P-122
脳梗塞患者の患者指導の内容とそれに対する患者の感想についての分析

福岡赤十字病院[1]、福岡赤十字病院　看護部[2]、
福岡赤十字病院　地域医療連携室[3]、福岡赤十字病院　事務部総務課[4]

○緒方（おがた）　利安（としやす）[1]、高島　静美[2]、藤　成美[2]、和田　桂典[3]、
安達　浩平[4]、北山　次郎[1]

【背景と目的】脳卒中の予防啓発と多職種による患者支援機能の強化のため、脳卒中コア施設では脳卒中相談窓口の設置が義務づけられた。今回我々は看護師による患者指導を分析し、特にその指導内容に対する患者の感想について分析した。
【方法】当院に脳卒中相談窓口が設置される前の2022年4月から12月までに、患者指導を行なった6名について後ろ向きに検討した。患者背景因子や脳梗塞の病型、患者への指導内容とそれに対する患者の感想はカルテに詳述されており、それを参考にした。解析は質的研究支援ソフトであるNvivoを用いた。患者への指導内容については解析者がコーディングを行なう一方、患者の感想についてはソフトウェアの自動コーディング機能を使用し、肯定的・否定的な感想に分けた。肯定的・否定的な感想についてそれぞれ分析した。
【結果】看護師の指導内容、感想ともに高血圧、喫煙、FAST、内服にコーディングすることができた。肯定的・否定的な感想が得られたのはそれぞれ1名、3名だった。肯定的な意見は「運動に取り組みたい」などの意見が出る一方、否定的な意見では「想像より怖い病気」、「自分なりに対応していたのに何故発症したのか」、「脳梗塞の原因が分からないのが不安」などの意見があった。
【考察と結論】脳卒中は再発しやすい疾患であり、予防のために高血圧、糖尿病、喫煙といった危険因子の管理のための生活習慣の指導が重要である。今回の検討で患者の肯定的・否定的な感想の一部を垣間見ることができた。患者の意見を聞き続けて我々の経験値を上げることで、患者さんの満足度向上に寄与し、今後の脳卒中相談窓口の改善・発展につなげたい。

P-123*
短期間で脳動脈瘤を形成し術中くも膜下出血を来した1例

熊本赤十字病院[1]、熊本赤十字病院　病理診断科[2]

○井上惠二朗（いのうえけいじろう）[1]、徳田　高穂[1]、潟山　高士[1]、長谷川　秀[1]、
武末　吉広[1]、坪木　辰平[1]、戸高　健臣[1]、岡崎　菜沙[2]、
安里　嗣晴[2]

脳動脈瘤は長期の経過で増大すると考えられているが，短期間で形成されくも膜下出血に至る症例が報告されている．今回非常に短期間に脳動脈瘤を形成し術中に破裂した1例を経験したため報告する．　症例は74歳女性．静脈への逆流を伴った海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻に対してに経静脈的塞栓術（TVE）を試みたが，マイクロカテーテルの挿入困難のため断念，後日改めて開頭下でシルビウス静脈からのTVEの方針とした．麻酔導入まで意識清明で神経脱落所見は認められなかったが，全身麻酔下で開頭したところ，開頭した段階で脳腫脹とシルビウス裂内の血腫を認めた．まずは硬膜動静脈瘻に対しTVEを行った．マイクロカテーテル挿入困難であり，顕微鏡下で出血源精査および逆流する静脈の離断術の方針とした．内頚動脈～中大脳動脈（MCA）M2分岐部までに明らかな脳動脈瘤がないことを確認した．硬膜動静脈瘻の逆流血管からの出血と判断し，逆流血管を離断して手術を終了した．　術後意識障害，右上下肢麻痺，失語症状を認めた．脳血管造影検査を行ったところ，MCA M3に脳動脈瘤を認め，くも膜下出血の原因と判断した．1カ月前の精査では，同部位に動脈瘤は認めず，短期間で形成された脳動脈瘤と考えられた．後日，トラッピング，瘤切除及びSTA-MCAバイパスを行った．動脈瘤の病理所見では明らかな解離，石灰化や炎症反応は認められず，その他疾患を示唆する典型的所見は認められなかった．　その後，失語は残存しているものの，歩行訓練も可能となり，リハビリ継続のため転院となった．　今回，急速に形成される脳動脈瘤の原因について，文献的考察を加え報告する．

P-124*
脳脊髄液減少症にて発症した初期特発性脊髄ヘルニアの一例

前橋赤十字病院[1]、国立がん研究センター中央病院　脳脊髄腫瘍科[2]、
群馬大学医学部附属病院　脳神経外科[3]

○鈴木（すずき）　啓友（よしとも）[1]、宇敷　雅人[1]、中村　俊介[1]、矢島　翼[1]、
山田　匠[1]、大澤　祥[2]、吉澤　将士[1]、本多　文昭[3]、
朝倉　健[1]

特発性脊髄ヘルニアは硬膜欠損部に脊髄が陥入することで発症する緩徐進行性の疾患である．今回我々は脳脊髄液減少症にて発症した特発性脊髄ヘルニアの一例を経験したため報告する．30歳女性．起立性頭痛・めまいを主訴に当科受診．脊髄MRIで硬膜外液体貯留を認め，脳槽シンチグラフィーで上位胸椎に髄液漏出を疑う所見を認めた．脳脊髄液漏出症の診断でブラッドパッチを施行．症状は部分的に改善したが残存していた．術後MRI，CTミエログラフィーでTh4レベルの脊髄が硬膜左腹側に陥入する所見を認めた．脳脊髄液漏出点と一致していたことから特発性脊髄ヘルニアにより脳脊髄液減少症を発症したと判断した．後方アプローチにて硬膜欠損部閉鎖術を施行．術中所見では術前画像に一致した部位に硬膜欠損部を認めた．脊髄は容易に硬膜欠損部から引き出すことができ，著明な変性は認めなかった．硬膜欠損部は縫合閉鎖した．術後から起立性頭痛は軽快した．

P-125*
取り下げ

P-126
透析用カフ型カテーテル留置による合併症の検討

京都第一赤十字病院[1]、京都第一赤十字病院　脳神経外科[2]

○大林（おおばやし）　勇輝（ゆうき）[1]、尾池　拓海[1]、大中　毬花[1]、中ノ内恒如[1]、
飯森　未沙[1]、中田　智大[1]、中山雅由花[1]、木村　聡志[2]

日本透析医学会統計調査委員会の報告によると、2021年末にわが国において慢性透析療法を受けている患者総数は349,700人であり、その有病率は台湾に次いで世界2位である。平均年齢は69.67歳と年々増加傾向で、透析歴においても10年以上の患者が27.5%と患者の高齢化が顕著である。
治療形態では腹膜透析は3.0%に過ぎず、体外循環透析（血液透析、血液透析濾過、血液濾過、在宅血液透析）が97%を占める。つまり、これらの全てにバスキュラーアクセス（VA）が必要であるが、上記のような患者の高齢化が著しい状況は同時に自己血管の荒廃化や心機能低下を有する症例の増加を意味している。そのような症例は、いわゆる内シャント（動静脈瘻）が作成困難なことから、カフ型カテーテル（長期留置型カテーテル）を使用することが多くなっている。同委員会の体外循環透析患者を対象にしたVAに関する報告では、2017年末において男性で0.9%、女性で2.2%にカフ型カテーテルが使用されていた。
しかし、カフ型カテーテル留置においては、当然その合併症にも留意しなければならない。多くはカテーテルトラブル（出口部やトンネル部の感染、皮下膿瘍形成、屈曲、破断や回路との接続部の破損など）であるが、時に長期的にカテーテルを留置したことが原因と考えられる合併疾患も経験する。今回我々はカフ型カテーテルを留置中に、合併症として、それぞれ脳梗塞、脳出血、呼吸苦症状が認められた3例を経験したので報告する。

P-127
大森赤十字病院におけるボツリヌストキシン膀胱壁内注入療法の治療成績

大森赤十字病院

○浅野（あさの）　桐子（とうこ）、大塚　幸宏

【背景】過活動膀胱は尿意切迫を主症状とし、頻尿、夜間頻尿、切迫性尿失禁を伴う症状症候群である。治療は行動療法、薬物療法、神経変調療法等があり、その主体は薬物療法となる。なかでもボツリヌストキシン膀胱壁内注入療法は2020年に保険収載され、その有効性から、2022年に改定された過活動膀胱ガイドラインで推奨グレードAを獲得した。
【目的】大森赤十字病院におけるボツリヌストキシン膀胱壁内注入療法の有効性を検討する。
【症例】過活動膀胱に対し従来の薬剤に抵抗性の症例12例
【方法】ボツリヌストキシン100単位を生食10 mLに溶解し、20箇所に分けて0.5 mLずつ膀胱壁内に注射した。術前後で過活動膀胱症状スコア(OABSS)および残尿量を測定し、治療による変化をt検定で解析した。
【結果】副作用として、尿閉を1例、排尿困難を1例認めた。周術期合併症として、麻酔の影響と思われる心停止を1例認めた。残尿は術前後で増える傾向にあったが有意差は認めなかった。Total OABSSは有意差を持って減少した。尿意切迫感に関するスコアも有意に減少した。Total OABSSに変化を認めなかった症例でも、術前に全尿失禁だったものが尿禁制を保てるようになった症例や、尿回数が減った症例もあり、満足度は比較的高かった。
【結論】ボツリヌストキシン膀胱壁内注入療法は有効性が高く、従来の内服薬で満足な効果が得られない症例に勧められる。