

上部消化管造影検査(上部消化管バリウム検査)の結果の説明

(目次)

1. 上部消化管造影検査による検診について	P2
2. 上部消化管の各部位の名称	P3
3. 上部消化管造影検査の所見名の解説	P4
a) 隆起性病変、陰影欠損、透亮像	
b) 陥凹性病変、バリウム斑、ニッシェ	
c) 粘膜不整	
d) ひだ集中像	
e) ひだ中断(途絶)	
f) 辺縁不整	
g) 変形	
h) 圧排	
i) 進展不良	
j) 狭窄	
4. 上部消化管造影検査の診断名の解説(食道疾患)	
【食道裂孔ヘルニア】	P5
【食道アカラシア】	P6
【胃食道逆流・逆流性食道炎】	P7
【食道びらん・食道潰瘍】	P8
【食道ポリープ、食道良性腫瘍】	P9
【食道粘膜下腫瘍】	P10
【食道癌】	P11
【食道壁外性圧迫】	P12
【食道憩室】	P12
【食道静脈瘤】	P13
5. 上部消化管造影検査の診断名の解説(胃、十二指腸疾患)	
【びらん性胃炎】	P14
【急性胃粘膜病変】	P15
【慢性胃炎(萎縮性胃炎、過形成胃炎、化生性胃炎)】	P16
【慢性胃炎(肥厚性胃炎)】	P17
【胃ポリープ、胃底腺ポリープ】	P18
【十二指腸ポリープ】	P19
【胃潰瘍、十二指腸潰瘍】	P20
【胃潰瘍癒痕、十二指腸潰瘍癒痕】	P21
【胃粘膜下腫瘍、十二指腸粘膜下腫瘍】	P22
【胃癌、十二指腸癌】	P23
【胃憩室、十二指腸憩室】	P24
【胃、十二指腸壁外性圧迫、上腸間膜動脈症候群】	P25
【胃静脈瘤】	P25
6. ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義	P26

1. 上部消化管造影検査による検診について

上部消化管造影検査は、発砲剤から発生する空気と硫酸バリウムとを用いて、食道、胃、十二指腸の形や粘膜の様子をX線で観察する検査です。食道、胃、十二指腸の疾患の発見に役立ちます。

本検査は、50年以上前から胃がん検診のツールとして確立し、現在もその改良が加えられています。

平成24-25年がん研究開発費「科学的根拠に基づくがん検診法の有効性評価とがん対策計画立案に関する研究」班らによって報告されている「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2013年度版・ドラフト」には、「胃X線検査（上部消化管造影検査）を定期的に受けることで胃がんによる死亡率が減少するという相応のエビデンスがある」と明記されています。一方、同書では、胃内視鏡検査、血中ペプシノーゲン測定単独、ヘリコバクター・ピロリ抗体測定単独などを定期的に受けた場合胃がんによる死亡率が減少するというエビデンスは現在のところまだ確立されていないと結論しています。

同書では、胃X線検査（上部消化管造影検査）には放射線の被ばく、過剰診断などの不利益があるとしています。

本検査の被ばく放射線量は一回の検査につき3-4 mSVで、年間の自然放射線被ばく量(5 mSV)程度であり、人体に影響はないレベルとされていますが、妊娠中など放射線被ばくを避ける必要がある場合は本検査を受けることができません。その場合は保健管理センターまでお申し出ください。

過剰診断は、主に、本検査で悪性腫瘍が疑われ上部内視鏡検査を指示され、内視鏡検査を受けたものの悪性所見は無かったという場合ですが、この点につきましては、悪性腫瘍を見逃してはならないという検診の使命を御理解頂けると幸いです。

また、同書にはバリウムの誤嚥が不利益として示されています。さらに同書には指摘されていませんが、本検査で強いられる無理な態勢による検査台からの落下、検査後に服用したバリウムの排泄が不十分なことによる腸管のトラブルが起こる可能性があります。嚥下に問題がある方、体位変化が大変な方、過去にバリウムの排泄でトラブルがあった方へは内視鏡検査による上部消化管検診をお勧めしていますので、保健管理センターまで御相談ください。

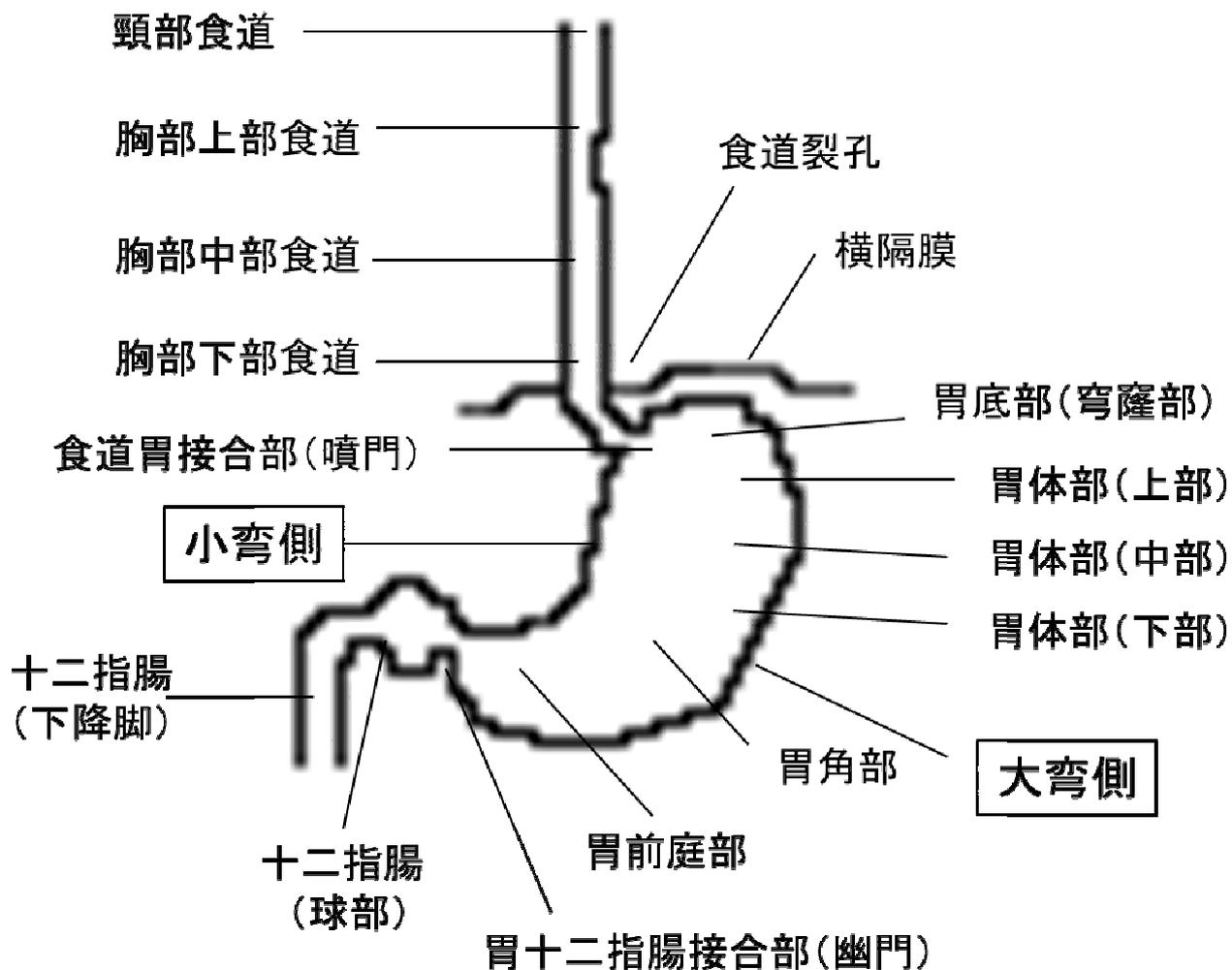
2. 上部消化管の各部位の名称

上部消化管造影検査は、食道、胃、十二指腸の病変を見つけるためのものです。臓器の各部位には夫々固有の名称が定められており、その名称で病変が各臓器のどこに存在するのかを特定することができます。皆様の報告書にもそれが記載されていることもあります。下図を参考に、その場所がどのあたりを意味しているのか御理解頂けると幸いです。

下図で、「小弯」「大弯」が理解しにくいかもしれません。胃を月にみたと、上弦が「小弯」、下弦が「大弯」です。

また、下図に表していない部位の名称として、「前壁」、「後壁」という名称があります。夫々、胃壁の腹側の壁、背中側の壁を表します。

上部消化管の各部位の名称



3. 上部消化管造影検査の所見の解説

以下は上部消化管造影検査の所見を表現するために用いる用語で、通常、皆様への報告書にはその所見から判断された病名が記載されます。その詳細は、後述の「上部消化管造影検査で診断される食道疾患」「上部消化管造影検査で診断される胃、十二指腸疾患」の項で述べてあります。しかし、検査所見から疾患名が絞り込めない場合、以下の所見名で報告される場合もあります。例えば検査で「陥凹性病変」がみつきり、それが「良性疾患」か「悪性疾患」を判断できない場合は、「陥凹性病変」として報告されます。多くの場合上部消化管内視鏡検査などの精査が必要になります。精査が指示された方は保管管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談下さい。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状の作成も致します。)

人間ドック学会より出されている「上部消化管エックス線検診判定マニュアル」では以下の所見名のうち「隆起性病変」と「陥凹性病変」を上部消化管造影検査の診断名として用いて良いことになっています。

a) 隆起性病変、陰影欠損、透亮像

粘膜が隆起している状態を示します。ポリープ、粘膜下腫瘍、静脈瘤、悪性腫瘍のサインです。

b) 陥凹性病変、バリウム斑、ニッシュェ

粘膜が凹んでいる状態を示します。びらん性炎症、潰瘍、悪性腫瘍のサインです。ニッシュェは病変が形成された位置の関係でバリウムが胃が内腔から飛び出しているように見える像で潰瘍または悪性腫瘍のサインです。

c) 粘膜不整

粘膜面が凸凹している様子を示します。上部消化管造影検査では良性か悪性の判断が難しい場合があります。

d) ひだ集中像

粘膜のひだ(胃粘膜上のしわ)が一か所に向けて集中している様子を示します。潰瘍、潰瘍癒痕、悪性腫瘍、粘膜下腫瘍などで見られます。

e) ひだ中断(途絶)

本来あるべき粘膜のひだ(胃粘膜上のしわ)が急に消失している様子を示します。主に悪性腫瘍の所見ですが、良性の潰瘍癒痕などでも見られることがあります。

f) 辺縁不整

陥凹性病変や隆起性病変の周辺が不整形である様子を示します。一般的に悪性腫瘍のサインですが、良性疾患でも見られることがあります。

g) 変形

本来の食道、胃、十二指腸の形状が変化している場合を言います。悪性腫瘍、潰瘍、潰瘍癒痕のサインですが、i)の項に記した圧排によって変形している場合もあります。

h) 進展不良、拡張不良

食道ではバリウムが通過するときに、径が十分広がらない状態のことを言います。

胃や十二指腸ではバリウムや空気を送りこんでも内腔が十分に広がらない様子を言います。

いずれも、悪性腫瘍、潰瘍、潰瘍癒痕のサインですが、i)の項に記した圧排が原因のこともあります。

i) 圧排

食道、胃、十二指腸が外部の臓器や腫瘍により圧迫され形状が変形している状態を言います。

j) 狭窄

食道、胃、十二指腸の内腔の変形が強く、通過障害が起こっている場合を言います。その部分から奥へのバリウムの流れが細くなりますが、完全に途絶していることもあります。悪性腫瘍や潰瘍のサインです。

4. 上部消化管造影検査で診断される諸疾患の説明(食道疾患)

【食道裂孔ヘルニア】

<病態>

食道は、胸腔と腹腔を区切る横隔膜に空いている食道裂孔という孔(穴)を通して胃に入ります。この孔の周囲には下部食道括約筋という筋肉があり、この筋肉の働きで胃は腹腔側に、食道は胸腔側に留まっていることができます。しかし、この筋肉の機能不全(不調)や、お腹の中の圧力(腹圧)が上昇すると、胃が胸腔側に飛び出します。この状態を食道裂孔ヘルニアと言います。

加齢、ある種の薬剤の使用が下部食道括約筋の機能不全の原因になります。また肥満に伴う内臓脂肪の蓄積、腹筋の過度の使用、喘息などに伴う慢性的な咳が腹圧上昇の原因になります。よってこれらは食道裂孔ヘルニアの原因です。これらとは関係なく、先天的な食道裂孔ヘルニアや背中が極度に曲がった状態(亀背)に伴って起こる食道裂孔ヘルニアもあります。多くの場合は胃の僅かな部分が横隔膜の上方に飛び出しているだけですが、大きいものでは胃の半分位が飛び出していることもあります。

<症状>

無症状であることも多くあります。しかし、本疾患は胃食道逆流や逆流性食道炎が起こり、その症状が現れることがあります。胃食道逆流や逆流性食道炎の症状は「胃食道逆流・逆流性食道炎」の項を御参照下さい。

<治療>

巨大な食道裂孔ヘルニアに対して外科手術を行うこともありますが、ほとんどのケースは経過観察となります。胃食道逆流や逆流性食道炎の予防や治療を行うことがありますが、それらについては「胃食道逆流・逆流性食道炎」の項を御参照下さい。

<事後措置、フォローアップ>

胃の胸腔側への飛び出しが軽度で、症状がなければ1年に1回、検診の上部消化管造影検査で経過観察をお受け下さい。

投薬を御希望の方は保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談下さい。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。)

外科的治療の適応がある場合は保健管理センターより御連絡し、本院または外部医療機関の消化器外科への紹介状を作成します。外科治療後のフォローアップについては受診先の指示に従ってください。

【食道アカラシア】

<病態>

食物を飲み込んだ後、下部食道括約筋（「食道裂孔ヘルニア」の項参照）が弛緩せずに、食物が食道に溜まってしまう状態です。

本検査では、バリウムを飲んだ時の食道の拡張が観察されます。

食道アカラシアは食道癌の危険因子とされています。

食道アカラシアは誤嚥性肺炎の原因となることがあります。

<症状>

食物のつかえ感、飲み込みにくさ、嘔吐などの症状があります。

背部痛を訴えることもあります。

食物が食道内に留まったまま就寝すると、それが逆流し、気管に入り、咳の原因になることがあります。

食道が異常に収縮を起こし、胸痛を起こすこともあり、その痛みが心臓の痛みと間違われることがあります。

<治療>

症状が強い場合は治療の対象になります。

薬物療法としてカルシウムブロッカー、亜硝酸製剤などが投与されることがありますが、効果がないことも多々あります。

内視鏡下に下部食道括約筋が縮まっている部分をバルーン（風船）を用いて拡張する内視鏡下バルーン拡張術が一般的な治療です。内視鏡下に下部食道括約筋の一部を切開する治療を行うこともあります。しかし、これらの治療を受けた結果、逆に下部食道括約筋の縮まりが悪くなり、胃食道逆流やそれに伴う逆流性食道炎を起こしてしまうこともあります。

外科的な手術を行うこともあります。

<事後措置、フォローアップ>

本検査でアカラシアが疑われた場合は、本院または外部医療機関の消化器内科または消化器外科の外来で御相談下さい。（健康管理センターでは病状により内科と外科のどちらが適切であるかの判断の上、本院または外部医療機関への紹介状作成を致します。）治療後のフォローアップは受診先の指示に従ってください。

【胃食道逆流・逆流性食道炎】

<病態>

胃の内容物は食道の下部にある下部食道括約筋がしっかり締まることで食道側へは流れず、胃の蠕動運動とともに小腸の方に流れて行きます。しかし、それらの機能が障害されると胃で分泌される胃酸や消化液（ペプシン）を含んだ胃内容物が食道側に逆流します。また、十二指腸に排泄される十二指腸液（胆汁と膵液の混合液）が胃に逆流し、さらにそれが食道に逆流することもあります。これらの現象を胃食道逆流といいます。

胃粘膜は胃液に対する防御機構が発達していますが、食道粘膜にはその機構はなく、食道粘膜は胃酸にさらされた場合、簡単に炎症を起こします。逆流性食道炎の多くは逆流した胃酸による食道粘膜の炎症です。

下部食道括約筋の機能不全や腹圧の上昇は胃食道逆流・逆流性食道炎の原因になります。食道裂孔ヘルニアの存在は胃食道逆流・逆流性食道炎の原因になります（食道裂孔ヘルニアの項を御参照ください）。

<症状>

胸焼け、前胸部痛、食道のつまった感じなどが起こります。

前胸部痛は心臓の痛みと間違われることもあります。胃内容物の逆流は、臥位になると口腔～上咽頭まで達することがあります。夜間眠っている時に上咽頭～口腔まで達した胃内容物は睡眠を妨害したり、慢性的な咽頭違和感の原因になります。また、逆流した液が気管に入り込み、喘息様症状を起こすこともあります。慢性的な咳は腹圧を上昇させるので、食道裂孔ヘルニアを悪化させ、胃食道逆流や逆流性食道炎を悪化させ、さらに咳症状を悪化させるという悪循環を起こします。

<治療>

胃食道逆流、逆流性食道炎と診断された場合。

治療の基本は生活習慣の改善です。①肥満がある場合は肥満を改善する、②過食を避ける、③胃の動きを活発にする、④重いものを持たない、⑤食後にすぐ横にならない、などの生活習慣が重要です。③のためには、過度な脂肪摂取を避ける、運動をする、ストレスを避ける、などの注意が必要です。また、⑤に関連しますが、現代社会では、仕事を夜遅くまで行い、遅い夕食を摂り、そのまますぐ寝てしまうというライフスタイルが珍しくありません。食後の胃は食物で膨らんでおり、その内腔は消化のために分泌された胃液で溢れています。そのまま横になると胃内容物の逆流が容易に起こり、胃食道逆流・逆流性食道炎が悪化させてしまいます。

症状の強い時は胃の動きを活発にする薬剤、胃液の分泌を抑制する薬剤などが投与されます。

<事後措置、フォローアップ>

胃食道逆流のみで症状が無い場合は、1年に1回、検診の上部消化管造影検査による経過観察が推奨されます。

食道粘膜の変化が無い逆流性食道炎も1年に1回、検診の上部消化管造影検査による経過観察を受けて下さい。しかし、症状がある場合は、逆流性食道炎の程度（「上部消化管内視鏡検査」の「逆流性食道炎」の項を御参照下さい）を確認するために上部消化管内視鏡検査をお受け頂き、その程度に応じた治療を受けてください。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

逆流性食道炎で食道粘膜の変化が指摘された場合は、早期の食道がんの可能性を否定するために、上部消化管内視鏡検査をお受け下さい。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

【食道びらん・食道潰瘍】

<病態>

逆流性食道炎（「胃食道逆流・逆流性食道炎」の項を御参照ください）による食道粘膜の炎症によって、食道の粘膜組織が欠損した場合を食道びらんまたは食道潰瘍といいます。食道は粘膜層、粘膜固有層、粘膜筋層、粘膜下層、筋層、外膜の層状構造で形成されていますが、組織欠損が粘膜固有層までで留まっているものをびらん、その下の層まで及んでいるものを潰瘍といいます。

胃液の逆流以外にも食道粘膜を腐食する強酸や強アルカリなどの誤飲、ある種の薬剤の服用、ヘルペスウイルスの感染、免疫異常疾患（クローン病、ベーチェット病、強皮症など）の症状の一つとして食道潰瘍や食道びらんが出現することがあります。

<症状>

逆流性食道炎の症状と同様です。「胃食道逆流・逆流性食道炎」の項を御参照ください。

<治療>

胃液の分泌を抑制する薬剤、胃の運動を活発にする薬剤が投与されます。

胃食道逆流が原因の場合、生活上の注意は逆流性食道炎の場合と同様ですので「胃食道逆流・逆流性食道炎」の項を御参照ください。

逆流性食道炎ではなく、原因が別にある食道びらん、食道潰瘍では適切な科でその原因疾患の治療が必要です。

<事後措置、フォローアップ>

上部消化管造影検査で食道びらんや食道潰瘍と診断された場合は、その程度を確認するために上部消化管内視鏡検査をお受け頂き、原因に応じた適切な治療をお受け下さい。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）上部消化管内視鏡検査は食道がんの可能性を否定するためにも重要です。

治療が終了した後のフォローアップは受診先の指示に従ってください。通常は上部消化管内視鏡検査のフォローアップをお受け頂きます。

【食道ポリープ、食道良性腫瘍】

<病態>

食道にできた腫瘍で、増殖しないかまたはその進行が非常にゆっくりで、食道外に転移しないものです。ポリープ、乳頭腫、血管腫、パピローマウイルス感染により起こされるパピローマなどがあります。パピローマはパピローマウイルス感染による遺伝子の制御異常がかなり詳細に解明されています。他の腫瘍も同様に遺伝子の制御の不調が原因で発症すると考えられます。

<症状>

ほとんどは無症状です。しかし、腫瘍が大きく、通過障害を起こし、食物のつかえ感、前胸部の違和感、圧迫感、胸焼けなどが出現することがあります。

血管腫では、稀に出血が起こり、貧血の原因になることがあります。出血が大量の場合、吐血を起こすこともあります。

<治療>

良性腫瘍と診断され、症状が無い場合は基本的に経過観察となります。

良性と診断されていてもサイズが大きい、年々サイズが大きくなる場合、または確定診断が得られない場合は切除術の適応になります。切除は、可能な場合は内視鏡下行いますが、条件により胸腔鏡を用いた手術や開胸術が選択されます。

血管腫は、出血の危険性がある場合、内視鏡を使った硬化療法や外科的治療を行うことがあります。

<事後措置、フォローアップ>

食道の腫瘍が上部消化管造影検査で指摘され、明らかに良性と判断された場合、1年に1回の本検査でのフォローアップをお受け下さい。

悪性腫瘍との鑑別、腫瘍の性状の決定のために、上部消化管内視鏡検査が指示されることもあります。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状の作成も致します。)

上部消化管内視鏡検査で良性であることが確定した場合は、検診の上部消化管内視鏡検査か上部消化管造影検査で1年に1回程度のフォローアップとなることが想定されますが、受診先の指示に従ってください。

上部消化管内視鏡検査、さらには胸部 CT 胸部 MRI 検査なども行った後、良性である可能性が高いものの悪性の可能性が否定しきれない場合、または診断がつかない場合は、受診先で管理を受けてください。数か月に一度、種々の検査でサイズや形状を観察し、その変化が大きい場合は切除の適応となることが想定されます。

上部消化管内視鏡検査で悪性であることが確定した場合は、受診先または受診先から紹介された科で治療を受けてください。治療後のフォローアップは受診先の指示に従ってください。

【食道粘膜下腫瘍】

<病態>

食道は粘膜層、粘膜固有層、粘膜筋層、粘膜下層、筋層、外膜の層状構造で形成される臓器です。粘膜下層、筋層、外膜に形成された腫瘤を粘膜下腫瘍と言います。大きいものは胃の内腔に突出してきますが、突出した部分は正常の粘膜で覆われています。突出部の表面にくぼみや潰瘍が形成されることがあります。

多くは脂肪細胞、平滑筋細胞、血管内皮細胞、神経細胞、リンパ組織由来の腫瘍で、ほとんどが良性の腫瘍です。しかし、脂肪肉腫、血管肉腫、末梢神経の軸索を取り囲む Schwann 細胞由来の顆粒細胞肉腫、消化管間質性腫瘍 (gastrointestinal stromal tumor GIST)の一部、悪性リンパ腫など稀に悪性度が高い腫瘍であることもあります。

<症状>

多くは無症状ですが、大きいものは通過障害を起こし、食道の違和感、食物のつかえ感が出現します。

<治療>

悪性のものは摘出します。腫瘍の大きさ、腫瘍の位置、食道壁のどの層にできているかなどの情報から、開胸手術、胸腔鏡下手術、内視鏡下手術などが選択されます。悪性リンパ腫の場合抗がん剤の投与や放射線照射が行われる場合もあります。

<事後措置、フォローアップ>

上部消化管造影検査で本疾患が初めて診断された場合は、通常上部消化管内視鏡検査を行います。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。)

粘膜下腫瘍は表面が正常粘膜で覆われていることも多く、その場合は腫瘍組織の採取ができず、病理学的な診断ができません。よって、上部消化管超音波内視鏡検査や胸部 CT、胸部 MRI などの検査が必要になります。検査結果により、摘出、紹介先でのフォローアップ、検診の上部消化管内視鏡検査によるフォローアップになる可能性が想定されます。検診の上部消化管内視鏡検査によるフォローアップを指示された場合は保健管理センターまで御相談下さい。また、摘出術をおうけになった場合は受診先の指示に従ってフォローアップを受けて下さい。

【食道癌】

<病態>

食道粘膜に発生した癌です。日本人の場合多くは扁平上皮癌で、時に腺癌例があります。欧米ではその頻度が逆転しています。病態は完全には解明されていませんが、他の癌と同様、遺伝子に傷がつき、その制御の不調により発症すると考えられています。喫煙や大量かつ常習的な飲酒が危険因子として知られています。飲酒後に顔が赤くなる人は、飲酒による食道癌の発症リスクが高まるとされています。

<症状>

初期には無症状ですが、進行すると食物のつかえ感が出現します。進行すると、食欲の低下とそれに伴う体重減少、腫瘍が反回神経という声帯の動きに関係する神経を圧迫して起こるしわがれ声、つかえた食物が気管に回ることによって起こる慢性の咳などの症状が出現します。さらに進行した場合、吐血が起こることもあります。

<治療>

癌の進行程度（病期）により治療が異なります。早期で癌が食道粘膜に留まっている場合は、開胸を行うことなく、内視鏡で治療することができます。

癌が食道粘膜より深く浸潤している場合は、開胸手術の適応になります。しかし、近年、抗がん剤を投与と放射線照射の組み合わせで良い治療成績が得られることが示されており、後者の治療が主流になりつつあります。

<事後措置、フォローアップ>

食道癌と診断された場合は、本院または外部医療機関の消化器内科または消化器外科の外来で御相談ください。保健管理センターでは適切な治療科を判断した上で紹介状を作成致します。

治療後は、治療を受けた医療機関でフォローアップをお受け下さい。経過が順調で治療を受けた医療機関でのフォローアップが終了となった場合は、検診で、上部消化管内視鏡による1年に1回程度のフォローアップを御案内しますので、保健管理センターに御連絡下さい。

【食道壁外性圧迫】

<病態>

食道が外部の臓器から圧迫を受け変形している状態のことです。

原因として、大動脈などの血管の走行異常や動脈硬化、大動脈瘤、心臓肥大などが多く、肺縦隔腫瘍や大きい食道憩室（「食道憩室」の項を御参照ください）が原因になることもあります。

<症状>

多くは無症状ですが、喉の違和感、食物のつかえ感、嘔気、嘔吐、胸焼けが出現することがあります。

<治療>

原因を特定し、必要であれば原因の治療を行います。

<事後措置、フォローアップ>

原因を特定するために、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）上部消化管内視鏡検査、胸部 CT スキャン検査、MRI 検査などを行います。

原因が特定され、その治療が必要な場合はその治療を行います。治療後のフォローアップは受診先の主治医の先生の指示に従ってください。

原因が特定され、その治療が不要な場合は、1年に1回、検診で本検査による経過観察をお受けください。

【食道憩室】

<病態>

食道の粘膜の一部が袋状に食道の外側へ飛び出しているものです。

先天的なものと後天的なものがあります。後天的なものは、食道内の圧力の亢進、食道の炎症などが原因と考えられています。後者の例として、結核性リンパ節炎が食道へ波及があります。

<症状>

多くは無症状ですが、大きいものは食道を圧排して、食物のつかえ、誤嚥などの原因となります。

また、食物が入りこみ、そこで細菌が繁殖し、その結果炎症が起こり、胸痛の原因となります。

カンジダ・アルビカンスというカビが憩室内で増えて、食道カンジダ症の原因になることもあります。

<治療>

誤嚥や炎症を繰り返す場合は、手術の適応になります。憩室の切除または縫縮を行います。

<事後措置、フォローアップ>

原病の治療が必要な場合はその治療を行います。

原病の治療が不要で、症状が無い場合は検診で本検査による年1回のフォローアップをお受け下さい。

症状がある場合は保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科または外科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは適切な受診科を判断した上で本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）治療後のフォローアップは受診先の指示に従ってください。

【食道静脈瘤】

<病態>

食道粘膜の静脈が瘤（こぶ）状に拡張した状態です。

食道粘膜の静脈中の血液は、門脈という血管に入り、最終的に肝臓へ運ばれますが、肝臓が肝硬変という状態になると血液が肝臓の中に入っていかず、門脈の中で血液がうっ滞し、門脈の血圧が上昇し（門脈圧亢進症）、その結果食道粘膜の血管中の血液にもうっ滞が起こります。

胃の粘膜でも同様のことが起こり、その場合、胃静脈瘤といいます。

肝硬変の他、特発性門脈圧亢進症、日本住血吸虫症でも胃や食道に静脈瘤ができます。

<症状>

肝硬変症の種々の症状が現れますが、食道（胃）静脈瘤の特別な症状はありません。静脈瘤のステージが進むと、破裂して大出血をおこすことがあります。その場合、吐血が起こり、血圧が下がり、ショック状態に陥り死亡することがあります。

<治療>

外科的治療、薬物療法、内視鏡硬化療法（EIS；静脈瘤に硬化剤を注入する）、内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL；静脈瘤をゴムバンドで縛る）、経皮的肝内門脈静脈短絡術（TIPS；レントゲン透視下で、門脈と静脈のバイパスを作成し門脈圧を低下させる）、経皮経肝的食道静脈瘤塞栓術（PTO；レントゲン透視下で、静脈瘤の原因となる血管にカテーテルを入れ、塞栓物質を注入する）などがあります。

<事後措置、フォローアップ・事後措置>

上部消化管造影検査では、食道（胃）静脈瘤の存在は診断できますが、その静脈瘤が破裂しやすいかどうか、即ち、治療が必要かどうかの判断はできないため、上部消化管内視鏡検査で、その膨らみ具合と色調を確認する必要があります。（「上部消化管内視鏡検査」の「食道静脈瘤」の項を御参照下さい）。

食道静脈瘤と診断された場合は、破裂を防ぐために、上部消化管内視鏡検査によって定期的に観察される必要があります。

また、食道静脈瘤の多くは肝臓病に合併します。肝臓病の主治医の先生がいらっしゃる場合は、今回の結果を主治医の先生に御報告して下さい。フォローアップはその受診先の指示に従ってください。

本疾患が今回初めて診断され、肝臓病の外来に通われていない場合は、本院または外部医療機関の肝臓病の外来で御相談下さい。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成を致します。）フォローアップはその受診先の指示に従ってください。

5. 上部消化管造影検査の診断名の解説(胃、十二指腸疾患)

【びらん性胃炎】

<病態>

胃は粘膜層、粘膜筋層、粘膜下層、固有筋層、漿膜、漿膜下層の層構造になっていますが、粘膜層の表面におこる炎症を表層性胃炎といい、粘膜層の組織欠損が生じるものをびらん性胃炎と言います。

アスピリンなどの鎮痛解熱剤（非ステロイド性抗炎症薬； Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs <NSAIDs>）の服用、ヘリコバクタ・ピロリ菌の感染（「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項を参照してください。）が二大原因とされ、他にも、喫煙、飲酒、過度のストレスへの暴露、ウイルス感染などが原因になります。

<症状>

無症状のことも多々ありますが、胃痛、嘔気、食欲不振などを伴うこともあります。

<治療>

無症状での場合、治療は不要ですが、症状に応じて、制酸剤、胃粘膜保護剤の服薬を推奨します。

ヘリコバクタ・ピロリ菌が胃に感染している場合、がん発症予防の見地からも抗生剤投与による同菌の除去が選択肢の一つになります。

<事後措置、フォローアップ>

基本的には1年に回、検診で本検査によるフォローアップを受けてください。

胃のびらんが悪性疾患の可能性を否定できない場合、上部消化管内視鏡検査を御案内することがあります。その場合は保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

上述の症状があつて治療を希望される方、ヘリコバクター・ピロリ菌について御相談を希望される方は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

【急性胃粘膜病変】

<病態>

急性に胃や十二指腸の粘膜に出血を伴う潰瘍、びらん、胃炎が形成された状態です。

アスピリンなどの鎮痛解熱剤（非ステロイド性抗炎症薬； Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs <NSAIDs>）の服用、ヘリコバクタ・ピロリ菌の感染（「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項を参照してください。）、喫煙、飲酒、過度のストレス（手術後、外傷、火傷、精神的なもの）、ウイルス感染などが原因になります。

<症状>

胃痛、嘔気、食欲不振などの症状が起こります。

重度のものでは吐血や下血が起こり、血圧が低下し、場合によってはショック状態になります。

<治療>

本症のうち軽いものが検診で指摘される場合があります。症状に応じ制酸剤、胃粘膜保護剤の投与を受けて下さい。

ヘリコバクタ・ピロリ菌が胃に感染している場合、がん発症予防の見地からも抗生剤投与による同菌の除去が選択肢の一つになります。

重度のものは緊急内視鏡の適応で、内視鏡下の止血療法を行うこともあります。検診の上部消化管検査で診断されることはまずありませんので、詳細は省略いたします。

<事後措置、フォローアップ>

救急治療を受けた場合、その後のフォローアップについては主治医の指示に従ってください。診療終了後は年に1回、検診の本検査でのフォローアップが推奨されます。

症状があつて治療を希望される方、ヘリコバクター・ピロリ菌について御相談を希望される方は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来を受診してください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

【慢性胃炎（萎縮性胃炎、過形成性胃炎、化生性胃炎）】

胃粘膜に炎症が慢性的に続くことを慢性胃炎と言います。慢性胃炎には胃の粘膜が薄くなるもの肥厚するものがありますが、本章では前者を説明します。両タイプが混在する慢性萎縮性肥厚性胃炎という病態も存在します。

<病態>

胃の炎症が長く続くと、正常の胃組織が腸の組織に似た形に変化し（腸上皮化生）、その結果胃の粘膜層が薄くなります。この状態を萎縮性胃炎または化生性胃炎といいます。またこの状態では、胃組織でない組織が過剰に形成されていることから、過形成性胃炎とも表現されます。腸上皮化生の初期は小腸様の組織が出現しますが、進行すると大腸様の組織に変化します。後者では癌化のリスクが高いとされ、萎縮の程度は進んでいます。

萎縮（過形成）の程度は胃腺を構成する最小単位である胃小区ごとに異なるので、萎縮が始まると色々な萎縮（過形成）の程度の胃小区が混在し、胃粘膜は凸凹になります。この様子が上部消化管造影検査で描出されます。

萎縮性胃炎の原因の多くはヘリコバクター・ピロリ菌感染であるため、本検査で萎縮性胃炎が診断された場合、ヘリコバクター・ピロリ菌の感染が疑われるという診断が併せてなされます。（「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」を御参照下さい。）

萎縮性胃炎は、自己免疫性の胃炎でも起こります。

ストリックランドは自己免疫性の慢性胃炎を A 型胃炎、ヘリコバクターピロリ菌などで起こるその他の慢性胃炎を B 型胃炎と命名しています。（Strickland RG and Mackay IR） Am J Dig Dis, 18(5) 426, 1973）

<症状>

無症状のことも多いですが、上腹部不快感、胃痛が代表的な症状です。胃の運動機能が低下し、食物が胃の中に停滞することによる腹部膨満感、胃もたれ、嘔気が生じることもあります。胃粘膜は、ビタミン B12 吸収の必須因子である内因子を分泌しますが、高度の萎縮性胃炎では、内因子の分泌が減り、ビタミン B12 が吸収されず、ビタミン B12 欠乏とそれに続く貧血（悪性貧血）が起こります。

<治療>

症状に合わせ、制酸剤、胃粘膜保護剤、胃腸運動調節剤が処方されます。

ビタミン B12 欠乏に対してはビタミン B12 製剤が経静脈的に投与されます。

ヘリコバクター・ピロリ菌が胃に感染している場合、がん発症予防の見地からも抗生剤投与による同菌の除去が選択肢の一つになります。

過食、喫煙、飲酒、睡眠不足、過剰なストレスなどは慢性胃炎の症状を悪化させる可能性があります。規則正しい生活を送られることをお勧めします。

<事後措置、フォローアップ>

萎縮の程度を把握するために（「上部内視鏡検査」の「慢性胃炎（萎縮性胃炎、過形成性胃炎、化生性胃炎）」の項を御参照下さい。）、また悪性疾患との鑑別のために上部消化管内視鏡検査を御案内することがあります。その場合は保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

上部消化管内視鏡検査が不要と判断された場合も、胃癌の早期発見の見地から、定期的な経過観察をお勧めします。一年に一回、検診で本検査をお受け下さい。

症状に対する治療を御希望の方、ヘリコバクター・ピロリ菌について御相談を希望される方は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来を受診してください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

【慢性胃炎（肥厚性胃炎）】

胃粘膜に炎症が慢性的に続くことを慢性胃炎と言います。慢性胃炎には胃の粘膜が薄くなるタイプと肥厚するタイプがあります。本章は後者について概説しますが、両タイプが混在する慢性萎縮性肥厚性胃炎という病態も存在します。

<病態>

胃の粘膜が肥厚するものです。原因の多くはヘリコバクター・ピロリ菌の感染と考えられていますが、病態は完全には解明されていません。ヘリコバクター・ピロリ菌については、「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項を参照してください。）

本症では、胃酸の分泌が増加するための障害が起こることがあります。

<症状>

胃酸分泌増加に伴う、胃痛、胸焼け、げっぷ、胃液のこみ上げ、胃もたれなどが現れます。

<治療>

症状に応じて制酸剤、胃腸機能調整剤が投与されます。

ヘリコバクター・ピロリ菌が胃に感染している場合、本疾患の根本的な治療の見地から、抗生剤投与による同菌の除去が選択肢の一つになります。

過食、喫煙、飲酒、睡眠不足、過剰なストレスなどは慢性胃炎の症状を悪化させる可能性があります。規則正しい生活を送られることをお勧めします。

<事後措置、フォローアップ>

本診断がなされた場合、悪性疾患との鑑別のために上部消化管内視鏡検査を御案内することがあります。その場合は保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

上部消化管内視鏡検査が不要であった場合も定期的なフォローアップが必要です。一年に一回の本検査をお受け下さい。

症状に対する治療を希望される方、ヘリコバクター・ピロリ菌について御相談を希望される方は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来を受診してください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

【胃ポリープ、胃底腺ポリープ】

<病態>

胃の粘膜の一部が隆起したものです。半球形やキノコ状に隆起しているものや平坦な形で隆起しているものなど色々な形状が見られます。以下の3種のポリープがあります。

胃底腺ポリープ：女性に多く見られます。通常、胃の上部に見られ、直径 5 mm 以下です。多くは胃内に複数個見られ、(上部消化管内視鏡で観察した場合) 色調は周囲と同じです。このポリープは癌化しないとされており、さらに、このポリープができる胃にはヘリコバクタ・ピロリ菌がおらず、胃癌が発生しにくいとされています。

上皮過形成性ポリープ：胃の出口付近によくできる腫瘍です。(上部消化管内視鏡で観察した場合) 表面は赤味をおびていて、凹凸があります。このポリープからの出血が、貧血の原因になることもあります。10 mm 以上になることもあり、一部癌化することもあります。ヘリコバクター・ピロリ菌感染に伴う炎症が原因の一つです。(「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項を参照してください)。

腺腫：胃の中部(体部)から下部(前庭部)によくできます。平坦な隆起(扁平な隆起)で、(上部消化管内視鏡で観察した場合) 白色を示し、多くが良性と悪性の境界病変です。ヘリコバクタ・ピロリ菌感染により高度に萎縮した粘膜に良く見られます(「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項を参照してください)。

<症状>

胃ポリープがあっても普通は無症状です。ポリープからの出血による貧血による諸症状、巨大ポリープによって胃の入り口(噴門)や出口(幽門)が塞がれ、食物が胃に停滞し、胃痛や嘔気などが出現することがあります。

<治療>

胃底腺ポリープは治療の対象になりませんが腺腫の多くは切除の対象です。

上皮過形成ポリープは、悪性が疑われるもの、良性であるものの悪性化の心配があるもの、大きいために通過障害を起こす可能性のあるものは切除の対象になります。多くは開腹をせずに上部消化管内視鏡下に切除することが可能ですが、ケースによっては腹腔鏡や開腹術が必要なこともあります。

貧血を伴っている場合は貧血の治療をお勧めします。

ヘリコバクタ・ピロリ菌が胃に感染している場合は、がん発症予防の見地からも抗生剤投与による同菌の除去が選択肢の一つの選択肢になります。

<事後措置、フォローアップ>

胃底腺ポリープの場合、一年に一回、検診の本検査をお受け下さい。

上皮過形成性ポリープや腺腫が疑われた時は、悪性かどうかを調べるために上部消化管内視鏡検査が推奨されることがあります。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。) その検査結果、切除を行う、受診した医療機関で経過観察をする、検診の上部消化管内視鏡検査でフォローアップするなどのケースが想定されます。受診した医療機関の指示に従ってください。検診による上部消化管内視鏡検査によるフォローアップが指示された場合は保健管理センターまでお申し出ください。

胃ポリープの治療を受けた後は、通常、治療を受けた医療機関で一定期間経過観察を受け、それが終了した場合、検診の上部消化管内視鏡検査による経過観察になります。その際も保健管理センターまでお申し出ください。

貧血の治療を御希望の方、ヘリコバクター・ピロリ菌について御相談を希望される方は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来を受診してください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。) ヘリコバクター・ピロリ菌については、「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項も御参照ください。

【十二指腸ポリープ】

<病態>

十二指腸の粘膜の一部が隆起したものです。

多くはブルネル腺という十二指腸に発達する腺組織が肥大したものです。

他に腺腫性のポリープ、炎症性のポリープもあります。また、異所性胃粘膜、胃上皮化生などの変化がポリープ様の形態を示すことがあります。

<症状>

ほとんどの場合症状はありません。サイズが大きい場合、腹痛や違和感を訴えることがあります。

<治療>

悪性のものは切除の対象です。良性でもサイズが大きいものは切除の対象になります。

<事後措置、フォローアップ>

上部消化管造影検査で十二指腸ポリープと診断された場合は、上部消化管内視鏡検査による精査でそのポリープがどのタイプのものであるかの診断を受けることが必要です。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。) その検査結果、切除を行う、受診した医療機関でフォローアップする、検診の上部消化管内視鏡検査でフォローアップするなどのケースが想定されます。受診した医療機関の指示に従ってください。検診で上部消化管内視鏡検査によるフォローアップが指示された場合は保健管理センターまでお申し出ください。

十二指腸ポリープの治療を受けた後は、通常、治療を受けた医療機関で一定期間フォローアップを受け、それが終了した場合、検診の内視鏡によるフォローアップになります。その際も保健管理センターまでお申し出ください。

【胃潰瘍、十二指腸潰瘍】

<病態>

胃にある胃腺組織から消化を行うために強い酸（胃酸）が分泌されます。胃粘膜は胃酸に対する防御機構を持っており、その働きで胃粘膜は胃酸から守られています。しかし、その防御機構の障害が起きたり、胃酸分泌が通常より高まると胃粘膜への胃酸の攻撃が強まり、その結果、粘膜の組織の一部が欠損してしまいます。

胃は粘膜層、粘膜筋層、粘膜下層、固有筋層、漿膜、漿膜下層の層構造になっていますが、組織欠損が粘膜筋層より下の層まで及んだ場合胃潰瘍と定義されます。

胃粘膜の胃酸に対する防御機構の障害を起こす原因として、ヘリコバクタ・ピロリ菌の感染で起こる胃粘膜の炎症、鎮痛解熱剤（非ステロイド性抗炎症薬；NSAIDs）服用による胃粘膜防御物質（プロスタグランディン）の産生障害、ストレスに伴う自律神経の交感神経の過緊張や喫煙による胃粘膜の血管の収縮に伴う血流の低下などが想定されます。一方、胃酸分泌を亢進する原因として、ストレスによる交感神経の過緊張や脂肪分の多い食事が想定されています。ヘリコバクタ・ピロリ菌の感染によって起こる肥厚性胃炎も胃酸分泌亢進の原因です。（「慢性胃炎（肥厚性胃炎）」の項を御参照下さい。）総じてヘリコバクタ・ピロリ菌の感染と鎮痛解熱剤の服用が胃潰瘍の二大原因とされています。

十二指腸の粘膜は胃酸に対する防御機構があまり強くありません。よって、十二指腸粘膜は胃酸にさらされ続けると胃上皮化生という変化を起こし、胃酸から自己防衛します。ところが、この胃上皮化生を起こした十二指腸粘膜にヘリコバクタ・ピロリ菌が感染することがあり、その防御機構が壊され、十二指腸潰瘍が発症します。

<症状>

段階によって、嘔気、嘔吐、胸焼け、胃痛、背部痛、黒色便、吐血、下血、腹膜炎症状、ショック症状などが起こります。潰瘍自体の痛みとして胃痛、背部痛が起こります。胃や十二指腸の機能の不調で嘔気、嘔吐が、胃酸過多により胸焼けが起こります。

胃や十二指腸の病変から出血した血液は胃酸と相俟って黒色になりますが、その量が多い場合、便は黒色に変わり、重症例の便はタール便と称されます。吐血、下血、腹膜炎症状、ショック症状は緊急入院の適応となります。検診でこれらの段階の胃・十二指腸が診断されることはまずありませんので、詳細は省略します。

<治療>

制酸剤、胃粘膜保護剤の服薬が必要です。

吐血、下血、腹膜炎症状、ショック症状を伴った胃・十二指腸潰瘍の治療につきましては本稿では省略します。

ヘリコバクタ・ピロリ菌が胃に感染している場合、潰瘍の再発防止、さらには癌化予防の見地から、抗生剤投与による同菌の除去が選択肢の一つの選択肢になります。

<事後措置、フォローアップ>

上部消化管造影検査で胃潰瘍と診断された場合は、潰瘍の活動性の程度（「上部消化管内視鏡検査」の「胃潰瘍、十二指腸潰瘍」を御参照下さい）の確認のため、悪性腫瘍と鑑別のために上部消化管内視鏡検査が必要です。また、上部消化管造影検査では活動性の十二指腸潰瘍と十二指腸潰瘍痕と区別できず、その確定のために上部消化管内視鏡検査が必要となります。上部消化管内視鏡検査をお受けになる場合は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

本症の治療やヘリコバクター・ピロリ菌については、保健管理センターか受診先の外来で御相談ください。ヘリコバクター・ピロリ菌については、「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項も御参照ください。上部消化管内視鏡検査をお受け頂いた後のフォローアップについては「上部消化管内視鏡検査」の「胃潰瘍、十二指腸潰瘍」の項に示します。

【胃潰瘍癒痕、十二指腸潰瘍癒痕】

<病態>

胃または十二指腸にできた潰瘍が治癒した状態です。「胃潰瘍、十二指腸潰瘍」の項を参照ください。症状が無ければ処置は不要です。

<症状>

胃や十二指腸に潰瘍ができ易い環境にある場合、潰瘍が治癒した後も同部や別の部位で炎症が持続していることもあります。その場合、胃のいたみ、胃もたれ、嘔気、などの症状を伴うことがあります。

<治療>

症状がある場合は制酸剤、胃粘膜保護剤、胃腸機能調整薬などの投与をお勧めします。

<事後措置、フォローアップ>

上部消化管造影検査では胃潰瘍癒痕は早期の胃癌の区別がつかないことがあります。また十二指腸潰瘍癒痕は活動性の十二指腸潰瘍と区別できないことがあります。それらの場合、上部消化管内視鏡検査を御案内することがあります。保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

一度、胃、十二指腸潰瘍癒痕と診断された場合は年に一回上部消化管内視鏡検査でフォローアップを受けることをお勧めします。その場合も保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）

元の潰瘍の発症にヘリコバクター・ピロリ菌の感染が関与している場合があります。ヘリコバクター・ピロリ菌については、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）ヘリコバクター・ピロリ菌については、「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項も御参照ください。

【胃粘膜下腫瘍・十二指腸粘膜下腫瘍】

<病態>

胃は粘膜層、粘膜筋層、粘膜下層、固有筋層、漿膜、漿膜下層の層構造でできていますが、粘膜下層、固有筋層、漿膜下層に形成された腫瘍のことを言います。大きいものは胃の内腔に突出してきますが、突出した部分は正常の粘膜で覆われています。突出部の表面にくぼみや潰瘍が形成されることがあります。

脂肪細胞、線維細胞、平滑筋細胞、血管内皮細胞、神経細胞、リンパ組織由来の腫瘍である場合が多く多くは良性です。また、迷入腺、好酸球性肉芽腫という組織である場合もあります。

十二指腸の場合、十二指腸に特有のブルネル腺という組織が粘膜下腫瘍の形で現れることがあります。

しかし、脂肪肉腫、血管肉腫、末梢神経の軸索を取り囲む Schwann 細胞由来の顆粒細胞肉腫、消化管間質性腫瘍 (gastrointestinal stromal tumor GIST) の一部、悪性リンパ腫、基底細胞由来のカルチノイドの一部など稀に悪性度が高い腫瘍であることもあります。

<症状>

多くは無症状です。稀に腹痛や胃部の不快感を訴えることがあります。表面にできた潰瘍からの出血による吐血や下血を生じることがあります。悪性度の強い場合は転移を起し、様々な症状が起こります。

<治療>

諸検査で悪性腫瘍である可能性が指摘された場合はその治療を行います。

治療は開腹手術または腹腔鏡手術による腫瘍の摘出です。悪性リンパ腫の場合は抗がん剤投与や放射線の照射が行われます。

<事後措置、フォローアップ>

本検査で胃粘膜下腫瘍が初めて診断された場合、大きさが 2 cm 未満のものは、3-6 月後に上部消化管内視鏡検査を行い、目立ったサイズの変化が無ければ、以後 1 年に 1 回程度の間隔で上部消化管内視鏡検査で経過を観察することが推奨されます。保健管理センターか本院または外部医療機関の消化器内科の外来を受診し、上部消化管内視鏡検査をお受け下さい。(保健管理センターでは適切な科を選び、本院または外部医療機関への紹介状の作成をいたします。)

大きさが 2~5cm 程度の場合は精査の上治療方針を決定する必要があります。まずは消化管内視鏡検査を行いますが、病変の多くは正常粘膜で覆われているため、通常の方法では病変の一部を採取して病理組織診断を行うことができません。よって、多くの場合上部消化管超音波内視鏡検査を行いその性状を調べ、また、その手法を用いて病変の一部を採取する場合もあります。腹部 CT 検査や MRI 検査を行うこともあります。本院または外部医療機関の消化器内科の外来を受診し、主治医の指示に従ってください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状の作成をいたします。) 治療が必要な場合は受診先から担当診療科への紹介をお受け下さい。経過観察となった場合は受診先でフォローアップとなる場合と、検診の上部消化管内視鏡でフォローアップになる場合があります。後者の方法が選択された場合は保健管理センターまで御相談ください。

大きさが 5cm を超えるものは手術による摘出が推奨されます。本院または外部医療機関の消化器外科の外来を受診してください。(保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状の作成をいたします。)

十二指腸粘膜下腫瘍は非常に稀な疾患であるため、フォローアップの指針はまだ確定していません。本検査で診断された場合、本院または外部医療機関の消化器内科の外来を御紹介しますので、そこで治療、フォローアップをお受け下さい。保健管理センターでは、そのための紹介状を作成いたします。

【胃癌、十二指腸癌】

<病態>

胃癌は胃粘膜に発生する上皮性悪性腫瘍です。

近年、ヘリコバクター・ピロリ菌感染と胃癌の関連が明らかになってきました。同菌が胃粘膜に持続感染すると萎縮性胃炎が生じ、腸上皮化生を起こして胃癌が発症すると考えられています。また、胃粘膜に感染しているヘリコバクター・ピロリ菌を抗生剤を用いて殺すと胃癌の発症率が低下すると考えられています。ヘリコバクター・ピロリ菌については、「ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義」の項も御参照ください。

ヘリコバクタ・ピロリ菌の感染が無くても発症する胃癌もあります。

十二指腸癌は稀な疾患です。その原因は不明です。

<症状>

胃癌、十二指腸癌とも、早期には症状はほとんどありません。

病気が進行するに従い、胃痛、胃部不快感、胃部膨満感、胸やけ、げっぷ、嘔気などが出現します。

さらに進行すると、食欲不振、貧血、体重減少などが認められ、全身状態が悪化します。

<治療>

胃癌と診断された場合、「胃癌取扱い規約」によって、進行度を決定し、「胃癌治療ガイドライン」によって進行度に応じた治療が選択されます。

早期胃癌に対しては、内視鏡的切除術、開腹手術、腹腔鏡手術などが選択されます。

進行がんに対しては、癌の進行度に応じ、リンパ節や周囲臓器を併せて切除し、術後に抗がん剤療法を行うこともあります。手術を行わず、抗癌剤、放射線療法が行われることもあります。

十二指腸癌は稀な疾患ですが、治療には、外科療法（開腹術、腹腔鏡による摘出、内視鏡下の切除）、放射線療照射、抗癌剤投与などがあります。癌の進行度、部位、大きさ、患者の年齢などから治療法が選択されます。十二指腸癌も早期に発見できれば、内視鏡による切除が可能です。但し、十二指腸の壁は胃に比べ薄いので内視鏡による切除には細心の注意を要します。

胃癌、十二指腸癌とも、治療適応が無い場合は緩和治療が選択されます。

<事後措置、フォローアップ>

本検査で胃癌、十二指腸癌と診断された場合、上部消化管内視鏡検査を行い、その詳細を見極め、また内視鏡下に腫瘍組織を採取(生検)して病理学的検査を行います。同時にCT検査やMRI検査により、リンパ節や周囲の臓器への転移の有無を確認します。それらの結果より、内視鏡的切除術、開腹手術、腹腔鏡手術のどれを選択するか決定します。

胃癌、十二指腸癌と診断された場合は、本院または外部医療機関の消化器内科または消化器外科の外来で御相談ください。保健管理センターでは適切な治療科を判断した上で紹介状をお書きいたします。

治療後はしばらく治療を受けた医療機関でフォローアップを受けます。そちらでのフォローアップが終了した場合、検診でのフォローアップが再開されますが、通常は年に一回の上部消化管内視鏡検査が推奨されます。その検診を御希望の方は保健管理センターまでお申し出下さい。

【胃憩室、十二指腸憩室】

<病態>

胃や十二指腸の管腔の一部が袋状に外部に突出している状態です。胃は粘膜層、粘膜筋層、粘膜下層、固有筋層、漿膜、漿膜下層の層構造でできていますが、袋の内腔が粘膜～漿膜でできているものを真性憩室、筋層が無いものを仮性憩室といいます。

腸管内の圧力が増加した場合、腸管の壁の弱い部位は外に突出します。胃の入り口近くや十二指腸の Vater 乳頭部の近くは筋層が薄く、それらは夫々胃、十二指腸の仮性憩室の好発部位です。

また、臓器が外部から牽引された場合も牽引された部位が外部に突出します。胃の出口付近は胆嚢や膵臓が炎症を起こした場合、癒着を起こし、その結果外部に牽引され、憩室が形成されることがあります。

<症状>

多くは無症状です。稀に憩室の中に胃酸が溜まるなどして粘膜が炎症を起こし、腹痛の原因になることがあります。憩室炎を起こした場合、胃の不調や腹痛を起こすことがあります。また、憩室が腹腔側に穿孔した(穴があいた)場合、胃酸を含む胃の内容物が腹腔に漏れるため、腹膜炎症状を含め、強い症状を起こすことがあります。詳細は省略します。

<治療>

無症状であれば治療は不要です。憩室炎を起こした場合は胃酸分泌抑制剤を投与することがあります。

憩室の穿孔の場合は救急の治療を要しますが詳細は省略します。

<事後措置、フォローアップ>

無症状の場合は年に1回本検査で経過を観察してください。症状がある場合は、保健管理センターが本院または外部医療機関の消化器内科で御相談下さい。(保健管理センターは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。)

【胃、十二指腸壁外性圧迫、上腸間膜動脈症候群】

<病態>

胃や十二指腸が外部の臓器（肝臓・腸管・膵臓、走行異常のある大動脈など）や、腫瘍、大動脈瘤、から圧迫され変形している所見です。

十二指腸（の水平脚）が、前方からは上腸間膜動脈、後方からは大動脈や脊椎により圧迫され、狭窄や閉塞を起こすものを上腸間膜動脈症候群といいます。

<症状>

無症状の場合もありますが、胃痛、腹部膨満感、嘔気、嘔吐の原因になることもあります。

上腸間膜動脈症候群では食後にそれらの症状が出現する特徴があります。

<治療>

胃や十二指腸の壁外圧迫が治療が必要な疾患が原因であった場合は、原因疾患の治療を行います。

上腸間膜動脈症候群の症状に対しては、食後の体位変換（四つ這いになる）ことが有効のことがあります。

<事後措置、フォローアップ>

ケースによっては、超音波内視鏡、腹部超音波検査、腹部 CT 検査、腹部 MRI 検査などの精査を行い、原因の特定を行います。

原因が正常の臓器による場合は、上腸間膜動脈症候群のケースを含め、経過観察となります。1年に1回本検査をお受けください。

症状が強い場合、治療が必要になることがあります。保健管理センターか当院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは紹介状作成もいたします。）

【胃静脈瘤】

「食道静脈瘤」の項を御参照下さい。

6. ヘリコバクター・ピロリ菌が胃におよぼす影響とその除菌の意義

1983年に、オーストラリアの医師、ロビン・ウォレンとバリー・マーシャルがヒトの胃に生息する細菌の培養に成功し、ヘリコバクター・ピロリ菌（HP菌）と命名しました（Marshall BJ Lancet 1(8336) 1273, 1983）。

マーシャルは、培養したHP菌を自ら服用し、また友人にも服用してもらい、胃炎や胃潰瘍を人体に起こすことに成功しました。

その後の研究で、HP感染した胃では、粘膜にあるリンパ球が集まる組織であるリンパ濾胞（Mucosa-Associated Lymphoid Tissue；MALT）に悪性のリンパ腫（MALTリンパ腫）が形成されることが判ってきました（上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査「MALTリンパ腫」の項御参照ください。）また、HP感染は、特発性血小板減少性紫斑病という血小板が減少して出血を起こす病気、機能性ディスペプシアという原因がはっきりしない胃の不調を訴える病気、鉄欠乏性貧血、蕁麻疹などの病気の原因になることも分かってきました。

さらに、HP菌が持続感染した胃粘膜に胃がんが発症することが示されています。本邦の独立行政法人国立がん研究センターがん予防・検診研究センターの研究では、胃がんの発症リスクは、HP菌感染により約5倍まで高まるとされています（<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/287.html>）。

胃粘膜にHP菌が感染すると、胃粘膜は萎縮と呼ばれる変化を起こし、それが胃がん発症の素地になると考えられています（Asaka M Helicobacter 6；294, 2001）。上述の国立がん研究センターがん予防・検診研究センターの研究では、胃粘膜の萎縮の程度が強い人の胃がんの発症リスクは萎縮がほとんどない人に比べ約4.6倍であるとされています（<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/287.html>）。よって、胃がんの発症予防にHP菌に感染しているかどうか調べ、感染している場合は、抗生物質を用いてHP菌を殺す（除菌する）ことが有益と考えられます。本邦の厚生労働省も、その考え方を認め、2013年2月21日より、HP菌によって引き起こされた胃炎（HP感染胃炎）の患者様に対して、同菌の除菌を保険診療で行えるようにしました。

一方、胃がんの発症を防ぐには、胃粘膜の萎縮が高度に進行する前に、即ち、できるだけ早期にHP菌に感染を診断し、HP菌を除菌することが望ましいとされています。近年の検討では、50歳を過ぎての除菌は、それ以前に行われた除菌よりも効果が劣る可能性が示唆されています（Asaka M Helicobacter 15；486, 2010）。

HP菌の除菌を保険診療で行う場合にはいくつかの条件があります。また、現病歴や服薬中の薬剤によっては除菌薬を服薬できない場合もあります。HP菌感染が疑われた場合は、保健管理センターか、本院または外部医療機関の消化器内科の外来で御相談ください。（保健管理センターでは本院または外部医療機関への紹介状作成も致します。）