



講演会のお知らせ

おかげさまで、当院も 14 周年を迎えることになりました。
開院 14 周年を迎えるにあたり、**記念講演会**を開催いたします。
ぜひご参加下さいますようお願い申し上げます。

記

日時：4月20日(金)午後2時～午後4時

場所：当院1階ロビー

内容：「**楽する介護**」

とまこまい脳神経外科 理学療法士 伊達 史恵

「**脳波検査の話**」

とまこまい脳神経外科 臨床検査技師 垣通 尚貴

「**脳卒中にならないために**」

とまこまい脳神経外科 院長 上田 幹也

平成9年に設立された日本脳卒中協会は、一般市民の脳卒中に関する理解を高めることを目的に、平成14年から毎年5月25日から31日を脳卒中週間と定め、啓発活動を行うことにしました。

当院でもこれに合わせて、**第4回脳卒中市民講座**を開催致します。
お忙しい中大変恐縮ですが、ぜひご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

日時：5月25日(金)午後2時～午後4時

場所：当院1階ロビー

内容：『最近の脳卒中の内科的治療～薬で治す』

『最近の脳卒中の外科的治療～手術で治す』

とまこまい脳神経外科 院長 上田 幹也

『最近の脳卒中の血管内治療～切らずに治す～』

大川原脳神経外科病院 脳血管内治療部長 林 征志

**当日は、午後からの外来診療を休ませていただきますので
ご了承下さい。なお、救急患者については受付いたします。**

最近の脳卒中急性期治療の進歩

脳卒中は脳梗塞、くも膜下出血(脳動脈瘤破裂)、脳出血(高血圧性)に分かれます。

また、発症より2週間以内を急性期、特に発症数時間以内を超急性期と呼んでいます。

待ちに待った脳梗塞超急性期治療の世界的な標準治療薬である発症3時間以内に血栓溶解剤の静脈内注射が、2005年10月より日本でも可能となりました。2004年発表された日本での成績では発症3ヶ月後に患者さんが完全自立する割合は37%と1995年アメリカの臨床試験の偽薬群26%に対して血栓溶解剤群39%と大差なく、死亡率はアメリカの臨床試験の偽薬群22%に対して血栓溶解剤群17%、日本の血栓溶解剤群10%とより低率でした。しかし副作用として頭蓋内血腫は偽薬群と比較して血栓溶解剤群で増加していました。

血栓溶解剤の使用にあたっては、脳梗塞患者の安全な治療法として確立するために、日本脳卒中学会では4項目の使用施設基準案を示しており、当院はすべての基準を満たしています。血管内手術では脳梗塞の中の大脳動脈閉塞症に対して発症6時間以内に血栓溶解剤を動脈内投与したアメリカの臨床試験(PROACT)で有効性が証明されました。再開通は偽薬群18%に対して血栓溶解剤群66%と有意に高く、発症3ヶ月後に患者さんが機能的自立する割合は偽薬群25%に対して血栓溶解剤群40%と有意に改善していました。血栓溶解療法を行うには脳卒中の症状が出現したら、ただちに救急車を要請し、脳卒中専門病院を受診しなければなりません。脳卒中データバンク2005では発症3時間以内に受診した脳梗塞患者は40%とまだ少なく、一般住民への脳卒中の症状の理解を高めるためには、さらなる脳卒中に関する啓発活動が大切です。発症数時間を過ぎた後の脳梗塞の治療として脳保護薬(エダラボン)、抗血小板薬(アスピリン、オザグレール)、抗トロンビン薬(アルガトロバン)、抗浮腫薬(グリセロール)が有効とされています。その他急性期の頸動脈頸部狭窄症に対する頸動脈内膜剥離術、頭蓋内外血管吻合術(バイパス術)、塞栓除去術などの血行再建術、頸動脈頸部狭窄症に対する血管形成術・ステント術などの血管内手術はまだ確立された治療法ではありません。

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の超急性期治療で大切なことは、再破裂を予防することです。くも膜下出血で特徴的な症状は持続する激しい頭痛です。ただちに脳卒中専門病院を受診し、診断確定後鎮痛剤・鎮静剤・止血剤・降圧剤などを投与し、再破裂を予防します。再破裂をおこすと患者さんの状態が悪化し、脳動脈瘤の治療ができなくなります。つぎにくも膜下出血の原因である脳動脈瘤を血管撮影(MRA・

CTA・DSA)で診断し、開頭クリッピング術・血管内手術(コイル塞栓術)を行います。脳動脈瘤破裂は内科的治療で治療することはできません。開頭クリッピング術は動脈瘤の根元を金属製のクリップで直接挟み、血液が脳動脈瘤の中に流れ込まないようにして、破裂を防ぎます。血管内手術(コイル塞栓術)は開頭せず、足の付け根の大腿動脈から挿入したカテーテル(細いチューブ)の中に沿って、極細のプラチナ製コイルを脳動脈瘤の中に詰め、血液を遮断し、破裂を防ぎます。最近開頭クリッピング術が適している動脈瘤とコイル塞栓術が適している動脈瘤を除いた動脈瘤について、開頭クリッピング術とコイル塞栓術とを比較したくも膜下動脈瘤国際治験(ISAT)が行われました。発症1年後に患者さんが機能的自立する割合は、開頭クリッピング術69%に対してコイル塞栓術76%と有意に良好でした。しかし、この試験では割付の偏り、開頭クリッピング術での治療までの有意な遅れ、それにより治療前の再出血・死亡が開頭クリッピング術で多い。治療不成功例・再治療の必要性・治療後の再出血がコイル塞栓術に多いなどの問題点が指摘されています。脳動脈瘤の治療後にも、患者さんの予後を左右する脳血管攣縮の問題があります。脳血管攣縮はくも膜下出血後数日から約2週間に出現する脳血管が縮む一過性の病態で、内科的治療・血管内治療(血管拡張剤の動脈内投与、血管形成術)を行います。

高血圧性脳出血の超急性期治療で大切なことは、再出血を予防することです。ただちに脳卒中専門病院を受診し、診断確定後止血剤・降圧剤などを投与し、再出血を予防します。急性期治療には抗脳浮腫剤(グリセロール)などの内科的治療、外科的治療(開頭血腫除去術・血腫吸引術)があります。現時点では、外科的治療が内科的治療より患者さんの予後を改善するとはいえません。

(U.M.)



小児脳神経外科とまこまい参上 はや2年

こどものストレス、生活様式と頭痛

社会体制の大きな変化とともにこどもの頭痛は明らかに増加しています。前回お話したように核家族化が一般的な現在の社会では、家庭は言うに及ばず地域集団・学校での包容力も減少し、こどもの家庭での位置づけ、学校での位置づけの変化(いわゆる孤立などのストレス)が生じ、慢性連日頭痛など心因反応、ストレス障害というような病態がこどもの中にたくさん生じています。この慢性連日頭痛とともに、生活の変化と関係しているのがこどもの緊張性頭痛です。こどもの生活習慣の中に、おつかいを始めとして掃除など家でのお手伝いがほとんどないのが普通な現在、体を動かすことがあまりにもなくなり、一方、テレビ・ゲーム・パソコン・携帯電話など視線の集中と一定の姿勢を長時間とる生活状況(寝転がってのゲームや机にずっと座ってのパソコン)などからこどもの肩こり、緊張性頭痛、頸性頭痛が増えています。また、こども達の課外活動としてのスポーツも楽しさよりも強化が主体となり、一種類のスポーツしかない環境、長時間の練習、準備運動・アフターケアのない練習などからも筋肉の疲れが残り緊張性頭痛は増えています。更に最近のこども達は身体的特徴としても頸が長く、一方、頭～肩の筋肉は発達しておらず、頭部外傷・転倒だけでなく、ゆすられただけでもいわゆる“ムチ打ち”=頸の筋肉の緊張になるこどもは多いのです。昔ならずべて転んだくらいで頭痛が続くことは考えられなかったのに、今は反射的な防御もないしで、軽い外傷で長期の頭痛という想定外の結果が出始めているのです。こどもの緊張性頭痛に対する薬剤治療は大人に比べほとんど行いません。マッサージ・温熱など筋肉をリラックスさせることを優先させ、テレビ・ゲームなど視力の使いすぎを避け、姿勢に注意する・ストレッチをするなどの生活指導でたいていの頭痛はよくなります。生活内容を改善しても治らない場合はじめて投薬を考えます。投薬の内容は筋弛緩剤が主となりますが、こどもではストレスが時に頭痛持続の原因となっていることもあり軽い抗不安剤などを場合により併用します。

次回は“こどもの片頭痛について”です。