

であった。強化後（1995年7月～1996年）では検体数は468件で従来とほぼ同程度であったが、検体の種類は、糞便92.3%、虫体および血清が各々3.2%、肝膿瘍穿刺液0.9%等と増加した。②寄生虫検出率（抗体陽性を含む）は、強化前では1.4%（6例）と低値であったが、強化後では7.3%（34例）と高率であった。強化後と1997年4月までに検出された寄生虫は12種類（蠕虫類8種類、原虫類4種類）と多く、中でもアニサキスの感染率が2.6%と最も高く、次いで横川吸虫および赤痢アメーバ各々1.1%、広節裂頭条虫0.7%であった。その他、ヘビの生食で感染したマンソン裂頭条虫症の2例と海外帰国者のマラリア1例が注目された。

今回の検査結果では、特に法定伝染病（赤痢アメーバ）や届出伝染病（マラリア等）を含んだ寄生虫感染が認められたので、今後さらに検査体制の強化の継続が必要と思われた。

### 17. 当センターにおける慢性関節リウマチ膝関節に対する人工膝関節形成術の現況

（膠原病リウマチ痛風センター関節外科）

森久美子・井上和彦・  
斎藤聖二・桃原茂樹

〔目的〕1992年6月に東京女子医大附属青山病院が開院して以来、我々は慢性関節リウマチ（以下RA）による高度膝関節破壊に対して人工膝関節形成術（以下TKA）を行ってきた。一般にRAに対するTKAは、全身的な合併症や炎症による多関節の障害、関節周囲の骨の脆弱性など多くの問題がある。今回我々は、青山病院で手術を施行した症例を対象に臨床成績を検討したので報告する。

〔症例および方法〕1992年6月より1996年12月までに行われたTKAは男性19例24関節、女性126例175関節、合計145例199関節であった。手術時年齢は、平均62.2歳、手術時までの罹病期間は平均15.4年であった。人工関節の機種は、主にNatural-Knee, Deltafit, AMK, Nexgen等を使用した。原則として自己血輸血を行った。臨床評価は、RA膝治療成績判定基準(JOA score)を用いた。

〔結果〕JOA scoreの結果では、術前平均49.6±14.0点から術後平均78.1±13.2点に著明に改善が認められた。特に疼痛と歩行能力に著しい改善が見られた。自己血輸血を施行し、ほとんどの症例で同種血輸血を回避できた。

〔考察〕RAは多関節病変を主体とする炎症性疾患のため、治療に難渋することがある。当センターでの

TKAの治療成績は、まだ短期間ではあるが極めて満足のいく結果を得ている。自己血輸血は多数回手術する可能性のある場合、有効な治療法であると思われる。

### 18. Empty Sellaの臨床症状および神経所見との関連性についての検討

（第二病院放射線科）

小笠原壽恵・小野由子・岩井恵理子・  
鷺野谷利幸・加藤智弘

〔目的〕empty sella（以下e.s.と略す）と臨床症状および神経所見との関連性の有無について検討した。

〔対象および方法〕過去2年間に当科で施行された頭部MRI 1,118例のうち、e.s.と診断された72例（男性17例、女性55例、平均年齢56歳）について、視力および視野障害、頭部その他の臨床症状、e.s.の程度、トルコ鞍内およびトルコ鞍近傍の病変の有無について症状とMRI所見とを比較した。

〔結果〕視力および視野障害のあるものは6例（8.3%）、ないものは66例（91.7%）であり、これらの症状はe.s.の程度とは無関係で、またいずれの例も視交叉の位置、形態および信号強度に異常は認められなかった。頭痛は全例のうち40例（55.6%）に認められ、e.s.の程度と頭痛の程度との関連性はなかったが、中等度のe.s.の例が約60%であった。汎下垂体機能低下症は全例のうち5例に認められ、これらはいずれも下垂体が非常に小さく、前葉が不明瞭なものであった。下垂体微小腺腫に伴うe.s.は6例あり治療後腺腫が消失した2例を除いていずれも軽度のものであった。

〔考察〕以上よりe.s.が症状の原因と確定できるものではなく、汎下垂体機能低下症においては下垂体自体の形成不全による二次的なトルコ鞍内へのクモ膜下腔の陥入が疑われる。

〔結語〕MRIでe.s.と確定されればこれ自体は多くの例では病的な状態ではなく、トルコ鞍内の形態の1つとして受け止めることができると考える。

### 19. 大動脈炎症候群様の臨床症状を伴った強直性脊椎炎の1例

（成人医学センター）

西川和子・小笠原定雅・鈴木 努・村崎かがり・  
水野弘美・内田ひろ・西田水奈子・  
久保田有紀子・孫崎栄津子・藤田洋子・  
武市 耕・島本 健・楠元雅子・横山 泉

症例は52歳の男性。30歳頃より高血圧を指摘されていたが放置した。33歳より腰痛が出現し、45歳より虹彩炎を繰り返していた。1993年11月下旬より労作時の

息切れと夜間起座呼吸が出現し、近医に緊急入院した。心不全と診断され、内科的治療で自覚症状は消失したが、精査目的に当院に転院した。入院時、血圧の左右差と頸部、腹部、背部の血管雑音を認めた。頭部乏血症状、腰仙部痛、前屈困難も自覚し、血液検査で血沈促進、CRP 強陽性と炎症反応が認められた。腰椎 X 線検査では椎体の方形化、仙腸関節炎の所見を得た。心電図は左室肥大と1度の房室ブロックを呈し、胸部 X 線上 CTR は50%であった。心エコーでは拡大した左室内腔、左室肥大、左室収縮性の低下、中等度の大動脈弁逆流を認め、心血管造影では大動脈弁閉鎖不全、左鎖骨下動脈の狭窄、腕頭動脈の拡張と壁の不整、上行大動脈の石灰化、腎動脈直上の腹部大動脈瘤を認めた。以上より大動脈炎症候群様の臨床症状を合併した強直性脊椎炎と診断し、ステロイド剤の投与を始めたところ自覚症状の軽減と炎症反応の低下が認められた。

## 20. ABI PRISM™310 Genetic Analyzer を用いた STR 多型の解析

(法医学) 王 秀玲・澤口聡子・澤口彰子

STR (short tandem repeat) は、2-5塩基を基本単位とする繰り返し配列であり、ゲノム中に散在している。反復単位が非常に短いため、全長が数百 bp 以下のものが大部分を占める。このため微量で断片化した陳旧な DNA 試料からでも PCR 法によって増幅することが可能であり、法医学領域における個人識別や親子鑑定に有用なマーカーとして広く応用されている。今回は、ABI PRISM™310 Genetic Analyzer およびソフトウェアとして Sequence Analyzer を用いて、ゲルスポット再増幅法により、CSF1PO および TH01 の二種類の STR 多型について、親子鑑定における検討を行った。

CSF1PO (human c-fms protooncogene for CSF-1 receptor gene) では7つのアリアルがすべて確認され、アリアル8から14について91~147ベースの領域に AGAT の 8~14回のリピートが認められた。TH01 (human thyroid peroxidase gene) では8つのアリアルが確認され、アリアル5から11について76~120ベースの領域に AATG の 5~11回のリピートが認められた。これまで行われてきた尿素変性アクリルアミドゲル電気泳動方法では、STR の正確な型判定が困難であった。特に、TH01座位のアリアル9、9.3 および10型判定は難しく、間違えやすいこともあるので、本方法による解析が有効である。今後は塩基配列

解析を用いて、親子鑑定や個人識別における多型 DNA 分析の信頼性を高めることが重要と考える。

## 21. 理解力低下、強度の不安により、治療、管理が困難であった急性腎不全を発症した Down 症候群の1例

(<sup>1</sup>小児科学, <sup>2</sup>腎臓小児科)

田中万由里<sup>1</sup>・伊藤 康<sup>1</sup>・水野由美<sup>1</sup>・砂原眞理子<sup>1</sup>・平野幸子<sup>1</sup>・斉藤加代子<sup>1</sup>・大澤真木子<sup>1</sup>・秋岡祐子<sup>2</sup>・伊藤克己<sup>2</sup>

症例は19歳の Down 症候群の男性である。幼少時より両親不在で、平時は施設で生活していた。今回、ブドウ球菌敗血症に伴い発症した急性腎不全の加療目的で当科入院となった。肉眼的血尿、蛋白尿、低補体血症等を呈し、急性糸球体腎炎と診断した。患児は警戒心が非常に強く、また理解力を欠いていたため、治療に際して、協力を得ることが不可能で、全身管理が困難であった。安静を保つため、患児の普段の生活に合わせ、床上での管理とし、また、ライン確保の際には、鎮静剤を使用、ラインも可能な限り延長するなど種々の工夫を試みた。電解質異常、腎機能低下が遷延したが、2カ月間の入院管理の後に、発症前の生活に復帰した。本症例の臨床経過を報告するとともに急性腎炎の原因についても考察した。

### 教育講演

## 賠償医学における損害(傷病)に対する事故の寄与度

(昭和大学 名誉教授)

渡辺富雄

医学の実践を私は次のように分類している。その第一は病気や外傷などに対する「予防医学」であり、第二は予防できなかった病気や外傷に対する「治療医学」であり、第三は治療不結果に対する「賠償医学」である。この第三の分野は、従来「社会医学」と呼ばれていたが、わが国では保健行政に重点を置いた公衆衛生学と刑事事件での他殺死体解剖に重点を置いた法医学とで、社会医学の極く一部の範囲のみに対応してきた。

今や、医療それ自体が「社会科学」の一分野であり、従来の自然科学的な傷病治療主義ではなく、患者中心主義でなければならないことが、医療の場でも認識されつつあり、臨床医にとって賠償といえは医療過誤のみではない。

日本賠償医学会は1982年に日本賠償医学研究会として発足し、1984年に日本賠償医学会と改称し今日に及んでおり、損害賠償に関する医学上の諸問題を医学と法学の両面から学際的に研究し、人身傷害の認定並び