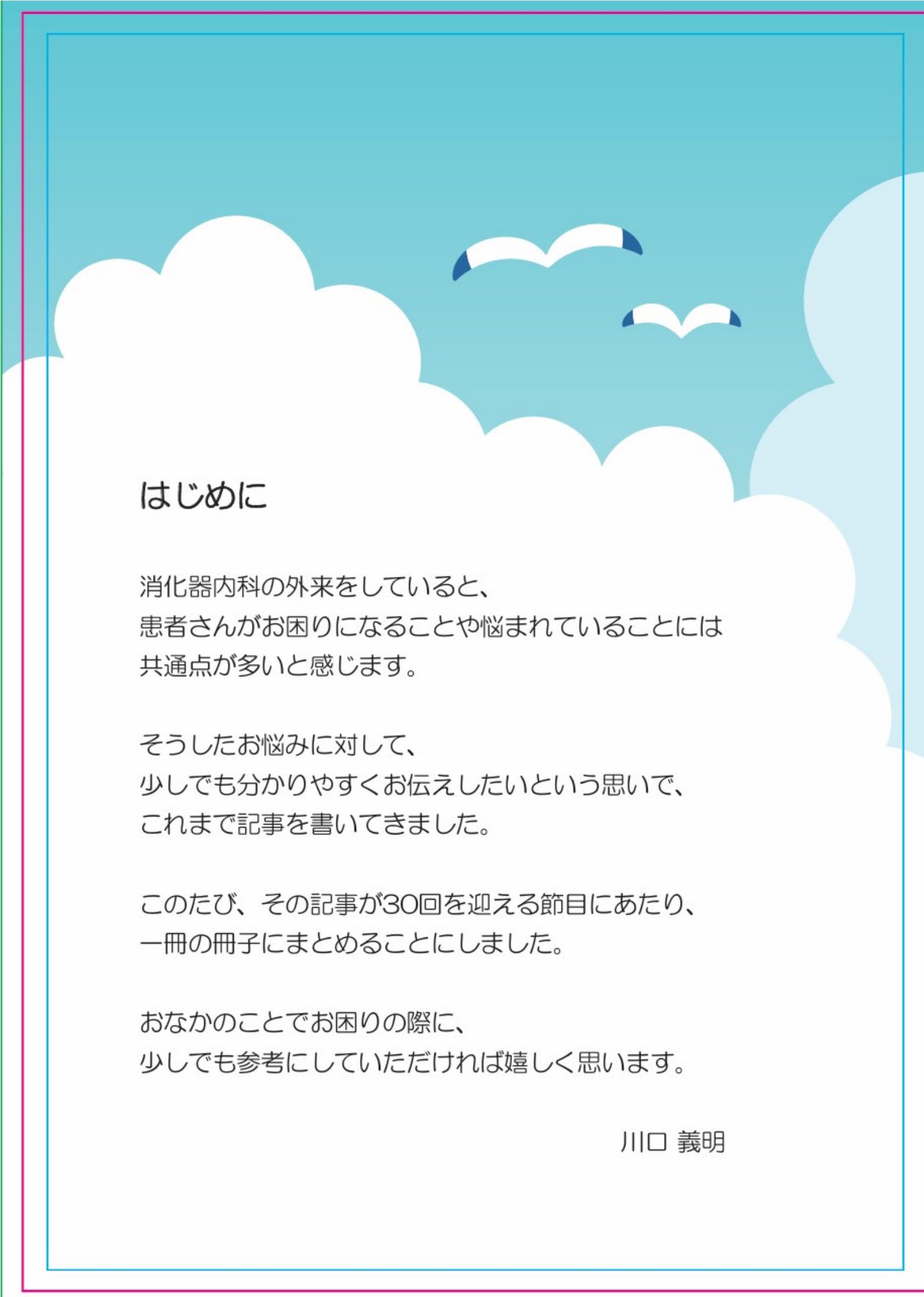


# おなかのことで困ったら

横濱タウン新聞連載記事



かわぐち消化器内科  
*Kawaguchi Gastroenterology Clinic*



## はじめに

消化器内科の外来をしていると、  
患者さんがお困りになることや悩まれていることには  
共通点が多いと感じます。

そうしたお悩みに対して、  
少しでも分かりやすくお伝えしたいという思いで、  
これまで記事を書いてきました。

このたび、その記事が30回を迎える節目にあたり、  
一冊の冊子にまとめることにしました。

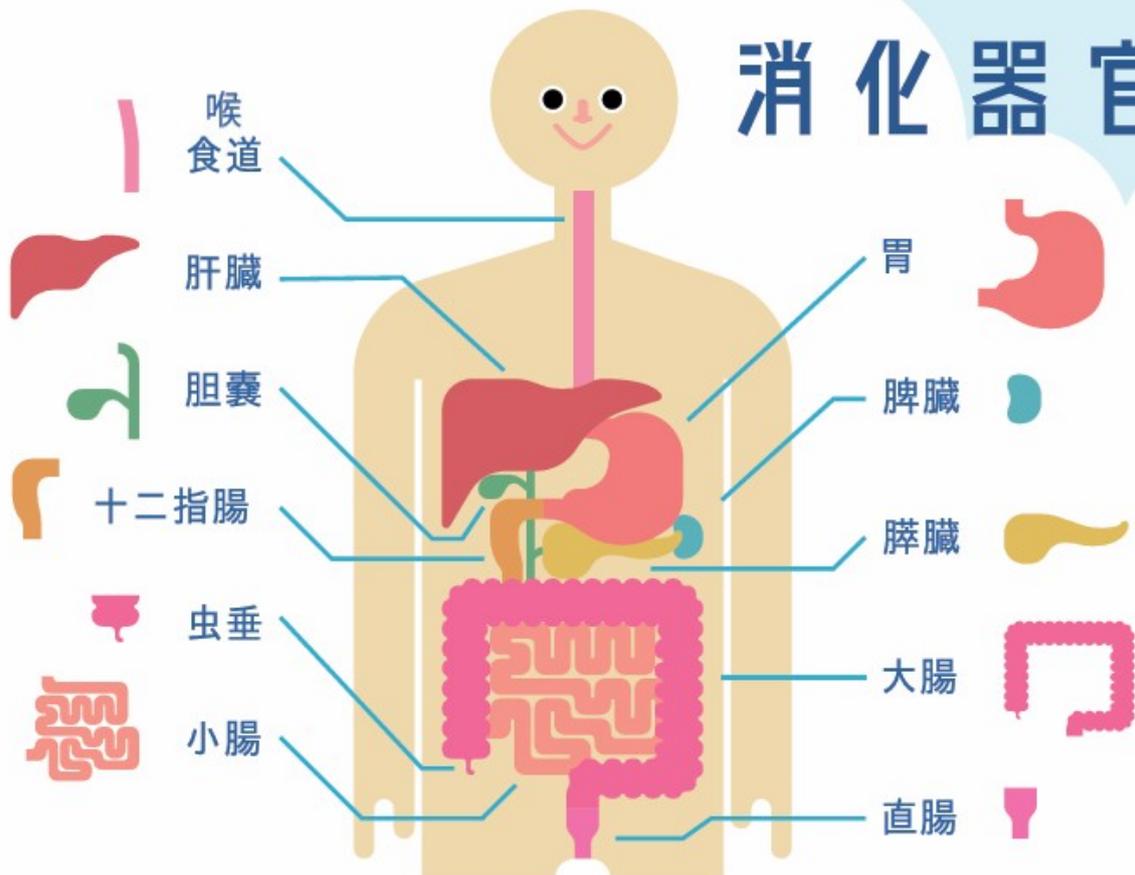
おなかのことでお困りの際に、  
少しでも参考にさせていただければ嬉しく思います。

川口 義明

# 目次

咽喉頭・食道	003 ~ 004
胃・十二指腸	005 ~ 007
大腸・肛門	008 ~ 012
肝臓	013 ~ 015
胆道	016 ~ 017
膵臓	018 ~ 019
その他	020
クリニック紹介	022

## 消化器官



## 咽喉頭・食道

### 逆流性食道炎について

逆流性食道炎とは、胃酸(=塩酸)が逆流することで、胸焼け、呑酸(酸っぱい水が上がってくる)、胃痛(みぞおちの痛み)、もたれ、喉の違和感(つまり感)、咳などの症状が起こる病気です。食べ過ぎ飲み過ぎ、寝る前の飲食、脂もの・甘い物の摂り過ぎ、肥満や便秘も原因となります。食道と胃の境目にある筋肉が緩い方(食道裂孔ヘルニア)や胃腸の運動が低下している方に起こりやすい病気です。正確な診断のために胃カメラで精密検査を行うことをお勧めします。治療は胃酸の分泌を抑える薬がとても良く効きます。軽快しても再発することがありますので、食生活に気をつけた上で、薬の力を利用するといった上手なつきあい方をしましょう。

### バレット食道って何？

胃カメラでバレット食道と言われた方いないでしょうか。ネットで調べると、バレット腺癌という恐ろしい言葉がでてきて心配された方も多いと思います。バレット食道とは、胃酸の逆流によって食道の出口の粘膜が傷ついた後(=逆流性食道炎)、修復過程で胃粘膜に置き換わった状態の食道のことです。逆に考えますとバレット食道がある方は、逆流性食道炎を起こした方と言えます。バレット食道と言われた方で、胸やけや痛みといった症状がある方は、逆流性食道炎の治療で用いる酸分泌抑制剤が有効ですのでご相談ください。バレット食道には短いバレットと長い(3cm以上)バレットがあり、日本人はほとんどが短いバレットです。欧米人に多い長いバレットはバレット腺癌のリスクがあります。短いバレットが癌化するリスクはあまり高くありませんが、定期的な胃カメラのフォローアップが重要です。

## 喉の違和感、イガイガ、 つまり感が気になる方多いです！耳鼻科？消化器？

逆流性食道炎つまり胃酸が逆流することで様々な症状が起こります。胸やけやみぞおちの痛みが典型例ですが、喉の違和感や咳の原因となることもあります。喉の器質的な病気を除外するために、内視鏡検査（胃カメラ）をお勧めしています。喉のチェック（喉頭がんがないか）をした上で、食道炎や食道がんの有無のチェック、さらには胃や十二指腸を観察します。食道炎の所見や痕跡があれば、酸分泌抑制剤を試してみます。所見がない場合でも逆流症状がでる場合もありますので、酸分泌抑制剤投与をトライする場合があります。心因性（ストレス）の症状の場合も多いようで、半夏厚朴湯という漢方薬が奏功する場合がありますよく使用しています。内視鏡検査で悪い病気がないことが分かると気にならなくなる方もいるようです。心配な場合は是非ご相談ください。

## 「げっぷ」のお話（げっぷでお困りの方に）

げっぷが出過ぎて困るという方がたまに外来に来ます。今回はげっぷのお話をします。げっぷには2種類あります。

### ①胃げっぷ

食後や炭酸飲料水摂取時に認められるげっぷで、胃内の空気貯留→胃内ガスの食道への逆流で起こります。食道と胃の境目の筋肉が緩い（食道裂孔ヘルニア）方は起こりやすいです。胸やけなど合併する場合は逆流性食道炎の治療が有効な場合があります。

### ②食道げっぷ

胃内貯留ガスが吐き出されるわけではなく、食道内に空気を吸い込み、すぐに吐出するもので味の無いげっぷ。会話中、何かに夢中になっている時は止まり、睡眠中は認められず、その他の症状は通常ありません。不安神経症、脅迫観念症、過食症を合併することもあり、無意識にわざと行っているげっぷであり、適切な認知行動療法（腹式呼吸など）が有効とされます。

皆さんのげっぷはどちらでしょうか。お困りの方はご相談ください。

## 胃・十二指腸

### ピロリ菌のお話し

ピロリ菌を皆さん御存知でしょうか。既に除菌したという方も多いと思います。胃の中は胃酸(塩酸)にさらされており、従来生き物は死滅するとされてきました(防御機構)。ところがピロリ菌はアンモニアを産生することで胃酸を中和して生きることが可能です。皆さん全員が感染しているわけではありませんが(高齢者ほど感染率は高い)、ピロリ菌が住みつくと、胃粘膜に慢性的な炎症を起こし、慢性胃炎を引き起こします。感染していても症状がでないことが多く、初めて胃カメラをやった時に発見されて驚かれた方もいると思います。放置すると胃癌や潰瘍などの原因になりますので除菌をしましょう。健診などで血液や尿中のピロリ抗体を測定することで簡単に感染の有無を調べることは可能ですが、除菌前に現在の胃の状態を調べる(胃カメラ)ことが重要です。ピロリ菌がいるか気になる方は医療機関で相談してみてください。

### ヘリコバクターピロリ抗体陽性と言われたら

健診でヘリコバクターピロリ(以下HP)抗体陽性で要精査となった方いると思います。HP除菌したのになぜ?と疑問の方もいると思います。HP抗体検査とは、胃癌早期発見のために、胃癌のハイリスクであるHP感染を血液または尿検査(HP抗体)で調べるという効率の良い方法です。HP抗体が陽性であれば、HP感染していることが疑われますので、消化器内科を受診して、胃カメラ検査を受け、胃癌がないことを確認の上、HP除菌の運びとなります。注意点としては、HP抗体には偽陽性(にせの陽性、本当はHP菌がないのに陽性)があるということです。HP除菌後の方や、HPが自然に除去(過去の抗生剤服用などで)されている方の場合、HP抗体が陽性となる場合があります。多くは抗体価が低い数値となります。HP陽性を指摘されたらまずは専門医にご相談ください。

## 胃ポリープ豆知識

胃のポリープの多くは良性ですが、一部は癌や癌化するものがあり注意が必要です。

### ①頻度が最も多い胃底腺ポリープ

多くは5mm程度の大きさで、胃内にたくさんできる場合もありますが、癌化することは稀なポリープで心配ないポリープです。

### ②過形成性ポリープ

ピロリ菌感染した胃にできる場合が多い赤色調のポリープです。ピロリ菌除菌で消失・縮小することが多く、癌化率は低いです。

### ③胃腺腫

ピロリ菌感染(萎縮性胃炎)と関連があります。癌化する場合もあり注意を要するポリープで、内視鏡切除を行う場合もあります。

### ④胃癌

早期のものから進行癌までいろいろあります。粘膜にとどまっていれば内視鏡切除が可能です。

胃ポリープがあっても症状はでませんので、是非一度内視鏡で確認しましょう。必要に応じて組織検査を行い確定診断まで行います。自分のポリープはどのポリープか聞いてみてください。



## 胃・十二指腸

### 鼻からやるとなぜ胃カメラは楽なのでしょうか？

のどの反射でオエッとなる口からの胃カメラはとてもつらいです。高性能CCDの開発によりスコープの細径化が進み、性能を落とすことなく5mmほどの超細径スコープが誕生しました。それにより鼻から入れる胃カメラが可能となりました。鼻から入れると舌の奥の方のオエッとなるところ(舌根)にスコープが触れないので、嘔吐反射が起こりにくく、口からの胃カメラと比べてだいぶ楽になりました。鎮静剤も使用せず、会話しながらの胃カメラが可能です。鼻の粘膜に麻酔をして、左右の鼻の入りやすい方からスコープを挿入します。欠点は、鼻腔(鼻の通り道)が狭い方にはできないことです。無理な挿入は痛みや鼻血の原因となりますので、口からの挿入へ変更する場合があります。胃カメラを受けたことがない方は、ぜひ鼻からチャレンジしてみてください。楽な胃カメラが実感できると思います。

### 機能性ディスぺプシアとは？

みぞおちの痛みや胃もたれが慢性的にあるにもかかわらず、胃カメラでは異常なしと言われた方はいないでしょうか。胃カメラは器質的な異常(胃潰瘍や胃がん)を発見するための検査です。器質的な異常がないにもかかわらず、上記のような上腹部症状が慢性的に起こる疾患を機能性ディスぺプシアまたは機能性胃腸症と呼んでいます。以前のテーマである過敏性腸症候群は、便通異常(下部消化管運動の機能異常)を起こす疾患であるのに対して、機能性ディスぺプシアは上部消化管運動の機能異常を起こす疾患と言えます。これらはストレスが原因で起こることも多く、現代病の一つと言えるかもしれません。機能性ディスぺプシアは、過敏性腸症候群や逆流性食道炎と併発して発症する場合も少なくありません。まずは内視鏡検査で器質的な異常を除外して、症状に応じた的確な治療を行うことが重要です。

## 大腸・肛門

### 便秘の薬物治療

若い方からお年の方まで便秘でお悩みの方は多数おられることと思います。水分・線維の摂取や適度な運動など生活習慣改善が便秘治療の基本となりますが、それだけでは快適な排便が得られず下剤を常用されている方も多いのではないのでしょうか。便秘の薬は多数ありますが、特にコロコロ便の方は便を軟らかくする薬（緩下剤）を基本とすることをお勧めします。便の水分量を増やしてボリュームをもたせ、痛みのない自然な排便が取り戻せます。マグネシウム製剤が代表ですが他にもいろいろありますので自分にあった下剤を見つけましょう。腸を刺激するタイプの下剤は、おなかが痛くなったり常用することで効きが悪くなったりと欠点がありますので、緩下剤でない困った時のピンチヒッターの位置づけが良いでしょう。便秘は大腸癌で腸閉塞を起こす前兆の場合もありますので、便秘の増悪時にはご相談ください。

### 過敏性腸症候群とは？

大腸に器質的な異常がないにもかかわらず、おなかの痛みや不快感を伴う下痢や便秘を繰り返す病気の総称です。IBS (Irritable Bowel Syndrome) とも呼ばれています。腸の運動は、自律神経によって調整されています（脳腸相関）。自律神経は精神的ストレスに影響を受けやすいため、ストレスが多い方やストレスに弱い方は、腸が過敏な状態になり、腸の運動に異常が生じて、下痢や便秘を引き起こします。便秘型、下痢型、便秘・下痢交替型に分類されます。現代病の一つと言えます。仕事（勉強）、休養、睡眠、運動、食生活のバランスが重要ですが、ストレスのコントロールは難しく、患者数は増加しています。大腸カメラなどによる器質的疾患（大腸癌や炎症性腸疾患など）の除外が重要です。薬物療法が奏功する場合も多いです。思い当たる方は専門医に相談しましょう。

## 大腸・肛門

### 意外と多い大腸憩室炎

憩室とは消化管の壁の一部が内側から外側に向かって袋状に突出したもので、特に大腸に多く、大腸憩室と呼ばれています。大腸憩室があるというだけでは治療の必要はありませんが、炎症や出血を起こした場合に治療が必要となります。便が憩室にはまり、細菌感染を起こしたものが大腸憩室炎です。主な症状は持続する腹痛で、発熱や体動でひびくこともあります。腹痛の部位は憩室の場所によりますが、左下腹部(S状結腸)や右腹部(上行結腸)が多いです。右下腹部痛の場合は、虫垂炎(いわゆる盲腸)との鑑別が必要です。血液検査で炎症所見(白血球やCRP)が高くなります。エコーやCT検査で診断可能です。軽症では抗生剤内服治療(通院)、重症では入院が必要になります。再発する場合もありますので、原因の一つとされる便秘には注意しましょう。いつもと違う持続する腹痛は憩室炎かもしれません。

### 意外と多い虚血性腸炎

急な腹痛(左下腹部痛のことが多い)→下痢→途中から血便。このような経過が典型例である大腸の急性疾患に虚血性腸炎があります。夜中に発症し、翌朝に血便で心配になり受診される方が多いです。虚血とは血のめぐりが悪い状態のことで、腸の血のめぐりが悪くなり発症するのがこの虚血性腸炎です。原因としては動脈硬化、暴飲暴食、便秘などが挙げられますが、原因不明の場合も多く、幅広い年齢層で発症します。虚血が原因で粘膜が損傷を受け、粘膜が腸管壁からはがれ落ちる結果、腹痛、下痢、血便といった症状が起こります。軽症から中等症の場合が多く、血液検査での異常は少なく、CTやエコー検査で腸の壁が厚くなっている所見が診断の参考になります。確定診断のためには大腸内視鏡検査まで施行します。治療は多くの場合、腸の安静を図る保存的療法(絶食)で症状の改善が期待できます。

## おしりから血が出たら（下血と血便は同じ？）

肛門からの出血には大きく分けて、下血と血便があります。医学的(狭義)には下血＝血便ではありません。上部消化管(食道～上部小腸)からの出血は、血液が胃酸にさらされ酸化するために黒っぽくなります。タール便と言われるものがこれに相当します。胃潰瘍や十二指腸潰瘍などからの出血が下血となります。一方下部消化管(下部小腸～大腸)からの出血では、赤っぽい便が出ます。これが血便です。大腸癌、潰瘍性大腸炎、憩室や痔からの出血が血便となります。医者が患者に便の色をたずねる理由は、便の色によって出血部位を予測できるためです。もし黒っぽい便(下血)なら胃カメラを、赤っぽい便(血便)なら大腸カメラをやろうと考えます。ただし食事の影響もあるので、色だけで出血していると断定はできません。便の色で何かご心配ありましたら遠慮なくご相談ください。



## 大腸・肛門

### 大腸カメラのすすめ

癌は三大死因の一つであり、生涯癌にかかる確率は2人に1人と言われています。少し驚くデータですよ。ただ癌でお亡くなりになる方は4-6人に1人であり、早期発見できれば癌の治療は可能です。では何癌の死亡者数が多いのでしょうか。1位 肺がん、2位 大腸がん(罹患数トップ)、3位 胃がん、4位 膵臓がん、5位 肝臓がんとなっています。早期発見するためには定期的ながん検診が有効です。罹患数トップの大腸がんを早期発見するためには、大腸がん検診の便潜血検査はもちろん重要ですが、腹痛、便秘や下痢、便通が何かすっきりしないなどの症状がある方は大腸カメラを一度受けることをお勧めします。大腸がんの芽であるポリープ(腺腫)が発見されればその場で内視鏡切除しています。抵抗があるかもしれませんが、鎮静・鎮痛剤を使用して苦痛軽減を図っていますので是非一度受けてみてください。

### 大腸ポリープについて

大腸ポリープは大腸にできるできるものです。40歳以降で増加してきます。無症状のことがほとんどですが、肛門に近い直腸にできたポリープでは血便や粘液便が出ることがあります。食生活の欧米化で増加傾向にあり、飲酒、喫煙などが危険因子と考えられています。ポリープは腫瘍性と非腫瘍性に分類され、腫瘍性ポリープに腺腫と腺癌があります。腺腫は癌化する危険があると考えられおり、腺腫と腺癌が治療対象となります。大腸癌は癌死亡数第二位で増加傾向にあります。大腸癌を予防・早期発見・治療するためには、症状がなくても大腸カメラを定期的に受けて頂くことが重要であり、大腸癌の芽であるポリープ(腺腫)を見つけて積極的に切除することが予防の近道です。検査と同時に切除することもできますのでご相談ください。根が深い癌は内視鏡では切除できない場合もあり、その場合は手術となります。

## いぼ痔のおはなし —突然の鮮血便—

突然の鮮血便で心配して受診される方多いです。多くはいぼ痔の出血です。痔は、いぼ痔(内痔核、外痔核)、切れ痔(裂孔)、あな痔(痔ろう)の三つに分けられます。最も多いいぼ痔は、歯状線(直腸と肛門のつなぎ目)を境に、肛門の内(直腸粘膜)側にできる内痔核と外(皮膚)側にできる外痔核に分けられます。内痔核は、排便時のいきみや便の刺激で静脈がうっ血してできます。歯状線の内側には知覚神経がないため、内痔核は痛みがなく、うっ血した静脈が破れて突然鮮血が勢いよく出たり、ぽたぽた落ちるように出たりするのが特徴で、鮮やかな赤色をしています。痛みがないので痔ではないと考え皆さん心配して受診されるようです。病歴と肛門診察(視診、触診、指診、肛門鏡・内視鏡検査)で診断します。治療としては、生活・排便習慣の是正、薬物療法(座薬、軟膏)、手術療法があります。

## おならのおはなし

「おならが出過ぎる」「おならが臭い」など、おならに関するお悩みを訴える患者さんは少なくありません。おならとは、飲みこんだ空気や腸内で発生するガスが溜まって出る生理現象です。腸内で発生するガスは、糖質や食物繊維が腸内の善玉菌によって分解され発生します。そのため、糖質や食物繊維を摂り過ぎると、おならが増えます。また、炭酸飲料や呑気症(ストレスなどで空気を多く飲み込んで起こる)も、おならを増やします。タンパク質(肉)は腸内の悪玉菌によって分解され、硫化水素などの臭いガスを発生します。ニンニクも臭いおならの原因になります。つまり、肉やニンニクを摂り過ぎれば、おならは臭くなります。便秘や下痢を起こす病気(過敏性腸症候群)、腸に炎症を起こす病気(潰瘍性大腸炎、クローン病)では、おならの症状が元気な時と比べて変化する場合があるかもしれません。ヨーグルトや整腸剤を試しても改善せず、おならの気になる症状が長く続く場合には、お気軽にご相談ください。

## 肝臓

### 肝障害と言われたら

血液検査で肝機能障害を指摘される方は少なくありません。肝障害の原因としてまずはウイルス性肝炎(B型、C型)、自己免疫性疾患に含まれる自己免疫性肝炎や原発性胆汁性胆管炎、薬剤性肝炎、閉塞性黄疸(胆汁の流れを妨げる胆道癌、膵癌、胆管結石)などの疾患を除外しますが、何といたっても頻度が高いのは、飲酒や肥満(食べ過ぎ)に伴った脂肪肝による肝障害です。若い世代から中年に多く、現代病と言ってもよいかもしれません。これらを鑑別するために、体格指数(肥満の程度)、薬剤服用歴・飲酒歴の問診、血液検査でウイルス、自己免疫抗体の検査、腹部エコーで肝臓や胆道系(胆管や膵臓)のチェックを行います。原因に応じた治療を行います。脂肪肝の場合は、糖尿病や高脂血症などの合併も多く、禁酒や食事・運動療法による減量が基本となります。まずは病院で原因の検索を行いましょう。

### 黄疸のおはなしービリルビン値が高いと言われたら

血液中の赤血球は寿命を迎えると(約120日)、主に脾臓で壊され、赤血球中のヘモグロビン(血色素)は肝臓でビリルビン(黄色素)に分解されます。黄疸とは血液中のビリルビンが上昇することにより、白眼や皮膚が黄色くなる病気です。黄疸の原因には、アルコール・肝炎ウィルス・薬などによる肝障害、赤血球が壊れる溶血性貧血、膵癌・胆道癌・胆管結石による胆道の機械的な閉塞(閉塞性黄疸)、遺伝的にビリルビンを分解・排泄できない体質性黄疸などが挙げられます。黄疸の診断には血液中のビリルビン値を測定し、高ければ黄疸となります。頻度の高い黄疸は、体質性黄疸のジルベール症候群で、人口の2-7%と言われています。肝酵素(AST、ALT)に異常はなく、間接ビリルビンの上昇が特徴です。無症状で治療は不要です。黄疸が心配な方は、是非ご相談ください。

## 脂肪肝について

飲酒によるもの(アルコール性脂肪肝)と肥満や糖尿病など栄養過多によるもの(非アルコール性脂肪肝)に分類されます。肝臓に脂肪がたまった状態で、症状はありません(肝臓は沈黙の臓器)。血液検査(GOT、GPT、 $\gamma$ GPT上昇)と画像検査(超音波やCT)を組み合わせで診断します。アルコール性脂肪肝はアルコール性脂肪性肝炎(ASHアッシュ)を経てさらに進行すれば肝硬変、肝がんの発症につながる事が知られています。一方、進行しないとされていた非アルコール性脂肪肝の一部も非アルコール性脂肪性肝炎(NASHナッシュ)を経て肝硬変や肝がんに行進することが分かってきました。ASHの治療は禁酒です。NASHは生活習慣病の一つであり、その治療はカロリー制限や運動による減量が効果的です。健診で肝障害と言われた方の多数はこの脂肪肝です。詳しくは専門医にご相談ください。

## 肝血管腫とは？

健診の超音波検査で指摘される肝臓疾患の中で、肝血管腫は、脂肪肝、肝のう胞に次いで頻度の高いものです。肝血管腫とは、細い血管が集まってできた塊で、肝臓の良性腫瘍です。血流の関係で見えたり見えなかったりする場合があることからカメレオン腫瘍ともいわれています。先天的な要素が多く、明らかな原因は不明です。肝血管腫であれば、症状はなく、良性なので治療は必要ありませんが、本当に肝血管腫であるという診断(肝臓がんでないことの証明)が必要です。小さな血管腫が多いですので、超音波検査で色合い(白色調の場合が典型例)や大きさの変化で判断する場合があります。経過観察で増大した場合は、肝臓がんの可能性ががあります。あやしい場合には、造影CTやMRI検査を行い、確定診断する必要があります。一般的に肝血管腫が悪性化することはありません。心配な方はご相談ください。



## 肝臓

### 肝臓の硬さを知ろう—FIB-4 index(指数)とは？

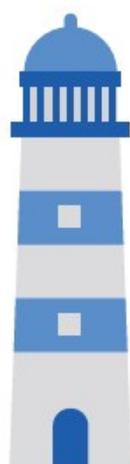
FIB-4とは、肝臓の硬さを簡単に評価するためのスコアで、肝硬変のリスクを予測するものです。肝硬変とは、肝臓が線維組織で置き換えられ硬くなる病態で、長期にわたる肝臓の炎症（脂肪肝、ウイルス性肝炎など）により引き起こされます。FIB-4の計算には、年齢、肝臓の酵素の値（ASTとALT）、そして血小板数を使用します。この指数が高いほど肝硬変のリスクが高いとされ、FIB-4が1.45未満であれば肝硬変のリスクが低く、1.45～3.25で中等度、3.25を越えると高いと判定されます。中等度以上では専門家の診断が推奨されます。FIB-4の利点は、血液検査の結果だけで計算できるため、簡便であることです。欠点はあくまで予測値であり確定的な診断ではないこと、また年齢や性別によって結果が影響を受けることがある点です。肝臓の健康に関して心配な方は、ぜひご相談ください。



## 胆道

### 胆のう腺筋腫症とは？

胆のうの壁の内部にはRAS(ロキタンスキー・アショフ洞)と呼ばれる袋状の空間があり、これが増大することで胆のうの壁が厚くなるのが胆のう腺筋腫症です。RASに胆汁がたまり、胆のう壁内結石が形成されることもあります。胆のう腺筋腫症は症状もなく、基本的に良性で悪性化しないとされていますので治療は必要ありません。大切なのは、胆のうの壁が厚くなる悪性の胆のう癌と区別することです。エコーでRASや壁内結石が確認される典型例では、エコーで十分鑑別可能ですが、さらなる精密検査としては、CT、MRIや超音波内視鏡検査があります。精密検査をしても鑑別が難しい場合もありますが、その場合は時間経過で変化がないかの確認が有効です。変化がなければ、胆のう腺筋腫症の診断となりますが、1年に1回のエコー検査で経過観察することが重要です。心配な方は専門医に相談しましょう。



## 膵臓

### アミラーゼが高いと言われたら

血液検査でアミラーゼが高いと言われた方いらっしゃるかと思います。アミラーゼはでんぷんを消化する消化酵素です。アミラーゼには膵臓で作られる膵型アミラーゼと唾液腺で作られる唾液腺型アミラーゼがあり、血液検査でどちらの型(アイソザイム)が優位かをまず調べる必要があります。膵型アミラーゼが高い場合、急性・慢性膵炎や膵癌など膵臓の病気を想定して精密検査(エコーやCT検査)を進める必要があります。唾液腺型アミラーゼが高い場合、耳下腺炎(おたふくかぜ)や唾石などを考えますが、自覚症状(痛みや腫れ)や触診での診断が可能なことが多いです。病気でなくても高齢者や腎機能が悪い方ではアミラーゼが高くなることがあります。体質的にアミラーゼが常に高値となる方もいます(マクロアミラーゼ血症)。アミラーゼが高いと言われたら一度医療機関でご相談ください。

### CA19-9について

血液検査で癌を発見できる簡便なものとして腫瘍マーカーはよく健診のオプションとして利用されています。CA19-9は数多くある腫瘍マーカーの一つであり、膵臓癌のマーカーとして有名です。注意点をいくつか挙げます。腫瘍マーカーは必ずしも特定の癌と一対一対応ではないのでCA19-9は膵臓癌だけのマーカーではないこと(肺癌、卵巣癌、胆道癌、胃癌、大腸癌、慢性膵炎や胆管炎など良性疾患でも上昇)。数値が高くても癌がない場合(偽陽性)や数値が正常であっても癌がある場合(偽陰性)があること。早期の膵臓癌では陽性率が低いので早期発見に使用するというより、膵臓癌の方の治療後の効果判定に有用なマーカーであること。これらのことは全ての腫瘍マーカーに言えることです。引っかけた方は、きちんと画像検査を受けて頂き、腫瘍マーカーに振り回されないようにしましょう。

## 膵臓

### 膵臓がんについて

膵臓がんは癌死亡数第3位で増加傾向にあります。ご存知のように難治癌の代表です。発見されても進行状態のことが多く、手術もできない場合も少なくありません。早期発見すれば根治も可能ですが、1cm以下の状態で見つける必要があります。しかしながら膵臓は奥深い臓器ですので早期発見が極めて困難です。ではどうすれば良いでしょうか。健康診断などで行われる腹部エコー検査で膵液の通り道(膵管)の拡張や膵のう胞(水泡状のたまり)が認められたら精密検査を行うことが重要です。またハイリスクグループ(膵がんになりやすい)とされる膵がんの家族歴のある方、糖尿病新規発症または増悪の方、慢性膵炎や膵のう胞性腫瘍(IPMN)などの膵疾患をお持ちの方は、定期的に画像検査(エコー、CT、MRI、超音波内視鏡)を受けることをお勧めします。いたずらに心配しないでご相談ください。

### 膵がんを早期発見するためのチャレンジ

膵がんは癌死亡数第3位、5年生存率10%前後の極めて予後不良の難治がんで増加傾向にあります。早期発見(1cm以下で見つける)はとても難しいのが現状です。

膵がんを早期に発見するために拾い上げチェックスコアを作成しました。

- ①症状(上腹部・背部痛・倦怠感・異常体重減少)…1点
- ②糖尿病発症・増悪…1点
- ③膵酵素(アミラーゼ、リパーゼ、トリプシン)上昇…1点
- ④CA19-9上昇…1点
- ⑤エコー所見(膵腫瘍、膵管拡張、膵のう胞)…2点
- ⑥家族に1人以上膵癌の方がいる方…2点

全て回答できなくても結構です。分かる範囲でチェックしてみてください。

以上の項目の合計が2点以上の方は一度精査(CTや超音波内視鏡)をお勧めします。是非受診してください。



## その他

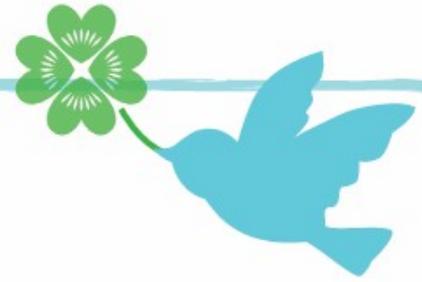
### AI(人工知能)と内視鏡

AIは現在様々な分野に取り入れられ飛躍的な進歩を遂げています。内視鏡にもAIが活用される時代がやってきました。胃カメラ、大腸カメラは医者が内視鏡を操作して、胃や大腸を観察し、ポリープなどの病変を発見し、診断や治療を行っています。AIは病変の見逃しを防いでくれます。最近の研究では、AIにより大腸ポリープの見逃し率が約50%減少し、検出率が10%~20%向上することが報告されています。見つけた病変の診断もAIはしてくれます。医師の診断と照らし合わせることで診断の精度が増します。胃カメラでは胃の隅々まで観察できているかのチェック、大腸カメラでは挿入時の進行方向の道案内の役割など、今後の開発が期待されています。AIは医者の診断をサポートし、より高い精度の検査を可能にし、ポリープの早期発見と治療に貢献することが期待されます。当院でも大腸内視鏡にAIを導入しましたので、ぜひご期待ください。

## おわりに

インターネットやAIの普及により、  
さまざまな情報が簡単に手に入るようになりました。  
とても便利な一方で、医療に関する情報は、正しいかどうかを  
見極めることがこれまで以上に大切になっています。  
おなかのことで困ったときは、一人で悩まず、どうぞ遠慮なく  
ご相談ください。

2025年8月



院長・医学博士  
川口 義明

東海大学医学部 客員教授  
横浜市立大学医学部臨床教授

- 趣味  
内視鏡、ゴルフ、絵画鑑賞
- 座右の銘  
「為せば成る」、「No attack, No chance」

## スタッフから メッセージ

おなかのことで困ったら  
お待ちしております！





かわぐち消化器内科  
*Kawaguchi Gastroenterology Clinic*

〒234-0054

横浜市港南区港南台 5-23-30 港南台医療モール 3F

TEL 045-830-5311 / FAX 045-830-5310

URL <http://kawaguchiclinic.net>



LINE お友達登録で当院のお知らせを配信しています。

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00 ~ 12:00	○	○	○	-	○	○	-
16:00 ~ 17:30	○	○	○	-	○	-	-

【休診日】木曜 / 日曜 / 祝日

※午後の診療受付は 17 時 30 分までとさせていただきます。ご了承ください。