例では発作消失4例，発作減少1例で，合併症を認めなかった．

O－58) 脳梁幹離断徴候としての左右手間部位覚対応障害の確立

尾田 宣仁（石井脳神経外科・眼科病院脳神経外科，神経内科）
石井 正三（同 脳神経外科）
尾金 一民・畑山 徹（弘前大学脳神経外科）

此れ迄我々は，特殊な機器を用いず bedside で出来る脳梁離断徴候の検出法について研究し，すでに左右手間の部位覚情報が脳梁幹を通過している可能性につき報告した[1]．その後更に症例を追加し，上述所見を確認したので報告する．第1例は既報告の35才，女性で左側脳室腫瘍例．脳梁幹切開により腫瘍摘出．術前は disconnexion syndrome は認められなかったが術後左右手間部位覚対応障害のみ2ケ月間残存．第2例は58才，男性で左前大脳動脈閉塞例．発症後7ケ月間同症状を認む．第3例は44才，女性で破裂左脳梁周囲動脈瘤例．発症後1ケ月間同症状を認む．いずれも MRI で脳梁幹のみの障害を認め，膨大部は温存されている．上述3症例の経験より，これ迄脳梁幹は切断しても無症状と言われてきたが，少なくとも左右手間部位覚情報は同部を通過しその損傷により症状も出現しうる事が判明した．但し永続性障害では無いようである．

1) **尾田宣仁，石井正三，真鍋 宏 et al**: 脳神経外科医の為のベッドサイドにおける半球間離断徴候の見方．脳神経外科速報．**3**: 673～678，1993．

O－59) 非ケトン性高浸透圧性糖尿病性昏睡を来たした5症例の検討

加藤 俊一・佐藤 進
関口賢太郎・井上 明
井渕 安雄（山形県立中央病院脳神経外科）

脳神経外科の周術期管理を行う際，非ケトン性高浸透圧性糖尿病性昏睡（以下 NHC）を合併することは稀ではなく，患者の予後をも左右する注意すべき重要な病態の1つである．

過去7年間に当科で経験した5例の NHC について検討を行ったので報告する患者年齢は20歳から77歳（平均56歳）で，男性2例，女性3例であった．原疾患は脳出血2例，脳挫傷1例，転移性脳腫瘍1例，神経膠腫1例であり，糖尿病の既往を1例に，感染症合併を2例に認めた．NHC 発症前に原疾患に対する治療として，浸透圧利尿剤の使用を5例，ステロイドの使用を4例，IVH 施行を5例に行い，5例とも水分バランスが脱水傾向に陥っていた．NHC に対する治療として大量輸液，インシュリン療法等を行った．その結果4例は予後良好だったが，1例は死亡した．NHC の臨床症状は多彩で意識障害とともに種々の神経症状を呈するとされるが，原疾患による神経症状のため，NHC の発見が遅れることがある．治療の過程で医原性に NHC を引き起こす可能性があることを念頭におき，浸透圧利尿剤長期使用例では常に水分バランス等全身状態の綿密な把握と十分な管理が必要である．また，原疾患では説明のつかない神経症状の悪化をみた場合には，NHC の合併を考慮に入れた早期の対応が必要と思われた．

S－1) Montreal 方式改法による難治性側頭葉てんかんの手術

田中 達也・米増 祐吉（旭川医科大学脳神経外科）

難治性側頭葉てんかんに対する側頭葉切除術は，Falconer の提唱した前側頭葉の en bloc resection が広くおこなわれているが，側頭葉内側部の海馬および海馬旁回の切除が深部での手術操作となり煩雑である．一方，Montreal Neurological Institute の Olivier は，前側頭葉切除後に，海馬および海馬旁回を含めた側頭葉内側構造の切除を行う方が安全であることを強調している．我々は，Montreal 方式の手術法に加えて，術中皮質脳波によるてんかん焦点の同定とそのてんかん焦点の切除を目的とした手術を行っている．手術の適応の決定には，旭川医科大学の presurgical evaluation の protocol に従って行った．原則として，てんかん焦点側の決定に際しては，video-EEG longterm monitoring に sphenoidal electrode のみを両側に刺入し，invasive EEG recording は行わない方針で検討した．麻酔には，neuroleptanalgesia の変法を用い，術中脳波記録時には，覚醒に近い状態にまで，麻酔深度を浅くした．手術成績についても報告する．