

脳卒中最新治療

新日鐵八幡記念病院に脳血管内科ができて、約1年がたちました。脳神経外科とチームを組んで、日々の診療にあたっています。今回は、日頃脳血管内科で力を入れている脳卒中診療についてご紹介いたします。



脳卒中・神経センター
脳血管内科医長 藤本 茂

脳梗塞超急性期血栓溶解療法

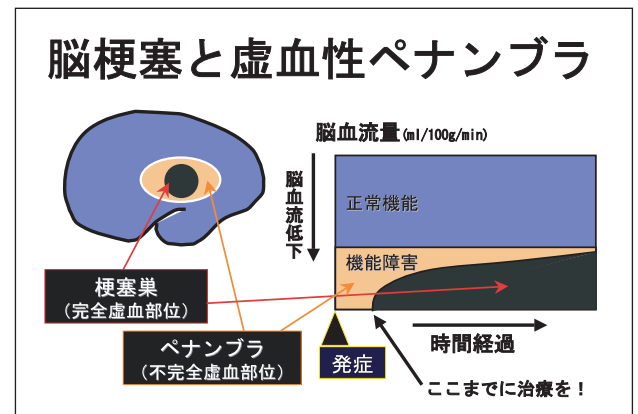
脳梗塞は、脳血管が血栓により閉塞したために脳血流が低下し、脳神経細胞が死んでしまう病気です。脳血管が急に閉塞してしまうと、脳血流が低下し、細胞死をもたらす高度虚血域と、その周囲の細胞死にはいたらないが機能障害(意識障害や麻痺など)を生じる虚血性ペナンプラと呼ばれる領域が生じます(図1)。この虚血性ペナンプラは治療により助けられる可能性があり、私たちの急性期治療のねらいは、この虚血性ペナンプラ領域を救うことです。ただし、虚血性ペナンプラは3時間程度過ぎてしまうと、脳梗塞におちいってしまうので、その前に治療を開始する必要があります(図1)。そこで、昨年10月に、発症3時間以内の脳梗塞に対し、組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)という薬の使用が正式に認可されました。

t-PAは、脳血管を閉塞している血栓を溶解し、脳血流を急速に改善する作用を持っています。治療効果がうまく発揮されると、言葉がでない、手足が動かない、視野がせまくなるなどの症状が劇的に改善します。ただし、使用法を誤ると大出血をきたすなどの重篤な合併症が起きてしまいます。よって、日本脳卒中学会ガイドラインでも、必ず脳卒中や脳神経外科の専門医が、適正に使用することが推奨されています。

当院では、脳卒中神経センターの専門医が交代で24時間待機し、これまで日本でもトップクラスの治

療成績をあげています。何よりも、患者さまが、発症3時間以内に到着していただくことが大切です。意識がもうろうとする、言葉がでない、手足が動かない、ろれつがまわらない、手足の感覚がおかしい、歩き方がおかしい、視野がせまくなるなど、脳梗塞の可能性が少しでも疑われたら、ただちに救急車を呼んで受診してください。

図1 脳梗塞と虚血性ペナンプラ



頸動脈病変と超音波診断

近年、日本も食生活が欧米化し、首と頭蓋内の大きな脳血管に動脈硬化が進行している人が増えています。とくに、頸動脈の狭窄が問題となっており、軽い脳梗塞をおこして頸動脈狭窄が見つかる場合もあれば、めまいや頭痛などをきっかけに検査を受け、たまたま発見されることもあります。いずれも、狭窄の程度や性状によっては、薬のみでは脳梗塞の再発や発症を予防しきれないことも少なくなく、脳神

経外科と連携し、手術をおすすめすることもあります。

脳血管内科では、これらの頸動脈病変に対する超音波診断に力を入れています。超音波検査は、非侵襲的に簡便に頸動脈の動脈硬化の程度や狭窄・閉塞の診断が可能な検査法です(右図2)。

また、99%つまっているけど、わずかな血流が残っている高度な狭窄は、脳ドックや一般外来などでは最も一般的な検査法であるMRAでは、診断が困難です。超音波検査では、そのような高度狭窄でも高精度に診断可能です(下図3)。そのような患者さまに対しては、まず内科的に治療を開始し、最終的には脳神経外科による手術により、元気な血管にもどることもできます(右図4)。

図3 MRAと超音波検査による頸動脈の高度狭窄の診断

左内頸動脈

右 左

MRAでは右内頸動脈が描出されず、完全に閉塞しているように思われます。

右内頸動脈に、カラーイメージでわずかな血流信号(矢印)がみられます。

同部位で血流速度を計測すると、微弱であるが、血流が順行性に流れていることを確認できます。

図2 超音波検査による頸動脈病変の検査

内頸動脈の完全閉塞
矢印の部位で血流が完全に途絶しています。

内頸動脈の狭窄
カラーイメージにより血管の狭窄が描出されます。

図4 頸動脈内膜剥離術(CEA)

頸動脈内膜剥離術(CEA)

CEA前 CEA後

CEA前は高度に狭窄し、非常に細い内頸動脈が、CEA後には太い血管によみがえっています。

おわりに

脳卒中は時間が勝負です。発症から治療開始までの時間が短ければ短いほど、治療効果が期待できます。また、頸動脈病変など、脳血管に異常がある場合も、専門医による評価と治療方針の決定が重要です。当脳卒中・神経センターでは、脳血管内科と脳神経外科が一体となってこれらの治療にあたっています。

脳卒中・神経センター
脳血管内科 TEL 093-671-9302