



病歴と診察で診断する感染症 System 1 と System 2 志水太郎, 忽那賢志 編

●B5 頁236 2018年4月
定価：本体4,200円＋税
[ISBN978-4-260-03538-5]医学書院刊

診断プロセスの中で、System 1は直感的思考、System 2は分析的思考を指すが、感染症は短時間で病像が完結するものが多くSystem 1を応用できる症例が少なくない。本書は志水太郎、忽那賢志両先生による感染症診断プロセスのわかりやすい説明に続き、System 1, すなわち直感によるSnap Diagnosisが可能であった症例群と、System 2すなわち分析思考によって初めて診断可能となった症例群に大別して編集してある。ベテラン・カリスマ医師らによる著作であることも手伝い、大変刺激的・教育的でかつ読みやすいものとなっている。

◆数ある本書のパールから一部を紹介すると

急性喉頭炎(p.25)：最近では成人例の報告が多く、30～50歳代の報告例が多い。成人例はやや緩徐な経過をたどることも多いため、咽頭痛出現から数日経過して受診する例もしばしば。

Lemierre 症候群(p.29)：“左右差がありすぎる”頸部所見が最大のポイント。「肺病変」は特に頻度が高いので新規に出現した「咳嗽」「胸膜痛」「血痰の有無」に注目する。

パルボウイルス B19 感染症(p.2)：「全身の痛み」若い患者ならば本感染症、高齢者ならばリウマチ性多発筋痛症を疑う(大船中央病院・須藤博先生の教え)。

Review of systems(p.63)：ROSは患者の明暗を分ける！簡単でもいいので必ず聴取を！

成人ヒトパレコウイルス感染症(p.166)：全例に「四肢近位部の筋痛」を認め、また、そのほとんどの症例で「筋力低下」を認めており、ヒトパレコウイルス感染症とBornholm病(コクサッキーウイルス)とは筋痛の分布が異なる可能性がある。

◆診断プロセスとその周辺(以下は余談である)

— System 1は「結果」

Primary Careの現場では病初期、病像が未熟・不完全なことも多く、System 1的アプローチはかえって危険であり、理性的に他の疾患の可能性も留保するSystem 2的なアプローチが大切である。また長期入院例など複数の交絡する病因・病態を扱うことを強いられるHospitalistやIntensivistも存外、単純な病態を前提とすることが多いSystem 1から遠い世界におり、日常的にはSystem 2を重層的に用いる。コンサルタントに至っては非典型症例のみ相談を受けるためにSystem 1の出番はまずない。Snap Diagnosisは格好よいが、使える時間、空間は思いの外限られ、臨床医はそのことに意識的であるべきと評者は信じる。かえって初学者は愚直にSystem 2を用い、気付けばSystem 1ができるようになってるのが理想である。言い換えるとSystem 1は「結果」であり、「目標」ではない。

◆診断は診療の一部

診断を楽しむカンファレンスが若手を中心に各地で盛況であることとは裏腹に、ベッドサイドで実務を能率的にこなす患者に寄り添う文化は必ずしも盛況とは言えないと感じるのは評者だけだろうか。「臨床は、“症例検討会”ではない」「『実務』できてる“臨床能力”」(p.57：北野夕佳先生)は至言である。そしてさらに言えば診断や治療は診療の一部でしかない。診断のつかない不明熱、治療法のない末期癌に寄り添う診療も視野に入れた教育を続ける志水先生、忽那先生のメッセージが一人でも多くの読者に届くことを祈っている。