



医療法人卓和会 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 29 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。					

月曜午後の外来を 1 月 4 日より再開しました。

外来担当表

【脳神経外科】

	月	火	水	木	金	土
午前	坂本 和也	國峯 英男	國峯 英男	藤井 卓	國峯 英男	淀縄 昌彦
	宮田 貴広	宮田 貴広	鈴木 康隆	坂本 和也	淀縄 昌彦	坂本 和也
	鈴木 博子	鈴木 康隆		鈴木 博子	鈴木 博子	交代制
		*安納 崇之			*自治医大	
午後	交代制	*安納 崇之	休診	鈴木 博子	*自治医大	休診
		*獨協医大	休診		交代制	休診

*非常勤医師

【神経内科】

	月	火	水	木	金	土
午前	佐山 節子		佐山 節子			*滑川 道人
午後	休診		休診	佐山 節子		休診

*非常勤医師

ご挨拶とご連絡

藤井脳神経外科病院 理事長 藤井 卓

お忙しい中で新しい年を迎えられたことと存じます。

当院は平成元年 1 月の開設であることから、29 回目の正月を無事迎えたこととなります。これまで様々な患者さん達のご紹介をいただき、当院を支えていただいていることに感謝申し上げます。これからもよろしくお願いいたします。

さて、前号に引き続き、当院からの情報提供を兼ねた連携ニュースをお送りします。

1 月から脳神経外科の常勤医が 1 名増えました。

新任の鈴木康隆医師は脳神経外科学会専門医であり、脳卒中学会専門医、また脳神経外科血管内治療専門医でもあります。脳動脈瘤などの治療は従来のクリッピング手術（開頭手術）のほかに血管内治療としてのコイル塞栓術も行われるようになってきました。こうした中でそれぞれの治療を別々の専門医が担うことが多くなり、双方の技術を併せ持つ「ハイブリッド脳外科医」は極めて珍しい存在です。

すでに当院には血管内治療専門医である宮田貴広医師やクリッピング手術の経験豊富な淀縄昌彦医師などがおりますが、症例に合わせ最適な治療法を選択できる機会がさらに増えました。

また医師増に伴い、外来診療体制に変更があります。これまで休診にしていた月曜午後の外来を 1 月 4 日より再開しました。

最終頁に新しい診療体制を掲載しました。

ご紹介

平成 29 年 1 月より脳神経外科常勤医師として赴任して参りました鈴木です。

私は平成 11 年に山口大学を卒業し、その後東京大学脳神経外科に入局致しました。入局後は西は広島県の寺岡記念病院から北は福島県の会津中央病院まで様々な関連病院にて手術手技の研鑽を積んで参りました。特に最初の 10 年余りは開頭手術手技を専門に経験させて頂き、NTT 東日本関東病院では故 永田和哉先生の元でクリッピング手技や神経血管減圧術など多くの経験をさせていただきました。その後大学病院等で脳血管バイパス術などの血管障害に加え良性脳腫瘍やグリオーマなどの原発性脳腫瘍の治療に携わって参りましたが、血管障害治療についてカテーテル治療の必要性を実感し、3 年前に脳血管内治療専門医を取得致しました。



手術部長 鈴木 康隆

その後は帝京大学病院に赴任し平成 28 年 12 月まで病棟医長として主に血管内治療に携わって参りました。治療経験と致しましては私自身のカテーテル治療の経験数はまだ開頭手術症例数に遠く及びませんが、最近のカテーテル治療の進化は目を見張るものがあります。脳動脈瘤に対するコイル塞栓術や頸動脈狭窄症に対するステント留置術もデバイスの進化に伴い格段に治療成績が向上しておりますが、特に脳卒中診療に於きましてはカテーテルによる急性期血栓回収療法など血管内治療抜きには語れない手技も施行されるようになってきています。このように治療が多様化する現状の中で、私自身の開頭手術経験がカテーテル症例に活かせるのではないかと考えております。

また当院のような一般脳外科単科病院でこそ可能なフットワークを最大限に生かした脳卒中診療などにも今後力を入れていきたいと考えておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。





脳神経外科医療のトピックス（2）



今回は「慢性硬膜下血腫」、「嚥下造影検査 :VF」を取り上げました。

慢性硬膜下血腫

硬膜とは脳を覆い保護する硬い膜であり、硬膜の下に血液が貯留した状態が硬膜下血腫です。硬膜下血腫には急性と慢性がありますが、今回は症例の多い、慢性硬膜下血腫についてお話します。当院では、年間 70-80 例の慢性硬膜下血腫の手術を行っています。

一般的な成人の慢性硬膜下血腫は高齢者に多く、頭部外傷後 1-2 か月かけて血腫が増大します。硬膜下の小さな静脈が破たんし、髄液を混じた血性液体が被膜を形成、被膜からの出血や炎症が関与し血腫増大するとされています。軽微な外傷にて生じることが多く、きっかけがはっきりしないこともあります。ときに外傷ではなく生じることもあり、稀ですが癌の硬膜転移によるものもあります。

血腫が増大し脳を圧迫すると、症状が起こります。症状は頭痛、嘔気嘔吐、片側に出現すれば麻痺やそれが優位半球であれば失語症、両側貯留の場合は歩行障害や認知障害、増悪すると意識障害などがあります。若年者は少量の血腫でも、頭痛や嘔気嘔吐などの頭蓋内圧亢進症状が起こります。高齢者の場合は脳萎縮があるため、血腫が中等量貯留してから認知障害や失禁、食欲低下、麻痺などが出現します。

急性発症の脳卒中と異なり、緩徐進行型ですので、ゆっくりと増悪する症状の場合には本疾患を疑うこととなります。注意すべき例は、大酒家、高齢（脳萎縮）、抗血小板剤や抗凝固剤内服中、透析、の患者さんです。

血腫が少量で症状を来さない場合は、経過観察となります。漢方の五苓散や柴苓湯は、慢性硬膜下血腫の被膜形成に関する液体貯留の軽減や抗炎症作用により、血腫を縮小させる効果があるといわれています。

血腫による症状出現が明らかな場合は、手術となります。局所麻酔下に穿頭血腫除去を行います。

頭部に 1ヶ所穿頭し、硬膜と血腫被膜を切開し、血腫を除去洗浄します。多くは、術翌日まで閉鎖式ドレナージを行います。被膜除去や凝固止血などの作業はありませんが、血腫腔内の洗浄を行うことで吸収治癒に向かうとされています。

手術時間は 20-30 分程度であり、血腫除去後減圧されると、一般に術直後から症状は改善します。翌朝ドレナージチューブ抜去後には、起きて食事をとることができます。入院後数日~1 週間程度で帰宅となります。ときに難治性再発性血腫や多房性血腫の場合には、開頭となり時間を要することもあります。

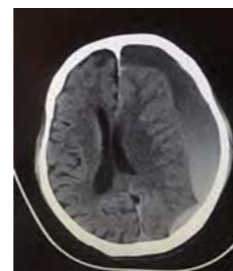
術後 10-20%に再発が起こるとされ、とくに脳萎縮の強い高齢者や抗血小板剤・抗凝固剤内服中の患者さんでは確率が高くなります。退院後は外来にて経過観察し、再発により症状が増悪する場合には、再手術となります。他に術後合併症としては、手術対側など他の部位の出血、感染、術後けいれん、気脳症などがあります。

高齢化社会となり、今後も症例が増えることが予想されます。タイミングよく手術をすることで、もとの生活に戻ることができる予後の良い疾患です。

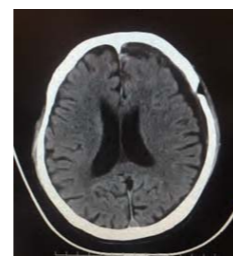
(文責 鈴木 博子)



図 1. 慢性硬膜下血腫



画像 1. CT 術前



画像 2. CT 術後

嚥下造影検査 :VF

嚥下障害の方に対する検査であり、誤嚥性肺炎を起こさないように、いかに安全に経口摂取を進めていくかを検討するためのものです。

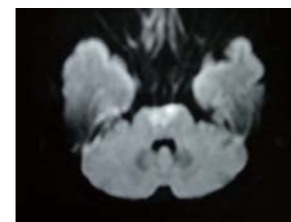
脳卒中以外でもサルコペニアの方をはじめ、嚥下障害が生じていれば言語聴覚士、管理栄養士、看護師など多職種の協力を得て、安全な経口摂取を目指しており、その一環としての検査です。

安全な経口摂取を進めるためには、まずは言語聴覚士が関与し、間接的な嚥下練習からはじめ、ついで可能ならば直接的な嚥下練習に入ります。

この時期に造影剤を含んだ水や食材を利用して嚥下運動の状態をビデオに記録し、解析するのが嚥下造影検査であり、VF (videofluoroscopic examination of swallowing) とも称されます。

食材が口腔内で咀嚼され、咽頭部へ送り込まれ、喉頭蓋が動いて、食道へと移行する様子を側面からだけでなく、前後からも確認することができます。これにより安全に摂取するための体位、頸部の位置や左右への傾斜度、食材の選択などが行われます。食べること、味わうことは人としての本能であり、経管栄養から脱却して経口摂取できた患者さんやご家族の喜びを共有できた時の達成感は何とも言えません。

嚥下障害にも様々なタイプがあり、流動性の高いものが誤嚥を生じやすい場合もあれば、その逆もあります。唾液分泌の低下も嚥下に影響します。片側性の嚥下障害の場合には健側を利用するために頸部を患側に向けての嚥下練習を行うこともしばしばです。



画像 3

画像 3 は嚥下障害で突発し、ご紹介いただいた患者さんの MRI 画像です。MRI 拡散強調画像で脳幹部に高輝度病変が認められ、急性期の脳梗塞と診断しました。



画像 4



画像 5

画像 4 は嚥下造影検査時の側面像です。流動性の食材を口腔内にとどめることができずに咽頭から喉頭蓋谷、梨状窩へと食材が重力で流れ落ちています。

画像 5 は前後像です。画面左（患者さんの右）では梨状窩残留が多く、その反対側を通して食道へ移行しています。頸部を左に向け顎を引かせることで、安全な右ルートを利用した嚥下摂食練習が可能と判断しました。

(文責 藤井 卓)

ニュース

当院は脳ドック学会認定施設です。学会推奨の脳ドック A コース（脳 MRIMRA、頸動脈エコー、採血採尿、心電図、認知機能検査）、内科的健康診断との併用に適する B コース（採血や心電図は省かれます）、短時間で検査できる C コース（脳 MRIMRA のみ）を設けております。

寒くなり、脳卒中が増えています。次回は、脳卒中予防についてお伝えいたします。

