
 学 会 記 事

第48回新潟内分泌代謝同好会

日 時 昭和62年11月28日(土)

午後2時開会

会 場 ガンセンター新潟病院

講 堂(2F)

一 般 演 題

1) インスリン自己免疫症候群と甲状腺機能亢進症の合併した1例

高木 顕・田中 直史(新潟市民病院) 内科
 山田 彬(内科)
 津田 晶子・伊藤 正毅(新潟大学) 第一内科

症例は47才男性、体重減少、発汗、下肢の倦怠があり整形外科にてクリノリルの処方を受けたが、発疹の出現により中止しグリチロンを処方された。症状から甲状腺機能亢進症(HT)、糖尿病を疑われ内科入院精査となる。低血糖症状の出現はなかったが、糖負荷試験で血糖は前値52mg/dlと低値より、負荷後糖尿病型を示し、総インスリン値異常高値、インスリン結合蛋白の存在が証明され、結合蛋白はIgG、κタイプ、Scatchard解析で結合性の均一な抗体と判明、インスリン自己免疫症候群(IAS)と考えられた。甲状腺機能ではfreeT₃、freeT₄の高値、TRH試験でTSHの低値無反応、T₃抑制下に¹³¹I-甲状腺摂取率高値の結果より、HTと診断された。HTでMMIの治療後にIASを合併した症例は多いが、はじめから両者の合併した例は従来の報告にはなく、この症例で薬剤によるIASと関係が深いと言われているHLA B15、Cw4、DR4を有していたことが特異的であった。

2) 種々の電解質異常を伴った低Na血症の1例

池主 雅臣・鴨井 久司(長岡赤十字病院) 内科

症例44才の男性。精神分裂病で3年前から近医で入院加療中。62年6月より筋硬直発作あり。9月より排尿障害のため薬剤服用を中止していたところ、筋硬直・精神不穏症状が生じ紹介入院。妄想で拒食状態。浮腫・脱水徴候無し。右上下肢に筋硬直。不穏状態。腎機能は正常

だが血中Na115mEq/L、血漿浸透圧236mOsm/kg、の低浸透圧性低Na血漿と、尿中Na6mEq/L、尿浸透圧112mOsm/kgのNa排泄低下あり。血中K、Cl、Ca、IP、Znの低下も認めた。甲状腺・副腎皮質機能低下無し。レニン活性は高値・血漿心房性Na利尿ホルモンは正常下限。血漿バゾプレッシンは低浸透圧性低Na血症にも拘らず高値を示した。入院時より水分及び電解質の補充を開始した。これに伴い精神不穏・痙攣は消失。以上より経口摂取不足による低Na血症を含んだ種々の電解質異常を起こした症例と診断した。

3) 多尿を伴ったC5/6レベルの頸髄損傷の1例

星山 真理(柏崎中央病院内科)
 関戸 弘通・八島 省吾(富山医科薬科大学) 整形外科
 辻 陽雄(整形外科)

症例は49才、男性。1987年4月、交通事故による顔面裂傷とC5/6位中心性頸髄損傷で入院加療中、5000ml/日の多尿を指摘され、検索。

検査所見:sNa143.6、Cl103mEq/l、糖尿病なく、肝・腎機能も正常。Posm、Uosmもほぼ正常。術前の5%生食負荷テストでは、負荷後90分でsNa、Posm、PAVP上昇を認め、ADH分泌は保持され、PNAP、PRAには脱水の影響が認められた。5月11日、前方頸椎固定術施行後、多尿は速やかに改善。術後のDDAVP負荷テストで、負荷後90分のsNa、Posmは低下し、ADHに対する腎の反応はほぼ正常。Uosmは増加し、腎濃縮力も保持されていた。多尿の原因として、口渴、多飲はなく多飲症は考えられない、薬剤の影響も考えにくい、術後の改善が速やかである、ADH分泌障害も認められないことより、C5/6位頸髄損傷による除神経状態が一過性に生じ、腎尿細管での水・電解質調節が乱れ、多尿を呈したのではないかと思われる。神経内分泌学的に興味深いので報告した。

4) 老年期に発症した高シトルリン血症の1例

原 正雄・白壁 昌憲(南陽市立総合病院) 内科
 門間 正幸・佐藤 憲弘(内科)
 後藤 成治

74才で始めて意識障害を生じ高シトルリン血症と診断された男子症例を経験した。

家系内に同じ症状を示した者はいない。既往に虫垂切除、胃潰瘍があり、3カ月前に胆嚢蓄膿症で胆嚢切除を受けた。そのため外科入院中に意識障害があり高アンモ