

巻頭言

吉治 仁志*

この数年で肝硬変に対する診療はパラダイムシフトともいえるような進歩がみられている。肝硬変の進展抑制に対しては原因の除去を行う根本的治療が可能となってきた。わが国における肝硬変の原因としてもっとも多いC型肝炎に対しては直接的抗ウイルス薬(DAA)による抗ウイルス療法の進歩により非代償期を含めて多くの症例においてウイルス排除が可能となっている¹⁾。栄養療法に関して、これまで肝硬変患者の多くは低栄養状態にあったが近年の生活習慣病の増加に伴い肥満や耐糖能異常を有する症例が増えている。一方で、肝硬変患者では筋力・筋肉量の低下をきたすサルコペニアの頻度は高く、予後との関連も明らかにされていることから日本肝臓学会において「肝疾患におけるサルコペニア判定基準」²⁾が作成されている。

最近の5万例を超える調査で、わが国における全肝硬変の約4割が非ウイルス性であることが報告されている^{3),4)}。非ウイルス性肝硬変はウイルス性肝硬変に比べて肝臓の発生率がきわめて低いことが知られており、これまでの肝硬変患者における臨床的にもっとも大きな課題であった発癌抑制に加えて、今後は肝硬変の病態を理解したうえでの各種合併症治療というものが臨床的に重要になってくる。浮腫・腹水に対してはバソプレシン V₂ 受容体拮抗薬であるトルバプタンによる予後改善を含む有用性が相次いで報告されており今後日本から世界に向けたエビデンスの発信が期待される。肝性脳症に対しても、欧米では30年以上前に認可されており海外のガイドラインでは推奨度Aとされている難吸収性抗菌薬であるリファキシミンがようやく日本でも認可された。また、合成二糖類も各種改良が加えられ今後さらに広く使われていくと思われる。カルニチン製剤や亜鉛製剤も種々の合併症に使用されるようになり、肝性脳症や筋痙攣などに対する有効性が報告されている。門脈血栓に対して日本で臨床試験が行われたAT-III製剤、血小板増加薬であるルストロンボパグ、掻痒症に対するナルフラフィンなども登場しており、今後の実地臨床における研究の発展が期待されている⁵⁾。

Hitoshi Yoshiji

*奈良県立医科大学消化器・代謝内科(〒634-8521 奈良県橿原市四条町840)

折しも 2020 年の本年には「肝硬変診療ガイドライン」が改訂予定である。「肝硬変診療ガイドライン」は初版が 2010 年に発行され、改訂第 2 版が 2015 年に日本消化器病学会より発行されている。今回の第 3 版は初めて日本消化器病学会と日本肝臓学会による合同作成となり、肝硬変の病態や治療に関して最新のエビデンスに基づいた診療ガイドラインとなる予定である。

このような状況において小池和彦先生(東京大学消化器内科教授, 日本消化器病学会理事長)の企画による「肝硬変診療の新時代」の特集が組まれたことは非常にタイムリーであり、肝硬変診療において知っておくべきことを各分野のトップランナーが執筆される本特集は日常診療において役立つ 1 冊になるものと確信している。

文 献

- 1) 吉治仁志：肝硬変診療の up to date. 日消誌 114 ; 8-19, 2017
- 2) 日本肝臓学会：肝疾患におけるサルコペニア判定基準(第 1 版).
https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/sarcopenia
- 3) Enomoto, H., Ueno, Y., Hiasa, Y., et al. : Transition in the etiology of liver cirrhosis in Japan : a nationwide survey. J. Gastroenterol. 55 ; 353-362, 2020
- 4) Tateishi, R., Uchino, K., Fujiwara, N., et al. : A nationwide survey on non-B, non-C hepatocellular carcinoma in Japan : 2011-2015 update. J. Gastroenterol. 54 ; 367-376, 2019
- 5) 吉治仁志：非代償性肝硬変(腹水, 肝性脳症, 栄養療法ほか). 今日の治療指針 2019 年版, 542-546, 医学書院, 東京, 2019