

研究会報告

第18回

東京医科大学循環器カンファランス

期 日：平成4年12月19日(土)

時 間：pm 3:00~6:00

場 所：東京医科大学病院

第1会議室 本館6階

世話人：外科学第2講座 古川欽一教授

1 38歳で発症し、高度左心不全と左室拡大を呈した陳旧性心筋梗塞症例に対する冠動脈バイパス術の1例

田無第一病院循環器科、厚生中央病院循環器科\*

東京医科大学外科第二講座\*\*

末定弘行、友成正紀、酒井 俊、清水 剛、

鈴木 周、平井明生\*、石丸 新\*\*平山哲三\*\*

症例は38歳の男性で、3年前より労作時呼吸困難を自覚していたが、平成4年1月感冒様症状が出現、呼吸困難が増強したため2月入院となった。入院時PCWP:33mmHg、CI:3.31/m<sup>2</sup>であり、UCGでは後壁のakinesisを伴う左室のgenalized hypokinesisが認められ、EF:24%、LVd:85mm、LV EDV:394mlと著明な左室拡大を伴ううっ血性心不全を呈していた。生化学検査では、CPK:1003IU/l(CPK-MB:20ng/ml)(2/4)LDH:1675U/l(2/10)、ミオシンL-I:21.2ng/ml(2/5)であったが、心電図では経時的変化はみられず図の如くであった。以上より急性心筋炎による拡張型心筋症と考え、心不全をコントロールした後心臓カテーテル検査を施行したところ、冠動脈造影にて#1:完全閉塞(LAD→#4PD colateral)、#7、#9:90%狭窄、#11:99%delayを認めたため、冠動脈バイパス術(#9、#4PDへSVG、#8へLITA)を施行した。術後6ヵ月後のUCGにて心機能の改善(EF:24%→40%)が得られた。本症例は虚血性心筋症と考えられるものと考察する。

2 うっ血性心不全により、PTCAを先行したMVRの一例

東京医科大学八王子医療センター心臓血管外科

張 益商、福島洋行、長田鉄也、工藤龍彦

症例は51歳の男性で、MRの診断にて心カテ施行したところ、MR4度に加えて、RCAの#1に99%、狭窄を認めた。心不全症状はNYHAⅢ度であり血圧も100前後であり、BUN CREが35.9 1.4で、Crも42.4~48.0ml/minであり、RCA#1はPTCAではeasy caseで、CABG+MVRも考慮されたが、PTCA+MVRが最適と考えられたので、PTCAを先に施行して1ヵ月後にMVRを施行した。人工心肺時間は2hr、Aoクランプ時間が、96minであり、他家血輸血マイナスにて、術後何の問題もなく退院した。

このように冠動脈疾患を合併する弁膜症の手術に關しては、症例に応じて、CABGまたはPTCAを選択する必要がある。

3 腹部大動脈瘤を合併した冠動脈バイパスの1例

東京医科大学外科第2講座

清水 剛、土井 信、土田博光、平山哲三

石川幹夫、石丸 新、古川欽一

症例は62歳、男性、平成3年6月、近医で腹部大動脈瘤(AAA)を指摘され、精査目的にて八王子医療センター入院後、平成4年6月、手術目的にて本院入院となった。AAAは腹部CT検査およびia-D SA上、腎動脈直下から右総腸骨動脈におよび、最大横径約60mmであった。虚血性心疾患の既往はなかったが、冠動脈造影を施行したところ、冠動脈#5に50%、#6に90%、#11に90%狭窄を認めた。手術は冠動脈バイパス術を先行させ、2期的にAAAの手術を行う方針とし、平成4年7月、完全体外循環下に左内胸動脈グラフトを左前下行枝にバイパスし、同年8月AAAをY型人工血管にて置換し、術後経過は良好であった。非破裂性AAAでは高度の冠動脈病変を認めた場合、AAA手術に冠動脈バイパス術を先行させる必要があると考えられた。