P9-49

奇異性塞栓による橋梗塞を契機に診断に至ったRendu-Osler-Weber病の1例

前橋赤十字病院　神経内科[1)]、前橋赤十字病院　呼吸器外科[2)]

○荻野（おぎの）　美里（みさと）[1)]、水島　和幸[1)]、上吉原　光宏[2)]、針谷　康夫[1)]

Rendu-Osler-Weber病（Osler病）（遺伝性出血性毛細血管拡張症）は、皮膚や粘膜の毛細血管拡張、臓器の多発性動静脈奇形を認め、鼻出血や消化管出血をきたす常染色体優性遺伝性の疾患である。今回、奇異性塞栓による橋梗塞を契機に診断に至ったOsler病の一例を経験したので報告する。症例は35歳女性。幼少時よりバチ状指、易疲労感を自覚。起床時よりの後頭部痛、左上下肢の麻痺を主訴に来院。左片麻痺、構音障害、左側反射亢進を認め、MRI拡散強調画像で橋正中～右側に高信号域がみられ、橋梗塞と診断した。低酸素血症（SpO2 86.9%）、多血症（Hb 21.6g/dl、Ht 65.8%）を認め、皮膚・胃粘膜毛細血管拡張、胸部CTで多発性肺動静脈奇形（PAVM）の存在、同様所見を呈す家族歴からOsler病と診断した。橋梗塞の病因として、PAVMによる奇異性塞栓を考え、エダラボン、グリセロールにて加療。PAVMに対してはコイル塞栓術を施行した。PAVM合併Osler病では、約10%に脳梗塞（平均発症年齢42歳）を認めることから（Cottin et al. Medicine, 2007）、若年発症の脳梗塞患者では本疾患を考慮に入れ、病歴や身体所見に注意を払うとともに、PAVMの検索が重要であると思われた。

P9-50

脳静脈血栓症の臨床的検討

石巻赤十字病院　脳神経外科

○沼上（ぬまがみ）　佳寛（よしひろ）、石川　脩一、加藤　薫子

【目的】脳静脈血栓症は、診断が必ずしも容易でなく、また予後も良好でないことも多く、初期診断、初期治療が肝要な疾患である。今回、当施設で経験した急性期脳静脈血栓症の臨床的特徴、治療方針を検討した。
【方法】対象は2007年から2009年まで、当科に入院した症例のうち、画像上急性期脳静脈血栓症を認めた7例。脳静脈血栓症の診断後、出血例では24時間以上出血増大の無いことを確認後、その他の例では直ちに抗凝固療法を行った。また脳静脈血栓症の原因精査を行った。
【結果】7例の内訳は男2例、女性5例、平均年齢56歳、脳静脈塞栓症としての初発症状は、頭痛4例、痙攣1例、片麻痺1例、意識変容1例。初期CT診断は脳出血3例、梗塞／浮腫1例、急性硬膜外血腫1例、異常なし2例であった。初診時に発熱のあった症例はなかった。脳出血は全例皮質下出血、梗塞／浮腫は小脳に認めた。また2例は他の頭蓋内疾患の治療中に、偶発あるいは2次的に発生したと思われた。初期CT診断より脳静脈血栓症の診断が得られるまで平均43時間（1－121時間）を要し、6例はMRIで1例はCTAで診断された、深部静脈血栓症の診断にはMRI-T2*像が有用であった。基礎疾患としては抗リン脂質抗体症候群、抗酸球増多症候群、副鼻腔炎、女性ホルモン剤服用、副腎皮質ホルモン服用、下肢深部静脈血栓症が認められた。治療開始後の経過は、7例のうち、5例で急性期に神経症状が悪化し、うち1例は死亡した、他2例のうち1例は慢性期に門脈閉塞により死亡した。抗凝固療法に起因する合併症はなかった。
【考察】脳静脈血栓症は稀な疾患であるが、予後不良であることも多く、また予期せぬ増悪のあることもある。従って、症状や初期画像診断より可能性の否定できない症例では、本疾患を鑑別にいれ、早めにMRIを撮像し、またこれを認めた際には積極的な抗凝固療法を検討することが重要と思われた。

P9-51

開頭術後に顕在化した硬膜動静脈瘻に対し、direct sinus packingを行った1例

松江赤十字病院　脳神経外科

○並河（なびか）　慎也（しんや）、中岡　光生、矢原　快太、大林　直彦

開頭術後に、開頭部位近傍に硬膜動静脈瘻（dural AVF）が顕在化することがある。今回われわれは開頭術後に生じたと推測されるdural AVFに対し、direct sinus packingを施行したので報告する。症例は39歳男性。2年前に他院にて左三叉神経痛に対して神経血管減圧術を施行され、経過は良好であった。今回、頭痛、耳鳴りを主訴に松江赤十字病院救急外来を受診。頭部CTにて左側頭葉の脳浮腫を認めたため、当院紹介となった。DSAにて左横・S状静脈洞部dural AVF（Larwani grade4）を認め、流出路はisolated sinusを介して皮質静脈へ逆流していた。初回治療にて経静脈的塞栓術を試みたが、isolated sinusへ到達できず、主な流入動脈である左後頭動脈、中硬膜動脈を塞栓するのみに終わった。2回目の治療では術中DSAを用いた小開頭によるdirect sinus packingを行い、fistula point及び罹患静脈洞を塞栓し、瘻は完全に消失した。術後、症状は消失し、画像上再発なく経過良好である。

P9-52

脳室ドレナージの管理～クレンメ開閉し忘れの実際～

さいたま赤十字病院　看護部　脳神経外科

○利根川（とねがわ）　三佳（みか）、河又　麻衣、増田　夕季

当病棟は38床の脳神経外科病棟である。当院では、破裂脳動脈瘤の占める割合が多く、急性水頭症を合併し、脳室ドレナージ（Ventricular drainage、以下VDDと略す）を留置する患者が多い。その中で、クレンメ開閉し忘れのインシデントがみられているのが現状である。クレンメ開閉し忘れがなぜ起こるのか、またどのような時に忘れてしまうのか、当院の脳外科病棟・救急病棟看護師にVDD管理に関するアンケートを行い、その原因を明らかにしたいと考えた。そして、その原因からクレンメ開閉し忘れのミスをなくすためにはどうしていけばいいのか検討したいと思い、今研究に取り組むことにした。　アンケートの結果から、クレンメの開閉忘れは、業務的要因・環境的要因・人為的要因・知識的要因の中でも、人為的要因の過誤（ヒューマンエラー）に起因することが明らかになった。本研究では「クレンメの開閉忘れ」について重点を置いていたが、研究を進めていくうちに、クレンメの開閉は看護師の単純な“忘れ”ではないことが分かった。知識不足や危機意識の欠落により、VDD留置中の患者管理及び生命に直結する事実を軽んじていたことが分かった。今回、クレンメ開閉のみに焦点を当てていたことは大変危険なことであったと反省し、ヒューマンエラー防止は人の不注意のみではなく、重要なことは個人に任せるのではなく組織的支援の教育・訓練が必要であると考えた。これらのことから、病棟スタッフに向けた知識の向上・手順統一などが必要であると考えた。