

甲状腺外科草子 47

外科医に求められる診断学

杉野 圭三

アルゼンチンまで潜る外科医

今は昔、とある青年外科医ありけり。出張病院での最初の急患は右下腹部痛の患者であった。白血球増加＋右下腹部痛＝急性虫垂炎と考え開腹したが、虫垂を見た先輩の一言『尿沈査は？』。検査データを見ると、“赤血球多数”。病理検査はカタル性虫垂炎（病理の先生に感謝！）、術後経過は麻酔のため尿管結石も落下、患者さんからは楽になったと感謝された。理学的所見や基礎検査データがいかにか重要か認識させられた症例である。

昔から『虫垂炎の診断と手術ができれば一人前』と言われる。画像診断、検査データも重要であるが、最後の決断は文字通り外科医の手にあることを銘記する必要がある。

この症例を思い出すたび、その外科医は某ピアニストのエッセイにある『穴があれば入りたい、どこまでも掘って地球の裏のアルゼンチンまで潜りたい』という心境になる。

竹を割ったようなしつこい外科医

外科医は一般的に竹を割ったような性格が多いと思われがちだが、粘着気質が多い。

進行癌で手術不能と分かっているにもかかわらずどこかに突破口がないかとCT写真を食い入るように見つめる外科医。術中に『郭清はここまで』と断言しながら、更に追加郭清を延々と行う外科医。急性腎不全で乏尿になった尿バッグの前から離れない外科医。

このような外科医が周りには実に多い。複雑・診断困難な病態、刻々と変化する経過などに対応する諦めをしらぬ忍耐力、鋭敏な観察力、慎重かつ迅速な判断力が要求される。

猜疑心に満ちた外科医

他人の診断を素直に信じないのが外科医である。『ふむふむ、なるほど』と言いながらC

T、MRI、エコー、血管撮影、内視鏡などの検査結果などに対して常に懐疑的である。各領域のエキスパートが自信を持って行った検査と読影でも、最終的に治療を行う外科医は全てをまとめた総合診断を行う必要があり、手術方針の決定とその結果に対する責任が要求される。

画像診断の再確認と頭の中で手術のシミュレーションを行うのは必須であり、術前診断が異なっていた時に備え、何通りかの術式変更プランのシナリオ作りも重要である。

“せっかち”な外科医

泰然自若として見えても、ほとんどの外科医は“せっかち”である。外科臨床においては、出血・ショックなど診断と術前準備に一刻も争う病態と経過を観察しながら方針を決める病態がある。外傷による大出血など拙速と言われようと自分の責任で処置をせざるを得ない場合もあるが、大部分は正確な診断と治療方針を決める時間のゆとりがある。

『拙速』と言われるのも、ゆっくりしすぎて『遅巧』と言われるのも癪ではあるが、時には経過を観察する勇気も求められる。

最後に

外科手術を行う以上、『人間だから間違う』という言い訳は通用しない。少なくとも同じ過ちは2度と繰り返さないことが肝要である。

外科の良いところはチーム医療を行うため、稀な疾患、病態を経験した医師の経験が活用される場所である。

問診、理学的所見などを含む基本的診断学とチーム内での上下の垣根を超えた綿密かつ自由な雰囲気でのディスカッションとチームワークは外科治療の礎である。

臨床研修プラクティス Vol. 2, No. 4, 211, 2005 を一部改訂

(一甲状腺外科医の徒然なる随想)

2022年10月19日