

序

医療現場において、患者は何らかの訴えをもって病院に受診するが、疾患名が記入されたネームプレートをつけているわけではない。一般的に患者診療においては、まず主訴・現病歴などの聴取から始まり、身体所見から鑑別疾患を考え、必要な検査を行い、その結果からさらに検査が必要か判断し、疾患を絞っていく。そしてその疾患に対する治療戦略を考えるという道筋がある。

救急医療においては、この道筋が異なり、時に病歴の詳細がわからない、身体所見を思うように診察することができない、検査に制限がある、検査を進めるのと同時に処置が必要である、などの違いがある。処置の緊急性の有無は身体所見や簡易的な検査などから判断し、治療の緊急性の有無は画像所見などの検査結果から判断することが多い。限られた時間のなかで、必要最小限の検査を行い、正確に検査結果を解釈することで、最終確定診断を待たずして治療を開始するということになる。したがって、救急領域においては画像検査を正確に解釈するということは非常に重要なことなのである。画像検査を正確に解釈できれば、画像診断に長けている必要はなく、確定診断ができなくても構わないのである。救急初療を担当するすべての医師が画像診断に長けているのは不可能であり、また画像診断を専門的に行う医師が24時間365日対応できる施設も少ない。したがって、救急初療の現場では「正確に解釈する」ということが求められる。帰宅・入院の判断、追加処置の必要性の判断、手術の必要性・緊急性の判断などの一材料として解釈できればよいのである。最終確定の画像診断結果は後日放射線診断専門医にコンサルトすればよいのである。

特に胸部に関しては、肺や心臓など呼吸や循環に直接影響を及ぼしうる領域であり、その解釈の誤りは直接、死亡につながることも多いことから、正確な画像解釈は非常に重要である。内因性疾患では、急性冠症候群、急性大動脈解離、肺塞栓症などは頭の片隅に考えながら診療しなければならない。いくつかの鑑別疾患を考え、検査をするなかで、上記三疾患は、臨床的にも常に鑑別の1つとして頭の片隅に残しておくようにすべきである。急性大動脈解離では胸部症状以外の訴えで受診することもみられる。今回は範囲外であるが、意識障害や片麻痺、腹痛、腰痛などや不定愁訴的な患者も含まれ非常に難解な疾患である。さらに処置が遅れると初療室での急変も起こりうるため十分に注意しなければならない。

外傷では、外傷初期診療ガイドライン（JATEC™）が広く普及しており、原則としてこれにのっとった診療を医師だけでなく、看護師・検査技師など医療スタッフでチームとなって共有する必要がある。画像検査機器の発達により、諸外国に比して日本ではより画像診断が容易に行うことができるようになってはいるものの、初療室に比して検査室では、処置などの行為が行いにくい、遅れるといったことが生じるため全身状態をよ

く把握して、検査室に移動する際は、起こりうる最悪の事態を想定しながら、移動するべきである。また画像検査にこだわらず、全体を見て処置・治療（緊急止血術など）に移行することが求められる。

本書では、まずは画像検査の基本（各検査の特徴や正常解剖など）を示し（第1章）、ついで症状に応じた画像検査の進め方を示してある（第2章）。そして、疾患ごとの画像検査から見た特徴を掲載した（第3章）。また、外傷は内因性疾患とアプローチが異なることから別途項目（第4章）を設けてある。胸部単独外傷ということは少なく多発外傷の一環として胸部にも損傷があることが多いが、うまく外傷診療に役立てていただきたい。また小児や高齢者など成人と異なる患者における画像の解釈は、特殊な領域である。小児は成人を小さくしただけではなく、小児なりの特徴を把握して画像を解釈しなければならない。また重症患者におけるポータブルのX線写真に関しても、集中治療室に入室しているから、気管挿管をしているからという理由で漫然と写真を撮るのではなく、その適応も考えながら、臨床情報も踏まえ画像を解釈する必要がある、これらの章を設けることとした（第5章）。

画像の正確な解釈が患者の予後向上に関与できることは異論がなく、本書が救急初療の場で少しでも役に立つことができれば幸いである。

2012年4月

済生会横浜市東部病院
救命救急センター
船曳知弘