

なのか、胆道系、血管系の拡張によるものか読影困難な症例がしばしばみられ、特に肝硬変においては肝癌の合併頻度が高くそれらの鑑別が必要である。

^{99m}Tc -PI は ^{131}I -Rosebengal に比べ、胆嚢、胆道系の鮮明な像が得られ、肝門部および肝右葉下線に defect がみられる症例に対し、 ^{99m}Tc , PI を行ない、正面像、右側面像を得ることで、胆嚢床によるものかどうかの判かり、腫瘍その他との鑑別に有効であると思われる。

18. 消費性凝固障害の原因を ^{131}I ・標識人 Fibrinogen により確認できた巨大肝海綿状血管腫の一例

楠瀬 桂 小西 正昭
 久藤 真 別府 恒
 梅本 大之 嶋 久子
 出口 克巳 山田 外春
 (三重大・2内)
 中川 毅
 (同・放)
 荒木 昭信 北野外紀男
 (同・中放)

症例：44歳男子、腹部膨隆を主訴に某病院に入院し、腹腔鏡などの諸検査より肝血管腫と診断され当院外科に転入院。上腹部全体に腫瘍、表面平滑、弾性軟、辺縁鋭、紫斑あり。

検査成績：貧血あり。生化学に特記すべき異常なし。凝血的検査は $\text{PTT}73''$, $\text{PT}14.4''$, $\text{STT}23.6''$ と延長, $\text{Fbg}74\text{ mg/dl}$, $\text{F.V}34\%$ と著減, $\text{F.VIIIact}70\%$, $\text{F.VIIIant}285\%$ と解離し同比は0.25と著減, 二次元交叉免疫電気泳動は正常と異なる易動度と型を認む。paracoagulation tests 陽性, $\text{FDP}40\text{ }\mu\text{g/ml}\uparrow$ と著増, $\text{plg}8\text{ mg/dl}$, $\text{ATIII}20\text{ mg/dl}$ と減少, 血小板数 10×10^4 , 同機能は acquired storage pool disease 型。以上の成績より消費性凝固障害 (以下 C・C) の合併と診断。

腹部動脈撮影：肝動脈左枝は腫瘍をとりかこむ

ように分布し、経時的撮影では腫瘍内に綿花状の造影剤の停留あり血管腫を確認。肝 scinti.: 左葉より右葉前面にかけ low activity の巨大な mass あり。残りの右葉は代償性に腫大し, diffuse distribution を認む。 ^{131}I -Fibrinogen 静注後の全身性 scintiration camera による放射活性集積は blood pool scan 後, 18~24 hrs. 後に肝血管腫に異常集積を認め, C・C の原因として肝血管腫を確認。Fibrinogen 製剤輸注による代謝速度 $T^{1/2}\div 9\text{ hrs.}$ と著しく短縮。C・C の治療として姑息的に Heparin $0.6\sim 2\times 10^4\text{U}$, Aprotinin $50\times 10^4\text{U}$ 使用, Heparin の増量にて PT, FV, FDP, paracoagulation tests の改善傾向あるも腫瘍縮小せず。肝左葉切除術を施行。術後, 急速に C・C の改善をみた。摘出標本 2500 g, 組織学的に海綿状血管腫で新しい血栓, 器質化血栓を認め, FITC にても血栓を確認。

19. 核医学的血液検査の順序

斎藤 宏
 (名大・放)

血液のアイソトープ検査には TIBC, UIBC, Ft, B_{12} , UBBC, IF などの in vitro および, 赤血球寿命, B_{12} や Fe の吸収, 鉄のロス (出血), フェロカイネティクス, 血漿量, 血球量などの測定がある。これらは順序をまちがえると検査成績が正確に得られなかったり, 病状の変化をきたす。

私は検査時間を短縮する方法として, 赤血球寿命とフェロカイネティクスとの同時測定法を開発し報告している。また, ^{55}Fe の導入も可能である。

検査の重要度は各疾患により異なるが, ベーター線, X 線, ガンマ線などエネルギーの強弱や, その測定精度を考慮して行なうべきである。また, シリングテストは, B_{12} 反応性の場合は悪性貧血の病態を変えるので好ましくない。やむをえず実施するならば, フェロカイネティクスのあとにすべきである。再不貧, 溶血貧, 多血症, 鉄欠乏, 鉄過剰, などそれぞれのケースについても説明した。