

さぶりめんと

2025-Jun

No. 70

急性下肢動脈閉塞に対する
末梢血管用血栓吸引デバイス(インディゴシステム)

循環器内科 辻村 卓也

急性下肢動脈閉塞とは？

急性下肢動脈閉塞は、下肢の動脈が血栓や塞栓などによって急性に閉塞することで虚血症状が進行する重篤な疾患です。症状は、急性に出現する歩行時の下肢痛(間欠性跛行)から安静時下肢痛、冷感、感覚低下、運動麻痺、さらには足の壊疽に至るまで様々です。下肢のみならず生命予後にも影響するため、迅速な診断と治療が必要とされる疾患の1つです。

急性下肢動脈閉塞に対する治療

最も重要な治療は、閉塞している下肢動脈の血流を早急に改善させることです。大きくは外科的治療と血管内治療(カテーテル治療)に分けられます。外科的治療には、外科的に下肢動脈を露出・切開して、下肢動脈内に血栓除去用のバルーンカテーテルを挿入して血栓を除去する外科的血栓除去術やバイパス手術があります。

血管内治療には、血栓吸引カテーテルによる血栓吸引術や、バルーンやステントによる血管拡張術があります。血管内治療は、低侵襲かつ迅速に行えるメリットがある一方、血栓除去の効果が弱いというデメリットがありました。

末梢血管用血栓吸引デバイス(インディゴシステム)とは？

インディゴシステムは、急性下肢動脈閉塞に対する血管内治療で新しく使用できるようになった血栓吸引カテーテルです。従来の血栓吸引カテーテルと比較して、カテーテルの内腔が大きいことや、専用の機械から持続的な強い陰圧をかけて血栓吸引ができることによって、多くの血栓を回収できるのが特徴です。また、体への外科的な切開を必要としないため、低侵襲で入院期間も短くできる可能性があります。当院でもインディゴシステムを導入し、急性下肢動脈閉塞に対する緊急治療に対応しております。



図1 インディゴシステム

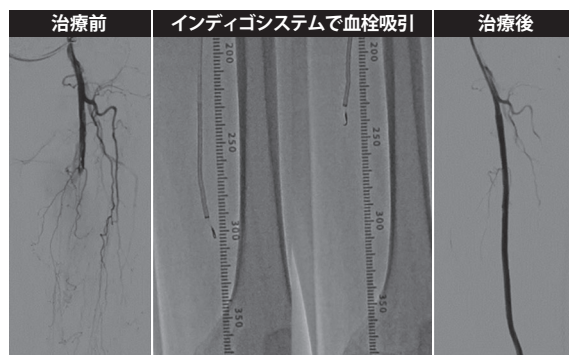


図2 左下肢動脈の急性閉塞に対してインディゴシステムで血栓吸引を行い、血流を改善させた一例

まとめ

急性下肢動脈閉塞の頻度は稀ですが、下肢予後や生命予後を悪化させる重篤な疾患です。早急な治療介入が予後改善の鍵となるため、症状を疑う場合は、血行再建を行うことが可能な専門医療機関へ迅速に受診をしてください。

関西ろうさい病院の理念

●● 良質な医療を働く人々に、地域の人々に、そして世界の人々のために ●●

病院運営の基本方針

- ・私たちは、働く人々の健康確保のための医療活動、即ち「勤労者医療」の中核的役割を担って、これを推進します。
- ・私たちは、高度急性期医療機関として良質で安全・高度な医療の提供を行うとともに、地域の諸機関と連携して地域医療の充実を図り「地域に生き、社会に応える病院」としての発展を目指します。
- ・私たちは、患者さんの権利を尊重し、医療の質の向上ならびに患者サービスの充実に励み、「信頼され、親しまれる病院」作りを心がけます。
- ・私たちは、「開かれた皆様の病院」として、ボランティアや有志の方々の病院運営への参加・協力を歓迎します。
- ・私たちは、病院使命の効果的な実現のために「働き甲斐のある職場」作りを行い、運営の効率化と経営の合理化を推進します。

イメージキャラクター
がんろっこ

さぶりめんと

2025-Jun

No. 70

前側方アプローチによる人工股関節全置換術

整形外科 小川 剛

人工股関節全置換術とは

人工股関節置換術とは、変形性股関節症・関節リウマチ・大腿骨頸部骨折などによって股関節の変形や痛み、機能障害をきたした場合に人工の股関節に置き換える手術です。

人工股関節全置換術 前外側進入法の特徴

前外側進入法は、大腿筋膜張筋と中殿筋の間から進入する筋間進入法であり、これらの筋間の深部にある前方関節包を切開することにより股関節を展開する手術方法です。この進入法では後方関節包や短外旋筋群が温存されることになるので、人工股関節全置換術の合併症のひとつである後方脱臼に対する抵抗性が高いのではないかと考えられています。

人工股関節全置換術に対する主な進入法(図1)は前方系進入法(前方進入法や前外側進入法)、側方進入法、後方進入法などがあります。人工関節登録調査報告書によれば、2013年には後方進入法が約40%と最も多かったのですが、2022年には前方系進入法が50%以上と最も多くなっており(図2)。

それぞれのアプローチには長所と短所があります。後方進入法では、長所として股関節の変形や関節可動域の悪い症例など様々な症例に対して用いることができる進入法です。しかし、短所として一部の報告で脱臼のリスクが高いと言われています。一方、前外側進入法では、長所として後方関節包や軟部組織が温存されるため脱臼リスクを軽減することが期待されています。しかし、短所として手術手技が困難で手技を習得するまでに時間を要し、変形が強い症例では使用することが困難な進入法です。そのため、それぞれの進入法の長所と短所を考慮して症例に応じて使い分けることが重要です。

かつては全例、後方進入法で人工股関節全置換術を行っていましたが、当院でも前外側進入法を導入し、症例により長所・短所を分析した上で、それぞれの患者さんに合った手術方法を選択しております。

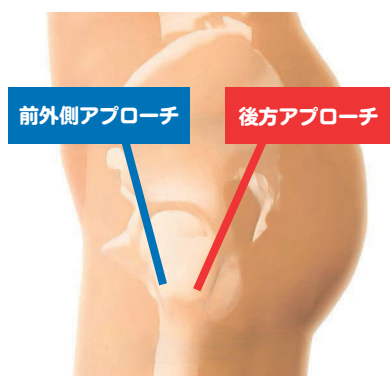


図1 進入法の違い

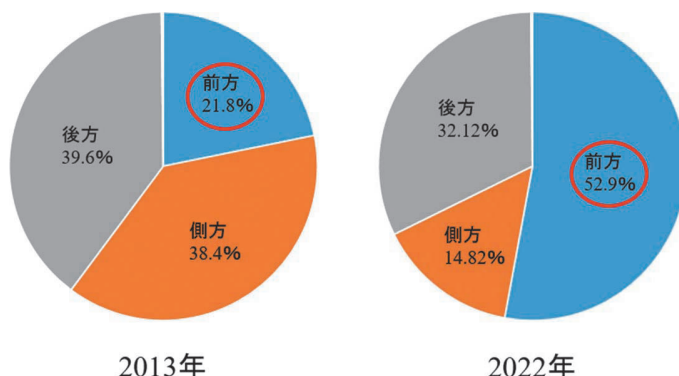


図2 人工関節登録調査報告書より一部改変

対象となる病気は？

変形性股関節症、大腿骨頭壊死症、急速破壊型股関節症、関節リウマチなど人工股関節全置換術の適応となる疾患が対象となります。その中で、脚延長をあまり必要としない症例、後方脱臼リスクの懸念がある症例(関節可動域が広い症例、術後の肢位が制御できない症例など)では前外側進入法が適応と考えております。しかし、変形が強い症例(ペルテス様変形や高位脱臼股、大腿骨骨切り後など)や拘縮の強い症例、脚延長を多く要する症例などは後方進入法がよいと考えております。詳しい治療内容や適応などは、お気軽に主治医とご相談ください。