

大動脈解離の定義

大動脈解離とは「大動脈壁が中膜で二層に剥離し、動脈走行に沿ってある長さを持ち二腔になった状態。」で、大動脈壁内に血流もしくは血腫が存在する病態です。

大動脈解離は本来の動脈内腔（真腔）と新たに生じた壁内腔（偽腔）からなり、両者は剥離した隔壁（フラップ）により隔てられます。フラップは通常1～数個の内膜亀裂を伴います。

内膜亀裂の中で、真腔から偽腔へ血液が流入する主な亀裂を入口部（エントリー）と称しています。

偽腔に血流が認められる偽腔開存型と血流が認められない偽腔閉鎖型があります。

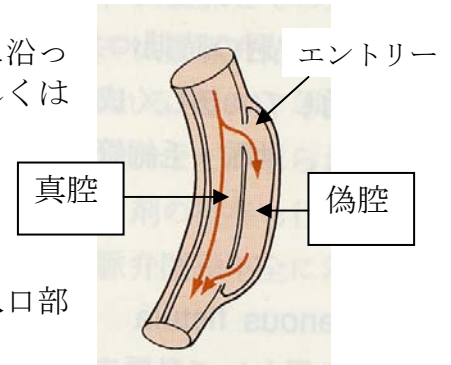
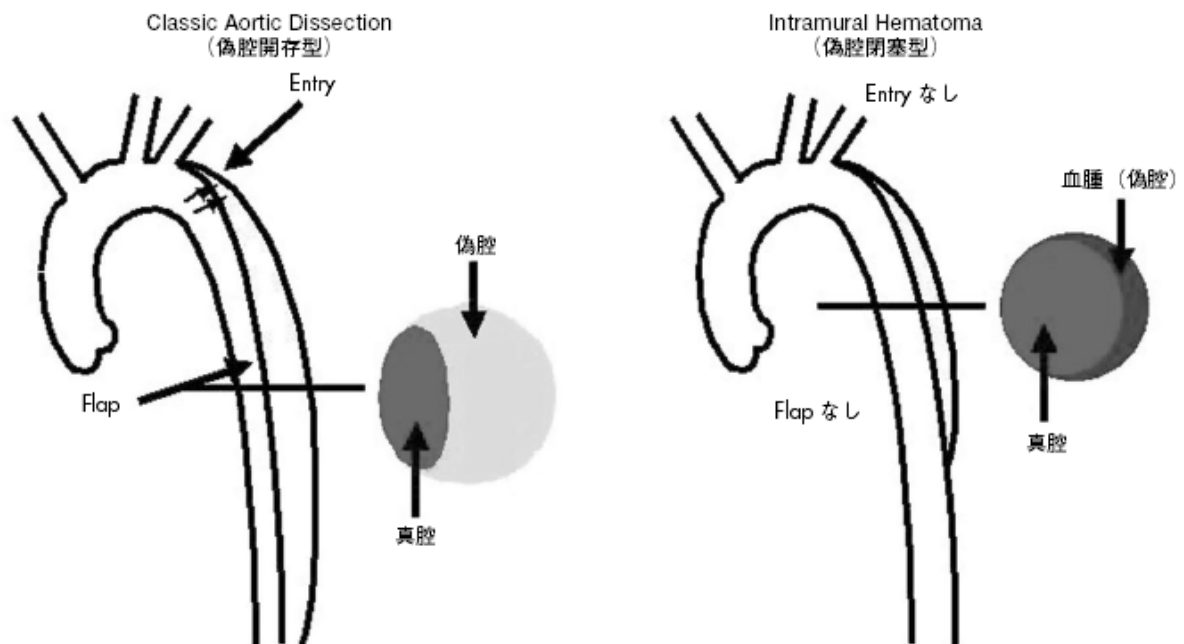
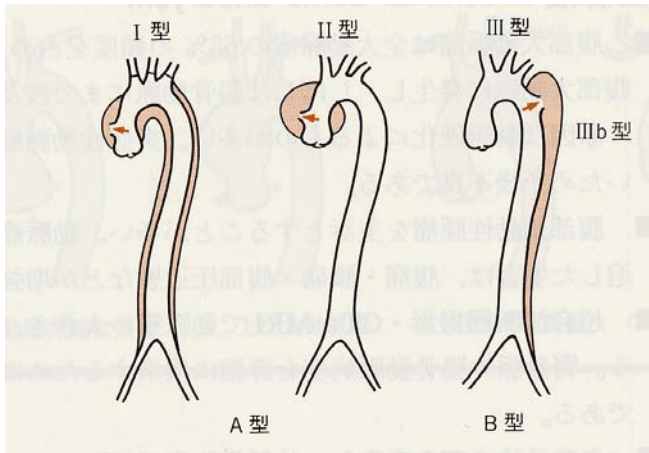


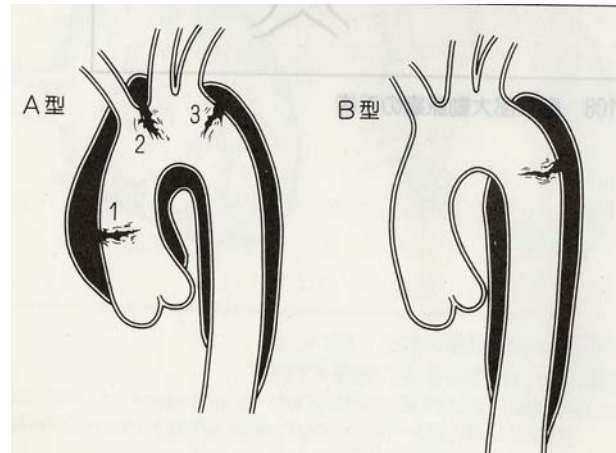
図 7



- 分類：1. DeBakey 分類；エントリーの位置および解離の範囲による分類
2. Stanford 分類；解離の範囲のみによる分類



DeBakey 分類



Stanford 分類

症状：突発的な胸背部激痛

高血圧症状

大動脈解離に伴う症状（右図参照）

A 型：心不全（大動脈弁閉鎖不全）

心タンポナーデ

意識障害（脳血管の解離）

A 型・B 型：

上下肢動脈閉塞（四肢の血圧差）

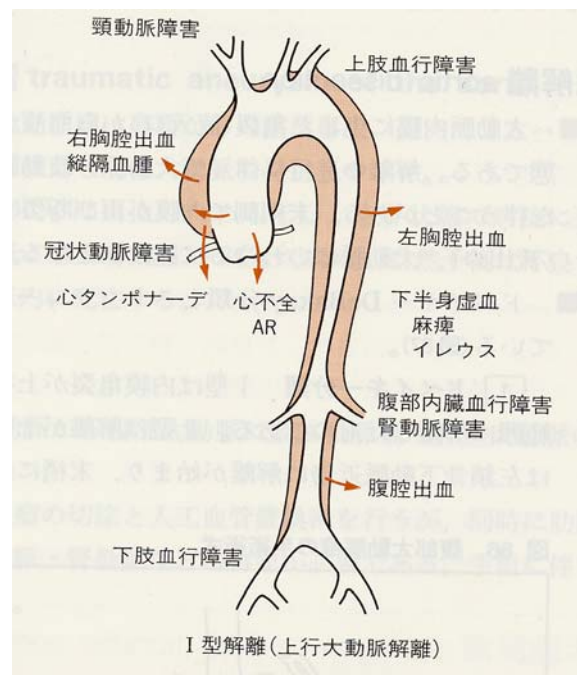
左胸痛（下行大動脈破裂）

腹部分枝虚血

上腸管膜動脈閉塞：腸管壊死

腎動脈閉塞：腎機能低下

下半身麻痺（脊髄動脈閉塞）



治療方針

A 型：早期手術。心タンポナーデ・大動脈弁閉鎖不全を認めるものは緊急手術。

B 型：保存的治療（安静・降圧療法・除痛）：

B 型の破裂例・主要分枝虚血のあるもの・最大径 6cm 以上は手術適応となります。

2. 自然経過・手術をしなかった場合の予後

Stanford A 型は極めて予後不良の疾患で、症状の発症から 1 時間あたり 1~2% の致死率があると報告されています。また、何らかの理由で手術が出来なかった例で、2 週間の生存率が 43% であったとの報告があります。

3.手術方法、麻酔方法など

手術方法：全身麻酔で行います。

エントリーの位置等により、上行大動脈から弓部大動脈を人工の血管で置換します。

1. アプローチ：胸骨正中切開
2. 補助循環：人工心肺装置（後述）を取り付けます。
3. 体温：体温を下げ（28℃～20℃）、脳や腹部臓器（肝・腎・腸管等）の保護を行います。
4. 心筋保護：心停止中は、心筋保護を行います（後述）。
5. 脳保護：弓部の分枝再建の際には脳保護を行います。
 - ① 低体温循環停止法；脳への血流を止め手術を行います。
体温を 20℃付近まで 下げることにより脳の代謝を抑えます。
 - ② 脳灌流法；脳への還流を行います。灌流経路により順行性と逆行性があります。

*エントリーが上行大動脈にあるもの → 上行置換
エントリーが弓部または遠位弓部にあるもの → 上行弓部置換
大動脈弁閉鎖不全を伴っているもの：大動脈弁輪つり上げ術
* 解離が大動脈基部に及んでいるものは、大動脈基部置換

例：エントリーが上行及び遠位弓部にあり
解離が大動脈基部まで及び ARIV 度の場合
Bentall+上行弓部置換術（右図）

