

一般講演

1. Radioangiography により左房内巨大血栓症が疑われた僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全症の1例

小野 和男 海野 政治
 阿部 裕光 蜷谷 勘
 岩谷 恒子 大和田憲司
 池田 精宏 待井 一男
 内田 立身 刈米 重夫
 (福島医大・1内)
 木田 利之
 (同・放)

Radioangiography (RACG) により左房内巨大血栓症の疑われた僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全症 (MRS) の1症例を報告する。

症例は69歳の女性で、動悸、息切れを主訴に昭和54年4月入院した。12歳のころ膝関節痛の既往歴がある。15年前に初めて主訴が出現し、心肥大、心房細動を指摘されている。49年、53年に同症状があった。

入院時、脈拍は40/分で整、血圧は170-106mmHg。眼結膜に貧血、黄疸なく、チアノーゼ、静脈怒張は認められない。聴診上、全収縮期雜音 (LevIII) OS 拡張期雜音を認める。肝腫大はあるが下腿浮腫はない。

入院時一般検査は異常ない。胸部レ線写真にて著明な両側への心拡大 (CTR 84%)、肺紋理の増強を認める。心電図上心拍数40/分の完全房室ブロックがある。非観血的機能検査にて MSR による心不全と診断された。

ジギタリス剤使用不能のため、利尿剤などにより治療したが改善傾向みられず、人工ペースメーカー挿入が考えられた。しかし、UCG では左房拡大の程度と心陰影の大きさに違いがあり、血栓の有無も確認できなかった。Contrast angiography の適応でないため RI 検査を施行した。

^{201}TI による心筋スキャンでは著明な心拡大に

かかわらず両心室の肥大拡張は認められなかった。 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ による RACG では左前斜位30度にて著明な左心房の拡大とそのためによる右心系の延長が認められた。左室の拡大はなかった。左房の左4/5を占める部分に左房内巨大血栓によると思われる円形の欠損部分が認められた。後日超音波断層法によりこの円形の欠損部分は巨大血栓と判明した。以上の結果より、人工ペーシングは断念し保存的に加療、経過観察中である。

人工ペースメーカーの適応と思える房室伝導障害を伴った MSR の心不全例において、血栓の存在、治療適応に対して RACG が非常に有用であった1症例を報告した。

2. RI アンジオグラフィーが上大静脈症候群例における側副血行路の検索に有用であった1例

木田 利之 奥秋 興寿
 戸川 貴史
 (福島医大・放)

われわれは、上大静脈症候群の症例に RI-Venography を行ない、側副血行路の検索に有用であった1例を経験したので報告する。

24歳、女性。主訴：呼吸困難、顔面、頸部浮腫。家族歴、既往歴：特記すべきものなし。現病歴：昭和54年3月咳嗽、食思不振などの感冒様症状あり。4月中旬某病院で胸部 X-P で右肺門部に異常陰影指摘される。4月下旬には顔面、頸部の浮腫、呼吸困難出現し、精査のため当科に入院。

入院時所見：顔面、頸部、両側腕に浮腫を認め、口唇部に軽度チアノーゼ、前胸部静脈怒張があり、右鎖骨上窓リンパ節が母指頭大に触知。胸部聴打診上異常を認めず。腹部も特に異常を認めない。入院時胸部 X-P では右肺門部に無気肺を伴う腫瘍陰影を認め、CT 像では、胸骨の直下に大動脈

を包囲するように大きな多胞性の腫瘍陰影を認めた。⁶⁷Gaシンチでは、右肺門部に明らかな異常集積を認め、悪性腫瘍の存在が疑われた。そこで静脈の閉塞部位、程度および側副血行路を検索する目的で RI-Venography を施行した。

方法は、1回目は^{99m}Tc-phytate 10mCi を左肘静脈から、2回目は右肘静脈から注入し、注入直後より1frame 1秒間隔で25コマの dynamic image を撮像した。なお、撮像終了後必ず肝シンチグラムを撮像することにした。

肘静脈より注入した場合、左右いずれも、RI は腋窩静脈まで描出され、鎖骨下静脈、無名静脈、上大静脈、右心系が全く描出されず、これらの静脈の完全閉塞のあることがわかり、外胸静脈、肋間静脈、内胸静脈が側副血行路を形成していることがわかった。

上大静脈症候群の場合、かなりの頻度で肝シンチグラムで hot spot がみられることが報告されているが、この症例についても検討したが、hot spot はみられず、本症例については臍静脈の再開通はなかったものと考えている。

3. 下肢浮腫時の核医学検査—— RI Venography

○伊藤 和夫 篠原 正裕
吉秋 研 鎌田 正
森田 穂 古館 正従
(北大・放)

下肢静脈の血液環流異常が疑われた21例、27スキャンについて、RI-Venography (RVG) のもつ診断的意義に関して、X-P学的静脈造影法(CVG) の比較を行ない報告した。

CVG は、手技的むずかしさと同時に、足背静脈からの1回造影剤注入による下肢深部静脈全体を造影のむずかしさが報告されている。RVG は、外来で検査可能であり、1回の検査にて、下肢深部静脈全体の血液環流状態を把握することができた。静脈環流異常所見の把握は、当然 CVG ほど正確さに乏しい。しかし、上行する RI 流の途絶、

副側血行路の所見から、ほぼ CVG に匹敵する閉塞部位の診断は可能であった。RVG の問題点は、非観血的な手技的むずかしさがない点を除くと、Man power が必要であること、表在静脈の診断がむずかしいことなどが考えられた。

4. 閉塞性胆道疾患に対する胆道シンチグラフィーの応用——CTとの比較

戸田 宏 松岡 昭治
鈴木 傑彦
(盛岡赤十字・放)

胆道系になんらかの閉塞性病変をきたした疾患について、CT 所見と比較しながら PI-hepatobiliary scintigraphy (以下 PI と略す) の有用性を検討した。

症例は全部で 12 例、うち転移性を含む脾(頭部)癌が 8 例、胆のう結石以外の胆石症が 3 例、先天性総胆管拡張症が 1 例である。

結果：(1) 脾頭部癌 8 例中 7 例が高度 黄疸があり、PI で胆道像が全く描出不能であった。われわれの経験では、総ビリルビン値 10mg/dl 以上で描出不能である。CT では胆道系の拡張が良く描出され、閉塞を示唆する所見が得られ有用であった。しかし、中等度以下の黄疸では、PI で胆道の描出像と腸管への排泄遅延から閉塞部位を推察できる。(2) 胆のう結石以外の胆石症では、結石存在部位により異なるが、PI で肝内胆管の拡張、中断、蛇行、総胆管の拡張、閉塞部位、腸管への排泄遅延などがみられ、CT では肝内胆管の拡張、結石の存在、胆のうの腫大、総胆管の拡張、結石を示唆する low density area 等がみられ、両者を施行することにより診断が一層高まる。(3) 先天性総胆管拡張症では、PI で総胆管の囊状腫大が明瞭にみられ、脾囊腫との鑑別も容易であり有益である。

なお診断確定のためには、ERCP, PTC, angiography, echography などの施行が必要と思われる。