

第7回シェアカン（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”）の内容をシェア致します。

今回は、脳神経外科 北井 隆平 先生よりくも膜下出血の診断についてレクチャーして頂きました！

北井先生はベテランの脳神経外科医でありながら、異動当初からシェアカンに参加して頂き、毎回「勉強になった」と有難いコメントを下さっていました。

福井大学在籍中に共同編集された書籍、『実践縫合の基本テクニック 動画DVDと縫合トレーニングセットで学ぶ 創処置、運針、糸結び、抜糸まで 当直でよく遭遇する傷の処置はこうする』は病院購入し、当院研修医に大変好評を得ています。

“1億円の価値”がある、パールだらけの素晴らしいレクチャーでした。以下、ドトウの反復です。

- 初診時に5-8%は見逃される（当院では年間6-8例のくも膜下出血を診療しており、うち1例は見逃すリスクあり！）
 - 一方、頭痛持ちの日本人は3割おり、いかに疑い例を抽出するかが課題。
 - CTで「血液の認められない」、Fisher分類 Group 1は2割。
 - 頭部CTをみる順番は3つ：① 中脳（ミッキーマウスの周りが黒いか）、② シルビウス裂の左右差（中大脳動脈の分かれ目）、③ 大脳縦裂。
- （先生が過去に経験した、walk in で受診したくも膜下出血症例について実際の頭部CTを供覧しました）
- 警告頭痛を捉えること！
 - 頭痛の強さ、嘔気嘔吐や意識障害の有無、項部硬直の有用性は低い！
 - 突然発症か否か、onsetをしつこく聴取することが最重要！「いつから痛くなった？」「その時何をしていた？」 0がある瞬間に100になる、発症様式が言えるような頭痛だったかどうか。突然発症と緩徐発症の区別を、図に書いて確認する。実際の例：ゴルフの練習でボールを打った瞬間、包丁を振り下ろした瞬間、ショッピングセンターで棚の商品を手にとった瞬間…など。
 - 突然発症の頭痛で3日間連日受診した60歳代女性。3回のCT正常、MRI正常…も、“突然発症”であったこと、“全うな”受療行動を取るであろう御婦人が連日受診している点に重篤感を感じたことから腰椎穿刺を施行：血性であった！
 - 過去のカルテから患者のプロファイリングを行え！いつもは平日午前中に“全うな”受療行動を取るはずの方が、軽い頭痛なのに敢えて日曜日に受診してきたなら病態が深刻な可能性がある。（最後の教えは、救急診療において汎用性の高い内容であると考えます。）

熱量の高いレクチャーに研修医、指導医とも質問が尽きないカンファレンスとなりました。

最後に筆者が経験した症例について、非専門医としての対応をシェアしました。

木曜の再診外来、30人の予約があり終了時間は14時頃と見込まれる日の朝9時。月水金 血液透析に通院中の方が頭痛で臨時受診。onsetが明らかに“突然”であることを5分程度の病歴聴取で確認した。さて、脳神経外科医へいつ、どう繋ぐ？

自分自身の対応としては、「頭部CTをオーダーして、そのまま(自分では結果を確認せず)脳神経外科外来へ紹介する」、でした。

頭部CTが正常であってもくも膜下出血が否定できない、一方で異常であった場合は放射線科のレポートを待っている間に紹介のタイミングが遅れる…とすれば、この判断がベストと考えました。幸い、北井先生からも承認して頂きました！

なお紹介時には、「突然発症の頭痛」であることを明確にお伝えするべきですね。

今後のカンファレンス運営にとって、非常に良い流れとなりました。

専門医から普段の専門診療をシェアして頂く方針について、様々な先生方に広く呼び掛けてみようかと思っています。