

京都消化器医学会会報

Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)

第30号 2014・6

も く じ

巻頭の辞	会長 粉川 隆文	1
特別企画 京都消化器医学会会報30号によせて		5
「京都消化器医学会、初期4会長の紹介」	沖 啓一	6
「会長とコンピューター」	福本 圭志	10
「京都消化器医学会に関する思い出」	郡 大裕	13
「忙後閑あり？」	小川 欽治	16
「消化器医学会会長を退任して」	中島 悦郎	19
特別寄稿論文		
「肝性脳症：診断・検査－潜在性肝性脳症を含めて－」	盛岡市立病院 院長 加藤 章信	23
「潰瘍性大腸炎に対する新たな治療戦略」	東邦大学医療センター佐倉病院内科 鈴木 康夫	33
「よく見られる胆嚢・膵病変の診断と経過観察法」 －胆嚢ポリープ。胆嚢壁肥厚と膵嚢胞性病変を中心に－	京都第二赤十字病院 消化器内科 安田健治朗	37
臨床研究		
「EプレートH.ピロリ抗体値10.0U/ml未満の胃粘膜の検討」	福本内科医院 福本 圭志	43
症例報告		
「深達度診断に苦慮した早期胃癌の一例」	医療法人同仁会 京都九条病院 消化器内科 宮脇喜一郎 他	51
症例クイズ		
「直腸潰瘍性病変の1例」	京都第一赤十字病院 消化器内科 奥山 祐右	55
平成25年4月～平成26年3月までの学術講演会抄録		63
平成25年度 京都消化器医学会会務報告		70
平成25年度 京都消化器医学会議事録要旨		75
新役員の名簿		85
平成26年度 事業計画		86
編集後記		87

巻 頭 の 辞

第9代 京都消化器医会 会長 粉 川 隆 文

めっきり夏らしくなってきました。昨年の本誌巻頭に稚拙な初心表明を記したのは、ついこの間の事と思っていましたが、早くも1年が経過し、暫しの間温かい目で見えて頂く期間も疾うに過ぎたようです。公言しました行動理念『消化器医会会員のためになる事』も慌てて振り返っていますが、さて何が出来ましたのやら。会員の皆様の判決は、できれば執行猶予付きとして頂ければと、極楽トンボのような希望的観測をしつつ、筆を執っています。

今回、計らずも第30号という節目の会誌に会長として立ち会う事となりました。何か記念になる企画をと思い、歴代会長に執筆をお願いいたしました。それぞれの個性が溢れた読みごたえのある原稿を頂きましたので、どうぞ皆様じっくりと味わって下さい。

医会の歴史に少し触れてみたいと思います。前身は昭和41年4月に始まった有志による内視鏡研究会で、翌42年京滋胃腸研究会と名称が付き、内容は月1回の同好会形式の症例検討会でした。11年続いた後、昭和52年4月9日11番目の専門医会として京都消化器医会が誕生しました。歴代の会長名を列記します。

初代 中野 融 (S52.4～S60.3)

S58.6 第1号京都消化器医会会報 発行

2代 多田 純 (S60.3～H1.10)

3代 古家 正年 (H1.11～H5.3)

4代 沖 啓一 (H5.4～H11.3)

H6.6 第10号京都消化器医会会報 発行

5代 福本 圭志 (H11.4～H15.3)

6代 郡 大裕 (H15.4～H19.3)

H16.7 第20号京都消化器医会会報 発行

7代 小川 欽治 (H19.4～H23.3)

8代 中島 悦郎 (H23.4～H25.3)

9代 粉川 隆文 (H25.4～)

節目の会誌を紐解きますと、記念すべき創刊号は初代中野会長の6年目、昭和58年6月に発行されました。学術講演会、症例検討会のサマリーが中心の25頁程の薄い冊子でした。第10号は4代沖会長の2年目、平成6年6月に刊行され、会員の論説とともに座談会『検診と日常診療』が特集として組まれています。現在重鎮として活躍されている先輩方々の何と若々しい顔写真、必見です。座談会は沖会長時代の会誌を特色づける企画のようです。第20号は6代郡会長の2年目、平成16年7月に刊行され、学術講演をして頂いた著名な先生方の特別寄稿論文をメインとした現在の会誌スタイルの原型ができた頃となります。1

～29号までの会誌に目を通しますと、その時代時代の最先端の医療情報を取り入れるべく奮闘した会長以下会員の努力、情熱がよく伝わってきます。

今回は症例検討会について少し述べてみたいと思います。11年間毎月第2土曜を定例開催とした症例検討会（京滋胃腸研究会）に続き、昭和52年京都消化器医会誕生後は、しばらく学術講演会に付置する形で第2土曜に症例検討会が行われていましたが、昭和60年8月からは独立し、第1土曜日に症例検討会として再開されました。平成5年3月に京都胃腸勉強会に吸収合併され、77回で幕を閉じましたが、早くも翌平成6年8月には総合画像診断症例検討会として再開され、今日に到っています。

この様に絶える事なく、脈々と続いた症例検討会が、医会活動の原点でもあり、又その後の医会の本幹をなすものではないかと思っています。

しかし現在の症例検討会の在り方に最近少し疑問を持つようになりました。かつての京滋胃腸研究会の頃は、先輩達は最先端の診断学を吸収すべく、大学医局の検討会にまで参加したと聞き及んでいます。現状はどうでしょう。バリウム画像に対しては、「最近やっていない画像を人前で読影させられるのはかなわない」（食わず嫌い）、EUS、NBI、拡大内視鏡画像に対しては、「実際やれない検査の画像の読影は勘弁して欲しい」（食えず嫌い）、がまま見受けられるように思います。開業医が使用可能な検査機器の画像のみで診断をつけていくプロセスも大事です。又以前とちがい最先端の検査機器は高価すぎて日常診療には導入不可能なレベルにあり、普段見慣れない画像を読影する苦痛もよく理解しています。しかし最先端の診断学に背を向けての内向きな村社会の症例検討では、これからの医会を担う若い世代の消化器医の参加は望むべくもありません。症例検討会が曲り角にきているのでは、と感じているのは私一人でしょうか。解決の妙案が浮かびません。会員の皆様の忌憚のない御意見を是非頂きたいと思い、頁を割きました。

会長の職務と責任について時に考えます（勿論他人に厳しく自己に甘い性格故、深刻ではありませんが）。第9代といえ、徳川幕府に擬えると名君吉宗の後を継いだ家重にあたります。生来病弱で、脳性マヒのため言葉がはっきりせず、回りは理解に困ったそうです。女性が好きで夜のほうはかなり盛んだったようですが、肝心の職務はなす事は何もなく、良く言えば無難に任期を全うしたとの事。気落ち半分、安堵半分の心境です。又、某大企業のトップが雑誌のインタビューに『組織というものはそのトップの器以上にはなれない』と答えています。会長の器次第ですか、これはかなりのプレッシャー。自分の器など取るに足りないのはよく理解していますが、執行猶予の残りの任期を器目一杯の力で職務に当たろうと思っています。会員の皆様、もうしばらくお付き合い下さい。

報告すべき具体的成果を何ら示せず、空疎な抽象論とかけ声のみに終始してしまいました。……陳謝。

（敬称略）

特別企画

京都消化器医学会会報30号によせて

副会長 大塚 弘 友

はじめに

このたび京都消化器医学会会報が第30号の発刊を迎えることになりました。今回これを記念して粉川隆文会長の発案により、歴代会長の随筆をお願いすることになりました。粉川現会長（第9代）の巻頭の辞から始まり、4人の歴代会長に執筆をお願いしています。

京都消化器医学会は昭和52年4月に発足しましたので医会自体は37年の歴史があり、会報発刊をはじめて今期で30年目となります。

医会・会報に共通した最近の出来事のひとつに京都消化器医学会の英文名称の改定がありました。小川欽治先生（現監事）の会長時代、平成22年度第5回理事会において「Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)」と決定されました。この英文名称は、今後の消化器医学会のさらなる飛躍を願って全理事の知恵が集約され命名されました。そしてその後の会報第27号から表紙に「Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)」と併記されています。

会報の発刊が積み重なるとともに、会員の先生方（平成26年3月31日現在338名）の年齢層にはかなり幅が出てきたのではないかと思います。今回の企画をぜひ御一読いただき医会の歴史や苦労談などを知っていただくことにより、会報が会員皆様のさらなる融和に寄与することを願っております。

またバックナンバーも京都府医師会館の専門医会事務局の一室にひっそりと揃っておりますので、ご興味のある会員の先生方がおられましたらいつでも事務局までご連絡ください。

以上をもちまして僭越ながら、会報編集担当を代表して特別企画のはじめの言葉とさせていただきます。

特別企画 京都消化器医会会報30号によせて

京都消化器医会、初期4会長の紹介

第4代京都消化器医会会長 沖 啓 一



1) はじめに

まずは、会報30号の記念号発行を心から祝福したい。

私は、京都消化器医会の誕生前、いわば胎生期から、本会に深く関わり、初代中野 融、二代目多田 純、三代目古家正年の3会長の表の話は勿論、裏の話も全て知っている。3会長は、ともに豪傑であったので、面白い裏の話は誠に多い。しかし、先生方はすでに故人となられ反論出来ない上、面白い方の裏の話にはご遺族に支障のある内容もあるかと思われるので、ここでは面白くない表の話のみ記述することにする。

2) 医会胎生期中の中野 融先生

この度、現大塚弘友副会長から、歴代会長の思い出を書くよう命じられた。しかし、私は医会胎生期の事柄の方により興味を持っているので、副会長のご指示から少々逸脱することをお許し頂きたい。

中野 融先生はもともと小児科医だった。しかし、当時一流と言われた某消化器医が、先生の知人の胃がんを見落としたことに腹を立て、消化器疾患、中でも胃がんの診断学に首を突っ込まれた。レントゲンの二重造影と胃カメラの魅力に嵌ったのは55歳だったという。猛勉強で自信をつけられ、同志を募って研究会を立ち上げ、消化器医会の原型を作り上げられた偉大な人物だった。

京都医報を紐解くと、昭和41年4月に「第一回内視鏡研究会」が開催されている。主催は京滋内視鏡研究会で、後援は京都府医師会、京大協坂内科、府立医大増田内科、エーザイKKだ。この41年4月というのは、あの「胃と腸」の創刊と同じ時期。まさに記念すべき時だった。なお、この頃五条御前の旧医師会館は未完成で、会場には京都教育文化センターが使われていた。昭和42年1月に初めて旧医師会館が使われた。まさに、隔世の感あり。

その後、京都消化器医会の誕生まで、実に11年間という長期間、症例検討を中心とした研究会を毎月欠かさず開いてこられた。

私は、中野先生のグループに入れて頂いたのは、昭和45年頃だったように記憶している。

3) 京都消化器医会の誕生

昭和52年4月、京都府医師会の第11番目の専門医会に認定され、中野 融先生が初代会

長に就任された。その後は、講演会は京都府医師会、京都消化器医会が主催となり、後援には専門医会の不文律に従って、多数のメーカーにお願いすることとなった。

第二土曜日が定例の講演会の開催日となった。今では、多くの会員は第二土曜日には消化器医会の講演会が開かれることを当然のようにお考えであろう。しかし、あの大先輩格の内科学会では定例の講演会を第三土曜日に開いているところに、新参の消化器医会が第二土曜日を独占したので、他の専門医会への影響は多大だった。旧医師会館は狭く、当時第一会議場は多くの専門医会が奪い合いの状態だったからだ。

中野先生は単に消化管の形態学を中心とした診断学のみではなく、免疫学、分子生物学にも興味をもたれ、がん免疫にご造詣の深かった札幌の菊池浩吉先生を何度も呼び出したことが懐かしい。ちょうど、腫瘍マーカーの開発の熱が冷めやらない時期でもあり、先生は私に会う度にモノクロナール抗体、モノクロナール抗体と口ずさんでおられた。

また、「病気の仕組み」におけるサイトカインの役割にも興味をもたれ、阪大の岸本忠三先生にも何度もご講演を頂いた。

中野先生の功績を語る場合には、地域がん登録の基礎を築かれたことも忘れてはならない。これは、昭和44年から始めた「胃がん実態調査」を踏まえて、昭和55年8月に「胃がん登録をめぐる」というシンポジウムが開かれたのが切っ掛けだった。この事業こそは、現在も繁栄を続け、今後も成長をし続ける京都消化器医会の最大の事業と、私は考えている。

4) 二代目多田 純会長

中野会長は、主として年齢的な理由で昭和60年3月に引退され、同4月に多田 純先生が二代目の会長に就任された。会長就任早々、前会長からの引継ぎの事業となっていた症例検討会の再開が始まった。医会誕生前は症例検討会が中心であったので、当時これを再開と考えた。その後、種々の理由から、「京都胃腸勉強会」に吸収合併され、平成6年8月にまた独立して「総合画像診断症例検討会」と名称の変更が行われ、ほぼ現在の消化器医会活動の原型が整った。少々長すぎる名称だが、症例検討は内視鏡像やバリウム造影像を対象にするだけでなく、超音波断層、ERCP、CT、MRI等をも含めた総合画像を検討しなければならないという、中野前会長、多田会長の強いこだわりが込められていた。

5) 福知山での研究会

多田 純先生は早くから症例検討会に参加しておられ、前会長や仲間にその存在感を示しておられていたが、中でも昭和52年9月から始った福知山出張？での活躍が印象に残る。この会は、故池田二郎先生のご努力で始まり、医師会の後援だったので府医の担当理事、消化器医会の有志、大学にお勤めの学者が出張し、与謝の海、舞鶴の先生方も出席され、大歓迎のもと大盛況で数年間続いた研究会だった。余談ながら、大学の先生方には、はじめは赤坂裕三先生（後、京都府衛生部長）が、最後は伊藤義人講師（現消化器内科教授）が同行された。この会で、消化器医会の同志の中で多田 純先生のご活躍が際立っておら

れたのが印象深い。

先生は、はじめは形態学があまりお得意ではなかったが、先代のあとを引き継ぐよう最大限の努力をされ、福島五十嵐 勤先生や当時まだ国立がんセンターにおられた牛尾恭輔先生と個人的にも親しくされ、大変に上達された。特に五十嵐先生には昭和61年7月、平成元年9月と2回講演を依頼し、親しい関係を築かれた。後日談になるが、平成2年9月に五十嵐先生が3度目の講演に来られ、多田先生が1年前に亡くなられたことを聞き、先ずはお墓参りをされたという。

また、消化器生理学分野の慶応の土屋雅春教授にぞっこんで、消化器医学会の土屋先生特集を組まれたほどだった。

6) 多田会長、急逝

平成元年10月、会長として3期目の途中、あの元気な先生が急性心疾患で急逝された。忙しい診療を終え、椅子に座って奥様と談笑しながら、内視鏡学会のプログラムを見ている最中に崩れるように床に横たわれたとのことだった。62歳という若さだった。

消化器医会での活躍は凄まじいものだったが、先生は患者様にも大変な人気で日常、信じられないほど多くの患者様を診ておられたという。

お葬儀が大変で、参列者が大変に多く、行列が下賀茂神社を1回りしていたという。

現役の会長の急死で、残された理事諸子が大慌てとなった。平成元年11月、緊急理事会が開かれ、経歴、人格、医会への貢献度のすべての点で右に出る者はないとして、副会長をされていた古家正年先生が、三代目の会長候補に推薦され、平成2年4月の総会で正式な会長に就任された。

7) 三代目古家正年会長

初代、二代目が共に内科医であったので古家先生は初めての外科系の会長となった。先生は、長所ばかりで欠点のない医師だった。温厚、実直な性格で綺麗な字で文章も達者だった。そのうえ声楽（カンツォーネ、シャンソン、フランク永井から井上陽水まですべてのジャンル）まで大変にうまかった。古くから消化器医会の重要な役割に関わっておられ、会報の編集委員でもあったので、最初からスムーズな会の運営に取り掛かれた。初年度は、多田会長時代に予定されていた講演会が行われたが、2年目からは京大小沢和恵、府立医大高橋俊雄、和歌山医大谷村 弘、京大戸部隆吉、今村正之、前谷俊三、金沢大磨伊正義、兵庫医大宇都宮譲二、東大武藤徹一郎、林外科高木国夫と大物外科医をお招きすることとなり、これまで以上に幅が広く、奥行きが深い専門医会となった。

8) 大腸がん検診への関わり

平成3年秋、大腸がん検診が老健法保健事業の5番目のがん検診に組み込まれたのを受けて、京都府医師会は消化器医会に大腸がん準備委員会の設置を打診。会長職で多忙を極める中にも関わらず、快く引き受けられ大事業の準備にかかれた。一次検診は便潜血検

查だったが、二次検診が「可能ならば全大腸内視鏡検査、不可能ならばS状結腸までの内視鏡検査と注腸X線検査の組み合わせ」という難問の解決に当たった。京都府下の検査能力の調査が必要となったのだ。府立医大の渡邊能行教授に協力し、地区別の処理能力を調べ、平成5年4月から始った大腸がん検診委員会に繋いでいかれたのだった。

平成5年3月、任期満了のため引退され、沖が第四代の会長に推薦された。

9) 沖 会長

私は、中野、古家両先生のご指導、理事の先生方のご協力、多くの会員のご支援によって、過去三代の会長が敷いたレールの上を、ひたすら走り続け、先代までと同様「消化器医会入会のメリット」を、探し続けた。

6年間をお願いした講演会の講師、症例検討会に出題して頂いた先生方から、最先端の医学知識、新しい診療技術を教えて頂き、多くの会員の日常診療に貢献できたと思う。しかし、紙面の都合で各先生方への讃辞は割愛し、2つの特殊な事情のみを紹介し、纏めにしたいと思う。

10) 二つの事件

一つは平成6年2月の定例の講演会で、講師はがんセンター名誉院長の市川平三郎先生の「がん検診とその評価」だった。どういう原因だったか（多分大雪）、新幹線の不都合で会場到着が遅れに遅れて5時半頃になった。予定時刻には会場が超満席だったが、先生ご到着の頃には残っているのは僅か20名ほどとなっていた。残った会員も立派だったが、担当のエーザイ社員も新幹線の運行状況、市川先生のご動向の詳細な連絡など大いに頑張った。しかし、驚いたのは市川先生の責任感の強さだった。大きく遅れているのはご承知の上、残っている聴衆が激減しているのを知った上で、がん検診の毀誉褒貶について1時間半も熱弁を振るわれたのだ。やはり偉人は違っていた。

二つ目は平成7年2月の兵庫医大の下山孝先生。「ヘリコバクターピロリ～その基礎と臨床の最前線～」という演題が準備されていた。それが、直前（1月17日）にあの阪神・淡路大震災が起きたのだ。先生とは連絡が取れず、大変に困り府立医大公衆衛生学教室講師の井口秀人先生（現兵庫県立がんセンター副院長）に、いざという時の代役をお願いしていた。しかしその必要もなく、先生は無事で、当日はお元気にご講演をされた。大学も自宅も大変な被害だったというが、ご講演の資料は何とか無事だったとのこと。震災からご講演まで2週以上経っていたが、まだお風呂に入れず、京都のホテルで久しぶりに垢を落とされ、「すっきりした」、「こんなことであれば、家内も連れて来るのだった!!」と言われ、ぐっと胸に来るものがあったのを思い出す。

代役をお願いしていた井口先生には、当然丁重に御礼を申し上げた。

私なりに、努力し6年間探し続けた最大のテーマ「医会に所属するメリット」の回答を得ることが出来ないまま、平成11年3月俊才福本圭志先生に会長職の襷を渡した。

特別企画 京都消化器医会会報30号によせて

「会長とコンピューター」

第5代京都消化器医会会長 福本圭志



私がコンピューター（PC）のキーボードに初めて触れたのは昭和62年、46才です。蘇生会病院に勤務し、京都府立医大に客員講師として週一回ポリクリと内視鏡診断の指導に行っていました。蘇生会病院、府立医大で若い先生方がPCを使って文章を書き、データ整理するのを見て羨ましく思い、NEC98を購入しましたが全く言うことを聞いてくれずPCは私には無理だと諦めていました。しかし10年余り経て消化器医会会長となりペプシノゲン（PG）との出会いが私をどうしてもPCを使わなければならない状況に追い込みました。

私が消化器医会会長になったのは平成11年4月、59才でした。前会長 沖 啓一先生が6年間会長をされた後を引き継ぎ、4年間務めました。

会長になって間もない頃ですが今も忘れられない事があります。年一回開かれる京都府医師会会長、理事と専門医会会長との懇談会があり、その会食の席で指定された席に坐ろうとすると、後ろから「なんでこんな奴の後ろに私が坐らなければならないのだ」と言う大きな声が聞こえました。誰に言っているのか分らなかったのですが、振り返ると私を睨みつけている顔がありました。専門医会としては消化器医会より古く、私より年長で、京都で多くの病院を系列に治める一族の一員である驕りでしょうか。当時の医師会副会長が「席順は無作為で毎年変わります」と言ってくれて白けた座は収まりましたが、まずい食事でした。

平成12年に胃がん検診委員長を引き受けました。消化器医会ではその当時話題になっていたPGを何とか検診に取り入れ様と努力しました。京都府医師会、山科保健所の協力を得て平成13年、14年の山科区住民検診に合わせて、希望者にPG検査を行いました。2年間で3,609人のPG検診の費用約1,500万円は京都府医師会の負担でした。この時の検診ではPG陽性以外の人にも一度内視鏡検査を受ける様に勧奨したので疑陽性・陰性の人かなり内視鏡検査を受けました。2年間で1,108人の二次内視鏡検査のデータが返って来ました。PCが使える医療機関からは既定のフォーマットに入力してくれましたが、記録用紙での報告はその内容をExcelに打ち込むのに多大の手間を要しました。そしてExcelからデータを纏めなければなりません。分らない事、出来ない事とだらけでしたが息子や娘たち、MRに教えて貰い何とか図表にしました。山科PG検診の結果を「表」に示します。これらは平成14年、平成15年の京都医学会、京都消化器医会会報に報告しました。

H13, 14年山科PG検診で診断された胃がん人数(率)				
			PG 陽性	PG 陰性
男性	PG 受診者数	815	258 (32%)	557 (68%)
	内視鏡受診者(率)	184	136 (53%)	48 (9%)
	胃がん数(率)	5	5 (3.8%)	0 (0%)
女性	PG受診者数	2794	807 (29%)	1987(71%)
	内視鏡受診者(率)	924	520 (64%)	404(20%)
	胃がん数(率)	8	4 (0.8%)	4 (1.0%)

私が胃がん検診委員長になって目指したものは、40才から60才までの生産年齢層における早期胃癌の診断でした。しかしPG陽性では高齢者の分化型早期癌が多く、未分化癌、特にスキルス癌はPG陽性以外に多くありPGに疑問を感じました。

平成14年に京都消化器医会研究事業として、希望する会員施設で内視鏡検査と同時にPGと血清ヘリコバクター（Hp）抗体を測定し、胃粘膜障害との関係を検討しました。費用750万円は消化器医会が負担しました。この研究事業ではPGとHp抗体は1,801例測定され、胃癌の46例が検討出来ました。やはり記録用紙からExcelへの入力が大変でしたがデータベースが出来ればその後PCでの表、グラフを作るのは前回より容易で、結果を平成15年の会報に報告出来ました。

私自身は平成11年12月から胃癌など興味ある胃粘膜所見を示した内視鏡検査症例にPGとHp抗体を測定しました。PGは3,500円と検査価格が高いので症例数が限られましたが6年間に664例を測定し胃癌の78例が検討出来ました。

山科PG検診、消化器医会研究事業、福本内科のPGとHp抗体の三つの研究事業を合わせた5,988件をPCで図表に纏めました。Excelに慣れると30分で一つの表、グラフが出来ました。昔のように「正の字書」でデータを取っていたら何十～何百時間掛っていたか分かりません。つくづく便利になったと思いました。

血清Hp抗体だけでも私はPGとほぼ同じ頃の平成11年11月から検査をしていました。当初はデタミナー抗体で平成15年9月まで1,456例の検査をしました。デタミナー抗体で一番問題となるのは感染診断する最も大事な1.8～2.1の間がグレイゾーンで判定に困りました。杉山敏郎先生が平成18年9月に消化器医会の講演で「グレイゾーンは陽性で良い」と述べられました。しかしその後間もなくデタミナー抗体は発売中止になりEプレート抗体が主流になりました。

Eプレート抗体は測定範囲が3.0～300と広くグレイゾーンがなく、内視鏡所見とも良く一致しました。その後私は10年あまりで5,800例、計9,000件以上のEプレート抗体を測定しました。

しかし、Eプレート抗体でもやはりグレイゾーンがありました。cutoff値は平成12年

に菊池が6.0と、翌13年に小松・浅香が10.0と発表しました。現在、血中Hp抗体の80%以上でEプレート抗体が測定され、cutoff値10.0が採用されています。平成22年秋に浅香教授が京都に来られた時に「cutoff値10.0ではなく5.0か6.0が妥当」とお話ししましたら「あれは私の論文ではないので先生が良いと思うデータを出して下さい」との返事を戴きました。平成23年6月に富山で開かれたヘリコバクター学会でcutoff値は6.0が正しいと発表しました。現在cutoff値の見直しが行われています。しかし和光、そして栄研からも新しい血清Hp抗体の検査キットが発売されるようです。また一からやり直しになりそうです。

今年もEプレート抗体に関する原稿を書きました。年が往くと夜中によく目が覚めますがその時にPCに向かってEプレート抗体のデータを纏めるのが楽しみです。ボケ防止にもなります。平成13年からはPGの検討、平成17年からはEプレート抗体の成績を毎年一遍ずつ13年間にわたり京都消化器医会報に「冥土の旅の一里塚」と思い報告してきました。これも消化器医会会長になり平成13年、14年にPGを必死で纏めた御蔭と思っています。

特別企画 京都消化器医会会報30号によせて

京都消化器医会に関する思い出

第6代京都消化器医会会長 郡 大 裕



1. 京都消化器医会誕生までの流れ

私達同級生80名中20数名が京都府立医科大学第三内科学教室（増田内科）に入局した昭和40年の消化器病疾患の診断には、検尿、検便や血液検査とともに、暗室で行う経口 Ba 胃腸透視と胃カメラ検査が主体だった。胃腸透視といっても、暗室で患者に Ba 液を飲用して貰い、飲用の合図とともに透視板に張ったハトロン紙に写った胃・十二指腸画像を赤鉛筆で写し取っていましたので、粗大陰影欠損やニッシュしか読影出来ませんでした。偶然から仰臥位で撮影した画像に二重造影像が描出され、胃粘膜の凹凸病変が明らかになることに気付き、胃病変を二重造影像に描出することが競われるようになった。なかでも日本で、二重造影法を最初に確立したのが、順天堂大の白壁彦夫先生のグループだった。一方、胃内視鏡検査といえば、暗室での胃カメラが中心の時代で、6-7畳の狭い部屋の真真中にカメラ用寝台を置き、部屋の出入り口や窓には遮光カーテンを取りつけ、検査時には室内を暗室にするのです。患者を寝台に仰臥位に寝かせた上で、あらかじめ先端にフィルムと豆電球を装着した胃カメラを患者に挿入し、胃カメラの空気挿入口から胃内に空気を注入し、豆電球を flash させながら、腹壁から透光する胃内の光の拡がり方を見て適量の空気注入量を知った。その上で胃カメラ検査を始めることになる。胃カメラは側視鏡なので、側臥位で挿入された胃カメラのレンズ面は胃内の小弯側を向いていることになり、カメラの軸を右に30度捻って前壁を、左に30度捻って後壁を撮影するのです。カメラを反転するには高度の技術を要しました。入局2-3年後に、グラスファイバーが発明されるに及び、胃粘膜を直視下に直接観察出来るようになり、飛躍的に内視鏡検査が広がっていった。この間、オリンパス製機器の開発・改良には、東京大学第一内科と京都府立医科大学第三内科が、町田製の機器開発には、東京女子医科大学が中心になって行われ、胃カメラ室は毎日多忙を極め、月、月、火、水、木、金、金の艦隊勤務そのものだった。そこに、内視鏡学会総会でシンポ「IIbをめぐって」が決まり、現朝日大の井田和徳先生と小生がシンポジストに指名された。当時私達の手元には、典型IIbの経験例は1例もなかった。そこで関連病院の病理倉庫に通い、ホルマリン漬けの胃切材料を見直し、胃粘膜の area の乱れ部位を捜しては切り出し、組織切片を作成して類似IIbを数例見つけ出した。しかし、それらの症例のX線・内視鏡フィルムには、その像を見出せなかった。そこから、順天堂大の青木先生が発表した色素内視鏡法に気付き、先生が不成功に終わった経緯を見直し、胃粘膜を覆う胃粘液が画像の不明瞭化の原

因と気付き、胃粘液処理法や人体に無害な色素の探索に努力し、胃粘膜の色調に対照的なブルー系食用色素のなかからインジゴカルミン色素液が胃粘膜表面に漂い、胃粘膜の area を明瞭化することやメチレンブルー色素液が腸粘膜から吸収されることから胃粘膜の腸上皮化生が染色されることが判明し、消化管色素内視鏡法の開発に成功した。

そこで、胃 X 線や内視鏡の診断能を上げるために、京府医大第三内科学教室では隔週に臨床病理の責任者であった島田信男先生をカメラ室に招き、術後の症例検討会を、月 1 回は第三内科外来診療室で、カメラ室部員以外にも、故中野 融先生、故村瀬一夫先生、沖啓一先生、藤田圭吾先生（高槻）、高藤均先生ら有志の先生方が常連として参加され、小生や赤坂先生の司会のもと、熱心に症例の臨床検討がなされた。その後、川井啓市先生が公衆衛生学教室に、井田和徳先生と赤坂裕三先生が岐阜朝日大内科学教室に、小生が福井医科大学第二内科学教室に転出したのを機会に、故中野先生を初代会長に京都消化器医学会が京都府医師会内に誕生することになった。以降は会員の先生方もご存じの通り、月 1 回のペースで京都府医師会館内の 1 室で、その後はフジタホテルの 1 室で開催された。亡くなるまで、川井啓市先生を顧問に、同級生の沖 啓一先生が纏めて来られた。

時を同じくして、全国の同行の志が集まり、エーザイの支援の下、早期胃癌研究会や胃炎研究会などが毎月東京で開催され、私達若手も毎月提示する症例の準備や研究会での提示症例の読影を競うようになった。その成果が、臨床雑誌「胃と腸」として大成したのである。

2. 福井での経験

昭和55年、大阪でのオリンパス研究会に出かけていたとき、増田正典教授から電話呼び出しがあり、急ぎ帰京したところ、増田先生と母校の水越 治学長・能勢善嗣福井医大副学長（予定）が待ち受けておられ、新設福井医大の第二内科助教授、消化器内科の責任者として出向を命じられた。

福井県医師会主催の学術講演会は、慈恵医大出身の大滝秀穂先生が担当理事で、学術関係の総責任者は県立病院の山崎 信院長だった。両者との関係には殊の外力を尽くした。県立病院や済生会病院の外科の先生方が主導する症例検討会は勿論のこと、年 1 回癌研やがんセンターなどから複数の有名講師を招く 1 泊 2 日の消化器病サマーセミナーにも協力する一方、医師会主導の福井県癌登録事業も山崎委員長・郡副委員長のコンビで纏め上げ、全国有数の登録事業と言わしめた。法務局の出先機関が福井にあり、ここでの死亡個人表をベースに大学病院や大病院の協力を仰いだのが成功の基だった。

医師会の先生方の信任を頂いたお陰で、現在福井日赤病院の消化器病センターやその他福井県の中核病院の消化器内科の殆どは福井医大第二内科出身者によって運営されている。それまでにほぼ20年間の地道な努力が必要だった。さらには、後日福井から送り出した神戸大消化器内科の東 健教授のもとでは、福井・京都の両赤十字病院を巻き込んだ、炭酸ガスレーザーによる安全な EST システムの開発や膵臓癌診断の血液マーカー事業が今花

開こうとしている。まさに「塞翁が馬」の流れである。

3. 京都消化器医会の発展を

第1回 JDDW が弘前医大吉田教授会長のもとで開催された折、会長からシンポ「ピロリと胃癌」の主座長を委嘱された。ピロリ賛成派代表の小生は副座長に反対派の代表として当時新潟大病理の渡辺英伸教授を選び、座長席で論争したのを思い出す。福井医大の組織病理のなま証拠を突きつけ、シンポ終了後から渡辺先生がピロリ派に乗り変わったのは有名な実話である。あれから30年近くたった今、やっと胃・十二指腸潰瘍患者だけでなく、慢性萎縮性胃炎患者のピロリ菌除菌まで保険治療の適応となった。今の学校検診では20才未満のピロリ菌抗体陽性者が10%を割った由。また胃癌罹患者数も漸減している今こそ、一日も早く胃癌検診へ ABC 検診の導入が定着し、ピロリ菌による感染症である胃癌が予防され、日本の胃癌大国説が昔話になる日が一日も早く到来することを祈っている。

小生は、平成7年5月、名古屋での医学会総会での教育講演を最後に、学者生活を終え、竹本忠良先生らと立ち上げたピロリ学会等も退会し、地域住民の福祉医療に没頭している。感謝！

特別企画 京都消化器医学会会報30号によせて

忙後閑あり？

第7代京都消化器医学会会長 小川 欽 治



今年度の消化器医学会会報の発行に当たり、粉川隆文会長より「歴代の会長は何か随筆をかけ」との難題がこのたび降りかかってまいりました。かかる火の粉は降り払わねばなるまいと言う事で、4年間その末席を汚した一員としてペンを取る事となりました。

小生は郡大裕元会長（当時会長）のご指名により4年間の副会長を経て、平成19年4月より第7代会長として仕事をさせていただきました。浅学無才の小生の事ですから、どこへ漂着するやら神のみぞ知る船出でございましたが、その4年間を少し振り返ってみたいと思います。

会長就任時においては、まず何から手を付けようか、何をすれば恰好がつくか、そもそも専門医会とは何、府医師会との関係は、他の専門医会は？など会長のあるべき基本からはじめたものでした。小生にとっては意外な事に、府医と専門医会はそれぞれが全く別の独立した組織である事、消化器医学会は任意団体であって府医会館に間借りをしている一種の親睦団体にすぎない事も分かってきたのです。会則その他を参照してみると、消化器医学会は「消化器病学に興味を持つ府医師会会員と府内の勤務医で組織され、医術の向上を目指すべく互いに研鑽を積み、親睦をはかる会である」と記載されており、そのように理解する事に致しました。

次いで消化器医学会に関連する研究会の整理にかかる事にしました。研究会には定例会や不定期に開催される会、主催、共催、後援、直接関連のないものまで各種あり、あまり整理されることなく時には不適切に対応されている面さえ見られていました。医会のアイデンティティーを保つべく、中心に据える大事な会と余裕があれば参加するようなものの選別が必要となっていました。以前から定例学術講演会や理事会等で慣例的に紹介されていた各種講演会の主旨、代表世話人、年の開催回数などを表にして提示することで研究会への理解が高まり、その後の対応が多少スムーズになりました。主催研究会は専門医会にとっては命であり、特に第二土曜日府医と共催の学術講演会の企画は会長の仕事で、演者、演題の選定や他の専門医会や各種法人とのコラボなど、相当のエネルギーを費やす日々でした。3年前の3月12日（土）に予定されていた上村直実先生の講演会が、前日の東北震災により急遽中止となり、あたふた連絡に奔走した時の事を昨日のように思い出します。

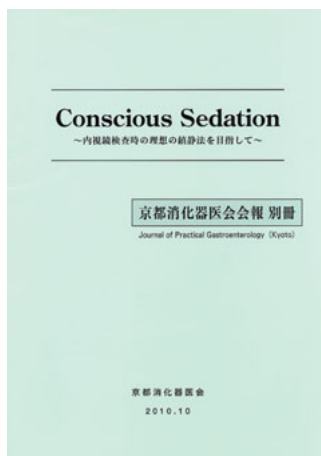
さて会長として船出した19年春に、まずは東山医師会の胃がん検診読影返上問題がおこりました。その1年前にも3地区で同様の動きがあり、府医より消化器医学会がその肩代わ

りをするよう依頼を受けていましたが、関係する先生方の努力で何とか鉾を納められた矢先の事でした。胃がん検診委員会の場合において現行のバリウム検査の問題点はかねてより浮き彫りにされ、消化器医会の中でも検診返上すべしとの動きが以前から既にみられていました。こういった経過の最中に地区医師会単位で事が起こり、これに追隨する動きが他地区にも波及するに至って、行政より委託を受けている府医にとっては看過できない問題へと発展しました。この事はその後沖啓一名誉会長発案の京都消化器医会の“府医への直訴状”にもつながる大きな問題へと展開したのです。専門医会としてのアイデンティティーを求めるならすぐに検診を返上すべきですが、世のしがらみはそれを許さず板挟みの中で、府医への上申書（会報第25号 P75～77参照）提出へと至ったのです。大腸癌検診は一次検査として便潜血検査をすることで比較的スムーズに行われていますが、胃がん健診は未だに現在の間接バリウム X-P 検査が旧態前として行なわれ、府民から見放された極めて低受診率の状況下にあります。現況においては、高危険群、低危険群を分別し、前者を中心に内視鏡による検診を行なう ABC 検診の選択がいずれなされるものと期待されます。

日常診療における医療審査の問題は、我々消化器の専門医集団にとって重要な位置を占め、審査上の疑義解釈をめぐる各種問題が提起されていました。かねてより福本圭志元会長からは“医会の中に審査上の問題点を討議する場を設けよう”との発案がなされていました。これを具体化するため、消化器医会所属及び消化器関連の基金、国保審査委員全員に当会の主旨を説明し、消化器医会審査委員合同委員会と銘打って賛同者にお集まりいただきました。平成19年4月26日には記念すべき第1回が府医会館会議室にて11名参加のもと開催されました。現在においてはさらに拡大した形で年に数回開催されており、問題点が議論、整理されて大きな成果が得られています。特に内視鏡の前処置としてのセデーションに関しては、処置薬剤の過料投与など術者の基本的知識の欠如が問題点として提起され、当委員会において消化器医会としての指針を示すべきとの声が粉川現会長（当時副会長）を中心に盛り上がりました。その結果が「Conscious Sedation～内視鏡検査時の理想の鎮静法を目指して～」として平成22年10月に刊行され、会員の先生方には是非参考にさせていただきたく数部お送りいたしました。（図1）

「いまどきのお腹の病気 A to Z」と銘打った京都新聞連載企画については、府医師会の安達秀樹副会長より消化器医会に執筆の依頼があり、早速理事会に諮りお引き受けする事となりました。平成20年8月19日から週1回、消化器全般に亘った25編の執筆を各理事に交代でお願いし、翌年の4月28日まで京都新聞紙上に連載されました。当連載をこのままでは終わるのも惜しいとして、さらに数筆加えて小冊子として完成させ、平成22年10月1日には会員の先生方へ待合室用としてお配りしたのも懐かしい思い出です（図2）。

毎年発行される消化器医会会報は、特別寄稿論文、症例報告などその内容は他の学術誌に全く引けを取るものでなく、さらに年々その内容には磨きがかけられていると自負しております。なお会務報告や理事会報告も、会員への医会の現状報告として重要な事は言う



(図1)



(図2)

までもありません。その他生涯教育、医療安全、がん登録、理事のメール網作成など各担当の先生方には大いにお世話になりました。理事の方々の役割分担や役員数の削減適正化、地区担当理事の撤廃、緊縮財政を旨とした会運営など、デリケートな問題にもずいぶん苦勞致しましたが今では淡々と回想しております。思い起こせば何を企画するときでも先輩の会長や大塚弘友先生（庶務、現副会長）を始め理事の先生方など、常に誰かにサポートされる事で万事が進み、そして一応の終結を見るといったパターンの繰り返しでした。役員の先生方、全ての皆様に支えられた幸せなひと時でした。今更ではございますが、この場をお借りしてお礼申し上げます。

中島悦郎前会長にバトンタッチをして今年で早3年、忙中閑ならず忙後閑？でしょうか。この間白井健雄先生（元理事）のご指導で、RS_Base（医療ソフト）を基本にして電子カルテ（ダイナミクス）を導入しました。新たに購入した内視鏡、X-P、医療関連機器等と連結することで、全ての情報が診察室に集まり患者さんへの説明が楽になりました。また院内から院外への処方変更をしました。こんな事で毎日に多少の緊張感を維持させガラガラせず、モチベーションを上げるよう心がけています。ただ日々の診療が全てタッチパネルで動く事となり、ちょっとした事でコンピューターのご機嫌を損ねる毎日でもあります。

ゴルフのハンディは14から25になりましたが、現在は19にまで回復しています。

診療所の箱庭にバラを植えて3年、毎年花の咲く春が待ち遠しいようになりました。趣味家の方にとっては駆け出しもよいところですが結構ハマっています。以前は蘭に凝っていましたが今度のバラというもの、生育には癖があって結構気難しいですが、手をかけただけ花は咲いてくれます。2年前には医院の待合室、検査室などの内装工事、昨年には外装工事を施し、バラの色に合わせて？医院の外観全体を白く塗り替えました。また防水処置を全てやりなおして、屋上でもバラと共存共栄中です。

特別企画 京都消化器医会会報30号によせて

消化器医会会長を退任して

第8代京都消化器医会会長 中 島 悦 郎



私が消化器医会の会長に就任したのは東日本大地震と原子炉事故が続き、世の中が不安に満ちていた頃でした。内視鏡を専門とする先生方の会であった当会に初めて肝臓医である私が会長になるのは、本人の私はもとより、先輩や後輩の会員の先生方も不安だったに違いありません。しかし、在任中は幸運にも大きな問題は起こらず、何とか任期を終えました。まさしくスタッフに支えられた会長でした。

さて、歴代の会長たちは、退任後も臨床・学問に正面から立ち向かっていかれる方ばかりですので、まじめに在職中の回想録を書かれるに違いありません。そこで私は会長職から解き放されて自由を楽しんでいる話を書こうと思います。

昨年の夏、私は家内を連れて会長時代の疲労回復旅行に行きました。思い切って医院を1週間休みにして旅たった先はパリでした。留学時代に住んでいたトロカデロ広場の近くのアパルトマンホテルに1週間滞在し、ゆっくり歩き回ることになりました。

時差ボケがやや改善してきた3日目にパスツール研究所を訪れました。夏休み中なので昔の仲間に会えることはないだろうが、受付で交渉して、妻と二人で写真を撮って来ようか、と思っていました。たどたどしいフランス語で「25年前にここで働いていた者だが、ちょっと構内に入って昔仕事をしていた建物の前で妻と写真を撮りたいのだが許可してくれませんか？」と頼んでみたところ、「昔、誰のところで働いていたのですか？ ピエール・チオレ教授？ 教授なら今朝見かけたからきっと部屋にいるはずです。」ということになって、昔のボス自らお出ましになり、構内を案内してくれることになりました。

Pierre TIOLLAIS (ピエール・チオレ) 教授は78歳になりますが、かつてはB型肝炎ウイルスの遺伝子研究を世界に先駆けて始め、この分野で世界を圧倒的にリードしてきた方です。特に、1985年にNatureに書かれた総説「The hepatitis B virus」はB型肝炎関連の論文には必ず参考文献の1番目に引用されるような優れた論文で、30年以上を経た現在でも光り輝いている内容です。今では、弟子の3人が研究所の教授になっており、なかでも、私と3年間一緒に仕事をしてきたChristian BRECHOTが10月からパスツール研究所の所長になることが決まったとの事でした。功労者ということで定年後も特別に部屋が与えられ悠々自適の生活を楽しんでおられるようでした。

私が初めてチオレ教授に会ったのは1985年でした。肝臓学会が開催した「肝炎ウイルスシンポジウム」で教授のフランス語訛りの英語の講演を聞き、ちょっとした事を質問した

のがご縁で、教授が日本に来られるたびに電話でお呼びだしがかかるようになりました。当時、私は与謝の海病院に赴任していたのですが、単身赴任者用の宿舎で通信教育でフランス語を習い、翌年にはフランス政府の給費留学生試験に合格してパスツール研究所のチオレが教授をつとめる「遺伝子組み換え・発現部門」に留学することになったのです。

パスツール研究所では血中にごく微量に存在する HBV を cloning して DNA の配列を検討する仕事を与えられました。HBs 抗原が陰性で HBc 抗体が陽性の血清があり、これをチンパンジーに接種すると肝炎を起こし、肝炎は次の世代に継体できるのですが、このチンパンジーを肝生検しようとした Christian BRECHOT(クリスチャン・ブレショ)がチンパンジーに噛み付かれ、その後、通常の B 型急性肝炎にかかったのがこの研究を始めるきっかけでした。

Christian はチンパンジーの血漿交換を行って大量の血液を貯め、HBV を濃縮してクローニングしようと試みましたが上手くいきませんでした。ちょうどカリフォルニア大学の Robinson 教授が研究室を訪れ、Christian が微量なウイルスを含む大量の血清があるので、濃縮してクローニングしようとしていると説明すると、Robinson は「いくら濃縮してもこの程度の DNA の濃度ではクローニングはできないよ。」と断言しました。Christian は悔しりましたが、Robinson の言う事は正しかったのです。このように、この研究はいき詰まっていた。ところが、この年の秋にニューヨーク郊外の DNA 発見者であるワトソンが主催する Cold Spring Harbor Labo.での Viral hepatitis meeting に参加した Christian が興奮して帰って来ました。PCR(polymerase chain reactions)という DNA を vitro で増幅する方法を Cetus corporation というベンチャー企業が開発し、この meeting で発表していたので、例の研究に応用しようと思って共同研究を申し込んできたというのです。

PCR 法はもともと染色体上にあることが判っている DNA の一定領域を実験室で増幅し、同じ DNA を大量に作る方法です。ヒト・ゲノム解析を究極の目的として開発された方法です。ですから増やす前の DNA 量(コピー数)が判っているので、その条件にあった実験システムに調整してあります。ところが我々がやろうとしているのはあるかないかわからない位少ない量の DNA を PCR で増やそうとしていたのです。PCR の第 1 段階では目的の DNA の内部の核酸配列がわかっている部分に人工的に作成した短い相補的な DNA をくっつけるのですが、この短い DNA をプライマーといいます。最初の目的の DNA に対して、このプライマーの濃度をどの程度にするかが難しいところでした。一般的な DNA の理論では少ない DNA を探すには多くのプライマーが必要と考えられていました。いろいろと理論的に考えたり文献を調べたりして工夫して実験を重ねましたがどうもうまくいきません。

当初からこの研究は Cetus corporation との共同研究でしたので、Cetus から 3 ヶ月に 1 回くらい定期的に研究者が来て研究の進め方に関して議論していました。Cetus の John SNINSKY は HBV の DNA polymerase を深く研究してきた人で、後に、Celera

Diagnostics でヒトゲノムプロジェクトを実際に進行させた研究者ですが、彼は、理論的に攻めるよりも、目的の DNA とプライマーの濃度の関係について徹底的に基礎実験をするべきだと主張しました。彼の言うとおりに基礎実験を進めてみると意外な事実が判明しました。目的の DNA のコピー数が少ない場合はプライマーの濃度も薄くした方が PCR はうまく動くことがわかったのです。

この難関を突破すると研究は急に進展し、論文が Lancet の掲載されることが決まり、目処がついたところで私は帰国することにしました。論文作成中にあるイタリア人が研究室に来て短期滞在していました。彼は巧みに私の女性のテクニシャンに近寄り、例の標的 DNA とプライマーの濃度関係を聞き出そうとしていました。この件は何とか未然に防ぎましたが、イタリア人に対して油断のならない人種だという印象が残りました。

さて、それから25年を経た今回のパリ旅行から戻った翌週に肝炎関連の研究会がありました。共催メーカーが作成したパンフレットをみると HBV 関連の論文が紹介されているのに気がつきました。読んでみると HBV genome にはヒトの染色体と同じように DNA を包むように外側にエピゲノムというものがあり、細胞外環境の変化によってエピゲノムが DNA の 3 次構造を変化させて、DNA 発現を調節しているという内容でした。HBV DNA はエピゲノムに覆われたミニ染色体とも言えるべきもので、ヒトゲノムプロジェクトが始まる前に、人々が HBV DNA をモデルに DNA の解析を始めたのと同じように、DNA の発現を調節しているエピゲノムの解析も今 HBV DNA をモデルとして研究が始まったのです。エピゲノムの研究が進むと、例えば糖尿病になりやすい遺伝子を親から受け継いだ一卵性の双子が異なる環境で生活すると、ひとりとは早く糖尿病になったがもう一方は高齢になるまで糖尿病にならなかった、という現象をエピゲノムの解析で説明できると予想されます。

病気の予防や治療の道が開かれるのです。ところでその論文の著者を見て驚きました。著者のラストネームに25年前のイタリア人の名前があったのです。25年の間に当時のパリの研究陣は私を含めて HBV の研究から離れて久しいですが、あのイタリア人はまだ HBV の研究を続けていたのです。

25年の間に C 型肝炎ウイルスの核酸配列が同定され、治療が進歩し、C 型肝炎ウイルスの撲滅も視野にはいるようになって来ました。チオレ教授の弟子のマリー・ルイーズによって開発された遺伝子組み換えワクチンが中国や台湾をはじめとしたアジア諸国（日本を除く）で全国民使用されるような時代になっても HBV は生き残っています。そればかりではなく、ヒトのゲノムを小型にしたミニ染色体として新たな研究テーマとしても再登場してきました。一方では、人間の側にも、天才的に頭の回転が速いが移り気の激しいヨーロッパのラテン系の優れた人材の中に、チオレ教授や例のイタリア人のように、ひとつのテーマを根気強く長年月の間追求し続ける伝統的な永続性の両面をみて、感慨深いこの頃です。

肝性脳症：診断・検査－潜在性肝性脳症を含めて－

盛岡市立病院 院長 加藤 章 信

要 旨

肝性脳症は重篤な肝障害あるいは門脈大循環短絡に起因する精神神経症状である。臨床的な症状のある顕性脳症には軽症のものから深昏睡まで幅がある。また精神神経症状が明らかでなく定量的精神神経機能検査で初めて指摘される潜在性肝性脳症がある。顕性の肝性脳症は肝機能異常、肝疾患の既往の有無、精神神経症状、高アンモニア血症、脳波異常、臨床検査成績などから他疾患を鑑別しつつ総合的になされる。潜在性肝性脳症は定量的精神神経機能検査（記号追跡試験、光や音に対する反応時間、成人知能検査）や、電気生理学的神経検査の脳波、大脳誘発電位（聴覚、視覚）などを組み合わせて行う。

Key words: hepatic encephalopathy, neuro-physiological tests, subclinical hepatic encephalopathy, liver cirrhosis

はじめに

肝性脳症は劇症肝炎や肝硬変など重篤な肝障害あるいは門脈大循環短絡に起因する精神神経症状である。肝性昏睡とほぼ同義語として用いられ、軽症のものから深昏睡まで幅がある。また精神神経症状が明らかでなく定量的精神神経機能検査で初めて指摘される潜在性肝性脳症がある。本稿では意識障害の病態ならびに肝性脳症の分類ごとに潜在性肝性脳症についてその診断を含めて概説する。

I 肝性脳症の概念と分類

1. 顕性脳症

肝性脳症は臨床経過や脳症の発症様式などにより急性型、慢性型、および特殊型に分類される。急性型は劇症肝炎に、慢性型

は側副血行路の発達した肝硬変におおの代表され、さらに慢性型は門脈大循環短絡の要因が強いタイプと肝細胞障害の要因が強いタイプに分けられる。特殊型の先天性尿素サイクル酵素異常症ではシトルリン血症の頻度が高い。

最近、肝硬変がなく門脈大循環短絡のみで肝性脳症を発現する例や急性型といっても急性肝不全による肝性脳症なのか肝硬変で急性に脳症を発症したか区別が付きにくいといった問題点などが指摘され、欧米を中心として新しい肝性脳症分類が作成されている¹⁾。

2. 潜在性肝性脳症

精神神経症状が明らかでなく、臨床的には肝性脳症とは認められない肝硬変に鋭敏で定量的な精神神経機能検査を行なうこと

で精神神経機能の異常が指摘されることがあり、このような病態を潜在性肝性脳症と呼んでいる。これは脳症の重症度分類では grade 0にあたる部分に存在する概念である。このような潜在性肝性脳症は臨床的に動作能力や注意力の低下が指摘され、わが国の肝硬変例の半分以上が潜在性肝性脳症を呈すると仮定すると、その患者数は15万人程度と推定される。

潜在性肝性脳症を顕性脳症の前段階としてとらえるか否かについてはまだ明確にされていないが、著者ら²⁾の検討では、初回に潜在性肝性脳症と診断されてから6ヶ月目までに23% (5/22例) の症例でⅡ度以上の脳症を発症しており、潜在性肝性脳症と診断された症例の中に顕性脳症の前段階としてとらえられる症例がある。

潜在性肝性脳症の診断意義については、臨床的にあまり重要ではない³⁾との批判も

あったものの、潜在性肝性脳症例でのQOLの低下⁴⁾が明らかなこと、運転操作など複雑な動作を行うことが困難である⁵⁾こと、肝硬変の予後にも悪影響をおよぼすことなどの検討⁶⁾⁷⁾⁸⁾より、潜在性肝性脳症は臨床的に診断意義があり「ミニマル脳症 minimal hepatic encephalopathy」と呼称することが欧米で推奨¹⁾されている。

Ⅱ 肝性脳症の診断と鑑別診断

1. 顕性肝性脳症の診断と鑑別診断

昏睡度の診断は犬山分類に基づいて判定する。しかし実際は、昏睡度Ⅰ度の判断に苦慮することが多い。Amodioら⁹⁾は後述する定量的精神神経機能検査を含めた検査により、Ⅰ度からⅣ度までの診断評価方法を提案している(表1)。

先行する肝疾患が明らかでない時や、肝硬変はあっても臨床検査成績などから肝性

表1 肝性脳症の昏睡度分類

I	睡眠-覚醒リズムの逆転 多幸気分、時に抑鬱状態 だらしく、気にとめない態度	retrospective にしか判定できない 場合が多い (3-3-9度方式 1)
II	指南力(時、場所)障害、物を取り違える (confusion) 異常行動 (例: お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど) 時に傾眠状態(普通の呼びかけで開眼し、会話ができる) 無礼な言動があったりするが、医師の指示に従う態度を見せる)	興奮状態がない 尿、便失禁がない 羽ばたき振戦あり (3-3-9度方式 2, 3, 10)
III	しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い、反抗的態度を見せる 嗜眠状態(ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない。または 従えない(簡単な命令には応ずる)	羽ばたき振戦あり(患者の協力が得られる場合) 指南力は高度に障害 (3-3-9度方式 20, 30)
IV	昏睡(完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する	刺激に対して払いのける動作、顔をしかめるなどが見られる (3-3-9度方式 100, 200)
V	深昏睡 痛み刺激にもまったく反応しない	(3-3-9度方式 300)

脳症と診断が確定できない時には、さらに検査を行ない他の意識障害を来す疾患との鑑別が必要である。中枢神経系疾患の鑑別には、脳CTスキャン、髄液所見など、糖尿病性ケトアシドーシス等の鑑別には、血糖、尿中ケトン体、血液ガス所見、血清電解質などが有用である。特に慢性肝疾患を有するアルコール依存症例では頭部外傷による硬膜下血腫やアルコール離脱症候群を伴うことがあり肝性脳症との鑑別が重要となる。

2. 潜在性肝性脳症の診断

潜在性肝性脳症を厳密に診断するためには、1)日常生活の行動パターンの変容、例えば食欲、睡眠、活動量などを含めたQOLに関する質問、2)記憶力、集中力、精神的認知能力などの精神状態の変化に対応する質問が必要と考えられる。また、3)従来からの顕性の肝性脳症の昏睡度分類を改変して比較的簡便な定量的精神神経機能検査を加えることによって診断を行う必要

もあると考えられる。さらに4)総合的な精神神経機能検査を実施して講語障害等の言語性の認知機能障害の有無とともに反応性時間や空間認知能などの動作性の認知機能障害についての検査も診断に必要である⁹⁾。

しかしながら、日常臨床においてこれらの項目をすべて実施することは困難であり、通常は定量的精神神経機能検査（記号追跡試験、光や音に対する反応時間、WAIS (Wechsler adult intelligence scale) 式成人知能検査などや、電気生理学的神経検査である脳波、大脳誘発電位（聴覚、視覚）を組み合わせで診断を試みている¹⁰⁾（表2）。

1) 定量的精神神経機能検査

潜在性肝性脳症の診断としていわゆる paper and pencil（紙と鉛筆）により行う簡便な診断法として WAIS やその他の定量的精神神経機能検査が用いられる。知能検査は知能をいくつかの能力の集合と仮定して検査に対する完遂レベル

表2 肝性脳症の昏睡度診断のための新しい評価方法（文献11改変）

昏睡度	検 査 と 評 価
I	● TMT-A* が120秒以内に完了しない（但し教育歴5年以上）または任意の動物の名前を120秒以内に7つ以上上げられない ● 時間と場所の指南力は保たれている
II	● 日時の指南力障害（3つ以上の異常を有意とする） －曜日・日・月・年 ● 場所の指南力は保たれている
III	● 場所の指南力障害（2つ以上の異常を有意とする） －国/県名・地方・市町村名・現在の場所・建物の階数 ● 時間の指南力障害がある ● Glasgow score(8-14)**
IV	● 疼痛刺激に反応がない ● Glasgow score(<8)

*； TMT-A trail making test A（ナンバーコネクションテスト）

**； Glasgow coma scale による分類：開眼、言語、運動の3つのパラメータを用いてその総和として表現する。15点満点で7点以下は重症であると推定される。

表3 潜在性肝性脳症の診断に用いられる検査法

-
- 定量的精神神経機能検査
 - WAIS 成人知能検査
 - その他の定量的検査
 - 数字追跡検査 (number connection test)・光や音反応時間
 - コンピュータによる機能検査
 - 電気生理学的検査
 - 脳波 (脳波マッピング)
 - 大脳誘発電位 (聴覚・視覚・体性知覚)
 - 事象関連電位 p300
 - 非侵襲的脳機能検査
 - 磁気共鳴画像(MRI)・磁気共鳴分析法 (MRS)
 - ポジトロン断層撮影法 (PET)
-

より脳の認知機能がどの程度障害されているかを判定する。知能の検査項目には空間認知能、精神運動能 (psycho-motor function; 手と目の共同運動)、記憶力、注意力など多岐にわたる検査を行うことになる、日常臨床では困難である。

潜在性肝性脳症の特徴として、知識、数唱、単語といった言語性の認知能力は比較的保たれるのに対して、動作性の認知能力の低下が目立つことから、WAIS 値の検査の積木試験 (block design test)、符号試験 (digit symbol test) さらに数字追跡試験 (number connection test A または B; NCT-A, NCT-B) の3項目を実施し、どれか1項目に異常を示す場合を潜在性肝性脳症と判断されることが多い。

WAIS 知能検査と記号追跡試験を組み合わせて実施した際の潜在性肝性脳症の頻度は25~80%と異常の頻度には幅があり、実施される検査項目によって潜在性と称される病態の頻度が異なることは問題となる。これらの問題を解決する目

的で Weissenborn¹¹⁾らはNCT-A、NCT-B、符号試験を含む5項目の検査を推奨している。しかし、組み合わせの中に含まれる line drawing test や serial dotting test といった検査項目は我が国ではなじみが薄く必ずしも導入は容易ではない。

紙と鉛筆による形式の精神神経機能検査を実施する場合に、研修を受けた検査技師が一定の環境条件で行うことが再現性を得るために必要とされており日常臨床で簡便には行えるもののその評価にあたっては注意を要する。

さらに諸外国との間で比較する場合には、精神神経機能を評価する場合には教育レベル、文化的な背景の違いを基本的に考慮して検討する必要がある¹²⁾¹³⁾。

2) 脳波マッピング (topography; 等電位分布図)

肝硬変ではアンモニアを含めた中毒物質の影響や、電解質のインバランス、エネルギー代謝異常などにより、電気生理学的な検査に対する応答に変化が生じ、臨床的な顕性脳症がみられない潜在性肝性脳症でも脳波や誘発電位に異常を認めることが多い¹⁴⁾。

顕性肝性脳症の脳波解析は以前より数多くなされているが、その多くは視覚的な判定 (Parson-Smith classification)¹⁵⁾によるものであり、主観的要素がはいる。潜在性肝性脳症で、通常の形式で脳波を測定すると、 α 波 (12~8c/s)の減少と θ 波 (7~4c/s)の増加が両側の脳半球に認められ、いわゆる脳波の徐波化が散見されるが、異常の頻度は9~33%とその頻度は高くない¹⁶⁾。

一方、周波数解析を用いた脳波マッピングは客観的に脳波の解析をおこなうことが可能で、脳波の徐波化の頻度は83%と高率に認められるとの報告がある¹⁷⁾。我々の成績¹⁸⁾でも後頭部での α 波の頻度(% α)の減少を86%に θ 波の頻度(% θ)や δ 波の頻度(% δ)の増加を40~70%に認めている。

Amodioら¹⁶⁾は脳波の異常により潜在性肝性脳症の有無が診断可能であると、さらにアンモニアの濃度や潜在性肝性脳症の顕性化ともおおまかに相関することを報告しているが、必ずしもこの説が十分に受け入れられているわけではないのが現状である¹⁹⁾。

3) 大脳誘発電位

誘発電位による潜在性肝性脳症の診断も報告され、聴覚誘発電位の潜時の延長などが報告されている。具体的には視覚、聴覚、体性感覚誘発電位や事象関連電位 p300などが用いられているが、ど

の誘発電位が最も潜在性肝性脳症の診断に有用かは研究者によって見解が異なる^{20) 21) 22)}。

また、これらの異常は潜在性肝性脳症に特異的なものではなく、アルコール依存症²³⁾や糖尿病症例^{24) 25)}でも同様の変化が観察されることや、肝の重症度や予後との関係が明らかでないことなどから必ずしも有用ではないとの考えもある。

4) コンピュータを用いた定量的精神神経機能検査

多施設の共同研究により筆者らは従来からの WAIS-R 知能検査を改変したパーソナルコンピュータを用いた新しいソフトを開発した²⁶⁾ (図1)。本ソフトは数字追跡試験-A、数字追跡試験-B、図形配置試験、数符号試験、積木試験、反応時間-A、反応時間-B、反応時間-Cの8つの検査項目から成り立っている。施行時間は約15~20分で、特定の検査場所を選ぶ必要はなく、専門の技師



図1 新しい精神神経機能検査(NP-test)実施例

iPadを用いたNP-testを行っている。検査はナンバークネクションテストBで、数字とひらがなを交互に線で結ぶ試験である。タッチパネルをなぞると画面上に線が描出される。

がいなくても簡便に施行できる。本システムを用いて、健常者542例で年齢別の基準値を作成し、292例の肝硬変例と比較した。健常者において統計学的に「はずれ値」に相当する結果である上下10%を cut-off value として区切ると、肝硬変例では約25%の例で異常が見られた。さらに検査項目の成績が1項目でも異常を示す例は58%に認められた。通常的神経機能検査では2項目以上の異常があれば潜在性肝性脳症とすることが一般的におこなわれていることからか、本システムによる SHE の診断基準についても2個に異常を認めた場合を潜在性肝性脳症にすることに妥当性があると考えられる。

近年、肝硬変患者の高齢化が進み、それに対応できる新しいNP-testの基準値が求められている。加藤ら (Hepatology Research in submit)は80歳までの健常者の神経機能検査を NP-test により再度測定した。図2に示すように年齢と神経機能検査値は相関し、年齢毎の肝硬変の神経機能検査値との比較を行っても明確に神経機能検査値の結果が判別可能であった(図3)。さらにこの新しい検査は iPad にインストールが可能でありハンディーに検査が可能である。わが国の潜在性肝性脳症がこの検査方法で統一されスクリーニングとして広く用いられることが期待される。

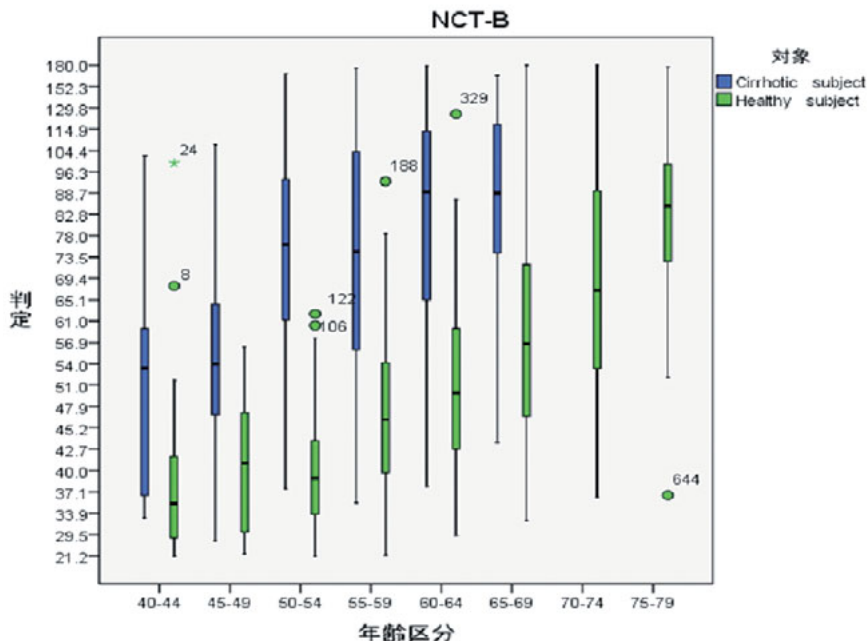


図2 年齢別の健常者と肝硬変の神経機能検査値(NP-test)の差異

ナンバーコネクションテストBにおける健常者と肝硬変での年齢別の判定結果を示した。各年齢別にみて箱ひげ図の中央値、上側・下側ヒンジとも肝硬変と健常者との間での重なりが少なく、容易に判定が可能である。

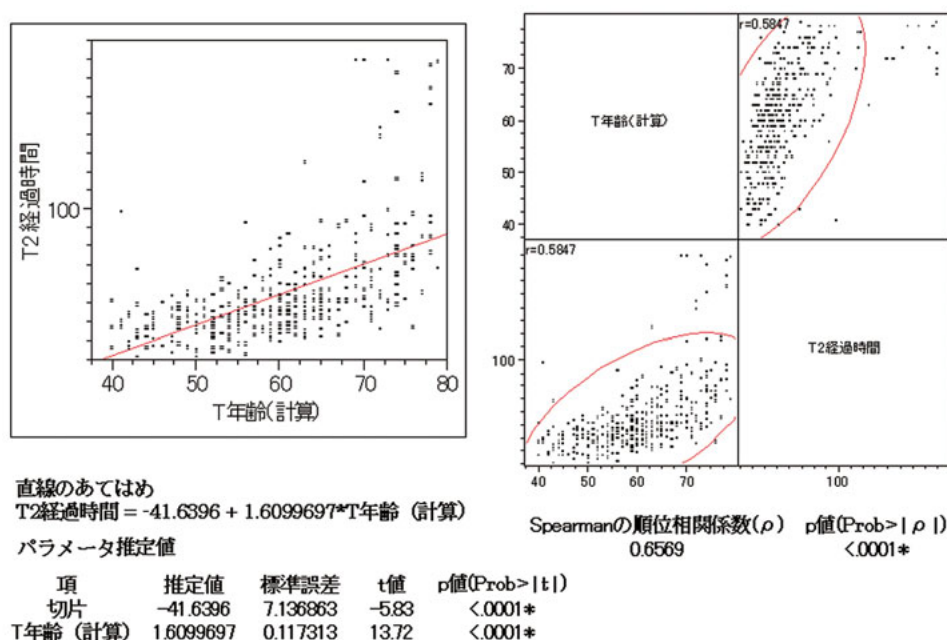


図3 精神神経機能検査値(NP-test)結果における年齢と施行時間との相関

ナンバーコネクションテストBにおける年齢と施行時間との相関を示した。検査実施経過時間と年齢とは有意の相関関係を認めた。

おわりに

Schomerus ら²⁷⁾は40例の顕性脳症のない肝硬変に対して、前述の精神神経機能検査を実施しさらに運転能力の適合性についても検討した。その結果、60%の症例は、自動車の運転に不適合であるとの結果を得た。さらに25%の症例は制限付きの運転のみが可能であるとの結果であった。さらにアルコール性の肝硬変では非アルコール性の肝硬変に比べ有意に運転非適合者が多いとの成績であったとしている。一方、Srivastava²⁸⁾らは実際の路上での運転能力について精神神経検査で異常を示した非アルコール性の肝硬変15例で、同一年齢構成の健常者と比較した。その結果運転能力には両群間で有意の差がなかったとしてい

る。2つの成績は単純に比較できないが、このような結果は、社会に与える影響も大きく、さらなる検討が必要と考えられる。

Groenewegら⁴⁾はSickness Impact Profile questionnaireにより、Marchesiniら²⁹⁾はSF-36によりそれぞれ潜在性肝性脳症のQOLを評価しているが、いずれもQOLの低下があるとしている。Schomerusら³⁰⁾は労働の遂行能力や学習能力が、潜在性肝性脳症では低下していると報告しているが、prospectiveな検討は無く、治療による変化についても今後の問題であると考えられる。

文 献

- 1) Ferenci P, Lockwood A, Mullen K et al: Hepatic encephalopathy-definition, nomenclature, diagnosis and quantification; final report of the working party at the 11th World Congress of Gastroenterology, Vienna, 1998. *Hepatology* 2002; 35: 716-721.
- 2) Kaneta H, Kato A, Suzuki K: Clinical manifestation of subclinical hepatic encephalopathy in patients with non-alcoholic cirrhosis. *Hepatologica Japonica* 1994; 35: 167-171.
- 3) Lookwood AH: "What's in a name?" Improving the care of cirrhosis. *J Hepatol* 2000; 32: 859-861.
- 4) Groeneweg M, Quero JC, De Bruijin I, et al: Subclinical hepatic encephalopathy impairs daily functioning. *Hepatology* 1998; 28: 45-49.
- 5) Schomerus H and Hamster W: Neuropsychological aspects of portal-systemic encephalopathy. *Metab Brain Dis* 1998; 13: 361-377.
- 6) Amodio P, Piccolo F, Marchetti P, et al: Clinical features and survival of cirrhosis patients with subclinical cognitive alterations detected by number connection tests and computerized psychometric tests. *Hepatology* 1999; 29: 1662-1667.
- 7) Das A, Dhiman RK, Saraswat VA, et al: Prevalence and natural history of subclinical hepatic encephalopathy in cirrhosis. *J Gastroenterol Hepatol* 2001; 16: 531-535.
- 8) Saxena N, Bhatia M, Joshi YK, et al: Electrophysiological and neurophysiological tests for the diagnosis of subclinical hepatic encephalopathy and prediction of overt encephalopathy. *Liver* 2002; 22: 190-197.
- 9) Amodio P, Montagnese S, Gatta A, et al: Characteristics of minimal hepatic encephalopathy. *Meab Brain Dis*. 2004; 19: 253-267.
- 10) Tarter RE, Hegedus AM, Van Thiel DH et al: Nonalcoholic cirrhosis associated with neuropsychological dysfunction in the absence of overt evidence of hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 1984; 86: 1421-1427.
- 11) Weissenborn K, Ennen J, Schomerus H et al: Neuropsychological characterization of hepatic encephalopathy. *J Hepatol* 2001; 34: 768-773.
- 12) Amodio P, Wenin H, Del Piccolo, et al: Variability of trail making test, symbol digit test and line trait test in normal people. A normative study taking into account age-dependent decline sociobiological variables. *Aging. Clin Exp Res* 2002; 14: 117-131.
- 13) Weissenborn K, Ruckert N, Hecker H, et al: The number connection tests A and B: Interindividual variability and use for the assessment of early hepatic encephalopathy. *J Hepatol* 1998; 28: 646-653.
- 14) Niedermeyer E: metabolic central nervous system disorders. In: Niedermeyer E and Lopes Da Silva F, ed. *Electroencephalography. Basic Principles, Clinical Applications and Related Fields*, 4th. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999; 416-431.
- 15) Parsons-Smith BG, Summerskill WHJ, Dawson AM, et al: The

- electroencephalograph in liver disease. *Lancet* 1957; 2:867-871.
- 16) Amodio p, Marchetti P, Del Piccolo, et al:Spectral versus visual EEG analysis in mild hepatic encephalopathy. *Clin Neurophysiol* 1999;110:1334-1344.
 - 17) Sagales T, Gimeno V, Calzada MD, et al:Brain mapping analysis in patients with hepatic encephalopathy. *Brain Topography* 1990;2:221-228.
 - 18) Kaneta H, Kato A, Suzuki K:Diagnosis of subclinical hepatic encephalopathy by EEG mapping and auditory evoked potentials. *Hepatology Japonica* 1994; 35:408-415.
 - 19) Weissenborn k, Scholz M, Hinrichs H, et al:Neurophysiological assessment of early hepatic encephalopathy. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1990;75:289-295.
 - 20) Yang SS, Wu CH, Chiang TR, et al: Somatosensory evoked potentials in subclinical portosystemic encephalopathy: A comparison with psychometric tests. *Hepatology* 1998; 27:357-361.
 - 21) Yen CL, Liaw YE:Somatosensory evoked potentials and number connection test in the detection of subclinical hepatic encephalopathy. *Hepatogastroenterology* 1990;37:332-334.
 - 22) Kugler CF, Petter J, Taghavy A, et al:Dynamics of cognitive brain dysfunction in patients with cirrhotic liver disease: An event-related p300 potential perspective. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1994; 91:33-41.
 - 23) Begleiter H, Porjesz B, and Chou CL: Auditory brainstem potentials in chronic alcoholics. *Science* 1981;211: 1064-1066.
 - 24) Virtaniemi J, Kuusisto J Karjalainen L, et al:Improvement of metabolic control does not normalize auditory brainstem latencies in subjects with insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Otolaryngol* 1995;16:172-176.
 - 25) Suzuki C, Ozaki I, Tanosaki M, et al: Peripheral and central conduction abnormalities in diabetes mellitus. *Neurology* 2000;54:1932-1937.
 - 26) Kato A, Kato M, Ishii H et al: Development of quantitative neuropsychological tests for diagnosis of subclinical hepatic encephalopathy in liver cirrhosis patients and establishment of diagnostic criteria- multi-center collaborative study in Japanese. *Hepatology Research* 2004;30:71-78.
 - 27) Schomerus H, Hamster W, Blunck H, et al:Latent portosystemic encephalopathy. I.Nature of cerebral functional defects and their effect on fitness to drive. *Dis Sci* 1981;26:622-630.
 - 28) Srivastava A, Mehta R, Rothke SP, et al:Fitness to drive in patients with cirrhosis and portal-systemic shunting: A pilot study evaluating driving performance. *J Hepatol* 1994;21:1023-1028.
 - 29) Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, et al:Factors associated with poor health-related quality of life patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2001; 120:170-178.
 - 30) Schomerus H, Hamster W:Quality of life in cirrhotics with minimal hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis* 2001;16:37-41.

潰瘍性大腸炎に対する新たな治療戦略

東邦大学医療センター佐倉病院内科 鈴木 康 夫

はじめに

潰瘍性大腸炎(UC)は従来希少疾患とされていたが、近年における患者数の増加は著しく実臨床家が診療に携わらなければならない重要な疾患の一つとなっている。多くの症例はサラゾピリン(SASP)/メサラジン(5-ASA)製剤さらにはステロイド剤(PSL)投与によって改善を認めるが、PSL投与によっても改善を認めないPSL抵抗症例あるいはPSL投与で改善を認めるもPSLから離脱できないPSL依存症例、これら難治症例が少なからず存在し治療に難渋する。本講演では潰瘍性大腸炎治療の原則と共に抗TNF- α 抗体製剤を中心にした難治症例に対する新たな治療戦略について解説する。

潰瘍性大腸炎(UC)治療の原則

UC治療においては、活動期の病状を改善させる寛解導入療法と寛解状態を可能な限り維持する寛解維持療法がある。

寛解導入療法

寛解導入療法の実施に際し重要なことは個々の症例の病態を的確に判断し、病態に即した適切な治療法を選択実施することにある。個々の症例の病態を的確に把握することは実際容易ではないが、潰瘍性大腸炎における病態把握にとっては少なくとも病

型と重症度を的確に判断することが重要である。

病変範囲によって規定される病型は各種薬剤の選択と同時に剤型や投与方法決定に重要となる。直腸炎型は軽症が多く、メサラジン製剤を中心に坐剤や注腸製剤という局所治療の選択・併用が有効である。左側型では、メサラジン(5-ASA)製剤の経口剤を中心に坐剤・注腸剤併用が有効性を発揮するが、中等症以上ではステロイド(PSL)経口剤が併用される。全大腸炎型では5-ASA/SASP経口剤投与が基本であるが中等症あるいは重症例が多くPSL剤投与が併用される。

重症度の判定は、各種治療法の選択と治療薬の投与量決定に際し重要となる。UCにおける重症度の判定に際しては、臨床的重症度に加え内視鏡的重症度を加味しながら症例の重症度を判定することが有用と考えられる。治療法選択に際し用いる臨床的重症度判定は、簡便な厚生労働省難治性腸管障害調査研究班により作製された重症度分類が有用である。

その重症度分類によれば、本邦全UC患者の約50%は軽症、40%が中等症で重症および劇症患者は約10%前後とされる。重症度に沿った治療法では、軽症に対しては5-ASA/SASP製剤投与、中等症では最大量の5-ASA/SASP製剤に加え中等量のPSL

併用、重症例に対しては大量 PSL 投与が標準的治療法とされる。そして大量 PSL 投与にもかかわらず改善困難な難治症例に対しては従来大腸全摘術が施行されてきたが、最近難治症例に対しては各種治療法の有効性が示されている。

寛解維持療法

発症後の長期経過に関する分析では、半数以上の患者は再燃を頻回に繰り返したり、完全な寛解状態が得られず慢性持続型に陥ったり、一部は劇症化にいたることが示されている。特に寛解導入時 PSL 投与を必要とした症例における 1 年後の経過解析では、約半数の症例が PSL 依存性あるいは PSL 抵抗性の難治症例に至ってしまうことも示されている。従って、寛解維持療法を適切に実施し長期寛解維持の実現に努めることが UC 治療上最も重要である。従来から寛解維持療法として有効な薬剤としては、5-ASA/SASP 製剤と難治症例でも寛解維持と共にステロイド減量効果を発揮する AZA/6-MP がある。

難治症例

必要かつ十分量の PSL 投与によっても改善を認めない PSL 抵抗症例や PSL で寛解導入にいたるも、減量および中止後容易に再燃し PSL 離脱困難な症例は UC における難治症例として取り扱われる。

ステロイド(PSL)抵抗症例

PSL40mgを超えて 2 週間までに改善を認めない症例は PSL 抵抗症例として取り扱うのが妥当と考える。PSL 投与を長期投与することは新たに開始する寛解導入療法の有効性を阻害すると共に、PSL の重篤

な各種副作用発現の危険性を高める結果になる。従来 PSL 抵抗症例は内科的治療の限界症例と考えられ、大腸全摘術が実施されてきたが、CsA 持続静注療法と共に、最近ではタクロリムス(Tac)、血球成分吸着除去療法(CAP)、そしてインフリキシマブ(IFX)が PSL 抵抗症例に対し有効な治療法として注目されている。

各種治療法

Cyclosporine-A (CsA)

CsA は土壤中に存在する真菌 *Tolypocladium Inflatum* Gams.から抽出合成された薬剤で、calcineurin 結合阻害作用に基づき薬効を発揮する強力な免疫抑制剤である。1994年 Lichtiger 等が PSL 抵抗重症例に対する有効性を報告して以降、短期間で寛解を実現する強力な治療薬であることが明らかにされているが未だ保険承認はされていない。免疫機能低下に伴う感染症併発や肝障害、高血圧、痙攣発作、手指振戦などや不可逆的腎障害には十分な注意が必要で、専門施設での実施が求められる治療法である。当科における PSL 抵抗重症例93症例の 2 週間後寛解導入率は29.1%、改善45.1%と有効性は74.2%であった。

Tacrolimus (Tac)

Tac は CsA 同様 calcineurin 結合阻害作用を有するマクロライド系抗生物質の一種で、CsA の100倍以上の強力な免疫抑制効果を発揮、2009年に重症難治症例を対象にした保険適応が認可された。当科における PSL 抵抗性重症例40症例における治療成績では、CsA 同様に高い寛解導入効果が

示された。しかし保険適応規定で、2週間血中高濃度維持量後は低濃度維持投与に変更し3か月間を限度に投与期間が限定され長期経過中の再燃が比較的高率に認められ、今後解決すべき課題となっている。

血球成分吸着除去療法 (Cytapheresis ; CAP)

体外循環によって血液成分の吸着除去を目的に薬物投与とは異なる新規治療法として開発され、2000年に顆粒球・単球を吸着除去する GCAP、2001年には白血球全般を吸着除去する LCAP が保険適応され汎用されている。最大10回以内の実施回数であれば施行間隔の制限は撤廃され、短期間に集中して実施する強化 CAP 療法が難治症例への治療法として期待される。

Infliximab (IFX)

IFXは2002年難治性クローン病(CD)を対象に投与が開始された抗 TNF- α 抗体製剤で、従来の治療法では改善を認めない難治症例に対しても画期的有効性を発揮し現在では CD 治療の中心的治療薬として汎用されるにいった新規治療薬である。

2010年6月から難治性症例を対象に UC においても投与が可能になった。当科においても現在までに難治性 UC100例を超える症例に対して IFX の投与を試みている。IFX 投与2週後の寛解率・改善率・不変/悪化率は、30%・34%・36%であった。その後の長期経過で、2週時点で寛解・改善を実現した症例は高率に寛解を維持することも明らかになりつつある。IFXは難治性 UC 症例の寛解導入を高率に実現すると同時に、長期寛解維持も同時に実現可能な治

療法と言える。

ステロイド (PSL) 依存症例に対する治療法

PSL 依存症例とは、PSL投与で寛解導入するもPSL離脱困難な症例を意味する。そのようなPSL依存性UCに対する治療薬としてAzathioprine (AZA)/6-mercaptopurine (6-MP) の投与が従来からあるが、最近 IFX の有効性も期待されている。

Azathioprine (AZA) / 6-mercaptopurine (6-MP)

AZA/ 6 MP は共に核酸合成阻害効果を持ち、免疫調節作用を発揮する薬剤である。効果の発現には一定の期間を有することや、有効性と副作用を回避する適正投与量は個人差があることに注意が必要である。副作用としては、各種感染症の増悪、発熱、発赤、吐き気、下痢などのアレルギー反応、投与量の増加に伴って発現頻度を増す肝機能障害と骨髄抑制という重篤な副作用発現の危険性がある。

Infliximab (IFX)

IFX は PSL 抵抗難治症例と同時に PSL 依存性難治症例の寛解導入と維持実現も可能にする。当科における難治性 UC に対する IFX 治療成績の分析では、PSL 依存症例においても PSL 抵抗症例と同等の有効性が認められていた。今後多数例における長期寛解維持の解析が期待される。

しかし同時に、長期 IFX 投与に際しては CD で明らかにされた二次無効症例出現の可能性や AZA の併用が長期寛解維持の向上に寄与するか否か、粘膜治癒の実現率

など、今後検討すべき課題も少なくない。

Cytomegalovirus (CMV) 腸炎および Clostridium difficile (C.difficile) 腸炎の合併

UC難治化の要因として、CMV 感染性腸炎や Clostridium difficile (C.difficile) 感染症の合併が注目されている。大量・長期 PSL 剤投与や免疫抑制剤投与による免疫機能低下状態という全身的要因と共に高度に脆弱した大腸粘膜という局所的要因から、潜在性CMVが再活性化し大腸炎を惹起、その結果としてUCを難治化することが想定されている。また、bacterial translocation の結果として発症する C. difficile 腸炎が UC に合併することが少なからず存在することが、近年明らかにされつつある。UC の再燃時、あるいは難治化

症例に対する治療に際してはこれら感染性腸炎の合併を念頭に置く必要がある。特に、強力な免疫抑制作用の強い治療薬投与に際しては、結核を含めた各種感染症の合併に対する考慮と対処法に熟知することが求められる。

最後に

UCにおける治療の原則と、難治性UCに対して有効性が期待される各種新規治療法の実際と治療成績を自験例に基づき解説した。

最近 UC治療においては、寛解導入の判断に際しては臨床的寛解ばかりでなく大腸粘膜治癒まで実現させることの重要性が明らかにされてきた。今後、より質の高い治療法の実現に向け努力したい。

よく見られる胆嚢・膵病変の診断と経過観察法

－胆嚢ポリープ。胆嚢壁肥厚と膵嚢胞性病変を中心に－

京都第二赤十字病院 消化器内科 安 田 健治朗

要 旨

腹部超音波断層法（US）は胆膵疾患のスクリーニング法として広く活用されている。胆嚢結石、胆嚢コレステロールポリープや膵仮性嚢胞などUSで診断可能な疾患が多くを占める反面、その鑑別診断に苦慮することも多い。このため、癌などの腫瘍性病変をいかに放置せず、精密検査に移行させるかは大きな課題である。見落としのないUS検査を行うとともに、鑑別困難な病変に対しては短期間での経過観察を行い、変化を認めた場合には造影CTやEUSなどの精密検査を行うことが重要である。

はじめに

画像診断法の進歩によって胆膵疾患は比較的容易にその指摘や診断が可能となった。特に、腹部超音波断層検査（US）は機器の性能向上や走査法の標準化によって極めて簡単に胆膵疾患のスクリーニングを行うことが可能である。その一方で、よく

見えるがために、その扱いに悩む小病変や変化に遭遇することも増えている。ここでは、USによる胆膵病変の診断や取り扱い、経過観察法について述べる。

I 胆・膵病変

日常臨床で遭遇する胆膵病変を表1に示

表1. 胆道・膵病変（太字は比較的しばしば遭遇する病変）

胆嚢病変
胆嚢結石症
胆嚢炎；急性、慢性、壊死性胆嚢炎、気腫性胆嚢炎、黄色肉芽腫性胆嚢炎（稀）
胆嚢ポリープ； <u>コレステロールポリープ</u> 、胆嚢腺腫、胆嚢癌、 <u>胆嚢腺筋症</u>
胆嚢癌
胆管病変
胆管結石
胆管癌
化膿性胆管炎、原発性硬化性胆管炎（PSC）（稀）、自己免疫性胆管炎（稀）
膵疾患
急性膵炎；胆石性膵炎、壊死性膵炎、膵膿瘍
慢性膵炎；膵石、仮性嚢胞、限局性膵炎
自己免疫性膵炎
膵管癌
膵嚢胞；仮性嚢胞、真性嚢胞
嚢胞性膵腫瘍；漿液性嚢胞腺腫（SCN）、粘液性嚢胞腺腫（腺癌）（MCN）、 <u>膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）</u> （腺腫、腺癌）、
腺房細胞腫瘍（稀）
内分泌腫瘍（稀）
Solid pseudo-papillary tumor (SPT)（稀）

す。その多くは通常のUS検査で診断可能であるが、悪性腫瘍との鑑別を要する疾患の診断と経過観察は極めて重要である。

II 胆嚢病変

1. 胆石症、胆嚢炎、胆嚢腺筋症、進行胆嚢癌

胆嚢結石症はUS検査が極めて有用な疾患である（図1）。胆嚢壁の肥厚もなく胆石の可動性や音響陰影が確認できれば、臨床症状と併せ診断が可能であり、経過観察の可否を検討できる。ところが、胆嚢壁の肥厚を伴う胆石例では、急性炎症を伴えば急性胆嚢炎として胆嚢ドレナージや胆摘術など速やかな加療が求められる。（図2）に胆泥を伴う急性胆嚢炎例のUS像を示す。

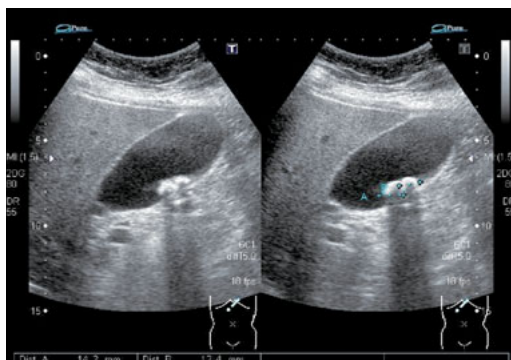


図1. 胆嚢結石

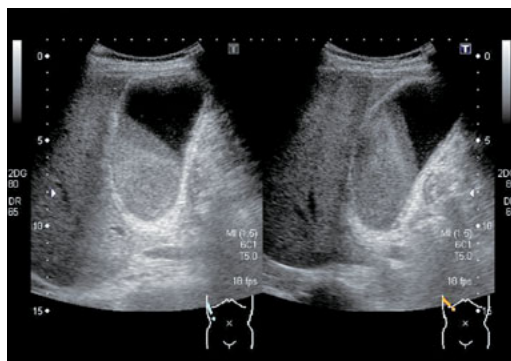


図2. 急性胆嚢炎と胆泥

その一方、急性炎症を伴わない胆嚢壁の肥厚例では、慢性胆嚢炎、胆嚢癌、胆嚢腺筋症の鑑別が不可欠である。USでは胆嚢壁の層構造を示す肥厚が胆嚢炎、胆嚢壁層構造が破壊され（壁外に進展する）場合には胆嚢癌と考え、造影CTなどの精密検査が必要である。また、胆嚢腺筋症ではRokitansky Achoff sinus(RA sinus)を示す無エコー域を壁内に認めれば診断可能である。（図3）に分節型の胆嚢腺筋症例のUS像を示す。但し、必ずしもRA sinusが指摘できる例ばかりではないので注意を要する。また、極めて稀に胆嚢腺筋症の粘膜側に癌の発生する場合もある。

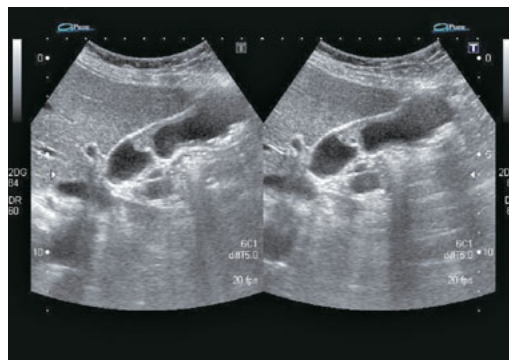


図3. 分節型胆嚢腺筋症

2. 胆嚢ポリープ

胆嚢のポリープは日常臨床の場でしばしば出くわす病変である。そのほとんどはコレステロールポリープとして経過観察が可能である（図4）。しかしながら、隆起性病変に早期胆嚢癌が混ざることがあるため、その診断、経過観察には十分な注意が必要である。コレステロールポリープは高エコーの桑実状エコーを示し、多くはその径が10mm以下である。

注意を要する胆嚢腺腫や胆嚢癌例は実質

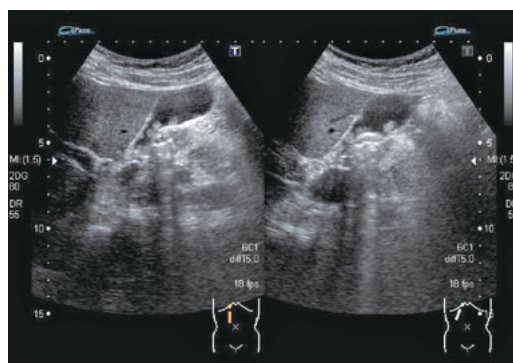


図4．胆嚢コレステロールポリープ

エコーを示し結節隆起型を示す。図5に結節隆起型を示す胆嚢癌例を示す。図6は当科で以前に報告した胆嚢隆起性病変のEUS像による鑑別を示す¹⁾。USによる観察も基本的には同じであるが、描出能の差があり注意を要する。結節隆起型の胆嚢ポリープとした病変のなかに胆泥を癌と誤診する場合もありその鑑別は必ずしも容易ではない。

このため確診困難で癌が疑われる場合には造影CTや内視鏡的超音波断層法（EUS）による精密検査が必要となる。また、癌と考えられない場合でも確診が持てない胆嚢壁肥厚や胆嚢ポリープは、まず3か月後のUSによる経過観察を行い、病変の増大が

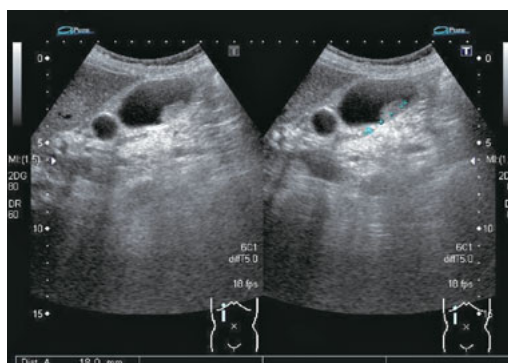


図5．結節隆起を示す胆嚢癌

あれば速やかに精密検査を行うことが求められる。

Ⅲ 胆管病変

胆管病変は自他覚症状や血液検査でその推定が比較的し易い領域である。このためUS検査のポイントは、胆道閉塞の有無や結石、腫瘤を描出できるか否かになる。ところが、十二指腸や胃による超音波減衰のためにその描出能は必ずしも高くはない。胆道系酵素異常や胆管拡張により胆管病変が疑われる場合には、MRCPやERCPを積極的に考慮すべきである。図7にUSによる胆管結石例を、図8に胆管結石を伴う胆管癌例を示す。

Table 3 Differential diagnosis of gallbladder polypoid lesions under 30 mm in size from ultrasonographic appearance (n=55)

Type	Type I Foamy high echogram	Type II Globular high echogram	Type III Papillary high echogram	Type IV Papillary solid echogram	Type V Nodular solid echogram	Total
						
Cholesterol polyp	16	7	3	2	0	28
Inflammatory polyp	0	1	2	1	0	4
Adenomatous hyperplasia	0	2	1	2	0	5
Xanthogranuloma	0	0	0	3	0	3
Adenomyomatosis (localized type)	0	0	0	1	3	4
Adenoma	0	0	1	3	2	6
Adenocarcinoma	0	0	0	1	4	5

図6．超音波像による胆嚢ポリープ診断(文献1)

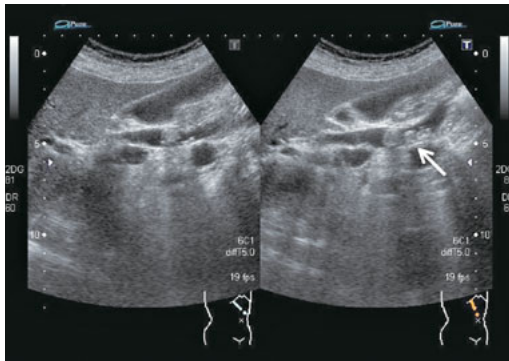


図 7. 総胆管結石 (矢印)

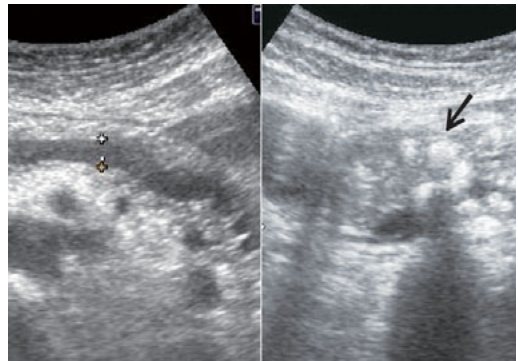


図 9. 膵石 (矢印) による主膵管拡張 (6 mm)

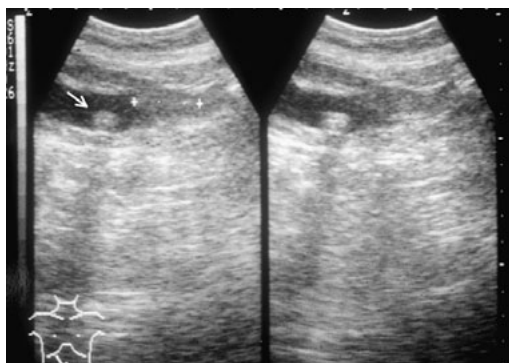


図 8. 総胆管結石 (矢印) を伴う胆管癌

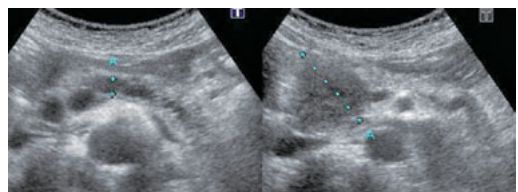


図10. 膵頭部癌(A)による主膵管拡張(6 mm)

IV 膵病変

1. US診断の限界

US機器の進歩や標準観察法の普及によってUSによる膵臓観察も以前に比べればかなり改善されたと言えよう。しかし、膵頭部や膵尾部の観察には限界のあることを理解したうえでUS検査を行うことが不可欠である。その際、注目すべきは腫瘤像の有無、膵管拡張の有無、嚢胞変化の有無、膵腫大の観察である。但し残念ながらUSによる膵臓の診断はそこまでとなる。勿論、腫瘤が指摘されれば、膵管癌を疑いEUS、造影CT、ERCPやEUS-FNAなどの更なる精密検査が必要となる。また、膵管の著明な拡張(5 mm以上)を認めればそ

の頭側の病変検索が必要となる。図9に膵石を伴う慢性膵炎の膵管拡張例を、図10に主膵管拡張を示す膵頭部癌例を示す。

一方、最近しばしば話題となる腫瘍性膵嚢胞の診断や経過観察法は、未だに議論盛んな領域であり、臨床医として悩ましい問題である。

2. 膵嚢胞の鑑別

膵嚢胞には慢性膵炎などに伴う仮性嚢胞、貯留嚢胞などの真性嚢胞に加え、腫瘍性嚢胞があり、その良悪性の鑑別や悪性変化の可能性など、今日なお様々な問題を提起している。USである程度診断できる変化は慢性膵炎に伴う仮性嚢胞や、単房性でスムーズな輪郭の、貯留嚢胞や simple cyst などの真性嚢胞に限られるのが現実である。多房性の膵嚢胞の鑑別では漿液性嚢胞腺腫(SCN)と膵管内乳頭粘液性腫

瘍（IPMN）がその対象の中心となるが、悪性変化の頻度は大きく異なりその診断は慎重でなければならない。また、USでは嚢胞の詳細な描出が困難であり、EUS、MRCP、造影CTなどの検査が必要である。中でもEUSは詳細な超音波像を描出できることから、病変の鑑別に有用である。図11に microcystic type の SCN 例を示す。USでは小嚢胞の分離観察が難しく実質腫瘍として観察されることが多く、EUSによる観察が不可欠である。

IPMNについては国際診療ガイドライン²⁾によって、嚢胞径からみた経過観察法が示されているが、まずは、IPMNと診断しなければならないのは言うまでもない。特に、macrocystic typeのSCNとIPMNの鑑別は簡単ではなく、IPMNの良悪性の鑑別や膵管拡張が特徴となる主膵管型IPMNの診断には、ERCP下の膵液細胞診や生検、時にEUS-FNAによる組織病理診断を待たなければならないことが多い。勿論、分枝型IPMNの嚢胞内の腫瘍像を指摘することはその悪性変化を示唆する大きな目安となる。図12にIPMN腺腫例のUS像とMRCP像を示す。

一方、MCNでは膵管拡張のない場合が

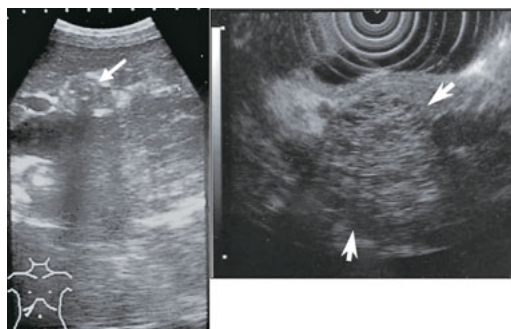


図11、SCN (Microcystic type)、US像 (左)、EUS像 (右)

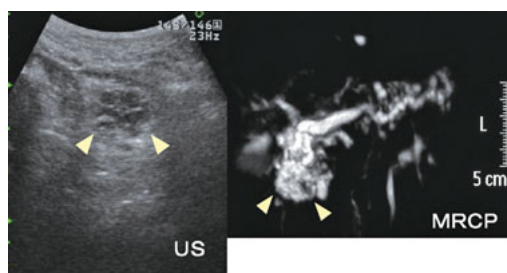


図12. IPMN (腺腫) のUS像と MRCP像

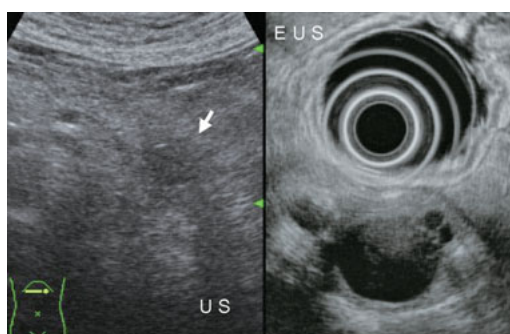


図13. MCNのUS像 (矢印、不明瞭) とEUSによる嚢胞壁の肥厚と嚢胞内嚢胞が明瞭に観察される

多く嚢胞壁の肥厚や嚢胞内嚢胞の存在を指摘することによって診断できることが多い。図13に上腹部痛を主訴に来院された50才女性のUS像とEUS像を示す。USによる診断は困難であるが、EUSによって嚢胞壁の肥厚と嚢胞内嚢胞が明瞭に観察される。

膵嚢胞と嚢胞性膵腫瘍の鑑別のための特徴を表2に示すが、嚢胞内出血をきたせばこの基準を外れることも多く、その診断は時に難渋する。

表 2. 腫瘍性膵嚢胞の特徴と鑑別

SCN : microcystic type ; 蜂の巣様の小嚢胞の集合で円形、辺縁はスムーズ Macrocytic type ; 一部に小嚢胞は認めるが、大きな嚢胞の集合を示す。 IPMNとの鑑別が困難、両タイプとも中央に石灰化を認めることが多い。 主膵管の拡張はない。 MCN : 中年女性に多く、膵尾部に多い。cysts in cyst や卵巣様間質による嚢胞 壁の肥厚を認める。基本的には主膵管の拡張はない。悪性変化を示すことが 多く、治療は手術 IPMN : 嚢胞性病変は分枝型で多房性嚢胞を示す。産生粘液により主膵管の拡張 例が多い。過形成、腺腫、腺癌があり、嚢胞内腫瘍の観察や経過観察が重 要である。近年、膵管癌の合併例の報告が増加している。 SPN : 嚢胞部分と低エコー腫瘍部の混在、石灰化を示す。

3. 嚢胞性膵病変の経過観察法

IPMNと診断され、その時点で悪性変化を認めないと判断した場合の手術適応や経過観察法については、ガイドラインに示されているので省略するが、大きさ、膵管径、嚢胞内腫瘍について、まず3か月後にUSによる経過観察を行うことである。ここで何らかの変化を認めた場合には、再度精密検査を行うか、3か月後に再検査することが望ましい。この初回の経過観察を3か月後に行うことはすべての胆膵病変の経過観察法として共通するものと考えている。その手段はUSが非侵襲で推薦される検査法と考えている。癌を疑う場合はより短い間隔で、癌を疑わない場合は間隔を延ばすことも可能と考えている。

おわりに

胆嚢ポリープや膵嚢胞など胆膵領域によく見られる病変の診断や経過観察は神経を使うことが多い。まず、その病変の変化の有無を観察することをポイントに定期的な経過観察や精密検査を行うことが勧められる。

文 献

- 1) 菅原悦子、中島正継、安田健治朗
他、内視鏡的超音波検査法（EUS）による胆嚢隆起性病変の取り扱いに関する研究、日本消化器病学会 92：1846-1857,1995.
- 2) International Consensus Guidelines 2012 for the Management of IPMN and MCN of the Pancreas. Pancreatology. 12(3): 183-197、2012

臨床研究

EプレートH.ピロリ抗体値10.0U/ml未満の 胃粘膜の検討

福本内科医院 福本圭志

〔はじめに〕

血清 *Helicobacter Pylori* (以下HP) 抗体は現在EプレートH.ピロリ抗体“栄研”(以下E抗体)が多く用いられている。小松、浅香が2001年に発表した時の cutoff 値は10.0U/mlでグレイゾーンがないとされていた。しかしその後13年を経て10.0U/ml未満にもHP陽性の胃潰瘍、胃癌等多くの胃粘膜病変を経験する様になった。

今回、E抗体を測定し10.0U/ml未満の年齢毎の頻度、ならびに10.0U/ml未満の抗体値と迅速ウレアーゼ試験(以下RUT)、内視鏡による胃粘膜所見を検討し、より正確なE抗体の cutoff 値を求める材料にしたいと思い検討した。

I. 検討対象ならびに症例数

福本内科がHP抗体を依頼している検査センターにおいて平成17年9月20日より従来のデタミナー抗体からE抗体に変更になった。

当院の受診者で血液検査をした時にできるだけE抗体を測定し、さらに内視鏡検査を行った時には同時にRUTとE抗体を出来るだけ測定した(保険適応外は医院の費用で行った)。

これらから除菌を受けた例、胃手術例は検討対象から外した。

E抗体は平成17年9月20日から平成25年12月31日までに5,922症例に9,037回測定している。このうち除菌後、胃手術例を除く4,441例で検討した。

E抗体とRUTを同時に検査した症例は除菌後、胃手術例を除くと3,152例でその

うちRUT陽性は1770例、陰性は1,382例であった。(表1)

上部消化管内視鏡機種はGIF-H260を、H25年3月からはGIF-HQ290を用いている。

表1
検討対象症例数 H17.9.20～H25.12.31

E抗体測定症例数	5,922例 (9,037回)
除菌例、胃手術例を除く	4,441例

E抗体とRUT測定者	3,152例
RUT陽性	1,770例
RUT陰性	1,382例

II. 結 果

1. 各抗体値のRUT陽性、陰性の症例数

E抗体値毎のRUTの詳細を(表2)に示す。

表 2
RUT陽性、陰性の各E抗体値の症例数と比率

E抗体値	RUT陽性数	比率(%)	RUT陰性数	比率(%)
3.0未満	17	1.0	1,285	93.0
3.0～	13	0.7	56	4.1
4.0～	9	0.5	20	1.4
5.0～	8	0.5	6	0.4
6.0～	17	1.0	3	0.2
7.0～	20	1.1	6	0.4
8.0～	24	1.4	2	0.1
9.0～	21	1.2	0	0
10.0～	1,641	92.7	4	0.3
合 計	1,770		1,382	

RUT陽性例の1,770の内1,641例(92.7%)においてE抗体値は10.0U/ml以上を示したが、129例(7.3%)が10.0U/ml未満で、さらにその内17例(1.0%)が3.0U/ml未満であった。

一方、RUT陰性例1,382例においてE抗体値が3.0U/ml未満が1,285例(93.0%)であるが、3.0U/ml以上10.0U/ml未満が93例(6.7%)あり、10.0U/ml以上も4例(0.3%)認めた。各抗体値のRUT陽性、陰性をグラフ(図1)に示した。

E抗体値3.0U/mlから10.0U/ml未満の症例が少ないので、抗体値毎のRUT陽性、陰性の比率を(図2)に示す。RUT陽性を示すのは3.0U/mlで20%、4.0U/mlで30%と低いですが、5.0U/mlで約60%、6.0U/ml以上では80%以上になり9.0U/mlでは100%であった。

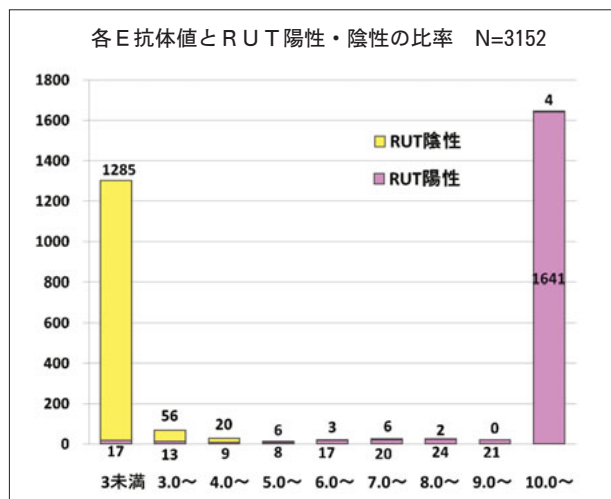


図 1

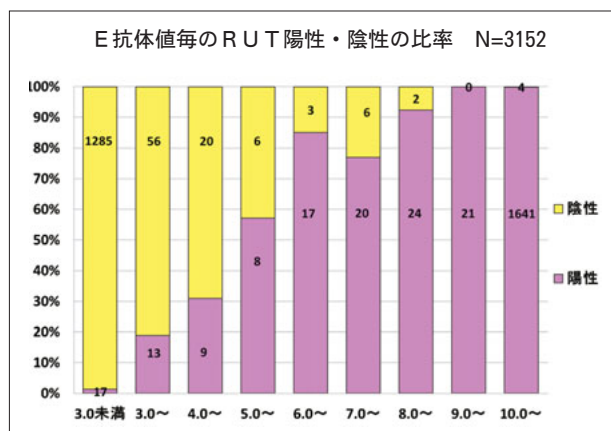


図 2

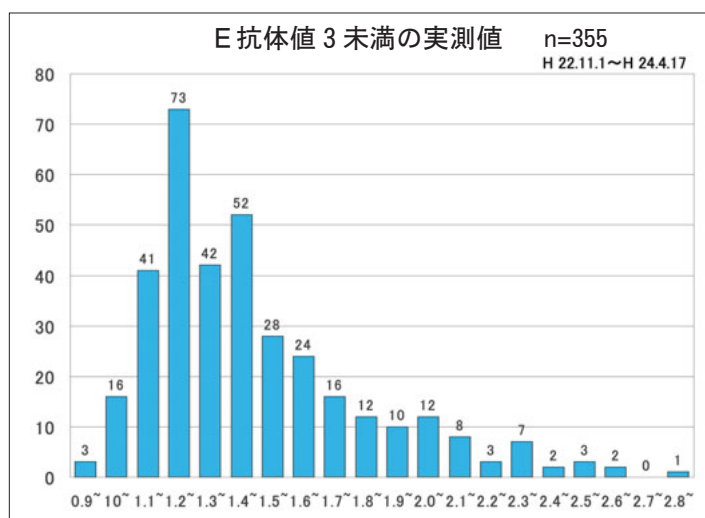


図 3

2. E抗体値3.0U/ml 未満の実測値

抗体値3.0U/ml 未満とひとまとめにされる低値が実際にどのような数値なのか興味があり、平成22年11月1日からH24年4月17日までの間検査センターに出して貰った実測値355例で検討した。(図3)

1.1~1.4U/mlが最も多く1.9U/mlまでが殆どで、2.0U/ml以上は急激に減少する。3.0U/ml未満のほとんどが1.0~2.0U/mlにあった。

3. E抗体値3.0U/ml 以上10.0U/ml 未満のRUT陰性症例の胃粘膜背景

抗体値10.0U/ml 未満でRUT陰性を示した93例の胃粘膜内視鏡所見を検討し(表3)に示した。

3.0U/mlでは未感染が52例でそのうち14例で萎縮がみられた。強い萎縮症例が4例あり除菌後と思えた。4.0U/mlでは18例が未感染で、2例はRUT陰性であったが内視鏡所見で発赤があり現感染

表 3

E抗体10未満でRUT陰性を示した胃粘膜背景 n=93

E抗体値	未感染	未感染(萎縮)	現感染	除菌後疑	合 計
3.0~	38	14	0	4	56
4.0~	10	8	2	0	20
5.0~	6	0	0	0	6
6.0~	3	0	0	0	3
7.0~	3	3	0	0	6
8.0~	1	0	1	0	2
9.0~	0	0	0	0	0

と思われた。5.0U/ml、6.0U/mlでは9例すべてが未感染であった。7.0U/mlでは6例とも未感染であるが内3例は萎縮が認められた。8.0U/mlでは未感染が1例、RUT陰性であったが発赤があり内視鏡所見としては現感染と思えるものが1例あった。9.0U/mlではRUT陰性はなかった。

4. E抗体10U/ml 未満RUT陰性症例

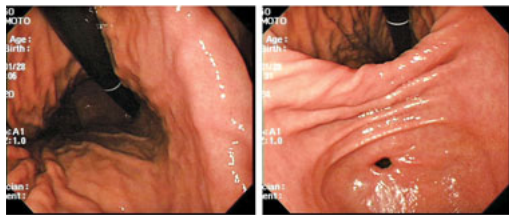


図4 21才 F 抗体5.6U/ml 未感染

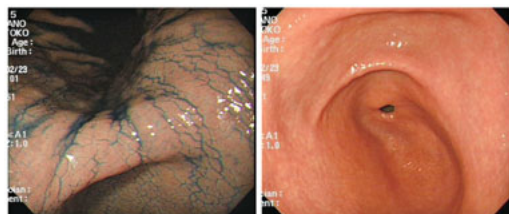


図5 35才 F 抗体 7.7U/ml 未感染

5. E抗体値6.0U/ml 未満のRUT陽性例の胃粘膜背景

E抗体6.0U/ml 未満でRUT陽性を示した47例の胃粘膜内視鏡所見を検討した。

3.0U/ml 未満の17例では活動性胃炎が13例、胃潰瘍(癒痕)が2例、早期胃癌1例、スキルス癌1例認めた。

3.0U/ml の13例では8例に活動性胃炎を、とりはだ胃炎も1例あり、胃潰瘍(癒痕)が4例あった。胃癌はなかった。

4.0U/ml の9例では5例で活動性胃炎、

1例が鳥肌、3例で胃潰瘍、胃癌はなかった。

5.0U/ml の8例では5例が活動性、1例がとりはだ、1例が胃潰瘍、1例に早期胃癌があった。(表4)

6. 抗体6.0U/ml 未満RUT陽性症例

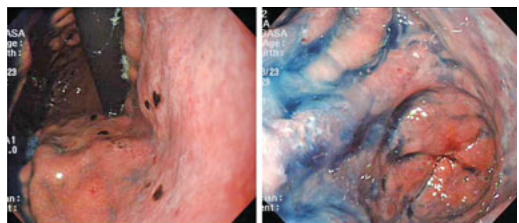


図6 25才M 抗体3.0U/ml 未満 急性胃炎

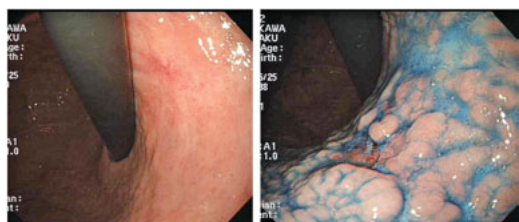


図7 85才M 抗体3.0U/ml 未満 早期胃癌IIc

7. RUT陽性でE抗体値10.0U/ml 未満、3.0U/ml 未満の年齢別の検討

RUT陽性でE抗体値10.0U/ml 未満さらに3.0U/ml 未満を示す症例129例において年齢別に症例数を検討した。(図8)

表4

E抗体値6.0未満の RUT 陽性例の胃粘膜

	症例数	平均年齢	活動性胃炎	とりはだ	胃潰瘍(癒痕)	早期胃癌	スキルス
3未満	17	58.9	13	0	2	1	1
3～	13	66.3	8	1	4	0	0
4～	9	59.4	5	1	3	0	0
5～	8	69.1	5	1	1	1	0

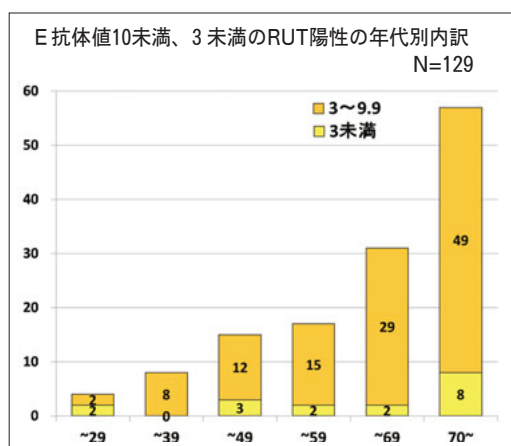


図 8

20代、30代では3.0U/ml未満、10.0U/ml未満は極めて少ない。40代、50代も3.0U/ml未満は少ないが10.0U/ml未満は少し多い。60代では3.0U/ml未満は少ないが10.0U/ml未満が多くなる。70才代で3.0U/ml未満、10.0U/ml未満とも明らかに多くなる。

8. E抗体値6.0U/ml未満、RUT陽性の年齢別胃病変

E抗体値6.0U/ml未満でRUT陽性を示した症例の胃病変をE抗体値別に年代別に分類して(図9)に表した。

20才代でも3例にRUT陽性があり、1例にとりはだ胃炎があった。30才代では1例だけ活動性胃炎を認めた。40才代では4例あり1例に胃潰瘍があった。50才代で9例と多く1例にとりはだ胃炎、5例に胃潰瘍を認めた。60才代も8例と多く2例に胃潰瘍があった。70才以上になると22例と極めて多くなり、3.0U/mlにも2例に胃癌があり、1例は早期胃癌で1例はスキルスであった。さらに5.0U/mlに1例の早期胃癌があり、2例の胃潰瘍、1例にとりはだ胃炎があった。

9. E抗体値から見た年代別H.ピロリ感染率

E抗体を測定できた4,441例で10年毎のH.ピロリ感染率を検討しグラフ(図10)に示した。3.0U/ml以上10.0U/ml未満をグレイゾーンとして表した。

昭和10年から19年生まれ853例で10U/

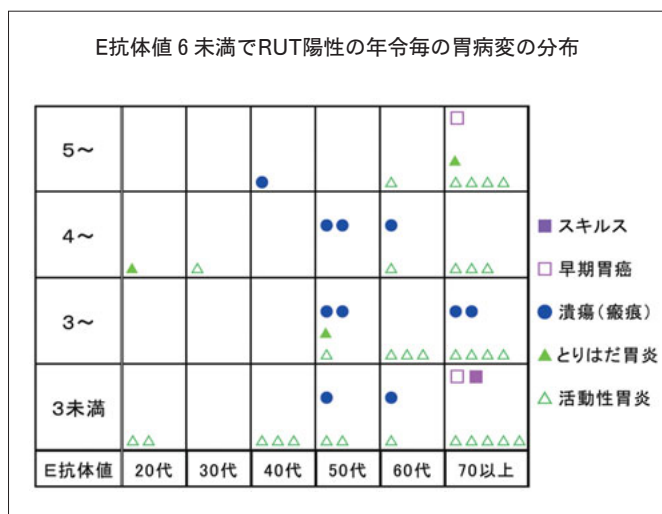


図 9

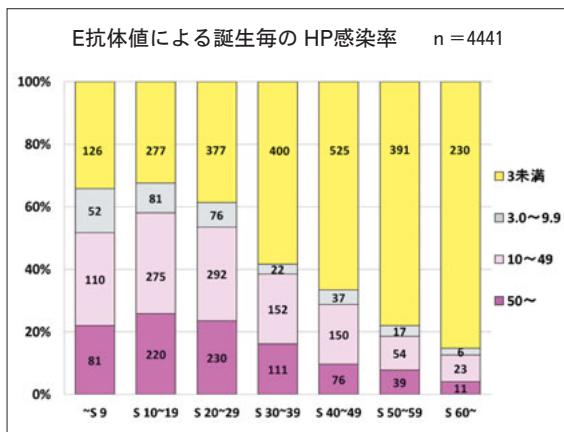


図10

ml 以上が58.0%でグレイゾーンを加えると67.5%と最も高い。ついで昭和20年から29年生まれの975例でそれぞれ53.5%、61.3%と高く、その次が大正から昭和9年生まれ369例の51.8%であるが高齢者が多いためグレイゾーンが多く65.9%と高い。昭和30年から39年生まれの685例で38.4%、41.6%である。その後は明らかに10年ごとに低下している。

10. 戦争前後の年代別H.ピロリ感染率

E抗体値のH.ピロリ感染率をさらに5

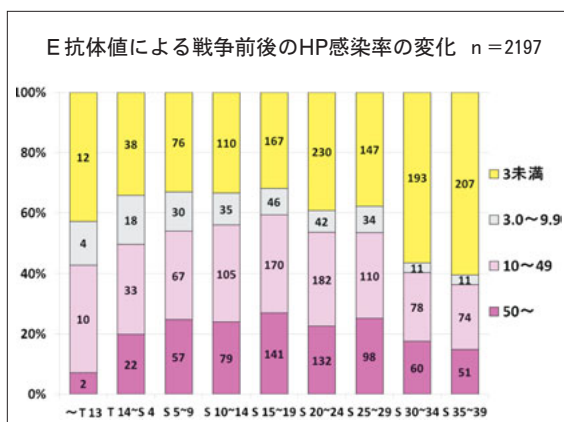


図11

年ごとに詳細を検討しグラフにして(図11)に表した。昭和15年から19年生まれが大正から昭和9年生まれ、昭和10年から昭和14年生まれの人より最も高い。その後昭和20年から24年生まれで少し減少し、その後は漸減し昭和30年からは急激に低下している。

考 察

血清HP抗体は従来デタミナー抗体(D抗体)が多かったが、平成17年頃より次第にEプレートH.ピロリ抗体“栄研”(E抗体)が主流になった。E抗体の cutoff 値は平成12年に菊池・三輪が6.0U/mlに、平成13年に小松・浅香・杉山が10.0U/mlと発表した。現在血清HP抗体は8割余りE抗体が測定され、その cutoff 値は10.0U/mlが基準となりグレイゾーンがないとされている。しかし、その後10年以上が過ぎ10.0U/ml未満にもHP陽性例もみられ胃癌も認められこの数年 cutoff 値の見直しが必要と思って検討してきた。

今回の検討では絶対HP陰性とされていた3.0U/ml未満にも1.3%にRUT陽性があり、3.0U/ml以上10.0U/ml未満で54.6%がRUT陽性であった。さらに6.0U/ml以上ではほぼ80.0%がRUT陽性で9.0U/mlでは100%陽性であった。

検査結果で3.0U/ml未満とされるE抗体の実測値を知りたく検査センターに依頼した。1.2U/mlを頂点として1.0~2.0U/mlに集中している。栄研は信頼度がないと否定しているが一つの資料と思える。

10.0U/ml 未満でRUT陰性を示した例で内視鏡所見を検討すると、3.0U/ml 未満では、問診で除菌後を出来るだけ除いたつもりであったがやはり除菌後と思える萎縮の強い症例があった。4.0U/ml 以上9.0U/ml 未満で3例がRUT陰性であったが内視鏡的には発赤があり HP陽性の活動性胃炎と判断されRUTの判定ミスと考えられた。

3.0U/ml以上6.0U/ml未満の症例でRUT陽性は30例あり、活動性胃炎が18例、鳥肌胃炎が3例、胃潰瘍(癒痕)が8例、早期胃癌が1例と胃粘膜障害の強い症例が多かった。

RUT陽性でE抗体10.0U/ml 未満、3.0U/ml 未満を示す症例は年代とともに少しずつ増加しているが、60才代、70才代で急激に上昇する。E抗体値は50才を頂点として年令とともに低下するので、高令者では10U/ml 以下でもHP陽性が多くなる。

E抗体値6.0U/ml 未満のRUT陽性の胃病変を年令別に検討すると20～30才代は症例が少なく活動性胃炎を認めるだけである

が、50才～60才代から症例が増え胃潰瘍が多くなる。70才代で症例がさらに多くなり未分化癌、さらにはスキルス癌を認めた。高齢者においては年齢とともにE抗体値が低下し、3.0U/ml 未満も絶対陰性ではなく、H.ピロリ感染がみられ胃癌も完全に否定できない。

E抗体測定者を生まれた時代毎に分類してH.ピロリ感染率を表すと大正から昭和9年より昭和10年から19年で少し高くなり、それ以降低下を示し、昭和30年以降は明らかに減少がみられる。井上和彦氏の高齢者では既感染が90%と言う発言に疑問がある。

さらに、昭和10年から19年に感染率がその前後より高いことが気になり、5年毎に区切ってさらに詳しく感染率を調べると、昭和15年から19年に生まれた年代が僅かであるが最も高くなっている。第二次世界大戦による長期間の混乱、貧困、非衛生特に歯磨きがおろそかになった時期が感染を増加させたと思え、興味ある結果であった。

症 例 報 告

深達度診断に苦慮した早期胃癌の一例

医療法人同仁会 京都九条病院 消化器内科

宮脇喜一郎、畠山 繭子、小西 知佳

奥田孝太郎、大門由紀子、光藤 章二

症 例：60代、男性

主 訴：特になし。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：健診の上部消化管内視鏡検査にて異常を指摘された。

理学所見：身長165cm、体重59kg、血圧132/80mmHg、脈拍70/min・整、体温36.3℃、眼球結膜に貧血なし、眼瞼結膜に黄疸なし、頸部リンパ節腫脹なし、胸腹部に異常所見なし、四肢浮腫なし。

血液検査（表1）：特記すべき異常所見を認めなかった。

健診時経鼻内視鏡検査（図1）：胃体下部大彎に、周囲隆起を伴う約20mmの線状陥

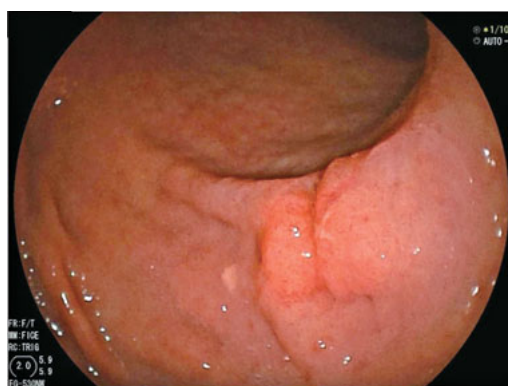


図1：健診時経鼻内視鏡検査

凹性病変を認めた。隆起部の粘膜はやや発赤調であったが周囲粘膜との境界は不明瞭で、粘膜下腫瘍様の形態を呈した。陥凹部

表1（血液検査）

WBC	5200	/ μ L	LDH	230	IU/L
RBC	504×10^4	/ μ L	AST	12	IU/L
Hb	15.2	g/dL	ALT	11	IU/L
Hct	47.2	%	ALP	322	IU/L
MCV	96	fL	γ -GTP	25	IU/L
MCHC	32	%	TP	7.3	g/dL
PLT	26.1×10^4	/ μ L	ALB	4.3	g/dL
			T-BIL	0.7	mg/dL
			BUN	12.2	mg/dL
CEA	3.2	ng/ml	Cre	0.53	mg/dL
CA19-9	18	U/ml	Na	141	mmol/L
			K	4.3	mmol/L
			Cl	97	mmol/L
			BS	102	mg/dl

から生検を行い、病理組織学的診断は well differentiated tubular adenocarcinoma であった。

胃 X 線検査（図 2、3）：胃体下部大彎後壁より周囲に隆起を伴う線状のバリウム斑を認めた。隆起部は周辺の皺襞より高く、立ち上がりは比較的明瞭であった。圧迫による胃壁の進展は良好であった。

上部消化管拡大内視鏡検査：通常観察（図 4、5）では中心部に白苔を有する不整

形の陥凹を認めたが、周囲隆起のほとんどは正常粘膜に被われていた。周囲隆起は空気量の多い過伸展の観察でも消失しなかった。BLI（Blue LASER Imaging）拡大観察（図 6、7）では陥凹部の表面微細構造 (micro-surface pattern)、表面微細血管 (micro-vascular pattern) とともに irregular pattern を呈し、隆起部への移行部で demarcation line が確認可能であった。

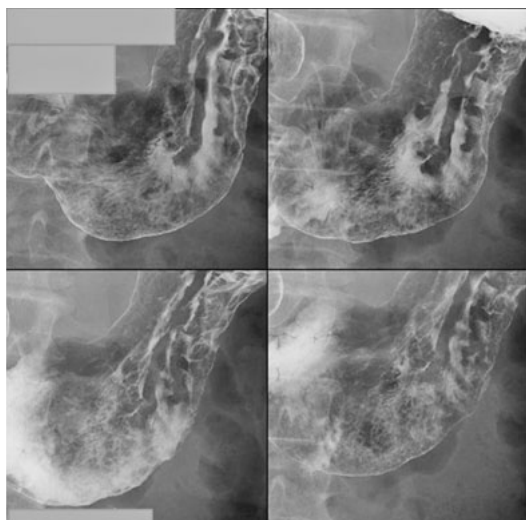


図 2：胃透視

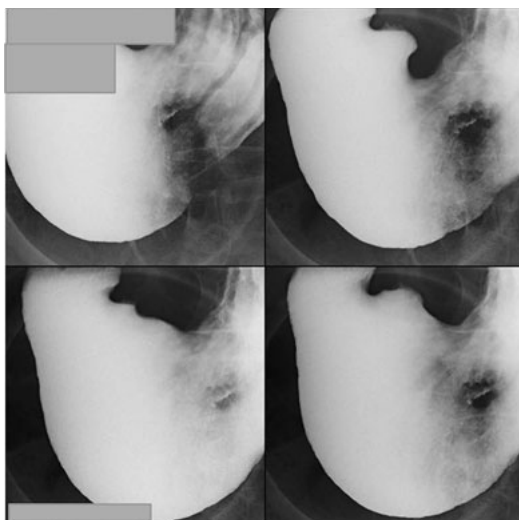


図 3：胃透視



図 4：上部消化管内視鏡検査

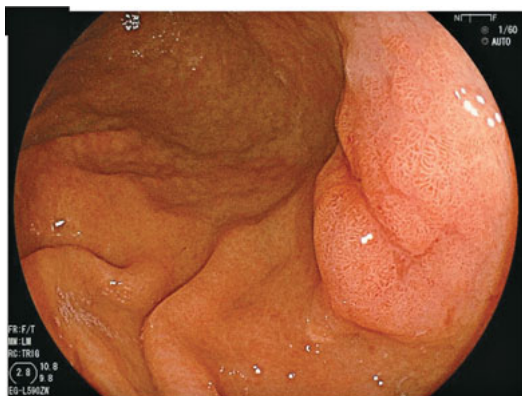


図 5：上部消化管内視鏡検査

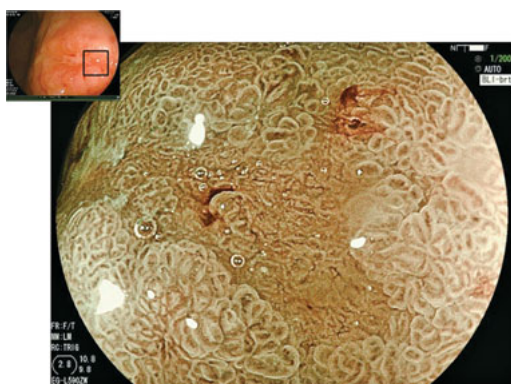


図 6 : BLI 拡大観察

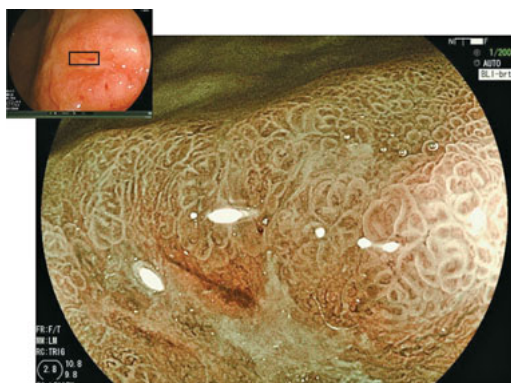


図 7 : BLI 拡大観察

超音波内視鏡検査（図 8）：病変部の第 3 層は肥厚し低エコーを呈したが、第 4 層に変化は見られなかった。

以上より、IIc 型の粘膜下層深部浸潤癌と診断し、腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。

病理組織学的検査（図 9、10、11）：中心陥凹部には粘膜下層に浸潤する高分化管状腺癌を認め、浸潤した癌細胞の周囲には多数のリンパ濾胞形成が見られた（図10）。陥凹周囲の隆起部の表層は腺窩上皮で被われ、粘膜固有層を中心に癌が進展する所見を認めた。リンパ管侵襲・脈管侵襲ともに陽性

であった。最終診断は well differentiated tubular adenocarcinoma (tub1, sm2, infb, int, ly1, v2, pPM(0), pDM(0)) であった。



図 8 : 超音波内視鏡

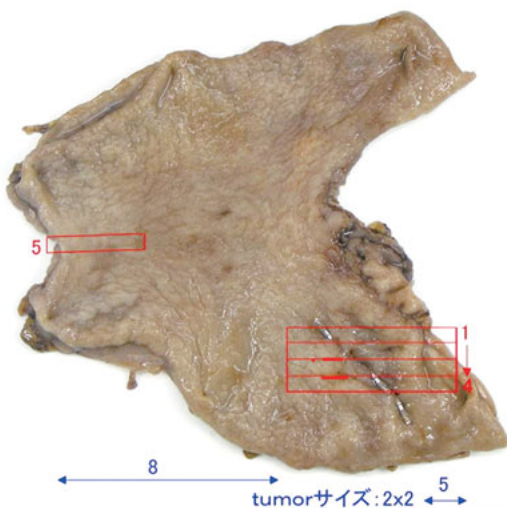


図 9 : 手術標本

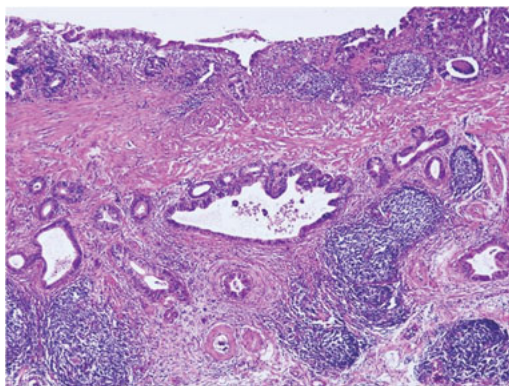


図10：病理組織

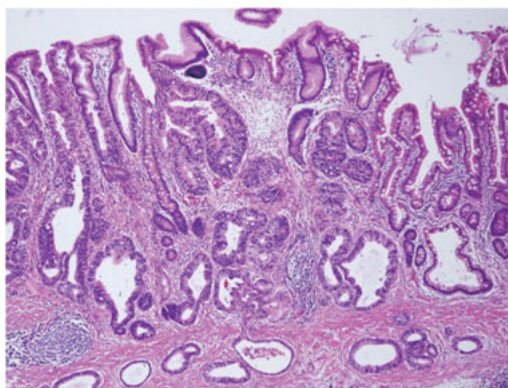


図11：病理組織

考 察

本症例は、辺縁が粘膜下腫瘍様に隆起した線状陥凹性病変で、隆起は目立つものの送気による伸展が良好であり深達度診断に苦慮した。

粘膜下腫瘍様形態を示す胃癌は河田らの報告によると、病理組織学的に①por 1 (endocrine cell carcinoma を含む) とい

わゆる carcinoma with lymphoid stroma の群、②組織型にかかわらずリンパ球浸潤の強い群、③病巣周辺に局限した線維化を認める群、④粘液癌、⑤粘膜下異所性腺からの発生が考えられる群、⑥その他に分類されているとしている¹⁾。本症例の場合、高分化型腺癌がリンパ球浸潤を伴って粘膜下層へ浸潤していたことに加え、陥凹周囲の腺窩上皮下の粘膜固有層にも進展していたことが周辺の隆起性変化を形成したものと考えられる。E-B ウイルス関連胃癌では、著明なリンパ球浸潤を伴って粘膜下腫瘍様形態を示す症例も報告されているが²⁾、本症例では免疫染色(EBER-ISH)は陰性であった。

本症例は上記のような進展形式を示す病変であったため粘膜表面の変化に乏しく、深達度診断に苦慮したが、周辺隆起の存在と超音波内視鏡所見より粘膜下層深部浸潤癌と診断し、外科的切除を選択した。粘膜下腫瘍様形態を呈する癌の場合、粘膜下の情報が得られる超音波内視鏡は治療方針決定のため有力なツールあると考えられた。

文 献

- 1) 河田佳代子, 石黒信吾, 辻 直子, 寺尾壽幸, 鈴木典子, 内田俊之, 他. 粘膜下腫瘍様形態を示す胃癌の臨床病理学的特徴. 胃と腸 Vol.30, 739-746, 1995.
- 2) 柳井秀雄.EB ウイルス関連胃癌の病態. IRYO Vol.63, No.5, 299-303, 2009.

症例クイズ

直腸潰瘍性病変の1例

京都第一赤十字病院 消化器内科 奥山 祐右

症 例：20歳台、男性

主 訴：便意頻回

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

生活歴：機会飲酒、喫煙歴なし、職業は機械作業員

現病歴：約2年前より、食事に関係なく便意頻回となり、1～2時間毎に下腹部痛とともに便意を感じる。トイレに向かうも、実際には便意のみで排便がないことも多い。

現 症：身長170cm、体重67kg、血圧128mmHg/68mmHg、脈拍46回/分、意識明瞭、眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に

黄疸はない。体表リンパ節腫張なし、腹部平坦かつ軟、圧痛は特に認めず。腫瘤を触知せず。四肢に浮腫など認めず。

排便回数10回以上/日、軟便で顕血便は認めず。時に粘液を混ざる排便あり。

血液・生化学検査成績では貧血、炎症所見や肝腎機能など明らかな異常を認めず。便意頻回の精査のため全大腸内視鏡を施行した。

直腸内視鏡所見を提示する (Figure 1a,b)。

問題：診断をどのように考えますか

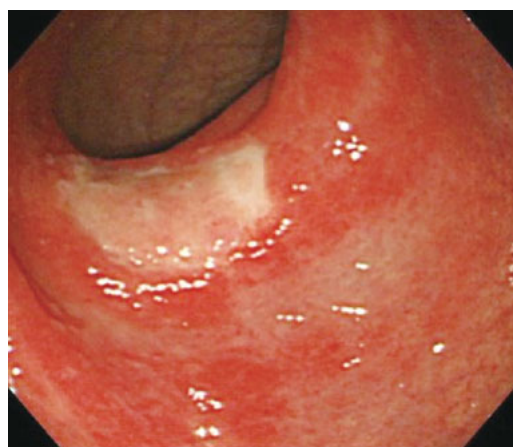


Figure 1 a

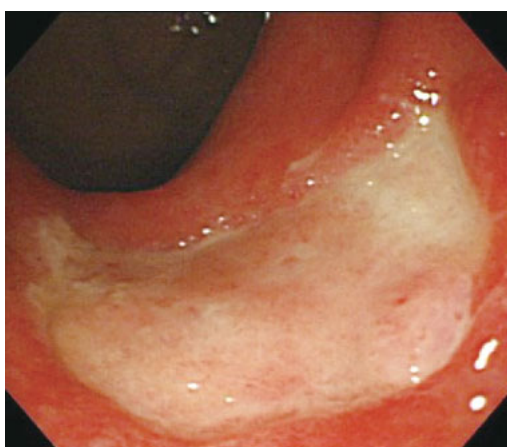


Figure 1 b

Figure 1 初診時、直腸内視鏡所見 (1 a 遠景像、1 b 近接像)

解 答

直腸粘膜脱症候群（潰瘍型）

解 説

全大腸内視鏡所見

回腸末端部及び盲腸から直腸S状部までは明らかな異常を認めなかった。直腸上部の粘膜は発赤をともない浮腫状で、前壁側を中心に白苔を伴う境界明瞭な比較的浅い潰瘍を認めた。直腸上部から直腸下部にかけては斑状の発赤が散在していたが、介在する粘膜は正常であった。肛門管には狭窄を認めず、軽度の内痔核を認めた。直腸上部の潰瘍病変辺縁部より粘膜生検を施行した。

生検病理検査所見

粘膜上皮の腺管の過形成と共に粘膜筋板から粘膜固有層の間質にのびる平滑筋線維の増生を認めた（Figure 2）。

排便異常、内視鏡像、生検病理所見により、直腸粘膜脱症候群（潰瘍型）と診断した。

直腸粘膜脱症候群（mucosal prolapse syndrome）は、直腸粘膜に隆起性病変や潰瘍性病変を生じる疾患で、1983年に Du

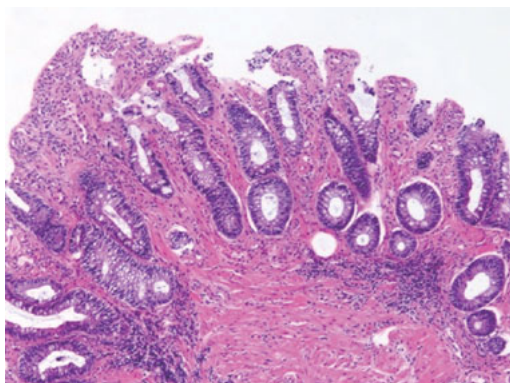


Figure 2 直腸潰瘍病変の辺縁部粘膜の生検病理所見（Hematoxylin and Eosin 染色，弱拡大）

Boulay らが孤立性直腸潰瘍症候群と深在性囊胞性大腸炎を併せて呼称した¹⁾。本症候群は、長時間にわたる排便時のいきみ（straining）の習慣を背景にして、直腸粘膜の脱出がおこり、慢性的な虚血性変化、機械的な刺激を受けることにより発症する²⁾。発症頻度に性差はなく、幅広い年齢において認められる。臨床症状としては、血便、粘液排出、残便感やテネズムスなどが多い。排便習慣の詳細な問診は診断における重要なポイントである。さらに特徴的な内視鏡的所見や粘膜生検での線維筋症の存在は確定診断をする際に不可欠な項目である。直腸粘膜脱症候群の肉眼的な形態分類は、渡辺らにより隆起型、平坦型、潰瘍型に分類されているが³⁾、隆起型と平坦型の合併例や、隆起型と潰瘍型の併存例など混合形態を呈することもみられる。好発部位は、隆起型では歯状線直上、潰瘍型では直腸の近位側前壁に認めることが多い。直腸下部は、直腸壁が固定されており直腸の脱出がおきても全層性にはなりにくく、限局した粘膜肥厚や隆起を呈しやすいのに対して、直腸上部から中部にかけては腸管壁の固定が弱く、全層性の粘膜脱出による伸展と虚血性変化が加わり、潰瘍を生じやすいと考えられている⁴⁾。病理組織学的には粘膜固有層の線維筋症（fibromuscular obliteration）が本症候群に特徴的であり、直腸の上皮性、非上皮性腫瘍との鑑別診断において生検病理診断は重要である。生検標本の診断において細胞異型や構造異型を認める際には、悪性腫瘍との鑑別も含め、臨床医と病理診断医が密接に連絡をとり慎重に最終診断を行うことが必要である。治療は、保存的治療と外科的治療に分

かれるが、前者に関しては、排便時のいきみの習慣を改善することが第一であり、食物繊維の摂取や緩下剤の服用が本症候群に有効なこともある。一方、後者に関しては、内科的治療で病変の治癒が遷延する場合において選択され、経肛門または経仙骨的局所切除、直腸固定術の他、病態に応じて低位前方切除や人工肛門造設が選択される⁵⁾。本症候群の中長期的な予後に関しての報告は少ない。安藤らは自験例15例中、外科的治療を施行した13例と保存的治療施行した1例において再発を認めないと述べているが⁶⁾、排便習慣の改善が見られない場合、観察期間の延長に伴い再発の可能性が高まることを念頭に置かなければならない。自験例においても、内科的治療にて保存的経過観察を行ったものの、排便時のいきみの習慣は簡単には改善できず、3年後に施行した大腸内視鏡では、直腸上部から下部にかけて、浅い白苔を伴う斑状の潰瘍性病変とともに、周囲の粘膜は輪状の発赤、浮腫を呈し、明らかな改善を認めなかった (Figure 3)。脱肛を伴う痔核や直腸脱などの疾患を本症候群に伴う場合は、

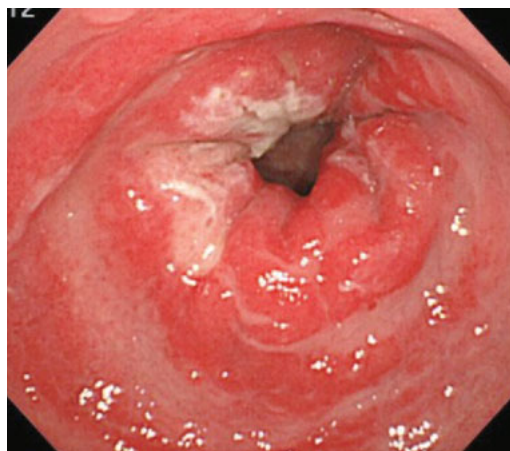


Figure 3 初診から3年後の直腸内視鏡所見

直腸粘膜脱症候群の増悪要因となるため、痔核や直腸脱そのものに対する外科的治療を検討しなければならない。

おわりに

典型的な直腸粘膜脱症候群（潰瘍型）の1例を経験した。本症候群の診断においては、排便習慣の詳細な問診と特徴的な内視鏡及び生検病理所見を併せて総合的に判断する必要がある。

文 献

- 1) Du Boulay CE, Fairbrother J, Isaacson PG: Mucosal prolapsed syndrome-an unifying concept for solitary ulcer syndrome and related disorders. *J Clin Pathol* 36:1264-1268, 1983
- 2) Rutter KRP, Riddell RH: The solitary ulcer syndrome of the rectum. *Gut* 10: 871-881, 1969
- 3) 渡辺英伸、味岡洋一、田口夕美子ほか: 直腸の粘膜脱症候群 (mucosal prolapsed syndrome) の病理形態学的再検討. *胃と腸* 22: 303-312, 1987
- 4) Levine DS: "Solitary" rectal ulcer syndrome. Are "Solitary" rectal ulcer syndrome and "localized" colitis cystic profunda analogous syndrome caused by rectal prolapse? *Gastroenterology* 92: 243-253, 1987
- 5) 安藤 浩, 友近 浩, 松田保秀ほか: 直腸の粘膜脱症候群15症例. *日本大腸肛門病会誌* 51:108-114, 1998
- 6) 味村俊樹、白京 訓、野澤慶次郎ほか: 粘膜脱症候群の治療. *外科治療* 96: 179-188, 2007

平成25年4月～平成26年3月までの学術講演会

平成25年4月13日（土）

「機能性ディスペプシア2013年」

川崎医科大学 消化管内科学 教授 春 間 賢 氏

『臨床的に扱いの難しい機能性ディスペプシアについて、その定義、診断（器質的病変の R/O を具体例をあげて説明）」ピロリ菌との関連、酸との関連（酸に対する知覚過敏）FD と胃運動機能との関連等々具体例を列挙し、臨床的に極めて参考になる講演でした。』

5月11日（土）

「NSAIDs/アスピリン小腸粘膜傷害の メカニズムと細胞間ジャンクションの役割」

兵庫医大上部消化管内科 教授 三 輪 洋 人 氏

『最近上部および下部消化管出血の件数が減少し、原因不明消化管出血が増加している。中でもカプセル内視鏡やダブルバルーン小腸内視鏡の普及により、小腸の出血性病変の診断が増えている。小腸の粘膜病変に、NSAIDs やアスピリンの服用例が多い事が知られており、その機序に粘膜のバリアー破綻の可能性が示唆されている。特にギャップジャンクションなどの細胞間接着装置の、NSAIDs やアスピリンによる障害が報告され、ガスロンは保護的に働くとのことであった。』

6月8日(土)

「潰瘍性大腸炎治療における生物学的製剤の位置づけ」

東邦大学佐倉病院消化器内科 教授 鈴木 康 夫 氏

『潰瘍性大腸炎(UC)の治療は20年前はステロイドとサラゾピリン(SASP)しかなかった。重症化すればステロイドを投与し効果がなければ手術するしかなかった。近年、SASP以外に数種類の5-ASAが使用できるようになり、さらにシクロスポリン、アザチオプリン、タクロリムスなどの免疫調整剤、血球除去療法(CAP)など治療の選択肢が増えている。その中で抗TNF α 抗体製剤の適応はステロイド抵抗性もしくは依存症例で、CAPとともに使用する。寛解導入率は高いとは言えないが50%前後の症例に症状改善効果が見られる。但し1回投与で効果が見られない場合は投与継続しても効果がえられないことが多い。しかし寛解導入できた場合は維持療法が可能となり、難治性UCの有力な治療法の一つと考えられる。』

7月13日(土)

「FDの考え方の大転回

ーディスペプシアが見えてきたー」

公立黒川病院管理者／東北大学名誉教授 本郷 道夫 氏

機能性ディスペプシア(機能性胃腸症)/Functional dyspepsia(FD)は、慢性的に上腹部愁訴が出現するものの、症状を説明する明らかな病態を同定できないものを指す。保険診療で用いられる「慢性胃炎に伴う上腹部愁訴」とほぼ同義であるが、「慢性胃炎」は組織病理学的胃炎を指すものであり、症候学的に規定する病態とは異なるものである。そこで、1980年代にNUDという概念が醸成され、さらにFDという呼称が生まれた。消化器症状の原因は、胃排出遅延、胃受容性弛緩障害、酸分泌亢進などの観点から研究され、症状のもたらす健康関連QOL障害の観点の研究、そして内臓知覚過敏の研究へ発展し、多因子の複雑な病態と捉えられてきた。近年の多方面からの研究は、FDの病態を一元的に解明できるかも知れない新しい側面があることを明らかにしつつある。最新の知見に基づいた病態の考え方と、新たな治療薬への期待について述べたい。

8月10日（土）

「よく見られる胆嚢・膵病変の診断と経過観察法 ー胆嚢ポリープ、胆嚢壁肥厚と膵嚢胞性病変を中心に」

京都第二赤十字病院 副院長 安 田 健治朗 氏

『日常の診療において胆嚢、膵疾患への対応が求められる事は多いが、その診断、手術適応、経過観察については結構苦慮することが多い。腹部超音波診断装置をはじめとした画像診断の普及及び発展により、胆嚢においてはポリープ、壁肥厚、癌、一方膵疾患では嚢胞性病変や癌などの診断、鑑別、治療の面で大いなる発展がみられている。今回安田先生にその最近の知見につき、具体的な症例を提示して簡潔にご説明いただきました。お盆の前でしかも悪天候の中を約120名以上多数の出席者があり、質問も多く活発な討論の場となりました。』

9月14日（土）

「大腸癌の外科治療と化学療法」

京都桂病院消化器センター 外科部長 間 中 大 氏

『大腸がんに対する化学療法の歴史的な背景と現在の分子標的薬も含めた化学療法のコンセンサスをわかりやすく説明していただく。さらに、切除不能遠隔転移を有する患者における原発巣切除の意義や、外科の実臨床における手術の意義を自験例のデータでお話いただいた。外科医の独善にならず、“Long SD”ではなく“治癒”を目指した、手術と化学療法の併用療法に取り組むことが重要であると締めくくられた。』

10月12日（土）

「肝性脳症を巡る最近の話題 －脳症に対する栄養療法ガイドラインを含めて」

盛岡市民病院 院長 加藤 章 信 氏

『顕性肝性脳症の意識障害のグレードはⅠからⅤ度に分類されるが、Ⅰ度肝性昏睡は症状が軽微なため診断が難しく、定量的精神神経機能検査やPCを用いた機能検査(NP-test)による客観的診断が望まれる。肝性脳症の成因としてアンモニア増加や分枝鎖アミノ酸の低下が知られているが、近年神経膠細胞の変性やGABA-ベンゾジアジピンレセプターの作用亢進などが判明し、HCV感染そのものが持つ認知能力低下作用を含め、肝性脳症の持つ複雑な病態が解明されつつある。また、顕性肝性脳症の前段階的病態といえる潜在性肝性脳症がある。潜在性肝性脳症は典型的な意識障害は示さないものの、交通事故や作業事故のリスク増加が知られており、ミニマル肝性脳症といえる。

肝性脳症に対する栄養療法は分枝アミノ酸製剤やLate Evening Snackが知られているが、その他の栄養療法については現時点ではコンセンサスが得られていない。最近では肥満型肝硬変の増加もあり、我が国でも患者にあわせた栄養評価や三大栄養素、ビタミン、ミネラル、食物繊維などを包括したガイドラインの作成が望まれる。』

11月9日（土）

「肛門科で診る直腸・肛門疾患」

大阪北通信病院 院長 斎藤 徹 氏

『肛門疾患を難しくしているのは造語、複数の名称が多いこと。解剖学、病理学を系統的に理解して、歯状線＝肛門小窩をつないだもの(ヘルマン線ではない)を中心に診断する。肛門ポリープは歯状線の外にできて、すべて良性である。内痔核だけでは疼痛はない。裂肛は肛門管上皮の虚血でおき、6時と12時に多く、その口側と肛門側に見張りいぼができる。温水便座による皮膚炎が増えているが、痔疾患は減っていない。Paget 病の生検は外側から大きく、深く取ると偽陰性が少ない。痔瘻は、下痢と肥満に多い。肛門粘膜に黒色の変化があれば悪性黒色腫、Bowen 病も念頭におく。痔核に潰瘍が合併していると直腸癌のおそれがある。機能的直腸肛門痛は1時と4－5時の恥骨直腸筋に圧痛があり、Rome Ⅲで規定されている。トラムセットが効くことが多いが、心療内科に紹介する場合もある。痔瘻の診断には手続的知識と宣言的知識が必要で、原発孔と原発巣は同じ方向にあるので、触診で確認する。肛門疾患の診断には肛門鏡を何回も動かして診ることが重要である。等々、今回は診断を中心に多くの知見を教えていただいた。』

12月14日（土）

「胃がんリスク評価のレベルアップを目指して －血清ペプシノゲン値の活用－

川崎医科大学 総合臨床医学 准教授 井 上 和 彦 氏

『血清ヘリコバクターピロリ（Hp）抗体と血清ペプシノゲン（PG）法の組み合わせによる ABC 分類で胃がんリスク評価が可能であり、胃がん検診に普及してきている。しかし、A 群への Hp 感染者の一部混入や B 群の中でのリスク分類などに注意しなければならない。血清 PG 法は胃粘膜萎縮を拾い上げる方法であるが、血清 PG 値は胃粘膜の萎縮のみならず、炎症も反映する。血清 PG I、PG II、I / II 比を深く理解することで問題解決の一助とすることができ、また血清 PG 値は Hp 感染胃炎の診断にも有用であり、プライマリケアにおいて内視鏡施行前に Hp 感染の有無について推測可能である。』

平成25年 1 月11日（土）

「みんなで考える医療のリスクマネジメント －訴訟事例を題材に－

広島大学保健管理センター 准教授 日 山 享 氏

『日常診療の中で予期せぬ医療トラブルに遭遇した際の思考法について、事例を提示しながら講演された。損害、過失、因果関係の有無を検証することで医療機関が勝訴した判例や、福島県立病院癒着胎盤失血死事件では、民事に視点を向けた結果、担当医が刑事責任を問われた経緯が示された。その他、過失認定の現状、訴訟におけるガイドラインの取り扱いや困った患者への法的考え方についてコミカルな解説がなされた。』

2月8日（土）消化器がん検診委員会指定講習会

「胃がん撲滅時代の診療と胃がん検診 －画像による胃炎診断－」

北海道大学病院 光学医療診療部 助教 間 部 克 裕 氏

『*Helicobacter pylori* (Hp) が胃がんの原因であることが証明され、2013年2月Hp陽性胃炎に対する除菌治療も保険適用となり新時代を迎えている。しかし、除菌後も胃がんが発見されるため、画像診断による定期的な経過観察と対策が必須である。また、Hp感染状態（未感染、現感染、感染既往）によりおこる疾患の種類とリスクが異なるため、今後は胃X線（背景胃粘膜の診断の概要）、内視鏡所見（京都分類など）などで胃炎診断の確立が急務であり、検診でもHp感染を考慮した新たな方法が検討されることが課題である。さらに、将来の胃がん対策は胃がん検診による2次予防から、より若い世代での除菌治療による1次予防へとシフトしていく必要があるなど、「胃がん撲滅時代」の診療と今後の検診について概説して頂いた。』

「早期大腸癌の内視鏡診断」

久留米大学医学部 消化器病センター 内視鏡診療部門 鶴 田 修 氏

『早期大腸癌の診断は色素や内視鏡強調画像の開発で進歩している。通常内視鏡、拡大内視鏡(pit pattern)、超音波内視鏡、NBI、各々の診断とその特徴を説明して頂いた。さらに、これらを用いた診断・治療のアルゴリズムについても言及された。最近の話題として大腸鋸歯状病変は serrated pathway 等新たな発がん経路として提唱されている。大きく3つに分類されるがこれらの病理学的特徴と内視鏡的所見病変について詳細な解説を頂いた。とくに癌リスクの高い所見として松鞠状所見、枝サンゴ状所見、二段隆起所見などが重要とのことであった。』

3月8日(土)

「C型慢性肝炎治療の転換期 ～DAAの果たす役割」

京都府立医大消化器内科教授 伊藤 義人 氏

『プロテアーゼを含む PegIFN/RBV との三者併用療法の成績と開発中の DAA の成績と問題点についてお話いただいた。2011年から行われた PegIFN/RBV/TVR のプロテアーゼ阻害剤テラプレビルを加えた三者併用療法は初回治療で73%、前治療再燃例で88%、前治療無効例で34%と高い著効率を示したが皮膚病変を始めとする有害事象があり、治療完遂率が低いのが問題であった。昨年11月から新たなプロテアーゼ阻害剤であるシメプレビル (SMV) を含む三者併用療法はSMVによる有害事象はなく PegIFN/RBV/SMV 三者併用で初回治療および前治療再燃例で90%程度の高い著効率を示した。TVR, SMV とともに SVR に持ち込めない場合は R155K の共通耐性を有する耐性ウイルスを残すが、短期間でこの耐性ウイルスは minor clone となり、臨床的には問題を残さない。SMV が効かなかったのは D168K の変異ウイルスであるが、日本人は0.5%しか保有していないので大きな問題ではない。Protease inhibitor を含む PegIFN/RBV との三者併用療法では前治療でどのように反応したかが重要な因子になる。

一方、IFN を使用しない経口剤のみの DAA による治療が開発されている。アスナプレビル(ASV):NS3 protease inhibitor とダクラタスビル(DCV):NS5A:RNA synthetase inhibitor の経口 2 剤組合せは24週間投与で Genotype 1b で IFN 治療不適格の未治療および不耐用患者で87%, PegIFN/RBV が NR であった患者の80%に SVR24を達成した。しかし、治療前から L31や Y93に変異のある耐性ウイルスを有する人には効かず、日本人には10～15%がこの耐性ウイルスを有しているのが問題で、治療に失敗すると多剤耐性ウイルスが残存することになる。このように多くの DAA の開発が進行しているが、これらを使用するに際しては耐性ウイルスの存在、すなわち、ウイルス変異の解析が重要になる。』

平成25年度 京都消化器医会会務報告

1. 庶務報告

平成25年 3月31日現在会員数	329名（別に顧問6名）
入会	16名
退会	6名
物故会員	1名
平成26年 3月31日現在会員数	338名（別に顧問6名）
対前年比増減	+9名

物故会員 ま し ま のり
間 嶋 正 徳 先生（中西） （平成25年7月15日）

2. 事業報告

平成25年度 消化器医会学術講演

〔定例学術講演会〕

月 日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
4.13(土)	機能性ディスペプシア2013年	川崎医科大学附属病院 食道・胃腸内科 教授 春間 賢 先生	武田製薬工業(株)	81名
5.11(土)	NSAIDs/アスピリン小腸粘膜障害のメカニズムと細胞間ジャンクションの役割	兵庫医科大学 上部消化管内科 教授 三輪 洋人 先生	日本新薬(株)	39名
6.8(土)	潰瘍性大腸炎治療における生物学的製剤の位置づけ	東邦大学佐倉病院 消化器内科 教授 鈴木 康夫 先生	田辺三菱製薬(株)	65名
7.13(土)	FDの考え方の大転回－ディスペプシアが見えてきた－	東北大学名誉教授 公立黒川病院管理者 本郷 道夫 先生	アステラス製薬(株) ゼリア新薬工業(株)	59名
8.10(土)	よく見られる胆嚢・膵病変の診断と経過観察法－胆嚢ポリープ、胆嚢壁肥厚と膵嚢胞性病変を中心に	京都第二赤十字病院 副院長 安田健治朗 先生	小野薬品工業(株)	110名
9.14(土)	大腸癌の外科治療と化学療法	京都桂病院 消化器センター外科部長 間中 大 先生	ブリストル・マイヤーズ(株)	63名
10.12(土)	肝性脳症を巡る最近の話題－脳症に対する栄養療法ガイドラインを含めて	盛岡市市民病院 院長 加藤 章信 先生	大塚製薬(株)	55名
11.9(土)	肛門科で診る直腸・肛門疾患	大阪北通信病院 院長 齋藤 徹 先生	アストラゼネカ(株)	64名

月 日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
12.14(土)	胃がんリスク評価のレベルアップを目指して—血清ペプシノゲン値の活用	川崎医科大学 総合臨床医学 准教授 井上 和彦 先生	アボットジャパン(株)	67名
26年 1.11(土)	みんなで考える消化器医療のリスクマネジメント —訴訟事例を題材に—	広島大学 保健管理センター 准教授 日山 亨 先生	オリンパスメディカルシステムズ(株)	66名
2.8(土)	胃がん撲滅時代の診察と胃がん検診 ～画像による胃炎診断～ 早期大腸癌の内視鏡診断	北海道大学病院 光学医療診療部 助教 間部 克裕 先生 久留米大学医学部 消化器病センター内視鏡治療部門 教授 鶴田 修 先生	エーザイ(株)	226名
3.8(土)	C型慢性肝炎治療の転換期～DAAsの果たす役割	京都府立医科大学大学院 医学研究科 消化器内科学 教授 伊藤 義人 先生	ヤンセンファーマ(株) M S D (株)	50名

〔京都胃腸勉強会〕

回数	開催日	症 例 ・ 担 当 施 設	人数
106	25.4.12(金)	京都府立医科大学（大腸） 京都市立病院（胃） 愛生会山科病院（胃）	82名
107	25.7.12(金)	京都大学（大腸） 京都警察病院（大腸） 民医連中央病院（大腸）	73名
108	25.10.18(金)	社会保険京都病院（大腸） 康生会武田病院（大腸） 西陣病院（大腸）	81名
109	26.1.10(金)	京都第一赤十字病院（胃）、京都府立医科大学 特別講演 「Barrett 食道癌の内視鏡診断を中心に」 がん・感染症センター都立駒込病院 内視鏡科部長 門馬久美子 氏	81名

〔総合画像診断症例検討会〕

回数	日 時	症 例 検 討	One point Lecture	演 題 名	人数
113	25. 4 . 6 (土)	1.消化器診療内容向上会 「消化器疾患における 保険診療上の注意点」 沖医院副院長 沖 映希 氏 中津川内科診療所 副理事長 佐々木善二 氏 2.症例検討 大塚医院 院長 大塚 弘友 氏 (検診症例)	古家医院 院長 古家 敬三 氏	「除菌の普及で変る胃 がん検診」	45名
114	25. 6 . 1 (土)	症例検討 京都第二赤十字病院 消化器内科 副部長 宮田 正年 氏 (食道) 消化器内科 岡田 雄介 氏 (胃)(小腸)	京都第二赤十字病院 消化器内科 副部長 田中 聖人 氏	「いわゆる粘液産生膵 腫瘍の診断」	42名
115	25. 8 . 3 (土)	症例検討 社会保険京都病院 内科部長 光本 保英 氏 京都市立病院 消化器内科 川本 雄規 氏 京都第一赤十字病院 消化器内科 副部長 木村 浩之 氏	京都第一赤十字病院 消化器内科 副部長 木村 浩之 氏	「透析患者に対する C 型肝炎の治療」	49名
116	25.10. 5 (土)	症例検討 京都第一赤十字病院 消化器内科 副部長 (胃 1 例、大腸 2 例)	京都第一赤十字病院 消化器内科 副部長 奥山 祐右 氏	「潰瘍性大腸炎の診断 と治療」 ー鑑別診断と新規治 療薬を中心にー	43名
117	25.12. 7 (土)	症例検討 京都九条病院 消化器内科 宮脇喜一郎 氏	医療法人同仁会 京都九条病院 消化器内視鏡センター長 光籐 章二 氏	「進化するカプセル内 視鏡ー適応拡大と大 腸カプセル内視鏡ー」	53名
118	26. 2 . 1 (土)	症例検討 沖医院 副院長 沖 映希 氏 (胃) 粉川内科医院 院長 粉川 隆文 氏 (胃) 福本内科医院 院長 福本 圭志 氏 (胃・大腸)	三菱京都病院 消化器外科 副部長 尾池 文隆 氏	「進行胆嚢癌に対する 肝中央 2 区域・尾状 葉切除術」 ～胆嚢癌に対する術 式を考える～	36名

〔その他の京都消化器医会関連の研究会〕

1) 京都消化器医会共催研究会（前ページの表に掲載の研究会は省略）

- * 日本消化器がん検診学会 …………… 5月18日（土）
- * H.pylori Symposium in Kyoto …………… 5月30日（木）
- 京滋消化器内視鏡治療勉強会 …………… 7月18日（木）
- 京滋IBDコンセンサクミーティング …………… 10月3日（木）
- 京滋消化器セミナー …………… 11月21日（木）
- 京滋消化管病態フォーラム …………… 11月28日（木）
- 京滋ウイルス性肝炎治療検討会 …………… 26年1月25日（土）
- 京滋消化器内視鏡治療勉強会 …………… 1月30日（木）
- * H.pylori Symposium in 京都 …………… 2月1日（土）
- 消化器・循環器ジョイントフォーラム …………… 2月22日（土）
- * については臨時開催

2) 京都消化器医会後援研究会

- 京滋 Liver Forum …………… 26年2月1日（土）
- 京滋肝炎ウイルスセミナー …………… 3月1日（土）

3) 消化器関連研究会

- 近畿地区消化器内視鏡懇話会 …………… 7月6日（土）
- 日本実地医家消化器内視鏡研究会 …………… 7月7日（日）
- 京都胃がん検診セミナー …………… 9月7日（土）
- 日本消化器病学会近畿支部第99回例会 …………… 9月28日（土）
- 京都医学会 …………… 9月29日（日）
- 消化器心身医学研究会学術集会 …………… 10月11日（金）
- 日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 …………… 11月16日（土）
- 医薬品適正使用セミナー
- －他科医に聞きたいちょっとしたこと－ …………… 12月12日（木）
- KANPO Science Forum …………… 2月15日（土）
- 日本消化器病学会近畿支部例会 …………… 2月22日（土）

京都消化器医会理事会（隔月、奇数月の第二木曜日に開催）

5月9日、7月11日、9月12日、11月14日、1月9日、3月13日

〔京都消化器医会主催委員会〕

- 1) 審査委員合同委員会
- 25年9月12日（木）
- 26年3月13日（木）

平成25年度 京都消化器医会決算 (3/31現在)

平成25.4.1～平成26.3.31

収 入 総 額	7,232,098
支 出 総 額	3,287,502
差 引 残 高	3,944,596

(収入の部)

科 目	25年度予算	25年度実績	摘 要
会 費	1,125,000	1,011,000	25年度分 927,000 (309名)、過年度分 36,000 (6名) 新入会 48,000 (16名)
交 付 金	300,000	400,000	京都府医師会助成金 300,000 消化器診療内容向上会より交付金 100,000
協 賛 金	1,625,000	1,420,000	会報広告掲載料 (20社) 1,000,000 会員名簿広告掲載料 (23社) 420,000
雑 収 入	121,000	110,907	預金利息 907、懇親会参加費 110,000
小 計	3,171,000	2,941,907	
前年度繰越金	4,290,191	4,290,191	24年度より繰越
合 計	7,461,191	7,232,098	

(支出の部)

科 目	25年度予算	25年度実績	摘 要
事 業 費	1,875,000	1,761,860	会報29号 (450部・別冊 8口含む) 1,010,100 会報執筆料 (9名) 280,000 会員名簿作成料 (450部) 351,750 封筒代 33,600 総会案内はがき代 (2年分) 86,410
会 議 費	976,000	829,350	理事会費用弁償 (6回) 511,150 消化器診療内容向上会講師料 (2名) 40,000 会計監査費用弁償 8,000 懇親会費用 150,000+120,200
負担金及び 利 用 料	348,000	341,800	消化器医会負担金 (府医) 264,000 会議室料 (6回) 77,800
事 務 費	266,000	339,132	通信費 (会報・理事会・会費など発送) 198,563 コピー代 25,520、職員残業代 13,728 会費口座振替事務処理費用 11,785 事務用品費 (事務局パソコン代含み) 61,028 現金書留封筒・送料 5,070、切手代 23,438
雑 費	16,000	15,360	会費振込手数料 15,360
小 計	3,481,000	3,287,502	
次年度繰越金	3,980,191	3,944,596	26年度へ繰越
合 計	7,461,191	7,232,098	

平成26年4月5日

監事

小川 欽 治



監事

中内 陽 舒



《平成25年度 京都消化器医会議事録要旨》

第1回京都消化器医会理事会議事録 平成25年5月9日（木）

<報告事項>

①医療安全委員会 澤理事

第7回 平成25年3月19日

報告1) 平成24年度日本医師会医療事故防止研修会(1.20)の状況について。

2) 第10回医療安全シンポジウム(2.14)の状況について。

3) 平成24年度第3回医療安全講演会(1.24)の状況について

4) 第3回シンポジウム「介意の倫理・資質向上をめざして－ケーススタディから学ぶ医の倫理－」について

5) 患者の権利と責務宣言について 資料①

協議1) 妊産婦死亡報告事業について

2) 平成25年度医療メディエーター養成研修会の開催について

平成25年5月25日(土)、26日(日) 京都府医師会館

第8回 平成25年4月16日

報告1) 判例報告

2) 今期の医療安全委員会の総括について

②消化器がん検診委員会 平成25年4月12日 古家副会長

昨年度の京都市胃がん検診受診率は横ばい、大腸がん検診受診率は微増。

二次精密検査医療機関の更新手続きでは、ある地域の中核病院において講習会出席回数をパスしない例があったが、例外は認めず不承認となった。

間接撮影フィルム枚数のことを再度確認した。

今年も京都市が乳がん、子宮がん、大腸がんの無料クーポンを配布する予定。

③学術・生涯教育委員会 古家副会長 開催なし

④がん登録事業委員会 平成25年4月19日 大塚副会長

今までの事業の進捗状況の確認と、今後の事業展開について意見交換がされた。

法整備に伴い今後はいままでと異なるスタイルで事業が進む方向もあることが確認された。

⑤保険医協会

専門医会会長と保険医協会との懇談会 平成25年3月23日 出席 粉川会長

保険医協会理事の改選と推薦、保険審査通信検討委員会よりの審査の事例報告、2012年度審査のアンケート調査結果報告、各科別の医療費の動向、診療向上会の動向、保険医協会に対する意見・要望等について懇談会がおこなわれた。

⑥基金審査 沖理事、古家理事

⑦国保審査 中島監事、佐々木理事、松本（恒）理事

<協議事項>

5) 新役員、理事および業務分担の確認と承認

(1) 役職

顧問 京都府立医科大学 消化器内科 伊藤義人教授に会長より依頼し、了解済み。

相談役 郡大裕理事 退任につき 議決権（理事）のない相談役に就任

中島悦郎先生 会長→監事

粉川隆文 副会長→会長

大塚弘友 理事→副会長 以上確認

(2) 医会内業務

大塚弘友副会長 庶務→会誌編集、総合画像企画

岩野正宏理事 庶務

角水正道理事 会計 に各々新たに就任

(3) 対外業務

澤 義彦理事 国保審査委員（新）

松井亮好理事 医療安全委員会委員（新）澤理事より交代

福光真二理事 保険医協会理事（新）任期2年に決定し理事会の了解を得た。

(4) 研究会世話人

消化器循環器ジョイントフォーラム

福本圭志先生の代表世話人辞任に伴い粉川隆文先生の代表世話人就任。

京都胃腸勉強会

沖啓一名誉会長、中島悦郎監事の辞任に伴い、沖映希理事、小畑寛純理事が推薦された。

6) 医会運営費、決算状況

医会運営費、決算状況につき討議。いづれ会費の値上げをせざるを得ない状態であることが確認された。1～2年状況をみて再討議することになった。

7) その他

(1) 新しい研究会の立ち上げ（IBD コンセンサスミーティング（仮称））について小畑寛純理事より進行状態の説明があった。

(2) 合同審査会の開催については、平成25年9月、平成26年3月あたりを予定とすることになった。

(3) 会誌の発行

本年度は8月までの発行を目処とする。また、今後は6月に発行とするため、講

演会等の依頼論文は12月までの講演で区切ることとなった。

第2回京都消化器医会理事会議事録 平成25年7月11日（木）

<報告事項>

1. 京都府医師会 専門医会長会議 平成25年6月29日 京都ブライトンホテル 粉川会長
『府医より京都在宅医療塾開講の案内、家族向け介護セミナーの講座案内がありました。また専門医会側からの質問にこたえる形で、混合診療の「全面」解禁反対、TPP交渉参加に対する日医の見解が述べられました。充分納得できる内容でした。』
2. 医療安全委員会 澤理事
3. 消化器がん検診委員会 古家副会長
松本恒司理事、沖映希理事、角水理事を理事会として推薦することとなった。
4. 学術・生涯教育委員会 古家副会長
粉川会長から、学術・生涯教育委員会の委員として藤田祝子先生（下京西部）を消化器医会新理事として推薦すると提案でのがあり、理事会で承認された。
5. がん登録事業委員会 大塚副会長
府医より留任要請があり、引き続き大塚弘友副会長が、がん登録事業委員会の委員に留任
第1回 7月19日開催予定
6. 京都府保険医協会 福光理事
7. 基金審査 沖理事、角水理事、古家副会長（外）、吉田理事（病）、吉波理事（病）
8. 国保審査 佐々木理事、松本恒司理事、澤理事、中島監事（内）、安田理事（病）、勝島理事（病）

下線：消化器医会選出、（外）：外科医会、（病）：病院代表、（内）：内科医会

<協議事項>

1. 合同審査会の開催
9月12日（木）消化器医会理事会の後に開催する予定
2. ピロリ菌胃炎、機能性ディスペプシア、UC に対するヒュミラ使用の保険審査と対応（参考資料）
上記合同審査会の席で検討する予定
3. 会誌の進捗状況
7月中の発刊を目指していたが難しくなった（8月5日発刊）。来季からは極力早い発刊を目指すため、12月までを区切りとして依頼原稿を募ることにした。
4. IBD コンセンサスミーティング 進捗状況
9～10月頃に第一回目を開催する方向で検討
5. その他

6. 理事会納涼会のご案内

日 時：平成25年 7月20日（土） 7時から

場 所：京料理 銀水 四条大橋西詰南入ル 075-351-6600

参加費：5000円

◎ 事務局からの連絡及び確認事項（25.7.11理事会）

1. 京都内科医会より、会長交代の挨拶状について

余 昌英 先生 → 垣内 孟 先生

2. 「京都消化器医会：会長・副会長・監事・理事」一覧表の一部訂正について

3. 京都消化器医会会報 別冊「Conscious Sedation」の増刷部数について

・現在の残部数 13冊

・使用方法 — 新入会会員、学術講演会の演者の先生

4. 「いまどきのお腹の病気 AtoZ」の増刷について

・現在の残部数 1冊

・使用方法 — 新入会会員

5. 「京都医報」掲載原稿「Up To Date ミニ講座 Q&A ～学術教育委員会～」について

・京都消化器医会の担当 — 9月15日予定(締め切り 8月20日頃)

(ア) 担当の先生 — 前川副会長

6. 日本消化器がん検診学会 近畿地方会

第3回京都消化器医会理事会議事録 平成25年 9月12日（木）

<報告事項>

1. 医療安全委員会 松井理事

9月17日 第1回医療安全委員会

2. 消化器がん検診委員会 松本恒司理事

1) 8月30日 第1回消化器がん検診委員会

委員長 松本恒司理事 副委員長 丸山恭平先生、下山恵司先生

消化器がん検診精密検査医療機関指定講習会 平成26年 2月 8日（土）

消化器がん検診をめぐる諸問題について→検診の現状や問題点、今後の方向性などについて各委員より意見を聞いた。

2) 「胃がん検診ガイドライン2013ドラフト」とこれに対するパブリックコメントの募集について

3. 学術・生涯教育委員会 藤田祝子理事

9月29日 第39回 京都医学会

4. がん登録事業委員会 大塚副会長

7月19日 第1回 がん登録事業委員会

- ・正副委員長選出
委員長 山下直己先生（三菱京都病院）、副委員長 大塚弘友（京都消化器医会）
 - ・広域ブロック地域がん登録会議（5.31）の状況について
 - ・地域がん登録全国協議会（6.13～14）の状況について
 - ・全国がん登録の法制化等について
 - 5. 京都府保険医協会 福光理事
7月28日 京都府保険医協会第66回定期総会 第185回定時代議員会
京都ホテルオークラ
 - 6. 基金審査 沖理事、角水理事、古家副会長（外）、吉田理事（病）、吉波理事（病）
 - 7. 国保審査 佐々木理事、松本恒司理事、澤理事、中島監事（内）、安田理事（病）、
勝島理事（病）
- 下線：消化器医会選出、（外）：外科医会、（病）：病院代表、（内）：内科医会

<協議事項>

1. 講演会（主催・共催）の予定と企画
2. 合同審査会の内容検討
3. 名簿作成にあたり、会則の再評価
4. 倫理委員会設置の要望について
5. その他

◎ 事務局からの連絡及び確認事項

第4回京都消化器医会理事会議事録 平成25年11月14日（木）

<報告事項>

1. 医療安全委員会 松井理事
 - 1) 第1回医療安全対策委員会 平成25年9月17日
 - (1) 第1回医療安全講演会 平成25年7月20日
「医療事故調査制度について」
「医療現場における法律問題」
 - (2) 第2回医療安全講演会 11月9日（土）14時30分～ 京都府医師会館
「医療訴訟の現状と対策」
順天堂大学医学部 病院総合診療科研究室 病院管理学研究室教授 小林弘幸 氏
 - 2) 第2回医療安全対策委員会 平成25年10月15日
第11回医療安全シンポジウム 平成26年4月19日のテーマについて
2. 消化器がん検診委員会 松本恒司理事
 - 1) 第2回消化器がん検診委員会 平成25年10月11日

(1) 胃がん検診ガイドライン・ドラフトへのパブリック・コメントについて

(2) 消化器がん検診精密医療機関指定講習会

(平成26年2月8日(土) 14時 府医師会館)

「胃がん撲滅時代の診療と胃がん検診 ～画像による胃炎診断～」

北海道大学 光学医療部 間部 克裕 先生

「早期大腸癌の内視鏡診断」

久留米大学消化器センター 内視鏡治療部門 鶴田 修 先生

(3) 京都市大腸がん検診実施の手引きの改定について

巡回、施設、集団、個別、郵送 などの検診の方法の区別を判りやすくした手引きを作成する

3. 学術・生涯教育委員会 藤田祝子理事

4. がん登録事業委員会 大塚副会長

1) 第2回がん登録事業委員会 平成25年10月18日

(1) 「京都府がん実態調査報告書2010年」を現在作成中。

(2) がん登録における個人情報取り扱い規定、安全管理措置などにつき検討中。

5. 京都府保険医協会 福光理事

6. 基金審査 沖理事、角水理事、古家副会長(外)、吉田理事(病)、吉波理事(病)

7. 国保審査 佐々木理事、松本恒司理事、澤理事、中島監事(内)、安田理事(病)、勝島理事(病)

下線：消化器医会選出、(外)：外科医会、(病)：病院代表、(内)：内科医会

<協議事項>

1. 講演会(主催・共催)の予定と企画

平成26年度4月～10月の演題内容の大枠が決定した。共催は2件、理事会で了承された。

2. 30号消化器医会会報 掲載論文の検討

「京都消化器医会会報第30号によせて」という見出しで、歴代会長に記念の随筆をお願いする。

3. 合同審査会

機能性ディスペプシアと慢性胃炎につき、医会より基金に意見書が提出された。

次回は3月の理事会後に開催予定。

4. 新理事 推薦の件

前回、中島前会長の推薦の西村俊一郎先生が、新理事として承認され、1月の理事会より参加の予定となった。

5. 理事辞職願いの件

松本匡史理事より理事辞職願いがあり、理事会で承認された。(平成25年12月31日付)

◎ 事務局からの連絡及び確認事項

1. 会員名簿 平成25年10月 改正郵送

第5回京都消化器医会理事会議事録 平成26年1月9日（木）

<報告事項>

1. 医療安全委員会 松井理事（第3回平成25年11月19日 第4回平成25年12月17日）

- 1) 第11回医療安全シンポジウム 平成26年4月19日のテーマについて

「なぜ、すれ違う患者の立場 医者の立場～Part2」

- 2) 医療事故調査制度その後の動きについて

2. 消化器がん検診委員会 松本恒司理事

- 1) 地区消化器がん担当理事連絡協議会（1月11日（土）府医師会館）

事前アンケートの実施、各地区からの現況問題点をきく

- 2) 胃 X-P 要精検率が京都は高い→判定基準の見直し。

明らかな胃底腺ポリープの症例はリスクが低いので要精検としない。

- 3) 平成25年度消化器がん検診精密検査医療機関指定講演会

（2月9日（土）府医師会館）

- 4) 「HP感染を考慮した胃がん検診法の在り方を検討する小委員会」を設ける。

3. 学術・生涯教育委員会 藤田祝子理事

4. がん登録事業委員会 大塚副会長

第3回 がん登録事業委員会 平成25年12月20日 大塚副会長

- 1) 「京都府がん実態調査報告書2010年」について

- 2) がん登録事業実施要領の改正について

- 3) 地域がん登録事業における個人情報の取扱規程について

- 4) 京都医報への記事掲載について

- 5) がん登録等の推進に関する法律について

- 6) 研究等を目的としたがん登録データの利用について

5. 京都府保険医協会 福光理事

6. 基金審査 沖理事、角水理事、古家副会長（外）、吉田理事（病）、吉波理事（病）

7. 国保審査 佐々木理事、松本恒司理事、澤理事、中島監事（内）、安田理事（病）、
勝島理事（病） 西村理事（内）

下線：消化器医会選出、（外）：外科医会、（病）：病院代表、（内）：内科医会

アコファイド：H.p 関連胃炎では使用不可。病名終了後は使用可。

<協議事項>

1. 講演会の予定と企画

2. 30号消化器医会会報 内容の確認

3. 合同審査会（3月）について
毎年3月と9月に理事会後に開催予定とする
4. 講演会共催 ルール確認
5. NBI 加算算定の審査基準について
NBI 加算の際には、「癌疑い」もしくは「腫瘍病名」が必要と考える
粉川会長名で府医に医会の見解を提出予定
6. その他
 - 1) 倫理委員会設置の要望の件 再確認
平成26年1月6日付で府医 森洋一会長あてに建議書が提出された
 - 2) 内視鏡検査セデーションの見直し（粉川会長）
内視鏡学会の新ガイドラインをふまえて
 - 3) 消化器医会のホームページ作成の案（前川理事） 若い医師の入会増が見込まれる
 - 4) 梱包試薬を消化器医会で共同購入し、少数利用出来るようにできないか（粉川会長）

◎ 事務局からの連絡及び確認事項

1. 学術講演会日程の変更
平成27年1月10日（土）→1月24日（土）に変更
「第10回日本医学シュミレーション学会学術集会」のため
平成27年3月14日（土）→平成27年3月28日（土）に変更
「府医師会代議員会」のため
2. 各専門医会長と京都府医師会との懇談会
と き：平成26年5月17日（土） 16:00～
ところ：京都ブライトンホテル
3. 専門医会長と保険医協会との懇談会について
と き：平成26年5月24日（土） 16:00～
ところ：未定

第6回京都消化器医会理事会議事録 平成26年3月13日（木）

<報告事項>

1. 医療安全委員会（第5回 平成26年2月18日） 松井理事
 - 1) 第11回医療安全シンポジウム 平成26年4月19日（土）午後2時～午後4時30分
「なぜ、すれ違う患者の立場 医者の立場」～医療機関の現場より 事例紹介part2～
 - 2) 医療事故調査制度その後の動きについて
法制化の動きが進んでいます。専門医会にも一定の役割が生じる可能性があります。
2. 消化器がん検診委員会（第4回 平成26年2月14日） 松本恒司理事
第1回 Hp感染を考慮した胃がん検診のあり方を検討する委員会（1月29日）

平成25年消化器がん検診委員会指定講習会（出席 209医療機関、226名）

胃がん検診受診票：問診にピロリ菌の感染、除菌などの項目を追加

3. 学術・生涯教育委員会 藤田祝子理事

1) 第40回京都医学会の開催について

第29回日本医学会総会2015関西（会頭 井村裕夫氏：京都大学名誉教授 元京都大学総長）のプレイベントをかねることになりそうです。

関西の医学生によるブースを設けられる

co-medical の参加

特別講演は井村裕夫氏「演題未定」

シンポジウムは総括者／荒井秀典氏（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻教授）

「高齢者の終末期医療を考える（予定）」

2) 府医生涯教育セミナー

他科医に知ってほしい疾患をテーマに今年も開催予定。専門医会からの要望があれば提出を。

例）平成18年「めまい」、「腹痛」 平成19年「胸痛」、「腰痛」 平成20年「頭痛」、「小児疾患」 平成21年「老年疾患」 平成22年「臨床検査」、「画像診断」 平成23年「消化器内視鏡診断」、「慢性疼痛」 平成24年「皮膚疾患」、「パーキンソン病」 平成25年「前立腺癌」

→ 提案としては「てんかん」が挙げられていました。

4. がん登録事業委員会（2014年2月21日） 大塚副会長

1) 「京都府がん実態調査報告書2010年」について

2) 京都府がん登録届出票記入要領の改訂について

3) 地域がん登録全国協議会第23回学術集会（三重県）への参加について

5. 京都府保険医協会 福光理事

平成26年4月5日 消化器診療内容向上会 共催調整中

6. 基金審査 沖理事、角水理事、古家副会長（外）、吉田理事（病）、吉波理事（病）

アコフアイド使用時の保険病名に胃潰瘍や胃がんのような器質的疾患名が入っている場合は査定の対象になることがある。除菌治療も含め、H.pylori 感染症は器質的疾患に含まれる。

7. 国保審査 佐々木理事、松本恒司理事、澤理事、中島監事（内）、安田理事（病）、勝島理事（病） 西村理事（内）

下線：消化器医会選出、（外）：外科医会、（病）：病院代表、（内）：内科医会

8. その他

1) 平成26年5月17日 府医と専門医会会長との懇談会 京都ブライトンホテル

2) 平成26年5月24日 保険医協会と専門医会会長との懇談会

<協議事項>

1. 講演会の予定と企画
2. 30号消化器医会 会報 進捗状況
3. 第39回 京都消化器医会 総会（4／12）準備
4. 4月以降の理事 業務分担変更
副会長：前川理事 → 安田理事
地区代表：前川理事 → 勝島理事
庶務：岩野理事 → 沖理事
5. その他

◎ 事務局からの連絡及び確認事項

1. 平成25年度 第2回合同審査委員会 2014年3月13日の理事会終了後に開催した。

〔平成26年度 京都消化器医学会役員〕

平成26年 4月13日現在

名誉会長	沖 啓一 (留任)		
会 長	粉川 隆文 (留任)		
副 会 長	古家 敬三 (留任)	大塚 弘友 (留任)	安田健治朗 (新任)
相 談 役	福本 圭志 (留任) (理事兼任)		郡 大裕 (留任)
監 事	小川 欽治 (留任)	中島 悦郎 (留任)	
理 事	伊谷 賢次 (留任)	岩野 正宏 (留任)	大橋 一郎 (留任)
	沖 映希 (留任)	小畑 寛純 (留任)	角水 正道 (留任)
	勝島 慎二 (留任)	佐々木善二 (留任)	澤 美彦 (留任)
	竹村 俊樹 (留任)	前川 高天 (留任)	西村俊一郎 (新任)
	福光 眞二 (留任)	藤田 祝子 (新任)	松井 亮好 (留任)
	松本 恒司 (留任)	吉田 憲正 (留任)	吉波 尚美 (留任)
	渡辺 剛 (留任)		(以上28名)

地区代表	(乙 訓) 猪谷 孟雄	(宇治久世) 丸山 恭平
	(綴 喜) 下野 道廣	(亀 岡) 上田 和茂
	(福 知 山) 柴田 族光	(舞 鶴) 鳥井 剛司
	(与 謝) 中川 長雄	(京 大) 千葉 勉
	(府立医大) 渡邊 能行	(第一日赤) 吉田 憲正 (理事兼任)
	(第二日赤) 安田健治朗 (副会長兼任)	(医療センター) 勝島 慎二 (理事兼任)
	(市 立) 新谷 弘幸	(以上13名)

顧 問	伊藤 義人 (京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)
	上本 伸二 (京都大学医学研究科外科学 肝胆脾・移植外科学 教授)
	大辻 英吾 (京都府立医科大学大学院医学研究科 消化機能制御外科学 教授)
	坂井 義治 (京都大学医学研究科外科学 消化管外科学 教授)
	千葉 勉 (京都大学医学研究科外科学 消化器病態学 教授)
	渡邊 能行 (京都府立医科大学大学院医学研究科 地域保健医療疫学 教授)
	(以上 6 名)

《平成26年度 事業計画》

〔学術講演会予定〕

1) 定例学術講演会（各月の第二土曜日に開催予定とする。）

4月12日（土） 武藤 学 先生（京都大学病院 がん薬物治療科 教授）

『京大病院がんセンターの取り組み』

【講演会終了後に京都消化器医会総会が開催されます。】

5月10日（土） 松枝 啓 先生（医療法人社団 さくらライフクリニック 院長）

『機能性ディスペプシアの診断と治療』

6月14日（土） 国崎 玲子 先生

（横浜市立大学付属市民総合医療センター

炎症性超疾患(IBD)センター 准教授）

『今こそ確認：潰瘍性大腸炎の基本治療から最新療法』

～安心で上質な医療のために～

2) 臨時学術講演会

講演が決まり次第、適時開催する。

3) 京都胃腸勉強会：年4回（金曜日）の開催。

4) 総合画像診断症例検討会：偶数月の第一土曜日に開催。

5) 共催、後援研究会の開催

その他の各種研究会への積極的アプローチ

6) 各種委員会への積極的アプローチ

基金、国保審査委員合同委員会の開催（適時開催）

7) その他

編 集 後 記

ここに記念すべき第30号の会報をお届けいたします。歴史ある京都消化器医会の発足前夜から、発展期、そして現在の成熟期に至る興味深いエピソードやご苦勞について、歴代会長にご多忙の中ご寄稿いただきました。中には公表がはばかれる出来事も多々あったように聞いておりますが、そこは個々の先生の胸の奥にそっとしまっておりしております。本号も肝性脳症、潰瘍性大腸炎、胆嚢・脾病変の経過観察に関する3本の原著論文、H.ピロリ抗体値に関する福本先生による研究報告、そして2編の症例検討と、大変充実した内容となっております。永久保存版として大切に取っておいて頂きますようお願いいたします。

(副会長 古家 敬三)

京都消化器医会会報 No.30

発行日 平成26年 6 月30日
発行所 京都消化器医会
京都市中京区西ノ京東梅尾町 6
京都府医師会館内
TEL 354-6105
発行人 粉 川 隆 文

印刷所 (株)こだま印刷所 ☎ 841-0052