

**PB-45.****心臓腫瘍に対する外科治療の検討**

(八王子・外科学第二)

○前田光徳, 小長井直樹, 矢野浩巳, 伊藤幹彦,

松丸泰介, 工藤龍彦

(外科学第二)

石丸 新

(八王子・病院病理部)

望月 眞

【目的】原発性心臓腫瘍はまれな疾患であり, その発生頻度は全剖検例の0.001~0.28%である. 今回, 当科にて11年間に経験した8例の心臓腫瘍について検討した.

【対象】過去11年間に手術を施行した心臓腫瘍8例を対象とした. 男性3名, 女性5名, 平均年齢62.8±8.0歳(51~72歳)であった. 全例良性腫瘍であり, 左房粘液腫6例, 左室粘液腫1例, 右房脂肪腫1例であった.

【結果】術式は, 左房粘液腫に対して, 全例完全体外循環下にて右房切開後, 両心房縦切開法を用いた心房中隔合併切除, 腫瘍摘出術を行った. 左室粘液腫は, 部分体外循環下にて左室切開法による心室中隔合併切除, 腫瘍摘出術を施行, 右房脂肪腫は, 部分体外循環下右房切開による心房中隔合併切除および腫瘍摘出術を行った. 平均手術時間は261±74.3分, 平均心肺時間90.3±30.9分, 平均大動脈遮断時間66.6±25.9分であった. 全例術後経過良好であり, 手術周術期死亡も認めなかった.

【総括】心臓腫瘍の70%は良性であり, そのうち粘液腫が約40%, 脂肪腫が約20%である. 粘液腫のうち左房に発生するものが75%, 右房が20%程度であり, 左室に発生するものは日本では14例の報告しかない. 心腔内腫瘍は, たとえ良性であっても塞栓症や血流障害を起こす可能性がある. 良性腫瘍の手術死亡率は5%以下といわれており, 完全に摘出すれば根治できるため, 早期に外科治療を行う方が良いと考えた.

**PB-46.****MIDCAB・胸部大動脈ステントグラフト挿入術の麻酔経験**

(麻酔科学)

○小林義昭, 志村和政, 今井清子, 濱野裕子,

野口 将, 西山隆久, 飯塚 亨, 渡辺省五,

一色 淳

【はじめに】今回, 狭心症と胸部下行大動脈瘤を合併した症例のMIDCAB, ステントグラフト内挿術の麻酔を経験した.

【症例】78歳, 男性. 現病歴: 平成8年よりAPにて近医follow up中, TAA診断され, 手術目的で当院外科紹介入院となる. 既往歴: 特記すべき事はないが, 冠危険因子として喫煙歴あり. 術前検査所見: 血液生化学検査上異常なし. 冠動脈造影では, Seg 6に75%, Seg 7に75%, Seg 11に90%の狭窄を認め, 3枝病変と診断された. 腹部大動脈造影では胸部下行大動脈に径58mmの大動脈瘤を認めた.

【麻酔経過】手術前日に硬膜外電極を挿入し, 脊髓誘発電位を確認した. 入室後体外式除細動パドルを貼布し, プロポフォール, フェンタニル, ベクロニウムにて導入, 維持を行った.

まずMIDCABが施行された. 手術開始前より冠動脈拡張薬として, ニトログリセリン・ニコランジル・ジルチアゼムの持続投与を開始した. 左内胸動脈剝離の間, 右片肺換気を行った.

術中の心電図, 動脈圧, 肺動脈圧, 心拍出量, 経食道心エコーでの左室壁運動に著明な変化はみられなかった.

次に, 胸部下行大動脈にステントグラフトが挿入された. 挿入時は適宜セボフルラン・血管拡張薬を併用し血圧をコントロールした. 挿入前後において脊髓誘発電位の変化はなかった.

手術終了後ICUに入室し, 第2病日一般病棟に転床し, 第24病日に独歩退院した.

【考察】MIDCABでは冠動脈遮断中の心筋虚血の防止が重要であり, 適切な麻酔深度と心筋酸素消費量を増大させないことが必要となる. 虚血性変化があれば速やかな対処が必要であり, 本症例では大きな変化はみられなかったが, PCPSも準備しておく必要があると思われる.