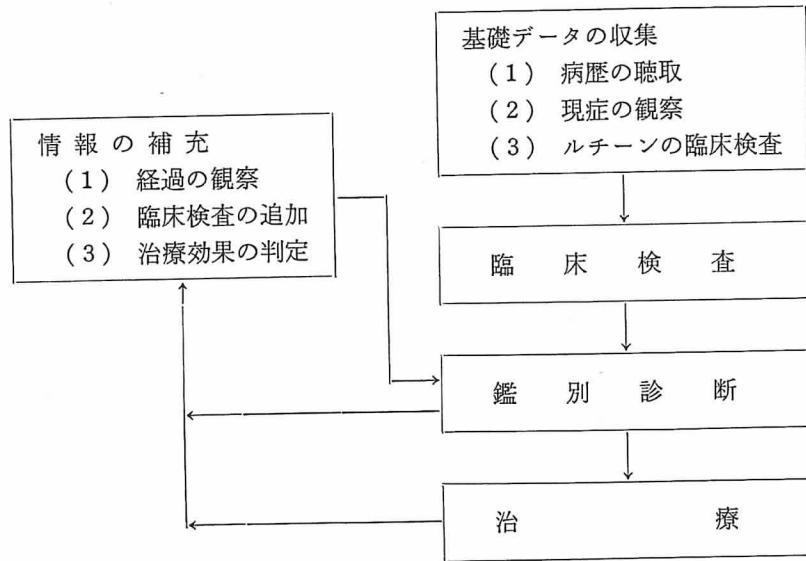


図 1・1 診断への道程

ここにいうルチーンの臨床検査とは検尿，末梢血検査(いわゆる血算)，血清生化学，胸部X線検査，心電図などをいう。検尿はむしろ身体所見の一部とみなすべきであろう。

病歴，現症，ルチーンの臨床検査により得られる情報を基礎データという(4頁)。

## § 2. 診療記録—POS による—

Problem-Oriented Medical Record,

Problem-orientierte medizinische Karte

患者を診察する場合には、一定の順序で問診し(§ 3), 身体所見をとり(§ 5~17), また検査成績を検討したところで、異常所見を客観的に整理して、診療上問題とすべき事項を選び出してみることが必要である。つぎにこれら进行处理するための計画を立て、系統的に診療を進めれば、正しい診療ができるはずである。

また診療経過を整理して論理的に整った一定の様式で記録しておけば、担当医自身が診療経過を反省できるとともに、同僚医師・看護婦なども、診療内容や担当医の考えを容易に理解でき、診療に協力したり、客観的に批判することが可能になる。さらには、診療内容が高度になるとともに他科医師やパラメディカル職員との協力を必要とする場合が多くなるが、そのさいにも論理的に整理された病歴が不可欠である。

以上の目的にそって診療方式・記録方式を体系化したものが問題志向システム (POS)<sup>1)</sup> である。これは 1964 年 Weed により発表され、その後彼自身また Hurst らの努力により普及した。わが国でも日野原の尽力により次第に普及しつつある。

### A. POS の特色

POS の特色は、その名が示すように、問題解決を中心にした診療方式である点で、はじめに診療の対象となる問題を個条書きにして診療目標を明確にし、それぞれの問題の解決策を計画し実行する。このさい身体所見と同等の比重で患者の生活歴、性格、家庭環境、社会的背景などについても検討して診療に応用する点が第 2 の特色で、“病氣”に片寄ることなく“病んだ人”が診療の対象となる。

実際の病歴は表 2・1 にみるように、1) 基礎データ<sup>2)</sup>, 2) 問題リスト<sup>3)</sup>, 3) 初期の計画<sup>4)</sup>, 4) 経過ノート<sup>5)</sup> の 4 部からなる。1) では問診、診察、検査により異常所見を収集する。2) では異常所見を分析して、診療の対象とすべき問題を具体的に整理する。3) ではそれぞれの問題を解決するための診断、治療、教育の方法を計画する。4) では計画にもとづいて実際に診療した経

1) problem-oriented system, problem-orientiertes System

2) data base, Data Basis

3) problem list, Problem-Liste

4) initial plan, anfänglicher Plan

5) progress note, Verlauf-Note

表 2・1 POS における病歴

<p>1. 基礎データ</p> <p>(1) 病歴の聴取</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 患者像および社会歴</li> <li>2) 主 訴</li> <li>3) 現病歴</li> <li>4) 既往歴</li> <li>5) 家族歴</li> <li>6) 系統的レビュー(システムレビュー)</li> </ol> <p>(2) 現症の観察と記録</p> <p>(3) 検査結果</p> <p>2. 問題リスト</p> <p># 1 .....</p> <p># 2 .....</p> <p># 3 .....</p> <p>3. 初期の計画</p> <p># 1 .....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 診断の計画</li> <li>2) 治療の計画</li> <li>3) 患者教育の計画</li> </ol> <p># 2 .....</p>	<p>4. 経過ノート</p> <p>1) 叙述的ノート</p> <p># 1 .....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i) 自覚的データ</li> <li>ii) 他覚的データ</li> <li>iii) 処置と治療</li> <li>iv) 医師の判断(印象, 考察, 評価)</li> <li>v) その後の計画(Dx, Tx, Ex)</li> </ol> <p># 2 .....</p> <p>2) 経過一覧表</p> <p>3) 退院時要約</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 患者像要約 (基礎データ(1)-1)</li> <li>b) # 1 .....</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>i) 自覚的データ (基礎データ(1)-2~6))</li> <li>ii) 他覚的データ (基礎データ(2), (3))</li> <li>iii) 入院後経過(経過ノート)</li> <li>iv) 退院後の方針</li> </ol> </ol> <p># 2 .....</p>
---	--

過を記録する。1)~4)の順に診療を進めてゆけば、問題が明確になり、対策が立ち、実行されてゆくはずである。同時に基礎データの収集、問題のとらえ方、計画の立て方、診療の経過などが個々の段階に分けて記録され、第3者が客観的に評価できる病歴となる点が、第3の特色である。

## B. POS による病歴

### 1. 基礎データ

1) 病歴, すなわち患者像および社会歴, 主訴, 現病歴, 既往歴, 家族歴および系統的レビュー(システムレビュー)<sup>1)</sup>, 2) 現症, 3) 検査成績を収集し, 診療の基本となるデータを集める。集まったデータについて異常所見をひき出し, 相互の関連性, 信頼性などを検討しておく。このさい, 主要な陰性所見のチェックを忘れてはならない。

ここでいう検査は検尿, 血算, 血清生化学, 胸部X線検査, 心電図などいわゆるルチーンのものと考えてよい(2頁)。

### 2. 問題リスト

問題リストは診療の目標を示す表であり, 以後の診療は個々の問題に分けて行なわれる。した

1) system review, System-review.

がって、問題を正しく把握し、はっきりと呈示することがきわめて重要である。

問題リストの作成に当っては年号日付けと番号をつけて、活動性の問題<sup>1)</sup>、および非活動性の問題<sup>2)</sup>に分けて記す。活動性の問題としてまとめられているものは、その時点で診療の対象となる問題である。非活動性の問題は、疾患が非活動性かまたは治癒しているが、現疾患の経過に影響したり、再発する可能性のある問題である。

診察や検査でえられた異常所見のうち、それぞれの因果関係を検討し、関連したものをまとめてなるべく少数のグループにまとめる。かくてえられたグループが問題<sup>3)</sup>となる。

問題は1つの疾患名あるいは症候群のこともあり、個々の症状あるいは所見のこともある。問題の数はなるべく少なく、疾患名であることが望ましい。しかし、多少でも疑問がありいくつかの異常所見を論理的に1つにまとめえないときには、無理に一群とせず、別個の問題として残すべきである。内容の正確さが優先されるべきである。

表 2・2 の実例により説明してみたい。本例の昭和 52 年 10 月 6 日における活動性の問題は # 1 肝硬変、# 4 痛風という疾患名および # 2 右季肋部鈍痛という症状であり、さらにまた # 3 大酒家という個人的な問題である。診療に関係する事柄のすべてが取り上げられており、問題の形は多様である。入院 2 年前に胃潰瘍の既往があり、非活動性の問題として取り上げられている。

表 2・2 問題リスト

日付	活動性の問題	非活動性の問題
6/X, 昭和 52 年	# 1 肝硬変 (アルコール性)	
	# 2 右季肋部鈍痛 → # 7	
	# 3 大酒家	
	# 4 痛風 (昭和 51 年)	
	# 5	胃潰瘍 (昭和 50 年)
13/X	# 6 発熱 → # 7	
15/X	# 7 慢性胆のう (囊) 炎	
一時的の問題		
8/X	# 1 咽頭痛 → 解決 (9/X)	

10 月 13 日から発熱したが、検査の結果 10 月 15 日には慢性胆のう (囊) 炎と診断され、# 2 右季肋部鈍痛、# 6 発熱は、# 7 慢性胆のう炎という 1 つの問題にまとめられた。糖尿病や痛風のような代謝性疾患は、いかによくコントロールされていても活動性の問題として扱う約束があり、表の痛風がこれにあたる。また一時的の問題<sup>4)</sup>は、咽頭痛のように、現疾患の経過とは関係なく、一過性であることがはっきりしている問題をさす。

表 2・2 の # 2、# 6 の末尾についている矢印は、両者が # 7 に移行し消去されたことを示す。

問題リストの内容は固定したものではなく、疾患の経過とともに書きかえられる性質のものである。入院時別々の問題とされたいくつかの症状が、その後の経過観察、検査所見から 1 つの疾患に書き改められてゆくが、リストの内容を変更する時に上記のように日付を入れて訂正しておけば、問題の診療経過や変更の詳細

1) active problem, aktives Problem

2) inactive problem, inaktives Problem

3) problem, Problem

4) temporary problem, temporäres Problem



細を問題リストを目次として容易に調べることができる。

問題をリストに記入するさいに、副題をつけたり、2つに分けて、重点を強調することがある。表 2・2 では単に肝硬変としてあるが、減塩食や利尿薬などと共に腹水に対する対策が必要な場合には # 1 肝硬変 (腹水) とし、さらに著明な腹水のための症状や処置が重要な場合には、# 1 肝硬変、# 2 腹水 (# 1 による) と分けたほうが問題がはっきりする。

### 3. 初期の計画

診療計画は、診断、治療、患者教育の3つに分けて記載する。それぞれの問題にわけて、Dx<sup>1)</sup>、Tx<sup>2)</sup>、Ex<sup>3)</sup> と見出しをつけて具体的に記入することが必要である。

表 2・3 では問題 # 1 の肝硬変を例として取り上げている。検査なら日時、方法、薬物療法な

表 2・3 初期の計画 (I)

# 1 肝硬変	
Dx	1. 血中アンモニア測定 8/X
	2. 血液凝固能検査 8/X
	3. ICG 10/X
	4. 上部消化管 X 線検査 13/X
	5. 肝シンチグラフィ 23/X 予約
	6. 腹腔鏡および肝生検 25/X 畔上医師に依頼
	7. 腹囲、体重、週 2 回、月、木測定
	8. 血清生化学 (総たんぱく、アルブミン、たんぱく分画、GOT、GPT、Al-P、TTT、Na、K、Cl) 隔週月曜日に提出
Tx	1. 安静度 IV 度
	2. 肝 B 食 (2400 Cal、たんぱく 100 g、脂肪 50 g)
	3. Rp アクチム 6 T/α 3 食後
Ex	1. 病識をもたせ禁酒を強くいう
# 2 .....	

表 2・4 初期の計画 (II)

# 1 拡張期高血圧	
Dx	a. R.O. 腎血管性高血圧
	1) KUB 12/VIII
	2) 経静脈性腎盂造影 14/VIII
	b. R.O. 褐色細胞腫
	1) VMA 測定 12/VIII
	2) .....
	c. R.O. ....

ら薬名・量・投与方法まで記す。計画は必要に応じてそれぞれの時点で変更したり、追加されることはしばしばである。そのときには即時の計画<sup>4)</sup> またはその後の計画<sup>5)</sup> として経過ノートに記される。

#### 1) 診断の計画 (Dx) 診断確定や

経過追跡のための計画で、実際には鑑別診断のための計画が多い。鑑別すべき疾患の頭に“鑑別

1) diagnostic plan, diagnostischer Plan  
2) therapeutic plan, therapeutischer Plan  
3) educational plan, erzieherischer Plan

4) immediate plan, unmittelbarer Plan  
5) further plan, weiterer Plan

せよ—R.O.<sup>1)</sup>”と見出しをつけると鑑別診断のための検査であることがはっきりする(表2・4)。

2) 治療の計画(Tx) 安静度, 食事の指示, 薬物療法そのほかの特別な治療の計画を立てる。

3) 患者教育の計画(Ex) 患者および家族にその疾患の基礎知識を与え, 現在の病状, 将来の見通し, 当面の診療計画などを説明し, 疾患の理解と治療への協力をえる。

#### 4. 経過ノート

毎日の経過を記録する叙述的ノート<sup>2)</sup>, 特定の項目の経過を記録する経過一覧表<sup>3)</sup>, 退院時に全経過を要約する退院時要約<sup>4)</sup>よりなる。それぞれ形式が定められている。

a. 叙述的ノート 問題別に表2・5のように書く。

表2・5 叙述的ノート

15/X	# 2 右季肋部鈍痛
	Subj: 昨日は軽い嘔気があり, 食欲がなかった。粥食希望
	Obj: 昨夕食はほとんど食べていない。腹部所見不変。本日十二指腸液検査, B胆汁はMG 90, 胆砂, 白血球が認められる。
	Rx: 十二指腸液検査, B胆汁は一般細菌培養へ
	Imp: 既往でも, 右季肋部痛をくりかえしており, 経口法で胆のう(囊)造影されず, また本日のB胆汁所見より, 慢性胆のう炎と診断される。# 6 発熱の原因も同様。 # 2 # 6 → # 7 慢性胆のう炎
	Plan: 1) 肝A食, 主食は全粥とする。 2) B胆汁の培養結果により抗生物質を投与する。

i) Subj (自覚的データ<sup>5)</sup>): 患者の訴え, 希望など, 自覚的な所見を書く。

ii) Obj (他覚的データ<sup>6)</sup>): 診察および検査の結果など, 他覚的な所見を書く。

iii) Rx (処置と治療<sup>7)</sup>): 当日の処置・治療のうちの主なものを記入する。

iv) 医師の判断: 上記所見その他に対する担当医の意見, 他医の見解, 討論の結果など, データについての判断を記入する。内容によって印象<sup>8)</sup>, 考察<sup>9)</sup>, 評価<sup>10)</sup>などの見出しを使う。

v) その後の計画: 検査, 処置の追加, 診療計画の変更など, 必要に応じてこの項を使用する。

Dx, Tx, Ex のうち必要なものだけを記入する。

b. 経過一覧表 ショック患者の血圧の動き, 糖尿病患者の血糖値・尿糖値など, 経過観察に重要なデータは随時一覧表にまとめておく。緊急時に役立つだけでなく, 慢性経過を適確に把握するために非常に役立つ。

c. 退院時要約 退院時の総括と外来担当医への報告をかねる。はじめに患者像と社会歴を簡

1) rule out, ausschließen

2) narrative note, erzählende Note

3) flow sheet, tabellarische Übersicht des Verlaufs

4) discharge summary, Entlassungsübersicht

5) subjective data, subjektive Data

6) objective data, objektive Data

7) treatment and therapy, Behandlung und Therapie

8) impression, Eindruck

9) discussion, Diskussion

10) assessment, Schätzung

単にまとめ、ついで問題別に病歴をまとめる。

- i) Subj: 現病歴を中心に, 入院時に問診でえられた事項を記入する。
- ii) Obj: 入院時現症と主要な検査成績
- iii) Asses: 入院後の経過および退院時現症を書き, 担当医の意見などを付記する。とくに治療経過が問題となる例では治療経過を項目別にして記入したほうがよい。
- iv) Plan: 退院後の診療に必要な事項。日常生活, 食事の注意, 投薬内容, チェックポイント, 最終目標などを記入する。

以上が POS による病歴の概略で, 事務的には多少煩雑であるが, 数多くの利点, すなわち第1に他科の医師, 看護婦, その他の医療技術者との診療協力が誤りなく行なえる, 第2に病歴のチェックが容易で, 教育および精度の高い病歴を作る上で有用, 第3に全体が論理的に構成されているので, 臨床研究および未知の疾患に対応できる, 第4に項目が整備されておりコンピューターの導入が容易, 第5にこの方式は個人的・社会的な問題を医学的問題と同等に取り扱え, 病気の治療だけでなく, “病める人”を対象としたよりよい治療へと結びつけられる, などの面を有している。