

チグラムの胆管拡張の検出率を、胆管の拡張部位によって肝門部、肝内右葉ならびに左葉の3つに分け調べたところ、肝門部の胆管拡張例では85%，肝内右葉では70%，左葉では78%であり、高い検出率であった。一般に肝シンチグラムの肝内胆管拡張の所見はV字形を呈することが多いといわれているが、自験例では27例の内8例にすぎず、他に8つのパターンに分類した。V字形の他に多いものとして肝門部から左葉全体にわたって打点の疎なもの5例、肝門部を中心に半円形状に打点の疎なもの4例などがあり、また転移性肝癌と誤診しやすい multiple defect を呈したもの2例であった。

\*

#### 17. $^{131}\text{I}$ -BSP 肝シンチグラムと経皮的胆管造影法の比較検討（症例を中心として）

植村 邦宏 蟹江 太 佐藤 宏  
小松原和夫 菅原 讓  
(名古屋大学 第2内科)

5症例にて $^{131}\text{I}$ -BSPによる経時的肝シンチグラムと経皮的胆管造影法を比較検討したが、ルーチン検査として経時的肝シンチグラムを実施した場合、胆道系の病変をかなり読み取れることができた。特に完全閉塞か不完全閉塞かはPTCより明瞭に鑑別できることがある。ただ強度の黄疸がある時は総胆管の描写が不完全でありPTCがよりすぐれている。

また閉塞の原因、部位の確認も肝シンチグラムでは不明瞭でありPTCによる診断をまたなければならないことがある。ただ肝シンチグラムでは肝機能および肝の形態、肝内 cold area の有無、腸管への排出状態を経時的、視覚的にとらえることができ、ルーチン検査としてはかなり意義を認めた。

経時の肝シンチグラムとPTCを併用することにより肝胆道系疾患、特に黄疸の鑑別診断の確率を高くするを考える。

追加： 佐々木常雄（名古屋大学 放射線科）

経時の $^{131}\text{I}$ -BSP 肝シンチグラムは私共の経験からは胆道の閉塞部位の探求に用いる。従ってPTCあるいは腹腔動脈造影はその後の精密診断に用いるものと考えている。それは黄疸のある比較的重症患者に対する負荷ができるだけ少なくすることができるからである。

質問： 山田 光雄（山田病院）

閉塞性黄疸で肝内閉塞の場合のシンチグラムについて

腸管内に胆汁の排泄されているような例の経験をおもちですか。

私も肝炎で激症期に肝内閉塞の起きた時は肝外閉塞とBSPシンチでは区別できず肝機能を併せ行なうことにより区別できることを前回の本会で発表しました。

答： 植村 邦宏（名古屋市立大学 第2内科）

ヒヨランギオームによる肝門部完全閉塞の症例がありましたが、肝炎激症期の肝細胞性黄疸とかならずしも鑑別できないものもあります。

重症黄疸の場合は外科的黄疸と内科的黄疸を鑑別するにはやはり他の検査、特にPTCと併用した方がよく、BSPシンチのみではすべて鑑別することができない症例もあります。

質問： 今枝 孟義（岐阜大学 放射線科）

シンチスキャナーの検出能以下のactivityが徐々に腸管へ排泄されている症例もあるわけで、シンチグラムで腸管への排泄像を認めないからといって、完全閉塞と診断するのは早計だと思いますが、いかがお考えですか。

答： 植村 邦宏（名古屋市立大学 第2内科）

胆道系がほとんど閉塞されわずかに胆汁がながれいる症例では血中のバックグラウンドと腸管への排泄像を区別するのに困難があります。しかしその程度の微量では臨床的には完全閉塞とあつかってもよいと考えております。

\*

#### 18. 2年以上に亘り観察した $^{198}\text{Au}$ 肝シンチ症例の50例について

山田 光雄 島崎 昭 青木 一男  
高木 至  
(山田病院)

慢性瀰漫性肝疾患の経過観察の手段として金コロイドによる肝シンチホトの価値を知る目的で経時に肝シンチを行ない、過去2年9カ月に約2000例を行ない内2年以上の経過を追求し得た50例に306回のシンチホトを得た。男29例、女21例で臨床診断は慢性肝炎38例、肝硬変8例、その他4例である。肝シンチホトと血清反応は平行する場合も、全く平行せぬ場合もあり両者を併せ行なう必要がある。シンチホトを行なう間隔は半年に1度は行なう必要がある。表面から骨髓の著明な症例はなく、かかる症例は2年以内に死亡することを示すかも知れない。脾像の著明な例は多い、形態はSquare Formが多い。

くこれは左葉の腫大を示す。脾は腫大するものが多く、縮少するものは少なかった。これら症例における血清反応で TTT は ZTT より良く出る。コバルト反応の左側反応はカドミウム反応の左側反応と平行する。右側反応はコバルト反応が良く出る。GPT は GOT より良く出た。

質問： 佐々木常雄（名古屋大学 放射線科）

骨髓が  $^{198}\text{Au}$  コロイド肝シンチグラムに肝硬変の経過中に出現した場合の意義についてご教示下さい。

答： 山田 光雄（山田病院）

① 本日発表した症例においては脾はすべて著明で、脾により追求し経過をみることはできなかった。

② 骨髓が表面から(+)のものは 0 であったが、これは骨髓が表面から(+)と著明なものは、2 年も生存できないことを示すかもしれない。

\*

## 19. $^{131}\text{I}$ -MIAA と $^{131}\text{I}$ -Microsphere とによる肝シンチグラム

斎藤 宏

(名古屋大学 放射線科)

武井 肇 小山 富嗣 大屋 敬彦

伊藤 円

( 同 内科)

肝シンチグラム用放射性医薬品として最近試作された  $^{131}\text{I}$ -MIAA と  $^{131}\text{I}$ -Microsphere を試用した。

MIAA は注射後 1 時以降は肝より急速に消失するが、Microsphere の方は数日後も代謝排泄されず、肝に残存した。

両者ともに  $^{198}\text{Au}$  コロイドに比し、脾への集積が良好であった。 $^{198}\text{Au}$  コロイドでは脾像をとらえることが極めて困難な正常人でもすべての例で脾像を良く描出することができた。これらの薬剤を用いるときは、「脾像が出現するか否か」より脾像のサイズを把握することが診断上重要である。

MIAA は患者被曝を軽減するのに役立つが、Microsphere はその点でも、繰返してのあるいは他のアイソトープ検査を行なう上でも MIAA に劣る。しかし、MIAA は沈澱をつくり易いバイヤルを充分振盪したのち注射器に吸引しなければならない。

以上は正常人、肝炎、肝癌、胆石症、肝硬変症等により検討したものである。

質問： 金子 昌生（名古屋大学分院 放射線科）

(1)  $^{131}\text{I}$ -MIAA 使用によっては全例脾が描出されたのでしょうか。

(2)  $^{131}\text{I}$ -Microsphere の size および物質は何で構成されていますか。

(3)  $^{131}\text{I}$ -MIAA で早く消え過ぎて Pseudo-defect の出る可能性があるのでないでしょうか。

答： 斎藤 宏（名古屋大学 放射線科）

①  $^{131}\text{I}$ -AA は早く代謝されたので defect artifact がありました。MIAA では 5 分で大部分が肝等に入り、あと 1 時間以降へってゆくので、その間充分シンチをとることができます。技師にはこの点心得ていただけばよい。患者にタメ注射はできない。

② 面積以外に、濃度計で測定することもできるし、サブトラクションを行ない三者（または両者）の比較をすることもできる。毎回同じ位置に detector がおければカウントで集積曲線をみることもできるでしょう。今回はこのような表現をしたが満足はしていません。

\* \* \*

\* \* \*

\* \* \*