

日本消化器病学会の健康ニュース

2016.秋号



No.9

消化器の ひろは

FOCUS

胃がん検診を巡る新たな展開 ②

ずばり対談

肝炎の撲滅!“広報軍団”の熱血リーダーと
肝臓学の第一人者が語り合う

すきまなき肝炎対策

(ゲスト) 杉 良太郎・小池 和彦 ③

気になる消化器病〔腹部膨満〕 ⑦

消化器病の薬〔大腸がんの薬〕 ⑧

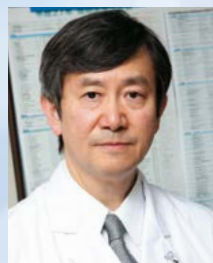
消化器の検査〔腫瘍マーカー〕 ⑨

消化器Q&A ⑩

〔機能性ディスペプシア／腸管バネチット病／
脾臓を手術すると?〕

胃がん検診を巡る新たな展開

胃内視鏡検診の期待が高まる一方、
胃がん検診の体制構築が重要な課題である



一瀬 雅夫
帝京大学医学部
特任教授

我が国では、極めて高い胃がん死亡率に対応するために、これまで胃X線検査による検診が公共の施策として行われてきました。しかし、この胃がん検診も、最近では受診者数が伸び悩むなど、多くの課題を抱えた状態にありました。一方、苦しい検査の代表であった胃内視鏡検査が、格段の機器性能向上により、診療現場では標準的な検査として日常的に行われるに至っています。その結果、人間ドックなどを中心に内視鏡検診を行う施設が、近年増加の一途を辿っています。特に、経鼻内視鏡をはじめ、内視鏡機器の細径化・小型化の流れが加わって、内視鏡検診が受診者に受け入れやすいものとなり、内視鏡による精密な胃がん検診が待望される機運にありました。

しかし、これまで内視鏡検診に関しては死亡率減少効果が証明されておらず、公共の施策として行われる胃がん検診としては採用されていませんでしたが、この度、胃内視鏡検診の有効性が科学的に証明され、自治体や職場で行われる検診として認められることになりました。胃内視鏡検診に対する期待は大変高く、今後は全国で積極的に実施されていくものと思われます。しかし、内視鏡検診を担当する専門医不足が予想されること、検診プログラムの管理体制が未整備であること、そして、何より内視鏡による重篤な偶発症に対する安全性の確保が必要になるなど、多くの課題があります。すでに胃内視鏡検診を公共の施策として導入している外国のデータを見

ると、実に4割以上の胃がんが見逃されていることを示す報告もあります。これは我が国の胃X線検診よりも悪い成績で、胃内視鏡検診の実効を挙げるうえで、精度管理の行き届いた胃がん検診体制の構築が極めて重要であることを示しています。

一方、胃内視鏡検診を全国に普及展開していくうえでは、検診を担う内視鏡医不足に加え、負担の多い内視鏡検査を対象者全員が一律に受けるのではなく、胃がんハイリスクの個人を選別して検査対象とすることができれば理想的でしょう。この観点から、近年、いろいろな研究が行われており、その結果、血液検査を使って個人の胃がんリスクをある程度診断できるようになってきました。リスク検診と呼ばれ、一部は実際の検診にも試験的に導入されています。胃がんリスクの高い方を選別して内視鏡検診の対象とする“ABC検診”がその代表格です。これらは試験的段階にある検診で、有効性が証明されたものではありません。未だリスク判定規準を含めて重大な課題を抱えており、特に“胃がん低リスク”との診断の信頼性にはかなり問題があります。これらの検診の科学的根拠が十分ではないことをご理解のうえ、実施者から検診の不利益に関する事前の説明を受けて、ABC検診などの限界を十分認識されたうえで受診されることをお勧めします。いずれにしても、がん検診は有効性が科学的に証明された方法で受診されることが大切です。

FOCUS

ずばり対談

肝炎の撲滅!“広報軍団”の熱血リーダーと肝臓学の第一人者が語り合う

すきまなき肝炎対策



歌手・俳優
厚生労働省肝炎総合対策推進国民運動特別参与

ゲスト

杉 良太郎

東京大学大学院医学系研究科消化器内科学教授
日本肝臓学会理事長/日本消化器病学会理事

小池 和彦



肝臓病は日本人の“国民病”です。多くの人が肝炎にかかり、その終末像の肝臓がんで年間3万余人が亡くなっています。肝炎対策基本法が施行され、肝炎患者の診療態勢は整備されました。肝炎ウイルス検査・陽性者の受診・専門医との連携による治療の実施などです。しかし制度の利用者は限られています。その啓発と普及に“肝炎対策広報軍団”の活動への期待が高まっています。本日は軍団の統括者・杉良太郎さんをお招きして肝臓がんの入り口・肝炎の対策について対談いたします（小池和彦）。

（2016年4月7日収録）

小池 お忙しいところ、おいでいただきまして、ありがとうございます。奥様の伍代夏子さんの肝炎の診療に携わりましたのがご縁で、本日は初対面の杉さんと対談することになりました。

杉 よろしくお願ひいたします。伍代とは1999年に結婚しましたが、その5年前に人間ドックでC型肝炎が見つかっていました。疲れやすいといった症状はありましたが、気合いを入れながら歌手活動を続けていました。血液中のC型肝炎ウイルスの量は少なく、肝機能を示すGOTとGPTの値は基準値よりもやや高めという程度でした。その間、定期検査を続けるだけで、特に治療は受けませんでした。

小池 肝炎発見から15年後の2009年に東大病院を受診されたのはなぜですか。

杉 少し勉強をしましたら肝炎はとても怖い“国民病”だとわかりました。放っておくと慢性化して感染から20～30年後には肝硬変や肝臓がんが発病してくることを知り、また伍代はB型肝炎も患っていましたので、第一線の肝炎専門医の受診を伍代に強く勧めました。そこで小池先生をご紹介いただきました。また従来のインターフェロンを改良したペグインターフェロンがC型肝炎ウイルスをうまく追い出して優れた治療効果が得られるといった情報も得ていました。

小池 伍代さんには東大病院4階の特別室でお目にかかり、肝炎はそれほど進行してはい

ないが、経過が長いので治療すべきだとお話ししました。注射薬ペグインターフェロンと飲み薬リバビリンの併用療法を行いました。

杉 伍代は1年半にわたる長い治療の間にさまざまな苦痛を経験しました。最初に高熱が出て、次にリウマチのような強い症状が続き、コンサートで30曲も歌うとのが硬直して死ぬ思いで声を絞り出してフィナーレを迎えるような日々でした。強い貧血も起こりめまいで倒れそうになる、うつ症状も出てきて「失踪したい」などと言いはじめました。

小池 ペグインターフェロン療法は効果が向上したとはいえ、日本人に多い難治性の肝炎（ゲノタイプ1型ウイルスの多い例）のウイルス排除率はまだ低く、また種々の有害反応は軽減されていませんでした。

杉 伍代はゲノタイプ1型でしたが、輸血の経験はなく感染経路は不明です。治療の前に48週間で治るだろうとのお話でしたが、ウイルスの量が減らず24週間の治療が追加されました。伍代のマッサージをしたり家事をやったりしていた私の方ががっかりしました。

小池 伍代さんはがまん強く治療を続けられC型肝炎は完治しました。B型肝炎ウイルスは今のところ排除できませんが、ウイルスキャリア（持続感染者）の約80%は健康に過さ

れています。障害が起こるような方には肝炎が進行しないように診療を続けます。伍代さんは肝臓に障害が起こらないケースと判断され、検査を続けながら経過をみています。

杉 C型肝炎のようにさっぱりと片が付くといいんですがねえ。

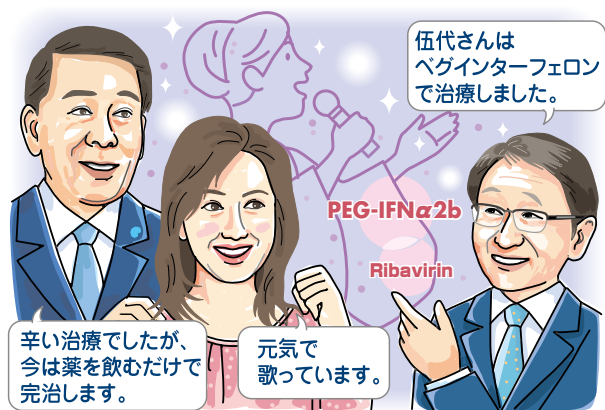
小池 翌2010年、伍代さんがインターフェロン療法の継続中に「私はC型肝炎ウイルスのキャリアです」と婦人総合誌で『告白』をされました。これが一つのきっかけとなって社会問題となり政治が動き始めたようですね。

杉 私は2012年に厚生労働省から肝炎総合対策推進国民運動の「特別参与」に任命されました。背景には伍代の肝炎の闘病経験を通して肝炎への理解があること、若いときからさまざまな奉仕活動を行ってきたことがあります。さらに薬害肝炎訴訟が社会問題になっていたころ、当時の福田康夫首相に、「これだけ国民に訴えられる日本という国は恥ずかしい。訴訟をみんな取り下げて、まとめて面倒をみるくらいの度量が欲しい」と話しました。そんな言動が国会議員の先生方に注目されご推薦いただいたようです。任務は肝炎の撲滅にありますが、私たちの活動により、まず一人でも多くの方に肝炎ウイルス検査を受けていただくことです。



杉 良太郎（すぎ りょうたろう）

本名・山田勝啓。1944年8月14日、神戸市生まれ。1965年、コロムビアレコードより歌手デビュー。1967年、NHK「文五捕物絵図」の主演で脚光を浴びる。その後「右門捕物帖」、「遠山の金さん」をはじめ1,400本以上に主演するほか、歌手としても「すきま風」がミリオンセラーに。1996年、長年の舞台活動と文化交流を高く評価され文化庁長官表彰、1998年、2009年に文化関係者文部科学大臣表彰を、2009年、紫綬褒章を受章。芸能界デビュー前の15歳のときから、刑務所や老人ホームへの慰問など献身的な福祉活動を続け、1996年には法務省初「名誉矯正監」を拝命。さらに2008年には「特別矯正監」というポストが杉のために新たに作られ、現在は受刑者への講話だけでなく、刑務所を視察し、刑務所改革のための進言を行っている。それらの長年の功績が認められ、数々の大臣表彰を受章し、2008年、芸能人初の緑綬褒章を受章。現在は、法務省・特別矯正監だけでなく、厚生労働省・肝炎総合対策推進国民運動特別参与、日本とベトナムの両国の外務省より委嘱を受け、日・越特別大使、越・日特別大使を務める。2013年11月には、外務省日・ASEAN 特別大使として日本とASEAN 友好協力40周年を記念した音楽祭を開催。草の根レベルの慈善活動から始まり、長年にわたり海外との文化交流や日本の文化振興に多大に貢献してきたことが称され、内閣総理大臣より感謝状を贈呈される。近著『媚びない力』（NHK 出版）には、頼まれもしないのにこうすれば相手が喜ぶのではないかと勝手に妄想が広がり、その「妄想」がこれまで自分を突き動かしてきた、と記している。



小池 たくさんの有名人が肝炎対策のメンバーとして広報活動をされていますね。

杉 はい。『知って、肝炎』プロジェクトには、「大使」の徳光和夫さん、小室哲哉さんと伍代、スペシャルサポーターとして石田純一さん、島谷ひとみさん、堀内孝雄さん、コロッケさんら30人を超える芸能界とスポーツ界の著名人が参加しています。私はこうした広報チームを統べること、新しいサポーターの参加を勧誘すること、それに広告代理店との交渉などにも携わっています。若い世代への啓発が必要と感じ EXILE、AKB48らへ声をかけ加わってもらいましたが、みんな大活躍しています。

小池 杉さんの人気と行動力への期待は大きいですね。伍代さんが東大病院へ入院された5日間にみせた女性看護師たちの「杉様に会えるかも」との熱狂ぶりに驚きました。その後、特別参与就任を知り、こんな人気者が「肝炎の検査を受けてください」と言えば多くの方が受診するだろうと納得しました（笑）。

杉 私たちは種々の広報活動を行っています。サポーターの地方自治体首長への表敬訪問活動が反響を呼んでいます。住民の方に肝炎検査を勧めていただき、検査の無料化のお願いもします。その際、取材にみえた記者さんたちのレポートが新聞やテレビで報道され、

地域の方たちの肝炎への関心を高めています。自治体の要請を受けてメンバーが出向く機会が増え、昨2015年には全国20カ所近くを訪ねました。

小池 最近、ご自分がC型肝炎に感染していることを知らない方が、2000年の約130万人から2011年には約30万にまで減少したことを、広島大学の田中純子教授（公衆衛生学）が発表されました。その後、この30万人がなかなか減らないようです。「最後のとどめ」は大使やサポーターにゆだねることになりそうですね（笑）。

杉 まだ30万人もいるんですね。お国が受け入れ体制を整え、懸命に検査を呼びかけていても難しいですか。今では辛い思いをすることもなく12週間薬を飲むだけでC型肝炎が克服できます。自分の健康は自分で守るという自己責任の認識のない方が今も多いんですね。私たちは広報活動をさらに充実させます。それと肝臓がんの死亡率ワースト3の愛媛、鳥取、佐賀の各県を重点地区として何回もキャンペーンをやり、肝炎検査の受診率の変化をみるといったことも考えています。

小池 伍代さんの『告白』のなかで「そのうち画期的な新薬が出てくることに希望を託しています」と話されていましたが、その少し



小池 和彦（こいけ かずひこ）

1980年、東京大学医学部卒業。86年、米国立衛生研究所分子ウイルス部客員研究員。88年、米国赤十字ホランド研究所ウイルス部客員研究員。97年、東京大学医学部第一内科講師。2004年、東京大学大学院医学系研究科感染制御学・生体防御感染症学教授。09年、東京大学大学院医学系研究科消化器内科学教授。現在、日本肝臓学会理事長／日本消化器病学会理事／日本医学会連合理事／厚生労働省「C型肝炎を含む代謝関連肝がんの病態解明及び治療法の開発等に関する研究」の研究班長などを務める。

C型肝炎ウイルス（HCV）は1989年、米国で発見された。現在、HCV キャリア（持続感染者）は世界に1億7000万人、日本には約150万人いると推定されている。HCVは血液を介して感染する。

感染者の約70%が慢性化し、感染後20～30年に肝硬変や肝臓がんを発病し始める。日本では1992年に保険によるC型肝炎のインターフェロン療法が始まった。その後、飲み薬リバビリン（抗ウイルス薬）などの併用療法、ペグインターフェロンの開発などにより、肝炎ウイルスの排除率は向上した。しかし日本人に多い難治性の肝炎（ゲノタイプ1型ウイルスの多い例）への効果は限定的であり、有害反応は解消されないままであった。2011年11月にたんばく分解酵素・プロテアーゼ阻害薬が保険収載されC型肝炎治療は飛躍の発展を遂げた。ペグインターフェロン・リバビリンとの併用で肝炎ウイルスの排除率は約85%になった。患者の苦痛はプラセボ（偽薬）と同レベルだった。2014年7月にはプロテアーゼ阻害薬とNS5A阻害薬とのインターフェロン・フリーの併用療法が一般診療で使われるようになった。2015年6月には保険適応の併用薬としてNS5B阻害薬が加わり、肝炎ウイルスの排除率は99%に達している。（C型肝炎治療ガイドライン第5版より）

【お知らせ】 ウイルス肝炎をもっと知りたい方は厚生労働省のホームページ「知って、肝炎」（<http://www.kanen.org/>）をご覧ください。

後からC型肝炎の薬物療法は急速に進展してきました。流れの大筋は杉さんがお話しされたとおりです（右記のコラム参照）。

杉 近年、肝炎ウイルスが関係しない新しいタイプの肝炎が増えているそうですね。

小池 非ウイルス性肝炎ですね。脂肪肝の一部が肝硬変や肝臓がんに進展します。NAFLD（非アルコール性脂肪性肝疾患）が発生し、その一部がNASH（非アルコール性脂肪肝炎）に進み、さらにその一部から肝臓がんが出てくると考えられています。B型・C型肝炎とは違うので非B非C型肝炎とも呼ばれます。肝臓がんの年間死亡者約3万人のうちウイルス肝炎関連の死亡数が減る一方で、非ウイルス性肝炎による肝臓がんの死亡数が急増して、今では約30%を超えています。

杉 ウイルス肝炎の完全撲滅を前に実に手強い敵が現れてきたということですね。

小池 そうですね。研究が徐々に進み、種々の要因が複雑に関わり合って病状を進行させることがわかってきました。栄養の摂り過ぎや肥満は有力な危険因子です。日本人はアルコールの代謝が弱いのでほどほどのお酒でも肝障害が起こることがあるかもしれません。発がんだけでなく心血管疾患を促進させる

ことや糖尿病との関係も指摘されています。自分で生活を律していかないと肝臓がんのリスクが大きくなる時代になりました。

杉 私は高血糖の傾向があるので、食事やお酒、体重や運動などにしっかりと気をつけるようにしています。非ウイルス性肝炎にも同じような心がけが必要ということですね。ところで小池先生は厚労省の研究班長としてこの方面の日本の研究を牽引^{けんいん}されていると聞いています。私は新たな肝炎の克服に向けても懸命に広報活動を展開していく覚悟であります（上記のコラム参照）。

小池 よろしくお願ひいたします。

本日は長時間ありがとうございました。

構成・高山美治

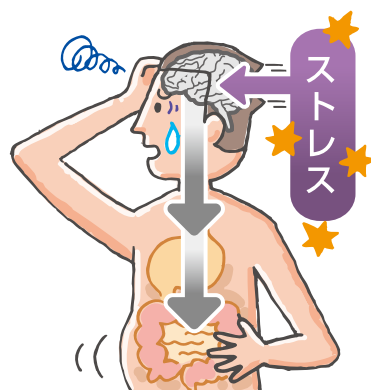


気になる 消化器病

腹部膨満

—— 機能性ディスぺプシアを中心に ——

腹部膨満をきたす疾患には大別して2種類あります。触診や打診そして腹部超音波検査やCTスキャンなどの検査で異常が指摘できる器質性疾患（腹水貯留、腹部腫瘍あるいは腸閉塞など）と、異常が指摘できない機能性疾患があります。この機能性疾患で腹部膨満を発生させる代表的疾患が機能性ディスぺプシアです。



医療社団 さくらライフ
錦糸クリニック院長

松枝 啓

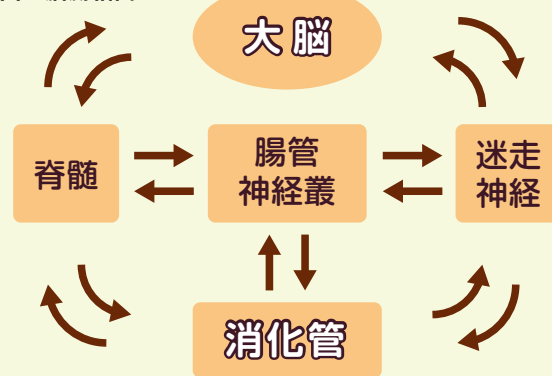
機能性ディスぺプシアは聞きなれない病名と思われるかもしれませんが、その症状が世界で最初に記載されたのは我が国の「徒然草」とすると筆者は主張しています。すなわち、徒然草では「物言わぬは腹ふくるるわざなり」と記載されていますが、これは「悩みや言いたいことを言わずに胸にしまいこんでいるとストレスになり胃腸の運動を抑制して腹部膨満が起こる」ことを意味しており、まさに機能性ディスぺプシアのそのものであると考えています。

このようにストレスが腹部症状を発生させる理由は、胃腸が考える臓器であるからです。胃腸には脳の神経細胞と同じと考えてよい神経細胞が2層にびっしりと敷き詰められ、腸管神経叢が形成されており、その神経細胞の数は脳の神経細胞の数とほぼ同じと考えられています。この胃腸の神経細胞と脳の神経細胞は自律神経（脊髄からの交感神経と延髄からの迷走神経）で繋がってネットワークが形成されており、「脳腸相関」と呼ばれてします（図）。したがって、脳が感じたストレスはこのネットワークを通じて胃腸の運動や分泌に影響を与え、逆に胃腸の不快感などの情報は常に脳に反映されストレスになりうるために、脳と胃腸の間で悪循環が形成されることがあります。これが機能性ディスぺプシアなどの症状が悪化する原因の一つです。この「脳腸相関」

は、我が国ではすでに言語に定着されていることを思い起こせば理解が容易になると思います。すなわち、「腹が立つ」とか「腹わたが煮えくり返る」などの言葉は脳が感じたストレスが胃腸の運動異常を起こすことを表現した言葉であり、我が民族の感受性の高さが作り出した言語であると筆者は考えています。

現在のようなストレス社会では腹部膨満の原因が機能性ディスぺプシアによる可能性が高く、医師から「検査では異常がありません」と説明されてもがっかりする必要はありません。もし、検査で異常がないのに症状が持続する場合には機能性ディスぺプシアを疑って消化器専門医への受診をお勧めします。幸いなことに、機能性ディスぺプシアの唯一の治療薬が我が国で世界に先駆けて開発され認可されているため、腹部膨満の改善が期待できると思います。

図 脳腸相関



消化器病の薬

国立がん研究センター 東病院
消化管内科
坂東 英明



大腸がんの薬 (化学療法等)

大腸がんの治療では、肝臓・肺などに転移があり、手術で病巣を取り切ることができない場合は抗がん剤治療が選択されます。抗がん剤のみで大腸がんを完治させることは困難ですが、有効な抗がん剤が多数登場したことで、抗がん剤が全くなかった頃に比べ格段に治療成績が向上しています。

大腸がんの抗がん剤治療は、この10年で有効な抗がん剤が多数承認されたことで、消化器がんの中で治療成績が最も向上しました。実際、有効な抗がん剤をしっかり使うことで、抗がん剤が全くなかった頃に比べ約5倍長生きできるようになりました。また、抗がん剤に副作用はつきものですが、副作用を軽くする薬が格段に進歩したことで、以前より薬に治療を受けられるようになり、ほとんどの患者さんが外来で抗がん剤治療を受けられています。

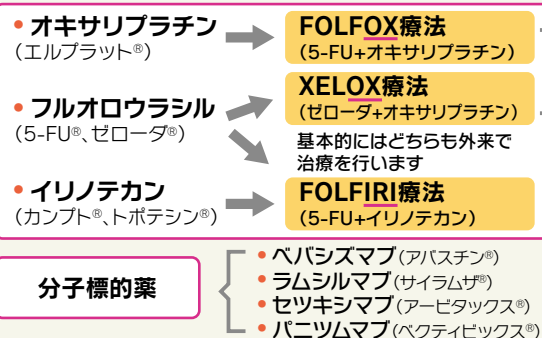
さらに、大腸がんの抗がん剤治療は、遺伝子検査の結果により個々の患者さんに適切な治療を選択する“個別化医療”へと移りつつあります。抗がん剤を始める患者さんは、検査や手術で採取したがん組織を使ってRASという遺伝子を調べた後に治療を開始します。RAS遺伝子に異常がない患者さんには、セツキシマブ、パニツムマブのような抗EGFR抗体薬の効果が期待され、逆に異常がある患者さんには効果が期待できないことがわかっていますので、遺伝子検査の結果で選択する薬剤を決定します。

初回に行う治療（一次治療）として5-FUまたはカペシタビンとオキサリプラチンを組み合わせたFOLFOX/XELOX療法、または5-FUとイリノテカンを組み合わせたFOLFIRI療法に、分子標的薬であるペバシズマブまたはセツキシマブ、パニツムマ

ブを併用した治療を行います（図）。どの治療を行うかは、遺伝子検査の結果、患者さんの全身状態、病気の状況、予想される副作用から選択されます。

一次治療で効果が得られても、その後効果が得られなくなり病気が進行してくる“耐性”が、ほとんどの患者さんで起こります。その際には、二次治療として、基本的に一次治療で使わなかった抗がん剤を使用します。具体的には、FOLFOX療法で治療を開始した場合はFOLFIRI療法を二次治療に用います。分子標的薬も、ペバシズマブを一次治療で使用した場合二次治療でも継続することもあります。その他ラムシルマブという別の薬に変更したり、RAS遺伝子に異常がない場合は抗EGFR抗体薬を二次治療に用いることもあります。三次治療以降ではレゴラフェニブやTAS-102など、別の新しい抗がん剤が使われます。

図 一次・二次治療:FOLFOX/FOLFIRI+分子標的薬
薬は組み合わせで使います



消化器の検査

日本大学病院 消化器内科
外来医長
山本 敏樹



腫瘍マーカー



今回は「腫瘍マーカー」という、みなさんにあまり馴染みのない検査についてご説明します。人間ドックを受けた際に、オプションで検査を受けている方もいらっしゃると思いますが、改めて「腫瘍マーカー」について考えてみると、どのような印象をお持ちになるでしょう。なんだか怖い感じや、知りたくないといったようなネガティブな印象をお持ちではありませんか？

辞典には「癌細胞が作る物質、または担癌生体の細胞が癌に反応して作る物質で、それを同定検出することが、癌の存在、種類、進行度などを知るうえで目印となるもの」と解説されています。私たちが診察をしていると、「血液検査で癌を見つけられないの？」と聞かれることがあります。“腫瘍マーカーはがんの存在の目印となる検査”ではありますが、本当にそんな夢のようなことが可能なのでしょうか。

検査の方法

図のように、主な消化器の臓器のがんにはそれぞれ腫瘍マーカーがあり、ほとんどのものは血液で簡単に調べられます。しかし、今のところ早期のがんを100%発見できる腫瘍マーカーはありません。残念ながら腫瘍マーカーの異常がきっかけでみつかる

がんの多くは、進行した状態です。では、なぜ腫瘍マーカーを測定するのでしょうか。もちろんがんと診断された後では、手術や抗がん剤などの治療を受けてがんの勢いが弱まれば、数値は治療前より低下するので治療効果を判定する材料となり、また、数値が再上昇すれば悪化や再発を考える材料となります。

しかし、がんと診断される前にも、臨床の現場で私たちは腫瘍マーカーを測定します。それは決して闇雲に測定するのではなく、肝硬変症や慢性膵炎など、がんを起こしやすいことが知られている、特定の基礎疾病をお持ちの患者様について、定期的な画像検査に加え検査を行います。そのような疾病では、画像検査でがんが見つかる以前に腫瘍マーカーが上昇し、その後の経過で早期の段階のがんが発見されることも珍しくありません。一方、腫瘍マーカーが異常値であったため、さんざん検査を受けたががんはなかったというお騒がせなことも稀にあります。

今日のまとめです。どの腫瘍マーカーを、誰に、どのタイミングで行うかが重要であり、適切に行えば非常に有用な検査となります。まずは専門の医師にご相談ください。皆さんの腫瘍マーカーに対する印象が、少しでも明るいものになればと願っています。

図 消化器がんと代表的な腫瘍マーカー

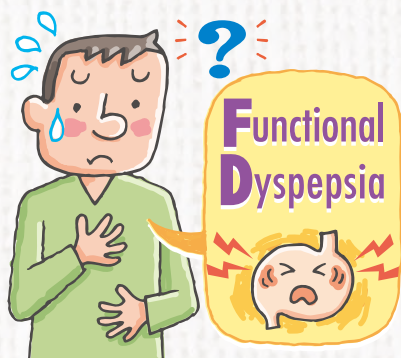
腫瘍マーカー	疾患名					
	食道がん	胃がん	大腸がん	肝臓がん	胆嚢がん	膵臓がん
SCC	●					
CEA		●	●		●	●
CA19-9		●	●		●	●
AFP				●		
PIVKA-II				●		



消化器

どうしました？

Q 機能性ディスペプシアって なんですか？



A ディスペプシアとは、みぞおちを中心とした上腹部症状で、胃の痛み、胃もたれなどが含まれます。機能性ディスペプシア（英語名 functional dyspepsia、略して FD と呼ばれる）とは、このようなディスペプシア症状が慢性的にあり、症状の原因となる器質的疾患（胃潰瘍や胃がんなどの病気）や全身の病気がないものと定義されています。日本では健診受診者の11～17%、上腹部症状で受診した患者の45～53%がこの病気にかかっているといわれており、日常的な消化器疾患の一つです。

機能性ディスペプシアの原因は、胃の運動異常（食べ物の腸への排出が遅くなることや食べ物を胃に貯めるための機能がうまく調整できないこと）、胃酸、内臓知覚過敏（通常は感じない刺激で痛みや不快感を訴えること）、心理的要因（ストレスなど）、遺伝的素因、感染性

胃腸炎後など様々な因子が、単一ではなく複雑に関わっているといわれています。なお、厳密にはヘリコバクター・ピロリ感染者の場合、除菌しても症状が続く場合を機能性ディスペプシアと提案されています。

診断は症状に基づきますが、器質的な病気の除外には上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）が必要です。特に体重減少や貧血など危険な兆候がある場合は必須とされています。治療としては、消化管運動を改善させる薬や胃酸を抑える薬が最初に用いられ、無効な場合は不安を取り除く薬、漢方薬などが用いられます。このような薬でも症状がとれない患者さんは専門医に相談されるのが良いでしょう。



回答者



大阪市立大学大学院医学研究科
消化器内科学教授

藤原 靖弘

Q 腸管ベーチェット病 とは？



A ベーチェット病は1937年にトルコ人皮膚科医の Behçet に よって報告された、再発性口腔内アフタ、皮膚症状、眼症状、外陰部潰瘍を4主兆候とする難治性全身性炎症性疾患です。ベーチェット病は米国や北ヨーロッパでは少なく、日本、韓国、トルコなどに多く“シルクロード病”と呼ばれるゆえんです。日本では厚生労働省ベーチェット病診断基準が使われており、4主兆候すべて揃ったものを完全型と呼びます。

一方、腸管ベーチェット病は神経型、血管型とならんで特殊型と呼ばれます。腸管ベーチェット病では眼病変を合併することが少ないのが特徴です。腸管ベーチェット病の病変は回盲部に存在する類円形の深掘れ潰瘍が特徴的な所見です。突然の穿孔や大量出血で緊急手術になる症例もあり再手術率も高いため、腸管病変の有無はベー

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。



チェット病患者さんの予後に関与するリスク因子と考えられています。

内科的治療はベーチェット病やクローン病の治療経験をもとに行われています。軽症例では5-アミノサリチル酸製剤やコルヒチンが用いられることが多く、重症例や再発例では副腎皮質ステロイドや免疫調節薬が使用されます。さらに、抗TNF- α 抗体製剤であるアダリムマブとインフリキシマブが、腸管ベーチェット病に対する治療薬として世界で初めて承認されました。臨床試験成績や多くの症例報告から抗TNF- α 抗体製剤の高い有効性、特に内視鏡的潰瘍治癒率とその維持効果が明らかとなり期待されています。

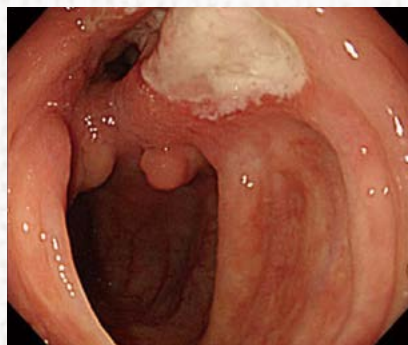
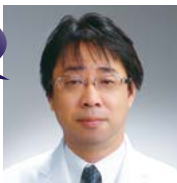


図 腸管ベーチェット病の回盲部潰瘍

回答者



杏林大学医学部第三内科学 教授
久松 理一

Q

脾臓を手術するとどうなりますか？



A

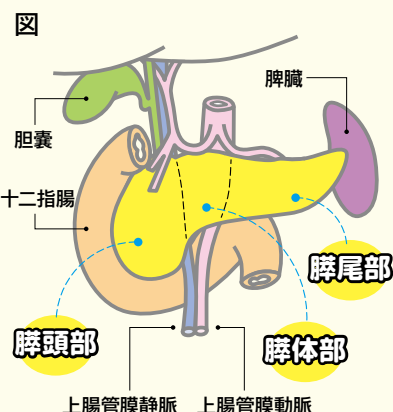
脾臓は、外分泌機能（脾酵素の分泌）と内分泌機能（血糖を下げるインスリン分泌、血糖を上げるグルカゴン分泌）を持ち、頭部、体部、尾部に分けられ（図）、病変の部位により脾切除法が変わります。頭部から体部の場合は脾頭十二指腸切除（PD）が選択され、胃の一部、十二指腸、空腸の一部も切除され、脾空腸吻合、胆管空腸吻合、胃空腸吻合が行われます。病変が脾頭部から脾尾部までの場合は脾全摘（TP：脾臓も摘出）が選択されます。尾部から体部の場合は脾体尾部切除（DP：脾臓も摘出）が選択されます。

PDでは、術後早期に脾空腸吻合部の縫合不全により脾液がおなかの中に溜まる脾液漏を発生し出血などをきたすことがあります。退院後では、脾酵素の分泌が減少して消化不良による栄養障害や肝臓に脂肪が溜まる脂肪肝を発生するので、その予防には脾酵素剤の服用が必須

です。胃空腸吻合部潰瘍防止のために胃酸分泌抑制剤の服用も必須です。脾切除の量により脾性糖尿病を発生し、経口糖尿病薬やインスリン補充療法が必要となります。

TPでは、術直後から糖尿病となりインスリン補充療法が必須となります。グルカゴンの分泌もなくなるため低血糖発作をきたしやすく注意が必要です。脾摘後には肺炎球菌菌感染予防のために肺炎球菌ワクチン接種が必要です。

DPでは、術後早期に脾液漏が発生し出血などをきたすことがあります。退院後は、脾切除量が多い場合には脾酵素剤の服用が必要となります。脾性糖尿病を発生することがあります。脾摘後には肺炎球菌ワクチン接種が必要です。



回答者



三重大学肝胆脾・移植外科
伊佐地 秀司



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
北海道支部	11月23日(祝・水) 14:00～16:00	大雪クリスタルホール	機能性消化管疾患について	旭川厚生病院 消化器科 佐藤 智信 TEL:0166-33-7171
東北支部	10月1日(土) 14:00～16:00	秋田県総合保健センター	知ろう、がん医療の最前線	秋田大学 消化管内科学講座 飯島 克則 TEL:018-833-1166
	10月22日(土) 13:00～16:00	宮古市陸中会館 3階大ホール	お腹のがんにならないために、もしもなったら	岩手県立宮古病院 村上 晶彦 TEL:0193-62-4011
	10月22日(土) 14:00～16:00	仙台アエル、TKPガーデン シティー仙台	理解できれば怖くない:胃癌・大腸癌	東北医科薬科大学病院 消化器外科 柴田 近 TEL:022-259-1221
関東支部	10月1日(土) 13:30～16:30	南足柄市文化会館(金太郎 みらいホール) 小ホール	おなかの病気の最新情報	神奈川県立足柄上病院 玉井 拙夫 TEL:0465-83-0351
	11月19日(土) 13:00～17:30	青梅市立総合病院 講堂	知って安心、これからの胃・大腸がん検診・治療・療養(仮)	青梅市立総合病院 消化器内科 野口 修 TEL:0428-22-3191
甲信越支部	10月23日(日) 13:30～16:00	日報メディアシップ 日報ホール	知っておきたい! おなかの病気 ～最新の消化器病診療	新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 寺井 崇二 TEL:025-227-2207
東海支部	11月27日(日) 13:00～16:00	愛知医科大学 たちばなホール	おなかのがんは怖い? 怖くない! ～消化器がん治療の最前線～	愛知医科大学 消化管内科 春日井 邦夫 TEL:0561-62-3311
	11月27日(日) 14:00～16:30	尾張一宮駅前ビル1階ビル シビックホール	ここまでですんだがんの見つけ方、治し方	山下病院 服部 昌志 TEL:0586-45-4511
北陸支部	10月23日(日) 14:00～16:00	砺波平安閣	がんは生活習慣病 ～がんになりにくい生活習慣・ がんで死なない生活習慣を知りましょう～	市立砺波総合病院 内科・消化器科 河合 博志 TEL:0763-32-3320
中国支部	11月13日(日) 13:30～16:30	岡山コンベンションセンター	ここまで進んだおなかの病気の検査と治療	岡山大学 消化器肝臓内科 岡田 裕之 TEL:086-252-1111
四国支部	10月1日(土) 13:00～	新居浜市市民文化センター	みんなで知ろう「おなかの病気」 —あなたのおなかは大丈夫?—	愛媛県立新居浜病院 消化器内科 芝田 直純 TEL:0897-43-6161
	10月15日(土) 14:00～16:00	滝宮総合病院 健康館 5階講堂	知って納得。おなかのがんの最新知識	滝宮総合病院 井上 秀幸 TEL:087-876-1145
九州支部	9月24日(土) 14:00～16:00	アルカス SASEBO	もっと知ってほしい 消化器がんのこと	長崎大学大学院 移植・消化器外科 江口 晋 TEL:095-819-7316

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

清水 京子 東京女子医科大学消化器内科 准教授
福島 浩平 東北大学大学院医工学研究科消化管再建医工学分野
医学系研究科分子病態外科学分野 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

2016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2017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。