

序文

さまざまな訴えをもって受診された患者さんを前に、細隙灯顕微鏡や検眼鏡を中心とした基本的な眼科検査と近年著しく進歩してきた眼科検査機器を用いて、私たち眼科医は眼球や眼球付属器のほとんどすべての部位の形態や機能の変化を知ることができます。全身疾患との関連を疑う場合、時には他科との連携も必要です。これら多くの眼科的観察や検査の結果を統合して、訴えを説明するのに最も合理的な診断名を求めます。当然同じような所見や検査結果を生む異なる疾患を鑑別することが大切で、そのためには十分な知識と経験が必要です。このようにして適切な診断を下しますと、次はどの治療法を選択するかが問題となります。医療の基本はやはり薬物を用いて疾患を治癒せしめることではないかと私は考えます。しかしながら、診断がつき次第手術療法を選択する疾患もたくさんあります。眼科診療の1つの特徴は、その診療のなかで薬物治療と手術治療を適切に選択し適切な時期に手術を実施できることではないかと考えます。

ぶどう膜炎や感染症の治療は、ほとんどの例で薬物による治療がまず選択されます。一方、外傷や網膜剥離などでは手術治療が第一選択です。薬物による治療は感染予防や炎症の鎮静化の目的で補助的に用いられます。これらの主として薬物治療を行う疾患群と主として手術治療を行う疾患群の間には、治療の過程で薬物治療を継続するか手術に踏み切るかの選択を迫られる多くの例をしばしば経験します。緑内障の治療では、薬物による眼圧下降をまず試み、十分に眼圧を下げられないときに手術が一般に選択されます。しかし複数の抗緑内障薬を用いて眼圧が何とかコントロールできてはいるものの、中毒性角膜症で角膜の状態がきわめて悪化している症例を経験します。このような症例では、たとえ薬剤で眼圧がコントロールできるとしても、良好な視機能を維持するためには思い切って外科的に手術を選択すべきかもしれません。角膜感染症の治療でも、ほとんどすべての症例で、適切な薬物を第一選択として治療を開始しますが、抗菌薬や抗真菌薬などの投与量を増やしても種類を増やしても角膜潰瘍が鎮静化しない症例があります。薬剤の過剰投与による角膜への影響や全身的に肝臓や腎臓への影響を考えたとき、思い切って治療的角膜移植術を行い、感染巣を除去することも考慮しなければなりません。感染などの炎症のある眼に対する角膜移植術は禁忌であると教科書的には述べられていますし、私たちも一般には炎症眼に対して角膜移植を行いません。薬物治療継続によるリスクと手術治療による利点を天秤にかけながらいつ手術に踏み切るかということを判断するのは、治療の過程できわめて重要です。

最近、角膜ジストロフィの患者さんが、近頃視力が低下してきたということで紹介されてきました。細隙灯顕微鏡で観察すると、白内障がかなり進んでいますが、角膜ジストロフィが最近急に進行したとは思えません。主訴である最近の視力低下の原因は白内障であると判断できます。かといって単純に白内障の手術をしましょうと申し上げることができません。自動車の免許証をもっておられることから、白内障が進んでいない若いときには十分な視力があったものと推測できます。角膜ジストロフィは比較的軽症で、角膜移植は必要ないと判断できます。しかし白内障に対する手術を考えると、さてこの角膜の状態で

手術用顕微鏡下での白内障手術ができるだろうかという疑問が頭の中を駆けめぐります。角膜移植を行い同時に白内障手術と眼内レンズ移植を行うほうがよいのか、それともかなり核が硬そうだが、まずは白内障手術と眼内レンズ挿入を試みるべきかとしばらく悩んでしまいます。まだ核が比較的軟らかいときながらこの角膜の状態でも超音波乳化吸引術を比較的簡単にできただろうなと思いながら、角膜移植との同時手術を選択せざるを得なくなります。

角膜移植は現在では研究的な治療法ではなく、術式も予後の予測もある程度できる確立した手術となってきました。また白内障に対する手術も毎年のように進歩し、20年前に行っていた手術と比較すると術後の視機能の回復という点からも、手術の安全性という点からもすっかり安定したものとなってきました。先ほどの例では、角膜移植も白内障手術も結果は手術が終わってみたいとわからないという時代には、単独で行うのかあるいは同時に行うのかなどの判断で迷う必要はなかったかもしれません。また角膜に混濁がある例では、たとえ視力がよくても年齢や角膜の混濁の程度を加味して思い切って少し早い時期に白内障手術のみを先にするという選択肢はなかったと思います。しかしそれぞれの手術が確立されればされるほど組み合わせた選択肢が多くなってきます。

眼科での手術は飛躍的に進歩しました。眼疾患に対するさまざまな手術が開発され、以前と比較にならないほど眼球のほとんどすべての部位に対して手術が行われるようになってきました。研究的な手術も多く開発されていますが、多くの手術はすでに確立されたものです。同時に、眼科手術の手法に関する成書が発行されています。個々の疾患に対する手術術式の選択に関する情報や、詳細に記載された術式あるいは術中・術後の併発症や合併症およびそれらに対する注意点などに関しても多くの情報を手に入れることができます。このように手術そのものに関しては私たちが症例を前に判断する情報はたくさんあります。

しかしながら、一人一人の症例を前にして、いま手術を勧めるべき時なのかそれとももう少し待つべき時なのかの判断や、薬物から手術療法に切り替えるべきなのかの判断は実に難しいものであると感じます。手術への移行が早すぎても遅すぎても、どちらも最善であるとはいえません。薬物治療に比較して、外科的な治療は本質的に不可逆的なものであり、いったん切開など手術侵襲を加えると後戻りすることはできません。このように治療の過程でいつ手術に踏み切るかの判断は、手術を完璧に行うことと同じぐらい大切なことです。しかしながらこれらの手術の時期の決定と、2つ以上の手術を組み合わせるときに同時に行うか二期的に行うかの決定については、それぞれの術者の経験と知恵に依存していました。そこで、このたび「臨床眼科」の増刊号を企画するにあたり、さまざまな局面で私たち眼科医が出会うであろう「いつ手術に踏み切るか」という問題を取り上げました。先生方が治療法を選択なさるときのお役に立てれば幸いです。

編集協力の7先生には企画の最初からお知恵をお借りして大変お世話になりました。ご多忙な毎日の診療や研究のなか、手術のこつや判断のポイントについてご執筆いただきました多くの著者の先生方にもここに厚く御礼申し上げます。

西田 輝夫 (山口大学)