2013 年 8 月 28 日放送

印象に残る症例①

伊万里有田共立病院　脳神経外科　　田中　達也

私は九州佐賀県の救急病院に勤務する脳神経外科医です。

私が診療する病気の多くは脳出血・脳梗塞といった脳血管障害や転倒・転落による頭部外傷です。

患者さんはご高齢の方が多く、すでに複数の病気、基礎疾患をおもちで、複数の内服薬を処方されていることが殆どです。

病気によっては急性期の治療は、基礎疾患の治療に相反する治療をせざるを得ない場合があります。その結果、基礎疾患の増悪を起すことがあります。

例えば、基礎疾患に脳梗塞があり、抗血栓薬を内服されている患者さんが転倒して頭蓋内出血を起した場合です。止血をするために抗血栓薬を中止せざるを得ません。抗血栓薬を中止し、頭蓋内出血は止血できたけれども、1 週間後に脳梗塞を起こしてしまったということがあります。間違った治療はしていない、けれども、患者さんは悪くなってしまいました。

今回の私の「印象に残る症例」は、抗血栓薬服用中の慢性硬膜下血腫患者さんに休薬期間を設けず手術を行い、術後早期に抗血栓薬服用再開と五苓散の投与を行い著効した症例です。つまり血液をサラサラに保ちつつ、出血をコントロールするという矛盾する治療を可能としてくれた五苓散についてお話したいと思います。

症例は83歳、男性です。

主訴は歩行障害です。

脳梗塞の原因精査にて心房細動、左内頸動脈閉塞、右中大脳動脈高度狭窄が明らかとなり、脳血流シンチグラフィにて左大脳半球に血流低下を認めたため、ワルファリンカリウムによる抗凝固と左浅側頭動脈-中大脳動脈吻合術を行いました。術後経過良好にて自宅退院するも、徐々に歩行障害が出現したため、当院を再受診されたのです。

再来時は意識レベルクリアですが、右下肢に軽度脱力がありました。

頭部ＣＴを撮影すると、左慢性硬膜下血腫とそれによる脳室変形、正中線偏位を認めました。歩行障害の原因です。ワルファリンカリウム 3mg/日を内服されており、血液検査にて PT-INR1.75 でした。脳梗塞の予防のためにちょうど良い値です。

ここで私は悩みました。

慢性硬膜下血腫の治療だけを考えれば、抗凝固療法、ワルファリンカリウムの内服を中止し、慢性硬膜下血腫が再発しないことを確認できるまで抗凝固を行わない方が確実です。しかし、最近 3 カ月以内の脳梗塞の既往があり、脳梗塞予防のために手術を行って 1 か月程度です。ここで抗凝固療法を中止すれば、また、脳梗塞を再発し、今度は寝たきりになるかも知れません。

私は、抗凝固療法、ワルファリンカリウム内服は継続し、左穿頭血腫洗浄・ドレナージ術を行い、術後も食事開始と同時にワルファリンカリウム内服を再開しました。もちろん、五苓散 7.5g/日分 3（毎食前）も投与開始しています。術後、頭部 CT にて血腫は減少し、症状は改善しました。周術期に血栓・塞栓症の合併症もなく、外来にて経過観察を行い、一時、血腫の増大を認めるも症状出現なく、約半年で血腫は消失しました。今も元気に私の外来に通院されています。

慢性硬膜下血腫は脳神経外科領域で日常的に経験する疾患であり、穿頭術により劇的に症状が改善し、予後は良好な病気です。

また、近年、虚血性脳血管障害、心疾患，閉塞性動脈硬化症に対する抗血栓療法を行っている患者が増加し、抗血栓薬を服用している慢性硬膜下血腫患者に対して手術を行う機会が増えています。我々の施設においても、穿頭血腫洗浄・ドレナージ術を行った慢性硬膜下血腫の患者さんの 20%に抗血栓薬が投与されていました。

抗血栓薬服用例での周術期の休薬に関して、「抗凝固，抗血小板療法に関するガイドライン」が報告され、手技に合わせて休薬期間の指針が示されています。

しかし、抗血栓薬の休薬による血栓・塞栓症の合併の報告や抗血栓薬の再開による慢性硬膜下血腫の再発の報告が散見されております。手術前に抗血栓薬を休薬するべきか否か、術後の再投薬をいつ開始するべきか等について、休薬中の血栓・塞栓症の危険性や、再投薬した場合の慢性硬膜下血腫の再発の頻度など、不明な点も多いのが現状です。

一方、慢性硬膜下血腫は術後再発が 3～30%に見られ、抗血栓薬内服は再発の危険因子と考えられています。再発予防のため、手術手技の工夫と共に、様々な薬物治療が試みられ

ており、漢方薬では五苓散や柴苓湯等の投与の有用性が報告されています。実際、私も慢性硬膜下血腫の術後に五苓散を投与し、再発予防に有効でした。

五苓散は利水作用を示す漢方薬とされ、慢性硬膜下血腫の保存的治療に有効とする報告が散見されます。慢性硬膜下血腫の成因はクモ膜の破綻による硬膜下腔への髄液の貯留とこの貯留髄液を吸収するために硬膜内面に発生した偽膜の脆弱な洞様血管の炎症性出血と考えられており、この病態に対して五苓散の薬理作用は有効に働くものと考えられています。

今回の症例では、抗凝固療法による出血の助長より、五苓散の利水作用が勝ったことにより慢性硬膜下血腫の再発を予防できた症例であったと考えています。

また、漢方医学の面から慢性硬膜下血腫を見れば、血液のうっ滞を表す瘀血の病態がふさわしいと考えられています。瘀血は漢方医学の基本的な概念であり、生理学的機能を失った血液や血栓を指すといわれており、治療として駆瘀血剤が投与され、有効であると報告されています。しかし、駆瘀血剤には血液粘稠度低下作用、血小板凝集抑制作用などが報告されており、出血の助長が危惧されます。漢方薬に含まれる生薬にも駆瘀血剤をはじめとして止血機能を抑制する生薬は多く、投与に際しては十分な注意が必要であるとされています。

五苓散は猪苓、茯苓、蒼朮または白朮、沢瀉、桂皮の 5 種類の生薬から構成されており、凝固線溶系に対する作用として、桂皮に線溶抑制作用、凝固抑制作用、茯苓には軽度の線溶亢進作用，白朮に線溶作用が報告されています。しかし、五苓散の凝固線溶系に対する影響を論ずる報告は認めませんでした。

私は、慢性硬膜下血腫に対する穿頭血腫ドレナージは体表の小手術と考え、抗血栓薬の休薬による血栓症や塞栓症のリスクを重視し、抗血栓薬の休薬期間を設けず手術を行い、術後早期に抗血栓薬を再投薬してきました。今回の症例も含めて、20 例ほど、抗血栓療法下の慢性硬膜下血腫患者に対して五苓散を投与しましたが、血栓・塞栓症の合併は認めず、五苓散により出血の助長がされたと考えられる症例はありませんでした。

五苓散は抗血栓薬投与中であっても安全に使用できる薬剤であると考えております。

最後に、私は五苓散を慢性硬膜下血腫に使用するようになって漢方薬を頻繁に処方するようになりました。理由は、経時的な画像検査によって他覚的に五苓散の効果を確認することができたからです。また、手術療法だけでも十分な効果があるのだけれども、より確実に患者を治したいと考えたときに西洋医学的治療を支えてくれる+αの治療が漢方医学的治療であり、かつ西洋医学的治療の邪魔をしないと感じたからです。

今後も脳神経外科医として、手術の腕を磨くと共に+αの漢方学的治療を積極的に利用していこうと考えています。