

# 第35回 日本脳神経外科学会中部地方会

平成4年3月14日(土) 午前10時から

会場：三重大学医学部第3臨床講義室

〒514 三重県津市江戸橋2丁目174

TEL 0592-32-1111

FAX 0592-31-5212

世話人 三重大学 脳神経外科 和賀志郎

- 1) 抄録掲載料は発表者1名につき100円です。
- 2) 学会当日、参加登録料(1000円)、年会費(1000円)を申し受けます。
- 3) 講演時間は4分、討論時間は各演題につき2分です。
- 4) スライドプロジェクターは1台のみ用意いたします。
- 5) ビデオはあらかじめお申し出のあった演題のみ受け付けます。頭出しを行ったテープ(UマチックもしくはSVHS)をスライド受付に御提出ください。  
尚、スライドとビデオの同時映写はできません。
- 6) 車でおこしの方は駐車券を必ず会場受付まで持参してください。
- 7) 本会には脳神経外科学会認定のクレジットが適用されますので、専門医の方はネームカードの下の半券に専門医番号、所属、氏名を御記入の上、クレジット投函箱に御入れ下さい。

## 次回御案内

第36回 日本脳神経外科学会中部地方会

世話人：金沢医科大学脳神経外科

角家 暁 教授

会場：石川県立教育会館

日時：平成4年6月6日（土）

開会

午前10時

三重大学医学部第3臨床講義室

I. (午前10:00-10:24)

座長: 金丸憲司 (三重大学)

1. 新しい脳圧測定法の開発について - 昏睡患者からの情報 -  
慶応義塾大学伊勢慶応病院 脳神経外科、同ME部門\*  
○堂本洋一、溝井一敏\*
2. 後頭下減圧術を行った Achondroplasia の一例  
共立菊川総合病院 脳神経外科、浜松医科大学 脳神経外科\*  
○田中聡、澤井輝行、忍頂寺紀彰、植村研一\*
3. 新生児ループス・エリテマトーデスに水頭症を合併した姉妹例  
静岡県立こども病院 脳神経外科  
○富田博之、佐藤倫子、佐藤博美
4. 伴性劣性遺伝性水頭症の1家系  
信州大学 脳神経外科、諏訪赤十字病院 脳神経外科\*  
○長島久、小林澄雄、長崎忠悦、小林茂昭、横尾昭\*、青木俊樹

II. (午前10:25-10:49)

座長: 山嶋哲盛 (金沢大学)

5. 癒着性くも膜炎による舌咽神経痛の1手術例 (ビデオ供覧)  
金沢大学 脳神経外科  
○岡本禎一、長谷川光広、池田清延、林裕、藤島由恵、山下純宏
6. 未破裂脳動脈瘤が関与したと思われる顔面痙攣の一例  
松阪中央病院 脳神経外科  
○鈴木秀謙、山本義介、星野有
7. 顔面けいれん術後、鼓膜切開にて頭蓋内気腫を生じた一例  
静岡赤十字病院 脳神経外科  
○稲葉真、島本佳憲、山田史、福田栄
8. 反復性髄膜炎をきたした耳性髄液漏の一例  
金沢脳神経外科病院  
○池田宏明、佐藤秀次、佐々木尚、梅森勉、飯田隆昭、田中信、北川義展

III. (午前10:50-11:14)

座長: 間部英雄 (名古屋市立大学)

9. 白血病による急性硬膜下血腫の1例  
国立静岡病院 脳神経外科  
○小林裕志、服部達明
10. 比較的良好な転起をとったヘルペスウイルス群脳炎の2例  
市立四日市病院 脳神経外科  
○池田浩司、伊藤八峰、市原薫、塚本信弘、原政人
11. 横紋筋融解症を合併した痙攣発作の1例  
豊川市民病院 脳神経外科  
○中塚雅雄、嶋津直樹、福岡秀和
12. 脳血管撮影後肺梗塞で死亡したと考えられる一症例  
名古屋市立東市民病院 脳神経外科、同放射線科\*  
○大原茂幹、唐梶洲、間瀬光人、布施孝久、水野志郎、高木卓爾、  
今葦倍庸行\*、渡辺賢一\*

休憩

IV. (午前 11:24 - 11:42)

座長: 京島和彦 (信州大学)

13. 造影MRIによる外傷性くも膜下出血の出血源の検討  
刈谷総合病院 脳神経外科  
○高橋郁夫、浅野良夫、蓮尾道明
14. 急性硬膜下血腫で発症したDICの1症例  
社会保険中京病院 脳神経外科  
○杉田竜太郎、水野正明、榎本一巳、勝又次夫、土井昭成
15. 慢性硬膜下血腫に対する薬物治療の可能性について  
八千代病院 脳神経外科、藤田保健衛生大学 脳神経外科\*、SLE研究部\*\*  
○阿部守、井上孝司、佐野公俊\*、神野哲夫\*、松崎正晴\*\*

V. (午前 11:43 - 12:01)

座長: 渋谷正人 (名古屋大学)

16. 外傷性内頸動脈閉塞症の1例  
厚生連昭和病院 脳神経外科、名古屋大学 脳神経外科\*  
○平井長年、口脇博治\*、稲尾意秀\*、金岩秀実\*
17. 頸部刺創により左内頸動脈完全断裂をきたし術後に出血性脳梗塞を合併した1例  
町立浜岡病院総合病院 脳神経外科、同外科\*、  
藤田保健衛生大学 脳神経外科\*\*  
○尾内一如、永田淳二、神野哲夫\*\*、櫻井与志彦\*、堀江修\*
18. 穿通性脳幹外傷の1例  
福井赤十字病院 脳神経外科  
○川口健司、徳力康彦、武部吉博、勝村浩敏、松本晃二、木築裕彦

休憩 (世話人会)

\*\*\*\*\*

VI. (午後 1:00 - 1:30)

座長: 中川 洋 (愛知医科大学)

19. 蛇行した椎骨動脈により延髄圧迫症状を呈した2例  
三重大学 脳神経外科  
○村田浩人、和賀志郎、小島精、久我純弘、清水重利、津田和彦
20. 後頭下減圧術によりsyrinxの消失がみられなかった脊髓空洞症例  
愛知医科大学 脳神経外科、中部労災病院 脳神経外科\*  
○飯島政興、山田博是、山本英輝、岩田金治郎、樋下田稔昭\*
21. Compressive myelopathyを呈したmucopolysaccharidosis (MPS)の1例  
福井医科大学 脳神経外科  
○新井良和、河野寛一、久保田紀彦
22. Diplomyelic conus medullarisの形態を示した腰仙部脂肪腫の1例  
聖隷浜松病院 脳神経外科、神戸大学 脳神経外科\*  
○大石晴之、嶋田務、稲川正一、太田誠志、大井静雄\*
23. 進行性脊髓横断症状により死亡した放射線脊髓症 (radiation necrosis)の一例  
静岡県立総合病院 脳神経外科  
○水野正喜、花北順哉、諏訪英行、名村尚武、大塚俊之、朝日稔

Ⅶ. (午後1:31-1:55)

座長: 佐野公俊 (藤田保健衛生大学)

24. モヤモヤ病におけるMRAの実用性の検討  
-特に3D-TOF法と3D-PC法との比較を含めて-  
岐阜大学 脳神経外科、木澤記念病院 脳神経外科\*  
○岩村真事、吉村紳一、西村康明、熊谷守雄、安藤隆、坂井昇、山田弘、  
出口一樹\*
25. 内頸動脈起始部に特異な病変を示したFibromuscular dysplasia  
浜松医療センター 脳神経外科  
○渡辺修、田中敬生、中山禎司、金子満雄
26. Megadolichobasilar arteryの一例  
富士宮市立病院 脳神経外科、浜松医科大学 脳神経外科\*  
○富田守、山本俊樹、杉原央一、中島正二、植村研一\*、古屋好美\*
27. 椎骨動脈窓形成 -剖検脳での検討-  
金沢医科大学 脳神経外科、同解剖学\*  
○山本信孝、中村勉、東伸明\*、関泰志\*、角家暁

Ⅷ. (午後1:56-2:26)

座長: 遠藤俊郎 (富山医科薬科大学)

28. 発達遅延で発症した乳児多発性脳動静脈奇形の1例  
富山医科薬科大学 脳神経外科、高志リハビリテーション病院 小児科\*  
○美野善紀、古市晋、西郷美知春、遠藤俊郎、高久晃、山下富子\*
29. 脳梁膨大部動静脈奇形の一治験例  
岡波総合病院 脳神経外科、奈良県立医科大学 脳神経外科\*  
○米沢泰司、橋本宏之、角田茂、榊寿右\*
30. 急性硬膜下血腫を伴った破裂脳動脈瘤の5例  
岐阜県立岐阜病院 脳神経外科  
○安藤弘道、村瀬悟、岩間享、三輪嘉明、大熊晟夫
31. 3ヶ所に出血を認めた多発性脳内血腫の1症例  
トヨタ記念病院 脳神経外科、藤田保健衛生大学 脳神経外科\*  
○金岡成益、中村太郎、浅井敏郎、川瀬司、神野哲夫\*
32. 抗リン脂質抗体症候群に合併した横静脈洞血栓症の1例  
鯖江木村病院 脳神経外科、同内科\*、福井医科大学 脳神経外科\*\*、  
金沢大学 脳神経外科\*\*\*  
○北井隆平、山村真由美\*、久保田紀彦\*\*、佐藤一彦\*\*、山嶋哲盛\*\*\*

休憩

Ⅸ. (午後2:36-3:06)

座長: 龍 浩志 (浜松医科大学)

33. 脊髄空洞症症状で発症したfalco tentorial junction meningiomaの一例  
国立名古屋病院 脳神経外科、同神経内科\*  
○井上繁雄、高橋立夫、小林由充子、服部和良、今川健司、浅井昭、  
桑山明夫、武上俊彦\*
34. 再発を繰り返し、組織像に変化をきたした髄膜腫の1例  
名古屋市立大学 脳神経外科、同中央臨床検査部病理診断室\*  
○真砂敦夫、金井秀樹、松本隆、神谷健、間部英雄、永井肇、中村隆昭\*
35. 肉腫様に変化し全身への転移を認めた髄膜腫の1例  
愛知県厚生連安城更生病院 脳神経外科  
○柴山美紀根、下沢定志、当山清紀、広田敏行

36. 高度の視力障害をきたしたConvexity meningiomaの一例  
 済生会松阪総合病院 脳神経外科  
 ○坂倉正、黒木実、諸岡芳人
37. 遠隔部髄膜腫を伴った髄液鼻漏の1例  
 岐阜大学 脳神経外科  
 ○矢野大仁、白紙伸一、熊谷守雄、岩田辰夫、西村康明、安藤隆、坂井昇、山田弘

X. (午後3:07-3:25)

座長: 伊藤浩二 (三重大学)

38. 結節性硬化症に伴うsubependymal giant cell astrocytomaの2症例  
 焼津市立総合病院 脳神経外科、浜松医科大学 脳神経外科\*  
 ○佐藤顕彦、田中篤太郎、竹原誠也、徳山勤、龍浩志\*、植村研一\*
39. 脊髄原発悪性リンパ腫の1例  
 山田赤十字病院 脳神経外科  
 ○仲尾貢二、坂倉允、栃尾廣、阪井田博司
40. 前交連を介し両側基底核に発生した脳原発悪性リンパ腫の一例  
 藤田保健衛生大学 脳神経外科、同放射線科\*  
 ○大隈功、藤沢和久、安倍雅人、佐野公俊、神野哲夫、片田和広\*、竹下元\*、小倉祐子\*

XI. (午後3:26-3:44)

座長: 中村 勉 (金沢医科大学)

41. 左側頭葉腫瘍摘出後の言語障害発生予防の工夫  
 -脳表電極による皮質刺激の有用性-  
 浜松医科大学 脳神経外科  
 ○今村陽子、横山徹夫、杉山憲嗣、西澤茂、龍浩志、岩崎浩司、平松久弥、植村研一
42. 癌性髄膜炎で発症した胃癌の1例  
 福井県立病院 脳神経外科  
 ○瀬戸陽、柏原謙悟、円角文英、吉田一彦、村田秀秋
43. 松果体部転移性腫瘍の一例  
 藤枝市立志太総合病院 脳神経外科、浜松医科大学 脳神経外科\*  
 ○山崎健司、篠原義賢、白坂有利、桑原孝之、植村研一\*

XII. (午後3:45-4:15)

座長: 坂井 昇 (岐阜大学)

44. TSH産生下垂体腺腫の2例  
 愛知医科大学 脳神経外科  
 ○久田佳明、山本英輝、中川洋、岩田金治郎
45. トルコ鞍部 germinomaと思われる1例  
 浜松労災病院 脳神経外科  
 ○熊井潤一郎、西川方夫、秋山義典、児島正裕、伊藤毅、秋山恭彦、岩城和男、森和夫
46. 症候性 Rathke 嚢腫の一例  
 石川県立中央病院 脳神経外科、同病理\*  
 ○黒田英一、野村泰弘、石黒修三、宗本滋、中島良夫、車谷宏\*
47. Pineal cystを伴ったcraniopharyngiomaの1例  
 半田市立半田病院 脳神経外科  
 ○水谷信彦、中根藤七、立花栄二、浅井俊人、鈴木伸行、六鹿直視
48. Riddoch-Zappia phenomenonを呈した嚢胞性頭蓋咽頭腫の1例  
 金沢大学 脳神経外科  
 ○山野潤、立花修、岡本禎一、山嶋哲盛、山下純宏

閉会

午後4時15分

# 抄 錄 集

## 新しい脳圧測定法の開発について — 昏睡患者からの情報 —

堂本洋一\*，薄井一敏\*\*

慶應義塾大学伊勢慶應病院 脳神経外科\*  
慶應義塾大学伊勢慶應病院 ME部門\*\*

我々は、外耳道に微弱圧検知ができる圧センサーを挿入して、心拍に同期して、大きな陰性波に続く、小さな多峰性の圧波形を得ることに成功した。以降、その波形（外耳道圧波）に頭蓋内圧脈波の影響があり、頭蓋内圧を反映した情報が含まれているものと考え、非観血的・無侵襲の頭蓋内圧測定法の可能性につき検討してきた。今回は、6例の深昏睡の患者にて外耳道圧波を測定し、うち2例では死亡まで経時的に記録して検討した。その結果、立ち上がりの緩徐化・1波以降の平坦化・圧上昇幅の低下などが認められた。これらは、急性頭蓋内圧亢進の極期で、脳血管が収縮性を失い麻痺弛緩して、脳血流が血圧依存性の状態（脳血管麻痺）を反映しているものと思われる。以上より、外耳道圧波の変化は頭蓋内脈波の変化の報告と類似しており、外耳道圧波には頭蓋内環境を反映する情報が含まれている可能性が示唆された。

## 後頭下減圧術を行ったAchondroplasiaの 一例

田中聡，澤井輝行，忍頂寺紀彰\*，  
植村研一\*\*

\* 共立菊川総合病院脳神経外科  
\*\* 浜松医科大学脳神経外科

Achondroplasia は内軟骨骨化障害により四肢短縮型小人症及び脊柱管狭窄症を示す比較的稀な先天異常である。最近我々は本奇形の乳児例を経験した。症例は1歳，女児。未だ頭定しておらず，両側筋緊張低下，深部腱反射の亢進を認めた。また津守/稲毛式乳幼児発達指数に於て，基礎疾患に起因したmotor developmental delayが，mental developmental delay に比して優位であった。CT，MRI ではForamen magnumの狭小化，Brainstemの後方からの圧迫認められた。以上の所見より手術目的にて当科紹介入院となった。後頭下減圧術を施行し術後のMRIにてBrainstemの後方からの圧迫は軽減されていた。以上の症例に若干の文献的考察を加えて報告する。



新生児ループス・エリテマトーデスに水頭症を合併した姉妹例

○富田博之、佐藤倫子、佐藤博美

静岡県立こども病院脳神経外科

新生児ループス・エリテマトーデス(NLE)に水頭症を併発した姉妹例を報告する。母は無症候であったが、抗核抗体2560倍、抗SS-A, SS-B抗体陽性であった。第2子(5歳女児)は、生後1ヵ月より顔面に斑状紅斑が出現、ついで水頭症を確認し、V-Pシャントを施行した。第3子(9ヵ月女児)は、生後25日より顔面に環状紅斑が出現し、抗核抗体640倍、抗SS-A, 抗SS-B抗体陽性であった。生後2ヵ月より頭囲が進行性に拡大し、3ヵ月時にV-PおよびSPシャントを施行した。いずれも、紅斑は生後6ヵ月で消失し、NLEと診断された。頭蓋内奇形や、出血、感染の既往は無く、NLEの発症後に交通性水頭症を生じた。思春期、成人発症のSLEには、交通性水頭症や、中脳水道閉塞に伴う水頭症の併発が報告され、SLEによる中脳神経系の血管炎の関与が推定されている。NLEと水頭症の併発の報告はみられないが同様の機序を推定した。

伴性劣性遺伝性水頭症の1家系

長島 久、小林澄雄、長崎忠悦、小林茂昭  
横尾 昭\*、青木俊樹

信州大学脳神経外科  
諏訪赤十字病院脳神経外科\*

伴性劣性遺伝形式をとる先天性水頭症は本邦では7家系17症例が報告されている。最近、新たに1家系2症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症例は同胞の第3子および第5子で、出生前超音波診断にて頭囲と脳室の拡大を指摘された。出生時、頭囲拡大、内反拇指を認めしたが、CT上明らかな奇形を認めず単純性水頭症と思われた。これら2症例に対し、生直後VPシャントを行なった。術後第3子はシャント感染による脳室炎にて死亡したが第5子は現在発育の高度遅滞にあるもの、生存している。

本疾患は稀であり余り知られていないが、文献上単純性水頭症と比較し、V-Pシャントを施行したとしても予後不良である。したがってこのような症例に対しては遺伝相談を含め術前診断が重要であり、生後は治療に十分な配慮が必要である。

## 癒着性くも膜炎による舌咽神経痛の1手術例

岡本禎一、長谷川光広、池田清延、林 裕、藤島由恵、  
山下純宏

金沢大学 脳神経外科

舌咽神経痛は稀な疾患であり、疼痛は一般に舌根部、口蓋扁桃、咽頭に生じ、稀に外耳道に生じる。病因としては血管による神経圧迫が多い。今回我々は、癒着性くも膜炎が原因であると思われた舌咽神経痛の1手術例を経験した。症例は35歳、男性。10年前に左耳介の痛みと不整脈が出現し、約1年間で軽快した。平成3年8月頃より再び左外耳道周囲および耳介後部の痛みが発生し、増悪した。疼痛は左咽頭の刺激や嚥下により誘発され、左舌根部へのキシロカインの噴霧により減弱した。血管写所見より左椎骨動脈による舌咽神経の圧迫を疑い、同年9月24日開頭手術を行った。しかし明らかな血管による圧迫はみられず、舌咽神経周囲に肥厚したくも膜の癒着を認めた。これらを剥離し舌咽神経を解放した後、テフロン綿でentry zoneとその周囲を被覆した。術後翌日より疼痛は完全に消失し、現在まで再発を認めていない。

本例のような非典型的な舌咽神経痛の診断、手術適応につき検討し、術中所見をビデオにて供覧して痛みの発生機序を考察する。

## 未破裂脳動脈瘤が関与したと思われる顔面痙攣の一例

鈴木 秀謙、山本 義介、 星野 有

松阪中央病院脳神経外科

顔面痙攣は一般に、延長・蛇行した小動脈が、顔面神経の root exit zone を慢性的、かつ軽度圧迫することにより生じるとされている。最近、我々は脳動脈瘤が顔面痙攣の発症に重要な役割を果たしたと思われる、稀な一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】75才、女性。約1年6カ月前より左顔面痙攣、めまいが出現し徐々に増悪、ほとんど毎日出現するようになったため当院外来受診した。MRIにて左CP angle に flow void がみられ、MR angiography にて左椎骨動脈-後下小脳動脈(PICA)分岐部囊状動脈瘤が明瞭に描出された。入院後、脳血管撮影にて脳動脈瘤を確認し、手術を施行。術中所見では、脳動脈瘤のドームよりでた後下小脳動脈が顔面神経の root exit zone を圧迫しており、これが本症の原因と考えられた。本例では、未破裂脳動脈瘤の増大によりPICAの走行が変わり、顔面痙攣の発症または増悪に関与した、と考えられた。

顔面けいれん術後、鼓膜切開にて頭蓋内気腫を生じた一例

稲葉 真, 島本佳憲, 山田 史, 福田 栄

静岡赤十字病院 脳神経外科

症例は63才男性, 左顔面けいれんに対し, 平成3年7月2日左後頭下開頭にて微小血管減圧術を施行した。顔面けいれんは消失したが, 術後3日目より鼻漏, 左聴力障害を訴えた。耳鼻科にて滲出性中耳炎の診断で鼓膜切開をを行った際, 多量の髄液が流出し, CT上広範な頭蓋内気腫を呈した。同CTにて左錘体骨の含気量が術前と比べて減少しており, 開頭時に解放された錘体骨乳突蜂巣からの髄液漏と診断し閉鎖術を施行した。硬膜外腔には髄液が貯留し, 硬膜縫合部が一部離開していた。硬膜, および解放された乳突蜂巣を人工硬膜, 筋肉片を用いて補強し, 術後髄液漏は消失した。当院にて過去10年間に施行した同手術は70例であり, うち術後髄液漏を来したものは本例を含め2例, 滲出性中耳炎による聴力障害は5例に認めた。いずれも原因は硬膜もしくは乳突蜂巣の閉鎖が不十分であったためと考えられた。滲出性中耳炎が生じた際には本例の如く安易な鼓膜切開は慎むべきである。

反復性髄膜炎をきたした耳性髄液漏の一例

池田宏明, 佐藤秀次, 佐々木尚, 梅森勉,  
飯田隆昭, 田中信, 北川義展,

金沢脳神経外科病院

内耳孔より乳突蜂巣を介し、頭蓋外（耳介周囲、頸部組織間隙）に瘻孔を形成し、反復する髄膜炎をきたした症例を経験したので報告する。症例、38歳男性、突然の激しい頭痛、嘔吐にて発症。乳児期に中耳炎の既往があり、20代より5回髄膜炎を繰り返していた。腰椎穿刺にて白濁した髄液を得、頭蓋内圧亢進を認めた。細菌培養では、 $\alpha$ -streptococcusが検出された。頭部単純写上で、右内耳孔の拡大、乳突蜂巣の硬化を認めた。RI脳槽撮影、CT脳槽撮影で右錐体骨より頭蓋外への髄液漏出を認めた。またMRI T2WIでは、拡大した右内耳孔より耳介周囲、右頸部に髄液による高信号が描出された。画像上内耳瘻孔が強く疑われ、聴力が保たれていることより、炎症の緩解を待ち、右経後頭下到達法にて、拡大した内耳瘻孔を確認し筋膜等で閉鎖した。術後経過良好である。内耳孔よりの耳性髄液漏閉鎖には、閉鎖が確実であり、かつ聴力を温存できる経後頭下到達法が有用と思われた。

## 白血病による急性硬膜下血腫の1例

小林裕志, 服部達明

国立静岡病院脳神経外科

頭蓋内出血性病変で初発した白血病の報告は少ない。今回、非外傷性の急性硬膜下血腫にて発症した白血病の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は64歳の男性で、既往歴には特記すべきものはなく、8か月前の健康診断でも異常は指摘されなかった。平成2年1月初めから風邪気味で全身倦怠感を訴え、1月6日朝発熱があったため近医を受診し、風邪との診断で投薬を受けた。自宅にて臥床していたが、頭痛・吐気を訴え、その後、半昏睡状態になっているのを発見され救急車にて来院した。初診時、半昏睡状態で瞳孔不同はなかったが、両側対光反射はsluggishであった。CTにて左側急性硬膜下血腫を認めしたが、脳血管撮影では血管病変は認めず、血液検査では、白血球数 $10万/mm^3$ と著しい増多を示し、白血病による急性硬膜下血腫と診断した。緊急開頭血腫除去術を施行したが、術中より著明な脳腫脹が出現し、翌日死亡した。

## 比較的良好的な転起をとったヘルペスウイルス群脳炎の2例

池田浩司, 伊藤八峯, 市原 薫,  
塚本信弘, 原 政人

市立四日市病院脳神経外科

ヘルペスウイルス群のうち、人に脳炎を惹起しうるものは、HSV, VZV, EBV, CMVの4種である。今回我々は比較的良好的な転起をとったHSV脳炎とCMV脳炎を各々1例ずつ経験したので報告する。

症例1は38歳女性。発熱・頭痛・嘔吐を訴え他院へ入院。その3日後全身痙攣を来たし右片麻痺・意識混濁を認めためたが当院へ紹介入院となる。精査にてHSV脳炎と思われた。軽い失語を残すのみで退院。

症例2は37歳男性。発熱・全身痙攣・不穏状態により入院。精査によりCMV脳炎が疑われた。やはり軽度の失語を残すのみで退院。

一般にヘルペスウイルス群による脳炎は、幼年期に顕性に初感染後生涯体内に潜在し、種々の誘因により再活性化され発病することが多い。さらに早期診断・早期治療が予後を大きく左右するので、画像診断法特にMRIを中心に若干の文献的考察を加え検討した。

中塚雅雄, 嶋津直樹, 福岡秀和

豊川市民病院脳神経外科

今回私共は、痙攣発作により血中のCPKやミグロトリンが異常高値を示す横紋筋融解症を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

(症例) 26歳の工具。14歳の時から意識消失発作のため抗痙攣剤を服用していた。今回、独身寮で痙攣を起こしているところを発見された。痙攣は治まったが、意識が回復しないため当科に搬送された。来院時、意識レベルはⅢ-1、体温は39.0℃と高熱を示した。神経学的巣症状は認めなかった。血液検査で、白血球数増加, GOT・GPT・LDHの上昇, BUN・クレアチニンの軽度上昇を認めた。入院3日目はGOT・GPT・LDHはさらに上昇し, CPK 70,440, ミグロトリン 9,510と異常高値を示し、横紋筋融解症を疑った。腎不全防止のため多量の輸液と, glycerolの投与を行った。入院7日目の<sup>99m</sup>Tc Tl<sub>201</sub>で四肢近位筋群に異常集積を認め、MRIで同部の横紋筋融解像を確認した。臨床的には、腎不全に陥らず、意識レベルは入院4日目には清明となった。

## 脳血管撮影後肺梗塞で死亡したと考えられる一症例

大原茂幹, 唐艇洲, 間瀬光人, 布施孝久,  
水野志郎, 高木卓爾, 今葦倍庸行\*, 渡辺賢一\*

名古屋市立東市民病院脳神経外科

\* 名古屋市立東市民病院放射線科

患者は56才女性で前頭葉半球間裂に小腫瘍があり髄膜腫の診断で脳血管撮影が行なわれた。Seldinger法に準じ右大腿動脈から選択的に左右の内径・外頸動脈の正面と側面像を撮影した。造影剤はHexabrix約80mlを用い、要した時間は穿刺から抜針までが27分、圧迫止血12分であった。穿刺部に枕子を当て500グラムの砂嚢を置き6時間後に除いた。翌朝検査15時間後に歩行して洗面したがその45分後急激に血圧低下を来たしショックに陥った。静脈ルートを確保し気管内挿管後人工呼吸下に対ショック療法を行ない、多い、1時間後までに3000ml以上の輸液を行ない、多量の昇圧剤などを使用した。アナフィラキシーショック時の大量輸液後に見られる四肢顔面などの浮腫は発現せず、ショック30分後の動脈血ガス分析の結果(O<sub>2</sub>分圧38.9mmHg、CO<sub>2</sub>分圧42.9mmHg)から肺塞栓を疑った。あらゆる抗ショック療法に抵抗して3時間後に死亡した。病理解剖では肺梗塞は認められず死因を見いだすことは出来なかった。脳血管撮影後の重篤な合併症について文献的考察を加える。

造影MRIによる外傷性くも膜下出血の出血源の検討

高橋郁夫、浅野良夫、蓮尾道明

刈谷総合病院脳神経外科

対象：CTで外傷性くも膜下出血(SAH)を認め、造影MRIを施行した13症例を対象とした。方法：入院時CTでSAHの分布を(1)Sylvian fissure, (2)脳幹より前方のbasal cistern, (3)脳幹の側方・後方のbasal cisternの3群にわけて検討し、造影MRIで脳表面の造影される部分を脳挫傷と判定してSAHの出血源を検討した。MRIは受傷8-52日後に施行し、1.5 T, SE法でT1およびT2強調像(axial), Gd造影T1強調像(axial, coronal, sagittal)を撮影した。結果：(1)SAHは8例9側に認め、sphenoidal ridgeによる小さな脳挫傷を5側に認めた(56%)。(2)SAHは6例に認め、うち4例にmamillary body付近、1例にuncusに小さな挫傷を認めた(83%)。(3)SAHは6例に認め、3例に中脳外側または背側にtentorial edgeによる小さな挫傷を認めた(50%)。結論：外傷性SAHの出血原因は小さな脳挫傷であることが多く、造影MRIで診断可能である。

急性硬膜下血腫で発症したDICの1症例

社会保険中京病院脳神経外科

杉田竜太郎 水野正明  
榎本一巳 勝又次夫  
土井昭成

今回、我々は胃ガンの既往のある患者が急性硬膜下血腫とDICを発症した例を経験したので報告する。

症例 40才男性

既往歴 H3, 11月 胃ガンにて手術

現病歴 H4, 1月中旬より頭痛出現。

1/21 他施設受診, CTにて頭蓋内血腫を指摘される。1/24意識レベルの低下をきたし同病院受診後, 救急車にて当院へ搬送された。ただちに緊急開頭術を行い, 急性硬膜下血腫と診断されたが, 術中所見として脳挫傷は明らかではなく, また, 外傷の既往もなかった。加えて, 出血凝固系の異常がありDICと診断された。ただちに, DICに対する治療を開始し, DICを軽快させることができた。また, 患者の意識レベルも回復させることができた。

## 慢性硬膜下血腫に対する薬物治療の可能性について

阿部 守<sup>\*</sup>、井上孝司<sup>\*</sup>、佐野公俊<sup>\*\*</sup>、  
神野哲夫<sup>\*\*</sup>、松崎正晴<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>八千代病院脳神経外科、

<sup>\*\*</sup>藤田保健衛生大学脳神経外科、

<sup>\*\*\*</sup>SRL研究部

目的) Chronic subdural hematoma(CSH)の発生、増大機序について未だ明確な解明はなされていない。我々はCSHにおいてアレルギー、炎症反応で重要なchemical mediatorとして考えられているPlatelet activating factor (PAF)とその不活性化因子、PAF-acetylhydrolase (PAFH)を測定し検討した結果、PAF高値が血腫被膜の線維芽細胞の増殖、好酸球の浸潤、線容量の亢進、易出血性の誘因として作用している可能性を推測した。CSHは自然消失例も報告されており、又、穿頭洗浄術による血腫排出のみで治療することが多い。それは、CSHの病態像に常時治癒機転が働いていることが考えられる。我々はCSHの治癒機転を促進させるために、線維芽細胞の増殖抑制とPAF抑制作用が考えられる薬剤の併用療法について検討を行ったので報告する。

## 外傷性内頸動脈閉塞症の1例

平井長年<sup>\*</sup>

口脇博治 稲尾意秀 金岩秀実

<sup>\*</sup>厚生連昭和病院 脳神経外科

名古屋大学 脳神経外科

外傷性内頸動脈閉塞症は比較的稀な疾患である。今回我々は受傷扁転より頸部の過伸展が原因と思われる症例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。症例は54歳男性。衝突事故にてドアより投げ出され受傷。直後意識なかったが救急車にて来院時G.C.S.13点瞳孔はやや右が大きいが対光反射は認められた。運動麻痺は認めず。顔面多発外傷あり右前額部腫脹著明で右耳出血も認められた。頭部X-Pでは右前頭骨・右下顎骨の骨折を、CTでは右上顎洞骨折を認めただが頭蓋内出血はなかった。6時間後より左片麻痺をきたしCTでは右中大脳動脈領域の低吸収域があるが正中偏位は軽度であった。3日後より麻痺はやや改善し右上腕逆行性脳血管撮影では内頸動脈が分岐部より3.0 cm末梢にて完全閉塞し後交通動脈より眼動脈・中大脳動脈は造影されていた。受傷17日目に出血性梗塞をきたしたたが脳血管撮影では再開通は認めず側副血行は保たれていた。1.5ヶ月後に独歩可能となり、退院した。

### 頸陣痛により左内頸動脈完全断裂をきたし 術後に出血性脳梗塞を合併した1例

尾内一如<sup>\*</sup>、永田淳二<sup>\*\*</sup>、神野哲夫<sup>\*\*</sup>  
櫻井与志彦<sup>\*\*\*</sup>、堀江修<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>町立浜岡総合病院 脳神経外科  
<sup>\*\*</sup>藤田保健衛生大学 脳神経外科  
<sup>\*\*\*</sup>町立浜岡総合病院 外科

症例は53歳、男性で平成3年11月17日果物ナイフにて左頸部を刺され多量の出血をきたした。救急隊員が頸部を圧迫しつつ当院へ搬送した。その後徐々に血圧下降し心停止を認めボスミン1A心注し心マッサージにて蘇生した。緊急で手術室へ搬送し左頸部内頸動脈周囲を開いたところ左内頸動脈、左内頸静脈、左迷走神経の完全断裂を認め、直視下に各々を吻合した。術後糖尿病、血小板減少症など合併したが保存的治療にて徐々に改善した。また神経学的には運動性失語症、片麻痺を認めた。11月19日頭部CTにて左中大脳動脈領域に出血性梗塞を認めた。その後神経学的症状は徐々に改善し12月末には独歩可となっている。ただし失語については回復はまだまだ不完全である。12月27日左総頸動脈撮影を施行し左内頸動脈の開通を確認した。頸部刺創による内頸動脈断裂の報告は本邦ではきわめて稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

### 穿通性脳幹外傷の1例

川口健司 徳力康彦 武部吉博 勝村浩敏  
松本晃二 木築裕彦

福井赤十字病院脳神経外科

MRIで穿通性脳幹外傷を診断しえた1例を報告する。  
症例：1歳10か月 男児  
現病歴：平成3年12月20日午前8時ごろ、走って転倒し、その時持っていた箸が口内に入り鼻出血をきたした。同時に意識障害も出現し当院へ搬送された。  
入院後経過：意識レベルは、JCS30、顔色不良、嘔吐あり、鼻出血は止血していた。ただちに耳鼻科医によりワイヤーコープにて鼻腔内から咽頭にかけて診察を受け、軟口蓋と左耳管口近傍粘膜に傷は認められたが、出血はなく、箸の刺さった形跡は確認できなかった。  
CTにて第4脳室内出血を認め、MRIにて脳幹左外側に縦走するlow intensity areaが認められた。翌日には意識清明に復したが、3日後より細菌性髄膜炎、髄液鼻漏を併発した。状態が安定し改めてMRI施行、矢状断にて直線状のlow intensity areaが脳幹部に描出され、箸の貫通による穿通性脳幹外傷と診断できた。



蛇行した椎骨動脈により延髄圧迫症状を呈した2例

○村田浩人、和賀志郎、小島 精  
久我純弘、清水重利、津田和彦

三重大学脳神経外科

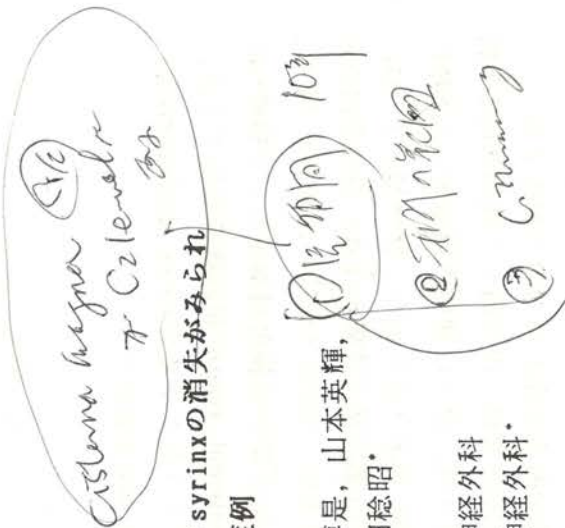
三叉神経痛・顔面痙攣が、神経血管減圧術にて改善することは良く知られている。しかし、蛇行した椎骨動脈が延髄圧迫症状を呈した症例は、我々が調べ得た限り文献上5例を見るにすぎない。今回、蛇行した椎骨動脈により延髄圧迫症状を呈した症例を経験したので報告する。症例1は43歳、女、左上肢の筋力低下を主訴として来院。MRI、血管撮影にて左椎骨動脈による延髄の圧迫・変形を認め、左椎骨動脈減圧術を施行。術後症状は軽度改善したが、徐々に運動障害が進行し現在外来にて経過観察中である。症例2は58歳、女、進行する四肢麻痺、全身の感覚障害を主訴として来院。MRI、血管撮影にて、両側椎骨動脈による延髄の圧迫・変形を認め、両側椎骨動脈減圧術を施行。術後運動障害・感覚障害共に著明に改善した。現在はMRIが普及しており、同様な症例を見る機会も増えると思われる。今後、延髄レベルでの障害を見つけた場合、鑑別診断の一つとして念頭に置くべきと考える。

後頭下減圧術によりsyrinxの消失がみられなかった脊髄空洞症例

○飯島政興、山田博是、山本英輝、  
岩田金治郎、樋下田稔昭

愛知医科大学 脳神経外科  
中部労災病院 脳神経外科

脊髄空洞症の治療法のうち最近では後頭下減圧術が治療の主体を占めてきている傾向である。我々はChiari奇形に伴う脊髄空洞症に対しては後頭下減圧術を第一選択に施行しており、良好な結果を得ている。最近後頭下減圧術後、神経学的には改善が見られたが、MRI上syrinxの縮小を見なかった症例を経験した。症例は54歳の女性で両上肢の筋力低下と歩行障害を主訴として来院し、術前MRIでは頸髄から胸腰髄に広がるsyrinxを認め、またChiari奇形も認めた。後頭下減圧術後症状の進行は見られなくなったが、1年を経過してもsyrinxの縮小を見ず、S-S shuntを胸髄levelで施行したところ、胸髄のsyrinxにかなりの縮小を認め、臨床的にもかなりの改善を認めた。またこの症例には後頭下減圧術前後でcineMRIを施行しており、髄液動態についても検討を加えた。大孔部の髄液循環動態が手術によっても改善されなかったことがsyrinxが縮小しなかったことの原因と考えられた。



Compressive myelopathy を呈した  
mucopolysaccharidosis (MPS) の 1 例

新井良和, 河野寛一, 久保田紀彦

福井医科大学脳神経外科

MPS は稀な先天代謝異常であるが、その合併症として spinal cord compression による myelopathy を呈することがある。今回我々は、外傷を契機に myelopathy を呈した MPS の 1 症例を経験したので報告する。症例は 3 歳男児。1 歳 1 ヶ月で、MPS IV 型と診断され当院小児科外来通院中であった。1991 年 5 月 27 日、約 50cm の高さより落下し後頭部打撲。その直後より右下肢運動障害と出現。当院整形外科にて保存的に治療され、ほぼ運動障害は改善したが、同年 8 月頃より再度、右下肢運動障害出現。10 月 30 日当科入院時、神経学的には右下肢の深部腱反射亢進、Babinski 反射を認めた。頸椎単純写、CT では環椎前方亜脱臼、齒突起低形成を認め、MRI では大後頭孔から C<sub>1</sub> レベルでの脊髓の圧迫、扁平化が見られた。11 月 5 日、大後頭孔減圧、C<sub>1</sub> 椎弓切除を行ない、症状は徐々に軽快している。

Diplomyelic conus medullaris の形態を示した  
腰仙部脂肪腫の 1 例

大石晴之, 嶋田 務, 稻川正一, 太田誠志  
大井静雄\*

聖隷浜松病院脳神経外科

\* 神戸大学医学部脳神経外科

従来腰仙部脂肪腫の症状発現機序に関しては、脊髓に對する脂肪腫の圧迫, tethering のみが原因と考えられてきたが、近年それ以外に脊髓自身の dysraphic で dysgenetic な変化も関与するとの報告もみられるようになってきた。今回我々は、腰仙部脂肪腫の手術に際し、Diplomyelia の conus medullaris を示した 1 例を経験し、この考えを支持する可能性があると思われたので報告する。

症例は生後 4 ヶ月の女児、出生時より腰仙部に皮下腫瘍と血管腫を指摘され、徐々に膀胱直腸障害と左下肢に軽度筋力低下を認めるようになった。脊髓 MRI では、T<sub>1</sub> 強調画像にて腰仙部に皮下腫瘍と連続し脊柱管内を充滿する高信号域を認め、conus は低位に固定されていた。手術により L<sub>5</sub> から S<sub>2</sub> までの硬膜欠損部を介して硬膜内に上下に拡がる transitional type の脂肪腫を摘出すると、厚い膜様組織で二分された 2 本の conus medullaris と、正常な filum terminale を認めた。

進行性脊髄横断症により死亡した放射線脊髄症 (radiation necrosis) の一例

水野正喜 花北順哉 諏訪英行 名村尚武  
大塚俊之 朝日 稔

静岡県立総合病院 脳神経外科

放射線脊髄症は、有効な治療法がなく、症状も進行性で重篤なことから、放射線障害の中でも特に容認できない障害と言える。本例は、放射線療法後、横断性脊髄障害を来たし死亡した症例である。症例は42歳の男性。主訴は左上下肢の知覚鈍麻。1977年、右耳下腺腫瘍で摘出術を受けた。1989年7月、再発巣を認め、他院にて、サイクロロリン速中性子線、陽子線の放射線療法を右耳介周囲に受けた。1991年3月より左半身の知覚鈍麻を自覚し、当院を受診した。受診時、左下肢の知覚鈍麻、右下肢の筋力低下を認めた。MRIにて、C2を中心に造影効果のある髄内病変を認めた。ステロイド大量療法を試みるも症状は進行し、髄内腫瘍あるいは放射線脊髄症が疑われた。生検にて、壊死組織を認め、放射線脊髄症と診断された。その後も症状は進行し、呼吸障害を来たし死亡した。

モヤモヤ病におけるMRAの実用性の検討  
—特に3D-TOF法と3D-PC法との比較を含めて—

岩村真事, 吉村紳一, 西村康明, 熊谷守雄,  
安藤 隆, 坂井 昇, 山田 弘, 出口一樹\*

岐阜大学脳神経外科

\* 木澤記念病院脳神経外科

目的: モヤモヤ病に対しMRAを3D-phase contrast (PC)法と3D-time of flight (TOF)法とで行い, conventional angiographyとも比較し, その実用性を検討した。

対象及び方法: 使用機種はSIGNA Advantage1.5T MR装置。対象はモヤモヤ病患者成人例(21~40才)5例, 全例女性で, 両側bypass施行例3例, 未処置2例である。TOF法とPC法を行い, PC法ではflow encodeを20及び40cm/secとした。

結果: TOF法ではウイリス動脈輪の形態を見るには適していたが, モヤモヤ血管の描出は不良であった。PC法はflow encode 20cm/secとした場合にモヤモヤ血管の描出が良好であり, conventional angiographyにより近い画像が得られた。PC法では, flowの方向の情報も得られ, 術後, follow-upに有用と思われた。

内頸動脈起始部に特異な病変を示した

### Fibromuscular dysplasia

渡辺 修, 田中敬生, 中山禎司, 金子満雄

浜松医療センター 脳神経外科

Fibromuscular dysplasia は日本では比較的まれな病態で報告も少ないが, その好発部位は, 腎動脈がもともと多く, ついで頭蓋外内頸動脈, 椎骨動脈とされており, その中で内頸動脈の病変は第2頸椎の高さに圧倒的に多い。

今回我々は, TIA 発作にて発症した45歳女性の血管撮影にて, 内頸動脈起始部に内膜の肥厚による“web shape”を示した狭窄性病変を認め, 病理所見から Fibromuscular dysplasia と判明した1例を経験したので報告する。

頸部頸動脈病変は, 一般に動脈硬化性変化に起因する場合がほとんどであるが, 全く脳血管障害についての risk factor をもちあわせない女性が, 本例のように特異な形状を頸動脈病変に示した場合, Fibromuscular dysplasia をまず考慮すべきと考えられた。

Megadolichobasilar artery の一例

富田 守, 山本俊樹, 杉原央一, 中島正二,  
植村研一\*, 古屋好美\*

富士宮市立病院 脳神経外科  
浜松医科大学 脳神経外科\*

Megadolichobasilar artery (以下MDBA と略す)

は比較的稀な疾患で長期間にわたりその症状や神経放射線学的所見を観察し得た報告は少ない。今回我々は14年間にわたり神経症状の増悪と改善を繰り返し次第に拡張したMDBAの一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は58才男性。45才のとき複視が出現しCT, 血管撮影にてMDBAと診断された。54才のとき左外転神経麻痺, 右半身のしびれが出現しCTで左視床部に梗塞を認めた。この後一過性の左難聴, めまい, 右片麻痺があった。56才のとき左不全麻痺が出現し58才で頭痛, 左不全麻痺の増悪のため入院となった。入院時神経学所見は左外転神経麻痺, 左不全麻痺, 左半身知覚低下, 構音, 嚥下障害を認めた。CT, MRIにて動脈瘤様に拡張し血栓化を伴うMDBA, 水頭症を認めた。入院後水頭症に対しVPシャント施行し頭痛, 左不全麻痺は軽減したが嚥下性肺炎を起こし死亡した。

山本信孝、中村 勉、東 伸明\*、関 泰志\*  
角家 暁

金沢医科大学脳神経外科、\*同解剖学

金沢医科大学解剖学実習用に保存された人脳370例中6例(1.6%)に椎骨動脈窓形成を認めた。右3例、左2例、両側1例計7ヶ所ですべて頭蓋内である。7ヶ所のうち4ヶ所を舌下神経が通過しており、通過しないもの2ヶ所、不明1ヶ所だった。臨床症状の記載のあった例はない。椎骨動脈窓形成の報告は、剖検ではすべて頭蓋内であるが、血管撮影上では頭蓋内は27%程度で、多くは3rd segmentである。頭蓋内での頻度は剖検例より少ない。今回剖検脳の動脈内に造影剤を注入してX線撮影を行なったが、通常のVAG正面像の照射角度では窓形成は判別しにくかった。血管撮影では窓形成を見逃している可能性がある。頭蓋外では脊髄の圧迫症状を呈した報告などがある。頭蓋内では、舌下神経麻痺の例や、窓部に脳動脈瘤を生じた報告はあるが症状を呈したとす報告は稀である。しかし、椎骨動脈の窓形成の頻度は少なくなない。血管写の読影や手術の際には念頭におくべきvariationである。

美野善紀, 古市 晋, 西島美知春, 遠藤俊郎,  
高久 晃\*, 山下富子\*\*

\*富山医科薬科大学 脳神経外科

\*\*高志リハビリテーション病院 小児科

症例は生後11ヶ月の女児。生後8ヶ月の検診で発達遅延を指摘された。入院時には、軽度の発達遅延(D.Q.87)、軽度の心不全、左前頭部における血管雑音を認めたが、明らかかな神経学的異常は認めなかった。CTおよびMRIでは、両側の側脳室、第3脳室および硬膜下腔の著明な拡大と、左前頭葉皮質および皮質下に境界鮮明な拡張した血管陰影が描出された。脳血管撮影では、多発性の脳動脈静脈奇形を認めた。左前頭葉には、左中大脳動脈と左右の前大脳動脈を流入動脈とする high flowの動脈静脈奇形が、後頭葉には右烏距動脈を流入動脈とする小動脈静脈奇形が造影された。前頭側頭開頭を行ない、左前頭葉動脈静脈奇形の全摘出術を施行した。術後の脳血管撮影では、左前頭葉動脈静脈奇形のみならず、後頭葉動脈静脈奇形も消失した。乳児脳動脈静脈奇形の若干の文献的考察を加え報告する。

## 脳梁膨大部動静脈奇形の一治験例

米沢泰司, 橋本宏之  
角田 茂, 榎 寿右

岡波総合病院 脳神経外科  
奈良県立医科大学 脳神経外科

今回、我々は比較的稀と思われる脳梁膨大部のAVMを経験し、全摘出し得たので文献的考察を加えて報告する。症例は29才の男性で突然の意識障害で発症し当科へ搬送された。初診時、Glasgow Coma Scale(1,1,2)でCTでは左側脳室三角部内側に血腫(3×4cm)があり脳室全体に穿破していた。血管撮影ではPosterior pericallosal arteryがmain feederで、Posterior choroidal arteryからも栄養されている1.5×2.5cmのAVMであった。手術はまず両側脳室ドレナージをおこない、2週間後に頭部を30°挙上し、患側を下にしたsemi-prone positionで、Posterior inter-hemispheric approachにておこなった。nidusは脳梁膨大部から左帯状回にあり、摘出は血腫側よりnidusを剥離してゆきposterior pericallosal arteryを処理し全摘出した。このアプローチでは、栄養血管はすべて進入方向と反対側になるが、nidusが大きくなり出血している場合は充分に処理可能でオリエンテーションの良いアプローチと思われた。

## 急性硬膜下血腫を伴った破裂脳動脈瘤の5例

安藤弘道, 村瀬 悟, 岩間 亨, 三輪嘉明,  
大熊晟夫

岐阜県立岐阜病院 脳神経外科

我々は過去13年間に急性硬膜下血腫(以下SDH)を伴った破裂脳動脈瘤を5例経験した。症例は38歳より67歳、平均52歳で男3例、女2例であった。4例が劇症経過をとり、搬入時JCSは300が2例、200が2例でGCSは全例3-5点で、全例ヘルニア徴候を呈し、Hunt&Kosnik gradeはⅤが4例、Ⅳが1例であった。CT所見ではクモ膜下出血はいずれも強くはなく、SDHは大きな脳内血腫(ICH)を伴った2例では少なかったが、多い2例では90ml以上であった。破裂脳動脈瘤の部位は1例ではICA、2例ではMCA、2例ではACAであった。一般にSDHを伴った破裂脳動脈瘤の重症度は高く、予後不良であるが、我がの5例中2例は手術によって救命できた。SDHを伴った破裂脳動脈瘤の臨床的特徴と治療法に関して考察を加えた。脳ヘルニア徴候を呈していても呼吸異常がなければ緊急手術により回復の可能性があるため、症例によっては積極的に治療すべきである。

## 3ヶ所に出血を認めた多発性脳内血腫の1症

例

金岡成益<sup>\*</sup>、中村太郎<sup>\*</sup>、浅井敏郎<sup>\*</sup>、  
川瀬 司<sup>\*</sup>、神野哲夫<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>トヨタ記念病院 脳神経外科

<sup>\*\*</sup>藤田保健衛生大学 脳神経外科

CTの普及によって、脳内血腫の診断が容易になって以来、脳内多発血腫の報告は少なくないが、殆どが2ヶ所で、3ヶ所に出血した症例は散見されるにすぎない。今回我々は、発症1時間後に3ヶ所に出血を認めた1症例を経験したのでここに報告する。

症例 51才女性、突然の意識消失発作にて発症、昏睡状態にて搬送され、発症約1時間後に施行したCTで、橋～中脳、両側視床～被殻に出血を認めた。人工呼吸器による管理下保存的治療を施行し、翌日のCTでは、橋、小脳、中脳及び両側の視床、被殻を含む連続した血腫を認めた。同時に施行したMRI、脳血管写にて、脳動静脈奇形等は認められなかった。患者は4病日に脳ヘルニアにて死亡した。以上、非定型的な血腫の癒合もしくは進展を示した多発性脳内血腫の1症例につき病理組織学的所見を含め報告し、その発生機序につき考察する。

## 抗リン脂質抗体症候群に合併したたした横静脈洞血栓症の1例

北井隆平<sup>\*</sup>、山村真由美<sup>\*\*</sup>、久保田紀彦<sup>\*</sup>、  
佐藤一史<sup>\*\*\*</sup>、山鳴哲盛<sup>\*\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> 鯖江木村病院 脳神経外科  
<sup>\*\*</sup> 内科

<sup>\*\*\*</sup> 福井医科大学 脳神経外科

<sup>\*\*\*\*</sup> 金沢大学 脳神経外科

抗リン脂質抗体症候群はSLEの疑診と認められ、深部血管炎を示し、抗リン脂質抗体症候群に合併したたした横静脈洞血栓症の1例を経験した。患者は51才女性、突然の意識消失発作にて発症、昏睡状態にて搬送され、発症約1時間後に施行したCTで、橋～中脳、両側視床～被殻に出血を認めた。人工呼吸器による管理下保存的治療を施行し、翌日のCTでは、橋、小脳、中脳及び両側の視床、被殻を含む連続した血腫を認めた。同時に施行したMRI、脳血管写にて、脳動静脈奇形等は認められなかった。患者は4病日に脳ヘルニアにて死亡した。以上、非定型的な血腫の癒合もしくは進展を示した多発性脳内血腫の1症例につき病理組織学的所見を含め報告し、その発生機序につき考察する。

脊髄空洞症で発症し falcotentorial  
junction meningioma の一例

井上繁雄, 高橋立夫, 小林由充子, 服部和良  
今川健司, 浅井 昭, 桑山明夫, 武上俊彦\*

国立名古屋病院 脳神経外科・神経内科\*

脊髄空洞症の原因として, Chiari 奇形, 頭蓋脊椎移行部奇形に伴うもの, 外傷, 脊髄腫瘍等によるものが知られている。今回, 我々は, falcotentorial junction meningioma により髄液循環の障害を生じ, 脳室拡大, 頭蓋内圧亢進をきたし, 2 次的に syrinx を形成したと考えられる, 稀な症例を経験したので, 若干の文献的考察を付して報告する。患者は, 42 歳女性, 視力障害, 左肩甲の痛み, 左手掌の痺れにて発症し, 痺れの範囲が徐々に上肢全体, 軀幹左側へと拡大した。神経学的に左上肢, 軀幹左側の痺れ, 温痛覚の鈍麻, 両側鬱血乳頭が認められた。頸胸椎の MRI にて C2-Th6 のレベルに syrinx が指摘され, 更に, 大孔部では, tonsillar herniation がみられ, CT にて, 脳室拡大, falcotentorial junction meningioma が認められた。Occipital interhemispheric approach により腫瘍を全摘出した。術後, 脳圧亢進症状が改善し, MRI にても syrinx の著明な縮小が認められた。

再発を繰り返し、組織像に変化をきたした  
髄膜腫の 1 例

\* 真砂敦夫, 金井秀樹, 松本 隆, 神谷 健、  
間部英雄, 永井 肇  
\*\* 中村隆昭

\* 名古屋市立大学脳神経外科  
\*\* 名古屋市立大学中央臨床検査部病理診断室

今回我々は, 6 年の経過中再発を繰り返し, 手術および放射線治療後, 組織像に変化をきたした髄膜腫の 1 例を経験したので報告する。

症例は 63 歳の男性で, 左視力低下, 頭痛で発症した。左蝶形骨縁の巨大髄膜腫に対し, 昭和 61 年, 3 stage operation を施行した。昭和 62 年, 腫瘍が再び増大したため 40 Gy 放射線照射したところ, 腫瘍は画像上消失した。平成 3 年 4 月 MRI で腫瘍の再発を認め, その後腫瘍は急速に増大し, 右片麻痺, 失語および左動眼神経麻痺が出現した。宋囊血管塞栓術が不能であったため, 20 Gy の追加照射を行なった後, 腫瘍を肉眼的に全摘出した。組織学的に髄膜腫に特徴的な所見はなく, malignant fibrous histiocytoma に類似する像が得られた。腫瘍の組織学的変化に放射線治療の影響も考えられた。



肉腫様に変化し全身への転移を認めた髄膜腫の1例

柴山美紀根、下沢定志、当山清紀、広田敏行

愛知県厚生連安城更生病院脳神経外科

Meningotheliomatous meningioma が肉腫様に変化し、全身への転移を来たして死亡した症例を経験したので、剖検所見を含めて報告する。

症例は66歳の女性で右前頭円蓋部髄膜腫にて発症し、Simpson II度の摘出術を施行された。一部にmitosisがみられたため、放射線照射が追加された。9か月後に局所の再発と頭蓋骨・側頭筋への浸潤を認め、更に2度の摘出術 (Simpson IV度) を行い、併せてV-Pシヤントが設置された。この時の組織学的検査で悪性化が確認された。発症より21か月後に死亡した。剖検では原発巣の頭蓋および頭蓋外への広範な浸潤のほか、肝・肺・胸膜・肺門部リンパ節・大動脈傍リンパ節・脊椎への転移が認められ、また組織学的に肉腫様変化がみられた。

この症例では、第1に髄膜腫の中脳神経外への転移、第2に髄膜腫の肉腫様変化が問題点と考えられ、この2点について文献的考察を加え報告する。

高度の視力障害をきたしたConvexity meningioma の一例

坂倉 正、黒木 実、諸岡芳人

済生会松阪総合病院脳神経外科

症例は38才女性、入院2週間前より視力低下に気付いた。入院時、視力は、右0.2、左0.6で、両側うっ血乳頭を認めた。CT、MRI、脳血管撮影で右側のconvexity meningiomaと診断し、入院より6日目に全摘出を行った。しかし、術後、視力低下、乳頭変化は進行し、右は光覚、左は0.5に到った。本例の如く、全摘出が可能な頭蓋内良性腫瘍では視力保持は極めて重要なことである。うっ血乳頭は、1. early 2. fully developed 3. chronic 4. atrophic stageに分けられる。本例の如く、stage 3では視機能保存は難しく、うっ血乳頭を認めた場合、そのstageを判断し、場合によっては、視力改善は期待出来ないことを含め視機能予後につき充分説明すると共に、準緊急手術を行なうべきである。

## 遠隔部髄膜腫を伴った髄液鼻漏の1例

矢野大仁, 白紙伸一, 熊谷守雄, 岩田辰夫  
西村康明, 安藤隆, 坂井昇, 山田弘

岐阜大学脳神経外科

症例は66歳男性。平成3年6月頃、微熱、鼻汁を主訴に近医受診。髄液漏の疑いでMRI施行され、T2強調画像にて副鼻腔に髄液貯留と思われるhigh intensity areaを認め、また同時に右頭頂葉にGd-DTPAにて造影されるen plaqueなmass lesionを認め、髄膜腫の合併が疑われた。同年10月当科入院し、髄液漏部の検索にあたり、頭蓋断層撮影やメトリザマイドCTでは明確にせず、MRI (Volume scan; GE-SSFP)にて中頭蓋窩内側部と推定できた。手術にて中頭蓋窩に硬膜の小裂孔を多数認め、数力所に脳組織の嵌入を認めため、それぞれをpackしたところ、術後、髄液漏は完全に消失した。3週間後に髄膜腫の全摘術を施行し、経過良好にて退院した。今回、髄液漏の診断にあたりMRI (T2 volume scan)が有効であり、その遠隔部位に髄膜腫を合併した珍しい症例を経験したので、その因果関係に対しても若干の文献的考察を加えて報告した。

## 結節性硬化症に伴うsubependymal giant cell astrocytomaの2症例

佐藤顕彦\*、田中篤太郎、竹原誠也  
徳山 勤、龍 浩志\*\*、植村研一

\* 焼津市立総合病院脳神経外科

\*\* 浜松医科大学脳神経外科

結節性硬化症にsubependymal giant cell astrocytomaが合併することはよく知られているが、その頻度は少ない。今回我々は結節性硬化症に伴うsubependymal giant cell astrocytomaの2症例に対し、経脳梁的腫瘍全摘術を施行し良好な結果を得たので報告する。

症例1. 9才女性、2才の時よりてんかんてんかんで当院小児科に通院。平成2年6月、頭部CTで右側脳室内に腫瘍、顔面頰部に皮脂腺腫を認め、結節性硬化症と診断。腫瘍が徐々に増大したため、平成3年4月4日、当科にて腫瘍全摘術施行。現在小学校通学中である。

症例2. 24才女性、幼少時より痙攣発作、精神発達遅延あり、平成2年、他院で脳室内腫瘍を指摘され、結節性硬化症と診断された。平成3年7月より当科通院開始。平成3年10月14日、頭痛が出現し、頭部CTで腫瘍の増大と水頭症を認めた。10月17日、腫瘍全摘術施行。現在当科外来通院中である。

仲尾貢二、坂倉允、栃尾広、阪井田博司

山田赤十字病院脳神経外科

脊髄原発悪性リンパ腫は中枢神経原発悪性リンパ腫中の1%以下と稀な疾患である。今回われわれはここの1例を経験したので報告する。症例は48歳男性、主訴、両下肢麻痺。平成3年8月頃から左足底にしびれ感を自覚、徐々に上行し9月には左下肢全体に当ひろがった。10月には左下肢麻痺となつたため当院神経内科に入院した。神経学的には、Th8以下右側全体不全麻痺を認め、MRIではTh1-4レベルの脊髄は腫大し、T1強調画像で低信号、Gdで増強される病変が認められ、脊髄髄内腫瘍と診断した。膀胱直腸障害が出現し麻痺が急速に進行、両下肢麻痺となつた時点で当科に紹介、緊急にlaminaectomy (C7-Th5) を施行し減圧、腫瘍を生検した。病理組織診断は、悪性リンパ腫 (B cell, diffuse medium-size cell type) であった。現在、放射線療法 (total 50Gy予定) 中、麻痺、感覚障害は改善傾向にある。

大隈 功<sup>\*</sup>、藤沢和久<sup>\*</sup>、安倍雅人<sup>\*</sup>、佐野公俊<sup>\*</sup>、  
神野哲夫<sup>\*</sup>、片田和広<sup>\*\*</sup>、竹下 元<sup>\*\*</sup>、小倉祐子<sup>\*\*</sup>

藤田保健衛生大学 <sup>\*</sup>脳神経外科

<sup>\*\*</sup>放射線科

悪性リンパ腫は大脳半球、基底核部、小脳、脳梁などに発生しやすく、脳血管写上avascular massの場合が多い。我々は、画像上前交連を介し両側基底核にButterfly状に発生し、脳血管写上血管豊富な悪性リンパ腫を経験したので報告する。

症例は63歳女性で、急速に進行する尿失禁、失見当識、傾眠傾向で発症した。CT、MRIにて両側淡蒼球、前交連の神経線維に沿った進展の腫瘍性病変と診断し、腫瘍摘出術(生検)により悪性リンパ腫と診断され、術後放射線照射(40Gy)を施行し腫瘍は完全に消失した。しかし、その後肺炎を合併し呼吸不全で死亡した。病理組織像はHE染色にて腫瘍細胞は類円形～多角形を示し、明瞭な核小体を認め、間質に乏しく、免疫染色においてglial fibrillary acidic protein (GFAP)は陰性で、Leukocyte common antigen (LCA)が陽性を示し、悪性リンパ腫と診断した。

### 左側頭葉腫瘍摘出後の言語障害発生予防の工夫—脳表電極による皮質刺激の有用性—

今村陽子, 横山徹夫, 杉山憲嗣, 西澤 茂,  
龍 浩志, 岩崎浩司, 平松久弥, 植村研一

浜松医科大学脳神経外科

左側頭葉腫瘍の摘出術に先立ち、脳表電極からの皮質刺激により切除可能範囲を決定し、術後言語障害を予防し得た2症例を報告する。〔方法〕全麻下に左前頭側頭開頭し上側頭回表面に帯状電極設置。電極設置後1~2日目、呼称問題施行中0.5~4 mA, 60Hz, 2 msecの矩形波で皮質を刺激し、発語停止、後放電の有無を観察。手術前後の言語機能評価は標準失語症検査を用いた。

〔結果〕症例1:42歳右利き女性。肺癌転移巣が左側頭葉先端から約4cmまで存在。その直後の電極刺激で発語停止。電極直前で腫瘍摘出術を行い、術後言語障害はなかった。症例2:49歳右利き男性。肺癌転移巣が左側頭葉先端から約5.5cmまで存在。その約3cm後方の電極刺激で後放電の発現をみるも発語停止はないので側頭葉先端から約5.5cmまで腫瘍を含めて切除。術後、術前に軽度存在した言語障害が改善した。〔結論〕上側頭回刺激により得られた所見で術後言語障害発生予防の予知が可能であった。

### 慢性髄膜炎で発症した胃癌の1例

瀬戸 陽 柏原謙悟 円角文英 吉田一彦  
村田秀秋

福井県立病院 脳神経外科

症例は54歳の男性で、癌家系のため定期的に消化器系の検査を受け、異常は指摘されなかった。1991年8月27日頃より頭痛、悪心を訴え、近医受診した。頭部CTで異常を指摘され、8月29日当科に紹介された。意識は清明で頭痛、ふらつき感、構語障害を認め当科に入院した。頭部CTで右小脳半球の低吸収域、第4脳室の左方偏位、四丘体槽の狭小化を認め、右小脳半球が一部造影剤で増強された。IMP-SPECTで右小脳半球の血流量低下があり、脳血管撮影で右後下小脳動脈の狭窄を認めため右小脳梗塞を疑った。9月1日、水頭症により意識レベルの低下を認め、脳室外ドレナージを施行した。9月5日、上行性ヘルニアを来たし後頭下減圧開頭を行ない、右小脳表面の一部を生検した。病理診断は印環細胞癌で、脳室内髄液の細胞診はclass Vであった。9月21日、脳ヘルニアで死亡した。剖検にて胃大弯側の胃癌(Borrmann 4型)と判明した。癌性髄膜炎は比較的多く、また原発巣が判明していることが多い。しかし本症のごとく癌性髄膜炎で発症し、原発巣の既往がない場合には診断が困難なことがあり、注意を要する。

## 松果体部転移性腫瘍の一例

山崎健司、篠原義賢、白坂有利、桑原孝之、\*  
植村研一\*\*

\*藤枝市立志太総合病院脳神経外科

\*\*浜松医科大学脳神経外科

目的：MRI上特異な所見を呈した松果体部転移性腫瘍の一例を経験したので、症例の紹介とともに文献的考察を含めて報告する。 症例：69歳男性、頭部外傷にて他院受診した際、CT上松果体部に等から低吸収域のmassを認められたために当院を紹介受診した。神経学的には、記銘力障害を認めた以外には特記すべき異常所見を認めなかった。既往歴としては、10年前に舌下腺腺様嚢胞癌全摘出術を施行されたが、以後局所再発を認めていない。しかし、入院時胸部単純写真にて、肺に多発性小転移巣を認めた。MRIにおいてT1強調画像にて多様な信号域を呈するmassを認め、一部造影効果を認めた。手術療法を施行した結果、腫瘍は嚢胞と充実性部分で形成され、病理学的には腺様嚢胞癌であった。術後記銘力障害も改善し、独歩退院した。 結論：松果体部腫瘍において、鑑別診断上転移性腫瘍も考慮されるべきであると考えた。

## TSH産生下垂体腺腫の2例

○久田佳明、山本英輝、中川洋、  
岩田金治郎

愛知医科大学 脳神経外科

TSH産生を示す下垂体腺腫2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1：40歳女性、1981年より無月経となり、1984年7月6日第3子出産後、動機等の心不全症状があり、1984年12月より頸部腫脹認め近医にて甲状腺機能亢進症の診断。1987年1月頃より乳汁分泌出現、新聞がよみずらくなり、頭部CT・MRIにてトルコ鞍部と鞍上部にenhanceされるmassを確認。1987年6月15日経鼻法による腫瘍摘出術施行。術後、症状は軽減した。

症例2：28歳男性、1989年動悸・発汗過多にて近医受診、甲状腺機能亢進症の診断。1991年6月頃より、左視野異常出現頭部CT・MRIにて、トルコ鞍上部にenhanceされるmassを確認し、1991年11月11日左開頭術による腫瘍摘出術施行。術後視力の回復を認めた。

トルコ鞍部germinomaと思われる1例

熊井潤一郎, 西川方夫, 秋山義典, 児島正裕,  
伊藤 毅, 秋山恭彦, 岩城和男, 森 和夫

浜松労災病院脳神経外科

26歳, 女, 生来健康であったが, 平成2年9月から口渇, 多飲, 多尿が出現し当院内科を受診. 画像上著変を認めず, 中枢性尿崩症の診断でfollow-up がなされていた. 平成3年8月から頭痛を伴うようになり, またその頃から無月経となっている. MRIなどでトルコ鞍内から鞍上部へと進展する腫瘍が認められたがHCG, AFPなどの腫瘍マーカーは陰性であった. 11月7日に蝶形骨洞経由で腫瘍の摘出を行った. 腫瘍は灰白色, 弾性硬であり, 出血は殆どみられなかった.

尿崩症, 視野障害, 汎下垂体機能低下があり, germinomaが最も考えられるが, この部のgerminomaの症例報告は稀である. また, 本症例の病理組織診断について御教示が得たい.

症候性 Rathke 嚢腫の一例

黒田英一, 野村素弘, 石黒修三, 宗本滋,  
中島良夫, 車谷宏,

石川県立中央病院脳神経外科  
石川県立中央病院病理

症例は44才の女性で, 2カ月前より右側頭部痛を自覚し他院を受診, 視野障害を指摘され当科へ紹介された. 入院時神経学的には右眼の耳側視野欠損を認めたが, 内分泌学的異常を示唆する所見は認めなかった. 頭蓋単純写ではトルコ鞍の拡大を認めず, 鞍背の脱石灰化像を認めた. CTスキャンでは鞍上部にその内容が等吸収値を示す径10mmの嚢胞性腫瘍を認めたが, 造影剤による増強効果を認めなかった. MRIでは腫瘍はT<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>強調画像共に高信号を呈し, 信号強度の僅かに異なる下垂体を下方に圧排していた. 右前頭側頭頭にて腫瘍被膜を切開し, 内部のゼリー状物質を摘出した. 病理所見では, 一層の繊毛上皮よりなる被膜と好酸性無構造物が認められ, Rathke 嚢腫と診断した. 術後視野欠損は改善した. MRIが術前診断に有用であったRathke 嚢腫の一治験例につき若干の考察を加えて報告した.

## Pineal cystを伴ったcraniopharyngiomaの1

例

水谷信彦、中根藤七、立花栄二、浅井俊人、  
鈴木伸行、六鹿直視

半田市立半田病院脳神経外科

Pineal cystは近年画像診断の発達により発見されることが多くなかったが、無症状の事がほとんどで放置されることが多い。今回我々はcraniopharyngiomaにpineal cystを伴った1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は33歳の男性で、頭痛を主訴として来院した。神経学的に異常所見は認められず単純X-Pでもトルコ鞍のballooning, 異常石灰化はみられなかった。CT, MRIにてトルコ鞍上部、松果体にmass lesionを認めたが造影による増強はみられなかった。内分泌検査では軽度の下垂体機能低下があり、眼球運動・眼底検査・視野・視力検査では障害を認めなかった。Pineal cystを伴ったcraniopharyngiomaの術前診断で鞍上部腫瘍に対して開頭腫瘍摘出術を施行した。鞍上部腫瘍は灰白色の表面平滑なcystic tumorで、腫瘍組織はcraniopharyngiomaの診断であった。術後DI出現したが、control可能で独歩退院した。8か月経過した現在、頭痛は消失し画像診断上腫瘍の再発はなく、pineal cystの大きさも不変である。

Riddoch-Zappia phenomenonを呈した  
嚢胞性頭蓋咽頭腫の1例

山野潤、立花修、岡本禎一、山嶋哲盛、山下純宏

金沢大学脳神経外科

Riddoch-Zappia phenomenon (RZP)は、動的視野と静的視野の解離現象である。今回我々は、頭蓋咽頭腫でRZPを呈した1例を経験したので報告する。

症例は62歳男性で、右眼の視力低下を主訴に来院した。視力は右0.06、左1.2であり、視野はゴールドマン動的視野測定においては異常を認めなかったが、ハンフリー静的視野測定においては著明な求心性視野狭窄を認めた。CTとMRIでは鞍内から鞍上部にかけて嚢胞性の腫瘤を認めため、経鼻的腫瘍摘出術を施行した。組織学的にはadamantinomatous typeの頭蓋咽頭腫であった。術後の静的視野測定において視野欠損は著明に改善した。

RZPは視覚系において非膝状体経路の存在や、網膜神経節細胞のX、Y、W細胞の圧迫に対する感受性の違いに起因すると考えられている。RZPに関して若干の考察を加えて報告する。

MEMO

Faint, illegible text in the upper left quadrant of the page.

Faint, illegible text in the lower left quadrant of the page.

48

YA



MORNING CHOICE FOR A WONDERFUL DAY

# 朝の1回、快適な1日

「1日1回」投与のCa拮抗降圧剤です。



持続性Ca拮抗降圧剤

【指  
要指】

# カルスロット錠<sub>10</sub><sup>5</sup>

(塩酸マニジピン錠)

【効能・効果】

高血圧症

【用法・用量】

通常、成人には塩酸マニジピンとして10～20mgを1日1回朝食後に経口投与する。ただし、1日5mgから投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。

【使用上の注意】

1. 一般的注意

- (1)カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また、患者に医師の指示なしに服薬を中止しないように注意すること。(2)本剤の投与により、まれに過度の血圧低下を起こすおそれがあるので、そのような場合には減量又は休薬するなど適切な処置を行うこと。(3)降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。
- 2. 次の患者には投与しないこと  
妊婦又は妊娠している可能性のある婦人。
- 3. 次の患者には慎重に投与すること  
重篤な肝機能障害のある患者。
- 4. 次の副作用があらわれることがある  
(1)肝臓：ときにGOT、GPT、AL-P、LDH、γ-GTPの上昇等。観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適

- 切な処置を行うこと。(2)腎臓：ときにBUN、クレアチニンの上昇等。観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(3)血液：ときに白血球減少等。観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(4)過敏症：ときに発疹、掻痒等。このような場合には投与を中止すること。(5)循環器：ときに顔のほてり、顔面潮紅、結膜充血、動悸、頻脈等。(6)精神神経系：ときにめまい、立ちくらみ、頭痛、頭重感、眠気、しびれ感等。(7)消化器：ときに悪心、嘔吐、胃部不快感、腹部膨満感、便秘、口渇等。(8)その他：ときに全身倦怠感、脱力感、浮腫、頻尿、及び血清総コレステロール、尿酸、トリグリセライドの上昇等。

5. 妊婦・授乳婦への投与

- (1)動物実験で妊娠期間及び分娩期間が延長することが報告されているので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。(2)動物実験で母乳中へ移行することが報

告されているので、授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は、授乳を避けさせること。

6. 高齢者への投与

一般的に高齢者では、過度の降圧は好ましくないとされていることから、高齢者に使用する場合は、低用量から投与を開始し、経過を十分に観察しながら慎重に投与することが望ましい。

7. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

8. 相互作用

- (1)本剤は他の降圧剤と併用するとき作用を増強するおそれがあるので注意して使用すること。(2)他のカルシウム拮抗剤(ニフェジピン等)でジゴキシンの血中濃度を上昇させることが報告されている。(3)他のカルシウム拮抗剤(ニフェジピン等)でシメチジンとの併用によりこれらの作用が増強されることが報告されている。

●用法・用量の詳細および取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。

●薬価基準：収載



## CALSLOT®



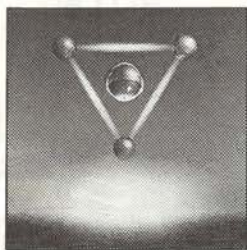
【資料請求先】

### 武田薬品工業株式会社

大阪市中央区道修町四丁目1番1号 (1992-1:CAL5 B51-4)

# THE STRONG, BALANCED ANTIBACTERIAL AGENT

均整のとれた強い抗菌力



オキサセフェム系抗生物質製剤  
（指）  
（要指）**フルマリン**®

静注用0.5g, 1g

日抗基 注射用フロモキシセファトリウム 略号 FMOX

- フルマリンは第三世代セフェム系のグラム陰性菌に対する優れた抗菌力を保持しながら、黄色ブドウ球菌をはじめグラム陽性菌にも強い抗菌力を有する均整のとれた抗生物質である。
- PBP-2'を誘導しにくい。
- 副作用は2.2%に発現し、その主なものはアレルギー症状と胃腸症状であった。

■**効能・効果** ブドウ球菌属、レンサ球菌属（腸球菌を除く）、肺炎球菌、ペプトストレプトコッカス属、ブランハメラ・カタラーリス、淋菌、大腸菌、クレブシエラ属、プロテウス属、インフルエンザ菌、バクテロイダス属のうち本剤感菌による下記感染症○敗血症、感染性心内膜炎○外傷・手術創等の表在性二次感染○咽喉頭炎、扁桃炎、気管支炎、気管支拡張症の感染時、慢性呼吸器疾患の二次感染○腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎、淋菌性尿道炎○胆のう炎、胆管炎○腹膜炎、骨盤腹膜炎、ダグラス窩膿瘍○子宮付属器炎、子宮内感染、骨盤死腔炎、子宮旁結合織炎、バルトリン腺炎○中耳炎、副鼻腔炎

■**使用上の注意**（一部抜粋）**①一般的な注意** (1)ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。なお、事前に皮膚反応を実施することが望ましい。(2)ショック発現時に救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与後患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行うこと。**②次の患者には投与しないこと** 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 **③次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること** 本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 **④次の患者には慎重に投与すること** (1)ペニシリン系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 (2)本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、蕁麻疹等のアレルギー症状を起こしやすい体質を有する患者 (3)高度の腎障害のある患者 (4)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者（ビタミンK欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分に行うこと。）**⑤副作用** (1)ショック まれにショック症状を起こすことがあるので観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便意、耳鳴、発汗等の症状があらわれた場合には投与を中止すること。(2)過敏症 発疹、蕁麻疹、痒疹、発赤、発熱、顔面紅潮、皮膚感覚異常感等の過敏症状があらわれた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。(3)腎臓 ときにBUN上昇、クレアチニン上昇、乏尿、蛋白尿等の腎障害があらわれることがあるので、尿の観察を十分に行い、乏尿、蛋白尿、血尿等の尿異常所見、BUN上昇、クレアチニン上昇等の腎障害が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。なお、他のセフェム系抗生物質で、まれに急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることが報告されているので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(6)消化器 まれに偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。ときに、下痢、軟便、また、まれに悪心、嘔吐、腹部膨満感等があらわれることがある。(7)呼吸器 他のセフェム系抗生物質でまれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE症候群等があらわれることがあるのでこのような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

■**薬価基準記載** ■**用法・用量**、その他の「使用上の注意」については、添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 製品部 〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4



**シオノギ製薬**  
大阪市中央区道修町3-1-8 〒541

CIBA-GEIGY



精神活動改善剤・パーキンソン症候群治療剤

 **シンメトレル** <sup>®</sup> (指) (要指)

錠 50mg  
錠 100mg  
細粒

塩酸アママンタジン製剤

®: 登録商標

**組成:** シンメトレル錠は2種類あり、それぞれ塩酸アママンタジンを50mg、100mg含有する。シンメトレル細粒は1g中に塩酸アママンタジンを100mg含有する。

**用法・用量:** 脳梗塞の場合 通常、成人には塩酸アママンタジンとして1日100~150mgを2~3回に分割経口投与する。なお、症状、年齢に応じて適宜増減する。

**パーキンソン症候群の場合** 通常、成人には塩酸アママンタジンとして初期量1日100mgを1~2回に分割経口投与し、1週間後に維持量として1日200mgを2回に分割経口投与する。なお、症状、年齢に応じて適宜増減できるが、1日300mg 3回分割経口投与までとする。

**包装:** 錠 (50mg): 100錠 500錠 1000錠  
錠 (100mg): 100錠 500錠  
細粒(10%): 100g

■薬価基準収載

使用上の注意等詳細につきましては、製品の添付文書をご覧ください。

製造販売 **日本チバガイギー株式会社** 兵庫県宝塚市美幸町10番66号

※資料は日本チバガイギーの医薬情報担当者にご請求下さい。

1992年2月作成

1日1回投与可能な抗不安薬

# MEILAXで

# リラックス

メイラックスは  
不安・抑うつ・睡眠障害  
に対して有効な  
ベンゾジアセピン系薬剤です



特 性

- 1 1日1回投与が可能です
- 2 抗不安作用と運動系機能抑制作用の分離性に優れています
- 3 神経症に確かな効果を発揮します
- 4 自律神経失調症など各種心身症における多彩な愁訴を早期に改善します
- 5 副作用が少なく使いやすい抗不安薬です

持続性心身安定剤

## ® 1mg 2mg メイラックス錠

MEILAX®-Tablets

ロフラゼパ酸エチル

健保適用

### 効能・効果

- 神経症における不安・緊張・抑うつ・睡眠障害
- 心身症（胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎、過敏性腸症候群、自律神経失調症）における不安・緊張・抑うつ・睡眠障害

### 用法・用量

通常、成人には、ロフラゼパ酸エチルとして2mgを1日1~2回に分割経口投与する。なお、年齢、症状に応じて適宜増減する。

### 使用上の注意

1. 一般的注意  
眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。
2. 次の患者には投与しないこと  
(1)急性狭胸角緑内障のある患者  
(2)重症筋無力症のある患者
3. 次の患者には慎重に投与すること  
(1)心臓病、肝障害、腎障害のある患者  
(2)脳に器質的障害のある患者（作用が強くあらわれる）  
(3)乳児・幼児・小児  
(4)高齢者（運動失調が起こり易い）  
(5)衰弱患者

※その他の使用上の注意などの詳細は、添付文書をご覧ください。

(資料請求先)

製造販売元



明治製菓株式会社  
104東京都中央区京橋2-4-16  
TEL:03(272)6511

技術導入  
販売提携



明治サノフィ薬品株式会社  
〒103 東京都中央区日本橋富町7-13



セレポトは脳虚血によるアセチルコリン・ルアドレナリン  
神経系の機能低下を改善し、脳梗塞・脳出血後遺症に伴う  
意欲低下、情緒障害(うつ状態)に優れた効果を示します。

### 効能・効果

下記疾患に伴う意欲低下、情緒障害の改善  
脳梗塞後遺症、脳出血後遺症

### 用法・用量

通常成人には、塩酸ヒフェメランとして1回50mg(錠:1錠、顆粒:1g)を1日3回食後経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

### 使用上の注意

#### 1. 副作用\*

- (1) 消化器  
ときに食欲不振、胃部不快感、腹痛、胸やけ、嘔気、嘔吐、下痢、口渇、にがみ、また、まれに便秘、食道閉塞感、食道膨満感等があらわれることがある。
- (2) 精神神経系\*  
ときに眠気、頭痛、興奮、不安、不眠、めまい、また、まれに徘徊、焦燥感、せん妄、振戦、痙攣等があらわれることがある。
- (3) 過敏症  
ときに発疹、痒痒等があらわれることがある。
- (4) 肝 臓\*  
ときにGOT、GPT、Al-Pの上昇等があらわれることがある。
- (5) 腎 臓\*  
まれにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがある。
- (6) 血 液\*  
ときに貧血、また、まれに白血球減少があらわれることがある。
- (7) その他\*  
ときに倦怠感、胸痛、耳鳴、筋痛、また、まれにしびれ感、コレステロールの上昇があらわれることがある。

#### 2. 妊婦・授乳婦への投与

- (1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。
- (2) 動物実験で母乳中へ移行することが報告されているので、授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむをえず投与する場合は授乳を避けさせること。

#### 3. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない。(使用経験がない。)

#### 4. 相互作用

ワルファリンと併用することにより、プロトロンビン時間の延長が認められることがあるので、併用する場合には、慎重に投与すること。

#### 5. 適用上の注意

薬剤自身の味である苦味感があらわれることがあるので、水とともにすみやかに服用させること。 ※1991年3月使用上の注意(アンダーラインの部分)の改訂。



脳血管性精神症状改善剤

## ® セレポト®

Celeport® (塩酸ヒフェメラン製剤)

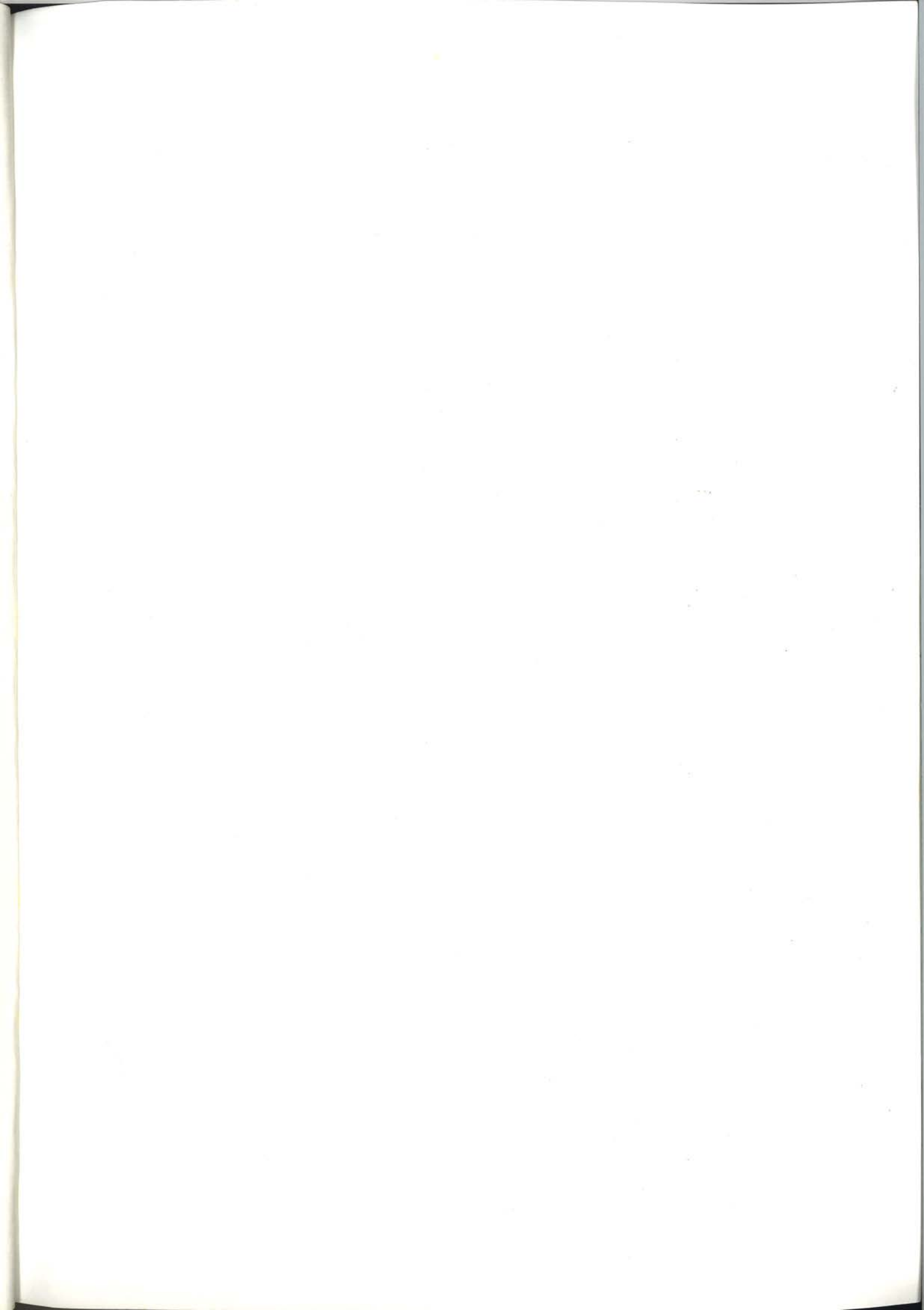
錠50mg 顆粒5%

●ご使用にあたっては、添付文書をご参照ください。

イーサイ株式会社 東京都文京区小石川4-6-10

資料請求は、弊社医薬事業部セレポト係まで。

A-C7 9303



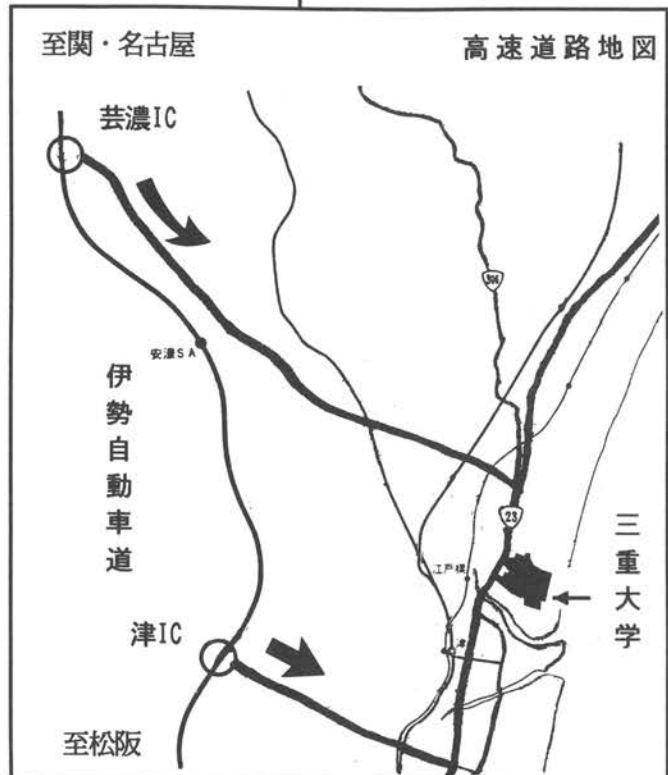
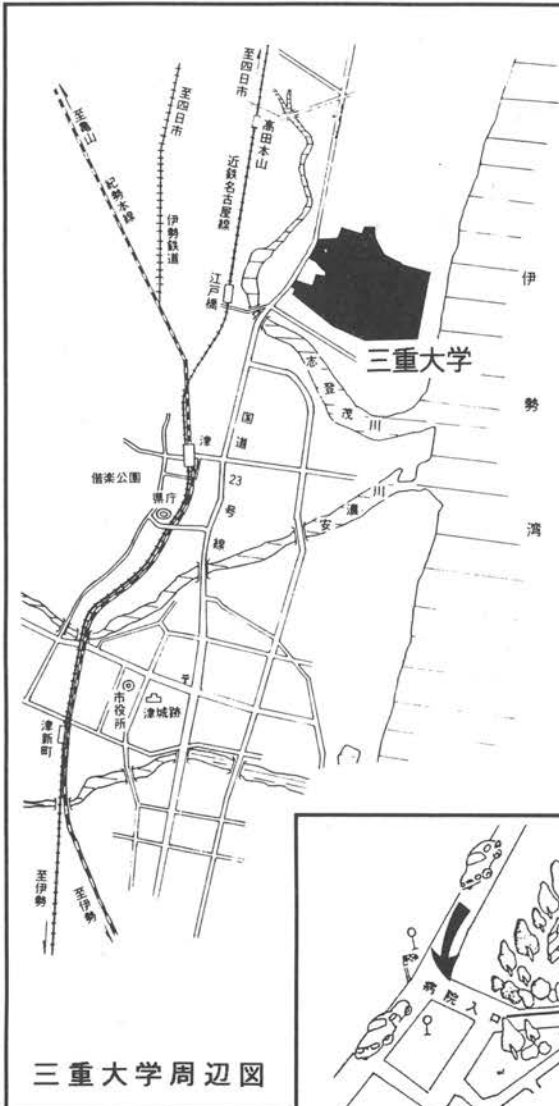
# 会場案内

三重大学医学部第3臨床講義室

〒514 津市江戸橋2丁目174

TEL 0592-32-1111

FAX 0592-31-5212



# 会場への交通案内

(電車は名古屋より近鉄特急が便利です)

- (1) 津駅前バスセンター「4番のりば」から三重交通バス大学病院行で『大学病院』下車、または白塚駅行、椋本行、一身田循環、豊里ネオポリス行、三重病院行、太陽の街行で『大学病院前』下車。(バスで約15分)
- (2) 津駅からタクシーで約10分。
- (3) 近鉄江戸橋駅から徒歩約15分。
- (4) 芸濃インターまたは津インターより車で約25分。  
(車でおこしの方は必ず駐車券を会場受付まで持参してください)