

### § 3. 病歴のとり方

#### Taking the History, Aufnahme der Anamnese

病歴をとることは患者の診察の第一歩である。要領よく、正しく記載された病歴はそれを読むだけである程度疾患を推測しうるものが少なくない。これに対し、不十分な、あるいは先入観にとらわれた病歴は誤診を招く大きな原因となるものである。

病歴をとるには患者の訴えをきき、また質問をしてゆく。ときには患者の他人に知られたくない個人的あるいは家庭的の秘密をもきき出すことが必要となることもある。このため患者に接するには温かみと親切さのなかに、つねに真摯な態度を忘れず、患者の信頼と尊敬をうるようにしなければならない。タバコを喫みながら病歴を聴取するなどは厳にいましめるべきである。病歴の聴取はもちろん患者自身から行なうのが原則であるが、小児、意識障害のあるもの、知能の低いものなどでは家人その他、患者の症状についてよく知っている人から聴取する。

病歴とは、1) 患者像および社会歴、2) 主訴、3) 現病歴、4) 既往歴、5) 家族歴、6) 系統的レビュー（システムレビュー）を総称する。すなわち、疾患に関連した患者の歴史というべきものであり、つぎの事項の記載を必要とする。このうち、もっとも重要なのは、いうまでもなく主訴および現病歴であるが、他のものの意義も決して少なくはなく、ときには決定的診断根拠を与えることもある。また“病める人”としての患者に接する場合には単にその人のもつ疾患についてのみでなく、患者をとりまく生活環境あるいは生活像を知っておくことがきわめて大切なことである。

#### 1. 患者像および社会歴

- (1) 氏名・性別・生年月日（年令）
- (2) 職業（または家業）
- (3) 現住所
- (4) 本籍
- (5) 生活環境

#### 2. 主訴

#### 3. 現病歴

#### 4. 既往歴

- (1) 出生の状況
- (2) 幼時の健康状態
- (3) ツベルクリン反応

- (4) BCG 接種の有無
- (5) 種痘・ワクチン接種
- (6) 輸血・輸血漿
- (7) 既往の疾患
- (8) 月経
- (9) 結婚歴
- (10) 嗜好品
- (11) 常用薬品など

#### 5. 家族歴

祖父母・父母・同胞・配偶者・子供、および必要あればその他の親戚

#### 6. 系統的レビュー (システムレビュー)

病歴の聴取にさいしては、まず主訴を尋ね、ついで現疾患の発病と経過をきくのがよい。患者の生活像・社会歴など、患者の個人的秘密に立入るような事項はある程度患者との接触が深くなってからきくほうが真実を知りうる事が少なくない。

病歴として読むときは、患者の家族的関係や現在までの健康状態、罹患したことのある疾患なども知ってから、現病歴を読むほうが全体を把握しやすいので、とくに論文などに発表するときは患者像および社会歴、家族歴、既往歴、主訴および現病歴、系統的レビュー (システムレビュー) の順に記載されることが多い。

### A. 患者像および社会歴<sup>1)</sup>

患者に関係した社会的事項である。

a. 氏名 (ふりがな)、年齢 (生年月日)、性別

b. 職業 職業は単に会社員・公務員などとせず、“〇〇会社の経理部長”，“中学校教諭”のごとく具体的に記載しなければならない。硅肺(砂岩坑夫・石工・陶工など)・ベリリウム肺(ベリリウム工場従業員)などのじん(塵)肺症や鉛中毒(含鉛ガラス製造工・植字工・蓄電池工など)・水銀中毒(寒暖計製造工場・メッキ工場の従業員など)・造血障害(放射線曝露者)など、いわゆる職業病とよばれるものは職業(仕事)そのものを知ることが診断上の重要な手がかりとなるものである。また仕事の内容を詳しく知ることは、たとえばウイルス肝炎など急性疾患患者の仕事復帰の決定や高血圧症・慢性腎炎・肺結核など慢性疾患患者の生活指導にさいしても不可欠のことである。

職業を変えたことのある患者については、いつからいつまでは何、いつからいつまでは何、…というように職業歴を記しておくべきである。

1) social history, soziale Anamnese

軍務に服した経験のあるときは、軍務歴（外地出征の有無）も記録しておく。

また、主婦・学生などについては、単に主婦・無職などとせず、家業を記載しておく。

c. 現住所 電話その他連絡方法の記入を忘れないこと。

d. 本籍地 本籍地の記載は、たとえば予後調査を行なうときなどにきわめて有用である。転居により現住所不明な場合も、本籍地役場への照会により生死を確かめることが可能である。

本籍地と関連し患者の出生地あるいは以前の住所をきくことも意義のあることがある。日本住血吸虫症（山梨県甲府盆地など）・肺ジストマ（徳島・熊本・岡山などの諸県）・フィラリア（鹿児島県）など、寄生虫や原虫疾患には特有な蔓延地を有するものがあり、患者の出生地あるいは以前の居住地からこれらの疾患の診断の手がかりをえることがあるからである。

e. 生活環境 家族構成，住宅環境，収入，平均的1日の暮らし方，休日の過ごし方，趣味，運動，などについてきく。また，患者の家庭・職業・経済問題などをめぐる種々のトラブルや不満の有無についてもきくべきである。

身体機能へ及ぼす精神的影響の意義が決して少なくないことは古くから知られているが，とくに最近のいわゆる精神身体医学においてこの面が強調されている。精神的トラブルは精神神経症の原因となるのみでなく，器質的疾患をも増悪せしめることがある。たとえば興奮が狭心症発作を誘発したり，心配事が胃・十二指腸潰瘍の再燃をきたすごとくである。したがって患者の精神面へ影響を及ぼしうる生活環境上の問題についても注意を払う必要があるのである。

## B. 主 訴<sup>1)</sup>

患者の訴える自覚的の異常感を愁訴（自覚症状）<sup>2)</sup>といい，疾患によって生ずる機能あるいは構造の変化を所見（他覚症状）<sup>3)</sup>とよぶ。後者は医師の診察あるいは検査によって発見される症状である。

主訴とは患者の愁訴（自覚症状）のうちの主要なものをいい，“あなたのいま一番具合の悪いのはどういう点か？”，“どういうことがもっとも困ることか？”などときくことによって明らかとなる。要するに患者が医師を訪れた主な原因を意味している。1つのみのこともあり，2，3あるいはそれ以上のこともある。

主訴は患者自身の表現，あるいはできるだけこれに近い表現を用い，“食欲がない”，“手足のしびれ”などのごとく，簡潔に記載するのがよい。

病名を用いての記載は原則として避けるべきである。

たとえば，上腹部（心窩部）に疼痛を有する患者はしばしば“胃が痛い”というような表現を用いることがある。この表現は病変の存在部位を示し，一種の病名ともみなすべきものであるが，その痛みが患者自身の

1) chief complaints, Hauptklagen

Symptome)

2) symptoms (complaints), Klagen (subjektive

3) signs, Befunde (objektive Symptome)

のべるように胃疾患によるものか、あるいは他の原因によるものかはもちろん診察・検査の結果によってはじめて明らかとなるものである。“肝臓が悪い”、“腎臓が悪い”、“喘息を患っている”などという表現なども同様である。同じ“肝臓が悪い”という表現でも、黄疸の出現を意味すること、右上腹部の不快感のこと、医師に肝が触れるといわれたこと、などいろいろの内容を有している。“腎臓が悪い”という語でも、たんぱく尿を指摘されたことを意味する場合、浮腫をみたことをさしている場合などその内容はさまざまである。

このように患者が前医または自分勝手の診断による病名、あるいはそれに近い表現で主訴をのべたときは、患者自身の表現をそのまま用いず、“胃が痛い”という代りに“心窩部の痛み”などのごとく、その内容に従って記載したほうがよい。

さきに病名を用いて主訴を表現するのは避けたほうがよいとのべたのは上述の意味である。

### C. 現病歴<sup>1)</sup>

現病歴とは現在の疾患がどのように始まり、どのような経過をとって現在にいたったか、すなわち、現疾患の発病と経過<sup>2)</sup>の記録である。現病歴を聴取するさい、単に患者との問答にとどまらず、患者の一般的態度、質問に対する応答の状態などをも注意深く観察し、患者の知力の程度、神経質かどうか、非常に愁訴の多い傾向はないか、などを知るように努めなければならない。

患者の主訴からただちにおよそ病変の存在部位(臓器)を推測しうることが少なくない。たとえば、右季肋部の激痛を主訴とすれば、胆石症をまず疑うべきであるし、また呼吸困難・血痰・胸痛などがあれば一応循環・呼吸器系の障害を考える。しかし一方、発熱・易疲労性・脱力感などの全身症状のみのときは、主訴からただちにどの臓器に障害があるかを推測することは困難である。

主訴をきいたら、さらに患者の愁訴を詳しくきき、必要に応じ質問してゆく。患者自身は医学的にあまり重要でないことを非常に重視し詳しくのべることがある反面、重要な意義を有することを大して気にせず自分からはのべないこともあるので、こういう症状はなかったかというように答えを引き出してゆくことが必要である。しかし、あまり先入観にとらわれ、自己の推定している疾患に都合のよい点のみをきくと思わぬ誤診の原因となることがある。ある疾患に重要な自覚症状は陽性の場合にのみ記載するのではなく、陰性のときは存在しない旨を明記しておくことが大切である。その症状の有無をききもらしたため記載されていないのか、あるいはかかる症状が実際に存在しなかったために記載されていないのかをはっきりさせるためである。これは他覚的所見の記載についてもまったく同様である(48頁)。

現病歴はそれを読むものに、その疾患がいつ、どのように始まったか、愁訴の性状、発病後の

1) history of present illness, Anamnese des jetzigen Leidens

2) onset and course of present illness, Beginn und Verlauf des jetzigen Leidens

uhon han u

経過が明瞭にわかるように記載されていなければならない。

a. 発病の状態 まず疾患がいつ、どのように始まったかを明らかにする。

Nlon

発病の日時<sup>1)</sup> 急激に発病する疾患(たとえば脳の血管障害など)では、発病日のみならず、その時刻をも明確になしうるが多い。これに反し、慢性の疾患では症状が徐々に出現するため正確な発病日を明らかにしえないことが一般である。しかし、この場合も、症状出現は何年何月頃であったか、またその月の上旬・中旬・下旬のいつ頃だったかなどと、できるだけ詳しく患者に思い出させるように努める必要がある。もちろん、きわめて慢性に経過する疾患では“何年春頃”、“2~3年前頃から”という程度の漠然とした表現で満足せざるをえない場合もまれでない。

病歴の記載には単に月日(たとえば5月4日などのように)のみでなく、必ず年をも記しておくべきである。年を記入しておかないと、後になっていつの5月4日だったか不明になってしまうこともありうるからである。また“何日前”などという表現を用いるときは“入院10日前”のようにその基準とした日を明確にしておかねばならない。

Kan

発病時の状態<sup>2)</sup> 症状出現時の状態の記載も忘れてはならない。たとえば“会社での勤務中に悪寒を覚えた”とか、“講演中に突然めまいを感じ何も分からなくなった”、などのごどきである。

また、患者はなんらの自覚症状を有せず、会社の定期健康診断で肺に異常陰影を発見されたり、あるいは生命保険加入時の検査で偶然高血圧や糖尿の存在を指摘されたりして、その精診を求めて訪医することもある。このような場合は、異常症状発見の動機を明瞭に記載しておくべきである。

上述のように偶然異常が発見された場合は、それらの疾患の存在を示唆する自覚症状がなかったかを過去にさかのぼってきいてみる必要がある。たとえば、偶然糖尿の存在を発見された例で、よくきいてみると、“そういえば2~3ヵ月前から少し疲れやすい気がし、また喉が渇くようだった”というようにのべることがよくある。このようなときは、“2~3ヵ月前から軽度の易疲労感や口渴を覚えていたが、なんら気にとめることなく放置していた。53年2月3日、生命保険に加入しようと思い、身体検査を受けたとき、糖尿の存在を指摘され、精査をすすめられた…”というように記載するのがよい。

もちろん、既往にさかのぼっても、なんらの自覚症状の存在を証明しえない例も少なくない。

b. 愁訴の性状 愁訴はできるだけ詳細に記載しなければならない。まずその部位<sup>3)</sup>をきく。すなわち、愁訴の存在部位であり、たとえば疼痛<sup>4)</sup>・不快感<sup>5)</sup>などをどこに感ずるかを記載する。この場合、単に“胸痛”などと広い範囲の漠然とした部位の記載にとどまらず、できるだけ胸部のどの部位かを明らかにするように努める必要がある。患者に愁訴の存在部位を指で示させてみるのもよい方法である。

1) date of onset, Datum des Beginns	4) pain, Schmerz
2) mode of onset, Zustand des Krankheitsbeginns	5) discomfort, Unwohlgefühl
3) location, Lokalisation	

疼痛がある部位にのみ限られるか、他部へ放散するかを確かめることも大切である。

同じく胸痛といっても、たとえば狭心症・心筋梗塞の疼痛は通常胸骨中央後部に感じられ、これに対し心臓神経症では左乳嘴部に感ずることが多い(30頁)。このように疾患により特色があるので、愁訴の存在部位はあまり漠然と広くなならないよう記載しなければならないのである。胸部以外の他の部位の愁訴についても同様である。

しかし、もちろん、“腹部全般”というように部位を明確に局限しえない場合もまれではない。ついで、愁訴の性質<sup>1)</sup>・程度(強さ)<sup>2)</sup>・持続期間<sup>3)</sup>を記載する。たとえば疼痛ならば、鋭い、鈍い、刺すような、しめつけられるような、ズキズキする、など、その性質を明らかにしておく。患者自身愁訴をうまく表現できないときは、いくつかの言葉を用意し、適切な表現ができるよう援助してやることも必要である。疼痛というよりは圧迫感・不快感と表現せざるをえないこともある。

愁訴の程度(強さ)は通常、ごく軽度・軽度・中等度・強度・激烈などと記載する。ただし、程度の表現は個体差が大きく、客観的にみてさほど強い疼痛がおこりえないと思われるのに強度の疼痛を訴えること、逆に重い病変があるのにあまり疼痛を訴えないことがあり、愁訴の程度の判定には患者の感受性や性格などを十分考慮する必要がある。とくに詐病・麻薬中毒患者は好んで大げさな表現をとるので注意を要する。

愁訴の持続期間、たとえば疼痛は持続性か間歇的か、持続性とすればどれ位つづくか、なども記載しておく。

**他症状との関連** たとえば右季肋部痛を主訴とする患者で、同時に発熱・黄疸を伴うときは胆石症が疑われるように、主な愁訴とともにどのような症状が随伴して現われるかも診断上重要な手がかりを提供する。

愁訴の誘因<sup>4)</sup>となるものはなにか、あるいはどんなときに増強ないし軽快するかも注意する必要がある。たとえば心窩部の疼痛を訴える患者ではその疼痛が食事摂取により増強するか、あるいはむしろ逆に軽快するか、または胸骨後部の疼痛が体動(駆走・階段上昇など)によりおこり、休止すると消失するか、など、愁訴とその誘因となる条件との関連もよく問いたださねばならない。

**c. 現在までの経過<sup>4)</sup>** 愁訴が出現してから、あるいは異常を発見されてから現在までの推移である。悪性腫瘍は一般にその症状は進行性であり、次第に悪化の一途をたどる。運動ニューロンの系統的変性疾患(筋萎縮性側索硬化症など)も緩慢ながら進行性である。一方、はじめに出現した症状がある程度の強さに達した後次第に軽快してゆくもの、症状が長期間よくも悪くもならず固定的にとどまるもの、経過のうちに緩解と増悪をくりかえすものなど、疾患の性質に応じ症

1) character of complaint, Charakter der Klage  
2) intensity, Intensität

3) duration, Dauer  
4) course, Verlauf

状の推移はさまざまである。逆にいえば、症状出現以来、現在まで症状がどのように推移したかを知ることは、診断にさいしきわめて重要な意義を有するものといえる。現病歴の聴取にはこの点を明らかにするよう努めるべきである。

現在まで他医に受診したことがあるか、もしあるとすればどのような検査をうけ、どんな診断を下されたか、いままでにうけた投薬・処置とその効果、なども詳しく聴取する必要がある。すでに実施されている検査の成績を知ることは診断上参考になることが大きいし、また不必要な検査を避けることにもなる。また、たとえばジギタリス投与を行なおうとする患者で、現在までにすでに前医によりジギタリス投与が行なわれているときはジギタリス剤の種類や投与量を知ることが必要である。患者が現在までにうけた検査や治療法について患者自身の供述からのみでは不明瞭なときは、直接前医に連絡し質問する必要があることもある。もちろん、患者自ら家庭薬や売薬などを用いておればその種類・量も記入しておく。

最近、発熱患者などで当初から抗生物質の投与が行なわれ、このため疾患本来の経過がいちじるしく修飾されていることがしばしばあり、そのような薬物投与の事実を見逃すと大きな誤診を招くことがある。

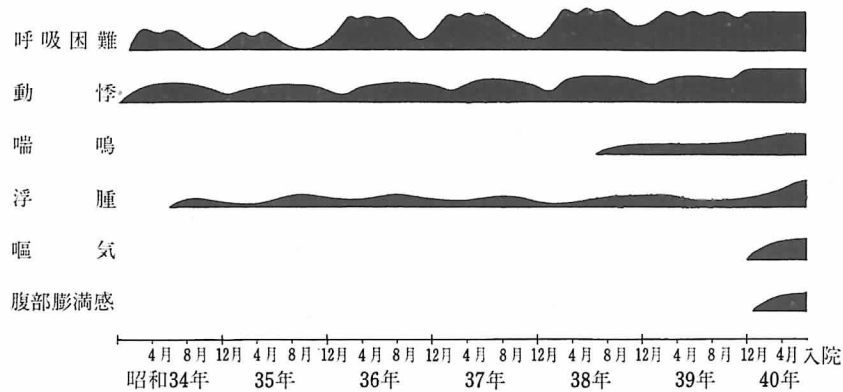


図 3・1 病歴の図示例 (1)

55 才 女性, 僧帽弁閉鎖不全症・うっ血性心不全

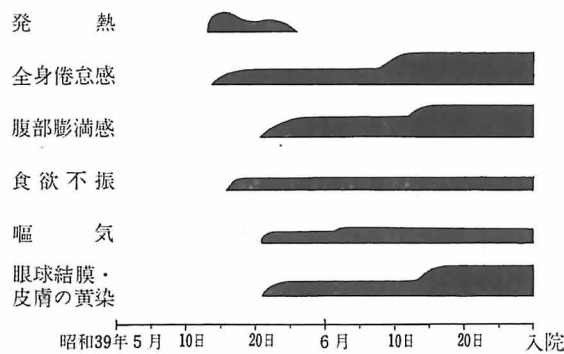


図 3・2 病歴の図示例 (2)

14 才 女性, 亜急性肝炎 (亜急性黄色肝萎縮)

以上のごとくして現病歴を記載し終ったなら、不十分なところがないかよく読み直してみるとよい。よく記載された病歴ならば、それにもとづき、主要症状の推移を図示しうるはずである(図 3・1, 3・2)。病歴を図示する習慣は病歴聴取の習熟に有用であるのみならず、疾患の経過を一見して了解することができ、きわめて便利である。

なお、食欲・睡眠・便通・排尿回数などの事項はすべての症例について記載しておくとよい。

#### D. 既往歴<sup>①</sup>

患者が出生してから現在まで、どのような健康状態であったか、どのような疾患に罹患したことがあるかなどを知ることはきわめて意義が大きい。

たとえば心臓弁膜症の患者は幼時におけるリウマチ熱罹患が原因をなすことが多く、したがって弁膜症患者をみたときはリウマチ熱既往の有無にとくに注意する必要がある。また急性腎炎や急性ウイルス肝炎に罹患した場合、一旦症状が消失し臨床的には治癒したかのごとくみえた後、何年かの間歇期をおいて、それぞれ慢性腎炎症状や肝硬変症状を呈してくることもある。このように既往の疾患が直接現在の疾患に対し密接な因果関係を有していることが少なくないのである。また、たとえ現在の疾患とは直接の関係がない場合にも、障害をのこしやすい疾患に罹患したことがあるときには、患者の愁訴がない場合にもそのような障害が残されていないかどうかについて精査する必要がある。

既往歴聴取はつぎのように行なう。

a. 出生の状況 出産は満期出産か早産か、正常産か難産か(鉗子使用の有無)、また母体の妊娠中の疾患の有無(たとえば、妊娠3ヵ月までの風疹罹患は奇形発生と関係があるといわれる)、その他。

b. 幼時の健康状態 出生後の発育の状況、幼時健康であったか、虚弱で病気しやすかったか、など。

c. ツベルクリン反応 陰性か陽性か、陽性とすればその陽転の時期。また自然陽転か、下記の BCG 接種によるか。

d. BCG 接種の有無 あるとすればその日時。

e. 種痘・ワクチン接種 種痘・各種予防接種の回数・方法・時期。

f. 輸血・輸血漿 それらをうけたことのある例ではその日時および量を記載しておく。

最近輸血・輸血漿などにもとづくいわゆる輸血後肝炎の発生がかなり多い。とくに肝炎・肝障害の疑われる患者では輸血・輸血漿をうけたことがないかよくしらべる必要がある。輸血後肝炎は輸血・輸血漿後数ヵ月も経過してから発生することがあるので注意を要する。

1) past or early history, frühere Anamnese



g. **既往の疾患** いままでに罹患したことのある主な疾患について聴取する。罹患時の年齢、どんな治療をうけ、どういう効果があったかなどをしらべる。診断・治療・手術を受けた医師あるいは病院名をきき、必要あればそこへ連絡をとり、当時の症状・検査成績・治療内容・手術方法などについてたずねるとよい。症例報告などで公表する場合は原則として某医・某病院などと記載するが、病歴自体には実際の医師・病院名を記入しておくべきである。

既往の疾患の聴取にさいし注意を要することは、患者ののべる病名をそのまま“うのみ”にして記載しないことである。たとえば、患者が急性腎炎に罹患したことがあるとのべたとき、よくきいてみると単にたんぱく尿があったのみで“腎炎”と診断されたという場合も少なくない。そのとき浮腫があったか、あるいは血圧を測定され、血圧が高いといわれたかなど、急性腎炎の主要症状が実際に存在していたか否かについてきいてみる必要がある。すなわち、患者が罹患したという疾患をうらづける症状が存在したか否かをきいてその疾患名の確実性を確かめる態度を忘れてはならない。単に肝が触知されただけで、とくに肝機能検査なども行なわれず“慢性肝炎”と診断されていたり、単なる胸痛に対し“乾性胸膜炎”と診断される例なども日常しばしば経験されるところである。

また、心臓弁膜症とリウマチ熱の関係のごとく(16頁)、ある疾患の原因として重要な意義を有する疾患の存在するときは、たとえ患者自身がのべない場合でも既往の有無を必ず問いたださなければならない。患者自身忘れてしまっていることもあり、あるいは多少の症状が存在していてもその意義を重視せず自分からのべないこともあるからである。

ある疾患に罹患したか否かを確かめるさい、単にその疾患名をあげてきいたのみでは患者が理解しえないことも決して少なくはない。たとえば弁膜症患者に“リウマチ熱に罹ったことはないか”ときいて、“否”という返事をえたとき、“それでは熱が出たり、あるいは<sup>フツフツ</sup>節々が痛んだことはないか”ときくと、肯定の答えをえることはしばしば経験されるところである。狭心症なども単に“狭心症”ときいただけではわからず、“急いで階段を昇ったりすると胸がつまるように苦しくなることはないか”ときいてはじめてその存在を知りうることもある。専門的病名での質問のみにとどまらず、具体的な症状をあげ分りやすくきくことも上手な病歴のとり方の大切な要素である。

また性病罹患の有無は患者の側に家人(妻など)や第三者のいるときは真実を語らないこともまれではない。またいきなり“花柳病に罹ったことはないか”ときくより、“血液検査をうけて毒があるといわれたことはないか”とか、あるいは婦人の場合は“たびたび流産したことはないか”(梅毒患者は習慣性流産をきたしやすい)、などと間接的にきいてゆき、はじめて梅毒の既往や不潔性交の事実を肯定することもある。

このように既往歴の聴取にあたっては、患者の知性や微妙な心理を洞察し、質問のしかたを工夫し、正確な知見をうるよう努めなければならない。

既往の疾患としてとくに重視すべきものはつぎのごとくである。

感染症：麻疹・百日咳・ジフテリア・猩紅熱・風疹・流行性耳下腺炎・赤痢・腸チフスなど。ジフテリアは心筋障害をのこし、猩紅熱は腎炎をおこすことがある。

結核：肺結核（空洞・排菌の有無・治療法など）・るいれきなど。

呼吸器疾患：扁桃炎・気管支喘息・肺炎・胸膜炎など。扁桃炎は腎炎・リウマチ熱の原因となることがあるので、これらの疾患患者では扁桃炎をおこしやすい傾向がないか、よくきくべきである。

循環器疾患：高血圧症・不整脈・弁膜症・先天性心疾患など。高血圧症においては血圧の測定とともに検尿（たんぱく尿の有無）をうけたことがないか必ずきく必要がある。高血圧のほうがたんぱく尿より先に出現したことが明らかならば、慢性腎炎による高血圧よりは本態性高血圧症のほうが考えやすくなる。また患者が弁膜症といわれたことがあるという場合、単に心尖部の機能的雑音だけにもとづいた診断であり、実際には器質的疾患が存在していないこと、あるいは先天性心疾患も往々“弁膜症”といわれたとのべることがある。

消化器疾患：消化性潰瘍・虫垂炎・胆石症・黄疸など。

腎疾患：腎炎・ネフローゼ症候群・たんぱく尿・浮腫など。

代謝性疾患：糖尿病・痛風など。

膠原病：リウマチ熱など。

性病：内科領域においてとくに重要なのはいわゆる晩期梅毒であり、梅毒感染後数年ないし 10 数年、あるいはそれ以上経過して心臓血管梅毒（梅毒性大動脈炎・冠動脈口狭窄または閉塞・大動脈弁閉鎖不全）、あるいは中枢神経梅毒（脳梅毒・脊髄梅毒・進行麻痺・脊髄癆）としての症状を呈することがある。これらの晩期梅毒は梅毒感染時の治療が不十分であった場合に生じやすいので、梅毒罹患の既往を有するときは、感染時どの程度の駆梅療法が行なわれたかをよくしらべる必要がある。また患者は単に淋疾に罹患したとのみのべ、同時に梅毒にも罹患していたことを知らないこともあるので、注意を要する。

寄生虫：回虫症・十二指腸虫症・日本住血吸虫症など。

中毒：薬物中毒（その薬品名）・食中毒など。

外傷：受傷時の状況、外傷の部位・程度など。

手術：その種類（病名）・術後の経過など。

アレルギー性疾患：薬物（たとえばピリン疹発生など）・食餌アレルギー（たとえば蕁麻疹など）の有無、あればその薬物・食餌名。

h. 月経 初潮年令、量および規則性、月経異常の有無、月経閉止年令、異常性器出血の有無、など。

i. 結婚歴 結婚年令、婦人ならば妊娠および出産回数\*、早産・流産（自然・人工）の有無およびその回数、などを記載する（配偶者および子供については家族歴の項参照）。離婚・死別・別居の場合はその旨を記しておく。

妊娠・出産を経験した婦人ではそれに伴う異常の有無についても聴取する必要がある。

\* 妊娠 (pregnancy, Schwangerschaft) の回数は gravida、出産 (delivery, Geburt) の回数は para で表わす。

とくに高血圧やたんぱく尿を呈する婦人では妊娠腎・子癩の既往の有無をよくきくことが大切である。ただし、患者が“妊娠腎”に罹患したという場合、慢性腎炎や本態性高血圧症などのこともあるので、よくその内容を調査すべきである。妊娠腎は通常初産婦におこり、第2回以後の妊娠で初発することは少ない(ただし、1度本症をおこしたものはその後の妊娠で再発しやすい)。また症状(高血圧・浮腫・たんぱく尿)は妊娠後半期に出現する。したがって、妊娠前半期よりこれらの症状が出現したり、あるいは第2回以後の妊娠での初発は慢性腎炎・本態性高血圧症などの可能性が大きい。

出産時の大出血後、下垂体前葉機能低下 (Sheehan 症候群)をきたすことがあることもよく知られている。

結婚生活における性的トラブルの有無が問題になることもある。

#### j. 嗜好品

タバコ：喫煙開始の年令，また過去および現在における種類と喫煙量（平均1日どれ位か）。

アルコール：飲酒開始の年令，また過去および現在における飲酒状況をきく。

飲酒状況についてはその種類（日本酒・ビール・ウィスキーなどの別）および摂取量（30才ごろから日本酒毎日1合，月に1～2回3合などのごとく）のほか、飲酒時副食物を十分とるか（その種類も記載）、ほとんど副食物をとらずアルコールだけを飲む傾向があるかも記載しておく。アルコールの長期大量摂取（1日日本酒として平均3～5合以上；数年以上）は肝障害（脂肪肝・アルコール性肝炎・肝硬変症など）を惹起することが知られているが、肝障害は飲酒と同時に副食物（とくにたんぱく質）を十分とっている人にはおこりにくく、しからざる場合に生じやすいとされているからである。また毎日飲酒するほうが、間歇的に飲酒するより肝障害がおこりやすいといわれている。アルコール飲料の種類よりは摂取するアルコールの総量が意義があるとされ、弱い酒類でも大量に飲めばアルコール総量が同一の強い酒を飲むときとなんら差がないと考えられている。

コーヒー・茶

甘味類・辛いもの・その他

偏食の傾向の有無

についても記載しておく。

k. 常用薬品など 習慣性に服用している薬品の有無またその種類，たとえば睡眠薬・下剤・鎮痛薬・保健薬・麻薬など。

肝障害を有する患者では、肝障害をきたしやすい薬品を服用したことはないか詳しく調査する必要がある。

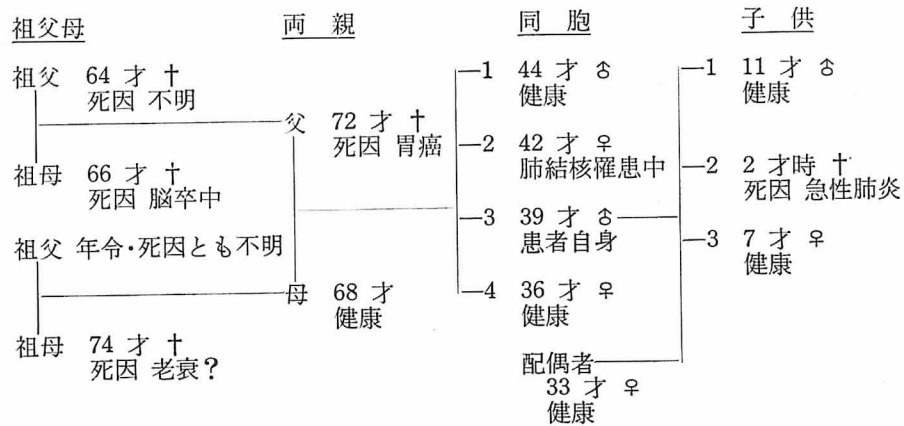
#### E. 家 族 歴<sup>1)</sup>

家族および近縁者につき，1) 現在生存しているか，生存しているとすればその年令と健康状

1) family history, familiäre Anamnese

態、もし罹病中ならば、その病名、2) 死亡しているときはその死因と年齢を記載する。このさい、とくに遺伝性ないし体質(素因)的疾患の有無に注意することが大切である。

記載例:



通常の場合、祖父母(父方・母方)・両親・同胞(兄弟姉妹)・配偶者(夫または妻)・子供につき記載すれば十分であるが(記載例参照)、遺伝性ないし体質的疾患が存在するときは、祖父母よりさらに世代を遡り、あるいは伯(叔)父母・いとこ・甥(姪)などについても調査し、詳細な家系図を作成する必要がある。すでに死亡した人についてはある程度の推測にとどまることがあるのはやむをえない。

遺伝あるいは体質(素因)が重要な発生因子をなす疾患はかなりある。たとえば、血友病・家族性溶血性貧血などの血液疾患、糖尿病・痛風・急性ポルフィリン症などの代謝疾患、精神薄弱・躁うつ病・てんかんなどの精神病、進行性筋ジストロフィー症・Thomsen病・進行性神経性筋萎縮症・Friedreich病・Marie病・Huntington 舞踏病などの神経疾患、本態性高血圧症および脳卒中、体質性過ビリルビン血症、のう(嚢)胞腎・Alport 症候群などの腎疾患、その他である。癌も発生しやすい家系があるとされている。結核はもちろん感染症であるが、それに罹患しやすい素因があると考えられる人もある。その他、肥満・アレルギー性疾患・動脈硬化症なども素因の関与が重視されている。

家族あるいは近縁者内に同様症状を呈する人を発見したことが診断のいとぐちとなることは決してまれではない。一方、遺伝性疾患の家系調査は家族がその事実を隠して十分な協力がえられないこともある。調査にあたっては家族の自尊心を傷つけないよう、とくに注意する必要がある。

#### F. 系統的レビュー(システムレビュー)<sup>1)</sup>

病歴聴取の終りに系統的レビュー(システムレビュー)を行なう。レビューの目的は2つある。第1は身体各臓器系に関する既往および現在の状況について完全に知ること、第2はこのようにチェックすることにより、今までの病歴聴取に見落としはなかったかを再確認することである。

1) system review, System-review

レビューは、下記のように、いわゆる“頭の前から爪先まで”各臓器系に関連した主な愁訴（G項参照）の有無（過去から現在までにわたる）、またそれぞれの臓器系に関する既往の疾患とその後状態などについてチェックする。

1. 全身状態：いままでの最大体重，最小体重，最近の体重増加または減少，倦怠感，易疲労感，発熱，ねあせ(寝汗)，食欲不振，不眠など。
2. 皮膚・毛髪・爪：色調の変化，痒み，発疹，毛髪・爪の変化など。
3. 頭部：頭痛，めまいなど。
4. 眼：視力障害，羞明，痒み，疼痛，流涙過多，乾燥感，眼鏡着用の時期など。
5. 耳：聴力障害（難聴），耳鳴，めまい，分泌物（耳漏），耳痛など。
6. 鼻：分泌物（鼻漏または鼻汁），鼻出血，鼻閉塞，嗅覚障害など。
7. 口腔・咽頭・喉頭  
 口腔：口臭，歯肉の出血・疼痛，口腔粘膜の病変（アフタなど），唾液分泌亢進，口内乾燥感など。  
 舌：疼痛，知覚異常（しびれ感），味覚障害，舌苔など。  
 歯：歯痛，う(齲)歯，義歯など。  
 咽頭・喉頭：疼痛，さ(嗄)声，嚥下障害など。
8. 頸部：疼痛，腫脹，運動障害など。
9. 乳房：腫瘍，疼痛など。
10. 循環呼吸器系：呼吸困難，起坐呼吸，発作性呼吸困難，浮腫，せき(咳)，たん(痰)，咯血，胸痛，喘鳴，動悸(心悸亢進)，失神，めまい，チアノーゼ，血圧亢進，さ声など。
11. 消化器系：食欲不振，おくび，胸やけ，膨満感，悪心および嘔吐，吐血，嚥下障害，腹痛，便秘異常，下血，逆流および反芻，放屁，黄疸，痔など。
12. 泌尿器系：尿量の変化（多尿，夜間多尿，乏尿・無尿），排尿異常（遷延性排尿，尿滴下，頻尿，尿意急迫，尿失禁，尿閉など），尿の異常（血尿，膿尿，乳糜尿など），疼痛，浮腫，など。
13. 生殖器系：性器の発育異常，性病，性的トラブル，女性の場合は月経・出産歴，帯下，性器出血など。
14. 内分泌・代謝系：体重の変化，皮膚および体毛の変化，成長の異常，温度不耐・発汗異常・感情の変化・声音変化，多飲・多尿など。
15. 精神・神経系：性格あるいは精神状態の変化，頭痛，めまい，耳鳴，難聴，視力障害，疼痛，知覚障害，嚥下障害，歩行障害，筋力低下および麻痺，運動失調，痙攣など。
16. 筋骨格系：筋痛，関節の腫脹・疼痛・変形・運動障害，跛行など。
17. 造血系：貧血，出血傾向，リンパ節腫脹など。

## G. 各臓器系に関連した主な愁訴

患者の愁訴はもちろん千差万別であるが，主要な自覚症状を主な臓器別に記せば以下のごとくである。

## 1. 頭部

頭部に関係した愁訴としては頭痛・めまいの両者がもっとも重要である。

a. 頭痛<sup>1)</sup> 単に有無のみならず、その性質・部位・強さ・頻度・発生の条件・随伴症状などについてもきくことが大切である。ごく軽い頭痛を時々感ずる程度は大抵の人が経験するところであり、必ずしも病的とはいえない。

頭痛の性状は鈍い<sup>2)</sup>、拍動的<sup>3)</sup> (ズキンズキンする)、締められるような<sup>4)</sup>、割れるような<sup>5)</sup>、などと形容される。ときには頭重感ないし頭部圧迫感<sup>6)</sup>と記載されることもある。

頭痛の部位は一側あるいは両側頭部の一部に局限することと、頭部全般にわたることとある。たとえば、前頭洞炎・上顎洞炎がそれぞれその表在部の疼痛をおこすように、表在性の頭痛はしばしばその付近に原因を発見しうるものである。ただし、副鼻腔炎でも、篩骨洞炎・蝶形骨洞炎は頭頂部・側頭部痛のごとく離れた部位に疼痛を生じやすい。また一般に頭蓋深部の病変による頭痛は局在が不明瞭のことが多い。

一側にのみ局限する頭痛の代表として片頭痛<sup>7)</sup>がある。三叉神経痛も通常一側性である。

頭痛の程度はごく軽度・軽度・中等度・強度・激烈などと分けられる(14頁)。また頭痛は1日のうち、ある時間のみ感じられ、あるいは増強することがあるので、発現の条件ないし状況の記載も忘れてはならない。たとえば、前頭洞・蝶形骨洞の副鼻腔炎では通常朝起床時に増強する。これは夜間、これらの副鼻腔内に分泌物が貯留するためである。一側鼻腔から多量の膿性鼻汁の出るときは副鼻腔炎の存在が疑われる。頭蓋内圧亢進による頭痛はびまん性で、しばしばきわめて強く、このため夜間患者の睡眠を中断することもまれでない。また、くも膜下出血時の頭痛は青天の霹靂(へきれき)のごとくおこり、かつ激烈である。眼球過労にもとづく頭痛は通常眼窩上部または後頭部に感じられ、午後おそく、あるいは長時間の読書、執筆などのあとおこることが多い。また三叉神経痛は各分枝の支配領域(347頁)の疼痛として現われる。鋭い、刺すような痛みがあり、熱いあるいは冷い飲食物の摂取、談話、洗面などにより誘発されることがある。

頭痛に随伴する症状もしばしば診断に有用であり、その有無の記載を忘れてはならない。たとえば片頭痛のさいには、頭痛発現に先んじ、しばしば視覚障害(眼前が暗くなるなど)・聴覚障害(耳鳴)などの前兆<sup>8)</sup>をみることもあり、また頭痛とともに悪心・嘔吐を伴うことが少なくない。頭蓋内圧亢進による頭痛はめまい・悪心・嘔吐を伴いやすく、迷路炎<sup>9)</sup>においても頭痛とともに悪心・嘔吐・耳鳴をきたすことが多い。

b. めまい<sup>10)</sup> ぐるぐる回転するような感じがして、身体の平衡を保ちえない状態をいう。自分自身が周囲に対し回転するように感じる事、周囲のものが自分のまわりを回転するように感じる事とある。

めまいは、急性アルコール中毒・動揺病(乗りもの酔)・Ménière症候群・迷路炎・小脳疾患・多発性硬化症・脳幹の血管障害など迷路および小脳とその連絡路の障害にさいしみとめることが多い。

- 1) headache, Kopfschmerz
- 2) dull, dumpf
- 3) throbbing or pounding, pulsierend
- 4) constricting or viselike, zusammenschnürend
- 5) burning, brennend
- 6) sensation of pressure or weight over the

- 7) migraine (hemicrania), Migräne (Hemicrania)
- 8) aura, Aura
- 9) labyrinthitis, Labyrinthitis
- 10) vertigo, Schwindel

なお、患者はいわゆるフラツキ感あるいはクラクラする感じ<sup>1)</sup>をも“めまい”と表現することが多いので注意を要する。これは回転感を伴わないもので、上記の真の“めまい”とは異なるものである。患者が“めまい”といったときは、その点をよく確かめてみるのが大切である。起立性循環調節障害<sup>2)</sup>の患者が訴える“めまい”はいわゆる“立ちくらみ”であり、真の“めまい”ではない。

## 2. 眼

眼に関係した症状としては、視力障害<sup>3)</sup>・流涙<sup>4)</sup>・羞明<sup>5)</sup>・痒み<sup>6)</sup>・眼球あるいは眼窩内の疼痛などがある。

視力障害は、実際の視力低下<sup>7)</sup>のほか、複視<sup>8)</sup>・眼精疲労<sup>9)</sup>・眼前暗点<sup>10)</sup>・眼華閃発<sup>11)</sup>(眼前がチカチカする)などの異常も含まれるので、そのどれを意味しているかを明らかにしておく必要がある。

視力低下は屈折異常のほか眼球各部の疾患によってもおこる。視力低下を訴えるときは眼鏡による調節が可能か否かをきいておくべきである。屈折異常によらない視力低下は眼球局所の疾患以外に、全身性疾患の一部分症としてもおこりうるもので、悪性高血圧症候群(高血圧性網膜症による)や糖尿病(糖尿病性網膜症・白内障などによる)などの患者が視力低下のため、まず眼科を訪れ、そこでこれらの疾患を発見されて内科へ送られることは日常しばしば経験されることである。もちろん、視力低下以外の他症状のため最初に内科を訪れることも多いので、眼症状を呈しやすい内科疾患の場合は、視力障害の有無をよくきいてみる必要がある。

複視は1個の物体が2個に見えることであり、外眼筋のアンバランスのため、両眼が直接同一対象を注視できなくなったためにおこるものである。眼精疲労は調節不良あるいは外眼筋のアンバランスによることが多い。眼前暗点・眼華閃発はあまり意味のないことが多いが、一方重大な疾患の前駆症状をなすこともあるので注意を要する。

流涙・羞明は眼の炎症性疾患または外傷にさいしみにめられることが多く、痒みはアレルギー性疾患時に好発する。眼球あるいは眼窩内の疼痛はその部位・性質および頭部の他の部位への放射の有無などもきく必要がある。

## 3. 耳

聴力障害(難聴)<sup>12)</sup>・耳鳴<sup>13)</sup>・めまい・分泌物(耳漏)<sup>14)</sup>・耳痛<sup>15)</sup>などが主要症状である。

1) dizziness (lightheadedness or faintness), Taumel  
 2) orthostatic dysregulation, orthostatische Dysregulation  
 3) visual disturbance, Sehstörung  
 4) lacrimation, Tränenräufeln  
 5) photophobia, Photophobie (Lichtscheu)  
 6) itching, Jucken  
 7) blurred vision, Sehschwäche  
 8) double vision (diplopia), Doppeltsehen (Diplopie)  
 9) eye strain, Asthenopie

10) spots in front of eyes, Flecke vor dem Auge (positives Skotom)  
 11) photopsia, Photopsie (Augenflimmern)  
 12) acoustic disturbance (deafness), Hörstörung (Taubheit)  
 13) tinnitus, Ohrensausen  
 14) aural discharge (otorrhea), Ohrenausfluss (Otorrhoe)  
 15) otalgia, Otagie

聴力障害はその程度・期間，一側性か両側性かなどを記載しておく。またその原因が知られて  
いるときはそれも記入する。

耳鳴は耳内に感じられる雑音であり，中耳（中耳炎など）・内耳（迷路炎など）の疾患や聴神  
経腫瘍・脳動脈硬化などに生じやすい。耳内異物や分泌物貯留によることもある。また耳鳴は難  
聴を伴うことが多い。

耳鳴には低音のものと高音のものがある。その性質を表わすには，“ブーンという音”，“蚊のとぶような  
音”，“キーンという音”など擬音を用いるのが便利である。中耳の病変によるものは低音のものが多く，内  
耳疾患・神経性・血管性のものは高音のことが多い。

めまいは小脳および内耳疾患の重要な症状である（22頁）。

分泌物（耳漏）は中耳・外聴道から出るもので，漿液性・粘液性・血性・膿性などの性状や臭気の有無な  
どをきいておく。ただし，耳漏を主訴として内科を訪れることはまれである。

耳痛は耳癩・急性中耳炎・乳様突起炎<sup>1)</sup>のごとき耳自体あるいはその付近の疾患のほか，口腔・歯・咽頭・副  
鼻腔などの疾患からの放散によることもある。耳痛を訴える患者も耳鼻咽喉科を訪れるものが大部分である。

#### 4. 鼻

分泌物（鼻漏または鼻汁<sup>2)</sup>）・鼻出血<sup>3)</sup>・鼻閉塞<sup>4)</sup>・嗅覚障害<sup>5)</sup>などが主要症状である。

分泌物はその色・性状（漿液性・粘液性・膿性・血性など）・量を記載する。前頭洞・蝶形骨洞  
の副鼻腔炎ではしばしば朝，起床しようとするときにもっとも多い。また鼻からの分泌物は鼻咽  
腔へ流下し，口から外へ出されることがある。

純血液の出るときを鼻出血という。鼻出血は鼻腔粘膜の局所的疾患のほか，全身性的の出血性素  
因（血液疾患・腎不全・肝疾患など）の一部としておこることがあるので，皮下出血や歯肉出血  
（歯をみがくとき出血しやすくないか）などの有無も確かめておくべきである。高血圧患者もしば  
しば鼻出血をきたす。これは鼻腔粘膜の毛細血管の脆弱性亢進によることが多い。また思春期女  
子では月経の代償として鼻出血をきたすことがあるので，月経の有無を確かめておく必要があ  
る。

鼻閉塞は感冒・鼻炎・副鼻腔炎・アレルギー性疾患などにみとめられ，日常多くみられる症状  
である。その程度・期間・頻度やおこりやすい季節の有無などをきいておく。一側性のときはそ  
の側を明記しておく。

嗅覚障害を訴えるときはその程度・期間などの記載を忘れないようにする。

#### 5. 口腔および咽頭

口腔<sup>6)</sup>に関係した症状としては，口臭，歯肉の出血・疼痛，口腔粘膜の病変（アフタなど），唾

1) mastoiditis, Mastoiditis

2) nasal discharge (rhinorrhea), Nasenausfluss  
(Rhinorrhoe)

3) nasal bleeding (epistaxis), Nasenbluten (Epi-  
staxis)

4) nasal obstruction, Nasenverstopfung

5) disturbance of olfaction (sense of smell),  
Geruchstörung

6) oral cavity, Mundhöhle



液分泌亢進、口内乾燥感などがあげられる。歯肉の出血・疼痛は歯肉局所の疾患（歯肉炎・歯槽膿漏など）のほか、全身的疾患の部分症としてもおこる。唾液分泌亢進は錐体外路症候群（パーキンソニスムスなど）にさいししばしばみとめられる。一方、尿崩症・糖尿病・腎不全などの脱水状態のさいは口渇とともに口内乾燥感を訴えることが多いが、脱水状態がない場合でも、口内炎・唾液腺疾患（Sjögren 症候群など）・薬物副作用（ロートエキス・自律神経節遮断薬その他）などで唾液分泌の減少したとき、胃・腸疾患などにさいし口内乾燥感を生ずることが少なくない。脱水状態のないときは口内乾燥感のみで口渇感を伴わない。

舌<sup>1)</sup>に関しては疼痛・知覚異常(しびれ感)・味覚障害などがある。また厚い舌苔の存在を主訴とする患者もある。

歯に関連した愁訴としてもっとも多いのは歯痛・う(齲)歯であるが、三叉神経痛時の歯痛などを除き、内科を訪れることはまれである。ただし、Sjögren 症候群で唾液分泌の低下のいちじるしいときは、う歯になりやすいことがよく知られている。

咽頭の症状として、咽頭痛<sup>2)</sup>を訴えるときはその程度のほか、くりかえしおこることはないかをきくことが大切である。くりかえし咽頭痛ないし扁桃炎を生ずるときは、リウマチ熱・腎炎をおこす可能性があるので(18頁)、関節痛・発疹・浮腫などの随伴症状の有無、たんぱく尿を指摘されたことがないか否かなども明らかにする必要がある。

喉頭の症状としてはさ(嗶)声<sup>3)</sup>が重要である。喉頭炎・喉頭結核・喉頭腫瘍などのほか、反回神経麻痺が原因となりうる。高度のときは無声<sup>4)</sup>となる。

なお、口腔・咽頭・喉頭の疾患にさいしてはその部の疼痛あるいは器械的障害（急性扁桃炎・扁桃周囲炎・重症口内炎・舌癌・喉頭癌など）や嚥下に関与する神経-筋系の障害（重症筋無力症・球麻痺・脳血管障害など）が原因となって嚥下障害<sup>5)</sup>（口内から食道内へ食物を送りこむのが障害される）を訴えることがある。神経-筋系の障害によるものは鼻腔内への食物の逆流、喉頭・気管への吸引（激しいせき）・鼻声などを伴いやすい。

## 6. 頸部

疼痛・腫脹<sup>6)</sup>などが主な愁訴である。

疼痛は他の部の疼痛と同様、その部位・強さ・性質などを記載する。どういう頸部の運動が疼痛を増強し、あるいは軽減するかもきいておく。頸椎疾患による疼痛はしばしば肩・上肢・手へ放散することがある。疼痛というより項部の強直感<sup>7)</sup>を訴えることも少なくない。

頸部の腫脹は、そのおこり方（徐々にはじまったか、比較的急速か）・部位・疼痛の有無など

1) tongue, Zunge

2) sore throat, Rachenschmerz

3) hoarseness, Heiserkeit

4) aphonia, Aphonie

5) difficulty in swallowing (swallowing disturbance), Schluckbeschwerde

6) swelling, Anschwellung

7) stiffness, Spannungsgefühl

をよく聴取する必要がある。急性リンパ節炎の腫脹は比較的急速にはじまり有痛性であり、また限局性であるが、悪性リンパ腫による腫脹は徐々にはじまり、無痛性、かつ系統的に多数のリンパ節腫大をみる。後者では他部（腋窩・鼠径部など）のリンパ節腫大をもきたすことが多いので、その点の聴取も忘れてはならない。

前頸下部正中線近くの腫脹は甲状腺腫大によることが多いが、患者自身はまったく気づかず他人に指摘されてはじめて腫脹を知り、あるいは肥満によるものと考えていたというような例が少なくない。甲状腺機能亢進の存在を示す症状（眼球突出・心悸亢進・発汗・体重減少・手の振戦など）の有無を記載しておくことが大切である。

### 7. 乳房

女性においては、乳房は乳腺炎・乳癌などを生じやすく、乳房の疼痛・腫瘤などをきたす。腫瘤は患者自ら気づくことも、また医師により偶然発見されることもある。

男性においては、肝硬変・肺癌などにさいし、女性化乳房<sup>1)</sup>をきたすことがある (172 頁)。Klinefelter 症候群における女性化乳房もよく知られている。

### 8. 循環呼吸器系

循環呼吸器系に関連した主要症状として呼吸困難・起坐呼吸・発作性呼吸困難・浮腫・せき(咳)・たん(痰)・咯血・胸痛・喘鳴・動悸(心悸亢進)・失神・めまい・チアノーゼ・血圧亢進・さ(嗶)声などがあげられる。

a. 呼吸困難<sup>2)</sup> 息苦しい感じ、空気が足りないような感じ(空気飢餓感)、あるいは呼吸に努力を要するような感じをいう。軽度のものからきわめて高度のものまで種々の段階があるので、呼吸困難を訴えるときはその程度の記載を忘れてはならない。

呼吸困難は通常まず運動時呼吸困難<sup>3)</sup>の形で現われる。これにも種々の程度があり、最初は強い運動後、たとえばバスに乗ろうとして駆けたり、階段を急いで昇ったりしたときのみ呼吸困難がおこるが、進行すると運動がさほど強くなくても生じ、かつその程度も増す。さらには平地を静かに歩いても呼吸困難を覚え、途中暫く休むようになる。より高度となれば、静臥・安静の状態でも呼吸困難が持続するにいたる。これを安静時呼吸困難<sup>4)</sup>という。

呼吸困難は心疾患・肺疾患および上気道(喉頭・気管)閉塞の重要症状であり、原疾患の程度に応じ、運動時ないし安静時呼吸困難の形をとる。貧血・肥満患者もしばしば呼吸困難を訴えるが、きわめて高度の貧血・肥満の場合を除き大部分は運動時呼吸困難であり、安静時にも訴えることはまれである。また重篤な中枢神経疾患(脳炎・脳腫瘍・脳卒中など)やアシドーシス(尿毒症・糖尿病性昏睡・その他)などでかなり高度の呼吸困難をみることがある。ただしこれらの場合、患者は意識障害を伴うことが多く、他覚的に呼吸困難をみとめても(169 頁)、患者自身はこれを訴えないのが一般である。

1) gynecomastia, Gynäkomastie  
2) dyspnea, Dyspnoe

3) exertional dyspnea, Arbeitsdyspnoe  
4) dyspnea at rest, Ruhedyspnoe

なお、神経循環無力症<sup>1)</sup>の患者はしばしば“溜息をつく”ような呼吸<sup>2)</sup>をし、自覚的に息苦しさ、あるいは十分に空気を吸い込めないと訴えることがある。これも一種の呼吸困難ではあるが、上述の器質的諸疾患による真の呼吸困難と誤らないようにする必要がある。

b. 起坐呼吸<sup>3)</sup> 臥位をとると呼吸困難が増強するため、患者が起坐している状態をいう(170頁)。夜間睡眠もこの姿勢でとる。起坐位では呼吸困難は軽くなるが、まったく消失してしまうことは少ない。高度のうっ血性心不全や気管支喘息発作時などにみられる。

心疾患患者において、発作性に呼吸困難のおこるとき発作性呼吸困難<sup>4)</sup>とよぶ。発作時、患者は起坐呼吸の状態となる。急性左心不全によるもので、通常夜間(就眠後1~2時間して)おこるので、発作性夜間呼吸困難ともいう。ただし睡眠時には昼間でも発作をみる。

気管支喘息の発作も夜間おこることが多い。上記心疾患患者の発作性呼吸困難の状態は気管支喘息に類似するので、心臓性喘息<sup>5)</sup>ともよぶ。

c. 浮腫<sup>6)</sup> 皮下組織に水分の貯留した状態であり(81頁)、下肢・顔面・眼瞼・仙骨部などに出現する。ときに全身性に生ずることもある。浮腫を訴えるときは、その部位、どういう条件でおこり、あるいは軽減ないし消失するか、などをよく聴取する必要がある。

また明らかな浮腫の出現前、すでに体重の増加をきたし、患者自身これを肥満と誤っていることもあるから注意を要する(81頁)。

起立していると出現し、夜就寝すると軽減あるいは消失する浮腫は心臓性のことが多い。下肢の静脈瘤による浮腫も同様である。このような場合、夕方になると靴がややきつくなると訴えることがある。朝、起床時もっとも強い眼瞼周囲の浮腫は腎疾患、ことに急性腎炎・慢性腎炎の急性再燃によることが多い。陰のう(囊)浮腫・腹水を伴う下肢の浮腫はうっ血性心不全・肝硬変などにおこりやすい。全身性の高度の浮腫はネフローゼ症候群・うっ血性心不全によることが多い。

ある一肢にのみ限局した浮腫は通常リンパあるいは静脈うっ滞による。

d. せき(咳)<sup>7)</sup>・たん(痰)<sup>8)</sup> せき(咳)はもっとも重要な生体防御反応の一つであり、気道表面の刺激によりおこる。喉頭と気管支第2分枝の間どの部の刺激でもおこる。

せき(咳)を訴えるときはその時期(日中・夜間あるいは両方)、体位による影響の有無を記載する。またそのおこり方により、爆発的<sup>9)</sup>・発作的<sup>10)</sup>(発作的に強いせきが出て長くつづく)・咳払い様<sup>11)</sup>(あまり強くない短いせきが頻繁に出る)などと記す。

百日咳では発作的に激しいせき(咳)がつづき、顔面紅潮またはチアノーゼを呈して苦悶し、その後に笛声(ヒューという音)を伴い深い吸気を営むのが特徴である。

1) neurocirculatory asthenia (effort syndrome),  
Syndrom der funktionellen kardiovaskulären  
Störungen (Effort Syndrom)  
2) sighing respiration, seufzende Atmung  
3) orthopnea, Orthopnoe  
4) paroxysmal (nocturnal) dyspnea, paroxysmale  
Dyspnoe  
5) cardiac asthma (asthma cardiale), kardiales

Asthma (Asthma cardiale)  
6) edema, Ödem  
7) cough, Husten  
8) sputum, Sputum  
9) explosive, explosiv  
10) paroxysmal, paroxysmal  
11) hacking, räuspelnd (hüstelnd)

せき(咳)は たん(痰)を伴うか否かにより、乾性<sup>1)</sup>・湿性<sup>2)</sup>を分ける。たん(痰)を伴うときはその色および性状・量・臭気などを確かめることを忘れてはならない。

たん(痰)はその性状により漿液性・泡沫性・粘液性・膿性・漿液膿性・粘液膿性・血性などと記載する。

急性気管支炎などの純粘液性の たん(痰)は透明無色であり、大葉性肺炎の たん(痰)は錆色<sup>3)</sup>で粘稠度が強い。膿性の たん(痰)は細菌感染の存在を示す。肺水腫時には漿液性かつ泡沫状のややピンク色を帯びたたん(痰)を喀出するのが特徴である。いわゆる“痰がきれない”という訴えは たん(痰)の粘稠度が高く、喀出困難な状態を意味している。

血性たん(痰)<sup>4)</sup>は肺結核・肺癌その他多数の疾患にさいしめとめられるものであり、純血性のときは通常喀血<sup>5)</sup>とよばれる。

たん(痰)の量は1回量のみでなく1日どれ位出るかをきくことを忘れてはならない。実際に蓄積して量を正確に測定している患者はまれであるから、“もし1日出たものを全部溜めたとしたら、コップの半分位になるか”などときくとよい。なお喀血のときは患者や家人は慌てており、そのため実際の量よりも過大に表現しやすいことも知っておくべきである。

新鮮な たん(痰)は通常ほとんど臭気を有しないが、肺化膿症・気管支拡張症などでは嫌気性菌により分解され甚だしい腐敗臭を呈することがある。臭気は患者自身のみでなく、周囲の人にも気づかれることがある。一方、神経質な患者はほとんど問題にならない程度のわずかの臭気を強く訴えることもあるから注意を要する。

e. 胸痛<sup>6)</sup> きわめて多い訴えの一つであり、その原因も多様である。胸痛を訴える場合はまず、その部位、どういうときに疼痛がおこるか、なにが疼痛を増強させあるいは軽減させるか、疼痛の性質と強さ、持続時間、呼吸・せき(咳)・摂食・体動などとの関係があるか、放散(肩・頸部・上腕・腹部・背部などへ)の有無などを詳細に聴取する必要がある。これらの点は他部の疼痛においても必ず記載すべき共通の事項であるが(22頁)、とくに胸痛の場合その原因によりかなり特徴があるので、上述の諸点を明らかにすることによりかなりの程度に原因を推測しうることが少なくない。

1) 肺疾患 肺組織自体および肺側胸膜は痛覚を有せず、壁側胸膜が同時に侵されたときはじめて疼痛を生ずる。肺炎時の胸痛は随伴する胸膜炎(胸膜肺炎)による疼痛である(29頁)。

右上葉ないし中葉の大葉性肺炎のさいは、しばしば右上腹部に疼痛を感じ急性胆のう(嚢)炎と誤ることがある。また右下葉肺炎では右下腹部に疼痛が放散し急性虫垂炎が疑われることがある(図3・3)。とくに胸痛が軽度あるいは欠如し、腹痛のほうが強いときはこれらとの鑑別に注意が必要である。

一方、胆のうあるいは肝疾患で横隔膜に病変が波及すると肺炎に似た症状を呈することがある。

1) dry, trocken  
2) productive (moist), produktiv (feucht)  
3) rusty, rostfärbig

4) bloody sputum, blutiges Sputum  
5) hemoptysis, Hemoptoe  
6) chest pain, Brustschmerz

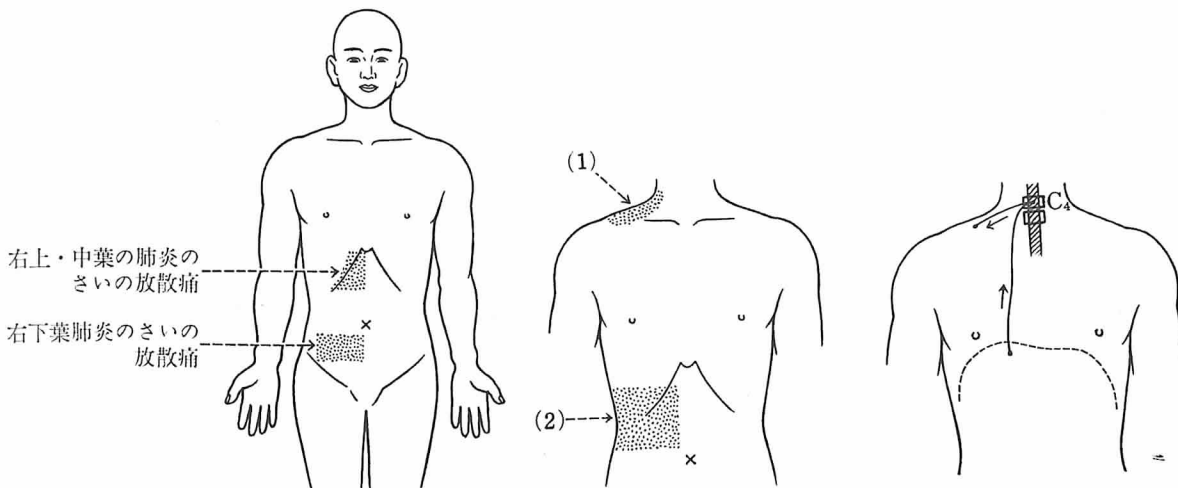


図 3・3 大葉性肺炎における腹部放散痛

図 3・4 横隔膜胸膜炎（右側）の胸痛

図 3・5 横隔膜胸膜炎（右側）における肩への放散痛の発生機序

(1) 横隔神経支配領域よりの放散  
(2) 肋間神経支配領域よりの放散

2) 胸膜疾患 胸膜の疼痛(胸膜痛<sup>1)</sup>)は乾性ないし湿性胸膜炎・胸膜肺炎・肺梗塞・癌性胸膜炎・自然気胸・胸膜べんち(肝底)など、種々の胸膜疾患にさいしめられる。通常罹患側のみに局限する。

壁側胸膜は一部肋間神経により支配され、これが胸膜よりの疼痛を伝達する。肺側胸膜は疼痛を感じない(28頁)。呼吸時の胸郭運動により壁側胸膜の罹患部が肺とこすれるとその部に分布する肋間神経が刺激され疼痛を生ずるのである。呼吸に伴う胸郭運動は胸郭上部より下部のほうが大きいので、胸膜痛は肺基底底部、とくに前側胸部に強く感じられることが多い。また深い吸気・せき(咳)・笑いなどにより増強されやすい。

胸膜疾患の疼痛は上記の胸壁胸膜罹患部の直接の刺激による疼痛(胸膜痛)のほか、いわゆる放散痛<sup>2)</sup>がある。たとえば、横隔膜胸膜炎では罹患側の胸壁下部から上腹部・腰部へかけて、あるいは頸部または肩への放散痛の感じられることがある(図 3・4)。

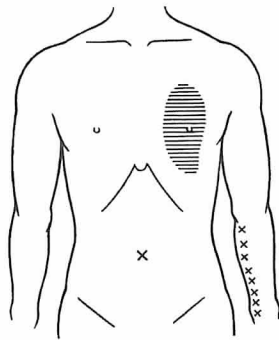
横隔膜は肋間・横隔両神経により支配されており、前者は横隔膜周辺部を、後者はその中心部を支配する。そこで、周辺部の炎症のさいは、肋間神経が刺激され、それに対応する脊髄分節の高さ、すなわち上腹部・下腹部・下背部に疼痛が感じられ(図 3・4)、一方、中心部の炎症では横隔神経が刺激され、横隔神経と同じ高さの分節に属する脊髄神経領域(頸部・肩)に疼痛が放散されるのである(図 3・5)。

大量の滲出液貯留を伴う胸膜炎のさいも同様の放散痛を生ずる。これは滲出液により横隔膜が圧迫刺激されるため、中心部の圧迫により罹患側の頸部・肩への、また周辺部の圧迫により上腹部・下胸部・下背部への放散痛をきたす。

3) 心疾患 心臓神経症の疼痛、狭心症・心筋梗塞の疼痛、および心膜炎の疼痛を区別することが大切である。

1) pleural pain, Pleuraschmerz

2) referred pain, ausstrahlender Schmerz



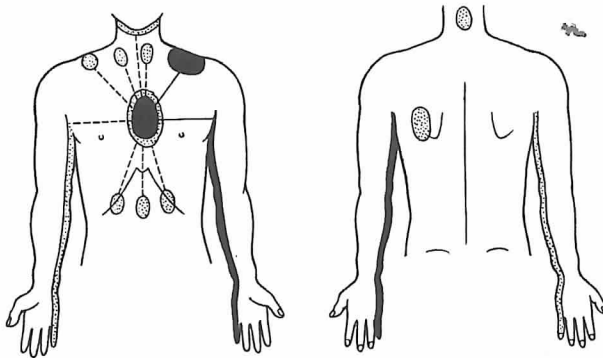
■ 疼痛の感じられる部位  
× 疼痛の放散部位

図 3・6 心臓神経症の疼痛

**心臓神経症<sup>1)</sup>の疼痛** 心臓神経症(神経循環無力症)患者の訴える心臓前部、とくに心尖部(乳嘴部)に感じられる疼痛であり(図 3・6)、**心臓部痛<sup>2)</sup>**という。胸痛のなかではもっとも多いものである。数秒間程度の短い、刺すような<sup>3)</sup>痛み(程度は軽いものからかなり強いものまでさまざまである)として感じられることと、数時間から数日にわたって持続する鈍痛として訴えられることがある。後者は疼痛というよりはむしろ圧迫感<sup>4)</sup>ないし不快感<sup>5)</sup>と表現されることもある。

上述の心臓部痛は狭心症の疼痛(狭心痛)と異なり、体動とはまったく関係がなく、むしろ体動により軽減することもまれでない。ふつう、他部への放散はみられないが、ときに左上肢内(尺骨)側へ放散することもある(図 3・6)。またこのような患者は同時に易疲労感・フラッキ感・不眠などを訴えやすい。

器質的心疾患では急性心膜炎(32頁)を除きこのような型の心臓部痛を訴えることはまれである。



● 典型的な疼痛およびその放散部位  
○ 非典型的であるが頻度の多い疼痛放散部位

図 3・7 狭心症・心筋梗塞における疼痛とその放散  
心窩部および左右季肋部への放散は心筋梗塞では比較的多くみられるが、狭心症ではまれである。

**狭心症<sup>6)</sup>・心筋梗塞<sup>7)</sup>の疼痛** 胸骨部、ことにその中  $\frac{1}{3}$  または上  $\frac{1}{3}$  の背後に感じられるいわゆる**胸骨後部痛<sup>9)</sup>**である(図 3・7)。前記の心臓部痛に比べはるかに大きな臨床的意義を有するので、これと誤らないよう注意する必要がある。

狭心症は心筋の一過性虚血(酸素欠乏)によりおこるもので、典型的なものは**労作性狭心症<sup>8)</sup>**によるものである(256頁)。労作性狭心症の疼痛(狭心痛<sup>10)</sup>)は体動により誘発され、安静にすれば数分以内に消失することが多い。精神緊張や摂食も誘因となることがある。ニトログリセ

リンが奏効する。疼痛の程度はさまざまで、比較的軽度のものから、かなり激烈なものまでである。通常鈍い痛みで、絞扼するような<sup>11)</sup>・緊めつけるような<sup>12)</sup>・圧えつけるような<sup>13)</sup>・えぐるような<sup>14)</sup>、などと形容され

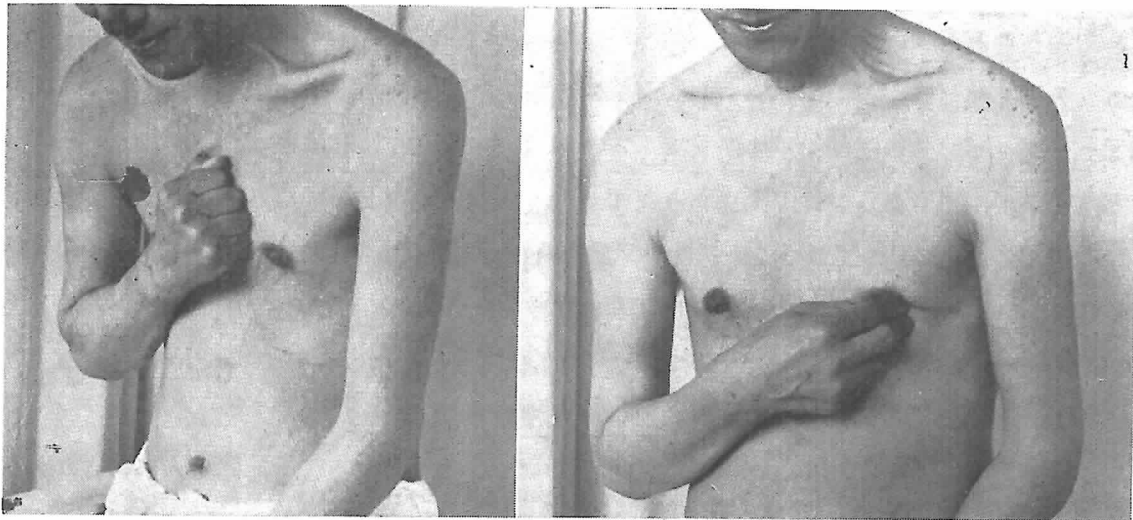
1) cardiac neurosis, Herzneurose  
2) precordial pain, Präkordialschmerz (Schmerz in der Herzgegend)  
3) stabbing or sticking, stichtartig  
4) feeling of oppression, Druckgefühl  
5) discomfort, Unwohlgefühl  
6) angina pectoris, Angina pectoris  
7) myocardial infarction, Myokardinfarkt

8) substernal or retrosternal pain, retrosternale Schmerzen  
9) angina of effort, Arbeitsangina  
10) anginal pain, Angina pectoris-Schmerz  
11) strangling, strangulierend  
12) constricting, zusammenschnürend  
13) pressing, pressend  
14) boring, bohrend

る。疼痛というよりは漠然とした不安感ないし圧迫感・窒息感<sup>1)</sup>などと表現されることもある\*。刺すような<sup>2)</sup>鋭い痛みはまれである。しばしば左肩・左上肢(尺骨側)へ放散する。疼痛の高度のときはさらに他部への放散をみることもある(図3・7)。ただし、心窩部・季肋部への放散は狭心症ではまれである。

狭心症のうち、上述の労作性狭心症のほか、安静時・夜間におこる狭心症や発作の長い狭心症などもあり、中間型とよばれている(257頁)。このうち、異型狭心症<sup>3)</sup>の疼痛は、1)胸痛が周期性に、しかも24時間のうちおよそ同じ時期におこる。2)労作により発作を誘発できず、ときにはむしろ軽減する。3)発作の頂点で不整脈をきたしやすい、などの特徴を有する。中間型の胸痛も多くはニトログリセリンが奏功するが、持続の長い例でときに緩解をみないことがある。

心筋梗塞は心筋への血行の杜絶ないし障害により心筋壊死をきたした状態で、その疼痛は狭心症と異なり、運動中よりもむしろ安静時または睡眠中におこることが多い。堪えがたいほどに激しい疼痛で、患者は握りこぶして胸骨下部をおさえ(図3・8, a)、あるいは胸をかきむしり、今にも死にそうな恐怖感にとらわれることが少なくない。ニトログリセリンは無効である。その性状は押しつぶすような<sup>4)</sup>・ひき裂くような<sup>5)</sup>・焼きこがすような<sup>6)</sup>・緊めつけるような・息がつまりそうな、などと表現される。その持続も長く、数時間から数日に及ぶことがある(持続痛<sup>7)</sup>)。30分以上もつづくこのような激しい痛みを訴えるときは、狭心症ではなく直ちに心筋梗塞の可能性を考慮すべきである。左肩・左上肢その他へ放散することも多く(図3・7)、ときに前胸部全体に及ぶこともある。呼吸困難や悪心・嘔吐などを伴うこともしばしばある。とくに疼痛が心窩部や左右季肋部へ放散するときは悪心・嘔吐などの存在とあいまって消化性潰瘍・胆石症・胆のう(嚢)



a.

b.

図3・8 心筋梗塞(a)と心臓神経症(b)の手つき

- 1) feeling of choking, Erstickungsgefühl
- 2) sticking, stechend
- 3) a variant form of angina pectoris
- 4) squeezing or crushing, drückend
- 5) tearing, ziehend
- 6) burning, brennend
- 7) persistent pain, Dauerschmerz

\* 労作性狭心症の疼痛はその特徴、すなわち突然おこる(Sudden onset)、前胸部痛(Anterior chest pain)、漠然とした不安感(Vague discomfort)、労作による誘発(Exertion precipitates)、短い持続(Short duration)の頭文字をとり SAVES とよばれる。あるいは亜硝酸化合物が有効(Mitrate effective)を加え、Nitrates SAVES ともいう。

炎などと誤ることがあるから注意を要する。さきにも述べた心臓神経症では疼痛部位を指すように命ずると、図 3・8, b のように乳嘴部をさすのが一般である。ただし、心筋梗塞でもすべてが上記の典型的な疼痛を生ずるとは限らず、狭心症と区別しえない程度・持続・性状のこともかなりあり、またまったく無痛性に経過し、心電図検査により偶然発見される例もある（約 10% 程度）ことを忘れてはならない。

なお胸部大動脈の解離性動脈瘤<sup>1)</sup>も心筋梗塞類似の激烈な胸痛を惹起する。

**心膜炎<sup>2)</sup>の疼痛** 心膜炎の疼痛は、1) 大量の滲出液貯留による心膜の伸展、2) 冠状循環の障害による心筋障害、3) 胸膜炎の合併(胸膜心膜炎)、のいずれかの機序によると考えられている。合併症を伴わない急性線維素性心膜炎、液体貯留の少ない滲出性心膜炎、収縮性心膜炎などでは疼痛を生じない。

上記の 1) によるものは心臓前部の鈍痛ないし圧迫感として感じられ、2) は狭心症様の疼痛である。また 3) は胸壁胸膜あるいは横隔膜胸膜の炎症による胸痛ないし放散痛である (29 頁)。

f. 動悸(心悸亢進)<sup>3)</sup> 心臓部にドキドキした感じを覚えることをいい、精神緊張、運動後、コーヒー・タバコ・アルコールの過飲、甲状腺機能亢進症などにさいししばしばみとめられる。期外収縮や心房細動などの不整脈のさい動悸を訴えることもある。とくに発作性頻拍症では著明な動悸を呈することが多く、“心臓がとびはねるような”、あるいは“心臓がおどるような”感じがすると訴えることがある。

その他、器質的心疾患においても動悸をみることもあるが、このときは多少とも呼吸困難 (26 頁) を伴うことが多い。

g. チアノーゼ<sup>4)</sup> 粘膜・皮膚・爪床が暗紫赤色に着色することであり、毛細血管中の血液の還元ヘモグロビン量の増加を示す所見である (77 頁)。医師の診察によりはじめてみとめられることも多いが、患者あるいは家人により気づかれ、それを主訴としてくることもまれではない。

h. 失神<sup>5)</sup> ごく短時間つづく一過性の意識消失であり (336 頁)、通常脳の一時的血行障害による。Adams-Stokes 症候群では同時に痙攣を伴うことがしばしばあり、また大動脈狭窄にさいし狭心痛や失神をきたすことがまれでない。起立性循環調節障害の患者はいわゆる“立ちくらみ”を訴えることが多いが、その高度のときは失神をきたすことがある。

i. 喘鳴<sup>6)</sup> 主として吸気にきかれる“ゼロゼロ”という音をいう。周囲の人にもきかれるほどの音である。喉頭から主気管支までの気道に閉塞ないし狭窄のあることを示す所見であり、この部の炎症(分泌物貯留)・異物・腫瘍などが原因となる。肺水腫のさいにもみとめられるが、このときは吸気のみならず、呼気にもきかれることが多い。

j. ヒュウ音<sup>7)</sup> ヒュウヒュウという特有な音で、呼気・吸気ともにきかれるが、とくに後者

1) dissecting aneurysm, Aneurysma dissecans  
2) pericarditis, Perikarditis  
3) palpitation, Palpitation (Herzklopfen)  
4) cyanosis, Zyanose

5) syncope (faintness), Synkope (Ohnmacht)  
6) stridor, Stridor  
7) wheezing, Pfeifen



に著明である。気管支終末部・細小気管支の部分的閉塞によっておこるもので、喘息（気管支・心臓性）・気管支炎などにみとめられる。

やはり周囲の人にもきかれることが多い。

k. 高血圧<sup>1)</sup> 高血圧は本来、他覚的所見であり、患者の愁訴ではないが、他医により高血圧の存在を指摘され、精査を求め来院する患者は少なくない。

高血圧は脳・心臓・腎に二次的障害をきたしやすい疾患であるから、これらの臓器の障害を示唆する症状の有無を聴取することを忘れてはならない。たとえば、脳にかんしては頭痛・めまい・一側上下肢の脱力ないししびれ感や脳卒中発作の既往およびその後遺症状の有無、心臓にかんしては左心不全症状(呼吸困難)・狭心症状・不整脈などの有無を確かめる。腎にかんしては、尿を検査したことがあるか、もしあるとすればその日時およびたんぱく尿を指摘されたことの有無などを記載しておく。いままでの血圧の推移、降圧薬投与の有無などをきくことも大切である。

1. さ(嗄)声<sup>2)</sup> 僧帽弁狭窄時、左房・肺動脈の拡張により左反回神経が圧迫され麻痺を生じ、さ声をきたすことがある。 ただし、まれにみるのみである。

## 9. 消化器系

消化器系に関連した愁訴としては、食欲不振・おくび・むねやけ・膨満感・悪心および嘔吐・吐血・嚥下障害・腹痛・便秘異常・下血・逆流および反芻・放屁・黄疸・痔など多数のものがあ

a. 食欲不振<sup>3)</sup> 食物を摂取したいという意欲の低下あるいは欠如をいう。消化器疾患患者のなかには食餌摂取による疼痛の発生などをおそれ、実際には摂食の意欲があるのに自ら食餌を制限しているものがある。これを真の食欲不振と誤らないようにする必要がある。 また空腹感と食欲感とは必ずしも同一ではなく、空腹感があるのに食欲が低下することもありうる。

食欲不振は種々の器質的あるいは機能的消化器障害のさいに出現しやすく、胃・脾などの癌で食欲不振のみを唯一の初発症状とする例はまれでない。また急性肝炎の病初、高度の食欲不振を訴え、その後の黄疸の出現によって**はじめてその原因を知りうる例もしばしば経験される。**

しかし、一方食欲不振は消化器疾患以外にもきわめて多数の疾患にさいし普遍的にみとめられる症状であり、また神経性食欲不振症<sup>4)</sup>のごとく精神的ないし心因的影響によってもきわめて高度の食欲不振をきたすことがある。また食欲が良好であることが、病的状態の存在を否定することにならないこともいうまでもない。

食欲不振はこのようにある特定の臓器系に限られた症状ではないので、それ自体、鑑別診断的意義は少ないが、一方、ある疾患の経過中食欲不振が軽快ないし消失してくることは一般に経過良好の兆であり、この意味において食欲が良好か否かはすべての疾患にさいし記載しておくべきものといえる(16頁)。

1) hypertension, Hypertonie

2) hoarseness, Heiserkeit

3) anorexia (poor appetite, lack or loss of appe-

tite), Anorexie (Appetitlosigkeit)

4) anorexia nervosa, Anorexia nervosa

b. おくび<sup>1)</sup> 胃あるいは食道から空気またはガスが口内へ出ることをいう。いわゆる「げっぷ」である。

炭酸飲料摂取や重炭酸ナトリウム服用後に生じやすいことは周知のところであり、いうまでもなく飲料中に含まれる炭酸ガスあるいは重炭酸ナトリウムが胃液（塩酸）と接触して生じた炭酸ガスが口内へ出てくるものである。

その他の場合の おくび は通常、食餌とともに嚥下された空気、あるいは呼吸運動にさいし胸郭内の陰圧により食道内へ吸引された空気が逆流するためにおこる。後者は上部食道括約筋の弛緩しているときにおこるもので、神経症患者に生じやすい。

食後 1~2 回の おくび はなんら異常のない人にもよくみられる。大量の おくび は幽門狭窄時しばしばみられるが、これは主として空気の十二指腸内への移行が妨げられるためであり、発酵によりガスが生じたためではない。胃内容の腐敗がおこれば、おくび は甚だしい悪臭をおびる。(carcinoma に多い)

c. 胸やけ<sup>2)</sup> 胸骨下端付近の背面に感じられる熱い感じないしは焼けるような感じをいう。

以前は胃酸分泌亢進または酸性胃液の食道下部への逆流によっておこるとされたが、同様の症状は無酸症の場合にも生じることが知られ、現在はそれのみでなく食道下部の壁の急速な伸展（急いで食餌を嚥下するなど）・痙攣（横隔膜ヘルニア・心因性など）・逆ぜん（蠕）動などによってもおこると考えられている。

d. 腹部膨満感<sup>3)</sup> 腹部の膨満感は限局性に感じられることと全体に感じられることとある。

空気嚥下症（吞気症）<sup>4)</sup>の患者は心窩部の膨満感を訴え、かつ おくび により軽快することが多い。膨満感とともに動悸や心臓部不快感を訴えることもまれでない。心窩部膨満感は慢性胃炎・消化性潰瘍・胆のう（囊）胆道疾患・脾疾患などにもおこりやすい。小腸・大腸内のガスの時留（線維の多い食餌摂取後など）も腹部膨満感をきたすが、このときは腹部全般あるいは下腹部などに感ずることが多く、またしばしば腹鳴<sup>5)</sup>（グル音）を伴う。

e. 悪心<sup>6)</sup>・嘔吐<sup>7)</sup> 悪心・嘔吐は密接な関係にあり、通常、悪心が嘔吐に先行するが（ときに悪心のみにとどまることもある）、悪心を伴わず嘔吐をきたすこともある。

悪心・嘔吐は多くの消化器疾患にみられる重要症状であるが、一方、消化器以外の疾患時にもしばしばみとめられるので、1) そのおこる条件と随伴症状、2) 吐物の性状、などをよくきき、鑑別につとめることが大切である。

悪心・嘔吐のおこる条件とその随伴症状 1) 早朝空腹時の悪心・嘔吐は代謝障害、たとえば初期尿毒症・妊娠初期（受胎可能年齢、とくに若い婦人で悪心・嘔吐を訴えるときは一応必ず妊娠の可能性を疑い、月経の状態などをよくきくことを忘れてはならない）などにしばしばみられる。慢性胃炎ことにアルコールやタバコを多く常用するものもしばしば早朝空腹時の悪心・嘔吐をみる。2) 食後直ちにおこる悪心・嘔吐は胃の機能的障害（尿路・骨盤内臓器の慢性感染症などが原因となりうる）によることが多い。ただし、もちろん

1) belching (eructation), Aufstossen  
2) pyrosis (heartburn or sore belching), Sodbrennen  
3) a sensation of fullness or distention in the abdomen, Völle- und Druckgefühl in der Magen-

gegend  
4) aerophagia, Aerophagie  
5) borborygmus, Gurren  
6) nausea, Nausea (Übelkeit)  
7) vomiting, Erbrechen

ん胃の器質的疾患によることもある。3) 食後 1~4 時間の間にみられる悪心・嘔吐は胃および十二指腸疾患に基因する。とくに著明な幽門痙攣を伴う胃・十二指腸潰瘍はこの時期に嘔吐しやすい。4) 12~48 時間またはそれ以上の間隔で周期的に大量の嘔吐をするのは、通常幽門狭窄(潰瘍・癌による)の場合であり、吐物にも特徴がある(下記)。頭痛が先行する周期的嘔吐は片頭痛の特徴であり、また脊髄癆の胃発症もときに周期性の嘔吐をきたす。5) 食事とまったく関係のない嘔吐は外因性(薬物)または内因性(尿毒症・肝性および糖尿病性昏睡)の中毒・神経系疾患・迷路疾患・各種代謝障害などにみられる。このうち、迷路疾患では悪心・嘔吐とともに著明なめまいを伴い、また頭蓋内圧亢進時(脳腫瘍など)の嘔吐は悪心を伴うことなく、突然しかも大量に胃内容を吐出する(発射性嘔吐<sup>1)</sup>)のが特徴である。他の多くの嘔吐は通常悪心が先行するので、悪心を伴わない嘔吐をみたときはまず頭蓋内圧亢進を疑う必要がある。

**吐物の性状** 1) 大量の嘔吐が頻回(周期的)におこり(上記)、しかも朝食べたものの一部が夕方吐出されるとき、あるいは前日の食餌残渣が混じているときは高度の幽門狭窄の存在を示す所見であり、胃内で腐敗がおこれば吐物は甚だしい悪臭をおびる(癌に多い)。また小腸下部の閉塞や腹膜炎では嘔吐が持続した後、吐物が糞臭を帯びることがある。吐物の尿臭は尿毒症に特有である。2) 吐物が黄色ないし黄褐色調を帯びるのは胆汁の混入を示し、苦味を感ずる。胆汁混入は嘔吐がある程度つづくとき通常みとめられる現象で、あまり意味はない。ただし、大量の胆汁をつねに混ざるときは Vater 乳頭下部の閉塞の存在(上腸間膜動脈による圧迫など)が疑われる。3) 大量の血液混入(吐血)は重要な症状であるが、少量の血液が線状に混ざるのは胃になんら病変がなくてもしばしばみられること(とくに嘔吐が長くつづくとき)で、あまり意義がない。4) 大量にほとんど純粋な胃液のみを吐出することがある。とくに夜間におこるのは十二指腸潰瘍があって、夜間の胃液分泌亢進と幽門痙攣がある場合にみられる症状である。

f. **吐血<sup>2)</sup>** 吐物に大量の血液を混ざるときこれを吐血という。新鮮な血液が吐出されることもあるが、血液がある程度胃内に貯留してから吐出されるときは、胃液(塩酸)により変化をうけ、あたかも“**コーヒー残渣様<sup>3)</sup>**”の外観を呈する。吐血のときは咯血時と同様(28頁)、患者や家人は驚愕し、量を過大に評価しやすいので注意を要する。吐出されなかった血液は腸内へ移行し、タール様便となって排出される(39頁)。

吐血は通常上部消化管(食道・胃・十二指腸)よりの出血にもとづく。胃および十二指腸潰瘍によるものももっとも多く(40~80%を占める)、食道静脈瘤破裂がこれにつぐ(5~10%)。その他、胃癌(約5%)・胃炎・Mallory-Weiss 症候群・胃ポリープ・食道癌や尿毒症・血液疾患なども原因となりうる。胃癌では一度に大量の出血をきたすことより、少量ずつ滲み出ることが多いので、新鮮血よりも“**コーヒー残渣様**”吐物を吐出することが多い。

咯血(28頁)と誤らぬようにすることも大切である。鮮紅色の泡沫を混じた血液がせき(咳)とともに咯出されれば咯血である。ただし、咯血の一部が嚥下されて胃内へ入り、あとで吐出されることもあり、必ずしも両者の区別が容易でないこともある。また、吐物に赤ブドウ酒などの混入したものを吐血と誤ることもある。

1) projectile vomiting, blitzartiges Erbrechen  
2) hematemesis, Haematemesis

3) coffee-groundslike, kaffeersatzartig

g. 嚥下障害<sup>1)</sup> 嚥下障害は口腔・咽頭・喉頭の疾患によるほか(25頁)、食道内における食物の通過障害によっておこる。後者は食道自体の疾患(食道癌・噴門痙攣・食道炎・食道憩室・良性食道狭窄など)あるいは周囲よりの食道の圧迫(縦隔腫瘍・大動脈瘤など)による。胸骨後部において“物がつかまる”, “物がつかえる”感を訴え、かつ同時に嚥下時その部の疼痛を覚えることが多い。

すべての嚥下障害のうち、もっとも多いものは食道自体の疾患によるもので(90%以上)、とくに食道癌が重要である。癌によるものは進行性であり、はじめは固形物のみの通過障害を訴えるが、やがて軟らかい食物、さらには液体の通過も障害されてくる。噴門痙攣によるものは嚥下障害が一過性であり、間歇期にはなんらの障害のないことが多く、また障害時には固形物のみならず液体の通過も困難となることが多い。

h. 腹痛<sup>2)</sup> 腹腔内の管腔性臓器は温冷刺激・切断・焼灼などにより疼痛を生じない。ただし、腹腔内臓器からの求心性刺激が脊髄に到達し、それと同じ高さの脊髄分節に属する脊髄神経領域の体表に投射され、いわゆる放散痛を生ずる。

体壁腹膜は種々の刺激・牽引により直接疼痛をきたす。体壁腹膜の疾患による疼痛は通常その罹患部付近に限局して感じられる。炎症が横隔膜腹膜に波及すれば横隔膜胸膜炎時と同様、側方ないし肩への放散痛<sup>3)</sup>を生ずる(29頁)。

腹痛を訴えるときは、そのおこり方・部位・性状・強さ・随伴する症状および何により軽減あるいは増強されるかなどを詳細に記載する必要がある。

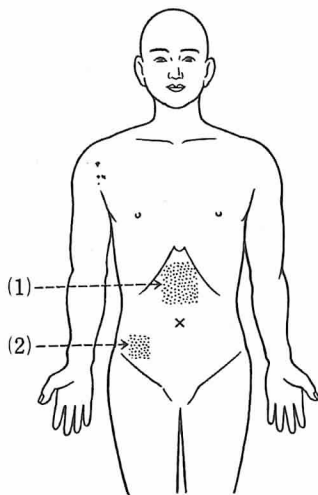


図3-9 急性虫垂炎の疼痛  
まず心窩部(1)に感じ、後になつて右下腹部(2)に限局してくることが多い。

疼痛の部位は病変の存在部位を推測する上にとくに大切であり、また放散の有無およびその部位も詳細にきく必要がある。

腹部全般の疼痛: 胃腸管の穿孔、腸血管の塞栓・血栓、イレウス、などにさいし激しい腹部全般の疼痛をみる。同時にショック症状を呈することが多い。結核性腹膜炎でも腹部全般にわたる疼痛をしばしば訴える(ただし軽度のことが多い)。

剣状突起下の疼痛: 主として食道疾患による。

心窩部痛: 主として胃・十二指腸・肝・脾疾患による。ときに盲腸・虫垂疾患で病初心窩部痛を訴えることがある(図3-9)。

右季肋部痛: 主として胆嚢・胆道疾患による。疼痛はしばしば右背・右肩へ放散する(図3-10)。肝疾患でも比較的急速にうっ血のおこるとき(うっ血肝)などで、被膜の緊張・刺激により同様の疼痛をみることもある。右腎結石もこの部に疼痛をみることがあるが、疼痛は下方へ放散する。

左季肋部痛: 主として脾疾患による(図3-11)。しばしば左背・左肩へ放散する。左腎結石によること

1) difficulty in swallowing (swallowing difficulty), Schluckbeschwerde

2) abdominal pain, Bauchschmerz  
3) referred pain, ausstrahlender Schmerz

もあるが、疼痛は下方へ放散する。

臍上部の疼痛：主として空腸の疾患による。

臍下部の疼痛：主として回腸の疾患による。

回盲部痛：盲腸・虫垂の疾患による。

下腹部痛：主として大腸の疾患による。ただし、肝彎曲・脾彎曲・S状結腸部の病変は直接その部に一致した部位に疼痛を生ずる傾向がある。

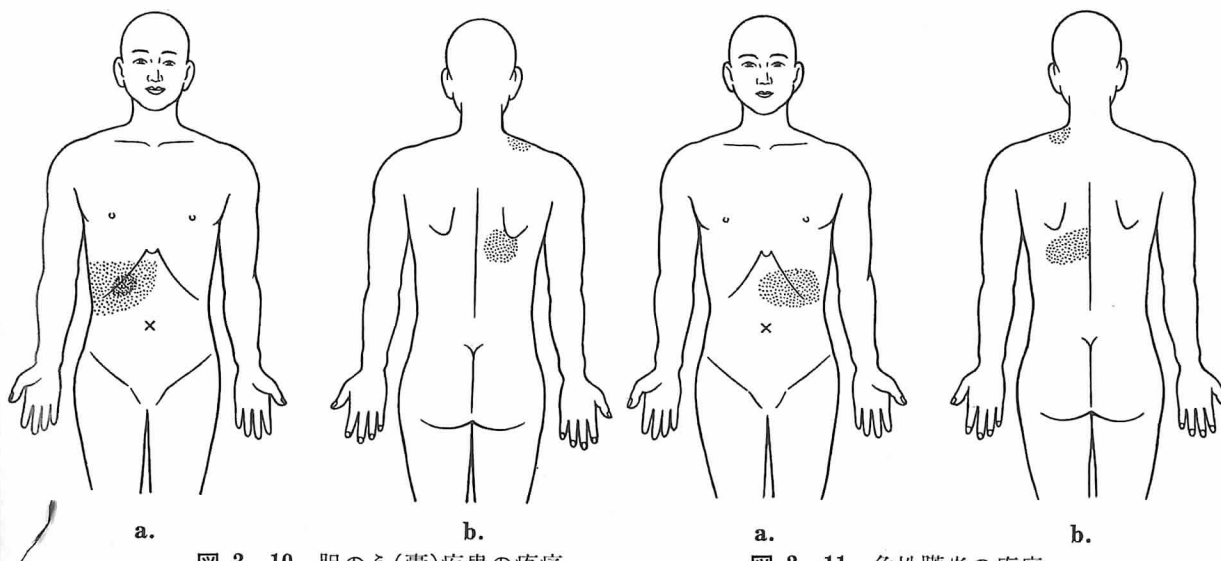


図 3・10 胆のう(囊)疾患の疼痛

- a. 右季肋部の疼痛  
b. 右背部および肩への放散

図 3・11 急性膵炎の疼痛

- a. 心窩部・左季肋部の疼痛  
b. 左背部および肩への放散

恥骨上部・仙骨部・会陰部の疼痛：膀胱・直腸、ときにS状結腸の疾患による。

腹痛の性状は“刺すような”・“切るような”・“しぼるような”など種々に表現されるが、その性状のみから腹痛の発生部位を診断しうることは少なく、臨床的意義は部位ほど大きくはない。ただし、**仙痛<sup>1)</sup>**はやや特徴を有する。これは管腔性臓器(腸管・胆道・尿管など)に現われる強力かつ間歇的な牽縮によっておこる疼痛であり、発作的にはじまり次第に強さをまして最強度に達し、やがて徐々に軽減してまったく消失ないしごく弱くなってしまふ。1回の発作の持続は数分～数時間であるが、このような疼痛が周期的にくりかえされることが多い。疼痛の激しいときは患者は冷汗を出し、顔面蒼白となることが多く、またしばしば嘔吐を伴う。

腹痛の程度は個人差が大きい。一般に睡眠から醒めたり、または麻薬注射を必要とするほどのときは、なんらかの器質的疾患を考えるべきである。ただし例外もまれではない。ごく軽度の障害でもつよい疼痛を訴えること、また逆に重篤な疾患であり疼痛を生じないこともあるので注意を要する。

腹痛の発生および緩解する条件も診断の手がかりを与えることがある。たとえば食物またはアルカリ摂取により疼痛の軽減をみるときは胃・十二指腸潰瘍が疑われる。乗物に乗ったあと仙痛が発生すれば胆石症・腎石症を疑う。ガスの通過にさいしつよい疼痛が生じ、その通過とともに急に軽快するのは腸管の通過障害

1) colicky pain (colic), Kolikschmerz

\* いわゆる“胃痙攣”あるいは“癩”というのは心窩部ないし右季肋部の激しい仙痛様の疼痛を意味してい

るが、もちろん正式の医学用語ではなく、病歴記載にそのまま用いるべきではない。

(癒着など)によることが多い。空腸時周期的にくりかえされる疼痛は十二指腸潰瘍に特有である。

疼痛に伴う随伴症状も注意する必要がある。たとえば右季肋部の仙痛にひきつづき、黄疸や発熱をみれば胆石症・胆のう(嚢)炎の可能性がきわめて大きくなる。

**根性神経痛<sup>1)</sup>** 脊椎および椎間板の障害により脊髄後根が刺激されて生ずるものであり、刺激される後根の部位に応じ、項部後頭部痛・肋間神経痛・坐骨神経痛などを生ずる。右側の下部肋間神経根が刺激されれば、右下胸部・側腹部・背下部などに疼痛をきたし、胸膜炎・胆のう(嚢)疾患・虫垂炎などと誤られることがある。ただし、根性神経痛は上記の諸疾患の疼痛に比べ表在性であり、その部に知覚異常を伴うことが少なくない。また、せき(咳)・くしゃみ・脊柱運動などにより増強しやすいので、これらの点に注意することが大切である。

**i. 便通異常** 正常時の便通より回数が減じ便の硬度を増すことを便秘<sup>2)</sup>といい、回数が増し便の硬度が軟らかくなることを下痢<sup>3)</sup>という。ただし、正常時の回数は個人差があり、1日2~3回、また2~3日に1回程度が正常の人もある。1日1回の便通でないからといって硬度が正常の限り、そのみで直ちに便秘・下痢とはいえない。便秘・下痢というときは単に便の回数のみならず、その硬度の変化をも問題とすべきである。

**便秘** 便秘を訴える人は自己の欲するだけの量の便が出ないことを苦にすることが多いが、便秘時糞便の硬度が増すのは大腸中に糞便が長く停滞し、その間水分が多く吸収されるためであり、したがって糞便量が減少するのは当然のことである。糞便がいちじるしく硬くなり、あたかも兎の糞様の小さい塊まりとして排出されるとき兎糞<sup>4)</sup>(硬糞塊)という。

便秘は通常急性(一時性)・慢性(持続性)に分けられる。

急性の便秘でもっとも多いのは、旅行などで食物・水・生活が変化したときなどに一時的にみられるもので、その他種々の熱性疾患・急性腹部疾患(急性虫垂炎・胆石症など)・心不全もしばしば便秘をきたす。また痔核その他の直腸・肛門疾患においては、疼痛が便秘の原因となることがある。突然かつ激烈な腹痛とともにまったく排便(および放屁)をみなくなったときは急性イレウスの発生を疑うべきである。

持続性の便秘のうちもっとも多いのは習慣性便秘<sup>5)</sup>であり婦人に多い。数年~10数年、あるいはそれ以上にわたり高度の便秘をつづけることが少なくない。しばしば頭重感・食欲不振・腹部不快感・易疲労感などを伴う。習慣性便秘は便意を催したとき用事その他で排便しないことがしばしばあったり、痔などによる排便痛のため排便を我慢したりすることが誘因となることがあるが、なんら誘因をみとめないこともまれでない。

高度の持続性便秘は巨大結腸によることもある。このときは幼時から便秘が発生する。

持続性の便秘を訴える場合、とくに大切なことは中年以後の人で、いままで比較的規則正しい便通があったのに、最近排便回数が減じ、しかも次第にそれが高度となってくる場合である。この場合は、便が細くなったことはないか、血液・粘液などが附着しないかなどよく聴取する必要がある。直腸癌の可能性があるか

1) radicular neuralgia or pain, Wurzelschmerz  
2) constipation, Verstopfung  
3) diarrhea, Diarrhoe

4) scybala, Skybala  
5) habitual constipation, habituelle Verstopfung

らである。ただし、単純な便秘でも硬い糞便の刺激や肛門裂傷のため、糞便周囲に粘液や血液が付着することがある。

下痢 下痢を訴えるときは、その回数・硬度（泥状・水様など）・色・臭気（腐敗臭・酸臭など）・消化状態などをとくによくきく必要がある。血液・粘液・膿の混入ないし付着の有無も確かめねばならない。

下痢も急性・慢性に分けられる。

急性ないし一時性の下痢は食餌不摂生・細菌感染（赤痢その他）・感冒などにさいしみとめられる。感染性の下痢は同時に発熱・悪寒・発汗など全身症状を伴うことが多い。興奮その他の精神的影響により一過性に下痢をきたすこともしばしば経験される。

慢性ないし持続性の下痢は腸管（潰瘍性大腸炎・腸結核など）あるいは胃（無酸症）の器質的疾患の重要な症状であるが、甲状腺機能亢進症・悪性貧血・尿毒症・ビタミン欠乏・代謝障害などが原因をなすこともある。また慢性下痢が純粹に機能異常にもとづくこともあり、このときは数年以上にもわたり、便秘と下痢を交互にくりかえすこともまれでない。過敏性結腸<sup>1)</sup>とよばれている。

下痢のさい、テネスマス（しづり腹）<sup>2)</sup>を伴うことがある。これは持続性ないし頻回に便意を催し、かつ同時に直腸・肛門部の痙攣性疼痛を伴う状態である。排便をしても、またすぐ便意を覚えるのであるが、実際に排出される糞便量はごくわずかの量にすぎないことが多い。S状結腸・直腸・肛門部の炎症性疾患にさいしみとめられる（赤痢・直腸炎など）。

j. 下血<sup>3)</sup> 肉眼的にみとめられるほどの大量の血液を糞便中に混ざるとき、下血という。出血が下部腸管（下部回腸・結腸・直腸・肛門）よりおこったときは通常赤色を呈するが、上部消化管（食道・胃・上部小腸）に由来するときは、腸管を通過する間に変化をうけ、黒褐色となり、いわゆるタール様便<sup>4)</sup>となる。やや生臭い臭気を有し、軟便のことが多い。ただし、上部消化管からの出血でもきわめて大量の血液が迅速に排出されるときは、かなり新鮮な血液色を呈することがある。

胃癌・胃潰瘍など上部消化管から少量ずつの出血がおこるときは、肉眼では血液混入は明らかでなく、化学的検査によってはじめて証明することができる。これを潜（出）血<sup>5)</sup>という。

なお、鉄剤・ビスマス（蒼鉛）剤服用後は、糞便が黒褐色となり、肉眼ではタール様便と区別しがたいことがあるから注意を要する（化学的検査を行えば鑑別可能）。また桜桃・ビートその他赤色の食品摂取により糞便が赤色を呈し、新鮮な血液混入と誤ることもある。

糞便に新鮮な血液を混ざるのは痔核・痔裂・潰瘍性大腸炎・直腸または下部結腸の癌ないしポリープなどである。病変が肛門部に近いほど血液は糞便周囲に付着し、肛門部から遠ざかるほど糞便と混じり合う。

タール様便の原因は吐血（35頁）と同様と考えてよい。ただし、小児の下部消化管由来の大出血では

1) irritable colon, Reizkolon  
2) tenesmus, Tenesmus  
3) melena, Melena

4) tarry stool, taarartiger Stuhl  
5) occult blood, okkultes Blut

Meckel 憩室によるのがもっとも多い。かつ、血液は新鮮色を呈するのがふつうである。

k. 逆流<sup>1)</sup> および反芻<sup>2)</sup> 逆流とは食道または胃の内容が口中へ排出されることをいうが、嘔吐と異なり腹筋の強い収縮を伴わない。吐出されるものは通常少量である。多くは機能的障害によるが、ときに器質的障害によることもある。

反芻は胃から口中へ逆流した食物を口外へ出さず再びのみ込むことをいう。真の反芻は口中へ出た食物を咀嚼してから嚥下することをいうが、このような真の反芻はきわめてまれである。

1. 放屁<sup>3)</sup> セルローズその他消化しにくいもの、とくに豆・イモ類を食したときは健常者でも放屁をきたしやすい。

放屁の多い疾患としては限局性腸炎 (Crohn 病)・腸結核・スプルーなどのように、腸における吸収の不良の場合があげられる。

m. 黄疸 黄疸は種々の原因によりおこるので、その随伴症状を詳細に聴取することが鑑別診断上とくに大切である。

直接ビリルビンの増量による黄疸 (肝細胞性・閉塞性) は尿中へのビリルビン排出を伴い、またしばしば痒みを訴える。ビリルビンの尿中排出が高度のとき、尿は濃黄色よりむしろ紅色 (紅茶のような色) を呈することがあり、患者に“尿が黄色いか”ときかず、“尿が紅くないか”ときくほうが正しい答えをえることがある。間接ビリルビン増量による黄疸は尿中ビリルビン排出を伴わない。

黄疸を訴えるときは、糞便の色をきくことを忘れてはならない。灰白色便<sup>4)</sup>の排出は閉塞機序の存在を強く示唆する所見である。 中年以後の、次第に増強する無痛性黄疸で、10日~2週以上も灰白色便がつづくときは、悪性腫瘍 (癌) による胆道閉塞の疑いが大きい。 小児の時は先天性胆道閉塞

黄疸とともに、発熱・右季肋部仙痛 (しばしば右肩・背部へ放散する) を呈するのは胆石症・胆のう (嚢) 炎が疑わしく、かなり高度の黄疸が数日以上もつづくときは胆道結石の可能性が大きい。ただし、結石による黄疸はその程度が消長しやすく、また糞便が完全に灰白色となることは少ない。

食欲不振・発熱などが先行し、黄疸をきたすのは急性肝炎ことにウイルス性肝炎や中毒性肝炎のことが多い。輸血・輸血漿の既往や肝障害作用のある薬物使用の有無に注意する必要がある。

幼時ないし少年期よりときどき黄疸をくりかえす例では体質性過ビリルビン血症の可能性を考慮し、詳細な家族歴調査が大切である。感冒罹患や疲労などにより黄疸が出現ないし増強することが多い。

n. 痔<sup>5)</sup> 痔はきわめて多い疾患であり、排便時、疼痛・出血などをきたしやすい。

## 10. 泌尿器系

泌尿器系に関する愁訴としては、尿および排尿の異常、疼痛、浮腫などがある。

a. 尿量の変化 尿量の増加 (多尿<sup>6)</sup>) は腎不全の現われであるが、尿崩症・糖尿病・精神的影響などによってもおこりうる。夜間における多尿 (夜尿<sup>7)</sup>) も腎不全の初徴として重要であり、

1) regurgitation, Regurgitation  
2) rumination, Rumination  
3) flatus, Flatus  
4) acholic stool, acholischer Stuhl

5) hemorrhoids, Hämorrhoiden  
6) polyuria, Ployurie  
7) nocturia, Nykturie

直接ビリルビンに  
るが、間接ビリルビンに  
しけないから  
こなる



“夜間、何回くらい排尿におきるか”をきくことにより知ることができる。ただし、夜尿は心不全の初期にもみることがある。

尿量の減少(乏尿<sup>1)</sup>)はうっ血性心不全その他の浮腫性疾患時共通にみとめられる症状であるが、腎疾患では急性腎炎・ネフローゼ症候群などにさいしばしばみとめられる。極度の乏尿ないし無尿<sup>2)</sup>は急性腎不全<sup>3)</sup>の重要な症状である。

尿量(膀胱に到達する)が突然1日400ml以下に減少し、血清尿素窒素が連日上昇する状態を急性腎不全とよび、血圧低下に伴う腎虚血(腎前性)、腎の器質的疾患(腎性:急性尿細管壊死がもっとも多く、腎皮質壊死・急性糸球体腎炎・乳頭壊死を伴う急性腎盂腎炎・悪性高血圧・結節性多発動脈炎なども原因となることがある)、および尿管閉塞(腎後性)によっておこる。ただし、急性腎不全において尿量減少は絶対的なものではなく、尿量が1,500mlに達しながら、血清尿素窒素が連日上昇する場合もある。

腎前性および急性尿細管壊死の場合は完全無尿となることはまれで(通常1日75~300ml程度)、完全無尿は尿管閉塞、半月体形成を伴う急性糸球体腎炎、および広汎な血管障害(悪性高血圧・結節性多発動脈炎・腎皮質壊死を伴う汎発性血管内血液凝固症候群など)による可能性が大である。

b. 排尿の異常<sup>4)</sup> 排尿時、尿道に疼痛・灼熱感ないし不快感を感ずる(排尿痛<sup>5)</sup>)のは膀胱・尿道の疾患を示唆する。尿意を催すが、尿がすぐに排出されず、排尿開始までに時間を要する場合を遷延性排尿<sup>6)</sup>という。多くは前立腺疾患による。また尿が線とならず、滴々と、あるいはごく少量ずつ、ときどきときれながら排出されるとき、尿滴下<sup>7)</sup>という。尿道狭窄・前立腺腫大による尿道閉塞などにさいしみとめられる。

排尿回数の増加を頻尿<sup>8)</sup>という。頻尿は同時に多尿を伴うこともあるが、必ずしもつねにそうとは限らない。頻尿と多尿を混同しないことが大切である。持続的に、あるいは間歇的に強い尿意を催すことを尿意急迫<sup>9)</sup>という。このときは、排尿してもまたすぐ尿意を覚えることが多く、したがって頻尿を伴うのが一般である。1回の排尿はむしろ少量のことが多い。膀胱炎・前立腺疾患時にみることが多い。

不随意に尿の排出をみることを尿失禁<sup>10)</sup>という。幼時では生理的にみられるが、成人でも意識障害のあるときやある種の中樞神経疾患などにさいしみとめられる。

膀胱に尿が貯留しているのに、尿の排出がみられない状態を尿閉<sup>11)</sup>といい、脊髄疾患・開腹術後・尿道狭窄など、種々の場合にみられる。

前述の無尿と尿閉を誤ってはならない。尿閉時は膀胱には大量の尿が存在するが、無尿のさいは膀胱内は空虚かごく少量の尿をいれるにすぎない。

1) oliguria, Oligurie

2) anuria, Anurie

3) acute renal failure, akutes Nierenversagen

4) disorders of micturition (or urination),  
Miktionsstörung (Störung der Harnentleerung)

5) pain on urination (dysuria), Miktionschmerz  
(Dysurie)

6) hesitancy of micturition, protrahierte Miktion

7) dribbling of urine, Harnträufeln

8) frequency of urination, Harnhäufigkeit

9) urgency of micturition, Harndrang

10) incontinence of urine (urinary incontinence),  
Harninkontinenz

11) retention of urine, Harnretention

c. **尿の異常** 尿中に血液を混ざるとき血尿<sup>1)</sup>とよぶ。出血は腎・尿管・膀胱・尿道のいずれの部位からもおこりうる。排尿のはじめに新鮮な血液の混ざるのは尿道からの出血である。排尿の終りの時期の出血は通常、膀胱三角部あるいは前立腺部尿道に由来する。排尿の全期間を通じ血尿のみられるのは腎・尿管または膀胱からの出血である。

血尿とともに疼痛を伴うか否かもよくきく必要がある。間歇的におこる無痛性の血尿は腎・膀胱などの癌の可能性を示唆し、腰部の仙痛（下記）を伴うときは腎結石が疑われる。また急性出血性膀胱炎では血尿とともに恥骨上部の強い疼痛や排尿痛・尿意急迫を伴うことが多い。

**膿尿<sup>2)</sup>**（尿中に膿の混入する状態）は患者自身は“尿が濁っている”と訴えることがふつうである。尿路のどの部分の炎症によってもおこりうる。

ただし、混濁尿がすべて膿尿でないことを忘れてはならない。たとえば、冬季など蓄尿瓶中で尿が冷却するに従い、尿酸塩が析出し、それによる混濁を異常と思い来院することがある。膿尿ではもちろん排尿時すでに尿は混濁している。

**乳糜尿<sup>3)</sup>**は、牛乳様の白濁した外観を呈する。フィラリア症に特有である。

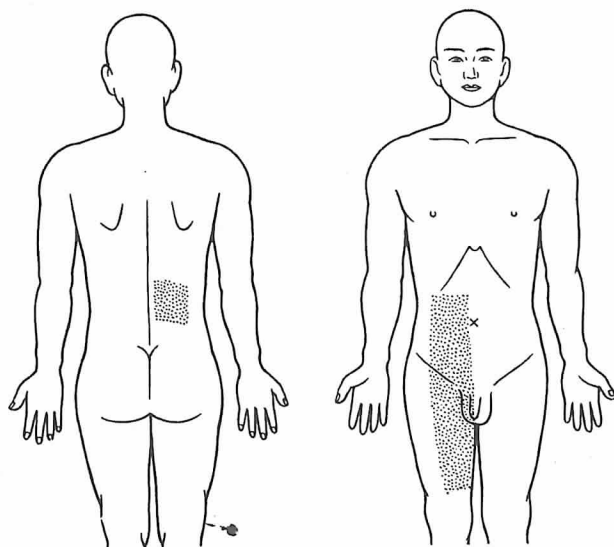


図 3・12 腎および尿管結石の疼痛

- a. 腎臓部の疼痛  
b. 側腹部・下腹部・鼠径部・陰部・大腿内側部への放散

d. **疼痛** 泌尿器系に関する疼痛は軽度・中等度・高度とその程度はさまざまであり、また性状も鈍痛・鋭痛あるいは仙痛と、原因によりまた症例により異なる。

もっとも特有なのは腎および尿管結石による**腎仙痛<sup>4)</sup>**である。疼痛はきわめて激烈であり、肋骨脊角ないし腰部にはじまり、その側の側腹部・下腹部・鼠径部・陰部・大腿内側部へ放散する（図 3・12, a, b）。顔面蒼白・冷汗などを伴うことが多い。

結石が尿管を下方へ移動するに従い疼痛も移動する。すなわち、尿管上部→右下腹部、尿管中部→大腿内側、尿管下部→恥骨上部および陰部へと放散される。

なお、恥骨上部の疼痛は通常膀胱炎によることが多いが、充満した尿による膀胱の過伸展が原因をなしていることもある。前立腺疾患時にはしばしば仙骨部あるいは会陰部に鈍痛を訴える。

糸球体腎炎とくに慢性腎炎は無痛である。ただし、急性腎炎では腎が腫脹し、被膜が伸展され、ときにかなり強い腰痛（腎臓部）をおこすことがある。

1) hematuria, Hämaturie  
2) pyuria, Pyurie

3) chyluria, Chylurie  
4) renal colic, Nierenkolik

くらの増減(ただし、患者自身ははっきりいえない場合も少なくない)が、どれくらいの期間におこったかを記載しておくべきである。これにより体重の変化が徐々におこったか、急速であるかを知ることができる。

肥満を訴えるときは、その部位についてもきいておく。

肥満と痩せ(やせ)は内分泌・代謝性疾患の重要な自覚的および他覚的症状であるが、一方、内分泌・代謝性疾患以外の原因によることも多いので(59, 63 頁)、体重変化以外の他の愁訴の有無に注意することが必要である。とくに食事歴の詳細な聴取を忘れてはならない。

きわめて急速な(1日1kg以上の)体重の増減は、真の肥満ないし痩せによるものでなく、通常、水分の貯留ないし喪失によるものである。

**b. 皮膚および体毛の変化** 粘液水腫・ビタミンA欠乏などの患者の皮膚は乾燥し、粗糙であり、一方、甲状腺機能亢進症などの患者の皮膚は湿潤であるが、これらの内分泌・代謝性疾患患者が皮膚の変化を愁訴として医師を訪れることはまれである。

内分泌疾患においてはしばしば体毛の異常(多毛、貧毛あるいは無毛)をきたし、そのために訪医することもある(95 頁)。

**c. 成長の異常** 成長の異常の亢進(巨人症; 56 頁)あるいは遅延(小人症; 56 頁)を愁訴とする場合、正常の発育曲線(身長・体重)と患者のそれを対比することが大切であり、学校における身体検査の成績を入手する必要がある。また、知能や性的発達の状態についてもあわせて聴取しなければならない(56, 58 頁)。

**d. その他** 粘液水腫患者はしばしば寒さに敏感となり(寒がり)、皮膚は乾燥し(発汗減少)、精神鈍麻、さ(嗶)声を呈する。一方、甲状腺機能亢進症では、暑さに弱く、皮膚は湿潤となり(発汗増加)、神経過敏となる。

糖尿病における多飲・多尿もよく知られた症状である。

### 13. 神経系

神経系に関連する愁訴としては、性格あるいは精神状態の変化・頭痛・めまい・耳鳴・難聴・視力障害・疼痛・知覚障害・言語障害・嚥下障害・歩行障害・筋力低下および麻痺・運動失調・痙攣などがある。

その各々については §17 を参照されたい。

神経系疾患は原因により発病の状態およびその後の経過に特徴があるので、症状の出現状況とその推移を詳細にきくことにより、およそその原因を推測しうることが少なくない。たとえば中枢神経系の血管障害(脳卒中など)やてんかん(癲癇)はその発病が多くは突然であり、“何月何日の何時何分頃”とまで明らかにしうることが多い。脳炎・急性脊髄炎など急性炎症性疾患は発熱とともににはじまり、1~2日、ないし数日を要し神経症状が最高に達することが多い。一方、比較的徐々に発病し、数週~数ヶ月の経過のうちに進行性に症状の増悪をみるのは腫瘍性疾患が疑わしい。運動=ウロン疾患など、いわゆる系統的の変性疾患も

発病は徐々に、かつ進行性であるが、その進行の速度は腫瘍に比べ通常きわめて緩慢である。

多発性硬化症は経過中症状の緩解と増悪をくりかえすのが特徴である。

#### 14. 筋骨格系

筋痛、関節の腫脹・疼痛・変形・運動障害、跛行などが筋骨格系に関連した主な愁訴である。

四肢に疼痛を訴えるとき、関節自体の疼痛か、筋肉あるいは腱の疼痛かよく注意して区別することが大切である。 関節自体の疼痛の場合は、その関節の部位、疼痛が移動性か、運動により増強あるいは軽減するか、腫脹・発赤・圧痛を伴うか、などを記載しておく。発熱・悪寒・咽頭痛の有無をきくことも忘れてはならない。

跛行は神経系の疾患によることもあるが、四肢末梢血管の疾患（動脈硬化・閉塞性血栓性血管炎など）に由来することもある。このときは歩行をつづけると腓腹筋に痙攣性の疼痛がおこり、しばらく静止すると軽快する。間歇性跛行<sup>1)</sup>とよばれる状態である。四肢末梢血管の疾患では間歇性跛行のほか、四肢の厥冷・しびれ感・蒼白あるいはチアノーゼ・栄養障害性変化（爪の変形・萎縮、潰瘍形成、壊疽など）をきたすこともある。

#### 15. 造血系

造血系に関する主な愁訴としては、貧血・出血傾向・リンパ節腫脹・脾腫などがある。

貧血がある程度以上に進行すると、顔面蒼白となり、運動時の息切れを覚えるようになる。 顔面の蒼白は患者自身より、家人などにより気づかれることも少なくない。 また、運動時の息切れも患者自身は貧血のためであることを知らないこともあるので、注意する必要がある。

出血傾向は、歯肉出血・鼻出血・皮膚出血などであるが、“歯をみがくとき出血しないか”，“ごく軽く皮膚に物がぶつかっただけで痣（あざ）ができやすくないか”，などときいてみるとよい。女性では月経時、出血量が多いことはないかたずねる必要がある。

リンパ節腫脹は、いつ頃、どの部位の腫脹に気づいたか、現在までの大きさの変化の程度、疼痛の有無などをきく。

脾腫は、たとえば慢性骨髄性白血病などのようにいちじるしく大きい場合は、患者自身、腫瘍として気づくこともあるが、一般には脾腫自体を主訴として訪医することは少ない。

1) intermittent claudication, intermittierendes Hinken