

一 般 演 題

1. ^{81m}Kr 持続静注法による閉塞性肺疾患の右心機能評価——右室関領域の検討——

池田 耕士	延澤 秀二	竹内 市郎
竹田 守	谷崎 靖夫	西田 卓郎
小林 聡		(浜松医療セ・放)
橋爪 一光		(同・呼吸器)
河 相吉	田中 敬正	(関西医大・放)

^{81m}Kr 持続静注法を用い、慢性閉塞性肺疾患の右心機能を検討した。ポンプにより、5%ブドウ糖液を毎分 12 ml の速度で ^{81m}Kr ジェネレータに注入し、被検者の右外頸静脈より心電図同期にてデータ収集した。位相像を参考にして右室の関領域を設定し、右室駆出率 (RVEF) を求めた。33 症例で右室拡張末期像を参考にした場合と比較した。右室拡張末期像の RVEF は、位相像の RVEF に対し $r=0.69$ と有意な相関を示した。また、位相像の RVEF が若干高値をとった。正確に右室の関領域を設定できるため、正確な RVEF を求められたと推測された。

2. 携帯用持続心機能モニターによる虚血性心疾患の評価

滝 淳一	村守 朗	中嶋 憲一
分校 久志	南部 一郎	谷口 充
松成 一朗	利波 紀久	久田 欣一
		(金沢大・核)
川筋 道雄	岩 喬	(同・外)

CdTe を用いた小型軽量の検出器を用い虚血性心疾患 15 例の左室機能を経時的にモニターした。仰臥位自転車エルゴメータによる運動負荷を施行し EF, EDV, ESV, CO を 20 秒ごとに測定した。最大負荷時における EF の変化は負荷前と比較して 1 枝 ($n=4$), 2 枝 ($n=4$), 3 枝 ($n=7$) 病変でそれぞれ $-1.3 \pm 12.6\%$, $-5.0 \pm 7.7\%$, $-11.0 \pm 11.2\%$ と罹患冠動脈数の増加に伴って EF の低下が大きくなる傾向を認めた。また運動負荷終了後の EF の増加は全例に認め、負荷終了後から最大 EF に達

するまでの時間は 1 枝, 2 枝, 3 枝病変でそれぞれ 95 ± 53 , 135 ± 34 , 157 ± 72 秒と罹患動脈数が多いほど心機能の回復に時間を要する傾向を認めた。本検査法により、より詳細な心機能評価が可能となった。

3. 運動負荷心筋シンチにおける ^{201}Tl 少量追加投与の経験

外山 貴士	中島 鉄夫	Biray E Caner
小鳥 輝男	石井 靖	(福井医大・放)

運動負荷 ^{201}Tl 心筋シンチグラフィの遅延像で持続性の欠損を認めた場合、従来のクライテリアでは scar となるが、近年こうした領域に血行再建術を行い血流や壁運動の改善を認めたという報告が少なくない。このような心筋 viability の過小評価を改善するための一法として ^{201}Tl 少量追加投与を行った。結果は、17 症例 85 区域中 19 区域で uptake 改善を認めたが、今回の検討では、本法により viability の判定が変わった例はなかった。しかしながら 6 症例では uptake の改善が通常の遅延像と比較しはるかに明瞭であり、遅延像で再分布の有無が微妙であるときには本法を試みる価値があるものと思われた。

4. 肥大型心筋症の核医学的診断と注意点

中嶋 憲一	滝 淳一	分校 久志
南部 一郎	谷口 充	村守 朗
松成 一朗	利波 紀久	久田 欣一
		(金沢大・核)
清水 賢巳		(同・二内)

肥大型心筋症の心筋シンチグラフィおよび心プールシンチグラフィにおいて診断上注意すべき点を検討した。心筋シンチグラフィでは、肥大部は心エコーの結果と良好な一致を見たが、過去の核医学報告書を再検討すると、虚血部については心筋肥大の対側の相対的な集積低下を異常と誤る例があった。また Bull's eye map 上も同様に対側の集積低下に見えるがパターンは異なっていた。また、心プールシンチグラフィ上、中隔の肥厚は画