



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

2020年11月号



## 受付時間

○ 診察可 × 休診

受付時間		月	火	水	木	金	土
8:30~11:30 (診療は9時~)	初診	○	○	○	○	○	○
	再診	○	○	○	○	○	○
13:30~17:00 (診療は14時~)	初診	○	○	×	○	○	×
	再診	○	○	×	○	○	×
<b>休診</b> 水曜日・土曜日の午後、日曜日、祝日 <b>*急患は24時間対応します。</b>							

## 外来担当表

	月	火	水	木	金	土
午前	鈴木 博子	國峯 英男	國峯 英男	藤井 卓	國峯 英男	堀越 知
	* 淀縄 昌彦	宮田 貴広	鈴木 康隆	鈴木 博子	宮田 貴広	* 坂本 和也 (第2・4のみ)
	* 坂本 和也	鈴木 康隆	* 浅田 英穂 (第1・2・4・5)	堀越 知	* 淀縄 昌彦	* 滑川 道人 (神経内科)
		* 安納 崇之		* 大橋 康弘	* 自治医大	* 交代制
午後	* 淀縄 昌彦	堀越 知	<b>休診</b>	鈴木 博子	* 淀縄 昌彦	<b>休診</b>
	交代制	* 獨協医大		* 大橋 康弘	* 自治医大	

\* 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)

## ご挨拶

看護部・外来よりご挨拶させていただきます。

当院の外来は一般外来・救急外来・手術室（開頭手術・血管内手術）を担い、二次救急病院として24時間365日体制で対応しています。4月からスタッフを増員し、救急疾患の受け入れ、緊急手術・血栓溶解療法等に常時対応できる体制をさらに強化しました。



また、10月には前任の田崎師長から高橋へ引き継ぎがあり、新任の主任・副主任と共に協力し業務にあたっています。スタッフがより良い環境で勤務を行い、患者さん・家族へ寄り添った看護を行えるよう、一丸となり知識・技術・接遇の向上に努めています。

他院からのご紹介も即時対応させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

## お知らせ

年末年始につきましては、12月30日(水)から1月3日(日)まで通常外来は休診となります。急患は24時間対応致しますので、いつでもご相談ください。

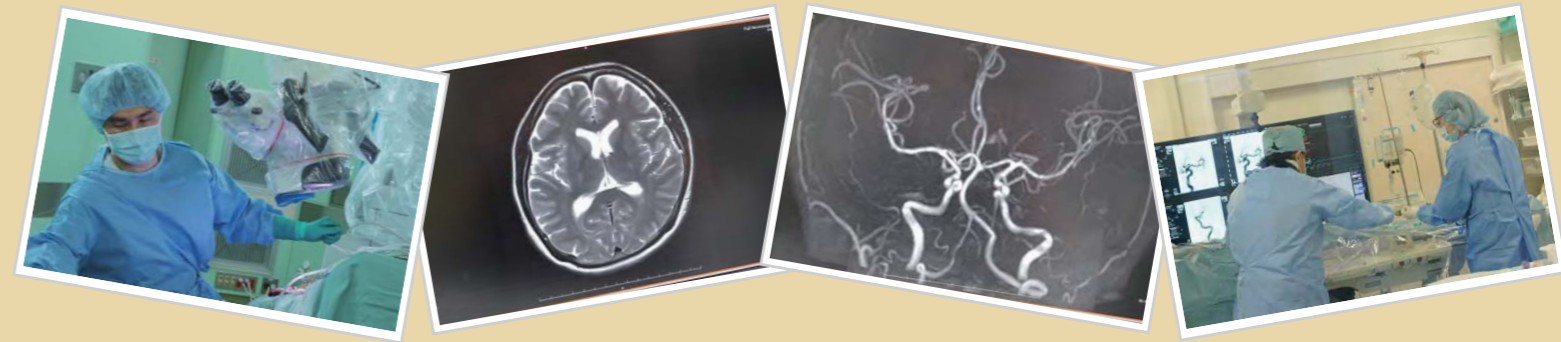
今回は、“もの忘れ”について、脳疾患との関連も含めお伝えする予定です。







## 脳神経外科医療のトピックス (16)



### 脳動脈瘤について

副院長 鈴木 康隆

#### ● 脳動脈瘤とは

脳動脈瘤は決してまれな疾患ではありません。大きさを問わなければ30才以上の成人の100人中3人くらいは未破裂脳動脈瘤を有すると考えられています。

脳動脈瘤が破裂した場合にはクモ膜下出血といわれる状態となり、生命を左右する状態になりかねません。また破裂を来した脳動脈瘤については、基本的には選択の余地がなく再破裂予防の治療が必要となります。では未破裂の状態で見られた場合にはどのような対処が必要なのでしょう。今回はそこについて解説を行っていききたいと思います。

#### ● 脳動脈瘤の原因

脳動脈瘤の発生には遺伝的な要因と環境による要因があることが分かっています。このため家族や親族内に脳動脈瘤の方がおられると発症のリスクが高くなります。また環境要因としては、これまでのデータで喫煙、高血圧、大量飲酒があることが知られています。ただし原因はまだ不明なことも多く、これらの要因がなくても発症する方がいることが知られています。

#### ● 脳動脈瘤の予後

まず脳動脈瘤の出血率は全体でいうとそこまで高いものではありません。2012年のUCAS Japanの報告では全体の年間破裂率は0.95%でありました(これは100人の動脈瘤の患者さんのうち0.95人が1年間で破裂するという事です)。また動脈瘤の大きさにより年間破裂率に差があり、サイズが3~4mmで0.36%、5~6mmで0.5%、7~9mmで1.69%、10~24mmで4.37%、25mm以上で33.4%とされています。

脳卒中治療ガイドライン2015では下記の特徴を有する病変はより破裂の危険性が高いため、治療を含めた慎重な検討をすることが勧められています。

① 大きさが5~7mm以上の未破裂脳動脈瘤

② 大きさが5mm未満である場合には

A) 症候性の脳動脈瘤またはクモ膜下出血の既往のあるもの

B) 前交通動脈、内頸動脈—後交通動脈分岐部、および椎骨・脳底動脈など後方循環にある脳動脈瘤

C) Dome neck aspect (頸部と動脈瘤本体の大きさの比) が大きい

※簡単に言うと頸部のサイズが小さく本体の大きさが大きいもの

動脈瘤が不整形でありブレブを有する (動脈瘤本体にさらに小さい突起を認めるもの)

#### ● 脳動脈瘤の経過観察

治療を行わずに経過観察する場合は、喫煙・大量の飲酒を避け、高血圧を治療するように勧められます。可能であれば半年~1年程度の経過でMRAもしくは3DCTAにより画像フォローを行い、形状やサイズに変化が無いことを確認します。この間の破裂リスクは存在しますが、もし形状やサイズに変化があった場合にはその時点で治療の相談をすることになります。

#### ● 脳動脈瘤の治療

##### ① 開頭クリッピング術

長い歴史のある治療法であり、血管内治療によるコイル塞栓術が発達している現在でも、確実に再破裂を予防する効果のある治療法です。皮膚を切開して頭蓋骨の一部を開放し、脳表から脳裂を分けて脳動脈瘤本体に到達し、動脈瘤の頸部に直接クリップをかけて動脈瘤内への血流を遮断する方法です。患者さんへの侵襲は血管内治療と比較するとやはり高くなりますが、この治療法により良好な結果が期待出来る脳動脈瘤もあります。また脳動脈に対するバイパス手技が併用出来るのもこの治療の強みです。



開頭クリッピング術

##### ② 脳血管内治療

大腿鼠径部より挿入したカテーテルをレントゲンを見ながら操作し、カテーテルの先端を脳動脈瘤内に誘導してカテーテルから動脈瘤内にプラチナ製のコイルを充填することで動脈瘤内の血流を遮断する方法です。開頭手術に比べて身体の負担が少ないことが特徴です。ただし動脈瘤内に充填したプラチナが時間とともに縮小したり、位置が変化したりすることがあり、術後の再発のリスクがあります。このため詳しい検査を定期的に行ったり、再治療が必要となることもあります。開頭手術では到達困難な場所の治療も可能であり、今後はさらなるコイルやカテーテルの進歩により安全性や長期成績の改善が見込める治療でもあります。



血管内コイル塞栓術

(画像: Neuroinfo Japan より引用)

※積極的治療を選択した場合には上記の①開頭クリッピング術か②脳血管内治療のどちらかを選択することになります。ただしこれらの治療は脳動脈瘤の部位、形、大きさ、全身状態、年齢等を考慮して当院として一番リスクが低くかつ予防効果が高い方法をお勧めしております。このためもし患者さんが希望する治療と当院でお勧めする治療が異なる場合には、それぞれの治療の利点と欠点を説明し最終的に相談して決定することとなります。

#### ● 最後に

脳動脈瘤はメガデータによる新たな統計報告や、カテーテルやコイルなどのデバイスの進歩により治療適応や治療法が目まぐるしく変化している分野でもあります。当院では開頭手術の担当医師と血管内治療の担当医師が症例毎に検討し最適な治療法を選択して患者さんに提示しております。去年の脳動脈瘤治療件数も破裂動脈瘤については開頭手術と血管内治療がほぼ同数であり、専門医師の偏在からどちらかの治療に偏りがちな病院の多い中では症例に対し最も適切な治療を選択出来ている結果であると考えております。

診断が難しい症例もありますので、確定診断ではなく疑いでも結構です。もし気になる患者さんがおられましたら、いつでもご紹介をよろしく願いいたします。