

命率は87.5%まで高めることができた。但し、いまでも救急隊到着前の救命率は31.8%に留まっている。またCCU内では減負荷療法が奏功して、CCU開設後心不全死は39.5%から11.5%に減少した。しかしショック死は51.7%と増えてきている。PTCRやPTCAの導入は基本的な死亡率の改善にはつながらない。CCUが開設されてから1期(1971年から1979:不整脈時代)は患者数365名で死亡率20.5%,2期(1980年から1984年:心不全時代)患者数344名は死亡率21.5%,3期(1985年から1988年:再灌流時代)患者数383名は死亡率16.0%である。3期になると6時間以内の入院が増えたが、Killip 4での死亡率は減っていない。プレホスピタルケアで最も重要なことは一般市民への啓蒙活動である。救急隊員やPTAなどにおける心マッサージの訓練が重要である。

特別講演 2

「大動脈瘤の外科治療」

東北大学胸部外科教授

毛利 平

解離性大動脈瘤の診断には胸部レ線による検査が最も重要である。従来のDe Bakey(D)の分類から現在では大動脈弓部に変化が及んでいるかいないかで分けられるShamway(S)の分類が一般化してきている。S-A型では心筋虚血やAR,心タンポナーデ,心不全が急速に進行するため緊急処置が必要であり、S-B型では血圧のコントロールを先行させて内科的に治療することが可能である。S-A型における緊急手術時は上行大動脈を人工血管に置換することを最重点に行っている。置換術に際しては、弁対策(Bentall手術),冠動脈対策,分枝対策,弓部再建,脊髄血行再建(Adamkiewicz動脈)等が重要である。この為には、低体温麻酔下に部分体外循環を行うことが大切である。また、出血の対策には1.リング式人工血管 2.止血材料(フィブリン糊,オキシセルメン,人工血管処理法)が大切である。内科的治療でのS-A型の死亡率が71.4%であるのに対し、手術成績は他施設の成績でS-A 20.9%,S-B 15%,我々の成績で,A型で0%,B型で20%の死亡率に留まっている。肝腎なことは早急に正しい診断を行い,適当な手術施設に早く搬送することである。