



薬物性肝障害が原因として疑われる 急性肝不全の一例

平成29年度
13班 66番 田中智大





現病歴、身体所見のまとめ

〇〇歳 男性

意識清明

リンパ節腫脹 (-)

眼瞼結膜: 貧血 (-)

眼球結膜: 黄染 (+)

アンモニア臭 (-)

甲状腺腫大 (-)

HR: 94, BP: 115/62

Heart: 心音正常、no murmur

Lung: 呼吸音正常、no rale

肝: 肋骨弓下に1-2cm触知
黄疸 (+)、腹水 (-)

腹部: 平坦、軟
圧痛 (-)

腸蠕動音亢進

血管雑音 (-)

脾・腎触知しない

腫瘤触知しない

クモ状血管腫 (-)

手掌紅斑 (-)

羽ばたき振戦 (-)

下腿浮腫 (-)

- ・生肉の摂取なし
- ・3か月以内の性交渉なし
- ・輸血歴なし
- ・刺青なし

【現病歴】

201X年8月16日: アトルバスタチンCa錠処方

8月22日頃: 全身倦怠感出現

8月30日: かかりつけ医が皮膚黄染指摘、前医に紹介入院

8月31日: PT38%に低下し、当院へ救急搬送

【入院時所見】

BT: 36.2°C, SpO2: 99% (room air)

【生活歴】

飲酒歴: 2014年までビール1.5L/日

喫煙歴: 20本/日 x 43年

【家族歴】

兄: 腎疾患(詳細不明)

【既往歴】

胃潰瘍、心房細動、脂質異常症

【アレルギー】なし

【内服】

(2年以上前から)

ファモチジン(ヒスタミンH2受容体遮断薬)

リバーロキサバン錠

(選択的 direct 作用型大Xa因子阻害剤)

(2017年8月16日から)

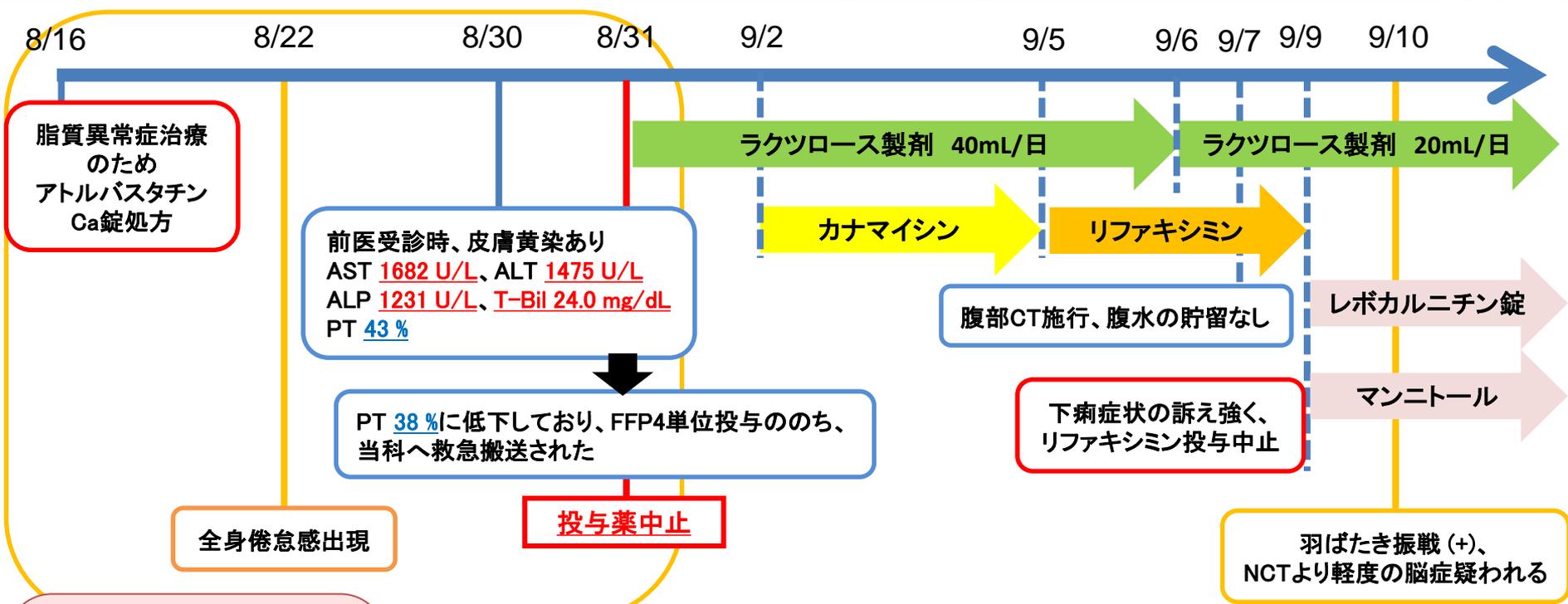
アトルバスタチンカルシウム錠

(2017年8月28日から)

ベルベリン塩化物水和物・ゲンノショウコエキス配合錠(止瀉薬)



臨床経過



・初発症状出現から8週以内にPTが40%以下に低下
・肝性脳症は認められない
→急性肝不全非昏睡型

	8/31	9/2	9/6	9/10
AST (U/L)	<u>1038</u>	<u>840</u>	<u>393</u>	<u>282</u>
ALT (U/L)	<u>1047</u>	<u>863</u>	<u>532</u>	<u>343</u>
NH ₃ (ug/dL)	61	<u>123</u>	<u>116</u>	<u>172</u>
T-Bil (mg/dL)	<u>22.0</u>	<u>23.0</u>	<u>32.4</u>	<u>33.3</u>
PT (%)	<u>38</u>	<u>44</u>	<u>44</u>	<u>38</u>



急性肝不全の成因として鑑別すべきもの

ウイルス性

A型: HAV-IgM (-)
B型: HBs抗原 (-)、HBV-DNA (-)
C型: HCV抗体 (-)、HCV-RNA (-)
E型: IgA-HEV (-)
CMV: CMV-IgM (-)
EBV: VCA-IgG (-)
より否定的

代謝性

甲状腺機能亢進症
Wilson病

甲状腺腫大なし、FT3・FT4正常
血清Cu、セルロプラスミン正常
より否定的

自己免疫性 (急性発症型)

抗核抗体、抗ミトコンドリア
抗体陰性、IgG低値より否定的

悪性腫瘍の 肝浸潤

CT、エコーで
悪性腫瘍所見なし

循環障害

血圧低下なくショックなし

薬物アレルギー

ALT値、ALP値より**肝細胞障害型**

薬物リンパ球刺激試験(DLST)の結果、リバ
一口キサバン錠、アトルバスタチンCa錠、ベル
ベリン塩化物水和物・ゲンノショウコエキス配
合錠が陽性となった。

アトルバスタチンCa錠による薬物性肝障害は
2007年からの7年間で135例報告されており、
そのうちの4例で劇症肝炎/肝不全となった。

DDW-J 2004ワークショップの診断基準では
11点となり、薬物性肝障害である「**可能性が**
高い」と判定できる。

今後の治療方針

肝移植は実施困難である。

肝補助を行い、肝性脳症への進展がみられる場合は血漿交換も考慮する。