

## 抄 録

## 第24回 軽井沢脳神経カンファランス

日 時:平成26年9月27日(土)

場 所:ホテルマロウド軽井沢

## 一般演題

## 1 2病院でのエリキユース使用経験

共和会塩田病院内科

○中島 一夫

【目的】エリキユースが投与された非弁膜症性心房細動(NVAF)患者の特徴と臨床経過を検討した。

【対象と方法】塩田病院と浅間総合病院内科にてエリキユース(Api)が投与されたNVAF患者31例の背景をイグザレルト(Ri)投与NVAF患者33例と比較し、その後の血栓塞栓症と有害事象発症を検討した。

【結果】Api投与例は年齢 $82 \pm 6$ 歳(Ri: $79 \pm 8$ 歳),女性39%(Ri:48%),体重 $54 \pm 15$ Kg(Ri: $55 \pm 11$ Kg),クレアチニンクリアランス $47 \pm 19$ ml/min(Ri: $58 \pm 22$ ml/min),CHADS<sub>2</sub>スコア $3.0 \pm 1.2$ (Ri: $2.7 \pm 1.3$ )とより高齢,低腎機能例に投与されていた。Apiの投与量は $5.0$ mg $\times$ 2/日が10例(32%), $2.5$ mg $\times$ 2/日が21例であった。投与前抗凝固薬なしが7例(23%),ワルファリンからの切替えが13例(42%),プラザキサからの切替えが1例(3%),Riからの切替えが10例(32%)であった。平均観察期間3.3カ月(1~15カ月)の観察期間中に血栓塞栓症発症はなく,血尿(後に膀胱腫瘍と判明)と薬疹が各1例に発症した。【結語】Apiはより血栓塞栓症発症高リスク群に使用される傾向があったが,有効かつ安全に使用可能な薬剤と考えられた。

## 2 脳梗塞発症後に重度嚥下障害を呈した1症例

~完全側臥位法での経口摂取を試みて~

千曲中央病院リハビリテーション科

○北村 未帆,丸山 美紀,山本 美沙

同 脳神経外科

市川 昭道

【はじめに】脳梗塞により重度の構音障害・嚥下障害を呈し,胃瘻造設まで至った症例に,経口摂取を導入するのは危険とされている。今回我々は,さらに高

度の腰痛も伴った症例に対し,完全側臥位法の導入と嚥下訓練の継続を行い,お楽しみレベルでの経口摂取が可能となり,QOLの向上につながった症例を経験したので報告する。

【症例】86歳,男性。

【診断名】多発性脳梗塞(右側頭葉・島・右前頭葉白質)。

【既往歴】脊柱管狭窄症,脳梗塞。

【経過】入院時,意識は清明で精神・認知機能に目立った低下なし。失調様症状は認められたが,四肢に目立った麻痺は認められなかった。構音は,発話明瞭度4/5レベルと重度構音障害。嚥下機能は唾液レベルで誤嚥あり,嚥下Gr2の重度嚥下障害であった。経口摂取困難のため経鼻経管栄養開始となり構音訓練,間接的嚥下訓練開始。入院1カ月でVF検査実施し,残留はあるが誤嚥はなく直接的嚥下訓練開始となる。しかし,入院時より腰痛の訴えあり訓練姿勢保持が数分しか困難で,嚥下訓練に支障をきたしていた。入院3カ月で胃瘻造設。その後,嚥下機能向上の兆しがあり,完全側臥位法を導入し直接的嚥下訓練を開始。入院5カ月目には発話明瞭度2/5レベル,嚥下Gr8まで改善し,刻み食まで摂取が可能となった。本人の希望により主栄養は胃瘻,口からは好きなものをお楽しみレベルで摂取していくこととなり,退院後もお楽しみでの経口摂取を継続して行っている。

【考察】重度の嚥下障害,構音障害があり,認知機能の低下は認められない症例に対し,嚥下訓練の強化を計画したが,腰痛により訓練姿勢を保つことができず,積極的な嚥下訓練を行えなかった。そこで完全側臥位法を導入し,訓練を実施した。摂取姿勢の保持が困難であった症例にとって側臥位となることで腰痛が軽減し,摂取姿勢の安定が図れ積極的な直接的嚥下訓練の実施が可能となった。

また,嚥下は嚥下によって改善するとも考えられており,誤嚥リスクの軽減を図りながら訓練時間の延長,嚥下機会の増加ができたことで,嚥下機能の向上につ

なだった。その結果、主栄養は胃瘻であるが本人の希望に沿った食べ物を無理なく食べられることがQOLの向上につながったと考える。

### 3 Neuroform stent を使用した動脈瘤コイル塞栓術

長野赤十字病院脳神経外科

○土屋 尚人, 渋間 啓, 金丸 優  
中村 公彦, 斎藤 隆史

Broadneck aneurysm に対するコイル塞栓術において2010年からアシスト用ステントが認可され、徐々に普及してきている。当科での初期使用経験2例について報告する。

【症例1】77歳，女性。

既往歴：1985年にSAHを来しrt.IC-PC破裂，M1M2未破裂動脈瘤 Clipping。1995年rt.VA-PICA未破裂動脈瘤 Clipping。

経過：2014.7.30突然の頭痛，嘔気で発症し7.31当院に搬入されCTにてSAHを認めた。H&K gr.2。C2が全体にserpentine aneurysmとなっており最大径15mm，Acho a.は瘤から分岐していた。再発であることと瘤の形状からクリッピングは困難と思われ止むを得ずstent assisted coilembalizationを行うことにした。高齢であることから待機によるdisadvantageは大きいと思われ，発症翌日に治療。Neuroformを用いて塞栓，body fillingだがblebを押さえて塞栓した。治療開始時にヘパリン2000単位，ステント留置時に4,000単位追加，1本目のコイルを留置し，確実に塞栓可能と判断した時点でオザグレル80mg点滴静注，プラビックス300mgとバイアスピリン100mgを胃管から注入した。術後神経学的異常所見なし。Symptomatic vasospasm，水頭症も来さなかった。

治療3週後の血管撮影ではblebの描出無し。術後MRIでは点状の梗塞を複数認めた。

【症例2】76歳，男性。

既往歴：2005 SAHを来しAcom破裂動脈瘤およびrt.M1M2未破裂動脈瘤 Clipping。外来でフォローされていたがrt.M1M2のクリップの脇から瘤の再発があり術後8年で最大径8mmまで増大。非常にbroadneckで扁平な形状。癒着と前回のclipによりclippingはriskが高いと思われた。Neuroform stentを使用し比較的容易にcoil embolizationできた。神経学的異常の出現なし。術後MRIでは点状の梗塞を複数認めた。

今回報告した2例ではbroadneck aneurysmの塞栓を安全に行うことが出来た。適切なworking angleによる注意深い観察，血栓症に対する十分な配慮が必要である。

### 特別講演

「てんかん治療の進歩  
—薬物から外科治療へ—」

国立病院機構西新潟中央病院

亀山 茂樹

本カンファレンスでは，てんかん診療の基本，薬物治療の基本，高齢発症てんかんの治療など，まず最新のとてんかん医療の現状と薬物治療について概説した。次に，薬物治療で発作抑制できない難治てんかんの概念と外科治療優位なエビデンスと外科治療が可能なたてんかん症候群について解説して，てんかんが外科治療で治せる時代になったために早期（できれば小児期）に外科治療の可能性を精査することの必要性を説いた。最後に希少難治てんかんの先進外科治療についても解説した。