

1. ウイルスは厄介もの

多くの病気は細菌かウイルスが原因です。それらの違いは、細菌は自分の力で生きることが出来るのに対して、ウイルスは自分だけでは自活できないものです。もっぱら人や動物などの体に侵入してそのエネルギーを利用して増えるのです。ウイルスに感染された人はウイルスに栄養分を吸収されるので、細胞の働きが壊されてやがて病気を引き起こすのです。ウイルスは栄養の豊富な人を狙って住みつきます。栄養状態の悪い病人に住み着いたウイルスは、その人の体力が衰えると、もっと健康な人を狙って移り住むのです。それがウイルス感染の怖いところです。

2009年にメキシコで始まった新型インフルエンザはまたたく間に世界中に蔓延しました。最初のインフルエンザウイルスは豚に住み着きましたが、そのウイルスは間もなく豚から人に移り、そこで人型に変わり多くの人に感染しました。ウイルスが厄介なのは、自分が生き延びるために自由に身体の構造を変える事が出来ることです。それにより、豚型から人体の中にでも住み続けることが出来る様に身体の構造を変えるのです。幸いなことに、この新型インフルエンザウイルスは、治療薬としてタミフル（カプセル剤）やリレンザ（吸入剤）が効いたことです。たとえ感染しても、これらの薬を使うと、高熱やせきが二日ほどで治りました。タミフルは、ウイルスを直接殺すのではなくて、ウイルスが増えるのに必要な成分の働きを抑えるのです。それにより、ウイルスは増えることが出来なくなり、体内の残りのウイルスも徐々に体外へ排除されます。高熱や咳が続いたら早めに医療機関へ行くことをお勧めします。

2. ノロウイルスによる急性胃腸炎

毎年秋から冬にかけて激しい嘔吐、下痢などの症状を示す感染性胃腸炎が流行しますが、その多くはノロウイルス、ロタウイルスなどによるウイルス感染が原因です。保育所、幼稚園、小学校などの小児や、病院、老人ホーム、福祉施設などの成人で集団発生がみられることがあります。感染力が非常に強いので、汚染された物の表面（ドアノブ、手すりなど）を触った手などから口に入り感染します。

潜伏期間は約2日で、激しい嘔吐（1日5-6回）や米のとぎ汁のような白色の下痢便が特徴です。現在、ノロウイルスの特効薬はありません。したがって、脱水症状を防ぐため、市販のスポーツ飲料などで水分を補給することが必要です。下痢止めの薬を使うと、ウイルスが体内に溜まってかえって病気の回復を遅らせることがあります。

予防方法としては、食事前やトイレの後などに石けんでしっかりと手を洗うことが大切です。また、患者の便や嘔吐物には大量のウイルスが含まれていますので、その処理には十分注意する必要があります。下痢の症状がなくなっても、患者の便にはしばらくウイルスが排出されますので、症状が治まっても安心はできません。汚物を処理する際には使い捨ての手袋を使用し、用便後や調理前の手洗いを徹底することです。

消毒、殺菌の方法としては、熱湯あるいは市販の塩素系漂白剤（通常は5から10パーセントの次亜塩素酸ナトリウム）を使います。その場合は、原液10ミリリットルに水1リットルを加えて薄めます。アルコールや逆性石鹼はあまり殺菌効果はありません。調理器具、おもちゃ、衣類、タオルなどは熱湯（85℃以上）で1分以上加熱するとウイルスは死にます。

3. 熱中症の脅威

2010年は予期しない季節変動により「熱中症」という聞き慣れない病気に悩まされました。「熱中症」とは「熱に中る（あたる）」の意味です。ちなみに、「毒に中る」ことを「中毒」と言います。総務省消防庁の発表によれば、2010年5月31日から8月29日までに、熱中症で入院した患者は46728人で、その半数は65歳以上です。また、不幸にも亡くなった方は158人にも達します。昔の「日射病」、「熱射病」と違い、「熱中症」は家の中でも頻発します。高齢者の場合、部屋の中にクーラーを備え付けてなかったり、あってもそこから出る人工の風を好まないの使わない人が結構多いのが原因の一つとされています。

それでは、どうしてこんなに熱中症で多くの人亡くなるのでしょうか。私どもの体は60兆個の細胞から出来ていて、身体の70パーセントは水分です。脱水状態になって水分が少なくなると、細胞の働きが低下し、ある限度を超えると細胞は死にます。脱水状態は細胞死につながるの死を意味します。特に高齢になると体内の水分が少なくなり、若い頃のみずみずしさがなくなるので、少しの脱水でも非常に危険な状態になります。

脱水症状になると、水分とともに塩分も身体から流れ出ます。体内では塩分（ナトリウム）と水分は一緒に動くので、炎天下のスポーツなどで脱水状態になるとナトリウムも不足して血管が緩むことがあります。こんな時には水分補給とともに塩分の供給も必要です。それには0.2パーセントの食塩水がベストです。1リットルの水に2グラムの食塩を溶かして、それを200-300ミリリットル（コップ一杯程度）飲むと水分と共に必要な塩分も供給されます。スポーツドリンクはほぼこれと同じくらいの塩分を含んでいます。

熱中症患者が病院に運ばれると、氷や扇風機で異常に上昇した体温を下げると共に、脱水症状を改善するために大量の点滴をします。点滴液の中には、細胞にとって必要な栄養分や塩分が含まれています。多くの患者はこの様な応急処置で元の状態に戻りますが、中には入院が必要な患者もいます。

ところで、皆さんは体温計の上限は何度かご存じですか。昔使われた水銀柱の体温計では42度以上は目盛りがありません。最近のデジタル体温計でも同じです。どうして42度なのでしょう。その理由は、それ以上に体温が上がると多くの人は死ぬからです。健康な場合の身体の平熱は35-36度です。病気で41度まで上がると、意識がもうろうとし、身体の中の細胞も障害を受けま

す。更に42度が数時間続いたらもはや細胞の働きは止まり死亡します。何故か。それは、身体を支えている細胞の中のたんぱく質が固まって働かなくなるからです。逆に冬山などで体温が極端に下がったらどうなるか。33度以下では血液循環が悪くなって脳への血流が不完全になるため意識がもうろうとなり、幻聴があらわれます。冬山での遭難者にみられる現象です。27度以下になれば、脳死判定の一つである瞳孔の反射がなくなり、死亡する確率が高くなります。

体温は脳からの指令で常に35度前後にコントロールされています。真夏の暑いときには血管が拡張して熱を放散したり、汗をかいて同時に放散熱で身体を冷やします。逆に冬の寒いときには、血管は収縮し出来るだけ体温を逃がさない様に調節します。この様な微妙な調節はすべて脳の中にある体温調節中枢によって自動的に行われています。高齢者の場合、よく知られている様に加齢とともに記憶力が低下し、同時に脳の機能が全般に低下します。したがって、体温の自動調節機能も不完全になり、環境の温度の変化についていけなくなります。その結果、夏は極端に暑がり、冬はどうしようもなく寒く感じるのです。

「熱中症」は身体の限度を越えると突然悪化します。毎日続く猛暑を乗り切るには、日常の水分供給が必須です。高齢者は水を多く飲むとトイレの回数が多くなるからといって嫌う人もいますが、トイレよりも病院へ担ぎ込まれない様に注意する事が肝心です。

4. 「自律神経失調症」は本当に病気なの？

最近、時々ふらふらする、動悸がするなど体の調子が悪いが原因がよくわからない人が増えています。病院へ行っても医師は「自律神経失調症ですね」という。この病名は、原因のはっきりしない体の不調に対して医師が「とりあえず」使う事が多いので正確な医学用語ではありません。自律神経とは何でしょうか。私どもの体はうまく働くために全く反対の作用を持った二つの神経によりバランスをとっています。それが「交感神経」と「副交感神経」です。これら二つの神経系をまとめて「自律神経系」といいます。一般に、昼は体を動かす事が多いので、それに必要な交感神経の方が強く働きます。逆に、睡眠中などゆっくり休んでいるときには副交感神経が強く働きます。体は、そのときの環境に応じて交感神経を活発にしたり、副交感神経を活発にしたりします。もし、何らかの原因で片方が強くなると、相手の神経の作用が相対的に弱くなり体のすべての機能がバランスを崩します。これが「自律神経失調症」です。

それにはいろいろな原因があります。体にストレスが加わると、交感神経が刺激されてアドレナリンが過剰に増えるため、心臓はドキドキし、血圧が上昇します。また、その状態になると脳への血流が増加し、逆に胃腸への血流は低下します。つまり、ストレス状態で食欲が無くなるのは胃腸の運動が弱くなるからです。非常に緊張した状態におかれると心臓がドキドキするのはそのためです。アドレナリンが多く出ると血糖値も一時的に増加します。ストレスが長期間続くと過剰に出たアドレナリンにより血糖の上昇が続き、一時的に糖尿病状態になります。これを「ストレス性糖尿病」といいます。これは病気ではありませんので、ストレスの原因が解消されると自然に改善されます。「自律神経失調症」といわれたら、出来るだけ他の医師の診断を受けてセカンドオピニオンを聞くことをすすめます。昔は他の医者への意見を聞く事を嫌がる医者が多かったですが、最近は他の医者への紹介状を書いてくれるので、遠慮せずに申し出る事を勧めます。

5. ウイルス性肝炎

ウイルス性肝炎は、A、B、C、D、E型などの肝炎ウイルスの感染によって起こる肝臓の病気です。A型、E型肝炎ウイルスは主に食べ物を介して感染し、B型、C型、D型肝炎ウイルスは主に血液を介して感染します。日本ではその中のA,B,Cの3型の患者が多いです。中でも深刻なのはB型、C型です。

肝炎になると、肝臓の細胞が壊れて、肝臓の働きが悪くなります。一部の方では、倦怠感、食欲不振、吐き気、黄疸（皮膚が黄色くなること）などの症状が出ることがありますが、全く症状が出ない人も少なくありません。

・A型肝炎：感染後40日位までに発症します。よくみられる症状は発熱、全身のだるさ、むかつき、食欲がない、腹痛、ときに頭痛、筋肉痛、関節痛なども伴い、風邪やインフルエンザかと思いきや違うような症状がでます。症状が出はじめて約1週間前後には黄疸が出ます。慢性化や再発はまずありません。ほとんどの人が治ります。治療にはまず安静が一番大切です。特効薬はなく肝臓を休めるために暴飲暴食を避けることが必要です。

・B型肝炎：主な感染経路は輸血、性交、母子感染（妊婦がB型肝炎のウイルスを持っていると妊娠分娩時に子供に感染します）などです。昔は輸血による感染がありましたが、今では献血時などの検査法が良くなり激減していました。B型肝炎ウイルスに感染後1～6ヶ月位で全身のだるさ、食欲不振などの症状が出て、やがて黄疸がでます。

成人してからの感染では、たいてい急性肝炎の症状が出ます。その後比較的経過がよいですが、数パーセントの割合で悪性化し、慢性肝炎から肝臓へと病気が進行することがあります。治療薬としては、インターフェロン、ラミブジンや小柴胡湯（しょうさいこうとう）などの漢方薬などが使われます。

・C型肝炎：主な感染経路は輸血です。A、B、C型肝炎のうち最も新しく昭和の最後に発見されました。平成になって検査法が確立され、輸血時の血液検査が始まり輸血による感染は減ってきています。ほとんどが無症状のため罹っていても分からないことが多いのが特徴です。したがって、慢性化しやすいのが特徴で、感染して20年程して肝硬変になり、さらに肝臓にまで進行することが知られています。治療薬としては、インターフェロン、ウルソデオキシコール酸、小柴胡湯などが主に使われます。今後、リバビリンとインターフェロンによる療法が期待されています。身体のだるい、皮膚が黄色になるなどの症状が出たら医療機関で検査を受ける事を勧めます。

6. 帯状疱疹

帯状疱疹は身体の各所の神経に沿って、水疱が出来てしまう病気です。症状が出る場所の30パーセントは胸、背中、腕などで最も多く、次は腹部、腰、下肢です。頭や顔にも出来ることがあります。この病気は子供の頃にかかる水疱瘡（みずぼうそう）ウイルスがそのまま体内に留まり、大人になってから帯状疱疹という名前で発病するのです。水疱瘡ウイルス（帯状疱疹ウイルス）による病気は一度しかかからないといわれているのですが、そんなことはありません。子供の頃作られた免疫というのは、20年くらい持続するといわれていますが、30代で帯状疱疹にかかってしまうことがあります。そこで治療しても、また免疫が20年くらいで弱くなると、再度帯状疱疹になってしまう。つまり、一度発症してから20年のサイクルで再度発症する可能性があるということです。私の知人で3回罹った人がいます。確かに、最初が最も症状がひどく、その時に身体の中で抗体が出来るので、2、3回目は初回に比べてそれほどひどい症状は見られません。しかし、統計によると50-70歳代に帯状疱疹患者が最も多いです。その原因は、ストレスや加齢による免疫力の低下により、神経の中に潜んでいた水疱瘡ウイルスの抗体の力が弱まるため症状が現れるのです。

帯状疱疹の症状は次の様に進行します。最初の段階では、皮膚に赤い斑点ができて、1週間程ピリピリした痛みがあります。その後、強い痛みが出て、身体の片側の神経に沿ってやや盛り上がった赤い斑点が現れます。この症状、片側だけが神経に沿っていたいのが帯状疱疹の特徴の一つです。続いて赤い斑点の上に水ぶくれが出来ます。さらにこの水ぶくれは破れてかさぶたになります。その後は徐々に皮膚の症状は治りますが、その後も神経痛が残る場合があります。一般に、最初の斑点が現れてから皮膚症状が治るまでには3週間程かかります。頭部に帯状疱疹が出来た場合は、その片側だけ軽い頭痛があったり、突然、瞬間的に針で刺される様な痛みがあったりします。顔面の場合は角膜炎を起こすこともあります。

それでは帯状疱疹の治療法には何があるのでしょうか。一般には帯状疱疹の原因ウイルスである「ヘルペスウイルス」の作用を抑える「抗ヘルペスウイルス薬」を用います。これらの薬はウイルスが増えるのを抑える事により、感染して最初に現れる皮膚の症状や痛みをやわらげて、治るまでの期間を短縮します。また、患部の炎症や痛みを抑えるために塗り薬を用います。「抗ヘルペスウイルス薬」を飲んだ場合、効果が現れるまでに2日程かかります。この薬は効果が

強いので、服用して直ぐに効き目がないからといって、飲む錠剤の数を増やしたりしたら副作用が現れることがあります。決められた用量、回数で使用して下さい。

带状疱疹の内服薬：

◆抗ウイルス剤

- ・ゾビラックス錠（一般名：アシクロビル）
- ・バルトレックス錠（一般名：塩酸シクロビル）

◆鎮痛薬

- ・ナイキサン錠（一般名：ナプロキセン）
- ・オルヂス錠（一般名：ケトプロフェン）
- ・スタデルダム軟膏（一般名：イブプロフェンピコノール）

◆ビタミン剤

- ・ビタミン B12（一般名：メチコバル）

◆抗菌薬

- ・サルファ剤や抗生物質の軟膏

薬の効果は発病したら早ければ早く飲むほど大きな治療効果が期待されますので、带状疱疹の症状が出たら直ぐに皮膚科で受診して下さい。また、薬物療法の他に、患部を冷やさない様にする、ストレスや疲労をなくす事も必要です。

7. 腎臓病は早期治療が必要

高齢化社会になると介護する側とされる側にそれぞれの苦勞があります。加齢に伴って体のいろいろな場所が不都合になりますが、中でも腎臓は毎日の生活に欠かせない重要な器官です。そこで、腎臓の働きについて述べます。からだの中で尿は血液から作られます。全身の血液量は体重の約1/2分で、からだの中の血管は一筆書きの様にすべてつながって全身を循環しています。

その血液の一部は腎臓の入り口である輸入細動脈という血管から腎臓の一部の「糸球体」(一本の血管が糸玉のように丸くなったところ)に入り、体内で生成された毒素や老廃物を水分とともにろ過して、必要な養分は出口の輸出再静脈から再び全身に循環します。糸球体でろ過された老廃物、毒物を含む水分は「原尿」といいます。健康人の一日の尿量は1から1.5リットル(1000-1500ミリリットル)ですが、驚く事に、この原尿は1日100-150リットル生成されます。つまり、1日尿量の百倍の原尿が休みなく腎臓で作られて、体内の老廃物を排出しているのです。

糸球体で原尿がろ過されるためには圧力が必要です。ドリップコーヒーを作るとき、コーヒー豆をサイホンに入れてお湯を注ぐと、下からコーヒーがポタリポタリ落ちます。この場合は空気圧でサイホンの上から押し付けているのですが、全身の血管内は空気と直接接していないので、空気圧は関係ありません。腎臓での圧力は血圧です。したがって、交通事故や病気などで血圧が下がると腎臓でのろ過能力も下がり、本来は尿中に排泄されるべき老廃物や毒物が十分にろ過されないまま輸出再動脈から再び全身に回ります。この状態が続くと最悪の場合は尿毒症になり危篤状態になりますので、病院ではこの様な患者には血圧を上げる薬を投与して腎臓の働きを回復させます。

一日尿量の100倍も作られた原尿は、その後糸球体につながっている「尿細管」という細い管を通ります。尿細管を通っている間に、原尿の99パーセントの水分が、その中に含まれているアミノ酸やブドウ糖などと一緒に尿細管と並んでいる血管の中に再吸収されて全身に戻り再利用されます。一方、老廃物を含む残りの1パーセントの水分だけが尿として膀胱に送られます。健康な人では、膀胱の中に150-200ミリリットルの尿が溜まると、膀胱の出口の筋肉が神経により緩んでトイレに行きたくなります。しかし、膀胱はゴム風船と同じで、我慢すると500ミリリットル位までは溜めることができます。つまり、1日1リットルの排尿の人は、我慢すれば一日二回トイレへ行けばすむこ

とになります。しかし、余り我慢すると膀胱炎の原因にもなりますので無理することはありません。

また、高齢になると誰でも頻繁にトイレに行きたくなったり、尿の出方が悪くなります。加齢とともに膀胱の筋肉が緩みがちになり、それに関係した神経も鈍感になります。例えば、介護を受けている高齢者では本人が気がつかない間に「おもらし」をすることがあります。頻尿や排尿に時間がかかるのは高齢者では誰でも経験することです。場合によっては病気が引き金になる事もありますので、ひどいときは医療機関で検査することをお勧めします。

泌尿器科の病気の場合、多くの方は病院へ行くのをためらいますが、それを放っておくと取り返しのつかないことになります。高齢や病気のために腎臓の働きが低下した人は、「人工透析」が必要です。血管を人工透析器につないで体内で生成した老廃物、毒物を体外に除去して、きれいになった血液を再度腎臓に戻すことをします。この透析は、毎週3回、1回3時間で一生続く治療ですので、患者にとっては身体的に大変な負担です。腎臓は肝臓と同じく多くの薬や毒物により傷つきやすい臓器です。例えば、ある種の抗菌薬（抗生物質）を長期間使った場合や、すぐれた抗がん薬であるシスプラチンやその類似薬は腎障害を引き起こすために使用が制限されています。幸に、腎臓は2個ありますので、たとえ一つを失っても、残りの一つで2個分をまかなうことは出来ます。しかし、一度壊れると腎臓の細胞は再び元へ戻りませんのでくれぐれもご注意の程。

8. 前立腺肥大症から前立癌にはならない

「前立腺肥大症」は男性だけの病気です。前立腺はクルミほどの大きさで、その内部を膀胱から出た尿道が貫通しています。この前立腺は加齢とともに肥大し、それにより尿道が圧迫されて排尿障害になるのがこの病気です。食生活が不十分だった昭和30年頃までは、日本人男性のほとんどが加齢とともに前立腺は萎縮していました。ところが、その後、食生活の向上・欧米化により、現在では40代、50代で肥大症の症状が出始めています。60歳を過ぎると、半数以上の人々が昼夜を問わずトイレに行く回数が増えて、さらに尿の出が悪くなるために治療を必要とする人が増えています。加えて、高齢になると腰回りの筋肉が落ちると膀胱から押し出す力も落ちて、トイレへ行ってもちよろちよろ状態になります。そして、80歳までには日本人男性のほぼ全員が肥大症になるため、「男性の更年期症状」といわれています。

正常な人の場合、一日の尿量は年齢、性別に関係なく1.5-2リットルです。前立腺肥大症になって尿が出にくくなると、尿は膀胱の中に溜まりいつでもトイレに行きたくなる状態になります（残尿感）。前立腺肥大症の患者が注意することは、トイレへ行くのを長時間我慢しない事。我慢するといざトイレへ行っても尿を出す神経がすぐには反応せず出難くことがあります。また、下半身を冷やさないようにし、骨盤内の血液の循環を常に良い状態に保つことが必要です。これには歩くなど適度の運動をすることがもっとも効果的です。肛門と膀胱は同じ筋肉と神経でつながっているため、便秘の人は尿の出が悪くなる場合があります。前立腺肥大症は良性腫瘍ですので、専門医の話では、前立腺癌と違って周囲に広がったり、骨やほかの臓器に転移することはないといわれています。また、肥大症が進んでもそれ自体が癌に変わることはないそうです。

前立腺肥大症の診断にはいろいろな検査法があります。例えば、超音波検査（エコー）です。これは医師が患者の肛門から直腸の中に小さな機械を入れて、その機械から出る音波が前立腺で反射して戻ってきた音波を画像に変換してモニター画面で前立腺の状態をみることができます。また、最も多く用いられるのは血中のPSA検査です。PSAとは前立腺でのみ作られる特殊な抗原タンパクで、その一部が血液の中にわずかにとけ込みます。4.0以下では正常ですが、前立腺の病気になるとその数値が徐々に大きくなります。4-10はグレーゾーン、10以上は癌の疑いありと言われていています。しかし、加齢とともにこの数字は増えますので、70歳代以上では他の症状がない限り10くらいまでは正常と

考えられている様です。前立腺癌になると20、30と進み100あるいは1000まで増加しますので、その様なときは早急に癌治療が必要です。その他の診断法として直腸診があります。これはもともと直腸癌の検査に使われるもので、医師が手袋をはめてゼリーをつけた指を患者の肛門から直腸に入れて直腸壁ごしに前立腺の大きさや形を診察します。この検査法は最も簡単ですが、あくまでも医師の指の感触と経験により判断するものです。

PSA検査の場合、前立腺肥大症と前立腺癌との判別は、PSA値と同時に測定するPSA-F/T比が25パーセント以上の場合には肥大症、それ以下の数値の場合には癌と判定されています。もちろん、これらの数値は症状により変わりますので、確定診断には針生検によって癌細胞が存在するかどうかを顕微鏡で判定することが必要です（「9. 前立腺癌」の項参照）。私は6年前から前立腺肥大症と診断され薬を飲んでいますが、PSA値は4-6の間ですが、PSA-F/T値は34-42パーセントで、医師は典型的な肥大症と判断しています。前立腺の16ヶ所から採取した針生検でも癌細胞は見つかりませんでした。

前立腺肥大症の治療法としては、肥大した前立腺をレーザー療法や手術で取り去る方法があります。肥大症の場合は尿道に巻きついた側、つまり、くるみ状の前立腺の内側が肥大して尿道にぴったりくっついて圧迫しているので、それを全部はぎ取るのは容易ではありません。前立腺肥大の手術を受けたとき、運悪くあまり慣れていない医師だったせいか、前立腺を削り取っているときに誤って尿道に穴をあけて、手術後も尿道から尿が漏れるなどの悩みを抱えている人がいます。

内科で高血圧の治療薬を飲んでいる人が前立腺肥大症で泌尿器科を受診するときには必ず医師に伝えてください。血圧降下薬と肥大症治療薬を同時に飲むと、薬の種類によっては血圧が異常に下がることがあります。治療薬としては、黄体ホルモン剤（抗男性ホルモン剤）があります。これは女性ホルモン剤で、前立腺肥大の原因となる男性ホルモンの作用を抑える働きがあります。女性ホルモンの注射でPSA値は殆ど正常値まで下がりますが、注射を止めるとまた徐々に増えますので、通常は放射線療法に切り替えます。女性ホルモン療法を長く続けると、副作用として高齢者のご婦人によく見られる骨粗鬆症になることがあります。その他、漢方薬としては八味地黄丸があります。前立腺肥大症患者の中には、夜中の頻尿を心配して、水分摂取を抑える人がいますが、過剰でない限り水分摂取はそれほど気にすることはありません。

9. 前立腺癌は転移が怖い

前立腺肥大症と前立腺癌とは全く似て非なるものです。最も違う点は、前立腺肥大症は良性腫瘍で、いくら大きくなっても他の臓器に転移することはありません。それに対して、前立腺癌は悪性腫瘍で、進行すると他の臓器に転移します。前立腺癌の排尿障害の症状は、前立腺肥大症とは最初のうちは違います。前立腺肥大症は前立腺の内線（尿道に絡まっている箇所）が肥大するので、肥大がある程度進むと早いうちから尿道を圧迫し尿が出にくくなるなどの自覚症状があります。それに対して、前立腺癌は主に外腺（前立腺の外側で尿道から離れた部分）に悪性腫瘍が発生するため、早期では尿道の圧迫もなく自覚症状もありません。しかし、腫瘍が大きくなると尿道や膀胱を圧迫するようになり、尿が出難い、トイレの回数が多くなる、尿をしたあとでもすっきりしないといった排尿時の症状が見られます。また、前立腺肥大症ではみられない血尿や膀胱の痛みが多くなります。前立腺癌は骨に転移し、転移した部位の痛みがありますが、肥大症では転移しないのでこの症状はみられません。

前立腺癌と他の臓器の癌では大きな違いがあります。前立腺癌の特徴は、進行が非常に遅いことです。他の臓器の癌は若ければ若いほど進行が速く、年をとってもある程度の進行は維持し続けます。しかし前立腺癌の場合は、発癌してから癌と診断できるまでにはかなりの年月がかかるといわれています。一般に、正常細胞が癌細胞に変わるのに20年かかるといわれていますが、専門医によれば、前立腺癌の場合は、一つの癌細胞ができてそれが増えて治療を要するようになるまでに約40年かかるとのことです。つまり年齢を重ねるごとに癌細胞の数が増えるため、60歳を越えたくらいから前立腺癌の発見率が高くなるのです。だからこそ前立腺癌が「高齢者の癌」といわれるようになったのです。進行が遅いので、他の病気で亡くなった高齢者の方を解剖してはじめて前立腺癌が見つかるといった場合もまれではありません。また、他の癌に比べて薬が大変効きやすいのもこの癌の特徴の一つです。

検査法としては、前立腺肥大症と同様に、直腸診、超音波診断（エコー）などがありますが、最も多く使われているのが血液を用いたPSA検査です。ほとんどの前立腺癌（90パーセント以上）で10以上、時には50、100などの高値を示します。通常は4以下を基準値（正常値）とします。人間ドッグなどでも測定してくれる場合が増えてきました。採血するだけで測定できますので、50才以上の男性は積極的に検査を受ける事をおすすめします。PSA値が10

以上になったら癌を疑いますが、専門医は他の検査結果を合わせて判断します。前立腺癌の疑いがある場合、最も確定的な検査法は針生検（はりせいけん）です。これは肛門に局所麻酔した後、尿道から前立腺に専用の太い注射針を直接刺して前立腺の6—8ヶ所から組織をとり、それを顕微鏡で検査して癌細胞の有無を調べます。肥大が進んで大きくなった場合は10—20ヶ所から組織をとることもあります。

もし癌細胞がみつかったら前立腺癌としての治療が必要になります。前立腺癌の治療はその進行度により、ステージAからDまであり、それらの段階により治療法が異なります。ステージAは自覚症状がなく、人間ドックなどで偶然に発見されたもの。Bは直腸診では見つからないが、PSA検査で高値を示し、癌細胞が前立腺の中に留まっているもの、Cは前立腺周囲から他へ転移はないが（骨、肺、リンパ節、肝臓）、前立腺の外側の膜を破って外へ出ているもの、Dは骨や他の臓器に転移しているものなどです。

治療を受けるにあたっては、患者は種々の治療法の利点と欠点について納得するまでを医師と話し合うことが必要です。一般に知られている治療法としては、手術、レーザー光線治療、放射線療法、薬物療法などがあります。治療薬としては、肥大症の場合と同様に抗アンドロゲン薬（抗男性ホルモン薬）を使います。「前立腺肥大症」の項で述べた様に、前立腺は男性ホルモンが多くなると起こり易いので、これを抑えるために、反対の作用をもつ女性ホルモンを投与します。抗アンドロゲン薬は女性ホルモン作用を持った薬です。治療を受けた患者や医師の話では、抗男性ホルモン剤の投与によりある程度前立腺癌は縮小し、PSA値はゼロ近くまで下がりますが、投与をやめると徐々にもとへ戻る人が多いといわれています。天皇陛下は数年前に前立腺癌の摘除手術をしましたが、新聞報道によるとその後再発し現在は抗アンドロゲン薬で治療しているとのこと。この薬を長期間飲むと、若い女性と同じ様に顔がふっくらしてきます。高齢者の場合、いろいろな薬を飲んでいる人が多いので、前立腺肥大症や前立腺癌になったら、他のくすりとの飲み合わせに注意して下さい。組み合わせによっては急に尿が出にくくなるものがあります。中でも、高血圧患者が飲む利尿薬や、むねやけのときの薬、眼科で瞳孔を開く薬、胃けいれんや腸の痛みなどを鎮める痛み止め、また、抗うつ薬、アレルギーの薬である抗ヒスタミン剤などとの飲み合わせには注意が必要です。最後に一言。60歳を過ぎたら一年に一度は病院でPSA検査をする事を勧めます。

10. 脳梗塞は時間との勝負

「脳卒中」とは、脳の血管が詰まる「脳梗塞」と脳の血管が破れて出血する「脳内出血」「くも膜下出血」をひっくるめた呼び名です。昔は「中気」や「中風」とも言われました。「脳卒中」の語源は、「卒然として悪い風（邪気）に中る（あたる）」です。熱中症や中毒の中（あたる）と同じ意味です。「くも膜下出血」は30代、40代の働き盛りの人に多くみられますが、「脳梗塞」は高齢者に多い病気です。しかし、単に加齢だけではなく、高血圧や糖尿病、心臓病、喫煙や飲酒などによる生活習慣病の一つと考えられています。私の友人に脳梗塞を患った人が多くいます。中には、3回も脳梗塞で倒れたのですが、幸いに治療が早かったために今では元気で暮らしています。脳卒中は、がん・心臓病に次いで日本人の死因の第三位です。

友人の経験談を述べます。ある日会議の途中で突然冷汗（ひあせ）が出て胸が苦しくなったのですが、しばらくしたら楽になったのでそのまま帰宅しました。一週間後再び前回よりも激しい症状になり病院へ行ったら心筋梗塞とのことで早速入院しました。第一回目の症状は、血液の塊（血栓）が小さかったため、一時的に血流が止まったのですが、幸いに血栓が流れて血流が元へ戻ったため回復したと考えます。

心筋梗塞や脳梗塞には多くの場合前兆があります。脳梗塞の場合は、「片方の手足がしびれて力が入らない」「いつもはない激しい頭痛がする」「ろれつが回らない」「ものが二重に見える」「急に手の力が抜けて、持っているものを落としてしまう」「文字が思うように書けない」などの症状が多く現れます。これらは「一過性脳虚血性発作」と呼ばれており、小さな血栓が一時的に脳の血管を詰まらせた状態です。小さい血栓は速い血流で流されたり溶けたりしますので一時的に症状がよくなり正常な状態に戻ります。

また、前兆なしに突然症状が出ることもあります。その場合は数分から数十分で症状が急速に進みます。脳の血管が血栓で詰まると、それより先の部分には酸素や栄養分が行届かないので、脳細胞が死んで再び回復させることは困難です。これが「梗塞」です。詰まったところが命に関わる部位でなければ、一日も経つと症状が治まりますのでそのまま病院に行かない人も多いです。しかし、その後再発することが多いので、前兆や症状が出たら一刻も早く病院で診断、治療を受ける事をお勧めします。

血栓の予防方法としては、血栓を溶かす「ワルファリン」という薬が多く用い

られています。しかし、この薬の作用は非常に強いので、間違っ
て多量に飲むと体内で出血し死亡することがあります。したがって、
病院では患者一人ずつ血液検査をして投与量を決めます。ワルファ
リンは、脳梗塞や心筋梗塞を経験した患者に再発の予防薬とし
ても使われています。ワルファリンの他に、「アスピリン」「小児
用バファリン」（主成分はアスピリン）も予防薬として広く使わ
れています。アスピリンは、昔から痛み止めや熱が出たときによく
使われていますが、血栓予防の場合はその三分の一くらいの量の錠
剤を毎日飲みます。脳梗塞の治療は時間との勝負です。脳は30分
前後血液が送られないと、脳細胞は働きを失います。脳梗塞の治
療に使う薬は、症状が出てすぐの場合（急性期）と、何時間、何日
か経ってから（慢性期）使う場合により種類が違います。治療の
基本方針は、血栓を手術によって取り除くか、薬を使って溶かし
て血流を再開させるかのどちらかです。脳梗塞を起こした直後の
超急性期の場合は、「t-PA」（テーパーエー）（一般名：アルテ
プラザーゼ）という薬の点滴注射が多く用いられています。ただ
しt-PAは、「症状が出てから3時間以内に使用しないと血栓が溶
けない」という時間的制約があります。また、作用が強力ですの
で、過剰に投与すると出血することがあります。症状が出てから4
8時間以内に意識が回復した場合には、アルガトロバン（商品名
：ノバスタン、スロンノン）、ウロキナーゼ（商品名：ウロキナ
ーゼ、ウロナーゼ）などの点滴投与や、ワルファリンの錠剤を
投与して、血栓が大きくなるのを防ぎます。何日か経過して症
状が安定したら、「塩酸チクロピジン」（商品名：パナルジン）
「シロスタゾール」（商品名：プレタール、エバテールなど）
「アスピリン」（商品名：バイアスピリン、小児用バファリン）
などの錠剤を毎日飲みます。脳梗塞や脳出血の症状が出たら一
刻も早く治療することが肝心です。さもないと、症状が悪化し
て後遺症を残して介護が必要となることが少なくありません。特
に、コレステロール値が高い人は脳梗塞や心筋梗塞になり易い
ので、医師と相談しながら薬による治療を継続することが必要
です。

11. 「廃用症候群」は老化の引き金

「廃用症候群」をご存知ですか。最近「生活不活発病」ともいいます。定年を過ぎた頃になると、いつまでも若々しく生きたいのはだれでも願うところですが、あなたの知り合いにも「どうして、この人は若く見えるんだろう」という人がいるに違いありません。歳をとること（加齢）と老いる事（老化）とは、必ずしも同じではないのです。加齢とは単に歳をとることですが、老化とは歳とともに内臓の働きが悪くなり、精神的、肉体的に活動が落ちることです。白髪が増える、髪の毛が薄くなる、顔のシワが増える、などはだれでもおこる老化の一般的な現象です。しかし、高血圧、骨粗鬆症、動脈硬化、脳卒中などはすべての人にみられるわけではありません。これらは老化によるのではなく、たまたま高齢者に多くみられる病気なのです。これらの病気は薬である程度は健康を取り戻すことが出来ますが、加齢（エージング）は逆戻りできません。

高齢になると誰でも視力、聴力の低下や忘れを感じて不安になります。さらに老化が進むと食事のときに飲み込むことが困難になり、まれに気管に食べ物が入って肺炎になり命を落とす事も珍しくありません。健康な人では、食道と気管は喉の中で丁度道路の分岐路のようになっており、その分岐路に弁があります。食物が喉に入ると自動的に弁が気管の入り口をふさいで、食道に流れるようになります。しかし、老化に伴って弁の動きが鈍くなると、食物や水が入っても気管の入り口が半開きの状態になるため、気管から肺に入り「誤嚥性（ごえんせい）肺炎」になります。正常な人の肺は無菌状態ですので、雑菌が付いた食物が肺に入ると、忽ち炎症を起こして肺炎になります。特に脳梗塞や脳出血などの後遺症を持つ高齢者では十分に注意しなければなりません。ちなみに、誤って異物が食道から胃に入った場合は「誤飲性（ごいんせい）」といいます。もう一つ高齢者が注意する事は「廃用症候群」です。老化に伴って姿勢が崩れて腰が曲がると歩行障害や転倒し易くなります。不幸にも転んで骨折したら何ヶ月もベッドの上で体を動かす事ができません。長期間になると、患者にとって床ずれが大変な苦痛です。ようやく骨折が回復してもすぐには足腰が動きません。使わない体の部分は動きにくくなるのです。これを「廃用症候群」といいます。健康人であっても、使わないと筋肉が縮んだり、関節が硬くなって思う様に動かなくなり、その状態はどんどん進行します。手足を動かさないでいると、筋力は、一週目で20パーセント、二週目で40パーセント、三週目で60パーセント低下します。この筋力低下を回復させるためには意外に長い期

間がかかり、1日中ベットで安静にすると、それによって生じた体力の低下を回復させるためには1週間かかり、1週間の安静の後では1か月かかるといわれています。

この様な「廃用症候群」は手足だけではありません。脳も同じです。高齢になると記憶力が落ちる上に、生活の中での刺激が少なくなります。それを防ぐには、何でもよいから好奇心や趣味をもつことです。重度のストレスはうつ病の原因になり老化を進めることとなります。ストレスがかかると、アドレナリンが多く出るため血管が収縮して血圧が上がります。しかし、ストレスの原因が消えると元の正常な血圧に戻ります。この様なストレスによる高血圧を「ストレス性高血圧」といいます。また、病院で診察の時に医師が血圧を測ると、患者は緊張のためか10-20は平常より高くなります。これは一種のストレス性高血圧です。強いストレスに曝される人ほど病気にかかりやすく、その結果寿命が短くなる事はよく知られています。短気ですぐ怒る人はアドレナリンの出過ぎで、そのために血管が収縮し胃潰瘍や脳卒中の原因となります。ストレスは心筋梗塞や脳梗塞の原因にもなります。水槽の中でネズミを30分も泳がせると、最後には胃の内側が真っ赤になり潰瘍ができます。

お年寄りの病気は単独で起こることは少なく、動脈硬化、高コレステロール、心臓の肥大、腎臓の働きが悪くなる、などなど複数の病気が同時に現れるのが特徴です。したがって、病院では山ほどの薬を処方されることが少なくありません。高齢者が薬を飲むときには注意が必要です。第一に、高齢になると、腎臓の働きが一般に落ちていきますので、本来ならば、腎臓から尿へ排泄される薬がいつまでも体内に留まることがあります。特に、腎臓に病気を持つ人は同じ薬を長期間飲んでいると、その薬が体内に蓄積し、あるとき突然薬の副作用が現れることがあります。また、加齢に伴って、肝臓の解毒能力も低下したり、体内の水分が減少し脂肪分が増えます。食べ物の栄養分や、飲み薬の成分は主に小腸で吸収されます。また、高齢者ではカルシウムの腸からの吸収も落ちますので、それが骨粗鬆症の原因になることもあります。

12. [ど忘れ]と認知症は別もの

高齢になるとだれもが物忘れに悩まされます。自分で眼鏡をかけたまま眼鏡をさがすとか、用事があって二階に上がった途端に用事を忘れたとか、冷蔵庫を開けたとたん何を取り出すのか忘れた、などは誰でも日常経験することです。この程度の物忘れでしたら心配いりません。高齢者が誰でも経験する単なる「ど忘れ」です。「今朝なにを食べましたか」と聞かれて、「さて何だったろうか」と考え込むうちはまだ正常です。単なる老化による「ど忘れ」です。最近の事を聞かれて思いだせないときでも、「そのとき一緒にいた人」とか、「その日は何日だった」とか、何か関係づけるヒントで思い出せば問題ありません。心配なのは、「今朝食事をしましたか」とか、「今朝何時頃起きましたか」などの質問に対して、すぐに答えができないときです。

私どもが毎日記憶する新しい出来事は、脳の中の「海馬（かいば）」という場所に収納されます。この場所では、一か月前、一週間前、昨日、今日などの新しい記憶が送り込まれます。海馬の収容能力には限界があるため、空席がないと新しい情報を記憶する事ができません。そのために適当に物忘れすることが必要です。これまで経験した事をすべて記憶したら生きているのがいやになります。嫌な経験や記憶は脳が自動的に忘れさせてくれるのです。一回きりの記憶はやがて海馬から消え去ります。多くの情報の中で、どうしても記憶したい場合は、何回も繰り返して海馬に送る事によりそこに刷り込まれます。この様にして刷り込まれた記憶は、やがて「側頭葉」という場所に移動してそこに永久保存されます。側頭葉に移された記憶は時間が経っても簡単に消えることはありません。さらに、もっと古い記憶は「側頭葉」から「頭頂葉」に移され、ここで永久保存されます。つまり、馬海に蓄えられる記憶は、「当座預金」のようなもので出入りが頻繁ですが、「側頭葉」や「頭頂葉」に蓄えられた記憶は「定期預金」の様なもので、自分で消さない限り永久保存されます。高齢になると、子供のころのことや、小学校での生活などは鮮明に記憶しています。これは、昔の記憶が永久保存されている証拠です。

認知症はその原因により2種類に分けられます。一つは、脳出血や脳梗塞など脳血管障害による忘れです。もう一つは、高齢者にみられる「アルツハイマー型」です。最近では40代、50代でみられる「若年性認知症」の患者が増えています。血管障害による認知症は、原因となった病気を治療することによりかなり回復しますが、アルツハイマー型認知症はその原因がよくわからないので

もっと深刻です。一般に言われている原因は、脳内に「アミロイドベータ」という特殊なタンパク質が増えて、それにより「老人斑」というシミが脳の中にできるためといわれています。しかし、それ以上の詳しいことはわかっていません。アルツハイマーの患者の特徴は、新しい記憶を司る海馬の細胞が壊れるため、今朝の出来事や、いま直前の記憶を思い出す事ができません。それとは逆に、側頭葉や頭頂葉に蓄えられた昔の記憶は永久保存ですのでよく覚えています。

アルツハイマー型認知症はその進行が速いので、治療せずにそのままにしておくと、一年後には別人と思われるほど病状が進行します。今のところこの病気を完治する薬はありませんが、初期のアルツハイマー型認知症の患者の進行を止める薬として、日本の製薬会社のエーザイが開発した「アリセプト」が世界的に使われています。もし、高齢の方で最近どうも言動が変だと思ったらできるだけ早く治療を受けることをお勧めします。

13. 医者と言分、患者と言分

誰でも病気になったときには、出来るだけ「名医」に診てもらいたいと思います。では、名医とはどんな医者をいうのでしょうか。マスコミでたびたび名前が出る医者か、週刊誌で名医の番付で上位の医者か、いろいろな考え方があると思いますが、私は患者の話をよく聞く医者か名医ではないかと思います。これは一般の社会でも同じです。部長と平社員とか、先輩と後輩のように、明らかに身分の上下関係がある場合は、目上の者が目下の人の言う事を聞かない事が少なくありません。病院の中でも同じです。患者の言う事を殆んど耳に入れないで、医者が血液検査や尿検査の結果だけを頼りに判断する医者は名医とは言えません。患者の言う事をよく聞いて、その上で検査結果を参考にして判断する医者こそが名医なのです。医者が患者にいろいろ質問する事を「問診」と言います。問診の上手な医者こそが名医です。問診をうまく進めるためには、患者側の正確な情報も必要です。例えば、「いつごろから熱がありますか」の質問に対して、「少し前から」と答えるのではなく、「昨日から」とか「二日前から」とか具体的に数字を出すことが大切です。

医師の何気ない一言が患者に大きなショックを与えることがあります。ある日の診察室での患者と医者との一問一答。患者、「白内障を手術して視力はよくなりますか」、医師、「必ずしもよくなるとは限りません。脳の神経が原因で視力が落ちている場合はよくなりません。かえって悪くなる事があります」。この医者の答えは患者に大きな不安を与えることになります。確かに手術では何が起こるかわかりませんので、医者側では起こると思われるあらゆることを並べたということになります。しかし、あまり起こりそうもない事まで患者に伝える必要はありません。時には「知らぬが仏」の方が患者にとって幸せな事もあるのです。

昔は医師の不手際による裁判は、殆んどの場合医師側の勝訴でした。しかし今は状況が一変しました。患者や家族は自分の飲んでいる薬や病気について多くの知識をもっています。したがって、医者側も必死になって患者側の言分に分けない様に専門的な言葉で説明します。時には「上から目線」の発言をしたり、処方した薬の副作用について、必要以上に不安を与える内容まで説明することがあります。この様な医者は決して名医とはいえません。薬には大なり小なり副作用がつきものです。しかし、医者は目の前の患者に、処方した薬の副作用をすべて伝える必要はないのです。不整脈の薬を貰った患者に、「この薬は

多くの患者に使われていますが、使い方を間違えるとショックで突然死する人もいます」と言われたら、たとえそれが何万人か何十万人に一人であっても患者にとってはショックです。診察室の中では患者は必要以上に神経質になっています。こんなとき、ベテランの医師だったら、患者の心のうちを読んで不安にならないように説明に気を配ります。「何万人に一人くらいは副作用が出ますが心配いりません」と患者に説明したら、患者は安心してその薬を飲むでしょう。高齢になると猛暑や酷寒の気温の変化に体がついていけないことが多いです。これは体温調節の働きが鈍くなっている証拠で病気ではありません。私の経験談を一つ話しましょう。10年以上前の真夏にアメリカに行ったときです。午後早くにホテルにチェックインし、夕方まで30度を越える猛暑の中で市内を観光して夜10時頃ベッドに入りました。夜中2時頃に突然心臓が飛び出る程の動悸で目を覚めました。脈は不規則でこのままでは心臓が停まるのではないかと思いつつ明け方を迎えました。翌朝、ホテルの中で食事をして部屋に戻ったらいつの間にか昨夜の出来事がウソのように正常な脈に戻っていました。帰国後早速循環器内科に行きホルター心電計（24時間心臓の状態が記録される様な携帯用の心電図）や心臓エコーなどによる精密検査の結果、幸いにも心臓に異常はみられませんでした。主治医は「発作性心房（しんぼう）細動は健常者の半数以上にみられます。心房細動で心臓が停まることはありません」とのことので一安心。この様に、患者に余計な不安を与えることを言わないのがベテランの臨床医です。同じ心電図をみても、「心房細動はたまには心室（しんじつ）細動になり突然死につながる事がありますので注意して下さい」と言われたら、患者は不安でたまりません。

高齢者の不安症に悩む患者にとって、熟練の医者は何よりも救いです。腕の良い医者を選ぶのは寿命の内といいますが、患者に不安を与えない説明が出来る医者は、優れた精神安定剤よりも患者にとっては良薬になります。

14. 「説明と同意」は誰のため

皆さんは病院で医師から病状や手術について説明を受けた経験があると思います。これを「インフォームド・コンセント」(略してIC)と言ひ、日本語では「説明と同意」と訳されています。医師が患者に対して、治療内容の方法や意味、効果、危険性、治療にかかる費用などについて、十分にかつ分かりやすく説明し、そのうえで治療の同意を得ることがICです。しかし、診察室では、医師の説明を聞くだけで、それについて質問する患者は少ないのです。その理由は、診察室の中では無意識のうちに上下関係が出来るからです。その上、説明内容は各医師によって微妙に異なります。学生に教えるように詳しく説明してくれる人もいるし、全く事務的に一方的に話す医師もいます。医師は「患者の立場」を考えて説明するのが仕事ですし、患者が十分に理解しなければ何の意味もありません。

ICは手術のときには特に重要です。医師にとって、患者の入院や手術は日常の業務ですが、患者にとっては一大事です。肝臓や腎臓など大きな臓器の場合、「手術が必要だ」と言われただけで気が動転しているので、医師の説明はほとんど上の空で頭に入りません。こんなときに冷静に話を聞いてちゃんと理解して納得することが出来たら神業です。

私の経験を述べます。白内障の手術をしたときの事です。白内障の手術は、今では日帰りで出来る程簡単になりましたが、手術前日に担当医から型通りの説明がありました。彼は眼の解剖図や、白内障の原因、手術はどんな方法で行うか、など手元の説明資料を見ながら30分程説明しました。説明が終る頃何気なしに手術承諾書の病名のところを見てびっくり仰天しました。手術する眼は左なのに、右眼に○印がついているのです。「私の手術の眼は左ですが」といったら。医師は慌てる事なく、右眼の○にバッテン印をして、左眼に○をしました。つまり、医師にとってはその段階で左右どちらでもよかったのです。彼が平然と右から左に書き換えた意味は後でわかりました。手術当日、手術室の看護師が私の手の甲に「左眼」と書いた絆創膏を貼り、手術時に医師はカルテを見て左眼を確認してから手術に入りました。つまり、医師は当然ながら手術室での作業の手順から考えて、左右を間違ふ事はない事を予め知っていたから、外来での説明は型通りで彼の責任は果たした事になるのです。

最近は医療過誤の裁判が多く報道されています。手術室で健全な腎臓を間違つて摘出したり、左右の肺を間違つて手術したりなど考えられないことが現実に

行われているのです。ICは医師と患者の双方にとって重要な意味をもっています。手術の後で医師の不手際で患者が不利益になった時に、患者や家族とのトラブルをおこさないためのものでもあるからです。特に、検査入院や手術の時のICは患者にとって大変重要です。局所麻酔薬や全身麻酔薬を使う場合、手術そのものの危険性とは別に麻酔薬の危険性があります。多くの麻酔薬は気体ですから、身体の中に入るとその分だけ酸素が追い出されて、長時間の麻酔では酸欠状態になります。最悪の場合は呼吸停止状態になります。従って、全身や下半身だけの麻酔の場合には、一般に酸素吸入をしながら酸素を補給して手術をします。手術中は常に血圧や心臓の拍動数と同様に、血液中の酸素濃度を自動的に測定しながら行うのが常識です。最近では、手術のときには十分に教育、訓練を受けた麻酔専門医が麻酔を担当しますので、昔に比べて麻酔による事故は極端に少なくなりました。

病院の外来で患者が医師から説明を聞くときには、一方的に聞くだけでなく患者側も次の様な心構えが必要です。

- 1) 医師が患者に手術の説明をする場合は家族が同席すること。これは、気持ちが動転している患者だけでは十分に理解しないことがあるので、冷静な立場の家族にも立ち会って貰うことにより、医師、患者側双方に誤解をなくするメリットがあります。
- 2) 病名や病状の進行状況、手術による病状の回復の可能性について納得するまで質問すること。
- 3) その病気についてどんな治療法があるのか、また各治療法の利点・欠点を十分に理解すること。
- 4) 患者本人や家族が医学関係の書物を読み、自分の病気についてある程度の基礎知識を得ておくと医師との話し合いがスムーズになることがあります。しかし、時には医師のプライドを逆なでする事もあるので度を過ぎない様に発言することを勧めます。

ICはもともと患者が医師の説明を理解するために出来た制度ですが、医療過誤裁判で医師に説明義務があることを認めさせるための法廷内での戦略でもあるのです。しかし、時には医師側に有利になることもあります。患者や家族が手術承諾書に署名したら、その時点で「すべてお任せします」という意思表示になるからです。医師の説明で納得いかない場合には、理解するまで十分に質問することが肝要です。

15. 名医の一言は値千金

私はかつて「不安神経症」だと思ったことがありました。そこで友人の神経内科医に検査してもらったら「正常だよ」とのこと。専門家が言うので間違いないだろうが、何となく納得できない。それが不安症だといわれればそれまでだ。私にとっての大敵は閉所と暗闇です。先日脳のMRI検査を受けました。初めての経験です。これといった自覚症状もなかったのですが、私の周囲で脳梗塞を患った友人が増えると何となくこちらも不安になります。

予約の日がやってきました。この検査を受けた人はご存知でしょうが、鉄のかたまりを管状にくりぬいた様な機械の中に頭部を入れて撮影する。ストレッチャーの台の上に寝かされた。「検査を始めます」の声に反射的に眼をつむる。身体がしだいに機械の中に吸い込まれて行く。理屈はよくわからないが、強力な磁場を発生するのですごい騒音である。30分程して「検査が終わりました」の声で目を開けた途端、鼻先五センチほどのところに円筒の天井があった。狭い空間の中に頭部を入れて撮影したらしい。閉所恐怖症の私にとっては最も恐ろしい場面である。もし、検査中に目をあけて天が目の前に迫って来たら、恐らく動悸と息苦しさに撮影が続けられなかつただろう。医師の診断では、「脳の梗塞も萎縮もみられない」とのこと。この分だと当分は余命を楽しめそうです。直ちに命にかかわることでない限り、患者に余計な不安を与えることを言わないのがベテランの臨床医です。「腎臓の機能は少し落ちていますが、年齢を考えるとこの程度だったら生活に支障ありません。心臓も大丈夫なので長生き出来ますよ」と言われると、患者はホッとします。高齢者の場合、本当の事をそのまま伝えられると益々不安をかき立てられることがあります。これから先何十年も生きる保証のない高齢者にとっては、緊急の治療を要する場合以外は、「特別なことはありませんから安心して下さい」と不安を取り除いてくれる医者が本当の名医です。

(完)

