

竹田綜合病院における

のう そっ ちゅう

脳卒中診療のご紹介

財団法人 竹田綜合病院

脳神経疾患センター開設について

脳神経疾患センター センター長 こ いずみ たか ゆき 小 泉 孝 幸

この度当院において脳神経疾患センターを開設することになりました。

神経領域における疾患に対し、今以上の医療を提供すべく頑張りたいと思います。

脳神経疾患とは、脳・脊髄・末梢神経に関する疾病であり、その中には血管障害・腫瘍・外傷・変性疾患・機能疾患など幅広いものが含まれます。従来、それぞれ脳神経外科・神経内科・脊椎外科（当院では整形外科）がこれら疾患を取り扱ってきましたが、当然重複するところがあります。また初診の患者さまは決して私は何科の病気ですなどと名札をつけて来られるわけではありません。頭痛・顔面痛・頸部痛・めまい・ふらつき・歩行障害・顔面手足しびれや運動障害などを訴えられて診察室を訪れ、診察の結果診断を下し、その治療においてはそれぞれ得意とする科が最終的に診療に当たることとなります。したがって、受け入れる窓口を一本化することが患者さまにとっても、我々医療者側にとってもメリットは大きいと考えます。脳神経疾患で当院のような一線の病院で多いものはやはり脳血管障害、即ち脳卒中です。更に高齢化社会の中でその占める比重は一層重いものになっていきます。その治療は内科的治療・外科的治療があり、個々のケースにおいて、共通する判断基準の下に適正に使い分けなければなりません。決して内科的治療と外科的治療は敵対するものではなく、お互いに相補的關係になくはいけません。それぞれの治療にこだわって、適正な治療の タイミング timing を失ってはどんなに高尚な治療も意味のないもの、いやむしろ害するものとなるでしょう。そのような考えの下、当院では数年前より神経内科・脳神経外科で毎朝合同のケース・カンファレンスを行い、病棟も合同で使用することを行っています。その点に関しては、なんら変わるものではありませんが、今回脳神経疾患センターを標榜するにあたり、病院内外に知っていただこうと思います。

既に10年以上前になりますが、アメリカで脳の時代といわれたことがあります。その際、心筋梗塞と同じように脳梗塞は時間との勝負であるといわれ、タイム イズ ブレイン time is brain との言葉が出てきました。そして今、やっと我が国においても、急性期脳梗塞の血栓溶解療法が保険の適用を通り、使用可能となりました。血栓溶解療法とは、脳梗塞の原因となる脳の動脈を塞ぐ新しい血の塊（血栓）を効率よく溶かす手助けをする薬を注射することにより、早期に閉塞血管の再開通をはかり、脳梗塞とならず症状が改善させることを目的とした治療です。しかし、その薬は劇的に症状を改善させる場合もありますが、決して魔法の薬ではなく、厳密に適応症例を選別してこそその良薬です。使用には発症してから3時間以内という使用上の制約もあり、いかに短時間に治療に入っていけ

るかという問題があります。病院内での^{タイムロス}time lossを減らすため、現在神経内科医・脳神経外科医によるストローク（脳卒中）当番医を24時間体制でしています。脳神経疾患センターを標榜するに当たり、放射線科の協力の下、頭部MRI/MRAも原則24時間体制で行えるようになりましたので、更により多くの救うべき患者さまを拾い上げていこうと思います。

ところで病棟に関してですが、脳・神経疾患の患者さまは、その多くは麻痺・失語などの言語障害・認知機能障害など少なからず日常生活障害度が高く、看護面においても、他の自立度の高い患者さまと当然違いがあります。その点でも、神経疾患対象の病棟が必要になります。当院では、はるか以前より本館8・9階が脳神経外科・神経内科病棟として機能していますので、現時点では、そのまま脳神経疾患センターの病棟としていきます。ただ、将来的には、現在本館4階（6月1日よりHCU）を一部利用させていただいていますが、脳神経疾患センターに属すSCUないしNCUをぜひ開設し、現在救急室に大きく依存している脳卒中の受け入れを、脳神経疾患センターとして行いうる様にしたいと思います。

脳神経疾患センターといっても、どこかに新しい建物が建ったわけでも、新しい病棟が出来たわけでもなく、見た目には現在の診療と変わりはありません。ただ、将来的には上述のように、脳神経疾患センターという名に恥じないよう、内容を充実させていきたいと存じます。そのために、我々医師が日々の診療における質を高めるよう精進することと、関連各科だけではなく、看護部・放射線診療部・リハビリ・医療ソーシャルワーカー・栄養科などの多職種間の連携を高め、正にチームとして、神経疾患を患う患者さまに貢献していきたいと思います。よろしくお願いいたします。



センター長 小泉孝幸



開所式でのテープカット（H19.6.1）

(財) 竹田総合病院の脳神経疾患 (医療) の体制

■ 神経内科医と脳神経外科医が連携して専門医療を提供しています

< 脳卒中の件数 平成 18 年度 (18 年 4 月~19 年 3 月退院患者対象) >

① 疾患名：くも膜出血 (脳動脈破裂も含む)

科 別：脳外科 ⇒ 43件 神経内科 ⇒ 0件

② 疾患名：脳内出血

科 別：脳外科 ⇒ 55件 神経内科 ⇒ 44件

疾患センターの特徴

【診療連携】



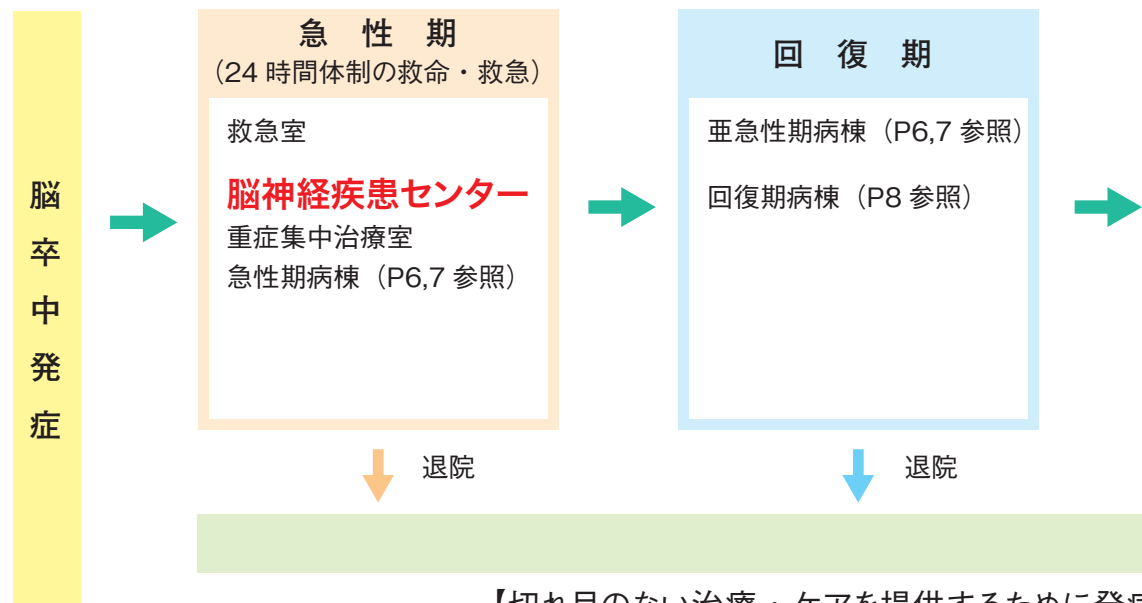
これまでの脳神経外科・神経内科・脊椎外科の機能が統合され、急性期治療からリハビリ、在宅療養の支援まで、継ぎ目のない医療の実践を目指しています。

【24 時間の受け入れ、CT 撮影体制】

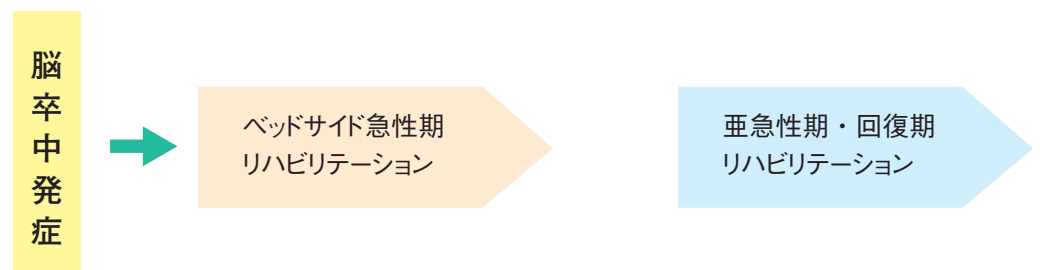


放射線科スタッフが 24 時間体制で対応できるようになっています。

発症後の治療・ケアの流れ



リハビリテーションの流れ



③ 疾患名：脳梗塞

科 別：脳外科 ⇒ 143 件 神経内科 ⇒ 172 件

【ストローク（脳卒中）体制】



脳神経疾患超急性期症例へ対応できるよう24時間、365日、脳外科・神経内科医の必ず一人が脳卒中診療に即座に対応する体制をとっています。

【専門スタッフによるチーム医療】



急性期脳梗塞の診療実績が十分な医師、日本脳卒中学会の承認する医師が診療にあたり、様々な専門スタッフが連携してチーム医療を行います。

慢性期

芦ノ牧温泉病院

エミネンス芦ノ牧

若松第2 包括支援センター
竹田居宅介護支援事業所

竹田ほほえみデイサービスセンター
通所リハビリテーション TRY
竹田にこにこヘルパーステーション
竹田訪問介護ステーション



在宅

【在宅から在宅まで医療社会福祉課・地域医療連携課が支援します】

慢性期・維持期
リハビリテーション

外来・通所
リハビリテーション

介護保険による
リハビリテーション
(訪問・通所リハビリテーション)

本館 8 階、本館 9 階病棟の取り組み

はじめに

脳卒中の大きな特徴として、急激に発症し、発症後の時間経過に応じて病態が変化するため、急性期では、脳外科、神経内科それぞれに医師の専門性が発揮されます。その為、看護師にも専門的な多くの知識、技術が求められます。更に、回復期では自立支援に重点をおいた看護が求められ、麻痺や失語、認知機能障害など重度な障害を抱えた慢性期では生命維持はもちろんのこと、日常生活すべてが看護師に委ねられています。従って、各経過別に必要な情報を様々な方向から捉え、効果的なケアを提供することが重要となります。本館 8 階、9 階は脳神経疾患センターの急性期、亜急性期～慢性期病棟として、それぞれの役割を担い日々の看護に取り組んでいます。

本館 8 階病棟

本館 8 階は主に脳卒中の急性期病棟です。脳卒中の大半は症状の前兆なく発症し、症状出現後は急激に進行、変化しやすく、早急な対応を必要とするため、看護師の経時的な観察と病状を正確に把握する能力が求められます。また、脳卒中の急性期では、外科的治療、内科的治療のどちらにおいても、患者さまやご家族は、今までの生活環境から、一変した入院生活を余儀なくされるだけでなく、運動麻痺や、感覚障害などによる身体の不自由さ、失語症や認知障害、記憶障害などによる不安や、ストレスが心身両面に覆いかぶさってきます。そこで、病棟では日々のカンファランスや、ケースカンファランスを実施し、患者さまの情報を医師、看護師、リハビリ、医療ソーシャルワーカー、などが共有し、問題解決ができるよう各担当者間での情報交換を大切にしています。さらに、学習会を実施し、看護の専門性を向上させ、異常の早期発見とリスク管理ができるよう努めています。また、患者さまやご家族の思いを傾聴し、不安や悩みを共有しながら、十分な情報を患者さま、ご家族に伝え、安心して入院生活を送れるように努めています。急性期でのふれあいを大切にし患者さまの笑顔を看護師の力の糧として、個々の障害を理解し早期



ケースカンファランスの様子



総回診の様子

回復と社会復帰、在宅支援に取り組んでいます。

本館 9 階病棟

本館 9 階は、脳卒中の亜急性期～慢性期病棟です。

自己能力の低下によって、リハビリテーションが進まない場合や、機能回復が困難となり、重度な障害を残し、寝たきり状態になってしまい、大きな介護力が必要になる患者さまが少なくありません。本館 9 階では、患者さまにとって、一番良い新たな生活の場（地域、在宅）へ移行できるよう早期から退院支援に力を入れています。入院中に、介護する家族の不安がなくなるように自宅での療養生活をイメージしながら、繰り返し、必要なケアを指導し、介護者の自信につながるように退院指導を行っています。全身管理をする上では、栄養管理サポートチームや褥瘡対策チームとの連携、自立支援をしていく上では、リハビリ、医療ソーシャルワーカー、方向性が決まったら、訪問看護や、居宅介護支援事業所などとの連絡、調整など、医療者間の連携はもちろん、地域との連携をより強化して、患者さま、ご家族の QOL（生活の質）の向上ができるよう生活環境を整え個別性を重視した、ケアプラン作成に取り組んでいます。

急性期から慢性期へと経過していく中でそれぞれに関する医療スタッフ、ご家族が、根気強くアプローチしていくことにより、小さな改善が少しずつ積み重なっていきます。その変化を患者さま、ご家族と共に喜びながら、実質的な QOL の向上につながるよう日々の看護に努めています。



入浴介助



グループ訓練の様子

終わりに

6月1日より脳神経疾患センターが開設となり、脳神経外科、神経内科が統合されました。それぞれの連携をより強化し、患者さま、ご家族から求められる医療・看護に答えられるようスタッフ一同、更に努力していきたいと思います。又、高齢化社会の中で、脳卒中の占める割合はより重いものになり、入院患者数も増えてきています。今後は、急性期治療から在宅療養まで、患者様・ご家族が不安なく移行できるように、保健・医療・福祉のネットワーク作りを課題としていきたいと思います。

回復期リハビリ病棟の取り組み

中央2-2病棟は、平成13年に回復期リハビリテーション病棟として認可を受け、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医療ソーシャルワーカー・看護師・介護スタッフ・栄養士が強力なチームワークの下に、ADL（日常生活動作）の向上を目指した多角的チームアプローチによるリハビリテーションサービスを提供しています。

【病棟リハビリ】 社会（家庭）復帰を目指し、病棟看護師および介護者が実際の生活場面での起き上がりやトイレ動作、着替え、歩行訓練などを行っています。また、病棟内に平行棒を設置しているほか、床面に距離（メートル）を表示し自主訓練環境を整えています。

【カンファランス】 医師・リハビリテーションスタッフ・医療ソーシャルワーカー・看護師・介護スタッフ・栄養士が、患者さまのリハビリと社会（家庭）復帰に向けての話し合いをもちます。

【行事】 季節に合わせた病棟行事を、年に2～3回行っています。

【食事】 病棟内食堂においては患者さま同士が和やかな雰囲気ですべていただけるよう工夫しております。

◆ 回復期リハビリ病棟からの退院率

（平成18年度）

退院先	自宅	転院	施設
退院率	70%	23%	8%

◆ 発症日から回復期リハビリ病棟転入までの期間

（平成18年度）

期間	平均日数
日数	39日



カンファランスの様子



病棟行事「夏祭り」

リハビリテーション科の取り組み

(財)竹田総合病院のリハビリスタッフは科長の中島俊則先生（回復期リハビリ病棟担当医師）を中心として、理学療法士43名、作業療法士40名、言語聴覚士9名、義肢装具士2名で急性期から在宅支援までの一貫したリハビリテーションの提供に努力しています。

驚かれる方も多いと思いますが、リハビリテーションの脳卒中への対応は、発症直後（発症当日から2、3日の間）から行われます。酸素マスクや点滴があって意識もはっきりしない時からベッドサイドで始まります。主治医の指示の下でリスク管理を行いながら治療訓練を進めます。運動ができないために起こる二次的合併症（関節拘縮や筋力低下など）を予防しながら、残存機能を少しずつ強くし、離床を進めて行きます。また身体だけでなく食事（嚥下）の機能へ働きかけたり、言語障害などにも積極的に働きかけを行います。

急性期の時期（約1ヶ月程度）を過ぎると回復期リハビリ病棟へ移りリハビリを進めますが、ここでは自宅に帰るために日常生活の動作訓練をしっかりと行います。病棟の看護・介護スタッフと協力しながらトイレ動作や歩行訓練などを積極的行います。状況に応じて家庭訪問なども行い福祉用具や家屋改修のアドバイスなども行います。

在宅に帰られてもリハビリが必要な方はたくさんいます。その方のためには竹田訪問看護ステーション（リハビリスタッフ8名）から御自宅へ訪問して行う「訪問リハビリ」を提供しています。また、送迎車で通って来てもらう「通所リハビリテーション TRY」（リハビリスタッフ3名）もあり、朝から夕方までの一日を運動訓練だけでなくいろいろな創作活動などを通してリハビリを行っています。

脳卒中へのリハビリテーションは急性期から在宅支援までの長い時期に渡ってそれぞれ専門的なリハビリが必要です。そのためにどの時期においてもしっかりしたリハビリが提供できるように数多くの優秀なスタッフを配置しがんばっています。



急性期のベッドサイド訓練



食事（摂食嚥下）訓練

くも膜下出血まく か しゅっ けつについて



脳神経外科 科長

こ いずみ たか ゆき
小 泉 孝 幸

くも膜下出血とは？

脳は外側から硬膜・くも膜・軟膜で覆われており、くも膜と軟膜の隙間にくも膜下腔と呼ばれています。このくも膜下腔に出血を起こした状態がくも膜下出血です。わが国では人口10万人に対して年間10～23人に発症し、全体の10～67%が死亡し、生存者の約30%は重度の障害を残すとされています。

原因

原因としては脳動脈の一部がふくらんでできた脳動脈瘤の破裂によるものが大部分です。男性より女性に多く、40歳以降に多く見られ、年齢とともに増加します。家系内に脳動脈瘤やくも膜下出血の方がいるときは発生頻度が高く、また高血圧・喫煙・過度の飲酒は脳動脈瘤破裂の可能性を数倍高くするという報告もあります。その他、脳動静脈奇形や外傷などもくも膜下出血の原因となります。

症状

脳動脈瘤破裂による症状は出血の程度により異なります。出血量が比較的少ない場合、麻痺などを伴わず、「頭を殴られたような」突然の激しい頭痛で発症し嘔吐を伴います。中等量の出血では短時間（30分～2時間以内が多い）意識喪失を生じ、意識回復後に頭痛を訴えます。さらに大量出血では昏睡状態が持続したり、突然死することもあります。くも膜下出血のみであれば麻痺はないことが多いのですが、脳実質内に血腫を伴うと手足が麻痺することもあります。また脳動脈瘤の部位によっては、物が二重に見えることで発症することもあります。

くも膜下出血発症後の経過

くも膜下出血発症後は、以下のことが問題となります。

- ① 脳動脈瘤再破裂 = 再出血

脳動脈瘤破裂直後は非常に不安定な状態が続き、24時間以内、特に6時間以内に再出血を生じやすいことがわかっています。

② 脳血管攣縮

くも膜下腔に広がった血液が悪さをして、くも膜下出血後4～14日後に、脳動脈の血管腔が狭くなり、脳の局所の血流量が低下することで片麻痺・失語症・意識障害などの症状が出現することがあります。高度の場合、脳梗塞となり、症状を残すこととなります。

③ 正常圧水頭症

髄液（脳を満たす水）の吸収障害を合併し、髄液が過剰に脳にたまる事により、認知障害・歩行障害・失禁などの症状が出現することがあります。

検査・診断

意識や症状のほか、最も診断に役立つのはCTです。CTでくも膜下出血を認めた場合、引き続き出血源の確認のため脳血管撮影を行います。

治療

脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の治療の主眼は再破裂（再出血）の予防となります。しかしながら昏睡状態や極めて全身状態の悪いときには残念ながら手術治療の対象外となる場合もあります。再破裂予防の処置としては、以下の二通りの方法があります。それぞれ一長一短あり、症例毎に選択がなされます。

① 脳動脈瘤クリッピング術

全身麻酔下に、外科的に開頭を行い、手術用顕微鏡を用いて脳の隙間を分け入り、脳動脈瘤まで到着します。続いて破裂した脳動脈瘤の根元を専用のクリップではさみ、血液が流入しないようにする手術です。脳動脈瘤に対する最も広く普及している治療法です。脳動脈瘤が脳表に近い或いは小さい場合は手術しやすいのですが、奥深かったり、大きい場合にはやや困難となります。

② 脳動脈瘤コイル塞栓術

太ももの付け根の血管から治療用の細い管（カテーテル）を脳動脈瘤の中まで誘導して、その中を細くやわらかいプラチナ製のコイルを通して、脳動脈瘤を内側からつめてしまう血管内手術と呼ばれる治療法です。クリッピングの困難な奥深い場所の脳動脈瘤でも治療可能ですが、脳動脈瘤の形状によっては完全閉塞ができず、全ての脳動脈瘤に行えるわけではありません。全身麻酔下での処置が望ましいのですが、場合によっては局所麻酔下でも行うことが可能です。以上の再破裂予防の処置を早期に行った後、脳血管攣縮に対する治療、及び必要に応じて水頭症に対する小手術を行います。

のうこうそく 脳梗塞について



神経内科 科長

いしだ よしのり
石田 義則

脳梗塞ってどんな病気？（原因）

血管がつまると、組織に血液（酸素や栄養を運ぶ）が十分行き渡らなくなり組織の一部が死んでしまいます。このような病態を医学用語で「梗塞」といい、これが脳に起こった状態が「脳梗塞」ということになります。血管の詰まり方には、大きく分けて以下の2通りがあります。

- ・動脈硬化が進んで、血液の通り道が狭くなって詰まる場合（脳血栓）
- ・血液の塊などが流れてきて詰まってしまう場合（脳塞栓）

いずれも詰まった血管（死んだ組織の部位）により、様々な症状が起こりえます。

発症頻度は人口10万人で年間100～200（40歳以上では、10万対600）といわれ、後遺症として何らかの機能障害を残すことが多く、寝たきりの人の約40%を占めるとされています。

症 状

梗塞の部位、範囲により症状とその程度（重症度）は様々です。脳は、特定の部位が特定の機能を担当しています（機能局在）。従って病巣部位によって症状が異なり、一口に脳梗塞といっても、片側の手足・顔の麻痺やしびれ、呂律障害、言葉が出ない・理解できないなどの言語障害、視野の半分が欠ける、物が二重に見えるなど視覚障害、力はあるのにバランスがとれず歩けないなどの様々な症状が見られます。また、これらの症状が一時的に出現し、24時間以内に症状が消えることがあり、大きな脳梗塞の前ぶれと考えられています。脳梗塞を起こした患者さんの30～40%が経験しているといわれ、「一過性脳虚血発作」と呼ばれています。

検査・診断

当院では、一般的な採血、胸部単純写真、心電図などに加えて、梗塞の部位診断目的にCT、MRIなどの画像検査、血管を評価する目的で頸動脈エコー検査、3D-CT血管造影、MRA、脳動脈造影検査、血流評価目的にCT-perfusion、SPECT、病態把握目的に、24時間心電図や経食道心エコー検査などを施行しております。放射線科の協力により、緊急を要する病態には24時間

体制でCT、MRI/MRAを施行しています。これらの検査から得られる情報と、症状・経過を総合的に検討して診断します。

治療

発症3時間以内の超急性期、2週間までの急性期とそれ以降の慢性期に分けて考え、基本的には薬剤による内科的治療が中心となりますが、病状により、血管内治療や外科的治療も検討されます。上述の症状、検査などで得られた情報から、最適な治療を組み立てますが、いずれも脳梗塞が血管が詰まって起こる病気である以上、血液を流れやすい状態に保つことが基本となり、できるだけ早く治療を開始することが重要です。当院では1分でも早く診断と治療を開始することを心がけています。発症からの時間と、血管のつまり方により、使用する薬剤は若干異なります。

超急性期：血栓溶解療法……………つまった血の塊を溶かして血流再開

〔使用薬品〕 t-PA（アルテプラゼ）

急性期：抗血栓療法……………それ以上つまるのを防いで血流を維持

〔使用薬品〕 抗血小板薬－アスピリン、オザグレルナトリウム

抗凝固薬－ヘパリン、アルガトロバン、ワーファリン

慢性期：内服薬によって血流を維持して再発を予防

〔使用薬品〕 抗血小板薬－アスピリン、クロピドグレル、チクロピジン、

シロスタゾール

抗凝固療法－ワーファリン

急性期にはこれらの血流維持療法に加えて、脳を保護するために（脳保護抗酸化療法）エダラボン、脳が腫れないように（抗浮腫療法）グリセロール、利尿剤なども適宜加えて治療が行われます。これら病態改善目的の治療のほか、機能障害を最小限にする目的でリハビリテーションも行われます。さらに経過中の栄養維持や、合併症の予防・治療など全身的な管理、再発の予防、後遺症を抱えての生活への社会的な支援も大切となります。

このように脳梗塞の治療は、ひとつの部門だけで行いうるものではなく、当院では超急性期から慢性期まで、脳外科・神経内科の医師、看護師、リハビリ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、栄養士、医療ソーシャルワーカーなどがチームを形成して切れ目のない、集約的かつ全人的な診療を行っています。

のう しゅっ けつ 脳出血について



脳神経外科 医長

さ とう ひろ ゆき
佐藤 裕之

脳出血とは？

脳の血管が破れて出血し、脳内に血腫（血の塊）を形成したものを脳出血と呼びます。

原因

いくつかの原因が分かっています。

■ 最も多い理由は、高血圧によるものです

永年の高血圧症によって脳の深い部分へ栄養を送る小動脈にある動脈硬化が進みます。この状態を放置しておくとしなやかさを欠き血圧の変化に耐えられなくなった血管が、血圧が上がった際に切れて出血すると考えられています。高血圧性と呼び、以前は日本人に大変多く、命に関わる事が多い病気の代表でした。このタイプは脳内の深い部分に出血を起こす特徴があります。

■ 次いで多い理由としては、脳血管の病気が挙げられます

高血圧による動脈硬化も脳血管の病気ですが、恐らく先天的に弱い部分を持つ脳血管の病気を区別して考えています。脳動静脈奇形のうどうじょうみやくきけいや海綿状血管腫かいめんじょうけっかんしゅ、硬膜動静脈瘻こうまくどうじょうみやくろうと呼ばれる病気があります。大きさや場所はそれぞれ異なる為、脳内出血になる場合や脳の表面である為にくも膜下出血になる場合もあり、両方の合併を認めた場合は、原因の検査が慎重に行われます。

このタイプは、脳の深い部分や浅い部分など原因の場所によって出血部位が異なります。また特殊なタイプとして、お年寄りの方には、高血圧による動脈硬化とは違う理由で血管が傷む事で起こる脳出血がある事も知られています。

症状

■ 出血した場所によって症状が違います

場合によっては、ほとんど自分自身も気が付かない時もありますが、多くは手足の運動麻痺や喋りにくさなどの運動の症状、強いめまいや吐き気などのバランスの症状、意識が悪くなるなどの症状が急激に認められます。出血量が多くなると、意識の悪化が起こり、生命の危険を招く状

態へ進む事もあります。少しずつ悪化する事はまれで、短い時間の間に症状の変化を招く事が多く、救急車で来院される事がほとんどです。これらの症状は、脳出血によって破壊された脳の働きと脳出血の突然の発生によって一時的にダメージされた脳の働きの両方を含んでいます。

検査・診断

脳出血の診断はCT（図1）でほとんど可能です。出血の特別な原因の検索としてMRIや血管造影などの検査を行うこともあります。

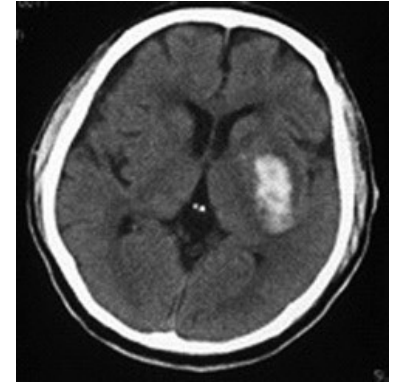


図1：頭部CT：白いところが出血

治療

病気の原因と重症度を考えて治療法を選びます。

大きく分けて2つの治療法があります。薬による治療（内科治療、保存的な治療）と手術による治療（外科治療）で、それぞれに利点・欠点があります。多くは、出血の量と症状の強さ、治療中の容態の変化などによって決まります。出血量が少なく症状が軽度である方や他の内臓の病気によって容態が不安定な場合などは薬の治療（内科治療）を中心に考え、ある程度以上の出血で症状が重く、病状が進んでしまう事が考えられる場合に手術治療（外科治療）をお勧めする事があります。また、脳血管の先天的な原因による場合は、出血の治療は内科的に、原因に対して外科的に治療を分けて行う事も考えています。

■ 薬による治療

脳内出血を起こした直後の患者さんは、高血圧になっている事が多く、脈拍も含めてとても不安定です。突然の身体の変化に不安を感じてもがいてしまう方もおられます。出血を増やさない事を考え、血圧や脈拍を安定化させる為に絶対安静がまずは必要となります。さらに特に著しく高い血圧である場合は、血圧を下げる薬を用いて、積極的に安定化させる事も行われます。安定した段階で、運動麻痺等の症状に対するリハビリテーションを開始します。その他には脳浮腫（出血部の周りの脳のむくみ）や胃潰瘍（脳卒中を起こした際に高率に併せて起こす事が知られています）に対する治療が行われていきます。

■ 手術による治療

脳内にある血腫の量を減らして、周囲の脳のダメージを減らす事が大きな目的となります。残念ながら、失っている（出血によって深く傷付いた）脳の機能を回復させる手術法は無く、全ての脳出血に手術が行われている訳ではありません。但し、病状（症状）の改善の可能性を考えて、開頭術を含めた手術的治療を提案しています。

発行 財団法人 竹田綜合病院 2007年9月15日発行

〒965-8585 会津若松市山鹿町3番27号 TEL 0242-27-5511 <http://www.takeda.or.jp>

※ 許可なく本誌内容の転載、複製を禁じます。