はいったん改善したが，21日21時頃トイレ歩行をきっかけに起座呼吸に陥った．フロセミド，ドーパミン，ニトログリセリンなどで治療し，翌日には心不全は軽快した．しかし今後も心不全を繰り返す可能性が高いと思われ，家族の同意を得て24日準緊急的に僧帽弁置換術が施行された．右側左房切開にて僧帽弁を観察．後尖middle scallopに付着する腱索の断裂を認め，ウシ生体弁に置換した．術後の病理結果からも特発性の（変性による）僧帽弁腱索断裂と考えられた．術後偽膜性腸炎をきっかけに再度心不全が増悪した．心エコー上生体弁不全や疣贅はなかったが，壁運動は正常以下に低下していた．バンコマイシンの内服により腸炎は改善し，フロセミド，ドーパミンなどにより心不全も軽快した．リハビリの後，フロセミド60mg/日の内服にて8月28日に退院した．

本症例は超高齢者であったが，保存的治療では心不全を反復し救命困難と考えられたため，生体弁置換を選択した．偽膜性腸炎の合併により入院は長期化したが，歩行退院できた．

7　僧帽弁閉鎖不全症に対する弁修復術の経験

山本　和男・田中佐登司・斎藤　典彦
菊地千鶴男・杉本　　努・桑原　　淳
春谷　重孝・石黒　淳司*
立川綜合病院心臓血管外科
同　循環器内科*

心臓弁膜症に対する手術は従来弁置換術が主流であったが，自己弁を温存するほうが術後のQOLが良いことから，可能なら修復術を施行する方が良い．特に僧帽弁閉鎖不全症に対しては本邦でも積極的に弁修復（弁形成）が行われるようになってきた．当科においても本症に対しては修復術を第1選択とするようになった．最近の成績を検討したので報告する．

【対象】平成11年1月から15年8月までの4年8か月間に本症で弁修復術を行った23例を対象とした．年齢は17～72（平均53）歳，男/女＝15/8．なおこの期間に僧帽弁閉鎖不全症に対する手術数は45例であった．type Ⅱ病変がほとんどであり，後尖病変15例，前尖病変5例，前後尖病変3例であった．病因としては変性（弁逸脱，腱索断裂）が19例，感染性心内膜炎（inactive）が2例，その他（incomplete ECD術後の再手術，cleft）が2例であった．

【手術方法】全例右側左房切開でアプローチした．後尖病変は矩形切除・縫合し，前尖病変は人工腱索（e-PTFE糸使用）で再建した．リングによる弁輪形成を原則として行った．心房細動を合併していた5例に対してはMaze手術（Radial approach）を併施した．修復後，心拍動・部分体外循環下に経食道心エコー（TEE）を行って評価し，中等度以上の遺残逆流がある場合は2nd pump runとし，弁修復再施行またはMVRを行った．

【結果】23例中，2nd pump runとなったものは5例であり，このうち2例では弁修復再試行が奏功したが，他の3例ではMVRに変更した．結果として修復術で終えた症例は20例であった．1例で中等度以上のMRのため1週間後にMVRを行った．年次別の弁置換：弁修復数をみると平成11年は8：2，12年は6：0，13年は3：3，14年は6：7，15年は2：8例と弁修復術成功例が増加傾向にある．手術死亡はなく，弁修復できた20症例中17例は無輸血手術であった．術前に低心機能であった1例でIABPを必要とした．Maze手術を行った5例ではすべて術後は洞調律が得られた．

【まとめ】最近の僧帽弁修復術の成績は良好であった．今後とも本症に対しては弁修復術を積極的に行う方針であり，技術向上に努めたいと考えている．また心房細動合併例も弁修復に加え，Maze手術が奏功すると洞調律が得られ，ワーファリンが不要となるのでQOL向上には極めて良いcombinationであると考えられる．