

結 論

1. 70才以上の腹部大動脈瘤手術施行例につき検討を加えた。手術成績は69才以下の症例と比較し不良であった。
2. 早期死亡3症例の死因は急性腎不全、腸管阻血による消化管出血、脳塞栓症であった。

3. 早期死亡例につき、その原因について検討を加えた。術中の因子としては手術時間、出血量、術中血圧などが重大な関連がある。術前より判明しうる因子としてはPSP15分値、瘤の大きさが関係あると考える。
4. 以上のrisk factorをふまえて、高令者においては手術適応を決定することが重要である。

3. 閉塞性疾患を中心として

主題 I-11 腹部大動脈-腸骨動脈閉塞症に対する血栓内膜摘除術の検討

金沢大学 第1外科

上山 武史 富川 正樹 岩瀬 孝明 岩 喬

はじめに

最近、本邦においても腹部大動脈-腸骨動脈領域における閉塞症が増加しており、これに対する外科治療は激痛の寛解、運動能力の増大、肢の救命のみならず患肢の壊死により生命をも脅やかすため確実な手段が必要である。

我々は現在まで49例の本症を経験し、種々の手術法を行なって来たが、血栓内膜摘除術(以下TEA)を第1選択とし施行し、現在まで35例になり安定した成績をうるようになったので最近注意している点を中心に報告する。

51年度症例(表)

51年度に経験した本症は12例であり、この内の7例に血栓内膜摘除術を行なった。両側施行は4例、既に1側股動脈にTEAが5年前に施行されていた例では腸骨

表 51年度症例

両側血栓内膜摘除術	4	} 7例
1側血栓内膜摘除術+1側バイパス作製	1	
1側血栓内膜摘除術	2	
Y字型人工血管移植	3	
腋窩-股動脈バイパス	2	
腎動脈血栓内膜摘除合併施行	2	
肢切断	1	
死 亡	1	

動脈-股動脈バイパスと他側のTEAを行なった。1例のみ施行例は2例である。一般状態が不良な2例では局麻下に腋窩-股動脈バイパスを施行、両例とも開存している。Y字状人工血管移植を行なった3例中2例は腹部大動脈に動脈瘤を形成し、分枝部以下は閉塞又は狭窄していた。残りの1例は動脈壁に粥状変化が強く、その部の血栓による狭窄を生じていた。この12例中2例に左腎動脈に閉塞と狭窄を認め、同時に腎動脈のTEAも行なった。

血栓内膜摘除術の問題点

1. 手術の順序: 本術式は順序よく行なうことが大切でこれにより手術時間の短縮、血栓形式、血栓の流出を防ぎうる。我々は通常は、まず、両そけい部を切開、浅・深大腿動脈分枝部を露出しTEA遠位端を決定し、流出路の作製を行う。次で開腹し、腹部大動脈近位、総腸骨動脈、内・外腸骨動脈にテープをかけ腹部大動脈遮断の後、これを従切開しTEAの近位端を定め、肥厚した内膜を切断し中枢部の内膜を内腔より外膜に通した4~5針のマットレス縫合により固定する。次いで、外腸骨動脈中央に切開を加え、中枢及び末梢へTEAを進め、先に作製してある遠位端まで全長にわたり摘除を行なう。
2. 病変が広範囲である: 血管造影で閉塞や狭窄が局所的であっても、病変が広範囲なことが多いため、腹部大動脈より股動脈まで確実に検索し狭窄を残存のしめないことが大切である。もし、対側の狭窄が軽度であって

も患側の血流増大により容易に steal が生じ、閉塞をも来すため、両側にバランスよく血行を再建することが、虚血症状が対側に移行するという不愉快な後遺症を防ぐためにも大切であり、我々は常に電磁流量計によりこれを測定しつつ対側の処置につき検討している。

3. 流出路の作製：本手術で最も大切なことは流出路を確実に作製することであり、これが不適切だと早期閉塞の原因となる。本症では暫々、浅大腿動脈が閉塞しており、そのさいは切開を深大腿動脈に延ばし、この部で遠位端を作製し、断端部は外膜より全層縫合を行い内膜のさかむけを予防する。動脈切開創の閉鎖には静脈パッチを使用し内腔を拡大する(図)。

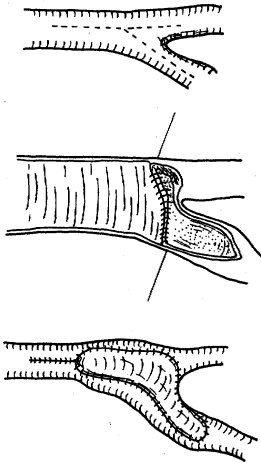


図 流出路作製法

4. 抗凝固療法：術中、術後早期の抗凝固療法は成績向上のため大切であり、我々は術中は生食水 200 ml にヘパリン 5,000 IU を混じた液を作製しておき、動脈遮断のさい必ず近位、遠位に注入しつつ操作を進めている。全操作が終り遮断を解除する前にはヘパリン 5,000 IU を静注し、血行再開を行なう。

5. 腎動脈血流量の測定：術前腎動脈に狭窄や閉塞があり、レノグラムの萎縮が見られる症例では下肢への血行再開後、必ず腎血流を測定し 500 ml 以下の場合には腎血流の増大を計り術後の腎不全、腎性高血圧の発生を予防している。

### 結 び

最近、腹部大動脈-腸骨動脈閉塞症に対する 血栓内膜摘除術の成績が向上した原因として以下のことが挙げられる。

1. 壊瘍や壊死を来す前の早期例が多くなった。
2. 血栓内膜摘除を広範囲に行ない、確実に患肢への血流を増大しうる。
3. 術中血流量測定により両側へのバランスを考え血行再建を行い、症例によっては腎血流量も検討する。
4. 術中、術後の抗凝固療法による早期血栓の予防。
5. 血行再開後、利尿剤やアルカリ剤を積極的に投与し術後の Revascularization syndrome を防ぐ<sup>2)</sup>。

文 献 1) 上山武史ほか：外科 38:195, 1976. 2) 上山武史ほか：日外会誌 77:1070, 1976.

## 主題 I-12 腹部大動脈及び分岐部領域の閉塞性疾患 に対する外科治療とその問題点

札幌医科大学 胸部外科

数井 暉久	堀江 信治	竹田 晴男	浅井 康文
長谷川恒彦	村上嶽四郎	宇野 弘昌	田中 信行
	樫野 隆二	和田 寿郎	

腹部大動脈及び分岐部領域の急性及び慢性の閉塞性疾患に対しての我々の血行再建術の手術成績およびその問題点について検討を加えたので報告する。

### 対 象

札幌医大胸部外科教室で 1977 年 1 月末迄に腹部大動

脈及び分岐部領域の閉塞性疾患 39 例に対して計 40 回の血行再建術を施行した。患者の年齢は 12 才より 81 才、平均 55 才であり 60 才以上が症例の約半数を占めていた。また性別では男性 34 例、女性 5 例であり、一般に本症は高令の男性に多くみられた(表 1)。成因別では、急性閉塞例 13 例のうち塞栓症 8 例、血栓症 3 例、