

する。4回の動静脈血培養から、すべて嫌気性菌が検出され後日、この菌はアクチノマイセスビスコーサスと特定された。精査の結果、感染性心内膜炎による膜性増殖性糸球体腎炎を合併した心室中隔欠損症であると考えた。入院直後より抗生物質を投与し、炎症所見は著明に改善した。心筋への炎症所見の評価目的で Ga シンチを行った。

(方法) 使用した装置は、ZLC-7500 (シーメンス) に中エネルギーコロリメーターを装着し、データ処理はシンチバック 70A (島津社製) にて行った。<sup>67</sup>Ga citrate 111 MBq を静注し、72時間後に撮像した。photo peak は 93 KeV, 184 KeV, 296 KeV, の3本を選び、ウィンドウ幅は20%とした。データ収集は、RAO 45度から LPO 45度まで 180 度、32方向とし、収集マトリックス 64×64、収集時間は30秒とした。シンチ像を供覧して、若干の報告をする。

3) 当院における経静脈性 DSA の臨床利用 (適応疾患について)

木村 元政・三浦 努  
加村 毅・酒井 邦夫 (新潟大学放射線科)  
山岸 広明 (厚生連糸魚川病院放射線科)

デジタルサブトラクション血管撮像法 (DSA) は、画像処理コンピュータを用いてデジタル量として入力されたライブ像からマスク像を引算することによりリアルタイムにサブトラクション画像を得る方法であり、濃度分解能が極めて高いことから経静脈性 (IV) DSA として 1979 年 Kruger が臨床例を報告して以来急速に普及し、最近では空間分解能の改善 (1024×1024 matrix) により一般の血管撮影施行時に常時併用されることが多くなってきている。

今回は、まだ余り日常臨床に十分活用されていないと考えられる IVDSA について、1984 年装置が導入されて以後、新潟大学附属病院で施行された IVDSA 症例を提示し、その適用疾患を明らかにしたい。

症例内訳 (1984 年～1991 年; 90年, 91年の一部を除く)

閉塞性動脈疾患	220
大動脈瘤	203
大動脈炎症候群	75
腎血管性高血圧	46
血行再建術後	162
その他	169
計	875 例

4) 心疾患における <sup>123</sup>I-MIBG の使用経験

瀧澤 淳・大島 満 (燕労災病院 循環器内科)  
渡邊 賢一

<sup>123</sup>I-MIBG (meta-iodobenzylguanidine) は、ノルエピネフリンと同様の機序により、交感神経終末内と神経以外の心筋・血管・間質に取り込まれる。この性質を利用した <sup>123</sup>I-MIBG 心筋シンチグラムにより、非侵襲的に心臓局所交感神経分布および機能の評価が可能となり、今後各種疾患の病態把握、治療効果判定等に活用されることが期待されている。

本邦では 1992 年 12 月より <sup>123</sup>I-MIBG の市販が開始されたが、当院では現在まで約 10 症例に対し <sup>123</sup>I-MIBG 心筋シンチグラムを施行した。対象となった疾患は、急性心筋梗塞、狭心症、陳旧性心筋梗塞、急性心筋炎、慢性心筋炎、急性心膜炎、サルコイドーシス等であった。これらの疾患に対し、<sup>123</sup>I-MIBG 心筋シンチグラムと従来より使用されている他の核種 (<sup>201</sup>Tl, <sup>99m</sup>Tc ピロリン酸, <sup>67</sup>Ga 等) による心筋シンチグラムを対比し経時的変化も含めて報告する。

5) incessant VT を伴う左主幹部閉塞の急性心筋梗塞に PCPS-supported PTCA が奏効した 1 例

曾我 悟・小田 弘隆  
三井田 努・戸枝 哲郎 (新潟市民病院 循環器科)  
樋熊 紀雄

症例: 57歳, 女性。1992 年 11 月 9 日 2:00 pm 胸痛出現するも自然消失。3:30 pm より再度胸痛出現し、某医院にて心電図変化を指摘されて 4:55 pm 当科受診した。血圧 88/58 mmHg, 心電図で ST 上昇をⅢ, aVF に、ST 低下を I, aVL, V<sub>5.6</sub> に認めた。緊急 CAG にて LMT の閉塞を確認。カテコールアミン投与にて血圧を維持しながら、PTCA を LMT に行うも心室性頻拍 (VT) が出現、IABP 使用するも VT はコントロールできず気管内挿管を行った。直流除細動 (DC) を必要とする VT が頻回に出現し、体循環虚脱となるため PCPS を開始した (送血ラインを IABP と入れ替え)。214/分の VT が常時出現していたが流量 2.5 L/分で血圧は 75 mmHg であった、250/分の VT 出現時には 60 mmHg に低下したため DC を使用した。PCPS 下に successful PTCA を LMT に行い十分な血流を確保した頃より、VT は自然に消失し洞調律に復した。PTCA site より再度 IABP を挿入し、IABP と PCPS を併用した (18時間後 PCPS 離脱)。経過は順調にて、