
謹告

本書に記載されている診断法・治療法に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者ならびに出版社はそれぞれ最善の努力を払っております。しかし、医学、医療の進歩により、記載された内容が正確かつ完全ではなくなる場合もございます。

したがって、実際の診断法・治療法で、熟知していない、あるいは汎用されていない新薬をはじめとする医薬品の使用、検査の実施および判読にあたっては、まず医薬品添付文書や機器および試薬の説明書で確認され、また診療技術に関しては十分考慮されたうえで、常に細心の注意を払われるようお願いいたします。

本書記載の診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応などが、その後の医学研究ならびに医療の進歩により本書発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応などによる不測の事故に対して、著者ならびに出版社はその責を負いかねますのでご了承ください。

序にかえて

～隠れた重症を見逃さないために

学生時代、救急医療というと多発外傷でショック状態となって救命救急センターに搬送されるような症例を連想してきたと思いますが、医師となり実際に救急現場で遭遇することが多いのは突然体調の異変を感じて受診する症例です。

歩いて受診するような一見すると軽症に見える症例が、実は隠れた重篤な疾患であるかもしれないという緊張感は、受診時から重篤な状態の救急症例におけるそれとは異なります。また、この隠れた重症を早期に発見するための方法を系統的に教わる機会がなかったことが、内科系救急を敬遠してしまう原因になっているのではないのでしょうか？

隠れた重症の割合はどれくらい？

日本のいくつかの施設の調査では、歩いて受診する人も救急車も何でも受け入れますというスタイルの救急外来では、隠れた重症は0.2～0.3%くらいと報告されています。つまり、歩いて救急外来を受診した患者の300～500人に1人は重症の可能性があるということです。

300～500人に1人という確率を聞いて、「よほど運の悪い人しかそんな危険な事例には遭遇しないのではないか」と考えていませんか？でも、このような病院で臨床研修をしている研修医は一晚に少なくとも10人の患者を診察するので、月に4回当直をすると年に1例はそのような隠れた重症に遭遇することになります。

救急外来でのアセスメントを誤ってしまうときのパターンは？

一見すると軽症に見える「隠れた重症」症例に対して、どうして救急外来でアセスメントを誤ってしまうのでしょうか？過去の米国における調査では、救急外来受診時に入院とすべきであったにもかかわらず帰宅させてしまい、しかも1週間以内に死亡してしまうようなアクシデントの発生率は約0.01%で、それらの症例には表に示されるような特徴が認められると報告しています（Ann Emerg Med, 49: 735-745, 2007）。

では、「隠れた重症」をどこまで追いかけるべきか？

しかし、この「隠れた重症」の恐ろしさばかりを強調しすぎると、歩いて受診する患者すべてに「この人も実は重症かもしれない」と思えてしまって、どこまで評価したら大丈夫なのか…不安でただでさえストレスの多い救急診療がさらに敬遠される原因となつてし

表 救急外来においてアセスメントを誤りやすい疾患の特徴

・非典型的な症状を呈する（典型）疾患、稀な重篤疾患
・慢性疾患の急性増悪
・バイタルサインの異常を軽視してしまう
・精神状態の異常、精神疾患の既往

まいます。「このような場合にはどのように判断したらよいのか？」という具体的な項目の対処法については本書の各論で経験豊富な救急医に解説していただくこととして、ここでは「隠れた重症を見逃さない」という視点と「隠れた重症をどこまで追いかけるべきなのか？」という視点で総論を述べたいと思います。

1. 隠れた重症を見逃さない

私は、救急診療で大失敗しないための留意点として、「調子が悪いままの患者を無理して帰宅させない」「早期に診断すれば救命率が劇的に向上する疾患だけは見逃さない」「バイタルサインを重視する」の3点を心がけています。

1) 調子が悪いままの患者を無理して帰宅させない

具体的には、経口摂取ができない、酸素が必要、急なADL低下（歩けないなど）の場合は経過観察入院も考慮しています（自施設で入院できない場合は他院へ紹介も考慮します）。もちろん、「診断も確定せず、特別な治療も必要ないのに、それだけのことで入院なんてできない」という状況も存在するので、そのような場合は、再診間隔を短くする、再診が必要な症状を具体的に説明するなど次善の策を模索します（次善の策では患者・家族の了承が得られない場合は？…苦勞しますね。誠意をもって説明する以外に解決策が浮かびませんが、自分のできる最善を尽くしたということは、自分の心の安定を守るためにも大切だと思います）。

2) 早期に診断すれば救命率が劇的に向上する疾患だけは見逃さない

具体的には、冒頭の表に示される疾患のなかでも、歩いて受診する急性心筋梗塞、くも膜下出血、子宮外妊娠破裂、大動脈疾患（大動脈瘤や大動脈解離）といったところです。これらの疾患は、軽症そうに受診した初診時に正しく診断されれば救命率は劇的に上昇しますし、逆に正しく診断されないと死亡の危険が高くなります。

3) バイタルサインを重視する

米国の救急外来では“Vital sign is vital”という格言があるそうです。表でも指摘されているようにバイタルサインの異常に対して、根拠なく「以前から存在していたのではな

いか」とか「症状はないので大丈夫ではないか」と安易に判断するのではなく、詳細な原因検索を行うべきです。

2. 診察と実現可能な検査でできる限り見落とさない

次に、「隠れた重症をどこまで追求したらよいのだろうか？」という点ですが、これも私見になりますが、重症疾患の診断過程を、診察（病歴や身体所見）で得られる情報と検査で得られる情報に分類し、これらが典型的か非典型的かで判断するようにしています。

1) パターン①：典型的な病歴・身体所見＋典型的な検査所見

「突然発症の人生最悪の頭痛で頭部CTでもはっきりとわかるくも膜下出血」とか「冷汗を伴う胸部絞扼感で、心電図でもST上昇を認める急性心筋梗塞」というパターンです。これは、絶対に見落としたいくないですね。これは初期臨床研修の最も大切なことでもあると思います。内科救急診療をある程度経験すると、「これは典型的な〇〇（重症疾患）の経過だよ」ということが理解できるのですが、経験が少ない研修医にはそれが理解できないことがあります。典型的な経過の重症疾患に遭遇した際には、先輩医師の方は初期研究医に治療法について最新の知見を説明するだけでなく、「これがこの疾患の典型的な経過なんだよ」ということを説明することは非常に重要です。

2) パターン②：典型的な病歴・身体所見＋非典型的な検査所見

「冷汗を伴う胸部絞扼感で、急性冠症候群を強く疑ったのに心電図や血液検査などの検査所見では異常を認めない」というパターンです。やみくもに検査をするだけではこのパターンで受診する重症疾患は診断できません。このパターンを見逃さないためには先にも述べたように「重症疾患の典型的な経過（特に病歴）」を理解することが非常に重要で、検査で異常が発見できなくても病歴が疑わしい場合にどのように対応するべきかを身につける必要があります。

3) パターン③：非典型的な病歴・身体所見＋典型的な検査所見

「体動時に胸がチクチクと痛むという症状で、心電図でST上昇が認められた急性心筋梗塞」とか「腹痛が軽度で、高齢者によくある便秘症だと思ったが、家族の要求が強いので腹部CTを実施したら大腸穿孔と判明した」というようなパターンです。

このパターンの疾患を見落とさないためには、「高齢者、糖尿病患者など重症疾患のリスクが高い症例では、検査閾値を下げる」、「心電図、ベッドサイドでの超音波検査など侵襲性が低く重篤な疾患の診断が可能な検査は積極的に活用する」、「ひとたび検査を実施したら系統的な解釈を試みる」ことが大切です。

4) パターン④：非典型的な病歴・身体所見＋非典型的な検査所見

このパターンでの受診を100%見逃しなく診断することは医学的診察の理論上、不可能であると思います。見逃し症例やピットフォール集などを熱心に勉強しすぎて、このパターンの症例で疑心暗鬼になり内科救急診療に対して嫌悪感をもってしまう方もいます。しかし、それは精神的にもよいことではありません。

異論もあるかと思いますが、私は「救急診療では上記のパターン①②とパターン③の一部だけは正しく診断できるように心がけよう」と考えています。つまり、診察（病歴聴取と身体診察）や実施可能な検査（特に大きな障害なくその時間帯の救急外来で実施できるという意味です）で診断できる重症疾患だけは見落とさない努力をし、それを理解してもらえようという説明と、記録だけは残すようにしようと割り切って考えています。

本書で解説して下さった救急医は、たくさんの経験と勉強から臨床医の知恵とバランス感覚を身につけ救急診療での危機的場面と対峙している方々です。多くの方が困る場面を想定し、彼らの優れた臨床医の思考過程を体感していただきたいと思います。「期待してください!!」

2012年9月

名古屋掖済会病院救命救急センター 副救命救急センター長
岩田充永