

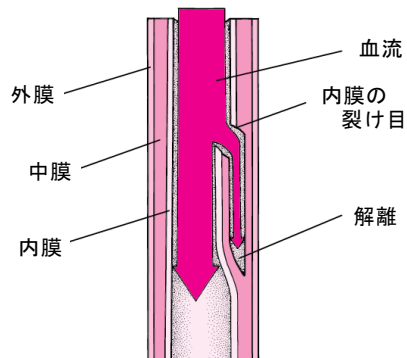
大動脈解離 (だいどうみゃくかいり)

大動脈は、外膜、中膜、内膜の3層構造となっており、十分な強さと弾力を持っていますが、なんらかの原因で内側にある内膜に裂け目ができ、その外側の中膜の中に血液が入り込んで長軸方向に大動脈が裂けることを大動脈解離といいます。

発症頻度は、年間人口10万人あたり3人とされており、60歳以上で高率に起こり、ピークは70～80歳代です。

性別でみると女性に比べ男性は約2～3倍多くみられます。

大動脈解離の原因としては、動脈硬化、高血圧、高脂血症、糖尿病、睡眠時無呼吸症候群、喫煙、ストレス、マルファン症候群などの遺伝性疾患などが考えられます。特に高血圧は重要な危険因子です。



症状

突然、胸あるいは背中に杭が刺さるような激痛が起こり、病状の進展につれて痛みが胸から腹、さらに脚へと下向きに移っていくのが特徴です。いきなり意識消失状態やショック状態となる方も少なくありません。新たな血液の流れ道（偽腔といいます）を通して、血液が薄くなった外膜から染み出したり、破裂すると死に至ることもあります。

偽腔が冠動脈を塞ぐ	狭心症や心筋梗塞が起こり、胸の痛みや圧迫感が生じ、急性心不全を引き起こします。
偽腔が弓部から出る分枝血管を塞ぐ	脳への血流がさえぎられ、意識が消失したり、麻痺が起こったりします。また、上肢への血流がさえぎられ、上肢の血圧に左右差が出たり、上肢に冷感が出たりします。
偽腔が腹腔動脈や上・下腸管膜動脈を塞ぐ	腸管への血流がさえぎられ、腹痛や腰痛、下血などが起こります。また、肝機能障害が起こります。
偽腔が前脊髄動脈を塞ぐ	脊髄への血流がさえぎられ、両側の下肢に運動麻痺（対麻痺）などが出ます。
偽腔が腎動脈を塞ぐ	腎臓への血流がさえぎられ、腎梗塞や腎不全を起こします。

診断

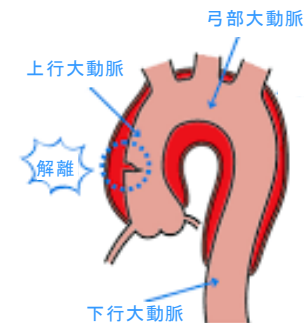
解離性大動脈瘤を疑った場合、CT検査を行います。それにより画像として大動脈の裂け目が確認でき、偽腔の大きさを測定することができます。

治療

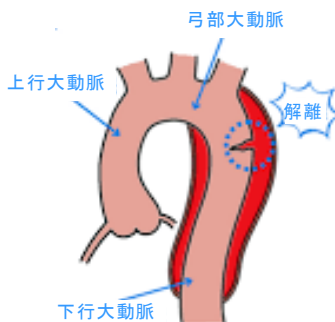
大動脈解離は、心臓から出てすぐの場所にあたる上行大動脈が解離しているかどうかにより2つのタイプに分けられます。上行大動脈が解離している場合は“スタンフォードA型”、上行大動脈は解離せず、下行大動脈が主に裂ける場合は“スタンフォードB型”です。

スタンフォードA型

A型の解離に対する手術としては、上行大動脈への人工血管置換術、あるいは上行大動脈プラス弓部大動脈への人工血管置換術などが行なわれます。解離し損傷した血管を人工血管に置き換える手術（裏面図参照）です。



スタンフォードA型
上行大動脈が解離している



スタンフォードB型
上行大動脈以外が解離している

スタンフォードB型

一方、上行大動脈に解離が無ければ（B型）血圧を下げたり、痛みを和らげたりして治療することが原則ですが、破裂や血流障害があれば緊急手術を行うこともあります。



予後

大動脈解離を起こした人の約20%は、病院に到着する前に死亡します。治療せずに放置すれば、発症後48時間以内に50%、1週間以内に70%、2週間以内に80%の高率で死亡するといわれます。治療した場合には、スタンフォードA型の場合は70%、スタンフォードB型の場合は90%の人が生存して退院することができますが、5年生存率は60%で、10年生存率は40%と、解離の合併症のために死亡するケースが多い疾患です。