

543 タリウム運動負荷心筋シンチにおける右室逆再分布像の意義

坂田和之、吉田裕、星野恒雄、籾木恒男、望月守、神山司、吉村正巳（静岡県立総合病院循環器科、核医学科）

運動負荷心筋シンチを平成5年1月から平成6年3月までに施行した658例中123例に右室逆再分布像を認め、心臓カテーテル検査を施行した54例を対象とした。45例（A群）に冠動脈疾患を認め、9例（B群）は正常冠動脈であった。右室像解析は、cut off levelを0としtransverse像で視覚的に行った。A群は、1枝病変11例に対し34例が多枝か左冠動脈主幹部病変であったが、虚血出現領域との関係は認めなかった。B群を、右室逆再分布のない正常冠動脈15例と比較したところ、運動負荷所見及び血行動態に明らかな差異は認めなかった。右室逆再分布像は、正常例でもよく認められる所見であるが、冠動脈疾患では重症例に多く認められた。

544 急性心筋梗塞後の安静²⁰¹Tlシンチの逆再分布の有無による残存狭窄の検討

林 克己、大鈴文孝、高山英一、山岸 正、田原敬典、山内靖隆、永井知雄、中村治雄（防衛医大第1内科）
新井眞二、小須田 茂、草野正一（同放射線科）

急性心筋梗塞患者22名にたいし、2から3週間後に行った安静²⁰¹Tlシンチで静注直後像と4時間後像で逆再分布の有無で、約10日後に行った冠動脈造影での梗塞責任病変の残存狭窄率に違いがあるかどうか検討した。発症よりTlシンチまでの期間は 21.2 ± 7.1 日。シンチより冠動脈造影までの期間は 9.7 ± 10.7 日で実施した。逆再分布を示した患者は17名（rRD群）、再分布を示した患者は5名（RD群）であった。残存狭窄はrRD群 $65.7 \pm 18.8\%$ 、RD群 $92.8 \pm 9.7\%$ とRD群で有意に大きかった（ $p < 0.01$ ）。逆再分布には心筋灌流が維持される必要があると考えられた。

545 血管造影上異常所見のない運動負荷無症候性ST下降を示す症例の抵抗血管機能と運動負荷タリウム心筋シンチ所見

大谷弘、斎藤富善、矢尾板裕幸、渡邊達也、斎藤修一、石幡貴子、廣坂朗、前原和平、丸山幸夫（福島医大一内）

冠動脈造影にて有意狭窄病変を有さない症例の運動負荷時ST下降の機序は不明である。ST下降群（S, n=7）と正常群（N, n=5）の負荷タリウム心筋シンチ（TI）と冠動脈抵抗血管機能について検討した。冠血管抵抗（R）は持続的熱希釈法による大心静脈血流量から算出した。硝酸薬投与後に施行した右房ペースティング時のRの変化率は、S群で著明に増加したのに対して、N群では変化を示さなかった（S: $95 \pm 54\%$, N: $6 \pm 32\%$, $p < 0.01$ ）。TIでは、S群において左室壁肥厚を疑わせる例が多くみられたが、SDマップによる定量解析でも虚血所見は明らかでなく、本法のみでは微小循環障害の検出は困難と考えられた。

546 ジピリダモール負荷²⁰¹Tl心筋シンチグラムの虚血検出精度の再評価

上嶋健治、荻生直徳、盛合直樹、宮川朋久、中居賢司、平盛勝彦（岩手医大二内）

ジピリダモール負荷²⁰¹Tl心筋シンチグラム（DIP）の虚血検出精度を再評価する。対象は、DIP施行連続50例および運動負荷心筋シンチグラム（EX）と冠動脈造影を施行した連続50例。冠動脈造影、左室造影、断層心エコー図、運動負荷試験、一部PET所見から総合的に診断した虚血の有無について両検査法の虚血検出の感度と特異度を求めた。DIPはEXに比べて、①胸痛の出現頻度が高く（48% vs 20%, $p < 0.01$ ）、②心電図変化の出現頻度が低く（24% vs 58%, $p < 0.01$ ）、③冠動脈枝でみた虚血の検出感度が低かった（60% vs 84%, $p < 0.02$ ）。DIPはEXに比べて精度は高いと言えます、個々の症例に対してDIPとEXを慎重に選択すべきである。

547 V₆誘導のinitial q消失は心筋障害を意味するか？心電図と運動負荷²⁰¹Tl SPECTの比較

落合久夫、宮崎直道、三武明夫、宮田朋子、三谷勇雄、石井富男（横浜市大2内）

左冠動脈中隔枝の閉塞による純粋な中隔梗塞で、心電図V₆誘導のinitial q消失が報告されている。そこでV₆誘導のinitial q消失が前壁中隔の心筋障害を意味するかをretrospectiveに検討した。対象は運動負荷²⁰¹Tl SPECTを施行し、心筋症、伝導障害、冠動脈再建例を除外した連続65例である。initial q消失（43%）は前壁中隔の固定性欠損または虚血の診断にspecificityは良好だが、sensitivityは不良であった。前壁中隔に固定性欠損を認めるものはinitial q消失を認ることが多いが、虚血を認めるもののinitial qは不定であった。以上よりV₆誘導のinitial q消失は心筋障害の診断にある程度参考になる。

548 下壁梗塞慢性期の運動負荷にみられる前胸部誘導ST低下所見：鏡面像か前壁虚血か？

高尾祐治、松田宏史、早崎和也（済生会熊本病院 循）

下壁梗塞慢性期の運動負荷時前胸部誘導のST低下の原因が鏡面像（R）か前壁虚血（IS）かを、タリウム心筋シンチ（TI）の再分布（RD）の有無から検討した。TI施行の下壁梗塞で、前胸部ST低下の43例を、II III aVFでST上昇の21例（A）と不変の22例（B）に分け、各々で前胸部ST低下範囲と前壁RDの有無を比較検討した。Aでは前胸部ST低下範囲にかかわらず1例を除いて前壁RD（-）だった。BではV1-4でST低下の5例全てRD（-）だが、V4-6でST低下の7例中4例、V1-6でST低下の10例中4例でRD（+）だった。BかつV1-6のST低下例中、後壁梗塞の合併が4例あったが全てRD（-）だった。下壁梗塞の運動負荷時前胸部ST低下例では、II III aVFのST上昇の有無と胸部誘導のST低下範囲からRとISの鑑別が可能である。