

課題研究

QCA の精度を左右する要因と基本技術

千葉県循環器病センター 景山 貴洋／佐藤 次男／今関 雅晴
 昭和大学病院 中澤 靖夫／佐藤 久弥
 石心会狭山病院 植木 茂樹
 小倉記念病院 川中 秀文
 N T T 東日本関東病院 若松 修

【目的】

近年、QCA はデジタルシネ画像の発展と相まって、冠インターベンション時のバルーンやステントサイズなどの決定支援に重要な役割を担うようになった。シネ画像の記録媒体もシネフィルムからデジタルテープ、CD-R、さらには RAID DISK へと確実に移行してきている。QCA も Film-based QCA からデジタルテープあるいは CD-R に記録されたデジタルシネ画像を用いる off line Digital QCA、デジタルシネ撮影した画像を直接 QCA 解析装置に取り込み行う on line Digital QCA が発展し、いわゆる Digital QCA が主流になりつつある^{1,2)}。年々 QCA ソフトウェアのユーザーインターフェースも優れたものとなり、計測範囲を設定することによって、大概是オートメーションで解析結果が得られ計測の迅速化が図られている。一方、計測者は解析結果が限りなく真の血管径に近くなるよう正確に計測する技術が重要となる。このためには、冠動脈造影から QCA ソフトウェアによる計測まで計測精度を左右する因子を理解し、計測に関わる誤差を小さくする努力と工夫が必要となる。そこで、本研究では Digital QCA に絞り、Digital QCA の計測精度に影響を及ぼす因子を整理し、計測精度を高めるための基本技術を検討した。

【方法】

Digital QCA の計測精度に影響を及ぼす因子を文献調査およびブレンスレーティング法で調べた。次に QCA に携わる計測者が計測誤差を小さくできる手法を検討した。QCA ソフトウェアは

QCA-CMS(MEDIS)、ACA(PHILIPS)を使用した。また、血管狭窄ファントムはアクリルに 3mm の円柱管をくりぬき、これに 0.2,0.6,1.0,1.3,2.0,2.5 mm の狭窄径を有したものを使用した。造影剤は Iopamiron 370(SHERING)を用い血管狭窄ファントムに充填した。QCA の精度評価には Bland と Altman³⁾が提唱した方法に基づいて、QCA システムによる計測値からファントムの実測値の差をプロットしたグラフを用いた。統計解析プログラムは Stat Vew 5.0(SAS Institute inc.)を使用し $p<0.05$ を統計学的に有意と判定した。

【結果および考察】

QCA の精度に影響を及ぼす要因⁴⁾を表 1 に示した。大因子は 12 項目であった。QCA 解析に携わる計測者が、計測誤差をコントロールできる因子としては、I.I.、キャリブレーション、画質、画像フォーマットが考えられた。また、これらの因子に対する検討課題は表 2 の通りであった。以下に検討結果を示す。

表 1. QCA の精度に影響を及ぼす要因

| | |
|------------|-----------|
| ・冠動脈 | ・散乱線 |
| ・キャリブレーション | ・造影剤 |
| ・画質 | ・画像観察系 |
| ・計測方法 | ・撮像素子 |
| ・I.I. | ・画像フォーマット |
| ・視覚 | ・狭窄率判定方法 |

表 2. QCA の計測精度をコントロールできる因子とその検討課題

| | |
|--------------|----------------------------|
| 1. I.I. | I.I. 光学系の歪み |
| 2. キャリブレーション | カテーテルサイズ, カテーテル内の造影剤の有無 |
| 3. 画像処理 | 画像収集マトリックス エッジ強調 |
| 4. 画像フォーマット | DICOM 画像を用いた解析精度 |
| 5. 撮影技術 | フィルター, コリメーション |
| 6. 患者 | 心拍動 |

1. I.I.

1-1. I.I.光学系の歪み

シネ画像には I.I.光学系に起因する歪みが存在し、画角の中心と辺縁では歪みの度合いが異なり、周辺に行くほど歪みは大きくなる。また、歪みはイメージサイズにより異なり、イメージサイズ 9 インチでは最大で 14%の歪みを認めたとする報告がある⁵⁾。臨床においては、キャリブレーションとなるカテーテルが画角周辺にあり、病変部が画角中心に位置する場合は、この歪みに起因する誤差が計測に影響するものと考えられる。このことから、まず使用する I.I.光学系の歪みを調べておく必要がある。その測定方法は、I.I.グリッド前面に 10mm 格子のグリッドを配置しデジタルシネ撮影する。歪みの算出方法は、グリッド像の中心から 10mm のグリッドまでの距離を計測し A とする。次に別のポイントでの距離を求めて B とする。ここで B の位置での歪み率は、 $(B-A)/A \times 100$ で算出され、同様にして各々のポイント間を求める (図 1)。本法で算出した I.I.光学系の歪み率の結果を図 2 に示した。また、図 3 にカテーテルと冠動脈を I.I.光学系の歪み率が 0%の区域で撮影した臨床例を示した。このように QCA ではカテーテルと冠動脈を I.I.光学系の歪み率が 0%の区域で撮影し解析することで I.I.光学系の歪みの影響を抑えることができると考える。

2. キャリブレーション

キャリブレーションにおける問題点は、現在、大きくは二つあると考える。第一にカテーテル径を QCA システムへ入力する際に、公称サイズでも良いのか、カテーテル外径の実測値を用いるべきかである。第二に造影剤を満たしたカテーテル像を用いるか、空のカテーテル像を用いるかである。第三にカテーテルサイズの下限值である。

$$\text{歪み率(\%)} = \frac{B - A}{A} \times 100$$

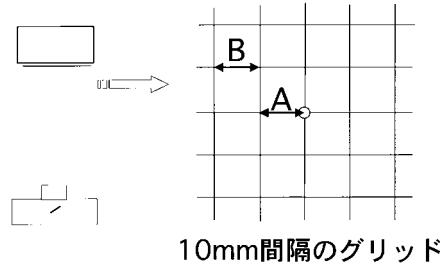


図 1. I.I.光学系の歪み率の計測方法

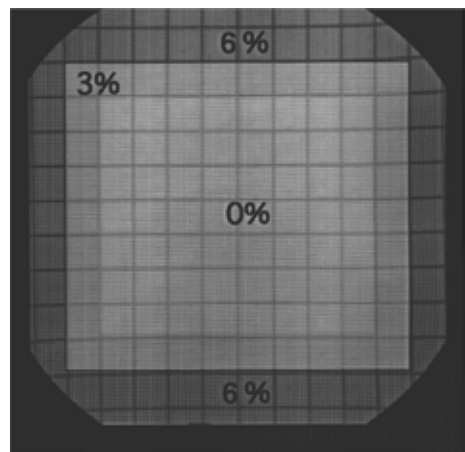
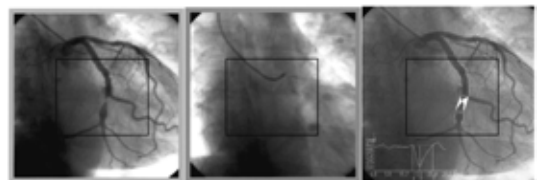


図 2. I.I.光学系の歪み率の計測結果



1. カテーテル撮影 2. 病変部撮影 3. 解析
図 3. 冠動脈造影への適応例

2-1. カテーテル径の QCA システムへの入力

この点については、公称サイズが同一のカテーテルでも実測値が異なるカテーテルがあることから、キャリブレーションに用いるカテーテルサイズはマイクロメータで計測した値を用いるべきとする報告^{5,6,7)}がある。一方、Reiber は 6Fr-7Fr のカテーテル外径を実際に測定し、同 1 種類のカテーテルの外径のパラツキは 0.02-0.03mm と小さいことから、個々のカテーテル外径を測定する必要はないと述べ、カテーテル外径の平均値を用

いてよいとしている⁸⁾。このことからカテーテル径の QCA システムへの入力は、公称値は使用せず施設使用のカテーテル外径の平均値を求めておき、この平均値を入力することがよいと考える。

2-2. カテーテルに造影剤を満たすか空のカテーテルを用いるか

図 4 は 4, 5, 6, 7F の同一カテーテルに造影剤を満たした時と空の時とでカテーテル外径の実測値との差をみたものを示す。このときの QCA システムは QCA-CMS(MEDIS)を用いた。これらのサイズの中で、6F の空のカテーテルは管電圧が 80,90kV のとき、実測値との間に 0.1mm 以上の誤差を生じた。原因は管電圧が高くなることにより、カテーテル辺縁のコントラストの低下が考えられた。コントラスト低下によって、エッジディテクションが不安定となり 0.1mm 以上の誤差を生じたものと推測された。また、他のカテーテルは誤差が 0.1mm 以下であることから、カテーテルの材質や壁厚が影響したものとも考える。造影剤を満たしたカテーテルは、管電圧の変化に対して誤差が全て 0.1mm 未満であった。以上から、QCA-CMS によるカテーテル・キャリブレーションでは、カテーテルに造影剤を満たす必要があると考える^{6,7)}。表 3 は解析装置別に造影剤を満たすか、空にするか、現在までに明らかにされている見解を示した。

2-3. カテーテルサイズの下限值

カテーテルサイズの下限值は、QCA システムへの画像入力時の 1 ピクセル当りの距離で決定される。Rieber らはカテーテルのエッジディテクションの誤差が 5%を越えた場合は、狭窄径の計測に影響を及ぼすとし、5F のカテーテルはエッジディテクションの誤差が 5%ぎりぎりであると報告している⁸⁾。一方、4Fr のカテーテルでも辺縁検出のばらつきの少ないカテーテルを用いた QCA は、6Fr と同程度の精度が得られたとする報告がある¹⁰⁾。このことから、一般にはキャリブレーションに用いるカテーテルサイズの下限值は 5F のカテーテルと考えられる。細径の 4Fr カテーテルはエッジディテクションの誤差が 5%以内であることを検証し使用すべきと考える。

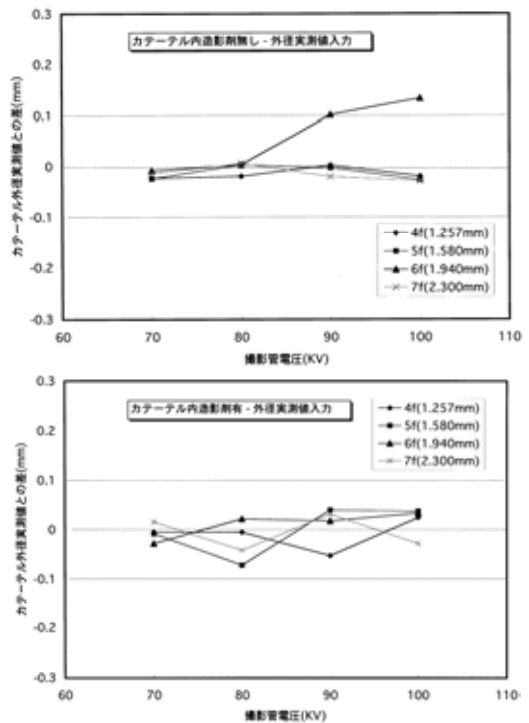


図 4.カテーテル内の造影剤有無によるカテーテル径の計測結果

表 3. QCA システムにおけるカテーテル・キャリブレーション時の造影剤の有無

| | |
|---------------------|-------|
| ・QCA-CMS (Medis) | 造影剤有 |
| ・CASS (Pie Medical) | 造影剤なし |
| ・AWOS (Siemens) | 造影剤有 |
| ・ACA (Philips) | 造影剤有 |

3. 画質

3-1. 収集マトリクス

デジタルシネ画像撮影時の収集マトリクス数が計測精度に影響を及ぼすか調べるため、血管狭窄ファントムを 1024×1024、1024×512 のマトリクスで撮影し、on line QCA で計測した。QCA のソフトウェアは ACA(PHILIPS)を使用した。結果を図 5 に示した。

血管ファントム径の実測値と QCA システムでの計測値との相関は 1024×1024 では正の強い相関を示した。しかし 1025×512 では相関は低い結果となった。これは実測値 0.3mm に対する計測値が 1024×1024 と比較し過大に計測され、相関係数が低くなったものとする。今回の実験は血管狭窄ファントムを水平よりも右下方に 30° 傾

けて配置した。1025×512 の 1 マトリクスは長方形でありマトリクスの配列が縦長である。このために過大に計測されたものとする。ゆえに、on line QCA またはデジタルシネ画像を DICOM 記録しこれらの画像を計測する場合は、その前段階として撮影時の収集マトリクスを正方形とし、1024×1024 にすることが計測精度を高めることになる¹¹⁾。

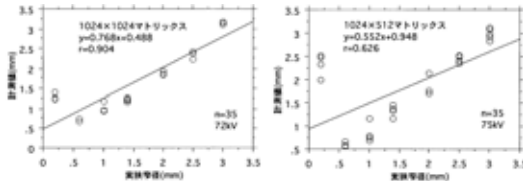


図 5.画像収集マトリクス数を変化させたときの QCA の精度

3-2. エッジ強調

次にエッジ強調処理が解析値へ与える影響を調べた。図 6 は左前下行枝#6 に狭窄を有する冠動脈造影像を用いて、この画像にエッジ強調処理なし、エッジ強調度 6、エッジ強調度 12 と強調の度合を変化させたときの on line QCA の結果を示した。撮影装置は INTEGRIS BH3000(PHILIPS)、QCA システムは QCA-CMS(MEDIS)を使用した。

結果はエッジ強調なしと強調度 6 では、狭窄径、リファレンスおよび狭窄長はほぼ同様の結果であった。強調度 12 ではエッジ強調なしと比較し、狭窄径で+0.89mm、リファレンス径で-0.99mm、狭窄長で-11.12mm の差を生じ過小評価した。ゆえに強調度の強い画像処理は解析値に影響を及ぼすことから避ける必要がある。また、エッジ強調処理の程度を毎回同じくする必要があると考える。

4. 画像フォーマット

4-1. DICOM 画像を用いた解析精度

DICOM フォーマットは 512×512、8bit、JPEG 2:1 で記録する。ここでは、DICOM で記録された画像(DICOM 画像)を用いた QCA 解析の精度を調べた。図 7 に 3 施設を調査対象とした DICOM 画像の QCA の精度を示した。実狭窄径が 1-3mm の範囲では計測精度が 0.2mm 以下であった。実狭窄径が 1mm 未満では 0.2mm 以上の計測誤差を生じた。QCA システムの精度は、測定値と実際の値の差が 0.1-0.2mm 以内であれば、理想的な QCA システムである^{2,12)}ことを考えると、

DICOM 画像を用いた QCA システムの精度は、実狭窄径が 1-3mm の範囲では満足すべきものとする¹³⁾。

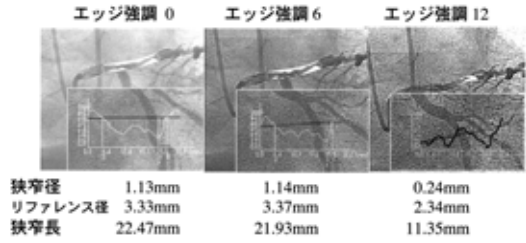


図 6.エッジ強調処理が解析値に与える影響

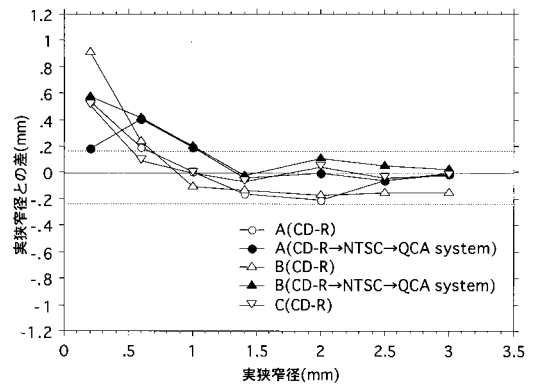


図 7.3 施設を調査対象とした DICOM 画像の QCA の精度

図中の A,B 施設の CD-R→NTSC→QCA system は、CD-R に記録された DICOM 画像をアナログ変換し NTSC を介して QCA system に画像入力した。

5. 撮影技術

5-1. フィルター、コリメーション

冠動脈撮影時にハレーション防止にフィルターは重要な技術である。フィルターの有無が計測値に与える影響を血管ファントムを用いて調べた。血管狭窄ファントムはリファレンス径 3mm、狭窄径 1.5mm を使い、撮影管電圧 69kV、イメージサイズ 7 インチで撮影し計測した。

結果を図 8 に示した。リファレンス径はフィルターなしとフィルターありで差を認めなかった ($3.04 \pm 0.028\text{mm}$ vs $2.95 \pm 0.139\text{mm}$, ns)。狭窄径はフィルターなしはフィルターありと比較し小さく計測した ($1.23 \pm 0.085\text{mm}$ vs $1.47 \pm 0.057\text{mm}$, $p < 0.05$)。フィルターなしでは血管狭窄ファントムへのハレーションが増加し、狭窄部のコントラスト低下をきたし狭窄径を小さく評価したものとする。よって、冠動脈造影時に的確なフィルター挿入およびコリメーションが重要と考える。

6. 患者

6-1. 心拍動

図9は右冠動脈#3の症例にQCAを施行し、心周期の違いがQCA解析に与える影響を調べたものである。狭窄径は心周期の違いによって最大で0.24mmの差を生じた。また、リファレンス径は0.16mm、狭窄長には0.48mmの差が生じた。バルーンサイズは0.25mmステップであることから、リファレンス径で0.16mmの差はバルーンサイズの決定支援に支障ないものと考えられる。しかし、狭窄径の0.24mmの差は、狭窄径を経時的に追跡評価する場合には無視できない結果であると考えられる。よって、いつも同じ心位相における冠動脈造影でQCAを施行し、再現性を高める必要があると考える。さらに、QCAは静止画像を用いることから、ボケのない画像が必要となる。この点に関しては正常者の左室後壁の平均収縮速度は26-64mm/secであるとCooperらの報告がある。また、右冠動脈の瞬間的な動きは20-200mm/secとなるとも言われている。右冠動脈の移動距離が最も大きくなる撮影角度はRAO系であり。この撮影角度はパルス幅に注意を要する。具体的にはパルス幅は4msecがボケのない静止画像を得るのに必要な条件であると考えられる。

【結論】

QCAの計測精度に影響を及ぼす主な因子を取上げ、計測精度を高める方法を検討した。

- QCA計測精度を高めるためには、
- 1) I.I.光学径の歪みを調べ、歪み率の小さい区域でカテーテルと病変部を撮影する。
- 2) キャリブレーションはカテーテル外径の平均値を求めてこの値を入力する。
- 3) 画像収集マトリクスは1024×1024以上、正方形マトリクスで撮影しDICOMフォーマットする。
- 4) 強度のエッジ強調処理はせず毎回同様の処理画像を用いる。
- 5) 撮影時にフィルターやコリメーションを的確に行い病変部へのハレーションを防止する。
- 6) 計測する心位相をいつも同じくする。
- 7) 右冠動脈造影はパルス幅を4msecとして撮影する。

が重要であると考えられる。

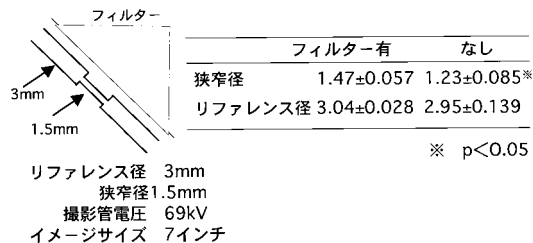


図8.フィルタ - の有無によるQCA解析値への影響

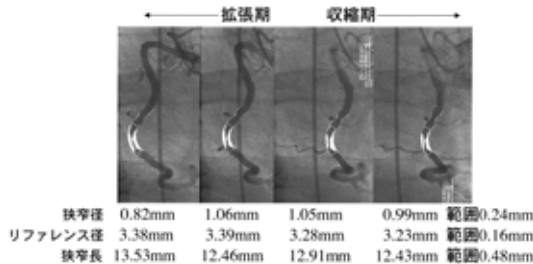


図9.心周期の違いがQCA解析に与える影響 (右冠動脈#3に対しQCAを施行)

参考文献

- 1) J.H.C. Reiber, Ernst E.van der Wall: CardiovascularImaging pp1-574, Kluwer Academic Publishers, 1996
- 2) 孫崎信久, 石井康弘, 市川健一郎, 細田瑛一: 冠動脈解析(X線)の精度, 循環器科. 41. No.4:347-354, 1997
- 3) Bland JM. Altman DG. Statistical method for assessing agreement btween two method of clinical treatment. Lancet. 2: 307-310,1986
- 4) 佐藤久弥, 加藤京一, 武俊夫, 中澤靖夫 他: 冠状動脈脈管計測の計測精度に影響を及ぼす因子の検討, 循環器画像技術研究. 16: 5-10,1998
- 5) 川中秀文, 古田求: 高度先進医療(INTERVENTION)に携わる放射線技師の役割 冠動脈造影法による冠動脈狭窄の定量化, 全国循環器撮影研究会誌. 9: 70-77, 1997
- 6) 景山貴洋, 佐藤次男, 植木茂樹, 山口雅宗: 定量的冠動脈造影法におけるカテーテル・キャリブレーションの精度について, 全国循環器撮影研究会誌. 10: 27-30, 1998
- 7) 植木茂樹, 景山貴洋, 佐藤久弥, 山口雅宗 他: 定量的冠動脈造影法におけるカテーテル・

- キャリブレーションの計測精度についての検討, 循環器画像技術研究. 16 : 11-15, 1998
- 8) J.H.C. Reiber. PhD, Wouter Jukema. MD et al. : Catheter Sizes for Quantitative Coronary Arteriography, Cathet.Cardiovasc.Diagn. 33 : 153 - 155, 1994
- 9) P.W.Serruys, D.P.Foley, P.J.de Feyter: Quantitative Coronary Angiography in Clinical Practice pp1-715, Kluwer Academic Publishers, 1994
- 10) 武田和也, 高梨昇, 伊山篤, 飯山利健 他 : 4Fr カテーテルを使用した定量的冠動脈造影法 (QCA) の検討 第2報 (臨床例での 6Fr カテーテルとの比較, 心血管インターベンション. 16 Supplement 1 : 228, 2001
- 11) 景山貴洋, 佐藤次男, 植木茂樹他 : DICOM フォーマット画像による定量的冠動脈造影法の精度, 全国循環器撮影研究会誌. 12 : 34 - 37, 2000
- 12) J.H.C. Reiber, Patrick W.Serruys: Progress in Quantitative Coronary Arteriography pp1-420, Kluwer Academic Publishers, 1994
- 13) 景山貴洋, 今関雅晴, 佐藤次男, 植木茂樹他 : 定量的冠動脈造影法(Quantitative Coronary Angiography)における施設間差の実態調査, 全国循環器撮影研究会誌. 13 : 10 - 14, 2001

課題研究

座長集約

新潟大学医学部附属病院

吉村 秀太郎

この報告は循環器画像研究会所属の景山貴洋氏（千葉県循環器病センター）の課題研究の報告発表である。演者は表題に関連する冠動脈造影、特にデジタル画像での画質などについての報告を当研究会において2年にわたり報告されており、この発表は第3弾といえるだろう。今回は冠動脈デジタル画像におけるQCAの精度管理とそれに影響を及ぼすであろう因子をピックアップしている。そして各々についての問題点を追求して改善・解決策として基本的なテクニックを示唆している。QCAの計測精度に影響を及ぼす因子を調査し、特性要因図を作成している。その中での大因子群としては12項目を挙げることができるという。それには冠動脈・画質・造影剤・キャリブレーション・画像観察系・計測方法・I.I.・記録媒体……などの因子群があるという。この中で直接、放射線技師がQCAに携わる際、計測に与える誤差をコントロールできる因子、すなわち私達が計測におけるQCAの精度を左右する起因と問題点としては画質・キャリブレーション・I.I.そして画像フォーマットの4項目に絞ることができるという。これらをさらに小因子群に分類して、直接私達技師の手腕（技術）による影響が大きいものは次の6項目であるという。つまり① I.I.と光学系の歪み、② キャリブレーションサイズと管腔内の造影剤の有無、③ 画像処理におけるマトリクスやエッジ強調処理、④ 画像フォーマットにおけるDICOM画像での解析精度、⑤ 撮影技術でのフィルタリングやコリメーションの技術、⑥ 患者による心拍動の影響に対する対応の6点に絞り込まれるという。そしてこれら6項目の改善・対応策として、これらすなわちQCA対処法を放射線技師の基本技術で行なうべき方法論を経験と実験から報告している。報告内容から私なりに簡単にまとめさせていただき、少々所感を述べさせてもらう。

まず① I.I.と光学系……においてはI.I.やCRTなど光学系のすべてにおいて歪みは個体差があり、その度合も異なるという。対処法としてはまず歪み率の少ない区域を把握すべきで、その区域内で

カテーテル及び病変部を撮影するとよいという。一般的にはセンター部は歪み率が比較的小さいといわれており、そこでのフレミングやパンニングを行なうべきであろう。歪みの測定方法としてグリッドを使用しての具体例が呈示しており、参考にすべきと考える。② キャリブレーションでの……では、問題点は3つあるという。カテーテル径サイズの解析装置への入力公称サイズにすべきかそれとも外形の実測の値にすべきかという疑問には、文献と経験からマイクロデンシトメータなどによる実測値の入力を薦めたいという。またカテーテル管腔内の造影剤の充填有無のどちらを採用すべきかについては、4種類の太さの異なるカテーテルを使用し、撮影電圧の変化に伴う実験計測しての結果である。精度誤差の少ないものはカテーテル内に造影剤を満たした方が良い結果が得られたとのこと。また解析装置の代表的なメーカー4社での比較も付記しており、1社のみが造影剤無しの方が精度を高めるといい、私達も自施設での解析装置の特徴を把握すべきと考える。さらに使用カテーテルのサイズ径の下限値は何フレンチまで有効かとの疑問にはデジタル画像の1ピクセル当りの画像入力距離で決まるとのこと。文献などにより総合的に判断すると、エッジディテクションの誤差範囲から5フレンチが限界ではないかと結論づけている。以上いずれにしても解析装置のアルゴリズムやカテーテル材質によって左右されることはいうまでもない。そのためにも各施設で使用するカテーテルをキャリブレーションし、狭窄ファントムで計測誤差を求めておくべきだと助言している。③ 画像処理におけるマトリクス……では、血管ファントムを使用して3種のマトリクスの組み合わせで実験的な計測をしている。それによると計測精度に及ぼす影響誤差の少ないものはマトリクスの多い方であるという。すなわち冠動脈径の計測での画像収集マトリクスの選択は数値の高いものを使用して撮影し、そのマトリクスも正方形のものが良いという。またエッジ強調処理の影響についての計測実験では狭窄

径、リファレンス径そして狭窄長について検討しており、結論的にはいずれもエッジ強調度の強い処理ほど解析値にも大きな影響を及ぼすとのこと。この処理の対応策としては、毎回同じ強調度レベルでの処理を行なうべきだとしている。④ 画像フォーマットについての……においては、異なるマトリクスサイズで撮影した画像をDICOMのデジタル画像とシネフィルムのアナログ画像との相関を比較検討しており、マトリクス1024×1024が現時点では最も良好な画像で、シネフィルム画像に近い相関を示したという。そのためDICOMフォーマットで画像記録する場合は画像収集マトリクスを多くしての撮影を施行し、DICOM記録の必要性を説いている。しかし各施設での装置本体ディスクやサーバーなどの容量問題も絡むので、注意を要する。⑤ 撮影技術での……では撮影フィルタの使用有無による計測値の影響についてであり、血管狭窄ファントムによる実験計測結果では、フィルタ無しが狭窄径を小さく解析しているとのこと。臨床例でも同様であり、原因としてはハレーションの増加に伴うコントラストの低下が主因という。そのためにも的確なフィルタ挿入がポイントであり、装置の経年変化、特にI.I.の輝度劣化による撮影電圧などの変動チェックも把握する必要性を感じる。⑥ 患者による心拍動の……では体動や呼吸ブレ等による画像不良は論外として、今回は心拍動の影響による冠動脈径の測定値の違いを問題として取り上げている。それによると心周期の違いによつての誤差を同一患者の右冠動脈写の症例から検討しており、狭窄径、リファレンスそして狭窄長の3点で比較すると、いずれの点にも差が生じていることが確認できたという。対応策として拡張期の画像を採択し、同一の心位相での計測を心掛け、再現性を高めなければならないといい、さらに経過観察の患者に対しては再現性が重要であり、アングルや拡大率そしてフレーム数、パルス幅にも細心の注意を促している。

以上6項目は日常特に放射線技師が直接携わる技術的提言であり、解析(計測)に影響の大なるものについての要因を項目別にあげ、各々について対応策を具体的な対処法とその重要性を述べている。各項目全てにおいて経験豊富な諸兄は当然というかもしれないが、豊富な実験・計測例の結果であり、理論と具体性に富み、説得力のある貴重な報告のため是非実践すべきと考える。デジタル画像に改造・急変中の昨今、QCAの精度管理はい

ろいろな因子が絡み合い、且つ多様化している。そのため再現性のある標準化した妥協点を見出すことは複雑かつ難易であることは確かであろう。例えば今回の解析装置(QCA-CMS)の1つをみても、他の装置での計測結果と同様な数値となるのか、同じ装置でも他の人が計測した場合の個体差は見受けられるはずである。この様に身近での周辺の疑問は多々ある。そのためにも個人的見識の標準化の鍛練や自施設での心カテ装置はもちろん、解析装置などすべての機器・器材の特徴を理解・把握に努力すべきではなかろうか。

この報告は1つの目安になること必至であり、施設、装置が違って共通項目は多いはずである。報告者である景山氏には心血管撮影や画像解析の一端を担う放射線技師のために今までの報告も含め論文化し、日常業務への礎の参考資料にすべきことを希望し、今後ますますの活躍を期待します。