

後放置例1名であった。管理区分は、2カ所以上の左心室起源の期外収縮で、連発も認められた1名が“3D”の他は、すべて“3E可”であった。

また、心電図検診の限界を示す一例として、小学1年生の男児で、心音心電図・胸部X線検診で異常を指摘されず、約半年後にPPH（原発性肺高血圧症）と診断された後、急激に進行し死亡した症例を呈示する。

II. 特別講演

1) 肺塞栓症について

三重大学第一内科教授

中野 起 先生

肺には、呼吸機能と filtration の機能がある。filtration の結果、大小様々な塞栓（症）が生じてくる。栓子の種類としては、血栓、脂肪、空気、羊水、骨髄、腫瘍などがある。肺塞栓症（PE）79例の検討では、原因として血栓性静脈炎が第一位であった。剖検例で検討した結果、PE の頻度は従来の本邦での報告の0.83～2.5%より多くみられ24%であり、欧米の報告に比して極端に少なくはなかった。診断手順としては、第一にPEを疑うことであり、次に胸部X線、心電図、血液ガス分析を行い、少量のヘパリン投与後肺血流シンチを実施する。結果をみて更に換気シンチ、肺動脈造影、静脈造影を施行していく。胸部X線では、肺炎様陰影、胸水、横隔膜挙上などがみられるが経過観察が重要である。心電図のS₁Q₃T₃パターンは、広汎なPEでみられる。臨床検査値異常は非特異的な所見である。肺血流シンチで、肺葉性欠損があれば80% PEであるが、区域性または亜区域性欠損ならば30%しかPEといえない。換気シンチとの組み合わせでミスマッチがあれば90%PEといえるので重要な所見である。肺動脈造影での直接所見は、血流途絶と造影欠損である。79例中17例が死亡し、

広汎型PEでは突然死が多かった。治療としては、ウロキナーゼやtPAによる血栓溶解療法、カテーテル治療、外科的療法がある。二次血栓予防が重要で、抗血小板療法や抗凝固療法が必要である。3例に手術を施行し全例救命したが、一般的にはショック例以外は内科的治療が良いと考えられている。最近では、tPAが治験成績で良好な結果を得ており治療薬として有望である。

2) 学童心臓検診の現状と事後処理

東京医科歯科大学医学部小児科助教授

保崎 純郎 先生

学校検診の現状について概説した。先天性心疾患では、大血管転位、三尖弁閉鎖、など従来重症と考えられていた患児が入学するようになってきた。後天性では、弁膜症が激減し、変わって川崎病後遺症の症例が昨年、一昨年に多数入学し、重症例が1万人に1人程度見られるようになった。心筋症は加齢と共に増加し、高校生では、小学生の5倍程度発見される。学校管理指導表について解説した。一般に胸部レントゲン、心電図で異常の認められない例については“E可”であるが、大動脈狭窄については要注意で、所見がなくとも制限する。不整脈についてはQT延長症候群、完全房室ブロック、洞不全症候群、運動負荷により増加する心室性期外収縮などが重要である。いずれも専門医のいる医療機関での精査が必要である。運動負荷の方法は、従来のマスター2段階負荷では十分な負荷量が得られないことが多く、問題がある。医学的な診断名とは別に、本人、保護者と共に学校関係者に対してもわかりやすい説明が必要である。また管理区分表はできるだけ早く記載し、学童の生活に支障のないようにするべきである。検診による余分な検診病を作ってはいけないことがもっとも重要である。