

切除と異なり複合切除では切除範囲の拡大をさけるため、無理して  $S_0$  切除をして、それが複合切除の成績を悪くしているということはないか。

〔回答〕 芥川光男

対側肺機能が悪いために、全摘したいのに無理をして複合切除に止めた症例は成績が悪かった。 $S_0$  単独切除の成績は他の区域切除に劣らない。

〔質問〕 寺松孝(京大胸部研)

$S_0$  切除ないしこれを含む複合切除について、その合併症が多いという報告が多く、そのために最近ではその数が減少している。しかし演者は今少しく積極的にというご意見と存じる。私も賛成であるが、それに適応があればという言葉を追加させていただきたいと存じる。たとえば  $S_0$  全体にまたがつて病変があれば、これには区切を行なうことにより肺癆が生ずる率が高まる。むしろ控え目に、 $S_0$  の一部に病変がある場合に  $S_0$  区切を行なうという考え方も一考いただいたらと考える次第である。

〔回答〕 芥川光男

複合切除を積極的に行なっている訳ではない。適応を選んで行なっている。

〔質問〕 岩崎健資(国療再春荘)

$S_0$  区切後剖面の肋膜縫合はしているか。

〔回答〕 芥川光男

$S_0$  区域切除面は可能な限り肋膜被覆を行なっている。

25. 肺結核患者の心音図所見 後藤正彦・酒井深・麻生美子・田中尚・吉岡巖(国療佐賀)

当所に入所中の肺結核患者 100 例の心音図検査を行なった。なお心音図記録と同時に心電図、%VC、一秒率を測定し心音図所見と対比検討した。%VC、一秒率を 3

群に分ち、各群と心基部における II 音振幅  $P_{II}/A_{II}$  比を検討した。%VC では高度障害群にその増大を認めた。一秒率では各群ともあまり変化はなかつた。また NTA 分類の中等度進展および高度進展に若干の増大を認めた。各群と肺動脈域  $II_P/II_A$  比について検討した。%VC では高度障害群に増大を認めた。一秒率ではあまり変化はなく、また NTA 分類では高度進展に増大を認め  $II_P$  の亢進を示した。肺動脈域 II 音分裂時間  $II_A-II_P$  間隔はとくに狭細化の傾向は認めなかつた。肺動脈域収縮期雑音は %VC の高度障害群に高率に認めた。また左肺上病巣、左胸成術後側に本所見が好発した。その他心音図所見として心房性奔馬調、Graham Steell 雑音、pulmonary systolic clicks、III 音性奔馬調を認めた。心電図にて肺性 P、右室肥大群に  $II_P/II_A > 1$ 、収縮期雑音を高率に認めた。

26. 肺結核患者の心電図所見(第 2 報) 後藤正彦・酒井深・麻生美子・田中尚・吉岡巖(国療佐賀)

当所に入所中の肺結核患者 200 例の心電図検査を行なった。また心電図記録と同時に %VC、一秒率を測定し、心電図所見と対比検討した。なお今回は合併症例も含めた。正常型、垂直位が最も多く、心電図所見を総括すると右室肥大、左室肥大、両室肥大、ST-T 変化、肺性 P、不完全右脚ブロック、完全右脚ブロック、心室性期外収縮、上室性期外収縮を認めた。次に %VC、一秒率を各 3 群に分ち、肺性 P、右室肥大の出現率をみると、%VC では高度障害群に最も高率に肺性 P、右室肥大を認め、一秒率では各群ともあまり変化はなく、また NTA 分類では高度進展に肺性 P、右室肥大を高率に認めた。合併症のうち高血圧について検討した。すなわち高血圧群に心電図上左室肥大、両室肥大を認めた。

#### 訂 正

Vol. 44 No. 12 に誤りがありましたので下記の通り訂正いたします。

p. 429 右段上から 12 行目 PPD-s → PPD-S  
18 行目 PPD-s → PPDs