

奇跡は続く

心臓機械弁のはなし

制作



南淵明宏

医療法人社団冠心会 大崎病院
東京ハートセンター / センター長



心臓と命



医療法人社団冠心会 大崎病院
東京ハートセンター / センター長
上席心臓血管外科医

南淵 明宏 ●なぶち・あきひろ

PROFILE プロフィール

1958年大阪市生まれ。83年奈良県立医科大学卒業、医師免許取得。オーストラリア、シンガポールで研修。91年帰国し、その後心臓外科医として活躍中。「心臓外科医の実力は、執刀医の執刀件数で決まる!」など、メディアを通じて自由な提言を続けている。

「生命」を刻み続ける心臓

この冊子は、機械弁と呼ばれる心臓人工弁のお話です。

さて、心臓は命そのものです。その働きは全身に絶えず血液を送り出すことです。絶えず脈打って、血液を体の隅々に送っているのです。その回数は、1日約10万回にもなります。

心臓は生命を刻み続ける臓器と言えます。

心臓には「弁」がある

「心臓には4つの部屋がある」というのはご存知でしょう。このなかで左心室という部分が、体全身に血液を送り出している最も重要な部分です。その入り口に当たる部分と出口に当たる部分に弁が付いています。弁とは、そこをいったん通過した血液がもう元の方には決して戻らないという働きを持った装置です。つまり、血液の流れを一方向に制御するものなのです。



▲正常な心臓の4つの部屋（心臓が逆立ちしているため、左心室は右上）

心臓の弁も奇跡の「装置」——大動脈弁——

わたしたちがこの世に生きているという事実は、奇跡にほかなりません。人体の内部は奇跡だらけです。心臓の弁も、まさに奇跡です。大動脈弁という左心室の出口に付いている弁は、本当に薄い膜でできていて、透き通っています。それでも1日に10万回開閉して何十年もびくともしません。弁が閉じた瞬間、弁にはものすごい圧力がかかります。大

動脈弁の場合、水を天井に向けて1メートル吹き上げるぐらいの水圧です（心臓拡張期のdicrotic notch〈重拍・重複切痕〉時点の70mmHg水銀柱程度を想定）。

心臓弁を顕微鏡で見ると、細胞の核が少し

だけ見えます。少数精鋭の職員で、清掃と保全と警備を行っているのです。現在のところ、人間の技術力でこれほどまでに耐久性があり、柔軟性のある薄い膜を作るには至っていません。人体の内部は上下、左右まったく非対称です。こういった過酷な「現場」でずっと働き続ける膜を、人類は未来永劫人工的に製造することはできないでしょう。



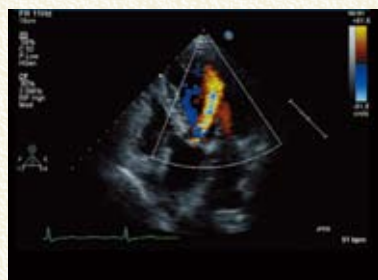
▲大動脈弁閉鎖時

大動脈弁の異常

大動脈弁の異常

そんな過酷な仕事をさりげなく、しなやかにこなしている大動脈弁ですが、壊れることもあります。

壊れ方はさまざまです。大動脈弁がうまく閉まらなくなって血液が逆流してしまう閉鎖不全の状態か、あるいは硬くなってうまく開かなくなる、つまり血液の通過障害を起こしてしまう狭窄という状態が起きます。



▲血液が逆流している（オレンジ色の帯）



◀弁尖が伸び切って逆流した大動脈弁

●大動脈弁の異常の2つのタイプ

1. 閉鎖不全→血液の逆流
2. 狭窄→血液の通過障害

大動脈弁の異常の原因

閉鎖不全の原因は、大動脈弁自体が弱くなって伸び切ってしまう、いわば材質の変化が主因です。この原因はよく分かっていません。それは製造段階、つまり生まれつき大動脈弁が弱かったことが原因でしょうか？ 生まれてから成人するまでに10億回程度しっかり作動していたのに、その後壊れたからといって「製造段階に原因があった」などとは誰も考えないでしょう。太古の昔、人類の寿命は30歳に満たない短いものでした。つまり30歳ほどで大動脈弁が持たなくなるというのはごく普通で、それ以上永く持つことの方が異常なのかも知れません。

大動脈弁のもう一つの異常、弁が硬くなる原因は炎症です。炎症とは体の一部で細胞が破壊され、それを修復しようと工事する生体の反応です。でも工事が必要となった原因は何でしょう？ 例えば、物理的な刺激、つまりあまり激しく動き過ぎたためにキズがついたのか、外部から細菌が侵入して弁にこびり付いてそこで弁を破壊したのか、いろいろ考えられます。そういったキズ、破壊が少しずつ長い間に何度も繰り返されるうちに、人体は健気にもその都度カルシウムを沈着させて修復してきたのでしょう。

●大動脈弁の異常の原因

1. 閉鎖不全←生まれつきの要因？
2. 狭窄←長い間の炎症修復の結果？

大動脈弁の異常にどう対処する？

どちらにおいても、大動脈弁にこうした物理的な構造異常がある状況を薬を飲むことで改善できません。逆流や狭窄があると、心臓は普段より余計に頑張ります。寝ている間も心臓は頑張る続けるのです。しかしそのうち追いつかなくなります。心臓が体の要求に応じて血液を送り出せなくなる状態、つまり心不全に陥ってしまうのです。息苦しさやめまい、脱力が起こります。体を動かすとすぐに心臓からストップがかかるのです。「体を起こしているときの方が、横になっているより楽だ」と感じる起座呼吸という現象も起こります。

突然不整脈が起こって心臓が止まってしまう恐れもあります。近くに誰かがいてAEDなどで対応してくれないと、突然死ということになってしまうのです。

●大動脈弁に異常があると何が起こるのか？

1. 心臓への負担→心不全、起座呼吸
2. 心臓の突然の停止→不整脈による突然死

大動脈弁の異常が、ある一定の基準を超えた逆流、あるいは狭窄（通過障害）と判定された場合、最悪の事態を未然に防ぐ、または悪い状態を改善するために手術が推奨されます。手術については、患者さん自身が何人かの医師の意見を聞き、「いつ手術するか」

「どこで、誰によって手術を行うか」

患者さんの裁量で決定しなければなりません。

さて、どうして何人もの医師の意見を聞くべきなのでしょう？ 医師によって意見が異なることも大いにあるからです。とは言うものの、日本全国の医師は例外なくAHA（アメリカ心臓病協会）のガイドラインを基に判断しようと試みます。1冊の本を基に判定するのです。しかしこれはあくまでガイドライン、文章で書かれた「考え方」です。混沌とした目の前のリアル・ワールドにピタリと当てはまるものではありません。

人工弁置換術

壊れた大動脈弁を人工の弁で置き換える治療方法を行うべき状態と医師が判断し、患者さん自身もそれに納得したならば、どういった病院で誰によってその治療を受けるか、これについても患者さん自身が選択して決断しなければなりません。

さて、その場合、手術で使用する人工弁には機械弁と生体弁の2種類があります。機械弁とは炭素の樹脂でできたものです。大変丈夫で、耐久試験では400年分開閉させても壊れないとされています。ただし、ワーファリンという血液の固まる作用を弱める薬剤を一生、毎日飲み続けなければなりません。

一方、生体弁とはウシの心臓を包んでいる膜を利用して縫製した弁のことです。ブタの大動脈弁をそのまま利用して化学薬品で処理したものもあります。こちらは、ワーファリンは必要ありません（しかし、心房細動などの不整脈がある場合は、そちらの理由からワーファリンを服用する必要があります）。ただし、耐久性は機械弁より劣ります。10年から15年は大丈夫と言われていますが、それ以上は未知数です。

現在は65歳以上の患者さんでは生体弁を勧めるという世界的傾向があります。一方、「50歳代やそれより若い患者さんなら機械弁を選択すべきだ」と大方の心臓外科医は考えています。「ワーファリンを服用する必要はあるが、生涯において再手術の必要はないだろう」という理由からです。

機械弁と生体弁の機能に差はまったくありません。こうしたことから「どちらを選ぶか、患者さんに決めてもらう」という風潮なのです。

とは言うものの、65歳以上では生体弁、それより若い患者さんでは機械弁という傾向にあります。

ワーファリン

ワーファリンは血液が固まる機能を鈍くする薬剤です。心臓弁が機械弁に交換された患者さんは毎日1度、生涯にわた

りワーファリンを飲む必要があります。これによって心臓弁が半永久的にしっかりと機能すると考えられます。

人間の正常な血液は出血すると固まります。ケガなどで血管が破れたときに、その部分で血液が固まることで栓を作って出血を防ぐことができるようになっているのです。特別なことをするわけでもなく日常生活で出血してしまう事態は起こり得ます。歯を磨いたときなど必ず少しは出血しています。胃や腸でも荒れて粘膜が剥がれたり、こすれて出血してしまうこともあるでしょう。

ワーファリンで出血を抑える機能が弱められた体では、通常より多くの量の出血が起こることが予想されます。

ワーファリンは一定期間をおいて、例えば2カ月ごとに、血液の検査をしてどれくらい効いているかを調べ、処方量を調整します。INRという検査の数値で2.0～2.5程度が適正と考えられています。この適正値を維持するためのワーファリンの服用量は、体質によって1mgで済む人もいれば、5mg以上必要となる人もいます。

検査でINRが3を超えていた患者さんでも「ワーファリンの過剰投与で出血がひどく貧血になった」というケースはありません。

ただし、まったく別の深刻な病気が起きたとき、例えば脳出血が突然起こったなどの場合は、やはりワーファリンを服用している患者さんでは出血範囲が大きくなり、より重症化する傾向があります。ワーファリンは他の薬剤との薬物相互作用もあるため、医師による厳重な管理が必要と言えます。しかしワーファリンを服用することで、心臓弁は半永久的に問題なく駆動することができるのです。

ワーファリンに関しては、詳しく説明されたパンフレットやウェブサイト（ホームページ）がありますので、そちらも参考にしてください。

人工弁の手術

心臓弁を人工弁に取り替える手術は全体で3時間から4時間かかります。そのうち、実際に心臓を停止して心臓弁を切り取り、人工弁を縫い付けるのに要する時間は1時間程度です。胸を開いて心臓を停止させるた



▲機械弁を移植する

めの準備に30分、心臓が動き出して胸を閉めるのに約1時間という作業時間です。弁の周囲の石灰化が激しい場合、その部分をきれいに掃除してからでないと、人工弁がうまく縫い付けられません。そういった場合は30分あるいは1時間余計にかかってしまうこともあります。

また、心臓が弱ってしまっていて動きが十分でないとき、人工心肺で心臓の動きを1時間以上助けてやらなければならないこともあります。もともとの心臓のパワーが弱り切った状態で手術を行う場合、心臓を止めるという人為的なダメージで心臓の力をさらに弱めてしまい、パワーが戻ってこない場合もあります。

手術のリスク



「我、包帯し、神、これを癒し給ふ」

これは外科手術の始祖と呼ばれる16世紀の外科医、アンブロアズ・パレの言葉です。

わたしたちの体は奇跡に満ちています。少々のキズは放置していても自然に治ってしまいます。心臓外科医が散々に患者さんの体を痛めつけても、人体は寛容してくれます。癒してくれる何かの力が存在するのです。

しかし、心臓手術が人体にダメージを与えてしまうことは避けられません。人体の寛容力を心臓手術のダメージが上回る事態もあり得ます。先に述べた心臓のパワーが弱り切っている場合や、肝硬変などで肝臓の機能が駄目になっている場合、タバコを吸ったせいで肺気腫という状態になり肺の機能が弱り切っている場合などでは、心臓手術はさらに危険な賭けです。とはいえ経験上、こういったぎりぎりの状態でも手術は大概うまくいくものです。

ある心臓外科医の手術実績が成功率98%だとしても、これはたくさんの患者さんを手術している心臓外科医からみた数字です。残りの2%の患者さんはたった1回の、人生はじめての手術を受けて死んでしまったのです。患者さんから見たら、手術の成功率は常に「0%か100%か」のどちらかなのです。

結果は誰にも予想が付きません。心臓手術には必ず「命を落とすような事態が起こり得る」可能性があります。患者さんは思う存分、時間をかけて悩んでから決めるべきです。

人工弁置換術以外の手術方法

壊れた大動脈弁を人工弁で弁交換してしまうのではなく、体の別のところから持ってきた丈夫な膜を材料にして修復する方法(形成術)を、ごく限られた心臓外科医が行っています。この手術に適した患者さんと、そうでない方がおられると思われる。

カテーテルによる大動脈弁置換術

全身麻酔も胸骨正中切開も人工心肺も必要ない、非常に画期的なカテーテルによる弁置換術が2009年からヨーロッパを中心に行われています。成功すればこれほど素晴らしい治療方法はありません。最近国内でも一部の病院で試行され始めています。

考え方の基準を変えて 新生活スタイルを楽しむ

鷺沼 寛之

(仮名・46歳会社員)

「丸い臓器」のように膨らんだ大動脈

それは広島出張を終え、東京の自宅に夜遅く戻り眠っていた2007年12月のある日、午前4～5時ごろの出来事でした。左胸に痛みというか圧迫感というか、これまで経験したことのない胸の不快感を覚え目覚めました。しかし症状が数分ほどで治まり落ち着いたため、朝まで待って近所の病院を受診しました。

CT検査の結果、大動脈がかなり太いことが分かり、精密検査のため大きな病院を受診するよう勧められました。その時は手術の可能性に思いが及ばず「大学病院なら大丈夫だろう」と、あまり深く考えずに勤務先近くのを紹介してもらいました。そこでのMRI検査でリアルな3D画像を目の当たりにして、事態の深刻さを思い知ることになりました。血液を全身に送る太く丈夫な大動脈も血管は血管ですから、見た目は「管」であるはずなのに、わたしのそれはまるで「丸い臓器」が心臓に隣接するような異様な光景でした。素人ながらすぐに「手術しないで済むわけがない…」と直感し、手術するか否かの葛藤はわたしの場合まったくありませんでした。

いざ、手術を受けるとなると「悔いのない病院・お医者さんで受けたい」という思いが強くなり、病院選びの本やインターネットなどで調べ、南淵明宏先生にお願いすることにしました。それは、心臓手術で有名なお医者さんであることや、年間の手術件数の多さと成功率の高さ、何より希望すれば手術ビデオがもらえるということが決め手でした。それは手術に自信がなければできないことだと思ったからです。

病院やお医者さんが決まったからといって、手術への不安はなくなったわけではありませんが「納得のいく選択をした」という達成感から、もはや迷いなく入院まで仕事に集中することができました。わたしはドイツに本社がある多国籍企業の日本法人で、部品を輸入して販売する仕事をしていて、入院まではいつも通りに連日の深夜帰宅が続きました。

手術当日の08年3月11日、手術室に入る少し前からわたしの記憶はなくなって、気がついたのは集中治療室、翌



日の明け方でした。手術が成功した安堵感と、自分が自分であることを実感でき、ホッとしたのを昨日のことに覚えています。入院からおおよそ2カ月後のゴールデンウィーク明けから復職し、現在は以前のような忙しい日常に戻っています。今となってはあの2カ月は、20年の社会人生活の中でそれまで味わったことのない「バカンス」として、天から授かったような気さえしています。

日常に支障ない「煩わしさ」の受け入れ

手術後の生活で以前と変わった点は、ワーファリンの毎日の服用に伴ういくつかの制限です。食事制限、他の薬との薬物相互作用の注意のほかに、例えば歯科診療所で歯石を取ったときに止血まで通常なら1～2時間で済むところが翌朝くらいまでかかることがありましたが、いずれも日常生活に大きく支障を来すほどではありません。

またドイツ本社に1カ月強の予定で出張した際、10日ほどたったときに血尿が出たことがありました。現地で抗生物質を服用して1週間たっても血尿が止まらず「予定を中断して帰国すべきか」「ワーファリンを飲んでいなければ早く止まるのかな」と気をもみましたが、結局は時間の問題でした。症状が治ってからは現地のお医者様了解の下、ビールも飲み、週末にはオーストリアでスキーを楽しみました。

このようにワーファリン服用の煩わしさは、手術以前を基準に考えれば多少はありますが、考え方を改めて新しい生活スタイルに慣れてしまえば肯定できます。総じて言えば、手術前後で変わらない幸せを感じ、感謝しながらわたしは毎日生活しています。

とにかく前へ進もう。 進めば何かが見えてくる

～機械弁を用いた大動脈弁置換術について～

循環器疾患の専門病院が昨年末に行った“術後の患者様アンケート”で、心臓手術前日の心境はどうだったのか？ 尋ねたところ、大半の人が「けっこう落ち着いて寝られた」と答えました。これは、医療側にとってはいささか拍子抜けする結果でした。「心臓手術の前日、ふつう患者さんは不安で眠れないんじゃないか」と思い込んでいたからです。もしかしたら、こういう部分にこそ、苦境を突破する患者さんたちの本当の姿や強さが、凝縮されているのではないのでしょうか。



3人の体験者が語る 心の揺れと決断過程

南淵 大動脈弁の機械弁治療を選ばれた患者さんは、ほぼ例外なく男性で比較的若い方です。きょうは、ぼくが執刀させていただいた患者さんたちのなかから働き盛りの方々にお集まりいただき、病気が分かってから手術までのプロセスや心境などをお話したいと思

います。お三人に共通するのは現在、病気と折り合いをつけながらバリバリ働いていらっしゃることで、術後の生活がしっかり管理されていることだと思います。

北川さん、経緯はいかがでしたか。

北川 わたしの場合、以前の腹部大動脈瘤破裂に伴う緊急手術のときCT検査で大動脈基部（根元）の直径が、通常35mm程度のところ46mmになっているのが分かりました。マルファン症候群の特徴なので今後さらに大



きくなるだろうと説明されました。その後、54mmまで拡大していました。

南淵 おなかは緊急手術だったようですが、心臓は予測されたなかで、だんだん悪くなっていったわけですね。大動脈基部に異常を来すマルファン症候群は、遺伝的な要因が指摘されています。北川さんに行ったのはベントール手術といって、大動脈弁に機械弁を使い、大動脈の根元をぜんぶ取り替えるものでした。近藤さんはいかがでした？

近藤 最初に行った病院で「そんなに緊急性がないので様子を見ましょう」と言われました。次に大学病院に行ったら「すぐに手術をしましょう」だったので、本当はどちらなんだろうと思って、合計5つの病院に行きました。その結果、3つの病院から手術をしたほうがいと診断され、残りの2病院では内科的治療で様子を見たほうがいと、ちょっとあいまいな感じでした。2年の間、自分で調べ悩み、結局最後は手術を受けることを決断しました。

南淵 近藤さんは、悪く言えば2年間悶悶とされ、よく言えば2年間じっくりと納得するまで熟考されたということですね。近藤さんの場合は突発性^{とんぱつせい}というか、なぜか分からないけれど構造的な弱さで弁のゆがみが

突然起こって来たものです。医者というのは患者さんがそこまで調べていたり、いろんな情報を知っていることにあまり想像が及ばないんですよ。ちなみに、近藤さんは術後6年で、このなかでは一番先輩です。

柳澤さん、お願いします。

柳澤 わたしは会社の健康診断で病気が見つかりました。心臓の異常は思春期に指摘されていましたが、その後は支障もなく過ごしていました。

南淵 柳澤さんの大動脈弁には明らかに先天的な変形が認められました。症状が子供のときに出ることもありますが、柳澤さんの場合はまったく出ていなかったんですね。大動脈弁は狭い(狭窄)状態と逆流(閉鎖不全)の両方がありました。しかしご本人にしてみたら、いきなり病気と言われて青天の霹靂^{へきれき}というか、びっくりしたんじゃないですか。

柳澤 そうですね。自覚症状がまったくなかったところへある日突然「命(心臓)が危険です」と言われましたから。

南淵 ぼくから見ると、柳澤さんの場合もっと前から分かっていたんじゃないかなという印象はあるんですね。でも、現実にはそういう患者さんは多いんですよ。症状がなければ患者さんは何も訴えませんし、医者の方もそう念入りに調べないというか、見逃してしまうことがあるんですね。

「運命」としてあきらめるか 自分の意思で「選択」するか

南淵 病気と聞かされてから、どんな心境だったんですか。また生命観は変わりましたか。

柳澤 病気のことと、早く手術をしなければいけない状態だと言われたとき、なかなか現実のことだと受け止められませんでした。時間がたつにつれて、はじめて死ぬかもしれない考えるようになって「じゃあ、自分の人生をどうするんだ」ということが頭をよぎるようになってきました。こういう病気だと分かるまで、わたしは必死で生きてきたところがあって、仕事も生活も懸命にやって「どんなことも妥協せずに何とか達成してやっていきたい」との思いが強かったんですが、それらを根底からひっくり返すような病気になってみて「もう少し人生を楽しみたい」

北川裕紀さん(仮名)

[プロフィール&病歴]

50歳・私立大学の事務職員。2003年腹部大動脈瘤の破裂にて緊急手術、一命を取り留め、マルファン症候群と診断される。大動脈基部の拡張が進行し、06年大動脈基部置換術にて大動脈弁に心臓人工弁(機械弁)を植え込む。術後4年。

近藤 明さん(仮名)

[プロフィール&病歴]

38歳・会社員。30歳のとき(2002年)、胸が締め付けられる違和感を覚え、近医を受診、大動脈弁閉鎖不全症と診断される。2年間病氣調べと医師・病院探しに費やした後、04年大動脈弁置換術にて心臓人工弁(機械弁)を植え込む。術後6年。術前は空手の師範を務め、武道家として活躍。

柳澤正弘さん(仮名)

[プロフィール&病歴]

37歳・会社員。中学・高校時代から「心臓が大きい」「雑音がある」と指摘されるも精密検査が必要との指示がなく、自覚症状もなかった。2008年職場の成人病検診を契機に大動脈弁の狭窄症・閉鎖不全症と診断される。同年大動脈弁置換術にて心臓人工弁(機械弁)を植え込む。術後2年。

という気持ちが芽生えました。それに3日ぐらい悩むと疲れてしまったんですよ。

南淵 そういうものなんですか。それは驚きですね。

柳澤 妻がすごく心配して、病院探しをずっと引き受けてくれました。わたしがこの病院に最初にうかがったのは2008年の1月末でした。仕事も忙しいときだったんで、手術は5月辺りにできればと相談したら「延ばすとどんどん条件が悪くなります。それにこれは運命じゃなく、選択です」と、心に沁みる説明をされました。帰宅して先生から言われたことを妻に話したら、妻が「もうやるしかない」(笑)。それで最終的に決めました。

南淵 奥さんにはすごく感謝しているということですね(笑)。明らかに弁の変形があることは超音波検査で簡単に分かんんです。だからああいう言い方になってしまいました。近藤さん、どうですか。

決め手になったのは 自分を信じる気持ち

近藤 わたしもまったく同じです。やっぱり唐突に病気が見つかって、でもしばらく受け入れられなくて。

南淵 あまり症状はなかったんですか。

近藤 胸がキューツとなっただけで。前日まで空手をやっていましたが、気づかなかったです。ただ、いくら練習してもスタミナがつかないんで、以前から不思議に思っていましたね。2つの病院のお医者さんから、そんなに緊急性がないという説明もあったんで「薬で延ばせるものなら延ばしていこう」とも考えていました。

南淵 医者の方もね、その辺り気を遣うといったら変ですけど、緊急性がない状態だと、気を遣った言い方になりがちです。近藤さんのようなケースでは、患者さんの主体的な意思がとても重要になってきますが、ご自分で考えて悩んでいるときですから、医者の言葉を本意に反して楽観的に取ったり、悪く取ったりしたと思います。

近藤 確かに、その傾向はありましたね。結局、自分

の都合のいい方ばかりに解釈してしまいました。お医者さんがすぐ手術をしましょうと言ったときは「医者が切りただけでしょ」と考え、もう少し薬で様子を見ましようとなると「やっぱり薬で何とかかな」と。そういう悲喜こもごもがある一方、ちょっと走ただけでゼイゼイして『どんどん確実に心臓が悪くなっている』という実感があったわけです。

南淵 武道で鍛錬してきた方だけに、体の不調はつらいでしょうね。

近藤 病気になる前は体に無茶なことばかりして、まったくいたわって来ませんでした。ところが病気になった途端、体や生に対する執着心が猛烈に湧きあがってきました。

南淵 近藤さんは結局、前へ進んだというか、行動を起こしたというか手術を受けられたわけですが、そうされない方もいらっしゃると思います。もっと先延ばしして悩む人や、ぼくらはドロップアウトと言っていますが、病院に来なくなってしまう人たちです。その後、不幸にして心臓が止まって救急車で運ばれて来たり、本当に手遅れになったりするケースはけっこうあります。近藤さんはどうして手術を受けようと思ったのですか。そこがポイントなのかなと思います。

近藤 わたしは当時、自分で商売をやっていてちょっと休めない状況だったので、手術をするんだったら店を閉めなければいけないと思いました。また子供が生まれたこともあって、いろんなことを考えなければなりません。しかし、手術を決めた一番の理由は「死にたくない、生きたい!」という非常に強い願いです。自分の心臓がどんどん悪くなって、死のイメージに近づいて行っているのに、ただ手をこまねいているだけの状態が我慢できなかったんです。病気が見つかって以降、考えあぐねていましたが、突如「だったらもう、手術を受けてやろう」という気持ちが芽生えました。

南淵 今まで体を鍛えて来たんだから、自分には1つの大きな資本みたいなものがあるから、心臓手術だって乗り切れるはずだ。そういう、自分を信じる気持ちなんですかね。

近藤 そう思います。ただ、手術を受けることを決めてから、自分がこんなに怖がりだったんだということを初めて知りました。怖さから逃れるために、いい手術環境といいお医者さんを求めて、最後の最後まであがいたんです。

南淵 怖がりと言っても、変におびえているわけじゃなくて、夫として父親としての責務を感じるなかでの感覚ではないですかね。むしろ、そこまでやるのが近藤さんの矜持^{きやうじ}なのかもしれませんね。おれが手術を受けるんだから、おれのやりたいようにやるっていう。

近藤 妻もわたしの気持ちを分かってくれて「じゃあ、徹底的に探しましょう」と、わたしが納得するまで付き合ってくれました。

南淵 なるほどね。北川さんどうですか。



北川 最初の手術を経験して、家庭だけでなく職場の理解も協力もいただくなかで、いずれは心臓手術を受けなければならないという覚悟は持っていました。大動脈の直径が54mmに拡大した時点で当時の主治医の「手術を受けたほうがいい」というアドバイスをきっかけに、わたしは心臓手術に向かって動き始めました。

南淵 北川さんに関しては、遺伝性の病気があって心臓手術がいつか必要になるだろうというデータが揃っていたので、理屈的にはご本人も誰も手術に異論は出ない状況だったんですね。

北川 今は本当にありがたく、わたしの人脈は“一生の宝”と大切に思っていますが、当時は周りの励ましも「人ごとだから言えるんでしょ」みたいな気持ちも若干ありました。どう考えても進もうとしている方向は否定しようがなく、ある意味開き直った気持ちで臨みました。



弁置換術を支える人工心肺装置

病院・情報探しはウェブで 医療者との付き合いはアナログで

南淵 次は、病院探しや病院選びの基準についてです。北川さんから、お願いします。

北川 ホームページ（ウェブサイト、以下ウェブ）を見て電話しました。そこで内容を確認して診察の予約を取った次第です。

南淵 そのときの会話は、単なる流れ作業的な内容では決してなかったはずですが、どんな心境でした？

北川 わたしは大手術が2回目ということもあってか、病院に対してそんなにプレッシャーは感じませんでした。病気になったことはしょうがない。「お願いして執刀していただきたい」と。とにかく、それだけでしたね。

南淵 最初の緊急手術の経験での学習が大きかったようですね。一般の人にとって医療者はまったくの異業種で、未知の集団だと思います。医療者が何を考え、何を良しとして仕事をしているのか、付き合ってみないと分からないところって確かにあるんですね。医療者が「大勢の患者さんがいるなかで、手術をしてやっているんだぞ」と言うような人間なのかどうか。北川さんは1回経験されているから「かれらは皆プロで、手術を天職だと思ってしっかり仕事をしている」ことがシンプルに分かっていた。近藤さん、いくつか病院へ行って「いずれも同じだな」という印象でした？

近藤 いいえ、同じ印象ではありません。最初に行ったところと2度目では正反対の答えが返ってきましたから。それで、これはもっといろんな意見を聞かなきゃまずいと思ったんです。

南淵 医者の中には「ドクターショッピング（医療機関の訪ね歩き）をするな」という人もいますが、ぼく

は心臓手術を決めるとき、いろいろ見るのは至極当然だと思います。例えば、いろいろ見積もりを出してもらって発注の判断をするようなものですからね（笑）。近藤さんが調べたのは、ウェブで？

近藤 はい。弁膜症の話とか、患者体験記とか。

南淵 病院のウェブの弁膜症のページで、何が一番知りたいですか。

近藤 手術の症例数ですね。

南淵 執刀医がどんな顔をしているとかは？

近藤 それは全然気にならないです。

南淵 えっ！気にならないんですか。

近藤 あとは外科医の人数ですね。

南淵 北川さんに同じ質問です。

北川 一番重要なのは、症例数に対して死亡数が少ないこと、つまり手術の成功率です。また、すべてのデータをきっちり出している病院は説明責任が果たせているところだと思います。

南淵 すべての医療情報が患者さんに伝わらないことは分かっているんですが、それでも伝えようとしている医療側の姿勢が大事なかなと思います。柳澤さんはウェブを活用しましたか。

柳澤 もちろんです。この病院にも『駄目で元々』のつもりでメールを送ったところ「診ます」と、お返事をいただいたのがはじまりです。

南淵 皆さんはやはり現代のビジネスマンですね。とてもシステムチックに合理的にデジタル環境を活用していらっしゃいます。

「薬は飲み忘れない」でも忘れたら 「覚えておいて」「できるときに飲む」

南淵 皆さんの大動脈弁を代替している機械弁は誕生から32年、基本的なデザインはまったく変わってい

ません。その間、これを凌駕する他の製品は一切、現れなかったのです。こんな医療器械はあまりありません。その結果、世界中で300万人を超える患者実績を重ねた“信頼性の高い人工弁”となったのです。使用条件として、抗凝固薬ワーファリンを毎日服用しないといけませんが、そういう状況にあっても、人工弁治療における成人男性患者（20～50代）の90%以上が機械弁です。

そのほかの人工弁では、ウシの心膜を利用した生体弁があります。機械弁と比べたときのメリットは、抗凝固薬を服用しなくてもいいこと。デメリットは耐久性が約15年と、半永久的に使用できる機械弁より劣ることです。治療実績や耐久性から圧倒的に優位な機械弁ですが、使用実感や評価などをお聞かせください。

北川 抗凝固薬の問題ですが、最初は「とにかく毎日飲まなければいけない」という意識にとらわれ過ぎていました。しかし今では慣れて「飲むのが当たり前」という日常の習慣になっていますので、負担感はなくなりました。

南淵 飲み忘れたことなんかありますか？

北川 恥ずかしながら、ごくたまに。いつもは朝出勤前に飲むようにしていますが、家内が飲み忘れに気づいたら、電話で知らせてくれたりします。そういうときは仕事からの帰宅後に飲むようにして、鷹揚に服薬管理を

しています。

近藤 正直言って、今でも「生体弁の方がよかったんじゃないか」と思うことがときどきあります。やっぱり内出血を気にしながら生活している不自由さを感じるんです。毎日薬を飲むこと自体はぜんぜん負担じゃないんですが、空手をしていて「これは危ないな」とか「前ならこんなことできたのに、薬を飲んでいるからできないな」と感じるのがしょっちゅうあります。

南淵 それはやっぱり、ケガが怖い？

近藤 そうです。空手という相手と戦う競技ではちょっと気が引けてしまうところがあります。その反動で「生体弁で何も気にせず、思いっきり空手ができたらいいだろうな」と。でも総合的に耐久性を考えるとやっぱり機械弁だと思なおし、納得して落ち着くんです。

南淵 近藤さんのような若い方で生体弁を使うと、再手術という将来に問題を残している点で、悩みは尽きないと想像します。医者の方からすると、毎日抗凝固薬を飲んでいる機械弁の患者さんは、コンプライアンス（処方された薬を指示どおりに服用すること）が良好と表現します。病気に理解があり、日々の服薬管理ができる人にしか機械弁は勧められません。柳澤さ

ん、抗凝固薬はどういう感想ですか。

柳澤 わたしの場合、術前と現在の生活は本当に何も変わっていません。薬を毎日飲むのは日課になっているので、まったく苦になりません。最初は皮膚が内出血したときなど、漠然とした不安もありましたが、今は対処法を身に付けているので安心してます。現在は、薬を飲んでいないと自分が病気だったことすら忘れてしまうくらいで、ちょっと幸せかもしれないです。

南淵 皆さん、しっかり受け入れられているんですね。

人や情報に流されてはいけない 関心事はぜんぶ自分で咀嚼する

南淵 最後は、この病気で悩みの患者さんに対して先輩としてのメッセージがあれば。近藤さん、お願いします。

近藤 手術の選択は、本当に自己責任において決めることだと思います。人や情報に流されず、納得いくまで徹底的に調べて“やるかやらないか”“やるならいつやるか”を考え、時間的な余裕があるなら、自分で「ここだ」って思ったときに手術を受けていただきたいと思います。

南淵 世の中には、いろんな人がいろんなことを言ったり、ウェブや本や雑誌にもいろんなことが書いてありますが、それらに振り回されず、興味があるものを選択して、ぜんぶ自分で咀嚼すべきだということですね。北川さんは？

北川 手術から4年たちましたが、医師が親身に勧めてくださり、わたしが決めた機械弁を選択してよかったなというのが今の心境です。生体弁は約15年しか持たないと聞いていますから、心臓を止める大手術をもう1回繰り返すようなリスクは負いたくありません。ただ心配なのは、地震や大事故などの災害時の抗凝固薬の確保です。わたしは万が一に備えて、いつも1週間分を余計に常備しています。

南淵 完璧なリスク管理ですね。柳澤さんは？

柳澤 わたしは機械弁ですごくよかったんですが、他の人がすべてそうだとは限らないので、単純に「機械弁が一番か？」と聞かれても困るところがあります。ただ事実として、わたしは機械弁で復活したというか、何事もなかった元のような生活に戻れています。病気や手術に対して前向きに進んで行けば、わたしのような状況になるかもしれませんので、手術の可能性がある方は、勇気を出してやってもらえればいいのかと思います。



南淵 皆さんに、それぞれの体験や思いからお話しいただきました「とにかく前へ進むんだ。前へ進むと何かが見えてくる」というポジティブなメッセージは、いま迷ったり、心細くなっている後輩の患者さんたちに、灯台の明かりのような役目をしてくれたんじゃないでしょうか。きょうは本当にありがとうございました。



