



手術決断の 「to be or not to be that is the question」の過去・現在

琉球大学医学部眼科学 教授 澤口 昭一

若い頃（といっても30歳代半ばすぎ）、1995年前後、アメリカ留学から帰り新潟大学の緑内障クリニックに復帰して4～5年が経ち、臨床にも少し自信を持ち始めた頃で、当時は新潟大学で新米の講師をしていた。前任の岩田教授が定年退官されてから緑内障手術が一挙に緑内障を担当していた私に降りかかってきた。それ以前の1990年代前半までの岩田教授時代の緑内障手術のメインは代謝拮抗剤を使わない線維柱帯切除術であり、時に同一患者での片眼線維柱帯切除術（レクトミー）+他眼線維柱帯切開術のトライアル、一時期集中して行われた初期の原始的な全麻でのインプラント手術（ACTSEB）など、ありとあらゆる手術が行われていた。これらの手術の結果・経過を見せていただいたおかげでレクトミー（もちろん多くの合併症を抱えた手術ではあったが）以外の緑内障手術は眼圧下降効果に疑問がつくこと、また5FUから始まった代謝拮抗剤を併用したレクトミーを始めた初期の頃には代謝拮抗剤による合併症もまだ出現していなかったことから、ついに新潟大学を含めた大学附属病院のみならず、全国の緑内障手術はMMC併用レクトミーの黎明期を迎えていた頃であった。当時の学会では新潟大学を含め、その手術手技や手術成績の発表のオンパレードであったのを記憶している。当時、それまでの経験・経緯もあり手術の決断、手術手技の選択は比較的容易であり、ハンフリー視野（HFA 視野）測定は、視野計自体も高額で大学には1台しかなく、やっと年に1～2回HFA 視野検査が実施できる程度であった。当然のことながらHFA 視野の解析ソフトはなく、まだ手術への適応を決めるためのツールとしては未熟であった。当

時は眼圧が高い症例で、ゴールドマン視野（GP 視野）で明らかに進行・悪化する症例（しかもかなり進行した症例や視力が落ち始めた症例）で患者さんに「手術が必要です、このままでは失明します」とお話しするとほとんどの場合すぐに「先生にお任せします、よろしくお願ひします」と返答していただいた覚えがある。インフォームドコンセントもなく、家族を含めた説明の必要もなく、「薬（多くは内服を含む）では眼圧が下がりません、手術以外の方法はありません」と患者さんに宣言するだけで手術を納得、承諾していただけた。今、当時は思い出すとまさに夢のような時代であった。ただ患者さんの中で手術の既往のある場合、「緑内障は手術しても治らない、入院が長い、見え方が悪くなる」など過去の忌まわしい記憶があっただけか、なかなか承諾していただけない経験もまたぼつぼつあったように思う（このため年余にわたりダイアモックスを内服する患者さんも稀ではなかった）。当時は、緑内障の手術の対象は眼圧の高い症例であり、話題になり始めた正常眼圧緑内障（NTG）などの症例が手術の適応になるなど思ってもみなかった（MMCを併用しない濾過手術の眼圧下降効果の限界）。唯一、岩田教授がシンポジウムで「もし私が両眼とも進行性のNTGだったら片方の眼はMMCを使ったレクトミーをしてもらう」と発言されたのを記憶の彼方に覚えている（岩田教授は「がちがちの機械説」信奉者で当時も今も眼圧下降こそが緑内障治療の唯一の王道である）。その後、岐阜大学からNTGの手術成績を含めた膨大なデータが公表されるに至り、その努力にはいまだに最大級の敬意を表している。琉球大学に赴任した1998年は