

に隙間が認められた。右房内腔に穿破の開口部が認められた。古い代用弁は摘出。Subaortic curtainに2重ウマ心膜フェルトストリップを置き、針糸をかけ、さらに2重ウマ心膜パッチに通して新たな代用弁(Tophat23)を縫着した(自己弁輪に通した針糸もあり)。2重ウマ心膜パッチで仮性瘤を大きく閉鎖した。右房内腔の穿破部は別に閉鎖した。三尖弁輪形成(MCキュービッキング32mm)を併施した。手術時間・体外循環時間・大動脈遮断時間はそれぞれ8時間・212分・155分であった。

【術後経過とまとめ】術後は順調に経過し、POD3で抜管した。CT・心エコーでは良好な状態であった。POD24退院された。術後はプレドニンの内服を開始した。大動脈炎症候群は本症例のように遠隔期炎症再燃時の人工弁離開、吻合部仮性動脈瘤も問題となることがある。これらについても考察したい。

## 2 僧帽弁閉鎖不全に合併した肺高血圧の術後改善過程を観察した1例

樋口浩太郎・大嶋有希子・阿部 暁  
大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は64歳、女性。2007年2月、室内歩行で呼吸困難が出現し近医を受診。心エコーで僧帽弁閉鎖不全と診断され、利尿薬の内服が開始された。呼吸困難は改善したが、2008年3月に心エコーで左室の拡大、肺高血圧の出現を指摘され、当科に紹介された。心エコーでは左室の拡大(6.1/3.8cm)と高度の肺高血圧(TR圧較差69mmHg)、4度の僧帽弁閉鎖不全を認めた。

重症僧帽弁閉鎖不全の診断で入院し、14日間、心不全治療を行なった後に心カテーテル検査を施行した。肺動脈楔入圧の平均値とv波の上昇(平均値36mmHg, v波45mmHg)、高度の肺高血圧(81/37mmHg, 平均56mmHg)を認めた。左室造影では壁運動は保たれていたが、左室の拡大と4度の僧帽弁逆流を認めた(LVEDV153, EF=63%)。入院治療を更に1カ月継続した後に右心カ

テーテル検査を再検した。肺動脈楔入圧の平均値は改善したが、v波は同レベルだった(平均値25mmHg, v波51mmHg)。肺高血圧は軽度の改善にとどまった(73/29mmHg, 平均47mmHg)。

外科的治療の適応と診断し、僧帽弁置換術を行なった(SJM #25)。術中所見で僧帽弁後尖の腱索断裂を認め、それによる後尖の逸脱を原因とする僧帽弁逆流と考えた。右心カテーテル検査を術後14日に施行した。肺動脈楔入圧の平均値とv波は改善したが(平均20mmHg, v波35mmHg)、肺高血圧の改善は軽度だった(61/22mmHg, 平均40mmHg)。手術から2カ月後に心エコーを再検した。左室径は正常化し(LV 5.5/3.2cm EF=73%)、TRの圧較差は29mmHgに改善した。

【考察】本例は僧帽弁後尖の腱索断裂を原因とする比較的急性に発症した僧帽弁閉鎖不全と考えられる。内科的治療により症状は改善したものの、約1年間の経過で、高度の肺高血圧を来した。肺高血圧を合併した僧帽弁閉鎖不全で、僧帽弁の術後に肺高血圧が改善するか否か、また改善する場合の時間経過は術前に予測が困難である。心カテーテルと心エコーで肺高血圧改善の経過を観察できた症例として提示する。

## 3 外傷性胸部大動脈瘤に対する1手術救命例

杉本 愛・長澤 綾子・斎藤 正幸  
青木 賢治・大関 一

県立新発田病院心臓血管外科  
同 呼吸器外科

症例は52歳、男性。2007年11月、側溝に落ちていた車の運転席で発見され、当院に緊急搬送された。造影CTにて、鈍的外力による大動脈破裂と診断し、同日、緊急手術を行った。術前意識清明、呼吸循環動態は保たれていた。上行大動脈＋右大腿動脈送血、右房脱血にて体外循環を確立し、低体温循環停止下に大動脈を左鎖骨下動脈分岐部直後で離断、損傷部位を同定したのちに、上半身のみ還流下に下行大動脈を人工血管に置換した。術後、横紋筋融解症、敗血症、DIC、急性腎不全、肺炎などを呈し、長期間の集中治療を要した。明

らかな麻痺，脳梗塞の合併なく，経口摂取可能な状態となったが，長期臥床にともなう廃用症候群のためリハビリテーション目的に 82 病日に転院し，184 病日，自宅へ独歩退院した。

今回，外傷性大動脈損傷に対し手術的治療にて救命しえた症例を経験したので胸部大動脈領域に対してステントグラフトによる血管内治療の成績も含め，若干の文献的考察をふまえて報告する。

#### 4 大動脈解離に対するステントグラフト治療の 1 例

福田 卓也・曾川 正和・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\*

症例は，68 歳男性．急性大動脈解離にて，近医入院，DeBakey III b 型であったため，降圧療法にて経過観察をおこなっていたが，弓部の ULP が拡大してきていることより，手術目的で当科入院．病態は

①遠位弓部に拡大傾向のある UPL がある．

②下行大動脈は血栓閉鎖しているものの解離である．

③呼吸機能が PaO<sub>2</sub> 51.6 とあまり良くない．

であり，以上を考慮し手術方針は，

①弓部から下行大動脈まで人工血管置換術が必要であるが，遠位部は下行大動脈の出来るだけ直線の部位で性状が比較的良い部位にステントグラフトを置くこととした．

②出来るだけ深い部位での操作を行わないように，左鎖骨下動脈または，左総頸動脈の分岐部付近で大動脈を離断する，いわゆる translocation 法を用いる．

③従って，左鎖骨下動脈への人工血管の分枝は，鎖骨下を切開し露出した腋窩動脈に吻合し，左鎖骨下動脈の起始部は結紮する．

④人工血管の遠位部のステントグラフト内挿部でエンドリークが術後あれば，2 期手術（左開胸）または，ステントグラフト追加する．

以上の方針で手術に臨み，予定通りの手術を施

行できたが，大動脈壁は，解離していない部位も非常に脆弱で，粥腫が著名であり translocation は，より性状の良い腕頭動脈と左総頸動脈の間で，離断し，左総頸動脈起始部は縫合閉鎖した．

術後経過は，非常に良好で，手術日抜管，翌日より歩行練習を開始できた．術後 CT では，エンドリーク等の問題を認めなかった．今後は，特にステントグラフト部位でのエンドリークにつき厳重に経過観察を行う必要がある．

#### 5 メタボリック症候群診断のための人間ドック 検診項目の検討

小田 栄司・河合 隆・吉井 新平\*

岡部 正明\*\*

立川メディカルセンター総合  
健診センター

同 循環器脳血管センター\*

立川総合病院\*\*

【目的】メタボリック症候群は，エネルギー過剰環境による脂肪組織の病的変化に伴って，全身に生じる低レベルの炎症状態とインシュリン抵抗性が持続して，糖尿病や心血管疾患など全身疾患を生じる病態と考えられる．そこで，全身疾患の指標である人間ドックの検査項目とメタボリック症候群のクロス・セクショナルな関係を解析した．

【対象】2008 年 4 月 1 日から 2008 年 8 月 31 日までの，当センターのすべての人間ドック受診者で，高感度 CRP 値が 10mg/L 以下であった男性 1062 人と女性 647 人．

【方法】ROC 曲線で，男女別に各検査項目の曲線下面積（AUC）を比較し，Spearman の相関係数で，各因子の関連を調べた．

【結果】現行の 5 項目（腹囲，血圧，血糖，中性脂肪，HDL コレステロール）以外に，高感度 CRP と肝機能検査とがメタボリック症候群に強く関係する項目であることが判明した．尿酸や心拍数やアミラーゼなども関連項目と思われた．Spearman の相関係数からみて，高感度 CRP と GGT はメタボリック症候群 5 項目との間に同等な相関関係がみられた．