

今号の内容

- 時代と共に変化する診療体制
- 未破裂脳動脈瘤に対する新しい治療法
- ステントを用いた脳動脈瘤治療について -
- 脳梗塞の治療といっても実は④
- アスピリンよりもオザグレル? -
- 部署紹介 医療福祉相談部
- 退院患者疾患別統計
- STROKEセミナー

時代と共に 変化する診療体制

院長 若林伸一



脳卒中は癌、心疾患と並び我が国の3大死因の一つとされていますが、時代と共に死因となる脳卒中の病型には変化が見られます。1960年の統計では、脳出血が77%、脳梗塞が13%、くも膜下出血が2.4%であったのに対し、2010年には、脳出血が26%、脳梗塞が57%、くも膜下出血が11%となっています。この50年間で脳卒中の主体は脳出血から脳梗塞に変わり、それとともに脳卒中を診る診療科も時代と共に変化してきました。私が脳神経外科に入局した1985年当時は、殆ど全ての脳卒中を脳神経外科が診ていましたが、近年では神経内科で脳卒中を専門とする医師が手術適応のない多くの脳卒中を診療するようになり、今後も神経内科医の需要がますます増えることが予想されます。当院でも私が梶川病院に着任した2000年は、脳神経外科医が5名、神経内科医が2名の体制で診療を行っていましたが、2012年現在は、脳神経外科医が2名、神経内科医が5名となっています。しかしこれは一概に脳卒中の変遷によるものではなく、全国的な脳神経外科の医師不足に帰するところもあり、当院でも数年前から脳神経外科医師の不足に直面している現状です。産婦人科や小児科の医師不足はマスコミ等でよく取り上げられていますが、実は外科系診療科の医師不足も深刻です。特に脳神経外科は手術の習熟に時間がかかり、また夜間や休日の緊急手術も日常的で自分の時間が少なく、ワークライフバランスを考える今の若手医師からは敬遠されています。しかし、脳卒中をはじめ神経疾患の診療に脳神経外科は不可欠であり、若手医師の意識改革を含め医療情勢の早急な回復が望まれます。このような苦境にありながらも当院では、開頭手術と血管内手術の最先端の技術を確保し、時には遠方から学会を代表する先生方の援助をお借りし、周辺医療機関との連携を保ちながら、質の高い脳卒中の診療体制を堅持して参りますので、今後とも変わらぬご支援をお願い申し上げます。

未破裂脳動脈瘤に対する新しい治療法 —ステントを用いた脳動脈瘤治療について—

副院長・脳神経外科部長 須山嘉雄

未破裂脳動脈瘤は、脳の中の動脈にできたこぶで、まだ破裂していないものをいいます。破裂するとくも膜下出血になりますが、年間の破裂率は1～2%程度といわれています。大きいもの(5-7mm以上)、不整形なもの、過去にくも膜下出血になったことがある方は破裂しやすいといわれています。くも膜下出血の予後はおおまかには1/3は社会復帰、1/3は何らかの後遺症を残す、1/3は死亡するといわれています。そのために破裂する危険が高いと判断した場合には、破裂する前に治療を行う場合があります。

治療方法には開頭クリッピング術(頭を開けて行う)と血管内治療(カテーテル治療)があります。当院では以前から両治療法を行っていますが、最近、血管内治療での新たな治療法が日本で認められるようになりました。

それはステント(図-1)を使用した脳動脈瘤治療です。ステントの名前は

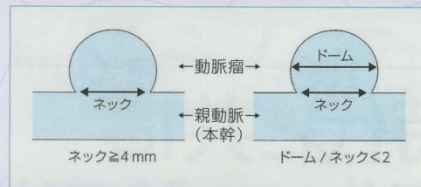


▲図-1

は“エンタープライズ”といいます。2010年7月に日本での使用が承認されました。

皆さんもご存じかもしれませんが、今までのステントは心臓の血管や頸動脈で狭窄(狭くなった)部分を拡張するために使用しているものがほとんどでした。

ワイドネック(ネック幅が広い動脈瘤; 図-2)の動脈瘤では中にコイルを入れた場合、親動脈(本幹)にコイルが落ちてくる心配がありましたが、“エンタープライズ”はそれを防ぐために使用されるものです。



▲図-2 ワイドネックの基準

ただし、使用は以下の患者様に限られます。

1. 親動脈の直径が2.5-4mm以下
2. 動脈瘤のネックが4mm以上またはドーム/ネック比が2未満
3. 動脈瘤の最大径が7mm以上
4. 抗血小板剤および/または抗凝固薬が禁忌とされる方(脳梗塞のリスクが高くなります)
5. 未破裂脳動脈瘤であること

“エンタープライズ”を用いることで、従来はコイル塞栓術が行えなかった症例や再発例に対する治療の可能性を広げます。しかし、適応をしっかり守り、慎重に使用しなければ逆に合併症を増加させることとなります。

のうこうそく

脳梗塞の治療といっても実は ④

—アスピリンよりもオザグレル?—



副院長・脳神経内科主任部長 野村栄一

脳梗塞の急性期治療は、まず血栓を溶かして、詰まった血管を再開通させる血栓溶解療法を行えるかどうかを第一に考えます。しかし、この治療は現時点では脳梗塞になった人の2-5%程度しか使えません。使えない人には、前にお話した抗血小板薬のアスピリンを使うかどうかを検討するのが今のところ世界標準です。アスピリンには点滴製剤もありますが、日本では使用できません(ドイツの医学生に大変驚かれた経験があります)。ところが日本にはオザグレルという点滴の血液をサラサラにする抗血小板薬があります。脳梗塞は、半身の麻痺とともに飲み込みが難しくなる人も多いため、初日からは薬の服用が難しい場合があります。このような場合、点滴製剤は非常に便利です。さらに、オザグレルにはアスピリンにない脳血管拡張作用があり、脳循環を改善してくれる可能性があります。これにより、脳梗塞が進行するのを防いでくれる効果が期待されます。実際、オザグレルを使うと使わない場合に比べ、有意に運動障害が改善されることが示されています。ただ、どの脳梗塞にも使えるわけではなく、動脈硬化を原因とする、アテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞に用いられます。アスピリンとオザグレルのどちらがいいとは結論がでていませんので、当院では患者さんの病態に合わせて選択しています。



部署紹介

第10回



■医療福祉相談部

主任 長谷智子

医療福祉相談部には、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士・精神保健福祉士)が3名在籍し、いろいろなお相談を受付けています。例えば、退院後の生活・病気によるこころの不安・医療費や経済的なこと・各種福祉制度やサービスのことなど、内容はさまざまです。

特に、脳の病気は急激に発症することが多く、麻痺や高次脳機能障害など何らかの後遺症を伴うことも少なくありません。

このような時、必要に応じて行政機関や法律機関など専門機関とも協力しながら、患者さんやご家族ひとりひとりが安心して治療に専念し、安全な生活を送ることができるように一緒に考え、支援させていただきます。

なお、面談は予約優先とさせていただいているため、相談をご希望の際は

お電話 082-249-6411 にて日時をご連絡いただくか、スタッフまで声をお掛けください。相談場所やプライバシーにも十分に配慮させていただきますので、お気軽にご相談ください。



退院患者疾患別統計

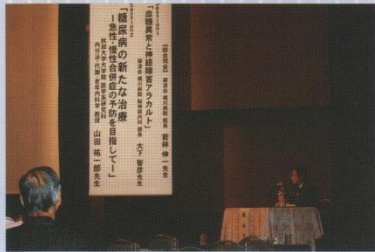
	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
脳血管障害	963	977	910	981	937
虚血性脳血管障害	674	685	611	679	685
脳動脈瘤	98	104	103	127	86
脳内出血	178	170	177	157	151
その他	13	18	19	18	15
頭部外傷	142	171	155	164	116
慢性硬膜下血腫	76	72	65	69	66
脳腫瘍	44	30	55	33	12
その他	325	358	384	407	357
総数	1550	1608	1569	1654	1488

脳外科 手術件数	241	264	223	250	244
t-PA 施行件数	7	9	13	20	17

第7回

STROKEセミナー

副院長・脳神経内科主任部長 野村栄一



2011年11月9日に第7回STROKEセミナーが開催されました。若林院長の総司会で、大下脳神経内科部長から「血糖異常と神経障害アラカルト」、秋田大学大学院内分泌・代謝・老年内科の山田祐一郎教授から「糖尿病の新たな治療 - 急性・慢性合併症の予防を目指して -」を講演して頂きました。例年を上

回る80余名のご参加を頂きました。この場を借りてお礼申し上げます。今後も「顔の見える地域連携」を目指し、定期的に企画していきたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。



医療法人 翠清会 梶川病院

TEL 082-249-6411
FAX 082-244-7190

〒730-0046 広島市中区昭和町8-20
<http://www.suiseikai.jp>

