

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。

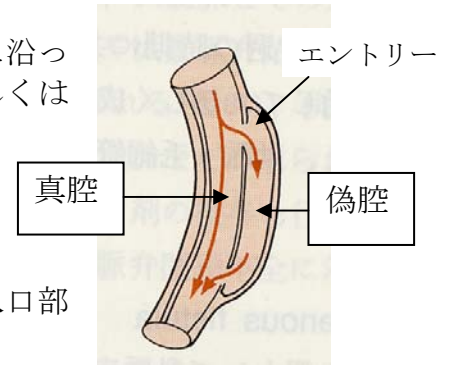
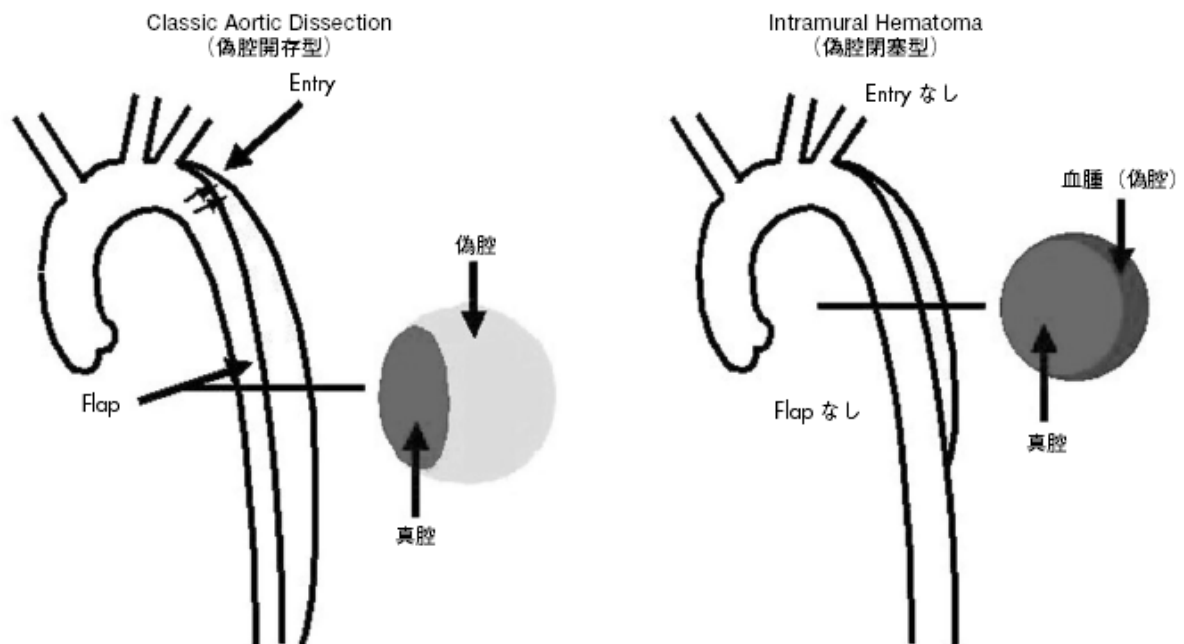
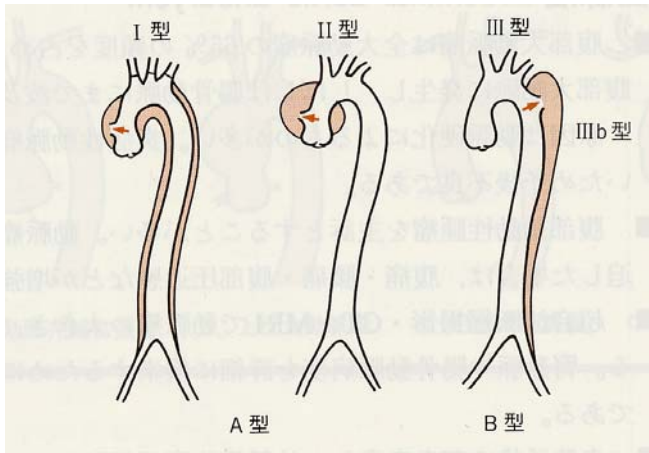


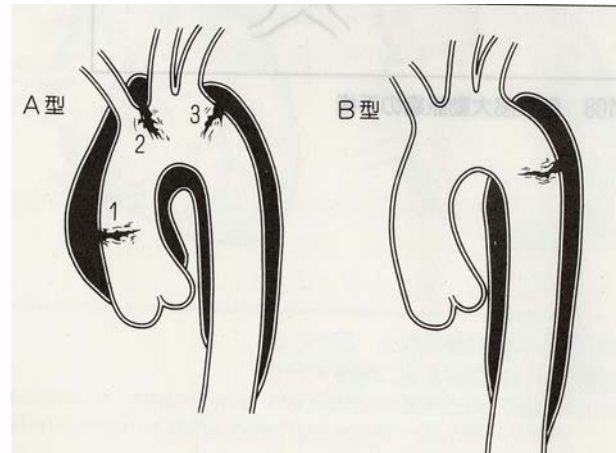
図 7



- 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）

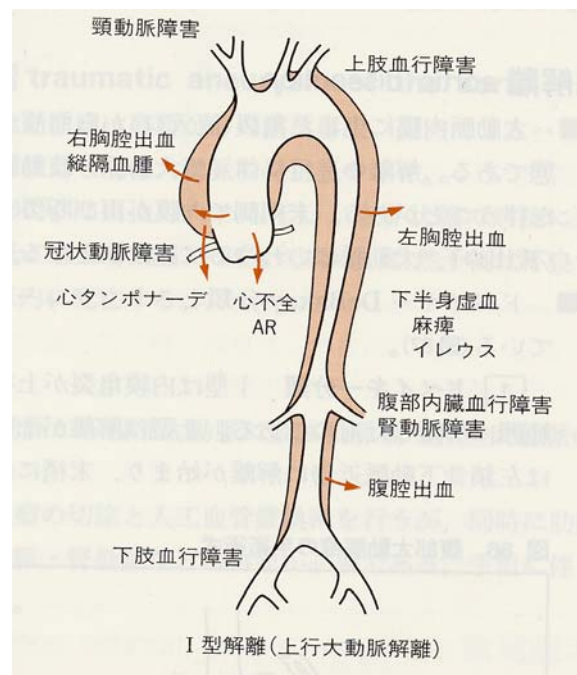
左胸痛（下行大動脈破裂）

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）

