

Dr Paul Ng

日本語

消化器・肝臓の健康情報冊子

本冊子は当診療所の患者さん専用です。

香港で当診療所の患者さんが使用するための冊子です。一般的な情報であり、医学的助言、個別の診断・治療指示、処置への同意を構成するものではなく、資格を持つ医療者による個別評価に代わりません。ご自身への医療上の指示を守り、緊急時は直ちに受診するか 999 に電話してください。

日本語・2026-10-28

+852 2120 6186 · WhatsApp +852 9631 7065
nurse@paulng.clinic

paulng.clinic

© 2026 Dr Paul Ng. 無断転載を禁じます。

一般情報であり、個別の診断ではありません

本冊子は当診療所の患者さん専用です。

本冊子はウェブサイトの一般的な健康情報をまとめたものです。個別の診断、治療の推奨、処置の同意書ではありません。掲載は検査や治療の必要性、すべての施設での提供を意味しません。処置を行わない選択も含め、個別のリスク、利益、代替手段を医療者と相談してください。自己判断で薬を開始・中止・変更しないでください。個別の準備・退院時の指示が優先されます。ウェブ版の情報がより新しい場合があります。

吐血、黒い便や大量出血、激しい・悪化する腹痛、失神、呼吸困難、処置後の重い症状は救急受診してください。緊急時は999に電話し、オンラインの返答を待たないでください。

目次

消化器・肝臓の疾患 / 検査・処置

01 逆流性食道炎	10
02 咽喉頭異常感症（グロース）	12
03 バレット食道	15
04 好酸球性食道炎（EoE）	17
05 食道運動障害	19
06 アカラシア（食道アカラシア）	21
07 胃酸逆流・胃食道逆流症（GERD）	23
08 胆汁逆流（十二指腸胃逆流）	26
09 ピロリ菌（ヘリコバクター・ピロリ） 感染	28
10 胃炎	31

11	34
胃潰瘍・十二指腸潰瘍（消化性潰瘍）	
12 胃腸上皮化生	37
13 自己免疫性胃炎	40
14 胃排出遅延（胃不全麻痺）	43
15 大腸ポリープ	46
16 大腸憩室症／憩室炎	50
17 潰瘍性大腸炎（UC）	52
18 クローン病	54
19 顕微鏡的大腸炎	56
20 セリアック病（グルテン関連腸症）	59
21 小腸内細菌異常増殖（SIBO）	61
22 乳糖不耐症	64

23 胆汁酸性下痢症／胆汁酸吸収不良	66
24 痔核（痔）	68
25 裂肛	70
26 放射線性直腸炎	72
27 脳腸関連の障害（DGBI）	74
28 過敏性腸症候群（IBS）	77
29 機能性便秘	80
30 機能性ディスペプシア	83
31 B型肝炎	85
32 C型肝炎	88
33 脂肪肝（脂肪性肝疾患）	91
34 代謝機能障害関連脂肪性肝疾患 （MAFLD）	94

35 肝線維化	97
36 肝硬変	100
37 自己免疫性肝炎（AIH）	103
38 原発性胆汁性胆管炎（PBC）	105
39 肝嚢胞	107
40 胆石	110
41 胆嚢ポリープ	113
42 胆嚢摘出後の症状	116
43 慢性膵炎	118
44 膵外分泌機能不全（PEI）	120
45 膵嚢胞	122
46 胃内視鏡（OGD）	125

47 大腸内視鏡	135
48 カプセル内視鏡	145
49 内視鏡生検	150
50 ピロリ菌の培養・薬剤感受性検査	154
51 大腸ポリープ切除	158
52 内視鏡的粘膜切除術（EMR）	162
53 色素内視鏡	166
54 狭帯域光観察（NBI）	170
55 拡大内視鏡	173
56 ワイヤレス食道pHモニタリング	176
57 食道内圧検査	181
58 内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）	186

59 痔核のゴム輪結紮	191
60 食道ボツリヌス毒素注射	195
61 幽門ボツリヌス毒素注射	199
62 腹部画像検査	203
63 肝エラストグラフィ	207
64 ヘリコバクター・ピロリの尿素呼気 試験	212
65 SIBO・IMOの水素・メタン呼気検査	217
66 腸内マイクロバイオーーム解析（便の 遺伝子解析）	220
67 消化管病原体の便 PCR 検査	223
68 便中カルプロテクチン	226
69 栄養管理	229

70 栄養評価と低栄養	233
71 食事の工夫と経口栄養補助食品	237
72 嚥下障害と安全な食事	241
73 経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）	245
74 栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管	249
75 胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）	253
76 静脈栄養（PN）	258
77 栄養チューブと瘻孔のケア	262
78 リフィーディング症候群	266
79 診療所のご案内	270
80 胃・大腸内視鏡検査後のケア	272

逆流性食道炎

逆流性食道炎は、胃の内容物が食道へ逆流して粘膜に炎症や傷が生じた状態です。胃カメラで確認されることがありますが、逆流症状があっても目に見える炎症があるとは限りません。これは逆流による具体的な粘膜障害の一つで、胃食道逆流症（GERD）と同じ意味ではありません。GERDでは食道炎が見えなくても症状が続くことがあり、炎症の程度と自覚症状の強さも必ずしも一致しません。

胃カメラで食道の炎症が見つかることは、逆流による粘膜障害の一つです。ただし、症状と粘膜の見た目は必ずしも一致しません。GERDはより広い臨床概念で、目に見える食道炎がなくても起こり得ますし、炎症があっても症状が軽い場合があります。検査の目的、服用薬、生検結果（採取した場合）と合わせて報告を確認します。飲み込みにくさや痛み、食物のつかえ、出血があれば早めに相談してください。

診察で相談すること

胃カメラ所見、症状、服用薬に加え、飲み込みにくさや痛み、出血、繰り返す嘔吐、意図しない体重減少などを確認します。食道炎のほかの原因を考慮し、追加検査や経過確認が役立つかを相談します。出血や食べ物がつかえる症状は早めに医療機関へ伝えてください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD） ワイヤレス食道pHモニタリング

関連する疾患

好酸球性食道炎（EoE） バレット食道 胃食道逆流症（GERD）

専門家向け参考資料: ACG・Acid reflux / GERD

<https://paulng.clinic/ja/conditions/oesophagus/#reflux-oesophagitis>

咽喉頭異常感症（グロース）

咽喉頭異常感症は、実際に異物があるとは限らないのに、喉に塊や何かが引っ掛かっているように感じる状態です。典型的には痛みがなく、食事と食事の間に感じ、食べると軽くなることがあります。食べ物や飲み物は通常どおり通り、実際に食べ物詰まる状態や、飲み込みにくさ、飲み込む際の痛みとは異なります。

喉の筋肉の緊張、感覚の過敏さ、脳と消化管の相互作用などが関係することがあります。ストレスで悪化する場合もありますが、気のせいという意味ではありません。逆流を伴う人もいますが、喉の違和感だけで胃食道逆流症とは診断できません。症状、薬、喫煙・飲酒歴を確認し、口腔や頸部を診察します。必要に応じて耳鼻咽喉科で経鼻内視鏡による診察を行います。胃内視鏡、逆流の測定、食道内圧検査は個別に検討し、全員に必要なわけではありません。適切な評価で心配な原因が見つからなければ、病

状の説明、水分補給、繰り返す咳払いや空嚥下を減らす工夫、必要に応じた言語聴覚療法やリラクセーションを検討します。胃酸を抑える薬が全員に有効なわけではなく、適応がある場合に使用します。

診察で相談すること

症状が続く、または繰り返す場合は受診してください。進行する飲み込みにくさ、飲み込む際の痛み、原因不明の体重減少、続く声のかすれ、片側の喉の痛み、首のしこりがある場合は、単なる咽喉頭異常感と考えず早めに診察を受けてください。息苦しい、食べ物が詰まった、唾液も飲み込めない場合は直ちに救急受診してください。

関連する疾患

胃食道逆流症（GERD） 食道運動障害 脳腸相関の障害（DGBI）

専門家向け参考資料: Frontline

Gastroenterology (BSG / BMJ) · Managing a patient with globus pharyngeus

<https://paulng.clinic/ja/conditions/oesophagus/#global-pharyngeus>

バレット食道

バレット食道は、主に長期間の逆流に関連して食道下部の粘膜細胞が変化した状態です。症状だけでは診断できず、胃カメラと生検による確認が必要です。バレット食道はがんではなく、多くの方が食道がんを発症するわけではありませんが、将来のリスクがわずかに高まるため、生検所見や範囲に応じて経過観察を相談します。

診断は内視鏡所見に加え、生検で特徴的な粘膜細胞の変化を確認して行います。病理報告では異形成の有無が記載されることがあり、判断が難しい場合や異形成がある場合には専門医の確認が必要になることがあります。バレット食道はがんではありません。経過観察は生検結果、病変の長さ、検査の質、健康状態や希望を踏まえて個別に決めます。新たな嚥下困難、出血、続く嘔吐や意図しない体重減少があれば、定期検査を待たずに相談してください。

診察で相談すること

内視鏡と病理の報告を確認し、診断、病変の長さ、異形成（前がん性の細胞変化）の有無を評価します。所見が不確かな場合は、生検の採取方法や病理専門医による確認が重要になることがあります。経過観察は一律ではなく、生検結果、検査の質、健康状態、本人の希望などを踏まえて決めます。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[胃内視鏡（OGD）](#) [内視鏡生検](#) [狭帯域光観察（NBI）](#)

関連する疾患

[胃食道逆流症（GERD）](#) [逆流性食道炎](#)
[専門家向け参考資料: ACG・Barrett's oesophagus](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/oesophagus/#barretts-oesophagus>

好酸球性食道炎（EoE）

EoEは、食道の粘膜に好酸球という白血球が集まる慢性の免疫性炎症です。飲み込みにくさ、食物のつかえや嵌頓、逆流に似た症状を起こすことがあります、小児では食事や成長に影響することもあります。

内視鏡で食道が正常に見えてもEoEが存在することがあるため、疑われる場合は複数部位からの生検が重要です。好酸球の数と分布を症状や他の原因と合わせて判断し、時間とともに狭窄が生じていないかも評価します。フォローでは症状と組織所見の両方を確認する場合があります。

診察で相談すること

診断には食道機能障害の症状、食道生検での好酸球増加、他の原因の検討が必要です。内視鏡で正常に見えても病変がある

場合があるため、複数の部位から生検を行うことが重要です。狭窄の有無や症状・組織所見の変化も評価します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[胃内視鏡（OGD）](#) [内視鏡生検](#) [嚥下障害と安全な食事](#)

関連する疾患

[逆流性食道炎](#) [食道運動障害](#)

[専門家向け参考資料: ACG・Eosinophilic oesophagitis](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/oesophagus/#eosinophilic-oesophagitis>

食道運動障害

食道運動障害は、嚥下時の食道の動きや協調に異常がある状態を広く指す言葉で、単一の診断名ではありません。嚥下困難、胸部不快感、逆流などがみられることがありますが、狭窄、炎症、逆流などでも似た症状が起こります。

高解像度内圧検査は嚥下時の圧力パターンを記録して食道運動を分類しますが、粘膜の炎症を直接示したり、狭窄を除外したりする検査ではありません。内視鏡や画像検査が先行または併用される場合があり、境界的な圧力パターンは症状と検査条件を考慮して解釈します。

診察で相談すること

必要に応じて内視鏡や画像検査で構造・粘膜の原因を検討します。高解像度食道内圧検査は嚥下時の圧と協調を測定し運動パターンを分類しますが、症状や他の所見と合わせて解釈します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD） 食道内圧検査 嚥下障害と
安全な食事

関連する疾患

食道アカラシア 好酸球性食道炎（EoE） 咽
喉頭異常感症（グロース）

専門家向け参考資料: ACG・Oesophageal
physiologic testing

<https://paulng.clinic/ja/conditions/oesophagus/#oesophageal-dysmotility>

アカラシア（食道アカラシア）

食道アカラシアは、下部食道括約筋が十分に弛緩せず、食道の正常な蠕動も失われる比較的まれな運動障害です。固形物と液体の両方の嚥下困難、逆流、胸部不快感、体重減少などが起こることがあります。

食道内圧検査は、アカラシアに特徴的な括約筋の弛緩障害と正常な蠕動の消失を調べる中心的な検査です。内視鏡は機械的な閉塞などを除外し、時間を計ったバリウム検査は食道の排出を評価します。それぞれ異なる情報を補い合います。

診察で相談すること

内視鏡で閉塞などを除外し、高解像度内圧検査で特徴的な運動パターンを評価します。時間を計ったバリウム食道造影は食道排出を調べる補助となり、検査結果を総合して診断と病型を判断します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD） 食道内圧検査 食道ボツリ
ヌス毒素注射 嚥下障害と安全な食事

関連する疾患

食道運動障害

専門家向け参考資料: ASGE・Achalasia
guideline

<https://paulng.clinic/ja/conditions/oesophagus/#achalasia>

胃酸逆流・胃食道逆流症 (GERD)

胃の内容物が食道へ逆流し、胸やけ、酸っぱいものが上がる感じ（呑酸）、胸部や喉の不快感などを繰り返したり、食道粘膜に炎症や傷を生じたりする状態をGERDと呼びます。食後や横になった時に症状が出る方もいますが、感じ方や頻度には個人差があります。胸痛、咳、喉の違和感などは逆流以外の原因でも起こるため、症状だけで診断を確定できるとは限りません。

胃カメラでは食道炎や狭窄などを確認できますが、検査時に粘膜の傷が見られなくても逆流症がないとは言い切れません。症状が続く場合や典型的でない場合には、胃酸以外の原因も含めて再評価します。治療への反応、警告症状、既往歴を踏まえて、薬の見直し、胃カメラ、または一定期間の逆流モニタリングが役立つかを相談します。検査や薬物療法の選択は一律ではなく、目的と結果の限界を確認して決めます。胸

やけが軽くなったかだけでなく、食事や睡眠への影響、薬を使った時の変化も記録すると診察で役立ちます。長く続く症状では、薬を継続する利益と必要性を定期的に見直し、症状の再発時にどう対応するかも相談できます。胸痛が新しく強く現れた時は、逆流と自己判断せず、心臓など緊急性のある原因も含めて速やかに評価を受けてください。薬の効果が乏しい場合は、用法や服用時刻を確認し、治療を増やす前に診断の見直しが必要かを話し合います。症状の頻度や誘因は人により異なるため、食事内容、横になるタイミング、夜間症状など気づいた点を診察で共有し、生活上の変更が適切かを検討します。治療を続ける場合も、最小限で有効な方法や定期的な再評価の必要性を担当医と確認してください。

診察で相談すること

症状の種類、頻度、生活への影響、これまでの治療と反応を確認します。飲み込みにくさ、食べ物がつかえる感じ、意図しない体重減少、吐血・黒色便、貧血などがあれば、評価の進め方が変わるため医師に伝えてください。病歴によっては症状

に基づく治療を検討し、警告症状がある場合、治療に反応しない場合、診断が不明な場合には胃カメラや逆流検査などを相談します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[胃内視鏡（OGD）](#) [ワイヤレス食道pHモニタリング](#)

関連する疾患

[逆流性食道炎](#) [バレット食道](#) [機能性ディスペプシア](#) [胆汁逆流（十二指腸胃逆流）](#) [咽喉頭異常感症（グロース）](#)

[専門家向け参考資料: ACG・Acid reflux / GERD](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#gerd>

胆汁逆流（十二指腸胃逆流）

胆汁は肝臓で作られ、通常は胆管から十二指腸に入り、脂肪の消化を助けます。胆汁逆流は十二指腸の内容物が胃に戻り、時には食道にも逆流する状態です。胃酸逆流とは異なりますが、併存することがあります。上腹部の不快感、吐き気、苦い逆流、黄緑色の嘔吐などがみられても、症状だけでは診断できません。

少量の十二指腸胃逆流は病気がなくても起こります。胃の手術、幽門の機能、消化管運動の変化が関係することがありますが、胆嚢を摘出しただけで診断はできません。症状、手術歴、薬を確認し、胃内視鏡で粘膜を観察して必要に応じて生検します。胆汁が見えるだけでは症状の原因とは断定できません。食道pH検査は酸を評価する検査で、胆汁を直接確認するものではありません。インピーダンス検査は非酸性逆流を検出できますが、それだけで胆汁とは判断できません。原因と粘膜所見に応じ、食事・生活

の調整、薬、まれに外科的評価を検討します。薬の効果に関する根拠は限られています。胃酸を抑える薬は併存する酸逆流には使えますが、胆汁逆流を直接止める薬ではありません。

診察で相談すること

続く上腹部症状、嘔吐、逆流は自己判断せず受診してください。原因不明の体重減少、飲み込みにくさ、続く嘔吐は早めの診察が必要です。吐血、黒い便、激しい腹痛、腹部膨満を伴う黄緑色の嘔吐、水分も保てない場合は直ちに救急受診してください。

関連する疾患

胃食道逆流症（GERD） 胃炎 胆嚢摘出後の症状

専門家向け参考資料: Gastroenterology Research and Practice · Bile reflux gastritis review

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#bile-reflux>

ピロリ菌（ヘリコバクター・ピロリ）感染

ピロリ菌は胃の粘膜に住みつく細菌で、感染していても症状がないことは珍しくありません。長期間の感染は慢性胃炎や胃・十二指腸潰瘍の原因となり、胃がんのリスク上昇にも関係します。症状がある場合も、胃痛や消化不良だけで感染の有無は分かりません。尿素呼気検査、便中抗原検査、または胃カメラ時に採取した組織の検査などで確認します。

感染があっても症状のない方は多く、症状の有無だけで除菌の成否を判断できません。通常は胃酸を抑える薬と複数の抗菌薬を組み合わせますが、薬剤の選択では過去に使用した抗菌薬、アレルギー、副作用、地域の耐性状況などを考慮します。処方された期間や用法を確認し、困った副作用があれば医療チームへ相談してください。治療後は呼気または便の検査などで除菌を確認することが一般的で、検査時期や検査前

の薬の調整は個別に指示されます。以前の治療が不成功だった場合は、服薬状況や過去の薬の組み合わせを確認して次の方法を検討します。治療後の確認検査を受けるか、いつ行うかは自己判断せず担当者と決めてください。

診察で相談すること

どの検査が適切かは、過去の診断・治療、服用薬、胃カメラの必要性などによって異なります。陽性の場合は、過去の抗菌薬使用歴やアレルギー、地域の耐性状況などを踏まえて除菌療法を選びます。薬の組み合わせを決め、処方どおりに服用できるか確認することが大切です。治療後は適切な時期に再検査して除菌を確認することが一般的ですが、検査の時期や休薬の要否は医療従事者の個別指示に従ってください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[胃内視鏡（OGD）](#) [内視鏡生検](#) [ピロリ菌の培養・薬剤感受性検査](#) [ヘリコバクター・ピロリ](#)

の尿素呼気試験

関連する疾患

胃炎 胃潰瘍 胃腸上皮化生 自己免疫性胃炎
機能性ディスペプシア

専門家向け参考資料: ACG・H. pylori

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#h-pylori>

胃炎

胃炎は胃の粘膜に炎症がある状態で、一時的な場合も長く続く場合もあります。ピロリ菌、一部の薬（抗炎症鎮痛薬など）、アルコール、免疫に関わる病気などが関係することがありますが、原因が特定できないこともあります。症状がない方もいれば、みぞおちの不快感、吐き気、消化不良を感じる方もいます。似た症状は胃炎がなくても起こるため、症状だけでは診断できません。

胃カメラの生検では、症状や内視鏡の見た目だけでは分かりにくい炎症が見つかることがあります。ピロリ菌、抗炎症鎮痛薬などが関係する場合もありますが、炎症の型によって原因や意味は異なります。病理報告は内視鏡所見、服用薬、検査を行った理由と合わせて確認します。消化不良だけでは胃炎の有無は分かりません。吐血、黒色便、悪化する痛み、水分を保てない状態があれば速やかに相談してください。

診察で相談すること

症状の経過、服用薬、病歴を確認します。状況に応じてピロリ菌検査、血液検査、胃カメラと生検で炎症や原因を調べます。報告書の「胃炎」は顕微鏡で見えるさまざまな所見を指すことがあるため、生検の記載を内視鏡所見や病歴と合わせて解釈します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[胃内視鏡（OGD）](#) [内視鏡生検](#) [ピロリ菌の培養・薬剤感受性検査](#) [ヘリコバクター・ピロリの尿素呼気試験](#)

関連する疾患

[胆汁逆流（十二指腸胃逆流）](#) [ヘリコバクター・ピロリ感染](#) [自己免疫性胃炎](#) [機能性ディスペプシア](#)

[専門家向け参考資料: AGA・Atrophic gastritis clinical update](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#gastritis>

胃潰瘍・十二指腸潰瘍（消化性潰瘍）

胃潰瘍は胃の粘膜にできる深い傷で、表面的な刺激とは異なります。ピロリ菌感染や抗炎症鎮痛薬がよく知られた要因ですが、ほかの原因もあります。みぞおちの痛みや消化不良が出る方もいれば、合併症が起きるまで症状が目立たない方もいます。胃潰瘍は胃炎と同じではなく、ピロリ菌だけが原因とは限りません。

胃カメラで潰瘍が見つかった場合、性質を調べるために生検を行い、ピロリ菌検査や服用薬の確認をすることがあります。ピロリ菌は重要な原因の一つですが、検査が陰性でも抗炎症鎮痛薬など別の原因による潰瘍は否定できません。再度の胃カメラが必要か、いつ行うかは潰瘍の特徴や生検結果、全体の状況で異なります。吐血、黒いタール状便、失神、突然の強い腹痛は緊急の警告症状です。

十二指腸潰瘍と消化性潰瘍

胃潰瘍は胃に、十二指腸潰瘍は小腸の最初の部分である十二指腸に生じます。どちらも消化性潰瘍ですが、同じ部位の病気ではありません。ピロリ菌感染やNSAIDsなどの鎮痛薬がよく関連します。症状だけでは潰瘍の場所を確実に判断できません。診断、薬、ピロリ菌への対応と再検査は個別に判断し、胃潰瘍の生検計画をすべての十二指腸潰瘍にそのまま適用することはできません。

診察で相談すること

胃カメラで潰瘍を確認し、必要に応じて生検を行います。ピロリ菌検査や鎮痛薬を含む服用薬、病歴の確認も検討されます。生検や再検査の計画は潰瘍の見た目と状況により異なります。吐血、黒いタール状便、失神、突然の強い腹痛は緊急の受診が必要です。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD） 内視鏡生検 ピロリ菌の培養・薬剤感受性検査 ヘリコバクター・ピロリの尿素呼気試験

関連する疾患

ヘリコバクター・ピロリ感染

専門家向け参考資料: ACG・H. pylori and peptic ulcer disease

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#gastric-ulcer>

胃腸上皮化生

胃腸上皮化生は、胃粘膜の細胞が腸の粘膜に似た性質へ変化した状態で、通常は胃カメラ中の生検を顕微鏡で調べて分かります。この所見自体は胃がんではありません。ただし、胃がんへ至る過程の一つとして見られることがあり、将来のリスクは変化の範囲や程度、ピロリ菌感染、家族歴などによって異なります。内視鏡で見た目に明らかな異常がなくても、生検で判明することがあります。

この顕微鏡レベルの変化を確かめるには生検が必要で、胃の内側を目で見ただけでは診断できないことがあります。病理報告の採取部位や広がり、同時に見られた萎縮・炎症、ピロリ菌の有無を確認することがリスク評価に役立ちます。胃の複数の領域に変化があるか、胃がんの家族歴や本人の背景リスクがあるかなども検討材料です。追加の内視鏡が有益かどうかはこれらの要素と検査の質に基づき、全員に同じ頻度

の監視が必要とは限りません。生検の採取数や部位が限られていると、胃全体の変化を完全に反映しないこともあります。報告書に記載された範囲と不確実性を確認し、ピロリ菌が見つかった場合には除菌とその確認も含めて、今後の計画を決めます。病理用語の意味やリスクの程度が分かりにくい時は、検査報告書を一緒に読みながら、追加確認が患者さんにどのような利益をもたらすかを相談できます。

診察で相談すること

病理報告書で化生の有無、採取部位、広がり、萎縮や炎症の所見を確認し、ピロリ菌検査や治療が必要かを検討します。追加の胃カメラによる経過観察が役立つかどうかは、病変の範囲、胃がんの家族歴、個人の背景リスク、前回検査の質を踏まえて相談します。すべての方に同じ間隔の検査が必要なわけではありません。所見の意味が分かりにくい場合は、病理結果と内視鏡報告を一緒に確認することが大切です。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD） 内視鏡生検 狭帯域光観察（NBI） 拡大内視鏡 ヘリコバクター・ピロリの尿素呼気試験

関連する疾患

自己免疫性胃炎 ヘリコバクター・ピロリ感染

専門家向け参考資料: AGA・Gastric intestinal metaplasia

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#gastric-metaplasia>

自己免疫性胃炎

自己免疫性胃炎は免疫系が胃酸を作る腺を傷つける病気で、主に胃体部・胃底部に起こります。胃酸や内因子の減少により鉄やビタミンB12の吸収が低下することがあります。胃の症状が乏しく、欠乏や貧血から調べる場合もあります。

ピロリ菌による胃炎とは異なりますが、併存することもあります。胃の生検、血球数、鉄・ビタミンB12、必要に応じ抗体検査を合わせて評価し、抗体陽性だけでは診断できません。悪性貧血は一部の人にみられる進行した段階の表れで、自己免疫性胃炎すべての別名ではありません。甲状腺疾患など関連する自己免疫疾患やピロリ菌も確認します。欠乏の補正と個別の経過観察が重要です。一部の胃腫瘍のリスクは高まりますが、がんがあるという意味ではありません。

ん。再検査の必要性は生検、病変の範囲、他のリスク、本人との相談で決め、全員に同じ間隔を当てはめません。

診察で相談すること

原因不明の鉄・ビタミンB12欠乏は補充だけで済ませず評価を受けてください。しびれ、ピリピリ感、バランスの異常は早めに相談し、吐血、黒いタール状便、失神、強い息切れは緊急受診してください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[胃内視鏡（OGD）](#) [内視鏡生検](#)

関連する疾患

[胃炎](#) [ヘリコバクター・ピロリ感染](#) [胃腸上皮化生](#)

[専門家向け参考資料: AGA・Diagnosis and management of atrophic gastritis](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#autoimmune-gastritis>

胃排出遅延（胃不全麻痺）

胃排出遅延は、胃から腸への出口に物理的な閉塞がないのに、食べ物が胃から出ていくのが遅くなる状態です。食事の途中ですぐ満腹になる、食後の膨満感、吐き気、嘔吐、上腹部の不快感などが起こる場合があります。糖尿病、過去の手術、一部の薬などが関係することがありますが、同じ症状は胃潰瘍や機能性ディスぺプシアなど別の状態でも見られ、症状だけでは判断できません。

胃の出口に閉塞がないかを確認してから胃排出検査を検討すると、診断を裏付ける情報が得られることがあります。糖尿病や一部の薬は胃の動きに影響し、検査条件も測定値に関係するため、服用薬や血糖状態を確認します。症状の強さと排出遅延の程度が必ずしも一致しないため、検査結果のみで治療方針を決めず、栄養状態や症状、考えられる原因を合わせて管理方法とフォローを相談します。食事量が保てない、

体重が減る、脱水が心配などの変化も評価に重要です。診察では食事の摂取状況や血糖管理、薬の副作用を確認し、必要なら栄養面の支援や治療の調整を検討します。嘔吐が続く場合や水分を保てない場合は、予定の診察を待たず医療機関へ連絡する必要があることがあります。検査前後の薬の扱いは、検査内容と安全性に応じて担当者が案内します。

診察で相談すること

まず症状の経過、糖尿病などの病歴、服用薬を確認し、胃の出口の狭窄など別の原因がないかを評価します。必要と判断された場合には、標準化された食事を用いる胃排出検査などで、胃内容物が移動する速さを調べます。検査の結果は準備状況や薬の影響を受ける場合があり、遅延の程度と症状の強さが常に一致するわけではありません。原因、栄養状態、血糖管理などを踏まえて、個別の対策やフォローを相談します。

関連する検査・処置の情報

胃不全麻痺に対する幽門注射は通常の治療として推奨されていません。このリンクは治療の勧めではありません。

[幽門ボツリヌス毒素注射](#) [栄養管理](#) [栄養評価と低栄養](#) [食事の工夫と経口栄養補助食品](#) [栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管](#) [胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）](#)

関連する疾患

[機能性ディスペプシア](#)

[専門家向け参考資料: ACG・Gastroparesis](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/stomach/#gastroparesis>

大腸ポリープ

大腸ポリープは、大腸の内側の粘膜から隆起した病変の総称です。腺腫や一部の鋸歯状病変は、時間をかけて大きくなったり前がん病変となったりすることがありますが、ポリープには性質の異なる種類があり、すべてががんになるわけではありません。多くは症状を起こさず、大腸内視鏡の際に見つかります。安全に切除できるものは検査中に取り除き、組織を病理検査に提出することがあります。

ポリープは症状を起こさないことが多く、形や大きさ、組織の性質もさまざまです。病理検査により、将来の大腸がんリスクを考えるうえで注意が必要な腺腫・鋸歯状病変などと、リスクが低い病変を区別します。次回検査の計画は、数や大きさだけでなく、完全に切除されたか、腸管洗浄が良好で全体を明瞭に観察できたかにも左右されます。病理結果と内視鏡報告の両方を確認して、個別のフォロー時期を決めます。

複数のポリープを切除した場合は、各病変の病理結果がそろってから全体のリスクを判断します。検査の視野が不十分だった場合や大きな病変を分割して切除した場合は、通常と異なる時期に再検査を勧めることがあります。報告書を保管し、家族歴や以前の検査結果も次回の相談に持参してください。切除後の出血や腹痛など、処置後の注意事項は実施した処置により異なりますので、退院時に受けた説明に従い、心配な症状があれば連絡先へ相談してください。

腺腫について

管状型と絨毛型の違い

腺腫は腺組織からなるポリープで、時間とともにがんへ進展する可能性があります。顕微鏡では、管状腺腫は管状の腺構造が主体で、絨毛腺腫は指状の突起が多く、管状絨毛腺腫には両方の特徴があります。これらは組織構造を表す名称で、ポリープの大きさを示すものではありません。絨毛成分は進行した変化と関連しますが、それだけで個人の経過は予測できません。種類は見た目だけでなく、切除後の病理検査で確かめます。

大きさ、異形成の程度、その他の要因

大きい腺腫、特に 10 mm 以上のものは小さいものより注意が必要です。異形成は細胞の異常の程度を示し、低異型度より高異型度のほうが進んだ前がん性変化ですが、高異型度は浸潤がんと同じ意味ではありません。腺腫の数、完全に切除できたか、腸管洗浄や検査の質、過去のポリープ、本人や家族の病歴も経過観察の判断に関わります。鋸歯状ポリープは別の分類です。

病理報告と大腸内視鏡の報告を合わせて確認します。一つの特徴だけで全員の再検査時期は決まりません。必要性和時期は担当医と相談してください。

専門家向け参考資料: 米国多学会合同タスクフォース・大腸内視鏡・ポリープ切除後の経過観察

診察で相談すること

病理結果からポリープの種類や異形成の有無を確認し、個数、大きさ、位置、切除が完全だったかを内視鏡報告と合わせて検討します。次回の検査時期は、これら

に加えて腸管洗浄の質、観察の完遂度、過去のポリープや家族歴などで変わります。大きな病変や一度に切除できない病変では、追加処置や専門施設での評価を相談する場合があります。検査報告に記載された推奨時期を確認し、個人の病歴に応じた計画を医師と決めてください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

大腸内視鏡 大腸ポリープ切除 内視鏡的粘膜切除術（EMR） 色素内視鏡 狭帯域光観察（NBI） 拡大内視鏡

専門家向け参考資料: ACG・Colon polyps

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#colonic-polyps>

大腸憩室症／憩室炎

憩室は腸壁にできる小さな袋状の突出で、大腸に多く、無症状のこともあります。憩室炎は憩室に関わる炎症です。憩室出血は別の合併症で、腹痛なしに起こる場合もあります。

憩室はポリープではなく、それ自体ががんではありません。腹痛には多くの原因があり、憩室が見つかっていても症状の原因とは限りません。急性憩室炎が疑われる場合、診察、血液検査、CTなどを検討します。抗菌薬や入院の必要性は重症度、合併症、個人のリスクで判断し、合併症のない発作すべてに必要なわけではありません。大腸内視鏡は必要に応じ回復後に検討し、急性炎症中に通常行うものではありません。ナッツや種子類を一律に避ける必要は一般にありません。

診察で相談すること

強い、または悪化する腹痛、強い体調不良を伴う発熱、続く嘔吐、多量の血便は早急な診察が必要です。失神や著しい脱力を伴う出血では救急受診してください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

大腸内視鏡

関連する疾患

過敏性腸症候群（IBS） 痔核（痔）

専門家向け参考資料: ACG・Diverticulosis and diverticulitis

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#diverticular-disease>

潰瘍性大腸炎（UC）

潰瘍性大腸炎は大腸の粘膜に生じる慢性炎症性腸疾患で、通常は直腸から連続して広がります。下痢、血便や粘液便、便意切迫、腹部不快感などが起こり、活動期と落ち着く時期があります。

潰瘍性大腸炎は通常、直腸から連続して広がるため、内視鏡と生検で炎症の範囲や組織の状態を評価します。症状と炎症の程度が一致しない場合もあり、経過に応じて便や血液のマーカーも参考にします。病歴や炎症範囲によって大腸がん監視の計画が変わることがあります。

診察で相談すること

症状、診察、血液・便検査に加え、必要に応じて内視鏡と生検を組み合わせで評価します。炎症の範囲や程度、栄養状態、合併症を確認し、クローン病など他の大

腸炎と区別します。長期的には病歴に応じて治療反応や大腸がんリスクも検討します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[大腸内視鏡](#) [内視鏡生検](#) [色素内視鏡](#) [消化管病原体の便 PCR 検査](#) [便中カルプロテクチン](#)

関連する疾患

[クローン病](#) [放射線性直腸炎](#) [顕微鏡的大腸炎](#)
[専門家向け参考資料: ACG・Inflammatory bowel disease](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#ulcerative-colitis>

クローン病

クローン病は消化管のどの部位にも起こり得る慢性炎症性腸疾患で、小腸や大腸に多くみられます。炎症は腸壁の深い層に及び、正常な部分を挟んで分布することがあります。腹痛、下痢、疲労、体重減少のほか、狭窄、膿瘍、瘻孔などを生じることがあります。

クローン病は消化管のどこにも生じ得るため、内視鏡だけでは小腸全体を評価できないことがあります。画像検査を組み合わせる場合があります。深い炎症は狭窄、瘻孔や膿瘍などにつながる可能性があります。必要に応じてこれらを確認します。症状、検査値、内視鏡や画像を合わせて経過を評価します。

診察で相談すること

症状、血液・便検査、内視鏡生検、必要に応じた小腸画像検査を総合します。炎症の部位と活動性、栄養への影響、合併症を評価し、感染症など他の原因も検討し

ます。経過観察では症状だけでなく、検査値や内視鏡・画像所見を用いる場合があります。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[大腸内視鏡](#) [カプセル内視鏡](#) [内視鏡生検](#) [色素内視鏡](#) [消化管病原体の便PCR検査](#) [便中カルプロテクチン](#) [栄養管理](#) [栄養評価と低栄養](#)

関連する疾患

[顕微鏡的大腸炎](#) [潰瘍性大腸炎（UC）](#) [裂肛](#)
[胆汁酸性下痢症／胆汁酸吸収不良](#)

[専門家向け参考資料: ACG・Inflammatory bowel disease](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#crohn-disease>

顕微鏡的大腸炎

顕微鏡的大腸炎は大腸の炎症で、通常は血の混じらない水様の下痢が続きます。急な便意、夜間の排便、便失禁が起こることもあります。大腸内視鏡で正常またはほぼ正常に見えても、生検組織を顕微鏡で調べると変化が確認されます。

主に膠原線維性大腸炎とリンパ球性大腸炎があります。過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、クローン病とは異なりますが、症状は似ることがあります。下痢の経過、水分状態、薬、感染症・セリアック病・胆汁酸性下痢症など他の原因を確認します。疑う場合は大腸の複数部位から生検して診断を検討し、見た目が正常というだけでは除外できません。一部の薬との関連は報告されていますが、個々の患者で原因と断定できるわけではありません。処方薬を自己判断で中

止しないでください。薬の見直しやブデソニドなどの処方治療は、症状、生検所見、個人のリスクに応じて医師が検討します。

診察で相談すること

続く水様便を過敏性腸症候群と決めつけず相談してください。血便、原因不明の体重減少、症状の悪化は早めの診察が必要です。強い脱水、失神、激しい腹痛では緊急受診してください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[大腸内視鏡](#) [内視鏡生検](#) [消化管病原体の便PCR検査](#)

関連する疾患

[過敏性腸症候群（IBS）](#) [胆汁酸性下痢症／胆汁酸吸収不良](#) [潰瘍性大腸炎（UC）](#) [クローン病](#) [セリアック病（グルテン関連腸症）](#)
[専門家向け参考資料: UEG / EMCG · Microscopic colitis guideline](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#microscopic-colitis>

セリアック病（グルテン関連腸症）

セリアック病は、遺伝的素因のある人でグルテンに対する免疫反応が起こる病気です。小腸粘膜を傷つけ、栄養吸収に影響することがあり、下痢、腹部膨満、腹部不快感、貧血などを生じますが、消化器症状が目立たない場合もあります。

セリアック病の抗体検査や生検は、グルテンを含む食事を続けていたかなど検査時の条件が結果に影響します。栄養不足の評価や、診断後に症状・血液検査がどう変化するかの確認が行われることもあります。検査結果は症状と病理所見を含めて解釈します。

診察で相談すること

セリアック病に関連する血液検査を行い、多くの成人では上部内視鏡による小腸生検も検討します。検査前にグルテンを

避けると結果に影響し得るため、検査条件を含めて解釈します。栄養不足や関連疾患を確認し、血液検査だけで診断が確定するとは限らない点も考慮します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD） 内視鏡生検 栄養管理 栄養評価と低栄養

関連する疾患

顕微鏡的大腸炎 乳糖不耐症 小腸内細菌異常増殖（SIBO）

専門家向け参考資料: ACG・Celiac disease

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#celiac-disease>

小腸内細菌異常増殖（SIBO）

SIBOは、小腸内の細菌の量や種類のバランスが変化し、細菌が過剰に増えている状態を指します。腹部膨満、ガス、腹痛や不快感、下痢などがみられることがあります。便秘や栄養吸収への影響が生じる場合もあります。これらの症状は過敏性腸症候群や食物不耐症など多くの原因で起こるため、症状だけでSIBOとは診断できません。腸の手術歴や運動機能に関わる病気などが発症に関係することがあります。

SIBOは、腸の運動障害や手術後の腸管構造の変化など、さまざまな消化器の病気に続発することがあり、薬の使用と関連する場合もあります。SIBOや呼気検査の結果だけに注目せず、全身の健康、病歴・手術歴、栄養状態、普段使用しているすべての薬を確認することが大切です。背景にある要因への対応もケアの一部です。処方薬を自己判断で中止・変更せず、医師に相談してください。呼気検査はSIBOの評価

に用いられることがあります。測定結果は腸管通過時間や検査前の準備、基礎疾患の影響を受け、確定診断の完全な基準ではありません。腹部膨満やガスは食事、便秘、機能性疾患などでも生じます。検査を行うか、結果をどう扱うかは、関連する病歴や症状の経過と合わせて判断します。治療を考える際には、症状の改善だけでなく、素因となる問題や再発の有無も確認します。検査前の準備や服薬の扱いは検査施設の案内によって異なるため、自己流で変更せず確認してください。検査を繰り返すかどうかは症状の経過と前回結果を踏まえて決め、抗菌薬などの治療が必要かは医師と相談します。

診察で相談すること

病歴、症状の経過、既往手術、栄養状態、関連する病気や薬を確認し、検査を行うことで対応が変わるかを考えます。呼吸検査は手軽な評価方法の一つですが、測定値は腸管通過時間や検査準備などに左右され、偽陽性・偽陰性があり得ます。結果は臨床状況と合わせて解釈し、単独の検査値だけで確定しません。治療が検

討される場合は、症状の改善だけでなく、原因となる状態や再発の可能性も含めて個別に方針を決めます。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

SIBO・IMOの水素・メタン呼気検査

関連する疾患

過敏性腸症候群（IBS） セリアック病（グルテン関連腸症） 乳糖不耐症
専門家向け参考資料: ACG・Small intestinal bacterial overgrowth

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#sibo>

乳糖不耐症

乳糖を分解する酵素ラクターゼの働きが低いと、乳糖が十分に消化されず、ガス、膨満感、腹痛、下痢が起こることがあります。乳糖不耐症は牛乳たんぱくアレルギーとは異なります。

症状は摂取量や個人の許容量にも左右され、全員が乳製品を完全に避ける必要はありません。乳糖吸収不良でも無症状の場合があり、一時的なものやセリアック病など小腸疾患に続発するものもあります。指導の下で乳糖を減らしてから再摂取する方法や、必要に応じ水素呼吸検査を用い、症状と合わせて判断します。不必要な長期制限を避け、乳糖除去製品、量の調整、ラクターゼ補充などを個別に検討し、カルシウムとビタミンDを確保します。

診察で相談すること

続く症状や栄養は医師・管理栄養士に相談してください。血便、体重減少、続く下痢を乳糖だけのせいにしないことが大

切です。アレルギーが疑われる場合は別の評価が必要です。

関連する疾患

過敏性腸症候群（IBS） 小腸内細菌異常増殖（SIBO）

セリアック病（グルテン関連腸症）

専門家向け参考資料: ACG・Lactose intolerance

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#lactose-intolerance>

胆汁酸性下痢症／胆汁酸吸収不良

過剰な胆汁酸が大腸に届くと、水様便や切迫した便意が起こることがあります。胆汁酸性下痢症は単独で起こるほか、回腸の病気・手術や、胆嚢摘出後に関連する場合もあります。

慢性下痢がすべて過敏性腸症候群とは限らず、胆嚢摘出後の下痢がすべて胆汁酸によるものでもありません。薬、腸の病歴・手術歴、栄養と他の原因を確認します。利用できる地域ではSeHCATや空腹時血清C4などが診断を補助しますが、検査の利用可能性は異なり、当院での実施を示すものではありません。処方胆汁酸吸着薬や個別の食事指導を検討します。薬は他の薬の吸収に影響するため、量や服用間隔は専門家と確認し、自己判断で使わないでください。

診察で相談すること

続く水様便では脱水や他の病気も評価します。血便、原因不明の体重減少、強い脱水は早めに受診してください。処方薬を自己判断で変更しないでください。

関連する疾患

過敏性腸症候群（IBS） クローン病 胆嚢摘出後の症状 顕微鏡的大腸炎

専門家向け参考資料: CAG・Management of bile acid diarrhoea

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#bile-acid-diarrhoea>

痔核（痔）

痔核は肛門管の血管クッションに症状が生じた状態です。内痔核は痛みのない鮮血や脱出を起こすことがあり、外痔核では腫れや痛みを伴うしこりがみられることがあります。直腸出血を痔だけのせいと決めつけることはできません。

痔核は一般的ですが、肛門からの出血には他の大腸・直腸の原因もあり、年齢、病歴や診察所見を踏まえて判断します。肛門鏡で内痔核を確認できることがありますが、出血が続く場合や典型的でない場合は追加評価が必要となる場合があります。

診察で相談すること

出血、痛み、排便習慣、診察所見や病歴を確認し、視診や肛門鏡検査を行う場合があります。出血が続く場合や典型的でない場合は、他の原因の評価も検討します。対応は症状の程度と痔核の種類に応じて検討されます。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

痔核のゴム輪結紮

関連する疾患

裂肛 大腸憩室症／憩室炎

専門家向け参考資料: ASCRS · Management of hemorrhoids

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#hemorrhoids>

裂肛

裂肛は肛門管の内側にできる小さな裂け目で、排便時の鋭い痛みが排便後も続くことがあります。紙や便の表面に少量の鮮血が付く場合もあります。硬い便だけでなく、頻回の下痢も原因になり得ます。

裂肛と痔核は別の病気で、肛門痛や出血をどちらかと決めつけてはいけません。症状と無理のない診察で評価します。治りにくい、多発する、通常と異なる位置の裂肛ではクローン病など他の原因も検討します。初期のケアでは軟らかく形のある便を保つこと、いきみを避けること、温浴などを考えます。続く場合は処方軟膏や専門治療を検討しますが、必ず手術が必要なわけではありません。便を保つ機能への影響を含め、利益とリスクを個別に相談します。痔核のゴム輪結紮は裂肛の治療ではありません。

診察で相談すること

繰り返す痛み、治らない裂け目、続く出血は受診してください。肛門の腫れと発熱、持続して悪化する痛みは膿瘍などの可能性があり早急な評価が必要です。多量の出血、失神、著しい脱力では救急受診してください。

関連する疾患

痔核（痔） 機能性便秘 クローン病

専門家向け参考資料: ASCRS・Management of anal fissures

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#anal-fissure>

放射線性直腸炎

放射線性直腸炎は、骨盤への放射線治療後に直腸が刺激または損傷を受けた状態を指します。治療中や直後に起こる場合も、数か月から数年後に現れる場合もあります。便意切迫、下痢、直腸の不快感や出血がみられることがあります。ほかの原因もあるため、出血を過去の放射線治療だけのせいと決めつけることはできません。

骨盤への放射線治療後の直腸出血には複数の原因があり、治療歴だけで放射線性直腸炎と決めることはできません。評価では、元のがん、照射範囲と時期、ほかの治療や服用薬、別の原因の可能性を考慮します。内視鏡などの検査は確認したい内容に応じて選び、がん治療の経過も踏まえて計画します。多量の出血、失神、強い痛み、発熱や黒色便があれば緊急に受診してください。

診察で相談すること

放射線治療の種類と時期、症状、服用薬、ほかの病歴を確認します。直腸の状態や別の原因を調べるため、診察、血液検査、内視鏡などを検討することがあります。適切な評価はがんや治療の経過によって異なります。多量の出血、黒色便、失神、強い痛みや発熱は緊急の評価が必要です。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

大腸内視鏡

関連する疾患

潰瘍性大腸炎（UC）

専門家向け参考資料: ASGE・Radiation proctopathy

<https://paulng.clinic/ja/conditions/bowel/#radiation-proctitis>

脳腸相関の障害（DGBI）

脳腸相関の障害（DGBI）は、消化管と脳・神経系との間で行われる情報のやり取りや処理の変化に関わる病気の総称です。腸の動き、内臓からの感覚、信号への反応などが影響し、腹痛、張り、便通の変化、吐き気などの実際の症状が生じることがあります。一般的な検査で構造的な異常が見つからない場合でも、症状が想像上という意味ではありません。IBSや機能性ディスペプシアなどが代表例です。

DGBIという用語は消化管と脳・神経系の情報伝達や反応を説明するもので、症状が想像上、あるいは純粹に心理的なものという意味ではありません。腸の感覚や運動、信号の処理の違いが、痛みや便通変化などに影響することがあります。IBSを含め病型によって評価と対応は異なります。検査で他の病気を除外する必要性も症状と病歴に応じて判断し、生活上の工夫や薬などを本人の困りごとに合わせて検討します。

睡眠、食事、ストレス、過去の治療が症状にどう関係するかを共有すると、本人にとって実行可能な対応を選びやすくなります。症状が長引く場合も、変化を定期的に振り返り、診断を見直す必要性や複数の支援を組み合わせる方法を相談できます。治療の目標は症状を完全になくすことだけでなく、日常生活で困る場面を減らすことなど、本人が大切にしたいことを基準に設定できます。

診察で相談すること

診断では、症状が始まった時期や続き方、食事・排便との関係、生活への影響を整理し、症状に応じて他の病気を調べる必要性を判断します。すべての方に広範な検査が必要なわけではありませんが、出血、発熱、意図しない体重減少、進行する症状などがあれば別途評価します。対応は一つに決まらず、食事や生活の工夫、症状を標的とする薬、腸と脳の相互作用を支える方法などを、病型と本人の希望に合わせて組み合わせて検討します。

関連する疾患

過敏性腸症候群（IBS） 機能性便秘 咽喉頭異常感症（グロース） 機能性ディスペプシア

専門家向け参考資料: Rome Foundation ・ Disorders of gut-brain interaction

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gut-brain/#dgbi>

過敏性腸症候群（IBS）

IBSでは、繰り返す腹痛が排便と関連したり、便の回数や形の変化を伴ったりします。下痢が中心の方、便秘が中心の方、両方を行き来する方など、排便パターンはさまざまです。腹部膨満や排便後もすっきりしない感じを伴うこともあります。脳腸相関の障害の一つであり、腸に炎症や潰瘍を起こす炎症性腸疾患とは異なる病態ですが、症状が重なることはあります。

IBSは主な排便パターンに応じて、下痢型、便秘型、混合型などに分類されることがあり、経過中に型が変わる方もいます。IBS自体は炎症性腸疾患にみられる腸の炎症を起こしませんが、症状が重なる場合や別の病気が併存する場合があります。診断後も、新たに現れた出血、発熱、体重減少、夜間に目覚める症状などは別途評価が必要です。治療は排便型や最もつらい症状に合わせて調整し、反応を確認しながら見直します。便の形や回数、痛みが起きるタイミ

ングを一定期間記録すると、診断や治療反応を整理する助けになります。食事制限を始める場合は栄養の偏りを避けるため、必要に応じて専門家と相談し、効果が乏しい方法を長期間続けないようにします。

診察で相談すること

診断には、症状の特徴、期間、排便との関係、食事や薬との関連を確認します。年齢や病歴、診察所見によって血液・便検査や内視鏡などが適切かを判断し、警告症状の有無を確かめます。IBSの症状や経過には個人差があるため、便通の型や最も困っている症状に合わせて食事の見直し、生活上の工夫、薬物療法などを選びます。新たな症状や以前と異なる症状が現れた場合は、既にIBSと診断されていても改めて相談してください。

関連する疾患

脳腸関連の障害（DGBI） 顕微鏡的大腸炎 大腸憩室症／憩室炎 乳糖不耐症 小腸内細菌異常増殖（SIBO） 胆汁酸性下痢症／胆汁酸吸収不良

専門家向け参考資料: ACG ・ Irritable bowel syndrome

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gut-brain/#ibs>

機能性便秘

機能性便秘では、硬い便、排便回数の減少、強いいきみ、便が残る感じ、肛門付近で詰まる感じなどが続きます。排便回数だけでなく、便の硬さや出しやすさ、排便にかかる負担も重要です。検査で明らかな構造的原因が見つからないこともあります。薬の副作用、食事や水分、活動量、内分泌・代謝の問題などが関係する場合があります。

便秘は排便の頻度だけで定義されず、便の硬さ、いきみ、残便感、肛門付近でのつかえも重要な手掛かりです。骨盤底筋が排便時に適切にゆるまない場合、単に便を柔らかくする方法だけでは十分でないことがあります。薬剤、食事、他の病気も確認し、症状に応じて評価や治療を選択します。排便の記録や治療への反応を診察で共有すると、追加検査や骨盤底機能への支援が適切か検討しやすくなります。市販薬や下剤を使っている場合は、種類と使用頻度を伝

えると安全な見直しに役立ちます。急に便通が変化した場合や、腹痛・出血などを伴う場合には、単なる便秘と決めつけず別の原因を評価することがあります。生活上の取り組みや薬の効果は人によって違うため、便通の変化と副作用を確認しながら、無理のない方法へ調整することが大切です。

診察で相談すること

症状の期間、便の形、排便習慣、服用薬、食事、他の病気を確認し、必要に応じて追加検査を検討します。いきんでも出にくい、指で補助する、排便後も強い残便感がある場合は、骨盤底筋と排便の協調に問題がないかが評価の手掛かりになります。対応は原因と症状に応じて選び、便通を整える方法や薬、骨盤底機能への専門的な支援などを相談します。出血や体重減少など新たな所見がある場合は別の評価が必要です。

関連する疾患

脳腸相関の障害（DGBI） 裂肛

専門家向け参考資料: AGA / ACG · Chronic idiopathic constipation

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gut-brain/#functional-constipation>

機能性ディスペプシア

機能性ディスペプシアは腸と脳の相互作用に関わる病気です。みぞおちの痛みや灼熱感、少量で満腹になる感じ、食後のつらい膨満感などがあり、適切な評価でも症状を十分に説明できる別の病気が見つからない状態です。

症状は実際に存在し、必ずしも潰瘍、がん、胃排出遅延を意味しません。胃炎や胃不全麻痺と同じ病名ではありませんが、併存することもあります。症状の経過、薬、ピロリ菌や他の原因を確認します。全員に胃内視鏡が必要なわけではなく、年齢、家族歴、警告症状、地域のリスクで判断します。食事の調整、必要に応じた除菌、胃酸を抑える薬などを個別に検討します。

診察で相談すること

繰り返す症状は自己治療だけで済ませず相談してください。進行する飲み込みにくさ、原因不明の体重減少、続く嘔吐は早

めの診察が必要です。吐血や黒いタール状便は救急受診が必要な場合があります。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

胃内視鏡（OGD）

関連する疾患

脳腸関連の障害（DGBI） ヘリコバクター・ピロリ感染 胃炎 胃排出遅延（胃不全麻痺） 胃食道逆流症（GERD）

専門家向け参考資料: BSG・Functional dyspepsia guideline

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gut-brain/#functional-dyspepsia>

B型肝炎

B型肝炎はB型肝炎ウイルスが肝臓に感染して起こる病気です。感染が長く続いても症状がないことがあります。ウイルスの活動性や肝臓の状態によっては慢性炎症や線維化が進み、肝硬変や肝細胞癌のリスクが高まります。血液検査では感染の状態、ウイルス量、肝機能など複数の項目を確認します。単回の検査だけで経過全体を判断できるとは限りません。

B型肝炎ウイルスは血液や性接触を介して、また出産前後に母親から子どもへ感染することがありますが、食器の共有や日常的な接触では通常感染しません。慢性感染では肝硬変がなくても肝細胞癌（HCC）が発生することがあるため、感染の段階に応じた評価が大切です。血液検査のウイルスマーカーやウイルス量、肝機能は時間とともに変化することがあり、単回の結果だけでは治療適応や経過を決められません。定期検査や肝がん監視の必要性は個別に相談し

ます。家族やパートナーの検査、ワクチン接種が適切かどうか、感染状況を踏まえて医療従事者に確認できます。免疫を抑える治療を始める予定がある場合は、ウイルス再活性化のリスク評価が必要になることがあるため、事前に感染歴を共有してください。診察時には以前の血液検査の推移も確認し、治療開始の判断や次回確認までの計画を共有しておく、継続的な管理につながります。

診察で相談すること

過去の検査、家族歴、肝機能、ウイルス量、肝臓の線維化評価などを合わせ、経過観察と抗ウイルス治療の必要性を検討します。すべての方に直ちに治療が必要なわけではありませんが、状態が変わることがあるため定期的な評価が重要です。肝がんの画像検査が推奨されるかどうかは年齢、肝硬変、家族歴などに応じて決まります。薬の適応や検査計画は個別に相談し、自己判断で治療を中断しないでください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

肝エラストグラフィ

関連する疾患

C型肝炎 肝線維化 肝硬変

専門家向け参考資料: AASLD・Hepatitis B

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#hepatitis-b>

C型肝炎

C型肝炎は主に血液を介して感染するウイルス性肝疾患です。慢性感染が続くと、長い時間をかけて肝臓に炎症や線維化を起こすことがあります。抗体検査は過去または現在のウイルス曝露を示しますが、現在感染しているかどうかはウイルスRNA検査で確認します。現在は直接作用型抗ウイルス薬による治療で、多くの患者さんがウイルスを排除できます。

抗体検査陽性だけでは現在もウイルスが体内にいるか、過去に感染して自然または治療により排除されたかを区別できず、RNA検査で現在感染を確認します。直接作用型抗ウイルス薬は高い治癒率が期待できますが、治療前には肝臓の状態、過去の治療、併用薬や他の感染症などを確認します。治療後にウイルスRNAが検出されないことを確認しても、すでに肝硬変がある方では肝がんのリスクが残ることがあります。その場合は治癒後も継続的な画像検査などが必要

か相談します。ウイルス排除後も抗体検査は陽性のまま残ることがあり、再感染の有無を調べる際にはRNA検査を用いることがあります。治療薬の飲み合わせや処方日数を確認し、治療中に新しい薬を始める場合は担当者へ知らせてください。治療の前後で肝機能やウイルス量がどう変わったかを記録し、治癒確認の結果や、その後も必要な肝臓の検査について説明を受けましょう。

診察で相談すること

抗体陽性の場合はRNA検査で現在感染の有無を確かめ、感染が確認されたら肝機能や線維化の程度、過去の治療歴、併用薬などを評価します。治療薬の選択や期間は個別の条件によって異なるため、薬剤相互作用も含めて医師と確認します。治療後にはウイルスが排除されたかを検査で確認します。すでに進行した線維化や肝硬変がある場合、治癒後も肝がんなどの合併症を継続して確認する必要があることがあります。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

肝エラストグラフィ

関連する疾患

肝線維化 肝硬変 B型肝炎

専門家向け参考資料: AASLD・Hepatitis C

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#hepatitis-c>

脂肪肝（脂肪性肝疾患）

脂肪性肝疾患は、肝細胞に過剰な脂肪が蓄積した状態です。糖尿病、血圧や脂質の異常、過体重などの代謝要因と関連することが多く、飲酒や薬剤など別の要因が関わる場合もあります。画像で脂肪肝が見つかって、すべての方に炎症や進行した線維化があるわけではありません。肝機能の血液検査が正常でも、線維化が完全に否定できるとは限りません。

肝臓の脂肪蓄積に代謝リスク要因が伴う場合、代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）に該当することがありますが、飲酒や他の原因も評価します。肝脂肪がある方全員に炎症や進行した癒痕化があるわけではなく、超音波で脂肪が見えても線維化の程度は分からない場合があります。肝機能の血液検査が正常でも線維化を完全には否定できません。代謝状態や他のリスクと合わせて線維化を評価し、生活面の支援やフォローの方法を個別に検討します。血圧、血

糖、脂質などの管理も肝臓だけでなく全身の健康に関わるため、必要に応じて他の担当医と連携します。生活習慣の目標は急激な減量を勧めるものではなく、実行可能性や併存疾患を考慮して設定し、継続的に見直します。脂肪肝という画像所見だけで薬やサプリメントを始めたり、服用中の薬を中断したりせず、肝臓以外の病気も含めて安全な方法を確認してください。

診察で相談すること

飲酒、服用薬、代謝に関わる健康状態、肝炎ウイルスなど他の原因を確認します。血液検査や画像、線維化リスクを推定するスコア・肝硬度測定などから、追加評価や専門的フォローの必要性を判断します。代謝リスクの管理や生活習慣への取り組みが役立つことがあります。目標や方法は体重、併存疾患、本人の状況に合わせて相談します。病名だけで重症度を決めず、経過を確認しながら必要な検査や支援を調整します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査 肝エラストグラフィ

関連する疾患

代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MAFLD） 肝線維化

専門家向け参考資料: AASLD・Steatotic liver disease

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#fatty-liver>

代謝機能障害関連脂肪性肝疾患 (MAFLD)

MAFLDは、脂肪肝に代謝機能障害を伴う場合に用いられた以前の名称・診断枠組みです。より新しいMASLDとは定義や判定基準が完全に同じではありません。どちらも代謝の背景を伴う脂肪肝を扱いますが、画像で脂肪が見えるだけでは原因や炎症・線維化の程度は分かりません。飲酒、薬剤、ほかの肝疾患も関わる可能性があります。

MAFLDは、脂肪肝に代謝機能障害を伴うことを条件とした以前の診断枠組みです。更新された合意基準を用いるMASLDと単なる別表記ではありません。古い記録にはMAFLDと記されていることがあります。現在の評価では新しい用語が使われる場合があります。どちらの名称だけでも炎症や線維化の程度は分からず、脂

脂肪肝には複数の要因が関わることもあります。
元の診断根拠と、現在の評価がリスク判断にどう関係するかを医師に確認してください。

診察で相談すること

以前のMAFLD診断の根拠、代謝の状態、
飲酒や服用薬を確認し、必要に応じて別の原因も調べます。血液検査や画像検査は脂肪の評価や線維化リスクの推定に役立ちますが、肝酵素が正常でも線維化を否定できません。病名だけでなく全体の健康状態に基づいてフォローを検討し、現在の用語や追加評価が必要かを相談します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査 肝エラストグラフィ

関連する疾患

肝硬変 脂肪肝（脂肪性肝疾患）

専門家向け参考資料: AASLD・Steatotic liver disease

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#mafld>

肝線維化

肝線維化は、慢性的な肝臓の炎症や損傷に対する反応として、肝臓に瘢痕組織が増える状態です。原因や程度によって軽度から進行した段階まであり、進行すると肝臓の構造や働きに影響し、肝硬変に至ることがあります。初期の線維化は自覚症状がないことが多いため、肝疾患の原因や危険因子を踏まえた評価が役立ちます。

線維化と肝硬変は同じではなく、肝硬変はより進行した瘢痕化と構造変化を指します。血液検査のスコアや肝硬度測定などの非侵襲的検査は、瘢痕を直接一つずつ数えるのではなく、臨床的に重要な線維化の可能性を推定します。炎症や他の一時的な状態が数値に影響する場合がありますため、単独の結果だけで診断を確定しません。原因、血液所見、画像、経時的な変化を合わせて解釈し、再検査や追加評価の時期を相談します。異なる種類の検査結果が一致しないこともあり、その場合は測定条件や肝疾患の活動

性を見直します。肝生検は侵襲を伴うため、非侵襲的検査で答えが得られず結果が治療判断を変える見込みがある場合などに、利益とリスクを相談して検討します。線維化が疑われる場合には、原因となる肝疾患への対応で進行を抑えられる可能性があるため、評価結果を具体的な管理方針へ結びつけます。

診察で相談すること

血液検査に基づくスコアや超音波エラストグラフィなどの肝硬度測定は、進行した線維化の可能性を推定する非侵襲的な方法です。これらは瘢痕組織を直接一つずつ測る検査ではなく、炎症、胆汁うっ滞、食事やその他の状態が結果に影響することがあります。検査値は肝疾患の原因、血液所見、画像、病歴と合わせて解釈します。結果に応じて原因への対応や再評価の時期を相談し、肝生検が必要かほかの評価で解決しない場合などに個別に検討します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

肝エラストグラフィ

関連する疾患

肝硬変 自己免疫性肝炎（AIH） 原発性胆汁性胆管炎（PBC） B型肝炎 C型肝炎 脂肪肝（脂肪性肝疾患）

専門家向け参考資料: AASLD・Noninvasive liver assessment

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#liver-fibrosis>

肝硬変

肝硬変は、慢性的な肝障害による瘢痕化が進み、肝臓の構造と血流が変化した状態です。初期には自覚症状が乏しいこともありますが、病状が進むと腹水、黄疸、意識や睡眠の変化、食道・胃の静脈瘤からの出血などが起こる可能性があります。また、肝細胞癌のリスクも高まります。原因にはウイルス性肝炎、脂肪性肝疾患、アルコールなどがあり、複数の要因が関与することもあります。

医師は、重大な合併症がまだ起きていない代償性肝硬変と、腹水、黄疸、静脈瘤出血、肝性脳症などの合併症が生じた非代償性肝硬変を区別します。門脈圧亢進症は食道・胃静脈瘤や腹水の一因となることがあります。肝細胞癌

(HCC) のリスクも継続的な評価が必要となる理由の一つです。病状は変化し得るため、原因治療とともに合併症の有無を定期的に確認し、必要な画像検査や内視鏡検査を相談します。服

用薬や市販薬、サプリメントの中には肝臓や腎臓に影響するものがあるため、新たに使用する前に確認してください。検査の頻度は肝機能や過去の合併症、治療内容により異なり、症状が安定している場合も定期診察を続けることが重要です。

診察で相談すること

原因、肝臓の合成機能や血液検査、画像所見、過去または現在の合併症を確認して病状を評価します。代償性か、腹水や出血などを伴う非代償性かによって必要な支援は異なります。原因への治療、薬の見直し、静脈瘤や肝がんの検査、栄養面の支援などを個別に計画し、定期的なフォローで変化を確認します。腹部の急な腫れ、吐血・黒色便、黄疸、混乱などが現れた場合は、早急な医療評価が必要です。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査 肝エラストグラフィ

関連する疾患

B型肝炎 C型肝炎 代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MAFLD） 肝線維化

専門家向け参考資料: AASLD・Cirrhosis care

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#cirrhosis>

自己免疫性肝炎（AIH）

AIHは免疫機序による肝臓の炎症です。症状がない場合もあれば、疲労や黄疸がみられたり、肝機能検査の異常から見つかったりします。炎症が続くと線維化や肝硬変に進むことがありますが、単独で診断を確定する抗体や検査はありません。

AIHは血液検査、免疫学的検査、他の原因の除外を組み合わせで診断し、必要な場合には肝生検を行います。自己抗体の有無だけで診断は確定せず、検査結果が陰性でも疑いが残ることがあります。炎症や線維化の程度は経過とともに評価します。

診察で相談すること

肝酵素、免疫グロブリン、自己抗体、他の原因の除外などを総合し、肝生検を検討することもあります。自己抗体は別の病気でもみられ、AIHでも陰性の場合がある

ため、所見全体を解釈します。炎症や線維化の程度、関連する自己免疫疾患、継続的な経過観察の必要性も評価します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

肝エラストグラフィ

関連する疾患

肝線維化

専門家向け参考資料: AASLD・Autoimmune hepatitis

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#autoimmune-hepatitis>

原発性胆汁性胆管炎（PBC）

PBCは肝臓内の小さな胆管が徐々に障害される慢性の自己免疫性疾患です。胆汁の流れへの影響から肝機能検査異常、かゆみ、疲労がみられることがありますが、発見時に症状がない人もいます。

PBCは胆汁うっ滞型の肝機能異常と抗ミトコンドリア抗体の組み合わせから診断されることが多く、胆管閉塞など他の原因を除外します。典型的な場合に生検が常に必要とは限らず、診断が不明な場合などに追加評価を検討します。経過観察では肝機能や線維化の変化を確認します。

診察で相談すること

胆汁うっ滞型の肝機能検査、抗ミトコンドリア抗体などを確認し、他の原因を検討します。画像検査で胆管や他の肝疾患を

評価し、診断が不確かな場合などに限り生検を検討します。経過観察では肝機能の推移、線維化や合併症を確認します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

肝エラストグラフィ

関連する疾患

肝線維化

専門家向け参考資料: AASLD・Primary biliary cholangitis

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#primary-biliary-cholangitis>

肝嚢胞

肝嚢胞は肝臓内にできた液体を含む袋状の病変で、超音波やCT、MRIで別の目的の検査中に偶然発見されることがあります。薄い壁で内部が均一な液体に見える典型的な単純嚢胞は、通常は良性で症状を起こさず、治療を要しないことが多いです。一方、壁の厚さや隔壁、内部の成分などが典型的でない場合は、単純嚢胞以外の可能性を検討します。

単純嚢胞は画像上、通常は薄い壁に囲まれた液体の空間として見え、症状を起こさないまま経過することもあります。内部の隔壁、壁の不整や厚さ、充実部分などの非典型的特徴があれば、単純嚢胞とは異なる病変の可能性を評価します。報告書に記載された画像の特徴が判断の中心で、嚢胞が見つかっただけで処置が必要とは限りません。症状との関連が明確でない場合もあるため、必要な追加画像や経過観察を病歴とともに相談します。肝臓に複数の嚢胞がある

場合や、肝疾患の既往がある場合は、単純嚢胞としてよいかを個々に確認します。痛みなどの症状がある場合も、嚢胞が原因とは限らないため他の説明を検討し、処置の利益と不利益を比較して方針を決めます。

診察で相談すること

画像の特徴、嚢胞の大きさや変化、腹部症状、肝臓の病歴を確認します。非典型的な所見がある場合は、より詳細なCTやMRIなどで性状を調べる場合があります。単純嚢胞と判断できる場合に、必ずしも定期画像検査や処置が必要とは限りません。まれに大きさや位置に関連した症状が疑われることもあるため、画像報告と症状が一致するかを含め、追加評価やフォローの可否を医師と個別に相談してください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査

専門家向け参考資料: ACG・Focal liver lesions

<https://paulng.clinic/ja/conditions/liver/#liver-cysts>

胆石

胆石は胆嚢の中にできる固形物で、画像検査で偶然見つかることも多く、症状がない方もいます。石が胆嚢の出口を一時的に塞ぐと、右上腹部やみぞおちに痛みが起き、背中や右肩へ広がることがあります。胆管に石が移動して胆汁の流れを妨げると、黄疸、胆管炎、膵炎などにつながる可能性があります。無症状の胆石と、繰り返す痛みや合併症を伴う胆石では対応が異なります。

胆嚢結石は一般に超音波検査で確認しますが、胆管内の結石や胆管の状態をさらに調べるため、状況により別の画像検査が必要になることがあります。総胆管へ移動した石は胆汁の流れを妨げ、黄疸、感染、膵炎を起こすことがあります。偶然見つかった無症状の胆石と、典型的な痛みや合併症を伴う結石では対応が異なります。痛みの経過、発熱や黄疸の有無、血液検査と画像を総合して、観察か治療かを相談しま

す。食事との関連だけで胆石が痛みの原因と決められないため、痛みの場所や長さ、繰り返し方も伝えてください。症状がない場合も、画像所見や他の健康状態を踏まえて今後の対応を確認します。

診察で相談すること

痛みの場所や続く時間、発熱・黄疸の有無、診察所見、超音波などの画像、肝胆道系の血液検査を総合して評価します。必要に応じて胆管の石を調べる追加画像検査や、胆嚢・胆管に対する治療を検討します。症状のない胆石は直ちに処置を要しないことがあります。症状の反復や合併症の有無により方針は変わります。強い持続痛、発熱、黄疸が現れた場合は速やかな医療評価が必要です。

関連する検査・処置の情報

ERCPは主に適切な胆管・膵管の問題で検討し、単純な胆嚢結石の通常治療ではありません。リンクは教育情報で治療の勧めではありません。

内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP） 腹部 画像検査

関連する疾患

胆嚢ポリープ 胆嚢摘出後の症状

専門家向け参考資料: ACG・Gallbladder and
gallstone disorders

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gallbladder/#gallstones>

胆嚢ポリープ

胆嚢ポリープは胆嚢の内側から壁に沿って突出して見える病変で、腹部超音波検査で偶然見つかることがよくあります。コレステロールの沈着など良性のものが多い一方、画像上の形だけでは組織の種類を確実に区別できず、一部には腫瘍性の病変も含まれます。「ポリープ」という名称だけではがんの可能性や緊急性は判断できず、大きさや形、背景リスクを考慮します。

ポリープのように見える病変には、真の腫瘍ではなくコレステロール沈着などが含まれます。通常の超音波だけでは組織の種類を確実に決められないことがあるため、過去画像との比較や大きさ・形の変化、胆嚢壁の状態、個人の危険因子が判断に役立ちます。画像所見の測定にはばらつきもあり、単一の数値だけで結論づけず、必要な場合は追加の画像評価や外科的意見を検討します。追跡の要否と間隔は所見に合わせて決めます。腹部超音波は検査条件や観察者

によって測定値が変わることがあるため、可能なら同じ病変の過去画像を並べて比較します。大きさが変化したとの報告があれば、測定差か実際の増大かを確認し、次の検査や紹介の必要性を相談してください。胆嚢の痛みなど別の症状がある場合は、ポリープが原因とは限らないため、胆石や他の腹部疾患も含めて評価します。

診察で相談すること

超音波報告の大きさ、付着の形、胆嚢壁の状態を確認し、過去の画像と比べて増大しているかを評価します。年齢、胆嚢疾患の背景、地域や個人のリスク要因も判断材料となります。一定期間後の画像検査で変化を確認するか、外科的評価が望ましいかは所見の組み合わせによって異なります。検査間隔は一律ではないため、報告書と既往歴を踏まえて個別の計画を相談してください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査

関連する疾患

胆石

専門家向け参考資料: ESGAR / ESGE et al. .

Gallbladder polyps

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gallbladder/#gallbladder-polyps>

胆嚢摘出後の症状

胆嚢摘出後に続く、または新たに生じた消化器症状を、胆嚢摘出後症候群と総称することがあります。これは特定の一疾患を示すものではなく、胆管結石の残存・再発、胆管の問題、逆流、腸機能の問題など多様な原因が考えられます。

胆嚢摘出後の症状は、胆管結石だけでなく消化管や他の臓器の病気など多様な原因から生じます。診察では症状の時期や性質、手術記録、血液検査や胆道画像を照合し、胆道以外のよくある原因も検討します。ERCPなど侵襲的な検査は、結果が対応を変える明確な理由がある場合に検討されます。

診察で相談すること

手術の理由、症状の時期や特徴、手術記録、診察所見および必要な血液・画像検査を確認します。胆道以外の一般的な原因も評価し、症状だけで括約筋の病気と判

断しません。侵襲的な検査にはリスクがあるため、追加検査は所見に基づいて検討します。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査

関連する疾患

胆汁逆流（十二指腸胃逆流） 胆汁酸性下痢症
／胆汁酸吸収不良 胆石

専門家向け参考資料: ASGE・Biliary tract disorders and choledocholithiasis

<https://paulng.clinic/ja/conditions/gallbladder/#post-cholecystectomy-syndrome>

慢性膵炎

慢性膵炎は膵臓の炎症や線維化が続く病気です。上腹部の痛みを繰り返し、背中まで痛むことがあります。経過中に消化や血糖調節に影響が出る場合がありますが、症状や進行は人によって異なります。

飲酒、喫煙、急性膵炎の反復、遺伝的要因や他の膵疾患などが関係し、飲酒が原因と一律に判断するものではありません。病歴とCT・MRIなどの画像を合わせ、必要に応じ専門検査を行います。腹痛だけや一度の膵酵素の血液検査だけでは診断できません。原因への対応、禁煙、禁酒、栄養、痛み、糖尿病を個別に管理します。膵酵素補充は消化酵素が不足する場合に用い、全員に必要なわけではありません。内視鏡や手術は特定の問題に対し専門評価後に検討します。慢性膵炎は膵がんではありませんが将来のリスクが高まることもあり、監視方法は一律ではありません。

診察で相談すること

続く痛み、脂肪便、体重減少、血糖の変化は相談してください。突然の激痛、続く嘔吐、発熱、新たな黄疸は普段の症状と決めつけず、早急に診察を受けてください。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査 栄養評価と低栄養

関連する疾患

膵外分泌機能不全（PEI） 膵嚢胞

専門家向け参考資料: ACG・Chronic pancreatitis guideline

<https://paulng.clinic/ja/conditions/pancreatic-conditions/#chronic-pancreatitis>

膵外分泌機能不全（PEI）

PEIは、腸内の膵消化酵素が通常の消化に十分でない状態です。脂肪などの吸収に影響し、油っぽく流しにくい便、下痢、体重減少、栄養不足が生じることがありますが、他の膵臓・腸疾患などでも似た症状が起こります。

便中エラスターゼは膵酵素分泌を間接的にみる検査で、水様便では低値に見えることがあるため結果の解釈に注意します。画像は膵臓の形態を調べますが、消化酵素が十分に働いているかを直接測定しません。必要に応じて栄養状態や他の吸収不良の原因も確認します。

診察で相談すること

膵疾患や手術歴、症状、体重と栄養状態を確認します。便中エラスターゼ検査がよく用いられますが、水様便では結果が影響を受けることがあります。画像検査は膵臓の構造を評価しますが、消化機能そのものを測定する検査ではありません。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

[腹部画像検査](#) [栄養管理](#) [栄養評価と低栄養](#) [食事の工夫と経口栄養補助食品](#)

関連する疾患

[慢性膵炎](#)

[専門家向け参考資料: UEG et al. · Pancreatic exocrine insufficiency guideline](#)

<https://paulng.clinic/ja/conditions/pancreatic-conditions/#pancreatic-exocrine-insufficiency>

膵嚢胞

膵嚢胞は膵臓の中または周囲に見つかる液体を含む病変の総称で、画像検査中に偶然発見されることがあります。過去の膵炎に伴うものや、膵管とつながる嚢胞性病変など複数の種類があり、それぞれ将来の変化や悪性化の可能性が異なります。多くはすぐに症状を起こしませんが、腹痛や膵炎に関連する場合があります。見つかったというだけでがんを意味するものではありません。

膵嚢胞には過去の膵炎に関連したものや、膵管と交通する病変、嚢胞を形成する腫瘍など複数の種類があります。MRI／MRCPは膵管との関係进行评估するのに役立ち、選択された場合には超音波内視鏡で壁や内部の特徴を詳しく調べることがあります。大きさだけでなく、増大速度、膵管の変化、結節や充実成分、症状や膵炎歴を合わせて判断します。画像で嚢胞が見つかったからといって必ず手術になるわけではな

く、経過観察の方法もリスクと全身状態に応じて決まります。異なる施設の画像を比較する際は、撮影方法や測定方向の違いが見かけの大きさに影響することがあります。画像報告書や以前の検査データをそろえて確認すると、変化をより適切に判断できます。経過観察を続けるか終了するかも、年齢、健康状態、本人の希望と合わせて定期的に見直します。検査を追加するかは結果が管理方法を変える可能性を考慮して決め、負担や期待できる情報も含めて説明を受けることができます。

診察で相談すること

嚢胞の種類、大きさ、経時的な増大、膵管の拡張、壁の結節や充実成分の有無、膵炎歴などを画像報告とともに確認します。必要に応じてMRI／MRCPや超音波内視鏡などで詳しく評価し、追加検査の情報が管理方針を変えるかを検討します。リスクが低い所見では画像による経過観察が選ばれることがあり、変化や高リスク所見があれば専門的評価を相談します。追跡の間隔や期間は病変の特徴と健康状態に合わせて決めます。

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

腹部画像検査

関連する疾患

慢性膵炎

専門家向け参考資料: ACG・Pancreatic cysts

<https://paulng.clinic/ja/conditions/pancreatic-conditions/#pancreatic-cysts>

胃内視鏡（OGD）

胃カメラ（OGD）の予約と準備について。個別の指示は看護師にご確認ください。

胃カメラ（OGD）と大腸内視鏡はDr Paul Ng本人が行い、他の医師に任せることはありません。検査後のフォローアップもDr Ngが責任を持って担当します。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

どのような検査ですか？

胃カメラ（OGD）は、口から柔らかい内視鏡を入れ、食道・胃・十二指腸を観察する検査です。必要に応じて組織を採取するか医師が判断します。

このページの内容

ご予約について 検査前の準備 受診場所を確認
検査の流れ・目的・検査後 検査後はどう
なりますか？ 診察・検査の料金

ご予約について

内視鏡検査は予約制です。検査場所と個別の準備方法は、予約時に看護師へご確認ください。

予約

診察および内視鏡検査は予約が必要です。

診療日

月曜日～土曜日. 予約可能な時間は看護師にご確認ください。

検査前の準備

ご予約、検査場所、事前の準備について看護師にご確認ください。

同日の胃カメラ（OGD）を手配できる場合があります。検査前は6時間の絶食が必要です。

検査前のチェックリスト

1. 来院時間と場所を確認

日付、来院時間、受診する診療所または病院を看護師に確認してください。受付と準備の時間が必要なため、来院時間は検査時間と異なる場合があります。

2. 個別の準備指示に従う

胃カメラの前は6時間の絶食が必要です。食事と飲水をいつ止めるか看護師に確認し、個別の指示に従ってください。指示どおりに絶食できなかった場合は、出発前に連絡してください。

3. 薬と健康情報を確認

服用中の薬（特に抗凝固薬や糖尿病の薬）、薬剤アレルギー、関連する健康状態をお知らせください。医療従事者から指示がない限り、ご自身の判断で薬を中止したり用量を変更したりしないでください。

4. 持ち物を準備

身分証明書、予約や紹介の資料（あれば）、現在の薬の一覧、関連する過去の検査結果を持参してください。保険請求を予定している場合は保険証・保険契約の情報と請求書類もあればお持ちください。保険書類は受診の必須条件ではありません。

5. 鎮静を受ける場合は帰宅の付き添いを手配

責任を持って付き添える成人に帰宅時の同行と指示された帰宅後の介助を依頼してください。自分で運転して帰る予定は立てないでください。付き添いの条件と運転、飲酒、機械操作、重要な判断を避ける期間を確認し、付き添いがいない場合は事前に看護師へ連絡してください。

受診場所を確認

診察および内視鏡検査は、香港島または九龍で手配できます。予約時に実際の診療場所を看護師へご確認ください。

セントラル

香港中環クイーンズロード・セントラル30番地、エンターテインメント・ビル20階

[地図・アクセス](#)

チムサーチョイ

九龍尖沙咀キャメロンロード37番地、7階

[地図・アクセス](#)

私立病院

私立病院で検査を受ける場合は、病院名と時間を看護師にご確認ください。

[香港港怡医院 \(Gleneagles Hospital Hong Kong\)](#) [聖保祿医院 \(St Paul's Hospital\)](#) [香港浸信会医院 \(Hong Kong Baptist Hospital\)](#) [聖德肋撒医院 \(St Teresa's Hospital\)](#)

住所だけを頼りに来院せず、予約時に診療場所と時間を看護師へご確認ください。

検査の流れ・目的・検査後

検査では、細く柔軟な内視鏡を口から挿入し、食道・胃・十二指腸を順に観察します。胃を広げて見やすくするため少量の空気やガスを入れ、液体を吸引することがあります。えずき、げっぷ、一時的な膨満感が生じる場合があります。喉の麻酔スプレーや鎮静の有無は個別の計画によりますので、看護師にご確認ください。

胃カメラは上部消化管の症状の原因を調べ、炎症や潰瘍などの変化を確認するのに役立ちます。ただし観察できる範囲には限界があり、すべての病気を診断できる検査ではありません。必要に応じて、医師が少量の組織を採取（生検）し、検査に提出することがあります。結果と今後の対応は医療チームから説明されます。

重い合併症はまれですが、出血、穿孔、鎮静を使用した場合の反応などが起こる可能性があります。検査後に一時的ななどの痛みや膨満感が出ることがあります。回復や帰宅について医療チームの指示に従ってください。鎮静を受けた場合は、運転や付き添いに関する指示も守って

ください。強いまたは悪化する胸・腹部の痛み、発熱、呼吸困難、多量の出血があれば、すぐに医療機関を受診してください。

検査後はどうなりますか？

回復と帰宅

胃カメラ後に一時的ななどの痛みや膨満感が出ることがあります。喉の麻酔スプレーを使用した場合は、安全に飲み込めると医療チームが確認してから飲食してください。

医療チームが帰宅可能と判断するまで回復室で休んでください。食事、飲水、薬、活動に関する書面の指示を守ってください。鎮静を受けた場合は手配した付き添いと帰宅し、指示された制限に従ってください。

結果とフォローアップ

検査後のフォローアップはDr Paul Ngが担当します。説明を受けられる状態になったら医療チームが所見をお伝えしますが、生検やポリープの検査結果は後日となる場合があります。帰宅

前に結果を受け取る方法と時期、再診の必要性、予定どおりに連絡がない場合の問い合わせ先を確認してください。

受診が必要な症状

強い、または悪化する胸・腹部の痛み、発熱、呼吸困難、吐血、多量の出血があれば、すぐに医療機関を受診してください。

重い症状がある場合は救急外来を受診するか、香港では999に電話してください。WhatsAppやWeChatの返信を待たないでください。緊急ではない回復や結果の質問は、帰宅時に渡された連絡先または下記の診療所の連絡先から看護師へお問い合わせください。

診察・検査の料金

診察・内視鏡検査の料金は、来院案内の料金欄をご覧ください。個別のお見積もりをご希望の場合は、当センターと病院のどちらをご検討中かお知らせください。

[診察・検査の料金を見るWhatsAppで料金を確認](#)

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

[胃食道逆流症（GERD）](#) [逆流性食道炎](#) [バレット食道](#) [胃炎](#) [胃潰瘍](#) [ヘリコバクター・ピロリ感染](#) [胃腸上皮化生](#) [セリアック病（グルテン関連腸症）](#) [好酸球性食道炎（EoE）](#) [食道運動障害](#) [食道アカラシア](#) [機能的ディスペプシア](#) [自己免疫性胃炎](#)

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

内視鏡的粘膜切除術（EMR） 色素内視鏡 狭
帯域光観察（NBI） 拡大内視鏡 内視鏡生検

あわせて読む

BravoワイヤレスpHモニタリング 食道内圧検
査（manometry）

<https://paulng.clinic/ja/gastroscopy/>

大腸内視鏡

大腸内視鏡の予約、低残渣食と腸管洗浄について。看護師からの個別の指示に従ってください。

胃カメラ（OGD）と大腸内視鏡はDr Paul Ng本人が行い、他の医師に任せることはありません。検査後のフォローアップもDr Ngが責任を持って担当します。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

どのような検査ですか？

大腸内視鏡は柔らかい内視鏡で大腸の内側を観察します。状況に応じて組織採取やポリープ切除を検討します。検査前は個別に指示された腸管洗浄を行ってください。

このページの内容

ご予約について 検査前の準備 受診場所を確認
検査の流れ・目的・検査後 検査後はどう
なりますか？ 診察・検査の料金

ご予約について

内視鏡検査は予約制です。検査場所と個別の準備方法は、予約時に看護師へご確認ください。

予約

診察および内視鏡検査は予約が必要です。

診療日

月曜日～土曜日. 予約可能な時間は看護師にご確認ください。

検査前の準備

腸管洗浄の方法や食事の指示は個別に異なります。開始時期、食べてよいもの、薬の扱いは看護師の案内に従い、自己判断で変更しないでください。

GI Clean、Pico-Prep、Linzess Modifiedをご用意しています。患者さんの安全を最優先に考え、個々の状況に応じて方法を選択します。

検査前のチェックリスト

1. 来院時間と場所を確認

日付、来院時間、受診する診療所または病院を看護師に確認してください。受付と準備の時間が必要なため、来院時間は検査時間と異なる場合があります。

2. 個別の準備指示に従う

低残渣食、透明な飲料、腸管洗浄薬、絶食の個別スケジュールに従ってください。食事制限だけでは処方された洗浄薬の代わりになりません。飲み切れない、吐いてしまった、洗浄が十分か分からない場合は、出発前に看護師に連絡してください。

3. 薬と健康情報を確認

服用中の薬（特に抗凝固薬や糖尿病の薬）、薬剤アレルギー、関連する健康状態をお知らせください。医療従事者から指示がない限り、ご自身の判断で薬を中止したり用量を変更したりしないでください。

4. 持ち物を準備

身分証明書、予約や紹介の資料（あれば）、現在の薬の一覧、関連する過去の検査結果を持参してください。保険請求を予定している場合は保険証・保険契約の情報と請求書類もあればお持ちください。保険書類は受診の必須条件ではありません。

5. 鎮静を受ける場合は帰宅の付き添いを手配

責任を持って付き添える成人に帰宅時の同行と指示された帰宅後の介助を依頼してください。自分で運転して帰る予定は立てないでください。付き添いの条件と

運転、飲酒、機械操作、重要な判断を避ける期間を確認し、付き添いがいない場合は事前に看護師へ連絡してください。

腸管洗浄の参考資料 (ASGE)

受診場所を確認

診察および内視鏡検査は、香港島または九龍で手配できます。予約時に実際の診療場所を看護師へご確認ください。

セントラル

香港中環クイーンズロード・セントラル30番地、エンターテインメント・ビル20階

地図・アクセス

チムサーチョイ

九龍尖沙咀キャメロンロード37番地、7階

地図・アクセス

私立病院

私立病院で検査を受ける場合は、病院名と時間を看護師にご確認ください。

香港港怡医院 (Gleneagles Hospital Hong Kong) 聖保祿医院 (St Paul's Hospital) 香港浸信会医院 (Hong Kong Baptist Hospital) 聖德肋撒医院 (St Teresa's Hospital)

住所だけを頼りに来院せず、予約時に診療場所と時間を看護師へご確認ください。

検査の流れ・目的・検査後

検査では、柔軟な内視鏡を肛門から挿入し、大腸の内側を順に観察します。見やすくするため空気やガスを入れるため、膨満感や便意を感じることがあり、体の向きを変えていただく場合もあります。検査方法や鎮静の計画は患者さんごとに異なります。看護師から受けた個別の案内をご確認ください。

大腸内視鏡は腸の症状を調べ、粘膜の変化を確認するのに役立ちます。必要に応じて組織を採取して検査したり、ポリープを切除したりすることがあります。実施の判断やその後の対応は所見によります。腸管洗浄が不十分な場合や腸の形状などにより観察範囲が限られることがあります、すべての異常を見つけられるとは限らず、追加の評価が必要な場合もあります。

出血（特に生検やポリープ切除後）、腸の穿孔、鎮静を使用した場合の反応などがリスクとしてありますが、重い合併症はまれです。検査後は一時的な膨満感やガスがよくみられます。回復や帰宅について医療チームの指示に従い、鎮静を受けた場合は運転や付き添いに関する指示も守ってください。多量または続く出血、強い・悪化する腹痛、発熱、失神があれば、すぐに医療機関を受診してください。

検査後はどうなりますか？

回復と帰宅

大腸内視鏡後は一時的な膨満感やガスがよくみられます。生検やポリープ切除を受けた場合は、食事、薬、活動についての追加指示に従ってください。

医療チームが帰宅可能と判断するまで回復室で休んでください。食事、飲水、薬、活動に関する書面の指示を守ってください。鎮静を受けた場合は手配した付き添いと帰宅し、指示された制限に従ってください。

結果とフォローアップ

検査後のフォローアップはDr Paul Ngが担当します。説明を受けられる状態になったら医療チームが所見をお伝えしますが、生検やポリープの検査結果は後日となる場合があります。帰宅前に結果を受け取る方法と時期、再診の必要性、予定どおりに連絡がない場合の問い合わせ先を確認してください。

受診が必要な症状

多量または続く出血、強い・悪化する腹痛、発熱、呼吸困難、失神があれば、すぐに医療機関を受診してください。ポリープ切除後の出血は帰宅後に起こることもあります。

重い症状がある場合は救急外来を受診するか、香港では999に電話してください。WhatsAppやWeChatの返信を待たないでください。緊急ではない回復や結果の質問は、帰宅時に渡された連絡先または下記の診療所の連絡先から看護師へお問い合わせください。

診察・検査の料金

診察・内視鏡検査の料金は、来院案内の料金欄をご覧ください。個別のお見積もりをご希望の場合は、当センターと病院のどちらをご検討中かお知らせください。

診察・検査の料金を見るWhatsAppで料金を確認

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

大腸ポリープ 潰瘍性大腸炎（UC） クローン病 放射線性直腸炎 大腸憩室症／憩室炎 顕微鏡的大腸炎

関連する検査・処置の情報

リンク先は一般情報です。検査や治療を勧めるものではありません。

大腸ポリープ切除 内視鏡的粘膜切除術（EMR） 色素内視鏡 狭帯域光観察（NBI）
拡大内視鏡 内視鏡生検

あわせて読む

カプセル内視鏡 痔核のゴム輪結紮

<https://paulng.clinic/ja/colonoscopy/>

カプセル内視鏡

検査で分かること、限界、準備と検査後の確認事項をご案内します。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

カプセル内視鏡は、小型カメラを内蔵した飲み込めるカプセルを使い、消化管を自然に進みながら撮影した画像を体外の記録装置へ送信する検査です。

このページの内容

カプセルで観察できる範囲 目的・リスク・限界 準備と検査後 結果の見方

カプセルで観察できる範囲

特に、通常の胃カメラや大腸内視鏡では全体を観察しにくい小腸の粘膜を調べる目的で検討されます。原因が明らかでない消化管出血や貧血の評価、小腸の炎症性疾患が疑われる場合などに、病歴や先行検査を踏まえて医師が提案することがあります。胃カメラや大腸内視鏡で十分な説明が得られない場合、小腸を追加で調べる選択肢となることがあります。画像は検査後に専門家が確認するため、その場でカプセルを操作したり、所見を直ちに確定したりする検査ではありません。撮影できる範囲や画質は消化管内の内容物、カプセルの進み方、記録時間などに影響されます。

目的・リスク・限界

このカプセルは撮影だけを行い、生検、ポリープ切除、止血などの処置はできません。異常が見つかり組織採取や治療が必要になった場合は、別の内視鏡検査や処置を相談することがあります。また、腸管に狭い部分があるとカプセルが通過せず、体内に留まる可能性があります。腹痛や嘔吐など閉塞を疑う症状、腸の手術

歴、既知の狭窄、クローン病などの病歴があれば、適応や事前の開通性評価が必要かを判断できるよう医師に伝えてください。検査結果は撮影の質やカプセルの通過状況にも左右され、正常な画像でもすべての病気を否定できるわけではありません。便の中にカプセルが見えない場合や腹痛・嘔吐が生じた場合の連絡方法も、検査施設の説明で確認してください。

準備と検査後

腸管を見やすくするための食事制限や絶食、記録装置の装着方法は、検査施設と個別の手配によって異なります。検査当日は説明された手順でカプセルを服用し、受信機やセンサーを指定どおり身につけてください。食事・飲水を再開できる時刻、活動上の注意、機器の返却時刻を看護師に確認し、自己判断で他の方の準備方法を流用しないでください。飲み込みにくさや服用薬、埋め込み型医療機器がある場合も、事前に相談してください。機器の近くで避けるべき行動や、記録が中断したと思われる時の対応についても、受け取る説明書を確認します。検査後はデータを回収・解析してから結果を説明するため、結果確認の方法や連絡時期を予約時に

尋ねておくとう安心です。カプセルが胃内に長く
とどまり小腸へ進まない場合などには、画像が
十分に得られず、別の方法を検討することもあり
ます。検査中に装置の異常や体調変化に気づ
いた場合は、自己判断で処置せず施設へ連絡し
てください。通過や撮影が不十分だった場合
は、再検査、画像検査、別方式の内視鏡のどれ
が適切かを病状と期待される情報に照らして検
討します。小腸の病気が見つかったても、治療方
法は病変の種類や位置、症状により異なり、必
要なら専門的な処置につなげます。検査で問題
が見つからなくても症状が続く場合は、別の原
因や追加評価をあらためて相談してください。

結果の見方

報告では出血が疑われる部位、炎症などが示さ
れることがあります。画像だけでは組織診断
はできません。検査が途中で終わった場合や詳
しい評価が必要な所見がある場合には、画像検
査や小腸内視鏡などを相談します。異常が見つ
からなくても、症状や以前の検査と合わせて判
断します。

このページは一般的な情報であり、特定の検査を勧めるものではありません。適応、準備、検査後の予定は担当チームに個別に確認してください。

専門機関の参考資料

- [ASGE・カプセル内視鏡](#)

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

[クローン病](#)

あわせて読む

[大腸内視鏡検査](#) [胃カメラ（OGD）](#)

<https://paulng.clinic/ja/video-capsule-endoscopy/>

内視鏡生検

内視鏡生検は消化管粘膜の小さな組織を採り、検査室で調べる方法です。炎症や感染など多くの目的があり、生検をすることががんの疑いを意味するわけではありません。

どのような目的がありますか？

ピロリ菌、胃炎、セリアック病、好酸球性食道炎、顕微鏡的大腸炎や見える異常などを評価します。見た目が正常でも採取が必要な病気があります。

採取数・部位は目的で変わり、狙った生検と系統的な生検は役割が異なります。全員に全種類が必要ではありません。小さな生検は病変全体の切除とは違います。

組織はどう調べますか？

内視鏡の中を通した小さな鉗子で採取し、部位を示して検査室に提出します。粘膜採取自体は通常、独立した痛みを感じにくいですが、内視鏡では不快感があり得ます。

外観を当日説明しても病理には時間がかかり、特殊検査はさらにかかることがあります。結果の確認方法を聞いてください。採れた組織だけを評価するため、量や部位が不十分なら追加評価を要します。

安全性と結果の意味

少量の出血はあり得ます。重大な出血は多くありませんが、部位、薬、健康で異なります。穿孔や鎮静などのリスクは内視鏡と追加治療にも関係します。

抗血栓薬や出血傾向を伝え、自己判断で薬を変えないでください。多量出血、黒いタール状便、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。正常な生検でもすべての症状の原因を除外できません。

全員に必要な処置ではありません

適切な胃・大腸内視鏡で用いる技術ですが、全員に必要なではありません。方法、設備、場所、同意、準備、検査後の対応を確認してください。抗血栓薬などを自分で中止せず個別指示に従ってください。検査後の多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。本ガイドは診察の代わりではありません。

あわせて読む

[ヘリコバクター・ピロリ感染](#)

[胃炎](#)

[自己免疫性胃炎](#)

[胃腸上皮化生](#)

[セリアック病（グルテン関連腸症）](#)

[顕微鏡的大腸炎](#)

[好酸球性食道炎（EoE）](#)

[潰瘍性大腸炎（UC）](#)

クローン病

バレット食道

胃潰瘍

大腸ポリープ切除

内視鏡的粘膜切除術（EMR）

胃内視鏡（OGD）

大腸内視鏡

専門機関の参考資料

ASGE・Upper endoscopy and biopsiesBSG・
Colorectal surveillance in inflammatory
bowel disease (2025).

<https://paulng.clinic/ja/endoscopic-biopsies/>

ピロリ菌の培養・薬剤感受性検査

胃内視鏡で採取した胃粘膜の組織からピロリ菌を培養し、抗菌薬への感受性を調べます。除菌薬の選択に役立つことがあり、感染の有無を調べる呼気検査とは目的が異なります。

検討される場面

除菌治療後も感染が続く場合、特に治療が繰り返し不成功となった場合に検討します。過去の治療、服薬状況、アレルギー、地域の耐性情報を踏まえて判断します。

初めて感染が分かった方全員に培養や胃内視鏡が必要なわけではありません。以前の処方、抗菌薬の使用歴、除菌判定の結果をご持参ください。

採取と準備

通常は胃内視鏡で胃粘膜を採取します。培養には専用の採取・輸送手配が必要なため、事前に検査室と調整します。通常の病理検体がそのまま培養に使えるとは限りません。

胃酸を抑える薬、抗菌薬、ビスマス製剤は検出感度を下げる場合があります。一般にPPIは約2週間、抗菌薬とビスマス製剤は約4週間の休薬が必要になることがあります。処方薬を自己判断で中止せず医師の指示に従ってください。絶食、鎮静、内視鏡のリスクも個別に確認します。

結果の限界

菌が培養できれば、特定の抗菌薬への感受性や耐性を調べます。対象薬や所要時間は検査室で異なります。治療選択の参考になりますが、除菌成功を保証するものではありません。

ピロリ菌は培養が難しく、薬、採取、輸送、処理が結果に影響します。培養陰性でも感染を否定できません。状況により遺伝子による耐性検

査を検討しますが、検出できる耐性の範囲は培養と異なります。

治療と除菌判定

結果だけでなく以前の治療や薬の忍容性も踏まえて処方します。抗菌薬を自己判断で変更しないでください。培養・感受性検査だけでは治療後の除菌判定を代用できません。

通常は抗菌薬終了から少なくとも4週間後に、尿素呼気検査または適切な便中抗原検査で確認します。胃酸を抑える薬などの扱いは指示に従ってください。抗体の血液検査は除菌判定には適しません。

事前の調整が必要です

適応、採取方法、実施体制、費用、結果までの期間は医師と検査室に個別に確認してください。一般的な情報であり、個別の診断や処方の指示ではありません。

あわせて読む

[ヘリコバクター・ピロリ感染](#)

[胃炎](#)

[胃潰瘍](#)

[内視鏡生検](#)

[ヘリコバクター・ピロリの尿素呼気試験](#)

[胃内視鏡（OGD）](#)

専門機関の参考資料

[ACG・H. pylori guideline highlights](#)

[\(2024\)AGA・Management of refractory H. pylori infection](#)

<https://paulng.clinic/ja/h-pylori-culture-sensitivity/>

大腸ポリープ切除

大腸内視鏡を通して粘膜のポリープを取り除く処置です。一部の前がん病変を切除することで将来の大腸がんリスクを減らせますが、すべてのポリープが同じ性質・リスクではありません。

なぜ切除するのですか？

一部の腺腫や鋸歯状病変は時間とともにがんに進むことがあります。多くは無症状で、見た目だけでは最終的な組織診断はできません。

大きさ、形、位置、性質の予測、薬や全身状態を考慮します。大きい・複雑な病変は初回にすぐ切除せず、専門的な治療を別途計画する場合があります。

どのように取り除きますか？

スネアと呼ばれる金属の輪で病変を捉えます。コールドスネアは切除に通電せず、ホットスネアは通電します。どちらを使うかは病変によって判断します。

回収した組織は通常、病理検査に提出します。一部は内視鏡的粘膜切除術（EMR）、別の高度な方法や手術が必要です。必要に応じ止血クリップを使いますが、全例に必要ではありません。

リスク・回復・再検査

処置中や数日後の出血、穿孔、不完全切除、鎮静の合併症などがあり、リスクは病変と方法で異なります。

前処置、薬、食事、活動は医療チームの指示に従い、抗血栓薬を自分で中止しないでください。再検査は病理、完全切除、検査品質で決めます。多量の出血、失神、発熱、強い・悪化する腹痛では緊急受診してください。

全員に必要な処置ではありません

適切な胃・大腸内視鏡で用いる技術ですが、全員に必要なではありません。方法、設備、場所、同意、準備、検査後の対応を確認してください。抗血栓薬などを自分で中止せず個別指示に従ってください。検査後の多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。本ガイドは診察の代わりではありません。

あわせて読む

[大腸ポリープ](#)

[内視鏡的粘膜切除術（EMR）](#)

[内視鏡生検](#)

[大腸内視鏡](#)

専門機関の参考資料

[ESGE・Colorectal polypectomy and EMR \(2024\)](#)
[ASGE・Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/ja/colonic-polypectomy/>

内視鏡的粘膜切除術（EMR）

EMRは消化管粘膜の適切な表在病変を内視鏡で切除する方法です。大きい・平坦な病変などで検討しますが、すべての病変やがんに適するわけではありません。

どのような病変で検討しますか？

大きさ、形、位置、表面像や浸潤の深さを評価します。適切な病変では手術を避けられる場合もありますが、深い浸潤には別の治療が必要ながあります。

EMRと内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は異なります。一括標本の必要性、目的、専門技術、個人のリスクを考えます。診断時に必ず同時切除するとは限りません。

処置の流れ

通常のEMRでは病変の下に液体を注入して持ち上げ、スネアで切除します。症例により水中EMRなどを検討します。一括または分割して切除する場合があります。

組織は病理検査に提出します。分割切除では切除縁の評価が難しくなることがあります。実施場所、鎮静、宿泊観察は部位、複雑さ、全身状態で決めます。

リスクと切除部位の確認

即時・遅発性出血、穿孔、通電による腸壁損傷などがあります。遺残・再発に追加治療が必要な場合があります、見た目で取れても経過観察が重要です。

病変、病理、切除の完全性に応じて瘢痕を確認し、特に分割切除後は注意します。薬を自己変更せず退院指示に従ってください。多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛では緊急受診してください。

全員に必要な処置ではありません

適切な胃・大腸内視鏡で用いる技術ですが、全員に必要なではありません。方法、設備、場所、同意、準備、検査後の対応を確認してください。抗血栓薬などを自分で中止せず個別指示に従ってください。検査後の多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。本ガイドは診察の代わりではありません。

あわせて読む

[大腸ポリープ](#)

[大腸ポリープ切除](#)

[内視鏡生検](#)

[胃内視鏡（OGD）](#)

[大腸内視鏡](#)

専門機関の参考資料

ESGE・Colorectal polypectomy and EMR
(2024)ASGE・Upper endoscopy and biopsies

<https://paulng.clinic/ja/endoscopic-mucosal-resection/>

色素内視鏡

色素内視鏡は消化管粘膜に色素などを散布し、表面の細かな構造を観察しやすくする技術です。観察のための方法で、それ自体で組織を切除するものではありません。

色素を使う目的

微細な病変や境界を見やすくし、生検位置や治療計画の検討に役立つことがあります。長期に大腸に炎症がある炎症性腸疾患の監視などで検討します。

病気、検査品質、医師の評価により適否を判断し、通常の大腸内視鏡すべてに必要なわけではありません。再検査の間隔も個別に決めます。

色素法と画像強調の違い

表面を洗浄してから内視鏡を通じて色素を散布します。薬剤により輪郭や組織の特徴を強調する仕組みが異なり、良い前処置と丁寧な観察は

不可欠です。

仮想色素内視鏡は散布せず光学・電子技術で像を変えます。NBIはその一つで、色素散布と同じではなく、どちらも自動的に光学拡大を含むわけではありません。アレルギーや過去の反応を伝えてください。

限界と検査後

強調画像は生検や切除の位置選びに役立ちますが、すべての病変の発見や組織診断を保証しません。病理検査が必要な場合があります。

リスクや回復は主に胃・大腸内視鏡そのもの、生検や治療の有無で決まります。薬剤固有の注意、薬や警告症状は担当者に確認してください。どの画像技術もがんの確実な発見を保証しません。

全員に必要な処置ではありません

適切な胃・大腸内視鏡で用いる技術ですが、全員に必要なではありません。方法、設備、場所、同意、準備、検査後の対応を確認してください。抗血栓薬などを自分で中止せず個別指示に従ってください。検査後の多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。本ガイドは診察の代わりではありません。

あわせて読む

[大腸ポリープ](#)

[潰瘍性大腸炎（UC）](#)

[クローン病](#)

[狭帯域光観察（NBI）](#)

[拡大内視鏡](#)

[内視鏡生検](#)

[胃内視鏡（OGD）](#)

[大腸内視鏡](#)

専門機関の参考資料

ESGE · Advanced imaging in colorectal endoscopy
BSG · Colorectal surveillance in inflammatory bowel disease (2025).

<https://paulng.clinic/ja/chromoendoscopy/>

狭帯域光観察（NBI）

NBIは特定の波長の光を使い、粘膜表面の微小血管や構造を見やすくする観察技術です。気になる部位の評価を助けますが、それ自体で生検や切除は行いません。

何を評価できますか？

食道、胃、大腸の適切な部位で表面・血管像・境界の評価を助け、生検や切除計画に役立つことがあります。

部位、目的、装置、画像品質や経験に左右されます。丁寧な白色光観察の補助であり、すべての早期病変を発見できるという意味ではありません。

他の観察法との違い

色素を散布せず、観察に使う光を変えます。対応する装置では内視鏡中に切り替え、独立した拡大機能と組み合わせる場合もあります。

色素散布、通常の高精細画像、光学拡大とは別の機能です。装置により性能が異なり、検査目的と設備で使用を選びます。全員に必須というわけではありません。

限界・生検・回復

見た目から組織の性質を推定しても、確定診断や浸潤の深さが判断できるとは限りません。生検や切除標本の病理が必要な場合があります。

NBIそのものは組織を切りません。準備、鎮静リスク、回復は基になる内視鏡と生検・治療に従います。画像が強調されるからと準備や退院指示を変更しないでください。

全員に必要な処置ではありません

適切な胃・大腸内視鏡で用いる技術ですが、全員に必要なではありません。方法、設備、場所、同意、準備、検査後の対応を確認してください。抗血栓薬などを自分で中止せず個別指示に従ってください。

検査後の多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。本ガイドは診察の代わりではありません。

あわせて読む

[大腸ポリープ](#)

[バレット食道](#)

[胃腸上皮化生](#)

[色素内視鏡](#)

[拡大内視鏡](#)

[内視鏡生検](#)

[胃内視鏡（OGD）](#)

[大腸内視鏡](#)

専門機関の参考資料

[ESGE・Advanced imaging in colorectal endoscopy](#)
[ASGE・Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/ja/narrow-band-imaging/>

拡大内視鏡

拡大内視鏡は対応する装置で消化管粘膜の微細構造を拡大して観察します。光学拡大で表面や血管像を評価し、色素法やNBIと組み合わせることがあります。

詳しく観察する目的

選択した病変の性質や境界、生検・切除の計画を検討する補助となります。役割は部位、疑う疾患、検査品質で異なります。

拡大を使うことはがんを意味せず、すべての通常検査に必要でもありません。外観だけでは組織や浸潤深度を決められないことがあります。

光学拡大とデジタルズーム

光学拡大は内視鏡の光学系で近接の細部を捉えます。デジタルズームは既存画像を大きくするもので、新たな光学的情報を得ることとは異なります。

拡大と画像強調は別の機能です。拡大とNBIを併用できますが、NBI画像が必ず拡大像とは限りません。安定した位置、清潔な表面と対応機器が重要です。

限界と次の評価

粘液、炎症、出血や動きで細部が見えにくくなります。判読には経験が必要で、生検や切除標本で確認する場合があります。

観察技術であり切除治療ではありません。前処置と回復は胃・大腸内視鏡と追加治療に従います。拡大像が病理に代わると考えず、結果の意味を医師と相談してください。

全員に必要な処置ではありません

適切な胃・大腸内視鏡で用いる技術ですが、全員に必要なではありません。方法、設備、場所、同意、準備、検査後の対応を確認してください。抗血栓薬などを自分で中止せず個別指示に従ってください。

検査後の多量出血、失神、発熱、強い・悪化する胸腹痛は緊急受診が必要です。本ガイドは診察の代わりではありません。

あわせて読む

[大腸ポリープ](#)

[胃腸上皮化生](#)

[狭帯域光観察（NBI）](#)

[色素内視鏡](#)

[内視鏡生検](#)

[胃内視鏡（OGD）](#)

[大腸内視鏡](#)

専門機関の参考資料

[ESGE・Advanced imaging in colorectal endoscopy](#)
[ASGE・Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/ja/magnifying-endoscopy/>

ワイヤレス食道pHモニタリング

検査で分かること、限界、準備と検査後の確認事項をご案内します。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

Bravoは食道内の酸曝露を測定し、逆流症状との関係性を評価するための検査です。

このページの内容

Bravo検査で測定すること 目的・リスク・限界 準備と検査後 結果の見方

Bravo検査で測定すること

胃カメラを用いて小さな無線カプセルを食道壁に取り付け、一定期間にわたる酸度の変化を携帯型受信機へ記録します。患者さんには食事、姿勢、胸やけや逆流感などの症状が起きた時刻を日誌に記録していただき、医師が測定データと照合します。症状と胃酸の逆流が関連するかを考える手掛かりになりますが、食道粘膜を直接観察する胃カメラとは目的も情報も異なります。胃カメラで明らかな食道炎が確認できない場合や、逆流症状と酸曝露の関連を調べる必要がある場合などに選択肢となります。症状が起きた時だけでなく、食事や横になる時刻も記録すると、データを日常生活と照らして解釈する助けになります。

目的・リスク・限界

取り付けたカプセルは通常、後日自然に外れて消化管を通過します。装着後に一時的な胸部の違和感や、食べ物が通る際の感覚を覚える方もいます。Bravoが記録するのは主に酸度であり、すべての非酸性逆流を識別する検査ではなく、逆流以外の原因による胸痛や咳を確定する

ものでもありません。測定値は症状日誌の正確さや検査時の状況を踏まえて解釈します。結果が正常でも、すべての食道疾患が否定されるわけではなく、検査を行うかどうかは症状、胃カメラ所見、治療歴を含めて判断します。検査の目的が未確定の逆流症を評価することか、すでに診断された逆流症で治療中の酸曝露を調べることにによって、薬の扱いが異なる場合があります。結果は酸曝露の時間や症状との関連を示すもので、症状の全てを説明したり、治療効果を単独で保証したりはしません。

準備と検査後

記録期間、食事や活動の扱い、症状日誌の付け方、および酸を抑える薬を一時中止するか継続するかは、検査の目的に応じて医師が個別に指示します。指示を確認せずに薬を止めたり、用量を変えたりしないでください。体内にペースメーカーなどの医療機器がある場合、嚥下に問題がある場合、記録期間中にMRIを受ける予定がある場合は、使用する機器の注意事項を確認するため予約前に医療チームへ伝えてください。受信機の携帯方法と返却時刻も看護師に確認します。受信機のボタン操作、症状記録の方

法、通常と異なる症状が起きた際の連絡先も、検査前に確認しておきます。カプセルが外れる時期には個人差があり、装着感が続く場合や飲み込みにくさが強くなる場合には、施設から案内された窓口へ連絡してください。症状と測定値に食い違いがある時は、日誌や装置の記録状況を確認し、必要であれば別の評価方法が適するか医師と検討します。検査結果を受け取った後、症状との対応関係や治療への影響を担当医と振り返り、追加の検査が必要かどうかも確認します。日誌が一部空欄でも、そのことを伝えてください。記録の確実性も結果を解釈する際の参考になります。普段の食事や活動が続けるかは個別の説明に従い、記録された生活状況もデータの解釈に用います。

結果の見方

結果では食道が酸にさらされた時間と、記録した症状が酸逆流と重なるかをそれぞれ評価します。どちらか一方だけですべての症状の原因は確定できません。制酸薬を服用中に行ったか、医師の指示で休薬したかも解釈に影響します。

このページは一般的な情報であり、特定の検査を勧めるものではありません。適応、準備、検査後の予定は担当チームに個別に確認してください。

専門機関の参考資料

- [BSG・食道逆流モニタリング](#)

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

[胃食道逆流症（GERD）](#) [逆流性食道炎](#)

あわせて読む

[胃カメラ（OGD）](#) [食道内圧検査（manometry）](#)

<https://paulng.clinic/ja/bravo-ph-test/>

食道内圧検査

検査で分かること、限界、準備と検査後の確認事項をご案内します。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

食道内圧検査では、飲み込む動作に伴う食道筋の収縮、収縮の伝わり方、食道と胃の境目にある括約筋の圧や弛緩を測定します。

このページの内容

内圧検査で測定すること 目的・リスク・限界 準備と検査後 結果の見方

内圧検査で測定すること

通常は細い圧センサー付きカテーテルを鼻から食道へ通し、指示に合わせて少量の水を複数回飲み込んでいただきます。嚥下困難、食べ物がつかえる感覚、食道運動異常の疑いがある場合に、食道の動きに関する診断を助けることがあります。高解像度の検査では、複数のセンサーから得た圧の変化をまとめて評価し、嚥下の協調性や異常な収縮パターンを検討できます。検査中の測定値と症状、他の検査所見を合わせて評価します。

目的・リスク・限界

胃カメラが食道の内側の炎症や狭窄などを観察するのに対し、内圧検査は主に食道の運動機能を調べるもので、互いに代用できません。逆流症状の評価や食道の治療を検討する前に、運動異常の有無を確認する目的で行うこともあります。カテーテル挿入時には鼻や喉に一時的な違和感、涙目、吐き気が生じることがありますが、測定中は通常、指示に従って嚥下を続けます。検査の種類や所要時間、結果の説明方法は予約内容に応じて医療チームが案内します。測

定結果だけで症状の原因がすべて分かるとは限りません。圧のパターンは標準的な分類に照らして読影しますが、症状や体位、検査条件も解釈に関わります。構造的な病変や粘膜の炎症を直接示す検査ではなく、結果に応じて胃カメラ、画像検査、逆流モニタリングなど別の評価を組み合わせる場合があります。

準備と検査後

予約時に、服用中の薬、鼻の病気や手術歴、嚥下困難、食物・薬剤アレルギーなどをお知らせください。食事や飲水を控える時間、検査当日の服薬については施設からの個別指示に従い、ご自身で薬を中止しないでください。説明された手順が分からない場合、また体調の変化で検査が難しそうな場合は、検査前に看護師へ連絡してください。検査中は嚥下の指示に合わせて動作を行うため、手順を事前に聞いておく取り組みやすくなります。結果は症状や胃カメラなどの所見と合わせ、次に必要な評価や対応を相談する材料になります。診断名がついた場合も、運動パターンと症状が一致するかを確認したうえで治療の選択肢を検討します。カテーテルの挿入に不安がある場合は、検査前にスタッ

フへ伝え、説明や休憩の方法を確認してください。検査結果の説明時には専門用語も確認し、症状に合う治療案を相談しましょう。

結果の見方

複数回の嚥下で得られる圧力パターンから、出口の弛緩不全、収縮の弱さ、けいれんなどが示唆されます。結果は症状や内視鏡などと合わせて解釈します。内圧検査では食道粘膜は見え、嚥下障害のすべての原因は分かりません。

このページは一般的な情報であり、特定の検査を勧めるものではありません。適応、準備、検査後の予定は担当チームに個別に確認してください。

専門機関の参考資料

- [ACG・食道生理機能検査](#)
- [ASGE・食道内圧検査](#)

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

食道アカラシア 食道運動障害

あわせて読む

胃カメラ（OGD） BravoワイヤレスpHモニタリング

<https://paulng.clinic/ja/oesophageal-manometry/>

内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)

検査で分かること、限界、準備と検査後の確認事項をご案内します。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

ERCPは、側視鏡とX線画像を組み合わせ、胆管や膵管を詳しく評価しながら必要な処置を行う検査です。

このページの内容

ERCPを検討する場合 目的・リスク・限界 準備と検査後 結果の見方

ERCPを検討する場合

内視鏡を口から十二指腸まで進め、胆汁や膵液が流れ出る開口部から細い器具を通して造影剤を注入し、管の形や通過状態を確認します。胆管結石の除去、狭くなった部分の拡張、胆汁の流れを保つステント留置など、治療を要する状況で用いることがあります。診断情報だけが必要な場合は、超音波、CT、MRI／MRCPなど、より侵襲性の低い検査で先に評価できるか検討します。胆管の閉塞が疑われる場合も、まず画像で原因や位置を確かめ、ERCPによる治療が他の方法より適切かを検討することがあります。処置の範囲は事前の画像や全身状態、内視鏡で得られる所見に応じて決まります。

目的・リスク・限界

ERCPは通常の診断目的の胃カメラとは異なり、胆管・膵管に器具を入れる専門的な処置です。所見に応じて結石の除去や組織採取、開口部の切開・拡張、ステント留置などを行う場合がありますが、計画した処置が必ず可能とは限らず、追加の治療が必要になることもあります。合併症として膵炎、出血、感染、腸管穿

孔、鎮静に伴う問題などが起こり得ます。医師は、検査を行う理由、期待できる利益、代替案、病歴に応じたリスクを事前に説明し、必要性を慎重に判断します。処置後の観察中に症状や検査値を確認する場合があります。胆管ステントは一時的に留置され、後日の交換や抜去が必要となることがあるため、使用する場合は種類とフォロー計画を確認してください。まれな合併症を含め、痛みや発熱など処置後に注意する症状と連絡先についても退院時に説明を受けます。

準備と検査後

Dr NgのERCPは外来センターでは実施せず、病院でのみ手配します。日帰り入院または一泊入院となり、施設や観察の必要性は術前評価後に決まります。抗凝固薬・抗血小板薬、糖尿病薬を含む服用薬、アレルギー、腎臓・心臓などの疾患、妊娠の可能性、過去の麻酔や内視鏡での問題を医療チームへ伝えてください。絶食、薬の調整、鎮静、付き添い、退院後の注意は個別に案内されます。医療従事者の指示なしに薬を止めたり、準備時間を一律に当てはめたりしないでください。抗菌薬や膵炎予防など追加の対

策が必要かは患者さんごとの状況に応じて担当医が判断します。病院での受診・入院手続き、退院後に連絡すべき症状、次回のステント確認などがある場合の予定を、予約時および退院前に確認してください。予定外の処置や入院延長が必要となる可能性も含め、当日の流れや帰宅後の付き添いについて事前に看護師へ確認してください。治療の後には胆汁の流れや症状の改善を確認し、必要な場合はステントの抜去・交換を忘れずに予定します。受診時に連絡方法も確認します。

結果の見方

胆管・膵管の治療やステント留置を受けた場合は、行われた処置と、ステントの確認・交換・抜去を誰が担当するかを確認してください。処置後も症状や血液検査の経過観察が必要な場合があります。腹痛、発熱、黄疸が出た際の連絡先を確認しましょう。

このページは一般的な情報であり、特定の検査を勧めるものではありません。適

応、準備、検査後の予定は担当チームに個別に確認してください。

専門機関の参考資料

- [ASGE・ERCP](#)

関連する疾患

ERCPは主に適切な胆管・膵管の問題で検討し、単純な胆嚢結石の通常治療ではありません。リンクは教育情報で治療の勧めではありません。

[胆石](#)

あわせて読む

[腹部画像検査](#)

<https://paulng.clinic/ja/ercp/>

痔核のゴム輪結紮

ゴム輪結紮について、選択された内痔核を対象とする一般情報です。特定の医師や診療所がこの処置を提供することを示すものではありません。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

ゴム輪結紮では、肛門の敏感な部分より上にある内痔核の根元に小さなゴム輪をかけます。血流が減ると組織は縮小して脱落し、小さな瘢痕が粘膜を固定することがあります。

このページの内容

[結紮を検討する場合](#) [処置の流れ](#) [リスクと他の選択肢](#)

結紮を検討する場合

食物繊維や水分の調整、排便時にいきまない工夫をしても、内痔核の出血や脱出が続く場合に医師が検討することがあります。選択された内痔核への外来処置であり、すべての肛門症状や外痔核に適するわけではありません。

直腸出血を痔核と決めつけないでください。治療前に診察し、年齢、症状、病歴に応じて他の原因を調べる場合があります。

処置の流れ

診察後、小さな器具で対象部位に1個以上のゴム輪をかけます。処置は通常短時間で、圧迫感、便意、軽い不快感が生じることがあります。結紮した組織は通常数日で脱落し、その際に少量の出血がみられることがあります。

範囲や再処置の必要性は所見と症状によります。準備、出血に影響する薬、処置後のケア、相談先について医療チームに確認してください。

リスクと他の選択肢

圧迫感、痛み、組織脱落時の出血、排尿困難が起こることがあります。大量出血や感染など、まれでも重い合併症があります。多量の出血、発熱、強い痛み、排尿困難があれば直ちに受診してください。

診断と重症度に応じ、排便習慣の調整、他の外来治療、手術などを相談します。再発しない保証はありません。抗凝固薬など個別のリスクを含め、医師と検討してください。

一般情報であり、治療の提供や個別の推奨を意味しません。新たな、または続く直腸出血は医療機関で評価を受けてください。

専門学会の指針

- 米国結腸直腸外科学会（ASCRS）：痔核

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

痔核（痔）

あわせて読む

大腸内視鏡検査 鎮静と検査場所

<https://paulng.clinic/ja/rubber-band-ligation/>

食道ボツリヌス毒素注射

ボツリヌス毒素注射は、アカラシアなど一部の食道運動障害で検討される選択肢です。すべての人に適するわけではなく、効果は一時的な場合があります。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

内視鏡を使い、食物が胃へ進む際に緩むべき下部食道括約筋へボツリヌス毒素を注射します。アカラシアではこの弛緩が妨げられます。注射は筋肉の収縮を一時的に弱めますが、嚥下困難のあらゆる原因を治すものではありません。

このページの内容

評価と治療選択 注射の方法 効果の限界と選択肢

評価と治療選択

アカラシアは特定の運動障害です。診断には症状の確認、他の原因を除外する内視鏡、食道内圧検査などを用い、画像検査が必要な場合があります。似た症状を起こす病気もあるため、治療選択の前に診断を確認します。

ガイドラインでは主に、より根本的な治療を受けられない人や、個別に相談した場合の選択肢です。適応があればバルーン拡張、Heller筋層切開術、POEMなどを検討します。選択は病状と本人の希望によります。

注射の方法

注射は内視鏡で行い、鎮静または麻酔を伴うことがあります。括約筋に数か所注射します。方法、場所、絶食、回復の指示は担当チームから個別に受け、他の人の指示を使わないでください。

嚥下が改善することはありますが、反応と持続期間には個人差があり、効果は短く症状が戻る場合があります。再注射や別の治療が必要になることもあります。

効果の限界と選択肢

内視鏡や注射には胸部不快感、逆流、出血、感染、まれな穿孔のリスクがあり、鎮静・麻酔にもリスクがあります。アレルギー、薬、妊娠、過去の処置、心肺疾患を伝えてください。

何の診断を治療するのか、期待できる効果、持続期間、再治療の可能性、拡張や筋層切開との違いを尋ねましょう。処置後に強い胸痛、発熱、呼吸困難、水分も飲み込めない状態があれば直ちに受診してください。

専門的治療の情報であり、本診療所で提供されることを示すものではありません。診断確定後、消化器チームと相談してください。

専門学会の指針

- [米国消化器病学会（ACG）：アカラシア診療ガイドライン](#)

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

[食道アカラシア](#)

あわせて読む

[食道内圧検査（manometry）](#) [胃カメラ（OGD）](#)

<https://paulng.clinic/ja/oesophageal-botulinum-injection/>

幽門ボツリヌス毒素注射

幽門へのボツリヌス毒素注射は胃排出遅延で研究されていますが、標準的または確立した治療として扱うべきではありません。AGAは難治性胃不全麻痺でも日常的使用を推奨していません。

香港の消化器・肝臓専門医 Dr Paul Ng。中環・尖沙咀での診察は予約制です。検査の適応と場所については医療チームにご確認ください。

概要

胃不全麻痺は機械的閉塞がないのに胃排出が遅れる状態です。幽門は胃から小腸への出口の筋肉です。内視鏡でこの筋肉に毒素を注射し、排出抵抗を下げることを試みますが、有効性は不確かです。

このページの内容

胃不全麻痺の診断確認 処置の内容 エビデンスと選択肢

胃不全麻痺の診断確認

吐き気、嘔吐、早期満腹感、膨満感には多くの原因があります。胃不全麻痺の診断には症状、閉塞の除外、適切な検査での胃排出遅延の確認が必要です。一般に4時間胃排出検査が用いられ、薬や他の病気が結果に影響することがあります。

専門医は栄養、水分、必要に応じた血糖管理、胃排出を遅らせる薬、症状や排出改善の根拠がある治療を検討します。注射は診断や個別の標準的ケアの代わりではありません。

処置の内容

専門的な場で検討される場合、内視鏡で幽門筋に注射します。多くの地域では胃不全麻痺に対する適応外の介入です。内視鏡と鎮静の計画が必要で、担当チームからリスク、代替策、経過観察の説明を受けてください。

胃排出や症状の改善は保証されません。効果が乏しい、またはない場合があります。毒素の作用は時間とともに消失します。幽門の検査で対象者を選ぶ方法も研究段階で、個人に効く証明ではありません。

エビデンスと選択肢

内視鏡による出血、感染、まれな穿孔、鎮静のリスクがあります。同意前に薬、アレルギー、関連疾患、提案理由を確認してください。

2025年のAGAガイドラインは、薬物治療に抵抗する胃不全麻痺へのボツリヌス毒素注射を日常的に行わないよう提案しています。根拠、治療目標、代替策、臨床研究の有無を尋ねてください。実施可能であることは有効性を意味しません。

情報提供であり、治療の推奨ではありません。AGAは幽門ボツリヌス毒素注射の日常的使用を推奨していません。例外的または研究的使用は専門医と相談してください。

専門学会の指針

- 米国消化器病学会（AGA）：胃不全麻痺の診療ガイドンス

関連する疾患

関連する疾患があっても、この処置が適するとは限りません。個別の評価が必要です。

胃排出遅延（胃不全麻痺）

あわせて読む

胃カメラ（OGD） 鎮静と検査場所

<https://paulng.clinic/ja/pyloric-botulinum-injection/>

腹部画像検査

超音波、CT、MRIにはそれぞれ異なる用途と限界があります。どの検査が最適かは、医師が確認したい内容によって決まり、常に「最良」といえる検査が一つあるわけではありません。

腹部超音波検査

音波を使って腹部臓器をリアルタイムで観察します。電離放射線は使用しません。胆嚢結石が疑われる場合、通常は最初に検討される検査です。

腸管ガス、体格、検査部位によって見え方が制限されることがあります。深部の構造によっては、CTやMRIと比べて確認できる解剖学的詳細や視野が限られる場合がありますが、すべての臓器で超音波の解像度が低いという意味ではありません。

CT検査

X線を使って腹部の断面画像を撮影します。比較的短時間で広い範囲を確認でき、検査によっては造影剤を注射します。

CTでは放射線を使用し、胆嚢結石の一部、特に胆汁と密度が近い結石を見つけられないことがあります。そのため、CT報告に「結石なし」と記載されていても、胆石を完全には否定できない場合があります。

MRI／MRCP

MRIは磁場と電波を使って軟部組織を撮影し、電離放射線は使用しません。MRCPは胆管と膵管を中心に撮影するMRIの方法です。

検査には通常、より長い時間がかかります。金属インプラント、心臓デバイス、体内の金属片がある場合は、事前にMRIの安全性評価が必要です。すべての金属が一律に禁止されるわけではなく、特定の条件下で撮影可能な機器もあります。

どの検査を選べばよいですか？

胆嚢結石が疑われる場合は、通常、超音波検査がまず検討されます。腹部を広く調べる必要がある場合や胆管・膵管を確認する場合は、臨床状況に応じてCTまたはMRI／MRCPが提案されることがあります。妊娠の可能性、腎臓の問題、造影剤アレルギー、体内の埋め込み機器について医師へお知らせください。

あわせて読む

[胆石](#)

[胆嚢ポリープ](#)

[胆嚢摘出後の症状](#)

[肝嚢胞](#)

[膵嚢胞](#)

[慢性膵炎](#)

[膵外分泌機能不全（PEI）](#)

[脂肪肝（脂肪性肝疾患）](#)

代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MAFLD）

肝硬変

肝エラストグラフィ

専門機関の参考資料

ACR・右上腹部痛の画像検査RadiologyInfo・
腹部超音波検査RadiologyInfo・MRIの安全性

<https://paulng.clinic/ja/abdominal-imaging/>

肝エラストグラフィ

肝エラストグラフィは肝臓の硬さを測り、線維化のリスク評価に役立てる検査です。組織採取は不要ですが、瘢痕を直接測るものではなく、一つの数値だけで肝硬変を診断できません。

どのような場合に検討しますか？

脂肪肝、慢性B型・C型肝炎などの慢性肝疾患で、進んだ線維化の可能性や経過観察を考える際に検討します。

病歴、肝機能の血液検査、血小板、血液によるリスク評価や画像と合わせて判断します。肝酵素が正常でも線維化は否定できず、超音波で脂肪が見えても線維化の程度は決まりません。脂肪肝の全員に同じ検査や間隔が必要なわけではありません。

硬さはどう測りますか？

超音波を用いる方法では肝臓を通る機械的な波で硬さを推定します。通常は仰向けで右腕を上げ、右肋骨の間の皮膚に探触子を当てます。軽い振動や圧迫を感じ、短く息を止める場合があります。

一過性エラストグラフィ、剪断波エラストグラフィ、MRエラストグラフィは別の方法です。FibroScanは装置のブランド名で、すべての方法の総称ではありません。脂肪量を推定する装置もありますが、硬さとは別の測定です。当院に特定の装置がある、またはすべての方法を提供するという意味ではなく、方法と場所を事前に確認してください。

検査前後の注意

食事は硬さに影響するため、予約担当者からの絶食・飲水指示に従ってください。以前の報告書や薬の一覧を持参し、糖尿病、最近の病気、妊娠の可能性、腹水、植込み機器を伝えてください。

自己判断で薬を中止しないでください。糖尿病や絶食が難しい場合は事前に相談します。超音波方式は通常、鎮静や電離放射線を使わず、検査後すぐ日常生活に戻れます。MR方式は金属・植込み機器の安全確認が別途必要で、準備と時間も異なります。適否と手順は個別に確認します。

数値だけで線維化の段階は決まりません

炎症、胆汁の流れの障害、心疾患による肝うっ血や食後の状態で、瘢痕の増加がなくても硬さが上がることがあります。体格、肋間、腹水や測定品質も一部の方法に影響します。

結果はkPaで示されることが多いですが、方法、病因、評価の目的により基準は異なります。ネットの表だけで自己判定しないでください。信頼性が低い、または他の検査と合わない場合は再検査、別の検査、ときに肝生検を検討します。必要な肝がんの監視に代わるものでも、すべての肝疾患を除外する検査でもありません。

肝臓全体の状態と合わせて判断

測定品質、数値に影響する要因、経過観察を医師と相談してください。方法、場所、準備は事前確認が必要です。本ページは一般情報で、個人の診断や全員への検査推奨ではありません。

あわせて読む

[B型肝炎](#)

[C型肝炎](#)

[脂肪肝（脂肪性肝疾患）](#)

[代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MAFLD）](#)

[肝線維化](#)

[肝硬変](#)

[自己免疫性肝炎（AIH）](#)

[原発性胆汁性胆管炎（PBC）](#)

[腹部画像検査](#)

専門機関の参考資料

[ACR / RSNA ・ Elastography](#)[ACR / RSNA ・ Fatty liver disease and liver fibrosis](#)

<https://paulng.clinic/ja/liver-elastography/>

ヘリコバクター・ピロリの尿素呼気試験

尿素呼気試験（UBT）は、胃に現在ピロリ菌の感染があるかを調べる非侵襲的な検査です。SIBOの水素・メタン呼気検査とは異なります。

何を調べる検査ですか

ピロリ菌はウレアーゼという酵素を作ります。標識した尿素を少量服用した後、呼気中の標識二酸化炭素を測定して活動性の感染を調べます。胃酸、胃潰瘍や腸内細菌の多様性を測定する検査ではありません。

一般的な名称は「尿素呼気試験」です。標識や手順は方法により異なるため、妊娠・授乳などの状況を事前に伝え、適切な検査を選んでもらってください。

標識の種類も重要です。炭素13（ ^{13}C ）は非放射性ですが、炭素14（ ^{14}C ）は放射性の標識です。使用予定の検査を検査施設に確認してください。妊娠中・授乳中であることは事前に伝え、実際の検査法で適否を判断してもらいます。すべての尿素呼気検査が同じ製剤を使うわけではありません。

どのようなときに使いますか

感染が疑われる場合の検査や、除菌治療が成功したかの確認に用います。症状が改善しただけでは除菌成功とは判断できません。血液中の抗体は除菌後も陽性が続くことがあり、成功の確認には適しません。

胃の観察や生検が必要な場合、呼気試験は胃内視鏡の代わりにはなりません。吐血、黒い便、続く嘔吐、飲み込みにくさ、貧血や原因不明の体重減少があれば、呼気試験だけに頼らず診察を受けてください。

薬と検査前の準備

胃酸を抑える薬、抗菌薬、ビスマス製剤により菌が一時的に抑えられ、偽陰性になることがあります。一般的には抗菌薬・ビスマス製剤から少なくとも4週間、PPIやカリウムイオン競合型アシッドブロッカーから約2週間の間隔を設けます。

これは検査計画の目安であり、自己判断で休薬する指示ではありません。医師と検査施設に、休薬期間、絶食、必要な代替薬を確認してください。最近の除菌治療と使用中の薬を必ず伝えましょう。

検査当日と除菌後の確認

通常は服用前の呼気を採取し、検査用製剤を服用した後、指定の時間に再び採取します。絶食、喫煙、検査中の飲食は施設の指示に従ってください。製剤や採取の時間は検査方法により異なります。

除菌判定は通常、抗菌薬の終了から少なくとも4週間後に、胃酸を抑える薬の適切な休薬期間も確保して行います。早すぎる検査や準備不足

では判断を誤ることがあります。結果の確認方法と受診時期を尋ねてください。

結果の見方

陽性は通常、現在の感染を示しますが、治療は過去の抗菌薬、アレルギー、他の薬や地域の耐性状況を考えて決めます。以前の処方を再使用したり、インターネットで抗菌薬を選んだりしないでください。

陰性でも上腹部症状の原因がすべて分かるわけではなく、準備や時期が不適切だと正しく判定できないことがあります。医師は状況に応じて再検査、別の検証されたピロリ菌検査や他の検査を検討します。

準備と休薬は個別に確認してください

処方薬を自己判断で中止せず、気になる症状の診察を検査待ちで遅らせないでください。検査結果は個別の診療に用いる情

報であり、消化不良の原因を単独で診断するものではありません。

あわせて読む

[ヘリコバクター・ピロリ感染](#)

[胃炎](#)

[胃潰瘍](#)

[胃腸上皮化生](#)

[ピロリ菌の培養・薬剤感受性検査](#)

[SIBO・IMOの水素・メタン呼気検査](#)

専門機関の参考資料

[American College of Gastroenterology・H. pylori treatment and confirmation of eradication \(2024\)](#)[Cochrane・Non-invasive tests for Helicobacter pylori](#)

<https://paulng.clinic/ja/urea-breath-test/>

SIBO・IMOの水素・メタン呼気検査

ブドウ糖またはラクツロースを飲んだ後の呼気検査は、小腸内細菌異常増殖（SIBO）や腸内メタン生成微生物異常増殖（IMO）の評価に使うことがあります。腹部膨満の原因を単独で確定する検査ではありません。

何を測るのか

呼気中の水素と通常はメタンを測ります。メタン陽性は細菌増殖とは区別し、腸内メタン産生微生物過増殖（IMO）と呼びます。

症状、腸の通過時間、手術歴が解釈に影響します。偽陽性・偽陰性があり、すべての症状の原因を説明できるわけではありません。

準備と限界

食事、絶食、喫煙、活動、薬について検査施設の指示に従ってください。最近の抗菌薬、腸管洗浄、下剤は結果に影響します。

処方薬を自己判断で中止しないでください。便のマイクロバイオーーム検査で SIBO は診断できません。糖の種類や検査法も重要です。

全身の状態も確認する

腸の運動低下、構造の変化、他の消化器疾患、薬が背景にある場合があります。

数値だけでなく健康状態と原因を評価します。陽性だから必ず抗菌薬、補助食品、制限食が必要というわけではありません。

状況に合わせて解釈する

検査だけで診断や治療が決まるわけではありません。目的、準備、限界、結果の確認方法を医師と相談してください。実施体制や検査法は施設によって異なります。

す。

あわせて読む

[小腸内細菌異常増殖（SIBO）](#)

[腸内マイクロバイオーーム解析（便の遺伝子解析）](#)

専門機関の参考資料

[ACG・Small intestinal bacterial overgrowth guideline](#)

<https://paulng.clinic/ja/sibo-breath-test/>

腸内マイクロバイーム解析 (便の遺伝子解析)

便中の微生物の遺伝物質を調べます。感染症の便 PCR や、大腸がん検診用の便 DNA 検査とは異なります。

何が分かるのか

菌の構成や多様性を示すことができますが、採便、保存、解析法、比較データベースで結果が変わります。

便は主に大腸を反映し、小腸そのものではありません。食事、薬、病気でも変化し、万人に共通する「健康な菌叢」の基準はありません。

臨床的な有用性には限界がある

市販検査の「菌叢の乱れ」の点数や菌の一覧だけで、SIBO、過敏性腸症候群、食物不耐症や症状の原因を診断できません。

結果から個別の食事、プロバイオティクス、サプリメントを選ぶ通常診療での根拠は限定的です。菌の量が病気や治療対象を意味するとは限りません。

受ける前に相談する

何を知りたいのか、検証済みの代替検査、費用、プライバシー、データ保管、治療が変わるかを確認します。

報告書だけで抗菌薬、サプリメント、大幅な食事制限を始めないでください。新しい症状や警戒すべき症状は通常の診察が必要です。

状況に合わせて解釈する

検査だけで診断や治療が決まるわけではありません。目的、準備、限界、結果の確認方法を医師と相談してください。実施体制や検査法は施設によって異なります。

あわせて読む

[SIBO・IMOの水素・メタン呼気検査](#)

[消化管病原体の便 PCR 検査](#)

[便中カルプロテクチン](#)

専門機関の参考資料

[International consensus・Microbiome testing in clinical practice](#)

<https://paulng.clinic/ja/gut-microbiome-sequencing/>

消化管病原体の便 PCR 検査

特定の細菌、ウイルス、寄生虫の遺伝物質を調べます。対象となる病原体は検査パネルによって異なります。

どのような場合に使うか

下痢の重さ、期間、渡航、免疫状態、接触歴に応じて検討します。

すべての感染を調べる検査ではなく、脱水、出血、感染以外の下痢の評価に代わるものではありません。

結果の読み方

陽性は感染、保有、感染後の遺伝物質の残存を示すことがあり、複数が検出される場合もあります。

症状との照合が必要で、必ず抗菌薬が必要とは限りません。陰性でも対象外の病原体や感染以外の病気は否定できません。

採便と追加検査

指定容器と採取・輸送の指示を守り、最近の抗菌薬や接触歴を伝えてください。

薬剤感受性や公衆衛生のため培養等が必要な場合があります。強い痛み、大量出血、発熱を伴う重い症状、脱水は早めに受診してください。

状況に合わせて解釈する

検査だけで診断や治療が決まるわけではありません。目的、準備、限界、結果の確認方法を医師と相談してください。実施体制や検査法は施設によって異なります。

あわせて読む

顕微鏡的大腸炎

潰瘍性大腸炎（UC）

クローン病

便中カルプロテクチン

腸内マイクロバイオーーム解析（便の遺伝子解析）

専門機関の参考資料

IDSA・Infectious diarrhoea guideline

<https://paulng.clinic/ja/stool-pcr/>

便中カルプロテクチン

腸の炎症を反映する便の指標です。精密検査の必要性の検討や、診断済みの炎症性腸疾患の経過観察に使うことがあります。

何を示すのか

炎症を反映しますが、原因やクローン病・潰瘍性大腸炎の区別を単独で確定できません。

感染や NSAIDs などの薬で高くなることがあります。大腸がん検診の検査ではありません。

結果の解釈

基準値は検査施設、年齢、状況によって異なり、境界域では再評価や再検査を行うことがあります。

高値だけで炎症性腸疾患とは診断できず、低値でもすべての腸疾患を除外できません。持続する血便、貧血、体重減少は評価が必要です。

準備と経過観察

採便の指示を守り、薬や最近の感染を相談してください。自己判断で薬を中止しないでください。

診断済みの炎症性腸疾患では、変化を症状、採血、必要に応じた内視鏡・画像と合わせて判断します。数値だけで治療を変えないでください。

状況に合わせて解釈する

検査だけで診断や治療が決まるわけではありません。目的、準備、限界、結果の確認方法を医師と相談してください。実施体制や検査法は施設によって異なります。

あわせて読む

[潰瘍性大腸炎（UC）](#)

[クローン病](#)

[消化管病原体の便 PCR 検査](#)

専門機関の参考資料

[NICE DG11・Faecal calprotectin diagnostic tests](#)

<https://paulng.clinic/ja/faecal-calprotectin/>

栄養管理

栄養療法は、食べられない原因、消化管の働き、ご本人の目標に合わせて考えます。チューブや点滴を選ぶだけではありません。

まず状態を評価する

体重変化、食事量、筋力、嚥下、病気、薬、生活環境を確認します。体重が多い方にも低栄養は起こります。

安全に飲み込め、必要量を確保できる場合は、食事の工夫や経口栄養補助食品を検討します。経管栄養と静脈栄養には、それぞれ異なる適応とリスクがあります。

痛み、吐き気、すぐ満腹になること、嚥下や吸収の問題、買い物や調理の困難では対応が異なります。医師が原因を調べる間も、管理栄養士が摂取を支援できます。安全に飲み込めるか、消化管で十分に吸収できるかを確認してから方法を選びます。

目標を共有して決める

期待できる効果、負担、期間、処置を行わない選択も含む代替案を、ご本人や必要に応じてご家族と話し合います。

意思決定能力、以前からの希望、見通し、生活の質を考慮します。チューブで誤嚥を完全に防げるわけではなく、延命も保証されません。進行した認知症では一般に PEG は勧められません。

治療を受ける体力を保つ、水分状態を改善する、在宅ケアを続けやすくするなど、本人に意味のある目標を決めます。効果や苦痛をどう評価し、いつ見直すかも相談してください。期間を定めた試行が適する場合もあり、体重だけで判断するものではありません。

多職種で支える

医師、管理栄養士、看護師、薬剤師、言語聴覚士などが、観察、介護者への指導、定期的な見直しを行います。

在宅療法には適切な機器、本人または介護者の訓練、専門的な支援が必要です。掲載されている治療がすべての診療場所で受けられるとは限りません。

退院前に栄養剤や機器の手配、薬の投与方法、装置の相談先、時間外の連絡方法を確認します。検査値だけでなく快適さや生活動作、介護負担も見直します。嚥下や腸の機能が改善したら、より簡単な方法への変更や支援終了についても計画的に相談します。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

胃排出遅延（胃不全麻痺）

セリアック病（グルテン関連腸症）

クローン病

膵外分泌機能不全（PEI）

栄養評価と低栄養

食事の工夫と経口栄養補助食品

嚥下障害と安全な食事

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）

栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管

胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）

静脈栄養（PN）

栄養チューブと瘻孔のケア

リフィーディング症候群

専門機関の参考資料

NICE CG32・Nutrition support for

adultsESPEN・Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/nutritional-management/>

栄養評価と低栄養

意図しない体重減少、食事量の低下、筋力の衰えは、痩せていなくても評価が必要なことがあります。

何を調べるのか

最近の体重、食事、筋肉量、水分、活動、嚥下、消化器症状を確認します。

病気や薬、歯の問題、気分の落ち込み、買い物や調理の難しさも関係します。血液検査は原因の検討に役立ちますが、それだけで低栄養を診断するものではありません。

最近の体重、一日の食事・水分、薬の一覧があれば持参してください。服が緩くなった、立ち上がりや歩行が難しくなったことも参考になります。むくみで体重減少が隠れる場合があり、アルブミンが正常でも栄養不良を否定できません。複数の情報を合わせて判断します。

個別の計画

管理栄養士は必要量、症状、食文化、好み、持病に合わせて食事を提案します。

エネルギーを補うだけでなく、食べられない原因への対応が大切です。腎臓・肝臓・心臓の病気では、たんぱく質、水分、電解質の必要量が異なります。

何を改善し、生活の中でどう実行するかを明確にします。早く満腹になる方と、嚥下や吸収に問題のある方では方法が異なります。食事制限を増やす前に必要性を見直しましょう。特別な栄養剤を検討するときは、目的、食事との組合せ、見直し時期を尋ねてください。

経過を確認する

食事量、体重、筋力、症状、検査値を見直します。全員に補助食品やチューブ、静脈栄養が必要なわけではありません。

急な悪化、水分が取れない状態、脱水、新しい嚥下障害は早めに受診してください。長く食べられていない場合は、栄養開始前にリフィーディングのリスクを評価します。

補助食品を漫然と続けず、再評価の時期と指標を決めます。下痢や嘔吐、摂取量の低下、計画を実行できない状況は早めに相談してください。強い脱力、尿量減少、めまいも早期評価が必要な場合があります。重い息苦しさ、失神、意識変化は救急受診が必要です。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

胃排出遅延（胃不全麻痺）

セリアック病（グルテン関連腸症）

クローン病

慢性膵炎

膵外分泌機能不全（PEI）

栄養管理

食事の工夫と経口栄養補助食品

リフィーディング症候群

専門機関の参考資料

NICE CG32・Nutrition support for

adultsESPEN・Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/nutritional-assessment/>

食事の工夫と経口栄養補助食品

安全に飲み込め、消化管が使えるものの食事量が足りない場合、食事の工夫や補助食品が役立つことがあります。

普段の食事を工夫する

少量ずつ回数を増やす、エネルギーやたんぱく質を補う、買い物・調理・食事を手伝う方法があります。

原因や持病に合わせた対応が必要です。不要な食事制限は低栄養を悪化させることがあります。

食事の栄養強化は、食べられる食品に栄養を加える方法で、無理に一食の量を増やすことではありません。疲労、吐き気、痛み、食事時間や介助も検討します。たんぱく質、塩分、水分の制限が必要な病気では、一般的な「多く摂る」助言をそのまま使わないでください。

補助食品を選ぶ

食事だけでは足りない場合に、経口栄養補助食品でエネルギー、たんぱく質などを補えます。

製品は同じではなく、原因の評価に代わるものでもありません。成分、タイミング、アレルギー、飲みやすさ、糖尿病や水分制限を管理栄養士と相談します。

製品ごとにエネルギー、たんぱく質、食物繊維、容量が異なり、スポーツ飲料やビタミン製品とは交換できません。食欲が落ちるなら食事との時間調整を相談します。味、費用、保存、アレルギーも確認し、宣伝だけで選ばないようにしましょう。

効果と安全性を見直す

摂取量、体重、体の働き、症状を確認して調整します。多く取ればよいとは限りません。

嚥下障害がある場合、飲み物のとろみは評価後に決めます。長期・重度の低栄養では、口からの摂取でもリフィーディング症候群が起こり得ます。

実際に摂れた量と、吐き気、膨満感、便通や通常の食事量の変化を記録すると、製品への不耐と別の病気を考える助けになります。目標量が摂れない場合は相談してください。飲む際に新たな咳や湿った声が出るなら、銘柄変更だけでなく嚥下評価が必要です。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

[胃排出遅延（胃不全麻痺）](#)

[膵外分泌機能不全（PEI）](#)

[栄養評価と低栄養](#)

嚥下障害と安全な食事

リフィーディング症候群

専門機関の参考資料

NICE CG32 ・ Nutrition support for

adultsESPEN ・ Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/oral-nutritional-support/>

嚥下障害と安全な食事

食事中のむせ、湿った声、食べ物につかえ、繰り返す肺炎などは嚥下評価のきっかけになります。むせずに誤嚥することもあります。

原因を確かめる

口や喉から食べ物を送る問題と、食道の問題を区別します。言語聴覚士が食事の安全性を評価することがあります。

嚥下の画像・内視鏡検査や消化器の評価が必要な場合があります。新しい症状や進行する飲み込みにくさを、食事制限だけで済ませないでください。

飲み込み始めにくい、飲水でむせる、飲み込んだ後に食物がつかえるという訴えでは原因が異なり得ます。固形物か液体か、痛み、体重減少、肺炎の有無を伝えましょう。突然の嚥下困

難に顔のゆがみ、手足の力の低下や言葉の異常を伴えば、脳卒中の可能性があり999へ連絡してください。

本人に合う食べ方

食形態、とろみ、姿勢、介助は個別の評価に従います。インターネットの方法をそのまま試すものではありません。

とろみは全員に適しているわけではなく、水分摂取や楽しみに影響します。窒息や誤嚥が疑われるときに自己流の介助を試さないでください。

評価では食形態、見守り、環境調整などを提案することがあり、説明と再評価が必要です。飲み物は濃いほど安全とは限りません。口腔ケアや、食事中に十分覚醒していただけるかも大切です。難しさが続くときは、栄養支援なしに制限を増やさず再相談してください。

チューブにも限界がある

口からの摂取が危険・不十分な場合にチューブを検討しますが、唾液や逆流したものの誤嚥は残ります。

期待できる効果、代替案、ご本人の希望を話し合います。窒息して呼吸・発声・有効な咳ができない場合は、直ちに救助を求め、香港では999に電話してください。

管で栄養を届けても、唾液の誤嚥や逆流による肺炎をすべて防ぐことはできません。実際に得られる効果と日々のケア負担を話し合います。リスクを理解した上で楽しみのための経口摂取を希望する場合も、本人に合わせた記録のある相談が必要で、一般的なネット情報だけでは決められません。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、

ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

[食道アカラシア](#)

[食道運動障害](#)

[好酸球性食道炎（EoE）](#)

[栄養評価と低栄養](#)

[食事の工夫と経口栄養補助食品](#)

[経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）](#)

[栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管](#)

専門機関の参考資料

[NICE CG32・Nutrition support for](#)

[adults](#)[ESPEN・Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/ja/swallowing-safety/>

経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG)

PEG は内視鏡を使い、腹壁から胃に栄養チューブを入れる処置です。比較的長期の経管栄養を検討する際の選択肢です。

どのような場合に検討するか

口から十分・安全に取れなくても消化管を使える場合に検討します。体重減少や嚥下障害があれば必ず必要というわけではありません。

経口摂取の介助、一時的な経鼻チューブ、別の方法も選択肢です。予後、意思決定能力、目標、介護体制を考慮します。進行した認知症では一般に勧められません。

PEGは栄養、水分、適切な薬の投与経路であり、嚥下障害の原因を治したり通常の嚥下を回復させたりするものではありません。今行う理由、予想期間、行わない場合の選択を尋ねまし

よう。本人が判断できない場合は、関係する法的・倫理的枠組みと本人の既知の意思を考慮します。

評価とリスク

体の構造、呼吸、出血、薬、鎮静の安全性を確認します。絶食や薬の指示は個別です。抗凝固薬を自己判断で中止しないでください。

感染、出血、誤嚥、漏れ、周囲臓器の損傷、腹膜炎、鎮静に伴う問題が起こり得ます。造設できない場合や、重い合併症で入院が必要な場合もあります。

口から胃内視鏡を入れ、胃を評価して腹壁の安全な入口を探します。鎮静・麻酔や方法は状況により異なります。手術歴、感染、腹水、安全な経路がないことなどで計画が変わり得ます。実施できない場合の対応と代替法も事前に確認してください。

造設後の注意

栄養や薬を始める時期は医療者が指示し、皮膚、洗浄、固定の方法を説明します。PEGで誤嚥を完全には防げません。唾液や胃からの逆流物が気道に入る可能性は残ります。

造設間もない管の抜去、強い痛み、発熱、大量の漏れは使用を中止して至急受診してください。自分で戻すと、未成熟な瘻孔から腹腔内に漏れる危険があります。

帰宅前に管の種類、書面のケア指示と連絡先を受け取ります。強くなる痛み、出血、周囲への栄養剤の漏れは評価が必要です。外から治って見えても交換が安全とは限りません。抜けたら速やかに連絡し、造設直後や痛み・体調不良を伴う場合は救急受診してください。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、

ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

栄養管理

栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管

胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）

栄養チューブと瘻孔のケア

専門機関の参考資料

ESGE・Enteral tubes: indications and

accessESGE・Enteral tubes: placement and

aftercareESPEN・Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/peg/>

栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管

経鼻胃管（NG）は鼻から胃へ、経鼻空腸管（NJ）はさらに小腸へ入れる管で、一時的な栄養管理によく用います。

経路の選び方

嚥下、胃の排出、誤嚥リスク、腸の働き、予定期間で判断します。

胃管はベッドサイドで、空腸管は画像や内視鏡を用いて挿入することがあります。長期では胃瘻や空腸瘻も選択肢ですが、全員に合う方法はありません。

NGは胃、NJは胃を越えた小腸へ栄養を届けます。細い管がよいという選び方ではなく、病状と予定期間を考えます。一時的な使用で耐容性

を確かめることもあります。逆流、下痢、誤嚥が起こる可能性は残るため、症状があれば原因と経路を見直します。

位置の確認が必要

不快感、鼻出血、気道への誤挿入、誤嚥、ずれが起こり得ます。使用前に施設の適切な手順で位置を確認します。

医療者の許可前に使用しないでください。空気を入れて音を聴くだけでは安全な位置を確認できません。外に出た長さの変化や新しい呼吸症状は再評価が必要です。

管が気道に入っても明らかな苦しさが出ない場合があります、位置確認が不可欠です。胃内容物の検査や必要時の画像など、施設の適切な方法を使います。どの確認法も相互に代用できるわけではありません。未確認の管に栄養、水、薬を入れず、固定が緩んだ場合の対応も確認してください。

使用中の注意

栄養剤、速度、水分、薬は個別に決め、本人や介護者に使い方と連絡先を説明します。

ずれが疑われる場合は注入・投薬を止めて連絡します。呼吸困難や強い苦痛は救急受診し、自己判断で管を動かさないでください。

栄養剤、投与方法、水分、薬、使用を止めて相談する徴候、継続した位置確認の担当を計画に含めます。他人の入院中の注入計画を流用しないでください。在宅で抜けたら、自分で入れ直すのではなく、あらかじめ決めた緊急連絡先へ相談します。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでく

ださい。強い呼吸困難、失神、重い症状
では救急受診し、香港では 999 に電話し
てください。

あわせて読む

胃排出遅延（胃不全麻痺）

嚥下障害と安全な食事

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）

胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）

栄養チューブと瘻孔のケア

専門機関の参考資料

ESGE・Enteral tubes: indications and

accessESGE・Enteral tubes: placement and

aftercareESPEN・Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/feeding-tube-insertion/>

胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）

PEG-Jは胃瘻から胃に入り、延長チューブを胃の先の空腸まで進めて栄養を届ける方法です。腹壁から空腸へ直接管を入れる方法とは異なります。

PEG-Jを検討する場合

胃排出の遅れなどで胃への栄養注入に耐えられない場合、胃の先へ送る方法を検討することがあります。小腸に十分な吸収機能が必要です。

原因、予定期間、本人の目標を考慮します。経口支援や一時的な経鼻空腸管も選択肢です。PEG-Jでも唾液や胃からの逆流物の誤嚥を完全には防げません。

PEGは胃へ、PEG-Jは延長管で胃の先へ栄養を届けます。胃への注入の問題に役立つ場合がありますが、腸管不全や重度の吸収不良が自動的

に解決するわけではありません。期待する改善、一時的なNJの試行、耐容性・快適さ・継続の必要性を見直す時期を確認します。

留置方法とリスク

既存または新たに造設したPEGから延長管を入れ、通常は内視鏡、必要に応じて画像の補助を使って空腸へ進めます。体の構造、既存の経路や施設によって実施できるかが異なります。

感染、出血、漏れ、穿孔、腹膜炎、腸の損傷・閉塞、鎮静の問題があります。延長管が詰まる、折れ曲がる、胃へ戻ることがあり、留置できない場合や再処置が必要な場合もあります。

既存のPEGがあっても、直ちに同じ装置へ延長管を追加できるとは限りません。胃瘻、体の構造、機器を評価します。直接空腸瘻とは異なり、PEG-Jは胃を経由します。新たな胃瘻や装置変更の必要性、位置確認、閉塞やずれの担当者を尋ねてください。

注入、装置のケアとフォロー

空腸栄養はポンプを使うことが多く、栄養剤、水分、薬を個別に計画します。胃用と空腸用の接続口が分かれている装置では、それぞれの用途を確認し、取り違えないでください。

装置ごとの指導なしに回転、押し込み、交換をしないでください。ずれの疑い、強い痛み、大量の漏れ、発熱、嘔吐では使用を止めて至急受診します。造設間もない管が抜けたら救急受診し、自分で戻さないでください。

胃の貯留機能を使わず徐々に注入する場合がありますが、自分でポンプ速度を決めないでください。接続口、薬の剤形、洗浄は個別指示に従います。新たな嘔吐、逆流や不耐は延長管のずれなどの可能性があり、自分で戻さず評価を受けます。装置の情報と緊急連絡先を保管してください。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

[胃排出遅延（胃不全麻痺）](#)

[栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管](#)

[経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）](#)

[栄養チューブと瘻孔のケア](#)

専門機関の参考資料

[ESGE・Enteral tubes: indications and](#)

[accessESGE・Enteral tubes: placement and](#)

[aftercareESPEN・Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/ja/peg-j/>

静脈栄養（PN）

静脈栄養は、経口・経管では安全に必要な量を取れない場合に、静脈から栄養を補う治療です。一般的な健康・美容目的のビタミン点滴ではありません。

適応を考える

腸管不全、重い吸収障害、腸閉塞などで消化管を十分に使えない一部の方が対象になります。

他の摂取を補う場合と、すべてを補う場合があります。中心・末梢静脈の選択は内容と期間によります。効果とカテーテル・代謝のリスクを検討します。

PNは消化吸収を介さず血液へ栄養を届け、経口・経腸栄養を補う場合も、主な栄養となる場合もあります。カテーテルと輸液には通常の食事にはないリスクがあるため、適応を明確にします。使える腸機能があれば、それも全体計画で検討します。

リスクと観察

カテーテルの血流感染、血栓、損傷、血糖・電解質の異常、水分の過不足、肝障害などがあります。

リフィーディング症候群にも注意します。専門チームが体重、水分、採血、カテーテルを確認します。内容、速度、時間を自己判断で変えないでください。

開始時や処方変更時は監視を密にし、安定後に調整します。血液、水分、体重、血糖、カテーテルと目標達成を合わせて評価し、個別の処方を変更します。全員同じ配合ではありません。長期では微量栄養素、肝臓や骨の問題も確認します。

在宅での注意

在宅静脈栄養には評価と訓練、清潔なライン管理、安全な保管、機器、確実な支援体制が必要です。

注入中の発熱・悪寒、刺入部の発赤、腕や首の腫れ、ラインの損傷、呼吸困難は急いで受診してください。損傷したラインは使用せず、重症

時はオンラインの返事を待たないでください。

手指衛生、指定された無菌接続、保存、輸液ポンプ、故障時対応の訓練と書面の緊急計画が必要です。注入中の発熱や悪寒は、刺入部が正常でも血流感染の可能性があり、緊急の診察が必要です。損傷した管を自分で修理・操作したり、連絡待ちの間に使い続けたりしないでください。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

栄養管理

栄養評価と低栄養

リフィーディング症候群

専門機関の参考資料

ESPEN・Home parenteral nutritionNICE
CG32・Nutrition support for adults

<https://paulng.clinic/ja/parenteral-nutrition/>

栄養チューブと瘻孔のケア

ケアは管の種類、位置、造設後の期間によって異なります。一般的な説明だけでなく、その装置に合う指導が必要です。

書面で手順を確認する

皮膚、固定、指示された水での洗浄、機器、詰まりやずれへの対応を教わります。

PEG、PEG-J、空腸瘻では回転や押し込みの指示が異なります。他の管の方法を使わず、装置の情報と緊急連絡先を保管してください。

管の種類、造設日、外部の目印、点検、回転・押し込みの可否を記録し、専門職だけが行う作業を区別します。説明や実演を受け、監督下で練習しましょう。家族が一般的な冊子を読んだことだけでは、その装置を扱う訓練を受けたことにはなりません。

薬と詰まり

薬剤師が薬や剤形の適否を確認します。すべての錠剤を砕いて管から入れられるわけではありません。

指示通りに洗浄・投薬します。無理に流す、物を差し込む、未承認の液体や自己流の方法を使うことは避け、流れなければ連絡してください。

徐放剤や腸溶剤などは砕けないことがあります。管からの投与で吸収が変わる場合もあります。薬剤師に一つずつ確認してください。詰まりには薬、栄養剤、機械的な原因があり、対応も異なります。強い圧力、鋭い物、独自の薬液や他人の方法を使わないでください。

使用を止めるとき

管が抜けた・ずれた疑いがある場合は使わないでください。痛みの増強、広がる赤み、発熱、出血、多量の漏れ、呼吸困難は評価が必要です。

造設間もない胃瘻・空腸瘻の抜去は緊急です。自分で戻さず、重い症状では通常の問い合わせを待たずに救急受診してください。

栄養チームへの相談を待てる問題と、急いで評価が必要な問題を区別します。位置不明、新たな強い注入時痛、抜去があれば使わないでください。専門チームから具体的な訓練・指示を受けていない限り、穴を保つために物を入れないでください。呼吸困難、激しい腹痛、失神、大量出血は救急対応が必要です。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）

栄養チューブの挿入：経鼻胃管・経鼻空腸管

胃瘻からの空腸栄養（PEG-J）

専門機関の参考資料

ESGE・Enteral tubes: indications and

accessESGE・Enteral tubes: placement and

aftercareESPEN・Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/feeding-tube-care/>

リフィーディング症候群

重い・長期間の低栄養の後に栄養を再開すると、電解質や水分が危険なほど変化することがあります。食事、補助食品、経管・静脈栄養のいずれでも起こり得ます。

リスクの評価

低体重や体重減少、長期間ほとんど食べられていない状態、アルコール関連の問題、病気、電解質を確認します。

体格だけで否定できません。体重が多くても大きく栄養を失った方ではリスクがあります。

長期の低栄養後に炭水化物が入るとホルモンと細胞内外の電解質分布が変化し、血中リン・カリウム・マグネシウムが低下したり水分がたまったりして、筋肉、呼吸、心臓に影響します。初回採血が正常でも後の低下は否定できず、摂取量と体重の経過が重要です。

医療者の管理下で予防する

リスクが高い方は、管理下での栄養開始、チアミンなどの補充、リン・カリウム・マグネシウム・血糖・水分の監視が必要なことがあります。

開始量、増やす速度、補充治療は個別の処方です。一般的なカロリー表を使ったり、電解質を自己判断で補充したりしないでください。

予防は単にゆっくり食べることはありません。医療者が開始量、ビタミン、電解質補充、監視の程度を他の病気も含めて決めます。初めは元気でも早期の再採血が必要な場合があります。高リスクでは入院が必要なこともあり、ネットのチェック表で在宅の安全性は判断できません。

悪化のサイン

再開後の脱力、むくみ、息切れ、混乱、動悸、急な悪化は速やかな診察が必要です。受診時には、症状が始まった時期と現在の摂取状況も伝えてください。

命に関わる場合があります。強い呼吸困難、失神、意識の変化は救急受診し、香港では 999 に電話してください。オンラインの返事を待たないでください。

再摂取後の不調がすべてこの症候群ではありませんが、新たなむくみ、強い脱力、動悸、息苦しさは早めに診察を受けてください。電解質製品、大量の水やネットの摂取計画で自己治療しないでください。重い症状があれば次の採血予約を待たず救急受診します。

個別の評価とケア

一般的な健康情報であり、個別の栄養処方や処置の同意書ではありません。効果、負担、代替案、ご本人の希望を医療者と話し合ってください。薬、栄養注入、ラインの管理を自己判断で変えないでください。強い呼吸困難、失神、重い症状では救急受診し、香港では 999 に電話してください。

あわせて読む

栄養評価と低栄養

食事の工夫と経口栄養補助食品

静脈栄養（PN）

専門機関の参考資料

NICE CG32・Nutrition support for

adultsESPEN・Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/ja/refeeding-syndrome/>

診療所のご案内

住所だけを頼りに来院せず、予約時に診療場所と時間を看護師へご確認ください。

中環

香港中環クイーンズロード・セントラル30番地、エンターテインメント・ビル20階

[地図・アクセス](#)

尖沙咀

九龍尖沙咀キャメロンロード37番地、7階

[地図・アクセス](#)

Gleneagles Hospital

Gleneagles Hospitalでの予定外来診療は引き続き行いますが、火曜日のみの完全予約制です。

地図・アクセス

3か所すべてのご予約は、共通のWhatsApp連絡先で承ります。

電話: +852 2120 6186

WhatsApp: +852 9631 7065

メール: nurse@paulng.clinic

最新の受診の手配については看護師にご確認ください。

吐血、黒い便や大量出血、激しい・悪化する腹痛、失神、呼吸困難、処置後の重い症状は救急受診してください。緊急時は999に電話し、オンラインの返答を待たないでください。

<https://paulng.clinic/ja/visit/>

胃・大腸内視鏡検査後のケア

一般的な検査後のケアのご案内であり、同意書ではありません。帰宅時の個別の指示に従ってください。

鎮静を受けた場合

責任を持って付き添える成人と帰宅し、医療チームから指示された介助の手配を守ってください。帰宅時の指示で指定された期間は、運転、飲酒、機械操作、重要な判断を避けてください。

胃カメラ検査後のケア

検査の目的・限界・リスク: 胃カメラは上部消化管の内側を観察し、必要に応じて組織を採取します。症状の原因を調べるのに役立ちますが、すべての病気を診断できるわけではありません。

せん。重い合併症は多くありませんが、出血、穿孔（消化管の壁に穴があくこと）、鎮静に伴う反応などがあります。

胃カメラ後に一時的ななどの痛みや膨満感が出ることがあります。喉の麻酔スプレーを使用した場合は、安全に飲み込めると医療チームが確認してから飲食してください。

強い、または悪化する胸・腹部の痛み、発熱、呼吸困難、吐血、多量の出血があれば、すぐに医療機関を受診してください。

大腸内視鏡検査後のケア

検査の目的・限界・リスク: 大腸内視鏡は大腸の内側を観察し、必要に応じて組織採取やポリープ切除を行います。腸管洗浄の状態などにより観察が限られ、すべての異常が見つかるわけではありません。主なリスクは出血（切除後しばらくして起こる場合もあります）、穿孔（腸の壁に穴があくこと）、鎮静に伴う反応です。

大腸内視鏡後は一時的な膨満感やガスがよくみられます。生検やポリープ切除を受けた場合は、食事、薬、活動についての追加指示に従っ

てください。

多量または続く出血、強い・悪化する腹痛、発熱、呼吸困難、失神があれば、すぐに医療機関を受診してください。ポリープ切除後の出血は帰宅後に起こることもあります。

薬について

特に血液を固まりにくくする薬や糖尿病の薬は、個別の服薬計画に従ってください。処方薬を自己判断で中止・再開・変更しないでください。指示が不明な場合は、変更する前に担当の医療チームに確認してください。

回復と帰宅

医療チームが帰宅可能と判断するまで回復室で休んでください。食事、飲水、薬、活動に関する書面の指示を守ってください。鎮静を受けた場合は手配した付き添いと帰宅し、指示された制限に従ってください。

結果とフォローアップ

検査後のフォローアップはDr Paul Ngが担当します。説明を受けられる状態になったら医療チームが所見をお伝えしますが、生検やポリープの検査結果は後日となる場合があります。帰宅前に結果を受け取る方法と時期、再診の必要性、予定どおりに連絡がない場合の問い合わせ先を確認してください。

受診が必要な症状

重い症状がある場合は救急外来を受診するか、香港では999に電話してください。WhatsAppやWeChatの返信を待たないでください。緊急ではない回復や結果の質問は、帰宅時に渡された連絡先または下記の診療所の連絡先から看護師へお問い合わせください。

吐血、黒い便や大量出血、激しい・悪化する腹痛、失神、呼吸困難、処置後の重い症状は救急受診してください。緊急時は999に電話し、オンラインの返答を待たないでください。

緊急ではない回復・結果のお問い合わせ

電話: +852 2120 6186

WhatsApp: +852 9631 7065

メール: nurse@paulng.clinic

<https://paulng.clinic/ja/visit/>