

(Um) の血流動態を検討した。

対象は、合併症のない正常妊婦20例、糖尿病合併妊婦21例で、妊娠20週より2週間毎に Ut, Um の血流波形より systolic diastolic ratio (S/D) を求めた。

成績：Appropriate for date baby (AFD) を出産した DM 例(15例)では、Ut, Um の S/D は妊娠週数の増加とともに低下し、両者ともに正常対象群の値との間に有意差を認めなかった。一方、large for date baby (LFD) を出産した DM 例(6例)では Ut, Um の S/D は妊娠30週以後低下傾向を認めず、妊娠36週以降ではともに有意 ( $p < 0.05$ ) に高値を示した。

糖尿病妊婦において Ut, Um の S/D は、超音波胎児計測とともに胎児発育の評価の指標となることが、示唆された。

#### 4. 最近における graft versus host disease (GVHD) の症例

(皮膚科)

○豊田 裕之・池田美智子・肥田野 信

皮膚科外来に診療を求められ受診し、組織学的に確診を下した、GVHD 症候群として骨髄移植後の4例と輸血後 GVHD の2例について報告する。

骨髄移植後 GVHD は1986年2例、88年2例で、全例手掌、足底等四肢末梢に紅斑、丘疹を認め、1例は背部にも帯状に紅斑を認めた。紅皮症または水疱・びらんを示した例はなかった。組織学的には基底膜の液状変性、表皮細胞の個細胞壊死、リンパ球の表皮内浸潤を呈した。免疫病理学的検討は3例に施行した。浸潤リンパ球は主に Leu 4陽性細胞で、Leu 3a 陽性細胞が優位であった。一部の表皮細胞は HLA-DR 抗原陽性となり、表皮内には Leu 6陽性細胞は認められなかった。全例ステロイドの投与で皮疹は軽快した。

輸血後 GVHD と考えられた2例では、1例は体幹のびまん性紅斑と足底の水疱形成を示した。他の1例はほとんど皮膚症状を示さなかったが、無疹部の皮膚生検で液状変性、表皮細胞の個細胞壊死、リンパ球の表皮内浸潤等 GVHD に一致した病理組織像が得られた。浸潤したリンパ球は殆どが Leu 4陽性細胞で、Leu 2a 陽性細胞が優位に浸潤し、Leu 12陽性細胞は殆ど認められず、表皮内に Leu 6陽性細胞はみられなかった。輸血後 GVHD は2例とも死亡した。

#### 5. 重篤な経過をたどった肺炎球菌性髄膜炎の1例

(神経内科)

○根岸加代子・山本 健詞・角田 裕美・

亀井 英一・内山真一郎・小林 逸郎・

竹宮 敏子・丸山 勝一

【症例】50歳女性。【主訴】発熱、せん妄。【家族歴】母が糖尿病。【既往歴】若い頃から耳痛、耳漏を繰り返した。S62年8月糖尿病と診断されたが最近半年間放置。【現病歴】H 1年3月1日右耳痛有り。3月10日から39℃台の発熱、12日には言語不明瞭となり、13日布巾を皿に盛り付けるなどの奇行が出現し、髄膜炎の疑いで当科に入院。【入院時現症】体温38.0℃、全肺野にラ音聴取、せん妄状態、髄膜刺激症状、乳頭浮腫および左側への共同偏視を認めたが、四肢に明らかな麻痺を認めなかった。【検査成績】尿糖強陽性、血糖637mg/dl、白血球数20,460/mm<sup>3</sup>、CRP 39.2、赤沈1時間値86mm、X線検査では両上肺野にびまん性粒状影および右中耳の混濁を認めた。髄液は灰黄色膿性、細胞数89万/3(多形核球48万・リンパ球41万)、蛋白1,600mg/dl、糖50mg/dl、頭部CT上大脳半球のびまん性腫脹、軽度の水頭症、大脳皮質の造影剤増強効果を認めた。【経過】化膿性髄膜炎の診断のもと LMO×4g/日、ABPC 16g/日、CEZ 4g/日を静脈内投与、CEZ 100mg/日、GM 10mg/日を髄腔内投与。翌日には半昏睡となり、右動眼神経麻痺、右人形の目現象消失、右錐体路徴候、頭部CT上左前頭葉に低吸収域が出現した。髄液・血液の細菌培養より肺炎球菌が同定された。抗生剤投与で第25病日までに髄膜炎は漸次軽快したが、水頭症の進行を認めた。一時脳室ドレナージも留置したが、経過中意識は改善せず、除脳硬直を呈し植物状態となった。【考察】重篤な経過を呈した肺炎球菌性髄膜炎の1例を報告した。発病には糖尿病と中耳炎が関与し、重症化した背景には脳梗塞と水頭症があると考えられた。髄膜炎には脳梗塞がしばしば合併するが、その機序として血管炎ないし血管攣縮が考えられている。梗塞を生じると予後不良なため、基礎疾患の適切な治療とともに可及的すみやかな抗生剤投与と梗塞予防とが重要と考えられた。

#### 6. Renal tubular acidosis にみられた前部ぶどう膜炎の2例

(眼科)

○金井久美子・若月 福美・

高橋 義徳・小暮美津子

(第4内科)

水上 久美・加藤 貞春

Renal tubular acidosis (以下 RIA と略す) は尿管における水素イオンの排泄障害、重炭酸塩の再吸収障害により代謝性アシドーシスを呈する疾患である。原疾患としては Fanconi 症候群、シェーグレン症候群

やSLEなどの自己免疫疾患、間質性腎炎、中毒性腎炎などがあり、最近では、尿細管障害の機序に免疫異常の関与が示唆されている。

RTAの眼合併症の報告としては、乾性角結膜炎がみられるが、ぶどう膜炎その他の報告はほとんどない。今回私達はRTAに前部ぶどう膜炎がみられた2症例を経験した。症例は39歳女性と43歳女性であり、各種検査によりRTAと診断されている。前部ぶどう膜炎の性状は、両眼性、肉芽腫性で、慢性に経過していたが、眼底には特に異常所見はみられなかった。2症例共にシェーグレン症候群を伴っていた。

#### 7. 直腸狭窄を主症状としステロイド大量療法により軽快した後腹膜線維症の1例

(消化器内科)

○吉田 泉・安田かがり・  
長原 光・小幡 裕

(腎センター)

東間 紘

症例は33歳男性。体重減少、発熱、下血を主訴として来院。注腸造影により直腸～S状結腸にかけて15cmほどの全周性の狭窄と仙骨前面との間に離開がみられ、CT検査では仙骨前面に軟部組織が存在した。同部位のCT下穿刺吸引細胞診および大腸内視鏡生検では線維組織のみで悪性細胞や肉芽腫等は認められなかった。この時点で後腹膜線維症と診断したが腎尿路系には異常なく、小骨盤腔に限局発生したと考えられた。プレドニゾロン60mgより開始し徐々に漸減、第39病日にはステロイド大量療法を施行した。その結果直腸狭窄は改善し、CT上も軟部組織の縮小が明らかに認められ、著効を示したと判断し退院となった。

#### 8. 不安定狭心症と心内膜下梗塞における<sup>99m</sup>Tc-pyrophosphateと<sup>201</sup>Tl-chlorideのdual isotopeによるsingle photon emission CT (SPECT)の有用性

(放射線科)

○野崎 宏子・廣江 道昭・太田 淑子・  
中野 敬子・牧 正子・日下部きよ子・  
重田 帝子

(心研内科)

川名 正敏・細田 瑳一

<sup>99m</sup>Tc-pyrophosphate (PYP)と<sup>201</sup>Tl-chloride (Cl)のdual isotope SPECTは、急性心筋梗塞の部位診断に用いられている。従来の検査法では不安定狭心症と心内膜下梗塞を画像化することはできなかったが、本法により画像化を試みたので報告する。

対象：心内膜下梗塞2例、不安定狭心症7例の9例で、男性7例、女性2例、平均年齢55歳であった。胸痛発作から検査施行までは平均133時間であった。

痛発作から検査施行までは平均133時間であった。

方法：撮像の4時間前に<sup>99m</sup>Tc-PYP 740MBq、15分前に<sup>201</sup>Tl-Cl 148MBqを静注し、2核種同時収集にて心筋断層像を撮像した。

結果：不安定狭心症7例では<sup>201</sup>Tl-Clの灌流異常像はなく、散在性の<sup>99m</sup>Tc-PYP集積像が得られた。心内膜下梗塞の2例では<sup>99m</sup>Tc-PYPが心内膜側に集積していた。

結語：本法により不安定狭心症と心内膜下梗塞を発症早期に、かつ安静状態にて診断することができた。

#### 9. 感染性心内膜炎に大動脈弁、僧帽弁閉鎖不全を合併し、translocation法による大動脈弁置換術と僧帽弁置換術を施行した1例

(心研内科)

○吉村 弥生・上塚 芳郎・  
近藤 瑞香・細田 瑳一

(心研外科)

遠藤 真弘・橋本 明政

感染性心内膜炎は手術のタイミングの決定が困難であり、十分に内科的治療を行ったうえで手術を施行するのが最善とされている。しかるに3カ月にわたり抗生剤治療したにもかかわらず炎症所見が鎮静化せず、内科的治療に限界を来したために外科的手術となった症例で最初は従来のAVRを施行したものの溶血を来したため再弁置換を要し、translocation(以下T法)を用いた1例を経験したので報告する。

症例は、53歳男性。発熱を主訴に受診した。原疾患として大動脈弁閉鎖不全症があるため心エコーを施行したところ、大動脈弁に疣贅を認め、血培より $\alpha$ -streptococcusが検出され、感染性心内膜炎の診断となった。PCG 2,000万単位の投与を開始したところ、解熱したが、CRPが陰性化せず、精査治療目的で当院転院となった。転院後PCGをセフメタゾール6g/日に変更したところ、CRPは1.4まで低下したが、陰性化せず、さらにセファピリンナトリウム6g/日に変更した。しかしあまり有効でなく、イミペネム・シラスタチンに変更するも、さらに増悪傾向にあり、発熱も出現したため、内科的治療の限界と判断し、7月10日に大動脈弁、僧帽弁置換術を施行した。しかし、10日後より、LDH、ビリルビンが上昇し、溶血尿も見られ、心エコー、造影検査等で、大動脈弁よりのleakがみられ、7月25日に大動脈弁の再置換術施行した。この時、本来の大動脈弁の位置はIEのため、組織が脆弱となっており、同部位での再弁置換が困難のため、T法を用いた。しかし、術後2日目より再び溶血の所見がみられ、僧帽弁も再置換した。以後溶血の所見はみられず、