

を伴う Genotype 2b 型 C 型肝炎に対して、腹腔鏡的脾臓摘出術による Plt 増加後に IFN $\alpha$  2b + Ribavirin 併用療法を施行中の症例を経験したので報告する。

症例は 47 歳、男性。平成 9 年に CH (C), genotype 2b, 0.5Meq 以下を指摘され IFN $\alpha$  6MU の投与を受けた。4 週目で HCVRNA は陰性化。10 週目に IFN による肝障害のため投与を中止。直後より再燃し以降は肝庇護療法を実施。平成 15 年に入り GPT 持続上昇があり IFN 再投与を考慮したが Plt 値 2.1 万であり現状では困難と判断。高度の脾腫を伴う症例であり脾摘による Plt 増加が期待できるため平成 15 年 10 月 4 日腹腔鏡的脾臓摘出術を施行し術後 3 週で 12 万まで増加し、HCVRNA 3.5Meq と高ウイルスであり IFN + Ribavirin 療法開始。開始 8 週目で RNA 陰性化し現在まで継続中である。

## 16 HCV 抗体の陽性化を経時的に確認しえた急性 C 型肝炎の 1 例

米山 靖

新潟市民病院消化器科

症例は 31 歳、男性。主訴は心窩部痛。1999 年覚醒剤使用のかどで逮捕され服役。2003 年 10 月出所、その後彫師の見習い。11 月から心窩部痛自覚。12 月 6 日から心窩部痛増強。12 月 11 日当院受診。血液検査で肝機能障害を指摘され、即日当科に入院となった。出所後は覚醒剤は使用していないとのこと。入院時検査で HCV 抗体陰性、HCV-RNA 陽性であり、急性 C 型肝炎と診断。SNMC 静注で肝機能異常は改善したが、HCV ウイルス量が約 500Kcopy/ml と高値であったことから、慢性 C 型肝炎への以降を危惧し、2004 年 1 月 14 日からインターフェロン・リバビリン併用療法を開始した。その後肝酵素は速やかに正常化に向かい、1 月 27 日退院。外来で治療を継続したが、残念ながら途中で drop out してしまった。

## 17 生体肝移植後に急速に線維化が進行した HCV 陽性レシピエントの 1 例

三浦 隆義・大嶋 智子・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\*

## 18 厚生省研究班の判別式を用いた慢性肝炎と肝硬変症の判別に関する検討

瀧本 光弘・坂内 均・渡辺 俊明

済生会三条病院消化器科

C 型慢性肝疾患における病変進展度の評価は、腹腔鏡下肝生検診断によったが、経過追跡のために繰返し行うことは困難で、簡便に算出出来る指標が待望されていた。平成 10 年度厚生省非 A 非 B 型肝炎研究班の報告で、一つの判別式を用いて慢性肝炎と肝硬変症に対する高い判別率を得た。判別式は $\gamma$ グロブリン、ヒアルロン酸、性別、血小板の 4 項目から算出される計算式で、値が負なら慢性肝炎、正なら肝硬変と診断する。当院でも検討を行った。対象は 1992 年～2003 年までの間に腹腔鏡下肝生検を受け、検査項目を測定されていた HCV 陽性患者 107 例。男 53 例、女 54 例、平均 57.4 歳。判別式を用いた成績は、腹腔鏡下肝生検で慢性肝炎とされた 91 例中 85 例 (93.4%) で慢性肝炎とされ、肝硬変とされた 16 例中 13 例 (81.3%) で肝硬変と診断できた。全体では 91.6% の判別率で、誤判別率は 10% を切り、有効な式であると考えた。

## 19 経橈骨動脈法による腹部血管造影およびインターベンションの有用性 — 経大腿動脈法との比較 —

渡辺 庄治・高瀬 郁夫・川端 英博

新潟労災病院内科

腹部血管造影検査において患者の不満が最も多いのは、検査中および検査後の下肢を伸展した状態での長時間の可動制限である。近年、冠動脈

造影では上腕動脈、橈骨動脈よりカテーテルを挿入する検査法が開発され、この問題点は解決されつつある。しかし、腹部血管造影では依然として大腿動脈からの血管造影法(transfemoral angiography, TFA)を行っている施設がほとんどである。われわれは2001年8月より橈骨動脈からの血管造影法(transradial angiography, TRA)を第一選択とする腹部血管造影を導入し、良好な結果を得ている。本法は患者の負担を軽減させ、腹部血管造影領域においても、今後有用な検査法と考えられたので報告する。

## 20 門脈圧亢進症に対する血管造影検査の意義

森田 慎一・大関 康志・山崎 和秀  
和栗 暢生・須田 剛志・木間 照  
渡辺 雅史・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(第3内科)

【はじめに】門脈圧亢進症に伴う病態として難治性腹水や出血、脾機能亢進による血小板減少などを認めるが、現在BRTO、TIPS、PSEなどのintervention治療や外科的シャント造設術などの血行動態の改変を行う治療が比較的高い治療成績を得ている。今回我々はそれぞれ異なる門脈圧亢進症にの3例に対し、その血行動態の把握ならびに治療のシュミレーションを念頭に置いた血管造影検査を施行したので報告する。

〔症例1〕70歳、女性。原発性胆汁性肝硬変。意識混濁にて入院。前医のCT、血管造影検査にて門脈-左腎静脈シャントが判明し、肝性脳症によるものと考えられた。分子鎖アミノ酸製剤投与などの内科的治療では脳症のコントロールが不良であり、シャント閉塞治療が必要と考えたため血管造影検査を施行。各血管の血流量、流速についてドップラーエコー、圧モニターなどで評価した。

〔症例2〕46歳、男性。アルコール性肝硬変。巨大胃食道静脈瘤を合併しておりBRTO、TIPSによる治療を考え血管造影検査を施行。各血管のバルーン閉塞によるシュミレーションを行い血流、圧動態の変化を評価した。

〔症例3〕30歳、女性。特発性門脈亢進症。脾腫、脾機能亢進から高度血小板減少を来していた。血管造影検査を行い、PSE、脾摘による血流状態の把握を術中ドップラーエコーを用い評価した。

【まとめ】血管造影検査にて門脈亢進症に対する治療のシュミレーションを行うことは、有効肝血流量及び、門脈圧を評価することを目的としている。実際の治療と全く同等の状態を作ることは不可能であるが、ある程度転機を予測する為に役立つ情報を与えてくれるものと考え、今後も詳細な血流動態の検討を行っていく予定である。

## 21 肝細胞癌を合併した晩発性皮膚ポルフィリン症の1例

古川 浩一・岩本 靖彦・渡辺 和彦  
阿部 行宏・相場 恒男・米山 靖  
五十嵐健太郎・畑 耕治郎・月岡 恵  
橋立 英樹\*・渋谷 宏行\*

新潟市民病院消化器科  
同 病理\*

症例は70歳、男性。平成8年検診腹部エコー上肝腫瘍影、肝機能異常を指摘され、前医A病院入院、肝生検など精査実施するも、アルコール性肝機能障害、脂肪肝の診断にて通院加療。平成14年10月新潟転居に当科紹介初診。PIVKA-IIの上昇認め精査目的に入院。レゾピストMRIにてT2高信号かつT1ダイナミックで濃染の腫瘍影を認め、腹部血管造影、CTAPにて右葉に多発する欠損影を認め肝細胞癌(HCC)と診断。SMANCS動注実施。しかし、エコー上の腫瘍影との乖離を認め、日光過敏、飲酒歴などよりHCV感染陰性ではあるが、ポルフィリン症が疑われた。尿中ポリフォピリノーゲン、コプロポルフィリンの上昇を認め、エコーでのみ認められる肝瘍影からの生検より紫外線顕微鏡で赤色発光呈するポルフィリン沈着を確認。晩発性皮膚ポルフィリア(PCT)と診断。PCTは高率にHCC合併を認めると報告されており、PTC患者あるいはHCV、HBV陰性のHCC患者の診療ではPTCとHCC両者の関係にも留意する必要があると考えられた。