

序

炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease：IBD）は比較的稀な疾患と考えられてきました。しかしながら、現在、患者数は増加の一途をたどっています。2014年度末の医療受給者証および登録者証交付件数から、患者数は潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis：UC）では18万人以上、クローン病（Crohn's disease：CD）では約4万人とされていました。両疾患合わせて、一時期22万人を超えたことになります。したがって、消化器内科医であれば日常診療で出会う重要な疾患の1つであり、内科医のだれもが診療する時代となってきたことを認識しないとけません。

一方、IBDの病態解明が進むにつれて、それに基づくさまざまな治療も開発されてきました。血球成分除去療法、免疫調節薬および生物学的製剤など、この10年で私たち臨床医は多くの薬物治療がIBD患者に対して行えるようになりました。このように多くの内科治療のオプションが増えたことは、患者にとっては福音です。しかしながら、IBDの基本治療を認識したうえで、個々の患者にどの薬剤が適切であるのか、病態を考えながら治療を進めていく必要があります。

このような新規治療の開発に伴い、治療効果判定のモニタリング、特に内視鏡による粘膜評価の重要性が注目されています。以前は疾患活動性の評価には、症状の改善が指標とされてきましたが、現在IBDにおける treat to target は、粘膜治癒の達成とされています。また、粘膜治癒の評価には、Mayoスコアが簡易なため一般に使用されてきましたが、UCEISなどの新しい内視鏡評価方法も報告されています。いずれも主観的な要素が高く、今後はAIを用いた客観性のある評価システムの作製・開発が期待されています。内視鏡に関しては、カプセルおよびバルーン内視鏡の普及は、IBDのなかでもCDの小腸病変の精査に大きく貢献してきました。加えて、ダブルバルーン内視鏡検査、さらに高解像度の内視鏡機器の登場によりIBD診療は進歩してきました。内視鏡だけではなく、腹部エコー、MRIなどさまざまな画像診断機器はIBD患者の病態把握に、必要不可欠なモダリティとなりつつあります。

また、カルプロテクチン、便潜血などのバイオマーカーがIBD活動性評価法として注目され、これらバイオマーカーによる病勢評価も、早期再燃の検出に期待されています。私が医師になったときと比べて、本当にIBD診療は変わってきました。正直、びっくりしています。

このように、診断・治療などが日々進歩するなかで、増え続けるIBD患者さんに対する診療のため、多くの先生方にIBDの基本診療を知っていただきたいという願いから、今回、この本の執筆をはじめました。でも、やっぱり病態を理解せねば、IBD診療は成り立たないと考え、病態の部分（特に免疫の部分）に力をいれました。

「敵を知り、己を知れば、百戦して殆^{あや}うからず」(孫子)

の心情です！そして、病態と治療法を結びつけて考えられるよう解説しました。

さて、本書を完成させるにあたって、羊土社のスタッフの皆様には大変お世話になりました。小生のわがママを、たくさん！たくさん！聞いていただき、すばらしいものが完成したと自負しています。この場をお借りしてお礼をのべさせていただきます。本当にありがとうございました。

この本が、多くのIBD患者さんの診療に役立つことを期待しています。

2023年8月

札幌医科大学医学部消化器内科学講座
仲瀬裕志