

(MB48) と上昇していたが胸痛なく、心電図、心エコー上も有意な変化を認めなかった。翌日前胸部誘導でT波の陰転を認めた。慢性期冠動脈造影にて前下行枝 #7 に完全閉塞を認めPCI 施行した。

【まとめ】 急性期心電図変化を伴わない高齢女性の急性心筋梗塞の2例を経験したので報告する。

4. VASOVIEW を用いた内視鏡下橈骨動脈グラフト採取の有用性

(心臓外科) 西田 聡、安田 保、菊池祐二郎
金森 太郎、伊藤 茂樹、渡邊 剛

【目的】 橈骨動脈は冠動脈バイパス術において重要なグラフトであるが、その採取にはグラフトの長さとはほぼ同等の皮膚切開を伴う。内視鏡による新しい採取法は小切開で可能であり、患者にとって有用な方法であると考えられるが、その有用性についてはまだ報告されていない。そこで我々は、VASOVIEW を用いた内視鏡下橈骨動脈採取の有用性を検討した。

【方法】 対象はCABG 症例のうち、VASOVIEW を用いて橈骨動脈を採取した25例。年齢は53歳から79歳で平均66歳。男性23例、女性2例。VASOVIEW はポート、フレキシブルシザー (バイポーラー電気メス)、消息子、ディセクションカニューレからなる内視鏡下血管採取システムである。採取方法は、まず手関節近位部に約2.5 cm の小切開をおき、橈骨動脈を露出する。ヘパリンを投与し、前腕をエスマルヒ帯で脱血した後、上腕のターニケットを250 mmHg で加圧する。次にポートを挿入し、送気口より二酸化炭素を吹き込みながら、ディセクションカニューレで橈骨動脈を鈍的に剝離していく。橈骨動脈を十分に剝離し枝のみとなったところで、消息子を挿入する。ツール用ルーメンよりフレキシブルシザーを挿入し、枝を切離していく。このとき動脈本幹を消息子に内蔵されたアームで固定しながら行う。前腕中枢側に小切開を加え、モスキートを挿入し、橈骨動脈を把持する。フレキシブルシザーで橈骨動脈を切離し、中枢側断端は皮膚より引き出し、結紮する。末梢側切開部より橈骨動脈を引き出し、結紮、切離する。最後にターニケットをゆるめ止血を確認し、出血があればフレキシブルシザーで止血を行う。

グラフト採取時間、採取グラフト長、合併症、術後血管造影によるグラフト開存度を評価した。また内視鏡下採取法と従来の採取法を同時に施行した6症例に対し、術後満足度を評価するため患者本人に従来の方法を5点として、内視鏡下採取の満足度を10点満点で評価してもらった。

【成績】 平均グラフト採取時間は62分、平均ターニケット時間は51分であり、平均採取グラフト長は16.8 cm であった。術後合併症は、1例に前腕部の血腫を認めた。術後満足度は従

来の採取法5点に対して内視鏡下採取法は平均7点と高値であった。術後グラフト造影では1例に閉塞を認め、早期開存率は96%であった。

【結論】 内視鏡下橈骨動脈採取は患者を満足させるのに十分な方法であり、今後スタンダードな手術となる可能性は十分にあると考えられる。

5. ニアミス後に Brugada 症候群発症例と診断し ICD 植込み施行した一例

(八王子・循環器内科)

大井 邦臣、松本 知沙、永田 拓也
加藤 浩太、吉田 雅伸、相賀 護
木内信太郎、会沢 彰、高橋 英治
生天目安英、森島 孝行、喜納 峰子
小林 裕、高澤 謙二

症例は55歳男性、生来健康。H17年7/14 テレビ鑑賞中に突然痙攣を5分程認め、救急車で近医脳外科に搬送。来院時意識清明、頭痛、嘔気なく明らかな脳局所症状を認めなかった。家族と共に廊下で待つ際、再び痙攣発作起こしその後呼吸停止。心電図上VF認め直ちにCPR開始し、DC施行(計6回)、1時間後洞調律(完全右脚ブロックタイプ)に復帰、その後当院に搬送。入院後3日間の低体温療法、続いて計10回の高気圧酸素療法施行。BMIPP、TI心筋シンチではCoronaryの走行と一致しないInfero-PosteriorのHypoperfusion認めた。加算平均心電図にてLp陽性、運動負荷心電図ではrecoveryにてV1V2誘導でST上昇みられた。冠動脈造影では有意狭窄なし、EPSでは右室心尖部期外2連刺激でVF出現認められ、ピルジカイニド負荷試験でCRBBB波形のV1誘導でcoved typeのST上昇認めBrugada症候群と診断しICD植込み施行(class I適応)。術後経過良好で退院、社会復帰となった。

6. 広範囲胸部大動脈瘤に対するステントグラフトを用いたハイブリッド治療の一例

(血管外科)

内山 裕智、岩橋 徹、桑原 淳
小出 研爾、楨村 進、小泉 信達
横井 良彦、川口 聡、小櫃由樹生
重松 宏

症例は68歳、女性。平成3年より大動脈炎症候群と診断されプレドニン10 mgの内服治療中、上行弓部瘤:70 mm、胸部下行瘤:60 mmの広範囲胸部大動脈瘤の診断にて入院となった。まず上行弓部瘤に対して、5/9 外科手術(全弓部置換術+エレファントランク法)を施行した。術後経過良好で続いて胸部下行瘤に対し5/31ステントグラフト内挿術を行った。下行瘤は横隔膜近傍まで存在していたため、対麻痺を回避する

ため硬膜外電極を挿入し一時留置型ステントグラフトを用いた ESP モニターにて脊髄虚血評価を行い、虚血が生じないことを確認した後、永久型ステントグラフトを留置した。術後対麻痺も認めず結果良好で/退院となった。ステントグラフトを

用いた治療は手術侵襲が少ないため。侵襲の大きい外科手術の比較的早期でも施行可能であり、これらを組み合わせることによって、広範囲な動脈瘤の治療が短期間・低侵襲で可能となった。