本法は従来の isocounter による壁運動表示に比し異常壁運動部位が検出器に en face であってもある程度広がりとして捉えうる点，従来評価が困難であった上部心室中隔の運動を客観的に評価しうる点，更に従来 hypokinesis としか判定できなかった部位を phase の shift の有無により hypokinesis と dyskinesis に区別し得，より詳細な壁運動評価が可能となった点で有用と思われた．最後に，48例の左室駆出率と左室 ROI 内での phase の分布の分散の程度の指標として，phase の標準偏差 (1SD) との関係をみると，両者の間には R＝−0.69 と弱い負の相関を認め，左室ポンプ機能と左室の asynchronism の程度が，逆相関することが示唆された．

19. 巨大右房粘液腫の一例

竹村 猛雄　笹川 修　藤井 暁
（大阪市大・2内）
南川 章義　山下 彰　大村 昌弘
越智 宏暢　小野山靖人　（同・放）
南川 博司　生野 善康　（同・1内）

右房粘液腫は，稀な疾患であり，本邦では未だ数例の報告を見るに過ぎない．我々は，RI angiography が検出に有用であった右房粘液腫一例を経験した．症例は，43歳，男性．一年前より，動悸，息切れ，全身倦怠感を生じ，当科に精査目的で入院．入院時，全身状態良好，頸静脈怒張は認めず．心音はI音の分裂および胸骨左縁第4肋間を最強とする吸気時増強性前収縮期雑音 (Levine III度) 聴取．血液検査上，軽度の白血球増多，赤沈27 mm/hr CRP 1(＋)．胸部X線上，心陰影 CTR 57%，三尖弁付近に線状の石灰化像を認める．心電図では両房負荷．心音図ではI音の幅広い分裂とI音後成分まで続く胸骨左縁第4助間を最強点とする吸気時増強性の前収縮期性雑音を認める．断層心エコー図 four chamber view にて右房内に φ8×6 cm の動きの少ない塊状の腫瘤エコーを認め，一部は石灰化と思われる輝度の強いエコーを示した．^{99m}Tc-HSA による心アンジオグラフィでは dynamic image にて右房内に defect を認め，右房内腫瘤の存在を確認した．static image では LAO 45° および正面像で右心腔内に円形の巨大な欠損像を認めた．次いで回転台方式による RCT を行い，3方向断層像にて，腫瘤が右房の大部分を占拠しているのを認めた．さらにX線 CT および右房造影にて確認後，手術施行．腫瘤は，心房中隔ほぼ全周よりおこる 9×7×6 cm, 176 g の有茎性右房粘液腫であった．

20. 右室梗塞の診断と問題点
——三尖弁閉鎖不全症合併例について

瀬尾 一郎　吉岡 廣　小糸 仁史
斧山 英毅　宮内 洋介　岩坂 壽二
栗本 透　酒井 章　塩田登志也
（関西医大・2内）
笠原 明　夏住 茂夫　松本 掲典
（同香里・核）

近年ベッドサイドにおける Swan-Ganz カテーテルの導入により，急性期心筋梗塞症の血行動態を把握できるようになり，右室梗塞の合併も稀ではないことがわかってきた．我々も右心カテーテル検査を行い，その特異的な血行動態により右室梗塞と診断された症例に対して，first-pass RI angiocardiography を施行してきた．RIによる右室梗塞の診断は右室局所駆出分画像を用いた．右室下壁辺縁の局所駆出分画が他の辺縁に比し低下していることが右室梗塞の特徴であることは既に報告した．今回我々は典型的右室梗塞例に三尖弁閉鎖不全症 (TR) を伴なった2例を経験した．いずれも聴診上心雑音は聴取し得なかった．TR はコントラストエコー図法あるいは右室造影法にて確認された．安静時を control とし糖液による容量負荷及びニトログリセリン軟膏による減圧負荷時に RI アンジオを施行し，それぞれにおける TR の程度の変化をみた．今回の安量化は Kirch らの方法に従って行った．わずか2例ではあるが，2例とも Total ejection fraction は低値を示し，Regurgitant fraction は容量負荷により増加，減圧負荷により低下をきたす傾向がうかがわれた．さらに症例を重ねると共に method を検討していくことが今後の課題と考える．

21. 大血管転位術後症例の ^{201}Tl 心筋シンチグラフィ

石田 良雄　平岡 俊彦　山本 浩二
福島 正勝　恵谷 秀紀　井上 通敏
阿部 裕　（阪大・1内）
木村 和文　大森 英史　中村 幸男
松本 貴　久住 佳三　（同・中放）

完全大血管転位 (TGA I～IV型) のマスタード手術後

Presented by Medical*Online