

とこの4年間に115例中22例(約20%)のA型肝炎を検出した。

(結論) HAVAB-M kit は測定感度に優れ、HA に対するIgM抗体を特異的に検出できること、また肝炎発症初期の1検体でA型肝炎の診断ができるので大変有効なRIAキットであると考ええる。

22. 骨髄増殖性疾患における肝脾シンチグラム

斉藤 宏 (名大・放)
河村 信夫 (名古屋第一赤アイソトープ)
吉川 敏 吉川 治哉 直江 知樹
平岩 明和 (名古屋第一赤・内)

従来からCMLでは脾腫があることはよく知られていたが、各種血液疾患においては脾腫を伴うものが少なくない。特に遺伝性球状赤血球症やバンチ氏症候群はよく知られている。今回は、骨髄増殖性疾患について、脾腫の程度をみた。肝脾シンチグラムについて脾(S)の肝(L)に対する面積の割合(S/L)を、脾は背面シンチ像で、肝は正面シンチ像の面積からコンピューターで求めた。真性多血症4例では $S/L \text{ mean} \pm SD(\text{range}) = 0.43 \pm 0.19 (0.23-0.75)$ 骨髄線維症2例では $1.24 \pm 0.25 (0.99-1.49)$ 赤白血病1例では0.37 (2回の検査で0.31-0.42), 急性前骨髄球性白血球1例では0.33 (2回の検査で, 0.32-0.34), 非定型白血症では0.37, CML 4例では, $0.62 \pm 0.10 (0.40-0.78)$ であった。

これらの成績をみると、骨髄線維症でのみS/Lが1以上であった。次に高い値はCMLで、次が真性多血症であった。骨髄増殖性疾患以外では、遺伝性球状赤血球症、感染性単球症、SLE、ITPなどがS/L高値を示したが、再生不良性貧血は最も低い値を示した。

肝脾シンチは、肝(脾)疾患の検査として定着しているが、しばしば、血液疾患を誤診しているのをみかける。血液疾患、特に骨髄増殖性疾患における肝脾シンチの実態をよく把握しておく必要がある。

23. Cruveilhier-Baumgarten 病の1例

又吉 純一 今枝 孟義 加藤 敏光
浅田 修市 鈴木 雅雄 広田 敬一
後藤 裕夫 土井 偉蒼 (岐大・放)

症例(66歳, 女) 1979年9月, 突然嘔吐, 意識混濁, その後, 次第に意識回復したが10日ほどして奇妙な事を言うようになり入院。頭部CT異常なし。腹部CTで肝の異常を指摘され当科紹介され入院。肝2横指, 脾3横指触知, 腹部平坦, 腹壁の静脈怒張認めず。白血球3,600, 血小板4.6万, アンモニア $164 \mu\text{g/dl}$ 。肝シンチでは右葉に疎な領域を認む。脾腫も著明, 食道胃X線で食道と胃噴門部に静脈瘤認める。腹部CT plainで右葉にじゅず玉状のlow density. enhanceするとこれは明瞭でなくなる。bolus CTでは逆にhighにenhance。RIアンギオでは肝描出されず。右葉の領域に太い血管蛇行, 拡張。経直腸法によるRI門脈造影で肝の描出前に心の描出を認む。血管造影では門脈太く, 拡張。静脈瘤, 脾腫も認む。脾摘施行された。術中の経脾門脈造影で門脈は開存している。臍静脈に移行。手術所見で腹水なく, 肝には肝硬変を認めなかった。門脈は臍静脈に移行し, 肝右葉の側方から肝表面を蛇行拡張し, 腹壁静脈に移行。Cruveilhier-Baumgarten 病と診断。C-B病は先天的疾患で二次的におこるC-B症候群とは区別されなければならない。今回の診断過程でRIアンギオとbolus CTが有効であった。

24. AFP・RIA キット (SPAC) の基礎的検討

金森 勇雄 松尾 定男 樋口ちづ子
川地 俊明 安田 鋭介 市川 秀男
木村 得次 (大垣市民特殊放センター)
中野 哲 北村 公男 綿引 元
武田 功 小沢 洋 熊田 卓
浜野 博次 杉山 恵一 (同・二内)
佐々木常雄 石口 恒男 (名大・放)

SPAC・AFP・RIA キットの測定上に関する基礎的検討を行い次の結果を得た。

- 1) 標準曲線の再現性, 変動係数は6.3~11.4%の間にあり良好であった。
- 2) incubation 温度, 1st. および 2nd. incubation 共に室温(25°C)で充分良好な結果が得られる。
- 3) incubation 時間, 1st. incubation は5時間, 2nd. in-