

桃泉園北本病院消化器内科のご紹介

常勤医



渡邊真彰(わたなべまさあき)

消化器内科、肝臓内科領域で長らく研鑽し習得してまいりました知識と経験、技術を生かし、病院の一員として地域の皆様の日々の健康管理、お困りごとの解決、緩和のお役に立つことができましたら幸いです。どうぞよろしくお願い申し上げます。

資格:

医学博士

日本内科学会認定内科医

日本消化器内視鏡学会認定専門医・指導医

日本肝臓学会認定専門医・指導医・東部学会評議員

日本消化器病学会認定専門医・指導医・関東支部評議員

がん治療認定医機構認定医

厚生労働省臨床研修に係る指導医講習会修了

年	月	職歴
1994	5	北里大学病院・研修医
1995	5	静岡赤十字病院・内科
1997	4	北里大学医学部・消化器内科学 助手
2000	4	国立療養所盛岡病院(現・独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター)・消化器内科
2001	4	北里大学医学部・消化器内科学 研究員
2005	4	北里大学病院救命救急センター部
2007	4	北里大学医学部・消化器内科学 診療講師
2012	4	北里大学医学部・消化器内科学 診療准教授、北里大学メディカルセンター・消化器内科部長
2020	4	北里大学医学部・消化器内科学 診療教授、北里大学メディカルセンター・消化器内科部長
2023	10	桃泉園北本病院・消化器内科常勤医に就任、北里大学メディカルセンター非常勤医師

主な研究論文

1. Watanabe M, Yomokori H, et al. Outcomes of Interferon-free Treatment of Hepatitis C Virus Infection Seven Years after Approval and Problems with Drop out during and after Treatment: A Retrospective, Single-center Study. Intern Med 61: 3017-3028, 2022.
2. Watanabe M, Shibuya A. et al. The Diagnosis of Drug-induced Liver Injury: Current Diagnostic Ability and Future Challenges of the Digestive Disease Week-Japan 2004 Scale 15 Years after Its Proposal. Intern Med 60: 2557-2568, 2021.
3. Watanabe M, Yokomori H, et al. Assessing the characteristics and feasibility of preventing early mortality in patients with hepatocellular carcinoma. Turk J Gastroenterol. 30: 541-548. 2019.
4. Watanabe M, Yomokori H. et al. Regular hospital visits improve the prognosis of hepatocellular carcinoma after initial diagnosis: A single regional community hospital study. Turk J Gastroenterol. 28: 353-360.2017.
5. Watanabe M, Shibuya A et al. Benefits and problems of transarterial therapy in patients with hepatocellular carcinoma and chronic kidney disease. J Vasc Interv Radiol. 25: 1947-1955. 2014.
6. Watanabe M, Shibuya A, et al. Re-appearance of hepatitis B virus following therapy with rituximab for lymphoma is not rare in Japanese patients with past hepatitis B virus infection. Liver Int. 31: 340-7. 2011.
7. Watanabe M, Shibuya A, et al. Entecavir is an optional agent to prevent hepatitis B virus (HBV) reactivation: a review of 16 patients. Eur J Intern Med. 21: 333-337. 2010.
8. Watanabe M, Shibuya A. Validity study of a new diagnostic scale for drug-induced liver injury in Japan-comparison with two previous scales. Hepatol Res. 30 148-154. 2004.

消化器内科領域の診療

「消化器内科」は、おなかの中の臓器を診療する領域です。

消化管:食道、胃、十二指腸、小腸、大腸(結腸、直腸)といった、管や袋のような形状の臓器・器官です。

肝胆道系:肝臓、膵臓、胆嚢、胆管、脾臓です。

消化器内科の領域は対象となる臓器が多いぶんたくさんの疾患があります。当院での対応が困難な疾患の診断、治療、管理は、高次の専門施設にご紹介いたします。

【消化管の疾患】

- 食道、胃、大腸に発生するがん、腫瘍
- 逆流性食道炎
- 胃十二指腸潰瘍
- ヘリコバクター・ピロリ感染症
- 各種胃腸炎
- 大腸ポリープ(大腸腺腫)
- 潰瘍性大腸炎、クローン病
- 虚血性腸炎
- 大腸憩室炎、大腸憩室出血
- 機能性衣装(ディスペプシア)、過敏性腸症候群
- 慢性便秘症
- 急性腹症(急性虫垂炎、消化管穿孔、腹膜炎、腸ヘルニア、腸ねん転、腸閉塞など) など

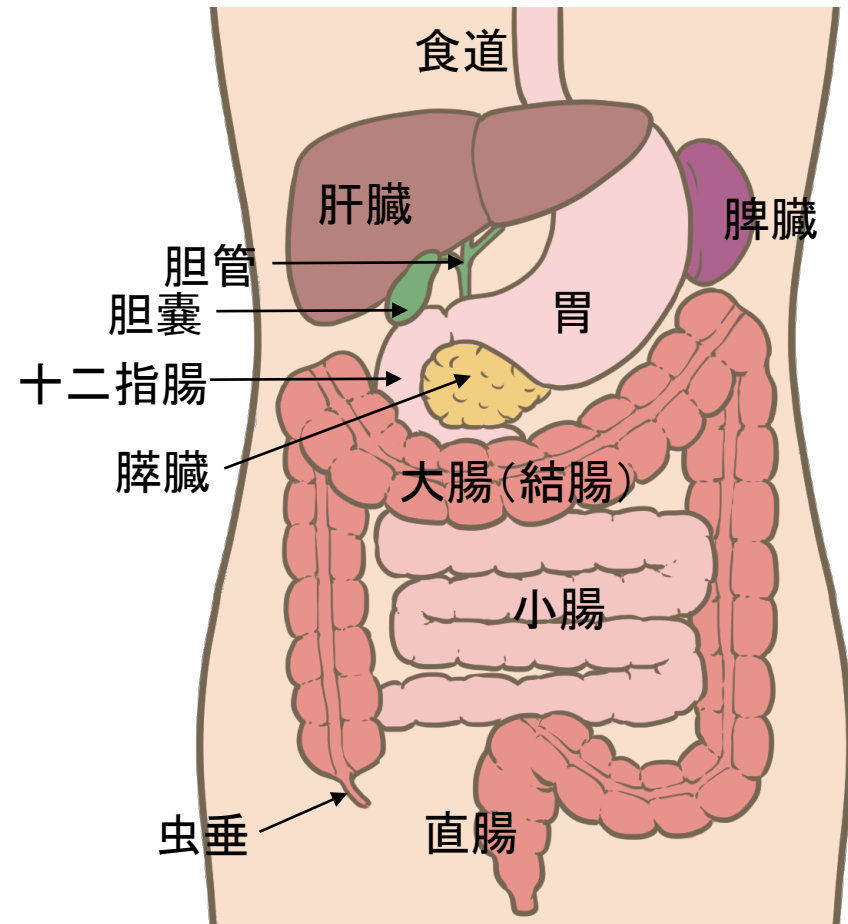
【肝疾患】

- 肝臓に発生するがん、腫瘍
- B型肝炎
- C型肝炎
- 肝硬変症
- 自己免疫性肝炎
- 原発性胆汁性胆管炎
- アルコール性肝障害
- 非アルコール性脂肪性肝疾患(MASLD)
- 肝嚢胞
- 肝膿瘍 など

【膵臓、胆嚢、胆管の疾患】

- 胆嚢、膵臓、胆管に発生するがん、腫瘍
- 結石症、総胆管結石、胆石胆嚢炎
- 膵炎
- 膵外分泌機能不全 など

消化器内科の対象となる臓器・器官

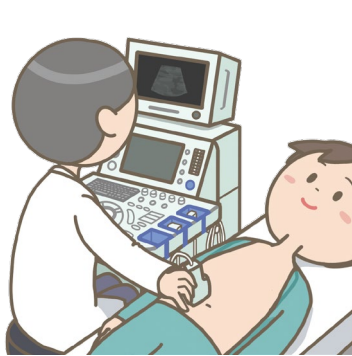


当院でご提供できる消化器内科領域の検査

血液検査(採血)	貧血や炎症の有無、肝臓、膵臓、腎臓などに関する基本項目は採血後1-2時間お待ちいただけますと当日結果をお出しすることも可能です。
上部消化管内視鏡(胃カメラ:経口内視鏡、経鼻内視鏡)	予約制です。受診していただいた際に施行日時を決めます。鼻から挿入する経鼻内視鏡も選択いただけます。
下部消化管内視鏡(大腸カメラ、大腸内視鏡)	予約制です。受診していただいた際に施行日時を決めます。鎮静剤の使用も選択いただけます。
肝生検	1泊2日の入院が必要です。
腹部超音波検査(腹部エコー)	原則といたしまして予約制ですが、ご来院当日に空腹で来院され、かつ検査に空き枠がございましたら、当日施行を承ります。
腹部CT、腹部MRI(造影剤を用いて精度を上げることが可能です)	原則といたしまして予約制ですが、ご来院当日に空腹で来院され、かつ検査に空き枠がございましたら、当日施行を承ります。
EOB・プリモビスト造影MRI(肝腫瘍、肝がんの精密検査に特化したMRIです)	予約制です。受診していただいた際に施行日時を決めます。
MRCP(昨今問題になっている膵がんや、胆嚢、胆管に特化したMRIです)	予約制です。受診していただいた際に施行日時を決めます。
● 内視鏡で鎮静剤を使用した場合、交通安全の観点から自動車、バイク、自転車をご自分で運転して帰宅することができません。送迎または公共交通機関のご利用が必要です。 ● 原則といたしまして、同月にCTとMRIを施行すること、同日に異なる部分のMRIを施行すること、は制度上の理由で承ることができません。	



採血



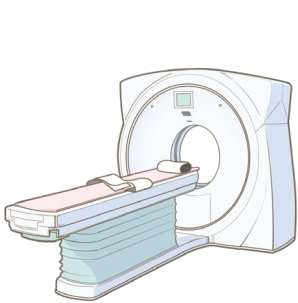
腹部超音波



胃カメラ



大腸カメラ



CT



MRI・EOB・MRCP

肝生検

当院は埼玉県県央部の医療機関でも「肝生検」が実施できる数少ない施設です。問診、血液検査、腹部超音波、CT、MRIなどで原因が判明しない場合で、肝機能障害が持続する場合には、「肝生検」をご提案することがあります。局所麻酔で、ボールペンの芯ほどの太さの生検針を体表面から肝臓に穿刺し、肝臓の組織を採取して、肝障害の原因の診断、障害の程度の把握、治療方針決定のための情報源とします。

一方で、肝生検を施行してもなお診断が得られないことがございます。また、後述の「合併症」が生じうる手技でもあります。肝生検は、施行することの必要性、有益性、リスクを十分に勘案したうえでご提案いたします。

方法：1泊2日の日程で行います。

1日目：午前中にご入院いただき、血液検査、点滴を開始します。準備が整えベッドの上に寝ていただいた状態で検査を開始します。不安を取り除くための鎮静剤を点滴で使用しますが、全身麻酔とは異なり、医師や看護師と会話できる状態で検査をいたします。腹部超音波で、適切な肝臓の部位を選定し、消毒、局所麻酔を行った後、生検針を穿刺し肝臓の組織を採取します。生検針は多くの場合、右胸の肋骨と肋骨の間に通します（肝臓はおなかの中の臓器ですが、大部分は肋骨で保護された胸の部分、右肺の真下に収納されています）。組織の採取は1か所のこともあります、診断の精度を上げるため肝臓の2か所以上に行うこともあります。検査開始から終了までの所要時間は30分ほどですが、最も重要な生検針を肝臓に穿刺する時間は2-3秒です。腹部超音波で安全な場所を選び、消毒して局所麻酔を施す準備時間のほうがはるかに長いのです。検査終了後4時間はベッド上で安静で、安全のためしばしば自動血圧計で血圧、脈拍などを点検します。また、原則としまして検査後に一度血液検査をいたします。合併症の発生がないことを確認し安静が解除され当日夜には夕食をお召し上がりいただくことが可能です。一晩病院で過ごしていただきます。

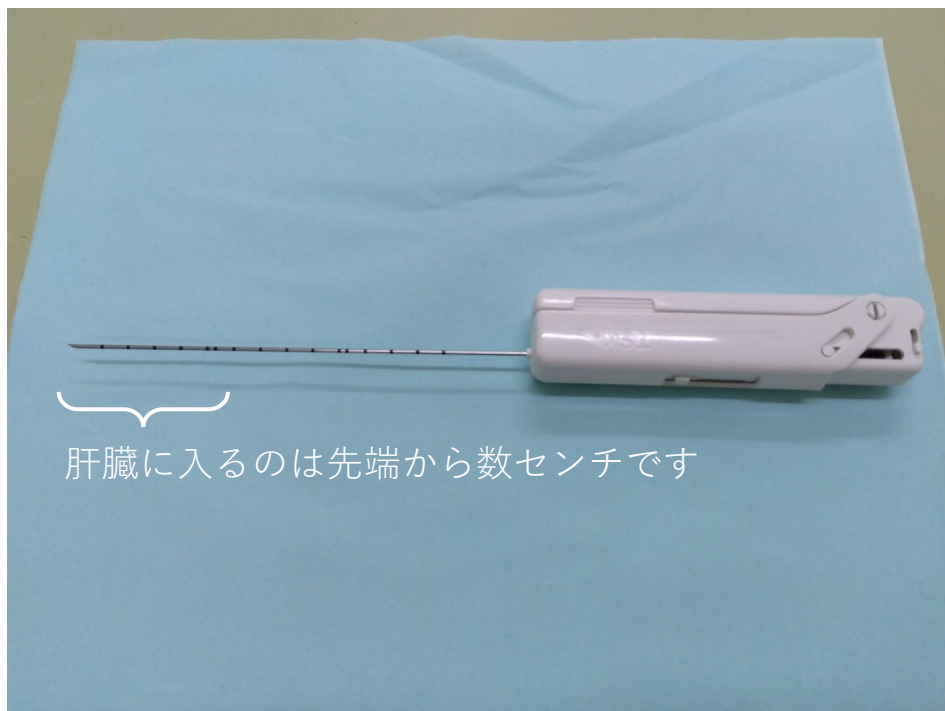
2日目：異常がないことを確認し午前中退院です。結果は約2週間後の予約日に外来でお伝えします。

肝生検の合併症：

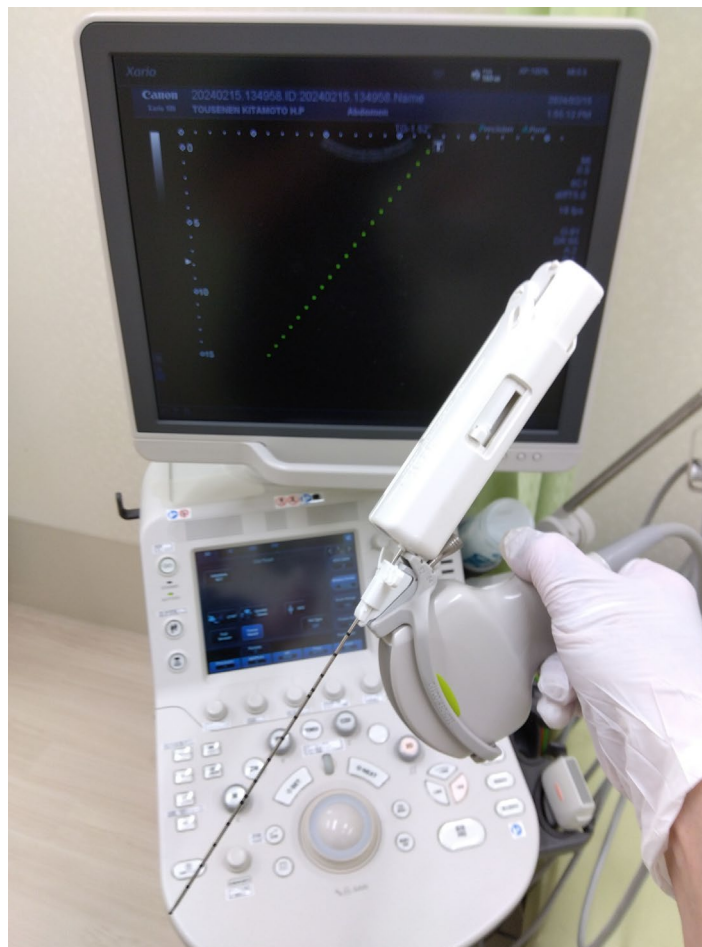
施行医は安全を第一に考え、25年以上肝生検に携わって参りました。幸い、治療を要する明らかな合併症を経験したことがございません。しかし合併症は稀であっても起こりうるものであり、不幸にして生命や生活に支障をきたしたとする報告もございます。以下に報告または想定されている肝生検の合併症を挙げていきます。

- 1) 出血：腹部超音波で可能な限り血管を避けて組織を採取しますが、生検針が肝臓や肋骨付近の血管を傷つけてしまうと、肝臓内、胸腔内、腹腔内に出血をきたす場合があります。発生した場合には、高次施設にカテーテル治療などによる止血を依頼します。
- 2) 気胸：肝臓の真上には肺があります。生検針が肺に接触した場合には肺に穴が開く可能性があります。自然軽快が得られない場合は気胸治療をいたします。
- 3) 肝膿瘍：細菌の侵入で肝臓に膿の溜まりが生じる可能性があります。
- 4) 腹膜炎：細菌の感染または、穿刺針が肝内の胆管に接触した場合に胆汁が漏れて腹膜炎を合併することが報告されています。
- 5) 発熱：37度台の発熱を経験することがありますが、多くは一時的です。
- 6) 痛み：検査中は鎮痛剤と局所麻酔で痛みを低減させます。痛みが原因で検査が不成立になった経験はございません。検査後に穿刺部がじんわり痛む方もおられますが一時的であり自然に改善します。一方で長く続く場合には、出血、肝膿瘍を疑う必要があります。
- 7) 薬物アレルギー：肝生検特有の合併症ではございませんが、使用する麻酔などの薬剤で、じんましん、発熱、稀に血圧低下や呼吸困難などアナフィラキシーと呼ばれる重篤な合併症が報告されています。

肝生検



生検針



消化管の疾患

ヘリコバクタ・ピロリ菌の診断と治療(除菌)

ヘリコバクタ・ピロリ(ピロリ菌)は、水道が整備されていなかった時代の日本に広く蔓延した細菌です。一度感染すると長い年月胃の粘膜に感染し、慢性的な胃炎(萎縮性胃炎)から胃癌を引き起こすリスクになります。世界的にみて日本で胃癌の患者数が多いことの要因と考えられています。ピロリ菌に感染している場合、ピロリ菌を駆除(除菌)し胃癌の発生リスクを下げるのが推奨されています。除菌により胃や十二指腸の潰瘍の発生、再発リスクも下がります。

ピロリ菌がいるかどうかの検査: 当院では主に以下の検査のいずれかの方法で胃にピロリ菌が感染しているかどうかの判定をいたします。患者さんの状態やご希望も考慮していずれかをご提案します。

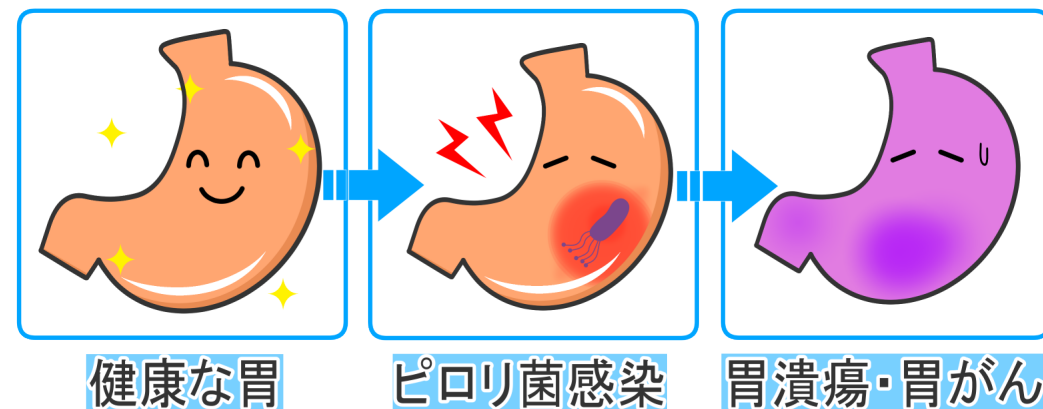
- 1) 胃カメラ: 胃の粘膜の組織を採取し、①ピロリ菌を顕微鏡で探す、または、②迅速ウレアーゼ試験を行います。
- 2) 血液検査: ピロリ菌に対する抗体を測定します。
- 3) 尿素呼気試験(UBT): 検査薬を内服し、その前後で患者さんの呼気を調べることでピロリ菌に感染しているか否かを判定します。

ピロリ菌の除菌に必要な要件: 胃カメラなどで「萎縮性胃炎」、「胃潰瘍またはその痕跡」、「十二指腸潰瘍またはその痕跡」などピロリ菌による影響が認められれば保険適応となります。

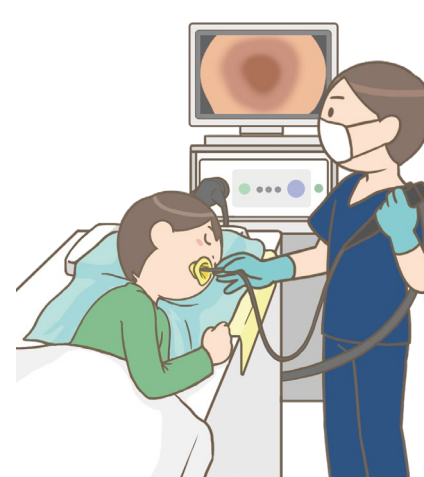
除菌の方法: 3種類の薬を1日2回に分けて1週間服用します。除菌成功率は約90%です。1回目の治療で除菌できなかった方は、薬を変更して2回目の治療(2次除菌)を受けることができます。

除菌による副作用: 3種類の薬のうち2種類は抗生物質です。下痢、薬疹、味覚障害、肝機能障害などがあります。服用を終了(程度が重い場合は中止)することで多くは回復します。2次除菌では稀にしびれなどの神経症状が起こる可能性が報告されています。

除菌後の管理: 除菌に成功すると胃癌の発生リスクは下がりますがゼロにすることはできませんので、除菌後も定期的な胃カメラによる経過観察をお受けいただくことが推奨されています。



除菌により胃癌の発生リスクの低減が期待できます



胃カメラ

- ピロリ菌感染の診断、影響の有無
- 既に胃癌や潰瘍ができていないかの確認



尿素呼気試験(UBT)

- ピロリ菌感染の診断
- 除菌の効果判定

逆流性食道炎（GERD；ガード）

無症状のこともあります。胸やけ、口の中が苦い、胃の内容物が上がってくる、みぞおちのあたりがチクチク痛む、などの症状で表現される胃酸の逆流による食道の粘膜の炎症です。

原因がわからない喘息や咳が続いている方の中には、実はGERDとして胃から逆流した胃酸により、のどや気管支が刺激されて発症していることがあります。

診断方法：問診によるところが多いのですが、上部消化管内視鏡、心電図（胸の痛みと表現される場合）などの検査をご提案することもあります。

治療：

食道粘膜の炎症の程度、症状の強さを勘案し、必要な方には内服治療をいたします。

食事や嗜好品の工夫：

逆流性食道炎の調子が良くない間は、逆流性食道炎の症状を誘発しやすい食事や嗜好（喫煙、飲酒、あぶらっこいもの、洋菓子、和菓子、コーヒー、かんきつ類、トマトなど）を控えめにしてくださいようお勧めしています。

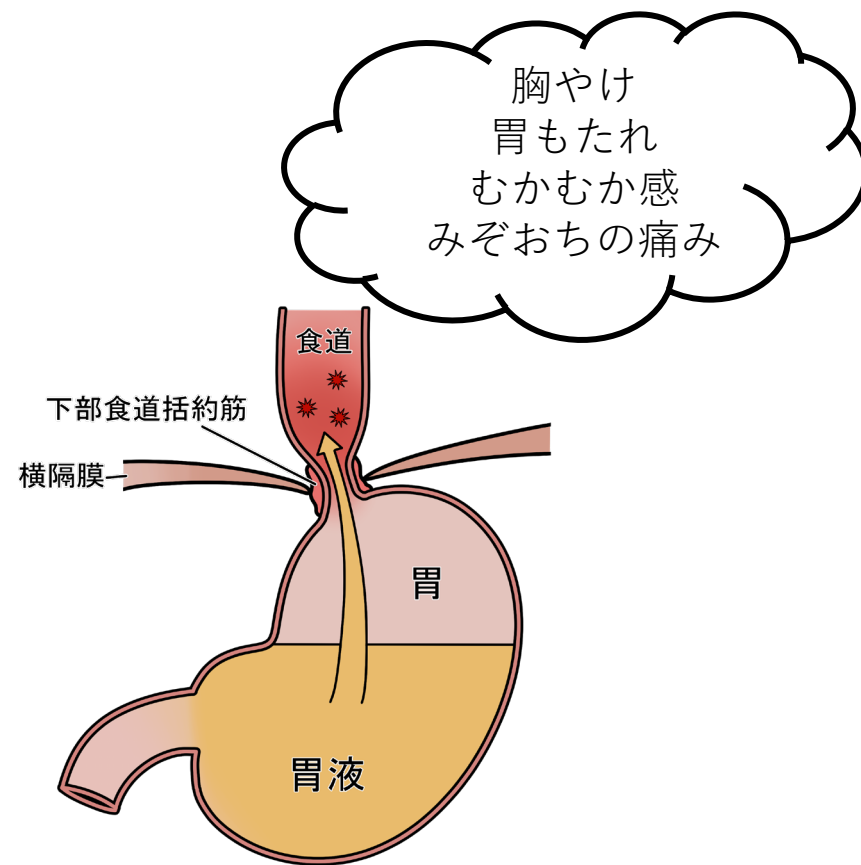
生活習慣の工夫：

肥満があれば減量が望めます。

食後すぐに横にならないようにしましょう。

就寝時は左側を下にしましょう。

ベルト、コルセットによるおなかの圧迫を緩めます。



急性胃腸炎、感染性胃腸炎

急性胃腸炎、感染性胃腸炎で経験されつらい思いをされたことがある方は多いのではないのでしょうか。様々な種類の細菌、細菌が作る毒素、ウイルスの感染、薬品の副作用などにより生じます。

原因：

病原体やその毒素が食物、水、手指などを介して主として口から胃腸に侵入します。カンピロバクター（キャンピロバクタ）、ノロウイルス、病原性大腸菌、サルモネラ菌、ブドウ球菌などさまざまな病原体が知られています。また、寄生虫であるアニサキスによる激しい胃痛、腹痛の経験談も耳にするようになりました。また、病原体の感染ではなく、クスリ（鎮痛剤、解熱剤、抗生剤など）の副作用として現れることもあります。

症状：

嘔気、嘔吐、下痢、胃痛、腹痛、発熱、倦怠感、頭痛、ときに下血、関節痛などが現れます。発症までの数時間から数日以内に生または加熱が不十分な魚介類、肉などの食品を食べた、家族に胃腸炎の症状を出している方がいる、解熱鎮痛剤を服用した、といった心当たりがある場合もあれば、なぜ発症したのかわからないこともあります。

治療：

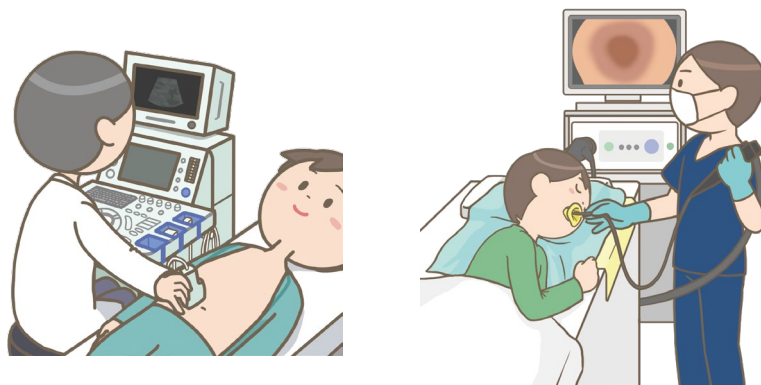
外来診療で対応すること多いのですが、症状によっては入院加療も考慮いたします。必要に応じて、食事を止めて胃腸の安静を図り、点滴で脱水を予防します。有益性が見込まれる場合には抗生剤や整腸剤の投与を行います。



過敏性腸症候群、機能性ディスぺプシア（機能性胃症）

「以前から毎日おなかが痛くなる」、「学校に行く前に気持ちが悪くなる」、「外出や仕事の予定があるとおなかの具合が悪くなる」、「下痢と便秘を交互に繰り返す」、「おなかが張る、便がすっきり出ない」といった、漠然としているけれども日常生活の妨げになるおなかの症状を経験をされたことはございませんか。胃や腸、そのほかの臓器に異常がなければまずひと安心できます。一方で、症状で生活が制限される、不安になる、など、生活の質に影響する場合においては治療の対象になることがあります。「過敏性腸症候群」、「機能性ディスぺプシア（機能性胃症）」、あるいは「慢性便秘症」などに該当するかもしれません。これらは個別の概念ではありますが、ご本人の生活習慣、生活環境の変化、ストレス、内面的な要因などにより、胃腸の動きの調和や機能が乱れて生じる点で共通している点もあります。

大切なのは、胃や腸、肝臓や膵臓などの臓器に、悪影響をもたらす病気（器質的疾患）がないことを確認することです。血液検査、内視鏡、超音波、CTなどによる精密検査をお受けいただき、明らかな異常がないことを確認することです。そのうえで、必要に応じて内服による治療を検討します。薬の種類や組み合わせは様々で、各個人に合う処方を考えます。



過敏性腸症候群、機能性ディスぺプシアと診断するうえでは、臓器に器質的疾患がないことを確認することが理想です。

検査で異常がないことがわかり不安が解消されると、薬を服用しなくてもいつのまにか症状が改善する方もおられます。

また、症状とは関係ないものの、大腸ポリープなどが偶然発見され、内視鏡で切除することで将来大腸がんに進展することを予防できることもあります。

慢性便秘症、排便困難症

「便秘」は、なじみの深いことばで、苦にならない程度のものもあるかもしれません。一方で、慢性的な便秘は日常生活の質や労働効率を下げたり、心臓などへの負担がかかることも指摘されています。

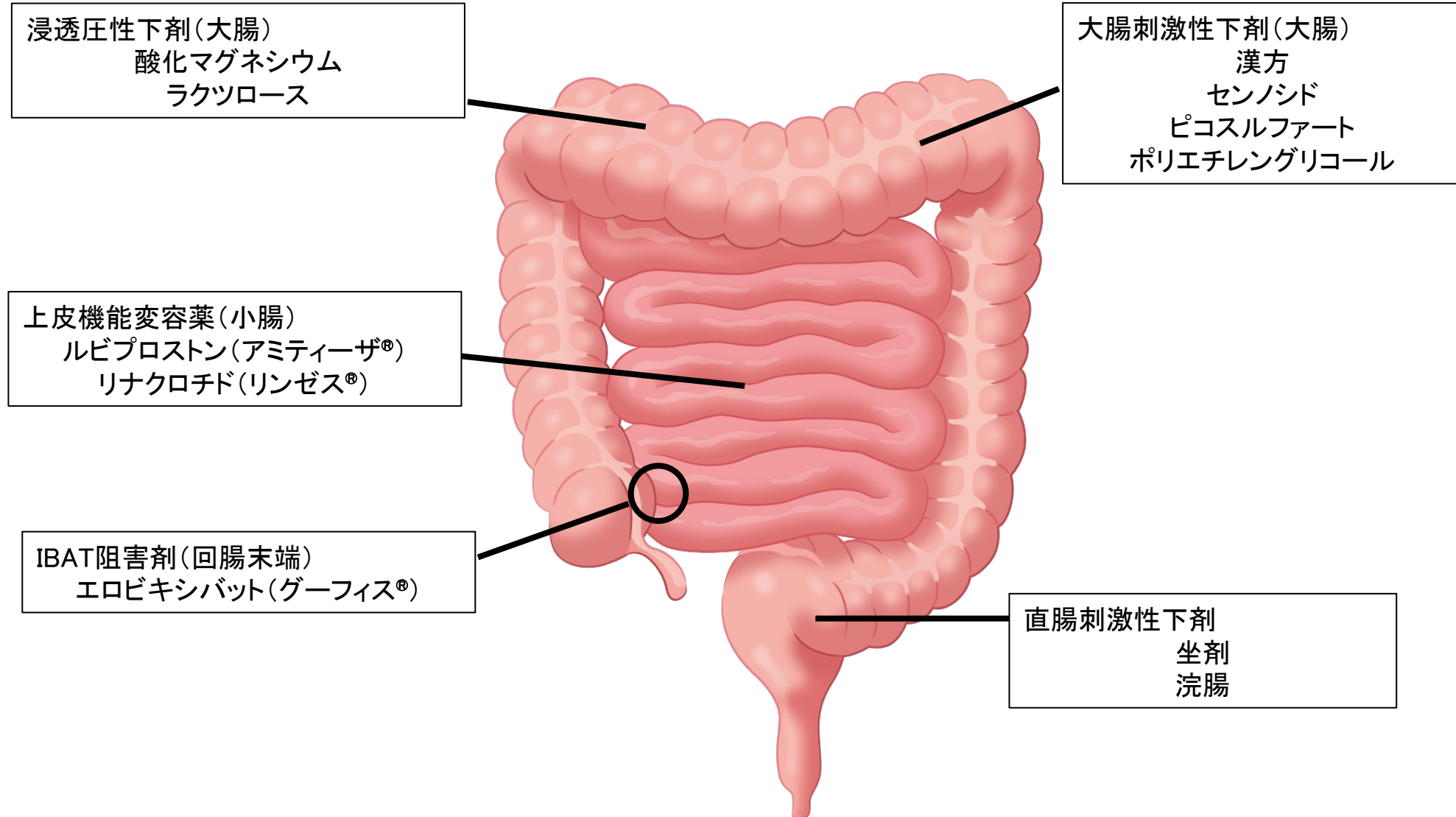
「便秘薬」と呼ばれるものには、センノシドや酸化マグネシウムなど薬局で購入できるものから、近年、様々な作用機序の薬や対処法が医学的に考案されています。当院では、最新の慢性便秘症診療ガイドラインと各個人の状態を照らし合わせて対応いたします。

また、いままで順調であった排便が、最近便秘がちになった、便が細くなった、あるいは便に血が混じる、排便時に血が出る、などの症状がある場合には、大腸がんが原因になっていないか、いちど下部消化管内視鏡検査をお受けになることをお勧めします。

慢性便秘症に対する治療	ステートメント・解説	推奨の強さ	エビデンス
生活習慣の改善	食事、運動、腹壁マッサージは有効	96%	C
プロバイオティクス	排便回数の増加に有効	96%	B
膨張性下剤	便秘型過敏性腸症候群に使用	98%	C
浸透圧性下剤	有用であり推奨。血中Mg濃度注意。	98%	A
刺激性下剤	頓用または短期投与を提案	96%	B
上皮機能変容薬	推奨。若年女性に悪心多い。	98%	A
消化管運動賦活薬	モサプリドは有効であるが適応外。	96%	A
漢方薬	一部が有効。長期使用で腸壁神経叢障害。	96%	C
浣腸、坐剤、摘便、洗腸法	即効性。習慣化、乱用、穿孔注意。	100%	C
精神・心理療法	リラクゼーション法など。	98%	C
順行性洗腸法	外科的に虫垂瘻、盲腸瘻を作成。	100%	C
大腸切除術(大腸通過遅延型便秘)	結腸全摘、回腸直腸吻合。	93%	C
外科的治療(便排出障害)	直腸脱、直腸重責による便秘。	98%	B



便秘薬の作用機序と部位



大腸ポリープ(大腸腺腫)

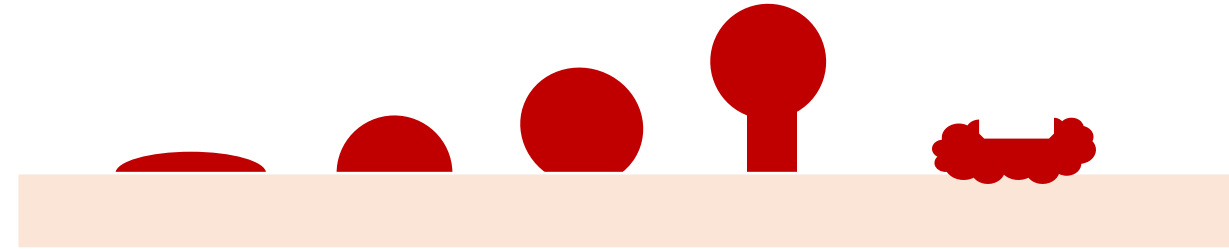
大腸ポリープはよく知られた言葉ですが、医学的な定義はあいまいです。医学書だけでなく国語辞典などを引用すると「大腸の粘膜に発生する盛り上がった病変」といった表現になろうかと存じます。大腸ポリープにも様々な種類がありそのすべてが病気として治療しなければならないものではありません。治療の対象とする大腸ポリープは将来、大腸がんになる可能性を持つ「大腸腺腫」です。大腸ポリープの80%が大腸腺腫といわれ、日常的に大腸ポリープといえ暗に大腸腺腫を指していたりもします。そのほか、大腸がんにはならないけれども出血を来すポリープも治療の対象となります。

- 大腸腺腫: 大腸内視鏡検査で最も多く発見されるポリープであり「腫瘍」です。大腸腺腫も初めは小さな良性腫瘍として発生します。それが自己増殖して大きくなり、数年後に「悪性」である「大腸がん」になる、と考えられています。大腸がんにかかる日本人は近年増えており、様々ながんによる死亡数でも常に上位にあります。大腸腺腫は大腸がんの前の段階です。大腸がんにかかるリスクを下げるために大腸腺腫を発見して取り除くことが非常に重要です。
- 大腸腺腫を見つけるきっかけ: 大腸腺腫に固有の症状はありません。「何かの理由」で大腸内視鏡検査を受けなければ大腸がんに育つまで気が付かないかもしれません。「何かの理由」とは様々で、大腸がん検診などでの検便(便潜血)で陽性の判定が出たら「もう一度検便を受ける」のではなく、大腸内視鏡をお受けください。そのほかに大切なのが、血縁関係のある方に大腸がんの方がいる場合です。大腸がんは家系が関係するがんの一つです。血液検査で貧血や腫瘍マーカー(CEAやCA19-9など)の高値を指摘された、おなかの具合が悪い、ダイエットしていないのに体重が減った、いままで快便であった方が便秘になった、便が細くなった、便に血が混じった、一定の年齢になったから受けてみよう、などです。これらを契機に大腸内視鏡をお受けいただくと、大腸腺腫はごく普遍的に見つかります。1つだけとは限らず2個以上有していることもしばしばです。
- 大腸腺腫の治療法: 大腸内視鏡を用いて大腸腺腫を切除します。内視鏡的ポリープ切除術(ポリペクトミー)、内視鏡的粘膜切除術(EMR)、とよばれる治療法です。他院で大腸内視鏡をお受けになり、大腸腺腫が見つかり当院にご紹介いただく場合と、当院で大腸内視鏡検査をお受けいただいて大腸腺腫が見つかり治療をお勧めする場合があります。日帰り治療の条件に合う方は、大腸腺腫が発見されればその場でお取りして当日お帰りいただけます。
- 大腸腺腫の内視鏡治療の合併症: 治療をお受けいただいた3-5%の方に下血(腺腫を切除した後の切り口から出血をする)が当日から1週間以内に見られる可能性をご説明しています。下血を来した場合は、再度内視鏡で止血をする必要があります。そのほか、大腸穿孔(大腸に穴が開いてしまう)のような重大な合併症が5000-10000件に1人、とご説明しています。
- 見た目は大腸腺腫でも、病変の一部または大部分が癌化し、早期大腸癌として対処すべき場合があります。大腸がんが疑われる場合には、より広範囲の病変を切除できるEMRや、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が施行可能な施設にご紹介いたします。

大腸内視鏡による大腸ポリープの治療：内視鏡的ポリープ切除術（ポリペクトミー）、内視鏡的粘膜切除術（EMR）

【日帰り治療が可能な方の目安：出血リスクが低い方】

- 腺腫の形：茎（くびれ）がないタイプ。
- 腺腫の大きさ：原則10mm未満。
- 腺腫の数：少ないほど日帰り治療の適応になります。
- 血液サラサラになる薬を服用していないかた。
- 治療後から7日間遠くへの外出や激しい運動、飲酒の予定がない方。



【入院治療をお勧めする目安：出血リスクがある方、広範囲の切除が必要な病変】

- 入院期間：出血などの合併症がない場合は治療後1-3日が目安です。
- 腺腫の形：茎（くびれ）があるタイプ、癌かもしれないもの。
- 腺腫の大きさ：原則10mm以上。
- 腺腫の数：多発している場合（ポリープの数が多い場合は2回以上に分けて治療することがございます）。
- 血液サラサラになる薬を服用している方。
- 施行医の判断：日帰りの予定であっても出血が多い、あるいは出血が予想されるなどの場合は、その日に入院をご提案させていただくことがございます。

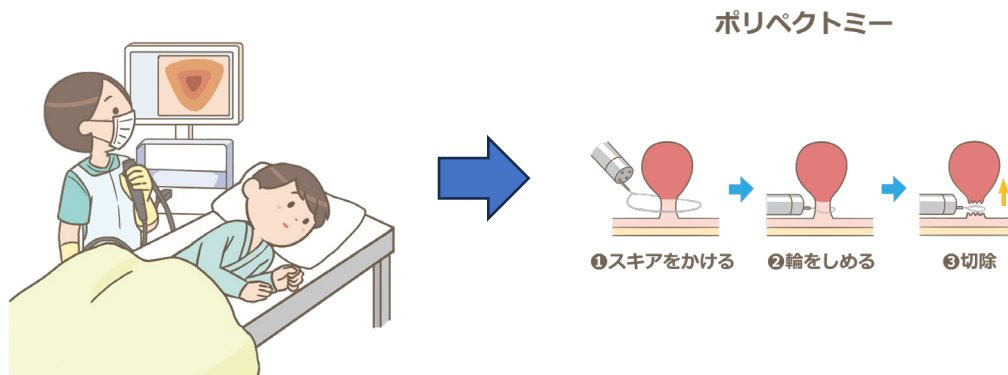
茎がないもの

茎（くびれ）があるもの

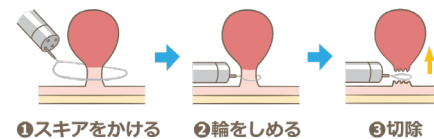
癌かもしれないもの

- ポリープの茎には太い血管が通っていることがあり、切除すると出血することがあります。
- また、早期大腸癌が疑われるポリープはさらに確実な切除が求められます。後日改めて入院して治療するか、広い範囲を切除できる内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が施行可能な施設にご紹介いたします。

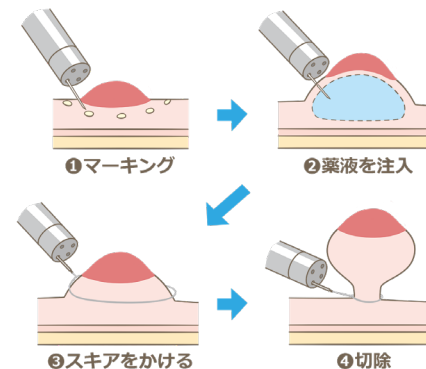
日帰り治療が可能な場合でも入院での治療をご希望の方は遠慮なく申し付けください。



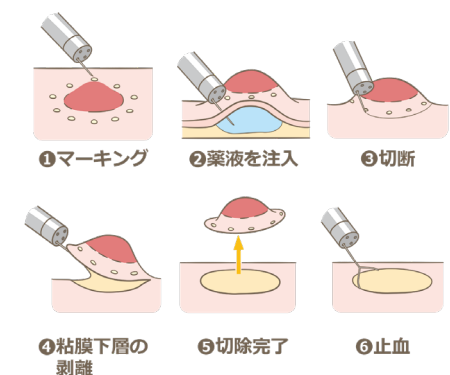
ポリペクトミー



EMR



ESD

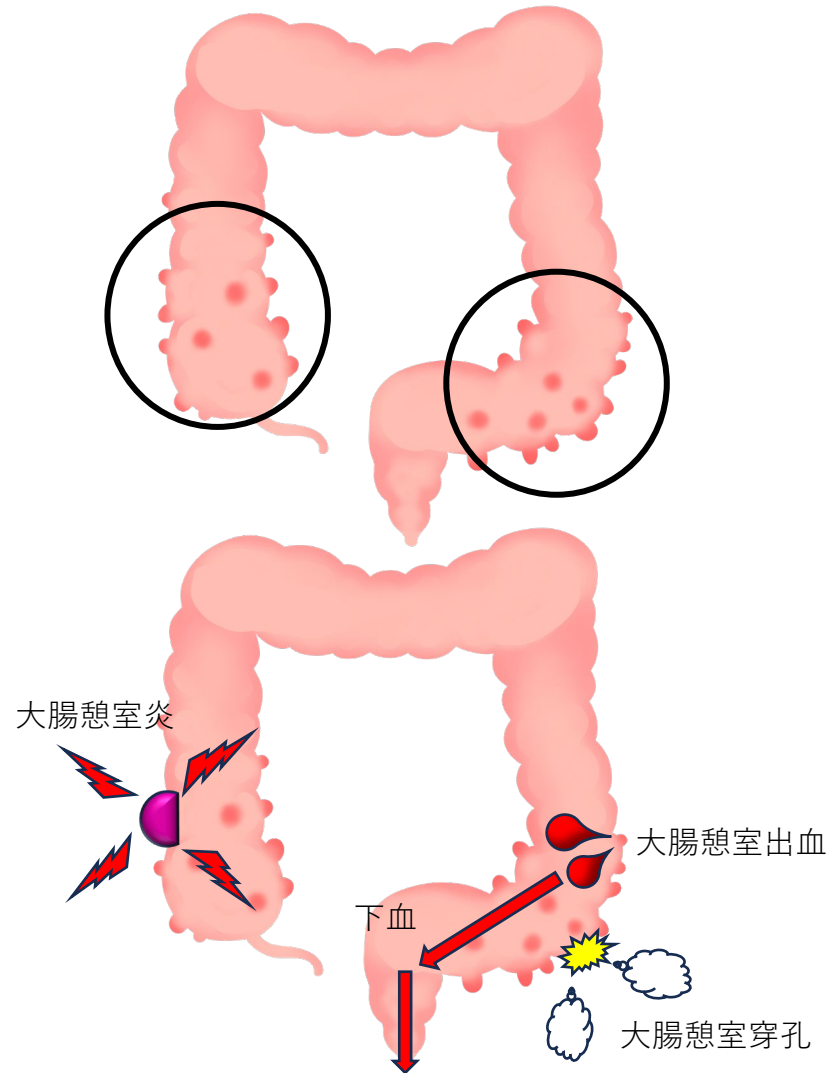


※当院では原則としてマーキングは省きます。

当院ではESDを施行することができません。ESDの適応がある方は専門の施設をご紹介します。

大腸憩室

大腸憩室は大腸の壁に形成される直径数mmの小さなポケット状のくぼみです。



- 大腸憩室自体は無害です：大腸憩室はごく普通に多くの人の大腸に見られます。腸管内の圧力が上昇することで形成されと考えられています。1個のこともあれば、数えられないくらいに多発していることもあります。症状を出さないかぎり大腸憩室は治療を必要としません。

しかし、以下のような大腸憩室にまつわるトラブルには対処が必要です。

- 大腸憩室炎：大腸憩室内で細菌が繁殖し、化膿して腹痛、発熱などを伴う疾患です。腹部超音波やCTで診断し、炎症の程度によっては入院の上、抗生剤の投与、禁食、点滴で治療します。右下腹部の大腸憩室炎は虫垂炎との区別が難しいことがあります。
- 大腸憩室出血：憩室を通る血管が破れて出血する疾患です。下血で気づかれます。出血は自然に止まることもありますが、出血が続く場合には内視鏡による止血を試みます。
- 大腸憩室穿孔：憩室が破れて穴が開く「急性腹症」の一つです。細菌を含む腸の内容物＝便がおなかの中に漏れ出て腹膜炎や敗血症を来します。生命にかかわる可能性がありますので緊急手術が必要となります。

虚血性腸炎

大腸を循環する細い血管の血の巡りが悪くなり、腸の粘膜がただれる大腸の疾患で、比較的好く遭遇します。

好発部位は左側の大腸（下行結腸、S状結腸）で、右側の大腸には稀です。
典型的な経過と症状があれば、問診で連想できることも珍しくありません。

【典型的な症状】

日中よりも夜間～未明に発症。

下腹部、特に左側の腸がしぶるような痛み、吐き気や冷や汗を伴うこともあります。

腹痛に前後して水下痢が始まる。

水下痢がやがて血便に変わる。血便は粘液をまじえることがあります。

【原因】

感染性胃腸炎のような生ものの摂取には関係なく発症します。大腸の血行が悪くなって発症することから、発症当日の水分摂取不足、便秘薬の使用歴、動脈硬化などが影響していることがあります。

【診断方法】

上記の典型的な経過と症状から虚血性腸炎を疑い腹部超音波やCTを施行します。好発部位である左側の大腸（下行結腸、S状結腸）とその周囲の炎症が認められます。

【治療】

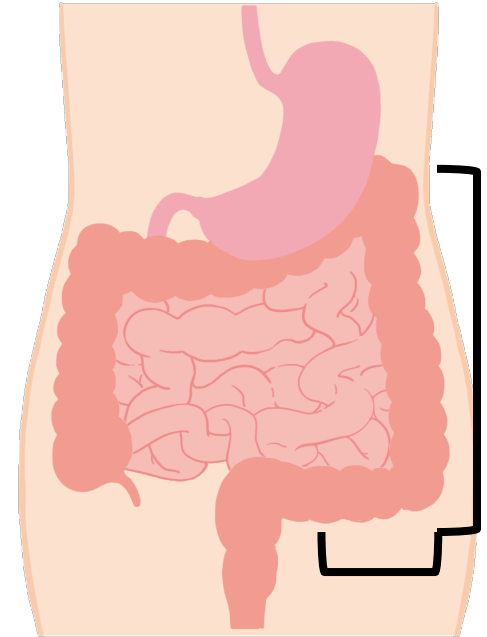
軽症であれば水分摂取と安静を前提に通院過量も可能です。しかし、症状が強い場合には入院の上、絶食、点滴をお勧めしています。頻度は少ないですが、重症の場合は大腸穿孔や後遺症として炎症を起こした個所が細くなる（大腸狭窄）ことがあります。

【経過】

通常は2-4日で腹痛、下血が軽減され、やがて自然治癒します。

【大腸がんとの鑑別】

症状が落ち着いた頃、大腸がんなどとの鑑別のため大腸内視鏡をお勧めしています。



血液のめぐりが悪くなりやすい下行結腸からS状結腸にかけてのどこかに好発します。

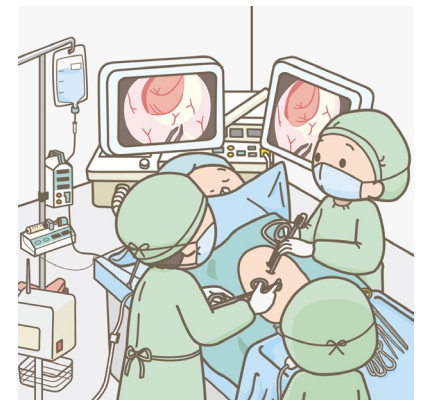
急性腹症

激しい腹痛を伴う疾患の中でも、生命にかかわる恐れがあり、外科手術などの緊急治療が必要な疾患の総称です。

- 急性虫垂炎
- 消化管穿孔
- 腹膜炎
- 腸ヘルニア
- 腸ねん転
- 腸閉塞(イレウス)
- 急性膵炎
- 急性胆のう炎
- 腹部血管の重大なトラブル(腹部大動脈瘤切迫破裂、血栓症など)
- 婦人科系の疾患(卵巣茎ねん転など)

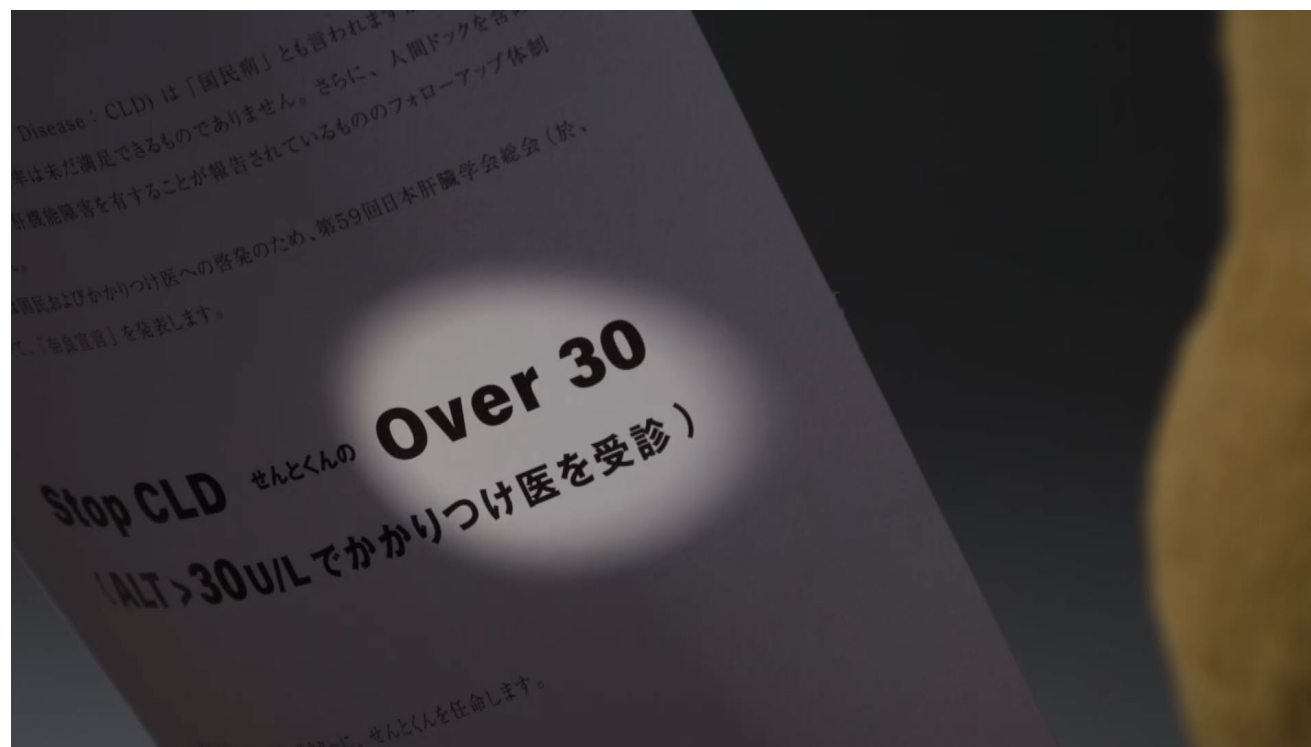
などがあります。

誠に申し訳ございませんが、当院では開腹手術など外科的な治療には対応できません。当院に来院され、上記の疾患が疑われる場合には、対応可能な病院をお探しし緊急転院の手配をいたします。



肝臓の疾患

2023年日本肝臓学会から提言された 「奈良宣言2023」をご紹介します。



日本肝臓学会奈良宣言特設サイト

https://site2.convention.co.jp/jsh59/nara_sengen/

「奈良宣言2023」



Stop

Chronic liver disease 慢性肝臓病

CLD

ALT over
30
U/L



©NARA pref. 承認番号: 第22-065号



肝機能の数値が基準内でも、肝炎が進行しているかもしれません。

肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、肝炎が進行していても自覚症状がないことが珍しくありません。

また、高齢になると病状の進行が早くなります。

肝炎ウイルスから
発症する病気



正常

慢性肝炎

肝硬変

肝がん

場合によっては、慢性肝炎から突然肝がんを発症することもあります。

肝細胞が傷つくと細胞内のAST、ALTが漏れ出して、血管内に移行して数値が上昇します。

特にALTは他の臓器にあまり含まれていないため、その血液中の高さは肝障害を反映します。



第59回日本肝臓学会総会

奈良宣言2023

奈良30・40宣言

—日本肝臓学会は、U-40のサポートを宣言します—

1. 「奈良宣言2023」とは？

特に一般的な健康診断でも肝機能検査として血液検査で広く測定されている
ALT値が30を超えていた場合、まずかかりつけ医等を受診することを勧めています。



2. 目的は何ですか？

かかりつけ医による採血や腹部超音波検査などを受け、必要と判断されれば、さらに消化器内科におけるより詳しい検査を受けることで、
肝疾患の早期発見・早期治療に繋げるためです。



3. どんな原因があるのですか？

近年、肝臓病でも頻度が高かったウイルス性肝疾患（特にB型肝炎やC型肝炎）の治療方法は進歩し、高い可能性で肝臓病から命を守ることができる時代となりました。しかし、肝臓は沈黙の臓器と呼ばれ、肝臓病は病状が進行して、
肝硬変や肝臓がん_{（注）}に進行して、**疲れやすい、顔色が悪い、お腹が張った**などといった進行した症状で初めて肝臓病が見つかる人も少なくありません。
最近、特に生活習慣病を基盤とする、いわゆる
脂肪肝（非アルコール性脂肪肝炎（NASH）やアルコール性肝疾患）などが進行して肝硬変や肝臓がんに至ることも増えており、注意が必要です。



健康診断などの血液検査で肝機能を示す**ALT値**がもしも**30を超えていたら、慢性肝臓病(CLD)[※]**が隠れているかもしれません。



※「Chronic liver disease: CLD」…慢性肝臓病の英語のChronic(慢性)+Liver(肝臓)+Disease(病気)の頭文字をとってCLD(シーエルディ)と呼称しています。
肝炎ウイルスや脂肪肝、アルコール、免疫異常等の何らかを原因として肝臓が長期にわたり炎症とその修復機転で起こる線維化によって肝臓が持続的な障害を生じている状態で、進行すれば肝硬変といった肝臓の機能不全状態や肝がんの成因となり得ます。

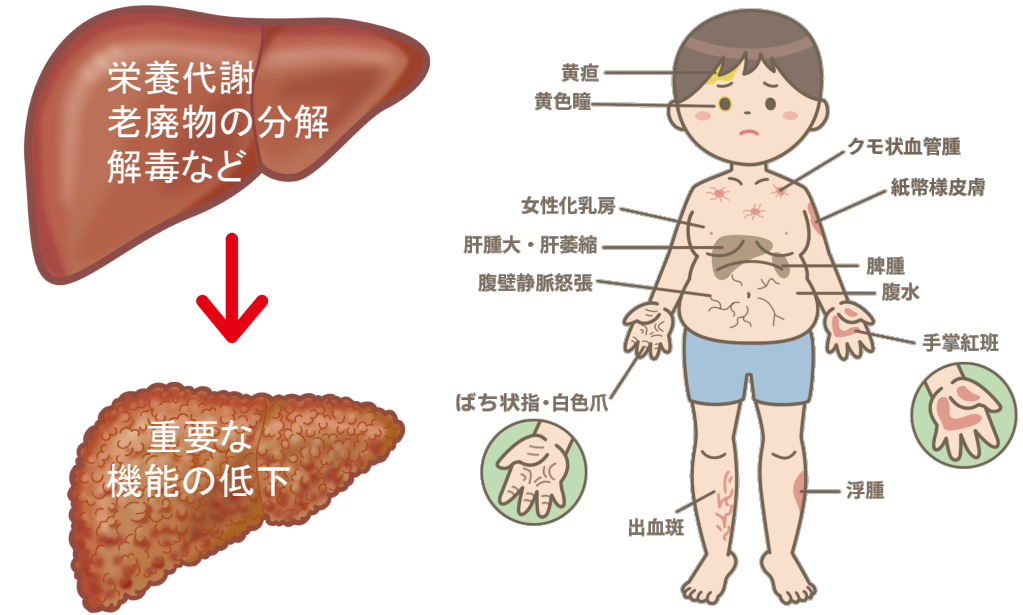
肝臓の機能

ひとつの臓器で極めて重要な多くの働きを担当しています。

- 食事として摂取した栄養を蓄え、それらを材料にして生体に必要なエネルギーや構成成分に作り変え供給する。
- 生体内で発生する老廃物を解毒・分解する。
- 薬、アルコールなどの余分な成分を解毒・分解する。

これらの機能をまとめて「代謝」と呼ぶことがあります。

- 胆汁酸を産生し脂肪、ビタミンを吸収する。
 - 免疫
 - 血液循環
- など



肝疾患が進行すると、肝臓が担っている重要な機能が損なわれ、生活の質や生存に悪影響が生じます。

肝臓の大切な機能を損なう原因疾患

病原体の感染：ウイルス、細菌、真菌、寄生



薬物の副作用

薬物性肝障害



長期・過量の飲酒

アルコール性肝障害

自己免疫性肝疾患

自己免疫性肝炎
原発性胆汁性胆管炎

生活習慣病

非アルコール性脂肪性肝疾
患

遺伝性疾患

ウイルソン病など

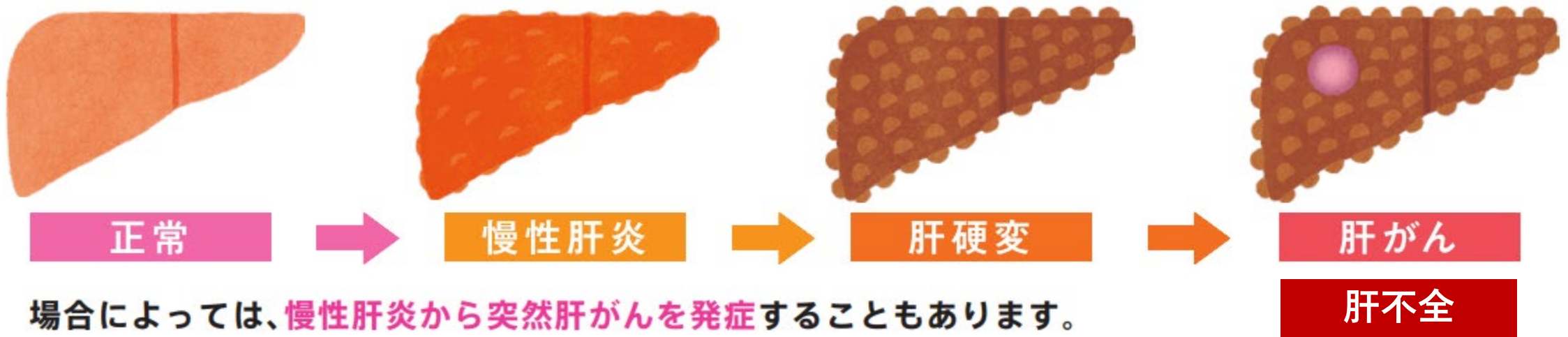
原因不明の疾患

肝嚢胞
特発性門脈圧亢進症
肝外門脈閉塞

鯨飲馬食♡



肝機能障害は放置しないことが大切です



B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)、過量飲酒、脂肪肝、自己免疫性肝疾患などの肝疾患は、長い年月をかけて、肝臓の働きを実行する肝細胞を壊していきます。「慢性肝炎」のうちには明確な症状が出ません。しかし原因が除去されないままですと肝細胞の破壊が進み「肝硬変」に至ります。肝硬変から「肝がん」の発生、「肝不全」に陥ると、生活の質が著しく低下し、生命に対する危険が及びます。軽微な肝機能の異常でもその原因を探り、適切な管理をお受けいただくことが大切です。



肝臓の数値の異常
↓
原因の検索
↓
原因への対処・管理
↓
肝硬変、肝がん、肝不全の回避

肝疾患の治療

検診、人間ドックをお受けになった方が、何らかの異常を指摘される場合、最も多いのは、脂質異常症（血液中の悪玉コレステロール；LDLや中性脂肪が多すぎる、善玉コレステロール；HDLが少なすぎる）であるといわれています。その次に多いのが、肝機能に関する数値の異常、いわゆる「肝機能障害」です。肝機能に関する数値の代表は、AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GTP、ALPなどです。これらの数値が異常を示した場合には、たとえ症状がなくても、その原因を探り、原因に応じた対処をすることが大切です。肝臓は私共が生きていくうえで欠くことができない様々な仕事をしています。肝臓は容積が大きく（成人で1.2Kg以上）余裕があるため、症状が出るまでに時間がかかります。「肝臓は沈黙の臓器」といわれる所以です。初期には軽い数値の異常でも、その原因が排除されないまま経過すると、肝臓へのダメージが重なり続け、さすがの肝臓も沈黙していきなりSOSを発します。肝臓の症状に気が付いた時にはすでに「肝硬変」や「肝不全」、あるいは「肝細胞癌」に至っていることがあります。無症状でも肝機能に関する数値に異常値があれば、放置せずにその原因を探り治療に結び付けるための精密検査をお受けいただくことが望まれます。2023年日本肝臓学会が提唱した「奈良宣言」は、「ALTが30を超えたら医療機関を受診する」ことを推奨しています。

C型肝炎ウイルス（HCV）、B型肝炎ウイルス（HBV）は慢性肝炎、肝硬変、肝不全、肝細胞癌（肝がん）の強力な原因です。

日本は世界的にみてHCV、HBVに感染していることによる肝硬変、肝細胞癌の患者数が多い地域です。日本では、肝細胞癌で亡くなる方の人数は年間23000-25000人にのぼると推定されます。肝細胞癌は古くから様々ながんによる死亡原因の上位を占め続けています。肝細胞癌の原因であるHCV、HBVを発見し、それらを駆除、減衰させることは、肝硬変、肝不全、肝細胞癌の発生リスクを下げることにつながる重要な手段です。

- 以前からHCV、HBVに感染していることは知っているけれども、治療を受けていない方は是非ご相談ください。
- まだ一度もHCV、HBVの検査をお受けになったことがない方で検査をご希望の方は遠慮なくお申し出ください。HCV、HBVの感染の有無は、血液検査で簡単に調べることができます。

HCV、HBVに感染しておられる方は、抗ウイルス薬の内服治療でHCVの駆除、HBVの減衰を目指し、慢性肝炎から肝硬変、肝細胞癌への進展を回避することが大切です。副作用が少なく、高い効果を示す抗ウイルス薬の内服治療を提供いたします。

HCV、HBV以外にも肝臓に悪影響を与え続ける原因、すなわち「肝疾患」は数多くあります。

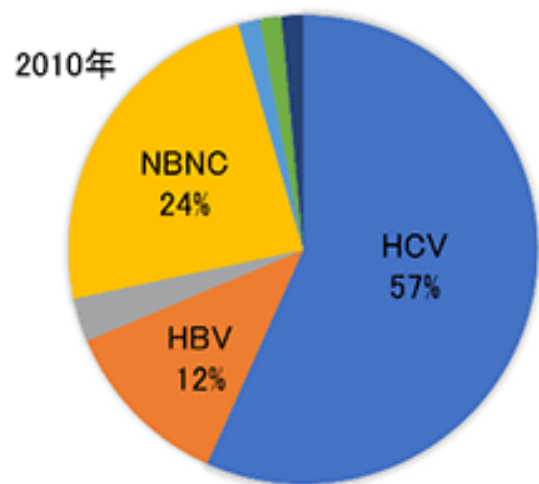
- 生活習慣に関連した脂肪肝
- アルコール性肝障害
- 自己免疫性肝炎
- 原発性胆汁性胆管炎
- 薬物性肝障害

などです。これらの肝疾患の中には、原因を排除することで治癒するものもあります。

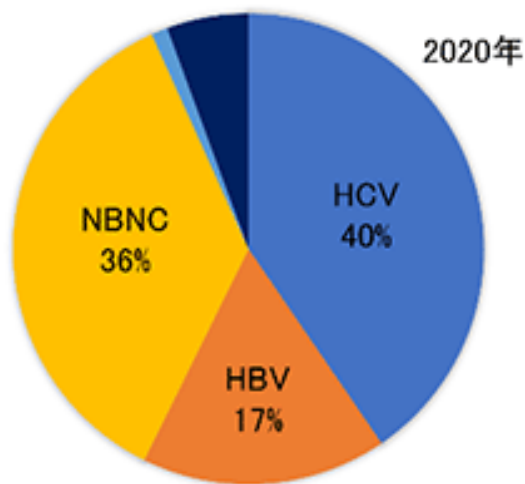
一方で、肝硬変、肝不全、肝がんに移行し、生命や生活に深刻な影響を与えるものもあります。

肝細胞癌の原因(日本および当地域)

- 肝細胞癌は肝硬変の状態にある肝臓から発生することが多いのですが肝硬変の前の段階でも発生することがあります。
- 日本では従来からC型肝炎ウイルス(HCV)による肝細胞癌が多く、B型肝炎ウイルス(HBV)と合わせると、肝炎ウイルスによる肝細胞癌が半数以上を占めていました(2010年の円グラフ)。
- 今でもHCVが最も重要な原因ですが、HCVに対する治療や予防の進歩により減少傾向にあるとされています。HBVによる肝細胞癌は横ばいです(2020年の円グラフ)。
- 最近では肝炎ウイルス以外の原因の肝細胞癌(アルコール、非アルコール性脂肪性肝疾患、その他)が増加しています。とくに北本、鴻巣、桶川地区では、2012年以降ウイルス以外の原因による肝細胞癌が半数を超えています。ウイルスよりも生活習慣が関連した肝細胞癌が増えているのかもしれませんが(当地域の肝細胞癌の原因の円グラフ)。

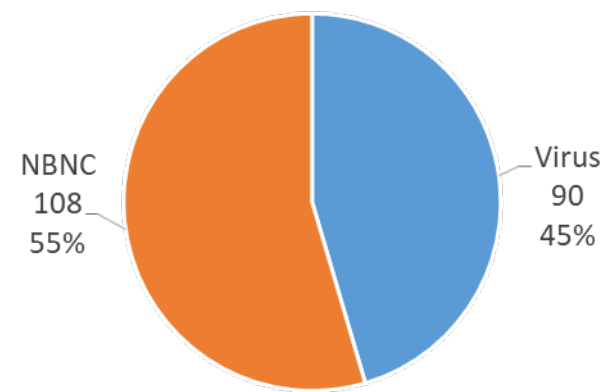


■ HCV ■ HBV ■ HBV+HCV ■ NBNC ■ AIH ■ PBC ■ その他



■ HCV ■ HBV ■ NBNC ■ AIH ■ その他

当地域の肝細胞癌の原因(2012年～2021年)



Virus: HCVとHBVが原因の肝細胞癌
NBNC: ウイルス以外が原因の肝細胞癌
渡邊の集計によるデータ

肝がん(肝細胞癌)の早期発見と早期治療のために

肝細胞癌は早期に発見することでより有利な治療と経過に結び付けることができます。

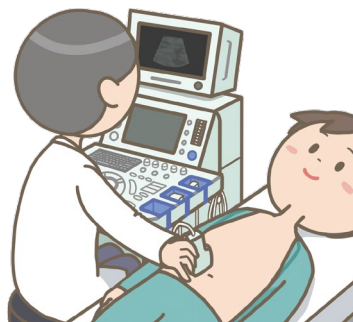
肝細胞癌のリスクがある方には定期的な検査による肝細胞癌の早期発見を目指します。

- C型慢性肝炎・肝硬変: 肝細胞癌の最も重要な原因です。治療によりウイルスが消失した後も定期的な検査が望めます。
- B型慢性肝炎・肝硬変: 治療でウイルスが減少している間も定期的な検査が望めます。
- アルコール性肝障害
- 非アルコール性脂肪性肝疾患からの肝硬変
- そのほかの原因による肝硬変

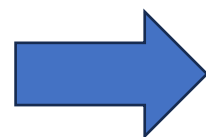
当院では、定期的な血液検査(腫瘍マーカー)、腹部超音波、CT、EOB・プリモビスト造影MRIをご提供します。
がんが見つかった時には専門施設に紹介しより有利な治療に結び付けます。



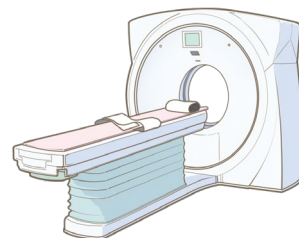
腫瘍マーカー



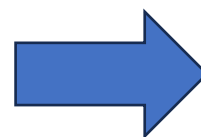
腹部超音波



必要に応じて



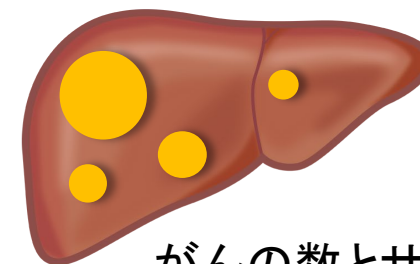
CT



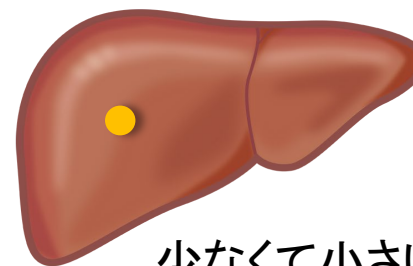
早期警戒
早期発見



EOB-MRI



がんの数とサイズが増えるまえに...



少なくとも小さいうちに発見し、
根治的治療法で制圧します。



肝硬変の原因

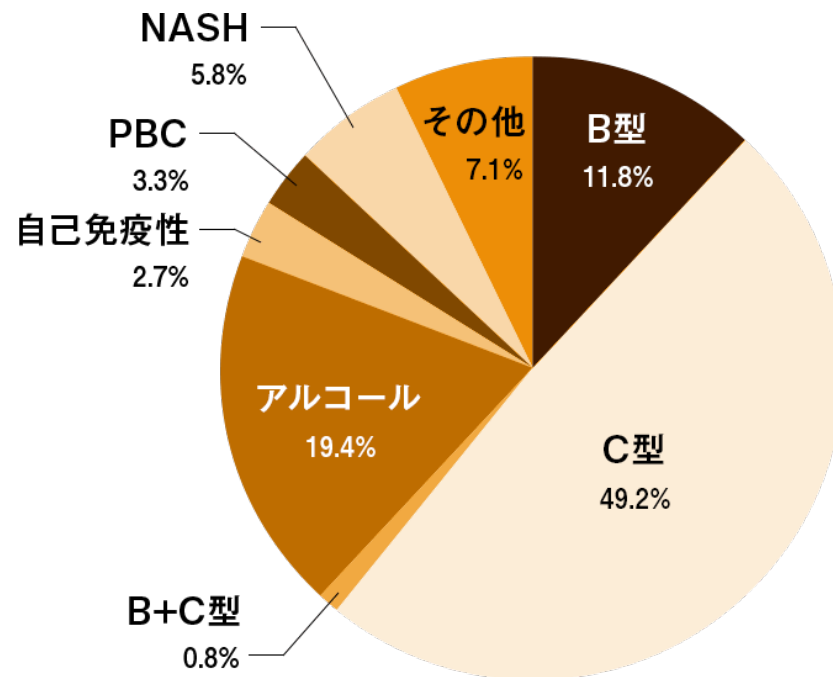
- 日本で最も多い原因はC型肝炎(HCV)です。次いで、アルコール性肝障害、B型肝炎(HBV)が挙げられます。
- その他、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎(PBC)、非アルコール性脂肪肝炎(NASH)、など様々な原因に長期間暴露されると肝硬変に至る可能性があります。

HCVは副作用が少ない内服治療で肝硬変に至る前に根治できる時代です。

HBVやPBCも安全で有効な内服治療により肝硬変への移行を阻止できます。

過剰な飲酒、生活習慣の乱れから肝硬変に至ることがあります。

心当たりがある方はぜひご相談ください。



PBC：原発性胆汁性胆管炎 NASH：非アルコール性脂肪肝炎

日本肝臓学会編：慢性肝炎・肝硬変の診療ガイド2019.文光堂,2019より

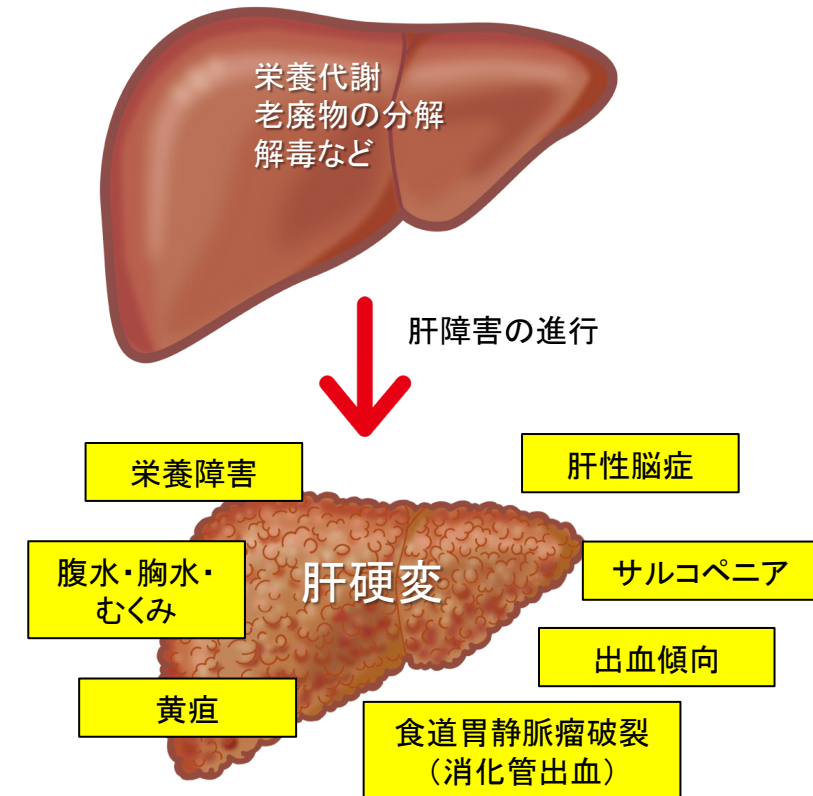
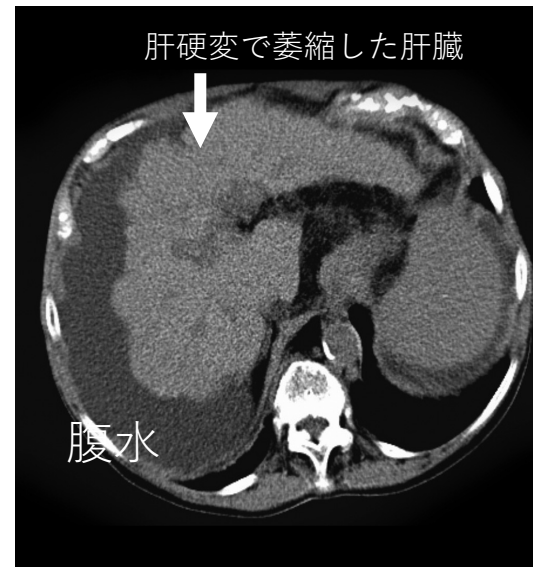
肝機能の破綻とその影響

肝臓の障害が進み「肝硬変」に至ると肝臓が担っていた重要な機能が損なわれ、

- 栄養障害
- 腹水、胸水、浮腫（むくみ）
- 黄疸
- 意識障害（肝性脳症、高アンモニア血症）
- 筋力低下（サルコペニア）
- 出血傾向
- 食道胃静脈瘤破裂
- 腎機能の低下（肝腎症候群）
- 肺への影響（肝肺症候群、肺高血圧症）

など生活や生命に影響を及ぼす症状が出ます。

肝硬変でさらにこのような症状が現れた状態を「肝不全」と表現します。



肝不全治療：当院では入院または外来で、安静、栄養療法（たんぱく制限、塩分制限）のほか、以下の治療を行います。

- 腹水：利尿剤の投与、水分制限、必要に応じて腹水穿刺ドレナージ（おなかに細いチューブを入れて腹水を抜きます）
- 肝性脳症：アンモニアなどの原因物質の低減や発生防止のための内服、点滴治療。

※食道胃静脈瘤破裂は内視鏡による緊急止血ができる施設への転院搬送をいたします。

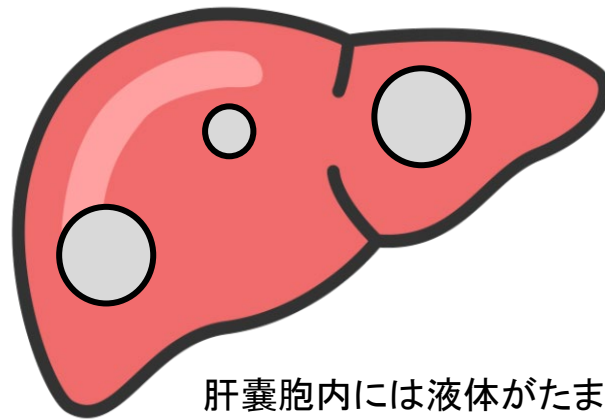
肝嚢胞

検診などで腹部超音波、CTをお受けになると、肝臓の中に偶然、「肝嚢胞」が見つかることがあります。多くの場合、球形で、内部に液状成分を含んでいます。肝嚢胞は大変普遍的な存在で、多くの方に見られ、複数存在していることもしばしばです。発生の原因はよくわかっていません。ほとんどの場合は無害で治療対象になることは稀です。一方で、次のような場合には治療を検討いたします。

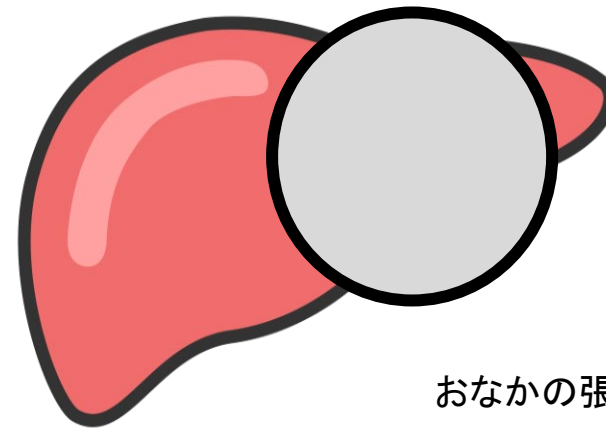
- 1) 肝嚢胞が徐々に大きくなり直径が15-20cmを超えることもあります。胃の圧迫感、食欲低下、おなかの張りなどの症状で日常生活に支障をきたすようになった場合治療を考えます。
- 2) 肝嚢胞内部に細菌感染や出血が生じた場合。
- 3) 短期間で増大する場合。
- 4) 肝嚢胞の内部に腫瘍を疑う所見がある場合。

当院で実施可能な治療は、1)に対する一時的な肝嚢胞の縮小術です。「肝生検」と似た手順で、肝嚢胞の内容液を吸引除去します。しかし多くの場合、早ければ1-2週間ほどで内容液が増加し肝嚢胞が元の大きさに戻り症状が再発します。より効果的な治療をお受けいただくため、原則として高次施設にご紹介いたします。

当院での治療: エコーガイド下肝嚢胞穿刺ドレナージ(嚢胞の内容物を抜く)による一時的な苦痛の緩和はご提供できます。



肝嚢胞内には液体がたまっています。
小さな肝嚢胞が複数あっても無害です。



大きい肝嚢胞

おなかの張り、胃の圧迫感、嚢胞内感染



治療を検討します

脂肪肝（非アルコール性脂肪性肝疾患、非アルコール性脂肪肝炎）

「脂肪肝」は肝臓の個々の細胞内に中性脂肪が溜まった状態の肝臓です。脂肪肝の重要な原因として、日常的な過度の飲酒があります。飲酒による脂肪肝は「アルコール性脂肪肝」と呼称し「アルコール性肝障害」の一つとして分類されます。

一方、お酒をほとんど飲まないのに脂肪肝の状態にある方が多くおられます。肥満、運動不足などの「生活習慣」に起因する脂肪肝は「非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）」と呼称されています（※）。NAFLDは過剰な栄養摂取、運動不足といった生活習慣に複雑な要因（腸内細菌の変化、糖分の代謝の変化、体内で産生される炎症性物質の活性化、各個人の体質・遺伝子など）が関与していると考えられており、研究の途上にあります。

【脂肪肝の動向】

世界的にみて飽食の国といわれて久しい日本の人々にとって、脂肪肝はごく一般的な肝機能障害の原因です。検診を受けた方の10人に3人が脂肪肝であると推定されています。中には肥満に該当しない脂肪肝の方も多くいると考えられています。また、小児の脂肪肝も増加しています。

【脂肪肝の経過】

脂肪肝の多くは比較的穏やかに無症状のまま経過します。しかし、最近では脂肪肝から肝炎（非アルコール性脂肪肝炎；NASH）にいたり、さらには肝硬変や肝細胞癌の原因になることが明らかにされています。脂肪肝から肝硬変、肝細胞癌に至る患者さんの数は増加傾向にあるとされています。

【脂肪肝は全身疾患の一つとしてとらえられています】

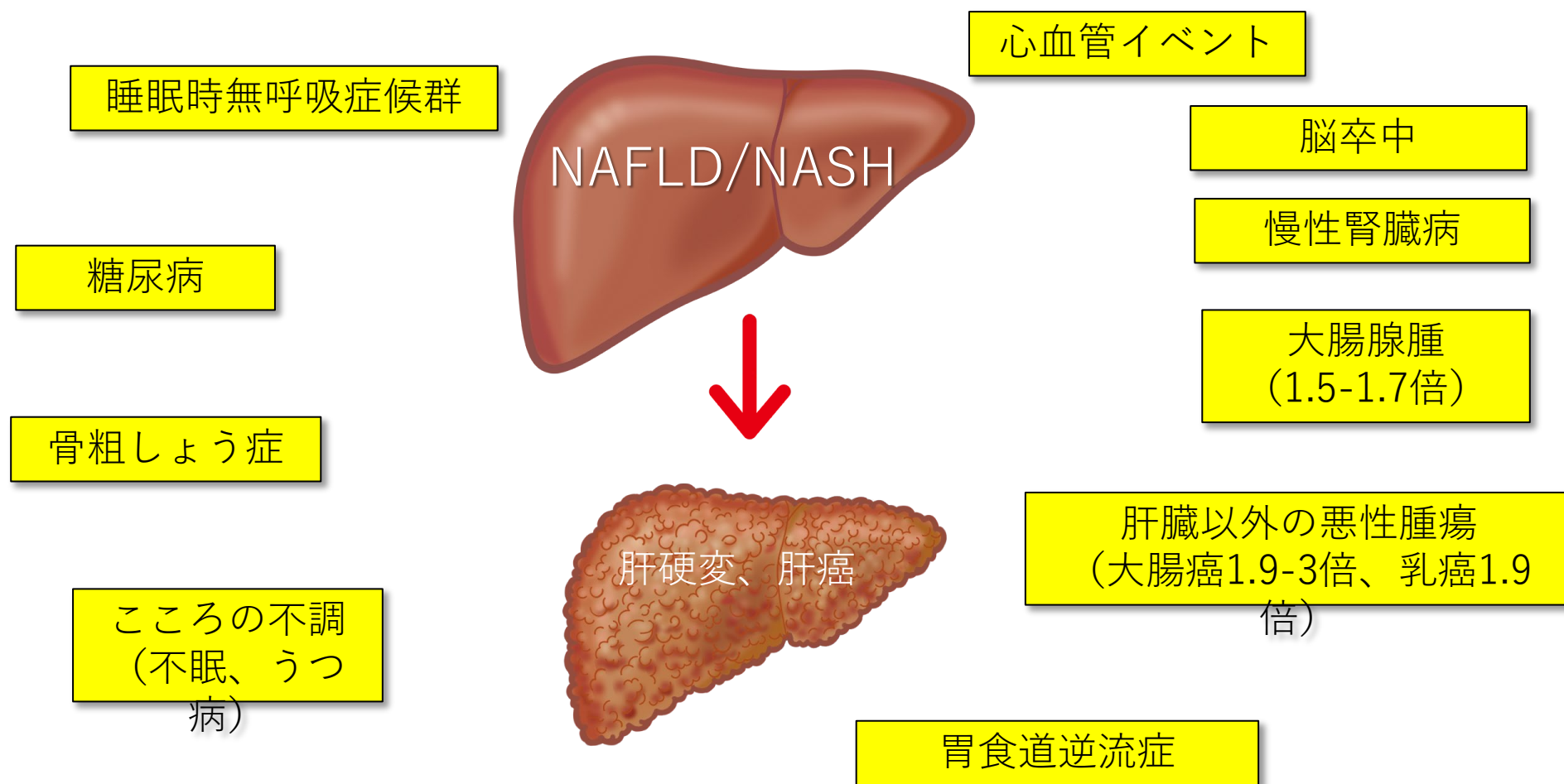
脂肪肝は、肝臓の問題にとどまらず、全身に影響する「メタボリックシンドローム」のひとつとしてとらえられています。好ましくない生活習慣が続くことで、肥満、脂質異常症、糖尿病、高血圧、動脈硬化症から、脳卒中、心筋梗塞、慢性腎臓病を伴うほか、大腸がんや乳がんの発生リスクを上げるなど、生活の質を下げ、生命に直結する健康障害をもたらす恐れがあります。

【脂肪肝の治療】

脂肪肝に直接効果がある薬はまだありません。食事や間食の摂取量が多すぎて栄養過剰になっていることがしばしばありますので、まず、ご自分の栄養状態を把握し、理想的な栄養の摂取方法を習得、実践していただくことが大切です。当院では専門の栄養士による「栄養指導」を実施して、脂肪肝の改善を図ります。並行して、合併している脂質異常症や高血圧、糖尿病など全身の管理をご提供します。

※）2023年に海外から、「脂肪性」や「アルコール性」という言葉は差別や偏見を生む不適切な用語であるとの解釈から、NAFLDはMASLD（metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease）へ、NASHはMASH（metabolic dysfunction-associated steatohepatitis）へ呼称を変更することが望ましい、との声明がでました。日本でも2023年9月末に関連学会からこの声明に賛同する旨の発表がなされました。一方で、2024年2月の時点で、MASLD、MASHに充てる日本語訳はできていません。まだ便宜的に脂肪肝、アルコール性肝障害、NAFLD、NASHという用語は広く使用されており、当面の間当院の診療やホームページなどでもこれらの旧用語を使用いたしますことをご了承いただけますようお願い申し上げます。

非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）は肝臓だけの問題ではなく 全身の疾患に関与するという認識が必要です



C型慢性肝炎

C型肝炎ウイルス(HCV)は日本において肝硬変、肝細胞癌のもっとも重要な原因です。日本には150万人前後の方がHCVに感染しています。中にはまだ感染していることを知らない方、あるいは感染していることが分かっているにもかかわらず治療を受けていない方がいると考えられています。HCVに感染していることが判明している方は治療をお勧めします。最新のガイドラインに基づき、安全で高い治療成功率を有する抗ウイルス薬の内服治療を行います。

かつて副作用に耐えながら治療を受けても効果が得られなかった「インターフェロン療法」を経験されている方もおられることと存じます。いまのC型慢性肝炎は高い確率でウイルス駆除に成功し、かつ副作用が非常に少ない内服治療が確立しています。使用できる抗ウイルス薬が3種類もあり、そのうちの1つを使用します。治療期間は8週間または12週間で、1日1回抗ウイルス薬を服用していただくことで95%以上の確率でHCVを駆除し「治癒」することができます。HCVを駆除することで以後肝臓にダメージが加わることを阻止し、肝硬変、肝細胞癌に移行するリスクを低減させます。

一方で、HCVの駆除に成功しても肝細胞癌が発生してしまうこともあります。治療成功後も4-6か月ごとに血液検査と腹部超音波で肝細胞癌の早期発見に努めます。肝細胞癌が見つかった場合には最適な治療ができる専門の施設へご紹介いたします。

【重要】HCVに感染している方のすべての方が保険※での治療を受けることができます。



HCVの感染の診断: 血液検査でHCV抗体陽性かつHCV-RNAも陽性(過去に治療して、または自然に治った方の場合、HCV抗体陽性でもHCV-RNAは陰性を示します)。
肝臓の傷みの度合い: 年齢、AST、ALT、血小板数、各種画像検査などで判断。

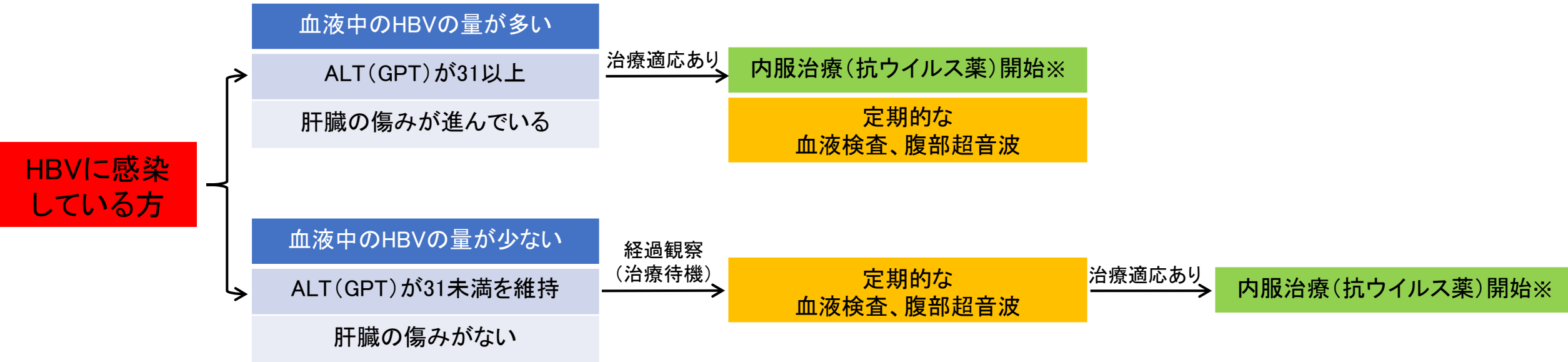
HCVに感染しているかどうかわからない方は
当院、検診、医療機関などでご相談ください。

※さらに自治体の助成金の補助を受けることができます。治療開始前にご案内します。
日本肝臓学会C型肝炎治療ガイドライン第8.2版をもとに渡邊が作成

B型慢性肝炎

B型肝炎ウイルス(HBV)は慢性肝炎、肝硬変、肝細胞癌の重要な原因です。全世界で約3億5,000万人が感染していると言われます。日本はHBVに感染している方が多い国で、約130～150万人(およそ100人に1人)が感染していると推定されています。なかには感染していることに気づいていない方、感染していることは知っていても適切な治療、管理をお受けになっていない方がおられると見込まれています。

HBVに感染している方でまだ専門的な治療や管理をお受けでない方、今は中断してしまっている方、はぜひ受診をお勧めします。当院では最新のガイドラインに基づき、必要と判断された方には安全で効果が高い抗ウイルス薬の内服治療を行います。HBVを可能な限り減少させておくことで肝臓にダメージが加わることを阻止し、肝硬変、肝細胞癌、肝不全に移行するリスクを低減させることができます。治療していても肝細胞癌が発生してしまうことがありますので、4-6か月ごとに血液検査(腫瘍マーカー)と腹部超音波で肝細胞癌の早期発見に努めます。肝細胞癌が見つかった場合には最適な治療ができる専門の施設へご紹介いたします。



HBVの感染の診断: 血液検査でHBs抗原陽性。
HBVの量: 血液検査でHBV-DNA量3.3 LogIU/mL以上で「多い」と判断。
肝臓の傷みの度合い: 年齢、AST、ALT、血小板数、各種画像検査などで判断。

HBVに感染しているかどうかわからない方は
当院、検診、医療機関などでご相談ください。

※現在でも可能な方にはインターフェロン療法を考慮する場合があります。
日本肝臓学会B型肝炎治療ガイドライン第4版をもとに渡邊が作成

肝硬変

肝臓の検査と治療の目的は、肝臓を「肝硬変」や「肝不全」に移行させないこと、です。肝硬変は、C型肝炎ウイルス(HCV)、B型肝炎ウイルス(HBV)、アルコールなど、肝臓に悪影響をもたらす原因が長い年月をかけて肝臓の機能を実行する個々の「肝細胞」を破壊し続け、肝臓が硬く萎縮してしまった状態です。肝硬変では、肝細胞が大幅に減少し肝臓が担う重要な機能が損なわれ、やがて破綻してしまいます。

【肝硬変の問題と症状】

肝臓は我々が口から摂取し胃腸で消化、吸収された栄養(糖質、タンパク質、脂質、ビタミン、ミネラル)を貯蔵する場所です。体が必要としたとき、それらの栄養を体を動かすためのエネルギーや、成分の素材に作り変えて供給します。また日常生活を送る間に体内で自然発生する有害物質や老廃物を分解し無毒化します。他にも、免疫や、血液の適度な止血能力を保つ、など生存するうえで欠くことができない重要な役割をになっています。肝硬変に至るとこれらの重要な肝臓の働きが破綻し、生活、生存していくするうえで不利な状況＝「肝不全」に陥ります。具体的な症状としては、栄養障害、足のむくみ、腹水、胸水、黄疸、意識障害(肝性脳症)、消化管などからの出血、筋力や筋肉量の低下(サルコペニア)など様々です。一度肝硬変に至ってしまった肝臓を、元の健常な肝臓に再生する治療はまだ開発されていません。究極的な治療法としては肝移植があるのですが、ハードルが高い治療です。肝硬変は世界的に用いられているChild-Pugh(チャイルド・ピュー)分類という基準に沿ってその重症度をA、B、Cの各グレードに分類します。グレードAは肝硬変でも症状がほとんどなく、日常的な生活が営める状態です。グレードCは、先述の肝不全の状態に陥った状態です。グレードBはAとCの中間です。

【肝硬変の管理・治療】

当院では、肝硬変の原因、症状、重症度に応じて、最新のガイドラインと患者さん個人の背景に合わせ、外来、入院で治療します。Child-Pugh分類のグレードAの方はその状態を維持します。グレードBのかたはグレードAへの改善を図りグレードCに陥らぬよう管理します。グレードCの方はグレードBへの改善、症状の安定を図ります。

肝性脳症: 栄養療法(たんぱく制限食)、特殊アミノ酸製剤、合成二糖類、難吸収性リファマイシン系抗菌薬の投与。

腹水・胸水: 塩分制限、利尿剤の投与、腹水穿刺。

【Child-Pugh分類】

肝臓の蛋白質分解、合成の能力やビリルビン代謝能を検査することで、**肝予備能**(肝機能の程度)を推し量ることができる。**Child-Pugh分類**が世界的に多用される。

	1点	2点	3点
肝性脳症	ない	軽度	ときどき昏睡
腹水	ない	少量	中等量
血清ビリルビン値 (mg/dl)	2.0未満	2.0-3.0	3.0超
血清アルブミン値 (g/dl)	3.5超	2.8-3.5	2.8未満
プロトロンビン活性値 (%)	70超	40-70	40未満

各項目のポイントの合計点で判定する。**予後や肝疾患の治療方法選択の根拠となる極めて重要な指標である。**複数の医療従事者が診療に当たるとき、その患者さんの肝機能の共通認識になる。**点数が低いほど肝予備能は良好と判断する。**

- Grade A: 5, 6 点
- Grade B: 7, 8, 9 点
- Grade C: 10~15 点

【Child-Pugh分類の結果と肝硬変の予後との関係】
スコアが10点以上になるとその予後は不良で余命はおよそ6ヶ月程度。
【肝癌の治療方法選択の判断材料】
Child A,Bで、腫瘍が単発、ないし複数でも3個以下で3cm以下であれば、肝切除もしくは局所療法(ラジオ波、アルコール局注)
Child A,Bで腫瘍数が2-3個でも最大径が3cmを超えていたら、肝切除もしくは肝動脈化学塞栓療法。
Child A,Bで腫瘍数が4個以上あれば、肝動脈化学塞栓療法。
Child Cで、腫瘍が単発 5cm以下、もしくは3個以内3cm以下で、年齢65歳以下なら、肝移植。



腹水穿刺: おなかに細いチューブを入れ2時間前後で1~3Lの腹水を抜き、腹水によるおなかの張りを軽減します。

アルコール性肝障害

お酒の飲みすぎは肝臓に悪い、ということは昔からよく知られた事実です。お酒＝アルコール、にまつわる肝臓のトラブルを総じて「アルコール性肝障害」と称します。飲酒以外に肝障害の原因がない場合、アルコール性肝障害を疑います。アルコール性肝障害は習慣的に適量を超えた飲酒の積み重ねで発症する普遍的な疾患です。ちょっとした数値の異常で済んでいる方も多くおられますが、日本でも海外でも肝硬変、肝不全、肝細胞癌の重要な原因です。肝障害の程度や状態によって次の5つに分類されます。

- 1)アルコール性脂肪肝:アルコール性肝障害の第一段階です。習慣的な過度の飲酒の肝臓への影響はまず脂肪肝として現れます。この段階で飲酒を適正化することでしばしば肝機能障害の改善が得られます。カロリーオーバー、運動不足、飲酒のすべてを原因としている脂肪肝の患者さんも珍しくありません。
- 2)アルコール性肝線維症:アルコールは、肝細胞の障害とともに肝臓の「線維化」を引き起こします。アルコール性脂肪肝の状態から飲酒を続けると、さらに肝細胞の破壊が進み肝細胞が減ります。その埋め合わせとして繊維成分が肝臓内にはびこります。繊維成分は肝臓の働きを担いません。アルコール性肝硬変のひとつ前の段階であり飲酒制限が必要です。
- 3)アルコール性肝硬変:長い年月、過剰な飲酒が続き、脂肪肝、肝線維症を経て最後にたどり着くのがアルコール性肝硬変です。日本ではHCVに次いで重要な肝硬変の原因です。ほかの原因による肝硬変と同様に、肝臓の機能が破綻して肝不全に至ります。一方で、肝硬変の初期の段階で飲酒をやめることができれば、肝不全への移行を防ぐことも可能です。
- 4)アルコール性肝癌:飲酒が原因で肝細胞癌が発生します。多くはアルコール性肝硬変の方から発生しますが、肝硬変の前の段階でも発生することがあります。日本ではHCVに次いで重要な肝細胞癌の原因です。アルコールによる肝細胞癌の経過や治療成績はHCVによる肝細胞癌よりも悪いといわれています。
- 5)アルコール性肝炎:お酒で肝炎になる、というのは事実です。しかし、一般的に言われる「お酒による肝炎」には少し語弊があります。肝臓に持病がなくふだんお酒も飲まない人が、ある日飲み会で二日酔いするほどの飲酒をしたら肝炎になるか、といえば答えはNoです。「アルコール性肝炎」は、日常的に飲酒して上記のアルコール性脂肪肝や肝線維症の状態にあった方が、飲み会などでさらに多量の飲酒をしてしまい、強烈な肝炎を起こした状態、を意味しています。アルコール性肝炎は油断のならない肝疾患です。黄疸、発熱、右上腹部痛などを伴って発症します。ASTやALTといった肝機能障害の指標が数千に上昇することもあります。肝細胞が一気に破壊され短期間で肝機能が破綻します。軽症で済めば自然軽快を期待できますが、重症例は発症後1か月程の間に肝不全や、全身の様々な臓器障害、感染症などを引き起こして死亡する恐れがあります。確立した治療法はなく、禁酒、安静、栄養療法、合併症対策を施して自然に回復することを期待します。

【アルコール性肝障害の治療】

- 飲酒制限、禁酒:唯一無二の治療法です。薬では治りません。サプリメントや健康飲料にはお酒の肝障害に効くとして販売されているものがありますが、事実と反する嘘であると申し上げて差し支えありません。お酒好きの方の中には「ビールはお酒ではない」とお考えの方もおられますが、「アルコール飲料」としての表示があるものはすべてお酒とお考えください。
- アルコール依存症とハームリダクション:理想的には持続的に禁酒をしていただくことが理想です。お酒を日々の生活の楽しみとしている方もおられるでしょう。あるいは、アルコールを飲まざるを得ない心身の状態、いわゆるアルコール依存症の方も見られます。直ちに禁酒ができない場合でも、健康や社会生活、経済活動への悪影響を減少させることを目的とし、段階的に飲酒量を減らしていくハームリダクション(ハーム:害、リダクション:低減すること)という考え方があります。アルコール依存症は、各個人の背景や内面的性に対応する必要があるため、より専門的な施設へのご紹介をお勧めします。

アルコール性肝障害

長期・過度の飲酒は、アルコールが持つ肝細胞障害作用と線維増生作用によりアルコール性肝障害をきたします。

ビール(5%)
500mL



チューハイ(7%)
レギュラー1缶
350mL



ワイン(12%)
グラス2杯
200mL



日本酒(15%)
1合
180mL



焼酎(25%)
ロック1杯
100mL



ウイスキー(40%)
ダブル1杯
60mL



「お酒」の種類による純アルコール量20gの目安

飲んだお酒(アルコール)は主として小腸で吸収され、血液を介して全身をめぐり、肝臓に運ばれて無毒な成分に分解されます。長期・過度の飲酒は、アルコールが持つ肝細胞障害作用と線維増生作用によるアルコール性肝障害をきたします。お酒の影響は性別、体質、体質によっても異なります。

お酒の種類により含まれるアルコール量が異なります。日本酒1合は純アルコール約20gに相当します。

- 常習飲酒家: 毎日、日本酒換算で平均3合(純アルコール量60g)以上の飲酒を5年以上続けた人。
- 大酒家: 毎日、日本酒換算で平均5合(純アルコール量100g以上)の飲酒を10年以上続けた人。

ビールは酒じゃねえ！



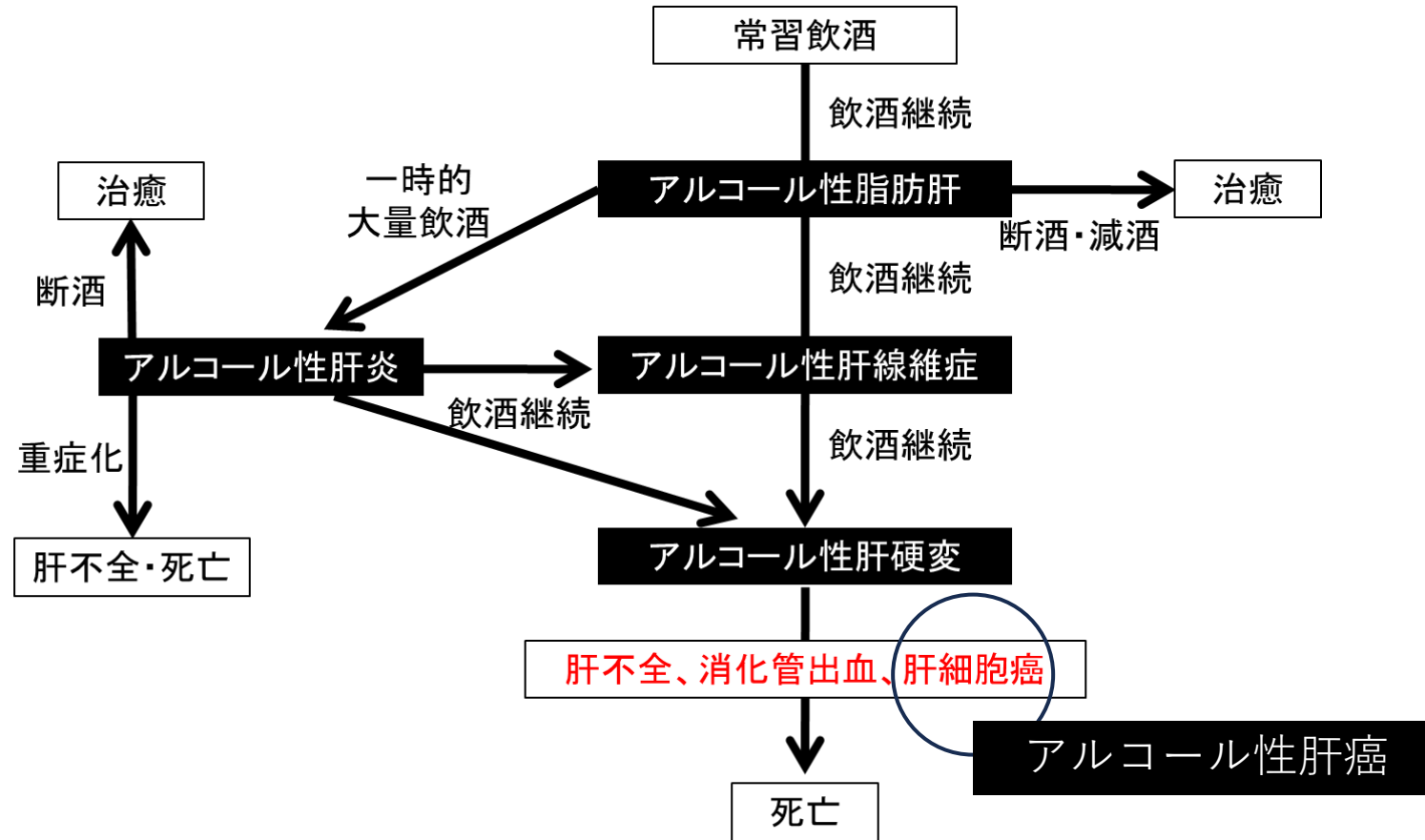
酔えねえよっ



【注意】

お酒です

アルコール性肝障害の分類と病態



薬物性肝障害(やくぶつせいかんしょうがい)

薬物性肝障害は薬による肝機能障害です。通常は医薬品、市販薬、漢方薬、健康食品、サプリメントの副作用としての肝障害を意味します。工業用の化学物質や毒物も肝障害を起こしますが多くは法律で使用が禁止、制限されています。

医療機関や薬局で入手できる「医薬品」は、厳しい安全性の審査を受け流通します。しかし、適正に使用していても0.1%~数%の頻度で副作用としての薬物性肝障害が発生することがあります。漢方薬、市販薬、健康食品およびサプリメントでも発生します。健康食品やサプリメントには法的定義がありませんが、健康増進のための食品、特定成分が濃縮された商品です。医薬品と異なり、厳格な安全性の審査がないこと、成分が不明確なこと、法的に使用が禁止されている成分を含む場合があるなど、です。そのため、思わぬ薬物性肝障害を被ることがあります。

【薬物性肝障害の原因】

1) 体質: 多くの人にとっては安全な薬でも、0%~数%程の人に薬物性肝障害が起こる可能性があります。一部の人は体質により特定の薬でアレルギーを起こしたり、特定の薬を十分に代謝できないことが原因です。「個人の体質と薬の相性」であり発生を予測できませんが、同じ薬を再度使用すれば再度肝障害が出ますので再使用しないことが重要です。

2) 中毒: 常用量であれば有用で安全でも、過量使用すると肝臓に障害が出るのが明らかな薬があります。解熱鎮痛剤として容易に入手できるアセトアミノフェンがその代表です。適正使用を心がけることで回避できるタイプの薬物性肝障害です。

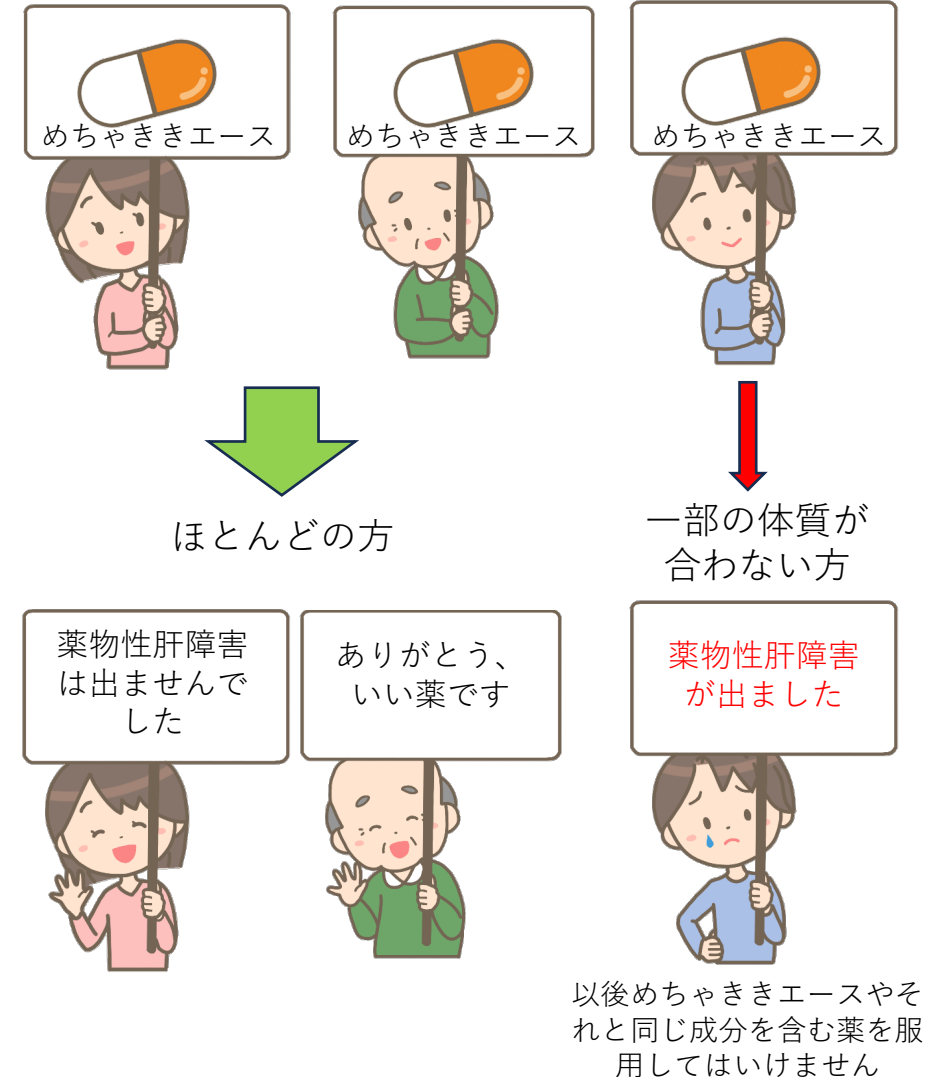
【薬物性肝障害の症状】

薬物性肝障害の多くは、原因となる薬を使用したのち4週間以内に発生します。無症状であることも多く、何かの目的で受けた血液検査で偶然発見されることがあります。その薬を服用している間は肝機能障害が持続、悪化しますので、やがて全身倦怠感や黄疸などの症状が出ることもあります。多くの場合、原因となった薬を中止すれば改善しますが、重症化し肝不全に至ることがあります。

【薬物性肝障害の治療】

まず原因となった薬を中止することです。体質的な薬物性肝障害は原因となった薬を再使用しないことが必要です。ただし薬をやめられない持病をお持ちの方も多くおられます。その場合は、成分が異なる他の系統の薬に変更することで対応できます。

家族で風邪をひいたのでみんなで市販の風邪薬「めっちゃききエース」を1カプセル飲みました



自己免疫性肝疾患（自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎）

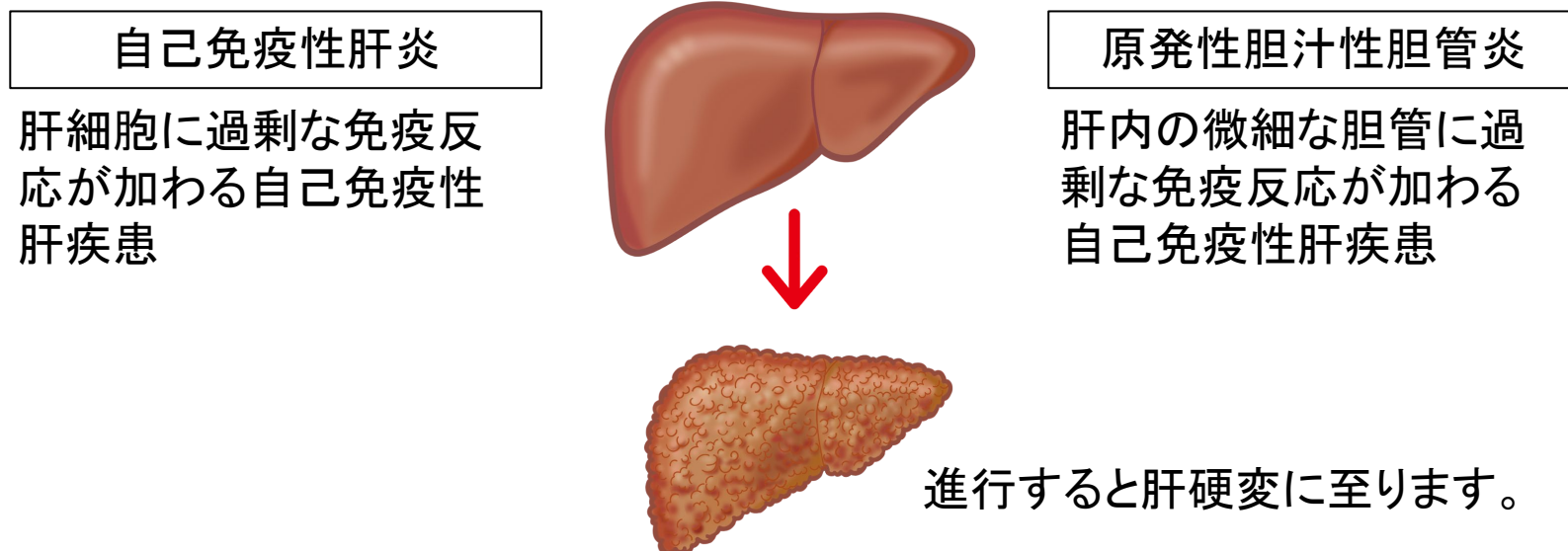
「免疫」は病原体や毒素などの外敵から自分の身を守る重要な機能で、体内の「免疫細胞」やそれらから産生される「抗体」などで構成されています。ところが、自分の体を守るはずの免疫が、何らかの理由で暴走をはじめ、自分の体を攻撃してしまうことがあります。そのような疾患を「自己免疫性疾患」などと呼びます。身近な例としては暴走した免疫が指などの関節に攻撃を仕掛ける関節リウマチがあります。そのような免疫の暴走は、肝臓の細胞（肝細胞）や肝臓の内部を走行する顕微鏡レベルの微細な胆管（肝細胞が産生する胆汁の通路）に対して発生することがあります。免疫に起因する肝疾患を「自己免疫性肝疾患」と呼びます。

主な自己免疫性肝疾患は「自己免疫性肝炎（AIH）」と「原発性胆汁性胆管炎（PBC）」です。両方を合併しておられる方もおられます。

免疫の暴走の矛先が、肝細胞に向く疾患が「自己免疫性肝炎（AIH）」、肝臓内の微細な胆管に向く疾患が「原発性胆汁性胆管炎（PBC）」です。自己免疫性肝炎よりも原発性胆汁性胆管炎のほうが罹患者数が多く、どちらも女性に多い疾患です。

自己免疫性肝炎と原発性胆汁性胆管炎は、それぞれ進行の速さ、経過、治療方法が異なります。

発症には個人の体質が関与していると考えられておりますが、その機序はまだ十分解明されておらず、根治をもたらす治療はまだ考案されていませんので、長くお付き合いいただく必要があります。



HCV、HBV、アルコールに比べると肝がん発生のリスクは低いと考えられていますが、進行すれば肝硬変、肝不全に至りますので適切に管理、治療します。

自己免疫性肝炎

【診断】

血液検査で診断できることもありますが、診断の精度を上げ適切な治療方針を決めるために「肝生検」をお勧めする場合がございます。

【治療】

暴走した免疫を制御する作用がある副腎皮質ステロイド(ステロイド剤)の長期服用が原則です。様々な副作用があり、扱いには慎重を要しますが、自己免疫性肝炎の方の80%以上に効果があるとされます。治療開始時のステロイド剤の量は自己免疫性肝炎の強さをご自分の体重を勘案して十分な用量から開始し、その後徐々に減量していきます。しかしステロイドを服用していても再燃することがあります。また、ステロイド剤だけでは安定しない方には別の免疫抑制剤を併用します。

【経過】

早期に診断しステロイド剤を投与することで、重症化や肝硬変への移行を予防できるとされています。ウルソデオキシコール酸を併用することもあります。一方で、診断が難しく、治療が遅れることがあり、その場合には、生命にかかわる重症肝炎や肝硬変に移行し肝不全に至る可能性があります。

原発性胆汁性胆管炎

【診断】

肝機能の数値の軽微な異常にとどまる場合には、原発性胆汁性胆管炎と診断されずに生活している方もおられます。診断は、原則として抗ミトコンドリア抗体、抗ミトコンドリアM2抗体と呼ばれる血液検査項目が陽性であれば、それで原発性胆汁性胆管炎と診断できます。一方で、診断が難しい場合や、自己免疫性肝炎を合併していることがあり、その場合には肝生検を施行して診断の精度を上げることが望まれます。

【治療】

自己免疫性肝炎と異なり、原発性胆汁性胆管炎には、ステロイド剤は用いません。ウルソデオキシコール酸と呼ばれる安価で副作用も少ない薬が有効です。

【経過】

自己免疫性肝炎に比べると、比較的穏やかで緩やかな経過をだどります。ウルソデオキシコール酸の効果が得られれば、肝硬変、肝不全への移行を予防できます。一方で、放置すると肝硬変、肝不全に移行する可能性があります。実際に、腹水、黄疸、全身のかゆみなどの症状、時に吐血を来して病院を受診し、すでに肝不全に至った状態で原発性胆汁性胆管炎と診断されることがあります。

【肝外合併症】

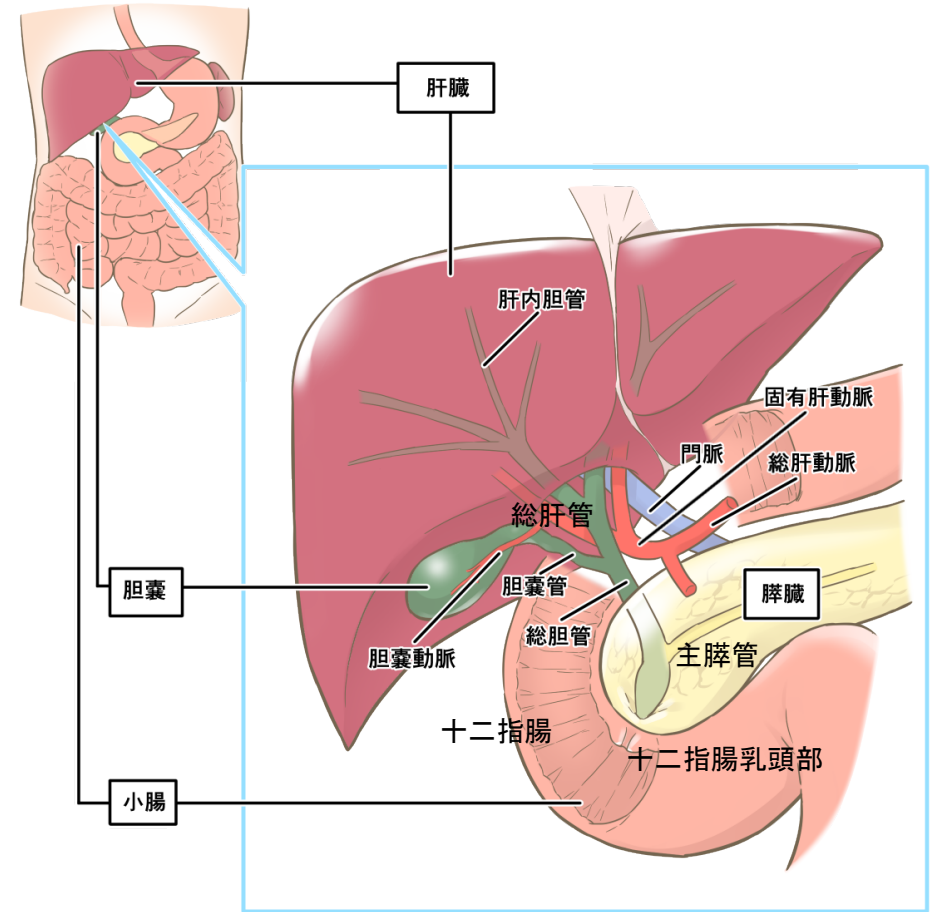
自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎ともに肝臓の疾患ではありますが、肝臓以外の臓器や器官にも免疫の暴走が起こることがあります。甲状腺機能低下症、関節リウマチ、シェーグレン症候群などの疾患を合併することがあり、それらにも配慮して精査します。また、原発性胆汁性胆管炎は、同年代の方に比べ、骨粗鬆症のリスクが上がるとされていますので、定期的に骨密度検査をお受けいただくことをお勧めしています。

胆道系（胆嚢、胆管） の疾患

胆道

胆道とは、肝臓から分泌された胆汁の通り道です。肝外胆管、胆嚢、十二指腸乳頭部を総括した用語です。

- 胆管(肝外胆管): 肝臓で作られた胆汁を十二指腸まで通す管。左右の肝管→総肝管→胆嚢からの胆嚢管と合流→総胆管に至ります。胆管の長さは約10~15cmで太さは0.5~1cm。
- 胆嚢: 胆嚢は肝臓で作られた胆汁を貯めて濃縮する袋状の臓器です。大きさは長さ7~10cm、幅3~10cm。食事をすると胆嚢内の胆汁が胆管から十二指腸に流れ出て消化吸収の一助を為します。
- 十二指腸乳頭部: 胆管が十二指腸に開口する部分で、膵臓からの主膵管と合流しています。

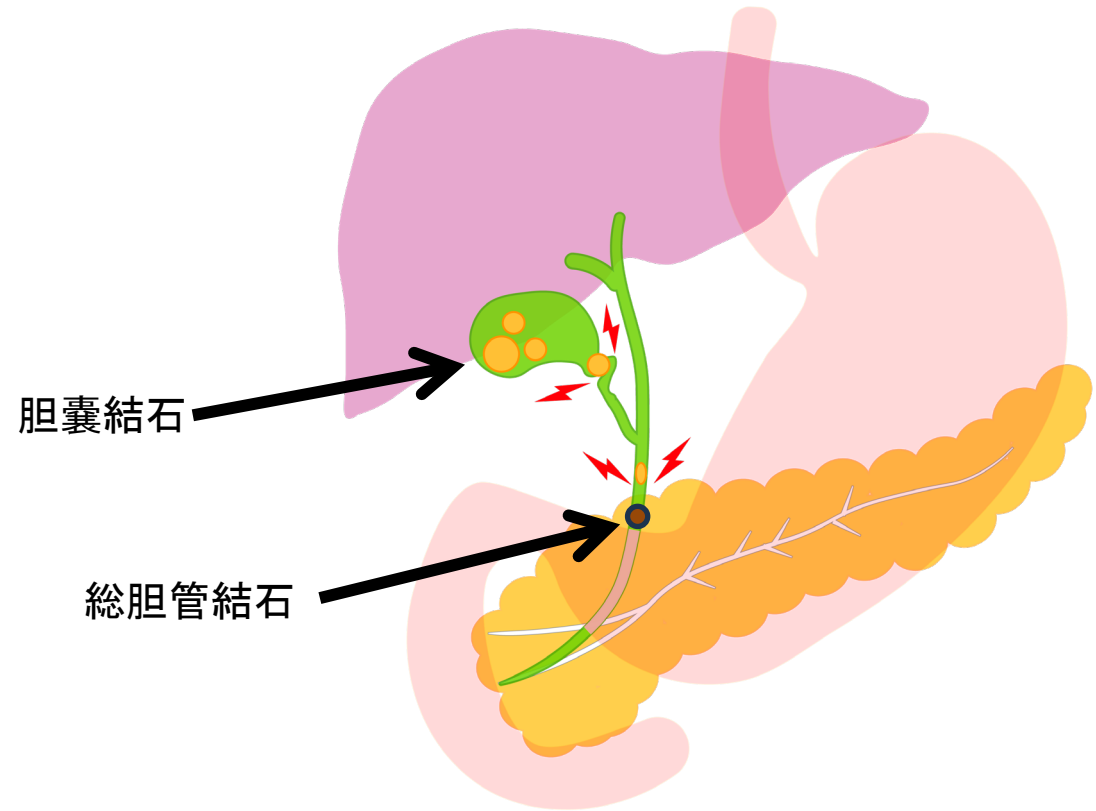


胆嚢結石、急性胆嚢炎、総胆管結石

胆石は良く知られた言葉です。

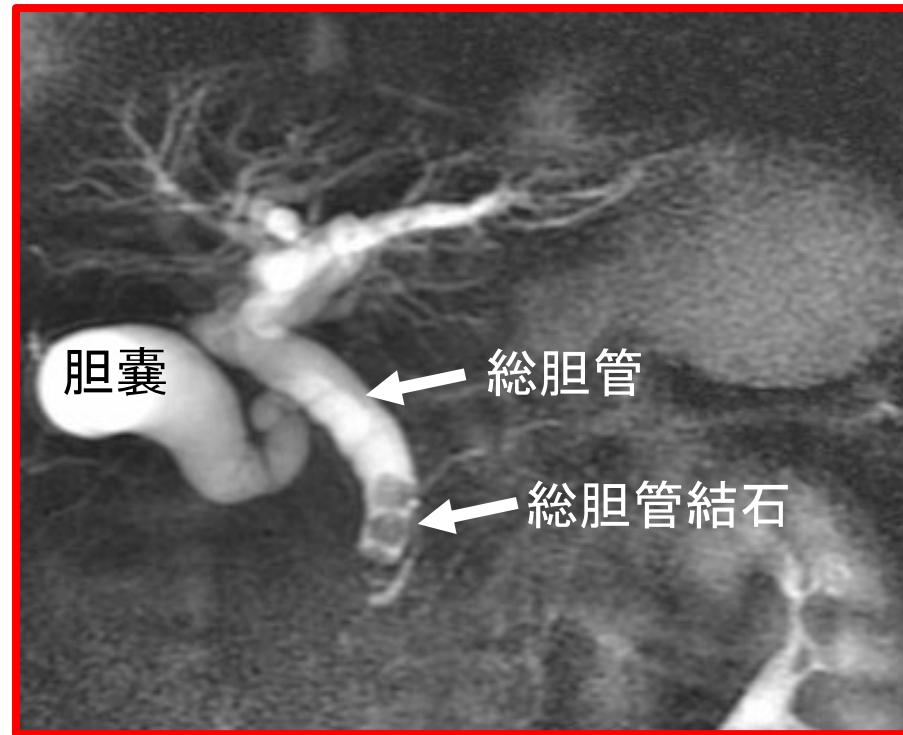
胆嚢の中に発生した結石を「胆嚢結石」と呼びます。10%ほどの方が胆嚢結石を保有していると言われています。無症状の場合は治療をしないことが一般的です。

一方、年間1%-3%の方に胆石にまつわる症状が出ると報告されています。胆石により「急性胆嚢炎」や「総胆管結石」が発生した場合は治療が必要です。



MRCP(磁気共鳴胆管膵管造影法)による総胆管結石の診断

当院では腹部超音波、CT、MRI検査の一種であるMRCPで胆嚢結石や総胆管結石の有無を調べることができます。総胆管結石は放置すると細菌感染による胆管炎(急性閉塞性化膿性胆管炎)、閉塞性黄疸、敗血症などの重篤な状態に至る可能性があります。無症状でも、いずれ胆管炎を起こす可能性が高いため、内視鏡を用いた治療(内視鏡的逆行性胆管膵管造影)が可能な施設にご紹介します。



この写真では総胆管内に少なくとも3個の結石があります。

胆石発作、急性胆嚢炎

【症状】

胆嚢内の結石が胆嚢の出口をふさいだり、細菌感染をおこすと胆嚢が腫れます。

急激なみぞおちから右季肋部(右上腹部)の痛み、吐き気、嘔吐を伴います。腹痛が一時的に出て収まる場合を「胆石発作」といふこともあります。

一方、「急性胆嚢炎」では、胆嚢の内容物が細菌の感染により化膿していることもあります。上記症状が持続し、発熱、黄疸を伴い、さらには敗血症、意識障害、ショック状態に陥ることがあります。

【治療】

軽症の場合は入院の上、抗生物質による治療を行います。

一方で、症状が強く、黄疸がみられ、敗血症のおそれがある場合には以下の治療ができる高次施設にお送りします。

- 緊急手術: 腹腔鏡または開腹による胆嚢の摘出術を行います。
- 胆嚢ドレナージ: 体外から腹部超音波を用いて細いチューブを胆嚢に挿入し、胆嚢内の細菌感染した胆汁を抜きます。
- そのほか、内視鏡を用いた治療を行う場合があります。

総胆管結石症、急性閉塞性化膿性胆管炎

【症状】

胆嚢内にあった結石が総胆管にこぼれ落ちることがあります。その場合、総胆管が結石でを塞がれることとなりますので上流から流れてくる胆汁の排出が妨げられます。この状態を「総胆管結石症」と呼びます。総胆管結石症ではしばしば、黄疸が生じます（閉塞性黄疸）。また、胆管内部の結石やよどんだ胆汁には細菌が感染しやすく、胆管炎を合併します。総胆管結石症にちなんだこれらの一連の事象を「急性閉塞性化膿性胆管炎（AOSC）」と呼びます。

【治療】

- 総胆管結石は、いまは無症状でもいずれ急性閉塞性化膿性胆管炎を起こす可能性がありますので治療の対象となります。内視鏡を用いて総胆管結石を除去することが勧められます。
- 腹痛、黄疸、発熱（急性閉塞性化膿性胆管炎）をきたしている場合には敗血症、急性膵炎、多臓器不全など重篤な状態に陥る恐れがあります。緊急治療が必要です。
- 内視鏡を用いた総胆管結石の除去や化膿した胆管炎の治療が可能な高次施設への転院、搬送をいたします。

膵臓

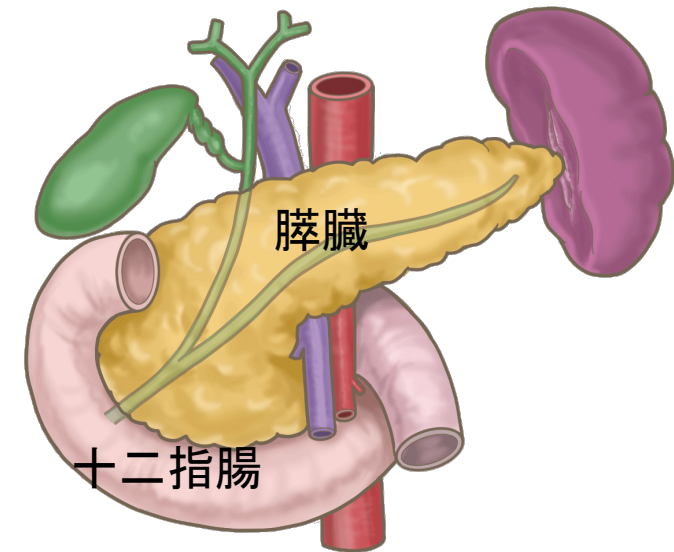
膵臓の機能

- 外分泌機能＝蛋白質、脂肪、糖質を消化するための消化酵素を含んだ膵液を産生します。
- 内分泌機能＝インスリン、グルカゴンなどのホルモンを産生します。



膵臓の傷みが進むと、膵臓の働きが損なわれ、

- 栄養障害(タンパク質、脂質、糖質の吸収障害)
 - 血糖値の乱れ(高血糖＝糖尿病、低血糖)
- が生じ健康の維持や生活の質に影響します。



- 膵外分泌: 膵臓で作られた膵液が膵管を通過して十二指腸に流れ、蛋白質、脂肪、糖質の消化吸収に寄与する。
- 膵内分泌: 膵臓で作られたインスリンやグルカゴンが血液を介して全身の筋肉や肝臓に運ばれ、血糖を調整する。

膵臓の主な疾患

膵外分泌機能不全

急性膵炎

慢性膵炎

膵嚢胞性疾患

膵がん

など

膵外分泌機能不全

長い間に膵臓の機能がゆっくりと低下して、食事として摂取した栄養を消化吸収するための消化酵素が欠乏し、栄養障害をきたすことです。

【膵臓の消化器としての機能】

三大栄養素(糖質、たんぱく質、脂質)の消化吸収に必要な消化酵素を産生し十二指腸内に流します。

膵臓で作られる主な消化酵素:

- アミラーゼ: 当分、炭水化物を分解する酵素。
- プロテアーゼ(トリプシン、キモトリプシンなど): たんぱく質を分解する酵素。
- リパーゼ: 脂質を分解する酵素。

【膵外分泌機能不全の症状】

栄養障害による体重減少、むくみなどが生じます。食後の腹痛、便の状態の変化(下痢、脂肪を含む便、回数の増加、便臭が強い)を伴うこともあります。

【膵外分泌機能不全の原因】

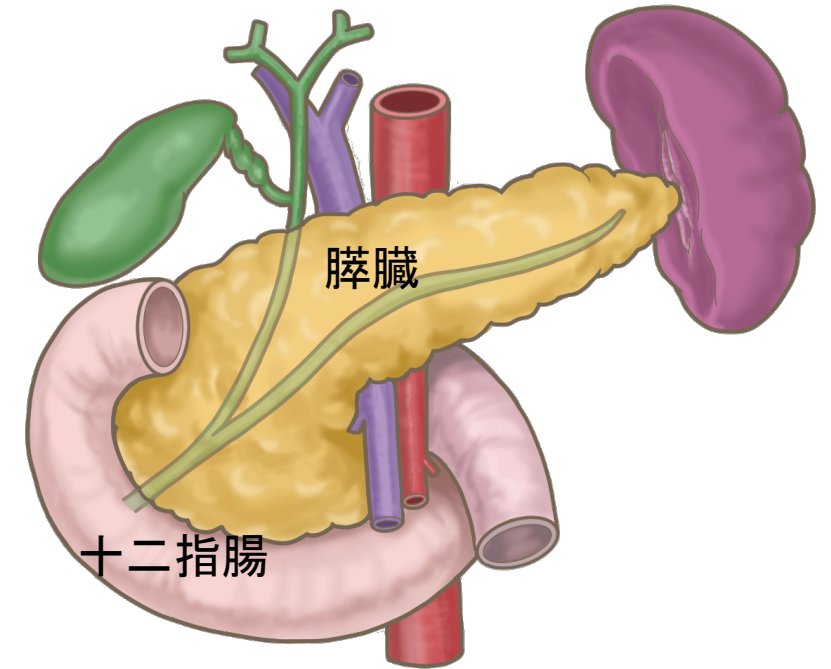
膵臓の働きを担う(=消化酵素を産生する)腺房細胞細胞が破壊されたり減少する膵臓の疾患や胃切除後などに合併します。

- 慢性膵炎: アルコール性、脂質異常症、原因不明(特発性)
- 膵切除後
- 膵臓癌
- 胃切除後

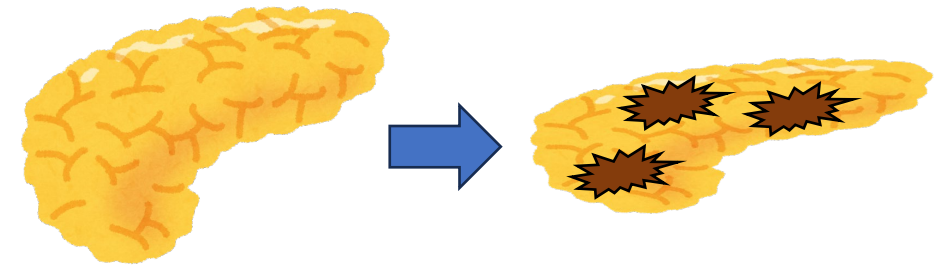
【膵外分泌機能不全の治療】

食事療法: 栄養状態を保つために必要なカロリー、たんぱく質、および膵消化酵素薬を服用しながら適量の脂肪を摂取します。詳細は当院栄養士からのご指導いたします。

薬物療法: 膵外分泌機能不全では消化吸収するのに必要な消化酵素が不足しています。膵消化酵素を含んだくすりを服用して酵素を補充し、消化吸収不良の改善を目指します。



膵臓は三大栄養素(糖質、たんぱく質、脂質)の消化吸収に必要な消化酵素(アミラーゼ、トリプシン、リパーゼなど)を産生し十二指腸内に流します。慢性膵炎などで膵臓がやせてしまうと、栄養の消化吸収障害が発生します。



慢性膵炎などで膵臓がやせてしまうと、栄養の消化吸収障害が発生します。

急性膵炎

膵臓で分泌される消化酵素が何らかの原因で活性化し、膵臓そのものが破壊されてしまう疾患です。それは“abdominal burn（お腹の中の熱傷）”と呼ばれるほど激しい炎症を伴う病態です。活性化した消化酵素は、膵臓を破壊するだけでなく、血液や尿あるいは腹腔へあふれ出し、腎臓、肺、肝臓、心臓など多臓器に障害をもたらす油断のならない疾患です。重症化（重症膵炎）した場合死に至ることもあります。

【急性膵炎の原因】

男性が女性の約2倍多く発症。男性ではアルコール性が約4割、胆石性と特発性（原因不明）が約2割、女性では胆石性と特発性が約3割、アルコール性が約1割、男性で40～50歳代、女性で60～70歳代に多い傾向があります。

【急性膵炎の症状】

上腹部痛、背中への痛みが出現し、吐き気や嘔吐、発熱を伴うこともあります。重症例では呼吸困難、意識障害を伴います。

診断基準：次の3項目のうち 2項目以上を満たし、他の膵疾患および急性腹症を除外したものを急性膵炎と診断します。

- 1) 上腹部に急性腹痛発作と圧痛がある。
- 2) 血中、または尿中に膵酵素の上昇がある。
- 3) 超音波、CTまたはMRIで膵に急性膵炎に伴う異常所見がある。

血液検査：膵酵素（アミラーゼ、リパーゼ、エラスターゼ1など）、尿検査：尿アミラーゼなど

画像検査：胸・腹部単純X線検査、腹部超音波、CTなど。特にCTは重症度を判定するうえで必要です。

【急性膵炎の治療】

軽症や中等症の急性膵炎の多くは内科的治療で治癒します。一方、重症急性膵炎では死亡率が20～30%と高く、高次医療機関で治療する必要があります。

内科的治療：急性膵炎は内科的治療が中心です。点滴による十分な水分補充と、鎮痛剤による腹痛の緩和とが基本です。

初期には絶食で膵臓の安静を保つことも致しますが、できるだけ早期に経口での食事摂取を開始することが推奨されています。

かつてはタンパク質分解酵素阻害薬の投与や抗菌薬の予防投与が行われていましたが、現在ではその有用性は示されていません。

胆石（総胆管結石）が原因の場合には、内視鏡による採石を行います。

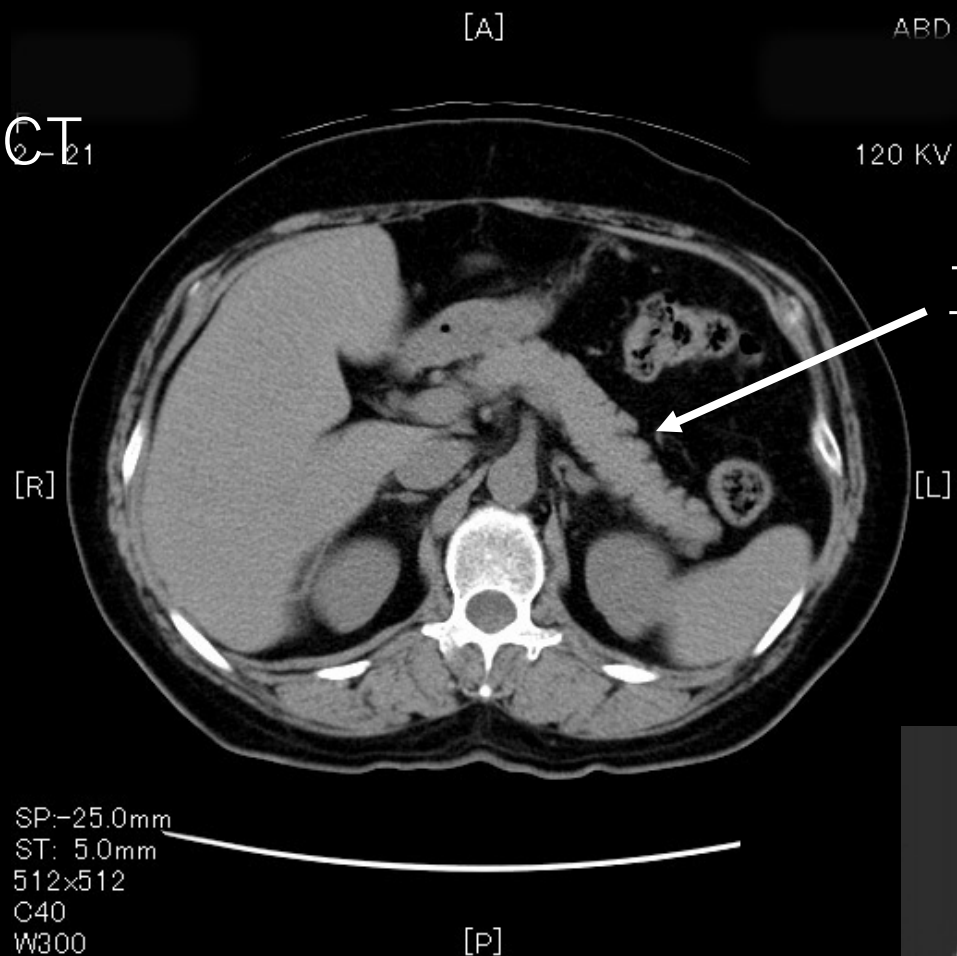
重症例は、腎不全、呼吸不全、心不全を合併するため、ICUでの全身管理が必要です。

急性期を過ぎて（4週間以降）、腹腔内に壊死物質をまじえた嚢胞に細菌感染が生じた場合は外科的な処置が必要になります。

初期には軽症の急性膵炎と診断されてもその後の経過で重症化する可能性がありますので、入院後も繰り返し血液検査やCTなどで重症度の判定することが必要です。

急性膵炎は、厳重な管理が必要です。特に重症化した場合には速やかな対応が求められます。原則として高次医療施設への転院搬送を考えます。

通常のCT

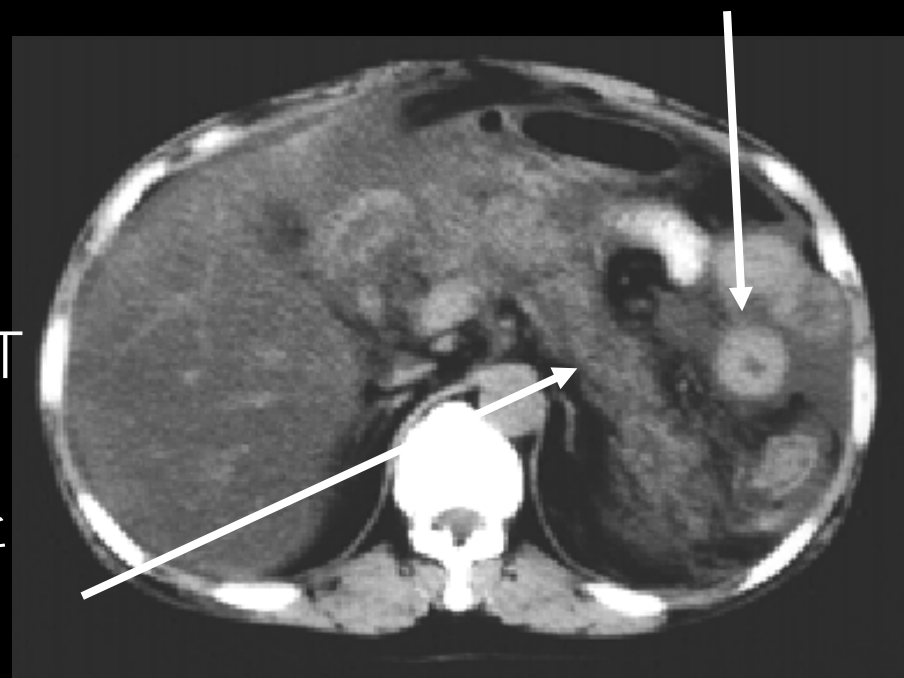


正常の膵臓

急性膵炎は「おなかの中のやけど」と例えられるほど強い炎症を起こします。

急性膵炎のCT

膵臓は激しく炎症を起こして原形をとどめていません。内部には壊死（えし）した物質が貯留しています。

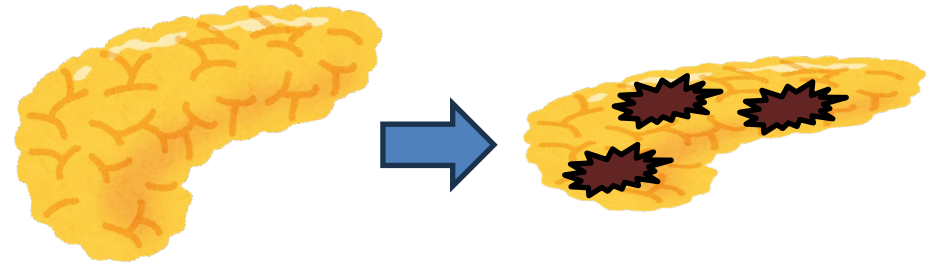


慢性膵炎

膵臓に繰り返し炎症が起こることにより、膵臓の細胞が破壊されて膵臓が線維化、萎縮していく慢性膵疾患です。膵臓が担う機能が損なわれることによる症状、膵癌、肺炎、感染症、糖尿病とその合併症を合併する頻度が高く、生活の質の低下、生命に悪影響を及ぼす可能性があります。

【慢性膵炎の原因】

- アルコール性: 長期・過量の飲酒は慢性膵炎のもっとも重要な原因です。慢性膵炎全体の約2/3を占めます。
- 急性膵炎
- 特発性(原因不明): 約2割。
- 喫煙も発症、増悪に関係します。
- 胆石性
- 遺伝性、家族性 など



慢性膵炎で膵臓の細胞が減少し、栄養の消化吸収障害や血糖異常などが発生します。

【慢性膵炎の症状】

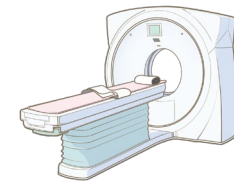
上腹部痛が多く見られます。そのほかにも背部痛、食欲不振、吐き気、腹部膨満感、口渇、多尿、下痢、黄疸、など多彩です。

【慢性膵炎の診断】

- 特徴的な画像所見: 膵管内の結石、膵臓の石灰化、膵管の不規則な拡張、膵臓の萎縮など。当院ではMRCP、CT、腹部超音波で調べることができます。
- 反復する上腹部通または背部痛。
- 血液検査: 膵酵素の上昇あるいは低下。
- 尿検査: 膵酵素の上昇。
- 飲酒歴: 純アルコール換算で1日60g(日本酒3合)以上。
- 急性膵炎の既往があること。などで診断します。



採血



CT



MRCP

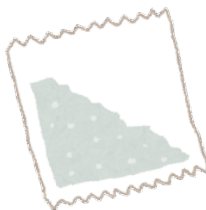
【慢性膵炎の治療】

それぞれの進行度や病態に適した食事療法、薬物療法、内視鏡的治療を行います。内視鏡的治療が必要な方は、施行可能な施設にご紹介いたします。

● 消化吸収障害対策(膵外分泌機能の障害による)

膵臓で産生できなくなった消化酵素の内服による補充を行います。効果不十分な場合にはヒスタミンH2受容体拮抗薬やプロトンポンプ阻害薬(PPI)を併用して胃酸分泌を抑制し、消化酵素が失活しないようにします。

「膵外分泌機能不全」の項もご参照ください。



膵消化酵素補充剤

● 疼痛対策

腹痛は生活の質を悪化させます。腹痛の強さに応じた鎮痛剤を投与します。重い痛みにはオピオイド鎮痛薬(医療用の麻薬の類です)を使用します。

たんぱく分解酵素の内服投与も行います。

● 食事療法、嗜生活習慣の改善

食事は脂質制限が基本です。

栄養不良に対しては、総カロリーを標準体重(Kg) × 30～35 kcalに設定します。

禁酒や禁煙などの生活習慣の改善が望めます。

● 糖尿病(膵内分泌機能の障害)

インスリンを分泌する細胞(β細胞)の減少により糖尿病を合併します。

不足しているインスリンの投与が必要になることがあります。

慢性膵炎では低血糖も起こしやすく、過度なカロリー制限は行わないことが推奨されています。



膵嚢胞性疾患

膵嚢胞とは膵臓の中にできる内部に水成分などを含んだ袋状の病変です。検診やドックなどで行われる腹部超音波、CTなどの画質が向上し、しばしば偶然見つかります。

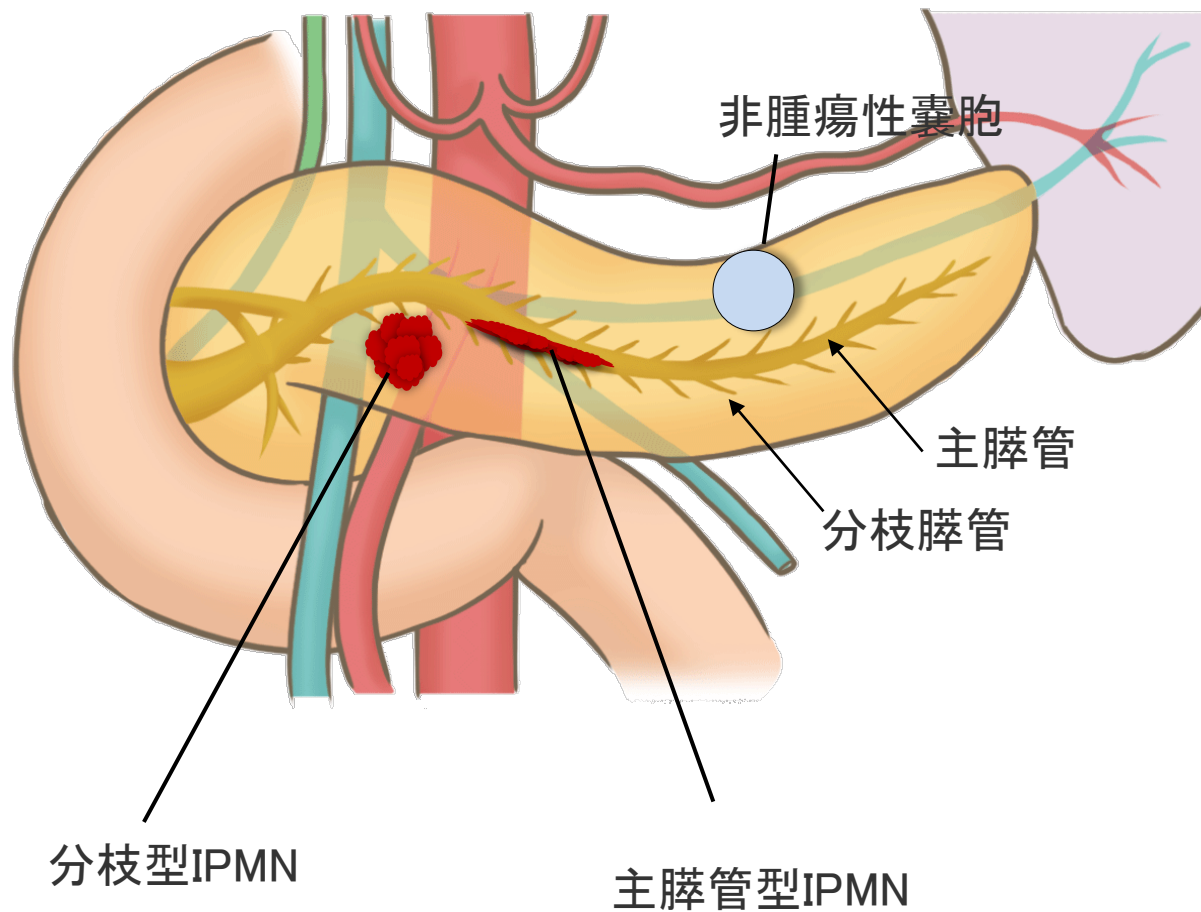
非腫瘍性で放置してよいもの（非腫瘍性嚢胞）が多く見られます。その一方で、早期発見と治療が難しいとして知られるようになった「膵がん」のもとになるかもしれないものもあります。

膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）：腫瘍の性質を帯びた膵嚢胞性疾患です。将来、膵がんになる可能性を秘めており、精密検査、経過観察、場合により手術の対象となります。

膵臓のなかには「主膵管」とそこから枝別れする「分枝膵管」が通っています。IPMNのうち主膵管から発生するのが主膵管型IPMNで、分枝膵管から発生するのが分枝型IPMNです。

- 主膵管型IPMN：癌になる可能性が高いため手術が必要です。
- 分枝型IPMN：IPMNの多くはこのタイプです。癌になる可能性は2～3%程度で、多くの場合は定期的に経過をみていくことになります。

当院では分枝型IPMNはMRCPなどの定期的な画像検査で経過観察をご提供します。主膵管型IPMNなど精密検査や治療を要する病変は、より専門性の高い施設にご紹介いたします。

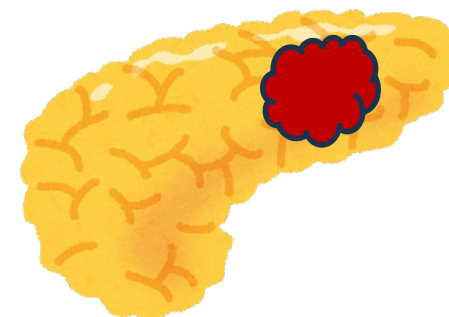


膵がん(膵臓癌)

膵がん(膵臓癌)

早期発見と治療が難しいとして広く知られるようになりました。

新しい治療法も出ていますので診断され次第専門の施設にご紹介いたします。



【膵がんのリスク】

以下のような背景が挙げられます。

家族歴: 膵癌患者さんの3～9%は膵癌の既往がある親族(血縁関係がある方)がおられます。

合併疾患:

糖尿病: 糖尿病がある方、初めて糖尿病と診断された方、安定していた糖尿病が悪化した方、は注意が必要です。

慢性膵炎

遺伝性膵炎

膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)

膵嚢胞

肥満

嗜好: 喫煙、大量飲酒



家族歴や糖尿病の有無、飲酒、喫煙など身近で分かりやすいリスクがある方は、治療により有利な状態で発見するための拾い上げ検査をお受けになられることが推奨されています。

当院では、血液検査(腫瘍マーカー)、腹部超音波、CT、MRCPを施行できます。