

注後再開通し、症状の改善の見られた例で、再開塞をきたした三例を経験したので報告す。第一例は左中大脳動脈(M<sub>1</sub>)閉塞で、4時間目のU. K12万単位動注で開通し症状の著明な改善をみたが、開通部は著明な狭窄があり、2日後、症状悪化と共に再開塞し、追加動注は行なわれなかった。第二例は中大脳動脈閉塞で、U. K12万単位の動注で開通し、症状消失した。6カ月後に再発作をきたし、同部位の再開塞をきたした。U. K12万単位の動注で再開通し、症状消失した。第三例はCT上多発脳梗塞が認められ、右片麻痺を再発し、CAGでM<sub>2</sub>での閉塞あり、U. K18万単位動注で再開通し、症状改善した。3カ月後、再発作をきたし、左C<sub>1</sub>での閉塞をみ、U. K18万単位動注無効、追加の動注、全身投与でも症状改善ないが、CAGで1週間目に再開通、CTでの新しいL. Dがみられた。以上、経過の異なる再発例について私見を述べたい。

#### A-42) 急性期脳虚血の重症度とMRIの所見について

岡 亨治・奥村 智吉 (禎心会病院)  
 徳田 禎久  
 中川原讓二・武田利兵衛 (中村記念病院)  
 田中 靖通・島田 孝 (脳神経外科)  
 鈴木 知毅・中村 順一  
 末松 克美 (財団法人  
 北海道脳神経  
 疾患研究所)

<目的・方法>急性期血行再建術の是非における論議がなされている今日、脳虚血早期の画像診断は、その治療法の選択に関しても重要な役割を果たすと考えられる。我々は、発症から24時間以内に<sup>133</sup>Xe SPECTとMRIを施行し得た12例を対象として、局所脳血流量(r-CBF)と、MRIで認められた虚血病巣の進展様式について検討した。<結果>①脳虚血が高度な領域(r-CBF<15ml)では、MRI T<sub>2</sub>強調画像にて、6時間以内に皮質に高信号域が出現し、その後、皮質下を含む広範な高信号域に移行した。②脳虚血が比較的軽度(20ml<r-CBF<25ml)な場合は、6時間以後にterminal supply areaとなる皮質下白質に最初に高信号域が出現した。<結論>MRIは、X線CTよりも早期にirreversible ischemic areaを同定し得ることから、急性期血行再建術の適応を考える上で有用と考えられた。②発症から6時間以内のMRIにて皮質に虚血病巣を認めず、広範な皮質の機能障害を認める症例やprogressing strokeを呈する症例は、急性期血行再建術の適応となる可能性があると考えられた。

#### A-43) 脳梗塞超急性期例の治療におけるXe-CTの有用性について 池田俊一郎・朴 永俊 (上都賀総合病院 脳神経外科)

脳梗塞超急性期例に対して血行再建の適応を明らかにする目的でXe-CT(6分間吸入法)による $\lambda$ CBF測定を行った。症例は発症後3時間以内の脳梗塞3例で閉塞部は各々C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, M<sub>2</sub>であった。Xe-CT終了後Seldinger法にて脳血管写を施行し、閉塞を確認後、同じカテーテルからUrokinase 42万Uを動注し血行再建を試みた。M<sub>2</sub>閉塞は発症後3時間で再開通し脳梗塞を予防し得た。IC閉塞2例は発症後4時間でACAとM<sub>1</sub>穿通枝が再開通し、同部は1例では脳梗塞を回避したが1例では出血性梗塞に陥った。残存血流量はM<sub>2</sub>閉塞のMC領域では正常の60~65%であるのに対し、IC閉塞のAC, MC領域及び被殻・内包部では正常の50~60%, 35~40%, 10~35%と低値であった。以上から発症後3~4時間で再開通した場合に出血性梗塞を生じないためには $\lambda$ CBFが60%以上残存している必要があることがわかった。IC閉塞では再開通により被殻・内包部に重症の出血が生じると予想され、血行再建はさらに早期に行わなければならない。以上の如くXe-CTによる $\lambda$ CBF測定は血行再建の適応決定に極めて有用であった。

#### A-44) 中大脳動脈閉塞性病変に対する急性期STA-MCA bypass手術適応症例の脳循環動態の検討

井出 渉・中川原讓二  
 武田利兵衛・田中 靖通 (中村記念病院)  
 宇佐美 卓・佐藤 純人 (脳神経外科)  
 島田 孝・岡田 好生  
 中村 順一  
 末松 克美 (財団法人  
 北海道脳神経  
 疾患研究所)

[目的及び方法] 発症72時間以内の急性期に血行再建術(STA-MCA anastomosis)を施行した中大脳動脈閉塞症8例、狭窄症1例に対してXe-SPECT, IMP-SPECT, さらに術中Peitier式脳表血流量の測定を施行し、脳循環動態の観点より我々の適応基準のcriteriaの妥当性と問題点を検討した。[結果及び結論] ①術前critical flow level(Xe-SPECT: CBF 20~25ml/100g/min)であった症例では術後Xe-SPECT, IMP-SPECTにてCBFの有意な上昇および脳血管反応性の改善を認めた。②術中Peitier式CBF測定による脳表血流のcritical flow levelは25ml/100g/min前後であり、本法によるCBF