

が描出され、原発性心筋症では心室壁はよく描出され、やや肥厚している。心臓弁膜症では右室負荷の大きい一症例において左右両心室壁の描出も認められた。

なお、心筋梗塞症例では発症からの期間と欠損描出の程度、心電図Q波との関係について検討を加える予定である。

26. 虚血性心疾患における心筋シンチグラムの検討

平野 昭彦	後藤 紘司
渡辺佐知郎	阿部 親司
(岐大 内)	
仙田 宏平	今枝 孟義
浅田 修市	土井 偉誉
(同・放)	

^{201}Tl による心筋シンチグラフィと心電図との比較を、心筋梗塞例13例(前壁5例, 下壁5例, 前壁及び下壁3例)について行い、若干の知験を得た。検出機器としてコンバージョンコリメータを装着した pHO-Gamma HP (nuclear Chicago 社製, photopeak 75 keV window 幅 20~25%) を

用いた。方法として、座位にて ^{201}Tl 2 mCi 静注後、20~25分後から5方向(正面, 20°, 45°, 70° 左前斜位, 左側面)について撮像し、約1時間で終了、撮像は、A-scope にて、ポラロイドフィルム上に 50×10^4 counts 集積した。

全症例を硬塞発作後の時間と心電図のミネソタコードによって分類し、おのおの心筋シンチにおける cold area の検出率について検討した。なお、心電図における硬塞部位は、ミネソタコードの1の3まで存在する部位とし、心筋シンチでは、cold area の存在する部位とした(1症例について、2カ所に病変が存在するものは2例として数えた)。

1. ミネソタコードの小さいもの程(Qに関して)、心筋シンチで cold area 認めやすく、部位の良い一致をみたが、この中、発作後短期のものは心筋シンチにおいて病変部位が大なる傾向にあった。

2. ミネソタコードの大きいもの(Qに関して)で心筋シンチにおいて cold area を認め得たものは、発作後短期のものであった。

このことは cold area が壊死部位のみならず、周囲の虚血層を反映したことを示唆するものと思われる。