諏訪塾ダイナマイトカンファレンス

明日あなたの臨床は変わる

監修：山中克郎（諏訪中央病院院長補佐）
編集：若林禎正（諏訪中央病院循環器内科部長）

Kinpodo

編集・執筆者

監　修	山中　克郎	諏訪中央病院院長補佐
編　集	若林　禎正	諏訪中央病院循環器内科部長

執筆者（五十音順）

小澤　廣記	諏訪中央病院総合診療科
小澤　労	栃木医療センター内科
小平のり子	諏訪中央病院総合診療科
柴﨑　俊一	ひたちなか総合病院救急総合内科
玉井　道裕	諏訪中央病院総合診療科
水間　悟氏	諏訪中央病院総合診療科

序　文

「研修医は育てるんじゃないんだ．育つんだ」
数年前，当時の院長に言われた言葉です．諏訪中央病院では，全国から初期研修医，専攻医があつまり，日々，切磋琢磨しています．各学年約５名程度の５学年（初期研修医２年＋専攻医３年）が屋根瓦方式の教育により仲良く研修している光景は，大学時代の部活動を思わせます．

諏訪中央病院では，毎日「昼カンファレンス」という症例検討会が行われます．若手医師たちが弁当を食べながら，症例検討をします．内科指導医や高学年の専攻医が順番に司会者を務め，若手医師が経験症例を１例提示し，症状や基本的身体所見からの鑑別診断を中心にディスカッションを進めていきます．このカンファレンスは笑いと感動が絶えません．皆が真剣に，時に冗談を言ったり，失敗談を語ったり，指導医から名言が飛び出したりしながら症例が論じられていきます．

それ以外にもミニカンファレンスが院内で絶えず行われます．誰かが貴重な症例を経験すると，研修医室で語りだす．すると廊下で先輩につかまり，レクチャーを受けるのです．数日以内に若手のほとんどがその症例の疾患に詳しくなっています．「○○先生のあの症例でしょ．」「なにそれ，教えて．」そんな声が絶えず聞こえてきます．同じ疾患に出会えば，皆がその疾患の専門家気取りで一発診断！　という光景がしばしば見られます．

繰り返される症例ディスカッションの中で，エビデンスに基づいた臨床経験による共通基盤が形成され，集団としての臨床能力が上がっていきます．そういう楽しい雰囲気を求めて若い医師が全国から集まり，毎年新しい風が吹きます．そこに全国から招聘する院外講師が別の文化を持ち込んでくれます．

総合診療部の佐藤泰吾医師は，当院の若い医師や院外講師が出入りしている様子について，司馬遼太郎が著書「胡蝶の夢」で当時の長崎を描写した一説を思わせると言います．

> *「蘭人や唐人と言う異質の文化を持ち込んでいる連中が仮に居住していて，かれらが貿易に従事しているというだけで，なにやら地球を吹いている風がここにも吹いているという感じがしてしまう」*　　　　（胡蝶の夢　司馬遼太郎）

私たち指導医はこの環境を必ずしも計画的に作ってきたわけではありません．13 年前に研修医を病院に受け入れる決断をされた濱口實院長，その後に赴任し，昼カンファレンスを始め，若手指導を続けてきた佐藤泰吾医師の功績は大きいと思います．しかし，院長は言いました．「育てるんじゃない．育つんだ」．実際，若い医師たちは，お互いに刺激を受けながら，我々指導医の想像を超えて成長していきます．

私が 10 年前に諏訪中央病院に赴任し目の当たりにしてきたこの光景は，数年後には違ったものになっているかもしれない貴重なものなのではないだろうか．そんな思いから，この本を作りたいと考えました．未熟な若者ががむしゃらに過ごす研修の場で繰り広げられる症例カンファレンスが，読者の皆さんの心に響くことを期待します．

平成 29 年 6 月吉日

諏訪中央病院 循環器内科部長

若林 禎正

本書の内容と目的

本書は医学生と若手医師（初期研修医，専攻医）のみなさんに，教科書等の学習では身に着けることが難しい実践的な臨床力を磨いていただくことを目的としています．

そのため，本書ではポイントを整理した内容ではなく，若手医師たちが悩み，時に間違え，互いに学びながら診断にたどり着いていく「臨床現場の教育的な議論」をなるべく忠実に再現しています．

約 20 名が参加するカンファレンスを，登場人物を限定して再現するなどの変更はありますが，諏訪中央病院の若手医師たちが，「そう，そう，この症例の時はこんなふうに議論がすすんでいったね」というリアルな内容になっています．

経験年数と知識が異なる個性的な若手医師たちが活発に発言しあって議論を進めていく様子を臨場感をもって感じ取っていただけるよう，登場人物の簡単な紹介がついています．

実際の議論における表現を，最小限の解説のみで記述しているので，突然略語が登場し，わかりにくく感じられる部分もあるかもしれませんが，カンファレンスに飛び込んだつもりで読み進めていただけると嬉しいです．

本書が，読者の明日の臨床力になること，そして臨床現場で教育的なカンファレンスを作って行く原動力になることを心から願っています．

監修のことば

若林禎正先生から依頼があり監修のことばを書き始めたのですが，実は私，監修など全くやっていないことに気がつきました．ベテラン医師が口をはさむより若手医師達に自由に任せておいた方が，より実践的で質の高い症例集ができるに相違ないのです．

諏訪中央病院は東京から特急で 2 時間，名古屋からは車で 2 時間半の距離にあります．こんな田舎の病院にやってくる医者はどこか変わっています．歴代院長もユニークです．東大安田講堂事件で全共闘防衛隊長として機動隊の突撃を受けながら最後まで闘った今井澄先生，チェルノブイリ原子力発電所被曝事故の患者治療や IS から迫害を受けたイラク難民への医療支援を続ける鎌田實先生，教育こそ地方病院にとって最重要課題と人材育成に努めた濱口實先生がいます．

当院の医師達は世の中の常識に挑戦する武闘派と言えるかもしれません．院長の指示通りには決して動きません．若い職員が時代のニーズを感じ先進的なアイデアを提示します．他の職員が「それ面白いね．やろう」と同調し，院長に許可を求めるという具合に計画が進むのです．

充実した若手医師教育は佐藤泰吾先生が，あの伝説の舞鶴市民病院から諏訪中央病院に赴任したときから始まりました．約 10 年前のことです．「八ヶ岳の裾野のように幅広い臨床力を持つ医師を育てる」がモットーです．独りよがりになることがないよう，多くの院外講師に定期的に指導を受けながら，一つ一つの症例を大切に深く掘り下げ，そこから多くのことを学んでいます．そして，その学びを後輩達に丁寧に伝えていくことこそ医学教育の真髄だと私達は考えています．若林先生は若手医師達の兄貴的な存在です．

八ヶ岳とその麓に広がる蓼科高原，車山高原の大自然を肌で感じながら，若手医師らは急性期医療のみならず在宅での慢性期医療も行おうとしています．私はこの諏訪中央病院の取り組みを広く世の中に紹介するべきだと思いました．多くの病院で，どのような教育システムを構築すればよいか分からずに困り果てている指導医や若手医師が多く存在していると思うからです．

アパートの窓から外を眺めると，畑には黄色い菜の花が咲き乱れ，きれいに耕作された畝に野菜が行儀正しく並んでいます．この八ヶ岳にもやっと春が訪れました．水田には水がはられ田植えが始まりました．これら作物のように，当院で研修した若手医師もどんどん大きく成長することでしょう．そして，全国に旅立ち，さまざまな場所で医学教育の大花を咲かせて欲しいと思います．

走れ，走れ，全力で走れ！

平成 29 年 5 月

諏訪中央病院
山中 克郎

目　次

症　例

1 魔法の治療 …… 玉井道裕 2
2 薬剤性肝障害の診断の裏に… …… 玉井道裕 10
3 掘り下げたい IM like syndrome，経過観察でいい IM like syndrome …… 水間悟氏 18
4 肝膿瘍にご用心 …… 柴﨑俊一 26
5 その痛みは治まらず… …… 小澤廣記 32
6 海外渡航後の皮疹で来院した中年女性 …… 小澤　労 40
7 チームワークが救命の鍵！ …… 水間悟氏 46
8 降参して胃腸炎の診断？ …… 小澤廣記 52
9 男だったら？ …… 小澤廣記 58
10 よくある主訴にご用心 …… 柴﨑俊一 64
11 立つと辛いんです… …… 柴﨑俊一 70
12 水疱なくても…？！ …… 柴﨑俊一 76
13 雪かきがしんどいです …… 小澤　労 82
14 いつも心に〇〇を！ …… 水間悟氏 88
15 総合診療医の 3 段階 …… 水間悟氏 94
16 百聞は一見にしかず …… 玉井道裕 102
17 片頭痛の先に待っていたもの …… 玉井道裕 110
18 声なき声を聞く …… 小平のり子 118
19 プレドニゾロン 0.5 mg の意味 …… 小澤　労 124
20 顎が痛くて口が開かなくなった …… 小平のり子 130

監修者よりメッセージ

- ベテランになってももっと成長したい …… 山中克郎 45

コラム

- 育休のすゝめ …… 玉井道裕 9
- 田舎での研修はストレスを緩和？！ …… 柴﨑俊一 39
- 人の成長って美しい …… 小平のり子 123

索　引 …… 136

本書の登場人物紹介

山中 克郎

若者から貪欲に学ぶ，
野獣系おじさん総合内科医

佐藤 泰吾：指導医 ST

名言とダジャレが飛び出す
スーパー総合診療医

若林 禎正

豊富な知識を持つ循環器内科医＆
家庭医．皆を先導して新しいこと
に常にチャレンジしていく．

小平 のり子：後期研修医 K

（PGY5）
可愛くて優しい熱血お姉さん

マイブームは行動変容♥．
「禁煙しましょう」

柴﨑 俊一：後期研修医 S

（PGY5）
いつも理論的な天才肌

諏訪中で研修し，腎臓と透析の専門医を取得．現在は総合内科に転向し，茨城の市中病院で奮闘中．モットーは患者へ“最大限”の医療貢献！

玉井 道裕：後期研修医 T

（PGY5）
iPad を用いたミニレクチャーが
評判のお兄さん

育児も仕事も全力投球！　でも，妻には頭があがりません．

水間 悟氏：後期研修医 M

（PGY3）
熱く語りたがる，
がむしゃら若手医師

美人の奥様との幸せな生活のため体も成長を続け，入職時の白衣が着れなくなってしまった．

小澤 廣記：後期研修医 OH

（PGY3）
イケメンでスマートな
若手のリーダー

酔っ払うと，イケメンもこんな風になっちゃうんですね

小澤 労：後期研修医 OR

（PGY3）
臨床を楽しむプレゼンの天才

いつも真摯に笑顔で仕事をこなす，長身のムードメーカー．現在は東京で病棟で働く家庭医として勤務．

本多 純太：初期研修医 H

（PGY1）

研修医は明るく元気が一番．
元気と勢いは誰にも負けない．
時にある失敗はご愛嬌．

山岡 裕香莉：初期研修医 Y

（PGY1）

優秀で努力家な研修医．
的確な発言が一目置かれている．
料理も得意なお嬢様．

症例 1

魔法の治療

腹痛診療は丁寧な問診と
診察が重要！

出席者

後期研修医 T（司会）

後期研修医 M

初期研修医 H

症例呈示 ① 病歴

生来健康な中学 3 年生の 15 歳男性が，夕方の救急外来に腹痛を主訴に来院した．

1 週間前まではいつもと変わらず元気であった．1 週間前から特に誘因なく，右下腹部に間欠的な痛みが出現していたが，我慢できる程度であり，病院受診はしていなかった．食欲はあり，嘔吐・下痢，発熱，血便といった随伴症状はみられない．来院当日，サッカーの試合があった．しかし，試合中，右下腹部痛が徐々に増強し，走ったり，スローインの度に激痛（PS 8/10：10/10 が Max の痛み）となり，座り込んでしまうほどの痛みになった．試合後，母親に連れられて救急外来を受診した．入室する際は苦痛の表情を浮かべており，腰を曲げてそろりそろりと歩いていた．右下腹部は歩くと響いて痛みが出現する．波がある痛みで，じっとしていれば PS 3/10 程度．腹痛以外には下痢，吐き気，食欲低下，発熱，血便はみられない．海外渡航歴はなく，周囲に同様の症状の人もいない．最近の牛肉，豚肉，鶏肉，卵の摂取もない．特記すべき既往はなく，腹部手術歴もない．常用薬の服用はなく，喫煙・アルコールの摂取はなく，アレルギー歴もない．

Discussion ①

後期 T（司会）：生来健康な 15 歳男性の右下腹部痛ですね．ここまで聞いてどんな鑑別疾患が浮かびますか？

初期 H：アッペだと思います．右下腹部の痛みがあり，アッペで間違いないと思います．

後期 M：僕も年齢が若くて，それまで健康だったほうなので，まずは虫垂炎を考えるべきだと思います．歩いて響くというのが，腹膜刺激徴候と考えると，腹膜炎を起こしている可能性があり，やはり虫垂炎が最も考えやすいように思えます．他には食事摂取歴ははっきりしませんが，回盲部炎をきたすエルシニア，カンピロバ

クターといった感染性腸炎も考えます．ちょっと若い気もしますが，場所からいうと憩室炎も鑑別です．

後期 T（司会）：そうだね．ではこの病歴で虫垂炎っぽくないところはあるかな．

初期 H：発熱がないことですか？

後期 T（司会）：発熱は虫垂炎の症状の最後にくると言われています．それに発熱がない虫垂炎はあってもいいよ．虫垂炎は症状が出現してくる順番が重要です．まず心窩部か臍周囲の痛みが出て，その数時間後に吐き気，嘔吐，食欲低下が出てくる．さらに時間がたつと，痛みが右下腹部に移動してくる．この頃には腹膜炎を起こしているので歩行の振動で響いて痛みが出る．そして，熱が出てくる．これらの症状が半日から 2 日くらいの期間で出現するのが，典型的な虫垂炎のプレゼンテーションです．Cope 先生は嘔吐が痛みの前に出ることは極めてまれで，その場合は虫垂炎以外の疾患を考えると述べているね[1]．

後期 M：この症例は右下腹部痛以外に症状は乏しいようです．腹痛が右下腹部に 1 週間続いているのも変ですし，虫垂炎の典型的なプレゼンテーションではないように感じますが，それだけで虫垂炎は除外してもよいのでしょうか．

後期 T（司会）：虫垂炎の除外は非常に難しい．典型的なプレゼンテーションを呈するのは，50％もないと言われています[2]．虫垂が存在する位置で症状が異なり，非典型的な症状を呈することがある．また虫垂内腔を塞いでいたリンパ組織や糞石が解除されれば，治療せずともそのままよくなることもあり，spontaneously resolving appendicitis といいます．虫垂が穿孔したとしても限局性の膿瘍を形成した場合は，症状が持続することもある．まだ虫垂炎の除外は早すぎるね．身体所見をみてみようか．

症例呈示 ② **身体所見**

バイタルは血圧 120/65 mmHg，脈 100 回/分，体温 37.1℃，SpO_2 98％（ambient air）

右下腹部を抑えながら，腰をかがめてそろりそろりと入室．腹部は平坦で，マックバーネー点付近に圧痛があり，苦痛で顔がゆがむ．右下腹部に筋性防御あり，Tapping pain あり．咳反射，踵落とし試験は陽性．Psoas 徴候，Rovsing 徴候，Rosenstein 徴候は陰性．下肢に皮疹はみられない．

Discussion ②

後期 T（司会）：いかにも虫垂炎らしい所見が揃っているね．ところで，皆はどんなところに注目して腹部の診察をしていますか．

初期 H：腹膜刺激徴候の有無です！

後期 T（司会）：確かに重要だね．もう少し詳しく言うと，解剖・臓器を意識することです．痛みの原因が，腹膜より上にあるのか，腹膜にあるのか，腹膜より下（腹腔内）にあるのか．腹部の診察は平面だけでなく，深さにも注目しながら，診察することが大事だよ．虫垂炎の身体所見はたくさんあるけれど，大丈夫かな．

初期 H：はい！　マックバーネーの圧痛点です．

後期T（司会）：そうですね．それはとても有名ですが，虫垂炎の身体所見の本質ではありません．結局は虫垂炎というのは，あくまで虫垂を押したら痛いものです．丹念に診察すれば，本当に痛い部分は指1本分の幅といわれています．虫垂が存在する場所が人それぞれなので，前方にあれば，腹壁に炎症が波及し，腹膜刺激徴候がみられる．後方にあれば，腹膜刺激徴候は出にくく，直腸診やpsoas徴候が陽性になるかもしれない．だからこそ，非典型的な虫垂炎を探すために，多くの身体所見があるのです．虫垂がどこに伸びているのかをイメージして診察することが重要ですね．

後期M：この症例は腹膜刺激徴候が陽性で，虫垂炎の身体所見が多くみられています．虫垂炎を念頭にCT検査や血液検査を進めていきたいと思います．ちなみに，下肢の皮疹を確認しているのはどうしてですか．

後期T（司会）：成人の場合はまれだけど，小児の腹痛はヘノッホ・シェーライン紫斑病による腹痛のことがあるからです．腹痛が皮疹に先行することもあるので，あの診察の時点では皮疹はなかったと自信をもって言えるように，小児の腹痛の場合は必ず確認したほうがいいですね．

症例呈示 ③ 血液検査

血液検査ではWBC 10,600，好中球75％，CRP 0.02であった．肝機能，腎機能，電解質，糖は異常なし．Alvarado score 6点であったが，虫垂炎疑いにて造影CT検査施行．CT上は虫垂の腫大や壁肥厚，糞石，周囲の炎症所見みられず，腹痛の原因となるような病変はみられなかった．

Discussion ③

初期H：アルバラドスコア？　って何ですか．

後期T（司会）：病歴と身体所見，血液検査から虫垂炎かどうかを判断するスコアです（**表1**）．7点以上で強く虫垂炎を疑うとされています．ですがこのスコアは，診断には不向きとされており，除外に使ったほうがよいと考えられています．4点未満の場合は虫垂炎の可能性は低く，余計な画像検査は必要ありません[3]．

表1　Alvarado score（MANTRELS score）

心窩部，臍周囲部から右下腹部へ移動	1点
食欲不振	1点
吐き気，嘔吐	1点
右下腹部痛	2点
反跳痛	1点
発熱＞37.3度	1点
WBC＞10,000/μl	2点
白血球の左方移動，好中球＞75％	1点

今回はAlvarado score 6点であり，虫垂炎の除外は困難であり，CTが施行されましたが，画像上，虫垂炎はなさそうです．虫垂炎は除外してもよいですか．

初期H：病歴と身体所見上は虫垂炎が疑われましたが，CTで所見がないようなので，虫垂炎は否定的で除外してもいいと思います！　残念です！

後期T（司会）：虫垂炎は病歴と身体所見，血液検査から疑うことはできますが，除外はできません．発熱がない，腹膜刺激徴候がない，白血球が上がっていないだけでは除外は不可能です．さらにいうと今回のように病歴と身体所見から，虫垂炎

と診断した場合は，US や CT にて腫大した虫垂がなかっただけでは除外できません．他の疾患が判明しない限り，虫垂炎の診断を覆してはいけないと言われています[4]．なので，本症例はまだ虫垂炎を捨てきれていません．では今後の対応はどうすればよいでしょうか．

初期 H：CT で虫垂炎がなければ，虫垂炎ではないと思っていました．反省です．でも，自分一人だったら，読影に自信がないので，外科の先生を呼んで診察と読影を一緒にしてもらいたいです．

後期 M：やはり若年者の腹膜刺激徴候を伴う右下腹部痛なので，虫垂炎が最も疑われますので，経過観察目的に入院としたいです．

後期 T（司会）：どちらも重要な意見ですね．ここで一番やってはいけないことは，胃腸炎というゴミ箱診断をつけることです．胃腸炎疑いとは，カルテに書かないほうが良いです．なぜなら後から見た人が，この人は胃腸炎か，とバイアスがかかった状態でみてしまうためです．そのため，原因不明の右下腹部痛と書くべきです．

症例呈示 ④ 入院後経過

その後，消化器外科 Dr にコンサルトし，現時点では虫垂炎の可能性は否定できないとのことで，経過観察目的に入院となった．翌日には右下腹部痛はかなり軽減されており，じっとしていれば，痛みはなくなっていた．しかし腹筋を使うとまだ痛みが誘発された．身体所見上，右下腹部に指 1 本で示せる圧痛点は残存し，踵落とし試験ではまだ右下腹部に痛みが生じた．食欲低下や発熱，下痢はなく，新たな随伴症状の出現はみられなかった．血液検査では WBC 5690，好中球 54%，CRP 0.06 と炎症反応上昇は認めなかった．この時点で主治医はある疾患を思いつき，追加で身体所見を行った．

Discussion ④

後期 T（司会）：何とも意味深なプレゼンですが，何かご意見はありますか？

初期 H：まだ右下腹部に痛みが残っているので，虫垂炎は否定できないと思います．でも白血球が下がって，症状もよくなっているので，一時的に糞石が虫垂に詰まっただけなのでしょうか．または腸重積やヘルニアがあったけど解除されてしまっただけ？　それとも便秘や過敏性腸症候群？　何だかどれもパッとしません．

後期 M：一番最初から気になっていたのですが，やたら腹筋を使うと痛みが出ています．最初は腹膜刺激徴候に引っ張られてしまいましたが，これは病歴のカーネット徴候をみているのではないでしょうか．腹膜よりも上に痛みがある気がします．なので，とるべき身体所見はカーネット徴候だと思います．

後期 T（司会）：その通り！　身体所見の所でも少し言いましたが，解剖を意識することは非常に重要です．痛みの原因が腹膜よりも上の問題か，下に問題があるかを常に考えて診察しましょう．カーネット徴候は腹痛の原因が腹壁か腹腔内かを判別するための診察方法で，とても有用です．臥位になり両腕を前胸部でクロスし，頭や両肩がベッドから浮くように腹壁に力を入れた状態で腹部圧痛の変化を調べます．腹腔内由来の痛みなら腹壁筋肉の緊張のために痛みが減弱し，腹壁由来の痛みならば痛みは変化がないか増強します（カーネット徴候陽性）．

症例呈示 ⑤ 診断へ

結局，本症例はカーネット徴候陽性であり，Pinch テストも陽性であった．そのため，ACNES（anterior cutaneous nerve entrapment syndrome）を疑い，最強の圧痛点部位の皮下に1%キシロカイン 3ml の局所麻酔を行った．その後，腹痛は消失し，患者は驚いた様子であった．そのため，ACNES と診断し，退院となった．退院後は腹痛の再発は認めていない．

最終診断

ACNES（anterior cutaneous nerve entrapment syndrome）

解説

今回の症例は 1 週間前からの間欠的な腹痛を呈しており，期間としては短いが，繰り返す腹部疝痛とも考えられる．急性腹症診療ガイドライン 2015 には「繰り返す腹部疝痛の原因」として以下のように記載されている（**表 2**）[6]．

表 2　繰り返す腹部疝痛

①過敏性腸症候群	⑧鎌状赤血球症，血症版増多症	⑮鉛中毒
②機能性腹痛症候群	⑨急性副腎不全	⑯副脾捻転
③腹部アンギーナ	⑩血管性浮腫	⑰大網捻転
④好酸球性胃腸炎	⑪食物アレルギー	⑱緑内障発作
⑤ ACNES	⑫甲状腺ストーム	⑲急性間欠性ポルフィリア
⑥腹性てんかん	⑬高カルシウム血症	
⑦腹性片頭痛	⑭家族性地中海熱	

その中にも ACNES は含まれている．慢性腹痛の 1 ～ 3 割は腹壁由来とされており，その代表が ACNES である．ACNES の A は abdominal の場合と anterior の場合があるが，どちらも同じ疾患である．ACNES は Th7-12 の末梢神経が筋鞘を貫く部位（腹直筋の外縁付近）で絞扼され，神経の虚血をきたし疼痛を起こすと考えられている．手術，外傷，肥満，きついベルト，洋服，妊娠が誘因となる．30 ～ 50 歳に好発するが，小児も大人と同じくらい起こり得る[7]．小児の慢性腹痛の 8 人に 1 人が，ACNES であったという報告例もある[8]．恐らく診断されていない症例が多く，正確な統計は難しいと思われる．筆者はこの疾患を知るまで，5 年間で 1 例も診断したことはなかったが，この疾患を知ってから半年間ですでに 3 例経験している．疑って診察してみると，とても多いことが実感される．

ACNES は急性と慢性で若干プレゼンテーションが異なる（**表 3**）．急性で激しい腹痛を訴え

表 3　ACNES の急性と慢性の比較

急性	慢性
若年者，活動的な人	高齢者
限局的で焼けるような痛み 刺すような痛み	数か月から時に数年間つづく，47 年間続いたという報告もある
夜間に痛みが出ることが多い	重篤な疾患ではないかという不安が強い
体をひねったり，座ったりすると悪化	抗うつ薬が処方されている症例もある

て救急外来にくるような人は，若年者に多い．体をひねったり，腹圧をかけるような運動で悪化する．右下腹部に多くみられることから，虫垂炎の誤診例が多く，虫垂切除されて虫垂炎がみられなかった場合には，この疾患の可能性がある[9)]．

慢性化した場合は原因不明の腹痛となり，ドクターショッピングを繰り返したり，頻回の CT，上部下部消化管検査を施行されていることがある．不安やうつが合併していると考えられ，抗うつ薬が処方されていることもある．手術後に，きれいに治癒したはずの手術部位の疼痛を長年訴える方の中にも ACNES が少なからず紛れ込んでいると思われる．

病歴と身体所見で重要なことは，咳や腹圧のかかる動作や特定の体位（座る，ひねる）で痛みが増悪することである．咳で悪化するため，腹膜刺激徴候と間違えることがある．それ以外にも疼痛部位を 2cm 程度で明確に示すことができ，圧痛点が限局していることや腹壁の緊張をとるため，前かがみの姿勢をとることがあり，これらの所見は虫垂炎を想起してしまう．そのため，虫垂炎との鑑別のためには，カーネット徴候，pinch test が有用である．疼痛部位にアロディニアや温痛覚低下がみられることもある（**表 4**）．

表 4　ACNES の虫垂炎との鑑別

虫垂炎と ACNES で診られる所見	ACNES のみで診られる所見
咳反射陽性	カーネット徴候陽性
前かがみの姿勢	Pinch test 陽性*
右下腹部に限局した圧痛点	アロディニア，温痛覚低下

* Pinch test：皮下脂肪ごと親指と人差し指でつまむと，痛みの部分の感覚が落ちている

以上のように急性の場合は虫垂炎との鑑別が重要であり，慢性の場合はこの疾患を想起できるかが重要になる．ACNES は腹痛以外に症状が乏しいのも特徴的である．

局所麻酔の皮下注射が治療だけでなく診断にも有用である．最強の圧痛点がある部位の皮下組織に局所麻酔を行うだけで疼痛が消失するのが，典型的といわれる．1 度の麻酔注射で 91％の症例で 50％以上の疼痛改善を認めたという報告もある[10)]．

この疾患は治療が可能なため，知っておくと救急外来で重宝する．典型例では診断も難しくはない．原因不明の腹痛がたった一度の注射で治るため，患者さんに大変喜ばれることも多い．あれだけ痛かったのに，痛みが消えてしまいました．まるで魔法のようですと．

参考文献

1) Silen W：急性腹症の早期診断. 小関一英(監訳)：第 2 版, メディカルサイエンスインターナショナル, pp53-60, 2013.
2) Petroianu A: Diagnosis of acute appendicitis. Int J Surg 10: 115-119, 2012.
3) David R, et al: Acute appendicitis-appendectomy or the “Antibiotics First” strategy. N Engl J Med 372: 1937-1943, 2015.
4) 窪田忠夫：ブラッシュアップ急性腹症. 中外医外社, pp16-21, 2014.
5) van Assen T: Incidence of abdominal pain due to the anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in an emergency department. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 23: 19, 2015.
6) 急性腹症診療ガイドライン編集委員会：急性腹症診療ガイドライン 2015. 医学書院, pp149-153, 2015.
7) Boelens OB, et al: Management of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in a cohort of 139 patients. Ann Surg 254: 1054-1058, 2011.
8) Siawash M, et al: Prevalence of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in a pediatric population with chronic abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 62: 399-402, 2016.
9) William V: Abdominal cutaneous nerve entrapment. The Permanente Journal 6: 20-27, 2002.
10) Suleiman S, Johnston DE: The abdominal wall: an overlooked source of pain. Am Fam Physician. 64: 431-438, 2001.

Clinical pearl

★腹部の診察は深さを意識して行う

★カーネット徴候を覚えておこう

★原因不明の腹痛患者の中には, ACNES の人がいる

(玉井道裕)

コラム

育休のすゝめ

玉井 道裕

私は昨年，3 か月間の育児休暇をいただけた．職場の理解もありとても感謝している．

人生でこんなに長い間，仕事も勉強もしなくても，怒られない機会はなかったであろう．医者は休暇をとると心のどこかで，患者さんのことや休みの後のことを考えてしまう生き物だと思う．だが，これほどの長期の休みになると，医者という業務から完全に開放され，自分－医者＝何者？という式が成り立ち，自分の中の新しい自分を見つけることができた．このまま一生医者をしていたら，決して見つからなかった自分だと思う．

育休は「自分のため」,「娘のため」，そして「妻のため」にとらせてもらった．

「自分のため」というのは，完全に自己満足である．読みたかった漫画や小説を読んだり，娘の絵を書いたり，日曜大工をしたり，日帰り温泉に行ったりと多岐にわたる．ちなみに諏訪地域は老舗の温泉宿が非常に多く，観光客もたくさん来る．育休中に近隣の日帰り温泉は概ね制覇した．もちろん，娘も一緒に連れて行った．育休中に娘が肺炎疑いになり，レジオネラではないかと疑われ，抗生剤を飲ませるか妻と議論になったが，幸い自然軽快した．

「娘のため」というのは，これから先，私が医者という仕事を続ける以上，普段娘と一緒にいる時間はそれほど多くとれる訳ではない．だから長い時間一緒に過ごす期間が欲しいと思ったからである．母親が語る言葉と父親の語る言葉は違うので，父親の存在意義は絶対にあると信じている．だが，父親は母乳をあげることはできないし，父親として何をしていいか分からないということを耳にする．私は特別なことをする必要はなく，ただ子供の安全を保障し，自由に遊ばせるだけで良いと思っている．それでも子供は敏感に感じ取り，親の緊張や仕草，他人との関わりをこっそりみて，真似していく．だから，育児をしなければならない！　と深く考えずに，ただ一緒にいるだけで，子供は勝手に成長していく．何かをするということが重要なのではなく，一緒に過ごすという時間が大事なのだと思う．

「妻のため」というのは，妻も同業者であり，忙しいからである．簡単にいうと家事の負担を軽くしてあげたかったということだ．育休中は洗濯や掃除，食器洗い，料理，弁当作りなどは私がやっていた．やってみると主婦が普段どんな気持ちで生活しているかを体験できて，とてもよかった．夕方 4 時頃になるとどんな夕食にしようか考えるようになるし，冷蔵庫の中の食材をイメージして，賞味期限のせまったものから消費しようと考えるようになる．普段，自分は妻に感謝の気持ちを伝えていなかったが，妻はしっかり感謝の気持ちを私に伝えてきたので反省した．

育休は新しい自分を見つけることができ，子供はパパになついてくれるし，ママも助かり，家族全員が happy になる．当たり前のように男性が育休をとれる世の中になればいいなあと思う．

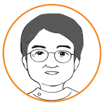
症例 2

薬剤性肝障害の診断の裏に…

病歴も大事だけど，
検査も大事！

出席者

後期研修医 T（司会）



指導医 ST

初期研修医 Y

初期研修医 H

後期研修医 M

症例呈示 ① **病歴**

18 年前から関節リウマチと診断され，6 年前から MTX（リウマトレックス®）導入となり，現在は MTX と BUC（リマチル®）を内服している 68 歳女性が，原因不明の肝胆道系酵素上昇の精査目的に入院となった．

入院の 8 か月前が最後の定期外来であり，リウマトレックス® 12 mg/週，リマチル® 100 mg/日で関節リウマチのコントロールは良好であった．入院 3 か月前の外来には家庭の事情で外来受診できなかった．そのため，入院の 3 か月前からリウマトレックス®，リマチル®は服用できておらず，疼痛時はロキソニン頓用（1 ～ 2 回/日）で対応していた．

入院 4 日前，関節痛が悪化してきたことを主訴に内科受診．36.3℃と発熱はなし．

身体所見上，咽頭発赤なし，頸部リンパ節触知せず，心雑音なし，呼吸音は清．

左手関節，両側 MCP，PIP に多数腫脹，圧痛関節を認めた．腹部は平坦，軟で圧痛なく，マーフィー徴候陰性．肝腫大はなく，肝叩打痛も陰性であった．鼠径，腹部にじん麻疹様の紅斑を認めた（紅斑は昨日に山芋を食べたからという本人の解釈であった）．

血液検査にて AST 289，ALT 286，ALP 675，γ GTP 120 と肝胆道系酵素が上昇していた．電解質，腎機能，血算，凝固は以前と著変なく，正常値であった．炎症反応は前回と同様，CRP は 1 であった．腹部単純 CT が撮影され，肝内門脈周囲浮腫（periportal collar）がみられた．胆石や胆嚢炎の所見はなく，肝内胆管の拡張や明らかな閉塞起点はみられなかった．

内服薬はロキソニン®のみであり，ロキソニン®による薬剤性の肝障害の可能性を考え，ロキソニン®は中止とし，4 日後に外来フォローとした．

4 日後の外来での血液検査にて AST 389，ALT 523，ALP 722，γ GTP 189 とさらに上昇を認めたため，精査目的に入院となった．

ROS として，咽頭痛，腹痛，倦怠感，濃い尿，寝汗，体重減少，下痢，嘔吐，食欲低下，発

熱，血便，頭痛はみられていない．海外渡航歴はなく，周囲に同様の症状の人もいない．最近の生の豚肉，鶏肉，鹿，猪，牡蠣の摂取もない．関節リウマチ以外に特記すべき既往はなく，輸血歴もない．サプリメントや漢方薬の使用はなく，違法ドラッグ・喫煙・アルコールの摂取はない．アレルギー歴もない．仕事は精密機械を組み立てる工場で働いている．

Discussion ①

後期 T(司会)：長年，MTX：メトトレキサート（リウマトレックス®）とBUC：ブシラミン（リマチル®）で治療されてきた関節リウマチ患者さんの肝胆道系酵素上昇ですね．この時点で一番気になる点はなんですか？

初期 H：ロキソニンを飲んでいるので，薬剤性の肝障害を一番に疑います．それ以外は，考えられません．

後期 T(司会)：…うーん．そうかもしれないけど．他にはどうですか？

初期 Y：まずこの肝胆道系酵素がいつから上昇してきたのかが気になります．急性にきたものか，慢性にきたものか．おそらく，前回外来時点では正常であり，急性のものとして考えたいです．急性に出現したとすると，炎症性の病変を疑います．細菌感染に伴う胆管炎や肝膿瘍は否定したいです．でも症状がないのが，あわない気がします．

後期 T(司会)：いいですね．他にはどうですか？

後期 M：病歴上は 3 か月前から MTX の服用はないということになっていますが，本当に最後に飲んだのがいつかはわからないので，MTX と BUC による薬剤性肝障害も否定はできないと思います．でも一番気になるのは，この方の B 型肝炎ウイルスマーカーです．もし，以前に B 型肝炎ウイルスマーカーが陽性であれば，de novo B 型肝炎を考慮しなければなりません．

後期 T(司会)：その通り！　MTX を開始する前には最低限，肝胆道系酵素や HBs 抗原，HCV 抗体を測定しておかなければならない．そして HBs 抗原が陰性だとしても，HBc 抗体および HBs 抗体を測定し，どちらかが陽性の HBV 既往感染者であれば，HBV-RNA の測定が必要です[1)]．Pit fall として，何年も前から MTX が導入されている症例や他の先生から引き継いだ症例の場合，肝炎ウイルスマーカーのチェックが漏れている時があります．そのような症例をみたら，必ず上記の検査を行うことが重要です．もし RNA が検出された場合は肝臓専門医と相談し，MTX 継続の是非の検討や抗ウイルス薬の投与を開始しなければなりません．理由は言ってくれた通り，de novo B 型肝炎が心配だからです．

初期 H：何ですか．そのフランス語みたいな肝炎は？

後期 T(司会)：de novo はラテン語で，あらためて，再び始まるという意味だよ．眠っていた B 型肝炎ウイルスが免疫学的均衡の破綻から，再活性化して肝炎を起こし，劇症化することが多いといわれている危険な肝炎だよ．詳しくは参考文献(1) をみてね．

後期 M：でも MTX はすでに中止されているので，de novo 肝炎の可能性は低いのではないですか？

後期 T(司会)：そうでもありません．de novo 肝炎は MTX を開始したり，増量する時は，みんな気をつけるんだけど，中止する時はうっかり忘れてしまう．

MTX を中止する時も de novo 肝炎のリスクはあるんだよ[2].

後期 M：そうだったんですか．MTX は開始する時も，中止する時も気をつけないといけないんですね．

後期 T（司会）：さて症例に戻ろうか．気になる B 型肝炎ウイルスマーカーはどうかな？

症例呈示 ② 検査所見

入院後，再度取り直した身体所見では，やはり関節リウマチを疑わせる手，指の関節炎以外に特記事項なし．指や眼瞼結膜に塞栓徴候なし．新たな心雑音なく，下腿浮腫なし．入院時みられていた皮疹は消失していた．

追加の検査所見では，HBs 抗体陰性，HBc 抗体陰性，Hbs 抗原陰性，HCV 抗体陰性

抗核抗体 40 倍（HOMOGE, SPECKL），抗 SSA/Ro 抗体 19.7（陽性）．抗体ミトコンドリア抗体陰性，抗 M2 抗体陰性．

腹部超音波検査では，肝臓の形態や内部に異常所見なし，胆管の拡張なし，胆嚢は腫大ないが，ごく少量の sludge のみ認められた．

入院 3 日目の血液検査：

WBC 3700，Hb 13.4，Plt 24 万，APTT 34 秒，PT% 96%，PT-INR 1.02，Alb 3.8

AST 213，ALT 381，ALP 672，γ GTP 176，T-bil 1.06，BUN 13，Cr 0.44，CRP 1.0

Discussion ②

指導医 ST：B 型肝炎ウイルスマーカーは本症例ではすべて陰性でした．入院後，安静臥床にて肝胆道系酵素は改善傾向です．本人はとてもけろっとしていて，症状は関節炎のみです．皮疹も消えてしまいました．さてどうしましょうか？

初期 H：やっぱりロキソニンが原因の薬剤性肝障害だったのではないですか．もう退院でもよいと思います．

指導医 ST：確かにそう見えなくもないね．他に検査は必要かな？

後期 M：PT 正常で肝性脳症もないので，劇症肝炎ではなく，少し安心できます．critical な疾患である de novo B 型肝炎も否定的です．無治療で改善しており，胆管炎も考えにくいです．画像上，肝膿瘍の可能性も低くなりました．いくつかの緊急な対応が必要な疾患は除外できましたが，見逃せない疾患である腫瘍の可能性は残ると思います．今後のデータ次第では腫瘍を念頭に置いた画像検索が必要になってくると思います．

後期 T（司会）：そうだね．ここまでくれば，MTX 服用は関係なさそうだね．関節リウマチ患者さんの肝障害の原因で頻度が多いのは薬剤性で，他は感染症，自己免疫機序，腫瘍，脂肪肝，アルコール性，その他と多岐にわたります．さらに，肝障害の原因は 1 つとは限らず，腫瘍が隠れていることもあり，腫瘍を否定することが重要だね．

症例呈示 ③ 入院後精査

原因検索目的に MRCP が施行された．胆道系の拡張はないが，下部胆管に defect があり，

胆泥や結石，腫瘍の可能性が否定できない所見であった．主膵管の拡張は認めず，肝内に明らかな腫瘤は指摘できず．造影 CT も施行された．乳頭部付近の下部胆管に内腔に突出する腫瘤状の構造あり．正常膵や乳頭の突出の可能性はあるが，総胆管癌の可能性は否定できない所見であった．

腫瘍マーカーは CEA 3.3 ng/ml と上昇なし，CA 19-9 は 53U/ml と軽度上昇あり．

以上の所見から，下部総胆管癌疑いにて 5 日後に ERCP が施行された．

ERCP では，乳頭部は正常で，胆管の狭窄や拡張は認めず，末端の陰影欠損は括約筋のスパズムと判断された．主膵管の異常もみられなかった．

以上より，下部胆管癌や IgG4 関連疾患の可能性は低いと考えられた．

ERCP の翌日に軽度の心窩部痛と嘔吐がみられた．AMY 上昇（1,300）がみられたため，FOY が 3 日間点滴された．心窩部痛や嘔吐はすぐに消失し，AMY は徐々に低下していった（1,300 → 1,100 → 240 → 90）．しかし，ERCP 施行の 4 日後（day 9）に急激に肝胆道系酵素が上昇（AST 520 → 1,590，ALT 527 → 1,577，ALP 630 → 772，γ GTP 231 → 322，T-bil 0.86）してきた．炎症反応は CRP1.3 と横ばいで，血小板や凝固も著変なし．症状は特になく，身体所見上も入院時と変化はない（図 1）．

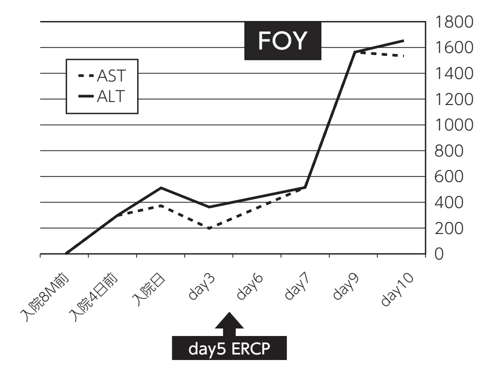


図 1　肝酵素推移①

Discussion ③

後期 T（司会）：さて困りました．ERCP では癌の可能性も低くなりました．ですが ERCP 後に，肝酵素が著明に上昇してきました．胆道系酵素の上昇もありますが，肝酵素の上昇がメインですね．どうしましょうか？

初期 H：これは FOY による薬剤性肝障害だと思います．ロキソニンの次は，FOY に当たってしまって，とても運が悪い人です！

後期 M：うーん．ERCP 後だから，処置や薬がわるさしていると考えたいですが，他の原因を考えなくてもいいのかな．たとえば，急性肝炎とか….

後期 T（司会）：そういえば，急性肝炎というカテゴリーでまだ議論されてこなかったね．急性肝炎というにはあまりにも症状がなくて，肝胆道系酵素が大した値でなかったというのが理由かな．急性肝炎の原因と症状は一般的にはどのようなものがあるかな？

表 1　急性肝不全の原因　ABCs

A	A 型肝炎ウイルス，アセトアミノフェン，アルコール，自己免疫性肝炎（Autoimmune），アデノウイルス
B	B 型肝炎ウイルス，バッドキアリ症候群
C	C 型肝炎ウイルス，サイトメガロウイルス（CMV），Cryptogenic
D	D 型肝炎ウイルス，薬剤性（Drug）
E	E 型肝炎ウイルス，EBV
F	脂肪肝（Fatty liver）：妊娠，ライ症候群
G	Genetic：Wilson 病
H	Hypoperfusion：虚血，敗血症，HELLP 症候群，HSV，Heat stroke Hepatectomy，Hemophagocytic lymphohistiocytosis
I	Infiltration by tumor

初期H：主に肝炎ウイルスが原因の急性の肝障害です．A，B，C，D，E型肝炎ウイルスがあります．症状は黄疸や発熱，食思不振，倦怠感が出ることが多いです．

後期T（司会）：そうですね．海外では急性肝不全の覚え方として，ABCsという覚え方もあるみたいだよ．さて何か当てはまりそうなものはあるかな？

初期H：あまりどれもぱっとしませんが，劇症化に注意しながら，上記のような原因を一つずつ検索していくしかないと思います．検索できるウイルスの抗体検査を提出します．あとはもう一度，病歴に戻り，食事歴を聴取したいです．

症例呈示 ④ 追加検査

追加検査でHA抗体陰性，EBV，CMV，HSV，VZVは既感染パターンであった．

セルロプラスミン正常，BNPは12と正常．原因は不明であったが，幸い劇症化することなく，肝酵素は低下傾向であった．原因検索目的に16日後に肝生検が施行された．

肝生検結果は非特異的な肝炎所見であり，原因として薬剤性，ウイルス性が考えられるという所見であった．肉芽腫病変や腫瘍の所見はみられなかった．

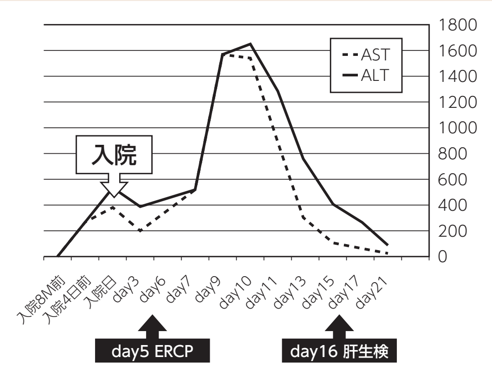


図2　肝酵素推移②

その後，経過観察のみで自然に肝胆道系酵素は正常化したため，21日後に退院となった．

Discussion ④

後期T（司会）：肝生検まで行いましたが，原因はわかりませんでした．結局，原因は薬剤性でよかったのでしょうか．

初期H：ロキソニンとFOYによる薬剤性肝障害でいいと思います．やはり『いつも心に薬と結核』の名言は生きてますね！

後期T（司会）：確かに両方とも添付文書にも肝障害があることは記載されています．しかしFOYによる肝障害は添付文書上0.1～1％未満となっており，そう多くはなさそうですね．他に意見がある人はいますか？

後期M：ちょっと待ってください．再度聴取した食事歴はどうでしたか？

後期T（司会）：やはり豚肉のレバーやホルモン，猪，鹿，馬肉の食事歴はありませんでした．強いて言えば，豚肉自体は好きでよく食べると言っていました．

後期M：E型肝炎は猪が有名ですが，実は豚が一番多いと聞いたことがあります．ですが，E型肝炎ウイルスは発症までの潜伏期が長くしっかり食事歴を覚えている人は少ないと思います．病歴でつめるのは，これが限界だと思います．抗体の結果はどうでしたか？

症例呈示 ⑤ 確定診断

退院後，提出していた IgA-HEV 抗体陽性が発覚.

日本では保険収載されているのが，IgA のみ（2011 年 10 月より保険収載）であり，保険の範囲内で検査を行うとなると，この検査に頼るしかない．E 型肝炎は 4 類感染症であり，診断してすぐに保健所への通達義務があるため，陽性の結果を受けて，保健所に連絡した．そして，血清・糞便中の RNA の検出を依頼し，genotype 3 型であることが判明した．肝酵素はその後の外来では肝酵素は正常化していた.

最終診断

genotype 3 による急性 E 型肝炎

解説 E 型肝炎

E 型肝炎の知識として，①あまり頻度は多くない（自分も見たことないし，経験した医者もそばにいない），②猪から感染する，③妊婦に感染すると危険，④慢性化しない，といった印象をお持ちではないだろうか.

E 型肝炎は 2011 年から IgA 抗体が保険収載され，報告例が急増しており，これまで多くの症例が見逃されてきた疾患である．今後，どの地域でも出会う可能性が高く，E 型肝炎の知識を新たにする必要がある.

1 つ目に頻度についてであるが，2011 年の IgA が保険収載されるまでは，年間報告例は 50 ～ 60 例であったが，2012 年からは年間 100 例を超えている．しかし患者数は正確には不明である．ある報告では，わが国の住民の約 500 万人は E 型肝炎ウイルス（HEV）の感染既往があり，年間約 12 万人が新たに HEV に感染していると推定されている．急性肝炎の患者数が年間 3 万人とすると，4％に相当する 1,200 人が E 型肝炎を発症していると想定されている [3).]

E 型肝炎がこれまであまり注目されてこなかったのは，HEV による急性肝炎はほとんどが無症状で肝障害も軽度で自然治癒することが多いためであろう．1 ～ 20％にしか症状は顕性化しないとも報告されているが，一旦黄疸などの有症状で発症した症例では，重症化（13％）や劇症化（4.3％）が多いとも言われている [4)].

またこれまでは薬剤性肝障害と診断された症例の中に，E 型肝炎が混じっていたこともわかってきた．薬剤性肝障害と診断された 3 ～ 13％は E 型肝炎であったという報告もある [5)]．原因として推測されるのは，E 型肝炎は無症状のことが多いため，急性肝炎という概念で考えることができず，今回のように薬剤の中止であたかも治癒しているようにみえるため，精査されてこなかったのが現状であろう．そのため，薬剤性肝障害と診断する前には，E 型肝炎のスクリーニングをすることが，見落としを防ぐことにつながると思われる.

症状が出る場合，一般的な急性肝炎の症状（肝脾腫，腹痛，吐き気，倦怠感，黄疸）や非特異的なインフルエンザ様症状（筋痛，倦怠感，関節痛）が多い.

E 型肝炎は genotype によっても臨床像が異なり，日本でみられる 3 型，4 型の中でも 4 型の方が重症化しやすい傾向がある [6)].

肝外症状（神経症状，再生不良性貧血，関節炎，じん麻疹）が出ることが知られており，特に

神経症状には注意が必要である．ギランバレー症候群や多発神経炎，ベル麻痺，横断性脊髄炎，けいれん，失調などが報告されているが，肝炎の治癒とともに軽快する例がほとんどである．これらは3型での報告例が多い[7)]．

今回の症例はじん麻疹，関節炎があり，どちらも非特異的だが，3型のHEVによる皮疹と関節炎，肝機能障害で発症した52歳女性の症例がLancetでも紹介されている[8)]．

2つ目に猪や鹿から感染するという感染経路についてだが，これを語る前にもう少しgenotypeについて知る必要がある．E型肝炎のgenotypeは1-4型まであり，大きく二つに分けられる．

1-2型はおもに発展途上国で流行し，ヒト－ヒト感染，水系感染，糞口感染で集団発生を起こすことがある．一方，3-4型は先進国を含む世界各地で，豚や猪，鹿などの野生生物から感染し，集団発生は起こりにくい．そのため，E型肝炎は海外渡航帰りの感染症と人獣共通感染症という二つの側面がある．輸血からのヒト－ヒト感染の報告例はあるが，非常にまれであり，感染経路の検索では海外渡航歴（特に東アジア，南アジア）と食事歴の聴取が重要となる．3-4型の多くは豚肉のレバーやホルモンの非加熱料理によって感染する．そのため，猪や鹿だけでなく，多くは豚肉料理で感染していることを知る必要がある．潜伏期間が2～8週のため，原因がつかめない例が多く，全国的には約半数は感染源が不明である[3)]．

3つ目に，妊娠とE型肝炎についてであるが，これは前述したように，genotypeによって異なる．妊婦（特に妊娠後期）が感染した場合，劇症化しやすく，死亡率が高いというのは，インドからの報告が多く，主に1型の場合である．我が国の報告では2009年に初めて妊婦への3型のE型肝炎の症例報告があるが，自然軽快している[9)]．

そのため，海外渡航歴のない妊婦がE型肝炎に罹患したとしても，3-4型がほとんどであり，多くは問題にならないことが多いが，慎重に経過を見る必要はあると思われる．

最後にE型肝炎の最近の問題についてであるが，3型の場合は慢性化する症例があるということである．

これまでは自然治癒し，経過は良好と考えられてきたが，免疫抑制状態にある人や化学療法中の人，臓器移植後，ステロイド内服中の人は慢性化する可能性がある．免疫が正常な人にも慢性化することもあるが，まれである．6か月以上，血中や糞便から中等度～高度のRNAが検出され，ALT高値がみられた場合，慢性E型肝炎と考えたほうがよい[5)]．

治療はガイドラインや確立されたものはなく，リバビリンやペグインターフェロンを併用して治療している症例が報告されている．しかしまずは，免疫を落としている原因の薬剤の減量を考慮することが重要である．

以上のようにE型肝炎はIgAが保険収載され簡単に診断ができるようになり，今後も増えていくことが予測される．病歴や食事歴，症状からは除外できないので，疑ったら抗体検査を行うことが診断の鍵である．正しく診断できれば，薬剤性肝障害や原因不明の肝障害といった漠然とした診断名の不安から開放され，本症例のような侵襲的な検査は不要となり，患者にも医者にもメリットがある．

諏訪塾ダイナマイトカンファレンス　明日あなたの臨床は変わる

2017 年 8 月 10 日　第 1 版第 1 刷 ©

監　　修　山中克郎　Yamanaka, Katsuo
編　　集　若林禎正　Wakabayashi, Tadamasa
発 行 者　宇山閑文
発 行 所　株式会社金芳堂
〒 606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地
振替　01030-1-15605
電話　075-751-1111(代)
http://www.kinpodo-pub.co.jp/
組　　版　株式会社 データボックス
印　　刷　亜細亜印刷 株式会社
製　　本　有限会社 清水製本所

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください．お取替え致します．

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1721-4

JCOPY ＜(社)出版者著作権管理機構 委託出版物＞
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています．複写される場合は，その都度事前に，(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください．

◉本書のコピー，スキャン，デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています．本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは，たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です．