

私の放射線科診療の変遷

岡江 俊治

まだ懐古的となるほどの年齢ではありませんが、40年前の放射線科診療の内容は、現在のCT、MRIおよびRI中心の画像診断や、IMRT、SRTおよび粒子線治療を最先端とする放射線治療とはかなり異なっています。私は昭和54年から放射線科医師として様々な診療を経験してきました。平成以後に放射線科医になられた方には想像もつかない内容が含まれています。来年3月末で現在の職場での管理職を定年退職する予定ですので、ひとつの区切りとして紹介させていただきます。

医師として初めての職場は母校（鳥取大学医学部）の附属病院でした。見習い業務の一つとしての血管造影の助手がありました。穿刺はできないものの、カテーテル抜去後の圧迫止血法を伝授されました。カテーテル交換が容易となるシースイントロデューサーがまだなかったので、動脈穿刺部分が細くて済むことから止血は割とうまくできました。消化管造影（上部消化管、下部消化管）及び上部消化管内視鏡の研修も開始となりました。前者は当時流行し始めた二重造影です。内視鏡と同時でしたので、両者の画像を比較するのが面白く、バイブルである市川平三郎著の教科書を愛読していました。下部消化管造影はいわゆる注腸造影であり、空気とバリウムによる二重造影像を大腸全域で撮像します。ジャイロ式といって、患者さんが体位変換しないで済む撮影装置を使用していました。今はもう見かけません。気管支造影の研修も気管支鏡と同時に行いました。いずれもはじめは指導医の手技をしばらく見学してからおそるおそる行います。CTは、昭和54年が頭部専用装置とともに、全身用撮影装置が導入された年でもありましたが、症例数はまだ少なく、あまり勉強した記憶がありません。アイソトープ検査もすでにありましたが、肝シンチ、ガリウムシンチ、レノグラム、骨シンチぐらいです。あと、当時の最新の検査としてエコーがあります。はじめは放射線科に装置がなくて、産婦人科からお借りしていました。放射線治療も昭和54年から研修を開始していました。といってもコバルト装置とベータトロンで2台だけで、線量計算は今思えば簡単な方法しかありませんでした。コンピュータによる治療計画装置の出現はずっとあとになって

からです。病棟業務も卒後ただちに始まりました。カルテの記載方法、検査依頼や処方のかた等を医局の先輩やベテランの看護婦さんから教えていただきました。病棟では末梢からの静脈注射、点滴注射が新人の仕事です。静脈切開は循環器内科の先生、中心静脈へのカテーテル留置は外科の先生と、それぞれ名人のような先生にお願いしていました。受け持ち患者さんは現在と同様に癌患者さんが中心でしたが、急性胆管結石や血尿の原因精査目的の方もおられました。今では考えられないのは、結核患者さんを受け持っていたことです。約半年ぐらい入院されていたとおもいますが、当時は真面目であったというべきか、ほぼ毎日回診していました。ほとんど病状の変化がないにもかかわらず。患者さんに付き添われていた家族の方は、不幸にも頸部リンパ節結核に罹患され、大きな腫瘍が生じてしまいました。治療として、照射線量は忘れたのですが、少量の放射線治療が行われ、その結果、腫瘍は劇的に縮小、消失しました。今ではきっと許されないかもしれません。患者さんは湿性咳が続いていて、私もベッドサイドで患者さんから世間話をよく聞いていたりして感染のリスクが高かったのですが、若さゆえでしょうか、何事もありませんでした。その他に単純X線撮影、断層撮影、リンパ管造影、学生指導、等も少しですが、担当していました。以上が1年間の経験です。

昭和55年に名古屋大学放射線科に転勤しました。はじめは大学が変わると、これだけ業務がちがうのかと驚きました。内視鏡検査がなくなり、エコーもありませんでした。圧倒的に多かったのが、アイソトープ検査、ライナックによる放射線治療でした。消化管造影、血管造影は同程度でした。CTは名大でも揺籃期であり、頭部専用装置と全身装置が1台ずつ導入されていました。症例数はまだ少なく、夕方医局の先生方とわいわい検討しながら読影して短時間で終了していたような印象です。

同年の6月に佐久間教授が赴任されてからは、エコーに始まり、全身CTやシンチカメラの複数化、MRIやRALSの導入、等が次々に進められました。私自身が担当したのは、サーモグラフィーとレーザーアーキユパンクチャー(Nd-YAGレーザーによる経穴の刺激療法)です。後者は、学生時代に剣道とともに東洋医学研究会という部活に入っており、鍼灸治療に興味を持っていたことが縁となり担当させていただきました。いずれもいわゆる産学共同研究でした。レーザーアーキユパンクチャーは長く臨床治験を行っていましたが、以前から使い慣れていた気管支鏡下のレーザー焼灼術を実施したり、ヘマトポルフィリンを用いた光化学療法といった先進医療にも着手させていただきました。現在では伊藤善之教授の指導により放射線治療分野でレーザー照射の臨床

応用が進められており、懐かしく思い出されます。最終的にはレーザーに関する臨床研究をまとめることにより学位論文のテーマにもなりました。

昭和60年から約1年半の間、国立名古屋病院（現在の名古屋医療センター）に赴任しました。ここでは、CTの読影を中心に、血管造影（立体拡大撮影に凝って膵癌の術前アンギオを多く行いました）、上部および下部の消化管造影、腹部エコーなどを多く行うことができました。外科や内科、泌尿器科の先生と親しくなり、しょっちゅう他科のカンファレンスに顔を出して仕事をもらうという毎日でした。当時の上司により自由に仕事をさせていただいたおかげと感謝しております。その前後の名大時代では、診療以外に、実験として、上司の石垣先生や小林先生が取り組まれた動物実験のお手伝いもさせていただきました。お二人の明るいキャラクターのおかげで、楽しく関与できたことに感謝しております。

昭和63年に現在の病院（安城更生病院）に赴任してからも新しいことに挑戦しました。透視下の胃瘻造設術、名大病院からの継続であるNd-YAGレーザーを用いた気管支鏡下腫瘍焼灼術、サーモグラフィー、各種エコー（網膜中心動脈のカラードップラー像を含む）、等です。当初は1人医長でしたので自由に診療できました。病院内には動物実験室があり、ラットを大量に飼育できました。ある成分を含めた飼料をメーカーさんに作っていただき、それを食べた群とその他の群への放射線照射の実験を行いました。また、入院患者さんをたくさん受け持つようになり、土日も関係なく出勤していましたが、その間に実験する時間を多くとれました。しかしながら、結局実験は中途半端に終わりました。病棟の受け持ち患者さんは末期の方が中心で、亡くなった場合、ほとんどのご遺族に剖検許可をいただきました。8人亡くなった年度があり、全員の剖検をお願いしたことがあります。たまたま担当した患者さんの臨終に立ち会えず、自宅へご遺体が戻られてから、ネクロプシー（生検針で病変のみの組織標本を採取）の目的で、自宅を訪問してお棺のご遺体から採取させていただいたこともありました。安城という地方都市であり、当時は医師に対して尊敬の気持ちが残っていた土地柄のため可能であったと思います。IVRで印象に残っているのは、骨盤外傷による持続勃起に対する内陰部動脈塞栓術、脊髄動脈血栓症に対するアダムキュービッツ動脈血栓溶解術、胃食道静脈瘤に対する脾静脈-左腎静脈瘻からの血管硬化療法、等です。勿論、うまくいかなかった例も非常に多いのですが、思い出すと冷や汗が出ますので割愛させていただきます。実は、専門の先生が赴任されているこの十数年間はほとんどIVRを行っていません。

最後に。これから私が行いたい放射線診療は、真にオーソドックスな内容です。即ち、最新の放射線治療（緩和的照射から根治的照射）とともに画像診断の最先端の知見を常に取り入れていくことです。あと半年後に病院の管理職から離れば、夕方からかなり自分の時間が確保できる見込みであり、未読で積んであった成書や学会誌を含む雑誌を片端から読み込んでいきたい気持ちです。そして最新の診療を実践していくうちに気づいた点を、新たな知見として学会に発表していきたいと思えます。

（安城更生病院院長代理兼放射線科部長）

