

【結果】① Lacunar stroke における来院時の% ADC は  $82.5 \pm 6.9$  であり, 発症からの経過時間に関係なくほぼ一定の値を示した. ②再開通し脳梗塞を免れた領域は14領域で% ADC は  $97.4 \pm 4.1$ , 再開通を認めたが脳梗塞に陥った領域は9領域で% ADC は  $87.0 \pm 3.0$  であり明らかな有意差を認めた. ( $p < 0.0001$ )

【結論】ADC は急性期の脳虚血を把握する定量的指標として有用であり, 最終的に脳梗塞に陥る領域の% ADC は約82%であると考えられ, 主幹動脈閉塞に対する血行再建術の適応という観点からは発症時の% ADC が90%以上である場合にその効果が期待できる.

## 6 内視鏡的脳室内血腫除去術

### —症例報告—

森 宏・小池 俊朗・遠藤 深  
燕労災病院脳神経外科

近年神経内視鏡手術は脳内血腫や脳室内血腫除去術にも応用され始めている. 今回我々は尾状核出血脳室内穿破に内視鏡的脳室内血腫除去術を行った例を経験したので報告する.

〔症例〕47才女性. 意識障害・嘔吐で発症. 入院時 JCS 100. CT にて左側脳室から第Ⅳ脳室まで casting する脳室内血腫と脳室拡大を伴う左尾状核出血を認めた. 直ちに両側脳室ドレナージ術を行い, 数日経過を見たが脳室内血腫は減少せず, ファイバースコープを手配して第6病日に内視鏡的脳室内血腫除去術を行った. 使用した内視鏡はオリンパス 2.7mm 硬性鏡と町田製作所 4.8mm ファイバースコープ NEU-4L で, 透明シース(クリアーガイド; 町田製作所)を使用した. まず硬性鏡で左側脳室内血腫前半部を吸引除去. 尾状核血腫は固くて十分に吸引出来なかった. 側脳室体部から後角の血腫はファイバースコープで吸引除去し, ついでモンロー孔から第Ⅲ脳室, 中脳水道, 第Ⅳ脳室とファイバーを進め, 各脳室内の血腫を除去した. マジャンディー孔・ルシュカ孔の開存が確認されたので, 第3脳室底開窓術(ETV)は加えなかった. 右側脳室内血腫は少量だったので

中隔穿孔術も加えなかった. 術直後 CT で血腫はほぼ完全に除去されており, 脳室ドレナージからの排液はゼロとなり, 翌日抜去した. 術後無欲状の状態が約2週間続いたが徐々に改善して独歩退院した.

【考察】Casting した脳室内血腫はドレナージ術のみではなかなか消失せず, ドレナージ期間が長引いて髄膜炎を合併したり, 最終的にシャント術が必要となる率も高い. 本例では器機の関係で第6病日に手術を行ったが, 急性期に行えばドレナージは数日で済み感染の機会が減り, かつ第Ⅳ脳室からの髄液流出が悪い場合は ETV も加えて正常な髄液循環を早期に回復させれば将来水頭症になる確率も減らす事ができる. しかしファイバースコープで血腫の充満した脳室内操作を行う際には disorientation に陥りやすく, 熟練を要する. Hands-on や通常の ETV で十分に訓練を積んだ後取り組む事が肝要である.

## 7 血管内治療を行った後大脳動脈解離性動脈瘤破裂の1例

丸屋 淳・西巻 啓一・皆河 崇志  
秋田赤十字病院脳神経外科

後大脳動脈解離性動脈瘤は比較的稀だとされてきたが, 最近では報告例が散見されるようになり, それほど稀ではないと考えられようになってきた. 今回われわれは, クモ膜下出血にて発症した後大脳動脈解離性動脈瘤の症例を経験し血管内治療を行ったので報告する.

症例は61歳女性. 排便中に突然の右側頭部痛が出現し当院に搬入された. 神経学的には JCS II-10, GCS 13 の意識障害を認めるのみであったが, CT 施行中に再度頭痛が出現し意識レベルが急速に悪化した. CT にて右側頭葉内側に脳内血腫を伴うクモ膜下出血および水頭症を認め, 脳血管撮影にて右後大脳動脈解離性動脈瘤破裂と診断した. 脳腫脹が著しく開頭手術は困難であると予測されたため血管内治療を選択, 4本の GDC-10 にて解離腔および親動脈の塞栓術を施行した. 直後に脳室および腰椎ドレナージを施行し, 第1病