

は 20 分あり、その増加量は $17.5 \pm 10.5 \mu\text{U}/\text{ml}$ であった。以後 TSH は漸次下降したが 120 分でも前値に復しえなかつた、女性の方が TRH に強く反応した。

甲状腺機能亢進症では TSH は低値し、TRH に反応せず、正常者との鑑別は TRH 負荷後の TSH 増加量により容易になされた。甲状腺機能低下症では TSH は前値すでに高値、TRH に過剰反応。ピークの遅れ、反応時間の延長がみられたが、甲状腺剤による治療を行つた例では TSH は抑制され、TRH による反応を示さなかつた。臨床症状、検査成績上、機能亢進症と診断し難く、甲状腺機能亢進症型の TRH による TSH 反応をした例正常甲状腺機能の慢性甲状腺炎で低下症型の反応をみた例もあつた。下垂体腫瘍患者では TRH に反応がなく、同時に測定した人成長ホルモンの増加をみた例はなかつた。Sheehan 症候群 1 例でも TRH による TSH 反応を欠いた。T₄ と TSH は -0.80 と逆の相関をなし、0.1% 以下の危険率で有意の相関があつたが、トリオソルド、¹³¹I-Uptake と TSH との相関は認められなかつた。

質問：瀬戸 光（金沢大学 核医学）

1) TRH test の際、TSH Radioimmunoassay の再現性が前提となります、健常人及び甲状腺各症患の TSH 濃度はどのくらいの値を示すか。

2) TSH と Res-O-Mat T₄ との相関について述べているが、患者数及び治療中の有無、どのような疾患の患者であるかについて、お答え下さい。

回答：上田 操（金沢大学 第二内科）

1) Hyperthyroidism では、 $<0.5 \mu\text{U}/\text{ml}$, Normal で $<0.5 \sim 3.7$ 、平均 $1.7 \mu\text{U}/\text{ml}$, Hypothyroidism では、 $>27 \mu\text{U}$.

2) TSH テストを行なう前に Total Thyroxine を測定したものに限り、治療前の Hyper, Hypo, Euthyroid を含めて 29 例について相関を求めた。

質問：油野 民雄（金沢大学 核医学）

1) TRH test の際、同時に T₄, Triosorb 等を測定されていたら、その値を。

2) TRH に対する response が男と女で反応が異なるのは何故か？

回答：上田 操（金沢大学 第二内科）

1) TSH 刺激テストの TSH 量から考えて、 $500 \mu\text{U}$ の静注では 20~120 分に T₄, Triosorb の値がかわるとは考えられないであつて測定しなかつた。

2) 原因は不明であるが、文献的にも知られたことす。

9. 異所性甲状腺について

石垣 武男 渡辺 道子 佐々木常雄

(名古屋大学放射線科)

3 例の舌根部甲状腺を経験した。症例は 46 歳の女性。生来健康であり結婚後 2 児を得ている。舌根部に腫瘤を指摘され、某医で biopsy の結果甲状腺組織と判明し、当科受診した。¹³¹I 甲状腺シンチグラムで舌根部に ¹³¹I の摂取をみると前頸部にはない。症例 2 は 26 歳女性。生来健康で、2 児を得ている。シンチグラフィーでやはり舌根部の腫瘤に一致して ¹³¹I の摂取をみると、前頸部にはない。症例 3 は 4 歳女児。今まで智能障害、発育障害はみられない。やはりシンチグラフィーで舌根部腫瘤に一致して、¹³¹I の摂取をみると、前頸部にはない。

3 例とも甲状腺機能は正常である。症状もないで処置は行わず経過観察をしている。1972 年 6 月までの本邦、舌根部甲状腺報告例は 122 例になる。うち女性が 78.5% を占める。甲状腺機能低下を示すものは 54 例であり、特に cretinism との関係が論ぜられるようになった最近 5 年間では、60 例の舌根部甲状腺報告例中 41 例を占める。固有甲状腺を有するものは、8% であり少く、舌根部の腫瘤を認めた場合、甲状腺組織かどうかの確認が必要と思われる。

10. 甲状腺スキャンによる甲状腺重量測定の信頼性

毛塚 満男

(金沢大学 核医学診療科)

我々は昭和 37 年から現在に至るまでに金沢大学付属病院で甲状腺摘出術を受けた甲状腺機能亢進症の患者 29 例について、摘出手術施行前 1 ヶ月以内に行ったスキャンから甲状腺重量を allen の実験式により算出し、これを手術による摘出重量と比較してみた。

5 人の医師にスキャンを trace してもらった結果、算出重量と摘出重量との誤差は平均 62.6% と高値を示した。

なおこの際スキャンは 20% cut off のものを使用し、長径の測定は長軸の延長がなす角が 30° になる様にしてその最大値の平均を求め、また真の重量決定に際しては、術者の推定残量のある場合これを加え、残量記載のない場合 5μ を予測残量として加えた。