

図 1. 急性大動脈解離 (Stanford 分類)

ば心タンポナーデを起こしていることが多い。急性心筋梗塞との鑑別が最も重要で、本疾患ではむしろ血栓溶解療法は禁忌である。

②解離の波及部位によってさまざまな症状が現れる。解離腔が冠動脈に及ぶと心筋梗塞を呈し（大動脈解離全体の3～7%）、大動脈弁交連部に及べば急性大動脈弁閉鎖不全が起き（A型の60～70%）肺水腫となる。脳分枝に及んで失神を起こすこともある（3～7%）。腸骨動脈にまで進展すれば下肢の蒼白、疼痛をきたす（7～18%）。

③破裂によりこれもさまざまな部位に出血を起こす。代表的なのは心膜腔出血による心タンポナーデで、急性期死因の70%を占めるとの報告もある。さらに、胸腔内、縦隔、腹腔、後腹膜などに出血しうる。最も頻度の高いのは左胸腔である。

#### ④胸部 X-P

縦隔陰影の拡大をみる。しかし急性期には拡大が著明でないことも多い。肺うっ血・胸水の貯留にも注意する。

#### ⑤心電図

急性心筋梗塞との鑑別、または合併がないか確認する。

#### ⑥心エコー

まず経胸壁的に行い、大動脈基部の解離やタンポナーデの有無、壁運動の状態、大動脈弁閉鎖不全の有無を観察する。次に経食道エコーを行う。本疾患に対しては、きわめて有用性が高い。上行・弓部・下行大動脈のすべてを観察でき、A、B型の鑑別やリエントリー部位の決定に役立つ。

#### ⑦CT, MRI

心エコー、経食道心エコーを補強し診断をより確定させる。出血・血腫の診断にも有用である。

#### ⑧血管造影

直接の血管造影は行われず、ほとんどDSAであるが、これも急性期に行うには侵襲的であり、腎機能低下をきたしている場合は造影剤による腎不全を招来する。しかし、冠動脈や主要臓器、下肢の虚血が疑われる場合には他より優れた検査であり、禁忌でなければ行う必要があ

る。

#### 【治療】

①A型は外科治療にゆだねるが、それまでの降圧療法は必要である。また、心タンポナーデの場合、著明な循環虚脱があれば手慣れた方法で心嚢穿刺を行ってある程度の改善を目指す（この場合決して抜きすぎないようにする）。

②B型はただちに降圧し安静をとる。

③A型にしるB型にしる解離腔が早期に血栓閉塞されるタイプがあるが、これらは降圧療法でかまわない。しかしA型の場合、遠隔予後は必ずしもよくなく、注意深い観察が必要である。

④降圧目標は収縮期圧で100～120 mmHg程度とし、脳・腎の循環不全に注意する。

#### ⑤治療の実際

##### ①静注の場合

ミリスロール 0.5～5  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{分}$  ㊦

注：ミリスロール® は肺内シャントを開大させ  $\text{PO}_2$  の低下をきたすことも少なくないので注意を要する。できれば数日のうちに経口剤に変更する。

②経口剤は  $\beta$  遮断剤を第1選択とする。

インデラル（10 mg） 3錠 分3 ㊦ 食後  
または  
テノーミン（50 mg） 1錠 ㊦ 朝食後

降圧不十分なとき以下を追加

アダラート L（20 mg） 2錠 分2 ㊦  
朝・夕食後

それでも不十分なとき追加

カルデナリン（4 mg） 1錠 ㊦ 朝食後

#### ⑥その他の外科手術の適応

保存的治療にもかかわらず瘤が増大する、疼痛が持続する、大動脈主要分枝の圧迫症状が起こる、周辺臓器の圧迫症状が起こる、胸水が貯留するなどの場合である。

## ♣ 循環器内科から心臓血管外科へコンサルトすべき タイミングとポイント

大動脈解離であると診断したなら心臓血管外科医のいる施設で管理するのがベストである。

Stanford A 型では躊躇する理由はないが B 型や偽腔閉塞型、自覚症状が消失している例などでは地域、施設によっては内科医が降圧をはじめとする管理をゆだねられるケースもあると思われる。さて管理中に注意すべき点は何かであろうか。

### ①破裂と分枝虚血

大動脈解離の進行による合併症は「拡張、破裂、分枝虚血」と考える。大動脈をバルサルバ、上行、弓部とたどっていけば容易に想像がつく(図2)。これらは手術の適応となる。

### ②外科医側が欲しい情報

患者の基本的情報のほか以下の点をチェックする。

- ①A 型か B 型か
- ②心嚢液貯留の有無
- ③大動脈弁逆流の有無と程度
- ④エントリーがわかっている場合はその場所
- ⑤弓部大動脈に解離が及んでいるか
- ⑥分枝虚血など解離による合併症の存在

## 見落とししやすい「大動脈解離」

主訴などから大動脈解離を疑い、造影 CT まで施行し

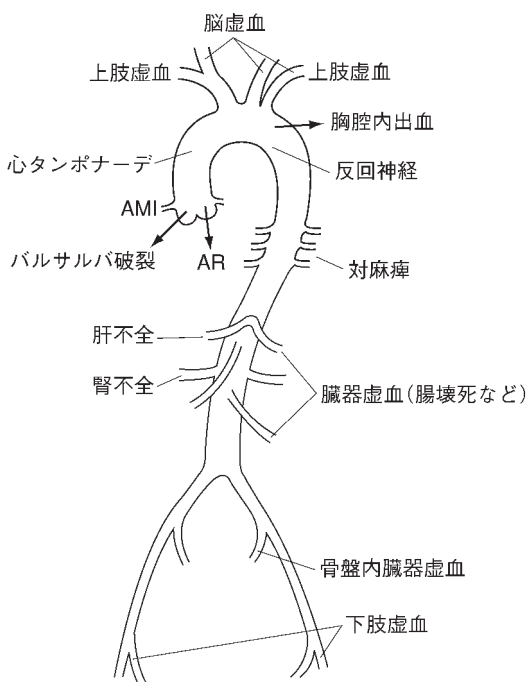


図 2

たにもかかわらずその存在が気づかれない所見に IMH (intramural hematoma) と PAU (penetrating atherosclerotic ulcer) がある。この所見があったときは大動脈解離に準じて治療を開始すべきである。IMH は偽腔閉塞型と、PAU は ULP (ulcerlike projection, 閉塞型解離の動脈造影でみられる小突出) とほぼ同義と考えられている。

図3は胸痛で救急受診し、CT まで施行したにもかかわらずいったんは帰宅、後日心臓外科医に指摘された Stanford A 型解離である。手術では上行大動脈に intimal tear が存在する立派な解離であった。上行大動脈にみられた淡い陰影は IMH と考えられ早期血栓閉塞型ととらえた。

図4は激しい背部痛が主訴であった。この例は当直医

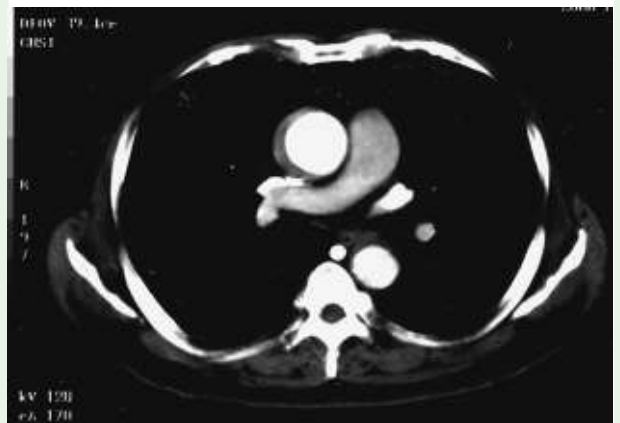


図 3



図 4