

2 検診から*H. pylori*除菌治療へ

安田 貢

KKR高松病院人間ドックセンター センター長

任意型検診からの除菌を増やす

1

一般人が*H. pylori*についてどの程度認知しているかについてのアンケート調査がいくつかある。それらをまとめると、約80%が*H. pylori*の存在を認知し、約60~70%はそれが胃癌の原因とわかっているようである。ところが、実際に*H. pylori*の感染検査を受けている人は全体の約20%にすぎない。たまたま無症状ということもあり、「自分の胃は大丈夫」という根拠のない自信を有する人こそが危険であり、そのような層にこそ、*H. pylori*検査が必要なのである。

人間ドックの強みは、検診実施者が任意の検査を提供できる点にある。当センターでは「ピロリ感染胃炎」が保険病名に記載された翌年度（平成25年度）より、ドック基本項目に「*H. pylori*抗体価」と「ペプシノゲンI・II・I/II比」を組み入れた。これらは、内視鏡検査またはX線検査から*H. pylori*感染状態（現感染・既感染・未感染）を判定する際の補助検査として、非常に有用である。このように、ドック受診者全員の*H. pylori*感染状態を診断するということが、すべての現感染者を除菌につなげていく最も確実な方法ではないだろうか。平成25年度以降のドック受診者、延べ3万人ほどの*H. pylori*感染状態の推移を調査したところ、現感染者の数（割合）は著減し、既感染者の増加が認められた。われわれの取り組みによって除菌治療数が増加した結果と考えられた。

ドックで*H. pylori*感染状態の判定を実施することで、内視

鏡医の診断能力が高まるという効果もある。全症例で答えが用意されているわけであるから、「びまん性発赤」の有無やX線画像における背景粘膜などの読影能力が向上することになる。そうすれば、*H. pylori*検査を実施していない通常の胃検査（対策型検診も含む）においても感染状態の診断ができるようになり、自信をもって除菌治療を勧めることができるようになる。

対策型検診からの除菌を増やす

2

平成28年の国民生活基礎調査によれば、胃癌検診の受診率は約40%である。記入式アンケートであるから、実際はさらに低率であることが懸念される。胃癌撲滅を目指すために除菌治療を推進していこうにも、受診率が低ければ話にならない。

受診率を高めるために組織型検診（organized screening）の導入は効果的と考えられるが、現状では、癌検診の受診手続き簡素化、効果的な勧奨、職域検診の取り組みなどを通して受診率の向上を図るしかない。特定健診との連携も求められよう。

血清によるリスク層別化から胃癌検診に誘導するという方法もある。いわゆるABC分類では、A群内に胃癌ハイリスク者が少なからず混在するという問題や、キットにより基準値が異なるといった問題があるが、これらを理解して適切に運用すれば受診率向上に一胃癌検診未受診者の掘り起しという意味で一寄与するものと考えられる。

日本消化器がん検診学会が提唱する胃X線検診の読影判定区分（カテゴリー分類）は、*H. pylori*感染が考慮されているため、除菌治療にとって有用と思われる。ただ、カテゴリー1が*H. pylori*未感染相当であることに対して、カテゴリー2は現感染のほかにも既感染も含まれている（場合によっては未感染も混じる）。したがって、より積極的な除菌勧奨のためには、X線画像のみで現感染と既感染を区別できたほうがよい。

*H. pylori*現感染と既感染の差は、胃粘膜に活動性の炎症があるかどうかということに尽きる。活動性炎症を有する現感染胃粘膜では、炎症性細胞浸潤や浮腫の影響で、胃小区が比

PROFILE



Mitsugi Yasuda

やすだ・みつぎ ● 1988年徳島大学医学部を卒業、同大学第二内科入局。1989年香川県成人病センター勤務。1991年公立学校共済組合四国中央病院勤務。1994年徳島大学第二内科。1997年香川県立がん検診センター勤務。2013年KKR高松病院人間ドックセンター長として勤務。現在に至る。
【専門領域】胃・大腸がん検診、人間ドック