

脳梗塞を防ごう！

§はじめに

当方は心臓血管疾患を対象とした循環器専門クリニックですが、通院されている方の脳梗塞発症にも気をつけています。それは脳梗塞を発症させる危険因子が心臓血管系の病気を引き起こす、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙といった動脈硬化の危険因子と重なっているからです。

脳梗塞といってもいろいろなタイプがあり、その対応策は異なります。最近は脳梗塞の急性期診療が著明に進歩し、後遺症が余り残らないケースもありますが、脳血管疾患は寝たきりの原因としてダントツの一位を占めています。生涯に渡って脳梗塞を避ける手だてを考えて欲しいと思い、今回のテーマを「脳梗塞を防ごう！」としました。

§脳梗塞のいろいろ

脳卒中という言葉がありますが、「脳卒中と脳梗塞とはどう違うのですか？」と尋ねられることがあります。脳卒中とは脳の血管の急激な血流障害により、意識がなくなったり、手足が痺れ、動かなくなったりする病態をいいます。そういった脳卒中の内、脳の血管が詰まって症状が誘発される病態を脳梗塞といい、脳の血管が破れて出血し症状が生じる病態を脳出血といえます。その関係を右図に示しました。今回の藍色の風ではこの脳梗塞に関して記載します。

§脳梗塞のいろいろ

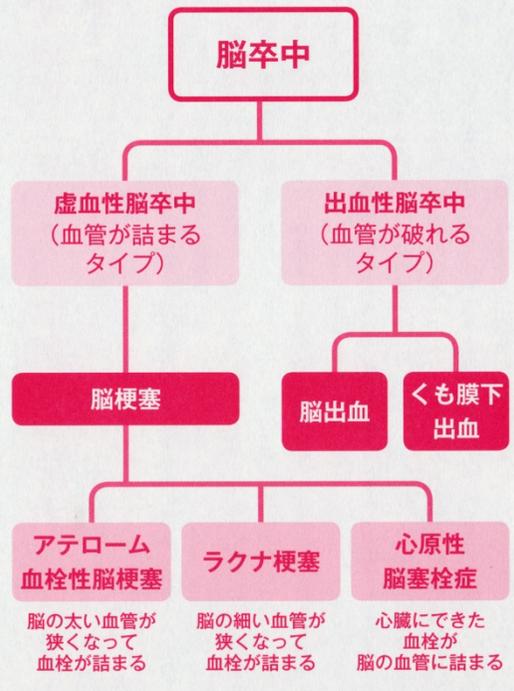
脳梗塞は大きく次の三つに分類されます。

①ラクナ梗塞②アテローム血栓性脳梗塞③心原性脳梗塞
それぞれについて説明していきます。

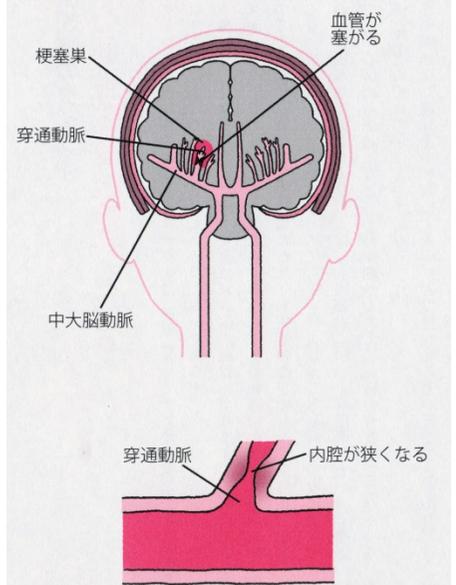
①ラクナ梗塞

脳組織を栄養する動脈は首の動脈から頭の方に進み、右図のように分岐していきます。道路が本道から脇道に分岐していくように、脳の動脈も太い動脈から枝分かれして細かい動脈に分岐し、脳の組織を栄養しています。この細かい動脈を穿通動脈といいます。「ラクナ」という言葉は「小さなくぼみ（空洞、穴）」という意味です。この穿通動脈に動脈硬化が生じて狭くなり詰まってしまった時、脳の小さな領域は血流不足のために壊死にいたりします。この病変をラクナ梗塞と呼んでいます。症状が全く無かったのに、脳ドックで「隠れ脳梗塞」

●脳卒中の分類



●ラクナ脳梗塞のしくみ



と診断されたときには、このラクナ梗塞がある事を意味します。当方に通院される方の中にも何人か、このラクナ梗塞を発症してしまった方がいます。障害される脳組織が比較的狭いため、強い障害が残ることは少ないです。出現する症状は脳のどの部分が障害されるかによって異なりますが、運動麻痺やしびれ感などの感覚障害が単独として現れるのが特徴です。

このラクナ梗塞の原因は、上手くコントロールされなかった高血圧です。現在、きれいに血圧がコントロールできていても、以前に不適切な治療を受けていた場合にはラクナ梗塞が生じることもあります。高血圧を放置しておいてよいと発言したり、その種の書籍を出版したりする不勉強で無責任な医師もいますが、高血圧を放置したとき、将来生じうる危険な合併症の一つがこのラクナ梗塞なのです。

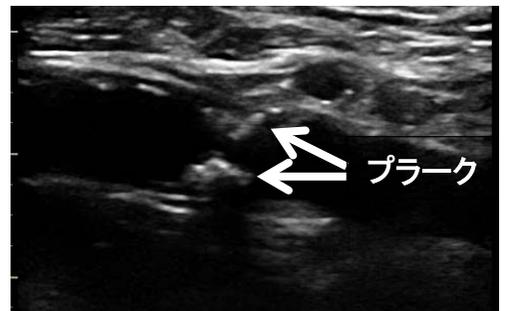
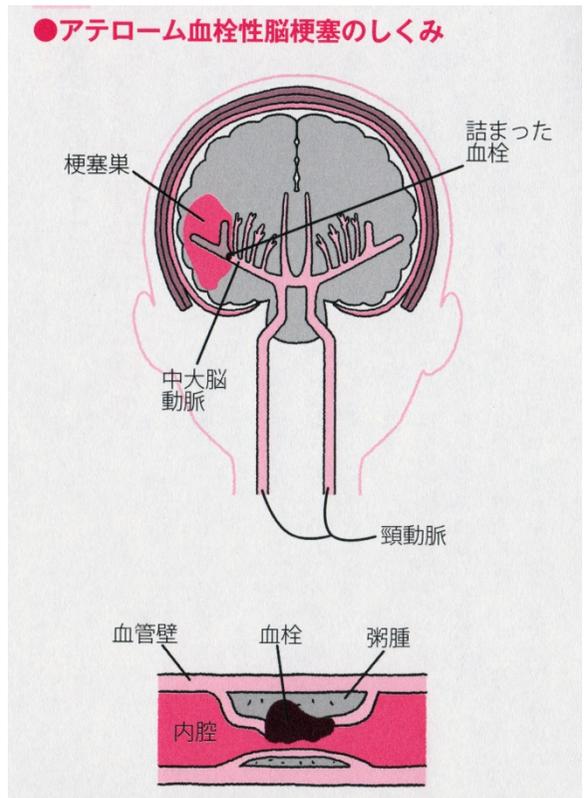
② アテローム血栓性脳梗塞

聞き慣れない言葉だと思えます。しかし、最近の脳梗塞の中で、このアテローム血栓性脳梗塞が最も多くなっており、注意が必要です。アテロームという言葉は日本語にすると「粥腫」となります。日本語にしてもわかりにくいですね。コレステロールの塊ということです。心臓近くの大動脈や両側の頸動脈、または脳の太い動脈にコレステロールの塊である粥腫が生じると右図のような状態になります。このような粥腫がどのような転帰を辿るかといえは次のような病態に至り、脳梗塞の原因となります。

- (1) 狭くなった場所に血栓ができてしまい、その場所で詰まってしまう。
- (2) 粥腫の表面が傷つきそこに血栓が生じ、その血栓が末梢に飛んでいって脳の血管を詰まらせてしまう。
- (3) 粥腫の部分で血管が狭くなり、血液が流れなくなった状態で血圧が低下し、血流量が少なくなって狭くなった部分の末梢組織が死んでしまう。

アテローム血栓性脳梗塞の発症の仕組みとしてこの3つがあります。いずれにしろラクナ梗塞よりも広範囲の脳組織が障害されるため、運動麻痺、感情障害、失語、失行、失認などの発作が起こりやすく、後述の一過性脳虚血発作が予兆として発生する場合がよく見られます。大きな後遺症が残りやすく、危険です。

アテローム血栓性脳梗塞の原因はズバリ、動脈硬化です。高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、ストレス等といった動脈硬化の危険因子をきちんとコントロールしなければ、このアテローム血栓性脳梗塞を避けることはできません。ただ、このアテローム血栓性脳梗塞を未然に防ごうとして、全ての血管を検査しようとしてもそれには無理があります。また例えそれができたとしても、病気を発症させないためには前述の危険因子をきちんとコントロールするしかありません。ただ、頸動脈に粥腫が存在するかどうかは簡単に評価でき、かつその粥腫が大きいものであれば、病気を引き起こす前に脳外科的な治療を依頼することもできるため、頸動脈エコー検査は有効です。当方でも、動脈硬化の危険因子を持っている方には頸動脈エコー検査をお勧めし、評価しています。右の写真は頸動脈内に大きなプラークが存在している女性の検査結果です。



こういった病変を確認した方ではコレステロールのコントロールをより厳格に行い、粥腫の拡大を防ぎます。また上手くコントロールできて、この粥腫が消失した人は平成 30 年 8 月現在、当方に 3 名います。消失するまでには至らなくても、退縮といって粥腫が小さくなる人もいます。アテローム血栓性脳梗塞を避けるためには動脈硬化の危険因子をきちんと制御することが必要で、またどの程度の危険性があるかを確認するため、危険因子を持っている方には、この頸動脈エコー検査での評価をお勧めしています。

当方での高血圧診療では血圧の下がりすぎにも注意をと、お伝えしています。「the lower, the better」という表現があり、血圧は下げれば下げるほどよいという主張があります。これは病変が心臓だけ、動脈瘤だけという状態であればそれはそれで正しいのですが、血管に狭い部分があったり、腎機能が悪かったりする人の場合には当てはまりません。低すぎる血圧が問題となることもあるのです。アテローム血栓性脳梗塞で脳に至る動脈に狭い部分がある人の場合には、血圧を下げすぎるとその領域の血流が悪くなり、脳梗塞に至る危険性があります。メディアで声高に叫ぶ表現があっても、それが自分に当てはまるかどうか、常に考えて下さい。病気への対応はすべてオーダーメイドです。既製品の服が全ての人に合わないのと同じです。判断に迷う時には常に主治医である私にお尋ね下さい。

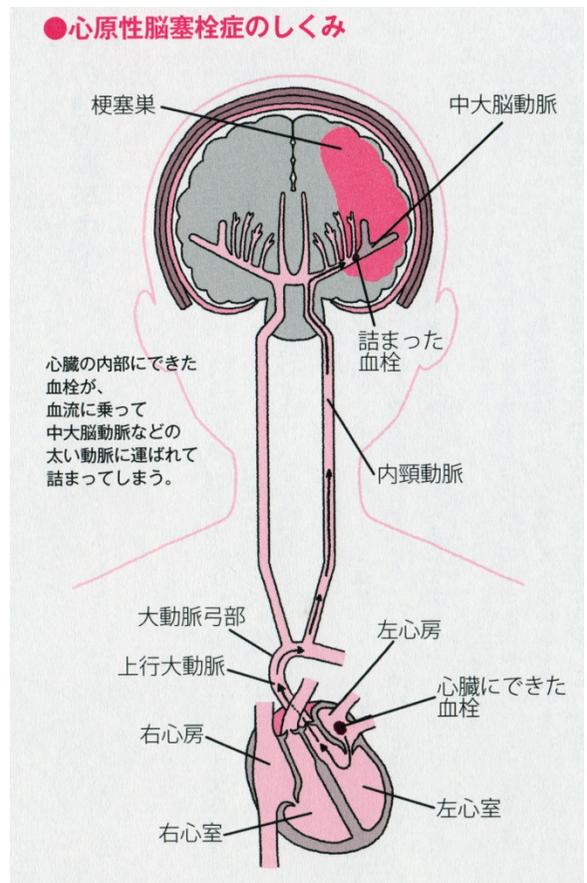
③ 心原性脳梗塞

これは心房細動に伴って発生する脳梗塞がほとんどです。心房内の短絡を通じて、足の静脈血栓が右心房→左心房→左心室→脳に飛んで脳梗塞を発症することがありますが、非常にまれですので、今回はこの病態の説明は省きます。(因みに、当方にはこの特異な脳梗塞の方が 4 名おられますが…)

心房細動によく似た心房粗動でも脳梗塞が発症します。長嶋監督、小淵総理大臣、オシム監督など有名人が心房細動から脳梗塞を発症し、その危険性が知られるようになりました。心房細動が確認されている人の場合には、適応がある人に対しては脳梗塞予防の薬剤投与をきちんと行っているのですが、心房細動が時々発生して気づいていない人、または心房細動が持続しているのに全く自覚していない人がいます。そのような場合には一気に脳梗塞になることがあり、危険です。

心房細動や心房粗動になると左心房が全体として動かなくなるため、左心房の内部に血栓が生じやすくなります。この左心房内に生じた血栓が剥がれて血流の乗り、脳の血管を詰めてしまった脳梗塞を心原性脳梗塞といいます。大きな血栓が飛んでいくことが多く、脳梗塞の障害程度は広範囲に及びます。後遺症も重篤なものが発生することが多く、何としても避けたい病態です。

診察時に「脈の乱れはありませんか?」「ドキドキすることはありませんか?」と、私は皆さんに尋ねています。それはこの心房細動を自覚していないかどうかを探っているのです。また、毎回聴診器で皆さんの心音を聴いているのは、この心房細動を見つけるということも目的の一つです。聴診して心房細動を確認しているにもかかわらず「ドキドキしませんか?」と尋ねても「どうもないですよ」という方もおられます。心房細動になっても気づかない人は結構いるのです。ですから、高血圧や糖尿病、脂質異常症などの診療を受けながら、診察を受けないということはいったい心房細動にも気づかないまま生活してしまうこととなります。当方では特別な事



情が無い限り、身体の診察をしてから薬を出しますが、生活習慣病の治療を受けながらも、診察を受けずに薬だけでも貰ってくる医療を続けている人には、落とし穴がたくさんあることを知って欲しいと思います。

§ 一過性脳虚血発作 (TIA : Transient Ischemic Attack)

一時的に脳の血管が詰まり、脳梗塞と同じ症状が突然発生し、数分~数十分、長くても 24 時間以内に症状が消えてしまう状態を一過性脳虚血発作 (TIA) と呼びます。TIA は脳梗塞の前触れですが、アテローム血栓性脳梗塞の前兆である可能性が高いといわれています。脳梗塞と違って血管を閉塞した血栓が自然に溶けてしまうため、血流が再開して何事もなかったように、元の生活に戻れます。このため、「気のせいだろう」「ちょっと体調が悪かったのかな?」「すぐに症状が消失したため、問題はないだろう」と考えてそのままにしてしまうことも多いようです。しかし、受診された時にそういった症状を私が見つけたら、また電話でそのような症状の連絡が私にあったときには直ちに脳神経外科に紹介しています。それは TIA の発症直後ほど脳梗塞を発症する危険性が高いからです。TIA を経験した人の約 30% がその後、5 年以内に脳梗塞を発症しています。油断してはいけない症状なのです。

TIA の特徴的な症状を以下に記します。

- 1) 身体の片側に麻痺が出現する。身体の左右、どちらかの一方の手や足に麻痺が出て、ものが掴めなくなったり、落としたりします。また足に力がいらず、歩けなくなったりします。
- 2) シャベりにくくなる。急にろれつが回りにくくなります。また他人の話していることが理解できにくくなることもあります。
- 3) 身体の片側のしびれが生じる。身体の左右どちらかの一方で、手足のしびれや感覚の異常が生じます。
- 4) 片方の視野が欠ける。片目でみても両目でみても視野の半分が欠けてしまうことがあります。また視野の 4 分の 1 が欠けたりすることもあります。
- 5) 激しいめまいやふらつきが生じることがあります。グルグル回る回転性のめまいとフラフラと揺れるような浮動性めまいが生じることがあります。これらは耳鼻科的なめまいとの鑑別が必要になります。
- 6) 片方の視野が見えなくなったり、かすんだりすることがあります。一過性黒内障と呼びます。当方でも数名の方がこの黒内障を発症し、脳外科紹介しています。

最初にも記載しましたが、こういった TIA の症状を見過ごしてはなりません。おかしいと思ったら私に連絡するか、近くの医療施設で診察を受けて下さい。

閑話休題。『生きがいについて』(みすず書房) という書籍があります。神谷美恵子さんが書かれた本で、私は医学生の際に読みとても感銘を受けました。この神谷さんは 59 歳の時に狭心症発作を起こして入院しています。年譜を見ると、その後 65 歳で亡くなるまでの間に 6 回の TIA を発症しています。記載されている死因は「急性心不全」という不明瞭なものですが、昭和 50 年前後であれば、TIA に対して現代のように効果的な対処はできず、不運な転帰を辿ったものと思います。

彼女の著作の中には次のような記述もあります。「だんだん視力がおち、右半身不随になって行くことはわかっているけど、痴呆になり切るまでせめて感謝の歌をたやさないようでありたい」また、彼女が亡くなる数日前に書いたという詩が残っています。死を目前にしても、与えられた命に感謝する姿勢に圧倒されます。その一部を引用してみます。



残る日々

不思議な病を与えられ
もう余り生きる日の少なきを知れば
人は一日一日を奇跡のように頂く
ありうべからざる生として

まだみどりも花も見ることができ
まだ蓮の花咲く池のほつりをめぐり
野鳥の森の朝のさわやかさを
味わえることのふしぎさよ
(後略)

§ 終わりに

何としても避けたい病気の一つが脳梗塞です。脳外科領域医療の進歩で、脳梗塞を発症しても後遺症が少なくなり、救命率も高くなったとは言え、発症させないことに越したことはありません。脳梗塞のうち、ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞の危険因子は高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙、ストレス等です。こういった危険因子には注意して、動脈硬化性疾患を上手にコントロールして下さい。「生活習慣病の危険因子は放置しておいて問題はない」などといった無責任な主張をする医師達やメディアの言動に振り回されることがありませんように。そのような医師達は皆さんが脳梗塞を発症しても責任を取る訳でもなく、ましてや命を助けてくれることもありません。

心原性脳梗塞予防に関しては、心房細動を指摘されている人は身体の片側が動かない、しゃべられないといった強い症状が突然出現することがあります。そのような症状があればすぐに私に連絡するか、急性期病院を受診して下さい。また心房細動を指摘されていない人で、脈が乱れる、ドキドキするといった症状が続くときには私に連絡して下さい。また、そのような症状が続く時には近医で心電図を記録してもらい、そのコピーを貰って私に見せて下さい。

大きな脳梗塞を発症して、その後の人生に負担をかけないようにと願っています。 【坂東】

参考資料

- 1) 脳卒中治療ガイドライン 2015 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会編 協和企画
- 2) Mebio 2015 12月号 脳卒中治療ガイドライン 2015 改訂を实地臨床に活かす Medical View
- 3) 脳血管障害 診療のエッセンス 日本医師会
- 4) 脳を守ろう 岩田誠 岩波ブックレット
- 5) ゼロからわかる脳梗塞 木村哲也 世界文化社
- 6) 脳卒中をやっつけろ! 吉村紳一 三輪書房
- 7) 脳梗塞の予防がよくわかる最新知識 内山真一郎 日東書院
- 8) 脳梗塞診療読本 豊田一則 中外医学社
- 9) NHK テキスト 今日の健康 2018年5月号 NHK出版
- 10) 人生は生きがいを探す旅 昭和人物研究会 三笠書房

外れなくなった指輪

80代女性が診察時に「指輪が取れなくなったので外してくれますか?」といわれました。急性期病院で救急担当をしていたとき、外れなくなった指輪を何度か外したことがあります。幅広の紐を使うと比較的簡単に取れます。困っている方はお知らせ下さい。 【坂東】

前号の「知恩報恩」で私が開業するに至った経緯を記しました。それまで開業ということは全く考えたこともなかったため、どのような医療施設を作るべきかを早急に決めなければなりません。

勤務医の頃、所属していた病院の建て替え計画があったため、学会出張などでは、発表の合間にその地域の代表的な病院を見学するようにしていました。全国各地の赤十字病院を訪れた時には、私が同じ赤十字職員ということもあって、どの地域に行っても歓迎してくれました。中国地方のある病院を訪問したとき、院内各部署を見学してお暇しようとする院長先生が「せっかく来たのだから、一緒に食事でも…」と誘って下さり、美味しいお寿司をご馳走になったこともありました。

日本や外国のいろいろな病院を見学し、将来病院を新築するのであれば、こういう工夫をすればよいだろうというアイデアをいろいろと温めていました。ところがそれらを活用する前に私が退職して開業することになったため、外来施設に関してそのほとんどのアイデアを表現したのが現在のクリニックです。

私のアイデアを実現して貰うためには、どこの設計士に依頼すればよいのかと探しました。思いついたのは和風建築で有名なXさんでした。この方はテレビの「大改造 劇的ビフォーアフター」という番組にも何度か出られたことがあり、木造建築に関して名のある方でした。私の意図を書いて設計を依頼したところ、二つ返事で了解を得て徳島にも来てくれました。いろいろとお話をし、計画を進めようとしたのですがとても多忙な方で、メールでのやりとりもスムーズにできません。また、建築が始まれば現場に来るのは困難なため、リモートカメラを設置して建築具合を確認するという方針を示されました。しかし、それでは私の多くの工夫はとても叶えられないと思い、Xさんとの提携は断念しました。

その後、徳島で木造建築に造詣の深い設計士はと周囲に尋ね、出会ったのが佐藤建築企画設計代表の佐藤幸好さんでした。佐藤さんには私の思いをすべてぶつけ、徹底したやりとりをさせて貰いました。我が家に来て戴き、夜遅くまで話し合ったことも再三でした。また話し合っている途中に病院から緊急手術の呼び出しがあり、「申し訳ないけど、今晚はここまでで…」と、せっかく盛り上がった話を途中で切らなければならないこともありました。

建築に関して素人の私が出す諸々のリクエストを、佐藤さんは叶えられるもの、とても無理なものとして分類して設計を進めてくれました。しかし、簡単に折り合わないこともありました。その一つがクリニックの床の材質をどうするかという問題でした。このクリニックはすべて上勝産の杉材で作られることになっていましたが、床に杉材を使用すれば柔らかいため、傷みやすいのではというのが私の危惧でした。しかし、佐藤さんは十分な厚さの杉材を使用すれば杉の柔らかさが膝に対しても優しく、わざわざ硬い材質の木材を選択することはないという意見でした。それでは実際に体験してみたらということで、杉材を床に使用している喫茶店を紹介してもらい、わざと革靴を履いて出かけました。飲みものを注文しましたがそれは二の次で、店内をあちこちと歩いて杉材の床の感覚を確かめました。実際に杉材の床の上を歩いてみると、心配したように床が傷つくことはないとわかりました。ただ、ハイヒールでスタスタ歩かれると傷つく可能性はあると感じましたが、そんな患者さんはほとんどいないだろうと思い、最終的に杉材の床を選択することにしました。クリニックの床には厚さ 40mm の杉材を使用しており、表面がいたんでも修復することは十分可能な状態です。

このように細部にわたって私のリクエストを検討して下さい、非常に面倒で扱いにくい施主で



したが、佐藤さんは本当に誠実に応えてくれました。実際に診療を開始してからは、もう一部屋、二部屋あれば良かったと思った以外、クリニックの構造に関して文句は全くなく、非常に使い勝手のよい施設だと思っています。

新たに開業される予定の医師がこれまでに 10 名近く見学に来られ、当方の工夫を真似したいと希望された方もありました。「どうぞどうぞ」とお伝えし、当方のアイデアを取り入れた施設が何力所かあります。佐藤さんとの合作がいろいろなところで役立っており、良かったと思っています。なお、このクリニック建築に関して佐藤さんと対談したことがあり、それが「徳島県木の家づくり協会」ホームページに掲載されています。興味のある方はご覧下さい。また、クリニック建築に関してのいろいろな工夫を、当方のホームページにも掲載しています。併せてご覧下さい。

年月が経つにつれて杉材が飴色を帯びるようになり、建物内部の趣が深まっていると感じます。佐藤さん、本当にありがとうございました。【坂東】

待合室図書コーナーの蔵書を入れ替えました。

開業以来、待合室の図書コーナーには医学書を始めいろいろな本を置いてきました。しかし開業後 15 年を経過し、展示していた書籍もかなり古くなったため、蔵書を一新しています。藍色の風で案内した本を中心に、書籍を揃えています。待ち時間の合間に、ご覧下さい。



『本人にとってのよりよい暮らしガイド』

以前の藍色の風に、私もフツともの忘れていたことに気づいて焦ったと書きました。加齢に伴うもの忘れは自然現象とはいえ、それが増えてくると気がかりですね。今回紹介する『本人にとってのよりよい暮らしガイド』はすでに認知症と診断された方々が、自分たちの経験から、もの忘れが増えてきたときの対応策を示したものです。副題には「一足先に認知症になった私たちからあなたへ」とあります。このガイドブックは厚生労働省の研究事業として作成され、「日本認知症本人ワーキンググループ」が協力しています。

最初のページには次のようなメッセージがあります。

「このガイドは、一足先に認知症の診断を受け、日々暮らしてきている私たちから、あなたが元気になって、これからもよりよく暮らしていくヒントにしてほしい、と願って作ったものです。わたしたちは、日々、悪戦苦闘しながらも、人生を楽しんでいます。いろいろな可能性があります。せっかくの自分の人生。これからあなたが、少しでもいい日々を過ごしていけますように！」

24 ページの手軽なガイド本です。認知症と診断された方々のいろいろな活動報告が記載されています。できれば認知症にはなりたくありませんが、90 歳を超えると半数以上は認知症と診断されるとの報告もあります。人生 100 年といわれる時代になり、認知症への心積もりは大事なことでしょう。それならすでに認知症と診断されている方々からのメッセージに耳を傾けることも、一つの貴重な対策になり得ると思います。

この本人ガイドはクリニックの待合室に 5 冊用意しました。待ち時間にご覧下さい。また厚生労働省ホームページを開き、検索部分で「本人にとってのよりよい暮らしガイド」と入力すると該当する項目がヒットし、そこからこの本の全てをダウンロードすることもできます。【坂東】



旧大口病院事件に思う

多数の看護師と40年近く一緒に仕事をしてきて、看護師が点滴に消毒液を混入して患者を死亡させたという事件は、にわかには信じ難いことでした。どのようなことが彼女を今回の事件に導いたのでしょうか？

私はこの報道を耳にしたとき、詳細は不明のままながらとっさに次の様に思いました。「この病院では患者さんの死亡に際して、主治医がその場に現れなかったのではないだろうか…」と。メディアは彼女の動機として「患者さんが死亡した時、家族への説明が面倒で苦痛だった」とのみ、報じました。

私自身、四半世紀の心臓血管外科医時代、所属科で患者さんが亡くなったときの説明を、部下にさせたこと一度もありませんでした。すべて自分で行いました。ましてや看護師にそういったことをさせるなどは思いもよらぬことです。役割が違います。患者さんの病状が悪化して死期が迫って来たときには、その旨を事前に家族には説明しておき、最終的に患者さんが亡くなったと看護師または主治医から連絡があれば、夜中や未明【フローレンス・ナイチンゲール】にかかわらず、必ず出向いて死亡を確認し家族に説明しました。そして、病院からお帰りになるときの「お見送り」も、主治医と共に必ず行ってきました。患者さんの死亡に対する最終責任は、所属長である私にあると常に意識していました。

この病院には43床の療養病棟があり、2016年7月から9月にかけて48人の患者さんが死亡したとも報じられました。療養病棟とは言え、短期間に余りにも多数の方が亡くなっています。こういった異常な事態が放置されていたということからも、臨終の際に医師がその場に現れなかったのではないかと疑うのです。これだけの死亡に対して医師がきちんと対応すれば、看護師よりも担当医師の方が先に疲弊してしまうでしょう。因みに徳島で療養病棟に勤務する看護師に、患者さんが亡くなった時主治医はその場に来ますかと尋ねると、「連絡だけしてくれたらいい」という場合もあるとのことでした。医師が臨終の際に現れず、事前に病状の説明がきちんと家族になされていないようなら、その場の看護師が矢面に立たされることでしょう。

件の看護師に義務化されていたという「説明」とはどのような事であったのか、それを見極める必要があります。患者さんの死亡に際して私が見てきた看護師の役割は、死後の処置であるエンゼルケアと遺族への慰撫、また遺体搬送の案内といったことでした。一人の患者さんに一人の看護師が専属で対応するというPrimary Nursing制度をとらない日本の看護業務において、患者さんの逝去にまつわる看護が、人を殺すに至るような強い精神的負担になるとは思えません。

逮捕された看護師に課せられた「説明」という業務が、どのようなものであったのか、裁判での審理内容に注目したいと思います。医師が行わなければならなかった内容が多く包含されていたのではと危惧しています。

「レントゲンで心臓が大きいといわれたので気になって…」と訴えて受診された方が何人かありました。胸部レントゲン写真を撮り直してみると、心臓の大きさは正常でした。「その医療施設では誰がレントゲンを撮っていますか？」と尋ねると、「看護師です」との返事。看護師がレントゲン撮影をするのは違法です。胸部レントゲン写真の撮影では、被写体の人に大きく息を吸ってもらった状態で撮影しないと、心臓の影は大きくなってしまいます。レントゲン写真を撮るのは放射線技師、または医師の役目です。

日本の医師は「看護とは何か？」ということをもっと真剣に考え、医師と看護師との業務に重なる部分はあるにしろ、それぞれの本質的な業務内容をきちんと把握して認識し、医療の重要なパートナーである看護師と、日々の診療を確実に行っていく必要があると思います。【坂東】



看護とは何か？