



GESTALT OF 消化器疾患の ゲシュタルト DIGESTIVE DISEASE

[編著] 中野弘康 Hiroyasu Nakano

いまだその病気を経験したことのない臨床医が、
病気の全体像をみずみずしくイメージできる！
日々の臨床が楽しくなること間違いなし。

(全27疾患)

 Kinodo

●執筆者一覧

編著

中野弘康 大船中央病院 内科

著（掲載順）

家 研也 川崎市立多摩病院 総合診療内科
田中由佳里 仙台厚生病院 消化器内科
岡村幸重 佐野厚生総合病院 消化器内科
松本健史 日本橋室町三井タワー ミッドタウンクリニック
後藤田卓志 日本大学病院 消化器内科
細江直樹 慶應義塾大学病院 内視鏡センター
今枝博之 埼玉医科大学病院 消化管内科
國松淳和 南多摩病院 総合内科・膠原病内科
須藤 博 大船中央病院 内科
土田知也 聖マリアンナ医科大学 総合診療内科
勝俣範之 日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科
小澤俊一郎 山梨病院 消化器内科
大木初里 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター
松本純一 聖マリアンナ医科大学 救急医学 救急放射線部門
北野夕佳 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター
山中克郎 福島県立医科大学会津医療センター 総合内科
奥瀬千晃 川崎市立多摩病院 総合診療内科
松本伸行 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科
重福隆太 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
渡邊綱正 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科
高橋秀明 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科
新後閑弘章 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科
土岐真朗 杏林大学医学部 消化器内科学
久松理一 杏林大学医学部 消化器内科学

推薦文

『消化器疾患のゲシュタルト』はオススメだ。ぜひお読みいただきたい。

あくまでも僕の個人的な見解だが、本書の読み手は大きく2つに大別されると思う。

1. 消化器内科医、あるいは消化器外科医

2. その他

僕は感染症専門医でありつつ、内科の専門医というスペシャリスト・ジェネラリスト（ジェネラリスト）であり、上記の分類の2に属する。当然のことながら、下痢も診るし、腹痛も診る。肝機能異常や腹部画像検査での異常所見も日常茶飯事だ。要するに、1に属さない非専門家にとって、本書のニーズは非常に高いのだ。

例えば、慢性下痢。珍しくない現象だ。しかしながら、非専門家にとっては毎日遭遇するコモン・プロブレム、とも言い難い。鑑別疾患を全て列記するのは、ちょっと難しいし、鑑別疾患を全て経験するのはとても困難だろう。僕はまだ、腸リンパ管拡張症とか、副甲状腺機能低下症を原因とする慢性下痢とかは経験がない（見逃しているだけかもしれない）。

自分たちがわりと経験しやすいけれども、プロフェッショナルなガチの専門医ほどの経験値や学習密度は得にくい現象、「慢性下痢」。こういう現象をどう区分けし、どうアプローチすべきかは、2に属する非専門家にとってはとても重要な学習課題である。本書は多くの筆者によってまとめられた本だけれど、どの章も丁寧に分かりやすく書かれており、経験値の少ない僕にとってはとても嬉しいコンテンツになっている。

しかし、本書は1に属するガチのプロが読んで、結構、役に立つんじゃないか、と僕は想像する。なかなか、気が利いているなど感心したのは、例えばACNESとか、糖尿病性ケトアシドーシスとか、家族性地中海熱といった、「いわゆる」消化器の病気じゃない、でも消化器のプロが相談されるかもしれない疾患群がちゃんと網羅されていることだ。執筆者が消化器のプロじゃないところもイカシている。腹腔動脈起始部圧迫症候群とかは、案外、消化器のプロも見逃してしまうこともある。

いつも申し上げていることだが、「プロ」と「マニア（アマチュア）」には天と地ほどの違いがある。

プロとアマの違いは多々あれど、その最大の違いは、「自らの専門領域そのものを相対化し、説明できる」というものだ。僕はそう思っている。

例えば、プロのジャズ評論家はなにがジャズ特有の現象で、なにがクラシックから援用したジャズの表現で、なにが民謡とジャズの共通点なのかを看破できる存在だ。ジャズとジャズを取り巻く世界が、他のミュージックとどう差別化され、どのように共通項にくれるのかを俯瞰できる存在だ。そう思っている。

一方、アマチュアのジャズ「マニア」は一日中、ジャズを聴きまくる存在だ。マニアのなかには百科事典的な知識量を誇る人物だっているかもしれない。どこのなんというミュージシャンが何年何月何日に〇市のなんとかいうジャズバーでこういう伝説のライブを行った、的なマ

ニアックな知識だ。けれども、アマチュアのマニアはジャズを相対化できない（あくまで想像です）。

医療における「プロ」と「マニア」も似たようなものだと思っている。おりしも、この推薦文を書いている2022年初頭には、世界中で「自称感染症に詳しい識者」が量産されており、「ぼくが考えたコロナ対策」という夏休みの研究課題みたいな万能感に満ちた、あれやこれやの対策案を喧伝している。彼らは、ほとんどどうでもよい些事とすら言える情報を丁寧に暗記していたりするのだが、その周辺事情や歴史的経緯や、数々の複雑な前提条件など「その周辺にあるもの」がすっからかんなので、かなり見当違いな方向に突っ走ってしまっている。

ま、こんな愚痴をここで語っても仕方がないのだけれど、何が言いたいかと言うと、腹痛で呼ばれた消化器内科が、「あ、これACNESですね」なんて言おうものなら、もう僕なんかは「できる！ プロだ！」とメロメロになってしまうのである。「超音波と内視鏡は正常でした。では、さようなら」では、いささか、がっかりなのである。そういうことだ。

ゲシュタルトは、プロが見ているその姿だ。目の前に患者がいても、プロが見ている、患者の見え方と、アマチュアが見ている患者の見え方は違うのだ。そのプロが見ているようなやり方で、患者を見る追体験をする。これが本書の目指すところだろう。そんなアクロバティックなことができるのか？ と直感的には思うのだが、それをやっちゃうのである。

ここで大切なのはコトバである。「プロが見ているように見える」患者の姿をそのまま目の前に差し出しても、同じようにアマチュアは患者を見ることができない。原理的に、できない。だからこそ、コトバの力でこれを補正する。「そうじゃない、こういうふうに見るんだ」と重ねて説明する。これこそが、本書が読者に提供する「価値」である。

僕は昔、小児の急性虫垂炎を誤診したことがある。アッペと思って外科に送ったら、尿路感染だった。この話には続きがあって、その後、「これは尿路感染だ」と思っていた小児は、実は川崎病だった。それぞれの患者は独立事象であり（感染症のアウトブレイクとかじゃなきゃ）、「アッペと思ってたら実は尿路感染」の小児と、次にやってきた川崎病の小児とは何の関係もない、独立した現象だ。が、前にしくじって印象に残った患者が次のケースにあとを引いてしまう。どうしても、そうなる。有名な先生の講演会を聞いたあとは、その先生が強調していた病名がやたら頭をよぎってしまうのと同じである。

以来、急性虫垂炎にはちょっとした苦手意識がある。大学病院の医者になり、普通の救急外来に普通にやってきそうな疾患経験が下がってきた現在はさらに苦手だ。しかし、「苦手」という意識は僕の中にある観念にすぎない。急性虫垂炎の診断は本来的に難しく、「急性虫垂炎の診断なんて簡単さ」と思った時点で、負けなのである。

相手が勝ち誇ったとき、そいつはずでに敗北している

ジョセフ・ジョースター

本書を読み込む価値の高さが、少しでも伝わったであろうか。

2022年2月

神戸大学医学部附属病院感染症内科 岩田健太郎

序文

ゲシュタルトとは“知覚現象や認識活動を説明する概念で、部分の総和としてとらえられない合体構造に備わっている、特有の全体的構造”と定義されています。私が“ゲシュタルト”という言葉に出会ったのは、岩田健太郎先生の『構造と診断 ゼロからの診断学』（医学書院刊）を読んだ時です。なんとなく“ゲシュタルト”の意味が分かりかけた頃、金芳堂さんから『診断のゲシュタルトとデギュスタシオン』が出版されました。この本は、臨床経験豊富な先生方が、“いろんな病気の全体像”をいまだかつてその病気を診たことのない医師にもわかるように分かり易く解説する内容で、面白過ぎてむさぼり読んだ記憶があります（あまりに夢中になって風呂場まで持って読んでいたので表紙も中身もボロボロになってしまいました）。

“全身が痛いと訴える高齢者を診たらリウマチ性多発筋痛症（PMR）を考える”……当時、これほど端的にズバツと病気の全体像を表現する大胆さに魅了されました。“カンビロバクターの初期症状はむしろ腸管外症状であり、初発症状は頭痛、筋痛、倦怠感でインフルエンザと見紛う（成田先生）”、“ピュンピュンとせわしない熱を出す比較的若めの女性、熱が高いわりにしんどそうではなく、有熱時に皮疹をみたら成人発症スチル病を考える（岩田先生）”等、いずれも病気の全体像が染み出るパールに溢れていました。この本では、病気そのものの本質を見抜くための視点が述べられた後、病気の細部にわたる描写がなされており、病気の本質を理解するための思考過程を重視していた点に好印象を持ちました。

今や巷には診断・治療に関するマニュアル本が溢れています。マニュアル本は、臨床経験の浅い研修医にとっては有益な内容かもしれませんが、一定の臨床経験を経た医師にとっては（一般的に）“つまらなく、味気ない”ものです。その理由の一つに、熟練した臨床医の思考過程が論じられることなく、エビデンスやtipsだけがさらっと書かれている点に物足りなさを感じてしまうからではないでしょうか。消化器領域においても例外なく、マニュアル本はあまたありますが、消化器疾患の本質をズバツと言いつけてくれるような本はこれまで皆無でした。そんな折、たまたま、金芳堂さんから、消化器病の分野で何か本を出しませんか？とお話を頂いたとき、真っ先に消化器分野での“ゲシュタルト本”が頭に思い浮かびました。

この本の面白いところは、マニュアル本でみられる言葉の羅列ではなく、その病気の全体像を知る医師が、エビデンスにとどまらず、自身の経験も交えながら自由気ままに書いている点です。いまだその病気を経験したことのない臨床医が、病気の全体像をみずみずしくイメージでき、日々の臨床が楽しくなる一助となればと願って企画しました。執筆は、筆者が信頼を置く総合内科医・救急医・消化器内科医の皆さんにお願いしました。個々の内容はかなり自由度が高く、執筆者の個性が文体ににじみ出ています。とても楽しい本になりました。

最後に、消化器領域でのゲシュタルト本を発刊させていただくにあたり、金芳堂編集部の浅井健一郎さん、河原生典さんには大変お世話になりました。ここに厚く御礼を申し上げます。

2022年2月吉日

大船中央病院 中野弘康

目次

執筆者一覧	ii
口絵	iii
略語一覧	xxiv

消化管 消化器疾患を疑われる全身疾患、漿膜疾患を含む

FILE01	慢性下痢症（家研也）	2
	はじめに	2
	症例提示	2
	慢性下痢のメカニズムをイメージする	3
	慢性下痢へのアプローチ	4
	おわりに	8
FILE02	慢性便秘、IBS (D,M,C)（田中由佳里）	10
	機能的消化管疾患を疑う場面	10
	症例提示	12
	機能的消化管疾患診断時は二次的要因の検索を	13
	検査と治療、病態背景	15
	IBS、機能的便秘の薬剤選択	17
FILE03	IgA血管炎（岡村幸重）	22
	IgA血管炎とは	22
	消化器内科医がIgA血管炎を診断する際に必要なキーポイント	23
	IgA血管炎の歴史と疾患概念	24
	IgA血管炎の症状の特徴	26
	症例提示	27
	IgA血管炎の治療	28
	IgA血管炎の予後	29
	おわりに	29
FILE04	逆流性食道炎（胸やけ）（松本健史）	31
	はじめに	31
	病態とメカニズム	31
	REとNERD	35
	治療	37
	GERDを誘発する可能性のある疾患	39
	症例提示	40
	薬剤によるもの	41
	おわりに	41
FILE05	好酸球性食道炎／好酸球性胃腸炎（松本健史）	43
	好酸球性消化管疾患	43
	好酸球性食道炎	44
	症例提示	49
	好酸球性胃腸炎	53
FILE06	アニサキス症（後藤田卓志）	56
	はじめに	56
	症例提示	56
	アニサキス症の診断	58

	アニサキス症とは	59
	ゲシュタルト	60
FILE 07	原因不明の消化管出血 OGIB (Obscure gastrointestinal bleeding)	
	(細江直樹)	62
	Obscure gastrointestinal bleeding (OGIB) の定義	62
	OGIBに対するマネジメント	63
	症例提示	65
	おわりに	69
FILE 08	消化性潰瘍 (今枝博之)	71
	症例提示	71
	上腹部痛の鑑別	72
	背部痛	73
	腹痛のない消化性潰瘍	73
	NSAIDs起因性消化性潰瘍	74
	特発性潰瘍	76
FILE 09	家族性地中海熱 (國松淳和)	78
	忙しい消化器医の皆さんへ	78
	FMFとは	78
	FMFの診断基準について	79
	FMFのゲシュタルト	80
	コルヒチン	82
	FMFと消化器医	84
	消化器医が気に留めるべき「触れ込み」	86
FILE 10	急性虫垂炎 (須藤 博)	87
	症例提示	87
	解 説	90
	病歴から考えること	93
	身体所見	93
	まとめ	98
FILE 11	前皮神経絞扼症候群 (ACNES) (土田知也)	100
	症例提示	100
	考 察	101
	ゲシュタルト	104
FILE 12	癌性腹膜炎 (勝俣範之)	106
	症例提示	106
	診断は「原発性腹膜がん」	108
	「原発不明がん」という疾患を理解する	109
	治癒可能な「がん性腹膜炎」を見逃すな!	
	腹膜播種があっても、StageIVではないがんが存在する	110
	がんの診断に、病理診断は必須であることを忘れるな!	111
FILE 13	大腸がん／大腸ポリープ (小澤俊一郎)	113
	大腸がん	113
	大腸ポリープ	118
	まとめ	121
FILE 14	腸管虚血 (急性腸間膜動脈血栓症／NOMI／腸間膜静脈血栓症)	
	(大木初里、松本純一、北野夕佳)	122
	解 剖	122
	総 論	123

	症 状	126
	検 査	126
	治 療	131
	まとめ	133
	症例提示	133
FILE 15	憩室炎（山中克郎）	136
	病態生理	137
	症状と身体所見	137
	診 断	138
	分 類	139
	治 療	140
FILE 16	Fitz-Hugh-Curtis 症候群（山中克郎）	142
	病態生理	142
	症状と身体所見	143
	診 断	143
	治 療	143
	症例提示	143
	ゲシュタルト	146
	症例の後日談	147
FILE 17	糖尿病性ケトアシドーシス（山中克郎）	149
	誘 引	149
	腹部臓器以外の原因で起こる腹痛	150
	糖尿病性ケトアシドーシスと高浸透圧高血糖症候群	151
	治 療	153
FILE 18	腹腔動脈起始部圧迫症候群（中野弘康）	154
	鑑 別	156
	腹腔動脈起始部圧迫症候群とは	157
	診断基準	157
	経 過	159
肝 臓		
FILE 01	肝障害（健診で指摘された時どう対応したらよいか）（奥瀬千晃）	162
	「沈黙の臓器」	162
	症例提示	163
	健診と肝障害	168
	肝酵素の正常値	170
	おわりに	171
FILE 02	急性肝炎（松本伸行）	172
	急性肝炎の各論	173
	急性肝炎のゲシュタルトについて	175
	症例提示	177
FILE 03	肝硬変（中野弘康）	183
	症例提示	183
	肝硬変の病態・疫学	185
	肝硬変の病態	186
	問診と身体所見	186
	検 査	189

	治療	190
	おわりに	190
FILE 04	アルコール性肝疾患（重福隆太）	192
	はじめに	192
	ALDの血液・生化学検査所見	192
	診断ゲシュタルト	194
	症例提示	195
	おわりに	202
FILE 05	非アルコール性脂肪性肝疾患（重福隆太）	203
	はじめに	203
	脂肪性肝疾患の分類とNAFLD/NASHの疾患概念	203
	診断ゲシュタルト	205
	症例提示	206
	高度の線維化症例の拾い上げ	211
	おわりに	211
FILE 06	B型肝炎（渡邊綱正）	214
	はじめに	214
	B型急性感染	215
	B型慢性感染	216
	おわりに	222
FILE 07	C型慢性肝炎（高橋秀明）	224
	はじめに～今昔物語～	224
	C型肝炎の自然経過	224
	C型肝炎の検査や診断	225
	C型慢性肝炎に対する治療	226
	インターフェロンベース治療例とインターフェロンフリー	229
	おわりに	231

胆 膵

FILE 01	急性膵炎（新後閑弘章）	234
	はじめに	234
	症例提示	234
	診断と治療	237
	膵周囲貯留	244
	おわりに	246
FILE 02	急性胆嚢炎／急性胆管炎（土岐真朗、久松理一）	248
	はじめに	248
	急性胆嚢炎	249
	急性胆管炎	254
	おわりに	256

索引	258
編著者プロフィール	263
COLUMN / 腹膜垂炎	141

FILE
03 IgA血管炎



図1 IgA血管炎患者の皮膚所見
両下肢に点状・暗赤色の触知可能な紫斑を認める。
田村氏（佐野厚生総合病院 皮膚科）より提供



図2 IgA血管炎患者の内視鏡所見
十二指腸下行脚にかけて広範囲に縦走潰瘍と紫斑様のびらんを認める。

FILE
04 逆流性食道炎（胸やけ）

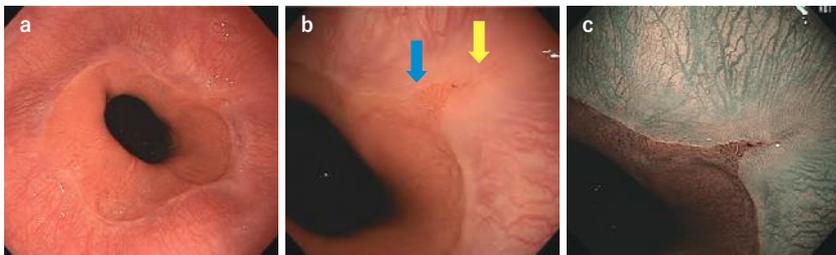


図3 Barret上皮とGERDの混在
a：通常光観察。**b**：近接像。一見Grade Bの所見に見えるが、青矢印部分はBarret上皮で黄矢印部分が粘膜障害（mucosal break）を伴ったREであり、Grade Aと診断する。**c**：NBI観察。NBIにて表面構造が見やすくなり、Barret上皮の拡がりが見えやすくなる。

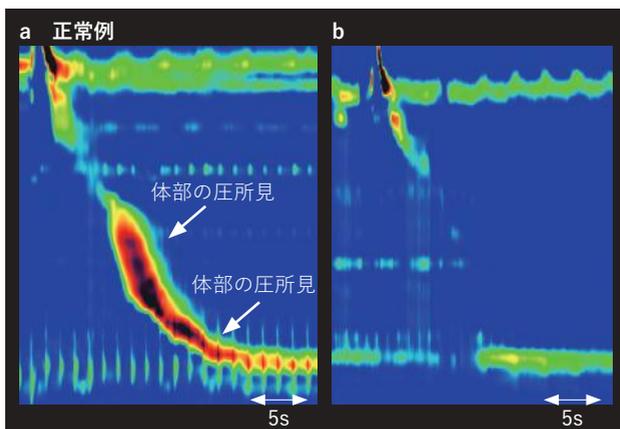


図4 HRMによる評価

食道体部の蠕動波の消失を認める。

a: 正常健常者でのHRMの所見。体部、LESの圧所見が正常に認められる。b: 全身性硬化症の患者におけるHRM所見。体部、LESの圧所見がほぼ消失している。

FILE
05

好酸球性食道炎／好酸球性胃腸炎

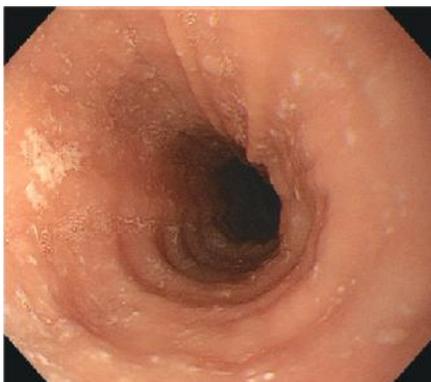


図1 好酸球性食道炎の内視鏡所見

輪状の多発する収縮輪を認める。

01 慢性下痢症

家 研也

はじめに

下痢は軟便もしくは水様便が1日3行以上と定義され、4週間以上認める場合に慢性下痢に分類されます。日本を含む先進国で頻度の高い慢性下痢の原因は過敏性腸症候群、炎症性腸疾患、吸収不良症候群（ラクトース不耐症、セリアック病など）、慢性感染症（特に免疫抑制患者）などが挙げられます。本稿では薬剤性、食事関連、慢性感染症を含む慢性下痢の鑑別を中心に扱い、下部消化管内視鏡や消化器専門医へのコンサルトを考慮するタイミングについても触れていきます。

症例提示

症例 1 78歳女性

1年以上持続する下痢と体重減少の精査目的にA病院内科へ紹介受診となりました。高血圧、脂質異常症、逆流性食道炎に対してアムロジピン、アトルバスタチン、ランソプラゾールを内服中であり、過去1ヶ月の間に前医にて上部・下部消化管内視鏡・便中脂肪精査・消化管シンチを施行されましたが、上部消化管内視鏡で逆流性食道炎と萎縮性胃炎を認めた以外に異常はなかったそうです。薬剤性のcollagenous colitisの可能性を疑い、ランソプラゾール中止と下部消化管内視鏡の再検を行ったところ約2週間で下痢は消失、病理組織検体からcollagenous colitisの病理所見を認め、確定診断に至りました。

症例 2 66歳女性

来院2年前に麻痺性イレウスの保存加療歴あり、以降も腹部膨満感を度々自覚していたものの来院2ヶ月前より水様下痢が頻回となったため来院されました。腹部CT検査では著明な腸管拡張および液面形成の所見を認めるものの、明らかな腸管狭窄は指摘できませんでした。下部消化管内視鏡検査でも器質的異常はなく、追加検索で慢性感染症や全身性疾患も否定的でした。慢性特発性偽性腸閉塞 (chronic idiopathic pseudo-obstruction: CIPO) を背景とした小腸内細菌異常増殖を疑い、難吸収性抗菌薬と消化管機能改善薬を併用投与したところ自覚症状は著明に改善しました。

慢性下痢のメカニズムをイメージする

自然寛解する感染性下痢が大部分である急性下痢症と比較すると、慢性下痢は感染症の頻度が下がり、鑑別リストが膨大になります。やみくもに鑑別を行う前に、まずは下痢のタイプによってある程度病態の見極めを行う必要があります。下痢の臨床的特徴から以下のように水様性下痢、炎症性下痢、脂肪性下痢に分類して理解しておくことが実用的です。それぞれの特徴がオーバーラップすることも多いため、あくまで鑑別診断の方向を見誤らないためのイメージづけと理解しておくといでしょう。

1) 水様性下痢

多量の水様下痢であり、慢性下痢の大半を占めます。メカニズムは分泌性下痢と浸透圧性下痢に大別されます。混在する疾患も多いため厳密な区別の意義は限定的ですが、便中電解質、pH、浸透圧ギャップの計算などで区別することが可能です。

①分泌性下痢

絶食時にも持続する大量の水様便が特徴的です。腸管感染症に合併することがあるほか、カルチノイド症候群など内分泌異常の病態でも生じます。

②浸透圧性下痢

腸管吸収されない高浸透圧物質による下痢で、12～24時間の絶食で改善する

ことが特徴です。薬剤、一部の食品やアルコール、加工食品に含まれるマンニトール、ソルビトール、ヘキシトールなどが原因になります。ルーチンでの便浸透圧検査は必要ありませんが、便浸透圧ギャップ〔290-2×(便中Na+便中K)〕が75 mOsm/kg以上は浸透圧性下痢が示唆されます。

2) 炎症性下痢

発熱、腹痛、血便を伴い、炎症による粘膜剥離や粘膜・便中への細胞浸潤を伴うタイプです。便中カルプロテクチン上昇や血性下痢は炎症性下痢を示唆する所見ですが、血性下痢は炎症性下痢に関して特異度が高いわけではない点は注意が必要です。

3) 脂肪性下痢

脂肪吸収不良の病態であり、脂肪滴や悪臭のある浮遊便、灰白色便などを呈する場合があります。典型的な便性状を呈さない場合もあり、慢性下痢に体重減少や種々の栄養素欠乏を呈する場合に積極的に疑う必要があります。胆汁・膵液の作用不足や短腸症候群による管粘膜表面積減少以外に、感染症、セリアック病、炎症性腸疾患などによる粘膜障害が原因になります。便中脂肪の評価にはズダンⅢ染色や直接鏡検が有用で、より正確に評価するためには72時間蓄便による便中脂肪量の直接測定を行う場合もあります。

慢性下痢へのアプローチ

上記のように、病歴などのキーワードから方向性をイメージしたうえで、鑑別診断を絞っていきましょう。ここでは全体像を掴むために、頻度別に分類した鑑別リストを表1にお示します。

慢性下痢症診療において、第一に着目すべきポイントについては米国消化器病学会が2019年に発表した慢性下痢症ガイドライン (AGA-GL2019)¹⁾が参考になります。本ガイドラインでは「血性下痢、脂肪吸収不良徴候を伴う下痢、警告症状(体重減少、貧血、低アルブミン血症など)を伴う下痢、炎症性腸疾患 (IBD) の家族歴、大腸がんまたはセリアック病、下痢関連疾患の好発地域への渡航歴を有する患者は対象外」とされています。つまり、取るべきアクショ

表1 慢性下痢の頻度別原因²⁾

頻度の高い原因	比較的稀な原因	稀な原因
過敏性腸症候群	SIBO	上記以外の小腸炎(Whipple病、熱帯スプルー、アミロイド、腸リンパ管拡張症)
胆汁性下痢	腸間膜虚血	副甲状腺機能低下症
食事関連 (FODMAP吸収不良、人工甘味料、カフェイン、アルコール、甘草)	リンパ腫	アジソン病
悪性腫瘍	手術関連 (小腸切除後、便失禁、内瘻)	内分泌腫瘍 (VIPoma、ガストリノーマ、カルチノイド)
炎症性腸疾患 (潰瘍性大腸炎、クローン病、顕微鏡的大腸炎)	慢性膵炎	自律神経性ニューロパチー
セリアック病	放射線腸炎	虚偽性下痢
薬剤関連 ^{*1}	膵腫瘍	ブレンダー下痢症 (原因の特定されていない感染性と思われる下痢)
再発性クロストリジウム腸炎	甲状腺機能亢進症	
Overflow diarrhea 溢流性下痢 ^{*2} 奇異性下痢とも呼ぶ	糖尿病	
	慢性腸管感染症 (ジアルジア症)	
	嚢胞性線維症	

*1: 抗生剤、NSAIDs、プロトンポンプ阻害薬、マグネシウムを含む製剤、血糖降下薬 (メトホルミン、グリプチンなど)、オルメサルタン関連スプルー様腸疾患、抗がん剤、その他 (フロセミド)

*2: 宿便の周囲や下部腸管狭窄部を通して下痢便が排泄される状態

ンが異なる以下のグループを第一に意識することがポイントです。

【慢性下痢で初期に意識すべき疾患群】

- 大腸がん
- 炎症性腸疾患
- 渡航者下痢症
- 吸収不良症候群
- セリアック病

上記疾患群の鑑別に役立つポイントを含めつつ、具体的なアプローチをご紹介

FILE
18 腹腔動脈起始部
圧迫症候群

中野弘康

腹痛の鑑別診断は幅広く、診療するセッティングによって鑑別の重みづけが必要です。若い女性が心窩部痛を繰り返して内科外来を受診された場合はどうでしょうか。“仕事でストレスが多くて、食事していると胃のあたりが痛くなってくる”という病歴を聞けば、commonな病態として、消化性潰瘍や逆流性食道炎を疑い、上部消化管内視鏡を行ってこれらの所見がなければ、機能性ディスぺプシア (functional dyspepsia: FD) と考えて対応するのは自然の流れだろうと思います。ただし、ここで注意点があります。FDは、あくまでも除外診断であるということです。つまり、診察する内科医には、同様の症状を訴える病態を丁寧に掘り下げ、ウジウジしながら、あれでもない、これでもないと考えるスタンスが必要です。

救急室での腹痛は、見逃すと重篤な転帰をたどる可能性の高い病態をきちんと除外するスタンスが必要で、放置すると命に関わる病気をちゃんと診断してしかるべき当該科 (外科や消化器科) にコンサルトするのが重要です。しかし、今回提示する病気は、バイタルも安定していて、腹痛の出現時期も、数週間とか、場合によっては数ヶ月前から、なんていう慢性経過がほとんどです。こういった腹痛は緊急性が高くないものの、症状を繰り返すうちに患者の不安は募ってしまいますので、広い視野で病気を俯瞰できる内科医の登板が求められます。今回は、安易にFDと判断してしまいそうな慢性腹痛を訴える患者を診たらずひ頭に思い浮かべてほしい、腹腔動脈起始部圧迫症候群 (celiac artery compression syndrome: CACS) という病気をご紹介します。

患者は、看護師1年目の22歳女性です。既往歴、腹部手術歴ともになし。生来健康です。高校生の頃から食事中に上腹部の差し込むような痛みを自覚していましたが、食後30分ほど休むとおさまっていたため、特に気にしていませんでした。高校を卒業して看護専門学校に入学、このころになると食事の腹痛

を自覚する回数が増えたため、気になっていくつか病院を受診したものの、ストレスが原因の胃炎（FD）と診断され経過観察となっていたそうです。

ある日の朝、朝食摂取中にこれまでと同様の心窩部痛を自覚。食後30分ほどソファで休んだところ痛みは改善したものの、以前から腹痛を繰り返していた彼女は、不安になり、たまたま病棟にいた私に相談してくれました。腹痛患者を診るのが大好きな私。早速患者を病棟のベッドに寝かせて診察させていただきます（もちろん女性患者の診察ですので、ベッドサイドには患者の上司にあたるプリセプターさんについてもらいました）。バイタルは安定、心窩部に圧痛あるものの腹膜刺激徴候なく、マーフィー徴候陰性、肝叩打痛も陰性、カーネット徴候も陰性でした（が！）、聴診器を上腹部に置くと、わずかに血管雑音（bruit）を聴取したのです。診断は何でしょう？

慢性・反復性で食後に出現する心窩部痛であり、ストレスを背景としたFDの診断に飛びつきたい気持ちはわかりませんがありません。しかしです！ 詳細に病歴を確認したところ、腹痛は、食事中～食後に出現するだけではなく、呼吸時に増悪することが判明しました。聴診で聞こえたbruitと併せて、腹腔動脈起始部圧迫症候群を疑い、最終的に腹部ドプラ超音波検査と腹部造影CTにて診断に至りました。もちろん、腹部超音波で胆石はないこと、“食道や胃に何もないうことを確認するための”上部消化管内視鏡も施行し、観察範囲内に腹痛の原因はないことを確認しています（[図1](#)、[2](#)）。



図1 腹部超音波検査

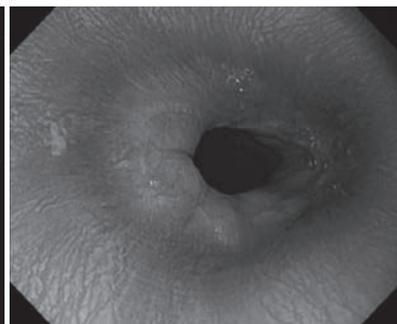


図2 上部消化管内視鏡検査

鑑別（表1）

慢性的な消化器症状がありながら、その症状を説明する病変を特定できない病態を、“機能的消化管障害”とといいます。胃や十二指腸由来の消化器症状（心窩部痛や胃もたれ）を呈するものをFDや非びらん性胃食道逆流症といい、小腸や大腸由来の症状（下痢や便秘、腹痛）を主とする場合は、過敏性腸症候群といます。冒頭にも述べましたが、FDは除外診断なので、FDと判断しそうになったら、FDではない病態を考える癖をつけるようにするとよいと思います。常に“FDで合わない病歴は何か？”と考えるとよいでしょう。FDとの鑑別を要する病態を表1に示します。この中で、CACsと似た病態で、“繰り返す心窩部痛を訴え、胃に食物が入って痛みが増強し、各種身体徴候が陰性”をみたら、上腸間膜動脈症候群を挙げるとよいでしょう。これは十二指腸の水平脚が前方を上腸間膜動脈、後方を腹部大動脈や脊柱によって圧迫され、腸閉塞様の狭窄症状を引き起こす病気です。腹部膨満感や腹痛、食欲不振、嘔気・嘔吐を訴えますが、食事摂取によって症状は悪化し、体位変換によって症状が変化することが特徴的とされています。すなわち腹臥位や胸膝位、側臥位で軽減しますが、仰臥位では増悪することが多く、比較的若いやせ型の女性に多いこともCACsと類似しています。CTでのaortomesenteric angleの狭小化と、上部消化管造影による造影剤の挙動をみることで診断します。

表1 FDとの鑑別を要する疾患

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">● 悪性疾患（胃がん、食道がん、肝がん、膵がんなど）● 消化性潰瘍（胃潰瘍、十二指腸潰瘍）● H.pylori 関連ディスペプシア● 胃不全麻痺● 胃食道逆流症● 好酸球性食道炎● 過敏性腸症候群● 上腸間膜動脈症候群 | <ul style="list-style-type: none">● 腹腔動脈起始部圧迫症候群● 膵炎● 肝胆道系疾患● 腹壁の慢性疼痛● 代謝異常（高カルシウム血症）● 全身性疾患（糖尿病、アシドーシス）● 腸管虚血● クローン病 |
|--|--|

腹腔動脈起始部圧迫症候群とは

CACSは1963年にHarjolaによって初めて報告された疾患で¹⁾、呼気時に腹腔動脈(CA)の起始部が圧迫され、血流障害が生じることで腹痛をきたす疾患です。この病気、診断の糸口は病歴にあります。“食事中に発生して食後30分程度で消失する”、“食後30分程度から出現し、1~3時間持続する”のが典型的で、胸膝位や吸気で腹痛が軽減することもあると言われています²⁾。身体所見では圧痛部位に一致して呼気時に増強し吸気時に減弱する血管雑音(bruit)が聴取されます。

CACSは圧倒的に女性に多く、男女比は1対4で30~50歳のやせ型女性が多いと報告されています。腹痛が生じる原因には盗血現象説と神経刺激説があります。CAの狭窄で血流が低下すると、それを補うべく上腸間膜動脈(SMA)から胃十二指腸動脈などの側副血行路を介した血流が発達します。食後に多くのSMA血流が必要なとき、相対的にSMAが灌流する領域で盗血現象(血流低下)が生じるというのが盗血現象説です。神経刺激説は、腹痛が腹腔神経節そのものに由来する説ですが、食事中に発生して食後30分程度で消失する症状から、盗血現象説が有力とされているそうです。

診断基準

診断はScholbachらが提唱した超音波により計測したCAの血流を用いた診断基準³⁾を用います。

- ①食後の症状がある
- ②血管雑音がある
- ③CA基礎血流が200 cm/秒以上である
- ④吸気時のCA血流が基礎血流から50 cm/秒以上低下する

といった4項目を確認する作業になります。本症例のドプラ超音波を示してみましょう。吸気時にCAの血流は210 cm/秒でしたが、呼気時には311 cm/秒と血流速度の明らかな増加がみられました(図3)。その後、呼気時と吸気時に造

FILE

01

肝障害

(健診で指摘された時どう対応したらよいか)

奥瀬千晃

冒頭から唐突ですが、少々自己紹介をさせていただきます。学生の頃から肝疾患を専門にすると決めていました。C型慢性肝炎にインターフェロンが保険適応となったのと時期を同じくして医師になりました。その後、肝臓専門医として多くの肝疾患を診てきました。現在は肝疾患の診療に携わりながら総合診療内科に軸足を移し、初心に戻り勉強の日々を過ごしています。

本稿では肝臓専門医としての経験をもとに、先生方が健診で肝障害を指摘された患者を診るという、外来セッティングでの診断の決め手となるゲシュタルトを考えてみたいと思います。

「沈黙の臓器」

使い古された言葉ですが、肝臓病を語るうえでは欠かすことのできない言葉となっています。肝臓そのものは基本的に痛みを感じる臓器ではありません。そのため肝臓の病気の多くは（ごく一部の例えば腫瘍の進展に伴う肝被膜の痛覚受容体刺激による痛みや、肝不全に伴う黄疸や腹水などの各種症状を呈する場合を除き）、症状を自覚するのではなく、職場の健診や併存する疾患に対する診療で行われる検査において、肝胆道系酵素の異常、いわゆる“肝障害”として発見されます。この“痛くも痒くもない”（実際は痛いことは少ないけど、痒いことは時にはあるのですが……）肝障害、健診結果の医師からのコメントを拝見すると、「食生活に注意して経過観察してください」、「飲酒を控えて経過観察してください」、「次回健診まで経過観察してください」など「経過観察」と記載されているのを少なからずお見受けします。その肝障害、本当に経過観察でよいのでしょうか？ また、健診を受けた方々においても、自覚症状がないわけですから結果を受け取るだけでは、自分から積極的に精査を受けようとはなか

なか考えないかもしれません。肝疾患の専門外来をしていると、2桁中盤の肝障害が漫然と長きにわたり経過観察され続け、ようやく紹介受診をされたときには肝硬変や肝細胞がんだった！なんていうことを経験します。どこかの時点で誰かが一歩踏み込んでくれないと何のために肝障害が指摘されているのかわかりませんよね。願わくは、一歩踏み込んでくれるのが先生方であってほしいという思いで本稿を執筆します。

症例提示

ここでは、毎年の健診で肝障害（肝胆道系酵素異常）を指摘されるも、飲酒や食事に関する指導で経過観察されてきた2例を紹介します。

症例1 69歳男性

毎年、しっかりと特定健診を受けており、以前から γ -GTP値の異常を指摘されていましたが、飲酒歴があったことから飲酒に関する指導を受けて経過観察されていました。転居に伴い新たな医療機関で特定健診を行ったところ、やはり肝胆道系酵素の異常値を認めたため、一度専門医に評価をしてもらおうように、とのことで当院へ紹介となりました。紹介医から持参の2ヶ月前の採血結果では、AST 69 U/L、ALT 50 U/L、 γ -GTP 435 U/Lでした。1日あたり500 mLのビールと180 mL程度のワインまたは日本酒を48年間摂取していました。薬剤やサプリメントの使用歴はありません。身長は158 cm、体重は44 kg、body mass index (BMI) は17.6でした。手掌紅斑やくも状血管腫はありませんでした。腹部は平坦、軟で右季肋部に弾性軟の肝を2横指触知しました。脾臓は触れませんでした。当院受診時の主な採血結果は、AST 74 U/L、ALT 89 U/L、 γ -GTP 368 U/L、ALP 497 U/L（基準値変更前）と肝胆道系酵素の異常値を認めました。超音波検査では、肝の内部は不均一で辺縁の鈍化が認められ、慢性肝障害を示唆する所見でした（**図1**）。常習飲酒家の定義には満たないものの1日あたり40 g程度のエタノール摂取歴があることからアルコールの関与が疑われ、まずは禁酒で肝酵素胆道系酵素が改善するかを確認するため、4週間の禁酒（厳しい指示ですが本人は頑張ると！）の後に再検を行いました。（ご本人曰く、確実にできた）禁酒のもと臨んだ再検結果は、AST 77 U/L、ALT 104 U/L、

γ -GTP 370 U/L、ALP 501 U/Lとむしろ増悪していました。アルコール性肝障害であれば禁酒によって改善しますので¹⁾、この時点でここ数年来指導されてきたアルコールの関与を否定しました！ さてこれからが精査です。よく見ると、ASTやALTの肝（肝細胞由来）酵素に比べ、ALPや γ -GTPの胆道系（胆管上皮由来）酵素の異常が目立つ傾向にありました。確かにアルコール性肝障害でも同様の所見を呈する傾向にありますが、臨床経過から否定されています。そこで、（後述しますが以前に同様の症例の経験をしたことから）IgMと抗ミトコンドリア抗体M2（anti-mitochondrial antibody M2; AMA M2）を測定したところ、IgMが529 mg/dLと高値で、AMA M2が295.0（Index値）と陽性でした。肝針生検では、門脈域の炎症細胞浸潤を伴う線維性拡大が認められ、明らかな慢性非化膿性破壊性胆管炎（chronic non-suppurative destructive cholangitis: CNSDC）の所見はないものの小葉間胆管の胆管炎を呈していました（**図2**、矢印）。

毎年の健診でお酒お酒と言われ続けてきた高齢男性は、原発性胆汁性胆管炎（primary biliary cholangitis: PBC）と診断されました。以後、ウルソデオキシコール酸による治療を開始しました。その後の肝胆道系酵素は正常化しており、良好な経過をたどっています。

転居先の先生が一步踏み込んでくれました。

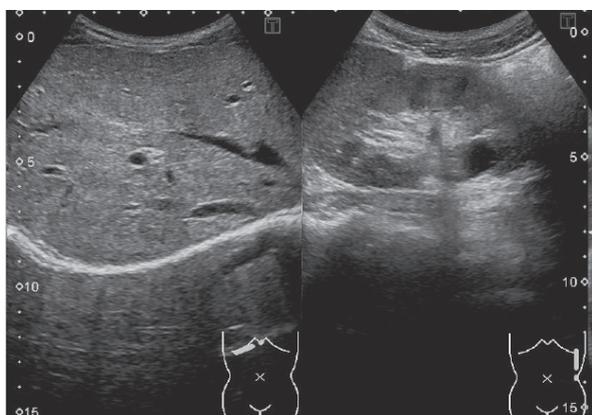


図1 腹部超音波検査

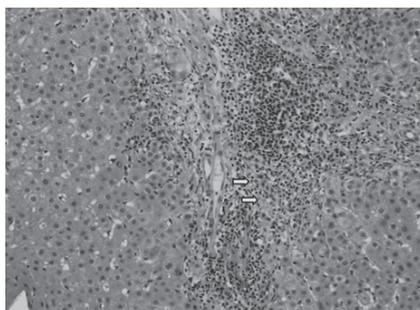


図2 病理組織学的検査

症例2 51歳女性

毎年、しっかりと職場で健診を受けており、ここ数年は毎回肝障害を指摘されていますが、脂肪肝の疑いとして食生活に関する指導を受け経過観察されていました。しかしながら、肝障害が続くためご本人が心配され、高血圧の治療にて通院している医療機関の医師に相談したところ、しっかりと調べてもらってください、とのことで当院へ紹介になりました。最近のデータを提示します。

受診2年前：AST 47 U/L、ALT 52 U/L、 γ -GTP 269 U/L

受診1年前：AST 44 U/L、ALT 49 U/L、 γ -GTP 262 U/L

受診年：AST 38 U/L、ALT 50 U/L、 γ -GTP 356 U/L

健診では超音波は施行されていませんでした。

高血圧にてアムロジピン5mgとトリクロルメチアジド2mgを内服していました。飲酒歴はありません。身長は157cm、体重は64kg、BMIは26.3と肥満(1度)の状態でした。手掌紅斑やくも状血管腫はありませんでした。腹部は肥満のため膨隆しており、肝脾は触知しませんでした。当院受診時の主な採血結果は、AST 46 U/L、ALT 59 U/L、 γ -GTP 407 U/L、ALP 602 U/L(基準値変更前)と肝胆道系酵素の異常値を認めました。その他、LDLコレステロールは136 mg/dL、中性脂肪は108 mg/dL、尿酸は7.5 mg/dL、空腹時血糖は101 mg/dL、ヘモグロビンA1cは5.6%、と高尿酸血症を認めましたが、脂質や耐糖能異常はありませんでした。超音波検査では明らかな脂肪肝の所見はなく、

●編著者プロフィール

中野弘康 Hiroyasu Nakano

大船中央病院 内科

神奈川県川崎市出身。2008年東邦大学医学部卒業。
大船中央病院、聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科、川崎市立多摩病院 総合診療センターを経て2019年より現職。

日本内科学会認定内科医・指導医、臨床研修指導医、日本消化器病学会消化器病専門医、日本肝臓学会肝臓専門医。趣味はコーラス、神社仏閣巡り。

消化器疾患のゲシュタルト

2022年 4月15日 第1版第1刷©

編 著 中野弘康 HIROYASU, Nakano
発 行 者 宇山閑文
発 行 所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34 番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111 (代)
<https://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組版・装丁 oçyk design
印刷・製本 モリモト印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1905-8

JCOPY

＜(社)出版者著作権管理機構 委託出版物＞

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。