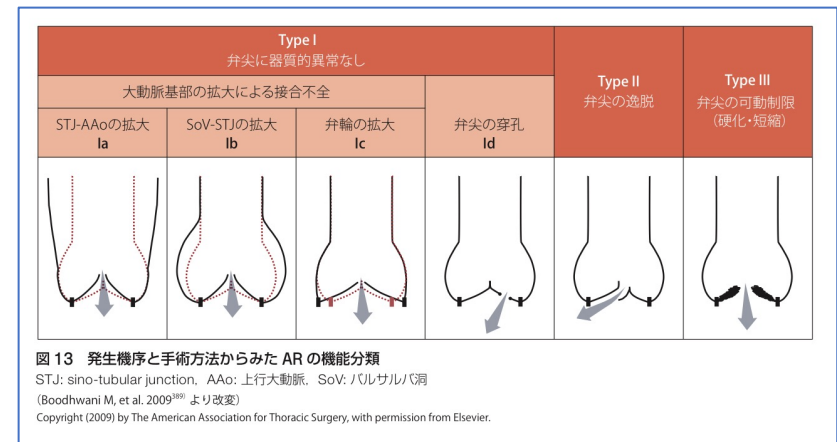
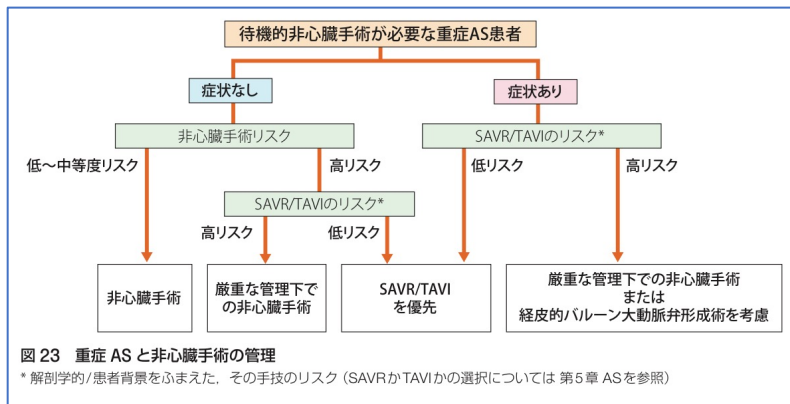
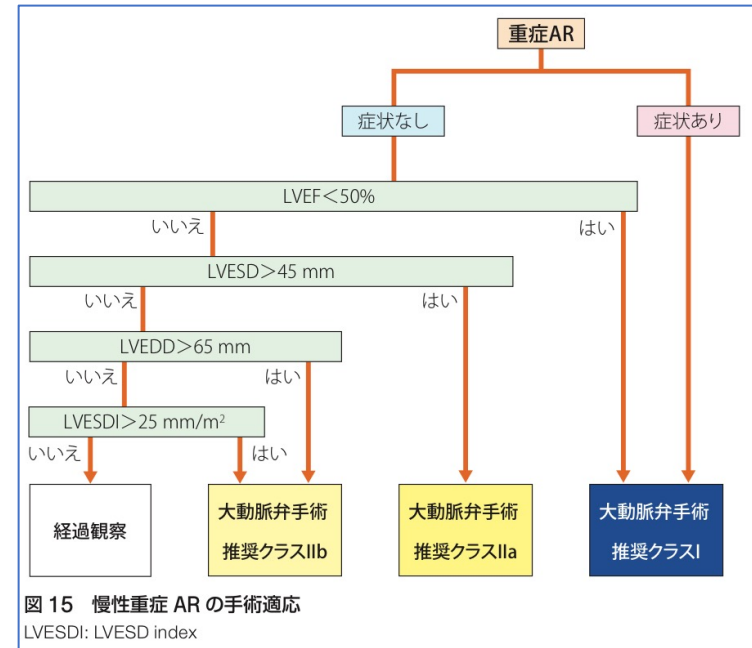
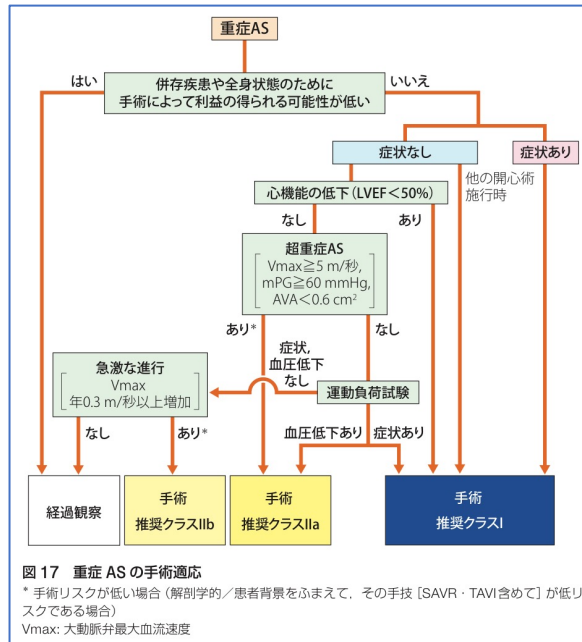
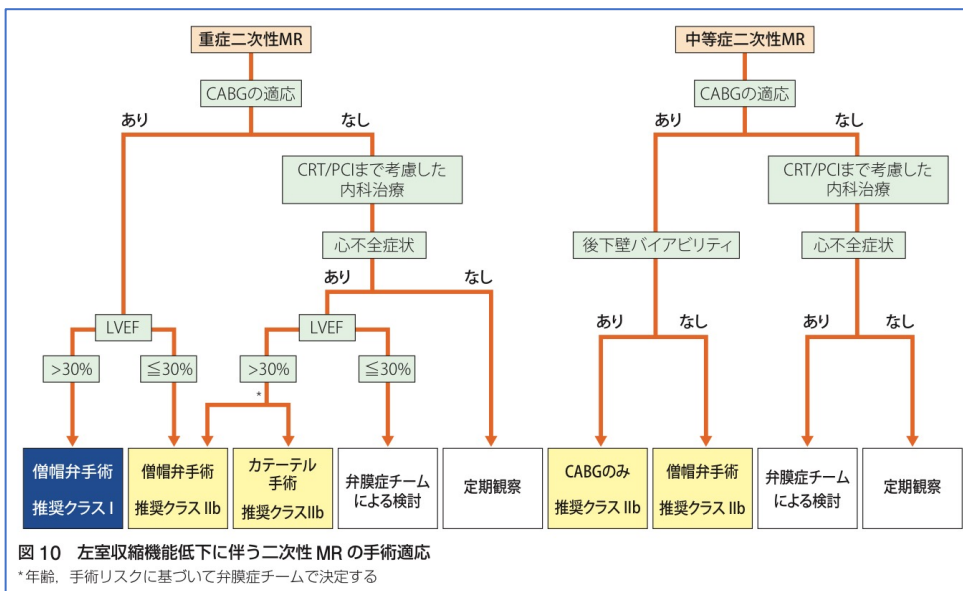
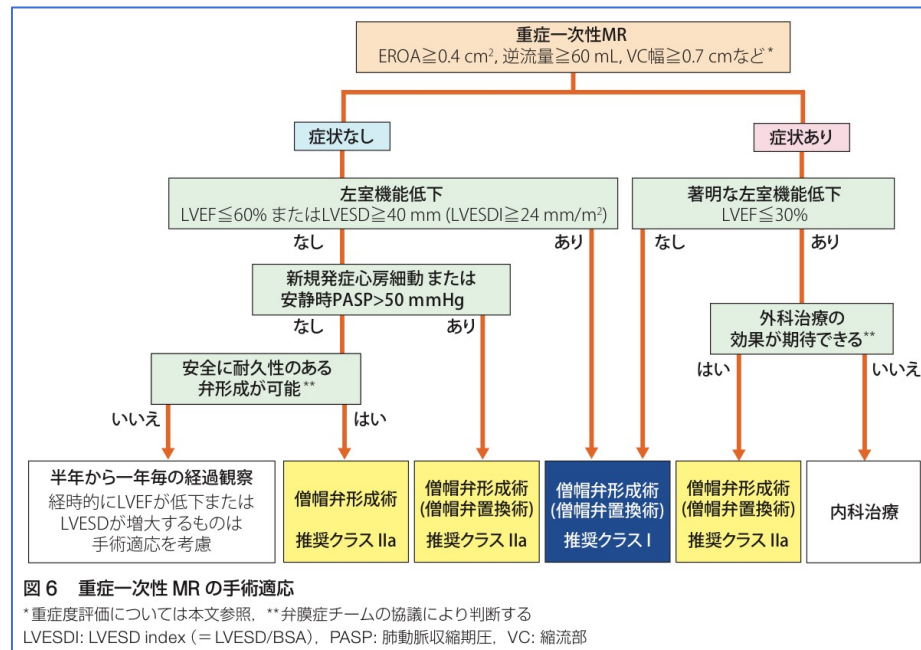
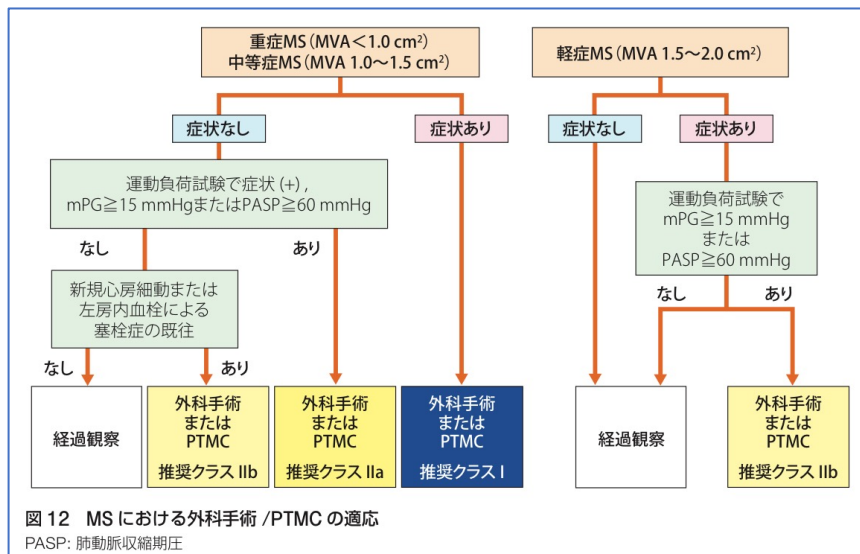


大動脈弁



僧帽弁



三尖弁

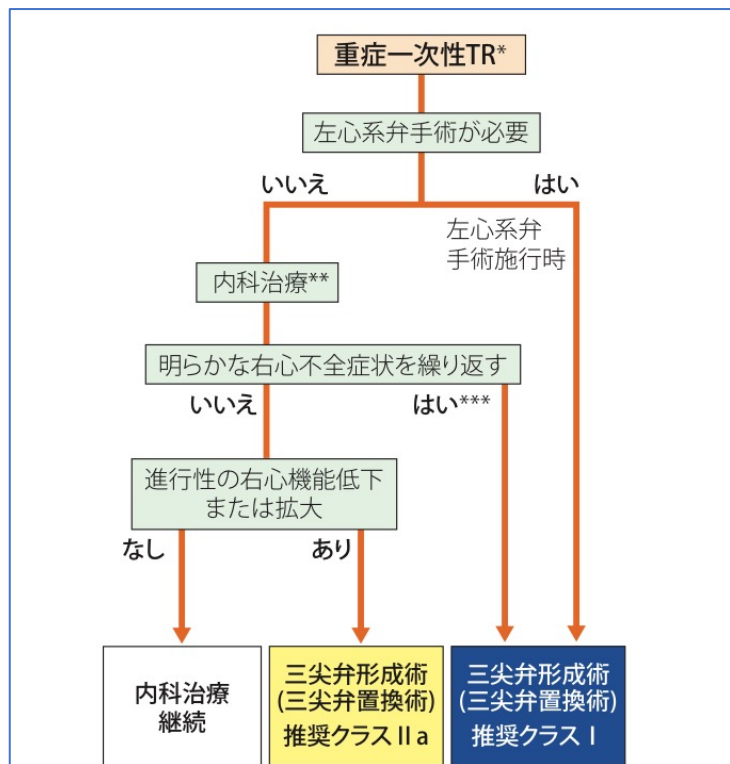


図 18 重症一次性 TR の手術適応

* 外傷性、エプスタイン奇形、IE、三尖弁逸脱などを含み、心房細動に伴う機能性TRは含めない。

** 明らかに内科治療は困難と思われる場合は、内科治療を行うことなく外科治療の適応を検討する。

*** 高度な右心機能低下を生じていない場合。

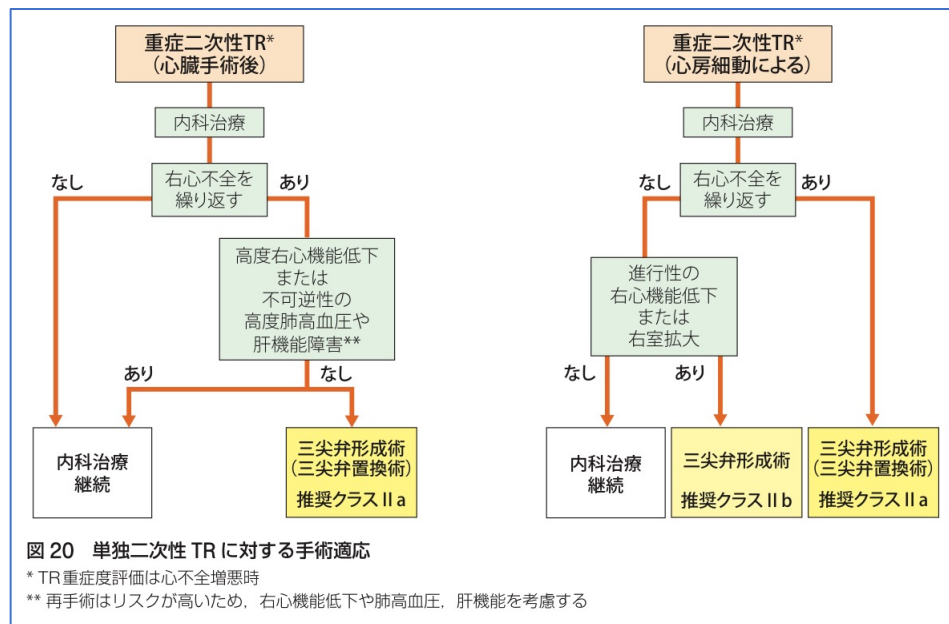


図 20 単独二次性 TR に対する手術適応

* TR重症度評価は心不全増悪時

** 再手術はリスクが高いため、右心機能低下や肺高血圧、肝機能を考慮する

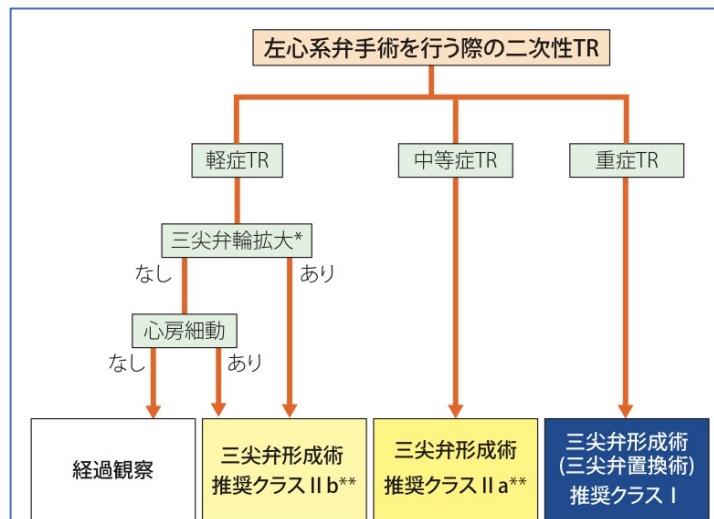


図 19 左心系弁手術を行う際の二次性 TR に対する手術適応

* TTE四断断面での計測で > 40 mm または > 21 mm/m²

** 軽症/中等症TRに三尖弁置換術は推奨しない

肺動脈弁

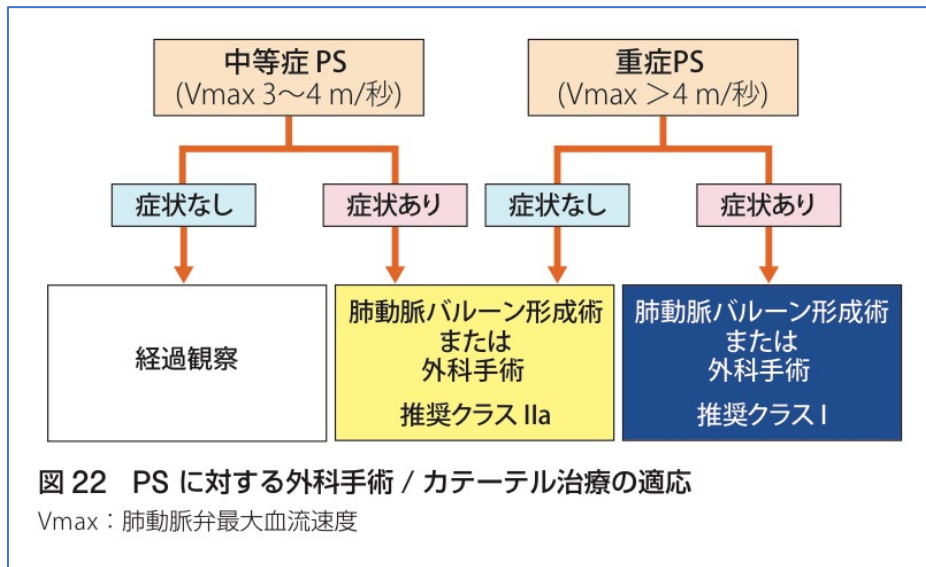


表 1 推奨クラス分類

クラス I	手技・治療が有効・有用であるというエビデンスがあるか、あるいは見解が広く一致している。
クラス II	手技・治療の有効性・有用性に関するエビデンスあるいは見解が一致していない。
クラス IIa	エビデンス・見解から有用・有効である可能性が高い。
クラス IIb	エビデンス・見解から有用性・有効性がそれほど確立されていない。
クラス III	手技・治療が有効・有用でなく、ときに有害であるとのエビデンスがあるか、あるいは見解が広く一致している。

表 2 エビデンスレベル

レベル A	複数のランダム化介入臨床試験、またはメタ解析で実証されたもの。
レベル B	単一のランダム化介入臨床試験、または大規模なランダム化介入でない臨床試験で実証されたもの。
レベル C	専門家および / または小規模臨床試験（後ろ向き試験および登録研究を含む）で意見が一致したもの。