

全身麻酔は、痛みからの逃避を抑制し、手術が可能な患者状態を作り出す。麻酔の 3 要素は、鎮静、鎮痛、筋弛緩からなるといわれるが、全身麻酔の本質は生体応答閾値の開大であり、一時的な生体の恒常性の破綻ともいえる。

麻酔科医を、“麻酔を施行する医師”として認知する考え方もある。しかし、麻酔科医は、本質的に、麻酔や手術、そして、急性・慢性疾患によって生じる恒常性の破綻から患者を護る医師である。従って、麻酔科医は、生体モニターと五感を用いて患者状態を把握し、全身管理の知識と技術を駆使して、麻酔と手術、そして疾病から周術期患者を護る守護者であるといえる。

麻酔・集中治療を自身の専門分野として研鑽を続ける中で、患者さんが元気に回復され無事退院する喜びを経験すると同時に、救命が叶わなかった患者さんや、慢性病態を有することになった患者さんも経験してきた。過去の忘れられない患者さんの姿を思い出すたびに、それが叶わない目標とは知りつつも、どんな患者さんでも護ることができる麻酔科のチームを目指したいと思う。

過去 20 年にわたり、全身管理のプロトコル化や目標志向型管理の有用性が提唱され、患者予後の改善をもたらしてきた。また、これらの管理法の普及は、侵襲期における生体生理の理解を深め、周術期管理の進化を促進してきた。しかし、プロトコル化やガイドラインの基盤となる研究は、厳選された患者群を対象に行われており、複雑な合併疾患や重篤な病態を有する患者にもその方法が適応となるかは不明である。事実、手術の複雑性や侵襲度よりも、手術を要する患者の持つ多様な合併症そのものが、周術期管理の難易度におけるもっとも重要な規定因子となることも少なくない。

現在における、麻酔科学、周術期管理学、集中治療医学、ペインクリニック領域の知識と技術の進歩は極めて速いため、新しい知識、技術を積極的かつ柔軟に取り入れ、変化に対応できる医療人であることが麻酔科医にも求められている。そのためには、型にはまることなく、自身で考えて麻酔・周術期管理を行うことができる能力が、麻酔科医にとっても大事ではないだろうか。

ここに記した“考えて行う麻酔”は、行き当たりばったり、気ままに周術期管理することではない。考えて麻酔を行うためには、患者さんの術前評価・病態評価を適切に行い、術前から外科医と良好なコミュニケーションを保ち、必要な知識と周術期管理計画を準備した上で周術期管理を取り組み、臨機応変に対応しながら、必要に応じて仲間に相談する器量が必要となる。“考えて行う麻酔”は、なぜそうしているかと聞かれれば、可能な限り論理的な理由を答えることができる周術期管理ともいえるかもしれない。

近年の目標志向型管理とは逆行するような考え方と誤解されるかもしれないが、目標志向型管理が適した患者とそうでない患者を見極めることが重要であり、変幻自在に患者さんの状況に応じて形を変え、型にはまらず、患者さんの病態生理の形に添うように変化する、“考えて行う麻酔”、その姿、水の如しである。

考えて麻酔を実践していくことは、どんな状況にでも対応できる医療者となる素養になり、“考えて行う周術期管理”の先に、目指すべき麻酔科医のチームとしての目標があると信じたい。

教導いていただいた先輩、共に患者を護る仲間に、敬意と感謝を込めて