

4) 左総腸骨動脈瘤に対しステント付人工血管内挿術を施行した1例

目黒丸山	昌・青木 行夫・斉藤	賢治 寛文	(新潟こばり病院 心臓血管外科)
中山	卓		(新潟大学 第2外科)
江口	昭治		(新潟心臓血管医 学財団)

45歳, 男性. 右大腿部に疼痛を伴った腫脹が出現. 次第に増大し近医にて大腿動脈瘤の診断を受け, 当科に紹介入院. 入院時に全身の炎症反応の亢進と特徴的な陰部潰瘍や皮膚症状などを認め, 不全型ペーチェット病の診断を受けた.

血管造影で右浅大腿動脈瘤と左総腸骨動脈瘤を認め, 1自家大伏在静脈による右大腿動脈再建術を施行. 疼痛は消失し炎症反応も消退した.

1ヶ月後に左総腸骨動脈瘤に対する加療を目的に再入院. 瘤は後内側に嚢状に突出し, 最大径や約2 cmであった. 通常の外科手術も検討したが, 基礎疾患にペーチェット病があり, 将来的に人工血管との吻合部に瘤を形成する可能性もあることや形態的にカテーテル治療が比較的容易と考えられたことから, ステント付グラフト内挿術を選択した. 直径3 mmのEPTFE人工血管を径8 mmのバルーンで拡張した後, Palmazステント(直径8 mm, 長さ29 mm)に縫着しステント付グラフトを作成した. 局所麻酔下に左大腿動脈を露出し12Fr.のシースを挿入. シースの先端を瘤孔より中枢側まで進めた後にステント付グラフトを進め, シースを引き抜いたあとに瘤孔の位置にあわせて慎重にバルーンを拡張した.

術直後の造影では遠位側からのendoleakが確認されたが, 1週間後の造影でendoleakの消失を確認した. 術後3ヶ月を経過したが特変は見られていない.

II. 特別講演

1. 心筋梗塞の内科的治療

日本大学医学部第二内科教授

上松瀬 勝 男 先生

急性心筋梗塞に対する内科的治療は最近20年間で大きく進歩した. 今回, 急性心筋梗塞に対する治療, 病院に辿り着く前に死亡する症例の検討, 急性心筋梗塞の発症予防に分けて概説する. 急性心筋梗塞ではなるべく早く閉塞冠動脈を再還流させる事が最も重要である. この方

法として, 静注血栓溶解療法 (IVT), バルーン血管形成術 (primary PTCA), 両者の組み合わせ (rescue PTCA) がおこなわれている. IVTでは recombinant TPAを用いる事により70%~80%の再還流が得られる. 自験例ではIVTにより再還流が得られた症例の死亡率は8%であったのに対して, 再還流が得られなかった症例の死亡率は18%と高かった. 一方, primary PTCAでは再還流率が90%以上と高い. しかし, 再還流が得られるまでの時間を比較すると, IVTはprimary PTCAより40分から50分短い. したがって, 直ちにIVTをおこない, 再還流の得られない20%~30%の症例に対してrescue PTCAをおこなう事は現実的である.

米国では年間90万人の急性心筋梗塞が発症し22万人が死亡している. このうち12万人は病院に辿り着く前に死亡している. 我が国の心筋梗塞の発症数は米国の1/6~1/8程度であるが, 病院前死亡の割合は同程度と思われる. 日本大学救急救命センターに搬送された院外心肺停止452例の中で, 心原性と考えられ緊急冠動脈造影を実施できた121例について検討した. 93例は一時的に蘇生され, 14例が社会復帰可能であった. 冠動脈所見では多枝病変患者が50%を占めていた. また, 社会復帰例の中の12例は低体温療法を実施した症例であり, 本治療法の有用性が示唆される.

急性心筋梗塞の責任血管病変の過去をさかのぼると, 75%以上の高度狭窄から心筋梗塞に進展する症例が14%であり, 75%未満の軽度動脈硬化血管が閉塞する場合が86%である. したがって, PTCAによって高度狭窄病変を拡張するだけでは急性心筋梗塞を十分に予防する事はできない. 自験例510例の心筋梗塞二次予防ではLDLコレステロール100 mg/dl未満の症例で再発率が低かった. 近年, HMG還元酵素阻害薬の心筋梗塞に対する一次予防効果が確認された. 欧米の研究および自験例ではHMG還元酵素阻害薬の二次予防効果も明らかになりつつある.

不安定プラークの安定化を図る薬物療法により心筋梗塞の発症を予防する必要がある. さらに, 急性心筋梗塞に対しては施設と時間の制約が少ない静注血栓溶解療法が推奨される.