

第34回日本血管外科学会中国四国地方会

日 時：平成15年8月9日(土)
 会 場：今治国際ホテル(今治市)
 会 長：曾我部仁史(真泉会今治第一病院外科)

1 血管外科領域における電子化クリニカルパスの使用経験

島根県立中央病院 心臓血管外科
 中山健吾, 山内正信, 北野忠志, 津丸真一

特定機能病院でのDPC導入は、クリニカルパス使用の必要性を高めた。当院では2002年6月から本格的にクリニカルパスを電子化運用した。血管外科に関連したパスは、「腹部大動脈瘤手術」「末梢血管手術」「下肢静脈瘤手術」「PTA、DSA入院」「深部静脈血栓症」を作成しており、パス使用の経験を報告する。

パスを電子化する事により、「紙運用」に比べて、診療情報の一元管理ができるため、パスが「計画書」だけでなく、「実施確認書」になった。「パスシートから診療録」「医師から看護師」への重複記載、転記が、まったく不要なため、医療スタッフの業務軽減に有用であった。パスの解析が自動的にできるため、パスの運用状況の把握や、パス改訂の判断が容易になった。

2 左上肢急性動脈閉塞で発症した鎖骨下動脈瘤の1例

国立岩国病院 心臓血管外科
 宍戸英俊, 村上貴志, 高垣昌巳, 藤井泰宏
 杭ノ瀬昌彦

【症例】61歳・男性。【主訴】左上肢の冷感・疼痛、脈拍触知不能。【既往歴】60歳時に左上肢急性動脈閉塞症に対し血栓除去術。高血圧・高脂血症あり。【現病歴】平成15年4月11日、左前腕の冷感・疼痛が突然出現したため、当科を受診した。左上腕動脈以下末梢に血流は認めず、左上肢急性動脈閉塞症と診断した。同日、血栓摘除術を施行し血流再開を得た。【経過】画像検査で壁在血栓を伴った左鎖骨下動脈瘤を認めた。心電図は洞調律で、胸郭異常も認めず。左鎖骨下動脈瘤の血栓症が病因と考え、瘤空置(結紮)・腋窩-腋窩動脈バイパス術を施行した。術後、上肢血圧に左右差・神経症状なく、画像検査で左鎖骨下動脈瘤の血栓化を認めた。術後第5病日軽快退院した。【結語】左鎖骨下動脈

瘤の壁在血栓による急性動脈閉塞症に対し瘤空置(結紮)・腋窩-腋窩動脈バイパス術を施行し良好な結果を得たので報告した。

3 気管腕頭動脈瘤の2救命例

国立療養所香川小児病院 心臓血管外科
 吉田 誉, 菅野幹雄, 川人智久, 江川善康

気管腕頭動脈瘤は比較的まれな気管切開の合併症であるが、発症すればほぼ致命的といわれる。今回我々は、中枢神経疾患による長期臥床患者に気管切開後、気管腕頭動脈瘤を発症した2症例を経験し、救命し得たので術前の出血コントロール方法等を比較検討し若干の文献的考察を加え報告する。(症例1)7歳女児。脳出血後水頭症の患児。気管切開後7ヶ月目に気管出血を生じた。経口気管チューブおよびバルンカテーテルも併用し止血を試みた。出血コントロール良好であったため、右総腸骨動脈-右腋窩動脈バイパスを置き気管形成を行った。(症例2)16歳男児。てんかん、脳性麻痺の患児。気管切開後3ヶ月目に大量の気管出血で発症。出血コントロール不良であったため直ちに開胸し止血操作を行い、単純遮断で腕頭動脈の人工血管による再建と気管形成を行った。

4 高齢者(80歳以上)動脈瘤に対する治療

愛媛大学 第一外科¹
 二光クリニック²
 今井良典¹, 八杉 巧¹, 白井 信¹, 白川博文¹
 福原稔之¹, 小林展章¹, 大西克幸²

最近5年間に経験した高齢者(80歳以上)動脈瘤は7例、男性は3例、女性は4例であり、年齢は80~91歳、平均85歳であった。内訳は腹部大動脈瘤(AAA)3例、孤立性腸骨動脈瘤(IIAA)2例であった。AAAのうち3例は手術を拒否し、2例は4, 11ヶ月後に破裂死した。AAA 2例、IIAA 1例にYグラフト置換術を行い、内腸骨動脈瘤症例は一側は瘤切除、他側は瘤切除、再建を行った。供覧する症例は82歳女性。平成10年に狭心症

にて心カテ施行，2枝に狭窄を認めた．AAA(4.5cm)を発見されたが，手術拒否，12年(4.5cm)以降は外来へも来ていなかった．15年4月に腹痛にて受診．AAAは7cmに増大し，破裂していたが，緊急手術にて救命しえた．高齢者でも破裂の危険のある症例では手術が望まれ，厳重な経過観察が必要である．

5 馬蹄腎を合併した腹部大動脈瘤の1手術経験

川崎医科大学 心臓血管外科

久保裕司，正木久男，石田敦久，田淵 篤
濱中荘平，稲垣英一郎，久保陽司，山澤隆彦
種本和雄

馬蹄腎を合併した腹部大動脈瘤の1手術例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する．症例は64歳男性．腹痛にて発症し，近医で腹部大動脈瘤破裂の疑いにて当科紹介入院となった．腹部CTにて最大径7cmの腎動脈下腹部大動脈瘤と馬蹄腎を認め，尿路結石も合併していた．破裂でないため待機手術とし血管造影，3DCTによる術前評価を行い，明らかな馬蹄腎に伴う異常腎動脈を認めなかったため左側腹膜外到達法にて人工血管置換術を施行した．術後腎機能，全身状態良好にて退院となった．通例正中切開にて直视下で馬蹄腎とその異常血管を処理するのが多いが，今回我々は血管造影，3DCTにて明らかな異常血管が無いことから腹膜外到達法を選択した．

6 腹部大動脈瘤手術時の片側腎動脈遮断について

愛媛県立中央病院 外科

平谷勝彦，椿 雅光，森本陽介

腹部大動脈瘤(腎動脈下)の手術における中枢吻合時に，一時的片側腎動脈遮断を行った最近の連続16例について検討した．吻合はすべて腎動脈分岐下の大動脈である．中枢吻合終了後，腎血流は再開させた．腎保護は特別には何も行っていない．吻合時の一時的片側腎動脈遮断時間は，30分～55分であった．結果，術後に腎機能の有意な低下は認めなかった．腎動脈遮断に伴う合併症は経験しなかった．中枢吻合時の片側腎動脈遮断は安全に行える為，瘤が腎動脈に接している時ばかりでなく，最近では瘤頸部の吻合部にアテローム変性や石灰化病変が強い時なども，より良い吻合部を求める為に積極的に行っている．

7 下肢重症虚血を来した急性腹部大動脈解離の1例

真泉会今治第一病院 外科

脇坂佳成，曾我部仁史，戸田 茂，田中 仁
藤田 博

症例：66歳男性，受診2時間前に突然の下腹部痛と両下肢の脱力感を自覚し受診．受診時，右下肢の完全な知覚運動麻痺を認めた．術前造影所見：腹部大動脈解離を認め，末梢側への血流は極めて緩徐であった．手術所見：腹部大動脈に解離を認め，解離は右側CIAまで及んでいた．解離腔が腹部大動脈下端で真腔を圧迫して左側CIA以下の血流も阻害していた．術式：腹部大動脈の偽腔を開存させた状態でY-graftで置換した．術後経過：手術直後より両下肢血流良好となる．MNMSを合併した為，HDFを施行した．腎機能が改善してHDFから離脱し得た．術後造影：腹腔動脈レベルにentryを認め，解離腔は順行性に造影され，右腎は偽腔より環流されていた．中枢側の人工血管吻合部に問題なく，末梢に解離腔は残存していなかった．

8 Blue toe syndromeに対する手術経験

山口大学医学部 血管外科(第一外科)

秋山紀雄，斎藤 聡，大楽耕司，吉村耕一
古谷 彰，濱野公一

(症例)73歳男性．

(現病歴)2003年1月15日両足趾チアノーゼを認め近医で抗血小板剤を投与されたが改善しなかった．

(理学所見，検査)当科初診時，下肢動脈は全て触知したが，両足趾から足先にチアノーゼを認めた．ABIは右1.17，左1.0．血液凝固能に異常なかった．胸腹部CTで大動脈瘤はなかったが，腎動脈下腹部大動脈はShaggy aortaを呈していた．

(治療経過)2月17日入院し，注射薬と経口薬を併用し抗血小板療法を開始した．チアノーゼは軽快してきたが3月7日から再増悪した．保存的療法に抵抗するBlue toe syndromeと診断し3月17日腎動脈下腹部大動脈を人工血管で置換した．術後に新たなチアノーゼを認めず良好に経過した．

9 足背動脈瘤の1切除例

広島県立広島病院 一般外科

吉田 誠，福田康彦，石本達郎，香川直樹
住谷大輔，中村俊平，片山 繁，福田敏勝
松田正裕，眞 次康，眞田 修，中原英樹
田中恒夫，土肥雪彦

今回我々は極めて稀とされる足背動脈瘤の1例を経験したので報告する．症例は54歳，女性．増大傾向を

示す径約 2cm弾性軟，拍動性の右足背腫瘍を認め来院した．血管造影検査にて足背動脈瘤と診断した後，動脈瘤を摘出し一時的に血行再建を行った．

術後経過は良好で，末梢循環不全も認めていない．自験例も含め手術適応，術式について文献的考察を行う．

10 遠位腓骨動脈バイパスの一例

徳島県立中央病院 心臓血管外科
加納正志，筑後文雄，島原佑介

【目的】閉塞性動脈硬化症(ASO)による難治性潰瘍に対し，遠位腓骨動脈バイパスを行い良好な結果を得たので報告する．【対象・方法】患者は72歳，女性．64歳時，ASOに対し左第1趾切断が施行されている．その切断端に小潰瘍を生じ疼痛のため入院した．血管造影では左膝窩動脈末梢のrun off不良のため保存的治療を選択したが治療傾向を認めないため手術を施行した．超音波メスによる遠位腓骨動脈の剥離，Esmarch駆血帯を用いての血流遮断にて自家静脈を用いバイパス術を行った．【結果】潰瘍は癒着化し疼痛も軽快した．【結語】下肢難治性潰瘍に対し遠位腓骨動脈バイパス術が有効であった．またEsmarch駆血帯を用いたバイパス術は良好な手術視野を得られ有用であった．

11 糖尿病・透析患者(足趾壊死)の足関節部バイパスの1例

広島市立広島市民病院 心臓血管外科
黒川剛史，柚木継二，吉田英生，久持邦和
大澤 晋，石橋幸四郎，大庭 治

糖尿病性腎不全・透析患者症例の中に閉塞性動脈硬化症重症例がみられる．以前は初回より下肢切断術を施行していた症例も，QOLの改善・切断レベルダウンの目的にて，最近では遠位側バイパス術(足関節部バイパス)を施行するようになった．患者は65歳，男性．右第1趾の壊死があり入院した．右浅大腿動脈・膝窩動脈遠位部閉塞あり，結果的に右大腿動脈・膝窩動脈・前脛骨動脈・足背動脈バイパス術(ePTFE/SVG sequential)を施行し，minor amputationのみにて改善した．DM/CRF/ASO患者に対する治療方針は苦慮するものであり，今回の症例を提示し皆様のご意見を伺いたい．

12 末梢動脈複合病変に対するバイパス手術時，中枢側血流遮断に工夫を要した閉塞性動脈硬化症の一例

山口労災病院 外科
平田 健，八木隆治，林雅太郎，久我貴之
河野和明，加藤智栄

血流遮断にバルーンカテーテルが有効であった一例を報告する．症例は78歳，男性．20mの間欠性跛行があり，ABIは右0.47，左0.84．右総腸骨動脈閉塞，右浅大腿動脈分節の閉塞が認められた．手術は人工血管による右腸骨・大腿動脈バイパス術と，SVGによる右大腿・膝窩動脈バイパス術が予定された．後腹壁経路で総腸骨動脈に達したが石灰化のためクランプは危険と判断された．最中枢の吻合予定部に小切開を加え，6cmの長さの8mm-ePTFEグラフトを中に通した閉塞用バルーンカテーテルとテープで血流を遮断した．グラフトを宿主血管に吻合後バルーンカテーテルを抜き遮断をグラフトにかけ直し，末梢側吻合を行った．術後結果は良好で現在もバイパスは開存している．

13 放射線照射によると思われる両下肢慢性動脈閉塞症の一例

松山赤十字病院 外科
山村晋史，島袋林春，椛島 章，石川哲大
坂口善久，西崎 隆，田代英哉，松坂俊光

症例は76歳女性，40歳時に子宮癌にて広汎子宮全摘術後放射線照射の既往あり．平成8年左下肢の浮腫出現，深部静脈血栓症の診断にて近医にて抗血栓療法を開始．平成14年12月右下肢のしびれと両下肢の間欠性跛行が出現し，当科紹介．下腹部から両側鼠径部にかけて，放射線照射の影響と思われる癒着性肥厚あり．両下肢の動脈拍動を触知せず，APIは右0.54，左0.46．血管造影にて，両外腸骨動脈と左総大腿動脈の完全閉塞を認めた．平成15年1月，癒着組織を避け，左腋窩・両側浅大腿動脈バイパス術を施行．術後間欠性跛行は消失し，APIは右1.02，左0.94と改善した．放射線照射後の動脈閉塞について，若干の文献的考察を加え報告する．

14 超高齢者重症虚血肢に対して浅大腿動脈を用いて profundaplastyを行った1手術例

愛媛労災病院 心臓血管外科¹
山口大学 第一外科²
花田明香¹，白澤文吾¹，友澤尚文¹，濱野公一²

足背潰瘍を伴う重症虚血肢に対して，浅大腿動脈を用いて profundaplastyを行った1手術例を経験した．症

例は91歳男性．脳梗塞後遺症のため要全介護であった．浅大腿動脈は完全閉塞，深大腿動脈は分岐で60%狭窄をきたしていた．患側のABIは0.03であった．手術は総大腿動脈の前壁から深大腿動脈の病変部を十分に超える位置まで大腿動脈を切開し，狭窄部に対しては血栓内膜摘除を追加した．浅大腿動脈を離断して前壁に切開を加えて観音開きとし，これを利用してprofundaplastyを行った．術後のABIは0.41となった．潰瘍はほぼ治癒し，他院に転院となった．若干の文献的考察と共に報告する．

15 吻合部内膜肥厚に対する血管内治療の経験

岡山市立市民病院 外科

松前 大，柚木靖弘

目的 我々はグラフト吻合部の内膜肥厚病変に対して，血管内治療を行ったので報告する．

対象と成績 第1例は75歳，男性，大腿-前脛骨動脈バイパス(composite graft)で人工血管と自家静脈を吻合した部分，第2例は77歳，男性，大腿膝窩動脈バイパス(Dacron graft)の末梢側吻合部，第3例は48歳，男性，大腿-大腿動脈バイパス(Dacron graft)の中樞側吻合部が内膜肥厚して狭窄した．この3例に血管内治療を行った．第1例では，自家静脈の部分が裂けたために，パッチ形成術を行った．第2例では，PTAを行ったが，拡張が不十分であったので，stentを留置した．第3例では，PTAのみ行った．

考察 症例を選べば，血管内治療は，吻合部内膜肥厚にも応用できると考えたい．

16 下腿難治性潰瘍に対するbypass flapによる治療

岡山大学大学院医歯学総合研究科形成再建外科学講座

山田 潔，光嶋 勲

当科が治療対象としている難治性潰瘍とは，骨や腱などの血行のない組織が露出し自然治癒が望めない潰瘍で，多くの場合その背景にASOや糖尿病，末梢神経障害を伴う疾患など，何らかの基礎疾患があるような症例である．このような潰瘍は保存的治療に抵抗性で，植皮術も生着困難なことが多い．我々はこのような症例に対して遊離皮弁を多用してきたが，下腿動脈の閉塞を伴う慢性重症虚血肢に対しては，とくに長い血管茎を持った皮弁を利用しbypass flapとして移植することにより，潰瘍の修復とともに最長20?までの下腿の血行再建を，一期的に施行することが可能となってきた．また皮弁に筋膜を付着させたり，複数の皮弁を連結させたりすることで皮膚，血管のみならず軟部組

織の再建を行うことも可能で，今後limb salvageにおいて重要度を増してくる手法であると思われる．

17 パーチャー病の難治性潰瘍に対し末梢血幹細胞移植を施行した1例

川崎医科大学 胸部心臓血管外科

森田一郎，正木久男，石田敦久，田淵 篤

久保裕司，山澤隆彦，稲垣英一郎，濱中荘平

種本和雄

症例は68歳男性．1980年発症のパーチャー病で，両側腰交切，左大腿切断，右第3，4，5趾切断の既往があった．平成14年5月頃より右下腿外顆部に潰瘍が出現し，近医で薬物療法，高圧酸素療法が施行され，外顆部潰瘍は軽快したが，内顆部，第1趾，足底部に潰瘍出現，疼痛悪化のため，11月1日当科紹介入院となった．精査の結果，手術可能な血管は残存しておらず，末梢血幹細胞移植を12月4日に施行した．術後1ヶ月で疼痛軽快し，術後2ヶ月で潰瘍も殆ど治癒したが，2月26日に総胆管結石発作が出現した．その後手術となり，創悪化するが，術後4ヶ月で創治癒し退院した．

18 慢性期DeBakeyIIIb型大動脈解離に対するステントグラフト治療について

徳島大学 循環機能制御外科

市川洋一，北市 隆，富永崇司，神原 保

黒部裕嗣，浦田将久，北川哲也

慢性期IIIb型大動脈解離に対してS-G内挿術を施行し，いずれもS-G部内膜亀裂から限局性再解離を併発した2例を経験したので治療・問題点について検討を加えて報告する．症例1は57歳の女性．造影CTにてDAA(IIIb)を認め，保存的治療を施行されていたが拡大傾向のために発症6年目にS-G内挿術を施行．術後12ヶ月後に背部痛が出現し，造影CTにてS-Gの遠位部に再解離を認め，緊急でS-G摘出+人工血管置換術を施行した．症例2は63歳の男性．IIIb型逆行性解離を発症後，S-G内挿術を施行した．術後6ヶ月後のCTにてS-Gの遠位部に再解離を認めたために，再度，S-G内挿術を追加した．2症例とも狭小真腔に対して過大なS-G内挿が再解離の原因と思われた．

19 脾動脈塞栓併用胸腹部大動脈ステントグラフト内挿術の1例

山口県立中央病院 外科

岡 和則, 善甫宣哉, 八木隆治, 中藤嘉人
森内博紀, 入江 真, 須藤隆一郎, 縄田純彦
倉田 悟, 中安 清, 江里健輔

症例は68歳, 女性. 2003年2月言語障害で近医に入院, 脳梗塞と診断された. CT検査で径65mmの胸腹部大動脈瘤と径60mmの弓部大動脈瘤と診断された. 血管造影で横隔膜上より上腸間膜動脈(SMA)上20mmまでの

状動脈瘤を認め, 脾動脈は動脈瘤下端より, 肝動脈はSMAより分岐していた. 先に胸腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術を行うこととし, 脾動脈を金属コイルで塞栓後にステントグラフトをSMA直上まで内挿した. Endoleakなし. 弓部置換予定である.

20 全身状態不良な大動脈気管支瘻に対する血管内治療の1例

呉共済病院 心臓血管外科¹

同 循環器内科²

青木 淳¹, 毛利 亮¹, 平位有恒², 蓼原 太²
辻山修司²

大動脈気管支瘻(ABF)は予後不良な疾患で, 近年血管内治療が行われている. 今回我々が経験した症例は, 82歳女性, 糖尿病・高血圧・脳梗塞(左半身麻痺)・虚血性心疾患, ペースメーカー植込を受けている. 2003年1月4日転倒し, 11日後少量の喀血, その2日後大量の喀血を生じ受診. CTにてABFと診断され, 緊急で左大腿動脈からステントグラフトを留置した. 術後, 凝血塊による無気肺のため3日間挿管を要したが, 術後23日目に退院した. しかし, 退院後21日目よりspike feverが生じ再入院し, CTにて左下葉の無気肺と肺炎像を認めた. 抗生剤を投与したが効果なく, 再入院後5日目に大量喀血のため死亡した. 剖検ではステントグラフト部の出血は無く, 左下葉膿瘍からの出血であった. ABFに対する血管内治療は緊急時の処置としては有用であったが, 感染などの合併症の可能性があり, 慎重な経過観察と場合によっては外科治療が必要と思われる.

21 大動脈縮窄症術後仮性動脈瘤に対し, カテーテルおよび外科手術による2期的治療を施行した1例

愛媛大学医学部 第二外科

高野信二, 今川 弘, 浜田良宏, 角岡信男
河内寛治

27歳, 男性. 5歳時に大動脈縮窄症の診断にて, patch

angioplasty(Woven Dacron), 11歳時に仮性大動脈瘤の診断にて人工血管置換術(Intervascular 18mm)を施行. 今回, 喀血を主訴に当科受診し, CTにて中枢側, 末梢側両側の吻合部仮性動脈瘤を指摘された. 末梢側吻合部の動脈瘤からの出血が喀血の原因と判断. 2度の左開胸術の既往による強度の癒着, 末梢側吻合部に対する緊急性を考慮し, まず右大腿動脈よりアプローチし, 下行大動脈(末梢側吻合部)にステント留置. CTにてleakのないことを確認した後, 2期的に胸骨正中切開にてステント併用弓部大動脈(中枢側吻合部)人工血管置換術を施行した.

22 複数回手術を要したMarfan症候群の2例

愛媛県立中央病院 心臓血管外科

横山雄一郎, 富野哲夫, 佐藤晴瑞, 長嶋光樹
堀 隆樹, 中田達広, 齋藤博之

複数回手術を行ったMarfan症候群の2例について検討を行った. 1例目は45歳女性. 18年前に胸部下行置換術を施行, その翌年に大動脈基部置換術を行った. ついで9年前に胸腹部置換術を施行し, 今回, 残存した大動脈弓部の瘤化に対し弓部全置換術を行った. 2例目は40歳男性. 7年前に腹部大動脈瘤に対しY-graft置換術, 3年前に胸部下行置換術を行った. 今回, Stanford A型解離に対し大動脈基部置換+上行弓部全置換術を施行した. Marfan症候群は, 心大血管病変が広範囲にわたって進行し, 外科手術を複数回必要とする場合がある. 最近では正中切開においては大動脈基部置換+上行弓部全置換術を1期的に施行する方針としている.

23 IIIb型大動脈解離, 大動脈基部拡大, 大動脈弁僧帽弁閉鎖不全症に対して僧帽弁置換, Bentall手術, 弓部から下行大動脈まで全置換したマルファン症候群の1例

鳥取県立中央病院 心臓血管呼吸器外科

谷口 巖, 森本啓介, 丸本明彬, 足立洋心
山家 武

39歳女性. 増悪するAR, とMR, 大動脈基部拡大とIIIb型慢性大動脈解離. 母がマルファン症候群で急死. 著明な胸椎右側弯症とこれによる右下葉気管支の圧迫により肺炎を繰り返していた. 大動脈基部は直径60mmと拡大, 胸部下行大動脈は左鎖骨下動脈末梢にentry, 下行大動脈中央と腎動脈部下方にre-entryがあった. MR(III)AR(III). これに対して胸骨正中切開と左前側方切開にて僧帽弁置換とBentall, 上行弓部下大動脈全置換を行い良好な結果を得たので報告する.

24 外傷性胸部大動脈損傷の一治験例

広島大学病院 第一外科

望月慎吾, 岡田健志, 今井克彦, 菅原由至
河内和宏, 渡橋和政, 末田泰二郎

多発外傷による胸部大動脈損傷に対して外科治療を行い良好な結果を得たので報告する。症例は57歳, 女性。平成15年4月11日交通事故(正面衝突)のため近医に搬送された。右踵骨骨折, 左大腿骨頭骨折の他に胸部レントゲンで両側血気胸, 縦隔陰影の拡大を認め, CTを施行した。瘤化した腕頭動脈にフラップ様陰影を認めたため急性大動脈解離を疑われて, 両側胸腔ドレナージ後, 当科に緊急入院した。限局性の腕頭動脈解離と考え, 下肢骨折の治療を先行させながら, 保存的に経過観察していた。しかし徐々に瘤径が増大するため, 5月2日に手術を行った。腕頭動脈は起始部で全周性に断裂し, 内膜は弓部大動脈内に引き込んでいた。腕頭動脈断裂による仮性瘤形成であった。左鎖骨下動脈起始部にも内膜断裂を認め, 弓部全置換術を行った。

25 遠位弓部大動脈瘤に対する左開胸下手術の問題点

徳島赤十字病院 心臓血管外科

福村好晃, 坂東正章, 速水朋彦, 濱本貴子
坂本宣弘, 大谷享史, 下江安司

遠位弓部大動脈瘤に対する超低体温循環停止法を用いた左開胸下手術を1996年から現在までに14例施行した。その内, 2例に慢性期の弓部大動脈瘤の出現に対する再手術を要し, 1例を手術合併症にて失ったので, その術式の問題点について検討する。再手術例は74歳と62歳の男性。高本法を用いて遠位弓部大動脈を人工血管にて置換し術後は問題なく経過したが, 弓部大動脈に大動脈瘤の出現を認め, 両者とも28ヶ月後に胸骨正中切開下に順行性脳灌流法を用いて全弓部置換術を行い良好に経過した。手術死亡例は69歳の男性。遠位弓部大動脈置換に用いた1分枝付き人工血管からの再灌流直後に心電図変化とともに心収縮能の著明な低下を認め, 術翌日LOSにて失った。3例とも, 術前より存在した弓部大動脈の粥状硬化性病変が原因であった可能性が高い。現在当施設では胸骨正中切開下の全弓部置換術を原則としているが, 上記の問題点回避の点でも妥当でより安全と考える。

26 慢性腎不全を合併した下行大動脈瘤急速拡大の一例

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科

南 一司, 畑 隆登, 津島義正, 吉鷹秀範

症例は73歳男性。平成15年上腹部痛出現, 発熱, 炎症反応上昇あり。胃切後であり, 吻合部潰瘍として近医にて加療をうけていた。加療経過中に最大径4.5mm下行大動脈瘤を認め, 約2週間後に5.5cmへ急速拡大したため当科紹介となった。CT上血栓閉鎖型大動脈解離(De Bakey III a)と診断。発熱, 炎症反応は遷延し, さらに2週間後最大径が6cmへ拡大したため, 4月24日準緊急に手術を行った。手術は左第5肋間開胸でアプローチ, F-F bypass部分体外循環下に下行大動脈置換を行った。肺癒着が激しく, また動脈瘤は内膜が不明瞭で壁は性状不良, 多量の壁在血栓を認め, 術中所見から解離は認めず, 真性瘤あるいは炎症性大動脈瘤を疑わせた。術前よりCcr11mg/dlと慢性腎不全を合併しており術後は透析導入となったが, その他の経過は順調で仮性動脈瘤形成もなく独歩退院した。病理所見では炎症性動脈瘤は否定的であった。壁在血栓の豊富な真性大動脈瘤の急速拡大した一例を経験した。

27 右胸腔内への出血を認めた胸腹部大動脈瘤破裂の2例

高知赤十字病院

来島敦史, 泉 敏, 田埜和利

右胸腔内への出血を認めた胸腹部大動脈瘤破裂の2例を報告する。症例1: 71歳女性。腹痛を訴え近医入院。呼吸状態の悪化と右側胸水の増加を認めたため胸腔穿刺を施行したところ血性胸水を認めた。当院搬送後のCTで径7cmの胸腹部大動脈瘤と縦隔および右胸腔内への出血を認めた。緊急で部分体外循環下に人工血管置換術を施行した。症例2: 71歳女性。腰痛を訴え近医受診。当院搬送後のCTで右側優位の胸水貯留と一部に造影剤の流出を伴う径5cmの胸腹部大動脈瘤を認めた。緊急で部分体外循環下に人工血管置換術を施行した。術中の右胸腔ドレナージにて血性胸水の流出を認めた。胸腹部大動脈瘤の右胸腔内への破裂は非常に稀であるが, 早期に診断し血行動態が悪化する前に手術を行うことで救命が可能であった。

28 感染症心内膜炎に続発した感染性腹部大動脈瘤の1例

岡山大学大学院医歯学総合研究科 心臓血管外科
中井幹三, 三井秀也, 森本 徹, 栗山充仁
立石篤史, 佐野俊二

患者は67歳男性。平成12年から多発性動脈炎のためステロイド剤を内服していた。平成14年6月11日, 全身倦怠感, 発熱で当院内科に入院し, 精査の結果, 感染性心内膜炎・大動脈弁閉鎖不全症および感染性腹部大動脈瘤と診断された。血液培養では, 肺炎球菌が検出された。心不全が悪化したため, 6月21日大動脈弁形成術を行った。7月10日, 感染性腹部大動脈瘤に対して, 瘤切除・ePTFE人工血管を用いたin situ再建および大網充 を行った。瘤は左腸腰筋内へ穿破し仮性瘤を形成していたため, 人工血管の左脚は右小骨盤腔から膀胱前面を迂回し, 左総大腿動脈へ吻合した。術後1年目で, 感染の再燃や仮性瘤発生は無く, 経過は良好である。

29 腰椎穿通をきたした炎症性腹部大動脈瘤の1例

鳥取大学医学部 器官再生外科学
佐伯宗弘, 中嶋英喜, 上平 聡, 竹本直明
金岡 保, 松田成人, 石黒真吾, 應儀成二

腰痛が高度の腹部大動脈瘤では, 腰椎穿通の可能性があり, さらに炎症性変化を伴う場合には感染性動脈瘤も考慮する必要がある。症例は75歳, 男性。2002年7月頃より腰痛, 便秘が出現し, 軽快しないため近医を受診した。超音波検査で腹部大動脈瘤を指摘され, 入院となった。既往歴にSLEがあり18年間ステロイド内服中であった。精査の結果, 最大径70mmの炎症性腹部大動脈瘤と診断され, 9月30日手術を行った。瘤壁は陶器様に白く硬く肥厚していた。瘤壁を切開すると, 大動脈後壁に約10mmの類円形の壁欠損部が2ヶ所あり, 血腫を除去するとその背面の腰椎に穿通していた。Y型人工血管にて動脈瘤を置換した。術後経過は良好で腰痛も消失した。

30 リファンピシン浸漬グラフトを用いて再手術を行った人工血管感染の1例

川崎医科大学 胸部心臓血管外科
田淵 篤, 正木久男, 石田敦久, 濱中荘平
稲垣英一郎, 久保裕司, 久保陽司, 山澤隆彦
種本和雄

今回われわれは末梢血管領域の人工血管感染に対してリファンピシン浸漬人工血管を用いて再手術を行い, 良好に経過した1例を経験したので報告する。

患者は56歳, 男性。24年前から血液透析を受け, 1996年6月に両側総腸骨動脈閉塞に対して左腋窩 - 両側大腿動脈人工血管バイパス術を施行したが, 1ヶ月後に人工血管感染をきたし, 摘出を余儀なくされた。以後外来経過観察していたが, 症状進行あり入院した。手術を考慮するが, 大動脈の石灰化が著明で右前腕に内シャントあり, 前回と同一経路での再建を要し, 再感染の可能性もあるため, ニットダクロン人工血管 (Gelsoft) 10×8mmを0.1%リファンピシン生食200mlに約30分間浸漬した後, 左腋窩 - 両側大腿動脈バイパス術を施行した。術後炎症所見なく, 経過は順調であった。

31 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染性仮性動脈瘤破裂の一例

高松赤十字病院 心臓血管外科
野中道仁, 中山正吾, 石田 治

症例は76歳女性。透析時の胸痛があり, 精査にて冠動脈に有意狭窄を認めた。右大腿動脈より冠動脈形成術を施行したが, 穿刺部に発赤及び拍動性腫瘍が出現し, 膿からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌が検出された。出血を来し, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染性仮性動脈瘤破裂の診断にて手術は施行した。腫瘍内に膿貯留を認め, 右大腿動脈は前壁から側壁にかけて約2cmにわたり欠損していた。自家静脈パッチを用いて再建した。術後, 縫合部から2度の出血を来したが, 周囲組織を補強的に用い止血した。また開放創に対して強酸性水による洗浄を繰り返し, 肉芽新生により完治した。現在, 術後約1年が経過するが感染徴候は認めず, 創治癒は良好である。

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染性仮性動脈瘤破裂は重篤であり, 治療に難渋するが, 今回自家静脈パッチによる再建にて完治し得た。若干の考察を加えて報告する。

32 急性大動脈解離症 (Stanford B) に伴う腸管虚血症例

広島市立広島市民病院 心臓血管外科
石橋幸四郎, 柚木継二, 吉田英生, 久持邦和
黒川剛史, 大澤 晋, 大庭 治

急性大動脈解離 (Stanford B) による腸管虚血は診断・治療方法に苦慮することがある。2000年より当院救命センター入室患者のうち急性大動脈解離症Stanford Bに伴う腸管虚血症例は2例であった。内1例は保存的に加療し軽快したが, 今回腸管切除・バイパス術を必要とした1例を経験したので報告する。患者は48歳男性。

突然の背部痛・腹痛にて発症し救命センターへ入室した。結果的に発症17時間目に開腹したところ小腸壊死を認め、小腸切除・一期的機能的端-端吻合、脾動脈-上腸間膜動脈バイパス術を施行した。

33 上腸間膜動脈瘤に対し瘤切除分枝再建術を行った一例

国立病院呉医療センター 心臓血管外科
片山 暁, 井原勝彦, 野村文一, 吉龍正雄
片山桂次郎

【症例】症例は68歳男性。主訴は腹部腫瘍。

【手術所見】上腹部正中切開でアプローチ。瘤は最大径6センチ。SMA根部を剥離、動脈瘤から分岐している分枝をテーピング。SMA根部を遮断した後瘤切開、大腿動脈から動脈血を脱血、右結腸動脈にカニューレを挿入しポンプにて送血灌流。SMA本幹は6mmの人工血管にて置換、人工血管末梢は空腸動脈に吻合。大伏在静脈を人工血管に側々吻合したのちループ状に回し、空腸動脈の枝を2本、回結腸動脈、右結腸動脈の合計4本の枝を順次再建、灌流した。

【考察】動脈瘤自体から分枝が分岐している上腸間膜動脈瘤において、人工血管と大伏在静脈を用いて瘤切除分枝再建術を行い良好な結果を得た。

34 Vein-Covered Stent Graftにより経皮的治療した上腸間膜動脈瘤の一例

広島市立安佐市民病院 心臓血管外科¹
同 循環器内科²
許 吉起¹, 石原 浩¹, 内田直里¹, 住吉辰朗¹
小澤優道¹, 土手慶五², 中岡浩一², 加藤雅也²
竹本博明², 羽原誠二², 長谷川大爾²

上腸間膜動脈瘤に対しVein-Covered Stent Graftにより経皮的治療した一例を経験したので報告する。症例は69歳男性。腹痛精査中CTにて上腸間膜動脈瘤(19mm)を認めた。橈側皮静脈によるVein-Covered Stentを用いたステントグラフト内挿術を施行した。

著変なく経過し、術後造影にて異常を認めなかった。

35 生体肝移植における門脈再建の検討

広島大学医学部 第二外科
田代裕尊, 大段秀樹, 板本敏行, 日野裕史
時田大輔, 原 秀孝, 尾上隆司, 石山宏平
満田 裕, 井出健太郎, 浅原利正

広島大学医学部付属病院で施行した生体肝移植症例の門脈再建について検討した。平成15年5月までの成人肝移植レシピエントは31例であった。門脈再建はドナー、レシピエント門脈を端端吻合とし、2点支持にて

連続で吻合した。また、昨年よりVCSクリップを用いた吻合(4点支持としクリップを全周性に掛け血流再開後、改めて血管縫合糸を全周性に掛ける)も行っている。この2つの吻合法にて術後の門脈内の血栓など大きな合併症は認めていないが、VCSクリップを用いた門脈吻合においては、有意な吻合部狭窄(CT画像にて確認)は少なく、また吻合時間も短縮することが可能であった。VCSクリップを用いた吻合は、迅速で安全な吻合と考えられた。

36 当院における肺血栓塞栓症の検討

津山中央病院 心臓血管外科
金岡祐司, 児島 亨

最近3年間に当院で経験した急性肺血栓塞栓症は19例であった。10例は院内発症で2例は他院入院中であり、院外発症は7例であった。女性17例、男性2例であった。院内発症は整形外科術後が4人と最も多かった。他院からの搬送は腹腔鏡下手術後1例、精神科からの搬送が1例であった。院内発症は1例を失ったが残りの9例はPCPSを使用した1例を含めて救命しえた。来院時心肺停止であった2例(他院よりの搬送1例、院外発症の1例)を失った。9例にtPA、9例にウロキナーゼを投与した。2例にPCPSを使用した。

生存例16例のうち9例に下大静脈フィルターを挿入し、1例は下大静脈から右房に続く大きな血栓を人工心肺を用いて摘出した。

37 血管内エコーが有用であった腸骨静脈血栓症に対するステント治療の1例

愛媛労災病院 心臓血管外科¹
山口大学医学部 第一外科²
白澤文吾¹, 花田明香¹, 友澤尚文¹, 濱野公一²

患者は49歳、女性。5年前に左下肢のDVTを発症し、以後度々下肢の腫脹と疼痛を繰り返していた。腸骨静脈造影で、発達した側副血行路と腸管ガス像のために、正面像、側面像の2方向でステント留置部位の位置決めが出来なかった。そこでIVUSを用いて腸骨静脈腔内を観察したところ狭窄部位を的確に判断できたため、IVUSと透視の併用下にステント留置部位を決定した。狭窄病変に対して径8mm、全長40mmのPalmaZ Stentを留置した。静脈圧引き抜き曲線では、狭窄病変の前後での圧較差は留置前の5mmHgから留置後は1mmHgに低下していた。現在外来通院中であるが、下肢の腫脹も軽減し経過良好である。

38 上大静脈合併切除により血行再建を要した胸腺悪性腫瘍の2手術例

島根医科大学 循環器・消化器総合外科

本田 祐, 佐々木哲也, 山下輝夫, 橋本幸直
遠藤真一郎, 清水弘治, 岩田智則, 仁尾義則
樋上哲哉

上大静脈(SVC)への腫瘍の浸潤により, 同血管の合併切除ならびに血行再建を要した胸腺悪性腫瘍の2例を経験したので報告する。症例1: 63歳, 女性。検診の胸部X線で異常陰影を指摘され, 精査の結果より前縦隔腫瘍と診断し手術を施行した。腫瘍は右肺上葉およびSVCと無名静脈の合流部で浸潤を認め, 浸潤型胸腺腫と診断し合併切除を施行した。SVCと無名静脈はそれぞれePTFEグラフトによる血行再建を行った。症例2: 65歳, 男性。前胸部痛を主訴に当科受診。CTにて胸骨後面, 肋骨, 心, 右肺上葉に浸潤する前縦隔腫瘍を認め, 針生検の結果, 胸腺癌と診断された。放射線照射施行後に手術を行った。腫瘍のSVCへの浸潤を認めたため, 症例1と同様にSVC合併切除およびePTFEグラフトによる血行再建を行った。

39 下肢深部静脈血栓症(DVT)を契機に発見された後腹膜腫瘍症例の検討

国立浜田病院 心臓血管外科¹

島根医科大学 第一外科²

岡田 稔¹, 加藤一平¹, 浜崎尚文¹, 本多 祐²

当科にて下肢DVTと診断され, 精査にて後腹膜腫瘍を発見された5症例の検討を行った。5例中4例は男性で, また4例で左下肢腫脹が受診契機であった。3例が悪性リンパ腫(ML), 1例が悪性繊維性組織球種(MFH), 1例が後腹膜繊維症であった。ML・MFHの各1例ずつで動脈再建を要する手術を施行したので, 手術方法を中心に, 若干の文献的考察を加えて報告する。