

が99%狭窄していた。小児期における川崎病の既往ははっきりしないが川崎病後遺症と考えられた。LITA-LAD, RITA-D1の2枝バイパス術を行った。

症例2 36歳女性 既往歴、家族歴には特別なことはない。数年前から労作時の胸痛を自覚しており、負荷心筋シンチで虚血を認め入院となった。CAGで#3 90%, #4 PL 90%, #7 100%, #9 100%, #11 90%と多発性狭窄病変を認めた。頸部に黄色の皮疹あり、仮性弾性繊維黄色腫 (Pseudoxanthoma Elasticum; PXE) と診断された。眼病変 (網膜色素線条症) も認められ、冠動脈病変も PXE によるものと考えられた。手術は SVG-LAD, LITA-DX, SVG-CX, SVG-4 PD, 4 AVsequential の5枝バイパス術を行った。

川崎病の一部の患者は長年にわたって冠動脈瘤が残存し、心筋梗塞を発症する可能性があり注意を要する。又若年者の原因不明の冠動脈狭窄病変を認めた場合、PXE も鑑別対象に加える必要がある。

4) 血栓閉塞型 A 型大動脈解離の再解離に対する2手術例

竹田 文洋・山本 和男
八木 伸夫・田中佐登司
松原 寛知・小熊 文昭 (立川総合病院)
春谷 重孝 (心臓血管外科)

症例1は64歳女性。高血圧にて加療中。平成11年3月22日、めまいあり近医入院。3月25日、背部痛出現しCTにてA型急性大動脈解離と診断され、当科紹介。解離は血栓閉塞型で、緊急手術の適応となる徵候なく、保存的療法を選択。しかし4月26日のCTで上行弓部大動脈に径拡大、再解離の所見あり手術適応とした。5月7日、上行、半弓部大動脈置換術施行。以降の経過は良好で5月28日軽快退院した。

症例2は74歳男性。高血圧などで加療中。平成11年5月25日、背部痛あり近医受診。症状より大動脈解離が疑われ、当科紹介。CTにてA型解離と診断。解離は血栓閉塞型で、保存的療法を選択。しかし5月27日、後頭部痛、右上肢脈拍欠如、左片麻痺出現。CTで上行弓部の偽腔拡大、右腕頭動脈閉塞の所見あり手術適応とした。5月28日、上行、半弓部大動脈置換術施行。以降の経過は良好で6月24日軽快退院した。

初診時に手術適応としなかったが、厳密な血圧コントロールにもかかわらず再解離をきたし手術を施行、救命し得た血栓閉塞型A型大動脈解離の2例を経験した。

5) 総大腿静脈弁不全による下肢静脈瘤再発に対する静脈弁形成術の1例

山岸 敏治・目黒 昌 (新潟こばり病院)
中山 卓・丸山 行夫 (心臓血管外科)
大関 一 (県立新発田病院)
江口 昭治 (胸部外科)
(新潟心臓血管医学財団)

一次性静脈瘤 (simple varicose vein) は一般的には表在静脈の弁不全による逆流が原因とされているが、深部静脈の逆流を伴うことも稀ではない。Stripping後の再発性静脈瘤では深部静脈の逆流が不全交通枝を通して表在血管の怒張をもたらしており、大腿静脈などの深部静脈の逆流が明らかであれば弁形成術が必要である。今回、stripping後に再発した下肢静脈瘤に対し、総大腿静脈の弁形成術を行ったので報告する。症例は38歳男性で、大伏在及び小伏在静脈のstrippingから10年後に再発し、起立歩行時の下肢のだるさが出現した。術前の順行性静脈造影では深部静脈の開存と不全交通枝を認め、逆行性静脈造影では左総大腿静脈の拡張と膝下に至る逆流を認めた。手術は左総大腿静脈弁に対して弁の吊り上げと弁輪縫縮を行った。術後は深部静脈血栓などの合併症もなく症状は軽快し、経過は良好であった。

II. テーマ演題

「血管病変の新しい診断治療」

1) ステッピング DSA による末梢動脈疾患の診断と治療

大関 一・中山 健司 (県立新発田病院)
清野 康夫 (胸部外科)
若井 聡・星野 禎 (同 放射線科)
(同 検査科)

ステッピング DSA はC-アームを段階的に動かして、造影剤ポールスを追跡し、透視・撮影する方法である。この方法では一回の造影剤の注入で骨盤から足先までの血管造影透視像を得ることができる。実際のカテーテル法と造影法は、4FカテーテルをIV DSAでは肘静脈から右心房に、IA DSAでは大腿動脈あるいは上腕動脈から大動脈分岐部に置き、造影剤は300mgヨード濃度の非イオン性低浸透圧造影剤を用い、注入量はIAで20~30ml、IVで40~50mlを注入速度5~8ml/s