

頭動脈、後耳介動脈をフィーダーとする硬膜動静脈瘻のナイダスがみられ、Labbe vein にシャントして皮質静脈逆流し上矢状洞に注ぐ所見。左横静脈洞はS状静脈洞との接合部で先細状に閉塞していた。シャント部位が比較的限局性で静脈洞が閉塞しているため血管内治療よりも外科的治療の適応と考えた。手術は腹臥位、左後耳介/後頭/後頭下におよぶ開頭で、フィーダー処理、逆行性脳皮質静脈の凝固切断、横静脈洞の離断と罹患硬膜の摘出を行った。術後血管撮影で硬膜動静脈瘻の完全消失を確認した。本疾患の血行動態上の分類、手術適応、手術方法、注意点などについて考察を加える。

6 高齢慢性硬膜下血腫患者治療における早期離床の試み

倉部 聡・小澤 常德・渡邊 徹
相場 豊隆

県立新発田病院脳神経外科

【目的】新発田地域における高齢化と病院統合の結果、当院の高齢者慢性硬膜下血腫(CSDH)手術症例数は年々増加している。そこで我々は病床利用率向上と高齢者特有の術後合併症予防目的に、従来クリニカルパス(7日退院パス)よりも早期に離床、退院する3日退院パスに変更した。変更前後の術後合併症、CSDH再発といった臨床データをもとに、3日退院パスの有用性を後方視的に評価した。

【対象・方法】2001年より2008年までに当施設で入院加療を行った65歳以上のCSDH 182例を対象とした。男性123例、女性59例、年齢は65から98歳(平均78.7歳)であった。全例で穿頭ドレナージ術を行った。2004年までの91例(A群)は術後1～2日目に起座位から許可、必要時に歩行可とし、6日目に退院とする7日退院パスに沿って治療した。2005年からの91例(B群)は、術当日よりドレーンクランプして起座位可とし、術翌日には歩行訓練を促し、2日後に退院する3日退院パスに沿って治療した。両群ともドレーンは原則として翌日に抜去した。術後1週間の

合併症と術後3ヶ月以内の再発例を評価した。

【結果】A群はB群に比して術後せん妄の件数が有意に少なかった($p < 0.001$)。手術操作に関連しない術後合併症を呈した患者人数はA群; 36/91 (39.6%)、B群; 9/91 (9.9%)であった($p < 0.001$)。本研究の182例中168例(92%)は1度の穿頭ドレナージで治癒が得られた。両群間の再発率はA群6/91例(6.6%)、B群8/91例(8.8%)と有意差を示さなかった($p = 0.40$)。術後在院日数はA群7.4日、B群3.1日であった。

【結論】高齢慢性硬膜下血腫患者の治療において、3日退院クリニカルパス導入により再発の危険は高めず合併症を減らすことに成功した。

7 卒後3～4年目における脳外科手術の修練と実践～当院の場合～

佐藤 洋輔・菊池 文平・渡辺 直人
柿沼 健一

新潟労災病院脳血管センター脳神経外科

卒後臨床研修制度の必修化に伴って、脳神経外科専門研修の開始が遅れることが必至となった。延いては、卒後3～4年目の若手脳神経外科医にとって、脳神経外科特有の手術手技習得のスタート自体に遅れを来している状況になりつつある。さらに、マイクロ手術は脳神経外科医にとって必須の手技であり、求められる精度の高さは当然のこととして、先に述べたような状況下では効率良く手術手技を習得する環境づくりや工夫が必要と考えられる。当院では、過去のマイクロ手術記録はVHSビデオやDVDで全て保存管理されており、術前に予めイメージを掴むために容易にそれらにアクセスできる環境にある。手術トレーニングは、実際の手術を想定した形式で、本番で使用するものと同じ顕微鏡及び手術器具を用いるようにしている。深い術野を設定した血管吻合操作の練習や、脳の模型を用いたズームや焦点、光軸調節などのマイクロ操作の練習、さらに実際のアプライヤーやクリップを用いたクリッピング操作の練習などで、実践的シミュレーションをしながらトレーニングを行っている。また、当院では