

常の身体活動より重い（おおむね 6METs を超える）身体活動で心筋梗塞による疲労、動悸、呼吸困難、狭心痛を生じる」と医師により認められるものをいう。

さらに、軽度の心機能の低下等にとどまるものとは、以下の 3 つの要件のいずれも満たすものをいう。

①心機能の低下が軽度にとどまり、現在の臨床所見に将来にわたって著変がないと認められること

②危険な不整脈が存在しないと医師により認められること

③残存する心筋虚血が軽度にとどまると医師により認められること

イ 心筋梗塞後にペースメーカー等を植え込んだ場合の障害等級

ペースメーカー等を植え込んだことそのものによる障害の内容と程度については、「4 植込み型心臓ペースメーカー等を植え込んだ場合の取り扱い」において検討した通り、ペースメーカーについては第 9 級の 7 の 3、除細動器については第 7 級の 5 としたところである。

一方、心筋梗塞後の主として心機能の低下による障害については、第 11 級の 9 又は第 9 級の 7 の 3 としたところである。

ペースメーカーや除細動器を植え込んだことによる障害と心筋梗塞後の主として心機能の低下による障害とでは、内容、性質を異にすることから、心筋梗塞後にペースメーカー等を植え込んだ場合の障害等級については、この 2 つの障害について併合の方法を用いて準用等級を定めることが適当である。

そうすると、心筋梗塞後に出現した不整脈治療のためペースメーカーを植え込み、治癒した場合は、併合の方法を用いて準用第 8 級、除細動器を植え込み治癒した場合は、同じく準用第 6 級とされることとなる。

なお、併合の方法を用いて定められるこれらの準用等級は、医学的にみても、心筋梗塞後にペースメーカー等を植え込んだ場合の障害の程度を適切に表していると考えられる。

参考

1. 日本循環器学会等 10 学会合同研究班報告：心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン. Circulation Journal, 67(Suppl. 4):1261～1303, 2003.
2. American Medical Association :Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, AMA press, 2000.
3. 日本循環器学会等 7 学会合同研究班報告：慢性心不全治療ガイドライン. Japanese Circulation Journal, 64(Suppl. 4):1023～1079, 2000.
4. 山本哲史、山崎元：運動処方最近の考え方. 慶應義塾大学スポーツ医学研究センター紀要：33～39, 1999.

2 狭心症

(1) 検討の視点

- ア 狭心症に対する治療を行い、それ以上の治療効果が期待できなくなったものでも、胸痛発作が出現するものがあるが、どのような場合に治ゆとなるかについて検討した。
- イ 狭心症治ゆ後の障害等級について検討した。

(2) 病態と治ゆ

ア 病態

狭心症は、冠動脈の有意狭窄又は一過性の閉塞により、一過性の心筋虚血を来し、特有の胸痛発作を起こす臨床症候群である。心筋虚血により生じた胸痛発作を狭心症と呼ぶ。一般に、胸痛は数分から長くても十数分間で消失する。

狭心症は一過性の心筋虚血発作ではあるが、一旦狭心症を発症すると、その後も狭心症状、すなわち「冠動脈の有意狭窄又は一過性の閉塞による心筋虚血と胸痛」が出現することが多い。

イ 治ゆ

- a 狭心症発症後は、薬物治療のほか、経皮的冠動脈形成術（PTCA）や冠動脈バイパス術（CAGB）などの治療が行われる。治療により冠動脈病変がどの程度改善されるかは、病変の部位や範囲、動脈硬化の重症度等に左右される。

狭心症の重症度と血管造影等で診断される病変の重症度治療による改善の可能性は必ずしも相関せず、重症でない病変狭心症であっても、その後の重篤な狭心症状胸痛の出現が容易には解消されない場合もあるが、通常、日常生活や通常の身体活動には支障がない程度に改善される、すなわち軽度の症状になるまでは治療が継続される。

したがって、狭心症については、軽度（日常生活や通常の身体活動には支障がない程度）に改善された場合に、それ以上の治療効果が期待できない状態に至ったとすることが通常適当であり、原則としてその場合には、症状も安定していると言えることから、労災保険における治ゆとすることが適当である。

ただし、身体活動が軽度制限される程度の症状等軽度を超える症状を残したまま、積極的な治療を中止することがある。こうした場合、まれに症状が安定していると認められる場合があり、そうしたときには治ゆとし、障害認定することが適当である。

- b また、経皮的冠動脈形成術が成功し、冠動脈の有意狭窄が解消された場合でも、30～40%の症例で数ヶ月のうちに治療部位に再狭窄を来すが、6ヶ月以内に再狭窄を来さなかったものは、その後に再狭窄を来すことはほとんどない。

そのため、経皮的冠動脈形成術を行った場合は、6ヶ月間は経過を観察する必要がある。

したがって、この場合、6ヶ月を経過しても再狭窄を来していないことが確認できたものについて治ゆか否かを判断することができる。

なお、治ゆとなった後、治療部位に再狭窄を来した場合は、再度療養補償の対象となる。

(3) 障害等級

ア 狭心症状が軽度にとどまる場合

~~狭心症発症前には胸痛発作が出現したことがなく、狭心症治ゆ後に狭心症状胸痛発作が残る出現する場合、狭心症による障害が残存しているということができる。~~

治ゆ後は、通常、日常の身体活動で狭心症状胸痛発作が出現することはないが、特に負荷の大きい労作を行う場合等に、狭心症状を起こす胸痛発作が出現することがある。狭心症状胸痛発作が出現した場合、労働によっては支障を来すことがあることは明らかであることから、狭心症が治ゆした後に残存する障害は、第11級の9に該当するとすることが適当である。

なお、この場合の「狭心症状を呈することがあるものの、通常、日常の身体活動（歩行や階段上昇）で狭心症状を起こさないもの胸痛発作が出現することはないが、特に負荷の大きい労作を行う場合等に、胸痛発作が出現することがある」とは、心筋梗塞と同様に運動耐容能がおおむね8METsを超えるものとすることが適当である。

~~ものとは、カナダ心臓血管協会（CCS）による狭心症重症度分類のクラスIに相当するものである。~~

また、狭心症による後遺障害であると認定するためには、心電図、冠動脈造影、核医学検査等により、末梢の冠動脈が有意狭窄又は一過性に閉塞し、心筋虚血と胸痛が生ずることが医師により確認されることが必要である。

以上をまとめると次の通りとなる。

狭心症状を残すもの（ただし、軽度のものに限る。）

第11級の9

この場合、狭心症状を残すとは次の3つの要件のいずれをも満たすものをいう。

- ① 末梢の冠動脈の有意狭窄又は一過性の閉塞等が画像所見等により認められること
- ② 心筋に虚血を生じることが心電図、核医学検査等により認められること
- ③ 発作時に上記虚血により胸痛が生じると医師により認められること

また、軽度とは、「狭心症状を呈することがあるものの、日常の身体活動（歩行や階段上昇）では狭心症状を起こさない（運動耐容能がおおむね8METsを超えるもの）」と医師により認められるものをいう。

イ 狭心症状が中等度である場合

上記の通り、軽度を超える狭心症状を残す場合においてもまれに症状が安定し、治療効果がない状態、すなわち治ゆに当たり、障害補償を行うことが適当なときがある。

この場合、許容条件ガイドラインにおいては、強度の運動負荷で虚血を示す等の要件を満たす場合には、軽い運動強度を要求される業務には制限がないものの、中等度の運動強度を要求される業務は条件つきで許容されることから、輕易な業務にのみ就労し得るとはいえないが、相当程度の職種制限があるということができる。

以上のことから、狭心症治ゆ後、中等度の狭心症状を残すものは、残存する障害によって相当程度の職種制限があることは明らかであるから、その障害等級は第9級の7の3に該当するとすることが適当である。

狭心症状を残すもの（ただし、中等度のものに限る。）

第9級の7の3

この場合、狭心症状を残すとは次の3つの要件のいずれをも満たすものをいう。

- ① 末梢の冠動脈の有意狭窄又は一過性の閉塞等が画像所見等により認められること
- ② 心筋に虚血を生じることが心電図、核医学検査等により認められること
- ③ 発作時に上記虚血により胸痛が生じると医師により認められること

また、中等度とは、「狭心症状を呈することがあるものの、わずかな身体活動の制限にとどまるもの。安静や通常の身体活動では支障を生じないものの、通常の身体活動より重い（おおむね6METsを超える）身体活動で狭心症状を起こす」と医師により認められるものをいう。

ウ 狭心症状が中等度を超える場合

このような場合には、通常療養を要すると考えられる。

したがって、心筋梗塞と同様に慎重に治ゆか否かを見極めた上で、個別に障害等級を検討することが適当である。

3 心停止

(1) 検討の視点

心停止後蘇生したものについては、原則として、すべて植込み型除細動器（以下「除細動器」という）又は植込み型心臓ペースメーカ（以下「ペースメーカ」という）の植え込み治療が行われる。

この場合、心停止蘇生後は、心停止前より重篤な不整脈が一層出現しやすくなったとすることができるのであれば、これらの機器の植え込み治療は、心停止に対する治療として労災保険の療養補償の対象となるし、植え込んだことによる支障に対しては、障害補償が行われることとなる。

そこで、医学的に「心停止蘇生後は、心停止前より重篤な不整脈が一層出現しやすくなる」ということができるかについて検討した。

(2) 心停止に対する治療と障害

ア 心停止（「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正（ICD-10）」に準拠する「疾病、傷害及び死因統計分類提要」（厚生労働省編）の1-46に該当するものをいう。以下同じ。）は、さまざまな原因によって起こるが、心停止となる直前には心室性頻脈性不整脈や徐脈性不整脈等が出現し、それから心停止となることが多い。

心停止後、蘇生した者については、除細動器又はペースメーカの植え込み治療が絶対的適応となるが、除細動器植え込み後1年間の除細動器の作動率が30～40%であったとする報告がある。臨床経験上も、一旦心停止となった者は、蘇生後、重篤な不整脈が出現する割合が相当に高いと考えられる。

このように、心停止後蘇生した者は、心停止前より重篤な不整脈が一層出現し易くなる。

イ したがって、こうした不整脈に対する治療として行われる除細動器又はペースメーカーの植込み手術は、心停止後、蘇生した者に対する治療であり、心停止が業務上の疾病と認定された場合、これらの機器を植え込んだことによる支障は、障害補償の対象となる。

この場合の支障は、除細動器等を植え込んだことによるものであるが、その場合の障害等級については、「4 植込み型心臓ペースメーカー等を植え込んだ場合の取り扱い」において検討した通り、除細動器を植え込んだ場合については第7級の5、ペースメーカーを植え込んだ場合については第9級の7の3に該当するとしたところである。

したがって、心停止後の障害等級は、植え込んだ機器により、第7級の5又は第9級の7の3に該当することとなる。

ウ 心停止後蘇生し、除細動器等の植え込み治療を行わずに治癒となることは考えられないので、上記以外の障害について検討する必要はない。

なお、心停止が3～5分程度以上続くと、虚血のため脳に不可逆性の変化を起し、脳障害を来すこととなるが、その場合は、脳に関する障害認定基準により障害が認定されることとなる。

4 植込み型心臓ペースメーカー等を植え込んだ場合の取り扱い

(1) 検討の視点

ア 植込み型心臓ペースメーカー（以下「ペースメーカー」という。）を植え込んだ場合の治癒の判断方法について検討した。

イ ペースメーカーを植え込んだことそのものによって、具体的にどのような点で労働能力の損失となるか、また、そのことを踏まえて、どの程度の障害と評価すべきかについて検討した。

ウ 植込み型除細動器（以下「除細動器」という。）を植え込んだ場合は、ペースメーカーとどのような相違があるかを踏まえ、障害等級をどのように判断すべきかについて検討した。

エ なお、ここでは、ペースメーカー又は除細動器を植え込んだことそのものに係る治癒及び障害について検討した。

(2) ペースメーカーを植え込んだ場合の治癒の時期

ア ペースメーカーを植え込んだ後は、1～2週間程度の入院を要する。植込み後には、機器の機能及びリードトラブルの点検並びにペーシングの条件設定の最適化の調整を行う必要があり、入院中の他、通常、退院時、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後にチェックを行う。

順調な場合には、このおおむね6ヶ月経過時に行う点検、調整が完了すれば、以降は、閾値と電池の残量確認を目的とした6ヶ月に1度のチェックを行えば足りる安定した状態となる。

なお、電池の交換のみを行った場合には、約3ヶ月で安定した状態となる。

- イ したがって、ペースメーカーを植え込んだ場合は、安定した状態に至ったとき、すなわち機器の機能点検及びペーシングの調整が完了したときをもって、労災保険法上の「治ゆ」と判断できると考えられる。

(3) ペースメーカーを植え込んだ場合の残存障害の評価の考え方

残存障害による支障を緩和するための機器、装具を装着した場合、障害の程度はそうした機器、装具を装着した状態で評価すべきか、あるいは、そうした機器等を装着していない状態により評価すべきかという問題がある。

これについては、例えば、体外に装着し、脱着も容易な補装具等と異なり、ペースメーカーは、手術により体内に植え込んで使用するものであり、患者が自ら脱着を行うことは不可能な機器であることから、ペースメーカーについては、これを植え込んだ状態で障害の程度を評価することが適当である。

したがって、以下では、ペースメーカーを植え込んだ状態での運動等の制限の内容について検討した。

(4) ペースメーカーを植え込んだ場合の運動等の制限

ア ペースメーカーを植え込んだ場合、リードの損傷の危険をできるだけ避けるため、リード挿入側の上肢を過度に伸展することは避ける必要があり、そのため、そうした特定の姿勢をとることだけではなく、そうした姿勢をとることになる可能性の高い運動や労働についても制限の必要がある。

また、比較的激しい運動時には、ペースメーカーが作動しても、ペーシングの限界から必要な心拍数が得られないことがあり、その場合には息苦しさのため運動の強度を維持することは困難となることもある。

- イ 次に、電磁波の影響を避けるための行動等の制限の問題がある。

ペースメーカーは、電磁波の強さが強いほど、電磁波を発する機器に近づけば近づくほど大きな影響を受ける。

現在は、電磁波干渉は可逆的で、電磁波源から離れることにより正常の作動に復帰すると考えられているが、ペースメーカーの種類によっては、設定されたペーシングモードがリセットされたり、最悪の場合、ペースメーカーが全く作動しなくなる可能性も否定できない。

影響の強い機器として、変電設備やスポット溶接機、MRI等の医療器具などがあるが、そのほかにも、金属探知器、盗難防止ゲート、携帯電話等さまざまな機器に影響される可能性があることから、就業中を含む社会生活のさまざまな場面で注意を払う必要がある。

例えば、携帯電話端末については、「ペースメーカー装着部位から22cm程度以上離すこと」とする指針が策定されているほか、電子商品監視装置（盗難防止ゲート）については、総務省が「ゲートに正対した状態で留まると最大で25cmの距離でペー

スメーカーが影響を受けるが、この影響はゲートの中央付近では発生しない」とする調査結果をとりまとめているなど、ペースメーカーを装着した者が近づかないように注意すべき機器は、社会生活上のあらゆる場面に存在しており、これにより、その行動等は相当に制限されることとなる。

ウ なお、ペースメーカーの電氣的刺激を受けたときの不快感はほとんどないと言ってよい。

(5) ペースメーカーを植え込んだ場合の障害等級

ア 上記の通り、ペースメーカーを植え込んだ者は、職業生活においては、一定の製造業や医療施設等での就業は大幅に制限されるほか、通常の職場においても注意を払うべき機器が少なくなく、さらに植え込んだ部位付近を頻繁に動かす作業も避ける等の必要がある。

また、ペースメーカーの植込み後に不整脈により意識を失ったことがある者については、道路交通法に基づき、医師の診断結果を踏まえ、自動車の運転免許が保留等されることがある。

したがって、ペースメーカーを植え込んだ者は、「服することができる労務が相当な程度に制限を受けるもの」に相当する障害を残すものと考えられることから、第9級に該当するとすることが適当である。

イ なお、電池やリードを交換する必要がある場合には、再度、労災保険における療養補償を行うこととすることが適当である。

(6) 除細動器を植え込んだ場合の障害等級

ア 除細動器を植え込んだ場合について、ペースメーカーを植え込んだ場合と比較すると、治ゆ並びにリードの損傷を避けるための運動等の制限及び電磁波の影響を避けるための行動等の制限については、ほぼ同様である。

イ 一方、除細動器が頻脈を感知して強力な電気ショックを発生させる際の患者への影響は、ペースメーカーが徐脈を感知してペーシングを行う場合とは全く異なる。具体的には、次の通りである。

(ア) 心室細動が起こり、それを除細動器が異常と感知するのが遅れた場合は、除細動器が作動する前に、失神することがある。

なお、この場合、患者は除細動器が作動することによる衝撃を感じることはない。

(イ) 心室細動が起こり、意識下で除細動器が作動した場合には、患者は、極めて大きな衝撃を受ける。

(ウ) 除細動器が心室細動と誤認識し、あるいは電磁波の影響により誤作動を起こすことがある。この場合は、当然意識下でその衝撃を受けることとなる。

以上のことから、職種としては、~~除細動器の作動が遅れ、仮に失神した場合にと~~
~~ても昏倒することによる患者自身の危険が生じはな~~く、あるいはかつ、昏倒する

ことにより重大な支障が生ずる業務以外の業務に制限が生じるから、危険又は有害な業務や立位で作業する業務の多くについて制限が生じる。~~となれば従事することはできないことから、制限される。~~また、意識下で強い衝撃を受けた場合は、一時的にせよ正常な判断と行動がとれなくなることもあるから、そうしたことにより重大な支障が生ずる業務にも従事することも制限されるはできない。

さらに、道路交通法に基づき、除細動器の植込み後に不整脈により意識を失ったことがある者についても、ペースメーカーの場合と同様、医師の診断結果を踏まえて自動車の運転免許が保留等されることがあるが、保留等がなされる割合は、ペースメーカーの場合と比較すれば、相当に高いと認められる。

ウ 以上のことからすると、除細動器を植え込んだ者の障害等級は、肉体労働そのものが制限されるわけではないものの、第7級の5「軽易な労務以外の労務に服することができないもの」と同等の制限を受けると考えるべきであり、第7級に該当するとすることが適当である。

なお、除細動器は心室細動という、より致死性の高い不整脈患者に植え込まれるものであるため、徐脈性不整脈患者に植え込まれるペースメーカーの場合と比較すると、万が一機器が正常に作動しなかった場合に死に至る危険は相当に大きいと認められるが、そうした可能性があることは、障害等級に反映されるべき要素ではない。

エ 業務上の虚血性心疾患による障害を残す場合の障害等級及び電池の交換等のための療養補償の取り扱いについては、ペースメーカーの場合と同様とすることが適当である。

参考

1. 警察庁交通局運転免許課長名通達：運転免許の欠格事由の見直し等に関する運用上の留意事項等について、平成14年5月16日。
2. 相澤義房（編集）：ペースメーカー治療、メディカルビュー社、2004。
3. 社団法人電波産業会：電波の医用機器等への影響に関する調査研究報告書、平成14年。
4. 社団法人電波産業会：電波の医用機器等への影響に関する調査研究報告書、平成16年。
5. 電波環境協議会ホームページ：医用電気機器への電波の影響を防止するための携帯電話端末等の使用に関する指針、2005。

5 大動脈解離

(1) 検討の視点

ア 大動脈解離発症後、労災保険における治ゆとなるのはどのような場合か、また、それはどのような時期に判定しうるかを検討した。

イ 大動脈の機能はどのようなものであるかを踏まえた上で、治ゆとなった状態においては、障害としてどのように評価できるかについて検討した。

(2) 労災保険における治ゆについて

ア 大動脈解離の病態と治療

大動脈解離とは、大動脈の中膜で内層と外層に剥離し、大動脈が真腔と偽腔（解離腔）に分離した状態をいう。ほとんどの場合、大動脈内膜に生じた亀裂から、動脈圧によって中膜内に血液が流入して起こると考えられているが、亀裂がはっきりしない症例も認められる。

大動脈解離が発症した場合には、急性期に解離部が破裂する等して死亡するものが多く、自然予後は極めて悪い。

しかし、最近の大動脈解離の病態に対する理解の深まりと、それに応じた適切な治療方法の選択、その後の厳格な血圧管理の結果、急性期、亜急性期を脱した場合には、良好な経過を辿るものもある。

そこで、大動脈解離は労災保険における治ゆとなることがあるのか否かを検討するに当たり、まず、大動脈解離の病態と治療について考察した。

(ア) 大動脈解離の病型分類

急性期に破裂するのは、上行大動脈の解離部である場合がほとんどであり、治療方針も、解離した部位によって異なるため、大動脈解離の病型分類としては、解離した部位と範囲に着目したスタンフォード分類及びドベイキー分類が頻用されている。

スタンフォード分類は、上行大動脈に解離があるもの（解離が下行大動脈まで続くものを含む）をA型（近位解離型）、下行大動脈のみが解離しているものをB型（遠位解離型）に分類している。また、ドベイキー分類では、スタンフォード分類A型のうち、解離が下行大動脈まで続くものをI型、上行大動脈のみにとどまるものをII型、とし、スタンフォード分類B型のうち、解離範囲が下行大動脈に止まるものをIII a型、解離が横隔膜を超えて腹部大動脈に至っているものをIII b型としている。

(イ) 偽腔の状態による相違

大動脈解離では、真腔と偽腔が交通している偽腔開存型が多いが、偽腔に流入した血液が比較的短期間のうちに血栓・器質化し、偽腔に血流のない偽腔閉塞型となる場合がある。

偽腔閉塞型にあつては、次第に解離部の線維化が進行するが、線維化が完成すると、一般に、解離部は正常な血管壁よりむしろ強靱となり、破裂する危険はなくなると考えられる。最近の報告では、偽腔閉塞型の10年生存率を約95%としたものもあるなど予後は極めて良好である。ただし、いったん偽腔閉塞型となっても、線維化の完成前に血栓が融解し、偽腔開存型に変化することがある。こうしたことは、真腔から偽腔に向けて解離の交通口の残存を示す血管造影上の小突出所見が認められる場合に起こることが多い。

(ウ) 治療

スタンフォード分類A型の場合、解離部が急速に拡大し、心膜内に破裂して心タンポナーデを起こすことが多いため、原則として、解離した上行大動脈又は上

行・弓部大動脈を人工血管に置換する緊急手術を行う。このうち、ドベイキー分類Ⅱ型については、解離部を全て人工血管に置換することとなるが、同じくⅠ型については、下行大動脈の解離部は残すこととなる。大動脈置換術は人工心肺を用いた手術であり、そのため、現在でも、手術の際、臓器虚血等による死亡が10～15%程度生ずる。

なお、A型で偽腔閉塞型となった場合でも、経過を見ながら、心タンポナーデになれば手術を行うことがあり、また、保存的療法（厳格な血圧管理）を行うこともある。

また、ドベイキー分類Ⅲ型（スタンフォード分類B型）では、偽腔開存型であっても、早期に破裂することは少ないため、保存的療法が選択される。この場合、大動脈径は、発症直後から徐々に拡大し、厳格な血圧管理を行っても、その後さらに少しずつ拡大することが多い。通常、大動脈径が60~~55~~mm以上になると破裂の危険が大きいとされ、手術することとなる。

そのため、偽腔開存型の解離が残存しているものについては、大動脈径が手術適応となったときに速やかに手術することができるよう、定期的にエックス線写真、CT又はMRI等（以下、「MRI等」という。）により大動脈径の変化を観察することが不可欠となる。

なお、大動脈解離の発症時や手術の際には、虚血のため、脳血管障害や臓器不全を来し、麻痺を残したり、いずれかの臓器に障害を残すことがあるが、その場合は、当該臓器や部位の障害として等級を認定することとなる。

イ 大動脈解離の治ゆ

以上のことからすると、次のいずれかに該当するものは、大動脈解離に対する積極的治療は終了し、症状の変動もないことから、労災保険における治ゆとなると考える。

- a 解離した部位を全て人工血管に置換したもの
- b 偽腔閉塞型であって、解離部の線維化が完成したもの
- c 偽腔開存型の解離が残存しているものであって、急性期経過後、長期にわたって大動脈径がほとんど拡大せず、症状が安定しているもの

なお、偽腔開存型の解離が残存しているものについては、症状が安定しないものが多いことから、数年にわたり症状経過を慎重に見極めた上で、治ゆか否かの判断を行うことが適当である。

~~のであれば、労災保険における治ゆとなると考えられる。~~

~~しかし、大動脈径の拡大は、ゆっくりしたものでは1年に1mm程度のごくわずかのときもあり、また、拡大の速度は必ずしも一定ではない。臨床経験上は、大動脈解離発症後2、3年程度経過して、有意な拡大が認められなければ、その後もほとんど拡大しないことが多いのではないかと推測されるが、この点についての確立した医学的知見は極めて乏しく、長期的に拡大しないか否かを判定することは、現時点では極めて困難と言わざるを得ない。~~