

## 急性肝障害症例から学ぶ（1）

医療法人社団 全仁会 東都春日部病院（春日部市医師会）病院長 木村 <sup>わたる</sup>理

# 臨床 メモ

## 急性肝障害症例から学ぶ（1）

医療法人社団 全仁会 東都春日部病院（春日部市医師会）病院長  
木村 理<sup>わたる</sup>

🔑 キーワード：薬剤性肝障害

### はじめに

急性肝障害患者に遭遇した際に、まず何を考え、どのような順序で原因を探り、重症度を判断するか。本稿では、その基本的な考え方、診断の進め方、肝臓をどのように捉えるかについて整理した。

### I. 症例の提示

50歳代、男性。入院の10日前に38℃台の発熱が続き、解熱しなかったため近隣クリニックを受診。15項目PCR検査でインフルエンザ、COVID-19感染症はいずれも陰性であった。

入院5日前から上腹部不快感と嘔吐を認めたが、嘔吐はすぐに軽快した。入院当日、妻に黄疸を指摘され再度クリニックを受診。肝機能検査でAST 1,000以上、ALT 700以上、 $\gamma$ -GTP 900台と高値を示したため、当院を紹介された。食事摂取は可能であったが、摂取量は少なかった。

入院後は安静・点滴投与とし、薬剤性肝炎の可能性を考慮してバイアスピリン®のみを継続、他の降圧薬等は中止した。

入院時（6月X日）AST 1,000台、ALT 700台であった肝機能は、翌日（X+1日）AST 1,500台、ALT 900台、入院2日後（X+2日）にはAST 1,700台、ALT 1,000台とさらに悪化した。 $\gamma$ -GTPは3日間とも900台であった。

総ビリルビンは6台前半で推移し、直接ビリルビンが4台と優位であった。CRPは2.2から1.6へ改善し、WBCは正常範囲。TP 5.3、Alb 2.6とやや低値であった。発熱は37℃台で推移した。

CTで脂肪肝と胆嚢腫大を認め、MRCPでは肝内胆管・総胆管の拡張はなく、膵管やその分枝にも異常はみられなかった。

入院後、意識清明で食欲良好。翌日から常食1,600 kcal（糖尿病コントロール食）を完食していた。ASTが1,700台に上昇した入院3日目（金曜日）、当院で週末対応が困難との判断で大学病院へ転院した。

すぐに受け入れてくださった獨協医科大学埼玉医療センター消化器内科 玉野正也教授に深謝申し上げる。転院後は薬剤性肝障害と考えられ、抗血小板薬のみの服用で経過観察され、約1週間で退院したとの報告を受けた。



## II. 急性肝障害に対する考え方

急性肝障害を見た際に考慮すべき方向性と要点をまとめる。

### 1. 総胆管結石の可能性とその否定

まず最初に、この急性肝障害が胆石関連か否かを判断することが重要である。

胆石性肝障害は頻度が高く、早期に行うERCP-EST（内視鏡的乳頭括約筋切開術）が極めて有効だからである。

一方、薬剤性・ウイルス性・脂肪肝・自己免疫性などの肝障害では、急を要する処置はなく、安静・経口摂取・点滴管理が中心となる。

胆石性であれば、速やかにERCP-ESTを施行して胆道ドレナージを行い、急性化膿性胆管炎を改善させる必要がある。

診断に最も有用なのはMRI・MRCPである。当院では救急時にもMRCPが撮影可能であり、胆管の拡張、胆管内結石、膵管拡張、胆嚢炎・胆嚢腫大・胆嚢壁肥厚などの有無を詳細に評価できる。

胆石性が否定されれば、第一段階の緊張は解ける。

### 2. 急性肝障害の原因

肝炎ウイルスにはA、B、C、E型肝炎のほか、EBウイルス、サイトメガロウイルス（CMV）などがある。

これらの鑑別には外注血清検査を要し、結果判明まで通常2～7日を要する。

本症例ではHBs抗原陰性（0.05以下）、HCV抗体陰性。外注検査で、サイトメガロIgG 89.1、IgM 0.39、EBV-VCA-IgG 80、IgM<10、EBV-EBNA 40、HA-IgG・IgMともに陰性であった。

IgG、IgM、IgA、抗ミトコンドリア抗体、抗DNA抗体、抗核抗体はいずれも陰性。CMV、EBVについては、この後の「臨床メモ、急性肝障害症例から学ぶ（2）」を参考にされたい。

検査データから、自己免疫性肝炎は否定的であり、またA型肝炎が血液学的に否定されている（HA抗体-IgG、およびHA抗体-IgMがいずれも陰性）ことから、ウイルス性肝炎も否定的である。したがって、肝障害の原因としては除外診断的とはなってしまうが、薬剤性肝障害が最も考えられた。



当院ではフォローアップと栄養指導を行い、紹介元クリニックでは糖尿病コントロールのため月1回の受診を継続している。

### 3. 転帰良好を予測し得た因子

- A. 総ビリルビンが6台前半で悪化しなかったこと。
- B. 食欲が良好で、常食を完食できたこと。
- C. PT-INRが正常（1.0）で、プロトロンビン時間104%を維持していたこと。

いずれも軽症で予後良好を示唆する所見であった。

## III. 知っておくと役立つ知識

肝細胞がすべて壊れるとAST・ALTは4,000～5,000に達する。今回はその約3分の1であり、多くの肝細胞が障害を受けたと考えられる。

しかし肝臓は驚異的な再生力を有し、3分の1が壊れても1週間～10日で正常に回復する。

系統的亜区域切除後はAST・ALTが150～250、肝右葉切除後は約300程度上昇するが、2日目以降は漸減する。

## IV. 急性肝炎の一般論

急性肝炎は、ALT 200以上・総ビリルビン3.0以上で疑う。閉塞性黄疸、薬剤性、自己免疫性、アルコール性肝炎などを除外して診断する。

症状は黄疸、倦怠感、発熱、食欲不振などであり、約90%は自然回復する。

ALT優位なら薬剤性、AST優位なら肝硬変・アルコール性肝障害・心筋疾患などを考える。

## V. 臨床で常に意識すべきこと

- 1. 急性肝障害の原因を多角的に考えること。
- 2. 肝臓は3分の1壊れても回復すること。
- 3. 肝臓の再生力の強さを常に念頭に置くこと。
- 4. 肝臓は標準肝容積の35%が必要である（生体肝移植におけるsmall-for-sizeの基準）。



### VI. 幕内雅敏教授から学んだこと

私が東大病院で幕内雅敏教授のもと生体肝移植に携わった（1997～1998年）経験は、今の臨床判断の基盤である。

肝臓を学ぶには分厚い教科書を読むことも重要だが、現場で何をどう判断すべきかを示す指針こそ大切である。

ここに記した内容は、一外科医としての現場の思考の整理であり、後進の一助となれば幸いである。

幕内教授の薫陶を受けた同門の医師たちは今も多く場で活躍し、幕内イズムを受け継いでいる。

（例：川崎誠治、高山忠利、窪田敬一、國土典宏、長谷川潔、佐野圭二、菅原寧彦、斎浦明夫、阪本良弘、岸庸二、青木琢、赤松延久、有田淳一、石沢武彰、竹村信行 ほか多数）



写真1. 山形大学での臨床講義風景

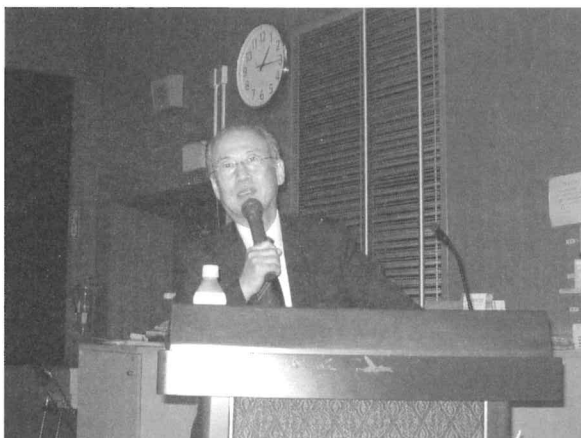


写真2. 山形大学医学部学生に対する幕内雅敏教授の特別講義（於：臨床講堂）

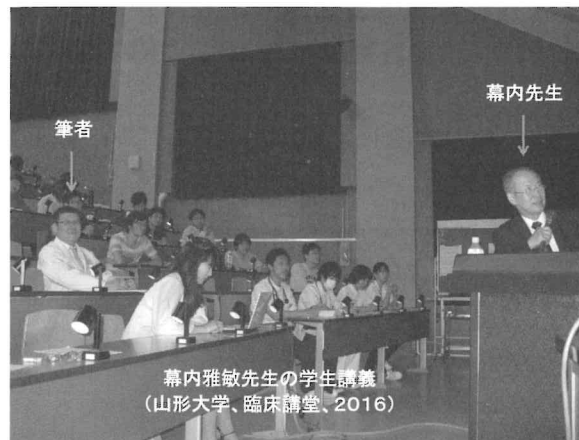


写真3. 幕内教授を招聘した筆者（当時、山形大学第一外科主任教授）も学生とともに講義を聴講していた。

#### おわりに

私は「語り継ぐ人もなく、吹きすさぶ風の中へ紛れ散らばる星」であるのだろうか。

あるいは「星」にもなれぬ「紛れ散らばる瓦礫」であろうか。

それでも中島みゆきさんが言うように、「旅はまだ終わらない」。私は今日も診療の現場で、臨床メモを書き続けていきたい。