広告　企画・制作　朝日新聞社広告部

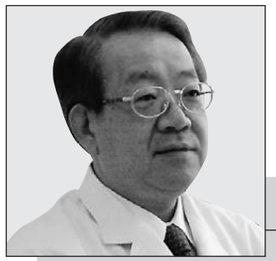
紙上座談会

地域連携を進め、早期治療とリハビリ体制の確立を

脳卒中からの早期回復のために

血管内治療

高齢化社会の中では、誰にとっても身近な病気・脳卒中。その治療においては死亡を防ぐだけでなく、後遺症を抑え早期の社会復帰をはかることが重要であり、低侵襲（体への影響が少ない）で回復の早い脳血管内治療は、そのカギを握るものとして大いに注目されている。医療法人文佑会原病院理事長の原文彦氏、福岡大学筑紫病院脳神経外科講師の風川清氏、同病院医師の呉義憲氏に、最新の脳卒中治療や医療連携の重要性についてうかがった。



医療法人　文佑会　原病院
理事長　原　文彦氏

1981年福岡大学医学部卒業。同大学病院第一内科（神経内科）を経て、91年より原病院（大野城市）副院長、99年より院長。01年から医療法人文佑会原病院となり理事長兼任。日本内科学会認定内科医、日本リハビリテーション医学会認定医など。

寝たきりや後遺障害を招くことの多い脳卒中

――脳卒中とはどのような病気ですか。

原　大きく分けて、虚血性（血流が不十分になり起こる疾患・脳血栓や脳塞栓など）と出血性（脳内出血やくも膜下出血など）の二つがあります。基礎疾患として高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満などの生活習慣病がある方に起こりやすく、脳血管の急激な病変により死に至ることや、身体の機能障害（運動障害や言語障害など）が残ることの多い病気です。

――脳卒中の方は増えているのですか。

風川　日本人の三大死因はがん、心臓病、脳卒中ですが、血圧のコントロールが進歩していることで脳出血が減少し、脳卒中全体の死亡率も下がってきています。しかし、高齢化社会に伴い、患者は増加しており一命はとりとめても寝たきりになる方が多くなっています。

原　2004年1月現在で、日本で継続的に脳卒中の治療を受けている方は147万人。寝たきりの方の約4割が脳卒中であると言われます。

呉　生活習慣病を長期にわたって放置してきた方は、すでに脳卒中の原因となる動脈硬化が進行している可能性があります。その疾患の治療はもちろんながら、一度は脳の専門医を受診して精密検査を受けておくと良いと思います。

開頭しないので侵襲が少ない脳血管内治療

――治療はどのように行うのですか。

風川　例えば、くも膜下出血は脳底部の動脈に生じたこぶ（動脈瘤）が破裂して起こる場合がほとんどですが、従来は開頭してクリッピング（クリップで動脈瘤をつまむ）手術を行い、動脈瘤への血流を遮断する方法が一般的でした。しかし現在は、血管内治療も行われるようになり、非常に良い治療成績を上げています。

――具体的にはどのような治療法ですか。

風川　太ももの動脈からカテーテル（細い管）を挿入し、脳の病変部位まで到達させた後、先端からプラチナ製の細いコイルを挿入し動脈瘤に充てんしていくものです。血流を遮断するという考え方はクリッピングと同様ですが、開頭をしないので侵襲が少なく、回復も早いことが特徴です。また脳梗塞の原因となる首の細くなった頸動脈を血管内から広げる治療も我々は積極的に取り組んでいます。

原　動脈を血管内から広げる治療のおかげで、今まで外科的治療を勧めることを躊躇してきた高齢者や全身の合併疾患で体力の弱っている方にも、治療を勧めることができるようになりました。従来の外科的治療だと、開頭手術や頸部にメスを入れるということもあり、患者様自身が拒否されることも少なくありませんでしたが、最近では治療適応が広がった印象があります。

欧米に比べ脳血管内治療の普及が遅れている日本

――血管内治療は増えているのですか。

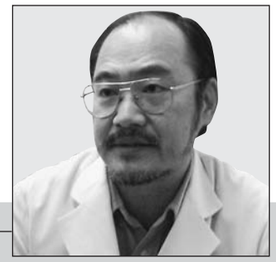
風川　動脈瘤に対する血管内治療はヨーロッパでは半数以上、アメリカでも半数近くの患者さんに対して行われていますが、日本ではまだ15％程度に留まっています。血管内治療は本格的に始まってまだ7～8年の新しい治療法ですので、日本ではこれに取り組む医師や施設の数が限られているのです。

呉　しかし、血管内治療は開頭手術に比べ予後が良いという実感が、手術を行う私たち医師にもあります。実際にイギリスの研究グループからもくも膜下出血例では、開頭術より血管内治療の方が1年後の死亡率や障害が残るリスクが少ないという発表がありました。

風川　我々の経験でも、社会復帰後の本人や家族の満足度が血管内治療を受けた患者様の方が高い印象があります。

呉　血管内治療では脳に全くふれる必要がありません。そのため順調に終了すれば、正常な脳を損傷することもなく、すでにダメージを受けている脳に対しても優しい治療と言えます。

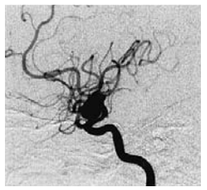
風川　もちろん、どんな場合でも血管内治療が行えるわけではありませんし、開頭手術の方が安全と思える場合もあります。病変の部位、形、大きさにより、より良い治療法を選択することが重要です。



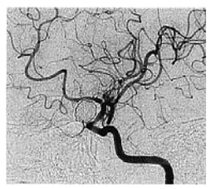
福岡大学筑紫病院　脳神経外科
講師　風川　清氏

1982年防衛医科大学校卒業。同大学校附属病院、自衛隊中央病院、国立循環器病センター、福岡徳洲会病院などを経て、01年より現職。医学博士。日本脳神経外科学会認定専門医。日本脳神経血管内治療学会認定指導医。

脳血管撮影



治療前の状態



コイルで治療後、瘤が造影されていない

資料:福岡大学筑紫病院脳神経外科

急性期・回復期・維持期それぞれに必要なリハビリ

――寝たきりを予防するうえではリハビリも大切ですね。

原　リハビリの目標は「身体的自立」と「社会的自立」であり、それには脳卒中の急性期から回復期、維持期へと継続的で適切なリハビリを続けていくことが大切です。

――具体的にはどのようなことですか。

原　まず急性期リハビリのポイントとなるのは、麻痺や言語障害の程度、残存機能の状態を見極め、以後のリハビリのためのプログラムを作成することです。回復期には、失った機能を取り戻すことを目的として本格的なリハビリに取り組みます。そして一定期間の後にもう一度患者さんの状態を把握し、可能であれば自宅に帰し、まだ難しいようであれば介護施設などで維持期を診ることになります。

呉　一般的にはリハビリはできる限り早く開始すべきです。大学病院などの高度先進医療施設は社会や家庭復帰までのリハビリを担当することは不可能なため、病状が安定した時点で地域の病院で専門的に行うという例が多いですね。

――リハビリの方法や考え方も変わりつつあるということですが。

原　例えば私たちが生卵をつかむ時には、無意識でその重さや硬さ、大きさを認知し、割らず、落とさずに持つことができます。しかし、こうした機能は運動療法だけでは回復させることができません。そのため最近では、脳の認知過程（知覚・注意・記憶・判断・言語）を活性化させ機能回復を試みることを目的とした、新しいリハビリの取り組みも始まっています。

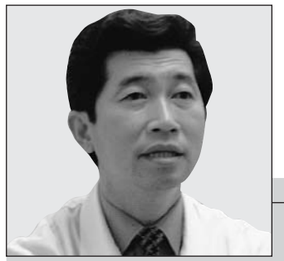
地域の医療連携を進め早期回復と社会復帰を支援

――脳卒中の治療やケアをスムーズに行うには医療機関相互の連携が欠かせませんね。

風川　家族に脳卒中発症者の多い方や、高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病をお持ちの方は、普段からお住まいの地域に「脳外科医」や脳卒中治療を専門とする「内科医」のかかりつけ医がいると安心ですね。万一重症の脳卒中にかかったり、手術が必要となった場合も、かかりつけの先生からこれまでの経過や症状について詳しくうかがえれば、急性期治療を担当する医師には非常に有用な情報となりますし、患者さんも心強いでしょう。

呉　おそらく一般の方が思う以上に、「脳のかかりつけ医」の必要性は高いといえるでしょうね。もちろん状態によっては手術にまで到らず内科治療だけで済むことが多いので、怖がらずに受診していただきたいと思います。どんな小さな症状でも「年だから」と諦めず、気になることがあれば我慢せず医師に相談してください。

原　脳卒中の治療には、その予防対策も含め、医療機関同士だけでなく介護施設や行政との連携・協力が欠かせません。地域の中で脳卒中の方を早期に発見・治療し、適切なリハビリを経て社会復帰していただくために、総合的な「脳卒中治療体制の確立」がますます重要になっています。



福岡大学筑紫病院　脳神経外科
医師　呉　義憲氏

1989年福岡大学医学部卒業。同大学病院脳神経外科、テキサス大学MDアンダーソンガンセンター、白十字病院、生井脳神経外科病院などを経て、03年より現職。医学博士。日本脳神経外科学会認定専門医。（5月開業予定）