

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8回

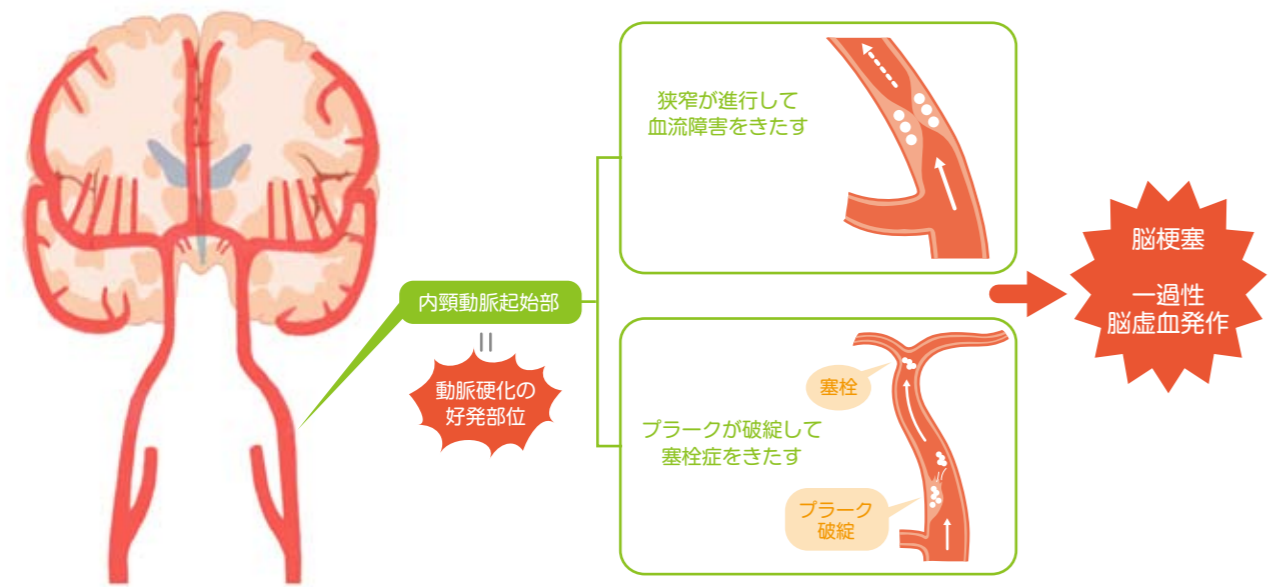
頸動脈狭窄に対する内膜剥離術

執筆 ● 林 健太郎

はやし・けんたろう：1969年生まれ。1995年長崎大学医学部卒業。1996～2002年長崎大学関連施設にて脳神経外科診療。2003年米国ケンタッキー大学留学。2005年長崎大学脳神経外科助教を経て、2010年同講師。現在に至る。医学博士、日本脳神経外科認定医、日本脳卒中専門医、日本脳神経血管内治療指導医。

はじめに

内頸動脈起始部は動脈硬化の好発部位の1つである。狭窄が進行して血流障害をきたしたり、動脈硬化粥腫(プラーク)が破綻することで塞栓症をきたしたりすることで、脳梗塞や一過性脳虚血発作の原因となる。
今回は、頸動脈内膜剥離術(carotid endarterectomy; CEA)について解説する。



症例

症例提示

症例 ● 69歳、男性
既往歴 ● 高血圧、高脂血症、糖尿病、末梢血管障害
病歴 ● 右半身運動麻痺にて発症し、近医を受診した。左前頭葉に脳梗塞を認め、入院加療を受けた。精査にて左内頸動脈狭窄を認め、これが脳梗塞の原因と考えられたため、脳神経外科に紹介となった。
身体所見 ● 血圧 145/85 mmHg、脈

拍 70回/分。右不全片麻痺 4 + /5 を認めた。頸部CT血管造影にて左内頸動脈起始部に高度狭窄を認めた(図1)。症候性内頸動脈狭窄症であり、手術適応と判断された。

見られるため、総頸動脈から内頸動脈にかけて約3cmの縦切開を加えた。血管内腔にはプラークを認めた。

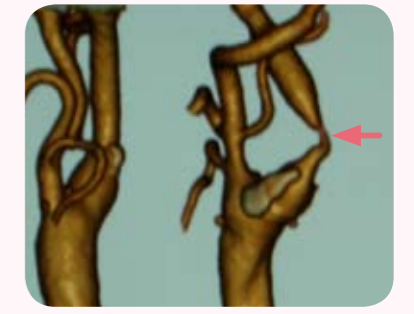


図1 CT血管造影
左内頸動脈起始部に高度狭窄を認める(→)。

頸動脈内膜剥離術

全身麻酔、左頸部に約10cmの皮膚切開をし(図2-A)、筋層を剥離して総頸動脈、内頸動脈、外頸動脈を露出した(図2-B)。通常、プラークは内頸動脈の起始部に

A 皮膚切開 (約10cm)

B 頸動脈分岐部を露出 (内頸動脈, 外頸動脈, 総頸動脈)

C 動脈切開へチューブ挿入 (プラーク, チューブ, 約3cm)

D プラークの剥離 (プラークを剥離)

E 術中写真

F 剥離されたプラーク

G 血管縫合

図2 頸動脈内膜剥離術(CEA)