

PR26, MR11, NC10 例で、奏効率は 66.1%(41/62)であった。MR も含めると83.9%の症例に腫瘍の縮小を認めたことになる。(2) 放射線療法終了後1カ月以上にわたり follow-up CT が行われた45例について delayed effect の出現を検討すると、およそ2/3の症例にその後も腫瘍の縮小を認めた。従って、CT で治療効果を判定する場合、判定する時期が重要な問題であると考えられた。(3) 臨床症状の変化についてみると、軽快47, 不変10, 悪化3, 死亡2例で改善率は75.8%であり、CT 変化とある程度相関が認められた。(4) 死因が脳転移によるものは26.5%と少なく、多くの症例は原発巣または全身転移であり、その平均生存期間は約6カ月と短かった。CT 上の奏効例では脳転移死は少なく、生存期間も約19カ月と比較的良好であった。

以上より、転移性脳腫瘍に対する放射線療法は、きわめて有効な治療方法であると考えられた。

IV. 破裂脳動脈瘤 (I)

15. 破裂脳動脈瘤重症例の転帰

川上 敬三・村上 直人 (秋田赤十字病院)
佐藤 光弥・小池 俊郎 (脳神経外科)

Hunt and Kosnik の重症度判定基準の曖昧さを少くするため、私共は Grade IV, V (以下 GIV, GV) を次の様に、より具体的に表現した。すなわち、GIVは命令に応じない、疼痛で逃避反応がある、或は明らかな麻痺がある、意識障害は3-3-9度方式の30~200である、またGVは疼痛で逃避反応がない、意識障害は3-3-9度方式の300である。

研究対象は、昭和50~59年の10年間に扱った278例の破裂脳動脈瘤症例のうち、GIV34例(12.2%), GV54例(19.4%), 合計88例(31.7%)である。動脈瘤の部位によるGIV, Vの発生頻度には差がなかった。年令別では高令者にGIV, Vが多く、他の年代ではGIV, Vは約30%前後であるが、71才以上では22例中15例(68.2%)であった。

私共は昭和54年頃から、重症例に対しても積極的に早期手術を行って来た。GIV, V88例のうち32例(36.4%)に対して、2週間以内に clipping が行われ、このうち24例は3日以内に行われている。患者の転帰は、一般的なE, G, F, P, Dの5段階で表現した。

GIV34例中、手術群20例(58.8%)の転帰は、E, G6例(30%), F4例, P, D10例(50%)である。非手術群14例の転帰は、P4例, D10例で、手術群に比べ極めて不良である。

GV54例のうち、手術群12例の転帰は、4例(33.3%)のみが1ヶ月以上生存し、その内容はG1例, F1例, P2例である。非手術群42例では、3例(7.1%)のみが1ヶ月以上生存し、すべてPである。手術群のうちG, Fの転帰をとった症例は、Acom 動脈瘤破裂で、脳室穿破、脳室拡大があった症例である。

以上の結果から、GIVについては手術群と非手術群の転帰に明らかな差があり、積極的な早期手術がのぞましい。また、GVでは、上記の如き特殊な症例以外には、手術適応はないと思われる。

16. 破裂脳動脈瘤重症例の治療について

—当科の経験から—

今野 公和・川俣 政春 (水原郷病院)
水上 憲一 (脳神経外科)

昭和58, 59年の2年間に、当科に入院したくも膜下出血(未破裂を除く)は、99例で、クリッピング等の根治手術のできた症例は、Hunt の分類I II IIIで52例、IVで15例、Vで0、保存療法で終わったものは、I II III IVで1例、IVで16例、Vで15例であった。今回は、IV, IVの症例について検討した。

①Vの症例15例は、意識300(3-3分類)又は除脳強直を示し、全例死亡した。15例中、3時以内と急速に呼吸停止し挿管したものは7例で、また、70才以上の高齢者も7例を占め、加療の効果が期待できない要因になっている。38才の若年例では、I から2時間後に再破裂でVに移行したもので、両側脈室ドレナージ施行したが、再破裂をくりかえし死亡した。Vの改善に適切な治療法のない現在、I IIからIVにならない工夫も必要である。

②IVで手術できた症例15例は、発症から手術までの期間により、III群に分けた。

即日から4日以内のI群は、1例 spasm で死亡したが、他の5例は、E4, G1であった。全例、意識レベルは2~30(3-3)を軽く、早期のため脳槽ドレナージを施行している。II群は、7日~18日の4例で、3例にNPHを合併し、V-P shuntを行った。3例全治し、1例は術後の大量胃腸管出血で死亡した。III群は25日以上131日までの5例で、全例術前からNPHがあり、全例に腰椎ドレナージをしてから手術をしている。1例は意識レベル2(3-3)で軽快したが、2例は一旦軽快後に突然死亡、1例四肢麻痺、1例AMと予後は不良であった。以上から、早期手術が望ましいが、待期手術の場合、腰椎ドレナージが有効で、今後積極的に行いたい。

③IVで手術できなかった16例の予後は不良で、15例が

AMが死亡である。65才以上が10例で、80才以上が2例あり、これら高齢者は、待期手術の間に肺炎等の重篤な合併症を併発し、更に手術を困難にしている。腰椎ドレナージ施行例は、3例とも改善がみられた。

17. クモ膜下出血 Grade IV, V に対する治療

本田 吉穂・谷村 憲一 (三之町病院)
山崎 英俊 (脳神経外科)

昭和55年1月から昭和60年7月までの間に経験した235例のクモ膜下出血患者のうち、発症3日以内の急性期に搬入され、CT・脳血管写等の一連の検査が終了した時点での Grade IV, V のもの77例を対象とした。

急速に downhill course をたどり脳死に陥った29例を除外すると、早期手術をしたものは35例、待期手術の方針としたものは13例である。

stupor を 4, semicoma を 5a, herniation sign のある semicoma を 5b, deep coma を 6 とすると、6は全例(早期手術4例、待期中の死亡5例)死亡した。早期手術をした4の mortality は11%(1/9), morbidity は33%(3/9), 5a の mortality は30%(3/10), morbidity は60%(6/10)であった。5bの5例中4例は死亡したが、1例は予後良好であった。実際に待期手術のなされたものは13例中2例にすぎず、ほとんどが死亡した。死亡例10例中5例が、待期中の再出血での死亡であった。待期手術の方針をとった Grade IV の overall mortality は50%(3/6), overall morbidity は67%(4/6)で、早期手術に比し成績は不良であった。

Grade IV, V に対する当科の治療方針は、①早期手術を前提にする。再出血を100%防止する手段が手術以外になく、vasospasm に対する有効な治療が手術を前提にしている以上、Grade V でも積極的治療を試みたい。②cisternal clot を除去すると共に、cisternal drainage を設置する。③cisternal drainage は髄液が xanthochromic となるまで、できるだけ長期間いれておく。④irrigation system を利用して、ウロキナーゼ、塩酸ニカルジピン等による irrigation を試みる。⑤symptomatic vasospasm には、塩酸ニカルジピンの頸動脈動注をおこなう。⑥Vit,E を、術中から術後2週間にわたり投与する。

18. SAH の重症例の治療

亀田 宏・田村 哲郎 (立川総合病院)
(脳神経外科)

V. 破裂脳動脈瘤 (II)

19. クモ膜下出血重症例の治療成績

外山 孚・渡辺 正人 (長岡赤十字病院)
伊藤 靖・渡辺 正雄 (脳神経外科)

53-1~59-12 までのクモ膜下出血453例について検索。

Clinical grade は Hunt の分類に従がい入院時の grade で判断、クモ膜下出血の CT 分類は、ほぼ Fisher の分類に従った。ADL は脳卒中の外科学会の6段階分類とし判定時期は発症6ヶ月とした。手術時期は57-3までは晩期手術、以後は早期手術の方針で治療し以下の結果を得た。

1. clinical grade IV, 45例, grade V, 44例で各々約10%を占める。
2. Aneurysm の部位と Clinical grade, CT grade から MCA に重症例が多く、血腫を伴う例が多い。
3. Aneurysm の部位と ADL では IC が予後が良く、ACo, MCA では IC より予後が悪いが両者の差はみられない。
4. Clinical grade と CT grade では重症例は CT grade III・IV に集中。生存率は Clinical grade IV, CT grade III で 26.7%, CT grade IV で 42.1%, Clinical grade V では CT grade III で 7.7%, CT grade IV では 8.7%。
5. i) Clinical grade IV で CT grade II では早期手術でより良い成績が得られる。
ii) CT grade III では晩期手術を企図した例は spasm spasm, 脳圧亢進で失う例が多い。
iii) CT grade IV の脳内血腫型は Ventricle shift の著明な例は予後が悪い。
iv) 脳室内血腫型は脳室ドレナージをしても早期に再出血で失う例が多い。
6. 手術時期と Clinical grade と ADL: grade IV では早期手術に ADL の良い例がみられるが grade V では脳室ドレナージ後に晩期手術をした2例が自立、1例が介助生活、他全例死亡。
7. 臨床的に脳ヘルニア症状のある例は手術の有無にかかわらず90%強が死亡。

20. 重症クモ膜下出血症例の検討

佐藤 宏・今村 均 (県立小出病院)
小出 章・高橋 英明 (脳神経外科)

〔目的〕クモ膜下出血の予後を左右する因子としては、重症度、手術時期、再出血、合併症などが考えられる。これらの因子について、我々の症例で検討した。