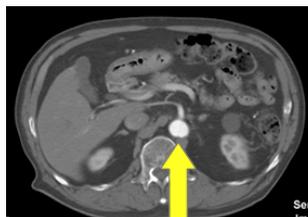
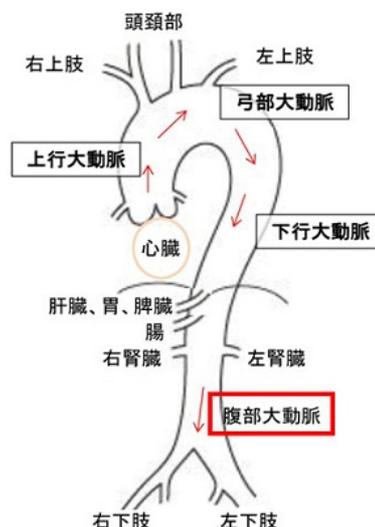


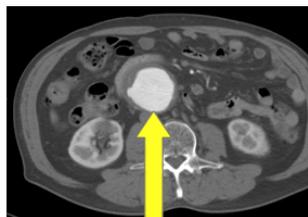
「腹部大動脈瘤」の話

「大動脈」は、心臓から送り出された血液が通る人体の中で最も太い血管です。心臓から出てまず上に向かい（「上行大動脈」）、弓状に曲がって背中側に回りながら脳や腕に栄養を運ぶ3本の血管が枝別れし（「弓部大動脈」）、下に向かいます（「下行大動脈」）。ここまでが「胸部大動脈」で、横隔膜を貫くと「腹部大動脈」に名前が変わります。肝臓・胃・脾臓といった内臓、腸、腎臓への4本の血管が枝分かれした後、臍（へそ）のあたりで「総腸骨動脈」として左右に分かれて骨盤から下肢に向かいます。

「腹部大動脈瘤」とは、「腹部大動脈」が部分的に大きくなる病気で、通常は20mm程度の大動脈が30mm以上に膨らんだ状態です。「大動脈瘤」全体の約2/3が「腹部大動脈瘤」であり、そのうちの約95%以上が腎動脈分岐以下に発生します。体表からみると、腹部大動脈瘤の場所はみぞおちから臍の周りになります。



正常な大動脈



大動脈瘤

図(上)：造影CT
血管内（血液が流れている領域）は、造影剤により白く描出されます。

「腹部大動脈瘤」の原因の90%以上は動脈硬化です。動脈硬化の危険因子としては、喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病などが広く知られています。中でも、喫煙が最も大きな原因といわれています。

また、感染症（梅毒など）のほか、血管に炎症を引き起こす病気（高安動脈炎、ベーチェット病など）なども原因になります。

「腹部大動脈瘤」は、年をとるほど発生頻度が上昇することが知られています。手術を受けられる方の平均年齢は75歳で、40歳代から50歳代の方は稀であり、男性、女性ともに70歳代の方が最多です。また、ご家族に「腹部大動脈瘤」の人がいる場合には、発症する可能性が高くなります。

「腹部大動脈瘤」は通常は自覚症状はほとんどありません。痩せている方が腹部の拍動性（「ドクドクする」）の腫瘍として気づくこともあります。ほとんどの方は、健康診断や他の病気の検査や治療中に、偶然、「腹部大動脈瘤」が見つかります。

『ラプラスの法則』という物理学の法則があり、それによると大動脈が拡張すれば拡張する程、大動脈壁にかかる張力がその直径に比例して増大してゆくという現象が認められます。従って大動脈瘤は大きくなればなるほど、その壁にかかるストレスが増大することとなります。

「腹部大動脈瘤」はゆっくり大きくなりますが、風船を膨らませる時に最初は膨らみにくいの、だんだん息を吹き込みやすくなるのと同じく、大きくなればなるほど早く大きくなります。したがって、「腹部大動脈瘤」の直径が大きくなればなるほど、破裂する危険性が高まります。一年の内に破裂する可能性は、40mm～50mmでは5%以下ですが、50mm～60mmでは3%～15%で、60mm以上ではさらに高まります。

破裂すると、一気に症状が進みます。血圧が低下して突然ショック状態になり、突然意識を失う状態などとなることもあります。完全に破裂していない場合に、劇痛を伴うこともあります。

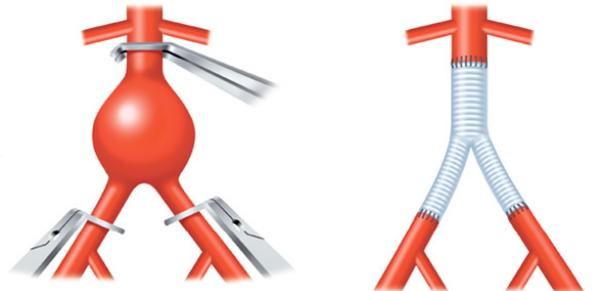
「腹部大動脈瘤」が破裂した場合には、救命を目的として、すぐに手術を受けるしかありません。手術の目的は救命であり、救命されたとしても、破裂する前のような日常生活をおくれなくなる可能性が高くなります。

したがって「腹部大動脈瘤」は、破裂する前、多くの人で無症状の間に手術を受けることが重要であり、破裂する危険性と手術の危険性を比べて、破裂する危険性が手術の危険性よりも高くなれば、手術が勧められます。また、「腹部大動脈瘤」の形状も重要な判断材料で、紡錘状に膨らんでいる場合には直径が参考にされますが、大動脈の一部が突出するような形（「嚢状」）になっている場合には、大きさに関わらず手術が勧められます。

高血圧を伴っていることが多く、高血圧の薬物治療によって「腹部大動脈瘤」が大きくなるのを遅らせることができる可能性はありますが、根本的な「腹部大動脈瘤」の治療は手術に限られ、「人工血管置換術」と「ステントグラフト内挿（ないそう）術」の二つの手術方法があります。

人工血管置換術

「大動脈瘤」の根本的な治療は「人工血管置換手術」という手術になります。「腹部大動脈瘤」を人工血管に置き換える手術です。人工血管はポリエステル繊維やフッ化エチレン膜などによって作られており、異物反応を示すことはありません。「腹部大動脈瘤」の手術には、直径14～22mmのストレート型または半分ぐらいの2本の脚に枝分かれしたY字型の人工血管が使用されます。比較的太いといえる人工血管ですので、中を流れる血液が固まる危険性が低く、信頼のおける人工臓器の一つです。ちなみに、人工血管は開発されてから50年以上が経過しています。



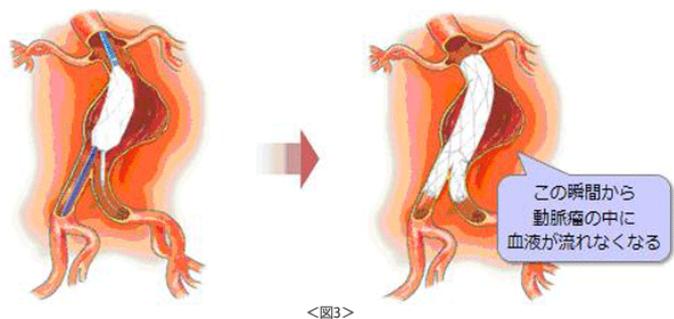
この手術は腹部を大きく切り開いて行われ、場合によっては「人工心肺装置」を使用して行われるため身体への負担が非常に大きくなり、手術により生命に関わる場合もあります。

ステントグラフト内挿（ないそう）術

「人工血管置換術」と比べて歴史が浅く、日本では、2006年に薬事承認されて本格的に行われるようになりました。

足の付け根を数センチ切開し、太い動脈（「大腿動脈」）を露出させ、その血管から「ステント」といわれるバネ状の金属を取り付けた人工血管を「大動脈瘤」内に展開させます。「ステント」の拡張する力と血圧により「大動脈瘤」の上下の動脈に内側から張り付き、血液は「ステントグラフト」の中を通りますが、「ステントグラフト」の外側の「大動脈瘤」には血液が流れなくなって血圧が及ばなくなり、「大動脈瘤」は縮小することもあります。

足の付け根の動脈から細い筒（シース）を動脈瘤の中まで挿入
そこで収納されているステントグラフトを広げる



大動脈瘤が縮小しなくても、拡大が防止されるので、破裂する危険性はほとんどなくなります。「ステントグラフト内挿術」は患者さんの体の負担が少ない治療ですが、大動脈瘤の形や場所などが「ステントグラフト内挿術」に適さない場合もあります。

図は、「国立循環器病研究センター」「横須賀共済病院」「日本血管外科学会」「富山県立中央病院」ホームページから引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・御要望などをお気軽にお寄せ下さい。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）
電話：0745-65-2631