

何かと忙しい時期になりましたね。寒さも一段と厳しくなっていますので、体調を崩さないよう規則正しい生活をし、うがい・手洗いもしっかりと行い、健康管理には十分気を付けて毎日をお過ごし下さい。

脳卒中にならないために ・ 脳卒中高危険群について（その1）・

脳卒中は日本人の死亡原因の第3位ですが、一つの臓器の一つの病気としては第1位で2割弱を占め、入院原因の第2位を占めています。また寝たきりの最大原因で4割を占め、医療費の1割弱を占める社会的負担の大きい病気です。最近、超早期の診断・治療、早期からのリハビリなどが進歩しましたが、社会復帰が困難で脳卒中後遺症に苦しんでいる人も多くいます。

脳卒中にならないためには、脳卒中を起こしやすくする因子（脳卒中の危険因子）をきちんと管理することが大切です。

脳卒中の予防には

- 0.5 次予防:脳卒中危険因子のない人々への危険因子の啓蒙
- 1 次予防:脳卒中危険因子の予防
- 1.5 次(崖っぷち)予防:脳卒中の前触れ(一過性脳虚血発作など)の予防
- 2 次予防:脳卒中再発の予防

があり、中でも 1 次・1.5 次予防が大切です。脳卒中の危険因子には修正不可能な因子と修正可能な因子があります。修正不可能な危険因子には年齢(加齢と共に脳卒中は増加)、性別(脳梗塞・高血圧性脳出血は男性に、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血は女性に多い)、家族歴(家庭歴を有する成人では未破裂脳動脈瘤の発見率が高く、脳卒中の発症も高い)があります。

修正可能な脳梗塞(高血圧が原因で細い血管が詰まるラクナ梗塞、動脈硬化:アテローム硬化により太い血管が詰まるアテローム血栓性脳梗塞、心房細動や心臓弁膜症のため心臓内にできた血のかたまり:血栓が脳血管に入り込み詰まる心原性脳塞栓症の3種類)危険因子には、高血圧症・心房細動・無症候性脳梗塞・無症候性頸動脈狭窄・高脂血症・糖尿病・喫煙・肥満・多量の飲酒(60g/日以上)・高リン脂質抗体症候群・血漿フィブリノゲン高値・高ホモシステイン血症・高ヘマトクリット血症があります。シュトラウスによれば脳梗塞の相対的危険性は高血圧症 3~5 倍・心房細動 5~17 倍・無症候性頸動脈狭窄 2 倍・高脂血症 1.8~2.6 倍・喫煙 1.5 倍・肥満 1.8~2.4 倍・多量の飲酒 1.6 倍とされています。その中でも **脳梗塞高危険群**とは

① 無症候性脳梗塞

- ② 無症候性頸動脈狭窄(狭窄率 60%以上)
- ③ 高度な大脳白質病変
- ④ 複数の脳梗塞危険因子(メタボリックシンドローム:内臓脂肪症候群)
- ⑤ 一過性脳虚血発作(TIA)です。

【エタノール 30g:酒 1 合、ビール大瓶 1 本、ワイン 300 Ml、ウイスキーダブル 1 杯】

無症候性脳梗塞は潜在性または隠れ脳梗塞とも言われ、TIA を含む脳卒中発作の既往がなく、また関連する神経症候(上肢や下肢の脱力、深部腱反射の左右差、脳血管性認知症:痴呆など)を認めないが、頭重感、めまい感などの自覚症状、軽度のうつ状態や物忘れはあってもよい脳梗塞です。無症候性脳梗塞の危険因子は発症が明確な脳梗塞の危険因子と本質的には同じで、加齢と高血圧が最大の原因と言われています。また無症候性脳梗塞の中で最も多いラクナ梗塞、特に多発性ラクナ梗塞は脳血管性認知症に密接に関連しています。無症候性脳梗塞から症候性脳梗塞が発生しやすいかについて、2 つの日本の研究では、無症候性脳梗塞あり群ではなし群と比較して約 10 倍脳卒中(主に脳梗塞)発生が増加していました。脳梗塞のほかに小数例では脳出血・くも膜下出血も発生していました。無症候性脳梗塞が発見された時には、専門医による脳血管の評価(MRI による脳血管撮影:MRA、頸部血管超音波検査)を行い、まず危険因子(特に高血圧)の管理・治療を行い、必要に応じて抗血小板療法などを検討します。見た目で見える無症候性脳梗塞は「水戸黄門症候群」と言われ、

特徴は

- ① テレビのチャンネル権を占有
- ② 筋の明らかな番組しか見ない(水戸黄門など)
- ③ 番組を見ながらすぐ寝てしまう
- ④ 家族との対話が少ない
- ⑤ 表情が乏しい
- ⑥ すぐに飽きる、長続きしない
- ⑦ 年齢より老けて見える

無症候性頸動脈狭窄(狭窄率 60%以上)は 50 歳以上の約 6%にみられ、加齢と共に進行し、狭窄側脳梗塞の危険率は1年間に1-6%と言われています。無症候性頸動脈頸部狭窄(狭窄率 60%以上)に対する頸動脈内膜剥離術(CEA)の大規模臨床試験 1995 年(ACAS、2004 年 ACST)では、いずれも5年間の脳卒中発生率は CEA 群では内科的治療群の半分に減少しました。最近では血管内治療(頸動脈ステント術:CAS)も行われるようになり、CEA と同様に有効で、最近の日本の 50%以上の頸動脈頸部狭窄の調査(JCAS)では無症候性の狭窄率 60-80%では 58%に、狭窄率 80%以上では 89%に CEA または CAS が行われていました。無症候性頸動脈頸部狭窄への対応として、専門医による注意深い評価(狭窄度・頸部血管超音波検査、脳循環検査など)が勧められ、禁煙・節酒を勧め、高血圧・高脂血症・糖尿病などの危険因子の治療を行い、必要に応じて抗血小板療法、外科的治療(CEA または CAS)などを検討します。

高度な大脳白質(脳室周囲・深部皮質下)病変は MRI 上高信号として認められ、脳卒中の高危険群

であり、治療可能な危険因子、特に高血圧の積極的治療を行います。また認知機能低下・前頭葉機能低下をきたす可能性があり、脳血管性認知症の予防の観点からも重要です。

複数の脳梗塞危険因子(メタボリックシンドローム:内臓脂肪症候群)は死の四重奏とも言われ、高血圧症・糖尿病・高脂血症・内臓脂肪型肥満の4つが合併し、脳梗塞・心筋梗塞を起こしやすいと言われています。2005年に日本でのメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)診断基準が発表されました。必須項目には内臓脂肪面積100 cm²以上に相当するウエスト周囲径男性85 cm・女性90 cm以上。以下2項目以上の選択項目①高トリグリセライド血症(150 mg/dl)または/かつ低HDLコレステロール血症(40 mg/dl未満)②収縮期血圧130 mm Hg以上または/かつ拡張期血圧85 mm Hg以上③空腹時高血糖110 mg/dl以上。メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の詳細については、とまこまい神経外科院内誌No.36(平成18年12月1日発行)を参考にして下さい。

一過性脳虚血発作(TIA)についても以前の院内誌No.34(平成18年6月29日発行)に述べました。TIAとは脳への血流障害による脳機能障害が出現し24時間以内に改善する脳梗塞のことです。発作の多くは2〜15分間持続し、長くても1時間以内が多い。症状は急速に出現し、2〜3分以内に完成し、回復が始まると急速に症状が消失します。TIAを無治療でいると20〜30%が数年以内に改善しない完成型脳梗塞となります。最近、TIAの短期予後について、脳卒中の再発は発症3ヵ月以内10.5%、その内半数は2日以内に起こる。また5つの因子(年齢60歳以上、糖尿病、TIA持続時間10分以上、TIA症状:脱力、TIA症状:言語障害)のうち3つ以上あれば発症3ヵ月以内の脳卒中再発は11〜34%と高率と報告されています。症状が改善するTIAを甘くみてはいけません。TIAと完成型脳梗塞は同じ機序で起きるため、TIAを起こしたらすぐに脳卒中専門病院を受診して下さい。(U.M.)

—小児神経外科とまこまい参上

(来春で3年目)

—こどもの頭痛の診断法(その1)—

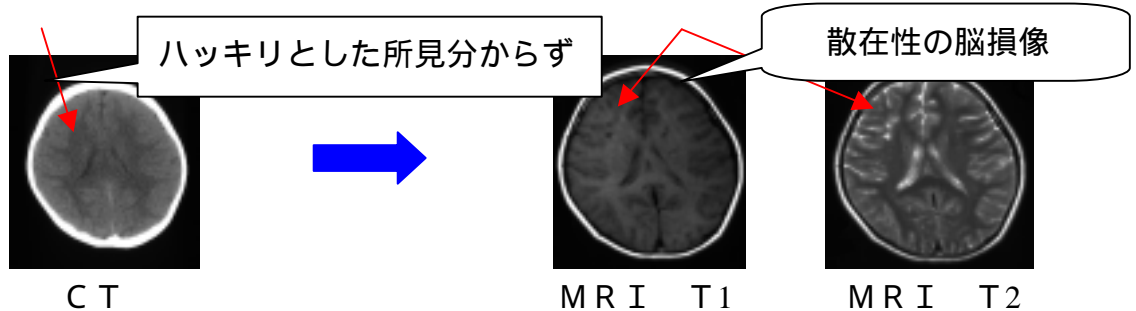
ここ約2年半の経験から、こどもの頭痛は年齢にもよりますが多様で、そして、特徴を持っていることが分かってきました。小さな時は腹部症状を伴うような片頭痛とネグレクト、身体的虐待などに影響された注意欠陥多動性障害(ADHD)に伴った頭痛が目立ちます。幼稚園など就学まじかでは集団生活が始まった為みんなと対比されることが多くなり、能力以上のことを要求される、期待されるなどによる頭痛が目立ちます。就学後(小学生になったら)は、生活様式の変化のみならず生活や学校の中での姿勢や緊張などで緊張が高まって緊張型頭痛が多くなります。小学校高学年から中学ー高校にかけては学校生活、友達関係などのストレスが知らず知らずのうちに原因となった慢性連日頭痛が主となります。そして、これらの1次性頭痛に加えて副鼻腔炎をはじめ、こどもでは、頭蓋逢合早期縫合症(むかしの狭頭症傾向)などの2次性の頭痛のこども達も稀ならず受診します。以上をふまえてのこどもの頭痛の診断は以下のようになります。

小児の頭痛はまず頭痛の発症形態を把握するだけでなく、本人の生活背景がかなり重要です。生まれてから今までの生育歴、家庭生活環境、学校状況を把握することによりその頭痛のストーリーを知るのです。その結果、頭痛の薬を使用しなくとも頭痛が解決することがままあります。ですから当院では“こども専用の聴取表”を用いるだけでなく“頭痛ダイアリー”を記載してもらったり、生まれてからの経時的な状況などをまずはじめに教えてもらうのです(受診したこどもさんのお父さん、お母さん、おばあちゃん、大変かもしれませんがよろしくをお願いします)。

そして同時に1次性頭痛(慢性頭痛)か2次性頭痛(脳腫瘍などによる頭痛)を鑑別するために頭の単純写真やCT、脳波、炎症反応を含めた血液検査が行われます。MRIを必要とする場合もあります。図1は8歳の女の子で6歳からの突然生じる強い頭痛を認めていました。CTでははっきりしたものないなどから片頭痛として対処されてきました。8歳時から私のほうで診ることになり、頭痛があまりにも強いこと、学校での生活とは関係ないことなどからより詳細な評価のためMRIを行ったところ散在性の脳の傷を認め、脳の太い血管がハッキリ描出されず、モヤモヤ病(頭の中の大きな動脈が狭窄、閉塞してモヤモヤした異常血管が生じる)が疑われました。(Y.T)

8才女児頭痛

2年間続く



(つづく・・・次号へ)