

消化器now^{ナウ}



発行所:財団法人日本消化器病学会
〒104-0061
東京都中央区銀座8丁目9番13号
発行人:菅野 健太郎
編集責任:広報委員会
制作:株式会社 協和企画

日本消化器病学会の健康ニュース 2009.No.45



後期高齢者医療制度に思う

京都大学医学部附属病院
地域ネットワーク医療部教授

横出 正之



昨年4月から、75歳になるすべ
ての国民は、自動的に国保や健保
などを離れ、「後期高齢者医療制度
(長寿医療制度)」に組み入れられる
ことになりました。保険者は各都
道府県の広域連合で、医療給付費
の約5割が自治体の公費(税金)、
約4割が現役世代の医療保険、残
り1割が高齢者自身の保険料で賄
われます(現役並みの所得者は3割
負担)。ただ、この保険料の徴収を
年金からの天引きを基本としたこ
と、今まで保険料が免除されてい
た雇用保険の被扶養者にも支払い
義務が生じたことなどで、開始当
初から多くの混乱を招いたことは
記憶に新しいことと思います。

政府は制度導入の理由を、後期高
齢者の健康、ケアのあり方を重視
したためと述べていますが、背景
に高齢者医療費の抑制政策がある
ことは間違いないようです。

この制度で始められた「高齢者担
当医」は、患者を1人で継続的に診

る医師です。この担当医は、行う
検査の内容や数にかかわらず診療
料が定額に抑えられていて、それ
を超えるとは担当医側の持ち出しに
なります。また複数の慢性病を抱
える患者でも担当医は1人なの
で、他の医療機関とどう連携をと
るかなどの問題が生じています。

このように、後期高齢者医療制
度には検討し改善すべき課題が少
なくありません。制度導入時には
高齢者の保険料負担問題に関心が
集中しましたが、忘れてはならな
いのは、この制度の経費の9割が
自治体公費と現役若年層の保険料
に依存していることです。高齢者
がより良い医療を受けるための制
度作りは重要なことですが、今後
さらに後期高齢者が増えていくな
かで、現役世代も、いかに自分た
ちの将来の健康を守るのか、豊か
な長寿社会に向けてのセーフ
ティ・ネット(安全網)のあり方を
考えることが重要だと思います。



- 2頁対 談 アスヒリン療法による胃腸傷害の不安に答えます
- 4頁くすりピロリ菌
- 6頁Q&A 便に血が混ざったときの検査は C型肝炎から肝がんになるのを防ぐには
- 7頁情報 広く切離できる内視鏡「ESD」 市民公開講座
- 8頁検査 肝生検

ずばり
対談

消化器内科医×神経内科第一線医の学際的対話

アスピリン療法による 胃腸傷害の不安に答えます

東京女子医科大学神経内科教授

内山真一郎氏

日本消化器病学会広報委員会前副担当理事
日本医科大学消化器内科教授

坂本 長逸氏

低用量アスピリン療法を中心とする抗血小板療法は、脳血管障害や心血管障害の有力な治療および再発予防法です。なかでも、近年の脳血管障害死亡の減少には、本療法の普及が大きく寄与しているといわれます。その一方で、アスピリンなど非ステロイド性消炎鎮痛薬の使用が増えるに従い、消化管(粘膜)傷害が大きな問題になってきました。今回は、脳血管障害治療の権威・内山真一郎先生をお招きして、胃腸を保護しながらアスピリン療法を上手に進めていくための対策について話し合います。(坂本長逸)

保険収載で飛躍的に普及

坂本 高齢化社会を迎え、生活習慣病の増加もあって、脳や心臓の血管障害が増えています。その再発予防にアスピリン(サリチル酸)などの抗血小板薬が広く使われています。まずアスピリン療法の歴史をお尋ねします。

内山 ヒポクラテスが紀元前に鎮痛目的でサリチル酸を含む柳の葉を煎じて患者に飲ませた記録が残っています。約半世紀前からはアスピリンの抗血栓作用が目ざ

塞を中心としてアスピリン療法の実際を説明してください。

救命治療を優先します

内山 アスピリンは、脳梗塞のうち太い血管に起こるアテローム血栓性脳梗塞、脳の深部の穿通枝細い脳血管)に起こるラクナ梗塞に有効です。急増中のアテローム血栓性脳梗塞の発生機序は、粥腫斑(プラーク)の破綻を契機に形成される血小板血栓が脳の主幹動脈を閉塞して脳梗塞が起こります。発症後には血小板の凝集を抑えるアスピリン少量(1日75mg、100mg)を

れ始め、血管障害用薬として研究が始まりました。1970年代には厳格な臨床試験により心筋梗塞再発(二次)予防効果などが明らかになりました。その後も国際的な大規模研究などが行われ、アスピリンの有効性は証明されています。一次予防に関する証拠は、まだあまり揃っておりません。

坂本 2000年にアスピリンが健康保険で虚血性脳血管障害(脳梗塞)、虚血性心疾患(心筋梗塞)などの血栓予防に使えるようになり飛躍的に普及してきましたね。脳梗

塞は、心原性脳塞栓症は心臓にできた血栓が主に心房細動により頸動脈経路で脳に達し脳動脈で詰まって発症します。再発予防には心臓にできるフィブリン血栓を予防する長期使用タイプの経口抗凝

内山 真一郎
(うちやま しんいちろう)



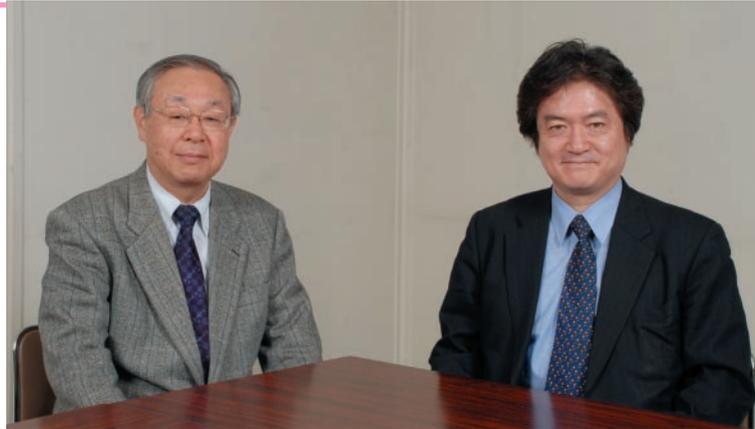
昭和49年、北海道大学医学部卒。同51年、東京女子医科大学神経内科助手。同56～58年、米国メイヨークリニック研究員。同62年、東京女子医科大学神経内科講師。平成13年、同教授。同20年、同主任教授。研究分野は脳卒中、血栓止血学、臨床神経学。日本脳卒中学会・血栓止血学会・脳ドック学会などの理事。

血薬ワルファリンを使います。アスピリンの脳梗塞再発予防効果は20～25%です。4～5人に1人は再発しないということです。

坂本 アスピリンは、安価で大量に使えるので医療経済の面から見ても優れた薬剤であり、いま、400万人を超える患者が飲んでいるといわれます。ただ、最近、消化器内科は消化管傷害をかなり問題視するようになってきました。常用患者の1%くらいに消化管出

血が起こるといふデータがあり、日常診療でもアスピリンによる消化管傷害に接する機会が多くなってきております。

内山 神経内科医は、致死のあるいは重篤な後遺症が残る脳卒中の治療を優先しています。消化管傷害には制酸薬PPI(プロトンポンプ阻害薬)などを用いる、大量の消化管出血には輸血を行う、などの対応をとれば致命的になったり、後遺症を残したりすることはあり



ません。また、心筋梗塞患者の多くは、薬療法などで急性期を乗り切れば、あとは健康人と変わらない生活を送れますが、脳卒中の場合にはそうはいきません。

坂本 消化器内科の立場から申しますと消化管傷害のリスクが高いのは、消化性潰瘍、出血性潰瘍の病歴がある、消炎鎮痛薬やステロイドを併用している、といった人たちです。なかでも高齢者で消化管傷害の既往歴のある人のリスクはきわめて高いとされています。先生はアスピリン療法を行うにあたって、消化管傷害の予防対策を行っておられますか。

内山 坂本先生が内視鏡の判定委員をされておりますMAGIC研究での情報がとても参考になります。「本邦における低用量アスピリンによる上部消化管合併症に関する調査研究が目的で、脳、心臓、消化管の専門医が共同で大規模調査研究を行っています。私は、今、先生が指摘された消化管傷害の危険因子を持つ患者や、逆流性食道炎を合併した人などには選択的にPPIを投与しています。」

坂本 消化器内科医の間では現

在、消化管出血の危険因子と予防策の必要性について活発に議論されています。しかし、PPIの使用は保険診療では認められていないので、具体的な対策になるとコンセンサスが得られていないのが現状です。次に抗血小板薬や抗凝血薬の中断の影響について伺います。

治療の中断は避けたい

内山 心原性脳塞栓症の再発予防に飲んでいるワルファリンは、脳卒中治療ガイドラインにもあるように、中断は絶対に避けるべきです。手術で中断せざるを得ないときは、必ず入院して短期使用タイプの脳梗塞急性期用注射薬ヘパリンを使います。消化管の内視鏡検査を行う場合、アスピリンでは検査前10日間、ワルファリンでは5日間の休薬が科学的根拠なしに行われていますが、この間に致命的な事態が発生するかもしれません。検査で悪性疾患が見つかったら、あらためて投与を中断して、生検 治療へ移っていたらいいですね。

坂本 抗血小板療法中断の問題だけでなく、専門により医師の考え方にかなりの差があるようです。



その間隙を埋めて理想的なアスピリン療法を確立するには、神経内科、循環器内科、消化器内科の医師がじっくり話し合い、意見を交換していくことが重要ですね。貴重なお話を有難うございました。

構成・高山美治

坂本 長逸
(さかもと ちやういつ)

昭和49年、神戸大学医学部卒。同57年、米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校留学。同62年、神戸大学医学部助手。同講師、助教授を経て平成9年より日本医科大学教授。同20年より日本消化器病学会理事。専門領域は消化性潰瘍、特に薬剤起因性消化管傷害の病態生理と予防法。

知っておきたい治療薬



ピロリ菌

日本消化器病学会広報委員会担当理事
北海道大病院院長

浅香 正博

わが国で約5千万人もの人々の胃に感染するピロリ菌は、胃・十二指腸潰瘍や胃がん発生に関与しています。ピロリ菌の除菌にはプロトンポンプ阻害薬+アモキシシリン+クラリスロマイシンを投与する3剤併用療法が基本ですが、最近、メトロニダゾールを使用した2次除菌療法も保険適用になりました。

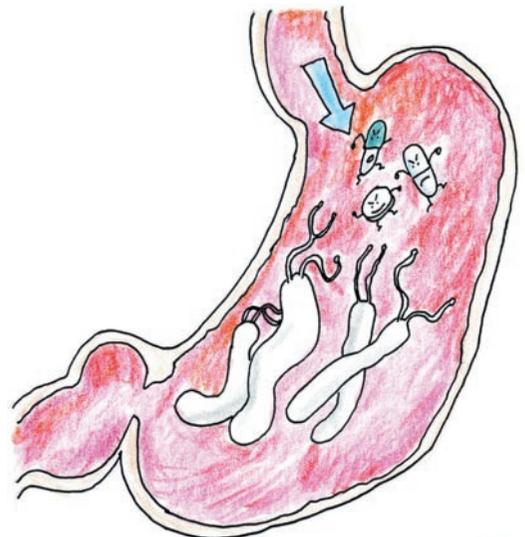
ピロリ菌とは

ピロリ菌とは胃に住み着くグラム陰性桿菌かんきんのヘリコバクター・ピロリの略称です。胃には非常に強い塩酸が存在するため、細菌は生息し得ないと思われていましたが、オーストラリアのMarshallとMarshallにより、1982年に初めてこの菌が胃粘膜から培養されました。

わたつて持続するため、胃・十二指腸潰瘍や胃がんなどが引き起こされやすくなるのが明らかになってきています。ピロリ菌を除菌すると胃炎は改善し、胃・十二指腸潰瘍の再発も劇的に抑制されます。除菌することにより、胃がんの内視鏡治療後の2次胃がん発生の抑制も見られるという報告も、昨年、わが国からなされました。これらを勘案して、日本ヘリコバクター学会は、ピロリ菌感染症はすべて除菌すべきである」という画期的な改訂ガイドラインを、本年1月に発表しています。

1次除菌法の薬剤

1種類の薬でピロリ菌を完全に除菌することは、残念ながらできません。これまでに、さまざまな薬剤の組み合わせがピロリ菌の除菌に試みられてきました。その結果、プロトンポンプ阻害薬(PPI)と2種類の抗菌薬(アモキシシリンとクラリスロマイシン)を併用すると最も高い効果を得られることが明らかになりました。これら3剤を1週間投与する3剤併用療法は1次除菌治療と位置づけられ、除



菌率は80~90%と報告されています。服薬に便利な除菌用のパッケ製剤も販売されています。わが国での除菌成功率は年々落ちていますが、その大きな原因としてクラリスロマイシンが効かないクラリスロマイシン耐性菌の増加がいられていきます。クラリスロマイシンはわが国で開発された抗生物質で、他国よりも処方されるケースが多いことが知られています。安易に不十分な除菌治療が行われることによる耐性菌の増加も考えられます。さらに小児科、呼吸器科、耳鼻科領域などでこの薬

を服用した人や過去にマクロライド系薬剤を長期服用した人の菌はクラリスロマイシンへの耐性を持っている可能性が高いと思われる。日本ヘリコバクター学会で2002年から5年間行った全国規模の耐性菌サーベイランス常時監視)によると、クラリスロマイシンの1次耐性率は30%前後であることが明らかになっています。

除菌が失敗するもう1つの重要な原因は除菌薬の飲み忘れです。1日2回でわずかに1週間の投与です。数回飲み忘れても除菌率の低下につながります。除菌薬は指示通りきっちり服用する必要があります。副作用と思われる症状が出た場合も自分で服薬を中止しないで、処方した医師に必ず相談しましょう。中途半端な服薬は除菌を失敗に導くのみならず、耐性菌の出現を招きますので、くれぐれも注意してください。

除菌療法の副作用

除菌治療に伴う副作用で、最も多いのが下痢と軟便で、10〜30%に見られます。軽症がほとんどで

すが、重症の下痢が見られることもあるので注意が必要です。下痢には整腸剤の併用による予防効果が報告されています。そのほか味覚異常、舌炎、口内炎が5〜15%、皮疹(皮膚の発疹)が2〜5%に見られ、腹痛、放屁、腹鳴、便秘、頭痛、頭重感、肝機能障害、めまい、痒み等の報告もあります。

なお、1次除菌に使用されるアモキシシリンはペニシリン系の抗生物質のため、ペニシリンアレルギーの方には勧められません。

高齢者での除菌治療の副作用の頻度は10%程度で、特に高い結果ではありませんでした。したがって、高齢者であっても除菌を控える必要はないと考えられます。

2次除菌法について

1次除菌が不成功に終わる大きな原因はクラリスロマイシン耐性菌の出現ですから、2次除菌でクラリスロマイシンを使う療法は期待できません。この薬の投与量を増やすことも検討されましたが、除菌率はほとんど上がりませんでした。2次除菌としてクラリスロ

マイシンをメトロニダゾールという薬剤に替えた除菌療法が世界中で検討され、5〜10日間の投与で除菌率はほぼ80〜90%という結果で有効性が認められました。したがって、わが国では2次除菌法として、PPI+アモキシシリン+メトロニダゾールが最も推奨されています。この療法は一昨年わが国でも保険適用されました。1次、2次除菌療法をきっちり行えば、ほとんどのピロリ菌感染者で除菌が成功すると考えられます。

メトロニダゾールの副作用は、8〜26%に認められています。主なものは下痢で、軽度のものが多くと報告されています。ただし、飲酒により腹痛、嘔吐、ほてり等が現れることがあるため、メトロニダゾール内服中は飲酒を避ける必要があります。さらに、この薬はワルファリンカリウムの作用を増強し、出血等が現れることがあるので注意を要します。

除菌した後の問題点

ピロリ菌を除菌すると胃酸分泌能力が回復する人が多く見られま

す。そのため、かつては胃酸の逆流による逆流性食道炎の発生が増加するのではないかと懸念されたことがありました。実際、わが国で除菌後に逆流性食道炎が新たに発生したり増悪したりした症例が3〜19%存在したと報告されています。しかし、大半は治療を必要としなかった軽症例であり、除菌治療の妨げにはならないことが明らかになってきました。

また、除菌が成功した人に、肥満やコレステロール上昇など、生活習慣病が出現することが報告されており、除菌成功後も食べ過ぎには留意したほうが良いと思われます。

なお、除菌後にピロリ菌が再陽性化する症例も報告されていますが、年0〜2%程度で、極めて低いと考えられています。



あさか・まさひろ
診療科：消化器内科

消化器 Q&A

どうしました？



このコーナーでは、消化器の病気や健康に関する疑問や悩みについて、専門医がわかりやすくお答えします。

Q 便に血が混ざりました。何が原因でしょうか。どんな検査をするのですか？

A 便に血が混ざるのにはいろいろな原因が考えられます。痔からの出血では、排便の最後に真っ赤な血がポタポタ落ちたり、紙に血がついたりします。大腸の病気の場合は、出血量にもよりますが、肛門近くでの出血であれば、赤い血液が便の表面に付着し、奥での出血であれば、便全体が赤黒っぽくなりま

す。胃潰瘍など、もつと上のほうからの出血であれば、真っ黒に近い便(タール便)が出ます。目に見えない少量の血液が便に混ざっていないか調べる便検査を便潜血反応といいます。これが陽性のときは大腸ポリープや大腸がん、大腸憩室などの可能性がありますので、大腸内視鏡を肛門から挿入して盲腸と小腸の一部まで調べます。便潜血反応は非常に敏感ですので、陽性でも病気がないことが6割くらいあります。貧血など他の症状もあるのに大腸に病気が見つからない場合は、内視鏡を口から入れて、食道・胃・十二指腸を調べることもあります。最近は大腸内視鏡や小腸内視鏡で小腸を調べることも可能になりました。

回答者
昭和大学横浜市北部病院
消化器センター准教授
榎田 博史

内視鏡検査は苦しいと思われるのですが、以前よりも細いものが増えており、必要に応じて鎮静剤も使用できますので、怖がらずにお受けになることをお勧めします。

Q C型慢性肝炎です。肝がんになったら良いようにするためには、どうしたら良いのでしょうか？

A C型肝炎から肝がんが発生する危険因子には、肝臓の線維化が進んでいる、肝臓の炎症が強い、55歳以上の年齢、男性であること(女性の倍以上の発がん率)、肥満、糖尿病の合併、鉄分の多い食事摂取などがありますが、特にとが大切です。肝炎が持続すると血清ALP高値が持続し、

回答者
大阪府済生会吹田病院
院長
岡上 武

肝臓に線維が増え、肝硬変になります(多くは血小板数が10万以下に減る)。肝硬変になると年に6〜9%の確率で肝がんが発生します。発がん抑制に最も効果的な治療は、インターフェロン注射やインターフェロン注射とリバビリン内服の併用療法によるウイルス排除です。これにより6〜7割の方はウイルスが消え、完治します。次に重要なのは炎症の抑制で、少量のインターフェロンを長期間続ける療法やウルソデオキシコール酸の内服、強力ネオミノファーゲンシーの注射で炎症を抑制します。また、C型肝炎の約4割は肝臓に鉄が過剰に蓄積しており、鉄分の多い食事は避けます。肥満や糖尿病の方では体重管理と血糖コントロールが大切です。55歳以上で血清ALPが60以上、血小板数が15万未満の方は、10年以内に肝がんになる可能性が30〜70%あります。肝臓専門医から適切な検査・治療を受けましょう。逆に30歳未満でALPが30未満、血小板数15万以上の人からの肝がん発生は稀です。患者さんの状況に応じた肝がん予防法があります。

情報のひろば

内視鏡の治療

広く切離できるESD

早期胃がん、表在食道がん

1980年代に開発された内視鏡的粘膜切除術(EMR)は、診断のための内視鏡から根治治療のための内視鏡へと、大きな変革をもたらしました。EMRは茎のない平らながんの粘膜下に生理食塩水を注射して隆起したところにワイヤをかけて焼き切る方法です。しかし、この方法は粘膜内にとどまる1cm程度のがんが対象でした。

次のステップとして、より大きく切除できる内視鏡切除の開発が急務となりました。1990年代に入り、粘膜下層を直接切離するS-ERHSE法が開発されましたが、この方法は手技が難しく穿孔(穴が開く)などの偶発症の問題から一般には普及しませんでした。

その後、IT(絶縁チップ)ナイフを用いた内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が臨床応用され、より広範囲の病変を粘膜下層から一括に剥離することができるようになりました。これにより、早期胃がんであれば、約半分は内視鏡での切除が可能となりました。2006年4月と2008年4月に、それぞれ早期胃がんと表在食道がんに対するESDの治療が保険診療となり、今後さらに広く普及することが予想されます。

内視鏡切除ではリンパ節までは郭清(取り除く)ができないため、ESDで根治できる病変はリンパ節への転移がないことが条件となります。また、ESDは技術的な煩雑さから完成された手技とはいいい難く、今後もより安全・簡便な手技へと進化発展が望まれます。

国立がんセンター中央病院内視鏡部 後藤田 卓志

市民公開講座のお知らせ

日本消化器病学会の各支部において市民公開講座を開催致します。健康相談、質疑応答もありますので、ぜひご参加ください。参加費はすべて無料です。

(本欄は本年9月までの予定です。詳細はホームページをご覧ください。)

開催	日時	場所	テーマ	お問合せ
東北支部	9月26日(土) 14:00～17:00	仙南芸術文化センターえずこホール	消化器がん診療の最前線 「胃がん治療：最近の話題」「ここまで進んだ大腸がん治療」「肝炎と肝がんの克服をめざして」	みやぎ県南中核病院 院長・内藤 広郎 TEL.0224-51-5500
関東支部	9月19日(土) 13:00～16:00	霞ヶ浦観光ホテル	消化器病 最近の進歩 「炎症性腸疾患」「ウイルス性肝炎」「肝臓がん」「胃がん」「大腸がん」	土浦協同病院 消化器内科・田沢 潤一 TEL.029-823-3111
北陸支部	9月13日(日) 13:00～15:30	越前陶芸村文化交流会館	知って安心、おなかの治療 「こんなことが出来ます 早期胃がんの内視鏡治療」「こんなことが出来ます 肝臓がんの治療」他	医療法人橋医院 院長・橋 良哉 TEL.0778-36-0015
東海支部	9月27日(日) 13:00～16:00	関ヶ原町ふれあいセンター・ふれあいホール	消化器病の最近の話題 「胸やけ(逆流性食道炎)」「経鼻内視鏡」「C型慢性肝炎の治療」「胃がんの内視鏡的治療」他	国民健康保険関ヶ原病院 院長・瀬古 章 TEL.0584-43-1122
近畿支部	9月20日(日) 13:00～16:00	高槻市現代劇場中ホール	消化器がんのやさしいお話 「消化器がんに対する内視鏡治療」「消化器がんに対する外科治療」「消化器がんに対する抗がん剤治療」他	大阪医科大学 第2内科・樋口 和秀 TEL.072-683-1221
中国支部	6月28日(日) 14:00～17:00	津山中央病院健診センター記念ホール	生活習慣病と消化器疾患	津山中央病院 上席副院長・藤木 茂篤 TEL.0868-21-8111
四国支部	9月12日(土) 14:00～17:00	アルファあなぶきホール	腹腔鏡や内視鏡で治るおなかの病気 「肝胆膵の腹腔鏡手術」「胃がん・大腸がんの腹腔鏡手術」「胃がん・大腸がんの内視鏡手術」	香川大学医学部 消化器外科・鈴木 康之 TEL.087-891-2438
	9月27日(日) 13:00～17:00	今治国際ホテル2階	そここが知りたい!! おなかの病気 「胃腸の養生」「下痢と便秘」「便秘体操」「脂肪肝とメタボリックシンドローム」「肝炎と肝がん」	瀬戸内海病院 内科・小堀 陽一郎 TEL.0898-23-0655
九州支部	9月5日(土) 14:00～16:00	飯塚コスモスコモン	おなかの病気の新しい治療法 「カメラを使った新しい胃がんの治療法」「胃がんに対する体にやさしい外科治療」他	麻生飯塚病院 消化器内科・赤星 和也 TEL.0948-22-3800

消化器 の 検査

肝生検

検査の目的

肝生検とは、肝障害や肝腫瘍の状態を診断するために、肝臓に細い針を刺して肝臓の組織の一部を採取し、顕微鏡で観察する検査です。採取した組織(写真1)を観察することにより、肝障害の原因、肝臓の炎症、線維化など肝炎の進行度合いや脂肪沈着の強さ、肝臓にできた腫瘍が良性か悪性かの判別、および悪性の度合などを調べることができます。この検査により、治療法を選択するうえで重要な情報を得ることができます。

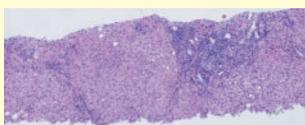


写真1 採取された肝組織
薄くスライスして染色された肝組織
の顕微鏡像

実際の検査方法

肝生検の方法は主に2つあります。

最もよく行われている方法は、超音波装置を用いて肝臓に針を刺す位置を確認しながら、皮膚と腹膜に局所麻酔を行い、皮膚の上から肝臓に針(写真2)を刺して組織を採取する方法です。

もうひとつは、おなかを1cmほど切開し、腹腔

鏡と呼ばれる細い内視鏡を挿入して、肝臓そのものをしながら



写真2 肝生検に用いる針

肝生検を行う方法もあります。腹腔鏡を使用することにより、肝臓の表面の凹凸や炎症の状態をじかに観察することもできます。

検査の長所と短所

肝障害の原因や進行度は、超音波検査やCT検査などの画像診断、または血液検査によって、ある程度推定することが可能ですが、組織を直接観察できる肝生検を行うことで、より正確で確実な診断ができます。

肝臓は血流が豊富な臓器ですので、肝生検には出血の合併症があります。そのため検査後はベッドの上で数時間しっかりと安静にいただくことが必要です。また腫瘍を生検する場合、まれに腫瘍が周囲に広がる播種はしゅが起こることがあります。肝生検の必要性については、主治医とよくご相談のうえ検査を受けてください。

金沢大学附属病院消化器内科 荒井 邦明 金子 周一

編集後記

本号のフォーカスは、昨年発足した75歳以上の方を後期高齢者に組み入れる医療保険制度の問題点と課題を示しています。「ずばり対談」では、脳血管や心血管の血栓予防や治療に広く使われているアスピリンによる胃腸傷害への対応の難しさを知ることができました。「消化器病の薬」欄は、胃がん発生にも関与するピロリ菌の除菌方法を詳しく教えてくれます。「消化器Q&A」では、便潜血反応陽性者の対応と、C型肝炎の肝がん進行防止療法を解説しています。また、早期胃がんや表在食道がんに対する新しい内視鏡治療と、消化器の検査として肝生検を紹介しました。これらの情報が皆さまのお役に立てば幸いです。

日本消化器病学会広報委員会前委員
宮崎大学医学部腫瘍機能制御外科教授
千々岩 一男

次号は、9月20日発行です。
本紙の無断転載・複製は禁じます。

本紙へのご意見・ご要望等は左記まで。

〒105 0004
東京都港区新橋2-20 新橋駅前ビル
1号館2階 (株)協和企画内
「消化器now」制作事務局
TEL 03(3569)9531
FAX 03(3569)9532

寄附のお願い について

財団法人日本消化器病学会は、昭和29年に医学会においては数少ない財団法人の認可を受け、公益事業を積極的に推進しています。その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器now』の発行を行っております。

篤志家、各種団体からの寄附を受け付けておりますので、詳細等お問い合わせは下記にお願いします。

【お問い合わせ先】財団法人日本消化器病学会 事務局
〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13
TEL 03-3573-4297 FAX 03-3289-2359 E-mail info@jsge.or.jp
URL <http://www.jsge.or.jp>