

滴注 GIK 后的显像作比较。前者有 47 个心肌节段为重度灌注不足,73 个节段无灌注;而滴注 GIK 后的显像只有 23 个节段示重度灌注不足,51 个节段示无灌注。在运动后显像上呈无灌注的节段中,加注²⁰¹Tl 后有 35% 出现再灌注,而在滴注 GIK 后的显像上 58% 出现再灌注摄取。

方案 2 比较²⁰¹Tl 静息延迟显像和滴注 GIK 显像的效果。10 例曾患心肌梗塞的病人先在静息时注射 111MBq²⁰¹Tl,0.5 和 3 小时后做两次 SPECT。另一天做加滴注 GIK 的²⁰¹Tl SPECT。结果,3 小时静息显像示 37 个心肌节段为严重灌注不足,104 个节段为无灌注;而滴注 GIK 后显像示 21 个节段严重不足,81 个节段为无灌注。

两种方案的受检者都没有明显糖耐量减退的病人。滴注 GIK 无重要副反应,仅 2 例出现轻度低血糖伴头昏和 1 例心动过速,加注葡萄糖后症状消退。

结果表明,本法安全,能使心肌细胞摄取²⁰¹Tl 增多,从而提高缺血而还存活的冬眠心肌的检出率,这对计划冠状动脉再通治疗有参考价值。²⁰¹Tl 既可作为心肌灌注标志,也是一项代谢标志,胰岛素使心肌摄取²⁰¹Tl 增多的机制可能是增加冠状动脉血流量,增加心肌糖原贮存,保持膜稳定或有利于自由基清除。

(沈钰如摘 马寄晓校)

006 ^{99m}Tc-Tetrofosmin: 一种新型甲状旁腺显像剂 [英]/Ishibashi M... // Clin Nucl Med. -1995, 20 (10). -902~905

^{99m}Tc-Tetrofosmin 已用于心肌灌注显像,且制备过程比^{99m}Tc-MIBI 简单。本文报道用^{99m}Tc-Tetrofosmin 作显像剂用于原发甲状旁腺机能亢进症的定位诊断。

一例女性患者,42 岁,确诊为甲状旁腺机能亢进和高血压,强化 CT 发现其左颈下部有一小结节。^{99m}Tc-MIBI 甲状旁腺显像的早期相(10 分钟)见左颈下部有浓聚灶;延迟相(2 小时)甲状旁腺腺瘤较好地显示。^{99m}Tc-Tetrofosmin 甲状旁腺显像早期甲状腺和左颈下可疑病灶均有摄取,延迟相可清晰地显示病灶结节。随后进行²⁰¹Tl/^{99m}Tc 扣除闪烁照像,证实为左颈下部异常的甲状旁腺。患者经甲状旁腺切除术,其组织学证实为腺瘤。

Tetrofosmin 是新研制的用^{99m}Tc 标记的二磷酸族化合物,本结果认为,^{99m}Tc-Tetrofosmin 甲状旁腺显像对发现甲状旁腺腺瘤是有意义的,强化 CT 所示的左颈下部的腺瘤用本法可清晰地显示出来。

(张富海摘 周荫保校)

007 ^{99m}Tc-MDP 闪烁显像诊断乳癌的效果[英]/Piccolo S... // J Nucl Med. -1995, 36(5). -718~724

根据临床和乳房 X 线片结果,200 例准备手术的病人在术前做^{99m}Tc-MDP 骨显像时加做^{99m}Tc-MDP 乳房显像。静脉注射^{99m}Tc-MDP 后先做动态显像,然后在注射后 10~20、40~60 和 120~180 分钟取前位和侧位,采用低能量适用的平行孔准直器做静态平面显像。

按手术和细胞学检查结果,200 例中有 172 例确认为乳癌,28 例为良性肿瘤。在 172 例乳癌中,158 例摄取^{99m}Tc-MDP 增多,肿块与周围组织本底的放射性计数比值(T/B)在注射后 0~4 分钟为 2.6 ± 0.5,10~20 分钟时 T/B 最高,达 3.8 ± 0.4,到 120 分钟后 T/B 降低,只有 61 例尚可清楚检出乳癌,占 38%。在 172 例乳癌中,只有 7 例有骨转移。

乳癌 X 线片结果可疑的 53 例中,^{99m}Tc-MDP 显像诊断正确的有 43 例,占 81%。在这一亚组的 25 例乳癌中,17 例摄取放射性增多。漏诊的 8 例乳癌是直径小于 10mm 和 15mm 的各 4 例。在 28 例最后诊断为良性肿瘤的亚组中,26 例闪烁显像阴性,占 93%;2 例假阴性,分别是直径为 22mm 和 18mm 的纤维腺瘤。

此外,用本法检查了 80 例对照者,其中 35 例经细胞学已确诊为良性肿瘤,45 例是无乳腺病变的其他肿瘤病人。闪烁显像结果只有 1 例乳腺纤维瘤病人的^{99m}Tc-MDP 显像阳性。

总的来看,^{99m}Tc-MDP 闪烁显像诊断乳癌的特异性是 95%,准确性是 92%,阳性预期值是 98%,阴性预期值是 81%,对临床和乳房 X 线片结果可疑病人的诊断意义较大。

(沈钰如摘 马寄晓校)

008 ^{99m}Tc-MIBI 和²⁰¹Tl 在肺内钙化灶中的浓聚 [英]/Kandula P... // Clin Nucl Med. -1995, 20(11). -1000~1002

一例女性患者,80 岁,因胸前区疼痛进行^{99m}Tc-MIBI 心肌灌注显像检查,三年前因同样病史做过²⁰¹Tl 心肌显像。经静息及负荷试验检查,无论平面还是断层显像,均未见心肌血流灌注异常,但三年两次检查均发现左肺的心脏影像上面有一个异常浓集区,且形态、位置不变,X 线胸片显示为钙化灶,CT 并强化检查显示为 9cm × 7cm × 6.1cm 软组织肿块伴中心钙化,并可见到胸膜钙化。遗憾的是,患者拒