

11) 顕微鏡下内頸動脈内膜剥離術 (micro-surgical CEA) の安全性と有効性

宮森 正郎・長谷川 健 (富山市民病院)
瀧波 賢治・松本 哲哉 (脳神経外科)

当施設では、過去12年間の間に CEA を約80件余り行ってきた。技術的問題に伴う合併症の発生は、ほぼ皆無である。microsurgical CEA について合併症予防の観点から報告する。1) 高位病変；経鼻挿管とし、ansa cervicalis は切断する。顕微鏡が視野の確保に有効である。2) 急性閉塞の予防；術中ヘパリン 5000 単位静注し、顕微鏡下での内膜断端処理や debris の除去により予防できる。3) 虚血性合併症発生予防のため全例内シャントを使用している。4) 縫合糸は、Goretex suture を用い血管壁は water tight に縫合する。5) 内頸動脈と外頸動脈の逆転した例では、外頸の剥離を十分に行い、外頸にテープをかけ内上方に牽引する。6) hyperperfusion syndrome の発生予防は、血圧のコントロールに尽きる。結語；microsurgical CEA は、合併症発生予防の観点からも安全かつ有効な手術術式である。

12) 脳梗塞急性期における血液凝固活性の有用性—とくにアテローム血栓症の評価について—

千葉 昌彦・丹羽 潤 (市立函館病院)
今泉 俊雄・本間 敏美 (脳神経外科)

脳梗塞急性期の TAT (thrombin-antithrombin III complex: 正常値 3 ng/ml 未満) を測定し、脳梗塞の臨床病型診断、治療方針について retrospective に検討し、その有用性について報告する。対象は 2000 年 4 月から当院にて経験した脳梗塞 59 例で、入院時に TAT を測定した。結果は心原性脳塞栓 (n=17) 20.8 ± 18.3 ng/ml, アテローム血栓症 (n=12) 6.1 ± 2.2, ラクナ梗塞 (n=14) 2.4 ± 1.1 であった。測定時すでに抗凝固療法を施行されている例、他疾患を合併した例など 16 例は評価の対象外から除外した。

当施設では臨床所見、CT、血管撮影により急性期脳梗塞の病型分類、治療を行っているが、とくにアテローム血栓症発生機序が血栓性、塞栓性および血行力学的と多岐にわたり、心原性脳塞栓、ラクナ梗塞と鑑別が困難な場合がある。今回の結果より TAT は脳虚血の発生機序、治療法を考える上で有用なデータの一つであると思われた。

13) 左鎖骨下動脈狭窄に対する血管形成術 (PTA) での一工夫

小池 哲雄・佐々木 修 (新潟市民病院)
伊藤 靖・田中 隆一 (新潟大学)
本田 吉穂・渡辺 徹 (水原郷病院)
(脳神経外科)

右下肢の脱力発作と失神発作をもって発症、神経学的に明らかな異常は無いが、左鎖骨周辺で血管雑音あり。CT では多発性脳梗塞を認めた。鎖骨下盗血現象を伴う左鎖骨下動脈閉塞の診断で bypass の適応として紹介となる。血管雑音があるため再度の血管撮影を行うと鎖骨下動脈は強度な狭窄であり、PTA の適応と判断した。日を改め rt. femoral a. route より guide wire による狭窄部の通過を try したが不可のため次に lt. brachial a. route より何回か try し、漸く aorta へ guide wire を出せた。その guidewire を CURRY 式血管内異物除去セットで trap し、femoral の sheath より体外へ誘導し得た。その後は PTA 時 lt. VA に protective balloon を置いて distal embolism を予防しつつ通常の手順で 4 mm - 4 cm, 7 mm - 4 cm の OPTA 5 TM にて predilation し、更に 10 mm - 4 cm の PTA balloon に mount した Palmaz TM stent を置いた。鎖骨下動脈の十分な拡張で直後より lt. VA の順行性血流が出現し、鎖骨下盗血現象は解消した。

14) 頸部内頸動脈高度狭窄を伴った硬膜動静脈シャントの一例：病態に関する考察

清水 宏明・社本 博 (広南病院)
富永 悌二 (脳神経外科)
吉本 高志 (東北大学)
(脳神経外科)

左頸部内頸動脈高度狭窄 (IC-st) と同側 S 状静脈洞硬膜動静脈シャント (Sg-dAVS) が併存し病態把握に困難を伴った症例を経験したので報告し考察を加える。症例：69 歳、女性。約 1 年前から鬱病、2 ヶ月前から倦怠感、息苦しさなど。2 週間前より右上肢のしびれ、反応性低下、呂律緩慢が出現、次第に増強して当科入院。CT にて左大脳白質の広範な低吸収域、同部は T2 強調 MRI で高信号。DSA にて 70% 以上の左 IC-st を認め壁に血栓の存在も否定できず。同側 Sg-dAVS あり Labbe 静脈から Sylvius 静脈への逆流。症状の