

が99%狭窄していた。小児期における川崎病の既往ははっきりしないが川崎病後遺症と考えられた。LITA-LAD, RITA-D1の2枝バイパス術を行った。

症例2 36歳女性 既往歴、家族歴には特別なことはない。数年前から労作時の胸痛を自覚しており、負荷心筋シンチで虚血を認め入院となった。CAGで#3 90%, #4 PL 90%, #7 100%, #9 100%, #11 90%と多発性狭窄病変を認めた。頸部に黄色の皮疹あり、仮性弾性繊維黄色腫(Pseudoxanthoma Elasticum; PXE)と診断された。眼病変(網膜色素線条症)も認められ、冠動脈病変もPXEによるものと考えられた。手術はSVG-LAD, LITA-DX, SVG-CX, SVG-4 PD, 4 AVsequentialの5枝バイパス術を行った。

川崎病の一部の患者は長年にわたって冠動脈瘤が残存し、心筋梗塞を発症する可能性があり注意を要する。又若年者の原因不明の冠動脈狭窄病変を認めた場合、PXEも鑑別対象に加える必要がある。

4) 血栓閉塞型 A 型大動脈解離の再解離に対する 2 手術例

竹田 文洋・山本 和男
八木 伸夫・田中佐登司
松原 寛知・小熊 文昭 (立川総合病院)
春谷 重孝 (心臓血管外科)

症例1は64歳女性。高血圧にて加療中。平成11年3月22日、めまいあり近医入院。3月25日、背部痛出現しCTにてA型急性大動脈解離と診断され、当科紹介。解離は血栓閉塞型で、緊急手術の適応となる徴候なく、保存的療法を選択。しかし4月26日のCTで上行弓部大動脈に径拡大、再解離の所見あり手術適応とした。5月7日、上行、半弓部大動脈置換術施行。以降の経過は良好で5月28日軽快退院した。

症例2は74歳男性。高血圧などで加療中。平成11年5月25日、背部痛あり近医受診。症状より大動脈解離が疑われ、当科紹介。CTにてA型解離と診断。解離は血栓閉塞型で、保存的療法を選択。しかし5月27日、後頭部痛、右上肢脈拍欠如、左片麻痺出現。CTで上行弓部の偽腔拡大、右腕頭動脈閉塞の所見あり手術適応とした。5月28日、上行、半弓部大動脈置換術施行。以降の経過は良好で6月24日軽快退院した。

初診時に手術適応としなかったが、厳密な血圧コントロールにもかかわらず再解離をきたし手術を施行、救命し得た血栓閉塞型A型大動脈解離の2例を経験した。

5) 総大腿静脈弁不全による下肢静脈瘤再発に対する静脈弁形成術の1例

山岸 敏治・目黒 昌 (新潟こばり病院)
中山 卓・丸山 行夫 (心臓血管外科)
大関 一 (県立新発田病院)
江口 昭治 (胸部外科)
(新潟心臓血管医学財団)

一次性静脈瘤 (simple varicose vein) は一般的には表在静脈の弁不全による逆流が原因とされているが、深部静脈の逆流を伴うことも稀ではない。Stripping後の再発性静脈瘤では深部静脈の逆流が不全交通枝を通して表在血管の怒張をもたらしており、大腿静脈などの深部静脈の逆流が明らかであれば弁形成術が必要である。今回、stripping後に再発した下肢静脈瘤に対し、総大腿静脈の弁形成術を行ったので報告する。症例は38歳男性で、大伏在及び小伏在静脈のstrippingから10年後に再発し、起立歩行時の下肢のだるさが出現した。術前の順行性静脈造影では深部静脈の開存と不全交通枝を認め、逆行性静脈造影では左総大腿静脈の拡張と膝下に至る逆流を認めた。手術は左総大腿静脈弁に対して弁の吊り上げと弁輪縫縮を行った。術後は深部静脈血栓などの合併症もなく症状は軽快し、経過は良好であった。

II. テーマ演題

「血管病変の新しい診断治療」

1) ステッピング DSA による末梢動脈疾患の診断と治療

大関 一・中山 健司 (県立新発田病院)
清野 康夫 (胸部外科)
若井 聡・星野 禎 (同 放射線科)
(同 検査科)

ステッピング DSA はC-アームを段階的に動かして、造影剤ポールスを追跡し、透視・撮影する方法である。この方法では一回の造影剤の注入で骨盤から足先までの血管造影透視像を得ることができる。実際のカテーテル法と造影法は、4FカテーテルをIV DSAでは肘静脈から右心房に、IA DSAでは大腿動脈あるいは上腕動脈から大動脈分岐部に置き、造影剤は300mgヨード濃度の非イオン性低浸透圧造影剤を用い、注入量はIAで20~30ml、IVで40~50mlを注入速度5~8ml/s

で注入する。左右の下肢動脈に流速の差があっても、注入量を多くし、注入速度を少な目にし長いポーラスで注入すると失敗が少ない。高度の下肢虚血症状を呈する患者では、下肢に多発性の狭窄、閉塞病変を有することが多く、少ない造影剤で多くの情報が短時間に得られるステッピング DSA は、治療法や手術戦略を考える上で有用な画像診断法と考えられた。

2) 大動脈とその分枝の造影 MR Angiography (MRA)

吉村 宣彦・木村 元政 (新潟大学放射線医学教室)
酒井 邦夫

対象：27例(大動脈解離5, 胸部大動脈瘤4, 胸腹部大動脈瘤1, 高動脈炎4, 腎動脈9, 閉塞性動脈硬化症2, 胸部大動脈(正常)2)である。方法：機種は Siemens 社製 Magnetom Vision 1.5 T, GE 社製 1.5 T Echo Speed. pulse sequence は 3D FLASH or EFGR で, coil は広い範囲を対象とする場合 body coil で, それ以外は body array coil を用いた。pixel size は $1.5 \times 1 \times 1$ mm. 造影剤は test bolus の後, Gd-DTPA 0.1 mmol/Kg を肘静脈より 2 ml/s で自動注入機により bolus 注入した。画像処理は MIP (target MIP), MPR を行った。結果：27例中26例で静脈の重なりのない良好な画像を撮像できた。腎動脈では全例動脈相可能だった。偽腔開存型解離3例中2例で entry を, 早期(血栓)閉鎖型解離では2例とも ULP を描出できた。考察：造影 MRA は大動脈とその分枝の評価に有用であると考えられた。今後は狭窄病変評価のための空間分解能向上が望まれる。

3) 肺動脈血栓内膜摘除術が奏功した慢性肺塞栓症の一例

岡田 義信・宮川 芳一 (県立がんセンター 新潟病院 内科)

症例は, 35歳男性。家族歴既往歴には特記すべきことなし。1997年1月から息切れが出現し, 次第に増強したため同年8月に当科を初診した。Po2 : 67.6 mmHg, Pco2 : 34.2 mmHg と低酸素血症が認められ, 精査加療のため入院した。CT, 肺血流シンチグラムおよび肺動脈造影などにて慢性的広範囲の肺血栓塞栓症と診断した。PA75/28, m 47 mmHg であった。原因としては凝固異常によるものは否定され, 造影にて左大腿静脈

に血栓が認められた。抗凝固剤の投与, 下大静脈フィルターの留置を行ったが, 症状や血ガス所見, 肺血流シンチグラム像はほとんど不変であった。患者の希望により1998年12月14日, 国立循環器病センターにて肺動脈血栓内膜摘除術を受けた。術後経過は良好で, 無症状となり, Po2 : 103.8 mmHg, Pco2 : 36.9 mmHg, PA29/2, m 14 mmHg となった。現在通院中だが, 無症状で社会復帰している。同院から最近の手術成績を頂き, 併せて報告する。

4) Hybrid Intervention (Stenting+FF bypass) が有効であった腹部大動脈瘤を合併した閉塞性動脈硬化症の一例

五十嵐 裕・柏村 健 (鶴岡市立荘内病院)
佐藤 匡・小島 研司 (内科)

腎動脈下部の大動脈瘤を合併していたため大動脈一大腿動脈バイパス手術ができなかった両側腸骨動脈の閉塞性動脈硬化症に対し, Stent と FF-バイパスを組み合わせ治療可能であった症例を経験した。症例は75歳男性, 高血圧あり。右下肢安静時疼痛を主訴として胸部外科に入院となった。右下腿部にチアノーゼと足底部に潰瘍を, 左下肢には冷感を認めた。ABI は右で0, 左で0.55であった。腹部 CT では腎動脈下から腸骨動脈分岐部まで最大 4.0×4.3 cm の動脈瘤を認めた。DSA では右総腸骨動脈は入口部で閉塞, 左外腸骨動脈に狭窄を認めた。外科との検討では Y-グラフトと両側バイパス術は侵襲が大きく開存性もよくないとの判断で, 左の狭窄に対して Stent を留置しその後に FF-バイパス術をおこなう方針となった。Stent 留置は PS-Stent を 3 cm と 2 cm の二本を用いて行い, その6日後に FF-バイパスを行った。術後の ABI は右で0.62, 左で0.85まで改善した。症状は右で軽度の間歇性跛行と冷感が残ったが日常生活には問題なくなった。このように, 症例を選択すれば Stent を用いることによって閉塞性動脈硬化症の治療法の選択の幅を広げる可能性がある。

5) 冠動脈形成術後の再狭窄予防 —ステントと Cilostazol の効果—

田辺 恭彦・伊藤 英一 (県立新発田病院)
保坂 幸男・鈴木 薫 (内科)

【目的】ステントおよび Cilostazol の再狭窄予防効