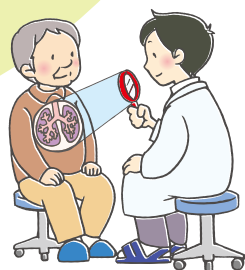


呼吸器症例で学ぶ、 病歴聴取と身体所見の重要性

滋賀医科大学呼吸器内科 助教 長尾 大志 (ながおたいし)

呼吸器内科専門医／滋賀医大ベストティーチャー 臨床部門第1位／丁寧な解説が好評のホームページが4月に『レジデントのためのやさしい呼吸器教室』（日本医事新報社）として書籍化。



第1回

臨床診断における「流れ」とは？ 国試レベルの「当てもん」からの脱却を意識する

はじめに

国家試験の症例問題では、全ての情報が盛り合わせになって一度に提示され、その情報を基に診断を考えていきますが、臨床の現場では患者さんがそのように「私はこれだけの症状、症候、検査所見があります」とは絶対に言ってくださいません(当たり前)。そうすると、まずはお話をしながら鑑別診断の大綱を掛け、身体所見などを経てだんだんとその網を狭めていく、というやり方を身に付けていく必要があります。これが臨床の王道です。

ところが、昨今では各種検査の精度が上がり、検査値だけをみて判断する疾患、画像だけをみて判断できる疾患が増えて、上級医もそれに慣れてしまってきています。結果、研修で「正しい診察のやり方」を教えてもらう機会が減ってきている、というのが実際のところではないでしょうか。

将来進む科によっては、それでもいいのかもしれませんが。ずっとPCとにらめっこで、検査を出して結果をみて診断……。外科系や手技系の科だと、診断もすっ飛ばして、ということに慣れてしまう。

でも実はそれでは世の中、困ってしまうのです。特に昨今では、「医師の専門バカ」による医師不足が脚光を浴びてしまっています。専門領域しかみられない医師が増えてしまって、いわゆるプライマリ・ケア、common diseaseに対処できない。担当患者さんでも、「それは私の専門と違うから分からない、〇〇科に行って」と言ってしまう……。

高血圧、糖尿病、冠動脈疾患、COPD、便秘、甲状腺機能低下…… 高齢者のcommon diseaseを複数抱えておられる患者さんは少なくありません。その各々に専門医が必要であるならば、その地域に医師が何人いても足りない。これは明らかですね。

そうではなくて、できる限り多くの医師が、自分の専門のみならず総合診療、家庭医的な視点ももてるようにする、それが今の臨床研修制度の目指すところであったはずで。医師になって最初の2年間はあちこちの科をローテーションすることで、「いろいろな疾患に慣れる」「common diseaseに対処できる」ようになる、ということですが、ともすると典型的診断→治療の短絡思考に慣れてしまって、臨床医として大切な論理的思考過程の養成ができかねる、ということにもなりかねません。

ことにcommon diseaseであるほど、病歴や身体所見がものをいう、ということが実感されます。病歴や身体所見を正しく得て、正しい診断に導く過程を習得すること、これこそ初期研修で学ぶべき基本技能ではないかと思うのです。

ということで、この連載では、国家試験の症例問題対策に余念のない皆さんに、実臨床の流れをご紹介します。国家試験の症例問題と実臨床の懸け橋になれば、と考えています。短い間ですが、どうぞお付き合いください。