

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