

- 最終講義 -

MY PATIENT IS MY TEACHER

川崎医科大学内科学（循環器）教授 沢 山 俊 民

1. プロローグ

私は開学当時から2年間は助教授であったが、昭和51年（第一期生の時期）からこんにちまで教授として学生を指導し続けている。

さて、私の座右の銘は表題にもあるように My Patient is My Teacher であることから、この最終講義では「患者から教わったこと」を順次紹介してその責を果たしたい。

2. 「心臓」との出会い

私が恩師の一人に遭遇したのは母校である京都府立医大卒直後のインターン時代であった。それは米国留学の経験が深い高木誠先生で、大学では教わらなかった「臨床心臓病」との出会いであった。先生から指摘されたが私には聴こえなかった心音（陳旧性心筋梗塞患者に発生していたギャロップリズム）が次項で述べる研究テーマの発端となった。

なぜ私が心音に興味を持ったのか。それは案外、少年時代には音楽鑑賞に、大学時代にはヴァイオリン演奏に、それぞれ熱中した結果なのか。なにしろヴァイオリンを始めて3年目の6年生時には学生オーケストラのコンサートマスターに選ばれたくらいだから。所詮、心音は楽音ではなく、あくまでも雑音・ノイズーなのだが、最近の学生いわく「先生は音楽で耳が鍛えられているから、心音がうまく聴こえるのでしょうか」<耳ではなく、もっと中枢部の鍛練の賜物だと言っている>。

3. 母校・日本に飽き足らず、国内外に留学の時代

心臓病の臨床に興味が尽きなかった頃、当時は主流でなかったこの分野（むかし消化器、いま循環器）のこと、大学内のどこにも師はいなかった。思い切って教授を通じて東京大学医学部第二内科―上田英雄教授―にお願いをしてしまった。それが叶って昭和35年に上京した。当時は現在とは異なって、心臓病といえバリウマチ熱の後遺症に悩む弁膜症患者や先天性心奇形症例が主で、それらの数と種類が実に豊富であった。上田教授からは、研究の場としては心音図室が、研究のテーマとしてはギャロップリズムが私に与えられた。その結果、現在なら人工透析で延命される筈の慢性腎不全例は、3音ギャロップが聴かれはじめると生命予後は平均3週間であるという成績が得られた。このデータはのちに大学院研究課程の学位論文の基盤となった¹⁾。

さらに渡米したい一心で先ず応募したのが各部署の所属長がすべて米国エール大学の教職員で占められていた広島市のABCC（原爆障害調査研究所、現放射能影響研究所）であった。都合2年間のお務め中に念願が叶った。そのエール大学医学部心臓内科学留学中（昭和42年から45年の3年間）には、帰国後、成書「心臓病診断の技術」を執筆するもになったデータが豊富に得られた。37歳の若輩が著書を出版したことで「出る釘は打たれる」場面も多かった。当時は（今も変わらないが）心音図に加えて心尖拍

動図・頸動脈波・頸静脈波などの脈波を同時記録することによって心臓の機能が評価できる「心機図」を用いた教育と研究に没頭した時期でもあった。

4. 新大学時代の幕開け

学園紛争に巻き込まれていた出身大学で人事の凍結があったことも幸いしてか、要請を受けて着任した縁もゆかりもない倉敷市に設立された川崎医科大学で新生活が始まった。教育に興味を抱いていた私にとって新大学の居心地は悪くなかった。しかしショックを受けたことが一つあった。所属長は外来診療を週3回担当するという状況になった。それでも間もなく開き直って、外来で臨床データを多く集積して教育や研究に役立たせようと決心した。その結果、全国規模で多施設心臓病研究会を組織して行うことになった臨床研究の基盤が作られた。この頃から外来診療の場で弁膜疾患、心房細動、肺塞栓、心臓突然死などのデータ集積が始まった。

5. My patient is my teacher, your patient is your textbook!

当時、郵便番号5桁のこの土地柄が幸いしてか、未治療の患者が数多く紹介されてきた。そのデータをもとに多くの成書も執筆・出版した。しかし何といっても教科書は過去のもの、それに対して患者は現在のもの。彼らから学べば必ずや新知見が得られるものと確信するようになった。

ここで、「忘れ得ぬ」患者達を3例紹介し、それぞれ臨床研究との関連について述べよう。

(1)第1例:「間一髪」の症例

①症例呈示

これは1978年の出来事で、私が心房細動と脳塞栓の関連^{2)~5)}に関心を持つ切っ掛けになった第1例である。患者は64歳の主婦。持参した紹介状には「不整脈があって心臓が大きいため治療が難しいので診てほしい」と記載されていた。私たちは紹介患者があっても歩行可能な患者に

は、心電図と胸部レントゲン検査を先に受けてもらう。さてこの患者を診る順番になった。心電図は「心房細動」示している。そして軽度の右室負荷所見もある。従って、診断は僧帽弁狭窄か心房中隔欠損のどちらかだろう、と思った。

さてこの患者を呼び入れようとした矢先に看護婦が処置室から走ってきて、その患者が意識を失って左半身麻痺が生じているのですぐ来るように連絡があった。この時点で、<患者は心房細動を呈する僧帽弁狭窄であり、たったいま中大脳動脈領域に血栓塞栓症を起こしたものだ>と推測した。そこで娘さんに対して母親の心雑音の指摘、心不全の発症などに関す既往歴を聞いたが全く否定された。

急いで診察したところ、僧帽弁狭窄であれば僧帽弁狭窄メロディが聞かれるのだが、本例ではかすかにオープニング・スナップ(僧帽弁開放音)のみであった。しかも普通は先ず心不全が起こるのにそれ以前に筆者の目前で脳塞栓が起こったのである。

即刻入院である。CTで出血の像がないので梗塞である。3日後に再検した結果、右側の中大脳動脈領域に出血性梗塞の所見が現れていることが判明した。やはり脳塞栓だった。後日の心エコー検査の結果、僧帽弁が肥厚し、左心房が拡大していた。これで僧帽弁狭窄が確認されたのである。

なぜ「間一髪」なのか。脳卒中が起こったのは私が診る直前ではあってもまだ診療してない時点であった。ところでこのイベントがなければ、この患者は軽い僧帽弁狭窄だから、検査を予約して帰宅していただいたと思う。しかしもし脳塞栓が帰宅途上で起こったり、帰宅後に起こったら致命的になったのではないか。その意味で「間一髪の症例」と称している。その後患者の病状は改善したので退院され、なお後遺症は残しているものの、2週間に1度松葉杖をつきながら近医に通院しつづけているという。

このような例を経験したので、従来一度も弁膜症と言われたことがない本症にどの程度塞栓が生じているのかが私の関心事となった。

②僧帽弁狭窄500例での心房細動・脳塞栓の検討³⁾

そこで、私は先の多施設に呼び掛けることによって僧帽弁狭窄500例を集計した。そして年代と脳塞栓と心房細動との関連を検討すると、何と塞栓は20歳代から生じており、心房細動が起これば塞栓率が非常に高く、30～40%にもなることが判明した。また、調律は洞調律に比して心房細動が2倍も多く、しかも専門施設を受診するまでに僧帽弁膜症と診断されていないか、心雑音があるとかえいわれていなかった例が40%弱もあることがわかった。これらをまとめて内科学会で発表し論文もした³⁾。

(2)第2例：「心不全」で紹介された59歳男性。

実は、肺塞栓の第1例

①症例示す

主訴が「友人が電話の声で本人のく息切れ」を察知した」であったため、「呼吸器疾患」として呼吸器内科へ紹介された。ところが肺野には異常陰影が見られなかったためか、「心不全である」として私に対診を求められた。

診ると、患者は急性右心負荷で急性肺性心の状態にあった。これこそ肺塞栓（主として下肢静脈に生じた血栓が遊離して下大静脈から右心房に入り、右心室を経て肺動脈を閉塞した状態）だと確信したため即刻入院してもらい、精査の結果本症が確認されたのである。

この事例を契機に肺塞栓症が多く発見されるようになったので、学会報告・取材・外務省からの連絡などが相次いだ。

まず、例の「多施設心臓病研究会」に依頼して本症を集計することになった。その結果、本症が235例に達し、1992年4月1日の日本内科学会総会に「肺塞栓235例の診断と治療の問題点」として報告した⁶⁾。

②新聞紙上で報道「膝負傷の妻が突然死」

その直後に読売新聞社記者がインタビューに見え、当日の本誌夕刊紙上に「増える肺血栓症－右ひざ負傷の妻が突然死。無念の夫、一人で訴訟」と題して大々的に報道された。私の写真が左下の隅に、右上には患者の主人が妻の位牌

を抱いて訴訟に持ち込んでいる写真が私の目を奪った。自転車で転倒し某病院で2針縫ってもらっただけで不帰の人と化した妻。剖検で肺塞栓と判明したのだが、臍に落ちないのは夫。本症の発症に関する予測予知は不可能であったのかも知れないが、本例には、最近発見されるようになった血液の凝固能が亢進する素因が存在していたのか。

③再び新聞紙上での報道「突然死招く肺塞栓－長旅との関連」

今度は、それから1ヵ月後のゴールデンウィークに、同じ読売新聞紙上で「突然死招く肺塞栓症が急増－長旅との関連も指摘」の記事が私の目に止まった。

高齢者の海外旅行が増える中で、航空機が目的地に着いた途端に倒れるケースが増加し、犠牲者を解剖してみると、肺塞栓症であるという（エコノミークラス症候群）。そういえば、何日か以前に外務省から筆者に問い合わせの連絡が入り、このことに関して次のような事例を教示したことを思い出したのである。

新聞紙上には、私の自験例が掲載されていた。それは熊本市発・岡山駅着の深夜長距離トラック運転手が岡山駅に到着し、朝食をとるため運転席から戸外で出た途端に呼吸困難で発症し、川崎医大救命救急センターに搬送され本症と判明した例である。

④「エコノミークラス症候群」とは。

航空機の席順は、ファーストクラス・ビジネスクラス・エコノミークラスと分けられている。エコノミークラスの乗客は他のクラスの乗客とは異なって、航空機の中で窮屈な思いで無理な姿勢で坐り続けていることが多い。そのうちに鼠蹊部の静脈内に血栓が発生し、その人が目的地に着いて立ち上がるや否や呼吸困難に見舞われる。それが肺塞栓症である。その情景をもじった例えが「エコノミークラス症候群」である。

(3)第3例：一見健康人－大松博文氏－の予期せぬ急死

症例示す

「俺について来い」のセリフで一世を風靡し

た「鬼」の大松監督が岡山県井原市で急死したのが1980年のことである。彼は東京オリンピックで女子バレーボールチームを金メダルに導いた人物である。

ある日、彼は岡山県井原市でバレーボールのコーチに迎えられ、試合終了後に一同と井原市のホテルで懇親会を開くことになっていた。しかし、開始時間を大幅に過ぎて部屋から姿を見せないで、ホテルマンが部屋に出向いたところ、彼は部屋のなかで遺体となって発見されたのである。井原市民病院に急送された時には、心室細動を呈していたが蘇生不能だったという。

私に連絡があったのは翌日のことであった。意見を求められ、<これは間違いなく「心臓突然死」で、救命されておれば急性心筋梗塞の状態であったのでしょう>と説明した。当時彼は50歳台で剛健な人物であったので、関係者はショックを隠せなかったのである。

私はここで「心臓突然死」にも関心を持つようになった^{7), 8)}。

6. コモンテクニックの教育とその歩み

本学ではとくに実地医家を目指す医師が多いことから、一人でも患者の問題点が解決可能な循環器医師の育成が大切である。つまり、問診・診察・心電図・胸部単純写真、この4種類のコモンテクニックを中心に教育すること。しかも心臓血管系は音響臓器・動的臓器であるため、その教育は黒板やスライドでは不十分である。カセットテープ、ビデオテープ、シンセサイザー、マネキン、CDなどを必要とした^{9)~11)}。ベッドサイドでは、多人数同時聴診器を考案・使用することによって学生や研修医を指導することにした。このシステムを用いると、私が聴いているのと同じ心音を、ヘッドホンを通じてリアルタイムに彼らに聴いてもらうことが可能である。

この種の教育方法が功を奏したのは、他学の教授達が「川崎医大の循環器内科で研修を受けたドクターは臨床に強いね」という一言で理解できるのである。

7. 心臓病の予防に関心を持つ

1992年5月4日のこと。朝刊に目を通すと、どの新聞にも一面に大見出しで、突然死-心臓が50%-家族は気づかず-とあった。3ページに関連記事とある。それに目をやると、私の名前とデータが引用してあった。「急性心筋梗塞-本人は気づかず、最新治療にも遅れ」とある。つまり今回の厚生省発表の突然死例の場合は家族がその予兆に気づかず、一方私の急性心筋梗塞患者の場合には本人がその予兆に気づかずで、両者は共通しているというわけである。しかも、私の方が厚生省の発表に先立つこと一週間であったため、関連記事として取り上げられたのであった。

近年は心筋梗塞が発症する直前に生じる冠動脈血栓を、患者が早期に来院すれば溶解させて心筋梗塞の発症が抑制できることがわかっている。にもかかわらず、本人に心筋梗塞が発症してもそれとは気づかず、最新医療の恩恵に浴せない患者が多い¹²⁾。そのため、当時から私は一般市民を集めてこのことに関する啓蒙運動を始めている。

私は21世紀は早期診断・早期治療医療のみでなく、予防医学を推進すべきだと思う。そうすれば、無理意地を張って臓器移植に血まなこになる必要はなくなる。”凡医は病気を癒し、名医は病気を予防する”とはよく言ったものだ。中国人の的確な表現といえる。

8. 現代医療の問題点-循環器診療の落とし穴¹³⁾

(1)いま、なぜ「落とし穴」か

ハイテクはハイリスクである。昨今の先進医療技術のみに頼れば、「落とし穴」が待っている例に遭遇する。言い換えれば、問診や「五感診療」(視診・触診・聴診)を疎かにして、ハイテク機器のみに診断や治療を委ねることで弊害やリスクを生んでいると思われるケースが少なからずある。当時、問診と診察が疎かにされたために生じたニアミス死亡例を経験したので報告した。それは、クモ膜下出血患者に誤って

血栓溶解療法が行われてしまったのである¹⁴⁾。

診断機器に関して言えば、超音波法や脳ドック、治療手段に関しては、安易に行われがちな人工ペースメーカーの埋め込みや血栓溶解療法が要注意手法として挙げられる。

振り返って、阪神大震災の現場を例に取れば、あの状況下では心電計やレントゲン機器すら役に立たなかった。問診と診察というコモンテクニックのみが頼りであった。私はこれを「素手の医療」と呼びたい。これからの医療の中心をなす高齢者医療、在宅医療でもこのことが当てはまる。

(2)誤診を避けるために

誤診を避けるためには、ハイテク機器のみに頼ることなく、まず問診と「五感診療」に加えて心電図と胸部レントゲン写真という4大コモンテクニックのみで診断の方向が決まることを知るべきである。その参考になるメディアとして、自作の資料を挙げておこう^{9)~11)}。

9. 現代医療と伝統医療の統合型の「21世紀型医療」を目指して

(1)米国医療界の現況を覗く

昨今、米国や本邦での医療界の動きが、21世紀には現代医療と伝統医療の統合型医療の必要性を示唆している。米国では、昨年、NIHが伝統医療の研究に莫大な予算を供出した。同時期に、著名な医科大学には伝統医療を学ぶ講座が開設された。さらに、伝統医療に関心を持たない開業医からは患者が離れる傾向が出ている。

(2)本邦医療界の動きはどうか

本年度の「内科学会総会」を振り返ってみると、そのメインテーマは「価値ある人生のための医学と医療」であり、本会の特別講演の演者として、初めて柳田邦男氏が選ばれた。氏のテーマは「いのちの質が問われる時代」で、聴衆に多大な感動を与えた。

なお、総会会頭（二保九州大学内科学教授）は「21世紀の医療は先端医療と全人医療に関わる医師が1対1の割合であるべきだ」と発言した。

(3)21世紀の医療はどう変わるべきか、変えるべきか。

私は、「治さない医療」「教えない教育」が望ましいと思う。「治さない医療」とは、他人任せの医療ではなく、自己の自然治癒力を高める医療で、「教えない教育」とは、偏差値を重んじる教育ではなく、自己の関心事を啓発する教育である。

10. 川崎医科大学を去るにあたって

私は、退官後は新たに、現代医療と伝統医療をドッキングさせたクリニックを開設し、新時代の医療を目指す所存である。クリニックは平成11年5月6日オープンの予定で、そこでは従来の循環器内科診療（ハート・クリニック）を行うかたわら、現代医療と自然医療をドッキングさせることで、英国で実現しているドクターズ・ヒーラーズ・ネットワークを地でゆくような運営もできるようにしたい。

11. エピローグー患者から学んだこと

40年の医師としての生活の中で、私が患者から学んだことは、大別すると二つの事柄に集約される。

一つは「現代人は、意外にたやすく急死する、意外にたやすく心筋梗塞や肺塞栓を起こす」こと、二つは「現代人は、意外にたやすく誤診されている」ことである。

前者には「血栓」が関連しているので、これに対する予防策が講じられる必要がある。一方、後者には、医療人の知識と経験不足に加えて、相手とのコミュニケーション不足も関連している。従って、21世紀の医療は、現代医学に代表されるような平均的医療のみではなく、個人に最適の医療がなされるべきであり、この点でも大いに「患者に学ぶ」必要がある。

以上、私の最終講義の内容が、より良い教育・医療・研究の方向づけになれば幸いである。

文 献

- 1) 沢山俊民：奔馬調律の臨床的並びに心音図学的研究（第1報）．最新医学 18：1795-1900，1963
- 2) 沢山俊民，川井信義，宮島宣夫：最近の僧帽弁狭窄症．診療像の変貌と診断上の問題点について．呼吸と循環 29：411-420，1981
- 3) 沢山俊民，寒川昌信，長谷川浩一：最近の僧帽弁狭窄500例における加齢，心房細動，塞栓の関連について．日内会誌 72：401-415，1983
- 4) 加藤武彦，沢山俊民，鼠尾祥三：心房細動と脳塞栓症との関連－最近20年間の入院患者965例での検討．Jpn Circ J 59：342，1995
- 5) 沢山俊民：心房細動のマネジメントー血栓塞栓症の現況と問題点．治療 80：189-198，1998
- 6) 長谷川浩一，沢山俊民：急性肺塞栓の早期診断と治療対策．多施設225例の臨床的解析．呼吸と循環 41：773-781，1993
- 7) 川井信義，沢山俊民：入院精査後加療中の心臓性急死における急死予知はどの程度可能か．心臓 22：97-101，1990
- 8) 沢山俊民：心臓突然死の研究．誘因としての「労作」に関する基礎疾患・臨床事項の差について．心臓 24：94-98，1992
- 9) 沢山俊民：CDによる聴診トレーニング．東京，中外医学社，1995
- 10) 沢山俊民：日経ビデオ．循環器疾患の基本聴診法．東京，日経メディカル社，1995
- 11) 沢山俊民：日経ビデオ．循環器の診かた・外来心臓病学入門．東京，日経メディカル社，1995
- 12) 沢山俊民，鼠尾祥三：気付きにくい急性心筋梗塞（I）多彩な発病時の患者の反応．治療 74：948-954，1992
- 13) 沢山俊民：コモンテクニックに精通しよう：循環器疾患の落とし穴－誤診を避けるために．特集／よりよい外来診療のノウハウ．Cardiologist 3：507-510，1998
- 14) 井上省三，沢山俊民：急性心筋梗塞として血栓溶解療法後に搬送されたクモ膜下出血の一例．臨床と研究 73：121-126，1996

略 歴

昭和9年3月12日	神戸市に生まれる
昭和34年	京都府立医科大学 卒業
昭和37年	東京大学医学部第二内科（上田英雄教授）
昭和39年	京都府立医科大学 大学院 終了
昭和40年	京都府立医科大学 臨床検査部講師
昭和42年～	米国 Yale 大学医学部心臓内科
昭和45年	
昭和45年	川崎医科大学勤務（内科講師・循環器内科医長）
昭和50年	同助教授を経て現職（上記）
平成11年3月	定年退職 川崎医科大学名誉教授
平成11年5月	「さわやまクリニック」開業 現在に至る



○学会役員

Fellow, American College of Cardiology
 Fellow, International College of Angiology
 日本臨床生理学会－監事，年次会長
 臨床心臓病教育研究会－副会長
 日本循環器学会，日本心臓病学会，日本脈管学会，日本心電学会など－評議員
 Director, Doctors Healers Network Japan
 日本厚生協会－会長，など

○業 績

原著・総説－650編
 著書（主著書のみ）－35編
 「循環器病マニュアル」「トランプで学ぶ心電図」「CDによる聴診トレーニング」
 「ビデオで学ぶ循環器病・診察方法・心電図」「心電図診断のポイント」など