

当病院で活動されているドクターに、各専門分野での取り組みや、医療への想いを語っていただきます。



vol.7

脳神経外科 副院長

鈴木 直也 すずき なおや 先生

専門：脳神経外科 得意分野：脳血管障害

——まず始めに、当院の脳神経外科では、どのような治療や手術が行われていますか？ 当地域に特徴的な傾向などがあれば、あわせてお話しいただけますでしょうか？

頭部外傷に対しては、頭皮裂傷への形成的縫合処置に始まり、頭蓋骨骨折の整復手術や骨形成術、急性硬膜外血腫除去術、急性硬膜下血腫除去術、慢性硬膜下血腫への穿頭術による血腫吸引除去術などが代表的治療です。脳卒中に対しては、開頭術による脳内血腫除去、あるいは小さな脳内血腫には穿頭術による定位的血腫除去術、小さな開頭による顕微鏡下血腫除去術や内視鏡支援下血腫除去術、クモ膜下出血の破裂源である脳動脈瘤頸部閉鎖術（クリッピング術）などです。それ以外の疾患では、脳腫瘍に対する開頭による腫瘍切除術、認知症で発症した水頭症へのシャント管植え込み術も行なっています。稀に眼球後方の腫瘍へ頭蓋内経由で眼窩病変の治療という手術もあります。

一方で脳卒中は手術治療を要せずに点滴治療で済む場合も多いのですが、その場合も手術が可能な準備のもとで症状を観察下に点滴治療を行いますので、当院では外科治療を必要としない脳疾患であっても脳神経外科で入院治療を受け持つことが少なくありません。

当十和田地域に特徴的な傾向と言え、脳梗塞の原因疾患を調べたときに、ある特徴があるように思います。脳梗塞と言え、ご存知のように脳血管が閉塞することで生じる脳卒中ですが、その原因をおおまかに言うと、①脳動脈硬化症によって脳血管自体が次第に細くなって脳梗塞にいたる「脳血栓症」、②心臓病によって生成された凝血塊が脳の血管に飛来して突然に発症する「脳塞栓症」の二通りの原因があります。当院へ赴任する以前（2年半前）まで私が勤務していたある病院では、脳梗塞原因の全体に占める割合は前者①脳血栓症が大半を占め、後者②脳塞栓症は約22%程度の割合でありました。ところが私が十和田市立中央病院へ赴任した初年度の統計によれば、後者②脳塞栓症が50%を越えるほど多いことに気付いて大変驚きました。日本国内の従来の定説では、前者①脳血栓症が約80%、後者②脳塞栓症が約20%という比率が標準的と考えられていたにも関わらず、なぜか十和田市では②脳塞栓症の比率が大きかったのです。

——脳卒中などの「脳血管疾患」は、全国の疾患別死因ランキングで第3位(2018年)であり、特に、青森県の脳梗塞による死亡率は男女とも全国ワースト(2015年統計)となっています。この原因について、先生はどのようにお考えですか？

私見を交えて言えば、30～40歳台の青森県人は「隠れ肥満」や「隠れ高血糖」が、50歳～80歳台の青森県人は「隠れ高血圧症」に気付かないことが、その後の人生において脳卒中を発症する確率を高めると推定しています。そればかりか若年世代の「隠れ高血糖」状態は人生後半でアルツハイマー型認知症を発症する素地となるという学説さえあるので二重に悪いです。

青森県は高血圧ランキングも肥満ランキングも上位にあることで悪名が高いのですが、寒い環境に適応するためにそのような生活習慣へと順応したという側面もあるかもしれません。青森県人の意志が弱いとか食いしん坊だという訳ではないと思います。生活習慣がそのような理由のひとつとして、たとえば厳寒での手足の冷えに対抗する手段として循環血液量を増量して血圧を上昇させるのはその場の厳寒に立ち向かうためには生物学的に有効ですので「寒さへの耐性を獲得するために」「塩分を摂るよう駆り立てる」ようやむなく青森県民の脳が、塩分と栄養分を多めに摂食するよう生活習慣を潜在的に誘導している結果かもしれません。極端な例え話ですが「厳寒下のつらい雪かきも、ラーメンの汁や濃いみそ汁を飲み干してから行えば、疲れにくくて体が温かい状態で作業できる」という仕組み(※「雪かき」=雪片づけの意味)であって、決して青森県人の気性のせいではないと思います。

塩分の代謝に関しての医学的注意点としては、「一度塩分を過剰にとると体内から余剰塩分が排出されるまで約五日かかる」と言われています。したがって2、3日塩分を我慢したくらいでは効果は無く、減塩を継続してようやく効果がでます。

リンゴを食べる習慣によってもたらされる血圧が下がる効果は、果実や野菜に含まれるカリウムイオンが、血中ナトリウムイオンの排泄を促すよう働くためです。ところがリンゴにも糖分とカロリーがあるのでそれを計算に入れないと果物の糖分が肥満を助長するので、他の献立の総量と加減を調節して食べすぎないように注意が必要です。リンゴだけ別腹として計算してはいけないと思います。

体重が増えると血圧の平均値も上昇し、活動時と安静時の血圧値の変動幅も大きくなりますので、高血圧治療のためにも、肥満解消も必要です。

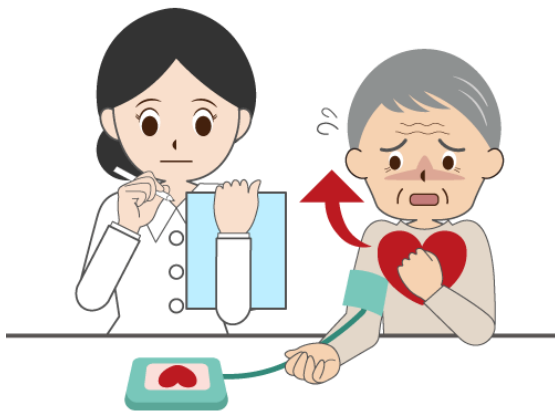


——ありがとうございます。やはり、脳卒中予防のためには、毎日の生活習慣、特に食生活を見直すことが大切であることがよくわかりました。その中で、先生が最も重要だとお考えのポイントは、どのようなことですか？

脳卒中予防で一つ選ぶ重要なことは、何と言っても血圧だと思います。以下の(1)～(3)に分けて解説致します。

(1) 高血圧の遺伝的素因がある方は加齢とともに上昇するのだという事柄をみなさんに知ってもらう必要があると思います。

初回の脳卒中を発症した患者さんや無症候性脳梗塞巣を発見された患者さんからよく耳にする声に「私は血圧は低いほうだったのに。いまさら高血圧と言われても信じられない。」というのがあります。高血圧症は遺伝的素因が強く作用しており、たとえ痩せ型で健康そうに見える方でも高血圧になります。ただしそのような方でも若いうちは正常血圧で、多くは30～40歳頃まで正常血圧でいます。その後に加



年齢とともに気づかぬうちに、上下変動幅の拡大が顕在化し、ついには普段の平均的な血圧値も上昇していきます。30～40歳のうちに血圧は正常と一度言われてしまうと油断してしまうのではないのでしょうか。50歳代で血圧値が多少高めが出て「さっきは緊張してたから高かっただけ」「休んで再測定したら下がったのでさっきの値は誤り」という具合に楽観的に考えることが多いと思います。

(2) 白衣高血圧症も脳卒中発症率が高いこと、そればかりか逆白衣高血圧（仮面高血圧ともいいます）はもっと分が悪いです。

病院に来ると血圧が高値に出るのは「白衣高血圧症」と称されますが、白衣高血圧症の人は脳卒中発症率が高いことが証明されています。したがって病院に来た時だけ高い

というのも将来の脳卒中危険性要素として注意すべき観察点の一つです。さらに、白衣高血圧症と真逆の形式をもつ危険な一群が存在します。それは病院での血圧値よりも、自宅での夜間や早朝血圧が高い人々です。これらの病院にくるとむしろ下がる人々つまり「逆白衣高血圧（別名：仮面高血圧）」を示す群は脳卒中発症率が白衣高血圧症の方々よりも高いと言われています。病院でも気づかないので助言のしようがありません。従って自宅での血圧が高値になっていることを申告してくれないと予防法を提案できません。

これはたとえ1日1回の血圧のくすりをすでに処方を受けて服用している方であっても、薬の効果持続時間よりもからだの高血圧素因が勝るようになると、早朝で降圧剤を服用する前の時間帯は、本人も気づかずに高血圧になっている方もいて、大変注意が必要です。これを見逃さないためには朝方の血圧の薬を服用する前の血圧を測定して記録することをお勧めしております。十分降圧した数値のみを医師に報告すると、かえって必要な降圧剤を処方されずに悪い結果になることもありますので注意が必要です。

(3) 高血圧の治療が不完全であったり行き渡らない理由に、医師側の責任もあると思います。

高血圧状態を避けるという共通目標がありながら、その値の高低の判断が個人によってバラバラだという問題点が残っていると思います。これは十和田市民のみなさんや患者さん側だけの問題ではなく、血圧を指導する医師の側にも目標血圧値に対する態度の不一致があるので、市や町全体が抱えている課題だと思います。昔からある疫学データによれば「血圧 115mmHg くらいの人々が最も長生きする確率が高い」ということが知られていました。ところが高血圧症の治療目標の基準は、ある時代は 140mmHg 未満が目標、やがて 130mmHg 未満が目標、最新情報では少々無理ですが可能であれば 120mmHg 未満であればさらに良い、という具合に科学的データは、110mmHg 台に近いほど良いことがわかってきました。

しかし「動脈硬化で血管が細いだから血圧は多少高い方が良いのだという（誤った意見）」や「周囲の友人が血圧の薬を出されると一生やめられなくなるので血圧の薬は止めた法が良いという（誤った助言）」などの偽情報にのせられたり、「血圧基準値を厳しくすると高血圧治療を受けてもらう患者さんの数が増えてしまう」という不都合な理由もあって、高血圧治療が徹底されていません。このような降圧強化をお勧めする意見への反対意見をもつ医師も実は少なくありません。

来院時高くても 10 分程度休んでから再測定して「血圧値が初回の値下がったからまあいいか」「下がった方の血圧値を報告しておこう」という行動があると思います。実際の脳卒中の医療現場では、新規に脳卒中を発症した方や、あるいは2度目の脳卒中になった方々は、「ふだんからもっと強力に血圧を下げていれば手足が麻痺する事態を避けられたかもしれない」人々がたくさんいらっしゃるのです。そのような悲惨な結果になって自由に生活できなくなった患者さんの声は一般外来の医療者には十分届いていないと思います。

血圧値の変動幅が大きいことに気がついた方や、高血圧症の素因のある方は、家庭内血圧の高い時の値と、病院や医院を受診直後に測定した高い血圧値も自分の血圧手帳に記載して記録に残すことで、将来の自分や家族を守れると思います。その記録を振り返ることで、次第に年齢とともに血圧が上昇していく自分の姿をいち早く察知できると思います。

——よくわかりました。それでは、改めてになりますが、脳卒中が疑われる症状がどのようなもので、その時にどのように対処すればよいか教えてください。

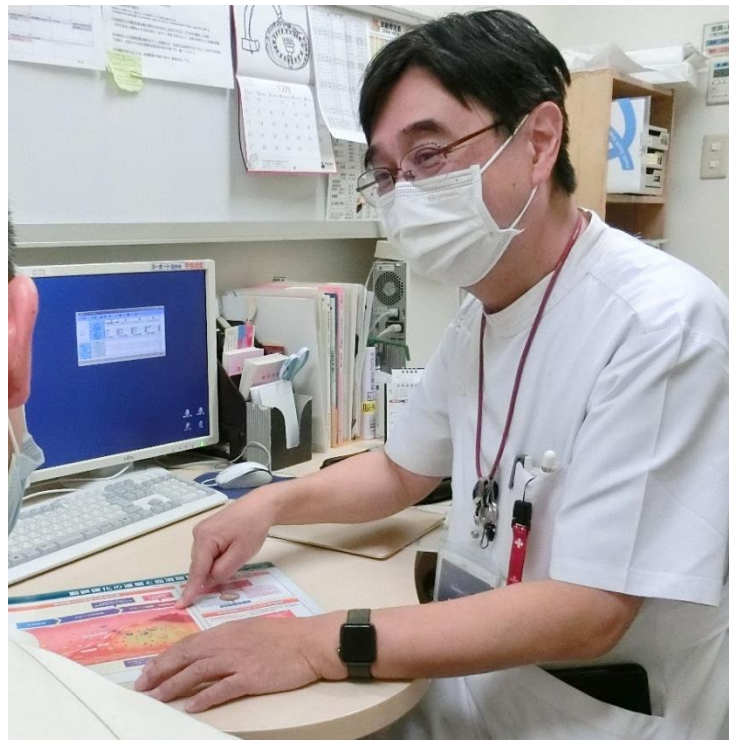
症状を理解する解釈の一方法としては、①「痛い脳卒中（頭痛のある脳卒中）」、②「痛くない脳卒中（頭痛のない脳卒中）」という2種類があることを理解しておくのも役にたつと思います。加えて、③「手足麻痺症状のない脳卒中もあるのだ」という事実を知っておいて欲しいです。

クモ膜下出血や脳出血など頭蓋内圧が高くなると頭蓋内の脳が「きゅうくつな状態（物理的に圧力が上昇する）」になるために痛みが出ます。なかでも恐ろしいクモ膜下出血は、頭痛が突発したものの、意識も正常で手足が麻痺せず、頭痛が唯一の症状ですので、まさか命がけの脳卒中とは本人が気づかないまま過ごしてしまい、危険な状態に陥って間に合わないこともあります。

一方で脳梗塞は、発症時には頭蓋内がきゅうくつにならないから痛くないことが多いです。多少例外もありますが。

危険で重症の脳卒中を疑うのは、①突然経験のない激しい痛みが出て痛みの程度がしばらく続くもの（この場合、手足麻痺症状がないため歩くことも可能で、脳卒中と気づかない危険さもある）、②比較的短時間に手足の麻痺で歩けなくなり意識消失に至るもの、です。この場合は救急車要請がもっとも適切です。

異変を感じた時に可能なら血圧を測定してみてください。血圧が180mmHg以上であれば、その時点では脳卒中でなかったとしても、高めが1～2日も続けば真の脳卒中が生じる危険につながります。一見麻痺症状が軽微でも、異変を感じて血圧が高ければ、できれば早めに、たとえばその日のうちに、遅くとも3日以内に病院を受診してくださった方が、その後の悪化を回避したり再発予防措置をとりやすいです。



——ありがとうございます。やはり少しでも早く医療機関で受診することが重要なことがわかりました。話題は変わりますが、先生は診療業務でお忙しい毎日を送られています、脳神経外科医として心がけていることやご苦労などあれば、ぜひお聞かせください。

脳神経外科では、①夜間早朝でも救急患者を拒否せずに受け入れし、②昼間の通院予約患者さんの診療や予約なし来院患者さんの急な診察要請にも応じ、③重症入院患者さんの診療を行いながら、④時には長時間に及ぶ脳手術があり、⑤他科で対応できない重症の意識障害の患者さん（脳卒中が原因でなくても）の大部分を引き受けて治療も受け持つ、という「5つの戦場」で、現在約3名の医師で24時間365日間診療を維持しています。重傷患者さんの診療に集中するため、症状の安定している自宅から通院で

きる患者さんには、近くの医院に紹介してかかりつけになってもらうよう案内する、つまり「逆紹介」をご提案する場面が増えてきました。大きな病院に通院していれば何かあった時に優先してもらえると期待している方も多いため、近くの医院へ逆紹介をする提案するのは私共にとってもつらいです。ただしそのような患者さんも症状が変化するなど必要時にはいつでも臨時でお引き受けするようにしていますので心配不要です。

——最後に、市民の皆さんにメッセージをお願いします。

血糖値やコレステロール値などに比較すれば、血圧値は容易に何度でも自宅で記録できる生体情報です。血圧値を測定しないなんてもったいないことです。親兄弟に高血圧があることが判明している方々の多くは血圧は加齢とともに上昇しますし、加齢とともに活動時と安静時の血圧変動幅が大きくなるように身体が年々変化しますので、予想外の高めの値が出たときは値を記録しておいてください。

とりまく生活環境の変化、たとえば、疲労、睡眠不足、感冒でも血圧値が高くなります。親戚にご不幸があったり、交通事故でびっくりしたことをきっかけに脳卒中を発症する方もいるくらいです。高血圧の家系である素因のある方は悪条件が重なったときにいっそう血圧が上昇することで脳卒中を発症します。

もし血圧 130mmHg 以上の値が時々あるなら、1日2回（朝食前と夕食後）の家庭内血圧値を毎日日記のように記録して数年間捨てずに保存しておくことを提案致します。

---

所属学会：日本脳神経外科学会、日本脳卒中学会、日本神経内視鏡学会、日本脳神経外科コンGRESS、日本神経学会、  
日本脳卒中外科学会、日本脳神経外傷学会、日本脳神経減圧術学会、日本自律神経学会  
資格情報等：日本脳神経外科学会専門医、脳梗塞 t-PA 適正使用講習会受講済、医師臨床研修指導医養成講習会受講済

