

見逃される高血圧合併症

§はじめに

週刊誌などでは医療情報に関して一方的で偏った報道がなされることが後を絶ちません。「危険なクスリ」といった特集が組まれることがあります。日本の代表的な降圧剤が列挙されていて驚きました。薬には当然副作用もあるのですが、適切に使用すれば非常に効果的です。因みに私には前立腺肥大があり、急に尿意を催したり、尿線が細くなったりする症状がありましたが、薬を服用することで非常に快適になりました。特段の副作用もなく薬の有難さを実感しています。薬の危険性を過大に報じるメディアの報道を信じて、自己判断で薬を中止することがないようにと思います。

また、ある雑誌では「血圧 200mmHg を 5 年間放っておいたが問題はなかった」との医師の記載がありました。開いた口が塞がりません。「血圧は年齢+90 がちょうど良い」と未だに主張する医師もいます。これは年代別にどのくらいの血圧が高血圧に伴う合併症を起こしてくるかという、大規模な医学的調査ができていなかった時代に、血圧管理の目安として出された指標でした。高血圧では以下に記載しますが、大動脈弁狭窄症をはじめとして命に関わる合併症がたくさん生じてきます。日本高血圧学会から発行されている高血圧治療ガイドラインには、高血圧治療の根拠となる多数の全世界的な大規模調査結果が記載されており、そういった内容を元にして日本人に適した現在の高血圧治療の基準が策定されました。

「血圧は年齢+90 がちょうど良い」と主張する医師はそういった大規模調査結果を勉強していないのでしょうか。そして、このように主張する医師は、高血圧の患者さんを実際に診療していないと思います。高血圧の患者さんには高血圧だけではなく、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、睡眠時無呼吸症候群などの合併症や、生活習慣で喫煙、多量飲酒、ストレス、睡眠不足など他の問題を抱えている方も多く、「血圧は年齢+90 がちょうど良い」という方針で高血圧の治療を長期間続けた場合には、高血圧に伴う合併症が次々と出現し、早々と亡くなっていく方が増えることでしょう。

高血圧の患者さんを数万人（中には 10 万人！）治療をしてきたと豪語する医師もいます。しかし、一人の高血圧の患者さんの診療をするということは、その人の一生を診ていくことと私は考えています。その長い過程で高血圧に伴う合併症を起こさないようにすることが、高血圧診療でもっとも大切なことだからです。

私は心臓血管外科医の時代から高血圧に限らず 40 年近く継続して診療を続けている方がいます。それ以外にも 20~30 年以上継続して診療している高血圧の方もたくさんいます。一人の方の高血圧診療を行ったということは、長年月できれば終生の診療を続け、高血圧に伴う合併症を防ぎ、残念ながらそれが発生してもきちんと対処してこそ言えることだと私は考えます。私が開業して約 20 年で拝見した高血圧の方は男性 2,964 名、女性 3,522 名でした。このなかには癌など他の疾患で亡くなった方が含まれますが、高血圧関連の合併症で亡くなった方は非常に少ないです。なお、この 6,500 名ほどの高血圧の方々も現在も継続して通院しているかといえばそうではありません。高齢になり遠方からの通院が困難になって転院した方、運転免許証を返納して来院できなくなった方、癌や呼吸器系疾患、消化器系疾患等他の疾患で死亡した方、認知症の進行や骨折で施設入所し来院できなくなった方、また、何らかの理由で来院しなくなった方などがあります。

現在どのくらいの方が高血圧で通院しているか調べました。2023年1月から同年6月末までの半年間で、継続して拝見している高血圧の方は、男性1,067名 女性1,162名の合計2,229名で、診察間隔も2~3カ月の方が殆どです。因みにこの半年間に受診した方は初診、再診を含めて男性は1,215名、女性は1,380名でした。受診された方に占める高血圧の方の割合は男性で87.8%、女性では84.2%にも達していました。

一人の医師で高血圧に伴う合併症を防ぐためにきちんとした診療をしようとする、当クリニックには他の循環器疾患で通院している方もあり、私はこれ以上の方の診療を引き受けることは事実上困難です。卓越した医師なら可能なのかもしれませんが、私の考えや診療方法では高血圧の方を数万人から10万人も診療するという事は絶対に不可能です。

さて、高血圧という病気はその影響が全身に及び、合併症を誘発します。脳梗塞、脳出血などの脳血管疾患、狭心症、心筋梗塞などの虚血性心疾患、心房細動などの不整脈、腹部大動脈瘤や胸部大動脈瘤などの大動脈瘤、大動脈解離などの大動脈疾患、足の血管が詰まってくる下肢閉塞性動脈硬化症、腎機能が低下する高血圧性腎硬化症、高血圧性心不全などなど。高血圧診療ではそういった数多くの高血圧に伴う合併症を発症させないように、注意して患者さんを診ていくことが大切であり、万一そのような兆候の確認できれば、その病態を進行させないように治療をすることが重要なのです。

ところで、病院や家庭で測る血圧がどのような値を示すかということは高血圧において大事なことです。しかし、ツボを押したら血圧が下がる、タオルを握ると血圧が下がる、青〇を飲むと血圧が下がるなど、こうすれば簡単に血圧が下がるという書籍が高血圧関連書の中でベストセラーになり、そうすれば高血圧の問題はすべて解決するといった風潮がとても気になります。自身の血圧が一時的な操作で下がっても、実際に体内の諸臓器が高血圧によってどのような状態にあるかを定期的に確認しなければ意味がありません。

治療が遅れた高血圧や、長年続いていた高血圧では、前述のように全身の臓器にいろいろな病変が出てきている可能性があります。たとえ簡便な方法で血圧が低下したとしても、動脈硬化を進行させる要因は高血圧以外に糖尿病、脂質異常症、ストレス、運動不足、喫煙、慢性腎臓病、多量飲酒などがあり、どんなに工夫しても制御できないものとして遺伝的要因、加齢があります。ですから、血圧の値だけに注目して経過をみる高血圧対策は誤りなのです。高血圧の人、高血圧の既往のある人の全身の臓器に及び変化を、長年に渡ってきちんと見極めることが主治医の役目です。そして、高血圧に伴う各種の合併症の発症を予防し、残念ながら発症したときには速やかに治療してその悪化を防ぐのが高血圧診療なのです。一時的な方法で血圧の数値が下がったと安心し、それで高血圧が解決したと考えてはなりません。血圧が低下していても高血圧の合併症は密かに進行している可能性があり、注意が必要です。

私は心臓血管外科医として24年間診療を続け、その後循環器系開業医になって20年を超えました。心臓血管外科医として診療を続けていた時に、救急搬送されてきた患者さんの話を聞くと、高血圧治療を受けていたと言いながら、全身の評価を受けていない人がたくさんいました。動脈瘤破裂、急性大動脈解離、下肢閉塞性動脈硬化症、急性心筋梗塞などへの緊急手術を頻回に行いました。急性大動脈解離以外の疾患は、発症前にそれらの疾患の予兆を見出すことは一定の確率で可能です。「高血圧治療を受けてきたと言いながら、なぜこういった病気が未然にわからなかったのだろう」心臓血管外科医の時にはそういった疑問がよく頭を過りました。

自分が開業医になり、その理由が分かりました。それは高血圧の治療を受けていると言いながら、単に降圧剤を貰ってくるだけの患者さんが多いのです。またそれではダメと指摘する医師も少ない様に思います。そして、病院の血圧よりも家庭血圧の方がその人の将来の病状を推測するのに有効であると分かっているながら、家庭血圧を正しく計測する方法が患者さんに教えられていません。当院に転院してくる患者さんの中で、正しい家庭血圧の測定方法を知っている方はほぼ皆無の状態です。更には、長年通っていた医療施設では診察は受けず、毎回薬だけ貰ってくるという人もたくさんいました。そのような状況なら、病院に通院しているのではなく、薬局に通

ているのと同じです。

高血圧診療では、頭のとっぺんから足の先まで、高血圧による合併病変が生じていないか、問診、視診、触診、聴診といった医師の診察で、受診するたびに確認する必要があります。また医師だけが対応するのではなく高血圧は生活習慣病ですので、生活全般を見直していくために多職種の参画が絶対に必要です。このため、当クリニックでは看護師、臨床検査技師、管理栄養士、事務職員が一丸となって皆さんに対応しています。本当は薬剤師も加わるべきなのですが、現在の医療制度では開業医が薬剤師を雇用するのは極めて困難であり、できていません。残念です。

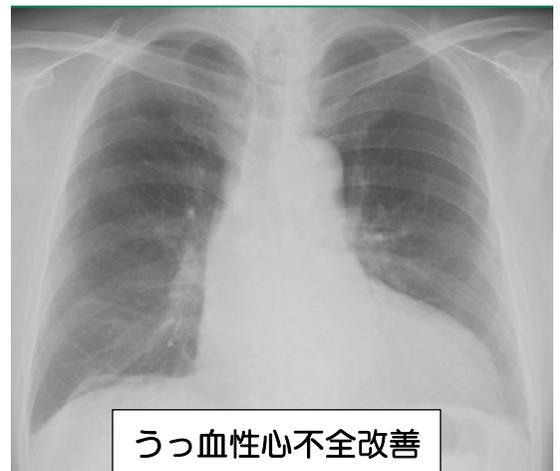
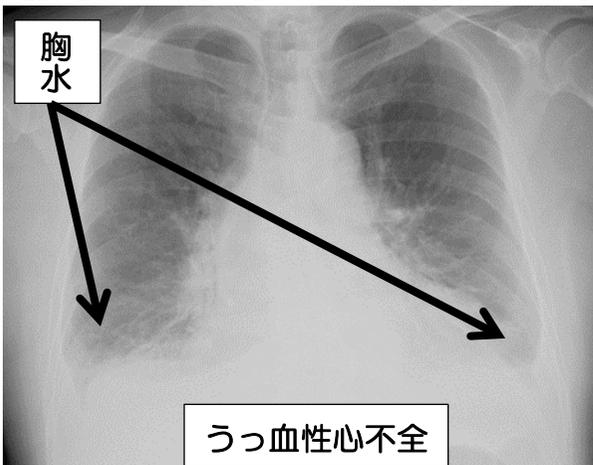
今回の『藍色の風 第102号』では、高血圧で医療施設に通院しているといっても、医師の診察を受けなければ見逃されやすい高血圧の合併症について記します。その代表的な合併症は9つあるのですが、それらをすべて記載するスペースがなく、今回は頻度の多い4つの合併症に絞って書きました。

なお、これらの合併症を発見するには大きな病院でCTやMRI検査などを受けなくても、かかりつけ医師が四感（味覚は使いませんので五感ではありません）と聴診器を組み合わせ、必要な時には心電図、胸部レントゲン写真、採血検査、採尿検査という通常の開業医院で行われている方法で発見できることを示します。当クリニックでは超音波検査ができるため更に有利になっています。こう書きながら、私がもう少し早く合併症を発見していれば…と反省したこともあります。自戒の念も込めてそういった実例も記載することにしました。

見逃される高血圧合併症 その1 大動脈弁膜症

次のような方がいました。ご存知のように当クリニックは新患、再診とも予約制ですが、70代後半の男性Aさんはほぼ飛び込み受診のような恰好で来院されました。看護師の問診では、かかりつけ医で高血圧の治療を受けているも、4～5日前から夜横になると息が苦しく、動悸もあって非常に不安だと訴えました。65歳から高血圧と診断され、かかりつけ医で投薬を受けていたとのことでした。しかし自覚症状は何もなく好きなゴルフも問題なくできていました。受診してもかかりつけ医とは世間話をする程度で診察はなく、血圧も安定していて薬をもらうだけの診療が長年続いていたとのことでした。

当クリニックを受診されたとき、外来の血圧は120/64mmHgと低いのですが、脈拍数は75～103/分と変動し、不整脈が基礎にあることがわかりました。また指先で計測する経皮的動脈血酸素飽和度は93～94%まで低下していました。（標準値は96～99%）診察すると両方の目の上には腫れがあり、心臓の聴診では典型的な大動脈弁膜症の心雑音でした。両側の胸の聴診では肺に水がたまった時に聴取されるブツブツという水泡音が聴かれました。腹部は膨れ上がって腹水が溜まり始めている可能性があり、両側下腿には強い浮腫がありました。安静時心電図では診察の時の脈の乱れで予想した通り、脳梗塞の原因になる心房細動が認められました。胸部レントゲン写真では左右の肺に水が溜まり、心臓の影も大きくなっていました。これまでの診察で心房細動と言われたことがありますかと尋ねても、心電図は長年撮っていないとのことでした。状



況からは大動脈弁膜症に心房細動が合併したうっ血性心不全状態であり、受診当日に急性期病院に紹介しました。

急性期病院では入院の上、心不全への治療がなされ、受診時に 79.7Kg あった体重は治療で 71.2Kg まで減少し、症状も消失して無事退院しています。精密検査の結果、大動脈弁に逆流のある大動脈弁閉鎖不全症と診断されました。大動脈弁膜症とは大動脈弁が狭くなる大動脈弁狭窄と大動脈弁に逆流が生じる大動脈弁閉鎖不全症と合わせた疾患です。高血圧の合併症では大動脈弁狭窄の方が圧倒的に多いです。急性期病院では心房細動に対しては脳梗塞予防の薬剤が開始されていました。今後の治療は通院しやすい自宅近くの医院で行うことを希望されたため、診療情報提供書を作成して転院してもらいました。

高血圧の診療で、自覚症状がなく、血圧がコントロールできているといっても、この大動脈弁膜症が潜んでいないかどうかを確認することがとても大切なのです。血圧の数値だけみて、安心しては危険です。

当クリニックでは皆さんが受診されるたびに、診察台の上に横になっていただき、診察をしています。その際、聴診器を使用して心臓の雑音、肺の雑音の確認をしています。大動脈弁膜症（大動脈弁狭窄＋大動脈弁閉鎖不全症）の見逃しを避けるためには、高血圧の方の診察で医師が聴診器を使用して確認しなければなりません。薬を貰うだけの高血圧対策ではダメなのです。一人の方を長年聴診していると、その経過中に大動脈弁狭窄症が生じてその心雑音に気づくことがあり、そのような際には心臓超音波検査で確認するようにしています。大動脈弁狭窄症を確認した場合には、それを進行させないよう患者さんにも説明し、綿密に血圧管理を行うとともに、脂質異常や糖尿病があればその管理も綿密に行います。また感染性心内膜炎という細菌感染が大動脈弁に生じることもあり、その対策も説明しています。

見逃される高血圧合併症その2 腹部大動脈瘤

次のような方がいました。60代の男性です。普段はかかりつけ医院で糖尿病、脂質異常症で治療をうけていました。しかし「坂道を上ると心臓が重く息苦しいことがある」と訴え、心臓を診て欲しいと希望して当クリニックを受診されました。いつものように看護師が問診し、血圧や脈拍数などのバイタルサインを確認しました。身長は 166 cm、体重 81Kg、BMI 29.4 と肥満体質で、血圧は 152/72mmHg と高く、血圧への評価はかかりつけ医院ではできていませんでした。私が診察する前に看護師から病状についての事前連絡があるため、診察前に心電図と胸部レントゲン写真はあらかじめ行っておくよう指示しました。ヘビースモーカーでタバコは 40～50本/日吸っており、飲酒は機会があれば飲むという方でした。

看護師の問診と検査が終了して、患者さんは私の診察室に入ってこられました。いつものように初めての方は頭から足先まで診察していきます。診察台の上で横になってもらい、胸の聴診から始めましたが、心雑音はありませんでした。呼吸音は喫煙者に特有の粗い音で、呼気の最後の方まで呼吸音が聞かれました。これも喫煙者に特徴的な呼吸音です。

腹部の触診をするとかなりの腹部脂肪がある方でしたが、腹部の中央部分に明らかな動脈拍動が認められました。両手で腹部動脈の幅を探り、その大きさを確認するのですが、腹部の膨満が強いので十分評価しきれませんでした。しかし、腹部大動脈の横幅は通常よりもかなり広いと推測できました。胸部レントゲン写真では特別な異常はありませんでしたが、安静時心電図では虚血性心疾患の存在を示す所見がありました。

私の診断は腹部大動脈瘤疑い、労作性狭心症疑いであり、早急な治療が必要と説明し、直ちに急性期病院に紹介しました。急性期病院の腹部 CT 検査では外径 50×49 mm の腹部大動脈瘤が存在することが分かりました。（男性では 50mm 以上、女性は mm 以上が手術適応です）また労作性狭心症疑いについての精査では、冠状動脈に三カ所の有意な狭窄病変も指摘されました。

このため、先に開腹して腹部大動脈瘤を切除し人工血管で修復する手術を受けました。その後冠状動脈狭窄病変に対してはカテーテル治療が行われ、冠状動脈の狭い部分もきれいに拡張され

て退院しています。なお、現在では開腹しての腹部大動脈瘤への手術は少なくなっています。最近では腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術（endovascular aneurysm repair；EVAR）という方法が選択されるようになってきています。この治療法はカテーテルの先端に人工血管を装着し、そのカテーテルを足の付け根の動脈から動脈瘤の内側に挿入していき、人工血管を腹部大動脈瘤の内側に張り付けるようにして留置する治療法です。開腹して腹部動脈瘤を切除し、人工血管で血流を再開させるより、患者さんへの侵襲度が低く、かなり高齢の方にも安全に行えています。

さて、この男性はBMI 29.4 でかなりの肥満状態でしたが、大きい腹部大動脈瘤であったため、私が手で腹部を探る触診で発見することができました。また、それまでに治療を受けてきたかかりつけ医院では血圧の評価が十分ではなく、手術後の経過で高血圧が存在することが判明しました。以前から高血圧が存在していたにも関わらず、高血圧かどうかの評価ができておらず、腹部大動脈瘤や虚血性心疾患が見落とされてしまった残念な方でした。

当クリニックでは下肢静脈瘤で受診した方以外はすべて診察台の上で横になってもらい、診察しています。腹部の診察では次のようなことを確認しています。肝臓の腫れ、腹部の大動脈瘤、腹部のヘルニア、その他の腹部腫瘍、などの有無を確認しています。

診察台に横になってもらい、腹部が胸の高さと同様か、それ以下であれば私の両手で触診で、腹部大動脈瘤の有無を確認することはできます。右上のような写真の方です。しかしその下の写真の方のように、腹部が胸部よりも高くなっている肥満体質の方では、触診で腹部大動脈瘤の有無を確認することは殆ど不可能です。

今回の例に挙げた腹部大動脈瘤の男性は、かなりの腹部膨満があったのですが、うまく見つけることができました。しかし、これは例外的なことでした。最近も肥満体質の方で、消化器疾患の精査の途中に、腹部大動脈瘤が発見されたことがありました。そういった経験から、高血圧で通院中の肥満体質の方で、私の触診で腹部大動脈瘤の有無を確認できない場合には、当クリニックまたは急性期病院での腹部エコー検査をお勧めするようにしています。通院されている方の中で、自分に腹部大動脈瘤があるかどうか、わかっていない方は、診察時に私にお尋ねください。腹部大動脈瘤があるかどうか、お知らせします。私の触診で分からない場合には前述のように、腹部エコー検査を行います。



見逃される高血圧合併症その3 下肢閉塞性動脈硬化症

現在 80 代前半の男性です。狭心症に対してカテーテル治療を受け、高血圧だけではなく、糖尿病、脂質異常症もあって 59 歳の時から当クリニックに通院していました。狭心症の治療後ですが農作業も積極的に行い、胸部症状は全くなく極めてお元気な方でした。しかし、長年の喫煙歴があり何度か禁煙外来で禁煙に挑戦したのですが、成功しませんでした。

70 代後半の診察時、右足が痛くなり整形外科に通っても全く痛みが取れないと訴えました。足の動脈拍動を確認してみると、右足の付け根の右大腿動脈の拍動が触れません。腹部の大動脈はおへその位置で左右に分かれ、左右の腸骨動脈と命名されています。この男性は腹部で右の腸骨動脈が閉塞した可能性があり、直ちに急性期病院に紹介しました。精密検査の結果、右総腸骨動脈がほぼ閉塞しており、このままでは右下肢切断になると説明されました。しかし、手術が怖い

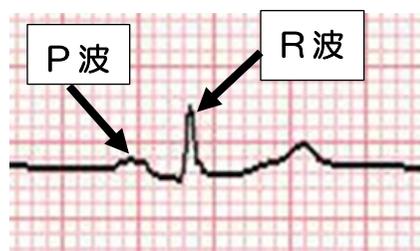
と感じ、手術は希望しないと拒否して帰ってきてしまいました。外来での通院治療を再開しましたが、やはり痛みがコントロールできず歩行にも障害があり、このままでは右足を失うことになると強く説得したところ手術に同意し、急性期病院で手術を受けました。このような病態では通常はカテーテルで狭くなった動脈を広げ、ステントという医療器具をその部位に留置して血流を再開させることで治療できます。しかし、男性の血管の動脈硬化が非常に強く、カテーテル治療では十分に対応できないと判断され、開腹して人工血管で置換する手術が行われました。幸いきれいに手術ができ、元の生活に戻って農作業も再開しています。しかし残念ながら依然として喫煙を続けており、他の部位の血管閉塞が危惧される状態です。

なお、この方も70歳前半のときに下肢の動脈拍動には異常はないと確認していました。しかし、新型コロナウイルス感染が広がったため私の診察内容を簡略化する必要が生じ、2020年前半から3年間は足の動脈拍動確認を省いていました。その期間に両側下肢動脈拍動の確認を行う診察を行っていたら、もっと早い時期に手術を勧めることができただろうと反省しました。70歳以上の方に対しては誕生日前後の外来受診時に、両側足背部の動脈拍動を確認し、足の動脈血流に異常がないかどうか、確認するようにしています。こうすることで下肢閉塞性動脈硬化症を見逃さないようにすることができます。

見逃される高血圧合併症 その4 心房細動

70歳代前半の企業経営のトップの方です。50代前半から近くの医院で高血圧に対して降圧剤が開始されていましたが、なかなか血圧のコントロールができないと訴えて、60歳の時に当院を受診されました。薬剤の調整を行い、管理栄養士との面談で食生活の調整を行うことも追加し、血圧はきれいに安定しました。多忙な方であり、当院への受診は2~3か月に1回という状態でしたが、幸い循環器系のトラブルはなく安定した状態が続きました。

しかし70代前半に定期受診された際の診察で、私が聴診した時に脈の乱れに気づきました。本人の自覚症状は全くありませんでしたが、急いで心電図で確認すると下のような心房細動でした。心臓が一回収縮して拡張すると右図のような心電図が出来上がります。上に飛び出している波をR波と言います。心室が収縮した時にできる波です。R波の左側にあるのは心房が収縮した時にできるP波と言います。心房細動になるとP波が消失します。そしてR波の間隔が均等ではなくなります。心房細動を発症する前の心電図を



下に示しました。正常時の心電図ではP波がきちんと確認できて、R波が規則正しい間隔で表示されていることがわかります。心房細動が生じていると医師が聴診器を使って患者さんの心音を聞けば、心音が規則正しくないことがわかります。そんな時は心電図確認をして心房細動の有無を評価しています。ですから、高血圧の患者さんを診察する際には必ず聴診器での心音を確認する必要があります。また、手首の動脈拍動を触れて心房細動の有無を確認することもできます。

この男性は2か月前までの診察時には、この脈の乱れはありませんでした。前回受診以降に心房細動が発生したと思われましたが、本人には動悸、息苦しさ、労作時の胸部症状など、何の自覚症状もありませんでした。高血圧に伴う心房細動ですので、脳梗塞をはじめとした血栓塞栓症の危険性があるため、直ちに血栓ができていくのを防ぐ薬を投与し、その後に心房細動を治す薬も追加しました。しかし1か月経過しても心房細動が治らないため、カテーテル治療で心房細動を治すカテーテルアブレーションという治療方法の説明をし、その治療を受けられたらどうですかと勧めました。本人も血栓が飛んでいろんな臓器障害をきたす危険性は減らしたいと希望され、急性期病院への紹介に至りました。急性期病院でのカテーテルアブレーションで心房細動はきれいに消失し、治療3年を経過していますが、心房細動は再発せず非常に安定した状態が続いています。

このように心房細動と言っても、高齢の方では自覚症状の無いことが結構多いのです。高血圧と診断され薬だけをもって医師の診察を受けなければ、こういった心房細動を見逃してしまうこともありえます。心房細動による脳梗塞は心臓から飛んでいく血栓が大きいので、非常に広範囲の脳梗塞になることがわかっており、なんとしても避けたい合併症です。また血栓が飛んでいく先は脳だけではなく、腹部の動脈に飛んで行って強い腹痛が生じたり、足に飛んでいって足の血管つまって足の筋肉が腐ってしまったたりするということもあり得ます。心房細動はできるだけ早く発見し、対処しなければなりません。

こういった自覚症状の無い心房細動も医師が診察しなければ発見することはできません。血圧の数値だけをみて、いい血圧の数値だからそれで十分と満足していても、この心房細動を見逃してしまうと大変なことになるてしまいます。高血圧診療では医師の診察が絶対に必要なことを示す典型例です。なお、最近はやりのオンライン診療では、この無自覚の心房細動をはじめとして、今回記載した大動脈弁膜症、腹部大動脈瘤、下肢閉塞性動脈硬化症、心房細動を見出すことはできません。

§ その他の見逃される高血圧合併症

今回記載した以外に、医師の診察を受けなければ見逃される高血圧合併症には頸動脈狭窄症、虚血性心疾患、胸部大動脈瘤、うっ血性心不全、高血圧性腎硬化症があります。今回はスペースがなく、上記の疾患例に関しては記載することができませんでした。このため、こういった合併症を含め、もっと詳細に記載した書籍を将来発行しようとしています。出版できましたらお知らせいたしますので、興味のある方はお読みください。なお、脳出血や脳梗塞も高血圧で発生する危険な合併症ですが、その兆候を医師が診察により未然に発見することは困難なため、記載項目から省きました。

(はじめに)でも書きましたが「簡単な方法で血圧が下がればそれでよし」としては絶対だめです。高血圧は密やかに体を蝕みます。高血圧は昔からサイレントキラーと呼ばれています。高血圧は自覚症状が無いまま、致命的な合併症を誘発するからです。私も皆さんの高血圧合併症を見逃さないように工夫を続けますが、医師の診察の重要性を知っていただきたく、今回の『藍色の風 第102号』で記載しました。薬だけ貰ってくるだけの高血圧診療はダメなのです。

日本人の降圧目標を示します。

★75歳未満の方の家庭血圧は 125/75mmHg 未満

★75歳以上の方の家庭血圧は 135/85mmHg 未満

ただし、このレベルの血圧に下げると倦怠感や体調不良を自覚する方がいるのも事実です。目標は目標ですが、その達成が適切でない場合には私にお知らせ下さい。 【坂東】

『大丈夫、私を生きる』

トリーチャー・コリンズ症候群という病名を聞いたことがあるでしょうか？私は医学生時代に教わったのかもしれませんが、全く記憶にありません。この病気に罹患した女性が『大丈夫、私を生きる』という書籍を発行したと知り、購入しました。

この病気は常染色体優性遺伝で、5万人に1人の割合で発生しています。右写真のように、ほぼ骨がなく、あごや顔面の変形があり、不揃いな外観を示します。その他、垂れ下がった目や下あごが短くて小さい、難聴、耳の奇形や耳が無い等という異常も合併しています。

この書籍を出版した山川記代香さんは1994年生まれで、トリーチャー・コリンズ症候群に罹患しています。この病気のため、彼女は成長の過程で想像に絶するような扱いを受けていますが、それを乗り越えて『大丈夫、私を生きる』という境地に達し、出版しています。

書籍から内容を少し抜粋して彼女のことをお知らせします。

「人と違うとわかった瞬間、私を見る目は好奇の目になります。ただ歩いているだけ。ただ買い物をしているだけ。ただご飯を食べているだけ。誰もが何気なくしている行動を私もしているだけなのに、通りすがりの知らない人たちから、上から下まで、穴があくんじゃないかというぐらい無遠慮に見られ続けるのは、とてもしんどく悲しいことです。ときには、いきなり指をさされ、『怖い』『変な顔』『おばけみたい』などと、好き勝手なことを言われることもあります。」

こんな日常生活や学校生活が続く中、彼女は高校三年生の時に全校生徒を前にして自分の病気について、自分の口から話したいと学校側に申し出て、それが実現しています。彼女の話した内容を記載するスペースがありませんが、スピーチが終了してクラスに戻ると、担任の先生、クラスメートたちが泣きながら「よく頑張って話したね」「人前で自分の障害について話せるなんてすごい」と声をかけています。この病気にに関して多くの人を知って理解してくれば、この病気の人達に対する周囲の接し方が変わるのではないかと考え、彼女は実名と容姿を出して書籍を出版したのです。

ある時、当クリニックに通院されていた方が、娘さんのことで相談したいと来院されました。娘さんにレックリングハウゼン病が出てきたとのことでした。この病気は全身に多数のイボができてしまいます。「子どもの時には明らかでなかったのに、成長するにつれて全身に「いぼ」がたくさんできて、娘の将来を考えるととても苦しい」と涙ながらに訴えました。私はこの病気の方を診療したこともありますが、残念ながらその「いぼ」をすべて取り去る方法はありません。思春期に向かう娘さんのことを心配する父親の気持ちは、痛いほどわかりましたが、私としても何もすることができず、お話を聞くだけでお帰りいただきました。このレックリングハウゼン病にしても、見知っていれば普通のように対応できるのですが、知らない方がこの病気に人に遭遇すると、トリーチャー・コリンズ症候群の人に対するような反応を示すかもしれません。

医師である私は色々な先天性奇形や、疾患に伴う体の異常や変形について診察してきたので、そのことで相手を興味本位にジロジロ見たり、嘲笑したりすることはありません。しかし、そんな知識のない人や子供達が、見た目の異なる疾患の人に対して、嘲笑したり侮蔑的な態度をとらないようにしたりするにはどうすればよいかということが問題です。

結局、私達大人がそのような疾患の存在を知って理解し、それを知らない人や子供達に知らせていくことが解決策になると思います。今回の『藍色の風』や紹介した書籍が、そのための手がかりになればと願っています。興味のある方は是非ご一読下さい。自身には全く非の無い人々に、無用の苦しみを与える事はありませんように…

【坂東】

