東女医大誌　第84巻　第3号
頁　106～107　平成26年6月

第43回東京女子医科大学・神経懇話会

日　時：2014年1月28日（火）18:00～19:50
場　所：東京女子医科大学　臨床講堂第2

一般演題　18:15～18:50　　座長（東京女子医科大学画像診断・核医学科）小野由子

1. 心原性脳塞栓症発症にかかわる低リスク心房細動症例の特徴
（東京女子医科大学神経内科）長尾毅彦，星野岳郎，石塚健太郎，内山真一郎
2. 親子のための心理療法と心理教育プログラム～PCIT と CARE～
（東京女子医科大学　[1]小児科，[2]女性生涯健康センター）加藤郁子[1]，舟塚　真[1]，加茂登志子[2]，永田　智[1]
3. 重症頭部外傷後に徐々に増大する外傷性動脈瘤と動静脈瘻を合併した1例
（東京女子医科大学脳神経外科）長原　歩，藍原康雄，阿南英典，山口浩司，川俣貴一，岡田芳和

特別講演　18:50～19:50　　座長（東京女子医科大学画像診断・核医学科）小野由子
情動と呼吸　　（東京有明医療大学副学長/昭和大学名誉教授）本間生夫

当番世話人：（東京女子医科大学画像診断・核医学科）小野由子
共　　催：東京女子医科大学，エーザイ（株）

1. 心原性脳塞栓症発症にかかわる低リスク心房細動症例の特徴

（東京女子医科大学神経内科）　長尾毅彦・星野岳郎・石塚健太郎・内山真一郎

〔背景と目的〕心原性脳塞栓症（CE）最大の危険因子である非弁膜症性心房細動（NVAF）には，$CHADS_2$ スコアに代表されるさまざまなリスク評価方法が提唱されているが，近年低リスク症例からの発症が増加傾向にあると言われている．当科入院症例で，CE 発症のリスク評価および，重症度を予測する因子について検討した．〔対象と方法〕2009年からの3年間に神経内科に入院した CE62 例のうち，発症前に抗凝固療法を受けていなかった連続46例を後方視的に検討した．まず，各症例の発症前の $CHADS_2$ および CHA_2DS_2-VASc スコアを算出し，その分布を調べた．次に各症例の最終脳梗塞範囲が長径30mm 以上のものを「重症例」と規定し，入院時の経胸壁心臓超音波検査所見との関連を検証した．〔結果〕発症前 $CHADS_2$ が2点未満の症例は18例（39%）を占めた．これらの症例を CHA_2DS_2-VASc で再計算すると，14例（78%）は CHA_2DS_2-VASc2点以上であった．心臓超音波所見のうち，重症例では心収縮能に差異を認めなかったが，左房径が有意に大きかった．〔結論〕NVAF を基礎疾患とする CE では，低リスクと評価される症例からの発症が半数近くを占めるが，8割の症例が CHA_2DS_2-VASc に換算することでリスク検出が可能であった．スコアが低くても，左房が拡大している症例は重症脳梗塞のリスクである可能性が示唆された．

2. 親子のための心理療法と心理教育プログラム～PCIT と CARE～

（東京女子医科大学　[1]小児科，[2]女性生涯健康センター）　加藤郁子[1]・舟塚　真[1]・加茂登志子[2]・永田　智[1]

親子のための新しい心理療法 PCIT（Parent-Child Interaction Therapy；以下 PCIT）を紹介しケースを提示した．PCIT は1970年代 S. Eyberg 教授によって開発された，養育者と子ども（2～7歳）を対象とした行動療法であり，当初は発達障害児における外在化行動障害とその養育者を対象に，次第に虐待被害を受けた子どもにも適用が拡大され，現在では米国の国立子どものトラウマストレスネットワーク The National Child Traumatic Stress Network（NCTSN）において最も推奨されるエビデンスに基づいた治療のひとつとなっている．治療室内で養育者が子どもに直接プレイセラピーを行い，セラピストは別室からマジックミラー越しにトランシーバーを使って養育者にスキルをライブコーチするユニークな治療であり，週1回60分，20回程度のセッションで，オペラント条件付けなどの方法論を用いて，親子のアタッチメントを再構築し，子どもの問題行動を減らす．日本でも導入が始まり，今後は親子のための心理療法として中心的役割を果たすと予測される．

3. 重症頭部外傷後に徐々に増大する外傷性動脈瘤と動静脈瘻を合併した1例

（東京女子医科大学脳神経外科）　長原　歩・

藍原康雄・阿南英典・
山口浩司・川俣貴一・岡田芳和

〔はじめに〕今回われわれは重症頭部外傷に伴うくも膜下出血と左 AICA pseudoaneurysm と AVF を合併した1例を経験したので報告する．〔症例〕8歳，男児．乗用車との交通外傷による重症頭部外傷で救急搬送．搬送時 GCS E1V1M5，後頭蓋硬膜外/内出血，くも膜下出血，後頭骨骨折，肝損傷，骨盤骨折を認め，他院救命救急科へ転送された．ICP 28mmHg を認め，脳室ドレーン挿入後，低体温療法を7病日まで施行した．第7病日に脳血管撮影を施行したところ，左 AICA lateral pontomedullary segment に一部血栓化を伴う動脈瘤を認めた．第14病日の脳血管撮影で動脈瘤の増大と動脈相中期より動脈瘤からの draining vein と internal jugular vein が描出され，AVF の合併を認めた．外科的加療のため，第16病日に当院へ転院搬送となった．当院にて left lateral suboccipital approach を行い，cerebello-medullary cistern で左 AICA に動脈瘤と draining vein を認めた．Premature rupture を来たし，neck が脆弱であったため，AICA を trapping し aneurysmectomy を施行した．最後に draining vein を凝固した．病理所見では主体が線維性組織と肉芽様組織からなり，血管成分を思わせる弾性繊維は認めず，pseudoaneurysm と考えられた．術後 PICA からの retrograde な血流により幸い梗塞巣は認めなかった．水頭症に対して VP シャントを施行したが，現在はシャントフリーで左顔面神経麻痺のみ残存し，ADL は自立している．〔考察〕外傷性脳動脈瘤は脳動脈瘤全体の1%であるが，小児例では約33%と高率である．動脈瘤壁は非常に脆弱であり，クリッピングは困難なことが多い．本症例では AVF も合併しており，文献的考察を加え，報告する．