



青山病院 『ふれあいニュース』

2024 . 8

8月号

慢性硬膜下血腫

2024年3月に関西医科大学脳神経外科を定年退職して、4月よりラポール会に副理事長として着任しました浅井昭雄です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

「慢性硬膜下血腫」は主として頭部打撲が原因で、打撲から3週間以上を経て、頭蓋内の硬膜下腔（頭蓋骨内側に付着している硬膜と脳表を覆っているクモ膜との間の空間）に水混じりの血液がゆっくりと溜まってくる病気です。どの年齢層にも起こり得ますが、やはり、転倒して頭部を打撲する機会が多く、脳が少し萎縮していて脳と頭蓋骨の間のスペースにゆとりがある高齢者に多いと考えられています。

当院でも年間30例以上の患者さんが受診されます。どんな症状が出るかと言いますと、頭痛、四肢のマヒ症状（階段で片方の足がつかずきやすい、片手に力が入らない等）、認知症状（最近物忘れがひどくなったなど）、精神症状（最近おこりっぽくなった、性格が変わった等）が主な症状です。血腫の量が多くなると意識障害なども呈し、治療をしないと死にいたることもあります。CTあるいはMRIで容易に診断がつかれます。治療ですが、頭痛以外の症状が明らかに出ている場合、あるいは、血腫の量が多く、脳への圧迫が著明である場合には

予後について述べてきましたが、この病気は脳ドックなどでCTやMRIを撮った際、偶然に見つかることもあります。そのような場合、血腫の量が少なく、脳への圧迫が少ない場合には、定期的にCTあるいはMRIを撮って経過観察になります。経過観察していますと、手術をしなくても血腫がだんだん小さくなり自然に消失することも多々あります。したがって、この病気が見つかったからといって必ずしもすぐに手術が必要になるとは限りません。もちろん、血腫が有意に増大した場合には手術が必要になります。



青山脳神経外科病院



TEL : 072-937-0012 〒583-0014 大阪府藤井寺市野中2-91
近鉄南大阪線「古市」駅より徒歩15分

病と心を癒す、

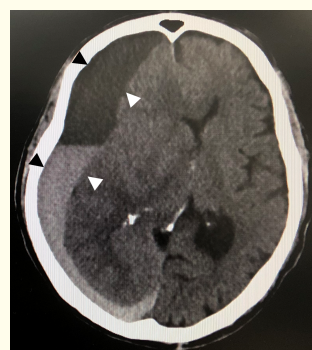
患者さまのための脳神経医療

4つの診療室で脳神経外科と神経内科の外来診療が行なわれています。医師会や市民病院など、他の医療施設の先生方と連携し、市民の脳・脊髄・神経の健康を守ります。また、1階にある高性能MRI検査・マルチスライスCT・頸動脈エコー検査を主とする脳ドックのような検査は、脳卒中の予防に威力を発揮します。

治療が必要になります。治療は穿頭血腫洗浄ドレナージ術という手術をおこないます。頭蓋骨に小さな孔を開けて、硬膜下に溜まった血腫を除去した後、空になった血腫腔を生理食塩水で洗って、管を1本留置する手術です。管は翌日に抜きます。手術治療をすると予後良好な病気です。術後、頭痛やマヒなどの症状は劇的に改善しますので長くても入院期間1週間前後で退院できます。しかし、この病気は再発すること（約5%）がありますので（同じ場所に再び血液が溜まってきます）、術後6ヶ月くらいは、月に1度のCTもしくはMRIでチェックする必要があります。再発してきた場合、同じ孔から再度、血腫洗浄ドレナージ術をおこないます。

このようにしても再発を繰り返すことがあります。

返すことがあり、そのような場合には、カテーテルを使って、中硬膜動脈と呼ばれる硬膜を養う細い動脈を詰める治療が必要になることもあります。慢性硬膜下血腫の症状、診断、治療、



慢性硬膜下血腫



医療法人ラポール会 青山病院

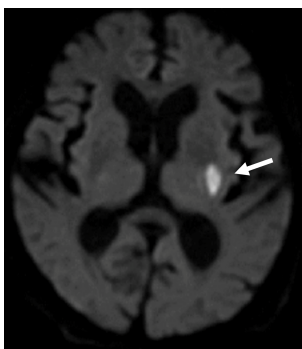
脳卒中について

脳卒中は日本人の100人に1人が罹る病気です。「脳卒中」という言葉は「脳が卒然（突然）に中（あ）たる」というところから来ています。脳卒中には、皆さん名前は聞いたことがあると思いますが、脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血の3つの病気が含まれます。その中で脳梗塞が7割を占めており、おそらく皆さんの身近なひとにも脳梗塞になられた方がいらっしゃるのではないかと思います。今回は、この脳梗塞についてお話ししたいと思います。

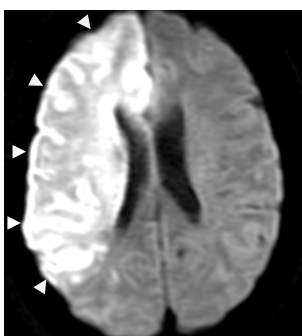
脳梗塞は、脳を養う頸や脳の動脈が何らかの原因で詰まったために、その血管が養っていた脳の領域が壊死をおこしてしまう病気です。脳は血流が途絶えると数時間で壊死を起こし始めることがわかっています。壊死をおこした部分の脳は生き返ることはありませんのでその部分の脳が担っていた機能が失われて後遺症として残ります。頸や脳の血管が詰まる機序は主として、頸や脳の血管自体の動脈硬化が進行して徐々に血管内腔が狭くなり最後に詰まってしまうという機序（アテローム性脳梗塞、ラクナ梗塞）と、あるいは、心房細動と呼ばれる不整脈により心臓の中にできる血栓がちぎれて流れてきたもの（塞栓子）が頸や脳の血管につまるという機序（心原性脳塞栓症）と2通りの機序が知られています。前者は頸や脳の太い動脈が詰まるアテローム性脳梗塞と穿通枝と呼ばれる脳の細い動脈が詰まるラクナ梗塞に分けられ、脳梗塞のおこる場所も大きさも異なります。症状はどの血管が詰まるかによって様々ですが、左右どちらかの上下肢に力が入らない（片マヒ）、ろれつがまわら

ない（構音障害）、ものが二重に見える（複視）、言葉が思うように出てこない（失語）、呼びかけに反応できない（意識障害）が主なものです。ラクナ梗塞は、梗塞の範囲が小さいため（小梗塞）、単一症状あるいは症状自体が軽症のことが多いのが特徴です。アテローム性脳梗塞の場合には、ラクナ梗塞に比べて梗塞の範囲が広くなるため（中梗塞）複数の症状を呈することが多く、症状も重症となってきます。心原性脳塞栓症は、脳梗塞の範囲が広い（大梗塞）ことが多く、意識障害を含む複数の症状を呈することが多く、脳梗塞の中では最重症になります。脳梗塞の診断にはCT、MRIが有用です。頸あるいは脳の太い血管が詰まっておこる重症の脳梗塞（心原性脳塞栓症、アテローム性脳梗塞）の治療としては、t・P・Aと呼ばれる血管に詰まっている血栓を溶かす薬を使うと同時に、カテーテルを使って血栓の除去をおこなって血流の再開を目指します。上にも述べましたように脳は虚血（血流が途絶えること）に非常に弱いため、これらの治療は開始が早ければ早いほど、脳梗塞の範囲も小さくて済みますし、後遺症も軽くなることがわかっていますので、上に述べたような症状を自覚したら「しばらく様子を見よう」などと思わないで、ためらうことなく救急車を呼んで脳神経外科あるいは脳神経内科を受診して下さい。上で、壊死をおこして死んだ脳は生き返ることはないと言いましたが、脳には可塑性という言葉で知られている、ある部分の機能を他の部分で補う機能があります。脳梗塞によって失われた機能は、その後、リハビリテー

ションをすることにより、他の部分が、脳梗塞で死んだ部分の担っていた機能を担うようになることで、一部は大半回復することもわかっていますので、諦めずにリハビリテーションをすることが重要です。とは言っても脳梗塞にならないのが一番です。以下にその予防法について述べます。まずは脳梗塞の中で最も重症な心原性脳塞栓症の予防について述べます。「心原性」というくらいですので、原因は頭ではなく心臓にあります。心房細動という不整脈があると心臓の右心耳と呼ばれる部屋に血液の滞留がおこるため血栓ができやすくなります。こうした血栓が左心室に運ばれて大動脈を通じて全身の動脈にばらまかれてそれぞれの血管が詰まるわけです。したがって、まずは、不整脈（通常は動悸が主な症状です）を自覚したら、内科を受診して心電図検査（ホルター心電図を含む）を受けることをお勧めします。そして、心房細動（常におこっている人とたまにおこる人があります）が確認されたら右心耳に血栓ができるのを防ぐためにDOACあるいはワーファリンと呼ばれる抗凝固薬の内服が必要になります。



ラクナ梗塞



心原性脳塞栓症

他にも心房細動そのものをおこらなくするアブレーションと呼ばれるカテーテル治療やカテーテルで右心耳にフィルターを留置して血栓が心臓から流出しないようにする治療などもあります。次にアテローム性脳梗塞（ラクナ梗塞も含む）の予防について述べます。脳梗塞の4大危険因子として喫煙、高血圧、高コレステロール血症、糖尿病が知られています。いずれも全身の血管を内側から傷つける原因になります。傷ついた血管には動脈硬化（アテローム性変化）が起こってきます。したがって、まずは、今日からでも遅くはありませんので、禁煙し、高血圧、高コレステロール血症、糖尿病をもっているひとはそれらの治療をしっかりおこなうことが重要です。そして、既に動脈硬化が進行して頸や脳の動脈が細くなっている場合には、そこに血栓ができ詰まってしまうように「血をサラサラにする薬」（抗血小板剤）の内服を開始しなければなりません。それで不十分な場合にはカテーテルや手術で狭くなった部分を拡張する治療もあります。これらの治療は、一度脳梗塞に罹ったひとの脳梗塞再発予防にも同様に当てはまります。これらの危険因子を一つでももっている方、血のつながりのあるひとに脳梗塞の患者さんがいる方は、是非一度脳ドックを受診してみて下さい。脳ドックを受けると、脳梗塞になりやすいかどうかということがかなりの確立でわかります。