



脳神経外科のご紹介

当院の脳神経外科では、主に、出血性脳卒中(脳出血およびクモ膜下出血)、脳腫瘍、頭部外傷、水頭症などに罹患された患者さんの診療および手術を担当しています。2021年度に当脳神経外科で行った手術の内訳を図1に示しています。多い順に、慢性硬膜下血腫に対

当院では、脳梗塞は主に脳神経内科が、脳出血やクモ膜下出血は主に脳神経外科が診療にあたります。

脳出血は、多くの場合は高血圧が原因で起こります。手術を必要としない患者さんのほうが多いですが、救命のため、あるいは症状緩和のために手術をしたほうが良いと判断される場合には、脳の中の血腫を取り除く手術を行います(図3 左:術前CT、右:術後CT)。

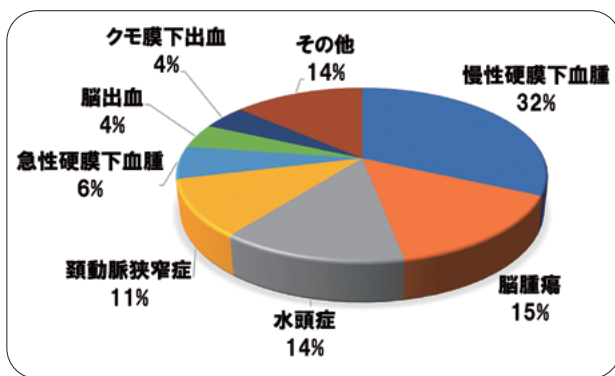


図1 2021年度に当科で行った手術の内訳

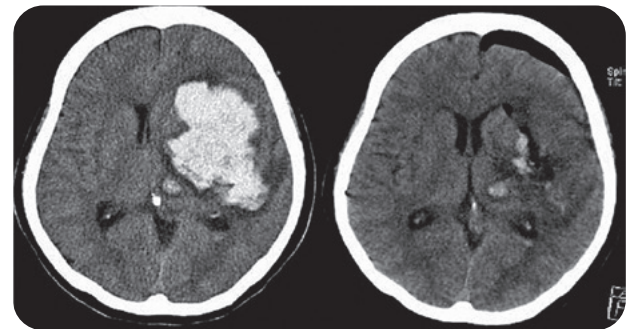


図3 左:術前CT 右:術後CT

する手術、脳腫瘍の摘出手術、小児や成人の水頭症に対する手術、内頸動脈狭窄症に対する脳梗塞予防のための血行再建手術、頭部外傷による急性硬膜下血腫に対する血腫除去手術、脳出血やクモ膜下出血に対する手術、となっています。小児の先天奇形などに対しては、岡山大学や川崎医科大学の小児神経外科専門医の協力を得ながら治療を行っています。

動脈瘤の破裂によるクモ膜下出血は、急に命が危険にさらされる可能性が高い疾患です。脳の血管の一部が風船のようにふくらんだものが動脈瘤で、これが破裂してクモ膜下出血を起こします。破裂した動脈瘤は、放置すると命に関わる可能性が高く、緊急の止血処置が必要です。当院では、救命のために開頭クリッピング手術を行っています(図4 左:処置前の動脈瘤 右:クリッピング後の動脈瘤)。手術は、最新型の手術用顕微鏡(図5)を用いて、動脈瘤が完全に止血処理できていること、正常な血管の血流に問題がないことを

脳卒中に関しては、脳神経内科と共同で脳卒中センターを運用しており、患者さんを24時間体制で受け入れ、主に脳卒中集中治療室(Stroke Care Unit, SCU)にて急性期脳卒中の集中治療を行っています(図2)。



図2 脳卒中センターおよび脳卒中集中治療室(SCU)

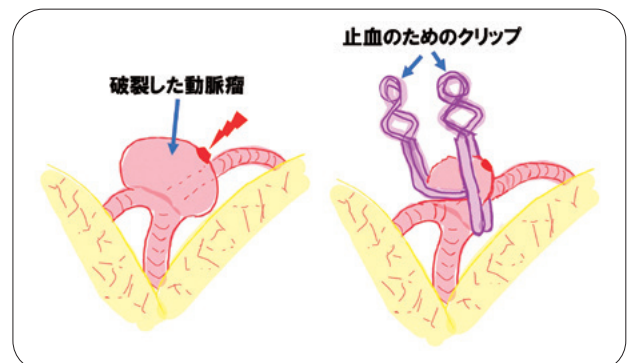


図4 左:破裂した動脈瘤 右:クリップによる止血後



図5 当院で導入されている最新型の手術用顕微鏡

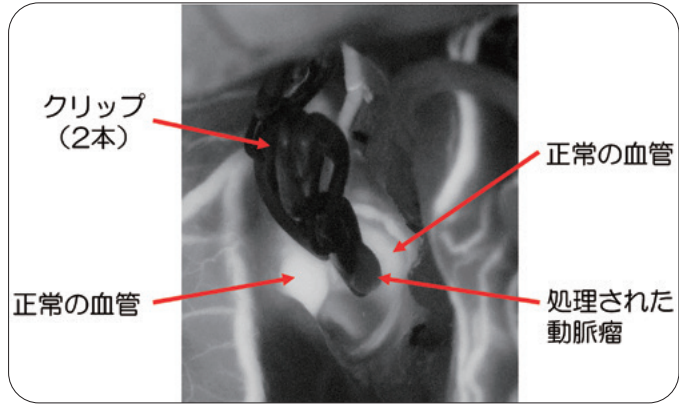


図6 最新の顕微鏡を用いた術中血管造影
(正常の血管は白く映り、処理された動脈瘤は写らない)

確認しながら、常に安全で確実な手術を心掛けています(図6)。

脳出血、クモ膜下出血とも、高血圧が最大の危険因子なので、出血を予防するためには普段から高血圧を治療しておくことが非常に重要です。脳出血を疑うべき症状としては、半身まひや言語障害、意識障害などが挙げられます。また、バットで殴られたような突然の激

しい頭痛はクモ膜下出血を疑う必要があります。これらの病気は、突然命を危険にさせる重篤な緊急疾患であり、万一上記のような疑わしい症状が出現した場合には、迷わず救急車を呼んでください。わたくしたちは地域の方々の命を守るために、日夜を問わず救急医療に尽力しています。

スタッフ紹介

当脳神経外科では、2019年4月以降、しばらく常勤医ひとりでの診療体制が続き、時には救急患者さんの受け入れをお断りせざるを得ないこともありご迷惑をおかけしていましたが、2020年12月より松本医師が、また、今月から牧野医師が加わって常勤3人体制となり、診療体制が整

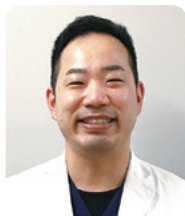
いました。岡山大学病院の小児神経外科認定医である石田医師の助力も得ながら、引き続き皆さんに信頼される脳神経外科として地域医療に貢献して参りますので、今後とも何卒よろしくお願ひ致します。



吉田 秀行
(医長)



松本 悠司
(医師)



牧野 圭悟
(レジデント)



石田 穰治
(非常勤)

- 吉田秀行(医長)
日本脳神経外科学会専門医
日本脳卒中学会専門医・指導医
臨床研修指導医
博士(医学)
- 松本悠司(医師)
日本脳神経外科学会専門医
博士(医学)
- 牧野圭悟(レジデント)
日本脳神経外科学会専攻医
- 石田穰治(非常勤医・小児脳神経外科担当)
日本脳神経外科学会専門医
日本小児神経外科学会認定医
日本神経内視鏡学会技術認定医
日本がん治療認定医機構がん治療認定医
博士(医学)



トピックス ～手術で治す認知症、特発性正常圧水頭症について～

認知症とは、記憶力や認識能力などが低下し日常生活に支障をきたす状態のことを指し、いくつもの種類があります。最も多いのはアルツハイマー型認知症で、その他に多いのはレビー小体型認知症や、脳卒中の後遺症としての血管性認知症などです。残念ながら、これらの認知症を治すことは現時点では困難です。

ただし、認知症の中には、手術で改善が期待できるものもあります。それが『特発性正常圧水頭症 (iNPH)』です。ある調査では、全認知症患者さんのうちの約5%がこのiNPHだとされています(図1)。この病気は、治療すれば改善が得られる

にもかかわらず、あまり知られていないがために『認知症だからしかたない』と放置されてしまうことが多いです。治る可能性があるのに『認知症患者』として余生を送るのはとても残念なことです。当院では、このiNPHの治療にも力を入れていますので、少しご紹介します。

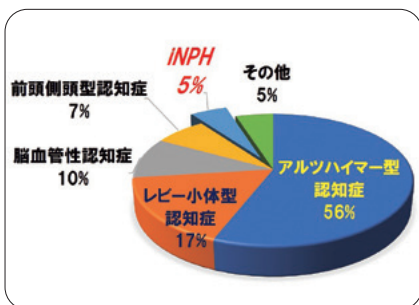


図1 認知症の原因疾患 (2009年熊本大学神経精神科外来調査より引用)

にも『認知症患者』として余生を送るのはとても残念なことです。当院では、このiNPHの治療にも力を入れていますので、少しご紹介します。

1. 特発性正常圧水頭症 (iNPH) とは？

頭の中には、脳を保護するための水(脳脊髄液)があります。通常、脳の中の水の量は一定に保たれていますが、何らかの原因で脳の中に水がたまりすぎることがあります。このような状態になって脳の不調を起こしたものが水頭症です。水頭症にもいろいろあるのですが、その中でも、はっきりした原因がないのに徐々に症状が出現・進行してくるものをiNPHと呼んでいます。

2. iNPHの症状

iNPHの主な症状は、以下の3つです(図2)。

① 歩行障害

小刻み、すり足で、ガニ股気味の歩行になるのが特徴的です。このため歩行はゆっくりで不安定となり、転倒しやすくなります。



歩行障害

認知障害

尿失禁

図2 iNPHの3つの特徴的な症状(ウェブサイトINPH.jpより引用・改変)

② 認知障害

集中力、意欲、自発性が低下し、反応が鈍くなります。趣味だったことに興味がなくなり、1日中ボーっとしています。

③ 排尿異常(尿失禁)

トイレが近くなり、我慢できる時間が短くなります。歩行障害のためにトイレまで間に合わずに失禁してしまうこともあります。

3. iNPHの診断

症状および頭部CT・MRI検査(図3)にて診断を行います。診断は、脳の病気を専門的に診察する診療科(脳神経外科または脳神経内科)であれば難しくはありません。気になる症状がある場合には、かかりつけの先生から紹介して頂くと良いと思います。

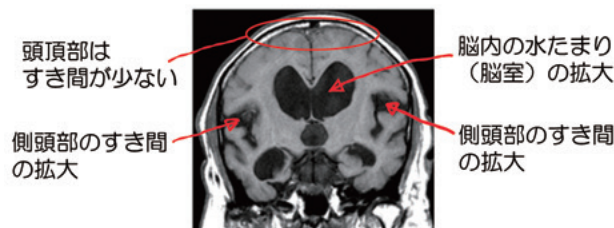


図3 iNPHに特徴的な画像所見(MRI画像)

4. iNPHの治療

脳に過剰にたまった水をおなかに流すための管を体内に留置し、おなかの中で水を吸収できるようにする手術(脳室-腹腔シャント術、または、腰椎-腹腔シャント術)を行います(図4)。手術は1-2時間程度の比較的簡単な手術です。1週間から10日間の入院で治療を行います。個人差はありますが、この手術により、歩行障害は約80%、認知障害は約70%、尿失禁は約50%の患者さんで改善されると言われています。

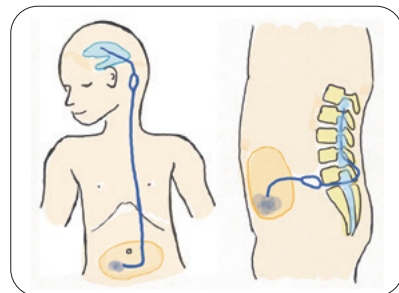


図4 左:脳室-腹腔シャント術 右:腰椎-腹腔シャント術

このように、正しく診断して治療を行えば改善する認知症もあります。患者さん本人の生活の質を改善するだけでなく、ご家族の介護負担も減らせる可能性もありますので、もしこういった症状でお困りの場合は、一度当院を受診してみてください。