

ごあいさつ 総長 竹内成之

春暖の候、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

去る3月14日、行田市医師会並びに北埼玉郡市医師会の先生方と医療連携に関する協議会を開催させていただきました。当日は、多くの先生方に御出席いただき、また、貴重な御意見を頂戴し、誠にありがとうございました。

今後とも、御指導くださいますようお願い申し上げます。



人工弁とワーファリン

循環器・呼吸器病センターは開院以来7年目になりました。その間、心臓外科の手術件数は年々増加し、平成11年度末には人工心肺を使用する開心術は680例に、総手術件数は1100例になりました。これも諸先生方の御支援の賜と深く感謝する次第です。

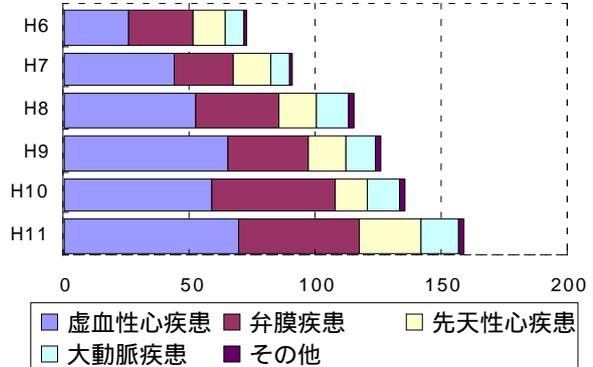
心臓弁膜症の手術では人工弁を使用することが多いのですが、人工弁を使用した場合、術後にはワーファリンを投与する抗凝固療法が必要になります。しかし、投与量が多いと出血傾向を来し、不足であれば血栓症の危険が増大するため、適度のところでコントロールすることが大切になります。我が国では従来より、トロンボテストがその指標として使用されており、その治療域は10%~25%とされています。一方、国際的にはプロトロピン時間(PT-INR)が用いられ、その治療域は3.0~4.5とされていますが、我々の印象では少し強いように思われ、当センターにおけるトロンボテストとの対比では1.6~2.8でコントロールするのがよいと考えられます。

ワーファリン投与の実際は、手術後、経口摂取が可能となった時点で(多くは術後2~4日)2~3mgの投与を開始、連日のトロンボテストで治療域まで投与量を持ってゆき(個人差が大きい、通常2~8mg)、退院まで週1~2回のトロンボテストでコントロールを続けます。退院後、外来では来院時採血を行い、トロンボテストの結果がでた時点で診察、結果によりワーファリンの投与量を調節(通常0.5mg単位で増減)しています。この他、当センターでは人工弁患者に対してワーファリンに加え、抗血小板剤(パナルジン、アスピリン)を投与しています。これは、ワーファリン自体は血小板機能にあまり影響を与えないことから、血栓症発生に大きく関与する血小板の凝集能を抑制した方がより安全であると報告されているためであります。

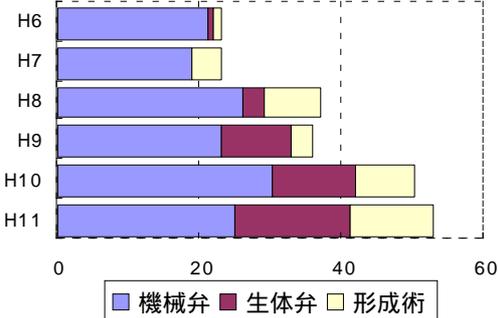
我々の使用する人工弁には大きく分けて機械弁と生体弁の2種類があります。機械弁はpyrolytic carbonを材質としており耐久性に優れていますが、ワーファリンが一生涯必要になります。一方、生体弁は生体材料(豚の大動脈弁、牛心膜)を用いているため、血栓形成が少なく、ワーファリンの投与は不要であるという事が特徴でしたが、術後5~10年で弁に変性(石灰化)を来し、再手術が必要になるという問題点があり、広くは使用されていませんでした。最近になり、牛の心膜を材料とした生体弁(CEP)の大動脈弁置換で長期予後(15年)が良好であることが報告され、生体弁が見直されてきています。当

心臓血管外科部長 佐々木達海

開心術の年次推移



弁膜症に対する手術



センターでは65歳以上の大動脈弁疾患で心房細動を示さない患者さんに対しては積極的に生体弁を使用し、術後半年から1年でワーファリン投与を中止、抗血小板剤だけで抗凝固療法を行い、患者さんの負担が少なくなるよう心がけています。また、僧帽弁疾患とくに僧帽弁閉鎖不全の患者さんに対しては積極的に弁形成術を試みており、人工弁を使用せず、術後ワーファリンを投与しないですむ症例も増えてきています。今後とも、患者さんのQOL向上を目指して努力してまいりたいと思います。よろしく御支援の程お願い申し上げます。