

# 序

私が研修医になりたての頃の話です。学生時代の勉強は、主として、まず「●●病」や「××症候群」といった疾患があり、そこから疫学や症候を学んでいくというのが一般的なスタイルでした。それぞれの疾患に対して精通することで、適切なマネジメントまでつなげる、それは合理的な学習だったかもしれませんが、しかしながら、一度実践の現場に出ると、「私は●●病です」「自分は××症候群だ」と、自ら診断名を述べてくれることは早々ないでしょう。そしてこのときに気がつくのです、「症候学の勉強をしなければ、診断は全くできない!」という事実。私は研修医として働きはじめ、この大きな壁にぶち当たりました。症候から考えた疾患が本当に正しかったのだろうか、見逃しはないのだろうか、そもそも自分がやっていることは正しいのか、こんなことを考えながらも悶々と診療を積み重ねていたことを今でも鮮明に覚えています。

診断学について、医学部時代から熱心に勉強されている方もおられますが、一方で、そうではない方もおられるかと存じます。本企画の立ち上げの際、「国試対策では疾患別の縦切りの勉強で、横の勉強はほとんどしなかった」「鑑別疾患をあげる癖がついておらず、知っている疾患に結びつけてしまうことが多い」「症候からどの鑑別疾患を考えてどの診察・検査をすればいいかを知りたい」といったニーズが寄せられているということを知りました。これらのニーズは、学生から研修医になったときに、はじめにぶつかるであろう、大きな壁の存在を示唆しています。学生時代はおそらく、疾患ありきでの勉強や経験を積んできたと思いますが、一度実践の現場になると、症候ありきでことが進んでいきます。この症候からいかにして適切な診断にたどり着けるかがハードルとなります。

そこで本増刊号は、「患者さんの訴え（言葉）から、それを的確な医学用語（症候）に置き換え、鑑別をあげて、必要な診察・検査を行い、診断をつけるまでの道筋をトレーニングできる」ことをめざして企画しました。取り上げる症候は、医師臨床研修の到達目標で示されている臨床研修で経験すべき29症候から、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、呼吸困難、吐血・咯血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、の23症候を抜粋しました。

また、自分で考えながら学習できるよう、実際に臨床の現場で直面するような症例からはじまり選択肢問題を解いていく、「ドリル・問題集形式」とさせていただきました。問題を解く、すなわち、症候診断を進めるうえで、基本的な診断戦略となる3つの手法（SQ、疾患仮説を意識した病歴聴取と身体診察、Divide and Conquer）を第1章で紹介しております。まずは、この診断戦略を理解したうえで、第2章のドリル・問題集形式にのぞむと、より効果的に学びが深められると思います。

今回ご執筆に携わっていただいているのは若手ホープから老獪な指導医まで幅広く、ジェネラルマインドをもち合わせ、症候学にも精通されている先生方をお願いすることができました。それぞれのエキスパートの思考プロセスを、本書のドリル・問題集形式を通じて、自分のものにしていってください。

2021年3月

千葉大学大学院医学研究院 診断推論学  
千葉大学医学部附属病院 総合診療科  
鋪野紀好