

検査後に退院した。心アミロイドーシスに VAD 療法を施行した 2 例を経験したので報告する。

4 冠動脈疾患を合併した高齢者右房粘液腫の 1 例

古寺 邦夫・久保田 要・畑田 勝治
大野有希子・森山 裕之・篠永 真弓*
長島 鎮*・岡崎 裕史*・矢澤 正知*
新潟労災病院内科
新潟県立中央病院心臓血管外科*

本邦では右房粘液腫は若年者に多く、高齢者の報告は稀である。今回我々は、冠動脈疾患を合併した高齢者右房粘液腫の 1 例を経験したので報告する。

症例は 72 歳、男性。労作時息切れ、立ちくらみを主訴に当科外来を受診した。心エコー検査にて右房内腫瘍が認められたため、精査入院となった。腫瘍は $7.0 \times 4.7\text{cm}$ 大で、拡張期には一部、右室内に脱出する所見を認めたが付着部位は同定できなかった。入院後施行した経食道心エコー検査では腫瘍は短茎を有し、茎の付着部位は心房中隔であることが確認された。胸部 CT で軟部組織の吸収値を呈し、胸部 MRI では T1 強調像で心筋と等信号、T2 強調像で高信号であったことより、粘液腫が疑われた。冠動脈造影では洞結節動脈より栄養血管が派生し、seg.9 起始部に 90 % 狭窄を認めた。手術所見では腫瘍は大きさ $7.0 \times 4.5 \times 3.0\text{cm}$ 、重量 70g、心房中隔に短茎で付着し経食道心エコー、胸部 MRI の所見とよく一致していた。左内胸動脈を用い seg.9 に冠動脈バイパス術を同時施行した。組織所見は典型的な粘液腫であった。

我々の検索し得た限り、本邦における 70 歳以上の高齢者右房粘液腫は自験例を含め 10 例のみであった。また右房粘液腫摘出術と冠動脈バイパス術を同時施行した報告もわずか 3 例のみであり、極めて稀な症例と思われ報告する。

5 漏斗胸を伴った大動脈弁輪拡張症に対し一期的手術を施行した Marfan 症候群の 1 例

桑原 淳・山本 和男・菊地千鶴男
杉本 努・斎藤 典彦・田中佐登司
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

Marfan 症候群においては心大血管病変が生命予後に大きく影響するが、時には漏斗胸を合併する。また逆に漏斗胸患者においては通常より Marfan 症候群を合併することは多いとされる。今回 Marfan 症候群で漏斗胸を伴った大動脈弁輪拡張症の外科治療症例を経験した。

〔症例〕20 歳男性。既往歴：14 歳時に水晶体亜脱臼で両側水晶体摘出。現病歴：呼吸困難あり、他院受診。Marfan 症候群、Sellers 分類 4 度の大動脈閉鎖不全を伴う annulo aortic ectasia、漏斗胸と診断された。当科に紹介され、入院となった。

【入院時現症】身長 178cm 体重 52kg。前胸部に著しい陥凹あり。血圧 114/46mmHg。第 4 肋間胸骨左縁に Levine 4/VI の拡張期逆流性雑音を聴取。

【検査成績】末血・生化学検査：特記すべき事なし。胸部レントゲン：CTR 59 %、強度の側弯及び漏斗胸。CT：漏斗胸により心臓、上行大動脈は左側へ偏位。上行大動脈は $\phi 60\text{mm}$ と拡大。MRA：上行大動脈の洋梨状拡大あり。UCG：LVDd 65.2 mm, LVDs 38.8mm, EDV 217.3ml, ESV 65.3ml, EF 70 %, FS 40 %, AR severe, ST-junction 径 65mm, 大動脈弁輪径 32mm。

【手術】大動脈基部置換と漏斗胸に対する手術を 2 期的に行うか、1 期的に行うか検討したが、1 期的に行うこととした。大動脈基部置換術は、両側の冠動脈口をボタンカフス状にフェルトパッチを用い直接吻合する Bentall 手術を行った。人工弁は Carbomedics 23A (Tophat)、人工血管は Gelseal 26mm を使用した。大動脈基部置換術終了後、胸骨拳上術を施行。第 5 から第 8 の肋軟骨を数 cm ずつ切除し、第 4 肋軟骨を斜切して胸骨側の肋軟骨を肋骨側の肋軟骨の前方に引き上げ、縫合・固定した。またチタンプレートを胸骨の背側に通し肋骨弓の前方で両側固定した。手術時間 6 時間 50 分、無輸血で終了した。

【考察】心臓大血管系の左胸腔内偏位を伴う高度の漏斗胸を合併した症例において開心術と胸骨矯正の同時手術は術式選択、術中出血、視野確保などの問題点を有するが、本症例では胸骨挙上法によって問題となる視野の問題を心膜と胸膜とを可及的に剥離することによって解決した。胸骨翻転術より胸骨挙上法の方が胸骨や肋軟骨への血流がより保たれるため、術後の骨・軟骨の壊死や感染の発生頻度が少ないとされる。また2期的手術では開心術後に心臓が圧迫されるため、血行動態が不安定になるので1期的手術の方が若干手術侵襲は大きくなるが、術後の呼吸循環動態は安定することが期待されるため、良い方法と思われる。

6 大動脈弁周囲膿瘍を有する感染性心内膜炎に対する一手術治験例

竹久保 賢・中山 卓・中山 健司
大関 一・那須野暁光*・伊藤 英一*
田辺 恭彦*・鈴木 薫*
新潟県立新発田病院心臓血管呼吸器外科
同 循環器内科*

術前A-V blockを伴い、急性心不全で緊急入院した症例。弁輪部の徹底した郭清、ウマ心膜による膿瘍腔の閉鎖、感染部を避けた傾斜人工弁移植と右冠動脈へのバイパス術、二期的ペースメーカー移植術で治癒せしめた。

7 心肺蘇生後に手術施行し救命し得た大動脈弁狭窄症兼狭心症の1例

磯田 学・高橋 善樹・金沢 宏
中沢 聡・志村信一郎・明石 興彦
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*

症例は72歳男性。路上で心肺停止となり心肺蘇生術を施され一命を取り留め、当院救急外来に搬送された。心電図上虚血性心疾患を疑い緊急心臓カテーテル検査を施行、重度の大動脈弁狭窄と冠動脈2枝病変を認めた。人工呼吸器管理、IABP

挿入による心不全管理を行い、全身状態の改善を待ち3日後に生体弁による大動脈弁置換術、静脈グラフトによる冠動脈バイパス術2枝を施行した。長期の集中治療室管理を要したが合併症無く退院した。

II. テーマ演題(右心不全)

1 開心術後収縮性心膜炎を呈した4症例

五十嵐 登・渡部 裕・大倉 裕二
加藤 公則・塙 晴雄・小玉 誠
相澤 義房

新潟大学医歯学総合病院第一内科

開心術後収縮性心膜炎は一般に発症頻度0.2～0.3%とけっして多くはないが、術後の心不全の原因として考慮する必要がある。当科で経験した4例について報告する。症例1；39歳女性、症例2；51歳女性、症例3；48歳女性、症例4；20歳男性。前2者は3回、後2者は1回の開心術の既往がある。最終手術より右室不全症状出現までの期間はそれぞれ9ヶ月、0ヶ月、18年6ヶ月、5ヶ月で遠隔期での発症を認めた。症例1～3では人工弁機能不全として利尿剤による加療を受けており、確定診断までには2年1ヶ月、18年1ヶ月(剖検診断)、6ヶ月を要している。

症例1及び3は内服加療で心不全はコントロールされている。症例2は門脈圧亢進、消化管出血を合併し死亡した。症例4は心膜切除術を受け経過観察中である。