

# デキ

聖路加チーフレジデントが  
あなたをデキるレジデントにします

# レジ

聖路加国際病院血液内科部長

岡田 定

聖路加国際病院内科チーフレジデント

西崎祐史 野村征太郎  
津川友介 森 信好



**チーフレジ**：聖路加国際病院の内科チーフレジデント。診療で忙しい合間をぬって後輩の指導に励む日々を送っている。



**デキレジ**：研修1年目レジデント。知識豊富で応用力抜群。臨機応変な対応で周囲からの評価が高い。



**ヤバレジ**：研修1年目レジデント。教科書的な知識は一応あるが、うまく実践に活用できていない。

連載  
第19回

## 「麻痺のみかた～本当に脳梗塞?～」

津川友介 (聖路加国際病院 腎臓内科)



### 麻痺をみたらどうする？

- 『麻痺＝脳梗塞』ではない。
- 左右差のない脳梗塞は珍しい。左右差がない場合には他の原因である可能性を考えてみる。
- 麻痺をみたら、錐体路→脊髄→末梢神経→筋のどこかに障害があると考えよう。
- 急性発症の四肢麻痺をみたら、① Guillain-Barre 症候群、② 頸髄障害、③ 周期性四肢麻痺の3つを疑う。
- どんなに脳梗塞だと思っても、低血糖などの代謝性疾患は必ずルールアウトする。
- 脳梗塞をみたらエティオロジー（病因）が大事。病因によって治療法が変わってくる。
- 四肢の麻痺と反対側に脳神経麻痺がある場合は、交代

性片麻痺といい、脳幹病変を考える。

- 虚血には陥っているが、まだ不可逆的なダメージを受けていない脳組織をペナンプラと呼ぶ。
- 失語の診察のポイントは、①呼称ができるか？（物の名前が言えるか？）、②復唱ができるか？、③流暢に話すか？
- 失語、半側空間無視、皮質性消去などの「皮質症状」の有無は必ずチェックする。皮質症状があれば、脳梗塞の範囲は広い！
- 意識障害を起こす脳梗塞は、①広範な大脳皮質、②上行性網様体賦活系、のいずれかが障害されているものに限られる。
- 血圧の低い脳梗塞をみたら、大動脈解離を疑う。



### 麻痺（筋力低下）の鑑別

	中枢神経	末梢神経	筋障害
筋力低下の分布	片側性の錐体路徴候	ポリニューロパチー：遠位筋優位 モノニューロパチー：局在性	近位筋優位
腱反射	亢進	低下～消失	正常～低下
病的反射	あり		なし
感覚障害	不定	通常あり	なし



## 脳梗塞の病型分類

<p><b>脳塞栓症</b> 心臓内や深部静脈でできたフィブリン主体の血栓が飛んで血管に詰まる。心房細動 (Af) の有無、卵円孔開存 (PFO) のチェックが必要。突然に発症し、重症例が多い。</p>		
<p><b>アテローム血栓性脳梗塞</b> 粥腫斑に生じた血小板主体の血栓に起因する。動脈硬化のリスクファクター (糖尿病, 高血圧, 高脂血症など) のチェックが必要。症状が動揺することが多い。</p>		
<p><b>ラクナ梗塞</b> 高血圧による穿通枝の lipohyalinosis (脂肪硝子変性) が主な原因。病巣の直径 15 mm 以下。</p>		



## 脳梗塞患者のマネージメント

抗血小板療法	オザグレルナトリウム (キサンボン <sup>®</sup> )	抗血小板作用 (選択的トロンボキサンA合成阻害薬)。80 mg 1日2回, 2時間で滴下する。発症5日以内。日本国内のデータしかなくエビデンスは弱い <sup>1)</sup> 。
	アスピリン (バイアスピリン <sup>®</sup> , バファリン <sup>®</sup> )	アスピリン 160 ~ 300 mg/日の経口投与は、発症早期 (48時間以内) の脳梗塞患者の転帰改善に有効である <sup>2)</sup> 。
抗凝固療法	未分画ヘパリン	未分画ヘパリンの有用性を証明したエビデンスはない。International Stroke Trial (IST) では有用性は証明されなかった <sup>3)</sup> 。Cerebral Task Force では大梗塞または中等症以上の高血圧 (180/100 mmHg以上) 合併例は大出血を生じる危険性があるので、少なくとも発症7日経過後に開始するべきとしている <sup>4)</sup> 。
	アルガトロバン (ノバスタン <sup>®</sup> , スロンノン <sup>®</sup> )	選択的抗トロンピン薬。発症48時間以内で最大径が15mmを超すような脳梗塞 (心原性脳塞栓症を除く) では使用を検討する。とくに皮質梗塞に有用であり、出血性合併症が少ないとの報告がある <sup>5)</sup> 。
脳浮腫軽減療法	グリセオール <sup>®</sup>	200 ml を1日2本~6本静注。60~90分かけて投与する。心不全に注意! メタアナリシスでは発症14日以内の死亡を減少させたが、発症1年後の死亡率および機能予後に関する効果は明らかでなかった <sup>6)</sup> 。
脳保護療法	エダラボン (ラジカット <sup>®</sup> )	フリーラジカルスカベンジャー (欧米では未承認)。腎不全患者には禁忌! 30 mg 1日2回静注。日本国内の研究では発症早期の脳梗塞患者に有効性が示されたが <sup>7)</sup> 、近年になり類似薬であるNXY-059 (フリーラジカルスカベンジャー) の有効性が海外の大規模研究 (SAINT II trial) で否定された <sup>8)</sup> 。
rt-PA 静注療法	アルテプラゼ <sup>®</sup>	発症3時間以内に、0.6 mg/kg を投与する。※詳細は「rt-PA 静注療法適正治療指針」を参考にしてください。
早期リハビリ	<p>早期リハビリ, 早期離床が重要! 早期に座位を取らせる必要があるが、開始時期に関しては十分な根拠はない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ozer et al. 3~7日座位期, 5~15日起立期<sup>9)</sup></li> <li>○ Barnett et al. 安静12~24時間, その後進行がなければ座位または立位を開始<sup>10)</sup></li> </ul> <p>ただし、頭位を30°高くすると、脳血流は20%減少すると報告されており<sup>11)</sup>、頭位を上昇させると症状が悪化する患者がおり、このような患者は比較的長めに頭位を低く保つことも検討する。</p>	
血圧管理	血圧は低くしすぎないことが重要! もともと服用していた降圧薬は中止しておく。しかし、収縮期血圧220 mmHg以上 or 平均血圧130 mmHg以上を超えないようにする。冠動脈疾患, 心不全, 腎不全を合併しているときには慎重に降圧する。	
血糖管理	血糖値は144 mg/dl以下に保つようにする <sup>12)</sup> 。	
胃潰瘍予防	H <sub>2</sub> ブロッカー or PPI で潰瘍予防を行う。	