

慢性甲状腺炎の研究

第1編 臨床的研究

昭和42年7月26日受付

信州大学医学部丸田外科教室
大塚満洲雄

Studies on Chronic Thyroiditis

Part 1. A Clinical Study of Chronic Thyroiditis

Masuo Otsuka

Prof. Maruta's Surgical Clinic, Shinshu University

緒言

橋本策^①氏は1912年甲状腺腫の組織像に1)リンパ濾胞の形成, 2)甲状腺濾胞上皮細胞の腫大と好酸性化, 3)間質結合織の増生, 4)間質におけるリンパ系細胞の浸潤等の所見を有する疾患を Struma lymphomatosa として報告した。本症は一般に慢性甲状腺炎の中に分類されている^{④⑤⑦⑧}。教室の飯田^⑥は橋本氏甲状腺腫, 亜急性甲状腺炎, リーデル氏甲状腺腫の三者について病理組織学的研究を行ない, 三者の間に明確な一線を画したが, そのうち橋本氏甲状腺腫の病因について最近自己免疫疾患であるという見解^{②③④}が有力となり, 本症に対する関心が高まつて来たが, その病因は今日なお明らかでなく^{⑨⑩}, したがって本症に対する見解も未だ統一されていない。すなわち Joll^⑦, Marshall^⑧らは慢性甲状腺炎を橋本氏病と non-specific thyroiditis とに分けているが, Woolner^④らは橋本氏甲状腺腫を橋本^①のあげた組織学的変化が甲状腺全体に一樣に及んでいるものを diffuse thyroiditis とし, そのような変化が甲状腺全体に及んではいるが, その間に正常組織が残存しているものを focal thyroiditis と呼び, さらに濾胞上皮の増殖がとくに著しいものを thyroiditis with hyperplastic epithelium と呼んで, これら3型に區別している。このように慢性甲状腺炎については種々の見解があるが, 著者は本研究において橋本^①のあげた項目の組織学的特徴を満足するものを橋本氏甲状腺腫とし, 間質の変化は橋本氏甲状腺腫と同様であるが, 濾胞上皮細胞の好酸性化はみられないものを狭義の慢性甲状腺炎として両者を區別して研究を行なつた。

I 研究対象及び研究方法

1953年4月より1966年2月までに丸田外科に入院

し, 組織像を確定し得た橋本氏甲状腺腫は55例, 慢性甲状腺炎(狭義)は53例で, これら症例を本研究の対象とし, これらの症例について次の項目について追求した。

A 年齢, 性別, 臨床症状

B 甲状腺機能検査

1. PBI値

2. ¹³¹I 甲状腺摂取率

3. 過塩素酸カリウムによる放出試験

(Morgans^⑪の方法に従つて測定)

4. TSH-test

(Jefferies^{⑫⑬}の方法に従つて測定)

C 治療成績 生検後甲状腺ホルモン剤(帝國臓器製薬株式会社, Thyradin 1日量0.05g~0.1g, または武田薬品工業株式会社, Thyronamin 1日量50r~75r)を経口投与した。治療効果の判定には, 患者に直接来院を求め, 自覚症状の改善, 及び甲状腺腫の縮小の程度をもつて判定した。効果の判定基準としては以下の3種類とした。

著効 両側または一側の甲状腺腫が消失。

有効 両側または一側の甲状腺腫が明らかに縮小。

無効 甲状腺腫の縮小がほとんどみられない。

II 研究成績

A 年齢及び性別 橋本氏甲状腺腫の年齢分布は16才から65才まで幅広く分布しており, 図1のごとく30才代から50才代に多い。性別ではほとんどが女性で, 男性は30才代に1例, 40才代に1例, 50才代に2例みられるのみで, 男女比は1対13で, 男性の占める割合は7.3%である。慢性甲状腺炎の年齢分布は15才から70才まで幅広く分布しており, 図2のごとく50才代に圧倒的に多い。性別ではほとんどが女性で, 男性は60才代に1例(1.9%)みられたのみである。

図1 橋本氏甲状腺腫の年齢分布
—初診時—

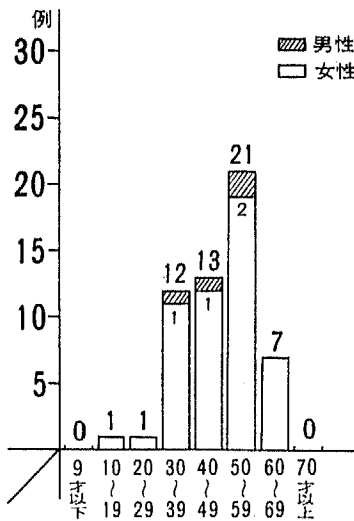
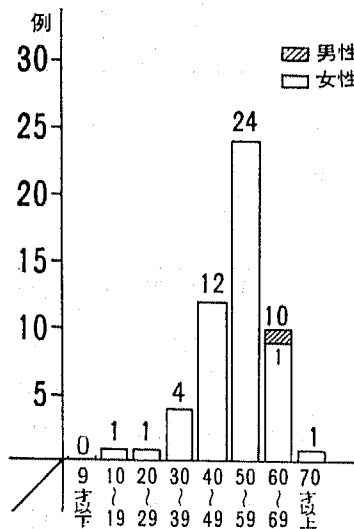


図2 慢性甲状腺炎の年齢分布
—初診時—



臨床症状 橋本氏甲状腺腫及び慢性甲状腺炎では甲状腺は左右両葉が硬く腫脹し、瀰漫性甲状腺腫の形態を示している。しかし必ずしも左右対称の馬蹄形を呈するとは限らず、相当数は非対称性である。表面は顆粒状で周囲との癒着は少なく、甲状腺腫以外に著しい臨床症状を示さないことが多い。橋本氏甲状腺腫の局所症状としては、表1のごとく頸部圧迫感が20.0%、嗄声が16.4%、軽度の嚥下障害が7.3%、圧痛が5.5%に認められたが、症状を伴わないことが多い。全身症状としては粘液水腫症状が45.5%、貧血が41.8%、

倦怠感が21.8%で、これらが比較的多い症状である。一方慢性甲状腺炎の局所症状としては、表2のごとく頸部圧迫感が15.1%、嗄声が5.7%、軽度の嚥下障害が3.8%、圧痛が3.8%で、橋本氏甲状腺腫に比して低率であるが、全身症状における粘液水腫症状は7.5%で、橋本氏甲状腺腫における粘液水腫症状の45.5%に比して明らかに低率である。

表1 橋本氏甲状腺腫の臨床症状

局所症状	例数	%	全身症状	例数	%
圧迫感	11	20.0	粘液水腫症状	25	45.5
嗄声	9	16.4	貧血	23	41.8
嚥下障害	4	7.3	倦怠感	12	21.8
圧痛	3	5.5	心悸亢進	8	14.5
			肩こり	6	10.9
			口渇	5	9.1
			発汗	4	7.3

表2 慢性甲状腺炎の臨床症状

局所症状	例数	%	全身症状	例数	%
圧迫感	8	15.1	貧血	15	28.3
嗄声	3	5.7	心悸亢進	8	15.1
嚥下障害	2	3.8	倦怠感	7	13.2
圧痛	2	3.8	肩こり	7	13.2
			発汗	6	11.3
			息切れ	5	9.4
			粘液水腫症状	4	7.5
			口渇	4	7.5

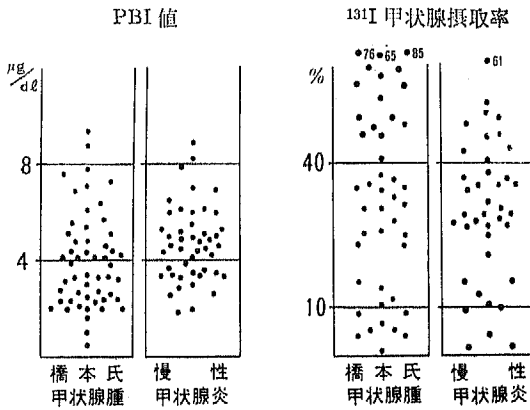
甲状腺腫に気付いてから受診までの期間は最低1月から最高33年で、本人が自覚する以前の期間を加算すると相当長期間にわたることが推測され、両者とも自覚症状の少ないことが特徴である。

B 甲状腺機能検査

1. PBI値 正常値を4~8 $\mu\text{g}/\text{dl}$ とすると、橋本氏甲状腺腫は図3のごとく低値を示すもの53例中28例(52.8%)、正常値を示すもの53例中23例(43.4%)、高値を示すもの53例中2例(3.8%)であつて、低値あるいは正常低値(5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下)を示すもの53例中29例(54.7%)と半数以上を占めている。慢性甲状腺炎では低値を示すもの46例中16例(34.8%)、正常値を示すもの46例中28例(60.8%)、高値を示すもの46例中2例(4.4%)で、低値あるいは正常低値(5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下)を示すもの46例中27例(58.7%)と半数以上である。
2. ^{131}I 甲状腺摂取率 正常値を10%~40%とすると、橋本氏甲状腺腫は図3のごとく低値を示すもの

44例中8例(18.2%), 正常値を示すもの44例中20例(45.5%), 高値を示すもの44例中16例(36.3%)である。慢性甲状腺炎では低値を示すもの39例中4例(10.3%), 正常値を示すもの39例中25例(64.1%), 高値を示すもの39例中10例(25.6%)で、両疾患ともほとんどが正常値,あるいは高値を示しており、両者の間には差がみられない。

図3 甲状腺機能検査



3. 過塩素酸カリウムによる放出試験 過塩素酸カリウムの投与により甲状腺からの無機¹³¹Iの放出が20%以上を示すものを有機化障害例とみなすと、橋本氏甲状腺腫では図4のごとく10例中5例(50%)に有機化障害がみられたが、慢性甲状腺炎では図5のごとく全例において有機化障害はみられなかった。

4. TSH-test TSH投与後¹³¹I甲状腺摂取率が10%以上の上昇を示すものを陽性,それ以下を陰性とする,橋本氏甲状腺腫では図6のごとく陰性は28例中18例(64.3%)で,慢性甲状腺炎では陰性は18例中17例(94.4%)であった。

またTSH投与後PBI値が1µg/dl以上増加するものを陽性,それ以下を陰性とする,橋本氏甲状腺腫では図6のごとく5例中4例(80.0%)が陰性で,慢性甲状腺炎では全例が陽性であった。

C 治療成績 橋本氏甲状腺腫に対しては表3のごとく癌と誤診して甲状腺全別を行なった1例および腺葉切除4例,峡部切除1例があつて,他はすべて試験切除後甲状腺ホルモンの投与を行なった。慢性甲状腺炎では腺葉切除2例,峡部切除2例,試験切除48例,針生検1例である。

甲状腺ホルモンによる治療成績は,橋本氏甲状腺腫では表4のごとく著効が58.7%,有効が34.8%,無効が6.5%で,著効及び有効は合計93.5%である。慢性甲状腺炎では著効が48.7%,有効が46.2%,無効が

図4 橋本氏甲状腺腫の過塩素酸カリウムによる放出試験

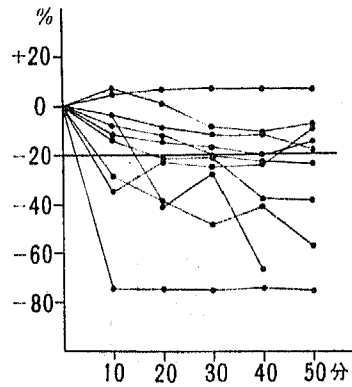


図5 慢性甲状腺炎の過塩素酸カリウムによる放出試験

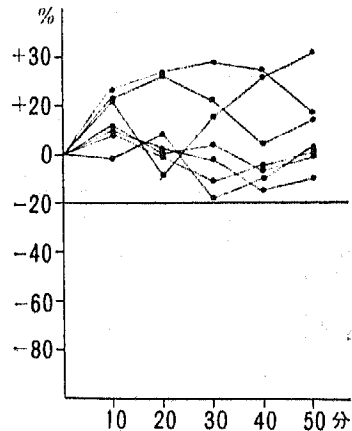
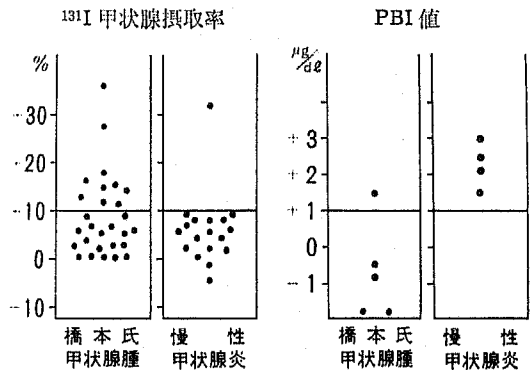


図6 TSH Test



5.1%で,著効及び有効は合計94.9%である。すなわち甲状腺ホルモン投与による治療効果はいずれも良好で両者の間に差がない。

治療期間と治療成績との関係は,橋本氏甲状腺腫で

表3 手術術式

		橋本氏甲状腺腫	慢性甲状腺炎
全	別	1例	0例
腺	葉	4	2
峡	部	1	2
試	験	49	48
針	生	0	1
合 計		55例	53例

表4 甲状腺ホルモンによる治療成績

	橋本氏甲状腺腫		慢性甲状腺炎	
	例数	%	例数	%
著 効	27	58.7	19	48.7
有 効	16	34.8	18	46.2
無 効	3	6.5	2	5.1
合 計	46	100.0	39	100.0

は図7のごとく著効例は6カ月以内に46例中11例(23.9%), 12カ月以内では46例中15例(32.6%)みられたが, 25カ月以上でも46例中7例(15.2%)みられた。また有効例は6カ月以内に46例中2例(4.3%), 12カ月以内では46例中7例(15.2%)みられたが, 25カ月以上では46例中3例(6.5%)みられた。無効例は3例である。すなわち橋本氏甲状腺腫は12カ月以内の著効, 有効は合計46例中22例(47.8%)である。慢性甲状腺炎では図8のごとく著効例は6カ月以内に39例中8例(20.5%), 12カ月以内では39例中13例(33.3%)みられ, 25カ月以上では39例中3例(7.7%)みられた。また有効例は6カ月以内に39例中6例(15.4%), 12カ月以内では39例中9例(23.1%)みられ, 25カ月以上では39例中3例(7.7%)であった。無効例は2例であった。すなわち慢性甲状腺炎は12カ月以内の著効, 有効は合計39例中22例(56.4%)である。以上の成績によれば両者はともに約半数が12カ月以内に縮小して, 治療期間と治療成績の上でも差を示さない。

甲状腺ホルモン治療で著効または有効を示した群において治療を中止した場合の症状は表5のごとく, 橋本氏甲状腺腫では粘液水腫症状の出現は著効群19例中7例(41.1%), 有効群8例中3例(37.5%), 甲状腺肥大は著効群19例中3例(11.5%), 有効群8例中4例(50.0%)であった。慢性甲状腺炎では, 粘液水腫症状の出現は著効群13例中4例(30.8%), 有効群7例中3例(42.9%), 甲状腺肥大は著効群13例中2例(15.4%), 有効群7例中1例(14.2%)であった。すなわ

図7 橋本氏甲状腺腫の治療期間と治療成績

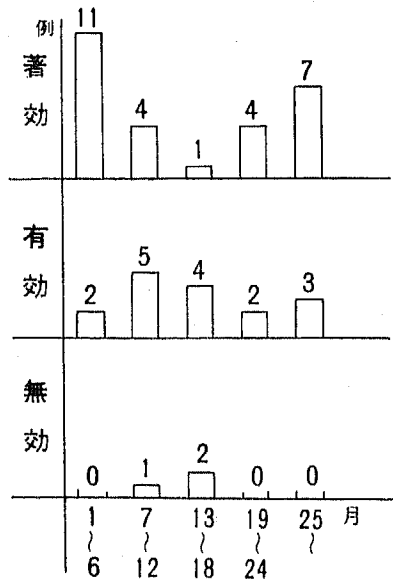


図8 慢性甲状腺炎の治療期間と治療成績

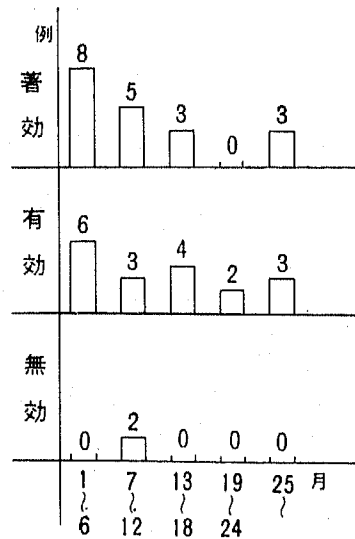


表5 甲状腺ホルモン治療中止後の症状

	橋本氏甲状腺腫		慢性甲状腺炎	
	著効群	有効群	著効群	有効群
粘液水腫症状	7例	3例	4例	3例
甲状腺肥大	3	4	2	1
症状なし	9	1	7	3
合 計	19例	8例	13例	7例

慢性甲状腺炎で甲状腺ホルモン治療を中止すると、粘液水腫症状が初診時に比較して高頻度に発生し、かつ甲状腺も再び肥大しやすい。なお両者の治療成績と組織像との間には特に関係のみとめなかつた。

III 考 按

著者の橋本氏甲状腺腫の年齢分布は16才から65才まで幅広く分布しているが、50才代の女性に最も多くみられている。この年齢分布はJoll⁷⁾の報告とも一致している。しかしながら最近7才¹⁸⁾、12才¹⁹⁾という若年者の報告もある。このような若年者にもみられるという事実から橋本氏甲状腺腫は遺伝的素因を有する疾患であるという見解もある¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。性別ではほとんどが女性であつて、男性は橋本氏甲状腺腫では7.3%、慢性甲状腺炎では1.9%にすぎない。Furr¹⁷⁾も橋本氏甲状腺腫は女性が90.4%を占めていると報告している。甲状腺疾患は一般に女性に多いが、橋本氏甲状腺腫及び慢性甲状腺炎はともに特に女性に多い。

臨床症状では、甲状腺腫は100%に認められるが、すべてが左右対称の瀰漫性甲状腺腫とは限らない¹⁷⁾¹⁸⁾。少数例ながら気管を取りまき気管の後面にまで及んでいるものもある¹⁹⁾。硬度も弾性硬が大多数を占めているが、中には非常に硬い甲状腺腫もあつて、ときに悪性甲状腺腫と誤診される例もある。著者の経験した症例中にも硬い不整形の甲状腺腫のため甲状腺癌と誤診した症例があるが、これは手術時凍結切片による組織検査においても未分化癌と誤診されたものであつた。

局所症状としては橋本氏甲状腺腫、慢性甲状腺炎ともに頸部の圧迫症状が最も多く、ついで嚔声が多い。Furr¹⁷⁾は慢性甲状腺炎における嚔声は粘液水腫による声帯の腫脹によるものであると述べている。

全身症状としては、橋本氏甲状腺腫には甲状腺機能低下による粘液水腫症状、すなわち顔面の軽度の浮腫、四肢のしびれ感、手指の硬直感、皮膚の乾燥、舌の動きが重く言語が緩徐となる等の症状がみられる。著者の症例ではこれらの症状が45.5%にみられた。橋本氏甲状腺腫における甲状腺機能低下は2%¹⁸⁾~9.6%¹⁷⁾にみられ、Skillern¹⁰⁾は36例中10例になんらかの甲状腺機能低下症状を認め、そのうち2例は粘液水腫であつたという。そのほかLindsay¹⁶⁾は12%に甲状腺機能亢進症状をみたすと述べているが、著者の症例においても心悸亢進、発汗等の自律神経機能異常をおもわせる症状が少数ながらみられたが、これは本症が更年期の女性に多いということから、更年期障害による症状と鑑別することが大切である。慢性甲状腺炎の局

所症状は橋本氏甲状腺腫のそれとほぼ同様であるが、全身症状では貧血、心悸亢進、倦怠感等が比較的多くみられ、粘液水腫症状は7.5%と低率であるのが注目される。著者は橋本氏甲状腺腫と慢性甲状腺炎とを濾胞上皮細胞の好酸性化の有無によつて区別したが、Graham²⁰⁾、Anderson²¹⁾らは濾胞上皮細胞の好酸性化は一種の変性とみなしている。著者²²⁾も電顕像でこれを証明した。したがつて両者における粘液水腫症状の頻度の差異もかかる組織学的差異に因るものと考えられる。

PBI値は低値あるいは正常低値を示すものが多く¹⁰⁾²³⁾²⁴⁾、著者の症例でも低値あるいは正常低値を示すものは54.7%、慢性甲状腺炎が56.7%であつた。PBI値は正常値より低い値を示しながらも臨床的には機能正常の状態を維持し²⁵⁾、又甲状腺機能亢進症状がないにもかかわらずPBI値は高値を示すことが稀にあるが、これは非ホルモン性のヨウ素化合物の混在によるものとされている²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾。したがつて橋本氏甲状腺腫でたとえPBI値が高値を示してもこれを直ちに甲状腺機能亢進と解釈することはできない。Buchanan²⁹⁾は橋本氏甲状腺腫はヨウ素の摂取能は正常であるが、摂取したヨウ素をホルモン合成に有効に利用できないためにPBI値が低いのであると述べている。

¹³¹I 甲状腺摂取率の大部分は正常値を示すが、しばしば高値あるいは低値を示すものがあるとされている¹⁷⁾¹⁸⁾²³⁾²⁴⁾。これは橋本氏甲状腺腫における濾胞上皮細胞の変性がヨウ素の取り込みに障害のないものから、変性が高度でヨウ素の取り込みにとも障害のあるものまで種々の程度があることを示すものであろう。著者の成績では、橋本氏甲状腺腫の¹³¹I 甲状腺摂取率が2.5%~85%までの幅を示し、正常値あるいは高値を示すものが81.8%を占めている。慢性甲状腺炎は4.7%~61.8%までの幅を示し、正常値あるいは高値を示すものが89.7%を占め、¹³¹I 摂取能は両疾患の間には差がない。

過塩素酸カリウムは甲状腺のヨウ素の摂取を阻害するのみならず、甲状腺に無機形で存在しているヨウ素を放出する作用を有する³⁰⁾³¹⁾³²⁾。Morgans¹¹⁾はかかる過塩素酸カリウムの作用を甲状腺におけるヨウ素の有機化障害の判定に利用している。すなわちMorgans¹¹⁾によれば橋本氏甲状腺腫では過塩素酸カリウムの投与後無機¹³¹Iが甲状腺から速やかに放出されるが、これは橋本氏甲状腺腫にヨウ素の有機化障害があるためであるとしている。Murray³³⁾、Levitus³⁴⁾も橋本氏甲状腺腫に同様の事実を観察し、Buchanan²⁹⁾は約半数にヨウ素の放出をみとめ、本試験は

診断的にも有意義であると述べている。しかし Volpé^⑨は過塩素酸カリウムによる放出試験の意義について否定的である。著者の成績では橋本氏甲状腺腫では50%に無機¹³¹Iの放出をみているが、慢性甲状腺炎では7例中全例に無機¹³¹Iの放出をみなかつた。この成績は両者におけるヨウ素の有機化障害の程度を推測させるもので、両者における粘液水腫症状の頻度の差異と傾向を一つにしている。

TSH-testは甲状腺機能低下が甲状腺原発性かあるいは下垂体性かの鑑別診断に用いられ、これが陰性の場合には甲状腺原発性の機能低下とされている。この検査法には¹³¹I甲状腺摂取率を指標とする方法とPBI値を指標とする方法とがあつて、まだ確立された方法とはいえない^{⑩⑪⑫}。Skillern^⑬は¹³¹I甲状腺摂取率を用いる方法で橋本氏甲状腺腫18例中全例がTSH-test陰性、Buchanan^⑭は10例中7例が陰性であつたと報告している。著者の¹³¹I甲状腺摂取率を用いるTSH-testの成績では、橋本氏甲状腺腫は64.3%が陰性、慢性甲状腺炎では94.4%が陰性であつた。またPBI値を用いる方法では橋本氏甲状腺腫は5例中4例(80%)が陰性、慢性甲状腺炎の4例には陰性例がなかつた。以上の成績から橋本氏甲状腺腫あるいは慢性甲状腺炎はなんらかの原因により原発性の甲状腺機能低下が生じ、TSHを介して甲状腺は代償性に肥大したもので、炎症性肥大ではないであろうと推測される。橋本氏甲状腺腫に特徴的なリンパ球浸潤に関してFurr^⑮はTSHの刺激によるものと考えていたが、最近リンパ球はcell-bound antibodyの担架体であつて、橋本氏甲状腺腫における病理組織学的変化は流血中の抗体によつて生じるのではなく、むしろcell-bound antibodyによるものであるという見解がある^{⑯⑰}。著者^⑱らは抗体の産生に参与するプラズマ細胞や、抗体の担架体であるリンパ球が濾胞内に侵入し、濾胞上皮細胞に密接している所見を認めたが、この所見よりみて橋本氏甲状腺腫における濾胞上皮細胞の変性にはリンパ球が重要な役割を演じているものと推測している。Irvine^⑲も著者^⑳らとはほぼ同様の見解を述べている。著者は橋本氏甲状腺腫と慢性甲状腺炎とを濾胞上皮細胞の好酸性化の有無によつて分類したが、間質の変化は両者とも同様であり、しかもときとして濾胞上皮細胞の染色態度にも移行型がみられるから、著者は両者を本態的に異なつた疾患とは考えていない。ただし慢性甲状腺炎の甲状腺機能低下は多くは甲状腺の肥大によつて代償されている時期であり、橋本氏甲状腺腫の機能低下は代償期と代償不全の時期とが混在した状態と解している。

治療には甲状腺ホルモンの投与^{㉑⑳㉒}、レ線照射^㉓、副腎皮質ホルモンの投与^{㉔㉕}等がある。甲状腺ホルモン投与による治療はTSHの分泌を抑え、肥大せる甲状腺を縮小させるという理論の根拠にもとづいているもので、最近はおつばら甲状腺ホルモン治療が行なわれる傾向にある。著者の成績においては両者ともTSHの刺激状態が認められ、臨床的にも甲状腺機能低下が存在することより、甲状腺ホルモンを投与してTSHの分泌亢進を抑制し、ホルモンの欠乏を補うことは合理的な治療法と考えられる。甲状腺ホルモン投与による著者の治療成績では、橋本氏甲状腺腫においては93.5%に縮小が認められ、そのうち著効は58.7%であつた。又慢性甲状腺炎においては94.9%に縮小が認められ、そのうち著効は48.7%であつて橋本氏甲状腺腫と同様の成績を示している。

甲状腺腫が縮小するまでには一般に長期の治療を必要とするものが少なくないが、橋本氏甲状腺腫は12カ月以内に47.8%が縮小し、慢性甲状腺炎は12カ月以内に56.4%が縮小している。Furr^㉖は4カ月から6カ月で50%に甲状腺腫の縮小を認めたと報告している。McConahey^㉗は24カ月ではじめて甲状腺腫の縮小した症例を報告しているが、著者の症例でも25カ月以上の治療で甲状腺腫の縮小を認めたものが橋本氏甲状腺腫では46例中10例(21.7%)、慢性甲状腺炎では39例中6例(15.4%)ある。Skillern^㉘は治療成績と組織像との関係について、線維化のすすんでいない甲状腺腫は早期に縮小しやすいと述べているが、著者は濾胞上皮細胞の好酸性化の有無という観点に立つて橋本氏甲状腺腫と慢性甲状腺炎とに分けて検討したが、両者の治療成績と組織像との間には特に関係を認めなかつた。

著者はさらに甲状腺ホルモンによる治療で効果のあつた群について治療中止後の状態を観察したところ、橋本氏甲状腺腫の著効群では粘液水腫症状が41.1%、甲状腺肥大が11.5%に出現し、また有効群では粘液水腫症状が37.5%、甲状腺肥大が50.0%に出現した。又慢性甲状腺炎の著効群では粘液水腫症状が30.8%、甲状腺肥大が15.4%に出現し、また有効群では粘液水腫症状が42.9%、甲状腺肥大が14.2%に出現した。このように橋本氏甲状腺腫並びに慢性甲状腺炎では甲状腺ホルモン治療の中止によつて粘液水腫症状が生じ、特に慢性甲状腺炎におけるその頻度は初診時における頻度をはるかに上回るものであり、また甲状腺の肥大も再び認められている。このような粘液水腫症状の高頻度の出現は甲状腺ホルモン投与の急激な中止による甲状腺の機能低下のあらわれと解釈され、また甲状腺の

肥大は甲状腺ホルモン投与の中止により TSH の分泌が再び増加するに因るものと考えられる。Skillern^⑩は橋本氏甲状腺腫ではたとえ甲状腺機能が代償されていても甲状腺ホルモンによる治療は永久的に行なわれるべきであると述べているが、著者の成績によつても慢性甲状腺炎に対する甲状腺ホルモン治療は長期にわたつて行なうことが必要と考えている。

結 論

1. 橋本氏甲状腺腫も慢性甲状腺炎もともに中年以後の女性に圧倒的に多く、特に50才代に最も多い。男女比は橋本氏甲状腺腫では1対13、慢性甲状腺炎では1対52である。

2. 両者とも硬い瀰漫性甲状腺腫のほかには自覚症状のないことが多いが、橋本氏甲状腺腫では粘液水腫症状が45.5%、貧血が41.8%に認められ、慢性甲状腺炎では貧血が28.3%、粘液水腫症状が7.5%に見られ、粘液水腫症状は橋本氏甲状腺腫において高率に認められる。

3. PBI 値は両者とも低値あるいは正常低値を示すものが多い。

4. ¹³¹I 甲状腺摂取率は両者とも多くは正常値あるいは高値を示している。

5. 過塩素酸カリウムによる放出試験では、橋本氏甲状腺腫は半数に有機化障害が認められるが、慢性甲状腺炎では全例において有機化障害は認められない。

6. TSH-test は、橋本氏甲状腺腫は¹³¹I 甲状腺摂取率では64.3%が陰性、PBI 値では5例中4例が陰性であり、慢性甲状腺炎は¹³¹I 甲状腺摂取率では94.4%が陰性、PBI 値では全例が陽性である。

7. 甲状腺ホルモン治療成績では、橋本氏甲状腺腫は93.5%に、慢性甲状腺炎は94.9%に甲状腺腫の縮小を認めた。

8. 治療期間と治療成績との関係では、12カ月以内に橋本氏甲状腺腫は47.8%が、慢性甲状腺炎は56.4%が縮小し、25カ月以上の治療では、橋本氏甲状腺腫は21.7%が、慢性甲状腺炎は15.4%が縮小した。

9. 甲状腺ホルモン治療中止後には、両者ともに粘液水腫症状が出現し、特に慢性甲状腺炎では初診時に比して高頻度に発生し、かつ甲状腺も再び肥大し易い。したがつてこれら疾患の甲状腺ホルモン治療は長期にわたつて行なうべきものと考えられる。

文 献

①Hashimoto, H.: Arch. f. Klin. Chir., 97: 219, 1912

②Roitt, I. M., Doniach, D., Campbell,

P. N., and Hudson, R. V.: Lancet 2: 820, 1956

③Doniach, D., and Roitt, I. M.: J. Clin. Endocr., 17: 1293, 1957

④Woolner, L. B., McConahey, W. M., and Beahrs, O. H.: J. Clin. Endocr., 19: 53, 1959

⑤丸田公雄: 日外会誌., 50: 124, 1949

⑥飯田 太: 日外会誌., 59: 1749, 1959

⑦Joll, C. A.: Brit. J. Surg., 27: 351, 1939

⑧Marshall, S. E., and Meissner, W.: Ann. Surg., 141: 737, 1955

⑨Volpé, R., Row, V. V., Webster, B. R., Johnston, M. W., and Ezrin, C.: J. Clin. Endocr., 25: 593, 1965

⑩Thier, S. O., Black, P., Williams, H. E., and Robbins, J.: J. Clin. Endocr., 25: 65, 1965

⑪Morgans, M. E., and Trotter, W. R.: Lancet 2: 553, 1957

⑫Jefferies, W. Mck., Levy, R. P., Palmer, W. G., Storaasli, J. P., and Kelly, L. W.: New Engl. J. Med., 249: 876, 1953

⑬Jefferies, W. Mck., Kelly, L. W., Levy, R. P., Cooper, G. W., and Prouty, R. L.: J. Clin. Endocr., 16: 1438, 1956

⑭Hall, R., Owen, S. G., and Smart, G. A.: Lancet 2: 187, 1960

⑮DeGroot, L. J., Hall, R., McDermott, W. V., and Davis, A. M.: New Engl. J. Med., 267: 267, 1962

⑯Hung, W., and Winship, T.: J. Clin. Endocr., 23: 465, 1963

⑰Furr, W. E. Jr., and Crile, G. Jr.: J. Clin. Endocr., 14: 79, 1954

⑱Lindsay, S., Dailey, M. E., Friendlander, J., Yee, G., and Soley, M. H.: J. Clin. Endocr., 12: 1578, 1952

⑲Skillern, P. G., Crile, G. Jr., McCullagh, E. P., Hazard, J. B., Lewis, L. A., and Brown, H.: J. Clin. Endocr., 16: 35, 1956

⑳Graham, A., and McCullagh, E. P.: Arch. Surg., 22: 548, 1931

㉑Anderson, W. A. D.: Pathology, P. 1005, Mosby Co., St. Louis, 1953

㉒降旗力男・丹羽康平・大塚満洲雄・丸山雄造・他: 信州医誌., 14: 64, 1965

㉓Buchanan, W. W., Loutras, D. A., Alexander, W. D., Crooks, J., Richmond, M. H., Macdonald, E. M., and Wayne, E. J.: J. Clin. Endocr., 21: 806, 1961

㉔Owen, C. A., and McConahey, W. M.: J. Clin. Endocr., 16: 1570, 1956

㉕Gribetz, D., Talbot, N. B., and Crawford, J. D.: New Engl. J. Med., 250: 555, 1954

㉖McConahey, W. M., Keating, F. R., Butt, H. R., and Owen, C. A.: J. Clin. Endocr., 21: 879, 1961

㉗Doniach, D., and Hudson, R. V.: Brit. Med. J., 1: 672, 1957

㉘Murray, I.

- P. C., and McGirr, E. M. : Brit. Med. J., 1 : 838, 1960 ②鈴木光雄 : 内分泌と代謝, 1 : 40, 昭和33年 ③三宅 儀・鳥塚莞爾・日下部恒輔 : ホルモンと臨床, 10 : 517, 1962 ④Stanbury, J. B., and Wyngaarden, J. B. : Metabolism, 1 : 533, 1952 ⑤Levitus, Z., and Gilboa, Y. : Israel Med. J., 20 : 1-2, 15, 1961 ⑥吉田常雄・熊原雄一・岩坪治雄・宮井 潔・阪上 明 : ホルモンと臨床, 10 : 533, 1962 ⑦Taunton, O. D., McDaniel, H. G., and Pittman, J. A. : J. Clin. Endocr., 25 : 266, 1965 ⑧Hall, R. : New Engl. J. Med., 266 : 1204, 1962 ⑨Irvine, W. J. : A. S. Mason 編集, The Thyroid and its Disease, P. 129, 1963, Pitman Medical Publishing Co. Ltd. ⑩McConahey, W. M., Woolner, L. B., Black, B. M., and Keating, F. R. : J. Clin. Endocr., 19 : 45, 1959 ⑪Blizzard, R. M., Hung, W., Chandler, R. W., Aceto, T., Kyle, M., and Winship, T. : New Engl. J. Med., 267 : 1015, 1962 ⑫Skillern, P. G., Crile, G. Jr., McCullagh, E. P., Hazard, J. B., Lewis, L. A., and Brown, H. : Postgrad. Med., 21 : 632, 1957