

手術的治療：一般的なコメント

Operative treatment of valvular disease

今野 草二

Soji KONNO

術後2年たったものをピックアップして生活調査をしてみますと、予想以上にいい状態を保っております。現在の生活態度をNYHA分類にしたがって整理してみますと、術前よりはげしい仕事に戻れたもの、術前の仕事に戻れたもの、および前より楽になったというのが大部分であります。悪化、あるいは現在の状態に不満足というものは、さっきお話があったように血栓症が関与しております。

学生についても2年以上たった人についてはほとんど一般学生と同じ生活をしているものが大部分です (Figure 1)。すなわち体育、クラブ活動も普通にしている人が大部分であります。体操だけ休む、学生生活はつらいというのが1例ありますけれども、これも血栓症の後遺症によるもの

です。

次に家庭の婦人について調査すると Figure 2 のような結果です。やはり家事一般に不自由なしというのが大部分です (NYHA 1度, 2度)。それから疲れやすく家事は半分ぐらいにしているというのは婦人の場合6%。このように比較的外来で接する患者さんの状態はいいのでありますけれども、やはり血栓の合併症、トロンボエンボリックエピソードというのは、いつ起こるかわからない。そういうのが患者にとっても非常な不安のもとであるし、外科医にとっても非常に悩みのタネでありますので、人工弁——いまは僧帽弁、大動脈弁ひっくるめて統計を取ったものでありますけれども、人工弁のようなものが入らないですめば、それに越したことはないのは当然であります。先

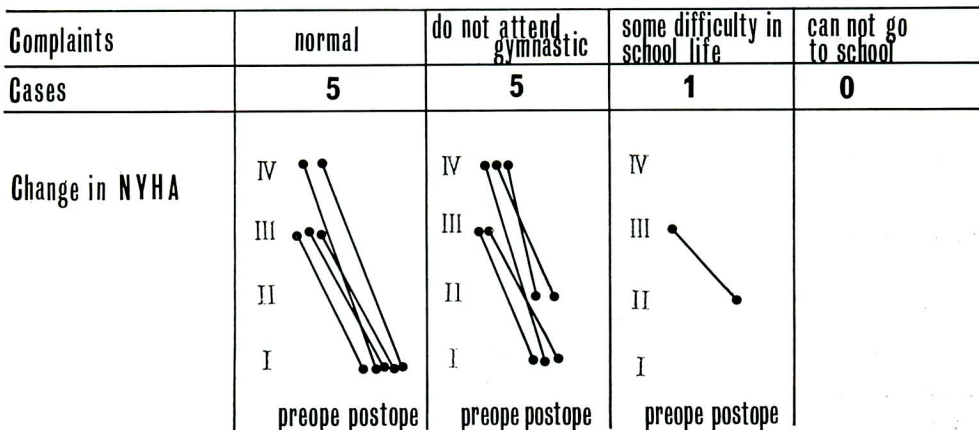


Figure 1. Postoperative condition of student.

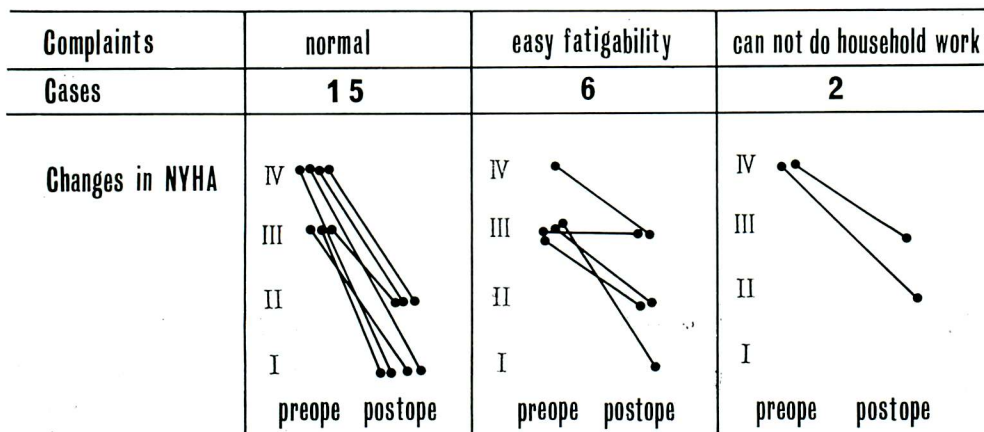


Figure 2. Postoperative condition of home.

だって、胸部外科学会、夜の談話会というのがあります。これは学会向け、表向きの発表でなくお互い裏のデータもさらけ出して話し合うという会でありますけれども、そこに Dr. Key のお弟子さんもたくさん出ていましたけれども、Key というのは皆さんご存知のように、僧帽弁閉鎖不全は、人工弁を使わないで、弁輪形成術だけで治そうということを非常に精力的にやった人ですけれども、この人が最近弁輪形成をやめて新しい弁を作りました。これは、ひとつには社会の趨勢にも押され、いまひとつには成績が一定しないためです（うまい人がやって弁輪形成術の成功率は2/3ぐらい）。この新しいマッスルガードつきケーシャイリーの弁は、心筋が弁膜へ押寄せないように、カゴのついた弁です。これが非常に成績がいいという報告を日々われわれはジャーナルで接しているわけですが、そこから帰ってきたお弟子さんの話では、やはりマッスルガードつきでも弁の裏にトロンボスがかっちりついて、再手術になるという例に何回も立合ったことがあるとか、最近では Key がもう1回昔にふり返って一生懸命に弁輪形成術をはじめたという、最近の情報を聞いております。そのように、新しい弁というのは、できたときには、いままどんな弁でも入れて、急性期には血行動態が非常によくなって、術前より

よくなるということは、これは理の当然であります。逆流のあったところ、ステノーゼのあったところに、逆流がなくて、ステノーゼのないプラスチックのバルブを入れるわけですからよくなるのは当然です。3年、4年先にどうなってくるかということが一番問題になって、われわれの悩みにもなっているわけです。私どもでも、カゴがなくて、それから弁そのもの、弁構造全体が上下する弁をつくりまして、トロンボスはおそらくできないだろうと思って使ってみました。現に急性期には非常に成績がよかったです。喜んでおりましたけれども、3年、4年たってくると、周囲から組織が張り出してきて、弁の動きが悪くなって、トロンボスができるという、そういう患者さんが3年、4年に続々出はじめて、その弁を中止したという苦い経験を持っております。そういう意味で、現在は比較的評判のいい Björk-Shiley 弁を使っております。幸いにして4年の経過でミトラールのトロンボスが一過性の非常に疑わしいトロンボエンボリーエピソードが1例だけ、パーセンテージとしては僧帽弁だけを取ると5%で、それから全体をとりますと1.3%、これはよそで発表されているよりも非常にいいのでありますが、そういうふうにして、2年～3年たった人はいまここにお見せしたよりも、さらに少しよい社会生活

を送っております。けれども、これで手ばなしで喜んでいるわけではなくて、やはりこれにもリングの構造としてはSAM弁と全然変わっておりませんので、これが5年、6年たった先にどうなるか、まだ不安が残っておるわけであります。

もう1つは、こういうようなバルブを入れたときに、私どもはWarfarinを使って凝固阻止を起こすなというわけでございますけれども、定期的にトロンボテストをして、ワーハリンを飲むというのは患者さんにとっては非常に精神的な圧迫であって、それがもとで自殺したという患者さんも1人経験しております。そういうわけで、ワーハリンコントロールをまったくしなければ、非常に患者さんにとっても、医者にとってもありがたいことでもありますけれども、日本では札幌医大は別として、Warfarinを使っています。Warfarinを使用しない札幌大学では61例中11例クエッションナブルなものも入れてトロンボエンボリーエピソードがあるという話でありまして、これは決して低い数でなくて、世界的な平均をとっても、やや高目になっております。私たちはいまのように、ワーハリンコントロールを非常に厳重に内科の先生のご協力を得て人工弁外来というのをやっていて、患者とのコミュニケーションをとだえさせないようにしてコントロールしておりますけれども、それでもこんどはワーハリンの害が出てきて非常に困っております。

ワーハリンでトロンボテスト20%以下に保っておると、脳出血、その他の合併症がでてきます。諸外国では5%~6%という報告があるのですが、日本はいままで非常に少なく、幸運にも少し民族的な差があるのじゃないかと思って楽観していたのですが、これは私どもの教室ではじめて経験した例ですけれども、この人は不幸にしてエッセンシャルハイパーテンションが合併

した人で、この人にやはり20%以下15%以上のコントロールをしておりましたところ、急に意識がなくなって、非常にフルミナントで、4日で死亡しましたけれども、ゼクシオンしてみると、大脳半球出血だらけという状態でございました。日本における人工弁の手術はいまのところ非常に幸運でして、出血もトロンボエンボリックエピソードも少なかったのですけれども、これは単なる運がよかったというだけで、必ずこういうことはこれからも起こる可能性があります。そういう場合に、患者にどういうふうに接するか、ことに結婚を許した人のお産をどうするか、これがまた非常に問題になってまいります。私どもとしてはこういうことがわかっているものですから、なるべく出産は薦めないようにしております。出産をとめるということは、患者にとってこれは女親にとっては大変なことで、皆さんよくご存知の「医師ギオン」の中に、悪性貧血症で、お産をすれば死ぬにきまっているという患者をかかえて、その母親に中絶をすすめるのだけれども、親の子を生みたいという本能が非常に強くて、なかなか納得させられずに思い悩むということが載っておりますけれども、われわれも同じような医師ギオンの悩みを外来で持っております。そういうわけで人工弁の手術というのは外科医といたしましても完成されたものでは決してないと思っております。しかし内科的治療を続けていたのでは必ず1~2年の内に死亡すると思われる弁膜症の患者が多数います。このような症例に対しては人工弁置換術が唯一の延命法です。決して理想的な治療でないので、よりベターな治療を模索してゆきたい。そういうのが私たちの現在の心境であります。とりとめのない話で申しわけございません。これで終わらせていただきます。

討 論

司会 どうもありがとうございました。それでは

お3人の方に何かまとめてオペレーションに関して

今野

お聞きしたいと思いますが、はじめに演者の方同士で何かお話ございますか。よろしゅうございますか。それではフロアからお3人の方に何かオペラチオンに関連してお話ございましたらおっしゃってください。ございませんでしょうか。それでは私からちょっと伺わしていただきます。ミトラルステノーゼのオペラチオンというのはもう非常に古くて、当たり前みたいな、こと改めていう感じもなきにしもあらずなんですけど、実際に当たってみて困るのは、いろいろの問題のある中で、軽いのはどこからオペラチオンというようにお考えでしょうか。重いのはどこまでなさいますか。それから同じことかもしませんが、多少ひっかかって、若いのと年寄りとりミットをどこにおいてオペラチオンの適用ありやなしを分けていらっやいますか。どなたか教えていただけたらと思います。

井上 重症度による手術の適用につきましては、実際には手術の手技の選択ということによってもかなり異なってます。普通の閉鎖性交連切開術でしたら、NYHAの1度は適応としておりません。2度以上です。また人工弁の置換を必要とする場合も3度以上ということにしております。あと年齢制限でございますが、私どもの経験では最低が10才代の前半でして、後半は60才より若い人、最高がたしか57才だったと思います。

司会 ほかの先生方、そんな程度でよろしゅうございますか。

浅野 NYHAで表現されましたが、私もNYHAで表現して適応をきめるのが一番いいと思っております。つまり肺動脈圧がいくらあるから手術適応だということではないので、患者の臨床症状が一番中心になるべきものだろうと思います。年齢、それから重いほうは、私、頼まれて断わったことはございません(笑)。それから年齢のほうは私どものほうは57才ぐらいまでが最高でございます。

司会 若いほうはいくつぐらい……。

浅野 若いほうは11才、これは交連切開術の

例です。

司会 これはやはりNYHA表現して、どうしようもない例だから、ということですね。

浅野 はい、そういうことです。

司会 今野先生どうぞ。

今野 交連切開術もNYHA 2度以上。軽いのをやると必ず外来で患者からうらまれる。決して自覚症がよくなって、外来で結局悩む羽目になると思います。それから重症のほうは肺浮腫、ショック状態で外来にかつぎ込まれ、そのまま人工呼吸に連結し、途中何度も心マッサージをくりかえしながら手術室へ運んで手術し、術後非常に苦勞しますけれども、2カ月、3カ月ねばって、上向きの状態になれる。そういうのはたいてい2弁置換以上の例ですけども、2カ月、3カ月ねばってだんだんよくなってきたというのを2~3例続けて経験しております。このような症例が退院するときには、文字通り帰死回生の手術をしたという満足感で外科医冥利につきます。重症のほうにはリミットはないと思います。どうにか心臓が動いていればお引受けします。

司会 ほかにいまの問題についてどなたかほかの演題の演者の方でございませんか。いろいろパロメーターをたくさんならべて、それについての細かいお話をしていただいたわけですが、そういう立場からとか、たとえば若い方で11才というような話も出たのですが、これは必ずあとでレオオペラチオンになっているのだろうと思うのですが……。年齢のほうになると、多分に人生観の問題がありまして、まあ、この年になって、ムニャムニャになるのが多いだろうとも思いますし。

古田 重いほうとしては自分でトイレぐらいにゆける程度でないと、ちょっとなかなか手術がむずかしいように思うのです。たとえば麻酔をかけただけでヘルツがとまるという場合がありますので(笑)、われわれは麻酔前からロカールで一応カニューレーションをして、とまってもいいようなふうにしてやったのでございますけれども、やはり自分でトイレにゆくぐらいのカルディアックリザ

ープがないと、具合が悪いのじゃないか…….

司会 非常におもしろいお話を伺ったような気がするのですが、一番重いほうのお話をされた今野先生のお話のニュアンスですと、ちょっと軽い症例ではあとで文句をいわれる云々という話ですが…….

それから術後にエンボリーがどれくらい出るか、オペラツールとしてどういうお考えか、ご感想だけでも伺えますでしょうか。これにはオペラチオンで裂開がうまく行ったかどうかなどというややこしい話が入るので、ちょっと変な質問で申しわけありませんが…….

古田 われわれの経験しますのは血行動態的に

ごく軽い症例で、指が1本半ぐらい入るのだけれども、やはり脳塞栓かなんかで半身不随の状態に入ってくる方があるということでそういう例では、たいてい心臓には血栓がないのですけれども、結局、精いっぱいひろげて、少なくとも指が2本半ぐらい入るようにしてあげますと、まだそんなに長く見ておりませんが、東大時代で経験したのも含めると、10数年見た限りでは、その後続いて塞栓は起きていない。ただ再狭窄がないということが前提でございます。かなり予防的な意味での交連切開というのは、ごく少数ですけれども、意味があるのではないかと思います。その場合は重症度に関係に一応やるようにしております。