(東女医大誌　第46巻　第9号)
(頁　831～836　昭和51年9月)

最近3年間における心疾患合併患者の婦人科手術について

東京女子医科大学産婦人科教室（主任：大内廣子教授）

松峯（マツミネ） 寿美（ヒサミ）・石川（イシカワ） 千鶴（チズ）・松村（マツムラ） 章子（アヤコ）・
三輪（ミワ） 治子（ハルコ）・岩本（イワモト） 絹子（キヌコ）・野上（ノガミ） 敬子（ケイコ）・
斉藤（サイトウ） 洋子（ヨウコ）・講師 黒島（クロシマ） 淳子（アツコ）

（受付　昭和51年6月21日）

はじめに

一般に諸種の合併症を有する患者の手術は，麻酔および手術の risk が増加する場合が多い．特に，合併症が心疾患である場合は high-risk で術中はもちろんのこと，術前・術後にも特別の管理が必要である．

著者らは，心疾患合併患者の婦人科手術に関して，3例の症例を報告し，また，昭和48年6月より昭和51年5月までの過去3年間の手術例をまとめたので，若干の考察を加える．

症　例

症例1． 白○と○子，40歳，主婦

診断： 子宮筋腫，膣前壁腫瘤，心室性期外収縮．

主訴： 外陰部腫瘤，子宮筋腫の精査希望．

妊娠・分娩歴： 23歳，27歳時に満期正常産．28～31歳に人工妊娠中絶4回．

既往歴： 38歳頃より不整脈に気付くも放置．

現病歴： 39歳より外陰部腫瘤に気付く．近医にて，膣壁腫瘤および子宮筋腫の診断を受け，当科を紹介され来院．上記診断名にて入院．

入院時所見および経過

体格中等度，脈拍不整，血圧 120～70mmHg，聴診上肺に異常なく，心雑音も認めず．触診上，腹部に異常所見認めず．内診上，膣前壁に鳩卵大腫瘤を触知．子宮は前傾前屈，超鵞卵大．硬度硬．

胸部はレ線上．特記すべきことなし．

心電図上，心室性期外収縮による二段脈を認む（図1）．

この症例は，心室性期外収縮が頻発し，二段脈があらわれていることを重視し，術前に麻酔医と共同でアミサリン経口投与およびキシロカイン，アミサリン経静脈投与を行い，期外収縮がどの程度抑制されるかを観察した．心電図で示した如く，アミサリン投与およびキシロオイン投与により，いずれの場合も期外収縮発生頻度の減少をみた（図2）．このため，アミサリン，キシロカイン共，期外収縮に対する抑制効果ありと判定し，術中，頻発した場合は，これらによつて抑制するという前提のもとに手術を施行した．

麻酔は挿管による全身麻酔で，術式は腹式子宮単純全摘出術および膣前壁腫瘤核出術，手術時間

Hisami MATSUMINE, Chizu ISHIKAWA, Ayako MATSUMUAR, Haruko MIWA, Kinuko IWAMOTO, Keiko NOGAMI, Yohko SAITO, Astuko KUROSHIMA, Department of Obstetrics and Gynecology (Director: Prof. Hiroko ŌUCHI) Tokyo Women's Medical College: Clinical observation of gynecologic surgical cases complicated by cardiac diseases in three years.

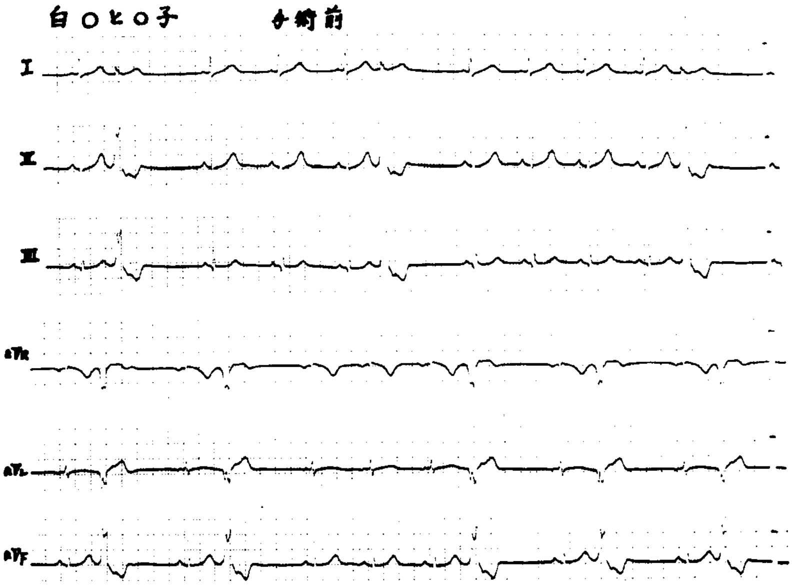

図1　第1例

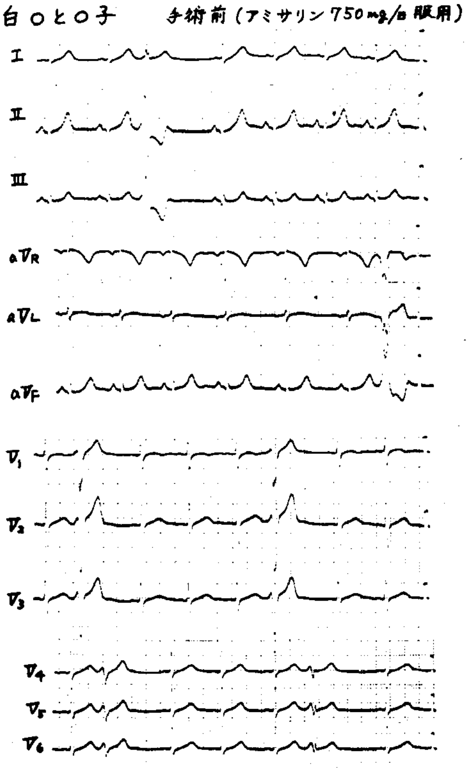

図2　第1例

60分．失血量 200ccで順調に終了．術後経過も良好であつた．

症例2．新○文○，50歳，主婦．

診断：子宮筋腫，大動脈弁閉鎖不全症，僧帽弁狭窄症．

主訴：月経過多．

妊娠・分娩歴：22歳，24歳，満期正常産．27歳～30歳，人工妊娠中絶2回．

既往歴：25歳に大動脈弁閉鎖不全症と僧帽弁狭窄症の診断をうけ，以来，投薬治療をうけていたが，45歳に心不全発作を起している．

現病歴：48歳頃より月経が過多で生理痛もひどいため来院．上記診断名にて入院．

入院時所見および経過

体格中等度，脈拍整，血圧 160～90㎜Hg．聴診上，肺に異常なし，心尖部におよび右第二肋間に心雑音聴取．触診上，腹部恥骨結合上3横指に腫瘤の上縁を触れる．内診上，子宮は前傾前屈，手拳大，硬度硬．

胸部レ線上，左第1，第2弓の突出，肺野に軽度の肺紋理増強を認めた．

心電図上，完全右脚ブロックを認む（図3）．

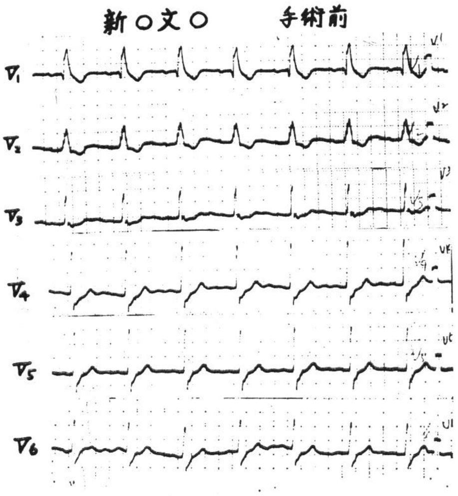

図3　第2例

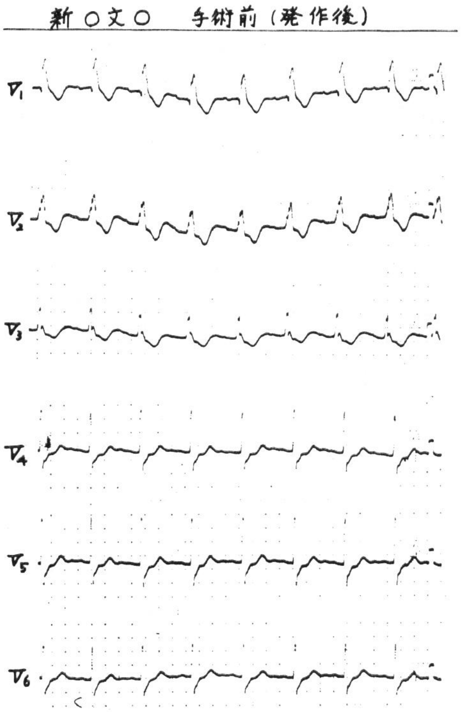

図4　第2例

入院後，ジギトキシン，ペルサンチン，ダイタロトライドを内服させ，術前諸検査中，入院後8日目に強度の胸痛発作を起した．心電図上（図4）．右脚ブロックに加えて ST-T の低下を認めたため，ニトログリセリン投与し経過観察す．入院後26日目に手術施行．麻酔は挿管による全身麻酔で，術式は腹式子宮単純全剔出術．手術時間50分．失血量 230ccで，順調に終了．術後経過は良好．

本症例は，既往に心不全があり，入院中も心不全を起したためジギタリゼーションを行い，心不全徴候の充分な軽快をみた上で手術を施行した症例である．

症例3．加○一○，50歳，主婦．

診断：子宮筋腫．僧帽弁狭窄症，左心室瘤．

主訴：月経過多および月経困難．

妊娠・分娩歴：22歳，24歳，満期正常産．26〜38歳，人工妊娠中絶3回．

既往歴：30歳で虫垂切除術．

37歳の時，僧帽弁狭窄症の診断をうけ，現在まで，定期検診と治療に通院中．

現病歴：数年来の過多月経と月経困難を主訴に当科受診．上記診断名にて入院．

入院時所見および経過

体格中等度．脈拍整．血圧 120〜80mmHg．聴診上は肺に異常なく，心尖部に心雑音聴取．触診上では腹部に特記すべき所見なし．

内診上で子宮は前順前屈．超鵞卵大，硬度硬．胸部レ線上は左第2弓突出，肺野に中等度の肺紋

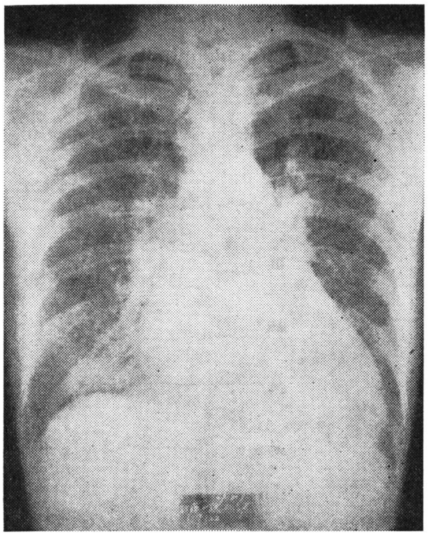

図5　第3例

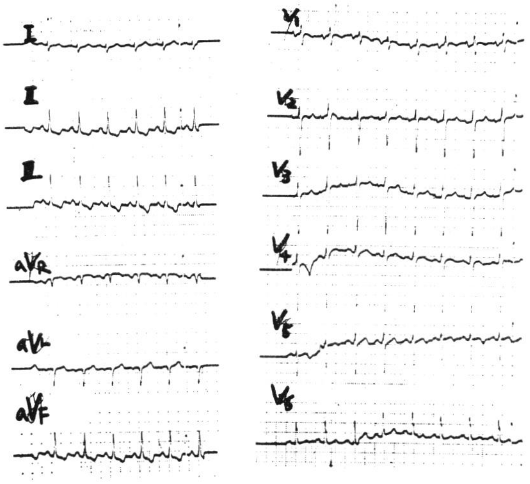

図6　第3例

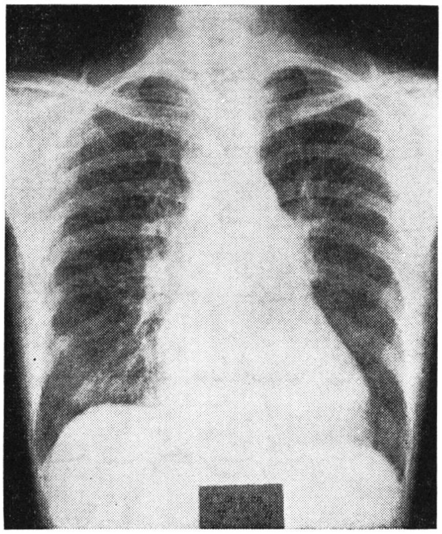

図7　第3例

埋の増強を認む（図5）．

心電図上は左軸偏位で時計方向回転，ＳＴ低下，Ⅱ，Ⅱ，aVF 誘導上でT波の逆転，ＱＲＳ高電位と左心室肥大および高度の心筋障害を認む（図6）．

上記の所見から，婦人科的手術と心臓手術のどちらを先行するかの決定に迷い，本学心臓血圧研究所において，左心室造影および，心臓カテーテル検査を施行．カテーテルでは，Pulmonalartery の Wedge Pressure 19mmHg/min（正常値5～8 mmHg/min)，Cardiac output 3，24l/min（正常 4.0l/min)，左心室造影では左心室の Paradoxycal Movement と Aneurysma の存在を認めた重症なる所見であつた．このため，まず心臓手術が先であると決定．心臓血圧研究所にて，僧帽弁交連切開術および左心室瘤切除術を施行した．心臓手術々後の経過は順調で，心カテーテルによると，Pulmonary Artery の Wedge Pressure 7.5mmHg，Cardiac Output 3.96l/min とほぼ正常値となり，左心室造影でも心室瘤の消失を認めた．心電図（図7），及び胸部レ線（図8）上も明らかに改善している．そこで，全身状態の回復を待つて，

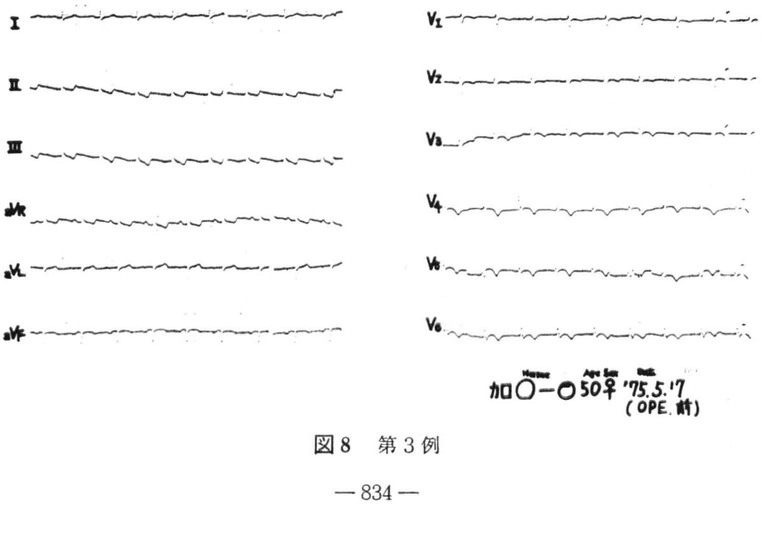

図8　第3例

当科における手術を施行．麻酔は挿管による全身麻酔で，術式は腹式子宮単純全摘出術，手術時間48分，失血量 200ccで順調に終了．術後は体液バランスをややドライサイドにおき，ジゴキシン維持量投与により経過良好であつた．

考　按

当教室では，学内に心臓血圧研究所を併設しているため，心疾患を合併した産婦人科患者が多く，昭和48年6月より昭和51年5月までの3年間においても，婦人科手術総数 818例中，心疾患合併例33例（4.03%）と高率をしめす．心疾患の種類は，表1に示す如く，先天性心疾患6例（18.1%），弁膜症（心臓手術を受けていないもの）11例（33.3%），弁膜症（心臓手術をうけているもの）9例（27.2%），冠動脈硬化症2例（6.1%），不整脈5例（15.1%）となつている．

表1　心疾患合併手術例

総　数			33例	%
内訳	先天性心疾患		6	18.1
	弁膜症	術　前	11	33.3
		術　後	9	27.2
	冠動脈硬化症		2	6.1
	不　整　脈		5	15.1

手術時の麻酔は全例が挿管による全身麻酔で，主として笑気50%・酸素50%の混合ガス吸入下で施行された．手術は全例共に順調で，術中，術後の偶発事故発現は1例もなかつた．

心疾患の既往を有する患者では，術前管理の面から心疾患の種類と心予備力が問題となる．特に心疾患のうちで，チアノーゼを伴う症例および心不全の既往のある患者の場合には特別の注意が必要である．

症例1の場合で特に問題とすることは，不整脈の存在であるが，一般に，不整脈の存在はそれのみでは手術の禁忌とはならない．しかし，これに高度の心筋障害や心不全の状態を伴つた場合のみ問題となる．したがつて，心電図上，低電位差，ST-T 低下，心筋硬塞，上室性および心室性期外収縮でも特に頻発性ないし多元性のもの，頻拍性心房細動，発作性頻拍症，房室ブロックの2度および3度，左脚ブロックなどの所見が重要であり，更に，これらの変化が二つ以上混在している場合には特に注意を要するとされている．

管理方針は，婦人科手術を必要とする心疾患患者は，術前，早期に入院させ，安静，食塩制限を行い，心臓専門医と共同で心電図および胸部レ線による観察のもとにジギタリゼーションおよび必要ならば利尿剤の投与を行う．また，心疾患の種類，例えば，期外収縮の時は何の薬剤の投与によりこれを抑制し得るかなどを試験投与してみる．症例2は胸痛発作にニトログリセリンの投与により症状軽快することを知り，手術を施行した．症例3は，心臓手術を優先し，その後に婦人科手術を行ない好結果を得た．

このように，心臓血管系の安定した状態の時期に麻酔医と相談の上，手術を施行する．手術時の注射事項は手術時間の短縮，失血量を極力少なくすることはもちろん，麻酔管理の面からは，エーテル，チオペンタン，クロロホルム等の心筋に対する抑制作用を持つ物質を使用しないこと，酸素供給量を確認し，ひいては，冠動脈中の酸素濃度を維持する．また，サクシン使用により起り易い低カリウム血症に注意することが必要であろう．

こうして，心疾患々者の手術に際しては，婦人科医だけでなく，麻酔科医，心臓専門医との緊密な連絡のもとに，術前管理を行ない，患者の既往歴および状態を徹底的に把握し，かつ評価し，その防備の弱いところを充分に補強した後，はじめて手術に踏み切れば，手術は他の合併症のない場合と同様に行なわれ，手術侵襲に良く耐え，順調な手術経過が保証され，おのずと治癒率も向上する．

ま と め

心疾患を合併せる患者の婦人科手術について3例の症例報告を行い，併せて過去3年間の統計をもとに術前・術後の管理の重要性について簡単な考察を行なつた．

（擱筆するにあたり，ご指導，ご校閲を賜わりました大内広子教授に深謝致します．）

参照文献

1) **松尾博司・他**：診断と治療 47（7）1140（1972）
2) **小山晋太郎・他**：診断と治療 47（7）1165（1972）
3) **渋谷　実**：診断と治療 47（7）1185（1972）
4) **村尾　誠**：心肺機能の基礎と臨床　真興交易医書 69頁．
5) **Keating, V. et al.:** Anesthetic Accidents, Year Book Publishers, Lloyd-Luke, Ltd., (1961) p. 37