

第 46 回 手術の怖い思いと嬉しい思い

実際に手術することから離れて 12 年余りが経ついま振り返ってみると、張りつめた緊張した環境のもとで行った全身麻酔下の手術で、時には怖い思いをしたことがあったし、術中難渋しながら納得のいく手術成功で嬉しい思いをしたこともあった。

1963 年大学院に在籍しながら現在の東北大学加齢医学研究所呼吸器外科学分野の前身である東北大学抗酸菌病研究所外科学研究部門(抗研外科)において駆け出しの外科医師として働き始めた。

太平洋戦争終戦 5 年後の 1950 年頃まで肺結核による死亡率は人口 10 万対 212 と第一位を占めていたが、その頃から結核と相対的に肺癌が呼吸器外科の対象疾患として次第に増加が目立つようになり、1960 年までの 17 年間に男女とも肺癌による死亡率がほぼ 5 倍に増加したという記録がある。その期間の肺癌による死亡率増加は肺結核の死亡率低下と対照的であった。今日では肺癌が呼吸器外科手術対象疾患の第一位を占めているが、筆者が入局した 1963 年頃はまだ呼吸器外科の対象疾患では肺結核が多く、排菌している患者を手術対象とすることもしばしばあった。

さらに当時は現在のように呼吸器外科や心臓外科や血管外科などというような分野別に外科の subspecialty がまだ明確には分けられてはいなかったため、我々の抗研外科においても呼吸器の手術のほかにも一般外科として消化器や乳腺や甲状腺などの手術なども行われていた。そのため当時は現在よりも医局においては外科一般に関して幅広く勉強できたともいえる。

手術に欠かせない全身麻酔について当時のことを思い起こしてみると、抗研外科が我が国での気管内麻酔の先端的施設のひとつであったことは今日余り知られていない。現在一般的に行われている気管内麻酔は、1952 年当時の進駐軍軍医により伝えられ、呼吸器手術における局所麻酔の無謀さを知らされるとともに、気管内挿管の際必要な喉頭鏡のひとつであるマッキントッシュ喉頭鏡を開発した Dr. Macintosh の来日指導によって急速に進歩した。筆者の恩師にあたる鈴木千賀志先生と牛尾暉夫先生による「肺結核外科における閉鎖循環式気管内麻酔法の研究(第一報) 麻酔, 1 巻, 48 頁, 昭和 27 年」という論文がでて

いるのをみても抗研外科が当時早くから全身麻酔の臨床研究に取り組んでいたことが知られる。

筆者の最初の呼吸器手術は外科入局後 2 年目の肺結核患者に対する胸郭成形術であったろうか。胸郭成形術は肺内の空洞を委縮させるために肋骨を骨膜を残して 6~7 本切除して新たな縮小された胸郭を再構築する手術である。医局では胸郭成形術からはじまって肺部分切除、肺葉切除、肺剔除などと順次複雑な手術を指導者のもと経験を重ねていくのである。蛇足ながら付け加えると、当時呼吸器の手術に限らず医局で初めて術者になった時には当該手術の終了後にスタッフに必ず寿司などを出前でとって感謝の意を表すのが習慣であった。これも懐かしい思い出のひとつである。

医局在中に経験する手術は、麻酔医による術中管理のもとに、前立(まえだち)という経験豊富な手術指導者がいてくれるため、安心して術者の役目を果たすことができたが、一端医局から離れて手術をすることとなると責任感が重くのしかかり著しく緊張感が増したものである。

大学院卒業前の冬に、教授に命じられて単身出張した地方の小さな病院で行った胃切除術は忘れられない。術者となるものが自ら気管内挿管して麻酔をかけて術中は看護師(看護婦)に呼吸パックの操作をしてもらい、看護師を助手にしながらい医師は自分ひとりという状況で手術を行ったことがある。胃潰瘍に対する緊急の胃切除術であったが、術中胃空腸吻合部の狭窄発生を懸念したことから切除後の吻合口をかなり大きくしてしまったのである。しかしながら筆者が初めてひとりで術者として手術した彼は退院後幸いにも後遺症は全く無く、元気に職場に復帰したことも後に知った。

また、同じ病院での虫垂炎の手術の際、術中虫垂突起間膜動脈の結紮糸が外れてしまったことがあった。手術創が小さくしかも深いところでの動脈出血のため、一瞬術者自身も心臓が止まるほど驚いたが、幸いにも数秒後盲目的に素早くかけた鉗子により止血できた。現役の外科医として従事した期間のいろいろな手術のなかでも術中の恐ろしい思いを経験しことは多々あるが、その時ほどの驚きはなかったように思う。その時の身体が縮みあがってしまった状況が今でもはっきり思い出されるほどである。ひとつにその時のことも教訓となったためか、筆者が術者となった時の手術では血管の結紮や縫合に際してはとくに細心の注意を払う習慣がついた。

当時は医局からトランクと称して地方の病院へ手伝いのため一定期間出張を命じられることが多く、そこで自分自身の技術を磨くことができた。トランク先で呼吸器外科に限らず当該外科分野の指導医がいる病院でそれらの専門技術を学ぶことができたとは今では感謝している。

手術指導者として経験した術中の怖い思い出もある。医局員の前立で前胸部胸骨正中切開で開胸して胸腺癌の手術をしていた時、術者が誤って上大静脈剥離中に大静脈壁に1cmほどの孔を開けてしまったことがある。一瞬のことだったが筆者が術者よりも早く気が付いてとっさに指で裂傷を抑えながら「今何をしたかわかるか？」と聞いたところ、術者は「さー？」と首をかしげてしまった。前立が指を離して見せて血液が孔から外へ奔流するのを見て初めて術者が仰天した次第である。筆者が再び指で裂孔をおさえながら慎重に血管縫合針で縫合閉鎖した。これも筆者自身の手術の恐ろしい出のひとつである。

現在の加齢医学研究所に改組される少し以前のことだが、進行食道癌に対して治療線量照射と化学療法によって病期が改善した患者の手術を依頼されたことがある。検討の結果手術が可能と判断し、長時間かけて食道癌根治手術を行ったところ、術後合併症もなく、その症例は長期生存された。照射と化学療法が行われた後の食道癌の根治手術の術中は、術前から頭の中に描いていた通りの手術を行ったという感触が強く、患者ご本人が術後長期生存されたことと合わせて今でも鮮明に記憶している。手術のうれしい思い出のひとつである。

思い出に残る手術はほかにも多くあるが、なかでも東北大学退官三日前に遭遇した肺移植は最も緊張したが成功し、呼吸器外科医として生涯忘れえないものである。肺移植についてはほかにも多く書き記したのでここでは割愛したい。

呼吸器外科医を含む外科医として達した手術における心得は、ひとつに「術中この術者の一手が将来この患者にとって利益となるかどうかを常に考えながら手術を進めることが大切である」ということである。