

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

大心の不完全な心筋保護や長時間心筋虚血は、術後心機能障害を招く大きな問題である。しかし心拍動下 CABG (BCAB) を導入することで、術中の安定した心筋保護や心筋虚血時間短縮の両立が期待できる。

【目的】 AP + AS に対する CABG + AVR 同時手術における BCAB の意義を明らかにすること。  
【対象と方法】 1998年3月から2004年10月までに当科で AP + AS に対して CABG + AVR 同時手術を行った 23 例 (平均 70.0 ± 7.7 歳, 男: 女 = 12 : 11) を対象とし, 完全心停止下 CABG 群 (C 群, n = 16) と BCAB 群 (B 群, n = 7) に分けて両群の周術期因子を比較検討した。

【結果】 両群の背景因子では, 年齢, 冠危険因子保有率, 冠疾患重症度, AS の重症度, 心エコー上の左室駆出率に有意な差はなかった。平均手術時間 (分) は C 群 361.6 ± 94.3 vs 380.9 ± 104.0, 平均体外循環時間 (分) は C 群 182.4 ± 48.7 vs B 群 208.3 ± 55.1, 平均大動脈遮断時間 (分) は C 群 129.9 ± 30.9 vs B 群 109.1 ± 48.8, 平均バイパス数 (本) は C 群 2.4 ± 1.2 vs B 群 2.7 ± 1.5 で, 有意差は得られなかったものの B 群でバイパス数が多いにもかかわらず大動脈遮断時間は短い傾向にあった。術後の CK 最大値 (IU/l) の平均は C 群 1131.0 ± 1143.3 vs B 群 697.3 ± 368.0 ( $p < 0.05$ ), MB (IU/l) 最大値平均は C 群 79.3 ± 51.4 vs B 群 46.0 ± 14.5 ( $p < 0.05$ ) で, B 群で CK と CK-MB は有意に少なかった。術後ドパミン 4  $\mu$ g/kg/min.以上を要した期間 (時間) は C 群 13.5 ± 19.3 vs 11.9 ± 12.8, ドブタミン 4  $\mu$ g/kg/min.以上を要した期間 (時間) は C 群 11.7 ± 18.3 vs B 群 2.4 ± 6.4 ( $p < 0.05$ ) で, 術後のドブタミン使用期間は B 群で有意に短かった。人工呼吸器離脱に要した期間, 集中治療室管理期間, 術後在院期間は両群間に有意差はなかった。退院時の心エコーでは左室駆出率など心機能に両群間の差はなかった。術後グラフト造影では両群とも良好なグラフト開存が示された。

【結語】 AP + AS に対する CABG + AVR 同時手術における BCAB は, 安定した心筋保護と心筋虚血時間短縮が両立できる有用な方法である。

CK-MB 値, 術後カテコラミン使用量の減少からみて, BCAB は少なくとも術後急性期の心機能温存・回復に優位である。BCAB 導入による手術成績の低下はなかった。

## 2 大動脈弁置換と冠動脈バイパス同時手術症例の検討

中沢 聡・高橋 善樹・天野 宏  
竹久保 賢・氏家 敏巳・金沢 宏  
山崎 芳彦\*

新潟市民病院心臓血管外科  
同 救命救急センター\*

大動脈弁置換 (AVR) と冠動脈バイパス (CABG) 同時手術を経験する機会が多くなっていくが, グラフトの選択, 心停止時間延長への対策などが問題となる。今回 1996 年以降当科で経験した 18 例について検討した。男 8 例女 10 例, 年齢 59 ~ 82 歳 (平均 72 歳), AS 16 例 AR 2 例のうち 1 例は Aortitis を合併していた。冠動脈病変は 1 枝 14 例, 2 枝 3 例 Aortitis は左右冠動脈口の狭窄だった。使用人工弁は機械弁 14 例生体弁 4 例, バイパス本数は 1 枝 16 例 2 枝 2 例左右冠動脈口の狭窄に対しては punch out を施行した (結局 LAD にバイパス追加したため 1 枝バイパスに含めた)。また 2 枝病変の 1 例において Cx に対し術前に PCI を施行した。グラフト種別では, LITA 使用は最近の 1 例のみで他はすべて SVG を選択した。IABP を 9 例に使用し, 30 日以内の手術死亡 2 例 (LOS, 誤嚥性肺炎) 在院死亡 1 例 (LOS) であった。

最近経験した症例を提示する。69 歳, 男性。

診断は大動脈弁狭窄兼閉鎖不全, 狭心症 (#7 に 90% 狭窄), 心房細動。

手術は AVR (SJM21), CABG (LITA-LAD), Af に対し AtriCure を用いた肺静脈の isolation を行った。術後経過では麻酔からの覚醒遅延のため 7 日間の人工呼吸管理を要した。心リズムは術中に SR にもどり第 2 病日まで維持されたが, それ以後再び Af となった。術後 40 日目に DC 施行し SR に回復, 退院後現在まで SR で経過している。