

り返してきた。2003年11月4日のCTにて、肝細胞癌の胆管内腫瘍栓による左肝内胆管の拡張を認めたため、11月20日に当科に入院。11/25血管造影検査を施行しA4領域に強い腫瘍濃染を認め、A4よりTAEを施行。TAE後、閉塞性黄疸の進行を認め、CT・ERCP所見から、総胆管内への脱落腫瘍栓による胆汁のうっ滞が原因と考えられた。12/11、EPBDにて乳頭を拡張後、バスケット鉗子を用いて総胆管内に落ち込んだ、腫瘍塊を除去した。腫瘍栓除去後tube造影像では、総胆管内の透亮像は認めず、肝内胆管の拡張の消失が確認された。腫瘍栓除去後、貧血の進行も無く黄疸も低下を認めた。肝切除不能例での胆管内発育型肝細胞癌に対する治療は、超選択的TAEが第一に考慮され、本例の様に陥頓、脱落した場合でも胆道出血のリスクは低いと考えられた。

## 10 肝細胞癌に対する人工胸水下RFA治療1年後に、右横隔膜ヘルニアにて絞扼性イレウスを発症した1例

坪井 清孝・山崎 和秀・須田 剛士  
本間 照・渡辺 雅史・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78歳、女性。C型慢性肝炎経過中にCT・MRIにて肝S8に肝細胞癌を認めたため人工胸水下にラジオ波焼灼術(RFA)を施行した。以後局所再発を認めなかったが、その1年後呼吸困難にて再入院となり、大量の右胸水・腹水を認めた。肝硬変はChild分類Bで、肝性脳症認めず。しかし、アルブミン・利尿剤を開始したところ、右胸水著増、血中アンモニアの上昇を認め肝性脳症が出現した。腹部CTにて絞扼性イレウスが疑われ緊急手術となった。その結果、RFA部位に一致して横隔膜に幅2cmのヘルニア孔を認め、同部より回腸が胸腔内に逸脱し絞扼性イレウスとの診断となった。原因として、非代償性肝硬変に伴う大量胸水と肝萎縮により肝と右横隔膜が遊離し、回腸がはまり込んだと考えられた。横隔膜

直下の病変に対するRFAは、間接的な熱伝播によって横隔膜が障害される可能性があることに留意する必要があると考えられた。

## 11 ラミブジン治療が奏効したB型急性肝炎の2例

波田野 徹・吉川 成一・稲田 勢介  
佐藤 知巳・富所 隆・吉川 明

厚生連長岡中央総合病院内科

〔症例1〕41歳、男性。平成15年4月25日肝障害(ALT2500)にて入院。B型急性肝炎と診断。重症化が懸念されラミブジン(LAM)100mg投与。1カ月でHBV-DNA陰性化、2カ月でALT正常化、HBeセロコンバージョンを認め、6カ月でHBs抗体陽転化し投与終了。

〔症例2〕30歳、男性。平成15年9月26日肝障害(ALT4200)にて入院。B型急性肝炎と診断。全身症状悪化にてLAM100mg投与。2カ月でHBV-DNA陰性化、ALT正常化、HBeセロコンバージョンを認め、4カ月でHBs抗体陽転化し投与終了。

2例とも性行為感染であった。重症化や劇症化が危惧されるB型急性肝炎におけるLAM投与は有効な治療と考えられた。

## 12 B型慢性肝炎に対するadefovir療法

山岸 格史・本田 穰・松田 泰伸  
杉村 一仁・青柳 豊・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 生命科学医療センター\*

## 13 高齢男性HBVキャリアに併発した自己免疫性肝炎重症型の1例

東海林俊之・早川 晃史・高橋 澄雄

新潟こばり病院消化器内科

自己免疫性肝炎とB型肝炎との合併は比較稀とされている。今回、我々は高齢男性HBVキャリアに併発した自己免疫性肝炎(AIH)重症型

の1例を経験した。

患者は、76歳、男性。主訴は黄疸、入院時血液検査では肝胆道系酵素の上昇（総ビリルビン：21.6mg/dl, GOT：980 IU/l, GPT：1008 IU/l）、プロトロンビン時間の低下を認めた。HBs抗原陽性より、当初はHBVの急性増悪を念頭においていたが、抗核抗体が強陽性（2580倍）、組織所見、剖検肝表面所見等より、AIHと診断した。国際診断基準では11点（疑診例）であった。入院後は種々の治療（ラミブジン、ステロイド、免疫抑制剤、血漿交換、プロスタグランジン製剤、肝庇護薬等）を試みたが、発見治療開始したときにはすでに肝予備能がほとんど残存していなかったこともあり、第46病日に肝不全にて永眠された。

#### 14 ウイルス性肝炎か自己免疫性肝炎かの診断に苦慮した急性肝障害の1例

松浦 文昭・相場 恒男・五十嵐健太郎  
岩本 靖彦・渡辺 和彦・阿部 行宏  
米山 靖・古川 浩一・畑 耕治郎  
月岡 恵・佐藤 信輔\*

新潟市民病院消化器科  
同 皮膚科\*

〔症例〕患者は31歳、男性。主訴は黄疸。生活習慣では、喫煙、飲酒はせず、薬物アレルギーの既往なし。性交渉はなく、海外渡航、生肉等の摂取、針治療・刺青等はなく、ペットの飼育なし。平成15年11月7日頃から全身倦怠感を自覚し、心窩部不快感もあった。11月8日～9日に尿の濃染に気づき、11月13日朝、眼球の黄染に気づいた。このため、近医受診し黄疸を指摘され、精査加療目的で11月14日当院当科紹介受診となった。入院時現症：体温は37.6℃と軽度上昇。眼球結膜に黄疸を認め、肝を2横指触知し、圧痛を認めた。

【経過】入院後、ブドウ糖、ビタミンB剤を点滴、SNMC 40mgを連日静注。入院4日目の11月17日全身性の発赤を伴った皮疹が出現。入院後5日目の18日に肝生検を施行。一方、皮疹の拡大、黄疸の増悪を認め、劇症化を懸念し、入院

後6日目よりソルメドロール1gを一日一回、3日間大量投与し、その後3日間ずつ500mg、300mg、100mgと漸減し、11月28日より水溶性プレドニン1日60mgを7日間続けた。その後はプレドニンの内服へと変更しさらに漸減した。皮疹は入院後15日目頃消失した。transaminaseは入院後約1ヶ月後に正常化した。平成15年12月25日プレドニン20mgの時点で退院となった。

【考察】本症例は自己免疫性肝炎の国際診断基準では15点の疑診例。しかし、自己免疫性肝炎では皮疹の合併は多くなく、通常高γグロブリン血症となるが本症例ではγグロブリン低値であった点は自己免疫性肝炎に合致しなかった。ウイルス性肝炎か薬剤性肝障害等を疑い、検索を進めました。両者とも検査上は否定的でした。また肝生検では激しい急性炎症像を示しましたが、診断には至りませんでした。皮膚の性状よりhypersensitivity syndromeなどを疑いましたが、症状増悪の兆しがあり、自己免疫性肝炎の国際診断基準に矛盾しないため、自己免疫性肝炎（以下AIH）に準じて治療した。Hypersensitivity syndrome（以下HS）の特徴から本症例をみると、皮疹出現前から発熱があり、皮疹の形状はHSと矛盾しなかった。しかし、HSを来しうる薬剤の服用歴がなく、HHV-6、HHV-7、CMVなどのウイルスは陰性で、リンパ節腫脹や異型リンパ球の出現、好酸球の上昇を認めなかった。またtransaminaseの上昇は4桁とHSのそれに比して高度で、二峰性がない点はHSに一致しなかった。

【結論】診断はつかなかったがステロイドの大量投与が功を奏した1例であった。未検のウイルスの検索も続けていく。

#### 15 脾摘出後にIFN治療を行った高度の血小板減少を伴うC型肝炎硬変の1例

杉山 幹也・松澤 純・近 幸吉  
榎本 剛彦\*・清水 孝王\*・牧野 春彦\*  
県立坂町病院内科  
同 外科\*

今回私たちは脾機能亢進による著明なPlt減少