

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。