

## 肝臓週間 (5/19～5/25) に因んで



ハートライフ病院 消化器内科 仲吉 朝邦

### 肝臓週間とは

肝疾患についての正しい知識と、予防についての知識の普及を目的として、2001年度から日本肝臓学会により企画されているもので、今年5月19日～25日が「肝臓週間」に当てられています。これを機会に皆さんも肝疾患について知識を深め、興味を持っていただければと思います。

### 肝細胞癌のハイリスク群

日本において原発性肝癌による死亡者数は年間約3万5千人に達し、この20年間で2倍以上に増加しています。2000年以降は横ばい傾向が見られていますが依然として患者数、死亡数が多く十分な対策が必要です。原発性肝癌の9割がウイルス性で、そのうち8割がC型、2割がB型肝炎ウイルスによるものです。

C型肝炎の場合は、男性が女性に比べ約2倍で、年齢が高くなるほど増加し60～70才台にピークがあります。初期の慢性肝炎からの発癌は比較的まれですが、病期が進行し肝の線維化(F0～F4で示されます)が進むほど発癌率が増大します。F1(軽度)では年率0.5%ですが、F4(肝硬変)では年率7%と極めて高率になります。従って臨床の場では現在どの程度の線維化であるのかを把握することが重要です。線維化は血小板数である程度推定が可能で、血小板数15～18万でF1(軽度)、13～15万でF2(中等度)、10～13万でF3(高度)、10万以下でF4(肝硬変)に相当します。

B型肝炎の場合は、男性が女性に比べ約4倍で、C型より約10才若い50才台にピークがあります。B型でも肝硬変からの発癌が当然多い

のですが、C型と異なり比較的線維化が軽い状態からの発癌もたびたび見られます。B型慢性肝炎の大多数はHBe抗原が消失しHBe抗体が出現すること(HBeセロコンバージョン)によって肝炎が沈静化しますが、発癌はセロコンバージョン後におこることの方が多いので肝炎が沈静化しても、肝機能検査や超音波による定期的な経過観察を継続することが必要です。

### ウイルス性慢性肝炎の治療方針

厚生労働省よりB型およびC型慢性肝炎治療ガイドラインが示されています。

B型では年齢(35才未満/35才以上)、ウイルス量( $10^7$ コピー未満/ $10^7$ コピー以上)、セロコンバージョンの有無によりインターフェロン(注射)かエンテカビル(内服)かに分けられています。

C型では治療歴(初回治療/再治療)、ウイルスの型(グループI/グループII)、ウイルス量(高ウイルス量/低ウイルス量)によってインターフェロン単独療法かリバビリン併用療法に、投与期間も48週間か24週間か等に分けられています。これらの治療によりウイルスの完全消失と肝機能の改善が得られた症例では、未治療の症例や無効例に比べて明らかに肝癌の発生が抑制されます。また、たとえウイルスの消失が得られなくても治療中肝機能が改善した症例は肝硬変や肝癌への進行が抑えられることがわかっています。最近、ALT(GPT)値正常でもウイルスが持続感染していれば慢性肝炎へ進行することがわかり、ALT値(30IU/ml以下/31～40IU/ml)、血小板数(15万以上/15万未満)によって経過観察を行うか治療開始すべ

きかの方針もガイドラインに示されています。

慢性肝炎を沈静化させることによって肝硬変への進展を抑制し、肝臓の発生が抑制されます。すなわち、慢性肝炎の予後を改善させることが可能です。治療方針決定の際には肝臓専門医へご相談ください。

**非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD)**

飲酒歴がない(男性 $\leq 30g$ /日、女性 $\leq 20g$ /日)にもかかわらず、アルコール性肝障害に類似した肝障害が起こることがあり、これらを総称して非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) といいます。NAFLDには単純性脂肪肝や脂肪性肝炎 (NASH) などが含まれます。過栄養・運動不足などによって脂肪肝となり、インスリン抵抗性、酸化ストレス等によって脂肪肝に炎症が加わった状態(脂肪肝+肝炎)がNASHです。NASHの診断には肝組織検査(肝生検)が必要です。わが国では成人の8%がNAFLDと推定されています。脂肪肝の10%にNASHがみられ、NASH症例の5~10年間の経過観察で5~20%に肝硬変への進展が見られ、さらに肝臓を発症したとの報告があります(図1)。

沖縄県では全国に比べBMI25以上の肥満者の割合が高くメタボリック症候群の増加が危惧されていますが、同様にNAFLD/NASHについても増加することが予想され、NASH由来の肝硬変、肝臓の増加も十分予想されます。

検診で軽度肝機能障害を伴う脂肪肝を指摘された場合、自覚症状がなく周囲にも同様の指摘を受けたことのある人が多いため、受診者の大半は病識がなく肝臓の病気とは思っていません。また医療者側も「程度が軽いから」「脂肪肝のせいだから」と対応しがちです。そのため要精査者が必要な精密検査を受けずに病期の進行につながってしまう可能性が指摘されています。決して放置せず、予後の説明などによって動機つけや教育を行うことが必要です。ALT (GPT)  $\geq 80$  IU/L、ヒアルロン酸や4型コラーゲン7S等の線維化マーカー上昇を伴う脂肪肝の場合はNASH診断のため肝臓専門医にご紹介下さい。

平成20年3月1日現在の沖縄県の日本肝臓学会会員数は62名で、そのうち肝臓専門医は11名です。この数は他県と比べても明らかに少なく(例えば九州では福岡241名、佐賀37名、長崎40名、熊本51名、大分30名、宮崎22名、鹿児島50名)、本県より人口の少ない佐賀県や宮崎県の1/3~1/2しか肝臓専門医がいないことを示しています。肝疾患患者の教育や治療、検診で肝機能障害を指摘された方の指導はまだ十分ではないと思われます。肝臓週間には講演会も企画されていますのでぜひご参加いただき、肝臓に興味をもたれた(すでに持っている)特に若手の先生方には肝臓専門医を目指していただければと切望します。

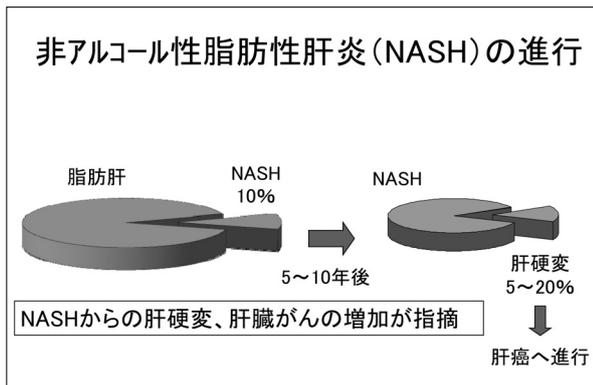


図1

## 世界禁煙デー (5/31) に寄せて

### ～無煙社会に向けての小児科医の役割～



敬愛会ちばなクリニック小児科 池間 尚子

#### はじめに

今年2008年の世界禁煙デーのテーマは“Tobacco-Free Youth”です。ニコチン依存症は“pediatric disease (小児科疾患)”とされていますが、それは患者の多くが10代の小児期に喫煙を開始し、喫煙開始年齢が若い程ニコチン依存症になりやすく離脱しにくいからです。また、喫煙は受動、能動にかかわらず、母体の中にいる胎児にまで取り返しのつかない健康被害を及ぼします。子どもたちの現在と未来をタバコの害から守ることは、私たち大人の急務のはずですが、無煙社会実現には程遠いのが現実です。実は私自身、タバコ問題に関心を持ち何か行動しなければと考えるようになったのはごく最近のことで、実践については全くの初心者です。経験豊富な先生方が多数いらっしゃる中で分不相応で恐縮ですが、今後のエールも込めて、無煙社会に向けての小児科医の役割について考えてみたいと思います。

#### 無煙社会実現のためには小児科医の努力が不可欠

1900年20歳未満の喫煙を禁じた「未成年喫煙禁止法」が制定され、100年以上の間未成年者の喫煙は法的に禁止されてきました。しかし、10代の約半数(男子56%、女子44%)が喫煙を経験したことがあると答えています。喫煙経験前の子どもたちに徹底した喫煙予防教育を行い、未成年喫煙者の早期発見・早期治療を行えば、ニコチン依存症患者や200を超えるといわれる喫煙病による死亡や後遺症を劇的に減少させることができるはずですが、そこで、私たち小児科医の出番です。小児科医は、日夜子どもたちとその保護者と向き合っています。つまり、

子どもと保護者の両方にアプローチできるチャンスが与えられています。さらに、2006年日本小児科学会により「小児科医は子ども達が成人するまで見守ります」という提言がなされ、小児科医が10代後半の子どもたちの健康問題に積極的に取り組む事が求められていますので、不幸にして喫煙を開始してしまった子どもたちの禁煙指導や治療も、小児科医の役割の一つと言えます。喫煙の一次、二次、三次予防全てに関わる小児科医は、無煙社会の実現のために欠かせない存在だと思います。

#### 小児科医の役割

小児科医として実践できる事を考えてみたいと思います。

#### 1. 日常診療の中で～主に受動喫煙について

厚生労働省の定義では、受動喫煙とは「室内又はこれに準ずる環境において、他人のタバコの煙を吸わされること」です。「他人のタバコの煙」(環境タバコ煙)は、4,000種類以上の化学物質を含み、強力な発癌物質であると同時にさまざまな健康被害をもたらします。子どもたちへの被害は、母体の受動・能動喫煙により出生前から始まります。胎児期の曝露は、胎児期の成長発達を阻害して流産や早産、低体重出生などを増加させるだけでなく、肺機能低下や発達遅滞、ADHDなどの神経行動学的問題、肥満の助長など、出生後の健康状態や成長発達にまで悪影響を及ぼすことが分かってきています。さらに出生後曝露により、乳児突然死症候群や気道感染症、中耳炎、喘息などが、子どもたちに襲いかかります。このような被害から子どもたちを守るために、日常診療の中で出来る

事を挙げてみたいと思います。

1. 診療室あるいは待合室にタバコの害についてのポスターやパンフレットを置いて、情報を提供する。
2. 初診時間診で、家族内や周囲の喫煙者の有無や環境タバコ煙に接する可能性のある場所への立ち寄りの習慣などをたずねる。
3. 肺炎や喘息、中耳炎に罹患した子どもたちの保護者には、タバコと病気の関連について伝え、喫煙者がいれば積極的に禁煙を勧める。また、喫煙所はもちろん、禁煙でないレストランなど受動喫煙の被害にあう可能性の高い場所へ近寄らないよう指導する。

診療の中で喫煙を話題にするよう心がけていますが、保護者の反応はさまざまです。母が喫煙者の場合など嫌な顔をされることもあります。「今度父親を連れてきたら話をして下さい」と言われる事もあります。しかし、限られた診療時間内での指導には限界があります。来院という折角のチャンスを逃さず十分な禁煙指導を行うためには、看護師の協力や内科禁煙外来との連携など、体制を整える必要があると思います。

## 2. 小児喫煙者への禁煙支援外来の立ち上げ

能動喫煙している子どもたちは加害者であると同時に、最も深刻な被害者です。喫煙開始が若年であるほどニコチン依存症になりやすく治りにくく、さらに親となって次の世代に健康障害を残す危険性もあります。そこで当クリニックでは、日本禁煙学会認定指導者（喜納美奈子看護師、清水隆裕医師）の指導と協力を得て、小児禁煙支援外来開設を計画しています。ニコチン依存症の禁煙は、ヘロイン中毒者のヘロインからの離脱と同じくらい困難だと言われています。また、若年者が禁煙に成功するまでには、平均7回の禁煙失敗歴があるそうです。子どもたちの禁煙を成功させるためには、粘り強く支援を継続することが不可欠で、その方法を検討中ですが、地域からの要望もあり、できるだけ早く体制を整えたいと考えています。

## 3. 地域の中での禁煙活動へ

無煙社会の実現には、地域との積極的な連携が不可欠だと思います。例えば、乳幼児健診で保健所と協力して、親に対する教育や喫煙者への禁煙指導、地域の禁煙外来への案内などを行ったり、学校医として教育機関と連携して、子どもたちへの防煙教育や学校とその周辺の無煙化に協力することなどです。また、母親学級やその他あらゆる機会を捉えて、子どもの能動・受動喫煙に対する社会全体の関心を高める啓蒙活動も重要です。とは言え現実的には、目の前で明らかに未成年と思しき少年が煙をくゆらせる姿を見かけても、声をかけることも出来ません。まずは私たち自身が、日頃から地域の中で禁煙活動ができるよう、十分な知識とスキル、実行する勇気を身につけて行く必要があると思います。

### おわりに～タバコ問題、そして「思春期診療」

ここまで、タバコ問題について初心者なりに考えてみました。

最後に「思春期診療」について付け加えさせて頂きたいと思います。私は以前、国立成育医療センター総合診療部思春期診療科に勤務していました。「思春期」というごく若い時期に引き起こされた身体的・心理的・社会的健康障害が、その後の長い人生の健康状態を左右するだけでなく、次の世代へ危険を及ぼす可能性があることに気づかされ、その影響の大きさに愕然としました。思春期の子どもたちはチャレンジ精神や独立心に富んでいる一方で、危険を認識したり自分の行動の結果や影響を予測する「認知機能」が未熟なため、人生の中で最も危険な行動を起こしやすく後遺障害も引き起こしやすいといわれています。海外では、小児科医を中心とした総合的なチームで診療を行う「思春期診療科」が、小児科の一分野として確立されています。このタバコ問題を足がかりにして、医療・保健・教育などの多分野が連携して、飲酒や不適切な性行動など思春期の危険行動全般にかかわる体制を整備する一助として行ければと思います。

## はしか0プロジェクトの最新情報

—はしか0キャンペーン週間(5/11～5/17)に寄せて—

沖縄県はしか0プロジェクト委員会 委員長 知念 正雄



### はじめに

2006年～2007年の関東一円における成人麻疹の流行は、国の予防接種行政に大きな転換をもたらした。2012年麻疹排除を目標として、2008年4月より5年間にわたる中1・高3の生徒に対する補足的MRワクチン接種が開始されることになった。本県におけるはしか0プロジェクト活動の現状を報告し、5月11日～17日に実施されるはしか0キャンペーン週間への会員の皆様のご協力をお願いする次第である。

### 1) 2006～2007年麻疹全数把握の状況

2008年1月より麻疹は全数把握疾患になり、麻疹と診断した全ての医師は可能な限り24時間(～7日間)以内に地域保健所へ届け出ることが義務づけられた。本県においては2003年から麻疹全数把握事業を実施しており、表1に示される如く各医療機関が麻疹疑い例を速やかに報告し、地域保健所と県衛生環境研究所の迅速な対応による病原診断が確実に実施されている。検体提出率が95%以上になっていることは、全数把握事業に対する周知性、受容性が高く、本県におけるサーベイランスシステムが定着して施行されていることを示している。2006～2007年は、首都圏における成人麻疹の流行に大きな関心と注意が向けら

表1. 全数把握事業による麻疹発生報告

年 (1,1231)	2005 平成17年	2006 平成18年	2007 平成19年
報告数	28例	59例	132例
確定診断されたもの (報告数に対する割合)	0例	18例(31%)	22例(17%)
ウイルス学的検査 PCR陽性 ウイルス分離 遺伝子型	1例 1例 (ワクチン株)	18例 16例 D5:18例	20例 4例 D5:20例 ベア血清上昇2例
検体提出率 (検査数/報告数)	93% (26/28)	97% (57/59)	95% (126/132)

れ、多数の疑い例が報告された。

本県では2005年に麻疹発生0を達成したが、2006年は疑い例の報告数が59例に増えて確定例は18例となり、2007年は132例の疑い例のうち22例に麻疹が確定された。確定例の殆どは移入麻疹例からの2次・3次感染であり、遺伝子型は全てD5、塩基配列も関東での流行例とほぼ一致していた。

### 2) 移入麻疹の発生事例

#### (1) 修学旅行生からの麻疹発生

2006年11月に東京からの修学旅行生331名の集団から4名の麻疹患者が発生した。来沖2日目に3名の有症者が南部地域の診療所に受診し、麻疹が疑われて南部保健所へ届出がなされた。報告した診療所は、院内感染の拡大を防止するために午後の診療を中止した。このことは敬服に値する英断である。発生報告の24時間後にPCR陽性が判明し、県健康増進課と保健所は修学旅行生に対して、健康調査や有症者の病院受診、患者の入院管理など各方面にわたる調整を行い、修学旅行に最大限の配慮を払いつつ感染拡大阻止の対策を実施した。中部地域で他に1例の発生が出たのみで、修学旅行生以外の発症が見られなかったのは大きな成果であった。この事例では、修学旅行出発の1～2週間前に麻疹に罹患した生徒が2名いたことが明らかにされた。学校現場における麻疹に対する危機管理意識が極めて低いことは否めない。校医は健診のみならず日常的に学校現場との密接な連携をとり、感染症に対する学校内の危機管理体制を確立しておく必要がある。

#### (2) 中部地域におけるアウトブレイク(図1)

2007年10月に中部福祉保健所管内におい

て、32歳の症例が報告された後に家族内で4例、病院内感染で4例が確定診断された。小児は1例のみで、他はすべて成人であった。この事例では初発例の感染源が不明であったが、たまたま小児科診療所を受診した患児家族の情報から、関東へ旅行歴のある成人麻疹患者が9月末頃にいたことが判明し保健所が追跡調査をしたところ、症例の血清学的検査でリンパ球のPCRは陰性であったが、PA値8,192倍以上、IgM6.75と上昇していて、最近の麻疹罹患が証明され、本例が一連のアウトブレイクの感染源であると断定された。感染源症例の受診医療機関からの報告がなされなかったのは残念であるが、本県におけるサーベイランスシステムの威力が発揮された事例であり、保健所による健康観察追跡者数は1,400名を越えた。

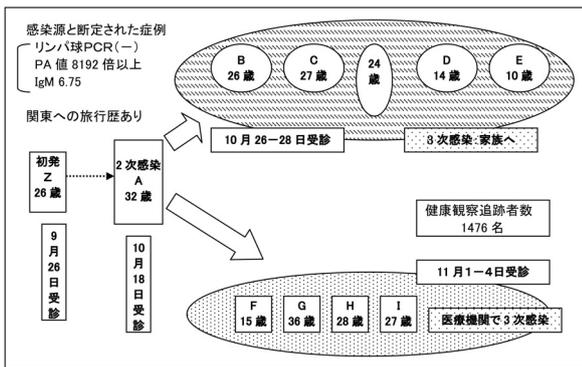


図1. 中部福祉保健所管内におけるアウトブレイク

### 3) 最近の麻疹の特徴

#### (1) 成人麻疹が多い—麻疹は内科医の領域となった

2007年に麻疹確定した22例のうち、15歳以上の成人麻疹が20例で大部分を占め、小児は2例のみでいずれも家族内感染(母親・兄から)である。この様に最近の麻疹では成人の発症が多く、ワクチン歴がないか、或いは不明例が1回接種者を上回っている。成人麻疹では行動範囲が広いため、多くの接触者を生じさせ、しかも症状に差異がみられて、診断が遅れることが多い。したがって感染拡大阻止対策には大きな労力を必要としている。麻疹はもは

や小児科医だけではなく、内科医の領域にもなっていることを充分認識して毎日の診療にあたる必要がある。

#### (2) 移入麻疹が多くみられる。

本県における散発例や地域におけるアウトブレイクでは、流行地域へ旅行歴のある者からの麻疹発症が多く、日常診療における感染予防に対する意識を高めておく必要がある。移入麻疹からの感染を防止するには、県内におけるワクチン接種率を向上させ、地域免疫力を高めておくことが重要である。平常時におけるワクチン接種勧奨の意義は大きい。

#### (3) 医療機関での感染が6割を占める。

感染を拡大させる場所としては医療機関が多く、院内感染の占める割合は40～60%となっている。25分間の院内滞在接触で感染発症した事例の報告もあり、有症者の病院(診療所)受診では受付窓口でのトリアージが重要である。さらに、医療職だけでなく事務職その他の職員のワクチン接種歴・免疫抗体保有の有無確認は、施設管理者の社会的責任となってきた。

#### 4) 中学1年生(3期)、高校3年生(4期)に対する補足的MRワクチン接種

国の2012年麻疹排除の計画により、2008年4月1日より、従来の1期・2期の定期接種の他に中学1年生(3期)、高校3年生(4期)に対して5年間にわたる補足的MRワクチン接種が定められた。この年齢の対象者は内科・産婦人科の病院・診療所を受診する機会も多く、それぞれの立場でのワクチン接種の積極的勧奨と接種が望まれる。

#### おわりに

本県における麻疹全数把握事業の現状と課題について報告した。麻疹が“子どもの病気”から“大人の病気”になったことを充分認識して、小児科のみならず内科・産婦人科を含めたすべての科の病院・診療所の日常診療の中で、麻疹・風疹混合(MR)ワクチン接種の勧奨を積極的に推進していただきたい。