

2023年5月15日  
第3517号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
COPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

# New Medical World Weekly 週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [対談]急性腹症に強くなるう! (窪田忠夫, 三浦晋)…………… 1—2 面
- [寄稿]BPSモデルを活用して,良医をめざす(小坂文昭)…………… 3 面
- [連載]ER診療の勘どころ…………… 4 面
- [連載]心不全マネジメント(終)…………… 5 面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7 面

# 対談 急性腹症に強くなるう!



窪田 忠夫氏  
東京ベイ・浦安市川医療センター 外科 部長

急性腹症の診断レシピ

三浦 晋氏  
淀川キリスト教病院 外科 副部長

レジデントのための急性腹症のCT

## 緊急疾患を見逃さないためのTips

救急外来において頻繁に遭遇する急性腹症は、緊急対応が必要な場合があるにもかかわらず短時間で多くの疾患を鑑別しなければならないことから、その診療に苦手意識を持つ研修医が少なくない。初診時の見逃しがなければ重篤な結果を防げるケースもあり、急性腹症の適切な診療は医師にとって必要不可欠なスキルだ。では、どうすれば複雑な診療をマスターできるのか。

本紙では『急性腹症の診断レシピ』(医学書院)を上梓した窪田氏と、『レジデントのための急性腹症のCT』(医学書院)の編者である三浦氏の対談を企画。急性腹症を長年診てきた両氏の議論から、診療をレベルアップする術を探る。

●表 診断がつかない場合の 카테고리 (『急性腹症の診断レシピ』より一部改変)  
患者の生理学的徴候や身体所見, 自覚症状などから5つのカテゴリに分けて対応を検討する。

診断がつかない場合の 카테고리	緊急度	対処法	想定する代表疾患
①ショックもしくは敗血症	高	緊急手術	広範腸壊死, 下部消化管穿孔
②汎発性腹膜炎	中	大部分が緊急手術, 一部非手術治療	消化管穿孔, 穿孔性虫垂炎
③限局性腹膜炎	低	大部分が緊急手術不要	急性虫垂炎(非穿孔)
④強い腹痛	低	大部分が入院経過観察可能, 一部重要疾患あり(要手術疾患)	胆石症
⑤弱い腹痛		要入院か外来フォローか検討	急性腸炎

### 検査オーダーの前に 初期診断を考えよう

三浦 腹痛患者の診療が難しいとされる理由として、腹部は頭部や胸部と比較して臓器の数が多く、鑑別疾患が多岐にわたることが挙げられます。そうした状況下で、適切に診断と治療が行われないと致命的になる疾患もあるために、腹痛患者の診療に苦手意識を持つ方が多いのでしょう。窪田先生はこれまで急性腹症の診療を経験・指導する中で、どのような点を意識されてきましたか。

窪田 病歴聴取と身体診察を終えた時点で初期診断を考えることです。なぜなら初期診断を挙げないまま検査に進んで診断が確定しなかった場合、振り出しに戻ってしまうからです。検査に入る前に疾患を想定しておけば、診断が確定しなかったとしても「検査で拾い上げられなかった可能性」を考慮して検査所見を再確認する、もしくは異なる検査を検討できます。当院では、「腹痛だからとりあえずCT」と検査がオーダーされ、「放射線科医が急性虫垂炎と読影したから」との理由で、研修医が外科にコンサルトすることがよくあります。研修医は放射線科医の読影に頼りきってしまっているのです。この例では急性虫垂炎がたまたまわかったからよいものの、わからなかった時に研修医はどうしていたのでしょうか。これが急性腹症診療の課題です。

三浦 おっしゃることはよくわかります。検査前に想定している疾患があれば、漫然と眺めていては見逃すような微細な画像所見も見つけられる可能性が高くなります。また、検査で診断が確定しなくても治療方針をある程度検討することは可能です。窪田先生は検査で診断が確定しない場合、どうされていますか。

窪田 緊急度分類をして当てはまったカテゴリごとに応じた対処をしています(表)。例えば、ショックの状態で腹痛を伴うのであれば緊急手術を検討する必要があります。腹痛の程度が強くても、手術が必要なケースさえ押さえておけば対応に焦ることはありません。

他方、軽症を疑うもCT所見で確証が持てず患者を帰してよいか迷うのであれば、診断スコアリングシステムを使用するのも一案です。虫垂炎を疑う場合はAlvaradoスコア<sup>1)</sup>(註)を用いるのがよいでしょう。同スコアでは典型例しか判別できませんが、診療に慣れていない人にとっては一つの指標となります。検討した結果、帰してよくなれば外来の受診予約を取ること忘れずにしてほしいです。

三浦 同感です。当直帯の診療では翌朝までの数時間の間に手術や処置が必要な緊急性の高い疾患を見逃さないことが重要です。(図・2面)。それらの疾患を除外できれば、緊急度に応じて、①入院させて翌朝専門医に相談する、②帰宅させて翌朝専門医の外来を受診

してもらい、のどちらかを選択していただきます。

窪田 当直であれば数時間待てば専門医が病院にやってくるので、対応に迷う時は無理せず専門医へのコンサルトを検討してほしいですね。広範な腸壊死や消化管穿孔は緊急手術が必要ですので、そうした疾患の見逃しがなければ幸いです。

### 病歴聴取, 身体所見, CTによる鑑別

窪田 三浦先生は急性腹症患者の診断を検討する際に、まず何を考えますか。  
三浦 私はコンサルトを受けてから診療を開始することが多いので、診断は確定でよいか、手術が必要かどうかをまずは判断します。診断する際には、身体所見と画像所見が一致しているかどうかを特に重視しています。腹膜刺激徴候を伴う圧痛がある部位とCT画像で腹痛の原因と推測される臓器の部位が一致していれば、確定診断となることが多いためです。手術の必要性を判断する際も身体所見と画像所見を大

切にしています。例えば腹部全体に腹膜刺激徴候を伴う圧痛がある場合や、CT画像で消化管の破綻(穿孔・壊死、絞扼・嵌頓)を強く疑う場合は手術を検討します。

窪田 私もかつては時間をかけてCT画像を丁寧に読影していましたが、現在は病歴聴取を最重視しています。典型例ならば病歴からある程度鑑別を想定できるからです。その上で必要な身体所見を取ります。例えば、触診で胸部や側腹部に比べて腹部中央が冷たいと感じたら、腸管血流が途絶えている可能性を考え、上腸間膜動脈塞栓症や上腸間膜動脈血栓症を鑑別に挙げるといったことです。CT所見を確認した後に気になる箇所があれば、再度病歴聴取や身体診察に戻ってもよい。そうして診断を徐々に確定させていくことが求められます。

三浦 CT画像を見てから身体診察に戻るとよくあります。例えば、心窩部痛が主訴の患者のコンサルトを受けてCT画像を確認した結果、虫垂の腫大を認めたことから急性虫垂炎を疑

(2面につづく)

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650  
●医学書院ホームページ(https://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

## 5 May 2023 新刊のご案内 医学書院

**AO骨折治療 Foot and Ankle**  
【英語版Web付録付】  
原著 Rammelt S, et al (eds)  
監訳 田中正  
A4 頁664 定価: 28,600円[本体26,000+税10%]  
[ISBN978-4-260-05062-3]

**筋疾患の骨格筋画像アトラス**  
編集 久留 聡  
A4 頁232 定価: 13,200円[本体12,000+税10%]  
[ISBN978-4-260-05216-0]

**日本臨床栄養代謝学会 JSPENコンセンサスブック②**  
肺疾患/肝疾患/腎疾患  
編集 日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)  
B5 頁356 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]  
[ISBN978-4-260-05239-9]

**緊急度を見抜く! バイタルサインからの臨床推論**  
山内豊明  
B5 頁160 定価: 2,530円[本体2,300+税10%]  
[ISBN978-4-260-05032-6]

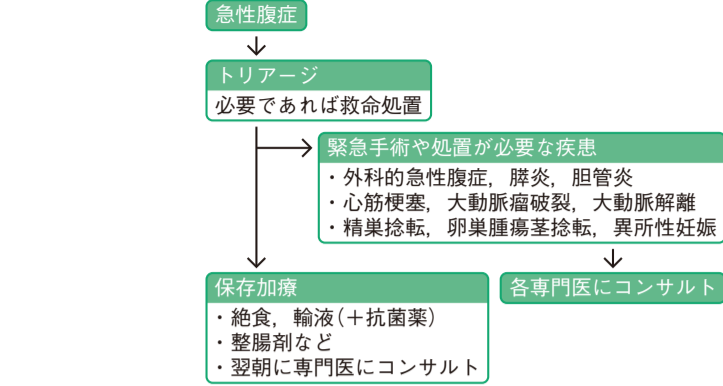
**看護教育のためのオンライン活用 エッセンス【Web動画付】**  
編著 政岡祐輝、北別府孝輔、山田修平  
著 池辺 諒  
B5 頁184 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]  
[ISBN978-4-260-05047-0]

**2024年版 准看護師試験問題集**  
編集 医学書院看護出版部  
B5 頁476 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]  
[ISBN978-4-260-05242-9]

●くぼた・ただお氏  
1997年慈恵医大を卒業後、沖縄県立中部病院にて初期研修。千葉西総合病院などを経て、2012年東京ベイ・浦安市川医療センター外科に部長として着任する。救急科のある病院での勤務が多かったことから急性腹症に対応する機会が増え、そこで得た知見を『急性腹症の診断レシピ』(医学書院)にまとめた。他の著書に『ブラッシュアップ急性腹症(第2版)』『ブラッシュアップ急性期外科』(いずれも中外医学社)など。



●みうら・すすむ氏  
2008年奈良医大卒。大阪赤十字病院、兵庫県立がんセンター、神戸大病院などを経て、19年より淀川キリスト教病院外科に勤務。22年より現職。CT画像を用いた急性腹症の院内マニュアルを作成し、レジデント向けにレクチャーを行う。同マニュアルによるレクチャーが好評であったため、『レジデントのための急性腹症のCT』(医学書院)として書籍化に至った。他の編著に『大阪日赤ラパコ教室イラストで学ぶ腹腔鏡下胃切除』(医学書院)。

●図 急性腹症の簡易版診療アルゴリズム(『レジデントのための急性腹症のCT』より一部改変)

救急外来で急性腹症を診療する場合は、緊急手術や処置が必要な疾患を診断または除外することが主な目標となる。これらの疾患を除外できれば、腹痛の程度や全身状態などに応じて、入院または外来で保存加療をして専門医へのコンサルトを検討する。

三浦先生はどのような場合にCTを撮影しておいたほうがよいと考えますか。

三浦 ショックを伴う腹痛の患者です。ただし、CTを撮る前にショックの初期対応をしておかないと、CT室で急変する可能性があるため注意が必要です。意識障害を主訴に搬送されてくる患者さんが、実は急性腹症が原因のショックで意識障害を起こしていたということはよくあります。腹痛で救急搬送されてきた場合はCTを撮っておいたほうが無難です。

ちなみに当院は単純CTの撮影が主で、造影CTはあまり撮影されない傾向にあります。窪田先生の施設では、造影CTはどの程度撮影されていますか。

窪田 当院の救急科では患者のクレアチニン値に問題がなければ基本的に造影CTを撮る方針ですので、外科がコンサルトを受けた時点で画像データがあることがほとんどです。

三浦 それはよいですね。救急外来では基本的に造影CTを撮影すべきと書かれている成書もあります。慣れてくると単純CTでもある程度は読影できますが、造影CTのほうがやはり情報量が多いです。慣れないうちは造影CTまで撮っておいたほうがよいと思います。

窪田 おっしゃるとおりです。後学のために他の研修医も見ること考えれば、造影CTまで撮影しておいてもよいかもしれません。

### 他人の症例も自分の経験とし、成長を加速させる

三浦 救急外来で診療を行う研修医が緊急性の高い疾患を見逃さないようになってほしいとの思いから、私は院内の研修医用に独自のマニュアルを作成して急性腹症のCT読影をレクチャーしてきました。窪田先生もこれまでに多くの若手を指導してこられたと思います。指導に携わる中で、印象的なことはありましたか。

窪田 成長の早い研修医には、①最初から優秀な人、②最初ではできないけど後に伸びる人の2タイプがいることに気がきました。①は初めから優秀で、

自分の担当症例でなくても興味を持つような人です。②はいわゆるめげない人。最初は知識がなかったり不器用だったりして成果が出ないものの、繰り返し質問をしてどんどん吸収します。その結果、最終的に伸びていく印象があります。

三浦 自分の担当患者でなくても興味を持つことは重要ですよ。私も研修医を指導する際、担当患者だけでは経験できる症例に限りがあるため、「他人の症例からも学びなさい」と教えています。例えば、当直帯で外科に相談して緊急手術が必要であった症例や、初期診断が間違っていてヒヤッとした症例があれば研修医同士でシェアすることができます。そのような姿勢で日々の診療に当たっている人は、担当患者にしか目を向けられない人と比べると数年後には大きな差がついている。これは急性腹症の診療に限った話ではなく、外科の手技習得においても同様で、「手技は見て盗め」とよく言われていました。

窪田 われわれが若手の頃は指導医の手技をくまなく観察して、自分の経験にしようとしたものです。院内で珍しい手術があったら、自分には関係なくても見学させてもらっていました。24年度から「医師の働き方改革」が施行されれば、自己研鑽の時間が取りにくくなる可能性があります。電子カルテの普及によって短時間で症例の情報が手に入る時代ですから、積極的に情報収集をしてほしいです。

三浦 今回、私が編者を務めた『レジデントのための急性腹症のCT』では当院で実際に経験した急性腹症の症例の中から、緊急性が高い疾患の典型的なCT画像を呈する42症例を厳選して掲載しています。病歴と身体所見も載せていますので、急性腹症の診療に苦手意識を持つ研修医には、ぜひ診断にチャレンジしてもらえればうれしいです。これらの症例の診断に取り組めば、急性腹症の診療に関する数年分の経験が得られるでしょう。

窪田 急性腹症の診療がうまくいかずに伸び悩んでいる研修医の方がいたら、ぜひめげずに挑戦し続けてほしいですね。

## 難しくも面白い急性腹症の世界

三浦 本日の対談の中で、緊急性が高い疾患をいかに見逃さないようにするかが論点に挙がりました。それらの疾患を診断できるようになった次のステップは何だと思えますか。

窪田 各自の技量に合わせて鑑別疾患を増やしていくとよいでしょう。やがて緊急性の低い疾患も守備範囲に入るようになり、そこまでいけば仮に診断ができなくとも緊急度の区分がわかり、適切なトリアージができるようになります。

三浦 同感です。最初は緊急性の高い疾患の鑑別が中心になるとは思いますが、カバーできる疾患の範囲が広がればトリアージもできるようになります。そうすれば自信を持って診療できるようになるのではないのでしょうか。急性腹症の患者を見かけたら、積極的に診断名を考えてみてほしいです。

また、ある程度診断ができるようになったら、学び得た知見を後輩たちに伝えることも意識するとよいでしょう。何年目から教える側に回っても良いのか、明確な決まりはありません。現場のマンパワーを考慮して、診療に関する知見をシェアして全体の診療レベルを底上げしてほしいです。

窪田 人に教えることは重要ですよ。教えられる側にとってレクチャーの効果は限定的で、エビングハウスの忘却曲線によれば聴衆は聞いた内容のおよそ50%を1時間後には忘れ、1日後に70%、1週間後には80%忘れます<sup>4)</sup>。聴衆に何かインパクトを与えられれば十分で、「教える」側がその準備をする過程で知識を整理できることにこそメリットがあるのです。知識や経験が十分でない人が教える側に回ることによって生じるデメリットもあるかもしれませんが、それを差し引いても教える側が得るメリットは大きいと思います。

医療においてEBMが注目されて久しいですが、急性腹症に関してはまだエビデンスが乏しいのが現状です。急性腹症に関心を持てば、自分の名前が付いた診断アルゴリズムやプロトコルができるかもしれません。研究題材としても可能性があるテーマだと思いますので、研修医の皆さんには臆することなく急性腹症の世界に飛び込んでほしいです。(了)

註：1986年にAlvaradoが提唱した急性虫垂炎の診断スコアリングシステム。右下腹部の圧痛の有無や白血球数などの所見から点数を計算し、10点満点中7点以上で診断確定となる。

### ●参考文献

- 1) Ann Emerg Med. 1986 [PMID : 3963537]
- 2) Methods Inf Med. 1983 [PMID : 6339868]
- 3) AJR Am J Roentgenol. 1997 [PMID : 8976942]
- 4) ヘルマン・エビングハウス. 記憶について. 誠信書房; 1978.

### (1面よりつづく)

って腹部所見を再確認してみると、患者本人の自覚は軽度であっても右下腹部に腹膜刺激徴候を伴う圧痛を認めることができました。身体の外(身体所見)と中(画像所見)の両面から推測していくと、確定診断に結び付くことが多いです。

### CTを撮るかどうかではなく「どう活用するか」

三浦 現代はCT全盛の時代と言えます。窪田先生の『急性腹症の診断レシピ』でも、CTに対する考え方や活用方法が解説されていますね。先生は急性腹症の診療におけるCT検査の位置づけをどのように考えていますか。

窪田 病歴と身体所見から診断をつけられるのはせいぜい60~70%程度ですが、CTは90~95%程度の診断確度を有しています<sup>2,3)</sup>。先に病歴と身体所見の話をしたのですが、「腹痛は即CTを撮り、病歴と身体所見に時間をかけるのはやめた」と言う医師がいても否定できない現状があります。これだけ有用ならばもはや撮るかどうかという議論自体が成り立たず、積極的に撮る以外の選択肢はないように思います。

三浦 なるほど。効率化という意味ではそうした選択もありかもしれません。

窪田 ええ。私の書籍で伝えたかったのは、CTを撮るかどうかではなく「どう活用するか」。全面的にCTに頼るならば、読影能力をつけた上である程度以上の腹痛は全てCTを撮影して、診察は最小限もしくは省略する。これで9割程度は診断できます。被ばくの問題から何度も撮影するのは推奨されませんが、一回であればそこまで問題にはなりません。CTの診断能力よりも高い正診率(もしくは見逃し回避率)をめざしたいならば、病歴と身体所見から初期診断を行う作業が必須になるでしょう。

CTを撮ってもわからない時に手にして下さい。

## 急性腹症の診断レシピ 病歴・身体所見・CT

急性腹症を「上腹部痛」「下腹部痛」「腹部全般痛」の3つのカテゴリーに分けて考え、それぞれで早期診断すべき重要疾患を、年齢、性別と基礎疾患からのアプローチ方法について解説。「CTの活用法」「診断がつかない場合の考え方」の章も設け、筆者のライフワークである急性腹症に正面から取り組んだ意欲作。This is the way of decision making in an acute abdomen!

窪田忠夫



CTから、緊急処置・手術が必要な症例を見極める!

## 連続スライスで学ぶ レジデントのための急性腹症のCT [Web付録付]

外科医が伝える急性腹症診察のポイント。緊急の処置・手術が必要な症例を見極めるため、CT診断の要諦をレクチャーする。診断の決め手となる画像だけでなく、連続したCT像を多数提示。病歴とCT像から診断を試みることができる構成。さらに、紙面に掲載できなかった連続画像をウェブ上のビューワで確認できる。必修の症例、難易度、頻度等が示され、効率よく学べる構成。救急外来で慌てない実力を付ける“使える”一冊。

編集 三浦 晋



寄稿

# BPSモデルを活用して、良医をめざす

小坂 文昭 ことさか家庭医療クリニック 院長

●ことさか・ふみあき氏

2005年兵庫医科大学卒業。南部徳洲会病院で初期研修ののち、08年亀田ファミリークリニック館山家庭医診療科、11年沖縄県立八重山病院での勤務などを経て、14年より現職。家庭医療専門医。



診療に追われる医師の皆さまは、外来の待ち時間問題、患者満足度や治療効果、服薬アドヒアランスの問題、救急対応など日々、さまざまな課題に直面されていると思います。生物心理社会モデル(Bio-Psycho-Social model, 以下BPSモデル)はこれらの問題の解決に有用です。

本稿では、BPSモデルの基礎について解説します。これから慢性疾患の患者の対応をする医師の方々、特に若手医師の方々にぜひ活用していただければ幸いです。

## BPSモデルの概要

急性期疾患よりも慢性疾患の患者が増加した現代の医療において、伝統的に行われてきた生物学的なアプローチに加え、患者の社会面や心理面に配慮したアプローチが重要になってきています。そんな中でおよそ40年前にG. Engelによって提唱されたのが、BPSモデルです<sup>1)</sup>。BPSモデルとは、病気を単なる生物学的な問題としてとらえるのではなく、心理的、社会的背景も重要な要因としてとらえるというものです。医療者は患者の病気の状況だけでなく、その背景にある生活環境や心理的要因なども含めた全体像を把握し、より適切な医療を提供することをめざします。

BPSモデルによって、患者の医療アクセスや健康状態の改善、救急医療・入院の減少<sup>2)</sup>や医療費の抑制<sup>3)</sup>などさまざまな効果を得られることがわかっています<sup>4-6)</sup>。

また、問診時のコミュニケーションにBPSモデルを用いることは患者との信頼関係構築にも役立ちます。患者の心理的背景、社会的背景、環境を掘り下げ、理解することは「薬を処方して終わり」の外來と比較すると時間を要します。ですが、時間をかけて事情を伺い、「自分のことを理解してもらえた」と感じてもらうことは、信頼関係構築に大いに役立ちます。治療がうまくいき、症状が安定する確率を上げられるため、その後の診療

時間短縮にもつながります。一回の診察に必要な情報を全て聴取するのが現実的に難しいこともありますが、そうした場合は頻回に受診してもらい、ヒアリングを行いましょう。人が信頼感を抱くには、対象に会っている時間の長さよりも会う回数が重要なため<sup>7)</sup>、診察の回数を重ねることで得られる情報も多いでしょう。

## 生物・心理・社会を分割せず、総合的に介入する

BPSモデルによくある誤解は、「生物学的な問題は〇〇で、心理学的には××、社会背景は△△である」のように3分割して介入を行う、というものです。もしこのようにそれぞれを分割できれば問題を単純化できてとてもわかりやすいですが、生物・心理・社会の要素は独立した事象ではなく互いに影響し合っているという視点が欠けています。それぞれを分割して考えるのではなく、総合的に理解し包括的に介入することが必要になります。

前述したEngelは、個人を中心にそれぞれマクロとミクロのベクトルへ階層が存在し、相互に影響し合っているとしました。

宇宙⇔地球⇔国⇔都市⇔近隣地域⇔コミュニティ⇔家族⇔個人⇔神経⇔臓器⇔細胞⇔原子

影響力は階層がマクロ(宇宙)からミクロ(原子)にいくにしたがって弱くなり、変化の速度はミクロ(原子)からマクロ(宇宙)にいくにしたがって遅くなる、と考えます。例えば地球の自転・公転が少しでも狂えば大きな環境の変化が起こり、われわれの生命は一気に危機に陥ることは容易に予想されます。たばこ税を上げれば禁煙する人が増える、のように国の政策もわれわれの健康行動に大いに影響しますし、格差が広がれば寿命が縮まります<sup>8)</sup>。コミュニティへの参加の有無も健康に大きな影響を及ぼします<sup>9)</sup>。個人の健康問題のほとんどに心理社会的問題が

かかわっていることがわかるでしょう。遺伝性疾患など、発症に心理社会的問題がかかわらない疾患も当然ありますが、数は少ないです。ですから、心理社会的問題に目を向けず、各臓器のみに的を絞って治療を行うことは、対症療法的とも言えます。

一方、変化の速度はミクロであればあるほど速くなり、迅速な対応が求められます。例えば救急の現場において、生命の危機(生物学的問題)に陥っている時に、社会的要因からアプローチする時間の余裕はありませんよね。緊急度を見定めて適切に対応することが大切になります。

## 医療者自身もBPSモデルに含まれる

上記を踏まえて、以下の症例を検討してみましょう。

高血圧で通院加療中の50代男性。最近、血圧が上昇傾向で、禁煙も指導しているものの成功には至っていません。話をよく聞くと、仕事のストレスで睡眠が障害されているとのこと。睡眠障害の影響により、運動をする気が起きず、食事も、喫煙量も増えていました。

降圧剤を処方するのも一つの手ですが、同時に生活習慣の改善ができないか探っていきます。社会が健康行動に影響を及ぼしているとはいえ、社会構造を簡単に変えることはできないため、実行可能な範囲で改善策を探ります。例えば、仕事のストレスを軽減するために仕事を他人に任せよう助言をする、仕事を断るコミュニケーションスキルの練習をするなどが挙げられます。あるいは認知行動療法やリラクゼーション法を指導することも考えられます。「春になって気候が良いのでお花見がてら散歩でもしてみませんか」と提案するのも良いかもしれません。どれも頭ごなしに指導、助言するのではなく、解決のための適切な方法を患者側から引き出す、傾聴・問いかけのスキルも必要になります。

また診療に当たって、われわれ医療

者自身も患者のBPSモデルに組み込まれていることを忘れてはなりません。患者は医療者の言動に影響され、われわれもまた患者から影響を受けます。できるだけ診療に影響を及ぼさないよう中庸の状態では話を聞き、治療を選択するには訓練が必要です。患者の話を聞いている時に、今の自分がどういった状態かに気づき、自分の感情を受容しつつ、患者との対話に意識を戻す必要があります<sup>10)</sup>。

## 患者のありのままを観察し理解する

BPSモデルは家庭医・総合診療医にとって最も重要な基本スキルと言っても過言ではありません。循環器内科医の心電図、感染症科の血液培養、泌尿器科の尿検査くらい重要なものです。また、他科でもBPSモデルを意識した診療を実践できるようになると、さらに診療の深さ、幅が広がります。

重要なのは、患者のありのままを観察し理解するという意識です。それぞれの関係性が非常に複雑で入り組んでいても、まずはそのままとらえる。その混沌を共に味わうことでさらに診療は深化します。若手医師の方々には特にBPSモデルを用いた診療をどんどん実践し、日々の振り返りから学びを深め、良医になってもらいたいと思います。

## 参考文献

- 1) Science. 1997 [PMID: 847460]
- 2) Scientifica (Cairo). 2012 [PMID: 24278694]
- 3) Clin Rehabil. 2017 [PMID: 28730890]
- 4) Milbank Q. 2005 [PMID: 16202000]
- 5) Int J Psychiatry Med. 2016 [PMID: 28629291]
- 6) Psychol Bull. 2007 [PMID: 17592957]
- 7) A Rindfleisch, et al. Explaining the familiarity-liking relationship: mere exposure, information availability, or social desirability?. Marketing Letters. 1998; 9 (1): 5-19.
- 8) Am J Public Health. 1997 [PMID: 9314802]
- 9) 近藤克則, 他. 健康格差と健康の社会的決定要因の「見える化」. 医療と社会. 2014; 24 (1): 5-20.
- 10) Int J Psychiatry Med. 2014 [PMID: 25084850]

# 医学書院 レジデントにも、専門医を目指す方にも。精神科 レジデントマニュアル

第2版 編集 三村 将

精神科レジデントや若手精神科医が日常的に遭遇する精神症状・疾患や診療場面で直面する諸問題への対応をコンパクトにまとめました。気になる事柄をすぐにその場で参照できます!



精神科臨床で知りたいことがこの1冊に

B6変型 2022年 頁380 定価: 4,180円 (本体3,800円+税10%) [ISBN978-4-260-04932-0]

第1章 精神科診療における7つの心得	第8章 コンサルテーション・リエゾン
第2章 シチュエーションに応じた対応のコツ	第9章 諸問題への対応
第3章 検査、評価	第10章 覚えておきたい法律・制度
第4章 診断	第11章 多職種連携
第5章 治療	第12章 医療分野以外との連携
第6章 主要症候、主訴	付録 代表的な評価尺度／診断書、紹介状の書き方
第7章 疾患	

医療者が知っておきたいがんのキホン知識を、マンガ家ドクターがわかりやすく解説!

医学書院

# マンガで学ぶ! がんのキホン

近藤 慎太郎

「がんはどうして生じる?」「がんの定義って?」「がんは遺伝する?」「標準治療よりも「スゴい治療」があるの?」「がん検診ってどれくらい意味があるの?」——患者さんからこれらの質問を受けたときに、皆さんは自信をもって説明できるでしょうか? 私たちにとって最も身近な病気の1つであるがん。医療者が知っておきたいその基本知識を60のトピックスにまとめ、マンガや図表とともにとことんわかりやすく学べる1冊!

- PART1 がんのデータを見る
- PART2 がんの原因を知る
- PART3 がんを見つける
- PART4 がんを治療する
- PART5 がんの終末期に取り組む

書籍の詳細はこちら



●A5 2023年 頁240 定価2,420円(本体2,200円+税10%) [ISBN978-4-260-05110-1]

# ピットフォールにハマらない ER診療の勘どころ

ER診療に潜むあなたのピットフォール(落とし穴)を君は見抜けるか? エビデンスやちょっとしたコツを知り「勘どころ」をつかめば、明日からのER診療が待ち遠しくなること間違いなし!

徳竹 雅之 健生病院救急集中治療部 ER



## 第12回 めまい診療をTiming and Triggerでスッキリ整理! dangerous diagnosisを見逃すな②

めまい診療後編は、EVS (episodic vestibular syndrome) についてです。前回(本紙3513号)のフローチャートを確認してください(下記QRコード参照)。安静時や診察時にめまいの症状がないことが特徴となるカテゴリーです。本稿でも、よくある疾患 vs. 見逃してはいけない疾患をどのように鑑別して対応すれば良いかを考えていきましょう。

### t-EVS ではBPPV vs. 起立性低血圧 or CPPVを鑑別!

t-EVSの特徴は、「ベースには全くめまいがなく、頭位変換によりめまいが出現する」ことです。安静にしていれば、患者さんは何ともないような表情をしていることがほとんどです。最も多い原因はもちろん良性発作性頭位めまい症(BPPV)! その診断と治療のポイントを押さえてから、見逃してはならない起立性低血圧や中枢性発作性頭位めまい症(CPPV)の見極め方を考えましょう。

### BPPVの診断: Dix-Hallpike testとhead roll test

まずBPPVの特徴を押さえます。t-EVSと判断でき、「特定の頭位変換により、数秒の潜時をおいて症状が出現し、次第に増強した後に1分以内に減弱ないし消失するめまい」であればBPPVの可能性が高くなります<sup>1)</sup>。さらに、寝返りやベッドから起きる動作で発症したという病歴があれば、陽性尤度比が60と非常に強い疑いが持てます<sup>2)</sup>。

BPPVが疑われれば、どの半規管に

耳石が迷入しているかを判断して治療につなげる努力をします。耳石の迷入部位として、後半規管:60~90%程度、外側半規管:20%程度、前半規管:1%程度であるため、ER診療においては後半規管型(pc-)BPPVと外側半規管型(hc-)BPPVへの対応をできるようにすれば合格です(表)。それぞれDix-Hallpike testやhead roll testで鑑別を行います(具体的な方法はガイドライン<sup>1)</sup>などをご確認ください)。ガイドラインでは頻度の高いpc-BPPVの診断に必要なDix-Hallpike testをまず行うよう推奨がありますが<sup>1)</sup>、筆者はhead roll testから行うことが多いです。救急搬入されたt-EVSを呈する患者に対して寝たまま顔を左右に向けるだけのhead roll testは簡便で行いやすいですし、hc-BPPVはDix-Hallpike法でめまい/眼振が誘発されてしまう可能性があることも理由の1つです。

### BPPVの病型がわかったら、耳石置換法をやってみよう!

BPPVと診断し耳石の迷入部位が推定できたら、耳石置換法を行います。練習すべき手技はこれまた2つだけ! Epley法とGufoni法です(こちらもガイドライン<sup>1)</sup>などで確認してください)。特に、Epley法は症状消失についてNNT(number needed to treat)=3と、とても有効性が高いことが知られており<sup>3)</sup>、実臨床でもサクッと治せて非常にやりがいのある処置です。薬剤なしで治療ができて、患者さんにはびっくりされることが多いです。救急医はDix-Hallpike testやEpley法を行わないことが多いとされていますが<sup>4)</sup>、やら

ずに寝かせておくのはもったいないですよ。

注意点として、頸椎や腰部に異常がある患者にはリスクがあり、耳石置換法は行わないほうが良いとされています<sup>5)</sup>。筆者もそのような患者や関節リウマチ患者(→環軸椎亜脱臼のリスク)等には耳石置換法は行わず、自然治癒を望める疾患でもあることから経過観察を勧めています。症状が強い場合には抗ヒスタミン薬や制吐薬などの投与を行うこともありますが、文献上は症状の改善とは関連がないとされています<sup>5)</sup>。

### CPPVって何だろう?

t-EVSのカテゴリーに含まれますが、その中でも中枢神経障害が原因となるものを総称してCPPVと呼びます。後頭蓋窩(特に第4脳室付近)に問題があることが多く、悪性腫瘍や脳卒中、脱髄疾患などが原因となります<sup>6)</sup>。BPPVを疑ったものの、以下のような所見がある場合にはCPPVの可能性があると考えて軌道修正が必要になります<sup>6,7)</sup>。

- BPPVにはあり得ない所見がある
  - ・頭痛や頸部痛、複視など
  - ・脳神経障害
- 頭位変換で眼振のみが出現し、めまいがない
- 非典型的な眼振がある
  - ・垂直方向性眼振、下向き眼振など
  - ・潜時のない眼振、90秒以上持続する眼振、増強した後の減衰がない眼振
  - ・検査ごとに眼振の方向が異なる
- 耳石置換法への反応性が乏しい

### 起立性低血圧との鑑別は?

典型的には、臥位→立位など重力に抗した運動により生じるめまいが起きます。眼前暗黒感を伴うことが有名ですが、実はvertigo(回転性めまい)の訴えが多いことはあまり知られていません。やはりsymptom quality approachはうまくいきません(本紙3513号参照)。起床時のめまいではBPPVを考えたいのですが、特に高齢者では安易に考えないほうが賢明です。少なくとも寝返りでのめまい誘発は起立性低血圧では起こり得ないことはBPPVとの鑑別に有用です<sup>8)</sup>。寝返りは大丈夫だけど、ベッドから頭を起こすとめまいがする場合には、起立性低血圧を考えるべきです。

そして、リスク因子や随伴症状をとらえることが重要です。降圧薬や利尿薬、ChE阻害薬などの薬剤を内服している場合にはリスクが高まりますし、出血/嘔吐/下痢/多尿/多汗などの随伴症状や循環血流量減少の徴候を見逃さないようにしましょう。異所性妊娠破裂など強い疼痛を伴う循環血流量減少性ショックではしばしば経験することですが、循環血流量減少があっても必ずしも頻脈を呈するわけではないことには十分注意が必要です<sup>9)</sup>。

### s-EVSは1にも2にもTIA!

このカテゴリーは「triggerなしに発

症する一過性のめまい発作」が特徴であり、多くの患者は受診時点では無症状です。定義上はベッドサイドでめまいを誘発することができないため、評価は病歴に大きく依存します。受診時点で症状が残存している場合には、AVS(acute vestibular syndrome)としての評価を行うこととなります(本紙3513号を参照)。そして、「慢性的に繰り返す症状」が診断に必要な疾患が含まれることから、ERでは診断がつけにくいカテゴリーです[前庭性片頭痛(s-EVSで最多)、メニエール病、パニック発作など]<sup>10)</sup>。

このカテゴリーで見張っておく疾患は、後方循環系TIA(一過性脳虚血発作)の一択です。後方循環系TIAの最大50%でs-EVSを呈すると報告されています<sup>11)</sup>。それにもかかわらず見逃しが非常に多いことが知られており、初診時に9割が見逃されていたという報告もあります<sup>12)</sup>。強い疑いを持って臨まないことには見逃してしまいます。多くの臨床場面で有用な身体所見からは鑑別が進まず、診断は病歴と疫学的考察からなされることが多いです。頭痛や頸部痛などの随伴症状がある場合には、椎骨脳底動脈解離によるTIA/脳卒中を強く疑ってマネジメントを行いましょう。若年者で多い脳卒中の原因疾患です。また、ABCD2 score $\geq 3$ であるような場合には、TIAのリスクが高いと考えて慎重な対応をとることが妥当でしょう<sup>13)</sup>。

ニガテな人が多いめまい診療について、ピットフォールになり得る項目を2回にわたってまとめました。筆者も初めは手も足も出ず、途方に暮れていたものです。少しでも本稿がお役に立てれば幸いです。

### 今回の勘どころ

- t-EVSではBPPVが最多。特徴を押さえて聴取しよう。
- BPPVと診断したら、耳石の迷入部位の推定と耳石置換法ができるようになろう。
- 典型的なBPPVの病歴や徴候と異なる場合、リスク因子や随伴症状の有無に応じて、CPPVや起立性低血圧との鑑別を行おう。
- s-EVSではTIAを鑑別の筆頭に挙げ、安易に否定しないように注意する。

参考文献

- 1) 日本めまい平衡医学会(編). 良性発作性頭位めまい症(BPPV)診療ガイドライン2023年版. 金原出版: 2023.
- 2) J Vestib Res. 2018 [PMID: 30149484]
- 3) Acad Emerg Med. 2020 [PMID: 32281203]
- 4) Emerg Med Australas. 2015 [PMID: 25651159]
- 5) Acad Emerg Med. 2022 [PMID: 36268806]
- 6) QJM. 2013 [PMID: 23404787]
- 7) J Emerg Med. 2018 [PMID: 29395695]
- 8) Clin Auton Res. 2011 [PMID: 21279415]
- 9) Am J Obstet Gynecol. 2003 [PMID: 14634556]
- 10) Neurol Clin. 2015 [PMID: 26231275]
- 11) J Eval Clin Pract. 2010 [PMID: 20367831]
- 12) Lancet Neurol. 2013 [PMID: 23206553]
- 13) Stroke. 2012 [PMID: 22442167]

救急診療のバイブルとして、ぜひ白衣のポケットに!

## 京都ERポケットブック 第2版

ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめるという趣旨はそのままに、第2版では日々の臨床の中で研修医との対話を通じて浮かび上がった皆が讀くERでのポイントを意識して改訂。また主語別アプローチの「アタマの中」は文字+イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化し捉えやすくすることを旨とした。

編集 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER  
責任編集 宮前伸啓  
執筆 荒 隆紀

京都ER ポケットブック 第2版

緊急時までの5分間に、頭の中でチェックすべき事項がわかります。ポケットにあると安心の1冊です。コクログで検索可能。オールカラーでわかりやすい!

『ベイツ診察法』のポケット版、大幅増頁・増強で使いやすく、より効果的に!

## ベイツ診察法ポケットガイド 第4版

Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking, 9th Edition

▶ 身体診察と医療面接のスタンダードを示す、世界最高峰の指南書『ベイツ診察法』で解説した知識を凝縮したポケット版、8年ぶりの改訂。20章から27章に増え頁数も大幅アップ。親本にはない「診断アルゴリズム」45点を各章末に新規掲載。内容を大胆に補完・刷新。実践の場でも、どこでも参照、役立てることができる備忘録としてより充実した内容をお届けします。

日本語版監修: 有岡宏子 聖路加国際病院一般内科部長  
井部俊子 聖路加国際大学名誉教授  
山内豊明 放送大学大学院教授/名古屋大学名誉教授

定価4,950円(本体4,500円+税10%)  
B6変 頁640 図221・写真300・表78 2023年  
ISBN978-4-8157-3071-0

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 https://www.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

編集 河野 隆志  
杏林大学医学部  
循環器内科学 臨床教授

# レジデントのための 心不全 マネジメント

心不全患者数の急激な増加に伴い、循環器専門医だけでは対応しきれなくなる未来が迫っています。近い将来、若手医師であっても心不全のマネジメントをより主体的に担わなければならないはず。来るべき未来に備えて、心不全に関する基礎知識を押さえましょう。

最終回 心不全緩和ケアを考える  
今回の執筆者 河野 隆志 杏林大学医学部循環器内科学 臨床教授

“緩和ケア”という言葉に、どのようなイメージを皆さんはお持ちですか？がんを対象として発展してきたので、“心不全の緩和ケア”と聞いてもピンとこない方がまだいるかもしれません。実は、緩和ケアは心不全診療ガイドラインでclass Iとして推奨され<sup>1)</sup>、一定の条件を満たす末期心不全では診療加算の算定が可能です。心不全マネジメントにおける緩和ケアは、通常診療からの撤退でもなければ、看取のためだけのものでもありません。緩和ケアは、患者さんの苦痛を和らげQOLの改善をめざす前向きなアプローチであり、心不全の通常診療・ケアと統合しながら提供されるべきものとされています。多岐にわたる心不全マネジメントを紹介してきた本連載ですが、最終回は緩和ケアを取り上げます。

## いつ、誰が行う？

現場でしばしば遭遇するのが緩和ケアのタイミングに関する問題です。「緩和ケアチームに依頼しては？」「まだ緩和ケアを導入するタイミングではない」と議論になります。心不全は、長期にわたって入院を繰り返しながら最期は比較的急速に増悪することが多く<sup>2)</sup>、終末期の判断が難しいことが、この議論の根底にあります。一方で、心不全患者の身体的・精神的な苦痛症状、社会的問題、スピリチュアルな側面の問題は、終末期に限定して生じるわけではありません。そのため積極的な心不全治療と同時に緩和ケアを提供し、病状の進行に伴って緩和ケアの比重を増やしていくマインドスイッチが必要です（図1）<sup>3)</sup>。

ところで、心不全緩和ケアは誰が実践するのでしょうか。実は、緩和ケアを専門としない医療者の役割がとても重要で、このかわり方は基本的緩和ケ

アと呼ばれています。他方、非専門家には難しい症状管理や意思決定支援の問題など、複雑な問題に対処する必要がある段階では、緩和ケア専門家に主導していただく専門的緩和ケアが必要になります<sup>4)</sup>。ここでは、基本的緩和ケアの重要な構成要素であるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）と基本的な症状緩和の方法を紹介します<sup>5)</sup>。

## 双方向性のコミュニケーションをバランス良く行う

ACPは“患者が自分で意思決定ができなくなった場合の将来的な医療について、医療・ケアチームと患者、家族または代理意思決定者間で継続的に話し合う、患者およびケア提供者との間で行われる自発的なプロセス”とされています<sup>6)</sup>。より良いエンドオブライフに関する意思決定を支援し、患者さんの意向が尊重されたケアの実践を促します。重要なことは、医療者からの情報提供と患者さんの希望・価値観の表出がバランス良く行われ、双方向性のコミュニケーションとなることです（図2）<sup>7)</sup>。心不全の予後推定が難しいことも伝えながら、患者さんが情報をどう知りたいかも確認した上で対話を進めます。患者さんの価値観や目標を共有し、急変時の蘇生処置や機械的サポートに対する希望、今後の療養先について話し合います。「人工呼吸器を使用するか？」「DNARをどうするか？」「どこで最期を過ごしたいか？」の結論を出すことに注力してしまい、患者さんの病状把握や価値観に対してわれわれの理解がおざなりになってしまわないように注意が必要です。こうしたコミュニケーションを通じたACPは多職種チームで行い、必要に応じて事前指示書を作成します。この



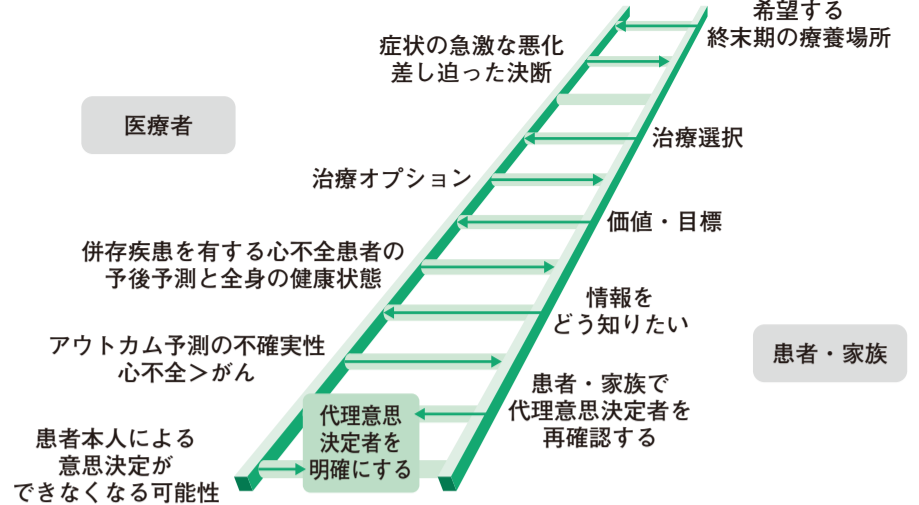
●図1 心不全の緩和ケアの提供モデル（文献3より一部改変して転載）

その情報、正確に伝わっていますか？

## 外来・病棟・地域をつなぐ ケア移行実践ガイド

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎  
松村真司



●図2 アドバンス・ケア・プランニングの構成要素（文献7より一部改変して転載）

内容はその後に変更可能であることを伝え、臨床経過に変化があった際は、その都度繰り返し話し合い、患者さんの意向を確認する必要があります。終末期の診療・ケアの選択をご家族に確認した経験は、誰もが持っていると思います。患者さんの価値観を十分に共有できていない場合、代理意思決定を迫られた家族が悩むことはまれではありません<sup>8)</sup>。患者さんと家族の間で治療選択に対する考えが異なる場合もあり、こうしたギャップに早く気づくためにも、ACPを通して、患者さんの考えを皆で共有することは重要と考えられています。

## 緩和ケアニーズを拾い上げるために

症状緩和の第一歩は、患者の緩和ケアニーズに気付くことで、包括的かつ効率的な評価が重要です。時に、患者さんの苦痛に対して医療者間で認識が異なることを経験します。苦痛は主観的なものですから、患者さん自身に記載していただく質問票の回答を踏まえてチームで議論するのが良いでしょう。苦痛の評価法にはさまざまなツールがありますが、IPOS（integrated palliative care outcome scale）は、①身体症状、②不安や心配・抑うつ、③スピリチュアリテイ、④患者と家族のコミュニケーション、⑤病状説明の十分さ、⑥経済的・個人的な気がかりへの対応から構成され、症状だけでなく社会的側面・スピリチュアルな側面も含め評価できます。日本語版は無料でダウンロード（<https://plaza.umin.ac.jp/pos/frame.html>）できますので、ぜひ活用してみてください。

末期心不全の主要な症状には、呼吸困難、倦怠感、痛み、食欲不振、抑うつ・不安などがあります<sup>9)</sup>。ここでは、最も良く経験する呼吸困難の対処方法を取り上げます。正確な心不全の病態把握は最重要で、利尿薬、血管拡張薬、強心薬などを投与しますが、治療抵抗性の呼吸困難をしばしば経験します。その際は、少量のモルヒネなどのオピオイドの有効性が報告されています<sup>6)</sup>。オピオイドは呼吸困難だけでなく、疼

痛や不安に対しても効果があり、頻呼吸を伴う場合は特に有効です。併せて、便秘や悪心、せん妄などの副作用対策も大切です。高齢者や慢性腎臓病を伴う際には、腎代謝であるモルヒネを使用する場合は過量投与に十分な注意が必要です。少量から開始し、症状や呼吸回数をみながら適宜増量しましょう<sup>6)</sup>。

ここでは、心不全における基本的緩和ケアのごく一部を紹介しましたが、もっと詳しく知りたい方には、心不全緩和ケアトレーニングコース（HEPT, <http://hept.main.jp/>）がお勧めです。eラーニング化されて受講しやすくなっていますので（医師対象、費用無料）、参加を検討されてはいかがでしょうか。

**Take-home message**

- 心不全の通常診療・ケアと緩和ケアを統合することで、早期からの緩和ケアをめざす。
- ACPを通して、患者さんの価値観を踏まえたエンドオブライフの意思決定を支援する。
- 緩和ケアニーズをIPOSで包括的に評価し、患者さんのQOL改善をめざす。

### 参考文献

- 1) Circ J. 2019 [PMID: 31511439]
- 2) JAMA. 2001 [PMID: 11180736]
- 3) Heart. 2002 [PMID: 12213799]
- 4) J Am Coll Cardiol. 2017 [PMID: 28982506]
- 5) Cardiovasc Res. 2020 [PMID: 31386104]
- 6) Circ J. 2021 [PMID: 33775980]
- 7) JACC Heart Fail. 2015 [PMID: 25543973]
- 8) J Cardiol. 2022 [PMID: 34815135]
- 9) N Engl J Med. 2015 [PMID: 26287850]

### 編者の言葉

“心不全マネジメントに興味を持ってもらいたい”という思いから企画した連載でしたが、無事最終回を迎えることができました。執筆いただきました先生方、辛抱強くサポートいただきました編集部の皆さま、最後までお付き合いいただきました読者の皆さま、本当にありがとうございました。読者の皆さまには、できればこの連載を通しての学び・気付きを、心不全マネジメントにまだなじみのない他の人たちにも伝えてほしいなと思っています。皆さまの周囲に、心不全マネジメントを主体的に担う仲間が一人でも多く増えることを願っています。

大きな変更点がありますか？—「はい」プラマニユはいつも現場の変化とともに

## 感染症プラチナマニュアル Ver.8 2023-2024

▶感染症診療に必要なかつ不可欠な内容をハンディサイズに収載。必要な情報だけに絞ってまとめ、臨床における迷いを払拭する。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の記述を大幅に刷新。新規ガイドライン（敗血症など）と、臨床に直結する新旧の主要論文約150本の情報を更新するなど、Dr.岡+新たな執筆協力者27名の布陣による大改訂。全体で約40ページ増。既刊「ASM臨床微生物学プラチナレファレンス」と「微生物プラチナアトラス」とリンク継続。拡大版（Grande）も同時発売。若手・ベテラン問わず、医師・ナース・コメディカルのみならず。

著：岡 秀昭 埼玉医科大学教授/総合医療センター病院長補佐/総合診療内科運営責任者/感染症科・感染制御科運営責任者

定価2,530円（本体2,300円+税10%）  
三五変 頁636 図9 2023年  
ISBN978-4-8157-3073-4

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# Medical Library

書評新刊案内

## 京都ERポケットブック 第2版

洛和会音羽病院 救命救急センター・京都 ER 編  
宮前 伸啓 ● 責任編集  
荒 隆紀 ● 執筆

A6・頁528  
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04988-7

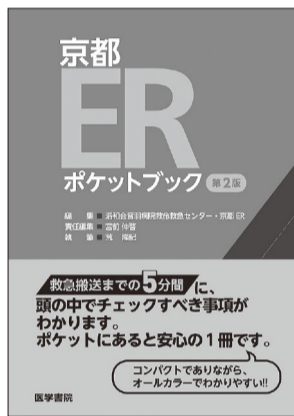
評者 溝辺 倫子

東京ベイ浦安市川医療センター救急集中治療科(救急外来部門)/地域医療振興協会シミュレーションセンター副センター長

今年も新年度がやってきました。初期研修医の皆さんが見せる、医師としてのはじめの一步を踏み出すことができる喜びと期待に満ちた輝く笑顔が、本当にうれしく映ります。そんな初期研修医の皆さんが避けては通れない宿命が、救急外来での研修ではないでしょうか。現場に立って、初めて(当たり前ながら生身の人間として)実在する患者さんの症状・病歴に対応する時の不安と緊張は、何年経っても忘れられない記憶です。

学生時代の机上の学習では、症状や所見が常に「言語化」され、記載されているのは必要な情報だけに絞られ、時系列に沿って並べられ、あとは公式に当てはめるだけで診断や治療法を導き出すことができます。一方で、実臨床では、患者さんの訴えや所見を自ら言語化し、情報を引き出し取捨選択し、時系列に沿って並べ替え、どの公式を当てはめるべきか思案し、診断や必要な治療を考えなくてはなりません。これは、医師となれば毎日幾度となく繰り返している作業ですが、実は膨大な労力と知識量が問われます。医師になってからの繰り返しの訓練と学習で、その作業は徐々に楽になってくるのですが、当初は困難です。その労力と知識量を補ってくれるのが、本書です。「救急搬送

あなたのポケットにスマホでは得られない温かい相棒を



までの5分でCheck! アタマの中」を見ながら情報取捨項目と当てはめるべき公式を、文字通り、頭の中に準備できます。これだけで、正しい診断や治療にグッと近づけるとともに、不安や緊張を少し和らげることができ、その分、患者さんとのコミュニケーションや共感に心を割くことができるでしょう。この度、第2版になってこの「救急搬送までの5分でCheck! アタマの中」の図が、さらに洗練され、図解もよりカラフルで明快になったと拝見しました。ぜひご活用いただきたいと思います。

また、お勧めしたいのは、この本の通読です。通読して、それ以降は辞書のように、必要な時に必要なページを検索できるようになることをお勧めします。「特殊分野編」や「使える! ERの覚え書き」の章も含めると、救急外来で出会う疾患がくまなく網羅されているため、教科書を超え辞書のように使えると思います。「あ、あのスコアリングが使いそう」「あのページに便利なフローチャートがあったな」「写真で載っていたあの皮疹に似ているのではないかな」といった形で活用してみると、この小さな本に隠された大きなキャパシティに気付くと思います。繰り返しているうちに、自然とその知識が頭の中に定着し、

## 急性腹症の診断レシピ

病歴・身体所見・CT

窪田 忠夫 ● 著

A5・頁320  
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04974-0

評者 安達 洋祐

久留米大教授・医学教育研究センター

本書は腹痛診断の画期的な手引きです。以下に本書の特徴を述べて推薦の辞とします。

### ①初期診断で見逃し回避

本書は、急性腹症の初期診断の解説書です。著者が示す初期診断は、安易な仮診断(便秘/胃腸炎/イレウス)ではなく、速やかに外科医に相談する病気や見逃すと命取りになる病気の診断です。問診と診察で決める具体的な手順(レシピ)が論理的に解説されています。

### 合理的アプローチによる新しい腹痛診断

初期診断で考えるのは9疾患です。腹痛の場所を3つに分け、上腹部は胃十二指腸穿孔/急性膵炎/胆石疾患/急性虫垂炎、下腹部は急性虫垂炎/大腸穿孔、腹部全般は絞扼性腸閉塞/急性腸管虚血/破裂性腹部大動脈瘤です。初期診断の目的は重症疾患の見逃し回避です。

本書は意思決定の本です(英語の書籍名は『The way of decision making in an acute abdomen』)。意思決定に重要なのは問診と診察です。初診で生理学的徴候(ショック/敗血症/汎発性腹膜炎)を評価して緊急性を判断します。血液検査とCT検査は補助的手段です。

### ②CT検査の正しい使い方

CT検査は正しく使わないといけません。CTを眺め何か異常がないか探すことをしない。特定する疾患を決めてCTを見る。想定した疾患の所見をCTで確認する。CTの結果を見てベッドサイドに行き病歴と身体所見をとりなおす。臓器別の系統的読影は後回しにする。

診断をCTに頼るのは、急性膵炎だけです。CTで診断できる急性虫垂炎

は問診と診察で診断でき、超音波か単純X線で遊離ガスを同定できる穿孔性十二指腸潰瘍はCTが不要で、骨盤炎症疾患と卵巣捻転はCTで診断できません。「とりあえずCT」は、やめましょう。

CTは利用するものであって信頼するものではないと力説し、若手医師の画像偏重主義や診察の形骸化に警鐘を鳴らします。コラムには「最近診断のためにはサラッと流す程度の見かたになった」「仲良しだった友だちと疎遠になった感じ」と語っているほどです。

### ③腹痛疾患の特徴が満載

疾患の特徴、第一印象、病歴のポイント、身体所見のポイント、診断の注意点に分けて詳しく書かれ、腹痛患者をイメージできるように配慮されています。問診と診察を丹念に行ってきた経験豊富な外科医(観察力も鋭い)の臨床の知恵が惜しみなく示されています。

例えば、十二指腸潰瘍穿孔はポケットにタバコが入っている、重症膵炎はメタボ体型、胆石症は七転八倒していた痛みが短時間で消失、急性虫垂炎は穿孔すると自発痛が軽減、絞扼性腸閉塞はじっとしていない、腸管壊死の腹水は最も(便臭より)臭い、などです。

EBMとは一線を画すと宣言しつつ、さりげなく文献を添え(75本)、『Sabiston Textbook of Surgery』を参考に「急性虫垂炎の診療アルゴリズム」を作っています。本書は経験 experience と証拠 evidence に基づく医療を心がける医師による啓発の書と言えます。

2年後にはこの本を卒業できるかも? いえいえ、このキャパシティを侮るなかれ。後期研修医になって専門研修に進んでも、折に触れて、この本の膨大な知識量が、皆さんの診療を支えてくれることでしょう。と言いますのは、私自身が高校時代に海外留学した時、

ポケット版の辞書を常に持ち歩き、周りが擦り切れボロボロになったことを思い出したのですが、使い込んだ本ほど使いやすく心強い相棒はいません。スマホにはない温かさを感じます。皆さんのポケットにも相棒として本書を忍ばせてみてはいかがでしょうか。

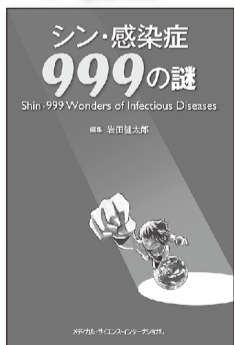
## MEDSIの新刊

ベストセラー「感染症999の謎」の続編、ついに完成!

# シン・感染症999の謎

●編集: 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座感染治療学分野教授  
●定価6,380円(本体5,800円+税10%)  
●A5変 ●頁784 ●図8・写真9 ●2023年  
●ISBN978-4-8157-3068-0

▶ベストセラー「感染症999の謎」、13年ぶりの続編。敗血症や結核といったベーシックなものから感染症に関する法制度や日本における感染症の歴史など、感染症に関わる多彩な999問のQ&Aを60章に分けて解説。気になった項目から読み進めることができる構成はそのままだに内容をより深くグレードアップ。著者らが真剣に感染症の「謎」と向き合い、答えを見いだそうと葛藤した、感染症とその診療の「本質」に迫る一冊。若手からベテランまで楽しみながら学べる。



### シリーズ既刊

- ER・救急999の謎 ●志賀 隆 ●定価6,050円(本体5,500円+税10%) ●ISBN978-4-89592-902-8 ●2017年
- 総合内科999の謎 ●清田雅智・八重樫牧人 ●定価6,050円(本体5,500円+税10%) ●ISBN978-4-89592-821-2 ●2015年
- 集中治療999の謎 ●田中竜馬 ●定価6,050円(本体5,500円+税10%) ●ISBN978-4-89592-801-4 ●2015年
- 感染症999の謎 ●岩田健太郎 ●定価5,500円(本体5,000円+税10%) ●ISBN978-4-89592-632-4 ●2010年

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 https://www.medsi.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36風明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsi.co.jp

## プレゼンテーションに悩む医療者・学生へ

# 医療者のスライドデザイン

プレゼンテーションを進化させる、デザインの教科書  
小林 啓

●B5変型 2023年 頁200 定価:3,740円(本体3,400円+税10%) [ISBN978-4-260-04773-9]



デザイナー兼現役医師による、医療系スライドをデザインの視点から徹底的に解説する指南書。伝わるデザインにはルールがあり、ポイントを押さえることで医療のプレゼンテーションは大きく改善します。デザインの理論だけでなく、幅広い職種に応じた多くの実例スライドを紹介し、BEFORE / AFTER形式で具体的に理解することができます。演習問題や実例スライドを特設サイトからダウンロードし、手を動かすトレーニングが可能です。スライドの他にも、研究ポスター、チラシ、オンラインプレゼンテーションなど、医療者が直面するデザインを見やすく、伝わりやすくするためのテクニックを多数紹介します。

Contents	
Chapter 1	準備をする
Chapter 2	整える
Chapter 3	余白
Chapter 4	配色する
Chapter 5	画像にする
Chapter 6	時間を操る
Chapter 7	デザイン事例集
Chapter 8	オンラインプレゼンテーション
Chapter 9	医療とデザインの可能性



医学書院

# 標準臨床検査医学 第5版

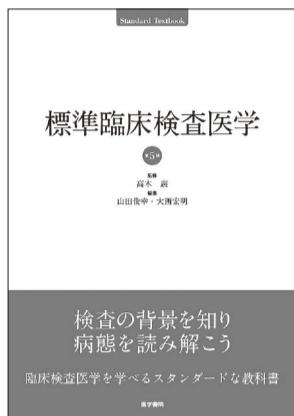
高木 康 ● 監修  
山田 俊幸, 大西 宏明 ● 編

B5・頁448  
定価:7,480円(本体6,800円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04967-2

評者 村上 正巳  
群馬大名誉教授

臨床検査医学は、全ての診療科に関連した医療の根幹をなす学問分野で、医療のどのような専門領域においてもその知識と素養は不可欠である。診療においては通常、医療面接と身体診察を行い、必要な検査を実施し、診断、治療が行われ、治療後の経過観察においても検査が実施される。臨床検査は、画像検査とともに診療に必要・不可欠なツールである。

## 臨床検査医学を学ぶ人のための教科書の決定版



『標準臨床検査医学』の初版は1987年に上梓され、臨床検査医学の代表的な教科書として版を重ねてきた。2013年に第4版が刊行されてから10年が経過し、今回版を新たにすることは大きな意義がある。この10年の間にわが国の臨床検査を取り巻く環境にさまざまな変化がみられた。2018年に検体検査の品質・精度の確保に関連した医療法等の一部を改正する法律が施行され、臨床検査の品質・精度を確保するための施設基準や方法が明確化されるとともに、遺伝子関連検査・染色体検査が一次分類に位置付けられた。また、2019年に初めて報告された新型コロナウイルス感染症はパンデミックとなり、わが国においても医療提供体制の逼迫を招くなど未曾有の事態となった。新型コロナウイルス感染症の対策において、核酸検査や抗原検査などの検査法の開発と普及、検体採取の方法、検査精度の確保、検査試薬と機器の供給体制、臨床検査に携わる人材の育成など、臨床検査の課題と役割が広く一般に理解されるようになったものと思われる。

本書には読者の理解を助けるためのさまざまな工夫がみられ、今回の第5版からオールカラーとなり、ビジュアル面での充実が図られている。

第I編「臨床検査医学の基礎」では、

臨床検査医学の総論として、臨床検査の基礎と検体の採取と保存に関して記述され、臨床検査全体を的確に過不足なく把握できる内容となっている。

第II編「検体検査」では、まず“全体の理解を助けるために”として検査項目の基本的な事項が述べられ、検査項目の概要、基準範囲(基準値)、異常値を示す疾患・病態とそのメカニズム、関連検査について理解を促すカラーの図表をふんだんに用いて説明されている。新型コロナウイルス検査など最新の情報も随所に盛り込まれ、近年のゲノム医療の進歩を反映して、染色体検査・遺伝子検査が全面改訂され、内容の充実が図られている。

第III編「生理検査」では、腹部と体表臓器の超音波検査の章が新設され、循環機能検査に脈波検査が加わり、神経系の電気生理学的検査に聴性脳幹反応、体性感覚誘発電位、視覚誘発電位が追加されるなど全面改訂されている。付録では、主要症候・検査による鑑別チャート、図解検査手技やMCQ(multiple choice question)に加えて、新たに日本臨床検査標準協議会(JCCLS)共用基準範囲や医学教育モデル・コア・カリキュラムとの対照表が掲載され、読者の理解を助ける構成となっている。

本書は、医学生に最適の教科書であるのはもちろん、研修医をはじめとする医師、臨床検査技師、薬剤師、看護師ほかメディカルスタッフの方々に広く利用していただける内容となっている。本書を熟読することにより、臨床検査医学の近年の進歩とその奥深さを実感していただけるものと確信する。本書を活用し、臨床検査医学の基本的な知識と素養を身につけていただくことを切に願うものである。

# がん化学療法レジメン管理マニュアル 第4版

濱 敏弘 ● 監修  
青山 剛, 池末 裕明, 内田 まやこ, 佐藤 淳也, 高田 慎也, 土屋 雅美 ● 編

B6変型・頁928  
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-05028-9

評者 佐藤 温  
弘前大学教授・腫瘍内科学

第3版発刊より3年半を経て、『がん化学療法レジメン管理マニュアル』が第4版として発刊された。「がん化学療法で役立つ情報を凝縮したマニュアル(相棒)」が売り文句の本書は、がんエキスパートの薬剤師らが、がん化学療法に携わる薬剤師のために作成したマニュアルなのだが、この書評を書いているのは、腫瘍内科医師であるということにまず気が付いてほしい。薬剤師はもちろんのこと、がん化学療法に携わる全ての医療者にとって、実に便利かつ完成度の高いマニュアル(相棒)である。掲載されているレジメンは111本と増え、それぞれに支持療法を含む投与スケジュール、投与の注意点、減量・中止基準、副作用の発現率、発現時期、その評価観察と対策などのポイント、さらに薬剤調製、監査の他、ケアに関することまで、がん化学療法に必要なほぼ全ての情報が簡潔にわかりやすくまとめられている。

## 相性抜群の『がん診療レジデントマニュアル』との併用がお勧め



お勧めの使い方は、職場の目につく所に、同じ医学書院から発刊されている『がん診療レジデントマニュアル第9版』と一緒に並べておくことである。『レジデントマニュアル』で疾患の概要とエビデンスに基づいた治療方針を確認する。そして、化学療法が選択された場合は、引き続き本書で実際の投与スケジュール、副作用管理の方法などを確認できる。これは非常に便利である。両書籍ともに同じサイズで不必要に場所をとらず、類似のデザイン同じ紙質とビジュアル的にも映える。

これ以上相性の良い本もないだろうと思う。もちろん、当科の病棟の電子カルテ端末の上および外来診察室にも2冊ずつ並んで置かれている。外来では各診察室に置くようにしてはいるものの、時々定位置から持ち去るやからがいてるので、見栄えは悪いけれど、油性マジックで診察室の名称を表紙に書いている。これもお勧めである。本来であれば、白衣のポケットに入れていつでもどこでも使えるようにすべきなのだろうが、惜しむらくは、ポケット版にしては常にポケットに入れて持ち運ぶには少し重し、厚みがかさ

ばる。だからこそ、私的には、職場の複数箇所に置いておくことでうまく活用できている。

本書編集者の一人である佐藤淳也氏が、「レジメン管理は、抗がん剤という素材に、支持療法というスパイスを混ぜて、いかに上手に完成させるかというレシピです。名シェフであるがん専門薬剤師がノウハウをふんだんに盛り込んで本書を完成させています」と教えてくれた。熱意が伝わる。料理では、レシピ通りに全てそのままで作れば、美味しい料理が作れる。医療では料理を食べる人が、治療を受ける患者であって、彼らはつらい治療であっても、治療の効果を切に願っている。その思いの大きさは計り知れない。そんな患者を思い描きながら作られたからこそなくてはならない書籍になったのだと思う。ちなみに、私は医学書院にCOIはない。

医学書院IDの登録はお済みですか? 最新の医学界新聞がメルマガで届きます 医学書院ID 登録

# 外用療法のコツを凝縮してお届けします! ✨

## ジェネラリストのための これだけは押さえておきたい 皮膚外用療法

安部 正敏

皮膚疾患を治療するにあたって、最低限押さえておきたい外用療法のポイントをわかりやすく説き起こした1冊。塗り方、用量、基剤の使い分け、古典的外用薬、ドレッシング材、洗浄剤、化粧品、市販衛生材料など、外用療法の基本から解説。新薬など診療の幅を広げる外用薬は特論として取り上げた。日常診療でよくみる疾患は、診断・治療プロセスから具体的な処方例までコンパクトにまとめている。臨床現場で今すぐ使える知識が満載!

- 目次  
イントロダクション  
総論 外用薬の基本  
特論 知っておきたいこのくすり!  
各論 外用薬はこう使う!



## ジェネラリストのための これだけは押さえておきたい 皮膚外用療法

安部 正敏



●A5 2023年 頁276  
定価:4,620円(本体4,200円+税10%)  
[ISBN978-4-260-05023-4]

書籍の詳細はこちら



医学書院

# 安全で効果的な治療をサポートする 心強い相棒!

## がん化学療法 レジメン管理マニュアル 第4版

監修 濱 敏弘  
編集 青山 剛/池末 裕明/内田 まやこ/佐藤 淳也  
高田 慎也/土屋 雅美

がん化学療法で役立つ情報を凝縮したマニュアル、大好評の第4版! 使用頻度の高いレジメンを111本掲載し、それぞれの臨床のポイントをしっかり解説。「支持療法薬を含む投与スケジュール」(医師・薬剤師・看護師がすべきこと)と「副作用の発現時期」(患者に起こること)が1つの表で一目瞭然、概要の把握に便利。エビデンスに基づく減量・中止規定、具体的な介入事例(症例)の情報もさらに充実。

- 目次  
乳がん/肺がん/大腸がん/胃がん/肝胆膵がん/婦人科がん/泌尿器がん/頭頸部がん/造血器腫瘍/その他のがん/付録1 抗がん薬の希釈後の安定性/付録2 JCOG 共用基準範囲一覧 (CTCAE v5.0 対応版)

B6変型 2023年 頁928 定価:4,950円(本体4,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05028-9]

医学書院

書籍の詳細はこちら



# ジェネナビ、始めました

医学書院

# 明日の臨床に役立つ！ 内科医のための総合サイト ジェネラリストNAVI

よりジェネラルな内科診療を目指したい臨床医のための、新しいWebサイト“ジェネナビ”がオープンしました。忙しい日常診療のちょっとしたスキマ時間でも読める、明日から役立つコンテンツを豊富に掲載！



**会員登録 無料**

ご登録はコチラから！  
<https://gene-navi.igaku-shoin.co.jp/register>



## オープニングコンテンツ

- ▶ **ジェネナビO×クイズ1日1問**  
月刊誌『medicina』掲載論文から、さまざまな疾患に関する問題をO×形式で毎日出題！
- ▶ **フィジカルwebドリル**  
石井 大太 (浦添総合病院 病院総合内科)、ほか  
「フィジカルって面白い！」毎週1回、身体診察の問題をドリル形式で配信！
- ▶ **対談シリーズ「医のアートを求めて」**  
平島 修 (名瀬徳洲会病院 内科)  
さまざまなプロフェッションとの対談シリーズ！医師の思考や精神を深める旅に誘います。
- ▶ **抗菌薬ものがたり**  
—— エピソードで学ぶ感染症診療の歩きかた  
伊東 完 (東京医科大学茨城医療センター 総合診療科)  
岡本 耕 (監修/東京大学医学部附属病院 感染症内科)  
体系的に語られることの少ない感染症診療のノウハウを、エピソード形式ですっきり整理。

- ▶ **グラフィカル・ジャーナルクラブ**  
—— ビジュアルで読み解くエビデンス  
青島 周一 (徳仁会中野病院 薬剤部)  
臨床判断に役立つ論文を「3枚」のスライドにビジュアル化！直観的に目で見てわかる！
- ▶ **臨床現場の仕事術**  
—— 3分で読める！MBA×総合診療の100エッセンス  
天野 雅之 (南奈良総合医療センター 総合診療科/教育研修センター)  
「総合診療」と「経営学」の理論に基づいた「超実践的な仕事術」を症例ベースで解説！
- ▶ **Q&Aで学ぶ漢方診療**  
吉永 亮 (飯塚病院東洋医学センター 漢方診療科)  
Q&A形式による解説で、近いようで遠かった漢方が身近に感じられます。
- ▶ **今月の東京GIM**  
「東京GIMカンファレンス」での症例検討を配信。コンパクトにまとめた疾患解説付き。
- ▶ **診療ガイドラインのエッセンス**  
日常診療でよく遭遇する疾患について、ガイドラインのエッセンスをまとめます。

## 5 medicina Vol.60 No.6

### Common diseaseの処方箋ファイル

企画：矢吹拓 (国立病院機構橋本医療センター-内科) 山本祐 (自治医科大学附属病院総合診療内科) 青島周一 (中野病院薬剤部)

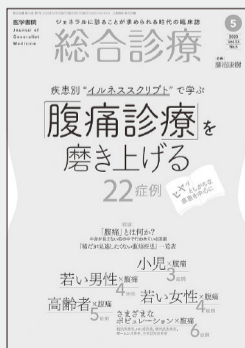
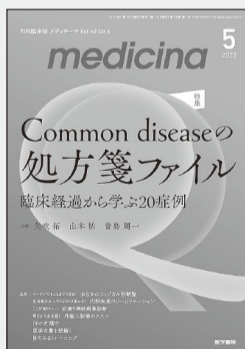
- 「初回の処方ではどんな薬剤や非薬物療法を考慮すべきか?」「薬剤処方後に生じた経過(改善・不変・悪化)にどのようなアクションを行うべきか?」「いつ薬の処方を中止するか、その際の注意点やピットフォールは何か?」。本特集を通じて、臨床実践で日々遭遇する「多様な経過」について、時系列で考えながら学習を深めていただきたい。
- |               |                     |
|---------------|---------------------|
| CASE 1 高血圧    | CASE 11 片頭痛         |
| CASE 2 心房細動   | CASE 12 糖尿病         |
| CASE 3 慢性心不全  | CASE 13 甲状腺機能低下症    |
| CASE 4 COPD   | CASE 14 高尿酸血症       |
| CASE 5 逆流性食道炎 | CASE 15 脂質異常症       |
| CASE 6 便秘     | CASE 16 骨粗鬆症        |
| CASE 7 尿路感染症  | CASE 17 鉄欠乏性貧血      |
| CASE 8 帯状疱疹   | CASE 18 アレルギー性鼻炎    |
| CASE 9 慢性腎臓病  | CASE 19 傷風風 (CPPD症) |
| CASE 10 認知症   | CASE 20 不眠症         |

- 連載
- ローテクでもここまでできる！おなかのフィジカル診断塾
  - ここが知りたい！欲張り神経病巣診断
  - 医学古書を紐解く
  - 主治医の介入でこれだけ変わる！内科疾患のリハビリテーション
  - 目でみるトレーニング
  - ERの片隅で
  - 明日から主治医！外国人診療のススメ

▶ 来月の特集 (Vol.60 No.7) **整形外科プライマリ・ケア**  
内科医が知りたい整形外科疾患のすべて  
企画：田島康介 (東京女子医科大学附属立医療センター-整形外科)

▶ 2023年増刊号 (Vol.60 No.4) **探求!マイナーエマーゼンシー**  
● 特別定価：6,050円 (税込)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



## 総合診療

Vol.33 No.5

疾患別「イルネスクリプト」で学ぶ

### 「腹痛診療」を磨き上げる22症例

プライマリ・ケア診療において最も診断エラーを生じやすい「腹痛」。紹介や転医のあと、「アッ、しまった!」と思うことも…。そんな「ヒヤッとしがちな疾患」を中心に、腹痛診療をブラッシュアップする22症例を厳選! 時間経過に沿った「思考プロセス」と「イルネスクリプト」を、それぞれ言語化していただきました。企画：藤沼康樹 (医療福祉生協連家庭医療学開発センター)

#### INDEX

- 【総論】①「腹痛」とは何か?—中身が見えない箱の中で行われている演劇…腹痛を「考える」会 ②「稀だが見逃したくない腹痛疾患」一覧表…原田 拓
- 【小児×腹痛】①急性虫垂炎…伊原崇晃 ②機能的消化管疾患…瀧美ゆかり ③便秘症…瀧美ゆかり
- 【若い女性×腹痛】①Fitz-Hugh-Curtis症候群…柴田綾子・志水太郎 ②卵巣出血…山一志 ③上腸間膜動脈症候群…大武陽一・志水太郎 ④妊娠中の虫垂炎…福井陽介・志水太郎
- 【若い男性×腹痛】①精巣捻転…平田理紗・相原秀俊・多胡雅毅 ②尿管遺残症…荒巻芽生・徳島圭宣・多胡雅毅 ③前皮神経絞扼症候群…山下 駿・井手則子・多胡雅毅 ④1型糖尿病…中島央律紗・藤原元嗣・多胡雅毅
- 【高齢者×腹痛】①大腿ヘルニア…高江洲 怜・仲里信彦 ②腹部大動脈瘤…外間 亮・仲里信彦 ③S状結腸輪捻転症…近藤和伸・仲里信彦 ④腸間膜動脈閉塞症…新里盛朗・仲里信彦 ⑤関節性多発性動脈炎…橋本頼和・仲里信彦
- 【さまざまなボビュレーション×腹痛】①糖尿病患者(ケトアシドーシス)…藤井洋一・原田 拓 ②HIV感染者(アメイバ肝膿瘍)…山本祐資・齋田瑞恵・内藤俊夫 ③精神疾患患者(腹腔動脈解離)…仲吉朝基・綿貫 聡 ④ホームレス患者(胃潰瘍)…田丸聡子・小坂鎮太郎 ⑤在宅認知症患者1(腸閉塞)…平良宏樹・小坂鎮太郎 ⑥在宅認知症患者2(下部消化管穿孔)…原田 拓
- 【Editorial】イルネスクリプトと臨床能力…藤沼康樹

▶ 来月の特集 (Vol.33 No.6) **知っておくべき!モノクロな薬たち**  
(注:モノクローナル抗体の話ですよ~)

企画：徳田安春 (臨床研修病院群プロジェクト群里沖禰)

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引! 配送料は弊社負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2023年 年間購読料

- ▶ medicina 40,788円 (税込) (増刊号・増大号を含む年13冊)
- ▶ 総合診療 32,472円 (税込) 個人特別割引28,248円 (税込) 医学生・初期研修医割引22,044円 (税込)

電子版もお選びいただけます

医学書院