

11 テント上脳梗塞で減圧開頭術を行った症例の機能予後

原 一志・石川 修一・北原 正和
石巻赤十字病院脳神経外科

当施設で1988～2003年に加療した、高度な脳浮腫を伴った内頸動脈領域脳梗塞症例は59例である。そのうち、減圧開頭術を行った症例は25例(42.4%)であった。右側大脳半球症例が19例(32.2%,手術症例中76.0%),左側大脳半球症例が6例(15.3%,手術症例中24.0%)であった。患者の年齢は12～81歳(平均62.0)。男性が72%を占めた。観察期間は2日～145ヶ月(平均30.4ヶ月)であった。治療後のJCSはJCS 0:3例(12%),JCS 1:6例(24%),JCS 2:6例(24%),JCS 3:7例(28%),急性期死亡例は3例(12%)であった。介護保険で尺度としてもちいられる日常生活自立度(寝たきり度)判定基準では,J1:2例(8%),A2:1例(4%),C1:5例(20%),C2:14例(56%)と寝たきりの症例が76%にのぼった。

12 脳梗塞を合併した脳動脈開窓の2例

三野 正樹・荒井 啓晶
みやぎ県南中核病院脳神経外科

脳梗塞を合併した頭蓋内脳動脈開窓の2症例を経験したので報告する。1例目は38才男性、高血圧症および高脂血症の既往あり。2003年1月、突然の右不全片麻痺を主訴に救急外来受診するも、来院時には症状消失。一過性脳虚血発作として入院加療中、再度右片麻痺出現。MRIで左外側レンズ核線状体動脈領域の梗塞が認められ、脳血管撮影を施行したところ、左中大脳動脈M1M2移行部に開窓が認められた。2例目は41才女性、特記すべき既往なし。2003年2月、激しいめまいと体の浮遊感を主訴に救急搬送。入院後のMRIで橋正中部の梗塞を認めた。また、MRA上、頭蓋内左椎骨動脈の開窓が疑われ、同じく脳血管撮影にて確認された。いずれの症例においても、三次元脳血管撮影が診断に有用であった。脳動脈開窓は、開窓部での中膜欠損から脳動脈瘤を合併する

ことが知られているが、梗塞を合併したとする報告は稀である。今回の2症例は、いずれも開窓に伴う血管の相対的狭窄、ないしは開窓部での血流の乱れが梗塞の発症に関与した可能性が推察され、貴重な症例と考えられた。文献的考察を加えて報告する。

13 急性大動脈解離により虚血性脳血管障害をきたした2例

山本 和秀・鈴木 望・苔米地正之
高杉 和雄

北見赤十字病院脳神経外科

急性大動脈解離では神経症状が2～3割にみられ、スタンフォードA型の解離の10%以下に虚血性脳血管障害が合併するといわれている。今回、我々は胸部大動脈解離により虚血性脳血管障害をきたした2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例1は76歳女性、食事中に倒れ当院に搬入。血圧124/98で意識はJCS 2で左完全片麻痺、右共同偏視を認め、発症1時間後のMRI拡散画像では右頭頂葉にhigh intensityを認めた。入院後、神経症状は著明に改善し2日目までに意識は清明となり麻痺はほぼ改善した。軽度の腰痛を訴えた。頸部エコーにて右総頸動脈の解離が判明した。胸部CTにてスタンフォードA型の胸部大動脈解離と診断。循環器外科に転院し、大動脈人工血管置換術を受けた。

症例2は68歳男性、路上で倒れているところを発見され近医に搬入。軽度左片麻痺を認め当科に搬入。血圧は60台であった。当科搬入時には意識は清明で麻痺もなかった。頭部CTでは明らかな病変はなかった。軽度の胸痛を訴え、血圧も低く胸腹部CTを行ったところスタンフォードA型の胸部大動脈解離と診断。循環器外科に転院し大動脈人工血管置換術を受け、神経症状なく退院した。warfarizationを受けていたので1年2か月後に右前頭葉の巨大脳出血のため死亡した。明らかな胸痛の訴えがなくても、低血圧、冷汗、顔面蒼白などのpreshock症状を呈する場合には、脳

虚血症状の原因が大動脈解離である可能性を考慮する必要がある。

14 脳塞栓症における塞栓源の検討

黄木 正登・嘉山 孝正・小久保安昭
佐藤 慎哉・舟生 勇人・近藤 礼

山形大学医学部脳神経外科

【目的】脳塞栓症の再発予防を行う上で、塞栓源の同定が重要である。今回、脳塞栓症と考えられた症例の塞栓源につき、経胸壁心エコー(TTE)、経食道心エコー(TEE)、頸動脈エコー、Holter心電図を用いて塞栓源の特定を試みたので報告する。

【対象と方法】対象は当科にて急性期治療を行った脳梗塞症481例中、病歴、MRI、脳血管撮影所見等より脳塞栓症と診断した145例で、男性101例、女性44例、年齢39～88歳(平均69歳)である。これらに対し、TTE、TEE、頸動脈エコー、Holter心電図を施行し、TTEでは弁疾患、心筋症、卵円孔開存(PFO)、心房中隔瘤(ASA)、左房拡大、左室駆出率低下、虚血性心疾患を、TEEではPFO、ASA、モヤモヤエコー、大動脈プラーク、左房拡大を、頸動脈エコーではプラーク、IMC肥厚、潰瘍、webを、Holter心電図ではaf、paf、VT、SSSを、塞栓源となりうる異常所見とした。その結果から塞栓源を心疾患由来、大動脈病変由来、頸動脈病変由来、分類不能、塞栓源不明の5つに分類した。

【結果】TTEでは61例42.1%に異常所見を認めた。TEEでは47例32.4%に異常所見を認めた。頸動脈エコーでは93例64.2%に、Holter心電図では99例68.3%に異常所見を認めた。以上を総合的に検討し、脳塞栓症145例の塞栓源を心疾患由来100例69%、頸動脈病変由来25例17.2%、頸動脈病変15.9%、大動脈病変由来11例7.6%、分類不能3例2.1%、塞栓源不明6例4.1%であった。

【結論】TTE、TEE、頸動脈エコー、Holter心電図を用いて脳塞栓症の塞栓源の検索を行い、93.8%で塞栓源の診断が可能であり、塞栓源診断

の困難なものは6.2%であった。

15 3歳以下で発症した乳幼児モヤモヤ病の病態

日下 康子・中川 敦寛・白根 礼造

東北大学大学院医学系研究科
神経外科学分野

【目的】以前より3歳以下で発症するモヤモヤ病の予後は悪いことが指摘されてきたが、これらの症例は早期発見が困難で、自然経過を含めて不明な点が多いため、その病態を明らかにすることが目的である。

【方法】3歳以下で発症し、モヤモヤ病調査研究班に登録された176例(男児:57例、女児:119例)が対象。カードの記載に基づき病態、治療方法をretrospectiveに検討した(平均経過観察期間:6.7年)。最終転帰はモヤモヤ病follow-upカードの記載とmodified Rankin scale(mRS)を対比させ、術前後で比較が可能であった133例にて評価し、初発時病型別の予後についても比較・検討を行った。

【結果】発症病型はTIAが95例(54%)と最も多く、梗塞型およびてんかん型はそれぞれ32例(18.2%)、36例(20.5%)であった。外科的治療は159例(87.9%)で行われており、術後TIA・けいれん発作・脳梗塞の合併は有意に減少していた(全て $p < 0.001$)。mRS 0および1を予後良好、2～6を予後不良とすると、予後不良の症例は18%であったが、各初発病型別に検討すると、TIA型では12%であったのに対して梗塞型、てんかん型はそれぞれ22.2%、23.1%と有意に予後不良の占める割合が高かった($p < 0.0001$)。

【結語】3歳以下で発症したモヤモヤ病の転帰は従来報告されているほどは不良ではなかった。予後不良因子として術前の脳梗塞の有無だけでなくけいれん発作の有無も重要であることが示された。