

US, CT, ERCP, PTC の黄疸の鑑別能はそれぞれ、98%, 96%, 94%, 99%で高率であったが、外科的黄疸の質的診断能は55%, 55%, 87%, 88%で、閉塞部位や原因の性状によって差がみられた。すなわち、US, CTでは肝癌、胆嚢癌、膵頭部癌の質的診断能は優れているが、胆管癌や総胆管結石の診断能に限界がみられ、ERCPやPTCによる直接胆道造影法による精査が必須であった。

黄疸の総合画像診断体系としてはUSを第1選択とし、必要に応じてCTを適宜、組合わせ、肝内胆管の拡張の有無を参考にERCPとPTCの適応を決定する。さらに悪性腫瘍が考えられる場合には、血管造影法を併用し、腫瘍の広がりや治療法を検討するのが合理的である。

4. PBC……胆汁うっ滞としての病態

渡辺 悟志 (新潟大学第三内科)

PBCにおける一次障害部位は径40~80 μ mの中等大小葉間胆管あるいは隔壁胆管である。これらの胆管は再生不能であるためPBCの病態は、徐々に進行する肝内胆汁うっ滞像を呈する。このため従来の症候性PBC(s-PBC)の平均生存期間は5年である。しかし、最近では無症候でありながら抗糸粒体抗体(AMA)や肝組織所見から発見されるいわゆる無症候性PBC(a-PBC)の存在が明らかになり、s-PBCとの異同が問題となっている。教室の検討ではa-PBC35例中s-PBCへ移行したのは5例(14.3%)のみであり、残りはa-PBCのままであった。このように少なくともa-PBCの一部にはa-PBCのまま経過する症例の存在が推察され、従来のs-PBCと経過・予後において異なる病態のPBCの存在が示唆された。

5. 内科的治療

大貫 啓三 (立川総合病院内科)

ここでは、薬物性肝障害における胆汁うっ滞の内科的治療について述べる。このうち、最も優先すべき確立された唯一の治療法は、起因薬剤の速かな中止である。そ

れにより、大多数は特別な治療を必要とせず治癒に導くことができる。しばしば用いられるステロイド剤は、明らかに効果がみられる症例がある反面、ステロイド投与中はまったくビリルビンの下降がみられない症例もあり、その効果は不定といわざるを得ない。また遷延化のみられないステロイド使用および非使用群間で比較すると、ステロイドの使用は総ビリルビン値にかかわらず、予後に影響を与えなかった。病惱期間中は、塩酸ピリチオキシンやサルファ剤で遷延し、特に後者では続発性低ガンマグロブリン血症が遷延化と何らかの関係があるものと推測された。慢性薬剤起因性肝内胆汁うっ滞には、十二指腸ゾンデ法が好んで用いられ、効果のある症例がみられた。

6. 外科的治療

川口 英弘・武藤 輝一 (新潟大学 第一外科)

吉田 奎介 (同手術部)

目的：閉塞性黄疸の治療成績を検討した。

対象・方法：①PTCD施行例(353例)をUSガイド法(195例)と影像下直達法(158例)に分け合併症発生率を比較し問題点につき検討した。②過去16年間に経験した有黄疸胆道癌症例(胆管癌89例、乳頭部癌38例、胆嚢管原発胆嚢癌7例)の治療成績からみた進展様式の特徴と問題点について検討した。

結果：①PTCD施行時の合併症発生率は12.6% (直達法)から3.6% (USガイド法)と低下したが、チューブ逸脱は6.8% (USガイド法)に認め、なお大きな問題点である。後区域枝の穿刺ルートを人肝鑄型標本で検討したが、経肝門ならびに右肋間からのアプローチ法が考えられた。②胆管癌切除例中、下部胆管では切除率94%、5生率60%、剥離面の癌浸潤陽性率6%と良好であるのに対し、肝管や上・中部では、癌浸潤陽性率は31~40%と高く予後不良であった。乳頭部癌は、5生率55.8%と良好であったが、胆嚢管原発胆嚢癌は胆道癌中最も不良で、早期診断と集学的治療が必要である。