

(34) 60.8%, 5:23 (3) 23.7%. 診断基準 5:28では胃癌23, 胃潰瘍2, 胃粘膜下腫瘍1, oB2であり, 基準5でも100%痛とは限らない. 診断基準が示現の程度による分類であるから当然であろう.

市内全検診機関で基準1(異常なし)とされた延数は72,481(昭56~60). その中から37(11)0.051%が1年以内に胃癌で手術された. 進行癌26はC7, M6, A8, 全体4, 手術不能1. そのうち19例の間接フィルムを再検討すると10例に所見(+)であり, より慎重な読影がのぞまれる. 9例はチェック不能であった, これをチェックするためには熟達した放射線技師の注意深い観察に期待する以外に方法はないと考えられる.

16) 胃病変を主体とした原発性アミロイドーシスの1例

佐藤 玲子・清水 克英 (がんセンター新潟)  
 小林 晋一・新妻 伸二 (病院放射線科)  
 加藤 俊幸 (同 内科)  
 梨本 篤・加藤 清 (同 外科)  
 角田 弘 (同 病理)

症例は51歳の女性で, 昭和54年の胃集検で異常を指摘され, 精査の結果タコイボ胃炎と診断された. その後8年間, 経過観察されていたが, 病変の進行を認めた. 昭和62年の上部消化管造影では, 前庭部から胃角部に大小不同の隆起が多発し, 同部の伸展不良も認めた. CTでは, 胃壁は広範囲にわたり肥厚し, 粘膜側の一部を除き low density をしめしていた. 胃生検でアミロイドの沈着を認めた. しかし, 食道・十二指腸, 大腸にはアミロイドの沈着を認めず, 原疾患もみとめなかった. 胃病変が, 進行性であり, 出血しやすい状態であったので, 胃全摘術を施行した. 病理組織検査では粘膜下層を中心に高度のアミロイド沈着を認めた. アミロイド蛋白はAL型であり, 原発性アミロイドーシスと診断した. 胃病変を主体とした原発性アミロイドーシスの1例を経験し, 8年間にわたり経過観察しえた胃X線像と興味あるCT像を中心に報告した.

17) 穿通性胃潰瘍のCT

大久保慈郎・竹井 亮二  
 道野慎太郎・藤川 隆夫 (杏林大学放射線科)  
 関 恒明・宮坂 康夫  
 蜂屋 順一・古屋 儀郎

穿通性胃潰瘍とは, 潰瘍による欠損が胃壁の全層に及び, 膵臓などの隣接臓器に穿入したものをいい, 胃十二指腸造影で典型像を示さないものや, 内視鏡での確定診断はむずかしいが, CT スキャンは, 非常に有効である

とされている. 今回, 本院で経験したCT スキャンが診断に有効であった穿通性胃潰瘍の1例を報告する.

CT スキャン所見として, 潰瘍の管外への突出像及び潰瘍内と胃周囲の液体貯留をみとめた. 穿通性胃潰瘍のCT 所見のポイントとして, 潰瘍の管外突出, sinus tract, 膵腫大, 潰瘍底の浮腫像, 陳旧例の限局性 fibrosis を上げ, 症例のような胃周囲の液体貯留は, 今まで報告のない穿通性潰瘍のCT 像の一つと考えた.

またCT は診断に有効ではあるが, 何らかの理由でCT が最初に検査されても, 憩室との鑑別は当然であり, 十二指腸造影はかならず診断に必要な検査である.

18) 開業20年の診療実態

野崎 諒 (野崎放射線科診療所)

放射線科医は開業すると放射線科医ではなくなる. 私の場合, 内科医の診療の一部を以て自分の診療の全部としているにすぎない.

開業後もともと狭い守備範囲を年々縮小し, 遂には胸写, 注腸をも放棄するに至って, 三年来胃十二指腸透視に限定した. 守備範囲の縮小に併行して段階的に診療時間を短縮し, この五年来は午前9時から正午までとしている.

診療の主体である胃十二指腸透視は, 昭和43年1,846件. 以後年々増加して51年3,544件で最大, 以後年々減少して昨61年2,370件. 年間件数が3,000を超えたのは47年から54年までの8年間, 満20年間の合計件数は55,556件だが, 49年以後の推移を新潟大学放射線科と対比すると両者の趨勢は酷似していて, 学問を背負わぬ者も状況を背負っていることが分る.

19) 腎平滑筋肉腫の1例

水谷 良行・佐々木泰志 (公立昭和病院)  
 高木 一・桜井 賢二 (放射線科)

腎肉腫は稀れな腫瘍であり, 腎悪性腫瘍の約1~3%を占めると言われている. そのなかでも腎平滑筋肉腫はよくみられるものの一つであるが, 本邦での報告は, 我々の調べた範囲では, まだ42例にすぎない.

今回, 我々は腎被膜から発生したと思われる腎平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する.