

# 「Face-To-Faceの会」たより

第25号 2014年07月 発行：大阪市立大学病院「Face-To-Faceの会」 文責：平田一人（世話人代表） 連絡先：06-6645-2857 患者支援課

## ミニレクチャー

### 『B型・C型肝炎治療最前線 肝癌撲滅に向けて』

肝胆膵内科 准教授 榎本 大

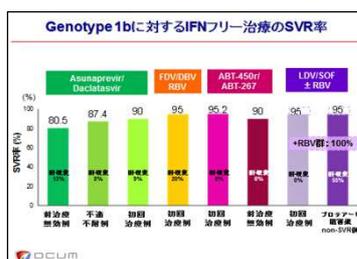
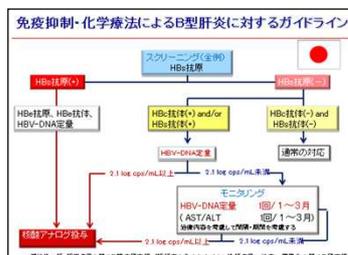
我が国では毎年約3万人以上の方が肝がんのために亡くなり、これはがん死亡原因の第4位を占めています。肝がんの70%弱はC型(HCV)、10%強はB型(HBV)、併せて約80%が肝炎ウイルスに起因しています。

HBV新規感染は1986年以降、母子感染防止事業により激減しましたが、最近ではジェノタイプA（欧米型）の性感染が増加し、慢性化することが問題となっています。治療にはペグインターフェロン(PEG-IFN)と核酸アナログを用いますが、それぞれ特性が異なる薬剤であり個々の症例に応じて使い分ける必要があります。IFNの効果は不確実ですが効果が得られれば長続きし、若年者に勧められます。核酸アナログの効果は確実ですが中止後の再燃が多く、長期投与が必要です。一方、HBVの完全排除は困難で、免疫抑制・化学療法時には再活性化に対する注意が必要です。

我が国のC型肝炎患者の約70%は1型高ウイルス量のIFN難治例です。2004年から難治例でもPEG-IFNにリバビリンを併用することで約50%、2011年には直接作用型抗ウイルス薬(DAA)を併用することで80%以上にウイルス排除が見込めるようになりました。DAAにはNS3阻害剤、NS5A阻害剤、NS5B阻害剤がありますが、近い将来には高齢などの理由でIFNが受けられない患者さんにも、複数のDAAを併用するIFNフリー治療が可能になる見込みです。今後、承認予定の新薬の情報も加味して、最適の治療を選択する必要があります。

**B型肝炎に対するIFNと核酸アナログの比較**

	IFN	核酸アナログ
投与経路	注射	経口
副作用	多	少
価格	++	+
ウイルス学的効果	低率(～20%)	高率(70%～)
投与終了後の再燃	低	高
投与期間	短期(～1年)	長期(1年～)
耐性	-	+



## 症例呈示

### 『不明熱の診断に画像診断が大きく寄与した1例』

放射線科・放射線治療科 講師 竹下徹

不明熱の診断に画像診断が大きく寄与した肺外結核の1例を発表いたしました。結核は疑わなければ診断できない疾患と言われるように、日常診療の現場では結核を念頭におかなければ診断が遅れがちになります。注意を促したく、今回提示させていただきました。

さて、わが国の結核の現状は、1999年7月に「結核緊急事態宣言」が出された後、緩やかながら改善傾向を示してきていますが、その減少率は近年鈍化してきています。2012年の1年間に新たに結核として治療を開始し、保健所に登録された新登録患者は2万1283人で、罹患率は人口10万人に対して16.7人でした。新登録患者の大半(約80%)が肺および気道に病巣を有する肺結核で、残りが肺外結核です。肺外結核の罹患臓器としては、胸膜、リンパ節、脊椎・その他の骨・関節、腎・泌尿生殖器、中枢神経系、喉頭等で、最も多かったのは結核性胸膜炎で3,653例(10万対2.86)、次が肺門リンパ節以外の「他のリンパ節(主に頸部リンパ節)結核」1,038例(10万対0.81)となっています。2012年の新登録患者の半数以上が70歳以上を占めており、近年は結核患者の高齢化が問題となってきています。今の欧米並みの結核低蔓延国(結核罹患率が人口10万対10以下)に達するまでには今後20年はかかると予測されています。都道府県別の罹患率でみると大阪府は最も高く、日常臨床においては、今後も結核に関して注意を怠らないことが肝要であると思われます。

#### 結核の新登録患者数(2012)

病類：部位	総数
肺	16,826
気管支	107
肺結核 総数	16,933
肺外結核 総数	4,350
新登録結核患者総数	21,283

患者の半数以上が70歳以上！

#### 結核の新登録患者数(2012)

※ 1人で2つ以上の結核を合併している例があり、各病種の新登録数は重複して数えられている

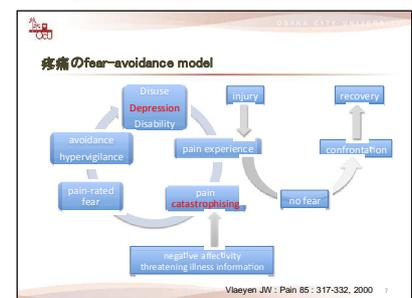
病類	総数	病類	総数
喉頭・喉頭結核	46	脊椎結核	255
播種性結核(粟粒結核)	608	その他の骨・関節結核	157
結核性胸膜炎	3,653	腸結核	348
結核性肺胸	63	腎・尿管結核	82
結核性腹膜炎	176	生殖器結核	20
結核性心膜炎	80	皮膚結核	97
肺門・縦隔リンパ節結核	134	眼の結核	34
その他のリンパ節結核	1,038	耳の結核	16
結核性髄膜炎	152	その他の臓器の結核	166

### 『原因不明の疼痛に対する精神科的介入』

神経精神科 講師 松田泰範

疼痛はその原因により、侵害受容性疼痛、神経因性疼痛、心因性疼痛に分類されるが、いずれにも分類されない原因不明の疼痛も存在する。心因性疼痛と診断するには心因の同定が必要であるが、慢性疼痛患者の心理的特徴として否認・抑圧などの防衛機制を用いることから、心因が同定できないことも少なくない。精神科に紹介を考慮すべき状況として、疼痛以外に希死念慮や幻覚妄想が存在しうつ病や統合失調症が疑われる場合、疼痛が著しく強いまたは広範囲な場合、めまい、呼吸苦、動悸など多彩な身体化症状が併存する場合、SDSなど不安・抑うつに関する評価尺度の得点が高い場合などがある。その際には、疼痛の原因を探索することだけでなく治療効果を最大に得ることが目標であること、身体科でも引き続き並行して経過をみることなどを伝えると、精神科との連携による治療が奏功しやすい。

症例は50代の女性、身体的精査を行っても原因不明の腰部と下肢の疼痛が持続し、近医よりうつ病を疑われ当科紹介受診となった。当科では疼痛の原因を明確にすることでなくADLを向上させることを治療目標とした。痛み⇒破局的解釈⇒恐怖⇒回避行動⇒抑うつ⇒痛みの悪循環について説明し、行動活性化を用いるなど認知行動療法的アプローチを行った。



次回開催のお知らせ 第26回Face-To-Faceの会  
平成26年11月15日(土) 15:00~17:00 於:大阪市立大学医学部附属病院 5階講堂