

先端が見えつつ微細な骨削除が可能となったことで、optic canal unroofing 以外でも脊椎や内耳道手術などに使用されるようになった。microdrill では直下の硬膜や血管損傷と高熱による神経損傷の危険があり、かなりの経験を有する手技とされて来た。骨メスによる骨削除は、イリゲーションによる熱対策が進化し、巻き込みなど組織損傷の危険も少ないため、より少ない経験でも習得できる手技と認識され、標準的なものとなりつつある。

Paraclinoid 動脈瘤直達術などでは、手術の安全性向上の為、骨メスの使用を積極的に取り入れるべきと思われた。

## 10 術者 (381 動脈瘤) と supervisor (71 動脈瘤) での clipping 術の経験

柿沼 健一

新潟労災病院脳神経外科

【目的】 Learning Curve の立ち上がりが遅く、かつ習熟度の評価が困難とされる clipping 術について、自己の経験から取って分析を試みた。

【対象及び方法】 卒後から今日に至る術者として経験した 381 動脈瘤 (破裂 209, 未破裂 172) について、手術に直接起因する、1) permanent morbidity, mortality rate を算出、2) 無症状であっても術後画像所見での問題視すべき contusion, infarction, 及び手術時間 6 時間以上を加えた trouble 発症率を算出した。加えて supervisor として行った 71 動脈瘤 (破裂 28, 未破裂 43) についても検討を加えた。

【結果と考察】 1) 381 動脈瘤全体の permanent morbidity rate は、3.6 % (破裂 4.8 %, 未破裂 2.3 %), mortality rate は 1.0 % (破裂 1.9 %, 未破裂 0.0 %), trouble rate は 14.4 % であった。2) 上記成績は経験を重ねることに改善傾向を示したが、おおよそ 200 動脈瘤で trouble 発症率 10 % 以下、transient & permanent morbidity rate が 5 % となった。またこの時期は、全国学会を含む諸研究会において演題として自己の術中 video を供覧できるに至った時期と一致していた。3) supervisor として行った 71 動脈瘤の permanent morbidity

rate は、5.6 % (破裂 10.7 %, 未破裂 2.3 %), mortality rate は、0.0 % であった。4) 破裂動脈瘤に関しては手術に直接起因する permanent morbidity, mortality rate の報告は見いだし得なかったが、未破裂動脈瘤に関しては permanent morbidity rate 4.1 ~ 10.9 %, mortality rate 0.2 ~ 2.6 % と報告されており、自己及び後進の治療成績から見ても、しかるべき supervisor の指導により、Learning Curve をより早く立ち上げることが可能であると思われる。

## 11 徒歩にて受診した血圧 260/154mmHg の症例

小田 温・北澤 圭子・小出 章

村上総合病院脳神経外科

症例は 60 歳台女性で、高血圧を指摘されていたが放置していた。平成 21 年夏頃から転び易くなった。10 月に入り呂律不良を自覚したため近医を受診し、MRI の FLAIR 像で脳に多発性高信号病変を認めたため当科に紹介された。初診時、血圧は 260/154mmHg と異常に高値であったが、意識清明で、構音障害と軽度の左片麻痺を認めた。精神機能低下も認められ、長谷川式認知症スケールは 25/30 点と軽度低下していた。頭 MRI を再検したところ、右大脳脚の小病変が亜急性期の脳内出血であることが判明し、左片麻痺の原因と考えられた。また既に多数の無症候性ラクナ脳梗塞と microbleeds が脳幹と大脳基底核に形成されており、長期間の高血圧が示唆された。また脳幹・小脳・大脳深部～傍脳室白質にびまん性の高信号域を認め、潜在性虚血病変との鑑別が困難であったが、その分布や拡散強調画像でも僅かに高信号を呈していることから、vasogenic edema を観察しているものと思われ、異常高血圧に伴った異所性の reversible posterior leukoencephalopathy syndrome (RPLS) と診断した。異常高血圧に関しては内分泌学的異常はなく、カルシウム拮抗剤と ARB の内服治療にて、130/70mmHg 程度の良い血圧コントロールが得られた。約 3 週間後の MRI では vasogenic edema と考えられた高信号域は消失し、長谷川式認知症スケールも 30

点満点に回復していた。RPLSの異常信号は通常後頭葉～頭頂葉に出現し、異所性に出現することは15%程度と稀である。またRPLSに脳内出血を合併する頻度も15%前後と稀な病態であり、1例報告した。

### 13 再手術を行った再発三叉神経痛の2例

川口 正・鈴木 健司・渡部 正俊  
本橋 邦夫・福多 真史\*・大石 誠\*  
長岡赤十字病院脳神経外科  
新潟大学脳研究所脳神経外科\*

三叉神経痛(TN)の初回MVDにおいて圧迫血管である上小脳動脈(SCA)をtranspositionし症状は軽快したが、数年後に再発した2症例を報告する。

〔症例1〕45才、男性。左V3>2>1枝領域のTN。2007/3 MVDを施行。Lt. SCAをテントへtransposition。軸偏位も矯正した。術後症状は軽快。2008/12 V1領域のTNが出現。MR volume rendering画像による仮想神経内視鏡(MR-VE)にて静脈の圧迫と軸偏位が判明。2009/2再手術を施行した。肥厚したクモ膜とtransversepontine vein(TPV)の強い癒着を認めた。肥厚したくも膜を十分剥離し静脈は凝固切断した。術後症状は軽快した。

〔症例2〕62才、女性。右V2枝領域のTN。2002/1 MVDを施行。Rt. SCAをテントへtransposition。軸偏位も矯正した。術後症状は軽快。2009/5同様のTNが再燃。MR-VEにて静脈の圧迫が疑われた。2009/6再手術を施行した。TPVの癒着を認めたため凝固切断した。術後症状は軽快した。

三叉神経痛の再発の原因としては挿入したprosthesisに関連したtroubleが多いとされている。本2例は責任動脈をtranspositionしたにもかかわらず数年後に再燃した。いずれもクモ膜の肥厚と隣接する静脈の癒着が原因と考えられた。MVDの再手術は初回手術に比べ困難なことが多い。術前検査としてMR-VEは診断、術前シミュレーションとしてきわめて有用であった。

### 15 脳神経外科開業医は暇で儲かるのか？

～開業医としての2年10ヶ月を振り返って～

本田 吉穂

本田脳神経外科クリニック

平成21年11月に行われた事業仕分け内で財務省の提示した医療予算に関する資料では、ここ10年の診療報酬の減少率は公務員給与や物価の減少率より低く、現時点での診療報酬本体の引き上げは国民の理解が得られないとされ、平均勤務時間・時間外勤務の少ない開業医の収入が病院勤務医の1.7倍であり、これが勤務医不足・勤務医の激務の原因と言っている。

小泉改革による医療費の削減、新臨床研修医制度の導入などにより、数年前に地域医療が崩壊し、自治体病院に勤務していた私は開業を余儀なくされた。

開業にあたっては、開業地の確保、高額な医療機器の導入、スタッフの確保が必要であり、非常に高額な予算が必要になる。

開業医の収入は、診療報酬と窓口現金がほぼ全てであり、この診療報酬は年々厳しく査定されているため、近年の開業は決して楽ではなく、常に倒産の危険性をはらんでいる。

特定疾患指導料の理不尽な査定、医療における消費税の損税問題、在宅支援診療所以外での一般診療所における在宅医療の不当な評価が、ますます診療所の経営を圧迫している。

開業医になると言うことは経営者になる事であり、勤務医と異なり多くのリスクを負っている。得られる収入がすべて医師の収入とはならず、多くの職員を雇用し、ソフト面でもハード面でも医院を維持していかなければならない。

患者一人あたりの診療で得られる報酬が非常に低いため、多くの患者を診ることで収入を得るのが現状であり、「暇で儲かるという」言葉とはかけ離れた厳しい勤務をしている。

開業医と勤務医は、同じ医師とはいえ、その実態は全く異なり、単純な給与比較は意味が無いし、財務省の提示した内容が勤務医の激務を招いたとは考えられない。開業医に対する診療報酬の削減、病院の診療報酬増大は、今度は開業医の崩壊をも