

6

消化器疾患

● 上部管腔臓器の解剖生理

上部管腔臓器は、口腔、咽頭、食道、胃、十二指腸からなる(図6-1)。食物は口腔で咀嚼され、咽頭で嚥下され、食道を通過して胃に運ばれる。胃で一部消化されながら、十二指腸に排出され、そこで胆汁や膵液が流入して、空腸、回腸にすすみながら消化吸収される。

1. 解剖

消化管壁は粘膜、筋層、外層の3層構造からなる。粘膜はさらに上皮、粘膜固有層、粘膜筋板および粘膜下組織から構成されている。口腔から食道までと肛門管の上皮は重層扁平上皮、

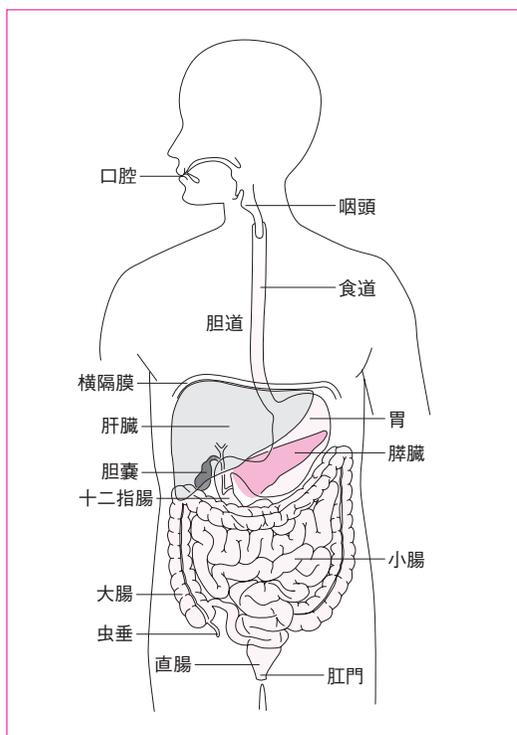


図6-1 消化器の構造

胃から直腸までは1層の円柱上皮により構成されている。筋層は原則として内輪筋層と外縦筋層から構成され、口腔から食道までと肛門の外肛門括約筋が横紋筋、食道から肛門までは平滑筋である。外層は胃から直腸上部では漿膜である腹膜によって覆われているが、口腔から食道および直腸の下部では腹膜を欠き、疎性結合組織からなる外膜によって覆われる。

1) 食道：食道は咽頭から胃までつらなる約25cmの線維性筋性の管で、後縦隔に位置する。各部の名称は図6-2のごとくである。食道入口部、気管支分岐部、横隔膜通過部の3ヵ所に生理的狭窄部位がある。食道下端部は下部食道括約筋(lower esophageal sphincter: LES)と呼ばれ、胃内容物の逆流を防ぐ重要な働きをする。形態からは括約筋として認められないものの、輪状平滑筋からなり、自律神経や消化管ホルモンの影響を受ける。

粘膜下層には固有食道腺があり、主に粘液細胞からなる。また、食道入口部と下端部には食道噴門腺がある。

2) 胃：各部の名称は図6-3Aのごとくである。また、胃の小彎と大彎を三等分して上部、中部、下部とし(図6-3B)、全周を四等分して小彎、

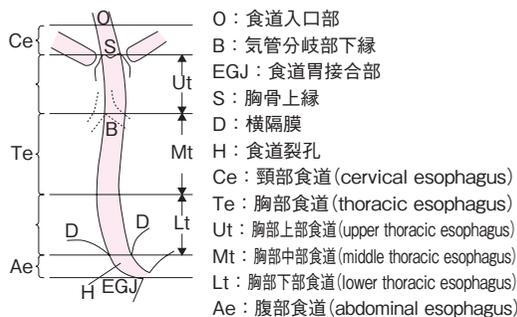


図6-2 食道の区分³⁾

検査で胃潰瘍や胃癌を除外診断する。確定診断には、胃生検による組織学的診断が必要である。慢性胃炎の診断基準は、1991年に提唱されたシドニー (Sydney) 分類がある (図6-16)。シドニー分類では*H. pylori*を胃炎の重要な要因として位置づけ、組織学的所見と内視鏡的所見が必ずしも一致しないことから、両者を並記してある。

〔治療〕

*H. pylori*感染胃炎に対する除菌治療は、2013年から保険適用となった (表6-5)。*H. pylori*除菌によって、慢性胃炎の組織学的改善が期待でき、将来的に胃・十二指腸潰瘍と胃癌の発生が抑制されることが予想される。

3-3 機能性ディスぺプシア
Functional Dyspepsia

〔病因・病態〕

機能性ディスぺプシアは、上腹部痛や胃もたれ症状が長期にわたり繰り返し出現するが、内視鏡などの検査を行っても、症状の原因となる潰瘍や癌などの器質的疾患が認められない疾患であり、わが国の人口の10~20%が罹患しているとされる。一般に、上腹部症状を示す器質的疾患より発症年齢が低く、女性の頻度が高いと報告されている。

本症の病因は、消化管運動異常、内臓知覚過敏など多因子であり、さらに社会的、心理的因子が加わって症状が発現する。

〔主な症状および所見〕

機能性ディスぺプシアの診断基準として2006年に改訂されたRome III 基準がある (表6-6)。Rome IIIでは機能性ディスぺプシアの症状を、胃十二指腸に比較的特異的な、煩わしい食後膨満感、早期満腹感、心窩部痛、心窩部灼熱感の4つに具体的に限定し、観察期間を6ヵ月間としている。Rome IIでは機能性ディスぺプシアは潰瘍症状型、運動不全型、非特異型に分類されたが、Rome IIIでは機能性ディスぺプシアの症状の中で摂食に関連するものとしなないものがあることを重視して、食後愁訴症候群と心窩部痛症候群の2つのカテゴリーに分類が変更された。食後愁訴症候群では週に数回以上、普通

表6-5 *H. pylori*除菌の対象疾患

1. 胃潰瘍・十二指腸潰瘍
2. 胃MALTリンパ腫
3. 特発性血小板減少性紫斑病
4. 早期胃癌に対する内視鏡治療後
5. *H. pylori*感染胃炎

表6-6 Rome IIIによる機能性胃腸症の診断基準

1. 以下の1症状以上がある
 - a. 煩わしい食後膨満感
 - b. 早期満腹感
 - c. 心窩部痛
 - d. 心窩部灼熱感
2. 上部消化管内視鏡検査などで、症状を説明できる器質的疾患を認めない

診断される6ヵ月以上前に症状が発現し、最近の3ヵ月は項目1、2の基準を満たす

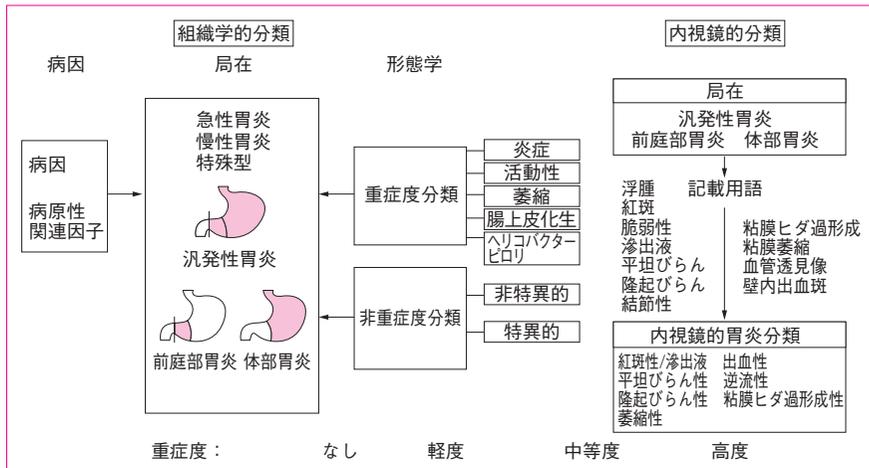


図6-16 慢性胃炎のシドニー分類