

日本消化器病学会の健康ニュース

2014.春号



No.4

消化器の ひろば

FOCUS

消費税の増税と病院経営 2

ずばり対談

中高年者も今すぐ学べる!

— 三浦雄一郎流 エベレスト健康法 —

(ゲスト) 三浦 雄一郎・浅香 正博 3

気になる消化器病 [食道がん] 7

消化器病の薬 [肝硬変のアミノ酸療法] 8

消化器の検査 [ピロリ菌の検査] 9

消化器Q&A 10

[B型肝炎の最新治療 / 腫瘍マーカーCEA / 抗がん剤のドラッグラグ]

No.4 2014



<http://www.jsge.or.jp>

消費税の増税と 病院経営

「若手医師不足」からの脱却も課題 経営危機の最大の原因である

私は2012年4月に東京医科歯科大学から地方の公的急性期病院に移り、病院の管理・運営に携わっています。まだ経験不足ですので、この命題を与えられた際に多少躊躇しましたが、今の立場からは重要なテーマであり、頭の整理を兼ねて執筆させていただいた次第です。

いよいよ消費税が8%に増税されます。消費税は消費者が物品などを購入した際に支払われますが、消費税がかからないものもあります。その一つが社会保険診療で受ける医療費です。かたや医療機関が仕入れる薬品や医療機器には消費税がかかります。

そもそも消費税とは消費者が負担し、それを事業者が納付するものであり、事業者には実質的な税の負担が控除される仕組みとなっています。これを、患者さんを消費者に、医療機関を事業者に例えて考えますと、患者さんが医療費で支払った消費税は、医療機関が薬品購入などの際に支払った消費税分を控除した（差し引いた）差額を納付することになります。しかし、現実には社会保険診療には消費税がかからないので、医療機関が支払った消費税はそのまま医療機関の負担となります。これを控除対象外消費税といいます。

過去の消費税増税に際しては診療報酬に上乗せが行われ、患者さんの医療費負担も増加しました。もちろん、医療機関にとっては消費税がカバーされるほどの上乗せではありませんでした。

日本医師会は以下のような提案を行っています。社会保険診療にも消費税をかけて、そのうえで患者負担のないゼロ税率、軽減税率、あるいは還付制度を導入し、患者負担の増加をなくすという提案です。消費税の原則に鑑みると医師会の主張は適切だと思います。平成26年度は診療報酬改定の年です。間もなくこれが決定されますが、消費税の増税分がどこまでカバーされるか、病院経営に大きくかかわってくるところです。

ただし、地方の中小病院の最大の経営危機は医師不足に起因しています。医療サービスは医師の診療が扇の要となり、そこから広がっていくものです。したがって、病院経営の根幹はよい医師をそろえることが必要条件です。平成16年から導入された卒後臨床研修制度により多くの初期・後期研修医、若手医師は大都市や有名病院を目指しました。その結果、大学では若手医師が減少し、地方の病院への医師派遣能力が低下しました。このような医師の動きは今の若者気質のせいというよりも制度がもたらした結果です。公共性が求められる医療の根幹である医師の配置を市場原理に任せた当然の帰結だと思います。

しかし、地方の病院でも若手医師が集まる病院はもちろん存在します。医師不足がもたらしめているデフレスパイラルから早く脱して若手医師が競って勤務したくなる病院にすることが私の目標です。



有井 滋樹

独立行政法人労働者健康福祉機構
東京医科歯科大学名誉教授
浜松労災病院院長

FOCUS

ずばり対談

鉄人は超肥満・高血圧・高脂血症・高血糖・不整脈・大骨折の危機を巧みに滑り抜けた！

中高年者も今すぐ学べる！

三浦雄一郎流
エベレスト健康法



ゲスト

プロスキーヤー・冒険家

三浦 雄一郎

前日本消化器病学会広報委員会担当理事
北海道大学大学院医学研究科がん予防内科学
講座特任教授

浅香 正博



今回は、昨年5月、80歳で3回目のエベレスト（標高8848m）登頂に成功された三浦雄一郎さんをゲストにお迎えしました。1回目の登頂は70歳、2回目は75歳、そして今回はネパール人男性の76歳を抜いて世界最高齢登頂者になられました。三浦さんの雄姿は映像や活字で詳しく、そして華々しく報道されましたが、私は医師として鉄人・三浦雄一郎氏の精神と肉体に医学的興味を抱いておりました。次々と快挙を生み続ける秘密はどこにあるのか。細かくお尋ねするうちに一般の中高年者にも、とても参考になる生活の知恵が披露されるはずですよ。楽しみです。（浅香正博）

講師夫妻の格闘寸前

浅香 三浦さんとのお付き合いは、私が会長を務めました第95回日本消化器病学会総会（2009年5月・札幌市）で、「特別講演」をお願いして以来、続いております。

三浦 学会では『「生きがい」～75歳、エベレスト登頂への挑戦～ 一高齢化社会におけるチャレンジと夢』の表題でDVDを使い、前年に成功した75歳でのエベレスト登頂、僕の健康法などを1時間お話ししました。

浅香 この学会では「高齢化社会」にふさわしい企画として「中高年者の希望の星」の三浦さんにお話を伺うことになりました。ところ

が、学会の3ヵ月前にスキーで^{だいたいこつ}大腿骨と骨盤を骨折されたとお聞きし、松葉杖で“健康法”を講演できるのかと心配になりました（笑）。

三浦 治りが早く、歩いて晴れの舞台に上がりましたよ（笑）。リハビリ効果ですね。

浅香 学会の懇親会で三浦さんが「80歳でもう一度エベレストに登る」と言われると、奥様は血相を変えて「絶対に行かせない」、そこで三浦さんは「僕は家出する」とおっしゃいました（笑）。

三浦 家内を脅迫して最大の障害を排除したので世界記録が樹立できたんです（笑）。実は僕が北大の獣医学部の学生時代、家内の弟子（当時、北海道大学の杉野目晴貞学長秘書）



Yuichiro Miura

三浦 雄一郎（みうら ゆういちろう） 1932年10月12日、青森県生まれ。56年、北海道大学獣医学部卒。62年からプロスキーヤー活動。2003年（70歳）、二男豪太氏とともにエベレスト登頂（8848m）。最高年齢登頂、親子同時登頂の世界記録を作る。その後不整脈を発症するもカテーテルアブレーション手術を行い75歳で2度目の登頂。さらに80歳で3度目の登頂に挑み、その直前の13年1月にも再手術（4度目）を受けて最高年齢登頂記録を更新する。80歳でのエベレスト登頂では体力の消耗が激しく、崩落のすむアイスフォールでの遭難を避けるため、標高6400m地点の第2キャンプよりヘリコプターで5400mのベースキャンプまで下山。「生きていたい」「生きて還れてよかった」と悲嘆と歓喜の声を上げた。

13年6月、安倍晋三首相は三浦氏の偉業を称え『三浦雄一郎記念日本冒険家大賞』（対象「冒険心に富む高齢者及び若者」）を創設。

父敬三氏（1904年生）は、100歳を超えても少年の心を持つスキーヤーだった。北海道大学農学部卒後、60歳（64年）頃から海外で滑降を始めた。70歳（74年）でヒマラヤ、77歳（81年）でキリマンジャロ、88歳（92年）でアルプス、99歳（03年）でモンブランでのスキー滑降に成功。100歳（04年）のときミスノーバードで三浦家の父・子・孫・ひ孫の四代で滑降を行った。この敬三氏が常に雄一郎氏の目標であり、その背中は雄一郎氏に夢・勇気・愛を与え続けた。101歳（06年）、死去。

長男雄大氏（66年生）は競技（アルペン）スキーヤー。二男豪太氏（69年生）はモーグルスキーでリレハンメル・長野各五輪出場。順天堂大学・白澤卓二教授の指導で「高所登山のアンチエイジング作用・低酸素下における遺伝子反応」を研究。12年、医学博士号取得。

と知り合い、卒業後に学長の仲人で結婚しました。家内は元アルペンスキー選手であり、また僕を懸命にサポートしてくれていますから、この企画の危険性がよくわかっていたのです。

浅香 次にプロスキーヤーとしての歩みを伺います。プロ転向へのきっかけは？

三浦 日本スキー連盟からアマチュア資格を剥奪され、26歳でアマチュアスキー界から永久追放されてしまったんです。

浅香 プロ野球の“黒い霧事件”のようなことがあったのですか？

三浦 いやいや（笑）。全日本選手権の青森県大会で夫婦ともにトップで予選を通りましたが、閉会式で僕が青森県の派遣選手数について役員にクレームをつけたため、式が混乱し、責任を取られました。半世紀前の日本のスポーツ界は驚くほど封建的でしたね。

浅香 大学に残って教職・研究者への道を進まれるというお話もあったようですね。

三浦 はい。でもスキーが好きだったのでお断りしました。ところがスキーの道も閉ざされましたが、幸い、1962年にアメリカでプロスキーが誕生しました。世界プロスキー選手権が開かれることを聞き、飛び入り参加してトニー・サイラーなどの強豪選手らと戦い、初年度は世界ランキング8位、最高は2位でした。イタリア大会では時速172kmの世界記録を出したりしました。でもプロスキーヤーにはアマチュア競技のように「ナンバーワン」を競う

だけでなく、誰もやったことのない「オンリーワン」の世界を創り出して観客に感動を与えなければダメだと。

浅香 そこで富士山で急斜面を直滑降されたのですね。滑降のスピードをパラシュートでブレーキをかけるアイデアが格好の話題になりました。1966年でしたね。

三浦 準備には2年をかけました。この成功は70年のエベレストのサウスコル（8000m地点）からの滑降へと発展します。この時、石原（裕次郎）プロが製作した記録映画が後にカナダの映像会社により英語版『The Man Who Skied Down Everest（エベレストを滑った男）』に再編集され、75年度のアカデミー賞長編ドキュメンタリー賞を取りました。たしか2004年に米大統領のジミー・カーターさんにお目にかかったとき、「あなたの映画を見て、勇気と元気を取り戻しています」と感謝されました。

浅香 プロスキーヤーといっても同時に製作者でもあり、イベント開催の費用もご自分で集めなくてはいいけないのですね。

三浦 そうです。アカデミー賞受賞作オリジナル版の制作費3億円は僕が集めました。偉大な経営者、本田宗一郎（本田技研工業創業者）、松下幸之助（現パナソニック創業者）、



3度目のエベレスト登頂に成功（2013年5月23日、80歳）

佐治敬三（元サントリー会長）、そして赤井三郎（赤井電機創業者）の4氏に直接交渉してご寄付いただきました。

浅香 三浦さんが85年（53歳）に世界七大陸最高峰を滑降で制覇した後、50代後半から冒険活動は休眠に入りましたが、体力が落ちたということです。

人間、目標を見失うと

三浦 人間が目標を失うと、こうもダメになるのか、その見本です。夢なし、トレーニングなし、食べ放題・飲み放題（たばこなし）で、60歳頃には肥満（体重89kg・身長164cm、BMI 33）、高血圧、高脂血症、高血糖、不整脈とあらゆる生活習慣病を揃えたメタボ（リック症候群）になっていました。特に尿素窒素値が非常に高く、このままだと腎臓がやられて人工透析の生活になると。近年はひと山登ってくると70kgに落ちています。

浅香 三浦さんの健康法の基本は？

三浦 楽しい夢を持つことです。検査値のためではなく、楽しいことをするための健康作りです。そうすれば気力・体力作りの処方箋は自ずと見出すことができます。3回目のエベ

レスト登頂を例にしますと、「年寄り半日仕事」を基本にしました。エベレストで300人近くが命を落としています、みんな過密スケジュールです。僕にはまだやりたいことが残っているので死ぬわけにはいかない（笑）。僕たちは亀戦法（重装備・ゆっくり行動）を貫きました。毎日、昼まで登り、あとは休みました。ベースキャンプ（5300m）から上では時間をかけてクレバスや氷壁の少ない迂回ルートに登るなどしました。そのため体力に余裕があり8000mの上でしばしば遭遇する、50cm登ると30cmずり落ちる急斜面の「デスゾーン」を今までより楽に登れました。8500mのC5（キャンプ5）では頂上をアタックした僕、二男の豪太、登はんリーダーら4人でお茶会をしました（笑）。「年寄り半日仕事」（安全登頂）の象徴は国際認定山岳医の大城和恵先生（心臓血管センター北海道大野病院）の同行を得たことです。ただ下りは悲惨でした（詳しくは別掲コラムを参照）。

浅香 80歳での登頂が一番楽だったのですか。すごい話ですね。一番お聞きしたかった言葉です。米大統領のように読者も勇気と元気をいっぱいいただけたと思います。中高年者には“ゆっくり余裕ある行動”が大切ということですね。

三浦 今回もネパール側から登りました。2013年5月23日9時（現地）、快晴無風、僕たち4人はシェルパと頂上に立ちました。10年前からの健康作りが基礎になっています。70歳でのエベ

浅香 正博（あさか まさひろ） 1972年、北海道大学医学部卒。78年、北海道大学医学部附属病院第3内科助手。81年4月から82年9月まで文部省在外研究員として米国テキサス州ベイラー大学医学部消化器科へ留学。82年4月よりベイラー大学医学部講師。84年1月から3月までサウジアラビア厚生省の招きでジェッダ市にある内視鏡センターへ赴き、アラビア人医師を指導。94年、北海道大学医学部内科学第3講座教授。2000年、北海道大学大学院医学研究科消化器内科学教授。07年から10年まで北海道大学病院病院長。09年、第95回日本消化器病学会総会会長。11年から北海道大学大学院医学研究科がん予防内科学講座特任教授。09年、高松宮妃癌研究基金学術賞、朝日がん大賞。11年、日本医師会医学賞。13年、Marshall & Warren Medal（欧州ヘリコバクター会議）を受賞。長男は三浦雄一郎氏のように育ってほしいと、雄一郎と名付けた。

Masahiro Asaka



ずばり対談

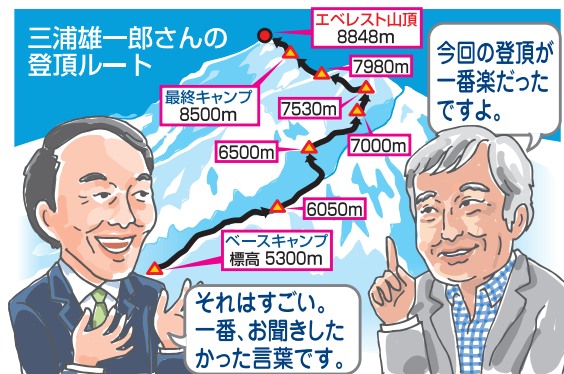
レスト挑戦を目ざした時は5年計画で、まず歩くこと。食事は腹八分、肉食中心から玄米（十穀米）を一口100回^か噛む、きな粉、ヨーグルト、しゃけの頭にニンニクなんかをいっぱい入れて煮て食べる、そんな食生活に広げました。父敬三の食生活です。最近の医学研究では元気な長寿者の特徴は、夢と意欲を持ち、強めの身体活動が続けていることです。三浦流健康法は中高年者も決心すれば今すぐに学べますよ。お勧めの僕の本は『歩けば歩くほど人は若返る』（小学館・2012年発行）です。歩く効果は高齢者ほど大きくなります。

浅香 大腸がんの予防には、継続運動を週3回以上行うことが勧められています。

三浦 僕はエベレストに登るため「攻める健康法」を行い、食事と薬で検査値の正常化を待つのではなく、強い運動で改善を図ります。最初、足首に1kg、背中に10kgの重りを背負って歩き、70歳の登頂前にはそれぞれ10kg、30kgに増やし階段の上り下りを2時間以上行うことが可能になりました。万事この調子。

浅香 三浦さんの講演の後、全国の消化器の先生方の間で“重り運動”が一時、流行^{はや}りましたよ（笑）。ところで脈が乱れる心房細動による不整脈はどうされましたか。

三浦 3回目にエベレストへ出かける1ヵ月半前に4回目の手術（心臓カテーテルアブレー



ション手術）が成功しました。今、「心臓の軽さ」を実感しています。僕の勝手に不整脈を5年以上も放置したことになります。

浅香 75歳の登頂当時から不整脈はあったのですね。鉄人らしいエピソードです。

三浦 僕は多くの専門家の先生方にお世話になっています。不整脈はヒマラヤで先の大城先生から「ドクターストップ」がかかり、家坂義人先生（土浦協同病院）に再々度の手術をしていただきました。定期健診などもきちんと受けていますよ。

浅香 三浦流健康法は一見乱暴のようですが、実は医学常識に基づいた方法であることに感心しました。次の計画を教えてください。

三浦 4年後はヒマラヤ山系のチョー・オユー（8201m）から滑降したいですね。エベレストの正面に見える世界6番目に高い山です。

浅香 三浦家のことはコラムで紹介しています。素晴らしいお話を有難うございました。

構成・高山美治



気になる 消化器病

食道がん

食道がんは日本人のがん種別死亡数の第6位で、男性に多い病気です。喫煙や飲酒などが危険因子です。かつては食事が通らないほど進行した状態で診断されることがしばしばでしたが、最近は診断技術も進歩し、内視鏡で治る早期がんも増えました。早期発見には定期的な内視鏡検査が必要です。

食道は喉の奥から胃に至る約25cmの管状の臓器で、食道がんはその内面を覆う粘膜上皮から発生します。がんが進行すると食道が細くなって硬くなるので食物の通りが悪くなります。早期にはほとんど症状がありませんが、早く発見すれば治る確率が高まりますので、定期的な内視鏡検査をお勧めします。なお、バリウム検査では早期食道がんは診断できません。

食道がんの発生には喫煙と飲酒（アルコール）が大きく関与しています。熱いものや辛いものも危険因子です。毎日お酒を飲み、しかも喫煙量が多い人は、どちらも行わない人の3～30倍、食道がんの発生率が高まります。タバコを全く吸わないと食道がんの発生が半減するともいわれます。喫煙は肺がんや胃がんの発生率も高めますので、ぜひ禁煙しましょう。お酒を飲んですぐ赤くなる人はアルコールの分解酵素が弱く、食道がんになりやすい体質ですから、注意しましょう。

食道の壁は粘膜層、粘膜下層、固有筋層、外膜の4層からなり、粘膜層はさらに粘膜上皮、粘膜固有層、粘膜筋板からなります（図）。粘膜上皮は皮膚と同じ扁平上皮で、日本では食道がんの90%以上が扁平上皮がんですが、欧米では逆流性食道炎による腺がんが大半です。食道がんは胃がんや大腸がんよりも早い段階でリンパ節へ転移しますが、粘膜上皮から粘膜固有層までの早期がんは、内視鏡でがんを剥ぎ取る内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で治せます。しかし、が



順天堂大学医学部附属
順天堂医院
がん治療センター長

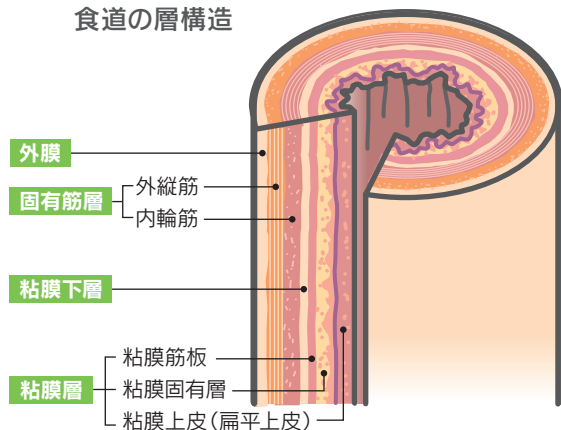
鶴丸 昌彦

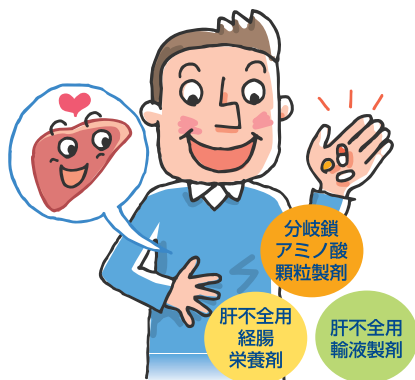
んが粘膜筋板に達すると10～15%にリンパ節転移が起り、ESDでは根治できない場合があります。リンパ節に転移しても、食道を中心とした局所にとどまる間は、そこだけを治療します。局所治療には手術と放射線治療があります。私どもの成績によると、ある程度進行したがんでは手術が根治性で優れています。

血管を通して転移する血行性転移（肺、肝臓、骨転移など）には、抗がん剤などの化学療法を行います。

ある程度進行した食道がんには、手術前に化学療法や放射線治療を行い、その後に手術を行う集学的治療が一般的です。手術では頸部・胸部・腹部のリンパ節を取り除き、食道と胃の一部を切除し、残った胃を頸部までつり上げてつなぎます。5年生存率は60%台に改善され、食道がんも治る病気になってきました。

■図 バームクーヘンのような
食道の層構造





肝硬変のアミノ酸療法

肝硬変になると肝臓が線維化して肝細胞に十分な血液（栄養分や酸素）が行きわたらなくなり、肝細胞の機能が障害されます。特に蛋白質を合成する機能の低下は患者さんの命にもかかわります。アミノ酸療法は肝硬変の栄養障害を改善して諸症状を和らげます。

◆ 肝硬変におけるアミノ酸の動き ◆

アミノ酸は肝臓が蛋白質を合成する際の基になる物質で、体のエネルギー源になります。アミノ酸には、体内で作れない必須アミノ酸と体内で作れる非必須アミノ酸があり、肝硬変で蛋白質を含む食事摂取量が不足してくると、筋肉でのアンモニア処理や蛋白質の分解によるアミノ酸からのエネルギー産生が高まり、特に必須アミノ酸の分岐鎖アミノ酸の血液中濃度が減ってきます。一方で、肝細胞機能の低下により芳香族アミノ酸のフェニルアラニン、チロシンが血液中に流出して増えてきます。その結果、血液中の芳香族アミノ酸に対する分岐鎖アミノ酸の比（フィッシャー比）が低下してきます。

◆ アミノ酸療法 ◆

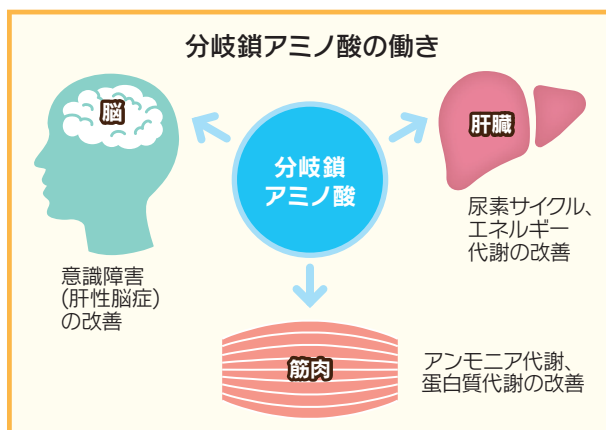
アミノ酸療法では、不足した分岐鎖アミノ酸をアミノ酸製剤により補います。アミノ酸製剤は3種類あり、患者さんの状態により使い分けます。

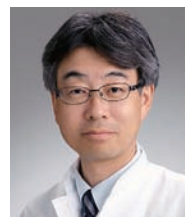
分岐鎖アミノ酸顆粒製剤：バリン、ロイシン、イソロイシンの3つの分岐鎖アミノ酸からなる製剤で、適応は食事摂取が十分でも低アルブミン血症（3.5g/dL 以下）を認める非代償性肝硬変の患者さんです。通常は1回1包（分岐鎖アミノ酸4g 含有）を1日3回、食後に服用しますが、最近は昼1包、就寝前2包の服用も奨励されています。長期間の服用により、黄疸、腹水、肝性脳症の悪化、食道・胃静脈瘤破裂、肝がん、死亡などが有意に抑えられます。

肝不全用経腸栄養剤：糖質、蛋白質、脂質、ビタミンなどを含む総合栄養剤で、分岐鎖アミノ酸と少量の芳香族アミノ酸が配合されています。2種類の製剤があり、それぞれ1日3包または2包用います。どちらも通常の食事と併用するとエネルギー量や蛋白質量が過剰となり、血液中アンモニア値の増加や肥満の助長、糖尿病の悪化をきたす可能性があるため、栄養指導による食事制限が不可欠です。

低栄養状態の患者さんには、就寝前に約200kcalの軽食摂取または本剤の投与が推奨されています。

肝不全用輸液製剤：肝性脳症の患者さんに用いる製剤で、分岐鎖アミノ酸と少量の芳香族アミノ酸、トリプトファン、メチオニンが配合されています。1日400～1000mL を末梢または中心静脈からゆっくり点滴します。意識覚醒の効果は速く現れますが、黄疸が強い肝不全の方では効果に限界があります。





ピロリ菌の検査

ピロリ菌の検査法は6種類ありますが、単独で完ぺきな診断ができる方法はありません。そこで、時には複数の検査を組み合わせる総合判定する必要があります。この6つは大きく分けて内視鏡を用いる検査法3つと内視鏡を用いない検査法3つがあります。(図)。

内視鏡を用いる検査法

内視鏡で採取した胃粘膜の一部を生検組織として用いる検査法で、「点診断」といいます。実際にはピロリ菌は胃粘膜で不均一に分布しているため、常に診断に誤差が生じる可能性があります。

①**迅速ウレアーゼ試験**：生検組織にピロリ菌がいれば、菌のウレアーゼ活性作用で尿素がアンモニアと二酸化炭素に分解され、そのアンモニアがpH指示薬の色を変えます。内視鏡検査後に短時間で結果が出ます。

②**鏡検法**：顕微鏡を用いて生検組織を調べます。

③**培養法**：生検組織を培養して、ピロリ菌が増えるかどうか調べる、^{ゆい}唯一の直接証明法です。37℃の微好気(酸素濃度が空气中より低い)条件下で、5～7日間培養しなければならず、感度も高くありません。

内視鏡を用いない検査法

「面診断」ともいわれ、胃全体の情報が反映されますが、内視鏡で胃粘膜を観察できないため、胃潰瘍や胃がんなどのピロリ菌以外の情報はわかりません。

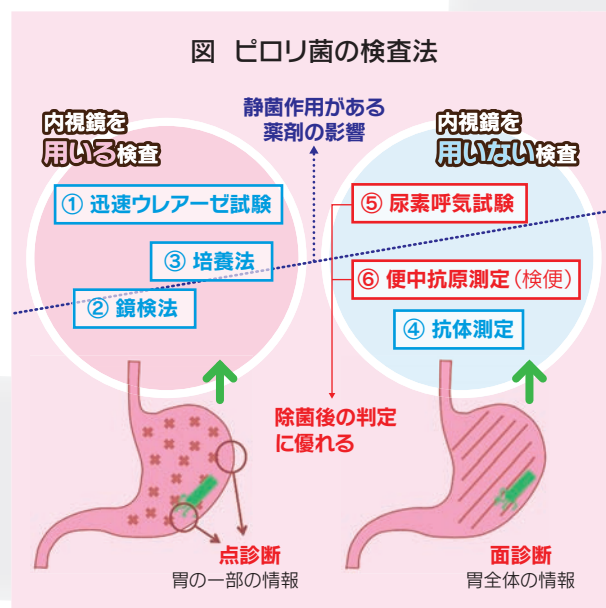
④**抗体測定**：血液または尿を採取してピロリ菌の抗体の有無を調べる検査で、一度に多数例の感染診断を行うことも可能です。胃がんリスク検診(ABC検診)などにも適します。しかし、除菌後すぐには陰性にならないため、除菌治療後の判定には向きません。

⑤**尿素呼気試験**：検査用の薬を飲んで、その後の呼気からピロリ菌感染の有無を調べる検査で、除菌治療後の判定に最もよく用いられます。ウレアーゼ活性を利用する検査のため、胃酸の分泌を抑制するPPIなど、ピロリ菌への静菌作用(菌の増殖を抑える作用)を持つ薬剤の服用中や胃の切除後には適しません。

⑥**便中抗原測定**：便を採取してピロリ菌抗原を検出する検査です。PPIなどの静菌作用を持つ薬剤の影響は受けにくいので、尿素呼気試験が行いにくい人に有用です。

除菌治療後の判定

除菌治療後4週間以上たったときに、除菌が成功したかどうかの判定を、通常は尿素呼気試験か便中抗原測定で行います。なお、ピロリ菌の検査はすべて、ピロリ菌への静菌作用がある薬剤の投与を中止または終了後2週間以上たってから行う必要があります。



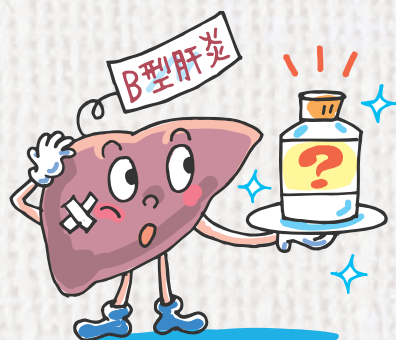
消化器

どうしました？



Q

**B型肝炎の最新治療では、
どういう薬を使いますか？**



A

B型肝炎ウイルスキャリア（保有者）の1割ほどはウイルスの活動が続くため、慢性肝炎の状態が続き、肝硬変や肝臓がんに行進する危険性があります。したがって、ALTという肝炎の程度を示す値が高い人やウイルス量が多い人、または肝臓が硬くなっている人や硬くなり始めている人では、病状を進行させないためにB型肝炎ウイルスを抑える治療が必要です。

B型肝炎の最新治療法には、ペグインターフェロンという注射薬を用いる方法と、核酸アナログ製剤という飲み薬を用いる方法とがあります。ペグインターフェロン治療では、週1回の注射を48週間続けます。副作用に発熱や全身倦怠感、血球数の減少などがありますが、免疫を高める作用も併せ持っているため、治療終了後も薬なしで効果が持続するという利点があります。

一方、核酸アナログ製剤は、ほと

んどの人に対してウイルスを抑える効果を発揮し、肝炎の活動を鎮静化します。また、飲み薬のため簡便で、短期的な副作用がまれなことも利点です。しかし、服用を中止すると肝炎が再燃することが多いため、長期間の服用が必要となり、耐性ウイルスや長期間の服用に伴う副作用もゼロではありません。

このように2つの治療法の特性は異なりますが、これらによってB型肝炎の治療成績は大きく向上しました。どちらの治療法が合うかは、患者さんの年齢やB型肝炎の状態により異なりますので、専門の医師によく相談されて、ご自分に適した治療を受けられることが大切です。

B型肝炎の治療薬

ペグインターフェロン

利点

- ①免疫を高める作用
- ②耐性ウイルスが出ない
- ③48週間の投与が基本
- ④治療後も効果が持続

欠点

- ①副作用（発熱など）
- ②注射薬である
- ③効果が乏しい人もいる

核酸アナログ製剤

- ラミブジン
- アデフォビル
- エンテカビル
- テノホビル

利点

- ①飲み薬で簡便
- ②ほとんどの人に有効
- ③短期的な副作用はまれ
- ④肝硬変の人にも使用可

欠点

- ①長期間の服用が必要
- ②長期服用で副作用（まれ）
- ③耐性ウイルス出現（まれ）

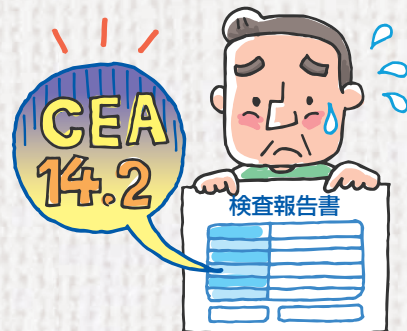
回答者



東京医科大学
消化器内科・肝臓病態制御学教授
朝比奈 靖浩

Q

血液検査で腫瘍マーカーのCEAが高いといわれました。どうしたら良いですか？



A

CEAは大腸がんおよび胎児組織から見つけられた糖蛋白質で、がん胎児性抗原と命名されています。

その後、CEAは正常成人の口腔、胃、大腸、呼吸器、胆管などの粘膜上皮で大量に産生されていることがわかりました。これらは粘膜上皮の管腔側面（かんくう）のみに存在し、細胞間・基底膜には存在しません（図）。そのためCEAは、血液、リンパ液、組織液と接することがなく、血中には認められません。一方、がん組織では細胞の並びが乱れ、細胞の構築も壊れているため、細胞膜全体からCEAが発現し、血管やリンパ管に流出します（図）。

CEAは、早期がんでは検出率が低く、がんを見定める検査には向いていません。進行がんでは、大腸がんのほか、膵臓がん、胆管がんでの陽性率が30～60%と報告されているほか、胃がん、肝臓がん、肺がん、卵巣がん、泌尿器系腫瘍などでも高

Q&A

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。

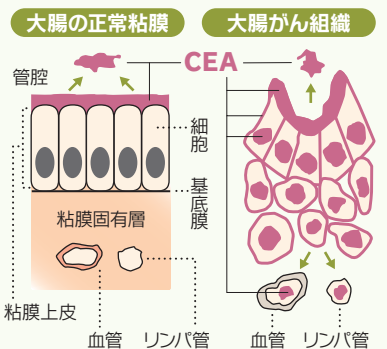


い値を示します。

なお、CEA は良性疾患や喫煙、加齢で偽陽性を示すこともあり、別の腫瘍マーカー（CA19-9など）と併せて測定することも重要です。

CEA の高値を指摘されたら、上記のどの臓器が原因で上昇しているかを調べる必要があります。最初は侵襲（体の負担）の少ない血液検査や、CT 検査、MRI 検査での画像診断を行います。次に、胃や大腸が疑われる場合には内視鏡検査を、胆管や膵臓が疑われる場合には腹部超音波検査や超音波内視鏡検査を行い、疑わしい病変が見つかったら、病理組織診や細胞診で最終診断を得ます。まずはかかりつけ医に相談しましょう。

大腸の正常粘膜とがん組織におけるCEAの分布



（黒木政秀「臨床医」28:1277-1279, 2002より引用改変）

回答者



東京慈恵会医科大学
内視鏡科
斎藤 彰一

Q

外国で使用されている抗がん剤を日本で使用することはできないのですか？



A

生命にかかわる疾患である「がん」に対して有効な薬剤が少しでも増えることは好ましいことです。

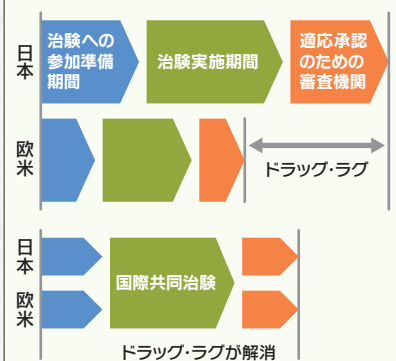
外国で使える薬剤はそのまま日本で使えるようにすれば良いかもしれませんが、薬には副作用が必ず伴います。特に抗がん剤の副作用は重篤なものが多く、ときに致命的になりかねないという危険があります。抗がん剤では有効性と安全性のバランスに基づいて使用することが大切です。また、薬の副作用の発現には人種差が明らかなものもあり、日本人と外国人では副作用の程度や用量用法が異なる薬剤も少なくありません。

そのため、日本では慎重に安全性を確認することが基本となっています。つまり日本での保険適用の承認には日本人での安全性と有効性のデータが求められることから、日本人での臨床試験（治験）が必要となるわけです。

国外の治験で有効性が確認され、使用されている薬剤が日本では使用できない状況をドラッグ・ラグと呼びます。開発のための治験を計画する製薬企業、治験を行う医師などの研究者、承認審査を行う当局の3つの段階でドラッグ・ラグが生じるといわれています（図）。

海外で使える有効な薬剤が日本で使えない状況はできるだけ避けるべきであり、ドラッグ・ラグの解消への取り組みがそれぞれの段階で進んでいます。最近では海外での国際共同治験に日本が参加することも多くなり、ドラッグ・ラグはかなり短くなっています。また、日本で創られて国際共同治験に進んでいる薬剤もあり、世界に先駆けて承認される薬も増えてくるものと期待されます。

ドラッグ・ラグとその解消



回答者



杏林大学医学部内科学
腫瘍内科教授
古瀬 純司



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。

開催	日時	場所	テーマ	お問合せ
第100回 総会	4月26日(土) 11:00~17:00	東京国際フォーラム・ ホールB7 (B棟7階)	もっと知ろう! 消化器病のこと	日本コンベンションサービス 森・川田・石津 TEL:03-3508-1265
北海道 支部	5月24日(土) 14:00~16:30	ホテルサンルート室蘭	消化器がんの体にやさしい治療 —— 内視鏡治療から緩和治療まで	市立室蘭総合病院消化器内科 金戸 宏行 TEL:0143-25-3111
東北支部	9月14日(日) 時間未定	エスポワールいわて	肝移植が必要な肝臓の病気とは?	岩手医科大学外科 若林 剛 TEL:019-651-5111
関東支部	6月7日(土) 12:50~16:20	ルネこだいら・中ホール	消化器病最新的话题	公立昭和病院消化器内科 野内 俊彦 TEL:042-461-0052
	9月20日(土) 時間未定	高崎シティギャラリー	(未 定)	高崎総合医療センター消化器内科 高木 均 TEL:027-322-5901
	9月27日(土) 時間未定	とちぎ健康の森	(未 定)	那須赤十字病院消化器内科 佐藤 隆 TEL:0287-23-1122
甲信越 支部	7月12日(土) 14:00~16:30	諏訪赤十字病院・ 2階研修センター	知って得するおなかのがんのお話	諏訪赤十字病院消化器科 武川 建二 TEL:0266-52-6111
東海支部	6月15日(日) 時間未定	長良川国際会議場	(未 定)	岐阜大学 腫瘍外科 吉田 和弘 TEL:058-230-6235
北陸支部	5月17日(土) 13:30~16:30	フォーラム七尾	もっと知ってほしいおなかの病気	患寿総合病院消化器内科 淵崎 幸一郎 TEL:0767-52-3211
	9月20日(土) 13:30~16:30	福井県県民ホール・ AOSSA8階	おなかのがんのサポーター —— 腹巻きではありません	福井県立病院臨床病理科 海崎 泰治 TEL:0776-54-5151
近畿支部	5月11日(日) 13:00~16:30	千里ライフサイエンス センター	消化器のがんにならないためにできること	大阪大学 消化器内科 竹原 徹郎 TEL:06-6879-3621
中国支部	6月22日(日) 14:00~16:30	岡山コンベンション センター	消化器がんを知り、消化器がんを予防し、 消化器がんを克服する	川崎医科大学肝胆脾内科 日野 啓輔 TEL:086-462-1111
四国支部	9月13日(土) 13:30~17:00	高知市文化プラザ かるぽーと・小ホール	聞いて得する! おなかの病気と生活習慣	国吉病院消化器外科 近森 文夫 TEL:088-875-0231
	9月21日(日) 13:00~16:00	かがわ国際会議場	ならない方がいいけど、なったらどう診断・ 治療するの 消化器がん	香川県立中央病院消化器内科 稲葉 知己 TEL:087-811-3333
	9月27日(土) 13:00~16:30	小松島市ミリカホール	おなかのがんの予防と治療 —— 今できること	徳島赤十字病院消化器科 佐藤 幸一 TEL:0885-32-2555
九州支部	3月29日(土) 14:00~16:00	シーハットおおむら・ さくらホール	消化器系のがん —— 最新の内科治療、外科治療	長崎医療センター臨床研究センター 八橋 弘 TEL:0957-27-3021
	4月12日(土) 14:00~16:00	コンパルホール	消化器がんの予防・診断と治療	大分県立病院がんセンター 加藤 有史 TEL:097-546-7111
	7月19日(土) 14:00~16:00	おりなす八女	胃と腸・肝・胆膵の病気 —— 早期発見から治療まで	公立八女総合病院消化器内科 小野 典之 TEL:0943-23-4131

寄附のお願いについて

日本消化器病学会は、昭和29年に医学会において少数の財団法人の認可を受け、平成25年に一般財団法人(非営利型)へ移行致しました。

公益事業を積極的に推進し、その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器のひろば』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、詳細等のお問い合わせは下記にお願いします。

一般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

編集担当 樫田 博史 近畿大学教授 内科学教室(消化器内科部門)
春日井 邦夫 愛知医科大学内科学講座消化器内科教授

本誌へのご感想や今後取り上げてほしいテーマなどを、ぜひ事務局までお寄せください。ただし、個人的なご相談やご質問には応じかねますのでご了承ください。

本誌既刊号の記事や市民公開講座の開催案内は本学会ホームページ
<http://www.jsge.or.jp>の「一般のみなさまへ」で公開しています。

スマートフォンをお使いの方はこちらから



Web

消化器のひろば

検索

2014年3月20日発行

発行所 一般財団法人
日本消化器病学会
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

次号は9月20日発行の予定です。
本誌の無断転載・複製は禁じます。