◉巻頭特集

SPECIAL INTERVIEW

浅井 徹

心臓血管外科新教授に聞く

長らく待ち望まれていた心臓血管外科に着任する浅井 徹新教授は、米国ニューヨーク大学で研鑽を積み、帰国後は冠動脈バイパス術をはじめ、弁置換手術、僧帽弁再建術など多くの心臓外科手術を執刀、人工心肺を用いない心拍動下のバイパス術でも優れた実績を重ねている。
浅井教授にこれまで手がけてこられた手術や治療に対する姿勢、着任に向けての抱負などをうかがった。

浅井 徹 教授
（外科学第二講座）

低侵襲で、脳硬塞などの合併が少ない心拍動下冠動脈バイパス術

――人工心肺を使わないバイパス手術を他の施設に先駆けて行ってこられましたが、この手術にはどのような特徴があるのですか。

浅井　心筋梗塞や狭心症のバイパス手術では人工心肺を使って行うのがメインの手術法でしたが、近年注目を集めているのが、人工心肺を使わずに、つまり心臓の動きを止めずに行う心拍動下の手術です。

人工心肺装置がなかった40年前に、ロシアのコレソフ博士が初めて心筋梗塞のバイパス手術を行ったのですが、その時の手術法が再び注目されるようになりました。そして、リバイバルしてからここ2～3年間でたいへん進歩しました。

人工心肺は進んだ装置で、日々進歩していますが、動脈硬化の進んだ重症の患者さんや脳梗塞を発症した患者さんの場合、手術を契機に新たな脳梗塞などの合併症を引き起こす危険性があります。脳や肺、腎臓、肝臓などに問題のある場合、手術によってなんらかの負担をかけることになります。

心拍動下に行う手術では、従来の手術法に比べて患者さんへの負担が少ないので早く回復できますし、高齢の方や、脳梗塞、腎不全などの合併症のある患者さんでも手術が可能です。

――とはいえ、動いている心臓の血管をつなぐということは、動いていない心臓に比べてはるかに難しいことですね。

浅井　よく手術を見学された方が「手品を見ているようだった」と感想を述べられます。

直径1.5～2ミリの血管に6～7ミリの穴を開けて、新たな血管をつなぐために、血液の流れを一時的にせき止めたり、特殊な器具で血管の周囲を固定したりするほか、時には心臓を裏返したりという、従来の手術にはない方法論を確立してきましたが、なによりもスピードと熟練した技術が必要とされます。

――だれにでもできる手術ではないのでしょうか。

浅井　その答はｙｅｓ ａｎｄ ｎｏであると言えます。

修得するのがたいへん難しいことは確かですが、基本をしっかり学んで、ある程度経験を積めば、上の段階に到達する術はあります。心臓血管外科を志している滋賀医大の若い医師や学生の中で意欲のある人になら、十分伝えられる技術だと思います。

治療技術はリプロデュースビリティ（＝再現性）がなければならないと言われます。時が経っても、治療者が変っても、患者さんが変っても、つねにクオリティーの高い治療ができなければ、万人のものにはなりません。

とはいえ、正確に血管をつなげるレベルに到達するのは容易なことではありません。そういう意味で答はｙｅｓａｎｄｎｏとなります。

――技術を向上させるための意欲と努力がつねに必要だということですね。

浅井　優れた技術を修得することが核心ではあるのですが、一人ひとり状態の異なる心臓に、どういう戦略で手術治療を行っていくかが大切になります。個々の患者さんについて、隅々までトータルに理解して、的確な状況判断を行いながら、もっとも適切なテクニックを用いることができるかどうかで、治療の結果に天と地ほどの差が出るからです。

知識や技術だけでなく、医師のハートと体力、それに絶対によくなってもらいたいという情熱も必要です。

心臓の手術を受けるというと、患者さんの不安や心に受ける傷は計り知れないほど大きいわけですから、質の高い手術で命を救うのと同時に、不安で傷ついた心を確実にケアしていかなければなりません。

手術の後、元気な頃の生活レベルに戻してあげることを目標にすると、患者さんをどう見るかという視点が大切になってきます。

こういった考え方は、若い人ほど純粋に感化されると思います。これから接することになる「患者さんを助けるために、がんばりたい」と思っている若い医師や学生に、いい意味で影響を与えることができればと考えています。

負担の少ない手術、適切なリハビリにより早期の社会復帰をめざす

――アメリカで研鑽を積んでこられたということですが。

浅井　アメリカでも心臓外科はもっとも研修期間が長く、厳しいトレーニングが必要とされます。それだけに、心臓外科医には自分たちにしか患者さんを助けることはできないという、誇りと責任感が生まれます。

日本との違いは、圧倒的に手術の件数が多いということです。私が研修を受けたニューヨーク大学では、関連施設も含めると年間１８００～２０００例の心臓手術が行われていましたが、日本では大学病院でも50～100例というところです。件数が少ないと、技術がなかなか向上しないし、どうしても新しいことには取り組めません。

――日本では患者さんが手術を受けずにがまんしているということでしょうか？

浅井　１つには狭心症や心筋梗塞の発症数が欧米の５分の１以下であるということ、もう１つは心臓内科医によるＰＴＣＡ（バルーンで血管を広げる治療）が発達しているということがあります。ＰＴＣＡ対バイパス手術の割合が日本では５～10対１に対して、欧米では２対１となっています。

日本では心臓外科に対する認識がまだまだ低いのですが、手術は無理だと言われていた患者さんが、滋賀医大で無事手術を受けて、元気になって社会に復帰していかれたという実績を積み重ねていくことで、地域のみなさんや周辺の医療機関から信頼していただけるようになるはずです。

――今まで手術をあきらめていた高齢の患者さんも、手術を受けられるようになるのですね。

浅井　昔は心臓手術というと50歳代までの患者さんにしか行わなかったのですが、次第に敷居が低くなって高齢の患者さんや脳梗塞などの他の病気があっても手術の適応からはずれないようになりました。

私が心拍動下に行った手術の最高齢は95歳の患者さんでしたが、誰にでも手術を行うわけではありません。手術をして問題が解決されたら、より積極的になれるかどうかが大切です。高齢であっても自分で身のまわりのことができて、精神的・脳神

経的な適応があること、自宅で自立した生活を行っているといったことで、手術をするかどうかを考えます。

手術には患者さん自身のがんばりやよくなりたいという意欲が必要ですし、ご家族の気持ちとスタッフの思いが一つになって、はじめてよい効果をあげることができます。

質の高い手術をしたいという思いはありますが、だからといって技術を誇ることが目的ではないので、人を生かす技術の使い方をしたいと思います。医療を施す1人の人間として、そこをきちんと考えたいと思います。

――リハビリテーションにも取り組んでおられるそうですね。

浅井　高齢の患者さんが手術を受けられた場合、一般病棟へ移るまでに時間がかかりますし、その間あっと言う間に足の筋肉が弱ったりします。心臓はよくなったのに、歩けなくなってしまったということのないように、心拍動下手術のように負担の少ない手術で、体力低下を極力少なくして、術後はできるだけ早期に専門医によるリハビリを始めることが必要だと考えています。

退院後、いかに満足度の高い生活を送れるか、その中心は負担の少ない手術にありますが、それ以外に不安に対する心のケアであったり、筋力の低下に対する適切なフォローであったりします。日常生活に復帰するまでの期間をいかに短くしてあげるかも大切です。

同じ思いを共有できるスタッフとともに、最高水準の医療の実践をめざして

――滋賀医科大学からの招きに応じられたことについて、どのように考えておられますか。

浅井　国立大学にとって大切なこの時期、いろいろな課題はありますが、自分に続いてくれる人たちに、優秀な臨床医になる道筋を示してあげることはできると思います。

大学の附属病院ですから、りっぱな施設があって研究者がたくさんいますが、もっとも大切なことは患者さんがここに来てくれるか、その患者さんに何をしてあげられるかということです。1人の患者さんが良くなるということ、それ以上に大切なことはないという当り前のことを、つねに感じてもらいたいと思います。

――これからともに働く医師や医療スタッフにはどんなことを望まれますか。

浅井　率直（ホーネスティ）、ハードワーキング、ハートの3つを希望します。

コミュニケーションの問題は、些細なことを伝え忘れたりすることから起こるケースが多いと思います。学生や若い医師から見れば、大学病院には意思疎通しにくい偉い先生がたくさんおられますが、言いにくいことも率直に話ができるような環境が必要だと思います。「待ったなし」の急を要するような場面がたくさんあるので、スムーズなコミュニケーションが不可欠、これを心がけてほしいと思います。

ハードワーキングは、どんな時でも労を惜しまず、決して手を抜かないということです。エネルギーを傾けて治療に専念できなければ重症の患者さんは助からないし、そうすることに喜びを感じられる人でなければ勤まりません。

ハートについては、先ほどからお話していますが、弱者である患者さんの心の奥にある不安にまで、思いを致す熱い心を持ちつづけるということです。

――最後に、着任に当たっての抱負を聞かせていただけますか。

浅井　国の内外を問わず、最高水準の医療を滋賀医大で実践したいと思います。技術で病気を治療するのと同時に、心でも患者さんの不安を取りのぞけるような医療で、「滋賀医大でないと」と患者さんから選ばれるようにしたいですね。

単に血管をつないだり弁を治すだけでなく、手術前後、また退院後、個々の患者さんが最高の生活ができるよう臨床判断を下していきたいと考えています。

ともに働くスタッフが、同じ思いで参加してくれるなら、最高のチームができるはずです。現場の厳しい状況の中で、厳しさと同時に素晴しさを共有してもらいたいと思っています。

略歴
1961年金沢市生まれ。86年金沢大学医学部卒業後、金沢大学第一外科に入局。88年よりニューヨーク大学メディカルセンター外科レジデントとして心臓外科を中心に研修を受ける。90年帰国後済生会金沢病院外科医長として勤務。同年、再渡米しニューヨーク大学メディカルセンターで心筋保護法などの研究に従事。日本人で初めての心臓外科フェローとして、肺手術や心臓手術を執刀、レジデントや医学部学生の教育にも従事する。94年帰国後、金沢循環器病院心臓血管外科に勤務、同外科部長として多くの心臓外科手術を執刀してきた。2002年1月より滋賀医大心臓血管外科教授として着任。