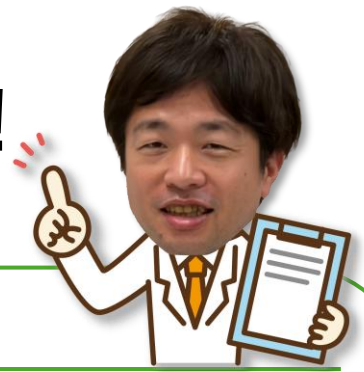


# あなたの症状、これだけは！



## パターン① 検診結果の異常

最も頻度の高いのは、検診を契機に診断される腫瘍性疾患です。本邦では胃癌が好発したため、胃癌の二次予防として胃癌検診が普及してきました。さらに*H. pylori*感染や萎縮性胃炎の血清学的診断法が検診に用いられるようになりました。一方、大腸癌の検診法として、ヒトヘモグロビンに対する免疫学的便潜血反応が用いられています。これらを契機に、上部・下部内視鏡検査を受け消化管腫瘍の診断に至る患者さんが増えています。

## パターン② 貧血

次に多いのが、貧血の精査として消化管内視鏡検査を受ける場合です。消化管出血の責任病変検索目的で諸検査を行います。消化管出血は、吐血や便色の異常を伴う顕性出血と、便色の異常のない潜性出血に大別されます。通常明らかな吐血は十二指腸までの急性出血が原因ですので、上部消化管内視鏡検査が第一選択となります。一方、黒色便であれば上部消化管から空腸までの出血を疑い、暗赤色であれば中部回腸より遠位側の出血を、明らかな潜血を伴う血便は遠位大腸からの出血を考えます。これに対して、診断が容易でないのは便潜血反応陽性に留まる潜性出血であり、全消化管を丹念に検索することになります。

## パターン③ 明らかな症状を有するもの

明らかな消化器症状を訴えて来院される場合、腹部診察所見と血液データが重要です。すなわち、腹部刺激症状が明らかであり、炎症所見が陽性的場合は、急性腹症として内科医と外科医が情報を共有しながら、CT・腹部エコーなどの非侵襲的検査法を行います。一方、腹部診察所見は軽微なもの、発熱・体重減少などの全身症状や、貧血・低栄養状態を伴う患者さんでは、慎重な診断が望まれます。