

第46回日本脳神経外科学会中部地方会

平成7年11月25日(土) 午前9時30分から

会場：三重大学 三翠ホール

〒514 三重県津市江戸橋2-174

TEL (0592) 32-1111 (ext 5611)

FAX (0592) 31-5212

会期日 TEL 0592-32-1111 (ext 2702)

世話人 三重大学 脳神経外科 和賀志郎

- 1)学会当日に参加登録料(1,000円)を受け付けます。年会費未払い分及び新入会も受け付けます。
- 2)講演時間は4分、討論は各演題につき2分です。
- 3)ビデオプロジェクター(VHS,S-VHS)、及びスライドプロジェクター1台を用意します。
- 4)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、氏名をご記入の上、クレジット投函箱にお入れ下さい。

開
(4
|
1.
2.
3.
|
4.
5.
6.
7.

次 回 御 案 内

第47回 日本脳神経外科学会中部地方会

世話人：名古屋市立大学 脳神経外科

山 田 和 雄 教授

場 所：興和ビル11階ホール

日 時：平成8年3月16日（土）

開会

(午前の部 9:30—12:06)

I 9:30—9:48 座長：霧坂辰一（三重大学）

1. CT 定位脳手術により、鉛異物を摘出した 1 例
国立名古屋病院 脳神経外科
○澤村茂樹、高橋立夫、須崎法幸、服部和良、今川健司、桑山明夫
2. 外傷性脳脂肪塞栓症の 1 例 - Xe CT 所見の経時的変化について -
犬山中央病院 脳神経外科
○小林裕志、荒木有三
3. 当院 12 年間の頭部外傷の手術症例の検討
慶應義塾大学伊勢慶應病院 脳神経外科
○堂本洋一、松山真千

II 9:48—10:12 座長：神谷 健（名古屋市立大学）

4. 単麻痺の病巣診断において MR Fluid Attenuated Inversion Recovery (FLAIR) 法が有用であった 2 症例
愛知県厚生連海南病院 脳神経外科
○服部光爾、山本直人、棚澤利彦
5. MRI (T2* 強調画像) による慢性硬膜下血腫被膜の検討
名古屋市立大学 脳神経外科、放射線科 *
○間瀬光人、金井秀樹、山田和雄、伴野辰雄 *、宮地利明 *
6. MRI で興味ある所見を呈した尿崩症の 1 例
岐阜大学 脳神経外科
○原 秀、奥村 歩、西村康明、安藤 隆、坂井 昇、山田 弘
7. CT にて白質が高度に低吸収域化した良性頭蓋内圧亢進症の 1 例
石川県立中央病院 脳神経外科
○浜田秀剛、宗本 滋、黒田英一、蘇馬真理子、中田光俊

III 10:12—10:36

座長：古林秀則（福井医科大学）

8. 頭皮下巨大腫瘤を形成した神経線維腫症の1例
厚生連松阪中央総合病院 脳神経外科
○村田浩人、山本義介、鈴木秀謙
9. 頭頂骨に腫瘤を形成した Bone Type Histiocytosis X の1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*
○久野茂彦、尾内一如、浅井敏郎、中村太郎、川瀬 司*、神野哲夫*
10. 前頭骨 Ossifying fibroma の1例
新城市民病院 脳神経外科、藤田保健衛生大学病院病理科*
○山崎健司、村木正明、富田 守、黒田 誠*
11. 前頭洞内に発生した骨腫により脳内気腫を来した1例
名古屋掖済会病院 脳神経外科、東洋病院 脳神経外科*
○前田憲幸、宮崎素子、宮地 茂、谷口克己、柴田孝行*

IV 10:36—11:06

座長：飯塚秀明（金沢医科大学）

12. Opisthotonus を呈した転移性脳腫瘍の1例
聖隷浜松病院 脳神経外科
○安藤直人、岩崎浩司、嶋田 務、堺 常雄、佐藤晴彦、片桐伯真
13. 舌下神経麻痺にて発症した adenocystic carcinoma の1例
静岡市立静岡病院 脳神経外科、耳鼻咽喉科¹、画像診断科²、
岐阜大学 脳神経外科³
○深沢誠司、寺町英明、清水言行、菊川達雄¹、野々村光栄¹、
日高昭斉²、後藤至宏³
14. 下顎骨より発生し、頭蓋底部進展を伴ったエナメル上皮腫の1例
金沢医科大学 脳神経外科
○松本栄直、加藤 甲、熊野宏一、飯塚秀明、角家 暁
15. 頭蓋内進展をきたした蝶形骨洞原発真菌性肉芽腫の1例
富山医科薬科大学 脳神経外科
○山本博道、遠藤俊郎、池田修二、栗本昌紀、高久 晃

16. 高齢者小脳 gangliocytoma の 1 例

半田市立半田病院 脳神経外科、愛知医科大学加齢医科学研究所*

○秦 誠宏、半田 隆、中根藤七、森 美雅、中原紀元、六鹿直視、
橋詰良夫*

V 11:06—11:36 座長：坂井 昇（岐阜大学）

17. 出血を繰り返しながら増大した第 4 脳室腫瘍の 1 例

藤枝市立総合病院 脳神経外科、浜松医科大学 脳神経外科*

○平松久弥、篠原義賢、杉浦正司、桑原孝之、植村研一*

18. 19 年後に第三脳室に発生した第四脳室 ependymoma の 1 例

豊橋市民病院 脳神経外科、市立岡崎病院 脳神経外科¹、

西尾市民病院 脳神経外科²

○三井勇喜、岡村和彦、加納道久、渡辺正男、井上憲夫、大野貴也、
若林健一、杉浦満男¹、野田 哲²

19. C-P angle choroid plexus papilloma の 1 症例

掛川市立総合病院 脳神経外科、豊川市民病院 脳神経外科¹、

名古屋市立大学 脳神経外科²

○加藤康二郎、新田正廣、小出和雄、谷村 一¹、山田和雄²

20. 小脳橋角部悪性類上皮腫の 1 例

県立岐阜病院 脳神経外科、岐阜大学 脳神経外科*

○村瀬 悟、森 憲司、新川修司、三輪嘉明、大熊晟夫、山川弘保*、
坂井 昇*、山田 弘*

21. 内耳道を充満した小脳橋角部髄膜腫の 3 例

信州大学 脳神経外科

○田中雄一郎、小林茂昭、京島和彦、大屋房一、柿沢幸成、村田 茂

VI 11:36—12:06 座長：龍 浩志（浜松医科大学）

22. 新生児悪性脳腫瘍の 1 例

静岡県立こども病院 脳神経外科

○池田 充、佐藤倫子、佐藤博美

23. 短期間に再発し、再手術を繰り返した髄膜腫の1例
愛知県厚生連渥美病院
○磯辺樹己、三須憲雄
24. 悪性髄膜腫の一治験例
岡波総合病院 脳神経外科、奈良県立医科大学 脳神経外科*
○栢井勝也、橋本宏之、飯田淳一、榊 寿右*
25. 前立腺癌のホルモン療法後、症状増悪を来した髄膜腫の2症例
福井赤十字病院 脳神経外科
○新井良和、徳力康彦、武部吉博、辻 篤司、瀧川 聡、中久木卓也
26. Linac radiosurgery の治療経験
三重県立総合医療センター 脳神経外科、放射線科¹、
三重大学 脳神経外科²、放射線科³
○松原年生、清水健夫、村松正俊、豊田 俊¹、和賀志郎²、小島 精²、
久我純弘²、庄司一寅³

昼休み (12:06—13:30)

(午後の部 13:30—16:12)

VII 13:30—13:54 座長：京島和彦（信州大学）

27. 妊娠初期に発症した脳梗塞の1例
蒲郡市民病院 脳神経外科
○川村康博、鈴木 解、杉野文彦、梅村 訓
28. 脳表静脈血栓症の一症例
県西部浜松医療センター 脳神経外科、病理*
○松尾義孝、高島英明、土屋直人、中山禎司、田中敬生、金子満雄、
岡本一也*
29. ネフローゼ症候群に併発した脳静脈洞血栓症の2例
福井県立病院 脳神経外科、内科*
○吉田一彦、山崎法明、柏原謙悟、赤池秀一、村田秀秋、島田敏実*

30. 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
富山県立中央病院 脳神経外科、内科*
○長谷川顕士、小倉憲一、小林 勉、河野充夫、本道洋昭、奥村廣和*

VIII 13:54—14:24 座長：平島 豊（富山医科薬科大学）

31. 高位内頸動脈狭窄症に対する手術
浜松医科大学 脳神経外科
○山口満夫、龍 浩志、山本清二、横山徹夫、西澤 茂、植村研一
32. 急性期小脳梗塞の2症例 — 手術症例と非手術症例 —
豊川市民病院 脳神経外科、大隈病院 脳神経外科*
○中塚雅雄、谷村 一、福岡秀和、嶋津直樹*
33. 75歳以上の高齢者に対する急性期局所線溶療法
千葉徳洲会病院 脳神経外科
○藤井登志春、中島良夫
34. くも膜下出血後の脳血管攣縮に対する塩酸パパペリン動注療法の経験
済生会松阪病院 脳神経外科
○中川 裕、諸岡芳人、田中公人、清水重利、黒木 実
35. 脳血管攣縮の治療後血小板減少症を来した椎骨解離性脳動脈瘤の1例
鈴鹿中央総合病院 脳神経外科
○田代晴彦、森川篤憲、亀井裕介

IX 14:24—14:54 座長：渋谷正人（名古屋大学）

36. 一次性脳室内出血の3例
公立能登総合病院 脳神経外科
○深谷賢司、南出尚人、橋本正明
37. 蛇行した椎骨動脈により延髄が偏位し圧迫症状を呈した1例
○浜松労災病院 脳神経外科
黒田竜也、三宅英則、杉野敏之、沈 正樹

38. MRA 原画像が診断及び治療法選択に有用であった椎骨動脈解離性動脈瘤の 1 例

国立東静岡病院 脳神経外科、名古屋市立大学 脳神経外科 *
○谷川元紀、上田行彦、高窪義昭、西尾 実、山田和雄 *

39. くも膜下出血により発症した解離性後大脳動脈瘤の 1 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 *
○都築通孝、田中篤太郎、大石晴之、斎藤 靖、植村研一 *

40. 多発性嚢胞腎に合併し繰り返し脳動脈瘤の発生をみた 1 例

総合大雄会病院 脳神経外科
○澤藤昌宏、矢野大仁、今尾幸則、船越 孝

X 14:54—15:18 座長：佐野公俊（藤田保健衛生大学）

41. 窓形成を伴った前交通動脈瘤の治療方針の検討

藤田保健衛生大学 脳神経外科、放射線科 *
○明石克彦、加藤庸子、片田和廣 *、小倉祐子 *、佐野公俊、神野哲夫

42. 前大脳動脈水平部 (A1) 動脈瘤の 1 例

名鉄病院 脳神経外科
○滝 英明、春日洋一郎、大原茂幹

43. Large, high-flow AVM に対する集学的治療の pitfall

— AV shunt が激増した 1 例 —
三重大学 脳神経外科、小牧市民病院 脳神経外科¹、
名古屋大学 脳神経外科²
霜坂辰一、和賀志郎、小林達也¹、根来 真²

44. 頭皮・顔面動静脈奇形の治療

岐阜大学 脳神経外科
○吉村紳一、郭 泰彦、上田竜也、安藤 隆、坂井 昇、山田 弘

XI 15:18—15:42 座長：山嶋哲盛（金沢大学）

45. Fronto-orbital advancement を施行した Crouzon 病の 1 例

金沢大学 脳神経外科、大阪医科大学 形成外科 *
○村松直樹、東馬康郎、岡田尚巳、山嶋哲盛、田嶋定夫 *、山下純宏

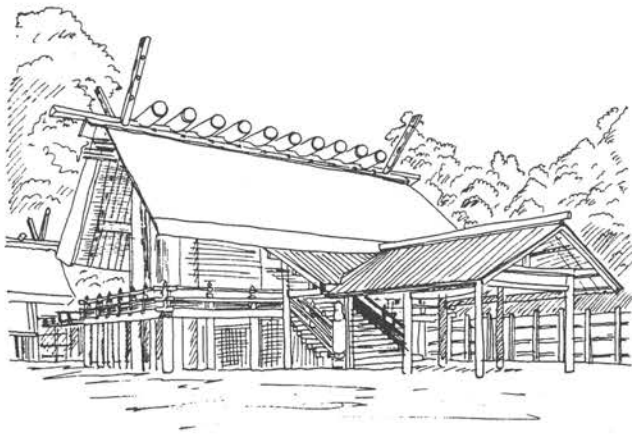
46. 小脳虫部くも膜嚢胞の1例
紀南病院 脳神経外科
○仲尾貢二、栢尾 廣、松島 聡
47. 多発性 Sacral Meningeal Cysts の1例
山田赤十字病院 脳神経外科
○大野秀和、坂倉 允、丹羽恵彦
48. 脊髄横断症状で発症した悪性リンパ腫の1例
名古屋大学 脳神経外科
○岩越孝恭、高安正和、大須賀浩二、文堂昌彦、渋谷正人

XII 15:42—16:12 座長：水野順一（愛知医科大学）

49. Far lateral lumbar disc hernia に対する 3D-MRI の有用性
金沢脳神経外科病院
○梅森 勉、本 敦文、山本信孝、横山雅人、佐藤秀次
50. 心停止にて発症した頸部椎間板ヘルニアの1例
国立名古屋病院 脳神経外科
○須崎法幸、高橋立夫、服部和良、澤村茂樹、今川健司、桑山明夫
51. 上位胸椎 OPLL に対する Transsternal approach が有効であった1症例
愛知医科大学 脳神経外科、第二外科*
○磯部正則、水野順一、本郷一博、馬淵正二、中川 洋、加藤真司*
52. 脊椎椎体炎に対して instrumentation を用いて手術を行った1例
市立四日市病院 脳神経外科
○小林 望、伊藤八峰、市原 薫、塚本信弘、中林規容、白井直敬、
中屋敷典久
53. 腰椎分離すべり症に対する新しい instrumentation の使用経験
松阪市民病院 脳神経外科、三重大学 脳神経外科*
○小川裕行、伊藤浩二、米田千賀子、小島 精*

閉会

MEMO



伊勢神宮

抄 錄 集

CT定位脳手術により、鉛異物を摘出した
1例

国立名古屋病院 脳神経外科

澤村 茂樹(Sawamura Shigeki)、高橋 立夫
須崎 法幸、服部 和良、今川 健司、桑山 明夫

14歳、男子。釣り事故にて、 Φ 約6mmの鉛の重りが左眼瞼より侵入し、意識消失した。搬送先の病院で、CT施行。頭蓋底骨折/SAH(+)、右視床外側に金属(+)、異物は眼窩上縁より斜めに頭蓋内に侵入した。意識回復した4日後、脳内異物摘出術目的に入院転送された。眼球は無傷だが、軽い左片麻痺を認めた。右内頸動脈のvasospasmを認め、鉛玉はanterior choroidal arteryに隣接していた。meningitisが鎮静した受傷18日後に、駒井式CT定位脳手術装置を用いて、CT計測後、Xp透視下に、右前頭burr holeよりバリエーション用鉗子にて鉛玉を摘出した。リハビリテーション/施行し、no deficitにて退院した。手術の侵入経路、意義について、文献を交え考察する。

foreign body, traumatic SAH, CT guided stereotaxic operation

外傷性脳脂肪塞栓症の一例
—XeCT所見の経時的変化について—

犬山中央病院 脳神経外科

小林 裕志 (KOBAYASHI Hiroshi)
荒木 有三

症例；64歳女性。平成7年6月20日、道路横断中に乗用車にはねられ、左脛骨、腓骨骨折受傷し、近医にて創傷の処置を受けたが、1時間後、突然に意識が低下したため当科に搬送された。来院時にはJCS20で四肢不全麻痺、四肢のtonus低下を認め、pre-shockの状態であった。血液ガス分析ではPO₂の低下が認められ肺塞栓が示唆された。翌日のMRIでは両側の大脳半球及び小脳半球に多発性のT₂高信号領域が認められ脳脂肪塞栓症と診断し保存的加療を行った。第3病日のXeCTではmCBFは広範に増加しpost-ischemic hyperemiaを呈していたが、2週間後、2カ月後のXeCTでは症状の改善とともにmCBFは正常域に復し、受傷から3カ月余りを経た現在、意識清明で左半身に軽度の小脳症状が残存するものの独歩可能である。

fat cerebral embolism, Xe CT, CBF

当院 1 2 年間の頭部外傷の手術症例の検討

慶應義塾大学伊勢廳應病院
脳神経外科

堂本洋一 (Doumoto youichi), 松山真千

当院の過去 1 2 年間に於ける、頭部外傷の手術総件数は 288 件 (患者数は 195 名) であった。疾患別では、慢性硬膜下血腫 141 件 (100 名)、急性硬膜外血腫 33 件 (24 名)、急性硬膜下血腫 39 件 (29 名)、脳挫傷・脳内出血 32 件 (10 名)、頭蓋骨折 36 件 (26 名)、その他 7 件 (6 名) であった。年度別では、重症頭部外傷による手術症例の減少と慢性硬膜下血腫の増加が認められた。特に慢性硬膜下血腫に関しては、年々増加の傾向にあり、75% が男性で、65 才以上の患者は全体の 73% を占め、手術側は、左 45%、右 28%、両側 27% と左側に多かった。また、以前の手術法に比べ、シンブル・ドレナージ法による再手術率の減少が認められた。以上、1 2 年間の頭部外傷の手術症例の分析結果を報告する。

head injury, chronic subdural hematoma

単麻痺の病巣診断において MR Fluid Attenuated Inversion Recovery (FLAIR) 法が有用であった 2 症例

愛知県厚生連海南病院 脳神経外科

服部光爾 (HATTORI Koji), 山本直人, 柳澤利彦

脳脊髄液の信号を抑制した MR FLAIR 法をもちいることで、脳表の運動野の微細な病巣を診断し得た単麻痺の症例を経験したので報告する。(症例 1) 19 歳女性 交通外傷にて入院。翌日は意識清明となるも、右足首が動かしにくいのに気付く。神経学的には、右足背屈筋の筋力低下、右下腿前面および右足の過性の軽度知覚障害がみられた。MR 検査にて T2 強調画像でも、はっきりしないが FLAIR 画像にて左大脳縦裂皮質の中心溝付近に脳挫傷と思われる高信号を認めた。(症例 2) 59 歳女性、2 日前より左手の脱力を生じて来院。神経学的には左手関節筋群および手指筋群の筋力低下を認めた。頭部 CT では異常なかったが、MR FLAIR 画像において右大脳運動野に脳梗塞と思われる高信号を確認した。以上、神経放射線学的画像診断における FLAIR 法の有用性について若干の文献的考察を加え報告する。

MRI FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery)

MRI (T2*強調画像) による慢性硬膜下血腫
被膜の検討名古屋市立大学 脳神経外科, 放射線科¹間瀬光人 (Mitsuhiro Mase), 金井秀樹,
山田和雄, 伴野辰雄¹, 宮地利明¹

今回我々はT2*強調画像を用い, 慢性硬膜下血腫被膜の描出と磁化率について検討した. 対象は慢性硬膜下血腫6例で術前にMRI(GRE法, TR 550msec, TE 11.3および34msec, flip angle 40°)を施行した. 手術時に採取した血腫被膜のhemosiderinの沈着の程度と被膜採取部位のR2*値(T2*値の逆数で磁化率に比例する)を比較した. その結果, 全例で血腫被膜が明瞭に描出され, 6例中5例で膜の部分的肥厚や血腫外膜内膜間の癒着が, 1例では被膜の多層構造も描出でき, 穿頭部位や穿頭数の決定など手術に際し重要な情報が得られた. 血腫被膜のhemosiderinの沈着の程度をmoderate, slight, negativeの3群に分けると, それぞれのR2*値は 77.7 ± 15.3 , 57.9 ± 24.8 , 34.2 ± 14.9 (msec⁻¹, mean \pm SD)で, 両者の間に相関が見られた.

chronic subdural hematoma, MRI, T2*, hemosiderin

MRIで興味ある所見を呈した尿崩症の1例

岐阜大学脳神経外科

原 秀 (HARA Shigeru), 奥村 歩, 西村 康明, 安藤
隆, 坂井 昇, 山田 弘

症例は71歳女性. 平成3年頃より多飲, 多尿を自覚する. 平成6年11月, 頭痛, 嘔吐にて他院入院し尿崩症と診断される. 平成7年1月MRIにて下垂体柄, 下垂体後葉部にT1W1にて高信号, T2W1にて低信号の腫瘍を認める. 術前診断として, 頭蓋咽頭腫, 類上皮腫等の腫瘍, 出血, 膿瘍が考えられたが, 経過観察後, 平成7年2月28日, 腫瘍より下垂体柄の減圧, 病理確認目的にて左前頭側頭開頭施行. 腫瘍は薄い被膜を有し内容は黄色の半固形物で癒着する下垂体柄を認めた. 病理にて被膜は炎症反応による組織で腫瘍は否定された. 術後, 尿崩症はやや軽快するもMIR上, 下垂体柄の萎縮, 信号の低下を認めDDAVPを必要としている. MRIは下垂体周辺の疾患の形態のみでなく病態の把握にも有用であると考えられた.

MRI, pituitary, diabetes insipidus

CTにて白質が高度に低吸収域化した良性頭蓋内圧亢進症の1例

石川県立中央病院脳神経外科

浜田秀剛 (HAMADA Yoshitaka), 宗本滋,
黒田英一, 蘇馬真理子, 中田光俊

【症例】47才, 男性. 1994年11月頃から頭痛, 嘔吐, 視力障害が出現し, 徐々に増強した. 1995年1月25日眼科より紹介され, 当科入院となった. 入院時には, 両側うっ血乳頭を認めた. CTでは脳室拡大はなく, 白質全体が著明な低吸収域を示した. 腰椎穿刺では, 初圧が31cmH₂Oと上昇しており, 脳血管撮影では, 静脈洞血栓症は認められなかった. 良性頭蓋内圧亢進症と診断し, 2月10日L-Pシャントを施行した. 術後頭痛, 嘔気は消失し, 視力障害は徐々に回復した. うっ血乳頭は消失し, CTでの白質の低吸収域は正常化した. 【考察】CTで認められた白質の高度の低吸収域化は水分含量の増加を示しており, 髄液の還流障害に伴って, 白質に髄液が浸出したものと推測された.

benign intracranial hypertension, L-P shunt, white matter

頭皮下巨大腫瘍を形成した
神経線維腫症の1例

厚生連松阪中央総合病院
脳神経外科

村田浩人 (MURATA Hiroto), 山本義介,
鈴木秀謙

neurofibromatosis type 1患者においてcutaneous neurofibromaは全身に発生し得るが、数mm～数cmのものが多く顔面、頭部、四肢には比較的少ないとされている。今回、左側頭部に巨大な腫瘍を形成した1例を経験したので報告する。症例は21才男性で、徐々に増大する頭皮下腫瘍を主訴に来院した。頭頂側頭部に約15×10cmの巨大な頭皮下腫瘍を認めたが、圧迫によって容易に変形する柔らかいものであった。また四肢、体幹の皮膚に多数のcafé au lait spotとneurofibromaを認め、Neurofibromatosis type 1と診断した。CTでは頭頂側頭部より頬骨下を側頭下窩へ潜り込むような頭蓋外腫瘍を認め、同部の頭蓋骨外板のerosionを認めた。生検の結果neurofibromaと診断、全麻下に摘出術を施行した。若干の文献的考察を加えて報告する。

Neurofibromatosis, von Recklinghausen disease

頭頂骨に腫瘤を形成したBone Type
Histiocytosis Xの1例

- 1 : トヨタ記念病院 脳神経外科
2 : 藤田保健衛生大学 脳神経外科

久野茂彦¹、尾内一如¹、浅井敏郎¹、
中村太郎¹、川瀬 司²、神野哲夫²

Histiocytosis Xは細網組織性肉芽腫の増殖を病変とする比較稀な疾患であり、病因、本態は未だ明らかでない。今回、我々は左頭頂骨に限局性骨破壊を認め、一部皮下及び硬膜への肉眼的浸潤を認め、手術により全摘出を施行した1症例を経験した。症例は23才男性で左頭頂部に限局する皮下腫瘍を認めた。同部分には圧痛を有し、比較的急速に増大してきた。頭蓋骨単純X-P上透亮像を示し、頭部CTにてosteolyticな変化を認めた。また、頭部MRI上硬膜の一部に反応性肥厚を示唆する所見を認めた。手術は病変部骨を完全に切除し、肥厚した硬膜も切除後、人工硬膜及び人骨骨にて置換した。補助療法は特に施行せず退院とした。本症例に関し、画像診断的、組織学的に文献的考察を加え、報告する。

Histiocytosis X, Eosinophilic granuloma, MRI

前頭骨Ossifying fibromaの一例

新城市民病院脳神経外科*
藤田保健衛生大学病院病理科**

山崎健司(YAMAZAKI Kenji) 村木正明 富田守*
黒田誠**

症例は13歳女性。眉間の腫脹を主訴に来院した。神経学的異常所見はなく、眉間に3.5×2cmの固い腫瘤を触れた。頭部CTでは、密な部分と疎な部分の混在した骨増殖像を呈し、MRIでは密な部分は無信号野、疎な部分はT1WIでiso~low、T2WIでiso~high intensityを示し、Cdでよく増強されるmassとして描出された。脳血管造影では、明らかなtumor stainは認めなかった。

腫瘍全摘出、頭蓋、顔面骨形成術を施行。腫瘍は境界鮮明で、固い緻密な骨が海綿状の部分を包み込む形で存在した。病理診断はossifying fibromaであった。

頭蓋骨のossifying fibromaは稀な疾患であり、またそのMRI像について言及した報告も少ないため、症例の提示とともに若干の文献的考察を加え報告する。

skull bone tumor, ossifying fibroma, MRI

前頭洞内に発生した骨腫により脳内気腫を来した一例

名古屋掖済会病院 脳神経外科
東洋病院 脳神経外科*

前田憲幸 (MAEDA Kenkou) 宮崎素子 宮地 茂
谷口克己 柴田孝行*

症例は80歳女性。5年前に細菌性髄膜炎の既往があり、以後神経内科に通院していた。平成7年5月31日意識障害にて当院受診。頭部X-p上、左前頭洞内に小指頭大の長円形状異常影がみられ、CTでは、左前頭葉内及び両側脳室前角に脳内気腫を認めた。外傷の既往はなく髄液漏も明らかでなかったが、外傷性の脳内気腫の可能性があると考え、6月12日、開頭術に踏み切った。左前頭蓋底からの骨性の突出物が硬膜を貫いているのがみられたため、これを一部削除し頭蓋底の硬膜形成術を施行した。

術後経過良好で、7月7日独歩退院となった。病理診断はosteomaであり、前頭洞内に発生した小さなosteomaが頭蓋内に突出し硬膜を貫いて脳内への交通を形成したと考えられた。

osteoma, frontal sinus, acrocele

Opisthotonus を呈した転移性脳腫瘍の一例

聖隷浜松病院 脳神経外科

安藤 直人 (ANDO Naoto) 岩崎 浩司
嶋田 務 堺 常雄 佐藤 晴彦
片桐 伯真

今回我々は、転移性脳腫瘍の髄液播種から水頭症をきたした状態で、意識障害をともなわずに opisthotonus を呈した症例を経験した。症例は44歳の女性。1990年に左乳癌摘出術を施行、1994年10月に左放線冠に病変を認め、biopsy で転移性乳癌と確認した後、放射線療法を行った。1995年6月より項部緊張が出現し、強い後弓反張 (opisthotonus) が見られるようになった。CTでは髄液播種を示す脳室壁全体の造影効果と脳室拡大が見られた。

opisthotonus の見られた病態、機序につき、考察を加えて報告する。

opisthotonus, hydrocephalus, metastatic brain tumor

舌下神経麻痺にて発症した adenocystic carcinoma の一例

静岡市立静岡病院

脳神経外科, 耳鼻咽喉科*, 画像診断科**

岐阜大学 脳神経外科***

深沢誠司 (FUJIZAWA seiji), 寺町英明, 清水言行, 菊川達雄*, 野々村光栄*, 日高昭斉**, 後藤至宏***

adenocystic carcinomaは発育は緩徐であるが、神経線維にそって浸潤する特徴をもった比較的稀な腫瘍である。今回、我々は舌下神経麻痺にて顕性化した上顎洞原発と考えられるadenocystic carcinomaの一例を経験したので報告する。症例は40才女性、既往歴として平成4年右上顎洞炎の診断のもとに脈清術を受けている。平成6年12月より舌の右方偏位が出現し、7年1月17日当科入院となった。入院時右舌下神経麻痺とともに同側の三叉神経、顔面神経、聴神経の障害を認めた。CT、MRIにて右海綿静脈洞内より頸静脈洞にかけての連続性の異常陰影を認めた。タリウム(Tl)を用いたSPECTにて同部に集積を認めたため悪性腫瘍を疑い経上顎洞的に後咽頭部のbiopsyを行い、確定診断を得た。術後局所に64Gyの放射線療法を行なったが腫瘍の縮小効果は得られなかった。

adenocystic carcinoma, Tl-SPECT, hypoglossal palsy

下顎骨より発生し、頭蓋底部進展を伴った
エナメル上皮腫の1例

金沢医科大学脳神経外科

松本栄直 (MATSUMOTO yoshinao), 加藤 甲, 熊野宏一,
飯塚秀明, 角家 暁

下顎骨より発生し、頭蓋底部進展を伴った巨大なエナメル上皮腫の全摘例を経験したので報告する。症例は63歳、女性、25歳の時、右頬部鶏卵大の腫瘍にて掻爬術を受け、エナメル上皮腫と診断された。その後、再発のため3回の摘出術を受けた。53歳頃より右顔面の鈍痛、しびれ感が出現した。平成7年6月、症状悪化し、MRIで頭蓋底部腫瘍を指摘され当科に紹介された。腫瘍は最大径7cm、右下顎～副咽頭間隙～翼口蓋窩～側頭下窩に存在した。頭蓋底部では、蝶形骨大翼を破壊して中頭蓋窩内側部に進展、海綿静脈洞に接していた。エナメル上皮腫の再発の診断で、preauricular approachにて、顔面神経を温存し、全摘出した。有茎の側頭筋弁で頭蓋底部を被い、欠損部を再建した。術後、新たな神経脱落症状なく経過良好である。

ameloblastoma, preauricular zygomatic approach,
infratemporal fossa, sphenopalatine fossa

頭蓋内進展をきたした蝶形骨洞原発真菌性
肉芽腫の一例

富山医科大学脳神経外科

山本博道(YAMAMOTO Hiromichi)、遠藤俊郎、
池田修二、栗本昌紀、高久 晃

頭蓋底部に直接侵襲した蝶形骨洞真菌症の一手術例につき報告する。症例は64歳男性。平成7年3月より頭痛を自覚。5月より複視、顔面痛が出現。当院耳鼻科にて蝶形骨洞開放術施行するも、症状はさらに悪化し、激しい顔面痛を主訴に当科へ転科した。転科時、左視力0、total ophthalmoplegia, 三叉神経1、2枝領域に温痛覚低下を認めた。MRIでは左蝶形骨洞から海綿静脈洞、眼窩にかけてGdで増強される占拠病変を認めた。9月8日、前頭側頭葉頭による硬膜外アプローチを施行。骨破壊を伴い、眼窩内、蝶形骨洞、篩骨洞、海綿静脈洞内に充満する肉芽組織を亜全摘出した。II、III、IV、VI、およびV1、2枝は犠牲にせざるを得なかった。術後経過良好で、独歩退院した。

aspergillosis, cavernous sinus, epidural approach

高齢者小脳gangliocytomaの一例

半田市立半田病院脳神経外科
愛知医科大学加齢医学研究所*

秦 誠宏(HATA Nobuhiro)、半田 隆、中根藤七
森 美雅、中原紀元、六鹿直視、橋詰良夫*

小脳gangliocytomaは稀で、しかも若年者に多いとされているが、今回高齢者の症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は64歳、女性、食思不振、嘔吐、歩行障害を主訴として来院。入院時、意識レベルI-2、軽度小脳失調を認め、頭部単純CTでは右小脳半球に低吸収域を認め、第4脳室は変形、圧排され、著明な水頭症を呈していた。造影CTでは腫瘍は全く造影されなかった。脳血管造影ではtumor stainはみられず、脳底動脈が左方へ偏位していた。MR T1強調像では腫瘍は低信号域と等信号域がモザイク状に混在しており、ガドリニウムで全く造影されなかった。T2強調像では高信号域と低信号域がモザイク状に混在していた。開頭腫瘍摘出術が施行され、病理診断はgangliocytomaであった。

gangliocytoma, brain tumor, MRI

出血を繰り返しながら増大した第4脳室腫瘍の一例

藤枝市立総合病院 脳神経外科
浜松医科大学* 脳神経外科

平松久弥 (HIRAMATSU Hisayo)、篠原義賢、杉浦正司、
桑原孝之、植村研一*

症例は25歳、男性である。'95.7月末より風邪症状があり、その後、めまい、頭痛、吐気も加わり8月10日、当科を受診した。神経学的にはBruns眼振、眼底所見で静脈拍動消失を認めた。CTでは第4脳室を占拠し中脳水道、上部頸椎管にまでのびる小石灰化像を伴う淡い低吸収域で不均一に造影されるmass lesion及び非交通性水頭症を認め、MRIではT1、T2強調像で混合信号域を示し、造影T1強調像では腫瘍付着部が延髄背側にみられた。8月15日、後頭下開頭、腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は線維性の厚く硬いカプセルを有し内部にはほとんどが血腫が器質化したおから状の内容で易出血性であった。無症候で腫瘍内出血を繰り返した稀な症例と考えられた。

intraventricular tumor, bleeding into the tumors

19年後に第三脳室に発生した第四脳室

ependymomaの一例

豊橋市民病院脳神経外科、
市立岡崎病院脳神経外科1、
西尾市民病院脳神経外科2

三井勇喜 (MITSUI Yuki)、岡村和彦、加納道久、渡辺正男、
井上憲夫、大野貴也、若林健一、杉浦満男1、野田 哲2

症例は44歳、女性。1975年2月頭痛を主訴に来院し、脳室撮影にて第四脳室のmassを認めた為、後頭下開頭術を行い第四脳室底に付着部を有する腫瘍を全摘出した。病理診断はependymomaであった。術後50Gyの全脳照射を行いその後には全く神経脱着症状を認めず復職していた。1992年4月耳鳴を主訴として来院した。この時のCTでは異常所見は認められなかったが1994年8月には第三脳室前半部を占拠するmass及び水頭症を認める様になった為、同年9月前頭開頭にて腫瘍部分摘出術を行った。病理診断はependymoma grade IIIであった。術後にradiationを30Gy行い患者は現在神経脱着症状なく通院中である。

一般に後頭蓋のependymomaは予後不良とされているが、19年後に原発部位には再発を全く認めず新たに第三脳室に増殖能の増加したependymomaが発生した極めて稀な症例と考えるのでその発生機序について考察を加え報告する。

ependymoma, third ventricle tumor, fourth ventricle tumor

C-P angle choroid plexus papilloma の一症例

掛川市立総合病院脳神経外科

* 豊川市民病院脳神経外科

**名古屋市立大学脳神経外科

加藤康二郎 (Kato Kojiro) 新田 正廣

小出 和雄 * 谷村 一 **山田 和雄

我々は、最近ルシユカ孔付近の脈絡叢より発生したと思われる、choroid plexus papilloma の一症例を経験した。症例は64才女性。右肩甲部の違和感を主訴に当科を受診した。CT 及びMRI で大孔部から右C-P angleに及ぶ均一に造影される腫瘍像を認め手術を行った。術前には1) 大孔部meningioma 2) 下位脳神経の schwannoma 3) chemodectomaをまず考え、transcondylar approach を用いたが、病理診断の結果は choroid plexus papilloma であつた。choroid plexus papilloma は全脳腫瘍の約0.5%を占めるにすぎず、成人に発生し、しかもC-P angleと言う発生場所を考えると報告例はさらに少ない。今回は、術前診断の問題点も含め若干の文献的考察を加えて報告する。

choroid plexus papilloma C-P angle

小脳橋角部悪性類上皮腫の1例

* 県立岐阜病院脳神経外科

** 岐阜大学脳神経外科

村瀬悟 Murase Satoru, 森憲司, 新川修司, 三輪嘉明,
大熊巖夫*, 山川弘保, 坂井昇, 山田弘**

頭蓋内における扁平上皮癌は、転移性はその大部分を占め、頭蓋内原発扁平上皮癌は非常に稀である。われわれは、小脳橋角部の類上皮腫の悪性化による扁平上皮癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は50歳の女性。39歳時に右小脳橋角部の類上皮腫の亜全摘術を施行された。それから11年後の平成6年11月に、右顔面の麻痺および右口角のしびれ感が出現し、当科を受診した。画像所見より、右小脳橋角部類上皮腫の再発と診断し、摘出術を施行した。ところが病理標本では、囊胞壁の肥厚した部分に細胞異型や核分裂像を認め、扁平上皮癌と診断した。術後、全身検索を行ったが、頭部以外に悪性腫瘍は発見できず、頭蓋内原発の扁平上皮癌と診断した。術後、化学療法を行った後退院し、現在外来にて経過観察中である。

malignant epidermoid cyst, squamous cell carcinoma,
cerebellopontine angle tumor

内耳道を充滿した小脳橋角部髄膜腫の3例

信州大学脳神経外科

田中雄一郎 (TANAKA Yuichiro)、小林茂昭、京島和彦、大屋房一、柿沢幸成、村田茂

最近、内耳道を完全に充滿した小脳橋角部髄膜腫を3例経験したので報告する。症例1:39才女性。他疾患の検索で右小脳橋角部に偶然発見された10 mmの腫瘍で、内耳道は変形していた。術前聴力は22.5 dBで術後40 dBと低下した。症例2:45才女性。難聴と顔面麻痺で発症した。左小脳橋角部の20 mmの腫瘍で、内耳道は拡大していた。経過中一過性に内耳道内の腫瘍に及ぶ嚢胞が出現し、症状も増悪した。症例3:52才女性。顔面知覚異常で発症した。経維体尖部の44 mmの腫瘍で内耳道の拡大はなかった。経維体骨アプローチで摘出した。術後聾となった。

それぞれの画像所見、手術所見の特徴を呈示し文献的考察を加える。

meningioma, cerebellopontine angle,
internal auditory canal

新生児悪性脳腫瘍の一例

静岡県立こども病院脳神経外科

池田 充 (Mitsuru Ikeda)、佐藤 倫子、佐藤 博美

新生児の脳腫瘍では、奇形種が最も多数を占めるが、水頭症を主訴として発見された新生児悪性脳腫瘍の一例を経験したので報告する。症例は、男児で、母体は妊娠中に異常を認めず、35週1日にて初めてエコー上脳室の拡大を認め、36週2日に帝切で出生した。出生時、頭囲拡大、大泉門膨隆、静脈怒張、易刺激性、呼吸促進、黄疸を認めた。出生直後のCTにて、右側脳室の著大な拡大を認め、左後頭葉に低吸収域を認めた。同日、EVD術を施行した。MRIにより、左後頭葉に周囲に出血を伴う腫瘍を認め、EVD術後4日目に開頭腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は、病理学的に、glioma (Grade III)であり、増殖が強く、抗癌剤に対し耐性であった。以上の症例に対し、新生児悪性脳腫瘍における文献的考察を加える。

brain tumor in newborn glioma(grade III)

短期間に再発し、再手術を繰り返した髄膜腫
の一例

愛知県

厚生連 麗英病院

堀田 健己 (i s o b e t a t s u m i)

三須 善雄

初手術では病理所見で良性を示したが、急速に腫瘍が増大し4回もの手術を施行した臨床的に悪性と考えられる髄膜腫の症例について報告する。

症例は、78才の女性で平成4年3月頃より頭部腫瘍に気づき、徐々に増大し手足のしびれが出現、平成4年6月26日当院当科を初診。平成4年7月7日髄膜腫の臨床診断のもと、開頭腫瘍摘出術を施行。腫瘍は左前頭に突出しており、前頭蓋底から頭頂部に及ぶ腫瘍であった。腫瘍は大きく頭蓋骨を破壊浸潤したものであったが、手術で全摘され、人工骨で頭蓋骨形成手術を施している。病理所見で、髄膜腫と確定された。その後、腫瘍摘出手術を5年7年まで合わせて4回施行している。5年7年の手術では、上矢状窦に腫瘍が浸潤し、左前頭葉、右頭頂葉に腫瘍がみられた。腫瘍摘出、頭蓋骨形成術を施行した。

m a l i g n a n t m e n i n g i o m a
r e c u r r e n c e

悪性髄膜腫の一治験例

岡波総合病院 脳神経外科
奈良県立医科大学 脳神経外科*

杵井勝也(Katsuya Masui)、橋本宏之、飯田淳一、
神 寿右*

悪性髄膜腫は稀な腫瘍と考えられており、その病態に关しても多々議論がある。今回我々はそ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59歳男性。初診時よりGersmann症状を認め、頭部CTで石灰化を伴う、返縁が比較的不明瞭な腫瘍を認めた。MRI、脳血管撮影等精査の結果、左頭頂部髄膜腫と診断し、腫瘍全摘出術を施行した。attachmentはfalcからtentoriumにまで及んでいた。病理組織学的にはmitosisを伴い、核異型性の高い腫瘍細胞を密に認め、又PCNA免疫染色も良好に経過したが、anaplastic meningiomaと診断した。術後症状は改善し、50Gyの放射線治療を追加した。

intracranial meningioma, malignancy, PCNA, radiation therapy

前立腺癌のホルモン療法後、症状増悪を
来した髄膜腫の2症例

福井赤十字病院脳神経外科

新井良和 (ARAI yoshikazu)、徳力康彦、
武部吉博、辻 篤司、瀧川 聰、中久木卓也

症例1：64歳男性。10年前より左頭頂部に皮下腫
瘤触れるも放置し、腫瘤は徐々に増大。血尿の精
査後、ホルモン療法中に右片麻痺、全失語が出現
したが、グリセオール、ステロイド投与にて症状
は消失した。左前頭頂部の腫瘍に対し、栄養血
管塞栓術後摘出術施行。症例2：77歳男性。1年前
に左蝶形骨縁髄膜腫に対し、亜全摘術施行。残存
腫瘍は徐々に増大。頻尿の精査後、ホルモン療法
施行。終了後、右片麻痺出現。グリセオール、ス
テロイドにて症状は軽快した。髄膜腫は女性に多
く、妊娠中に増大することがあり、また乳癌を合
併することもあり、性ホルモンの関与が考えられ
ている。またhormon receptorを有する事は既に知
られている。今回、前立腺癌に対するホルモン療
法が、症状出現に関与したと思われる髄膜腫の2
症例につき、若干の文献的考察を加え報告する。

meningioma, prostatic carcinoma, estrogen

Linac radiosurgeryの治療経験

三重県立総合医療センター脳神経外科¹、
放射線科²

三重大学脳神経外科³、放射線科⁴

Matsubara
Toshio

松原年生¹、清水健夫¹、村松正俊¹、豊田 俊²
和賀志郎³、小島精³、久我純弘³、庄司一 寅⁴、

この11ヵ月で経験したlinac radiosurgery (LRS) 39
症例(41回、71病巣)について報告する。病変の内訳は、
転移性脳腫瘍25例、良性脳腫瘍7例、クモリア-76例、AVM1
例であった。照射急性期合併症は、けいれん発作1例、
腫瘍内出血2例、嘔吐2例、一過性局所神経障害2例で
あった。追跡できた転移性脳腫瘍19例(41病巣)につ
いて検討すると、辺縁照射線量20Gy(80%)で照射、
2ヵ月後の画像所見では、CR6病巣、PR18病巣、SD16病
巣、PD1病巣、制御率98%、神経学的には、無症状の
まま4例、改善10例、不変4例、悪化1例であった。生
存期間は、4-47週(中央値14週)であった。死亡8例
中脳腫瘍死したのは1例のみであった。転移性脳腫瘍
では、LRSは脳腫瘍死を免れ神経症状の出現あるいは
進行を抑える効果がある。

linac radiosurgery, metastatic brain tumor

妊娠初期に発症した脳梗塞の一例

蒲郡市民病院 脳神経外科

川村康博(KAWAMURA Yasuhiro), 鈴木 解,
杉野文彦, 梅村 訓

今回我々は、妊娠第6週に発症した脳梗塞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30歳女性。平成6年12月18日、急激な意識障害と右の2/5程度の片麻痺のため当院に来院した。脳血管造影で左M₁部に閉塞がみられたため、経皮的血栓溶解療法を行った。術後左中大脳動脈は開通し、意識レベル、麻痺ともに改善した。発症10日目に人工妊娠中絶が行われた。MRIでは左大脳基底核にのみ梗塞巣を認めた。また妊娠中毒症や心疾患等の合併はなかった。凝固系機能は入院時に著明に亢進していたが、中絶後は正常範囲内に回復し、妊娠との関連が示唆された。妊娠後期や産褥期に発生する閉塞性脳血管障害はよく知られているが、初期にも凝固機能亢進により脳梗塞の起こる可能性が考えられた。

pregnancy, cerebral infarction

脳表静脈血栓症の一例

県西部浜松医療センター 脳神経外科、病理*

松尾義孝、高島英明、土屋直人、中山禎司
田中敬生、金子満雄、岡本一也*

脳表静脈に発生する静脈血栓症は比較的希であり、術前診断が困難なことがある。我々は興味深いMRI I所見を示した脳表静脈血栓症の一例を経験したので報告する。症例は48才女性。突然の左片麻痺と左半身知覚異常にて発症。頭部CT上右前頭-頭頂葉に斑状の出血を伴う低吸収域を認めた。脳血管造影では上矢状静脈洞等に閉塞は認めなかった。頭部MRIではT1WIで等～低信号域の不均一な腫瘍性病変を認めた。確定診断のため開頭術を施行したところ脳表に血栓化した静脈を認めた。経時的なMRI Iの所見ではcortical ribbon・皮質-白質境界領域での出血が認められ、これが脳表静脈血栓症の特徴的な変化と思われた。

venous thrombosis, cortical vein

ネフローゼ症候群に併発した脳静脈洞血栓症の2例。

福井県立病院 脳神経外科, 内科(*)

吉田一彦 (YOSHIDA, KAZUHIKO), 山崎法明,
柏原謙悟, 赤池秀一, 村田秀秋, 島田敏実 (**)

ネフローゼ症候群(ネ群)に於ける脳静脈洞血栓症は稀である。我々は、2例を経験したので文献学的考察を加えて報告する。【症例1】23歳男性。5歳時からネ群によりステロイドを服用。95年7月、頭痛、左上肢の麻痺と痙攣を発症。CTで右前頭葉皮質下に造影されない低吸収域、MRIで同部にT₁: 低信号、T₂: 高信号の不均一に造影される円形のMassがあり血管造影では上矢状洞の描出は不良。腫瘍との鑑別でopen biopsyを行うが腫瘍を認めず皮質静脈は閉塞し、脳浮腫の所見。脳圧下降剤と抗凝固剤の投与で麻痺は治癒した。【症例2】20歳男性。91年4月嘔吐、意識障害、右上肢麻痺で入院。髄液圧37cm、CTで上矢状洞～横静脈洞にempty delta sign (+) 血管造影で同部の閉塞が見られ、spinal drainageと抗凝固剤の投与で治癒。原因精査でネ群が判明した。

cerebral venous sinus thrombosis, nephrotic syndrome, superior sagittal sinus thrombosis.

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

富山県立中央病院 脳神経外科
同 内科*

長谷川顕士 (Hasegawa Kenji), 小倉憲一, 小林勉,
河野充夫, 本道洋昭, 奥村廣和*

動静脈血栓症の素因として抗リン脂質抗体症候群が注目されている。臨床的に動静脈血栓症、習慣流産、血小板減少症を特徴とし、血清学的には抗カルジオリピン抗体(ACA)およびLupus anticoagulants(LA)が重要である。

症例は47才、女性。死産、右下肢TAOの既往があり、昭和63年よりITPの治療を受けていた。平成6年7月16日より強い頭痛を生じ、8月12日より動作緩慢、軽い右片麻痺が出現し、8月16日当科入院。CTで左前頭葉に比較的大きな低吸収域を、MRIで右横静脈洞の閉塞を認めた。血小板は5.9万、ACAとLAは共に強陽性。血小板減少にもかかわらず血栓症を生じたことから抗リン脂質抗体症候群にもとずく横静脈洞血栓症と診断した。

血小板減少と血栓形成傾向が同居する本疾患について、若干の文献的考察を含めて報告する。

anti-phospholipid syndrome, sinus thrombosis

高位内頸動脈狭窄症に対する手術

浜松医科大学 脳神経外科

山口満夫 (YAMAGUCHI Mitsuo) 龍 浩志
山本清二 横山徹夫 西澤 茂 植村研一

高位に位置する内頸動脈狭窄症に対し、下顎を前方に脱臼させ安全に内膜剝離を行い得た症例を経験したので手術方法について報告する。症例は64才の男性。一過性の右片マヒを来し入院した。血管撮影で両側頸部内頸動脈起始部に90%近い高度狭窄を認めた。左側の狭窄部位は第2頸椎のレベルで、baloon Matas testを行うと一過性の神経症状が出現した。手術では外シヤントを用いる必要があり、狭窄部位が高位に位置するたためかなり上方まで術野を確保する必要があった。左側耳介部から前頸部に皮切を置き、頸動脈を露出後下顎を前方に脱臼させた。これでさらに上方に視野が確保され外シヤントを置いて安全に内膜剝離が行えた。高位の内頸動脈狭窄症に対する手術では、下顎脱臼を用いると良好な術野が得られる。

carotid artery, endarterectomy

急性期小脳梗塞の2症例
— 手術症例と非手術症例 —豊川市民病院 脳神経外科
大隈病院 脳神経外科*中塚雅雄 (NAKATSUKA Masao), 谷村一, 福岡秀和,
嶋津直樹*

今回、我々は意識障害を伴った急性期小脳梗塞の2症例を経験し、一方は手術的に、他方は保存的に治療し、良好な結果を得た。

【症例1】65歳女性。眩暈で発症。発症47時間後にJCS: II-1となった。水頭症を合併したため、直ちに第1頸椎椎弓切除を伴う後頭下開頭減圧術と梗塞巣部分切除術および脳室ドレナージ術を施行した。術後経過良好で手術4日後に意識清明となった。

【症例2】心房細動の合併がある68歳男性。頭痛で発症。発症3日後にはJCS: II-2となったが、水頭症の合併がないため保存的治療とし、その翌日には意識清明となった。意識障害を伴った急性期小脳梗塞の手術適応について文献的考察を加え報告する。

cerebellar infarction, hydrocephalus,
decompressive surgery, ventricular drainage

75歳以上の高齢者に対する急性期局所線溶療法

千葉徳洲会病院脳神経外科

藤井登志春(FUJII Toshiharu), 中島良夫

【目的】高齢者に対する急性期局所線溶療法の効果と限界について検討した。【対象と方法】対象は急性期局所線溶療法を行なった75歳以上の10例(75~89歳、平均79.1歳)。閉塞部位は内頸動脈(ICA)2例、中大脳動脈(MCA)6例、前大脳動脈(ACA)3例。線溶療法にはウロキナーゼを使用した。【結果】再開通したのはICA閉塞の2例中1例(血管形成術も併用)、MCA閉塞の6例中4例、ACA閉塞の3例中1例であった。3例で軽度の出血性梗塞を合併した。MCAが再開通した4例のうち2例で肺炎、胆嚢炎を併発し長期入院となった。再開通例での転帰はGOSでGRRが2例、MDが1例、SDが1例、Dが1例であった。【結語】高齢者であっても再開通率は高く、またカテーテルの操作困難、術後の腎障害などは認めなかった。

fibrinolytic therapy, urokinase, aged patient

くも膜下出血後の脳血管攣縮に対する塩酸ババリン動注療法の経験

済生会松阪病院 脳神経外科

中川 裕(NAKAGAWA Yutaka) 諸岡芳人
田中公人 清水重利 黒木 実

くも膜下出血後脳血管攣縮に対して施行した塩酸ババリンの動注療法について報告する。

【対象、方法】1993年12月から95年10月までの脳動脈瘤破裂急性期手術46例中9例に同療法を施行した。男性5例、女性4例、年齢は27~80才であった。施行時期はday5~14、一回投与量は40mgから120mg、であり頸部内頸動脈から注入した。注入回数は一から3回であった。【結果】9例中6例に血管攣縮の寛解が得られ、神経症状なく退院した。残り3例については、1例は血圧の異常変動、1例が塞栓形成を来たし手技を中止した。さらに1例では、同療法1日後に高度の脳血管攣縮を来たし広範な脳梗塞に至った。その他副作用としては強い頭痛、嘔気がみられた。【結語】作用期間、副作用の問題は残るが、同療法は簡便で有用と思われる。

SAH, vasospasm, papaverine, infusion, intra-arterial

脳血管攣縮の治療後血小板減少症を来した 椎骨解離性脳動脈瘤の一例

鈴鹿中央総合病院脳神経外科

○田代晴彦 (TASHIRO Haruhiko)、

森川篤憲、亀井裕介

脳血管攣縮に対する薬剤を用いた脳血管拡張術が試みられているが、まだ議論の多いところである。拡張術後血小板減少症を来した症例を経験したので報告する。

【症例】52歳男性で意識消失、一過性の呼吸停止にて発症し、脳血管造影にて左椎骨動脈解離性動脈瘤と診断され、detachable balloonによる左椎骨動脈閉塞術と脳室腰椎クモ膜下腔灌流を施行した。発症9日目に軽眼傾向が認められ、脳血管造影にて両側内頸動脈系に脳血管攣縮が認められた為、2日間に塩酸パパベリン240mg、ペルジピン4mgを動注した。攣縮発症時の血小板が27万/mm³であったが、攣縮発症後7日に2万/mm³まで減少した。攣縮発症後10日に11万/mm³まで回復した。注意を要する合併症と考える。

thrombocytopenia, vasospasm, papaverine

一次性脳室内出血の3例

公立能登総合病院 脳神経外科

深谷 賢司 (Kenji Fukaya), 南出 尚人,
橋本 正明

明確な脳内血腫を形成することなく、脳室内にのみ出血を認める一次性脳室内出血(PIVH)の3例を経験した。

(症例) 3例とも入院時CT上脳室内出血以外に明らかな脳内血腫や、くも膜下出血を認めなかった。1例で高血圧をともなっていた。全例に血管造影を施行した。1例は、血管造形上、動脈瘤を認め、1例は、血管造形で異常なく、その後脳内出血を繰り返したたはamyloid angiopathyが疑われた。1例は血管造影、CT、MRIにて出血源を明らかにすることができなかった。発症より3ヵ月後のGOS評価は、それぞれGR, Dead, SDであった。比較的まれな一次性脳室内出血を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

primary intraventricular hemorrhage

蛇行した椎骨動脈により延髄が偏位し圧迫症状を呈した1例

浜松労災病院脳神経外科

黒田竜也(Kuroda Tatsuya)
三宅英則 杉野敏之 沈正樹

顔面痙攣、三叉神経痛の原因としてneurovascular compressionという概念が一般化し、治療法としてneurovascular decompressionが確立されている。また、眩暈、斜頸、高血圧症などの症例にこの治療法が応用されつつある。しかし、椎骨動脈の蛇行により延髄が偏位し圧迫症状を呈したという報告は少ない。今回われわれの施設において蛇行した椎骨動脈により、延髄が著しく圧迫され臨床症状を呈した症例を経験した。症例は48歳男性、平成7年5月頃より四肢のしびれ感、ものを飲み込むときのつかえる感じを主訴に当科を受診した。MRI、脳血管造影にて椎骨動脈の蛇行による延髄の圧迫を認め椎骨動脈を移動させる手術を施行した。これにより臨床症状は軽快した。この比較的希な症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

neurovascular compression、vertebral artery、
medulla oblongata

MRA原画像が診断及び治療法選択に有用であった椎骨動脈解離性動脈瘤の一例

国立東静岡病院 脳神経外科
名古屋市立大学 脳神経外科¹

谷川元紀 (Tanikawa Motoki)、上田行彦、
高窪義昭、西尾 実、山田和雄¹

椎骨動脈解離性動脈瘤に於て、解離の範囲、程度の診断にMRA原画像が有用であった症例を経験したので報告する。

症例は48歳女性、くも膜下出血で発症した。脳血管造影では後下小脳動脈より中枢側に椎骨動脈の紡錘状拡張を認め、Magnetom Impact 1.0Tでの3D-TOF法 (TR/TE flip angle: 43/10 20°) によるMRA原画像に於て血管内の隔壁及びdouble lumenを確認、解離性動脈瘤と診断した。このdouble lumenは後下小脳動脈分岐部までは及んでおらず、解離は6mm長であると考えられた。手術はproximal clip occlusionを行なった。

MRA原画像の検討は、通常の脳血管造影に加えることにより、解離の範囲、程度のより詳細な把握を可能にし、診断及び治療法の選択に有用と考えられた。

dissecting aneurysm、vertebral artery、MRI

くも膜下出血により発症した
解離性後大脳動脈瘤の1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*

都築通孝(TSUZUKI Michitaka) 田中篤太郎
大石晴之 齋藤 靖 植村研一*

【症例】37歳女性。高血圧の既往あり、30歳の時、解離性右椎骨動脈に対するproxymal clippingを施行。今回は突発ピーク型の頭痛にて発症、翌日より左上下肢の不全麻痺みられた。来院時、腰椎穿刺にて淡血性、脳血管造影にて右後大脳動脈に内径の不同を認めた。MRIにて右側頭葉及び視床、内包にT2WIにて高信号領域を認めた。降圧をはかり、保存的に治療をしたところ2週間後のMRIにて同部血管壁のenhancementが、脳血管造影にて右後大脳動脈に局限した血管の拡張ならびに造影剤のpoolingが見られるようになり、診断を確定した。【結論】解離性脳動脈瘤は初回脳血管造影の所見が乏しいことがあり、総合的な診断が必要である。このような症例の場合、繰り返し脳血管造影にてfollowすることが重要であった。

dissecting aneurysm, posterior cerebral artery,
angiography, MRI

多発性嚢胞腎に合併し繰り返し脳動脈瘤の
発生をみた一例

総合大雄会病院 脳神経外科

澤藤昌宏 (SAWAFUJI Masahiro),
矢野大仁、今尾幸則、船越 孝

症例は58才の女性で、昭和56年11月、平成元年1月、平成7年7月の過去3度破裂脳動脈瘤にてネッククリッピング術をうけた。初回入院時に多発性嚢胞腎(PCK)の合併を指摘されている。平成7年8月の術後脳血管造影で更にV A u n i o n に未破裂脳動脈瘤が確認された。

PCKに脳動脈瘤が合併しやすいことはよく知られているが、本症例のように数年間のintervalをおいて3度も脳動脈瘤破裂を来したという報告は少ない。PCKの患者に対するMRAなどの脳外科的なスクリーニング検査の必要性もさることながら、脳動脈瘤破裂を来した症例では、たとえ術後の脳血管造影で脳動脈瘤がみられなくても定期的な検査が必要であると考えられた。

polycystic kidney disease,
aneurysm, recurrence

窓形成を伴った前交通動脈瘤の治療指針の
検討

藤田保健衛生大学脳神経外科、*放射線科

明石克彦(katsuhiko Akashi)、加藤庸子、
片田和廣*、小倉祐子*、佐野公俊、神野哲夫

【目的】窓形成を伴う前交通動脈瘤は手術の際、同部位の可動性が悪いいため、術中の視野確保及びアプローチの方向が重要となる。そのため術前の画像診断が治療のポイントとなる。我々は前交通動脈瘤に窓形成を有する5例に対し、治療を行ったので報告する。【対象・方法】3D-CTを施行以降、前交通動脈に窓形成を伴った動脈瘤5例(4例はくも膜下出血で発症、1例は脳ドックで検出)で、全てに開頭術を施行した。【結果】窓形成を伴う前交通動脈瘤では、A-co m、A2の可動性が悪いいため、アプローチは動脈瘤が前方を向く場合A2が後方となる側より、また後方を向く場合、A2が前方となる側よりの到達が視野の確保と瘤頸部の露出には有効であった。それには、3D-CTを用いた動脈瘤のアプローチ側の決定を行うことが、有用であった。

cerebral aneurysm, Helical CT, fenestration

前大脳動脈水平部(A1)動脈瘤の1例

名鉄病院 脳神経外科

○滝 英明 (Hideaki TAKI)、春日 洋一郎、
大原 茂幹

前大脳動脈領域の脳動脈瘤は、その発生部位のほとんどが前交通動脈と前大脳動脈末梢部(A2~3)であり、前大脳動脈水平部(A1)に発生する動脈瘤は比較的まれである。今回我々はA1 segmentの近位部に発生し診断した動脈瘤の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。
症例は64才女性。クモ膜下出血で発症し、同日緊急で脳血管撮影を施行した。右前大脳動脈水平部には分岐血管のようなみえる異常な突出した小動脈瘤を疑わせた。A1には後方に僅かに突出した小動脈瘤を疑わせた所見はあったが、確信に至らず待機となった。2週間後脳血管撮影を施行したが、やはり脳動脈瘤とは確定できず、さらに2週間後脳血管撮影を施行した結果右内頸動脈(C1)の小動脈瘤と診断し開頭手術にふみきった。しかし内頸動脈には動脈瘤は存在せず、さらに内頸動脈を遠位側にたどり、A1が分岐した直後にこの走向に垂直方向にprojectするsaccular aneurysmを認め、頸部を曲がり有窓クリップ(杉田No 32)を用いたクリッピングした。

Cerebral aneurysm, Anterior cerebral artery, Horizontal (A1) portion, Saccular aneurysm

Large, high-flow AVM に対する集学的治療の pitfall

— AV shunt が激増した1例 —

三重大学脳神経外科、
小牧市民病院脳神経外科¹、
名古屋大学脳神経外科²

○霜坂辰一 (SHIMOSAKA Shinichi)、和賀志郎、
小林達也¹、根来 真²

大きな AVM に対し集学的治療が行われるようになった。血管内手術、Gamma Knife 治療のあと状態が悪化した1例を経験した。52歳、男。30年前より左前頭頂部に6x5x5cmのAVMが診断されていた。平成5年8月、AVMより小出血があり集学的治療を決断した。平成5年11月より8年8月にかけて、4回に分けてthiblocによる塞栓術を行った結果、nidusは3x2x2cmと1x2x1cmの2つに縮小した。平成8年10月Gamma Knifeにより、2つのnidusに対し辺縁線量20Gy照射した。照射2ヶ月後、右眼球結膜浮腫、眼球突出、複視が出現、照射4ヶ月後nidus反対側の右前頭葉、側頭葉に出血し、けいれん重積状態で入院した。血管撮影でdrainerは上矢状竇に流入し、右前頭頂部の表在静脈が逆行性に造影された。Venous hypertensionに伴う出血と考えられた。手術によりAVMを摘出した。集学的治療のpitfallを示した症例である。

arteriovenous malformation, embolization, radiosurgery

頭皮・顔面動静脈奇形の治療

岐阜大学脳神経外科

吉村紳一 (YOSHIMURA Shin-ichi)、郭 泰彦、
上田竜也、安藤 隆、坂井 昇、山田 弘

頭皮・顔面動静脈奇形は、最新の技術をもってしても治癒させるのが難しい疾患の1つである。

【対象】1)上下顎にわたるlarge AVMが2例、2)頭皮のAVFが2例、3)耳介上方および眼窩外側のsmall AVMがそれぞれ1例づつ、4)頭蓋頸椎移行部のmultiple AVFが1例

【方法】1)に対しては、feederからのNBCAによるliquid embolizationを行った。2)、3)に対しては、nidusあるいはdrainerを直接穿刺して少量のNBCAを使用し塞栓した。4)に対しては、feederからのliquid embolizationと、直接穿刺による塞栓を併用した。

【結果】large AVMとmultiple AVFの例では、一部nidusあるいはnidusが残存したが、他は完全閉塞が得られた。

【結論】直接穿刺によるliquid embolizationは、安全にcomplete obliterationを得ることができている方法である。

facial and scalp AVF, endovascular embolization

Fronto-orbital advancement を施行した
Crouzon 病の 1 例

金沢大学 脳神経外科
大阪医科大学 形成外科*

村松直樹 (Muramatsu Naoki) 東馬康郎 岡田尚巳
山崎哲盛 田嶋定夫* 山下純宏

Crouzon 病は、頭蓋縫合早期癒合症、眼窩低形成、上顎骨形成不全を呈する疾患である。今回我々は、本症例に対して fronto-orbital advancement を施行し良好な結果を得たので報告する。

症例は 1 歳 8 カ月の男児。在胎、出生時には特に問題はなかった。生後 1 カ月の時点で眼球突出を指摘され、8 カ月時に特異的顔貌より Crouzon 病と診断された。その後、眼球突出、呼吸障害の増悪を認め当科へ紹介となり、fronto-orbital advancement を施行した。術後、頭蓋狭窄、眼球突出のみならず、呼吸障害も改善した。今後 7、8 歳時までに midfacial advancement を施行する予定である。

Crouzon's disease, craniosynostosis, fronto-orbital advancement

小脳虫部くも膜嚢胞の 1 例

紀南病院脳神経外科

仲尾貢二 (NAKAO Koji)、栃尾廣、松島聡

後頭蓋窩くも膜嚢胞のなかでも小脳虫部に発生したものは比較的まれである。症例は 52 歳男性、2 ヶ月来の頭位変換時の嘔気、めまい発作および上腹部不快感を主訴に来院した。神経学的には broad based gait、Mann's test 陽性、tandem gait 動揺性の所見を認めた。MRI では、小脳虫部を占拠し第 4 脳室を後方から圧排する cystic lesion と軽度の脳室拡大を認めた。cyst 内容の信号強度は髄液と同程度で、その壁に造影効果は認めなかった。脳血管造影では、圧排所見のみで tumor stain は認めなかった。isovist CT cisternography では、24 時間の時点で cyst 内にわずかな造影剤の流入を認めた。これらの所見からくも膜嚢胞と診断し、後頭下開頭により嚢胞壁を開放した。組織学的には肥厚したくも膜であった。術後、臨床症状は軽快した。

arachnoid cyst, cerebellar vermis,

多発性 Sacral Meningeal Cysts の 1 例

山田赤十字病院 脳神経外科

大野秀和 (OHNO Hidekazu)、坂倉 允、
丹羽恵彦

＜症例＞78歳男性。数年来の肛門会陰部の痛みと排便障害にて近医を転々としていた。某神経内科でMRIを施行された際、仙骨部嚢胞性病変を指摘され、当院に紹介された。ミエログラフィーでは仙骨部神経根部に多発性嚢胞性病変を認め、右S2において、造影剤注入後、ゆっくりと嚢胞の一部が造影される大きな cyst を認めた。術中、右嚢胞と他の嚢胞、髄液腔との交通孔は確認できず、また左嚢胞内に神経根を認めたが右嚢胞内には認めなかった。左右のS2神経根嚢胞との間に交通をつけ手術を終了した。術後、約1週間の臥床安静中、排便障害は軽快し、痛みは完全に消失したが、離床とともに肛門会陰部の痛みが再発した。以上より、sacral meningeal cyst による症状は嚢胞内圧との間に何らかの関係があるものと推量された。若干の文献的考察を行い報告する。

sacral meningeal cyst

脊髄横断症状で発症した悪性リンパ腫の1例

名古屋大学脳神経外科

岩越孝恭 (IWAKOSHI Takayasu)、高安正和、
大須賀浩二、文堂昌彦、渋谷正人

症例は45歳男性で、1995年5月中旬左下肢脱力を自覚、対麻痺は急速に悪化し6月11日にはTh10～Th12知覚鈍麻及び、L1以下の脊髄完全横断症状となった。髄液圧は22cm H₂O, Queckenstedt徴候陰性。蛋白は82.5mg/dlと高値を示し、糖は22mg/dlであった。脊髄造影ではAVMを思わせる蛇行した血管の陰影欠損のみで、脊髄の圧排や腫大はなく、MRIではTh8～L2の髄内に不規則に造影される病変を認めた。脊髄血管撮影ではAVF様に拡張した静脈を認めた。術中所見では脊髄には拡張した静脈は認められるもののAVMとは診断されず、全体に腫大した神経根を認めるのみであった。神経根の生検より悪性リンパ腫の診断を得た。その後の検査で転移によるものと診断された。神経根浸潤を伴い髄内腫瘍の型で発症した悪性リンパ腫は比較的新れと思われるので文献的考察を加え報告する。

malignant lymphoma, spinal tumor.

Far lateral lumbar disc hernia に対する
3D-MRI の有用性

金沢脳神経外科病院

梅森 勉 (UMEMORI Tsutomu)、本 敦文
山本 信孝、横山 雅人、佐藤 秀次

我々は 3D-MRI を far lateral lumbar disc hernia の診断に応用したので報告する。使用機種は Vectra 0.5T (横河デジテック)、撮像は spoiled GRASS 法を用い、条件は TE:14ms, TR:45ms, flip angle:45 度で、診断は RTR を使用して行った。3D-MRI では神経根を硬膜嚢内から椎間孔外まで追跡することができた。対象は 4 例 (右側 3 例、左側 1 例) で男性 2 例、女性 2 例。全例 myelography; CT myelography, conventional MRI 及び術中所見と比較した。手術は病側の total facetectomy を行い L_{2/3} の除去を行った。

結果: myelography, CT myelography, conventional MRI で診断が困難であった far lateral lumbar disc hernia は 3D-MRI では診断可能であり非常に有用と思われた。

3D-MRI, far lateral lumbar disc hernia

心停止にて発症した頸部椎間板ヘルニアの一例

国立名古屋病院 脳神経外科

○須崎法幸 (SUSAKI Noriyuki)、高橋 立夫、服部 和良
澤村茂樹、今川 健司、桑山 明夫

症例は 64 歳男性。数年前より上肢のしびれあり。H7 年 7 月 4 日朝より肩甲部痛と上肢のしびれを訴え、夕食中にビールを飲んでいたとき、突如眼球上転し後方へ倒れ、約 10 秒間の意識消失。救急隊到着時、発汗、四肢麻痺、60 mmHg まで血圧低下、呼吸停止にて他院入院直後 cardiac arrest にて意識消失、CPR 施行し回復し当院紹介、来院時血圧 48 mmHg、JCS 2、四肢麻痺の状態であった。MRI にて C3-4 の disc protrusion あり緊急手術施行。術直後より麻痺は改善し、リハビリにて 7 月末には数歩までなら歩行可能。8 月末頃には左上肢も挙上可となり、しびれも改善傾向であった。意識レベルは徐々に改善するも失見当識、痴呆に加え、不穏、せん妄、不眠等あり向精神薬を使用せざるをえなかった。8 月中旬以降精神症状も軽快し、9 月 2 日歩行器にて独歩退院した。

cardiac arrest, MRI, anterior approach, cervical disc hernia

上位胸椎OPLLに対するTranssternal approachが有効であった1症例

愛知医科大学脳神経外科
*愛知医科大学第二外科

○磯部正則(Isobe Masanori)、水野順一、本郷一博
馬淵正二、中川 洋、*加藤真司

上位胸椎OPLLに対する前方除圧のためのapproachの一つとしてtranssternal(sternal splitting) approachがあるが、今回このapproachを施行した1例を経験したので、cadaver dissectionを加えて特徴などを報告する。

症例：52歳の女性。頸椎から胸椎(C3~Th8)のOPLLがあり、四肢の筋力低下、しびれが増強した昭和62年に頸椎OPLLに対し前方除圧術を、昭和63年に後方固定術を施行した。今回肩と背部の痛みが増強し、画像的に最も脊髄圧迫の強いC7~Th2のOPLLに対し、前方除圧術を胸部外科の協力を得てtranssternal approach、corpectomy、OPLL除去、椎体自家骨移植にて行なった。術後一週間CSF leakageに対しspinal drainageをした後は、ADVANFITを装着し歩行させた。症状は軽快した。

thoracic OPLL

transsternal (sternal splitting) approach

脊椎椎体炎に対してinstrumentationを用いて手術を行った1例

市立四日市病院脳神経外科

小林 望 (KOBAYASHI Nozomu) 伊藤八峯 市原 薫
塚本信弘 中林規容 白井直敬 中屋敷典久

症例は66才男性。脳梗塞にて入院中、敗血症を併発した。頸部痛が出現したためMRIを施行し、C3・C4の椎体破壊等が認められたため化膿性椎体炎と診断した。病変部の穿刺培養では黄色ブドウ球菌が検出された。ハローバストを装着後、抗生剤投与を行い、炎症反応の陰性化した時点で、手術を行った。感染により変性したC3・C4椎体、C4/5椎間板を除去し、C2-5椎体に及ぶ腸骨片を移植、Orionチタンプレートにて固定した。術後約2週間で、頸椎カラーのみでリハビリテーションを再開した。

化膿性脊椎炎は抗生剤投与と安静を主体とする保存療法が基本であるが、膿瘍形成、椎体変形などを伴う場合は手術適応とされる。今回チタンプレートを用いた前方固定を行い早期離床が可能となった例を経験したので文献的考察を加え報告する。

pyogenic spondylitis, spinal instrumentation

腰椎分離すべり症に対する新しいinstrumentationの使用経験

松阪市民病院脳神経外科
三重大学医学部脳神経外科*

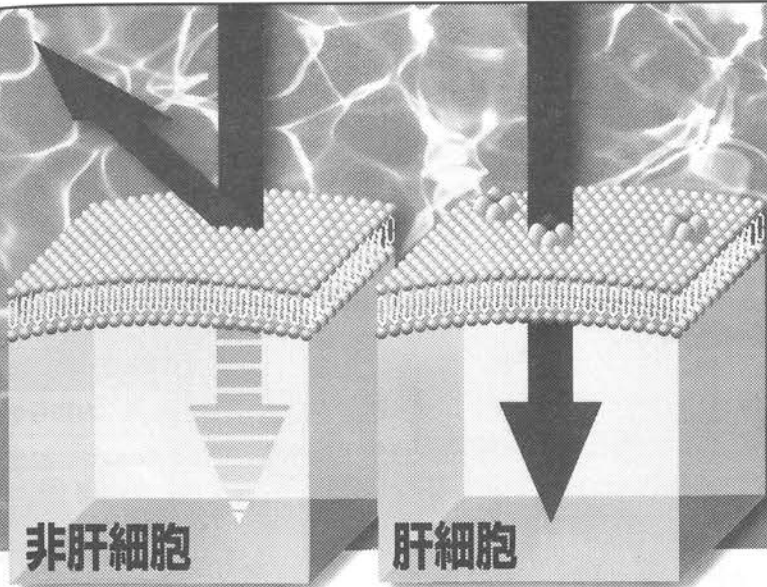
小川裕行(OGAWA Hiroyuki)、伊藤浩二、
米田千賀子、小島 精*

【症例】44才男性、10年来の間欠性跛行、立位時の腰部から大腿後面の痛みを主訴に当科外来を受診した。腰部単純写しL5/S1間にgrade IIの分離すべり症を認められた。神経学的には両側S1神経根領域に一致したしびれ感を認める以外、下肢筋力や深部腱反射に異常はなかった。当初腰椎牽引を3週間施行したが、すべりは整復されず、TFC Screw system (Surgical dynamics社製)を用いて後方より椎間固定、神経根除圧術を施行した。術後は痛み、しびれ感は完全に消失した。単純写しはすべり度は改善されなかったが椎間板高の拡大を認めた。現在、術後9週間目であるが、順調に経過している。

【考察】今回用いたシステムはそれ自体に固定力があり、かつ自家骨移植による骨性癒合が期待できるため、非常に優れたシステムであると考えられた。

lumbar spondylolisthesis, intermittent claudication,
low back pain, instrumentation

メバロチンの選択。



肝細胞選択性

水溶性のメバロチンは、肝細胞に選択的に取り込まれ、強いコレステロール合成阻害作用を示しますが、その他の臓器の細胞には取り込まれにくいことが報告されています(マウス、ラット)

[Prog. Med. 11(9), 1991]

投与法の選択

朝1回、夕1回、朝・夕2回。メバロチンは幅広い投与法の選択が可能です。

【効能・効果】

高脂血症、家族性高コレステロール血症

【用法・用量】

通常、成人にはプラバスタチンナトリウムとして、1日10mgを1回または2回に分けて経口投与する。
なお、年齢・症状により適宜増減するが、重症の場合は1日20mgまで増量できる。

【使用上の注意】

1. 一般的な注意

本剤の適用にあたっては、次の点に十分留意すること。(1)適用の前に十分な検査を実施し、高脂血症、家族性高コレステロール血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。本剤は高コレステロール血症が主な異常である高脂血症によく反応する。(2)あらかじめ高脂血症の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。(3)投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

(1)重篤な肝障害又はその既往歴のある患者[本剤は主に肝臓において代謝され、作用するので肝障害を悪化させるおそれがある](2)重篤な腎障害又はその既往歴のある患者[横紋筋融解症の報告例の多くが腎機能障害を有する患者であり、また、横紋筋融解症に伴って急激な腎機能の悪化が認められている](3)フィbrate系薬剤(ベザフィbrate等)、免疫抑制剤(シクロスポリン等)、ニコチン酸を投与中の患者[横紋筋融解症があらわれやすい]([相互作用]の項参照)

4. 相互作用 併用に注意すること

フィbrate系薬剤(ベザフィbrate等)、免疫抑制剤(シクロスポリン等)、ニコチン酸[筋肉痛、脱力感、CPK上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とし、急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症があらわれやすい]

5. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1%~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)

(1)重大な副作用

横紋筋融解症:筋肉痛、脱力感、CPK上昇、血中及び尿中ミオ

グロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれ、これに伴って急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、このような場合は直ちに投与を中止すること。

(2)重大な副作用(外国症例)

1)ミオパシー:外国においてミオパシーが報告されている。2)末梢神経障害:外国において末梢神経障害が報告されている。3)過敏症状:外国においてループス様候群、血管炎等の過敏症状が報告されている。

(3)その他の副作用

1)皮膚:ときに発疹等があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。2)消化器:ときに悪心・嘔吐、便秘、下痢、腹痛、胃不快感が、またまれに口内炎、胸やけ、腹部膨満感、食欲不振等があらわれることがある。3)肝臓:ときにS-GOT、S-GPT、Al-P、LDH、γ-GTP、総ビリルビン値の上昇等の肝機能異常があらわれることがある。4)腎臓:ときにBUN、ク血清レアチニンが上昇することがある。5)筋肉:ときにCPK上昇、まれに筋肉痛、筋脱力があらわれることがある。6)精神神経系:まれに頭痛、めまい、不眠があらわれることがある。7)その他:ときに尿酸の上昇、尿潜血が、またまれに倦怠感、浮腫、脱毛があらわれることがある。

※上記以外の使用上の注意等については、添付文書をご覧ください

本剤の適用にあたっては、あらかじめ高脂血症の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。



HMG-CoA還元酵素阻害剤

高脂血症治療剤

メバロチン®

錠・錠10・細粒・細粒1%

【指】一般名/プラバスタチンナトリウム 健保適用品



資料請求先
三共株式会社
〒103 東京都中央区日本橋本町3-5-1

脳へ、新しい力。ドラガノン。



お知らせ

ドラガノン錠は平成7年6月1日より1回30日間分の投薬が可能になりました。

ドラガノンは

脳内アセチルコリン系に対する神経調節作用(ラット)を有する脳血管障害性精神症状改善剤です。

1 情緒障害に効果

- 脳梗塞後遺症に伴う情緒障害(不安・焦燥、抑うつ気分)を改善します。
- プラセボとの二重盲検比較試験において、有意な改善が認められています。

2 脳神経伝達機能の改善(*ラット、**モルモット)

- 脳内アセチルコリン系神経調節*とグルタミン酸受容体賦活*により、シナプス伝達効率を高め**、脳神経伝達機能を改善します。

3 副作用発現率は4.2%(42/1,011例)

臨床検査値の変動は5.3%(54/1,011例)

- 主な副作用は、興奮、頭痛、嘔気、発疹等。
- 臨床検査値の変動は、GOT上昇、GPT上昇、Al-P上昇、BUN上昇等。(承認時)

【効能・効果】 下記疾患に伴う情緒障害(不安・焦燥、抑うつ気分)の改善
脳梗塞後遺症

【用法・用量】 通常、成人にはアニラセタムとして1回200mgを1日3回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

脳血管障害性精神症状改善剤 健保適用

ドラガノン 錠100錠200

Draganon® Roche <アニラセタム製剤>

Roche 日本ロシュ株式会社
〒105 東京都港区芝2-6-1

【禁忌】(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〔動物実験で胎児毒性(波状肋骨、頸肋骨痕)が報告されている(「妊婦・授乳婦への投与」の項参照)。〕

※【使用上の注意】 1. 一般的注意 (1)本剤の使用にあたっては、脳梗塞後遺症であることを確認すること。確認にあたっては、原則として頭部CT像等の画像診断が行われていることが望ましい。(2)投与期間は、臨床効果及び副作用の程度を考慮しながら慎重に決定するが、投与12週で効果が認められない場合には投与を中止すること。2. 禁忌(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〔動物実験で胎児毒性(波状肋骨、頸肋骨痕)が報告されている(「妊婦・授乳婦への投与」の項参照)。〕 3. 副作用(まれに：0.1%未満、ときに：0.1~5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明)(1)精神神経系：ときに興奮、頭痛、頭重、めまい、譫妄、不眠、眠気、精神不安定等があらわれることがある。(2)消化器：ときに嘔気、嘔吐、下痢、食欲不振、腹痛等があらわれることがある。(3)過敏症：ときに発疹、痒疹感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するなど適切な処置を行うこと。(4)血液：ときに貧血があらわれることがある。(5)肝臓：ときにGOT、GPT、Al-Pの上昇等があらわれることがある。(6)腎臓：ときにBUNの上昇等があらわれることがある。(7)その他：ときに顔面紅潮、耳鳴があらわれることがある。4. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。5. 妊婦・授乳婦への投与 (1)動物実験で胎児毒性(波状肋骨、頸肋骨痕)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)動物実験で乳汁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. 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)。7. その他 (1)ラット(雄)に大量(2,400mg/kg)経口投与した場合、受胎能の低下が認められたとの報告がある。(2)妊娠ラットに大量(600mg/kg)経口投与した場合、新生児の生存率の低下が認められたとの報告がある。

その他の詳細については、製品添付文書をご参照ください。
本剤は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)により1回30日間分の投薬が認められています。

(※1995年6月改訂)

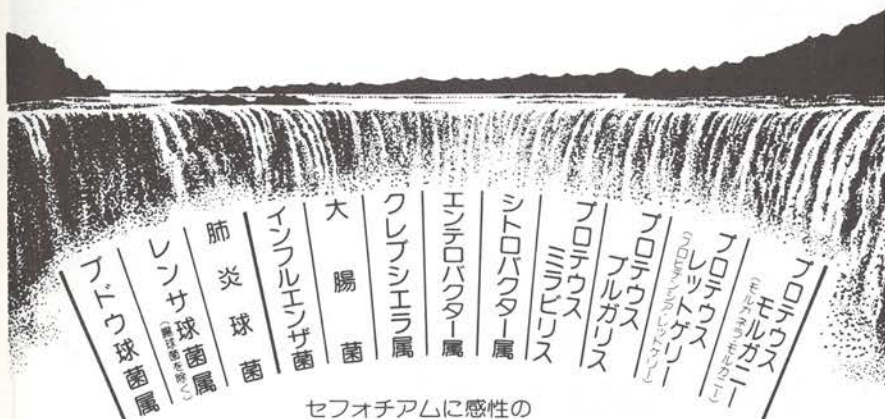
注射用セフェム系抗生物質製剤

指
要指

パンスポリン®

静注用0.25g・0.5g・1g・1g(キット品)*

(日抗基:注射用塩酸セフォチアム) PANSPORIN®



セフォチアムに感性的
上記の承認有効菌種による下記の感染症

- 敗血症 ●術後創・火傷後感染、皮下膿瘍、よう、癰、癰腫症 ●骨髄炎、化膿性関節炎 ●扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、気管支炎、気管支拡張症の感染時、肺炎 ●肺化膿症、膿胸 ●胆管炎、胆のう炎 ●腹膜炎 ●腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、前立腺炎 ●髄膜炎 ●子宮内感染、骨盤死腔炎、子宮旁結合織炎、子宮付属器炎、ノルトリン腺炎 ●中耳炎、副鼻腔炎

(キット品)



禁忌:

- 次の患者さんには投与しないでください。
- 1.本剤の成分によるショックの既往歴のある患者。
 - 2.低張性脱水症の患者。(5%ブドウ糖注射液添付のキット品のみ)

使用上の注意(静注用)

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

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。

(1)本剤の成分によるショックの既往歴のある患者
(2)低張性脱水症の患者(5%ブドウ糖注射液添付のキット品のみ)。

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。
本剤の成分また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

静注用及びキット品共通

(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)高齢者(「高齢者への投与」の項参照)。(5)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、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%ブドウ糖注射液添付のキット品のみ

(1)カリウム欠乏傾向のある患者。(2)糖尿病の患者。

(3)尿管症の患者。(4)腎不全の患者。

生理食塩液添付のキット品のみ

(1)心臓、循環器系機能障害のある患者。(2)腎障害のある患者。

5. 相互作用

類似化合物(他のセフェム系薬剤)とフロセミド等の利尿剤の併用による腎障害増強作用が報告されているので、併用する場合には腎機能に注意すること。

6. 次の副作用があらわれることがある

(1)ショック:まれにショック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、嘔吐、眩暈、倦怠、耳鳴、発汗等の異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(2)過敏症:発疹、蕁麻疹、紅斑、痒疹、発熱、リンパ腺腫脹、関節痛等。このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(3)腎臓:まれに急性腎不全等の重篤な腎障害。定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。(4)血液:ときに貧血、顆粒球減少、好酸球増多、血小板減少、また、まれに溶血性貧血等。(5)肝臓:ときにGOT、GPT、AL-Pの上昇、また、まれに黄疸、LDH、γ-GTPの上昇等。(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。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。また、ときに悪心、下痢、また、まれに嘔吐、食欲不振、腹痛等。(7)呼吸器: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。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。(8)皮膚:まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)。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し、適切な処置を行うこと。(9)中枢神経系:腎不全の患者に大量投与すると痙攣等を起こすことがある。(10)菌交代症:まれに口内炎、カンジダ症。(11)ビタミン欠乏症:まれにビタミンK欠乏症状(低プロトロンビン血症、出血傾向等)、ビタミンB群欠乏症状(舌炎、口内炎、食欲不振、神経炎等)。(12)その他:まれにめまい、頭痛、倦怠感、しびれ感。

薬価基準:収載

■用法・用量(注射液の調製時の注意と調製法)、その他の使用上の注意の詳細については、添付文書をご覧ください。

*パンスポリン静注用1gキット品は注射剤本体と次の溶解液からなっている。

溶解液:1容器中生理食塩液100ml又はブドウ糖注射液100ml。



(資料請求先)

武田薬品工業株式会社
〒541 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

(1994.7:PankB51-1)

Nivadil



一人より二人

一つより二つ ニバジールは脳循環改善作用を併せもつ Ca拮抗性降圧剤です。

- 効能・効果**
- 本態性高血圧症
 - 下記疾患に伴う脳血流障害に基づく精神症状(睡眠障害, 自覚性低下, 情緒障害)の改善
 - 脳梗塞後遺症
- 用法・用量**
- 本態性高血圧症:
ニルバジピンとして, 通常, 成人には1回2~4mgを1日2回経口投与する。
 - 脳梗塞後遺症:
ニルバジピンとして, 通常, 成人には1回2mgを1日2回経口投与する。
なお, 症状に応じて1回4mgまで増量することができる。

- 使用上の注意***
- 1. 一般的注意**
- (1)脳梗塞後遺症の場合
投与期間は, 臨床効果(有効性)及び副作用の程度を考慮し決定することとし, 投与8週で効果が認められない場合には投与を中止すること。
 - (2)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。
 - (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. 禁忌**(次の患者には投与しないこと)
- (1)頭蓋内出血で止血が完成していないと推定される患者[出血を助長するおそれがある]
 - (2)脳卒中急性期で頭蓋内圧が亢進している患者[頭蓋内圧の亢進を増悪するおそれがある]
 - (3)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人(「妊婦, 授乳婦への投与」の項参照)
- 3. 慎重投与**(次の患者には慎重に投与すること)
- (1)肝機能障害のある患者[本剤は主に肝臓で代謝されることから, 血中濃度が高くなることもある]
 - (2)高齢者(「高齢者への投与」の項参照)
- 4. 相互作用**
- 併用に注意すること**
- (1)他の降圧剤[相互に作用を増強することがあるので, 用量を調節するなど注意すること]
 - (2)シメチジン[本剤の作用が増強されることがあるので, 本剤を減量するなど慎重に投与すること]
- 5. 副作用**(まれに: 0.1%未満, ときに: 0.1~5%未満, 副詞なし: 5%以上又は頻度不明)
- (1)肝臓: ときにGOT, GPT, アルカリフォスファターゼの上昇等があらわれることがあるので, 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こと。
 - (2)循環器: まれに房室ブロックがあらわれることがあるので, このような場合には投与を中止すること, ときに動悸, 頻脈, また, まれに血圧低下等があらわれることがある。
 - (3)精神神経系: ときに頭痛・頭重, めまい・ふらつき, 立ちくらみ, また, まれに眠気, 不眠, しびれ, 振戦等があらわれることがある。
 - (4)消化器: ときに食欲不振, 腹痛・腹部不快感, 悪心・嘔吐, また, まれに便秘, 下痢, 口内炎, 口渇, 胸やけ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)過敏症: ときに発疹, そう痒感, また, まれに光線過敏症等があらわれることがあるので, このような場合には投与を中止すること。
 - (7)口腔: 連用によりまれに歯肉肥厚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すること。
 - (8)その他: ときに顔面潮紅, 顔面熱感・ほてり, のぼせ, 浮腫, 倦怠感, 胸痛・胸部不快感, 頻尿, また, まれに耳鳴, 血清コレステロール上昇, 咳嗽, 結膜充血等があらわれることがある。
- 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. 妊婦, 授乳婦への投与**
- (1)動物実験で妊娠末期に投与すると妊娠期間及び分娩時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を避けること。
 - (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。
- 8. 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)。

*1995.9改訂

Ca拮抗性脳循環改善・降圧剤 (ニルバジピン製剤)

ニバジール錠 2mg/4mg **Nivadil**® Tablets

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

健保適用

●詳細につきましては
製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元
フジサワ
大阪市中央区道徳町3-4-7 千541
資料請求先: 藤沢薬品工業株式会社薬事業部
作成年月1995年9月

理想の造影剤へ、さらに前進!

—より低浸透圧・低粘度を求めて—

非イオン性造影剤

[薬価基準収載]

指 **イオメロン** [®] 300
350
400
lomeron[®]

300・350 (尿路・CT・血管用) / 400 (尿路・血管用)

本剤を脳・脊髄腔内に投与すると重篤な副作用が現れるおそれがあるため、脳槽・脊髄造影には使用しないこと。

警告

ショック等の重篤な副作用があらわれることがある。

※使用上の注意

1. 一般的注意 (1)ショック等の発現に備え、十分な問診を行うこと。(2)投与量と投与方法の如何にかかわらずまれに過敏反応を示すことがある。本剤によるショック等の重篤な副作用は、ヨード過敏反応によるものとは限らず、それを確実に予知できる方法はないので、予備的なテストを含め、投与に際しては必ず救急処置の準備を行うこと。(3)投与にあたっては、患者の状態を観察しながら、過敏反応の発現に注意し、慎重に投与すること。また、異常が認められた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。(4)ショック等の重篤な副作用があらわれることがあるので、投与中及び投与後も、患者の状態を十分に観察すること。(5)特に外来患者に使用する場合には、本剤注入1時間以後にも遅発性の副作用の発現の可能性があることを患者に説明した上で、嘔気、胸痛、背部痛、発熱、皮疹、発疹などの副作用と思われる症状が出現した場合には速やかに主治医に連絡するように指示するなど適切な対応をとること。

※2. 禁忌

- (次の患者には投与しないこと)
- (1)ヨード過敏症の既往歴のある患者
 - (2)重篤な甲状腺疾患のある患者
(甲状腺内のヨード濃度が高くなり、甲状腺機能を悪化させ症状を悪化させるおそれがある。)

※3. 原則禁忌

- (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)
- (1)一般状態の極度に悪い患者
 - (2)重篤な心障害のある患者 (血行動態を悪化させ、心機能を悪化させることがある。)
 - (3)重篤な肝障害のある患者
 - (4)重篤な腎障害のある患者 (造影剤の主要

排泄経路であり、排泄遅延と腎機能を悪化させることがある。)

- (5)急性肺炎のある患者
- (6)マクログロブリン血症のある患者 (類薬で血液のゲル状変化をきたし死亡したとの報告がある。)
- (7)多発性骨髄腫のある患者 (類薬で尿蛋白と結合し、尿管管を閉塞させたとの報告がある。)
- (8)リタニールのある患者
- (9)褐色細胞腫のある患者及びその疑いのある患者 (血圧上昇発作が起こるので副腎静脈造影は避けること。やむを得ず動脈より注入する場合には、静脈確保の上、メシル酸フェントラミン等のα遮断薬を投与し、患者の状態を十分観察しながら慎重に投与すること。)

※4. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1)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を起こしやすいつい質を有する患者
- (2)薬物過敏症の既往歴のある患者
- (3)脱水症状のある患者 (脱水症状を悪化させるおそれがある。)
- (4)高血圧症の患者 (血行動態を悪化させることがある。)
- (5)動脈硬化のある患者 (血行動態を悪化させることがある。)
- (6)糖尿病の患者 (腎機能を悪化させることがある。)
- (7)甲状腺疾患のある患者 (甲状腺内のヨード濃度が高くなり、甲状腺機能を悪化させ症状を悪化させるおそれがある。)
- (8)高齢者 (高齢者への投与の項参照)
- (9)小児 (小児への投与の項参照)

※5. 相互作用

併用に注意すること
 ビグアナイド系糖尿病薬 (塩酸メトホルミン、塩酸プロホルミン等)
 (類薬で乳酸アシドーシスを起こしたとの報告がある。)

※6. 副作用 (まれに): 0.1%未満、ときに: 0.1~5%未満、副詞なし: 5%以上又は頻度不明) (1)重篤な副作用 ショック; まれにショック症候群を起こすことがある。(初期症状: 呼吸困難、全身潮紅、血管浮腫、蕁麻疹等のアナフィラキシー様症状を伴うこと) があるため、観察を十分にを行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。(2)その他の副作用 1) 皮膚: とくに発疹、発赤、掻痒感、蕁麻疹、膨疹等があらわれることがある。2) 精神神

経系: とくに頭痛、ふらつき感、また、まれに羞明感、めまい感等があらわれることがある。※3) 消化器: とくに悪心、嘔吐、また、まれに口苦、腹痛等があらわれることがある。※4) 循環器: とくに血圧低下、QT低下、また、まれに徐脈、期外収縮、血圧上昇、動悸等があらわれることがある。※5) 呼吸器: とくにくしゃみ、また、まれに鼻汁、呼吸困難、咳嗽、咽頭異常感等があらわれることがある。6) 腎臓: まれに腎不全の悪化等があらわれることがある。治療中に腎機能障害を持つネフロローゼ症候群の患者 1例 (BUN: 35mg/dl、クレアチニン: 2.5mg/dl) において、急性腎不全、ネフロローゼ症候群の悪化した症例がある。※7) その他: 熱感、また、ときに悪寒、発熱、胸痛、背部痛、まれに冷汗、倦怠感等があらわれることがある。

7. 高齢者への投与 本剤は主として、腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため、高い血中濃度が持続するおそれがあるため、患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。

8. 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。また、本剤投与の際にはX線照射をともなうので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、診断上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。(2)動物 (ラット、静脈内投与) で乳汁中への移行が報告されているので、授乳中の婦人に投与する場合には、一時的に授乳を避けさせること。

9. 小児への投与 未熟児、新生児、乳児又は小児に対する安全性は確立していない (使用経験が少ない)。

10. 臨床検査値への影響 甲状腺機能検査等の放射性ヨードによる診断が必要な場合には、本剤の投与前に実施すること。また、本剤投与後1か月間は放射性ヨードによる検査を実施しないこと (検査値に影響を及ぼすことがある)。

※11. 適用上の注意 (1)投与時 (1)イオメロンの種類により効力・効果、また撮影の種類により用法・用量が異なるので、製剤濃度、注入部位、注入量及び注入速度など投与方法に注意すること。(2)静脈内投与により血管痛があらわれることがある。(3)尿路造影では検査前に腸内ガスを排除し、検査終了まで絶食すること。(4)抗ヒスタミン剤又は副腎皮質ホルモン剤と混合すると配合変化を起こす場合があるため、併用する場合は別々に使用する。5) 非イオン性造影剤の血液凝固抑制作用は、イオン性造影剤に比較して弱いがin vitro試験で認められているので、本剤による血管造影にあたってはカテテル内をよくフラッシュすること。また、本剤注入に際しシリリンジンをいかにカテテル内と血液と本剤との接触が長時間に及ぶことを避けること。6) 投与前に体温を測る。7) 開封後はすみやかに使用する。8) アンブルカット時: テストアンブルカット時には異物の混入を避けるため、エタノール消毒などで拭拭しカットすること。

※1995年7月改訂

製造・販売元

輸入元

Eisai エーザイ株式会社
〒112-88 東京都文京区小石川4-6-10

placoco Eisai ブラック・エーザイ株式会社
〒112-88 東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先: エーザイ株式会社医薬事業部

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。

E-H2 9708

世界初のカルバペネム系抗生物質



チエナム点滴用の特徴

- ① 広域抗菌スペクトルを有する
グラム陽性、グラム陰性の好気性菌及び嫌気性菌のいずれにも優れた抗菌力を示します。
- ② 強力な殺菌効果を有する
細胞外膜透過性に優れ、 β -ラクタマーゼ阻害作用を有し、ペニシリン結合蛋白(PBP)に対する強い親和性を示すことにより細菌を強力に殺菌します。

- ③ 良好な抗緑膿菌作用が認められている
緑膿菌に対し強力な抗菌力を有し、また耐性化はほとんど認められていません。
- ④ 副作用発現頻度は4.4%(114例/2,619例)であった
主なものは下痢(0.9%)、嘔気(0.8%)、嘔吐(0.5%)などの胃腸系障害、発疹(0.9%)などの皮膚付属器官障害でした。また、臨床検査値異常はGOT(5.3%)・GPT(5.5%)の上昇、好酸球増多(2.7%)が主なものでした。

【使用上の注意】〈抜粋〉

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとめること。

1. 一般的注意 (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。(3)痙攣、意識障害等の中枢神経症状があらわれることがある。特に、腎障害や中枢神経障害のある患者で起こりやすいので、これらの患者に投与するにあたっては減量等を考慮すること。

2. 禁忌(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. 原則禁忌(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) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)カルバペネム系、ペニシリン系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 (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)高度の腎障害を有する患者〔痙攣、意識障害等の中枢神経症状が起こりやすい。〕 (4)高齢者〔「高齢者への投与」の項参照〕 (5)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、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。〕 (6)てんかんの既往歴あるいは中枢神経系障害を有する患者〔痙攣、意識障害等の中枢神経症状が起こりやすい。〕

5. 相互作用 併用に注意すること ガンシクロビル〔痙攣の発現が報告されている。〕

6. 副作用(まれに：0.1%未満、ときに：0.1～5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明) (1)重大な副作用 1)痙攣、意識障害等の中枢神経症状：ときに痙攣、意識障害等の中枢神経症状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、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。特に、腎障害や中枢神経障害のある患者に起こりやすいので、投与する場合には注意すること。

2)ショック：まれにショック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)中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)：まれに中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)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、適切な処置を行うこと。 4)間質性肺炎、PIE症候群：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。 5)無顆粒球症、溶血性貧血：まれに無顆粒球症、溶血性貧血があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 6)急性腎不全：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あるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 7)偽膜性大腸炎：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。 8)血栓性静脈炎：まれに血栓性静脈炎があらわれることがあるので観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

【効能・効果】、【用法・用量】、その他の【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。

カルバペネム系抗生物質製剤

チエナム[®] (特許) (薬価基準収載) 伊ミベナムの略号
 TIENAM[®] (Imipenem/Cilastatin sodium) IPM
日経薬 準特許用イミペネム(略号) IPM/CSI



(資料請求先)

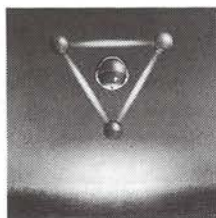
萬有製薬株式会社

〒103 東京都中央区日本橋本町2-2-3

06-96TEN95-J-5710J

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
フルマリン[®]
 静注用0.5g, 1g
 日抗基 注射用フロモキシフェナトリウム 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、バクテロイデス属のうち本剤感性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、ダグラス窩腫瘍○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)

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

- ① 一般的注意 (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ち、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 相互作用 フロセミド等の利尿剤との併用により腎毒性が増強されるおそれがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。⑥ 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、嘔吐、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 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あるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。(4)血液 まれに無顆粒球症、また、ときに赤血球減少、好酸球増多、ヘモグロビン減少、ヘマトクリット減少、血小板減少又は増多があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、他のセフェム系薬剤で溶血性貧血があらわれることが報告されている。(5)肝臓 S-GOT上昇、S-GPT上昇が、またときにアルカリフォスファターゼ上昇、ビリルビン上昇が、またまれにγ-GTP上昇、LAP上昇があらわれることがある。(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)皮膚 まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)があらわれることがあるので、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し、適切な処置を行うこと。(8)呼吸器 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 大阪市福島区鶯洲5丁目12-4

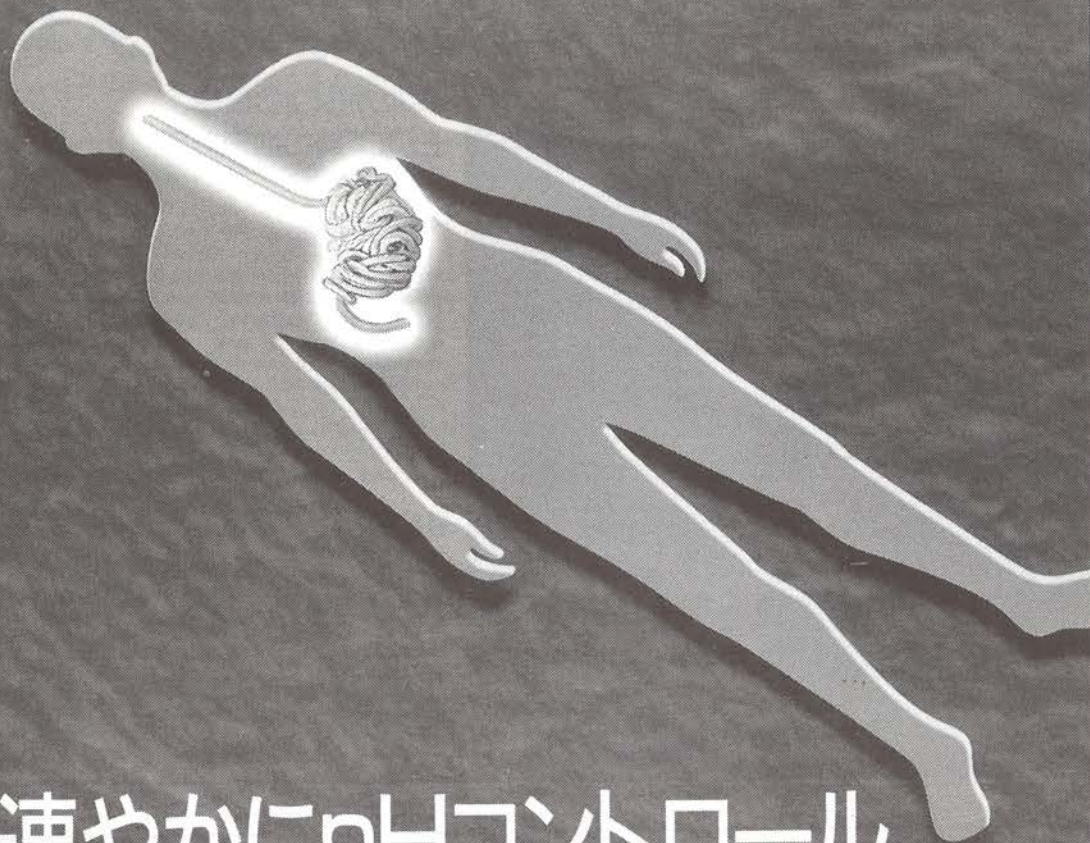


シオノギ製薬
 大阪市中央区道修町3-1-8 〒541

自然のめぐみを最先端の技術で活かす—ツムラ漢方製剤エキス顆粒(医療用)



ツムラは、ツムラ医療用漢方製剤により、
高齢化社会の深まりつつある現実の治療に貢献しつつ、
漢方製剤の科学的な実証を通じて、
21世紀に至る長寿社会の治療手段としての
役割をはたしていきたいと願っております。



速やかにpHコントロール タガメット注射液

■効能・効果(注射液のみ) 上部消化管出血(消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による)、侵襲ストレス(手術後に集中管理を必要とする大手術、集中治療を必要とする脳血管障害・頭部外傷・多臓器不全・重症熱傷等)による上部消化管出血の抑制、麻酔前投薬

■使用上の注意(注射液のみ) 1. 一般的注意 1) 「侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制」については、手術後に集中管理を必要とする大手術、集中治療を必要とする脳血管障害・頭部外傷・多臓器不全・重症熱傷等によりストレス潰瘍が発症する可能性が考えられる場合に限り使用すること。なお、重症熱傷はBurn Index 10以上の熱傷を目安とすること。2) 治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じ治療上必要最小限の使用(手術侵襲ストレスは3日間程度、その他は7日間程度)にとどめ、本剤で効果がみられない場合には他の療法に切りかえること。なお、血液像、肝機能、腎機能等に注意すること。3) 上部消化管出血の場合には、通常注射剤で治療を開始する。一般的に1週間以内に効果の発現をみるが、内服可能となった後は経口投与に切りかえる。4) 手術侵襲ストレスによる上部消化管出血の抑制に対しては、手術終了後より投与を開始する。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

シメチジンに対し過敏症の既往歴のある患者

3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 1) 腎障害のある患者(血中濃度が持続するので、投与量を減するか投与間隔をあけて使用すること。) 2) 肝障害のある患者 3) 薬物過敏症の既往歴のある患者 4) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照) 4. 相互作用 併用に注意すること クマリン系抗凝固剤(ワルファリン等)、ミダゾラム、ジアゼパム、クロルジアゼポキシド、プロプラノロール、テオフィリン、フェニトイン、リドカイン、ニフェジピン、イミプラミン、プロカインアミド、エリスロマイシン。[これらの医薬品の代謝、排泄を遅延させ、血中濃度を高めることが報告されているので、これらの医薬品を減量するなど慎重に投与すること。] 5. 副作用 (まれに: 0.1%未満、ときに: 0.1~5%未満、副詞なし; 5%以上又は頻度不明) 1) 重大な副作用 1) 再生不良性貧血、無顆粒球症; まれに再生不良性貧血、無顆粒球症があらわれることがあるので、初期症状として全身倦怠、脱力、皮下・粘膜下出血、発熱等がみられたら、その時点で血液検査を実施し、異常がみとめられた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

※用法・用量、その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご覧ください。

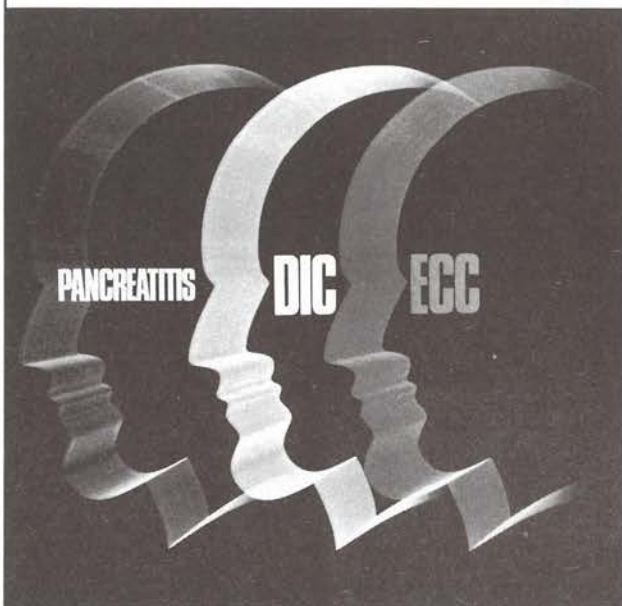
H₂受容体拮抗剤〈シメチジン〉

タガメット[®]注射液
200mg
Tagamet[®] (指) 健保適用

SBS (資料請求先) スミスクリン・ピーチャム製薬株式会社

製造 藤沢薬品工業株式会社 販売 スミスクリン・ピーチャム製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-4-7 541 東京都千代田区三番町6番地 千102

フサン療法の新たな拡がり



膵炎からDIC治療、
ECC*時の血液凝固防止へ

*EXTRACORPOREAL CIRCULATION

【効能又は効果】

注射用フサン

- 膵炎の急性症状（急性膵炎、慢性膵炎の急性増悪、術後の急性膵炎、膵管造影後の急性膵炎、外傷性膵炎）の改善

注射用フサン、注射用フサン50

- 汎発性血管内血液凝固症（DIC）
- 出血性病変又は出血傾向を有する患者の血液体外循環時の灌流血液の凝固防止（血液透析及びプラズマフェレシス）

次の患者には投与しないこと

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

用法及び用量、使用上の注意等については添付文書を参照下さい。

蛋白分解酵素阻害剤（メシル酸ナファモスタット）

（劇指）**フサン**[®]
注射用

〔薬価基準収載〕

（劇指）**フサン50**[®]
注射用

〔薬価基準収載〕

製造販売元 鳥居薬品株式会社
（資料請求先）
東京都中央区日本橋本町3-4-1

術後ストレスの
胃液抑制剤



胃酸分泌抑制剤

（劇指）**ガストロゼピン**[®] 注

（塩酸ピレンゼピン製剤）

■効能・効果

上部消化管出血

（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、
急性胃粘膜病変による）、

手術侵襲ストレスによる胃液分泌亢進
の抑制、

麻酔前投薬

※用法・用量、使用上の注意等については添付
文書をご覧ください。



（資料請求先：学術部）

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社
〒666-01 川西市矢間3-10-1



生体組織に新しいチカラ

ソルコセリルは酸素利用率を高め、組織呼吸賦活作用を示します

■効能・効果

- 下記疾患における自覚症状及び他覚所見の改善
胃潰瘍、十二指腸潰瘍
- 下記に伴う随伴症状
脳動脈硬化症、脳卒中後遺症、頭部外傷後遺症、脳梗塞、脳出血
- 皮膚潰瘍 ●アフト性口内炎 ●ヒュルガー病

■用法・用量

通常、成人1日2~4mlを筋肉内又は静脈内注射する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

■使用上の注意

1. 一般的注意 ショック等の反応を予測するため、十分な問診をすること。
2. 次の患者には投与しないこと。(1)本剤に対し、過敏症の既往歴のある患者
- (2)薬物過敏症又はその既往歴のある患者
3. 次の患者には慎重に投与すること。(1)本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、じん麻疹等のアレルギー反応を起こしやすい体質を有する患者 (2)本剤により再治療を開始する患者
- その他詳細は製品添付文書をご参照ください。
- 資料請求先：大鵬薬品工業株式会社D.I.センター

組織呼吸賦活剤

ソルコセリル「注」
Solcoseryl® injection 健保適用

販売元 **大鵬薬品工業株式会社**
東京都千代田区神田錦町1-27

輸入元

大鵬薬品工業株式会社
東京都千代田区有明1-10-1

製造元

Solco Basle Ltd. Switzerland



日々の排尿コントロールに
1日1回バップフォー
やすらぎの予感

【禁忌】次の患者には投与しないこと。(1)幽門、十二指腸及び腸管が閉塞している患者(胃腸の平滑筋の収縮及び運動が抑制され、症状を増悪させるおそれがある。)(2)下部尿路が閉塞している患者(排尿筋が弛緩し、症状を増悪させるおそれがある。)(3)緑内障の患者(抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状を増悪させるおそれがある。)(4)重篤な心疾患の患者(期外収縮等が報告されており、症状を増悪させるおそれがある。)

■効能・効果

下記疾患又は状態における頻尿、尿失禁
神経因性膀胱、神経性頻尿、不安定膀胱、膀胱刺激状態(慢性膀胱炎、慢性前立腺炎)

■用法・用量

通常、成人には塩酸プロピベリンとして20mg(バップフォー錠10として2錠又はバップフォー錠20として1錠)を1日1回食後経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最高投与量は40mgまでとする。

■その他詳細につきましては、添付文書をご参照ください。

尿失禁・頻尿治療剤

バップフォー錠10・20
BUP-4 tablet 10・20 健保適用

資料請求先
製造販売元

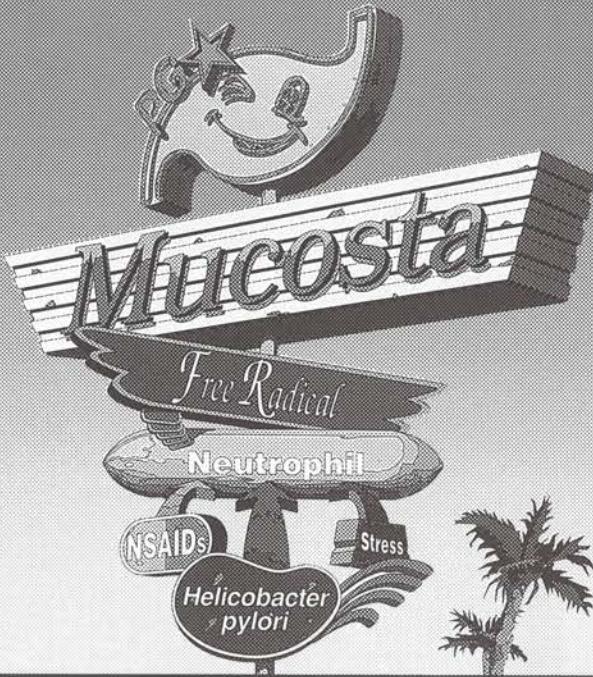


大鵬薬品工業株式会社

〒101 東京都千代田区神田錦町1-27

提携 Apogepha社 ドイツ

Anti Free Radical & PG Inducer



ムコスタの特徴

1. 胃粘膜のPG増加作用・フリーラジカル抑制作用を併せ持つ初めての胃炎・胃潰瘍治療剤です(ヒト、ラット、in vitro)。
2. NSAIDs*や *Helicobacter pylori*(in vitro)などによる胃粘膜傷害を抑制します。
3. QOUH**を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
4. 胃炎***、特にびらん・出血に優れた効果を示します。
5. 副作用発現率は0.69% (43/6,275)でした。主な副作用は、便秘(6件)、GPT上昇(5件)等でした。

* NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs(非ステロイド性抗炎症薬)
** QOUH: Quality of ulcer healing (潰瘍治癒の質)
*** 胃 炎: 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

【効能・効果】

- ・胃潰瘍
- ・下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

【用法・用量】

- ・胃潰瘍
通常、成人には1回1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
- ・下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期
通常、成人には1回1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回経口投与する。

【使用上の注意】—抜粋—

- 副作用(まれに0.1%未満、ときに0.1~5%未満、副詞なし5%以上又は頻度不明)
- (1)過敏症: まれに発疹、掻痒感、薬疹様部等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。
 - (2)消化器: 口渇、また、まれに便秘、腹部膨満感、下痢、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、げっぷ等があらわれることがある。
 - (3)肝 臓: まれに、GOT、GPT、γ-GTP、Al-Pの上昇等の肝機能障害があらわれることがある。
 - (4)血 液: まれに白血球減少があらわれることがある。
 - (5)その他: 乳腺腫脹、乳汁分泌誘発、月経異常、めまい、また、まれにBUN上昇、浮腫、頭痛、部異物感等があらわれることがある。
- ※その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

ムコスタ錠 100

Mucosta® tablets レバミピド製剤



製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 学術部
東京都千代田区神田司町2-2
大塚製薬神田第2ビル
(95.8作成)

ホスホマイシン系抗生物質製剤

指要指 ホスミシン® S 静注用錠 ドライシロップ

小さな体で
大きな力

健保適用



■使用上の注意(抜粋) [静注用]

次の患者には投与しないこと
ホスホマイシンに対して過敏症の既往歴のある患者

独特な構造がすぐれた特性をもたらしました。

その他の用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご参照下さい

(資料請求先)



明治製薬株式会社
104 東京都中央区京橋2-4-16



抗てんかん剤(バルプロ酸ナトリウム徐放性顆粒剤)

指
要指 **セレニカ® R 顆粒**
Selenica-R Granules 健保適用

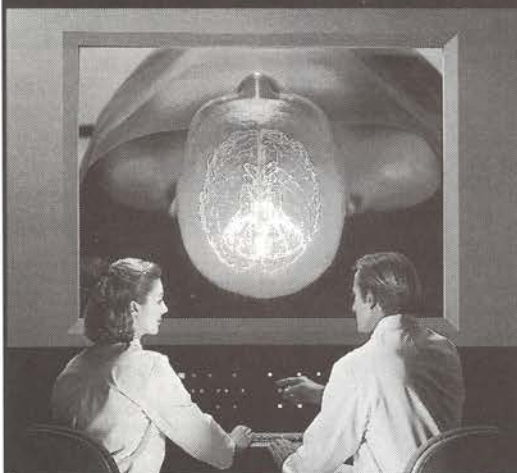
組成、効能・効果、用法・用量、使用上の注意、禁忌、相互作用等は製品添付文書をご参照下さい。



(資料請求先)
日研化学株式会社
本社 東京都中央区築地5-4-14
電話 ダイアルイン東京03(3544)8858

00657

世界初、ミオシン軽鎖リン酸化酵素阻害剤



ビジュアルのモニター画像はハメコミ合成です。
画像提供/東京慈恵会医科大学ME研究室 鈴木直樹
日本ビクター株式会社 3Dプロジェクト

**「くも膜下出血の術後は？」
「脳血管攣縮および
これに伴う脳虚血症状の改善」**

製造発売元 **旭化成工業株式会社**
大阪市北区堂島浜一丁目2番6号
資料請求先 医薬学術部：東京都港区芝浦4丁目5番13号

【警告】

本剤の臨床試験において、頭蓋内出血(脳内出血、硬膜外血腫、硬膜下血腫、脳室内出血、頭皮下血腫、くも膜下出血)の発現が認められている。本剤の投与は緊急時に十分対応できる医療施設において行うこと。また、本剤の投与に際しては、臨床症状及びコンピューター断層撮影による観察を十分に行い、出血が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

【禁忌】 次の患者には投与しないこと

- (1) 出血している患者：頭蓋内出血(「警告」の項を参照)
- (2) 頭蓋内出血の可能性のある患者：出血した動脈瘤に対する十分な止血処置を術中に施すことができなかった患者(「警告」の項を参照)
- (3) 低血圧の患者 [本剤の投与により低血圧があらわれることがある。]

■使用上の注意 1. 一般的注意 1) 本剤の臨床試験において、頭蓋内出血(666例中8例9件、その内訳は脳内出血3件、硬膜外血腫2件、硬膜下血腫1件、脳室内出血1件、頭皮下血腫1件、くも膜下出血1件)の発現が認められている。なお、プラセボを対照とした比較試験では、本剤での頭蓋内出血の発現率は1.5%(136例中2例)であり、プラセボでの発現率は1.4%(140例中2例)であった。2) 本剤の投与に際しては、臨床症状及びコンピューター断層撮影による観察を十分に行い、頭蓋内出血が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。3) 本剤の投与により低血圧があらわれることがあるので、血圧の変動に注意し、投与速度に注意するなど慎重に投与すること。4) 次の患者では、有効性が確立されていない。(1) 重篤な意識障害のある患者(使用経験が少ない) (2) 70歳以上の高齢者(機能予後の改善がみられない可能性がある) 5) くも膜下出血に重症の脳血管障害(モヤモヤ病、巨大脳動脈瘤など)を合併している患者では、有効性及び安全性が確立されていない(使用経験がない)。6) 本剤の投与は、2週間を目安とし、漫然と投与しないこと。2. 副作用 (1) 重大な副作用 1) 頭蓋内出血：ときに頭蓋内出血があらわれることがある(「一般的注意」の1)及び2)を参照)。

※「効能・効果」、「用法・用量」、その他、使用上の注意については、製品添付文書をご参照下さい。



劇
指
要指

蛋白リン酸化酵素阻害剤

薬価基準収載

エリル® 注

新発売

一般名：塩酸ファスジル(fasudil hydrochloride)

H7.10

脳血管障害後遺症、 虚血性心疾患、IgA腎症

効能

- 無痛性虚血性心疾患、狭心症
 - 下記疾患にもとづく諸症状(頭痛、頭重、めまい、しびれ感および睡眠障害など)の改善
脳梗塞後遺症、脳出血後遺症、脳動脈硬化症
 - 下記疾患における尿蛋白減少
腎機能障害軽度～中等度のIgA腎症
- 用法、注意等は添付の能書等を参照。

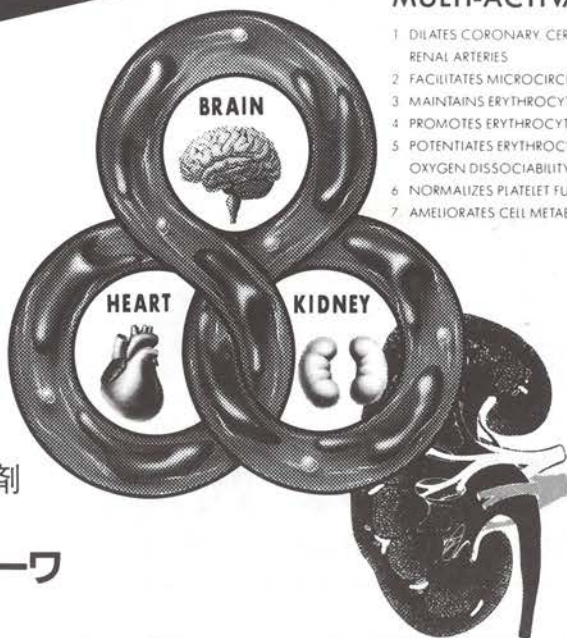
要指 心・脳・腎疾患治療剤

コメリアン[®]ユーワ

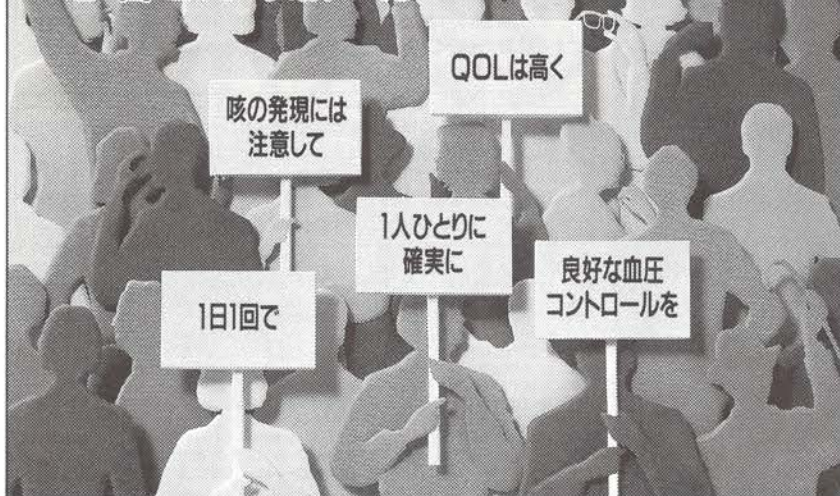
Kowa 販売元 興和新薬株式会社

CIRCULATORY MULTI-ACTIVATOR

- 1 DILATES CORONARY CEREBRAL AND RENAL ARTERIES
- 2 FACILITATES MICROCIRCULATION
- 3 MAINTAINS ERYTHROCYTE NORMALCY
- 4 PROMOTES ERYTHROCYTE DEFORMABILITY
- 5 POTENTIATES ERYTHROCYTE OXYGEN DISSOCIABILITY
- 6 NORMALIZES PLATELET FUNCTION
- 7 AMELIORATES CELL METABOLISM



患者さんの願いは



■ 効能・効果

- 高血圧症
- 腎実質性高血圧症

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 1) 本剤に対し、過敏症の既往歴のある患者
- 2) 他のアンジオテンシン変換酵素阻害剤による血管浮腫の既往歴のある患者
- 3) デキストラン硫酸セルロースを用いたLDLアフェレーシス施行中の患者
- 4) アクリロニトリルメタリルスルホン酸ナトリウム膜(AN69[®])を用いた血液透析施行中の患者
- 5) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
(「妊婦・授乳婦への投与」の項より要約)

アンジオテンシン変換選択性阻害剤

薬価基準収載



指要指 タナトリル[®]錠 2.5 5 10

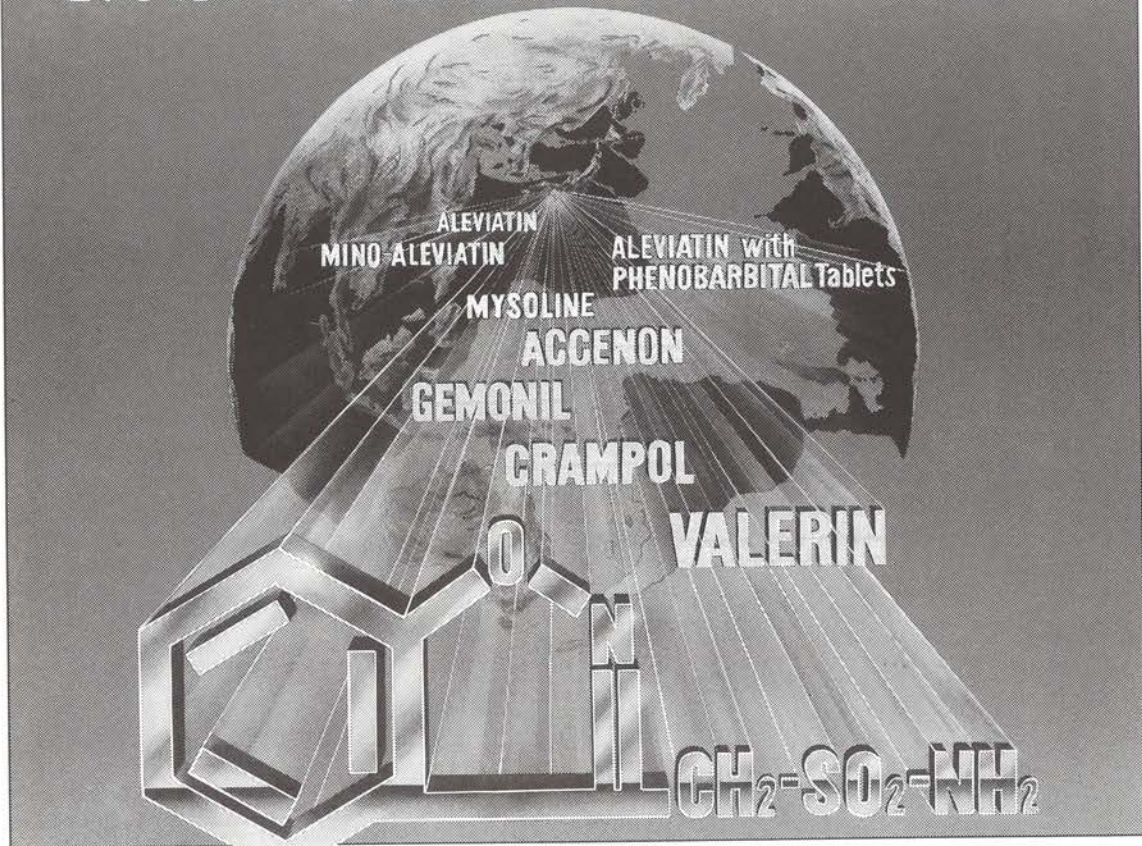
Tanatril[®] (一般名: 塩酸イミダプリル)

※用法・用量、使用上の注意の詳細等は、製品添付文書をご覧ください。



〈資料請求先〉
田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号

てんかんの薬物治療に新たな展開



■特徴

- 広い発作型スペクトラム
- 他剤で発作の抑制が不十分な症例922例中54.1%に治療効果
- 単剤治療が期待できる
- 2剤型があり、用量調整が容易

■組成

錠100mg:1錠中ゾニサミド100mg含有。
散:1g中ゾニサミド200mg含有。

■効能・効果

部分てんかんおよび全般てんかんの下記発作型

部分発作

単純部分発作〔焦点発作(ジャクソン型を含む)、自律神経発作、精神運動発作〕
複雑部分発作〔精神運動発作、焦点発作〕

二次性全般化強直間代けいれん〔強直間代発作(大発作)〕

全般発作

強直間代発作〔強直間代発作(全般けいれん発作、大発作)〕
強直発作〔全般けいれん発作〕
非定型欠神発作〔異型小発作〕
混合発作〔混合発作〕

■薬価基準収載

■使用上の注意

1. 一般的注意 (1) 適用中における投与量の急激な減量ないし投与の中止により、てんかん重症化があらわれることがあるので、投与を中止する場合には、徐々に減量するなど慎重に行うこと。なお、高齢者、虚弱者の場合は特に注意すること。(2) 適用中は定期的に肝・腎機能、血液検査を行うことが望ましい。(3) ねむけ、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注意すること。(4) 用量調整をより適切に行うためには本剤の血中濃度測定を行うことが望ましい。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

1. 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 重篤な肝機能障害またはその既往歴のある患者〔血中濃度が上昇するおそれがある。〕
3. 相互作用 併用に注意すること (1) 抗てんかん剤(フェニトイン、カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウム等)〔併用の他の抗てんかん剤を減量または中止する場合には、本剤の血中濃度が上昇することがあるので注意すること。〕(2) フェニトイン〔フェニトインの血中濃度が上昇させることがあるので、併用する場合には、慎重に投与すること。〕

5. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上または頻度不明) (1) 重篤な副作用 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)、無顆粒球症、急性腎不全 まれにこのような副作用があらわれることがあるので、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。(2) その他の副作用 1) 過敏症 ときに発疹・痒疹等過敏の過激症状があらわれることがあるので、このような場合には、投与を中止すること。2) 精神神経系 ねむけ、無力感・自覚性低下、精神活動緩慢化、運動失調、ときに倦怠・脱力感、記憶・判断力低下、易刺激性・焦燥、抑うつ・不安・心気、睡眠障害、幻覚・妄想状態、幻聴・幻視、精神病様症状、意識障害、被害感、頭痛・頭重、不随意運動・振戦、感覚異常、しびれ感、精音障害、眩暈、胸部圧迫感、平衡障

害があらわれることがある。3) 眼 ときに複視・視覚異常、眼振があらわれることがある。4) 消化器 食欲不振、ときに悪心・嘔吐、胃痛、腹痛、下痢、便秘、流涎、口渇等があらわれることがある。5) 血液 ときに白血球減少、貧血、血小板減少、好酸球増多があらわれることがある。6) 肝臓 ときにγ-GTP、ALP、GPT、GOTの上昇があらわれることがある。7) 腎臓 ときに蛋白尿、まれにBUN、クレアチニンの上昇、また、結石があらわれることがある。8) その他 ときに体重減少、発熱、発汗減少、口内炎、眼痛、しゃっくり、排尿障害・失禁、まれに動悸、乳腫腫脹があらわれることがある。

※用法・用量、その他の使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

■お知らせ

平成4年4月1日から、平成4年3月7日厚生省告示第41号により1回90日間分投薬が認められています。

〈ベンズイソキサゾール系〉 EXCEGRAN

抗てんかん剤

エクセグラン®

EXCEGRAN

●●●(錠) エクセグラン錠100mg

●●●(散) エクセグラン散

(ゾニサミド製剤)

〔資料請求先〕
P 大日本製薬

〒541 大阪市中央区道修町2-6-8

E-10

ニューキノロンが変わる。 強く、やさしく。より自由に。クラビット

LVFX

強さと広さを得て

ニューキノロンが変わります。

クラビットは

オフロキサシン(OFLX)よりさらに強い

抗菌活性と広い抗菌スペクトラムを有し、

急性から慢性・難治性感染症まで治療の幅が広がりました。

クラビットの
特徴

1. 適応23菌種におよぶ広い抗菌スペクトラム
2. 肺炎球菌や緑膿菌などに対しオフロキサシン(OFLX)のほぼ2倍の抗菌力
3. 良好な組織移行性と未変化体での高い尿中排泄
4. 各種感染症に対し幅広く取得した52の適応症
5. 副作用の発現率は2.77%
6. 通常用量に加え、重症または効果不十分例への投与が可能
7. 錠剤に加えニューキノロン初の細粒剤

■効能・効果

ブドウ球菌属、肺炎球菌、化膿レンサ球菌、溶血レンサ球菌、腸球菌属、ヘブドストレプトコッカス属、淋菌、ブランハメラクターリス、プロピオニバクテリウム・アクネス、大腸菌、シトロバクター属、サルモネラ属(チフス菌、パラチフス菌を除く)、シゲラ属、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア属、プロテウス属、コレラ菌、緑膿菌、インフルエンザ菌、アシネトバクター属、カンピロバクター属、クラミジア・トラコマティスのうち本剤感受性菌による下記感染症

- 肺炎、慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症(感染時)、慢性呼吸器疾患の二次感染
- 咽頭炎、扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、急性気管支炎
- 腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎、副睾丸炎、淋菌性尿道炎、非淋菌性尿道炎
- 子宮内感染、子宮頸管炎、子宮付属器炎、バルトリン腺炎
- 毛囊炎(膿疱性瘡癤を含む)、臍、臍腫脹、よう、伝染性膿痂疹、丹毒、蜂巣炎、リンパ管(筋)炎、化膿性爪囲炎(瘻道を含む)、皮下膿瘍、汗腺炎、集簇性瘡癤、感染性粉瘤、肛門周囲膿瘍
- 乳腺炎、外傷・熱傷・手術創等の(表在性)二次感染
- 胆のう炎、胆管炎
- 外耳炎、中耳炎、副鼻腔炎、化膿性唾液腺炎
- 眼瞼炎、麦粒腫、涙管炎、結膜炎、睑板腺炎
- 細菌性病、感染性腸炎、サルモネラ腸炎、コレラ
- 歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎

■用法・用量

通常、成人に対して、レボフロキサシンとして1回100mg(錠：1錠または細粒：1g)を1日2〜3回経口投与します。なお、感染症の種類および症状により適宜増減しますが、重症または効果不十分と思われる症例にはレボフロキサシンとして1回200mg(錠：2錠または細粒：2g)を1日3回経口投与してください。

■使用上の注意

下記のことにご注意ください。

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめます。

1. 禁忌(次の患者には投与しないこと)
 - ① 本剤の成分およびオフロキサシンに対し過敏症の既往歴のある患者
 - ② 妊婦または妊娠している可能性のある婦人(「妊婦・授乳婦への投与」の項参照)
 - ③ 小児(「小児への投与」の項参照)

2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- 1) 高度の腎障害のある患者
[高い血中濃度の持続が認められている。]
- 2) かん等(「重れん」)の既往歴のある患者
[「重れん」を起こすことがある。]
- 3) キノロン系抗菌剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- 4) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

3. 相互作用 併用に注意すること

- 1) フェニル酢酸系またはプロピオン酸系非ステロイド性消炎鎮痛剤(「重れん」を起こすおそれがある。)
- 2) アルミニウムまたはマグネシウム含有の制酸剤、鉄剤
[本剤の吸収が低下し、効果が減弱されるおそれがある。]

4. 副作用(「まれに」：0.1%未満、「ときに」：0.1〜5%未満、副詞なし：5%以上または頻度不明)

- 1) 重大な副作用
下記の重大な副作用がまれにあらわれることがあるので、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し、適切な処置を行うこと。
(1) ショック、アナフィラキシー様症状
(初期症状：紅斑、悪寒、呼吸困難等)
(2) 中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)
(3) 重れん
(4) 急性腎不全
(5) 黄疸(初期症状：嘔気・嘔吐、食欲不振、倦怠感、発熱等)
(6) 無顆粒球症(初期症状：発熱、咽頭痛、倦怠感等)
(7) 間質性肺炎
(症状：発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等)
(処置方法：副腎皮質ホルモン剤投与等)
(8) 偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎
(症状：腹痛、頻回の下痢等)
(9) 横紋筋融解症(急激な腎機能悪化を伴うことがある)
(症状：筋肉痛、脱力感、CPK上昇、血中および尿中ミオグロビン上昇等)

2) 海外での重大な副作用

- 下記の重大な副作用が海外において他のニューキノロン系抗菌剤でまれに報告されているので、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し、適切な処置を行うこと。
- (1) アキレス腱炎、腱断裂等の腱障害
 - (2) 過敏性血管炎
 - (3) 錯乱、抑うつ等の精神症状
 - (4) 頻度での重大な副作用
下記の重大な副作用が他のニューキノロン系抗菌剤で

まれに報告されているので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(1) 低血糖(高齢者、特に腎障害患者であらわれやすい)

4) その他の副作用

(1) 過敏症 まれに浮腫、じん麻疹、熱感、光線過敏症、また、ときに発疹、痒痒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すること。

(2) 精神神経系 まれに振戦、しびれ感、視覚異常、耳鳴、幻覚、眠気、また、ときに不眠、めまい、頭痛等があらわれることがある。

(3) 腎臓 ときにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがある。

(4) 肝臓 ときにGOT、GPT、A/P、 γ -GTPの上昇等があらわれることがある。

(5) 血液 ときに貧血、白血球減少、血小板減少、好酸球増多等があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止すること。

(6) 消化器 ときに悪心、嘔吐、腹部不快感、下痢、食欲不振、腹痛、消化不良、まれに口内炎、舌炎、口渇、腹部膨満感、便秘等があらわれることがある。

(7) その他 まれに倦怠感、発熱、動悸、味覚異常があらわれることがある。

5. 高齢者への投与

本剤は、主として腎臓から排泄される(「体内薬物動態」参照)が、高齢者では腎機能が低下していることが多いため、高い血中濃度が持続するおそれがあるため、1回100mg、1日2回など投与量ならびに投与間隔に留意し、慎重に投与すること。

6. 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、妊婦また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) オフロキサシンで母乳中へ移行することが知られているので、授乳婦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。

7. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していないので、小児には投与しないこと。

8. その他

動物実験(幼若犬、若い成犬(13ヵ月齢)、幼若ラット)で間隔異常が認められている。

★取扱い上の注意などにつきましては、製品添付文書をご参照ください。

広範囲経口抗菌製剤

クラビット® 錠・細粒

Cravit (レボフロキサシン製剤)

第一製薬株式会社

資料請求先 東京都中央区日本橋三丁目14番10号



狙いどおりに
確かな降圧
手応えの「ヒポカ」

1日1回の投与で血圧を良好にコントロールします。

- 夜間に過度な降圧を示すことなく、早朝の血圧上昇を抑制します。
- 高血圧症だけでなく腎実質性・腎血管性高血圧症にも効能・効果を有します。
- 腎糸球体および血管の高血圧性病変の進展を抑制します。(ラット)
- 主な副作用は顔面紅潮、動悸、頭痛、めまい・ふらふら感などです。

持効性Ca拮抗剤〈塩酸バルニジピン徐放製剤〉 HypoCa

（効指
要指）

ヒポカ[®] 5mg
10mg
15mg カプセル

【資料請求先】 山之内製薬株式会社 学術情報部 〒103 東京都中央区日本橋本町2-3-11

薬価収載

【効能・効果】

高血圧症、腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症

【用法・用量】

通常、成人には塩酸バルニジピンとして10～15mgを1日1回朝食後に経口投与する。ただし、1日5～10mgより投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。

【使用上の注意】（抜粋）

1. 一般的注意 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. 次の患者には慎重に投与すること 重篤な肝・腎機能障害のある患者
3. 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。(4)他のカルシウム拮抗剤(ニフェジピン等)でリファンピシンの併用により、これらの作用が減弱されることが報告されている。

4. 副作用 (1)肝臓 ときにGOT、GPTの上昇等があらわれることがあるので、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こと。(2)腎臓 ときに尿酸、BUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがあるので、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こと。(3)消化器 ときに悪心・嘔吐、便秘等の症状があらわれることがある。(4)循環器 ときに動悸、顔面紅潮、熱感、のぼせ、浮腫、脱力感、倦怠感、胸部圧迫感等があらわれることがある。(5)精神神経系 ときに頭痛、頭重、めまい・ふらふら感等があらわれることがある。(6)過敏症 ときに発赤・発疹、痒痒感等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。(7)その他 ときに耳鳴、血清クアアチンホスホキナーゼの上昇があらわれることがある。※その他の使用上の注意等詳細は、製品添付文書をご参照ください。



全般てんかんに有用性の高い
バルプロ酸ナトリウム製剤

抗てんかん剤 (バルプロ酸ナトリウム製剤)

指
要指

デパケン®

Depakene

デパケン錠
デパケン錠 100
デパケンR錠 100
デパケンR錠 200
デパケン細粒 200
デパケン細粒 400
デパケンシロップ

【効能・効果】

各種てんかん(小発作・焦点発作・精神運動発作ならびに混合発作)
およびてんかんに伴う性格行動障害(不機嫌・易怒性等)の治療

禁忌(次の患者には投与しないこと)
重篤な肝障害のある患者[肝障害が強くあ
らわれ致死的になるおそれがある。]

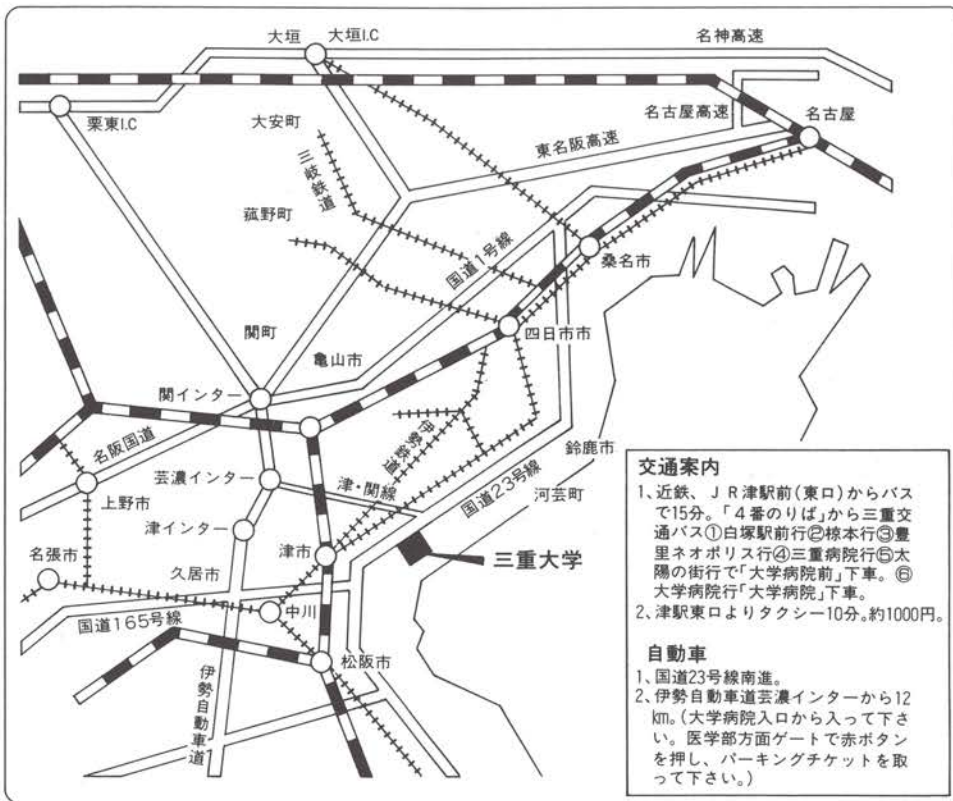
*「用法・用量」、「使用上の注意」は製品添付文書をご参照下さい。



製造発売元 (資料請求先)
協和発酵工業株式会社
東京都千代田区大手町1-6-1

《会場御案内》

大学案内地図



会場案内図

