

にして、硬膜縫合を water tight に行い、皮膚を寄せて縫合する。皮膚縫合には欠損の大きさによっていろいろの工夫が必要であるが、本例では皮下を十分剝離することによって正中での一時的縫合が可能であった。

本例は5週目に V-P shunt を行い、現在3才10ヶ月になるが、下肢の麻痺は全くみられず、元気に走り回っている。足の変形なく、知能のものはほぼ正常である。尿失禁のみ残っている。

さらにこれら21例と従来の手術法で行ったそれ以前の63例の遠隔成績を比較検討し、本手術症例において有意に障害が少ないことを示した。

ビデオセッション (2)

1) 中大脳動脈閉塞症に対する超早期血行再建術

江塚 勇 (新潟労災病院
脳神経外科)

脳動脈瘤手術の pterional approach に準じて開頭後、Sylvius 裂をできるだけ高い位置から開き M1M2 に達する。CT 上 LDA の見られない症例では10例中1例に軽度の浮腫が見られたのみで、容易である。多くの症例では M1M2 で2本の枝に分岐するが仮にこれらを前枝、後枝と呼ぶことにする。動脈硬化のない血管では Embolus が青黒く時には斑に透視でき、前枝で短く、後枝で長い。Sylvius 谷のくも膜を更に切開し、Embolus の proximal end を確認し、temporary clip に備える。basal cistern への血液の流入を防ぐため、そこに糸付き cotton を挿入する。以前は血管の切開に先立ち trapping したが、Embolus の除去が困難なことで最近では置かないことにしている。No trapping で M1M2 部「股裂き」にする。この切開には INABA マイクロメスがシャープでよいが、Holder が軽すぎる。重さを感じないほどの道具では術者の筋収縮へのフィードバックが不能となり、コントロールが困難になる。軽ければよいというものではないと実感するが、術者によって違いかも知れない。切開は小さいほど後の suture は楽であるが、小さすぎると Embolus は抜けない。2.5-3.0mm 位か。まず、短い前枝のものが容易に取れる。そして temporary clip。次に後枝、場合によっては Rohton の micro forceps でひっぱったり、milking が必要である。また、temporary clip。そして M1 の Embolectomy。太く長い場合には困難であるが、血圧を一気に160位に上げて C2 まで延びていたものがモロモロと取れた経験がある。大出血に備えて吸引管の準備をすることと、血の海の中でも clip が置けるように腕を覚えさせておく必要がある。ここで

少々まごついて出血が多くなっても、血管内部を洗うくらいの気持ちで対処し、temporary clip を置く。Heparin 加生食で内腔を洗浄後、10/0 monofilament nylon 糸で縫合し手術は終了する。再開通した血管は脈打ちパンツと張って艶がある。しわがあつて元気がない場合はまず再開通していない。なお、M1M2 部に硬化性狭窄の見られた2例と金米糖状の骨性 Embolus の1例では再開通できなかった。

2) 脳動脈瘤の術中破裂

小林 啓志・岸田 興治 (信楽園病院)
皆川 信 (脳神経外科)

脳動脈瘤の術中破裂の2症例をビデオで供覧した。

症例1は、56才の男性で、入院時、Hunt & Hess の Grade V であったが、腰椎ドレナージなどで、Grade IV になり、第2病日に手術を行った。脳血管造影にて、前交通動脈瘤と右中大脳動脈瘤がみつかり、CT などより、前者が破裂動脈瘤と考えられた。右 A₁ 優位で、左 A₁ は低形成で、動脈瘤は、左 A₂ に沿って、上方や後方にのびていた。前交通動脈は太く、動脈瘤は broad neck であった。前交通動脈に直角にクリップをかけた時、右 A₁ と前交通動脈との角に裂目を生じた。何回かクリップをかけ直して、動脈瘤を完全につぶし、母血管の裂目を小さなクリップでつまんだ。クリップが slip-out しないように、cotton で被り、さらに、BIOBOND で coating した。最終的には Good (制限社会復帰) となった。

症例2は、68才の女性で、術前 Grade II であった。後交通動脈が側方に弧をなした部に、小さく、broad neck の動脈瘤が、側方に突出し、clom は頭蓋窩に接していた。内頸動脈の心臓側に一時遮断クリップを置き、動脈瘤にクリップをかけた時に破裂した。内頸動脈の末梢も一時血流遮断し、後交通動脈を剝離し、こゝにも一時遮断クリップをかけ、クリップの位置を少しずつ動かして、最終的には、後交通動脈を温存し、これに平行に脳動脈瘤の頸部クリップを行った。結果は、Excellent (全く症状なし) であった。

脳動脈瘤の術中破裂時も、新しい副損傷を避け、一時血流遮断、クリップの切り返し、複数クリップなどで、慎重に、根気良く、対処すれば、術中破裂は、必ずしも、予後を悪化させるものではない。

3) 鎖骨下動脈狭窄に対する PTA

小池 哲雄 (新潟大学
脳神経外科)