

性因子を同定するための家族内での遺伝子検査の重要性を強調している。

4. 橈骨動脈を用いた冠動脈バイパス

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

島原 佑介

橈骨動脈は、内径は約3 mm、薄い内膜と有窓性の内弾性板をもち、厚い中膜はほぼ平滑筋で占められ、*vasa vasorum* は中膜に達していない筋型動脈である。日本での CABG におけるグラフトとしては約3%しか使用されていないが、海外のガイドラインでは、高度狭窄病変には大伏在静脈よりも有効であり、LITA-LAD に続く非 LAD 領域への最適なグラフトとされている。実際の CABG での橈骨動脈グラフトを使用する際の spasm 予防方法や、グラフトデザインについて紹介する。

5. 川崎病性冠動脈疾患に対する再冠動脈バイパス手術の経験

(東京医科大学)

橋本 葵妃、島原 佑介、本多 爽
鈴木 隼、岩堀 晃也、藤吉 俊毅
岩橋 徹、福田 尚司

19歳、男性。路上で倒れているのを発見され当院救急搬送となった。6歳時に川崎病性巨大冠動脈瘤に対して CABG (LITA-LAD) を施行、18歳時には負荷シンチにて LAD・RCA 領域に広範囲の虚血を示していたが、本人の都合で CAG は延期されていた。当院救急搬送後も Vf 継続し除細動抵抗性であったため、VA-ECMO 下で緊急 CAG したところ、前回の LITA-LAD の吻合部に狭窄がみられた。経皮的バルーン血管形成術にて再開通が得られたが、吻合部の吻合部の解離を認め、再度バルーン形成を施行した。Vf はおさまったが、血圧低下しており Impella 挿入した。その後、ECMO、Impella とともに離脱できたが、SPECT で LAD、RCA 領域に虚血を認め、再 CABG 4箇所を施行した。術後経過は良好で、WCD 装着し術後18日目に退院となった。3か月後、Vf 予防目的に S-ICD 植え込みを行い、現在問題なく日常生活を送っている。川崎病性冠動脈疾患に対する CABG は、術後吻合部狭窄などによるグラフト不全が発生し、致命的となる場合がある。定期的なフォローアップと、虚血が疑われる際には、先延ばしせず速やかに検査および治療を考慮する必要がある。

6. 肝性脳症を合併した Child-Pugh C 肝硬変患者の収縮性心膜炎に対する心内膜剝離術

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

甲斐 瑠聖、島原 佑介

症例は大酒家の75歳男性。コロナワクチン接種後しばらくして呼吸困難で前医を受診。心嚢液貯留、心膜炎、肝硬変と診断された。内科治療後に退院するも3ヶ月後、6ヶ月後に心不全入院。収縮性心膜炎、肝硬変 (Child-Pugh 11点、non-B non-C) と診断され治療的に当院へ転院。内科治療を行い、一時はカテコラミンを離脱するも、意識障害が出現し、肝性脳症 (アンモニア 170) となった。カテコラミン再開により肝性脳症は改善傾向ではあったところで胸骨正中切開オフポンプ心膜剝皮術、両側胸水ドレナージを施行した。術後循環動態は安定、カテコラミンを離脱でき、術後の右心カテーテルでは中心静脈圧は低下し心拍出量は増加、肝機能は改善した。Child-Pugh C の患者に対する心臓手術の成績は不良であるが、収縮性心膜炎による心原性うっ血が肝障害の一因となっている場合には、手術により症状改善が期待できることが示唆された。

7. CTEPH に対する PEA: BPA と薬物治療を加えたハイブリッド治療の有効性

(東京医科大学 心臓血管外科)

鈴木 隼、本多 爽、藤吉 俊毅
岩堀 晃也、岩橋 徹、福田 尚司
島原 佑介

【背景】慢性血栓栓性肺高血圧症 (CTEPH) に対する治療は肺動脈内膜摘除術 (PEA) が根治的であり、最近では正確な病態の把握、手術手技の向上、経験の蓄積により国内外において PEA の成績は著しく向上している。また、近年の経皮的肺動脈形成術 (BPA) や薬物治療も著しく発展してきており、有効性が報告され注目されている。当院では PEA 周術期に BPA および薬物治療を併用するハイブリッド治療を行っておりその成績に関して検討する。

【対象】2012年2月から2022年12月までにCTEPHに対しPEAを施行した計140例(61.4±12.9歳、男:女60:80)について検討した。

【結果】140例のPEA施行症例のうち、術前BPA施行例は22例で、術後BPA施行例は48例であった。術前にBPAを施行する事で平均肺動脈圧: BPA前51.3±6.4 → BPA後39.9±8.1 mmHg、肺血管抵抗: 795±218 → 654±323 dynes・sec・cm⁻⁵と改善し周術期リスクを回避でき、PEA後遺残PHに対し術後BPAを施行することで平均肺動脈圧: BPA前26.4±8.5 → BPA後22.0±6.1 mmHg、肺血管抵抗: 368±211 → 247±251 dynes・sec・cm⁻⁵と改善を認めた。また術前より肺高血圧薬が導入されていた症例は73例で、術後52例

で肺高血圧薬を離脱し、21例で術後内服を再開し、新規導入は4例であった。PEA後の病院死亡率は0.8%と良好で、術後BPAおよび肺高血圧薬内服により良好なQOLが得られている。

【結語】PEAの術前に肺高血圧薬導入やBPA行うことで手術のリスク回避でき、術後遺残PHに対し術後BPAおよび肺高血圧治療薬の内服によりさらなる治療効果が期待できる。