

趙 景格¹、鷲山 直己¹、竹内 祐貴¹、平野 雅大¹、広上 智宏¹、山田 敏之¹、和田 駿佑¹、木下 健二¹、横地 裕太¹、岡本 一真¹
¹ 浜松医科大学医学部附属病院

65 歳男性。高血圧の既往あり、5 時間前に意識消失したため救急搬送された。来院時は JCS300、GCS3 であった。造影 CT で両側総頸動脈閉塞を伴う Stanford A 型大動脈解離を認め、瞳孔散大および対光反射消失を認めたため降圧療法とランジオール投与を開始した。約 10 分後の再評価では対光反射が出現し、超音波検査で左総頸動脈に一部血流開存を認めた。GCS も 4 へ改善したが、脳虚血発症から 4 時間以上経過し神経学的改善が限定的であったため、緊急手術は見合わせ ICU 管理とした。その後、呼びかけに対する意図的運動を認めたため手術適応ありと判断した。脳虚血再灌流障害や出血性梗塞のリスクを考慮し、救命を最優先として上行大動脈人工血管置換術を施行した。エントリーは上行大動脈小弯側に存在し、26 mm J-Graft による上行置換のみで切除可能であった。術後 CT および MRI で小脳梗塞と右大脳梗塞を認めたが、脳浮腫や出血性変化は認めなかった。両側総頸動脈血流は再開し、左片麻痺は残存したものの改善傾向を示した。術後 6 日目に経口摂取を開始し、術後 17 日目にリハビリテーション目的で転院した。重篤な脳虚血を伴う Stanford A 型大動脈解離では手術適応の判断に難渋する。本症例では神経学的所見の経時的改善を確認したうえで、救命を優先したシンプルな外科治療を選択し良好な転帰を得た。