

外科医としての40年

長尾 二郎

東邦大学医学部外科学講座一般・消化器外科学分野（大橋）教授

私が消化器外科医となって40年、この40年で消化器外科は大きく様変わりした。入局時の師匠、鶴見清彦先生からは外科手術の基礎を叩き込まれたと同時に医療がどんなに進歩し機械化しても患者さんとの人間関係が第一であることを教わった。また日常診療の心得として、「獅子の如き心（決断力）」、「鷹の如き目（観察力）」、「鷲の如き爪（技術力）」を持つよう常に努力することを指導していただいた。次の師匠である炭山嘉伸先生からは、臨床・教育・研究の三本柱の全てに全力で望む努力を惜しまないことと、『患者さんに優しい医療』の大事さをご指導していただいた。

40年前当時の外科治療について思いだしてみると、われわれの教室においては「胃全摘手術」は一大イベントであった。医局会の話題となり、助手として手術に参加した私自身、前日から緊張し、ベストコンディションで臨むことを常とした。手術の佳境は食道空腸吻合である。当時の吻合法は後壁漿膜筋層縫合を3-0絹糸の結節縫合（Lembert縫合）を行い、次に3-0クロミックカットグットによる全層連続吻合（Albert縫合）を全周性に行い、最後に前壁漿膜筋層縫合を3-0絹糸の結節縫合で行うのである。

所要時間は患者さんの体型によりかなり幅があるが、30～50分位を要する。所要時間以上に手術の最後の部分での極めてストレスのかかる手技・時間であったと記憶している。

そのストレスと、手術成績の両方を解消したのが時代の流れ…ではなく、自動吻合器の開発である。しかし、開発当初の自動吻合器について、師匠の鶴見教授の考えは「長尾君、大学では器械を使うのは良いが、それで手術ができると思わないように注意しなさい。外の病院ではそのような器械は無いのだから。」であった。しかし、その心配をよそに、自動吻合器の進歩・普及はすさまじいものがあり、現在では胃全摘術における食道空腸吻合を前述のような手縫い操作で行っている外科医はいないどころか、腹腔鏡下手術が優性の消化器外科では腸管吻合のほとんどに機械吻合器が活躍している。しかし、腹腔鏡手術は決して良い点ばかりではない。確かな技術の裏付けも必要とされる。次世代の外科医である後輩諸君には、ぜひ安全・確実な手術手技を身につけ『患者さんに優しい外科手術』を実践してくれることを祈るばかりである。