

2017年9月11日
第3239号 for Residents

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
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
JCOPY 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

- [座談会]内科外来サバイバル 踏み外さない診療戦略(岸田直樹,西垂水 和隆,濱口 大)..... 1-3面
- [連載]身体所見×画像×エビデンスで迫る呼吸器診療..... 4面
- [連載]賢く使う画像検査..... 5面
- MEDICAL LIBRARY/第39回日本POS 医療学会開催..... 6-7面

座談会 内科外来サバイバル

踏み外さない診療戦略



濱口 大氏 福島県立医科大学附属病院 総合内科部長
岸田 直樹氏 北海道薬科大学客員教授/ 総合内科医・感染症医
西垂水 和隆氏 今村総合病院 救急・総合内科主任部長

内科外来を担当するのは、その道で修練を積んだ総合診療医ばかりではなく、他の領域を専門とする医師であることも多い。そうした医師にとっては、内科外来において「踏み外さない」ことが切実な問題だ。

本紙では、3人の総合内科医にお集まりいただき、内科外来を担当することになった研修医に向けて、意識すべきポイントや見逃しやすい症例をご紹介いただいた。

岸田 内科外来は初期研修で経験することはほぼありませんが、後期研修に入ると専門外でも任されることが多くなります。今回は、ドキドキしながら内科外来の診療をしているであろう研修医の先生方に向けて「踏み外さないための診療戦略」をお話します。

内科外来のピットフォール

岸田 まず、注意すべきピットフォールからスタートしたいと思います。内科外来でしばしば出合うのは、軽症だと思って判断を先延ばしにしていたら実はけっこう重症だったという「見た目軽症、実は重症」な例です。

例えば、「風邪だと思う」と言って受診される患者さん。内科外来にはよく来ますよね。主訴にだまされがちですが、実際は風邪ではないことがあります。「内科外来はしょせん風邪ばかりだし」という意識で診察していると見逃してしまいます。

濱口 インフルエンザに混じって来る尿路感染症などもありますよね。軽症患者さんが多数な中に、ごくまれに注意すべき方が混じっているのを足すくわれやすいです。

西垂水 内科外来で診るのは歩いて来られている患者さんなこともあり、軽症しか来ないだろうという意識を持ちがちです。それも見逃しを招く原因の一つです。重症者の頻度は少ない上に、来院時にはバイタルも落ち着いていることが多いですから、より病歴に重きを置いて、発症時の様子を聞き出すことが大切です。

濱口 重傷者が紛れているかもしれないと身構えていれば、そうした患者さんに気づきやすいですね。しかし常に気を張っているわけにはいかないとしますので、緩急を付ける必要があります。

岸田 特にどういった患者さんに注意すべきでしょうか。

西垂水 高齢者、糖尿病患者、精神疾患患者は、元氣そうに見えても安易に判断せず、一歩踏み込んだ検査をする意識を持ったほうがよいです。本人の自覚症状がないだけでなく、重症なのに見た目もバイタルも正常なことさえあります。

濱口 内科外来では「99歳、男性、咳」というだけで、要注意のスイッチが入りますよね。感覚麻痺がある方も、麻痺部分では通常見られるべき疼痛や圧

痛が自覚されにくいので注意を払います。

岸田 見逃しやすいシチュエーションはありますか。

濱口 見逃しは病歴聴取や身体診察をスキップしてしまった時に多いと考えます。例えば、心窩部痛を主訴に来院した方の例を聞いたことがあります。内視鏡検査、心電図検査、腹部エコー検査では問題がなかったのですが、実は下壁の心筋梗塞だったそうです。

多忙な内科外来では、まず検査をして、その結果が出てから患者と面接することもあると思います。私も忙しい時には検査に頼り、結果が正常だから問題ないと判断してしまうことがあります。病歴や症状をしっかりと聞き、バイタルサインや見た目を手掛かりにして異変を感じ取ることが大事です。

西垂水 忙しくて病歴を聞かなかつたり、患者さんは言っていたのに聞き逃したりということは私にもあります。1か月続く頭痛を主訴とする方で、苦痛の表情はなく、亜急性頭痛として腫瘍などを考えました。しかし、きちんと病歴を取ると頭痛はある日突然生じたことがわかったのです。椎骨動脈解離でした。

濱口 専門分野を持っている場合、検査や手技を用いてその専門分野の疾患を想定したり、除外したりということが行われますが、専門分野の疾患しか想定していないと、検査などで異常がなかった場合のアセスメントが難しくなります。

西垂水 自分の専門分野の疾患を想定しがちなのはある程度仕方ないことです。専門領域に引つ張られて見逃さないようにするコツは、病歴をきちんと聞いて自分の得意疾患のストーリーに合致するかどうかを意識することだと思います。

岸田 専門外の主訴の場合、「とりあえず」の検査を絨毯爆撃的にしがちですよね。そうしないためにも、しっかりとした問診が大切です。

西垂水 型通りに面接すれば見逃しは減らせるので、まずは型を学ぶべきです。

その上でわからない場合には、専門科にコンサルトすることが大切です。きちんと病歴を聴取できたとしても専門外の病気を診断するのは難しいです。しかし、紹介先から結果を聞き勉

(2面につづく)

September 2017 新刊のご案内 医学書院

●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部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p>〈Essence for Resident〉 できる救急外来 カルテを使えばうまくいく 天沢ヒロ A5 頁352 4,500円 [ISBN978-4-260-03028-1]</p>	<p>SCID-5-PD DSM-5®パーソナリティ障害のための構造化面接 監訳 高橋三郎 訳 大曾根彰 B5 頁184 5,000円 [ISBN978-4-260-03211-7]</p>	<p>“私らしさ”を支えるための 高齢期作業療法 10の戦略 村田和香 A5 頁180 3,400円 [ISBN978-4-260-03251-3]</p>
<p>魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編 志水太郎、忽那賢志、佐田竜一、綿貫 聡、石金正裕 A5 頁272 3,500円 [ISBN978-4-260-03194-3]</p>	<p>症例で学ぶ外科診療 専門医のための意思決定と手術手技 訳 安達洋祐 B5 頁352 8,000円 [ISBN978-4-260-03058-8]</p>	<p>言語聴覚研究 第14巻 第3号 編集・発行 日本言語聴覚士協会 B5 頁184 2,000円 [ISBN978-4-260-03437-1]</p>
<p>神経症状の診かた・考えかた General Neurologyのすすめ (第2版) 福武敏夫 B5 頁424 5,200円 [ISBN978-4-260-03059-5]</p>	<p>ポケット医学英和辞典 (第3版) 編集 泉 孝英 編集協力 八幡三喜男、長井苑子、伊藤 稔、Simon Johnson 新書判 頁1282 5,000円 [ISBN978-4-260-02492-1]</p>	<p>【好評発売中】 今日の診療プレミアム Vol.27 DVD-ROM for Windows 監修 永田 啓 DVD-ROM 価格78,000円 [JAN4580492610209]</p>

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

座談会 内科外来サバイバル

(1面よりつづく)

強していけば、どんどんできるようになります。

救急外来とどう違う？

岸田 研修医が初めて内科外来を経験するとき、初期研修で経験した救急のノウハウで対応しようとしがちです。

西垂水 基本的には、まずは救急の知識を生かし、緊急性のあるものを見逃さないようにすることが大事です。私たちもそうやって育ってきました。

ただ、内科外来の特徴の一つに、救急と比べて病歴が長いことがあります。救急患者は数日単位の発症が多いですね。病歴が短ければ原因もわかりやすいですが、発症から数か月、数年を経ていると、他の症状が混ざり病態が複雑なことがあります。

岸田 臓器別の専門内科がある病院では、「内科外来」に来ている時点でセクションが掛かっていることも意識すべきです。明らかに胸が痛い方は循環器科、腹部症状がある方は消化器科に回されます。内科外来に来るのは、主訴や原因が不明瞭で他科に振り分けられない、診断学的に難しい方です。

西垂水 一方、内科外来の良い点は、緊急性のあるものさえ除外できればその場で診断がつかなくてもよいことです。しばらくしてから再受診してもらうなど、繰り返し診る時間があるので。その間に誰かに相談したり、経過を見たりできます。

岸田 わからない時は他の先生に振るのも一つの手ですよ。患者さんが話す内容が変わって、「なんで自分にそれを言ってくれなかったんだ？」となることもあります(笑)。

濱口 私が研修医に外来初診を経験させるときには、その後に振り返りのカンファレンスをします。経過観察とする患者さんには、診察後にチームで検討し、その結果気付いたことがあれば後から電話で連絡する可能性があることをあらかじめ伝えておきます。このようにしておく、たとえ見逃しがあっても電話連絡することになっても、患者さんは「皆で考えてくれているんだな」と感じ、むしろ感謝されるが多いです。



●きしだ・なおき氏
1995年東工大理学部中退、2002年旭川医大卒。手稲溪仁会病院初期研修、総合内科・医学教育フェロー修了。静岡県立静岡がんセンター感染症科フェローを経て、10年より手稲溪仁会病院総合内科・感染症科感染症科チーフ兼感染対策室室長。14年より一般社団法人Sapporo Medical Academy 代表理事。17年より現職。編著に『ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版』『誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた』(いずれも医学書院)など。

岸田 でも、内科外来といえども、先延ばしにできないケースもありますよね。西垂水先生から以前教わったのは、オンセットが sudden, hyper acute な場合は落ち着いているように見えても、精査すべきということです。

西垂水 それが1か月前でも、オンセットがはっきりあるなら要注意です。例えば、2週間ほど食欲がなく、下痢をしている高齢者の例がありました。消化器系疾患か悪性腫瘍を疑いましたが、食欲低下のオンセットが急でした。精神疾患もあるため精査したところ、心筋梗塞でした。

濱口 最近、喉の痛みを訴える高齢者の例がありました。救急に来院し、初回は風邪薬が処方されました。しかし痛みが取れず再び救急受診しました。心電図、X線、採血でも問題がなかったため帰宅となりましたが、さらに症状が続くため救急を再受診し総合内科に紹介となりました。そこで病歴を聞いたところ、喉はある朝突然痛くなったと言うのです。しかも、咽頭発赤はありませんでした。発症時に少し冷や汗をかいたとの情報も得られ、大動脈解離を疑いました。CT検査で確定診断が得られ、緊急手術になりました。オンセットの聴取は本当に重要です。



●にしたるみず・かずたか氏
1992年鹿児島大卒。沖縄県立中部病院シニアレジデントを経て、今村病院分院(現・今村総合病院)勤務。2001年に、365日24時間体制の総合内科である救急・総合内科を立ち上げる。その後、手稲溪仁会病院、JA北海道厚生連倶知安厚生連病院に勤務し、07年より現職。共同執筆に『ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版』(医学書院)。

岸田 まずは救急でのノウハウを生かして緊急性のあるものを除外した上で、さらに内科外来ならではの注意すべき疾患を除外することが必要ということですね。

「診断の砦」としての内科外来

岸田 表1に例を挙げたように、内科外来に訪れる患者さんは、複数の診療科で診断がつかずたらい回しになって来た方も少なくありません。そういう意味で内科外来は「診断の最後の砦」とも言えます。

西垂水 たらい回しになっている方は、筋骨格系の疾患が多いです。胸部や腹部の痛みが肋軟骨炎や下部肋骨症候群だったり腓骨疑いの背中の痛みが肋脊椎関節の機能障害だったり。

濱口 検査で異常が出ない疾患もたらい回しになりやすいです。検査で異常がないことはそれ自体が重要な手掛かりの一つでもあるので、それを踏まえた上で一歩進んで病歴や症状をさらに詳しく聞くと原因がわかることがあります。

また、検査をすれば異常が出るものの、検査されていなかったケースもあります。若い女性の倦怠感として他疾



●はまぐち・すぎひろ氏
1995年新潟大卒。天理よろづ相談所病院、市立舞鶴市民病院での研修を経て、関西医科大学内科学教室。2001年より北海道の複数の病院でへき地・離島医療に従事。06年よりロンドン大衛生熱帯医学大学院校留学、熱帯医学修士取得。07年に江別市立病院に赴任し、内科医総辞職により危機に瀕していた同院の再生プロジェクトを牽引する。10年には同院内に総合内科医育成センターを創設した。16年より現職。

患がほぼ除外された上で、貧血がなくともフェリチンを測ると低値であり、鉄剤使用により倦怠感が改善すれば非貧血性鉄欠乏症であることがわかります。こうしたケースでもやはり患者背景と病歴聴取が重要です。

岸田 1回の診察ではわからない疾患も、フォローしているうちに見えてくる場合がありますよね。

濱口 私の場合、診断がつかないときには、現時点ではある病気の症状の一部しかまだ出ていない初期段階である可能性を患者さんに伝えます。他の症状が今後出てくるかもしれないので、何か変化があったら必ず来るように言っています。

岸田 よくわからないからと曖昧な診断をつけたり、「風邪だ」とか「大丈夫だ」などと言ってそのまま帰してしまったりせず、現時点ではわからないと素直に伝え、経過を見るのです。ある程度可能性を絞り込んでいるのであれば、今後出るかもしれない症状を伝えて、外来で継続的に診られるようにつなぎとめることが大事です。

濱口 現時点では検査結果に異常がなくても、後で症状が出たときに検査をしたら、異常が出るかもしれません。コミュニケーションができていれば、

『科研費 採択される3要素 第2版』 刊行記念セミナーのお知らせ

平成30年度(2018年度)科研費に応募予定の研究者の方はぜひこの機会をご活用ください!

「科研費」— 採択されるために 実例から学ぶ

講師 郡 健二郎 先生 (本書著者/名古屋市立大学 学長)
日時 2017年9月23日(土) (第1回と第2回は同内容です。入れ替え制です)
第1回: 13:00~15:00
第2回: 15:30~17:30
会場 医学書院 本社会議室 (東京都文京区本郷1-28-23)
定員 各回80人
受講料 3,000円 *指定テキスト代別 (税込・資料代など含む・当日払い)

驚異の採択件数を誇る教室のトップである講師が執筆した『科研費 採択される3要素—アイデア・業績・見栄え 第2版』が、このたび医学書院より出版されました。第2版では初版で好評を博した本書の基本構成は踏襲しつつ、「第2章 科研費の制度を知る」については平成30年度助成(平成29年9月より申請)から制度が大幅に改定されることに伴い、内容を全面刷新しています。本書で講師が述べているように、科研費獲得に向けた第一歩は「研究の楽しさ、美しさ」を知ることであり、本セミナーでもそれをまず踏まえたうえで、科研費獲得のために必要なことは何かを、事例を用いながら解説します。また、どのような申請書なら審査委員の心をつかむのかを事例とともに詳述し、「見栄え」をよくすることで受け手の印象がガラッと変わることも、多くの事例を用いて示します。本セミナーでは、本書で解説している科研費採択に至る秘伝を講師が懇切丁寧に受講者に示します。

新刊!! 科研費 採択される 3要素 第2版 アイデア・業績・見栄え 名古屋市立大学 学長 郡 健二郎 大好評を博した本書待望の第2版 ついに刊行! 完全対応 平成30年度助成に (平成29年9月より申請) 医学書院

参加お申込み方法 以下のセミナーページからお申込みください
https://seminar.igaku-shoin.co.jp/
*指定テキスト: 郡 健二郎著『科研費 採択される3要素—アイデア・業績・見栄え 第2版』(医学書院刊)をテキストとして使用いたしますので、各自ご持参ください。当日会場での販売もごさいます。

お問い合わせ
株式会社医学書院 PR 部
tel: 03-3817-5698
(平日9:00~17:00)

大幅改定される平成30年度助成(平成29年9月より申請)に完全対応した最新版!
●B5 頁196 2017年 定価:本体3,800円+税
【ISBN978-4-260-03220-9】

●表1 内科外来あるある症例

よくある疾患なのに意外に診断されないシリーズ	
下部肋骨症候群	: 第11~12肋軟骨の痛みだが腹痛で受診。
肋軟骨炎	: さまざまな胸痛を来す。誘因が不明なことが多い。
後頭神経痛	: 側頭から頭頂部に放散。圧痛点で誘発。
副鼻腔炎	: 頭痛・咽頭痛・微熱・倦怠感など多彩な症状。
前皮神経絞扼症候群 (ACNES)	: 限局した下腹部痛が多い。消化器症状なし。
総胆管結石	: 急に胃が痛くなったと訴える。
偽痛風	: 入院中の予想外の発熱で多い。頸部も。
薬剤性疾患	: 説明がつかない症状では必ず考慮。
非貧血型鉄欠乏症	: 若い女性の倦怠感で原因が特定できない。
レストレスレッグ症候群	: 夜に多いこむらがり。
睡眠時無呼吸症候群	: 朝方の頭痛で頭部CT正常。
レアものだけど知っておくと便利シリーズ	
モンドール病	: 胸部血管性静脈炎。表在の索状物でどこでもできる。
アヘンバツハ症候群	: 中年以降の女性の指の出血・紫斑。
イーグル症候群	: 過長茎状突起症。頸部痛や咽頭痛。
バーニングマウス症候群	: 朝は良いけど昼から口が焼ける。
石灰沈着性頸長筋腱炎	: 頸部痛と発熱で咽頭所見なく、頸部可動制限あり。

表1, 2ともに座談会出席3氏にてリストアップ

患者さんから見逃しだと非難されることは少ないです。

岸田 救急よりも患者さんとコミュニケーションしやすい状況ですから、まずは良好な人間関係を築き、異常があれば再受診してもらうというアプローチは現実的な戦略ですね。

専門分野の周辺から 一歩広げて学んでいこう

岸田 専門性を持つ医師が、スペシャリストでありながらジェネラルに診られるようになるためにはどうしたらいいか。また、そうした医師を育成するにはどうすればいいか。先生方から、何かご意見はありますか。

西垂水 自分の専門科に来る可能性のある、周辺領域疾患の患者さんに対して、「専門分野の疾患ではない」と否定して終わるのではなく、「では何なのか」まで言えるようになると良いと思います。胸痛にも非心原性疾患、腹痛にも非腸管性疾患があります(表2)。

岸田 そうした学びはスペシャリストとしての能力向上にも役立ちますね。

西垂水 はい。そこまでやってこそ、スペシャリストだと思います。

岸田 究極的には、総合内科医が内科外来を診なくてもいいのですよね。ス

ペシャリストが、周辺領域も診られるようになればいい。

濱口 年配の先生方は若いころに医局派遣などで地方の関連病院に勤務し、専門領域にかかわらず内科一般の診察をした経験がありますが、若い世代ではいったん専門分野に入ると、専門領域以外の疾患を扱う機会は少なくなり、専門分野を突き詰める研修が主となります。しかし、大学病院などの特定機能病院で専門領域のみを生涯にわたって診療し続ける医師は一握りで、ほとんどの医師は開業したり市中病院で定年を迎えたりすることになります。そうした環境では、高齢社会とも相まって専門以外の領域も診ざるを得ません。好むと好まざるとにかかわらず、「誰もがいつかはジェネラリストになる」のです。

新専門医制度では内科専攻医に初診外来を経験させる期間を作ることになっています。これにより、一般の内科外来を学ぶ機会が増えると予想されます。また、プログラムは地域医療にも配慮して作られるため、小規模な病院にも行くことになる可能性が高いです。小規模な病院では、特定の領域だけでなく何でも診る必要性が生じます。自分の専門外で、あまり知らないものを診るのは不安だと思いますが、

●表2 各専門科が知っておくと役立つ周辺領域症例

非心原性疾患の胸痛シリーズ	
頸椎性胸痛	: 首を動かすと胸痛。
肋軟骨炎	: 熱はないのに呼吸で悪化する胸痛。
剣状突起症候群	: 心窩部に限局した胸痛。
帯状疱疹	: ピリピリと痛いといえ部位がどこでも。
特発性縦隔気腫	: 運動後に首から胸が痛いという若者。
非腸管性疾患の腹痛シリーズ	
前胸部痛症候群 (Precordial catch syndrome)	: 若い人の激しい胸痛。
筋骨格系か婦人科疾患	: 食欲・排便普通の亜急性の腹痛。
下部肋骨症候群	: 亜急性から慢性の側腹部痛。
尿管結石症	: 消化器症状のない下部腹痛を繰り返す。
脾・腎腸管の血流障害	: 突然の腹痛だが腹部所見に乏しい。
大動脈疾患	: 漠然とした慢性の腹痛のとき、一度は考慮。
腰椎・腹壁疾患	: 診察時に横にすると痛がる腹痛。
帯状疱疹	: 何だかよくわからない片側腹痛。
腹直筋血腫	: バレーボール中から始まった腹痛。
前皮神経絞扼症候群	: 限局した下腹部痛でカーネット徴候陽性。
ボルホルム病 (流行性筋痛症)	: 急性発症の限局した筋肉痛。流行していれば確実。

最初からジェネラルなトレーニングをしていき、その上に専門を持つ形が良いのではないのでしょうか。

内科外来は面白い!

岸田 非総合診療医・非総合内科医の多くは、内科外来へのモチベーションは、実際はそう高くないですよ。しかしせっかく担当するのなら、面白いほうがいい。マニュアル本を片手にドキドキしながら診察しているような先生にこそ、内科外来の面白さをお伝えしたいです。

西垂水 内科外来の醍醐味は、やはり診断です。問診票を見て、まずは頭の中で診断を考え、話を聞く。すぐに病名がわかる場合もあれば、考えたものとは違う場合もある。最終的な診断がつき、「あの時の訴えはこれだったのか」とストーリーがつかぬ瞬間はとても面白いです。

岸田 先ほど内科外来に来るのは診断学的に難しい方だと言いましたが、その難しさが面白さでもあるのですよね。

西垂水 聞いたことのない主訴と出合うのも面白いです。不定愁訴のように思える訴えも、疾患を探る唯一のヒントです。変な主訴でも、軽い症状でも、局所を限定して「ここが変」という場

合、何か疾患が隠れていることが多いです。

濱口 症状の訴え方は患者さんによってさまざまですね。私は患者さんによって何を訴えたいのかをひもどくことに興味を持ちます。最近では、「うつでADLが落ちた」という主訴で紹介され来院した車椅子の高齢女性の例がありました。うつ傾向がもともとあり、夜トイレに立とうとして転倒して以降動けなくなったそうです。しかし、転倒前後の話を詳しく聞くと、関節痛があったとのことでした。また夜立てなくてトイレにいけないことが何度かあったようです。診察により、高齢発症の関節リウマチだとわかりました。夜トイレに立とうとして立てなかったのはいわゆる「朝のこわばり」だったと考えています。

岸田 西垂水先生に内科外来の指導を受けたときに「風邪ばかりですよ」と愚痴ったら、「面白い症例1例に出合うために、10人以上の風邪を診るものだ」と言われました。「よくいる普通の患者さんの中に interesting case が混じっている」と。

内科外来の経験はきっと自分の役に立ちます。研修医の皆さんにはぜひ、楽しんで内科外来に取り組んでほしいです。(了)

それって本当に風邪ですか?
——重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる!

誰も教えてくれなかった 「風邪」の診かた

重篤な疾患を見極める!

岸田直樹

プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患(感染性疾患から非感染性疾患まで)の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

●A5 頁192 2012年 定価:本体3,200円+税
[ISBN978-4-260-01717-6]



医学書院

内科外来のナンバーワン・マニュアルに
パワーアップした第2版が登場、内科医必携!

ジェネラリストのための 内科外来マニュアル 第2版

編集 金城光代・金城紀与史・岸田直樹

ナンバーワン・マニュアルとして不動の地位を得た『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』(通称:ジェネマニユ)に、内容を大幅にパワーアップした第2版が登場! 診療情報のアップデートに加え、対応する主訴・検査異常の数を大幅に増やし、より幅広い臨床プロブレムに対応できるよう使い勝手を向上。トップジェネラリストならではの外来マネジメントのエッセンスも盛り込まれた、外来で「最も頼りになる1冊」。

●A5変型 頁736 2017年 定価:本体5,400円+税
[ISBN978-4-260-02806-6]



医学書院

身体所見×画像×エビデンス

で迫る

呼吸器診療

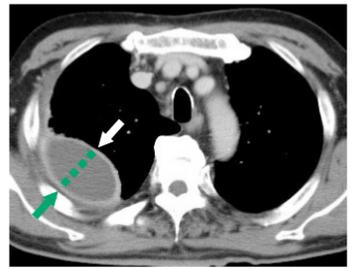
肺病変は多種多彩。呼吸器診療では、「身体所見×画像×エビデンス」を駆使する能力が試されます。CASEをもとに、名医の思考回路から「思考の型」を追ってみましょう。

第3回 片側性胸水の鑑別

皿谷 健 杏林大学呼吸器内科 講師

●表 滲出性胸水 vs. 漏出性胸水の鑑別 (文献1より)

	感度 (%)	特異度 (%)
Lightの基準 (1つ以上該当なら滲出性)	98	83
胸水 TP/血清 TP > 0.5	86	84
胸水 LDH/血清 LDH > 0.6	90	82
胸水 LDH > 血清の正常値上限の 2/3	82	89
補助診断		
胸水 T-cho > 60 mg/dL	54	92
胸水 T-cho > 43 mg/dL	75	80
胸水 T-cho/血清 T-cho > 0.3	89	81
血清 Alb-胸水 Alb ≤ 1.2 g/dL	87	92



●図2 胸部 CT 画像
肥厚した臓側胸膜 (白矢印)、壁側胸膜 (緑色矢印) により被包化された胸水が見られる (split sign)。点線は胸壁からの垂線を示す。

Split sign を見たら 臆胸を疑え!

本症例の胸部CTを示します(図2)。この split sign が見えたら、もうけものです。この split sign は肥厚した臓側胸膜と壁側胸膜により被包化された胸水がラグビーボールのように見える状態です。肺炎随伴性胸水/臆胸を疑う症例に関するわれわれの検討では、split sign を認めた場合、臆胸のハザード比は 6.70 (95% CI, 1.91-23.5, p = 0.003) です。さらに、胸壁からの垂線が 30 mm 以上の場合、臆胸のハザード比は 7.48 (95% CI, 1.76-31.8, p = 0.006) となります⁴⁾。

意外なことに末梢血の WBC や CRP などの炎症マーカーでは肺炎随伴性胸水と臆胸の鑑別は困難であり、全身の炎症と胸腔内という局所の炎症は分けて考える必要があります。胸膜肥厚では胸膜中皮腫⁵⁾ や悪性リンパ腫⁶⁾ も鑑別に挙げる必要がありますが、この split sign は臆胸に特異的な所見です。

胸水を嗅ぐ・見る

胸水穿刺をしたら、におい・色調は一番にチェックします。悪臭がある場合は、嫌気性菌による臆胸の可能性を考えます。本症例は胸水穿刺で無臭の白色調の胸水で、グラム染色で多数のグラム陽性球菌が描出され、最近の誤嚥のエピソードから、「誤嚥性肺炎を契機とした臆胸」の診断となりました。

胸水の色調は通常、淡黄色ですが、黄白色または明らかな白色では臆胸を考慮します。臆胸でなければ、乳び胸、偽性乳び胸を考え、中性脂肪、カイロミクロン、T-choなどを必ずチェックします。

赤色調であれば必ず胸水中のヘマトクリット(Ht)を測定する習慣をつけましょう。胸水 Ht/血液 Ht > 50% となれば血胸や大動脈解離の診断になります。胸水がかなり濃い赤色調でも胸水 Ht は思ったより上昇しない(数%程度)という感覚を身につけましょう。A-C bypass 術後や肺塞栓、癌性胸膜炎では胸水 Ht が数%となります。胸水中の炎症反応の程度は総細胞数や好中球、LDHなどがよく反映します。

黒色調の胸水は一度見たら忘れられない色ですが、われわれのレビューでは鑑別は出血/溶血、感染症(*Aspergillus niger*, *Rhizopus oryzae*)、悪性黒色種、

活性炭の食道から胸腔内への漏出です⁷⁻⁹⁾。茶褐色～黒緑色では胆汁性胸水も鑑別に挙がり¹⁰⁾、その原因として肝疾患(エキノコッカス、結核、アメーバ)、肝周囲膿瘍/胆汁性腹膜炎、経皮的胆管ドレナージ/肝生検に伴うものが多く報告されています。われわれの検討では胸水中の胆汁酸の検出(グリココール酸)、胸水 T-Bil/血清 T-Bil > 1.0 のどちらかを満たせば 100% の感度で胆汁性胸水を容易に診断できることを示しています¹⁰⁾。

最後にもう少し、胸水所見の診断へのヒントとピットフォールを紹介します。好酸球: 胸水中の好酸球増多はアレルギー疾患や寄生虫の関与か? としばしば臨床医を悩ませます。しかし多くの症例でその診断的意義はなく、ただ単に胸腔内への空気や血液の混入による結果であることが多いので解釈には注意が必要です。

ADA と CEA: ADA 高値 (>40 U/L) は結核性胸膜炎を疑う根拠になり得ますが、悪性リンパ腫や臆胸でも上昇することがあります。胸水 CEA の上昇 (>5 ng/mL) は高い感度、特異度で悪性胸水を示唆しますが、低値でも悪性胸水は否定できません¹¹⁾。最近では悪性胸水、結核性胸膜炎、肺炎随伴性胸水を血清 LDH/胸水 ADA 比で分類するという興味深い報告もあります¹²⁾。

pH と 糖: pH < 7.2 や胸水中の糖の著明な低値 (<40 mg/dL) は臆胸を示唆する所見ですが、関節リウマチによる胸膜炎の可能性も忘れないようにしましょう。

POINT

- 胸水の滲出性/漏出性は Light の基準と補助診断で見分けよう。
- Split sign は臆胸に特異的な所見。
- 胸水の色調と疾患との関係を押さえよう。

【参考文献】

- 1) N Engl J Med. 2002 [PMID : 12075059]
- 2) Chest. 1995 [PMID : 7634854]
- 3) Chest. 2000 [PMID : 11035692]
- 4) PLoS One. 2015 [PMID : 26076488]
- 5) J Thorac Dis. 2013 [PMID : 23372960]
- 6) Pulm Res Respir Med Open J. 2015 [doi : 10.17140/PRRMOJ-2-112]
- 7) Chest. 2012 [PMID : 22315123]
- 8) Am J Med. 2013 [PMID : 23591042]
- 9) Am J Med. 2013 [PMID : 24262734]
- 10) Respir Investig. 2016 [PMID : 27566385]
- 11) Koide T, et al. Prognostic value of carcinoembryonic antigen in pleural effusion in patients with primary lung adenocarcinoma. Am J Respir Crit Care Med. 2015 ; 191 : A5102.
- 12) Lung. 2016 [PMID : 26678281]

CASE 80歳男性がここ5日間の右胸痛と38℃台の発熱を主訴に独歩で来院。基礎疾患なし。胸部X線で肺野には異常はないが、右胸水を認めた。Vital signs は発熱以外の問題なし。

胸水貯留は一般内科の外來でしばしば遭遇する病態です。さて、どのように診断していくのでしょうか?

慢性経過で貯留した胸水は、さほど呼吸困難感が生じない傾向にあります。一方、急速な胸水貯留の場合は無気肺などによる換気血流ミスマッチも影響し、低酸素血症や呼吸困難を伴うことが多いです。一般的に両側胸水は心不全や低アルブミン血症を考慮しますが、片側胸水は肺炎随伴性胸水/臆胸、悪性胸水、結核性胸膜炎が鑑別疾患の代表として挙げられます(図1)。いずれも滲出性胸水です。

身体所見や体位も重要な手掛かり

胸水貯留の程度(水位)のアセスメントは座位での胸部振盪、打診、auscultatory percussion test、声音聴診でも可能です。

大量の胸水が貯留した患者は、健側肺を下にした側臥位の姿勢をとることが比較的多く、これは健側での換気血流を増やすためとされています。ただし、胸痛を伴う胸膜炎では、胸痛の軽減のために患側を下にした側臥位の姿勢をとることが多いとされています。筆者の印象では、胸痛(主に吸気時)の頻度は肺炎随伴性胸水/臆胸 > 結核性胸膜炎 >> 悪性胸水であることが多

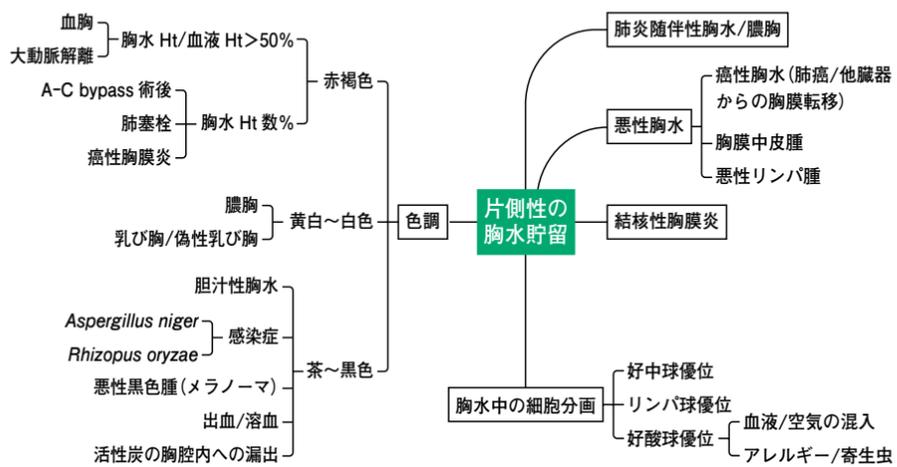
いです。身体所見や体位も重要な手掛かりなのでね。

胸水診断の神様, Light に学ぶ

滲出性胸水と漏出性胸水は表の Light の基準で診断します¹⁾。しかし、心不全における利尿薬の使用によって胸水の濃縮が起こり、臨床的には明らかな漏出性胸水を滲出性胸水と診断してしまうことがあります。こうしたエラーを防ぐために、滲出性胸水の診断では必ず血清と胸水の T-cho、Alb を測定し、補助診断も使用する必要があります(表)。皆さんの周りではきちんと使用されているでしょうか?

ちなみに、この胸水の Light の基準で知られる Richard W. Light 教授はご存命であり、名著の『Pleural Diseases』(LWW) は第6版まで世界中で愛読されています。さらにさらに……“Light の裏の基準”とわれわれが呼んでいる Class 1 から Class 7 までの胸水分類²⁾を一度は確認しておきましょう。Class 4 以上は胸腔ドレナージが必要な状態であることを示唆し、予後不良を見分ける ACCP (米国胸部医学会) の胸水分類 (Category 1~4)³⁾ とは一線を画した分類となっています。

Light 教授のお人柄は The story behind Light's criteria (http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011163357-1718.pdf) で垣間見えます。物事をシンプルに考える重要性、協力者にも価値のあると思える仕事をする、自分の主張が受け入れられなくても never give up の精神を持つ、など重要な指針をわれわれに与えてくれます。



●図1 片側性胸水貯留の鑑別診断

ひとり当直でも大丈夫! 救急外來で「いま何をすべきか」正しい判断力が身につく

ピラリず当直できる 内科救急のオキテ

ひとり当直でも大丈夫! 必要なのは「いま何をやるべきか」の正しい「判断」。15症例をベースに救急外來に必要な考え方を学ぶことで、正しい判断力が身につく。「心筋梗塞の初期症状は?」「肺血栓塞栓症を見逃さないためには?」あなたは自信を持って答えられますか?

坂本 壮
順天堂大学医学部附属練馬病院
救急・集中治療科/西伊豆健体育会病院内科
(非常勤)



ハンディで便利な医学英和辞典。海外の文献を読みこなす際に傍らに置きたい

ポケット医学英和辞典 第3版

海外の文献を読みこなす際に役立つポケットサイズの英和辞典が15年ぶりに全面改訂。医学用語を中心に、薬学や検査・看護用語なども幅広く収録。また重要な単語には訳語だけでなく解説も付し、実用性も満点。歴史的に意味のある用語や医学文献で汎用される一般用語・略語も可能な限り収録した。また、ノーベル賞受賞者を中心に人名も充実している。ポケットサイズでありながら強力な味方となる英和辞典。収録語数は7万語。

編集 泉 孝英
京都大学名誉教授/京都健康科学研究会理事長
編集協力 八幡三喜男
大阪北通信病院名誉院長
長井苑子
京都健康管理研究会副理事長・中央診療所所長
伊藤 稔
名古屋市立大学大学院呼吸器・免疫アレルギー内科学講師
Simon Johnson
(英語) 論文作成指導



本来は適応のない画像検査、「念のため」の画像検査、オーダーしていませんか？
本連載では、放射線科医の立場から、医学生・研修医にぜひ知ってもらいたい「画像検査の適切な利用方法」をレクチャーします。
検査のメリット・デメリットのバランスを見極める「目」を養い、賢い選択をしましょう。

賢く使う 画像検査

第5回

骨軟部領域

山下康行 熊本大学大学院生命科学研究部 放射線診断学分野

隈丸加奈子 順天堂大学医学部 放射線診断学講座

症例

44歳女性。日曜日に引っ越しで重い荷物を運んだところ、急に腰が痛くなり動けなくなった。湿布で痛みが改善みられず、翌月曜日に何とか歩いて受診した。診察では左脚に感覚鈍麻および軽度の筋力低下あり。膀胱直腸障害なし。腰椎X線写真で異常がなく、椎間板ヘルニアを疑ってMRIを予約した。

腰痛診療では“red flags”を見落とさない

腰痛診療においては、全腰痛の1~5%程度と言われている「重篤な疾患に起因する腰痛」を絶対に見逃さないことが大事です。重篤な疾患の可能性を示唆する臨床的サイン(red flags, 表)のいずれかに該当する場合は、転移性脊椎腫瘍、脊髄・馬尾腫瘍、化膿性脊椎炎、椎体骨折、解離性大動脈瘤、強直性脊椎炎、閉塞性動脈硬化症、馬尾症候群などが存在する可能性があり、適切で早急な診断と治療が必要となります。

大多数を占めるそれ以外の腰痛には、原因のはっきりしない非特異的腰痛、椎間板ヘルニアなどのぎっくり腰(急性腰痛症)、腰部脊柱管狭窄症などが含まれます。原因によって予後や治療方針が異なるため、初診の腰痛患者の場合、注意深い問診と身体検査により、まずは①重篤な疾患に起因してい

●表 重篤な脊椎疾患(腫瘍、炎症、骨折など)の合併を疑うべきred flags(危険信号)(文献1より転載)

- 発症年齢<20歳または>55歳
- 時間や活動性に関係のない腰痛
- 胸部痛
- 癌、ステロイド治療、HIV*感染の既往
- 栄養不良
- 体重減少
- 広範囲に及ぶ神経症状
- 構築性脊柱変形
- 発熱

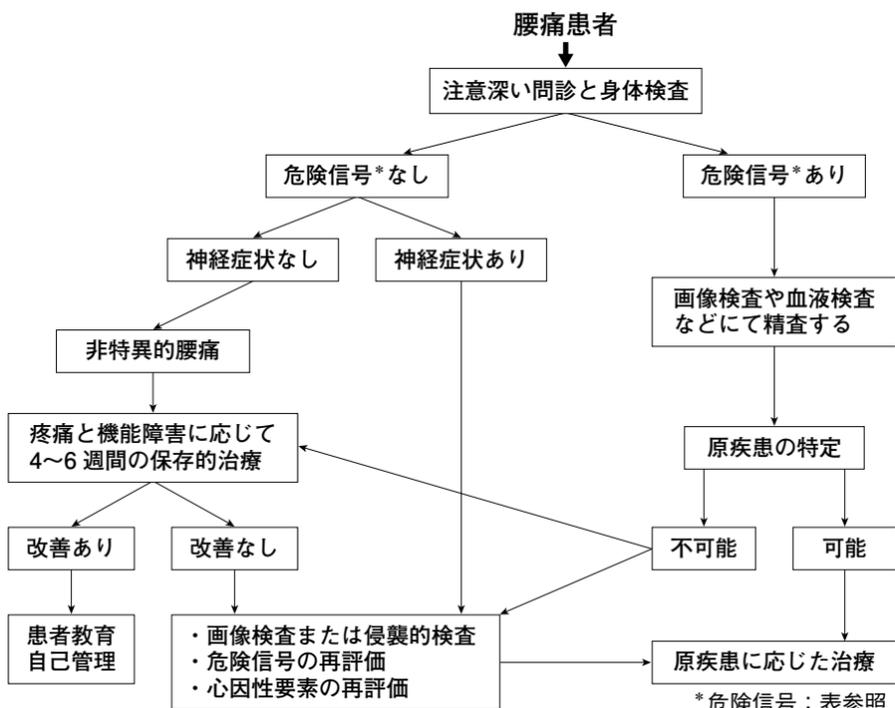
*HIV: Human Immunodeficiency Virus
著者註: 発症年齢<20歳では脊椎奇形、>55歳では悪性腫瘍、椎体骨折、帯状疱疹、大動脈解離、腸管穿孔などが危惧される。他にも、最近外傷の既往、薬物乱用、全身状態の不良もred flagsと考えられる。

るかもしれない腰痛、②神経症状を伴う腰痛(椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症)、③非特異的腰痛に臨床的にトリアージすることが推奨されています¹⁾。

Red flagsを有する患者には画像検査を推奨

画像検査が推奨される腰痛患者は、端的に言えば「画像検査が、その後の健康改善に寄与する可能性が高い患者」であり、red flagsを有する患者には画像検査が推奨されます。一方で急性腰痛症の場合は、発症時の激烈な症状の割に予後が良好であり、多くの患者が1か月以内に回復することが知られています³⁾。非特異的腰痛に対しては理学療法や対症療法以外に治療法がありません。すなわち、このような患者に対しての画像検査は健康改善効果が薄く、多くのガイドラインで推奨されていません。

米国家庭医学会(AAFP)がリストアップしたChoosing Wisely⁴⁾では、「発症から6週間以内の急性腰痛患者でred flagsが無い場合の画像検査は推奨しない」とされています。また、米国救急医学会(ACEP)は「非外傷性患者で救急外来を受診した患者において重篤または進行性の神経脱落症状を有



●図1 腰痛の診断手順(文献1より転載)

する、あるいは脊椎感染症や馬尾症候群、転移などが疑われる場合以外は画像検査を推奨しない」としています。日本のガイドライン¹⁾でも、腰痛患者の初診で必要とされる診断の手順として、下記が推奨されています。

- 注意深い問診と身体検査により、red flags(危険信号)を示し、腫瘍、炎症、骨折などの重篤な脊椎疾患が疑われる腰痛、神経症状を伴う腰痛、非特異的腰痛をトリアージする(Grade A: 行うよう強く推奨する、強い根拠に基づいている)。
- 腰痛患者に対して画像検査を全例に行うことは必ずしも必要でない(Grade A)。
- 危険信号が認められる腰痛、神経症状を伴う腰痛、または保存的治療にもかかわらず腰痛が軽快しない場合には、画像検査を推奨する(Grade A)。
- 神経症状がある持続性の腰痛に対しては、MRIでの評価が推奨される(Grade B: 行うよう推奨する、中等度の根拠に基づいている)。

日本のガイドラインでは図1に示すアルゴリズムが診療フローとして提唱されています。欧米のガイドラインと比較するとややMRIの適応が広がっていますが、これは日本におけるMRI機器への良好なアクセスが背景にあると考えられます。

画像検査の「デメリット」

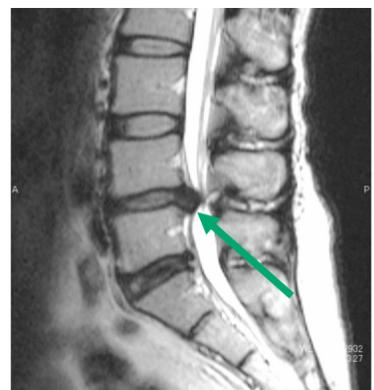
画像で観察される椎間板変性や膨隆、骨棘などの退行性変化は多くの成人に見られ⁵⁾、症状と直接関与しないことも多いと言われています。米国の研究では「腰痛早期のMRI検査は腰椎手術を増加させたが、アウトカムに有意な改善はなかった」と報告されています⁶⁾。米国の別の研究によると、腰椎MRI検査のレポートに「このような退行性変化は多くの成人に見られます」という疫学情報を加えただけで、主治医がオピオイドを処方する頻度が減少したという報告もあります⁷⁾(米

国ではオピオイドの過剰使用・依存がしばしば問題となっており、適正処方が求められています)。また、腰椎MRIで変性した椎間板や骨棘などを見て、患者の病識が強まったという報告もあります⁸⁾。

腰痛の画像診断に限ったことではありませんが、「患者の健康を今よりも良くすることに寄与する」画像検査を行い、そうではない画像検査は行わないという視点と姿勢が重要です。

症例への対応

腰椎MRI検査を施行したところ、L4/5レベルの椎間板は右後方に突出し、右の神経孔も狭小化していた(図2)。患者の症状は左側であり、画像所見とは一致しなかったが、ひとまず椎間板ヘルニアの診断のもと保存的な治療が行われ、間もなく腰痛もしびれも改善した。



T2強調画像矢状断像



T2強調画像L4/5レベル横断像

●図2 腰椎MRI検査

腰痛に対する画像診断適応のポイント

- 画像検査を推奨する腰痛患者とは「検査を行うことで健康が改善する患者」
- Red flagsを有する患者には重篤な疾患が潜んでいる可能性があり、画像検査を推奨
- 無症状患者でも椎間板膨隆や骨棘などの画像上の異常がみられることが多い

- 参考文献・URL
- 1) 日本整形外科学会, 日本腰痛学会監修. 腰痛診療ガイドライン2012. <http://minds.icqhc.or.jp/n/med/4/med0021/G0000533/0001>
- 2) Eur Spine J. 2006 [PMID: 16550447]
- 3) BMJ. 2003 [PMID: 12907487]
- 4) Choosing Wisely <http://www.choosingwisely.org/>
- 5) Spine. 1995 [PMID: 8747239]
- 6) JAMA. 2003 [PMID: 12783911]
- 7) Radiology. 2013 [PMID: 22357893]
- 8) Radiology. 2005 [PMID: 16244269]

臨床研修医のための在宅医療研修会

◆日程 2017年11月26日(日) 10:00~16:00(予定)
◆場所 東京医科歯科大学 湯島キャンパス (東京都文京区湯島1-5-45) 最寄駅「JR御茶ノ水駅」「東京メトロ御茶ノ水駅」

先輩在宅医から在宅医療の実際を聞いてみよう! 知ってみたい! 在宅医療の世界に飛び込んだ先輩医師と自由なディスカッションで在宅医療の実際と魅力を知る研修会

臨床研修医の皆様、在宅医療を学んでみませんか!

- ◆定員 50名 ※参加費無料
 昼食のお弁当はこちらで用意させていただきます。
- ◆対象 患者の暮らしの場で提供される「在宅医療」をちょっと知りたい! もしくは、しっかり知りたい!! 研修医(臨床研修医または、原則卒業後5年以内の後期研修医)
- ◆参加申し込み 定員に達し次第、締め切らせていただきます。
 ●WEBで国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部ホームページから <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/> FAX:0562-46-5268
- 主催・お問合せ先: 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 E-mail: zaitaku.kensyu@gmail.com TEL:0562-46-5270 FAX:0562-46-5268 〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目430番地
- 助成: 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
- 後援: 厚生労働省 一般社団法人 日本在宅医学会 一般社団法人 日本在宅医療学会 一般社団法人 全国在宅医療支援診療所連絡会

学生が知りたいこと、教官が教えたいことが詰め込まれた正統派テキスト最新版

新刊 ハーバード大学テキスト 心臓病の病態生理 第4版 Pathophysiology of Heart Disease, 6th Edition

▶ハーバード大学の医学生と循環器内科の教官が共同で作上げたテキスト、オールカラーに生まれ変わった第4版。心臓の解剖から、生理、病態生理、心臓病の基礎知識、薬物に関してまとめ、心疾患発症のメカニズムを明解に基本から解説する。内容のアップデートに伴い、日本の実情に照らし合わせながら訳や訳注の見直しを徹底。今版でも正しい理解につながるべく、訳者の教育的配慮と熱意がこめられた一冊。

訳: 川名 正敏 東京女子医科大学 教授 川名 陽子 スタンフォード大学医学部循環器内科 川名 正隆 スタンフォード大学医学部循環器内科
定価: 本体7,800円+税 B5 頁520 図254 2017年 ISBN978-4-89592-891-5
TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp FAX: (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

Medical Library

書評・新刊案内

なぜパターン認識だけで腎病理は読めないのか?

長田 道夫, 門川 俊明 ● 著

B5・頁200
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03169-1

本書は、腎臓病理を専門とする長田道夫筑波大教授と臨床腎臓内科医である門川俊明慶大教授の対話形式によるユニークな腎病理入門書で、対話形式であるため、非常に読みやすく、親しみやすいものとなっている。

これは実際の対話を録音して記録したのではなく、腎生検病理を学ぼうとする門川先生が、臨床医の立場からのさまざまな疑問や質問を問題提起という形で長田先生に投げ掛け、これに対して長田先生が応答するというプロセスを、インターネットによる相互通信手段によってやりとりし、最終的にこれをま

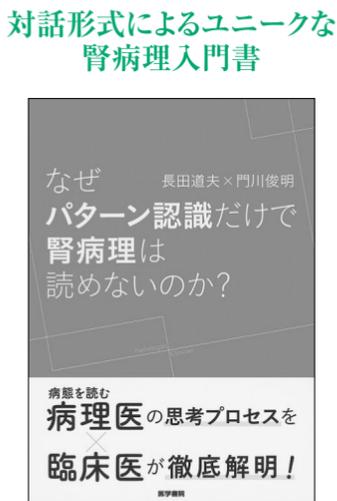
とめて対談の形に編さんしたものである。このため、その場限りの問答という限定された制約に縛られることなく、互いに熟考の上でのやりとりを反映した濃密な内容となっている。

この本の最大の特色は、病理医である長田教授が、自らの腎病理組織診断に際しての思考過程を分析し、そのプロセスを系統立て、まとめて示したところにある。内容に即した組織画像が豊富に示されており、画像のクオリティも良好で、理解を助けている。手だれの病理医の通弊として、ところにより独特な見解による危うさなきにしもあらずだが、随所に示唆に富む多くの指摘がある。

第1章の「アトラスだけでは病理診断はできない」という序論に続き、第2章はこれまでに確立されている8つの組織パターンを解説し、そのパター

ンがどのように成立するのかという病変形成機序考察の重要性を指摘している。第3章では、この基本的パターンに基づいて病型を認識し、病型からさらに病態の把握に至る6つのステップを解説。主病変と副病変を見分けること、病態の把握には常に時間軸の関与を意識すること、病理診断には臨床情報との対応が不可欠であること、が強調されている。診断の本質は病因の解明にありとして、第4章は病因診断のために蛍光抗体法と電顕による情報が極めて有用であることが述べられている。蛍光抗体法からは、病態に大

対話形式によるユニークな腎病理入門書



きくかわる免疫情報の把握により病因を示唆する大きな手掛かりが得られ、電顕検索からは、精細な超微形態情報を得ることができ、電顕なしでは診断不能の疾患もあり、病態的確な把握と病因の解明に対する電顕の重要性が論じられている。第5章は代表的9疾患を取り上げ、病態を理解する読み方を具体的に例示し、日常的な代表的疾患の病態の理解は、全ての病理組織像の読みの理解にもつながることを示唆している。最終章はこれまでの解説に基づいて実際の病理診断を試みる診断演習とし、最後に全体のまとめを演習形式で示した非常に巧妙な構成となっている。

本書は腎病理組織病変を読み解くための優れたガイドブックであるが、思考過程に基づく系統的分析なので、拾い読みではなく最初から終わりまで記

評者 山中 宣昭
東京腎臓研究所所長

《ジェネラリストBOOKS》 身体診察 免許皆伝 目的別フィジカルの取り方 伝授します

平島 修, 志水 太郎, 和足 孝之 ● 編

A5・頁248
定価:本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03029-8

新進気鋭の若い医師たちによる身体診察の本が発刊された。毎年、新年度が始まると感じるのだが、新卒の初期研修医たちはほぼ例外なく将来志望

する専門領域にかかわらず身体診察の基本を正しく習得しておきたい、という気持ちを強く持っている。『身体診察 免許皆伝』は総合医、家庭医、救急医など、ジェネラルな方向に進む人たちのみならず、専門領域に進む若手医師たちにもぜひ手にとってほしい本である。本書の特徴は以下のとおりである。

第一に、カラーの写真や図が多く使われていて視覚的にたいへんわかりやすい。身体診察は自分の身体を動かして覚えるものであるから、基本形が沢山の画像で示されていることは読者にとってはありがたい。

二つ目として、バイタルサイン、視診、聴診、触診、打診の項目が順序立てて明確に分けて記載してある。例えば呼吸器疾患は聴診というように疾患によってつい診察の方法が偏りがちになるが、視診から打診まで全て漏らさず述べられている。

三つ目に、診察手技のちょっとしたコツや工夫が丁寧に書いてある。実際にベッドサイドで所見をとる際には、実際のコツや工夫をキーワードの短い言葉を添えて教えてもらうことにより、急に視界が開けたような気持ちになることがある。これらのキーワードは本文中よりもむしろ写真や図の下にやや小さな文字として書かれている場合が多いので、読者はぜひ小さな文字

述の流れに沿って読み通すべきものであり、このような論理の展開は、今後の発展が予想される人工知能による病理組織診断のためにも、貴重な基礎資料となることを期待される。

を読み飛ばさないようにしていただきたいと思う。

最後に、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率があまり書いていない点

は、私個人としてはかえって好感を持って読むことができた。なぜなら、これらの数値は同じ疾患群を対象とした臨床研究であっても、さまざまな条件や定義の影響を受けて高くなれば低くもなり、一概には言えない部分があるからである。疫学的な数値として知っておくことはもちろん大切であるが、実際に患者さんを目の前にしたときには、鑑別診断を頭に思い浮か

べながら、この本で紹介されている重要所見をひとつお探してみる姿勢が求められると思う。

さて、言い古された言葉かもしれないが、「教えることは学ぶこと」と言う。独りでコツコツと学ぶことももちろん大切だが、それに加えて、例えば指導医は研修医に、2年目研修医は1年目に、1年目研修医は医学生に「教えてみる」ことによって、知識と技術の理解が深まるし、効率よく自らに定着させることができる。もし本書に記されている何らかの身体診察の陽性所見に出合ったら、患者さんの同意を得た上で、ベッドサイド回診で誰かに教えてみてはどうだろうか。その際、手技を行う上でのコツや工夫について一言添えることを忘れずに試みていただきたいと思う。『身体診察 免許皆伝』はそのような互いに教え合うベッドサイド教育の契機を与えてくれる本である。

思考過程のパターンは人により異なっているもので、必ずしもこのとおりに診断を進める必要はないが、腎病理を専門としない一般病理診断医にとっても非常に参考となる内容である。

ベッドサイドで教え合い、知識と技術の定着を!



MEDSIの新刊

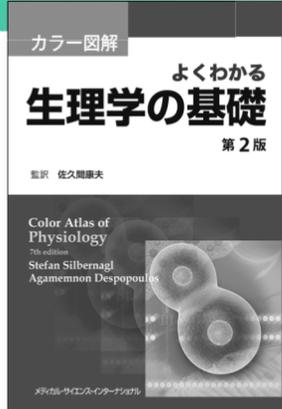
ぱっと見開き すっきり理解
医学・看護・コメディカル、学生からプロまでずっと使える
カラー図解シリーズ最新刊

カラー図解

よくわかる生理学の基礎

Color Atlas of Physiology, 7th Edition 第2版

- 監訳: 佐久間 康夫 東京医療学院大学学長/日本医科大学名誉教授
- 定価: 本体6,800円+税
- A5変 ●頁456 ●図201 ●2017年8月発行
- ISBN978-4-89592-893-9



▶左頁に簡潔な解説、右頁に工夫されたイラストを配し、効果的な学習をサポートする「カラー図解シリーズ」最新刊。コンパクトながら生理学におけるさまざまな領域の基本的な知識を網羅。改訂に際し、臨床医学に関する記述を青色傍線で明示。また病態生理・臨床キーワードを各頁下部に記載し、臨床との関連付けを強調した。さらには姉妹書「カラー図解 症状の基礎からわかる病態生理」併読により、一層理解が深まる。初学者から専門職までずっと使えるアトラス&テキスト。

好評姉妹書

カラー図解 症状の基礎からわかる病態生理 第2版

Color Atlas of Pathophysiology, 2nd Edition

- 監訳: 松尾 理 ●定価: 本体6,200円+税 ●A5変 ●頁420 ●図192 ●2011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 http://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

Essence for Resident シリーズ

著 天沢ヒロ

◎抗菌薬をとことんまとめました

わかる抗菌薬

●A5 頁212 2017年 定価: 本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-02876-9]

◎抗菌薬の使い方、キホンのキ

使いこなす抗菌薬

●A5 頁262 2017年 定価: 本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-02878-3]

◎当直が待ちきれない!

できる救急外来 カルテを使えばうまくいく

●A5 頁352 2017年 定価: 本体4,500円+税
[ISBN978-4-260-03028-1]



医学書院

脊椎手術解剖アトラス

菊地 臣一 ● 編

A4・頁196
定価:本体16,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03044-1

「手術ができるようになるための秘訣は何か?」この問いに対する私の答えは、「正確な解剖学的知識を持つこと」である。しかし、この目的にかなう本を目にすることはほとんどない。それだけ外科医にとって重要な場面をわかりやすく示すことは困難なのである。

手術を行う側の視点で書かれた指南書

このたび医学書院から上梓された『脊椎手術解剖アトラス』は、まさに手術を行う側の視点で書かれた指南書である。このような本はめったにないと言える。編集された菊地臣一先生は、医師として駆け出しの頃、夜な夜な解剖学教室でご遺体と向き合い、脊椎病変の局所所見をつぶさに勉強されたとお聞きする。その時の知識が、その後発展したさまざまな画像所見を正確に読み解き、多くの症例の手術に活かされたであろうことは想像に難くない。

手術においては次の場面でのような展開になるかを知らなければならぬ。本アトラスはまさにかゆい所に手が届くように、多くの図版が重要な場面を示してくれている。図版は実際の

解剖写真や術中所見の写真、X線、CT像が解説されているので、非常に理解しやすい。この本は日本を代表する脊椎外科医5人によって執筆され、かつ22人の第一人者のコメントが寄せられている。多くの手術を手掛けれられ、さまざまな困難な場面を経験された間違いなくトップレベルの先生方である。手術のピットフォールを適切な言葉で示されたコメントには深い含蓄があり、外科医としての私の心に響く。私にとってこのアトラスは、手術前に知識を確認し、手術終了後に症例の病態を再確認する最良の書の一つとなった。

本の帯には「脊椎・脊髄外科の臨床(アート)と解剖(サイエンス)の結晶」とある。目の前にある事実「サイエンス」をどのように活かすか、「アート」を要求される一人ひとりの医師に問い掛けられる課題である。『脊椎手術解剖アトラス』は、これから脊椎・脊髄外科を勉強される先生方だけでなく、既に活躍しておられるシニアの先生方に広くお読みいただきたい名著である。

評者 川口 善治
富山大病院診療教授・整形外科

《眼科臨床エキスパート》 画像診断から考える病的近視診療

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
大野 京子, 前田 直之, 吉村 長久 ● 編

B5・頁288
定価:本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03024-3

近視人口は世界中で増加している。とりわけ日本は、世界的に近視の割合が最も高い民族集団であり、その数は5000万人以上と考えられている。一般に近視というと、裸眼ではものが見えなくとも、眼鏡を掛ければはっきりと見える眼の状態であり、病気ではないと理解されているのではなからうか。正確に言えば、近視にはいわゆる成長期に発症するものの成人後にはその進行が止まる学童近視と、近視の進行が成人後も継続し眼鏡では矯正できない状況(失明)に至る病的近視に分けら

病的近視眼のケアに必要な全ての情報を網羅

れる。数の上では学童近視が多数を占めるが、病的近視の患者数も決して少なくなく、わが国の失明原因の上位を占める重篤かつ頻度の高い疾患である。以前は糖尿病網膜症などが失明原因の上位を占めたが、治療法の確立とともにその地位を他の疾患に譲りつつある。そして、それに代わって失明原因の中心になろうとしているのが病的近視だといえる。従来から、病的近視の研究は、わが国が世界をリードしてきた。編者の大野京子先生(東京医歯大教授)、前田直之先生(湖崎眼科副院長)、吉村長

評者 坂本 泰二
鹿児島大学大学院教授・眼科学

第39回日本POS医療学会開催

第39回日本POS医療学会(大会長=聖路加国際大・渡邊直氏)が8月19~20日、「地域包括ケアの時代における診療記録のあり方——今こそPOSの精神を、あらためて」をテーマに、上原記念ホール、他(東京都豊島区)にて開催された。



● 岩崎 榮氏

POS(Problem Oriented System)は、患者の持つ健康上の問題を明確にすることで全人的なケアをめざすための方法論であり、診療記録、監査、修正の3段階からなる。POSの提唱者であるL. L. Weed氏が今年6月に、さらに、日本におけるPOSの伝道師である日野原重明氏が今年7月に逝去したことを受け、二人をしのぶ大会となった。

◆ POSの精神の伝承とさらなる発展を決意

渡邊大会長の開会あいさつに引き続き登壇したあべ俊子衆議院議員は、「看護記録の標準化について」と題して特別講演を行った。現場の看護師が、7対1看護や看護必要度算定のための記録、さらには看護診断の特定のためにどれほど多大な時間を費やし疲弊しているかに警鐘を鳴らした。また看護師が自らの専門性を追究することで記録が肥大化する現状や、それを固定化している電子カルテの弊害にも言及。患者をケアするという本来の仕事に立ち返るため、今こそ、POSの本来の精神である「患者の問題を共有するための記録」に立ち返り、1患者1カルテを実行し、「看護計画」を「患者計画」とするよう訴えた。

特別講演「日本POS医療学会の歴史」では、岩崎榮氏(NPO法人卒後臨床研修評価機構)が、長年にわたり同学会の会頭を務めた日野原氏の功績を振り返った。Weed氏により提唱されたPOSは、その意義を見いだしたJ. W. Hurst氏により全米に広まった。米国留学中にHurst氏に出会った日野原氏は、『POS——医療と医学教育の革新のための新しいシステム』(医学書院、1973年)を出版して日本での普及に尽力した。日野原氏は生前、「POSとは、常に全人的ケアをめざして、患者のために、患者の側において、患者と共に、サイエンスを身につけた技術をもって、いのちの主体である患者に人間的なケアを実践するシステム」であると語っていたという。岩崎氏は、こうしたPOSの精神の伝承とさらなる発展を呼び掛けた。

なお、日本POS医療学会は今大会をもって発展的に解消されることが理事会にて決定された。

久先生(北野病院病院長)がまさにその世界的な研究者である。しかし、病的近視に焦点を絞った成書は少なく、本書は待ち望まれた一冊である。

本書では、まず総説で病的近視の現状とそれを取り巻く背景について俯瞰的に解説されている。これを読むだけで、読者は病的近視の現在の問題が理解できる。また、近年急速に発展して、病的近視の診断を一変させた画像診断については、多くのページが割かれ、その内容も一般診療に必要なものから、研究に必要なレベルの内容まで、豊富な写真やイラストを用いて解説されている。最近の画像診断で忘れられがちな病理像についての解説は特筆すべきものであり、画像の理解をいっそう容易にしている。また、最近のホットなトピックである緑内障の病態形成と近視の関係についても、詳しく解説されている。編者がどのような思考で疾患を理解しているかを示すもので、

その深い洞察が感じられる。治療については、病的近視に特有の近視性脈絡膜新生血管治療や黄斑円孔網膜剥離の外科的治療について詳しく解説されている。さらには、病的近視眼に対する白内障手術、眼位異常の問題など、病的近視眼のケアに必要な全ての情報が網羅されている。特に最後の社会経済に及ぼす影響の解説に至っては、政策立案者にもご一読いただきたい重要な内容を含んでいる。病的近視の頻度は加齢とともに高まるが、社会の高齢化や世界的な近視の増加傾向からみて、今後病的近視は眼科臨床の中心になるであろう。病的近視分野の世界一流の研究者によって編まれた本書は、世界的にも最高のものであると自信を持っていえる。これを日本語で読めることは、われわれにとって幸いなことであり、研修医から第一線の研究者までの全ての読者の要求を満たすものである。

「わかってくれる人」に、私はなりたい

死を前にした人に あなたは何かができますか?

小澤竹俊

看取りの現場では、答えることのできない問いを突き付けられる。「下の世話になるくらいなら、いっそ死にたい」「どうしてこんな目に合うの?」。そこでは説明も励ましも通用しない。私たちにできるのは、相手の話を聴き、支えを見つかること。言葉を反復し、次の言葉を待つこと。それは誠実に看取りと向き合ってきた在宅医がたどりついた、穏やかに看取るための方法。死を前にした人に、私たちにできることがある!

● A5 頁168 2017年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03208-7]

医学書院

MEDSIの新刊

複雑な症例を通してわかる、循環器専門医たちのリアルな診療と臨床感覚!

循環器臨床のリアルワールド

[1] 研修医・内科医・コメディカル編 [2] 循環器専門医志望者編

● 定価: 本体4,500円+税
● A5変 ● 頁146
● 図201 ● 2017年
● ISBN978-4-89592-895-3

● 定価: 本体5,500円+税
● A5変 ● 頁312
● 図198 ● 2017年
● ISBN978-4-89592-896-0

● 編集: 磯部 光章 東京医科歯科大学特命教授・名誉教授/日本心臓血管研究振興会附属原記念病院院長
平尾 見三 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科循環制御内科学/心臓調律制御講座教授/循環器内科科長・不整脈センター長
足利 貴志 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科茨城県循環器地域医療講座教授
合屋 雅彦 東京医科歯科大学医学部附属病院循環器内科准教授/不整脈センター副センター長
山本 貴信 東京医科歯科大学医学部附属病院循環器内科助教

▶ 現実の循環器診療では、エビデンスやガイドラインに示された疾患別のスタンダード・原則論が通用しないケースも多い。救急患者・紹介患者を含め難しい患者が集まる東京医科歯科大学の循環器専門医たちが、日常臨床で遭遇する典型的とはいえない症例を提示し、教科書ではわからないリアルな対応と考え方を示す。
[1] 研修医・内科医・コメディカル編では、一般的な症候を中心にしており、循環器診療の基本、非典型例への初期対応、適切なタイミングで専門医に委ねる判断力を身につけることができる。
[2] 循環器専門医志望者編では、複雑な患者に対して大学病院の循環器専門医が行っている最新の検査・治療など、リアルな循環器診療の知識とイメージをつかみ、自身の診療に活かすことができる。総合内科医、救急医にも。

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

レジデント向け書籍

外科レジデントマニュアル 第4版

編集 松藤 凡・山内英子・岸田明博・鈴木研裕

外科研修医に必携のマニュアルの改訂版。研修制度の変化に伴い、各論では専門性を高めた記述となったが、外科のベーシックをおさえた内容は初期研修にも存分に活用できる。

●B6変型 頁328 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02817-2]



肝疾患レジデントマニュアル 第3版

編集 柴田 実・加藤直也

研修医をはじめとする経験の浅い若手臨床医にとって、真に役立つ知識をコンパクトにまとめたマニュアル。臨床現場のみならず、昨今の肝疾患診療の知識の整理にも。

●B6変型 頁308 2017年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-03042-7]



内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第4版

吉岡成人・和田典男・永井 聡

新規の薬剤、新しく保険適用になった薬剤、血糖コントロール目標値など学会ガイドラインや学会の委員会報告に対応して7年ぶりの改訂。骨粗鬆症を新設。

●B6変型 頁384 2017年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-03039-7]



精神科レジデントマニュアル

編集 三村 将

編集協力 前田貴記・内田裕之・藤澤大介・中川敦夫

シチュエーションに応じた対応のコツから主要症候、疾患各論、他職種との連携まで、研修医や若手精神科医が現場で知りたい情報を具体的かつコンパクトに解説。

●B6変型 頁352 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03109-9]



がん診療レジデントマニュアル 第7版

国立がん研究センター内科レジデント 編

1997年に初版が刊行され、はや20年弱。昨今のがん薬物療法の進歩は目覚ましく、最新の情報を適切に日々の診療に反映させるために、本書の果たす役割はますます大きい。

●B6変型 頁544 2016年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02779-3]



耳鼻咽喉科・頭頸部外科レジデントマニュアル

監修 伊藤壽一・大森孝一 / 編集 楯谷一郎

耳鼻咽喉科疾患の検査、診断、治療を安全に行う上で必要かつ臨床ですぐに役立つ知識・手技を網羅。日本耳鼻咽喉科学会の新専門医制度に沿った構成。

●B6変型 頁432 2016年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02526-3]



緩和ケアレジデントマニュアル

監修 森田達也・木澤義之
編集 西 智弘・松本禎久・森 雅紀・山口 崇

●B6変型 頁456 2016年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-02544-7]

脳神経外科レジデントマニュアル

監修 若林俊彦 / 編集 夏目敦至・泉 孝嗣

●B6変型 頁384 2016年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02533-1]

薬剤師レジデントの鉄則

編集 橋田 亨・西岡弘晶

●B5 頁292 2016年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02410-5]

呼吸器病レジデントマニュアル 第5版

編集 谷口博之・藤田次郎

●B6変型 頁660 2015年 定価:本体5,700円+税 [ISBN978-4-260-02142-5]

マイナー外科救急レジデントマニュアル

監修 堀 進悟 / 編集 田島康介

●B6変型 頁322 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02545-4]

CCUレジデントマニュアル 第2版

編集 高尾信廣・西 裕太郎

●B6変型 頁576 2016年 定価:本体5,600円+税 [ISBN978-4-260-02412-9]

小児科レジデントマニュアル 第3版

編集 安次嶺 馨・我那覇 仁

●B6変型 頁672 2015年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-02017-6]

レジデントのための感染症診療マニュアル 第3版

青木 眞

●A5 頁1536 2015年 定価:本体10,000円+税 [ISBN978-4-260-02027-5]

9 medicina Vol.54 No.10

特集 内科医のための クリニカル・パール3

ローレンス・ティアニー氏の言葉を借りれば、パールとは「知恵を散りばめた、記憶しやすく、時に診断のプロセスのユーモアも加味した、貴重な短い格言」である。本号は、若手・中堅・ベテラン医の珠玉のパールを、心にとこる症例とともに紹介する第三弾!

連載

座談会:より良い内科臨床の実践のために

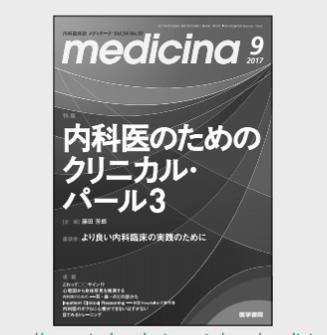
救急・総合診療(若田充永、桑間雄一郎、會田哲郎、濱口杉大) / 消化器(小林健二、大前友也、海老沼浩利、野々垣浩二、他) / 循環器(永井利幸、大塚崇之、山下武志、田中寿一、香坂俊、大嶋慎一郎、水野篤) / 神経(岩崎晶夫、他、阿部有起、西山和利、塩尻俊明) / 呼吸器(松瀬厚人、血谷健) / 感染症(松永直久、笠原敬、他) / 血液・腫瘍(神田善伸、大山優、丸山大) / アルルギー・膠原病(川人瑠衣、岡田正人、金城光代、中西研輔、萩野昇) / 内分泌・代謝(田上哲也、弘世貴久、濱中佳歩、田上哲也) / 腎臓・酸塩基平衡・水電解質(赤井靖宏、石井太祐、長浜正彦、志水英明)

- これって〇〇サイン!?
●目でみるトレーニング
●心電図から身体所見を推測する
●Inpatient Clinical Reasoning 米国Hospitalistの事件簿
●内科医のボクらに心療ができないはずがない
●内科医のための耳・鼻・のどの診かた

来月の特集(Vol.54 No.11) 自信を持って対応する 虚血性心疾患

2017年増刊号(Vol.54 No.4) 総合内科医の必修臨床問題182問

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.27 No.9

特集 うつより多い「不安」の診かた 患者も医師も安らぎたい

なぜ人は受診するのか? それは、「不安」を払拭するため。プライマリ・ケアで遭遇するコモンな身体愁訴の背後には、患者の不安が渦巻いている。実はうつより頻度が高く、うつとの併存も多い「不安症/不安障害」にスポットを当てる。医師自身の不安への対処法も。「不安」を制する者は、プライマリ・ケア診療を制する!

INEX 診断編 誰もが感じる「不安」と病的な「不安症」の違いとは?(野村総一郎) / 「不安」を身体診察でアセスメントできるか?(上田剛士) / プライマリ・ケアにおける「不安」の評価法(木村勝智) 治療編 「不安」に対する薬物療法(宮内倫也) / 「不安」に対する精神療法(今村弥生) 実際編 + 誌上メンタリング シーン① 一般外来で診る心配性な人々(小田倉弘典) 誌上メンタリング② 全般性不安障害(内藤 宏) / シーン② 不安を打ち消すための行為や儀式に縛られている人々(宮崎 仁) 誌上メンタリング③ 強迫性/強迫性障害(阿瀬川孝治) / シーン③ 「救急」で診る不安 (田中博之) 誌上メンタリング④ パニック症/パニック障害(北村吉宏) / シーン④ 日常生活に潜むトラウマ体験(井出広幸) 誌上メンタリング⑤ トラウマとPTSD(仁木啓介) / シーン⑤ 「子育て」の不安を支える(田辺佳代子) 誌上メンタリング⑥ 「子育て」における不安(榎端佑樹) / シーン⑥ 「緩和ケア」で遭遇する患者/家族の不安(新城拓也) 誌上メンタリング⑦ 「緩和ケア」における不安(栗原幸江) 「医師の不安への処方箋」自分の「内なる声」を聴く(宮崎 仁) / difficult patientへの「不安」や「否定的感情」をポジティブにとらえて成長の契機とする(宮田靖志) / 「間違っているかもしれない自分」への不安にどう対処するか?(尾藤誠司) Editorial 診療所の外来で2番目に多いのは?(宮崎 仁) 緊急掲載 いよいよ始まる! 総合診療専門研修(草場鉄周)

年間購読 受付中! 年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。 2017年 年間購読料(冊子版のみ) medicina 36,580円+税(増刊号を含む年13冊) 電子版もお選びいただけます 総合診療 29,520円+税 個人特別割引25,680円+税あり年12冊 医学生・初期研修医割引20,040円+税あり

医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp [販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp