

った。血液検査で炎症反応なく、胸痛エピソードも不明なことから、慢性大動脈解離と診断した。心エコーでは重度大動脈弁狭窄症と僧帽弁閉鎖不全症、左室流出路狭窄と診断された。また、胸部CTで食道裂孔ヘルニアによる左肺の圧排を認めた。術前ADLが低く、手術侵襲が大きいと術後合併症のリスクが高くなると考え、大動脈解離に対しては治療を行わず、大動脈弁置換術・左室流出路心筋切除・僧帽弁形成術を行った。術後全身うっ血で、第5病日まで心不全症状がみられたが利尿剤を増量して症状は改善した。しかし全身浮腫が遷延し、体重コントロールに難渋した。さらに第9病日頃から下痢が出現し、血管内脱水の所見で補液を要した。第18病日頃から下痢の改善を認めた。第26病日頃から体重減少、全身浮腫の改善を認めた。第41病日に退院された。

本症例の手術・術後管理について、若干の文献的考察を加え報告する。

8 実臨床で出会う重症大動脈弁狭窄症の臨床像について

～なぜ心不全になるまで気づかれなかったのか～

渡辺 弘

HALクリニック

加齢に伴う大動脈弁の硬化・石灰化により弁尖の可動性が低下して大動脈弁狭窄症(AS)となり、徐々に進行する。軽症の場合は無症状で経過するが、高度ASとなると心不全、狭心症、失神を来し、突然死に至る危険性がある。しかし、実臨床においては重症ASになるまで気づかれずに適切な治療を受けていない症例に遭遇する。今回、当院で経験した手術適応となる重症ASの臨床像から実臨床での問題点を検討した。

対象は自覚症状を有する高度AS 5例。年齢は80～85歳、全例女性。合併症として、全例に高血圧があり、閉塞性動脈硬化症2例、脳梗塞1例、糖尿病1例を認めた。来院時に労作時呼吸苦、胸痛、浮腫等の症状があり、診察で特徴的な収縮期雑音

を聴取した。胸部X線では3例で肺うつ血と胸水を認めた。心エコーでは、大動脈弁の最高流速は4.59～5.41m/s(平均4.99m/s)、大動脈弁口面積は0.32～0.93cm²(平均0.56cm²)と高度ASであった。左室駆出率は41～81%(平均83%)であったが、2例は40%台に低下していた。当院受診前にASの診断がついていたのは2例で、1例は診断確定後に一般内科で治療を継続されていたが、症状発現までの間は定期的心エコー検査は受けていなかった。1例は高度ASだが、85歳と高齢のために手術適応ではないと非専門に診断されたため当院にセカンドオピニオンのため来院した。他の3例は心臓弁膜症の診断は受けていなかった。

1例は認知症、糖尿病、慢性腎不全、低栄養のため手術適応外と診断され、呼吸苦・失神のため緊急搬送を繰り返し、寝たきりの状態となり、死亡した。1例は患者が手術を拒否して、呼吸苦や胸痛による入退院を繰り返している。他の3例は大動脈弁置換術を施行されて、自覚症状は改善して通常の生活が可能になっている。

重症ASを見逃さないためには、1) 聴診で特徴的な収縮期雑音を見逃さない、2) 労作時呼吸苦や胸痛などの症状がある場合は重症である可能性が高いことを認識する、3) 大動脈弁の狭窄病変は進行するので定期的な心エコーでの評価を行う、ことが重要である。また、ADLが保たれていれば、高齢であっても手術が可能であり、自覚症状の劇的改善が得られる。今後は、一般内科など非専門医にもASについての情報を周知して、重症ASの発見に努めることが重要である。

9 85歳以上の超高齢者に対する心臓・胸部大動脈の治療成績

梅澤麻以子・三村 慎也・島田 晃治

県立新発田病院 心臓血管外科

高齢化社会に伴い、高齢者心臓大血管手術も増加傾向にある。85歳以上の超高齢者に対する心臓・胸部大動脈手術の成績を検討・考察した。

対象は2011年1月～2015年12月に当院で心