

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

天膜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例の天膜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,

残りの動脈瘤が急性期手術可能な部位であれば、速やかに次のアプローチを考慮することが大切である。

2A-18) 前大脳動脈閉塞症にみられた未破裂前交通動脈瘤：2例報告

武田 茂憲・西嶋美知春
岡 伸夫・堀江 幸男 (富山医科薬科大学) 脳神経外科
高久 晃

未破裂前交通動脈瘤を伴った前大脳動脈閉塞の2症例を経験したので報告する。症例1は71才女性。左不全片麻痺にて発症した。脳血管撮影では右前大脳動脈 A2 部の閉塞を認め、CT では A2 末梢領域にわずかな低吸収域がみられた。6日後の血管撮影で閉塞部は再開通しており、この時に前交通動脈瘤が認められた。動脈瘤の処置は施行せず、麻痺は保存的療法にて改善し退院した。症例2は60才男性。軽度の右不全片麻痺と失見当識にて発症した。脳血管撮影で左前大脳動脈 A2 部の閉塞および前交通動脈瘤を認めた。CT では前大脳動脈および中大脳動脈領域に低吸収域がみられた。入院22日目に動脈瘤 clipping を行い、術後経過良好にて退院した。前大脳動脈閉塞は稀なものではないが、本症例のように前交通動脈瘤を伴っていることがあり、それが embolic source となっている可能性も考えられる。

2A-19) 左前大脳動脈水平部 (A₁ 部) に発生した未破裂巨大脳動脈瘤の1例

土肥 守・西沢 義彦
黒田 清司・齊木 巖 (岩手医科大学) 脳神経外科
金谷 春之

前大脳動脈水平部に発生する脳動脈瘤は 1-2% の頻度とされ、当施設でも 1019 個中 7 例 (0.7%) であった。巨大脳動脈瘤は、20 例 (2.0%) 認められているが、前大脳動脈水平部に発生する巨大脳動脈瘤は、極めて稀であると考えられるので報告する。症例は 54 才女性、右同名半盲にて発症し、当科受診時には、軽度の運動性失語と睡眠障害を認めている。頭部単純写にて異常石灰化はなく、CT では左の傍鞍部から尾状核、淡蒼球にかけての円形の isodensity mass を認め、内部が一部 enhance される。脳血管撮影では左 A₁ 部に後上方を向く 35mm × 40mm × 43mm の serpentine 様 aneurysm を認める。また、左眼動脈が中硬膜動脈より分岐していた。MRI では動脈瘤内部に血栓と思われる層状の部分と血流と考えられる flow void を認め、左の視覚を圧迫していた。rCBF で左半球全体の血流低下を認めた。動脈瘤による

圧迫症状と左 MCA 領域の虚血症状が進行性であるため、Lt. STA-MCA anastomosis と It. A₁ portion での trapping 及び動脈瘤内部の血栓除去術を行った。術後、右片麻痺、記憶力障害、運動性失語が一過性に増悪したが、軽快し独歩退院した。

2A-20) 血管撮影上自然消失した脳底動脈囊状動脈瘤の1例

清水 幸彦・藤本 俊一 (帯広第一病院)
菅野 三信・安孫子 尚 (脳神経外科)

巨大動脈瘤が自然閉塞し、血管撮影上縮小、あるいは消失したという報告は散見されるが、通常の囊状動脈瘤での報告はまれである。われわれは、脳底動脈先端部の囊状動脈瘤が自然閉塞をきたし、血管撮影での消失が確認された症例を経験したので報告する。(症例) 64才男。1989年3月30日、突然の頭痛に続いて昏睡状態となり、当科へ搬送された。入院時意識レベルは 200、除脳硬直姿勢を呈し、両側瞳孔は中等度散大、対光反射は両側とも消失していた。CT では脳底槽に高度のクモ膜下出血、また、脳室を充滿する脳室内出血が認められたため、ただちに両側前角より脳室ドレナージをおいた。昏睡状態が1カ月持続したが、徐々に意識の改善が認められたため、VP shunt、および血管撮影を施行した。血管撮影では脳底動脈先端部に大きさ 5mm の囊状動脈瘤が認められた。3カ月後、見当識障害はあるものの、起立可能にまで回復したため、根治術を前提として両度血管撮影を行ったところ、明らかな動脈瘤陰影の縮小が認められ、さらに、その1カ月後の血管撮影では動脈瘤の消失が確認された。

2A-21) 海綿静脈洞部巨大内頸動脈瘤 trapping 後の三叉神経痛に対する動脈瘤開放術の有有用性

岡部 慎一・鈴木 重晴
関谷 徹治・森山 隆志
岩淵 隆 (弘前大学脳神経外科)

症例は44歳女性で左外転神経麻痺で発症した左海綿静脈洞部巨大内頸動脈瘤である。手術は左内頸動脈後交通動脈分岐部近位と頸部内頸動脈との間で trapping を行った。術後、5日目頃より左動眼神経麻痺が出現し始め、完全動眼神経麻痺及び滑車神経麻痺を来した。更に三叉神経第1枝領域の疼痛および知覚低下も訴え、第2枝領域まで拡大した。そこで海綿静脈洞内の減圧を行うため、再開頭し緊張腫大した動脈瘤内の血栓を除去した。この