



拡大手術を安全域で行うことの重要性

我々の施設における心臓大血管手術は可能な限り「低侵襲」であることを追求しております。ただし、これは患者さんのもともとの素因によるところもあり、実際は全体の約1/3が低侵襲治療（胸骨・肋骨を温存したMICS手術）となります。残りの2/3は胸骨正中切開による複合疾患手術や、再手術症例となるわけです。

この中には当然、手術としては難解な患者さんもありますが、そのような患者さんにもトラブルなく手術を行い、速やかに退院していただくことは我々の日常でもあります。最近行った手術を1例、提示します。

<患者>

70歳、男性

<主訴>

胸部大動脈瘤拡大（無症状）

<現病歴>

40歳時に他院にて急性A型大動脈解離に対する手術治療を受けている（上行大動脈人工血管置換術および大網充填術）。その後30年間、無症状で経過するも直近のCTフォローで、バルサルバ洞および遠位弓部大動脈60mmの拡大を認めた。手術治療目的に当院へ紹介された。

<既往歴>

2型糖尿病、慢性腎不全、高血圧症、脂質代謝異常症、前立腺肥大

<術前心エコー>

左室収縮能正常、大動脈弁閉鎖不全症微量

<脳血管MRA・冠動脈CT>

有意狭窄なし

裏面に続きます

執筆



友愛医療センター
心臓血管外科 部長
山内 昭彦
山内昭彦ブログ

「日本最南端の心臓外科医日記」
右上のQRコードからご覧ください ↑



▲心臓血管外科
ホームページ



▲心臓血管外科
Facebook



▲心臓血管外科
ダヴィンチを導入

このような患者さんの場合、重要なことは破裂の危険性がある胸部大動脈瘤が同時に2つ存在することにあります。同時治療が望ましいのですが、今回は再手術症例であること(大網充填されており強固な癒着が予想される)、血管内治療(ステントグラフト)が困難な部位に瘤が存在すること、大動脈弁を巻き込む可能性が高い治療であること、高齢者に嚥声(弓部置換時の合併症のひとつ)を生じると生命予後に影響すること、等々、手術のプランニングには熟考を要します。

胸骨正中切開による通常の人工血管置換術が望まれる患者さんでありました。最終的な術前プランとしては、遠位弓部大動脈瘤には人工血管置換術による全弓部置換術とオープンスtentグラフト治療(TAR)、バルサルバ瘤には大動脈弁温存基部置換術(David)を選択し同時施行することとしました。この2つの術式はそれぞれ1つをとっても手術時間、特に心停止時間を要する手術となります。また、今回は再手術であり、癒着剥離等を考えるとさらに心停止時間の延長が危惧される症例です。一般的にはTARで2時間、Davidで3時間の心停止時間が予想されます。ただ現実的には4時間半を超える心停止時間は大きく心機能を損なう可能性が高く、手術としては危険域にはいるものでもあります。単純な足し算(5時間)では危険な手術であるわけです。

今回はこれらへの各種対応を行い心停止時間4時間10分で手術を終えました。幸い、心機能に問題はなく、術前認められた大動脈弁閉鎖不全症は消失し術後28日で、独歩自宅退院となりました。

我々は、困難な手術治療を要する患者さんに対しても躊躇することなく治療を提供することが可能であります。それは、積み重ねてきた経験の上に、術前術後の患者さんを立ち上げるべく多くの当院の医療スタッフによるサポートがあるからであります。

さまざまな理由で本来必要とされる治療を躊躇する患者さんや状況はあると思います。我々はその状況でもともに歩むことができると確信しております。患者さんの状態は数字だけでは図ることができない因子もあります。ですが極論、「会話ができて自立歩行が可能(杖歩行含む)」であればメスの入る外科治療は可能です。

多くの身体的問題をかかえた患者さんにも安全に外科治療を提供できる可能性が十分にあると考え、MICSや血管内治療もあわせて治療の提供を行っております。

これからも我々は患者さんの身体的理由を加味しながらも最善の治療を提供させていただこうと思います。どうぞよろしく御願いたします。

友愛医療センター 心臓血管外科部長
山内 昭彦

裏面に続きます

執筆



友愛医療センター
心臓血管外科 部長
山内 昭彦
山内昭彦ブログ

「日本最南端の心臓外科医日記」
右上のQRコードからご覧ください ↑



▲心臓血管外科
ホームページ



▲心臓血管外科
Facebook



▲心臓血管外科
ダヴィンチを導入

