

18) 未破裂動脈瘤外科手術のクリティカルパス

荒井 啓晶・西村 真実 (国立仙台病院)
西野 晶子・鈴木 晋介 (脳卒中センター)
上之原広司・櫻井 芳明 (脳神経外科)

クリティカルパスは GRD/PPS という経済的、時間的医療資源の制約の中で、必要十分な質の医療サービスを効率的に行うための余力を生み出す方法である。脳神経外科領域では経過に不確定要素が大きいため、導入しうる疾患は限られる。その中で未破裂動脈瘤は治療過程及び経過がほぼ完全に予測可能であり、今回われわれはウィリス動脈輪前半部の未破裂動脈瘤を対象に作成した。

作成上の留意点は、導入をスムーズにするため、従来のカルテの型式を極力維持しつつ、パスと連動する記録簿を作り、指示と記録を集約することであった。これは看護記録の簡略化の面で大きく貢献した。また説明用パスは治療全体のインフォームドコンセントを得る上でも有益であった。

3月現在で3例の症例にクリティカルパスを使用し、各回終了時点で看護チームと共同で改良している。また費用効果についても報告する。

19) 前大脳動脈 (A1) 窓形成部に生じた破裂脳動脈瘤の手術経験

大滝 雅文・金子 高久 (帯広厚生病院)
橋本 祐治・森田 悦雄 (脳神経外科)
久保田 司 (帯広協会病院)
脳神経外科

前大脳動脈水平部 (A1) 窓形成に伴う破裂脳動脈瘤2例の直達手術を経験したので報告する。症例1は52歳、男性。突然の意識障害で発症し、CTで diffuse thick SAH を呈していた。脳血管撮影で右前大脳動脈水平部遠位に嚢状動脈瘤を認めたが、窓形成は確認できなかった。術前 WFNS Gr. V (GCS 6), day 0 に neck clipping を施行し、退院時には ADL 1 となった。

症例2は40歳、男性。突然の頭痛で発症し、CTは diffuse thick SAH であった。CT angiography で左前大脳動脈水平部に嚢状動脈瘤陰影を認めたが、窓形成は診断できなかった。脳血管撮影を行わず、術前 WFNS Gr. I (GCS 15), day 0 に neck clipping を施行し、ADL 1 で社会復帰した。

2症例とも開窓部が小さく、その内部に脳動脈瘤が存在したため、窓形成の術前診断は困難であった。前大脳

動脈水平部動脈瘤の直達手術では、このような vascular anomaly の存在を常に念頭におく必要がある。

20) 視力障害を有する未破裂巨大大脳動脈瘤の治療 — 1症例からの教訓 —

西野 晶子・荒井 啓晶 (国立仙台病院)
西村 真実・鈴木 晋介 (脳卒中センター)
上之原広司・桜井 芳明 (脳神経外科)

視力障害にて発症した未破裂巨大大脳動脈瘤の教訓的な1手術例を経験したので報告する。【症例】62才、女性。H10 11月 視力低下を自覚、近医にて白内障の手術を受けるも改善せず、翌年3月、当科入院となった。意識清明、視力は右 40 cm 指数弁、左 0.03、視野は両耳側半盲であった。脳血管写にて、左 IC ophthalmic 巨大大脳動脈瘤を認めた。治療は動脈瘤 trapping 及び EC-IC bypass (radial artery graft) を施行した。術後、bypass を介する環流は良好で、脳血流の低下も認めない。視力に関しては右眼では改善したが、左眼はかえって低下した。その他には新たな症状は無く、独歩退院された。【考察】左眼視力の低下に関しては、術中必要以上に、左視神経の剥離操作を行った事によると考えられる。視力障害を呈する巨大大脳動脈瘤の手術では、視神経に対して極力愛護的な術式の選択、操作が必要と考えられた。

21) 前交通動脈瘤に対する interhemispheric approach — 動脈瘤の発育方向と穿通枝温存に関する考察 —

梅澤 邦彦・西島美知春
美野 善紀・村上 謙介 (青森県立中央病院)
高橋 昇 (脳神経外科)

目的：前交通動脈瘤に対して interhemispheric approach (IHA) を用いた場合の動脈瘤発育方向と穿通枝温存法、及び clipping の難易度について検討した。

対象及び方法：対象は IHA を用いた最近の連続 180 症例である。これらの症例の術中 video, 術前後の脳血管撮影、及び治療成績を検討した。術中所見より動脈瘤の発育方向と両側 A2 近位部との位置関係から動脈瘤を 7 群 (上方, 前上方, 前方, 前下方, 下方, 後方, 後上方) に分類し、各群について検討した。

結果及び考察：7群の内訳は、上方型48例 25.9%、前上方型67例 36.2%、前方型23例 12.4%、前下方型15例