

阪大病院脳卒中センターダイレクト

2010年 夏 VOL. 5(2010.8.1)

大阪大学医学部附属病院脳卒中センターの平成22年度活動状況をお知らせします。

平成17年4月に脳卒中センター開設以来、毎年約250例の脳卒中急性期症例を受け入れて参りました。脳卒中集中治療室(SCU)も、今年度中に3床へ増床し、担当看護師も増員され、救命センターと併せてよりスムーズな受け入れ体制を構築して行きます。2009年より当センターでは地域連携の一環として高度救命救急センターとともに脳卒中急性期画像診断に関する病院間連携事業にも取り組んでいます。また本号では、高度救命センターにおける最新知見、一過性脳虚血発作の啓発、脳血管内治療における最新デバイスについて御紹介いたします。最速、最善、最先端の治療をモットーに、引き続き、近隣の救急隊、実地医家の先生方より脳卒中が疑われます患者様の紹介受診を積極的に受け入れたいと考えています。(センター長・教授 吉峰俊樹)

診療実績(平成21年度)

脳卒中急性期 236 例(脳梗塞 135 例、脳出血 41 例、クモ膜下出血 21 例、一過性脳虚血発作 18 例)

主な検査・治療実績(平成21年度)

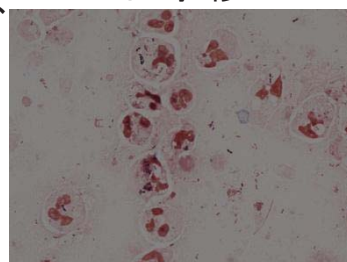
脳血管造影検査 383 件、脳血管内手術治療 78 件、頸動脈ステント留置術 12 件、頸動脈内膜剥離術5件、STA-MCAバイパス術 15件、脳動脈瘤クリッピング術 20件、脳動脈瘤コイル塞栓術 30件、頸動脈超音波検査 882件、経頭蓋超音波ドプラ血流検査101件、経食道心エコー検査46件、下肢静脈エコー検査18件

高度救命救急センター

高度救命救急センターでは、脳卒中センターと密に連携を取りながら、脳卒中患者の急性期の診断、治療、および重症患者の呼吸循環管理を行っています。急性期の診断に関しましては、本年4月に256スライスCTを導入致しました。また、初療室でのCT撮影を可能とするため、CT導入に伴いCT一体型初療室へと改築致しました。これにより、初療から画像診断までの時間を大幅に短縮できると考えています。さらに、フラッシュスパイラルモードを使用することにより1.0秒で46cmの超高速撮影が可能となりました。この高速撮影により時間分解能を劇的に向上させることができ、結果としてmotion artifactを著明に減少させることが可能になります。また、異なるエネルギーの管球を用いて撮影するDual Energy Imagingを用いることにより、骨と造影血管との分離が容易となり、ワンクリックで、骨を除去した血管画像を作成することが可能となりました。救命センター入室後は、迅速で適切な治療を行うために、ベッドサイドの検鏡検査を行っています。重症脳卒中患者様では、時に様々な感染症を合併します。高度救命センターでは、医師自ら膿、喀痰、あるいは尿の検体を採取し、ベッドサイドで検鏡します。そして、細菌の種類を同定するとともに、白血球の貪食像が認められた場合には(図)、速やかに抗生剤治療を開始し感染症の重症化を予防しています。高度救命センターでは、上記をはじめ、あらゆる診断、治療技術を生かし脳卒中患者様の予後改善に取り組んでいます。



高度救命救急センター
田崎 修



喀痰のグラム染色像

一過性脳虚血発作(TIA)

昨今、24時間以内に神経症状が完全に消失する脳虚血発作とされていたTIAの時間的な定義が、MRI拡散強調画像(Diffusion weighted image:DWI)で高輝度信号(梗塞巣)を認めないという組織変化に基づいたTIA定義に変更されています。それと前後するようにTIAの予後に関する多数の臨床研究がなされ、TIAを発症すると90日以内に15-20%で脳卒中を発症し、そのうち半数が2日以内に発症することが明らかになっています。さらに2日以内にTIAの発症機序(心原性塞栓、アテローム血栓性(塞栓性、血行力学的機序)、ラクナTIAなど)を明らかにし、適切な抗血小板療法や抗凝固療法を行うと、90日以内の脳卒中発症が80%も低減することが報告されています。

TIAの発症機序を鑑別するためには、頭頸部のMRI、MRAのみならず、頸動脈エコー、経頭蓋ドプラ検査による微小塞栓子シグナル検出、さらには長時間心電図モニタや経胸壁・経食道心エコー、下肢静脈エコーによる心原性塞栓源の検索、凝固線溶系の異常など体系的に迅速な原因精査が必要になります。TIAはいまや、不安定狭心症のacute coronary syndromeに準えて、acute cerebrovascular syndromeと呼ばれ、ただちに入院が必要な緊急疾患に位置づけられるようになってきています。阪大病院脳卒中センターでは、TIAに即座に対応します。



脳卒中センター
坂口 学

クリニック、診療所の先生方には、片麻痺、運動失調、構音障害、失語、感覚障害を突然発症されたTIAや脳卒中を疑われる患者様がおられましたら、月から金曜日のクリニック開院時間内に脳卒中センター担当医専用PHS(06-6816-3744)に直接御連絡・御相談下さい。

迅速な対応に努めたいと考えております。

(患者様からの直接のお電話は受け付けておりませんので、御了承下さい)

脳血管内治療における最新デバイス:頭蓋内ステントについて

クモ膜下出血の主な原因は脳動脈瘤の破裂です。そして、脳ドックなどで偶然発見される未破裂脳動脈瘤は、サイズが大きいほど破裂率が高くなるという報告があります。これらのデータより、直径が5~7mm以上の脳動脈瘤に対しては破裂予防目的に治療を検討することが推奨され、なかでも大型脳動脈瘤は上記の理由により積極的治療が勧められます。しかし、大型脳動脈瘤の治療は決して容易ではなく、クリッピング術では周囲の脳組織・脳神経・重要血管を損傷するリスクが、コイル塞栓術では塞栓術後の高い再発率が問題となります。

これらの問題点を補う治療法として、頭蓋内ステント(Enterprise VRD; Codman社製)を併用したコイル塞栓術が注目を集めています。まず脳動脈瘤の入り口(頸部)をカバーするように親血管にステントを留置し、その隙間からコイルによる瘤内塞栓を行います。これにより、親血管内腔を確保した状態で密に瘤内を詰めることが可能となります。本治療法は通常のコイル塞栓術と同様に開頭を要さないため、患者様への侵襲が少ないことも特徴です。

(注:本デバイスは、現時点では使用施設・術者が限定されているため、すべての施設で使用可能なわけではありません。当施設では2010年6月より使用可能となりました。)



脳神経外科
中村 元



脳神経外科
藤中 俊之



大阪大学医学部附属病院 脳卒中センター ホームページ: <http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp>

565-0871 吹田市山田丘2番2号 TEL: 06(6879)3652 FAX: 06(6879)3659

脳卒中センターダイレクト既刊号はホームページに掲載しています。

クリニック、診療所の先生方には、脳卒中センター担当医が専用PHS:06-6816-3744で月から金曜日のクリニック開院時間内、対応させていただきます。脳卒中が疑われる患者様がおられましたら直接上記PHSに御連絡下さい。ダイレクトに関するお問い合わせは下記アドレスまでお願いします。脳卒中センターダイレクト担当 北川一夫、佐々木勉
stroke@medone.med.osaka-u.ac.jp