

1 逆流性食道炎

Summary

逆流性食道炎は、主に酸性の胃液が食道内に逆流し長時間停滞するために食道粘膜が損傷をうけて発症する疾患である。現在人口の10%程度の有病率のある疾患で中年男性、高齢女性に多い。主訴は「むねやけ」や「呑酸」症状で、診断の確定には上部消化管の内視鏡検査が必要である。症状が強い場合には治療を優先することもあるが、治療効果を判定しながら内視鏡検査を行うべきである。治療には胃酸分泌抑制薬が用いられ、胃酸分泌抑制薬を用いた治療で90%以上の例の食道病変は治癒し、約80%の例の症状は消失する。胃酸分泌抑制療法に抵抗する場合には専門医にコンサルトする必要がある。治療を中断すると再発する場合があり、多くの例で維持療法が必要となるが、生活習慣の改善で再発から免れる例もある。

■ ガイドラインのまとめ

逆流性食道炎と非びらん性胃食道逆流症を含む胃食道逆流症（GERD）の診療ガイドラインが日本消化器病学会より2009年に出版されている。このガイドラインの中には

- ①GERDを疑う症状を有する例には内視鏡検査を先に行っても、治療を優先して先に行ってもよい。
- ②内視鏡検査は有用であるが症状との相関関係は低い。
- ③pHモニタリング検査が診断に有用である。
- ④病変の治癒速度や症状消失の速さは薬剤の酸分泌抑制力に依存し、治療の第一選択薬はプロトンポンプ阻害薬（PPI）である。
- ⑤PPIの標準用量の1日1回投与で治療しない場合は、投薬量や投薬方法を工夫することが重要である。
- ⑥PPIに加えて就寝前のヒスタミンH₂受容体拮抗薬（H₂RA）の追加投与が有効な場合がある。
- ⑦PPIを用いた維持療法は効果も安全性も高い。

⑧難治性、PPIの長期維持投与を要する逆流性食道炎は外科的治療の適応としてもよい。

などの内容がフローチャート（図1）やステートメントとして記載されている。

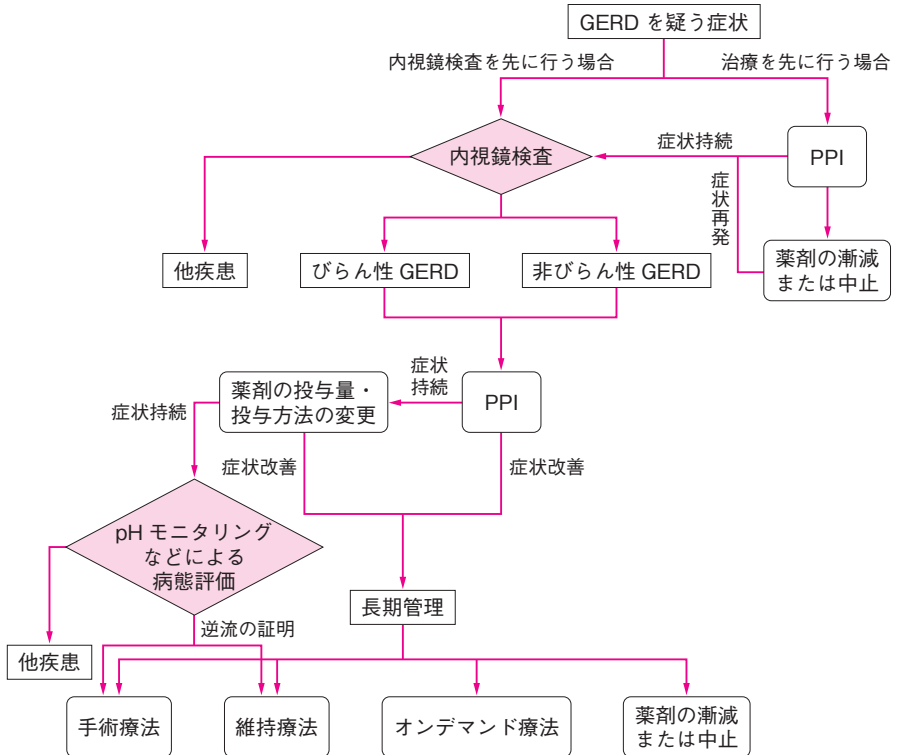


図1 ● GERD治療のフローチャート〔日本消化器病学会，編．胃食道逆流症（GERD）診療ガイドライン．東京：南江堂；2009¹⁾より許諾を得て転載〕

1 治療の目標

逆流性食道炎は，Los Angeles分類のgrade A，Bの食道運動能の障害が少なく，縦長のびらんのみを有する軽症型と，grade C，Dの食道の運動障害が強く縦走びらんに加えて横走するびらんや潰瘍を有する重症型に分けることができる

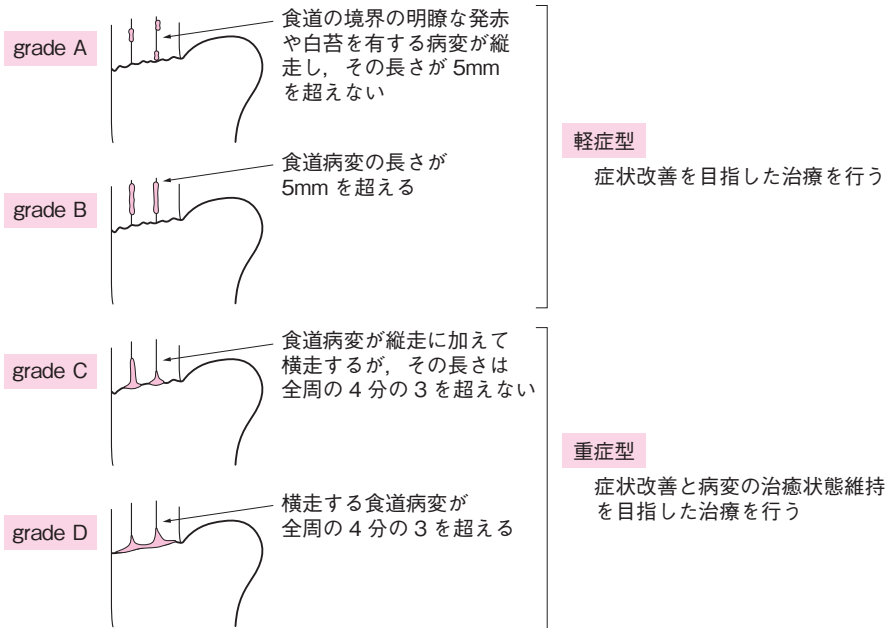


図2 ● 逆流性食道炎の Los Angeles 分類

(図2).

軽症型では症状を消失させ QOL を改善することが治療目標であるが、重症型ではこれに加えて病変の治癒状態を維持し、頻度は低い出血、狭窄などの合併症を予防することも重要な治療目標となる。

2 治療全体の中での薬物療法の位置づけ

逆流性食道炎の本態は、胃食道境界部の下部食道括約筋部の収縮力の低下や高頻度に起こる一過性の弛緩のために胃液が食道内に逆流し、食道体部の運動能の低下に伴って逆流胃液が食道内に長時間停滞することである。したがって逆流性食道炎を根本から治癒させるためには、胃食道逆流を減らし食道の運動能を改善することが必要である。ところが、食道の運動能力を正常化できる薬剤はなく、現在の薬物療法の主力は胃酸分泌抑制療法であり、胃液の酸度を低下させて胃液が食道内に逆流しても食道の損傷が起こらなくすることを期待した治療である。この治療法は有用ではあるが、治療を中断すると胃液の酸度は元に戻るため逆流

性食道炎は再発する可能性がきわめて高くなる。

生活指導、食事指導は、肥満を改善して腹腔内圧を低下させ胃食道逆流症を減らすことを目的に行われる。下部食道括約筋の弛緩を誘発しやすい脂肪含量の多い食品や逆流を誘発しやすい大量摂食を避けることも胃食道逆流を減らすために有効である。すなわち、生活指導や食事指導は薬物治療よりも効果の発現に時間はかかるが逆流性食道炎のより本質的な治療となりうると言える。

一方、胃食道境界部の括約筋機能を改善することを目指して行われる手術治療や内視鏡治療も逆流性食道炎の本態を改善しようとする治療法である。ただ長年にわたって有効性が持続する手術方法や内視鏡治療はなく、数年間の経過で再度追加の薬物療法が必要となる例が多いことが問題とされている。また、内視鏡治療はまだ研究的な段階にあるものが多いことも問題点としてあげられる。

このような結果をふまえて、現在、逆流性食道炎例の治療としてまずPPIを用いた薬物治療が行われる。薬物療法は速効性で「むねやけ」や「呑酸」の症状は一般的には投薬開始1週間以内に消失する。薬物治療を開始すると同時に逆流性食道炎の本態を改善することを目指して、効果の発現に時間はかかるが、食事指導、生活指導（肥満の改善、夜間睡眠時に上半身を高くする、枕を高くする、高脂肪食の制限、一度に大食することの制限など）を開始する。生活指導、食事指導を十分に行うことで薬物治療中断時の再発率を低下させることができると期待される。薬物療法を開始すれば、8週間で逆流性食道炎の90%以上の例が治癒するため一般的には薬物療法は8週間持続して行う。その後、効果が不十分である場合には胃酸分泌抑制薬の投与量を増やす、投与方法を1日2回とするなどの工夫を行う。逆流性食道炎の診断の正しさを再検討することが必要な場合もある。一方、8週間の治療で十分な効果が得られた場合には、薬物投与を持続する持続療法を行う場合が多いが、それ以外に薬剤の投与量を減らす、一時治療を中断するなどの対応を行う場合もある。治療中断に伴って、再発を繰り返す場合には、維持療法として何年間にもわたって胃酸分泌抑制薬の投与を続けることも多い。薬剤の投与量や投与方法を工夫しても十分な効果が得られない場合や維持療法を続けていても再発を繰り返す場合には、逆流防止手術の適応について検討をすすめることが必要となる。

このように、逆流性食道炎の治療は、逆流性食道炎発症の病因の改善を目指した生活指導と食事指導を全例に最初から繰り返して行うことが基本となる。その上で、疾患の本態を改善するわけではなく治療中断後の再発率も高いが、速効性

があり、治療効果も高い胃酸分泌抑制薬を用いた薬物療法を、症状があるすべての逆流性食道炎例と、症状があってもなくても合併症リスクの高い重症型の Los Angeles 分類 grade C, D の逆流性食道炎例では行う。薬物を用いた維持療法が必要な例は多く、現在用いられている薬物による維持療法は安全性も有効性も高いが、難治の例、再発を繰り返す例には逆流防止手術が必要な場合もある。

3 入院治療が必要な場合

Los Angeles 分類の grade C, D の重症型の逆流性食道炎例では、合併症として食道の潰瘍性病変から出血をきたす場合がある。上部消化管からの出血のため緊急内視鏡検査が必要であった例のうち原因が逆流性食道炎であった例は1%程度であると報告されているため、頻度は高くないが出血を伴う逆流性食道炎例に対しては入院治療が必要となる。また、合併症として発症した食道狭窄に対してバルーン拡張術を行う場合にも入院治療が必要である。

大部分の逆流性食道炎例の治療は外来治療として行われる。

4 薬物治療の理論

逆流性食道炎に対して十分なエビデンスのある治療薬は胃酸分泌抑制薬と酸中和剤である。酸中和剤や食道粘膜に附着して粘膜を逆流胃酸から守る薬剤であるアルギン酸ナトリウム（アルロイド G[®]）は、自覚症状改善効果を期待して用いられることもあるが、食道病変の治療効果に関しては十分なエビデンスがない。現在臨床使用が可能な消化管運動機能改善薬の逆流性食道炎に対する治療効果についても十分なエビデンスがない。

胃酸分泌抑制薬としては、PPI と H₂RA の2種の薬剤が臨床使用可能である。ただし、H₂RA はPPI に比較して胃酸分泌抑制力が低いことに加えて、逆流性食道炎の治療薬として2つの欠点を有している。その1つは、日中の食後の胃酸分泌抑制力が弱いことである。逆流性食道炎の大部分を占める軽症型の逆流性食道炎の胃食道逆流は主に日中の食後に起こる。このため治療としては日中の酸分泌の抑制が強い薬剤の方が望ましい。また、逆流性食道炎例の多くは *Helicobacter pylori* 感染陰性例であるが、H₂RA は *Helicobacter pylori* 感染陰性例に用いた場合には、連続使用に伴って胃酸分泌抑制力が低下する耐性の現象がみられる。一方、PPI は日中の胃酸分泌抑制力が強く、また長期連用しても耐性の現象はみられないため、逆流性食道炎の治療薬としては H₂RA よりも優れている。実際、H₂RA