

<2012.6.29.(金)第1回八幡浜在宅医療研究会>

脳血管障害と在宅医療



在宅療養支援診療所
矢野脳神経外科医院
矢野 正仁

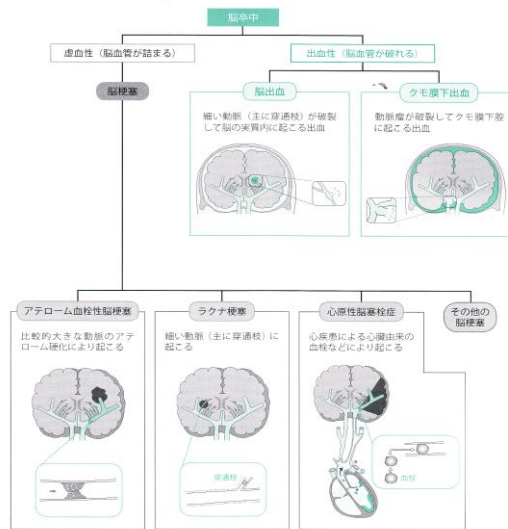
(1)脳血管障害とは

- (i) 脳を栄養する血管の病気である。
- (ii) 症状は栄養血管の障害により脳組織が損傷を受けることにより発症する。
- (iii) 損傷し壊死した脳組織は再生しない。

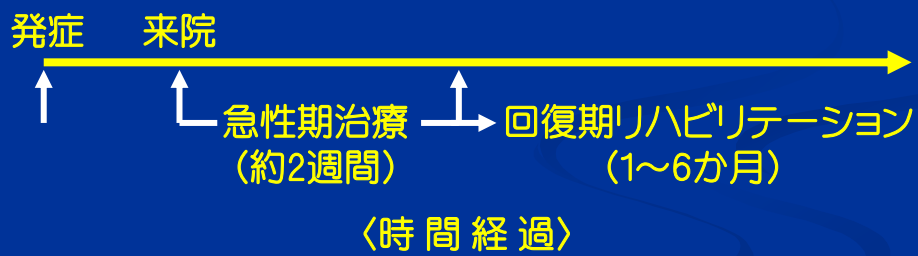
(2) 分類

参考 脳卒中の主要3病型

脳卒中は、虚血性の「脳梗塞」、出血性の「脳出血」と「クモ膜下出血」に分類され、これらの3つが脳卒中の主な病型とされています。



(3) 治療



(4-1) 当院の脳血管障害 (2008.1.5.～2011.4.30)

- 脳梗塞 138名 75.8%
 - 脳出血 35名 19.3%
 - クモ膜下出血 9名 4.9%
- (総数 182名)

● 来院の時期

| | <6時間 | 6<<24時間 | >24時間 |
|--------|-------|---------|-------|
| 脳梗塞 | 7.2% | 55.8% | 37% |
| 脳出血 | 57.1% | 34.3% | 8.6% |
| クモ膜下出血 | 88.8% | 11.2% | 0% |

(4-2) 当院の脳血管障害 (2008.1.5.～2011.4.30)

● 来院時の意識レベル(JCS)

| | I 群(覚醒) | II 群(傾眠) | III 群(昏睡) |
|--------|---------|----------|-----------|
| 脳梗塞 | 89.1% | 8.7% | 2.2% |
| 脳出血 | 68.6% | 22.9% | 8.5% |
| クモ膜下出血 | 77.7% | 0% | 22.3% |

(4-3)当院の脳血管障害 (2008.1.5.～2011.4.30)

● 急性期治療(2週間後)の状態

○:社会復帰 I:日常生活自立 II:日常生活に介助
III:日常生活に大部分介助(施設相当) IV:寝たきり又は死亡

● 総治療数 166名

| ○ | I | II | III | IV |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 20.5% | 35.0% | 12.6% | 19.3% | 12.6% |

(5)慢性期の脳血管障害 =障害を持つ高齢の健常者

目 標

再発予防

抗血小板剤、抗凝固剤の投与

血管病変の進行抑制

リスクファクター(危険因子)の管理

(6) 脳血管障害のRisk Factor

治療 8 脳卒中の予防

脳卒中を未然に防ぐためには、危険因子を把握し、対処できるものはきちんと治療しておくことが重要です。危険因子には、年齢や性、遺伝など避けられないものもありますが、高血圧など対処可能なものもあり、これらを是正することによって、脳卒中発症の危険率を低下させることができます。日頃から生活習慣を見直し、危険因子を減らすように努めましょう。

脳卒中一般の危険因子の管理

主な危険因子

高血圧は、脳梗塞と脳出血に共通の最大の危険因子であり、血圧が高ければ脳卒中の発症率は高くなるため、高血圧患者さんでは降圧療法が推奨される

<降圧療法>

| 対象者 | 降圧目標 | 推奨される降圧薬 |
|------------|--------------|---|
| 高齢者 | 140/90mmHg未満 | Ca拮抗薬、利尿薬、ACE阻害薬、ARB など |
| 若年・中年者 | 130/85mmHg未満 | ① 糖尿病、慢性腎臓病、および慢性心房細動や心不全合併症等、高血圧以外の危険因子が明らかでない場合などは、ACE阻害薬、ARBが推奨される |
| 糖尿病や腎臓病合併例 | 130/80mmHg未満 | |

高血圧

糖尿病

糖尿病は、脳梗塞の確立した危険因子であり、糖尿病患者さんでは血糖のコントロールが推奨される

脳梗塞の発症予防には、糖尿病を含む危険因子（高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙）を包括的にコントロールすることが必要である

<血糖コントロールの目標>

血糖の厳格なコントロールと、HMG-CoA還元酵素阻害薬（スタチン）の投与による脂質管理が推奨される

LDLコレステロールの低下率により、脳卒中発症率が低下したとの報告がある

<脂質異常症患者さんの治療>

LDLコレステロールをターゲットとした、HMG-CoA還元酵素阻害薬（スタチン）の投与が推奨される

脂質異常

非弁膜性心房細動（NVAF）は脳梗塞の危険因子である

<NVAFの治療>

下記の危険因子のいずれかを合併したNVAF患者さんは、ワルファリンが推奨される

- ・NVAF患者さんにおける脳卒中の危険因子
- ・脳卒中またはTIAの既往
 - ・高血圧
 - ・高齢（75歳以上）
 - ・うっ血性心不全
 - ・糖尿病

・ワルファリンが禁忌の場合、抗血小板薬を投与してもよい

・ワルファリン療法の効果は、一般的にはINRが2～3が推奨されるが、高齢（70歳以上）のNVAF患者さんでは、INRが1.8～2.0と定めることが推奨される

心房細動

喫煙は、脳梗塞とクモ膜下出血の危険因子であるため、喫煙者には禁煙が推奨される

・脳動脈硬化も脳卒中の危険因子となるので、運動習慣を回復する必要がある

<喫煙者の治療>

禁煙教育、ニコチン置換療法、経口禁煙薬が推奨される

喫煙

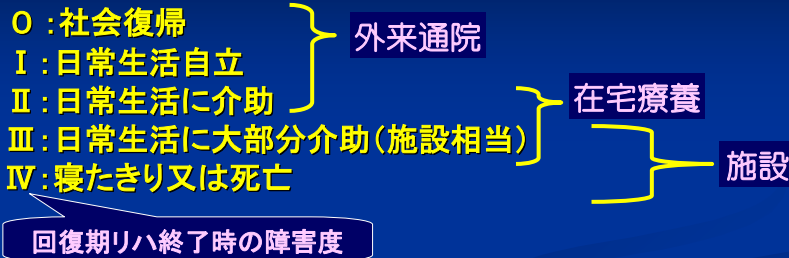
飲酒

大量の飲酒は避けるべきである

（出血性脳卒中の発症率と飲酒量との間には逆説的な正の相関関係がある。一方、虚血性脳卒中の発症率と飲酒量との間には（またはV）カーブ現象がみられ、非飲酒者と比べ、少量～中等量の飲酒（者）では虚血性脳卒中の発症率は低く、大量飲酒者では高い

HMG-CoA: Hydroxymethylglutaryl-CoA

(7) 脳血管障害の在宅療養



在宅療養対象者は障害度Ⅱ及びⅢに属する患者である

患者と看護人のペアで在宅を維持する

⇒ 日常生活に介助を要する高齢の障害者を対象とすると

日常生活—生活支援—介護士

後遺障害—機能維持—PT, OT

再発（合併症）予防—医療・看護—医師、看護師

の支援が必要である。

(8-1) 当院での往診データ

(2008. 1. 5~2012. 4. 30 までの脳血管障害患者)

| | 開始時年齢 | 身体因子 | 現況 | (原因) | 継続期間 |
|----|-------|------|------|-----------|-------|
| 1 | 88 | 3 | 入院 | 肺炎 | 2年8か月 |
| 2 | 83 | 1 | | | 4年 |
| 3 | 93 | 2 | | | 2か月 |
| 4 | 88 | 3 | 入院 | (介護人の入院) | 1年4か月 |
| 5 | 92 | 1 | 自宅で死 | 老衰 | 1か月 |
| 6 | 81 | 1 | | | 6か月 |
| 7 | 86 | 2 | | | 4か月 |
| 8 | 72 | 2 | 入所 | (介護人の入院) | 10か月 |
| 9 | 87 | 2 | | | 9年 |
| 10 | 91 | 2 | 入院→死 | 肺炎 | 2年2か月 |
| 11 | 91 | 1 | | | 1か月 |
| 12 | 82 | 1 | 入院→死 | 心不全(嚔下困難) | 8年9か月 |
| 13 | 88 | 2 | | | 3か月 |
| 14 | 90 | 1 | 入院→死 | 脳梗塞再発 | 6か月 |
| 15 | 101 | 2 | | | 1か月 |
| 16 | 80 | 2 | | | 1年 |
| 17 | 70 | 1 | 入所 | (介護人の入院) | 9年 |
| 18 | 79 | 1 | 自宅で死 | 心不全 | 2年3か月 |
| 19 | 72 | 3 | | | 6年3か月 |
| 20 | 94 | 3 | | | 2年1か月 |

(8-2) 当院での往診データ

(2008. 1. 5~現在までの脳血管障害患者)

年齢 : 72歳~101歳 (総) 20名

往診中止となったもの・自宅死 2名

入院 5名

入所 2名 (計9名)

入院・入所の原因・肺炎 2名

嚔下困難(脱水) 1名

脳梗塞の再発 1名

介護人の入院 3名

平均往診期間・3年6か月

(9) 在宅療養を困難にする因子 ⇒ 老齡

患者側

- 移動能力の低下(転倒、骨折など)
- 嚥下能力の低下
- 排泄機能の低下(尿閉、イレウス、尿路感染)
- 認知・意思疎通機能の低下

介護者側

- 核家族の為、老々介護となる

(10) 終末期・療養型病床に入院すると

(2008. 1. 5. ~ 2012. 4. 30.)

| No | 入院時年齢 | 身体因子 | 経管栄養 | 気管切開 | 尿道カテーテル | 現況 | 入院期間 |
|----|-------|------|------|------|---------|----|--------|
| 1 | 84 | 2 | | | | 死 | 2年4か月 |
| 2 | 90 | 4 | ○ | ○ | ○ | | 9か月 |
| 3 | 72 | 4 | ○ | | | | 4年2か月 |
| 4 | 94 | 4 | ○ | | | 死 | 2年4か月 |
| 5 | 89 | 4 | ○ | | | 死 | 4年2か月 |
| 6 | 102 | 4 | ○ | | | 死 | 2か月 |
| 7 | 83 | 4 | ○ | ○ | ○ | | 8か月 |
| 8 | 85 | 4 | ○ | | | 死 | 4年7か月 |
| 9 | 91 | 4 | ○ | | | 死 | 3か月 |
| 10 | 91 | 4 | ○ | | | | 1年3か月 |
| 11 | 86 | 4 | ○ | | | | 2年10か月 |
| 12 | 83 | 4 | ○ | ○ | ○ | | 8年 |
| 13 | 81 | 4 | ○ | ○ | ○ | | 3か月 |

入院死:13名中6名(平均在院期間2年4か月)

(11) 寝たきりの費用
(身障1級、要介護4～5、経管栄養)

- 老健の場合……91,495円/月
- 療養型病床……62,176円/月
- 在宅……27,960円/月
 - 訪問入浴 1/週
 - 訪問リハ 1/週
 - 訪問ヘルパー 2/週
 - 往診 2回/月
 - 流動食(1200Kcal/日)×30日

ご清聴ありがとうございました。

