

抄 録

第27回山口県脳血管障害研究会

日 時：平成22年1月16日（土）
16：00～18：00
場 所：宇部全日空ホテル3F「万葉の間」
当番世話人：神田 隆（山口大学大学院医学系研
究科 神経内科学）
共 催：山口県脳血管障害研究会ほか

【一般演題】

座長 山口大学大学院医学系研究科 神経内科学
講師 川井元晴 先生

1. 浸透圧調整剤ボラス投与時薬物動態特性の検討

山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター
○金田浩太郎, 熊谷和美, 宮内 崇, 河村宜克,
鶴田良介, 前川剛志

【背景】頭蓋内圧亢進は致命的な状態であり, その治療には浸透圧調整剤が使用されるが, それらの薬物動態解析はほとんど行われていない. 【目的】マンニトールおよび高張生理食塩水の薬物動態解析を行い適切な投与法の検討を行う. 【方法】脳腫瘍摘出術の術中にランダムに20%マンニトール0.5あるいは1.0g/kg, 等オスモルの高張生理食塩水を15分間で投与した. 投与直前から投与後12時間まで経時的に採血を行った. 血漿マンニトール濃度および重量モル浸透圧濃度変化の薬物動態解析を行った. 【結果】マンニトール (M) 群の薬物動態は非線形であった. シミュレーションにより体重あたりの投与量決定では肥満患者で血中濃度が上昇する可能性が示唆された. 重量モル浸透圧濃度の解析では, 高張生理食塩水 (HTS) 群でsecond peakが認められ, 新たに生理学的モデルを構築し解析を行った. シミュレーションによる解析では等オスモルを投与した場合, 投与直後はHTS群に比べM群で重量モル浸透圧濃度が高値であるが, 投与2時間後以降はHTS群で高値である可能性が示唆された. 【考察】浸透圧調整剤の薬物動態解析により, より適切な浸

透圧調整剤の投与が行えると考えられた.

2. 左視床出血後に右側の振戦と筋強剛が消失したパーキンソン病の77歳男性例

山口大学大学院医学系研究科 神経内科学
○重山真莉子, 尾本雅俊, 川井元晴, 根来 清,
神田 隆

【主訴】右上下肢脱力と同部の振戦の消失. 【現病歴】2004年から右側優位の振戦と筋強剛が出現し, 2005年当科でパーキンソン病 (Yahr II) と診断し薬剤コントロール中であった. 2009年7月, 突然右上下肢脱力が出現. 救急車で当院へ搬送された. 【既往歴】72歳, 高血圧症 (内服なし). 【内服薬】塩酸プラミペキソール 1 mg/day, 塩酸アママンタジン 150mg/day. 【入院時現症】一般身体所見: 血圧 165/87mmHg, 脈拍 63回/分, 整. 神経学的所見: 意識清明. 仮面様顔貌, 小声で単調な構音障害, 右Barré徴候陽性, 右病的反射陽性. 振戦・筋強剛は左上下肢のみであり右上下肢には認めなかった. 姿勢反射障害, パーキンソン歩行に加えて軽度の右片麻痺歩行を認めた. 感覚は正常. 【検査所見】血液検査で特記すべき異常なし. 頭部CTで左視床外側に直径8mmの高吸収域があり, 左内包後脚に浮腫性変化を認めた. MRIでは視床後吻腹側核付近にT2高信号, T2*低信号を認め, MRAは正常であった. 【入院後経過】止血剤投与と降圧薬内服を開始した. 右上下肢の筋力は正常化し, 右上下肢の振戦, 筋強剛は消失したためADLが改善した. 【考察】視床腹側核群に属する中間腹側核 (Vim) と後吻腹側核 (Vop) の破壊術および刺激術により, それぞれ振戦と筋強剛が改善することがこれまでに報告されている. 本例の左視床出血はVimとVopに相当する部位に局在し, 小脳-基底核-視床-大脳皮質経路を遮断したことから対側の振戦と筋強剛が改善したと考えられた.

3. t-P A 治療後死亡例の検討

山口県立総合医療センター 神経内科,
山口大学大学院医学系研究科 神経内科学¹⁾,
徳山医師会病院²⁾
○福迫俊弘, 安部真彰, 山下博史, 尾本雅俊¹⁾,
木山真紀子²⁾

【目的】 t-PA治療後に死亡した症例の背景と死因について調査し, その他の治療法について考察する。
【方法】 2009年9月までにt-PA治療を行った94例中8例(8.5%)について脳梗塞の臨床病型, 併用療法の有無, 合併症, 出血性脳梗塞の有無, 死亡までの期間と死因につき検討した。【結果】 臨床病型はアテローム血栓性脳梗塞3例, 心原性脳塞栓症5例, 6例にエダラボンを併用し, 既往に高血圧と糖尿病は各3例, ASO・アルツハイマー病・胃潰瘍・SLE+心不全がそれぞれ1例ずつみられた。死因は急性心筋梗塞1例, 肺炎3例, 脳ヘルニア4例, 脳ヘルニアのうち出血性梗塞は1例で, 3例が心原性脳塞栓症。4例中2例はICA閉塞, 1例はMCA閉塞, 残る1例は不明(ICA ofMCA閉塞)であった。脳ヘルニアで死亡した症例の死亡までの期間は3~8日であった。【考察】 心原性脳塞栓症でICA閉塞した症例の予後は極めて不良であり, 早期に血管内治療をはじめとするその他の治療を考慮する必要がある。

4. 中大脳動脈急性閉塞 t-P A 静注療法無効例に対する血管内治療

山口大学大学院医学系研究科 脳神経外科学
○石原秀行, 加藤祥一, 原田 啓, 岡 史朗,
貞廣浩和, 吉野弘子, 米田 浩, 白尾敏之,
井本浩哉, 篠山瑞也, 森廣雄介, 前田佳彦,
鈴木倫保

【背景】 rtPA静注療法が行われるようになり, 脳主幹動脈の急性閉塞にもその一定の効果が示されているが, 中大脳動脈水平部の再開通率は必ずしも満足できるものではない。我々の施設では, rtPA静注療法で再開通が得られなかった症例に対し, 脳血管内治療を追加しているのでその結果を報告する。

【対象】 2005年11月以降, 当施設でrtPA静注療法を行った症例は45例で, そのうち中大脳動脈水平部の急性閉塞は20例であった。【結果】 rtPA静注療法により, 超急性期に再開通を得たのは7例(35%)。再開通が得られなかった13例中, 血行再建(rtPA動注 and/or PTA)を5例に施行した。2例で部分再開通, 3例で完全再開通を得た。退院時転帰は, rtPA静注のみで再開通を得た症例では, mRS 0(1例), mRS 1(4例), mRS 2(1例), mRS 3(1例), rtPA静注で再開通を得られず血管内治療を追加されなかった症例ではmRS 4(4例), mRS 5(4例)。血管内治療を追加した症例では, mRS 0(2例), mRS 2(1例), mRS 4(2例)であった。【結論】 中大脳動脈水平部の急性閉塞に対し, rtPA静注療法のみで再開通を得られる症例は限られる。再開通が得られない場合には, 転帰は不良である。そのような症例に対して脳血管内治療は有効な治療法であると考えられる。

【特別講演】

座長 山口大学大学院医学系研究科 神経内科学
教授 神田 隆 先生

「脳梗塞治療・予防の最前線〜

脳卒中治療ガイドライン2009を中心に」
埼玉医科大学国際医療センター 脳卒中センター
教授 棚橋紀夫 先生