

The Academia Highlight ●アカデミア・ハイライト [33]

麻酔科学の新たな進展

by うのめ・たかのめ

先月は麻酔科学に関する著名な学会が、日米で相次いで開催された。麻酔科医が対象なので、当然外科手術に必須の「麻酔」が主な関心事であるが、双方で目に付いたのは、「ペイン緩和」関係が無視できない割合を占めたことである。特に日本では臨床麻酔一本やりであった 5 年前とは打って変わり、発表件数の 3 分の 1 を占めた。

日本麻酔科学会での関心事はやはり麻酔の安全性で、直感よりも EBM 重視、膝疾患を持つ患者への肝切除など高難度の手術への対処法や超音波ガイド機器の使いこなし、術後のスムーズな覚醒などに力点があった。

そもそも麻酔は究極の侵襲手技である外科手術を行うために必須のプロセスであるが、その歴史は意外に新しい。華岡青洲が西欧に 40 年も先駆けて、全身麻酔下で乳癌手術を成功させたのは 1804 年であった。天然の鎮痛・催眠作用薬で痛みを和らげる段階から笑気ガス等による吸入麻酔薬全盛期を経て、20 世紀初頭の硬膜外麻酔法の発見で局所麻酔の有効性が認められた。ようやく術前～術中～術後トータルの周術期麻酔管理を行う麻酔科医が誕生したのは、米国では 1930 年代、日本は 1950 年代であった。

日本の麻酔科医はその誕生時期が影響したのか、人口比で米国の 3 分の 1 に過ぎず、麻酔による事故死が米国に比べて一桁多い原因の 1 つと見なされている。麻酔科医になる要件に内科医であることを米・独は規定しているが、日・英は医師免許があれば専門研修が受けられる。日・独の 5 年の研修期間は米の 3 年、英の 7 年と比べて特に長いわけでもなく、これが影響しているとは考え難い。憂慮すべき点は、むしろ麻酔科のアカデミア崩壊が起

きている英国の後を日本がたどることかもしれない。

麻酔は手術の妨げになる反射の抑制と疼痛コントロールを適切に行い、患者の全身状態を管理しながら薬剤・輸液・出血量などのバランスを取って当たり前の世界であるが、自発呼吸が止まる全身麻酔では人工呼吸器の監視も加わる。長時間の難手術、覚醒下での脳手術、術後覚醒の良さを要求される日帰り手術など、特性に応じた麻酔戦略を術者・サポートチームと共有し、突発的な事象にも対処できなければならない。麻酔科医は知識・経験・洞察力・胆力が常に問われる、過酷だがやりがいのある仕事との認識が、わが国では少し低いようである。

今学会で注目を浴びた「疼痛」は、第 5 のバイタルサインと言われている。痛み刺激を受容する専用の受容器、痛覚ニューロンおよび伝導路が存在することや、鋭い痛みと鈍い痛みは伝わる神経線維が異なることなど、細胞レベルでの解明が著しい。また、痛みを放置すると慢性痛に移行するリスクも指摘されており、WHO の 1986 年「癌の痛みからの解放」や、米議会の 2000 年「痛みの 10 年」宣言などと相まって、ペイン緩和は独立した治療法として歩み始めた。わが国ではモルヒネに対する誤解が根強く、疼痛患者では習慣性が起きないと実証されてもいまだに躊躇される傾向があるが、特に癌患者の QOL 向上には欠かせない治療法と言える。

薬剤が効き難い疼痛患者への応用研究が活発化する脳深部刺激法 (DBS)、炎症抑制よりも全身状態を整えることを重視する漢方薬の再評価など、疼痛理解の深化とともに麻酔科学は新しい局面を迎えている。