

CTで、Ⅲ型の全例で診断できたが、Ⅰ型では74%にとどまった。胸腹部エコーの診断率は、Ⅰ・Ⅲ型とも約50%であり、血管造影も有力な診断法ではなかった。大動脈解離の診断は、複数の画像診断を用い、慎重をきす必要がある。解離の治療は、Ⅲ型では降圧治療が有効で、急性期生存率は、97%であった。Ⅰ型の急性期生存率は、手術例70%、降圧治療63%であった。重大合併症を有する急性期手術例の生存率が比較的高く、急性期手術は有効と考えられた。

4) 緊急動脈瘤患者への対応…外科の対応

山崎 芳彦 (新潟市民病院
第二外科)

最近5年半で81例(腹部52, 胸部15, 解離性14)の動脈瘤に対して手術を行った。このうち破裂例は、腹部16, 胸部8, 解離性14であった。破裂例の死亡は、腹部6(37.5%), 胸部2(40%), 解離性5(36.1%)で、腹部大動脈瘤非破裂の場合の1例(2.7%)に比し著しく高かった。死因は、大量出血、ショックなどによるMOF, DIC, 脳障害、腎不全などであった。80才以上高齢者の腹部大動脈瘤9例中破裂例は4例で、死亡は1例のみで、若年者に比しても良好であった。

腹部大動脈瘤非破裂例の手術成績は高齢者でも良好である。破裂例は可及的早期に手術を行い、閉塞用バルーンの使用が有効であった。胸部大動脈瘤では、血管外に血腫形成があったり、状態不良例には緊急手術が必要だが、救命第一となるため、姑息的な手術になることもある。全身状態が良好であれば、1～数日待って、より根治性の高い手術を行い得る。

第61回新潟内分泌代謝同好会

日時 平成6年4月23日(土)
午後2時開会
場所 新潟東映ホテル
1階 白鳥の間

I. 一般演題

1) 下垂体型甲状腺ホルモン不応症と思われる1例

和泉 美子・津田 晶子
浜 齊 (木戸病院内科)

甲状腺ホルモン不応症は極めて稀な疾患で、末梢組織または下垂体が甲状腺ホルモンに反応しない状態であり、全身型、下垂体型、末梢型の3型に分類される。今回我々は下垂体型甲状腺ホルモン不応症と思われる1例を経験したので報告した。症例は20才の女性。動悸、発汗過多を主訴に来院。軽度の甲状腺腫を触知し、手指振戦、皮膚の湿潤をも認めた。Basedow氏病を疑い甲状腺ホルモンの検査を施行。free T₃, free T₄, TSHのいずれも高値を示した。血中の遊離甲状腺ホルモンが高値にもかかわらず、下垂体からのTSH分泌の抑制がみられずに血中TSHが高値を示していることから、SITSHと考えられた。SITSHは腫瘍性而非腫瘍性に分類されるが、画像診断、基礎値のTSHが高値で更にTRH負荷試験で血中TSHが上昇したこと、また、T₃負荷にてTSHが抑制されていることなどから非腫瘍性のSITSHが考えられ、更に、症状の特徴や諸検査の結果から下垂体型甲状腺ホルモン不応症が示唆された。診断や治療について若干の考察を加えた。

2) 甲状腺癌と見誤った亜急性甲状腺炎の1例

筒井 一哉・佐藤 幸示 (県立がんセンター
新潟病院内科)
佐藤雄太郎・長谷川 聡 (同 耳鼻科)
牧野 春彦・佐野 宗明 (同 外科)
本間 慶一・根本 啓一 (同 病理)

症例：33歳、女性。主訴：頸部腫瘍。現病歴：1994年1月10日、前頸部腫瘍に気付く。1月20日、当科を受診。理学的所見：甲状腺左葉に径1.1cmで硬い腫瘍を触知した。検査成績：ESR 6～18mm, CRP 0.3mg/dlと炎症反応はなく、FT₃ 4.8pg/ml, FT₄ 1.2ng/dlと euthyroid で、TSHが0.1ng/mlと軽度抑制がみられた。超音波所見は左葉に著明な低エコー腫瘍がみられ、