

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。