

県医よろずQ & A

Q ピロリ菌

ピロリ菌に関する最新の情報を教えてください。

(N生)

新潟県労働衛生医学協会 プラーク健康増進センター

成澤 林太郎

A

はじめに

2024年11月に日本ヘリコバクター学会から8年振りに『*H. pylori* 感染の診断と治療のガイドライン』の改訂版が発刊された。2000年の初版以降、2003年、2009年、2016年に改訂版が発刊され、今回が第5版になるが、初版から約四半世紀が経ち、感染率、診断法、治療法、保険適応などが時代と共に変わってきている。この度は、「2024改訂版 *H. pylori* 感染の診断と治療のガイドライン」に掲載されている中から、特に日常臨床に役立つと考えられるポイントについて、ガイドラインの記述に準じて「Q&A（一部ステートメント）+解説」の形で概説する。

1. Q&A（一部ステートメント）+解説

Q 1：日本の *H. pylori* 感染率は低下しているか？

A 1：日本の *H. pylori* の感染率は低下しているが、これは、特に若年層での著しい低下によるものである。

解説1：図1を参照。

Q 2：*H. pylori* 感染率と胃がんの関連は？ 胃がん予防の観点からの除菌の適応はどうなるか？

A 2：胃がんの発育進展に関与する因子は *H. pylori* 以外にもあるが、*H. pylori* 感染が最も重要である。胃がんの発症予防として *H. pylori* 感染者には *H. pylori* 除菌が勧められる。特に若年者では予防効果が高いと期待される。

解説2：胃がんは *H. pylori* 感染に伴う慢性炎症

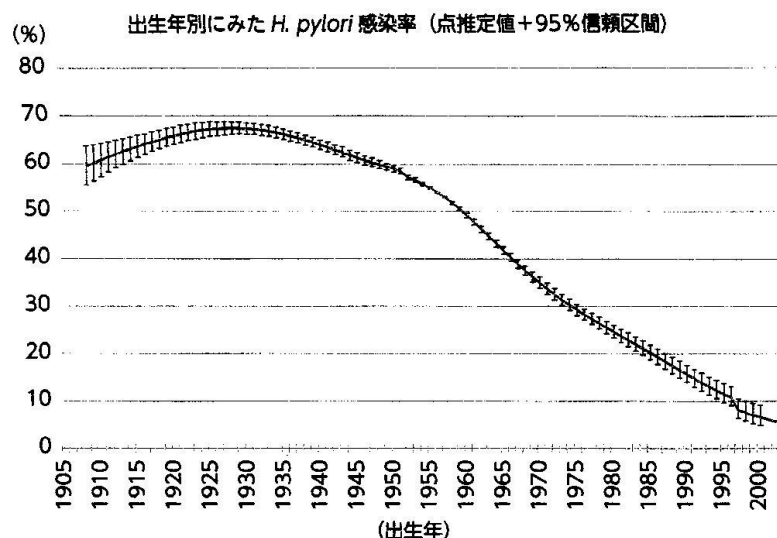


図1 出生年別にみた *H. pylori* 感染率 (1908～2003年生)
日本人集団を対象にした研究 (合計170,752人) のメタ回帰分析
(Wang C. et al, 2017³⁾ より引用)

を背景として発症する *H. pylori* 疾患のひとつである。

Q 3：迅速ウレアーゼ試験は *H. pylori* 感染診断に推奨されるか？

A 3：迅速ウレアーゼ試験（RUT）は *H. pylori* 感染診断に推奨されるが、除菌判定には推奨されない。

解説 3：RUT は治療後には感度のばらつきが大きく、除菌判定には推奨されない（表 1）。

Q 4：便中抗原測定法は *H. pylori* 感染診断に推奨されるか？

A 4：便中抗原測定法は非侵襲的で除菌判定のみならず、*H. pylori* 感染診断にも有用な検査法である。

解説 4：表 1 を参照。

Q 5：内視鏡画像は *H. pylori* 現感染の診断に有用か？

A 5：内視鏡画像により *H. pylori* 感染状態を分類できるため、現感染の診断に有用である。

解説 5：内視鏡所見の詳細は成書に譲る。

Q 6：胃 X 線画像は *H. pylori* 現感染の診断に有用か？

A 6：胃 X 線画像は *H. pylori* 現感染の診断に有

用である。ただし、既感染胃の増加や、自己免疫性胃炎、プロトンポンプ阻害（PPI）関連胃症の混在の可能性を考慮する必要がある。

解説 6：胃 X 線画像所見の詳細は成書に譲る。保険診療上、慢性胃炎の診断は内視鏡検査によるものとされ、胃 X 線検査の所見だけで、感染診断や除菌はできないことになっている。

Q 7：プロトンポンプ阻害薬やカリウムイオン競合型アシッドブロッカーを使用している場合に感染診断・除菌判定は可能か？

A 7：尿素呼気試験（UBT）、迅速ウレアーゼ試験（RUT）、血清ペプシノゲン（PG）濃度はプロトンポンプ阻害薬（PPI）、カリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）の影響を受けるので休薬して実施する。その他の診断法は PPI 内服のまま実施できる。

解説 7：この A を基に「疑義解釈資料の送付について（その13）」厚生労働省保険局医療課（令和 6 年10月28日付）が発出された。

Q：—前略— 当該通知で掲げられている感染診断の検査法のうち、②鏡検法、③培養法、④抗体測定、⑥糞便中抗原測定又は⑦核酸増幅法をプロトンポンプ阻害薬（PPI）又はカリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）を休薬せずに実施した場合、当該検査の費用は算

表 1 *H. pylori* 感染診断法の感度・特異度

診断法	感度 (%)	特異度 (%)
迅速ウレアーゼ試験		
除菌前	91~98.5	90.9~100
除菌後	58.8~86	97.8~99.2
鏡検法		
除菌前		
H-E 染色	92~99	89~100
Giemsa 染色	88	98
培養法	68~98	100
尿素呼気試験	95~98	95~97
抗体測定法		
除菌前		
血清抗体（ラテックス法）	87.6~96.9	78.2~93.8
尿中抗体	85~96	79~90
便中抗原測定法		
EIA 法		
除菌前	90~98	97~100
除菌後	95	96~100
迅速法		
除菌前	91~92	96~100
除菌後	95~100	96~100

定できるか。

A：算定できる。

Q 8：除菌判定に推奨される *H. pylori* の感染診断法および注意すべき点は？

A 8：除菌判定には尿素呼気試験およびモノクローナル抗体を用いた便中 *H. pylori* 抗原測定が有用である。除菌判定には偽陰性や偽陽性に注意する必要がある。

解説 8：より正確な除菌判定を行うために、除菌判定時には尿素呼気試験および便中 *H. pylori* 抗原測定を同時に行うことをお勧めする。

Q 9：1 つ目の検査で陽性・陰性の判定にかかわらず複数の検査が行われる必要があるのか？

A 9：検査結果に疑念がある場合、陽性・陰性にかかわらず他の診断法を実施すべきである。内視鏡所見との整合性を確認することが有用である。

解説 9：保険診療では、判定結果が陰性であるが感染を疑う場合には、さらに他の検査方法での検査が認められている。

Q 10：*H. pylori* 除菌治療前後に行われる感染診断に尿素呼気試験は推奨されるか？

ステートメント 10：*H. pylori* 除菌治療前後に行

われる感染診断に尿素呼気試験（UBT）は推奨される。ただし、カットオフ値周辺の結果が出た場合、UBT の判定に注意が必要である。

解説 10：推奨の強さ：強い（合意率：強い推奨 100%）、エビデンスの確実性：B

Q 11：血清抗 *H. pylori* 抗体検査の陽性結果から *H. pylori* 除菌治療を開始できるか？

ステートメント 11：血清抗体陽性は *H. pylori* 現感染のみを反映するものではないため、その結果のみで除菌治療を行わないことを推奨する。

解説 11：推奨の強さ：強い（合意率：強い推奨 91.3%）、エビデンスの確実性：B

Q 12：除菌治療の適応は何か？

A 12：原則として *H. pylori* 感染者全員が除菌治療の対象である。

解説 12：メタアナリシスで、除菌による胃癌発生抑制効果が証明されている（図 2）。

Q 13：一次除菌に使用されるクラリスロマイシンの最適用量は 400mg/ 日か、800mg/ 日？

A 13：一次除菌に使用されるクラリスロマイシン（CAM）の用量は 400mg/ 日（1 回 200mg 1 日 2 回）が推奨される。

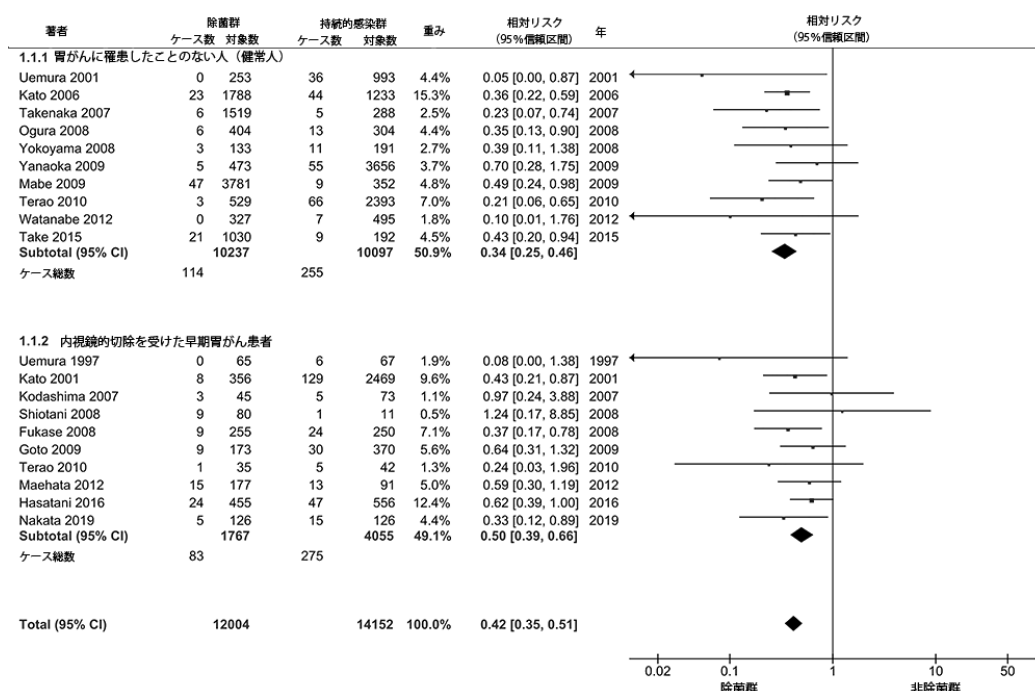


図 2 ピロリ菌除菌と胃がん罹患リスクの関連についてのメタアナリシスの結果

Jpn J Clin Oncol 2021より引用

解説13：メタアナリシスで、両用量間の除菌率に差はなく、副作用の発現頻度は800mg/日で高いため、400mg/日が推奨される。

Q14：高齢者に対して除菌治療を行うべきか？

ステートメント14：高齢者に対する除菌治療は短期的には消化性潰瘍を予防することができ、忍容性も高いことから、行うことを提案する。

解説14：推奨の強さ：弱い（合意率：強い推奨 38.1%、弱い推奨 33.3%）、エビデンスの確実性：C

Q15：除菌治療時に酸分泌抑制薬はボノプラザンとプロトンポンプ阻害薬のどちらを使用した方が良いのか？

ステートメント15：本邦の保険診療上の一次除菌は〔アモキシシリン（AMPC）＋クラリスロマイシン（CAM）〕治療時の酸分泌抑制薬は、CAMの感受性にかかわらずプロトンポンプ阻害薬（PPI）よりボノプラザン（VPZ）を推奨する。本邦の保険診療上の二次除菌は〔アモキシシリン（AMPC）＋クラリスロマイシン（CAM）〕治療時の酸分泌抑制薬は、プロトンポンプ阻害薬（PPI）、ボノプラザン（VPZ）のいずれも推奨する。

解説15：推奨の強さ：強い（合意率：強い推奨 100%）、エビデンスの確実性：A

Q16：無症候一般住民への血清抗 *H. pylori* 抗体 and（/or）ペプシノゲン検査は、胃がん予防に役立つか？

ステートメント16：無症候者への血清抗 *H. pylori* 抗体 and ペプシノゲン（PG）によるリスク層別化検査は胃がん予防効果が期待されるが、エビデンス不足のため現時点での推奨提示は困難である。

解説16：今後の検証が必要であるが、*H. pylori* の感染率が著しく低下している現在の日本で、このQに対するエビデンスを出すことは難しい。

Q17：一般住民への胃がん検診（X線、内視鏡検査）は胃がん診断だけでなく、一次予防に役立つか？

ステートメント17：胃がん検診は *H. pylori* の感

染診断としても有用であり、一次予防効果が期待できるが、今後の検証が必要であり、現時点での推奨提示は困難である。

解説17：今後の検証が必要である。

Q18：胃がん予防目的での *H. pylori* 除菌治療の最適なタイミングは？

ステートメント18：胃がん予防目的での *H. pylori* 除菌治療は年齢が早い段階で行うことを推奨する。

解説18：推奨の強さ：強い（合意率：強い推奨 95.0%）、エビデンスの確実性：C

Q19：除菌治療判定は繰り返し行う必要があるか？

ステートメント19：通常は繰り返し行う必要はないが、臨床経過や内視鏡所見などで持続感染や再感染が疑われる場合には感染診断を繰り返し行うことを推奨する。

解説19：推奨の強さ：強い（合意率：強い推奨 100%）、エビデンスの確実性：C

Q20：除菌後に長期的な胃がんサーベイランスが必要な患者は誰か？

ステートメント20：サーベイランスが不要となる症例群は同定できないため、除菌後症例には長期的なサーベイランスを行うことを推奨する。

解説20：推奨の強さ：強い（合意率：強い推奨 100%）、エビデンスの確実性：C

2. 保険診療上の情報提供

近日中に、クラリスロマイシン耐性ピロリ菌の除菌に、現在は二次除菌にしか認められていないメトロニダゾールを含んだ除菌薬が、保険診療上、一次除菌から使用できるようになる見通しである。

おわりに

日常臨床の場でピロリ菌に関する診療を行っておられる先生方には、是非、2024年改訂版の通読をお勧めする。

文献

- 1) 日本ヘリコバクター学会ガイドライン作成委員会（編集）：2024改訂版 *H. pylori* 感染の診断と治療のガイドライン。第1版，先端医学社，東京都，2024；16-184。