

ーゼを伴った免疫不全群の低  $\gamma$ -グロブリン血症の成囲が容易に鑑別することができる。

\*

## V. 肺

座長 金上 晴夫 (国立がんセンター)

### 39. 気管支喘息の肺シンチグラム 第2報

—小児気管支喘息シンチグラムの分類—

北沢 卓 菱田豊彦 志賀 貢 <放射線科>

竹内方志 長浜隆央 <小児科>

(昭和大学)

気管支喘息患者の肺の血流シンチグラムで発作時とくに著明な肺血流分布の異常がみられる。

(1) 発作時のシンチグラムはすべて、何らか血流分布の異常が認められる。

(2) 非発作時でも、異常を呈するものがある。

(3) 同一患者で別の発作の期には別の部分がおかされる。

以上のことがわかったが、シンチグラム上で種々の型があるのでその分類を試みた。

多発型、単発型、片肺多発—片肺単発 (混合型) 片肺全部型、部分的障害の認められない型、の5型に分けた。小児の例では多発型が多い。70例についてその頻度をしらべた。両側多発が最も多く、約40%であった。

またシンチカメラを用いた  $^{133}\text{Xe}$  ガスによる換気シンチグラムの症例の二、三を供覧した。部分的に換気のよくない所があるのが観察される。

\*

### 40. 気管支喘息の肺シンチグラム 第3報

—臨床症状との関連について—

北沢 卓 田中維大 菱田豊彦

氣駕正巳 <放射線科>

竹内方志 長浜隆央 <小児科>

(昭和大学)

$^{131}\text{I MAA}$  による小児喘息患者の、シンチカメラ像にみる血流障害部分の広さを、ファントムによる実験からえた結果と対比してこれを定め、発作の程度、病歴との関係を検討した。

(1) 小児喘息患者の肺区域で障害されやすい所は肺上部、下部に多く、肺中部背面は障害されにくい。

大発作、重積発作をもつ患者の病歴と広さの間には関係なく、慢性の喘息患者となる可能性があるものとする。

(2) 発作の程度と障害の広さとは、発作を小、中、大発作、更に強い。発作重積、に分けて検討した結果は、非発作から中発作までは比例して強くなるが、大発作、発作重積ではそれがいえず、更に検討を要する。

(3) 非発作時でも、病歴が古いほど、障害部分が増す。小、中発作では逆に障害部分の広さが減り、このような発作のみの患者の治癒の可能性があると考えられる。

\*

### 41. 大動脈炎症候群における肺血流スキャン所見について

毛利昌史 森 成元 飯尾正宏

小池繁夫 上田英雄

(東京大学 上田内科)

大動脈炎症候群で肺動脈に病変のおよぶ場合のあることは1940年太田による記載以来広く認められている。

われわれは、今回病歴、理学的所見、検査所見、ならびに大動脈撮影で本症と診断しえた21例に  $^{131}\text{IMAA}$  肺血流スキャンを試みその結果を発表した。

〔対象ならびに方法〕 対象は本症候群と確定した21例 (男女比2:19) で、コントロールとして正常肺と思われる症例13例を対象とした。  $^{131}\text{IMAA}$  0.2mCi を背臥位で静注後直ちにそのまま肺スキャンを行なった。対照例についても同様に肺スキャンを試み、第二肋骨を中心とする上肺野、第三肋骨を中心とする中肺野、第三肋骨を中心とする下肺野に分け、それぞれ左右肺野で10cm の巾で水平方向にドット数を数え、右左比 (R/L) をとり分布表から99.7%信頼区間を求め正常範囲とした。この範囲は上肺野で、0.82と1.16の間、中肺野で0.92と1.27の間、下肺野では、心陰影の影響でバラシキも大きくなり正常範囲は決め難かった。大動脈炎症候群についても同様の操作を行ないその比が正常範囲をはづれた場合を異常と判定した。ただし左右肺野に異常のある場合は、この判定規準は必ずしも適用されないが、われわれの行