

『ピロリ菌について』

医療法人 小金井中央病院

副院長 三橋 梅八

胃炎や消化性潰瘍(胃潰瘍や十二指腸潰瘍)が感染症であると聞いたら、みなさんはどう思いますか？

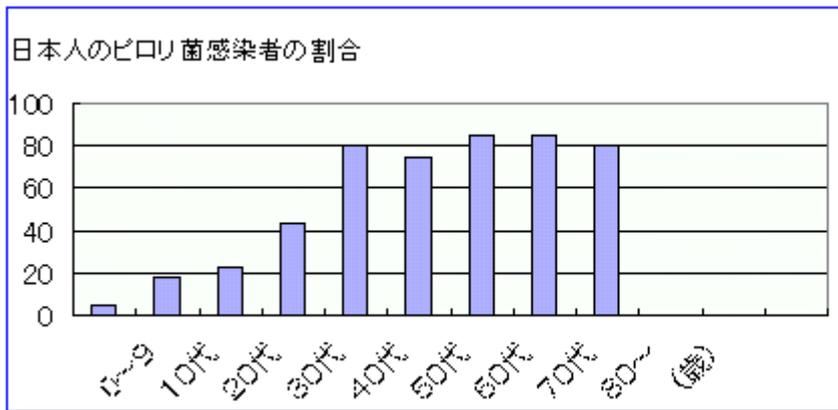
最近までこれらの病気は、ストレスや喫煙、飲酒、暴飲暴食、その他生活習慣が原因と言われてきました。しかし、近年その定説が覆されようとしています。これらの病気は、胃内に存在する細菌ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)の仕業といわれているのです。

胃は食べ物を消化するために強い酸性の胃液を出しています。『そんな環境に住める細菌などいるはずがない』という考え方が長い間伝統的にありました。ところが1979年、オーストラリアの病理医ウオーレンが胃炎をおこしている胃粘膜にラセン菌が存在していることを発見しました。更に、マーシャルと共に研究を進め、この菌が『胃に住みついている』ということを確認し、この菌によって胃炎がおこると考えました。1982年この菌の培養に成功し、これまでに確認されていない新しい菌であることがわかりました。1984年、マーシャルは培養したこのラセン菌の固まりを自ら飲み込むという人体実験を行い、この菌が胃炎をおこすということを確認しました。

この菌は、胃の出口近く(幽門部:ピロルス)で発見され、ラセン型(ヘリカル)をしていて、一端に数本の鞭毛がついた形状をしています。ピロルスに住む、ヘリカル型の細菌(バクテリア)ということから『ヘリコバクター・ピロリ』(ピロリ菌)という名前がつけられました。長さは、4ミクロン(4/1000mm)で、2~3回ゆるやかに右巻きにねじれています。胃の粘膜を好んで住みつき、粘液の下にもぐりこんで胃酸から逃げています。鞭毛をスクリューのように回転させ、ラセン状の本体を回転させて粘液中をすばやく移動します。スクリューを逆回転にすればバックもできます。人間でいうと100mを5.5秒で泳ぐくらいの速さです。

また、ピロリ菌の活動しやすいpHは6~7で、4以下では生きられません。しかしながら、ピロリ菌が酸度pH1~2の胃液の中で生きられる秘密は、ピロリ菌の持つウレアーゼという酵素です。この酵素によって胃の中の尿素を分解しアンモニアを作り出します。このアンモニアで胃液を中和し、ピロリ菌は自分の周りに中性に近い環境を作り出して生きています。

ピロリ菌は、口を經由して胃の中に感染します(経口感染)。通常、乳幼児期に感染し、大人になってからはほとんどないと考えられています。また、先進国では感染率が低く、発展途上国では高いことから、衛生状態の悪い環境で、糞便や水を介して感染すると考えられています。わが国は先進国の中では例外的に感染率が高く、2人に1人が感染しているといわれています。また年代が高いほど感染率も高く、40歳以上では、約7割が感染しているといわれています。つまり、衛生状態が悪かった戦前、戦中あるいは戦後の混乱期に乳幼児期を送った年代の人たちの感染率が高いというわけです。



ピロリ菌が粘膜障害を起こすメカニズムは、多くの説があり、はっきりとはわかっていません。以下の複数のメカニズムがからんでいると考えられています。

- ① 空胞化毒素:ピロリ菌が出す毒素で粘液細胞の中に空胞を形成し傷害する。
- ② アンモニア:ピロリ菌の出すアンモニアが直接粘膜を傷害する。
- ③ 活性酸素:ピロリ菌感染に対し集まってきた白血球が出し、粘膜を傷害する。
- ④ ピロリ菌が粘液細胞の一部を破壊して粘膜を傷害する。

当院で行われているピロリ菌の検査法は、胃内視鏡検査です。

胃の粘膜の一部を採取し、ピロリ菌の存在を調べる検査です。

- ① 迅速ウレアーゼ試験:採取した胃の粘膜に、ピロリ菌の出すアンモニアが含まれているかを調べるものです。早ければ15分程で判定できます。
- ② 組織検査:採取した胃の粘膜を顕微鏡で観察し、直接ピロリ菌の有無を調べます。判定には約一週間程かかります。

ピロリ菌の存在が確定した場合、除菌療法を行います。

除菌療法で用いられる薬剤は、酸分泌抑制剤(タケプロン)と2種類の抗生物質(クラリス、パセトシン)の3剤の併用で1日2回一週間の服用が必要です。この除菌法の成功率は、約30から50%といわれています。耐性菌の発生を防ぐため、薬の飲み忘れに注意しなければいけません。

除菌療法が有効と考えられる病態

- ① 胃潰瘍や十二指腸潰瘍を繰り返す場合や治りにくい場合
- ② 慢性胃炎で症状が重い場合
- ③ マルトリンパ腫(胃リンパ腫)の場合:あまり聞き慣れない病気ですが、菌をなくすことにより改善することがあるようです。

わが国では、胃潰瘍と十二指腸潰瘍については、2000年11月からピロリ菌の除菌療法が健康保険で認められるようになりました。ピロリ菌の除菌に成功すると、何回も繰り返していた潰瘍の再発がおさえられ、再発予防のための胃薬を中止できるなどの効果があります。最後に、ピロリ菌に感染していても、すべての人が胃炎や消化性潰瘍になるわけではありません。たいていの人は感染していても、無症状で、健康にさしつかえありません。



高齢者リハビリテーション

医療法人 小金井中央病院

通所リハビリテーション看護師 村岡 恵子



〈日常生活の大切さ〉

高齢者のリハビリは『少量頻回(しょうりょうひんかい)』がよいといわれています。一定の時間の機能訓練を行うより、過負荷のリスクを避けるうえでも生活自体を活性化し座位や起立歩行の機会を頻回に得ること、すなわち『食べる』『トイレに行く』『入浴する』そのために座る・立つ・移動するなどの日常生活の行為自体が結果として大切な訓練となります。

高齢者の主体性を損なわず ADL(日常生活動作)を可能にし、引き出していく視点が必要になってきています。

〈通所サービス〉

高齢者の意欲は日常接する人や社会との関係によって支えられています。整容や着替えなどの ADL(日常生活動作)は社会的生活の準備であることが必要です。人は朝起きるには理由があります。『すること』『会う人』『行くところ』が必要です。趣味や余暇活動の提供も大切です。家から出かけ人々との交流の機会を得ることのできる通所ケアの活用も勧めたいと思います。

一般に通所は高齢者の状態、活用の目的・利便性などに応じて、『デイケア、デイサービス、機能訓練事業』『公民館などでの活動』『老人クラブ』に分けられます。

通所の活用により、家族は自由時間や介護者同士の交流を得ることができ、介護の疲れをいくらか癒せるのではないのでしょうか。また、高齢者は食事や入浴のサービスを得るほかに、同じような障害を持った人との交流を通じ、不安感を払い、自分自身との関係の回復や生活の張りを得ることができる場になると考えます。

〈座位の大切さ〉

座位の利点は抗重力筋への刺激、生活的活性、大脳の覚醒など数多くあります。寝たきりである在宅の高齢者ではほとんどの場合、座ることができると思います。しかし、寝たきりの生活を余儀なくされているのは機能的なことよりも**座る理由、機会**を失っているからではないのでしょうか。

予備能力の劣った高齢者にとってただ単に座るということは容易なことではありません。単に座るといっても、骨盤の位置が重要です。『滑りすわり』は骨盤を後方に傾斜した姿勢、『斜めすわり』は骨盤が横に傾斜した姿勢です。このような姿勢を長時間続けると苦痛であるだけでなく、褥瘡や拘縮の原因となったり、転落する危険性が高くなります。その際、車椅子の利用、椅子の向き、高さ、型、マットの固さ等個別の福祉用具も必要となります。

大切なのは、座って目的とする動作をする、またできるということです。食事、排泄、入浴、着替え、散歩など自然な形で座位をとる機会を作ること、生活意欲の向上、社会参加が可能になり何かに興味を持ち、生きることへの楽しみへとつながるのではないのでしょうか。

『座れる』ということは、拘縮や褥瘡（床ずれ）の予防、また移動手段（車椅子・歩行器等の福祉用具の活用）への発展ともなり、活動範囲が広がります。

座位の利点－座位維持の重要性

