

放射線科学

私の歩んだ放射線科学

改井 修

昭和52年名古屋大学放射線医学教室に入局し、平成26年3月で正式に現役退職となる。この間、学問的ではなく自分なりに放射線科学をどうとらえながら生きてきたのかを書かせていただくことにした。

私はもともと外科医志望で、放射線科へ入局はしたが単なる通過点と考えていた。

図体が大きい割には手先が器用であったのと、血をみるのがすき（誤解しないで頂きたい）であったこと、急性期も含めて治療の達成感を実感として味わえると考えていたことが理由であった。

学生時代の放射線科学に対するイメージは胸腹部の単純XP、ANGIO、アイソトープ検査をする場所、完治不能な患者さまを治療する科的な感しかもっていなかった。CTはというと、このころにイギリスでキャットという頭の中が見える装置が造られたくらいの段階であった。

卒業後、放射線科に入局するのだが、当時教授不在で今後どういう苦勞をするかもわからないよと言われながらあえて名古屋大学の放射線科を選択した。動機は診断学がある程度できれば外科に行くに困る事はないし医局がごたごたしているならば出て行くのも簡単だろうという不純な動機であった。

昭和52年に入局した頃の放射線診断学の主流は胸腹部や骨単純X線撮影、上部消化管、大腸の二重造影、血管造影を主として、尿路造影、リンパ管造影、アイソトープなどであった。

胸腹部や骨の単純X線撮影の読影には各地にすばらしい読影能力を持った先生がみえて、学会や講演会で読影レベルの高さに感心し憧れたものであった。

消化管の造影では消化器内科の白壁先生が二重造影を完成され、その一門の先生方の詳細な診断は勿論、バリウムの作り方までもこだわるところにただ感心し、いつになったら自分もその域に達せられることやらと考えると自分にはとても無理と思うこともあった。白壁先生の門下生であった岐阜大学の土井教授のもとにもいかせてもらって消化管の習得に努力した事を思い出す。

この放射線科入局時頃から頭部CTについて腹部CTが大学に導入されてきた。当初はCTに造影剤などもってのほかと指導を受けたことも思い出される。

今と違って最終診断はANGIOという時代がCT導入後も長く続き、そのうちに肝臓癌や喀血に対してのIVR、肺がんに対する抗がん剤の気管支動脈からの動注、ASOに対するIVRが出現してからは、連日のように診断のためのANGIOやIVRを日課とすることとなり治療につながるIVRの出現が放射線科に残ろうと考えるようになった動機であった。当時のIVRはカテーテルの作成から、操作技術は今と違って他科を凌駕し独占できる立場にあったと思っている。

やがて佐久間教授が名古屋大学に着任され、放射線科医はほとんどやっていない超音波検査をやってみないかと、なかば強制的にすすめられ超音波診断学にも携わることになるが、これがその後の私の乳腺や甲状腺、腹部の診断学に大きな幅を与えてくれることになる。超音波を始めたころの超音波診断装置はコンタクトコンパウンド装置で今のような電子スキャンではなかった。どうして外科志望で会った私が非観血的で内部構造の把握が困難なこのような検査を放射線科医はほとんど携わっていないのにやらなければならないのかという思いが当初はあった。

しかしそのうちに現在の電子スキャンが登場し、腹部ドプラーや組織特性を世に先んじて取り組ませていただけたので、自分は最先端の超音波医学をやっているのだという自負を抱くことができた。当時の日本超音波医学会は内科、外科、婦人科医が主体の非常に大きな学会で、今のように技師が超音波検査を行っている施設はほとんどなく、医師が施行し診断、学会発表をしていた。いま超音波診断を技師任せにしている施設が多いのにはやや残念な思いがある。まだまだ医師としての立場でアプローチすべきと思われることが多々あるからである。

その後昭和60年に大学を去ることになるが、佐久間教授から「世界初の立体DSAが入っているから君にとってやりがいのあるところだ」といわれて小牧市民病院に赴任することになる。佐久間教授から早くこの装置と臨床的意義について論文を書きなさいとお叱りを受けたのだが、IVDSAの立体視は困難で、学会発表は何度かしたものの論文にすることができなかった。またDSAが開発された当時は、今では信じられないことだが、経静脈性に造影剤を注入し、動脈を描出するところに意義があるという考え方が普通で、カテーテルを使って造影なんてとんでもないという時代であった。なんとか良い動脈像を得ようと肘静脈から秒16ccで総量60ccの造影剤急速注入をルーチンとしていたことを思い出す。しかし診断にたえうる像を得ることができず、世に先んじて現在のように動注DSAを選択し、カテーテルを使い、日本医学放射線学会で発表してお叱りを受けたことを思い出す。

小牧市民病院に赴任してからは何とか放射線科をメジャーな科にしてみせようと院内全ての超音波検査（乳腺、甲状腺、腹部）、院内の胃や大腸の2重造影の一部、全CT、MR検査報告（全ての報告書その日の内に書かなければ急性期病院では意味がないと考えた。）、ANGIO（心カテにも一部関与し、後はすべて院内の頭から下肢までの診断とIVRをこなした。）、放射線治療（ガンマナイフも含め）をこなす毎日であった。放線治療とIVRの患者さんの入院治療も主科として携わるべきと考え実行していた。当時小牧市民病院の余語院長が放射線科に格別な理解と協力をして頂けたことが、私が小牧市民病院で現在に至るまで最先端の医療機器を自由に次々と導入でき、モチベーションを保つことができた理由だと思っている。

しかしこれだけの仕事をすると病院内では評価はされたが、常勤放射線科医2~3人ではどうしても息切れがするのと私も年齢とともに処理能力にかけりがではじめる。特に研究的なことをやってみたくともなかなか時間が取れない。興味ある症例について深く調べてみようと思っても、現在のように多くの本があるわけではなく、また文献もいまのようなインターネット環境になく、グーグル先生がいないので日数がかかる等、日常の業務に追われて中途半端な日々を過ごさざるをえない状況下にあった。

またスタッフの体調不良もありANGIO、IVRは脳外科、消化器内科、循環器内科などに多くは渡さざるをえなくなった。また全国的な傾向であるようにデバイスの発達で手先の器用さ、熟練した技術がなくても多くのIVRが可能になった事、患者さまを直接見て、治療する立場にある主科がIVRにたずさわるようになって来るのは自然な流れと思われる。

一方、私が病院での忙しさに惑わされ、勉強を怠って、経験と過去の診断学の中で生きているうちにCT、MR診断が飛躍的に向上していたことにきづくことになる。いままではそこまでの解像力はないものと決め込んでいたものが、大学から新しく先生が赴任して来られるたびにここまで機器の解像力が上がっていたのだと驚かされ、最近では若い先生たちに教えを請い、勉強している次第である。頭部の変性疾患や感染症、婦人科疾患、関節疾患などは特にその域にある。

最近の若い放射線科医の鑑別診断の引き出しの多さに感心し、診断を1点に絞る事を心がけてきた私には性格上なかなか困難なことも自覚しているこのごろである。しかし何とか今の診断機器、診断学についていき、生涯現役の放射線診断医でありたいと思っているこのごろである。

一方、私が病院で最近特に重宝されるのはUGIや胸部単純X Pをそれなりに

読影できることにある。最近の人たちは他科も含めてこれらの読影を勉強しようという気がないようである。その割に救急受診者に胸腹部の単純X Pがルーチンで撮影され、単純写真をとる感覚でC Tが追加施行されている。なんともやり切れないきにもなる。

若い放射線科医が診断の指導的立場にたたれ、放射線治療ともども未来に期待を持てる放射線科学を築いていかれることを願って我が放射線道を書かせていただきました。

(小牧市民病院 放射線科部長)

