断された.〔結論〕短時間で脳血液灌流の状態を確認することができるCTP検査は，CBFやCBVなど複数の指標による脳血液灌流の評価が可能であるため，AISと類似した臨床像を呈する急性期疾患との鑑別に有用な診断学的情報を提供すると考えられる.

3. 透析患者の上位頚椎病変

（東京女子医科大学整形外科）
和田圭司・村田泰章・
玉木　亮・沼口大輔・加藤義治

〔目的〕透析患者の上位頚椎の手術成績を調査したので報告する.〔対象および方法〕対象は，透析患者で上位頚椎に対して手術を施行した9例であり，上位頚椎DSA（destructive spondyloarthropathy）が7例，偽腫瘍2例であった．上記に対して，術前透析期間，術式，術前後JOAscore，周術期合併症，術後X線につき検討した.〔結果〕術式はDSA群には，Magerl and Brooks（MB）法3例，後頭骨（Oc）から下位頚椎固定術4例が施行された．偽腫瘍は2例共にC1後弓切除が施行された．JOAscoreは術前平均3.7点，術後平均6.5点であった．周術期合併症の1例は，腹膜炎により術後2ヵ月で死亡した．X線上，死亡例1例を除き全例で骨癒合が得られた.〔考察〕DSA群では，Oc/C1の可動性を温存するMB法が基本である．しかしOc/C1関節の亜脱臼を伴った例ではOcからの固定を要する．偽腫瘍群は，C1の後弓切除のみで長期経過は良い.

4. Ankle brachial indexと脳梗塞急性期の症状増悪との関連

（[1]東京女子医科大学神経内科，[2]国際医療福祉大学臨床医学研究センター/山王病院・山王メディカルセンター脳血管センター）
石塚健太郎[1]，星野岳郎[1]，内山真一郎[2]，北川一夫[1]

〔背景〕Ankle brachial index（ABI）は動脈硬化の指標として広く用いられており，ABI≦0.9は血管イベントの発症リスクとなることが報告されている．本研究ではABIと脳梗塞急性期の症状増悪との関連について検討した.〔方法〕2009年5月～2012年12月に当科で入院加療を行った急性期脳梗塞患者のうち，ABIを測定しえた連続209例（平均年齢67.7歳，男性129例）を対象とした．ABIは左右の測定値のうち低値である方の値を採用し，片肢切断術後の場合は非切断側の値を採用した．1週間以内にNational Institute of Health Stroke Scale（NIHSS）が2点以上増加したものを急性期症状増悪と定義した．ABI≦0.9，＞0.9の2群に分類し，両群の背景因子について比較した．またABIのカットオフ値を0.9，1.0，1.1に設定し，それぞれ2群間での症状増悪の割合を検討した．さらに症状増悪をアウトカムとして，多重ロジスティック回帰分析を行った.〔結果〕全209例のうちABI≦0.9群は24例（11.4%），＞0.9群は185例（88.6%）であり，2群間で年齢，性別に差はなかった．ABI≦0.9群の患者では，＞0.9群に比べて，冠動脈疾患の既往（29.2% vs. 19.1%，p=0.008），主幹動脈狭窄病変（70.1% vs. 33.5%，p＜0.001），脳梗塞発症前の抗血小板薬使用（58.3% vs. 29.2%，p=0.006）の割合が有意に高かった．症状増悪の割合は，ABI≦0.9群で＞0.9群より有意に高く（37.5% vs. 14.1%，p=0.0038），さらにABI≦1.0群においても＞1.0群よりも有意に高かったが（31.7% vs. 13.1%，p=0.0042），ABI≦1.1，＞1.1の2群間では差がなかった（20.8% vs. 13.3%，p=0.14）．多変量解析では，ABI≦1.0の症状増悪に対するオッズ比は1.70（95%信頼区間1.12-2.22，p=0.011）であった.〔結論〕急性期脳梗塞患者において，ABI低下例は症状増悪を生じやすいと考えられた.