

Key Word 10-1 ピークフローメーター (図 10-2)

発作で来院した患者の閉塞性障害を数値に表して知ることにはある意味大事だが、臨床の場で肺機能検査をフルに吹いてもらうのは非常に苦しく、実際には不可能である。そこで、使われるようになったのがピークフロー値のモニターである。急性増悪時にピークフローの値でどう対応するかが、日本のガイドラインでもGINAでも記載されている。(清水)



図 10-2 ピークフローメーター：ミニライト® (mini-Wright®)

Point 10

- ① 気管支喘息発作症例では発作の重症度を短時間のうちに判断しながら、呼吸管理や薬剤投与を同時並行する
- ② 気管支喘息発作の重症度は問診からも推定できるが、ピークフローメーターを用いた閉塞性障害の評価も重要である
- ③ 呼吸困難の成因は多岐にわたるため、呼吸器以外の疾患も鑑別診断に入れる

引用・参考文献

- 1) http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2012Feb13.pdf
- 2) Barnes PJ: Theophylline. *Am J Respir Crit Care Med*, 167: 813-818, 2003.
- 3) Hudgeal DW, & Weil JV: Depression of hypoxic and hypercapnic ventilatory drives in severe asthma. *Chest*, 68: 493-497, 1975.
- 4) 日本アレルギー学会喘息ガイドライン専門部会(監修): 喘息予防・管理ガイドライン 2012. 協和企画.
- 5) 宮川哲夫: 動画でわかるスクイーミング. 中山書店, pp26-27, 2005.
- 6) 田中謙好・中村直美 他: 気管支喘息発作時の肺痰におけるスクイーミング効果の検討. *日本小児アレルギー学会誌*, 22: 363-368, 2008.
- 7) Bent S, Gensler LS, & Frances C: *Clinical Clerkship in outpatient medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, pp140-143, 2008.
- 8) Eldridge FL, & Chen Z: Respiratory sensation. In: Adams L, & Guz A: *Respiratory sensation*. Marcel Dekker, pp31-37, 1996.
- 9) Jain P, & Kavuru MS: Utility of Peak Expiratory Flow Monitoring. *Chest*, 114: 861-876, 1998.

Column 8

600床の総合病院の呼吸器科医から50床ほどの野木病院の内科医になって2年経ちました(原稿執筆時)。それまでの仕事と変わったことを考えてみると、まず外来に来る患者さんの多くは、高血圧、糖尿病、高脂血症で、喘息もCOPDもさほど多くはないことに気づかされます。また、入院してくる方はお年寄りがほとんどで、認知症、複数の身体疾患があり、家や施設で寝たきりあるいはそうでないにしても生活の多くを他者に依存して生命を維持している場合が多いのが実情です。

そういった外来患者さん、入院患者さんとお付き合いを始め、それまでの考え方を改めざるをえませんでした。もともと専門性を高く謳った病院ではないため、呼吸器科医だからといって「専門は呼吸器です」というのはどこか空しく響くもの。自分の中で「呼吸器、呼吸器」と考えるのはやめて、とりあえず内科医と思うことにしました。それから高血圧の人には血圧手帳を渡して自宅血圧をつけてもらい、管理がうまくいっているかどうかをみることにしました。糖尿病の本格的なフォローは恥ずかしながら初めてでしたから、最初はどうやっていいかわかりませんでした。内分泌が専門の同僚に概略を教えてもらって、やり方をまずは踏襲しながら少しずつ自分で診ることができるようになっています。高脂血症は栄養士に指導を依頼しながら薬物療法が主でしょうか。毎日覚えることがあるので、気持ちのうえではシニアレジデントのところに近いものがあるように思います。入院患者さんには肺炎、腎盂腎炎などの感染症が多いので、時間を作って感染症のセミナーに行ったりしながら今までやってきた感染症治療の見直しをしています。褥創や皮膚病変も自分で診な

いとイケないので、おっかなびっくりですが苦手意識を持たずに診ようと思っています。また、病気がよくなってリハビリテーションをしないと帰った先での生活が保てない、帰るところがないという症例が多いので、リハの部門とのやり取りや退院に際しての施設や訪問看護部門との調整もしています。

そうこうしているうちに内科医としてちょっとずつですが、知識も手技もまだ広げていけるような気持ちが出てくるようになりました。一方で呼吸器科医の診療にたどりつけなかった喘息やCOPD、それに肺結核後遺症をはじめとする呼吸不全の人たちがぼつぼつといらっしやるのにも出会いました。そういった人たちに自分の呼吸器科医としての知識、手技を還元できる機会があると、これがまた楽しいことに気づきました。

とりとめもないことですが、医者20年目にしてまだまだ学ぶことは多いし、頑張ればまだ能力として広がるんだということを小さな病院で日々感じています。医者の仕事は自分で範囲を決めてしまいがちなところがあります。他科の医師や同僚との相談も大切ですが、まずは自分で診て、自分でどうするかを決めることが大切だと思います。若い先生方には自身の専門科目に限らず広く患者さんを診て、全身管理を含めた知識と技量を身につけていただきたいものと考えます。結構これが楽しいんですよ。(清水)