

日本消化器病学会

消化性潰瘍診療ガイドライン

日本消化器病学会消化性潰瘍診療ガイドライン作成・評価委員会は、消化性潰瘍診療ガイドラインの内容については責任を負うが、実際の臨床行為の結果については各担当医が負うべきである。

消化性潰瘍診療ガイドラインの内容は、一般論として臨床現場の意思決定を支援するものであり、医療訴訟等の資料となるものではない。

日本消化器病学会 2009年9月7日

消化性潰瘍 診療ガイドライン

編集 日本消化器病学会



日本消化器病学会ガイドラインの刊行にあたって

日本消化器病学会では、2005年に跡見理事長(当時)の発議により、Evidence-Based Medicine (EBM)の手法に則ってガイドラインの作成を行うことが決定された。この決定を受けて、理事長諮問委員会として発足したガイドライン委員会を私が担当することとなった。学会主導のガイドラインの対象疾患としては、(1)これまでガイドラインが作成されていない疾患、(2)日常臨床で診療する機会の多い疾患を重視することとし、財団評議員に対するアンケート調査の結果、多数意見となった胃食道逆流症(GERD)、消化性潰瘍、炎症性腸疾患(クローン病)、肝硬変、胆石症、慢性膵炎の6疾患をガイドライン作成対象と決定した。各疾患のガイドライン作成には、各疾患を専門とする担当学会理事に作成委員、評価委員の選任を依頼した。この際、関連学会にも委員の推薦を要請し、少なくとも1名は関連学会からの推薦委員が作成あるいは評価委員会に加わるよう配慮した。各疾患ガイドライン委員会には作成委員会と評価委員会を設け、Peer Review方式によって、作成された原案を客観的、中立的に評価し、質的に高めるよう配慮した。いくつかの疾患については、大所、高所から疾患概念や治療の歴史などに関する貴重な助言を頂くため、指導的立場におられる大家の方々にオブザーバーとして参加をお願いした。また、ガイドラインが多領域にわたることから、全体としての統一性を保つ必要性和、作成過程における様々な課題に対する認識を共有しそれらを解決していくために、各6疾患の担当理事(責任者)、作成委員長、評価委員長、ならびに外部有識者からなる統括委員会を設置し、意思統一と全体の調整を行うこととした。

このような準備作業を経て、2006年日本消化器病学会総会(大槻眞会長)の際に第1回のガイドライン委員会を開催し、文献検索範囲、文献採用基準、エビデンスレベル、勧告の強さ(推奨グレード)などEBMの手法の統一性についての合意と、クリニカルクエスチョン(CQ)の設定など基本的な枠組みが合意され、作成作業が開始された。

作成作業開始後は、消化器病学会総会・大会で中間報告、最終報告案を提示して学会員から様々な意見を聴取して細部を修正し、最終案を学会ホームページに掲載して広くパブリックコメントを求め、再修正したものを完成版とした。このような公開と意見聴取手続きを踏むことによって、完成までに3年余りを要したため当初の文献検索範囲を2007年まで延長し、勧告の強さのグレードもMinds(案)から消化器病学会独自のものに変更された。また、ガイドライン作成における利益相反(Conflict of Interest: COI)が社会的な問題となったこともあり、消化器病学会での利益相反委員会の設立や規範の策定を待たず、EBM専門家から提案された基準に基づいてガイドライン委員のCOIを公開することとした。各ガイドラインは、エビデンスの集積の程度や、各疾患の包含する問題も異なり、一部の疾患ではこれまでに作られたEBM手法に基づかないガイドラインやコンセンサスの再検討を必要としたことから、進捗状況に大きな差異が生じた。しかし、最終的にはこれらの課題はすべて克服され、6疾患のガイドラインが10月から順次刊行され本学会員に配布される運びになった。

消化器病学会ガイドラインは、2007年までのエビデンスを専門医が体系的に検索、吟味、評価したうえで作成された信頼度の高いものであるが、あくまでガイドラインは最適な臨床判断を医師が行う場合の手助けとして活用していただけることを意図して作られたものであり、患者に一律に盲目的に適用することは厳に戒めなければならない。

医学の進歩は日進月歩であり、ガイドライン出版の校正過程でも、2008年以降の新たなエビデンスが発表されていることがすでに指摘されている。同時に、ガイドラインを臨床現場で使用した際には、疑問点や改善が必要な箇所に気付かれることもあると思われる。

3～5年後に予定されるガイドラインの改訂に際しての貴重なデータとするため、新たなエビデンスについてのご指摘や、ガイドラインに対する問題提起、疑問点等を学会ホームページ上のパブリックコメント欄に是非ご投稿をお願いしたい。

今回のガイドラインを作成する過程で、我が国のエビデンスの構築が必要な多くの問題が明らかにされてきた。今後は、学会が主導して必要なエビデンスを創造していく活動も必要であろう。また学会作成ガイドラインは、卒後教育や専門医試験に取り入れ、学会員の知識レベルの向上や標準化に役立てていくことも求められる。医師向けのガイドラインの出版後には市民向けのガイドラインも刊行される予定であり、市民向け公開講座等に活用されることが望ましい。

このように、6疾患に及ぶ消化器病学会ガイドラインの作成は、ガイドラインという基軸に沿って学会の教育や啓発活動が整理体系化されていく効果や、新たな取り組み課題が明示され、それを解決するための学会活動の更なる活性化や会員の意識改革に大きく貢献する極めて有意義な事業となったと考えている。

EBMは臨床医学を継続的に変革していくための運動であり、日本消化器病学会は今回のガイドラインの刊行にとどまらず、引き続きEBMに基づいた医療の実践を推進し、医療者、市民、社会にその果実が還元されるように努力を続けたいと考えている。

最後に、6疾患のガイドライン作りに多大なご尽力を頂いた委員会の担当理事(責任者)、作成ならびに評価委員の方々、学識経験者、学会やパブリックコメントで貴重なご意見を頂いた方々ならびに学会事務局の方々に深甚な感謝の意を捧げるとともに、そのイニシアチブを取られた跡見前理事長のご英断に心からの敬意を表したい。また、ガイドライン出版にあたり、膨大な作業を献身的に行ってこられた南江堂出版部の方々に厚く御礼申し上げる。

2009年8月

日本消化器病学会ガイドライン委員会委員長
日本消化器病学会理事長
菅野健太郎

統括委員会一覽

委員長	菅野健太郎	自治医科大学消化器内科
委員	井廻 道夫	昭和大学第二内科学
	上野 文昭	大船中央病院
	大槻 眞	産業医科大学名誉教授
	木下 芳一	島根大学第二内科
	税所 宏光	化学療法研究所附属病院
	坂本 長逸	日本医科大学消化器内科
	下瀬川 徹	東北大学消化器病態学
	白鳥 敬子	東京女子医科大学消化器内科
	田妻 進	広島大学病院総合内科・総合診療科
	千葉 勉	京都大学消化器内科
	坪内 博仁	鹿児島大学消化器疾患・生活習慣病学
	中山 健夫	京都大学健康情報学
	二村 雄次	愛知県がんセンター
	日比 紀文	慶應義塾大学内科
	福井 博	奈良県立医科大学第三内科
	本郷 道夫	東北大学病院総合診療部
	松井 敏幸	福岡大学筑紫病院消化器科
	森實 敏夫	神奈川歯科大学内科
	山口直比古	東邦大学医学メディアセンター
	吉田 雅博	化学療法研究所附属病院人工透析・一般外科
	芳野 純治	藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院内科

消化性潰瘍診療ガイドライン委員会

責任者	菅野健太郎	自治医科大学消化器内科
作成委員長	芳野 純治	藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院内科
副委員長	佐藤 貴一	自治医科大学消化器内科
委員	赤松 泰次	信州大学内視鏡診療部
	東 健	神戸大学消化器内科
	伊藤 俊之	京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター
	杉山 敏郎	富山大学第三内科
	高木 敦司	東海大学総合内科
	千葉 俊美	岩手医科大学消化器・肝臓内科
	野村 幸世	東京大学消化管外科
	溝上 裕士	蒲郡市民病院消化器科
	村上 和成	大分大学消化器内科
オブザーバー	中村 孝司	埼玉医科大学総合医療センター，帝京大学名誉教授
評価委員長	坂本 長逸	日本医科大学消化器内科
副委員長	平石 秀幸	獨協医科大学消化器内科
委員	一瀬 雅夫	和歌山県立医科大学第二内科
	上村 直実	国立国際医療センター臨床研究・治験センター
	後藤 秀実	名古屋大学消化器内科
作成協力者	河原 正樹	関東中央病院第一外科
	若林 貴夫	藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院内科

消化性潰瘍診療ガイドライン作成の手順

日本消化器病学会では、作成委員会と評価委員会の共同作業により「消化性潰瘍診療ガイドライン」を作成した。すなわち、作成委員会はガイドライン案を作成し、評価委員会が問題点などを評価し、作成委員会に報告し、修正・追加などを行い、答申案を作成した。作成順序は、①問題設定（クリニカルクエスション：CQ）の作成と評価（追加修正）、②それに対する文献検索の実行と配布、③採用文献の決定と分担者の決定、④文献データベースの作成、⑤勧告案の作成と評価、である。この他に、同時にガイドラインを作成した6疾患〔消化性潰瘍、胃食道逆流症（GERD）、炎症性腸疾患（クローン病）、肝硬変、胆石症、慢性膵炎〕の責任者、作成委員長、評価委員長により統括委員会が組織された。統括委員会は各ガイドライン作成における共通の問題について討議し、ガイドライン相互連絡などの調整や、各ガイドライン委員会からの疑問点について適宜助言する役割を果たした。最後に、答申案は日本消化器病学会のホームページに2009年3月10日より5月11日の2ヵ月間掲載され、パブリックコメントを求めた。それらを作成・評価合同委員会にて検討し、「消化性潰瘍診療ガイドライン」は最終的に完成された。

ガイドラインの作成方法はEBMの方式に従って系統的文献検索を行い、検索範囲と検索法の公開、検索データベースの明示、文献データベースの作成、文献採用基準の統一、文献評価の統一（エビデンスレベルの統一）、文献採用基準の統一を行った。これは文献エビデンスの再現性を保証することを目的としている。そして、勧告の強さ、基準の明示、エビデンスレベルの明示、エビデンスがわが国のものか、外国のものかを明示した。勧告には内視鏡的潰瘍治癒率を中心に、医療経済的評価、有害事象なども勘案した。また、保険で診断、治療が可能かについても明示した。しかし、ガイドラインは標準的治療を提示し、個別医療を目指すことを否定しない立場に立っている。文献のエビデンスレベルは「Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007」により、推奨グレードは「Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007」p43の1) Minds 推奨グレードを一部改変してつけられた。

文献採用の目安は研究デザインを同時対照においたランダム化対照試験（RCT）以上を原則とし、文献がない場合には非ランダム化同時対照試験も採用可能とした。採用文献の採用の基準は脱落例が有効症例数の20%以下であること、intention-to-treat analysis（治療企画試験）で脱落例は無効例として扱っていることである。また、研究エントリー症例数は各群30例以上を目安とすると定めた。検索される文献はMedlineおよび医学中央雑誌を検索データベースとして1983年から2007年までに行い、英文抄録があれば可としたが、英文、和文文献に限定した。

2009年8月

日本消化器病学会消化性潰瘍診療ガイドライン作成委員長
芳野 純治

推奨グレード

グレード	内容
A	<p>行うよう強く勧められる</p> <p>高いレベルの根拠があり、その便益は害、負担、費用に勝り、臨床的に有用性が明らかである。</p>
B	<p>行うよう勧められる</p> <p>1) 中程度レベルの根拠があり、その便益は害、負担、費用に勝り、臨床的に有用と考えられる。</p> <p>2) 高いレベルの根拠があるが、その臨床的な有用性は高くはない。 (一部の人にはかなり有効かもしれないが、誰でも効果が期待できるわけではない)</p> <p>3) 低いレベルの根拠のみである*が、臨床現場ですでに定着し、その有用性が明らかである。 (* 生命に直接関係する介入や、RCTが行われにくい状況などの理由による)</p>
C1	<p>行うほうがよい</p> <p>1) 低いレベルの根拠のみであるが、その便益は害、負担、費用に勝り、臨床的には有用と考えられる。</p> <p>2) 便益と害の双方の根拠があるが、臨床的には有用と考えられる。</p> <p>3) 中程度レベルの根拠があるが、その臨床的な有用性は高くはない。 (一部の人には有効な場合もあるが、その割合は高くない)</p>
C2	<p>行わないほうがよい</p> <p>1) 低いレベルの根拠のみであり、その便益は害、負担、費用に劣り、臨床的には有用でないと考えられる。</p> <p>2) 便益と害の双方の根拠があるが、臨床的には有用でないと考えられる。</p>
D	<p>行わないよう勧められる</p> <p>無効性あるいは害を示す根拠がある。</p>

(Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007, p43 「1) Minds 推奨グレード」より改変)

文献のエビデンスレベル

I	システマティックレビュー／RCTのメタアナリシス
II	1つ以上のランダム化比較試験による
III	非ランダム化比較試験による
IVa	分析疫学的研究（コホート研究）
IVb	分析疫学的研究（症例対照研究，横断研究）
V	記述研究（症例報告やケース・シリーズ）
VI	患者データに基づかない，専門委員会や専門家個人の意見

(Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007 より改変)

日本消化器病学会ガイドライン統括委員の利益相反に関して

日本消化器病学会ガイドライン委員会では、ガイドライン統括委員と企業との経済的な関係につき、下記の基準で、各委員から利益相反状況の申告を得た。申告された企業名を下記に示す（対象期間は2008年1月1日から同年12月31日）。企業名は2009年9月現在の名称とした。中立の立場にある出版社や非営利団体は含まれない。

統括委員について下記の内容で申告を求めた。

1. 日本消化器病学会診療ガイドラインに関係し、委員または委員と生計を一にする扶養家族が個人として何らかの報酬を得た企業・団体
役員・顧問職（100万円以上）、株（100万円以上または全株式の5%以上保有）、特許等使用料（100万円以上）、講演料等（100万円以上）、原稿料等（100万円以上）、研究費（個人名義200万円以上）、その他の報酬（100万円以上）
2. 日本消化器病学会診療ガイドラインに関係し、委員の所属部門と産学連携活動（治験は除外）を行っている企業・団体
寄付講座（200万円以上）、共同研究・受託研究（200万円以上）、実施許諾・権利譲渡（200万円以上）、奨学寄付金（200万円以上）

統括委員はすべて、診療ガイドラインの内容と作成法について、医療・医学の専門家として科学的・医学的な公正さを保証し、患者のアウトカム、Quality of lifeの向上を第一として作業を行った。

利益相反の扱いは、国内外で議論が進行中であり、今後、適宜、方針・様式を見直すものである。

表 統括委員と企業との経済的な関係（五十音順）

委員または委員と生計を一にする扶養家族が個人として何らかの報酬を得た企業・団体
味の素ファルマ株式会社、アステラス製薬株式会社、アストラゼネカ株式会社、エーザイ株式会社、大塚製薬株式会社、杏林製薬株式会社、シェリング・プラウ株式会社、武田薬品工業株式会社、田辺三菱製薬株式会社、中外製薬株式会社、日本イーライリリー株式会社、明治製菓株式会社
委員の所属部門と産学連携活動（治験は除外）を行っている企業・団体
旭化成クラレメディカル株式会社、味の素ファルマ株式会社、アステラス製薬株式会社、アストラゼネカ株式会社、エーザイ株式会社、大塚製薬株式会社、大塚製薬工場株式会社、杏林製薬株式会社、シェリング・プラウ株式会社、大日本住友製薬株式会社、大鵬薬品工業株式会社、武田薬品工業株式会社、田辺三菱製薬株式会社、中外製薬株式会社、日本製薬株式会社、日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社、バイエル薬品株式会社、ファイザー株式会社、ユーシービージャパン株式会社

消化性潰瘍診療ガイドライン作成・評価委員の利益相反に関して

日本消化器病学会ガイドライン委員会では、消化性潰瘍診療ガイドライン作成・評価委員と診療ガイドライン対象疾患に関連する企業との経済的な関係につき、下記の基準で、各委員から利益相反状況の申告を得た。申告された企業名を下記に示す（対象期間は2008年1月1日から同年12月31日）。企業名は2009年9月現在の名称とした。中立の立場にある出版社や非営利団体は含まれない。

評価・作成委員について下記の内容で申告を求めた。

1. 診療ガイドライン対象疾患に関係し、委員または委員と生計を一にする扶養家族が個人として何らかの報酬を得た企業・団体
役員・顧問職（100万円以上）、株（100万円以上または全株式の5%以上保有）、特許等使用料（100万円以上）、講演料等（100万円以上）、原稿料等（100万円以上）、研究費（個人名義200万円以上）、その他の報酬（100万円以上）
2. 診療ガイドライン対象疾患に関係し、委員の所属部門と産学連携活動（治験は除外）を行っている企業・団体
寄付講座（200万円以上）、共同研究・受託研究（200万円以上）、実施許諾・権利譲渡（200万円以上）、奨学寄付金（200万円以上）

作成・評価委員はすべて、診療ガイドラインの内容について、医療・医学の専門家、そして消化器病学の専門家として科学的・医学的な公正さを保証し、患者のアウトカム、Quality of lifeの向上を第一として作業を行った。

利益相反の扱いは、国内外で議論が進行中であり、今後、適宜、方針・様式を見直すものである。

表 作成・評価委員と企業との経済的な関係（五十音順）

委員または委員と生計を一にする扶養家族が個人として何らかの報酬を得た企業・団体
エーザイ株式会社、大塚製薬株式会社、武田薬品工業株式会社
委員の所属部門と産学連携活動（治験は除外）を行っている企業・団体
アステラス製薬株式会社、アストラゼネカ株式会社、エーザイ株式会社、大塚製薬株式会社、武田薬品工業株式会社、日本製薬株式会社

本ガイドラインの構成

1. 出血性胃潰瘍・出血性十二指腸潰瘍

- (1) 内視鏡的治療
- (2) 非内視鏡的治療

2. *H. pylori* 除菌治療

- (1) 初期治療
- (2) レジメン
- (3) 二次除菌
- (4) 再発防止

3. 非除菌治療

- (1) 初期治療
- (2) 維持療法

4. 薬物性潰瘍

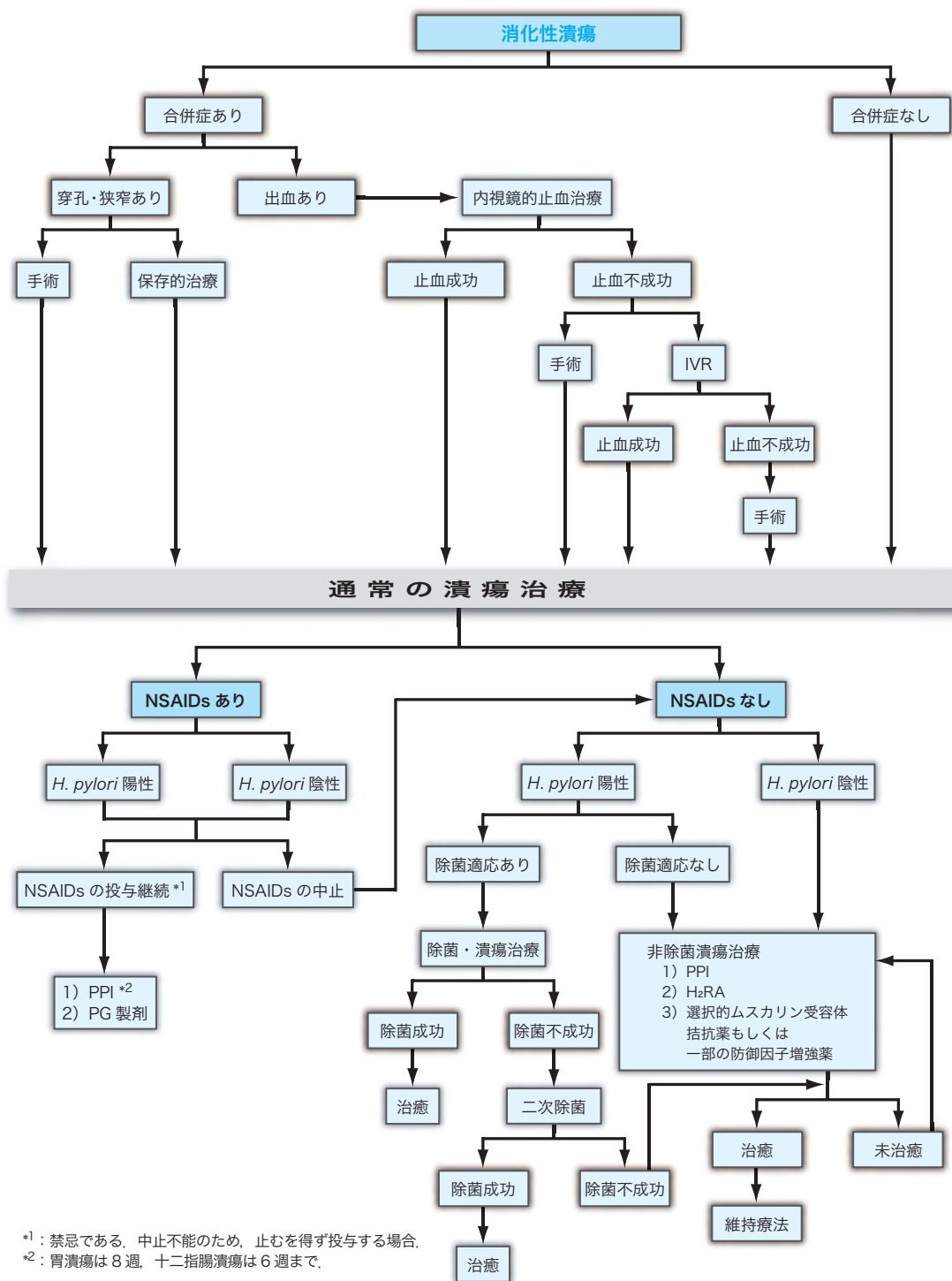
- (1) NSAIDs 潰瘍
- (2) その他の薬物

5. 外科的治療

- (1) 手術適応
- (2) 手術術式
- (3) 術後維持療法

6. 穿孔・狭窄に対する内科的治療

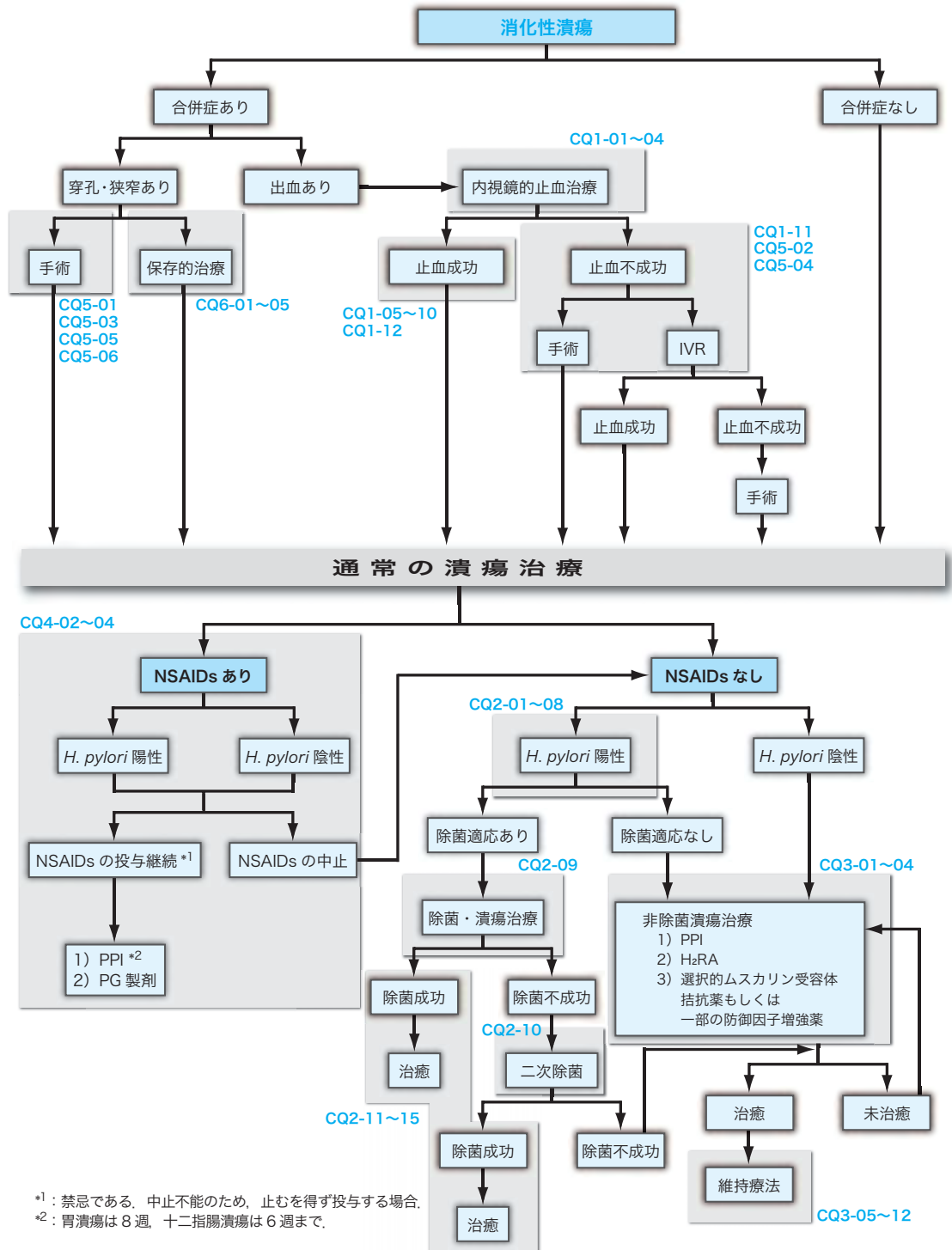
フローチャート



*1: 禁忌である。中止不能のため、止むを得ず投与する場合。

*2: 胃潰瘍は8週、十二指腸潰瘍は6週まで。

【クリニカルクエスチョンとの関連】



*1: 禁忌である。中止不能のため、止むを得ず投与する場合。
 *2: 胃潰瘍は8週、十二指腸潰瘍は6週まで。

クリニカルクエスチョン一覧

1. 出血性胃潰瘍・出血性十二指腸潰瘍	1
(1) 内視鏡的治療	2
CQ 1-01 出血性潰瘍に対する内視鏡的治療は有用か？	2
CQ 1-02 出血性潰瘍に対する内視鏡的止血法はどのような潰瘍を対象とするか？	2
CQ 1-03 出血性潰瘍に対する最適な内視鏡的止血法はどれか？	2
CQ 1-04 止血確認のための内視鏡検査（セカンド・ルック）は必要か？	2
(2) 非内視鏡的治療	16
CQ 1-05 内視鏡的治療後に酸分泌抑制薬を用いる意義はあるのか？	16
CQ 1-06 内視鏡的治療後に防御因子増強薬を用いる意義はあるのか？	16
CQ 1-07 どのような場合に輸血を行うべきか？	16
CQ 1-08 食事療法を行う必要はあるのか？	16
CQ 1-09 入院加療を行う必要はあるのか？	16
CQ 1-10 止血後の抗凝固薬・抗血小板薬の再開時期の目安は何か？	16
CQ 1-11 interventional radiology (IVR) はどのような場合に行うべきか？	16
CQ 1-12 再出血予防に <i>H. pylori</i> 除菌療法を行う意義はあるのか？	16
2. <i>H. pylori</i> 除菌治療	25
(1) 初期治療	26
【胃潰瘍】	26
CQ 2-01 <i>H. pylori</i> 除菌は胃潰瘍の治癒を促進するか？	27
CQ 2-02 <i>H. pylori</i> 除菌治療は活動期胃潰瘍の疼痛緩和に有効か？	27
CQ 2-03 <i>H. pylori</i> 除菌前の PPI 前投与は胃潰瘍の除菌率に影響を与えるか？	27
CQ 2-04 開放性胃潰瘍に対して <i>H. pylori</i> 除菌治療後の潰瘍追加治療は必要か？	27
【十二指腸潰瘍】	29
CQ 2-05 <i>H. pylori</i> 除菌は十二指腸潰瘍の治癒を促進するか？	30
CQ 2-06 <i>H. pylori</i> 除菌治療は活動期十二指腸潰瘍の疼痛緩和に有効か？	30
CQ 2-07 <i>H. pylori</i> 除菌前の PPI 前投与は十二指腸潰瘍の除菌率に影響を与えるか？	30
CQ 2-08 開放性十二指腸潰瘍に対して <i>H. pylori</i> 除菌治療後の潰瘍追加治療は必要か？	30
(2) レジメン	34
CQ 2-09 どのようなレジメンを選択すべきか？	34

(3) 二次除菌	43
CQ 2-10 二次除菌治療は何を選択すべきか？	43
(4) 再発防止	49
CQ 2-11 <i>H. pylori</i> 除菌療法は潰瘍再発を抑制するか？	49
CQ 2-12 除菌成功例に潰瘍再発予防療法を行う必要があるのか？	49
CQ 2-13 除菌後の <i>H. pylori</i> の再陽性化は？	49
CQ 2-14 除菌後の GERD 発症は？	49
CQ 2-15 除菌後の上部消化管検査は必要か？	49
3. 非除菌治療	57
(1) 初期治療	58
【胃潰瘍】	58
CQ 3-01 胃潰瘍に対する非除菌治療（初期治療）の薬剤選択は？	59
CQ 3-02 胃潰瘍に対する酸分泌抑制薬と防御因子増強薬の併用療法は有効か？	59
【十二指腸潰瘍】	67
CQ 3-03 十二指腸潰瘍に対する非除菌治療（初期治療）の薬剤選択は？	68
CQ 3-04 十二指腸潰瘍に対する酸分泌抑制薬と防御因子増強薬の併用療法は有効か？	68
(2) 維持療法	83
【胃潰瘍】	83
CQ 3-05 胃潰瘍の非除菌治療において維持療法は必要か？	83
CQ 3-06 胃潰瘍の維持療法に何をを用いるのか？	83
CQ 3-07 胃潰瘍に対して防御因子増強薬の併用療法は行うべきか？	83
CQ 3-08 胃潰瘍に対する維持療法はいつまで続けるのか？	83
【十二指腸潰瘍】	85
CQ 3-09 十二指腸潰瘍の非除菌治療において維持療法は必要か？	85
CQ 3-10 十二指腸潰瘍の維持療法に何をを用いるのか？	85
CQ 3-11 十二指腸潰瘍に対して防御因子増強薬の併用療法は行うべきか？	85
CQ 3-12 十二指腸潰瘍に対する維持療法はいつまで続けるのか？	85
4. 薬物性潰瘍	91
(1) NSAIDs 潰瘍	92
【病態】	92
CQ 4-01 NSAIDs による上部消化管傷害の病態は？	92

【治療】	93
CQ 4-02 NSAIDs を服用する患者は服用しない患者と比べて、消化性潰瘍、上部消化管出血のリスクは高いか？	93
CQ 4-03 NSAIDs 潰瘍の治療はどうするか？	93
CQ 4-04 <i>H. pylori</i> 除菌治療は他の治療法と比べて、NSAIDs 潰瘍の治療率を高めるか？	93
【予防】	96
CQ 4-05 NSAIDs の種類によって潰瘍発生率に差があるか？	96
CQ 4-06 NSAIDs の投与量によって潰瘍発生率に差があるか？	96
CQ 4-07 NSAIDs の経口投与と坐薬で潰瘍発生率に差があるか？	96
CQ 4-08 NSAIDs の単剤投与と多剤投与で潰瘍発生率に差があるか？	96
CQ 4-09 <i>H. pylori</i> 陽性の場合、除菌治療すべきか？	96
CQ 4-10 短期投与（3 ヶ月未満）での一次予防はどうするか？	96
CQ 4-11 長期投与（3 ヶ月以上）での一次予防はどうするか？	96
CQ 4-12 高リスク群の一次予防はどうするか？	96
CQ 4-13 高リスク群の二次予防はどうするか？	96
【低用量アスピリン（LDA）】	100
CQ 4-14 LDA を服用する患者では服用しない場合と比べ、消化性潰瘍発症率、有病率が高いか？	100
CQ 4-15 LDA を服用する患者ではどのような併用薬を用いれば、用いない場合と比べ、消化性潰瘍発症率、有病率が低くなるか？	100
CQ 4-16 LDA を服用する患者では服用しない患者に比べ、上部消化管出血リスク、頻度は高いか？	100
CQ 4-17 LDA を服用する患者はどのような併用薬を用いれば、併用薬のない場合と比べ、上部消化管出血発症率、有病率が低くなるか？	100
CQ 4-18 上部消化管出血既往歴がある患者が LDA を服用する場合、どのような併用薬を用いれば、用いない場合と比べ上部消化管再出血率が低くなるか？	100
CQ 4-19 LDA 常用者における NSAIDs 投与は潰瘍発症のリスクを上げるのか？	100
CQ 4-20 LDA 常用者における COX-2 選択的阻害薬は通常の NSAIDs より潰瘍リスクを下げるのか？	101
CQ 4-21 LDA 常用者における NSAIDs 併用時の潰瘍予防法はあるか？	101
【COX-2 選択的阻害薬】	105
CQ 4-22 COX-2 選択的阻害薬は潰瘍発生を減少させるか？	105
CQ 4-23 COX-2 選択的阻害薬は心・血管系へのリスクを増加させるか？	105
CQ 4-24 通常の NSAIDs を服用する患者は服用しない場合と比べて、心血管イベントのリスク、頻度が高いか？	105

(2) その他の薬物	114
CQ 4-25 NSAIDs 以外にどのような薬物が潰瘍発症のリスクを高めるか?	114
CQ 4-26 糖質ステロイド投与は, 消化性潰瘍発症 (再発) の有意なリスクファクターか?	114
5. 外科的治療	119
(1) 手術適応	120
【消化性潰瘍穿孔の手術適応】	120
CQ 5-01 消化性潰瘍穿孔の手術適応は何か?	120
【消化性潰瘍出血の手術適応】	123
CQ 5-02 消化性潰瘍出血の手術適応は何か?	123
(2) 手術術式	128
【消化性潰瘍穿孔に対する手術術式】	128
CQ 5-03 消化性潰瘍穿孔に対する手術術式は何か?	128
【消化性潰瘍出血に対する手術術式】	132
CQ 5-04 消化性潰瘍出血に対する手術術式は何か?	132
【消化性潰瘍による狭窄に対する手術術式】	134
CQ 5-05 消化性潰瘍による狭窄に対する手術術式は何か?	134
(3) 術後維持療法	139
CQ 5-06 消化性潰瘍の術後に除菌療法は必要か?	139
6. 穿孔・狭窄に対する内科的治療	143
【穿孔】	144
CQ 6-01 穿孔に対する内科的治療の適応は?	144
CQ 6-02 穿孔に対する内科的治療はどのように行うべきか?	144
CQ 6-03 穿孔に対する内科的治療から外科的治療に変更するタイミングは?	144
【狭窄】	147
CQ 6-04 狭窄に対する内科的治療の適応は?	147
CQ 6-05 狭窄に対してどのような治療を選択すべきか?	147

略語一覽

AMPC	amoxicillin	アモキシシリン
CAM	clarithromycin	クラリスロマイシン
COX	cyclooxygenase	シクロオキシゲナーゼ
EM	erythromycin	エリスロマイシン
GERD	gastro-esophageal reflux disease	胃食道逆流症
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>	ヘリコバクターピロリ
H ₂ RA	histamine 2 receptor antagonist	H ₂ 受容体拮抗薬
ITT	intention-to-treat	
IVR	interventional radiology	
LDA	low dose aspirin	低用量アスピリン
LPZ	lansoprazole	ランソプラゾール
LVFX	levofloxacin	レボフロキサシン
MFLX	moxifloxacin	モキシフロキサシン
MNZ	metronidazole	メトロニダゾール
NSAIDs	nonsteroidal anti-inflammatory drug	非ステロイド抗炎症薬
OPZ	omeprazole	オメプラゾール
PG	prostaglandin	プロスタグランジン
PPI	proton pump inhibitor	プロトンポンプ阻害薬
RBC	ranitidine bismuth	ラニチジンビスマス
RBT	rifabutin	リファブチン
RCT	randomized controlled trial	無作為化比較試験
RPZ	rabeprazole	ラベプラゾール
RXM	roxithromycin	ロキシスロマイシン
TC	tetracycline	テトラサイクリン