

った。病理組織所見で、動脈硬化病変が軽微なこと、中膜の嚢胞状壊死と酸性ムコ多糖類の沈着が著明なことから、cystic medial necrosis に起因する右冠動脈瘤と診断した。文献上調べた限りでは cystic medial necro-

sis を原因とする中小動脈の動脈瘤の報告は頭頸部動脈や外腸骨動脈に散見されたが、冠動脈では自験例を含めて4例のみで今後、慎重に経過観察していく必要があると考えている。

V-10 収縮性心膜炎に合併した梗塞後不安定狭心症に対する冠動脈バイパス術

金沢大学 第1外科

川 筋 道 雄 竹 村 博 文 辻 口 大 岩 喬

収縮性心膜炎に合併する不安定狭心症の治療にはいくつかの問題点がある。①PTCA は侵襲が少ないが、収縮性心膜炎のため PTCA による合併症発生時の緊急冠動脈バイパス術は困難が予想される。したがって、心膜切除術と冠動脈バイパス術の同時手術が望まれる。しかし、②心膜切除中に心筋梗塞発生の危険性があり、③心膜炎のため冠動脈の剝離同定がむずかしい。収縮性心膜炎と梗塞後不安定狭心症に対して同時手術を行った1例を報告する。

症例は 64 歳男性で、肺結核の既往があり、5年間収縮性心膜炎の内科治療を受けていた。しかし急性前壁梗塞を発症し、強力な内科治療を行っても呼吸困難、狭心痛を認め、NYHA IV度であった。PTCA は合併症発生時の対応が困難で危険と判断され外科に紹介された。

胸部X線写真では心拡大、心膜の石灰化、胸水、胸膜の肥厚を認めた。インシュリン依存型糖尿病と肝硬変を合併し、総ビリルビン値は 4.6 mg/dl であった。冠動脈造影では LAD に 90% 狭窄を認めた。肺動脈収縮期圧は 43 mmHg, RVEDP は 24 mmHg, LVEDP は 25 mmHg, 心係数は 2.2 l/min/m² であった。

術中心筋梗塞防止のため nitroglycerin の点滴静注と nifedipine の間欠的舌下投与を行った。胸骨正中切開にて心膜に達した。心膜は全周にわたり高度に石灰化し厚さは 7 mm あった。右室前面、左室前面、大血管周囲、

左室側面、右房の順に心膜の剝離を行い、結合組織および心外膜を含め3層を切除した。心臓を圧迫する必要のときには血行動態の悪化に十分に注意した。右心耳心筋と強く癒着した石灰化心膜組織は輪状に一部放置した。両側の横隔膜神経の走行部位の心膜は切除せず残した。心膜切除によって心拍出量は 2.5 l から 4.2 l へ増加した。

内胸動脈の剝離には通常の冠動脈バイパス術では開胸法を用いているがこの症例では非開胸法を用いた。Pittman 胸骨鉤を使用した。左内胸動脈の全走行に渡り左右に 1 cm ずつ離して胸壁筋膜を電気メス (50 W) でスプレー凝固した。太い肋間動脈のみクリップ止血し、細い肋間動脈は電気メス (20 W) で切離した。内胸動脈を剝離した後、パパベリンガーゼで覆った。

右房下大静脈 two-stage 脱血、上行大動脈送血で体外循環を開始した。前心室間溝と思われる心外膜脂肪組織にわずかな陥凹部を認め、ここを切開すると LAD が確認された。内胸動脈吻合は 8-0 polypropylene の連続縫合で行った。Platform 型摂子は内胸動脈を損傷せずに安全に把持できるため好んで用いている。大動脈遮断時間は 22 分、体外循環時間は 61 分であった。合併症なく手術は終了した。総輸血量は 400 ml であった。術後 15 時間で気管チューブを抜管した。術後狭心痛は消失し、心不全症状も改善した。