



当院における急性期血行再建の 実情について

**脳神経外科部長
鈴木 宰**

**脳神経外科専門医
脳神経血管内治療専門医
日本脳卒中学会専門医**





内容のまとめ

- 脳梗塞が発症しても超急性期で脳が不可逆的に変化する前の場合は、再開通により、後遺症を軽くできる可能性があります。国内でも2005年よりtPA静注療法が開始されました。しかし、主幹動脈閉塞の場合は、重篤にもかかわらず、tPAで再開通が得られにくいことがわかってきています。このような症例に対して、従来より緊急カテーテルによる再開通は行われていましたが、deviceなどの問題で、十分な治療効果は得られていませんでした。脳卒中ガイドライン2015でも、tPA静注療法はGrade Aで推奨ですが、緊急カテーテルによる再開通療法はGrade C1の位置付けでした。
- しかし、Stent retrieverという新しいタイプのカテーテルのdeviceが登場し、状況は一変しました。tPAでは再開通が難しかった内頸動脈、中大脳動脈起始部などの主幹動脈の再開通が劇的に容易に可能となりました。2015に5つの randomized studyの結果が次々にNEJMなどに報告され、主幹動脈閉塞の場合は、tPA単独よりもtPAとカテーテルによる血栓回収術を併用したほうが、3ヶ月後の転帰が明らかに改善されることが証明されました。



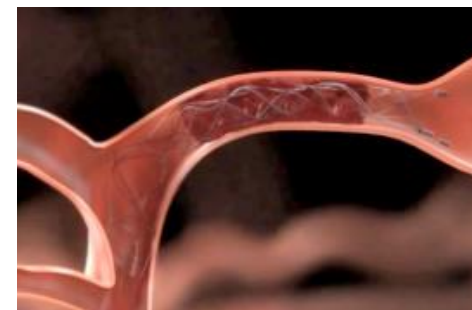
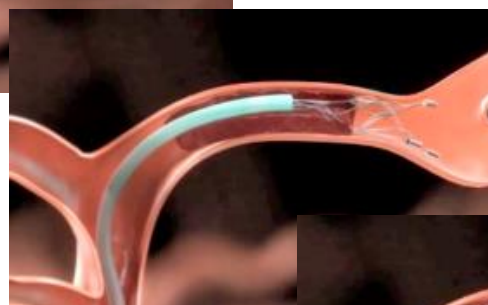
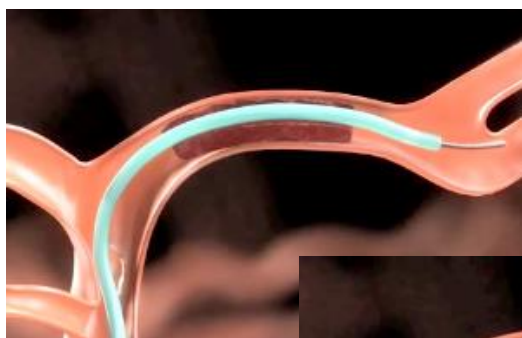
内容のまとめ（続き）

- この結果、日本でも2017年9月に脳卒中ガイドラインが一部変更されました。内頸動脈、中大脳動脈起始部などの主幹動脈閉塞による脳梗塞で超急性期の場合(一般に6時間以内)は経皮的血栓除去術の施行がGrade Aとなり、今や、必須の治療となっています。
- しかし、発症から少しでも早く治療を開始することが転帰の改善に最も重要とされるため、多くの課題があります。できるだけ早く治療可能な病院へ受診する必要があるため、地域での啓蒙、救急隊への啓蒙が重要で、また、チーム医療などの院内での体制づくりも必要です。また、最も問題とされているのは、手技の遂行には脳血管内治療のskillのある医師が必要のため、365日24時間十分な体制がとれる病院が限られることです。
- 救急医療を重要な柱としてる当院では、院内の体制を脳神経外科、神経内科、救急科、co-medicalと連携して整えつつあります。また、院内で対応困難な場合でも、名古屋大学脳神経外科脳血管内治療グループ内での連携で対応していく予定です。



機械的血栓回収療法

ステント型のカテーテルによる血栓補足



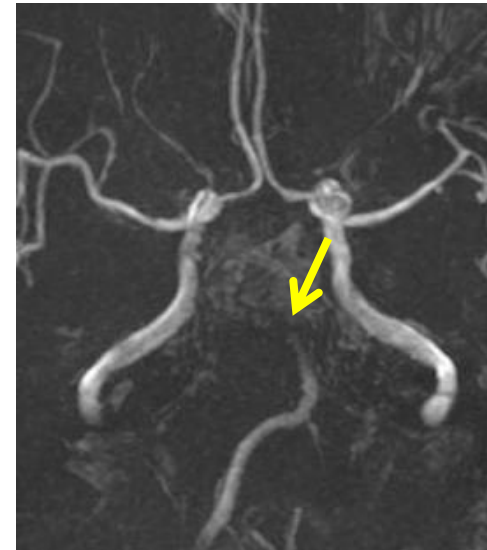
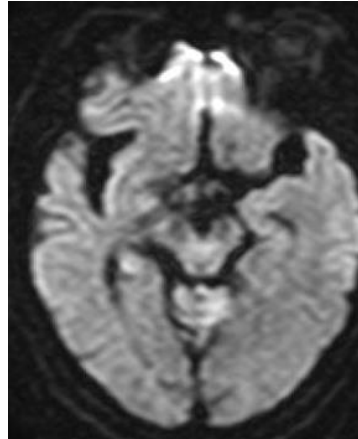
SolitaireTMstent

2014/7 保険承認



70代、男性 既往 なし

8時30分ごろ 自宅にて倒れ、救急要請
9時30分 当院へ救急搬送
意識 J.C.S.III-200, NIHSS 20点



脳底動脈閉塞

10時40分 tPA 開始、カテーテル室に搬送。



70代 男性

8時30分、発症。



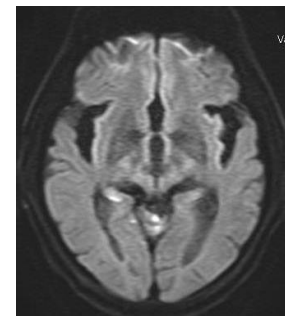
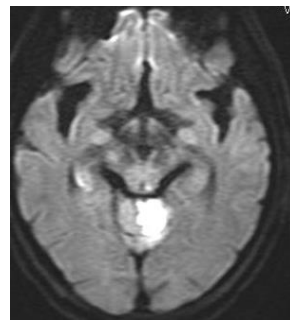
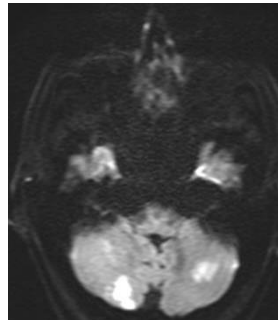
11時10分、穿刺。
脳底動脈閉塞。



Solitaire FR 4×20



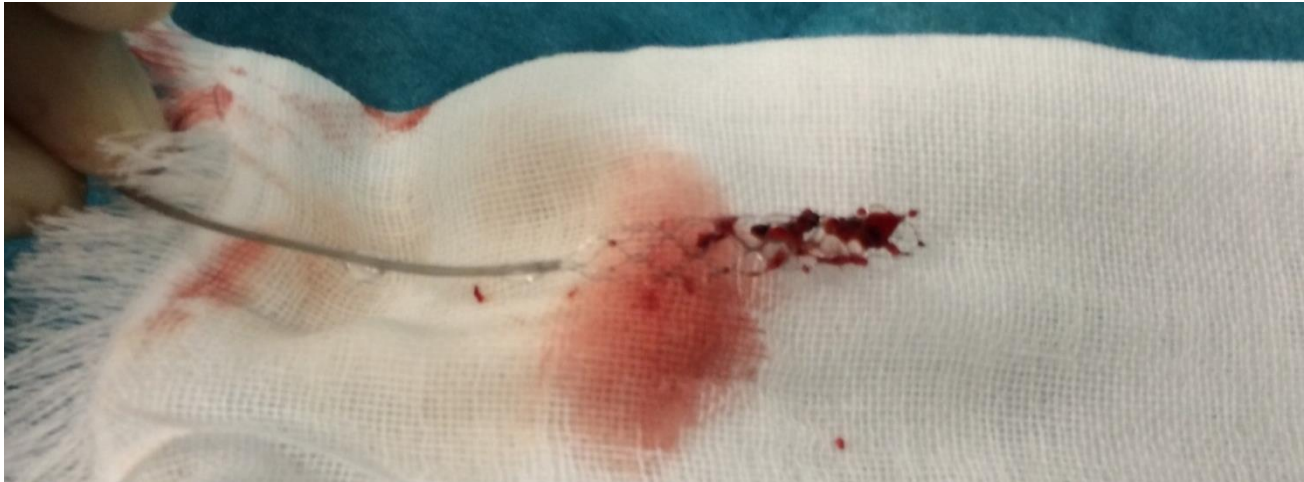
再開通 11時50分
TICI III



直後より意識レベル改善、2週間後に独歩退院。mRS 0

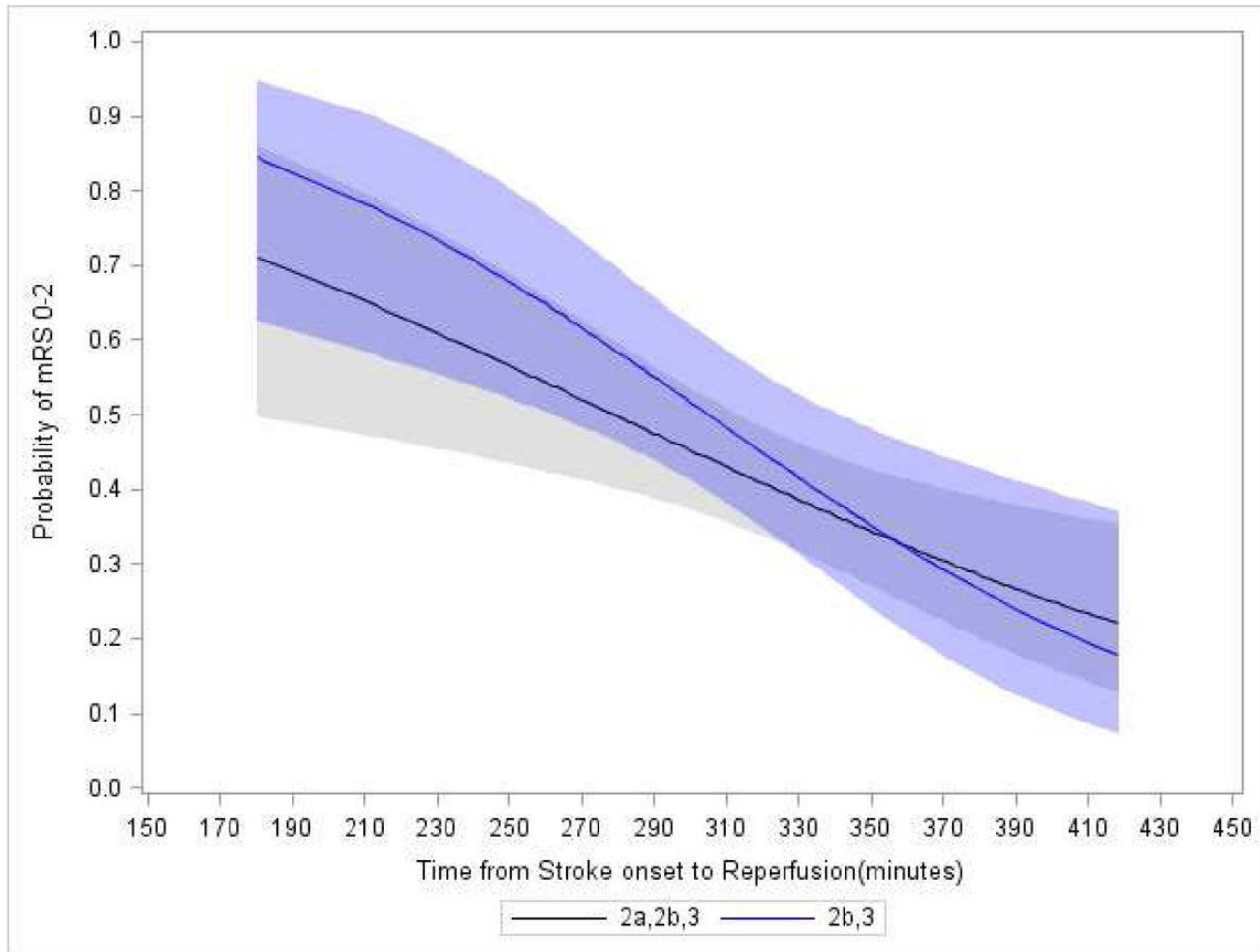


回収した血栓





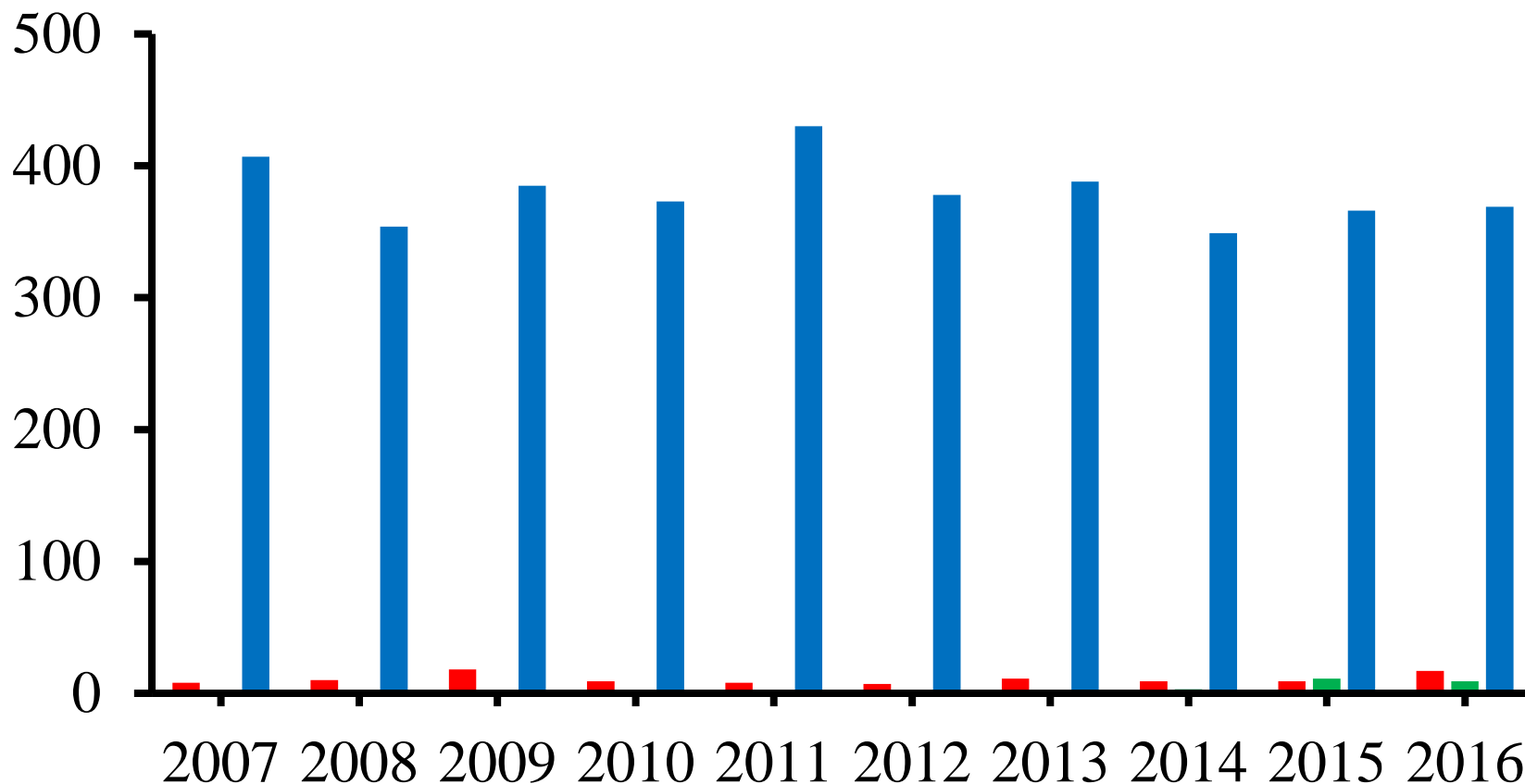
再開通までの時間と3ヶ月後の転帰





当院における最近の症例数

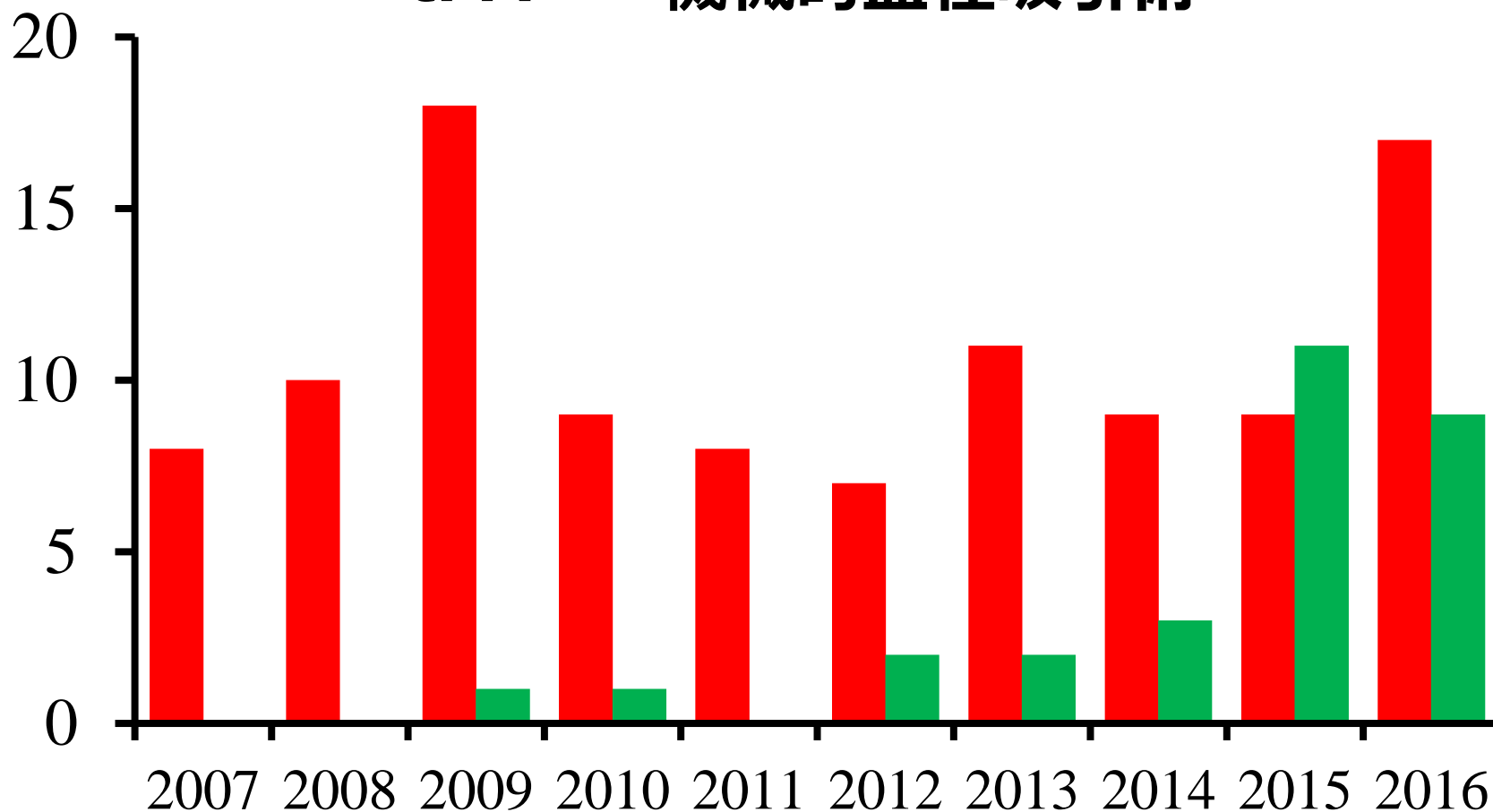
■ tPA ■ 機械的血栓吸引術 ■ 脳梗塞





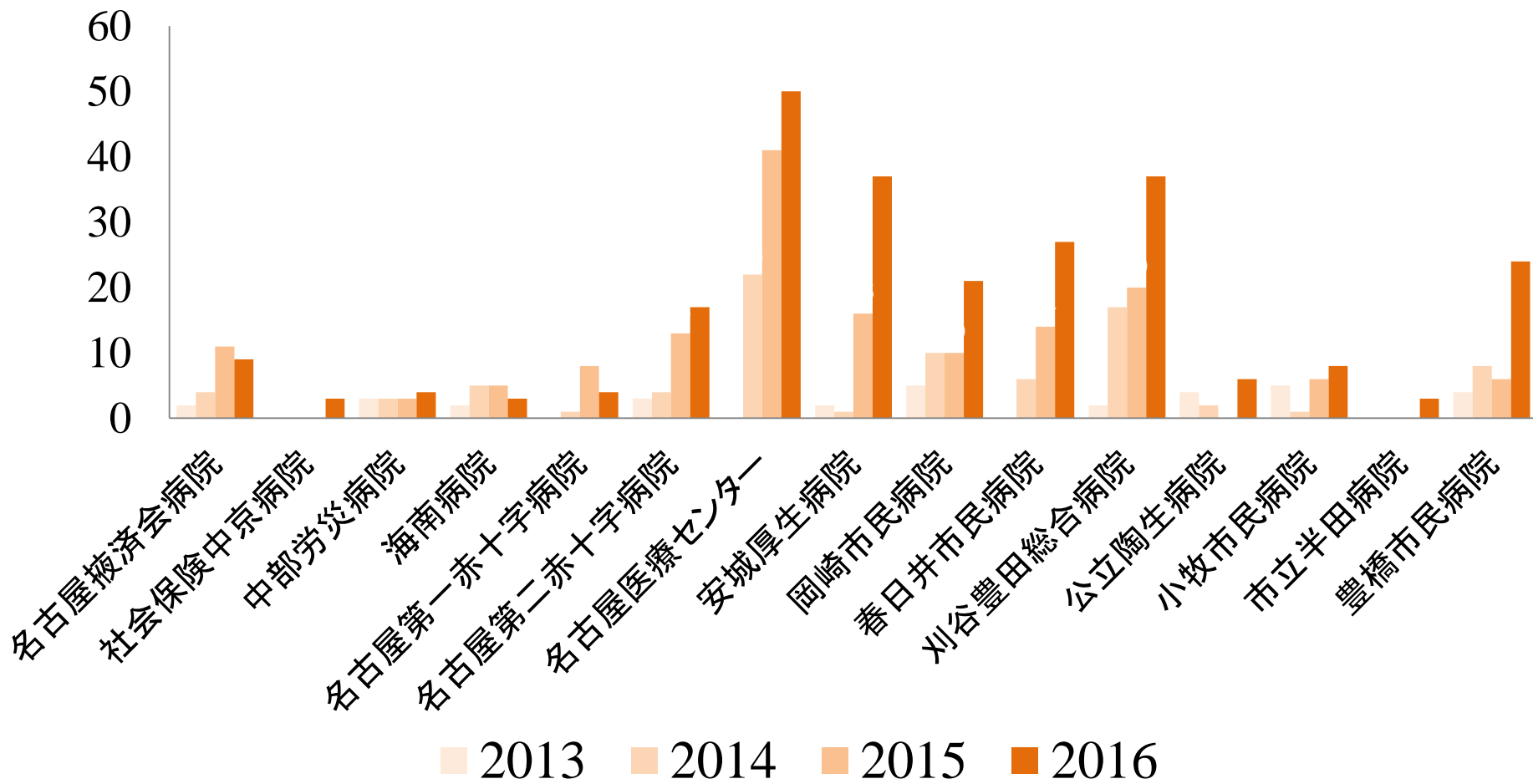
当院における最近の症例数

■ tPA ■ 機械的血栓吸引術





名古屋大学脳神経外科関連病院 機械的血栓吸引療法症例数





脳血管内治療専門医/指導医不在時などの対応

- Drip and Ship, Retrieve

- Mobile Endovascular therapy Team

- tPAのみ



課題

- **少しでも早く治療可能な病院に受診することが重要なため、地域での啓蒙、救急隊との連携が必要です。**
- **院内でのチーム医療、体制を整備し、来院後、治療までの時間短縮が重要です。**
- **カテーテル治療が可能な医師が限られるため、場合によっては、病院間での連携が必要です。**

