

つながる医療

社会医療法人大雄会
地域医療連携広報誌

脳卒中センター 診療部長 加藤 貴之 医師

1997年岐阜大学卒。主に脳血管障害、良性脳腫瘍を専門領域とします。学会発表や論文発表も積極的に行っています。

●所属学会／日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会、日本脳卒中学会 ●資格／日本脳神経外科学会専門医、日本脳神経血管内治療学会専門医、日本脳卒中学会専門医、医学博士



脳卒中センター

365日24時間体制の救急医療から予防まで
脳卒中での寝たきりを防ぐ先進治療を
積極的に実践しています。

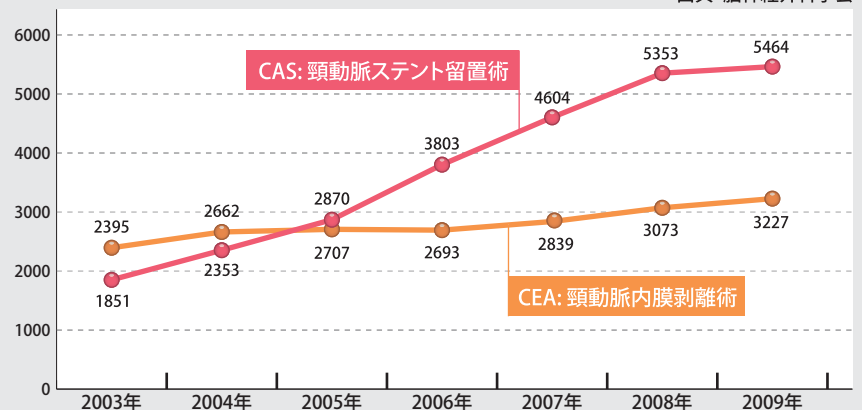
昼夜を問わず対応する救急医療体制や高度な血管内治療、予防医療など、脳卒中に特化した治療に総合的に取り組む脳卒中センター。紹介患者さまはできる検査をすべて当日中に行う方針で、迅速な対応を心がけています。血管内治療で近年増加傾向にある頸動脈ステント留置術および、この夏から当院に導入される血栓を回収する「ペナンプラシステム」などを中心に高度な先進治療を行う脳卒中センターの取り組みについて、同センター部長の加藤医師に尋ねました。

2010-2012 発表論文

- AJNR Am J Neuroradiol. 2012 Mar 1. [Epub ahead of print] Cilostazol Prevents Progression of Asymptomatic Carotid Artery Stenosis in Patients with Contralateral Carotid Artery Stenting
- AJNR Am J Neuroradiol. 2011 Mar;32(3):441-5 Prolonged carotid sinus reflex is a risk factor for contrast-induced nephropathy following carotid artery stenting
- 脳卒中 32(1), 12-18, 2010 rt-PA静注療法における Prehospital Stroke Life Support (PSLS) /Immediate Stroke Life Support (ISLS) 導入による効果

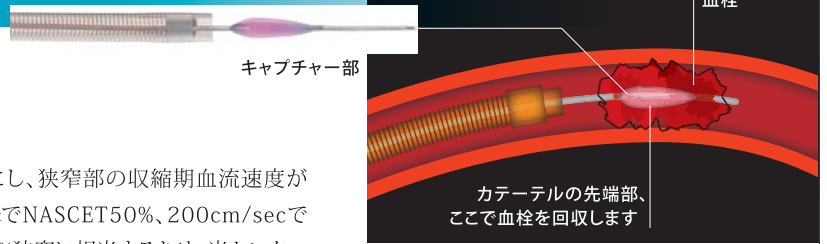
■頸動脈手術件数推移(国内)

出典:脳神経外科学会



07/9/28
薬事承認

08/4/1
保険収載



頸動脈狭窄症での ステント留置術が増加

脳卒中は発症から治療まで一刻を争います。その急性期治療に全力を尽くすことはもちろんですが、発症した場合に寝たきりや後遺症が残ることが多いため、少しでも早く見つけて予防的な治療を行うことが非常に重要です。現在、脳卒中中最も多い脳梗塞のうち1-2割の方に頸動脈狭窄症の併発が見られます。当センターでは、頸動脈狭窄症の患者さまへの予防的な治療として、薬物治療、従来からある内膜剝離術のほかに、近年ではステント留置術にも積極的に取り組んでいます。ステント留置術は、4年前から保険適用となり、年々手術数が増加しています。手術適応の判断は、頸動脈狭窄が症候性で50%以上、あるいは無症候性で80%以上を基準としています。なかでも、80歳以上の高齢者、心臓や肺に重度の合併症がある場合、頸部に放射線治療の既往がある場合、頸椎C2以上と病変が高位の場合、反対側の頸動脈が閉塞している場合などはステント留置術が選択肢となります。頸動脈狭窄症は、冠動脈や末梢動脈疾患の合併に注意して治療を進める必要があるため、循環器内科などの連携も重要となっています。（下図参照）

狭窄発見には、聴診と エコーでの血流速度 200cm/secが目安

頸動脈狭窄は、実際に脳梗塞を発症した方以外に、めまいや頭痛などの検査で見つかる場合があります。診断の基本は聴診で、狭窄があれば頸動脈で血管雑音が聴取されます。高血圧・糖尿病、狭心症・心筋梗塞の既往歴を確認したうえで、動脈硬化の危険因子が高い患者さまにはスクリーニングとして日常外来で受けられる頸部血管超音波検査を行います。超音波検査で実際に手術適応を判定するのは、NASCET法による測定結

果を参考にし、狭窄部の収縮期血流速度が150cm/secでNASCET50%、200cm/secでNASCET70%狭窄に相当するため、当センターではこの数字を参考にして診察しています。偶然見つかった、症状のない方でも超音波検査で収縮期血流が200cm/secを超えるような患者さまは、MRI検査でしっかり診断することが重要で、必要に応じて、カテーテル検査で治療を検討していきます。特に心臓病や糖尿病などで長く治療されている方は潜在的なリスクが高いため、患者さまが通われている地域の先生方のところで聴診、超音波検査を実施していただくことにより、早期発見、予防が可能になります。ステント留置術後は、地域の先生方のところに戻り投薬治療を行うこととなりますが、ステント留置血管に再狭窄を起こしたり、対側の頸動脈狭窄が進行することがあります。そのため、術後3ヶ月後、6ヶ月後に経過観察をして異常がないかを診ていきます。

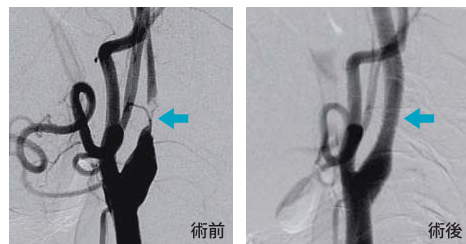
血管内治療「ペナンブラシステム」導入へ

一方、急性期の血管内治療における最新技術としては、脳血管につまった血栓をカテーテルを使って回収する血管内治療「ペナンブラシステム」が、2011年秋に日本でも実用可能になりました。これを受けて当センターもいち早く準備を進めており、この夏にも導入を予定しています。現在、脳梗塞の急性期で効果的な治療法は、血管内の血栓を溶解するtPA静脈注射療法ですが、これは発症から3時間以内の治療が条件です。一方、「ペナンブラシステム」は、発症から8時間以内なら治療が可能のため、3時間以上経過した患者さまにも適用できます。重症の脳主幹動脈閉塞の方で一定の条件を満たし、他の血液検査で異常がみられないなどの条件はありますが、これまでより多くの患者さまを救うことができると期待しています。

脳神経外科医5人が常駐 紹介患者さまは当日中にすべての検査

当センターでは、4月から常駐する脳神経外科医が5名となり、さらに充実した体制を整えて、夜間・休日を問わず365日24時間対応しています。急性期医療では、脳梗塞に対する選択的血栓溶解術、脳出血、くも膜下出血などの緊急手術のほか頭部外傷まで広く扱っています。ここ数年は、開頭しない血管内治療が増加傾向にあり、血管内治療専門医による破裂脳動脈瘤・動静脈奇形に対する塞栓術なども行っています。CT、MRIなどの検査も放射線科が24時間対応し、また、ICU・HCUにおける集中治療専門医または麻酔科医の24時間体制管理など、スペシャリストが連携して治療にあたります。基本的に「地域の医療機関から紹介来院された患者さまには、その日のうちに必要な検査はすべてやる」という方針です。MRIやCT検査など、病院によっては予約がないとできないというケースもありますが、救急医療用のMRIを確保しているため柔軟・迅速に対応できるのが大雄会の強みとなっています。患者さまが最初に頼りにされる地域の先生方のところで「どうも様子がおかしい」とか「自宅で呂律がまわらない」というような症状が見られたら、早期に当センターの専門医に相談していただければと思います。夜遅い時間などでは、「一過性の症状で、10分くらい経過したら治ったので、来院は翌日に」と遠慮される場合もありますが、運が悪いと最初の前触れの直後に本当の脳梗塞になってしまい、大きな後遺症を残してしまうケースも考えられます。当センターは24時間対応しますので、疑わしいと思ったら時間に関わらずまずご相談いただければ幸いです。

■頸動脈ステント術の術前後の血管撮影



81歳男性、呂律困難と右半身の脱力発作で受診した。

左大脳に散在する梗塞巣と左内頸動脈狭窄症を認め入院し、脳梗塞に対して点滴内服治療を行った。

入院中に循環器内科で冠動脈のスクリーニング精査を行ったが、特に異常は認めなかった。病状が安定したところで、高齢でもあったためステント留置術を行った。

術後数日で独歩退院した。



詳しくは、地域医療連携室までお電話ください。

tel.0586-26-2366 (直通) fax.0586-24-9999

●受付時間：月～金 8:30～17:00 ※祝日、年末年始、4月3日除く