



藤井脳神経外科病院
〒329-1105 栃木県宇都宮市中岡本町 461-1
電話：028-673-6211 (代)
FAX：028-673-2115
E-Mail：fujiihp@apricot.ocn.ne.jp
ホームページ：http://www.fujiihp.or.jp/



藤井脳神経外科病院

地域連携ニュース



平成 30 年 1 月 1 日号

受付時間

○ 診察可 × 休診

受付時間		月	火	水	木	金	土
午前 8:30~11:30 (診療は9時~)	初診	○	○	○	○	○	○
	再診	○	○	○	○	○	○
午後 13:30~17:00 (診療は14時~)	初診	○	○	×	○	○	×
	再診	○	○	×	○	○	×
休診	水・土の午後、日曜日、祝日 *急患は24時間対応いたします。						

外来担当表

【脳神経外科】

	月	火	水	木	金	土
午前	淀縄 昌彦	國峯 英男	國峯 英男	藤井 卓	國峯 英男	淀縄 昌彦
	*坂本 和也	宮田 貴広	鈴木 康隆	*坂本 和也	淀縄 昌彦	*坂本 和也 (第2・4のみ)
	宮田 貴広	鈴木 康隆	*松田 和郎	鈴木 博子	*大橋 康弘	*滑川 道人 (神経内科)
		*安納 崇之		*大谷 亮平		交代制
午後	交代制	交代制	休診	鈴木 博子	交代制	休診
		*獨協医大	休診	*獨協医大 (1・3・5週)	*自治医大	休診

*非常勤医師

交代制：常勤医師が担当します。
(上記の担当は、都合により変更となることがあります)

明けましておめでとうございます。

皆様におかれましてはご健勝のなか、新たな年を迎えられたことと存じます。

平成元年1月に開設した当院は、この1月で30年目に入りました。

従業員一同、改めて心を引き締め、日々の診療に従事するつもりでおります。本年もどうぞよろしくお願いいたします。

さて、今号では、頸動脈狭窄による虚血性脳血管障害に対する治療を取り上げました。

高齢社会の進行とともに、頸動脈病変を有する症例が増加しており、本治療手段の需要は、当院でも年ごとに高まっております。血管内治療としてのステント留置術や従来から行われてきた観血的な内膜剥離術について、それぞれの手技、長所、短所などが挙げられています。

患者さんをご紹介いただく際、または、患者さん達からのご相談に応じる際のご参考になれば幸いです。

理事長 藤井 卓

● 頸部内頸動脈狭窄症とは…

脳へ血液を送る動脈のうち、内頸動脈が狭窄している状態が内頸動脈狭窄症といわれます。そのうち、特に頸部の内頸動脈起始部（通常は、頸部で総頸動脈が内頸動脈と外頸動脈に分岐します）に狭窄を認めている病態が、今回紹介する頸部内頸動脈狭窄症といわれる疾患です。

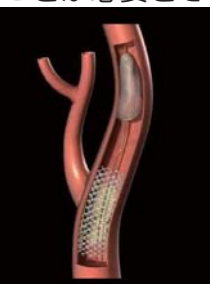
この内頸動脈が狭窄することにより、この部分に出来た血栓（血の塊）やプラーク（脂質などが沈着したもの）が血流に乗って脳内に流れ込んだり、または狭窄が進行することにより血流自体が悪くなったりすることで、脳梗塞発症が惹起されることが知られています。

通常では脳梗塞の予防のために生活習慣の改善（禁煙や食事療法、適度な運動など）や基礎疾患の治療（糖尿病や高脂血症、高血圧管理など）、さらには抗血小板薬（血液を固まりにくくする薬）などの内服を行うことが必要とされています。

ただし、すでにこれにより症状が出現している場合や、無症候性でもある一定以上の高度狭窄を来している場合、これらの保存的加療だけでは脳梗塞を予防しきれないことが分かっています。

このような症例に対しては、外科的治療が有効であると考えられています。

頸部内頸動脈狭窄に対する外科的治療について、ご紹介致します。（次頁へ続きます）



お知らせ



HITACHI
LISENDO 880

超音波装置を更新しました！

脳ドックの標準項目としての頸部血管検査や、脳卒中患者さんの血管精査、また周術期の全身状態管理に、超音波装置を多く用いています。

新機種装置の導入にて、検査者依存や被検査者依存の低減が図れると考えます。



HITACHI
ALOKA Noblus
(ポータブル型)



脳神経外科医療のトピックス (6)



頸部内頸動脈狭窄症に対する外科的治療について

脳神経外科手術部長 鈴木 康隆

【はじめに】

外科的治療には頸動脈内膜剥離術 (CEA) と頸動脈ステント留置術 (CAS) の二つの方法があります。現時点では両者の治療効果および合併症などは、ほぼ同等であると考えられています。いずれの治療法も治療の目的は同じであり、動脈の細くなった部分を広くして血流を改善することです。どちらの治療法が適当であるかは、患者さんの動脈狭窄の部位や位置、病変が両側にあるかどうか、高齢かどうか、心臓や腎臓に合併症があるか、再発であるかどうか、または全身状態などを考慮して検討します。

● 治療手技

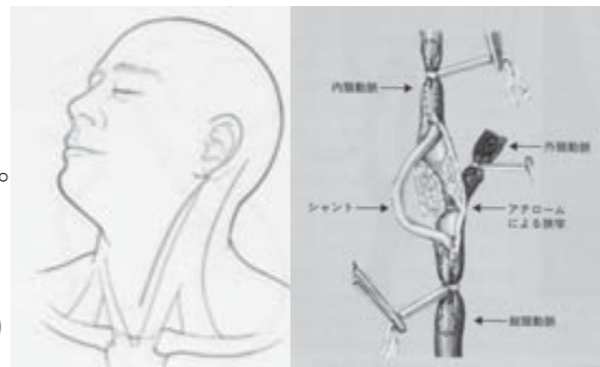
CEA：狭窄部のプラーク（動脈硬化）を剥離して摘出する。

CAS：バルーンにて狭窄部を拡張する。またその際に破碎したプラークは下流に飛散するためこれをデバイスにてブロックする。

● 麻酔方法

CEA：全身麻酔

CAS：局所麻酔でも可能（全身麻酔下での治療を行うこともある）



体位と皮膚切開 術式のシェーマ

【それぞれの外科的治療の実際】

● 頸動脈内膜剥離術 (CEA)

- 全身麻酔下に頸部の頸動脈が観察しやすいような体位を取ります。

皮膚を切開し総頸動脈から内頸動脈・外頸動脈に分岐している部分を中心に露出します。※術中写真①

- 一旦それぞれの動脈を全て遮断し、狭窄がある部分の動脈に切開を加えます。その後に病変部をまたいで総頸動脈から内頸動脈にシャントチューブを挿入し、脳への血流を再開した状態で手術を進めていきます。

- 血管の内腔を確認し、プラークを血管の内膜ごと丁寧に剥離をして摘出します。※術中写真②

- 切開した動脈の壁を縫合し、挿入していたシャントチューブを抜いてから、最後の縫合を行います。※術中写真③

- その後、術野にドレーンを留置して筋肉、皮膚を縫合して手術を終了します。



術中写真①

術中写真②

術中写真③

※写真の症例では、シャントチューブは留置せずに行っています。

● 頸動脈ステント留置術 (CAS)

- まずは、単径部に局所麻酔を行い、シースと呼ばれる管を大腿動脈内に挿入します。

- シースを通して、ガイディングカテーテルという長い管を病変の直前の総頸動脈まで誘導します。このガイディングカテーテルの中に様々な治療器具を通して治療を行います。

- 病変部の治療を行う前に、狭窄部より末梢の位置にフィルターまたはバルーンを留置し、血管壁のプラークなどが脳内に飛散することを防ぎます。

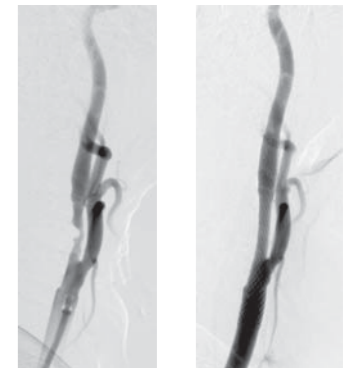
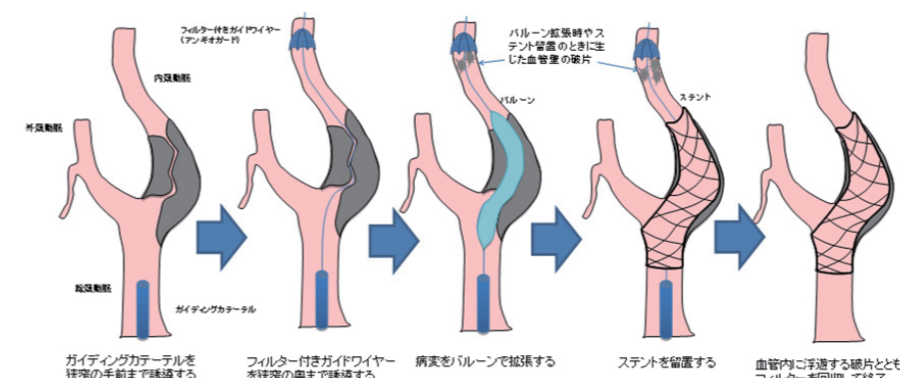
- バルーンカテーテルを用いて、まず病変部位を少し広げます。

- その拡張したスペースにステントと呼ばれる金属でできたメッシュのパイプを留置し、その拡張された状態を維持します。

- 拡張が十分でなかった場合には、もう一度バルーンをステント内で拡張し、残存した狭窄を広げることもあります。

- 最後にプラークの破片や血栓などを回収したフィルターを閉じて体外に引き抜きます。バルーンで遮断していた場合は病変部からバルーン遮断部までの間に貯留した血液を吸引排液し、プラークや血栓を除去してからバルーンを解除します。

- ガイディングカテーテルやシースを抜去して、治療が終了となります。



術前

術後

【最後に】

- 頸動脈内膜剥離術 (CEA) は古くから行われている治療であり、治療手技としては成熟している方法であると言えますが、それに対して頸動脈ステント留置術 (CAS) は 2008 年に日本で治療が保険適用となった比較的新しい治療となります。

- ただしこの 10 年間の間に飛躍的に CAS の治療数は増加しており、治療に使用するデバイスにも変更と改良が加えられ、治療の安全性が確認されつつあります。特に、CAS は患者さんの身体的ストレスが少ないという大きな利点があるため、今後も増えると考えられています。

- CEA と CAS いずれの外科的治療にもそれぞれの長所と短所があり、やはり両治療とも同一施設で行える環境にて頸部内頸動脈狭窄症の患者さんの診療にあたっていくことが、患者さんにとって好ましいことであることは言うまでもありません。

- CAS の治療成績を維持するために、CAS を行うには厳密な施設基準が定められていますが、当院では現在 CEA も CAS も常時施行可能な施設となっています。頸部内頸動脈狭窄症が疑われる場合、または治療を検討されている場合など、お気軽にご相談いただければと考えております。