

多発性脳梗塞はリハビリテーション医療ではしばしば遭遇する疾患であり、周知の内容ではあるが、知見の蓄積に伴い、病態、医学的管理、評価訓練に関して再検討する必要がある。そこで、多発性脳梗塞の成因と病態に関して畑隆志先生（東海大学神経内科）、診断と治療は平野照之先生ら（熊本大学神経内科）にお願いして、リハビリテーション医が理解できるように分かりやすく解説していただいた。多発性脳梗塞の代表的なリハビリテーション上の問題点である、神経心理学的障害、嚥下障害・構音障害、歩行障害に関しては、安部博史先生（福岡大学）、椿原彰夫先生（川崎医科大学）、小林昌之先生（産業医科大学）のリハビリテーション専門医に執筆を依頼した。リハビリテーション医療関係者には是非読んでいただきたい内容である。

■ **成因と病態** 多発性脳梗塞には確立した定義はないが、①再発の脳梗塞、②症候性脳梗塞に無症候性脳梗塞を認めるもの、③複数の脳梗塞があり非発作性神経症候があるもの、④複数の無症候性脳梗塞、の4つのパターンがあると述べ、その病型を明確にした。無症候性脳梗塞の危険因子については未だ明らかではないが、通常の脳梗塞の危険因子のなかでも特に高齢、高血圧（夜間高血圧）、糖代謝異常が着目されている。過度の降圧は無症候性の脳梗塞を増加させるとも言われており、注意が必要である。また、抗血小板療法は無症候性脳梗塞の予防に無効であったとする報告もあり、適切な治療がなされていても多発性脳梗塞の患者は徐々に増加していく可能性があることをリハビリテーション医は理解しておく必要がある。（畑 隆志氏、499 頁）

■ **診断と治療** 脳梗塞の診断はNINDS 特別委員会の勧告に従うと述べられている。脳梗塞は、無症候性、局所性脳機能障害、血管性痴呆、高血圧性脳症の4分類のなかの局所性脳機能障害に該当し、さらに発症機序、臨床病型、責任血管部位の3段階に分けて診断する。多発性脳梗塞の代表的な臨床症状は、パーキンソニズム、仮性球麻痺、痴呆であり、医学的管理の立場からは無症候性脳梗塞との関連が重要である。無症候性脳梗塞を認めた患者は無症候性脳梗塞のない患者よりも脳卒中発症は有意に高頻度である。再発を予防するには、無症候性脳梗塞に対する対策、血圧の至適コントロール、脳血管性痴呆の予防・薬物療法が大切である。（平野照之氏ら、507 頁）

■ **神経心理学的障害** 多発性脳梗塞では神経心理学的に特異な所見はなく種々の所見が混在しうることが特徴といえる。164例の脳梗塞入院患者のうちで、失語症は16.4%、古典的な失行症は2.3%、失認症は9.1%、何らかの高次脳機能障害は22.0%に認められた。必要な検査としては、長谷川式簡易痴呆スケール、Mini-Mental State test、Raven's Progressive Matrices などがあり、また、Wisconsin Card Sorting Test、Controlled Oral Word Association Test も重要と述べている。（安部博史氏ら、515 頁）

■ **嚥下障害・構音障害** 嚥下障害はしばしば治療に難渋する問題であり、関連する障害として構音障害がある。これらの評価方法、治療方法に関して実際に役立つように分かりやすくまとめてあり、日常臨床に直ぐに役立つ論文である。（椿原彰夫氏ら、521 頁）

■ **歩行障害** 多発性脳梗塞の特異な能力障害に歩行障害がある。しばしば認められる小刻み歩行、まれな病態ではあるが関連するものにすくみ足、歩行失行などがある。これらの病態、治療方法に関して、簡潔に解説してある。（小林昌之氏ら、533 頁）