

# 慶應循環器内科 Keio University Hospital Cardiology Conference カンファレンス

本連載では、慶應義塾大学病院循環器内科で実際に行われたカンファレンスのなかで面白い症例、興味深い症例を紹介していきます。実際の議論の様子をそのままお伝えしていきます。その臨場感を感じながら、楽しく、かつ勉強になるコーナーにしていきたいと考えています。

第74回

## 大動脈基部に局限した大動脈解離再発の1例

### introduction

急性大動脈解離は、大動脈壁の内膜に亀裂が入り、中膜が急激に裂けていく疾患です。解離が生じることにより脳や心臓、あるいは全身の臓器への血流が途絶えると、脳梗塞や心筋梗塞などさまざまな臓器障害を起こし

ます。突然死の原因となりうる疾患です。大動脈解離のうち、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型は危険性が高く、発症した場合は緊急手術を要します。急性期を乗り切った大動脈解離症例のうち約5%は再発の危険性があるといわれています<sup>文献1)</sup>。本例はA型の大動脈

解離にて上行置換術の既往があり、大動脈基部に局限した急性解離を再発したものの、CTでの診断が困難で経食道心エコーが診断に有用であった1例です。

### 症例 1

症例：55歳・男性

主訴：胸痛

現病歴：2年前に急性大動脈解離（Stanford A）に対して、長野県の病院で緊急手術を施行した（上行部分弓部人工

血管置換術）。その後、今回までは長野県の病院でフォローアップされており、転居に伴い神奈川県のある病院で2年おきに定期的にCTフォローアップをされていた。今回、10月5日から感冒症状、上気道症状を認めていたが、10月19日20時10分に

突然の左前胸部から左肩にかけての痛みを自覚し救急要請となり、当院へ救急搬送された。

既往歴：高血圧

生活歴：喫煙5本/日×13年間。すでに禁煙。

：今回は最近経験した、診断に苦慮した症例をみなさんと共有したいと思えます。最初に長谷先生から症例のプレゼンテーションをお願いします。

**受** 長谷：症例は55歳の男性です。主訴は胸痛です。現病歴ですが、2年前に急性大動脈解離（Stanford A）に対して、長野県の病院で緊急手術を施行しています。術式

は、上行部分弓部人工血管置換術です。その後、今回までは長野県の病院でフォローアップされていましたが、3か月前に東京に引っ越しをして、そのときからかかりつけが神奈川県のある病院に変わっています。その後、神奈川県のある病院で2年おきに定期的にCTでフォローアップされていましたが、10月19日

20時10分に突然の左前胸部から左肩にかけての痛みを自覚し救急要請となりました。

既往歴は、StanfordAの急性大動脈解離と高血圧です。生活歴としては喫煙5本×13年間、そちらは禁煙していて、1週間に9合のペースで飲酒をしています。

来院時の身体所見は、身長178cm、体重77.7kg、血圧は左右の上肢で若干乖離が生

### 監修



福田恵一（ふくだけいいち）  
慶應義塾大学医学部 循環器内科 教授  
1983年 慶應義塾大学医学部 卒業。1990年 慶應義塾大学医学部 助手。1991年 国立がんセンター研究所 細胞増殖因子研究部 留学。1992年 ハーバード大学ベイスラエル病院 留学。1995年 慶應義塾大学医学部 助手。1999年 同 講師。2005年 同 再生医学 教授を経て、2010年より現職。

### 司会



荒井隆秀（あらい たかひで）  
慶應義塾大学医学部 循環器内科 特任講師  
2002年 慶應義塾大学 医学部 卒業。同年 同大学 医学部 内科。2006年 同大学 医学部 循環器内科。2013年 Institut Cardiovasculaire Paris Sud 留学を経て、2015年より慶應義塾大学 医学部 循環器内科、2018年より現職。

### 参加者



じています。脈拍は120回/分、SpO<sub>2</sub>は2Lで98%。吸気時に増強する左前胸部から左肩の痛みがあり、疼痛スケールは5/10でした。背部痛は、前回急性大動脈解離のときは背部痛がメインでしたが、今回は背部痛を認めませんでした。あとは両側の下腿浮腫があるくらいで、特記すべき所見は認めていません。

**専**：この時点で何か、アナムネや所見など確認したい点がありますか？救急外来で胸痛は典型的な症例で、研修医になると絶対に経験すると思います。

学生さん、胸痛をみたら鑑別診断は何を考えますか？

**学** 学生1：心筋梗塞や肺塞栓症。

**学** 学生2：急性心膜炎。

**専**：もう一步踏み込んで、そういうものを考えたときに、どういったアナムネをとりますか？胸痛の人が来たら、患者さんに何を聞きますか？

**学** 学生3：いつごろから痛いのか、何分続くか。

**専**：胸痛の人が来たら、いつから痛いのか、痛みの性状、どんな痛みか、場所などは重要だと思いますね。検査としては、救急搬送されたら採血、心電図、X線はルーチンでやると思うので、そういった検査を進めていくことになると思います。その後の救急の流れをお願いします。

**受** 長谷：救急搬送後、21時5分に病院に到着しました。その時点で心電図、採血、ベッドサイドで心エコー、X線を撮影するとともに、その間、大動脈解離に関する情報を前医から取り寄せました。21時7分的心電図所見では、洞調律で脈拍は118回/分、左室肥大所見がありました。胸痛ということで心筋梗塞を考えないといけないと思いますが、明らかなSTの上昇やreciprocal changeはこの時点でははっきりしない心電図でした。

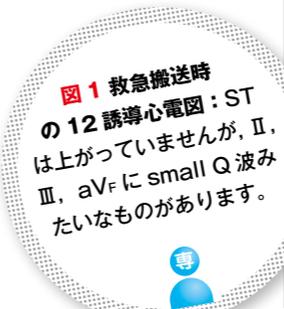


図1 救急搬送時の12誘導心電図：STは上がっていませんが、II, III, aVFにsmall Q波みたいものがあります。

**専**：この心電図ですが、前との比較もないので難しいと思いますが、STが有意に上がっている印象はありますか？相澤先生いかがですか？

**専** 相澤：STは上がっていませんが、II, III, aVFにsmall Q波みたいものがあります（図1）。

**専**：この時点ではSTが著明に上昇している印象は乏しいと思います。では続きをお願いします。

**受** 長谷：21時12分にベッドサイドで心エコーを施行しています。まず心嚢液が軽度貯留していました。ただし、左室拡張期虚脱所見はありませんでした。左室壁運動は全体的に比較的良好で、EFは60%程度ありました。あとは求心性左室肥大と、バルサルバ洞が拡大していて、それに伴って中等度の大動脈弁逆流も認められました。下大静脈は呼吸性変動が低下しており、拡大していました。

胸部X線写真では、解離の既往もあり、上縦隔の陰影が拡大していて、心拡大も認めています。両側の下肺野の透過性も低下していて、肺水腫が合併している可能性もあると思います。胸痛の原因でやはり気胸を考えなければならぬと思いますが、気胸の所見はありません

でした。

来院時の採血では、トロポニンが弱陽性、CKとCK-MBは正常、Dダイマーは若干上がっており、あとは軽度腎機能障害を認めるくらいで、その他は特筆すべき点はありませんでした。

**専**：各種検査所見が揃ってきましたが、このあたりでどのようなことを考えるかを聞いてみたいと思います。

**修** 谷：解離の既往がある点と、Dダイマーが上がっている点で解離の再発を念頭に置かないといけないと思います。

**専**：この時点でいくつか可能性はあると思いますが、1つは今、谷先生が言ったように、解離の既往があつて、Dダイマーも上がっていて、突然発症する胸部から背部に行くような痛みということで、解離の可能性は十分に考える必要があります。あとはもう1つ、先ほど心電図でSTの変化はあまりはっきりしないのではないかということですが、症状や、トロポニンが弱陽性になっていることより、急性冠症候群は念頭に置く必要があると思います。

**受** 長谷：この時点で、鑑別疾患としては、先ほど学生さんもおっしゃいましたが、胸痛の原因として最初に考えないといけないのは急性冠症候群、あとは今回この方は