425例を通じて，^{198}Au 肝シンチグラムパターンが以下の9型に分類することができ，臨床診断上 ^{198}Au 肝シンチグラムはきわめて有効な手段となりえた．

^{198}Au 肝ンンチグラムパターンと病名ないし病態

1. 標準像——肝正常であるか，あるいは小さな限局性疾患の見逃し例（false negative）
2. 両側肥大像と脾出現——急性，慢性肝炎，小結節広汎転移型肝癌，胆汁性肝硬変，うっ血肝
3. 右側萎縮左側肥大像と脾出現——これがあれば萎縮性肝硬変と診断して良い．逆は必ずしも真ならず，例外あり．
4. 部分欠損像
   (a)孤立性——良性，悪性病変（主として原発性）なるも肝シンチグラムのみで鑑別不能
   (b)多発性——転移性ならびに原発性肝悪性腫瘍，稀に嚢腫肝
5. 左側完全欠損像——右側に変化なければ良性病変
6. 右側巨大欠損左側代償肥大像——右側の良性病変
7. 変形像——肝外圧迫
8. 位置異常——肝外圧迫，索引，遊走肝

追加： 上野高次（千大・三輪内科）

わたくしどもは肝シンチグラムの臨床的応用とくに慢性肝炎，肝硬変のそれについて昨年の消化器病学会以来発表研究を行なってきた．

即ちその型態変化は健常型をⅠ型，左側腫大主とせるIIa型，円型化のIIb型，変型を伴なわない腫大型をIIIa型，変型を伴なう腫大型のIIIb型と5型に分類し組織所見をえた169例に施行した．慢性肝炎35例中Ⅰ型13例，IIa型13例でIIb型も5例みられ肝硬変35例中IIa型12例IIb型17例とIIb型が増加してくる．以上のごとく慢性肝炎，肝硬変では肝の形態分布に差異は認めるが逆に形態による病態診断は定型的あるいは高度のもの以外に無理のようで，これに脾陰影の所見を加えると相当程度診断が可能となろう．この点は演題15にのべるので省略する．

質問： 坂本良雄（信大・放射線科）

1）使用されたコリメーターはどのようなものでしょうか．2）シリンドリカルホール型は使用されたことがあるか．

答弁： 久田欣一（金大・放射線科）

1）37孔のハニコーンコリメータである．2）使用しておりません．

質問： 立野育郎（国立金沢病院・放射線科）

われわれは左葉の部分的欠損または完全欠損や，accessory liver などの anomaly をかなり経験している．肝シンチグラム読影にさいして考慮すべきでしょう．

答弁： 久田欣一（金大・放射線科）

同感だと思う．

9. ^{131}I AA の肝シンチグラムへの応用

上田英雄，亀田治男
飯尾正宏，○山田英夫
（東京大学・上田内科）

^{131}I 標識凝集アルブミン（^{131}I AA）は網内系細胞（主として肝星細胞）に摂取された後速やかに代謝され，血中に放出された ^{131}I は尿中に排泄される．そのクリアランスはきわめて速く追跡量の t½ は2～3分，肝除去率も90％以上ときわめて高率である．

教室では ^{131}I AA を肝血流量の測定・網内系機能の測定に応用し，その結果についてはすでに報告した．

今回は ^{131}I AA の肝スキャニングへの応用について報告担体 AA を用い良好な肝シンチグラムをとる方法についてのべた．そのさいは担体 AA を ^{131}I AA投与後10分で追加をする．甲状腺をあらかじめヨードで遮閉しておけば，注入された ^{131}I AA の約80％が24時間中に排泄され，照射線量は ^{198}Au に比しきわめて少ない．また凝集アルブミンは上述のごとく速やかに代謝されるため網内系を一時的に block することが可能である．非標識凝集アルブミンをあらかじめ投与して肝網内系を block し，^{131}I AA を注入すると肝と同時に脾像をえることができる．

質問： 井沢豊春（東北大・抗研）

1）AA の作り方，2）用いた AA の大きさ，その検定法，分布，について質問したい．

答弁： 山田英夫（東大・上田内科）

それは演題23で発表する．

質問： 久田欣一（金大・放射線科）

1）^{131}I AA の使用経験は何例ぐらいか．2)同一人に何回も ^{131}I AA 注射の例はあるか．3)抗原性等の副作用はまったく否定できるか．

答弁： 山田英夫（東大・上田内科）

今まで20例ぐらいに用いた．その他のことは演題23の発表を参照して下さい．

*

Presented by Medical*Online