

序

1990年代以降、「エビデンスに基づいた医療 (evidence-based medicine : EBM)」が医療界を席卷し、わが国でも広く受け入れられるようになってきた。院内のあらゆる場面で「その治療にはエビデンスがあるか？」といった議論が日常化しており、ガイドラインを見れば、「推奨度」とともに「エビデンスレベル」の記載が目につく。

「エビデンス」の日本語訳を「根拠」とすることが多いが、正確には同一ではない。「エビデンス」とは「臨床研究に裏打ちされた根拠」をさすものであり、病態生理や理論上は正しいと思われる事柄でも、臨床研究によって証明されていなければ、それはあくまで「根拠」であり、「エビデンス」ではない。全科で日常的に行われている輸液療法は、そういう意味の「エビデンス」が乏しい領域である。

輸液療法に「エビデンス」が乏しい理由は、輸液療法が必要な患者背景が多岐にわたること、すでに大きな問題がなく行われている輸液療法は検証しにくいことがあげられよう。輸液療法に限らず、先人が何か「エイヤッ！」とはじめてしまったものは、大きな間違いがない限り、そのまま続いてしまっているということは珍しくない。

では、なぜ「エイヤッ！」とはじめてしまった輸液でも大問題とならないことが多いのだろうか？ それは腎臓が、愚かな医師の判断をもうまく調節してくれる非常に優れた臓器だからである。しかし、これはあくまで腎機能が正常で、全身状態が比較的良好な場合に限られるわけで、それ以外の場面では不適切な輸液が命取りになる危険すらある。

私は日本の教育病院（聖路加国際病院）で研修を行い、チーフレジデントという研修医を取りまとめる役割を果たしてから渡米し、アメリカで再び研修医をした。医療に限らずマニュアル社会のアメリカでは、どういう場面でどういう対応をするかが根拠に基づいて明確に決められていた。そのため診療現場では「この検査をする根拠」、「この診断と考える根拠」、「この治療を選択する根拠」と常に根拠を求められ、いかに自分が日本で「なんとなく」医療を行ってきたか痛感した。

日本では「根拠」に基づく診療の教育、実践が不足しており、自らの経験や所属している医局の方針で治療方針を決定することがまだ多いと感じる。それは一方で「さじ加減」で柔軟性に富んだ医療を提供することを可能にしているのだが、医学が「科学」であること、また医療の地域格差を解消し国際化を進めるため、さらに医療安全と医療の質改善という見地からは、決して好ましい状態ではない。

というわけで、今回の特集では「エビデンス」の乏しい輸液療法に、「なんとなく」でなく、できる限りの「根拠」を求めてみた。特に第2章の症例問題では、執筆いただいた先生方に「なぜこの輸液なのですか？」「なぜこの速度なのですか？」という、な

かば揚げ足取りの質問をぶつけ、ずいぶんと困らせてしまった。あらゆる状況で輸液の正解は1つではないのだが、その輸液をその速度で投与する「根拠」を、できる範囲で明確に示していただいた。系統的レビューにもとづくエビデンスが不足していても、少なくとも病態生理や経験に基づく判断根拠、思考プロセスを整理していただいた。原稿を執筆いただいた先生方には大変なご苦勞をおかけしたが、お蔭で完成度の高いものとなり、とても感謝している。

また、症例問題の正解は1つではなく、回答で示した輸液療法以外にも正解でありえることをくり返しておく。

レジデントの諸君は、本書で輸液療法を学ぶとともに、自分の行っている医療行為に「根拠」を求める姿勢を持ち続けてもらいたい。

2013年3月

聖路加国際病院腎臓内科
長浜正彦