

LHR, 肝臓の胸腔内脱出, 羊水過多, 合併奇形の有無と出生後早期の予後について検討した.

【結果】ヘルニア修復術を施行できた症例は5例で, その他は出生後早期に死亡した. 予後良好例ではLHRが有意に高値だった. 肝臓の脱出, 心構造異常は予後不良例で多く認めた.

【考察】CDH孤立症例ではLHR > 1.2の症例は予後良好であり, 一方LHR < 1.2の症例は出生後早期に死亡に至った.

【結語】CDHの早期予後予測因子の一つとしてLHRは有用である可能性があると考えられた.

## II. 特別講演

### 「新生児外科, 母子センターの挑戦」

大阪府立母子保健総合医療センター  
小児外科部長

窪田 昭 男

## 第240回新潟循環器談話会

日 時 平成16年9月4日(土)  
午後3時~6時  
会 場 新潟大学医学部  
第五講義室

### I. 一般演題

#### 1 肺動脈原発平滑筋肉腫の一切除例

島田 晃治・菊地千鶴男・中山 健司  
大関 一

県立新発田病院心臓血管・呼吸器外科

症例は45歳女性. 主訴は咳・血痰. CTで右肺動脈末梢から主肺動脈分岐部付近までを閉塞する病変を指摘され当科紹介入院. 術前カテでは肺高

血圧は認めず. 肺動脈原発の腫瘍を疑い, 胸骨正中切開で開胸し体外循環・心拍動下に右肺全摘術を施行. 右肺動脈は主肺動脈分岐直後で離断して切除した. 右肺動脈を閉塞し主肺動脈分岐部付近まで進展する充実性腫瘍を認め病理組織診断は平滑筋肉腫であった. 肺動脈原発の腫瘍は稀であり報告する.

#### 2 正常収縮機能心の急性心不全による aborted sudden death 例

田村 真・坂内 省五

聖園病院循環器内科

症例は76歳女性. 左下肢の浮腫の精査を目的に入院し, その数日後, 夜七時ころ突然呼吸困難を訴え, 意識消失, 呼吸停止をきたした. 血圧は192/90mmHg, 脈拍90bpmと保たれていた. 当直医が挿管, 人工呼吸を開始した. 人工呼吸を開始後, 意識は回復した. 心電図は洞調律, 前胸部誘導で陰性Tを認めた. X-P上両肺のうっ血所見を認めた. 心筋逸脱酵素の上昇はごくわずかであった. 数日後の心エコーでは心収縮機能は正常(LV 4.0/2.1cm)であり, 軽度の求心性心肥大を認めた. 遠隔期でのBNPは高値(249.6pg/ml)を示した. 拡張能の低下による心不全が病態として考えられた. 突然死は原因検索が難しく, 収縮機能が保たれている場合は心室細動などの病態が考えられているが, 拡張機能低下に伴う急性心不全によっても突然死をきたす可能性が示唆された. 拡張機能低下の検出は難しいが, 加齢とともに増加すると考えられており, 潜在的な有病率は特に高齢者では高いと考えられ, 今後突然死の原因としても注目すべきと考える.

#### 3 当科における高側壁枝による急性心筋梗塞の検討

樋口浩太郎・柳川 貴央・宮北 靖  
大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

今回我々は左回旋枝中枢から左室側壁に分岐す

る枝 (AHA の # 12), 左前下行枝と回旋枝の中央から分岐する枝 (中間枝) を高側壁枝と定義し, 高側壁枝による急性心筋梗塞の特徴を検討した。

【対象】1999年1月1日から2004年7月30日までの間, 急性心筋梗塞の診断でCAGを施行した全460例中, 7例 (男6, 女1, 年齢40~84歳, 平均65歳)。

【主訴】胸部圧迫感5例, 胸痛1例, 胸背部痛1例, 冷汗は7例中5例に認められた。

【血圧】1例 (Acute MR のショック例) を除くと高い傾向を認められた (220/110, 170/100, 162/82, 150/98, 120/70, 180/100mmHg)。

【心電図】ST-T変化の認められた誘導はI aVL V5 V6 が5例, V1~V3 が1例, II III aVF V5 V6 が1例。

【心エコー】左室の局所壁運動低下は前側壁1例, 側壁1例, 後側壁1例, 後壁1例に認められ, 2例は認めなかった。1例はエコー未施行。

【治療】PCI施行は5例, 保存的治療は1例。1例はAcute MRの診断で緊急弁置換術を施行。

【転帰】5例は合併症なく経過, 1例は第6病日に左室自由壁破裂により死亡, 1例はacute MRで弁置換術を施行した。全7例のmax CPKは1476~5822 IU/L, 平均2738 IU/Lだった。

【結論】高側壁枝による急性心筋梗塞は心電図や心エコーのみでは診断が困難な場合がある。また時に致命的な経過を取ることがある。急性心筋梗塞を疑う症状があった場合は種々の検査を組み合わせる必要があると考えられた。

#### 4 狭心症を合併した腹部大動脈瘤に対する OPCAB + AAA repair 同時手術

青木 賢治・山本 和男・吉井 新平

杉本 努・桑原 淳・春谷 重孝

立川メディカルセンター立川総合病院  
心臓血管外科

【緒言】狭心症と腹部大動脈瘤 (AAA) を同時に有する症例は稀でない。このような症例に対する手術には, CABG と AAA repair を二期的に行う場合と両者を同時に行う場合がある。同時手術

は手術リスクが過大であるゆえ, その適応は制限されてきた。しかし OPCAB の導入によって同時手術の適応は拡大されつつある。

【目的】当科における OPCAB + AAA repair 同時手術症例を検討した。

【対象】2000年1月から2004年6月までに当科で施行した OPCAB + AAA repair 同時手術7例 (平均年齢68.3 ± 5.4 (61~77) 歳, 男:女=7:0) を対象にした。冠動脈病変の内訳は2枝病変4例, LMT病変1例 (不安定狭心症), LMT + 右冠動脈病変1例, LMT + 3枝病変1例であった。

【手術方法】胸骨正中切開による OPCAB の後, 腹部正中切開・開腹法による AAA repair を行った。

【成績】平均手術時間は497 ± 112 (365~645) 分, 平均バイパス数は2.3 ± 1.0 (1~4) 本であった。使用したバイパスグラフトの内訳はin situ LITA が5例 (sequential bypass を1例含む), in situ RITA が1例, RGEA が1例, RA が1例, SVG が5例 (sequential bypass を1例含む) であった。on-pump CABG への移行はなかった。AAA repair は全例Y型人工血管置換術で, 1例に片側内腸骨動脈の再建, 1例に片側内腸骨動脈と下腸間膜動脈の再建を要した。ICU入室期間は平均63 ± 41 (38~136) 時間で, 食事は平均5 ± 2 (3~9) 病日に再開できた。術後在院期間は25 ± 14 (12~54) 日であった。在院死はなかった。合併症は4例 (SVG採取部創感染1例, 開腹創MRSA感染1例, 下肢動脈血栓症1例, late cardiac tamponade 1例) に発生したが, 全例後遺症なく治癒できた。術後造影でバイパスグラフト (末梢側吻合数合計16箇所) はすべて開存していた。

【結語】OPCAB + AAA repair 同時手術の成績は概ね満足できる内容であった。本法は, 二期的手術に伴うリスクの回避, 治療期間の短縮などの長所もあり, 狭心症を合併したAAAの治療として妥当である。