

「消化管疾患」

■特集の背景と目的

チーム医療のコーディネーターたるホスピタリストは、チーム医療が常に「論理的で合理的」に行われていることを意識する必要があります。論理的であることは、思考の道筋を共有することであり、これは特に専門医との関係において重要です。合理的であることは、決断が臨床研究か少なくとも何らかの理論的裏づけに基づくことであり、これはチーム医療における他のメンバーを納得させ、診断と治療をともに行うために必須のものといえます。

医療は、常に患者の愁訴から出発します。もちろん、消化器疾患では、症状がないのにたまたま内視鏡で早期癌が見つかる、ということがあります。しかし、これは内視鏡学であり、早期胃癌などが多いわが国においては非常に重要ですが、その部分のみが強調されるのはインバランスです。本特集が目標とするのは、単なる内視鏡学でも、腫瘍学でもない、「バランスのとれた消化器病学」です。これは「内科的アプローチにのっとった消化器病学」であると言い換えることができます。患者の愁訴に立脚し、「問診と身体診察から鑑別診断を考え絞っていき」という症候別のアプローチであり、本特集の基本的な流れはそれに従っています。

■目次とダイジェスト

はじめに | 目指すべきは「患者の愁訴から出発する、バランスのとれた消化器病学」

- 篠浦丞 沖縄県病院事業局 県立中部病院兼県立病院課

1. “GI red flags”：器質的疾患を疑う愁訴リストを把握する

- 山口裕 沖縄県立中部病院救急科
<ダイジェスト>

本稿では、“GI red flags”が何なのかをまず解説し、器質的疾患を疑う愁訴のリストを提示する。次に、リスト内の各症候に関連する器質的疾患の病態、および文献レビューに基づき、red flagsとしての妥当性を賛否両面から見直す。

2. 上部消化管愁訴：愁訴の組み合わせから疾患・病態を鑑別する

- 篠浦丞

【コラム】過敏性腸症候群（IBS）：その病因とマネジメントとしてのステップアップアプローチ

- 篠浦丞

3. 慢性下痢、免疫不全者の下痢を中心に：性状からの鑑別、注意すべき免疫不全者の感染性下痢

- 谷口智宏 沖縄県立中部病院感染症内科
- 篠浦丞
<ダイジェスト>

本稿ではまず急性下痢と慢性下痢の定義について述べる。特に鑑別が問題となる慢性下痢については、炎症性、脂肪性、水様性、その他に分類し、臨床的特徴と鑑別診断を、続いて、問診、診察、検査で注意すべき重要なポイントを挙げる。感染症の原因微生物を特定するために欠かせない便検査は、鏡検と培養について、筆者らの経験を交えつつ詳細に記載する。慢性下痢の原因は、通常は非感染性だが、免疫不全者では感染性が多く、免疫不全者、特にヒト免疫不全ウイルスhuman immunodeficiency virus (HIV) については別項目を設ける。消化器症状を主訴に初診し得るHIV感染者を早期診断するコツについても言及する。

4. 腹痛：腹部臓器の解剖学的位置だけで鑑別を考えない

- 座喜味盛哉 沖縄県立中部病院消化器内科
- 石山貴章 St. Mary's Health Center, Department of Hospital Medicine
● <ダイジェスト>

ホスピタリストが日常で遭遇する数ある主訴のなかでも、腹痛はその頻度が極めて高く、時にその鑑別や治療に苦慮する。また、重篤で不幸な転帰をもたらす疾患が隠れていることもあり、ますます臨床医を悩ませている。本稿では、ホスピタリストにとってまず重要となる腹痛一般の種類、病歴聴取のポイントを押さえる。そのうえで、解剖学的な知識はもちろん大切だが、必ずしもそれ（解剖学的位置）に沿わない腹痛が存在すること、泌尿器疾患や血管原性疾患といった、見落としがちな鑑別の重要性、さらには、例えば糖尿病性ケトアシドーシスdiabetic ketoacidosis (DKA) や急性間欠性ポルフィリン症acute intermittent porphyria (AIP) といった、

その他の内科疾患も広く鑑別に挙げる必要があることを、それぞれの項目ごとに見ていきたい。

総合内科一般を扱うホスピタリストの日常臨床のなかで、最も頻度が高くかつ重要といっても過言ではないこの「腹痛」を、できるかぎりわかりやすく、ポイントを絞って解説する。

【コラム】腹部エコー：CT前にまずプローブ：確実に評価すべき急性虫垂炎，急性胆嚢炎，腸閉塞，尿管結石（水腎症）

- 国崎正造・窪田忠夫 東京ベイ・浦安市川医療センター外科
＜ダイジェスト＞

日本は世界一のCT大国であり、対人口比では欧州諸国の5～10倍のCTを保有している。当然撮影数も多く、被曝の問題が指摘されている。腹痛患者に対しても初めから腹部CTを撮影するケースが多く、それだけに超音波検査をどのように活用するかは腹部急性疾患では重要なテーマといえる。

オランダにおける1021人の非外傷性腹痛患者の研究では、準緊急の病態を検出する感度はCT単独のほうが超音波単独よりも有意に高かった（89% vs. 70%）が、最初に超音波を行い、所見が陰性か診断がはっきりしない場合にCTを施行するほうが、さらに感度は上昇した（94%）。また、これにより、CT撮影症例が全体の49%に抑えられ、放射線被曝量も少なかった。ここに示されたように、腹痛患者にルーチンに腹部CTを撮影するのではなく、対象症例の年齢や性別、体型、病態、アレルギーなどの情報を十分に吟味し、まずは低侵襲で放射線被曝がない超音波検査を上手に活用する診療姿勢が重要であると考えられる。

本稿では、いくつかの疾患について、腹部超音波所見と診断のポイントを述べる。

【コラム】腹部CT：見逃してはいけない所見を系統立てた評価法で確実に押さえる

- 山口裕

＜ダイジェスト＞

消化管疾患の診断に内視鏡が大きな位置づけを占めることに疑いはないが、専門医の協力、前処置など、多くのリソースが確保でき、患者状態が許容されるという前提がまず必要である。実診療で、消化管の情報を得るためにCTを用いることは、特に重症患者では行われる。また、他の目的で腹部CTを施行した際に、偶発的な所見として消化管に異常を認めることもある。ここでは、消化管、特に虫垂炎を除いた小腸、大腸の一般的なCT所見に関して、見逃すと致死的な結果になる病態の所見を押さえ、そのポイントを中心に論じる。

5. 消化管出血：誰をいつ呼ぶか：思考過程を、内視鏡医，放射線科医，外科医と共有する

- 山口裕

＜ダイジェスト＞

消化管出血は、時間経過（急性，慢性），出血部位（上部，中部，下部），出血の程度（顕在性，潜在性）などのsemantic qualifiersで分類されるが、その分類別に、鑑別診断はもとより、診断・治療戦略も大きく異なる。本稿では、急性消化管出血を中心に述べる。急性消化管出血は重要な消化器救急病態の1つである。診療にあたってのポイントは、①バイタルの安定化，②緊急内視鏡を含めた処置の必要性の判断，③内視鏡を含めた止血処置を行うための準備の3点である。

なお、慢性消化管出血に関しては章末のMEMO「便潜血陽性」，下部消化管出血に対する診断・治療戦略に関しては、最多原因である憩室出血の稿も参照されたい。

6. 消化管腫瘍性疾患のスクリーニングとサーベイランス：重要なのは適切な資料を適切な方法で利用して方針を決定すること

- 諸見里拓宏 沖縄県立北部病院総合内科／腎臓内科

＜ダイジェスト＞

本稿では、まずスクリーニング，サーベイランスに関する用語を整理し、文献解釈における注意点を確認する。そのうえで代表的疾患である胃癌，大腸癌の疫学データを示しながら、実臨床上の問題である、大腸ポリープのサーベイランスについて検討する。

【コラム】消化管癌治療後の愁訴：経過年数もふまえた手術の影響を考慮する

- 岸田明博 東京ベイ・浦安市川医療センター外科

＜ダイジェスト＞

いわゆる不定愁訴の鑑別診断において、頸部や胸部，腹部，会陰部の手術痕の検索は重要である。問診だけでは不確かな情報しか得られないことも多いが、手術名と悪性疾患を含めた原疾患の把握は最も大切である。

術後の不定愁訴は時間の経過とともに軽快することが多い。したがって、手術の影響を不定愁訴の要因として考えるか否かについては、術後の経過年数が大きく影響することになる。術後早期の不定愁訴は手術法や再建法に精通した外科医が対応することになるが、晩期においては、症状の曖昧さや情報の希薄化によって、診断が遅れることも想像に難くない。疑うことと病態を熟知したうえでの的確な問診が診断の決め手となる。

7. 食道疾患：GERD，（逆流性）食道炎，食道潰瘍，Barrett食道 欧米のガイドラインを鵜呑みにしてはいけない！

- 星野慎一 沖縄県立北部病院 消化器内科

8. 胃・十二指腸潰瘍 原因の90%以上はNSAIDsとH. pylori感染

- 山田徹 東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科／消化器内科
＜ダイジェスト＞

消化性潰瘍peptic ulcer diseases (PUD) は、日本における主要な疾患の1つで、日常診療で遭遇する機会が非常に多い。PUD は消化器疾患だが、消化器内科医よりは、初診外来や救急外来を担当する後期研修医や総合内科医、あるいは家庭医が診察するほうが多い。その場合、患者はPUDとしてではなく、多彩な症状、ディスベプシアを主訴として受診する。したがって、それらのなかから上部消化管内視鏡検査esophagogastroduodenoscopy (EGD) を行うべき症例を適切に選び、PUDの診断がついた場合には原因は何か、治療とその期間はどうか、また、治療に反応が悪いPUDを診たときに何を考えるかが、日々の診療の重要なポイントとなる。本稿では、当院総合内科の後期研修医が押さえておくべき内容を目安として、PUDの疫学、症状、診断、原因、治療と合併症について、その基本的な事項をまとめる。

【コラム】消化管疾患で使用する薬物：prokineticsのエビデンス

- 宮崎岳大 飯塚病院総合診療科
＜ダイジェスト＞
日常診療で消化器症状を訴える患者に出会う機会は多く、その治療に苦慮することも多い。一方で、普段何気なく使用しているprokineticsに関しては、どの程度エビデンスがあるのかを知らずに処方していることが多いのではないだろうか。
本稿では、消化器内科領域で比較的使用する機会が多いと思われる薬物と、使用頻度は少ないが知っておくべき薬物に関する薬理作用と臨床的有用性について考える。

【コラム】生検結果の解釈：病理医の立場から特に悪性を疑う病変について

- 金城貴夫 琉球大学医学部生体検査学講座形態病理学
＜ダイジェスト＞
消化管の生検診断は、病理医の日常業務のなかで大多数を占めるものの1つである。内視鏡医からすれば、病理医にとって胃や大腸の疾患は普段よく目にするだけに診断が容易であるかのように思われるかもしれない。しかし、実際には胃の腫瘍性病変の良悪の鑑別は場合によってはことのほか難しく、病理医間でも診断が一致しないことも時にある。さらに、標本の挫滅や検体処理の問題、患者の治療の有無や、そもそも標本が小さいことに由来する情報量の不足など、さまざまな問題により確定診断が困難なことが少なくない。そこで本コラムでは、まず胃の生検をめぐるさまざまな問題を概説し、良悪の鑑別が困難な病変や悪性疑いの病変について病理医は何を考え、臨床医に何を望んでいるかを記し、病理医と臨床医の良好な意思疎通をはかることを目的として筆を進めたい。

9. 小腸、大腸疾患：腸管や血管の閉塞・塞栓

①腸閉塞，ヘルニア

- 西田和広・窪田忠夫 東京ベイ・浦安市川医療センター外科
＜ダイジェスト＞
日本の臨床現場をみると「イレウス」と「腸閉塞」という概念が混同して使われている。「イレウス＝腸閉塞」として使用する一方で、イレウスの概念のなかには穿孔性虫垂炎や急性膵炎、腸管壊死といった疾患に続発するびまん性の腸管拡張、いわゆる「麻痺性イレウス」も含まれている。このようなケースが「イレウス＝腸閉塞」と認知されると、いたずらに保存的治療が継続され、適切な治療の遅れにつながる危険性がある。
本稿ではまず日本と欧米の用語の違いを確認し、その意味を整理する。次に腸閉塞をその形態から理解し、閉塞の形態による症状や所見の違いについて述べる。

②血管原性疾患：身体所見と乖離した強い腹痛へのアプローチ

- 坂本貴志・窪田忠夫 東京ベイ・浦安市川医療センター外科
＜ダイジェスト＞
“身体所見では説明困難なほど強い腹痛”が、腹部血管原性疾患に共通する所見である。腹部症状を生じる血管原性疾患としては、主に大動脈解離、破裂性腹部大動脈瘤などの大血管によるものと、腸管血管原性のものが挙げられるが、本稿では後者に焦点をあてる。

10. 小腸、大腸疾患：炎症性腸疾患疾患の背景を理解し治療ストラテジーを考える

- 金城徹 琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部
- 岸本一人 琉球大学医学部 第一内科
- 外間昭 琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部
- 金城福則 浦添総合病院 消化器病センター
＜ダイジェスト＞
炎症性腸疾患inflammatory bowel disease (IBD) は、狭義には潰瘍性大腸炎ulcerative colitis (UC) とCrohn 病Crohn’s disease (CD) に分類される。日本において、IBDは年々増加傾向にあるが、両疾患ともに原因が完全に解明されておらず、厚生労働省の難病特定疾患に含まれている。UCは30歳代と50歳代に多く二峰性であり、CDは20歳代後半から30歳代に最も多く、ともに社会的に大きな影響を及ぼす年齢に罹患するため、患者が通常の生活ができるように適切な治療が必要となる。
IBDを診断するには問診が最も重要である。それに加えて、身体所見やX線、CT、内視鏡、病理所見、血液検査、便培養検査などの結果を合わせ、総合的に判断する。鑑別すべき疾患として最も重要なものに、感染性腸炎（細菌、結核、赤痢アメーバ）があり、誤診をすると免疫を抑える治療が加わることで原疾患が増悪しかねないため、慎重を要する。
日本におけるIBDの治療には、生物学的製剤をはじめ多くの治療選択肢が存在し、難病特定疾患に含まれてい

ることから、十分な治療を受けることができる。それだけに、多様化した治療のなかからタイミングを逃さずに適切な治療を選択することが重要であり、厚生労働省の『難治性炎症性腸管障害に関する調査研究』班より治療指針が示されている。本稿ではIBDを診療するうえで知っておくべきポイントを症例に沿ってまとめ、研究班の治療指針をもとに論じる。

11. 小腸，大腸疾患：憩室関連疾患憩室出血と憩室炎

- 山口裕

【コラム】イレウス管long intestinal tubeは意味があるのか？

- 坂田大三・窪田忠夫 東京ベイ・浦安市川医療センター外科
<ダイジェスト>

癒着性腸閉塞adhesive small bowel obstruction (ASBO) は、コモンな疾患として日常的に遭遇し、経鼻胃管short tube (ST)，もしくはイレウス管long intestinal tube (LT) による保存的治療が行われている。今日、欧米ではST一辺倒となっている一方、日本ではいまだにLTが多用されており、その利用法は施設や医師によってさまざまである。

【コラム】いつから腸管を使うのか？早期経腸栄養開始のメリットとそのタイミング

- 鈴木孝幸 University of Utah School of Medicine, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

<ダイジェスト>

消化管疾患，特にその急性期における経口摂取または経腸栄養enteral nutrition (EN) の開始時期については、個々の経験からその判断がなされることも多く、実際には判断に迷うこともしばしばある。絶食や完全静脈栄養total parenteral nutrition (TPN) が必要となるケースもあるが、それらを無用に長引かせれば、腸管絨毛の萎縮や機能低下をまねき、さらに感染症のリスクを高めることにつながる。このため、活動性出血や腸閉塞などがなく、腸管が機能していれば、できるだけ早期にENを開始することが重要である。米国では、食文化の違いこそあるが、これらのリスクの回避はもちろん、保険制度の違いなどにより入院日数を1日でも短縮しようという意識が特に強く、日本と比べて、経口摂取またはENをよりすみやかに開始する印象を受ける。本稿では、日常の診療で比較的多く遭遇する消化管出血，憩室炎，急性膵炎，急性胆嚢炎，および急性下痢におけるEN開始時期について、これまで筆者が米国で経験したことも交え、文献やガイドラインを参照しつつまとめる。さらに、日本における経腸栄養剤，栄養素の種類や特徴などについても合わせて述べる。