

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9回

頸動脈狭窄に対するステント留置術

執筆 ● 林 健太郎



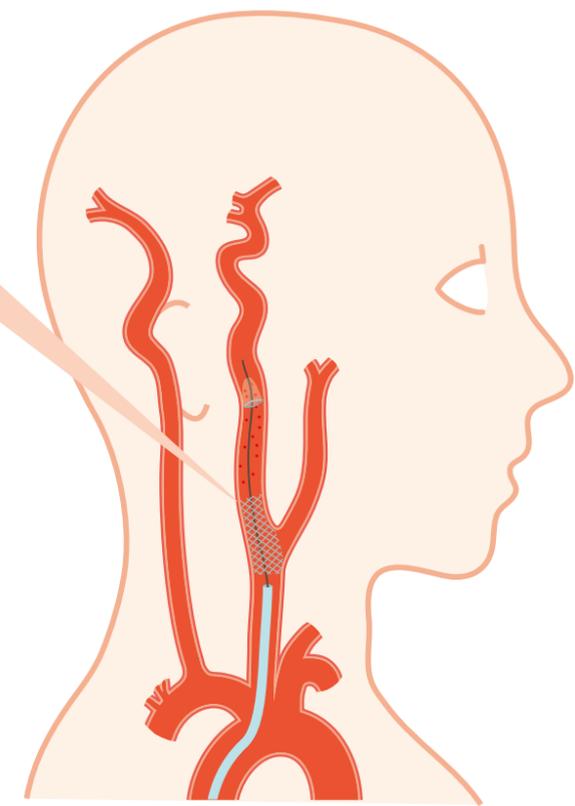
はやし・けんたろう：1969年生まれ。1995年長崎大学医学部卒業。1996～2002年長崎大学関連施設にて脳神経外科診療。2003年米国ケンタッキー大学留学。2005年長崎大学脳神経外科助教を経て、2010年同講師。現在に至る。医学博士、日本脳神経外科認定医、日本脳卒中専門医、日本脳神経血管内治療指導医。

はじめに

血管内治療は侵襲が少なく、近年、急速に普及してきている。頸動脈狭窄に対しても2008年に頸動脈ステント留置術（carotid artery stenting；CAS）が保険適応となった。
今回は、頸動脈狭窄症に対してCASを施行した症例を提示し、解説する。

頸動脈ステント留置術
(carotid artery stenting；CAS)

- 治療効果はCEAに劣るとされ、CEA高危険群に行われる
- 患者に対する侵襲は少ない
- CEAに比べて手技が容易
- 実施数はCAS>CEA



症例

症例提示

症例 ● 76歳，男性
既往歴 ● 高血圧，喫煙10本/日約50年間
病歴 ● 左片麻痺が出現し，救急病院に搬送された。頭部MRIにて右前頭葉に小梗塞を認めた（**図1-A**）。MRAにて右内頸動脈閉塞，左内頸動脈起始部狭窄を認めた（**図1-B**）。入院加療を受け，症状は軽快したが，右大脳半球の血流は低下しており（**図1-C**），治療目的で脳神経外科に紹介となった。
身体所見 ● 血圧140/80 mmHg，脈拍60回/分。神経学的に異常を認めなかった。
診断 ● 症候性内頸動脈狭窄であり，対側の内頸動脈は閉塞していることからCASの適応と判断された。

CAS

治療1週間前よりバイアスピリン（アスピリン）200 mg 2×/日，プラビックス（クロピドグレル）75 mg 1×/日の内服を開始した。CASの概略を**図2**に示す。局所麻酔で全身へパリン化し，大腿動脈より頸動脈に8 Fr ガイディングカテーテルを進めた。血管造影では左内頸動脈起始部に潰瘍を伴う高度狭窄を認めた（**図3-A**）。まず，プラークが破綻することでデブリス（プラークの断片）が生じ，脳塞栓をきたす危険性があるため，遠位部にフィルターを

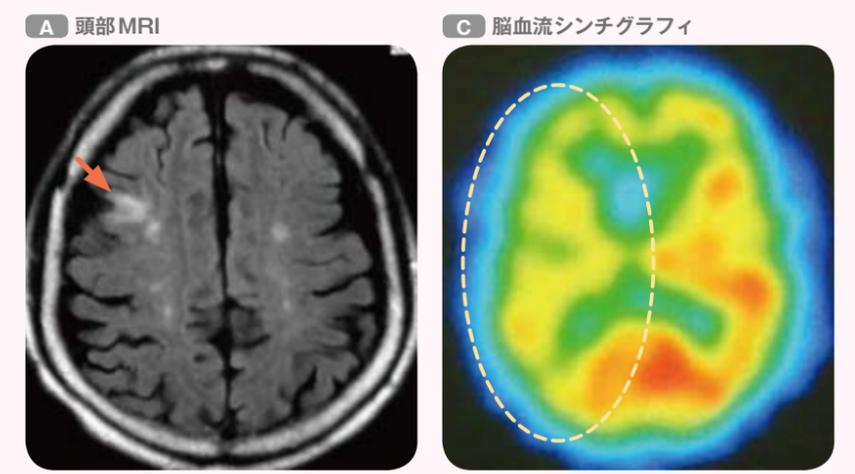


図1 救急搬送時の画像所見
A：右前頭葉に梗塞巣を認める（→）。
B：右内頸動脈閉塞を認める（▲）。
C：右大脳半球の血流は低下している（○）。



図2 頸動脈ステント留置術