

難, 右上下肢が脱力する発作が出現し, 3~4日間で完全に症状が回復した。これが, 年1~2回, 通算10回程起った。CTでは, 左被殻から尾状核にかけて古い出血の跡があり, 両側のシルヴィウス裂の開大, 左側脳室の拡大, 左前頭葉皮質下に小梗塞巣が見られた。心エコー, ホルター心電図では異常はなく, 脳波では, 左前頭葉の間歇的δ波の出現が見られた。血管撮影では, 両側内頸動脈の蛇行が見られたものの, 左中大脳動脈領域の狭窄や閉塞像は認められなかった。CBFでは, 左前頭葉中心に低下域があり, 低血圧負荷にて左前頭葉白質部で, 20ml/100g・min以下に低下する部位があり, 同領域での血管反応性の異常が症状発現の原因であり, これに以前の出血が関与しているものと考えられた。

2A-15) 慢性骨髄性白血病に合併した脳出血の 1手術例

菊地 康文・日高 徹雄
黒田 清司・斉木 巖 (岩手医科大学)
金谷 春之 (脳神経外科)
小林 仁 (同 第三内科)

白血病における中枢神経合併症として脳出血はよく知られているが, 文献的には多発性小出血が多く手術例の報告は少ない。今回我々は慢性骨髄性白血病の経過中に発症した脳出血の手術例を経験し, その術前術後管理の難しさを痛感したので報告したい。患者は59才の女性で昭和62年より本学内科にて慢性骨髄性白血病の加療中であつたが, 平成2年1月24日左被殻出血をおこした。発症時のCT scanでは血腫量は36mlであつたが, 1時間後には77mlと急激な血腫の増大を認め意識レベルもJCS 3から200へとdownしたため, 緊急血腫除去術を施行した。術後, Barbiturate coma therapyにより脳浮腫はコントロールし得たが, 消化管出血, 重症肺炎のため発症後25日に呼吸不全で死亡した。このような患者の手術における問題点として, まず第一に出血凝固異常, 第二として消化管出血(出血傾向+慢性骨髄性白血病による高ヒスタミン血症)そして第三には, 著明な免疫能低下による感染の問題があり, これらの強力なコントロールが必要とされると思われた。

2A-16) 定位的脳内血腫吸引術後のCTにおける mass effectに関する定量的解析

西野 克寛・峯浦 一喜 (秋田大学脳神経外科)
安田 恒男 (湖東総合病院)
脳神経外科

定位的血腫吸引術の効果を検討するため, CT上で

HDA, HDA周辺のLDAとmass (=LDA+HDA)の体積を経時的に定量解析した。対象はCTが発症当日および2, 4, 6, 7日目に行われた視床出血18例(うち手術例4例)と被殻出血12例(うち手術例4例)で, 手術は発症当日または翌日に行った。視床及び被殻出血の非手術例でのLDA体積と初回CTのHDA体積に対する割合[%]は, それぞれ2日目で 122 ± 25 (mean \pm SEM), 129 ± 32 , 4日目で 187 ± 45 , 164 ± 33 , 7日目で 127 ± 27 , 120 ± 19 で両者に有意差がないため, 以下の検討では両者を含めて手術例, 非手術例として検討した。非手術例(血腫量; 22.2 ± 4.1 ml)のmassは発症2, 3, 4, 6日目で 150 ± 19 , 149 ± 16 , 208 ± 28 , 170 ± 34 であつた。一方, 平均73%の血腫が除去された手術例(血腫量; 21.5 ± 4.3 ml)ではmassは発症3, 4, 6日目に 94 ± 11 , 89 ± 15 , 68 ± 15 であり, 非手術例に対して4日目と6日目においてDunnett多量比較で有意であつた(それぞれ $p < 0.02$, $p < 0.05$)。

2A-17) 天幕上下に多発する脳動脈瘤 —破裂部位の同定と急性期治療方針 について—

佐々木雄彦・和田 啓二
中川原讓二・宇佐美 卓
武田利兵衛・佐土根 朗 (中村記念病院)
奥村 智吉・中村 順一 (脳神経外科)
鈴木 知毅 (函館赤十字病院)
末松 克美 (脳神経外科)
(財)北海道脳神経
疾患研究所

天幕上下に多発する破裂脳動脈瘤例の破裂部位の同定は, しばしば困難である。我々は5例の天幕上下の多発脳動脈瘤の経験から, 破裂部位同定に有用な検査所見及び治療方針を検討した。5例の動脈瘤の部位は, R-MCAとBA-SCA, R-MCAとlower basilar trunk, R-ICAとBA, L-MCAとBAとR-VA, R-MCAとR-ICAとBAであり, 手術所見で確認された破裂部位は順に, R-MCA, lower basilar trunk, R-ICA, R-VA, BAであつた。発症直後のCT所見から破裂部位を決定することはいずれも困難であつたが, 1例で翌日のCTで破裂部位周囲以外の脳槽のclotが流されたため破裂部位の同定が可能となつた。脳血管造影上は従来言われているように最も大きいもの, 不整形のものが破裂していた症例が3例あり, 有用な所見と思われた。

以上より搬入時脳血管造影でCT所見に合致する動脈瘤が発見されても, 残りの血管の検索を怠らないことが重要であり, 手術にて破裂が確認できなかった場合,