

柏葉脳神経外科病院広報誌／季刊

かしわば

Vol. **33**

2012.7

K a s h i w a b a N e u r o s u r g i c a l H o s p i t a l

チーム医療で挑む

頸動脈狭窄症の検査と治療

脳卒中診療部長・医局長 吉本 哲之

第2回 Clinical Skill Up Meeting 開催

脳神経外科

検査科

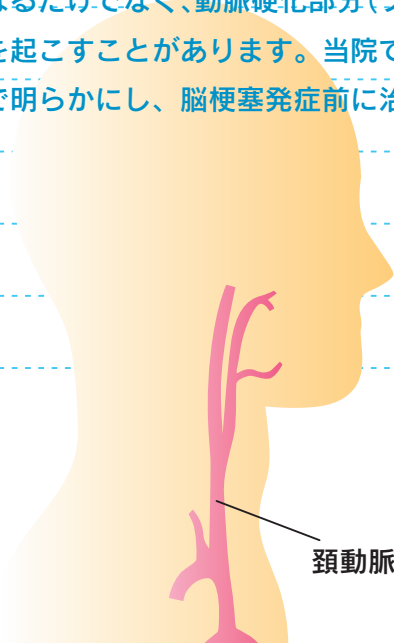
放射線科

チーム医療で挑む 頸動脈狭窄症の検査と治療

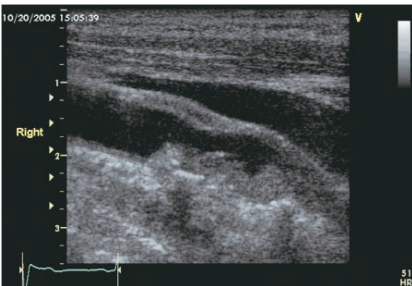
心臓から脳へ最も多く血液を送っているのが頸動脈です。その頸動脈に動脈硬化が生じると血管内が狭くなり(頸動脈狭窄)、脳の血流が足りなくなるだけでなく、動脈硬化部分(プラーク)の破片が脳へ流れて、脳梗塞を起こすことがあります。当院では、頸動脈の動脈硬化の状態を検査で明らかにし、脳梗塞発症前に治療を行っています。



脳卒中診療部長・医局長
吉本 哲之



頸動脈



頸動脈狭窄の検査を行う超音波検査器。検査は5～15分ほど。外来で簡単に検査が可能です。得られた検査動画から血流の様子を見て診断を行います

プラークの形状から 脳梗塞発症の危険を予測

当院では、頸動脈のプラークの形状を調べることで、「脳梗塞を発症する可能性」を予測できるようにしました。脳梗塞を発症すると重篤な後遺症が残ることが多いので、発症前に、発症の可能性が高いプラークを見つけて治療することが重要です。

当院では脳神経外科と検査科、放射

線科が連携する「チーム医療」で頸動脈の検査と治療を行い、良好な結果を得ています。

頸動脈狭窄の状態は、超音波検査(エコー検査)で確認します。頸部にあてた送受信機から得られる検査動画で、プラークの形状や揺れ方(揺動性)を注意深く観察し、「脳梗塞を発症する可能性」が高いかどうかを見極めます。

高度な狭窄が疑われたり、判定が困難な場合には、さらにMRI検査を行います。

外科手術や 血管内手術の対象となる 頸動脈狭窄症

- 症状を起こしていなくても、脳血流の低下や血管内の75%に潰瘍形成(内壁の不整)がある
- 過去に症状を起こしたことがある
- 内頸動脈狭窄を持っている
- 内科的治療を行ったのに、脳虚血発作が頻発する
- 内科的治療の継続が困難

患者さんに合わせた治療法を選択

内科的治療(薬による治療)は、血液の流れをスムーズにしますが、プラークを取り除くことができないため、脳梗塞の再発の可能性を残します。

再発率を確実に抑えるためには、狭窄の原因となっているプラークを内膜ごと摘出する**外科手術**(内膜剥離術)が第一選択となります。この方法は、プラークを完全に取り除くことができますが、全身麻酔で行うため、多臓器に



機能不全のある高齢者は全身状態を悪化させる危険性があります。

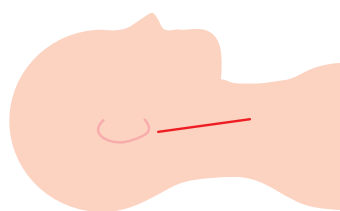
次の選択肢は、血管の中からバルーン(小さな風船)を使って狭窄部を拡張し、ステント(金属の円筒)を置いて再狭窄を防ぐ**血管内手術**(CAS)です。局所麻酔と鎮痛剤を使い、主に大腿部の血管からカテーテルを挿入して治療を行うため、頸部切開の必要がなく、手術時間も短くて済みます。しかし、プラークが柔らかかったり、泥状のもの、血管拡張時にプラークが飛んで脳の血管に詰まり脳梗塞の原因になる危険があるため、血管内手術は不向きです。

外科手術にも血管内手術にも長所・短所があり、合併症のリスクもゼロではありません。合併症が発生すると、重篤な後遺症(麻痺・言語障害・感覚障害など)を残したり、生命に危険が及ぶこともあります。近年の医療器具と技術の発達により、合併症の確率は年々低下しています。

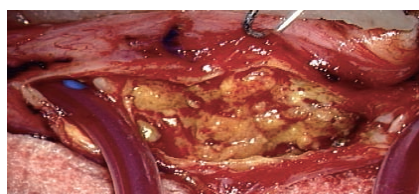
当院では経験豊富な医療スタッフが連携するチーム医療によって、患者さんの状態を正しく把握し、病状に合わせた治療法を選択することで、良好な治療結果を得ています。

外科手術(内膜剥離術)

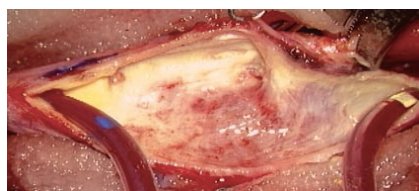
全身麻酔後、頸部の皮膚を切開し、頸動脈を露出させる



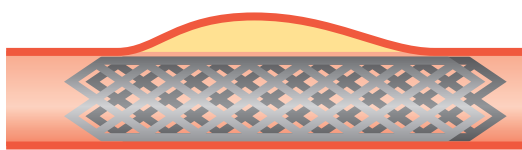
一時的に頸動脈の血流を遮断し、切開してプラークを露出させる



頸動脈内のプラークを内膜とともに丁寧に剥離し摘出する



血管内手術(頸動脈ステント留置術)



頸動脈の狭窄部分に「ステント」と呼ばれる金属性の網状の筒を留置し、狭くなった血管の内腔を正常径まで拡張し、血液の流れを改善させる



治療前



治療後

