

II. テーマ演題「心臓弁膜症」

1) 経皮的僧帽弁交連裂開術 (PTMC) の成績と問題点について

松原 琢・山添 優
田村 雄助・田辺 恭彦
相崎 俊哉・堀 知行
樋口 浩太郎・今野 拓
齊藤 玲子・落合 幸江 (新潟大学第一内科)

我々の施設において1989年より行ってきた PTMC 66例について、その成績と治療上の問題点について言及する。PTMC は既に僧帽弁狭窄症の治療手段の1つとして確立しているが、合併症の1つである僧帽弁逆流 (MR) は急性期だけでなく、長期予後にも影響する重要な問題である。PTMC 後の MR の発生・悪化は、術前の心エコーでの評価で予測可能であるという報告が従来あったが、一方、その予測については否定的な報告もある。心エコー上、弁および弁下組織の変化が著しい例では、弁口の十分な拡大が得られず MR の悪化を見ることがあるが、弁口が十分に拡大し MR の悪化も見られない例もある。また、それらの変化が著しくなくても MR が悪化する例もある。当施設では、1991年より MR の発生・悪化をできるだけ少なくするために、バルーン拡張径を1mm 毎に size up する段階的拡張法を用いている。MR の発生・悪化について従来の方法とその成績を比較し、心エコーでのその予測の問題点について症例を呈示する。

2) 腱索断裂による僧帽弁逆流 Esophageal Chest Pain との関連について

青木英一郎・高橋 善樹
八木 伸夫・金沢 宏 (新潟市民病院心臓
山崎 芳彦 (血管外科)
市井吉三郎 (同 消化器科)

症例は59歳男性で45歳の時軽い運動で呼吸困難を自覚、近医受診し心雑音を指摘されたが系統的な治療は受けていない。平成2年8月健康診断で肺門部の異常有といわれ近くの病院で診察を受け改めて心雑音を認められた。外科的治療を必要とするものかと紹介されて市民病院第二外科を受診。痩せているが心拡大はなく脈拍は整でII音亢進 3LSB に収縮期雑音を聴いた。このときは心臓状態よりも右胸痛と胸骨下の灼熱感が著しく内視鏡検査で

逆流性食道炎と診断されている。平成6年8月心房細動に移行し12月には感冒を契機として呼吸困難、浮腫が増強して入院となった。鬱血性心不全の治療後カテーテル検査を施行して腱索断裂による僧帽弁逆流の確定診断を得た。平成7年6月5日僧帽弁置換術を施行したが心腔の拡大は無く僧帽弁の posteromedial scallop の腱索が2本断裂していた。

術後は洞調律に復帰し、日常生活に全く支障はなくなり逆流性食道炎の症状も全く消失した。術前の食道鏡所見で Savary-Millers Grade 2 と判定されたものが術後は発赤をみるのみとなり投薬は中止した。僧帽弁逸脱症候群にしばしば esophageal chest pain を伴うことは広く知られているが、腱索断裂との合併の報告はあまり見られない。弁置換術で逆流性食道炎も劇的に改善したと考え報告した。

3) 左室流入パターンで興味ある所見を呈した、重症僧帽弁逆流の1例

齊藤 玲子・堀 知行
松原 琢・田村 雄助
田辺 恭彦・相崎 俊哉
樋口 浩太郎・今野 拓
落合 幸江・山添 優 (新潟大学第一内科)

心エコー・パルスドップラー (PW) の左室流入パターンは、拡張能の指標である。正常人では、preload の低下でE波は低下・A波不変・E/A 比は低下し、afterload の上昇ではE波・A波・E/A 比は変化しない。重症の僧帽弁閉鎖不全症 (MR) の流入波形では、高いE波と低いA波がみられるが、preload・afterload を変えた際のパターンを観察した。患者は42才男性、冠動脈病変を伴う僧帽弁後尖の逸脱があり、LVG・心エコー上IV度の MR を占めしていた。心臓カテーテル検査の際、ISDN i.c. にて肺動脈楔入圧v波の減高を認めた。カラードップラー上 ISDN i.v. で MR の改善をみとめ、PW 上 peak E波・A波は減少し、E/A 比は上昇した。Hand grip ではE波、A波の増高があり、E/A 比は低下した。心負荷の変動に伴う MR の左室流入パターンの変化は、その原疾患により異なる可能性があるが、これに関する知見はほとんどないため報告する。