

DIAGNOSIS WITH GESTALT  
AND DÉGUSTATION

---

診断のゲシュタルト  
とデギュスタシオン

岩田健太郎 編集

Kentaro Iwata



■執筆者一覧（五十音順）

---

生坂政臣	千葉大学医学部附属病院総合診療部
市來征仁	今村病院分院救急総合内科
井村洋	飯塚病院総合診療科
岩田健太郎	神戸大学医学部附属病院感染症内科
植西憲達	藤田保健衛生大学救急総合内科
川島篤志	市立福知山市民病院総合内科・研究研修センター
清田雅智	飯塚病院総合診療科
窪田忠夫	東京ベイ浦安市川医療センター外科
須藤博	大船中央病院内科
高田俊彦	君津中央病院総合診療科
田中孝正	市立堺病院総合内科
徳田安春	筑波大学水戸地域医療教育センター
中下珠緒	亀田総合病院リウマチ・アレルギー内科
成田雅	太田西ノ内病院内科
西垂水和隆	今村病院分院救急総合内科
林寛之	福井大学医学部附属病院総合診療部
本島新司	亀田総合病院リウマチ・アレルギー内科
本村和久	沖縄県立中部病院プライマリケア／総合内科
山中克郎	藤田保健衛生大学救急総合内科

## はじめに

本書、「診断のゲシュタルトとデギュスタシオン」をかなりの自信を持ってお送りします。診療現場で役に立つことはまず間違いありません。ぼくがこんなに自信満々で「はじめに」を書くことはまず皆無でして、ぼくにとっても、これはかなり稀有な経験です。その根拠は各執筆者のゲラを読んでいて胸がドキドキ・ワクワクしてくる感情の高まりを抑えられなかったからで、およそ医学書でこのような体験をすることはほとんどないからです。執筆者のみなさんに原稿依頼を出したときは、「たぶん面白い原稿が返ってくるだろうな」と期待はしていたのですが、これほどまでとは正直、思っていませんでした。

さて、それでは「ゲシュタルト」とは何か。これは、もちろんゲシュタルト心理学のゲシュタルトです。ドイツ語で、die Gestalt(女性名詞)とは、形、英語で言うと shape という意味です。もっと言い換えるなら、「見た目」です。ドイツ語は難しいイメージがありますが、要するにゲシュタルト診断とは、「見た目診断」といってもよいのです。

ただし、ぼくらがここでいう「見た目診断」は「直観」ではありますが「直感」とか「勘」ではない、と申し上げておきたいです。M・ポランニーの「暗黙知」(tacit knowledge)には若干近いとおもいますが、それとも違うような感じですが。

また、臨床推論でよく用いられる「ヒューリスティック」(heuristic)とも違うと思います。もともとこれは、「発見する」を意味する heuristics というギリシア語から来た用語だそうですが、「rule of thumbs」とも言われ、経験に基づく「法則」みたいなものを指します。「突然発症の咯血なら肺塞栓を疑え」とか、「糖尿病患者の胸痛なら心筋梗塞を考えろ」みたいなものもこれにあたるでしょう。それは、ショートカットでもあります。網羅的に部分的な要素をすべて集めて全体像を作るのではなく、「アタック 25」のように、抜けている画像があ

りながらも、いくつかのピースの組み合わせで全体像を透かし見てしまうのです。ショートカット故にそこには「端折り」があり、そのため誤診してしまうリスクもはらみます。「糖尿病患者の胸痛で、実は気胸だった」のように。

ゲシュタルトとは、ヒューリスティックのように少ない要素、部分のつなぎ合わせから全体像を作るものではありません。むしろ、「全体を全体としてみる」方法です。部分ももちろん全体の要素であり、部分なくして全体はありえないのですが、あくまでも全体の部分としての部分、,, その文脈が必要になります。

いつもこの卑近な例を使っているので、「卑近な例」がお嫌いな方は申し訳ありません。

AKB48というアイドルグループがいます。ぼくはこのグループについてほとんど知識皆無ですが、その「一番偉い人」はセンターというのだそうです（間違っていたらごめんなさい）。本稿執筆時点でAKB48のセンターは大島優子です（らしい）。しかし、ぼくには大島優子は他のメンバーと区別が付きません。目の前を歩いていても、まず分かりません。

しかし、スレッカラシのAKBファンなら大島優子と他のメンバーを峻別するくらい朝飯前でしょうし、街を歩いていても、視野に入っただけで「それ」と気づくかもしれません。たとえ変装していても、見抜くかもしれません。

両者の「大島優子鑑定能力」の差はどこにあるのでしょうか。おそらく、それはヒューリスティックではありません。スレッカラシのファンが、部分情報をいくつか組み合わせてショートカットをして、「大島優子」を認識しているなんてまずありえません。もちろん、網羅的、系統的に情報を収集し「眼の直径が何ミリ」「鼻の高さが何ミリ」,, と部分を積み重ね、鑑別を除外して診断に至っているわけでもないでしょう。

スレッカラシのファンは瞬時にして、大島優子全体を全体として認識し、それも正確に認識し、そうと言い当てているのです。そこでは眼とか鼻とかの部分要素は、全体の文脈としての要素に過ぎず、「まず眼を確認して,, 次いで鼻

を,,」とはならないのです。

部分の集積としての全体ではなく、全体としての全体たるゲシュタルトとは、こういうイメージです。そして、診療医は意識してか無意識のうちにか、このようなゲシュタルトを疾患について持っているのではないか、というのが多くの仮説です。たぶん、持っていると思います。

では、ある疾患に対する（スレッカラシの）ドクターのゲシュタルトを、他者と共有するにはどうしたらよいのでしょうか。

同じような臨床経験を積みれば良い、というのがショート・アンサーですが、それでは身も蓋もなさすぎます。そうでない形で、共有するにはどうしたら良いのでしょうか。2つの答えを考えてみました。

ひとつめは、その疾患の「本質」をズバリと言い当てることです。

優れた評論はこういう営為を行なっています。対して、「つまらない」評論は、対象の枝葉末節な知識の羅列と、雑駁な論者の感想（感情）を羅列するだけで終わりなのです。しかし、優れた評論は、そのものもつ本質を、ズバリ核心を突く形で短く表現します。

内田樹氏は、クリント・イーストウッドの「ミリオンダラー・ベイビー」を「あれは要するに『あしたのジョーだ』」とまとめました。普通の論者は、これは何年制作の映画で、イーストウッドの何本目の監督作品で、主演のヒラリー・スワンクは「ボーイズ・ドント・クライ」で性同一障害の女性を演じ、アカデミー賞をいくつ取って、安楽死や尊厳死に〇〇な話題を提供した,, と論ずるのです。部分の積み重ねから全体を見ようとするのです。でも、「あしたのジョーだ」とど真ん中にはなかなか余人には言えません。

高齢者が「体中が痛い」(中略)ときには、念頭におくと良い (☞本書 190 ページ)

のように「ズバリ」とまとめてしまう。全体像を一言でまとめてしまうわけです。

もちろん、この「ズバリ」は我々の度肝を抜きはしますが、全体像そのもの

が見えるようになりはしません。今度は全体像の詳細な描写が必要になります。

部分たる言葉で全体像を示すのは、一見矛盾です。もし、それをやろうと思えば、「ウジウジする」しかありません。全体と部分を行ったり来たりし、本来なら「語ることのできない」全体像を言葉で近似しようとするのですから。

全身疾患として review of system を意識し鳥瞰図を見渡すような全身を診る眼、刺し口を見逃さない射抜くような局所を診る眼、そして疾患の疫学を知りつつ患者の生活背景をできるだけ探ろうとする眼が必要です (本書 265 ページ)。

このように行ったり来たり、ウロウロウジウジとしながら、言葉を重ねながら、全体像が透かし見ることができるように、「全体としての全体」が醸し出せるよう、各執筆者にはお願いしたのです。

結果は、期待以上のものでした。みなさん、思いの丈をおちまけてくれたというか、病気のイメージが非常に伝わってくる好文章が多く、それにほくは感動したのです。

文章の魅力は文体が寄与しており、言葉の使い方が寄与しています。ですから、各執筆者の文章はできるだけ手を入れないように、あえて心がけました。用語の統一などは「疾患の理解の妨げになる時」など本質的な問題についてのみにし、そのような本質的な問題はほとんど起きないのです。筆が滑って「治療」や「病態生理」にまで言及していただいた方もおいででしたが、それも「個性」のうち。筆者の姿形が浮かび上がってくるようなその文章や「前のめりさ」に水をかけたくもなく、ほくの一存でそのままに残していただきました。業界の定型的慣習に従わないほくに金芳堂の三島民子さん、宇山閑文さんはご苦労されたと思います。この場を借りてお詫びと御礼申し上げます。

それでは、本文をどうぞお楽しみください。

2013年2月

岩田健太郎

## 目次 CONTENTS

---

●片頭痛 (井村 洋)	1
●パニック障害 (井村 洋)	12
●うつ状態・うつ病 (井村 洋)	23
●副鼻腔炎 (高田俊彦・生坂政臣)	34
●良性発作性頭位めまい症 (山中克郎)	40
●急性喉頭蓋炎 (本村和久)	44
●慢性閉塞性肺疾患 (徳田安春)	52
●肺血栓塞栓症 (林 寛之)	58
●モンドール病 (川島篤志)	65
●急性心筋梗塞 (林 寛之)	72
●大動脈弁狭窄症 (徳田安春)	81
●感染性心内膜炎 (岩田健太郎)	87
●タコツボ型心筋症 (植西憲達)	92
●虫垂炎 (山中克郎)	97
●総胆管結石 (西垂水和隆)	101
●急性膵炎 (清田雅智)	107
●閉鎖孔ヘルニア (窪田忠夫)	114
●大腸憩室炎 (西垂水和隆)	122
●肝硬変 (植西憲達)	128
●輸入脚症候群 (窪田忠夫)	132
●菊池病 (徳田安春)	140

---

---

●多発性骨髄腫 (田中孝正)	145
●好酸球性血管浮腫 (清田雅智)	152
●Spontaneous retroperitoneal hemorrhage(SRH) (清田雅智)	159
●偽痛風 (須藤 博)	166
●Crowned dens syndrome(CDS) (高田俊彦・生坂政臣)	175
●慢性髄膜炎 (市來征仁)	180
●リウマチ性多発筋痛症 (須藤 博)	190
●RS3PE (本村和久)	197
●側頭動脈炎 (須藤 博)	205
●副腎不全 (山中克郎)	212
●甲状腺中毒症 (植西憲達)	216
●シェーグレン症候群 (本島新司)	221
●脊椎関節症 (炎) (本島新司)	232
●皮膚筋炎 (本島新司・中下珠緒)	240
●キャンピロバクター腸炎 (成田 雅)	255
●つつが虫病 (成田 雅)	261
●パルボウイルス感染症 (高田俊彦・生坂政臣)	267
●Lemierre 症候群 (川島篤志)	271
●腸アニサキス症 (窪田忠夫)	278
●成人スティル (スチル) 病 (岩田健太郎)	285
●索引	290

---



# 片頭痛

(井村 洋)

## 全体像

片頭痛は、家事、学業、仕事などに悪影響を及ぼすタイプの頭痛発作です。70%を超える患者が、日常生活に支障があることを自覚しています<sup>1)</sup>。典型的な片頭痛は、片側の拍動する頭痛で、吐き気を伴い、音や光刺激を避けるために、暗く静かな部屋での休息を求めます。このような頭痛発作が、月に数回生じ、半日から2～3日で自然軽快します。より早い軽快のために、頭痛を頓挫する薬剤が有効です。一方で、不適切な診断や治療のために、慢性長期化を引き起こす危険も伴っており、初診担当医の知識・技能が、患者人生のQOLに影響を及ぼします。

## 頻度

日本では年間有病率が8.4%とされています。前兆のない片頭痛が5.8%で、前兆のある片頭痛が2.6%と報告されています。女性12.9%、男性3.6%と、女性に4倍近く多い傾向です<sup>1)</sup>。海外でも、女性18%、男性6%と、女性に多いことは共通しています。

会場の場面などで、「この中で片頭痛を持っている人はいますか」と尋ねると、だいたい数名にひとり片頭痛の人がいることから、これらの数字は信憑性があります。手をあげる方の大半は女性であることから、女性に多い傾向があることも間違いないと思います。

頻度の高い疾患なので、外来診療や救急外来においてよく遭遇しますが、残

念ながら、比較的典型的な症状をくり返している病歴であっても、それまでに片頭痛の診断がなされていない患者に出会うことがあります。診断されていないため、適切な治療方法をご存じない患者に出会うことも少なくありません。

初発年齢は、10歳代から30歳代までが一般的です。小学生時から発症することも珍しくありません。小児周期嘔吐症も、片頭痛に移行することが多いと言われています。若い時に発症して50歳を超えても発作を経験している方は少なくありませんが、中年期以降に初発発作を生じることは稀です。このため、中年を過ぎて初発の片頭痛様発作には、用心して鑑別診断を行います。

## 片頭痛の特徴

表1 前兆のない片頭痛 (国際頭痛分類 第2版)

A	B～Dを満たす頭痛発作が5回以上ある
B	頭痛の持続時間は、4～72時間(未治療もしくは治療が無効の場合)
C	頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす 1. 片側性 2. 拍動性 3. 中等度～重度の頭痛 4. 日常的な動作(歩行や階段昇降などの)により頭痛が増悪する、あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける
D	頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす 1. 悪心または嘔吐(あるいはその両方) 2. 光過敏および音過敏
E	その他の疾患によらない

表2 前兆のある片頭痛 (国際頭痛分類 第2版)

A	Bを満たす頭痛が2回以上ある
B	少なくとも以下の1項目を満たす前兆があるが、運動麻痺(脱力)は伴わない 1. 陽性徴候(例えばきらきらした光・点・線)および・または陰性徴候(視覚消失)を含む完全可逆性の視覚症状 2. 陽性徴候(チクチク感)および・または陰性徴候(感覚鈍麻)を含む完全可逆性の感覚症状 3. 完全可逆性の失語性言語障害
C	少なくとも以下の2項目を満たす 1. 同名性の視覚症状または片側性の感覚症状(あるいはその両方) 2. 少なくとも1つの前兆は5分以上かけて徐々に進展するかおよび・または異なる複数の前兆が引き続き5分以上かけて進展する 3. それぞれの前兆の持続時間は5分以上60分以内
D	前兆のない片頭痛の診断基準B~Dを満たす頭痛が、前兆の出現中もしくは前兆後60分以内に生じる
E	その他の疾患によらない

「片頭痛」「緊張型頭痛」「群発頭痛」など基礎疾患を伴わない頭痛を、検査上の国際頭痛分類では、1次性頭痛と称してまとめています。いずれも疾患の本態を、検査上の数字や画像で表すことが不可能な疾患です。症状のパターンによってのみ分類が行われているため、プライマリケアにおいても活用できません(表1)。

診断基準では、頭痛発作を5回以上経験していることが求められています。5回未満の時にはどうするのか、というと「片頭痛の疑い」と分類することになっています。

片頭痛というと、拍動性と片側性を金科玉条のごとく認識している医師が多いような気がします。しかし、拍動性は高くとも6~8割程度で、片側性は4~8割と報告されています<sup>2, 3)</sup>。実際、その他の特徴は全て持っていて片頭痛

の診断にふさわしい患者でも、どちらかの特徴を欠いていることは少なくありません。また、拍動性で頭痛が始まっても、発作中に持続性に移行している例もあるようです。要するに、拍動性や片側性の有無だけで片頭痛を除外することは、避けるべきだということです。

拍動性については、尋ね方がとても重要です。「ズキズキしますか」という問いかけでは、必ずしも拍動性を尋ねたことにはなりません。持続性の疼痛であっても「ズキズキ」と自覚していることがあるからです。「虫歯がズキズキする」とか「五十肩がズキズキと疼く」などと訴えることは普通にありますから。このため、拍動性についての尋ね方を工夫する必要があります。「ズッキンズッキンと、脈打つように痛みますか。心臓の鼓動と同じように痛みが拍動しますか」と尋ねるようにしています。

## 光過敏・音過敏

---

頭痛発作時に光や音に対して、普段よりも過度に不快感を感じるようになることです。パソコンやテレビの画面を見つめることが苦痛になり、環境内の音を過度にうるさく感じます。確認のために、「頭痛に伴って、光や音をたたく感じがありますか」と尋ねています。はっきりと自覚していないけれども、無意識に光や音の存在する環境を避けている人もいますので、前の質問に対して陰性であっても、「頭痛の時には、暗くて静かな所で休憩したくありませんか、そのようにしていますか」と追加して尋ねます。

診断基準では、光過敏および音過敏の双方を伴うことで、1項目を満たすように設定されています。これ自体には問題ないのですが、「片頭痛は必ず光・音過敏の両方を経験する」という意味ではありません。光もしくは音刺激のどちらかだけを有している片頭痛患者には、少なからず出会います。片頭痛だけに特有の症状というわけではありませんので、この症状の有無だけで他の1次性頭痛との鑑別ができるわけではありません。

## 日常的な動作による増悪

---

あまり注目されていませんが、これこそが片頭痛の特徴ではないかと思っています。これがあるために片頭痛患者は、日常活動が阻害されるのです。発作中は、横になって休むことを望みます。聞き出すために「階段昇降や歩行だけでも頭痛がひどくなりますか」「じっとしているほうが、ましですか」という尋ね方をしています。診察室で、足踏みや、おじぎをさせることで、頭痛が増悪します。これは、緊張型頭痛の診断基準でも「日常的な動作により増悪しない」と取り上げられているように、緊張型頭痛ではみられないことです。

片頭痛発作の前や発作中には、肩こりや頸部から項部の不快感・疼痛を伴うことがあります。半分か程度の片頭痛患者が訴えます。肩こりや項部痛の存在から、緊張型頭痛の診断に間違っって誘導されてしまうこともあります。片頭痛にもよく伴う症状であることを銘記しておく必要があります。ただし、この症状自体は、片頭痛の診断基準には記されていません。

## 片頭痛を疑うタイミング

---

つらい頭痛のために来院するような患者に対しては、必ず片頭痛の可能性を検討するように心がけています。30歳以下で、頭痛出現のタイミングが、月に数回で、それを繰り返している既往がある場合には、強く疑って症状を聞き取ります。女性の場合には、生理周期前後に頻発している頭痛では、強く疑います。

初発の場合でも、10～20歳代の場合には、片頭痛を優先的に可能性が高いものと想定しています。

## 前兆のある片頭痛

---

片頭痛の20%程度にしか認めませんが、前兆があれば片頭痛の診断を積極的に肯定できます。

典型例では「予兆（片頭痛の60～70%）→前兆→頭痛発作→回復期」という経過を辿ります。予兆とは、頭痛開始の1日前から、抑うつ、疲労感、軽躁状態、食欲亢進、めまい感、思考速度の低下、無力感などが出現することです。前兆とは、頭痛発作開始の1時間以内または頭痛発作時に出現する神経学的症状です。典型的には、視野の一部に「ギザギザ、ピカピカ」したものが、一過性に出没する視覚障害です（註 p.3 表2）。

## 2次性頭痛の鑑別

2次性頭痛とは、頭痛症状を呈する多くの疾患群をまとめて表現している用語です。国際分類では、その基礎疾患を次のように分けています（頭頸部外傷、頭頸部血管障害、非血管性頭蓋内疾患、物質またはその離脱、感染症、ホメオスタシスの障害、頭蓋骨・頸・眼・耳・鼻・副鼻腔・歯・口・顔面に起因、精神疾患）。

片頭痛の診断基準には、「その他の疾患によらない」と明言されているように、2次性頭痛の鑑別除外は片頭痛の診断に欠かせませんが、プライマリ・ケアの診療では、病歴と症状の聞き取りに診察を加える程度の手間をかけることで、このような2次性頭痛の基礎疾患を鑑別除外していることが多いです。うっかり、潜んでいる他の2次性頭痛の基礎疾患を見逃さないようにするためには、特定の徴候に注目する必要があります（表3）。

**表3 2次性頭痛の鑑別のために留意している徴候**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初発の頭痛</li> <li>・ これまでとは異なる頭痛のパターン</li> <li>・ 突然にピークに達した強度の頭痛</li> <li>・ いつもの治療方法で軽快しない</li> <li>・ 発熱・炎症を伴う</li> <li>・ 四肢や顔面の脱力を伴う</li> <li>・ 視覚障害が持続する</li> </ul> |
|--|

2次性頭痛の疾患の中でも、クモ膜下出血、脳炎・髄膜炎、脳腫瘍、側頭動脈炎、緑内障発作は見逃してはいけません。流行時期、髄膜刺激症状、発熱や炎症所見(CBC、血沈)に着目すれば、脳炎・髄膜炎と側頭動脈炎を、簡単に見逃すことはないはずです。緑内障発作も、「目のかすみ」や「眼球部疼痛のないこと」や、「眼球充血」と「瞳孔拡大」に気をつけていれば発見できます。脳腫瘍は、頭蓋内圧亢進症状としての、「咳で増悪」「睡眠中明け方に増悪し起床にて軽減」「神経学的所見異常」に気をつけることで、誤診は減らせます。数日で軽快しない場合には、画像診断を行う猶予があります。

悩ましいのは、クモ膜下出血です。これは絶対に見逃したくありません。数時間で生命・機能予後を失います。瞬間的に突然ピークに達する頭痛か否かの確認は外せません。「瞬間的」の確認には、「何をしている時に痛くなったか」を尋ねることがあるかです。発症の瞬間の動作や景色を克明に記憶しているような場合には、クモ膜下出血の可能性を考えて直ぐにCTを依頼します。片頭痛は瞬間的ではなく、数十分以上かけて増悪します。比較的短時間でピークに達する片頭痛もありますが、初発で強い頭痛を生じている時には、最終的診断が片頭痛だとしても、CTを躊躇せずに行うべきです。片頭痛発作で、話すこともできずにうずくまっている重度の患者を診ました。付き添いの家族からは、いつもの片頭痛発作と同じであるため、検査は不要であり、トリプタンの注射の投与だけを希望されました。しかし、クモ膜下出血が怖ろしくてCTを確認しました。結果は正常で、トリプタン注射1時間後に頭痛は軽快しましたが、CTは妥当だったと思います。

50歳以上の患者では側頭動脈炎の鑑別を要します。頭痛の性状として、側頭動脈周囲の感覚異常のような疼痛(片頭痛よりも疼痛領域が限定されている)を訴えます。側頭動脈の硬結や圧痛は、いわれているほどには、多くないように思います。

頭痛が初発でない場合には、過去の経過が最も有用です。何年にもわたり片

頭痛様の頭痛発作を繰り返しているにも関わらず、頭痛発作以外の症状がない場合には、2次性頭痛ではなく、片頭痛と診療することが妥当です。

## 群発頭痛の鑑別

---

群発頭痛は、その名のとおり頭痛発作が時期的に群発します。頭痛の群発期は、数日～数週間続き、群発期と群発期の間には頭痛を生じない寛解期が、数か月から数年間存在します。頭痛発作時は、片側の眼窩部または側頭部に頭痛が生じます。さらに、同側の結膜充血、流涙、鼻閉、鼻汁、縮瞳、眼瞼下垂など、自律神経症状を伴うという特徴を呈します。このような、分かりやすい特徴を呈するため、典型的な群発頭痛は、片頭痛との鑑別に困りません。群発頭痛は深夜～明け方に生じることが多く、頭痛のため覚醒して救急外来を受診します。「痛みを堪えられずに静かに寝てられない」という群発頭痛の特徴も、「痛みのために休息を求める」片頭痛との違いです。

## 緊張型頭痛の鑑別

---

国際頭痛分類では緊張型頭痛の基準は、「持続が30分～数日」「軽度から中等度の強度」「両側性、非拍動性」「日常的な動作により増悪しない」「悪心・嘔吐を伴わない」「光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ」があげられています。片頭痛とは全く対称的な項目です。

「日常には支障がない程度の軽い痛みで、悪心・嘔吐を伴わずに数時間で軽快する」タイプの頭痛です。救急外来や大病院よりも診療所を訪れることを選ぶ患者が多いような余裕を残している頭痛ともいえます。これらの理由から、「夜間の救急センターに、わざわざ受診するような頭痛患者に、緊張型頭痛はいない」と初期研修医には伝えていきます。

鑑別に有効なのは、「緊張型頭痛かどうか」ではなく、「片頭痛ではない1次性頭痛→おそらく緊張型頭痛」という思考パターンです。片頭痛の項目数によ



る診断精度の調査からも、次のことが提示されています。「片側性の頭痛」「拍動性の頭痛」「悪心・嘔吐の随伴」「日常活動を妨げるほどの頭痛」「頭痛の持続が4～72時間（未治療、もしくは奏功しない）」という片頭痛の5つの特徴のうち、4～5項目が陽性の場合には、片頭痛の可能性が十分に高くなります。3項目でも可能性は高くなります。2項目以下の場合には、「片頭痛の可能性が低い→おそらく緊張性頭痛」と考えることとなります<sup>4)</sup>。

つまり、「4時間以上の嘔気を伴う頭痛のため、仕事や学業を休んでいる」場合には、緊張型頭痛ではなく片頭痛として取り扱うべきです。

前述したように、片側性頭痛が片頭痛の絶対的特徴であるという思い込みにより、片頭痛が過小診断されている傾向があることは、残念なことです。片頭痛における片側性は、絶対的ではないことを認識しておきたいものです。

## 薬物乱用頭痛との鑑別

---

薬物乱用性頭痛との鑑別では、頭痛発作の発症頻度と頭痛発作に対する薬剤の使用の聞き取りが重要です。「月に15日以上頭痛」が生じて「鎮痛剤の常用」を余儀なくされている時には、薬剤乱用による頭痛の可能性が高くなります。元来は片頭痛であっても、適切な薬物治療が実施されないまま、このような病態になってしまっている患者は、少なくありません。この頭痛を生み出さないようにするためには、片頭痛を正しく診断して適切に治療することが必要です。

## 検査の適応

---

「40歳以上で初発の片頭痛」「展開的とは言い難い片頭痛様の頭痛」「2次性頭痛の可能性を示唆する症状・病歴」がある場合には、積極的に画像検査で確認します。「発熱」や「脳炎・髄膜炎を思わせる徴候」を認めれば、採血と腰椎穿刺の適応を考えます。「危険な2次性頭痛の可能性がゼロでない時」には、

積極的に検査を行い、「片頭痛の特徴を満たす頭痛が、長年にわたり繰り返している時」には、検査ではなく治療を優先して行います。このように、メリハリのある検査と治療の使い分けが、片頭痛診療の技量なのです。

## 片頭痛の非薬物治療

---

非薬物治療の第一歩は、「片頭痛が危険なものではない」ということを説明することです。「脳血管が切れる前触れかもしれない」「脳の深刻な病気」などと、心配している方は、沢山いらっしゃいます。不安の解除だけでも、発作頻度の軽減につながることがあります。

誘因、発症パターン、軽快パターン、増悪因子を含めた頭痛日記を患者につけていただくことは、薬物治療の必要性や服用タイミングの予測に有用です。また、不思議なことに、記録をしているだけで、頭痛発作回数的大幅減少につながることがあります。

## 片頭痛の薬物治療

---

片頭痛の薬物治療には、頭痛発作の頓挫薬と発作予防薬に分かれています。片頭痛の頓挫薬と予防薬との関係は、「発作を迅速に落ち着かせる」とこと、「発作が頻発しないように予防する」という点で、喘息やてんかんの薬物治療と似ています。

頭痛を頓挫する薬剤には、アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症剤などの非特異的な鎮痛剤と、片頭痛に特異的なトリプタンがあります。重症の片頭痛に対しては、段階的に前者から後者にスイッチしていくよりも、初めからトリプタンを使用するほうが、早く楽になるため患者に喜ばれます。一方で、トリプタンが万能でないことも事実です。トリプタンの特徴として、1つのトリプタンによる効果や副作用が、別の種類のトリプタンに共通していないことです。1つが無効であっても、別のものを試してみる価値が残っていることを

認識しておいて下さい。

内服するタイミングも重要です。遅れるほど、特に頭痛発現後2時間を過ぎると、治療効果が低下するため、「片頭痛が始まった」と感じたら内服するように指導しています。このタイミングを知らないがために、難治性の頭痛を招いている気の毒な例をよく見聞きします。ただし、冠動脈疾患や一過性脳虚血発作には禁忌なので、中年以降の患者には必ずこれらの病歴を確認しましょう。

内服のエルゴタミンは効果が実感できないため、今や使用していません。有効性も明らかではありません<sup>5)</sup>。

発作予防薬には、内因性交感神経作用のない $\beta$ 遮断薬、抗けいれん薬、三環系抗うつ薬、カルシウム拮抗薬などがあります。発作予防の適応は、日常活動を妨げるような発作が、月に頻繁にある時です。絶対的な基準を知りませんが、月に5回以上の頓挫薬を必要とするような場合に、患者に提案しています。予防薬の目的のひとつは、薬物乱用頭痛にいたることからの回避であることを認識しておいてください。

片頭痛の治療に、「我慢」は禁物ですが、頓挫薬だけを漫然と頻用していることの「見過ごし」も罪であることを医療職は共有している必要があります。

#### 参考文献

- 1) Sakai F, Igarashi H. Prevalence of migraine in Japan : Cephalalgia. 1997 ; 17 : 15-22.
- 2) ID Migrane study. A self-administred screener for migraine in primary care : The ID Migranevalidation study. Neurology 2003 ; 61 : 375-382.
- 3) Takeshima T et al : Headache 2004 ; 44 (1) : 8, & pound.
- 4) Michel P, Dartigues JF, Henry P et al. Validity of the International Headache Society criteria for migraine. Neuroepidemiology 1993 ; 12 : 51-57.
- 5) Oldman AD, Smith LA, Mcquay HJ, et al. Pharmacological treatments for acute migraine : quantitative systematic review. Pain 2002 ; 97 : 247-257.

# パニック障害



(井村 洋)

## 全体像

パニック障害とは、心臓や肺や神経系に明らかな障害がないにもかかわらず、突然の動悸や呼吸困難や前失神感の発作を繰り返すため、発作のない時でも不安にさいなまれるようになり、果ては日常生活の活動にまで悪影響をきたす疾患です。

自覚症状は、循環器(胸痛、動悸)、呼吸器(呼吸困難、過換気、息切れ、窒息感)、神経系(頭痛、めまい感、前失神感)、消化器(喉のつまり感、口渇、上腹部不快)、と多岐にわたります。患者は「内臓の病気」であると信じて、内科を受診します。「**全てのパニック障害患者は、内科を訪れる**」と思ってください。診断名をつけられるまで、自分がパニック障害をきたしていると感じている患者は皆無といっても、過言ではありません。

典型例を示します。

「前ぶれもなく動悸と息切れが起こり始める。数分でピークになり、仕事を中断する。運転中にも生じることがあり、停車して休憩する。両手足のしびれ感や、頭の浮動感も伴うことがある。発作は上手くコントロールできない。発作中は、頭がおかしくなりそうに感じることもある。月に数回生じる。1回の発作は、20～30分以内に自然軽快する。人混みの中に行くと、発作が起こりそうになる。以前に内科受診の経験があるが、診察や検査では異常なく、心配ないといわれた。気にしないように、とアドバイスされたが、気にしなくても発作は起きる。運転中に発作が起きることを恐れて、近所以外では運転できな

い。このため、隣市にある塾への子供の送迎を、親に頼んでいる」

動悸と息切れに隠れたエピソードを尋ねなければ、絶対に気づくことのできない疾患であることが理解できます。私もかつては、多くのパニック発作やパニック障害を見逃していたはずです。

## 頻 度

パニック障害は不安障害の下位概念の一つです。不安障害とパニック障害の関係を理解しやすいように、DSM-IV分類を示します(表1)。

表1 DSM-IV (不安障害, 気分障害, 精神病性障害の一部を抽出して表示)

不安障害	気分障害	精神病性障害
全般性不安障害 パニック障害 恐怖症 外傷性ストレス障害 強迫性障害 社交不安障害 物質誘発性不安障害 一般身体疾患による不安障害	うつ病性障害 双極性障害	統合失調症

注) 不安障害, 気分障害, 精神病障害も含めて, 全部で16障害あるうちの一部。

一般住民を対象とした日本の疫学調査では、何らかの不安障害の生涯有病率は9.2%でした。過去12か月の有病率は5.5%です。その中でパニック障害は、0.8%でした<sup>1)</sup>。

米国の大規模調査では、パニック障害の有病率は4.7%と日本よりも高頻度です。男女比は、女性に多いことが、日本でも米国でも確認されています。年齢は、10歳代から60歳代にまで広がって認めています。

一般住民の0.8%に認めるということは、100人に1人はパニック障害だということになります。救急外来に、動悸、息切れ、呼吸困難、前失神などを主訴に来院し、明らかな器質的異常を認めない患者の大半がパニック発作と考えれば、納得できる調査結果です。

## パニック発作

表2 DSM-IV 診断基準

強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、そのとき、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が突然に発現し、10分以内に頂点に達する。

- ・ 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
- ・ 発汗
- ・ 身震い、または震え
- ・ 息切れ感、または息苦しさ
- ・ 窒息感
- ・ 胸痛、または胸部の不快感
- ・ 嘔気、または腹部不快感
- ・ めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
- ・ 現実感消失（現実でない感じ）、または離人症状（自分自身から離れている）
- ・ コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖
- ・ 死ぬことに対する恐怖
- ・ 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）
- ・ 冷感、または熱感

表2のように、パニック発作は、何の前触れもなく突発的に動悸や呼吸困難などの症状が同時多発的に起こり、その名のとおり「心理的・身体的・認知的な恐慌状態（パニック）」に陥る病態です。認知的とは、「このような症状があるならば自分に大変なことが起こっていると認識してしまう（説明や説得をうけてわかっている、そのような思考が生じてしまう）」ことを、意味します。

患者は、突然このような苦しい症状を感じるため、恐怖を抱えて受診しま

す。救急外来や時間外診療にて、よく遭遇する理由です。患者も家族も知人も、この疾患を知らないがゆえに、「心臓や肺や脳などの重要な臓器に、致命的なことが起きたに違いない」と、怯えていることが常です。

パニック発作の強い症状は、1時間以上も継続することはありません。このため、発作のピークを越えてから来院することがほとんどです。一部の患者では、救急車搬送されることがあります。この場合も、来院後しばらくすれば身体症状は軽快します。身体症状は軽快しても、「心理的なパニック」が続いていることがあります。

## パニック発作とパニック障害

---

用語の混乱を避けるために、パニック発作とパニック障害は異なる概念であることを明記します。パニック発作は、前述の診断基準のとおりです。

パニック障害とは、パニック発作を繰り返しているうちに、発作のない時でも「また起きるではないか」という予期不安が常につきまとい、「大変なことが身体に起きている」という恐れにとらわれ、日常生活の家事や仕事や学業などに悪影響が及んだ状態です。「繰り返すパニック発作」「予期不安」「成因への恐れ」「日常活動への悪影響」がパニック障害の特徴です。

## 身体所見

---

発作時には、興奮や運動時に上昇する程度の、血圧、心拍数の増加を認めますが、数10分の発作が軽快すれば、いずれも正常化します。発作時の呼吸数は増加しており、30回/分を超えていることも珍しくありませんが、これも、発作軽快後は正常化に向かいます。呼吸苦を訴えているときにも、酸素飽和度の低下を認めないことが、循環・呼吸不全をきたす疾患との鑑別に有用です。

[ 編者略歴 ]

**\* 岩田健太郎 Kentaro Iwata**

神戸大学都市安全研究センター感染症リスクコミュニケーション分野

神戸大学医学研究科微生物感染症学講座感染治療学分野

神戸大学医学部附属病院感染症内科

神戸大学医学部附属病院国際診療部

島根県生まれ。島根医科大学(現・島根大学)卒業。沖縄県立中部病院, ニューヨーク市セントルークス・ルーズベルト病院内科, 同市ベスイスラエル・メディカルセンター感染症科, 北京インターナショナル SOS クリニック, 亀田総合病院を経て現職。

## 診断のゲシュタルトとデギュスタシオン

---

2013 年 4 月 20 日 第 1 版 第 1 刷発行

2013 年 5 月 20 日 第 1 版 第 2 刷発行

編 集 岩田健太郎

発行者 市井輝和

発行所 株式会社 金芳堂

〒 606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町 34 番地

振替 01030-1-15605

電話 075-751-1111 (代)

<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>

組 版 スタジオ・エスパス

印 刷 株式会社 サンエムカラー

製 本 株式会社 兼文堂

---

© 岩田健太郎, 2013

落丁・乱丁本は直接弊社へお送りください。お取替えいたします。

Printed in Japan

ISBN978-4-7653-1566-1



<(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。複製される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。