

続

5 疾病の 口腔ケア

プロフェッショナルな
実践のための Q&A 55

編著

藤本篤士
糸田昌隆

武井典子
大野友久

東森秀年
永田俊彦

がん

脳卒中

精神疾患

糖尿病

急性
心筋梗塞

Question

21

脳卒中の治療はどのように行うのでしょうか。
くも膜下出血、脳梗塞、脳出血で症状などの
違いはありますか？
また口腔に現れる症状にも違いはありますか？

高嶋英昭（医師）

Key Words

脳卒中、くも膜下出血、脳梗塞、脳出血、誤嚥性肺炎、嚥下障害

Answer

“脳卒中”とは脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の総称ですが、その治療法はそれぞれの病型や病期および重症度によって異なります。急性期では脳梗塞に対しては主に内科的治療が行われます。

一方、脳出血の一部では開頭術や穿頭術などの手術が、くも膜下出血のほとんどでは脳動脈瘤クリッピング術や脳血管内治療などの外科的治療が行われます。

■脳卒中の概要

脳梗塞・脳出血・くも膜下出血の総称。死亡者数は減少傾向だが、発症数および後遺症をもつ生存者は年々増加。

◆“脳卒中”とは脳の血管の破綻に起因する脳梗塞・脳出血・くも膜下出血の総称で、“脳血管障害”ともよばれます（図1）。脳卒中の原因は主に脳の動脈の閉塞や破裂です。卒中とは“急にあたる”ことを意味し、脳血管の破綻により“突然”症状が出現することがその特徴です。

◆脳卒中はがん・心疾患・肺炎に次いで日本人の死因第4位であり、ここ20年で死亡数は減少傾向にあります。しかしながら、わが国における脳卒中の発症率は心筋梗塞の3～10倍といわれており、高齢化の進行に伴い脳卒中を発症する人は年々増加しています。さまざまな臓器に起こるがんの総患者数142万人に対して、1つの臓器に起こる脳卒中の総患者数は137万人です。医療の進歩に伴い死亡数は減少しましたが、後遺症を残して生存している人も数多くいます。

◆以前は脳出血が多いことが日本人の脳卒中の特徴とされていましたが、近年出血性脳卒中の割合は減少し、現在では脳卒中の約7割が脳梗塞、2割が脳出血、1割がくも膜下出血です。

*①脳卒中の医療費

死因第2位の心疾患にかかる年間の医療費9千億円に対し、死因第4位の脳卒中にはその2倍の1兆8千億円が使われており、これは総医療費の約1割にあたる。

■後遺症も多岐にわたり、要介護・寝たきりの原因の第1位。

◆脳卒中の後遺症には麻痺・言語障害（失語症・構音障害）・嚥下障害・感覚障害・視力視野障害・高次脳機能障害（失行・失認・注意障害・記憶障害など）・気分障害（抑うつ）などがあります。

◆急性期病院退院時に死亡退院が約1割、在宅復帰できるものが4～5割、残りは回復期病院その他の病院・施設へ転院・転所を余儀なくされます。脳卒中は要介護の原因の第1位（25%）であり、寝たきりの原因の第1位（38%）です*①。

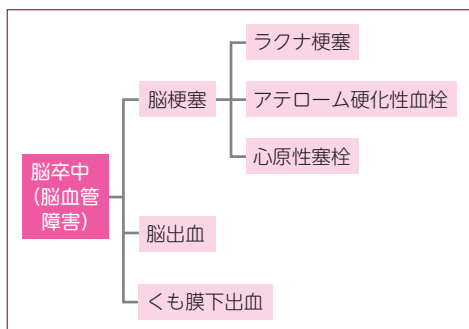


図1 脳卒中中の病型

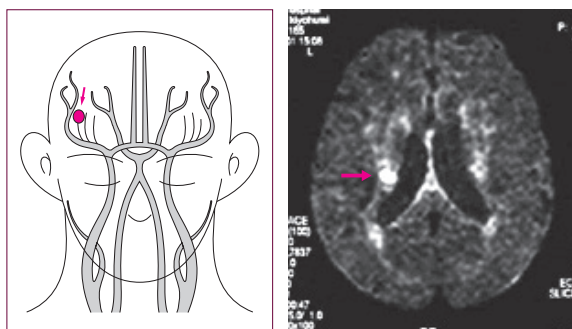


図2 脳梗塞-1. ラクナ梗塞（MRI 拡散強調像）
中大脳動脈の穿通枝に起こったラクナ梗塞。

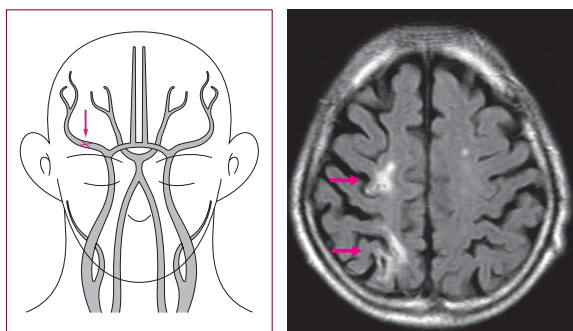


図3 脳梗塞-2. アテローム硬化性血栓（MRI FLAIR 像）
中大脳動脈自体の高度狭窄によるアテローム硬化性血栓。

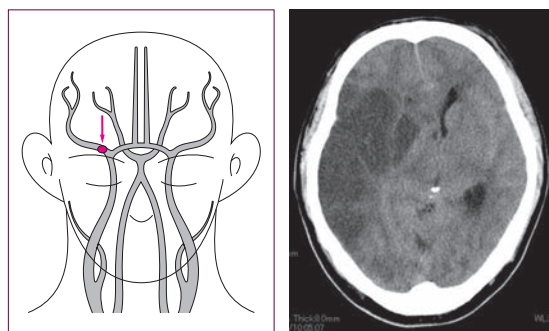


図4 脳梗塞-3. 心原性塞栓（CT 像）
心臓でできた血栓が中大脳動脈に流れ着いて起こった心原性塞栓。

■脳卒中の治療

1 「脳梗塞」の治療

■ラクナ梗塞、アテローム硬化性血栓、心原性塞栓があり、約半数が心原性塞栓。

◆脳梗塞は、穿通枝とよばれる細い動脈が閉塞して起こるラクナ梗塞、脳主幹動脈（内頸動脈や中大脳動脈など大きな動脈）の狭窄・閉塞が原因となるアテローム硬化性血栓（脳血栓）、心房細動などの心疾患により心臓内にできた血栓が脳の動脈まで流れ着いて起こる心原性塞栓の3種に大きく分けられます（図1～4）。後者になるほど梗塞の範囲は広く、重症度も高くなります。

1) 急性期の治療

■薬剤による点滴治療が主。脳浮腫が著明な場合は外減圧手術も。

◆発症4.5時間～6時間の超急性期にはアルテプラゼ（tPA^{*②}）のような血栓溶解薬の全身投与や血栓回収用の特殊なカテーテルを用いた脳血管内治療が行われることもあります。一般的には症状の進行予防や再発予防を目的とした薬剤による点滴治療が行われます。

◆急性期に点滴投与される薬剤には、ラクナ梗塞やアテローム硬化性血栓に対して使

*② tPA

組織プラスミノゲン活性化因子（tissue plasminogen activator）。脳血管に詰まった病的な血栓を溶解し、再開通を図る血栓溶解療法薬。

くても、麻痺が改善することが多く、リハビリテーションなどを含む適切な口腔ケアで経口摂取可能となる可能性が高いです。しかし、両側の錐体路が障害されると、麻痺の改善が乏しくなります。これを仮性球麻痺とよびます。

CLINICAL CASES

Case 1 錐体路障害による口腔の障害と口腔ケア

- 患者は85歳女性。病前は独居でADLは自立、身体障害もなく、突然の意識障害発症により当院を受診しました。左重度片麻痺・左半側空間無視を認め、頭部CT・MRI上、右側頭葉と後頭葉の広範な脳梗塞（図2）を認め、心原性脳塞栓（右中大脳動脈領域）と診断され、入院しました。
- 入院時の脳卒中急性期の口腔所見は、口腔内汚染著明で、中咽頭に白色粘稠痰の貯留がありました。また、顔面・口腔運動では、左顔面神経麻痺による左口角の低下と左口唇運動の低下を認め、左舌咽・迷走神経障害による軟口蓋の挙上障害、舌下神経麻痺による舌の左への偏位を認めました（図3）。また、非麻痺側の顔面、軟口蓋、舌の運動障害も認めました。
- 口腔ケア・口腔器官の運動訓練・嚥下訓練を実施したところ、3週間後に嚥下食を1日に2回摂取可能となりました。また、発症から7週後、非麻痺側の顔面・軟口蓋・舌の運動障害は改善し、麻痺側も表2のように口腔内所見・口腔器官の改善を認め、主食：とろみ粥、副食：きざみ食での食事を1日3回摂取可能となりました。
- 以上のように、一側性の錐体路障害であれば、脳卒中の範囲が大きく、急性期の口腔症状が重度であっても、適切な医学的治療や口腔リハビリテーションを含む口腔ケアを行えば、口腔・嚥下機能の改善が期待できます。

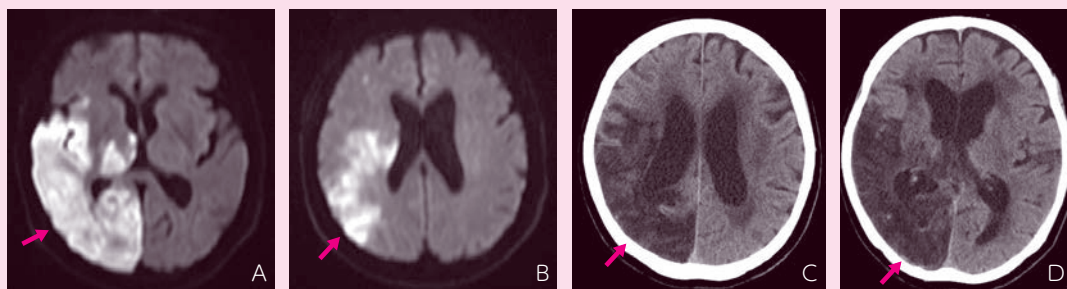


図2 Case 1の患者の頭部CTおよびMRI画像

A, B：頭部MRI拡散強調画像。前頭葉、頭頂葉、側頭葉の広範な高輝度信号。
C, D：頭部CT画像。MRIの高輝度信号に一致した部位、低吸収域。

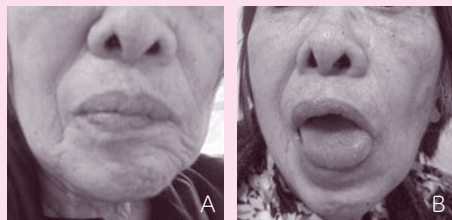


図3 同患者の口腔・顔面症状

A：左顔面神経麻痺による左口角の低下
B：舌下神経麻痺による舌の左への偏位などが認められる。

表2 Case 1の患者の口腔・顔面・嚥下機能の経過

口腔・顔面・嚥下所見	入院時	8週間後
麻痺側 口角・口唇運動	運動不可能	運動可能
非麻痺側 口角・口唇運動	運動低下	運動正常
軟口蓋	両側挙上低下	麻痺側のみ挙上低下
舌	麻痺側へ重度偏位、挺舌困難	麻痺側へ軽度偏位、挺舌1横指可能
嚥下	嚥下反射の著明な遅延	嚥下反射の軽度の遅延
摂食状態	摂食不可能	3食経口摂取可能