

## 脳卒中の初期対応

東京慈恵会医科大学神経内科教授

井口保之

(聞き手 池脇克則)

---

脳卒中（特にTIA）の初期対応についてご教示ください。

<埼玉県勤務医>

---

**池脇** この10年で脳卒中の治療が大きく変わったとよくいわれますけれども、具体的にどういうことなのでしょううか。

**井口** この10年で大きく変わったのは、まず超急性期の脳梗塞に対してTPAという点滴の薬が日本で使われるようになったということ。加えて、血管内治療、細いカテーテルという管を使って血栓を直接取りにいく、壊しにいく、そのような治療が日本で広く行われるようになってきた。その2つが大きな進歩だと考えます。

**池脇** このTPA、いわゆる血栓溶解療法に関しては、その適応が以前は発症3時間以内となっていたのが4時間半ということで、1時間半延びた。ちょっと遅くても効果があるというデータが出たからなのでしょううか。

**井口** そのとおりです。ただし、そ

れは遅くに治療していいということではありません。たとえ患者さんが少し遅めに来たということであっても、できるだけ早く治療を開始しなければいけない。それは変わりません。ですので、今までの診療体制が決して緩くなったわけではなくて、今までと同様、あるいは今まで以上に積極的に治療開始までの時間を短くする努力が必要だというふうに考えます。

**池脇** もう一つ、血管内治療ですが、どういうふうに判断して、血管内治療を行うのですか。

**井口** 基本的には超急性期の脳梗塞で45時間以内に来院患者さんに対してはTPAの静脈注射の治療を行います。例えば、45時間を超えて来たような患者さんで、今なお頭の太い血管が詰まっているような患者さんには、カテーテルを使った血管内治療によってその

血の塊を壊したり、取りにいったりする。そういった治療が優先されます。あるいは、TPAの治療をやったのだけれども、やり終わったあとに今なお血の塊が頭の血管の中に残存していて、かつ神経症状がかなり残っている、そういった患者さんに対しては、TPAの静注療法、点滴の治療に引き続いて、カテーテルによる血管内治療を行う。そういったオプションがあります。

**池脇** 血管内治療の位置づけ、役割がだいぶはっきりしました。こういった脳卒中専門の医療チームというのは、先生のような神経内科の先生、そして血管内治療というと、これは脳神経外科の先生がおやりになるのが多いのでしょうか。

**井口** わが国で血管内治療を主にやっているのは脳神経外科の先生方です。一部に神経内科あるいは脳卒中を専門とする内科の先生方、かなり少ないが放射線の先生方がやられているのが現状だと思います。

**池脇** そういう意味では、単一の診療科を越えて、チームとして24時間治療するという体制を、日本全国というわけにいかないかもしれませんが、だいぶそれは普及しつつあるということなののでしょうか。

**井口** そうですね。ここ10年で各地に脳卒中センターというものが多く設立されてきていまして、特に大都市あるいは地方の都市ではそういったもの

がつくられつつあります。しかしながら、全国津々浦々にそういった医療体制が構築されているかという点、まだそういった状況ではなく、引き続き地域の医療機関あるいは行政が連携して、そういった診療体制をつくる努力が必要かなと考えます。

**池脇** 今回は脳卒中の初期対応という質問なのですが、先生方、いわゆる脳卒中専門の医療チームの側に、患者さんが運ばれてくる。これは患者さん、あるいは家族が直接救急車で来られるのか。あるいは、その間に一般の先生が介在しているのか。どういふものが多いのでしょうか。

**井口** 基本的には発症から4.5時間以内あるいは8時間以内という超急性期の脳梗塞あるいは脳梗塞疑いの患者さんの場合には、一般医家の先生を介さずに、直接救急車によって患者さんが運ばれるケースが増えています。また、スムーズに治療を開始する、あるいは発症から治療開始までの時間を短縮するには、そのような直接救急車によって患者さんが搬送されるシステムが望ましいと考えます。

**池脇** 時間との戦いという意味では、患者さんあるいはその家族が的確に判断していただいて救急車を要請するというのが、先生のお立場だと一番理想的といっているのでしょうか。

**井口** そのとおりです。やはり患者さん自身が「こういった症状が出た」

とか、あるいは患者さんに付き添っている方が「こういった症状があった」と、そういった生の情報が診療のうえで一番役立ちますので、そういった情報をできるだけ早くて確実に病院のほうに持ってくるというのが大事なと考えます。

**池脇** 一般のいわゆる非専門の先生方がたまたま初期に診られるということもあるのだろうと思うのですけれども、そういうときにどういうふうに対応するのか。これもやはり時間が大事ということになりますと、あまりそこでいろいろな検査をするのもよくないわけです。そういう意味で、そういった先生方に、先生のお立場から、こういうふうに診てほしいということに関してはどうでしょうか。

**井口** まず一般医家の先生方も、患者さんと同様、あるいはそれ以上に脳卒中の基本的な知識をご理解いただくと、非常にスムーズに診療は進むかと思えます。

まず重要なのは、その症状が突然起こったのかどうかということになります。さらに、基本的な脳卒中の症状といわれている五大症状、まず一側の手・足に力が入らない、あるいは一側の手・足が急にしびれる、次にしゃべりが悪くなった、ろれつが回らないという言語の症状、3番目は物が二重に見える、あるいは片側だけが見えにくいという目の症状、4番目は突然ふらついて歩

けない等の歩行障害、典型的なのは、最後になりますが、クモ膜下出血などで認める突然の頭痛、こういったような症状があるか、あるいはあるかもしれない。実際、クリニックで患者さんを目の前にして、あるというふうに判断された場合には、できるだけ早く脳卒中を専門としている病院のほうに紹介状を書いてご紹介いただくのがいいかなというふうに考えます。

**池脇** いつ来てても的確に搬送できるように、あらかじめ医療連携も確立しておいたほうがいいわけですね。

**井口** そのとおりです。病診連携というのは非常に重要かと考えます。

**池脇** 明らかな神経学的な症状の脳卒中の患者さんであれば、的確に速やかに搬送するということになるわけですが、TIAというのはなかなか難しいのでしょうか。

**井口** そのとおりです。TIAの患者さん、いわゆる一過性脳虚血発作の患者さんは、ほとんどが外来受診時には症状はありません。ですので、まさに患者さん、あるいはそこに付き添っている方のお話を聞いて、こういった症状があったかもしれないな、先ほど言ったような五大症状のような症状があったかもしれないなということを類推しながら患者さんを診ていかなければいけないというところで、ワンステップ、技術的には診療が難しくなるかもしれないです。

**池脇** 疑わしい症例に関して、先ほど五大症状というふうにおっしゃいましたけれども、TIAのときにはこういうことも注意すべきというものは何かあるのでしょうか。

**井口** TIAの場合は、脳梗塞と同様なのですけれども、重要と思われるのは症状が起こってから完全に消えてしまうまで、どのぐらいの長さがあったのか。症状の持続時間というのですけれども、例えばそれが1時間を超えてくるとなると、おそらくは頸部の血管あるいは心臓等に、頭の中の血のめぐりを悪くするような重篤な病態が隠れている可能性が高くなる。そういったことも患者さんのお話を聞くうえでポイントになってくるかなと思います。

**池脇** 症状が出て、消えて、しばらくして普通に歩いて来られる患者さん、そういった方に対しても基本的には同じ対応なのでしょうか。

**井口** もし患者さんが症状がおさまってしまってから48時間以内に来られたとか、あるいは24時間以内、1日以内に来られたという場合には、その後、引き続いて同じようなTIAの症状が出たり、あるいは場合によっては脳梗塞

となって症状が固定するような発作が出たりする可能性は非常に高くなります。ですので、最後の症状が出たときから近ければ近いほど緊急疾患として扱っていただくということが重要になるかと思います。

**池脇** いずれにしても、いつ起きたかも重要ですし、それがTIAなのか、そうではないのか、これをきちんと診てもらって、TIAが疑わしければ専門の医療機関に送っていただくということでしょうか。

**井口** そのとおりです。

**池脇** 先生方は市民に対する啓発活動、一般の先生方に対する啓発活動をどう行われているのでしょうか。

**井口** 我々は、まず一般市民に対し、①脳卒中は救急疾患で、②脳卒中の五大症状、③もし脳卒中を疑った場合にはすぐに救急車を呼んで、適切な医療機関に搬送してもらうことを啓発しています。日本脳卒中協会を中心に、こういった3つのことを市民公開講座、ポスター、テレビCM等で啓発しています。

**池脇** どうもありがとうございました。