

の。

(成績と結論) ①各群の頻度はⅠ群 6 例 (24%)、Ⅱ群 10 例 (40%)、Ⅲ群 9 例 (36%) であり、慢性甲状腺炎の組織像を共存する率の非常に高い点が注目された。バセドウ病と慢性甲状腺炎に共通の病因的基盤のあることが示唆された。

②診断上の問題として、(i)甲状腺腫の性状は全体に柔い例がⅠ群に 3 例あり、他はすべて一部または全体に硬度の増強 (部) を認めた。(ii)眼突、その他の症状、発病当初の T_4 、 T_3 値、 T_3 抑制試験には各群で差を認めず、組織像を推定する手掛りとはならない。(iii)抗甲状腺抗体陰性例はⅠ群に多く、抗体価の著明な高値および抗 DNA 抗体の陽性は特にⅢ群に多く、甲状腺炎の要素の強いことを示唆する。(iv)1 年以上経過観察し得た症例で経過検討すると、Ⅰ群 0/5 (人)、Ⅱ群 1/9 (人)、Ⅲ群 4/4 の寛解率を示しており、甲状腺炎の要素の強いものが寛解しやすいといえる。

以上発病初期の小児甲状腺機能亢進症に於ても、バセドウ病と慢性甲状腺炎の密接な関連性が示唆された。現在のところ甲状腺炎の要素の強い症例が、より寛解しやすいといえる。

千葉大小児科 新 美 仁 男

I) クレチン症の治療と予後

(研究対象と方法) 平均 1 1 年間経過を観察したクレチン症 39 例を対象とし、治療量は症状のもっとも重い欠損性のものにつき下記のようにした。 T_4 : $220 \sim 300 \mu g/m^2/日$ 。 T_3 : T_4 の $\frac{1}{4}$ 。乾燥甲状腺末 : T_4 の 400 倍。個々の例につき検査成績、臨床症状、十分な成長発育が行なわれることを確かめながら補充量を決定した。

(成績) 上述の補充量で治療した場合、 T_3 単独、 T_4 単独、甲状腺末の何れを用いても長期臨床効果に差はなかった。

1. 一般に治療開始年齢が遅れると改善度は悪い。ただし身長については 4 才までに治療を始めれば $-1SD$ 以上になる可能性が大きい。
2. IQ の予後は最も悪い。少なくとも生後 6 カ月までに治療を開始する必要がある。
3. 運動機能 神経症状など一般に走ることが遅く、振戦 (6 例) その他の小脳症状を一部に認め、脳波の正常化は約 60% にみられた。
4. 性腺機能 初潮は例外を除いて正常児とほぼ同じに出現した。2 例が結婚し何れも妊娠した。
5. 社会的適応 18 才以上の 21 例は大部分が単純な作業に従事しており、社会的適応は比較

的良い。

Ⅱ) 小児慢性甲状腺炎の頻度および予後

(研究対象と方法) 千葉県下の小・中・高校生、11,353名のうち甲状腺腫大度2度以上の例の血中抗体(サイロイドテスト、マイクロゾームテスト)を調べ陽性者で同意をえたものに対して針生検をして頻度を求めた。また平均7年間経過を観察した36例につき予後を調査した。

(成 績) 1. 頻度 小学生は0.09%、中学生は0.46%、高校生は0.31%~0.42%であった。本症は女子のみに見出された。

2. 予後 初診時は全例が euthyroid (びまん性炎4、散在性炎32)であった。現在は明らかな機能低下症が1例(びまん性炎)、subclinicalな低下症(TSH高値、TRH過反応)が4例(びまん性炎1、散在性炎3)みられる。以上より小児慢性甲状腺炎の予後も楽観できないと思う。

Ⅲ) バセドウ症の治療判定の指標について

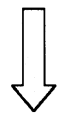
抗甲状腺剤治療を約2年行った後、T₄抑制試験が正常化した例につき治療を中止した場合の再発率は22.2%であった。T₄抑制試験とTRH試験とにはある程度の相関がみられたが解離例も多い。両試験がともに正常化した例は永続治癒の可能性が高いようである。

Ⅳ) 濾紙血液よりのT₄測定について

濾紙血液よりのT₄測定につき検討し少くとも2カ月間は保存可能で十分有用なことが判った。現在出生直後と生後1カ月の臨床上本症を疑わせる例につき「濃縮スクリーニング」を実施中である。

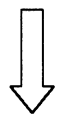
V) 尿崩症の治療(DDAVPについて)

特発性下垂体性尿崩症6例、頭蓋咽頭腫術後2例、計8例に実施した。術後例(5.0~6.25 μ g)は特発性の例(10.0~30.0 μ g)に比べ少量で有効である。副作用はない。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



(研究対象と方法) 平均 11 年間経過を観察したクレチン症 39 例を対象とし、治療量は症状のもっとも重い欠損性のものにつき下記のようにした。T4:220 ~ 300 $\mu\text{g}/\text{m}^2$ 日。T3:T4 の 1/4。乾燥甲状腺末:T4 の 400 倍。個々の例につき検査成績、臨床症状、十分な成長発育が行なわれることを確かめながら補充量を決定した。