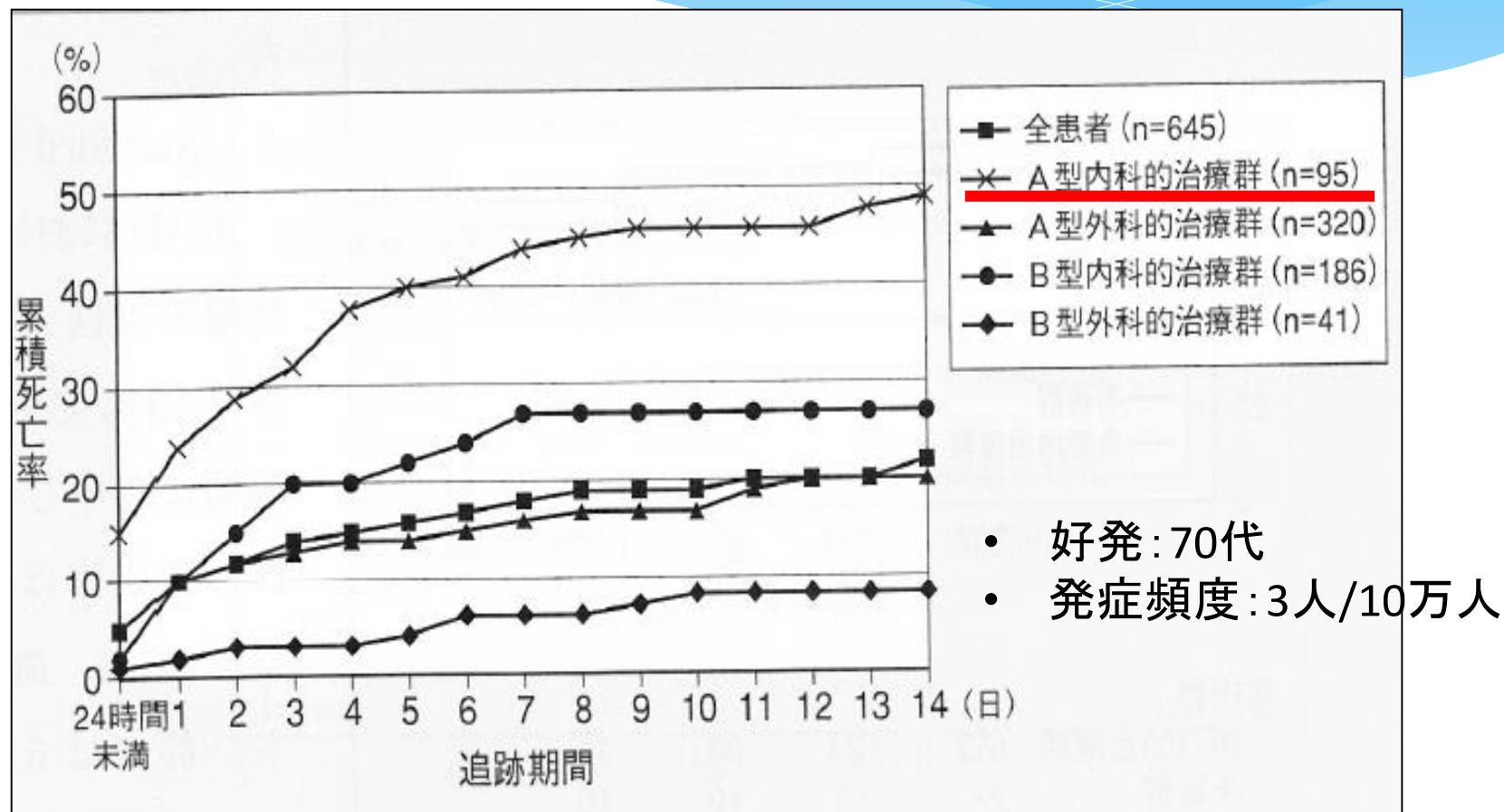


大動脈解離の診断

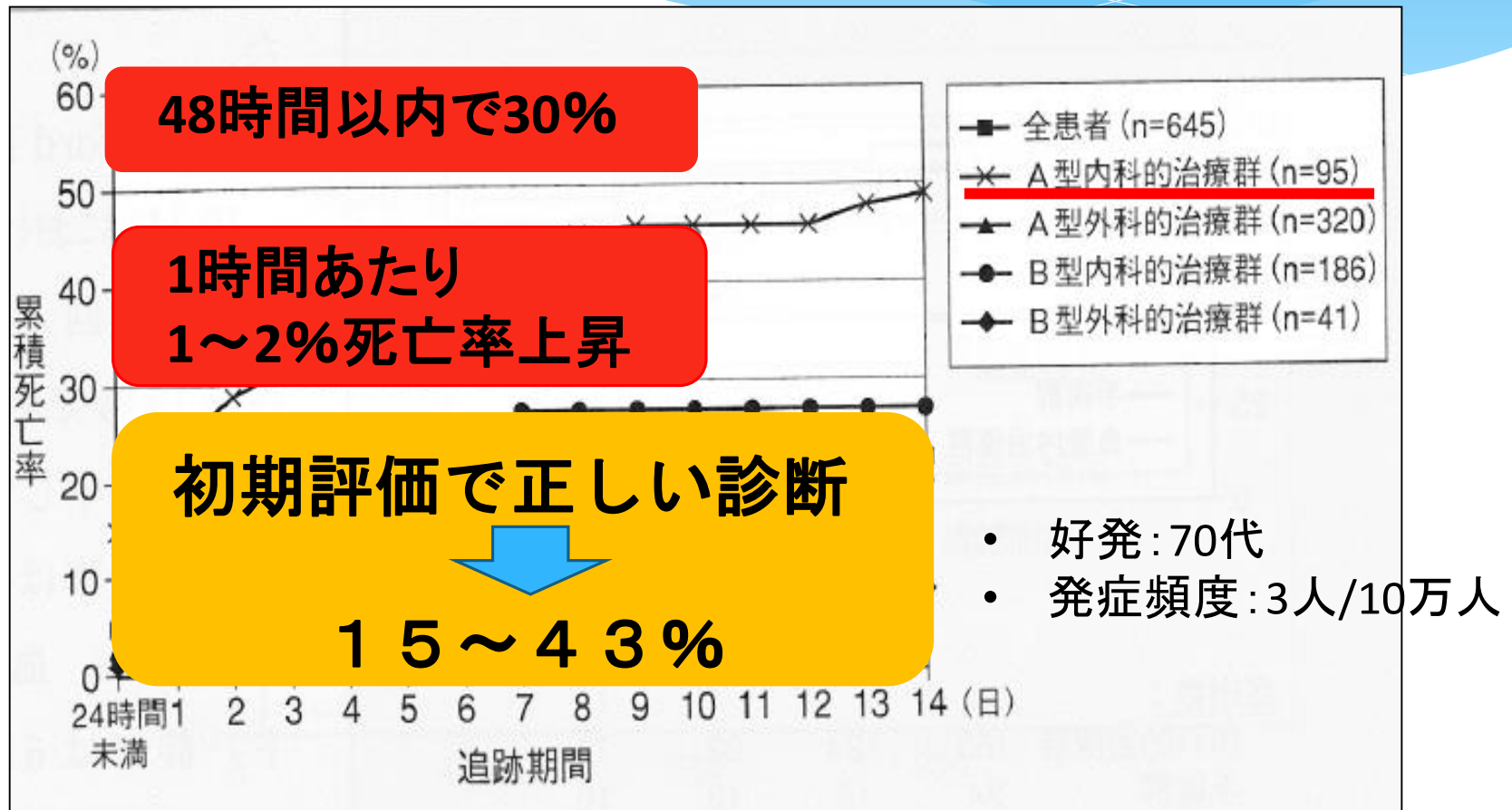
2年目研修医

若狭麻衣

はじめに



はじめに



症例①：87歳 女性

◆主訴

背中・前胸部の疼痛、嘔吐

◆現病歴

2015年4月中旬より労作時に胸部圧迫感を自覚し、近医にて心電図フォローされていた。5月11日に胸部不快感・咳嗽を認め近医受診。5月12日起床時より、胸部不快感が持続し嘔吐したため脳外科を受診された。心エコーで上行大動脈の拡大を認め、大動脈解離疑いにて当院に紹介搬送された。

症例①：87歳 女性

◆既往歴

2005年：PCI for RCA

2005年：腹部大動脈瘤 人工血管置換術施行

◆家族歴

特記事項なし

◆嗜好歴

喫煙：25歳～10本/日×10年間 現在は禁煙している

飲酒：なし

現症

◆ JCS0

◆ 現症

BT : 36.1°C

BP : 右上肢 126/76mmHg

左上肢 128/84mmHg

HR : 84回/min

SpO₂ : 92% (room air)

呼吸音 : 清、ラ音なし

心音 : 整、雑音なし

両側橈骨・足背動脈 : 触知良好、左右差なし

四肢冷感なし

腹部 : 平坦、軟、圧痛なし

血液検査

<一般生化>

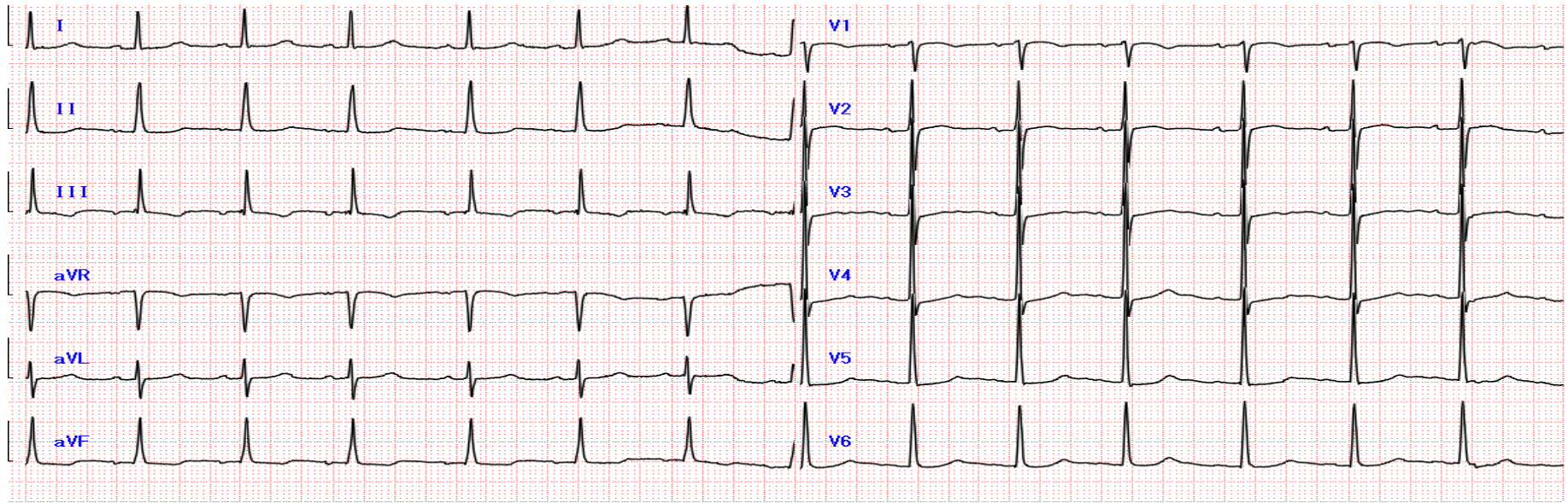
CRP	2.0	mg/dl
BUN	22.2	mg/dl
Cr	1.25	mg/dl
T-bil	0.7	mg/dl
D-bil	0.2	mg/dl
GOT	29	U/l
GPT	17	U/l
γ-GTP	14	U/l
ALP	233	U/l
CPK	48	U/l
LDH	240	U/l
Na	140	mmol/l
K	4.5	mmol/l

Cl	103	mmol/l
TG	141	mg/dl
FBS	139	mg/dl
HbA1c	5.5	%

<血算>

WBC	10000	/μl
RBC	343	x10 ⁴ /μl
Hb	10.4	g/dl
MCV	90.1	fl
MCH	30.3	pg
MCHC	33.7	%
Plt	17.5	x10 ⁴ /μl
CK	48	
CK-MB	7.4	
NTproBNP	793.3	
H-FABP	(+)	
トロポニンT	0.033	
D-D	21.7	

1 2誘導心電図



洞調律、ST変化なし

胸部 X p



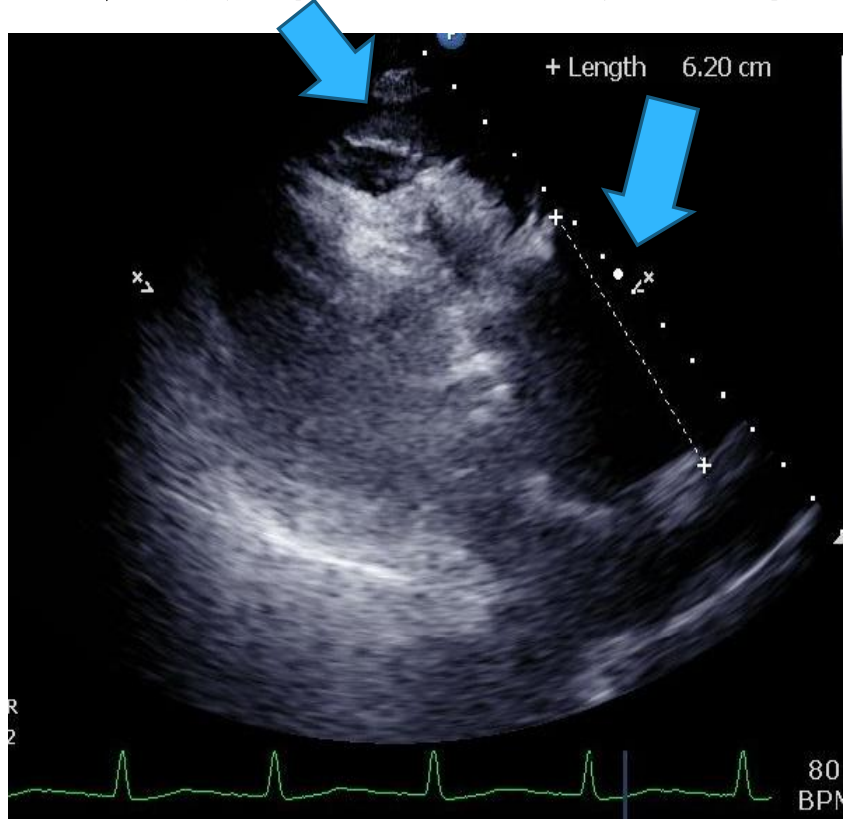
CTR: 63%

縦隔の拡大

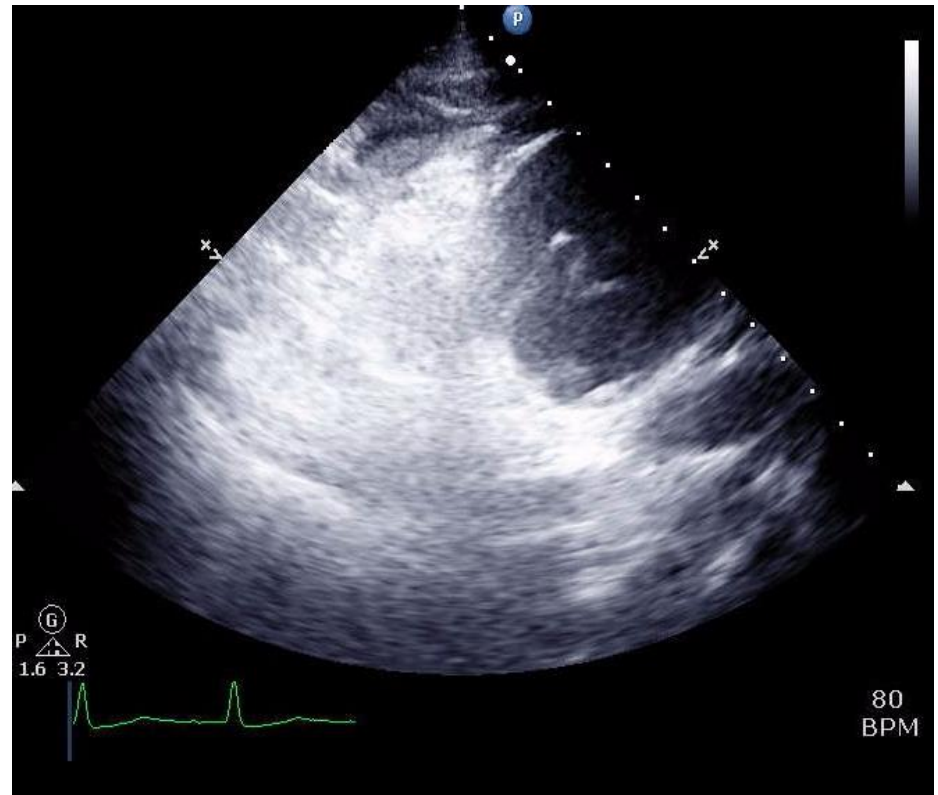
肺野の透過性低下

経胸壁心エコー

心嚢液貯留・上行大動脈の拡大



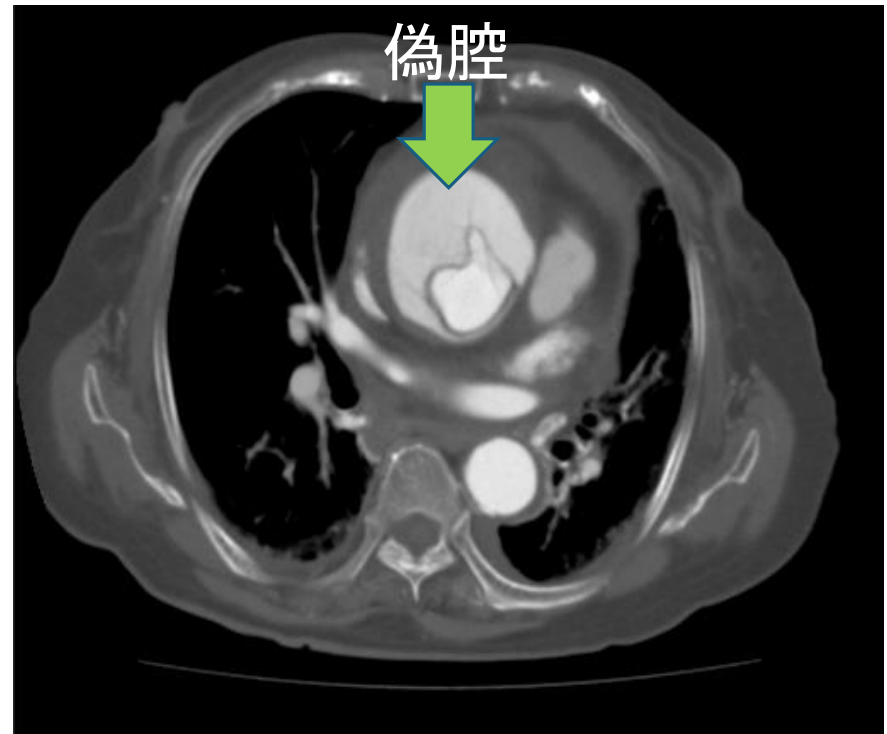
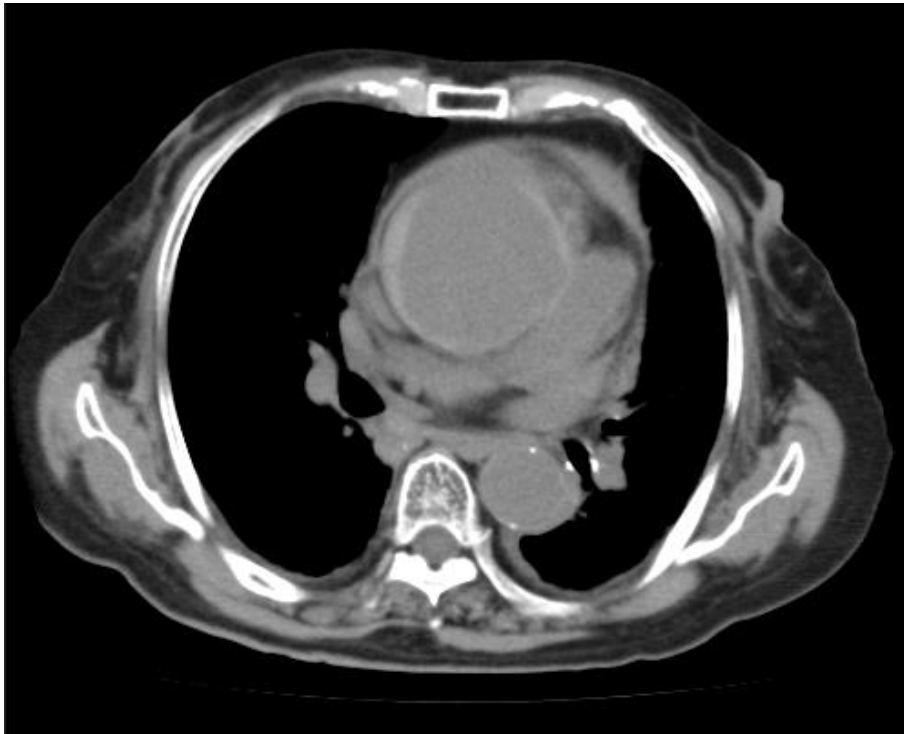
内膜フラップ



胸腹部 C T

単純 C T

造影 C T



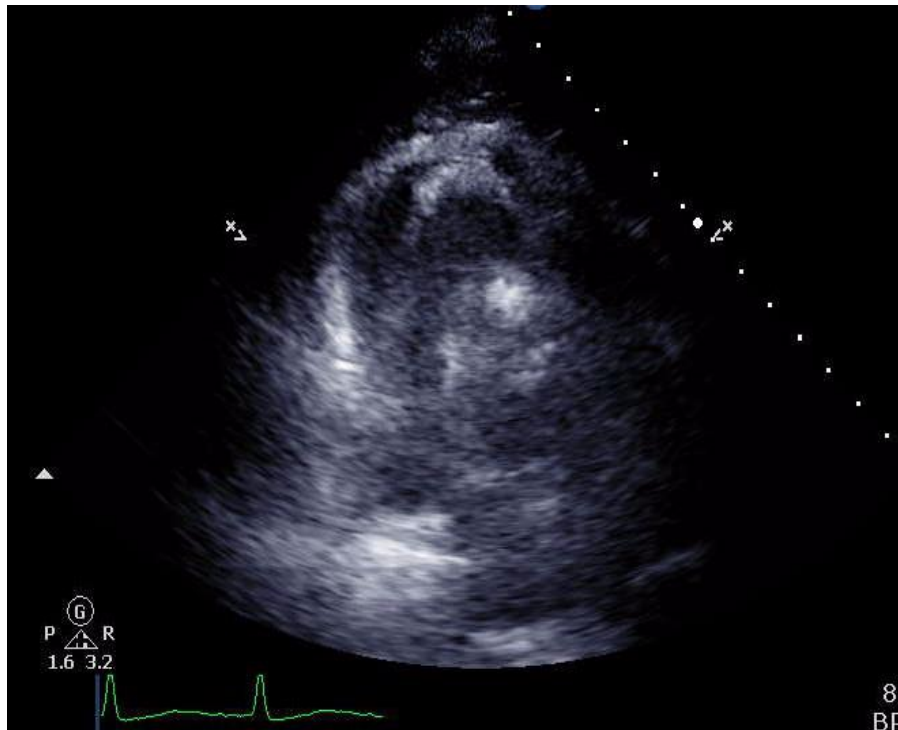
内膜フラップ
偽腔内も造影され血流を確認

胸腹部 C T

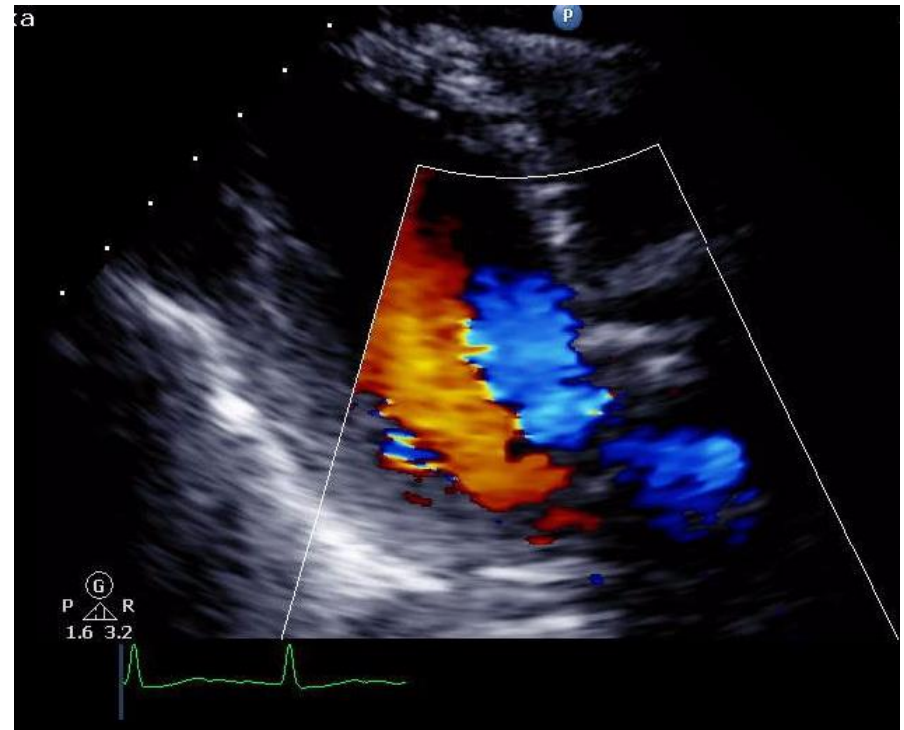


経胸壁心エコー

大動脈弁の石灰化



有意なARなし



診断

- * 大動脈解離

Stanford A型/DeBarkey I 型
偽腔開存型

- * 大動脈弁狭窄症（二尖弁？）

経過

- * ニカルジピン持続投与開始し、血圧90～120台を目標にコントロールした。
- * 本人の手術の同意が得られず、ひとまず保存的に治療を行う方針となった。
- * 翌日、同意がとれたため、外科的治療を行った。

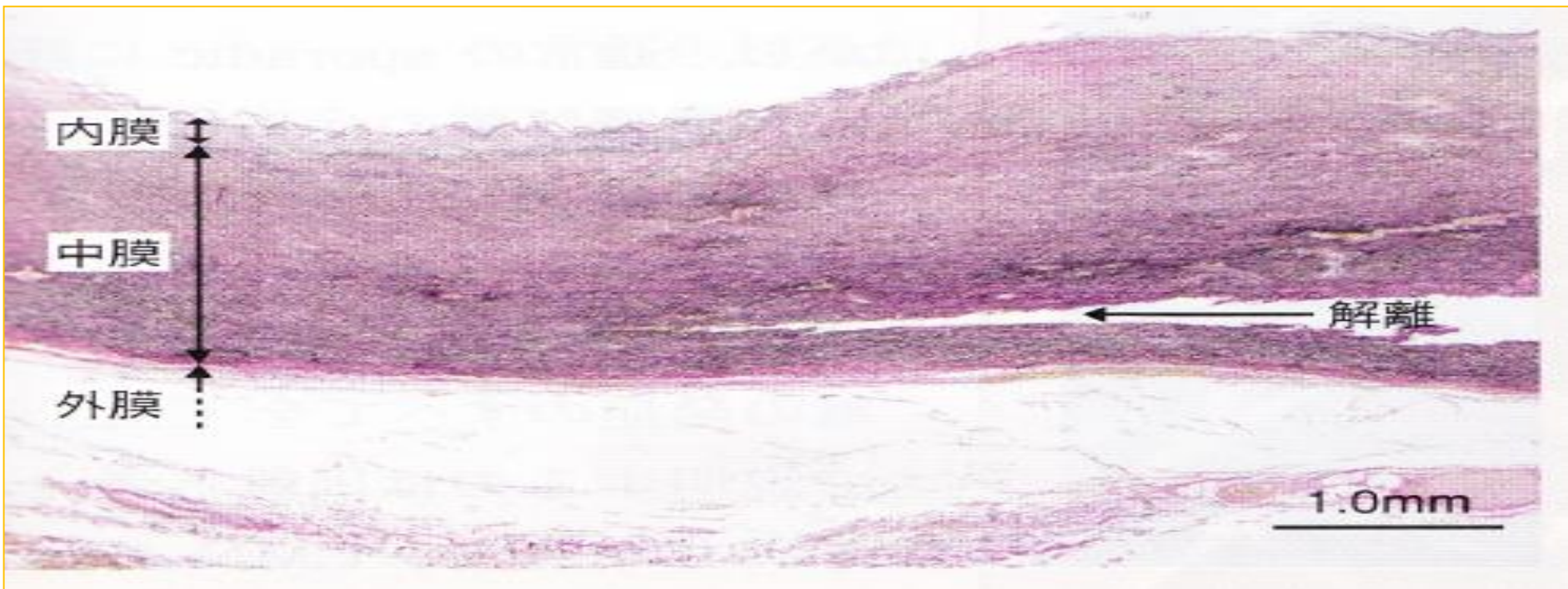
手術

大動脈弁置換術+上行大動脈置換術

- ◆ 中等量の暗赤色の心嚢液貯留
- ◆ 大動脈弁は2尖、石灰化による強い硬化あり。
- ◆ 第1枝直下約1cmの部分にentryを認め、大動脈の3/4周解離。

大動脈解離とは

「大動脈壁が中膜のレベルで2層に剥離し、動脈走行に沿ってある長さを持ち二腔になった状態」



分類

◆病期

発症 4 8 時間以内 → 超急性期
2 週間以内 → 急性期
2 週間以降 → 慢性期

◆解離の範囲

Stanford分類
DeBakey分類

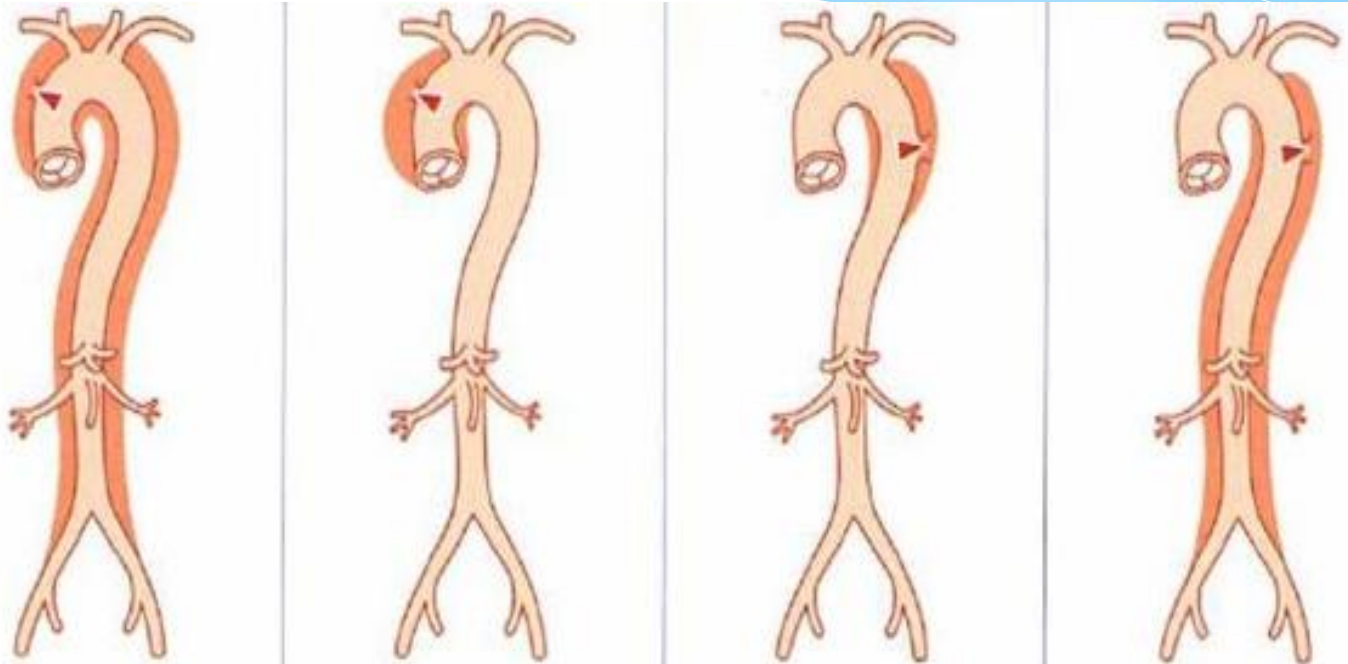
◆偽腔の血流の有無

偽腔開存型
偽腔閉塞型

分類：解離の範囲

緊急手術

内科的治療



Stanford

A

B

DeBakey

I

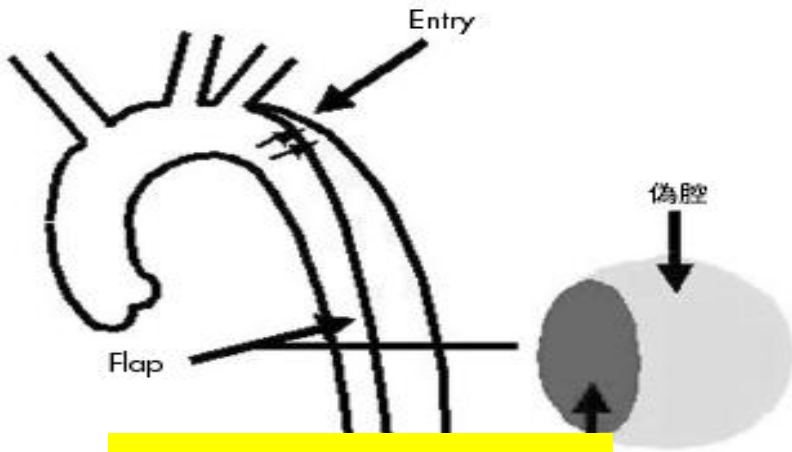
II

IIIa

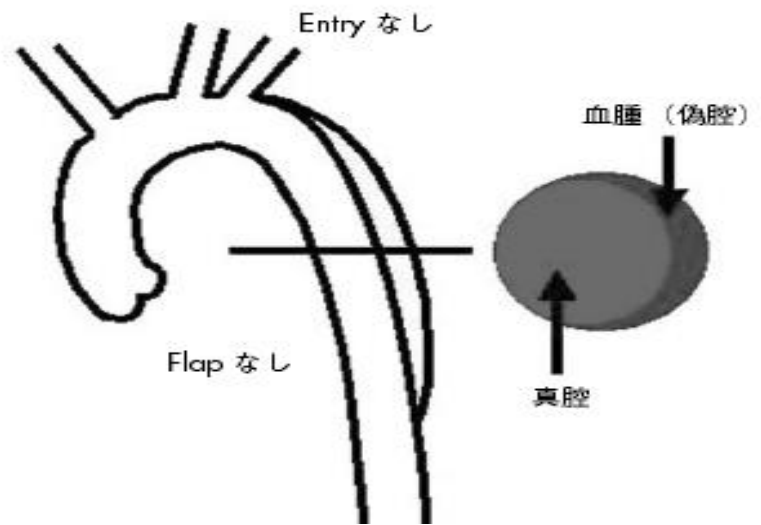
IIIb

分類：偽腔の血流の有無

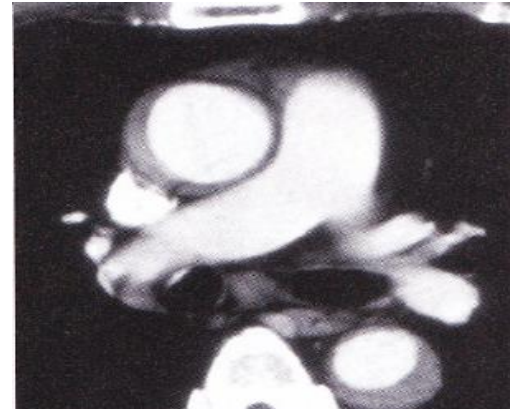
偽腔開存型



偽腔閉塞型

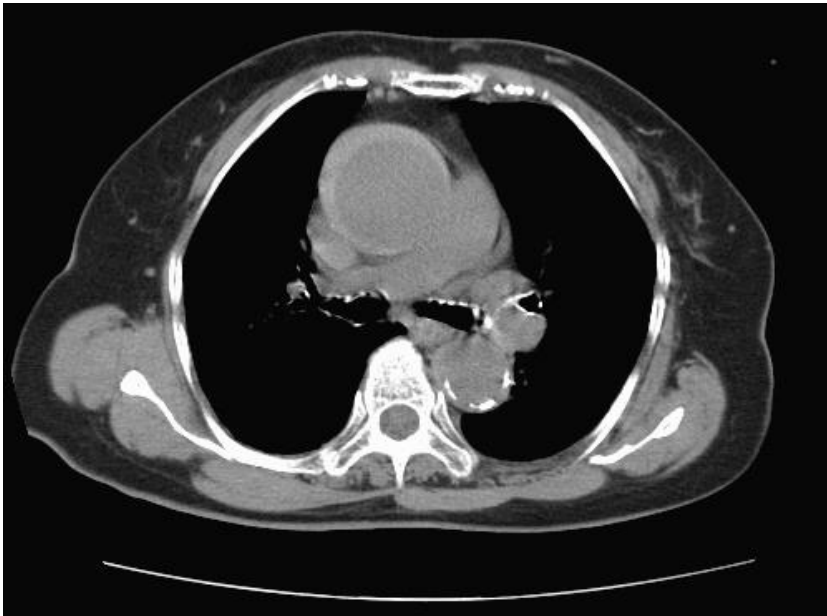


緊急性高い

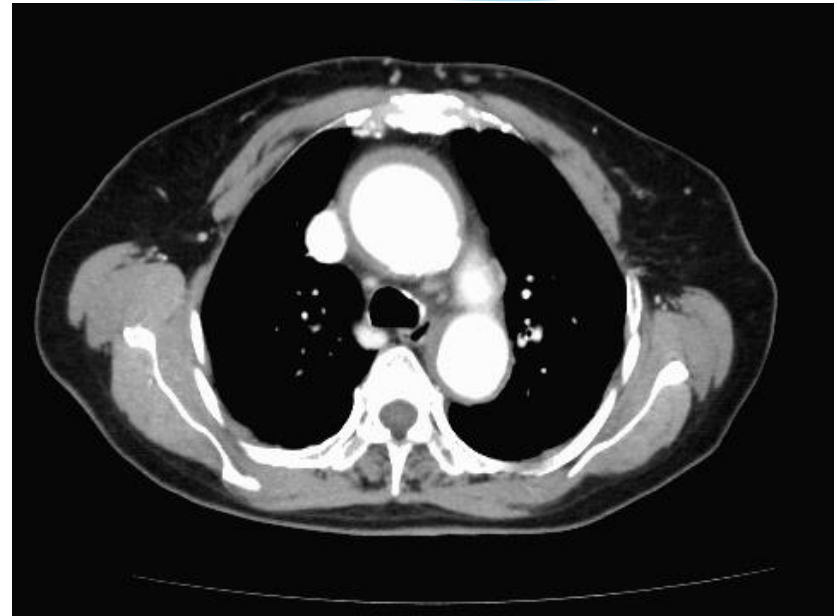


単純CTでわかることもある

単純CT



造影CT



偽腔閉塞型なら単純CTでもわかる可能性高い。

二尖弁

◆ 弁の発生過程の異常で二尖になる

正常：三尖弁



二尖弁



二尖弁

血管壁の脆弱化



大動脈拡大

大動脈解離のリスク高い

駆出血流+弁尖間の摩擦の刺激大きい



大動脈弁狭窄症(A S)

大動脈弁閉鎖不全症(A R)

弁置換術+大動脈置換術

・大動脈二尖弁に伴う上行大動脈拡大(径4.5cm以上)

症例②：81歳 男性

◆主訴

右上肢の疼痛

◆現症

初期対応医はここまでの段階で右上肢の急性動脈閉塞と考え、ヘパリン3mlIVした。

右上肢蒼白

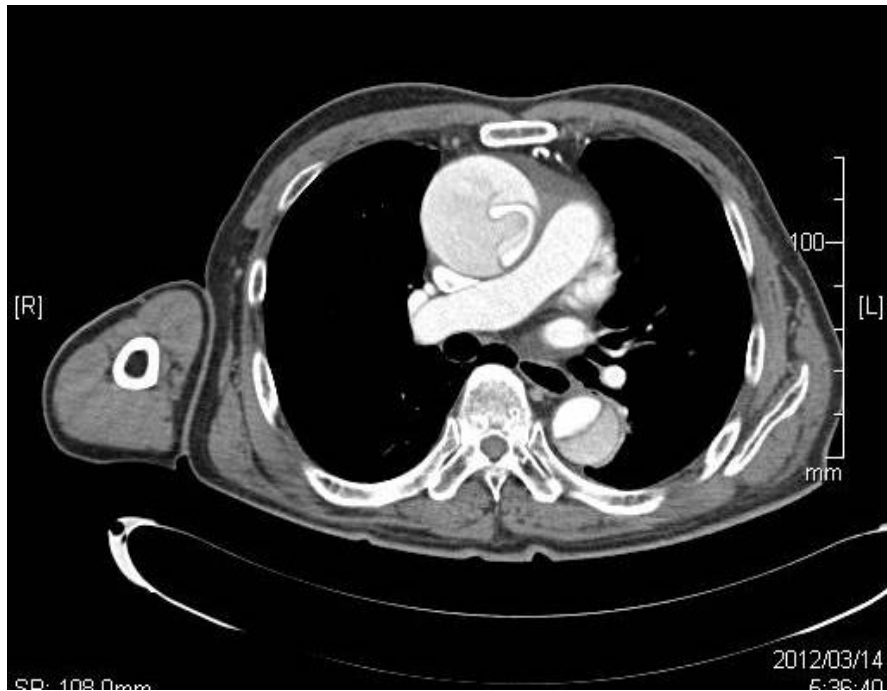
右橈骨動脈. 触知不良

心音：拡張期雑音あり

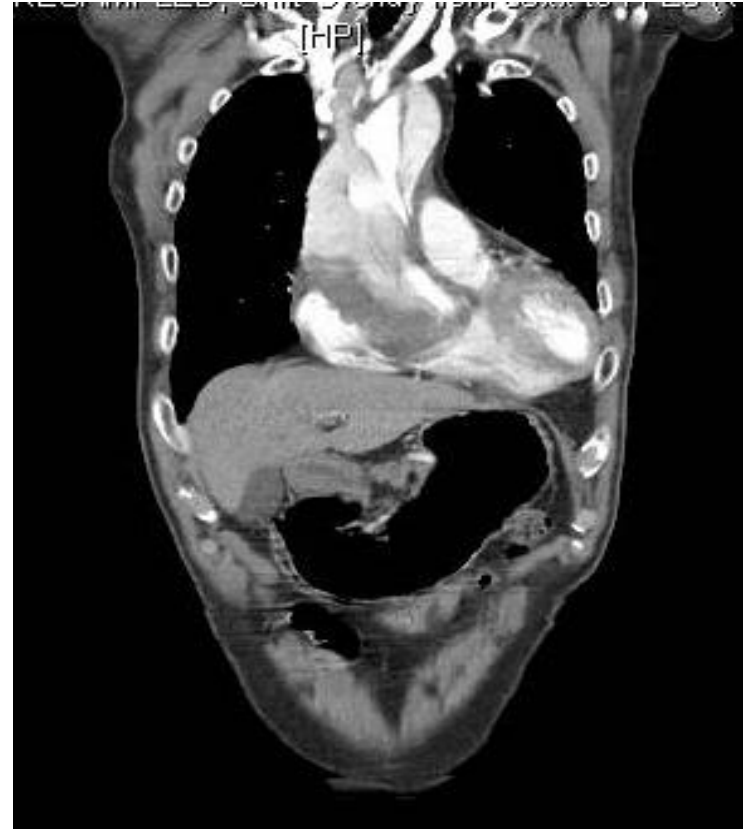
肺野：清

腹部：軟・平坦、圧痛みなし

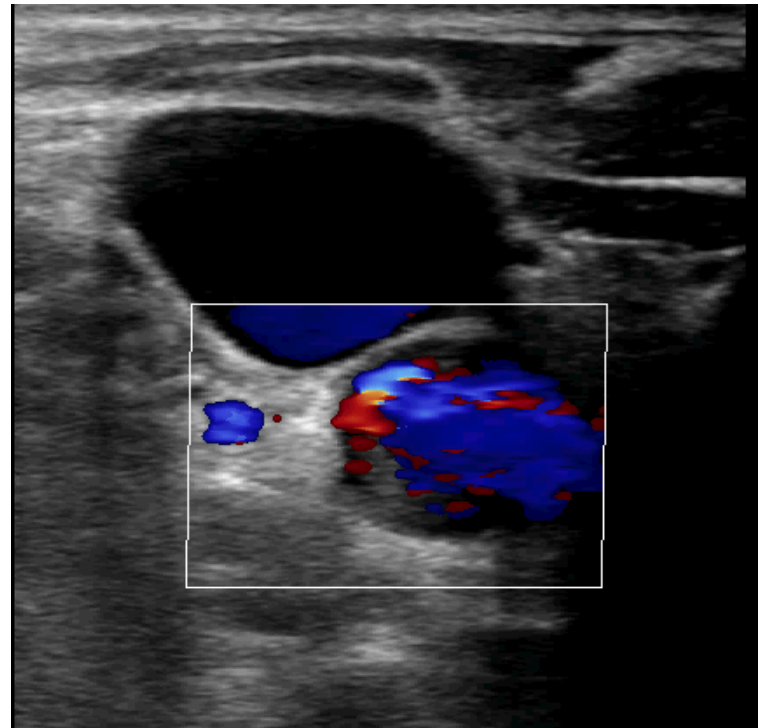
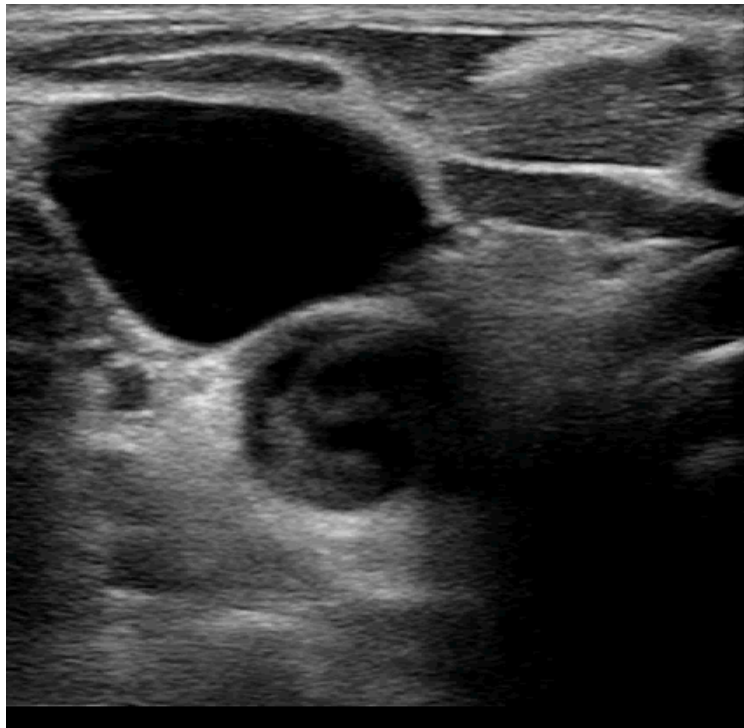
胸腹部造影CT



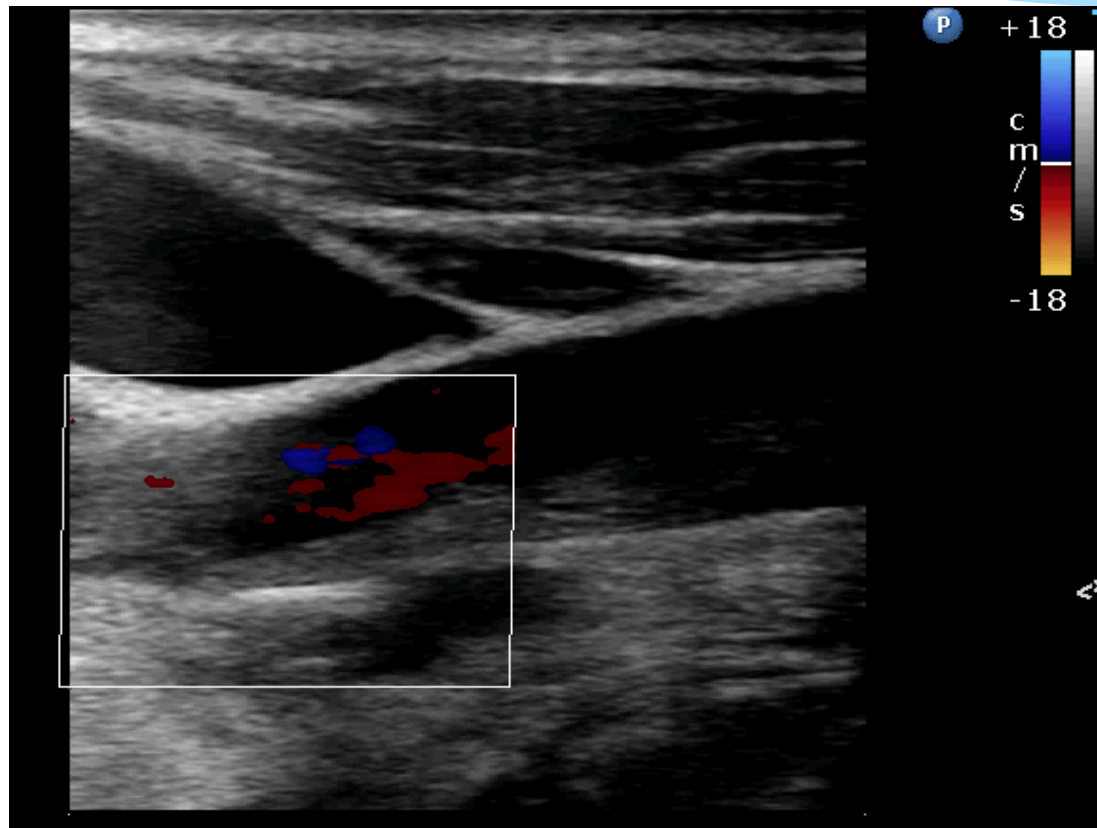
胸腹部造影CT



頸動脈エコー



頚動脈エコー



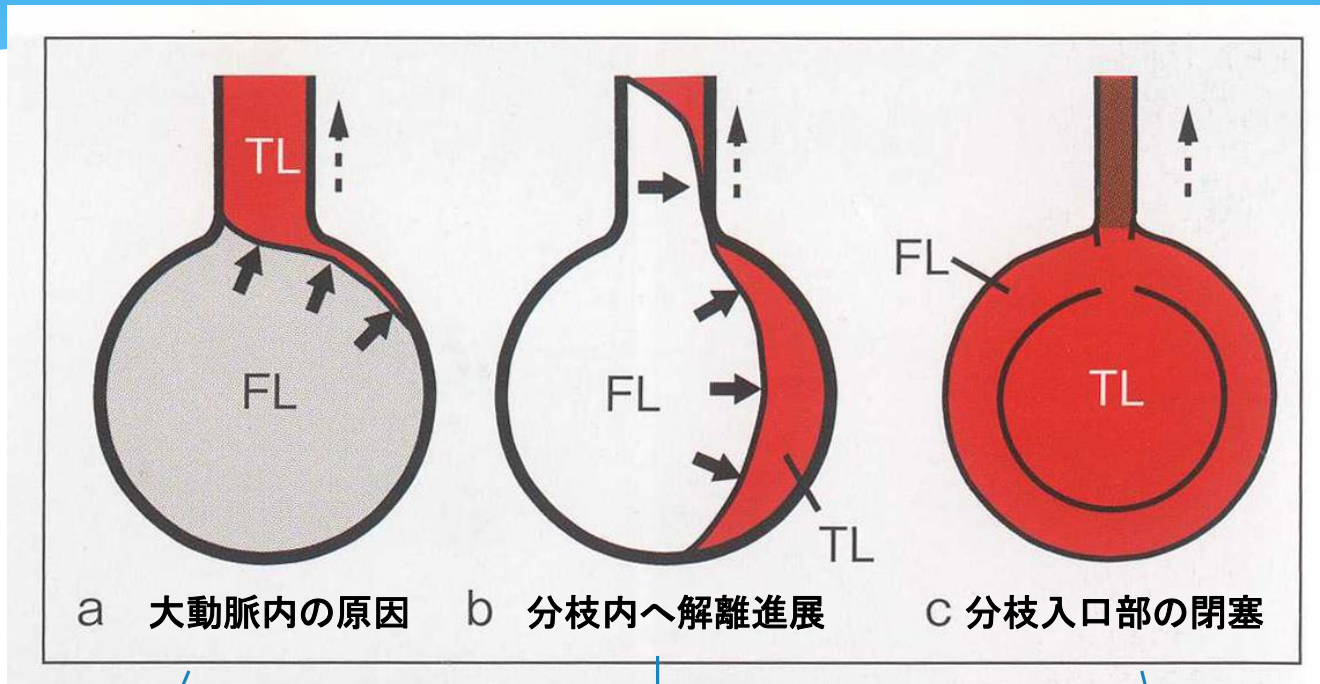
経過

- ◆ 来院時、JCS0で神経症状も認めなかったが、緊急手術の準備中に意識レベルの低下、構音障害を認めた。
- ◆ 大動脈基部置換＋上行～弓部置換という大きな手術が必要であるが、全身状態が悪化しており、手術困難と考えられ見送られた。
- ◆ 翌日、永眠される。

臓器障害が出たらかなり危険!!!

- ◆ 急性大動脈解離で臓器障害が出現すれば死亡率が上昇する。
- ◆ 早期診断と初期対応が重要になる。

合併症：分枝閉塞



- 中枢側の大動脈での真腔虚脱
- フラップが入口部を閉塞

- 分枝内へ解離が進展しリエントリーがない場合

- 分枝入口部の内膜が裂けて血栓形成

合併症

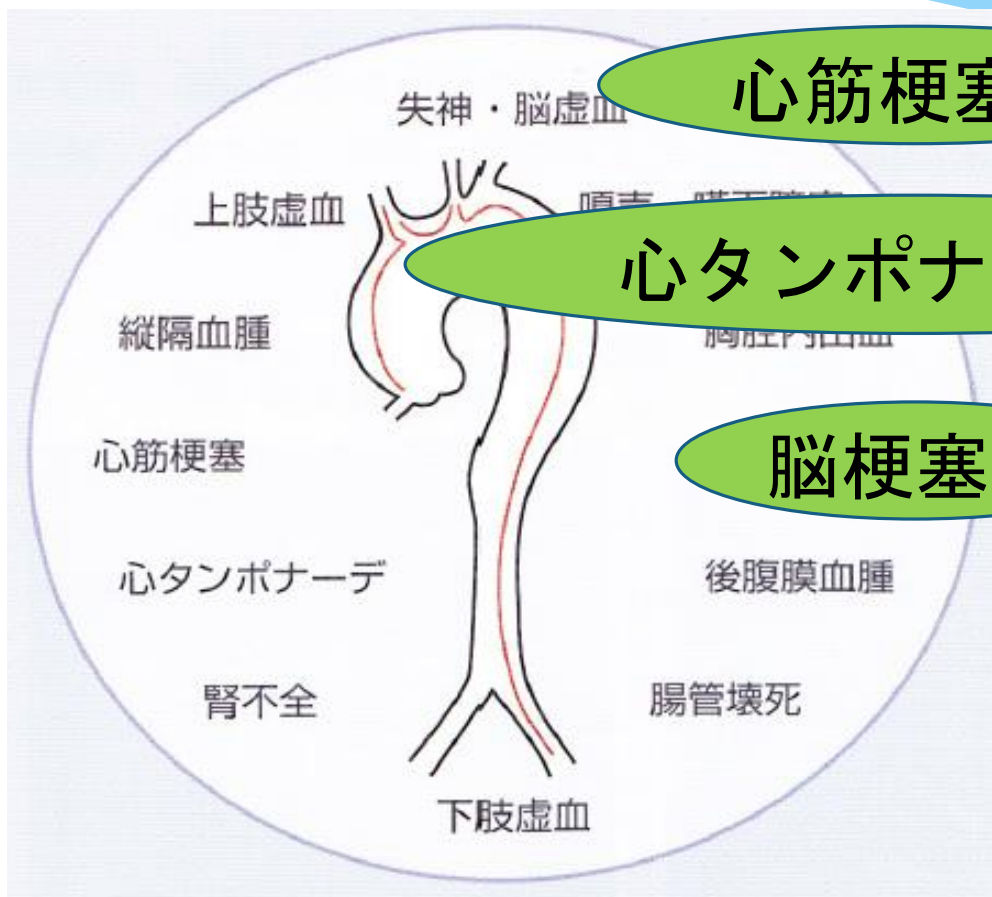
3割に臓器・四肢虚血



- 冠動脈 3～7%
- 脳虚血 3～7%
- 上肢 2～15%
約半数で血圧の左右差
- 腸管虚血 2～7%
- 腎不全 7%
- 下肢虚血 7～18%

合併症

3割に臓器・四肢虚血



心筋梗塞？

心タンポナーデ？

脳梗塞？

- 冠動脈 3~7%
- 心タンポナーデ 2~7%
- 約半数で血圧の左右差
- 腸管虚血 2~7%
- 腎不全 7%
- 下肢虚血 7~18%

大動脈解離＝突然の背部の激痛？

A・B型ともに背部痛は5割程度

A→胸痛8割 8人に1人が失神

B→腹痛4割

大動脈解離＝高血圧？

A型→	3割	s B P ≥ 150 mmHg
	3割	$\geq 110 \sim 149$ mmHg
	3割	≤ 100

診断

とにかくまず疑うこと！

- * 問診→主訴以外の症状の聴取
- * 身体所見→左右差（血圧、脈拍）
- * 血液検査→D-dimer上昇、臓器虚血所見
0.5 $\mu\text{g/mL}$ をカットオフ値とすると
特異度46.6% 感度96.6%
- * 心エコー
心嚢液貯留、大動脈弁閉鎖不全症、虚血、フラップの有無
- * 単純/造影CT→解離の分類、範囲

初期治療

救急外来でできる初期治療

◆絶対安静

◆血圧管理

動脈ラインを確保→BP 100～120mmHgを目標に降圧

①β-blocker

②それでもダメならCa-blocker

◆疼痛コントロール

塩酸モルヒネなどで鎮痛

結語

- ◆今回、急性大動脈解離の症例を経験した。
- ◆大動脈解離は合併症が多く死亡率が高いため、常に鑑別にあげておくことが重要である。