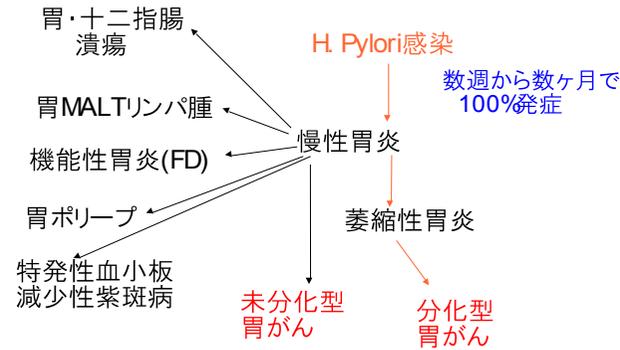


が高く、ほぼ100%慢性胃炎を起こします。ピロリ菌が胃の中で蔓延し炎症が進むと、胃粘膜の細胞が減少し萎縮性胃炎へと進みます。萎縮性胃炎では、粘膜の様々な分泌細胞が減少するので、胃酸やタンパク分解酵素の前駆体のペプシノーゲンの分泌が低下します。そして、胃粘膜の細胞が炎症による様々な刺激に晒されるとDNAに異常をきたし、胃ガンが発生してきます。この胃ガンは胃ガンのほとんどを占める分化型の腺ガンです。

ところで、慢性胃炎からは胃・十二指腸潰瘍、胃MALTリンパ腫、胃過形成ポリープ、特発性血小板減少性紫斑病、機能性胃炎などが発症することが知られています。

そこで、胃ガンの発生母地である慢性胃炎の原因であるピロリ菌感染の有無（HP



抗体) や萎縮性胃炎の可能性を探るペプシノーゲン検査を行い、これらが起きている可能性がある方に内視鏡検査を行って胃ガンを探したり、ピロリ菌の除菌治療を行って先々胃ガンの発生を予防することは合理的です。

3. 胃ガンリスク検診

現在胃ガンは、日本で一番死者数が多いガンの地位を肺ガンに譲りましたが、未だに第2位です。この胃ガンを効率的に発見したり、予防することは社会にとって重要なのは言うにおよびません。そこで、胃ガンの大勢を占める分化型胃ガンのリスクを持つ人をすくい上げ、対象者を中心に内視鏡検査を行い胃ガンの発見率を上げていくことが考えられました。この対象者は、①ピロリ菌に感染歴のある者、②萎縮性胃炎を持つ可能性のある者の2者です。この2つを組み合わせる行うのが、胃ガンリスク検診(ABC検診)です。この検診では、ヘリコバクターピロリ抗体検査とペプ

シノーゲン検査を両方行い、その結果で表のようにA~Dに分けます。この結果によって、今後どのように内視鏡検査を受けていくべきか決めます。

目安は以下の通りですが、実際の検査については医師との相談で決めましょう。

A: 胃ガンのリスクは希。次回は5年後にリスクの再評価を行う。5年に1度程度の内視鏡検査も有用。

B: 胃ガンのリスクは軽度。内視鏡検査を行い、ピロリ菌の精密検査で陽性なら除菌治療。異常が無くても3年ごとに内視鏡検査を受ける。

C: 胃ガンのリスクは中程度。内視鏡検

ABC分類		ヘリコバクターピロリ抗体検査	
		陰性 (-)	陽性 (+)
ペプシノーゲン検査	陰性 (-)	A	B
	陽性 (+)	D	C

査を行い、ピロリ菌の精密検査で陽性なら除菌治療。異常が無くても2年ごとの内視鏡検査を受ける。

D: 胃ガンのリスクは高度。内視鏡検査を毎年受ける。

なおリスク検診にもいくつか注意点があります。リスク検診はリスクの大きさを見るだけで、ガンの有無を調べたわけではありません。検査結果を基に、内視鏡検査を受けて初めて胃ガンが見つかります。また、悪性度の高いスキルスガンなど未分化ガンは、ピロリ菌感染→萎縮性胃炎の経路を通らず発生するためこの検診では漏れる可能

性が高いのです。逆流性食道炎などでプロトンポンプ阻害剤などを服用していると、ペプシノーゲンが高く出て、ABC判定に狂いが出る可能性があります。過去にピロリ菌除菌を行っている方はその時点でB又はC判定になりますので現時点の判定はあてになりません。

以上、細かい問題点はあるものの、胃ガンを効率的に発見したり、ピロリ菌を早期に除菌していくことで、胃ガンの発見率が向上するだけでなく、胃ガン発生の予防が進むためピロリ菌を調べたことのない方は是非積極的に受けてください。

4. ピロリ菌Q&A

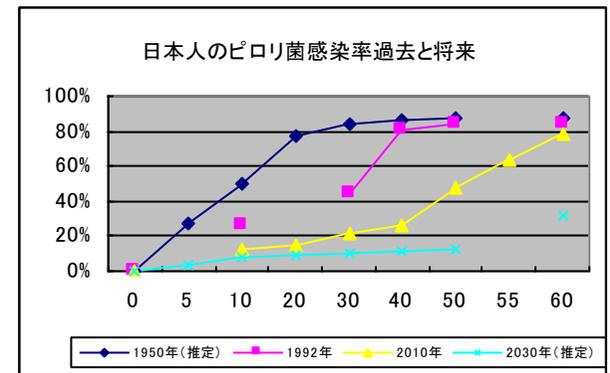
1) ピロリ菌ってどう感染するの？

ピロリ菌は口から入って胃に住み着きます。衛生状態の悪い時代に幼少期を過ごした年代の方や発展途上国で感染率が高いため、井戸水や川の水などから感染したり、親らがかんだ離乳食から感染する可能性などが疑われています。このことより、おじいちゃん、おばあちゃんは特に、口でかんだものを赤ちゃんに与えないで下さい。

2) ピロリ菌の感染率

グラフをご覧ください。年を経るごとにグラフは右にシフトしているのがおわかりかと思いますが、若い人ほど感染率が少なく高齢者ほど感染率が高くなっており、同じ

年齢でも年を経るごとに感染率が減っています。将来的には日本人の大多数は感染者ではなくなります。



ピロリ菌の除菌治療

現在ピロリ菌の除菌は、1次除菌、2次除菌まで健康保険の適応になっています。ただし、内視鏡で慢性胃炎、胃・十二指腸潰瘍があることが確認出来ないと認められていません。

1次除菌: プロトンポンプ阻害剤(PPI)、アモキシシリン(AMPC)、クラリスロマイシン(CAM)の3剤を1週間服用します。これによって、70~80%の確率で除菌可能です。

2次除菌: 1次除菌で除菌出来なかった場合、PPI、AMPCに加え、メトロニダゾール(フラジール)の3剤を1週間服用します。これで、

約90%近く除菌できます。これで、まだ除菌出来ていない場合は、フラジールに変えて、グレースビッドなどキノロン系を使った3者を使うなど工夫されていますが、保険適応外となります。AMPCはペニシリン系なのでペニシリンアレルギーのある方は治療出来ず、PPI、CAM、フラジール、キノロン系を組み合わせる治療される場合もあります。(保険適応外)なお、除菌出来ているかどうかの確認は次回の内視鏡時でも結構ですが、呼気テストという簡便な方法が一般的です。