

新任のごあいさつ

脳神経外科：脳卒中外科・もやもや病の診療開始のお知らせ 脳血管障害に対して安全安心な医療を提供します

2026年4月より脳神経外科に赴任しました、野村俊介と申します。これまで東京女子医科大学病院と医局関連病院、東京女子医科大学八千代医療センターで研鑽を積み、一般脳外科疾患に加えて、サブスペシャリティとして脳血管障害、特に脳動脈瘤、頸動脈狭窄症、動脈硬化性主幹動脈閉塞症、もやもや病などを中心に診療してまいりました。今年度より脳卒中外科疾患およびもやもや病の診療体制を整備し、これらの疾患に対する外科治療を開始しております。

未破裂脳動脈瘤は破裂すると、くも膜下出血をきたし、30%前後の方が亡くなる疾患であり、適切な画像評価とリスク評価、そして治療介入の検討が重要です。近年、開頭術と血管内治療の選択肢があり治療法は多様化しており、施設により治療方針は変わります。当院では、確実性と根治性の面から動脈瘤の部位に応じて、開頭クリッピング術を中心に行っております。血管内治療が明らかに適した脳動脈瘤に対しては、血管内治療専門医とともに治療を計画してまいります。当院では、成績向上のために術中モニタリング（MEP、SEP）を必ず行い、またバイパス手術や当院脳外科部長の鮫島医師の専門分野である頭蓋底技術を組み合わせた治療も可能です。患者さんと十分な相談を重ね、未破裂脳動脈瘤の自然歴を考慮しながら経過観察を含めて一人ひとりに適した治療方針を相談してまいります。

頸動脈狭窄症と動脈硬化性主幹動脈閉塞症（中大脳動脈閉塞症、内頸動脈閉塞症）に関しては、高血圧や糖尿病患者、高齢者を中心に有病率の非常に高い疾患で、定期的なフォローアップとリスク評価が重要です。

頸動脈狭窄症の治療方針は狭窄度やプラークの性状によって異なります。高度狭窄や不安定プラーク病変は内服治療のみでは脳梗塞の再発リスクが高く、治療が必要になります。脳卒中ガイドラインが示すように、

ゴールドスタンダードは頸動脈内膜剥離術（CEA）であり、CEA危険因子がある方には頸動脈ステント術が必要になります。当院では十分に脳梗塞再発リスクを考慮し、患者さんと十分に治療方針を相談していきます。頸動脈内膜剥離

術は、術中遮断時の内シャントと術中神経モニタリング（MEP、SEP）を用いて、術中の脳虚血合併症に配慮して安全に行ってまいります。

動脈硬化性主幹動脈閉塞症（中大脳動脈閉塞症、内頸動脈閉塞症）は脳梗塞を起こすリスクが通常より高く、適切な脳血流の評価、内服治療に加えて、適切な外科的治療の介入が重要であります。リスク評価にはMRAなどの血管評価だけでなくSPECT（IMP）での脳血流評価が重要です。脳血流低下が著しい場合、内科治療のみでは脳梗塞リスクが非常に高くなり、浅側頭動脈 - 中大脳動脈（STA-MCA）バイパス術が薦められます。可能な限り、低侵襲・短時間の治療を心がけており、当院では検査から治療まで体制を整えております。

もやもや病に関しては、小児、成人で脳卒中をきたす特定難病疾患であり、脳梗塞や脳出血のリスクがあり、こちら治療は浅側頭動脈 - 中大脳動脈バイパス術（+間接バイパス術）になります。脳血流検査を含むすべての検査、治療のみならず、診療で重要なRNF213遺伝子の評価についても東京女子医科大学総合医科学研究所との連携で評価可能な体制を準備しております。診断、治療、遺伝子カウンセリングを含めたセカンドオピニオンにも対応可能です。また、家族歴がある方のMRI検査などもお勧めします。



脳神経外科
野村 俊介