

GPT, ALP, t-Bil いずれも不変であり, steroid 抵抗例と考えられる. 治療方針の検討, および注意深い経過観察が必要と考えられた.

12) 当院における自己免疫性肝炎症例の検討

瀧本 光弘・坂内 均 (済生会三条病院)
渡辺 俊明 (消化器科)

今回我々は当院における自己免疫性肝炎を集計した. 対象は, 92年4月から2000年5月までの17例を対象とした. 男性1例, 女性16例, 平均年齢52.5歳, 平均観察期間40.8ヶ月. 国際診断基準(AIH score)は平均14.4で, 確診例6例, 疑診例11例だった.

診断の契機は, 無症状例から急激に発症する症例など, その発病様式は多彩であった.

腹腔鏡所見は, 粗大な起伏性凸凹や出血斑型赤色紋理を認める症例が多く, 組織所見は, 実質障害が強く, ロゼット形成や形質細胞浸潤を認める症例が多かった. 合併疾患で, PBC, RA, ITP などの他の自己免疫性疾患の経過中に発病した症例も6例みられた. 17例中13例はウルソやステロイド投与等で良好な経過を示したが, 発病から1年以内に急性肝不全様経過をとり死亡した症例も3例あった.

13) 抗痙攣薬による薬剤性肝障害と考えられた一例

早川 晃史・澤村 一司 (新潟こばり病院)
消化器内科

64歳女性. 僧帽弁置換術後, 胃潰瘍, うつ病にて加療中. 本年1月9日, 血清 Na 110 mEq/l, K 1.4 mEq/l と高度電解質以上を認め当院入院. 同日痙攣が出現, 人工呼吸器管理, ミダゾラム, フェニトイン, バルプロ酸投与を開始した. 1月14日, GOT 2346 U/l, GPT 1786 U/l, 翌15日, GPT は6285 U/l と著増. ANA, HbsAg, anti-HCV はいずれも陰性. NH₃ は182.7 μg/dl と増加していた. 経過中, 血圧低下は認められなかった. 薬剤性肝障害を疑い, 1月15日より血漿交換3日間, SNMC 静注およびラクツロース浣腸を連日施行し, 軽快をみた. 抗痙攣薬が最も疑われ, DLST でもフェニトイン, バルプロ酸はいずれも陽性のため中止, 以後は肝障害の再燃は認めなかった. バルプロ酸は他の抗痙攣薬と併用した場合, 薬剤性肝障害の発症頻度が上昇するといわれ, 使用に際しては十分な注意が必要であ

る.

14) 自然経過を観察し得た炎症性偽腫瘍 (inflammatory pseudotumour) の1例

鈴木 康史・津田 隆志
津田 晶子・滝沢 英昭
太田 隆志・矢田 省吾 (医療生協木戸病院)
濱 齊 (内科)
山田 明・阿部 要一 (同 外科)
野本 実・青柳 豊 (新潟大学)
第三内科

比較的稀とされる, 肝に発生した炎症性偽腫瘍の1例を経験したので報告する. 症例は, 75歳, 男性. 食欲減退, 飲酒不能, 低温火傷を主訴として入院した. 入院後施行した GTF にて, 胃体部後壁に壁外性の高度の圧排所見を認めた. 腹部 CT, MRI にては, 胃および膈の間と肝 S1 領域に嚢胞性病変を認めた. また, 肝左葉外側区域にφ30mm の腫瘍性病変を確認した. 大腸内視鏡検査にては, AV10cm にφ10mm の赤色ポリープ, Ip 型を認めたが, ポリペクトミー後の診断は, Adenocarcinoma in adenoma, well, sm 1, ly 0, v 0, cut end (-) の診断のみであった. 腹部血管造影他施行後, 肝生検を施行, 上記診断が示唆された. 入院より3.5カ月経過した時点で, 肝腫瘍像のほぼ消失ならびに嚢胞性病変の自然退縮を確認し得たので, 画像および組織所見などの供覧を試みたい.

15) 総胆管結石胆嚢結石を合併した混合型肝癌の1例

横田 隆司・小林 由夏
倉岡 賢輔・松林 宏行 (立川総合病院)
飯利 孝雄・七條 公利 (消化器内科)
多田 哲也 (同 外科)
佐藤 啓一 (同 病理)

原発性肝癌は肝細胞由来の肝細胞癌と肝内胆管細胞由来の胆管細胞癌に大別されるが, 同一肝臓内に両者が混在する混合型肝癌はまれであり, 原発性肝癌の0.47%程とされている.

今回我々は診断に苦慮した混合型肝癌の一例を経験したので報告する.

症例は53歳女性, 右季肋部痛, 黄疸を主訴に当科入院. 入院時血液検査では T-Bil 4.5, GPT 808, GOT 344, LDH 791, ALP 819, γ-GTP 385 と黄疸及び肝胆道系酵素の上昇を認めた. HBsAg (-), HCV (-), AFP と PIVKA-II はともに正常であったが CA19-