

ドでの座位, 立位訓練を導入した。また, 下肢静脈瘤を認めるため, 重力による過剰な静脈血液貯留の関与を考慮し, 日常生活としては弾性ストッキングの着用を行うとともに腹帯の使用も試行した。

以上のような多面的な治療にもかかわらず, 直近の tilt 台による評価では, 臥位から 45 度の起立で収縮期血圧が 140mmHg から 50mmHg へ低下する状況である。

【今後の方針】 今後はフルドロコルチゾンの漸増による効果や, 理学療法による効果などが現れることを期待している。有効性が認められない場合, 立位を避ける生活指導を行うことも念頭に置いている。

6 高齢のため経皮的冠動脈形成術および経皮的 心房中隔欠損閉鎖術を選択した冠動脈疾患合 併心房中隔欠損症例

相場秀太郎・尾崎 和幸・田中 孔明
廣木 次郎・柏 麻美・中村 則人
藤原 裕季・眞田 明子・保坂 幸男
土田 圭一・高橋 和義・小田 弘隆
佐藤 誠一*

新潟市民病院循環器内科
同 小児科*

症例は 81 歳, 女性。2008 年に心房中隔欠損症 (ASD) を指摘され, 以後は利尿薬内服にて経過観察されていた。2014 年 1 月, うっ血性心不全のため某病院に救急搬送され内服治療にて改善した。同年 2 月, 心不全増悪にて当科入院, 利尿薬, hAMP および O_2 投与にて改善した。心臓カテーテル検査にて PA 54/26 (38) mmHg, RA での O_2 ステップアップを認め, Qp/Qs 2.47, CAG: #7 90%, LVG: #2, 3, 6 reduced, EDVI 61.4ml/m², EF 50% であった。呼吸機能検査では拘束性換気障害 (% VC 33.7%) を認めた。ASD および LAD 病変に対しての治療介入が必要と考えられたが, 高度の右心負荷, 肺高血圧および呼吸機能低下のため外科的治療はリスクが大きいと判断,

経カテーテル的治療の方針となった。まず, #7 90% 狭窄に対して PCI を施行, Rotablator (1.5mm → 1.75mm) で切削後 Sprinter 2.5mm にて拡張し 50% に改善した。2 か月後, ASD に対して Amplatzer Septal Occluder (ASO) を用いた経皮的心房中隔欠損閉鎖術を施行した。治療前は PA 39/16 (28) mmHg, BP 111/67 (84) mmHg であった。バルーンによる閉鎖試験にて急激な血圧低下がないことを確認した後に ASO 22mm を留置した。留置後 PA, BP 等の循環動態に変化がないことを確認し治療終了した。以後, 心不全の増悪は認められず, 術後 3 か月の心エコーでは左室壁運動および右室負荷, 肺高血圧の改善を認め経過良好であった。

7 Time-resolved CT angiography が診断に有 用であった上行大動脈置換術後大動脈基部破 裂の手術例

大西 遼・青木 賢治・名村 理
佐藤 裕喜・岡本 竹司・榛沢 和彦
土田 正則

新潟大学医歯学総合研究科
呼吸循環外科学分野

【はじめに】 マルチスライス CT の高性能化に伴い心血管疾患の CT 診断の精度がますます向上している。われわれは time-resolved CT angiography が診断に大変有用であった大動脈疾患の手術例を経験した。

症例は 67 歳, 女性。

【主訴】胸痛。

【既往歴】慢性腎不全にて維持血液透析を受けている。

【現病歴】2013 年 8 月某日胸痛にてかかりつけ医院を受診した。CT で急性 A 型大動脈解離と診断された。同日当院へ救急搬送され上行大動脈人工血管置換術を受けた。術後経過良好にて退院した。術後 4 ヶ月目の CT で人工血管周囲貯留液の増加が認められた。術後 7 ヶ月目に再検した CT でさらに人工血管周囲貯留液は増加していた。無

症状ではあるが外科的追加処置を念頭に精査を行う方針とした。

【術後7カ月目のCT】人工血管吻合部に仮性瘤等の異常を認めない。人工血管周囲貯留液に淡い造影効果を認める。しかしどこから血管外へ血液が流出しているか同定できない。

【time-resolved CT angiography】320列CT (TOSHIBA Aquilion ONE) による time-resolved CT angiography を実施したところ大動脈基部無冠洞壁から血管外へわずかに血液が流出するのを同定できた。同部は人工血管吻合部とは離れており仮性瘤等の異常はなかった。

【手術】準緊急的に大動脈基部破裂に対する手術を実施した。CT所見どおり無冠洞壁に2mm弱の小孔を認めた。同部をテフロンフェルト付き4-0ポリプロピレン糸マットレス縫合で閉鎖した。

【術後経過】術後経過良好にて独歩退院した。

【考察】320列CTを用いた time-resolved CT angiography ではステントグラフト内挿術後のわずかなエンドリークも同定できる。本症例では術前に異常部位を正確に同定できているため再手術時の癒着剥離や術中検索を最小限で済ませることができた。

【結語】320列CTを用いた time-resolved CT angiography は微小血流の同定に優れ、心臓血管外科領域の診断、治療方針決定に重要な検査となりうる。

8 重症 MAC に対し MVR 施行後、PVL・高度溶血を来して再手術を行った症例

菊地千鶴男・加藤 香・三島 健人
登坂 有子・高橋 善樹・中澤 聡
金沢 宏

新潟市民病院心臓血管外科

症例は86歳、女性。ASr MsR, TRに対し二弁置換、三尖弁形成を施行したのち徐々にLDH、ビリルビンの上昇を認め貧血が進行した。体表エコーでは判断できず経食道エコーを施行したところ後尖側の人工弁周囲逆流 (PVL) を認めた。初回手術の77日目に再手術を行った。手術は人工心肺下に心停止とし右側左房切開を行った。石灰化した僧帽弁輪と人工弁のカフにわずかな隙間があってPVLをきたしていた。U字縫合と弁輪部の被覆によってリークを止めた。術後は心不全からの回復に時間を要したが術後52日目に元気に独歩退院した。PVLの原因としては石灰化弁輪 (MAC) が最も多く再手術後の再発の報告も多い。MACに対する弁置換術や弁形成術ではCUSA等を用いて石灰化を完全に除去する方法やスカート付弁輪を作成して左房に縫い付ける方法などあるが、石灰化除去不十分でPVLを来したり、除去のやりすぎで房室間溝付近から致死的な術後出血を生じるなど議論がある。PVLに対する治療は外科手術による修復がGolden Standardであるが、最近では経皮的にカテーテル治療も行われるようになっている。

本症例は高齢の女性で末期的な心不全を来しており、なるべくなら心停止下の再手術を回避したいと考えたが、3,000を超える高LDHと頻回の輸血でも改善されない貧血により再手術に踏み切ることとした。カテーテル治療は当院では未経験であり、報告例から安全性が高いとは言えないと判断し再手術を決断した。

心不全からの脱却に時間を要したが大きな合併症なく現在は元気に外来に通院中である。