

出来やすく、時には止血したはずの細い血管を引きちぎることすらある。この対策の一つとしてピンセットに水滴を持続的に滴下させる方法があり、大変有用である。しかし、このためには特別に工夫された(高価な)ピンセットを使う必要があった。私どもは通常のバイポーラーピンセットを用い、簡単かつ安価に、持続的に水滴を滴下する方法を実行している。その実際を示し、症例を供覧する。方法は、ピンセットにアトムの栄養チューブの細いものを粘着テープで張り付け、それに生理食塩水などの水流を滴下するものである。チューブを太く、水流を高圧化すると、SAHの時の噴水流としても使用できる。簡単かつ有用な方法と考えている。

1A-15) 急性期くも膜下出血患者のMRIの経験

白崎 直樹・勝村 浩敏 (公立小浜病院 脳神経外科)
 久保田紀彦 (福井医科大学 脳神経外科)
 熊田 倫 (公立小浜病院 放射線科)
 山田 弘樹 (福井医科大学 放射線科)

状態が安定し危険が比較的少ないと考えられた急性期くも膜下出血患者7例(男性3例, 女性4例, 平均年齢76歳)について血管撮影前にMRAを行いその利点について検討した。使用MRはシーメンス社製インパクト1.0テスラでMTS, TONEを使用した3D TOF法である。7例中5例に動脈瘤が診断されDSAでも5例のみに動脈瘤が診断され診断率は同じであった。DSAとMRAとを比較して大きな動脈瘤の立体構造の把握, 血栓化動脈瘤の診断においてはMRが優れている一方, 実際のクリッピング手術で問題となる動脈瘤周囲の穿通枝の描出や対側からのcross flowの評価にはDSAが優れていた。結論として, MRはDSAにはない情報を提供してくれるものの, それだけでは治療前評価としては不十分でありDSAと組み合わせることによってより正確な診断が可能となると考えられた。また多発性動脈瘤の場合の未破裂の動脈瘤の見落とし予防やDSAの施行時間の短縮に役立つと考えられた。

1A-16) 未破裂脳動脈瘤に対する3D-CT Angiography (3D-CTA)

上田 幹也・林 征志 (とまこまい 脳神経外科)
 森永 一生
 松本 行弘・大宮 信行
 三上 淳一・佐藤 宏之 (大川原脳神経外科 病院)
 井上 慶俊・大川原修二

【目的】3D-CTAが未破裂脳動脈瘤の診断・術前評価に有用か否かについて検討すること。【対象・方法】対象は未破裂脳動脈瘤21例(25個)で, 3D-CTAはIohexol 300を自動注入器を用いて2~3 ml/秒(計100 ml)静注し, 日立社製CT-W2000により行った。3D-CTAは2種類のoriginal画像・shaded surface rendering(SSR)法による3D画像・一部症例では多断面再構成(MPR)画像を用いて評価した。【結果】original画像では3 mm・4 mmの内頸・中大脳動脈瘤5個で診断できなかったが, 3D画像では3 mmの内頸一眼動脈瘤1個を除く24個(96%)で診断が可能であった。10 mm以上の内頸・中大脳動脈瘤ではoriginal画像, 動脈瘤周囲の骨除去および手術アプローチの方向からの3D画像, angioscopy modeによる3D画像が外科的治療を考える上で有用であった。【結果】3D-CTAは未破裂脳動脈瘤の診断だけでなく, 外科的治療の術前評価としても有用であった。

1A-17) Three-dimensional CT Angiography (3D-CTA)における海綿静脈洞近傍内頸動脈の造影能

田邊 純嘉・大滝 雅文 (札幌医科大学 脳神経外科)
 端 和夫
 平野 透・中垣 哲也 (札幌医科大学 附属病院放射線部)

【目的】3D-CTAにおいて海綿静脈洞近傍内頸動脈(IC-Cav)は海綿静脈洞や骨構造と重複し, 描出が不可能であると報告されている。我々は3D-CTAに使用する造影剤の投与法を150 ml投与群と100 ml投与群の2群に分類し, IC-Cavの描出能を比較検討した結果を報告する。

【方法】非イオン性ヨード造影剤240 mgI/ml, 150 mlを3~4 ml/秒で注入した群(high dose群, 60例)と300 mgI/ml, 100 mlを2~2.5 ml/秒で注入した群(low dose群, 17例)におけるIC-CavのCT値および数値250 HUにおける血管描出能について検討した。

【結果】IC-CavのCT値はhigh dose群335.7 HU(200~465 HU), low dose群231.8 HU(170~330 HU)