

脳血管障害のまとめ

柳川リハビリテーション学院 第2学年 山口 信

1. 脳血管障害の分類 (NINDS, NIH, 1990)

A. 無症候性

B. 局所性脳機能障害

一過性脳虚血発作 (TIAs)

脳卒中 (stroke)

1) 脳出血

2) くも膜下出血 (SAH)

3) 脳動静脈奇形 (AVM) による出血

4) 脳梗塞

脳血管性痴呆

高血圧性脳症

2. 一過性脳虚血発作 (transient ischemic attacks, TIAs)

: 単一の血管系の灌流域に局限した短時間の脳局所症状で、虚血以外の原因が見出せないもの。便宜上、24時間以内に症状が回復する場合をTIAとするが、症状が長引けば長引くほどCTやMRIで脳梗塞を示す画像が出現しやすい。

3. 脳卒中 (stroke)

脳出血: 大半は高血圧に伴うものである。大脳皮質や皮下出血はその他の出血に比べて高血圧性でないものが多く、特に高齢者ではアミロイドアンギオパチー(血管内にアミロイドが沈着)が原因として多い。

その他の原因...破裂脳動脈瘤、脳動静脈奇形、海綿状血管腫、薬物中毒、アルコール中毒、造血機能障害(白血病等)、抗凝血療法、悪性腫瘍など

くも膜下出血: 通常、嚢状動脈瘤の破裂で起こるが、脳動静脈奇形や悪性腫瘍でも生じ、10-15パーセントでは原因不明である。

脳梗塞: 発生機序により、血栓性(動脈硬化が主な原因)、塞栓性(心原性が主な原因)、血行力学的(低血圧など)に分類される。臨床分類としては、アテローム血栓性、心塞栓性(心房細動が主な原因)、ラクナの3疾患に分類される。ラクナは大脳深部の白質や基底核、脳幹部を灌流している深部の細い穿通枝動脈の障害で起こる。

4. 脳卒中の危険因子

...年齢、性、高血圧、耐糖能異常(=糖尿病)、脂質代謝異常(=高脂血症)、肥満、アルコール、喫煙など

5. 脳梗塞急性期のリハビリテーション

急性期リハの重要性

数週間安静 関節可動域低下、筋力低下、起立性低血圧、体力低下

リハ開始 廃用症候群の改善に時間を取られる

入院期間が延び、機能は低いレベルにとどまる

急性期リハの種類

- 1) リハ的管理...できるだけ早く座位・立位、機能訓練を勧める
スタッフに廃用の害を教育
病状安定 安静の解除
身体活動を制限する治療の早期終了
 - 2) リハ看護...褥瘡と拘縮の予防
褥瘡予防 エアーマットの使用、体位交換
拘縮予防 良肢位保持
 - 3) ベッド上機能訓練
 - 4) 離床訓練...48 時間以上進行がない
意識障害がない
血圧管理適切などを確認
- 急性期リハの適応...全ての患者にあり
- リハ的管理 全ての患者で当初から
 - リハ的看護 第1病日から
 - ベッド上訓練 第1または第2病日から

6. 脳卒中の長期予後と再発の実態

寝たきり老人の原因疾患となる。

再発率は年間 4-6 パーセントで、初回発作後 3 年以内の再発が多い。

降圧療法の効果は、出血では再発を抑制するが、梗塞（ラクナ除く）で疑問が投げかけられている。

7. 脳血管性痴呆

脳の虚血性（脳梗塞）あるいは出血性（脳出血）の病変によって起こる痴呆 大脳白質の脱髄変性

経過：急性に発症し、階段状に増悪することが多い。

症状：記銘力、見当識障害が中心となり、周辺症状として精神症状、行動異常がある。

人格は保たれることが多い。

感情失禁がみられることもある。

神経学的に異常所見が出やすい

まだら痴呆 精神機能の障害にばらつきがある