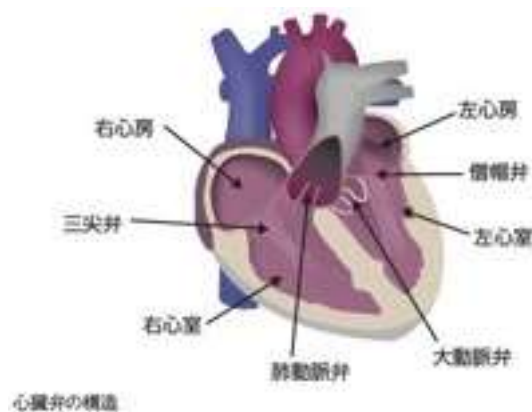


弁膜症

心臓には4つの部屋（左心室、左心房、右心室、右心房）とそれぞれの出口に4つの扉（弁）（大動脈弁、僧帽弁、肺動脈弁、三尖弁）があります。いずれも心臓のポンプとしての機能を果たすために重要な役割を担っていますが、弁の異常が原因で心臓の機能が十分果たせなくなることがあります。これを弁膜症と言います。

主に、弁が硬くなったり、動きが悪くなったりして十分な血液がお部屋から出られなくなる狭窄症と、弁の立て付けが悪くなったり、壊れたりして一旦別のお部屋へ出て行った血液が戻ってきってしまう逆流症（閉鎖不全症）の2つに分けられますが、その両方が同時に起こる場合もあります。



現在、一番多い弁膜症は大動脈弁狭窄症です。高齢の方に多く見られ、日本は超高齢化社会に突入し、ますますこの病気が増加しております。治療は、硬くなった弁を取り除き、人工弁に取り替えるのが一般的です。この手術は、人工心肺という全身の血液循環を維持する機械を装着し、心臓を停止させて行うのが一般的ですが、最近、手術の危険が高い方や、より高齢な方ではカテーテルで人工弁に取り替える方法（TAVIと言います）も行われております。当院でも TAVI を導入し、心臓外科、循環器内科をはじめ他職種とハートチームを形成し、個々の患者さんに適した治療を検討し、従来の弁置換術と TAVI を行っています。（TAVI については別の項参照）

次に多い弁膜症は、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁閉鎖不全症といった弁の逆流を主体とする病気です。この疾患での治療も人工弁を使用した弁置換術が行われますが、特に僧帽弁では、人工弁を使用せず、ご自身の弁を温存し逆流を制御する弁形成手術が広く行われております。当院でも、僧帽弁閉鎖不全症治療の第一選択は弁形成手術で行っております。大動脈弁閉鎖不全症に対しても適応がある場合は、積極的に自己弁を温存した術式で治療を行っております。

成人の場合、肺動脈弁疾患が原因で手術を行うケースはまれです。三尖弁に関しては、大動脈弁、僧帽弁の病気になると同時に逆流（三尖弁閉鎖不全症）

を起こしてくる場合がよくあり、その場合は同時に三尖弁の形成手術を行います。

僧帽弁形成手術



形成前



形成後

弁置換術



機械弁置換



生体弁置換

人工弁について：

a. 機械弁：

パイロライトカーボンなどの金属からできており、耐久性は非常に良いです。

しかし血栓ができやすくワーファリンという血液が固まりにくくなる薬を飲み続ける必要があります。

b. 生体弁：

ウシやブタの生体組織を利用して作られており、血栓の心配は少ないのですが耐久性は低く 10～20 年で壊れて再手術が必要となることがあります。

それぞれの弁の利点・欠点を考え、患者さんの年齢、心臓の状態、合併症などを考慮して選択されます。



生体弁



機械弁