

# 2

# 高齢者の脳卒中

篠崎ゆかり<sup>1)</sup> 細見直永<sup>2)</sup>  
松本昌泰<sup>3)</sup>

1) 広島大学大学院 脳神経内科学  
2) 広島大学大学院 脳神経内科学 講師  
3) 広島大学大学院 脳神経内科学 教授

Point 1 脳卒中に含まれる出血性病変・虚血性病変についての分類・病態が説明できる。

Point 2 脳梗塞が疑われる患者の場合、t-PA 静注療法の適応について適切に判断できる。

Point 3 急性期～亜急性期の治療、再発予防を行うことができる。

Point 4 高齢者での脳卒中患者における急性期合併症の管理ができる。

Point 5 リハビリテーションの早期介入の重要性について説明ができる。

## はじめに

脳卒中は昭和26年から昭和55年まで、日本の死因のトップであったが、現在は悪性新生物、心疾患、肺炎に次ぐ第4位の死亡原因となっている。死亡統計を見るかぎり、日本の脳卒中予防対策は一定の効果を上げていると考えられるが、介護が必要となった主な原因のトップは脳卒中で、全体の約20%にあたり、とくに要介護5での割合は33.8%を占める<sup>1)</sup>。いわゆる寝たきり老人を減らすためにも、脳卒中を迅速かつ的確に診断し、早期の治療、リハビリテーションを行うことが求められる。

脳卒中は大きく分けて**出血性病変（脳出血、くも膜下出血など）**と**虚血性病変（脳梗塞）**に分類され、治療法が異なるため両者の鑑別がきわめて重要である。とくに、脳梗塞については1995年に、発症3時間以内の超急性期脳梗塞患者に対するrt-PA療法を用いた経静脈的血栓溶解療法の有用性が報告され<sup>2)</sup>、日本でも2005年に国内承認された。また、その後の国内外の症例の蓄積により2012年8月31日から本療法の保険適応が発症4.5時間以内に拡大された。治療可能時間は拡大したが、発症からの治療が早いほど良好な転帰が期待できるため、患者来院後の迅速な診断かつ治療開始が重要である。

## 1. 脳卒中を疑うべき症状

米国では一般市民向けに5つの脳卒中症状を挙げて啓発活動を行っている（表1）<sup>3)</sup>。

もちろん、他疾患でもこれらの症状を呈することはあるため鑑別は必要であるが、このような患者が来院した場合は、脳卒中を念頭に置くことが重要である。

表1 脳卒中を疑う5つの症状（文献<sup>3)</sup>より引用）

① Sudden numbness or weakness of the leg, arm or face	突然の顔面または、片手、片足の麻痺と感覚障害
② Sudden confusion or trouble understanding	突然の意識障害や、言語理解困難
③ Sudden trouble seeing in one or both eyes	突然、片眼または両眼が見えにくくなる
④ Sudden trouble walking, dizziness, loss of balance or coordination	突然の歩行障害、めまい、平衡感覚障害、失調
⑤ Sudden severe headache with no known cause	突然の原因不明の激しい頭痛

表2 NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)

項目	スコア					合計 42点 最高点
	0	1	2	3	4	
1a 意識水準	完全覚醒	簡単な刺激で覚醒	繰り返し刺激	完全に無反応		3
1b 意識障害一質問 (月名および年齢)	両方正解	片方正解	両方不正解			2
1c 意識障害一従命	両方正解	片方正解	両方不可能			2
2 最良の注視	正常	部分的注視麻痺	完全注視麻痺			2
3 視野	視野欠損なし	部分的半盲	完全半盲	両側性半盲		3
4 顔面麻痺	正常	軽度の麻痺	部分的麻痺	完全麻痺		3
5 上肢の運動(左): 仰臥位の時は45°	90°を10秒保持可能	90°を保持できるが10秒以内に下垂	90°の拳上または保持ができない	重力に抗して動かない	まったく動きがみられない	4
上肢の運動(右): 仰臥位の時は45°						4
6 下肢の運動(左)	30°を5秒保持可能	30°を保持できるが5秒以内に下垂	重力に抗して動きがみられる	重力に抗して動かない	まったく動きがみられない	4
下肢の運動(右)						4
7 運動失調	なし	1肢	2肢			2
8 感覚	障害無し	軽度から中等度	重度から完全			2
9 最良の言語	失語なし	軽度から中等度	重度の失語	無言、全失語		3
10 構音障害	正常	軽度から中等度	重度			2
11 消去と注意障害	異常なし	視覚、触覚、聴覚、視空間、または自己身体に対する不注意、あるいは1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象	重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意			2

1から順番に施行するが、運動の評価は健側から行う。

## 2. バイタルサインのチェックと救急対応

脳卒中が疑われる患者が来院した場合、まずは呼吸、血圧、脈拍、体温を測定し、意識状態を確認する。呼吸・循環動態に大きく問題がある場合はその治療にあたる。ただし血圧上昇については、出血性病変の場合は降圧が必要となるが、**虚血性病変の場合には安易な降圧による症状の増悪の可能性がある。収縮期血圧が220 mmHg以上あるいは、拡張期血圧120 mmHg以上が持続する場合は、降圧を検討してもよいが、画像診断で虚血性病変か出血性病変かの診断がつくまで、原則降圧はしない。**

バイタルサインが安定している場合は、すみやかに神経

学的診察を行う。後述するrt-PA静注療法は時間との闘いである。そのため、NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) の項目に従って迅速に神経学的評価を行う（表2）。

## 3. 脳卒中の診断

脳卒中は急性期の治療が予後に重大な影響を与える緊急疾患であり、適切な治療を行うためには正確な診断を行う必要がある。病歴聴取、神経学的所見を含んだ身体診察をすみやかにを行い、画像などの臨床検査を手際よく行う。

病歴聴取のポイントとしては発症様式、既往歴・現在治療中の疾病の有無、内服薬、リスクファクターについて聴