

研究会報告

第26回

東京医科大学循環器研究会

日 時：平成8年12月21日(土)
午後3:00~

会 場：東京医科大学病院教育棟5階
第一臨床講堂

当番世話人：東京医科大学八王子医療センター
心臓血管外科
工藤龍彦

1. 潰瘍性大腸炎治療中に発症した感染性
心内膜炎による僧帽弁閉鎖不全症の一
治験例

*東京医科大学 外科第2講座

**田無第一病院 循環器科

小泉信達、内村智生、清水 剛、平山哲三、
石丸 新*

島崎太郎、張 益商、末定弘行**

症例は17歳女性。下血を主訴に入院となり潰瘍性大腸炎の診断を受ける。ステロイド治療及び長期IVH管理中、心不全症状を呈し、心エコーにて高度僧帽弁閉鎖不全、僧帽弁疣贅を認めた。血液培養にてMSSAを認めたため内科的治療を行い、感染は軽減傾向にあった。しかし心不全は増大し、塞栓症の危険性もあったため、Carpentier-Edwards弁27mmにて僧帽弁置換術を施行した。術後経過は良好で、炎症反応、心不全は消失した。

2. AB型Rh(-)の僧帽弁閉鎖不全症に対する僧帽弁形成術(術前戻し貯血法の有用性)

東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科

東京医科大学 外科第二講座*

谷 大輔、前田光徳、首藤 裕、小長井直樹、工藤達彦、
石丸 新*

症例：61歳、女性。主訴：動悸、倦怠感。現病歴：8年前心不全にて入院。H6年8月より主訴出現、外来にて経過観察していた。H8年心カテーテル施行した際、MR4度と診断され、同年10月21日手術目的にて入院となる。入院後戻し貯血法に準じた自己血貯血を行った。4週間前より週1回400mlの貯血を行い、貯血後エスポー2万4千単位を皮下注した。また、2週間前からは更に400mlの貯血を加えた。この2週間は水曜日に400mlの貯血を行う際、10/23、10/30に貯血した400mlをそれぞれ返血し、翌日更に400mlの貯血を行った。手術当日麻酔導入後400mlの貯血を加え、計2,000mlの自己血を確保し、11月19日僧帽弁形成術を施行した。術直後Hb9.5、翌日にはHb12.0まで回復した。同種血輸血は全く行わなかった。このように戻し貯血法による術前軸血貯血は本症例のような、希な血液型の症例に対しても同種血輸血の回避に有用であった。

3. 意識障害にて発症し、リハビリ中に再開通を来した早期血栓閉鎖型大動脈解離(Stanford A型)の一例

田無第一病院 循環器科・脳外科*

東京医科大学 救命救急部**

島崎太郎、張 益商、末定弘行、秋元治朗*、大坪 豊*、
藤川 正**、小池荘介**

症例は65歳男性。1996年8月 昼食後、気分不快出現。近医往診したところ、意識消失していたため、東京医大病院救命救急部に転送となる。来院後、心エコーにて心タンポナーデと診断され、心嚢液40ml穿刺排出したところ血圧は80mmHgから200mmHgまで急激に上昇した。また、胸部CTにて早期血栓閉鎖型大動脈解離(Stanford A型)と診断、降圧療法にて保存的に加療した。同時期に、心タンポナーデによる血圧低下が原因と思われる脳梗塞をみとめた。

その後、3回の胸部CTにていずれも血栓閉塞を認め、さらに全身状態の改善が得られたため、リハビリ目的にて9月13日、当院へ転院となる。しかし、転院後フォローアップCTにて上行大動脈に再開通を認め、現在、手術を考慮中である。

このような、早期血栓閉鎖型大動脈解離(Stanford A型)に対しては、再開通の危険性が常にあり、嚴重なフォローアップが必要であり、手術を積極的に考慮すべきと思われた。