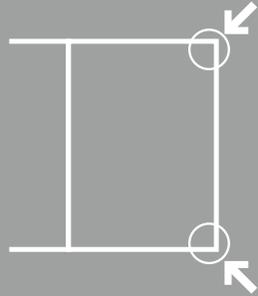
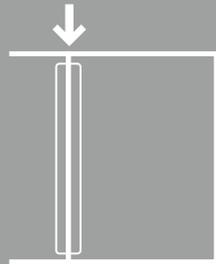


四隅 クリックでページ移動(全8ページ)



中央 クリックで全画面表示(再クリックで標準モードに復帰)



* OS・ブラウザのバージョン等により機能が制限される場合があります。

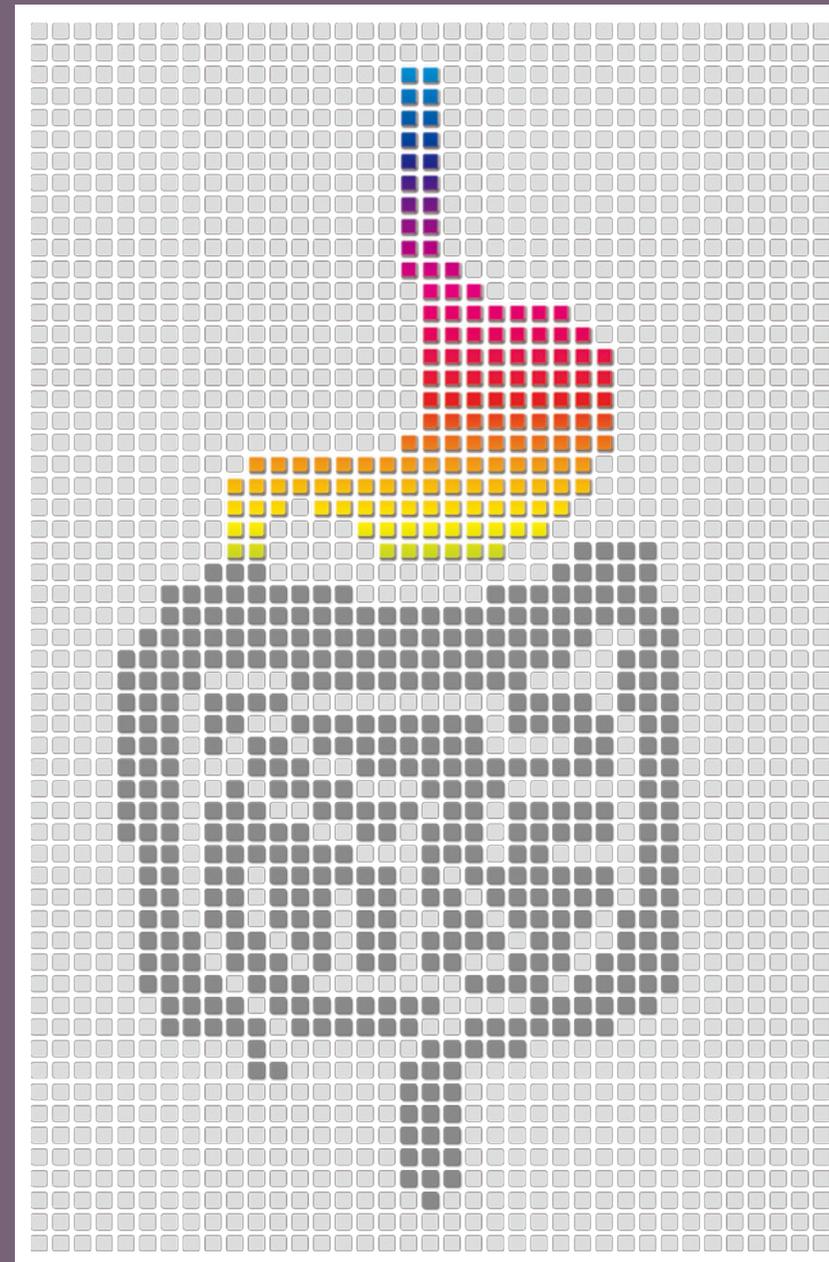
F D 診療

編集 本郷道夫 東北大学病院総合診療部 教授

Q

&

A



診断基準とGPレベルで鑑別すべき診断、注意すべき疾患は何ですか？

中島滋美

Point

FDは6カ月以上の病悩期間がある慢性疾患です。

診断と治療には4つのステップがあります。

ディスペプシアを説明できる器質的疾患（癌や潰瘍など）を除外することが最も重要です。

*H. pylori*感染者には自費で除菌を行います。

PPIテストで胃食道逆流症（GERD）を除外します。

最後にRome III基準で診断します。

一般臨床でGPがディスペプシアの患者を診るのに、厳格にFDの定義を適用する必要はありません。

ディスペプシアの定義とその変遷 (図1)

◆ディスペプシア (dyspepsia) は、上腹部や胸骨後部の痛み、胸やけ、悪心、嘔吐およびその他の上部消化管に起因すると思われる症状を総称するものとして1988年に定義されました¹⁾²⁾。その後、胃癌や潰瘍などの器質的疾患のないディスペプシアを non-ulcer dyspepsia (NUD) と呼ぶようになり、さらにRome II基準 (Rome II criteria) によりFD (functional dyspepsia) という疾患概念が定義され、NUDからFDと胃食道

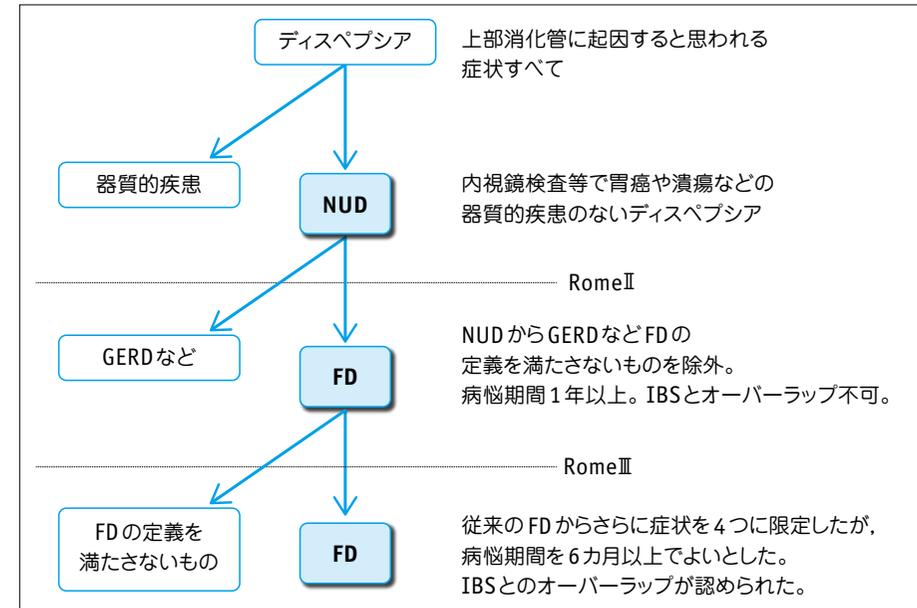


図1 ▶ ディスペプシアの定義の変遷

NUD: non-ulcer dyspepsia
 FD: functional dyspepsia
 GERD: gastroesophageal reflux disease (胃食道逆流症)
 IBS: irritable bowel syndrome (過敏性腸症候群)

逆流症 (GERD) などの疾患が分離されました²⁾。2006年に改定されたRome III基準では、さらにFDと診断するためのディスペプシアが、a: 食後のわずらわしい不快感、b: 早期飽満感、c: 上腹部痛、d: 上腹部灼熱感の4つに限定されました³⁾⁴⁾。

FD診断の注意点

- ◆Rome III基準には、FDの定義に「6カ月以上の病悩期間があり、最近3カ月は症状がある」という但し書きが付けられています。つまり、FDは慢性疾患なのです。ディスペプシアの患者に内視鏡で異常がないと、すぐにFDと診断してしまう医師がいますが、それは適切ではありません。症状を有する期間が6カ月未満の場合には、FDではなくNUDと診断すべきです。また、Rome IIIではFDの亜分類、すなわち postprandial distress syndrome (PDS) と epigastric pain syndrome (EPS) が提唱されています (詳細はQ1表1参照)。
- ◆しかし、亜分類の診断基準はFDの診断基準より厳しいので、FDと診断できてもPDSにもEPSにも分類されないFDが存在してしまうことも知っておくとよいでしょう。

- ◆なお、Rome II 基準ではFDと過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome : IBS) がオーバーラップしたものはFDとせずにIBSと診断することになっていましたが、Rome III 基準からは両者がオーバーラップしてもよいことになりました。

FDの定義の厳密な適用は必要か？

- ◆一般臨床でディスペプシア患者を診る場合に、厳格にFDの定義を適用する必要はありません。ただ、消化器内科医は少なくとも定義は知っておいたほうがよいでしょう。
- ◆定義を厳格に適用する必要性がある場合とは、たとえば学会発表や論文を読んだり投稿したり、病態解明のための研究をする場合や国際的に比較する場合などです。現在、日本の専門家の間では、実際にRome III 基準を適用してみてもどうかを検討している最中で⁵⁾、はたしてRome III 基準が日本人に妥当かどうか評価している段階です。
- ◆このように書くと、読者はFDの診断基準を勉強したくなくなるかもしれません。しかし、よく考えてみて下さい。ディスペプシアを訴える患者のうち実際に内視鏡検査で器質的疾患のある患者はわずか1割程度であり(筆者の2005年の成績では胃癌と消化性潰瘍を合わせて内視鏡患者の12.5%)⁶⁾、ほとんどは非器質的疾患(慢性胃炎を含む)なのです。すなわち慢性的なディスペプシア患者のほとんどは機能性消化管障害(functional gastrointestinal disorder : FGID)やFDの可能性があるので。
- ◆したがって、現時点ではRome III 基準の厳密な定義が必要かどうかは未確定ですが、FDの診療や研究が現在必要であり、診断基準もおろそかにすべきではないということが理解できると思います。

ディスペプシア患者の診断の手順：4ステップ法(4-step algorithm)

- ◆初診のディスペプシア患者をどう診断・治療していくかに関しては、筆者は4ステップ法(4-step algorithm, 図2)を提唱しています⁷⁾。これは、検査がまだ行われていないディスペプシア患者(uninvestigated dyspepsia)をどのように扱うかに関して、日本の疾患頻度や医療事情などを考慮して作成したものです。ただし、FDの診断には他疾患を除外するという作業が必要ですので、診断に時間がかかります。しかし、実地臨床では診断がつくまで治療をしないわけにはいきませんので、治療をしながら診断ステップを踏んでいくという方法です。

- ◆この場合の治療は経験的(empirical)、かつ対症的(symptomatic)です。つまり、ディスペプシアの治療は通常、器質的疾患が除外されていない時期から開始することが多いので、器質的疾患の存在を考慮に入れて経験的に(あるいは盲目的に)治療を始めるという意味です。しかも、器質的疾患が除外された場合でもFDには決まった治療法はなく、症状に合わせて治療をすることになるので対症的なのです⁸⁾。
- ◆以下に4つのステップを説明します。

■第1ステップ—器質的疾患の除外

- ◆初診の患者、または一部の検査が既に行われているディスペプシア患者の場合は、まず器質的疾患がないかどうか十分な検査を行うべきです。特に日本では消化性潰瘍や胃癌が多いので、内視鏡検査は必須です。若年者は内視鏡検査が不要という意見もありますが、十二指腸潰瘍は若年者に多く、また最近逆流性食道炎も若年者に増加してきていますので⁶⁾、筆者は年齢にかかわらずディスペプシア症状を訴えて受診した患者には内視鏡検査を勧める方がよいと考えています⁷⁾。
- ◆また、内視鏡検査以外に尿・血液生化学検査(肝・膵酵素を含む)、腹部超音波検査、便ヒトヘモグロビン検査を行うべきです。便ヒトヘモグロビン検査が2回のうち1回でも陽性なら大腸内視鏡検査を行うべきです。そのほかにも必要に応じ検査を追加すべきですが、癌などの重大な器質的疾患を見逃さないことが重要です。なお、内視鏡検査で慢性胃炎だけしか認められない場合や、軽度のびらんや発赤などは器質的疾患には含めません。また、胆石や大腸憩室などもそれによるディスペプシア症状でないなら器質的疾患に含めません。要するにディスペプシアを説明できる器質的疾患を除外するのが第1ステップです。
- ◆なお、第1ステップの経験的治療にはH₂受容体拮抗薬を第一選択とします。なぜなら、器質的疾患が除外されていない段階では消化性潰瘍の可能性があるのと、将来ヘリコバクターピロリ(*Helicobacter pylori* : *H. pylori*)の検査をする可能性があるため、検査に影響を与えるプロトンポンプ阻害薬(PPI)は投与しないほうがよいからです⁷⁾。

■第2ステップ—*H. pylori*感染の除外

- ◆器質的疾患が除外されたら、次は*H. pylori*の影響を除外することが必要です。*H. pylori*が感染すると必ず慢性活動性胃炎が起こります。しかし、慢性活動性胃炎があったからといって必ずしも症状が出るとは限りません。むしろ症状が出ない場合がほとんどです。しかし、症状のある人に除菌をすると症状が改善する場合もある

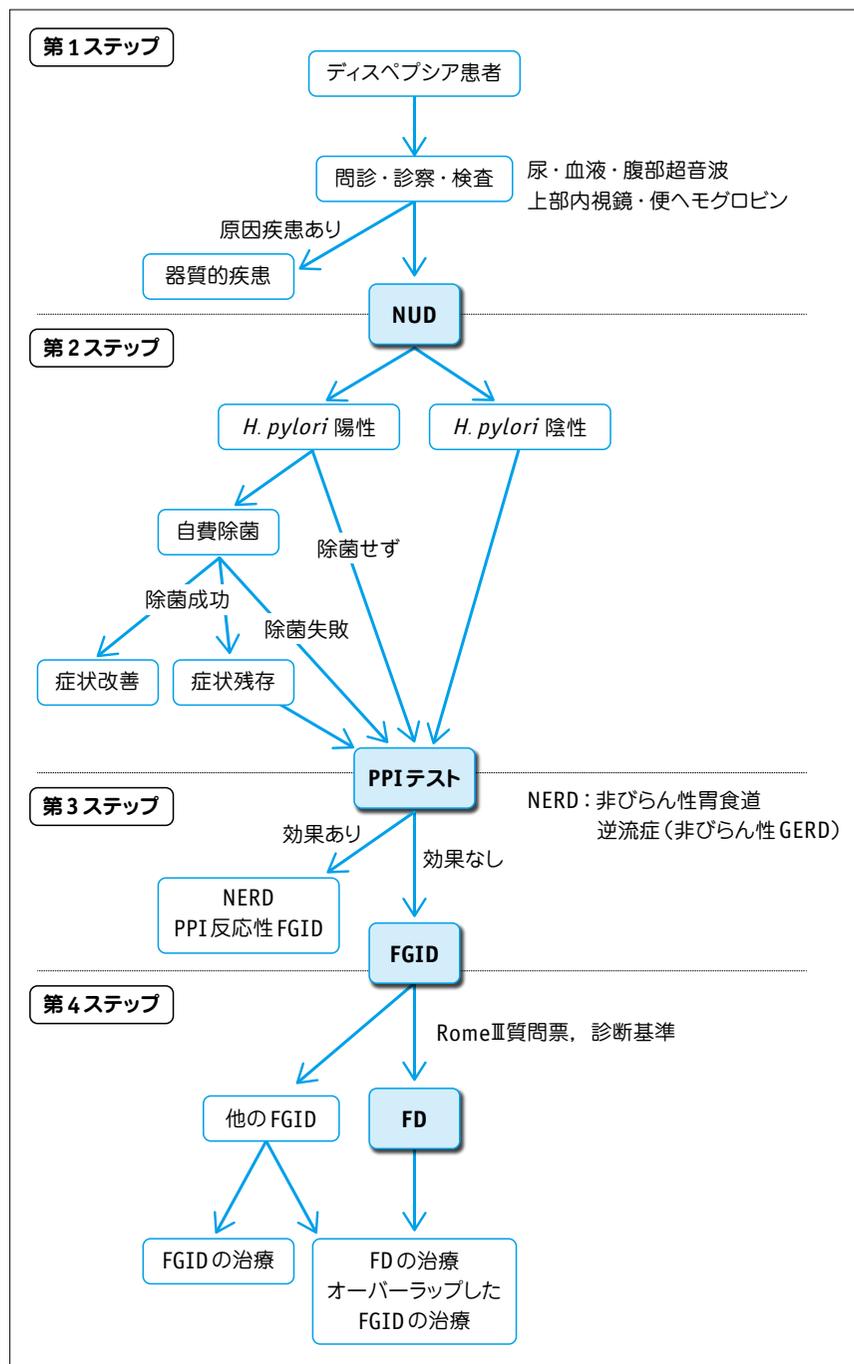


図2 ▶ FD診療の4ステップ法(4-step algorithm)

ので、*H. pylori*感染者の場合はまず除菌を考慮します。残念ながら日本の保険医療では「慢性胃炎」だけの患者には*H. pylori*の検査も治療も健康保険が適用されませんので、患者の全額自費負担で行うか、医療機関の費用負担で行うしかありません。つまりそれぞれの医療機関または主治医がどのような方法で自費診療を行うか決める必要があります。

- ◆ちなみに筆者の場合は、胃内視鏡検査で生検が必要な所見がある場合に、悪性疾患鑑別のための生検と同時に定点生検を追加し病理医に頼んでシドニー分類をもらい*H. pylori*感染診断をしてもらっています⁹⁾。*H. pylori*感染診断に関する費用は患者にも保険にも請求しませんが、それ以外の内視鏡と病理検査費用は保険診療で行っています。
- ◆内視鏡検査時に生検しない場合には、筆者の場合、併設の健康管理センターのピロリ菌検査セット(便中抗原、血清抗体、血清ペプシノゲン検査の3点セット)を自費で受けてもらいます。このようにすると保険診療上問題なく、もちろん混合診療にもならず検査が可能です。要するに、保険診療をせずに(あるいは保険診療を終了した後に)全額自費で*H. pylori*感染診断をします。
- ◆*H. pylori*感染が診断できた場合に、十分な説明と同意を得た後、自費で除菌療法を受けてもらいます。この時に診療費等の費用も含めてすべて自費で患者に請求しないと、混合診療と見なされ保険診療上問題が生じますので注意が必要です。
- ◆なお、筆者の場合には除菌のメリットだけでなく、デメリットや除菌後の注意点を十分理解してもらうためにピロリ菌・胃癌予防講習会を開催しています¹⁰⁾。これは患者とのトラブルを避けるためにも有用な方法です。また、ピロリ菌外来も開設しています。*H. pylori*感染が証明されない症例や、除菌を拒否したり、何らかの理由で除菌が成功しなかった場合、除菌が成功してもディスペプシア症状が残存する場合には、次のステップに移ります。

■第3ステップ—GERDの除外

- ◆次に問題となるのはGERDの除外です。内視鏡検査で明らかな食道びらん(mucosal break)がある場合、GERDの診断は簡単です。しかし、内視鏡でびらんがない場合、自覚症状がGERDからか、FDからかを分類することは容易ではありません。
- ◆最もよい方法は食道pHモニターや食道インピーダンス法などにより胃食道逆流の有無を調べる方法です。しかし、この検査はどの施設でも行えるような検査ではありません。では、一般診療ではどうするかというと、プロトンポンプ阻害薬(PPI)

を投与して反応をみるのです。これをPPIテストといいます。

◆通常、PPIを高用量で2~4週投与し、反応をみます。症状が改善したらGERDと診断します。ただし、FGIDでもPPIが効く可能性がありますので、PPIテストで改善したからといって必ずしもGERDだったと診断できるわけではありません。GERDだったのか、PPIで改善したFGIDだったのかを区別するのは、自覚症状しかありません。胸やけや呑酸などの食道症状があったならGERDで、食道症状が明らかでなければFGID (FDを含む) だった可能性があるということになります。

◆これ以上の鑑別は一般臨床では必要ありません。この段階で治療にPPIが効果ありと判明しているので問題は解決です。PPIで十分な効果がない場合には次のステップに移ります。

■第4ステップーFDの最終診断

◆*H. pylori*除菌でもPPIでも効果がないディスぺプシアの場合、FDの可能性が高くなります。しかし、まだFDと確定したわけではありません。この段階で言えることは、症状が6カ月以上前からあれば何らかのFGIDがあると診断できるだけで、6カ月未満ならNUDと診断せざるをえません。

◆FDの確定診断をするためには、Rome IIIの診断基準に当てはまるかどうかを確認します。これは別項の診断基準を見てチェックします。あるいは、Rome III質問票を使用して診断するという方法もあります⁵⁾。実際にRome IIIの診断基準でFDと診断できる症例は30%ほどと少なく、ほとんどは他のFGIDです。また、FDには他のFGIDをオーバーラップしている症例が多く、筆者の検討では約7割が機能的腸障害 (IBSや機能的便秘など) を合併していることが判明しました⁵⁾。FDと診断できた場合には、PDSかEPSか亜分類をします。

◆いずれにしても、FDと診断されたら治療を行うわけですが、決まった治療法はなく、症状に応じて行います。詳細は別項(Q17~22)をご参照下さい。なお、オーバーラップしたFDの場合には、FDの治療だけでは効果が十分でないので、約7割のFD患者ではオーバーラップした腸障害に対する治療も併用します⁸⁾。

FGIDの心理社会的問題

◆Rome IIIには、心理社会的な警告症状を診断するための質問票が付いており³⁾⁴⁾、患者のうちに潜んでいる問題をスクリーニングできます。筆者が心理社会的警告症

表1 ▶ FGID患者の心理社会的警告症状

a. Rome III質問票によるスクリーニング		b. 心理社会的警告症状の内訳 (複数回答あり)	
心理社会的警告症状	患者数	心理社会的警告症状	患者数
あり	14	コーピング障害	10
なし	13	不安	6
合計	27	抑うつ	6
		強い身体の痛み	5
		虐待、いじめ、暴行	4
		日常生活の支障	2
		自殺願望	0

(筆者の2007年の集計結果より)

状を検討したFGID27例では、半数がアラーム症状陽性で、うち7割がコーピング障害でした。そのほかにも不安、抑うつが4割、虐待・いじめ・暴行が3割ありました(表1)。コーピング障害とはストレスを上手に処理できない状態をいいます。詳細は専門書を参照して下さい。

◆これらの心理社会的問題は、一般臨床医で解決できないことも多いと思われます。FDやFGIDを診断した場合には、心理社会的背景を理解し、場合によっては専門家に相談することも考慮します。また、治療には向精神薬が有効なこともあります(詳細はQ20参照)。

■文献

- 1) Colin-Jones DG: Management of dyspepsia: report of a working party. *Lancet* 1: 576-579, 1988.
- 2) 中島滋美: NUDの疫学 欧米とわが国の比較. *Helicobacter Research* 5: 531-540, 2001.
- 3) Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al. ed: ROME III, the Functional Gastrointestinal Disorders (3rd ed.), Degnon Associates, Inc., McLean, VA, USA, 2006.
- 4) 福土 審, 本郷道夫, 松枝 啓, 監訳: 機能的ディスぺプシア. ROME III [日本語版] The Functional Gastrointestinal Disorders 機能的消化管障害 (3rd ed.), 協和企画, 2008.
- 5) Nakajima S, Takahashi K, Sato J, et al: Spectra of functional gastrointestinal disorders diagnosed by Rome III integrative questionnaire in a Japanese outpatient office and the impact of overlapping. *J Gastroenterol Hepatol* 25 (suppl. 1): S138-S143, 2010.
- 6) Nakajima S, Nishiyama Y, Yamaoka M, et al: Changes in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection and gastrointestinal diseases in the past 17 years. *J Gastroenterol Hepatol* 25 (suppl. 1): S99-S110, 2010.