レジデントのための薬物療法

消化器内科薬のルール

プライマリ・ケアの必須知識

ロクジュウゴ!

65!

木下芳一 編著

島根大学医学部内科学講座第二

中山書店

序

消化管疾患の治療にも，肝胆膵疾患の治療にも，多種の薬剤が使用される．これらの薬剤のなかには強力で有効性も高いが副作用が大きく，場合によっては死に至る重篤な副作用を発症する薬剤もあり，専門医が十分に検討を重ねた後に使用されている．抗癌剤やインターフェロン製剤，抗体製剤などがこのなかに含まれる．プライマリ・ケアの場では，これらの薬剤が用いられることは多くはなく，用いられる場合には専門医の指示の下で使用されている．

一方，汎用性が高く，副作用が少ない薬剤は，プライマリ・ケアを担当する医師や研修医によって選択され処方されていることが多い．胃酸分泌抑制薬，胃粘膜防御因子増強薬，消化管運動機能改善薬，下剤，肝庇護薬，消化酵素製剤などがこれらのなかに含まれる．これらの薬剤は汎用性が高いために使用される頻度が高く，なんとなく見よう見まねで使用されていることも多い．このため，副作用や 2 種の薬剤を併用した場合にみられる相互作用については，あまり注意をせずに処方されていることが少なくない．ところが，これらの薬剤にも多くの副作用があり，薬剤相互作用があり，使用するべき患者と使用するべきではない患者がある．汎用薬を上手に使いこなすことは，実は簡単なことではない．多くの知識とコツが必要である．

専門的知識を得るには，時間をかけて成書を紐解いて，最新の理論的裏づけがなされた情報を収集しておくことが必須である．本書では，消化器疾患の治療に用いられる汎用薬を使用する時に重要となるコツを学ぶことができる．また，本書には研修医やプライマリ・ケアを担当する医師に役立つ話も多く掲載されており，楽しんで読んでいただける本になっていると自信をもっている．

平成 23 年 8 月

島根大学医学部内科学講座第二
木下　芳一

目次

第1章 「最初に覚える！　薬にまつわるABC」 …… 1

1-1 重い病気から順番に鑑別診断しよう …… 2
1-2 こんな症状があったら緊急事態！ …… 4
1-3 まず薬物療法？　それとも生活・食事指導？ …… 6
1-4 薬の副作用を考えておこう …… 8
1-5 薬剤の添付文書は宝物 …… 10
1-6 薬の処方は判定時期と判定方法を考えて …… 12
1-7 患者への説明を忘れずに …… 14

（木下 芳一）

第2章 「症状からみる鑑別診断」 …… 17

2-1 症状に基づく鑑別診断は案外難しい …… 18
2-2 「胃が痛い」は消化器臓器の症状とは限らない …… 20
2-3 突然の「胃の痛み」ではこんな疾患も忘れるな …… 22
2-4 食欲不振は消化器疾患ではない!? …… 24

（木下 芳一）

第3章 「実践！　消化器内科の薬はこう使え」 …… 27

GERD／NERD

3-1 GERD 治療の３つの選択肢 …… 28
3-2 NERD にも PPI 投与でいいのか …… 30
3-3 検査で異常がなく，PPI も効かなかったら …… 32

（足立 経一）

胃潰瘍／十二指腸潰瘍

3-4 胃潰瘍・十二指腸潰瘍が見つかったら …… 34

3-5 除菌治療で潰瘍の再発に備えよう …… 36
3-6 NSAIDs，アスピリン，ステロイドを使用している？ …… 38
3-7 *H. pylori* 除菌の基本 …… 40
3-8 除菌に失敗したら …… 42
3-9 胃癌，リンパ腫，ゾリンジャー・エリソン症候群の鑑別 …… 44
（足立 経一）

薬剤起因性小腸潰瘍
3-10 意外に多い小腸の疾患 …… 46
3-11 薬剤で小腸に潰瘍が…… …… 48
（石原 俊治）

機能性疾患
3-12 機能性疾患は除外診断が肝心 …… 50
3-13 機能性疾患にも薬物以外の治療が必要 …… 52
3-14 FD 症状に最も効果の高い薬は？ …… 54
3-15 IBS 治療での薬の使い分け …… 56
（足立 経一）

下痢
3-16 急性の下痢に下痢止めは使用しない …… 58
3-17 食中毒の可能性は？ …… 60
3-18 下痢型の過敏性腸症候群と診断したら …… 62
3-19 ストレスと下痢 …… 64
3-20 とりあえず下痢を止めたいとき …… 66
（石原 俊治）

便秘
3-21 急な便秘ではイレウスが心配 …… 68
3-22 慢性の便秘を起こす疾患 …… 70
3-23 便秘に使用される薬剤 …… 72
3-24 座薬と浣腸の扱い方 …… 74
3-25 便秘型の過敏性腸症候群と診断したら …… 76
3-26 便秘と下痢を繰り返すときには …… 78
（石原 俊治）

腸炎

3-27 通院での虚血性腸炎の治療 …… 80
3-28 薬剤性出血性腸炎の原因薬剤とその治療 …… 82
3-29 感染性腸炎に抗菌薬は？ …… 84

（石原 俊治）

炎症性腸疾患

3-30 炎症性疾患の食事療法は？ …… 86
3-31 軽症～中等症潰瘍性大腸炎の寛解導入療法 …… 88
3-32 重症潰瘍性大腸炎治療の基本 …… 90
3-33 軽症～中等症クローン病の寛解導入療法 …… 92
3-34 重症クローン病の薬物療法 …… 94

（石原 俊治）

肝炎

3-35 肝機能検査異常の原因疾患はこれだ …… 96
3-36 急性 A 型肝炎に特異的な治療はない …… 98
3-37 B 型肝炎の薬物療法は世代別で考えよう …… 100
3-38 C 型肝炎が慢性化しているときには …… 102
3-39 アルコール性肝障害治療の原則は禁酒である …… 104
3-40 非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）の薬物療法 …… 106
3-41 自己免疫性肝炎にはコルチコステロイド …… 108

（佐藤 秀一）

膵炎

3-42 急増する膵炎 …… 110
3-43 急性膵炎は専門の施設へ …… 112
3-44 慢性膵炎の薬物療法と食事療法は病期で考える …… 114
3-45 自己免疫性膵炎にはステロイド治療を …… 116
3-46 糖尿病と慢性膵炎は膵癌の危険因子？ …… 118
3-47 膵臓結石が溶ける！ …… 120

（佐藤 秀一）

黄疸／腹水

3-48 黄疸をきたす病気 …… 122
3-49 治療しなくていい黄疸 …… 124

3-50 腹水の原因となる疾患 …… 126
3-51 肝硬変患者の腹水コントロール …… 128
3-52 肝性脳症の治療と予防 …… 130
3-53 肝硬変は治る!? …… 132
（佐藤 秀一）

痔／直腸粘膜脱症候群

3-54 内科でみる肛門疾患 …… 134
（石原 俊治）

目次

こんな症状があったら緊急事態！

消化器内科を受診する患者はいろいろな症状を訴えるが，**吐血，下血，腹痛と発熱を伴う黄疸，腹痛と排便・排ガスの停止，急に起こった強い腹痛などは緊急事態の可能性があり入院経過観察，治療が原則である．**

吐血の患者では，食道静脈瘤破裂，胃・十二指腸潰瘍，マロリー・ワイス症候群，胃食道逆流症(GERD)，急性胃粘膜病変(AGML)などが原因として考えられる．吐血例では下血例に比べて出血量が多いことがしばしばあり，ショック状態となることもある．そこで，まず輸血や輸液でショックから離脱させた後に，緊急内視鏡検査を行い止血する．吐血の原因として上述したすべての疾患において，胃酸分泌抑制療法が望ましいためプロトンポンプ阻害薬(PPI)の静脈内投与はすぐに行ったほうがよい．

下血をしたと患者が訴えた場合に，黒色便であれば上部消化管出血の可能性が高いため吐血と同様に扱う．鮮血便なら下部腸管出血で，腸重積，炎症性腸疾患，虚血性腸炎，大腸憩室出血，癌，痔などの頻度が高い．下部消化管出血に対してもショック状態であれば輸血，輸液などで離脱させ，CT と下部消化管内視鏡検査の後，止血処置を行う．血管造影の手技を用いた止血が必要なこともある．

腹痛，発熱，黄疸があれば総胆管結石や急性化膿性胆管炎が疑われ，緊急の胆道ドレナージが必要となることが多い．排ガス・排便の停止と腹痛はイレウスのサインであり，直ちに消化器外科医と治療方針の打ち合わせが必要である．

急に起こった強い腹痛では，緊急手術が必要な急性腹症の可能性を考えて対応する必要があります．急な腹痛を呈する例のなかには消化器疾患以外に心筋梗塞，大動脈解離，尿路結石，子宮外妊娠破裂，卵巣嚢腫茎捻転などが含まれる可能性があり緊急処置を必要とすることが多くなります．

消化器内科を受診する患者が訴える症状

緊急処置が必要な可能性の高い症状

- 吐血
- 下血
- 腹痛 と 発熱 を伴う 黄疸
- 腹痛 と排便・排ガス停止
- 急に起こった強い 腹痛 (急性腹症)

ほか

意外に多い小腸の疾患

消化器疾患のなかで小腸疾患は以前から頻度が少ないと考えられてきた．実際，これまでは小腸病変の確実な診断法は少なく，十分な検索が難しいという事情もあり，小腸疾患を積極的に検索する機会は必ずしも多くなかった．しかし近年，小腸造影検査に加えて，バルーン内視鏡（ダブルバルーン内視鏡，シングルバルーン内視鏡），カプセル内視鏡などが新たに開発され，日常診療に広く使用されるようになってきている．

小腸内視鏡検査の導入によって，小腸全体を管腔側から詳細に観察することが可能となり，微細な病変も含めてさまざまな小腸疾患の存在が明らかとなった．**特に原因不明消化管出血（OGIB：上部および下部消化管内視鏡検査で出血源が不明な消化管出血と定義されている）の原因検索に小腸内視鏡は積極的に用いられており，出血源が特定される症例が多くなった．**そのなかには，小腸腫瘍（癌，粘膜下腫瘍），血管性病変，クローン病などの炎症性腸疾患，非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）などによる薬剤起因性病変などが含まれ，OGIB のさまざまな原因疾患が報告されるようになった．また，バルーン内視鏡を用いた生検組織採取は，診断のための不要な開腹手術の回避につながり，小腸腫瘍の確定診断を可能にするのみならず，手術計画の立案や迅速な化学療法への移行など適切な治療法の選択に役立っている．さらに，バルーン内視鏡検査は，小病変に対する内視鏡的腫瘍切除術，出血性病変の止血術，瘢痕狭窄に対するバルーン拡張術などへの応用も試みられている．

このように，小腸内視鏡の進歩は，これまで診断困難であったさまざまな小腸疾患の存在を明らかにした．現在では小腸疾患の検査や治療は，臨床上も重要な位置を占めるようになってきている．

カプセル内視鏡検査は小腸疾患の発見に有用ですが，クローン病など狭窄を伴う疾患ではカプセルの停留を起こすことがあるので，ほかの画像検査を行って小腸の通過性を評価し，カプセルの停留を起こさないような症例を選択することが必要です．

いろいろな小腸疾患

腫瘍性疾患

- 腺癌
- リンパ腫
- カルチノイド
- GIST
- 転移性腫瘍

など

血管性疾患

- angioectasia
- arteriovenous malformation（AVM）
- 静脈瘤

など

炎症性疾患

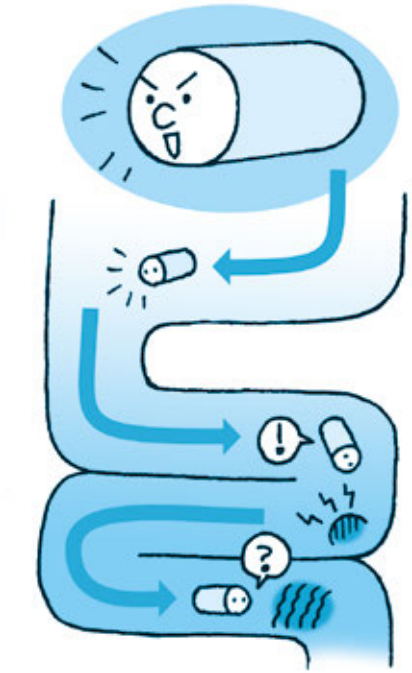
- 感染症
- 虚血性疾患
- 膠原病に伴う小腸病変
- クローン病
- NSAIDs 起因性小腸病変
- 放射線性小腸炎

など

その他の疾患

- 憩室症
- アミロイドーシス
- 慢性偽性腸閉塞症
- 腸管子宮内膜症

など

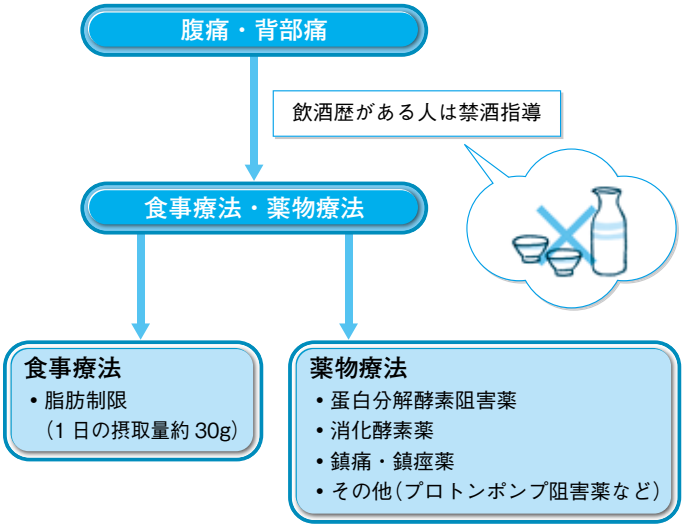


慢性膵炎の薬物療法と食事療法は病期で考える

急性膵炎の治療では十分な補液管理と膵酵素阻害薬の投与，そして重症例では感染対策や，膵補助療法などが重要である．一方，慢性膵炎では薬物療法と食事・栄養療法を行うが，成因や病期によってそのウエイトが変わってくるので，まず成因解明と病期診断が必要である．慢性膵炎では，一般に反復する上腹部痛・背部痛が存在し，徐々に膵外分泌機能は低下してくる．わが国における慢性膵炎の病期分類は代償期，移行期，非代償期とされている．薬物療法は前半でのウエイトが大きく，後半は食事・栄養療法のウエイトが大きくなる．また，後半では糖尿病の合併もみられるようになり，その治療も行っていく必要がある．

慢性膵炎の代償期では膵機能が比較的保たれているため，血中の膵酵素の上昇を伴い上腹部痛や背部痛が主な症状となる．そのため急性再燃を予防して症状の出現を抑えること，急性増悪した場合には薬物療法で早期に炎症を抑制することが治療目標となる．

まずアルコール性であれば禁酒，胆石性であれば胆石など成因の除去が必要である．また，膵刺激を避ける目的で脂肪制限（1日脂肪摂取30g程度）のほか，炭酸飲料，香辛料やカフェインの摂取なども避けるように指導する．薬物療法としては経口蛋白分解酵素阻害薬であるカモスタットメシル酸塩を投与する．初期投与量として1日600mgから開始し，膵炎の症状および膵酵素の改善がみられたら投与量を半量に減量して治療を継続する．次に低下した膵外分泌機能を補う目的で消化酵素製剤の投与，また膵刺激の原因の一つである胃酸の分泌を抑える目的でプロトンポンプ阻害薬（PPI）などの投与を行う．

慢性膵炎の非代償期では，膵内外分泌機能がともに荒廃し，糖代謝異常と著しい消化吸収障害が出現する．このころには，腹痛・背部痛はみられなくなり脂肪便や栄養不良による，るいそうなどの症状が中心となる．このため**非代償期にはエネルギー補給と糖尿病の管理が中心となる．代償期で制限していた脂肪食はこの時期には逆に十分量摂取してもらう必要がある（50～70g/日）．**また消化酵素製剤も代償期以上に十分量投与する必要がある．栄養状態がすでに悪いことから糖尿病の治療は食事制限では困難であり，インスリン治療が中心になる．

腹痛・背部痛を伴う慢性膵炎の内科的保存療法