

主要症例で学ぶ

連載 \ナースが知りたい!!

企画・林 健太郎 (長崎大学 脳神経外科)

脳神経外科疾患の病態・治療・術後ケア

脳神経外科の患者さんをケアするには、疾患とその治療について知らないとはまらない！
基本中の基本の症例を通して、ナースが知っておくべき知識を実践的かつビジュアルに解説します。

第3回

脳出血 開頭血腫除去術

執筆 ● 陶山一彦

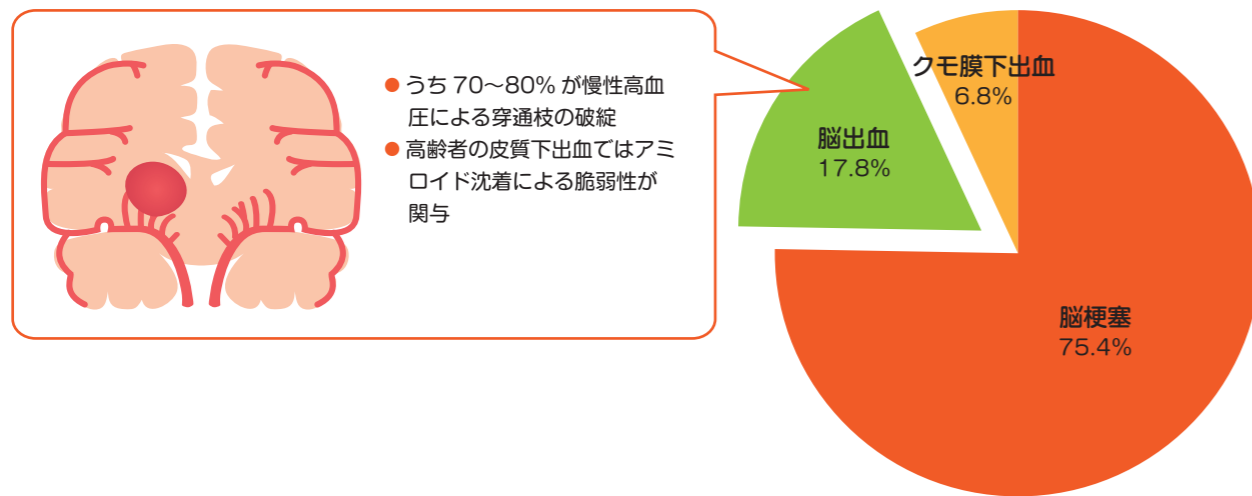


すやま・かずひこ；長崎大学大学院医歯薬学総合研究科神経病態制御外科学（脳神経外科）准教授。1985年長崎大学医学部卒業。1999年長崎県島原病院 脳神経外科医長、2003年国立病院機構長崎医療センター 脳神経外科 医長を経て、2008年より現職。

? 脳出血とは

脳出血は脳実質内に出血し固まり（血腫）を形成するもので、日本では脳卒中の15～20%を占める。70～80%は慢性高血圧による穿通枝（脳実質を穿通する動脈で直径100～300μm前後）の破綻（血管壊死、微小動脈瘤破裂）が、高齢者の皮質下出血では血管壁へのアミロイド沈着（脳アミロイド血管症、cerebral amyloid angiopathy；CAA）による脆弱性が関与すると考えられている。

従来日本では高血圧に基づく微小動脈硬化が多く、欧米諸国に比べて脳出血の発症頻度は高かった。近年相対的な頻度は低下してきているものの、死亡率は人口10万人あたり25人程度と依然として高値で、約1/3の症例しかADL自立に至っていない。



症例

症例提示

症例 ● 65歳，男性
主訴 ● 意識障害，右片麻痺
既往歴 ● 高血圧で内服治療中，飲酒2合（毎日），抗血栓剤の内服なし
家族歴 ● 特記すべきものなし
現病歴 ● 夕食後テレビを見ていて突然，頭痛・嘔吐と右片麻痺が出現した。最初は言葉を発していたが，反応が鈍くなり，救急車で搬入となった。JCS-100，GCS（1.14），瞳孔同大，対光反射あり。右片麻痺 上肢2/5，下肢2/5。血圧200/120 mmHg。

呼吸整。頭部CTでは左被殻に7×6×4 cmの高吸収域と中心構造の偏位（midline shift）を認めた（図1）。続けて行った造影CT（3D-CTアンジオグラフィ）では動脈瘤や血管奇形などの異常は認めず，高血圧性脳出血と考えられた。血液凝固系の異常は認めなかった。ニカルジピンの静注で十分な降圧を図りつつ，全身麻酔下に左前頭側頭開頭で血腫除去術を施行した。術中，穿通枝からの出血があったが，十分に凝固止血した。術後CTでは血腫のほとんどが摘出され，midline shiftも改善した。生命

徴候は安定し，意識レベルもJCS-10まで改善して簡単な指示に応じるようになった。残存した失語，嚥下障害と右片麻痺に対してリハビリテーションと降圧剤内服による血圧管理を行った。第28病日にリハビリテーション病院へ転院した。

A 搬入時のCT



B 開頭血腫除去術後のCT

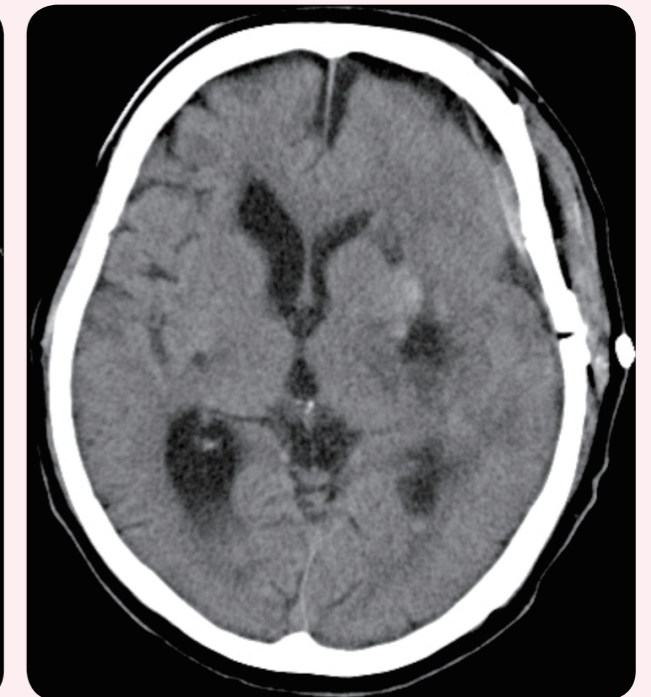


図1 左被殻出血

A：左被殻出血（→）と中心構造の偏位。脳室内の一部にも出血が見られる。
B：血腫は完全に除去されている。