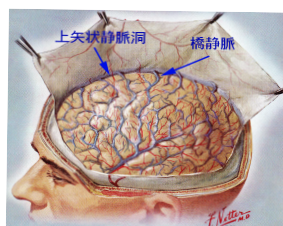


「慢性硬膜下血腫」の話

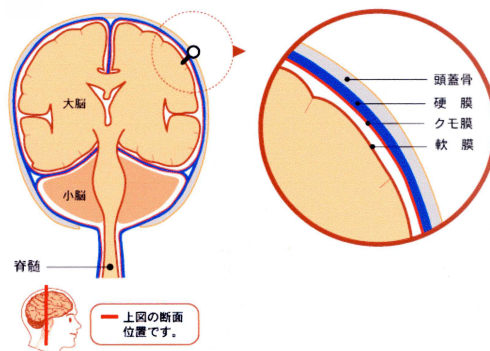
「慢性硬膜下血腫」とは、脳の表面と頭蓋骨の間にある「硬膜」（こうまく）と呼ばれる膜の下に、ゆっくりと血液が溜まる病気です。頭部外傷後の慢性期（通常1～2ヶ月後）に頭部の頭蓋骨の下にある脳を覆っている硬膜と脳との隙間に血（血腫）がたまる病気で、血腫が脳を圧迫して様々な症状が起こります。また、高齢者に発症することが多いという特徴があります。

＊「硬膜」は、脳と脊髄を覆う3層の膜（「硬膜」「クモ膜」「軟膜」）のうち、一番外にある膜です。「硬膜」と「クモ膜」の間には実際には腔（スペース）はなく、疎な細胞成分で構成される「硬膜境界細胞層」（後述）があります。（「クモ膜」の下には脳（軟膜）との間に「クモ膜下出血」で知られる「クモ膜下腔」という空間があります。そのなかには無色透明の「脳脊髄液」が満たされています。）（図 右）



図（左）：硬膜を翻転すると脳が現れますが、実際には脳の表面は「クモ膜」で覆われています。「硬膜」の内面と「クモ膜」は密着していても（前述）容易にはがれる部分、ということです。

橋（架橋）静脈の破綻などにより、急性硬膜下血腫が発生します。



原因

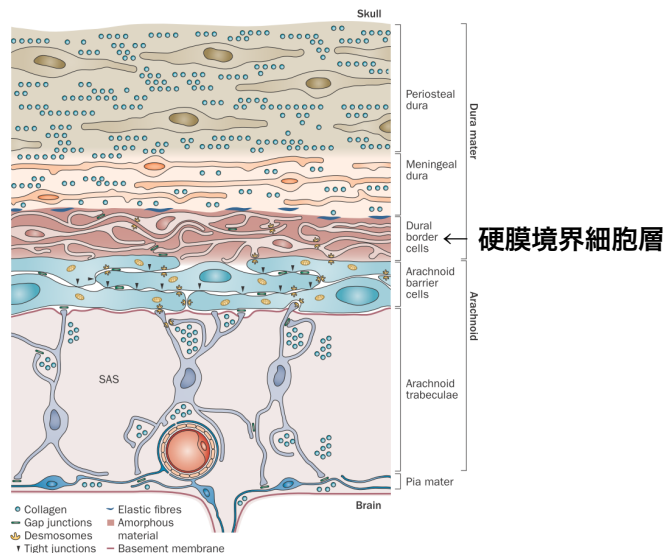
主な原因は頭を打つこと（頭部外傷）です。ただし、尻もちをついたり、転んだり、軽く頭をぶつけた程度でも、高齢の方では発症することもあります。高齢者や血液をサラサラにする薬（抗凝固/抗血小板薬）を内服している方、アルコールを多く飲まれる方は発症するリスクが高いです。きっかけになる頭部外傷がはっきりしないこともまれではありません。一般に頭のケガの程度が軽いので、ときには患者さんが頭にケガしたことを忘れていることさえあります。したがって、特に高齢者では常にこの病気の存在の可能性を念頭におく必要があります。

発生機序

「dural border cell layer」の日本語訳は、「硬膜境界細胞層（こうまくきょうがいさいぼうそう）」です。

（図 右）

「硬膜」（右：「Dura mater」）の最も内側に位置し、コラーゲン線維をほとんど含まず細胞間の結合が弱い細長く扁平な線維芽細胞で構成される数層の薄い細胞層です。この層の主に硬膜側には「硬膜静脈叢」があり、比較的軽微な脳への外力によっても破綻して血腫を形成することがあります。その修復過程でコラーゲンが豊富な内膜と外膜を形成され、炎症と血管新生、線溶と出血を繰り返し脳脊髄液が浸透し「慢性硬膜下血腫」が形成されるとされています。（右：「Arachnoid（クモ膜）」）



症状

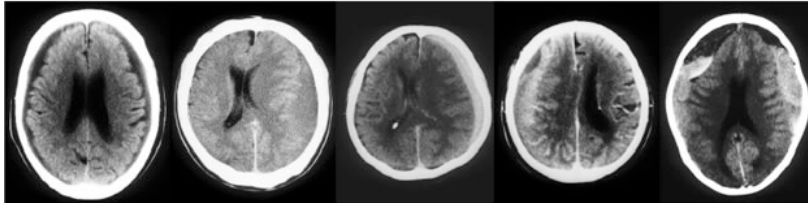
典型的な例では、頭部外傷後の数週間の無症状の期間の後に、頭痛・嘔吐などの頭蓋内圧亢進症状、片麻痺やしびれ、けいれん、言葉がうまく話せない（失語症）、認知症、意欲の低下などの精神障害とさまざまな神経症状が見られます。これらの症状は年代によってかなりの差がみられ、若年者では主に頭痛、嘔吐を中心とした頭蓋内圧亢進症状、加えて片麻痺、失語症を中心とした症状がみられます。一方、高齢者ではもともとある脳萎縮により頭蓋内圧亢進症状を伴うことは少なく、「認知症」などの精神症状、失禁、片麻痺（歩行障害）などが主な症状です。認知症だけで発症する「慢性硬膜下血腫」もあり、比較的急に認知症症状が見られた場合には「慢性硬膜下血腫」を疑うことも重要です。＜治療が可能な「認知症」＞と表現されることがあります。この病気は男性、そして飲酒家に多いといわれていましたが、必ずしもそうとは限らない様です。

診断

CT スキャンによって診断は可能です。

きっかけになる頭部外傷の直後では、頭部CTで異常が認められないことがほとんどです。症状が現れれば血腫によって脳が圧迫されているので、CTで診断されます。（頭蓋骨と脳の間にも三日月型をした部分が見えます。これが血腫です。）血腫の90%近くが左右どちらか一侧にできますが、まれに両側性に起ることもあります。

低吸収域型、等吸収域型、高吸収域型、混合型、鏡面形成型



（両側性）

（両側性）

脳内出血や急性硬膜下血腫では血腫はCTでは白く映ります（高吸収域）。「慢性硬膜下血腫」では血腫の性状が急性の血腫とは異なり血液濃度が薄い場合があり、CTでは灰色（等吸収域）あるいは黒く（低吸収域）映ることもあります（図 左）。また、頭部MRIでも特徴的な所見を示すので、診断に有用です。

予後・治療

血腫が少量で症状も軽微な場合は、自然吸収を期待して経過観察とされることもありますが、通常は局所麻酔下での手術が行われます。慢性の血腫はさらさらした液状のため、穿頭（せんとう）手術（小さい穴を頭蓋骨にあけて行う手術）で血腫除去が行われ、通常は術後にドレナージ術（図 右下）が行われます。また、手術で被膜の内部の線溶系成分を含んだ血腫を洗浄し洗い流すことにより吸収過程に向かわせるとされています。

症状が重い（意識障害のある時など）場合は緊急手術、それ以外は症状に応じて通常は数日以内に手術が行われます。脳ヘルニアの症状が現れるほど進行している場合を除き、予後は良好で、ほとんどは社会復帰が可能です。軽い後遺症（片麻痺、言語障害や痴呆様症状など）が残る場合もあります。

経過が順調であれば手術直後から症状が改善します。ただし、再発率は約10%とされ、再手術などが必要になることがあります（後述）。

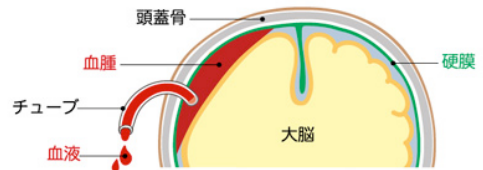
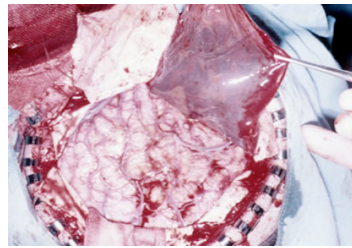
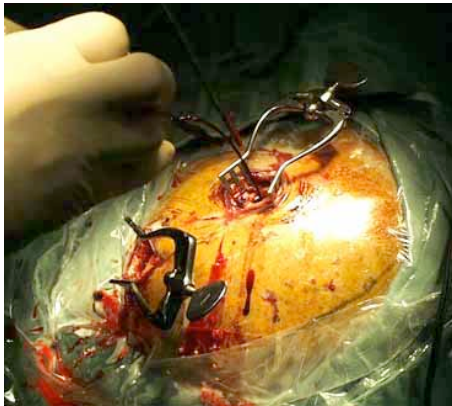


図 左（左）：
頭皮に小切開を加え穿頭術が実施されます。硬膜を、さらに血腫の被膜（外膜）を切開すると血腫が噴水の様にでてきます。

図 左（右）：開頭による慢性硬膜下血腫の手術
血腫は、被膜内に存在し、一塊として脳の表面から除去されています。

* 多くの方は手術での治癒は可能ですが、10人に1人程度の割合で再発し、なかには何回手術をしても再発を繰り返すこともあります。再発を繰り返す例では、血腫が溜まっている場所の周りに、新しく弱い血管（もろい血管）ができています。そこから少しずつ血が滲み出て、再び血腫が大きくなるため、**中硬膜動脈塞栓術**（*）によりカテーテルを誘導して血流を閉塞することがあります。

* 「中硬膜動脈」は、頭蓋骨内面を覆う「硬膜」の血流を担う最大の血管です。血腫の出血の元になっている血管に細いカテーテルを誘導しそこに接着剤のような薬や小さな粒、あるいは金属コイルなど血管を塞ぎ血流を止めることで血腫の原因になっているもろい血管に血が流れなくなり再発を防ぐことができます。

図は、「The Ciba Collection of Medical Illustration, Volume 1 Nervous System」（CIBA）、東海大学病院脳神経外科 ホームページ、脳神経外科疾患情報ページ/日本脳神経外科学会・日本脳神経外科コンgres、**「脳の手術」/YAHOO! GeoCities**、**「医学事始」** ホームページから引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・御要望などをお気軽にお寄せ下さい。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）