

腹痛を主訴とし腹部CTにて 動脈解離と診断しえた1例

2011年6月 選択実習医学科6年 S.F.

【主訴】 腹痛

【現病歴】

一週間前から黒色便あるも放置
二日前より心窩部から右季肋部にかけての鈍痛出現
早朝より急激な腹痛の増悪

【既往歴】

- ◎ 心房細動
- ◎ 心原性脳梗塞にて左片麻痺あり

【身体所見】

- ◎ BP 181/53mmHg HR 120bpm
Sat 80% (O₂ 10L) チアノーゼ著明
- ◎ 心窩部から右季肋部にかけて自発痛あるも
圧痛など他覚的所見はなし

【検査所見】

◎ WBC 10500/ μ l

RBC 4.06×10^6 / μ l

Hb 13.3g/dl

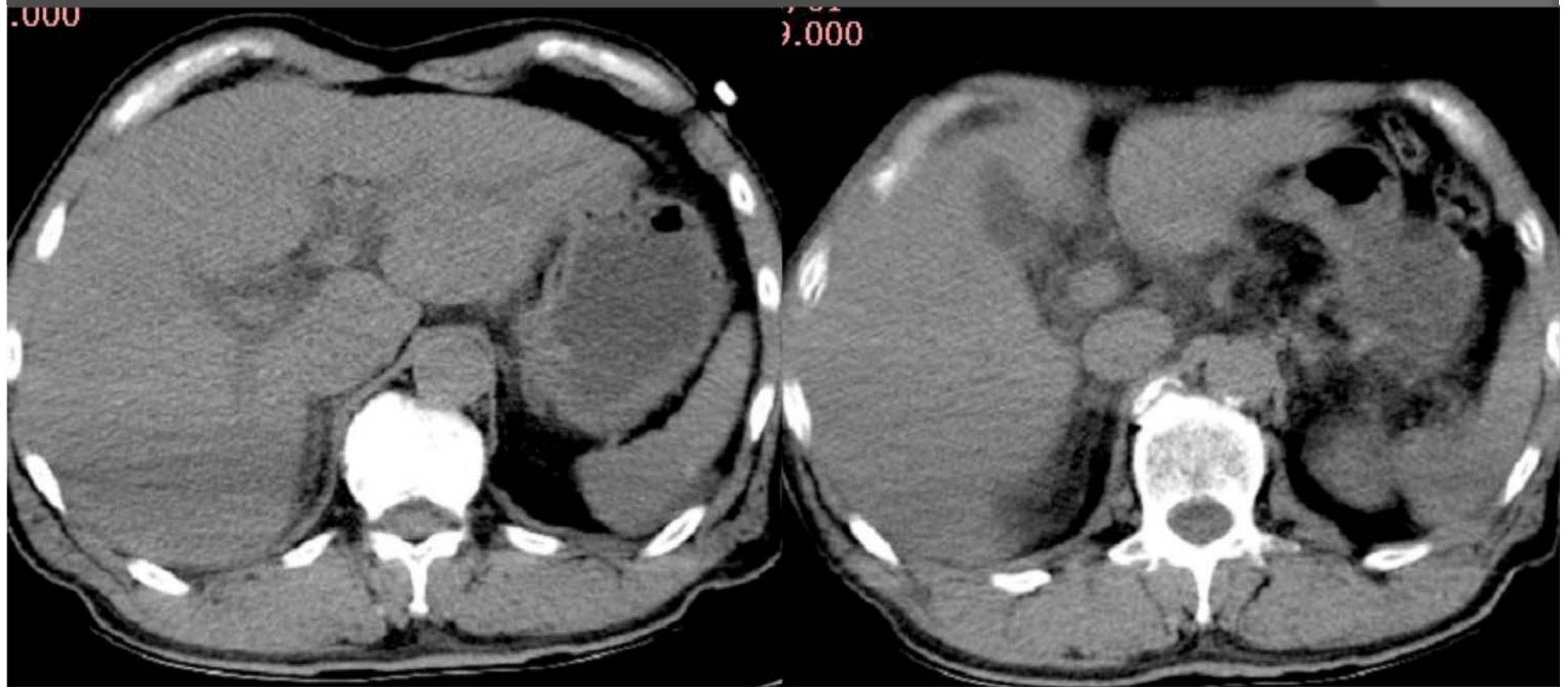
Ht 41.6%

Plt 20.3×10^4 / μ l

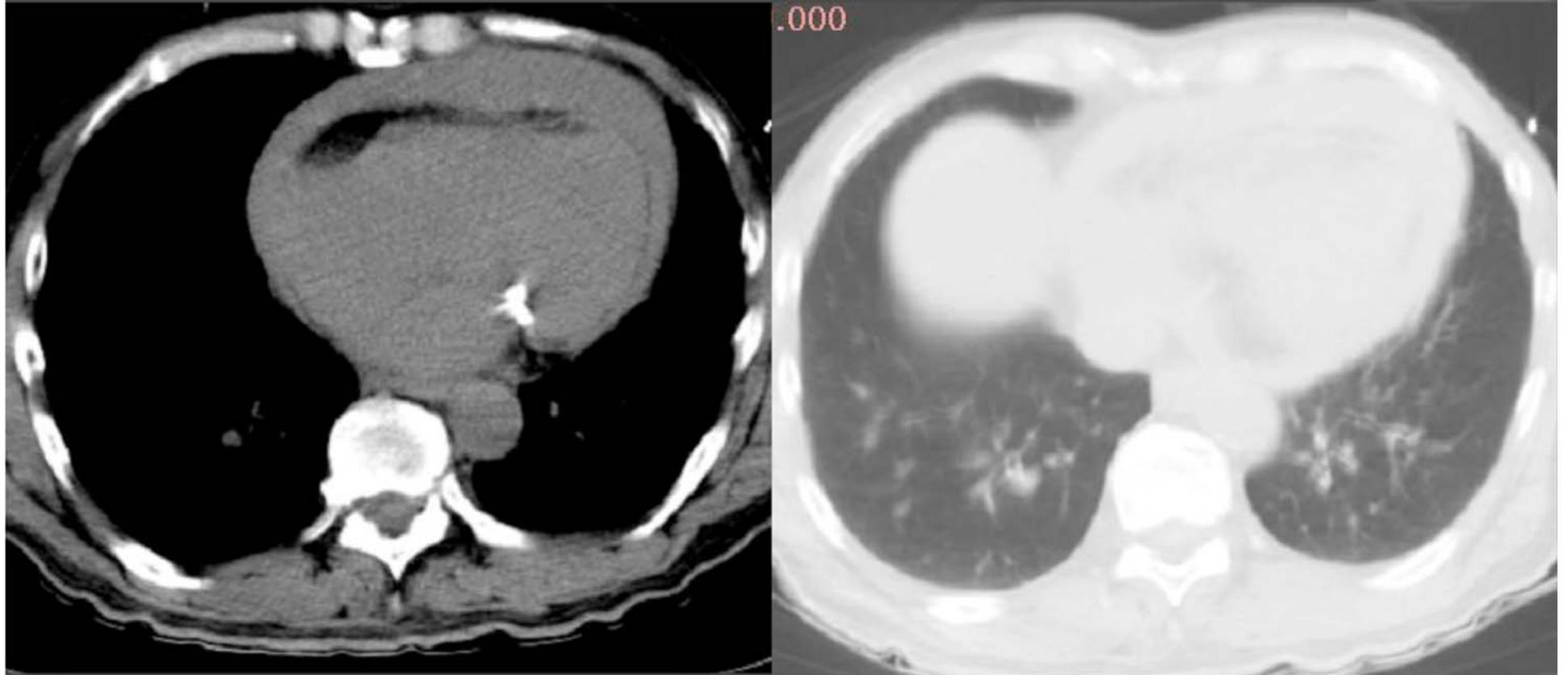
CRP 0.25mg/dl

◎ その他血液生化学検査にて有意な異常なし

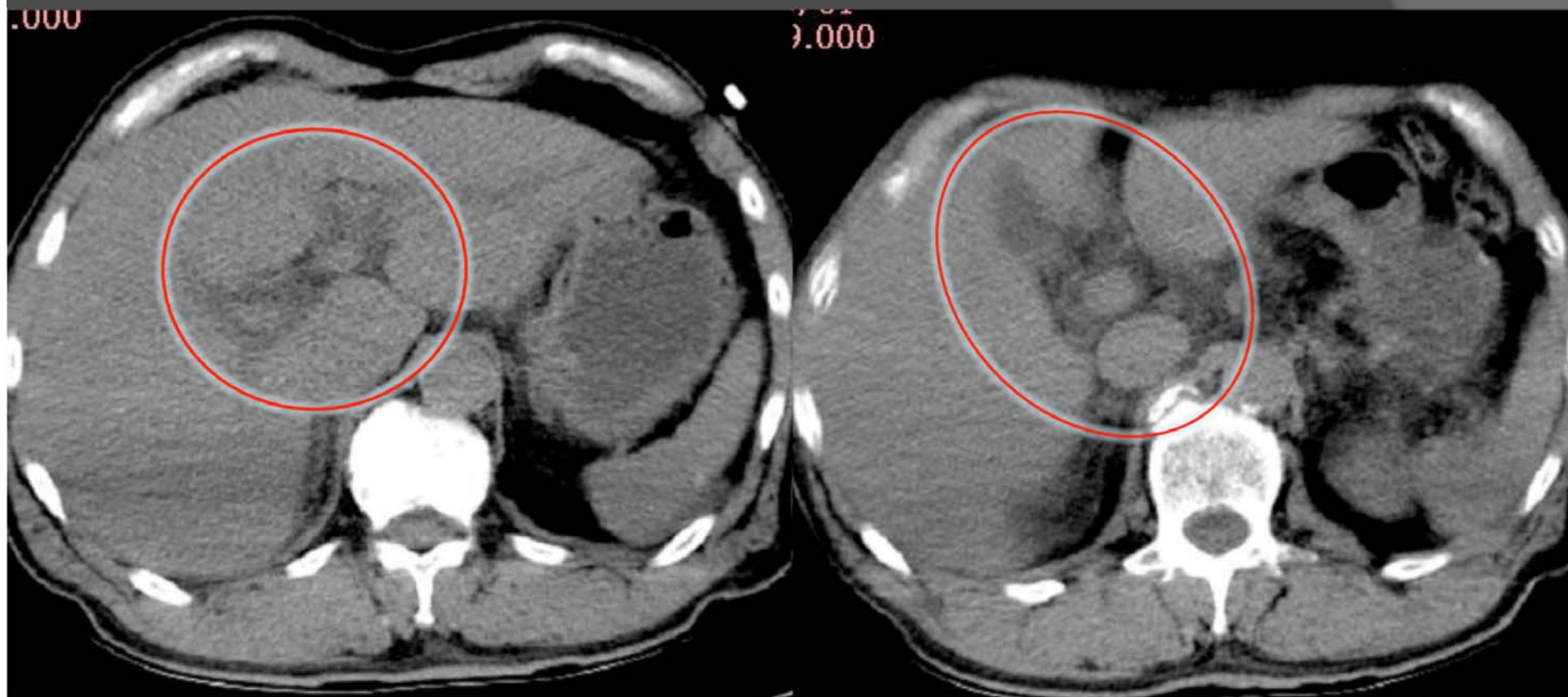
腹部単純CT



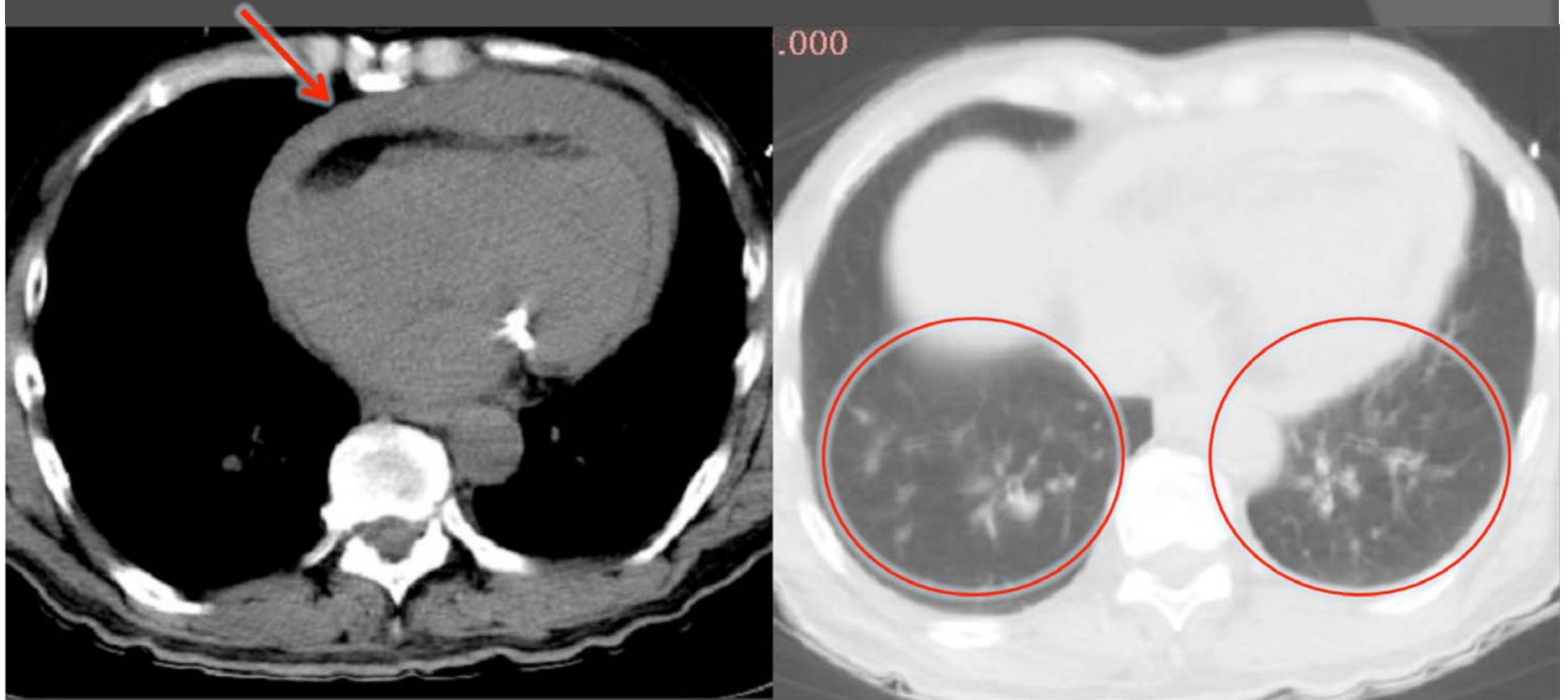
腹部単純CT



腹部単純CT



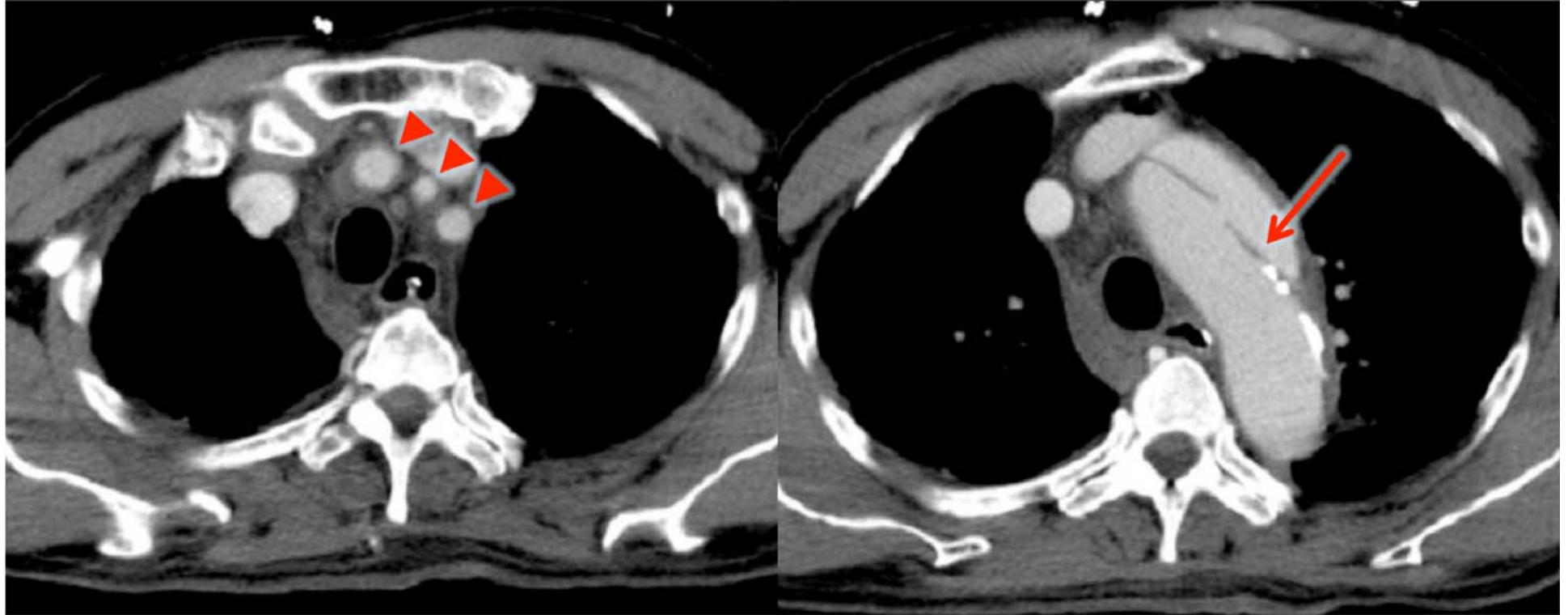
腹部単純CT



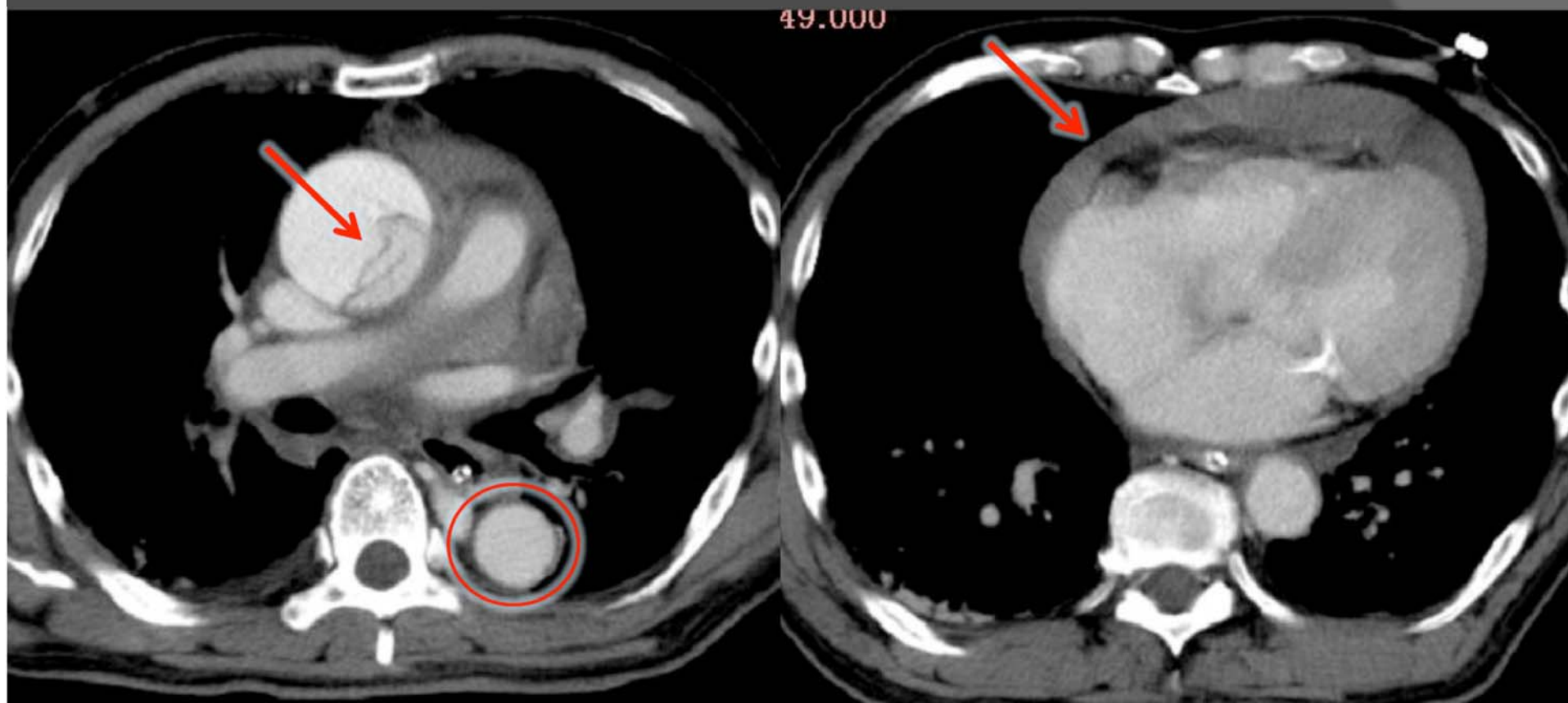
- ◎ Periportal edema
- ◎ 肝十二指腸間膜浮腫性変化
⇒急性右心不全に伴う急性鬱血肝
(鑑別は急性肝炎)
- ◎ 小葉間隔壁肥厚の疑い
⇒急性左心不全の疑い
- ◎ 血性心嚢水貯留

急性大動脈解離 (Stanford A) による
急性心不全を疑いdynamic CTを施行

胸部造影CT



胸部造影CT



診断：急性大動脈解離
Stanford A
DeBakey II

Stanford A型の合併症及び治療

- ◎ 大動脈弁閉鎖不全症の発生頻度は60~70%
- ◎ 急性期の解離では25%で末梢循環不全
- ◎ 死因の70%は心タンポナーデ

- ◎ 症状の発症から1時間あたり1~2%の致死率

⇒内科療法は予後不良なため、緊急手術が必要

◎ 外科的療法

上行大動脈置換術 ± 弁輪修復術

⇒ 遠位偽腔は残存

偽腔瘤化の可能性あり経過観察が必要

拡張傾向があればステント留置なども考慮

遠位部偽腔閉鎖の確率 10%以下

偽腔血栓化がDICを惹起することあり

慢性期予後不良因子

- ◎ Stanford A型偽腔開存型大動脈解離
 - a. 一般的には術後のため残存する解離腔の再検討
- ◎ Stanford A型偽腔閉塞型大動脈解離
 - a. 発症48時間以内の血腫の厚さ > 11mm
 - b. 発症 2 週間における血腫の厚さ > 12mm
 - c. 上行大動脈におけるULP
 - d. 最大動脈径 > 50mm
- ◎ Stanford B型偽腔開存型大動脈解離
 - a. 急性期最大動脈径 > 40mm
 - b. 急性期動脈径最大部位が弓部遠位
 - c. COPDの存在
- ◎ Stanford B型偽腔閉塞型大動脈解離
 - a. 新たに出現したULP
 - b. 年齢70歳以上
 - c. 急性期最大動脈径 > 53mm
 - d. 発症2~4週における偽腔の厚さ > 16mm
 - e. ULPが遠位弓部あるいは横隔膜周辺にある