

巨大脳動脈瘤の自然経過は予後不良であり、その第一の原因は出血である。これは部分血栓化を伴っていても同様であるとされる。しかし完全に血栓化した巨大脳動脈瘤が出血を起こした報告は稀である。今回の症例に対し若干の文献的考察を加え報告する。

#### 2A-119) 破裂中大脳動脈遠位部動脈瘤の5症例の経験

馬淵 正二・井須 豊彦 (釧路労災病院) 脳神経外科  
板本 孝治 (旭川赤十字病院) 脳神経外科  
上山 博康 (旭川赤十字病院) 脳神経外科

中大脳動脈遠位部に発生する脳動脈瘤は、発生頻度の低いことも相俟って、今までその臨床像に深い考慮が払われていないのが実状である。実際に、同部の破裂脳動脈瘤症例に直面してみると、我々の経験不足や無知により、診断治療について様々な困難に出会う。我々は、非細菌性、非外傷性、非腫瘍性で、sylvian hematomaを有する破裂中大脳動脈遠位部動脈瘤の5症例を治療する機会を得た。高血圧性脳内出血と誤診され8年後の血管撮影で発見された例、術前血管撮影で認識されず、術中に始めて発見された例、部位の同定を誤った例など、その診断や治療に苦慮した経験を報告する。

#### 2A-120) 導出静脈が同一であった脳動静脈奇形と髄質静脈奇形の1手術例

曲澤 聡・鈴木 明文 (秋田県立脳血管) 研究センター 脳神経外科  
岩瀬 正顕・波出 石弘 (秋田県立脳血管) 研究センター 脳神経外科  
安井 信之 (秋田県立脳血管) 研究センター 脳神経外科

症例は43歳の男性。1993年2月14日、頭痛にて発症し某院受診。CTにて右頭頂葉皮質下出血を認め入院。2月16日、意識障害が出現したため、当院に転院。来院時、意識傾眠、左不全片麻痺、左感覚障害、左半側空間失認を認めた。脳血管撮影では、動脈相より拡張した多数の髄質静脈が、1本の導出静脈にコウモリ傘様に注ぐ髄質静脈奇形(MVM)を認め、その導出静脈は上矢状洞に流入していた。また同部に右後頭頂動脈をmain feederとし、径約1cmのnidusを有し、MVMの導出静脈をdrainerとする脳動静脈奇形(AVM)を認めた。2月17日、術中脳血管撮影を行いつつ、AVMおよびMVM摘出術を施行した。術中所見では、AVM nidusからの血流はMVMの導出静脈に直接短絡していた。術後脳血管撮影では、AVM nidusとMVMは消失してい

た。術後、軽度の半側空間失認を残すのみとなり、退院予定である。以上、本症例につき報告し、若干の文献的考察を加える。

#### 2A-121) TCDによる脳血管攣縮の評価—pulsatility index について—

高谷 了・鶴野 卓史 (砂川市立病院) 脳神経外科  
藤重 正人・高山 宏 (砂川市立病院) 脳神経外科

クモ膜下出血後の脳血管攣縮の評価に、TCDによるmean flow velocity (MV)の経時的観察の有用性の報告は多くみられるが、末梢血管抵抗を表すpulsatility index (PI)の経時変化に関する報告は少ない。PIの変化には脳浮腫、頭蓋内圧が大きく関与するが、脳血管攣縮のみでは、脳細動脈の拡張により末梢血管抵抗が低下し、resistance index (RI)は低値を示すとの報告がある。脳血管攣縮の経時的観察にはMVのみでなくPIの変化も観察する必要があると考えられる。

今回は、経時的にMVの上昇とともにPIの低下がみられた症例について、脳血管撮影、SPECT所見を提示し文献的考察を加え報告する。

#### 2A-122) 脳血管攣縮の早期診断と治療へdCTの応用

長堀 毅 (社会保険高岡病院) 脳神経外科  
西嶋美知春・遠藤 俊郎 (富山医科薬科大学) 脳神経外科  
高久 晃 (富山医科薬科大学) 脳神経外科  
福田 修 (齊藤記念病院) 脳神経外科

くも膜下出血症例に対してdynamic CT (dCT)を反復し、その有用性について検討した。対象は20症例で、dCTは脳梁膨大部を通る眼窩外耳孔線に平行なスライス面で検討した。第1～3病日12例のdCTで1例に血流異常を認め、第9病日に症候性spasmが発生した。第4～10病日のdCTでは18例中5例に血流異常が出現した。症候性spasmが発生しなかった13例中9例では、dCTでも異常は認めなかった。4例では血流異常を第3～14病日に観察し血管写でspasmを確認したが、治療を行い症状は発現しなかった。5例では、第6～9病日に症候性spasmが出現し、dCTの異常も観察された。うち1例では、血管写でspasmが寛解するとともにdCT所見も改善した。barbiturate療法を施行した2例にdCTで異常を認め、1例に積極的な治療を行い、