

2018年1月8日
第3255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 (社) 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

- [寄稿特集] In My Resident Life (森田達也, 仲野徹, 野村幸世, 小野正博, 忽那賢志, 北和也)…………… 1—3面
- [連載] 賢く使う画像検査…………… 4面
- [連載] 身体所見×画像×エビデンスで迫る呼吸器診療…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7面

新春企画 In My Resident Life

困難に挑戦し続ける



研修医のみなさん、あけましておめでとうございます。研修医生活はいかがでしょうか。手技がなかなか上達せずオロオロしたり、先輩に怒られてクヨクヨしたりすることもあるでしょう。そんな日々の中で、失敗を恐れて何かに挑戦するのをためらってはいませんか? でもそれでは成長にはつながりません。真の失敗とは、開拓の心を忘れ、困難に挑戦することに無縁のところにいる者たちのことを言うそうですよ。

新春恒例企画『In My Resident Life』では、著名な先生方に研修医時代の失敗談や面白エピソードなど“アンチ武勇伝”をご紹介いただきました。

森田 達也

聖隷三方原病院副院長・
緩和支援診療科部長



ベテラン看護師さんに
正座させられる

① 忘れもしない研修医2年目。志願して研修したホスピス病棟、「よかったねえ……こんな若い先生に診てもらえて」と周囲におだてられているのにも気付かずにその気になっていた頃、それは起こった。

受け持っていた80代のご婦人は、がんの痛みや苦痛はとてよくコントロールされていて、「平穏な終末期」が続いていた。このまま穏やかな最期を迎えられるだろうな、誰もがそう思っていた。しかし、夜間、突然の痙攣。終末期に痙攣を起こすことはままあることで、ジアゼパム、フェニトインと

こんなことを聞いてみました

- ① 研修医時代の“アンチ武勇伝”
- ② 研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③ あのころを思い出す曲
- ④ 研修医・医学生へのメッセージ

当時の標準的な方法で臨むが、止まらない……。全くといっていいほど、痙攣が止まらない。トレーにどんどん増えていくアンプル、積み重なるアンプル……。それでも痙攣は止まらない。結局、痙攣が治まることなく、患者さんは息を引き取られた。

筆者の年齢の倍に近い、受け持ちだったベテラン看護師さんから、「センセイ、ちょっとお話があります。あとで、家族室に来てくださいますか」と静かに声を掛けられる。家族室というのは数室あった畳の部屋で、ちょっとした打ち合わせによく使っていた。

「あのう……、来ましたが」と見ると、部屋の真ん中に座布団がひとつ。「ソコニスワツテクダサイ」。正座するわたし。「森田先生は、〇〇さんの死について、どう思われているのですか」と問い詰める彼女の目は真っ赤になっていた。苦しまず最期を迎えたい、患者も家族もそう望んでいた、でもかなわなかった。その悔しさが全身から伝わってきた。

いや、標準的な治療はしてたし……、そもそも意識が低下していたから苦しさはなかったんじゃないか……。数年経験を積んだ頃ならそれらしい言い訳が頭に浮かぶことだろう。でも当時の僕が思ったことをそのまま書けば、「あ

あ、そうか、僕が何かもうひとつ工夫していればよかったのか。もっと頑張らないと」だった。研修医のいいところは、何でも素直に吸収できることだと思う。素直に「うん、自分の努力が足りなかった」と思える。

これはホスピス時代の一コマにすぎないが、こんな毎日を通して、「本当にこの苦痛は緩和できないのか?」を考え抜く姿勢を教えてもらったと思う。自分(緩和ケアを担当する医師)が諦めたら、緩和できる可能性がなくなる。「教えてもらった」と心から思えるか、「感情的に怒られた」ととらえるかが医師人生を変える。

② 恩師、千原明。日本で最初のホスピス病棟、聖隷ホスピスの2代目所長である。柏木哲夫と同世代であるが、表に出るのを好まれなかったのを知っている人はいまや少ない。千原先生の信条で揺るぎないものは、徹底して(社会的)弱者の側に立つ、ということだった。VIP感をふかして「おいおい優先してくれよ」という人には冷たく(それもどうかと思うときがあったが)、貧困、精神疾患、障害など何らかの理由で差別されていた人々を手厚く迎えた。緩和ケアがどんなに広がったとしても、起源であるホスピスケアの信条——社会的な弱者を徹底して守るこ



写真●ホスピス病棟でのクリスマス会。恩師・千原先生の恋人役で女装する森田氏。「主治医の女装や踊りを見て楽しんでもくれるのがうれしかった(憐れんでいた方もいたが)」(森田氏)

とを失ってはいけない。

③ 当時、女装して病棟の舞台に出るとき(写真)の登場曲、マライア・キャリーの「恋人たちのクリスマス」。街中でイントロを聞くと、「今日はクリスマスイブ♡」と言って登場しようかという気持ちになります(笑)。

④ 緩和ケアを希望する若い医師が増えているのはうれしいことだ。筆者は卒後研修が終わってすぐにホスピスに入った。背景となる人生観は「人間、いつ死ぬかわからない。やりたいことからやっておけ」に尽きる。恩師・千原先生もよく言っていた「死を憎めば生を愛すべし」。いつ死んでも後悔しないように、今やりたいことに十分に組み込んでほしいと思う。何を何度でもやり直しても、まだ大丈夫なのだから。

January
2018

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。

今日の治療指針 2018年版

私はこう治療している
総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成
デスク判: B5 頁2192 19,000円
[ISBN978-4-260-03233-9]
ポケット判: B6 頁2192 15,000円
[ISBN978-4-260-03234-6]

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史磨、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2752 5,000円
[ISBN978-4-260-03257-5]

Pocket Drugs 2018

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1088 4,200円
[ISBN978-4-260-03196-7]

よくわかる血液内科

萩原将太郎
A5 頁284 3,800円
[ISBN978-4-260-03207-0]

慢性痛のサイエンス
脳からみた痛みの機序と治療戦略

半場道子
A5 頁212 3,400円
[ISBN978-4-260-03428-9]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉
小児科学

(第5版)
シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
編集 富田 豊
著 前垣義弘、難波栄二、森下孝夫、倉澤茂樹
B5 頁272 4,200円
[ISBN978-4-260-03434-0]

触診解剖アトラス
(第3版)

原著 Tixa S
監訳 奈良 勲
訳 川口浩太郎、金子文成、藤村昌彦、佐藤春彦
B5 頁560 8,000円
[ISBN978-4-260-03247-6]

絵でみる脳と神経
しくみと障害のメカニズム

(第4版)
馬場元毅
A4変型 頁264 2,800円
[ISBN978-4-260-02783-0]

看護師のための不穏・暴力対処
マニュアル [Web動画付]

編集 本田 明
B5 頁160 2,600円
[ISBN978-4-260-03236-0]

新春企画 In My Resident Life

仲野 徹

大阪大学大学院教授・幹細胞病理学



「あんた、生きとったんか！」

①②現在、大学で基礎研究をしながら病理学を教えている。医業を営んでいたのは卒業してからわずか3年間。一生懸命ではあったけれど、今から思えば、若くて生意気で至らぬ医師だった。

その間に受け持った患者さんのひとりに、高校生のM君がいた。重症の再生不良性貧血で血小板が少なく、ずっと出血傾向が消えなかった。入院してもらっても安静以外これといった治療法はなく、1か月ほどたつて転院した。この先長くないだろうと思うと、なんともやるせない気持ちだった。

時は流れて30年、そのM君から電話があった。思わず「あんた、生きとったんか！」と叫んでしまった。薬害C型肝炎の訴訟中とのことで、当時フィブリノゲン製剤を使ったかどうかの問い合わせである。しかし、心底驚いた。まったくもって失礼なことだが、100%亡くなったと思っていたのだ。

ひょっとしたらと探してみたら、押し入れの奥に、当時の入院時記録が残っていた。ブルーのカーボンコピーに手書きである。自分で言うのも何だが、細かな字でしっかりとまとめてある。残念ながら、フィブリノゲン製剤の使用に関する記録はなかった。昔のことなので記憶もない。申し訳ないけれどもお役に立てそうにない、と伝えたのだが、それでもいいからと頼まれて、裁判の証人台に立った。傍聴に来ていた

M君にえらくお礼を言われた。反対尋問の時、相手側の弁護士から、30年以上も前のことなのに、どうしてそんなによく覚えているのかと尋ねられた。肝心な投薬のことは全く思い出せないのだが、M君のことやお母さんのことは自分でも不思議なほどよく覚えている。3年間しか患者さんを診ていなかったのに、それぞれの患者さんの記憶が濃密なままなのかもしれない。それだけでなく、お母さんがかなり高齢になられてからのひとり息子だったので、先立たれたらどれだけつらからうという気持ちが強烈な印象を残し続けたのではないかと考えている。

発掘した入院時記録を眺めていると、本当にいろいろなことが思い出されてきた。悲しいことに、よく覚えているのは、お亡くなりになった患者さんのことばかりだった。生前、どんな状況でどんな話をしたかまで、けっこう鮮明によみがえってきたのには驚いた。記憶力がいいほうではない。それでも、脳のどこかにそんな記憶が深く刻まれていたのだ。意識したことなどなかったけれど、医師という職業は、命を預かるということは、それだけ大変なことなのだあらためて思う。

亡くなったとばかり思い込んでいたM君からの電話は、とてもうれしかった。そして、いろいろなこと、とりわけ、その頃何を考えていたかをたくさん思い出させてくれた。お礼を言わないといけないのは、間違いなくこちらのほうだ。

③あみんの「待つわ」。よく車で送ってくれた先生のカーステレオからエンドレステープ（と言っても若い人にはわからないでしょうが）で流れていた。

④いろいろな意味で、いつまでもしっかりと勉強し続けてください。

かった。髄膜炎を併発する可能性を想定しておらず、頂部硬直、ケルニッヒ徴候などの神経学的所見をきちんととっていなかった。

当直（1人当直だった）を独り立ちして間もない頃、明け方、背部痛の50代女性が救急車で運ばれてきた。高血圧があり、痛みのためじっとしていられない状態だった。その後、片麻痺になった。脳卒中を併発したと思い、頭部CTを撮影しに行ったところ、CT室で急変した。心肺蘇生を行ったが、救命することはできなかった。泣きながら心臓マッサージをしたことを覚えている。当時は大動脈解離が内頸動脈などを閉塞し、脳梗塞を併発する可能性があることを知らなかった。

2年目の終わり頃、脳卒中の後遺症で通院されていた50代の男性患者さんが自殺された。それまで眠れない、死にたいなどと言うことはあったが、それほど落ち込んでいるようには見えなく、うつ病やましてや自殺の可能性など全く考えていなかった。個人的にも忙しい時で、患者さんの話をきちんと

野村 幸世

東京大学大学院准教授・消化管外科学



ワイルドな研修医時代

①私は1989年、東大医学部を卒業し、当時、東大病院分院の外科だった第三外科で研修を始めました。複数科どころか外科内のローテーションもない頃で、研修を始めた科がほぼ入局する科でした。失敗談は数知れずありますが、その頃は今よりも日本の医療全体が野戦病院状態でしたので、仕方のない部分も多々あったかとは思っています。

うちの医局は1年上の研修医の人数が少なかつたため、私たちの学年は研修を開始した1か月後から、関連病院の夜間当直、土日当直に出ることになりました。研修を開始して「1か月」です。点滴のライン取りも満足にできないくらいに能力だったと思います。しかし、私が命令されて行った病院は二次救急までやっており、救急車は断らないポリシーでしたので、夜間に病院の前に救急車が3台も並ぶようなところでした。ですので、当然、心肺停止の患者さんが来ることもあります。

研修開始1か月で麻酔科の研修もまだの私は、挿管もできませんでした。気管が真ん中にあり食道がそばにあるのだから、真ん中を狙えば気管に入ると信じて挿管を試みましたが、入りませんでした。気の利いた看護師さんが、近くに住む副院長先生を呼んでくださり、事なきを得ました。でも、医局の先輩でもある副院長先生の命令で、私は夏休みを返上して、その病院で研修を積むこととなりました。その間、全身麻酔手術症例の全ての挿管をさせてもらい、同期の研修医の中ではいち早く挿管ができるようになりました。

②忘れえぬ出会いはたくさんあり、どれをお話ししていいかわかりませんが、多分、これをお話ししないと皆に

聞くことができていなかった。いずれも私の痛恨の症例である。私と同じ過ちを繰り返さないよう、寺澤秀一先生の著書などを読んで勉強してほしい。

③南郷継正師範。日本空手道玄和会で空手を指導するとともに、日本弁証法論理学研究会で弁証法や認識論といった学問の他、物理学、生物学、医学、経済学などあらゆる個別科学についても指導されていた。今でも文武の両道において最強だと思う。

私は研修医でありながら、週1回その道場に通っていた。全く不肖の弟子で、十数年前にクビになってしまったが、「お前は専門を持つな」という教えだけは守れていると思っている。師範の言葉の一つを紹介する。「青春とは



写真●「当時の科長、大原毅教授が創設した日本消化器癌発生研究会の第1回が教室で主催され、受付嬢を務めました。なぜか秘書さんたちの窓口に多く参加者が行き、私のところは少なかった」(野村氏)

「隠している」と言われると思うので……。

私が医学部を卒業した後の研修医時代の指導医です。卒後8年目の先生でしたが、すでに胃・大腸の手術は独り立ちしており、しかも、当時の教授や助教授に方針や患者管理に関して意見を求められるほどの信頼されぶり。実際、当時病棟で流行していたMRSA腸炎で死にそうな患者さんを開腹腸管内洗浄ドレナージで治すという勇ましさがあり、カッコよかったです。こういう外科医になりたいと思いました。

この指導医の先生と、大学時代から親しかった同期の研修医と3人でチームでした。業務が終わると、この3人で毎晩のように飲みに行きました。未明まで飲んで大学に帰ってきて、当直室で寝るという不良ぶりでした。でも、このチームは患者さんには慕われていました。白状しますと、この指導医が今の主人です。あの頃はカッコよかったんだけどなあ……。

③「ロンリー・チャップリン」(鈴木雅之&鈴木聖美)。当時、ダンナが夜な夜なカラオケで歌っていたから。

④何でも楽しんで一生懸命やりましょう。家庭を持つ前でないとできない生活もあります。私は今の「ワークライフバランスが大事」という思想を推し進めている人間の一人だけれど、独り者のときのめっちゃくちゃな生活も楽しかったです。「今のうち」と思って楽しんでください。

己が能力の限界への残酷なまでの挑戦である」。

③「遠くで汽笛を聞きながら」(アリス)。つらいときは「街」を現在住んでいる地名に替えて歌ってみよう！

④「絶対に怒らない(山中克郎先生)」, 「人と比較しない(須藤博先生)」, 「闘魂(徳田安春先生)」。それぞれ尊敬している先生から教えていただいた言葉。その他、判断に迷ったら患者さんを第一に考える。ミスをしたら素直に謝る。落ち込んだときは、おいしいものを食べて、たくさん寝て、漫画『キングダム』(原泰久)の32巻を読む。つらいことも多いけれど、そのぶん得られることも多い研修医時代を頑張っ

小野 正博

都立松沢病院内科部長



泣きながらの心臓マッサージ

①今から20数年前のことである。東京都北区の149床の病院で研修を行っていた。内科・外科を中心とする病院で、科や専門の垣根を全く感じさせなかった。今考えても、当時から総合診療を実践していた素晴らしい病院であると思う。

1年目の時、50代男性で肺炎の患者さんが入院した。アンピシリンを投与したが、今から考えると回数、量ともにかなり少なかったと思う。当時は青木眞先生や藤本卓司先生の著書もなく、グラム染色も行っていなかった。深夜に患者さんが倒れているのが発見され、そのまま亡くなられた。病理解剖で肺炎球菌性髄膜炎であることがわ

鎮静を、深く知る！

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか？ 苦痛緩和のための鎮静【セデーション】

終末期の苦痛に対応する手段には何かがあるのか。眠ることでもか苦痛を緩和できないとしたら、私たちは何をすることができるのか。手段としての鎮静の是非を考える時、その問いは「よい最期をどのように考えるのか」という議論に帰着する。鎮静の研究論文を世界に発信してきた著者が、鎮静を多方面から捉え、臨床での実感を交えながら解説する、鎮静を深く知るための書。

森田達也 聖隷三方原病院 副院長 緩和と支持治療科

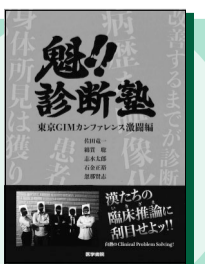


我らに診断できぬものなし！

魁!! 診断塾 東京GIMカンファレンス激闘編

東京GIMカンファレンスで実際に提示された症例を題材に、某名作漫画を愛する5人の医師が繰り広げる熱いclinical problem solving! 『medicina』誌で好評を博した異色連載を書籍化。

- 佐田竜一 亀田総合病院 総合内科・内科共同プログラム
綿貫 聡 東京都立多摩総合医療センター 救急・総合診療センター
志水太郎 獨協医科大学 総合診療科・総合診療教育センター
石金正裕 国立国際医療研究センター 国際感染症センター・AMR臨床リファレンスセンター
忽那賢志 国立国際医療研究センター 国際感染症センター



困難に挑戦し続ける

忽那 賢志

国立国際医療研究センター
国際感染症センター
国際感染症対策室



仕事のスイッチが入るまで待てばいい

①今でこそ感染症医をしています。初期研修医時代に結核を見逃して大変な事態になったことがあります。間質性肺炎に対してステロイドパルス療法を受けていた患者さんでした。ステロイド投与後にいったん良くなってきて安心し、徐々に減量していました。しかし、しばらくすると再度画像所見が悪化してきました。指導医と相談して再度ステロイドを増量し対応しました。1か月くらいたってから排菌のある肺結核であったと判明し大騒ぎとなりました……。

幸い院内に感染者はおらず、患者さんも結核治療で事なきを得ましたが、今でも肺結核の患者さんを見るとあの件を思い出します。結核の診断は今でも難しいと思いますが、感染管理の面からはやはり疑う閾値を低くするのが重要だと思います。

②当時、私は血液内科医になるつもりで初期研修をしていました。しかし、初期研修先である関門医療センターの総合診療科部長だった佐藤穰先生に、学生時代には全く知らなかった血液培養やグラム染色など感染症診療の基本を教わり、興味を持ち始めていました。そんなとき、私が研修していた下関市内に青木真先生がご講演にいらっしゃり、その内容に衝撃を受け、将来は感染症をやろうと決めたわけです。かなり単純ですね。

また、奈良で感染症の後期研修を受けている際には回帰熱という非常にまれな輸入感染症を経験し、これをきっかけに熱帯感染症・輸入感染症・新興



写真●「DJをして、調子をこいていました」(忽那氏)

再興感染症に興味を持ち、現在所属する国立国際医療研究センターに異動しました。ちなみにこの患者さんを私の外来にご紹介いただいたのは、今も私のメンターである奈良医大の笠原敬先生でした。

佐藤先生、青木先生、笠原先生、そして回帰熱の患者さんとの出会いが私を今の場所に連れてきてくださいました。

③「ワンダーフォーゲル」(くるり)。ここだけの話、初期研修医のときはDJなどをやっております(写真)、そこで締め曲としてこの曲をかけていました。これを聴くと今でも甘酸っぱい気持ちになります。

④まあ私ごときが皆さんに偉そうに言えることはないんですが、私は正直に申しまして初期研修医の頃はあまり「デキる研修医」ではありませんでした。ぶっちゃけ初期研修先も適当に決めました。その後もうだつの上がらない後期研修医として奈良で感染症研修をしていたのですが、あるとき医局の教授が私に奈良市の病院の感染症科の立ち上げを命じたのです。こんな自分に大きな仕事を任せられるというのがとてもうれしかったのを覚えています。

これがきっかけで仕事のスイッチが入り、臨床をこなす傍らさまざまな勉強会に出席し、そこでいろんな人と出会うことで世界が開けていきました。特に同学年前後の友人は今でも公私ともに仲良くしていただいております。刺激をもらっています。

皆さんに伝えたいこととしては、「いつスイッチが入るかわからないので焦らず待っていても大丈夫」、「大きな仕事を任せられるのはストレスだけど大きなチャンス」、「仲間を探しに時々外に出てみよう」ということです。気が向いたら参考にしてみてください。

北 和也

やわらぎクリニック
副院長



「誰もおらへんのかーい！」

①私が初期研修医になったのは2006年の春。当時、臨床研修が必修化されてまだ3年目であり、研修医の教育環境はまだまだ整備途上だった。そんな背景が関与してか「将来この科に残らない初期研修医を教育してもなあ」という声が指導医から漏れることもちらほら。「研修医はマンパワーとしてしか見ない！」という指導医に出会うこともあった(逆にさすがに感じた記憶がある)。とにかくそんなカオスな雰囲気のところどころで漂っていた。そんな頃の話。

最初の職場は救急外来であったが、研修医に与えられた仕事は診察ではなく「患者が搬送されてきたら即心電図を付け、次いで裏手に回って血液型のクロスマッチを行う」という裏方の仕事に尽きた。クロスマッチが終わると全速力で救急室に戻るのだが、既にそこには患者はおらず、ICUに入院していることはしばしばだった。「ハハハア……先生、A型+です！……って誰もおらへんのかーい！」とひとり心の中でツッコミを入れつつ、ダッシュでICUに向かうという具合であった。

結局3か月間そんな研修が続いてしまい、3日に1回の当直でフラフラだったというのも相まって、その頃の救急外来での記憶は、冗談ではなくぼんやり。想像とかなり違うERデビューから始まり、その後の外科研修でもなかなか身が入らなかった。特に始めの半年間は結構つらかったように記憶している。他病院で楽しそうに研修している友人の話聞いては、「このままで大丈夫なのか……」と焦りを感じていた。そして気付けば1年が過ぎていた。

②卒後2年目。「これではいかん、心機一転頑張ろう！」と意気込み、たすきがけ病院の中で一番救急症例数が多く、何より学びが多いと噂の病院での研修を強く希望した。そこで出会ったのが府中病院救急部部長の藤本尚先生



写真●恩師の藤本先生(右)と。「これを書いていて、もっと孝行しなければならんと強く思いました。藤本先生、頑張ります！」(北氏)

(現・阪南市民病院院長)であった(写真)。藤本先生にはERの楽しさを教えていただいた。手取り足取りというわけでは決してなく、どちらかという放任的ではあったが、辛抱強く成長を見守り、何をやってもポジティブな声掛けをしてくださる先生であった。「医師って楽しい！ なってよかった！」と初めて心から思ったのがこの頃だった。卒後3年目以降、藤本先生のもとで救急や集中治療を学ぶことにした。また一度先生のもとを離れても、阪南市民病院総合診療科の立ち上げの際にはお声掛けくださった。目を閉じていろいろ思い出すと、困難な時いつも強力なエンパワーメントをくださるのが藤本先生だった。

③くじけそうなとき、時々聴いていたのが、NUMBER GIRLの「OMOIDE IN MY HEAD」。一時的にへこんだとしても、前をしっかりと見て歩いて行こうと思わせ、強い心してくれる歌である。最近またよく聴いている。「俺はうすく目を開けて 閉じてそしてまた開く!!」のだ!

④当時は初期研修の教育システムの構築途上で、恵まれない環境で研修した人は多かったかもしれません。そして、今でも納得のいかない環境で日々戦っている研修医はたくさんいると思います。でもぜひくじけず乗り越えて欲しいと思います。どんな研修でも無駄にならないというのは嘘かもしれませんが、どんな研修でも無駄にしないようにすることは、自分次第、考え次第でできるかもしれません。実際、拙い経験ではありますが、1年次・2年次、同じ放任状態でも視点が変わればぐんと成長することができたと思います。研修医のみなさん、くじけず頑張れーっ!!

こんなことを聞いてみました

- ① 研修医時代の「アンチ武勇伝」
- ② 研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③ あのころを思い出す曲
- ④ 研修医・医学生へのメッセージ

セミナー開催のご案内

マインドフルネスをがん診療に活かす

医療従事者のストレスマネジメントやバーンアウトは、医療における重大な課題です。医療従事者は「患者に寄り添う医療」を心がけるあまり、自分自身のことに気づかない状況に陥っている人も少なくありません。

本セミナーでは、講義とワークを通してマインドフルネスの理解を深め、がん診療と実生活に活かせることを目指します。医療従事者が心身を調えることが良い医療の提供となります。「環境を変えることは難しくても、自分自身は変わることができる」、そのような体験を得て明日の医療につなげましょう。

講師

恒藤 暁先生

(京大大学医学部附属病院 緩和医療科)



朴 順禮先生

(慶應義塾大学看護医療学部)



日時 2018年3月3日(土) 13:00~17:30

会場 医学書院本社2階会議室

定員 60名 受講料 6,000円(税込、資料代を含む、当日払い)

対象 がん診療に関わる医療従事者(医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、MSWなど)

『Cancer Board Square』年間購読者にお得な割引キャンペーン!

⇒詳しくは下記の応募フォームをご覧ください

参加申し込み方法

医学書院ウェブサイトの応募フォームからお申し込みください。

<http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

※先着順で、定員に達し次第、受付終了となります。

プログラム(予定)

オリエンテーション

レクチャー「マインドフルネスとは何か？」

ワーク1 ①レーズンエクササイズ ②ボディスキャン

ワーク2 ③ヨガ的ストレッチ ④坐瞑想

質疑応答

※プログラムは予告なく変更になる場合がございます。ご了承ください。



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9回

泌尿器領域

宗近次郎 昭和大医学部 放射線医学講座
 隈丸加奈子 順天堂大医学部 放射線診断学講座

症例

50歳女性。過去に2度、腎盂腎炎と尿路結石の既往あり。前日より38.9°Cの発熱が出現。救急外来を受診し尿検査で膿尿を認めた。抗菌薬と解熱鎮痛薬を処方して帰宅となった。しかしその後自宅で発熱、悪寒、腰痛が持続したため、本日再度受診。血液検査では炎症反応高値を認めた。

急性腎盂腎炎は一般的に尿路の逆行性感染により惹起される有熱性尿路感染症です。基礎疾患（前立腺肥大症、神経因性膀胱、尿路結石、尿路悪性腫瘍、尿路カテーテル留置、糖尿病やステロイド投与などの全身性易感染状態）の有無により単純性と複雑性へと分類されます。

急性腎盂腎炎の病態と治療

症状は先行する膀胱炎症状（自覚しないことも多い）に加え、発熱、全身倦怠感、患側の肋骨・脊椎角圧痛（CVA tenderness）などが出現します。同時に悪心・嘔吐などの消化器症状を認めることもあります。尿検査では膿尿や細菌尿、血液検査では白血球増多などの炎症所見がみられます。原因菌は単純性では大腸菌が約8割を占めますが、複雑性は緑膿菌をはじめとする多種類のグラム陰性桿菌と、腸球菌を主とするグラム陽性球菌の割合が増加します。

治療は尿培養検査の結果が判明するまで、広域抗菌薬の使用を考慮します

(empiric therapy)。その後、治療開始後3日目を目安に empiric therapy の効果を判定し、細菌学的結果が判明した時点で菌種、薬剤感受性に基づく適正な抗菌薬に切り替えます (definitive therapy)。可能であれば狭域スペクトラムの抗菌薬への切り替えが望ましいとされています (de-escalation)^{1,2)}。

急性腎盂腎炎が重症化すると腎膿瘍や腎周囲膿瘍へ進展します。腎膿瘍に進展する手前の病態として急性巣状細菌性腎炎 (acute focal bacterial nephritis; AFBN) が認識されています。尿路閉塞に続発する腎盂腎炎では、膿腎症や尿流の停滞により腎盂内圧が上昇し、尿中の細菌が血液内に移行することで尿路性敗血症 (urosepsis) を引き起こします。その他、糖尿病患者で見られる気腫性腎盂腎炎などの特殊な状態では、迅速かつ確かな診断と必要に応じた泌尿器科的処置を行い、腎機能の保持に努める必要があります。

成人の急性腎盂腎炎が疑われる場合、画像検査の適応は？

急性腎盂腎炎の画像検査は通常、CT検査が選択されますが、急性腎盂腎炎は臨床症状や検査データから比較的容易に診断され、適切な抗菌薬治療に良好に反応します。このため、疑って直ちにCT検査を施行する必要はありません。米国放射線学会 (American College of Radiology; ACR) のガイドライン³⁾では、単純性の急性腎盂腎炎患者に関しては、抗菌薬治療開始から72時間以内によく反応すればCT検査は必要ないとしています。本邦の『画像診断ガイドライン2016』⁴⁾もこれに

●表 複雑性尿路感染症を疑わせる要因 (文献2 p.215より転載)

- 男子の尿路感染症
- 幼小児または高齢者の尿路感染症
- 慢性に経過する尿路感染症
- 再発を繰り返す尿路感染症
- 難治性尿路感染症
- 大腸菌以外の細菌による尿路感染症
- 複数菌尿路感染症
- 感染症治療後に持続する血尿を呈する尿路感染症
- 尿路疾患の既往のある患者の尿路感染症

ならって、成人の急性腎盂腎炎には直ちに単純または造影CT検査を施行することは推奨していません (推奨グレードC2; 科学的根拠がなく、行わないよう勧められる)。

ただし、ACRのガイドライン³⁾は抗菌薬治療開始から72時間以内に良好な反応が認められないとき、単純および造影CT検査を推奨しています。欧州泌尿器学会 (European Association of Urology; EAU) のガイドライン⁵⁾でも、単純性の急性腎盂腎炎患者において、治療開始後72時間たっても発熱が持続する場合には腎膿瘍や腎周囲膿瘍などを除外するために単純CT検査を考慮するとしています。

また、ACRのガイドライン³⁾は糖尿病やその他の免疫不全患者で治療に対する反応が悪い場合には、24時間以内に単純または造影CTでの評価を推奨しています。さらに、尿路結石など泌尿器疾患の既往、泌尿器疾患の手術歴、繰り返す腎盂腎炎のエピソードがある患者では、早急なCT評価に値するとしています。その他、臨床的に急性腎盂腎炎以外の感染症の存在も疑う場合、複雑性尿路感染症を疑わせる場合 (表)、さらに尿路結石や水腎など尿路全体の所見を得る必要がある場合には、CTを主とした画像検査の適応があります。

超音波は簡便性、非侵襲、低費用、被ばくなし、造影剤なしといったメリットはありますが、腎盂腎炎の検出感度がCTよりも低く、まだ有用性が示されていません。ただし超音波で水腎症の有無を早期に確認しておくことから重要です。造影CT検査を行えない患者においては、MRIも代用検査として考慮されます。

急性腎盂腎炎の画像所見

急性腎盂腎炎のCT画像所見として腎腫大、腎筋膜の肥厚、bridging septumの肥厚、腎周囲腔の脂肪組織の濃度上昇などがあります。しかしながら、これらの所見が認められず、造影CTで楔状の造影不良域のみが所見として描出されることも少なくありません。

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売部まで
 ☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804
 なお、ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

本邦の画像診断ガイドラインでは、「腎機能障害がない限り、造影CTを施行することを考慮してもよい」としています (推奨グレードC1; 科学的根拠はないが、行うよう勧められる)。

症例への対応

再発性・抗菌薬反応不良性の腎盂腎炎と考え造影CTを施行した (図1, 2)。両側腎に楔状の造影不良域 (a) と左尿管結石 (b) を認め、腎盂腎炎の診断で入院加療となった。その後自然排石されて、抗菌薬加療にて症状は改善した。



●図1 造影CT。左腎上極に楔状の造影不良域を認める



●図2 造影CT。右腎に楔状の造影不良域と左尿管結石を認める

泌尿器領域 画像検査適応のポイント

- 抗菌薬治療に反応する単純性急性腎盂腎炎患者にはCT検査は必要ない
- CT検査を考慮すべき急性腎盂腎炎は、基礎疾患あり、抗菌薬反応不良性、再発性、手術歴、腎膿瘍などの合併症が疑われる場合など

- 参考文献・URL
 1) 日本化学療法学会. JAID/JSC感染症治療ガイドライン2015—尿路感染症・男性性器感染症. http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/jaidjsc-kansenshochiryu_nyouro.pdf
 2) 泌尿器外科 Vol.30 特別号. 後期研修医がおさえておきたい泌尿器疾患TOP30 2017. 医学図書出版; 2017.
 3) ACR. ACR appropriateness criteria. Acute pyelonephritis. <https://acsearch.acr.org/docs/69489/Narrative/>
 4) 日本医学放射線学会編. 画像診断ガイドライン2016年版 第2版. 金原出版; 2016.
 5) EAU. EAU Guidelines on urological infections. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urological-Infections-2016-1.pdf>

ホスピタリスト
Hospitalist 2018年 年間購読申込受付中

Vol.5-No.4
 特集: 老年科 すべてのスタッフで高齢者を大切に! ここから始める高齢者診療

責任編集: 関口 健二 信州大医学部附属病院 総合診療科/市立大町総合病院 総合診療科
 許 智 栄 アドベンチストメディカルセンター 家庭医療科
 簡泉 貴彦 愛仁会高槻病院 総合内科

編集委員: 平岡 栄治・八重樫 牧人・清田 雅智・石山 貴章・簡泉 貴彦・石丸 直人・藤谷 茂樹

●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁
 ●1部定価: 本体4,600円+税
 ●年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
 ※毎月お手元に直送します。(送料無料)
 ※1部ずつお買い求めいただくの比べ、約4%の割引となります。

2017年 1号 神経内科 2号 腎疾患2
 2号 呼吸器疾患2 3号 糖尿病
 3号 感染症2 3号 肝臓腫
 4号 老年科 4号 循環器疾患2

2018年(予定) 1号 腎疾患2
 2号 糖尿病
 3号 肝臓腫
 4号 循環器疾患2

たちまち重版! Hospitalistのマニュアル本
総合内科病棟マニュアル

●編集: 簡泉 貴彦・山田 悠史・小坂 鎮太郎
 ●定価: 本体5,000円+税

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 <http://www.medsj.co.jp>
 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 福明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

こどものリハを一望できる実践的なテキスト。時代の変化にあわせて全面改訂!

こどものリハビリテーション医学 第3版 発達支援と療育

医学サイドだけでなく総合的なこどものリハの特性を学べる実践的なテキストの全面改訂版。ハイリスク児、重複障害、発達障害の増加など、より現代の社会状況を反映した内容に再構成され、こどものリハの世界を一望できる。こどもにかかわる職種なら必携の1冊。

監修 伊藤利之 横浜市リハビリテーション事業団・顧問
 編集 小池純子 横浜市北部地域療育センター・センター長
 半澤直美 よこはま港南地域療育センター・センター長
 高橋秀寿 埼玉医科大学国際医療センター・運動・呼吸器リハビリテーション科・教授
 橋本圭司 はしもとクリニック経営・院長

こどものリハビリテーション医学 発達支援と療育

変わりゆくこどものリハ 変わらぬ療育への思い

B5 頁408 2017年 定価: 本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-03217-9] 医学書院

身体所見×画像×エビデンス

で迫る

呼吸器診療

肺病変は多種多様。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7回 気管支喘息/COPD を考える

皿谷 健 杏林大学呼吸器内科 講師

CASE 87歳女性が2週間の労作時呼吸困難を主訴に受診。関節リウマチのため数年来プレドニゾロン(5mg/日)とタクロリムス(2mg/日)を内服し、寛解を維持している。初診時、vital signsは正常で、前胸部にわずかにrhonchiを聴取する他は特記すべき身体所見がなく、画像上も明らかな肺野異常陰影は認めなかった(図1A)。咳喘息または喘息の疑いとしてステロイド・β₂刺激薬の吸入治療が開始されたが、労作時呼吸困難の増悪を認め10日後に外来を再受診した。

再診時のvital signsと身体所見は意識清明、血圧140/80mmHg、脈拍86回/分、SpO₂96%(室内気)、呼吸数30回/分。頸部では気管呼吸音に加えて時々wheezesを聴取。注意深い聴診で、左気管支呼吸音の減弱と、左前胸部に時々出現するわずかなwheezesとrhonchiを認めた。

診断は咳喘息/喘息で正しいのか?

本症例でまず注目すべきは、①間欠的なwheezesを頸部に聴取、②左気管支呼吸音の減弱および左前胸部に時々出現するwheezesとrhonchi、③頻呼吸です。Wheezesで最も見落としやすく、かつ、注意すべき疾患は気道狭窄です。関節リウマチでは、アミロイドーシスによる気道狭窄を呈することがあります。本症例はのちに施行した胸部CTで縦隔腫瘍を認め(図1B,C)、左主気管支の狭窄が明らかとなりました¹⁾。さらに、超音波気管支鏡による縦隔腫瘍の生検で悪性リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma)と診断されました。

頸部へ放散するwheezesは、多くの気管支喘息発作症例やCOPDの急性増悪症例で認める所見です。頸部は聴診の必須部位であり、頸部で時折聴取されるwheezesは気管/気管支での分泌物や浮腫による狭窄が放散した可能

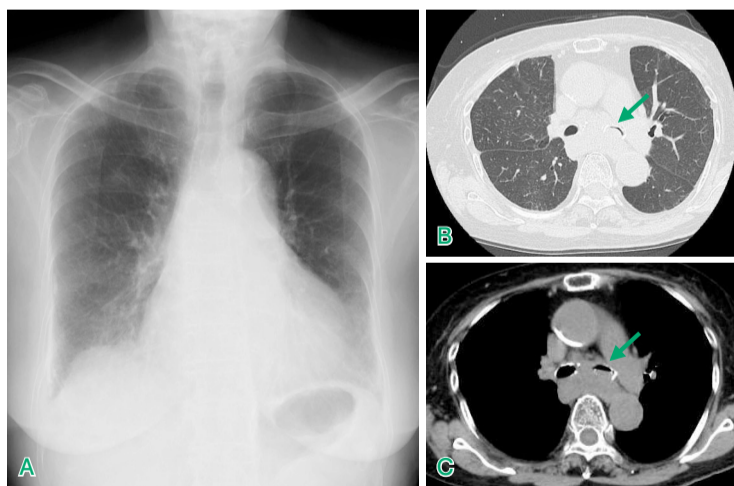
性も考えるべきです。そういう視点で丁寧に診察すれば、本症例のように左主気管支の狭窄による気管支呼吸音の減弱を指摘できることがあります。

また、本症例は呼吸数の増加を認めています。心不全を疑う起坐呼吸や夜間発作性呼吸困難、体重増加などは指摘できず、呼吸数増加は気道狭窄による影響と考えられます。なお、著明な気道狭窄では呼吸数は増加しないことがあることも念頭に置きましょう。

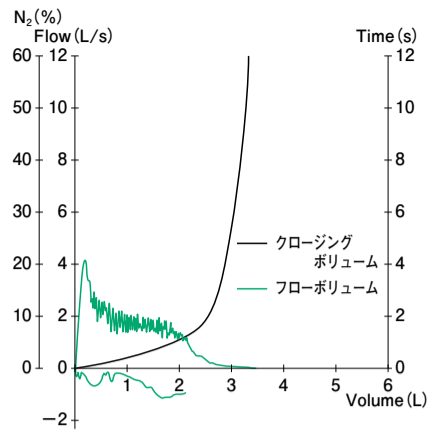
COPDでマスターすべき身体所見は多数ありますが、徳田安春先生による総説²⁾は一読をお勧めします。

胸部X線ととらえられない気道狭窄を見つけるには

呼吸機能検査が行える施設の場合、気道内腔が8~10mm程度まで狭窄すれば、気道狭窄を鋭敏に検出できます³⁾。われわれの報告では、フローボリューム曲線の「のこぎりの歯(saw-tooth sign)」が睡眠時無呼吸症候群などの上気道閉塞だけでなく、下気道狭窄/



●図1 胸部X線画像(A)、CT画像(B, C) 縦隔腫瘍(矢印)により、左主気管支が狭窄している。



●図2 フローボリューム曲線の「のこぎりの歯」(文献4) VC: 3.52 L (%VC: 110.9%), FVC: 3.46 L, FEV₁: 1.90 L, FEV₁/FVC: 54.9%

閉塞で呼気相でのプラトー所見に加えて認めることを示しています(図2)。これは気道内腔や粘膜の振動によるものと考えられています。

気管支喘息発作/COPDの急性増悪の原因

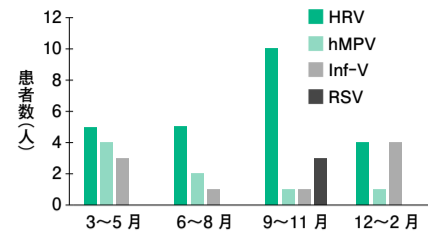
気管支喘息発作およびCOPDの急性増悪ではこれまで種々の原因が報告されており、感染症では細菌感染のみならずウイルス感染の関与も指摘されています⁵⁾。これまで日本では、気管支喘息発作とウイルス感染についての疫学調査はほとんど報告がありませんでした。

われわれが行った、3年間の気管支喘息発作症例の鼻咽腔/喀痰PCR法によるウイルス感染についての前向き研究では、外来での喘息発作症例の19.3%、入院症例の67.3%にウイルス感染が関与し、入院症例のウイルス感染陽性者で高CO₂血症の頻度が高い傾向があることを報告しています⁶⁾。喘息発作症例のウイルス感染の総数は年間を通じてほぼ一定ですが、原因となるウイルスは季節性に変化しています(図3)。主たるウイルスはhuman rhinovirus (HRV), human metapneumovirus (hMPV), influenza virus (Inf-V), respiratory syncytial virus (RSV)であり、HRV, RSVは秋、hMPVは春、Inf-Vは冬から春に多いことを示しています。興味深いことにこの調査期間の間、気管支喘息発作の原因としてMycoplasma pneumoniaeやChlamydia pneumoniaeの検出は1例もなく、これまでのわれわれの結果^{7,8)}を確信させるものとなりました。

Asthma-COPD overlap という概念

2012年のAsthma-COPD overlap syndrome (ACOS)を定義する臨床的、機能的な基準⁹⁾を皮切りに種々の基準が提唱されていますが、いまだにその妥当性は検証されていません。近年、ACOSとは呼ばずに、Asthma-COPD overlap (ACO)と呼称することが提唱されています¹⁰⁾。

日本呼吸器学会の『喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き2018』¹¹⁾によれば、ACOは基本的事項



●図3 喘息発作に関連した呼吸器ウイルスの季節性変化(文献6)

表 ACOの診断基準(文献11)

基本的事項	
40歳以上、慢性気流閉塞: 気管支拡張薬吸入後1秒率(FEV ₁ /FVC)が70%未満	
COPDの特徴(1, 2, 3の1項目)	
1. 喫煙歴(10 pack-years以上)あるいは同程度の大气汚染曝露	
2. 胸部CTにおける気腫性変化を示す低吸収領域の存在	
3. 肺拡散能障害(%D _{lco} <80%あるいは%D _{lco} /V _a <80%)	
喘息の特徴(1, 2, 3の2項目あるいは1, 2, 3のいずれか1項目と4の2項目以上)	
1. 変動性(日内, 日々, 季節)あるいは発作性の呼吸器症状(咳, 痰, 呼吸困難)	
2. 40歳以前の喘息の既往	
3. 呼気中一酸化窒素濃度(FeNO)>35 ppb	
4-1) 通年性アレルギー性鼻炎の合併	
-2) 気道可逆性(FEV ₁ >12%かつ>200 mLの変化)	
-3) 末梢血好酸球>5%あるいは>300/μL	
-4) IgE高値(総IgEあるいは通年性吸入抗原に対する特異的IgE)	

として40歳以上で、慢性気流閉塞(気管支拡張薬吸入後FEV₁/FVCが70%未満)がある症例で考慮し、COPDの特徴の1項目および喘息の特徴の1, 2, 3の2項目あるいは1, 2, 3のいずれか1項目と4の2項目以上を満たした場合と定義されます(表)。

海外のACOの診断の定義は文献により異なるため、その増悪頻度、予後には一定の見解がありません。また本邦では増悪頻度を検討した報告が少なく、ACOの予後についても十分に検討した報告は少ないです。統一した基準を用いた今後の研究が待たれます。

POINT

- Wheezesでは気道狭窄の見落としに注意。
- 気道狭窄の検出には呼吸機能検査を活用しよう。
- 気管支喘息発作/COPD急性増悪はウイルス感染が原因となることも。

【参考文献・URL】

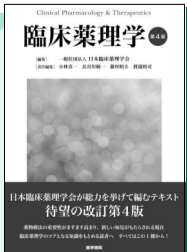
- 1) BMJ Case Rep. 2017 [PMID: 29122909]
- 2) Intern Med. 2007 [PMID: 18057759]
- 3) Mayo Clin Proc. 1969 [PMID: 5776050]
- 4) BMC Res Notes. 2012 [PMID: 22838841]
- 5) Front Microbiol. 2013 [PMID: 24098299]
- 6) Medicine (Baltimore). 2017 [PMID: 29049206]
- 7) Pulm Res Respir Med Open J. 2015 [doi: 10.17140/PRRMOJ-2-121]
- 8) Front Microbiol. 2014 [PMID: 24904541]
- 9) Arch Bronconeumol. 2012 [PMID: 22341911]
- 10) Global Initiative for Asthma. 2017 Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. <http://ginasthma.org/2017-pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>
- 11) 日本呼吸器学会 喘息とCOPDのオーバーラップ(Asthma and COPD Overlap: ACO)診断と治療の手引き2018 作成委員会編. 喘息とCOPDのオーバーラップ診断と治療の手引き2018. メディカルレビュー社: 2017.

日本臨床薬理学会が総力を挙げて編む、待望のテキスト改訂第4版!

臨床薬理学 第4版

薬物療法の重要性がますます高まり、新しい知見が日々もたらされる領域だからこそ、コアとなる知識をこの1冊に凝縮。必要事項を網羅しつつ情報は精選し、よりわかりやすくなった。医師、医学生、研修医はもちろん、看護師、薬剤師、臨床検査技師、製薬企業関係者まで、臨床薬理学に関わる医療関係者の定番書。臨床薬理専門医/認定薬剤師認定試験受験者には必携書!

編集 責任編集 小林真一
 一般社団法人日本臨床薬理学会
 昭和大学 特任教授、昭和大学臨床薬理研究科 科長/ 昭和大学病院臨床薬理支援センター センター長
 長谷川純一
 鳥取大学医学部薬物治療学 教授
 藤村昭夫
 自治医科大学 客員教授/ 瀧田病院 学術顧問
 渡邊裕司
 浜松医科大学臨床薬理学講座 教授/ 国立国際医療研究センター 臨床研究センター長



「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?

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、支えを見つけること。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、穏やかに看取するための方法。死を前にした人に、私たちにできることがある!

小澤竹俊
 めぐみ在宅クリニック院長



Medical Library 書評新刊案内

神経症状の診かた・考えかた 第2版 General Neurologyのすすめ

福武 敏夫 ● 著

B5判・頁424
定価:本体5,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03059-5

この書評は京都で開催中の世界神経学会議のロビーで書いています。世界中から専門家が集まる国際学会の中にいますと、臨床神経学

のバックグラウンドに **初学者から専門医まで** ある神経科学、遺伝学、**神経内科医が座右に置くべき書** 分子生物学が目まじしい進歩を遂げ、疾患の概念、考え方や治療へのアプローチが刻々と変わっていることが身を持って実感できます。

評者は2008年に研修医・医学生に向けての教科書を単著で上梓しました。2014年に大幅に内容を改訂して第2版を出版、今、第3版の準備をしています。なぜって? このすさまじい進歩のせいです、と言うしかないのですが、このたび、わが敬愛する福武敏夫先生が『神経症状の診かた・考えかた』の第2版を出されました。初版は福武先生の考え方がストレートに伝わってくる私の愛読書で、臨床のとてもよくできる同僚が(失礼)隣にいてくれる気分です。読んでいただいていたのですが、わずか3年余りのスピード改訂となり

評者 **神田 隆**
山口大学教授・神経内科学

ました。神経診察学・症候学は既に完成された体系です。大きな変化が(たぶん)ないこの分野で、どうしてこんな急な改訂が必要か? 答えはこの本の中に書かれています。福武先生が伝えたい神経学の

エッセンスがこの3年間でどんどん増えてきたこと、しっかり伝えるためにはどうしたらいいかという親切心がさらにパワーアップしたこと、別の言葉で言えば、福武先生の臨床が今なお日々進歩している証しだと思います。

医学書が売れない時代に初版が4刷を重ねたことも驚異的ですが、この第2版もリピーターを含め多くの神経内科医が座右に置くことになりましょう。誰に最も役立つ本か? 福武先生は初学者を一つのターゲットに置いておられるようで、確かに学生や研修医に有用なサジェスションを与える本だと思いますが、ある程度神経学の臨床経験を積んだ専門家こそ、この本の真価が理解できるものと思えます。

ビビらず当直できる 内科救急のオキテ

坂本 壮 ● 著

A5・頁180
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03197-4

「救急」といっても、多発外傷とか心肺停止とかがひっきりなしに救急車やヘリコプターで運ばれてきて、開頭も開胸も開腹もなんでもこなしてしまうドラマに出てくるようなところばかりではありません。

当直などで勤務するのは、おなか痛かったり、めまいがしたり、なんだか普段よりボーっとしていたりといった、ごく普通の訴えの患者さんが来るような内科的な要素の強い救急外来ではないでしょうか。

ごく普通の救急とはいっても、やっぱり当直は怖くないですか? 通常の外来とは異なり、ほとんどの患者さんはあまり情報のないまっさらな状況で来て、常に真剣勝負のようなドキドキ感がありますよね。救急デビューしたての時期はもちろん、「そろそろ慣れ

救急患者の診かたの 原則がわかる!

てきたかな」と思ってからも(むしろそういうときほど)足をすくわれることが少なくありません。ウォークインだからといって軽症とは限らず、胃腸炎だと思ったら虫垂炎だったり、風邪だと思ったら

髄膜炎だったり、過換気だと思ったら肺塞栓だったり、酔っぱらいだと思ったら小脳梗塞だったり、重症患者が紛れ込んでいることもざらにあります。

かくいう私自身も初期研修医の頃にやらかした大失敗があります。いつもお酒を飲んだ帰り道に「点滴希望」で救急受診される常連の患者さんがいらっしゃったのですが、いつものごとく「点滴が終わったら帰宅可」という対応をしたところ、いつもとは違って急性肝不全を起こしていたのです。幸い優秀な看護師と上級医のおかげで対応

評者 **田中 竜馬**
米Intermountain LDS Hospital
呼吸器内科・集中治療科

小児骨折における自家矯正の実際 骨折部位と程度からわかる治療選択

亀ヶ谷 真琴 ● 執筆
森田 光明、都丸 洋平 ● 執筆協力

B5・頁212
定価:本体7,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03128-8

評者 **田中 正**
君津中央病院医務局特別顧問

小児骨折では長らく Blount の“Non-operative dogma” (非手術治療の教義) というものがあつた。すなわち、小児骨折は早期の骨癒合とリモデリングのため、通常は保存的治療で良好な結果が期待できるというもので、これが小児骨折治療の常識とされていた。私が整形外科医になりた

てのころは、①10歳以下の骨折は小児骨折の範ちゅうに入り、リモデリングが期待できる、②関節可動方向の変形はよく矯正される(例えば肘・膝では矢状面)、③内外反/回旋変形は矯正されないと教わり、今でもこのようなことを記載している成書を見掛けることがある。しかし、現実にはリモデリングがどの程度起きるかは、骨折の部位や骨折型により一概には言えず、「どこまで整復が必要なのか?」「手術治療の適応はあるか?」など小児骨折治療の難しさの一因になっている。日頃このような悩みを抱えている整形外科医・救急医に福音をもたらしたのが本書である。亀ヶ谷真琴先生は20年の長きにわたり千葉県こども病院整形外科などで小児疾患の治療に取り組んでこられ、今回その豊富な経験を基に本書を編さんされた。

本書は3つの章から成る。第1章は「小児骨折の特性」について総論的な内容をコンパクトにまとめており、小児骨折を扱う上での基本的な考えかた

が遅れることはなかったものの、見逃すと大変なところでした。ええ、もちろんみっちり絞られました。救急外来において、重症を見逃さずきっちり診断をつけるために本当に役立つのは、「めまいにはこの薬」のようなあんちょこの知識の詰め込みではなく、救急患者の診かたの原則をしっかりと示してくれる「オキテ」ではないでしょうか? 私が肝不全を見逃した患者さんも、呼吸数が30回/分以上になっていて、この本で坂本壮先生が「最も重要なバイタルサイン」と力説されている呼吸数をみていれば、ただの酔っ払いではないことは即座にわかったはずなのです。

私の失敗談はともかく(それには事欠かないのですが)、救急外来で診る患者さんは必ずしも典型的な症状を訴えて来てくれるわけではありません。80歳以上の心筋梗塞患者の半数には

胸痛がなく、急性脳梗塞患者の半数以上が救急車ではなく徒歩で来院し、大動脈解離患者の約3分の1で血圧が正常であるように、症状には幅があります。急性心筋梗塞や肺塞栓、大動脈解離、低血糖、てんかん、脳梗塞・脳出血、髄膜炎、くも膜下出血といった緊急性の高い疾患がどのような非典型的な症状を呈し、お互いにどのように関連しているのか本書を読んで理解することで、救急外来での危機察知と診断の能力が格段に上がるはずですよ。

いわゆる赤本や青本、研修医指導虎の巻などをはじめ、救急の分野では既に素晴らしい本が多数ありますが、これらの超定番に並ぶ本がまた一冊登場しました。これから救急デビューする方も、既にビビりながら当直している方も、患者さんで悩む前に、まずはこの本を読んで当直に臨むか悩むことになりそうです。

を学ぶことができる。第2章は「症例」を提示しており、読者は138例にも及ぶ臨床例を通してさまざまなリモデリングの実態を経験し、自家矯正の可能性と限界を理解することができる。また、重要な点や最新の考えかたについて、所要所に「ポイント」としてわかりやすくまとめられているので、これだけは覚えておかなければならないという点を逃すことはない。そして最後の第3章では最近の文献の要旨を掲載し、エビデンスに基づいた最新の考えかたを示唆している。

米国の第32代大統領フランクリン・ルーズベルトの夫人であるエレノア・ルーズベルトは、“Learn from the mistakes of others. You can't live long enough to make them all yourself.” (他人の失敗から学びなさい。あなたは全ての失敗ができるほど長くは生きられないのだから)と言っている。この「失敗」を「経験」という言葉に置き換えてみると、本書の意義がひしひしと伝わってくる。昨今、少子高齢化に伴い、われわれが小児骨折を経験する機会は減少している。しかし、現実には一般病院や診療所など臨床の現場で小児骨折を診る機会がなくなるわけではなく、時にその治療法に迷うことも多い。そのギャップを埋めるためにも、ぜひ本書を診察室の片隅に置いて活用していただきたい。

豊富な臨床例を通して小児 骨折治療の経験の差を埋める



が遅れることはなかったものの、見逃すと大変なところでした。ええ、もちろんみっちり絞られました。

救急外来において、重症を見逃さずきっちり診断をつけるために本当に役立つのは、「めまいにはこの薬」のようなあんちょこの知識の詰め込みではなく、救急患者の診かたの原則をしっかりと示してくれる「オキテ」ではないでしょうか? 私が肝不全を見逃した患者さんも、呼吸数が30回/分以上になっていて、この本で坂本壮先生が「最も重要なバイタルサイン」と力説されている呼吸数をみていれば、ただの酔っ払いではないことは即座にわかったはずなのです。

私の失敗談はともかく(それには事欠かないのですが)、救急外来で診る患者さんは必ずしも典型的な症状を訴えて来てくれるわけではありません。80歳以上の心筋梗塞患者の半数には

胸痛がなく、急性脳梗塞患者の半数以上が救急車ではなく徒歩で来院し、大動脈解離患者の約3分の1で血圧が正常であるように、症状には幅があります。急性心筋梗塞や肺塞栓、大動脈解離、低血糖、てんかん、脳梗塞・脳出血、髄膜炎、くも膜下出血といった緊急性の高い疾患がどのような非典型的な症状を呈し、お互いにどのように関連しているのか本書を読んで理解することで、救急外来での危機察知と診断の能力が格段に上がるはずですよ。

いわゆる赤本や青本、研修医指導虎の巻などをはじめ、救急の分野では既に素晴らしい本が多数ありますが、これらの超定番に並ぶ本がまた一冊登場しました。これから救急デビューする方も、既にビビりながら当直している方も、患者さんで悩む前に、まずはこの本を読んで当直に臨むか悩むことになりそうです。

レジデントマニュアルシリーズの新しいタイトル。「研修医がひとりでも、最低限必要な知識をもって、安全に実地できる」をコンセプトに、聖路加国際病院を基準とした検査、診断、治療指示の方針・手順がコンパクトにまとめられている。臨床研修の心強い味方となる1冊。

を学ぶことができる。第2章は「症例」を提示しており、読者は138例にも及ぶ臨床例を通してさまざまなリモデリングの実態を経験し、自家矯正の可能性と限界を理解することができる。また、重要な点や最新の考えかたについて、所要所に「ポイント」としてわかりやすくまとめられているので、これだけは覚えておかなければならないという点を逃すことはない。そして最後の第3章では最近の文献の要旨を掲載し、エビデンスに基づいた最新の考えかたを示唆している。

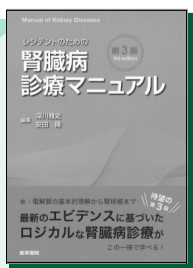
米国の第32代大統領フランクリン・ルーズベルトの夫人であるエレノア・ルーズベルトは、“Learn from the mistakes of others. You can't live long enough to make them all yourself.” (他人の失敗から学びなさい。あなたは全ての失敗ができるほど長くは生きられないのだから)と言っている。この「失敗」を「経験」という言葉に置き換えてみると、本書の意義がひしひしと伝わってくる。昨今、少子高齢化に伴い、われわれが小児骨折を経験する機会は減少している。しかし、現実には一般病院や診療所など臨床の現場で小児骨折を診る機会がなくなるわけではなく、時にその治療法に迷うことも多い。そのギャップを埋めるためにも、ぜひ本書を診察室の片隅に置いて活用していただきたい。

さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版

レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第3版

腎臓病診療マニュアルの決定版、待望の第3版が刊行! 最新のエビデンスに基づいて、水・電解質から腎移植まで腎臓病診療の基本を網羅する好評のスタイルはそのままに、高齢患者の診かた、他診療科との連携など“今知りたい”トピックを満載。目の前の患者の何を診て、どう治療すべきか、ロジカルな腎臓病診療の進め方がわかる1冊。

編集 **深川 雅史**
東海大学医学部内科学系
腎内分泌代謝内科教授
安田 隆
吉祥寺あさひ病院副院長/
東京医科大学腎臓内科兼任教授



大好評のレジデントマニュアルシリーズに待望の「腎臓内科」版が新登場!

腎臓病診療レジデントマニュアル

レジデントマニュアルシリーズの新しいタイトル。「研修医がひとりでも、最低限必要な知識をもって、安全に実地できる」をコンセプトに、聖路加国際病院を基準とした検査、診断、治療指示の方針・手順がコンパクトにまとめられている。臨床研修の心強い味方となる1冊。

編集 **小松康宏**
聖路加国際病院副院長・腎臓内科部長



トワイクロス先生の緩和ケア処方薬 第2版

薬効・薬理と薬の使い方

Robert Twycross, Andrew Wilcock, Paul Howard ● 編
武田 文和, 鈴木 勉 ● 監訳A5・頁928
定価: 本体5,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03031-1

WHO(世界保健機関)は2002年、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」と定義しています(日本ホスピス緩和ケア協会による訳)。

緩和ケアは、学際的なアプローチで患者とその家族のQOLを改善することですが、中でも肉体的・心理的苦痛の緩和には薬物療法が鍵ともなっており、医師・薬剤師を中心に提供・管理される薬物療法において、専門職として薬剤師の果たす役割は非常に大きいものがあります。

本書は、WHOのがん疼痛治療法の作成責任者などを務めた世界的権威者であるロバート・トワイクロス博士らの編集による“Palliative Care Formulary 5th Edition”の訳書です。2013年に日本語の初版が刊行され、薬剤師は

豊富な薬剤情報、臨床応用性の高い知識



もちろん、医師、看護師にも好評であり、そのニーズにも後押しされ第2版として刊行されたものです。

本書は、2部構成となっています。

第I編「薬剤情報」では鎮痛薬のみならず、患者のQOLに関与する症状への対応を考慮し、消化器症状、呼吸器症状など苦痛な症状を緩和するために必要な薬剤に関して、適応、禁忌、薬理作用、相互作用、副作用等々、医薬品の適正使用に必要な情報を含めて幅広く解説されています。また、第II編「基本知識」では、緩和ケアに必須の知識・技能についてまとめられており、臨床に

おいて極めて応用性の高い内容となっています。そしてこの内容と構成が、他に類を見ない本書の特色ともなっております。

本書の書名は「緩和ケア処方薬」ですが、第I編の内容の豊富さおよび第II編の応用性の高さから、緩和ケアに携わる薬剤師はもちろんのこと、一般の薬剤師もぜひ手元においておかれることを推奨したい一冊です。

[初出: 月刊薬事, 2017; 59(15): 127.]

評者 木平 健治
日本病院薬剤師会会長

ER・救急999の謎

志賀 隆 ● 監修

A5変型・頁656
定価: 本体5,500円+税 MEDSI
http://www.medsico.jp

評者 林 寛之
福井大附属病院総合診療部長

痒い、痒い……あ、痒くない! 痒い所に手が届くというのは本書のことを言うのだろう。とにかくERの王道からニッチなことまで多岐にわたり、

臨床上の疑問に答えてくれる。何しろ一項目ずつが短いのがいい。真面目に(失礼!)解説すると結構長くて深い内容なのに、よくぞここまでコンパクトにギュギュギュまとめて記載したものだ。参考書100冊分を1冊にまとめた感じ、シンゴジラを一寸法師に圧縮した感じ……かしら。忙しい臨床家が隙間時間にスイスイエッセンスだけつまみ食いのように読んでしまう。まるで、ドラゴンボールの

仙豆、ドラクエの薬草、ルフィの肉のように短時間でパワーアップできてしまう。これは優れものだ。

ERの独自性が随所に現れていて、指導医、研修医、ナース、学生、救急患者を診る機会のある全ての医療者に手に取ってもらいたい……ような、同業者としてはERの秘密のネタを大いにかかしてしまっているのが秘密のままにしておきたい……ような、そんな気になる一冊だ。総論はERのアイデンティティが目白押しで、まだまだ数の足りないER医達の「青年の主張」が熱く語られているので、ぜひ研修医はここを読んで将来ER医になってほしい。だってテレビでも救急にはヤマピーやガッキーのようにいい男いい女ばかりいるのだから、ER医になっても人生損はない。世のため人のため、全ての病める患者のために奮闘するERが成功するには、情熱だけではなく本書にあるようなシステム構築も大事だ。

に絞らずに現在汎用されているZiostation®シリーズ(Ziosoft)とSYNAPSE VINCENT®(富士フィルム)の両方に対応している点である。それぞれに画面上のアイコン選択など詳細な手順や使用方法が美しいカラー写真と共に記載されており、実際の取り扱いで悩むようなポイントを具体的な症例を用いてわかりやすく説明している。気管支鏡診断に携わる者にとって肺末梢病変診断の難しさは日常感じていると思われるが、本書を読むと仮想気管支鏡を用いることで未確診の肺末梢病変の診断率が向上する理由が納得できる。

また、VAL-MAPは現在進行中の先進医療を経て近い将来保険収載が期待されているが、本書では胸部CTと仮

ERは診断・治療さえできれば終わりではない。プレホスピタル、災害から、正しい帰宅指示、プロフェッショナルリズム、カンファランスの仕方、勉強の仕方、安全管理まで、大学では教えてくれなかったけれども実臨床で真に大切なことが詳細に書かれているので、ぜひ指導医にはここを研修医に丁寧に教育(「せんのう」と読む)して欲しい。研修医をその気にさせてナンボなんだから。

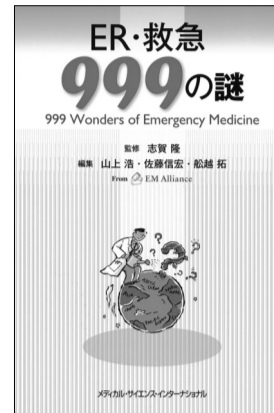
若手ER医達がエビデンスにこだわってまとめあげたER指南書なので、各論においても現場の疑問が網羅されている。理解を深めたい場合は参考文献を

ひもとくとさらに理解が深まる。本書は教科書的な記載ではなく、実践編としてとらえたほうがいい。教科書的な理解はできていたものの、現場では実は頻度が少ないという発見があったり、どんな場合に見逃しやすかったりするのかを考える力がつく。絨毯爆撃のような検査では偽陽性も増え、プロとは言えない。必要最小限の検査で、最短時間で答えにたどり着くのは、膨大な知識と技術が必要であり、加えて温かい人間力が必要なのだ。PNES(心因性非てんかん性発作)やHINTS、TMA、MTP、Glasgow-Blatchford、CCHR、PECARNなども臨床上非常に重要なポイントが解説され……え? 略語ばかりでわからないって? ……そんなあなたこそ本書を手にとって読んでみましょう。たかが略語だけど、知っているとなんとなく格好よくない? あ、シャイーンシャイーンしたらダメだよ、そこお!

想内視鏡画像を用いて術前からの手順が詳細に説明されている。触知不可能な小結節に対する部分切除や立体的把握が難しい区域切除時の切離ラインを正確にマーキングできる新技術であり、まさに縮小手術時代の手術ナビゲーションシステムの草分けとなる可能性を秘めている。

本書は、これから仮想気管支鏡やVAL-MAPを導入したいと考えておられる熟達した気管支鏡専門医や呼吸器外科医のベッドサイドマニュアルという位置付けだけでなく、これから気管支鏡や区域切除を始める若手の先生方にとって仮想気管支鏡やVAL-MAPを理解するための入門書としても、お薦めの一冊である。

スイスイ読めて短時間でパワーアップできる優れもの一冊



仮想気管支鏡作成マニュアル

迅速な診断とVAL-MAPのために

出雲 雄大, 佐藤 雅昭 ● 編

B5・頁144
定価: 本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03052-6

評者 永安 武
長崎大大学院教授・腫瘍外科

人体を構成する全ての臓器は立体である。その中でも肺は気管支、肺動脈、肺静脈が5つに分かれた肺葉内で立体的に絡み合う複雑立体臓器である。気管支鏡 入門書としてもお薦めの一冊 とで、患者の肺内のどのあたりに病変があるかを立体的にイメージし、そこに到達するためには気管支鏡をどのように操作していけばよいかを事前にシミュレーションすることができるいわゆる“仮想気管支鏡”のための作成マニュアルである。さらにこの仮想気管支鏡と3D画像を利用して術前に気管支鏡下で肺に色素マーキングを行うことで、肺の切除ライン設定を容易にするVAL-MAP(virtual assisted lung mapping)と呼ばれる新たな手術支援法が紹介されている点も見逃せない。

近年、高解像度CTの普及により小型の肺末梢病変に対する気管支腔内超音波断層法(EBUS)などの新技術や、末梢小型早期肺癌に対する肺部分切除や区域切除などのいわゆる縮小手術が標準治療として一般化しつつある。このような診断、治療の多様化と普及により、手技の普遍性の維持や教育という観点からも既存の技術に加えてこれ

を補助し精度を高めるような新技術導入が望まれてきた。

本書は、高解像度CTデータを基に3D画像を作成することで、患者の肺内のどのあたりに病変があるかを立体的にイメージし、そこに到達するためには気管支鏡をどのように操作していけばよいかを事前にシミュレーションすることができるいわゆる“仮想気管支鏡”のための作成マニュアルである。さらにこの仮想気管支鏡と3D画像を利用して術前に気管支鏡下で肺に色素マーキングを行うことで、肺の切除ライン設定を容易にするVAL-MAP(virtual assisted lung mapping)と呼ばれる新たな手術支援法が紹介されている点も見逃せない。

本書の秀逸な点は、使用する3D医用画像処理ワークステーションを一つ

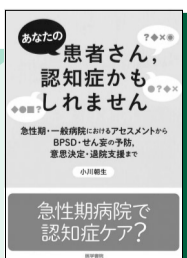
認知症当事者は、急性期病院でこんな体験をしているのかも…

あなたの患者さん、認知症かもしれません

急性期・一般病院におけるアセスメントからBPSD・せん妄の予防、意思決定・退院支援まで

身体治療を提供する急性期病院で、認知症をもつ患者がどのような体験をするのか、どのような支援が望まれるのかをまとめた書。今まであまり触れられてこなかった認知症の当事者の体験、意思決定支援、心理的な苦痛についても取り上げた。特に意思決定支援は、患者の権利の擁護を考えるうえで、もはや避けられないperson centered careの中心である。超高齢化社会の今こそ多くの医療関係者に読んでほしい書。

小川朝生
国立がん研究センター
先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野長
東病院精神腫瘍科長(兼任)



A5 頁192 2017年 定価: 本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-02852-3]

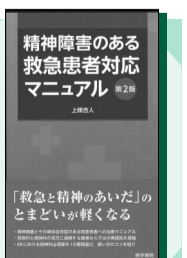
医学書院

「救急と精神のあいだ」のとまどいが軽くなる。ERでよくみられる35ケースを解説!

精神障害のある救急患者対応マニュアル 第2版

精神障害とその関連疾患のある救急患者を対象にした治療マニュアル。救急現場でよく遭遇する幻覚・妄想、急性覚醒剤中毒、せん妄などの症状について、「診断のポイント」「治療フローチャート」「精神科医にうまく引き継ぐコツ」を示しながらコンパクトに解説。また臨床で必須の医薬品を厳選し、それらの特徴と実践的な使い方のポイントをまとめた。救急科と精神科の双方に通暁する著者だから書きうる、現場目線の実践知がここに!

上條吉人
埼玉医科大学教授・救急医学



B6変型 頁304 2017年 定価: 本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03205-6]

医学書院

『治療指針』のおかげで 解決できた、と実感。

(40歳代・開業医)

60th

今日の治療指針

私はこう治療している

TODAY'S THERAPY 2018

総編集

福井次矢 高木 誠 小室一成

●デスク判(B5) 頁2192
定価：本体19,000円+税
[ISBN978-4-260-03233-9]

●ポケット判(B6) 頁2192
定価：本体15,000円+税
[ISBN978-4-260-03234-6]



『今日の治療指針』のベストパートナー
オールインワン治療薬年鑑。

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史麿 矢崎義雄
編集 北原光夫 上野文昭 越前宏俊

web 電子版は、2018年4月(予定)の薬価改定に対応

●B6 頁2752 2018年 定価：本体5,000円+税
[ISBN978-4-260-03257-5]



- ☑両書籍とも購入特典・web 電子版付
- ☑セット購入により、web 電子版で2冊がリンク

- 『今日の治療指針 2018 年版』に掲載されている薬剤の詳細情報を『治療薬マニュアル 2018』へのリンクで瞬時に参照。
- 『治療薬マニュアル 2018』に収録されている各薬剤について、それらを掲載している『今日の治療指針 2018 年版』の疾患項目を瞬時に参照。

※閲覧期間は2019年1月までとなります。
※2018年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2017年版のものです。
2018年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2018年3月末の予定です。



1 medicina Vol.55 No.1

特集 気管支喘息・COPD診療に強くなる

COPDと気管支喘息は最もcommonな呼吸器疾患であるが、実臨床ではどちらなのか判断に迷うケースも少なからず存在し、日々の診療で悩むことも多い。本特集では、この両者の診療に強くなることを目標に、新しい概念であるフェノタイプなどを意識しつつ、慢性期のコントロールと急性増悪時の対応、喘息合併COPD(ACO)治療に必要な知識をわかりやすく解説する。

INDEX

- [座談会]ガイドラインが変わっても困らない! 一気管支喘息・COPDの日常診療 最近の気管支喘息・COPDの考え方の変化
- 気管支喘息・COPDの初期診断はこうすべき
- 気管支喘息・COPDの類縁疾患 一どう鑑別し、対応するか
- 気管支喘息・COPDの慢性期コントロール
- 気管支喘息・COPDの増悪への対応
- 気管支喘息・COPDの非薬物治療
- 気管支喘息・COPDのコントラバシー

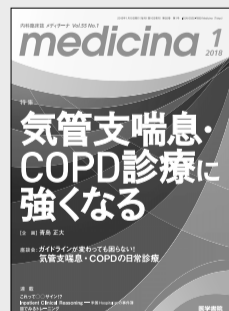
連載

- これって〇〇サイン!?
- 目でみるトレーニング
- Inpatient Clinical Reasoning 一米国Hospitalistの事件簿

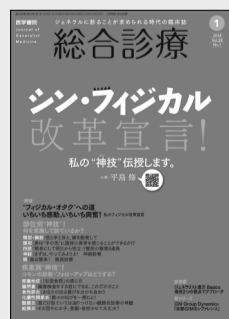
▶来月の特集(Vol.55 No.2)
できる内科医の
神経内科コンサルト

▶2017年増刊号(Vol.54 No.4)
総合内科医の必修臨床問題182問 ●特別定価: 本体7,200円+税

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina>



<http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/sogoshinryu>

総合診療

Vol.28 No.1

特集 シン・フィジカル改革宣言! 私の“神技”伝授します。 企画:平島 修

好評を博した2016年2月号「フィジカル改革宣言!」の第2弾。身体診察において問題となる「診察者間の差」。その差を埋めるべく、身体診察への強い思いをもった「フィジカル師範」に、自身の得意とするところの“神技”を披露していただいた。この技を信じて実践し、古くて新しい身体診察の風を、全国に吹かせてほしい。

INDEX

【総論】 “フィジカル・オタク”への道(須藤 博)
いちいち感動、いちいち興奮!(平島 修)

部別“神技”!何を意識して診ているか?

頭部・胸部(喜舎場朝雄) / 腹部(腹痛を「考える」会(仮)) / 四肢(仲田和正) / 神経(能勢裕久) / 眼(鈴木富雄)

疾患別“神技”!コモンの診断・フォローアップはどうする?

肺塞栓症(鈴木隆弘・水野 篤) / 腸閉塞(山岸文範) / 急性膀胱炎(熊木天児) / 化膿性関節炎(北 和也) / 髄膜炎(矢吹 拓) / 結膜炎(石岡みさき)

Editorial 新・信・神フィジカル改革宣言(平島 修)

新連載 GM Group Dynamics | 京都GIMカンファレンス
座談会 僕たちのルーツ、引き継ぐべきDNAとは?
(酒見英太×上田 剛×高岸勝繁 藤本卓司×川島篤志×平島 修)

ジェネラリスト漢方 Basics—東西2つの視点でアプローチ | (岡部竜吾)

▶来月の特集(Vol.28 No.2) ●1部定価: 本体2,500円+税
頭痛患者で頭が痛いんです! 企画:上田剛士×高岸勝繁

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。
配送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。
詳しくは医学書院WEBで。

2018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)

▶ 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

電子版もお選びいただけます



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