

各科スペシャリストが伝授

# 内科医が 知っておくべき 疾患102

総編集 ■ 宮地良樹 京都大学名誉教授

中山書店

# 序文

Common disease が多い皮膚科領域では、水虫・ニキビ・帯状疱疹など、皮膚科医よりも一般内科医（ジェネラリスト）の先生方が診断も初期治療もされている事例が多いと思われます。その際に、最近の治療のトレンドなど、もし身近に親しい専門医がいたら「こんなことを聞いてみたい」と思う疑問が数多くあるのではないのでしょうか。医師会の講演会に行っても、どうしてもスペシャリストの先端的な話が多く、「日常的に遭遇する卑近な疾患の診療のコツ」をなかなか伝授していただけないというのが本音でしょう。逆に専門医の立場からも「最初にこの検査をしておいてほしかった」「いやあ、この治療はまずいよね」といった不満もあると思います。私も他科の境界領域の診療では、同じミスを犯している懸念もあります。

個人的な話で恐縮ですが、数年前に激しいめまいで1日だけ入院したことがあります。結果的には「良性発作性頭位めまい症」と診断されましたが、「小脳梗塞だったらどうしよう」という不安や「そんな病名、学生時代に習ったかなあ」と不勉強を恥じることしきりでした。こんなとき、コンパクトな「めまい」の知識をスペシャリストがわかりやすく教えてくださいましたら、どれだけ救われるかわかりません。身内の腰痛で相談を受けたり、内科疾患で通院している患者さんに「肉眼的血尿が出たんですけど」などと言われたりしたら、ジェネラリストとしてまず何をし、どの段階でスペシャリストに紹介すべきか、という明確な指針があると日常診療にすぐに役立つと思ったのが、今回の企画のきっかけでした。

本書はそんなジェネラリストのために、境界領域のスペシャリストがプライマリ・ケア102疾患を厳選して、とっておきの最新情報を2ページにまとめたものです。冒頭のエッセンスのあとに、ジェネラリストにとって必須の知識・専門医への紹介のタイミング・初期治療ですべきではないことなど、診療の実際を簡潔にまとめていただきました。最後に「スペシャリストからのとっておきのメッセージ」と「ジェネラリストに読んでほしい参考書」を挙げていただきましたので、興味が湧けばさらに深く学ぶことも可能です。

これまでジェネラリストがジェネラリスト向けに書いた本はありますが、スペシャリストが書いた本はおそらく本邦初かと思います。私も内容に惹き込まれて思わず校正紙を一気に読了してしまうほどでしたので、ジェネラリストの先生方が「この本を傍らに置いておけば安心」というワクワクする本になったと自負しています。是非、先生方の実践的な日常診療のお役に立てば幸いです。

2020年3月

総編集 宮地良樹

京都大学名誉教授

# もくじ

序文	iii
----	-----

## 眼科

辻川明孝 編

ドライアイ	上田奈央子	2
充血	松崎祥子	4
眼痛	上田奈央子	6
視力障害	木戸 愛	8
視野障害	沼 尚吾	10
複視	中野絵梨	12
眼球突出	藤本雅大	14
眼外傷	亀田隆範	16
急性緑内障発作	須田謙史	18

## 皮膚科

宮地良樹 編

ドライスキン	宮地良樹	20
アトピー性皮膚炎	本田哲也	22
蕁麻疹	森田栄伸	24
帯状疱疹	渡辺大輔	26
かゆみ	加藤則人	28
熱傷	金子 栄	30
男性型脱毛症	乾 重樹	32
爪白癬	常深祐一郎	34
にきび (尋常性痤瘡)	林 伸和	36
疥癬	和田康夫	38
シラミ症 アタマジラミ・ケジラミ・コロモジラミ	山口さやか	40
褥瘡	安部正敏	42
手足症候群	末木博彦	44

とびひ	山崎 修	46
水いぼ	馬場直子	48
梅毒	松尾光馬	50
粉瘤	門野岳史	52
陥入爪	齋藤昌孝	54
下肢静脈瘤／血栓性静脈炎	谷岡末樹	56

耳鼻咽喉科

大森孝一 編

花粉症	樋渡 直	58
副鼻腔炎	山下 勝	60
嗄声	岸本 曜	62
顔面神経麻痺	岡野高之	64
めまい	西村幸司	66
難聴	山本典生	68
耳鳴	小島 憲	70
鼻出血	坂本達則	72
いびき	森田武志	74
味覚障害	山田光一郎	76
嚥下障害	末廣 篤	78
三叉神経痛	河合良隆	80
甲状腺腫瘍	北村守正	82
頸部腫瘍	菊地正弘	84
呼吸苦	藤村真太郎	86

泌尿器科

小川 修, 後藤崇之 編

肉眼的血尿	後藤崇之, 小川 修	88
膀胱炎	後藤崇之, 小川 修	90
前立腺肥大症	後藤崇之, 小川 修	92
過活動膀胱 (OAB)	後藤崇之, 小川 修	94
PSA 高値	後藤崇之, 小川 修	96

## 小児科

大嶋勇成 編

麻疹	大嶋勇成	98
風疹	大嶋勇成	100
突発性発疹	大嶋勇成	102
手足口病	大嶋勇成	104
水痘	大嶋勇成	106
児童虐待	川谷正男	108
夜尿症	羽田敦子	110
不登校	川谷正男	112
熱性けいれん	川谷正男	114
小児の慢性便秘	高野智子	116
クループ症候群	大嶋勇成	118
低身長	畑 郁江	120

## 精神科

村井俊哉 編

うつ	川島啓嗣	122
せん妄	林 晶子	124
不眠	和田 央	126
不安症	挾間雅章	128
身体症状症	高木賢一	130
依存症（特にアルコール）	鶴身孝介	132
軽度認知障害	田近亜蘭	134
自閉スペクトラム症	上月 遥, 村井俊哉	136

## 婦人科

小西郁生 編

不正出血（不正性器出血）	濱西潤三	138
帯下（おりもの）・かゆみ	北村幸子, 近藤英治	140
月経異常	谷 洋彦	142
下腹部痛	千草義継	144

更年期障害	江川美保	146
不妊	堀江昭史	148

## 乳腺外科

戸井雅和, 川島雅央 編

乳房腫瘍	川島雅央, 戸井雅和	150
乳房痛・胸痛	川島雅央, 戸井雅和	152
乳頭分泌	川島雅央, 戸井雅和	154
乳腺炎	川島雅央, 戸井雅和	156
腋窩腫瘍	川島雅央, 戸井雅和	158

## 整形外科

松田秀一 編

ロコモティブシンドローム, フレイル	青山朋樹	160
腰痛	藤林俊介	162
膝関節痛	松田秀一	164
五十肩	新井隆三	166
ヘバーデン結節	池口良輔	168
外反母趾	伊藤 宣	170
多関節痛	村田浩一	172
四肢のしびれ	大槻文悟	174
こむら返り	中村伸一郎	176
肉離れ	栗山新一	178
ガングリオン	坂本昭夫	180

## 形成外科

鈴木茂彦 編

キズのプライマリ・ケア	藤高淳平	182
顔面外傷	津下 到	184
眼瞼下垂症	綾 梨乃	186
リンパ浮腫	吉川勝宇	188



岸本裕充 編

口腔衛生の不良	岸本裕充	190
歯周病・歯肉出血	高岡一樹	192
口臭	岸本裕充	194
歯痛	高岡一樹	196
う蝕（むし歯）	高岡一樹	198
口腔内炎	野口一馬	200
口腔乾燥症	野口一馬	202
舌痛症	野口一馬	204
文献		206
索引		209

## エッセンス

- ◆視力には裸眼視力と矯正視力があり、裸眼視力低下は屈折異常だけでも起こるが、矯正視力低下は何らかの眼疾患の存在を疑う
- ◆患者が急性や亜急性の経過での視力低下を訴えた場合、重大な眼疾患の可能性を疑い、速やかに眼科の受診を促すことが重要

## ジェネラリストにとって必須の知識

- 裸眼で測った視力を「裸眼視力」、眼鏡やコンタクトレンズを使用して測った最高視力を「矯正視力」と呼ぶ。患者が「視力が悪い」と表現するとき、この裸眼視力と矯正視力がしばしば混同されているが、眼科的にこの2つの持つ意味は大きく異なる。
- 裸眼視力を下げる最多の原因は「屈折異常」である。
- 眼に入った光は、角膜や水晶体の持つ屈折力で曲げられ、網膜付近に収束する。ちょうど網膜上に焦点がある状態を**正視**という (図1)。「正視」では自然な状態で網膜上にピントが合っているので、裸眼視力は良好で、眼鏡やコンタクトでの矯正は不要である。
- これ以外の焦点が網膜上にない状態を総じて**屈折異常**と呼ぶ。その中でも、網膜よりも手前に焦点があるものを**近視**、網膜よりも遠くに焦点があるものを**遠視**という。
- 乱視**は屈折力が同一眼で不均等になっている状態で、角膜や水晶体の形状により生じるものが多く、近視や遠視とは独立して存在する。
- これらの**屈折異常**は、基本的には **(近視 or 遠視) + 乱視** で表現される (図2)。
- 屈折異常が強いほど裸眼視力は低下するが、適切な眼鏡やコンタクトレンズの使用、屈折

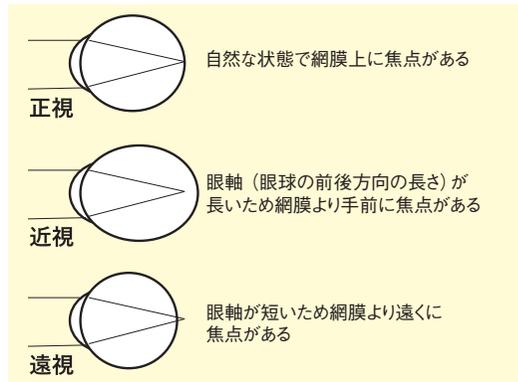


図1 正視、近視、遠視

$$RV = 0.4 \left( 1.0 \times S - 0.5D = \text{Cyl} -0.75D \text{ Ax } 180^\circ \right)$$

裸眼視力      矯正視力      球面度数      乱視度数とその軸  
(Dはジオプターという単位      (必ず-表記)  
遠視なら+ 近視なら-)

$$LV = 0.1 \left( 0.5 \times S - 2.0D = \text{Cyl} -1.25D \text{ Ax } 180^\circ \right)$$

矯正視力が下がっている場合、眼疾患の可能性あり!

図2 視力のカルテ表記の読み方

矯正手術により矯正できる。屈折異常しかない場合、基本的には矯正視力は良好である。

- それに反し、矯正視力の低下は何らかの眼疾患が存在することを意味する。それ故、眼科的には矯正視力の低下のことを視力障害と表現するのが一般的である。

## 視力障害の実際：緊急性のある重大な眼疾患

- 網膜中心動脈閉塞症**：血栓あるいは塞栓により網膜を栄養する動脈が閉塞し、突然片眼が見えなくなる疾患である。発症した際には再灌流を期待して眼圧下降療法、眼球マッサージなどが行われることがあるが、現在のところ有効な治療法は確立しておらず、視力予後は非常に不良な疾患である。頸動脈の狭窄や血栓塞栓因子が背景にあることが多く、一過性脳虚血発作（TIA：Transient ischemic attack）に準じて即日中に精査・加療が必要である。

- 網膜剥離**：栄養する脈絡膜側から網膜が剥離してしまう疾患で、様々な要因があるが網膜に穴が生じそこから剥離が広がる裂孔原性網膜剥離の頻度が高い。視力に左右する黄斑部網膜まで剥離すると視力障害となるが、剥離が周辺部網膜のみの場合は視野欠損として自覚する。速やかに手術加療をしないと失明に至るため、網膜剥離を疑った場合は準緊急で眼科の受診を勧める。

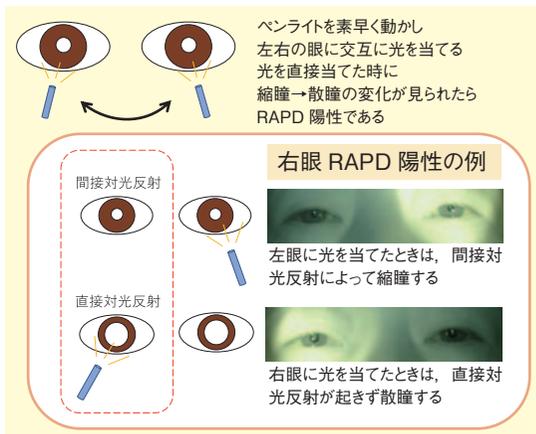


図3 RAPDの診察方法

- 視神経炎**：脳神経の1つである視神経の炎症で、視力障害の原因となる。視神経炎の症状は比較的多彩で、片眼発症のこともあれば両眼発症のこともある。視力障害以外の症状としては、視野欠損、眼球運動痛などが挙げられる。視神経炎では病眼の相対的瞳孔求心路障害（RAPD：Relative afferent pupillary defect）が陽性になることが多く（図3）、ペンライト1つでとれる診察所見であるので、視神経炎を疑った場合にはぜひトライする価値がある。
- また、**眼外傷**や**急性緑内障発作**でも視力障害を呈することがあるが、詳細については該当項を参照（☞ p. 16, 18）。
- 紹介した重大な眼疾患は、いずれも急性もしくは亜急性の経過で視力障害が起きるものである。それに対して屈折異常は、急に起こるということはほとんどなく、慢性の経過である。
- 眼科へ急ぎで相談すべきかどうかについては、患者の訴える「見えにくい」が、**急に起きたものか、ゆっくり進んできているものか**で、判断することをオススメする。

### スペシャリストからのとっておきメッセージ

急性や亜急性の経過での視力低下には重大な眼疾患が潜んでいるので、速やかに眼科へ相談！

# 带状疱疹

渡辺大輔（愛知医科大学）

## エッセンス

- ◆ 带状疱疹は水痘・带状疱疹ウイルスの再活性化によって発症する
- ◆ 早期診断，早期治療が鉄則
- ◆ 合併症（特に痛み）の管理も重要
- ◆ 予防のためのワクチンが存在する

## ジェネラリストにとって必須の知識

- 带状疱疹は水痘感染後，知覚神経後根神経節や三叉神経節に潜伏感染していた水痘・带状疱疹ウイルス（VZV：Varicella zoster virus）の再活性化により発症し，**50歳以上になると発症率が上昇する**。
- 带状疱疹の発症には，加齢や免疫力低下に伴うVZV特異的細胞性免疫の低下が関与している。
- 带状疱疹は神経炎を伴う皮膚疾患であり，痛みがつきものである。
- 頭頸部発症例やウイルス血症を来した例では，合併症を引き起こす可能性がある（**上表1**）。
- **早期診断し，抗ヘルペスウイルス薬による治療を開始することが，重症化の阻止や痛みの軽減に有効である**。
- 带状疱疹発症予防に，50歳以上の人に対する水痘生ワクチン，带状疱疹サブユニットワクチン（シングリックス<sup>®</sup>）の接種が可能である。

表1 带状疱疹の合併症

中枢神経系	脳髄膜炎	眼科系	眼瞼潰瘍
	脊髄炎		角膜炎，結膜炎，ぶどう膜炎
末梢神経系	運動神経麻痺		視神経炎
	带状疱疹後神経痛		網膜壊死
血管系	脳血管障害		二次性緑内障
内臓系	肺炎	耳鼻科系	耳鳴
	肝炎		目眩
	食道炎		顔面神経麻痺
	心筋炎		

## 带状疱疹診療の実際

- 体の片側の痛みを伴う小水疱の集簇があれば，臨床的に带状疱疹を疑う（**右写真**）。
- 臨床診断が難しい場合，免疫クロマト法による水疱内の



带状疱疹の臨床像（背部）

VZV 抗原検出キットであるデルマクイック<sup>®</sup>を用いると良い。

● 診断後、速やかに抗ヘルペスウイルス薬による全身治療（内服，点滴）を重症度に応じて開始する（右図）。

● 抗ヘルペスウイルス薬には、核酸アナログ製剤とヘリカーゼ・プライマーゼ阻害薬が存在する。

● 核酸アナログ製剤は腎機能による適切な減量が必要である（右表 2）。

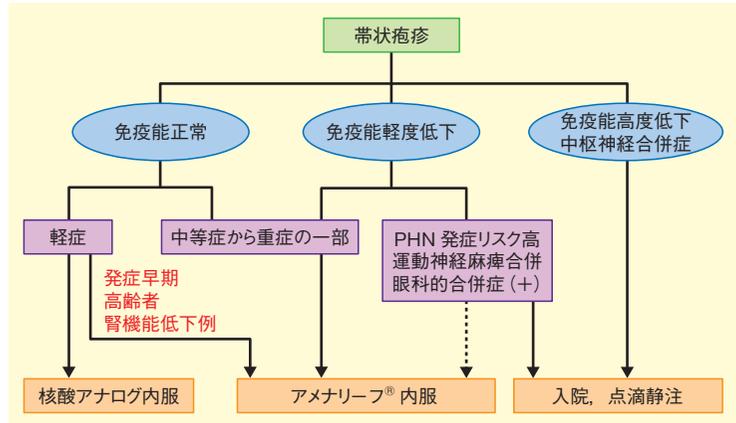
● ヘリカーゼ・プライマーゼ阻害薬であるアメナリーフ<sup>®</sup>は、1日1回投与であること、また腎機能による減量の必要がないことから、高齢者で使いやすい。

● 抗ヘルペスウイルス薬を全身投与していれば、外用剤はワセリンでよい。

● 高齢者に多く発症するため、急性期の疼痛管理はアセトアミノフェン（カロナール<sup>®</sup>）2,000～3,000 mg/日の使用が望ましい。

● 急性期で眠れないほどの痛みがある場合、速やかにペインクリニックに紹介し、神経ブロックなどの治療を行う。

● シングリックスは免疫抑制剤や抗がん剤使用中の患者にも接種可能である。



抗ヘルペスウイルス薬の使い分け

表 2 腎機能障害带状疱疹患者における抗ヘルペスウイルス薬の用量<sup>1)</sup>より引用, 改変

	CCr (mL/min)	薬量	
		錠剤	注射用
アシクロビル	25～50	1回 800 mg を 1日 5回	12時間ごと 5 mg/kg
	10～25	1回 800 mg を 1日 3回	24時間ごと 5 mg/kg
	<10	1回 800 mg を 1日 2回	24時間ごと 2.5 mg/kg
バラシクロビル錠	≥50	8時間ごと 1,000 mg	
	30～49	12時間ごと 1,000 mg	
	10～29	24時間ごと 1,000 mg	
	<10	24時間ごと 500 mg <sup>*1</sup>	
ファムシクロビル錠	≥60	1回 500 mg を 1日 3回	
	40～59	1回 500 mg を 1日 2回	
	20～39	1回 500 mg を 1日 1回	
	<20	1回 250 mg を 1日 1回 <sup>*2</sup>	
ピダラビン	<10	使用量を 75% に減量 (透析患者は透析後)	
アメナメビル錠	減量の設定なし <sup>*3</sup>		

※ 1 血液透析患者では 24 時間ごと 250 mg（血液透析日は透析後に投与）

※ 2 血液透析患者には 250 mg を透析直後に投与する。なお次回透析前に追加投与は行わない

※ 3 アメナメビル…透析を必要とする腎障害患者における安全性は不明である

**スペシャリストからのとっておきメッセージ**

带状疱疹は早期診断，治療が鉄則！ 今後はワクチンによる予防も重要になってきます。

ジェネラリストに読んでほしい参考書

1) 白濱茂穂，渡辺大輔編. 目からウロコのヘルペス診療ハンドブック，東京：南江堂，2017



立ち上がりテスト

両脚立ち上がりの場合



片脚立ち上がりの場合



膝は軽く曲げてもOK

立ち上がって3秒間保持

ロコモ度Ⅰ

以下の3項目のうち1つでも該当する場合  
 ・立ち上がりテストで片側の脚で40cmの高さから立つことができない  
 ・2ステップテストの値が1.3未満  
 ・ロコモ25の点数が7点以上

ロコモ度Ⅱ

以下の3項目のうち1つでも該当する場合  
 ・立ち上がりテストで両脚で20cmの高さから立つことができない  
 ・2ステップテストの値が1.1未満  
 ・ロコモ25の点数が16点以上

2ステップテスト



開始

大腿で

最大2歩幅(2ステップの長さ)

終了

2ステップテスト算出法

=最大2歩幅の値を身長で割る  
 例)

180cm(2歩幅)÷160cm(身長)  
 =1.125

図3 ロコモテスト

イル，フレイル，介護状態の段階があり，予防的介入や治療により可逆性を有している（図2）。

- **フレイルの予防**：身体的フレイルに対しては，その主要因になっているサルコペニアに対する有酸素運動やレジスタンス運動などの**運動介入**と，タンパク質，ビタミン，アミノ酸などの**栄養介入**を行い<sup>[60]</sup>，精神神経的，社会的フレイルに対しては**社会参加活動促進**などが行われている。

ジェネラリストにとって必須の知識〈ロコモ〉

- ロコモは，骨，関節，筋肉などの運動器の障害（図2）によって，筋力，バランス能力，歩行能力の低下や痛みによって，「立つ」「歩く」などの移動機能が低下した状態を指す<sup>[61]</sup>。
- 関節疾患，骨折・転倒，脊髄損傷など運動機能の低下による介護状態の要因を引き起こす<sup>[61]</sup>（図1）。
- ロコモの診断においては立ち上がり動作と最大の歩幅に着目して，**立ち上がりテスト**と**2ステップテスト**（図3）および25項目の質問から構成される**ロコモ25**が用いられる。その結果，ロコモ度Ⅰと判定されれば運動を習慣づける必要があり，ロコモ度Ⅱでは整形外科の受診が勧められる。
- **ロコモの対策**：開眼片足立ち，スクワットなどの**運動介入**<sup>[61]</sup>やカルシウム，ビタミンDなどの**栄養介入**が効果があり，地域で行うこれらの予防活動も効果がある。

スペシャリストからのとっておきメッセージ

ロコモ，フレイルは介護状態に至る要因を早期に発見し，早期に対策することで改善が可能です。まずは対象者の自覚を促すために，スクリーニングや啓発活動から始めましょう！

ジェネラリストに読んでほしい参考書

- 1) 葛谷雅文ほか編. フレイルとロコモの基本戦略. 東京：先端医学社；2019.