

計算によると、1回換気量の増大は沈着量の増大をきたすが、正常人の側臥位吸入でもそのことが証明された。坐位においても、換気の多い下肺野により多くエアロゾルは分布するが、理論計算で明らかなどとく、分布は肺門より末梢にかけて一様に増加していた。臨床例においてはエアロゾルとガスの分布の著しい解離が認められた。その意義については現在検討中である。

## 26. R. I. Splenoportography

○高橋 豊 今中 孝信 赤坂 清司

(天理よろず相談所病院 血液内科)

佐藤 紘市 黒田 康正 田中 敬正

(同 放射線科)

三木 成仁

(同 心臓血管外科)

門脈循環系について、形態的情報とともに、動態解析を行うべく以下の臨床的検索を行つた。

方法 被検者は仰臥位、心肺系下半部を含む、やや左寄り上腹部に scinticamera を照準し、<sup>99m</sup>Tc albumine 2~7 mCi および <sup>131</sup>IMAA 300 μCi 総量約 5 ml と経皮的に脾内に注入し、直後からの<sup>99m</sup>Tc 放射活性の経時的变化を VTR Tape に収録、その再生にて門脈循環 scintigraphy を行うとともに脾静脈、門脈、副血行路、肝、心を対象に設定した R.O.I. に対応する各放射図を得、Analog Simulation 解析を行つた。また、<sup>131</sup>I に対し肝、脾 scintigraphy を行いかつおのおの ROI 内計数率を測定して肝内外 shunt 率を求めた。

結果と考察 門脈循環に関する正常対照例では<sup>99m</sup>Tc tracer は4秒弱で肝に到達、心肺系(右心)へは13秒を要した。注入 <sup>131</sup>I MAA 活性は脾注入部および肝のみに認められた。肺および肝活性から求めた肝内外 shunt は、食道、胃透視の内視鏡的に確認できなかつた例においても検出できた。ROI 放射図による動態観察結果で、副血行路は頻々門脈本幹→肝内部より遅れ、心肺系において予測されたほど経肝路波に先行する血行波は得

られぬことがあつた。ROI の位置、範囲の設定上、いかに肝左葉または大動脈由来の background を避け、また Data 処理上これらをいかに差引くかの検討が今後尚必要と思われた。Tracer の肘静脈注入で、心肺系一各 ROI 応答特性を求めて脾内注入放射図の再循成分を差引く手法がこの目的に有用であつた。

## 27. 脾シンチグラフィーの機能的脾腫分類法への応用 (I)

○高橋 豊 今中 孝信 赤坂 清司

(天理よろず相談所病院血液内科)

宇山 親雄

(京大 工 電子工学)

形態診断を主目的とする脾 scintigraphy の機能的検索への 2, 3 の利用面を報告した。<sup>51</sup>Cr 標識障害赤血球を用いて scintigraphy を行い、その脾影面積とともに、脾の大きさの指標として脾容積指数、SVI, を算出（方法は報告済みであるので省略）して脾腫を定量化した。門脈高圧を伴う、うつ血性脾腫例の SVI と白血球減少との関係は、肝における硬変性変化の有無で差異があり、いわゆる Banti 症候群（特発性門脈高圧症）では有意の逆相関があり、巨脾を伴う肝硬変症ではなく、脾腫が著明となるよう、前者では後者より有意に白血球減少が高度となることを示した。血小板数とでは、両疾患群ともに有意の逆相関を示したが硬変群の方が血小板減少はやや著明であった。この肝の硬変性病変の有無と血球による差異に関する知見は生体内における脾膜を定量的に測定することで得られたものである。

溶血性貧血例で<sup>51</sup>Cr 標識自己赤血球の寿命測定と同時に<sup>51</sup>Cr 脾摂取率を計測して、剔脾適応の有無を判断するに際して、赤血球崩壊の脾限局性に関する判断をより正確にすべく、SVI と脾摂取指数を用いて二次一次判別関数を作成した。対象は先天性球状赤血球症例と脾・肝<sup>51</sup>Cr 摂取指数に関しその 95% 分布域外にある後天性自己免疫