

正誤表・更新情報

本書中に訂正・更新箇所等がございました。お手数をお掛けしますが、下記ご参照頂けますようお願い申しあげます (2023年12月22日)

■第1版 第1刷 (2020年12月1日発行) の修正・更新箇所

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
特集：内科診療の幅がゲンと広がる！心療内科的アプローチ					
1301	図	腹痛・その関連症状 かつまたは 便通異常	腹痛・その関連症状 かつ ／ または 便通異常	※1参照	20/12/04
1301	図キャプション1行 目		1行目に文章を追加	※1参照	20/12/04
Common disease診療のためのガイドライン早わかり					
1360	図1	日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会 編「B型肝炎治療ガイドライン (第3.2版)」2020年7月, P2 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2020年10月参照)	転載元は改訂されているため、実際に使用する際には必ず最新版をご参照ください。 日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会 編「B型肝炎治療ガイドライン (第4版)」2022年6月, P12, 図1 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2023年12月参照)		23/12/22
1363	表	日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会/編「B型肝炎治療ガイドライン (第3.2版)」2020年7月, P4 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2020年10月参照)	転載元は改訂されているため、実際に使用する際には必ず最新版をご参照ください。 日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会/編「B型肝炎治療ガイドライン (第4版)」2022年6月, P14, 表1 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2023年12月参照)		23/12/22
1364	図2	日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会/編「B型肝炎治療ガイドライン (第3.2版)」2020年7月, P59 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2020年10月参照)	転載元は改訂されているため、実際に使用する際には必ず最新版をご参照ください。 日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会 編「B型肝炎治療ガイドライン (第4版)」2022年6月, P69, 図6 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2023年12月参照)		23/12/22
1364	文献	1) 日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会/編「B型肝炎治療ガイドライン (第3.2版)」2020年7月	転載元は改訂されているため、実際に使用する際には必ず最新版をご参照ください。 1) 日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会 編「B型肝炎治療ガイドライン (第4版)」2022年6月 https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b.html (2023年12月参照)		23/12/22

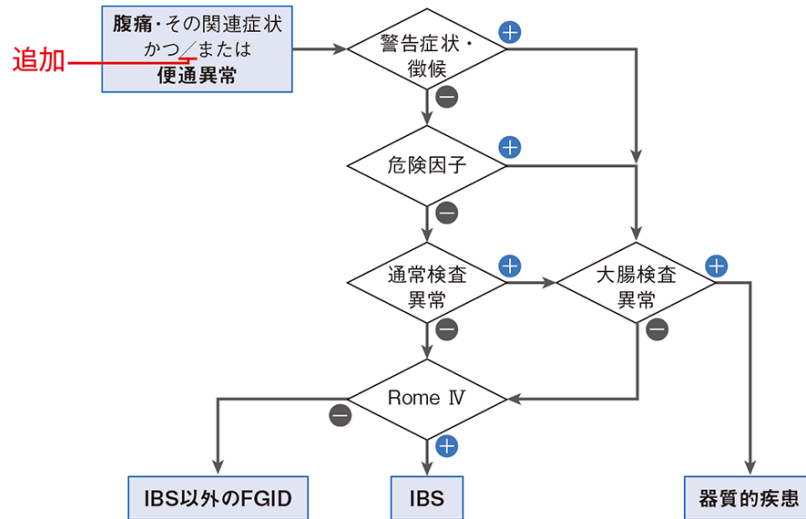


図 ◆ 過敏性腸症候群 (IBS) 診断アルゴリズム¹⁾

追加

腹痛と便通異常、あるいはそのいずれかが、3カ月の間に間欠的に生じるかもしくは持続する患者がアルゴリズム適用の目安となる。患者が身体感覚の表現を不得手とする場合がある。そのため、アルゴリズム適用の前から「腹痛がなければIBSではない」として、最初から除外する方式は推奨されない。「腹痛もしくはそれに準ずる感覚と便通異常を持つ患者」からアルゴリズムを開始する。急性の腹痛、急性の便通異常の場合にはIBS以外の疾患を念頭に適切な診療を進めるべきである。

アルゴリズム適用患者において、菱形でチェックを行い陽性 (+) あるいは陰性 (-) によって診療を進める。① 警告症状・徴候の有無、② 危険因子の有無、③ 通常臨床検査での異常の有無を評価する。これらのいずれかが1つでもあれば、大腸内視鏡検査 (もしくは大腸造影検査) を行う。

- ① 警告症状・徴候：発熱、関節痛、血便、6カ月以内の予期せぬ3 kg以上の体重減少、異常な身体所見（腹部腫瘍の触知、腹部の波動、直腸指診による腫瘍の触知、血液の付着など）を代表とする、器質的疾患を示唆する症状と徴候。
- ② 危険因子：50歳以上での発症または患者、大腸器質的疾患の既往歴または家族歴。また、患者が消化管精密検査を希望する場合にも精査を行う。
- ③ 通常臨床検査：血液生化学検査（血糖を含む）、末梢血球数、炎症反応、TSH、尿一般検査、便潜血検査、腹部単純X線写真がIBSの通常臨床検査である。なお、IBSの診断バイオマーカーはいまだ不明である。このなかで、特に便潜血陽性、貧血、低蛋白血症、炎症反応陽性のいずれかがあれば大腸内視鏡検査もしくは大腸造影検査を行う。
- ④ 大腸検査：大腸内視鏡検査 (もしくは大腸造影検査) を指す。個別の症状徴候・検査値に応じて、大腸粘膜生検、上部消化管内視鏡検査もしくは上部消化管造影、腹部超音波、便虫卵検査、便細菌検査、腹部CT、小腸内視鏡 (カプセル内視鏡、ダブルバルーン内視鏡)、小腸造影、腹部MRI、乳糖負荷試験などが鑑別診断のために必要になることがある。また、便秘が重症の場合には、大腸運動が極度に低下する colonic inertia や排泄機能がおかされる直腸肛門障害との鑑別も必要である。

以上が陰性であれば、機能的消化管疾患 (functional gastrointestinal disorder : FGID) であり、Rome IV基準に基づいてIBSを診断する、Rome IVのIBS診断基準を満たさなければ、IBS以外のFGIDである。腹痛のない便秘は機能的便秘、腹痛のない下痢は機能的下痢、便通異常のない腹痛は機能的腹痛症候群、便通異常のない腹部膨満感は機能的腹部膨満、いずれでもなければ非特異機能的腸障害である。

(「日本消化器病学会/編：機能的消化管疾患診療ガイドライン2020改訂第2版 過敏性腸症候群 (IBS), xvi, 2020, 南江堂」より許諾を得て転載)

IBS : irritable bowel syndrome (過敏性腸症候群), FGID : functional gastrointestinal disorder (機能的消化管障害)。