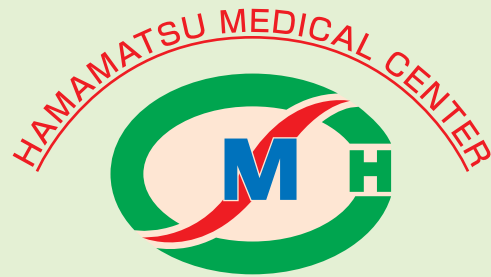




「よくわかる! 胃がん」

がん診療連携拠点病院
県西部浜松医療センター

「胃がん治療を受ける患者さんのためのQ&A集」



静岡県浜松市中区富塚町328

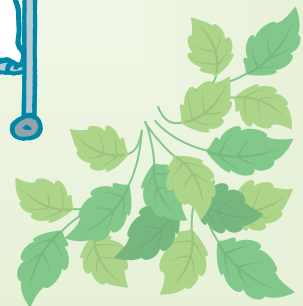
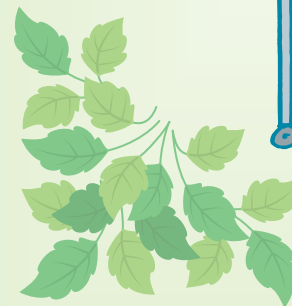
☎053-453-7111

<http://www.hmedc.or.jp>

セカンドオピニオン外来・
患者相談へのお問い合わせ

☎053-451-2788
(総合相談支援室)

2008年10月発行



監修: 県西部浜松医療センター 広報委員会

目次

はじめに…

胃がんは日本ではもっとも多い「がん」です。最近の医療はインフォームドコンセント（説明と同意）が重視され「がん」を本人に告知するようになりましたが、「検査の結果、胃にがんがあります」と告知され、「もう長くないのか」と考えるのは昔の話になっています。胃がんの診断や治療はこの数年で大きく前進し治る病気と考えられるようになって来たのです。患者さんは主治医の説明をよく聞き、自分に一番適した治療を理解した上で選択してください。安心して、安全に行うことが一番大切です。また胃がん術後にはいろいろな合併症（後遺症）が起こりうるため、患者さんは「がん」が再発したのではないかといつも心配してしまいます。旧来の胃がん専門医は早期診断と手術法の研究に力を入れる反面、術後のケアを軽く見ていたところがあります。後遺症がどのような機序で起き、どのようにすると予防できるかをよく知っておくことが大切です。この冊子では「患者さん中心の胃がん治療」について当院 4 人の胃がん専門家が Q&A 方式で説明をいたします。胃がんで悩める人たちに少しでもお役に立てればと思います。

（県西部浜松医療センター名誉院長 内村 正幸）



はじめに

1 ここまで進んだ胃がん診療 【病態解明～診断技術の進歩】

内視鏡科長 山田 正美

- Q1: 胃がんの発生する仕組みは …………… 2
- Q2: 胃がんはどのように拡がっていくの …………… 3
- Q3: 胃がんの治療方法は …………… 4
- Q4: ピロリ菌を持っていると …………… 5

2 内科で治療する胃がん、その基準と限界

内視鏡科医長 高井 哲成

- Q5: 内視鏡で治療するのは …………… 6
- Q6: 内視鏡で胃がんが取りきれた場合 …………… 7
- Q7: 抗がん剤の治療効果は …………… 8
- Q8: 抗がん剤の副作用は …………… 9

3 胃癌は手術で、こう治す

外科長 西脇 由朗

- Q9: 手術後の再発は …………… 10
- Q10: 手術後の再発、転移、検査は …………… 11
- Q11: 胃の切除範囲はどのように決めているの …………… 12
- Q12: 手術後の抗がん剤の使用は …………… 13

4 知っておこう、胃切除後に起こる後遺症とその対策

名誉院長、内村クリニック院長 内村 正幸

- Q13: 手術後、腹痛・動悸などがあって不安です …………… 14
- Q14: 背中での痛みがとれません、再発でしょうか …………… 15
- Q15: 時々、めまいや立ちくらみがあります …………… 16
- Q16: 手術後の腸管癒着が心配です …………… 17



Q1

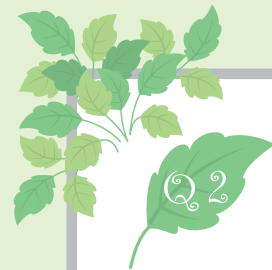
胃がんの発生する仕組みはどこまでわかっているのですか？

A1

国内で毎年 5 万人が命を落とす胃がん、今後 20~30 年間に団塊世代を中心に 500 万人が胃がんを発症すると予想され、日本はまだ世界有数の胃がん大国です。胃がんが発症してくるには大きく遺伝要因と環境要因の二つが関与し、これらが相互に作用すると考えられています。

一般に病気に対する感受性や抵抗性などの個体差は、その人が生まれ持った遺伝子によって決められています。遺伝情報が収められている DNA は、4 種類の塩基が対になって並んでいますが、日本人の 6 割が胃がんリスクが高くなる DNA 配列になっており、ある 1 箇所の配列の違いが発がんリスクを 4.2 倍高めると言われています。遺伝子レベルの異常が明確になると、胃がん関連遺伝子を標的とした新しい診断法や治療法が開発される可能性が期待できます。

胃がんができる要因としては環境要因が最も重要で、喫煙などの生活習慣、食物・化学物質、ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)などの微生物感染が胃がん発生リスクを高めます。特に我が国では食塩の過剰摂取とピロリ菌感染は胃がん発生の重要な危険因子です。高塩分食品は胃の中の浸透圧を高くし、胃粘膜の障害や炎症等を引き起こし、発がんを促進すると考えられています。一方、新鮮な野菜や果物の摂取は胃がん発生に対しては予防的に働きます。野菜や果物の中に含まれるいくつかの栄養素が発がんを抑えるためと言われています。

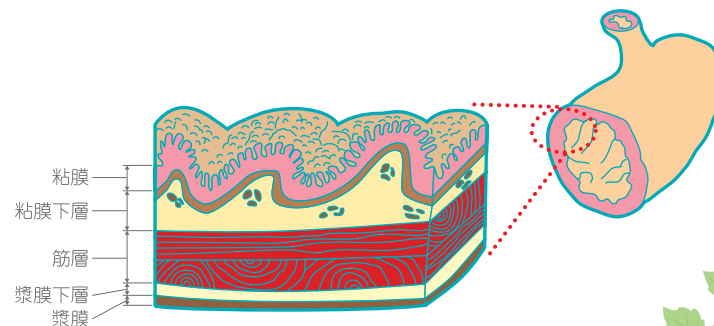


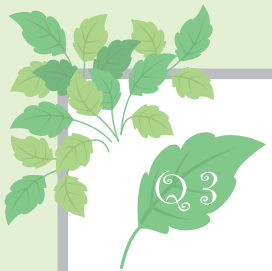
Q2

胃がんはどのように広がっていくのでしょうか？

A2

胃の内側には粘膜と呼ばれるひだがあり、胃酸などを分泌しています。その下に粘膜筋板という薄い筋肉があり粘膜を支えています。粘膜筋板の下には粘膜下層という部分があり、その中に血管やリンパ管が走っています。粘膜下層の下には固有筋層と呼ばれる厚い筋肉の層があり、胃を動かしています。壁の一番外側はつるつるとした漿膜という膜で覆われています。胃がんは胃の粘膜から発生します。最初にかんができた部位を原発巣といいます。がんも最初は粘膜に留まっており、この段階であれば転移はしないと考えられています。がんは時間とともに広がっていきますが、普通は胃の壁深くに拡がります。なかには、内側にだけや横方向にだけ拡がるがんもあります。胃がんが壁の深くに拡がっていくと、血管やリンパ管にがんが入り込んだり胃の壁を突き破ったりして、他の臓器に転移するようになります。転移する可能性が最も多い臓器はリンパ節で、次に腹膜、そして肝臓です。お腹の中以外の臓器に転移することは比較的まれですが、首のリンパ節、肺、骨、脳、皮膚、筋肉、目などにも転移することもあります。





Q3

胃がんの治療方法には どういうものがあるのでしょうか？

A3 胃がんの治療には内視鏡的治療、手術、化学療法、放射線治療などがあります。これらのうちどの治療法を選ぶかは胃がんがどの程度進行しているかによります。

がんが小さく、拡がりが粘膜内にとどまっている場合には内視鏡的治療が積極的に行われるようになってきました。この方法は体に対する負担が最も少ない治療方法ですがリンパ節を取ることができませんので、リンパ節転移が絶対に無いと思われる方だけが対象になります。

手術は胃がんが治る可能性が最も高い治療法です。がんのできている場所により切り取る範囲やリンパ節を取る部位が変わります。早期胃がんでは腹腔鏡で行う体に負担の少ない手術が可能です。

手術でがんが取りきれない場合や手術を受けても小さながんが体内に残っている可能性があるときは、お薬を使う化学療法（抗がん剤治療）が行われます。近年の化学療法の進歩は著しく、副作用が少なく効果が高いものがたくさん開発されてきており、大きく変わりつつある領域です。

放射線治療は高いエネルギーのレントゲンを用いて体の外から体内のがん部を治療します。効果は手術ほど確実ではなく、化学療法と同様に手術で取りきれないような胃がんや再発の場合等に行われます。

その他、全身や局所の免疫を高めてがんを治療する免疫療法等がありますが、研究段階でありその効果は十分にはわかっていません。

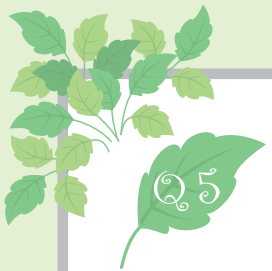


Q4

ピロリ菌を持っていると 胃がんになりやすいのですか？

A4 人の胃に住み付く細菌ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）感染が胃がんの発生に深く関わっていることは様々な研究結果から明らかです。ただ、ピロリ菌感染者が全員病気になるわけではありません。ピロリ菌の感染を受けたヒトの個性と、感染するピロリ菌の個体差とが複雑に絡んでいます。厚生労働省では1990年から15年にわたり、全国の40～69歳の男女約4万人を追跡調査しました。それによると、ピロリ菌の感染者は非感染者に比べ5.1倍胃がんになりやすいことがわかりました。また、過去に感染歴のある人の胃がんリスクは10.2倍に上っています。また、ごく最近 Japan Gast Study Group (JGSG) が早期胃がんの内視鏡手術を受けた患者さんのうちピロリ菌除菌治療をした人たちを追跡してみた結果、ピロリ菌除菌者はその後の胃がん発生が抑制されたと発表しました。ピロリ菌はそれが持つ病原因子の違いにより東アジア型と欧米型に分けることができますが、日本人の胃に住み付くピロリ菌は胃潰瘍や胃がんを引き起こしやすい東アジア型です。この毒性の強い東アジア型ピロリ菌が感染する日本では、胃がん予防という観点からはできるだけ早く除菌したほうが胃がん予防につながるのですが、胃がん予防のためのピロリ菌除菌はまだ保険適応としては認められてはいません。





Q5 内視鏡で治療するのはどのような胃がんで、
どのような方法ですか？合併症が心配です。
危険性は無いのですか？

A5 おとなしいタイプのがん細胞で病変が胃の粘膜までにと
どまり、深く入り込んでいなければリンパ節などに転移し
ている可能性が極めて少なく内視鏡的治療の適応になります。

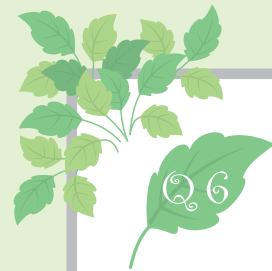
数年前までは EMR と呼ばれる鉗子¹⁾ や先端フードと電気の流れるワイヤを用いた方法が主流でした。この場合大きさが 2cm を超すと一度に取りきることが困難で分割切除になります。治療前に深さを診断するのは確実な方法ではなく、治療後に切除標本を顕微鏡で調べて、「深い場所にも病変が無かったのか」「病変の周囲をある程度余裕をもって切除できたか」を検討する必要があります。一括ではなく分割切除した場合には切除断端が治療の影響で焼け焦げてしまうのでこうした評価ができなくなり治療後も本当になんを取り切れたのか不安が残ります。

最近では ESD と呼ばれる電気の流れる針（ナイフ）を用いて切除する方法が全国的に普及し大きな病変でも一括に切除できるようになりました。ただし、この手技はある程度の熟練を必要とし、出血や穿孔²⁾ といった合併症の頻度も高いので注意が必要です。

出血した場合は焼灼やクリップの留置で止血します。穿孔した場合はクリップで傷口を縫い合わせるようにします。内視鏡で対応しきれない場合には緊急手術が必要なこともあります。

どの治療にしても治療前にメリットとデメリットを良く検討しメリットがデメリットを上回ると判断した場合にお勧めしております。

1) 病変部分をつまむ内視鏡器具 2) 胃の壁に穴が開いてしまうこと



Q6 内視鏡で胃がんが取りきれた場合、
もう胃がんになる心配はありませんか？

A6 内視鏡で胃がんを治療する際、ほとんどの場合取り切れる
ことを前提にしていますので、治療が終了すれば一旦がん
の心配はなくなります。

しかし、胃がんの原因を調べていく中で胃がんができる人にはそれなりの素因（背景）があることが分かってきました。ピロリ菌感染もその一つです。特に内視鏡で治療しようとする比較のおとなしいタイプのがんでは慢性胃炎を背景にしていることが多く、一ヶ所のがんを治療後しばらくして別の場所からがんが出来てくることがしばしばあります。

内視鏡的治療終了後も数ヶ月に一度定期的に内視鏡検査を勧めている理由には治療した箇所の様子を見るだけでなく別の場所に新たながんが出来ていないか観察する必要があるからです。

ピロリ菌感染の結果、胃がんが出来るほど慢性胃炎が進んでしまった場合でも、ピロリ菌を除菌することが新たな胃がんの発生を抑えるかどうか、長い間議論になっていました。最近、「(早期) 胃がんの治療をする位、胃の炎症が進んだ人でも除菌療法をすればその後の新たな胃がんの発生率が低くなるのでは」という報告がありました。当施設でも胃がんの内視鏡的治療が終了した方にはピロリ菌の除菌療法を勧めています。

内視鏡的治療が終了したら、次にやることは新たながんを予防すること。また、もし別の場所に胃がんが出来ても内視鏡で治療できる早期のうちに見ることが大切です。





Q7

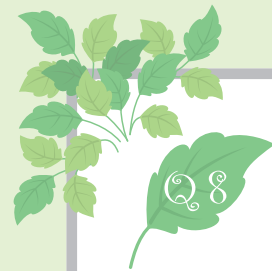
抗がん剤は 治療効果があるのですか？

A7 血液のがんなどと違い胃がんのように固い形のあるがんは、抗がん剤が効きにくい、と言われてきました。実際、抗がん剤治療で手術のようにごっそりとがんが減ることはむしろ稀れです。

そもそも、「治療して良かったか否か」は「許容される副作用の範囲内でがんの症状をいかに抑えたか」であり、「がんが小さくなったか」だけで議論できるものではないのですが、汎用されている「奏効率」すなわち「がんが小さくなったか」で話を進めます。

10 年程前から、新規抗がん剤と呼ばれる薬剤が幾つか実用化されその有効性が高く評価されてきました。内服薬 S-1 もその一つです。S-1 と点滴の抗がん剤シスプラチンの併用で 76% という奏効率の報告が注目を集めました。S-1 単独治療との比較試験ではありませんでした。ごく最近、「S-1 は単独で用いるよりも、シスプラチンなどの点滴の抗がん剤と併用の方が治療効果は高そう」という報告があり、現時点では S-1+ α が first line (標準治療) として認識されつつあります。

一方、治療前に本人のがん組織を一部使ってどの抗がん剤が効きそうかどの抗がん剤が効きそうにないかあらかじめ予想する「腫瘍感受性試験」の研究が盛んに行われています。年齢や全身状態といった要素も加味した個人ごとに治療方法が異なる「テーラーメイド治療」の時代も遠くないと考えられます。



Q8

抗がん剤は副作用が心配です。 大丈夫ですか。

A8 がんの性質である「異常に速まった細胞増殖」を妨げようとするのが抗がん剤ですので、体の中で細胞の増殖 (新陳代謝) が盛んである髪の毛、口や消化管などの粘膜、骨髄などが抗がん剤の影響を強く受けます。その結果として脱毛、口内炎、下痢、吐き気が起こったり、白血球や赤血球、血小板の数が少なくなったりします。

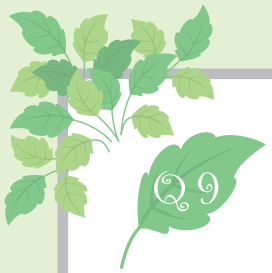
脱毛は経過観察することが多いですが、口内炎、下痢、吐き気に対してはあらかじめ予防の薬を併用し、症状が出た時に対症療法するのが一般的です。白血球が少なくなった時には感染症に注意しながら白血球を増やす注射を、赤血球や血小板が少なくなった時には輸血を検討します。

それ以外に心臓への影響として動悸や不整脈が、また肝臓や腎臓に障害がでることもあります。いずれの副作用も程度が著しい場合には治療薬の変更や治療の中断が必要です。

近年、「がんを小さくできなくても増殖のスピードを緩めることができれば、生存期間の延長につながる」という「腫瘍休眠療法」という考え方が普及しつつあります。従来の「辛く苦しい治療を何とか頑張ってがんを小さくしよう」という発想から一転して「腫瘍の大きさが倍になる時間を遅らせよう」という考え方です。この場合短期集中型の治療ではなく、副作用をなるべく減らした長続きのする治療が基本になります。

胃がんの治療でよく使われる内服の抗がん剤はこの考え方に基づいていますし、点滴の抗がん剤でも 1 日の投与量を減らす代わりに何回かに分散させることで、いい結果がでているものもあります。





Q9 手術直後にがんは取りきれましたと外科の先生から言われましたが、その後に再発しました。それはどうしてですか？

A9 肉眼的にがんを取りきれたと思われても、顕微鏡レベルでがんが切除範囲を越えて存在すればがんは再発します。したがって手術では術前の検査からがんの広がりを見込み、それよりもさらに広い範囲を切除します。がんの進行具合は術前の内視鏡検査や CT、MRI などでもかなり分かるようになったとはいえ、リンパ節転移の有無は正確には切除して顕微鏡で詳しく調べないと分かりません。もしがんがリンパ節に転移していると手術で切除しなければがんが残ってしまいます。がんが残ってしまえば、必ず残ったがんは増大してきます。がんを根絶するためにはがんを残さないように切除することが鉄則です。

胃がんに限らず、がんの手術の特徴は対象とする臓器(胃がんであれば胃)だけでなく、その周囲のリンパ節を含めて広く切除することです。なぜリンパ節を含めて切除するかというと、がんは進行するとリンパ節に転移することがあり、顕微鏡で調べることができるのは手術で切除したもののみですので、結局は術後に再発してこないかどうか注意深く経過を観察する必要があります。しかし、切除後の検索でリンパ節転移が一つもなく早期の胃がんであれば、今までの多くの患者さんのデータから再発の可能性はほとんどない事が分かっています。再発の可能性は進行度で大きく異なります。



Q10 よくがんは5年経過して再発、転移がなければ根治と言われますが、その後は検査をしなくても良いのですか？

A10 確かに一般に消化器がんはそのがんの進行速度(ある研究ではヒトの1個のがん細胞から直径1cmの早期がんになるまでに2.5~10年かかると報告されています)から考えて、手術後5年間に再発・転移がなく経過すれば完治と言っていいでしょう。それは、仮に手術で切除した範囲以上に顕微鏡レベルのがんが残ったとしても、5年間の間には増殖して内視鏡検査やCTなどに異常としてとらえられるようになると考えられるからです。しかし、5年間無事に経過してもその後検査が不要とは言えません。それは手術した胃がんは根治しても術後に残った胃に新たながんができる(これを残胃癌と言います)こともありますし、食道に病気が見つかることもあります。胃切除による後遺症(胆嚢結石、吻合部潰瘍、逆流性食道炎など)も出現するかもしれません。症状がなく、術後の経過が良くても5年以降も1年に1回程度の内視鏡検査や超音波検査(エコー検査)、CTなどは行った方がよいでしょう。





Q11

胃がんで胃を3分の2切除したとか胃を全部切除したとか聞きますが、胃の切除範囲はどのように決めているのですか？

A11 胃の切除範囲は主にがんができた胃の部位と進行度（ステージとも言う、がんの進み具合で胃壁へのがんの浸潤の深さ、リンパ節転移の状態、遠隔転移の有無で決まります）そして組織型（顕微鏡で分類した胃がんの種類）で決定されます。現在、広く行われている胃がんの手術方法は大きく分けて3つあり、幽門側胃切除術、胃全摘術、噴門側胃切除術であります。幽門側胃切除術は胃がんが胃の中央部と胃の出口側（胃の出口を幽門と言う）によくできる事から、最もよく行われる術式です。幽門側を幽門を含めて2/3以上切除し、胃の入り口側（胃の入り口を噴門と言う）が1/3から1/5程度残ります。

噴門側胃切除術は噴門側を噴門を含めて約1/2切除する術式で、がんが胃の入り口側近くにありかつリンパを広く切除する必要のない早期がんに限っています。再建法が少し煩雑なため、採用していない病院もあります。胃全摘術はがんの広がりや胃全体に及ぶものや組織型が悪性度の高い印環細胞がんなどでがんの広がりが不明確なものに行っています。

切除後の再建方法（切除した後に消化管をつなぎ合わせて食べ物の通り道を作り直す方法）はいろいろと考案されてきましたが、それぞれに長一短があり完璧なものではなく術者、病院により異なることがあります。

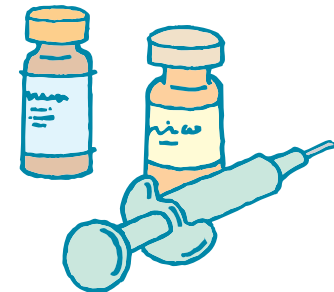
手術中には時に迅速病理検査を行います。これはがんの広がりを顕微鏡で確認するもので、リンパ節や胃を切断した端の部分（残っている胃に最も近い部位）を調べます。そこにがんが確認されると、リンパ節をより広く切除したり、胃を追加して切除したり、手術方法を変更する必要が出てきます。肉眼では分からない、がんの広がりをより正確に診断するのが迅速病理検査です。



Q12

手術後に抗がん剤を使用する人と使用しない人はどのように決めているのですか？

A12 多くの胃がん患者さんのがん組織をすべて完全に破壊できる抗がん剤は残念ながらまだ存在しません。手術で肉眼的にがんを取りきれたと思われても、顕微鏡レベルでがんが切除範囲を越えて存在すればがんは再発します。手術では体内のすべてのがん組織を取り除くことを目指していますが、術前の予想以上にがんが進行していることがありますし、顕微鏡レベルのがんは肉眼では分かりません。手術で切除した胃やその周辺のリンパ節を顕微鏡で詳しく検索して正確な進行度が明らかとなります。進行度によって術後の再発の頻度がおおよそ想定できます。それは言い換えれば顕微鏡レベルで体内にがんが残っている確率とも言えます。再発する可能性がある程度（30%位）以上予想できる場合は抗がん剤を併用します。具体的には進行度Ⅲ、Ⅳはほぼ全員、場合によっては進行度Ⅱの一部の人にも抗がん剤を勧めています。最終的に抗がん剤を使用するかどうかは副作用の問題もありますので、主治医と患者さん本人や御家族との話し合いで決めています。





Q13

早期がんで胃幽門側3分の2を切除しました。
食後間もなく腹痛や動悸、めまいがあり、
毎日不安なのですが…。

A13 胃を切除した殆どの方が経験する後遺症でダンピング症状といいますが、食事中や食後30分以内に急に食べ物が食道につかえ、食べ物や胃や腸管に進まず、腹痛や腹部膨満、動悸、めまいを起こし、冷や汗などが見られ、横にならずにはいられないような気持ちになります。食物は今まで胃の中で小さく砕かれ、少しずつ小腸に移動していたものが、胃を切除すると、胃がありませんので、急に腸に流れ込みます。この流れ込んだ食物を急速に小腸から吸収し、これに対し色々なホルモンの分泌が血管内に起こり、小腸の血管が収縮して循環障害を起こすため、腸管は水ぶくれのようになって、瞬間的に食物が通りにくくなります。これを早期ダンピング症状といいます。また、食後2~3時間して起きるダンピング症状もあります。この時は、頭痛、冷や汗、めまい、動悸、脱力感などの症状です。これは、糖分の多い食べ物が腸管に入ったあと、血糖が急激に上がってしまい、これを下げようとする生理的な反応として、血液内に大量にインシュリンが出てきて逆に血糖が下がりすぎて起こるもので、晩期ダンピング症状と呼んでいます。

このようなダンピング症状を予防するには、ゆっくりと良く噛んで食事をする事です。胃を切除すると「攪拌運動」、「貯留作用」、「ゆっくり腸に運び出す作用」の3つの大きな胃の作用がなくなっていますので、この働きを口の中で代用する事を忘れてからです。具体的には、①1口30回以上噛むようにする。②マイペースで食事時間をとり、一緒に食事する人のスピードにあわせない。③1日3回の食事を4~6回に分食する。④水分は大切ですが食事の際のお茶や水はなるべく少なくして食前には飲まない。また、食べ物を水分で流し込まないようにする。食後2~3時間して起きる晩期ダンピング症状では低血糖を予防するために、ビスケットや飴玉、氷砂糖を舐めたり、甘い飲み物をとる事です。できれば、予防目的でいつも食後2時間ぐらいに何かおやつを食べる事です。



Q14

早期胃がんで胃全摘出手術を受け
6ヶ月経過しましたが、
「焼けるような背中痛み」が取れません。
再発でしょうか、心配です。

A14 胃の全摘出手術を受けた人に多い逆流性食道炎の症状です。正常な胃では入り口(噴門部)と出口(幽門部)に食物や腸管内消化液が逆流しないように括約筋がついています。しかし、この手術を受けた方はこの括約筋を切除していますので、逆流防止作用がなくなっている訳です。更に胃がんの手術ではリンパ節も同時に郭清しますので、胃の迷走神経も切断されるため逆流防止作用をする括約筋の作用が殆ど消失したことになり、このため、体位によって食事や腸液が食道の方に逆流する事があります。このような状態を逆流性食道炎と呼びます。症状として、胸の痛み、焼けるような背中痛み、胸焼け、嚥下困難があります。防止対策は、以下のとおりです。

- ①寝る前の食事はしない。
- ②寝る時の夜具は15~30度の傾斜をつけて寝る
- ③食事はゆっくり時間をかけて食べる。過食・便秘に注意する。
- ④姿勢を正しく、猫背にならないよう常に背筋を伸ばすように心掛ける。
- ⑤消化酵素を食前、食事中に飲んで早めの消化補助をする。胃全摘手術を行っている人は胃がありませんので、食後に消化剤を飲むのはあまり効果がありません。



Q15

早期胃がんにて胃全摘出手術を行い5年経過しました。時々、めまいや立ちくらみがあります。

A15 胃全摘出手術後に良く見られる貧血でビタミン B12 欠乏性の貧血症状です。胃切除特に、胃全摘出手術を行うと胃から分泌される内因子がありませんので、ビタミン B12 は吸収されず、貧血を起こします。これは、鉄剤の内服薬では改善しませんので、ビタミン B12 の注射が必要です。このような症状のある人は 3~4 ヶ月に 1 回の注射をして補充します。

ビタミン B12 欠乏性貧血の方は、立ちくらみ、めまいのほかにも口内炎、下痢、手足のしびれ等があります。



Q16

胃がんで胃幽門側切除後1年を経過して、夜間急に腹痛を起こし嘔吐を繰り返しました。なかなか治らず、救急病院を受診して腸閉塞と診断されました。腸管の癒着が心配です。

A16 開腹手術を受けると殆どの方が大なり小なりの腸管癒着を認めます。これは手術中に腸管を触るために腸管の表面に傷がつき、この傷を修復する生体反応がおこるため、腸管がねじれる様な癒着がない限り心配ありません。

腸閉塞は「イレウス」と呼ばれます。手術後に起こる腸閉塞は単純性腸閉塞と腸管がねじれる絞扼（こうやく）性腸閉塞に分かれます。胃切除に起こりやすいのは通常、単純性腸閉塞で食べた物が腸管に詰まったり、腸管の癒着した部分が折れ曲がって狭くなった所に食べ物が溜まっておこる腸閉塞で、突然、腹痛を起こします。このような時は我慢せず主治医か救急病院を受診することです。多くの場合、手術せず保存的治療で治りますが、たびたび起こる腸閉塞や絞扼性腸閉塞では手術が必要です。

腸閉塞の予防は、規則正しい排便とゆっくり食べる事です。

食事療法の要点は以下のとおりです。

- ①胃を切って食べてはいけない食事はありません。少しずつ決まった時間に良く噛んで食べる。
- ②早食いをしない。
- ③毎日決まった時間に排便の習慣をつける。
- ④消化の悪い海藻類、きのこ類、たこ、いか、こんにゃく、肉の塊などは小さく切って食べる
- ⑤肝機能が良ければ飲酒もかまいません。ただ、お酒が急に小腸内に入りますと吸収が早く以前より早く酔いますし、早く醒めます。少量から始める事です。