



2

特別寄稿：「臨牀消化器内科」40 年を振り返る 編集委員の視点から見た消化器内科臨床

屋嘉比康治*

I 「臨牀消化器内科」との出会い

編集委員として私が「臨牀消化器内科」に関わったのは初代編集委員の中村孝司教授に縁したことによる。私が編集委員として本誌の企画立案に関わったのは 2014 年から 2022 年の間で創刊 29 年目からの足掛け 8 年間であった。そもそも、編集に関わったきっかけは中村先生との出会いであった。私はミシガン大学への留学出発数カ月前に中村先生に会い、その後留学期間 2 年を経て先生の主催する帝京大学市原病院（現 帝京大学ちば総合医療センター）消化器内科に入職した。

1 学びを支えた雑誌

当時の帝京大学市原病院は 500 床ほどの大病院に値する医療機関で医師も百数十名が働いていたと思うが、図書室が小さくて、また 5 時には閉室するので、なかなか調べ物ができない状況であった。しかし医局に行くと、なんと消化器内科医としてとても頼りになる参考文献が揃えられていた。それが「臨牀消化器内科」である。私の入職が 1988 年 4 月であったので 20 冊以上の本誌が医局に揃えられていた。本誌の蔵

書は毎月増えるので、私が同病院を退職するまで 16 年×12 冊（+増刊号）が前述の 20 冊に加わり、臨床に必要な実践的参考書として若手の医師の学習を大いに助けていた。日常の临床上、担当する患者さんの疾患について調べたいときにまさに本誌は必要な基礎知識から専門知識まで論述されており、まずその内容を学んでから患者さんを診て、夕方になるとまた本誌を一読し、また別の文献を探索するという、いつもそばにある貴重な参考文献であった。当時の局員が最も数多く読んだ雑誌であった。

中村先生は 2003 年に退職されたが、その後も本誌の毎号は継続して並んでいた。医局の本棚に行けば役に立つ参考文献が 100 冊以上あるので、若い医局員が担当する消化器疾患の理解を進めるには最も貴重な時間を作ってくれる図書室に医局を変えていた。

2 中村先生からの教え

中村先生は医局員全員の内視鏡検査の指導にあたられていたが、常々「消化器内科では、内視鏡ができるようになることが目的ではない。内視鏡を使って消化器病臨床を進め診療上の問題を解決することが目的である」と私たちを指導されていたので、研修医をはじめ若い医師の多い医局員たちは内視鏡検査で得られた所見から診断を考え治療方針を立てるために「臨牀消

* 埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科
（〒 350-8550 埼玉県川越市鴨田 1981）

化器内科」のさまざまな特集を頻用したものである。それだけ「臨牀消化器内科」が現実の臨床に即した内容であったことがうかがわれる。

II 編集に参加して

2014 年、本誌の編集委員に加えていただき、編集会議に出席するようになった。編集会議では田尻久雄日本消化器内視鏡学会理事長や、小池和彦東京大学消化器内科教授、一瀬雅夫和歌山県立医科大学消化器内科教授、杉山政則杏林大学外科教授、五十嵐正広がん研有明病院消化器内科部長、藤城光弘東京大学内視鏡室長(当時)が編集委員として活動されており、全員が消化器領域の各分野において指導的立場の先生方であった。この構成を見ると消化器内視鏡学の指導者、肝疾患の指導者、胆膵疾患の指導者、上部消化管疾患の指導者、大腸疾患の指導者で、ほぼすべての分野のエキスパートが揃っていた。

私の担当する領域は、おもに上部消化管疾患の領域と思われたが、消化性胃・十二指腸潰瘍治療がヘリコバクター・ピロリ(HP)除菌治療で解決の兆しが見えてきたので、次の時代のテーマとしては胃癌の内視鏡治療と、逆に非器質性消化管疾患である機能性消化管障害が話題になると考えられた。

1 消化性潰瘍治療の変化

以前の上部消化管疾患の代表としては、胃・十二指腸潰瘍が挙げられるが、これら消化性潰瘍の治療には酸分泌調節が最も重要であり、酸分泌調節因子の分子レベルでの解明が必要だった。1980 年前後、生理的な酸分泌刺激物質として重要なヒスタミンが作用するヒスタミン H_2 -受容体の壁細胞上での存在の発見とその構造の解明が行われ、さらに酸分泌細胞である壁細胞

の壁外からのヒスタミンが壁細胞上の H_2 -受容体に到達しその刺激が酸を壁細胞の中から外へ移動させる壁細胞内にあるプロトンポンプの発見があった。

2 H_2 -ブロッカーと PPI の誕生、そして HP 除菌治療へ

上記の研究の進歩と重なる時期に二つの薬剤の誕生がその治療を大きく変えていった。そのうちの 하나가ヒスタミン H_2 -ブロッカーの開発、もう一つが胃酸である塩酸を構成するプロトン分泌を特異的に阻害するプロトンポンプインヒビターの誕生であった。さらに消化性潰瘍症患者の運命まで変えることのできる治療も発見された。それが、胃粘膜に慢性炎症を惹起する HP の発見であり、その HP 除菌治療の誕生であった。

III 「機能性消化管障害」から「腸-脳相関障害」へ

機能性消化管障害においては症状発現の機序がまだ漠然としていて、酸分泌機構の解明のように治療のターゲットとなる細胞や分子レベルの物質は明らかでない。もちろん、非器質性疾患と呼んでいるので原因臓器や物質の同定、解明は将来においても達成されるかは明らかでない。しかし、機能性消化管障害については 2016 年に Rome IV 委員会においてその概念を腸-脳相関障害(disorders of gut-brain interaction)、すなわち脳と消化管の相互作用における障害として中枢と末梢臓器のネットワークに関連する障害と定義している。

「機能性消化管障害一病態の解明と新たな治療」(特大号, 2015 年 2 月号): 不安やうつ気分などは脳内での機能変化をまず生じて、その影響が自律神経系を介して腸管運動を変える。逆に腸管

内の腸内細菌叢が腸炎などの炎症によって炎症性サイトカインが増加し、炎症関連物質が血流を介してあるいは自律神経系を介して脳の機能に影響を与えて腸管運動の抑制や食欲低下などをきたしていることは想定できる。この腸-脳相関の病態成立の構造は、機能性消化管障害を解明するのに最も重要な機構だと思われたので、この特集では腸-脳相関に関する総説を寄稿していただいた。編集者としては機能性消化管障害の奥深さを読み取るための一助となればとの願いからであった。また、現在の治療および治療薬の効果を取り上げてみたいと項目を組んでみた。病態として出てきたのは腸管運動異常と酸感受性亢進が主で、その原因としては心理的ストレスや感染性腸炎にて誘発された腸管の慢性炎症などが論じられている。さらに心理社会因子として重要視されている不安や抑うつが原因として挙げられている。その淵源を考えると不安や抑うつを生じたきっかけとなる経験、社会情勢、生い立ち、家庭環境などが思いつく。すなわち心身に及ぶ全人的原因による身体症状として考えられることになる。

消化器内科はこのような全人的疾患に対して
何が出来るのだろうか？ 内視鏡検査だけでは

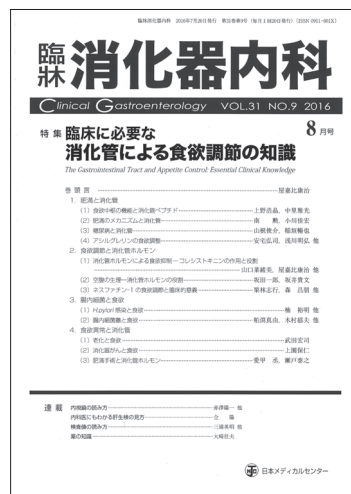
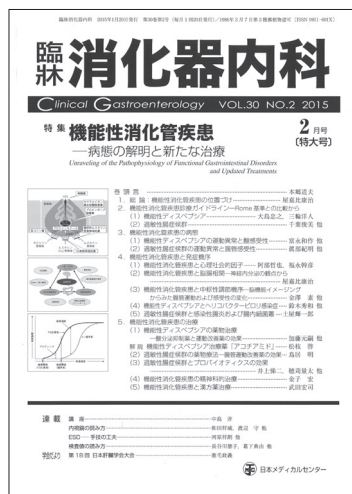
見えない、心の中や過去の体験まで踏み込んで解決を図ろうとするのか、消化管内視鏡を得意とする消化器内科医は「心の内視鏡」も装備する必要があるのだろうか。この特集を担当し、機能性消化管障害、腸-脳相関障害の治療については短期間に発症し、1カ月ほどの服薬治療で改善するものあれば、メンタル科にも協力いただき心身医学的な治療を提供する診療も決して特別ではなく、全人的治療が重要に思えた編集であった。

IV その他の特集について

1 「臨床に必要な消化管による食欲調節の知識」(2016年8月号)

消化器官は何といっても栄養摂取する器官であり生命存続の基盤である。生物が空腹感を覚え食行動に移るのに胃が重要な役割を果たしていることはグレリンの発見によって明らかになった。胃を切除した場合、あるいは高度な萎縮性胃炎では血中グレリン濃度が低下するので食欲低下をきたす可能性がある。

一方、現代社会においては食べすぎによるメタボリックシンドロームや肥満症からの弊害が



この特集は消化器内科だからこそ食事を美味しく食べるには消化管の働きをしっかりと維持すること、あるいは食欲の暴走を防ぐ方法などを理論的にも理解しアドバイスできる知識をもつことを目指して組まれたものである。しかし、このテーマは出版当時においては消化器内科医の関心が高いのか不安が残った。現在であれば、GIP/GLP-1 受容体作動薬が糖尿病治療や肥満症治療に用いられているが、当時は少し時期尚早であったかもしれない。