

「プロブレムリスト」ということ：ある CPC の議論に寄せて

栗本 秀彦

(プロブレムは疾患というカテゴリーである)

このプロブレムリストを見ていただこう。

[A]

#1 慢性下痢症→全身性肥胖細胞症

#2 子宮腫瘤→子宮筋腫

#3 鉄欠乏性貧血→鉄欠乏性貧血(#2)

#2・#3 はそれぞれ別個の疾患カテゴリーである。そしてそれぞれにおいて、手に取ってみる→の両辺は名前は変わったが同じものである。両辺は=である。命名集合として考えると、左辺の中に右辺が含まれているということだ。#2 と #3 の関係は成り立ちの因果関係（#2）として示されている。子宮にある腫瘤は癌でも血腫でもなく筋腫であって、その合併症として鉄欠乏性貧血がある。すっきり理解できる。

戻って #1 を見よう。左辺と右辺は=だろうか？ 右辺は左辺に含まれているだろうか？ 慢性下痢症と名づけられるべき病気の集合に全身性肥胖細胞症がすんなり収まっているだろうか？ 否である。あえて、あくまで敢えて両辺を→で結ぶことが出来るのは左辺が右辺の部分症であり、しかも左辺が一個の病気として取り上げるほどの大きさではないときで、その場合左辺は右辺に包含されよう。このプロブレムリスト[A]は、左辺は右辺の部分症であって別疾患ではないと言い切っている。“下痢症として始めて姿を現して、その姿をそのままに曝し続けた疾患は全身性肥胖細胞症であり、下痢症は小さな部分症に過ぎなくて別疾患ではなかった。つまりは全身性肥胖細胞症は本態を隠し続けて小さな部分症だけを見せつづけていた”と言っているのだ。

この患者においてそれは医学的に正しいか？ この慢性下痢症はなんと 15 年も前から断続してつづいたが吸収障害は皆無で体重も減らなかった。未消化のままの食物も排便した。全身性肥胖細胞症の部分症の下痢として何の矛盾もないのか？ しかも極めて重要なことに、最初のプロブレムが慢性下痢症である。全身性肥胖細胞症は皮疹でも血液異常でもなく下痢症として世に登場した、ということである。そして 15 年間もそのままの衣装でこの世にあった。正しいか？

(プロブレムは集合の名称である)

慢性下痢症という、一つの疾患カテゴリーを考えよう。この集合を考える。すなわち、慢性下痢症と呼称して差し支えない、さらに言えばそうと名づけねばならない、個々の患者の病気をカムチャッカからケープタウンまで駆け回って全て集めてこよう。その中に全身性肥満細胞症はあるのか？ たいへん大事な注意であるが、肥満細胞症の患者がいま下痢していることではない。子宮筋腫という疾患は子宮腫瘍という疾患でもあった。そこで全身性肥満細胞症という疾患は慢性下痢症という疾患でもあるのか。そうであり得るならばカムチャッカからケープタウンのどこかで見つかる。あり得なければ無い。子宮筋腫という疾患は子宮腫瘍という疾患であるので、子宮腫瘍の中に子宮筋腫が名古屋市中区だけでいくらかでも見つかる。ここは混同しないで観念的に明晰に区別しなければならない。わかりやすい極端な例を示そう。発熱→低体温症・慢性関節炎→脳梗塞・鉄欠乏性貧血→十二指腸潰瘍。両辺は≠ではない。左辺の名札の箱に右辺の疾患は決して入ってはいない。探せば必ず入っている例を引けば、発熱→粟粒結核・慢性関節炎→関節リウマチ。こうして並べると、今お話している疾患カテゴリーの意味がわかりやすいだろう。

プロブレムはひとつひとつ病気に対応している。認知と命名は、その名のカテゴリーの病気だと言っていることだ。単に症状や異常所見を数え上げているのとわけが違う。このところの認識を踏み外さないで病気を発見し診断し治療に踏み込むのである。

(これが正しいプロブレムリストである)

いまいちど、この患者のプロブレムリストに戻ろう。#1を見れば患者の病気が正しく捉えられていないことが分かる。どうしてこのようにしか患者を捉えられなかったかを考察する前に、正しいプロブレムリストを示しておこう。

[B]

- #1 慢性下痢症
- #2 全身性色素斑症→色素性蕁麻疹→(移行)全身性肥満細胞症
- #3 鉄欠乏性貧血
- #4 全身性骨硬化症→全身性骨硬化症(#2)
- #5 小腸壁肥厚症→小腸壁肥厚症(#2)

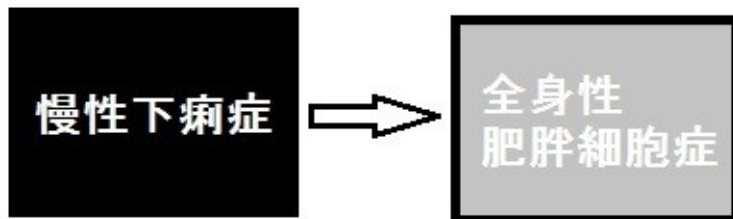
ここには#1～#5までの5個の疾患カテゴリーの病気がある、とプロブレムリストは示している。下痢と骨硬化はどう見てもカテゴリーが違うだろう。それぞれ別の疾患カテゴリーだから、別のプロブレムでなければならない。ことの裏返して、それぞれを1個の病気として認めるなら別の疾患と捉えねばならない。したがって、このようなプロブレム

リストになる。

さて、[A]の#1にもどろう。ここでは患者の病気が[B]のようには見えてない。図1で比べると両者の違いが分かりやすいだろう。[A]では慢性下痢症がそっくり全身性肥胖細胞症になってしまって、[B]が異なる疾患カテゴリーとして示した骨硬化症や小腸壁肥厚症は認識もされていない。どこかに行ってしまっている。

図1

[A] プロブレムリスト



[B] プロブレムリスト



(正しく患者を認識する分析方法)

[A]の成り立ち、つまり、こうなった思考プロセスを吟味する前に、[B]の成り立ちを説明しておこう。手にしていたのは基礎資料にある情報だ。自分が主治医なら自分で基礎資料を収集しただろう。ここで次の事を考える。患者にはいくつの病気があるのか | 基礎資料の情報（過去から現在に至る症状や所見）は複数の病気で雑然混然混沌としているが、それをひとつひとつの病気に分け試してみる | 病歴・過去の資料・身体所見・検査所見から選んで分けした一塊の情報群が一つの病気なので、それらに病名をつける。

なかなか難しそうに見えるが、これに応えるに必要なことは、

- 1) 疾患カテゴリーということが分かっている
- 2) そのカテゴリーを集合として、その中を隈なく正しく分類できる知識を持っている
- 3) 症状・所見を病態生理学的に理解している
- 4) 疾患の一般的知識を持っている

この力を元に、

- 5) 雑然混然混沌とした基礎資料の情報を病態生理学的に分析できる
- 6) 情報を疾患カテゴリーで分けして、まとまりある情報群に整理できる
- 7) そのまとまりの本態を病態生理学的に洞察できる
- 8) そのまとまりに病気として表現する名を発見できる

この作業で、鉄欠乏性貧血を除いては4個の疾患群を結論できた。慢性下痢症は15年前に始まって横這いに持続、未消化便も排便するが吸収障害は全くなく、transit timeが速すぎるdisease of motilityと考えるのが妥当で真っ先にirritable colon syndromeが鑑別に上がるが患者の人格や感情生活は病歴では未検討で、これより先の病名深化はできない。小腸壁の肥厚は長さ〇cmにもおよび全周性にある。便通は普段どおりなので今のところ通過障害はない、つまりこの部はadynamic segmentではなく蠕動は保たれている。つまり筋層は機能的にも器質的にも障害されていない。この長さであっても未検査のFOBが陰性だったなら、当該部の小腸粘膜には充鬱血も出血もないということだ。ところが症状や血液検査ではsubacute active inflammationの徴候が歴然としている。3,4週前からの活動炎症徴候に適応する他の病気（プロブレム）はないから、これは小腸壁肥厚疾患が3,4週前から急に起こっているとするのが自然である。これだけを捉えるなら各種の亜急性小腸炎（感染性・免疫性）を考慮せねばならない。そういう疾患ならFOB陽性だろう。ついぞ陰性なら、陽性でもかまわないが、浮腫や腫瘍が壁肥厚の本態として登場してくる。こうして詰めてゆくと壁の組織学的病変をある程度推察できる。〇cmの長さで全周性に肥厚しているが蠕動は正常で便への出血もなければ、3,4週前活動炎症徴候を発信しはじめた小腸には、粘膜下層に何かが起こっているのだ。その上にリンパ腺まで腫れて脾腫さえある。このリンパ腺が15年前からあるわけではない。

圧倒的に眼を引くのは皮疹である（コトバの記述では写真の印象的な際立ちを表せてない）。15年間もあり続けているとは。明らかに一つの疾患カテゴリーと認識せねばならない。すなわちプロブレムである。こうして[B]は出来上がった。

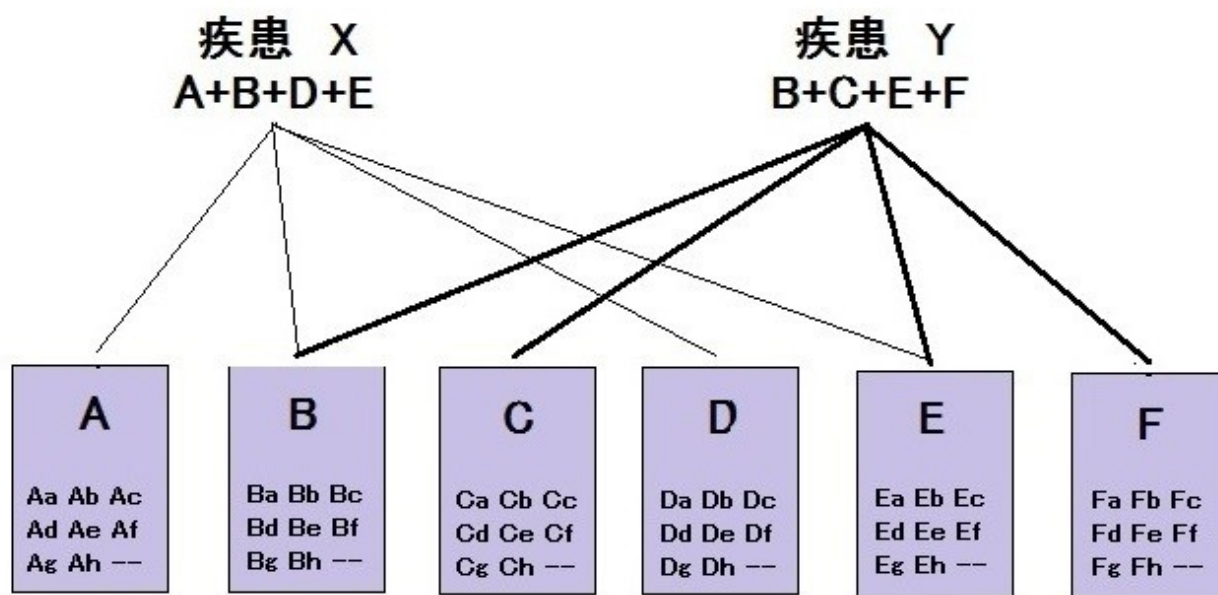
（結論ありきの当てはめ診断）

いっぽう[A]はどうやって出来上がったのだろうか？ [A]には、慢性下痢症が全身性肥満細胞症に変わった筋道は何も表れられてはいない。突然魔法にかかったように名が変わっている。慢性下痢症という疾患が15年後に急に悪化した。その長年の下痢は分泌性だ、と言う。どうして同じ疾患の増悪と言えるのか？ 慢性下痢症は15年続き、別の疾患が急に始まったということはないか？ また、未消化便は分泌性下痢ではなかろう。

ある種独特な皮疹から色素性蕁麻疹が頭に浮かんで、そう言えばこの疾患にかかわって下痢もすると知識を引き寄せた。15 年も不変存在だった皮疹はプロブレムとも認識されないまま色素性蕁麻疹と結論もせずに、あれもありこれもある事項を集めた当てはめ診断として全身性肥胖細胞症という気がした。プロブレムであるとの認識なく、したがってその集合の中で患者の現実を分析考察せずに、よって結論の根拠も筋道も示すことが出来ないまま、キーワード寄せ集めの結論が先行した。つまり、 $A+B+C+D=$ 疾患 X という当てはめ診断知識である。そしてその結論を先に立てて患者の症状や所見どころか個々の病気を解釈し始めた。この疾患では分泌性下痢が起こる。この患者にも下痢がある。だから肥胖細胞症でいい。文献を調べると骨硬化も起こる。この患者にも骨硬化がある。だから肥胖細胞症でいい。みな肥胖細胞症でいい。それが[A]のリストとして表現されている。分泌性下痢なら未消化便などにはならない。現実にあったのは肥胖細胞症と無縁の下痢である。昨今急に起こってきた小腸病変という現実、もしかしたらこの先イレウスになるかもしれない、はきれいに無視されてしまった。

疾患 X には A,B,C がある。ここに A,B,C がある。よって、これは疾患 X である。逆は必ずしも真ならずを無視した思考論法である。その上に、ここでは A,B,C は単純なキーワードである。集合 A には A であるゴマンと異なる事態がある。この患者の A はその中の Aa であって Ab、Ac、Ad、・・・ではない。疾患 X の A は Aa ではなくて Ab であるとき、患者の現実の A が Aa であれば、疾患 X の結論は成り立たない。疾患 X では A,B,C がある。

図2 キーワード症候当てはめ診断



患者のキーワードリスト

疾患 Y にも A,B,C があるのだ。ところが疾患 X では Aa,Ba,Ca であり、疾患 Y では Ab,Bb,Cb であって、二つの現実是不一样的。患者の現実を分析解釈しない単純キーワードの寄せ集めの間違いは、こうして明白だろう。念のために例を引けば、血小板減少症の消化管出血では、競争中に突発してショックとなった消化管出血は不可能である。だがキーワードは消化管出血として同じなのだ。複数の疾患が並存している患者では、症候で溢れて一個の疾患に当てはめようにも上手く行かず、途方にくれて投げ出すことになる。

事のついでに図 3 を見ていただこう。内科学会 CPC の同じ症例の 2 人[C][D]のプロブレムリストである。2 人にプロブレムとプロブレムリストの自分の用いた定義を訊ねても何も言えないだろう。ゴール枠もネットもなく、ゴールという得点規則も定めず、グラウンドの中外も分からずにただ喋り散らかしている。

図3

第9回東海支部教育セミナー 日内会誌 2010; 99: 1949-1958

[C] プロブレムリスト

- # 1 低酸素血症 (び慢性すりガラス状陰影)
- # 2 肺胞出血
- # 3 両側胸水貯留
- # 4 発熱
- # 5 心雑音
- # 6 白血球増加 (リンパ球減少)
- # 7 貧血
- # 8 血小板減少
- # 9 低補体血症
- # 10 蛋白尿
- # 11 凝固異常
- # 12 肝機能障害

[D] プロブレムリスト

Positive findings

- # 1 無症候性先天性心臓弁膜症の既往
 - # 2 全身倦怠感・咳嗽
 - # 3 肩・首回りの主たるさ
 - # 4 発熱
 - # 5 血痰
 - # 6 両側肺下肺野にcoarse crackles
 - # 7 心雑音; at 2RSB:pandistolic murmur,Ⅲ/Ⅵ. at apex;pansystolic murmur,Ⅲ/Ⅵ
 - # 8 WBC13900/μl(band 12%, seg 75%), CRP 5.31mg/dl
 - # 9 Hb7.3g/dl, MCV83.5fl
 - # 10 Plt1.1万/μl
 - # 11 LDH277 IU/L, AST47 IU/L, ALT12 IU/L
 - # 12 TP5.6g/dl,Alb2.4g/dl
 - # 13 FDP7.3μg/ml,D-D5.9μg/ml
 - # 14 CH50 29.2U/ml
 - # 15 BGA:pH7.540,PaCO2 27.4Torr,PaO2 65.7Torr,HCO3- 23.4mmol/l,BE1.4mmol/l
 - # 16 BALF;ヘモジタリン貪食像、好中球優位の細胞数増加
 - # 17 画像上;肺鬱血,心拡大,右側中葉浸潤影,脾腫
- (以下略)

(目の前にある現実をつぶさに見よ)

このような当てはめ診断は、悲しいかなたいへん多い。当てはめ診断結論は検証も出来ない。目の前にある現実の記述と分析を示せ、と言ってもそれが無い。信じるか信じないかになってしまう。つまり科学ではない。眼の前に現実にあるものを手に取ってつぶさに観察し分析解釈して、それから何かを結論するという思考作業の基本を身に着けねばならない。現実から遊離してはならない。犯罪捜査と同じことである。犯罪現場を徹底して観察する。そして犯罪の種類と方法を結論して、その後で犯人像を推論する。現場を見も

しないで、見ても観察分析解釈もしないで、印象から当て推量した人物を持ち出してあれもあるこれもあるとあげつらって犯人扱いしてはならない。ホームズ氏やコロンボ氏が他の刑事と違うところである。

臨床家は科学者である。たまたま、この患者は疾患Xだ、が正しいこともあるだろう。しかし、よく考えてもらいたい。そう言っているだけでは、この患者に起こっている事態を理解したことにはならない。日常に、一昨日、昨日、今日、プロブレムを発見認知して悪しき事態のメカニズムを逐次認識しなければ、主治医の医師責任を果たすことが出来ない。