



すっかり日も長くなり、春の日差しが心地よい気節になりましたね。山菜採りや運動会と、何かと活動的になるこのシーズン！！ 怪我や事故には充分注意をして、楽しく過ごしましょう。

《最近の脳卒中慢性期治療の進歩》

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。脳梗塞は高血圧が原因で細い血管が詰まるラクナ梗塞、動脈硬化(アテローム硬化)で太い血管が詰まるアテローム血栓性脳梗塞、心房細動などの不整脈・心臓弁膜症のため心臓内にできた血栓が、脳血管に入り込み詰まる心原性脳塞栓症の3つに分かれます。また、発症より2週間以内を急性期、2週間以降1ヶ月を亜急性期、1ヶ月以降を慢性期と呼んでいます。

脳梗塞慢性期はまず高血圧(最高血圧:140、最低血圧:90未満)、糖尿病(HbA1c:6.5未満)、高脂血症、内臓脂肪型肥満、喫煙、多量の飲酒などの危険因子の管理が大切です。再発予防に効果があります。薬物治療では抗血小板剤(アスピリンなど)は3つの脳梗塞すべてに有効で、心原性脳塞栓症では抗血小板剤より抗凝固剤(ワルファリン)がより有効です。ワルファリン服用時にはこの作用を弱める納豆、青汁、クロレラと一緒に摂ることはできません。外科的治療は限定された患者さんにおいては内科的治療より有効です。

頸動脈内膜剥離術(CEA)は頸動脈頸部狭窄症をおこしている動脈硬化部分を除去する手術です。血管内手術(頸動脈ステント術:CAS)は頸動脈頸部狭窄部分にワイヤーを通し、血流遮断下にバルーンで狭窄部分を拡張し、ステントを留置し、動脈硬化部分のくずを吸引除去し、血流遮断を解除する手術です。1991年北アメリカの治験(NACET)において、日常生活動作(ADL)が自立している70%以上の頸動脈頸部狭窄症に対するCEAにより2年間の病巣側脳卒中発症率は9%と内科的治療の26%と比較して有意に低下しており、再発予防に有効でした。また50~69%の頸動脈頸部狭窄症に対するCEAにより5年間の病巣側脳卒中発症率は16%と内科的治療の22%と比較して有意に低下していました。しかし、このような成績を得るには70%以上、50~69%の頸動脈頸部狭窄症に対するCEAの合併症がそれぞれ6%、2%以下の施設で行うことが必要です。CEAの合併症には、虚血性合併症、出血性合併症、神経損傷があります。虚血性合併症は術中の血行遮断・操作に伴うもの、シャントの挿入・抜去に伴うものがあり、出血性合併症には創部腫脹、狭窄が改善したために血流が過剰に流れる過灌流障害・出血などがあります。神経損傷には舌の動きが

悪くなる舌下神経麻痺、声がかれる喉頭神経麻痺、迷走神経麻痺などがあります。最近症候性50%以上、無症候性80%以上のADLが自立している頸動脈頸部狭窄症に対してCEAとCASとを比較した治験(SAPPHIRE)が行われました。1年後の主要心血管事件発生率はCEA:20%、CAS:12%と有意差はありませんでしたが、CEAよりCASの方がやや有効でした。

頭蓋内外吻合術(バイパス術)は頭皮を栄養している血管を頭蓋内の脳血管につなげることにより、脳の血流を増やす手術です。最近ADLが自立している頸動脈・中大脳動脈の閉塞性病変で、脳血流検査で血流が低下し、脳循環予備能が中等度・重度低下している患者に対してバイパス術の効果を調べた治験(JET study)が日本で行われました。2年間の重度障害脳卒中再発および死亡率は内科的治療17%と比較してバイパス術7%と有意に低下しており、有効でした。10人にバイパス術を行えば、2年間に1人の重度障害脳卒中再発および死亡を予防することができます。また病巣側の脳梗塞再発率は内科的治療11%と比較してバイパス術3%と有意に低下していました。脳循環予備能の低下が中等度と重度との間には臨床的差異はありませんでした。脳血流の改善はバイパス術群のみ認められ、脳循環予備能は、バイパス術群は内科的治療群に比し、中等度障害では1.4倍、重度障害では2.3倍改善がありました。バイパス術群での、記憶などの高次脳機能障害の悪化予防については解析中です。バイパス術の合併症には創部感染・壊死、慢性硬膜下血腫、虚血性合併症(急性閉塞・バイパス流量不足による脳梗塞)、出血性合併症(過灌流障害・出血)がありますが、JET studyでは手術による死亡・障害はありませんでした。現在病巣側の脳梗塞再発率に関して、脳血流低下軽度群に対する内科的治療群とJET studyのバイパス術群・内科的治療との比較研究(JET2 study)が実施中で、結果によっては脳血流低下軽度群の患者に対してバイパス術の効果を調べた治験(JET3 study)が日本で行われるかもしれません。(U.M.)

小児脳神経外科とまこまい参上はや2年2ヶ月

—こどもの片頭痛(その1)—

日本の15歳以上の成人の約4割が、いわゆる頭痛もち(慢性頭痛)とされています。一番多いのは緊張型頭痛(2千万人以上)ですが、ついで多いのが片頭痛です。片頭痛は840万人位、女性が男性の4倍いるとされています。片頭痛の原因ははっきりしていませんがストレスと深い関係があるようです。現在最も有力なのが“三叉神経痛”説です。心身のストレスがあると、それに伴って血液中の血小板にあるセロトニンという神経伝達物質が大量放出され(セロトニンは血管を収縮させる働きをもっています)、セロトニンが放出された後、急激に正常に戻ると、縮まっていた頭の血管は逆に拡張します。脳の血管周囲には三叉神経という知覚神経がついていて血管とともに神経が伸ばされ、神経の末端から痛みの炎症物質が出て頭痛となるのです。血管にいつている神経の痛みですから心拍動のドッキンドッキンの度に痛みが出るのです。

片頭痛発作はこどもの頃から大人同様に起こりうると推測されています。また、片頭痛は遺伝することが多く、約半数に家族歴があるので、“先天性”というか“体質”といっても過言ではない状態です。

“こどもの片頭痛は少ないと思われたのはなぜでしょう・・・?”こどもは大人に比べ頭痛のひきがねとなるストレスが少ないこと(最近では大人なみにストレスは増えています)、発作の時間が数時間以内と短いこと、嘔吐や下痢だけで頭痛がないこともあることなどから見逃されやすかったと考えられます。こどもの片頭痛の頭痛発作は早くて3~4歳頃より起きるようになります。大人に比べ、いきなり始まり数時間で収まることが多いのが第一の特徴で、頭痛いとうずくまっていたこどもが急に元気になり、“仮病”と間違われてしまう事もしばしばです。第2はお腹の症状が強いことです。頭痛はそれほどでもないのに嘔吐や下痢、場合によっては嘔吐だけで終わってしまいます。こどもでは脳のセロトニン受容体は未発達でそのため頭の痛みは感じにくい一方で、セロトニン受容体は小腸などの消化管の粘膜にも存在するため、こどもでは主にお腹の症状が出てしまうと考えられています。こどもが“お腹が痛い”といって1~2時間で治ってしまうことがあります。それはこどもの片頭痛の可能性が高いのです。その他、腹痛以外にフラフラするなどの一過性のめまいの症状もあります。頭痛もしめつけ感の場合も多く、緊張型頭痛と間違われることがあります。発症する日時では、大人が仕事のストレスの解除される土日が多いのに対し、こどもは勉強や学校というものの自体がストレスですから、日々の学校帰りや夕方に発症する事が多く、親や先生から見ると変わっている子、ワガママとして見られることもあるかもしれません。(昔から学校が楽しくなくても行かざるをえなかった・・・時間があつたらエジソンのお母さんを思い出して下さい)。このようにこどもの片頭痛は大人と比べ症状が明らかに異なり、原因も種々でこどもの生育歴、生活環境を含めトータルで片頭痛を判断し、治療します。

次回は片頭痛のこどもの体質や特徴・・・子どもに見られる共通点についてお話します。