

本例は、sarcoidosisを疑っているが、確定診断は得られていない。今後の診断、治療計画について文献的考察を加えて考察する。

#### 4 右上肢の血流障害で発見された慢性A型大動脈解離に対する一手術治療例

大関 一・中山 健司・島田 晃治  
菊池千鶴男・中川 巖\*  
県立新発田病院心臓血管外科呼吸器外科  
中川クリニック\*

症例は78才、女性。高血圧で内服治療中で、明らかな胸背痛の既往は無かった。平成15年10月頃から右上肢に脱力感あり、中川医院に受診。上肢血圧に左右差ある事から、精査目的に紹介され、平成16年1月に当科初診した。入院時現症では上肢収縮期血圧が左152mmHg、右110mmHgと約40mmHgの圧差を認めた。胸部CT検査で大動脈解離A型(DeBakey II型)で上行大動脈は最大横径6cmに拡張していた。大動脈造影では腕頭動脈直下にEntryを認め、右腕頭動脈は偽腔により圧迫され内腔は狭小化し右総頸動脈は偽腔から、右鎖骨下動脈は右椎骨動脈から逆行性に灌流されていた。頸動脈エコーでは右総頸動脈から右内頸動脈に解離を認め、真腔、偽腔とも順行性の血流を認めた。以上より慢性期の解離性大動脈瘤の診断で平成16年3月10日に手術した。あらかじめ右総頸動脈、右鎖骨下動脈、右大腿動脈を露出しておき胸骨正中切開で開胸した。心膜を切開すると、上行大動脈から腕頭動脈にかけ解離あり大動脈外膜は炎症性に肥厚し一部で心膜との癒着を認めた。右房脱血、右大腿動脈送血で灌流冷却した。逆行灌流で脳組織酸素飽和度の低下は認めなかった。大動脈遮断下に大動脈基部を形成し、直腸温22℃で循環遮断とし上行大動脈を切開すると径1cm大のEntryが右腕頭動脈の根部にあり、解離は左総頸動脈根部で止まっていた。脳灌流しながらヘマシールドの4分枝グラフトを用いて上行弓部人工血管移植術(右総頸動脈、左総頸動脈、右鎖骨下動脈の再建)を行った。体外循環からの離脱は容易であった。ICU帰室後2時間で

気管内チューブが抜去でき、脳障害など合併症なく第15病日独歩退院した。術後の血管造影で下行大動脈に解離なく、再建した左右の総頸動脈、右鎖骨下動脈は良好に開存していた。

#### 5 全身倦怠感を初発症状とした左総腸骨動脈瘤の左総腸骨静脈への穿通破裂

小田 雅人・三井田 努・小澤 拓也  
柏村 健・高橋 和義・大島 満  
小田 弘隆・樋熊 紀雄・竹久保 賢\*  
高橋 善樹\*・金沢 宏\*  
新潟市民病院循環器科  
同 心臓血管外科\*

77歳男性。全身倦怠感にて近医受診し、両側胸水を指摘され当科外来を受診。心エコーで両心房と右心室と肝静脈の拡大、中等度の三尖弁閉鎖不全を認めたが、左心室径および壁運動には異常を認めなかった。推定肺動脈圧は40mmHgであった。肺血流シンチでは欠損像を認めなかった。原因不明の肺高血圧および右心不全として経口利尿剤を開始したが、全く改善しないため一週間後に当科入院となった。入院時身体所見では頸静脈の怒張と臍下部左側のThrill、左下肢に限局した浮腫を認めた。腹部骨盤部造影CTスキャンで直径8.5cmの左総腸骨動脈瘤と左総腸骨静脈へのろう孔を認めた。Y型人工血管置換術、瘤縫縮術を施行後、倦怠感、左下肢浮腫および胸水は消失した。

## II. テーマ演題「弁膜疾患の治療」

### 1 狭心症を合併した大動脈弁狭窄症に対する心拍動下CABGの意義

青木 賢治・杉本 努・山本 和男  
葛 仁猛・桑原 淳・吉井 新平  
春谷 重孝

医療法人立川メディカルセンター  
立川総合病院心臓血管外科

【背景】狭心症(AP)を合併した大動脈弁狭窄症(AS)に対する冠動脈バイパス術(CABG)と大動脈弁置換術(AVR)の同時手術において、肥