会長講演

大血管の外科治療戦略－ Experience based Evidence（その一つの症例から）－

國吉　幸男
琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座

大学卒業以来今日まで 30 年余にわたって，当地琉球大学医学部附属病院で診療を行ってきました．琉球大学医学部は，1981 年に最後の国立大医学部として設置された，まだ歴史的には新しい医学部であります．わが教室は 1983 年に初代の故草場昭教授が就任し，続いて古謝景春教授が就任され，両教授から心臓および血管外科学に関する多くのご指導を頂き育てて頂きました．本誌面を借りまして感謝申し上げます．2002 年に，古謝教授が第 30 回日本血管外科学会総会を沖縄で開催いたしましたが，あれから 9 年経過した今日では血管外科学の様相も大きく変化してまいりました．従来，我々は“Big surgeon big incision”で表現されるように，術野を大きく露出して，術者の手の内（うち）で手術は行うもので，それが医療安全の観点からも重要であると教育されました．しかし，社会の変化とともに，医療・医学に求められるものも大きく変わり，現在では Less Invasive の医療が求められています．同時に，近年の Technology の進歩と相俟って，現在，血管外科学は大きな変貌を遂げつつあります．外科学および血管外科学の歴史のなかで，今日の Endovascular Surgery の登場は従来になかった歴史的進化ではないかと感じています．しかしながら，そのなかでもいまだ解決すべき多くの問題が山積しています．今回は，現在当教室が取り組んでいるテーマについて検討して報告します．

1）感染性大動脈瘤治療；感染性大動脈瘤に対する外科治療成績は現時点でも不良であります．根治治療の原則は感染巣である瘤切除＋人工血管置換術であるが，敗血症下での手術と，感染巣に人工物を残すことによる感染の制御が困難で成績はいまだ不良であります．我々は，瘤切除人工血管置換術後 48 時間イソジン浸漬ガーゼにてパッキングし殺菌を行った後に，置換した人工血管を Omentum にて被覆する術式をおこなっており，症例を提示して検討を加えます．

2）胸部下行，胸腹部大動脈瘤手術時の脊髄虚血；Open Surgery 時の脊髄循環，脊髄虚血に関してはまだ十分解明されていません．多くの報告で，その合併症である対麻痺を予防すべく種々の方法が示されていますが，いまだ完全なる予防法は見いだし得ていないのが現状です．一方，Endovascular Surgery 治療では，脊髄循環の Key artery である Akamkiewicz artery（AKA）をカバーしても，術後対麻痺の発症が少ないことが報告されています．そこで，AKA をカバーした際の MEP の変動から，Open Surgery と対比した脊髄循環について検討をおこないます．

3）粥状大動脈瘤の外科治療時の術後脳合併症予防；高度動脈硬化症を有する患者の増加により，上行－弓部大動脈瘤に豊富なアテローマを有する症例が増加しています．これらの症例に対して，アテローマ飛散による脳合併症予防のための我々の工夫を示します．

4）Budd-Chiari 症候群に対する外科治療経験とその工夫

Budd-Chiari 症候群に対する，肝部下大静脈への直達手術は古謝教授によりほぼ確立されたが，さらに右心房まで修復が必要な症例についての術式の工夫をおこなっており検討を加えて報告する．

5）最後に，医療について強調されている EBM について私見を述べる．薬効を元に統計学的に確立した Evidence と異なり，外科治療では個々外科医の介入の影響が大きいため，その Evidence の遂行にはいわゆる外科的技量（Experience）も重要な要素のひとつであると考えている．