約1.5%を示した.

患者を居住地別にみると，全年を通し当病院のある荒川区が最も多く(約40%)，次いで同区に隣接する足立区（約27%)，23区以外の地域（約13%)，そして，荒川区・足立区を除く23区の地域と北区は共に約10%を占めていた.

以上より当科は医学部附属病院の診療科の一つとして，紹介患者を通して他科との結びつきを強めつつ，基礎疾患ないし他科疾患を有する者の歯科口腔外科治療をより多く行なうと共に，荒川・足立区を中心とする地域医療に貢献していることがわかった.

9. 当科における睡眠時無呼吸症候群の検査と治療（特に手術治療）について

（耳鼻咽喉科学）鍋島みどり・高崎かおり・山村　幸江・石井　哲夫

1976年に Guilleminault らが報告して以来，睡眠時無呼吸症候群（SAS）は徐々に注目を集め始め，最近ではマスコミの影響により広く一般にも知られるようになり，当科においても外来患者の増加が目立つようになった．耳鼻咽喉科では特に閉塞性(OSAS)が治療の対象となり，中枢性(CSAS)との鑑別が必要である.

当科では外来受診時に詳細な問診と局所所見の観察，X線検査を行い，さらに入院して終夜睡眠ポリグラフ検査を行っている．終夜睡眠ポリグラフ検査では無呼吸の種類（閉塞性か中枢性か）と回数および持続時間，動脈血酸素飽和度，脈拍数，眼球運動などを測定，記録することができる．これらの検査によりOSAS と診断された症例は，局所所見や鼻腔通気度検査，咽喉頭ファイバースコープ検査，body mass index などの結果から閉塞部位を診断し，閉塞部位に応じた治療を行っている．閉塞部位としては鼻腔，咽頭，喉頭（舌根部や喉頭蓋）があるが，そのほかに肥満や下顎の後退，低形成なども原因となる．また小児の場合はアデノイドや扁桃の肥大が原因となることが多い.

当科で行っている手術治療は，成人では鼻腔形態整復術および口蓋垂・口蓋・咽頭形成術（UPPP）が，小児ではアデノイド切除・扁桃摘出術が主なものである．また肥満がある場合は，手術の効果が低下するため内科の協力により減量を行っている．下顎の後退，低形成の場合は上記の手術では治療効果が期待できないため，専門の歯科医で歯科矯正装置を製作するかあるいは経鼻的持続陽圧呼吸装置（nasal CPAP）を用いた保存的治療を行っている.

10. Fournier's gangrene を合併した糖尿病の1例

（糖尿病センター）
吉沢　浩志・高野　靖子・岩本　祐介・黒木　宏之・森田　千尋・佐藤　麻子・吉野　博子・大森　安恵

Fournier's gangrene は陰茎，陰嚢に発生する激症型の壊疽性感染症で，極めて稀な疾患である．抗生物質の発達した現在でも死亡率は高く，早期の適切な治療が要求される．我々は，Fournier's gangrene を合併した糖尿病の1例を経験し，積極的な治療により治癒した症例を経験したので報告する.

症例は59歳男性．1979年に糖尿病を指摘され，1982年より経口血糖降下剤が開始された．1985年に当センター初診．この時 HbA_{1c} 9.4%と血糖コントロール不良，すでに網膜症，腎症を認めていた．1,600kcal の食事療法と経口血糖降下剤が開始されたがその後も血糖コントロールは不良であった．1989年6月よりインスリン治療に変更され，以後コントロールは良好となった．1993年1月21日頃より陰部発赤，疼痛が認められ，当院泌尿器科にて右急性副睾丸炎，急性前立腺炎と診断され，OFLX の服薬が開始された．1月25日より陰部疼痛が増悪，右陰嚢は自潰し，悪臭を伴う膿が多量に出現したため2月1日当科入院となった．陰嚢部膿の細菌検査ではメチシリン耐性黄色ブドウ球菌およびペプトストレプトコッカスの混合感染を認めた.

入院後直ちに壊死部陰嚢皮膚を十分除去し開放創とし，適宜デブリードメンを追加し，過酸化水素水，イソジン液で頻回に洗浄し，全身的には抗生物質の投与を行った．感染に伴う血糖の上昇に対しては，強化インスリン療法により厳格な血糖コントロールを行った．2週間後には壊死部も消失，肉芽の発達も良好で入院8週目に陰嚢皮膚欠損部は形成術を必要とせずほぼ閉鎖し退院となった.

本邦ではこれまでに自験例を含め42例の Fournier's gangrene が報告されている．そのうち30例（71%）に糖尿病の合併がみられている．死亡率は12%と高く，早期の適切な処置が重要と考えられた．特に，自験例のように治療効果を上げるには，血糖の厳格なコントロールが必要であると考えられた.

11. 直腸原発悪性リンパ腫の1例

（消化器外科）
荘加　潤・鈴木　衛・渡辺　和義・吉田　勝俊・井上　雄志・亀山健三郎・吉利　賢治・山下　由紀・羽生富士夫

〔症例〕62歳女性．糖尿病にて当院内科に検査入院

中，便潜血陽性指摘され注腸造影を施行，直腸 Rb 領域（肛門から約10cm）右壁に径1.5cm の立ち上がり滑らかな隆起性病変を認め，直腸粘膜下腫瘍の疑いで当科転科となった．大腸内視鏡を施行，肛門縁より約10cm の部位に，bridging fold を有し粘膜面と同様の色調を呈する隆起性病変を認めた．生検組織診にて悪性リンパ腫の診断であった．大腸 EUS では粘膜下層に径1.0 cm 大の低エコー帯を認めた．術前検査でリンパ節転移および遠隔転移は認めず，直腸原発悪性リンパ腫 Stage I の診断で，1993年 2 月24日低位前方切除術を施行した．切除標本肉眼所見では1.0×1.3cm 大の粘膜と同様の色調を呈する表面平滑で弾性硬の隆起病変であった．病理組織学的所見では粘膜下層に小型の異型リンパ球がびまん性に増殖する像を呈しており，LSG 分類（Lymphoma Study Group of Japan）では，diffuse small cell type であった．

〔考察〕消化管原発悪性腫瘍のうち悪性リンパ腫の頻度は 1 ～ 2 %程度であり，胃に約60%，小腸に約30%，大腸に約10%と報告されている．大腸での発生部位は，回盲部71.5%，直腸16.9%，上行結腸6.2%である．直腸原発の悪性リンパ腫は，検索し得た範囲で本邦での報告は57例と比較的稀れな疾患と思われた．今回われわれは直腸原発悪性リンパ腫の 1 切除例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する．

12．原発性アミロイドーシスの 3 症例の臨床病理学的検討

（第 4 内科）
湯村　和子・内藤　　隆・原　　陽子・
荒井　純子・佐中　　孜・二瓶　　宏

高齢化社会において，アミロイド関連疾患は，高頻度に認められるようになってきている．かつては，診断に至る以前に死亡していた例も多かった．今回報告する 3 症例は，いずれも原発性アミロイドーシスで，ネフローゼ症候群を呈し，腎生検によりアミロイド沈着を認めた．その後，種々の治療により，比較的長期に生存しえた例である．これらの貴重な症例の病理学的特徴を明らかにし，今後，早期診断を可能ならしめ，有用な治療を確立することを目的とする．

〔対象および方法〕3 症例いずれも男性．年齢は57～62歳．病理学的には，腎生検所見，死亡時腎組織さらに全身へのアミロイド沈着の進展を検討する．

〔結果〕年齢は，比較的高年齢であった．発症時，腎障害としては，ネフローゼ症候群を示していたが，他臓器障害を示唆する所見は乏しかった．治療は，インターフェロン療法，DMSO 投与，血漿交換療法など試み，確定診断時より長期に生存した例ではあるが，死亡時全身へのアミロイドーシス進展は阻止しえなかった．

〔結論〕アミロイドーシスは，発症が認められれば，治癒することは不可能であり，今後発症機序の解明が重要である．

教育講演　臨床医学に必要な統計の知識（続）

（東京大学医学部　健康科学・看護学科
疫学・生物統計学）　　大橋　靖雄

1992年 6 月18日の講演では，医学研究の実施とくに計画時における統計学の役割，研究の質を損ね解釈を誤らせるバイアスについて解説した．今回はより具体的に，データのまとめ方，いわゆる「不完全例」の分類と解析時の扱い，intent-to-treat の考え方とランダム化の意義，多重性の問題，サンプルサイズの設計など，とくに臨床試験研究において近年問題となっている事項について解説する．