2026年佐賀市医師会立看護学校
高等課程１年生消化器講義資料

医療法人純伸会　矢ヶ部医院
矢ヶ部伸也
20261117

腸疾患

- 炎症性腸疾患（IBD)
  - 潰瘍性大腸炎
    - 全大腸炎型
    - 左側大腸炎型
    - 直腸炎型
  - クローン病
    - 回腸末端部に好発するが口から肛門までどこでも起こる
    - 小腸型
    - 小腸・大腸型
    - 大腸型

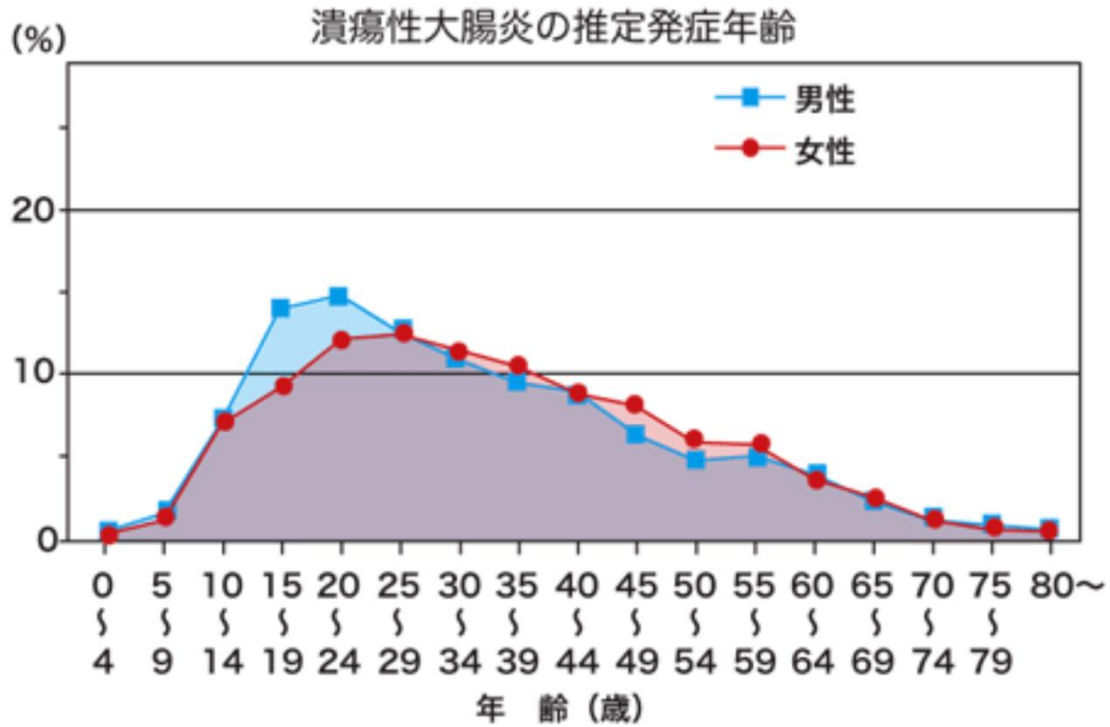
	炎症性腸疾患	
	クローン病	潰瘍性大腸炎
好発年齢	20代を中心とする若年者	20～40歳代
病変部	消化管全体 （口腔から肛門まで）	大腸のみ
病変部 の特徴	非連続的で間に正常部が 存在する飛び石様病変	連続的
内視鏡所見	縦走潰瘍や敷石状像など	多発性のびらん・浅い潰瘍
血液検査	炎症反応の亢進 →白血球増多、CRP上昇、 赤沈亢進	炎症反応の亢進 →白血球増多、CRP上昇、 赤沈亢進
症状	・主に腹痛、下痢、発熱 ・腸管の穿孔、狭窄、 肛門部病変（痔瘻）、関節炎、 口内炎、血便、貧血 が起きる場合も	・腹痛、下痢、血便 ・重症で発熱、貧血など

潰瘍性大腸炎

- 概略　結腸の炎症を起こす難病
- 原因　不明（自己免疫と考えられる）
- 症状　下痢・血便・腹痛・発熱・体重減少・貧血
- 　　腸管外合併症　皮膚症状・関節症状・眼症状
- 検査　内視鏡検査・X線透視・生検
- 治療　内服治療・注腸治療
  - 5-ASA、ステロイド、分子標的薬
- 　　血球成分除去療法
- 　　手術

わが国の潰瘍性大腸炎の患者数は166,060人（平成25年度末の医療受給者証および登録者証交付件数の合計)、人口10万人あたり100人程度であり、米国の半分以下です。

発症年齢のピークは男性で20～24歳、女性では25～29歳ですが、若年者から高齢者まで発症します。男女比は１：１で性別に差はありません。虫垂切除をした人では発症リスクが低いことや、喫煙をする人はしない人と比べて発病しにくいことが報告されています。



難病情報センターHP；　https://www.nanbyou.or.jp/entry/62

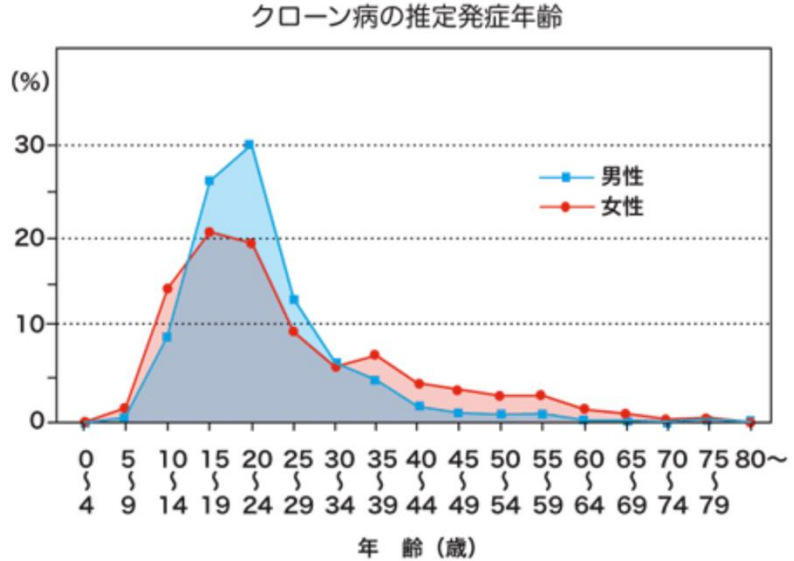
クローン病

- 概略　結腸の炎症を起こす難病
- 原因　不明（なんらかの遺伝的な素因を背景として、食事や腸内細菌に対して腸に潜んでいるリンパ球などの免疫を担当する細胞が過剰に反応して病気の発症、増悪にいたる）
- 症状　下痢・腹痛・発熱・下血・腹部腫瘤・体重減少・貧血
- 　　全身倦怠感・瘻孔・狭窄・膿瘍
- 　　腸管外合併症　関節炎・虹彩炎・結節性紅斑・痔瘻
- 検査　内視鏡検査・X線透視・生検・MRI/CT
- 治療　腸管安静・栄養療法・内服治療・注腸治療
  - ５-ASA、ステロイド、分子標的薬
- 　　血球成分除去療法
- 　　手術

- わが国のクローン病の患者数は特定疾患医療受給者証交付件数でみると1976年には128人でしたが、平成25年度には39,799人となり増加がみられています。それでも、人口10万人あたり27人程度、米国が200人程度ですので、欧米の約10分の１でしたが、現在も増加傾向は続いており、令和元年度医療受給者証保持者数は44,245人に達しています。

10歳代～20歳代の若年者に好発します。発症年齢は男性で20～24歳、女性で15～19歳が最も多くみられます。男性と女性の比は、約2：1と男性に多くみられます。

世界的にみると、先進国に多く北米やヨーロッパで高い発症率を示します。衛生環境や食生活が大きく影響し、動物性脂肪、タンパク質を多く摂取し、生活水準が高いほどクローン病にかかりやすいと考えられています。喫煙をする人は喫煙をしない人より発病しやすいと言われています。



難病情報センターHP；　https://www.nanbyou.or.jp/entry/81

感染性腸炎

- 概略　微生物の感染による腸の炎症
- 原因　微生物感染
- 症状　感染した微生物の種類と程度による
- 　　発熱・腹痛・下痢・嘔吐・体重減少
- 　　脱水症・ショック・腎不全・黄疸など
- 検査　問診　何をいつ食べた？旅行歴・採血検査・腹部エコー検査・CT検査
- 　　培養検査
- 治療　原病体に対する治療

細菌性腸炎

- 細菌性赤痢
- カンピロバクター腸炎
- 腸管出血性大腸菌腸炎
- 腸結核
- 腸炎ビブリオ
- 腸チフス・パラチフス
- サルモネラ
- コレラ
- エルシニア
- クロストリジウム・ディフィシル

細菌性赤痢

- 細菌性赤痢の原因菌は赤痢菌（*Shigella*）である。*Shigella*属には4菌種（*S.dysenteriae,S.flexneri,S.boydii,S.sonnei*）が含まれる。さらに、各菌種は血清型に細分される。短桿菌で、鞭毛はない。
- 戦後しばらくは10万人/年1974年に2000人を割る近年では1000人前後/年
- 最近では、主にアジア地域からの輸入例が半数以上を占めている。しかしここ数年、保育園、ホテル、施設での国内集団事例がみられ、また、1998年には長崎市の大学および附属高校で、患者数821名をみた井戸水を原因とする大規模事例が発生している。2001年末には、カキ喫食が原因とみられる全国規模での散在的集団発生（diffuse outbreak）で多数の患者が報告された
- 推定感染地としてインド、インドネシア、タイなどのアジア地域が多い。また、近年の患者の70～80%は青年層である。
- ヒト-ヒト感染
  - 接触・食品・水・ハエ・器物
  - 水系感染は大規模な集団発生
- 症状
  - 通常、潜伏期1～3日で発症し、全身の倦怠感、悪寒を伴う急激な発熱、水様性下痢を呈する。発熱は1～2日続き、腹痛、しぶり腹（テネスムス）、膿粘血便などの赤痢症状をみる。近年では重症例は少なく、数回の下痢や軽度の発熱で経過する事例が多い。
- 治療
  - 対症療法と抗菌薬療法
    対症療法　強力な止瀉薬は使用せずに、乳酸菌、ビフィズス菌などの生菌整腸薬を併用する。解熱剤は脱水を増悪させることがあり、またニューキノロン薬と併用できない薬剤が多いので慎重に選択する。脱水が強い場合には、静脈内あるいは経口輸液（スポーツ飲料でよい）を行う。
  - 抗菌薬療法としては、成人ではニューキノロン薬、適用のある小児にはノルフロキサシン（NLFX）、適応のない5歳未満の小児にはFOMを選択し、常用量5日間の内服投与を行う。治療終了後48時間以降に、24時間以上の間隔で2～3回糞便の培養検査をし、2回連続で陰性であれば除菌されたとみなす。
- 全数報告対象（3類感染症）であり、診断した医師は直ちに最寄りの保健所に届け出なければならない。

カンピロバクター腸炎

- 原因菌はカンピロバクター属の細菌である。*Campylobacter jejuni*が患者から分離される菌種のほとんどを占める
- カンピロバクター属菌はウシ、ヒツジ、野鳥及びニワトリなど家禽類の腸管内に広く常在菌として存在。日本においても主要な食中毒の原因。加熱不十分な鶏肉の喫食、調理過程の不備によるほか、井水、湧水および簡易水道水を感染源とした水系感染事例が報告されている。
- 主な感染経路は、汚染された食品や水の摂取。
- 潜伏期間は2から5日程度。発熱、消化器症状を呈する。重症化することはまれであるが、感染した数週間後に、手足や顔面神経の麻痺、呼吸困難などを呈するギラン・バレー症候群を起こすことがある。
- 抗菌薬（マクロライド系、ニューキノロン系）による治療

腸管出血性大腸菌腸炎
Enterohemorrhagic *Escherichia coli*；EHEC

- ベロ毒素（Verotoxin=VT,またはShiga toxin=Stxと呼ばれている）を産生する大腸菌である。
- 腸管出血性大腸菌感染に引き続いて発症することがある溶血性尿毒症症候群（HUS）は、死亡あるいは腎機能や神経学的障害などの後遺症を残す可能性のある重篤な疾患である。
- 現在の複雑な流通事情を反映して、同一汚染食品が広範囲に流通した結果、一見散発事例と思われる同時多発的な集団事例（diffuse outbreak）が発生しており、1998年には北海道産のイクラを原因食品として7都府県で患者49名が発生した事例が報告されている。さらに、2001年には輸入牛肉を原材料とした「牛タタキ」を汚染源とし、7都県で240名の患者が発生する事例も報告された。一方、本症では家族内発生と二次感染が多いことも特徴である。発生時期は、夏季に多いが冬季にもみられる（図1）。
- 多くの場合、3～5日の潜伏期をおいて、激しい腹痛をともなう頻回の水様便の後に、血便となる（出血性大腸炎）。発熱は軽度で、多くは37度台である。血便の初期には血液の混入は少量であるが次第に増加し、典型例では便成分の少ない血液そのものという状態になる（図3）。有症者の6～7%において、下痢などの初発症状発現の数日から2週間以内に、溶血性尿毒症症候群（Hemolytic Uremic Syndrome, HUS）、または脳症などの重症な合併症が発症する。HUSを発症した患者の致死率は1～5%とされている。
- 確定診断は、糞便からの病原体分離とベロ毒素の検出
- 治療については、「一次、二次医療機関のための腸管出血性大腸菌（O157等）感染症治療の手引き（改訂版）」（https://www.mhlw.go.jp/www1/o-157/manual.html）
- 全数報告対象（3類感染症）であり、診断した医師は直ちに最寄りの保健所に届け出なければならない。

腸結核

- 肺結核の患者さんが結核菌の混ざった痰を飲み込むなどして結核菌が腸に感染する続発性のもの
- 肺には感染していないものの、口から侵入した結核菌が腸に感染して起こる原発性のもの
- 腸結核の病変はリンパ濾胞（ろほう＝完全に閉じた袋状の構造）がもっとも発達した回盲部（小腸と大腸の境の部分）に特に好発する。
- かつては続発性の腸結核がほとんどだったが、近年では原発性の腸結核が増加している。その背景には、腎移植や透析、HIV感染、その他の要因で免疫が低下した方が増加しているためと考えられる。
- 症状は、下痢、血便、腹部膨満感、食欲不振、発熱、体重減少などで、症状だけで腸結核だと診断できるような特徴的な症状はない。無症状でも検査で見つかることがある。

- 採血検査　クオンティフェロン検査とT-SPOT検査。
- 注腸X線造影　腸の状態を確認するために、肛門からバリウムと空気を入れてX線写真を撮影。回盲部や右側結腸に多発性の潰瘍がみられるのが特徴。
- 内視鏡検査　大腸内視鏡や小腸内視鏡検査で粘膜の様子を観察。活動期には不定形な潰瘍が複数、治癒期には瘢痕（はんこん）になった潰瘍などがみられる。潰瘍が起きている組織の生検を行う。
- 細菌学的検査　便および生検組織に含まれる結核菌を培養する。生検組織に含まれるDNAを増幅し、結核菌のDNAが含まれているかどうかを調べるPCR法を、細菌学的検査の補足として行うこともある。
- 治療　抗結核薬の点滴や内服。腸の穿孔、出血、腸閉塞などが起きている場合には、手術を行う場合もある。

腸炎ビブリオ

- 腸炎ビブリオの学名は*Vibrio parahaemolyticus*で、コレラ菌と同じビブリオ属菌である。
- 1950年10月、大阪南部で発生した〝シラス干し〟による患者272名、死者20名の大規模食中毒の原因菌として、腸炎ビブリオが初めて分離された。腸炎ビブリオによる食中毒の原因食品はほとんどが魚介類である。現在でも、8月を発生のピークとして、7～9月に多発する細菌性食中毒の主要原因菌の一つである。
- 好塩性があり、3%食塩濃度で最もよく発育し、栄養、温度などの条件がそろえば8～9分で分裂・増殖する。逆に10度以下では発育せず、熱にも弱く、煮沸すれば瞬時に死滅する。
- 潜伏期間は12時間前後で、主症状としては堪え難い腹痛があり、水様性や粘液性の下痢がみられる。まれに血便がみられることもある。下痢は日に数回から多いときで十数回で、しばしば発熱（37～38度）や嘔吐、吐き気がみられる。下痢などの主症状は一両日中に軽快し、回復する。高齢者では低血圧、心電図異常などがみられることもあり、死に至った例もある。
- できる限り抗菌薬投与前に、排便直後の新鮮便の一部を直接TCBS寒天培地に塗抹し、37℃一夜培養する。腸炎ビブリオはTCBS寒天上で、白糖非分解性の中心部が濃緑色ないし青緑色の集落を形成する。腸炎ビブリオが疑われる集落はさらに各確認培地に接種し、その性状を調べ同定する。
- 感染性胃腸炎の治療としては対症療法が優先されるが、腸炎ビブリオでは特に抗菌薬治療を行わなくても数日で回復する。ぜん動抑制をするような強力な止瀉薬は、菌の体外排除を遅らせるので使用しない。下痢による脱水症状に対しては輸液を行う。
- 病原体の定着阻止を目的に、乳酸菌などの生菌整腸剤を使用する。抗菌薬を使用する場合は、ニューキノロン薬あるいはホスホマイシンを3日間投与する。腸炎ビブリオ食中毒の予防は、原因食品、特に魚介類の低温保存、調理時あるいは調理後の汚染防止が重要である。十分な加熱により菌は死滅するので、大量調理の場合はその点に注意する。

腸チフス・パラチフス

- チフス菌、パラチフスA菌は通性嫌気性、無芽胞性グラム陰性桿菌で集毛性鞭毛を持ち、運動性がある（図2）。腸内細菌科サルモネラ属に分類される。
- チフス菌、パラチフスA菌ともに宿主特異性があり、感染源がヒトに限定される。ヒトの糞便で汚染された食物や水が疾患を媒介するため、感染リスクは衛生環境の改善と共に減少する。
- 腸チフス、パラチフスは3類感染症であり、患者、無症状病原体保有者（保菌者）、および死亡者（死亡疑い者を含む）を診断した医師は、直ちに最寄りの保健所を通じて都道府県知事への届出が義務付けられている。
- 世界では腸チフスは2690万人、パラチフスは540万人が一年間に罹患していると推定されており、現在でも衛生水準の高くない開発途上国で蔓延している。南アジア、東南アジア、南米、アフリカでも発生が見られる。先進国における発生は散発的であり、その多くは流行地域への渡航者による輸入事例である。
- 通常、7〜14日（報告によっては3〜60日）の潜伏期間を経て、発熱、頭痛、食欲不振、全身倦怠感などの症状を発症する。定型的な経過は、4病期に分けられる。第1病期には、体温が段階的に上昇し39〜40度に達し、腸チフスの3主徴とされる比較的徐脈、バラ疹、脾腫が出現する。第2病期は40度台の稽留熱となり、チフス性顔貌と呼ばれる無欲状顔貌がみられ、下痢または便秘を呈する。重症時には意識障害、難聴などが見られることもある。第3病期では弛張熱を経て、徐々に解熱する。この時期に腸出血とそれに続く腸穿孔といった合併症を起こすこともあるが、ニューキノロン系抗菌薬が治療に使用されるようになってからは稀となった。第4病期には解熱し回復に向かう。
- 臨床診断は遷延する発熱などの臨床症状の他に、過去2ヶ月以内の開発途上国などへの海外渡航歴も参考にする。確定診断は、細菌学的検査による臨床検体からのチフス菌、パラチフスA菌の分離である。細菌の検出には血液培養に加えて、糞便、胆汁、尿などの培養を行うが、骨髄を採取することもある。
- 腸チフス、パラチフスには抗菌薬の投与による治療が行われる。以前はニューキノロン系抗菌薬が第1選択薬として使われていた。しかしながら、近年耐性菌の増加によりニューキノロン系抗菌薬使用を避け、第三世代セファロスポリン系抗菌薬あるいはアジスロマイシン投与などが行われている。
- 腸チフスワクチンとして、弱毒生ワクチン、多糖体ワクチン、結合型ワクチンがあり、そのうち日本では多糖体ワクチンが承認されている。一方、パラチフスに対するワクチンは現在のところ流通していない

サルモネラ

- 原因菌はサルモネラ属菌（チフス菌、パラチフス菌を除く）である。
- 主な感染経路は、病原体に汚染された食品（主に肉・卵・牛乳など）の摂取や、病原体を保有する動物との接触による。ヒトからヒトへの糞口感染も起こる。
- 潜伏期間は1から3日程度（通常1から2日）。悪心・嘔吐、腹痛や発熱、下痢が数日続き、通常1から4日で症状は治まる。重症化することはまれであるが、 脱水や菌血症を起こすことがある。
- 病原体診断　糞便などからの菌の分離・同定による。
- 脱水の補正や抗菌薬による治療が行われる。
- 胃腸炎には、輸液
- 重篤な感染症のリスクがある人や菌血症または別の感染症がある人には、抗菌薬
- 膿瘍には、外科的ドレナージと抗菌薬

- 食品の十分な加熱、生水や非殺菌乳などの摂取を避ける。調理器具や手指などを介した生食野菜・サラダ等への二次汚染防止等の衛生管理の徹底、手洗いの励行が重要である。また、爬虫類等に接触する際は、手洗いの励行が重要である。
- 国内で承認されたワクチンはない。

コレラ

- コレラは、コレラ菌（*Vibrio cholerae* O1およびO139）を病原体とする感染症である。主な感染経路は、コレラ菌に汚染された水や食物の摂取による経口感染である。下痢や嘔吐などの症状を呈し、重症化すると重度の脱水により死亡することがある。
- 世界では、 熱帯・亜熱帯地域において発生が報告されている。
- 日本ではコレラ流行地域への渡航者による輸入症例がで、国内流行は近年報告されていない。
- 主な感染経路は、病原体に汚染された水や食品の摂取による経口感染である。
- 潜伏期間は数時間から5日程度（通常1日以内）。軽症では軟便や嘔吐が1日数回程度だが、重症ではコメのとぎ汁のような水様便を大量に排出し、重度の脱水により死亡することがある。
- 便からの病原体の分離・同定、分離した菌からのコレラ毒素遺伝子の検出もしくはコレラ毒素産生性の確認による。
- 脱水の補正や抗菌薬（ニューキノロン系・テトラサイクリン系）による治療が行われる。
- 流行地域での水や生の魚介類・野菜などの食品の喫食を避ける。流行地域水や生の魚介類・野菜などの食品の喫食を避ける。
- 国内で承認されたワクチンはない。

エルシニア

- *Yersinia*属菌はグラム陰性の桿菌で腸内細菌科に属しており、冷蔵庫内温度である4 ℃でも発育できることが、サルモネラや大腸菌などの他の腸内細菌科に属している菌とは異なる。
- 感染の臨床症状は多岐にわたり、下痢や腹痛をともなう発熱疾患から敗血症まで多彩である。患者の年齢とこれら病像とはある程度相関がみられ、乳幼児では下 痢症が主体であり、幼少児では回腸末端炎、虫垂炎、腸間膜リンパ節炎が多くなり、さらに年齢が高くなるにしたがって関節炎などが加わって、より複雑な様相 を呈する傾向がみられる。発熱の割合は高いが、高熱者は少ない。症状の中で最も多いのが腹痛である。特に、右下腹部痛と嘔気・嘔吐から虫垂炎症状を呈する 割合が高く、 虫垂炎、終末回腸炎、腸間膜リンパ節炎などと診断される場合もある。腸管感染であるにもかかわらず、頭痛、咳、咽頭痛などの感冒様症状を伴う割合が比較的 高く、また、発疹、紅斑、苺舌などの症状を示すこともある。
- エルシニア感染症の確定診断には、糞便からの*Y. enterocolitica*あるいは*Y. pseudotuberculosis* の検出が必要である。
- *Y. enterocolitica*および*Y. pseudotuberculosis*は通常使用されている抗菌薬に対して高い感受性を示す。重篤な症状や合併症のある場合はアミノグリコシド系、ドキシサイクリン、フルオロキノロン系、ST合剤などの使用が有用

クロストリジオイデス・ディフィシル

- クロストリジオイデス・ディフィシル（*Clostridioides difficile*）は、普段から大腸内に生息していることがあり、抗菌薬を使用すると異常増殖して毒素を作り出し、抗菌薬関連のクロストリジオイデス・ディフィシル腸炎を引き起こす。
- 便が少し軟らかくなる程度から、血性の下痢や腹痛、発熱まで様々
- 便の抗原検査で検出
- クロストリジオイデス・ディフィシル（*C. difficile*）腸炎が軽症であれば、原因になっている抗菌薬の服用を中止して別の抗菌薬に切り替えれば、ほとんどの人が回復する。
- 重症例ではバンコマイシンの経口投与などを行う

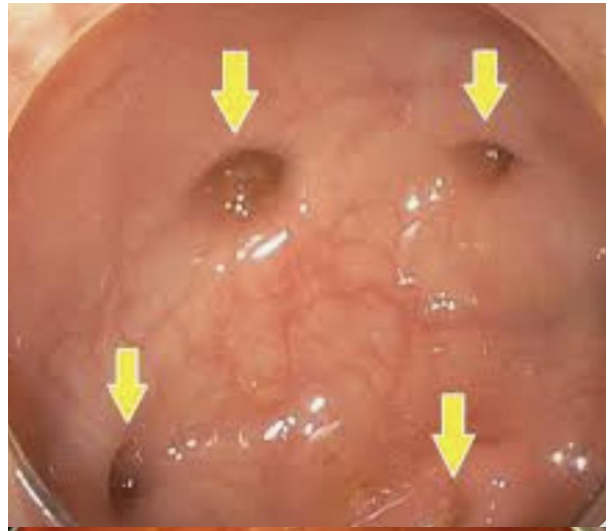
- ウイルス性腸炎
  - ノロウイルス・ロタウイルス
    - 食中毒を起こしやすいウイルス。調理業務に携わっている方には制限をする必要がある
  - サイトメガロウイルス
    - 免疫力が低下した際に、体内に潜伏していたCMVが再活性化することで腸の粘膜に炎症が起こる病気です。主な症状は下痢、血便、腹痛、発熱、体重減少などで、進行すると消化管穿孔などの重篤な合併症を引き起こすこともあります。診断は、内視鏡検査での生検組織からCMVの証拠を見つけることなどで行われます
- 真菌性腸炎
  - 真菌（カビ）が腸内に異常増殖することで引き起こされる感染症で、**カンジダ症**が最も一般的です。主な原因は免疫力の低下や、抗生物質の長期使用、糖質の過剰摂取、加工食品の摂りすぎなどによる腸内環境の乱れです。腹痛、下痢、腹部膨満感、食欲不振などの消化器症状のほか、皮膚の痒みやアレルギー症状が現れることもあります。
- 寄生虫
  - アニサキス
    - 生魚、特にサバ、イカなどにいる
    - アニサキスが腸に寄生して起こる。下腹部痛、嘔吐、嘔気、発熱を起こす。CT
    - 穿孔や腸閉塞の場合には手術
  - アメーバ
    - 赤痢アメーバという原虫が原因で起こる感染症で、主な症状は下痢、粘血便、腹痛。感染経路は、汚染された水や食品の摂取、または性的接触による糞口感染。治療には抗菌薬が用いられ、重症化すると肝臓に膿瘍ができるなどの腸管外病変を引き起こすこともある。

虚血性大腸炎

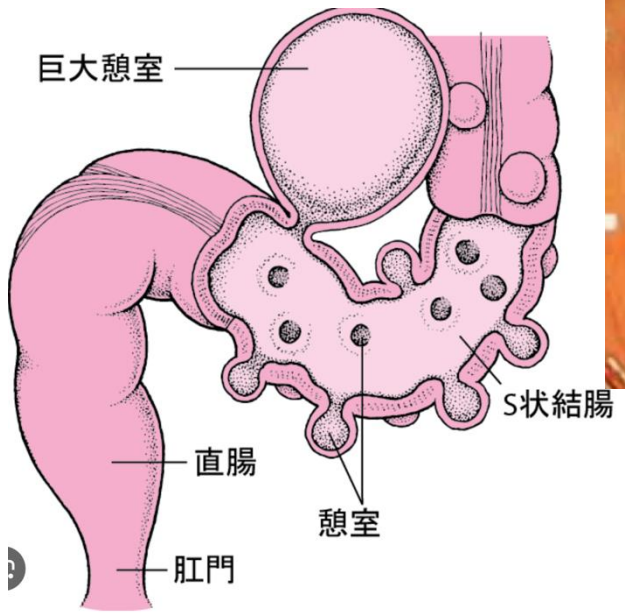
- 概略　腸管の虚血のために起こる疾患
- 原因　腸管血流低下
- 特徴　高齢者に多い
- 症状　突然の腹痛と下痢、下血
- 診断　内視鏡検査で診断
- 治療　腸管安静
- 注意　心房細動や動脈硬化が関連していることが多い

大腸憩室炎

概略　憩室に菌が溜まって起こる
原因　憩室の感染
検査　CT検査、内視鏡検査
治療　腸管安静・抗菌薬投与
注意　穿孔を起こしたら腹膜炎になる



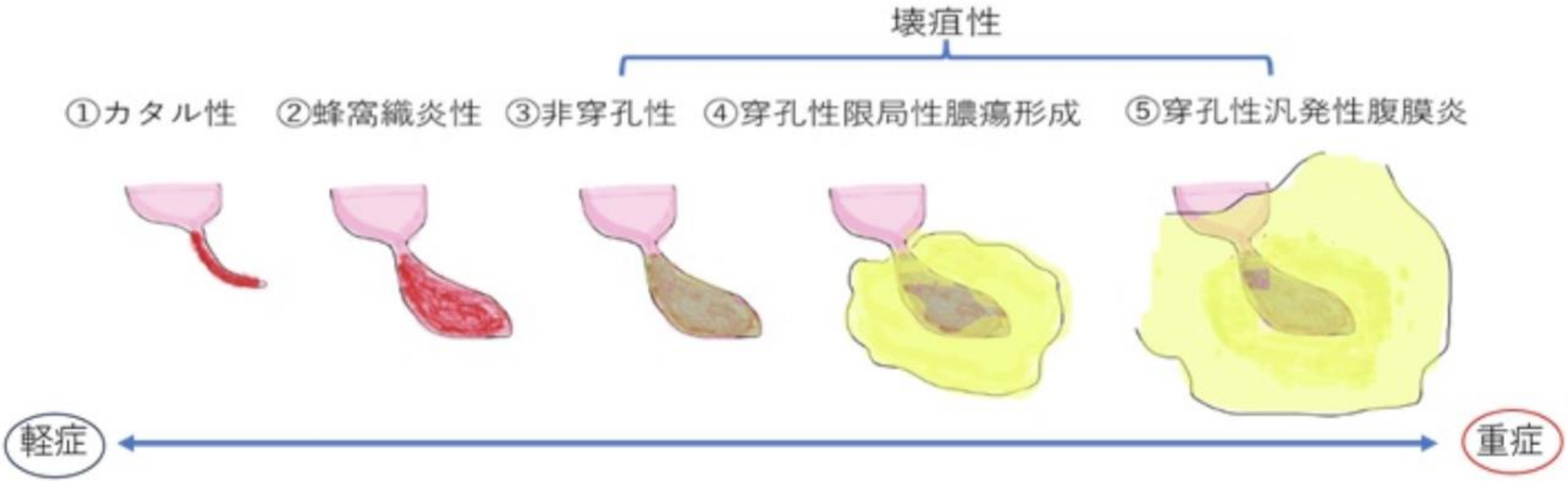




虫垂炎

- 概略　虫垂の感染症
- 原因　糞石で虫垂が詰まっている事が多い
- 症状　腹痛（心窩部痛から右下腹部痛に移動）
- 　　嘔吐・下痢・発熱・ショック症状
- 検査　触診・腹部エコー・CT
- 治療　軽度のときには抗菌薬の点滴
- 　　重度・穿孔などのときには手術
- 注意　穿孔などで腹膜炎を起こしているときは緊急手術が必要

虫垂炎



症状が出始めて24時間から36時間以内に虫垂が破裂することがあります。

薬剤性腸炎

- 原因
  - 抗菌薬
  - 消炎鎮痛剤
  - 抗癌剤
- 症状
  - 腹痛・下痢
- 治療
  - 原因の除去
  - 脱水の補正（点滴）

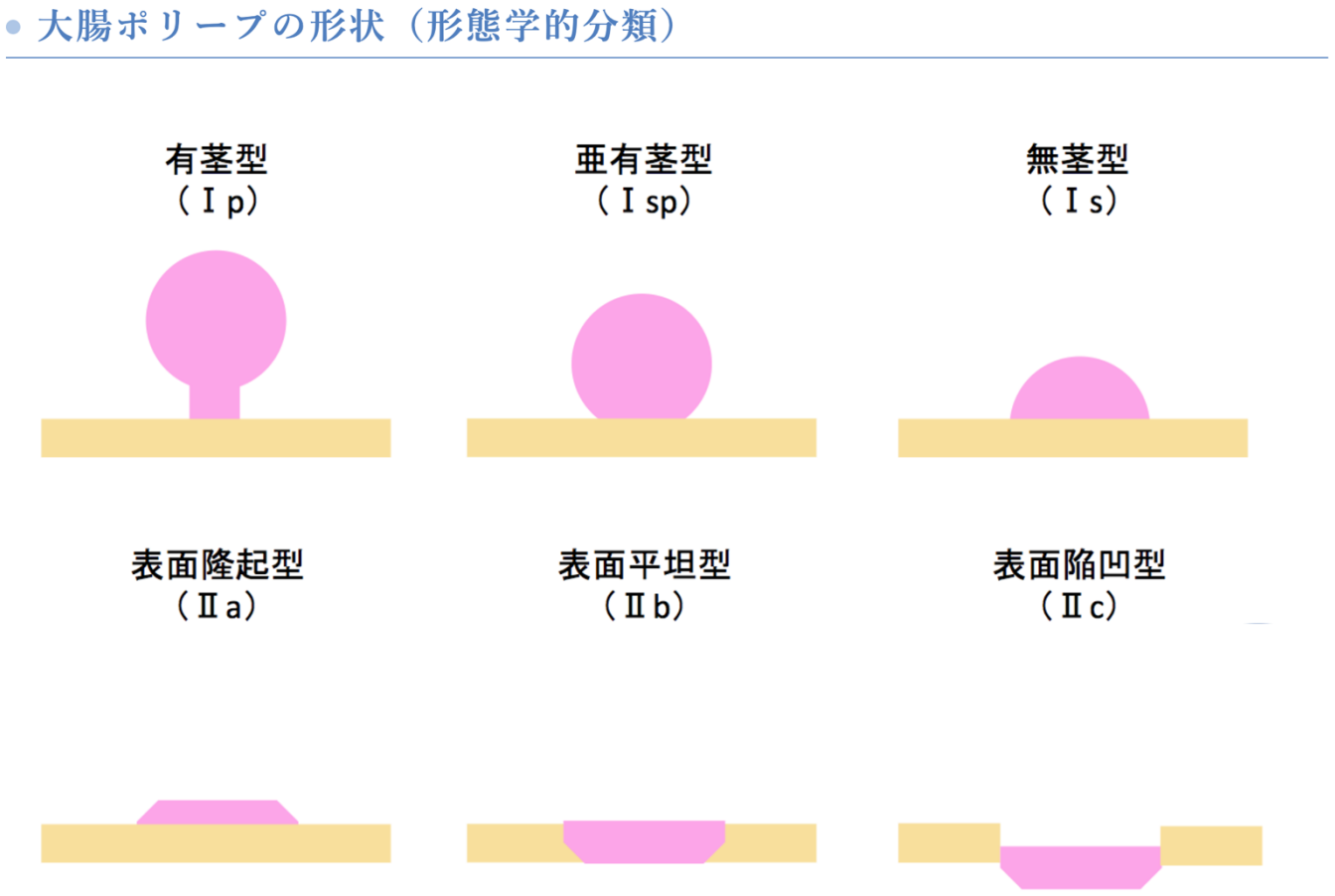
放射性腸炎

- 放射線照射後に腸炎を起こす
- 潰瘍を形成する場合もある

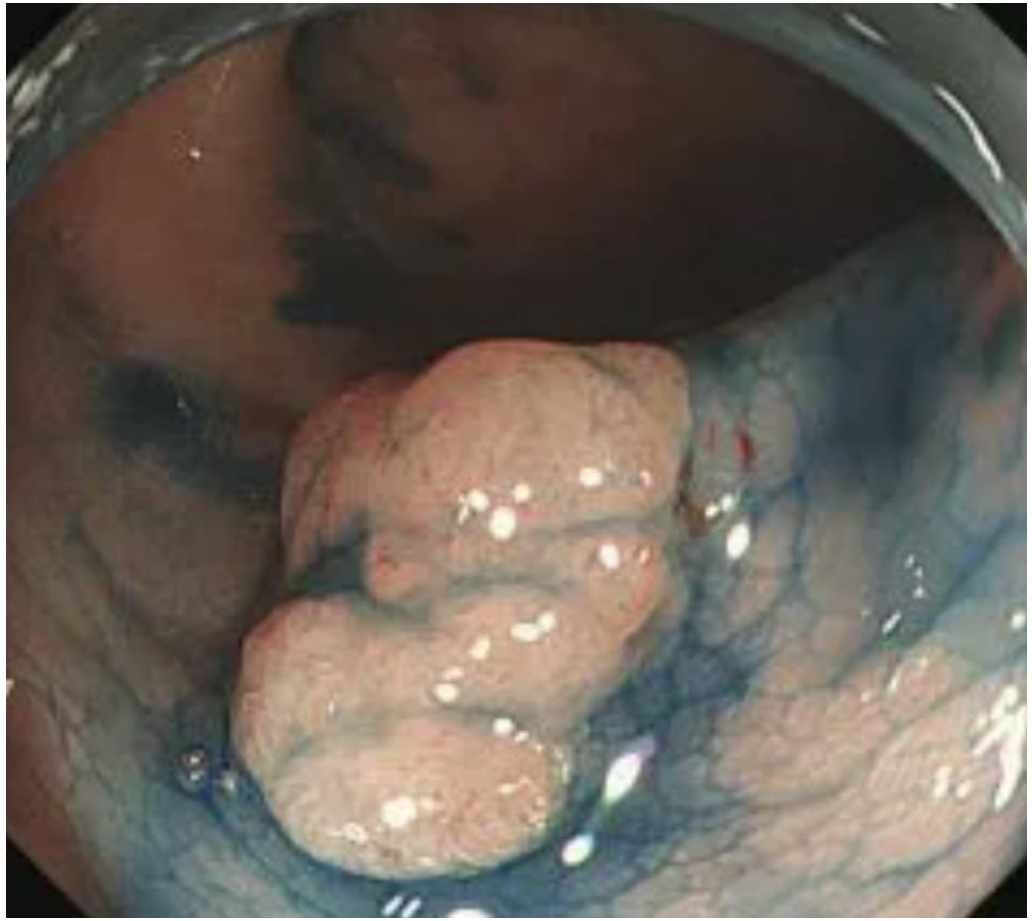
- 症状
  - 腹痛・下血
- 治療
  - 対症治療

腫瘍性疾患

- 大腸ポリープ



大腸腺腫



過形成性ポリープの病理組織学的特徴

- **構造:** 腺管が分岐せず、上部に鋸歯状のギザギザした構造がみられます。
- **細胞:** 粘液を産生する杯細胞が増生しています。
- **異型度:** 細胞の核は小さく、過剰に増殖しているものの、細胞の顔つきは悪性ではありません（異型度は低い）。
- **分類:** 良性のポリープとされますが、右側結腸の6mm以上のポリープはがん化のリスクがあるため切除の対象となる場合があります。

大腸腺腫の病理組織学的特徴

- **構造:** 腺管構造の異型や、腺管が複雑に増殖・分岐する構造が特徴です。
- **細胞:** がん細胞へと変化する中間的な細胞が見られることがあります。
- **異型度:** 異型の程度が強く、がん化するリスクが高い病変です。
- **分類:** 良性腫瘍ですが、時間をかけてがん化する可能性があるため、切除して病理検査を行い、がん化の有無や進行度を評価します。

大腸ポリープ・大腸腺腫の治療

- 大腸ポリープの小さいものは経過観察
- ５mm以上のものは切除
- 小さくても平坦で凹んだ形のものなどがんとの区別が難しいものは切除対象
- 内視鏡切除（EMR,ESD)で行われる

大腸がん

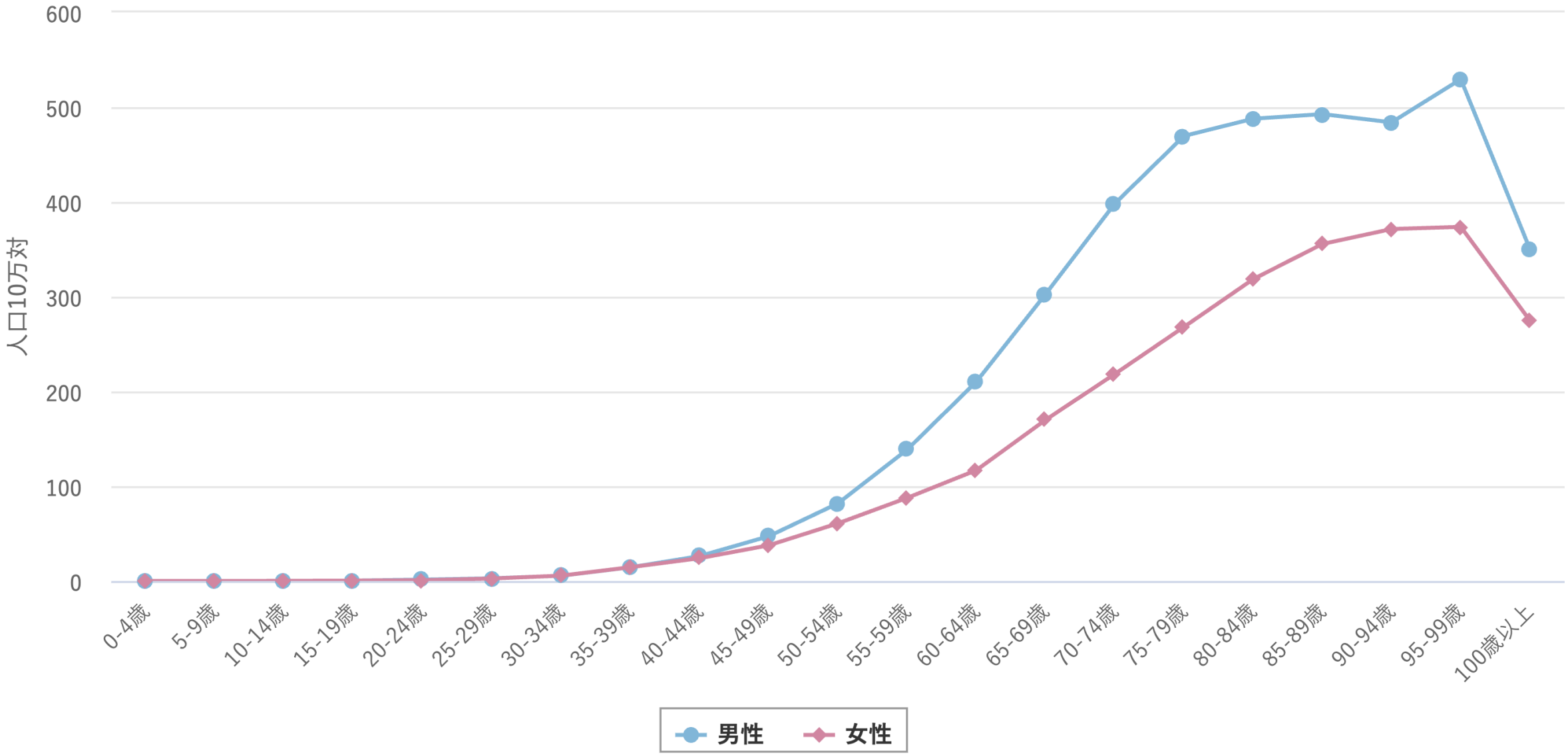
- 概略　大腸粘膜の癌化
- 原因　発がん
- 悪化因子　喫煙・アルコール・便秘・糖尿病・肥満・運動不足・高身長・食生活の欧米化、炎症性腸疾患
- 症状　初期には無症状
- 　　血便・排便異常（便秘、下痢、便が細い、残便感）・腹痛・腹部のしこり・腹部膨満・貧血に伴う症状・体重減少
- 検査　内視鏡検査・透視検査
- 治療　手術（内視鏡手術・腹腔鏡手術・開腹手術）・抗癌剤

大腸がん

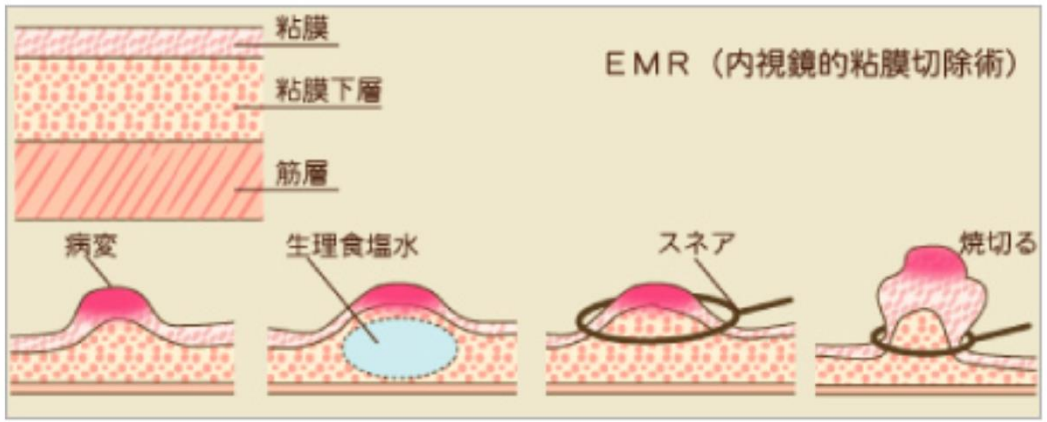
- 診断数2021年
  - 154,585例（男性86,271例、女性68,314例）
- 死亡数2023年
  - 53,131人（男性27,936人、女性25,195人）
- 5年相対生存率（2009～2011年）
  71.4％

- 病理　多くが腺癌

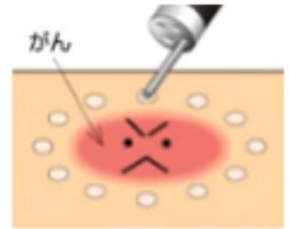
年齢階級別罹患率
【大腸 2021年】



従来の手法(EMR)



ESD



1.マーキング

内視鏡を胃の中に入れ、病変の周辺に切り取る範囲の目印を付ける



2.局注

粘膜下層に薬剤を注入して浮かせた状態にする



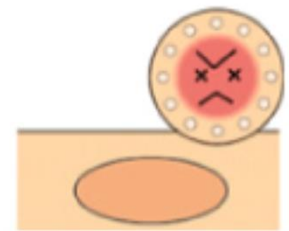
3.切開

マーキングを取り囲むようにナイフで病変部の周囲の粘膜を切る



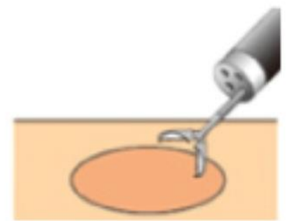
4.粘膜下層の剥離

専用ナイフで病変を少しずつ慎重に剥ぎ取る



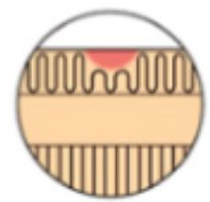
5.切除完了

ナイフを使って最後まで剥離する、または最後にスネアで切り取る



6.止血

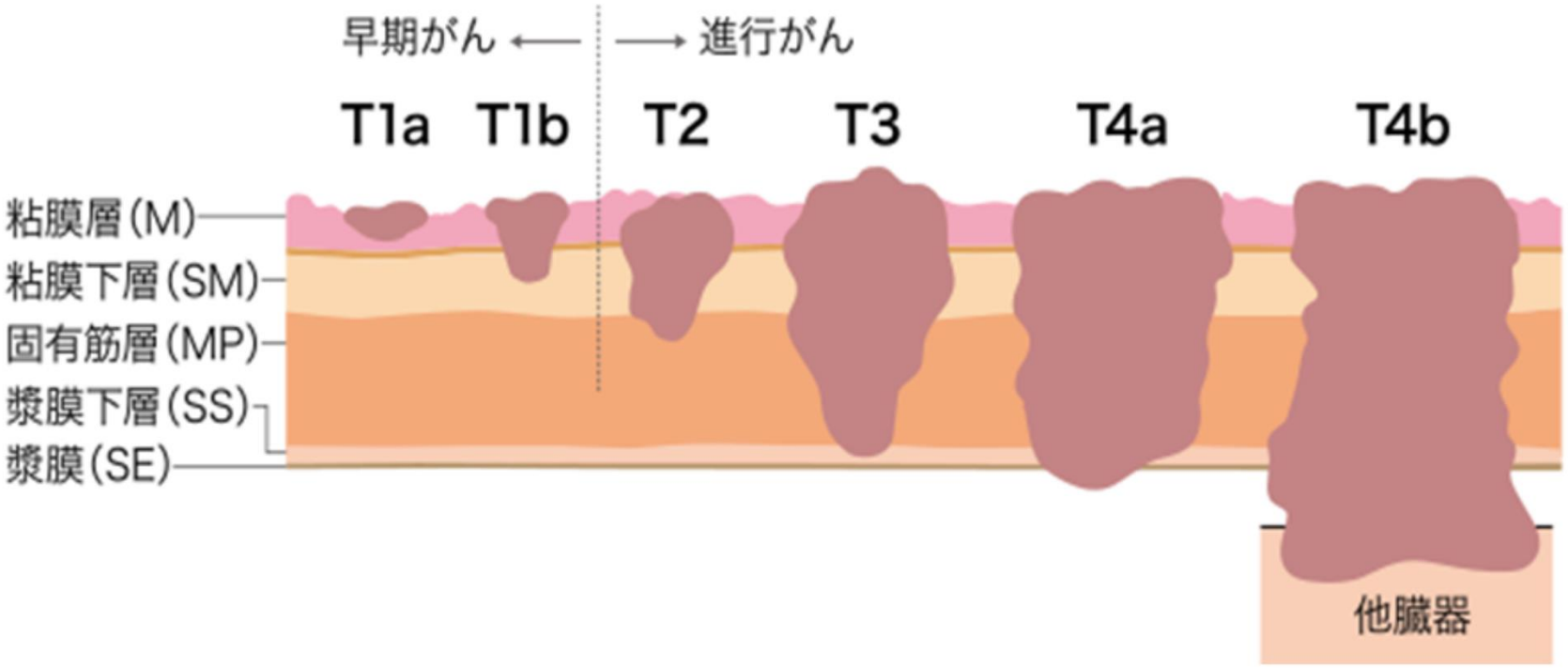
切り取った後の胃の表面に止血装置を施し、切り取った病変部は回収して病理検査を行う



7.病理検査

切り取った病変は顕微鏡による組織検査をし、根治しているかどうかの判断をする

深達度



「国立がん研究センター　がん情報サービス」より転載

https://ganjoho.jp/public/cancer/stomach/treatment.html

日本胃癌学会編「胃癌取扱い規約第15版（2017年10月）」（金原出版）より作成

デュークス分類

デュークスＡ	がんが大腸壁内にとどまるもの
デュークスＢ	がんが大腸壁を貫くがリンパ節転移のないもの
デュークスＣ	リンパ節転移のあるもの
デュークスＤ	腹膜、肝臓、肺などへの遠隔転移のあるもの

【大腸がんのステージ分類】

ステージ０：がんが粘膜の中にとどまっている
ステージ１：がんが大腸の壁でとどまっている
ステージ２：がんが大腸の壁の外まで広がっている
ステージ３：がんがリンパ節に転移している
ステージ４：がんが血管を通じて他の臓器（肝臓や肺）へ転移、遠隔リンパ節（病巣から遠く離れたリンパ節）へ転移、または腹膜に散らばっている（腹膜播種）

ステージ0	集計なし
ステージⅠ	94.5%
ステージⅡ	88.4%
ステージⅢ	77.3%
ステージⅣ	18.7%

※引用参照：「がん情報サービス」院内がん登録生存率集計結果閲覧システム

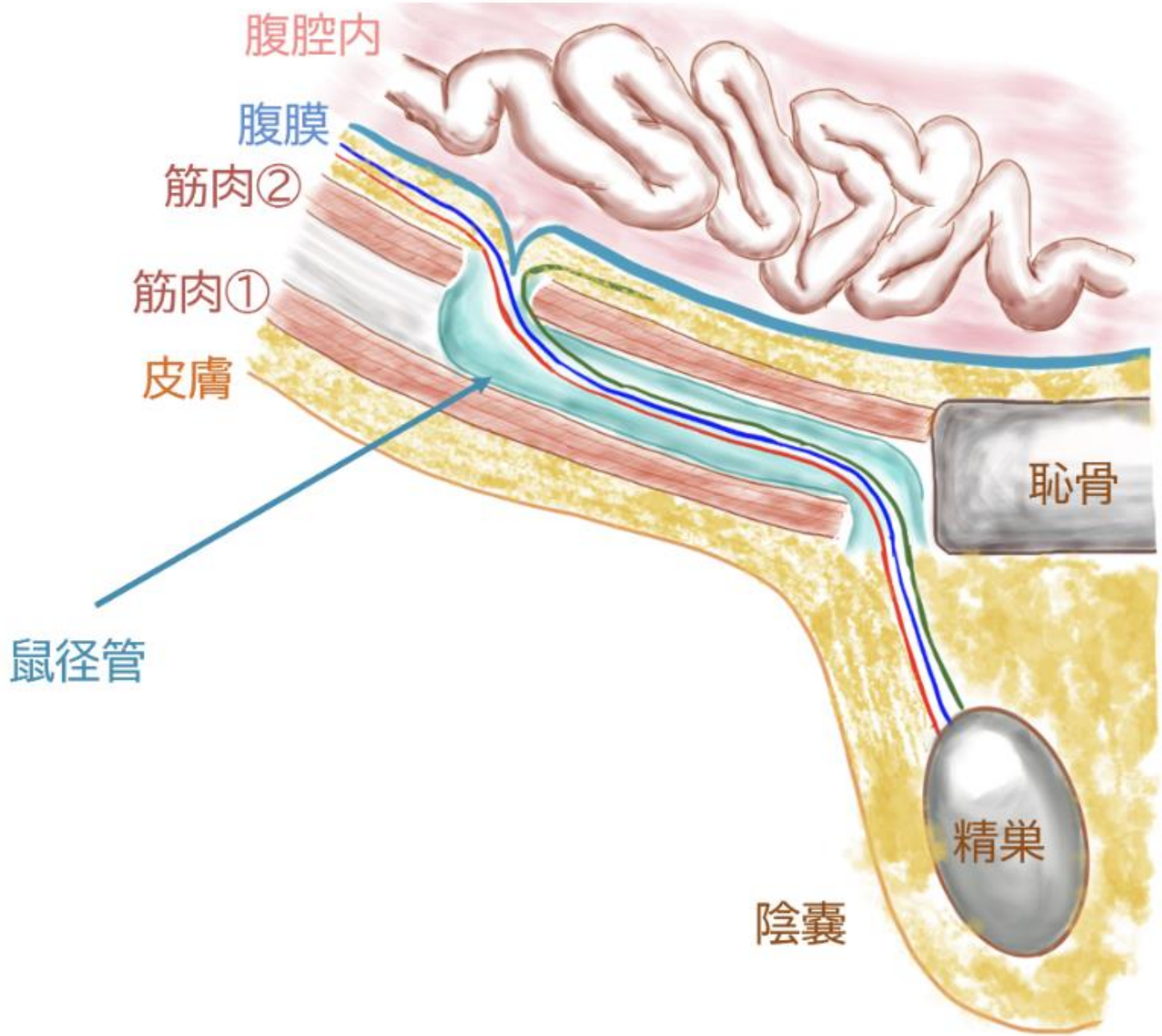
がん情報サービスHP；https://ganjoho.jp/public/cancer/colon/treatment.html

神経内分泌腫瘍

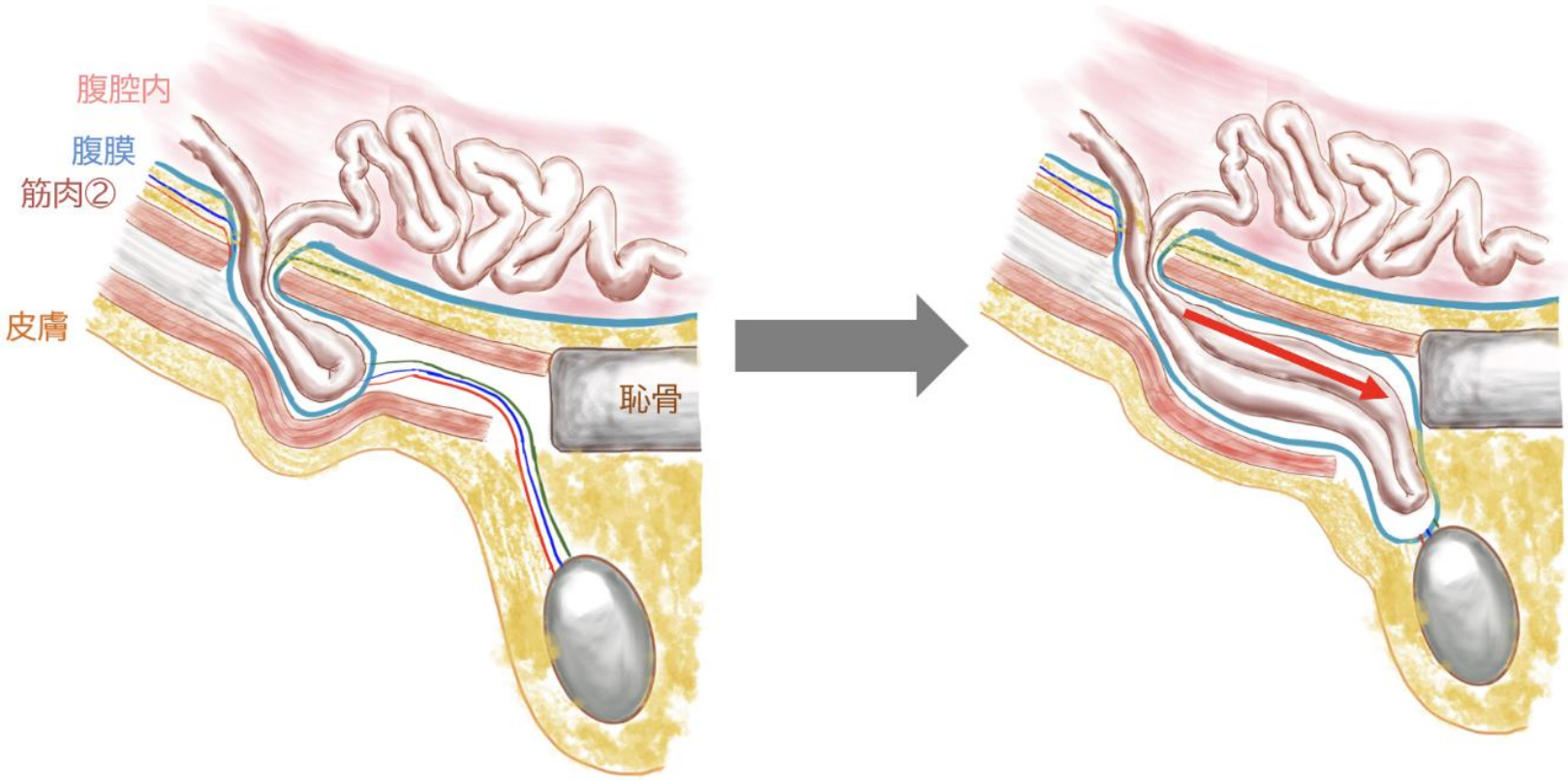
- 直腸に多い
- 悪性度によってG1、G2、G3に分類される
- 腫瘍の組織像と増殖能（細胞の分裂像と「Ki-67」と呼ばれる増殖マーカーの陽性率）に基づく
- G1は悪性度が低い（カルチノイドに相当）
- G2は中程度（「atypical carcinoid」に相当）
- G3は悪性度が高い（神経内分泌癌のG3に相当）

鼠径ヘルニア

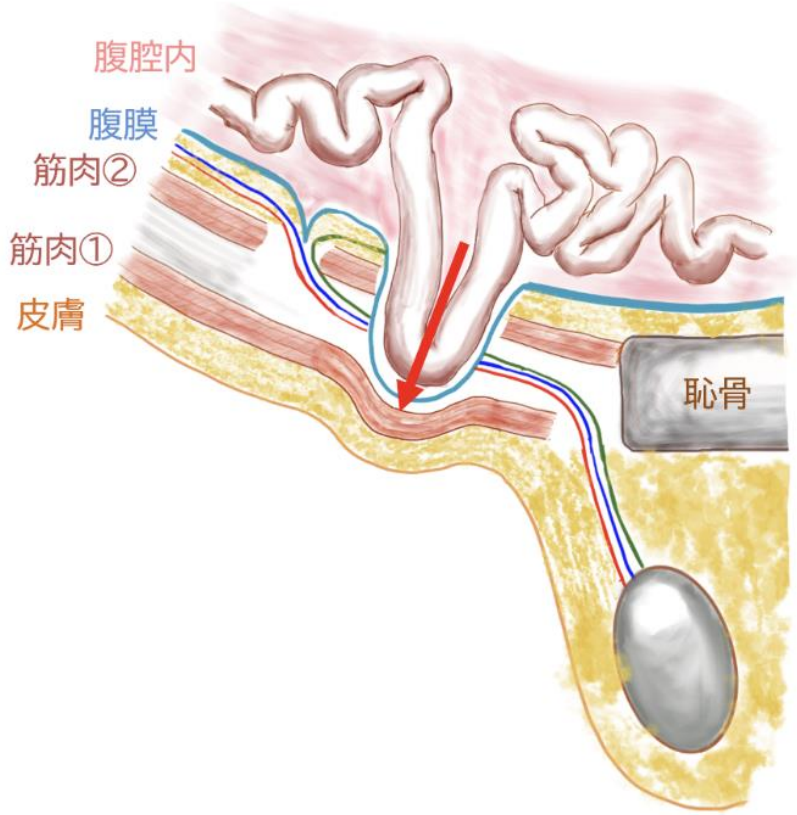
- 陰嚢にむかって腹腔内から動脈・静脈・輸精管が鼠径管を通る
- 腹膜が鼠径管の中やその内側を通って陰嚢に向かって飛び出る
- 腹腔内の臓器（主に小腸）が腹膜の中で盛り上がる


腹腔内
腹膜
筋肉②
筋肉①
皮膚
鼠径管
恥骨
精巣
陰嚢

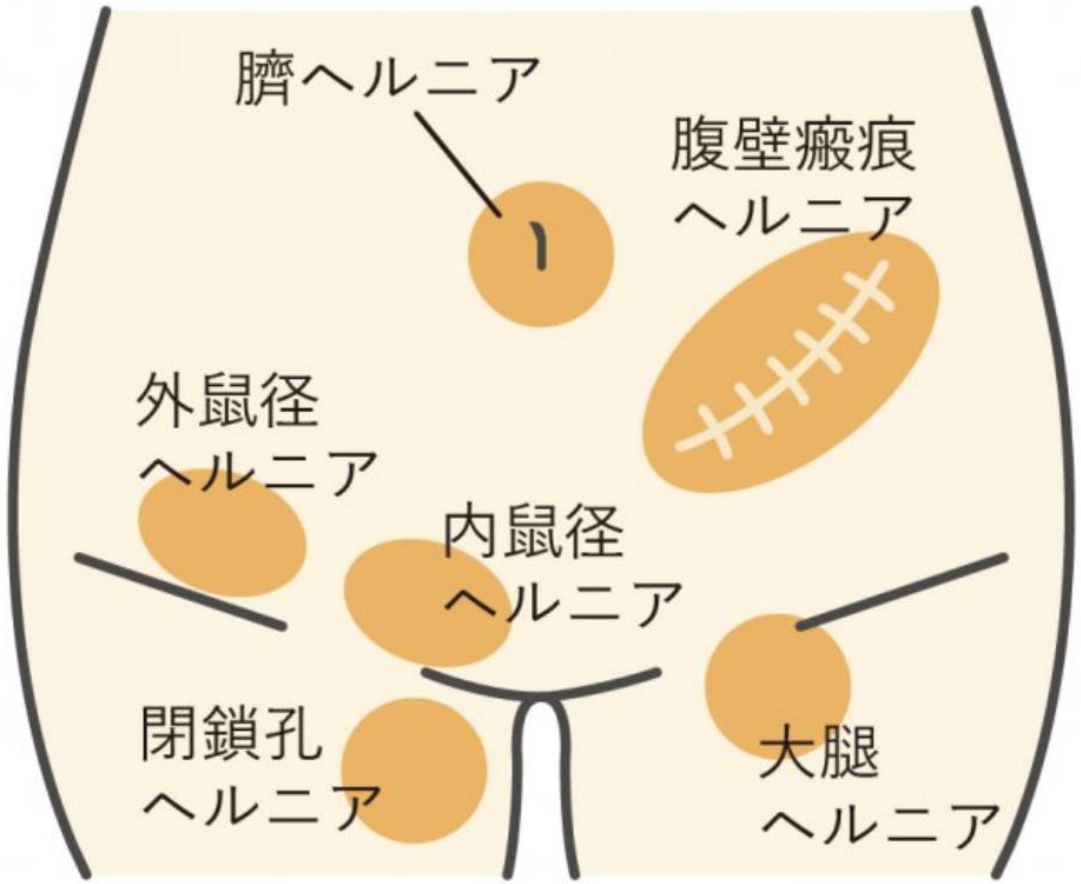
外鼠径ヘルニア



内鼠径ヘルニア



その他の腹壁ヘルニア



腹膜疾患

- 腹膜炎
  - 感染性腹膜炎
  - がん性腹膜炎

  - 腹水を伴う事が多い
  - 腹痛、圧痛、腹部膨満、嘔吐

中皮腫

- 稀な腫瘍
- 2022年の死者数　1,554人

- アスベストが原因