

## 1. 冠動脈バイパス手術って何？

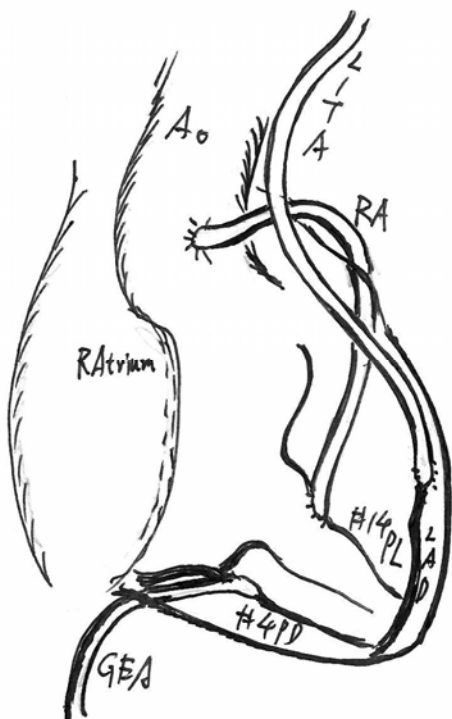


図 1 冠動脈バイパス術概要

(平手先生の手術記録から抜粋)

血行再建：左内胸動脈(LITA)-左前下行枝(LAD)

右胃大網動脈(GEA)-右冠動脈後下行枝(#4PD)

大動脈(Ao)-橈骨動脈(RA)-左回旋枝後側壁枝(#14PL)

(とうこつ)

図 2 術後バイパス造影

橈骨動脈をグラフトとして閉塞した左回旋枝に吻合してある

心臓は、休まず働き続けています。このため心臓の筋肉は常に新鮮な血液を求めています。この心筋に酸素や栄養を含む動脈血を供給する道が冠動脈です。この冠動脈が細くなったり詰まったりしてしまうと心筋虚血に起因する様々な症状や問題が生じ、時には命に危険が及びます。

最も有効な治療は冠動脈の血行再建であり、カテーテルによる狭窄の拡張と外科的な冠動脈バイパス術があります。冠動脈バイパス術は、わかり易く言えば、狭窄や閉塞部位を越えてバイパスとなる血管を冠動脈に縫い付ける手段であり、冠動脈(coronary artery)にバイパスグラフトをつなぐ(bypass grafting)ため、coronary artery bypass grafting 略して CABG とも呼ばれます。

治療対象となる冠動脈は、1.5mm から 3mm 程度と細く、これに合う良い人工血管はありません。このためバイパスの材料は、ご本人の血管を使うことになります。現在では、左右の内胸動脈、右胃大網動脈、とう骨動脈、大伏在静脈などを用います。それぞれ特性があるため、それぞれの患者さんごとに考え、より良い選択を行っています。

従来は、①人工心肺装置を使って循環を保障した状態で、心臓を一時的に止めて血管吻合を行いましたが、最近では、②人工心肺を使っても心臓を止めずに行ったり、③人工心肺も使わずに心拍動を維持しながら行ったりすることも可能です。当院では、一番多い時で約 90%の患者さんに最後③の方法（オフポンプ手術）を行っていましたが、より理想に近い冠動脈再建を目指し、3つの手段を使い分けているのが現状です。

## 2.手術を受けるのはどんな人？

薬にしますか、カテーテル治療にしますか、手術にしますかと聞かれて、「これにします。」と答えられる患者さんはいません。

結局、主治医である循環器内科医から説明を受けて、「あなたはこれこれの理由でカテーテル治療は難しいので手術が必要です。」といった説明を聞いて、やむを得ず心臓外科医に紹介された方が手術の対象となります。これを専門的に表現すると、外科手術がその他の治療法に比べ有効であり、その危険性が病状を考慮し許容範囲と判断された方になります。

## 3.手術は怖い？

例えどんな小さな手術でも、全く怖くない患者さんはほとんどいません。ましてや心臓の手術となると命がけの雰囲気があって、ご本人もご家族も大きな不安を抱いてみえます。冠動脈バイパス術による生命の危険性は、1~2%です。ただし、リスクは手術前の病状や年齢、合併症によって大きく異なります。この数字は、受ける側から見ても我々から見ても小さくはなく、やはり手術は怖いものです。しかし、病気はもっと恐ろしく、進行すれば突然死や重症心不全も珍しい事ではありません。病状を冷静に評価し、必要と判断した手術は怖くありません。

## 4.手術を受けた後の生活は？

手術後の生活様式は、いろいろです。命をつなぎとめるのがやっとの方もあります。しかし、私の外来を見渡しただけでも、復帰して射撃の国体に参加している方、手術前に頻回に使用したニトログリセリンは 10 年以上使わず、道場で空手を教えている方、今も市の卓球大会に参加している方、趣味のハングライダーを続けてみえる方、元の仕事に復帰し手術前よりも元気に働いておられる方は数え切れず、術後 1 年になる前にホールインワンを達成した人は二人もいます。心臓手術は終わりではなく、2 度目の誕生日と話された患者さんの笑顔が我々の手術の目的です。

おことわり：タイトル名を前回予告から若干変更いたしました。

次回 第5回 心大血管リハビリ リハビリテーション科 松岡立哉 理学療法士  
2008年7月14日配付予定  
この内容は、名古屋掖済会病院ホームページでもご覧頂けます。

えきさいかい

検索