

一過性脳虚血発作 (TIA)への対応

for expert
ver. 1.0

TIAと診断すれば、可及的速やかに発症機序を評価し、脳梗塞発症予防のための治療を直ちに開始するよう強く勧められる
(グレードA)

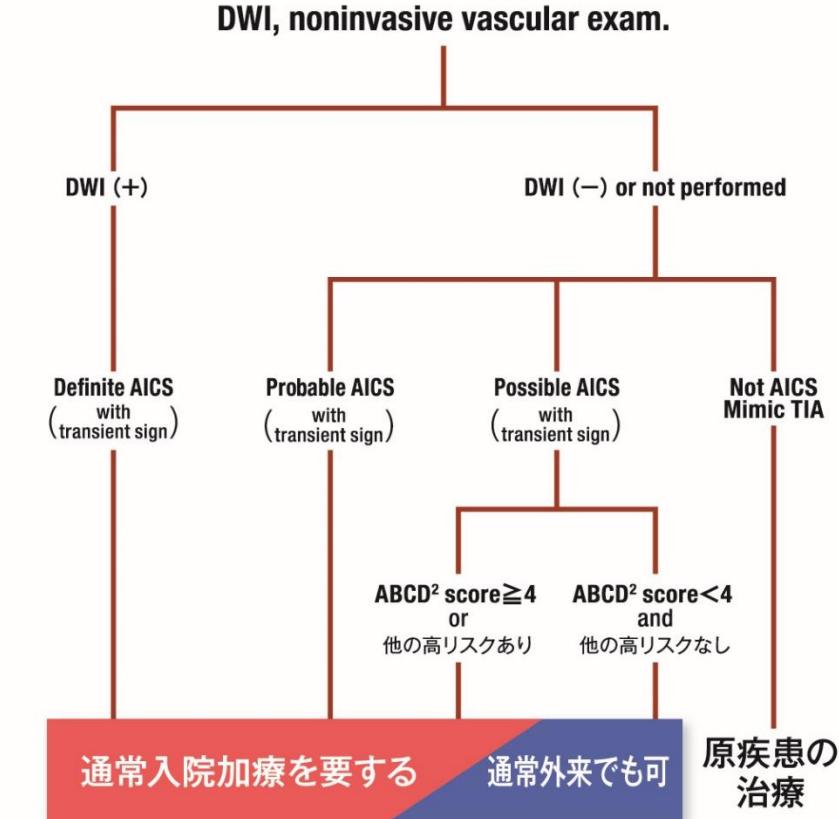
脳卒中治療ガイドライン 2015

神奈川脳神経科医会
日本脳卒中協会神奈川県支部



専門医向け Decision tree for suspected AICS with transient sign

Suspected AICS (within 7days after onset)



入院の適応は担当医のリスク評価に基づき決定すべき。

Transient sign: 持続時間の明確な定義は設けない。

AICS: Acute ischemic cerebrovascular disease

発症7日以内の局所脳神経症状を認める虚血性脳血管障害

Classification of Acute Ischemic Cerebrovascular Syndrome (AICS)

Definite AICS:

様々な重症度の局所脳虚血に合致する急性発症した神経学的障害で、かつ画像/検査で急性の虚血性血管障害の病態が確認されたもの。

Probable AICS:

様々な重症度の局所脳虚血を示唆する急性発症した神経学的障害であるが、**画像/検査での急性虚血性血管障害の病態を確認し得ていないもの**（検査は陰性であるが、その持続時間、重症度、部位などからみて検出感度以下）。画像、検査、臨床データは非虚血性の原因を示唆せず可能性のある他の原因も除外されている。

Possible AICS:

種々の持続時間、種々の重症度の急性の神経学的障害で、おそらく局所脳虚血にあたると思われるが、**画像/検査での急性虚血性血管障害の病態を確認し得ていないもの**（診断的検査が施行されていないか、あるいは検査は陰性で、かつその持続時間、重症度、部位などからみて検出感度あり）。可能性のある他の原因が除外されていない。症状は非局所性または局在困難であるかもしれない。

Not AICS:

神経学的障害の急性発症で、その原因が非虚血性の病態であると画像/検査で確定している。（その持続時間、重症度、部位から見て高感度の画像/検査が正常であるものも含む）

具体例)

Definite AICS:

- 右片麻痺と失語を突発し、3時間持続。DWIで急性虚血性変化を証明。
- 左半身の感覚障害を20分間認め消失したが、DWIで右視床に急性虚血性病巣を証明。

Probable AICS:

- 突発した pure motor hemiplegia で12時間持続時に施行したCTは正常。MRIは施行されていない。
- 失語、右片麻痺が10分持続した病歴のある、INRのコントロール不十分な心房細動を有する症例。DWIを含むMRIは異常なし。

Possible AICS:

- 2時間めまいと頭痛だけが続いたという高血圧歴のある50歳男性。症状は画像診断時に消失しておりDWIを含むMRIも明らかな所見なし。
- 20分続いたword finding difficultyのみの認知症と冠動脈疾患のある85歳女性。脳CTは異常なくMRIは施行していない。

Not AICS:

- 突発した左半身麻痺。画像上脳出血を認めた。
- けいれんで入院して右半身麻痺。DWIもMRAも正常であるが。脳波で左側頭部にspikeがあった。

❖HAS-BLED出血リスクスコア

ESCガイドライン2010

心房細動患者の
抗血栓療法による出血リスク (大出血発症リスク:4–6%/年以上)

3点以上:高リスク (最大9ポイント)

文字	臨床特性	ポイント
H	高血圧 SBP>160mmHg	1
A	腎臓・肝臓の異常 (各1ポイント) 注1) Abnormal renal and liver function	1 or 2
S	脳卒中	1
B	出血 注2)	1
L	INR変動 (不安定・高値) 注3) Labile INRs	1
E	高齢 (>65歳)	1
D	薬物またはアルコール (各1ポイント) 注4)	1 or 2

注1) 腎機能異常:慢性的透析または腎移植をしている
又は血清クレアチニンが2.26mg/dl以上
肝機能異常:慢性肝疾患(例えば肝硬変)、
顕著な肝障害の生化学的検査値異常
(例えばビリルビン:正常値上限2倍超、
AST/ALT/ALP:正常値の上限の3倍超など)

注2) 出血:出血の既往および/または出血しやすい。
例えば出血性素因、貧血、など

注3) INR変動:不安定な/高いINR又は治療域にある時間が短い
(例えば<60%)

注4) 薬物またはアルコール:例えば抗血小板薬、NSAIDsの継続的使用またはアルコール中毒

Camm, A. J., et al.: Guidelines for the management of atrial fibrillation. 2010

CHADS₂スコア

うつ血性心不全	1点
高血圧	1点
75歳以上	1点
糖尿病	1点
脳卒中/TIA	2点

リスクスコア	0~6点
低リスク	0点
中等度リスク	1点
高リスク	2点以上

CHADS₂スコア2点以上では積極的にワルファリン療法を考慮します。

❖CHA₂DS₂VASc スコア

危険因子	スコア
うつ血性心不全/左室障害	1
高血圧	1
年齢≥75	2
糖尿病	1
脳卒中/TIA/血栓塞栓症	2
血管病*	1
年齢65~74歳	1
女性	1
スコアの最大値	9

※心筋梗塞の既往歴、末梢血管疾患、大動脈ブラーク

CHADS₂スコア0~1点の時にもCHA₂DS₂VAScスコアで再評価して、2点以上であれば、脳卒中予防のために経口抗凝固薬を服用、1点でも経口抗凝固薬(またはアスピリン)の服用が推奨されています。



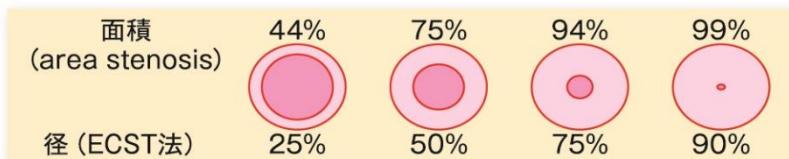
■ 頸動脈狭窄への対応

◆ ABCD²スコア

項目	条件	点数
A (age)	60歳以上	1
B (blood pressure)	SBP≥140 and/or DBP≥90mmHg	1
C (clinical features)	片側脱力 脱力を伴わない発語障害 その他	2 1 0
D (duration)	60分以上 10~59分 10分未満	2 1 0
D (diabetes)	糖尿病	1
	合 計	7

◆ 頸動脈狭窄率 area stenosis ≥ ECST法 ≥ NASCET法

例えば、ECST法の80%狭窄はNASCET法の60%狭窄、面積狭窄率は96%に相当する



収縮期最高血流速度 PSV (cm/sec) ≥ 150 ≥ 200 ≥ 230
 狹窄率:NASCET法 $\geq 50\%$ $\geq 70\%$ $\geq 80\%$

内頸動脈遠位部閉塞病変：

総頸動脈での血流速度の左右差 (ED ratio)

健側EDV/患側EDV ≥ 1.4 心原性塞栓症では ≥ 4.0
 EDV：拡張末期血流速度

頸動脈狭窄率をNASCET法で測定する。

NASCET法に基づく手術適応の概要是下記の通り。

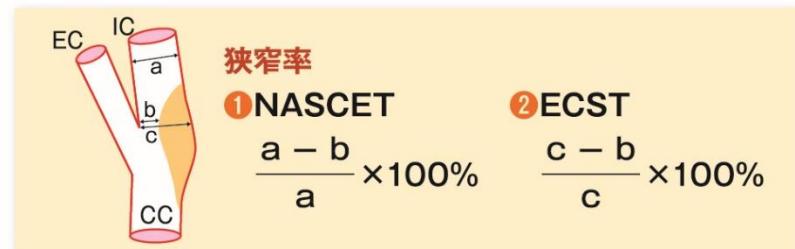
□ 狹窄率 < 50% : CEAを推奨する根拠は明らかでない。

□ 狹窄率 50~69% : 年齢 (< 75歳)、性 (男)、症候 (半球症状)などを考慮してCEAの可否を検討する。

□ 狹窄率 $\geq 70\%$: CEAを行う科学的根拠がある

* ECSTとNASCETのデータを合わせて解析した結果、CEAの施行は発症後2週間以内に行うのが望ましいとする報告があるので、高度狭窄例を発見したら早急に (発症1週間以内) に専門医への転送も考慮する。

* CASが適応となることもあり、最新のエビデンスに基づいて連携する必要がある。



注)用語変更の可能性について

これまで短時間で症状が消失する虚血性脳血管障害をTIAと呼び、24時間以内、1時間以内など症候の持続時間で定義を行ってきたが、時間を見基準とする定義に根拠が無いことからMRIなどの画像診断によるtissue-baseの診断とすることの妥当性がおおむね合意されつつある。しかし、わが国の診断名やその定義については、未だ策定中であるため、ここでは虚血性脳血管障害をAcute Ischemic Cerebrovascular Syndrome (AICS)として一括し、この中に一過性の症候を呈したものをAICS with transient signと便宜的に定めた。現時点における国際的な分類にも対比させうる内容となっているが、近い将来日本の診断名、定義が定まればそれに移行させる必要がある。

なお米国では脊髄の虚血も含めた考え方から、acute neurovascular syndromeの(ANVS)用語を、またacute cerebrovascular syndrome (ACVS)の名前も提唱されている。日本では容易にCTが施行できる環境にあり、少なくとも出血性病変が否定された患者について以降の管理が論じられることが多いことから、わが国の診断名、定義などが定まるまで、ここではischemicの名をつけたKidwellらの分類名、AICSを用いた。