

た。結果：受傷原因では0才，1-2才，3-15才でそれぞれ相異が認められ，0才では転倒が44%，転落33%，交通事故9%，1-2才では転落63%，交通事故26%，転倒7%，3-15才では交通事故58%，転落23%，転倒14%であった。頭蓋内病変では0才では急性硬膜下血腫が60%を占め，1-2才では急性硬膜下血腫9%，3-15才では急性硬膜外血腫が17%と多かった。shearing injury は0才児からほぼ全年令層に認められ稀ではない事がわかった。全例交通事故によるもので3才から急増し，3-15才では12%に認められた。

A-37) 女性患者の無剃毛手術

橋爪 明・谷川 緑野
 安榮 良悟・泉 直人
 藤田 力・橋本 政明 (網走
 徳光 直樹 (小林病院
 (脳神経外科)
 (脳神経外科)

【目的】頭部手術を受けた女性患者はかつらを着用する方が多いので我々は一部の未破裂動脈瘤や小手術に際し無剃毛で行い，術後の傷を目立たなくする工夫をした。

【症例】結婚式を1月後に控えた27歳の急性硬膜外出血の1例，68歳の前交通動脈瘤，及び55歳と58歳の中大脳動脈瘤の未破裂動脈瘤の合計4名の女性。

【方法】全身麻酔後に皮切部の髪を櫛で分けウルトラハードムースで髪を固め，輪ゴムやテープで髪をまとめイソジンで消毒する。覆い布を皮切線近くに寄せて髪がばらけ無い様に針糸で固定する。皮膚縫合時に髪を毛を引っかけない様に注意し stapler で縫合しガーゼを当てる前に10：1のステロイド軟膏を創部に塗布する。術後はネットでガーゼを押さえ，なるべく髪にテープを張らない。

【結果及び考察】術後の感染も無く約2週間で入院時の容姿のまま退院でき，若い女性や未破裂動脈瘤の様な予防手術に対し心理的な抵抗感を和らげ，かつらを買うという余分なコスト負担を除く利点があった。

A-38) 術後顔面神経麻痺に対する外科的再建術

朴 浩哲・南田 善弘
 八巻 稔明・大滝 雅文
 伊林 至洋・上出 廷治 (札幌医科大学)
 田邊 純嘉・端 和夫 (脳神経外科)

手術手技と画像診断の進歩により手術操作による脳神経損傷は減少しつつある今日でも，小脳橋角部腫瘍摘出術の中には顔面神経の損傷が止む得ない場合があり，顔

面神経再建術は必須の手術手技である。我々は1986年以降，6例に顔面神経の再建術を行った。その内訳は顔面神経鞘腫術後3例に greater auricular nerve graft を用いて顔面神経再建（2例は intracranial-intratemporal anastomosis，1例は intratemporal-intratemporal anastomosis）を，聴神経鞘腫術後の顔面神経麻痺3例中2例に対して hypoglossal-facial nerve anastomosis 法（1例は semihypoglossotomy を行った）を，他の1例に対しては sural nerve graft を用いて顔面神経再建（intracranial-intratemporal anastomosis）を行った。我々がやっている顔面神経再建術の手術手技の要点について報告する。

A-39) 顔面痙攣手術に対する内視鏡の応用

宗本 滋・染矢 滋
 蘇馬真理子・山本 祐一 (石川県立中央病
 喜多 大輔 (院脳神経外科)

【目的】顔面痙攣に対する内視鏡の応用とその内視鏡所見について検討する。【方法】症例 64歳女性 7年前からの左顔面痙攣 左 PICA のループが圧迫原因と考えられた。手術所見 舌咽，迷走神経の裏側に PICA があり，顔面神経起始部を圧迫していた。硬性内視鏡で観察した。71歳女性 4-5年前より左顔面痙攣 左 PICA が圧迫血管と考えられた。手術所見 舌咽，迷走神経の裏側に PICA があり，顔面神経起始部を圧迫していた。硬性内視鏡で観察した。

【結果】内視鏡では舌咽，迷走神経の裏側の観察が可能であった。顔面神経の末梢側も観察可能であった。内視鏡のサイズ，解像度，所見からは内視鏡下手術は困難と考えられた。

【結論】内視鏡で舌咽，迷走神経の裏側は観察可能であったが内視鏡のサイズ，解像度の改良が望まれた。

A-40) 橈骨動脈アプローチによる脳血管撮影の試み

佐々木正弘・伏見 進 (平鹿総合病院)
 高橋 和孝・米谷 元裕 (脳神経外科)

検査後の安静が不要で日帰り検査も可能なため，患者の QOL 向上と介護・看護業務の軽減を目的に橈骨動脈アプローチ (TRA) による脳血管撮影を試みた。1997年1年間の脳血管撮影は250件で，そのうち TRA は29件 (12%) で，年齢は28-77歳の平均53.4歳であった。カテーテルは4 Fr. モデファイドシモンズ型を使

用した。TRA の長所として、止血が容易で検査直後から日常動作の制限がない反面、血管径、走行、大動脈弓の形状により左側 IC や VA の撮影に困難な症例もあった。また、血管攣縮も比較的生じやすく、予防として Ca 拮抗薬の局所動注やロングシースの利用が挙げられる。1年間の試みから当施設での TRA の適応は、比較的若い症例、右 CAG か VAG が目的の症例、前回の血管撮影で TRA も可能と判断した症例、大動脈病変や下肢静脈瘤を有する症例としている。

A-41) 脳内出血、クモ膜下出血で発症した小児脳動静脈奇形の1例

鰐淵 昌彦・大坊 雅彦 (白石脳神経外科)
安藤 英征 (病院)
上出 廷治 (札幌医科大学)
(脳神経外科)

小児の脳動静脈奇形 (AVM) は比較的稀である。今回、脳内出血とクモ膜下出血にて発症した動脈瘤様拡張を伴った AVM の小児例を経験したので報告する。

症例は10才、男児。頭痛、痙攣発作を主訴に、当院へ搬入された。搬入時の意識レベルは Japan Coma Scale (JCS) で 200、下肢に強い四肢不全麻痺を認めた。CT 上、右前頭葉内側面の脳内血腫およびクモ膜下出血を認めた。脳血管撮影では、左脳梁周囲動脈からの分岐動脈を feeder とする AVM が認められ、動脈瘤様の部分も認められた。手術所見では左脳梁周囲動脈から分岐する動脈の先端が動脈瘤様に拡張し、その部分からはさらに静脈が流出していた。術後の経過は順調で、神経学的に問題なく退院となった。

以上より、動脈瘤様に拡張した動脈脈癭部分を伴った AVM で、その拡張した部分が破裂して脳内出血とクモ膜下出血を起こしたものと考えられた。

A-42) Accessory meningeal artery を feeder とする側頭葉内 AVM の一例

廣瀬 敏士・新井 良和 (公立小浜病院)
脳神経外科
石井 久雅・久保田紀彦 (福井医科大学)
(脳神経外科)

症例は50才女性。平成9年11月26日、突然の頭痛、嘔吐のため緊急入院した。意識は傾眠状態で左半身知覚鈍麻と左同名性半盲を認めた。頭部 CT で右側頭葉内皮質下出血と一部に SAH を認めた。脳血管造影検査では、accessory meningeal artery を feeder とする

側頭葉内の AVM であった。内頸動脈および椎骨動脈系からは流入血管を認めなかった。MRI では、血腫内に flow void lesion (ナイダス) を認めた。特に、coronal T2 イメージで、小脳テントから血腫内のナイダスに向かう feeder が明確にとらえられ、手術中の指標になった。術後経過良好で、平成10年1月独歩退院した。外頸動脈系だけを feeder とする前頭葉内 AVM の報告は散見されるが、側頭葉内 AVM はまれと思われる。文献的考察を加えて報告する。

A-43) モヤモヤ病に AVM を合併し、妊娠後期に脳室内出血で発症した1手術例

澤村 淳・上山 博康
小林 延光・牧野 憲一
滝澤 克己・井戸坂弘之 (旭川赤十字病院)
高村 春雄 (脳神経外科)
安藤 政克 (同病理部)

モヤモヤ病は周知のごとくウイルス動脈輪閉塞症であり、モヤモヤ血管が新生する病気であるが、モヤモヤ病に AVM が合併することは非常に珍しい。しかも脳室内出血で発症した報告は渉猟し得た限りにおいていまだにない。

症例は34歳の女性で、妊娠29週5日であった。突然の頭痛・嘔吐・意識障害で発症し、救急搬送された。CT では両側側脳室に鑄型血腫と右 sylvian fissure にクモ膜下出血を認めた。直ちに脳血管造影検査を行ったところ、モヤモヤ病と AVM の合併と診断した。脳室内出血の原因がはっきりしなかったため、両側脳室ドレナージ術を行った。血腫が固くドレナージでは無理と判断し、右後頭開頭血腫除去術を行った。IMP SPECT で左右前頭葉の脳血流の低下 (黒田分類 type III) を認めたため、右 STA-MCA bypass+EDAMS +AVM 摘出術を行った。右片麻痺残存したものの、明らかな脳血流の改善を認めた。

妊娠と AVM についてはいくつかの報告があり、珍しいものではないが、妊娠とモヤモヤ病については不明な点が多く、その etiology についても解っていない。血管新生等についても若干の文献的考察を加えて報告する。