

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 2011.No.54



臨床研究と患者さんの参加

北海道大学病院
高度先進医療支援センター教授

佐藤 典宏

「病院で医師から臨床研究に参加していただけませんか」と声をかけられたことはありませんか。

臨床研究は、医学・医療の進歩に不可欠なものです。病気の原因を探求するものから、製薬企業が新薬の開発を行うための治験、市販後の医薬品を用いて標準治療を確立するための研究など、さまざまな種類があります。しかし、共通していることは、患者さんの協力がなくては実施できないことです。言い方を変えますと、今の医療は、過去における多くの患者さんによる協力の賜物、とみなすこともできます。

このような臨床研究を実施して医学・医療を進歩させることは、医師や研究者の務めであり、また、社会全体として臨床研究の推進・活性化が求められています。

そのためには何が必要でしょうか。一昔前であれば、臨床研究は診療の合間に医師が行っていました。

た。しかし、医療の高度化は臨床研究の分野においても同様で、今や臨床研究支援スタッフ、すなわち、生物統計家、臨床研究コーディネーター、データマネージャーなどといった専門家の支援がなければ、価値ある臨床研究は実施できなくなっています。

これらの名称は、皆さまにはなじみが薄いものかもしれませんが、国は支援スタッフの育成に力を入れており、各医療機関もさまざまな支援組織を作って臨床研究の推進に努めています。

もし、医師から冒頭のように声を掛けられましたら、「はい、参加します」とお答えいただけますよ。医師はもちろん支援スタッフも陰ながら日々努力しているところです。臨床研究を通じて、患者の皆さまと明日の素晴らしい医療を、ともに作り上げることができれば、と願っております。



- 2頁対 談胃がんのABC検診
- 4頁病 気小腸潰瘍
- 6頁Q&A お酒に弱い人は食道がんになりやすい? げっぷが出て困ります。対処法は?
- 7頁情 報 ヒロリ菌除菌の保険適用が広がる 市民公開講座
- 8頁検 査 食道内圧検査



ずばり対談

ピロリ菌感染と萎縮性胃炎の検査を組み合わせた胃がん撲滅のための「新しい検診」

胃がんのABC検診

川崎医科大学総合臨床医学准教授
NPO法人日本胃がん予知・診断・治療
研究機構

井上 和彦氏

日本消化器病学会広報委員会委員
慶應義塾大学医学部内科学(消化器)准教授

鈴木 秀和氏

病気の検査には、少ない苦痛「正確さ」「効率のよさ」などが求められます。そうした立場から、近年、注目されているのが、胃がんのABC検診です。1回の血液検査で、胃がんになり、やすさ「がずばり分かる検査です。長年にわたりABC検診の基礎となるデータを集め、その研究と普及に全力投球されている井上和彦先生に、ABC検診が胃がんの征圧に果たしている役割と将来展望をお伺いします。

(鈴木 秀和)

長年の研究成果を基に

鈴木 「ABC検診」は、とても覚えやすい愛称ですが、井上先生はネーム作りに関与されたそうですね。名付け親。に伺うのが一番確かです(笑)。

井上 正式には、胃がんリスク検診」と言います。1回の血液検査で胃がんの2大危険因子であるヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)感染の有無と萎縮性胃炎(萎縮性胃炎)の老化現象(の程度を調べ、「胃がんになりやすさ」を判定します。

鈴木 血液検査だけで、なぜピロ

リ菌感染や萎縮性胃炎が分かるのか、ご説明いただけますか。

井上 ピロリ菌感染は感染により生じるピロリ菌の血液中の抗体の有無を調べて診断します。一方、萎縮性胃炎はマーカー(目印)として血液中のペプシノゲン量を測り判定します。ペプシノゲンは胃粘膜細胞でつくられるたんぱく分解酵素ペプシンのもとになる物質で、その一部が血液中に入ります。おまかに言えばペプシノゲンの量が少ないほど、胃粘膜の萎縮が進行しています。


鈴木 次にA・B・Cの内容を、

ご教示ください。

井上 3頁のイラストをもとにご説明します。「ピロリ菌感染なし・胃の萎縮なし」はA群、「ピロリ菌感染あり・胃の萎縮なし」はB群と判定します。「ピロリ菌感染あり・胃の萎縮あり」はC群になります。また、「ピロリ菌検査陰性・胃の萎縮あり」をD群に分類することがあります。A群は「健康な胃」、B群は「やや弱った胃」、C群は「弱った胃」と言えます。

鈴木 このABC分類は井上先生の14年間にわたる研究の集積が中心になって発展したものと聞いております。最近までに人間ドックで上部消化管内視鏡検査を受けた8286人を対象に調査研究され、ABC検診の有用性が証明されていますね。

井上 イラストのカッコ内の数字はABC検診と同日に行った胃内視鏡検査の結果です。A群からは



井上 和彦
(いのうえ かずひこ)

1983年、広島大学医学部卒。93年、松江赤十字病院第3内科(消化器内科)副部長。07年、同院総合診療科部長。08年、鳥根大学医学部臨床教授併任。09年7月より川崎医科大学総合臨床医学准教授(現職)。専門は上部消化管疾患、消化器がん検診、ヘリコバクター・ピロリの臨床

胃がん患者は1人も見つかりませんでした。B群からは7人(0.21%)、C群からは39人(1.87%)が発見されました。日本人の胃がんの99%はピロリ菌感染者から出てくるといわれます。

鈴木 一方、萎縮性胃炎は、前がん状態」と呼ばれており、胃がんが、比較的発症しやすい状態です。この研究で危険因子が重なること発がんの危険度はさらに高くなること分かります。ABC検診を受け



た後の対処方法は？
井上 私は原則として現在では受診者の半数以上を占めるようになり胃がんはほとんど発生しないと考えられる超低危険群のA群には5年に1回程度のABC検診、B群には2〜3年に1回の内視鏡検査あるいはX線検査、C群には年1回の内視鏡検査を推奨しています。
鈴木 C群の人は検査をきちんと受けていただければ胃がんになっても“治る早期がん”で見つかります。

井上 B群では胃潰瘍・十二指腸潰瘍が起こりやすく、次いでC群でも起こりやすいです。A群は今急増中の逆流性食道炎になりやすいので肥満に注意してください。
鈴木 ABC検診の利点や特徴をご紹介します。
井上 現在、胃がん発見を目的に職域や地域で40歳以上の人を対象にX線検査が行われていますが、受診率はきわめて低いです。時間がかかり、わずらわしさも伴うためといわれます。ABC検診を受ければ精密検査の選択や受診の間隔などを知ることができます。受診条件に年齢制限はなく、毎年受ける必要もありません。また1人当たりのABC検査費用はバリウムを飲むX線検査よりも安く、A群には精密検査を奨めないのが全国的にみた医療費の節約は大きな額になると思います。
鈴木 ABC検診で注意すべきことは何でしょうか。
井上 ピロリ菌の除菌治療を受け

大きな医療費の節約

て、ピロリ菌感染なしの“見かけA群”になる人の扱いです。除菌により胃がんの発生は3分の1に減りますが、ABC検診による分類はできないので別扱いにしています。

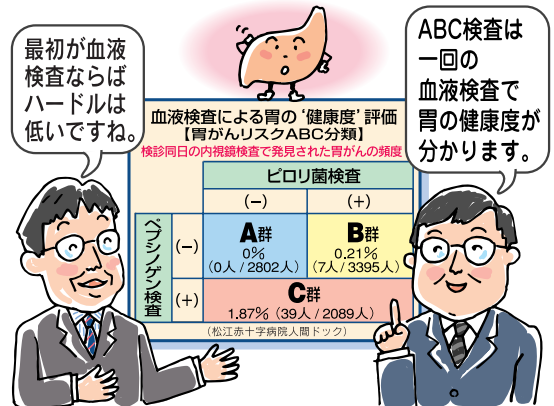
ABC検診に達人は不要

鈴木 この検診の結果判定は経験の浅い医師でも簡単にできるということですね。内視鏡・X線検査とは違って“達人”は要らないんですね(笑)。
井上 医師のみならず誰が判定しても同じ結果が得られることが大きな特徴ですね。私たちのNPO法人理事長・三木一正東邦大学名誉教授は2008年の設立ですが、ABC検診実施施設は全国に広がっています。個人でABC検診を希望される人は近くの検診センターなどへお尋ねください。
鈴木 最後に一言お願いします。
井上 ABC検診は自費診療です。ピロリ菌感染者でも胃潰瘍などの疾患がなければ除菌治療は保険適用にはなりません。ABC検診により胃がんなどの危険度が分

り、ピロリ菌除菌により胃がん発生が抑制されることは証明されています。ですから、保険診療に組み入れられることを希望しています。
鈴木 有難うございました。
構成・高山美治

鈴木 秀和
(すずき ひでかず)

1989年、慶應義塾大学医学部卒。93年、米国カリフォルニア大学サンディエゴ校研究員。95年、慶應義塾大学医学部内科学助手。05年、慶應義塾大学医学部内科学専任講師。11年より現職。専門は上部消化管疾患、消化器がん。Associate Editor: American Journal of Gastroenterology

最初が血液検査ならばハードルは低いですね。

ABC検査は一回の血液検査で胃の健康度が分かります。

		ピロリ菌検査	
		(-)	(+)
シグマ検査	(-)	A群 0% (0人 / 2802人)	B群 0.21% (7人 / 3395人)
	(+)	C群 1.87% (39人 / 2089人) <small>(松江赤十字病院人間ドック)</small>	

血液検査による胃の‘健康度’評価【胃がんリスクABC分類】
検診同日の内視鏡検査で見えられた胃がんの頻度

知っておきたい消化器の病気

気になる
消化器病

小腸潰瘍

福岡大学筑紫病院消化器内科教授 松井 敏幸

小腸は病気の少ない臓器ですが、さまざまな原因で潰瘍かいよう（粘膜の傷）ができることがあります。小腸は口からも肛門からも離れているため、出血などがあっても原因を探る検査は難しいものでした。カプセル内視鏡とダブルバルーン内視鏡が登場してからは小腸内の観察が可能になり、小腸潰瘍の診断と治療が進んでいます。

小腸の構造

小腸の壁は胃と同様に、内側から粘膜、粘膜下層、筋層、漿膜しょうまくと、幾重にも層が重なり、ラジアルタイヤのように頑丈な構造になっています。これは、小腸が食物を受け入れて、消化したり吸収したりする役割を果たすためであり、吸収した後の食物の残りかすで大腸が便を形作り体外に出す役割を担うためです。

また、腸内にはたくさん細菌や便が存在し、それらから受ける化学的な刺激にも強くなくてはなりません。ですから、小腸の粘膜は代謝が速く、強い修復力を持っています。小腸は長く、約6mにも及びますが、意外と病気が少ない臓器でもあります。

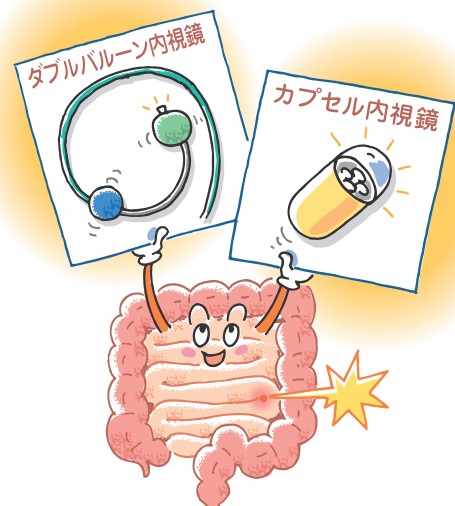
潰瘍の形や深さはさまざま

潰瘍とは、消化管（胃や腸）の粘膜（内側の表面を覆う柔らかな面）にできる傷のことです。この傷は、深くなると粘膜下層や筋層に達することになります。傷

が最も深くなると、胃や腸に穴があいて、腹膜炎を起こしますが、そのような重篤な状態になることはめったにありません。傷の大きさは、数mmから10cm以上の長いものまであり、原因となる病気によって傷の形や深さは異なります。傷の周りに腫れはれができたり、硬くなったりとさまざまです。診断はけっこう難しいものです。また、潰瘍による症状の出方もまちまちで、突然起きたり、長く続いたり、あるいは繰り返し続いたりします。時には、ほとんど症状が出ないこともあります。

難しかった 小腸潰瘍の診断

胃や腸の潰瘍には、痛み、下痢、出血、閉塞などの症状がありますが、病気により異なります。胃潰瘍では、通常、痛みや出血があります。大腸の場合は、自己免疫疾患とも考えられている潰瘍性大腸炎や、血管の詰まりから起きる虚血性大腸炎などの病気で潰瘍ができますが、下痢、腹痛や出血が起こります。小腸潰瘍の症状もさまざまで、



診断

以前は難しかったが、カプセル内視鏡、ダブルバルーン内視鏡の登場で進歩

症状を問診するだけで診断することとは容易ではありません。また、小腸の画像診断法も、以前はX線バリウム造影検査しかなく、しかも、その検査技術はとても難しいものでした。そのため、病気を見逃したり、原因がつかめず、診断ができなかったりしました。

小腸の内視鏡検査の進歩

約10年前から、カプセル内視鏡が登場し、小腸の病気の診断が比較的容易になりました。カプセル内視鏡は、小腸内を流れながら、内蔵カメラが自動的に腸内を撮影するものです(図1)。

また、わが国の医師が発明したダブルバルーン内視鏡により、小腸全体が観察できるようになりました。ダブルバルーン内視鏡は長



図1 カプセル内視鏡(実寸)
口から飲み込むだけで、苦痛なく小腸内が撮影できる

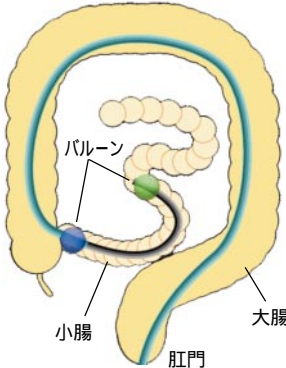


図2 ダブルバルーン内視鏡
肛門側から挿入した図
(自治医科大学下部消化管グループのサイトより引用)



図3 小腸の潰瘍
ダブルバルーン内視鏡の写真

い内視鏡で、小さなバルーン(風船)が2つ付いているものです。これらのバルーンを交互に膨らませて小腸内に固定することにより、内視鏡を奥へ送ることができま

(図2、3)。

カプセル内視鏡は小さくて安全ですが、小腸内の任意の位置に止まって観察することはできません。また、組織を採取して検査すること(生検)もできません。

一方、ダブルバルーン内視鏡は、口から、あるいは肛門から入る長い筒状の内視鏡のため、検査を受ける患者さんはやや苦痛を感じ、検査技術も簡単ではありません。しかし、小腸の内面がきれいに見えて、生検や、出血を止める治療、ポリープを切る治療、詰まりを取る治療もできます。この2つの検査法がわが国で広

く行われるようになり、小腸のいろいろな病気の診断と治療ができるようになりました。

小腸潰瘍の症状と原因

小腸の病気にはポリープのように盛り上がるものと、潰瘍のようにくぼむものがあります(図3)。

小腸に潰瘍をつくる病気には、出血が主症状のもの、痛みや腸の閉塞症状が出るもの、炎症が主な原因であるものがあります。

出血は、血管が詰まり血のめぐりが悪くなった場合(虚血性小腸炎)、血管が切れた場合(血管拡張、腫瘍)と、薬物が原因の場合(リウマチに対する鎮痛剤や、頭痛や血流改善・抗凝固のために使用するアスピリンなどの長期服用後の粘膜傷害)などに起こります。痛みは、腸が閉塞して詰まる病

気がんやポリープなどが原因で起こることがあります。

炎症は、感染症が原因であったり、腸結核やクローン病など慢性の病気でも多くみられます。

出血の原因はカプセル内視鏡でわかることが多くなり、止血治療はダブルバルーン内視鏡で行えることが多くなりました。

また、薬剤が出血の原因であれば、その薬を減らしたり、やめたりすれば治ることもあります。クローン病などの難しい病気では、栄養剤や炎症を抑える薬を用いることとなります。

以上のように、小腸にはさまざまな原因で潰瘍ができますが、検査法が進歩して、的確な診断ができるようになってきました。小腸の潰瘍には治りやすいものとそうでないものがありますが、それぞれに治療法が進みつつあります。



まつい・としゆき
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 お酒に弱い人は食道がんになりやすいというの、ほんとうですか？

A 食道がんは飲酒家と愛煙家に多いことが知られています。お酒に弱い人は、お酒を無理に飲まなければ、食道がんになりやすいということはありません。しかし、もともとコップ1杯のビールでも顔が赤くなるような体質の人が多量に飲むようになると、お酒に強い人よりも食道がんの危険性は高まります。



回答者
国立病院機構久里浜
アルコール症セン
ター臨床研究部長
横山 顕

アルコールは、体内に入ると、食道や咽喉の発がんにかかわるアセトアルデヒドになり、次いで2型アルデヒド脱水素酵素の働きで酢酸に分解されて無害化します。この酵素の強さは体質により3つの型があり、遺伝します。日本人では、強い型の人が50%、弱い型の人が30~40%、酵素の働きがない型の人が10%程度います。

酵素の働きがない型の人には全く飲めませんが、弱い型の人には飲酒習慣により体がアセトアルデヒドに慣れて、多量に飲めるようになりま

す。1日平均500mlの缶ビール3本以上相当のアルコールを飲んだ場合、弱い型の人々の食道がんの危険性は強い型の人々の7倍になり、飲酒しない弱い型の人々の77倍にもなると報告されています。咽喉がんの危険性も高まります。したがって、自分の型を理解してお酒と付き合い合うことが重要で、危険性が高い人は食道がん検診を検討ください。

Q げっぷが出て困ります。どのように対処すればよいでしょうか？

A げっぷは、胃の中に溜まった空気が逆流して、食道を通過して上がってくる生理現象です。

通常、胃には少量の空気が存在し、これが胃液と食物の攪拌を促し、消化に役立つています。食道と胃のつなぎ目(食道胃接合部)は、ふだんは収縮して胃の中の空気が食道に逆流することはありません。



回答者
滋賀医科大学大学院
消化器免疫分野教授
安藤 朗

しかし、食物と一緒に胃に空気が入り、胃の中の空気が増えると、食道胃接合部が緩み、胃の中の空気が、げっぷとなって出されま

す。一方、げっぷにならなかつた空気は腸に運ばれ、そこで吸収をまぬがれると、おならになります。

日頃から飲み込む空気が多いと、食事と関係なくげっぷが出る

ことがあります。「空気嚥下症」または「呑気症」といい、無意識に空気を飲み込んでしまう状態です。これは胃酸の逆流、おなか

が張るといった症状も伴います。また、生唾を飲む」といいますが、緊張やストレスで唾液の分泌が増えたと

き、唾液と一緒に空気も飲み込んで

症状が出ることもあります。

げっぷを減らすには、空気を飲み込まないようにゆっくり食べる

ことです。急いで食べると、空気も飲み込みやすくなります。

空気嚥下症は、ストレスや緊張といった精神的なことによっても起るため、抗不安薬などの投与で症状が改善することもあります。また、逆流性食道炎などになつていないかどうか、胃内視鏡検査で調べることも大切です。

情報のひろば

ピロリ菌の除菌

ピロリ菌除菌治療の保険適用が広がる

現在、保険診療でピロリ菌の検査や除菌治療が行えるのは、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、胃MALTリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃がんに対する内視鏡治療後、の4つの病気などに対してです。2010年6月から、

の胃潰瘍・十二指腸潰瘍に加えて、～の3つが新たに認可されました。

胃MALTリンパ腫は、胃の粘膜にあるリンパ組織から発生する、ゆっくり発育する腫瘍です。胃MALTリンパ腫の約90%はピロリ菌感染により起こった慢性胃炎から発生します。胃MALTリンパ腫の60～80%はピロリ菌の除菌で治癒するため、除菌が第一選択の治療法です。

特発性血小板減少性紫斑病とは、明らかに原因となる疾患や薬剤の投与がないのに血小板が減少し、種々の出血症状を起こす病気です。ピロリ菌に感染している患者さんの約半数は、除菌により、血小板が増加することがわかっています。除菌治療は、原則として18歳以上の成人の患者さんが対象となります。

早期胃がんを内視鏡で治療した後に、胃の他の部位にがんが発生することは少なくありません。除菌治療により、この新しいがんの発生を約3分の1程度に抑制できることが確認されていますので、除菌治療をお勧めします。しかし、除菌が成功した後でも、胃がんが発見されることがありますので、定期的に胃の内視鏡検査や胃がん検診を受けるようにしてください。

川崎医科大学消化管内科准教授 塩谷 昭子

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
第53回大会	11月26日(土) 13:30～16:00	ニッショーホール (日本消防会館)	肝臓病治療の最前線 「ウイルス性肝炎」「肝がん」他	昭和大学 消化器内科 井廻道夫 TEL.03-3784-8535
北海道支部	11月18日(金) 18:30～20:30	函館市芸術ホール	最新の消化器がんの予防と治療 「消化器がんの予防はどこまで可能か」他	市立函館病院消化器外科 木村 純 TEL.0138-43-2000
東北支部	10月15日(土) 14:00～16:00	三沢市国際交流教育センター ホール	おなかのがんの診断と治療 「おなかのがんの予防」他	三沢市立三沢病院内科 棟方正樹 TEL.0176-53-2161
関東支部	9月24日(土) 14:00～16:00	浦安市文化会館 小ホール	消化器がんの最新治療 「胃がん」「大腸がん」「肝・胆・膵」	順天堂大学浦安病院がん治療センター 木所昭夫 TEL.047-353-3111
	10月29日(土) 13:00～16:30	横須賀芸術劇場 ヨコスカ・ベイサイド・ポケット	もし消化器がんといわれたら… 「正しい知識を身につけよう」他	横須賀共済病院外科 長堀 薫 TEL.046-822-2710
	11月13日(日) 13:00～17:30	アミューたちかわ (立川市市民会館)	身近な消化器病の話 「ウイルス肝炎」「肝臓がん」他	国立病院機構災害医療センター消化器科 平田啓一 TEL.042-526-5511
	11月19日(土) 13:30～16:00	日立市多賀市民プラザ	消化器がんを主とした最近の話題 「ウイルス性肝炎治療の進歩」他	日立総合病院外科 奥村 稔 TEL.0294-23-1111
甲信越支部	11月19日(土) 13:00～16:30	熊谷市立文化センター文化会館	消化器病診断治療の現状(予定)	熊谷総合病院内科 五月女直樹 TEL.048-521-0065
	10月30日(日) 13:00～15:30	長野県立須坂病院北病棟 4階講堂	消化器がんで死なないために 「ピロリ菌と胃がん」他	長野県立須坂病院内視鏡センター 赤松泰次 TEL.026-245-1650
東海支部	11月26日(土) 14:00～16:00	朱鷺メッセ 中会議室	生活習慣とおなかの病気 「肥満と肝臓」「腰痛と胃腸の病気」他	村上総合病院消化器内科 太田宏信 TEL.0254-53-2141
	11月5日(土) 14:00～17:00	浜松南病院6階 大会議室	生活習慣とおなかの病気 「生活習慣と逆流性食道炎」他	浜松南病院消化器科 渡邊文利 TEL.053-443-2111
北陸支部	11月27日(日) 13:30～16:00	愛知医科大学構内 たちばなホール	食と健康	愛知医科大学消化器内科 米田政志 TEL.0561-62-3311
	12月4日(日) 13:00～16:00	じばさん三重6階 ホール	おなかの病気 最新の情報と体に優しい治療	市立四日市病院消化器内科 矢野元義 TEL.0593-54-1111
中国支部	10月29日(土) 14:00～17:00	金沢医科大学水見市民病院 6階 多目的ホール	おなかの「がん」いろいろ 発生場所によりどうかわるか?	金沢医科大学水見市民病院一般消化器外科 高島茂樹 TEL.0766-74-1900
	12月4日(日) 13:00～16:00	岡山衛生会館	食道・胃の病気について一緒に考えてみませんか?	川崎医科大学消化管内科 春間 賢 TEL.086-462-1111
九州支部	12月11日(日) 13:00～16:00	川崎医科大学現代医学教育博物館2階 大講堂	おなかの「がん」について 「肝がんを早期発見するには？」他	川崎医科大学総合臨床医学 井上和彦 TEL.086-462-1111
	11月19日(土) 14:00～16:00	佐伯市保健福祉総合センター和楽 大研修室	知っておきたいがん診療の現在 「がんの謎」「がんといわれたら」他	大分大学 腫瘍内科 白尾國昭 TEL.097-586-6275

消化器
の
検査 ②

食道内圧検査

食道内圧検査の目的

食道・胃の内視鏡検査で明らかな異常が認められないのに、つかえ感や胸痛を訴える患者さんがいます。これらの症状の原因の一つに食道の動きの異常(食道運動異常)が考えられます。食道内圧検査は、食道運動異常を調べる検査方法です。

正常な食道運動とは

水分や固形を食物を飲み込むと、それらを胃に送り込むため、食道の上部から収縮波が現れ、徐々に下方に移動し、食道と胃のつなぎ目に伝わり、食道と胃のつなぎ目は弁のように開き、飲み込んだ食物を食道から胃に送り込みます。そして、食物が胃内に入った後には、それが食道に逆流しないように閉じます。この弁の働きをする部位を下部食道括約筋(LES)といいます。LESは物を飲み込むと同時に開き、上部食道から現れた収縮波がLESに到達するまで開いています(図)。この食道収縮波やLESが異常をきたすと、つかえ感や胸痛を訴えることがあります。

最も代表的な食道運動異常症は食道アカラシアで、物を飲み込んだ後のLESの開きが悪い結果、

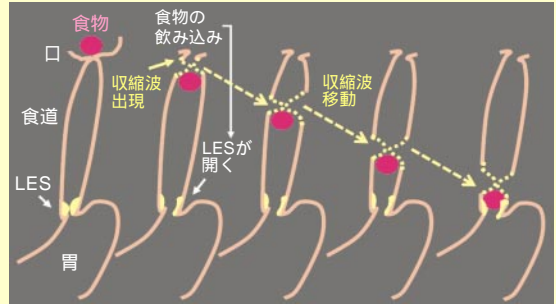


図 健康人における食物摂取後の食道運動

食物が食道内に停滞し、つかえ感などを訴えます。

検査の方法は

食道内圧検査は、径が約4mmの柔らかい内圧測定チューブを鼻から挿入し、咽頭、食道、LES、胃の圧を測定します。最近、楽な内視鏡検査として話題の経鼻内視鏡のスコープの径は約6mmですが、それよりも細いチューブです。検査中には、わずかな喉の違和感がありますが、つらい検査ではありません。内圧チューブを挿入後、一定の間隔で少量の水を飲んでいただき、食道の収縮波とLESの機能を評価します。検査時間は約20～30分です。

日本医科大学消化器内科准教授 岩切 勝彦

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 (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。

で、多くの方から、小誌が役に立っているという評価をいただきました。編集委員一同、更なる内容の充実を目指します。
日本消化器病学会広報委員会委員
星ヶ丘マタニティ病院副院長・内科部長
金子 宏

編集後記

まだ治療法が確立していない病気に対する新薬の開発には、患者さんの協力による臨床研究が不可欠であり、医療体制も含めて「FOCUS」で取り上げました。身近な消化器がんである胃がんの早期発見のために採血結果から胃がんを発見しやすくする「ABC検診」について「すばり対談」で解説されています。「知っておきたい胃腸の病気」として、脳卒中・心筋梗塞の予防薬によって増加している小腸潰瘍があります。小誌第50号で行われた読者アンケートで、多くの方から、小誌が役に立っているという評価をいただきました。編集委員一同、更なる内容の充実を目指します。

まだ治療法が確立していない病気に対する新薬の開発には、患者さんの協力による臨床研究が不可欠であり、医療体制も含めて「FOCUS」で取り上げました。身近な消化器がんである胃がんの早期発見のために採血結果から胃がんを発見しやすくする「ABC検診」について「すばり対談」で解説されています。「知っておきたい胃腸の病気」として、脳卒中・心筋梗塞の予防薬によって増加している小腸潰瘍があります。小誌第50号で行われた読者アンケートで、多くの方から、小誌が役に立っているという評価をいただきました。編集委員一同、更なる内容の充実を目指します。

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。

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。

【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