

消化器now^{ナウ}

No.53 2011
JSGE 1898

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 2011.No.53



肥満と消化器病

日本消化器病学会 肥満栄養と消化器疾患委員会 担当理事
愛媛大学大学院 先端病態制御内科学教授

恩地 森一



日本人の大人の3人に1人が肥満であり、今や肥満は国民病となつていきます。メタボリック症候群の検診が開始され、内臓脂肪型肥満が心血管系の病気や糖尿病と関連が深いことは知られています。肥満は消化器で作られ、肥満による消化器病も多いことはあまり知られていません。

食物は胃と腸で消化され、そこで吸収された栄養素は肝臓で代謝されます。腸の細菌叢は栄養素の吸収や代謝に深く関与しています。メタボリック症候群で問題となっている内臓脂肪はおなかに入り、そこから出てくる物質は直接肝臓に運ばれ、栄養素やエネルギーの代謝に大きな変化を及ぼします。また、肥満に直接影響するインスリンや、糖尿病治療薬のものにもなったインクレチンなどの消化管ホルモンは、膵臓や腸で分泌されます。このように消化器は肥満、特に内臓脂肪型肥満の形成

に深く関係しています。

肥満があると、逆流性食道炎、胆石症、膵炎や非アルコール性脂肪肝炎などの消化器病や、大腸がん、肝臓がんなどの消化器系がんのリスクを高めます。これらの消化器の病気・がんは近年急増しており、その予防と治療の対策が急務です。肥満の治療も消化器病医が行う機会が増え、特に外科的治療は著しい効果を発揮します。

こうした状況下で日本消化器病学会では、菅野健太郎理事長の発案により、「肥満・栄養と消化器疾患委員会」を2009年に立ち上げて、消化器医が肥満と栄養の課題に取り組むことを宣言しました。そして、市民の方々に「肥満は消化器で作られ、肥満による消化器病も多いことを知っていただくとともに、国民病である肥満に対する予防と治療を行っていく活動を開始しました。市民の皆さまにもご協力をお願い申し上げます。

2頁 対談『胃癌治療ガイドライン』と胃がん診療の進歩
4頁 くり潰瘍性大腸炎
6頁 Q&A タバコは肝臓に悪い? 小腸内視鏡とはどんな検査で何を調べるの?
7頁 情報 B型肝炎の性感染
市民公開講座
8頁 検査 腹腔内超音波検査



ずばり
対談

「ヒーロー医師」が情熱を傾ける「胃がんの標準治療の確立」
『胃癌治療ガイドライン』と
胃がん診療の進歩

兵庫医科大学 上部消化管外科教授 笹子 三津留 氏
日本消化器病学会 広報委員会委員 松井 敏幸 氏
福岡大学 筑紫病院 消化器内科教授

現在、種々の病気の「治療（診療）ガイドライン」が多数発行されています。当初の目的は、医師と患者が適切に治療方針を選択できるように情報を網羅的に示すことにあつたようです。が、今、それぞれが独自の発展を遂げています。今回は、最も長い歴史を持つ『胃癌治療ガイドライン』の作成に携わってこられた胃外科の第一人者・笹子三津留教授にガイドラインが胃がん診療にどのように寄与してきたかについて伺います。（松井 敏幸）

玉石を玉と石に分ける

松井 日本胃癌学会は2001年3月に日本で最初の医師用ガイドラインを発行し、04年、10年に改訂しました。その間に、これもやはり日本初の一般人向けの「胃がん治療ガイドライン」の解説を01、04年に刊行しています。ガイドライン作成の目的は何でしょうか。

笹子 私は、玉石混交の治療法の中から臨床研究で有効性が証明された「玉」の治療法を選び、マスマディアが間違つて持て囃すような

有効性が未知の「石」の治療法を排除し、治療法を明確に整理し提示することと考えています。これが胃がん治療を総合的に向上させ、多くの患者を救済します。ガイドラインには、治療法は適正な適応を示す「胃癌治療の施設間差を少なくする」「治療の安全性と治療成績の向上を図る」「医療者と患者の相互理解を図る」とあります。

松井 先生は医学雑誌の「ヒーローの肖像」というコーナーで、外科の標準治療の確立と、個々の外科医の外科技術の向上が重要と熱く述

べられていますね。

笹子 私は30代にパリ大学留学中に日本の優れた胃外科を世界に広げたいと考えました。次いでオランダ・ライデン大学から招かれて、D1手術胃のすぐ周囲のリンパ節郭清^{（外側）}とD2手術その外側のリンパ節までを郭清^{（内側）}での胃がんの治療成績を比較するランダム化比較試験（RCT）の指導を行いました。手術の比較試験では、外科医の技術レベルを平均的に高く保つことが必要なのです。が、オランダでは技術に格差があり、期待したようなD2郭清が優位との結果は出ませんでした。

国際的論争に終止符

松井 手術技術はともかくオランダ人外科医の、優れた手術を見極めようとする姿に胸をつたれたと。



笹子 三津留
（ささこ みつる）

1976年、東京大学医学部卒。同第2外科入局。84年より1年パリ大学に留学。87年、国立がんセンター中央病院外科。89年、オランダ・ライデン大学教授就任。97年、国立がんセンター外来部長。2006年、同副院長。07年、兵庫医科大学外科教授。世界17カ国で胃がん手術を指導。日本胃癌学会初代理事長

笹子 これが、「日本で世界に通用する臨床試験を実施しなければ日本のがん治療の向上と患者の幸福はない」という研究の原点になりました。後年、JCOG（日本臨床腫瘍研究グループ）がそれぞれ数百人のがん患者さんの参加を得て行った2つの比較試験に発展しました。標準治療のD2郭清の単独群と、大動脈周囲リンパ節郭清を加えた群の比較試験では5年生存率に差



は、食道胃接合部のがん治療に左開胸開腹術を加えても生存曲線は改善しませんでした。これらは『ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メデシン』(08年)と『ランセット・オンコロジー』(06年)に掲載され、ここで80年代にピークだった胃がん周囲のリンパ節をで、きるだけ多く郭清すると再発・転移の予防の可能性が高くなる」との長年の論争に終止符が打たれました。

松井 患者は効果のないままに治療を受けていたわけですね。話題は化学(薬物)療法に移りますが、新版の

ガイドラインに示された胃がん治療における抗がん薬治療の役割の急拡大に驚かされます。

松井 術後補助化学療法です。日本で創薬された抗がん薬、ティーエスワン(99年保険承認)の胃癌術後補助化学療法比較試験を行い、術後にティーエスワン療法を行った群では明らかに延命することが証明されました。これで日本の補助化学療法に対する国際的な大非難にピリオドが打たれました。この薬は従来から使われてきた抗がん薬5-FUの血中濃度を高く維持する、薬が肝臓で破壊されにくい、消化管で生じる副作用物質の産生を阻止するのが特長で、経口薬なので自分で飲める、いわゆるフレンドリーな抗がん薬です。

松井 この薬は胃のほかに大腸・膵・胆道・肺などの幅広いがんの治療に使われるようになりましたね。

笹子 大腸がんの化学療法は急発展しています。肝臓に多くのがん転移がある患者でも、化学療法でがんを縮小(減量)させ、これを切除して長い生命予後をもたらすような時代になりました。

比較臨床試験が次々と


松井 ガイドラインに内視鏡治療の顔として日本創製のESD(粘膜下層剥離術)がEMR(粘膜切除術)とともに顔を並べています。

笹子 内視鏡の操作技術と機器の進歩で驚くべき治療が可能になりつつあります。早期胃がんでリンパ節転移率がごく低いと予想されるケースでは、外科手術と同等の成績が得られる可能性があります。間もなく静岡県立がんセンター内視鏡医グループは内視鏡治療による、転移しやすい低分化型・印環細胞がんなどに対する前向き試験を開始します。また話題の多い腹腔鏡下手術と開腹手術の比較試験を先のJCOGが行っています。

松井 最後に一言お願いします。

笹子 外科治療の基本は原発がんの局所コントロールをきちんとできる高水準の外科技術です。私は癌研病院の梶谷環先生(故人)など多くの名手の手術を長年、見学させていただき、外科医として育ちました。私が国立がんセンター(当時)を離れたのは私の手術時間を増やし多くの外科医に見学の機会を

松井 敏幸
(まつい としゆき)

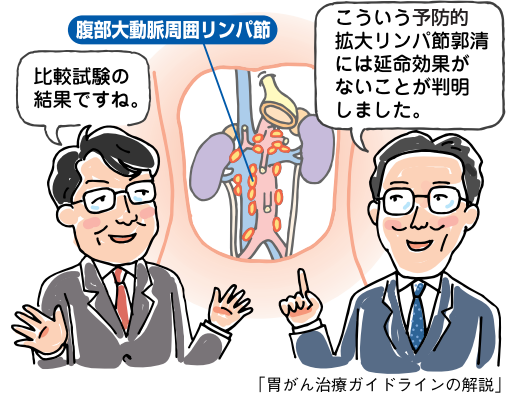


1975年、九州大学医学部卒。同第2内科助手、北京・中日友好医院専門家、福岡大学筑紫病院助教授、英国・オックスフォード大学留学などを経て、2005年、現職。日本消化器内視鏡・大腸肛門病・消化器がん検診などの各学会、米国消化器病学会、同内視鏡学会に所属。専門は消化器疾患の診断と治療

構成 高山美治

与えたいと考えたからです。

松井 『胃癌治療ガイドライン』の参照率は95%の高率と聞いています。その原動力は、胃がんの標準治療の確立と外科技術の向上へ向けての高い理想と激しい情熱だと感じました。



腹部大動脈周囲リンパ節

比較試験の結果ですね。

こういう予防的拡大リンパ節郭清には延命効果がないことが判明しました。

「胃がん治療ガイドラインの解説」

知っておきたい治療薬



潰瘍性大腸炎

慶應義塾大学医学部消化器内科

日比 紀文
松岡 克善

潰瘍性大腸炎は、肛門に近い直腸から炎症が起こり、下痢・下血・腹痛などを訴える病気で、炎症は大腸全体に及ぶこともあります。患者は年々増え続け、日本では現在、20代をピークに約12万人います。根本原因は未解明ですが、大腸粘膜の免疫異常が考えられ、免疫を抑える治療が主に行われています。

潰瘍性大腸炎の治療

潰瘍性大腸炎の治療は次の手順で行います。まず炎症を抑え、寛解状態という、症状のない状態にもっていく治療を、そして、寛解状態を保つ治療を行います。前者を「寛解導入療法」と呼び、後者を「寛解維持療法」と呼びます。寛解導入療法には速やかに効く薬が向き、寛解維持療法には安全で長期に使える薬が使われます。また、治療薬は、重症度、病変範囲、病期に応じて使い分けられます(図)。

実際の治療法

5・アミノサリチル酸

5・アミノサリチル酸(5・ASA)は、潰瘍性大腸炎の治療の最も基本となる薬です。潰瘍性大腸炎の60%程度は5・ASAだけで寛解導入、寛解維持が可能で、現在、5・ASA製剤は日本ではサラゾピリン、ペンタサ、アサコール(いずれも商品名)の3種類が使われています。サラゾピリンは5・ASAとスルファピリジンが結合した化合物で



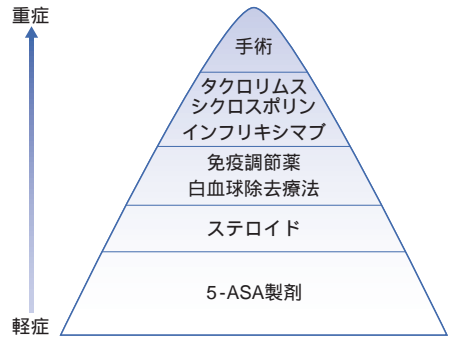
す。この薬の特徴は、大腸内で細菌によって5・ASAとスルファピリジンの結合が切断され、5・ASAが直接病変部に付着し、炎症を抑えることです。5・ASAは胃や小腸で失われることなく大腸に届きますが、切断された一方のスルファピリジンが、アレルギー・頭痛・発熱・色素沈着・精子減少症などの副作用を引き起こすことがあります。

ペンタサは5・ASAを腸溶性(小腸に入ってから溶ける)の被膜でコーティングした薬剤です。小腸でも5・ASAが放出されるの

で、大腸に届く量は減りますが、副作用は少ない薬です。アサコールは、2009年12月から日本でも使えるようになった新しい薬です。アサコールは5・ASAをpH依存性の被膜でコーティングした薬剤で、pH7程度の大腸内で初めて5・ASAが放出されるように工夫されています。

5・ASA製剤は経口剤のほかに注腸剤があり、肛門から高濃度の薬を直接、大腸に届けることができます。注腸剤は、病変範囲が直腸からS状結腸までの潰瘍性大腸炎に対して用いられます。

図 潰瘍性大腸炎の現在の治療法



イクエリン)とアザチオプリン(商品名イムラン)が免疫調節薬と呼ばれています。これらの薬は免疫を抑える力は強くないので寛解導入療法としては用いられません。炎症が再燃するのを抑える力が強いので寛解維持に使用されます。特にステロイドを減量して症状が再燃してきた場合に用いられます。副作用として白血球数の低下がまれに起こりますので、服用開始時は頻回の血液検査が必要です。

白血球除去療法

ステロイド
ステロイド(商品名プレドニン)は、副腎皮質ホルモン(一種)で、強力に炎症を抑える作用があります。5-ASAのみで炎症が抑えられない場合に有効な治療薬です。ただし、感染に対する抵抗力の低下・血糖値の上昇・にきび様皮膚疹・顔がむくむ・骨が脆くなるなど、副作用の多い薬剤です。特に長期にわたって用いると副作用が問題となることが多いので、寛解導入を目的に短期間だけ用います。

免疫調節薬

6・メルカプトプリン(商品名ロ

シクロスポリン(商品名サンディミュン)、タクロリムス(商品名プログラフ)の2種類があります。両者とも、免疫反応で中心的な役割を果たすT細胞の機能を強力に抑えます。シクロスポリンは24時間の持続点滴で、2週間程度投与します。タクロリムスは経口剤で、3カ月程度投与されます。免疫を強力に抑えるので、感染症に対する注意が必要です。

インフリキシマブ

薬物療法ではありませんが、白血球除去療法という治療法があります。これは、血液を一度体外に出し、炎症を引き起こす白血球を特殊なフィルターやビーズで取り除いた後、再び体内に戻す治療です。日本で発展した治療法で、顆粒除去療法(GCAP)とリンパ球除去療法(LGAP)の2種類があります。薬を用いないため、副作用が少ないことが特徴です。

免疫抑制薬

ステロイドによっても症状がよくなるらないときに使われる薬で、

インフリキシマブ(商品名レミケード)も、やはりステロイドによつて症状がよくならないときに使われる薬です。レミケードは、白血球から産生され炎症を起こす物質であるTNFを中和する抗体です。点滴で2週間程度かけて投与されます。最初は0、2、6週の3回投与し、その後は8週間ごとに投与を繰り返します。この薬剤も免疫を抑えますので、感染症、特に結核菌の再活性化に注意をはらう必要があります。

大腸の摘出手術

どんな治療によつても症状がよ

くならないときや、劇症型の場合、癌を合併した場合などは、手術で大腸を摘出する必要があります。潰瘍性大腸炎の病変は大腸に限られるため、大腸の摘出後は病気がなくなりません。しかし、大腸で吸収されるべき水分が小腸から直接肛門に流れてきますので、回腸のうという便を貯める袋を造ります。

最後に

潰瘍性大腸炎では、今回ご紹介した薬を適切なタイミングで使うことにより、ほとんどの場合、普通の生活を送ることが可能です。しかし、潰瘍性大腸炎の治療薬は残念ながら根治薬ではないので、寛解維持のために薬をきちんと続けることが非常に大事です。



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 タバコは肝臓に悪いと聞きました。が、ほんとうですか？

喫煙が原発性胆汁性肝硬変や慢性肝炎などの慢性肝疾患を進行させることが、さらに最近では肥満や糖尿病による非アルコール性脂肪肝炎の進行も促進することが明らかにされてきました。

喫煙は肺がんや食道がんなど多くのがんの発症に関係しています。が、肝臓の発がんにも強く関係していることもわかってきました。

日本での調査で、C型肝炎患者さんが喫煙すると非喫煙者に比べて肝がんによる死亡率が約10倍高くなることが報告されています。

A 近年、慢性肝疾患の患者さんが喫煙すると肝臓病がより進行することがわかり、注目されています。喫煙が呼吸器疾患や心臓疾患を引き起こすことはよく知られていますが、長期間タバコを吸っても肝障害が発症しないので、肝疾患との関連はあまり注目されてきませんでした。ところが、数年前より



回答者
鳥取大学医学部
機能形態内科学教授
村脇 義和

がんを引き起こす理由としては、喫煙により細胞を障害する酸化ストレスを増加させること、炎症性サイトカインの産生を増加させることと共に、タバコ自体に含まれる肝毒性化学物質および肝発がん物質などがあげられています。したがって、最近では慢性肝疾患の患者さんには禁煙を指導するようにしています。

Q 小腸内視鏡とはどんな検査で、どういうことを調べられるのですか？

が開発され、今では小腸内も観察ができるようになってきました。カプセル内視鏡は、使い捨ての飲み込む内視鏡です。小腸を通過する間に撮影し、その画像を無線で体外のレコーダーに送り、記録された画像データをあとで解析して診断するものです。苦痛なく外来検査でできるのが魅力ですが、生検や内視鏡治療はできません。ダブルバルーン内視鏡は、小腸内で内視鏡を固定するための小さな風船(バルーン)を2つ装着した内視鏡です。バルーンを交互に奥に送って膨らませ把持固定することにより距離を短縮しながら内視鏡を挿入していきます。これにより小腸全域の内視鏡観察が可能になり、小腸疾患の精密検査や内視鏡治療が比較的無理なくできるようになりました。

A 小腸は最も長い消化管で、消化吸収という重要な役割を担っています。小腸は口からも肛門からも遠くに位置し、約6mの長さで曲がりくねっておなかに収まっていますから、通常の内視鏡では簡単に観察することができませんでした。

しかし、10年ほど前からカプセル内視鏡とダブルバルーン内視鏡



回答者
自治医科大学
光学医療センター長
山本 博徳

小腸は、胃や大腸に比べて、幸いがんなどの病変がでにくい臓器なので、健康診断のために小腸の内視鏡検査をする必要はありません。小腸の検査は、小腸からの出血が疑われる場合や、小腸が狭くなって腹痛が生じているようなときに必要になります。

情報のひろば

B型肝炎の話題

B型肝炎の性感染 成人でも慢性化することが

えっ！ B型肝炎が性感染症？ とビックリされるでしょう！ しかし、昔から「ハネムーン肝炎」という呼び方があるくらい、B型肝炎は性感染症としては有名でした。ただ、成人で感染したB型肝炎はほとんどが自然と治癒するため大きな問題にはならなかっただけなのです。

一方、出産時にB型肝炎のお母さんからウイルスに感染した赤ちゃんは持続感染し、約10%が将来、肝硬変、肝がんに進展します。そこで、わが国では1986年からB型肝炎ウイルスに感染しているお母さんから生まれた赤ちゃんにはワクチン接種による予防対策が講じられてきました。その結果、日本では25歳以下の人はほとん

どがB型肝炎ウイルスに感染していません。

しかしながら、世界には現在も約4億人のB型肝炎感染者がいます。交通の発達や経済的理由から国際交流が活発化する中、性行為を通してB型肝炎に感染する人が日本でも増えてきています。しかもB型肝炎ウイルス(HBV)は世界で型が異なり、本来日本には存在しない外国型の一部は感染すると成人でも慢性化することがわかってきました。今後このような外国型のHBVが日本で増加することが憂慮されています。以上より、WHOが進めている赤ちゃん全員へのワクチン接種(universal vaccination)をわが国でも導入すべきとの考えも出てきました。現在、費用や副作用も含め慎重に検討がなされています。

国立国際医療研究センター肝炎・免疫研究センター長
溝上 雅史

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。

(一欄は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
北海道支部	7月2日(土) 14:00～16:00	蓬萊殿(ほうらいでん)	消化器がんの最新治療 「ピロリ除菌による胃がん予防」ほか	製鉄記念室蘭病院消化器科 前田 征洋 TEL.0143-44-4650
関東支部	9月24日(土) 13:00～16:00	浦安市文化会館 小ホール	消化器がんの治療について	順天堂大学 浦安病院がん治療センター 木所 昭夫 TEL.047-353-3111
甲信越支部	9月3日(土) 13:00～16:30	富士吉田市民会館 小ホール	知っておきたいおなかの病気 「肝臓・C型肝炎について」ほか	国民健康保険富士吉田市立病院内科 高橋 正一郎 TEL.0555-22-4111
北陸支部	9月10日(土) 13:00～	福井県県民ホール	ここまで来た！ 消化器がんの診断・治療最前線	福井赤十字病院外科 藤井 秀則 TEL.0776-36-3630
近畿支部	6月25日(土) 12:30～17:00	奈良県文化会館 国際ホール	よくわかるおなかの病気のお話 「楽に受けられる内視鏡検査」ほか	奈良県立奈良病院消化器内科 菊池 英亮 TEL.0742-46-6001
中国支部	6月26日(日) 13:30～16:00	米子コンベンションセンター ビッグシップ	コメディカルが話す消化器疾患 「看護師からみた消化器病」ほか	山陰労災病院消化器内科 岸本 幸廣 TEL.0859-33-8181
	7月9日(土) 13:30～15:30	とりぎん文化会館	やさしく語る「おなかのがん」の 基礎知識	鳥取県立中央病院内科 清水 辰宣 TEL.0857-26-2271
四国支部	9月10日(土) 13:00～16:00	内子町文化交流センター スバル	生活習慣とおなか 「生活習慣と胃腸の病気」ほか	愛媛大学 地域生活習慣病・内分泌学 松浦 文三 TEL.089-960-5308
	9月11日(日) 13:30～17:00	高知市文化プラザ かるぼーと小ホール	知って得する おなかの病気 「小腸」「胆膵」「食道」「大腸」	高知大学 消化器内科 岩崎 信二 TEL.088-880-2338
	9月11日(日) 13:00～16:00	サンポート高松	消化器がんの予防と治療 「胃がん」「大腸がん」「膵がん」ほか	香川県立中央病院肝臓内科 高口 浩一 TEL.087-835-2222
	9月17日(土) 13:00～17:00	あわぎんホール 5F小ホール	最新の消化器疾患の診断と治療 「食道がんの診断と手術」ほか	徳島大学 消化器・移植外科 栗田 信浩 TEL.088-633-9276
九州支部	8月27日(土) 13:00～15:30	産業医科大学ラマツイ 二小ホール	ご存知ですか？ おなかの病気の 正しい治療	産業医科大学 第3内科学 原田 大 TEL.093-691-7437

消化器
の
検査 ⑳

IDUS(管腔内超音波検査)

内視鏡を使った超音波検査

内視鏡の先端に超音波を送受信する振動子を装着した超音波内視鏡による内視鏡的超音波断層法(EUS)は、消化管の壁を通して詳細な超音波画像診断が可能で、また超音波断層像を観察しながらの穿刺細胞診(EUS-FNA)や、膵嚢胞ドレナージ術で活用されています。

IDUS(管腔内超音波検査)とは

EUSで使う超音波内視鏡の振動子より小型で、かつ詳細な画像が得られる高周波(主に20MHz)の振動子を用いる検査法もあります。この振動子を先端に備えた細径超音波プローブを内視鏡の鉗子口から入れ、先端から出して観察します。振動子が小さいため、消化管では食道や大腸の病変、胃の小さい病変の検査に用いられています。

また、超音波プローブを十二指腸の主乳頭から胆膵管内に挿入したり(図1)経皮ルートで胆管に挿入することにより、胆膵管の輪切り超音波像を観察できます(図2)。この超音波画像描出法をIDUS(intra-ductal ultrasonography:管腔内超音波検査)と呼びます。

図1

A: 中部胆管がん(矢印)
B: 超音波プローブの挿入
内視鏡から胆管に挿入したガイドワイヤに沿って超音波プローブを挿入(矢印)

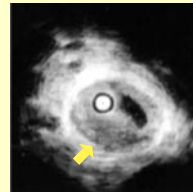
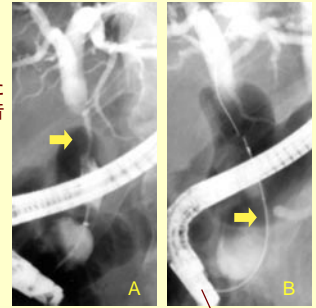


図2
IDUSによる胆管がんの輪切り像(矢印)

IDUSが用いられる病気

IDUSの適応は、主として胆管がんの縦方向の進展度の診断です。また、IPMN(膵管内乳頭粘液性腫瘍)などの嚢胞性膵嚢瘍の詳細な観察、遺残胆管結石の有無の判定や膵臓がんの進展度判定に用いられます。ただし膵管への挿入は、2.4mmというプローブ径の制約や検査後の膵炎、プローブ破損の可能性があり、主膵管が太い症例に限り適応されます。硬化性胆管炎や自己免疫性胆管炎などでの胆管壁肥厚の検討に使われることもあります。

京都第二赤十字病院消化器科部長 安田 健治朗

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

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。

編集後記

『消化器now』では、消化器疾患の最新の診断法や治療法を中心とした医療情報を、その領域の日本を代表する先生方に原稿をお願いしたり、インタビューを行って、国民の皆さまにわかりやすく解説してまいります。本号では、肥満と消化器疾患、胃がんの治療、潰瘍性大腸炎の治療薬、喫煙と肝疾患、小腸内視鏡検査、B型肝炎、管腔内超音波検査などのテーマを取り上げています。これらの情報が少しでも皆さまのお役に立てば幸いです。

編集委員会では、皆さまのご意見やご要望を広く求めています。ぜひ事務局までご一報ください。

日本消化器病学会広報委員会副委員長
鳥根大学医学部附属病院消化器内科
足立 経一

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