

## 研修会レポート

平成 27 年 10 月 28 日 19:00～20:45 福島テルサ

あおぞら薬局競馬場前店 金成由香里

《特別講演「脳神経血管内治療の現状と展望」について》

福島赤十字病院 脳神経外科 第2脳神経外科部長 市川剛先生

- ◎現在、脳神経血管内治療としてカテーテル治療が行われている。これは一般的な開頭術に比べ侵襲が少なく、脳の中心部でも周辺への影響を与えずに到達可能、入院が短い、などの利点がある。
- ◎出血性脳卒中（くも膜下出血・脳出血）、梗塞性脳卒中（脳梗塞）のどちらにも有効。
- ◎カテーテル治療後の注意点
  - ・徐脈低血圧（血流改善により、頸動脈洞受容体が刺激され、反射的に血圧が下がる）
  - ・過灌流症候群（脳血流量↑による頭痛・痙攣・不穏・意識障害）
  - ・穿刺部トラブル
  - ・コレステリン塞栓症（血管壁にある粥状硬化巣のコレステロール結晶が飛散して末梢血管に塞栓形成する。飛ばないように網のようなものを留置し、処置後引きあげる、という対策を行うが、通り抜けてしまうこともある）
- ◎ステント留置では術前から抗血小板薬を内服する。2剤併用が一般的。出血性合併症に注意。
- ◎脳塞栓症（アテローム血栓性、ラクナ梗塞、心原性）の中で最も転帰不良なのは心原性。
- ◎血栓溶解療法として t-PA の静脈内投与がある。発症時間が明確で、発症後 4.5 h 以内に実施可能(H24.8.31 改定)。  
t-PA の実施率は 1.5%と少ない。t-PA 静脈内投与できないとき、カテーテルによる血栓除去を行う。
- ◎心原生脳塞栓症は重い障害が残ったり生命に関わる病気のため、発症予防が大切。  
リスク:うっ血性心不全、高血圧、年齢(75 歳以上)、糖尿病、脳梗塞・一過性脳虚血発作
- ◎脳卒中後のてんかん発作は部分発作・欠伸発作のため、第一選択はカルバマゼピン or バルプロ酸。最近ではレベチラセタム、ラモトリギンも使われるようになっている。
- ◎県内では人的に脳外科の医師が不足している。脳卒中発症予防、慢性期管理に薬物療法は重要で、薬剤師の役割は大きい。

### 質疑応答

① 緊急搬送の連携は？

→病院間での連携はとれているが、専門医師が少ないのが現状。

② コイルの金額は？

→患者負担額で1本12万円くらい。処置によっては20本、30本使うときもある。

### まとめ

実際のステントの行い方や、処置前後の血流の変化など、普段見ることのできない沢山の画像があり、イメージがわきやすくなった。

脳卒中のリスクをもった患者さんは、薬局にも多数来局されるため、その方々の脳卒中発症予防を促すことが大切だと感じた。

### 《情報提供「抗てんかん薬 イーケプラ」について》

大塚製薬(株) 医薬情報担当 吉田学様

CYPでの代謝ではなく、腎排泄のため、薬物相互作用はあまり多くない。