

序

救急外来や救命センター，ERを受診する患者の主訴として，意識障害は頻繁に遭遇するものの1つである。多くの場合は救急隊からの収容要請となることが多いが，「意識障害は脳外科じゃない？」，「うちは専門外だよ」というような理由でたらい回しされることが多いのも事実である。

意識障害の原因は多岐にわたり，実は脳外科で診るべきものは少ないように思う。それでは“意識障害”を診る専門医は何科？なんだろうか。意識障害の原因は，脳血管障害や頭部外傷といった一次性，薬物や環境因子など外的要因や代謝疾患・循環器疾患など内因性疾患による二次性意識障害など，それこそ何でもあり！という具合で，初期診療においては何が専門？など考えることはナンセンスということだ。これこそ，まさにER医の腕の見せ所ではないか。とは言っても，救急医療を担っているのは，救命センターやERにいる救急専門医ばかりではなく，むしろ普段は救急以外の診療科を専門としている医師の方が多いたが現状である。

そこで，本書の存在価値が高まってくる。研修医や日頃は救急を専門としない若手医師が活用しやすい構成となっている。外傷初期診療ガイドライン（Japan Advanced Trauma Evaluation & Care：JATEC）が外傷の初期診療標準化の一助となっているが，同様に意識障害の初期診療の標準化も進みつつある。それがACEC（Advanced Coma Evaluation & Care）であり，現在日本臨床救急医学会で策定されつつある。本書においても第1章【総論】で系統的な初期診療の進め方として紹介している。JATECと整合性をもたせた内容になっており，また第一線で活躍中の先生方が現場と結びつけた内容で記述しており，研修医をはじめ若手がすぐに役立つことができる内容になっている。この標準化により，誰でも意識障害の診断を落ち着いて滞りなく進めていくことができると確信している。第2章【各論】では，忘れてはいけない意識障害の原因を語呂合わせ（まずい！意識に障害，試して酸素）で紹介し，それぞれの疾患について現場で活躍中の先生方が経験を元に，診断のポイントや覚えやすいルール，ピットフォールなどを提示している。ケーススタディ形式になっているので，意識障害に対するアレルギーが払拭され身近に感じられると思う。各論ではあるが，診断にたどり着くための総論的鑑別法にも言及しており，急いでいるときには各論から読み始めても十分通用する内容になっている。第3章ではやや専門的にはなるが，最近の知見や先進医療を紹介している。そんな医療をイメージして，素早くそこに結びつけられる初期診療を行うことができるようになりたいものである。

2012年4月

堤 晴彦
興水健治
中田一之