

企画・編集：渡邊尚史 旭川医科大学 放射線医学講座

序 説

診断医として駆け出しのころ、鍼治療の既往のあるスクリーニングCTで画像を何度もスクロールし所見を確定する直前、すっと気になる違和感が生じた。動脈硬化の石灰化と頭のなかで思い込んでいたものが血管近傍まで迷入した針であり、こんな体幹の深部まで針が迷い込んでくるのかと驚いた経験はいまだに忘れることができない。文献を検索してみると、伏針による心タンポナーデ、気胸、骨髄炎、肝炎、感染性心内膜炎、くも膜下出血、敗血症、脊髄障害などが報告されていた¹⁾。現在の『鍼灸安全対策ガイドライン(2020年版)』²⁾では、故意に鍼を体内に埋没させる埋没鍼療法は禁忌の施術とされていることから、今後見かける頻度は少なくなっていくことが想定される。

このように当時は有用と考えられていた行為が、科学技術の進歩や時間という選別を経て、かえって有害となる遷り変わりは、古今東西さまざまな事象で認められてきた。過去の医療行為について紛争が起きた場合、現在の医療水準で判断してはならない。すなわち医療紛争に関する過失の有無について、医師の注意義務の基準(規範)となるべきものは診療当時のいわゆる臨床医学実践における「医療水準」を基にして判断されるというのが現在の最高裁判例であり(最高裁昭和57年3月30日判決、判例タイムズ468号76ページ)、より具体化したのが2つ目の最高裁平成7年6月9日判決(民集49巻6号1499ページ)で、「医療機関に要求される医療水準であるかどうかを決するについては、当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきである」とされる。とはいえ、この医療水準を具体的にどのレベルに置くかは解釈の余地が残っており、依然として争点となりうる。

変遷といえば、医原病(iatrogenic disorders)は実に興味深いワードである。

医原病は、“医師や看護師の医療行為が原因で起こる病気、医原性疾患”と、定義されている(デジタル大辞泉より)。この概念を最初に医学に導入したA.Hurst(1932年)は、医師の検査、態度、説明などに起因する患者の自己暗示によって起こった病気であると定義したが、今日ではこうした狭義の医原性神経症に留まらず、患者に施した手技が不適當であったり、薬剤などの副作用で起こる疾患も含めて広義に考えられており、むしろ後者が大勢を占めているとされ、定義も変わってきた。将来的には人工知能(artificial intelligence; AI)がこの概念のなかに包括されてくる可能性も十分に予見されうるのではないだろうか。

今回の企画では、臨床現場で出会う頻度の高い、もしくは頻度は低くとも特徴的な画像を有する医原性病変について、手技(カテーテル治療、放射線治療)、人工物(術後体内異物、皮下異物)、薬剤性の各々の視点から、担当の先生方に執筆いただいた。今回の分野は、日常診療で出会う頻度は決して低くはないものの、簡潔にまとまったこの一冊といった決定版がなかなか見当たらない、いわゆる隙間産業的な領域であり、症例の収集選択をはじめ執筆の先生方には大変なご努力をいただき誠に感謝する次第である。

医原性病変の射程は、医療技術の発展と表裏一体であり、診断医は今後も新たな画像に直面し続けていくことが予想される。今回の特集は、現時点でのミニマムエッセンスで、いずれも痒いところに手が届く内容であり、出会ったときに悩まないように本稿が明日からの診療の助けとなっていただければ幸いである。

渡邊尚史

文献

- 1) 吉田博希ほか：鍼灸針による腹部大動脈内伏針の1例. 日血管外会誌, 11 : 653-656, 2002.
- 2) 全日本鍼灸学会 編：鍼灸安全対策ガイドライン 2020年版. 医歯薬出版, 2020.