報 告

足立区における学童心臓検診について

Mass Examination of Cardiac Disorders in
School Children of Adachi-district井 埜 利 博* 岩 原 正 純* 西 本 啓*
TOSHIHIRO INO, M. D. MASAZUMI IWAHARA, M. D. KEI NISHIMOTO, M. D.秋 元 かつみ* 藪 田 敬 次 郎*
KATSUMI AKIMOTO, M. D. & KEIJIRO YABUTA, M. D.

近年、学校心臓検診は厚生省研究班の努力により各地で極めてめざましい普及をとげた。その目的は見逃されていた心疾患児を早期に発見し、適切な治療および管理により突然死を予防し、安全な学校生活をおくらせることにある。東京都においても東京都予防医学協会により学童心臓検診が昭和43年より開始され学校保健の上で極めて重要な役割りを担っている¹⁻²⁾。そのシステムはアンケート、校医聴診、心音図、心電図、胸部X線、専門

医の聴診および心エコー図などの組み合わせによる選別方式と全員心音・心電図方式の2方法により行われている(図1)。私どもは順天堂大学膠原病内科の村上正中教授の後に引き続いて昭和55年より足立区の心臓検診に参加している。今回は足立区心臓検診を始めてから約10年を経過したので、その間に経験した症例のうち学校保健の上でも重要と思われる症例を呈示し、足立区における全員心音・心電図方式の利点について述べる。

全員心音・心電図方式

選 別 方 式

図1 東京都における学童心臓検診システム

*順天堂大学医学部小児科学教室

Department of Pediatrics, Juntendo University
School of Medicine.

(March 23, 1985受付)

足立区における心臓検診システムと
10年間の動態

対象は小学校入学時および中学校入学時の学童

保護者の皆さんへ

心臓病調査票

57

保護者の方へお願い

子供たちが楽しく意義ある学校生活を送るためには、健康に気を付けなければなりません。ことに心臓に病状のある子供の健康管理は大切です。そのため、心臓病は学校の健康診断の中で特に重点がおかれています。

この調査は心臓病を予防するためにぜひ必要です。保護者の方々のご協力をお願いします。

(記入上の注意: あてはまる記号を○で囲み、空欄は書き入れて下さい。)

学 校 長

学校名 弘道小

/ 年 2 期

氏 名 高 田 春 子 女 5 年 1 月 11 日 生 6 才

質問1: 今までに医師から心臓が悪いといわれたことがありますか? (はい、☒ 10. はい) と答えた人は下の表に記入して下さい。

1. はじめの病名	(1) その時の病名	(2) その後のようす
い	a. 先天性心臓病(心臓の病)	1. 病状が重く悪化したが、かたがた病状
い	b. 心臓の手術を受けた	2. 心臓の手術を受けた
い	c. 心臓病(心臓の病)	3. 内科的な治療を受けた
い	d. 心臓病	4. 定期的に受診している
い	e. 心臓病	5. そのままだめしていない
い	f. その他(病名)	6. その他

質問2: 今までに医師からリウマチ性の病状といわれたことがありますか? (はい、☒ 10. はい) と答えた人は下の表に記入して下さい。

1. はじめの病名	(1) その時の病名	(2) その後のようす
い	a. リウマチ熱	1. 病状が重く悪化したが、かたがた病状
い	b. リウマチ性心臓病	2. 内科的な治療を受けた
い	c. リウマチ性心臓病(心臓病)	3. 定期的に受診している
い	d. その他(病名)	4. そのままだめしていない
い	e. その他(病名)	5. その他

質問3: 今までに医師から「風湿性(心臓病)の病状で、心臓、腎臓、関節の皮膚関節などの病状があり急性慢性風湿性関節リウマチ症候群といわれている」といわれたことがありますか? (はい、☒ 10. はい)

質問4: 今までに医師から「風湿性(心臓病)の病状で、心臓、腎臓、関節の皮膚関節などの病状があり急性慢性風湿性関節リウマチ症候群といわれている」といわれたことがありますか? (はい、☒ 10. はい)

質問5: 今までに次のような病状にかかったことがありますか?

- (1) シンチリヤ (はい、☒ 5. はい)
 (2) 肺炎(腎臓をのぞく) (はい、☒ 5. はい)
 (3) 甲状腺の病状 (はい、☒ 5. はい)
 (4) 喉痛 (はい、☒ 5. はい)
 (5) 5日以上続く原因不明の熱 (はい、☒ 5. はい)

質問6: 最近次のようなことがありますか?

- (1) 何もないのに急に心臓が早く(いつもの倍ほど) (はい、☒ 10. はい)
 (2) けつ (はい、☒ 10. はい)
 (3) 少しの運動でうづきまる (はい、☒ 10. はい)
 (4) 胸がしめつけられるように苦しくなることがある (はい、☒ 5. はい)
 (5) ときどき眠れなくなる (はい、☒ 5. はい)
 (6) 息を失ったことがある (はい、☒ 5. はい)
 (7) つかれやすく、すぐゴロコロする (はい、☒ 5. はい)
 (8) 階段を普通の早さで歩いても、ときどき (はい、☒ 5. はい)
 (9) いきめがする (はい、☒ 5. はい)

質問7: 両親、兄弟、姉妹、おじ、おばなどで40以下で急死(心臓マヒ)した人がありますか(参観などの病状)? (はい、☒ 5. はい)

..... 学校記入欄(これから下は保護者は記入しないで下さい。)

I: 校医所見(あり、なし)

1) チアノーゼ(あり、なし) 2) 太鼓(手拍、なし) 3) 浮腫(あり、なし)
 4) 胸郭変形(膨満、扁平、円筒、なし) 5) 異常心音、心臓音(あり、なし) 6) その他

II: 肥満の有無(あり、なし) *
 III: 肥満、胸郭変形等からの情報・意見(あり、なし) あるいは具体的に記入して下さい。

図2 学童心臓検診のアンケート

全員である。家族からのアンケート(図2)および省略心電図(I, a VF, V₁ V₆)、省略心音図(胸骨左縁第2、第4肋間)により一次検診異常者として抽出される。一次検診の異常者は二次検診にて専門医の聴診、12誘導心電図(時に診察した専門医により必要であれば適宜負荷心電図を行う。)胸部X線(川崎病既往者は正側面撮影する。)により専門病院での精査、治療および管理の必要性について検討される(図1)。

過去10年間の動態をみると年間の総受検者数は小学生では約8,000名~12,000名であり、53年度より年々減少傾向にある。一方、中学生では約7,000名~11,000名であり年々増加傾向にあったが、昭和57年度はやや減少している。今後は小学生数の動態を考えると中学生の受検者数は減少して行くものと思われる。それらのうち有所見者は小学生では全体の0.37~1.69%(平均0.65%)で、中学生では0.35~2.17%(平均0.87%)である。他地区での平均値に比しやや低い傾向にある。昭和56年度以後、有所見者数が急激に増加している理由は主に不整脈患児の増加によるものと思われる。すなわち以前では管理不要としていた単発の上室

性および心室性期外収縮は、最近では負荷心電図あるいはHolter心電図などにより心房粗・細動心室性頻拍症が発見される症例が報告されており管理を要するとしたためと思われる(表1)。

小・中学生の有所見者の内訳は先天性心疾患約0.3%、後天性心疾患0.01~0.02%および不整脈0.2~0.4%である。これらは東京都における他地区の頻度とほぼ類似している。先天性心疾患では小学校、中学校ともに心室中隔欠損症(VSD)、心房中隔欠損症(ASD)、肺動脈狭窄症(PS)およびファロー四徴症(TOF)の順である。中学生ではASDの頻度がやや高いようである。後天性心疾患のほとんどが僧帽弁閉鎖不全症(MI)あるいは大動脈弁閉鎖不全症(AI)であり、特に中学生では後天性心疾患の約1/3がMIである。当然のことながら川崎病冠動脈瘤をもつ患児がこの中に含まれている。心電図異常は期外収縮、脚ブロックWPW症候群の順に多く、3者でその大半をしめる(表2、3)。著者らの印象では、前記した疾患より“その他”の欄に含まれるもの(例えば完全房室ブロック、心室性頻拍症、QT延長症候群特発性心筋症および川崎病冠動脈瘤など)がむし

表 1 心疾患受診集計表

足立区小学校 1 年生

年 度 (昭和)	受診者数	有所見者数 (合併症) %		有 所 見 者 内 訳								その他の所見 %	
				先天性心疾患 %		後天性心疾患 %		その他の心疾患 %		心電図異常 %			
48	9,843	68(1)	0.69	36	0.36					33	0.33		
49	11,754	48(2)	0.41	39	0.33	2	0.01	5	0.04	4	0.03	2	0.02
50	11,755	60	0.51	30	0.26	1	0.01	6	0.05	23	0.19	1	0.01
51	11,402	42(1)	0.37	30	0.26	1	0.01	10	0.09	2	0.01	2	0.01
52	11,624	46(2)	0.39	40	0.34	2	0.01	3	0.02	3	0.02	1	0.01
53	11,729	45(2)	0.38	40	0.33			3	0.02	4	0.03	3	0.02
54	11,412	47(1)	0.41	36	0.31	1	0.01	2	0.01	9	0.08	2	0.01
55	10,697	69(2)	0.65	43	0.39	2	0.01	21	0.19	7	0.06	3	0.02
56	9,853	130(4)	1.32	47	0.46	2	0.02	16	0.16	69	0.68	15	0.15
57	8,692	147(3)	1.69	50	0.56	1	0.01	19	0.21	80	0.91	17	0.19
合 計	108,761	707(18)	0.65	391	0.35	12	0.01	85	0.07	234	0.22	46	0.04

足立区中学校 1 年生

年 度 (昭和)	受診者数	有所見者数 (合併症) %		有 所 見 者 内 訳								その他の所見 %	
				先天性心疾患 %		後天性心疾患 %		その他の心疾患 %		心電図異常 %			
48	7,567	62	0.82	27	0.36	4	0.05			31	0.41		
49	7,992	29	0.36	21	0.26			2	0.02	6	0.05	1	0.01
50	8,372	48	0.57	17	0.20	1	0.01	6	0.07	24	0.29	2	0.02
51	8,824	37(1)	0.42	17	0.19	1	0.01	18	0.20	2	0.02		
52	9,721	35(2)	0.35	26	0.25	3	0.03	7	0.06	1	0.01		
53	9,912	52(2)	0.52	38	0.37	4	0.04	7	0.06	6	0.05		
54	9,039	54(1)	0.60	29	0.32			16	0.17	10	0.11		
55	10,627	77(2)	0.72	35	0.33	4	0.03	20	0.18	20	0.18	6	0.06
56	10,651	189	1.77	36	0.34	4	0.03	28	0.26	121	1.14	22	0.21
57	10,215	222(1)	2.17	39	0.38	1	0.01	42	0.41	141	1.37	21	0.21
合 計	92,920	805(9)	0.87	285	0.31	22	0.02	146	0.15	362	0.39	52	0.06

表 2 心疾患別診断結果集計及び異常内訳(1)

足立区小学校 1 年生

年 度 (昭和)	(A) 先 天 性 心 疾 患									(B) 後 天 性 心 疾 患				(C) そ の 他 の 心 疾 患				A+B+C 合 計 ()
	VSD()	ASD()	PDA()	PS()	T/F()	AS()	ECD()	その他()	小 計	MI()	AI()	その他()	小 計	要精検	要再検	その他	小 計	
48	22(3)	7(1)	(0)	6(0)	1(1)				36(5)									36(5)
49	22(2)	4(0)	2(1)	3(1)	5(4)			3	39(8)		2		2	11	1		5	46(8)
50	12(2)	8(3)	2(2)	4(3)	4(1)				30(11)	1			1	1	2	3	6	37(11)
51	18(4)	1(0)	2(1)	4(1)	1(1)			4	30(7)			1(1)	1(1)	2	8		10	41(8)
52	22(6)	7(2)	1(1)	4(1)	3(2)			3	40(11)	2(1)			2(1)			1	2	45(12)
53	26(3)	3(1)	2(2)	1(1)	2(2)	1		5(3)	40(12)							3(2)	3(2)	43(14)
54	17(2)	6(3)	2(1)	2(1)	6(6)	2		1	36(13)	1			1	1		1	2	39(13)
55	19(4)	7(6)	3(3)	3(0)	2(2)	1		8(2)	43(17)	1		1(1)	2(1)	3	12	6	21	60(18)
56	25(5)	4(2)	1(1)	6(1)	4(3)	2(1)		5(3)	47(16)	1		1	2	2	8	6	16	65(16)
57	23(7)	10(4)	1(0)	1(0)	5(5)			10(5)	50(21)			1	1	1	9	9	19	70(21)
合 計	206(37)	57(22)	16(12)	34(9)	33(27)	6(1)		39(13)	391(121)	6(1)	2	4(2)	12(3)	14	41	30(2)	85(2)	488(126)

() 内数字は診断項目の手術済数を示す。

足立区中学校 1 年生

年 度 (昭和)	(A) 先 天 性 心 疾 患										(B) 後 天 性 心 疾 患				(C) そ の 他 の 心 疾 患				A+B+C 合 計 ()
	VSD()	ASD()	PDA()	PS()	T/F()	AS()	ECD()	その他()	小 計	MI()	AI()	その他()	小 計	要精検	要再検	その他	小 計		
48	8(2)	12(1)	()	1()	1()				5(1)	27(4)	4								31(4)
49	7(1)	2(2)	(3)	5(3)	()			1(1)	21(7)					2			2		23(7)
50	4()	4(2)	3()	3()	1(1)			1(1)	17(7)				1	1	4	1	6		24(7)
51	11(1)	4()	1()	()	1(1)				17(3)		1		1	2	14	2	18		36(3)
52	14(2)	3()	(1)	4(1)	3(2)			1(1)	26(6)	3			3	2	5		7		36(6)
53	17(6)	12(1)	1(1)	3(2)	()	1	1(1)	3(2)	38(13)	2		2	11	5		2	7		49(13)
54	16(3)	6(2)	()	4()	2(2)			1(1)	29(8)					11	2	3	16		45(8)
55	17(4)	5(1)	()	8(5)	3(3)			2(1)	35(14)	2		2	4	2	10	8(1)	20(1)		50(15)
56	12(3)	12(7)	3(3)	2(1)	5(4)			2(1)	36(19)	2(1)		2	4(1)	2	18	8	28		68(20)
57	12(4)	9(3)	2(2)	3(2)	1(1)			6(4)	39(16)	1	1		1	1	21	20	42		72(10)
合 計	124(76)	75(19)	10(10)	33(14)	17(14)	1	4(4)	21(10)	285(97)	14(1)	2	6	22(1)	28	14	44(1)	146(1)		453(22)

() 内数字は診断項目の手術済数を示す。

表3 心疾患別診断結果集計及び異常内訳(2)

足立区小学校1年生

(D) 心 電 図 異 常																	A+B+C+D 総 計 ()	合併症
年 度 (昭和)	房室ブロック			期 外 収 縮			房室ブロック			肥 大			WPW	過速性 整 調	その他	小 計		
	完全右	不完全右	その他	心室性	上室性	その他	I 度	II 度	その他	左 室	右 室	その他						
48	7	8		7	5								6			33	69(5)	1
49						1							3			4	50(8)	2
50	6	3		2	1	3							8			23	80(11)	
51						1							1			2	43(8)	1
52		1											1		1	3	48(12)	2
53	1												2		1	4	47(14)	2
54	1			1									4		3	9	48(13)	1
55			1	3							1		2			7	73(18)	2
56	3	5	2	19		11		1		1			3		24	69	134(16)	4
57	3	5	6	17	2	14	4			1	1		3	4	20	80	150(21)	3
合 計	21	22	9	49	9	29	4	1		2	2		33	4	49	214	722(126)	18

() 内数字は診断項目の手術回数を示す。

足立区中学1年生

年 度 (昭和)	(D) 心 電 図 異 常														A+B+C+D 総 計 ()	合併症		
	房室ブロック			期 外 収 縮			房室ブロック			肥 大			WPW	過速性 整 調			その他	小 計
	完全右	不完全右	その他	心室性	上室性	その他	I 度	II 度	その他	左 室	右 室	その他						
48	3	7		12	5								4			31	62(4)	
49													6			6	29(7)	
50	6			9	2	1	1						5			24	48(7)	
51													1		1	2	38(3)	1
52	1															1	37(6)	2
53													4		2	6	65(13)	2
54				1									7		2	10	55(8)	1
55	1	4		10									2		3	20	79(15)	2
56	5	9	2	45		16	5	4	1				11		23	121	139(20)	
57	5	5	7	42	2	19	14	2	4	4			9	3	25	141	223(16)	1
合 計	21	25	9	119	9	36	20	6	5	4			49	3	56	362	815(99)	9

() 内数字は診断項目の手術回数を示す。

ろ突然死と関係する疾患が多いように思われる。しかし、それらの疾患は自覚症状のないことが多く、選別方式で抽出することは極めて困難である。

以下に著者らが経験したおそらくは選別方式では抽出されなかったであろう疾患について触れてみたい。

症 例

症例1：N. W., 11歳, 女兒

生来元気であり、失神発作の既往はない。小学校入学時の集団心臓検診にて心電図異常を指摘されたが、放置されていた。今回、昭和56年度の心臓検診で完全房室ブロックを発見され精査のため入院した。入院時の現症では軽度の徐脈を認めた以外に特記すべき所見はなく、また血液・尿検査などの入院時一般検査でも異常を認めなかった。心電図は心拍数55~60/分の完全房室ブロックを認め、QRS間隔は0.04秒であり、マスター2段負荷心電図により散発性の心室性期外収縮を認めた

(図3)。胸部X線はCTR=0.53と心拡大はなく、肺野も正常であった。心臓超音波検査では器質的な心疾患を疑わせる所見はなかった。入院後に行ったHis束心電図ではAH時間の延長を認めAHブロックとして現在心臓病管理区分表の3C

図3 ECG N. W. 11y/o. Female

上段：安静時 下段：負荷心電図

QRS間隔0.04秒, PP間隔0.6秒, RR間隔1.10秒の完全房室ブロックを認め、マスター2段負荷心電図で散発性の心室性期外収縮を認めた。

心臓病管理指導表

日付 昭和 年 月 日

指示者

医療機関

医 師

医療面からの区分	学校生活規制面からの区分	教室内学習	教科体育			(休み時間はこれに準ずる)		クラブ活動・部活動		特別教育活動	
			軽 度		中 等 度	高 度	軽 度	高 度	Ⅰ. 児童生徒活動 A・Bのみ禁 Cはクラス委員のみ不可 D・E可 Ⅱ. 給食当番 A・B・Cは禁 D・Eは可 Ⅲ. 清掃、朝礼、その他の行事 A・Bのみ禁、Cは帯のみ可 朝礼は可、D・Eはすべて可 Ⅳ. 遠足・見学 A・B禁止、Cはバスで行くことのみ可、登山、長距離の徒歩は禁止、Dは速さを競う遠足 登山は禁止 Eはすべて可 Ⅴ. 林間学校 修学旅行 A・B参加禁止 C参加可 但しなるべく乗物を利用し 長距離歩行 登山は禁止 D・Eは参加可 Ⅵ. 臨海学校 A・B・C禁 Dは条件付で参加可 Eは参加可		
			部位運動(徒手体操上肢) ぶらんこ すべり台 ボール投げ 鬼遊び 鉄棒 マット運動 (低学年) バレーボール(小・中学校)	部位運動(徒手体操下肢) 行進 駆足 フォークダンス すもう(小学生)跳箱 鉄棒マット運動(中学生) ドッチボール ハンドボール サッカーのゴールキーパー バレーボール(高校) 水泳(水遊び程度) 球野(バッテリーを除く) (卓球 テニス バドミントン)	全身運動(走跳)縄とび 鉄棒(高学年) 短距離走 持久走(マラソンなど) バスケットボール ボートボール サッカー すもう(中学生以上) 柔道 剣道 水泳 野球のバッテリー(スキー スケート ラグビー その他) 激しい運動	ほとんど全ての文化部 但し トランペット バスーン ホルンの楽器 バトン 及び 激しい動作を伴うものを除く	左記の除外した文化部及び運動部の全て				
1 要医療	A	禁	禁	禁	禁	禁	禁	禁			
2 要予防内服	B	可	禁	禁	禁	禁	禁	禁			
3 要観察 異常あるとき および1年に 1〜2回の観 察を必要とする	C	可	可	禁	禁	可禁どちらかに○を	禁				
	D	可	可	可	禁	可	禁				
	E	可	可	可	可	可	可禁どちらかに○を				
管理区分 決定のためやす	A	在宅医療又は入院の必要なもの		B 1. 心不全の既往があり、 かつその危険の大きいもの 2. チアノーゼ強く運動 障害の強いもの	C 1. 心不全の既往のない 重症弁膜症及び重症先 天性心疾患 2. 心筋疾患及び心電図 変化の著明な術後の心 疾患その他運動に際し 危険を伴う可能性の ある疾患	D 1. 軽症 弁膜症(軽症 MIは除く) 2. 手術は不要であるが X線心電図では明らか な変化のある心疾患	E 1. 弁膜症のないリウマ チ熱既往のあるもの 2. 症状及びX線心電図 で所見のほとんどない 先天性心疾患(ASD VSD PS)及び軽症MI 3. 運動負荷で軽快する 不整脈				

図4 心臓病管理指導表(新しいモデル)

可として経過観察している(図4)。

この症例はAHブロックであり、おそらくは先天性の完全房室ブロックと考えられる。心拍数が比較的多いために見逃されていたものと思われる。

症例2: U. M., 12歳, 女兒

生来健康であり、特記すべき既往歴はない。昭和57年度の中学校入学時の集団心臓検診で不整脈を指摘され本院を受診した。検診時の心電図で心房粗動と診断され、精査および治療のため入院した。入院時の血液一般検査、胸部X線および心臓超音波検査では特に異常を認めなかったため特発性心房粗動と診断された。安静時の心電図では3:1ないし4:1の心房粗動を認めた(図5)。入院後、ジゴキシン0.04mg/kg/日およびインデラ

図5 Esophageal ECG Y.M. 12y/o. Female.

E: 食道誘導

食道誘導を記録することにより、P波がはっきりし、心房粗動であることがわかる。

図6 Holter ECG R. O. 6 y/o. Female.

上段：安静時心電図 下段：Holter 心電図
Holter 心電図では、時に心室性頻拍発作を認めた。

図7 ECG W.I. 12y/o. Male.

I, aVL の ST 低下, II, III, aVF V₁₋₂ の ST 上昇および II, III, aVF V₁ の異常 Q 波を認め心筋障害を思わせた。

ール 1 mg/kg/日の併用療法で約10日間経過観察したが著変はなかった。患児は全く自覚症状を訴えなかったが、放置すれば突然死を起こす可能性があると考え、家族の承諾を得て全身麻酔下で QRS 同期型の電氣的徐細動(60ワット)を行い洞調律に復した。その後はジゴキシンを経口で予防投与し、3 E 可として経過観察している。

症例3：R. O., 6歳, 女児

特に自覚症状もなく、元気であった。昭和57年

図8 A 症例4の心内膜心筋生検組織像
HE 染色×400

図8 B
Azan 染色×100

度の集団心臓検診で散発性の心室性期外収縮(VPC)を指摘され来院した。負荷心電図では VPC の増加や short run は認めなかったが、Holter 心電図で2度にわたる心拍数150/分の心室性頻拍症が出現していた(図6)。現在、管理区分3-Dとして管理している。

症例4：W. I., 12歳, 男児

今までに特記すべき既往歴はない。昭和57年度の集団心臓検診にて初めて心電図異常を指摘され精査の目的で入院した。現症上では特に異常はなかった。血液一般検査および胸部X線では異常所見はなかったが、心電図では II, III, aVF および V₁

図9 A 症例5の胸部X線
正面

図10 症例5の選択的冠動脈造影

上段：右冠動脈

下段：左冠動脈

図9 B
側面

の異常Q波、ST・T波の上昇、I, aVLでのST・T波の低下を認めた(図7)。心臓超音波検査では心室中隔(特に心尖部)の非対称性中隔肥大を認め、心尖部肥大型心筋症と診断した。心血管造影では左室駆出分画0.67と正常であり、心尖部中隔の肥厚を認めた。同時に行った右心室内膜心筋生検では著明な心筋細胞の錯綜配列、変性および肥大を認め、又心筋の間質の線維化が軽度認められた(図8)。組織学的には心筋炎後心肥大も否定できなかったが、臨床的には肥大型心筋症として現

在, インデラル20mg/日を経口投与し, 2C可として管理している。

症例5: Y. I., 10歳, 男児

2歳3ヶ月時に川崎病に罹患し, 某大学病院に入院したことがある。経過は順調であったため, 退院後は無投薬で1年間管理されていたが, 心臓超音波検査や心血管造影は一度も行われなかった。昭和56年度の集団心臓検診にて胸部X線上の石灰化像を認めたため精査の目的で入院した。安静時およびマスター2段負荷心電図では異常はなかった。胸部X線は, 正面像では不明瞭であったが, 側面像で明瞭な石灰化を認めた(図9)。入院後に行われた選択的冠動脈造影で, 右冠動脈の90%および50%狭窄と左右の多発性の動脈瘤を認めた(図10)。患児は現在, アスピリン5mg/kg/日を投与され, 管理区分2C可として経過観察されている。

以上の症例は日常生活で自覚症状を訴えず聴診上でも異常所見に乏しいため選別方式で抽出されることが困難であると思われた。また, いずれの症例も突然死につながる疾患であり, 早期発見し適切な治療および管理が必要であると考えられる。

従って選別方式はこれらの臨床的に極めて重要な症例を見逃す可能性が高く, その意味では全員心音・心電図方式が実施されることを望む。

ま と め

過去10年間の足立区における学童心臓検診の成績を述べ注目すべき症例を呈示した。これらの症例が示すように今後は全ての地区で全員心音・心電図方式が実施されることを望みたい。

ご校閲をいただいた加藤英夫名誉教授に深謝します。また検診にご協力を頂いた小児科, 胸部外科及び循環器内科の諸先生方とご指導をいただいた東京医科歯科大の保崎純郎助教授に深謝します。

文 献

- 1) 大國真彦: 学童心臓病検診の最近の動向, 東京都予防医学協会年報, 12: 9~16, 1981
- 2) 保崎純郎: 東京地区における心臓検診の進歩と昭和56年度の検診成績, 東京都予防医学協会年報, 12: 16~25, 1981

抄 録

女性生殖路の内分泌細胞

Endocrine cells in the female genital tract
F. Fetissov, G. Berger, M. P. Dubois, et al.
Histopathology: 9, 133-145, 1985.

内分泌細胞は, 副尿管腺, バルトリン腺, 子宮内膜腺, そして中腎由来組織内に正常に存在する。これら全ての細胞は, セロトニン貯蔵細胞として特徴づけられる。副尿管腺やバルトリン腺ではセロトニン含有細胞は外分泌腺の移行上皮中に最も高頻度に認められる。

内分泌細胞は, いくつかの病的状態に関与している。豊富な嗜銀性細胞は慢性バルトリン腺炎において, 終末腺管内に認められ, セロトニン貯蔵細胞は固有の子宮頸外膜上皮に認められる。多数

のセロトニン貯蔵細胞は, Peutz-Jeghers 症候群の患者に発生した高分化型腺癌に認められた。好銀性細胞は子宮内膜癌の症例に認められた。目立った特徴は, 珍しい型の子宮内膜腺癌に消化管ペプチドホルモンが証明されたことである。

最後に, セロトニン貯蔵細胞は Brenner 腫瘍の構成成分であった。類似の内分泌パターンは, ミュー管と泌尿生殖洞の両者に由来する組織が共有していることが示唆された。

(病理学第一講座 高木由紀)