

が9例あったが、投与開始2週間以内に使用したのは、ドンペリドン座薬が3例、ジクロフェナック座薬が1例のみであり、大部分がIFN投与開始2週間後の使用であった。治療中断は4例あり、理由は転勤によるもの1例、無効のため1例、残り2例が副作用、有害事象によるもので鬱病発症1例（投与開始4ヵ月後）、皮膚蜂窩織炎（患者が掻破した皮膚より感染）1例（投与開始1ヵ月後）であり、投与開始後2週間以内でのIFNによる重篤な副作用、有害事象はなかった。【治療成績】IFN投与終了後6ヶ月を経過した8例の治療成績はSVR4例、NR2例、再燃2例であった。【IFN治療助成金制度利用症例】IFN治療助成金制度利用症例は14例であるが、うちIFN治療を外来導入したのは11例であった。【結語】C型慢性肝炎に対するIFN治療（PEG型IFN治療）は、レスキュー用の座薬の処方など副作用対策を十分に講じ、慎重に経過を観察することにより外来導入可能であると思われる。

25. 当院におけるC型慢性肝炎に対するペグインターフェロモン少量長期療法の検討

高草木智史，長沼 篤，竝上 昌司
井上 昭基，大塚 修，鍋木 大輔
新井 理記，湯浅 和久，飯田 智広
丸田 栄（桐生厚生総合病院 内科）
加藤 健司（同 外科）
吉田カツ江（同 病理）

【目的】C型肝炎患者は高齢化しており、合併症や治療開始前の血液検査異常等の理由により、リバビリン（RBV）の併用が困難症例も多い。このような症例に対しては、ウイルス排除よりも、肝線維化抑制や発癌抑制を目指したペグインターフェロン（PEG-IFN）単独療法が選択されている。そこで我々は、標準的なPEG-IFN+RBV療法が困難な高齢のC型肝炎患者に対して、PEG-IFN α -2a少量長期療法を行い、有効性及び安全性について検討した。【方法】標準的IFN治療が困難と考えられる70歳以上のC型肝炎患者8例（平均年齢74.5±2.9歳）に対し、PEG-IFN α -2aの少量長期投与（45 μ g/2～3週：1例，90 μ g/週：1例，90 μ g/2～3週：5例，180 μ g/2週：1例）を行い、投与開始より48週後のALT，AFP値を投与前と比較し、ウイルス陰性化時期や副作用についても検討を行った。【成績】治療前のALTが異常値であった症例の6例中5例で改善が認められ、4例で正常化した。また治療前にAFP高値を示していた1例で、改善傾向を得られた。ジェノタイプ1b症例の5例中1例，2a型症例の3例中3例でウイルス陰性化を得られ、2a型症例のうち1例ではSVRを得られ、他の2例もまもなくSVRとなる見込みである。副作用に

ついては、全例で血球減少，体重減少，1例で倦怠感及び食欲不振，1例で発熱を認めたが、副作用による中止例はなく，またHCCの発生も認めなかった。【結論】PEG-IFN α -2a少量長期療法は，副作用が極めて軽微であり，標準的IFN治療が困難な症例においても，ALTやAFP改善を目的とすれば，十分な効果が得られると考えられた。また，ジェノタイプ2型症例においてはSVRが得られる可能性も高く，有効な治療と考えられた。

26. 群馬県における肝炎治療助成制度の現状と問題点

川崎 英弘，津久井 智（群馬県健康福祉部
保健予防課感染症危機管理室）

阿部 毅彦

（前橋赤十字病院 消化器病センター）

高木 均（群馬大医・医・病態制御内科）

長嶺 竹明（群馬大医・保・臨床看護学）

小林 二郎（群馬県医師会）

【はじめに】

2008年4月1日から、肝炎インターフェロン治療費助成制度が立ち上がり、各県に於いて助成制度に対する取り組みが進められている。本県でも、2007年度から助成制度立ち上げに向けて医師会や医療機関を始め、行政機関や関連団体に対する説明会の開催や助成制度申請者に対する新聞やラジオ等を利用した周知啓発を行ってきた。今回、2008年11月末までの助成制度の進行状況と今後の問題点をまとめたので、ここに報告する。

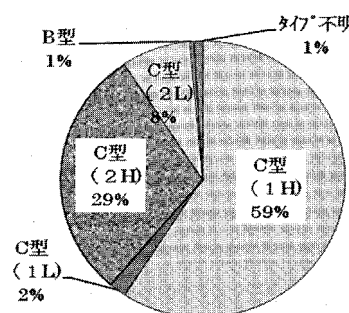
【群馬県における肝炎インターフェロン治療費助成の状況】

(1) ジェノタイプ・ウイルス量による申請者内訳

	タイプ・量	男	女	総計
C型	1H	194	153	347
	1L	6	6	12
	2H	89	84	173
	2L	30	16	46
	C型小計	319	259	578
B型		1	2	3
タイプ不明		4	2	6
C型+B型+タイプ不明	総計	324	263	587

(2) 保健所別—ジェノタイプ・ウイルス量による申請者内訳

タイプ・ウイルス量による申請者内訳



保健所名	C 型				B 型	タイプ不明	総計	割合(%)
	1H	1L	2H	2L				
前 橋	56	1	36	6	1	1	101	17.2
高 崎	67	4	42	12		2	127	21.6
桐 生	37	0	23	9		2	71	12.1
伊 勢 崎	64	4	23	4			95	16.2
太 田	32	0	13	4	1		50	8.5
渋 川	15	1	10	2			28	4.8
藤 岡	18	1	6	3			28	4.8
富 岡	2	0	3	0			5	0.9
中 之 条	1	0	2	0			3	0.5
沼 田	18	0	3	1			22	3.7
館 林	37	1	12	5	1	1	57	9.7
総 計	347	12	173	46	3	6	587	100.0

※ 図表の表記 H: 高ウイルス量 L: 低ウイルス量

【現状について】

(1) 本県における肝炎治療助成制度の申請状況

2008年11月27日認定審査委員会開催時点（約8か月）で587人となっており、男女比は、男55%、女45%型となっており、C型ジェノタイプ及びウイルス量による内訳は、1型高ウイルス量：59%、2型高ウイルス量：29%、2型低ウイルス量：8%、1型低ウイルス量：2%、ジェノタイプ不明6人であった。B型の申請者は3人であった。

(2) 申請者の保健所別内訳

上位から高崎管内127人（21.6%）、前橋管内101人（17.2%）、伊勢崎管内95人（16.2%）、桐生管内71人（12.1%）の順となっていた。特に、高崎管内の申請者が治療中の医療機関は、前橋市内医療機関に56人（44%）と一番多く、次いで高崎市内に36人（28%）、安中市内に19人（15%）となっており、前橋市内の医療機関に申請者の約半数が受診していた。一方で、前橋管内の申請者が治療中の医療機関は、前橋市内医療機関に89人（88%）が、同様に伊勢崎管内申請者の78人（82%）、桐生管内申請者の62人（87%）が管内の医療機関で大半が治療を受けていることが分かった。

(3) 年齢階層別申請者の内訳

年齢階層別には、60歳代が217人と最多で、50歳代が182人、40歳代が92人と続いていた。

70歳代の申請者は48人おり、最高年齢者は80歳となっていた。

(4) 申請者が治療している主な医療機関の所在地

県内医療機関

前 橋 市：169人 伊勢崎市：87人
 桐 生 市：49人 高 崎 市：45人
 太 田 市：41人 藤 岡 市：33人
 館 林 市：30人 みどり市：27人
 沼 田 市：23人

県外医療機関

栃木県足利市：19人 東京都港区：3人
 埼玉県入間郡：2人 栃木県佐野市：2人

【今後の問題点】

(1) 国の試算によると、本県での本制度助成対象者は1,151人とのことであり、11月末時点では587人の申請があり、対象者の半数が本制度による申請を行っている。その結果肝癌合併の有無他、何らかの確認事項を経たものを含め、全例が助成認可となった。現時点での月平均申請者数から今年度末までの申請者数を推計すると約950～1,000人となる予想であり、1年間でほぼその対象者数に到達する可能性がある。一方で、全国における4～8月までの申請状況が26,444件であり、人口比からの群馬県の申請者数は全国で30番目であり、今後も本制度に関する医療機関や患者を含む県民への周知・啓発のさらなる徹底が必要であると思われる。

(2) 県内の日本肝臓学会肝臓専門医数は全国レベルからしても、人口10万当り群馬2.4人、全国平均3.3人と未だに不足しており、地域別では前橋に集中している。今後病診連携を推進して、不足、偏りに対応していく必要がある。

(3) 申請者に受給者証が届くまでの期間が、毎月開催の認定審査委員会後となることから、申請者にとっての立て替え払いが生じている。さらに、インターフェロン治療費が高額のため、高額療養費制度を活用される場合、その額が決定するまでに約2ヶ月かかることから、その決定を受けて受給者が償還払い請求をすることとなっている。

患者の治療予定期間が明らかな場合は、可能な限り治療開始前1～2月前に、助成制度の申請をすることが望ましい。

認定審査委員会は毎月20～25日前後に開催されて

おり、そこで認定された場合は、翌月から受給者証を使用できるように配慮しているところである。

【まとめ】

2008年より肝炎治療助成制度が導入され、新たにC型肝炎治療が導入される患者が増加している一方で、未だに情報伝達不足や、疾患の重篤性の認識不足、治療の副作用などを懸念し治療導入に至らない患者が大勢残されている。助成制度への登録によって、群馬県内のウイルス肝炎患者の分布や治療状況も明らかとなり、治療導入をさらに促進し、今後、肝炎、肝硬変、肝癌の撲滅を目指していく必要がある。

〈F〉

27. 肝生検にて肝類洞内に腫瘍浸潤を認めた肺癌の1例

矢内 有紀, 壁谷 建志, 田中 寛人
(国立病院機構西群馬病院 消化器科)
東郷 望, 小林 光伸, 蒔田富士雄
(同 消化器外科)
富澤 由雄 (同 呼吸器科)
松浦 正名 (同 放射線科)

【症例】64歳, 女性 【主訴】咳嗽 【現病歴】平成20年4月上旬頃より咳嗽が出現。5月に近医受診し, 胸部Xp, CTにて右中葉に結節影を認め, 精査加療目的にて当院呼吸器科を紹介受診, 入院となった。TBLBにて右下葉肺癌(腺癌, T4N3M1 stage IV)の診断にて, 化学療法(CBDCA+TXL)4クール施行し, Partial Responseであり, 8月に退院となった。外来にて経過をみていたが, 10月頃より肝機能異常, 血小板減少を認め, 再入院となった。【経過】入院時検査所見は, AST 153IU/ml, ALT 93IU/ml, LDH 1285IU/ml, ALP 386IU/ml, IgG 2865mg/dl, IgA 734mg/dl, IgM 173mg/dl, PLT 12.7万/ul, 抗核抗体 80倍, 抗ミトコンドリアM2抗体陽性, PAIgG 249ng/107cells。腹部エコー, CTでは肝に明らかな占拠性病変は認めなかった。自己免疫機序による肝機能障害, 血小板減少の合併も考慮し, 肝生検, 骨髄穿刺を施行。肝生検にて, 肝小葉内の類洞内, および門脈域の門脈内に増殖する腺癌細胞の浸潤を認め, PBCやPSCを示唆する胆管上皮の障害, 胆管周囲の炎症細胞浸潤は認めず, 肝実質自体にも変化は認めなかった。骨髄穿刺では, 骨髄に浸潤する腺癌細胞を認めた。肝機能障害, 血小板減少は肺腺癌の肝転移, 骨髄浸潤と診断, 肺組織検査よりEGFR(epidermal growth factor receptor)変異陽性であり, Gefitinibを開始した。Gefitinib開始後, 肝機能障害, 血小板減少は改善した。画像診断では肝に腫瘤形成がなかったものの, 肝生検によって類洞内, 門脈内に腫瘍細胞の浸潤を認め, 肝転移と診断された1例を経験し

たので報告する。

28. 腹壁癒痕ヘルニア内の大網転移をきたした肝細胞癌の1例

上野 敬史, 飯塚 圭介, 麻興 華
嶋田 靖, 伊島 正志, 飯塚 賢一
豊田 満夫, 押本 浩一, 片貝 堅志
荒井 泰道 (伊勢崎市民病院 内科)
鈴木 一也 (同 外科)

【症例】73歳男性。以前より下腹部の腹壁癒痕ヘルニアとC型慢性肝炎を指摘されていた。2006年stage IIIの肝細胞癌に対して肝動脈塞栓術を施行後, 肝S6亜区域切除術, 肝S3術中ラジオ波焼灼術を施行した。2008年になり腫瘍マーカーの上昇と腹壁癒痕ヘルニア内の腫瘤を認め, 肝細胞癌の転移が疑われ手術目的に入院となった。ヘルニア根治術を施行したところ, ヘルニア内容の大網に2cm程の白色腫瘤を認め, 病理所見から肝細胞癌の転移と診断した。腫瘍マーカーもヘルニア内腫瘤の切除後は正常化した。また, ヘルニア部のCT画像をretrospectiveに検討すると, 2006年初診時のCTにて, 既にヘルニア内に結節影を認めており, 治療や処置後に伴う播種は否定的と思われた。【結語】肝細胞癌の腹膜転移は, 比較的稀であり多くは直接浸潤, 肝細胞癌破裂, 処置後のものである。本症例のような遠隔部の大網転移は稀であり, 文献的考察を加えて報告する。

29. 副腎転移巣破裂により後腹膜出血をきたした肝細胞癌の一例

山田 俊哉, 新井 弘隆, 榎田 泰明
濱野 郁美, 小畑 力, 斉藤 秀一
橋爪 真之, 茂木 陽子, 木村 幸
小林 克己, 佐川 俊彦, 荒川 和久
田中 俊行, 富沢 直樹, 安東 立正
高山 尚, 小川 哲史, 阿部 毅彦
森田 英夫
(前橋赤十字病院 消化器病センター)
徳江 浩之 (同 放射線科)

【症例】52歳男性 【現病歴】平成20年9月26日, 13時30分頃, オートバイを運転中に突如右側腹部痛が出現。症状持続するため当院救急外来受診された。【入院後経過】血液検査及び腹部造影CTにてHCV陽性肝硬変の所見を認め, 肝右葉に径2cmから7cm大の多発性肝細胞癌(HCC)を認めた。後腹膜出血が存在し, 右副腎に結節性病変を認め, 造影相でextravasationが認められ, 多発性HCCの右副腎転移, および同部位からの出血が考えられた。緊急血管造影を施行し, 右副腎動脈・右下横隔動脈へゼルフォームで塞栓施行。その後は新たな