



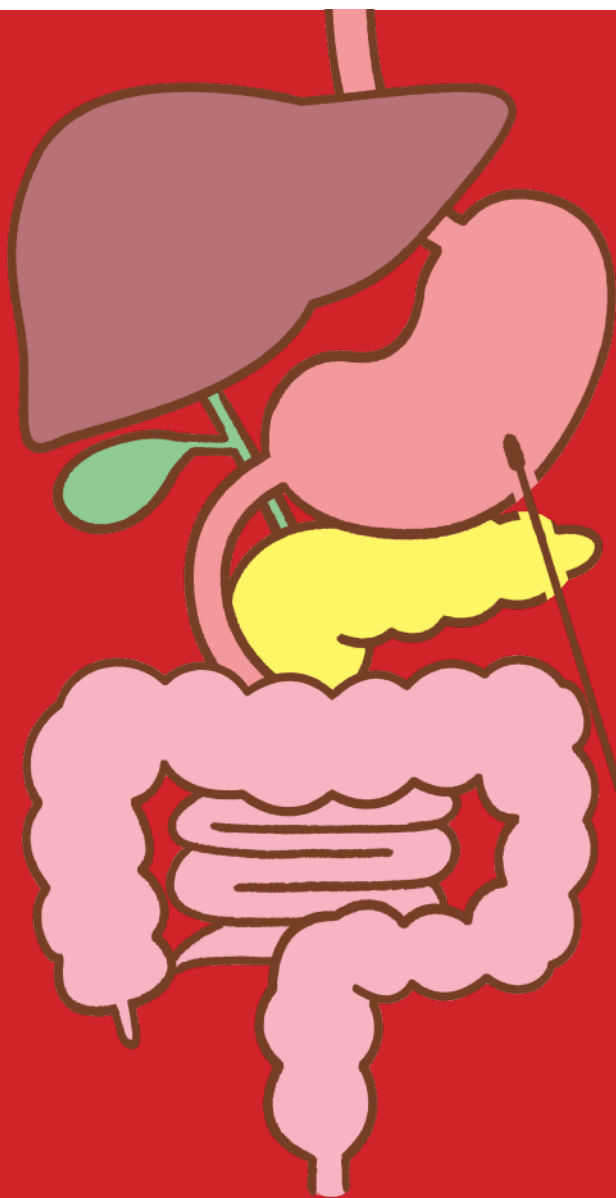
患者さんと
ご家族のための

消化性潰瘍 ガイド 2023

編集 日本消化器病学会

協力学会：日本消化管学会

日本消化器内視鏡学会



消化性潰瘍

について
お話しします



Q1

消化性潰瘍ってどんな病気ですか？

消化性潰瘍は、食物を分解するはたらきをもつ胃酸や消化酵素が胃や十二指腸の壁を深く傷つけてしまうことによって起こる病気です。粘膜が削れてしまい、穴が開きそうな状態になったのが潰瘍です。国内の患者数は年々減少していますが、出血などの合併症で命に関わることもあり、2017年には約2,500人の方々が亡くなられています。

胃の粘膜にヘリコバクター・ピロリ菌が感染することが主な原因であり、最近では薬剤（解熱鎮痛薬などの非ステロイド性抗炎症薬）によって起きる薬剤性潰瘍も増えています。さらに、薬剤もピロリ菌も伴わない特発性潰瘍も増加傾向にあります。ピロリ菌に感染すると、胃や十二指腸の粘膜に炎症を起こしたり、粘膜の表面を守っている粘液が減ることで粘膜が酸によって傷つきやすくなるため、そこから潰瘍ができます。また、非ステロイド性抗炎症薬も、粘膜を傷つけてしまうはたらきと、粘膜を保護する力を弱めてしまうはたらきがあるため、潰瘍が起きやすい状態となります。

消化性潰瘍ができると、お腹の上やみぞおちのあたりに鈍い痛みや嘔吐、吐き気を感じることも多くみられます。潰瘍ができる部位によっても症状は異なり、胃潰瘍では食後に痛みを感じる場合があります。一方、十二指腸潰瘍では夜間に痛みを感じることもあります。潰瘍から出血すると、血液が混じった黒い便が出たり、出血が大量の場合には血液をそのまま嘔吐する吐血をしたりします。その結果、出血が長引くと貧血がみられることもあります。



胃潰瘍の内視鏡写真



十二指腸潰瘍の内視鏡写真

潰瘍ができる部位によっても症状は異なります



Q2

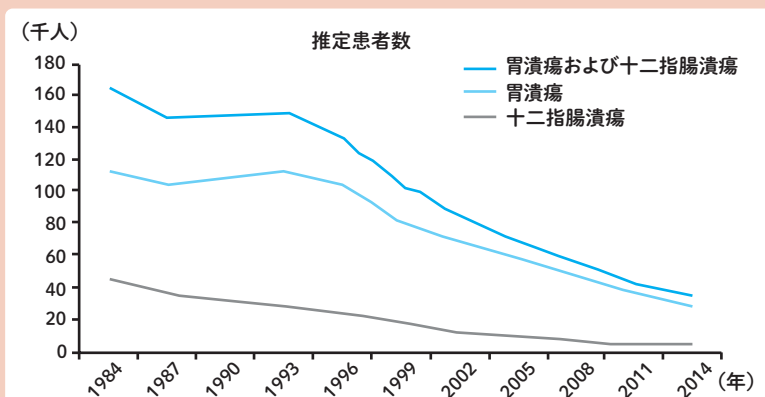
消化性潰瘍の患者さんはどれくらいいるのですか？ 放っておくとどうなるのでしょうか？

胃潰瘍はおよそ 2 万人、十二指腸潰瘍はおよそ 3,300 人と推定されています（厚生労働省の 2017 年度調査）。いずれも年々減少してきており、胃潰瘍は最も患者さんが多かった 1984 年ごろの約 5 分の 1、十二指腸潰瘍は約 10 分の 1 に減っています。この理由には、消化性潰瘍の主な原因であるピロリ菌の感染者が減ってきたこと、ピロリ菌の除菌治療が普及したことにより消化性潰瘍の発症や再発が抑えられるようになったことがあげられます。

その一方で、**わが国では高齢化が進み、非ステロイド性抗炎症薬(Q3参照)を痛み止めや脳心血管疾患の予防として服用する患者さんが増えており、薬剤性潰瘍の割合が高まっています。**また、薬剤もピロリ菌も伴わない特発性潰瘍が約 1 割に増えていると考えられています。

消化性潰瘍を発症すると、Q1 に示したように上腹部やみぞおちの鈍痛、吐き気、胸やけなどの症状があらわれ(ときに自覚症状がまったくない場合もあります)、悪化すると潰瘍から出血し、吐血や黒色便を引き起こすことがあります。その場合は内視鏡により出血を止める処置が必要になります。また、少量の出血が長引くと、貧血が進行することがあります。そして、潰瘍による傷が深くなると胃や十二指腸の壁に穴があき(穿孔)、激しい痛みとともに腹膜炎を発症します。この場合は手術などの緊急処置が必要となります。主として出血や穿孔に伴い、2017 年でも 2,513 人が消化性潰瘍で亡くなっています。

● 胃潰瘍・十二指腸潰瘍の患者数の推移



ピロリ菌の除菌治療が普及したことで消化性潰瘍の患者さんは減りました



Q3

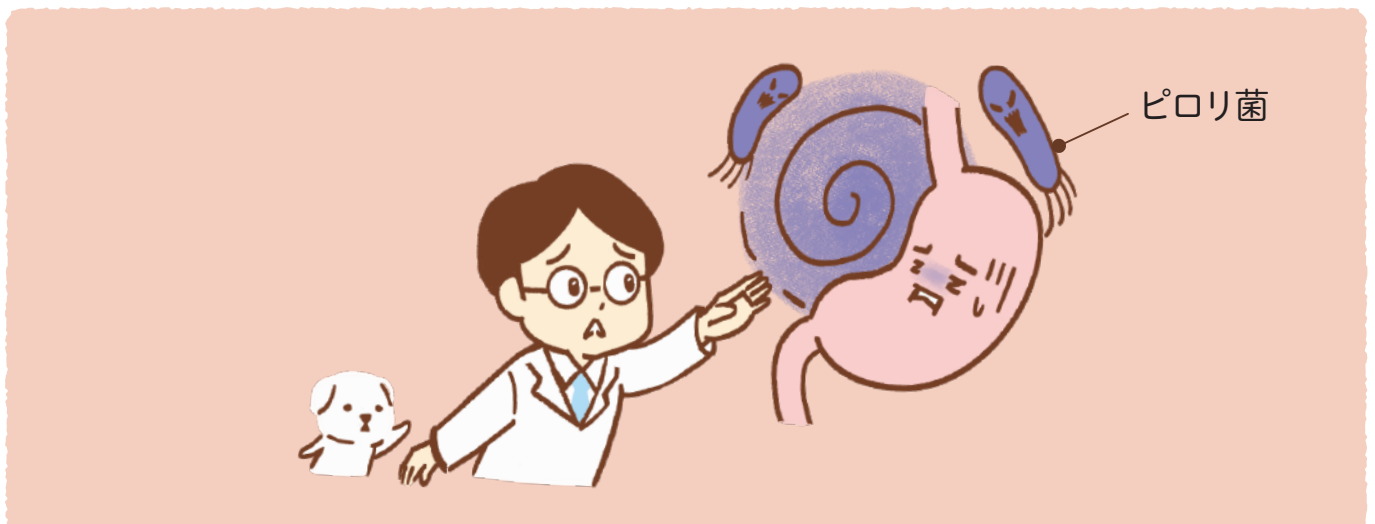
どうして消化性潰瘍になるのですか？

消化性潰瘍の原因は、その多くがピロリ菌の感染によるもので、次に多いのが痛み止めの薬（非ステロイド性抗炎症薬）によるものです。喫煙やストレスを感じることで胃潰瘍や十二指腸潰瘍になると思われている方がいるかもしれませんが、大規模災害時などの強いストレスでは潰瘍の報告もありますが、一般的な生活でのストレスや喫煙で潰瘍の原因となるという根拠はありません。ただし、ピロリ菌に感染している人では喫煙やストレスにより潰瘍になりやすくなることがわかっています。

私たちの胃のなかでは、食べたものを消化したり侵入してきた細菌を殺すために、胃酸や消化酵素を含んだ胃液が分泌されます。このとき、正常な状態では胃酸から自分の胃粘膜を保護するため粘液も同時に分泌されますが、この両者のバランスが崩れると潰瘍がしやすい状態となります。

胃潰瘍は、ピロリ菌感染、非ステロイド性抗炎症薬、喫煙、ストレスなどにより胃粘膜の防御機構（胃を守る力）が弱くなり胃粘膜に傷ができると、そこから潰瘍に進んでいきます。

ピロリ菌に感染している人では、胃粘膜に炎症が起こり、胃を守る粘液の分泌が低下するため、潰瘍が発症しやすくなります。一方、十二指腸潰瘍は、胃酸の分泌が高くなり、十二指腸の粘膜が傷つけられてしまうことで生じます。もともと十二指腸は胃酸に対する抵抗力が弱いためです。



非ステロイド性抗炎症薬は、解熱、鎮痛、炎症を抑えることなどを目的に使われる薬剤ですが、胃粘膜を保護する物質(プロスタグランジン)を抑えるはたらきがあるため、胃粘膜を守る力を弱めます。脳卒中や心筋梗塞になった方、あるいはその危険性がある方は、再発予防のためにアスピリンを処方されることがあります。アスピリンも非ステロイド性抗炎症薬の1種なので、潰瘍のある方や潰瘍になったことのある方では注意が必要です。当てはまる方は主治医にご相談ください。



Q4

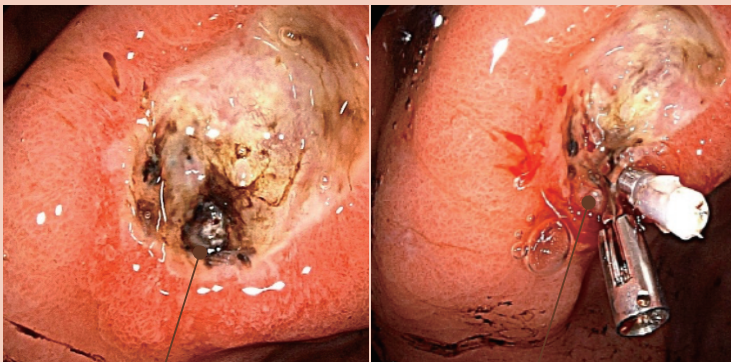
消化性潰瘍はどうすれば診断できるのでしょうか？ どんな検査をするのでしょうか？

胃痛、腹痛などの症状から消化性潰瘍が疑われたら、まず内視鏡検査やバリウム検査(X線造影検査)により潰瘍があるかを確認します。最近では内視鏡検査を行うほうが多く、とくに出血が疑われる場合は緊急に内視鏡検査を行い、必要に応じて止血処置を行います。

内視鏡検査には、口から入れる内視鏡(経口内視鏡)のほか、近年は鼻から入れる細い内視鏡(経鼻内視鏡)が普及しています。経口内視鏡に比べて経鼻内視鏡はのどの奥のほうに触れることがないため嘔吐反射が少なく、患者さんの負担は軽いといわれています。ただし、経鼻内視鏡では止血処置はできません。

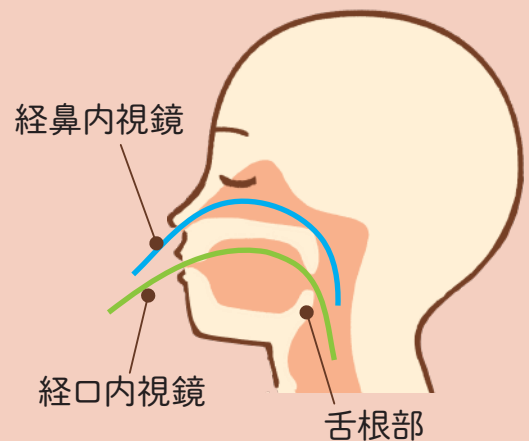
検査前12時間以上は絶食(水、お茶は可)とし、問診の後、のどあるいは鼻の局所麻酔をして、内視鏡を挿入し、潰瘍の有無などを診断します。なお、内視鏡検査では病変部位から組織の一部を採取して、顕微鏡による病理診断を行って良性・悪性(がん)の確認を行うこともできます。

X線造影検査は、バリウム(造影剤)を飲んで体を動かすことによって胃壁にバリウムを付着させ、胃壁の凹凸をX線により描出することで調べる検査法です。潰瘍により粘膜が欠損してくぼんだ部位にバリウムが入り込むことで確認できます。ただし、バリウム検査で異常が指摘されたときは、後日内視鏡検査を行い詳しく調べる必要があります。



血管

出血をクリップで止血



経鼻内視鏡

経口内視鏡

舌根部

Q5

ピロリ菌感染はどうすれば診断できるのでしょうか？ 除菌がうまくいったことを診断するにはどうすればよいのですか？

現行の保険診療では内視鏡検査やバリウム検査でピロリ菌の感染による「ピロリ感染胃炎」の診断を行い、ピロリ菌の感染が疑われた場合に限り、感染の診断を行うことが認められています。

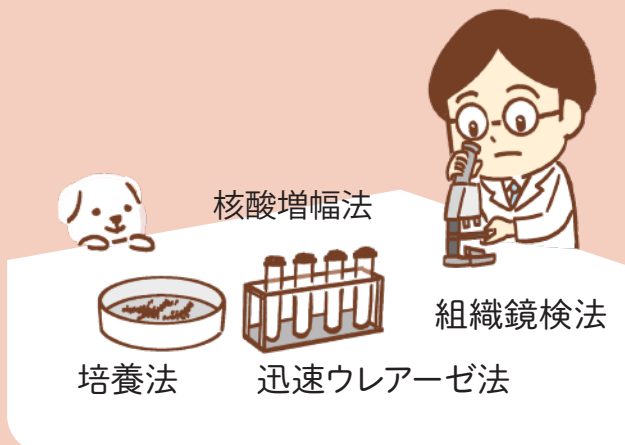
ピロリ菌感染の診断には、下記の表にあげているように、いくつかの方法があります。それぞれの感染診断方法には利点や欠点を含むさまざまな特徴がありますが、患者さんの負担が軽い非侵襲的検査法と内視鏡検査時に行う侵襲的検査法の2つに大別されます。

除菌治療前には、血液や尿を使用して診断する抗体検査や内視鏡検査時に行うウレアーゼ試験が簡便であることから、日常臨床の現場や健診時の感染診断に汎用されています。ウレアーゼ試験や培養検査、顕微鏡検査、核酸増幅法は内視鏡検査時の廃液や組織採取で行うため、採取する部位によっては正確な診断が得られない場合があります。また酸分泌抑制薬や抗菌薬を検査の2週間以内に内服した場合には、検査方法の種類によっては正しい感染診断を行うことができないため注意が必要です。そのため、主治医に内服薬の確認してもらうことが重要です。

● ピロリ菌の感染診断法と特徴

侵襲的診断法

(内視鏡による生検組織を用いる方法)



非侵襲的診断法

(内視鏡を用いない方法)



除菌治療後の評価は、尿素呼気試験や便中抗原検査が診断の正確性が高いため推奨されています。除菌後の診断は通常除菌治療から4週間以上経ってから行います。また、血液の抗体検査でも確認できますが、こちらは除菌治療から6ヵ月以上経ってから行い、除菌前の数値と比較することで除菌が成功したかを判定します。

身体への影響	検査方法	特徴
非侵襲的検査法 (負担が軽い検査方法)	抗体検査(血液や尿)	簡便
	尿素呼気試験	除菌治療後の評価に有用、精度が高い
	便中抗原検査	除菌治療後の評価に有用、精度が高い
侵襲的検査法 (内視鏡検査時に行うもので負担が大きい検査方法)	ウレアーゼ試験	簡便、迅速な診断が可能
	培養検査	抗菌薬の効果予測が可能、判定に時間がかかる
	顕微鏡検査	直接的にピロリ菌の確認が可能
	核酸増幅法	クラリスロマイシンへの感受性の確認が可能
その他	ペプシノゲン	保険適応外、血液を使用



Q 6

消化性潰瘍の治療はどうするのでしょうか？

消化性潰瘍の基本的な治療は内服薬による治療です。胃酸の分泌を抑えたり、胃粘膜の防御機能を高める薬が用いられます。通常、薬を飲み始めてから6～8週間で潰瘍は治癒しますが、暴飲暴食を避けるなどの食事上の注意や、喫煙やアルコールを控える、ストレス解消に努めるなど、日常生活全般の改善を図ることも忘れないようにしましょう。

ピロリ菌に感染していると、消化性潰瘍がいったん治っても再発しやすいこと、がんの原因になることなどが知られています。このため、ピロリ菌が見つかった場合には、適切なタイミングで除菌治療を受けることをお勧めします。除菌に成功すると潰瘍の再発が防止されます。また、他の病気の治療のために投与される非ステロイド性抗炎症薬やアスピリンなどは、消化性潰瘍の原因になりえますので、主治医とよく相談されることをお勧めします。

最近はかなり減りましたが、消化性潰瘍の合併症には穿孔（潰瘍が深くなって胃や十二指腸の壁に穴があいてしまうことで、腹膜炎を発症します）や吐血などがあります。これらはいずれも命に関わるため、早急に処置を行う必要があります。穿孔の場合は手術が必要となることが多く、一方、吐血の場合は内視鏡により止血処置ができることが多いです。



Q7

ピロリ菌の除菌治療はどのように しょうか？

ピロリ菌の除菌に成功すると潰瘍の再発が抑えられることが明らかとなり、保険診療によって除菌治療を行うことが可能です。

最初の除菌治療には、胃酸分泌を抑えるプロトンポンプ阻害薬またはカリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）と2種類の抗生物質（アモキシシリン、クラリスロマイシン）を7日間内服します。除菌の成功率は70～90%程度で、失敗の理由としては、きちんと薬を服用できていない場合と抗生物質が効かない場合とがあります。3種類の薬がパックになった製剤があり、内服を忘れないために有効です。近年は、クラリスロマイシンが効かない耐性菌が増えていることが懸念されています。

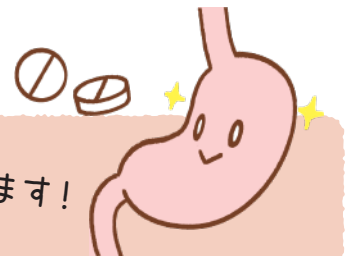
1回目の治療で除菌できない場合には、お薬を少し変更します。2回目の除菌は二次除菌と呼ばれ、プロトンポンプ阻害薬またはP-CAB・アモキシシリン・メトロニダゾールを7日間服用します。二次除菌も保険診療で治療できます。二次除菌の際に気をつけるべきこととして、メトロニダゾールの服用時は副作用がでやすくなるためお酒を飲むことが禁じられています。二次除菌の成功率は約90%ですから、**2回の除菌治療により97～99%程度の人**は除菌に成功します。

除菌治療を受けても、ピロリ菌が残っているといずれ潰瘍が再発するおそれがあるため、除菌の成否を確認することが重要です。除菌判定法は尿素呼気試験や便中抗原測定が推奨されており、除菌治療薬の内服終了から4週間以降に除菌判定を行います。

なお、二次除菌に失敗したあとの三次除菌や除菌薬に対してアレルギーのある人は保険診療で行えないため、自費での治療となります。また、除菌治療による副作用の多くは軽い軟便程度ですが、薬疹や重い下痢がみられた場合は速やかに主治医に相談するようにしましょう。

再感染はまれであり、除菌後にピロリ菌が再陽性となるのは、年間2%以下とされています。

7日間しっかり内服すれば
除菌成功率はぐっと上がります！



Q 8

消化性潰瘍と診断されたらどんなことに気をつければよいのでしょうか？

消化性潰瘍と診断されたら、以下の3つに気をつけることが大切です。

①処方された薬をきちんと服用する

消化性潰瘍が治癒するまでに通常6～8週間かかりますので、自覚症状が改善しても一定期間薬の服用を継続する必要があります。非ステロイド性抗炎症薬やアスピリンを服用する場合はプロトンポンプ阻害薬またはP-CABの服用を必要とします。腹痛がよくなったからといって、ご自身の判断で薬をやめてしまうのは危険です。

②消化性潰瘍が悪化する要因を取り除く

喫煙、過度の飲酒、睡眠不足、強いストレスなどは消化性潰瘍が悪化する原因になりますので、禁煙や体調管理が大切です。不摂生をしないように、日ごろの生活にも十分に注意しましょう。

③消化性潰瘍の合併症(出血や穿孔)に注意する

潰瘍から多量に出血すると、吐血や下血(黒色便)のほか、めまいや動悸といった貧血症状があらわれます。また、潰瘍がさらに深くなって穿孔する(胃や十二指腸に穴があく)と激しい腹痛を感じます。このような症状が出たときは緊急入院が必要ですから、昼夜を問わずすぐに受診するようにしましょう。



①きちんと内服



②規則正しい生活



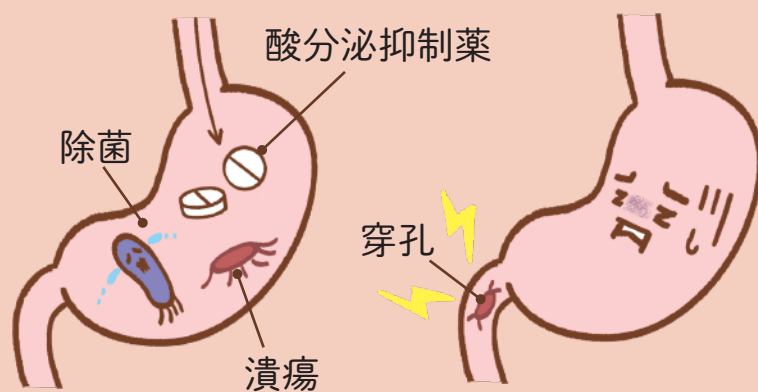
③合併症に注意

Q9

消化性潰瘍は治る病気なのでしょうか？ 進行したらどうなるのでしょうか？

消化性潰瘍の原因はピロリ菌感染によるものと薬剤によるものが2大原因です。ピロリ菌感染によるものでは、ピロリ菌の除菌に成功すれば治ることがほとんどです。また薬剤性消化性潰瘍の場合には、原因となっている薬剤を休薬できれば治りますが、休薬できない場合もありそのような場合には胃酸を抑制する薬などにより潰瘍ができにくくなる治療をします。

消化性潰瘍が進行すると潰瘍から出血をきたすことがあります。出血をきたすと黒色便が出たり吐血するような症状が出現します。高度の出血をきたした場合には内視鏡で止血治療を行います。また潰瘍が進行すると胃や十二指腸潰瘍部分に穴が生じる合併症(穿孔)をきたします。胃や十二指腸のなかの胃酸や消化液などがお腹にもれることから、強い腹痛とともに腹膜炎を発症します。入院して絶食・点滴による治療や、胃や十二指腸の穴をふさぐ手術が必要となります。潰瘍を繰り返すと胃や十二指腸が狭くなる合併症もありますが、その場合にも手術が必要となることがあります。



消化性潰瘍の治療

十二指腸潰瘍穿孔

Q10

消化性潰瘍の予防はどのように しょうか？

これまで示してきたように、消化性潰瘍の多くはピロリ菌感染が原因であるため、再発予防のためにはピロリ菌の除菌治療が有効です。除菌に成功すれば、その後は長期間にわたる潰瘍治療は必要なくなると考えられています。ただし、喫煙やストレス、非ステロイド性抗炎症薬などの潰瘍発症の原因となりうるものはなるべくやめたほうがよいでしょう。

非ステロイド性抗炎症薬の服用を続ける必要がある場合は、酸分泌抑制薬（プロトンポンプ阻害薬、P-CAB）により胃酸の分泌を抑えたり、プロスタグランジン製剤により粘膜を保護することによって潰瘍の再発を予防します。また、非ステロイド性抗炎症薬の種類をCOX-2選択的阻害薬というものに変更することも潰瘍の予防に有効といわれています。

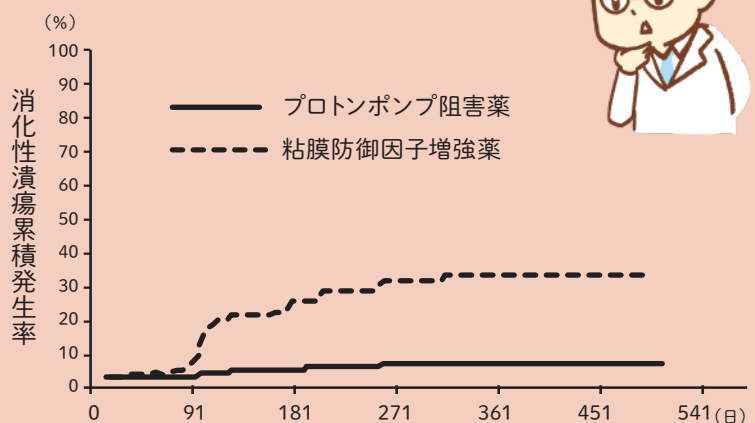
脳卒中や心筋梗塞の再発予防のために少量のアスピリンを長期間処方されている患者さんで、**以前に消化性潰瘍を発症したことのある人では、アスピリンによる潰瘍再発のリスクが高いといわれています。**アスピリンは非ステロイド性抗炎症薬の1種であるため、このような人にもプロトンポンプ阻害薬もしくはP-CABを併用することが潰瘍の再発予防に有効とされています。

※非ステロイド性抗炎症薬と酸分泌抑制薬の併用は消化性潰瘍になったことのない人にも有効な予防法ですが、保険診療上で治療可能なのは再発予防に限られます。

● 消化性潰瘍累積発生率

消化性潰瘍の既往がありアスピリンの長期投与が必要な患者さんに対して、プロトンポンプ阻害薬または粘膜防御因子増強薬を投与したところ、プロトンポンプ阻害薬は粘膜防御因子増強薬と比べて消化性潰瘍の再発率を低下させることがわかりました。

(J Gastroenterol 2011; 46: 724-735)



日本消化器病学会ガイドライン委員会

担当理事	糸井 隆夫	東京医科大学消化器内科
副担当理事	磯本 一	鳥取大学消化器腎臓内科学
委員長	渡辺 純夫	順天堂大学消化器内科
委員	島田 光生	徳島大学消化器・移植外科学
	福田 眞作	弘前大学消化器血液内科学
	田妻 進	JR 広島病院
	宮島 哲也	梶谷綜合法律事務所

消化性潰瘍診療ガイドライン委員会

作成委員長	佐藤 貴一	国際医療福祉大学病院消化器内科
作成副委員長	鎌田 智有	川崎医科大学総合医療センター健康管理学
委員	伊藤 俊之	滋賀医科大学医学・看護学教育センター
	伊藤 公訓	広島大学病院総合内科・総合診療科
	岩本 淳一	東京医科大学茨城医療センター消化器内科
	沖本 忠義	大分県立病院消化管内科・肝胆膵内科
	菅野 武	東北大学消化器内科
	杉本 光繁	東京医科大学消化器内視鏡学
	千葉 俊美	岩手医科大学口腔医学講座関連医学分野
	野村 幸世	東京大学消化管外科
	三枝 充代	自治医科大学消化器内科
評価委員長	平石 秀幸	新潟聖籠病院
評価副委員長	芳野 純治	大名古屋ビルセントラルクリニック
委員	高木 敦司	亀田森の里病院内科
SR 協力者	小川 竜	大分大学医学部消化器内科学
	小坂聡太郎	大分大学医学部消化器内科学
	川原 義成	国東市民病院内科
	金 笑奕	東北大学病院消化器内科
	角 直樹	川崎医科大学健康診断センター
	中川健一郎	東北大学病院消化器内科
	福田 健介	大分大学消化器内科
	保田 智之	国家公務員共済組合連合会広島記念病院内科
	水野 仁美	とよだ青葉クリニック内科・消化器科
	村田 雅樹	国立病院機構京都医療センター消化器内科
	Yaghoobi Mohammad	Division of Gastroenterology, Health Sciences Centre, McMaster University, Canada
	Yuhong Yuan	Division of Gastroenterology, Health Sciences Centre, McMaster University, Canada

患者さんご家族のための消化性潰瘍ガイド2023

2023年10月20日発行

編集 一般財団法人 日本消化器病学会

©The Japanese Society of Gastroenterology, 2023