

研究会報告

第53回 東京医科大学  
循環器研究会

日 時：平成22年12月18日(土)  
午後2:00～  
場 所：東京医科大学病院  
教育棟5階  
当番世話人：厚生中央病院  
循環器内科 平井 明生

1. 気管損傷に対する大網充填術後に大動脈弁置換術を施行した1例

(心臓外科) 鷹合真太郎、牛島 輝明、山本 宜孝  
高田 宗尚、渡邊 剛

気管損傷に対する大網充填術後に大動脈弁置換術(AVR)を施行した1例を経験した。症例は63歳男性、大動脈弁閉鎖不全症(AR)による心不全のため前医に入院した。内科的治療にて心不全は軽快し、その後、AVRが行われた。胸骨正中切開後の止血の際に、電気メスにより気管を損傷したため、AVRは中止しし損傷部位に大網充填術が行われた。その後、当科でのAVRを希望され紹介された。3ヶ月後、CRPの陰性化を確認し、AVRが予定された。術前の心エコーでは重症ARが指摘され、胸部CTでは胸骨裏面の縦隔内に大網が認められた。手術は、気管損傷部位への操作を避けるため、胸骨部分切開で行われた。大網は術野左側へ圧排し、通常のAVRと同様の視野を得られ、機械弁による置換術が施行された。また、SPY systemを用いて大網の血流を確認した。術後経過は良好で第9病日に自宅退院された。胸骨部分切開術を用い、気管損傷部位への操作を避け、安全にAVRを行なうことが出来た。SPY systemを用い大網の血流を確実に評価した。

2. 破裂性腹部大動脈瘤術後に心筋虚血所見を呈した一手術例

(血管外科) 佐藤 正宏、室町 幸男、和田 貴宏  
千葉 清、佐藤 和弘、佐伯 直純  
小泉 信達、駒井 宏好、重松 宏

症例は84歳女性。腹痛のため、当院救急外来受診。CTにて腹部大動脈瘤破裂を認め緊急手術を行った。手術は直管型人工血管置換術を行い、エスマルヒ帯を用いて仮閉腹

とし、集中治療室へ入室となった。第3病日に心電図上V2、3、4でgiant negative T wave認め、エコー所見と合わせてタコ壺型心筋症を疑った。第9病日には心エコー上改善傾向をみとめ閉腹をおこなったが、翌日V3～6でST低下を認めた。心エコーでは広範囲な壁運動低下を認め、心臓カテーテル検査を行った。#6に99%狭窄を認め、同時にPCIを行い、その後徐々に心機能は改善を認めた。呼吸器の離脱も順調であり、現在リハビリ病院転院待ちである。

破裂性腹部大動脈瘤は術前十分な心機能評価ができない。当科では2006年1月から2010年11月までに24例の破裂性腹部大動脈瘤手術を行っており5例(21%)にCADを認めている。開腹術後のタコ壺型心筋症の報告は散見される程度であり、CADの併存も考えながら、循環動態の変化にあわせた的確な診断と迅速な対応が重要と考えられた。

3. 下腿動脈病変を有する重症虚血肢に対する血管内治療(八王子・心臓血管外科)

西部 俊哉、内山 裕智、神谷健太郎  
井上 秀範、張 益商、進藤 俊哉

【背景】 下腿動脈病変を有する重症虚血肢に対してEVT first strategyによって行われた治療の遠隔成績を解析した。

【対象と方法】 過去4年間に20例21肢の下腿動脈を有する重症虚血肢に対してEVT first strategyで治療を行った。全例Fontaine分類4度(潰瘍・壊疽)、ASA分類3度以上であった。血管内治療は血管造影室で局所麻酔下にバルーン拡張術(POBA)を行った。

【結果】 初期成功率は95%であり、足趾の小切断を含む潰瘍・壊疽の治癒率は76%であった。救肢率は6ヶ月、1年、2年94%であり、非切断生存率は6ヶ月82%、1年73%、2年55%であった。

【結語】 下腿動脈病変を有する重症虚血肢は血管内治療によってよく治療され、救肢率は良好で非切断生存率も悪くなかった。血管内治療の低侵襲性、簡便性を考慮すると、EVT first strategyが推奨されてもよいと考える。

4. マラソン中に胸痛を起こした冠動脈起始異常の1例(西東京中央総合病院 循環器科)

雨宮 正、伊藤 茂樹、未定 弘行  
橋本 雅史、片山 直之

(心臓血管研究所付属病院 循環器科)

及川 裕二、小嵐 正治

49歳男性。主訴はマラソン中の呼吸苦、肩甲骨痛、頸部痛。大学時代は陸上部で最近でもフルマラソンを走っていた。H21年3月に妻のダイビング事故で低酸素血症になり、もやもや病も見つかかり介護疲労、事業不振から体調変化が起きてきた。マラソン時速15 km/hrで40分から急に息が上が