

IX くも膜下出血の予防として注意すべきこと

A. くも膜下出血の種類と原因

- ・ くも膜下出血は脳動脈壁に弱い部分や瘤があるなど、脳の血管の異常が原因となって起こるケースがほとんどである。
- ・ くも膜下出血には、主に中年以降にできた動脈瘤の破裂による脳動脈瘤破裂(頻度75~90%)と、先天的な動静脈の異常血管網による脳動静脈奇形破裂(頻度5~10%)があるが、前者の好発年齢が40~60歳代であるのに対し、後者は20~40歳代である。
このほか高血圧性脳内出血がくも膜下腔に及ぶもの(頻度10%程度)がある。

B. 無症候性未破裂脳動脈瘤(脳ドックで発見)

- ・ くも膜下出血の最大の原因である脳動脈瘤は脳ドックで無症候性未破裂脳動脈瘤として発見される。発見された場合は、手術適応について検討が必要である。
- ・ 脳動脈瘤の破裂の危険、破裂した場合の予測される予後、手術、検査のリスクと合併症などについてのインフォームドコンセントが必要である。

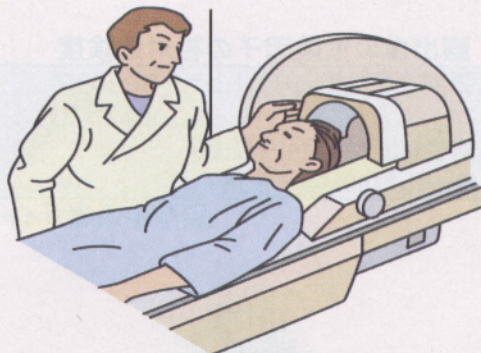


表19. 「脳ドックのガイドライン」から(推奨)

1. 未破裂脳動脈瘤が発見された場合は、その医学的情報について正確かつ詳細なインフォームド・コンセントが必要である。
2. 脳動脈瘤が硬膜内にある場合は、原則として手術的治療(開頭術あるいは血管内手術)を検討する。
3. 一般的に脳動脈瘤の最大径が5mm前後より大きく、年齢がほぼ70歳以下で、その他の条件が治療を妨げない場合は手術的治療が勧められる。ことに10mm前後より大きい病変には強く勧められる。
また70才以上の場合にも、脳動脈瘤の大きさ、形、部位、手術のリスク、患者の平均余命などを考慮して、個別的に判断する。
4. 手術が行われない場合は発見後、約6ヶ月以内に画像による脳動脈瘤の大きさ・形の変化、症候の出現の観察が必要で、増大あるいは突出部(bleb)の形成が認められた場合には手術的治療を勧める。変化のない場合は、その後少なくとも1年間隔で経過観察を行う。観察期間中は喫煙、高血圧などの脳動脈瘤破裂の危険因子の除去に努める。脳動脈瘤が発見されなかった場合、3年以内の再検査の必要性は低い。
5. 未破裂脳動脈瘤に関する更なる情報を集積し、よりすぐれた対応を実現するため、発見された脳動脈瘤は日本未破裂脳動脈瘤悉皆調査(UCAS JAPAN 脳神経外科学会)に登録する。

ガイドラインの主なバックデータ:

- ①無症候性未破裂脳動脈瘤全体としての破裂のリスクは年間約1%と推定される(故に年齢を考慮する必要がある)。
- ②無症候性未破裂脳動脈瘤の開頭手術成績は全体として死亡率は1%程度、後遺症はおおよそ5%程度と推定される。
- ③脳動脈瘤の大きさによる破裂のしやすさは、5mm付近で年間0.8%(全体とほぼ同じ破裂率)であり、それより大きい場合は高く、小さい場合は低い。
- ④脳動脈瘤の部位による破裂率に差があるといわれている。
- ⑤突出部(bleb)をもった脳動脈瘤は破裂の危険が高い。

表20. 脳ドックを早めに受けた方がよい人

- ① 家族または親族に、くも膜下出血をおこした人がいる。
(通常の脳ドックでの発見率約5%に対し家族歴がある場合10~15%)
- ② 多発性のう胞腎をもっている(合併が多い)。
- ③ まぶたが下がってものが二重に見えるようになった(圧迫症状である可能性あり)。

C. くも膜下出血の危険因子

- ・ くも膜下出血の危険因子は、喫煙習慣、高血圧、過度の飲酒であり、その改善が必要である。

表21. くも膜下出血の危険因子の相対危険度

・喫煙習慣	1. 9倍
・高血圧	2. 8倍
・飲酒(1週間にエタノール150g以上)	4. 7倍
・喫煙習慣 + 過度の飲酒	6. 0倍
・高血圧 + 喫煙習慣	10. 5倍

(脳卒中治療ガイドライン2004)

