

第179回新潟循環器談話会総会

日時 平成元年7月1日(土)  
会場 新潟ワシントンホテル

一般演題

1) 総肺静脈還流異常の心パフォーマンス

福島 英樹・佐藤 勇 (新潟大学小児科)  
佐藤 誠一 (国立療養所新潟病院 小児科)  
竹内 衛 (立川総合病院 小児科)  
神谷 哲郎 (国立循環器病センター 小児科)

総肺静脈還流異常は、新生児・乳児期に発症する重要なチアノーゼ型心疾患であり、体静脈ならびに肺静脈が右心系に還流する特異な血行動態となっている。近年、本症の手術成績の向上に伴い、遠隔期の報告も見られるようになってきた。今回術前、術後の心臓カテーテル検査所見を中心に報告する。対象は、国立循環器病センター小児科で心臓カテーテル検査を行った男児32例、女児22例、計54例である。術前心カテ結果では、LVEDV、RVEDVは、生存群で有意に大であった。手術前後の比較では、LVEDVとLVEFは術後、有意に大となった。本症は、発症が早期で姑息的治療に有効なものがなく、心内修復術は、救命的色彩が強い。しかし手術が成功をおさめると、患児の遠隔期の予後は、比較的良好であろうと推測された。術前心カテから得られた、データによれば、生存群は、死亡群に比較し、両心室のパフォーマンスが保たれ、肺高血圧も軽度であった。

2) ヘパリンコーティングチューブによる補助循環の臨床応用

斉藤 憲・江口 昭治  
諸 久永・大関 一 (新潟大学第二外科)  
林 純一

教室では1987年4月より主に開心術後人工心肺離脱不能例に対し脱血カニューラから送血カニューラまで一体化構造となっているヘパリンコーティングチューブ(アンスロン®)とローラポンプによる補助循環の臨床応用を行っている。1989年3月までに先天性1例、弁膜症5例、虚血症4例、ARVD 1例の計11例に使用した。補助方式は左心バイパス5例、V-Aバイパス3例、右心バイパス1例、両心バイパス2例であった。補助流量は800~3200ml/min、補助期間は13時間~21日間であっ

た。11例中6例が離脱に成功しうち5例が退院し長期生存となった。

本法では必要十分な流量補助が可能であり、また3日間は抗凝固療法が不要であった。

3) 若年発症型虚血性心臓病におけるライフスタイルの特徴

小幡 明博・山添 優  
和泉 徹・柴田 昭 (新潟大学第一内科)  
松岡 東明 (立川総合病院 循環器内科)  
脇屋 義彦 (長岡赤十字病院 循環器内科)  
矢沢 良光 (新潟こぼり病院 循環器内科)  
樋尾 紀雄 (新潟市民病院 循環器内科)  
林 千治・豊島 英明 (新潟大学 公衆衛生学教室)

若年発症の冠動脈疾患に対する危険因子及び生活習慣の関与について、過去5年間に新潟県内で発症した40才以下の虚血性心疾患患者41例を対象とし、新潟県内に在住する同年代の健康男性61例をコントロールとして検討を行った。危険因子として肥満度、喫煙率、総コレステロール値は、コントロール群に比べ患者群で有意に高値であった。また患者群ではHDL-コレステロールの明らかな低下があり、若年者に於ける虚血性心疾患の発生には脂質が大きく関与している可能性があると考えられた。さらに、運動習慣や食事習慣など生活習慣も強く関与していると考えられこれらの関連が確かなものであるのか、あるとすれば若年者に特有なものであるか、あるいは冠動脈疾患全体としてのものなのか今後の検討課題と思われた。

特別講演 1

「急性心筋梗塞のプレホスピタルケア」

市立旭川病院院長

柴田 淳一

旭川市立病院は対象医療人口42万で、市の3救急隊のちょうど中心に位置し、市内は5分、郊外でも20分以内に救急車は到着可能である。CCUを開設した昭和46年には急性虚血性心臓病165名内50%が発症2時間以内に死亡していた。その22.4%は15分以内に心室細動となったものであった。CCUの開設後心停止から除細動までの所要時間は、21.8±12.8分となり、また心停止から心肺蘇生までの時間は9.3±9.7分になった。到着後の救

命率は87.5%まで高めることができた。但し、いまでも救急隊到着前の救命率は31.8%に留まっている。またCCU内では減負荷療法が奏功して、CCU開設後心不全死は39.5%から11.5%に減少した。しかしショック死は51.7%と増えてきている。PTCRやPTCAの導入は基本的な死亡率の改善にはつなげていない。CCUが開設されてから1期(1971年から1979:不整脈時代)は患者数365名で死亡率20.5%,2期(1980年から1984年:心不全時代)患者数344名は死亡率21.5%,3期(1985年から1988年:再灌流時代)患者数383名は死亡率16.0%である。3期になると6時間以内の入院が増えたが、Killip 4での死亡率は減っていない。プレホスピタルケアで最も重要なことは一般市民への啓蒙活動である。救急隊員やPTAなどにおける心マッサージの訓練が重要である。

## 特別講演 2

### 「大動脈瘤の外科治療」

東北大学胸部外科教授

毛利 平

解離性大動脈瘤の診断には胸部レ線による検査が最も重要である。従来のDe Bakey(D)の分類から現在では大動脈弓部に変化が及んでいるかいないかで分けられるShamway(S)の分類が一般化してきている。S-A型では心筋虚血やAR,心タンポナーデ,心不全が急速に進行するため緊急処置が必要であり、S-B型では血圧のコントロールを先行させて内科的に治療することが可能である。S-A型における緊急手術時は上行大動脈を人工血管に置換することを最重点に行っている。置換術に際しては、弁対策(Bentall手術),冠動脈対策,分枝対策,弓部再建,脊髄血行再建(Adamkiewicz動脈)等が重要である。この為には、低体温麻酔下に部分体外循環を行うことが大切である。また、出血の対策には1.リング式人工血管 2.止血材料(フィブリン糊,オキシセルメン,人工血管処理法)が大切である。内科的治療でのS-A型の死亡率が71.4%であるのに対し、手術成績は他施設の成績でS-A 20.9%,S-B 15%,我々の成績で,A型で0%,B型で20%の死亡率に留まっている。肝腎なことは早急に正しい診断を行い,適当な手術施設に早く搬送することである。