

症例報告

早期治療で構音障害が緩解した脳梗塞

加島 郁雄

本症例は鍼灸治療中に脳梗塞を疑い救急車を依頼した患者である。脳梗塞での緊急入院後、構音障害を対象に鍼治療をしたところ症状は緩解した。

症例：83才 女 無職

初診：平成21年10月15日

主訴：ろれつが回らない

現病歴 昨年6月中旬から8月中旬まで火傷のためA単科病院へ入院し、2カ月間ベッドで寝たきりとなった。退院して1週間後、自宅階段での昇降時に腰椎圧迫骨折となりA単科病院へ再度入院したが、今回はすぐに退院し自宅療養となった。しかし、それによりさらに寝たきりを余儀なくされた。

8月下旬より当院にて腰椎圧迫骨折の鍼灸治療を始め、9月下旬には痛みがほとんど緩解していた。

9月30日、いつものように圧迫骨折の治療を始めた。ところが、いろいろ話しかけても『ん…』と軽く低い声が帰ってくるだけなので、疲れているのかなと思いながらも少しおかしいと感じ、『ん…』という答えにはならない質問をしたところ、最初の一言が出にくい状態であることを発見した。筆者は脳梗塞を疑い治療を止め、再度患者がろれつの回らない状態

(構音障害)であることを確認した。その後、手足・顔面の片麻痺やしびれ、めまい、頭痛がないか、物が普通に見えるか、いつものように歩けるか、立ってられるか、筆者の言っていることが理解できるかなどを確認したが、これらは認められなかった。血圧は165/81mmHg、心拍数106を確認した。そして、すぐにB総合病院の救急外来に電話をし、脳梗塞が疑われることを伝え受け入れてくれるかを確認した後、救急車を依頼した。

約15分後、患者はB総合病院の救急外来に搬送され頭部CT検査の結果、出血病変は認めないが脳梗塞が疑われるため緊急入院となった。入院翌日、頭部MRI検査の結果、ラクナ脳梗塞と診断され構音障害改善のため点滴加療が行われた。入院加療は順調で構音障害は日に日に改善され退院時の2週間後(10月14日)には、当初のほとんど会話ができない状態から、ろれつが回らないながらも本人が積極的に会話のできる状態にまで回復した。退院後のB総合病院脳神経外科からの投薬はプラビックス(血栓予防)、プロプレス(降圧剤)と胃薬が処方されている。

10月15日現在、後遺症として構音障害のみが認められる。失語症はない。

言葉は理解できる。四肢・顔面の麻痺やしびれなどはない。嚥下障害、視野の障害、記憶障害、感情の障害、頭痛、めまい、吐気、嘔吐、痙攣、尿失禁、ふらつき、歩行障害、巧緻運動障害はない。うつ状態、睡眠・食欲の障害はない。脳血管障害の既往はない。糖尿病、高脂血症、心房細動、弁膜症、心筋梗塞、心筋症などを指摘されたことはない。

なお、前駆症状については『とくに思い当たることはないが、その日は一日中ベッドで安静にしていたが、昼過ぎに頭が重く感じたので血圧を測ったところ、180mmHgもあったのでびっくりしてさらに安静にしていた』と語った。また、約5年前より9月下旬までA単科病院から降圧剤が処方されていた。他の常用薬物はない。スポーツはしていない。タバコ・アルコールは飲まない。ときどき腰椎圧迫骨折をした周辺が痛む。その他、一般状態は良好である。

既往歴：約5年前、A単科病院でS状結腸癌(膀胱浸潤、1群リンパ節まで切除)

家族歴：兄と妹が脳出血

診察所見：構音障害がある。意識清明。思考能力の障害、痴呆はない。血圧140/88mmHg。心拍数は79。体温36.5度。不整脈はない。月日、年齢を正確に言える。命令(開眼・閉眼、握手)への反応は正常。対光反射正常。外眼筋運動正常。半盲、半側空間無視はない。顔面麻痺はない。上・下肢の運動正常。四肢の運動失調なし。四肢の触覚・痛覚正常。硬結部位が天柱から風池にかけて検出され、圧痛が天柱、風池に認められた(図1)。

診断：本症例は臨床症状からラクナ脳梗塞の後遺症としての構音障害と推測した。

対応：ろれつが回らないのは、血管が詰まったところの脳が機能的に壊死したことによる障害です。しかし、幸い詰まった血管が細く範囲も狭かったので症状も比較的軽くて済みました。さらに早期の治療が可能だったので障害も当初よりかなり良くなっています。鍼灸治療でも早期の治療でこれと同じような後遺症がほぼ消失したことを経験しています。今はまだ2週間目ですし、症状も緩解する可能性が十分にあります。

治療・経過：鍼灸治療は血流改善による構音障害の消失を目的に以下のように行った。

治療体位は伏臥位で胸腹部に厚さ約20cmの枕を、足首に厚さ約8cmの枕をそれぞれ挿入し治療を行った。使用鍼はステンレス製スプリング式三稜鍼を用いて天柱、風池に約1mm刺入し、吸角を行った(図1)。

第2回(10月16日) 治療後、ろれつが少し回るような気がした。治療は前回と同様。

第3回(10月17日) 会話があまりひっからなくなってきた。治療は前回と同様。

第5回(10月19日) 会話がほとんどひっからなくなってきた。治療は前回と同様。

第8回(10月22日) 会話は発症前とほとんど同じになった。99.9%の緩解とみて前回までの治療を終了とした。治療は毫針と温灸による頸肩背部の硬結、圧痛を対象とした通常の鍼灸治療を行った。

以後、予防も含め健康維持のため2~3週に1回、通常の鍼灸治療を行っている。

考察:本症例は臨床症状からラクナ脳梗塞の後遺症としての構音障害と診断した。以下、その理由を述べる^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)}。

1. 年齢が83歳である。
2. 高血圧で降圧剤が処方されていた。
3. 意識清明である。
4. 後遺症が構音障害のみである。
5. 発症時は安静にしていた。

なお、臨床症状および発症状況から以下の類症疾患を除外した。

1. アテローム血栓性脳梗塞^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)}
失語、失認、意識障害がない。糖尿病、高脂血症の既往がない。
2. 心原性脳塞栓症^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)}
高度な麻痺、失語、失認、強い意識障害がない。心房細動、弁膜症、心筋梗塞、心筋症の既往がない。
3. 脳出血^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)}
頭痛、嘔吐、手足の麻痺、意識障害がない。
4. くも膜下出血^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)}
突然の激しい頭痛、吐気、嘔吐がない。

以上、発症状況、発症部位、診察所見および除外診断から本症例をラクナ脳梗塞の後遺症としての構音障害と診断した。

さて、本症の発症原因について山口は『最大の原因は高血圧で、これが続くと穿通枝の壁が厚くなり、強い圧力がかかるため血管の内膜がおかされて血漿成分がしみ込み血管壁に壊死がおこり脆くなる。高血圧の管理が行われていると血管は修復され線維化し、しだいにつまるという結果を招く』²⁾、荒崎は『高血圧が長時間続くと動脈の血管壁が変性するため血管の内腔が狭窄し、血流が減ることで生じる』³⁾、さらに松井は『高血圧などによって穿通枝の内壁に圧力がかかり、内壁が変性や壊死を繰り返すうちに細動脈硬化を起し、内腔が狭まって血流が途絶えておきる』⁴⁾と述べ、本症の発症について矢坂は『穿通枝動脈の細小動脈硬化に基づいて発症する』とそれぞれ述べている⁵⁾。また、本症の発症時期について峰松は『睡眠中や安静時発症が多く…』とし¹⁾、矢坂は『安静時に多い』『しばしば就寝中』と主張している⁵⁾。

以上の知見から、本症の発症機序を以下のように推察した。

1. 患者は約5年前よりの高血圧のため穿通枝の内壁に徐々に圧力がかかり、内壁が変性や壊死を繰り返すうちに細動脈硬化を起こしていた。
2. しかし、5年前より高血圧の降圧剤を服用していたため、血管は修復され線維化しながら穿通枝動脈の細小動脈の内腔が狭窄し、しだいにつまるという結果を招きラクナ脳梗塞が生じた。
3. 今回の発症4カ月前からの火傷、腰椎圧迫骨折により寝たきを余儀なくされたことも発症に少なからず影響した。

本症例の経過は良好で、7日目(第8回)には構音障害が日常会話で気が付かないレベルまで回復した。したがって本症例の鍼治療は有効であったと考える。

ところで、脳梗塞が疑われる症状を確認した場合は、『とりあえず様子を見る』といった対応はせず、直ちに救急車を呼んで専門病院で早期の診察・治療を受けさせ後遺症を軽いレベルにとどめることが必要である⁹⁾。

脳梗塞は発症から3週間までが「急性期」、6カ月までが「回復期」、それ以降が「維持期」であり、リハビリは発症から6カ月までが効果的といわれている⁹⁾。

なお、山口は『軽症であっても急性期には原則として発症から2週間以内の入院加療が必要』とし²⁾、『発症直後は軽症でも2~3日、重傷で約1週間は脳の血液循環の自動調節能に乱れが生じるため頭を急に持ち上げないことをすすめる』と述べている²⁾。

鍼灸院へは脳梗塞の後遺症を訴えて多くの患者が来院する。しかし、通常は散々リハビリを行ったにもかかわらず片麻痺が改善されず来院する事例が多い。結果として、鍼灸治療効果はリハビリだけより良好であるが、ほとんどの場合完治することがない。それは脳梗塞の病態を考えれば至極当然と思われるが、筆者はなによりも鍼灸治療を始める時期が遅すぎると考える。

過去に、筆者は発症から2週間(急性期)後の右片麻痺と構音障害を訴えた脳梗塞の患者に今回同様の刺絡治療を行い、後遺症をほぼ消失させたことを経験している。しかし、その後の鍼灸治療(刺絡を含まない)では回復期でも後遺症をほぼ消失させた経験はない。

急性期の治療は今回で2度目であるが、ともに刺絡治療で後遺症をほぼ消失させている。回復期に入ってから刺絡治療の経験は何回かあるが、いずれも刺絡を含まない鍼灸治療よりは良好であったが、今回のような結果には至っていない。今回のこの結果は急性期に刺絡治療を行ったことが大きいと考える。ただし、早期に刺絡治療を行えばすべての脳梗塞が治癒するとは考えていない。後遺症をほぼ消失させたこの2症例はともに比較的軽度の障害であったことが大きいと推察する。

最後に、鍼灸の先達は『脳卒中の早期には瀉血を行え』という文献を多く残した。開業鍼灸師が急性期の脳梗塞に遭遇することは不可能に近いが、専門病院での早期の診察・治療を受けた後であるならば、できるだけ早い時期に刺絡治療を行ってほしいと願う次第である。ただし、最近はほとんどの患者に血栓予防薬が投与されており、出血が止まらない可能性があることを念頭に入れた上で細心の注意を払って刺絡治療を行ってほしいと考える。

参考文献

- 1) 峰松一夫：ラクナ脳梗塞「脳卒中診療ハンドブック」、P 47～48、中外医学社、2003。
- 2) 山口武典：脳血管系の病気「大安心 健康医学大事典」、P 570～585、講談社、2001。
- 3) 荒崎圭介：脳梗塞のメカニズムと予防法「<http://www.ntt-east.co.jp/kmc/mosimosi/pdf/02/0...>」。
- 4) 松井宝史：過労による脳疾患障害「<http://www.matsui-sr.com./nousikan/sikan3-2-11.htm>」。
- 5) 矢坂正弘：脳卒中病型の鑑別診断（出血と梗塞）、脳梗塞の臨床病型診断「脳卒中診療ハンドブック」、P 189～194、中外医学社、2003。
- 6) 長谷川泰弘：脳卒中の病理「脳卒中診療ハンドブック」、P 7～10、中外医学社、2003。
- 7) 峰松一夫：アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症「脳卒中診療ハンドブック」、P 39～46、中外医学社、2003。
- 8) 数井誠司：ラクナ症候群「脳卒中診療ハンドブック」、P 103～106、中外医学社、2003。
- 9) 脳梗塞のリハビリと後遺症 押さえておきたいポイント「<http://cisrehabsequela.kasmana.com/>」。

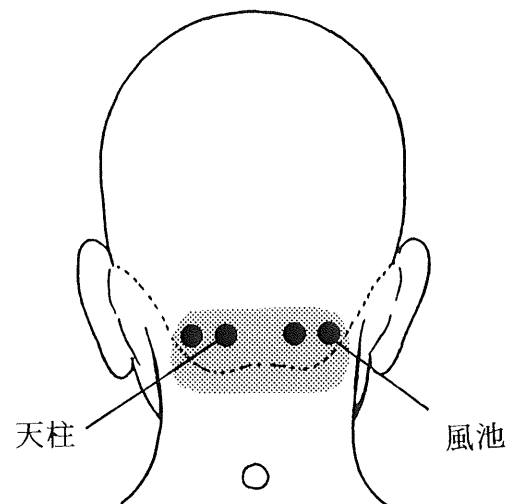


図1 硬結部位  圧痛・治療部位 ●