

4 脳血管病変を合併した冠動脈バイパス術の3例

田無第一病院 循環器科
末定弘行, 平井明生, 友成正紀, 山崎 徹, 石丸 新
同 脳外科
川上博一, 橋木 治, 三木 保

近年冠動脈バイパス術の対象の高齢化に伴い, 周術期合併症としての脳血管障害が注目されている。そこで当院では本年10月以降, 待期的冠動脈バイパス術に対し, 術前検査として頭部CT, 頭部MRI, 脳血管造影を施行してきた。その結果5例中3例に狭窄病変を有する脳動脈硬化が認められ, その3例全例に脳梗塞巣を認め, うち1例に未破裂脳動脈瘤が認められた。

1例はVTを頻発する不安定狭心症の64歳女性で, 脳梗塞の既往があり, 脳血管写にて未破裂脳動脈瘤が認められたため, 脳動脈瘤ラッピング術と冠動脈バイパス術を一期的に行なったが小脳出血にて失った。他の2例は多発性能動脈狭窄を有する74歳男性で, 1例に対し体外循環中の血圧低下時, 脳灌流圧維持の為拍動流体外循環を用いたが, いずれも周術期合脳併症を認めず順調に経過した。

5 巨大左房内血栓を合併した僧帽弁狭窄症の1例

東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科
曲 恵介, 福島洋行, 長田鉄也, 工藤龍彦
同 循環器内科
宮城 学, 寺門節雄, 小林 裕, 豊田 豊, 中島 均,
吉崎 彰, 内山隆史, 渡辺 健, 石井俊彦

我々は巨大左房内血栓を合併した僧帽弁狭窄症に著名な凝固・線容系の活性化を認めた症例を経験した。本症例は心エコー上77×40mm大の血栓を左房内に認めた。我々は経中隔にて左房内の血栓除去を行ない僧帽弁置換術を行なった。血栓は重量120gであった。術後, woozingに対する止血に難渋しFFP投与と再開胸止血を行なった。本症例は術前より血小板が112,000/mm³と若干低下していたほかTAT, Ddimerの著名な上昇と α_2 PIの低下など凝固・線容系の活性化が示唆された。左房内血栓を合併した僧帽弁狭窄症に消費性凝固障害を伴う例は最近数例報告されてきており血栓重量が100gを超える例などは特異な病態ではないかと考える。

6 MVR術後に反復する心不全の診断治療に難渋した一例

東京医科大学外科 第二講座
清水 剛, 秋元直人, 矢尾善英, 長江恒幸, 平山哲三,
石川幹夫, 石丸 新, 古川欽一

僧帽弁狭窄症の診断にて僧帽弁置換術(Omnicarbon ϕ 27mm) 施行, 体外循環離脱時にIABP使用したが, その後は順調に経過し術後50日で退院した。術後60日, 突然呼吸困難, チアノーゼ出現し, 急性肺水腫の診断にて緊急入院, 弁透視, UCGにて人工弁機能は良好であり, 症状も2~3日で軽快した。しかし同様な発作を繰り返し, 冠動脈造影検査にて3枝病変認められたためPTCA施行し(#6:99%→50%, #9:99%→60%), 退院となった。退院後, 呼吸困難再発し緊急入院となったが, 人工弁機能および冠動脈の再評価では, 特に急性心不全の原因と思われる所見は認められなかった。心筋虚血を伴う弁膜症による心筋障害が原因と考えられた。

7 診断に苦慮した四肢末梢循環不全症の1例 —TAOかAPSか—

東京医科大学霞ヶ浦病院 循環器科
阿久津博美, 川口 聡, 張 益商, 箱島 明,
藤原靖之

症例は47歳, 男性。平成3年4月頃から右手指先端部分の疼痛と壊死出現, 近医にて内服と処置を行なうも軽快せず, 当科紹介, 同年6月入院となった。現症は右手指, 両足趾の冷感, 右第3指と左第1趾の疼痛を認め, 容積脈波では左手指以外はflat waveであったが, ループスアンチコアグラント(LA)は陽性であった。血管造影所見は右上肢橈骨動脈は手関節部にて途絶, 尺骨動脈は前腕中央部にて狭小化し掌動脈弓は造影されず, 下肢は下腿3分枝が両側とも途絶し右は腓骨動脈が, 左は後脛骨動脈が副血行を介して造影された。本症例は閉塞性血栓性血管炎(TAO)に準じて治療を行なったが, LA陽性から抗リン脂質抗体症候群(APS)と考えられた。しかし1年前から喘息発作が散発しており, 好酸球増加と皮膚生検所見から, 最終的にはLA陽性のアレルギー性肉芽腫性血管炎(AGA)と考えられた。