

## □ 僧帽弁閉鎖不全症（MR）

僧帽弁が何らかの原因で閉鎖すべき時に隙間が生じて弁が完全に閉じなくなる（血液が逆流する）病気で、左心室の容量負荷と左心房の内圧上昇を来します。急性 MR と慢性 MR に分けられます。

### 原因：

- ① 変性性疾患や感染性心内膜炎により弁に変形をきたしたり、腱索が切れて逆流を生じます。
- ② リュウマチ熱が原因（最近は減少している）
- ③ 心筋梗塞に伴う乳頭筋不全や断裂

**症状：**労作時息切れ、動悸、疲れ易い、不整脈など。

- \* 急性の僧帽弁閉鎖不全症では、左室に急激な容量負荷がかかるため、肺うっ血状態となり呼吸困難をきたすことがあります。  
時にショック状態に陥ります。
- \* 慢性僧帽弁閉鎖不全では、緩やかに左心室・左心房が拡大することにより容量負荷を代償するため暫らく無症状で経過します。
- \* 感染性心内膜炎では、持続する発熱があります。

### 手術適応：

- ① 自覚症状のある高度の急性 MR の患者
- ② 自覚症状があり、高度な左室機能低下を伴わない慢性の高度 MR 患者
- ③ 自覚症状は無いが、軽度から中等度の左室機能低下を伴う慢性 MR 患者
- ④ 自覚症状は無いが、新たに心房細動が出現した慢性高度 MR 患者
- ⑤ その他。

### 手術方法：

- ① 弁形成術（MVP）：詳細な手技は、後述します。  
働きの悪くなった自分の弁を修復して元に戻す手術です。  
この手術の利点は自分の弁を残し人工弁を使用しない為、耐久性にも優れ、また血液を固まりにくくする薬（ワーファリン）を飲み続ける必要はありません。このため、手術後の患者さんのご負担も弁置換術と比べ少なくなっています。  
僧帽弁閉鎖不全症の9割以上の患者さんに手術が可能ですが、弁形成が困難な場合・弁形成を行ったが逆流が制御できない場合には、人工弁置換術となります。
- ② 弁置換術（MVR）：  
自己の弁を切除し、人工の弁を用いて僧帽弁を置換します。  
人工弁には機械弁と生体弁の二種類があります（後述）

### 手術を受けなかった場合の予後：

自覚症状が無く、正常の左室機能を有する高度 MR 患者さんでも6～10年を超えると、症状が出現したり左室機能が低下して手術適応になると報告されています。