
 話 題

老人外科に関連して

安 富 徹

人口構成上の高令者の増加と相まって、老人医療の無料化がすすめられた結果、どこの病院でも老人の受診や入院が近年急に増えて来ている。わたくしたちの外科の現況をみると、昭和49年1月から51年末までの3年間に65才以上の患者は全入院患者の約22%をしめていた。因みにこの数字は5年前の昭和44年に比べると約2倍である。この3年間で65才以上の入院患者の総数は450人で、そのうちの258人が70才以上であった。男女比は2.16対1.0と圧倒的に男性が多い。疾患別では、胃癌の132が最多で、続いてヘルニアの46、胆石症の41、直腸癌の38、胃潰瘍、肝胆脾の癌の順となっている。これは他の施設の統計と同じ傾向である。高令者には悪性疾患が多いのは常識であるが、この series の450例中275例が悪性腫瘍で、性別に分けてみると、男性では悪性疾患が良性疾患の1.7倍、女性では1.3倍となっている。女性には特有の乳癌（22例）があるにもかかわらず、胃癌が少ないこと、胆石症が比較的多いことなどがこの悪性の比率を下けている要素のようである。これらの悪性腫瘍のうち84.4%は消化器癌で、またその半数強は胃癌、 $\frac{1}{4}$ 強が大腸癌である。診断・治療の困難な脾癌が少ないのは一つの救いではあるが、見過ごされて外科の手にもまで回って来ないものも相当あるのではなかろうか。

さて、このように癌が多いと云うことは、外科臨床の立場からみると、手術を絶体的適応とする症例が多いということであり、従って手術耐力の判定ないしはその増強に多くの問題があるということになろう。問題となるのは、高令者の手術は危険であるかという点である。よくいわれるように高令者必ずしも老人ではない。老人とは身体的にも精神的にも、いわゆる老化が進行した状態にある人をいうのであって、60才を過ぎるとその老化現象の個人差は非常に幅が広がる。手術に対する危険度は重要器官の機能別に判定されるのが主であって、この点では年齢は決定的な要素とはならない。しかしながらこれらの器官を機能別に検査しただけでは手術耐力を完全に判定したことにならないのはいうまでもない。その判定基準に問題が残っているのである。例えば腎機能や肝機能などのいくつかの数字で明確に示される parameter についても、現在のいわゆる正常値の範囲をそのまま高令者にあてはめてよいか大いに問題のあるところである。高令になるに従って生理的に検査値が上昇する傾向にある項目については、正常値の幅を広げる必要があろう。しかし反対にいわゆる抵抗力、調節力あるいは順応力などの低下のために手術の危険度が増えるとなれば、高令者なるが故に正常値の幅を狭める必要も生じて来るはずである。これらの点については「慎重に考慮しなければならない」とか「敢えて危険をおかしてはならない」とかの文学的表現は多いが、明らかな数字や徴候でその限界を示した論述はほとんどない。すべての第一線の外科医が目下模索中といったところなのであろう。

さて「高令者の手術は危険が多いか」という設問に対して、わたくしたちのデータをあげてみよう。最も症例が多く、大体同じような手術が行われた点で胃癌をとりあげてみた。この3年間に65才以上の胃癌症例が160例あり、その切除率は65.6%で、64才以下の胃癌群(169例)に対する切除率に比べて僅か約2%程度低いだけである。またこの切除群のうちの胃全摘除例は20例で切除例全体の19%に当る。これも64才以下群のその比率20.7%に比べて差はないといえる。つまりわたくしたちは高令者に対してもわたくしたちの現在の手術耐力の判定基準の許す限り積極的に切除しているということである。ところが、手術結果をみると64才以下の群と同時の安全度であったとは残念ながらいえない。すなわち術後在院死亡例が7例(6.6%)もあり、64才以下群の3例(1.7%)に比べると相当高い数字となっているのである。これらの死亡例の直接死因をみると老人には当然予期出来るはずの続発症すなわち心、腎、肝などの急性不全、肺炎などが大部分である。とくに胃全摘除に、脾や脾の合併切除を加えたものに死亡例が多いのは、いわゆる総合的な手術耐力の低下が考えられるわけである。しかも死亡の全例が男性であることも特徴的である。これに反して64才以下群の3例の死因はそれぞれ、クレブシエラ肺炎、腸間膜血栓症、不明の消化管出血で、いずれも予測しがたいものであった。いずれの群にも縫合不全のような技術的原因によるものが1例もなかったことは幸いであったが、しかしある程度危険を予期出来る続発症を防ぎ得ず死に至らしめたことは大いに反省しなければならない。これら老人群の死亡例の重篤続発症は当然予期されていたと述べたが、しかし心、肝、腎などについての術前の機能検査は一応すべて現在の基準では正常域にあるものばかりであった。決して見切り発車で手術を強行したのではない。ところが現在は手術耐力の総合判定のための適切な parameter がない。主治医が患者をつれて階段を昇降して、その運動負荷に対する反応を観察するのが一番よいとか、術前1週間くらい相当な体操を負荷すれば、呼吸・循環系の合併症が著減するだとかの議論もある。何でも数値や図形で示すことが科学的とされる領域が多いが、この一見「カン」にたよったような方法が、案外一番「科学的」なのかも知れない。多くの数値をならべ、あるものはそれを点数化し、あるものは数学を使っての計量診断的手法で判定しようと試みてもいる。わたくしたちも類似の方法をいろいろと試みたが、結局は現状の把握は出来ても予備力の推定までは不可能であった。また安全度をあまりに重要視すれば、手術適症を狭めざるを得ないし、悪くすれば医師の保身のためのディフェンシブ・メディシンの傾向さえ生ずる危険がある。外科学は本来、患者管理の進歩や手術手技の開発によって手術適応を広げて行くべき使命をもっている筈である。もっと1例1例を大切に、死亡例の検討もただ通り一遍の直接死因の考案にとどまらず、その処置の十分な反省が必要であろう。また死に至らなかったが重篤な合併症を悪戦苦闘の末に切りぬけ得た症例の検討はもっと大切であろう。きめ手となるような手術耐力の判定基準が切望されるゆえんである。