

104) 脳内出血で発症した硬膜動静脈奇形の2例

野口 善之・辻 哲朗 (福井医科大学) 脳神経外科
 小林 秀則・久保田紀彦 (福井医科大学) 脳神経外科
 能崎 純一 (加賀中央病院)

前頭蓋窩の硬膜動静脈奇形の2例を経験した。

〔症例1〕男性。昏迷，左片麻痺で来院。CTで脳内出血，脳室穿破を認め，脳血管撮影で anterior ethmoidal artery より流入し，cortical vein へ流れる硬膜動静脈奇形を認めた。V-P シャントを行ない，2,600 rad の定位的放射線照射により動静脈奇形は縮小し，介助にて歩行可能となり退院した。

〔症例2〕73才男性。半昏睡，左片麻痺で来院。脳血管撮影で feeder が anterior ethmoidal artery で cortical vein から superior sagittal sinus へ流れる硬膜動静脈奇形を認めた。第1回目手術で脳内血腫除去を行ない，第2回目手術で全摘出術を行なった。歩行器にて歩行できるようになり退院した。硬膜動静脈奇形は後頭蓋窩に発生することが多く，前頭蓋窩に発生することは比較的まれである。報告した2例は前頭蓋窩に発生し，高齢者で脳出血で発症したことなどが稀と思われた。

105) acute “spontaneous” subdural hemorrhage の1症例

中岡 勤 (南春日部中央病院 脳神経外科)
 大久保修二 (同 内科)

症例：56才，男性。家族歴，既往歴では特記すべきことなし。

現病歴：昭和62年1月16日は一日中頭重感があった。1月17日午前6時起床したが，特に異常はなかった。午前6時10分家族が洗面所にて全失語，左顔面ケイレンを呈しうづまっている患者を発見し，当科を受診。CT スキャンにて左前側窩部に硬膜下血腫を認めたが，頭部外傷はなく頭部 X-P や脳血管撮影でも骨折や脳血管奇形，脳動脈瘤を認めなかった。当日，左前頭側頭開頭術を施行し血腫 50g を除去した。脳表の precentral artery 表面より出血を認め，同部に径が 0.5mm 程の赤黄色をした小腫瘍が存在。摘出したところ血管壁が欠損し Nylon 糸 11-0 にて縫合した。Talalla は，外傷の既往がなく血管奇形など出血源となる基礎疾患のない急性硬膜下血腫を acute “spontaneous” subdural hemorrhage と命名している。これらの症例を検討してみると出血部位は脳表動脈にできた小孔の場合が多く，

血管壁の断裂などの所見は少ない。このことから私達の症例のように，脳表動脈の小病変が acute “spontaneous” subdural hemorrhage の原因となっていることが多いのではないかと考えられる。

106) DIC が原因と考えられた特発性急性硬膜下血腫の1例

北村 洋史・黒木 亮 (鶴岡市立荘内病院) 脳神経外科
 八木 直幸 (鶴岡市立荘内病院) 脳神経外科
 佐藤 和彦・斉藤伸二郎 (山形大学医学部) 脳神経外科
 中井 昂 (山形大学医学部) 脳神経外科

DIC が原因と考えられた特発性急性硬膜下血腫を経験した。

症例 53才男性。

主訴 意識障害。

既往歴 昭和51年胃癌にて手術，その後局所の再発はなかった。

現病歴 昭和60年10月初め頃より腰痛が出現し，胸腰部単純写真にて骨破壊像が認められ，腫瘍の骨転移が疑われた。10月26日頭痛，嘔吐，意識障害が出現し CT で硬膜下血腫が認められた。手術所見では頭皮裂傷，脳挫傷，腫瘍の転移などは認められなかった。全身的には出血傾向が続き血液所見で DIC が認められた。患者は抜糸後新たに硬膜外血腫を形成し，その後も出血傾向が改善せず死亡した。

本症例では外傷の既往はなく，また手術所見では腫瘍が頭蓋内へ転移した所見も認められなかったが，悪性腫瘍が基礎疾患となり DIC が生じそのため硬膜下血腫が生じたと考えられた。

107) 術後，急性硬膜外血腫を生じた先天性第7因子欠損症の1例

渡辺 正人・外山 孚 (長岡赤十字病院) 脳神経外科
 谷口 禎規・中島 拓 (長岡赤十字病院) 脳神経外科
 黒川 和泉 (同 内科)

症例：62才，男性。既往歴に高血圧があるが過去に出血傾向を思わせる episode はない。1986年4月9日，当院神経内科を受診し，構語障害と左不全麻痺を指摘され lacunar infarction としてチクロピジン 200mg を投与された。症状は軽快していったが，同年7月20日入浴後に意識を失って倒れ当科に搬入された。意識は I-1，軽度左不全麻痺があり脳血管撮影で右中大脳動脈分岐部に動脈瘤を認めた。同日より Vitamin K, tranexamic acid, aprotinin を投与し，Day-2 に手術を行なった。術中，特に出血傾向を思わせる所見は見られなかったが，術後8日目に皮下血腫と硬膜外血腫を生じ再手術を

行なった。術中、oozing が著名で、PT 17.0秒と延長し、aPTT 26.3秒と正常で凝固因子測定では第7因子のみが10%以下と第7因子単独欠損を示した。今回の術後出血に関してチクロピジンの服用がどの程度影響したかは不明であるが、投与に先だっては凝固系の screening が必要であった。また、先天性第7因子欠損症の手術、こと脳外科領域に関しては術前、術後の replacement therapy が必要と思われた。

108) 開頭術の術中・術後に続発する非開頭部の血腫

上山 博康・馬淵 正二 (北海道大学) 脳神経外科
阿部 弘 (脳神経外科)
村井 宏・伊藤 輝史 (室蘭日鋼記念病院) 脳神経外科
小岩 光行 (柏葉脳神経外科病院)
三森 研自 (北海道脳神経外科記念病院)
佐々木 寛 (旭川赤十字病院脳神経外科)

〔目的及び対象〕開頭部と直接関係の無い部分の出血、所謂 Remote hematoma に付いての報告は、これまでもいくつかみられるが、その病態・原因については明らかではない。過去3年間に北海道大学及びその関連施設で経験した Remote hematoma は17例であったが、これらを分析・検討し興味ある知見を得たので、若干の考察を加え報告する。

〔結果及び考察〕17例の内訳は、脳動脈瘤12例、脳腫瘍4例、脳動静脈奇形1例と圧倒的に脳動脈瘤症例、それも未破裂ないしは慢性期手術例が、12例中11例を占めた。また、17例の年齢は38才から70才、平均66.7才と高齢者に多かった。高血圧の既往を有するもの6例、術中・術後に180mmHgの高血圧があったものは5例のみで、従来からいわれる程高い比率ではなかった。血腫の局在は開頭と反対側の小脳半球あるいは天幕下硬幕下の血腫が9例と最も多く、次いで対側の頭頂葉の皮質下血腫が6例、視床・被殻出血が各1例であった。以上について種々の方面から考察を加え報告する。

109) 脳内血腫の手術時期についての考察

藤井 康伸・緒名 勉 (岩手県立磐井病院) 脳神経外科

脳内血腫の組織破壊は、一次的破壊(脳内血腫自体による脳実質破壊)と、二次的破壊(脳内血腫の血漿成分の浸潤による脳浮腫)とに分け得る。後者については、その破壊が経時的に進行することが知られていることから、可及的速やか(一般的には6時間以内)に手術すべきであるとの考えがある。

しかしながら、われわれは、急性期の来院時に意識障害、強い片麻痺が認められた症例に、マンニトール、ステロイドの投与によって、症状を12時間以内にはほぼ消失せしめることに成功した症例を経験した。これらの症例は、CTにて内包が一次的破壊を受けていなかった点で共通していた。よって、このような症例では、保存的治療によって症状の変化を6時間以上観察してから血腫除去術を施行すべきであるとの考え方も成り立つと思われる。

脳の一次的損傷はどんなに早期の手術にてもいかにともしがたいものであるから、脳内出血の手術の際には、そのケース、ケースが手術によって何を期待し得るのかを、十分に検討することが大切かと思われる。

110) CT誘導定位脳手術による視床出血の治療 一特に非手術例を対照としての知覚障害についての検討一

小穴 勝麿・杉山 浩隆 (八戸赤十字病院) 脳神経外科
金谷 春之 (岩手医科大学) 脳神経外科

1978年、BacklundらがCT誘導定位脳手術(CT定位術)で脳内血腫吸引術を施行して以来、本邦でも盛んに追試され、更にウロキナーゼの血腫溶解排除法の工夫もあり好成績を挙げている。演者らも昭和60年12月以来、本法を開始したが、今回は視床出血に対するCT定位術の有効性を保存的療法例を対照として、知覚障害の立場から検討した。

〈症例〉保存療法例27例(患者平均年齢59.7才、血腫平均長径25.0mm、発作～follow up迄の期間：平均12.6カ月)、CT定位術例11例(年齢58.6才、長径30.7mm、定位術～follow up迄の期間：6.8カ月)。

〈方法〉知覚障害は自覚的と他覚的(知覚検査)に大別し、後者を表在知覚(触覚・痛覚)と深部知覚(振動覚・位置覚)に細分し、それぞれを正常、軽度、中等度、高度障害に分類し両群を比較した。

〈結果〉①知覚検査では、振動覚を除いて触・痛・位置覚とも正常例がCT定位術で多。②触・痛覚障害例も振動・位置覚障害例もCT定位術例が少。③表在知覚+深部知覚障害例もCT定位術例が少。④自覚的知覚障害は現在集計中。