

加賀市医療センター研修新企画：第1回”シェアカン”のシェア

(指導医と研修医とが臨床経験を共有(シェア)し、1つの症例から最大限学ぶ方法を考えるカンファレンス) 2019.5.15 文責：内科・リウマチ科 鈴木 康倫

症例：(発表者が約10年前に他院で経験した症例です)

70歳代女性。発熱と(両側)腰痛を主訴に救急受診し、尿中白血球陽性、CTで腎周囲の毛羽立ちを認めたことから救急医が腎盂腎炎と診断し、腎臓内科医へ入院依頼でcallした。

救急外来での診察の初めに、発表者は布団をめくって足の視診をしたところ、足趾に圧痛のない複数の紫斑を認めた。更に眼瞼結膜の点状出血、収縮期心雑音も判明し、感染性心内膜炎と臨床診断した。救急医と情報共有し、循環器内科医へ診療を引き継いだ。

救急医は、「確かに結膜の診察はしたが、明瞭な点状出血を認識できなかった」と語った。

この症例からどのようなメッセージ/教訓/パールを導きますか？または、何を学びますか？

研修医の先生方へは1週前に症例呈示し、課題を出しておきました。まずは研修医のコメントから。

- ・発熱患者には全身診察するべき
- ・両側腰痛を主訴とする腎盂腎炎は非典型的なので他疾患を鑑別するべき
- ・前医からの情報をもとに、自分自身で改めて情報を得て診断を考える
- ・身体所見の重要性を実感した

そこで、発表者から質問しました。

Q1. 身体所見が診断の鍵となった症例で、2名から学びのポイントとして指摘して頂いた。感染性心内膜炎でJaneway lesionや結膜の点状出血がみられることは誰でも知っている。一般にルーチン診察の最初に結膜を診ることは多いと思われ、救急医も確かに診察したが所見として認識できなかった。知っていることと、臨床で”できること”との間にはギャップが存在する。このギャップを埋めるにはどうしたら良いか？

全身を診ようとはしているが、実際に自分で診断したことがないという指導医も。

“ギャップ”をもう少し言語化すると、「視覚情報として脳に入力されているにも関わらず、異常所見として認識できない」ということかと思えます。身体所見の習得が難しい原因の1つです。無意識には脳に届いているはずの情報を、意識するためにはどうすれば良いか、という質問です。

身体所見の習得に関する発表者からの提案としては、「発熱症例に対してルーチンで

Osler/Janeway を含めて全身を診るルールにする(したがって、靴下も脱いでもらう)」

「head to toe で発熱症例に対する病歴、身体所見の”型”を自分なりに作っておく」「普段からその”型”のシミュレーションを繰り返す」「意識的に心内膜炎を念頭に置き、”攻める”身体診察をする(結膜はかなりしっかり翻転して見つめる(あっかんべえええ、ぐらい))」点などを挙げました。実際に発表者は初期研修医時代から発熱症例の中に心内膜炎が紛れていると信じて手足を診ることをルーチンとしてきました。ほとんど外れでしたが、数年”愚直に”診察を続けた結果、漸く診断し得たのが提示した症例でした。貴重な1例目です。

本例を通常のレクチャー形式でプレゼンした場合、多くの研修医は「ふうん、心内膜炎も意識しなきゃ」と感じると思います。しかし、果たしてその時”納得”したことが、心内膜炎を自分で診断できるという結果に繋がるのでしょうか？残念ながら、どんなに良い医学書を読み、良いレクチャーを聞いたとしても、そこからより具体的かつ普遍的な学びを得なければ明日の患者さんに対する診療行動は変わりません。すなわち、初診で心内膜炎を診断できるようにはなりません。「ふうん、なるほど」と感じたところから、一歩も二歩も思考を深める必要があります。学んだことを言語化し、次の症例をイメージしながら経験を蓄積していくことのできる研修医は”ロケットのように”成長していきます(青木眞先生の表現から引用)。「最大限学ぶ」というカンファレンスのタイトルにはこのような思いが含まれています。学んだこと(インプット)を現場で生かし、患者さんに還元しなければなりません(アウトプット)。そのためにはインプットを工夫する必要がありますと考えます。

カンファレンスは30分の予定であり、ここまででかなり時間を費やしてしまいましたが、その他指導医からいくつか質問がありました。

Q2. どのような臨床状況で心内膜炎を疑うべきか？

一般論としてはいろいろあると思いますので、本例についてコメントします。カンファレンス中には十分お伝えできませんでしたので、改めてここで整理して記載します。

実は発表者は、本例を経験する前に「発熱+腰痛を主訴とする心内膜炎症例」を過去にカンファレンスで聞いたことがありました。極めてバイアスのかかった思考でしたが、当時は「発熱+腰痛」の組み合わせから心内膜炎が鑑別診断の上位に挙がっていたのです。また、言語化できませんが、救急医からの電話を受けた時点で「何となくいつもの腎盂腎炎らしくない」と感じていたため、本例ではまず初めに足にかかった布団をめくるという行動を起こしたのでした。

プレゼンは敢えてシンプルにしていますが、発熱、腰痛の2点が主な **problem** でした。「発熱」から鑑別を進めるか、「腰痛」から鑑別を進めるか、「発熱+腰痛」の組み合わせから鑑別を進めるか、この3通りのうちどのアプローチが最も診断の近道となる

かを見出す必要があります。未熟な発表者には”センス”としか表現できませんが、どの症状、どの組み合わせに注目するかによって心内膜炎という最終診断に辿り着くまでの時間が変わってくると思います。発表者が長年教えて頂いているローレンス・ティアニー先生はこの組み合わせを見出すのが非常に速いと感じています。ちなみに、診断に結びつきやすい所見のことを”high-yield”と表現します。

他に総合診療科 岡田先生から腰痛症例に対する普段のアプローチ方法も紹介頂きました。

次いで、「尿路感染の診断は難しい」という教訓について発表者からコメントしました。

研修用に病院で購入した『CareNet DVD: Dr.岡の感染症プラチナレクチャー 市中感染症編』で、この点について語られていますので是非御視聴下さい。発表者の感覚としては、救急外来を初診した時点で「尿路感染間違いなし」と自信を持てる症例はむしろ少数派で、「念のため提出しておいた尿培養と血液培養から同じ菌が検出され、入院後に Urosepsis と判明する」例を良く経験します。腰痛も、尿中白血球も、CT での腎周囲毛羽立ちも、どれ 1 つとして確実に rule in できる所見ではないのです。腎盂腎炎を診断する際には、丁寧に除外すべき疾患を診ていく必要があると思います。

感染症診断の難しさについて、ある指導医から

- ・肺炎の臨床診断で入院した患者さんが蜂窩織炎であったことを病棟看護師から指摘された症例
  - ・インフルエンザの流行期に来院した若年女性の腎盂腎炎
- といった経験症例の紹介があり、参加者でシェアしました。

また、発表者は特に診断に関心があるため、経過について詳細を触れませんでしたでしたが、循環器内科医からは治療や予後について質問を頂きました。

一般に心内膜炎を初期診断した場合には、全身造影 CT と頭部 MRI を行って塞栓所見の有無を把握する。死因としては心不全、感染性脳動脈瘤の破裂などが挙げられる。同じく循環器内科医からコメント頂きました。

研修医からの質問。

Q3. 全身診察をルーチンで行うとすると、時間がかかりませんか？

以下、発表者の私見です。発熱症例には head to toe で全身診察を行うと決めて、診察がスムーズに運ぶよう何度もシミュレーションすること。もちろん、心内膜炎の事前確率を高める努力をした上で限られた症例に”攻める”診察を行う方が時間の効率は良いでしょう。しかし、初期研修医としては一定の”型”を見に付け、「時間をかければ完璧な病歴・身体所見ができる」目標を達成した後に、病歴・身体所見を絞る方法を考えた

方が良いのではないのでしょうか。型が身につけていない人が型を破ろうとすると、どこかに不具合が生じます。

「頭は痛くないですか」と聞きながら **jolt accentuation** を確認し、「鼻は出ませんか」と聞きながら副鼻腔の圧痛を確認し、「咳は出ませんか」と聞きながら胸部聴診すれば、2-3分程度で全身問診・全身診察を終えられるようになります。

発熱診察セット、のような発想は好みではありませんが、一定の”型”を作っておくことは初学者には有用だろうと考えます。想起した鑑別診断をもとに、”攻める”病歴や”攻める”身体診察を行うのは経験を重ねないと難しいというのが発表者の考えです。

#### Q4. 本例から得られた学びは？

- ・尿路感染の診断は難しい、除外が重要
- ・「あると思って診ないと異常所見は見付けられない」(当院研修2年目 中島瑞季先生)

中島先生のパールは、身体所見の本質を理解した素晴らしい内容であると思います。提示した症例から普遍的な、このような教訓を導くことのできる研修医はなかなかいないと思います(手前味噌)。当院で研修すると、将来診察で心内膜炎を診断できる産婦人科医に成長できると、中島先生のコメントを受けて確信しました！

病院で購入した『CareNet DVD : Dr.須藤のビジュアル診断学』を、本カンファレンスを踏まえて見て頂くと学びが2倍にも3倍にもなるはずです！

参加した研修医の先生が、議論を通して冒頭のコメントより深い学びを得ることができたとすれば、本カンファレンスは成功といえるでしょう。週1回を目標に、準備不要、アドリブで指導医と研修医とが対話することによって参加者全員が学べるよう、息の長い会に育てていきたいと存じます。

カンファレンスを再現し、参加していない方へシェアしていくのもシェアカンの使命かと考えます。この形式での記録も、息切れしない限り続けていこうと思います。長文をお読み頂き、ありがとうございました。(4000字)