

日本消化器病学会の健康ニュース

2015. 秋号



No.7

消化器の ひろば

FOCUS

再生医療 2

ずばり対談

肥満手術の伝道師Konishikiさんの

体重310キロへの挑戦

(ゲスト) Konishiki・北野 正剛 3

気になる消化器病【胃がん(予防を含めて)】 7

消化器病の薬【肝臓病と漢方薬】 8

消化器の検査【最新の内視鏡検査】 9

消化器Q&A 10

【特定疾患の制度／C型肝炎の飲み薬／
便秘は大腸がんになりやすい?】

No.7



2015

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

再生医療

「再生」
日本で開発された技術により、病気で傷ついた消化管を
する治療法の開発が世界中で始まっている



渡辺 守
東京医科歯科大学消化器内科教授

みなさんは「再生医療」と聞いてどんなイメージを思い浮かべるでしょうか？ ケガや病気で傷んだ体がたちどころに元通りになる、劇画のようなイメージを思い浮かべる方も少なくないでしょう。つい10年前には確かに、夢物語だったと思います。

しかしながら、山中伸弥教授が2006年に発表され、ノーベル賞を受賞されたiPS細胞が持つ大きな可能性が連日のように報道されました。iPS細胞は私たちの体がどのように形作られているか、という科学的な疑問の解明にも大いに役立つ一方、体中の組織・臓器を体の外で作りなおして治療に役立てる「再生医療」の担い手としても非常に大きな期待がかけられています。昨年2014年、理化学研究所の高橋政代先生らにより、iPS細胞を使った世界初の臨床試験が眼の病気である加齢黄斑変性の患者さんに対して実施されました。今後、神経や心臓の病気にもiPS細胞を使った臨床試験が計画されており、これまで治すことが難しかった病気の治療に役立つことが大いに期待されています。iPS細胞が注目されるようになり、「再生医療」をより身近に感じるようになった方も多いのではないかと思います。確かに、「再生医療」は決して夢物語ではなくなっています。

このような「再生医療」を消化管の病気にも役立てる試みが進められています。消化管の難病である潰瘍性大腸炎・クローン病は、腸の表面にある「上皮」が傷つい

て治りにくい潰瘍ができてしまう病気です。これまで消化管の上皮を作る元となる「幹細胞」があることはわかっていましたが、この細胞がどのような特徴を持ち、体の外で増やし育てることが可能か否かはわかっていませんでした。しかし近年、日本人の研究者らにより消化管の幹細胞を体の外で効率よく増やす技術だけでなく、これを傷んだ消化管に戻して修復する技術が開発されました。これらの技術を使って、病気ににより傷ついた消化管を「再生」する治療法の開発が世界中で始まっています。私たちは既然大腸幹細胞を使って潰瘍性大腸炎・クローン病の新しい治療法として役立てるため、iPS細胞を使った治療法の開発と並んで「再生医療実現化ネットワークプログラム」というプロジェクトにより国の強力な支援を受け、開発研究を実施しています。

日本で開発された技術により、消化管の難病の治療に役立つ全く新しい「再生医療」が現実のものとなる日は確実に近づいています。しかし実際に安全な治療として患者さんに提供するためには、いまだ様々な課題が残されており、これらを確実に解決するために取り組んでいく必要があります。iPS細胞と同様、国民のみなさんには技術の進歩だけに目を奪われることなく、安全な医療として発展するよう、決して焦ることなく、冷静に見守っていただくをお願いしたいと思います。

FOCUS

ずばり対談

肥満外科の権威が語る「肥満手術の実際とメタボへの治療効果」

肥満手術の伝道師
Konishikiさんの

体重310キロへの挑戦



タレント・音楽プロデューサー

Konishiki

ゲスト

大分大学長(消化器外科)
日本消化器病学会財団評議員

北野 正剛



小錦八十吉さん (Konishiki) をお迎えして「肥満との戦い」を伺います。小錦さんは肥満による種々の苦痛を経験し、2008年に故郷ハワイで胃の縮小手術を受けました。現在は最重量時から140キロ減量して千絵夫人と幸せに生活しておられます。高度肥満の内科治療には限界があり、1950年代から外科治療が試みられてきました。2014年には健康保険で肥満の外科治療が受けられるようになりました。肥満に関係した健康障害が社会問題になってきた今、小錦さんの体験談は肥満者へ希望をもたらしてくれるでしょう。

(2015年4月8日収録)

（食事を美味しく食べたことはない）

北野 今回は Konishiki さんをお迎えしての対談です。お忙しい中ありがとうございます。

Konishiki 私、あけぼの(曙)です(会場、一瞬沈黙、爆笑が続く)。医学のことを、分かりやすく、楽しく話したいんですよ。

北野 はい、たいへん結構ですね(笑)。小さい時から、やはり太っていましたか。

Konishiki 体重のことを聞かれるのは100万と1回目。いつも体重が主役(大笑)。

北野 今日は医学的な立場から伺います。

Konishiki 子供の頃から大きかった(体重が重かった)。高校時代はアメリカンフットボールの選手で140キロあり、水泳、陸上、バスケ、

パワーリフティングと、万能選手でした。

北野 昭和57(1982)年、高見山さん(元東関親方)の誘いで大相撲に入った時の体重175キロが公式記録に残っています。体重計1つでは測り切れなくて2つ使ったと(笑)。

Konishiki 相撲は体重無差別の世界だから、大きい力士が有利です。食べることが仕事。15、6年相撲をとったけど、食事が美味しいなんて思ったことはほとんどないです。

北野 大関時代には285キロと大相撲史上の新記録を樹立して話題になりました(笑)。

Konishiki 僕の大問題は怪我とどんどん大きくなる体。昭和61(1986)年5月場所で北尾関(元横綱・双羽黒)との対戦で右足膝のじん帯を損傷し骨折もしました。稽古は少なくな



Yasokichi Konishiki

る、食欲は変わらない、体は大きくなる、膝の痛みは強くなる。悪循環です。

北野 怪我がなければ横綱になれたと言われました。引退後にはさらに体重が増えましたね。

Konishiki 僕の“公式発表”では最高時310キロ(笑)。引退後、食事は美味しくてどんどん食べた。TVのダイエット企画で40キロやせてリバウンドで70キロ戻った(笑)。

母親兄弟は糖尿病で死亡

北野 ご両親やご兄弟はお元気ですか。

Konishiki お母さんは糖尿病(2型)がもとで12年間、人工透析治療を受け、その後、亡くなりました。お父さんも糖尿病。兄の一人は50歳で、妹は38歳で、親類の人は40代で糖尿病で亡くなりました。

北野 Konishiki さんはいかがですか。

Konishiki 糖尿病も高血圧もない。悪いのはアタマだけ(大笑)。軟骨やじん帯がやられ、骨と骨がぶつかり合って起こるすごい痛みを痛み止めで抑えて、長年相撲とタレントを続けてきました。今も関節と痛風の痛みはあります。心臓への負担も減らしたかった。

北野 そうですか。日本では年間約200例の

小錦 八十吉(こにしき やそきち)

芸名・Konishiki。株式会社KP(Konishiki Power)所属。社長は妻の千絵さん。1963年12月31日、米国ハワイ州オアフ島生まれ。本名サレバ・ファウリ・アティサノエ。10人兄弟の第8子。1982年6月、大相撲の高砂部屋(元横綱・朝潮)に入門。幕内最高優勝3回。生涯戦績733勝498敗95休。幕内戦績649勝476敗89休。力士会会長を務めた。

1997年11月引退。日本国籍取得。佐ノ山親方を経て、1998年9月、タレント活動開始。テレビ番組やCMなどで活躍。ミュージシャンとしても活動し、「Konishiki KMS」「Konishiki Simply」「ドスコイ・ダンシング」など多くのCDを出している。NHK教育テレビの子供番組「にほんごであそぼ」メインキャラクター「コニちゃん」として多くの人に親しまれている。

1996年に非営利慈善団体「コニシキキッズ基金」(ハワイ)を設立して、ハワイの子供の就学援助・日本への招待などを行ってきた。東日本大震災後には被災地へ3000人分のプレゼントを贈ったり、大型トラックで釜石の仮設住宅に8000個のシャンプーを運ぶなどボランティア活動に取り組んでいる。

Konishiki さんは「120キロに減量したい」と語っているが、事務所社長の千絵さんは「あまり小さくなってタレント価値が下がるのは……(笑)」と微妙な心境のようである。

肥満手術が、肥満関連健康障害の治療を目的に行われています。健康障害で最も多いのがお話のあった糖尿病です。ほかにも高血圧、高脂血症、心筋梗塞、痛風、脂肪肝など多くの病気があります。糖尿病が原因で年に1万6,000人が透析を始め、3,000人が失明しています。

Konishiki 200例とは意外に少ないですね。

北野 肥満手術の治療効果が広く知られてくると手術は増えるでしょうね。世界には10億人近い病的肥満者がいるといわれ、米国では年間40万人が肥満に関係した心筋梗塞などで死亡しています。世界では肥満手術が年間約34万件行われています。

Konishiki 僕が手術をしたとき、身長187センチ、体重300キロ超えてた。標準体重は77キロで、230キロほどオーバーしてると言われました(笑)。

北野 現在、肥満手術はBMIが35以上の高度肥満者に保険が適用されます。高度肥満者には食事による減量は難しいのです。BMIは「体格」を判定する計算式で、体重〈kg〉を身長〈m〉の2乗で割った数値がもとなります。25以上が「肥満傾向」、20～24の「普通」の人たちは最も病気をしないんです。Konishiki さんのBMIは90近く(笑)。

Konishiki 肥満手術が必要な体重は？

北野 Konishiki さんの高校時代のように

140キロあっても筋肉のある人は問題がありません。体を動かさないで大食する人は100キロが危険域ですね。120～130キロでは手術を検討する必要があると思います。今、BMIが30以上の肥満者に保険適用を拡げることが議論されています。

Konishiki 僕が手術を決めた40代半ばでは内臓はどこも悪くなかった。でも体の大きい僕と同じサモア人やポリネシア人は50歳を過ぎると糖尿病になり腎臓をやられます。僕の願いは病気を防いで、60歳、70歳でも妻の千絵と一緒に幸せでいたいということです。

北野 Konishikiさんは優等生ですよ(笑)。肥満手術の目的は肥満に関する病気を治すことですが、理想はお話のような予防医学としての手術です。千絵さんとのご結婚(平成16年)後に「この幸せを病気で壊したくない」との発言がありました。当時から手術を考えておられたようですね。

Konishiki 手術のため1年間の休業計画を立てました。まずハワイで医療保険に入り、1日に5人の専門の先生に話を聞くなど手術の勉強と心身の準備をしました。ハワイでは勉強しないと手術をやってもらえない。400万円の費用の半分以上は保険で払いました。

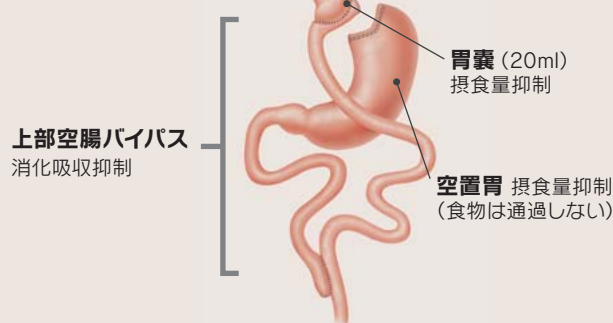
北野 肥満手術の費用は米国で250から300万円ですが、Konishikiさんが受けた手術「腹腔鏡下ルーワイ胃バイパス術」(図1)はやや高めです(笑)。日本では2014年4月に「腹腔

鏡下スリーブ状胃切除術」(図2)という手術が保険収載になりました。100万円から200万円です。(突然に) Konishikiさん、ソフトクリーム好きですか。

Konishiki 嫌いですが。どうして？

北野 よかった。減量した体を維持できますよ。私たちはスイーツが異常に好きといった偏食の強い人は手術をしません。手術後、簡単に体重が戻るからです。栄養や食べ方などを半年間は勉強していただき、食習慣の改善が検査データに示された段階で手術します。

図1 ルーワイ胃バイパス術
(腹腔鏡下手術)



Konishikiさんが受けた肥満手術の術式の1つ。世界で一番多く行われている「摂食量抑制+消化吸収抑制型」手術。20ml大の胃嚢(極小残胃)を造り、食事が胃を通過しないので摂食量が大幅に抑制される。また上部空腸(小腸)バイパス術により食事は空腸を迂回するので消化吸収も大きく抑制される。

図2 スリーブ状胃切除術
(腹腔鏡下手術)



日本で保険診療が認められた唯一の術式。症例数は世界第2位の「摂食量抑制型」手術。胃を切除してスリーブ(服の袖)状の縮小胃を造る。胃は食事で1500mlくらいに膨らむが術後は100～150mlになる。糖尿病の治癒効果に優れ、術後の障害が少ないので世界で症例数は急速に増えている。

北野 正剛 (きたの せいごう)

1976年、九州大学医学部卒業。81年、同大学大学院博士課程卒業。83～84年、ケーブタウン大学 Senior Consultant Doctor。87年、九州大学医学部講師。96年、大分医科大学(現大分大学医学部) 外科学第一講座教授。2010年、日本内視鏡外科学会理事長。11年、大分大学長、現在に至る。日本外科学会/日本消化器病学会/日本消化器外科学会/日本肝胆膵外科学会/日本胃癌学会/日本癌治療学会/米国外科学会などの役員等を歴任。

Seigou Kitano

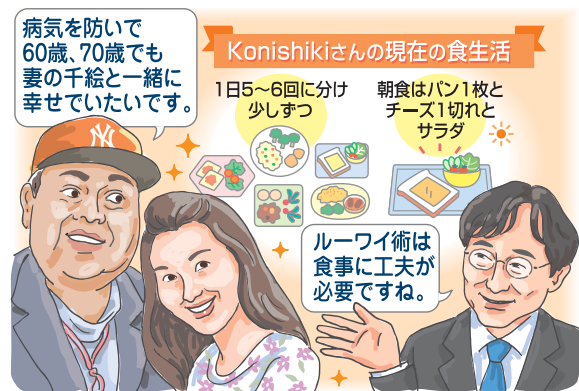
Konishiki 僕の手術は通常の3時間の半分くらいで終わった。内臓脂肪が少なかったからです。胃がゴルフボールくらいになって食事は減り、一気に140キロも減量した(図1)。でも小さくなった胃袋に慣れなくて一口の食べ物や水がのどを通らずに苦労しましたよ。

北野 ルーワイ術は減量効果の大きい手術ですが、食事に工夫が必要ですね。

Konishiki 食事は1日5～6回に分け、少しずつ食べてます。手術前は焼肉10人前にどんぶり飯を3杯くらい食べたけど、今の朝食は食パン1枚にチーズ1切れ、後はサラダくらい。酒もタバコもやりません。肥満手術をすると病気はどれくらい治りますか。

北野 病気になるリスクは確実に下がります。肥満手術全体で、糖尿病、高血圧、高脂血症、睡眠時無呼吸症候群での厳格な比較試験で約90%、あるいはそれ以上がよくなります。肥満手術は健康への意識と意欲を高めてくれます。

Konishiki 僕は糖尿病で苦しんでる相撲仲間や友人に肥満手術を勧めてます。“おしん横綱”“糖尿病博士”で知られた隆の里さん(元鳴門親方)にも勧めたけど、時間がなくて60歳前



に亡くなった。昨年は日本肥満症治療学会の市民講座で「肥満手術の体験」を話しました。先生はお相撲さんの手術をやりましたか。

北野 肥満手術ではないですが、北の湖理事長の手術を担当しました。140キロで内臓脂肪は比較的少なかったですね。

Konishiki 体脂肪の少ない妙義龍関が減肥茶のTVコマーシャルに出てるけど、体が高いことと肥満は別物であることを教えてください。筋肉を増やせば糖尿病の予防と治療になりますね。(注:2015年7月以降は放映されていない)

北野 今後の健康計画を紹介してください。

Konishiki 体重を160キロから120キロに落として、両膝を手術で完全に治したいです。

北野 肥満手術がご夫婦の幸せをさらに深めてくれるようですね。どうぞ、お幸せに(笑)。

構成・高山美治



気になる 消化器病

胃がん(予防を含めて)

胃がんは胃粘膜に発生する悪性腫瘍で、浸潤の深さの程度によって早期胃がんと進行胃がんに分けられます。早期胃がんは、ほぼ治癒が可能です。進行胃がんでは生存率が下がります。ほとんどの胃がんは、ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）感染者から発症するため、胃がん予防としてピロリ菌の除菌治療と胃がんの早期発見が非常に重要です。

わが国のがん死亡率において、胃がんは男性で第2位、女性で第3位であり、罹患率はがんの中で第1位です。胃がん死亡者数は年間約5万人で横ばい状態ですが、近年、超高齢者における胃がん死亡者数が急増しています。胃がんの99%はピロリ菌感染者から発生しており、未感染者からの発生率はかなり低いことから、ピロリ菌は胃がんの成因に強く関与しており、胃がんがピロリ菌感染症と称されるゆえんです。

胃がんは、胃粘膜内に発生し、粘膜下層、固有筋層、漿膜下層、漿膜へと胃の外へ向かって浸潤し、この浸潤の深さの程度を「深達度」といいます。深達度が粘膜下層までに留まっているものを「早期胃がん」、固有筋層以深に至るものを「進行胃がん」といいます。また、組織の形態の違いにより、大きく分化型と未分化型に分けられ、未分化型のがんでは浸潤や発育が早く予後が悪いとされています。

早期胃がんの中には、がんの深達度、大きさ、分化度によって内視鏡切除の適用になるものがありますが、それ以外の早期胃がんや進行胃がんは外科切除の適用となり、他臓器への浸潤を認める場合には、抗がん剤による治療が選択されます。早期胃がんの予後は良好ですが、進行胃がんの5年生存率は限局している場合が全体で70%、領域リンパ節に転移のある場合が50%、遠隔転移がある場合が5%です。

胃がんは早期に発見すれば予後が良好であること



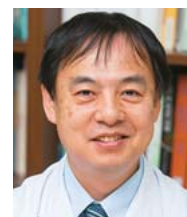
北海道大学病院
光学医療診療部 部長
加藤 元嗣

から、わが国では胃がんの二次予防（早期発見、早期治療）としてバリウムを用いた胃X線検診が行われてきました。しかし、胃X線検診には、受診率の低迷、受診者の固定化、X線被曝などの問題点が指摘されています。そのような現状で、ピロリ菌に対する除菌治療が胃がん発生を抑制することが明らかとなり、胃がんの一次予防（原因除去）として注目されています。わが国では、ピロリ菌感染胃炎における除菌治療に対して、2013年に保険の適用が拡大されました。また、2014年には世界保健機構がピロリ菌除菌で胃がん予防を行うよう推奨しました。ただ、除菌治療は胃がんの発症を完全には予防できません。したがって、これからの胃がん予防はピロリ菌感染を調べて、陽性であれば除菌治療（一次予防）を行い、その後は胃がんスクリーニング（二次予防）を定期的に行うことが重要となります（図）。

まだ、ご自分のピロリ菌感染の有無を調べていない方は、ぜひ最寄りの消化器医にご相談ください。

図 胃がん予防と治療

正常	◆一次予防（ピロリ菌除菌）
▼	◆二次予防（胃がんスクリーニング）
早期胃がん	◆内視鏡的治療
▼	◆腹腔鏡手術
進行胃がん	◆定型手術
	◆化学療法 ◆放射線療法 ◆緩和手術 ◆対症療法



肝臓病と漢方薬

肝炎に対する漢方薬としては、以前は慢性肝炎に対して小柴胡湯が処方される機会が多くありましたが、現在はそのような患者さんには抗ウイルス療法を主体に行います。そういった抗ウイルス療法が難しい、あるいは効果がなかった方、さらに肝硬変などの時に出現する症状に対して漢方治療が行われます。

◆ 慢性肝炎の漢方薬による治療 ◆

現在 B 型や C 型の慢性肝炎に対しては抗ウイルス療法が主体となっていますが、本邦においては高齢化が進行しており、治療を受けることができない患者さんもいます。このような患者さんに対しては、AST/ALT（肝逸脱酵素）を少しでも下げる肝底護療法が行われています。小柴胡湯は、抗炎症作用や線維化抑制作用など肝臓に対して様々な効果がある一方、副作用として間質性肺炎などが報告されています。インターフェロン治療中、肝硬変、肝がんの患者さんには使用できないため、最近では投与する機会は減っています。しかし、他の肝底護製剤の効かない患者さんに対しては今なお有用な薬剤です。

◆ 肝硬変の漢方薬による治療 ◆

肝硬変に伴う黄疸に対しては、茵陳蒿湯が用いられることがあります。古来より黄疸の改善効果があるとされ、肝硬変や胆汁うっ滞のみならず、手術後の肝不全にも有効とされていました。茵陳蒿湯には肝細胞を保護し、線維化を抑制し、肝臓の再生を進め、胆汁分泌を促す作用があります。肝性脳症を伴う肝硬変の場合、排便コントロールも重要です。大建中湯は消化管運動改善に用いられますが、肝切除後の患者さんにおいてラクツロースと併用することで、肝性脳症の原因である高アンモニア血症が改善したという報告があります。

また、肝硬変の合併症としてこむら返りがみられますが、こむら返りは骨格筋の痙攣です。運動後のこむら返りは一時的ですが、肝硬変のこむら返りはしばしば繰り返し、生活の質の低下につながります。芍薬甘草湯は神経筋シナプスを遮断し骨格筋を弛緩させることにより、こむら返りに効果があります。効果が出るのが早いうえに副作用も少ないことから、肝硬変のこむら返り症状に対して処方されます。

格段に進歩した慢性肝炎や肝硬変治療においても、漢方薬は有効な治療法の一つと考えられています。

肝臓病と漢方薬

慢性肝炎

小柴胡湯

肝硬変

黄疸

茵陳蒿湯

脳症、便秘

大建中湯

こむら返り

芍薬甘草湯



最新の内視鏡検査

～拡大内視鏡を用いた狭帯域光観察～

拡大内視鏡とは、先端部に配置された複数のレンズを動かすことで、対象物を80倍から100倍にまで拡大していくことが可能な内視鏡です。近年の技術進歩により、拡大内視鏡の細径化が進んでおり、現在用いられている標準的な拡大内視鏡は、上部消化管の観察に用いるものが約1cm、下部消化管の観察に用いるものが約1.3cmの太さであり、通常用いられる内視鏡と比べ、若干(1mm程度)太い程度です。

狭帯域光観察とは、消化管の粘膜表面の微細な血管やその模様を観察しやすくするために、血液中のヘモグロビンに吸収されやすい2つの狭帯域の光(青と緑)を照射することで、消化管組織の性状が強調表示される観察方法です。狭帯域光は、内視鏡システムに組み込まれているフィルターを、ボタン1つで切り替えることで作り出すことができます。

検査の方法

検査前日および当日の検査前後の注意事項は、通常の上・下部消化管内視鏡検査と同様です。また、検査の流れや受け方も同様です。ただし、がんを疑う病変などを詳細に観察することになりますので、通常の検査時間より多少長くなり、内視鏡径も若干太いため、多くの施設では静脈麻酔を使って、患者さん

が眠っているうちに検査を行うようにしています。

検査時間は、病変の数や診断の難しさにもよりますが、上部で10分～15分、下部では内視鏡の深部挿入が終了してから15分～20分程度です。静脈麻酔を使わないで検査を行った場合は、検査後、すぐ帰宅が可能です。静脈麻酔を使った場合は、麻酔からしっかり覚めた後(通常は1～2時間後)に帰宅が可能です。

検査でわかること

従来の通常白色光観察(図1)では、「これはがんかもしれない!」、「ここまでがんが広がっているのでは?」と疑った場合、生検(数mmの組織を取り、病理検査へ回す)をして確認する作業を行っていました。拡大内視鏡を用いた狭帯域光観察(図2,3)で詳細に観察することで、「これは間違いなくがんではないので放置しておいてよい」とか、「これは間違いなくがんなので治療が必要」、「ここまではがんの範囲、ここからは正常」、「このがんはこういう組織型でここまで浸潤しているに違いない」という判断が、生検をせずにある程度行えるようになってきました。そのため、2010年春の保険診療報酬改訂において、狭帯域光強調加算として200点(2,000円)の診療報酬加算が認可され、現在、日常臨床の場へ広く普及しています。

図1

通常白色光観察

よくみると右壁側に食道がんがあるがわかりにくい。

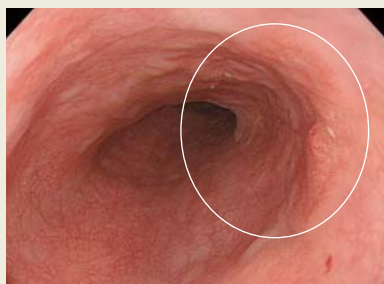


図2

狭帯域光観察

食道がんが茶色域としてくっきりと浮かび上がる。



図3

狭帯域光下での拡大観察

粘膜表面を拡大観察することで、がんと確認できる。



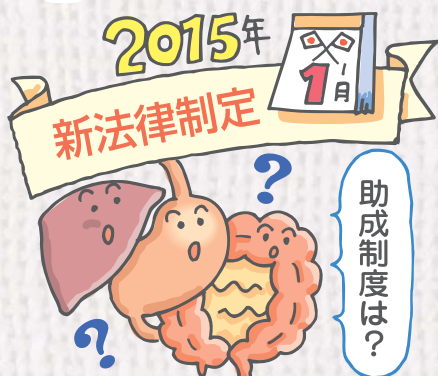
消化器

どうしました？



Q

特定疾患の制度はどう変わりましたか？



A

病気の中でクローン病や潰瘍性大腸炎など原因が明かでなく、治療法が確立されておらず長期にわたって治療が必要な難病は、身体的負担のみでなく経済的負担も抱えてしまうことになります。こうした患者さんに対して、これまで医療費の助成が行われてきましたが、2015年1月1日から新たな制度が始まりました。指定難病の対象疾患が56疾患から110疾患へ拡大され（消化器疾患では、好酸球性食道・胃腸炎、慢性偽性腸管閉塞症が追加）、さらに300疾患へ拡大されることとなり、これまで医療費助成を受けられなかった疾患の方も受けられるようになりました。

しかし、すべての指定難病の方が新しい助成制度の対象とはなりません。病気の重症度が中等症や重症の患者さん、および軽症だが高額医療の継続が必要な方が

対象となります。また自己負担割合は医療費総額の2割となりますが、院外処方時の薬剤費は従来の無料から有料となります。

この新助成制度は2015年1月1日以降に新たに診断された患者さんに適応され、既に診断されている患者さんは3年間の経過措置期間が別基準で設定されています。また、月額個人負担上限額の設定基準と上限金額も変更となっています。さらに、新たに指定難病を申請する際や更新をする際には、認定基準指定医療機関において指定医が作成する病気の重症度などを記載した申請書が必要となります。

くわしくは、各病院や保険福祉事務所等へお問い合わせください。



回答者

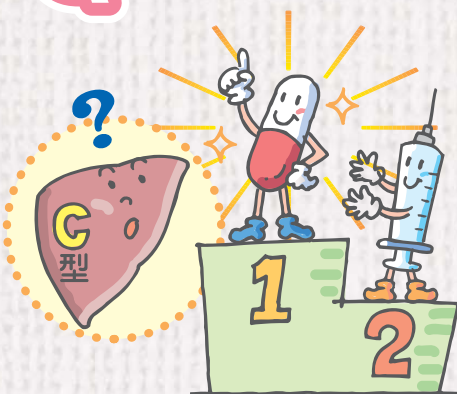


福岡大学筑紫病院消化器内科講師

久部 高司

Q

C型肝炎の飲み薬、そんなに効くのですか？



A

C型肝炎の治療は、インターフェロンという薬が長い間治療の中心でした。インターフェロンは注射薬なので少なくとも週1回注射のため通院する必要があること、発熱やだるさなどの副作用がほぼ必発であること、さらにインターフェロンが効きにくい体質の患者さんや副作用のためインターフェロンを使用できない患者さんが存在するなどの問題点がありました。しかし、2014年の9月から毎日2種類の飲み薬を24週間服用するだけで、80%以上の確率でウイルスを排除できるようになりました。インターフェロンを使用した治療と比較して非常に少ない副作用で治療できるのも特徴です。

また発売当初は、使用できる患者さんにいくつかの制限がありましたが、2015年の3月からは原則すべてのC型肝炎の患者さんに使用することが可能となりました。

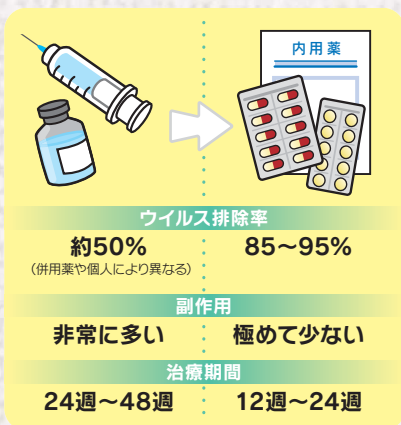
Q&A

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。



さらに、今年度から来年度にかけてC型肝炎に対する複数の飲み薬が続々と使用可能となる予定です。薬の有効性や安全性を確かめる試験の成績からは、いずれの飲み薬を使用しても、より短い12週間の治療期間でほぼ副作用もなく、95%以上の確率でウイルスを排除できると考えられます。

少し前までC型肝炎は、非常に治りにくいという印象があったと思います。しかし、今やC型肝炎は飲み薬で確実に治る病気になりました。いろいろな理由で今まで治療をためらっていた患者さんや、以前のインターフェロンを使用した治療でウイルスがうまく排除できなかった患者さんも、担当の先生に相談してみてください。



回答者



金沢大学附属病院消化器内科
島上 哲朗

Q

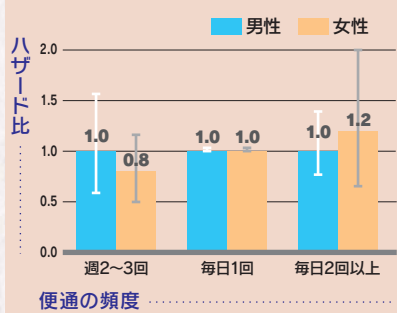
便秘は大腸がんになりやすいのですか？



A

「便秘の人に大腸がんは多いの？」という質問をよく受けます。また、「毎日、便通がないと大腸がんになるのではないかと心配して、連日、下剤を服用する方も少なくありません。当センターの予防研究グループでは、多目的コホート研究(JPHC 研究)の中で、40~69歳までの約6万人の方を約7年間追跡し、便通の頻度と大腸がん発生率との関連について調査しました。その結果、便通が週に2~3回しかなくても、毎日ある人と比べて大腸がん(結腸・直腸がん)のリスクが高くなることはありませんでした(図)。

図 便通と大腸がんリスク



それでは、便秘は「大腸がんのリスク」として、全く気にしなくてもよいのでしょうか？

「昔から便秘で週に2~3回しか出ません」という方は、腹痛、血便、食欲不振、全身倦怠感、めまい等の自覚症状がなければ、あまり神経質になることはありません。ただし、「これまでは便通が毎日あったのに、最近3日に1回になった」とか「排便のときにお腹が痛むようになった」など、便通の習慣に変化が現れた場合には注意が必要です。また、「便通が週に1回だけのようなひどい便秘」や、「長く続く頻回の下痢」の場合は、がん以外の病気の可能性も考えられるので、早めの医療機関への受診をお勧めします。

便通の回数は、安定していれば週に2~3回でも、逆に1日2~3回でも、あまり心配することはありません。便通については「毎日あるのがふつう」とは限らない、ということです。人それぞれに腸には一定のリズムがあります。腹部膨満感などの自覚症状がない場合には、下剤を使って強制的に便通を促す必要はありません。

回答者



国立がん研究センター
がん予防・検診研究センター 検診部長
松田 尚久



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
北海道支部	2016年 6月25日(土) 14:00～16:00	グランドホテル ニュー王子	肝臓専門医に最新の医療を聞く	苫小牧市立病院 松岡 伸一 TEL:0144-33-3131
東北支部	10月3日(土) 14:30～17:00	南陽市防災センター	あなたのお腹の病気を見つけ出す	公立置賜総合病院 薄場 修 TEL:0238-46-5000
	10月17日(土) 14:00～16:00	総合南東北病院 NABE ホール	最近のがん治療最前線	総合南東北病院 寺西 寧 TEL:024-934-5322
	10月17日(土) 14:00～16:00	グリーンパレス松安閣	短命県返上！おなかのがんで死なないために	黒石市国民健康保険黒石病院 相馬 悌 TEL:0172-52-2121
関東支部	10月17日(土) 13:30～16:00	横浜市開港記念館講堂	知って役立つ最新の消化器病治療	関内鈴木クリニック 鈴木 亮一 TEL:045-681-0056
	10月25日(日) 13:00～16:00	さいたま市民会館 おおみや	知って得するおなかの病気	さいたま赤十字病院 消化器内科 甲嶋 洋平 TEL:048-852-1111
	11月15日(日) 14:00～16:30	つくば国際会議場	消化器病（おなかの病気）の診療：最近の進歩	筑波大学医学医療系消化器内科 兵頭 一之介 TEL:029-853-3900
甲信越支部	11月28日(土) 13:30～16:30	JA 会館	検診結果をもらったら。 — B 判定、C 判定の重要性 —	山梨県厚生連健康管理センター 大高 雅彦 TEL:055-223-3630
東海支部	11月22日(日) 13:00～16:00	名古屋市立大学病院 3階大ホール	おなかの病気をもっと知ろう	Central Convention Service, Inc. 井上 藤則 TEL:052-269-3181
北陸支部	10月17日(土) 13:30～16:30	黒部市国際文化センター コラーレ マルチホール	お腹のがんをもっと知ろう	黒部市民病院 外科 桐山 正人 TEL:0765-54-2211
近畿支部	2016年 6月5日(日) 13:00～16:00	千里ライフサイエンス センター	食道がん、胃がん、大腸がん、肝がん、膵がんの 最新の治療	市立池田病院 今井 康陽 TEL:072-751-2881
中国支部	12月6日(日) 13:30～16:30	岡山コンベンション センター	触れてみよう！感じてみよう！消化器がんの体に やさしい手術	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器外科学 藤原 俊義 TEL:086-235-7257
四国支部	9月27日(日) 13:00～16:30	西条市総合文化会館	病は「知」で予防 ～おなかの病気について、聞いてみませんか～	済生会西条病院 総務課 TEL:0897-55-5426
九州支部	10月17日(土) 14:00～16:00	佐賀県立美術館ホール	切らずに治す消化管がん	佐賀大学医学部附属病院 肝疾患センター 江口 有一郎 TEL:0952-34-3010
	2016年 4月9日(土) 14:00～16:00	北九州芸術劇場 (リバーウォーク)	菌やウイルスが原因のおなかの病気	新小倉病院 野村 秀幸 TEL:093-571-1031
	2016年 4月16日(土) 14:00～16:00	沖縄市民会館 中ホール	おなかの病気を知ろう ～あなたの悩み・疑問に答えます～	社会医療法人敬愛会 中頭病院消化器内科 座覇 修 TEL:098-939-1300

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は数少ない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 榎田 博史 近畿大学医学部消化器内科教授
島田 光生 徳島大学消化器・移植外科教授

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

2015年9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 下瀬川 徹

編集責任 広報委員会

制作 株式会社協和企画

次号は2016年3月20日発行の予定です。
本誌の無断転載・複製は禁じます。