

心電図変化は有意ではなかった。心筋シンチグラフィでは、負荷後のイメージで前壁から中隔にかけて欠損像が出現、4時間後にはこの欠損像は消失した。

本症例は、HVにより誘発された冠状動脈攣縮により血流障害および心筋虚血を呈したと考えられる。冠状動脈攣縮を誘発する他法と比較しても、HV試験の sensitivity は54%~78%と報告されており、その比較的高い sensitivity と簡易性、安全性、再現性等よりHV心筋シンチグラフィは冠状動脈攣縮による心筋虚血の判定に有用と思われる。

30. 心プールシンチグラフィによる左室充満における左房収縮寄与率の評価—P波同期法を用いて—

中川 達哉 足立 晴彦 杉原 洋樹
 稲垣 末次 窪田 靖志 勝目 紘
 中川 雅夫 山下 正人 岡本 邦雄
 (京府医大・二内, RI)
 三村 徹 (フクダ電子)

各種の心疾患における拡張機能障害が知られ、心プールシンチによる検討が多くなされている。しかし心房収縮期の正確な評価は通常のR波同期マルチゲート法では困難であり、現在このためには2音同期法、R波同期逆行性収集法等が考案されているが、前者は正確な同期の困難性、後者はコンピュータ側への負担、処理時間増大等の問題を有している。今回われわれは既報のP波同期装置を用いてマルチゲート心プールシンチグラフィを行い、左室流入における心房収縮寄与率(AC/SV)を算出し、左房収縮寄与率を評価した。本法によるAC/SVも諸家の報告と同様に正常群に比し高血圧症、狭心症、心筋梗塞症にて有意に高値を示し正常値は $19 \pm 5\%$ であった。疾患群を主な対象とした場合、AC/SVは拡張早期指標1/3 FF, 1/3 MNDFR, PFRと相関したが($r = -0.77$, $r = -0.65$, $r = -0.40$; $p < 0.002$)、AC/SV, 1/3 FF, 1/3 MNDFRはそれぞれ心拍数とも有意に相関し、これはこれら指標間の良好な相関の一因とも考えられた。一方心プールシンチグラフィにおける拡張早期指標が年齢とともに悪化することが知られているが、今回正常群における検討により、AC/SVも年齢と有意の相関を示す結果を得た($r = 0.71$; $p < 0.01$)。

本法は左室拡張に対する左房収縮寄与率の評価を、コンピュータのハード・ソフト両面に負担なく行い得る有

用な方法であり、また、AC/SV評価時には年齢および心拍数を考慮する必要があると考えられた。

31. 拡大型心筋症の核医学検査

伊藤 秀臣 半田 文子 山口 晴二
 才木 康彦 羽瀨 洋子 尾藤 早苗
 那須 浩二 日野 恵 池窪 勝治
 (神戸市立中央市民病院・核)
 加藤 洋 吉川 純一 (同・循内)

最近われわれは心電図、超音波検査により長年ICMと診断されていたDCM例と、逆にDCMと診断されていたICM例をそれぞれ1例ずつ経験した。DCMとICMの鑑別診断は必ずしも容易ではないが、核医学検査では、鑑別診断が可能かどうか症例を中心に検討した。対象はCAGを施行したDCM12例、ICM6例の計18例であった。心筋シンチグラムはTl-201 2 mCiを静脈内投与後5-10分以内に4方向の撮像を開始した。運動負荷は十分とはいえないがトレッドミルにて10例に施行した。

[結語] 1) 拡大心のTl-201心筋シンチグラムにおいて、a) DCMでは12例中、2例には広範な欠損像がみられ、8例には中等度以下の欠損像がみられ、2例には欠損像は認められなかった。負荷を施行し得た7例中1例に軽度の再分布が認められた。b) ICMでは6例中、2例には広範な欠損像がみられ、4例には中等度以下の欠損像が認められた。負荷を施行し得た3例中2例に軽度の再分布が認められた。

2) 拡大心においては、心筋シンチグラフィで欠損像を呈した場合、DCMとICMの鑑別が必要であり、負荷を施行し、再分布例には積極的にCAGを施行すべきである。また、症例も少なく手術経験もないが、ICMもend stageにならないうちに正確に診断されればA-Cバイパス、PTCAなどにより延命効果が期待できる症例もあるのではないかと考えられた。