

4. 疾病による情緒的・精神的影響

過去一ヶ月間のことを振り返ってください。以下のようなことが、どれくらいの頻度でありましたか？

- ア) 病気のために、手術を受けなくてはならないのではないかと不安になったことがありましたか？
- イ) 病気のために、将来の生活の見通しが立たず不安になったことがありましたか？
- ウ) いつまでもよくなるのではないかと不安になったことがありましたか？
- エ) 病気のために腹を立てるようなことがありましたか？
- オ) 症状がぶり返すのではないかと不安になったことがありましたか？
- カ) 病気のために涙ぐんだり、感情が高まるようなことはありましたか？
- キ) 他の病気（例えばガンなど）に発展してしまうのではないかと不安になったことがありましたか？
- ク) 病気のために恥ずかしい思いをしたことはありましたか？

表 1 患者背景

クローン病患者		222 例	
男性	142 例	平均罹病期間	8.3 年
女性	77 例		
平均年齢	33.8 歳	既手術例	86 例 (39%)
		1 回	57 例
小腸型	55 例	2 回	12 例
大腸型	42 例	3 回	6 例
小腸大腸型	107 例	4 回	3 例

表 2 調査項目

患者背景・QOL に関する臨床的諸因子

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療形態（入院・外来） ・ 年齢・性別 ・ 職業 ・ 就業・就学の可否 ・ 罹病期間 ・ 観察期間 ・ 入院歴 ・ 手術歴 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病型 ・ 活動度 ・ 腸管合併症 ・ 腸管外合併症 ・ 併存症 ・ 治療内容 ・ 臨床検査データ |
|--|--|

表 3 新規作成した質問項目

定性研究・質的分析（患者個別インタビュー、グループディスカッション）で得られた分析から質問項目を選定

	項目数	Cronbach' α
1. 症状	10	0.87
2. 症状による生活への影響	7	0.91
3. 治療による生活への影響	5	0.90
4. 不安	8	0.87

表 4 SF-36 サブスケールと疾患活動性との相関

	PF	MH	RP	RE	GH	BP	VT	SF
腹痛	-0.19		-0.17		-0.25	-0.26	-0.16	-0.22
頻回下痢			-0.23		-0.17	-0.23	-0.17	-0.20
肛門病変								
瘻孔							-0.16	
合併症			-0.17		-0.19	-0.21		
腹部腫瘍	-0.17	-0.15	-0.20			-0.15	-0.15	-0.19
体重減少	-0.24				-0.23			
発熱								
腹部圧痛	-0.16		-0.22		-0.24	-0.31	-0.17	-0.16
貧血								
IOIBD	-0.20	-0.14	-0.20	-0.07	-0.27	-0.35	-0.15	-0.21

P<0.05

表 5 SF-36 サブスケールと検査所見の相関

	PF	MH	RP	RE	GH	BP	VT	SF
ESR	-0.26	-0.27	-0.18	-0.16	-0.29	-0.28	-0.23	-0.16
CRP	-0.17				-0.20	-0.21	-0.15	
WBC						-0.13		
Ht	0.26	0.17			0.19	0.20	0.18	
TP					0.15	0.14		
Alb	0.24				0.32	0.30	0.15	
Alb/TP	0.25	0.16			0.29	0.23	0.14	
TC								

P<0.05

表 6 SF-36 サブスケールと治療の相関

	PF	MH	RP	RE	GH	BP	VT	SF
経腸栄養	-0.14							
経腸栄養の量								-0.13
ステロイド		-0.17	-0.17	-0.21	-0.27	-0.22	-0.18	-0.19
5-ASA			-0.16	-0.17				-0.17

P<0.05

表 7 SF-36 サブスケールと新規作成項目

	PF	MH	RP	RE	GH	BP	VT	SF
症状	-0.33	-0.52	-0.49	-0.37	-0.59	-0.68	-0.55	-0.41
症状による影響	-0.49	-0.59	-0.70	-0.51	-0.61	-0.67	-0.58	-0.58
治療による影響	-0.33	-0.46	-0.51	-0.43	-0.53	-0.49	-0.38	-0.53
不安	-0.37	-0.52	-0.51	-0.39	-0.62	-0.51	-0.44	-0.45

P<0.05

表 8 多変量解析 (1)

	回帰係数	partial R-square	P
PF (Physical functioning)			
IOIBD	- 0.31	0.02	0.02
不安	- 1.38	0.21	0.0001
MH (Mental Health)			
血沈	-0.10	0.01	0.14
不安	-0.59	0.29	0.0001
RP (Role functioning - Physical)			
IOIBD	-4.18	0.03	0.02
不安	-1.08	0.33	0.0001

表 9 多変量解析 (2)

	回帰係数	partial R-square	P
RE (Role Functioning - Emotional)			
不安	-0.90	0.17	0.0001
GH (General Health)			
IOIBD	-1.64	0.01	0.04
血沈	-0.15	0.04	0.01
不安	-0.60	0.42	0.0001
BP (Bodily Pain)			
IOIBD	-5.83	0.09	0.0001
不安	-0.79	0.31	0.0001

表 10 多変量解析 (3)

	回帰係数	partial R-square	P
VT(Vitality)			
Ht	0.73	0.02	0.04
Alb/TP	47.45	0.01	0.10
不安	-0.52	0.21	0.0001
SF (Social Functioning)			
IOIBD	- 2.09	0.01	0.10
不安	- 0.70	0.26	0.0001

クローン病患者における成分栄養療法と QOL : とくに就労状況との関連について

研究協力者 上野 文昭 (東海大学医学部附属大磯病院)
共同研究者 松村 真司、福原 俊一 (東京大学大学院医学系研究科)
井出 広幸 (大船中央病院内科)
岩男 泰、日比 紀文 (慶応義塾大学医学部消化器内科)
宮原 透 (防衛医科大学校第 2 内科)
杉田 昭 (横浜市立大学附属浦舟病院第 2 外科)
櫻井 俊弘 (福岡大学筑紫病院消化器科)
橋本 英樹 (帝京大学医学部第 2 内科)

1. 背景

炎症性腸疾患 (Inflammatory Bowel Diseases : 以下 IBD と略す) は、類似するも異なる 2 疾患、潰瘍性大腸炎 (Ulcerative Colitis : 以下 UC と略す) とクローン病 (Crohn's Disease : 以下 CD と略す) より構成される疾患群である。若年にて発症し、特異的な治療法がないまま、ほとんどの場合治癒することなく生涯持続すると言う特徴を有する。病因、病態、診断、治療などにつき、解明・開発すべき点が多く、近年の著しい増加傾向¹⁾とも相俟って、現在、消化器領域の基礎的・臨床的研究の標的とされている疾患である。

IBD 患者の生命予後は比較的良好のことが多いため、むしろ患者の QOL が問題となる。発症年齢が若年であることから、IBD 患者の多くは就労年齢層に分布する。このため、IBD 患者の就労状況を把握し、問題点を分析し、その対策を講じることは、社会的に重要と考えられる。この問題に対する先行研究として、1996 年度にはまず比較的均一な病像を呈する UC において、引き続き 1997 年度に CD を対象として、患者の就労実態を調査し、影響を及ぼす諸因子を検討した^{2) 3)}。

前年度研究の結果、職業を有する CD 患者のうち、年間 30 日以上の長期休職者は 42.4% と多く、しかも長期休職の有無は、病型や活動度などの疾患自体の臨床特性とは関連せず、一部の主観的健康度や、治療内容の一つである成分栄養療法の有無とに関連が見られたことが注目された。しかしながら成分栄養療法のみが、独立して長期休業に影響しているかどうかについては、解析し得なかった。

2. 目的

CD 患者において、新たな評価尺度を加えた主観的健康度や成分栄養療法が、就労状況に及ぼす影響を検討した。

3. 方法

(1) 対象

1997 年 9 月から 11 月までの間に、東海大学大磯病院、慶応義塾大学病院、防衛医科大学校病院、横浜市立大学浦舟病院、湘南鎌倉病院を受診した CD 患者 222 例中、職業を有する 151 例 (男性 111 例、女性 40 例) を対象とした。CD の診断は個々の施設で臨床所見、経過、諸

検査により総合的に判断し、今回の調査のために特別な基準は設けなかった。

職業を有するとの判断基準として、調査時点にフルタイムまたはパートタイムで就労している患者の他、本来は就労可能であるが、腸疾患のために退職、無職、休職中、または一時解雇されている患者を含めた。内訳は、フルタイム就労患者 106 名、パートタイム 20 名、腸疾患のため退職した者 2 名、腸疾患のため休職中の者 23 名であった。年間 30 日以上を長期休職と定義し、151 名中長期休職者は 64 名 (42.4%) であった。

(2) データ収集と評価項目

患者受診時に、診療担当医が直接患者から、または診療記録から、患者に関する基本情報と臨床情報を得て記録した。また同時に患者に対して、担当医が回答内容に目を通さないことを確約して質問紙を直接渡し、原則として患者本人が記入した後、封をしてから担当医以外の医療スタッフに返却させた。

医師記入データには、病悩期間、病型、入院歴、手術歴、疾患活動度 (IOIBD スコア)、治療内容、合併症 (腸管、腸管外)、併存症、検査データなどの臨床特性を含んだ。

質問紙に対する患者の回答内容から、年齢、性別、学歴、就労状況、収入、婚姻状況、家族構成など、患者の基礎特性に関するデータを収集した。また、主観的健康度に関するデータとして、包括的健康関連 QOL 尺度である 36-item short-form (SF-36)⁴⁾ 日本語版 ver.1.20、および共同研究者が新規に開発した評価尺度⁵⁾に基づいた質問に対する回答を収集した。

SF-36 の質問項目は、身体機能 (PF)、身体機能不全による役割制限 (RP)、精神状態の変化による役割制限 (RE)、健康状態の変化による社会機能の制限 (SF)、体の痛み (BP)、精神状態 (MH)、活力 (VT)、全体的な健康感 (GH) をそれぞれ反映する 8 つのサブスケールより構成されており、これらの各サブスケール毎に該当する尺度得点を、0~100 点のスコアに変換し算出した。個々の患者における主観的健康度の評価は、これら 8 項目のサブスケールのスコアを、先行研究で得られた国民標準値との差得点に、年齢・性の補正を加えたものを算出した。

また主観的健康度の新規尺度として、IBD に疾患特異性を有する症状尺度 (Symptom)、症状からくる役割制限 (Role-Symptom)、治療自体が原因となる役割制限 (Role-Therapy)、疾患に対する心理的適応状態を計るコントロールの自覚 (Internality)、周囲の理解や援助などの社会的サポート (Support) を用いた。これらの新尺度の意味付けや信頼性に関しては共同研究者の先行研究に詳述されている⁵⁾。

(3) 解析方法

上記の方法で得られた患者の基礎特性、臨床特性、主観的健康度の各項目を、就労状況に影響を及ぼす因子 (説明変数) とし、年間 30 日未満または 30 日以上以上の休職の 2 変数 (従属変数) との関連を、 χ^2 検定または t 検定により解析した。

次に成分栄養療法と長期休職との関連を明確にするため、患者の基礎特性や臨床特性を考慮して、ロジスティック分析により解析した。さらに主観的健康度も加えたロジスティック解析も行った。

さらに、成分栄養療法と主観的健康度の関連を、分散分析および線形回帰分析により解析した。

4. 結果

(1) 成分栄養療法の施行状況

今回対象とした就労クローン病患者 151 名において、成分栄養療法を受けていないものは 70 名 (49.6%)、成分栄養剤 (ED) 900ml/日未満が 32 名 (22.7%)、900ml 以上 1200ml/日未満が 21 名 (14.9%)、1200ml/日以上が 18 名 (12.8%) であった (データ欠損 10)。

(2) 2 変量解析による各種説明変数と長期休職との関連

患者の基礎特性や臨床特性は、成分栄養療法を除き、いずれも長期休職との関連を認めなかった。SF-36 のサブスケールのうち、PF、BP、VT、MH、GH の 5 項目、新規尺度のうち、Symptom、Support、Internality は、長期休職との関連を認めなかった。

臨床特性のうち、治療内容の一つである成分栄養療法のみが長期休職との強い関連を見た。また SF-36 の 3 項目 (RP、RE、SF) と、新規尺度である Role-Symptom、Role-Therapy は長期休職との関連を見た。

(3) 多変量解析による長期休職に関連する因子の検討

成分栄養療法で ED 900ml/日以上は、年齢、性別、他の薬物治療、疾患活動度、併存症など、基礎特性、臨床特性の各種説明変数を考慮に入れても、独立して長期休職との関連を見た ($P < 0.05$ 、Odds 比 4.41)。

さらにこれらの基礎特性、臨床特性に、主観的健康度である SF-36 の各サブスケールや新規尺度をすべて考慮に入れた場合、唯一独立して長期休職との強い関連を認めた ($P < 0.05$ 、Odds 比 5.997)。また主観的健康尺度の SF および Role-Symptom に長期休職と関連する傾向を認めた ($P < 0.10$)。

(4) 成分栄養療法と主観的健康度との関連

成分栄養療法と、SF-36 各サブスケールおよび新規尺度を用いた主観的健康度との関連を検討したところ、ED 投与量が増すにつれ、QOL が低下する傾向があったが、統計学的に有意差を認めなかった。また多変量解析でも関連は認めなかった。

5. 考察

若年にて発症し、多くの場合緩解と再燃を繰り返しながら比較的良好な生命予後を有す IBD においては、患者の QOL が問題となる。一般に発症年齢が若いため、IBD 患者の多くは就労年齢層に分布する。このため、IBD 患者の就労状況を把握し、問題点を分析するための先行研究が行われた。

1996 年度には、まず比較的均一な病像を呈する UC において、患者の就労実態を調査し、影響を及ぼす諸因子を検討した。その結果、予想に反して、医師が判断した客観的な指標は就労状況とは関連せず、主観的健康尺度として用いた SF-36 のサブスケール 8 項目のすべてと長期休職との関連を認めた。すなわち、疾患活動度などの臨床特性などよりも、患者自身の健康感が、就労状況との密接な関連を有することが示唆された²⁾。

引き続き 1997 年度には、CD を対象として同様の研究を行った。CD ではより多彩な病像のため、UC 以上に日常生活が干渉されることが多いと予測されたが、やはり年間 30 日以上長期休職者は、UC の約 25% に対して CD では 40% 以上と、より多いことが確認された。ここでもやはり、病型や疾患活動度などの疾患自体の特性と、就労状況との関連を認めず、SF-36 のサブスケールのうち 3 項目 (RP、RE、SF) と長期休職との関連が見られた。この研究で最

も注目すべき知見は、成分栄養療法と長期休職との間に明らかな関連が認められたことである³⁾。

成分栄養療法は、CDにおける最も有効な治療法の一つとして、少なくともわが国では定着している。有効性を評価する基準であるエンドポイントを厳密に規定した、正しいデザインの臨床研究は乏しいものの、一般には成分栄養療法の結果、主として医師が判断する疾患活動度や臨床データの改善が得られることが知られている。一方、成分栄養療法による食事制限、経口摂取した場合の独特の臭気、投与量が増すにつれ必要となる経鼻胃管の挿入・抜去に伴う不快感や不便などがあることは、これまで漠然と認識されてはいたが、評価されたことはなかった。受容性における欠点のために成分栄養療法が普及していない海外でも、そのマイナス評価は漠然としたものに過ぎず、われわれの研究が成分栄養療法の不利益を具体的に指摘した初めてのものであると思われる。

しかしながら、前年度研究にはその方法論に由来する限界が存在した。一つには成分栄養療法自体が就労状況に悪影響を及ぼしているのかどうかを確認できなかったことである。臨床特性や基礎特性に関する多くの説明変数が交絡因子となり、見かけ上成分栄養療法が就労に影響しているような結果が得られた可能性は否定できなかった。またもう一つの点として、多くの疾患において用いられている包括的健康関連 QOL 尺度である SF-36 のみで、きわめて特異的な病像と患者像を呈する CD 患者の QOL を評価することが困難ではないかと言う指摘もあった。これらの問題点を少しでも解明する目的で、本年度の研究が行われた。

今回の検討では、健康関連 QOL 尺度として SF-36 に加え、共同研究者の一人が周到な予備調査の結果開発した、いくつかの新規尺度が用いられている⁵⁾。疾患特異的の症状尺度 (Symptom) は、海外で用いられている Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)⁶⁾ を参考にしつつ、削除・追加を行い作成した尺度であり、活動期のみならず緩解期の患者にも適合すると考えられる。また、症状による日常生活における役割制限 (Role-Symptom) と、治療そのものによる日常生活における役割制限 (Role-Therapy) を独立した尺度として用いた。さらに CD のようないわゆる難病では、疾患に対する患者の内的適応状態や、患者の置かれた社会環境が、患者の主観的健康感を形作るとの認識のもとに、コントロールの自覚 (Internality)、社会的サポート (Support) の二つの尺度を加えた。

2 変量解析で主観的健康度と就労状況との関連を見ると、SF-36 の 3 項目の他、Role-Symptom と Role-Therapy に関連を認めたが、多変量解析では、SF-36 のわずか 1 項目 (SF) および Role-Symptom に、長期休職と関連する傾向を認めたに過ぎない。関連があるように思われた Role-Therapy は、成分栄養療法を含んだ多変量解析では関連を認めず、総合的な治療内容よりも成分栄養のみが強く関連していたことが伺える。注目すべき点として、Symptom は長期休職との関連がまったく見られないのに対し、Role-Symptom では関連傾向が得られたことである。たとえ疾患に特異的であろうと、漠然とした症状の有無だけでは就労状況に影響しないと考えられ、治療の目標を疾患活動度などの客観的指標に置くだけでは、日常生活への影響を改善することにつながらないことが示唆される。

2 変量解析で、就労状況ときわめて強い関連を認めた成分栄養療法に関し、基礎特性、臨床特性に関する多くの説明変数を考慮し多変量解析を行った。また主観的健康度の種々の尺度も考慮した上で、多変量解析を行った。その結果、ED900ml/日以上成分栄養療法は、唯一独立して、長期休職との強い関連があることが判明した。前年度研究では解析不十分であった成分栄養療法の就労状況に及ぼす影響が確認できたと言える。尤も、この断面研究から得られた

結果のみでは、両者の因果関係の方向性は証明し得ず、休職中だから成分栄養療法を行ったという批判も成り立つ。しかしながら、社会活動の継続への強い意欲を有する患者においてこそ十分な成分栄養療法が成功するという、臨床現場の一般的認識が正しいとすれば、逆の方向性は考えがたい。やはり食事制限の精神的苦痛や、成分栄養を継続するための日常生活の制限などが、就労に影響を及ぼしていると考えるのが自然であろう。

最後に、成分栄養療法が主観的な健康感を損なっている可能性につき検討するために、両者の関連を解析したが、明らかな関連を認めなかった。成分栄養療法が、主観的健康感を損なうことなく就労状況に影響していると考えべきか、あるいは今回用いた QOL 評価尺度が、CD 患者の QOL を評価する上で不十分であるのかは、今後の検討課題と言える。

6. 結論

CD 患者において、成分栄養療法（1 日量 900ml 以上）は就労状況との強い関連を認め、治療自体が就労を制限している可能性が示唆された。治療法の選択にあたり、病状の改善だけでなく、患者の置かれた社会的状況を把握し、日常生活への影響をも考慮することが肝要と考える。

参考文献

- 1) 棟方昭博, 中路重之: 日本人の IBD の疫学的特徴. *Medicine* 1996;33:1442-1444.
- 2) 上野文昭, 井出広幸, 他: 潰瘍性大腸炎患者の就労状況に影響を与える因子: 主観的、客観的指標の検討. 厚生省特定疾患に関する QOL 研究班 平成 8 年度研究報告書 73-79.
- 3) 上野文昭, 井出広幸, 他: クロウン病患者の就労状況に影響を与える因子: 主観的、客観的指標の検討. 厚生省特定疾患に関する QOL 研究班 平成 9 年度研究報告書 163-169.
- 4) Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item short form health survey (SF 36) . *Medical Care* 1992;30:473-483.
- 5) 橋本英樹, 岩男泰, 他: 厚生省特定疾患に関する QOL 研究班 平成 9 年度研究報告書 137-147.
- 6) Guyatt G, Michell A, Irvince EJ, et al: A new measures of helath status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1989;96:804-810.

潰瘍性大腸炎手術例の QOL

—SF36 と新しい疾患特異性尺度による検討—

研究協力者 杉田 昭（横浜市立大学浦舟病院第2外科）
共同研究者 橋本 秀樹（帝京大学医学部第2内科）
岩男 泰（慶応義塾大学医学部消化器内科）
上野 文昭（東海大学大磯病院内科）
宮原 透（防衛医科大学校医学部第2内科）
福原 俊一（東京大学大学院医学系研究科）

1. はじめに

潰瘍性大腸炎は若年者に多く、治療の目的は社会復帰を含めた QOL の改善である。本症には内科治療と外科治療があり、外科治療の対象は腸穿孔や大出血などの重症例、癌合併例、および内科治療が無効な難治例であり、難治例が最も多い。

本症に対する手術の主流は回腸囊肛門吻合術、回腸囊肛門管吻合術で前者は直腸粘膜を完全に抜去することにより根治性が高く、後者は肛門管上皮を一部温存することから漏便が少なく排便機能が良好である。

外科治療の選択と術式の決定のためには術後 QOL の的確な評価が必要で、疾患特異性と一般的な社会生活などの両者を含めた QOL の検討が必要である。

2. 目的

SF36 と潰瘍性大腸炎術後の排便機能とその影響を分析する新しい疾患特異性の尺度を含めた新しい QOL 評価法を用い、多施設共同で潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合術と回腸囊肛門管吻合術後の QOL を分析した。

3. 方法

1) 潰瘍性大腸炎手術例の QOL 評価法

SF36 に以下の 6 項目の新しい疾患特異性の尺度を加えたアンケートを作製した。これらの疾患特異性尺度の信頼性、妥当性は良好であった (1)。

- (1) 排便回数への負担：排便回数を負担に感じているか否か
- (2) 漏便への負担：漏便を負担に感じているか否か
- (3) 排便状況による日常生活への影響（役割制限）：排便回数や漏便のため身体的、情緒的な役割が果たしているか否か
- (4) 病気による不安
- (5) 性生活への影響
- (6) 社会的サポートの有無：患者が潰瘍性大腸炎であることや病状に対する友人、家族など周囲からのサポートの有無

2) Informed consent の実施

本研究に参加する患者に対して本研究の趣旨と自由参加である旨を記した informed consent record を配付し、了解を得た。

3) 検討項目

以下の項目を多変量解析で分析した。

(1) 疾患特異性尺度に影響を与える因子

説明変数：年齢、性別、学歴、収入、就労状況

術式、術後経過年数、術後合併症の有無

排便回数、漏便（なし、soiling、spotting）

(2) SF36のうち、精神状態、全般的健康感、社会的機能の3項目に影響を与える因子

説明変数：年齢、性別、学歴、収入、就労状況

排便回数、漏便（なし、soiling、spotting）

疾患特性尺度

4. 対象

潰瘍性大腸炎手術例に対して8施設共同でアンケート調査を行い、389例から回答を得た（表-1）。今回は施設1から6までの207例のうち、吻合後1年以上経過した回腸囊肛門吻合術68例（以下、肛門吻合）と回腸囊肛門管吻合術54例（以下、肛門管吻合）を対象とした（表-2）。術後経過年数は回腸囊肛門吻合術で平均5.4年、回腸囊肛門管吻合術3.7年と後者で有意に短かったが、アンケート時の年齢と手術適応には差はなかった。

5. 結果

1) 術後合併症（表-3）

早期縫合不全は肛門吻合例13%、肛門管吻合例6%と肛門吻合例に多く、腸閉塞は肛門吻合9%、肛門管吻合15%と肛門管吻合例に多かったが有意差はなかった。肛門狭窄は肛門吻合で22%と肛門管吻合の8%に比べて有意に多くみられた（ $p=0.03$ ）。

2) 術後排便機能（表-4）

1日排便回数は肛門吻合で平均6回、肛門管吻合7.1回と肛門管吻合で有意に多かった（ $p=0.01$ ）。漏便はsoilingを週3回以上の漏れ、または3回以下でも大量の漏れ、spottingを週3回未満、または3-5回だがしみ程度と定義して患者の解答から分類した。肛門吻合では肛門管吻合に比べてsoiling、spottingとも有意に増加していた。

3) 術後のQOL

(1) 排便回数の負担に影響する因子（表-5）

排便回数が多い例、高年齢の症例ほど負担が大きく、社会的サポートが得られている例ほど負担が少なかった。

(2) 漏便の負担に影響する因子（表-6）

排便回数が多い例ほど漏便の負担が多く、漏便の程度(soiling、またはspotting)は影響を与えなかった。

(3) 排便状況による日常生活への影響に関与する因子（表-7）

排便回数が多い例、漏便のある例が日常生活への影響を大きく受けていた。

(4) 病気に対する不安に影響を与える因子（表-8）

排便回数が多い例で不安が大きく、社会的サポートを受けている例では不安は少なかった。また、回腸囊炎の既往のある例で有意に不安が大きかった。

(5) 性生活に影響を与える因子（表-9）

女性、排便回数の多い例、漏便のある例で性生活に支障をきたしていた。また、収入が高い例ほど支障は少なかった。

(6) 精神的機能(SF36) に影響する因子 (表-10)

病気に対する不安の強い例、漏便のある例では精神状態が不良で、社会的サポートがある例では良好であった。

(7) 全般的健康感(SF36) に影響する因子

病気に対する不安の強い例で健康感が低下していた (回帰係数-5.54, P 値 0.001)。

(8) 社会的機能(SF36) に影響する因子 (表-11)

病気に対する不安の強い例、学歴の高い例、性生活に支障のある例では社会的機能は低下していた。また、早期縫合不全の既往例も低下がみられた。

6. 考察

潰瘍性大腸炎は難治性であるが良性疾患であり、QOLの向上する治療法を選択することが必要である。手術適応には重症、難治、癌または dysplasia があり、自験手術 183 例でもそれぞれ 28%、64%、8%と難治が最も多い。術後の QOL を正確に評価することは外科治療の選択と術式の決定 (回腸囊肛門吻合術、回腸囊肛門管吻合術、回腸人工肛門) に必要である。

術後 QOL の評価法について SF36 は潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合術の QOL 判定に有効と報告されている (1)。SF36 だけでは評価できない潰瘍性大腸炎術後 QOL を判定する 6 項目の新しい疾患特異性尺度は前回の報告で信頼性、妥当性とも良好との結果を得ている (2)。今回は SF36 と疾患特性尺度を用いて潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合術と回腸囊肛門管吻合術の QOL を検討した。

術後合併症は回腸囊肛門吻合術でやや多く、排便機能をみると回腸囊肛門吻合術で排便回数が少なく、回腸囊肛門管吻合術では漏便が少なかった。

術後の排便状況による日常生活への影響、病気に対する不安、性生活への影響には排便回数または漏便が大きな影響を及ぼしており、社会復帰には排便回数の減少と漏便の防止が重要であった。病気に対する不安は回腸囊炎併発例で強く、潰瘍性大腸炎の再燃の心配はないものの回腸囊炎再発に対する不安と推測され、回腸囊炎の原因解明と予防、治療法の確立が必要と考えられた。

SF36 のうち精神的機能、全般的健康感、社会的機能は病気に対する不安をもつ例で低下していた。社会的サポートのある例では改善がみられたことから周囲の術後経過に対する理解や援助が社会復帰に有効であった。

今回の回腸囊肛門吻合術と回腸囊肛門管吻合術症例では後者で術後経過が有意に短かった。両者の術式別 QOL を比較するためには術後の生活に対する”慣れ”の要素を除くため術後経過期間を一致させて検討するのが望ましく、今後、今回の検討に施設 7, 8 の症例、更に新しい施設のアンケート施行例を加えた多数例で検討する予定である。

7. 結語

1) SF36 と疾患特異性尺度を用いて 1 年以上経過した潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合術 68 例と回腸囊肛門管吻合術 54 例の術後 QOL を分析した。

2) 術後の排便状況による日常生活への影響、病気に対する不安、性生活への影響には排便回数または漏便が大きな影響を及ぼしていた。

- 3) SF36のうち精神的機能、全般的健康感、社会的機能は病気に対する不安をもつ例で低下しており、社会的サポートのある例では改善がみられた。
- 4) 術後の社会復帰には排便回数の減少、漏便の防止、術後の周囲からの社会的サポートが重要と考えられた。

アンケート調査に御協力頂きました先生方に深謝いたします。

参考文献

- 1) Provenzale D, et al: Health-related quality of life after ileoanal pull-through: Evaluation and assessment of new health status measures. *Gastroenterology* 113:7-14 1997
- 2) 杉田昭, 他: 潰瘍性大腸炎手術例の術式別 QOL の検討. 特定疾患に関する QOL 研究班 平成 9 年度研究報告書 p156-162

表一 1. 研究参加施設

1.東京大学腫瘍外科	8例
2.福岡大学筑紫病院外科	36例
3.東京女子医科大学第2外科	14例
4.新潟大学第1外科	65例
5.横浜市民病院外科	52例
6.横浜市立大学浦舟病院第2外科	32例
7.東北大学第1外科	15例
8.兵庫医科大学第2外科	167例

表一 2. 対 象

	回腸囊肛門吻合	回腸囊肛門管吻合
症例	68	54
術後経過年数	5.4±2.2	3.7±2.1*
年齢(アンケート)	38±12	40±14
手術適応		
重症	23%	25%
難治	56%	65%

* : p<0.001

表－3．回腸囊肛門吻合術と回腸囊肛門管吻合術の術後合併症

	回腸囊肛門吻合 (n=68)	回腸囊肛門管吻合 (n=54)
早期縫合不全 (骨盤腹膜炎)	13%	6%
晩期縫合不全	3	0
回腸囊腔瘻	0	2
腸閉塞	9	15
肛門狭窄*	22	8*
回腸囊炎	15	13

* : P = 0.03

表－4．術後排便機能

	回腸囊肛門吻合	回腸囊肛門管吻合
症例	68	54
排便回数/日	6.1	7.1*
Soiling	37%	17%**
Spotting	38%	25%**

*P=0.01, **P<0.001

表－5. 排便回数 of 負担に影響する因子

	回帰係数	P値
排便回数	0.22	0.000
年齢	0.02	0.013
社会的サポート	-0.31	0.011

表－6. 漏便 of 負担に影響する因子

	回帰係数	P値
排便回数	0.21	0.000
Soiling, or spotting	0.06	0.833

表－7. 排便状況による日常生活への影響に關与する因子

	回帰係数	P値
排便回数	0.2558	0.000
漏便	0.3922	0.002

表－8. 病気に対する不安に影響する因子

	回帰係数	P値
排便回数	0.09	0.019
社会的サポート	-0.25	0.019
回腸嚢炎	0.05	0.027

表－9. 性生活への影響に関する因子

	回帰係数	P値
性別	0.48	0.000
排便回数	0.05	0.025
漏便	0.15	0.024
高収入	-0.48	0.015

表－10. 精神的機能(SF36)に影響する因子

	回帰係数	P値
不安	-5.97	0.002
漏便	-4.61	0.038
社会的サポート	5.47	0.000