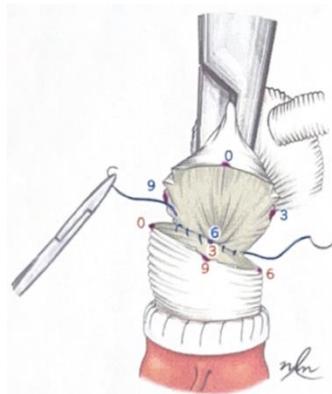


若草が萌え出す季節を迎え、皆様お変わりなくお過ごしでしょうか。中通総合病院の大山です。早いもので当科が4人体制となり、1年が経ちました。地域医療連携部を通して、皆様の診療のお役に立てていれば幸いです。

第4回目は私の上司である大内真吾先生が考案した『3D 吻合 (→)』についての紹介となります。こちらは『胸部外科(73巻5号:339~341,2020,南江堂)』に『手術の工夫』として掲載されました。3D 吻合は主に Stanford A 型の急性大動脈解離に対して行う上行弓部大動脈置換術で人工血管同士の吻合に用います。上行大動脈は心臓側から緩やかな右に凸のカーブを描いており、それに対してストレートな人工血管を用いた場合、人工血管が屈曲する可能性があります。屈曲に伴う狭窄は溶血を来すことがあり、それを予防するための工夫です。『FROZENIX と 3D 吻合を用いた上行～弓部～下行大動脈の再建 (JLL プラス, 胸部大動脈疾患, FROZENIX\_Case Report\_vol. 28: 1-4)』という Case Report で当科の堀江祐紀先生が作成したイラストを用いて詳細に紹介されています(近日、当科のホームページ「心臓血管外科の論文のご紹介」にアップロードいたします)。FROZENIX とはステント骨格を持つ人工血管のことで、遠位弓部大動脈解離の治療も同時に行うことができます。『3D 吻合』自体は手術の一部ではありますが、「神は細部に宿る (Der liebe Gott steckt im Detail)」という19世紀のドイツの美術史家ヴァールブルク、あるいは20世紀初頭の建築家ミース・ファン・デル・ローエの言葉にある通り、細部へのこだわりが美しい手術を作り上げていきます。そのため、この一吻合にこだわる姿勢は尊敬の念に耐えず、これからも学んでいきたいと思えます。



急性大動脈解離の手術適応は Stanford A と B で分かれています。基本的に Stanford A 型解離はほとんどの場合、緊急手術の適応です。手術しなければ助かる可能性は低く、手術したとしても全国統計で術後在院死亡が10%前後という非常に重篤な病気です。一方、Stanford B 型解離は臓器灌流障害などの合併症がなければ、保存的に降圧管理を行なうことで治療する病態で比較的予後は良好です。診断には CT が必須となりますので、典型的な症状である移動する「**背部痛**」などで悩んだ際にはご連絡ください。いつもはお気軽に『心臓血管外科外来』もしくは『血管外来』へご相談くださいとまとめるところですが、大動脈解離に関しては緊急性が高いため**救急外来**に直接ご相談ください。色とりどりの花が咲き競う季節です。皆様の一層のご健勝のほどお祈りいたします。

文責：大山 翔吾