

た。患者は上部胸部を露出する機会が多く、乳房再建に先立って Tissue Expander を用いることとした。挿入には皮膚切開を可能な限り小さくするとともに、確実な手術操作を行うべく内視鏡下で行った。その後、横軸方向腹直筋弁により乳房再建を施行した。

症例2は74才女性。前頭部皮下腫瘍を主訴として初診となった。CT では前頭部骨腫の診断で、露出部からのアプローチを避け、有毛部からのアプローチによる内視鏡下関節シェーバーによる摘出術を施行した。

内視鏡下手術の良い適応として腋臭症が考えられる。われわれは瘢痕が小さく皮膚の障害が少ないことから Lead 社製内視鏡下シェーバーシステムによる搔爬吸引法を導入した。

症例3は17歳男性。局所麻酔下にて皮下剥離施行した後、内視鏡下シェーバーシステムによる搔爬吸引法を施行した。

内視鏡下手術は、低侵襲手術でより小さい傷痕さらに、明視下での手術操作等大きなメリットがある。一方、欠点としては、手技に熟練を要し手術時間が延長することである。これに対しては手技的なトレーニングが重要であるが、これを実践できる環境の整備が急務であると考えられる。

内視鏡下手術の今後の展望は、適用拡大であるが、われわれも今後積極的に内視鏡下あるいは内視鏡補助下手術を行い更なる手技の向上および機器の改良に努め、形成外科領域における内視鏡手術の普及に貢献する所存である。

第215回新潟循環器談話会

日 時 平成10年7月4日(土)
午後3時より
会 場 新潟東映ホテル

I. 一般演題

1) 当院のロータブレードの初期成績について

笠井 英裕・小田 弘隆
田川 実・三井田 努(新潟市民病院)
戸枝 哲郎・樋熊 紀雄(循環器科)

【目的】当院におけるロータブレードの初期成績に

ついて検討した。

【対象】1997年7月より1998年4月までに54例73病変に対してロータブレードを行った。平均年齢68歳、男性35例、女性19例、病名は安定狭心症31例、不安定狭心症8例、無症候性心筋虚血11例、急性心筋梗塞4例であった。標的病変は右冠動脈25病変、左前下行枝33病変、左回旋枝14病変、左主幹部1病変であった。病変形態では typeA 3病変、typeB1 10病変、typeB2 28病変、typeC 32病変であった。また、慢性完全閉塞を18病変に認め、レ線透視下で確認した石灰化を39病変に認めた。

【方法】ロータブレード・アブレーションの手技としてバー・サイズは血管比0.7を目標に選択した。また、アブレーション後、低圧バルーン拡張を行なうことを原則とした。アブレーション中および後に、病変での flow 遅延が起き、亜硝酸剤の冠動脈内投与にても TIMI0 または1であった場合を slow flow と定義した。CPK、CPKMB 値を術直後、6、12、24時間後に測定した。

【結果】アブレーション後およびバルーン拡張追加後に、冠動脈解離を来した15病変と弾性リコイルを来した8病変にステント植え込みを行った。ロータブレードのみとロータブレード後ステント植え込みを行った群の比較では、術前、MLD、術前狭窄率に有意差を認めなかったが、術後 MLD はステント植え込み群で有意に大(1.86 mm vs 2.72 mm : p<0.0001)、術後狭窄率はステント植え込み群で有意に小(26% vs 4% : p<0.0001)であった。

slow flow 7例9病変に認め、slow flow が認めた群と認めなかった群で比較した。術後の MaxCPK 値(452 vs 178 IU : p=0.0013)および MaxCPKMB (43 vs 15 IU : p=0.0102) は、slow flow が認めた群で有意に高値であった。また、認めた群に不安定狭心症と心筋梗塞が多く(p=0.0271)、3枝病変が多い(p<0.0001)ことが示された。

重大合併症はなかったが、非 Q 波心筋梗塞1例、冠動脈穿孔1例を同一症例に経験した。また、slow flow が原因で術中 IABP 導入を3例に行なった。

【結語】当院におけるロータブレードの初期成績について検討した。54症例73病変(病変タイプ B₂+C が82%、CTO が25%、石灰化が44%)にロータブレードを行なった。

1) 重大合併症(死亡、緊急 CABG、Q 波心筋梗塞)はなかった。

2) ロータブレード初期成績は複雑病変に対して充

分なものであった。

2) 人工妊娠中絶・出産を契機として発症した感染性心内膜炎の2例

山下 文男・堀 知行	(新潟大学医学部) 第一内科
畑田 勝治・加藤 公則	
松原 琢・小玉 誠	
山添 優・中村 裕一	
相沢 義房	
林 純一	(同 第二外科)

人工妊娠中絶、自然分娩を契機として発症した感染性心内膜炎の2例を経験した。【症例1】23歳女性。第一子自然分娩後に発熱し、経口抗生剤で一旦解熱したが、その後MRによる急性心不全をきたし入院加療をうけた。退院後再び発熱し、静脈血液培養から α -Streptococcusが分離された。当院紹介後、抗生剤治療に反応し、僧帽弁置換術を施行された。【症例2】26歳女性。人工妊娠中絶後に発熱し、近医の心エコー上僧帽弁前尖のvegetationを指摘され、当科紹介入院となった。血液培養よりEnterococcus faecalisが分離され、抗生剤にて炎症所見は消失した。血行動態は安定しておりvegetationも器質化したため、外科的治療は施行せず外来通院となった。【考察】人工妊娠中絶・出産を契機として発症した感染性心内膜炎の2例を経験した。分娩、人工妊娠中絶後の感染性心内膜炎の報告は希であり、的確な診断と加療が必要と思われた。

3) PTR A 後再狭窄を来した腎血管性高血圧症に対する大動脈・腎動脈バイパス術の1例

亀山 仁史・曾川 正和	(新潟大学) 第二外科
諸 久永・大関 一	
林 純一	(同 第二内科)
斎藤 功	(同 病理部)
江村 巖	(同 病理部)

症例：26歳女性、主訴は高血圧。腎血管性高血圧症の診断にて2度のPTR A（経皮経管腎動脈形成術）を施行されたが再狭窄を来したため手術目的に当科入院。

入院後経過：大伏在静脈を用いた大動脈腎動脈バイパス術を施行。施行後、グラフトの血流は良好で血圧は正常域となった。

考察：本症例は病理所見より線維筋性形成異常症(FMD)と診断された。一般にFMDに対するPTR Aの成績は良好とされているが、FMDの中でも組織型

により、PTR Aの成績にも差があるとの報告もあり、再狭窄を来すような症例に対しては手術適応も考慮すべきであると考えられる。

II. 特別講演

1) 左室部分切除術 (Batista 手術)

川口 章 (東海大学医学部)
心臓血管移植外科

1994年からDr. Batistaは心不全を伴う高度の左室拡大例に対して左室部分切除術を施行した。対象としては心移植やCardiomyoplastyの適応外患者が多かった。左室部分切除術の原理は、心筋切除を行って左室径を小さくすることにより左室壁厚を増大させて左室をリモデリングすることである。

術前後に左室造影をした施行20例での左室部分切除術の評価では、左室拡張末期容積、収縮末期容積ともに減少するが特に後者の減少が大きく、一回心拍出量、左室駆出率は増加したが、左室拡張末期圧は不変であった。

手術術式は、Lateral法（前後乳頭筋の間の心筋切除）、拡大切除法（乳頭筋を含めて切除して僧帽弁置換を施行）、左室瘤切除術の3つの方法が行われた。術式別の結果では、拡大切除法は心筋切除量は多いが、左室径の減少の程度は他の術式と差はなかったが、手術死亡率が高く、生存例でも回復が遅れた。基礎疾患別の手術成績では、心臓弁膜症、虚血性心疾患、心筋症の順に生存率が高いが、シャーガス病が有意に成績不良であった。

Pressure-Volume Loopを用いて手術前後で左室機能の評価した。左室拡張末期圧が低下し、一回心拍出量が増加する症例がある一方、逆に左室拡張末期圧が上昇し、一回心拍出量が低下してしまう症例もあった。しかし、いずれの場合でもEmaxは上昇し、肺動脈楔入圧が低下した。静脈還流を変えてP-V loopを変化させ、循環動態のパラメーターが同じ条件下では一回心拍出量が減少し、左室機能が低下していると考えられる症例が多かった。一方、一回心仕事量は減少し、エネルギー効率は増加していた。左室径を小さくするほど左室機能の改善が大きくなるということではなかった。

対象症例で僧帽弁閉鎖不全が認められる症例が多いが、僧帽弁閉鎖不全が残存した症例では術後遠隔期に左室の再拡大が認められるため、僧帽弁閉鎖不全の防止が重要である。症例により左室機能の改善が最大となる左室径の縮小程度は異なった。69例の術前後のP-V Loop