

藤沢弘範

脳神経外科

NCLOSEUP!

独立行政法人国立病院機構

金沢医療センター

Fujisawa Hironori

めざすは、 ニューロサージャリー（神経外科）。

脳神経外科というと、一般的には脳外科（ブレンサージャリー）をイメージするが、金沢医療センター脳神経外科では今、神経外科（ニューロサージャリー）に軸足を置いた診療を進めている。それによって何が、どう変わるのか。藤沢弘範診療部長に聞いた。

脳神経外科は、 脳外科ではない

金沢医療センター脳神経外科の外
来に足を運ぶと、脳神経外科と神経
内科が壁一枚隔てて隣り合わせに並
んでいる。二つの診療科は、一般病院でい
う内科と外科の関係だ。つまり患者の
検査、診断を行って、内科的な治療な
のか外科的な治療が必要なのかを見
極め、それぞれの診療科が迅速に対応

するようになっていく。

しかし脳神経外科に「脳」の文字が
入ると、脳出血や脳梗塞、くも膜下出
血などに象徴される脳の急性疾患を
先に連想してしまう。もちろん、脳血
管障害や脳腫瘍など脳に異常や病変
があった場合の検査、診断、治療を行
うのに違いはないが、金沢医療セン
ターでは脳神経外科イコール脳外科
（ブレンサージャリー）ではないと考
えている。基本的には全身の神経の病

気を扱う診療科で、脳や脊髄、脊椎、

末梢神経、視神経など「神経」にかか
わる領域をカバーする位置づけだ。

したがって「脳神経外科」では脳の
外科手術だけにとどまらず脊髄、脊
椎はじめ末梢神経、視神経、眼窩内の
病変まで守備範囲は非常に広い。患者
の症状によっては神経内科はもとよ
り、精神神経科、整形外科、耳鼻咽喉
科、眼科、血管外科などと重複するこ
ともある。それを見極めるポイント

は、神経異常によって生じる症状かど
うか。いわゆる全身の運動麻痺、しび
れや痛み、けいれん、手足のむくみ、ふ
るえ、認知機能の低下などが伴う場合
の原因究明や治療選択にあたるのが
脳神経外科ということになる。

「脳神経外科イコール脳外科とい
メーじされることで私自身が最も危惧
するのは、たとえば手がしびれて外来
に来た患者さんは、すべて脳に原因が
あるのではないかと思ってしまうこと

です。実際には、脳に原因がある場合もあれば、脊髄や末梢神経に要因があることも考えられます。私たちは外科ですが必ずしも手術適応症例だけではなく、薬物治療を行うこともあり。患者さんの症状や状態に合わせて最適な治療法を選択するのが私たちの重要な役割。まず、そのことを知っていただきたいと思います」

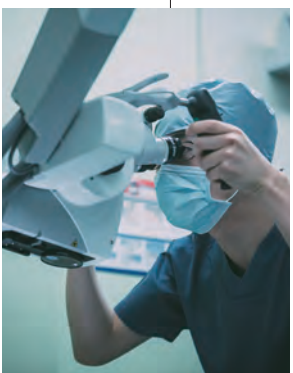
診療部長の藤沢弘範医師は、脳神経外科イコール脳外科ではない理由をそう訴える。たとえば、手がしびれると言う患者が脳外科の病院で診察を受けたとする。しかしCTやMRI検査で、脳に特別異常が見られなかった。そのときに異常が見つからなかったといって患者を帰すか、脳以外の脊髄や末梢神経、視神経など神経にかかわる全身を一通り診察した上で判断するかで患者の予後は大きく変わってくる。藤沢診療部長は、そのリスクを避けるためにも脳神経外科は、神経外科（ニューロサージャリー）であることの重要性を強調する。

医学生への教育から見直すべき

金沢医療センターの脳神経外科では、頭のとっぺんから足のつま先まで、しっかり診療するスタイルをとっている。そのため、状況に応じて手術だけではなく、実際に薬物治療を行うケースもある。

「今のところ脳梗塞や脳血管障害が圧倒的に多いですが、なかには手術にならないような症例、点滴治療をはじめから行うこともあります。脳梗塞に対するtPA（血栓溶解療法）も内科的な薬物治療の一つです。脳梗塞は時間との勝負ですから、発症から4・5時間以内であればtPAを使い、再開通が十分な場合は、カテーテル治療で血栓回収を追加することで予後が大きく改善されます。顔面けいれんの治療もそうです。本来、手術で治しますが、顔面けいれんを抑えるための筋肉の治療にボトックスを使います。これは内科的な治療です」

脳神経外科医という「ゴッドハンド」といわれるアक्रロバティックな手術で脚光を浴びるイメージだが、近年は低侵襲の治療で再発や症状の進行を予防す



る治療により成績を上げている。

ちなみに、金沢医療センター脳神経外科の2016年の手術症例は161例で、2015年の109例より52例増えている。そのなかにはtPA後のカテーテル治療も含まれている。その理由について「脳神経外科は神経外科であるという原点に立ち返り、積極的に治療に介入することで症例数が増え、治療成績が上がったと思う」と、藤沢診療部長は分析する。

ではなぜ今、金沢医療センターの脳神経外科では、神経外科（ニューロサージャリー）の重要性を強調するのか。背景にあるのは脳神経外科の専門医の不足である。脳神経外科医は、「説には一人前になるまでには10年以上の経験を積まないと手術できないといわれるが、手術場での長時間労働、一人前になるまでに時

間がかかるといった負のイメージが、結果的に若手医師の不足につながっているのではないかと考えられている。

藤沢診療部長は「脳神経外科のマンパワー不足と、脳に特化したイメージは無関係ではない」と前置きしたうえで、神経外科の重要性に言及する。

「現状はどうかわかりませんが、医学生への教育段階から、脳神経外科学とは全身を診る科であることをもつと学生に示すべきだと思っています。高位診断といいますが、頭はもちろん、頭以外の首から下、脊髄や末梢神経や視神経、手、足のどこが悪いかを診る。同じ手がしびれるといつても、頭か、首か、末梢神経が悪いかで治療は大きく変わってきます。その原因を突き止め、どんな検査や治療を行えばいいかを考える。患者さんの全身を診て、そういう『見立て』をするのは臨床を行ううえで楽しみの一つです。そういったやりがいや魅力をもつと学生や若い医師に伝えていくことが現場での私たちの役割だと思っています」



ムされるべきものだとということ。私自身
 修業時代には、末梢神経や腰椎など下
 から順に上へ経験を積んで最後に頭の
 手術を経験しました。そういうプロセス
 を踏むことがこれからの脳神経外科医
 に不可欠になっていくと思います」

藤沢診療部長の専門の二つは「頭蓋
 頸椎移行部」の手術。動きがない頭蓋
 骨に囲まれた脳と、運動器である頸椎
 の境目にあたる頭蓋頸椎移行部は、深
 く狭いうえで脊髄と太い動脈があつ
 て治療が難しいとされている。藤沢診
 療部長は、頭蓋頸椎移行部にできた脊
 髄腫瘍はじめ、狭窄や奇形などの手術
 を得意とする。「頭蓋頸椎移行部を専
 門にする脳神経外科医はたぶん稀だと
 思います。富山や福井などから患者さ
 んが紹介されてきます。そういう患者さ

藤沢 弘範(ふじさわ・ひろのり)
 金沢医療センター 脳神経外科部長

Profile

- [略歴] 1988年 金沢大学医学部卒業 同 脳神経外科入局
- 1996年 金沢大学助手
- 2002年 金沢大学大学院医学系研究科講師
- 2007年 福井県立病院脳神経外科医長
- 2015年 金沢医療センター脳神経外科部長
- 2016年 金沢大学臨床教授(学外)
- [研究歴] 1992年 国立がんセンター(現、国立がん研究センター)
 研究所リサーチレジデント(東京、築地)
- 1997年 世界保健機関(WHO)国際癌研究所 研究員(フランス、リオン市)
- [専門分野] 脳神経外科全般(頭のてっぺんからつま先まで。
 特に脳腫瘍、頭蓋頸椎移行部や脊髄の難しい病気)

Not Over But Not Under



頭蓋頸椎移行部の手術が得意

実際、金沢大学の医学部6年生を対
 象としたクリニカルラークシップ(臨
 床実習)や卒後臨床研修病院にもなっ
 ている金沢医療センターでは、藤沢診療
 部長が直接、手術場で医学生や若手医
 師の教育、指導にあたっている。そこで
 脊髄腫瘍など脳以外の手術を見せる
 ことも多い。

「脳神経外科が体の隅々まで診ると

いうと、若い先生方は意外な反応を示
 します。でも欧米では、一人前の脳神経
 外科医になるために、末梢神経から
 入って腰椎、頸椎、最後に頭という順に
 トレーニングプログラムを学んでいきま
 す。日本ではそのプログラムが逆なん
 です。今後、日本でも欧米型のトレーニ
 グに近づくとと思いますが、脳神経外科
 の診療内容は本来、そうやってプログラ

んはぜひご相談ください」

外科医としての藤沢診療部長のモツ
 トーは「Not Over But Not Under」。手
 術適応ではない患者は手術しなくてもいい
 (not over indication)。しかし一度、手
 をつけたらやるべきことはちゃんとやる
 (not under surgery)。それが命を預けて
 くれる患者の誠意に応えることである。
 その思いを秘めて、若手医師の育成と多
 忙な現場に情熱を注いでいる。

一度、手をつけたらやるべきことはちゃんとやる。

