

applyした。

【結果】全例で、クリッピング前に動脈瘤の壁の性状を観察できた。proximal clippingが6例、trappingが1例、neck clippingが1例であった。VA dissecting ANでは内視鏡強拡大像により仮性動脈瘤様血管壁の境界が鮮明に描出され、クリッピング範囲決定の良い指標となった。狭い術野や深部に存在するVA union ANにおいては、破裂点を含め動脈瘤の全周が観察されクリッピングの確実性が向上した。退院時のmortality, morbidityともに0%であった。

【結論】深部ないしは血管の後面に存在する動脈瘤の手術に神経内視鏡を併用することにより、破裂点を含めた動脈瘤全体の観察とクリッピング結果の確認が可能となり、手術の安全性と確実性が向上した。

43 神経内視鏡下血腫除去術を施行した5例

北村 淳・岩崎 素之・寺坂 俊介
布村 充

手稲溪仁会病院脳神経外科

【目的】神経内視鏡下血腫除去術が有効であった5症例について報告し、本手技の適応疾患について検討する。

【対象・方法】対象は80歳以上の高齢者の脳出血が2例、急性前骨髄性白血病に合併した脳出血が1例、腫瘍内出血が1例、小脳出血が1例。すべての症例で意識障害もしくは巣症状を認めた。CTにて血腫の直上と予想される位置にburr holeを作製し、血腫(腫瘍)内にクリアーシース(外径9.6mm, 内径9.0mm)を挿入し、2.7mmの神経内視鏡(硬性鏡)と2.5mm～4mmの吸引管にて血腫を吸引した。止血は吸引管もしくは、吸引管のスタイレットとモノポーラーを用いて行った。

【結果】5例とも術後に神経学的な改善を認め、画像所見においても明らかな血腫の縮小を確認できた。平均手術時間は117分で手術手技にともなう合併症は認めなかった。

【結語】神経内視鏡下血腫除去術は、後頭蓋窩

の脳出血や、長時間の麻酔が負担になる高齢者、全身合併症のために開頭術が危険な場合や、腫瘍内出血によりmass effectを呈している腫瘍の一時的な内減圧に対して有効であった。現在、本手技は全身麻酔下で行っているが、今後、局所麻酔下で行うことで適応疾患が拡大する可能性がある。

44 開頭術に於ける無剃毛および部分剃毛の検討

畑中 光昭・藤井 康伸・林 俊哲

十和田市立中央病院

開頭術でのcosmetic techniqueの要求がなされ、毛髪の温存、皮膚損傷を防ぐため、無剃毛が注目されてきたが、我々の方法も簡便化を求めて、改変工夫をしてきた。今回、現行の方法を述べたい。

【方法】1. 前日の洗髪。2. 麻酔後術創に沿って1cm幅に剃毛か無剃毛で皮切。3. ムース等で固定せず、無菌ドレープでカバーするのみ。ドレナージはあってもなくてもよい。頭皮創のドレナージのみとした。翌日、洗髪と乾燥を十分に行い、抜糸まで放置した。

【結果】1. 感染無し。2. ドレナージ無しのため腫脹がやや強かった。3. 無剃毛と部分剃毛に退院時にcosmeticな差は無く、縫合時、抜糸時の煩わしさを考慮すると部分剃毛がより良好と思われた。

【結論】1. 剃毛の簡便化が得られた。2. コツは消毒前の洗髪を十分に行うことで、その工夫を示したい。3. 無剃毛より、部分剃毛が扱いやすかった。

45 クモ膜下出血に対するくも膜形成術の効用

原 敬二・松崎 隆幸・嶋崎 光哲
及川 光照

函館赤十字病院脳神経外科

未破裂脳動脈瘤開頭手術における硬膜下水腫の予防に、フィブリン膜を用いたクモ膜形成術の