

個中6個, 4.8%に, 菊池らによれば VA-PICA 動脈瘤34例中3例, 8.8%に見られる比較的珍しい脳動脈瘤の1つである。演者らは PICA の supratonsillar segment に2ヶの動脈瘤を有する症例に遭遇し, 根治術を施行し得たので報告する。症例は67才女性。高血圧症の既往あり, 4~5年来服薬中であつた。昭和63年7月中旬, 老人クラブの運動会を観戦中に回転性眩暈, 嘔気, 嘔吐あり, 同日当科に入院。初診時神経学では意識レベル1, 左大の瞳孔不同, 下左方への共同偏視, 右方への急速相をもつ眼球振盪, 項部強直あり。反射では Jaw Jerk (+), Snout R (+), 両側上下肢にて深部腱反射亢進あり。また眼球振盪, 共同偏視は発症から4~5日間認められた。入院第4病日, 腰椎穿刺を施行したが, 血性リコールは認められなかった。左逆行性脳血管撮影にて2個の脳動脈瘤を見出し, 8月中旬根治術に成功。

A-84) 頻回の心室頻拍を呈した脳内出血と硬膜下血腫を伴った破裂脳動脈瘤の1症例

広瀬 敏士・徳力 康彦 (福井赤十字病院)
武部 吉博・金 崔坤 (脳神経外科)
大橋 経昭・堀 康太郎

症例は46歳の女性。平成元年2月初旬より頭痛出現, 2月3日より頭痛増悪し, 翌4日朝には昏睡状態となり搬入された。入院時, 意識は深昏睡で右瞳孔散大していた。頭部 CT では右前頭葉内出血と, 右及び大脳半球間硬膜下血腫を認めた。直ちに右大開頭硬膜下血腫除去術, 外減圧術を施行し, 術後 ICU に入室した。術後第1病日には昏睡状態が持続するも四肢の自発運動を認め, 軽度の熱発以外 Vital sign は落ち着いていた。2月6日より計6回の突然の心室頻拍を認めた。発作は数分から10数分に及び, 多種の薬剤や DC ショックなどで対応した。発作後はすみやかに洞調律にもどり, ST, T の変化や心筋の酵素変化も少なく中枢性の発作と思われた。2月9日の発作の際には蘇生の甲斐無く死亡した。剖検にて脳内出血と硬膜下血腫の出血源である破裂前大脳動脈瘤を認めた。中枢性不整脈について若干の考察を加え報告する。

A-85) 巨大脳動脈瘤手術における SEP モニター—その有用性と限界—

高橋 明弘・阿部 弘 (北海道大学)
上山 博康・牛越 聡 (脳神経外科)

直達手術が困難な巨大脳動脈瘤の手術の際に, 親血管の血流遮断を必要とする場合がある。血流遮断の影響を

評価するため SEP の術中モニターを行なった。中大脳大動脈瘤3例に STA-MCA 吻合後, 親血管を遮断したところ, 2例では遮断中 SEP に変化をみなかったが, 1例では10分間の遮断で SEP の N1 の潜時が遅れたため遮断を解除, SEP は回復し虚血性合併症をみなかった。巨大内頸動脈瘤の2例に STA-MCA 吻合後に内頸動脈の trapping を試みた。1例では120分間のモニターで変化なかったが, 術後側頭葉前端に梗塞を合併した。他の1例では, 血流遮断100分にて SEP の N1 が消失したため, 橈骨動脈 (RA) を用いた bypass を追加し, 虚血性合併症をみなかった。一方巨大内頸動脈瘤の4例に最初から RA を用いた bypass を行い内頸動脈を trapping したが, SEP に変化無く, 虚血性合併症をみなかった。(結論)脳主幹動脈閉塞を要する手術中のモニターとして SEP は有用と考えられた。

A-86) 中大脳動脈 Transposition を併用した脳動脈瘤クリッピングの1例

畑中 光昭 (十和田市立中央病院)
脳神経外科

クリッピング困難な動脈瘤に対しては例えば巨大脳動脈瘤のトラッピングと STA-MCA, anastomosis の併用療法など, 動脈瘤処置と血行再建術の必要性が時に報告されるが, 我々は今回, 巨大動脈瘤ではないが桑実状不整形で broad neck で neck が幹動脈壁に拡がった破裂中大脳動脈瘤を経験した。クリッピング敢行する事により, 親動脈の閉塞が考えられるクリッピング困難例で, クリッピングを全うする為, 末梢部幹動脈を含めてクリッピングをかけ, 閉塞したその幹動脈を切断して, 他の中大脳動脈の主幹枝に端側吻合により transposition を行ない, 血流を保持できた。症例は64歳女性で, 発症後4時間目の超急性期手術で, 術後懸念されていた血管攣縮による吻合部再閉塞や梗塞所見もみずに軽快した。術前予測できず, STA の温存などできなかった場合有効と思われ, この術中所見を VTR で供覧したい。

A-87) 脳底動脈上小脳動脈瘤に対する Subtemporal trans-tentorial approach

竹田 正之・高山 宏 (砂川市立病院)
柏原 茂樹・本田 修 (脳神経外科)

脳底動脈上小脳動脈瘤は, 一般に, Pterional trans-sylvian approach により手術されている。しかし, この approach は, 術野が狭く, 深く, clip を, 上から下への一方向にしか挿入できない欠点をもつ。即ち, clip

は、上小脳動脈走向に直角にしか入らず、動脈瘤の形、大きさ、方向によっては、上小脳動脈を spare する事が難しくなる。

これに対し、Subtemporal approach では、術野も広く、clip 挿入方向にも巾があり、上小脳動脈に対し平行に clip を挿入し、これを充分に Spare しながら clipping する事ができると私共は考えた。

これらの事から、細い上小脳動脈に比し大き目の上向き動脈瘤と、low position の小さい動脈瘤の2例に対し、subtemporal trans-tentorial approach にて手術を行い、当初の目的を達する事ができ、この approach がこの2症例に有用であった。術中の Video を供覧する。

A-88) 後方に発育した IC-PC Aneurysm に対する接近法

伊藤 誠康・相原 垣道 (市立総合警城共立)
府川 修・佐藤 慎哉 (病院 脳神経外科)

いわゆる IC-PC aneurysm は全脳動脈瘤の約 1/3 を占めるとされ、日常よく経験する動脈瘤である。これらの根治手術とくにその接近法については、Yasargil らの pterional approach (PTA) が最も一般的であり、事実ほとんど症例で PTA にて根治手術が可能である。しかしながら少数例ではあるが、PTA で接近すると neck clipping に難渋する症例があり、それらはいずれも動脈瘤が内頸動脈の真後ろに発育している症例で、このような症例に対して PTA で接近すると内頸動脈が視野を妨げるため、動脈瘤柄部の剝離と動脈瘤に關与する血管の確認が困難となる。すなわち内頸動脈の真後ろに発育している IC-PC aneurysm に対しては、頭位をほとんど真横とし、動脈瘤柄部と動脈瘤に關与する血管を直視下にとらえ neck clipping を行っており、これまで経験した9例の自験例を中心に、本接近法について報告する。

A-89) 内頸動脈動脈瘤 (眼動脈分岐部, dorsal IC をのぞく) の手術と治療成績

桜井 芳明・佐藤 博雄
嘉山 孝正・新妻 博 (国立仙台病院)
杉田 京一・高橋 康 (脳神経外科)
西野 晶子

我々は最近の11年間に、215例 (multiple 65例 30.2%) の内頸動脈瘤手術例を経験している。これに対し我々の手術法により何如なる治療成績が得られているかを検討し、手術の反省点を探してみたい。対象及び方法: 215

例中 ICPC 181例, IC-ant. choroid 14例, ICB 13例, IC-oph 5例, IC dorsal 2例であるが、今回は popular な前3群 208例を対象とした。手術法は ICPC aneurysm の後内方に発育した症例で、前頭部に開頭を拡大した症例があるが、原則として Pterional approach である。急性期症例では脳室ドレナージ、血流一時遮断に備え頸部頸動脈を確保した。動脈瘤の処置は原則として neck clipping を用いたが、最近では穿通枝の温存、neck の残存から術後早期に再破裂した症例の経験から、体部柄部を完全に剝離後結紮及び clipping を用いている。結果: 退院時 morbidity 15.4%, mortality 5.8% で good recovery 78.8% であった。結論: 我々の手術法をビデオで供覧し、反省点を考察する。

A-90) TXA₂ 合成に及ぼすクモ膜下出血の影響 — 11-Dehydro-TXB₂ による検討 —

野々垣洋一・鈴木 重晴 (弘前大学)
大熊 洋揮・相馬 正始 (脳神経外科)
岩淵 隆

生体内 TXA₂ 産生指標としての TXB₂ は近年その信頼性が疑問視され代って 11-Dehydro-TXB₂ (11DT) が注目されている。一方、クモ膜下出血 (SAH) 後の諸病変への TXA₂ 合成系の関与も示唆されている。以上に基き、① 駆血虚血での血中 11DT 変化を TXB₂ と比較検討した。② イヌ SAH モデルでの上矢状洞内の二物質の変化、神経症状および脳底動脈径変化と比較検討した。③ 急性期 SAH 症例で TX 合成阻害剤投与5例及び非投与5例の計10例で二物質を比較測定した。その結果、① 11DT は TXB₂ に比し artefact 混入もなく高い安定度を示した。② 重複出血モデルで脳底動脈に攣縮は認めるが 11DT 値及び神経症状には著変がなかった。③ 末梢血中 11DT は TXB₂ に比し変動が少なく、day 5~11頃には低値を示すが症候性血管攣縮発症例では SAH 急性期に高値を示した。

以上より 11DT の TXA₂ 産生指標としての有用性及び SAH における TXA₂ 合成系関与の可能性について述べる。

A-91) ウロキナーゼと亜硝酸ナトリウムの脳槽および脳室内投与による脳血管攣縮の予防

村石 健治・池田俊一郎 (上都賀総合病院)
脳神経外科

Urokinase (UK) 6,000U と 100mM sodium nitrite (SN) 3ml の両者を脳槽および脳室内に投与し、vasospasm