

問診のすすめ

小生が所属する命門会では夏に「鍼灸学生のための中医学講座」を開催する。毎年五十人近くの学生が参加し、のべ二百人以上の学生と縁をもつことができた。その縁もあって現在十五人ほどの仲間と中医学の研鑽に励んでいる。初級クラス一つをとっても学生から臨床家までとその幅が広い。歴史の好きな学生、ひたすら教科書を暗記する者、なかには開業日に三十人以上の患者をこなす豪の者もいる。豪の者に「今さら、うちに来なくていいんじゃないの」というと「しっかりとした理論が欲しいんです」と即答する。どうも臨床家とは、社会的に成功をおさめても確固たる理論がないと心にすきま風が吹くものらしい。

彼らの質問を受け、話し合い、さらに臨床シミュレーションを通して感じた問題点をざっと列記してみよう。

臨床上の問題点

- ① 主訴にまつわる情報が徹底的に少ない。
- ② 症状分析が非常に甘い。
- ③ 証の確定に決め手を欠くため、臨床に自信がもてない。
- ④ 患者の言葉を中医用語に変換できない。
- ⑤ 配穴が非常に画一的である（たとえば、腎陰虚は主訴の如何を問わず太谿、関元、腎兪に鍼を打つなど）。

とくに①は重要である。問診の進め方が稚拙なため、患者からの情報量が少ない。その情報の少なさを自分の思い込みや勝手な推論で補完する。その結果が②の甘い分析、そして③の自信のない臨床へとつながってゆく。問診の稚拙さから悪循環を生じる最悪のパターンである。臨床家を標榜するならば、この悪循環を断ち切ることを第一のハードルと心得てほしい。まずは問診を通じて、患者から如何に情報を集めるかに心を砕くべきであろう。

問診はある意味では技術である。そこには必ず効率よくかつ正確に患者の言葉をとらえる技術論があるはずである。刺鍼の際の技術論は花盛りなのに、問診の技術論になると途端にトーンダウン。この点に関しては「問診の教育」を含めた臨床教育をおろそかにした教育現場の実体が見え隠れする。

今回、この問題に危惧を抱く一人として、日頃の「問診の進め方」を提出し、問診にかかわる諸問題にたいしての鍼灸業界の今一歩踏み込んだ論議を期待したいと思う。

④の「患者の言葉を中医用語に変換できない」は、日頃の学習態度に問題がある。本を読むとき臨床と絡めて読んでいない。それゆえ問診の際、患者が自身のもつ症状のイメージを現実の言葉として発したとき、その表現法の多種多様さに翻弄されることになる。その結果、患者の言葉の意味するところがわからず、せっかくながら勉強した中医用語に置きかえることができない。喩えは悪いが、変換機能が悪いワiproのようなものである。そのうえ、外字作成も怠っている。

この手の問題は、本来個人に帰属する問題であるが、教育者の指導一つで眼からウロコが落ちるものである。この点に気づくか、気づかされるかは重要である。その後の臨床を格段に進歩させる。たとえば、机の上で「煩燥」にたいする意味やイメージを理解したつもりでも、患者の日常表現としての「煩燥」を意識しないばかりに、役に立たない理論と化す恐れがある。まずは「患者のための本の読み方」に徹することである。これは、次回以降のテーマとして詳細に述べてみたい。

⑤はむしろ当然の結果であろう。初歩の穴性論を覚えなければ話にならない。あとは臨床を通して強化すればよい。これも別項を立て、論じる機会が与えられれば幸いと考えている。

日頃から「患者のための本の読み方」に徹し、そのうえで問診の技術を磨こう。本論はこの視点に立ち、とくに問診の技術論に重点を置く構想とした。しかし問診の意味するところはこれだけにとどまらない。じつは問診を磨くことが、他の診断を向上させる一つの有力な武器になる。

問診の二つの意味 —— 主訴にまつわる情報と診断論拠 ——

一、問診は自覚症状の宝庫

一般に中医診断は四診合弁が重要であるという。当然のことであり異論を挟む余地はない。しかし、患者の意識構造という点からみれば、問診で得る情報と望聞切で得る情報とは明らかな違いがある。

患者の症状には、患者自身が自覚する症状と、自覚の如何を問わず治療者が見つけ出す症状とがある。問診で得る情報はおもに自覚症状やそれまつわる情報である。

問診で得やすい自覚症状にはどういうものがあるのだろうか？

一般にその時点での患者の最大の関心事である。具体的にはいつもと違う、いままでに感じたことがない、あるいは人と違う症状や苦痛ということになる。言いかえれば、これこそが主訴にまつわる情報であり、一部の精神疾患を除けば、本人が病識をもって来院となる。つまり、自分の体についての何か非常に気になり、それを明確に自覚して来院するものなのである。

たとえば痺証を治療するため鍼灸院を訪れたとしよう。疼痛の程度、質および部位、発生状況、増悪因子などが、その時点での患者の関心事であり、かつ最大の苦痛であり、当然ながら自覚しやすい症状ということになる。また緩解因子なども、急性期では増悪因子と比べ、やや自覚性が低いものの、慢性期になると相当な自覚性をもつ。