

8. 高 Ca 血症を呈した Bence Jones Myeloma の 1 例

星山 真理 (金沢病院内科)
佐藤 一明 (刈羽診療所)

症例：74才，男。経過：8年前から活発となり，1年前に骨盤骨折で入院。本年1月より，歩行障害出現。呼吸困難，食思不振，意識障害が加わり悪化したため，4月21日当院内科へ紹介入院。入院時，痴呆様顔貌，自発言語なし，著明な脱水，肺炎によるラ音聴取，腰椎変形と両下肢対麻痺，膀胱直腸障害を認めた。検査で，血沈亢進，CRP6(+)，血清Ca17.3，リン5.9mg/dl，BUN83，Cr5mg/dl。高Ca血症性クリーゼ，腎不全，肺炎と診断し加療。血清CaとCrは改善を示して来たが，第10病日に吐血と下血をくり返し，肺炎も悪化。第23病日，乏尿となり死亡。高Ca血症に対する検索：Bence蛋白(+)，血清IgA，IgM抑制とIgG840mg/dl，全身骨レ線で骨打ち抜き像，骨萎縮，融解像，骨髓像でMyelomacell(+)よりBence Jones Myelomaと診断。血清PTH-C著増なく，CT微増，尿C-AMP減少あり。Myelomaの高Ca血症の原因としてOAF関与も報告されているが，本例ではin vitroの成績がなく不明である。

9. 尿路結石型副甲状腺機能亢進症の6例

大石 昌典・三井田 努 (新潟市民病院)
田中 直史・山田 彬 (内科)
樋熊 紀雄
岡崎 悦夫 (同 病理)

当院において，昭和54年から昭和61年3月までに尿路結石型副甲状腺機能亢進症と思われる6例について検討した。年齢は32~68才，全例女性，6例中手術を行った3例中2例は腺腫，1例は過形成であった。尿路結石以外の合併症として1例のみに骨病変が見られた。検査所見上高Ca血症，低P血症，%TRPの低下，Ca負荷における抑制の欠除，尿中Caの高値は認めしたが，尿中Pの高値およびPTHの高値は認められず，検査手技の問題および正常値の再検討が必要と思われる。

本症の診断に有効と思われる検査は，%TRP，Ca負荷試験，ステロイド負荷試験，静脈カテーテル法による採血であった。

10. 高感度 TSH 測定 (TSH リアビーズ II) の基礎検討

村木 秀樹・中沢 政司 (県立ガンセンター
新潟病院放射線科)
筒井 一哉・佐藤 幸示 (同 内科)
モノクロナール抗体を用いた高感度 TSH RIA キッ

ト (TSH リアビーズ II, ダイナボット社) を検討した。本法はイムノラジオメトリックアッセイで，低値 (0~1 μIU/ml) における感度と再現性の向上がみられ，最小検出濃度 0.03 μIU/ml，同時および測定間再現性ともに変度係数 5% 以内，希釈，回収率試験ともに良好な結果であった。低値における感度の向上から，正常範囲は 0.3~4.0 μIU/ml，バセドウ病は 0.05 μIU/ml 以下と明瞭に区別された。従来法 (アマレックス TSH) とのとの相関は $r=0.983$ であった。本法による血中 TSH 測定は，バセドウ病と正常者が明瞭に区別されることから，甲状腺機能の観察により有用と考えられた。

11. 低K血性周期性四肢麻痺を併発した silent thyroiditis の 1 例

関 耕治・鈴木 正博 (長岡赤十字病院)
神経内科
金子 兼三 (同 内科)

症例は26才男。既往歴，家族歴に特記すべきことなし。昭60.9.23亜急性性発症の四肢麻痺で入院。頸筋を含む四肢筋力低下あり，甲状腺中毒症状なく，頸部疼痛も甲状腺腫もない。血清 K 1.8mEq/L より低K性周期性四肢麻痺と診断，Kの補正により改善した。FT₃17.0pg/ml，FT₄6.8ng/dl と高値，TSHは1.0μU/ml以下，TRH試験に無反応，TBII 6.5%，抗甲状腺自己抗体陽性，赤沈促進を認めたが，¹³¹I 摂取率は1.5%と低値で，99mTc O₄ による甲状腺シンチも集積はなかった。CT・エコーでも形態異常はなく，無痛性甲状腺炎に合併した周期性四肢麻痺と診断した。昭60.11よりMMI15mg投与し，1ヶ月後には euthyroid となった。昭61.4にはMMIを中止したが，昭61.3.22のシンチでは正常の集積を示している。silent thyroiditis に合併した周期性四肢麻痺は極めて稀であり報告した。

12. 甲状腺の悪性リンパ腫と思われる 1 例

中澤 朝生・他内分泌班 (新潟大学医学部)
第一内科
小野田 幾雄 (同 放射線科)
小田 栄司 (村上病院内科)

私達は比較的稀な甲状腺原発の悪性リンパ腫と思われる1例を経験したので報告する。症例は80歳男性で昭61年4月より両側頸部の腫脹を自覚。頸部軟X線にて気管の後方からの圧排を認め，CTでは気管の右方偏位を認めた。99mTCシンチでは cold nodule を示した。悪性甲状腺腫が疑われ精査，治療目的に5月当科入院となった。入院時左6×4，右3×2cmの腫瘤を触知，入院時

検査成績では MCHA, TGHA 共陽性, T_3 , T_4 はほぼ正常, TSH は高値を示した. ^{67}Ga シンチでは腫瘤に一致して集積を認めた. 穿刺吸引細胞診では N/C 比が大きい悪性細胞を認めたが上皮性配列の有無ははっきりしなかった. 直接蛍光抗体で IgG λ , K 共陰性. 検査結果より未分化小細胞癌を疑い年齢を考慮して放射線主体で治療を開始した. しかし放射線に対し強い感受性を示したことより小細胞癌よりもむしろ悪性リンパ腫が強く疑われるようになった.

13. 甲状腺分化癌の転移巣が30年目に未分化癌へ転化したと思われる1例

高沢 哲也・他内分泌班 (新潟大学 第一内科)

症例: 70才男性. 昭和31年甲状腺乳頭癌肺転移にて甲状腺全摘, 外照射施行. 昭和61年1月17日呼吸困難を来たし来院. 頸部リンパ節腫大あり, 胸部レ線, CT にて縦隔リンパ節腫大, 主気管支狭窄, 左胸水を認めた. ^{131}I シンチで集積なく ^{201}Tl シンチで頸部, 両上肺野に集積を認めた. 血中・胸水中サイログロブリン (Tg) >320ng/ml. アドリアシン投与するも効なく3月4日死亡. 剖検所見: 両肺に約2cm大の腫瘍が散在し縦隔リンパ節も腫大していた. 組織所見: 肺腫瘍は濾胞構造を呈し甲状腺分化癌の転移巣と思われた. 縦隔リンパ節は濾胞構造なく胞体に富む大型多核の細胞を認め大細胞未分化癌と思われた. 抗 Tg 抗体を用いた蛍光抗体法で分化癌及び未分化癌の一部にも Tg 陽性細胞を認めた. 以上よりこの未分化癌は甲状腺分化癌の転移巣より転化したものと思われた.

II. 特別講演

「心房ナトリウム利尿ホルモンの臨床的意義について」

東京大学第三内科

講師 山路 徹 先生

第12回リバーカンファレンス総会

日時 昭和61年10月11日(土)

午後1:30~5:30

会場 新潟郵便貯金会館

I. 一般演題

1. 亜急性に経過した輸血後B型肝炎の

1救命例

佐藤 明・月岡 恵 (新潟市民病院)
本間 照・何 如朝 (消化器科)
木村 明

真田 雅好 (同血液科)

症例は48才男性. 昭和59年より ALL 治療中であり61年3月11・15日に18単位の血小板輸血を受けた. この時, 肝機能, 凝固系の異常は無かったが, 4月8日発熱, 倦怠感, 黄疸が出現し同12日入院す. 入院時 T. Bil 13.9 mg/dl, GOT 2,000u で肝不全徴候は認めなかったが, aPTT 77.2秒, PT 16% と凝固系の著しい低下がみられ, 輸血後肝炎重症型 (HBsAg \oplus は後日判明) と考えステロイド (PS), G-I 療法を開始した. 臨床所見は改善し始め7日目より PS を減量したところ10日目より黄疸の増悪, 腹水が出現した. 直ちに PS を増量し, T. Bil は最高 33mg/dl に達した後減少したが腹水, 凝固異常は2ヶ月間遷延した. 回復期 (7月) の生検肝組織は亜広汎性肝壊死の回復像を示し, 腹腔鏡的に肝表面の広範な陥凹, 結節形成を認め, 肝硬変への移行が示唆された. 本症例の重症化の一因として PS の短期離脱が推定され, 再投与及び G-I 療法を継続により救命しえたものと考えた.

2. 非定型的な画像診断所見を示した肝膿瘍と思われる1例

荒木 進・相川 啓子 (日本歯科大学新潟)
曾我 憲二・前田 裕伸 (歯学部内科)
柴崎 浩一

佐久聡太郎 (両津市民病院 内科)

近年, 総合画像診断の発達により, 肝膿瘍に対する診断能が向上したが, 今回, 我々は, CT で肝右葉に低吸収域を示したにもかかわらず, US では病変が全く認められなかった肝膿瘍と考えられる特異な1例を経験した. 本症例の感染経路は, 臨床症状, US, CT, DIC, コロノスコーピーなどの諸検査より, 胆道系, 腸管等に異常なく, 全身性の感染症もないことより, 原因不明の特発性