

脳梗塞で腰部脊柱管狭窄症が隠されてしまう症例報告

<はじめに>

脳梗塞後のリハビリ目的で整形外科に通院する患者は少なくない。しかしその患者たちが整形外科で種々のブロック注射を積極的に行ってももらえないという現実がある。その理由は「運動機能の低下は脳が由来であるあら対処法なし」とパブロフの犬のように主治医たちに反射的に思われるからである。

ところが高齢者であれば、脳梗塞既往患者でさえ変形性関節症や脊椎疾患を普通に合併している。にもかかわらず、それらの治療をまともにしてもらえず患者たちは二重苦に直面している。

脳梗塞後遺症と診断され整形外科でリハビリだけを延々と行い、それ以外の積極的な治療を全くしてもらえていない患者に対し、今回私が腰部硬膜外ブロックを行い、運動機能が著しく改善した症例を経験したので報告する。

ここに挙げた一例はマレではなく、非常に頻繁に遭遇する事例であるので各自の反省材料にしていただきたい。根底には「脳梗塞後遺症患者＝面倒、治らない」という思い込みがあると思われる。この態度を改めなければこのような患者を医療で救うことはできない。そしてきちんと治療すれば患者のADLを大幅に改善できたはずなのに、実際は何もされずに放置され、人生を終える患者が大勢存在することを知ってほしい。

<症例>

69歳 男性 主訴：両下肢の筋力低下 当院で1年半前からリハビリを行っており、今回リハビリの経過診察のため私の診察を初めて受ける。

現病歴：1年前に突然意識消失。近医救急外来にかかり脳梗塞と診断され2ヶ月入院する。脳梗塞による失語症などはなく症状は軽かったが、入院後1週目、歩行をしようとしたら下半身に力が入りにくく歩行困難を自覚する。退院後も歩行困難が続くためリハビリ目的で当院に通院。通院10ヶ月目ではじめて私の外来にかかる。

<既往歴>

糖尿病 (-)、高血圧 (+) 降圧薬服薬中

左変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症の診断で2年前から当院で加療していた。この時の症

状は左膝痛、左臀部痛、間歇性跛行20分（1km）

<現症>

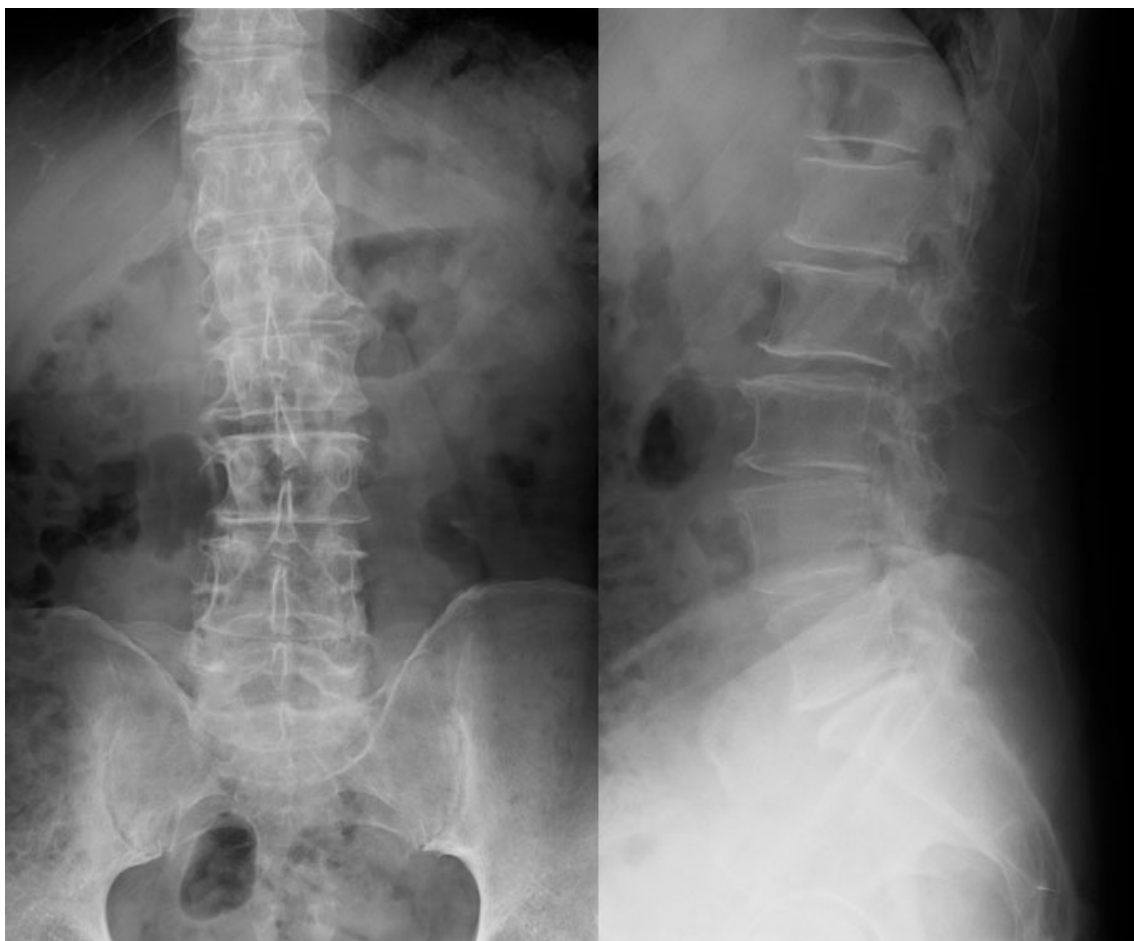
筋力)

IP 右4- 左5-、Quad 右5- 左5-、TA 右5- 左5-、GC 右4- 左5-

DTR) PTR 右+ 左++、ATR 右+ 左++

下肢知覚異常なし 腰痛と右優位の臀部痛あり

<画像所見>



正面像：Scoliosis(+) L5右横突起が仙骨と癒合しており、不完全な仙椎化がある。椎体には骨棘があり変形が進行している。

側面像：椎間板の狭小化が全体にあり、特にL3/4, L4/5, L5/Sで目立つ。後方、棘突起間はなきに等しい。当然ながら棘突起間に存在する黄色靭帯は脊柱管内に押しやられていることが予想される。L3, L4で若干の後方すべり、L4, L5で若干の前方すべりが存在している。

これらの所見は当院で私が初めて診察した時点のものであり脳梗塞発症以降一度もとられていなかった（この患者に携わった医師の数は私を含めて5名いるが誰も所見をとっていない）。

患者は特に右下肢の筋力低下を訴えているがDTRの亢進は主に左下肢であり、これが脳梗塞由来とは考えにくい。ただし、両下肢ともにDTRは亢進しているので右下肢の筋力低下の一因に脳梗塞があることは否定しない。

患者は脳梗塞以降、左膝の痛みに関して関節内注射などの処置は受けておらずリハビリのみの治療をしている。

<診察室でのやりとり>

この患者は私とは初対面である。

私：最近はどうですか？

患者：足に力が入りにくいのでリハビリでがんばっています。

私：いつからそういう状態ですか？

患者：1年前に脳梗塞をしてからです。

私：リハビリで力がついてきましたか？

患者：いいえ、あんまりよくありませんが脳梗塞ですから仕方ありません。

この時点で患者は両下肢に力が入りにくい原因が脳梗塞由来であると確信している。これまで携わった医師たちも全員が「脳梗塞由来の筋力低下」であると思っていたことが推測された。よって医師たちは患者の現症さえとらず、リハビリの評価だけをし積極的な治療はしていなかった。

私は「それは脊椎由来の可能性もある」との推測の元に、腰部脊柱管狭窄症に特有である間歇性跛行の有無について質問する。

私：「歩いていると足がだるくなってきましたか？」

患者：「なります」

私：「何分くらい歩くとだるくなりますか？」

患者：「う～ん、5分くらいでしょうか」

間歇性跛行は一般的に脳梗塞では起こらない。脳梗塞の後遺症で筋力低下が来ている可能性は否定しないが、そうであっても腰椎疾患との合併が必ずあると推測。

私：だるくなるのは左右どちらがひどいですか？

患者：右のほうです。

私：脳梗塞の直後、どちらの手足のほうが動きにくかったですか？

患者：左のほうです。

脳梗塞の際、この患者は主に左方麻痺が出現していた。しかし現在は右下肢の筋力低下のほうが著明であり、これが脳梗塞由来ではないと思われた。DTRの所見でも亢進は左に著明であり右は軽度であった。このことから右下肢の筋力低下は脊椎（腰椎）由来である可能性が極めて高いと推測。

私：でも今は右側の方が力が入りにくいのですよね。変だと思いませんか？

患者：そうですねえ

私：右側に力が入りにくいのはいつごろからですか？脳梗塞が起こる前ですか？後ですか？

患者：前です。2年前からです。

私：以前もここで治療しているようですが…この時は腰部脊柱管狭窄症の診断で治療をされていたようですね。今回の筋力低下も腰が原因だとは思いませんか？」

患者：「そうかもしれません」

私：「その症状をもっとしっかり治したくありませんか？」

患者：「治したいですけど、脳梗塞ですから…」

患者の両下肢症状は脳梗塞後にひどくなっているため患者は症状が腰椎由来とは考えていないことがわかる。そして患者も治らないと思っている。というよりもこれまでの医師たちに「治らないこと」を教え込まれてきたようである。

この患者を治療するにあたって、ハードルはひとつや二つではない。

<患者治療のハードル>

- 1、脳梗塞が原因とする患者の確信を変えることの困難さ
- 2、今の症状は脳梗塞後遺症であると他の4名の医師たちに説明されてきた
- 3、2の状況を覆し新たな治療をすると他の医師たちに嫌がられる
- 4、腰由来であると判明しても治せないのなら意味はない
- 5、治せなかったら不信感患者にも同僚にも抱かれる
- 6、筋力低下や麻痺の治療はブロックでは困難とどの教科書にも掲載されている
- 7、治療（ブロック）にはリスクを伴うため初対面の患者を説得困難

このように脳梗塞後遺症のある患者に真の治療を施すためには「自分（主治医）の立場が悪くなる可能性」を乗り越える必要がある。このハードルは一般的に保守的とされる医師にとって越えることは容易ではない。

それに加え筋力低下や麻痺にはブロックが効果なしとする記載が目立つ昨今、「脳梗塞後遺症患者には何をやっても無駄」という絶望感があり治療しようという意欲が沸かないという前提がある。

こういう状況において積極的なブロック治療を行うには目の前の患者を確実に治せるという実績や自信が必要となる。もしも治らなければ患者だけでなく医師たちにも冷ややかな視線で見られることになる。

私：私はこれから事実を話しますね。誇張でもないし、商売話でもなく事実を話しますよ。

脳梗塞をわずらった人は悲しいことに医者にきちんと病気を診てもらえないということが起こります。それは脳から来ている病気だから整形外科では治せないと初めからそういう先入観で見られてしまうからなんですね。

現に、脳梗塞になってからは膝が痛くても注射もしてもらえてないし、リハビリばかりでまともな診察はしてもらえなかったでしょう？ それが現実です。

ですけど、病気の原因が脳じゃない場合も多々あるんです。脳じゃない病気は治すこともできるのですが脳梗塞があるおかげで治るものも治してもらえなくなってしまうんです。

私はね、今まで医者をやってきて、脳梗塞の患者がまともに整形外科で治療されたのを見たことがないんです。それで私は、これではいけないと思って、脳梗塞の患者さんには特に丁寧に診察するようにして、それで多くの患者さんの病気を治してきたんです。

私は、今回の症状の主な原因は脳ではなく腰が原因だと思うんです。もしよかったですら私にその症状を治療させていただきませんか？

患者：どういうことをするんですか？

私：腰の背骨の中に薬を入れます。硬膜外ブロックというのですが、実際に注射をしてみればすべての答えが出ます。

患者：痛くありませんか？

私：それほど痛くはありませんが、もし私がミスをして針が深く入りすぎると半身麻酔がかかるという危険があります。そのときに血圧が下がることもありますし、2～3時間全く動けなくなります。ただ、時間が来れば元に戻ります。そのほかに脊髄にばい菌が入る恐れや、血管や神経を傷つける可能性もゼロではありません。ただ、滅多に起こることではありませんので、私の腕を信じていただくしかありません。

このように説明し患者に腰部硬膜外を受けていただくことに同意してもらった。蛇足ではあるが、ここまで誠意をもってしっかり説明すれば、治療を拒否する患者は一人もいない。なぜなら、患者は実際に両下肢の筋力低下に対し、非常に困っているからである。この苦痛を「治せる」という医者があるのならばぜひお願いしたいと思っている。ただし、そこには幾多ものハードルがあることは前に述べた。

もっとも高いハードルは麻痺や筋力低下を治せる技術と実績があるか？である。私の治療実績は他の症例報告でまとめて示す。治せる自信がない場合、こういう会話をするモチベーションがそもそも起こることはない。

<治療および結果>

L2/3より腰部硬膜外ブロック（0.5%カルボカイン10cc+ケナコルト10mg）

1回目注射後

MMT IP4→4+

GC4→4+

IMC 5分→30分

左臀部痛VAS：10→2

と劇的な改善を示した。注射後1週目の診察で、この改善が継続していることを確認。教科書的には難治とされている麻痺や筋力低下にもブロックが著効することが証明される（他にも臨床データあり）。

その後、さらなる治療効果を期待し、週1回の割合で腰部硬膜外ブロックを行っている。

<治療1週目の会話>

私：この間打った注射はどうでした？

患者：それがすごく軽くなったんで驚いています。こんなに治るのなら最初からやってもらえばよかったです。

私：それはこの前お話した通り、脳梗塞後遺症の患者さんに治療をしても無駄だと医者が思っているのだから無理です。私は極めてマレな医者なので治療しましたけど。それはたまたま私と出会ったから行えた事で、宝くじが当たったようなものです。

患者：そうなんですか…

私：ま、とりあえずよくなったんだからラッキーと思きましょう。

患者：（笑）

<考察>

脳梗塞患者数は約140万人、癌や心筋梗塞よりも多く第1位。つまり高齢者がもっともか

かりやすい疾患で年間8万人が死亡する。この疾患を患うことは「とても可能性の高い」ことであり、私も近い将来罹患する可能性がある疾患と認識している。

入院治療後はリハビリを行うが、リハビリ施設が少ないため、患者の多くはその後整形外科に通院し麻痺側肢の消炎鎮痛処置、ROMex. などを行っている現状がある。

しかしそれらの患者が変形性脊椎疾患を合併している場合に適切なブロック注射治療などがなされていた患者を私はかつて一度も見ることがない。脳梗塞患者が骨格に変性疾患を合併していたとしても、それらの多くは「脳梗塞のせい」とされ、治療されない状態が現在も続いている。日本だけでなく世界中で。

たとえば麻痺した上肢では不安定性が強いため肩関節周囲炎が極めて起こりやすい。しかし私は他の医師が脳梗塞後遺症患者に肩峰下滑液包内注射をしているのを見たことがない（私の周囲の医者たちだけかもしれないが、少なくとも丁寧に所見をとっている医師のカルテを見たことがない）。

その理由は上記においてまとめた「ハードル」にある。

脳梗塞後遺症患者において運動器疾患なのか脳疾患なのかを明瞭に区別する診断基準がどこにも存在しない。したがって合併していても診断できないものに治療することへの医師たちの抵抗がある。その慣例を破ることへの勇気が医師一人ひとりに試される。

診断が困難な疾患（複数の疾患を合併しているものなど）に対する診断は医師一人ひとりの裁量にゆだねられてきた実情があり、全て教科書の枠外である。その最たるものが脳梗塞後遺症と脊椎・関節変性疾患・腱鞘炎・腱炎などとの合併である。つまり脳梗塞後遺症の患者たちの合併症が無視されている。

私は診断が困難な複数合併症例は、「治療に対する効果反応」を利用して診断をつけてきた。たとえば、頸部神経根症と肩関節周囲炎との合併症例では頸神経根ブロックと肩峰下滑液包内注射を交互に行うことで、「どちらに強く治療効果が出るか？」で診断をつけてきた。

変形性股関節と神経痛の痛みは鑑別することが極めて困難といわれているが、私は神経根ブロックと股関節内注射の交互治療でいとも簡単に鑑別した（ただし、どちらの注射も手技的には簡単ではない）。

世にあるほとんどの診断技術は、負荷をかけたり悪化させることによる診断方法であり、「治療すること」で診断をつける方法が皆無に等しい。

私はブロックにより治療する技術をこれまで毎日のように修練してきたので「治して診断」という新たな手法を身につけることができた。この「治して診断」は合併が常である

高齢者の治療において必須の医療技術と思われるため、今後は医師の各自が身につける必要があると感じる。

特に脳梗塞後遺症の片麻痺患者では左右の身体バランスの崩れが原因で脊椎疾患を合併することは通常の高齢者よりも高率に起こる。この当たり前のことを当たり前に頭に入れておくべきだと思う。

今回の診断も私が腰部硬膜外ブロックで患者を治療した事により、この患者の両下肢のふらつきが症状が脳梗塞後遺症で出現しているわけではないことが確定した。これがいわゆる「治療による診断法」。

高齢者の診断にはこの新たなる「治して診断する」という領域へ足を踏み出す必要があることに異論はないだろう。

ただし、これらの新境地へ足を踏み入れるためことは、既成の教科書を作成してきた教授たちへの反発をくらう。さらに、治療をしない派の同僚たちに敵視される危険性、場合によっては解雇されることもあるため若干の信念と勇気を必要とする。しかしその新境地に私たちが踏み出さないと高齢化社会に明日はない。新しいことをしようとすると反発する教授たちも、いずれは高齢になり我々の助けを必要とするようになる。

腰部硬膜外ブロックの手技については他のページを参照していただきたい。高齢者に腰部硬膜外ブロックを行うには特殊な技術を身につける必要がある。不適切な硬膜外ブロックでは効き目がない。不適切とは責任高位を考えないブロックを意味する（たとえば仙骨裂孔硬膜外ブロックは腰神経由来の症状には不適切。若者であれば多少の不適切さは関係なく効果が出るが、高齢者ではピンポイントに焦点を合わせなければ効果が出ない）。

治す技術を身につけるためにはこういう基礎的なところから学習していく必要がある。簡単ではないが私たちの発展に高齢化社会の未来がかかっている。

<まとめ>

脳梗塞患者の麻痺や筋力低下を腰部硬膜外ブロックで劇的に改善させることができた。こういう症例は全国に多数あると思われるため、脳梗塞だからとあきらめず、積極的に脊椎に対する治療アプローチをすべきであると思われた。