

脳血管障害と癌の話 (6・3・19)

景山直樹(昭19・理乙)

本日はこのような機会を与えて頂きまして大変嬉しく思っております。病気の話ですので、ちよつとどうつどうしいかと思いますが出来るだけ希望のもてる話しをさせて頂くかと思っております。

現在、疾患別死亡率の一位は癌、二位は心臓、三位が脳血管障害ということになっておりますが、私がよく知っておりますのは三位の「頭」で、それに次いで「癌」は、病院の管理者としてある程度は知っております。「心臓」は大変弱いもんですから今日は話しを致しません。今日は主として頭の血管障害の話をさせて頂いて、そして時間があれば癌の話も多少、特にどの癌には何の検査が一番感度がいいかということをお話ししたいと存じます。癌は早く見つけるにこした事はありませんので、どの検査が一番決定的な検査かという事。そして、どこが専門の科であるかという事をお話しします。多分皆さんが認識しておられるのと多少違うのではないかと思

ます。これは是非ご参考にさせていただいたらよろしいかと思ひます。

もう皆様はほとんど大きな仕事をやり尽くされた方々が多いと思ひますが、脳を出来るだけ健やかな状態で最期まで生きていくにはどういふ努力をしたらいいかといふお話と、今、現在でも手がけている仕事があつて、この間は絶対「死ねん」といふような方に、お役に立つ話しが多少とも出来ればと思つております。そういうつもりで話しを致します。

年をとつてきますと頭がぼけてまいりますが、その他にそのぼける程度を非常に助長するものに脳血管障害といふものがあります。頭の血管の病氣といふのは、非常に沢山ありますが、その中で代表的なものは頭の中の出血と逆に血管が詰まる脳軟化と呼ばれる状態とがあります。その脳軟化といふのは、専門用語では「脳梗塞」といいますが、その二つで全脳血管障害者の七、八割を占めるくらいの頻度の高いものであります。

頭の出血といふのは、脳の中に出る出血と脳の表面に出る出血とがあります。脳の中に出る出血が「脳出血」。外に出るのが「くも膜下出血」です。そして、それぞれによって多少病態が異なります。いずれも出血ですから症状が突然始まるといふのが大きな特徴であります。それから起こしやすい時刻といふのがあります。出血は概して昼間の活動時に多く、詰まる方は夜間から明け方、休息時に多いといふ傾向があります。また、脳出血といふのは圧倒的に高血圧と關係が深いので、高血圧の既往歴のある方はそれだけ頻度が高いといふ事になります。

それから脳の血管が詰まるという場合は、「血栓」と「塞栓」二つの場合があります。年を取ってくると段々動脈硬化が強くなってきます。動脈硬化が出来てくると、血管の内側のところに脂肪の塊が出来ます。その脂肪の塊が出来ますとその所で血が凝固しやすい。つまり血栓を作りやすいのです。そこでただでも狭い上に血栓を作ってしまうので、閉塞を起こして来る訳です。それを「脳血栓」といいます。それから「脳塞栓」というのは、そうして出来た血栓が下からの血流に押し流されて先の末梢血管にひっかかって、その部の血管を閉塞するのを「塞栓」と言うのです。心臓の悪い方は心臓で血栓が出来て、さらにそれが飛ぶ場合もあります。これは若い人でも起こります。いずれにしても脳血栓でも脳塞栓でも動脈硬化が非常に関係がありますので、動脈硬化を出来るだけ防ぐという事が重要になります。動脈硬化の進行はどういう事で強められるかといいますと「高血圧」「糖尿病」「高脂血症」この三つが大きな要因です。この病気を患う方の方は、これらの要因を治すだけで、動脈硬化が進みにくいという事になります。この中で特に関係が深いのは「高血圧」と「糖尿病」です。「高脂血症」は全国の調査では心臓の発作に非常に関係が深いのですが、頭の血管の閉塞とは必ずしも因果関係が出ておりません。しかし、良いはずはないですから、この三つをお持ちの方は出来るだけ普段から食事療法をするなり、或いはお薬を使うなりして、動脈硬化の進行を防いでおかれた方がよいということになります。

では、どのような症状が出るかといえますと、脳出血の場合は大体ある時突然に神経症状が出るのが普通です。頭痛を伴う事もしばしばありますが、大抵運動麻痺です。しかし運動麻痺だけではなく知覚障害とか、片一方の方向が見えにくい、痺れを感じる、物が言えないなど色々な症状が現れます。そういった神経症状が急に始まり頭痛を伴っている場合は、この脳出血の可能性が高いと考えられます。特に平素から高血圧のある人だと、一層可能性が高くなります。

これに対して猛烈な頭痛がある時突然起こり、しかもその頭痛が普段味わったことのない程、ガーンと殴られたみたいない激しい痛みであるけれども麻痺その他神経症状が出ていない、つまり初めは神経症状がなく、猛烈な痛みだけで始まるという場合はくも膜下出血が圧倒的に多いのです。

梗塞の場合は普通、頭痛が出なくて神経症状のみが始めから出てきます。最も多いのは手足の痺れ、麻痺です。それが階段状に進むものもあるし、初めにマキシマムに出る人もありますし様々ですけれども、とにかく神経症状が初めから突然出るのが普通です。ですから大まかに頭の中に入れておいていただきたいのは、頭痛があれば出血の疑いが可能性高く、そして神経症状が全くなくて強い頭痛だけの場合はくも膜下出血を疑って下さい。くも膜下出血は頭痛だけの事が多いですから頭痛薬を飲んで十分な検査もせず治していますと、後に大変な事になります。初めの頭痛が出た時期に、精密な検査をして病変を見つけて手当てをすれば完全に治ります。しか

しその時期を逃しますと、七割近くは比較的短期間後に再出血を起こして生命の危険度も高くなります。したがって、初めのそういう突然ガンという痛みが出た場合は必ず専門医の所へ行つていただきたいと思ひます。

この頃の血管障害は昔と違ひまして非常に検査が楽になりました。というのも画像診断が発達したからです。CTはもうどなたもご存じだと思いますが、輪の中に頭を入れてまして写真を撮るだけです。何も苦痛はありません。輪の中にはいっばいレントゲンの発信機と受信機があります。多くの発信機から出たX線が頭の中を通りまして、それを受ける受信機のデータを一括してまとめて画像にするものがCTであります。最近のCTですと、かなりきれいに脳が描出されます。これですと脳表面の皮質とその下の白質も非常にはつきりわかります。ところがさらに十年程前から、MRIという電磁波をキャッチして分析する機械が出まして、それで出る画像は更に綺麗な画像が得られます。多少、一長一短はありますけれども、全般的に細かい病変、変化、病變の性状などを見るのはMRIがなんといつても良く分かります。特に素晴らしいのは、側面の像で、CT像では詳細が分からなかつた脳幹と脊髄が明瞭に出るのは頗る大きい利点です。

次に各論に入ります。「高血圧性脳出血」からまいります。先に言いました脳出血というのはほとんど高血圧が若い頃からか、或いは何年かあつた後でおこる事が多いのです。出血する場所が一番多い所は「大脳基底核」といって、大脳の中心寄りの部分です。その中に身体の手足に行

く運動纖維ならびに知覚纖維が走っている経路が通っていますのでこの部に出血すると、運動とか知覚の麻痺が出やすいということになります。高血圧性脳出血は、以前は見つけたら片っ端から手術するという風だったんですけれども、全国的な統計をとってみますと、かえって小さいのは手術をしない方が、後の脳機能の回復がいいという事がわかってきました。近頃では生命の危険の起こらない程度の脳出血は手術をいたしません。自然な吸収を待つのが普通です。出血が大量ですと、脳を圧迫しますし、生命の危険を来たしますので、その場合は手術をして血腫を取った方がよいのです。ですからケースによって、得な場合もあり損な場合もあり、症例症例によって考えるより仕方ないんですが、治療法として、もう一つ針で血を抜く方法があります。脳卒中の初めは血が固まって抜けないんですが、大体二十四時間位後からですと針で突いて中味を吸い出すことが出来ます。手術がやりにくいような所は、この方法で中味を取り出すと完全に綺麗に取れなくてもポリウムさえ減らしてしまえば、後は自然に吸収されますからそれでよいのです。手術時血腫を綺麗にとることに頑張りすぎて脳を壊すよりは、頑張り過ぎない方がよいので、慣れた脳外科医ですと脳の組織をこれ以上壊さない事の方を大切にします。この脳出血というのは、適切な治療が行われれば生命予後が割合に良く、これで死ぬ人は比較的少ないのです。しかし、問題は脳の機能の予後なんです。高血圧性脳出血の方は適切な治療が行われていても、半分以上は後遺症が残るのが普通です。

脳内出血全体の原因の中で最も多いのが、今まで述べてきた高血圧性脳出血で、全体の脳内出血例の57・4%を占めるといわれています。その次が動脈瘤で19%。この二つだけで七割以上という、やっぱり圧倒的に頻度の高いものです。

次に「くも膜下出血」に入ります。脳には表面に三枚膜がありますが、一番外側が非常に厚い膜で、これを「硬膜」といいます。二番目には薄い透明の膜があって、これを「くも膜」といいます。これを「一番内側」は「軟膜」とよび、それも透明で薄く脳の表面にくっついていて、ですから、軟膜は脳のヒダに沿っても入っていきます。その全体を包んで外側にある薄い膜がくも膜で、そのくも膜と軟膜との間に脳脊髄液の水が溜まっています。脳の中等大の血管というのは皆そこにあります。しかもそこが動脈瘤の好発部位ですから、そこから出血をしますと、脳脊髄液の中に出血し、髄液に沿ってずうっと血が広がるといのがくも膜下出血です。これの原因の半分以上が動脈瘤で、二番目（15%程度）がさっきの高血圧性脳出血ですが、これは高血圧性脳出血が脳室の中へ破れこんで髄液の中に血が入る為に起こるものです。

脳には大きな血管が四本入っています。つまり左右の頸動脈と左右の椎骨動脈です。頸動脈は首の所で触れる動脈で、主に大脳の前三分の二以上を還流します。一方、椎骨動脈は頸椎の中を通って、脳の後方から入ってくる血管で脳幹、小脳、大脳の後頭葉を還流します。この四本の動脈は頭の中へ入ってすぐ脳底で交通枝（手）を出し、結び合ってリングを作ります。リングを作

るといふのは、この四本の中の血管のどれかが詰まっても、他から血がいけるようお互いに補充出来るよう生理的に守られやすく作られている訳です。その脳底のリングを含め、その周辺の動脈の枝分かれの場所に動脈瘤はよく出来まます。こういう動脈の枝分かれの所の一部の壁が瘤状袋状に脹れますと動脈瘤が出来まます。普通の動脈の壁というのは、その壁内に筋肉とか弾力繊維とかがあつて割にしつかりしており、かなりの圧力が加わつても裂けないようになっていますが、袋状に脹らんだ部分では、壁がそれだけ引き延ばされますので、段々そのような強い支持繊維がなくなり、薄い膜になってきます。そうしますと、ある時に流れの条件、或いは血圧の条件なんかで先端に裂け目が出来て出血するのです。そうしますと、その動脈瘤がさつき言つた髄液が溜まっているくも膜下腔にありますので、その中へ出血を起こしてくる訳です。ところが大抵初めは小さな穴から出まますので、すぐ外に出た血が固まつて穴が塞がれ、自然に出血が止まつてきます。それでも出血は髄液腔全般に広がります。その際の多くは脳実質がやられませんが、頭痛のみで神経症状を現わさないのですが、出た血液はケミカルな刺激として髄膜を刺激しますので、激しい頭痛として訴えられます。後頭部の頭痛を訴える人が多いですけれども、とにかくどこへ頭痛が出てもおかしくありません。くも膜出血の早期ならすぐにCTをとれば、脳表に沿つて出血が見られますから診断は容易です。ところが三、四日しますと、その出血陰影が分かりにくくなります。つまり出血は段々変質してくると髄液で流されるのと消えていきます。三、四

日してからでは、その前の頭痛がくも膜下出血であったかどうかわからなくなります。そうしますと、もっと手のかかる検査をしないと動脈瘤があつたかどうかがわからないのです。初めの二日以内に、病院へ来られましたら写真を撮るだけで分かることです。ですから非常に簡単です。それ以後ですと、背中に針をさして髄液を抜いて成分を調べるとか、或いは血管の中にカテーテルを入れて脳血管を写し出す「血管撮影」という検査をしないとほつきりしません。動脈瘤から一遍出血しますとその回りに癒着が出来ますからその癒着した所でまた出血が起こると、今度は外へ出られないものですから脳の中に破れ込んでくることがあり大変危険です。

動脈瘤も場所によつては、特別の症状を出すものがあります。例えば内頸動脈のある部分でできる動脈瘤は、その横に動眼神経という目や瞼を動かす神経が走っていますので、この動脈瘤が出血するとか、或いはちよつと大きくなつたりすると動眼神経麻痺という症状が出ます。動眼神経麻痺というのは片目が塞がります。また瞳孔が開き目が外へ寄ります。ある日突然、片目の瞼が塞がって挙がらない。そして頭痛があると、この動脈瘤の特有の症状です。

動脈瘤を血管撮影で見つけますと、クリップで動脈瘤の首の所をはさんでしまえば、それで治療は完成します。近頃では、手術顕微鏡という数倍から二十数倍まで拡大出来る器具がありますし、その他の器具も全部細かくなっていますから丁寧に動脈瘤を剥がして、その根本をかがってしまいます。動脈瘤の手術はかなりな専門的技術が必要ですが、高血圧性脳出血と違って、治り

さえすれば後遺症としての神経症状を比較的残しません。しかし、始めから意識障害を伴う重症例では、重い後遺症を残す場合もあります。手術前に意識がハッキリしている例では、適切な治療を受ければほぼ完全に治ります。

近頃では脳ドックというのがあります。脳ドックでたまたま動脈瘤が見つかる事があります。そのたまたま見つかった未破裂の動脈瘤でも手術するのがよいかどうかは、学会でもいろいろ論議はあるんですが、一般的には脳外科医の所へ行くと、手術をすすめています。その訳は出血していない時の動脈瘤は非常に手術がし易く安全なのと、将来破れる可能性があり、その可能性は大体一、二割程度といわれていますが、明確ではありませんので、手術をしておく方が安全と考えられているのです。一度破れてからでは出血そのものでも危険が起りますし、手術も困難になるからです。でも自分でかなり選択の余地はあります。

次は「脳梗塞」です。脳梗塞は血管が詰まって血液が末梢へ行かなくて、脳が軟化するというものです。血液の中には脳を生かすための酸素や動力源である栄養素（特に糖分）などが送られています。そして数分、血流が完全に止まりますと、その脳は死んでしまいます。脳というのは他の臓器と違って細胞の再生がありませんから、一遍死んだら絶対に戻らないのです。ただ、ひとつの血管が詰まっても上述のようにいろんな所の血管とつながっていますので、他からの血流がきてくれれば助かるのです。ところが一般に動脈硬化の強い方は、上述の四本の血管全部大

なり小なり動脈硬化があつて、血流が落ち気味ですので、そういう場合は送ろうにも送れるだけの余力がない。そうすると、その余力次第で同じ血管が詰まっても、脳の死ぬ範囲に大きな差が出てくる訳です。頸動脈は、首の上の方で内頸動脈と外頸動脈と二本に分かれます。その内、外頸動脈は顔へ行き、内頸動脈が脳へ行くのです。この分かれる所の分岐付近の血管壁が非常に脂肪のたまりやすい場所です。そういった場所に変化があつて狭窄がありますと、全身血圧が下がるとか、血栓形成があるとかすれば流血量が一層減少し、反対側の運動麻痺や失語症（物が言えない）が現われやすいのです。また椎骨動脈やその末梢の脳底動脈も血栓が出来やすく、血流が足りない、めまい、ふらつき等、種々の症状が現われてきますが、ひどい場合は脳幹血流不足の為意識障害で発生する事もあります。

一般に血栓が出来るのは、どういう場合が多いかと言いますと、上述のように動脈硬化が圧倒的に多いのですが、その他にもあります。例えば、血液の疾患、血管炎、心疾患など色々あることはありますが、やはり一番多いのは動脈硬化です。治療としては、早期から血栓を溶かす為には血栓融剤を用いますが、固定期に入れば血流の足りない場所に、より多くの血流を送る為二種類の外科手術が行われています。一つは血管を開いて血栓と血管壁の脂肪（アテローマ）を切除して、血管内腔を広くする方法、もう一つは閉塞や狭窄を起こしている部分より先の血管に他の部分の血管を持ってきてつなぐ（吻合）方法です。前者の代表的な場所は、先に述べました首の

上の方の頸動脈分岐部で、後者の代表は頭蓋外の血管、特にこめかみの皮下に搏動が触れる浅側頭動脈を、その下の骨に穴を開けて、その下にある脳の血管（中大脳動脈の枝）と吻合するので、互いに直径1mm程度の血管ですが、手術顕微鏡で見ながらすれば、比較的容易に行うことが出来ます。

また股動脈から細かいやわらかいカテーテルを血管に沿って脳血管の閉塞部、または狭窄部近くまで誘導し、そこで血栓を溶かす薬剤（血栓融解剤）を注入して血栓を溶かす方法があります。これは、脳梗塞のごく初期、特に三時間以内だと一番いいんですが、六時間以内位でも行うことが出来るといわれています。これは細かい1mmの数分の一位のカテーテルを足の付け根にある股動脈から入れまして、イメージテレビで見ながらカテーテルを目的地（閉塞部）へ誘導するので、近頃の技術では直径1mm程度の血管ならほとんど何処の血管でも誘導出来ます。そこで造影剤を入れて閉塞や狭窄の具合をチェックした上で、同じ管を通して血栓を溶かす薬を入れるのです。時にはこの方法で症状が、スツととれる事があります。この治療方法は時間が勝負となります。三時間以内でこういった技術を持った病院へ行ければ、先程の事が出来ます。「じゃあその薬を全身にやったらいいじゃないか」という事になりますが、全身に行かないと濃度が薄まり薬を大量に使わねばなりませんし、その為の危険もある上に、改善率が二、三割です。ところがカテーテルを使って局部に投与する方法ですと、上述の早期なら改善率がかなり高いものです。

ですから早い時期に来られればこういう方法があるという事を申し上げておきます。うまくいきますとスツと症状が消えます。

脳血管障害は急性期の治療が過ぎますと、その後、後遺症と社会適応とが問題になります。そこで後遺症の程度に応じて、1度は全く正常・2度は不十分ながら仕事ができる人、3度は普通の仕事は無理で、軽作業程度なら出来る人、4、5度になるともうはつきりしたかなり強い後遺症が残っている人、以上のように分けますと、非常に特徴的なのは、くも膜下出血の場合はほとんどが2以下となります。つまり大半は普通の生活に戻れるのです。それはやはり脳の外へ出血し、脳の変化がないか軽いかの為です。ところが脳出血や脳梗塞の場合は、1、2度が比較的小なく、脳出血の場合でも仕事が出来る程度が20〜30%程度、脳梗塞の場合でも半分は社会復帰が難しいのです。それほど症状を残す訳です。始めの死亡率は高くないんですが、その後の後遺症はこの二つの方が悪いのです。

若い人や子供のCTを見ますと、頭蓋骨の中は脳で満たされています。人はどれくらい神経細胞があるのか種々違う数字がいわれていて、正確にはわかりませんが、一般に大脳が百四十億位あるだろうと言われています。これも非常に根拠の怪しいもので、それ以上と言う人もあります。それが40才を過ぎますと、毎日何千かの細胞が死んでいくといわれています。ですから段々減るのです。これは何も病気でなくても、使い切つて減る訳ですから、年とつた人の場合は必ず変化

があるのはそのためなのです。そうなりますとCTで見ても、頭蓋骨と脳との間にも、脳のひだ相互の間にも、隙間が次第に明瞭となります。その現象は個体差はあるものの、年と共にその隙間は拡大していきます。それが生理現象なのですが、それに種々の病気が加わりますと、その萎縮は更に強くなり神経細胞数も減って、強いぼけ即ち痴呆が起こってきます。例えばアルツハイマー病の人ですと五十代でも著しい脳萎縮が見られます。しかし、このような脳の萎縮を強める最も多い疾患は、脳動脈硬化症や脳出血、脳梗塞などの脳血管障害です。

CTの所見とも一致するのですが、とにかく年をとって40才を越しますと段々記憶力は悪くなってきます。これは自然現象です。記憶力が悪くなっていくことを老人ぼけといいますが、それが段々ひどくなってきましたと、回りの人がコントロール出来なくなります。いつの間にかどこかへ行ってしまう、変な行動をする、とにかく危なくて目が放せないという様な状態になります。そういう状態は、普通の健康な人では起こさない場合が大部分で、ほとんどが何かの病気が自然の単なる老化に加わっているのです。そのことが原因で急速に知能が落ちている訳です。例えば頭の外傷やできもの、脳炎もそうですし、どんな事でも加わりますと普通のぼけで減っている以上に病気に冒されて破壊され大量の神経細胞の減少を来すのです。このように病気による減り方が急激になると痴呆が出てきます。「痴呆」とは、脳の後天的な病気の為に普通に発達した知能が家庭生活や社会生活に支障をきたすほど低下した状態をいうこととなります。つまり、人格破

壊が起こっており記憶力、思考力も落ちてきている状況です。こうなると普通の家庭ではコントロールが出来ず、特別な介護が要りますから痴呆用の老健施設を含む種々の特定の施設やホームが必要になります。そういう介護者のいる所でないとは生活がしにくくなり頼らざるを得なくなります。こうならないのは頭の病気にならない事です。痴呆になる頭の病気の中では、脳梗塞が一番多く、次いで脳出血でありますから、そういうものを出来るだけ避ける為には、動脈硬化を出来るだけ進めないようにする事が第一です。その為には結局、高血圧、糖尿病、高脂血症だけは治しておくことです。それが脳を健やかに生かせる事になります。生理的な老人だけでは、記憶力が悪くなる、特に最近のことをよく忘れるようにはなりません。判断力、思考力はあまり落ちないのです。六十才過ぎてから大きな仕事をした人はいくらでもいます。それは判断力、思考力、認識力などが落ちていないからです。我々の年代（六十―七十才）の人でCT写真を撮りますと、脳室が大きくなり、脳のひだの間も大きくなっています。脳実質内にも所々小さな低吸収域も点状に見える事が多いです。これはラクナ（空隙）とよばれ、ごく小さな虚血による欠損と考えられるものですが、年寄りなら大抵見られるもので、一般に無症状ですから特に心配する必要はありません。脳ドックに行かれてこれの存在や脳萎縮を指摘されても、少しも心配される必要はありません。それはあたり前の事だと思って、ただ動脈硬化を進める上述の要因だけは、もしお持ちなら治す努力をして下さい。

その他に老化を防ぐのは頭を刺激することです。そうしますと神経細胞の数は減っても神経細胞同志の交通網が増えますので、なかなか老化しません。頭を刺激するのはどうするかというのは、一つは頭を使う（考える）ということもありませうけれど、それだけではなくて手足を動かす事も刺激になります。だからピアノリストが割に頭がいいというのは手を猛烈に使う、その運動が頭を刺激している為と言われています。その他どんな運動でも、運動する事自体が脳にもいいのです。ですから身体も使い、頭も使うことが老化、痴呆を防ぐ一番いい方法だと言われています。

次に「癌」の早期診断に移ります。現在癌の治療では出来るだけ早く見つけて、早期に手術的切除か放射線治療で完治させるといふ事が最も大切と言われています。種々の診断器具の発達に伴い、従来の癌検診が必ずしも鋭敏な診断法ではなく、進歩して変わってきておりますので、現在最も早期に発見出来る検査法と専門科と初期症状を書きまとめた資料をつけますので、ご覧いただければ幸いです。

頻度の高いものを2、3説明しますと、先ず胃癌ですが、その検診に通常使われているのは造影剤によるX線透視ですが、現在最も精度が上がっているのは内視鏡です。小さな癌は時々X線造影でかからないのですが、現在の電子内視鏡ですとそのようなものを見逃すことがほとんどありません。さらに、この内視鏡の優れている事は食道癌をも早期に見つけることが出来ることで

す。食道癌の初期はバリウム透視ではなかなか見つからず、手遅れになる事が多かったので、内視鏡ですとごく小さな数ミリメートル直径のものでも見つける事が出来ます。その時期ですと手術をしなくても内視鏡だけで取れる事もあります。このように食道癌も胃癌も小さな病変からその詳細まで内視鏡では見つけることが出来、それがレントゲン検査では困難ということですので、明らかに前者が有利且つ確実であります。専門は消化器内科です。消化器内科にからられて一度検査なさったら一年か二年は確実に保証されますから、検査は一、二年おきになさるといいます。

次に肺癌についてお話ししますが、癌の中で死亡患者数が最も多いのは肺癌です。というのは、胃癌はこの頃割合早く見つけて処置しますから、あまり死なくなってきましたが、肺癌の場合は痰に血が混ざるとか、咳が出るというような場合に、喀痰検査で癌細胞を見つけるといのが一般的で一般定期検診では喀痰検査と肺のレントゲン検査を行っていますが、これらの検査で異常が見つかった場合は、ほぼ七割近くが手遅れなのです。それより早く見つける手段は二つありまして、一つが気管支鏡、他の一つがヘリカルCTといわれる高速CTです。前者の方がより正確のようですが、かなり苦痛を伴う検査なので、定期的に検査を受けるとなると後者の方になります。この方法なら数ミリメートル直径でも見つかりますから、早期診断に頗る有用です。これからは肺癌も早く見つけて早く取る事に意を用いねばなりません。肺癌で死亡するのは窒息死で、

他の癌のように痛みだけなら苦痛を取る方法がありますが、窒息はどうしようもありませんので、最も末期の苦しみの多い癌です。ですからどうかして、そういった苦しみを味わう人を減らしたいと思っています。

もう一つ申し上げたいのは、肺癌と煙草の関係です。スモーカーの肺癌発生率はノースモーカーの十倍以上といわれています。もう皆様のお年では止められないかと思われませんが、出来れば止めたいものです。近頃では煙草を止めた時に出る禁断症状を軽減する薬剤も出ています。遺伝的に癌の発生率の高い家系の方とかヘビースモーカーは、一年に一遍位はこういった検査をされる事をおすすめします。

次に、大腸癌が最近増えているといわれます。大腸癌も今までは注腸してX線で調べていました。これは現在でも大変有効ですが、癌の早期発見という観点からは内視鏡の方が有利です。ただ、嫌な所の検査ですからどうしても定期的に検査を受けにくいので、二年に一度でも異常が無いことを確認できれば安心かと思えます。大腸癌は頻度からいうと三番目に多い癌です。幸いこれは割合に進んでいても手術後の予後がいいのですが、やっぱり早い時期に見つけるに越した事はないのでお調べになった方がいいのです。

次に膵臓癌ですが、これは大変結果が悪いものです。なぜならそれは早期診断も治療も難しいからです。膵臓の出口に出来ると黄疸が出て来ますから比較的早く見つかるんですけども、

それより奥の体部で出てきますともう何にも症状が出ません。定期的に血中の腫瘍マーカーと超音波検査を行うより、現在では方法がありません。そして疑いがあれば超音波内視鏡という手順になります。

次は肝臓癌ですが、これはC型肝炎から肝硬変になって、そして肝臓癌が変わっていくという人が多いです。そういった経歴のある方は定期的に超音波検査と腫瘍マーカーをお調べになるべきと思います。画像では超音波が断然有利です。超音波で小さな癌が見つかりますと、近頃では大抵手術より先に肝臓に行く血管に細かい管を入れて肝臓の血管の枝分かれと分布を調べ、その小さな癌の領域へ行く血管を詰めてしまうのです。そうすることで癌が治ります。もう三遍受けて十年近く生きてる人もあるくらいです。

時間の関係でその他は省略しますが、後は資料をご覧くださいと思います。それぞれの癌について始めに症状を書いています。癌の症状が現れますのはかなり進んでからです。出来れば無症状の間に見つけたいものです。初期診断として最も鋭敏なものを先に書いてあります。以下それを更に詳しく確かめる方法を有用なものから順に書いておきました。ご参照していただければ幸いです。要は癌に対しては、早く見つけて早く退治する事が鉄則です。これで講演を終わります。

(名古屋大学名誉教授・市立岸和田市民病院院長)