

高令者、合併症等で全身麻酔が困難と考えられるかなり限られた症例になると考えられる。

3) 脳室穿破した視床出血の手術について

視床出血を9例経験しているが、全例ある程度の血腫を除去すると髄液が流出してそれ以上の血腫除去が難しくなってしまった。最近こうした例に Urokinase を使用することにより血腫除去率を上げることができるようになった。現在我々は、脱落症状を伴った半昏睡までの症例に対し、発症3日以内の早期手術を行い、積極的に Urokinase を使用している。最終血腫除去率は約90%であり、早期リハビリテーションの開始により機能改善はかなり良好である。

12. Stereotactic removal の有用性について

小池 俊朗・本田 吉穂 (水原郷病院) 脳外科
今野 公和

最近、CT を利用した脳内血腫、脳腫瘍、脳膿瘍に対する定位脳手術が見直され、報告も多い。我々も駒井式定位脳手術装置を用い22例の脳内血腫に血腫除去を施行し、良い結果を得たのでその有用性について症例も呈示して報告した。

対象は昭和59年11月から昭和61年7月までに手術した22例で、年齢は32～79歳で平均59歳。男13例、女9例。出血部位別では基底核出血14例、視床出血4例、皮質下出血4例。ウロキナーゼ使用例は11例、非使用例は11例で、手術時期は前者第2～36病日、後者第17病日～11ヶ月。麻酔は局麻で手術時間は平均28分であった。

手術時期と術中吸引率を調べると、線溶系の亢進する第11病日以降は術中吸引率30～55%と増加したが、ウロキナーゼを使用する事により血腫の溶けていない早期に手術しても血腫は80%近く排除できた。

部位別では、基底核出血、皮質下出血、視床出血の順に血腫排除率がよかった。視床出血は4例とも脳室穿破例で血腫吸引時に脳室との交通を生じ吸引を中止したため、充分排除出来ず、血腫排除率が悪かった。

意識レベル術後1日目より改善する例が多く、麻痺も意識レベルの改善に伴ってリハビリの効果がみられた。中には術後から麻痺だけが著明に改善した例もあり、報告した。

合併症として、術直後の再出血が1例認められた。原因は術中の吸引による血腫壁の損傷によると考えられ、吸引点を血腫中心にとり、徐々に圧をあげてゆっくり吸引することである程度防止できると思われた。ウロキナーゼ使用による副作用は認めなかった。

ウロキナーゼ使用の定位脳手術は、手術時間も短く、手術侵襲も少なく、老人などの全身状態の悪い症例にも早期から行なえ、血腫排除率が非常に良いので脳内血腫の手術として有用であった。将来、開頭術にとってかわる例もかなりあると思われた。

13. 高血圧性脳内出血に対する Stereotactic Surgery

横山 元晴・吉田 誠一 (燕労災病院) 脳神経外科
原 直行

最近、高血圧性脳内出血に対して、定位脳手術装置を用いて手術する機会が多くなったが、当院における治療成績、および問題点について述べ、脳内血腫の治療方針について考案した。

<対象および方法>

昭和60年4月から61年6月までに、当科に入院した高血圧性脳内出血症例49例のうち24例に定位脳手術による血腫除去を行った。内訳は、被殻出血17例、視床出血4例、皮質下出血2例、小脳出血1例で、男性13例、女性11例、年齢は38才から76才であった。

手術は、駒井式装置を用い、あらかじめCTスキャンにて target point を設定した後、手術室にて行い、血腫除去後、ドレナージチューブを留置した。術後CTにて残存血腫量、チューブの位置を確認し、症例によりUK療法(UK 6,000単位を5mlの生食に溶き局所投与する)を1～4回追加した。

<結果>

血腫除去の困難な症例は8例(33%)にみられたが、発症後2週間以上経過した症例では比較的容易であった。術中の再出血は2例(8.3%)にみられ、いずれも糖尿病を合併していた。術後UK療法は10例に行い、残存血腫の排出に有用で、合併症もみられなかった。基底核部出血症例18例の outcome scale は完全社会復帰2例、一部社会復帰6例、日常生活要介助6例、寝たきり1例、死亡4例で、出血部位、出血量、術前の四肢麻痺の程度に相関した。

<結論>

定位脳手術は、中等度以下の意識障害患者に行い、完全片麻痺例では血腫周囲の浮腫が増強する前に、早期に施行すべきである。血腫除去困難例ではUK療法を追加する。不全片麻痺例では、手術時期に拘らず定位脳手術の良い適応であるが、小出血や軽症例では保存療法が良いと考える。高度の意識障害患者に対しては、減圧開頭による血腫除去を行うが、機能予後は期待できない。