

急性激症型ブドウ膜炎患者に対する星状神経筋 ブロックと高気圧酸素療法

並木昭義* 宮下和広* 渡辺広昭*
高橋長雄* 竹田宗泰** 柴田邦子**

はじめに

急性激症型ぶどう膜炎は網膜動脈の炎症にともなう網膜細動脈閉塞とぶどう膜炎による脈絡膜の循環障害により網膜剝離を生じ、失明する頻度の極めて高い疾患である¹⁾。1971年浦山ら²⁾は原因不明の網膜動脈周囲炎と網膜剝離を伴う特異な片眼性急性ぶどう膜炎を桐沢型ぶどう膜炎と命名した。その後同様な症例が報告されているがそれらの網膜剝離の合併率は86%であった。今回我々は桐沢型ぶどう膜炎1例と同疾患の疑いが強くもたれた1例に対して、従来のステロイド治療に加えてアスピリン服用、星状神経節ブロック（以後SGB）と高気圧酸素療法（以後OHP）の併用療法を行い良好な結果を得たので報告する。

症例と経過

症例1は31歳女性で、当科初診時の主訴が左眼痛、左片頭痛、左霧視、左眼充血であった。既往歴に喘鳴、アレルギー性鼻炎があったが、家族歴には特記すべきことはなかった。

現病歴：初発症状は左眼の激しい痛み、左片頭痛、左眼充血であった。1週間後には左霧視と虹輪視が出現した。某医で緑内障と診断され、点眼治療を受けていたが症状は改善せず、発症10日後に当科眼科を受診した。初診時の左眼の圧は31 mmHgと高眼圧であり、矯正視力は0.9であった。眼底は乳頭の充張がみられた。炭酸脱水酵素阻害剤の投与とリンデロン点眼により眼圧は18

mmHgと正常に戻った。またデカドロン1日30 mgを服用していたが、発症15日後、視力は0.2に低下した。眼底検査では網膜周辺部に黄白色の滲出性病変が拡大しており、また血管の白鞘化と血管周囲に出血部がみられた。蛍光造影検査により、周辺部細動脈の閉塞と脈絡膜からの著しい蛍光漏出がみられた。さらに硝子体混濁が強くなってきたので桐沢型ぶどう膜炎と診断され入院した。発症20日後よりアスピリン1日500mgを内服した。発症25日後、眼科医と麻酔科医が協議の結果、症状の増悪を予防するために、SGBとOHP併用療法を行うことになった。SGBは1%のリドカイン6mlを用い連日計50回行った。OHPの方法は一人用の第一種装置を用い、純酸素により15分かけて2.8ATAまで昇圧し、30分間その圧を維持した後、減圧し1.3ATAで5分間圧を保ち平圧に戻し、全行程は約60分間であった。OHPは隔日計20回行った。その結果、眼痛、頭痛、充血は消失した。その後しばらくアスピリンの服用を続けた。血液、血清学的検査では白血球の増多がみられたが、血小板機能およびウイルス抗体価などに異常はなかった。発症8カ月後、矯正視力は0.5に回復した。また眼底検査では硝子体の軽度混濁および網膜周辺の萎縮がみられたが、滲出性病変は消退し網膜の裂孔や剝離もなく、また蛍光造影検査で脈絡膜からの蛍光の漏出もなかった。現在は通常の日常生活を送っている。

症例2は54歳女性、当科初診時の主訴が左飛蚊症、左視力障害、左頭重感であった。既往歴に糖尿病、心疾患があったが家族歴に特記すべきことはなかった。

現病歴：初発症状は起床時左眼に虫が飛んでい

*札幌医科大学麻酔科

**札幌医科大学眼科

る感じとの目のかすむ感じを自覚した。2週間後それらの症状が増悪し、特に視力低下が著しくなった。某医でぶどう膜炎と診断され、治療を受けていたが症状は改善せず、4週間後には左頭重感も出現した。発症1カ月後当科眼科を受診した。初診時の矯正視力は0.1で眼圧は正常であった。眼底検査では硝子体の混濁が強度であり、網膜周辺部に黄白色の著しい滲出性病変がみられた。蛍光造影検査では乳頭部および網膜周辺部より蛍光の漏出がみられた。それらの結果より桐沢型ぶどう膜炎が疑われ直ちに入院した。その当日よりプレドニン1日200mg、アスピリン1日500mgを服用し、SGBは1日2回計48回およびOHPは連日計20回行った。その結果、矯正視力は0.8に回復し、頭重感は消失し、飛蚊症も軽快した。この間の血液血清学的検査では白血球増多、CRP陽性、単純ウイルス抗体価が正常の上限であった以外特記すべきことはなかった。その後、薬物療法は続けたが、アスピリンによる胃腸障害が出たため、その投与を中止し、しばらくはプレドニンの服用を続けた。発症3カ月後の眼底検査では硝子体の混濁は軽度であったが網膜の滲出性病変は消退し、裂孔や剝離所見はなく、また蛍光造影検査で乳頭および脈絡膜からの蛍光の漏出はみられなかった。現在は自宅で静養中である。なお本症例は症例1にみられた網膜動静脈の障害や閉塞像が明らかでなかったため桐沢型ぶどう膜炎の確定診断をつけることができなかった。

考 察

本疾患は各種治療に抵抗し、予後の非常に悪い疾患である。従って今回、従来のステロイド治療に加えてアスピリン内服、SGB、OHPの併用を試みた。ステロイドは大量療法により炎症の軽快を見ることはあるが剝離を防止することは難しいとされている⁶⁾。アスピリンは本疾患にみられる血小板機能亢進による血栓形成を予防する。その機序は血小板膜における蛋白をアセチル化し、アラキドン酸代謝に関係する cyclooxygenase の活性を阻害することにより血小板凝集を促進する不安定凝集促進物質の生合成を阻害するためといわれている⁷⁾。安藤ら⁸⁾は本疾患の輪状締結術の術前にアスピリンを投与した結果、術後網膜剝離を続発したのが8眼中3眼のみであり、アスピリンの有

効性を示唆した。本症例は血小板機能亢進はみられなかったがアスピリン投与開始により新たな閉塞は生じず、滲出性病変の進行も阻止できたように思われる。また、SGB、OHP併用療法は、網膜の虚血、アノキシア状態を改善し網膜の裂孔や剝離を予防できると考えられる。網膜は網膜動脈と脈絡膜血管から酸素の供給をうけている。三宅ら⁹⁾は、常圧の空気吸入時には脈絡膜血管からの網膜への酸素供給範囲は脈絡膜側から約60 μ であるが、これを2.36ATA・O₂にするとその範囲は260 μ にまで達するとのDolleyらの研究結果を引用して、例え網膜動脈が閉塞しても、酸素は脈絡膜側からはほぼ全範囲の網膜に供給され得ると述べている。しかし本疾患はぶどう膜炎の炎症が強く、脈絡膜の循環が著しく障害されている。それが治療効果を著しく低下させている。そこでSGBを併用することによって、網脈絡膜の血流改善、炎症の消退促進、高濃度酸素あるいは血栓から遊出される物質によって2次的に生ずる血管攣縮の予防などを計り、治療効果を向上させることができる。今後さらに症例を重ね検討する必要はあるが、本疾患においては、あらゆる手段を使用し、網膜、脈絡膜の虚血、アノキシアより生ずる悪循環を可及的早期に阻止することが大切である。

結 語

網膜剝離、失明の確率の極めて高い桐沢型ぶどう膜炎1例およびその疑いが強くもたれた1例に対して、ステロイド、アスピリンの薬物療法、星状神経節ブロックおよびOHP併用療法を行った。

2症例とも現在、網膜剝離を起こすことなく良好な経過をとっている。

急性激症型ぶどう膜炎患者に対して、星状神経節ブロックおよびOHP療法は良い適応であり、さらに治療開始時期を早めることにより、より確実な治療効果が期待できる。

【参 考 文 献】

- 1) 安藤文隆：桐沢型ぶどう膜炎と血小板機能，眼科 24：237，1982
- 2) 浦山晃ほか：網膜動脈周囲炎と網膜剝離を伴う特異な片眼性急性ブドウ膜炎について，臨眼 25：607，1971
- 3) 藤原久子ほか：桐沢型ぶどう膜炎の2例，日眼会

- 誌 86 : 71, 1982
- 4) 三宅養三ほか：網膜動脈閉塞症に対する高気圧酸素について，眼紀 24 : 238, 1973
- 5) 佐々木和郎ほか：網膜症に対する高気圧酸素療法と星状神経節ブロックの治療効果，麻醉 27 : 170, 1978