

伊賀内科実習の感想文 (青字は伊賀幹二のコメント)

この度、2016年5月23日から2週間、伊賀内科で実習させていただきました。前年度に伊賀内科・循環器科に実習にこられた先輩が先生に教えてもらった内容を私は少しだけですが知っていて、その内容の中で、特に、「正常所見は大事で、I音II音は頸動脈を触りながら聴くことが大事なのだ」ということに興味がありました。尊敬している先輩が行った実習先であるということが実習を選択した大きな理由ですが、内容にも興味があったため、自分も伊賀内科で研修したいと思い、選ばせていただきました。特に覚悟を持って来たわけではありませんでしたので、思ったよりも内容が高度で、その内容をできるだけその場で理解しようと努めていたこともあり精神的に厳しいなと感じたことが沢山ありましたが、日々学ぶことが多かったので、楽しさや発見もまた、沢山ありました。二週間、先生には常に熱心に指導していただき、頑張ってよかったと思っています (私の本音としたら、研修の手引きでの、目標などを熟読して覚悟をもってきてほしかったと思っています)。

実習をさせていただく前に先生と面談させていただき、事前に実習の到達目標を設定するようとお話がありました。まずは以下に設定した到達目標を記し、それぞれの項目について述べていきたいと思っています。(以下の②については、当方で学ぶのではなく、自分で研修する前に習得するのであると、実習前に返事しました。研修前までに読むように指示した私の論文、参考本については、学生にありがちな、読んだが内容に関してはほとんど理解していなく本当に残念でした)

- ① 病歴を正確にとることができる。
- ② 正常診察を理解し実行できる。
- ③ 患者さん一人一人の死生観を学ぶ。
- ④ 心電図所見を理解する。

① 病歴を正確にとることができる について

実習が始まる前に先生にすすめられて先生の兵庫医大での講義を二回受けさせていただきました (診察の順序と正常所見を理解するのは、当方に研修にこられるのであれば、必須のこととしています)。その講義で、先生は、病歴をとることと「身体診察をすることはなぜ重要なのか」というお話されていました。具体的には、病歴をとり身体診察をすることで検査前確率を上げなければ、検査の意味はないということです。

私は先生の講義を受ける前までは、検査が一番大切で、検査結果によっ

て病気が診断できると思っていたので、この内容はとても新鮮でした。

実習が始まってから、病歴と身体診察が大切なのは分かっていたけれど、正確な病歴をとり正確な身体診察をするための方法が全く分かっていないことに気がつきました。

例えば動悸が主訴の患者さんがこられたとします。以前の私は、動悸と言われ、自分が過去に習ったであろう動悸を引き起こす疾患を記憶に頼りに挙げられるだけ挙げるだけで、その後どのように病気を鑑別していくかまで考えていませんでした。しかし、これは間違っていることに気づきました。まず、動悸とは、患者さんにとって何のことをそう表現しているのかを聴きださなければなりません。脈が抜けるだけなのか、速い心拍を感じているのか、遅い心拍を感じているのか、規則性の有無は、心拍数はいくらか、何分続くかを質問します。その際、患者さんが感じる動悸というものを実際に机を叩くことで、より明確にします (tap it for me! ですね)。その後、それに当てはまる疾患を可能性の高い順に挙げていきます。そして、病気の鑑別を行うため、必要である検査をしていきます。その検査をするには必ず理由が必要で、さらに、検査結果がこうならこういったことが考えられる、ということをやめ予想しておかなければならないことに気づきました。

もう一つ、意識消失の病歴の取り方についても述べたいと思います。意識消失の鑑別に、貧血、起立性低血圧、アダムスストークス発作、発作性心房細動から洞調律への復帰時の **overdrive suppression** 現象、異型狭心症、**Ia** 抗不整脈薬、三環系抗うつ薬などの薬による多形性心室頻拍症があります。そして、一つ一つ除外していけばいいのですが、まず、前駆症状の有無をたずねます。失神という本人にとって大きなイベントがあったので、そっちに意識がそれてしまい、前駆症状を覚えておられないかもしれないということや頭に置きながら質問することが大切です。立ちくらみでは、立ってすぐか立ってしばらくしてからかという質問をすることによって、起立性低血圧かそうでないかを鑑別できます。以前にも同じようなことがなかったか、あった場合、いつあったか、最近そのようなことが起こることが増えてきていなかったか、と詳細に質問することが大切です。また、胸が締め付けられたあとの失神ならば異型狭心症の可能性があります。失神前に動悸があったのならば発作性心房細動、発作性上室性頻拍症が洞調律への復帰時の **overdrive suppression** 現象が原因で生じた失神の可能性が高まります。このようにして病歴を正しくとり、検査前確率を高めることで、次にする検査が選べますし、診断が可能になるのだと知りました。

さらに、患者さんの解釈モデルも知る必要があります。例えば、父親が心臓疾患で亡くなったため心配、という患者さんの思いをききだすことがで

きるとします。病歴から考えて患者さんが心配な疾患を除外することができると、はっきりと大丈夫だと患者さんに言うことができます。このように、ただ闇雲に曖昧な記憶をたどり、挙げられるだけとりあえず疾患を挙げようとしていた習慣がどれほどいけないことかということを先生は何度もおっしゃられていたので私もそれに気づくことができました。そして、このように論理的に考え、筋道の立っている考え方を教えていただきました。

② 身体診察を理解し実行できる について

実習が始まるまでに正常の人 20 人の心音を聴いてくるという課題を先生に与えていただきました（20人としたのは、それくらいの数をこなせば、目標を達成できると私が考えているのであって、20人診察することが目的ではありません）。実際に頸動脈を触ることで I 音と II 音を判定できるようにし、場所により I 音と II 音の大きさが違うこともわかり、正常所見はとれるようになったと思っていました。しかし、患者さんの心音を実際に聴いて先生に所見を聴かれたとき、「I 音 II 音正常で、」と詰まってしまい、自分は何をもって正常と言うのかも理解できていなかったし、そもそも所見を述べる順序があるということも理解していないことに気がつきました。なんとなく所見を述べるのではなく I 音、II 音、II 音の吸気性分裂、III 音、IV 音の有無、収縮期雑音、拡張期雑音、ある場合はどこで Max で Levine 分類はいくつで、頸部放散はあるのかを確かめなければなりません。（今までこられた学生は、ほぼこれができなかったもので、所見を述べるということは大学では教えてもらわないのかな？異常所見だけのべるように教育をうけていたのかな？）聴くべきところが明確になると、ただなんとなく聴くという今までの悪い習慣はなくなっていくと思います。また、これらの順序が分かったとしても実際に患者さんを目の前にすると色々と緊張してしまい、最後まであまりうまくいかなかったように思います（自己評価として、緊張するという自分の特徴を知った上で学習することは大切です）。

心音がうまく聴こえないとき、なぜうまく聴こえないのかという理由を考えることはとても大切なことだと思いました。心臓が左右逆なのか、聴いている位置が悪いのか、集中できていないのか、など、色々考えて結論を出し、それをなおしていくことでしか成長はないのだと思いました。また、実際に成長できたときには、なぜ成長できたのか考えるということも大切です。実習最後まで、自分一人で心音が正確に聴けることはありませんでしたが、先生のガイドの下、II 音の奇異性分裂が聴けたり、I 音の Cannon sound、AR の灌水用雑音などを聴くことができました。聴けたときはとても嬉しかったし、このような成功体験は自分の中で大切にしていかなければならない

のだと思いました（なぜ、聴取できたかの分析は必要でしょうね。できなかったという分析より、できた分析のほうが必要かもしれません）。

また、実際に音を聴取してからも色々な鑑別をしなくてはなりません。例えば、Ⅱ音が二つ聴こえたと思ったとき、Ⅱ音の分裂、Ⅱ音+OS、収縮後期クリック+Ⅱ音、Ⅱ音+Ⅲ音が考えられます。これを鑑別しなければなりません。このように、なにを聴くか、それを聴いて何を挙げるか、そしてそれをどのようにして鑑別するかということまで考えないと論理的に診察していることにはならないのだと知りました。今まで聴診には特に抵抗がありました。それがそれはそもそも聴診の順序ややり方を知らなかったからだと思います。今でも自分はいまよく聴診できるとは思いませんが、聴診のやり方は分かったのです。これから数をこなして、いつか落ち着いて抜けることなく所見をとれるようになればと思っています（診察の順序と方法は、学習するための必須のことです。これなしの努力は、無駄な努力のように思います）。

聴診とは少し外れてしましますが、頸静脈の怒張を実際にみることができました。頸静脈は実際に寝てもらったときにⅠ音のときとⅡ音のときと二回高くなりますが、（Ⅰ音のとき高くなる波を a 波、Ⅱ音のとき高くなる波を v 波という）座位では頸静脈の波は正常ではみることができません。しかし頸静脈が怒張しているときはみることができました。私が実際に頸静脈の怒張をみさせていただいたのは、TRの患者さんでした。TRの場合は a 波と v 波にある谷の部分である x がなくなり、二つの大きな波が繋がってみられました。先生のガイドの下でそれがみられたときは、感動しました（これはすばらしい観察でしたね。心房細動では a 波ではなく C 波といいます）。

③ 患者さん一人一人の死生観について学ぶ について

先生について何軒か往診に行かせていただきました。先生は、高齢の患者さんに、「どのように死にたいか」、といった、世間ではタブーと思われる話をされていたので、それには少し驚きましたが、それは先生と患者さんが信頼関係を作っているからできることなのだと思います。実際どのように死にたいかといった議論は大変重要なものです。病院ではなく家で死にたい患者さんに必要以上の検査をして癌などの重症な病気がみつかったとしても患者さんやご家族の方が困るだけですし、どのように死にたいかを明確にすることで、今何をしなければいけないのか変わってくるはずで、患者さんの意思がはっきりしているうちに、ご家族の方にもその意思を伝えておく必要があります。

先生に、往診に行った後、往診での感想を質問されたとき、あまりにも一般的な感想を言ってしまい、自分には医学生として専門的に問題を指摘す

る能力が欠けているなど気づきました。患者さんの部屋の壁と壁との距離のことや、滑りやすい部分、寝室の位置、介護についてなど、もっと専門的なことを指摘できないようになりたいと思いました。

④ 心電図所見を理解する について

始め、先生に、「この心電図の所見を言うように」いわれたとき、なにかから順に言えばいいか全く分からなかったので、どこに目をつけてよんでいけばいいのかもわかりませんでした。先生は初歩から読み方を説明してくださいました。Ⅱ、Ⅲ、aVfのP波の向き、P波のリズムは一定であるかそうでないか、一定である場合の心拍数、PQ時間、QRS幅、と順を追ってみていかないと、頭の中で何かが抜け落ちるのだということを教えていただきました（心電図の順序立てた読み方と定義については、できれば当方で学習した学生さん達に、下級生につたえてほしい。そして、1枚の心電図に必ず何か一つの異常があるという、「当てもの心電図」からは脱却し、診断学のなかの心電図の限界をきちんと理解してほしいと思います）。心電図においてはまだ苦手意識を持っているのですが、それでも以前よりは成長できたと思います。心電図は、検査の中でも利用される頻度が高いものの一つだと思いますが、心筋梗塞の場合でも心電図に異常がみられない場合もありますし、STが低下しているのに虚血性疾患だと決めつけることもできません。左室高電位を伴ったST低下は肥大型心筋症の可能性も考えられます。エコーで左室肥大がないか確かめる必要があります。このように、心電図は単なる検査であり、病歴や身体診察があった上でのものなので、やはり大切なのは病歴と身体診察なのだと、心電図の勉強からも気づきました。

当初立てていた目標の中にはありませんが、以下、その他に学んだことも述べさせていただきます。

科学的思考、論理的思考の重要性

心房細動についての講演会に行く機会がありました。そこで、心房細動の治療薬であるノアック（NOAC 新しい抗凝固剤）の効果についてのお話を聴きました。効果というのは、心原性脳塞栓を減らすというものです。ノアックはワーファリンに比べると結果が良いという話でしたが、講演されている先生は心房細動の波形が10秒以上続くものを心房細動と定義していました。つまり、極めて短い心房細動もこの統計に含まれることとなります。短い心房細動の方が長い心房細動よりも心原性脳塞栓のリスクが低いという仮定のもとで考えると、短い心房細動が統計に含まれることにより、効果が高

めに出てしまいます。定義によって結果は変わるので、結果そのものだけをなんの疑問も持たずに受け取ってしまうことはいけないのだと知りました。

また、ワーファリンは効果があらわれる用量がひとりひとり異なるため、飲んでいても効果があらわれないことがあります。具体的には、INR が 1.5～2.5 になるようにワーファリンを飲みます。この値を下回ってしまうと、飲んでいても効果が少ない。ノアックは飲む量が最初から決まっているため、効果がでないことはありません。ですから当然、ノアックの方がワーファリンより成績はよくなってしまいます。

以前の私はこのような思考をすることも知らなかったもので、このようにデータを科学的に読む能力の重要性を初めて知ることができました。(これは学生が習得すべきの批判的文献の読み方の実習ですね。よく指摘できたと感心しています。十分ワーファリンの効果がでていない患者も含まれるので、予防効果がノアックのほうがよいというデータのことですね)

市が行っている、学童の心臓健診に行ったとき、先生に、この検査は何を目的として行っていて、この検査のどこをみてどんな結果が得られたらその病気だと言えるかを考えることの重要性を教えてくださいました。ただなんとなく検診を行うのではなく、目的、方法を明確にしないと何事もうまく考えられないのだと思いました (評価も重要ですね)。

MR について問われたとき、MR についてうまく答えられなかったのは、自分が日々の勉強を記憶に頼っていたり、物事を体系的に理解していなかったりしたからなのだと分かりました。MR の原因は、左室にある場合、腱索にある場合、僧帽弁にある場合に分けられます。左室にある場合は心筋梗塞や拡張型心筋症などにより乳頭筋が断裂したり広がったりしてその結果、弁が閉鎖不全になります。腱索に原因がある場合は腱索断裂、僧帽弁に原因がある場合は、僧房弁逸脱症や感染性心内膜炎などにより弁自体がダメージを受けています。左室には乳頭筋があり、乳頭筋、腱索、僧帽弁というふうに繋がっています。この解剖を理解し、原因場所を大きく分ければ理解も深まります。ただ暗記に頼るのではなく論理的に思考していけばいいのだと分かりました (理解なしの記憶した知識は、国家試験以外では全く役に立ちませんよ。むしろ、今後の研修の障害になるように思います)。

評価について

PDCA という概念があります。P は plan で計画を立てること、D は do で

実行すること、Cはcheckで評価すること、Aはactionで改善することです。このPDCAサイクルを回していくことで物事の改善をはかっていきます。

医学教育においてPDCAの概念は大切です。例えば、六年への進級時に進級試験を行うことになったとします。試験問題を各科の先生が作成し、結果がどのようだと進級させどのようだと進級させないかを決めた上で試験を行います。そして何年後かに、その年度に進級できた生徒とそうではない生徒の医学知識を評価します。そしてその進級試験がはたして意味のあるものであったのかを考え、もし改善すべきところがあるのなら改善していきます。PDCAの概念は医学教育において大切ですが、同じように実社会においても大切です。PDCAの概念の下、一順目と同じことを繰り返すのではなく一順目にうまくいかなかった項目を修正して二順目につなげていくことを繰り返しながら物事の改善を図っていきます（PDCAの概念は企業での初期研修でなされているところが多いです。大学でも是非してほしいと思います）。

弁護士との面談について

医療裁判をするため弁護士の方が先生と面談することがあったのですが、それに同席する機会をいただきました。弁護士は医師に専門的な解釈を求めているので、専門的なことを言えないといけないと強く感じました。そのためには病気の知識はもちろんのこと、公衆衛生や社会の知識など、様々な知識を持っていないといけなかったと思います。また、医師である以上、訴えられるリスクがつきものだと思います。訴えられないことを第一に考えて医療行為をするというのはどうかとは思いますが、患者さんに満足してもらえ医療を提供すると同時に、訴えられないように常にミスなく正しい知識や診察能力を持つことは専門家である以上とても大切なことなのだと思います（今回の事案は、胸部圧迫感を何度も訴えたが、心電図と採血が正常だったため、入院させず翌日に死亡したものでした。医師の勉強不足の場合もあるし、患者サイドが誤解からの訴えもあるし、訴えているひとりが客観的にみておかしい例もあります。その実際を学生さんに診てもらうことは有用ですね）。

診療所の果たす役割と大学病院との違い

大学病院では、稀な疾患の方も多くおられ、患者さんは病気を精査することを目的に病院に来られている場合も多いと感じました。一方、診療所では、胸痛、意識消失、足のむくみ、など、コモンな主訴の方が多く、大学病院のように精査を目的に来られているという方は多くないと感じました。大学病院ではとりあえず検査が多く、患者さんの死生観や希望よりは、その病気を

正確に調べようということに重きを置いていると思います。このことは以前からときどきですが私自身疑問を抱いていたことでした。ですから、診療所での、死生観や患者さんの希望をきちんと考えた医療、患者さんを安心させる医療をみて、大学病院にはない診療所の良さを感じました。患者さんを安心させるために、とらなくてもいい心電図をとったり、この病気で死ぬことはないと断言することで、患者さんはとても安心感を得ることができると思います。また、先生は、患者さんの背景や趣味なども頭に入れるように努めておられましたが、これは患者さんにとって何が大切かを把握することで、治療の方針を立てたり患者さんとの信頼関係をつくってなんでも患者さんが言えるようになり医療の質が高められることにつながると思いました。

基本的な医学用語について

先生から質問をされることは何度となくありましたが、そもそも質問の意味が分からないことが多々ありました。分からないことの原因の一つに、重要な医学英語を知らないことが挙げられます。今まで大学のカンファなどに参加して、医学用語が飛び交う場所にいましたが、なんのことを英語で言っているのか分からないのにそれを分からないままにしていたのがいけなかったのだと思います。今後は、大切な医学用語は出てきたときに自分で調べ、分からなければ人に聞いたりして分からないものをそのままにしないようにしていきたいと思いました。(大阪医大の教育の問題かもしれませんが、医学用語はある程度までは英語で理解していないと、院内の各種カンファランスや、他大学などとのカンファランスでとつてもしんどいめにあうと思います。学生さんはこのことを理解しておく必要があると思います。他大学との交流をしてほしいな)

患者さんとのかかわり

病院にいられている患者さんの心音を聴かせていただいたのですが、患者さんは皆、「いい先生になってほしい」といった思いを持っていてくれました。わざわざ実習期間中に病院に来ていただいたりもして、大変感謝しております(多くの学生さんが当方にこられるため、患者さんにもいい医師を育てるという思いをもってもらっていることをうれしく思っています)。

まとめ

振り返ってみて、二週間の実習を通して学ばせていただいたことはこれから自分が医師として働く上で、大切なことばかりだったように思います。毎日非常に多くのことを教えていただきました。毎日学んだことをまとめて先

生に言語化して送るという課題をもらっていたのですが、学んだことをまとめることによって達成感が得られました。また、これにより論理的に整理できたりするのではないかと先生に言われ、それからは論理的に整理できるように文章を書くのだと意識できました。

基本的な病気の知識や英語の能力、科学論理的思考ができないとこの実習は大変かもしれませんが、知識がなくても吸収していく意欲があり、二週間頑張れる人なら誰でも実習することができると思います。自分が変わるきっかけを与えてくださった伊賀先生、お世話になりました奥様、スタッフの方々、患者さんには大変感謝申し上げます。(繰り返しになりますが、実習の2週間をとっても意味があるようにするため、皆様がいい医師になることを期待して来てくださる患者さんのためにも、当方で研修希望のかたは、もうすこし基礎知識や基本的な学習方法を習得してからきてもらえることを希望します)。

2016. 6. 6