

所沢市医師会学術講演会

平成27年5月14日(木)19:10～(本講演は19:30～)

ベルヴィ ザ・グラン

座長 星の宮クリニック 院長 京谷 圭子 先生

講師 東京医科大学病院 内視鏡センター

部長/医療保険室長/教授 河合 隆 先生

「酸関連疾患治療のパラダイムシフト」

抄録

1. 胃酸分泌抑制の 3rd stage へ

消化性潰瘍の治療において、胃酸分泌抑制は永遠の課題であった。1980年代以前は、いわゆる制酸剤、さらには抗コリン剤であり、十分な胃酸分泌抑制とはいえず、中和効果であった。1980年になり、日本においてもヒスタミン H₂-receptor 拮抗剤(H₂B)が使用可能となった。これまでの制酸剤に比べ、強力で持続時間を有するため、消化性潰瘍の治療は、胃切除及び迷走神経切除などの外科的治療から、内科的治療へと大きく方向転換し始め、まさに胃酸分泌抑制剤の 1st stage の始まりであった。1990年代に入り、プロトンポンプ阻害薬(PPI)が登場した。PPIは壁細胞の胃酸分泌機構の最終段階である H⁺-K⁺ ATPase を阻害するため、H₂B よりも強力に、かつ長時間胃酸分泌を抑制可能となった。PPIの内服薬ばかりでなく、注射薬も開発され、本当の意味での胃酸分泌をコントロール可能となり、消化性潰瘍ばかりで無く、胃・食道逆流症(GERDの増加)、さらには *Helicobacter pylori* 感染の除菌と酸関連疾患全体を内科的に治療可能な時代が訪れた(2nd stage)。

そして2014年12月に保険認可され、2015年2月から発売された新たな作用機序を有するPPI(ボノプラザンフマル酸塩:以下ボノプラザン)が登場し、3rd stage に突入した。このPPIはカリウムイオン競合型アシッドブロッカー(P-CAB)である。従来のPPIの問題点として最大効果を発揮するまでに数日を有することが知られている。一方ボノプラザンは投与4時間後には胃内pH7まで上昇させることが可能であり、7日間の反復投与では24時間のpH4以上のholding時間の割合は100%と報告されている。

2. 酸関連疾患治療のパラダイムシフト

酸関連疾患の代表は、やはり消化性潰瘍である。消化性潰瘍診療ガイドラインにあるように、胃潰瘍、十二指腸潰瘍いずれにおいても、NSAIDsの内服がなければ、*H.pylori* 感染の有無をチェックし、*H.pylori* 陽性の場合まず除菌治療を行うとされている。*H.pylori* 除菌レジメとしてはPPIに2つの抗菌剤を投与するtriple therapy (Italian regimen)はPPIに加えてclarithromycin (CAM)、amoxicillin(AMPC)を7日間投与する方法である。PPI/AC療法の除

菌率の推移として 2001－2010 年の一次除菌率の変化検討したところ 2001 年には ITT: 78.5%であったが、2010 年では ITT:66.5 %と有意に低下していた。

Murakami ら(大分大学)はボノプラザン+ AMPC + CAM(ボノプラザン群)とランソプラゾール+ AMPC + CAM(ランソプラゾール群)による 7 日間投与による一次除菌療法の検討を行った。ボノプラザン群で 92.6%とランソプラゾール群の 75.9%に対し、大きな差を認めた。特に CAM 耐性株を有する層では、ボノプラザン群は 82.0%とランソプラゾール群の 40.0%に対して有意に高い除菌率を示した。

ご略歴

1984 年 3 月 東京医科大学卒業

1988 年 3 月 東京医科大学大学院修了 学位取得

1988 年 3 月 東京医科大学病院第 4 内科（現消化器内科）入局

1999 年 8 月 東京医科大学講師

2003 年 2 月 東京医科大学病院内視鏡センター移籍 同部長

2005 年 8 月 東京医科大学助教授

2006 年 4 月 東京薬科大学客員教授（現在も継続）

2008 年 5 月 東京医科大学教授

2014 年 4 月 東京医科大学病院 医療保険室室長兼務