

後、1日あたり20万単位相当のウロキナーゼを坐薬により投与し、トランスアミナーゼも速やかに改善し第9病日にはほぼ正常化した。

肝梗塞の原因としては肝動脈血栓症のほか手術、動脈瘤、血管炎、妊娠中毒症等が挙げられる。本症例では後日、プロテインCの活性が55%まで低下していることが判明しプロテインC欠乏症の存在が疑われた。プロテインC欠乏症に加齢や手術、感染といった後天的要素が加わることにより血栓症の危険度が増す。

28 噴門部孤発性F1胃静脈瘤からの出血をきたしたC型肝炎の1例

玄田 拓哉・齋藤 悠・夏井 正明
齋藤 崇・姉崎 一弥・塚田 芳久
関根 輝夫

県立新発田病院内科

29 生体肝移植後に急速に進行したC型肝炎の1例

山際 訓・松田 康伸・杉村 一仁
野本 実・青柳 豊・佐藤 好信*
畠山 勝義*・市田 隆文**
新潟大学大学院医歯学総合研究科・
消化器内科学分野
同 消化器一般外科学分野*
順天堂大学医学部・消化器内科**

症例は60歳の女性。1993年にC型慢性肝炎と診断され、同年IFN治療を施行されたが無効であった。1995年肝S3径10mm大のHCCに対しPMCTを施行後、2001年と2002年8月に肝S2及びS5に20mm大のHCC再発を指摘されTACEを施行された。同年9月F3RC(+)の食道静脈瘤に対しEVLを施行後、胸腹水増加と黄疸の増強を認め同年10月31日に31歳の長男をドナーとする生体肝移植を施行された。術後、胆管空腸吻合部狭窄に伴う胆管炎を何回か発症したこともあり、IFN治療は施行できずに経過したが、HCVウイルス量は高値が持続し、ALT値も200

～300IU/l台と高値が続いた。IFN+RIB治療を考慮し2004年1月に免疫抑制剤をFK506からCYAに変更したが、その際の肝生検でF3/A2のpre-LCの所見であり、移植後1年2ヶ月という短期間で急速な線維化の進行が認められた。

30 巨脾を伴うB型肝炎に脾摘が著効した1例

勝見 明彦・杉谷 想一・小林 由夏
飯利 孝雄・天白 典秀・蛭川 浩史
多田 哲也

立川総合病院消化器内科

症例は26歳、男性。

【主訴】腹部膨満感。

【家族歴】母、兄：B型肝炎。

【現病歴】平成8年HBVキャリアで経過観察されていたが、平成9年に急性増悪後にseroconversionし通院中止していた。平成16年5月、腹部膨満、腹水で当科に入院。汎血球減少、腹水と黄疸を認め、非代償性肝硬変と診断した。

【経過】巨脾、胃食道静脈瘤認め、経過中1.4万まで血小板減少したため、静脈瘤の治療前としての血小板コントロールと肝機能の改善を期待し脾摘を施行した後、さらにラミブジンも併用した。その後汎血球減少、蛋白合成能、線維化マーカーは著明に改善した。肝硬変に対する脾摘術は、肝機能を改善させる例が報告されているが、本例もその1例と考える。

31 アルコール性肝硬変に合併し、マロリー体の集簇を認めた結節性病変の1例

大崎 暁彦・津端 俊介・佐藤 俊大
福原 康夫・矢野 雅彦・石本 結子
横山 純二・川合 弘一・山際 訓
松田 康伸・杉村 一仁・野本 実
青柳 豊

新潟大学大学院医歯学総合研究科・
消化器内科学分野

症例は45歳、女性。2001年、肝機能障害精査目

的に当科外来紹介，肝生検にてアルコール性肝硬変と診断された。当科外来 follow up されていたが，2003年5月，腹部膨満，食思不振を訴え，腹部エコー検査にて大量腹水，肝S5に4cm大の結節性病変を指摘された。Dynamic CT及びCTAP/CTHAでは，動脈層第1相で高吸収域，第2相でコロナ様に抜け，門脈相で低吸収域と，典型的な肝細胞癌の所見を呈した。しかし，MRIではT2強調画像で低信号，SPIO-MRIではKupffer phase T2強調画像において欠損像を認め，肝細胞癌に矛盾した。過形成結節を第一に疑ったが，画像診断のみでは肝細胞癌との鑑別が困難であったため，再度肝生検施行，過形成結節と診断された。本症例は，アルコール性肝硬変に合併した過形成結節であったが，肝細胞癌との鑑別が困難であった。過去報告と同様にMRIが鑑別に有効であったこと，病理学的にはMallory体の集簇が特徴的であったことなどに文献的考察を加えて報告する。

32 胃静脈瘤出血に対し内視鏡下クリップによる一時止血，待機的BRTOを施行した1例

岩崎 友洋・渡辺 庄治・麻植ホルム正之
高瀬 郁夫・太幡 敬洋・川端 英博
新潟労災病院内科

66歳男性。アルコール多飲歴があり，以前アルコール性肝障害，食道胃静脈瘤を指摘されたが放置していた。吐血・タール便を主訴に当科を受診した。内視鏡で食道胃静脈瘤を認めたため，当科に入院となった。入院第4病日，内視鏡施行中に突然胃静脈瘤出血が起こり，計3本のクリップで一次止血，待機的B-RTOを施行した。B-RTO後，胃静脈瘤は縮小した。B-RTO施行2週後の内視鏡ではクリップは2本がはずれていたが，粘膜障害はなく，経過を通して再出血も起こらなかった。胃静脈瘤出血に対するクリップ止血は，①比較的容易できる，②胃静脈瘤は粘膜下層を走行していること，③胃静脈瘤の発赤はネンマク下層からの粘膜圧迫による菲薄化によるものである，④胃には比較的強固な粘膜筋板が存在する，⑤ク

リップによる粘膜損傷の危険が低いと考えられる，などから，胃静脈瘤出血に対し，クリップによる一次止血は有効であると考えられた。

33 血液透析導入により難治性腹水が消失した糖尿病性腎症合併肝硬変(C+Alcohol)の1例

高橋 澄雄・早川 晃史

新潟こばり病院内科

症例は65歳，男性。糖尿病，慢性肝炎(C+alcohol)にて通院中，H13.11月より尿蛋白持続陽性となり，H14.7月多量の腹水出現し入院，保存的治療にて軽快したが，11月再び増悪，精査加療目的に入院。腹部超音波検査はLC pattern，腹部CTでは脾腫や側副血行路は認めず，肝生検にてLiver cirrhosis F4A2と診断した。糖尿病性腎症および肝硬変(C+Alcohol)による腹水と診断。水，塩分制限，利尿剤投与，腹水穿刺，Alb補充など保存的治療行ったが，腹水量は著変なかった。腹水の成因として糖尿病性腎症の占める割合が高く，近い将来糖尿病性腎症により透析導入が必要と予想されたことなどから，まず血液透析導入しその後TIPS等行う方針とした。H15.11/20より透析開始したが透析導入前80kgであった体重は2/15には57kgに減少し，腹水は消失，ADL，栄養状態の改善が認められた。1年2か月たった現在も腹水は認めず，外来透析治療中である。腎障害を合併した肝硬変患者における難治性腹水の治療においては，血液浄化法を含めて症例個々の病態に応じた治療法の選択が重要と考えられた。

II. 特別講演

「肝臓再生治療の試み」

山形大学医学部第二内科講師

斎藤 貴史