

抄 録

第19回 信州神経救急研究会

日 時:平成28年5月14日(土)

場 所:信州大学旭総合研究棟9F講義室A・B

一般演題

1 大動脈解離との合併で診断に苦慮した外傷性脊髄半側症候群の1例

信州大学医学部救急集中治療医学

○望月 勝徳, 小林 尊志, 高山 浩史
新田 憲市, 今村 浩

同 高度救命救急センター

三山 浩, 竹重加奈子, 秋田 真代
嘉嶋勇一郎

高血圧と糖尿病の既往のある72歳女性。車の運転中、民家の壁への激突による単独事故にて受傷した。事故の目撃証言と出場した救急隊観察時に左片麻痺を認めたことから、先行する内因性疾患によって事故を生じた可能性が推測された。ドクター・ヘリで当院へ搬送。来院後の全身CT scanの検索では、胸部大動脈に血栓閉塞型Stanford A型の大動脈解離と、左腎嚢胞内出血、両側多発肋骨骨折を認めた。左片麻痺の原因に対して、頭部CTでは明らかな出血性・虚血性変化は認めなかった。解離による一時的な頸動脈の血行障害や、血栓による塞栓を生じた可能性等を疑いStanford A型解離は血栓閉塞型にて保存的加療を中心に行うことになった。併行して片麻痺に対して脳梗塞に準じた治療を進めたが、f/u頭部CT scanでは脳の変化は認めなかった。改めて画像所見の再評価を行い、頭蓋底部のCT所見より頸椎C1-2の亜脱臼を疑い頸髄のMRIを追加精査した。頸髄MRIにてC1の左側に外傷性の頸髄損傷を認めた。片麻痺を伴う大動脈解離は脳の血流障害を伴うことが多いが、脳血管の血流障害を同定できない場合、脊髄病変の精査が必要である。

2 当院における脳梗塞に対する急性期血行再建治療の現状と課題

社会医療法人財団慈泉会相澤病院

脳卒中・脳神経センター脳神経外科

○北澤 和夫, 八子 武裕, 一之瀬峻輔

小林 茂昭

同 脳血管内治療センター

木内 貴史, 佐藤 大輔

同 神経内科

磯部 隆, 佐藤 宏匡, 道傳 整
橋本 隆男

【はじめに】急性期脳梗塞の予後は主幹動脈の再開通をいかに早期に行えるかに関わっている。当施設では年間の急性期脳梗塞は400例程で、t-PA治療、脳血栓回収療法、急性期STA-MCAバイパス術などの急性期血行再建療法に積極的に取り組んでおり、この治療の現状と課題を検討した。【目的・対象】2002年から2015年の急性期脳梗塞症例にて急性期血行再建術の現状を検討した。【結果】2011年からt-PA治療と血栓回収療法の件数が増加傾向となり、2014年以降は合計で60件程度となった。一方で、t-PA治療を受けた患者は脳梗塞患者の7%に満たない。また、t-PA治療による閉塞血管の再開通率は低く、血管内治療を追加施行する症例も2015年には3割となった。【考察】有効な急性期血行再建療法をより多くの方に受けていただくためには、病院前の啓発活動に加えて、院内での体制の充実が課題であることが判明した。【まとめ】来院後できるだけ早期に適切な治療を受けられるように、①院内キーワード方式による情報の早期伝達、②脳卒中担当医師間の治療の標準化、③遠隔医療支援システム導入による持続可能な体制を構築し運用することが重要な課題と考える。

3 当院脳卒中センターにおけるNOAC内服の現状と急性期治療について

伊那中央病院脳卒中センター脳神経外科

○鈴木 陽太, 佐々木哲郎, 佐藤 篤

同 神経内科

池田 淳司, 永松清志郎, 清水 雄策

【はじめに】従来のワルファリンによる経口抗凝固療法において、本邦でも2011年より毎年新しい非ビタ

ミンK阻害経口抗凝固薬（NOAC）が1剤ずつ加わり、2014年には4つのNOACが使用されるようになった。今回我々は、当院脳卒中センターにおけるNOAC内服の現状を報告する。【対象と方法】2013年から2015年にかけて、心原性脳塞栓症と診断されて当院脳卒中センターに入院した症例239例（男性129例、女性110例、75歳以上が76%を占める）を対象とし、入院時と退院時の内服抗凝固薬の選択を検討した。また、同3年間でNOAC内服中に合併した脳内出血9例（男女比4対5、平均年齢73.6歳）を対象とし、その特徴を検討した。【結果】入院時抗凝固薬の選択は、ワルファリンが33例（14%）、NOACが32例（13%）、なしが170例（71%）、不明が4例（2%）であった。NOACの選択は2015年に14例に増加した。退院時抗凝固療法を選択は、ワルファリンが19例（8%）、NOACが184例（77%）、なしが36例（15%）であった。NOACの内訳ではエピキサバンが71例（30%）と最も多かった。脳内出血合併の9例における発症部位は、視床が4例、被殻が2例、尾状核と脳幹と皮質下がそれぞれ1例であり、発症時に内服していたNOACはダビガトラン2例、リバーロキサバン4例、アピキサバン2例、エドキサバン1例であった。9例中7例は保存的加療、残りの2例は手術治療を要した。【まとめと考察】当院脳卒中センターの脳梗塞発症患者において、非弁膜症性心房細動に対する予防的抗凝固薬内服の割合は、脳卒中データバンク2015と同程度であった。経口抗凝固薬の選択肢が広がったことで、有効性や安全性を考慮したより適正な処方求められる。

4 神経救急疾患に対する開頭法の選択 ～小開頭と大開頭～

諏訪赤十字病院脳神経外科

○和田 直道

【はじめに】

脳神経外科救急領域において大開頭術はよく行われる術式である。脳卒中治療ガイドライン2015では大梗

塞に対して減圧開頭術が推奨され、急性硬膜下血腫に対する開頭術も通常大きい開頭術が行われており、両疾患の開頭法は同一の手技で行われることが多い。

今回我々は、大梗塞に対しては減圧という目的からより大きな最大径15 cmを越える開頭を行い、また急性特発性硬膜下血腫など出血源が予測される場合には、小開頭で手術を行ったので報告する。

【大開頭】

大開頭は額毛髪の中～耳介後方に向けて矢状縫合～人字縫合の直上を皮切し、上矢状静脈洞露出を避けるように正中よりやや内側で人字縫合を通り頬骨弓延長線上を底辺する開頭を行った。体位は側頭窩を見下ろせるように頭頂を高位とし、側頭窩を平坦になるように側頭骨の削除を追加した。

脳ヘルニア兆候が出現した時点で開頭外減圧療法施行の適応とした。症例は、男性8例・女性5例の計13例、年齢19～76歳、平均61歳で死亡率23%であった。

脳ヘルニア兆候が出現していない段階で減圧開頭術を行った報告と同程度の死亡率であり、より大きな減圧開頭の効果が示唆された。また脳梗塞に対する減圧開頭は、予防的に行うのではなく脳ヘルニア兆候が出現してから手術適応を判断しても良いと考えられた。

【小開頭】

急性特発性硬膜下血腫はChater's point 近傍の脳表の皮質動脈が出血源であることが多い。静脈損傷がなく脳浮腫の可能性も少ない。潜在的に線溶系の亢進があり、また高齢者や抗血栓薬内服など大手術の危険が高い症例が多い。

このような症例に対してChater's point 周辺に5 cm以下の小開頭を行い、ルーペや神経内視鏡を用いることで、血腫の十分な除去・出血源の確認・止血が可能であった。

特別講演

「スポーツ頭部外傷の最近の話題」

日本大学医学部脳神経外科学系神経外科学分野教授

平山 晃康