

睡眠時無呼吸症候群の治療によりリハビリ テーションが円滑に行えた脳梗塞の1例

たけ だ ふみ のり¹⁾ おか だ かず のり²⁾ あお やま あつ お²⁾
武 田 文 徳¹⁾ 岡 田 和 悟²⁾ 青 山 淳 夫²⁾
たか よし ひろ ゆき²⁾ みず はら りょう いわ た ゆう こ³⁾
高 吉 宏 幸²⁾ 水 原 亮²⁾ 岩 田 裕 子³⁾

キーワード：睡眠時無呼吸症候群，脳卒中，リハビリテーション

要 旨

症例は64歳，男性。左片麻痺を主訴として緊急入院し，頭部 MRI-DWI で左被殻～放線冠に3スライスに渡るラクナ梗塞様病変を認め，脳梗塞 (Branch Atheromatous Disease) として保存的に加療。生活歴として飲酒3～5合/日，喫煙30本/日，習慣性いびきあり。入院初日よりリハビリ導入したが，不眠の訴え強く，眠剤調整するも効果なし。日中の過剰な眠気と熟眠感不足がリハビリ上の障害因子となった。睡眠時無呼吸症候群 (SAS) を疑ってスクリーニング検査を実施し，無呼吸低呼吸指数 (AHI) 29回/時と高値で中等度の SAS と診断した。持続陽圧呼吸療法の導入により，不眠を含めた自覚症状，AHI の改善を認め，リハビリに意欲的に取り組めるようになり，杖歩行での移動可能な状態まで改善し退院となった。SAS は，脳梗塞の危険因子として指摘されているが，リハビリ障害因子としても重要と考えられた。

はじめに

睡眠時無呼吸症候群 (sleep-apnea syndrome: 以下 SAS) は，1999年のアメリカ睡眠医学会の診断基準¹⁾では，無呼吸低呼吸指数 (apnea hypopnea index; 以下 AHI) 5回/時以上の睡眠呼吸異常症 (sleep breathing disorder: 以下 SBD) に日中傾眠，中途覚醒，倦怠感等の症状

を伴うときに診断される。2005年改訂の国際睡眠障害分類第2版²⁾では AHI 15回/時以上の SDB に関しては，症状の有無に関わらず SAS と診断することが提唱されている。SAS および SDB は，高血圧症や冠動脈疾患，脳血管障害などの循環器疾患の合併頻度が高く，さらに糖代謝異常，インスリン抵抗性，メタボリックシンドロームの発症リスクとなっていることが指摘されている³⁻⁷⁾。我々は，脳梗塞再発で入院し，リハビリテーション実施中に不眠，日中の傾眠傾向を認め，リハビリテーションが円滑に進まなかった1例で，SAS

Fuminori TAKEDA et al.

1) 大田市立病院内科 2) 同 神経内科

3) 同 リハビリテーション科

連絡先：〒694-0063 大田市大田町吉永1428-3