

P-4-8

末梢動脈疾患患者の早期発見と専門医へつなぐための連携

清水赤十字病院 看護部

○谷尻 智美、篠原 祥枝、伊藤 由香、角川みどり、大沼まゆみ

＜背景＞透析患者は末梢動脈疾患（以下PAD）の発症率が高く重症下肢虚血（以下CLI）に至ると予後は不良である。当院では50名の透析患者のうち22%にPADの危険因子（高齢、糖尿病、高血圧等）を認める。透析患者のQOLの維持と在宅療養の継続が重要である。＜目的＞フットケアから、PDA治療に至るまでの経過を振り返る＜実践内容＞透析患者のフットケアは、透析看護師と外来所属フットケア指導士が協力してフローチャートに基づきアセスメントを実施、個別経過記録、チェックリスト、ケア内容を画像で記録した。また異常がある場合は月2回の血管外科医の診療のほかにも多職種連携情報共有システムバイタルリンク[®]（以下バイタルリンク[®]）を利用した。A氏は60代男性、糖尿病がありB総合病院で透析導入後当院へ2022年3月に紹介されてきた。転院時から感染兆候はなくPADのため左足第1趾と第2趾は壊死が進行していた。退院時に確認されていない未治療の創部が左踵部にあり足趾を患者自身が処置を行っていた。看護師は透析時に傷部の観察をフローチャート、チェックリストで評価し、観察を続けていた。転院後1ヶ月後跛行が見られるようになり創部疼痛の増強と浸出量の増加がみられた。バイタルリンク[®]を使用し血管外科医に情報提供を行い月2回の診療にあわせ家族と共に受診・診療を行い転院し専門治療を受けることができた。＜考察＞患者の足を守るためには、適切なフットケアと治療が必要である。専門的な治療を受けるために患者の状況評価と正確な情報伝達が重要である。

P-4-10

頸動脈ステント留置術後の過灌流現象が遅発性に症候化した1例

広島赤十字・原爆病院 脳神経外科

○大下 純平、碓井 智、隅田 昌之

【はじめに】頸動脈ステント留置術（CAS）後の過灌流症候群は早期に発症することが多く、時に重症化するため、慎重な局術期管理が求められる。今回我々は、術後9日目に全身痙攣、右片麻痺にて発症した遅発性過灌流症候群の1例を経験したので報告する。【症例】77歳男性。2021年X月、右上肢の一過性脱力を感じた。MRIにて両側頸部頸動脈狭窄を認め、左側の高度狭窄病変に対して、X+8ヶ月後にCASを行った。術中から血圧低下あり、術後2日目まで昇圧剤を使用した。術翌日のMRIで、ASL上、左大脳半球に血流上昇があるも、FLAIR、DWIでは有意な異常所見は認めなかった。無症候性であったため、降圧薬内服再開後、術後4日目に自宅退院となった。術後9日、全身痙攣、右片麻痺、高度発熱を生じ、救急外来受診。MRI上、左大脳半球広範囲にFLAIR、DWIで深い高信号を呈していた。MRAでは頸部・頭蓋内血管に閉塞所見は認めなかった。ASLでは術翌日に比べ、血流上昇は軽減していた。過灌流症候群や脳炎などを考慮し、鎮静・挿管のうえ、抗けいれん薬の投与を行った。術後17日目に鎮静解除・抜管。以後、意識障害や右片麻痺は徐々に改善。MRI上、左大脳半球の異常所見は経時的に軽減した。右上肢の巧緻運動障害に対するリハビリテーション目的で、術後47日目に転院となった。【結語】臨床症状や画像所見の経過から、CAS後の過灌流現象が遅発性に症候化したものと考えられた。術後の画像所見で過灌流現象が確認された場合、無症候性であった場合でも、入院継続のうえ、慎重な局術期管理が必要であると考えられた。

P-4-12

入院中発症の脳梗塞に院内連携を介して血栓回収を施行し良好な転帰を得た1例

熊本赤十字病院 神経内科¹⁾、熊本赤十字病院 循環器内科²⁾、

熊本赤十字病院 救急科³⁾

○寺崎 晃平¹⁾、松永 光平²⁾、寺崎 修司¹⁾、黒木 健至¹⁾、山家 純一³⁾

64歳男性、陳旧性心筋梗塞と虚血疾患に伴う慢性心不全で循環器内科フォロー中の患者。心筋梗塞後、急性期発作性心房細動があり、心内血栓を認めたためDOACを内服されていた。その後、左室内心内血栓の消失を確認して、DOACは中止された。その後ARの増悪に伴って心不全が増悪していき、X-6日に循環器内科入院。X-2日、左房内に可動性血栓を認め、ただちにワーファリンとヘパリンで抗凝固を再開した。XH 3,345頃、就寝中に痙攣しているところを発見され、緊急コール要請。意識障害（JCS 100）、右共同偏視、左片麻痺を認めた（NIHSS 22点）。頭部MRIにDWIで両側小脳半球の高信号とMRAで右後大脳動脈（P1）の閉塞を認めた。心エコーで左心房内の血栓は消失していた。心原性脳塞栓症超急性期と診断し、脳血管内治療を施行。6:09穿刺、右後大脳動脈内の血栓を回収、6:41再開通を得た（TICI3）。同日よりグリセブの投与を開始。X+1日、意識レベル（JCS2）、左片麻痺は改善したが構音障害、両側性失調を認めた（NIHSS11点）。X+2日にはさらにNIHSS3点まで改善した。CTでは両側小脳半球に梗塞巣を認めたが、CTフォローでは脳浮腫の増強、出血性変化、脳梗塞巣の拡大を認めなかった。その後も神経経候の増悪を認めず、心不全症状の増悪も認めなかった。X+6日よりワーファリン内服を再開した。本症例は入院患者の就寝中に発症した脳梗塞であったが早期に発見し、救急科、循環器内科、神経内科の速やかな連携ができた結果、血管内治療による早期再開通に繋がることができたため比較的良好的な転帰を得ることができた。

P-4-9

非出血発症解離性椎骨動脈瘤および後下小脳動脈瘤に対する直達手術例の検討

福島赤十字病院 脳神経外科

○佐々木拓真、鎌村 美歩、黒沢 瑞穂、市川 剛、鈴木 恭一

【目的】非出血発症の解離性脳動脈瘤（dAn）の多くは保存的治療が選択されているが、虚血発症のdAnにおけるくも膜下出血発症が3.4%と報告されており、手術を検討すべき症例も存在する。これまで当科で直達手術を施行した非出血発症の解離性椎骨動脈瘤（VA-dAn）および後下小脳動脈瘤（PICA-dAn）症例を振り返り、予後および問題点を検討した。【対象・方法】2008年以降に当科で直達手術を施行した6例（VA-dAn：3例、PICA-dAn：3例）を対象とした。梗塞発症2例、頭痛発症4例で、手術を選択した理由は動脈瘤増大が5例、患者の希望が1例であった。術中に延髄部三叉神経誘発電位（medullary trigeminal evoked potential: mTEP）モニタリングと蛍光脳血管造影（FAG）を施行し、動脈解離部の外観やFAGおよびmTEP所見を参考に手術法を決定した。【結果】解離部のtrapping術を施行したのは4例で、うち1例はOA-PICA吻合術を併用した。Trapping後にmTEPに変化を認めたためproximal clippingに変更した症例が1例、記録開始時からmTEPが記録できず、proximal clipping後のFAGで穿通枝の血流が途絶したため血流遮断を断念して手術を終了した（試験開頭）症例が1例であった。術中mTEPに変化を認めなかった症例は4例（Trapping: 2, proximal clipping: 1, 試験開頭: 1）で、いずれも術後に新たな神経脱落症状は出現しなかった。mTEPが悪化した2例（Trapping: 1, trapping+OA-PICA: 1）は術後にWallenberg症状が出現し、1例は症状が継続した。【結語】少数例での検討ではあるが、非出血性VA-dAnおよびPICA-dAn手術において、mTEPとFAGに変化がないことを確認し得た症例の術後経過は良好であった。FAGでの穿通枝血流途絶やmTEPの悪化を認めた場合には、遮断操作の断念も検討すべきであると思われる。

P-4-11

当院における、血栓回収療法の現状

旭川赤十字病院 脳神経外科

○和田 始、櫻井 寿郎、西村 中、山崎 前徳、栗原 聖治、大田 佳祐、進藤 崇史、小林 理奈、小林 徹、竹林 誠治、瀧澤 克己、牧野 憲一

【はじめに】当施設の急性期血栓回収療法の現状をまとめ、最近の血栓回収療法の現状と課題を検討し報告する。【対象と方法】2019年1月から2022年4月までの当院での血栓回収療法159例の結果を演者の赴任前後と比較した。更に、演者の前地での2019年から2020年までの結果41例を合わせて検討した。【結果】演者の前の施設での治療平均年齢は73.9歳、赴任前の当院の平均年齢は75.9歳、21年以降は76.8歳。TICI: 2B以上の有効再開通（以後再開通群）の割合は、演者の前の施設では73.5%、赴任前の当院の有効率は88.4%、21年以降も83.8%であった。また退院時のm-RS（0-2）の介助なしでADL再獲得した（予後良好群）率は、以前の施設では20.5%、当院の赴任前の割合は48.4%、21年以降は45.7%であった。統計学的検討は難しいが、大学病院では搬入後治療介入までの時間がかかった。現施設で治療までの時間は変わらないものの、術者が増え、ADAPTテクニックからコンパインドテクにクックを併用するなど治療体制が充実するようになって、予後が改善する傾向にあった。【考察】救急患者を積極的に受け入れる病院の役割と体制から、旭川赤十字病院では搬入後から治療開始までの時間が短く、退院時の予後良好群が多かった。2022年からは、低ASPECTSの論文報告を受けて対象を拡大している。【結語】脳血管内治療による血栓回収術に加え、従来より当院では脳血流を評価し、開頭血栓摘出術もしくはバイパス術を行ってきた。更に血栓回収術の人的補強、デバイスの進歩、エビデンスが蓄積され脳梗塞発症の患者に対しより良い治療をより適応範囲を広げ治療を行えるようにある。

P-4-13

嚥下障害のみを呈した肥厚性硬膜炎の1例

秋田赤十字病院 臨床研修センター

○松本 佳那、木村 嘉克、遠山 玄理、井上 佳奈、大内 東香、原 賢寿

症例は84歳男性。半年で10kgの体重減少と2ヶ月で進行する嚥下機能障害で入院した。嚥下内視鏡検査で中枢性の嚥下機能低下が示唆され、開鼻声、下顎反射の亢進、両側母指球筋、背側骨間筋、小指球筋の筋萎縮から当初はALSが疑われたが、慢性炎症による好中球減少とIgG4高値を認め、頭部造影MRIで左前頭部に増強効果を伴う硬膜肥厚を認めたことから肥厚性硬膜炎と診断した。ただし髄液の細胞増多や蛋白上昇は認めなかった。ステロイドパルス療法を施行後、2週の間で嚥下機能は著明に改善し、経口摂取可能となり、硬膜の肥厚も軽減した。本邦における肥厚性硬膜炎による嚥下障害は8.2%と報告されているが、稀ながら下位脳神経障害単独で発症する場合があり、球麻痺様の嚥下機能障害では肥厚性硬膜炎も想定する必要がある。