

抄 録

第21回 軽井沢脳神経カンファランス

日 時：平成23年9月10日（土）

場 所：ホテルマロウド軽井沢

一般演題

1 急性頸部内頸動脈閉塞に対し血管内治療で再開通を得られた2症例

佐久市立国保浅間総合病院脳神経外科

○後藤 暁子, 後藤 昌三

近年急性脳血管閉塞に対しては、標準治療であるrt-PA 静脈内投与を前提としているが、実際には無効例も多く、それに引き続いて脳血管内治療が本邦でも行われるようになってきた。それによりrt-PA 静注療法では効果の少ない中大脳動脈基部や、頭蓋内内頸動脈分岐部閉塞などの重症脳血管閉塞に対しても再開通可能な症例も増えてきた。しかしながらいまだに一般的には未踏の領域として急性頸部頸動脈（分岐部）閉塞がある。周知されているようにこの部は主に動脈硬化性狭窄病変であり、狭窄から閉塞に至るには、アテローム性のプラークが自壊したり、あるいは血流の鬱滞からそこに新生血小板血栓ができて急速に閉塞する機序が考えられている。本来の心原性塞栓症による急性血管閉塞とは全く異なる状態であるが、血管形成用バルーンカテーテル・血栓吸引カテーテル・Merci 血栓回収用デバイス（2010年より厚生省認定）・頸動脈ステント等を用いた方法やウロキナーゼ動注を組み合わせることで再開通させることが徐々に可能となっている。もっともこのような結果が得られ始めたのも専門施設でも最近のことであり統一されたプロトコルが存在するわけではない。当施設でも経験を積み重ね、今年に入り2例の急性頸部頸動脈閉塞例に対し再開通を得ることが可能であった。多少の文献的考察を含めて報告する。

2 東日本大震災の医療救護に参加して

佐久総合病院脳神経外科

○風間 健, 河野 和幸, 渡辺 仁
斉藤 太, 米澤あづさ, 落合 育雄

今回我々は災害時の亜急性～慢性期の医療救護活動を経験したので報告します。厚生労働省からの要請で、長野県の健康福祉部が中心となり県内各病院に人的支援要請、長野県として3病院ずつ、医療救護班が宮城

県石巻市に派遣されました。佐久総合病院は計11班、長野県としては5月末まで計32班派遣。班員は医師2名、薬剤師1名、看護師2名、事務1名。内服薬と処置用具持参、自給自足体制で長野県が用意したバスで県職員2名と共に石巻まで往復。石巻赤十字病院に災害対策本部があり、各地からの班は45ほどあり、各担当の避難所で外来を行う体制。活動の場所は割り振られており、救護活動はできましたが、各避難所には災害支援ナース2名泊まり込み、赤十字・自治体・医師会からの派遣、大学の医局の協力、等と、協力体制が混沌としている印象でした。また、カルテは、紙1枚の完結型で、過去の記録を探ることが大変でした。また、各病院で薬剤を持ち寄りましたが、持ってきた薬剤が異なり、同じ処方できない場合があります。治療の継続が困難だったと思われました。最大の余震にも遭遇、覚悟をもった参加が必要でした。体制がしっかりしていれば、もっと効率的な救護およびボランティア活動ができるのではないかと考えられました。

3 くも膜下出血の治療中に、自然軽快した水頭症の2例

千曲中央病院脳神経外科

○市川 昭道

症例1は82歳、女性。激しい頭痛でDay0で入院。CTでFisher group 3のくも膜下出血を認め、破裂前交通動脈瘤をDay3で根治手術。術後は脳槽ドレナージを16日間施行した。Day28のCTでNormal pressure hydrocephals (NPH) の所見を認めた。しかし、発症前に比べ反応が鈍いものの、脳波・認知症に異常はなく、NPHの3徴候は確認できなかった。シャント手術は施行せず、独歩退院した。1年後のCTでは水頭症は改善していた。症例2は90歳、女性。意識障害・嘔吐でDay0で入院。CTでFisher group3のくも膜下出血、第3、4脳室内の出血もあり水頭症を認めた。高齢でJCS:200と不良で、MRAでは脳底動脈の解離性動脈瘤を見たが保存的に治療。Day6では急性水頭症は改善。しかし、Day16で再び水頭症が出現。Day61のCTでは水頭症は改善していた。Day70で施

設入所となった。〈考察〉水頭症の改善の機序については、症例1は脳槽ドレナージの効果でくも膜顆粒に回る血液が少なく、一時的な髄液吸収障害で済んだ。症例2は脳萎縮が強く、血液が脳溝などで癒着を起こし、くも膜顆粒に回りにくかった、と考えている。〈結語〉くも膜下出血の治療中に、水頭症が出現しても急激な脳圧亢進症状が見られない時は、急いで外科的処置は取らず経過を見ることも必要である。

特別講演

「Motor Cortex Stimulation と脳の可塑性」

豊田厚生病院脳神経外科

小倉浩一郎

近年のリハビリ医学は、これまで諦められてきた脳卒中後慢性期の運動障害にも改善がありうることを実証し、そこには『脳の可塑性』という概念があります。Motor Cortex stimulation (MCS) はペインに対する治療として90年代より実施されていますが、このMCS治療例の中に脳卒中後の運動障害が改善する症例が少なくないという臨床的事実があり、2003年より全米では、脳外科医の新治療として、MCSの上肢マヒ改善効果の臨床試験が実施されました。当院では2006年より脳出血および脳梗塞慢性期の症例に対して同治療の効果を検討しています。

【対象】脳卒中発症後4カ月以上が経過して、完全

麻痺ではない上肢麻痺が残存している症例。functional MRIにおいて手の運動野が同定出来る症例。

【方法】小開頭術により手の運動野に正確に刺激電極を設置し、前胸部皮下に心臓ペースメーカー類似のパルスジェネレーターを設置。術後に体外スイッチによりON-OFFが可能で、ONの状態で積極的な作業療法を実施。約6カ月留置して除去。

【結果】これまでの29例では問題となる合併症はなく、運動機能が悪化した例はありません。完全に正常化するまでの改善はありませんが、ほぼ全例で軽度以上の改善が見られ、6割強において統計学的に有意な運動機能スコアの改善を確認しました。脳卒中後慢性期に残存する上肢マヒがある患者さんにとっては、わずかな改善でもその満足度は高く、MCS治療はその適応を検討する価値があると考えています。

〈参考文献〉

- 1) Neurosurgery 58 : 464-473, 2006
- 2) 脳神経外科ジャーナル 16 : 717-722, 2007
- 3) J Neurosurg 108 : 707-714, 2008
- 4) 脳卒中 30 : 689-696, 2008
- 5) 脳神経外科 36 : 667-675, 2008
- 6) 脳卒中 31 : 433-438, 2009
- 7) Stroke 40 : 1926-1931, 2009
- 8) 脳卒中 33 : 363-369, 2011