

をそれぞれ散布し、同時に洗浄、吸引を行った。

2B-9) Barbiturate 療法のまれな合併症としてのポリフィリン尿症

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

我々はすでに ICP コントロールを目的とした barbiturate (Ba) 療法のまれな合併症として、ポリフィリン尿症の1例を報告した。その後さらにポリフィリン尿症を合併した1例を経験したので追加報告する。症例は58歳男性で、前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血で発症し、入院後短時間に GCS が3~8点の間を変動するため、Ba療法を導入し、待機手術とした。Ba療法は thiamylal を使用し、0.8~5 mg/kg/hr で9日間持続静注した。第7病日に赤色尿が出現したため精査したところ、ミオグロビン尿症 (10万 ng/ml) ポリフィリン尿症 (δ -ALA 4.3mg/l, コプロポリフィリン 112 μ g/l, PBG, 1.8mg/l, ウロポリフィリン 60 μ g/l) を認めた。ミオグロビン尿症は、脱水、体交制限による圧迫が主因と考えられるが、ポリフィリン尿症は、Ba 剤と肝障害の相乗作用によると考えられるため、Ba 療法の合併症の1つとして、念頭に置く必要がある。

2B-10) 吸収性縫合糸 polydioxanone (PDS) を用いた連続縫合による STA-MCA 吻合術

志田 直樹・池田俊一郎 (上都賀総合病院 脳神経外科)

目的: 脳血流が critical flow にある症例に対して bypass surgery を行う際に、時として術後に神経学的症状の増悪を経験する事があった。その理由として、吻合時の血流遮断による脳虚血の影響が考えられた。そこで bypass 施行時に上記の合併症を無くす事を目的とした工夫をしたので報告する。

対象と方法: Xe-CT にて LCBF の低下を認めた症例に限定し、内頸動脈閉塞2例、内頸動脈狭窄4例(慢性期)と中大脳動脈閉塞1例(超急性期)に対して STA-MCA 吻合術を施行した。手術時、遮断時間を短縮する目的で吸収性縫合糸 9-0 polydioxanone (PDS) による連続縫合を行った。

結果: 全例術後経過は良好であった。慢性期例6例では6~14カ月の follow up にて十分な STA の径の拡

大と LCBF 増加を認めた。PDS が吸収される(抗張力が0になる)術後3カ月の時点で縫合部は急速に拡大し、その後は緩徐に拡大した。超急性期例では術後の recanalization のために follow up 時 STA は細くなった。follow up 期間中、出血等の合併症は無かった。

考案と結語: PDS は心臓血管外科を中心に広く用いられ、その安全性と有用性は今や確立されたと言える。特に吸収性であるため、非吸収性縫合糸で問題となる吻合部治癒障害が生じないため、小口径血管吻合には理想的であり、且つ growing vessel であっても連続縫合を用い得るという利点がある。以上から、EC-IC bypass に最適の条件を供えていると思われ、今後積極的に使用すべきものと考えられる。

2B-11) 必要条件を満たした脳室穿刺針の試作

乙供 通則・藤田聖一郎 (青森労災病院 脳神経外科)
河野精一郎 (脳神経外科)
中村 達美・岩淵 隆 (弘前大学 脳神経外科)
横田 晃 (産業医科大学 脳神経外科)

目的: 脳室穿刺針の必要条件は、穿刺部はダンディーの脳室穿刺針より太くなく、且つ脳室穿刺確認後は、ドレナージ・チューブを必ず脳室に導入できる事であろう。しかし、数回の脳室穿刺後とか、ドレナージ・チューブが太くなると、旨く脳室に導入できず苦慮する事があるので、新しく穿刺針を試作した。

方法: 穿刺針は四重針とし、8cm の外筒とその中を通る 10cm の外筒針、更にその中を 19.3cm の内筒針を含んでいる直径 1.82 mm、長さ 19cm の内筒を通した。脳室を穿刺する内筒の先端部は外筒より 6cm 突出させ、この部で穿刺を行う。先ず細い内筒部で脳室穿刺後、内筒針を抜去し髄液を確認、外筒と外筒針と一緒に内筒上を 6cm 進める。次に外筒を残し外筒針を内筒と一緒に抜去し、残った外筒の中にドレナージ・チューブを 6cm 挿入、最後に外筒をチューブの上を滑らせるように抜去する。

結果・結論: 本穿刺針で脳室穿刺が確認できたものは、一回で脳室にチューブを導入できた。