

脳外科医：今日の常識あしたの非常識

田中 雄一郎

私は昭和56年に信州大学を卒業し医師になって30年経ちました。平成19年11月に信州大学から故郷に近い聖マリアンナ医科大学に移りました。さて3.11の地震の時に皆様は何をされておりましたか。私は大学病院で脳動脈瘤手術の真最中でした。手術室内の機材が左右に揺れ動く中、脳を露出した患者さんが手術台から落下しないよう皆で押さえるという初めての経験をしました。私がこれまで脳外科医として医療に携わってきて、当初何の疑問もなく常識（たとえば日本の原発ではメルトダウンは起きない）としていたことが、時を経て非常識に反転することが少なからずあり、そのたびに自身の良心が揺さぶられました。私の個人的体験に色濃く基づいた脳外科領域の常識の変遷を綴ります。

昭和56年当時、脳外科の手術の初めの儀式は頭部の剃毛でした。予定手術の場合は、手術前日に全剃毛し抗菌剤の入ったクリームを塗りサランラップでパックした。現在は無剃毛ないし、部分的にクリッパーで刈っても剃刀は使わない。皮膚を傷つけかえって感染のリスクを増すとのことである。新生児の剃髪を無血でこなす先輩を到達目標とした当時の自分がいささか侘しく思い出される。術前の手洗いは外科系では一つの神聖な儀式で、新人の私は手術前の凜とした空気の中、諸先輩方の肅然とした手洗いの立ち姿に見入っていた。恐ろしく硬いブラシでゴシゴシと音を立てて洗うのが患者さんに対する正しい所作とされた。硬いブラシに負けない皮膚に鍛え上げるのも一流の外科医の証と妄信した。その後ブラシはかえって皮膚を傷つけ細菌の繁殖を促すとの科学的根拠が出され、ブラシレスの揉み手洗いとアルコール摺りこみが新たな常識になった。感染予防に関して付け加えれば術後1週間全例ルーチンに静注された抗生剤がある。後に薬剤耐生菌を増やす非常識な行為と断罪され1日投与になった。

昨今開頭術の閉創はもっぱらステイプラーを用いている。ステイプラーすなわちホチキスであるが、導入当初こんな安易な器具に頼るのは不器用な外科医と内心蔑んでいた。しかし思いのほか創部の治癒がよく美容的にもいわゆるゲジゲジ禿が起きないという素晴らしいメリットに気づくのに、さほど時間は要しなかった。ただし脳外科医の糸結びの機会が激減し若手の糸結びが下手になるという副作用も生じた。

病棟で術後毎日ガーゼ交換をして創部の消毒するのが若手の日課であった。イソジンを用いていたので創部がベタベタで、剃髪しなくなってからはイソジンで頭髪が固着して汗と交じり蒸れて搔痒を招いた。その後消毒薬は細菌を殺すが、再生してくる皮膚の細胞も殺すので消毒はしないほうが良いというのが常識になった。当時はまるで想像できなかった。搔痒に喘ぐ患者さんには酷いことをした。術後早期からシャンプーで洗髪し清浄を保つのが常識になった。創を被い隠すペンキの厚塗りのような行為を連日行っていた自分を恥じ入るばかりである。20年前に同級生の重田医師が留学中のマルセイユの小児病院を訪れた。術後の患児は創部の当てガーゼなしで消毒もなく、シャワー浴だけで創部と縫合糸をむき出しに管理していたのを見て衝撃を受けた。ペンキを塗り重ね、ガーゼで創部を蒸らし、痒みで無意識の搔爬を誘発し、創を自ら再生しようと懸命な患者さんの営みを邪魔していたとは。

薬物や輸液に関しても、コペルニクスの転換を体験した。いわゆる脳循環代謝改善剤のアバン、エレン、セレポート、ヘキストールが1998年に効果なしとして廃止された。数千億円の医療費の無駄使いであったそうである。この脳循環代謝改善剤と同様に欧米先進国では認められていない灰色薬剤が日本には少なからず存在するらしい。長野県のある施設ではある脳循環代謝改善剤の処方数量が最終年度に全国一になったそうである。私自身もある時期まではさしたる疑問も持たず幾多の処方をした一人として忸怩たる思いがある。

くも膜下出血の合併症として遅発性脳血管れん縮が知られている。私が医者になった頃の、破裂脳動脈瘤クリッピング術の術後管理の常識は、脳浮腫予防のための輸液制限（1日1,000 cc）、脱水効果のある抗浮腫薬投与と胃潰瘍防止のための絶飲食で、まだ中心静脈栄養やH2ブロッカーは導入されていなかった。いまでも一部の重度のくも膜下出血の患者さんでは脳血管れん縮による脳梗塞は避けられないが、当時は一時的な症候を含めると実に多くの患者さんが血管れん縮による麻痺や言語障害を生じていた。今では禁忌とされる脱水と低栄養で、本来の血管れん縮のみでは無症候であったろう患者に医原性の不利益を与えていたのだ。治療の関心が抗浮腫のみに集中し過ぎて、患者の肉体系全体のバランスが見えなかったのである。その後は栄養状態と水分出納を健全に保ち、身体を定常に保つ患者本来の能力を阻害しないことで、このくも膜下出血後特有の合併症は激減した。

第8因子製剤の薬害エイズの影で必ずしも目立たなかったのが、再生硬膜によるプリオン病すなわちクロイツフェルトヤコブ病（CJD）である。ドイツのビー・ブラウン社製造のヒト乾燥硬膜（ライオデュラ）を移植された患者がこの病気に感染した。ライオデュラは死体から摘出した脳硬膜を製品化したもので、ドナーが異常プリオンに汚染されていた可能性があるにも関わらず発売が続けられた。旧東欧の精神病院で死亡したドナーが多数含まれていたともいわれる。硬膜閉鎖時にライオデュラが使われた患者がCJDを発症した。FDAでは1980年代後半に異変を察知してライオデュラを使用禁止としたが、日本の厚生省ではそれを考慮せず、世界保健機関が使用禁止措置を発する1997年春まで輸入承認を続けた。自身の病院にもライオデュラの担当者が熱心に製品説明に来ていた。ある日山形の病院から電話が入り、私が勤務していた病院で10年前に髄膜腫の手術を受けたCJDの患者に関して、ライオデュラ使用の有無を問われた。やはりライオデュラが使用されたと判明し、間もなく逝去の連絡がきた。欧米で使用禁止になったあと数年、ライオデュラはほぼ日本でのみ使用され続け、世界の在庫が日本で捌かれたとの噂も後に聞いた。当時ライオデュラは術後髄液漏防止の上でも最も優れているとの常識に囚われた悲しい自己体験である。その後再生硬膜の代替に人工硬膜（ゴアテックス）が広く用いられるに至るが、良心的な脳外科医は手間と時間が掛かっても、人工物は使わず可能な限り創部に隣接した筋膜を採取して硬膜補填を行っている。

この30年は脳外科にとって、CT、MRI、PET、ガンマナイフ、血管内手術など様々なテクノロジーが華やかに導入され、輝かしい発展の時代であった。一方で、ここに綴ったような地味で瑣末な物事の改良や諸々の犠牲を経て現代の脳外科医療がある。30年で私が学んだのは、メスでヒトを治すという思い上がりは捨て、本来ヒトが持つ治癒力をいかに阻害せず治ってもらうかということである。3.11の原子力災害にもアナロジー（類比）を感じる。日本の最高頭脳の間人達が追求した原子力利用は地球環境という全身状態を蔑ろにしていた。抗浮腫対策という局所だけに囚われた私達のように有利なエネルギー創出の観念だけに囚われて、地球環境から手ひどいしっぺ返しを食らったとみえる。今日の常識を常に疑うのも医療人の責務である。

(2011年5月)

(聖マリアンナ医科大学脳神経外科教授)