

序 文

- 破裂例に対する手術成績向上のために -

重松 宏¹ 安田 慶秀²

腹部大動脈瘤 (abdominal aortic aneurysm: AAA) の緊急手術の対象となるものは、他臓器への穿破を含めて破裂性のもの、腹痛や腰痛など症候性のもの、感染性のもの、急性の血栓性閉塞、などであるが、ほとんどは破裂例である。感染性のものも症候性あるいは破裂性となる要因となっており、両者は重なり合う局面が少なくない。本シンポジウムにおいても、感染の有無は別として、すべて破裂例に対する検討が行われた。

血管外科を専門とする施設からの発表であったため、いずれの施設においてもAAAに対する待機的手術成績は良好で病院死亡率は1%前後以下であるものの、破裂例の成績は12~35%と施設により若干異なるが、依然として満足できるものではなかった。手術成績を規定している因子は出血がすべてであり、術中の尿量の減少や術後腎不全、DIC、MOF、呼吸障害などは出血に起因する。心や脳血管障害は既存の併存疾患に加えて、出血による不良な循環動態が相互にnegativeに作用して、成績を不良なものとしている。報告者例の43~87%は術前既にショック状態であり、Fitzgerald分類のIII、IV型に属するものが半数以上を占めており、救命が困難なものに対処していることがうかがわれる。

治療のポイントは出血の制御にあり、早期診断と治療に尽きる。浦山らは地域医療の中核病院としての立場から検討し、現実的には搬送に要する時間が1時間以上かかる地域からは搬送されてこない、というよりも搬送できない状態が多いと推測している。正木らはヘリコプターを使った機動力の有用性を指摘しているが、これも日中に限られており、1日の中の三分の一をカバーしているに過ぎない。医療システムにかかわる問題であり、早急な解決は容易ではない。早期の診断については、古屋らはAAA破裂の古典的診断法をmodifyしてエコーを用い、腹痛・腰痛、ショック・意識消失、瘤の存在をトリアスとして、直ちに手術を行っている。これは経験ある

血管外科医において可能である側面もあり、急性腹症として対処せざるを得ない一般・消化器外科医や整形外科医、泌尿器科医などにとっては、勇気の要る選択である。CTの進歩はめざましく、検査に要する時間は極めて短時間となってきており、鑑別・確定診断や瘤の存在範囲診断の点からは、時間的ロスは少なく得られる情報は多くなっていると考えられる。出血の直接的制御である大動脈遮断は、開腹しての遮断が一般的であり、手術中に起こりうるさまざまな局面を考えた場合には、開腹既往のない例では第一選択とすべきである。荻野らは術前のocclusion balloonの有用性を指摘しており、血管外科医はカテーテル操作に習熟しておくべきであろう。

手術成績を不良としている原因の一つとして、荻野や浦山らは虚血によると考えられる腸管壊死を指摘している。AAA術後の腸管虚血には出血による循環動態の不良、心機能障害、下腸間膜動脈 (IMA) や内腸骨動脈切離など、多くの因子が関与しており、松本らや古屋らはIMA再建の必要はないとしている。AAAの半数の例ではIMAは既に閉塞しており、IMA再建の要否が直接的に腸管虚血原因に関与するものではないとしても、術後を含めた不安定な循環動態の中で、虚血に陥りやすくかつ致命的となる領域の再建は、時間を要するものでなければあえて再建しないという選択にこだわる必要はないであろう。後顧の憂いなく手術を行うのが原則と思われる。

重松らはショック例が60%を占める中で、死亡率12%と良好な成績を得ており、死亡5例中3例は術当日死であったと述べている。関係各部署との緊密な連携と協力、習熟した術式、濃密な術後管理など、多くの恵まれた環境の中で得られた成績と考えられるが、死亡5例中4例は80歳以上であり、高齢であっても待機手術適応に対する他科の関連医師への啓蒙が重要と考えられる。最後に、杉本らの報告にあるように感染瘤が近年増加しており、感染を誘因とした破裂が否定できないものがあることを考慮し、血栓培養や十分な洗浄などに留意しておくべきであろう。

¹東京大学医学部附属病院手術部²北海道大学循環器外科