

序

救急疾患にて病院救急部を受診する患者は増加する一方であり、また、救急搬送される症例も増加の一途にある。しかし、救急症例に対する対応はまず初期臨床研修医によってなされる場合が多く、診察後、血液や尿検査といった臨床検査に続き、超音波検査やX線単純写真とともに、CTがオーダーされることが多くなってきている。CTは多列化による検査時間の短縮とその情報量の多さにより、臨床診断に不可欠なモダリティになってきている。

本書では、CTが臨床診断に欠かせない貴重な情報をもたらす救急疾患として頭部、腹部疾患を中心にとりあげた。頭部画像では、見逃しやすい疾患として、くも膜下出血、硬膜下血腫、急性期脳梗塞、小児虐待、顔面外傷の5項目を取りあげた。また最も見逃しが多い救急腹部疾患については、18項目にわたって、胆・肝、腸管、腎、婦人科救急まで広範囲にカバーした。

基本コンセプトは「痛恨の教訓症例や、見直し陽性例などのヒヤリハットなど、教訓に富む臨床経験をみんなの財産として共有して、若い世代に伝えることは、自慢症例や稀な症例を診断した経験を報告するよりも重要である。」ということにある。このコンセプトに基づき、関西では、1997年から始まった救急放射線画像研究会の分科会の一環としてヒヤリハット研究会を立ち上げ、2004年からは、放射線診療安全向上研究会として年3回の研究会を行ってきており、現在28回を行うに至っている。その成果の一端として放射線診療安全向上研究会から2010年に書籍を発行した^{*}。本書では研究会の症例の蓄積を生かして研修医の間違えやすいポイントを中心に解説を試みた。

今日、急性腹症の診断はきわめて重要である。多列検出器によるMD-CT技術の発達により、急性腹症の多くの症例において、特にCT診断が重要な決定的役割を示しており、ただ単に診断をつける（病名を決める）というだけではなくて、部位診断やviabilityの診断も可能になってきている。これは、すなわち、急性腹症の治療方針を決定するうえでの最も重要な鍵を握っている情報をCTがもっているということにほかならない。例えば、消化管穿孔をとっても、現在のCTでは、微量の遊離ガスが検出できるだけではなく、穿孔部位の同定がかなりの割合にて可能になってきた。以前であれば、遊離ガスの分布から上部消化管穿孔か下部消化管穿孔かと判断したのであるが、現在では、胃穿孔や十二指腸穿孔だけでなく、小腸穿孔や大腸穿孔においても穿孔部位の同定が可能になってきている。

また、これと関連して重要な事項は造影CTの重要性である。急性腹症の多くは時間外に来院することが多く、しかも新患でありこれまでの臨床データが全くないという最悪のシナリオで登場する。こういう状況にて、急性腹症に対して造影CTを行うかどうか

かは決定的に重要なことである。確かに、すべての急性腹症が造影を必要としているわけではない。尿管結石による尿路閉塞が原因の急性腹症などがその例である。しかし、多くの急性腹症において造影CTは必須である。造影の同意書をもらい、腎機能のチェックを行い、必要に応じて、検査前補液を開始する、推定GFRが45 mL/分/1.73m²以下であれば、造影剤量を減量するなどの準備を行い、また検査後の補液の指示を出すなどのことも必要になってくる。急性胆嚢炎の症例に対して造影を省略して壊死性胆嚢炎を誤診することは治療の遅れに直結する。

本書においては、1) 初期臨床研修医が見逃しやすいCT画像・判断の難しいCT画像を示して、見落とさないためのCT画像の見かた、見るべきポイントを示し、2) 放射線科医から見て、少なくともこれは判断できてほしいという箇所を解説する。

執筆は、比較的、初期臨床研修医の頃の苦い経験がまだかなり残っている若い放射線科医諸君にたくさん、お願いした。この場をお借りして、快く執筆を引き受けていただいたことに感謝を表明する次第である。

※「画像診断 ヒヤリ・ハット ―記憶に残る画像たち―」(放射線診療安全向上研究会/編)，南江堂，2010

2013年12月

京都市立病院 診療部長
早川克己