

び慢性に壁運動低下をきたす続発性拡張型心筋症に属する。無症候性の心機能(駆出率EF)低下は4から10%に、症状を有する心機能低下は1から4%に発生するといわれている。心機能のモニターには心エコー検査による収縮能EFが提唱されている。しかし、拡張型心筋症では、収縮能の低下より拡張能の低下が先行するという意見が存在する。今回、EFと同時に拡張能(E/A, DT, E', E/E')の低下を調べることができた2例を報告する。

〔症例1〕45歳、女性。今まで心疾患や高血圧の既往はなし。ハーセプチン投与中EFは最低33%まで低下したが、低下時にはE波とA波は癒合したためE/A, DT, E/E'は測定不能となった。E'はEFと相関したがEFより感度が鈍かった。

〔症例2〕49歳、女性。今まで心疾患や高血圧の既往はなし。ハーセプチン投与中EFは最低53%まで低下したが、EFの低下とDT, E/E'は相関せず、EFの回復とE/A, E', E/E'は相関しなかった。

【結論】ハーセプチンによる心筋障害のモニターには心エコー検査によるEFが最も優れていると考えられる。

#### 4 Advanced Vessel Analysisを用いた腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術の術前CT評価

曾川 正和・福田 卓也・諸 久永  
田山 雅雄\*

済生会新潟第二病院心臓血管外科  
同 救急科\*

【目的】腹部大動脈瘤のステントグラフト内挿術において、術前計測は極めて重要である。今までは、thin slice CTのみでの計測を行っていたが、最近では、CT解析ソフトであるAdvanced Vessel Analysis (AVA)を用いて計測し、それを参考にして術前のステントグラフト選択を行っている。その1例につき術前計測と実際に使用したステントグラフトを比較検討した。

症例は75歳、男性。術前評価で、間質性肺炎、陳旧性心筋梗塞、脳動脈瘤術後であり、ステントグラフトの適応と判断した。腹部大動脈瘤の最大径7×6cm。左内腸骨動脈も瘤化しており、左内腸骨動脈瘤をコイル塞栓し、左脚は、左外腸骨動脈にまで延長する方針とした。

【結果】右腎動脈が左腎動脈より低かった。低いほうの腎動脈下端から大動脈瘤までの長さ(ネック長)L1、大動脈分岐部までの長さL2、左(右)内腸骨動脈分岐部までの長さL3L(L3R)とした。

【考察など】今までの経験で、屈曲が強いもの、大動脈瘤の壁在血栓を除いた径が大きいものほど、CTでの計測では、誤差が出やすい。AVAを用いた計測は、実際と近く、有用である。

#### 5 持続型心室性頻拍を伴う心筋梗塞後の左心室瘤+ARに対し、外科的凍結凝固+左室形成術+AVRを行った1例

佐藤 正宏・山本 和男・上原 彰史  
三島 健人・滝沢 恒基・杉本 努  
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は69歳の男性。H17年10月AMIにてPCI(#4AV 90% Pixce, 13 99% CYPHER)施行、入院中AR中等度を指摘されていた。その後のstudyでは再狭窄を認めなかった。H20年6月15日、胸内苦悶出現し、近医へ搬送。持続型VTの出現ありアミサリンの投与とDCにて洞調律を得た。当院へ救急搬送された。緊急CAGにて#13のステント内血栓閉塞を認めた。血栓吸引、ステント再拡張を施行したが、後壁から側壁に広範な梗塞が残存。LVEDVI 277ml/m<sup>2</sup>、EF 23%、左室の拡大と低左心機能、ARは3度を認めた。電気生理学検査では容易にSustained VTが誘発された。当科紹介うけ外科的凍結凝固+左室形成術+AVRを予定となった。

手術は胸骨正中切開でアプローチし、上・下大静脈脱血、上行大動脈送血にてCPB確立。心静止後、大動脈切開、A弁はNCCのprolapseあり、3尖とも切除。ハートポジショナーで心尖部を挙上

し、後壁の広範な梗塞領域を確認、後側壁枝の後側を縦切開、内部の癒痕組織、前後乳頭筋を確認し、OMからPL領域の心筋を紡錘状に切除した。(切開長は10cm程)辺縁をcryoablation(-60℃,90秒)をかけ、短冊フェルトとウマ心膜を用い、LV-otomyを閉鎖し、AVR(Regent 21mm)を行った。手術時間252min。人工心肺156min、心停止110min。

術後は第一病日に抜管し、ADLも順調に改善。エコー上もLVDd/sの縮小と術前球状であったLVの形状の改善を認め、ホルターECG上はPVCは減少し、第21病日に退院となった。現在循環器内科で外来経過観察となっている。

## 6 超高齢者(80歳以上)の弁膜症に対する手術成績と術後QOL評価の試み

杉本 愛・青木 賢治・斎藤 正幸  
大関 一

県立新発田病院心臓血管外科・  
呼吸器外科

【目的】近年、高齢者の弁膜症患者が増加している。超高齢者の場合、手術適応を決定するにあたり疾患だけでなく、余命、手術の危険性、術後のQOLや高齢者に医療資源を振り向けることに対する疑問など考慮すべき様々な問題がある。

そこで今回我々は、当科で経験した80歳以上の弁膜症に対する手術成績と術後のQOLを検討した。

【対象】対象は2004年から2008年までの5年間に手術を行った12例。男性1例、女性11例、平均年齢82.5(80~86)歳。疾患は大動脈弁疾患が9例、僧帽弁疾患が3例。術式は弁置換術が10例、弁形成術が2例で、5例に合併手術(CABG2例、TAP2例、PM1例)を行った。手術時間など術中データ、術後合併症、ICU滞在日数、入院期間、手術および在院死亡の有無などについて検討した。遠隔成績については外来記録、電話インタビューで調査した。最近の症例では、SF36(v2)を用いて術前、術後早期のQOL評価を行った。

## 【結果】

- 1) 術前データ：合併基礎疾患は狭心症が2例、慢性腎不全が3例(2例は血液透析症例)。脳梗塞、陳旧性心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患、慢性動脈閉塞性疾患はなかった。頸動脈エコーで頸動脈の高度狭窄を認めた症例が3例、胸部CTで上行大動脈に石灰化を認めた症例が5例あった。NYHA分類では3度が10例、4度が2例で、心エコー上の左室駆出率は50%以上が9例、50%未満が3例であった。
- 2) 術中データ：体外循環時間は平均185分(143-239)分、大動脈遮断時間は平均116(64-159)分、手術時間は平均360(178-540)分であった。
- 3) 術後データ：ICU滞在期間は平均3.5(3-5)日、48時間以上の人工呼吸管理を要した症例はなかった。術後合併症を6例、50%に認めた。内訳は肺炎4例、頻脈性心房細動2例、腎不全2例、胸骨感染2例で、脳合併症は認めなかった。術後在院日数は平均27(15-79)日で、在院死亡はなく、療養施設へ転院した1例を除き他の全員は自宅へ退院した。退院時のNYHA分類は1度10例、2度2例と術前に比較して改善した。術後平均観察期間は6カ月(1か月~3.5年)と未だ短いが遠隔期死亡はなく、施設入所中の1例を除き他は自宅で健在であった。最近の4例につきSF-36(v2)を用い、身体的健康度(PCS)および精神的健康度(MCS)について術前と退院時を比較した。術前/術後のスコアはそれぞれPCS 32.3/0.58, MCS 51.0/50.4と退院時のMCSは未だ低下していた。

【結語】1) 最近5年間に80歳以上の超高齢者の弁膜症手術を12例経験した。2) 周術期の合併症発生率は50%と高かったが手術死亡、在院死亡ともなく成績は良好だった。3) 術後QOLの評価は今後の課題だが、ほとんどの症例は自宅で自立生活しており、手術適応のある超高齢者弁膜症に対しては手術治療を考慮してよいと考えられた。