

13例の proved case で例外なく適用した。肝硬変でも肝癌を合併したものでは肝右葉の縮小像は認められない。また胆汁性肝硬変では脾臓の出現、肝の腫大を認め、とくに肝右葉の萎縮を認めなかった。したがって細胆管性肝炎と胆汁性肝硬変とはシンチグラムのみからは鑑別不可能であった。

肝左葉、肝下縁の space occupying lesion はしばしば診断の困難な場合があるが、lesion に随伴する陰影に注意し、僅かでも残存組織が索状、島嶼状、半月状に認められれば、filling defect の存在が決定される。肝下縁の診断は触診所見も参考にすべきは当然である。

肝右葉の大部分を占める大きな space occupying lesion を認め、同時に左葉の巨大な代償性肥大を認めた場合、この lesion が悪性腫瘍ではなく経過の長い良性腫瘍であることが判定できる場合がある。実際巨大な肝血管腫の症例に遭遇した。

## 54. シンチグラムの臨床的評価 (肝シンチについて)

○安河内浩，朝倉英男  
(東京大学・放射線科)

最近シンチグラムは臨床診断に広く用いられているが甲状腺に次いで一般化されている肝シンチグラムについて、200以上の症例が集まったので、それについて2～3の意見をのべる。

まず検査の不備なもの、診断の不確定なもの約100例を除き、残りの155例について一般診察、肝機能検査、肝血流量、シンチグラムを行ないその結果を示す。

155例を次の6群に分ける。1) 肝に疾患のない群(29) 2) 悪性腫瘍またはその転移のあるもの(50)、3) 良性欠陥のあるもの(9)、4) 硬変症(39)、5) 黄疸(7)、6) その他(21)。

主訴では肝腫が2群に39例、4群に15例あり、5群にはすべて黄疸がみられるほか、とくに注目すべきことはない。

肝機能検査は4群で黄疸指数の異常高値が22例みられ1群中22例、2群中23例はすべての検査が正常であった。

肝血流量は4群に障害されたものが多い。

肝シンチグラムは正常型、硬変型、腫張型、欠陥型に分けられるが、特徴は1群中20例が正常、2群中34例が欠陥型、4群中18例が硬変型であった。

シンチグラム後割合に早い時期に刺検または手術によ

り確かめられた群についていえば、最少認知腫瘍は直径約3～4cmと考えられる。

超音波診断、選択的動脈撮影があっても、肝シンチグラムは現在肝疾患の診断に有用な検査の1つであり、また被曝量は消化管X線診断の約2倍程度であるから、一般検査として用いてもよいと考える。

質問：尾関教授(久留米大学)

ただ今千葉大三輪内科の方から肝シンチグラムにおける右葉、左葉という言葉は悪い。右方、左方というべきである、との発言があったが、これは右葉部、左葉部といえよよいのではないか。

答弁：安河内浩(東大・放射線科)

部位の名称について：右方、左方というより、右葉部左葉部がよいと思うし、シンチグラム上で討論する場合は右葉、左葉でもよいと思う。

質問：上野高次(千大・三輪内科)

シンチグラム像の形態および脾影の有無のみで、これを診断すべきものではなく、これは肝の病態生理機構にシンチグラムの程度と脾影の濃淡大小が相関あるものと考えられる。われわれは慢性肝炎、肝硬変についてシンチグラムを行ないその形態の変化脾の変化にしたがって種々の像がえられ、その形態と組織変化の相関があり有用な手段と考えられる。

答弁：安河内浩(東大・放射線科)

1. 硬変症の場合の notching pattern について：minimal detectable diameter が3～4cmであるから、理論的に notching はありえない。

2. Milz Schatten について：必ず硬変症にでるとか、硬変症以外にはでないということはない。しかし硬変症に多いことは事実であり、数字を示した。

質問：吉利教授(東大)

肝炎、肝硬変の診断に、シンチグラムは不可欠のものと考えられるか。

答弁：安河内浩(東大・放射線科)

肝硬変に欠くべからざる検査かどうか？必ずしもそのように思わないが、シンチグラムも相当高い価値をもった補助診断の1つであると思う。

従来肝シンチグラムは欠陥についてのみ価値があると考えられたが、硬変症についても利用価値があることをのべた。

\*