

研究会報告

第24回

東京医科大学循環器研究会

日 時：平成7年12月16日(土)
午後3:00~

会 場：東京医科大学病院 本館6階
第1会議室

司 会：長江恒幸(1)~(3), 田中信大(4)~(7)

代表世話人：東京医科大学 外科第2講座
石丸 新

1. IABP挿入によりCABG術後重症下肢虚血を来した不安定狭心症の1例

東京医科大学 外科第二講座

張 益商、小泉信達、清水 剛、長田鉄也、長江恒幸、
平山哲三、石川幹夫、石丸 新

症例は67歳の男性で平成7年10月 不安定狭心症の診断にて緊急入院。狭心発作繰り返すためCABG施行したところ、#9 99% #3 75% #6 99% #9 90% #13 90% 左右両総腸骨動脈に75%の狭窄を認めた。麻酔導入直前に右ソケイ部よりロングシースにてIABP挿入手術開始し三枝バイパス術(LITA-#7 RITA-#3 SVG-#9)施行。手術終了時右下肢のチアノーゼに気付きIABP抜去、IABP挿入から抜去まで11時間50分であった。右下腿腫満出現し術後20時間後に右下腿減長切開術施行。CPK 上昇しmaxCPKは39430U/l(24時間後)20時間ごよりCV VHD 開始、微注は DOA 12-15 μ DOB12-15 μ norepinephrine 0.05 μ を投与していたが、38時間後、血圧低下、60mmHg前後、エンドキシシショック様状態となり、ステロイド投与、epinephrine 投与により血圧改善し枝管、減長切開創縫合一般病棟転床し現在リハビリ中。IABP挿入直後は下肢血流障害の有無について十分な観察が必要で、下肢虚血出現時は速やかに抜去し、直視下で挿入するなどの対応が必要で、rhabdomyolysisを合併した場合は特異な血行動態を示すことがあり、術後管理に十分注意が必要である。

2. 急性心筋梗塞後心室中隔穿孔(VSP)を生じた2例

東京医科大学霞ヶ浦病院 循環器外科
伊藤幹彦、藤原靖之、箱島 明、
矢野浩巳

東京医科大学霞ヶ浦病院 循環器内科
阿部敏弘、阿部正宏、栗原正人、
白石裕盛、小川 隆、藤田全健、
岩沢博人、長 慎一

症例1、75歳男性、心筋梗塞にて他院入院。翌日転院となりIABP併用のもとに緊急PTCA施行。結果、#6の完全閉塞、PTCA不可、VSPの診断を得、緊急手術となる。手術は、VSP閉鎖及びCABG(LITA-#8)を施行。現在病棟にて経過観察中である。

症例2、74歳女性、胸痛出現し他院受診。心筋梗塞にて当院転院となり、IABP併用のもとに緊急CAG施行。結果、#6の完全閉塞、VSPの診断を得、緊急手術となる。右室の自由壁破裂を認め、手術はVSP閉鎖のみ。術後3日目に心不全にて死亡。

3. 手術予定前日に切迫冠閉塞を来した冠動脈バイパス術の一例

田無第一病院循環器科 東京医科大学外科第二講座*

末定弘行 島崎太郎 友成正紀 清水 剛* 平山哲三* 石丸 新*

症例は61歳の男性で、平成7年6月頃より労作時狭心症を自覚していたが、9月 就寝中に冷汗を伴う強い胸痛が出現したため、20分後に前医を受診す。来院時心電図においてV₁~V₄にSTの上昇がみられたためt-PA(GURTPA 2400万単位)を全身投与したところ、V₁~V₄のT波の逆転はみられたが、心酵素の上昇はなく胸痛の消失が得られた。9月 当院に転院し、冠動脈造影を行なったところ、#1:75% #6:90% ~#7:75%diffuse long, #13:90%の狭窄病変が認められた。10月 に冠動脈バイパス術を予定し術前準備を進めたが、10月 より再び狭心症が出現し、10月 09時STの上昇を伴う強い胸痛が出現したため、発症30分後t-PA(GURTPA 2400万単位)を全身投与したところ、一時STレベルは正常化し、症状も消失したが、その後再びSTレベルの変位を伴う胸痛が繰り返したため、IABPを挿入しつつ経過観察した。10月 06時 V₁~V₃のR波の減高がみられたが、maxCPK1247IU/lと梗塞範囲は小さかったと考えられたため、10月 予定通り冠動脈バイパス術を施行した。術中は肺動脈に経過したが術後心室細動を繰り返した。治療法の選択、タイミングを考察させられる症例であった。