

消化器now^{ナウ}



発行所:財団法人日本消化器病学会
〒104-0061
東京都中央区銀座8丁目9番13号
発行人:菅野 健太郎
編集責任:広報委員会
制作:株式会社協和企画

日本消化器病学会の健康ニュース 2010.No.50



日本消化器病学会の 診療ガイドライン

日本消化器病学会理事長
自治医科大学医学部内科学講座主任教授
菅野 健太郎



診療ガイドラインという言葉最近よく耳にするようになりまし
た。日本消化器病学会でも、昨年
から今年にかけて「胃食道逆流症」
「消化性潰瘍」「クローン病」「肝硬
変」「胆石症」「慢性膵炎」の6疾患に
対する診療ガイドラインを刊行し
ました。これらの診療ガイドライ
ンは、臨床に携わる多忙な医師の
診療の手助けになるよう、消化器
病学会の各領域の専門家が、診療
上の問題点に対して系統的に文献
検索を行い、そのなかで信頼のお
けるデータを選びそれに基づい
て、現段階で最善と考えられる診
療指針を作成したものです。

これらは、Evidence-based
Medicine(EBM、根拠に基づいた
医療)の手法で作成され、さらに別
の専門家グループの評価や学会で
の意見聴取(ヒアリング)を受けて
修正されており、より公正で透明
性や再現性の高いガイドラインと
なっています。

しかしながら、ガイドラインに
書かれている診療指針は、すべて
の患者さんに一律に適用すべきで
はありません。なぜならば、患者
さんの状態はそれぞれ大きく異なっ
ており、ガイドラインに書かれてい
ても、実際には指針どおりの治療が
行えない場合も少なくありません。
ですから、患者さんの状態をよく把
握している主治医が、患者さん本人
のご意向を汲んだうえで、診療ガイド
ラインの指針を適用するかどうかを
個別に判断することになります。

日本消化器病学会では、これら
の6疾患について、患者さんやこ
家族のためのガイドラインも作成中
です。完成次第、日本消化器病学
会のホームページでも公開し、皆
さまからご意見やご質問をお寄せ
いただけるように、準備も行って
います。日本消化器病学会がこれ
までに蓄積している市民公開講座
のコンテンツなどと併せてご利用
いただければ幸いです。

- 2頁 対談 NSTは医療専門家集団
による血の通った患者中心の医療
- 4頁 病 気バレット食道
- 6頁 Q&A 食道アカラシアの腹
腔鏡下手術 C型肝炎患者
の鉄の摂取について
- 7頁 情 報 骨粗しょう症をめ
ぐって 市民公開講座
- 8頁 検 査 センチネルリンパ節生検



ずばり
対談新しいチーム栄養学の理念と組織と技術が生命と治療を強力に支える
栄養サポートチームNSTは医療専門家集団による
血の通った患者中心の医療藤田保健衛生大学医学部
外科・緩和医療学講座教授
日本消化器病学会広報委員会委員
藤田保健衛生大学第2教育病院
神経内科学(心療内科)教授東口 高志氏
金子 宏氏

栄養は生命の源です。そして適正な栄養管理は病気治療の重要な基盤になります。近年、臨床現場で専門の知識と技術を持った専門職からなる栄養サポートチーム(NST)が組織され、さまざまな病気の治療を支えています。4月からのさらなる診療報酬の改定で、NSTはより充実し、治療効果の向上が期待されます。日本におけるNSTの第一人者・東口高志先生に、「NSTの現状と将来展望」をお伺いします (金子 宏)

米国で創始者に学ぶ

金子 まず、東口先生とNST (Nutrition Support Team)との出会いはお伺いします。

東口 出発点は、肝・胆・膵の外科医としてのニーズです。肝臓がんとうまく治すには、肝臓を外科的にできるだけ広範に切除して、しかも残った肝臓を良好な状態に再生させる必要があります。そこで独自に栄養管理を勉強していたとき、米国シンシナティ大学外科のフィッシャー教授の論文に

いました。教授は「分岐鎖アミノ酸を投与すると残肝がよく再生する」と述べ、さらに「NSTによる栄養管理を行っている」といったことを書いておられました。

金子 そこで早速、シンシナティ大学へ留学されたわけですね。

東口 はい。大学院終了後、1990年から2年間、幸いなことに収入を得ながら、フィッシャー教授から直接臨床現場でNSTを学びました。

金子 各論へ進む前に、NSTを簡単に説明してください。

東口 日本栄養療法推進協議会の定義をお示ししましょう。栄養管理を症例個々に応じて適切に実施することを栄養サポートといい、各科の垣根を越え、しかも医師だけでなく看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師らが専門的知識・技術を活かしながら一致団結して実施する集団を栄養サポートチーム(NST)といいます。

金子 NSTは多くの専門職で構成されているようですが、例えば臨床検査技師は本来の血液学的検査などの臨床検査のほかに特別な任務があるのでしょうか。

東口 おっしゃる通りです。栄養管理をおろそかにすると、治療の効力は発揮できず、それどころか栄養障害によるさまざまな合併症が発生することさえあります。NSTは栄養管理を適切に行い、治療効果をさらに高め、医療行為の成績向上を支えるチーム医療です。

金子 なるほど。NSTは日本



東口 高志

(ひがしぐち たかし)

1981年、三重大学医学部卒業。外科学、代謝・栄養学を専攻。87年同大学院修了、医学博士取得。90年、米国シンシナティ大学外科に勤務、JE Fischer教授に師事。帰国後、三重大学医学部講師、鈴鹿中央総合病院外科医長、尾鷲総合病院外科部長・副院長を経て、2003年、現職。専門は肝胆膵外科学、代謝栄養学、緩和医療学



も古くから行われていましたね。
 東口 NSTは1968年に開発された中心静脈栄養法(TPN)の普及に伴って誕生し、これをきちんと実施していくための栄養管理の専門的集団として欧米諸国で普及したものです。日本では70年代初頭からごく一部の先進的な医師がNSTを組織して治療に当たっていました。その一方でTPNは人手をあまりかけずにすむので急速に普及しましたが、残念ながらNSTは広がりませんでした。

金子 ところが東口先生が98年に三重県・鈴鹿中央総合病院に、持ち寄りパーティー方式全科型NSTを創設されたのを機に、NSTは全国に広がり始めましたね。

東口 参加者がそれぞれお酒や料理を持ち寄る形式のパーティー(PPM)からきた言葉で、各科の専門職が兼業兼務の形でNSTに参加します。日本の医療制度では欧米型の専属チーム作りは難しいのですが、PPM型NSTは日本の実情に合わせた方式なんです。

全入院患者を対象に

金子 PPM型NSTの特徴を教えてください。

東口 日本ではほとんどのNSTは、全診療科で行われる全科型です。活動の流れは、全入院患者に栄養評価スクリーニングを行い、問題患者を抽出し、回診・検討会などのチーム活動をもとに適切な栄養法を行います。欧米のNSTと違い、経静脈栄養だけでなく経腸栄養、経口栄養まで広く行っています。PPM型NSTは少ない労働力を持ち寄ることで感染症の減少などの大きな効果が生まれます。病院

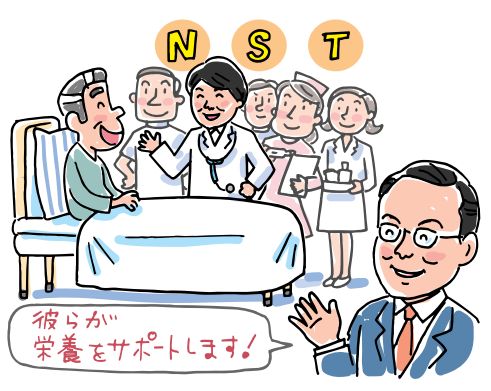
側は経営的に潤い、現場のスタッフには腕を磨く機会が増えます。金子 まさに消化器病治療の最終目標である、口から食べることを実現する医療ですね。

東口 経口栄養や経腸栄養により、手術後、長期絶食を回避して、早期に消化器を使い始めるので、消化器の機能低下が少なく、手術後の回復が促進されます。

10年で170倍に増加

金子 2006年にNST活動は世界で初めて保険診療が適用されることになりました。


東口 それに加えて今年の診療報酬改定でNSTのチーム診療にも保険点数がつき患者も病院もさらに利益を得ることが可能になりました。保険診療が認められてからNST実施病院は急増し始め、10年間で約10からおよそ1700に増えていきます。NSTにより褥瘡・院内感染の予防と治療、在院日数の短縮など多くの効果がもたらされています。金子 NSTの将来展望を少しお聞かせください。東口 低栄養状態の高齢者の予防



的栄養管理や在宅医療、診療所、地域中核病院を含めた地域一体型のNSTの構築などです。高齢化時代を担う医療と考えています。金子 夢の多い医療ですね。長時間、有難うございました。構成 高山美治

金子 宏
 (かねこ ひろし)

1983年、名古屋大学医学部卒。89年、愛知医科大学第4内科助手。93年同講師。同年、米UCLA潰瘍研究センター留学。2002年、愛知医科大学看護学部病態治療学教授。06年、現職。臨床心理士、労働衛生コンサルタント。消化器心身医学研究会代表幹事。専門は消化器心身症、脳腸ペプチド、メンタルヘルス



知っておきたい消化器の病気

気になる
消化器病

バレット食道

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

バレット食道とは、食道の粘膜が胃と同じ種類の粘膜に置き換わる疾患です。胃酸の逆流による食道の傷(逆流性食道炎)から発生し、食道がんの原因にもなります。欧米に多い疾患ですが、日本でも、高蛋白・高脂肪食といった食生活の欧米化などに伴い急増しています。予防は逆流性食道炎にならないことです。

バレット食道とは

食道は、図1に示すように、食べ物が入って胃に至るまでの管で、内側は、皮膚などと同じ扁平上皮という粘膜で覆われています。一方、胃や腸は円柱上皮と

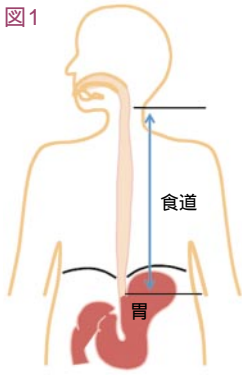


図1

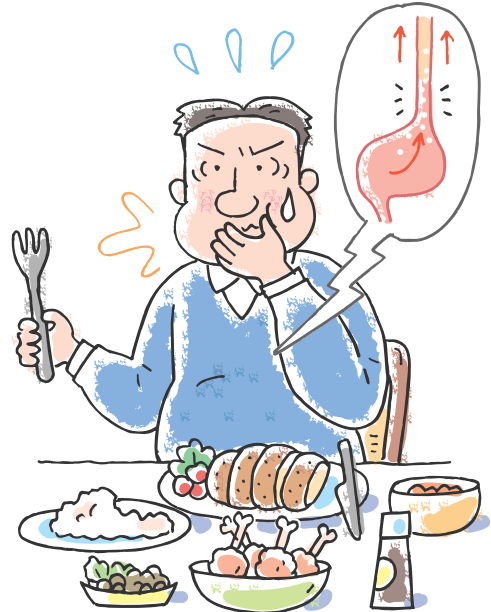
いう種類の粘膜で覆われています。

今回のテーマであるバレット食道という疾患は、食道粘膜である扁平上皮が、食道下部から口に向かって連続して、胃と同じような円柱上皮に置き換わった状態をいいます。バレットとは、最初にこの疾患を提唱した人の名前です。医学的には、置き換わった円柱上皮を「バレット上皮」といい、その長さが3cm以上にわたって全周に認める場合にのみバレット食道と呼んでいます。ここでは、わかりやすく、バレット食道で統一して説明します。

バレット食道はなぜ起こるのか

食道の扁平上皮が円柱上皮に置き換わる詳しいしくみはわかっていませんが、生まれつきにみられる先天的なものは少なく、後天的なもののが大半です。食道に胃内の胃酸などが逆流して傷ができる逆流性食道炎が治癒する過程で扁平上皮が円柱上皮に置き換わると考えられています(図2)。

逆流性食道炎は、こ存じの方も多いためと思えますが、胸やけ症状を起

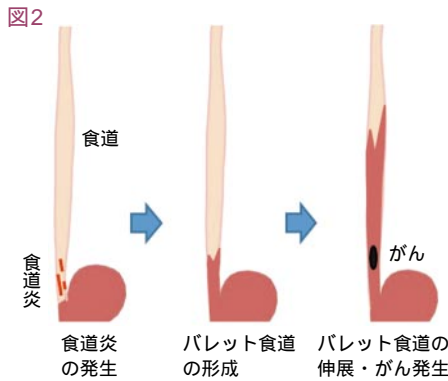


こす代表的な疾患です。高齢者人口の増加、高蛋白・高脂肪食といった食生活の欧米化、ヘリコバクター・ピロリ菌の感染率の低下など種々の要因によって、日本ではこの20年間で急速に増加しています。最近行われた全国規模の調査によると内視鏡検査を受けた方の16・7%に逆流性食道炎を認めたと報告されています。また、バレット食道の頻度は、内視鏡検査を受けた方の20・8%と報告されています。その大半は長さの短いものですが、逆流性食道炎の増加とともに急速に増加しています。

Barrett食道と食道がん

Barrett食道にはがんが発生しやすいことが最も大きな問題となつていきます(図2)。現在の日本では食道がんの約95%は喫煙や飲酒が主因である、扁平上皮がんですが、欧米の白人男性では食道がんの約半数がBarrett食道から発生した、腺がんというがんです。

以前から欧米人では日本人に比べて逆流性食道炎の頻度が高いことが知られており、Barrett食道もBarrett食道から発生する腺がんも日本人に比べて多くみられました。現在の日本における腺がん



の発生は食道がん全体の約5%程度と推測されていますが、逆流性食道炎、Barrett食道の急増に伴い、今後、腺がんが増加すると考えられています。実際、島根大学医学部附属病院では、10年くらい前まではBarrett食道から発生した食道がんの患者さんはほとんど診ることはありませんでしたが、最近では、そういう患者さんを診る機会が増えています。

Barrett食道の症状は

Barrett食道の患者さんでは、胸やけ、すっぱいものや苦いもの(胃液)が口まで上がってくる呑酸(さんさん)感、つかえ感などの症状が多くみられます。これらは逆流性食道炎の症状と同じですが、Barrett食道の患者さんでは逆流性食道炎の患者さんに比べて胸やけなどの症状が軽いことが知られています。ですから、胸やけなどの症状が軽くなつても安心はできません。

Barrett食道の予防・治療

いったんBarrett食道になる

と、自然軽快することはないと考えられています。そのため、予防の第一は逆流性食道炎にならないことです。高蛋白食や高脂肪食、肥満、喫煙、飲酒などは逆流性食道炎の危険因子と考えられており、極力避けることが重要です。また、逆流性食道炎が悪化しないようにプロトンポンプ阻害薬のよような胃酸の分泌を抑えるお薬で治療を行うことも重要です。

なお、Barrett食道になつても、胃酸分泌を抑制する薬剤を用いるとBarrett食道の伸展とがんの発生を抑制する効果があることがわかっていきます。そのほか、Barrett食道の細胞の増殖を抑えるような薬剤の服用や、熱凝固によつてBarrett食道の部分焼却する治療法が試験的に行われています。しかしながら、薬物療法ではがんの発生を完全には予防できませんので、定期的の内視鏡検査を受ける必要があります。

Barrett食道が がんになったら

食道がんは、がんの深達度(深

さ)、リンパ節への転移の有無などによつて治療法が変わります。治療は、基本的には外科的な手術療法が必要になります。

幸い日本では精度の高い内視鏡検査のおかげで早い段階で見られる患者さんも多く、内視鏡的な局所切除法で完全に治癒する患者さんが増えてきています。

最後に

Barrett食道から発生するがんは、現在の日本では頻度の少ない疾患ですが、今後増加していくことが予想されています。その予防には逆流性食道炎にならないようにすることが必要です。そのためには、食生活を見直し、適正体重の維持に努めるなどして、生活習慣の改善に心がけることが重要です。



あだち・きょういち
診療科: 消化器内科

消化器 Q&A どうしました？



このコーナーでは、消化器の病気や健康に関する疑問や悩みについて、専門医がわかりやすくお答えします。

Q 食道アカラシアで悩んでいます。腹腔鏡下手術で良くなると聞きましたが？

とです。食道と胃の境界部に緩みを与えるために、そこをバルーン（風船）で拡張する方法と、緩まない筋肉を手術で切開する方法があります。最近の報告によれば、治療の成功率は前者が77%、後者が96%で、治療効果は手術が優れているとされています。

A 食道アカラシアは、飲食物を胃へ運ぶ食道の機能がうまく働かなくなる疾患で、飲食物がなかなか胃へ下りていきません。胸に詰まるなどの症状が起こります。原因は不明ですが、食道の壁にある神経の異常から食道の平滑筋の運動調節ができてなくなると発症します。

手術は開腹手術と腹腔鏡下手術がありますが、日本では腹腔鏡下手術が患者の約80%に行われ、標準的な治療となっています。

Q C型肝炎患者は鉄のとり過ぎが良くないのはなぜですか？ 食事で気をつけることは？

原因になり、また、肝細胞の遺伝情報を持つ核酸も酸化されると肝臓がんの発生を促す可能性があります。鉄過剰の治療として瀉血（しょうけつ）を抜くことが認められていますが、肝臓に鉄がたまらない食事療法が大切で、鉄の摂取を1日6mgまでにとどめることが推奨されています。鉄の多い動物性食品には、赤みの強い肉類、レバー、丸ごと食べる小魚や貝類があり、植物性食品には大豆製品などがあります。動物性の鉄は腸でよく吸収されるため控えめですが、植物性の鉄は吸収が悪いので少し緩めの制限でも良いでしょう。鉄を多く含む健康補助食品にも注意が必要です。乳製品や白身魚、鶏肉などは問題ないでしょう。

A C型慢性肝炎の患者さんでは、肝臓に鉄が多くなると報告されています。C型慢性肝炎になると、腸管からの鉄吸収や肝細胞に鉄を取り込む働きが非常に強くなるためです。

鉄は必要な栄養素ですが、酸化されると強力な活性酸素を発生して、周りの肝組織を酸化します。組織が酸化されると炎症（肝炎）が続く

ただし、食道アカラシアの腹腔鏡下手術は高度な技術を要するため、食道疾患を専門とする外科医に相談されると良いでしょう。

ただし、食道アカラシアの腹腔鏡下手術は高度な技術を要するため、食道疾患を専門とする外科医に相談されると良いでしょう。

必ず栄養士の指導を受けましょう。なお、B型慢性肝炎では、肝臓に鉄はあまりたまりません。鉄はあまりたまりませんが、アルコール性や非アルコール性の脂肪肝炎は肝臓に鉄がたまりやすく、鉄の制限を含む食事療法が望ましいでしょう。

必ず栄養士の指導を受けましょう。なお、B型慢性肝炎では、肝臓に鉄はあまりたまりません。鉄はあまりたまりませんが、アルコール性や非アルコール性の脂肪肝炎は肝臓に鉄がたまりやすく、鉄の制限を含む食事療法が望ましいでしょう。



回答者
東海大学医学部
消化器外科教授
小澤 壯治

ただし、食道アカラシアの腹腔鏡下手術は高度な技術を要するため、食道疾患を専門とする外科医に相談されると良いでしょう。



回答者
地方独立行政法人
桑名市民病院
理事長・院長
足立 幸彦

必ず栄養士の指導を受けましょう。なお、B型慢性肝炎では、肝臓に鉄はあまりたまりません。鉄はあまりたまりませんが、アルコール性や非アルコール性の脂肪肝炎は肝臓に鉄がたまりやすく、鉄の制限を含む食事療法が望ましいでしょう。

情報のひろば

薬の話題

骨粗しょう症をめぐって

ビスホスホネートとPPI

骨粗しょう症治療薬ビスホスホネートと潰瘍骨粗しょう症の治療に使われる骨代謝改善薬ビスホスホネートは、食道に食道炎、びらん、潰瘍などの副作用を起こす場合があります。予防は、体を起こし十分量の水で飲むことです。

また、ビスホスホネートは、胃や十二指腸に潰瘍を起こす場合もあります。骨粗しょう症の治療用量での胃潰瘍の発症率は、リセドロン酸のビスホスホネートが、アレンドロン酸のビスホスホネートより有意に低いとされています。なお、非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)とビスホスホネートを併用すると、さらに潰瘍のリス

クが高くなることがわかっています。両薬剤を服用する場合には、潰瘍の予防治療を検討する必要があります。

プロトンポンプ阻害薬(PPI)と骨折

胃酸分泌を強力に抑えるプロトンポンプ阻害薬(PPI)は、逆流性食道炎や消化性潰瘍の治療薬ですが、PPIの服用が股関節や脊椎骨の骨折と関係するという報告があります。これにはカルシウムを溶かす胃酸の低下によりカルシウムの吸収が阻害され、骨粗しょう症が発症するという機序が想定されていますが、PPIは骨粗しょう症と関係ないという報告もあります。無酸となる胃切除後で骨折の危険が増加するとされていますから、PPIを長期間服用する方では、骨折の危険が増えることがあるのかもしれない。

自治医科大学消化器内科准教授 佐藤 貴一

市民公開講座のお知らせ

日本消化器病学会の各支部で市民公開講座を開催します。参加はすべて無料です。詳細はホームページをご覧ください。

開催	日時	場所	テーマ	お問合せ
北海道支部	11月12日(金) 18:30~20:30	恵庭市市民会館 中ホール	消化器がん予防と治療 最近の話題 「胃がんの予防と治療」他	恵み野病院内科 森合哲也 TEL.0123-36-7555
東北支部	11月6日(土) 14:00~17:00	タスパークホテル (長井市)	消化器がんの早期発見と治療(最近の話題) 「がん検診について」「肝がんの予防」他	公立置賜総合病院内科 鶴飼克明 TEL.0238-46-5000
	11月13日(土) 13:30~16:00	秋田市民交流プラザ ALVE	消化器の病気について 「胃と腸の病気」「胆のう、膵臓の病気」他	秋田組合総合病院消化器科 渡部博之 TEL.018-880-3000
関東支部	10月9日(土) 14:00~17:00	足利ブリオパレス	消化器がんをめぐる問題 「足利地区における胆石症と胆のうがん」他	足利赤十字病院外科 藤崎真人 TEL.0284-21-0121
	11月13日(土) 14:00~16:00	前橋テルサ	「検診」と「重粒子線」 「検診で異常を指摘されたらどうするか？」他	群馬大学 保健学科 長嶺竹明 TEL.027-220-7111
	11月27日(土) 14:00~18:00	横浜関内ホール 小ホール	名医が語るおなかの病気 消化器病最新の情報 「胃の病気とヘリコバクター・ピロリ菌」他	丹羽病院消化器科 南 康平 TEL.0465-34-3444
甲信越支部	10月24日(日) 13:00~16:00	塩尻市文化会館 レザンホール	消化器のがん、知ろう、語ろう、考えよう 「胃がん」「大腸がん」「C型肝炎と肝がん」	まつもと医療センター松本病院内科 古田 清 TEL.0263-58-4567
	11月27日(土) 14:00~16:00	新潟市民プラザ	おなかの“がん”から身を守るために 「胃がん」「B型・C型肝炎と肝臓がん」他	新潟大学 消化器・一般外科 白井良夫 TEL.025-227-2228
	12月4日(土) 13:00~17:00	山梨県立文学館	こころのこもった技術 切らずに治す 「消化管がんの内視鏡治療」他	山梨県立中央病院消化器内科 小嶋裕一郎 TEL.055-253-7111
東海支部	10月2日(土) 13:00~16:00	三重大学三翠ホール 小ホール	ここまで治るおなかの病気 内視鏡による早期発見と最新治療	三重大学 消化器内科 竹井謙之 TEL.059-231-5017
	11月28日(日) 14:00~16:00	藤田保健衛生大学病院 フジタホール500	おなかの病気の最新の診断と治療 「胃がん」「大腸がん」「膵がん」「肝がん」	藤田保健衛生大学 肝胆膵内科 吉岡健太郎 TEL.0562-93-2324
北陸支部	10月17日(日) 13:30~16:00	富山国際会議場 3階メインホール	消化器のがん、なったらどうする？ 「がんと言われたらどうしますか」他	富山大学 消化器・腫瘍・総合外科 塚田一博 TEL.076-434-7331
近畿支部	11月14日(日) 13:00~17:00	藤井寺市パール ホール	最新の消化器の病気のお話 「早期食道・胃がんの内視鏡診断と治療」他	近畿大学 消化器内科 工藤正俊 TEL.0723-66-0221
中国支部	10月31日(日) 14:00~16:30	ビッグハート出雲	消化器がんの診断と治療の進歩(1) 「食道がん」「大腸がん」「消化器がん」	島根大学 消化器・総合外科 田中恒夫 TEL.0853-20-2232
	11月7日(日) 13:30~16:30	くにびきメッセ	消化器がんの診断と治療の進歩(2) 「胃がん」「肝がん」「胆道・膵がん」	島根大学 消化器・総合外科 田中恒夫 TEL.0853-20-2232
九州支部	10月3日(日) 14:00~16:00	鹿児島県医師会館 大ホール	がんと言われました、どげんしもんぞ。 「胃がんに対する体にやさしい治療」他	鹿児島大学 腫瘍制御学消化器外科 夏越祥次 TEL.099-275-5359

消化器の検査 ②

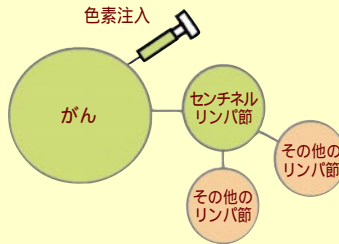
センチネルリンパ節生検

センチネルリンパ節生検とは

がんはリンパ液の流れに乗って、リンパ節から全身へと広がる(転移する)性質があります。リンパ節への転移の状況を手術前や手術中に正確に把握することは困難であるため、これまで、多くのがんの手術で、広い範囲のリンパ節を取り除く方法(リンパ節郭清)が行われてきました。ところが最近では、センチネルリンパ節生検という方法により、リンパ節への転移の状況を手術中に診断し、取り除く範囲を必要最小限にすることが可能となってきました。センチネルリンパ節は、がんが一番最初に流れ着くリンパ節のことで、「見張りリンパ節」とも呼ばれます。

センチネルリンパ節生検の方法

手術前または手術中にがんの周りに色素や放射性物質を注射し、一番最初に流れ着くセンチネルリンパ節を見定めます。手



術中にそのリンパ節を摘出して調べ、転移がなければ、その先のリンパ節への転移の危険性は低いため、それ以上の郭清は行いません。しかし、転移が見つかった場合は通常のリンパ節郭清を行います。



胃がんのセンチネルリンパ節(矢印)

センチネルリンパ節生検の長所と短所

この方法は、がんの切除範囲を最小限にすることができ、結果、手術による患者さんの負担が軽くなり、手術後のQOL(生活の質)の低下を抑えられます。乳がんでは術後の腕のむくみ・しびれ・痛みや、腕が上がらないといった後遺症を減らすことができます。ただし、診断精度が95%程度である、設備投資が必要で実施できる病院に限りがある、などの問題点も残されています。

現在、実際にこの方法が行われているのは乳がんや悪性黒色腫と限られていますが、食道がん・胃がん・大腸がんなど消化器がんでの有用性も示されつつあります。

昭和大学医学部消化器・一般外科 田嶋勇介 村上雅彦

本紙へのご意見・ご要望等は左記まで。
 〒105 0004
 東京都港区新橋2-20 新橋駅前ビル
 1号館2階 (株)協和企画内
 「消化器now」制作事務局
 TEL 03(3569)9531
 FAX 03(3569)9532

次号は、12月20日発行です。
 本紙の無断転載・複製は禁じます。

日本消化器病学会広報委員会委員
 滋賀医科大学外科学講座主任教授
 谷 徹

編集後記

この委員会に参加して、これほど多くの専門家情報を持つ消化器系情報誌があることに驚きをもった。編集委員として小さな記事でさえも全国から最適者を選び出せる強みは驚嘆に値する。本誌が持つ編集委員会の能力と見識が大きく関わってきたと再認識した。今回は外科系の委員として参加させて頂き、いくつかのテーマにおいて外科、内科が合同して治療する疾患や、術後の患者さんの食事に関する体制整備に関するNST等を取り上げることができた。IT時代において、本学会の公的活動が一般市民のために続けられるため、今後本誌には紙ベースで保存する意義のある体裁、テーマが求められていくと思われる。

寄附のお願いについて

財団法人日本消化器病学会は、昭和29年に医学会においては数少ない財団法人の認可を受け、公益事業を積極的に推進しています。その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器now』の発行を行っております。

篤志家、各種団体からの寄附を受け付けておりますので、詳細等お問い合わせは下記にお願いします。

【お問い合わせ先】財団法人日本消化器病学会 事務局
 〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13
 TEL 03-3573-4297 FAX 03-3289-2359 E-mail info@jsge.or.jp
 URL http://www.jsge.or.jp