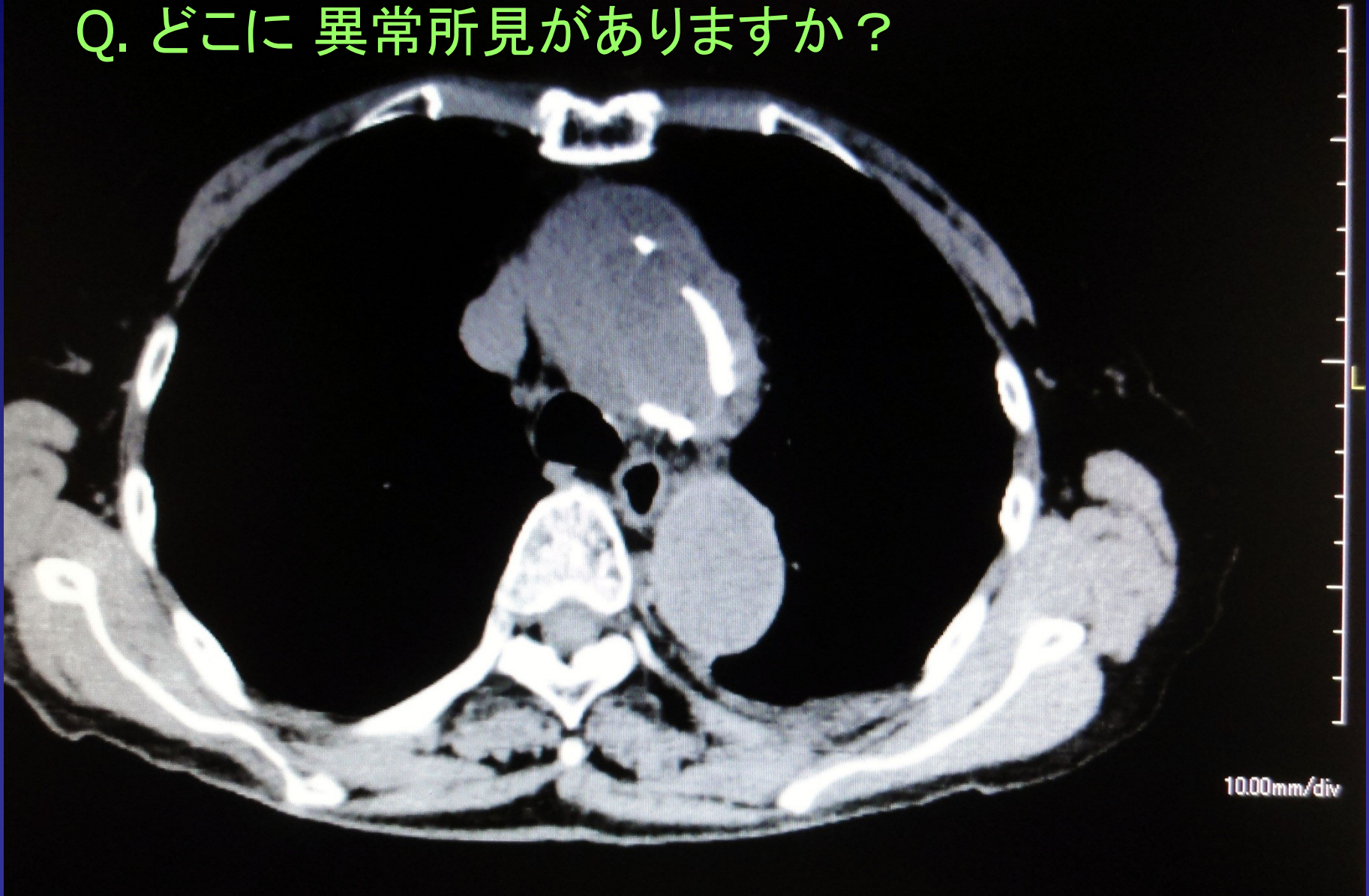


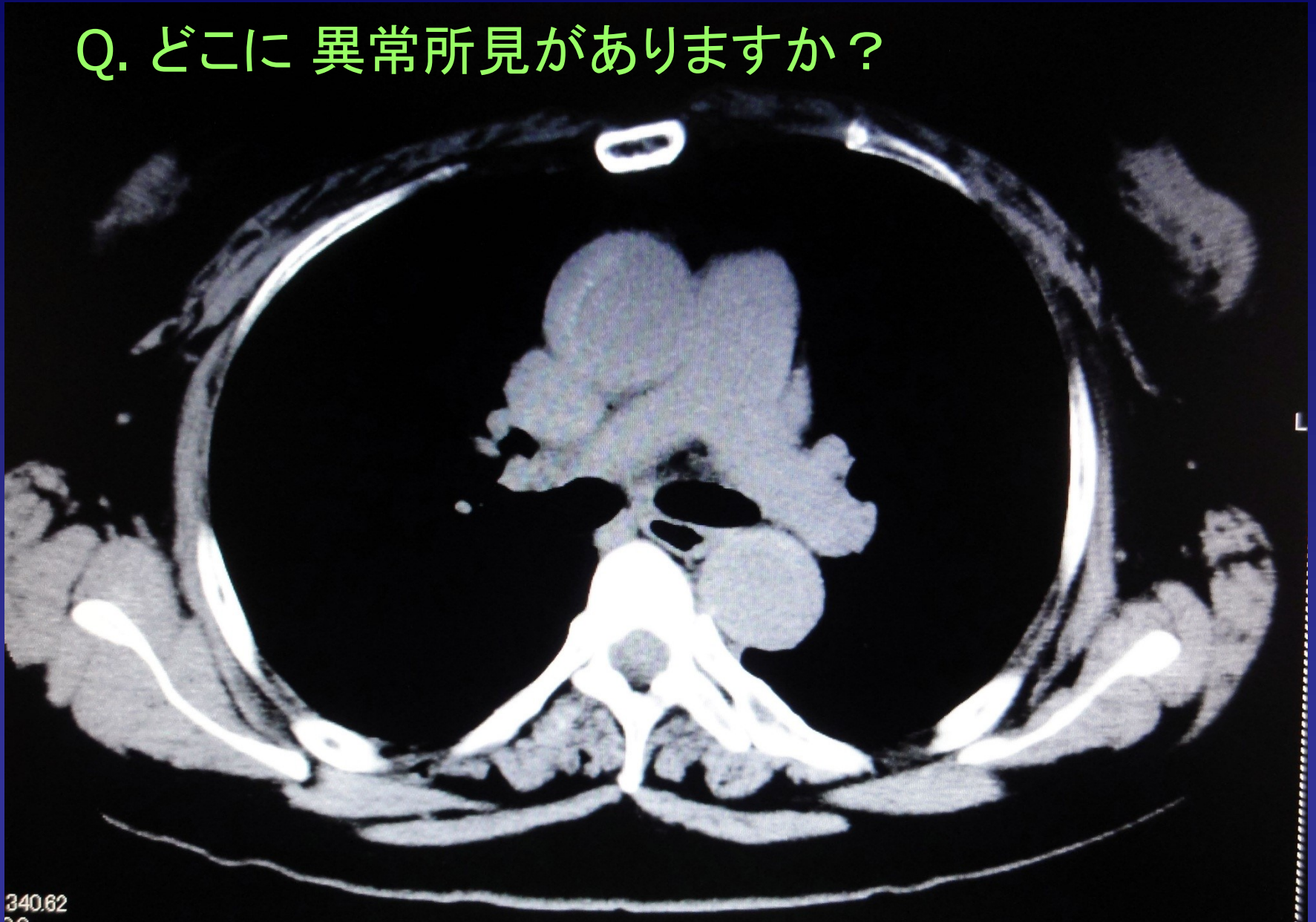
# Case B 単純胸腹部CT所見①

Q. どこに異常所見がありますか？



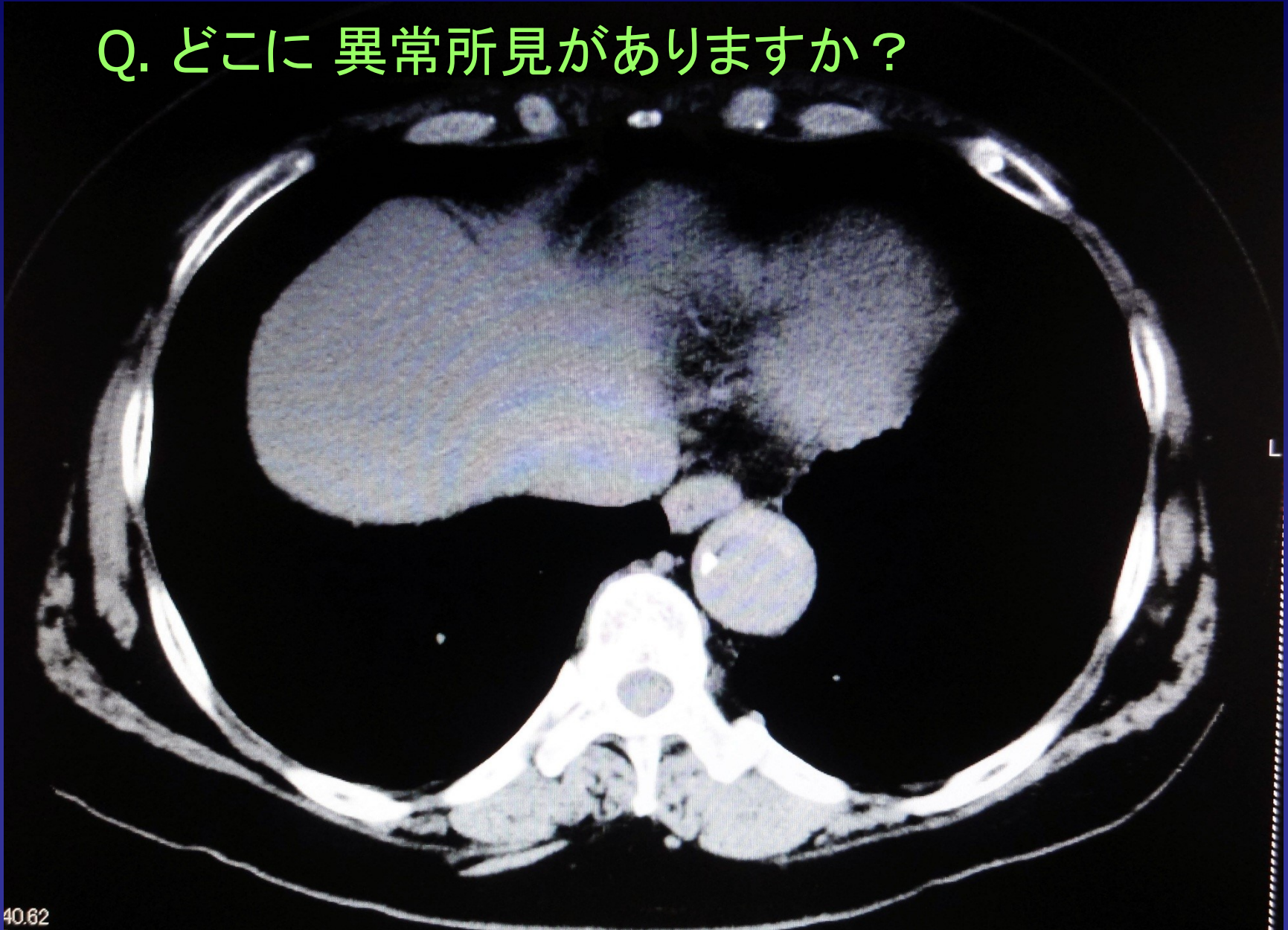
# Case B 単純胸腹部CT所見②

Q. どこに異常所見がありますか？

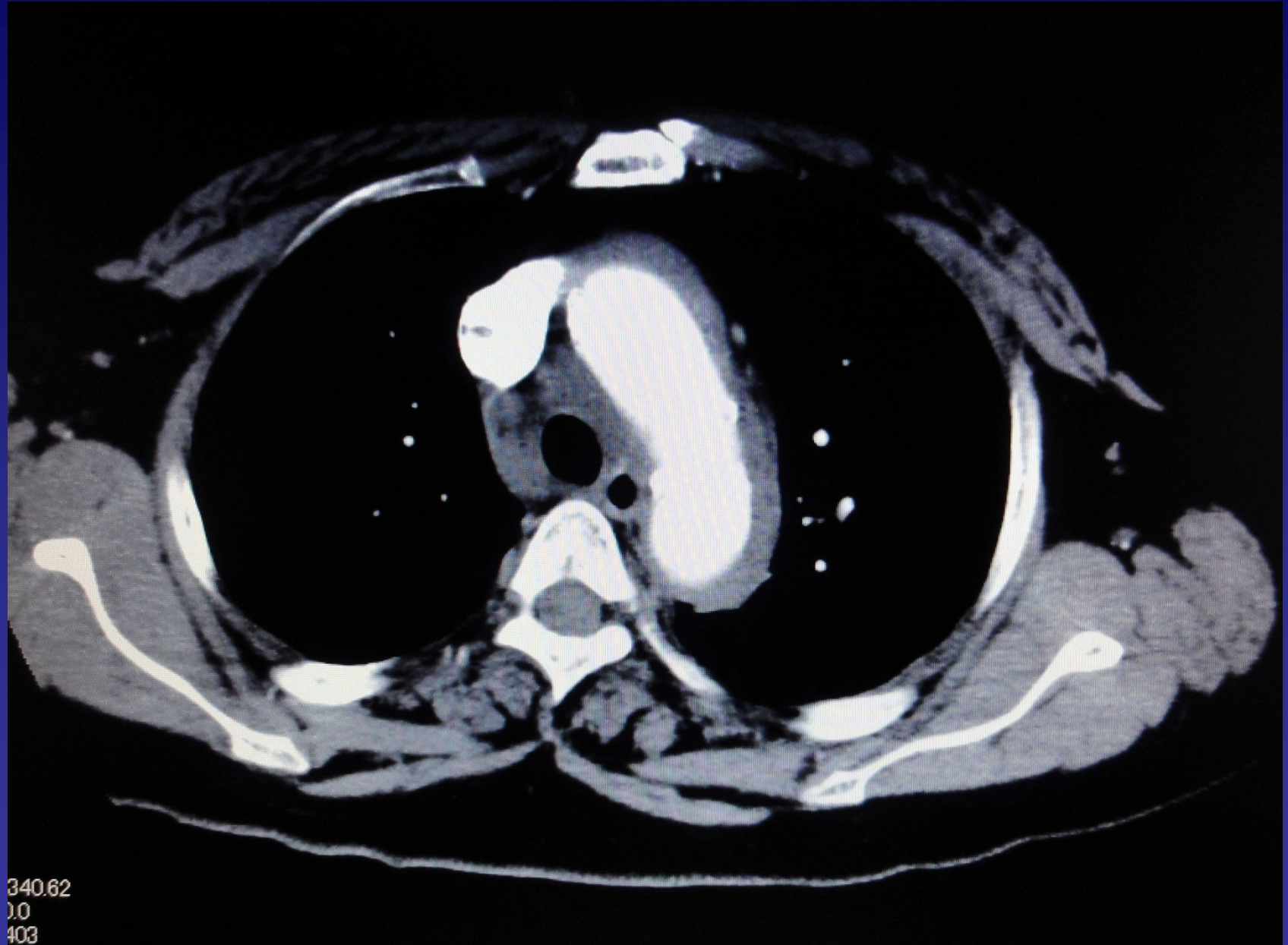


# Case B 造影胸腹部CT所見③

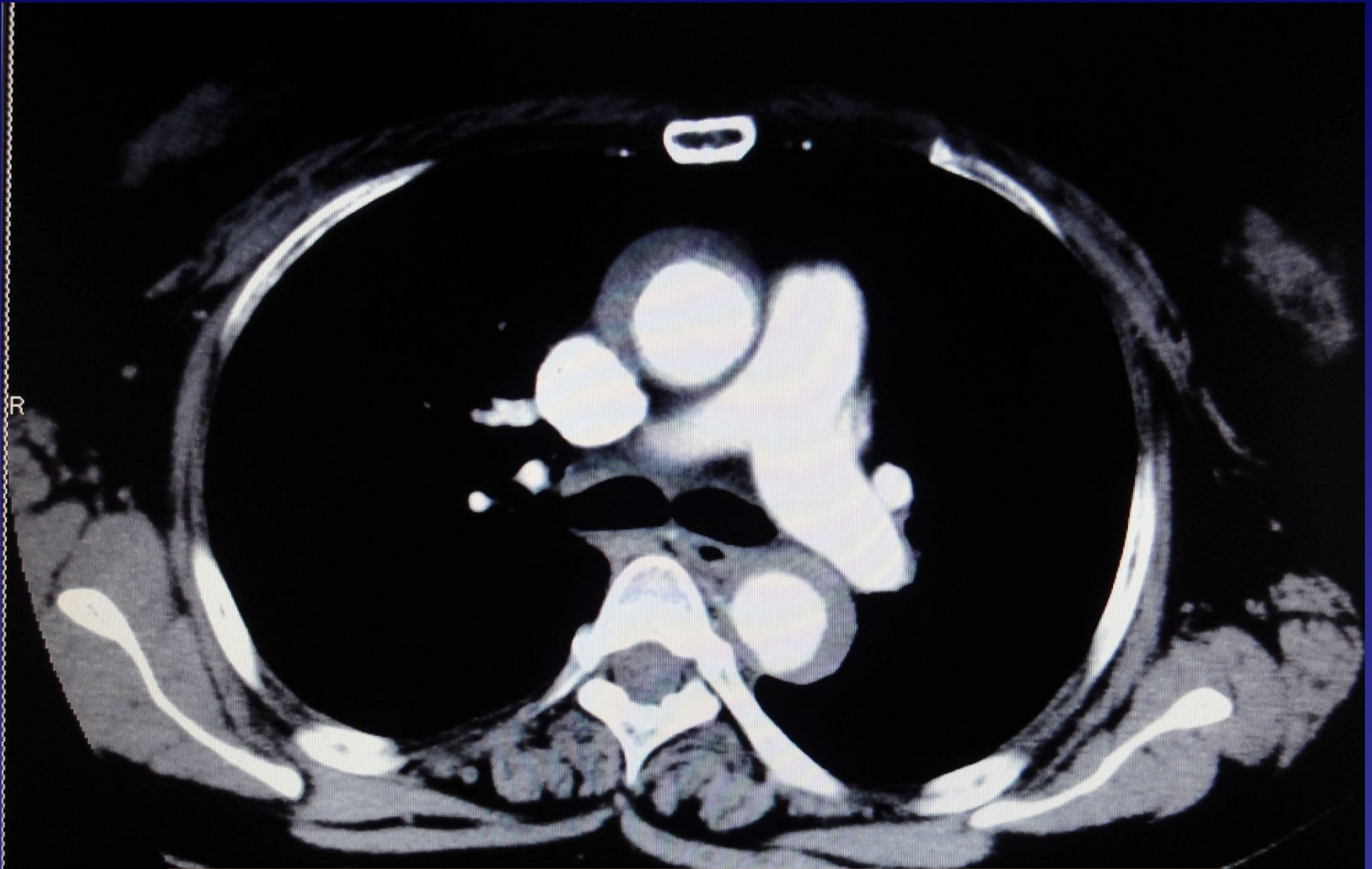
Q. どこに 異常所見がありますか？



# Case B 造影胸腹部CT所見①



# Case B 造影胸腹部CT所見②



この症例の臨床診断は？ 治療方針は？

# 症例(2) 研修医の思考プロセス⇒診断

## <血液ガス>

pH:7.358, pCO<sub>2</sub>:41.2mmHg, pO<sub>2</sub>:25.5mmHg, HCO<sub>3</sub>:22.6 mmol/L,  
ABE:-2.2mmol/L,

Na:137mmol/L, K:3.6mmol/L, AnGap:4.1mmol/L, Ca:1.13mmol/L,

Glu:120mg/dL, Lac :48mg/dL

## <心電図>

HR67bpm NS.R

## <胸部レントゲン>

CTR:52% 血管影の増強あり  
縦隔の拡大ははっきりせず  
右下肺野にブラあり

## <胸腹部造影CT>

大動脈起始部から腎動脈におよぶ Aortic Dissection の所見。  
解離腔(偽腔)は、すでに血栓閉塞している。

## 【診断】

#1. **大動脈解離(StanfordA、早期血栓閉塞型)**

著明な強背部痛を認め、CTでは大動脈起始部から腎動脈におよぶ解離の所見を認めた。解離腔はすでに血栓閉塞しており、緊急手術の適応とはならず保存的加療の方針で救命センター入院となる。

(心臓血管外科 Dr. [redacted] 救急科 Dr. [redacted])

デキレジ!

(再掲)

# 表 A.

## 胸背部痛を訴える傷病者の致死的な7病態

1) 急性冠症候群 (ACS)

2) 急性心筋炎

特に SLE

3) (粘度の高い) 心嚢液貯留を伴う急性心膜炎

4) 胸部大動脈解離 (解離性大動脈瘤)

5) 肺動脈血栓塞栓症 (PTE)

6) 緊張性気胸

7) 特発性食道破裂 (Boerhaave症候群)

# “ Killer Chest Pain ” の覚え方

- 1) 心臓を養う「血管」の病変
- 2) 心臓の筋肉(心筋)自体の病変
- 3) 心臓を取り囲む「膜」の病変
- 4) 心臓に出入りする「大血管」の病変
- 5) 心臓の周りの臓器「縦隔」の病変



# 大動脈解離診断の留意点①

- ◎ 胸痛～背部痛を訴える患者をみたら、「**致死的な7つの病態**」を想起し検査を進める癖をつけよう。  
治療法が正反対となることもあり得る。  
診断ミスは、文字通り、“致死的”となり得る。
- ◎ 失神～意識障害、片麻痺、腹痛、下肢の疼痛～感覚異常を主訴に、ERを受診する大動脈解離患者がいる。
- ◎ 急性心筋梗塞患者の中に、大動脈解離患者がときどき、紛れ込んでいる(特に下壁梗塞)。
- ◎ 血圧の左右差が観察されない胸部大動脈解離、痛みの移動がない胸部大動脈解離は、少なからず存在する！ 教科書を信用しすぎないこと！

# 大動脈解離診断の留意点②

- ◎ 大動脈解離を疑ったら、腎機能低下があっても、**造影胸腹部CT検査を実施する勇気を持つとう！**
- ◎ 腹部エコーを実施する場合は、腹部大動脈や下大静脈を観察する癖を日頃からつけておこう！腹部エコーの観察のみで、大動脈解離であると診断できる事例がある。
- ◎ 経食道心エコー(TEE)は、大動脈解離の診断(特にエントリー部同定)に有用である。CPAであっても、CPRしながら TEE で 大動脈解離を診断したり、心タンポナーデや肺動脈塞栓症を描出することも可能である。