

[症例報告]

下肢麻痺が初発症状であった大動脈解離の 1 例

尾道市立市民病院 救急科

後長 孝佳

要 旨 下肢麻痺症状を伴った大動脈解離の症例を経験した。症例は 51 歳男性。腰痛，下肢脱力による体動困難で救急搬送された。下肢しびれは L1 レベル以遠に認め，筋収縮を認めたが膝立てはできなかった。初発症状としては腰痛，下肢麻痺症状であったが，その後胸背部痛も認めたことにより大動脈解離を疑い，造影 CT を施行して stanford B 型の大動脈解離の診断に至った。下肢麻痺の原因として Adamkiewicz 動脈の閉塞が疑われた。経時的に下肢麻痺症状は改善し，下肢麻痺発症後約 3 時間で膝立てが可能となった。下肢麻痺症状を伴う大動脈解離の症例を経験したため報告した。

Key words: 大動脈解離，下肢麻痺，Adamkiewicz 動脈

はじめに

急性大動脈解離の主症状は移動する胸背部痛がほとんどで，診断は比較的容易である。しかし放置すれば急性期に約半数以上が死亡するため迅速且つ適切な診断が必要である。しかし，症状が胸背部痛だけではなく，虚血症状を伴う場合その他の疾患も想定しなければならず，初期診断および治療が遅れることがある。今回，下肢麻痺を伴う腰背部痛を初発症状とする急性大動脈解離を経験したので報告する。

症 例

症例：51 歳，男性

主訴：腰背部痛 下肢脱力による体動困難

既往歴，家族歴：マルファン症候群等の特記事項なし

内服：特記事項なし

嗜好

喫煙：15 本 / 日 × 26 年 飲酒：ビール 350ml / 日

現病歴：X 日午後 1 時頃より腰痛が出現したが何とか仕事（事務作業）を続けていた。午後 3 時頃より腰部痛が強くなり，下肢のしびれ脱力により座り込んで動けなくなった。そのまま様子見ていたが，午後 3 時 30 分頃に胸背部にも痛みが出現したため，救急要請した。

現症：身長 176cm，体重 80kg BMI 25.8 腰部，胸背部痛は改善傾向であったが，下肢しびれ，感覚障害，脱力は継続。

バイタルサイン：意識レベルクリア，脈拍 58 回 / 分，血圧（右手）141/74mmHg，（左手）129/67mmHg，呼吸 16 回 / 分，SpO₂

A case of aortic dissection with lower limb paralysis
Department of Emergency Medicine
Onomichi Municipal Hospital
Takayoshi Gocho



図1 胸部レントゲン

(室内気) 91% → (3L 経鼻) 98%,
体温: 36.2°C

検査所見

末梢血: WBC 9400/ μ L, Hb 17.6g/dL,
Plt 220000/ μ L
生化学: CRP 2.14mg/dL, AST 93U/L,
ALT 95U/L, LDH 211U/L, ALP 163U/L,
 γ GTP 249U/L, ChE 284U/L, T.Bil 2.6, 総
蛋白 7.0g/dL, Alb 4.4g/dL, BUN 8.4mg/dL,
Cr 0.78mg/dL, eGFR 82ml/分/1.7,
Na 140mmol/L, K 3.8mmol/L, Cl 103mmol/
L, TnI 10pg/mL 未満, BNP 7.3pg/mL,
AMY 56U/L, 血糖 108mg/dL, CK 81U/L
凝固系: PT% 104%, PTINR 0.98, APTT 30.1
秒, D ダイマー 21.5 μ g/mL

画像検査

胸部レントゲン: 縦隔の拡大あり。
造影 CT: 大動脈弓部の鎖骨下動脈分岐部から総腸
骨動脈までの解離あり。解離腔はほぼ血栓閉塞して
いるが、腰部、胸部の一部の偽腔は開存している。

腹腔動脈, 上腸間膜動脈, 腎動脈は真腔, 下腸間膜
動脈は偽腔から分岐している。

経過

腰部から胸部に移動する痛みの訴えあり, 大動脈
解離を疑い, 造影 CT を施行 (図 2)。左鎖骨下動
脈分岐部レベルあたりの大動脈弓部から総腸骨動
脈レベルまでの解離を認めた。症状の経緯より腹部
大動脈解離より逆行性に胸部大動脈まで解離腔が
広がったと考えた。ニカルジピン塩酸塩持続静脈注
射による降圧療法開始。目標血圧は収縮期血圧
130mmHg 以下とした。搬送時には腰部痛, 胸背
部痛は消失していたため鎮痛は行わなかった。大動
脈解離に伴って Adamkiewicz 動脈への血流が低
下して下肢麻痺が出現したことが疑われた。大動脈
弓部にまで解離腔が及んでおり, 下肢麻痺も認めた
ことから当院では対応困難となり, 高次病院に転院
となった。転院中の収縮期血圧はニカルジピン塩酸
塩持続静脈注射にて 125mmHg 前後で推移した。
血圧が安定してきたところで下肢麻痺症状が徐々
に改善し, 転院先病院に到着直前, 下肢麻痺出現 3
時間後には膝立て可能になるまで麻痺が改善して
いた。

転院後は降圧療法を継続し, 解離腔の変化は認め
ず, 発症 27 日目に独歩退院となった。

考察

大動脈解離は移動する胸背部痛を特徴的な主訴
として始まることが多い。松尾らによる 276 例の報
告では背部痛 86 例, 胸背部痛 85 例, 胸痛 80 例と
報告されている¹⁾。急性大動脈解離による臓器虚血
の発生頻度としては脳血管障害 6-7%, 対麻痺
3-4%, 腸管虚血 5%, 下肢虚血 24-26% という報
告²⁾や, 脳血管障害 3%, 対麻痺 3%, 末梢での脈
拍の消失 24%, 腎血流障害 8%, 臓器血流障害 5%
という報告³⁾もある。対麻痺の頻度としては 3% 程
度といずれも低い。2020 年版の大動脈瘤・大動脈
解離診療ガイドラインでも下肢対麻痺は 4% に発症
すると記載がある。脊髄虚血の結果として生じる症
状で, 脊髄上部は主に椎骨動脈の分枝血流によって

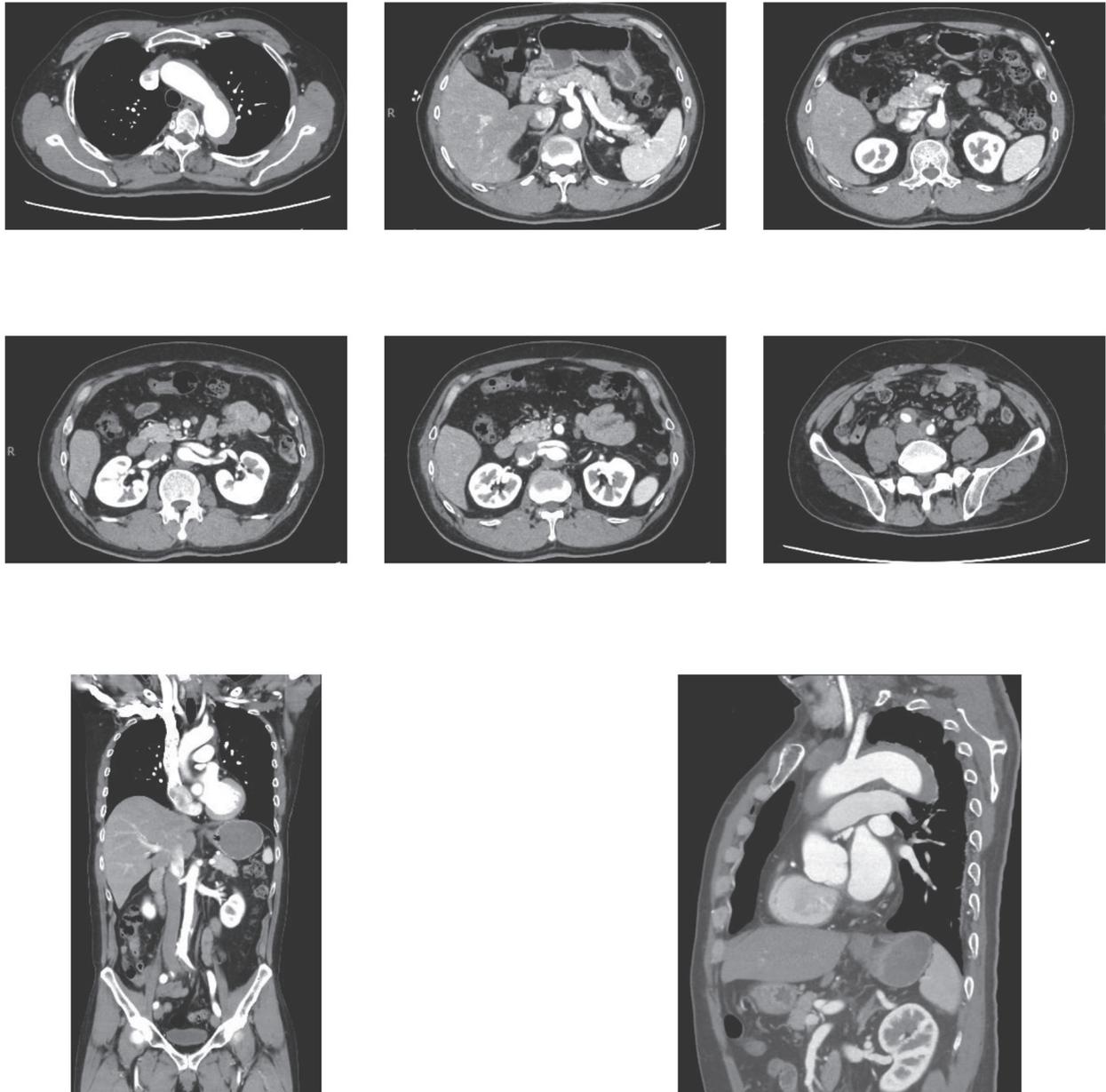


図2 造影CT

栄養されており、大動脈解離によって障害される頻度は低い。一方で脊髄下部への主な血流は大動脈からの直接分枝である肋間動脈や腰動脈分枝によって保持されている。特に胸椎下部から腰椎上部において前脊髄動脈に結合する分枝 (Adamkiewicz 動脈) は通常他の脊髄枝に比べて太く、大根動脈 (arteriaradicularis magna) と呼ばれる。下行大動脈の解離によって肋間動脈や腰動脈が狭窄したり真腔から離断されたり、あるいは偽腔が血栓閉塞

したりすると Adamkiewicz 動脈の血流障害が生じ、脊髄上部と下部の分水嶺域である胸髄中部に虚血が生じる。脊髄横断症状を来すこともあるが、脊髄前方すなわち運動神経領域が障害されやすく、対麻痺をきたすと記載がある⁴⁾。本症例では腰痛に伴う下肢麻痺を最初の症状として発症した場合、腰椎疾患を疑ってしまい、経過中に胸背部痛が出現しなければ大動脈解離の可能性を低く考えてしまっていた可能性がある。実際、下肢麻痺としびれを呈した

46歳の男性がStanford A型大動脈解離であったという報告もある。その症例では病歴や検査では大動脈解離の徴候がほとんどなく、急性神経根障害のために初診は整形外科受診となったが、軽度の胸痛の訴えがあり、最終的な診断に至ったと報告している⁵⁾。腰痛ガイドラインでは腰痛の診断において①発症年齢20歳未満または55歳以上②時間や活動性に関係のない腰痛・胸部痛を伴う③癌、ステロイド治療、HIV感染の既往④栄養不良・体重減少⑤広範囲に及ぶ神経症状⑥強直性脊柱変形⑦発熱のような項目に該当する場合は、重大な脊椎病変の可能性があるとされている。これらの項目は赤旗徴候とされており、重大な脊椎病変とは悪性腫瘍、脊椎感染症、骨折、大動脈解離、強直性脊椎炎、馬尾症候群などがあげられ、腰痛感者の5%未満に相当するとされる。本症例では時間や活動性に関係ない、胸部痛を伴った腰痛、下肢麻痺であったため赤旗徴候の項目に該当した⁶⁾。

また大動脈解離に対する初期対応としては降圧療法が基本となっており、2020年版大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドラインでは原則として130/80mmHg未満を目標とするのが望ましいと推奨されている⁴⁾。脊髄への血流低下が疑われる対麻痺の場合、血圧を下げすぎても症状を増悪させる可能性があり、目標血圧の設定に難渋したが、完全に血栓閉塞していなかったため救命優先とし収縮期血圧120mmHg前後を目標に降圧療法を行った。

結 語

胸背部痛が初発症状ではなく、腰痛、下肢麻痺を主訴に救急搬送された大動脈解離の患者を経験した。症状より整形外科系の疾患も想定したが、一過性の胸背部痛も認め、早い段階で大動脈解離を疑い造影CTを施行して、診断に至った。

胸背部痛の訴えない腰痛、下肢麻痺症状のある症例でも大動脈解離の可能性を捨てず、診療にあたっていきたい。

文 献

1) 松尾汎：大動脈解離 診断から治療まで，1992，

日本胸部外科学会関西地方会，pp.33-41.

- 2) 内田發三，寺本滋：臓器虚血を伴う解離性大動脈瘤の臨床像と治療成績．日心外血外会誌，20:1438-1440，1991.
- 3) James, I.F., George, E.S, Scott, R.M.et al.:Treatment of patients with aortic dissection presenting with peripheral vascular complications.Ann.Surg., 212:705-713, 1990.
- 4) 2020年改訂版 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン
- 5) Barboc D, Grad W, Aortic dissection presenting as a left leg numbness and paralysis. Am J Emerg Med 2010;28:1063.
- 6) 日本整形外科学会，日本腰痛学会．腰痛診療ガイドライン2012．東京，南光堂，2012.