

第 11 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「身体所見の不確実性」をテーマとしました。

はじめに司会者より『マクギーのフィジカル診断学 原著第 4 版』をもとに κ 係数について解説しました。

2 人の臨床医が同じ患者の診察をした場合、各身体所見の判断についてどの程度一致するかを示したのが κ 係数です。

0~1 の値を取り得ますが、0~0.2：わずかな一致、0.2~0.4：まずまずの一致、0.4~0.6：中等度の一致、0.6~0.8：かなりの一致、0.8~1.0：ほぼ完全な一致と解釈します。

今回、対象とした身体所見は腹部腫瘍の触知です。

本書によると、この所見の κ 係数は 0.82 と、あらゆる身体所見の中でも群を抜いて高い数字です（ちなみに腹部圧痛が 0.31~0.68、筋性防御が 0.36~0.49）。

これらを踏まえて、2 例提示しました。

いずれも日中の一般内科外来へ腹部症状を主訴に来院した高齢女性で、

① 半年続く右季肋部痛、1 週間からの嘔気と 0-1 回/日の嘔吐、3-4 回/日の軟便を主訴に、2 日前・1 日前・当日と 3 日連続で受診。他院に通院中で背景情報はあまりない。過去の受診で採血は施行されたが、腹部の画像検査は未施行。毎回補液されていた。診察では右季肋部に腫瘍が疑われ、同部に圧痛を認めた。

3 回目の受診で腹部腫瘍が疑われたこともあり、悪性腫瘍を念頭に腹部造影 CT まで施行したが異常なし。かかりつけ医でのフォローを提案し、帰宅。

② 1 か月続く下腹部痛、8 日前からの便秘傾向を懸念されて 5 日前・当日と 2 回目の受診。見た目の全身状態は良好で、食欲不振軽度、体重は 1 ヶ月で 1kg 減少。前回受診時には採血、腹部 Xp を施行され、便秘との判断で下剤を処方されたが、改善しないため再診した。診察では臍周囲~左季肋部に圧痛を認めたが、腫瘍は指摘できなかった。

2 回目の受診であり、腹部単純 CT を施行すると 4cm 大の、とある悪性腫瘍が疑われた。胸腹部造影 CT を追加し、全身検索を行った上で他院へ紹介した。

まとめると、

腫瘍が触れたと考えたが画像で異常なしの 1 例と、

腫瘍がわからなかったが画像で悪性腫瘍が判明した 1 例でした。

「身体所見は不確実なので、腹痛をみたら CT を撮ろう」との結論はあまりに浅薄です。

総合病院の日中外来へ受診した患者さんにとって重要なことは、悪性腫瘍を見逃されないこと、かと思えます。

診断に至った直接理由は画像検査ではありますが、病歴・身体所見・検査を組み合わせた総合判断によって診断を考えるべきです。

今回の症例も、腫瘍触知という点では“外れ”たものの、いずれも圧痛を認めています。

また複数回受診したという背景から、(参加者の言葉を借りれば)“ニオイ”を察知して画像診断に繋げることができた、とも言えます。

CTを依頼するまでの担当医の思考過程について、参加者からの質問も踏まえて、まずはシェアしました。

学生・研修医として、どのように検査と付き合い、また“不確実な”身体診察の能力をいかにして高めていくべきかについて、後半の時間で議論しました。

結論としては、以下の通りです。

- ・ 前提として、検査をオーダーする前に目的と結果の予測を整理しておくこと (CT では依頼文に自分の思考過程を表現)

- ・ 予想外の検査結果をみた場合には、結論がわかった上で病歴・身体所見に戻ること (本例では、CT 撮像後に改めて腹部診察をさせて頂くこと。答えがわかってから確認する。)

- ・ 結果がわかってからフィードバックする、という地道な作業の積み重ねによって、検査“前”に診断できるように成長すると信じて継続すること

呼吸音や心音聴診の能力向上においても同様とのコメントがありました。

画像で肺炎と診断された人を改めて聴診する、心エコーで重症大動脈弁狭窄とわかっている人を聴診するなど、院内を走り回って後から身体所見を取りに行く、“攻める”姿勢が臨床能力の向上に繋がると、参加した学生・研修医へメッセージを送りました。

司会者が学生・研修医時代に教わった大リーガー医も、「病歴や身体所見に何度でも戻ることの重要性を繰り返し述べていらっしゃいました。

最後に、院内購入してある『スワルツ身体診察法—病歴と検査—』で紹介されていた、腹部触診をくすぐったがる患者への対処法について pearl として紹介しました。

基本的な診察手技についても時々text を参照すると新たな発見があり、フィジカルの奥深さを感じられます。

なお、カンファレンスの冒頭に司会者より読書体験のシェアとして、最近発売された『もう迷わない！ 外科医けいゆう先生が贈る初期研修の知恵』を紹介しました。

外科ローテート中の学び方、業績(診療実績、学会発表や論文を含む)を自己管理することの重要性について簡単にコメントしました。

当院では初期研修医に経験した症例を excel ファイルで自己管理するよう指導しています。

救急外来や入院担当症例が 100、200、と増えていくにつれ、自分の成長が実感できることを期待しています。

今後は、鈴木と同学年の呼吸器内科 吉田 匠生 先生にシェアカンのマネジメントを委ねることとしました。

準備不要、ゆる〜いけれども学びは深いカンファレンスを目指して、今後の方針を協議していく予定です。

文責：内科・リウマチ科（研修担当） 鈴木 康倫