

社 会 活 動

社会活動

活動者名 (所属施設)	会の名称および講演演題等	会場および新聞名等	活動年月日
棟方昭博(弘前大学1内)	第400回北五医師会記念集談会:炎症性腸疾患の現況と薬物療法	五所川原市	2004年5月28日
棟方昭博(弘前大学1内)	第8回北関東コロソクラブ:IBDの現状と薬物治療	つくば市	2004年6月26日
棟方昭博(弘前大学1内)	The 3rd Sino-Japan Workshop on Digestive Endoscopy and Gastroenterology	GuiLin, China	2004年8月21日
松本主之、飯田三雄(九州大病態機能内科)	クローン病市民公開講座:クローン病の内科治療	アクロス福岡	2004年11月29日
佐々木巖(東北大生体調節外)	Crohn病外科治療の最近の話題。(特別講演)第26回 広島炎症性腸疾患研究会	広島	2004年6月
舟山裕士(東北大生体調節外科)	潰瘍性大腸炎の外科治療 第5回 仙北消化器疾患研究会	古川	2004年6月
佐々木 巖(東北大生体調節外科)	クローン病外科治療最近の話題。(特別講演)静岡消化器病研究会	静岡	2004年8月
舟山裕士(東北大生体調節外科)	炎症性腸疾患治療の現況. 第73回 泉外科勉強会	仙台	2004年8月
柴田 近(東北大生体調節外科)	大建中湯の消化管運動亢進効果とその作用機序の基礎的検討. 第20回和漢医薬学会大会ランチョンセミナー	熊本	2004年8月
佐々木 巖(東北大生体調節外科)	炎症性腸疾患の外科治療における最近の進歩。(特別講演)山形消化器病懇話会	米沢	2004年9月
仲瀬裕志(京都大学消化器内科)	第7回京都市委託医療講演会	京都市	2004年12月12日
仲瀬裕志(京都大学消化器内科)	京都市委託医療講演会(亀岡) 潰瘍性大腸炎、クローン病とうまくつきあうために	亀岡市	2005年1月23日
福田能啓(兵庫医大下部消化管)	IBDの内科治療の展開、JAPAN IBD医療講演会	東京	2004年10月30日
福田能啓(兵庫医大下部消化管)	炎症性腸疾患に関する講演会と参加者交流会、IBD友の会	兵庫	2004年1月11日
松本譽之(兵庫医大下部消化管)	特別講演 炎症性腸疾患に関する栄養治療 出雲消化器治療栄養研究会	出雲	2004年6月5日
應田義雄(兵庫医大下部消化管)	医療相談講師、難病患者の「医療・生活・教育」相談会 兵庫県難病団体連絡協議会	兵庫	2004年7月25日
松本譽之(兵庫医大下部消化管)	アドバイザー(内科的治療とケア)公開講座「みんなで話そうクローン病のQ&A」第5回クローン病トータルケア推進協議会研修会	大阪	2004年9月23日
小坂 正(兵庫医大下部消化管)	講演・医療相談 尼崎市難病団体連絡協議会	尼崎	2004年10月17日
樋田信幸(兵庫医大下部消化管)	講演・医療相談 尼崎市難病団体連絡協議会	尼崎	2004年12月12日
鈴木康夫(東邦大佐倉病院内科)	炎症性腸疾患の最新事情 炎症性腸疾患市民公開講座-炎症性腸疾患の現況と展望	船橋	2004年2月21日
鈴木康夫(東邦大佐倉病院内科)	消化器系難病に関する医療相談	千葉保健所	2004年6月29日
鈴木康夫(東邦大佐倉病院内科)	潰瘍性大腸炎の最新治療情報	市原保健所	2004年6月25日

鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患の最新医療情報	君津保健所 木更津	2004年7月5日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患の最新情報	安房保健所 館山	2004年8月4日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患患者の日常生活について	江東区深川保健所 東京	2004年9月5日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	クローン病の最新医療情報	印旛保健所	2004年9月6日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患患者の医療生活相談	千葉市保健所 千葉	2004年9月14日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患の最新情報	夷隅保健所 勝浦	2004年9月15日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	潰瘍性大腸炎の最新診療と生活について	長生保健所	2004年11月17日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患の最新医療情報	海保健所 旭	2004年12月10日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	潰瘍性大腸炎とクローン病の最新事情	鴨川地域保健所	2005年1月19日
鈴木康夫（東邦大佐倉病院内科）	炎症性腸疾患の生活と治療	市川保健所	2005年2月27日
池内浩基（兵庫医大2外）	専門医に聞いてみよう75分 市民公開講座 潰瘍性大腸炎in Kansai	大阪	2004年8月30日
山村武平（兵庫医大2外）	炎症性腸疾患の手術とその成績 第7回クリニカルカンファレンス	旭川	2004年9月11日
池内浩基（兵庫医大2外）	炎症性腸疾患の外科 希少難病の会おおみ共同開催 炎症性腸疾患医療相談会	草津	2004年11月15日
池内浩基（兵庫医大2外）	炎症性腸疾患の外科治療 第4回淀川GIカンファレンス	大阪	2004年12月5日
亀岡信悟（東京女子医大2外）	第15回大腸疾患分科会、特別講演『Colitic Cancer』	ホテルグランヴィア大阪	2004年5月7日
二見喜太郎（福岡大学筑紫病院外科）	第66回九州大腸肛門病懇話会 「穿通型難治性クローン病に対する外科的対応」	久留米	2004年5月8日
東大二郎、二見喜太郎（福岡大学筑紫病院外科）	第2回炎症性腸疾患外科フォーラム 「クローン病術後再発をどう治療するか？ ―手術適応と術式―」	東京	2004年7月30日

添 付 資 料

回腸囊炎診断基準案

I. 概念

回腸囊炎(Pouchitis)は、自然肛門を温存する大腸(亜)全摘術を受けた患者の回腸囊に発生する非特異的炎症である。原因は不明であるが、多くは潰瘍性大腸炎術後に発生し家族性大腸腺腫症術後の発生は少ないことより、潰瘍性大腸炎自体の発症機序との関連が推察されている。

II. 診断基準

1、項目

a) 臨床症状

- 1) 排便回数の増加
- 2) 血便
- 3) 便意切迫または腹痛
- 4) 発熱(37.8度以上)

b) 内視鏡検査所見

軽度	浮腫 顆粒状粘膜 血管透見性消失 軽度の発赤
中等度	アフタ、びらん、小潰瘍 易出血性 膿性粘液
重度	広範な潰瘍、多発性潰瘍 びまん性発赤、自然出血

2、診断基準

少なくとも1つの臨床症状を伴い上記の内視鏡所見を認めれば回腸囊炎と診断する。ただし、中等度以上の所見があれば、臨床症状の有無は問わない。

除外すべき疾患は、感染性腸炎(サルモネラ腸炎、キャンピロバクタ腸炎、腸結核などの細菌性腸炎、サイトメガロウイルス腸炎などのウイルス性腸炎、寄生虫疾患)、縫合不全、骨盤内感染症、術後肛門機能不全、クローン病などがある。

III. 解説

組織学的検査は回腸囊炎の診断には含まない。

欧米では、Mayo ClinicからPouchitis Disease Activity Index (PDAI) が提唱されている。臨床症状、内視鏡所見、病理組織所見からなり点数形式となっている。また、PDAIから病理組織所見を省いたModified PDAIが、Cleveland Clinicから提唱されている。

臨床経過により、一過性型(1、2回しか起こらず薬剤に良く反応する)、再燃緩解型(再燃と緩解を繰り返す)、慢性持続型(薬剤に反応せず、3ヶ月以上持続する)に分類される。

「Pouchitisの管理と予防」 資料2

(7月29日、平成16年度第1回総会)

PDAI (Mayo Clinic)

A: 臨床所見	排便回数	0	平常と同じ
		1	平常より1-2回多い
		2	平常より3回以上多い
肛門出血		0	なし、あるいはまれ
		1	毎日ある
	便意切迫または腹痛	0	なし
1		時にある	
2		常にある	
発熱 (37.8°C以上)	0	なし	
	1	ある	
B: 内視鏡所見			
	浮腫	1	
	顆粒状粘膜	1	
	易出血性	1	
	血管透見性の消失	1	
	粘液の滲出 (膿性粘液)	1	
	潰瘍	1	
C: 組織所見			
多核白血球浸潤		1	軽度
		2	中等度+陰窩膿瘍
		3	高度+陰窩膿瘍
低倍率での潰瘍面積		1	<25%
		2	25-50%
		3	>50%

Modified PDAI (Cleveland Clinic) は組織所見を省いたもの

J-TREAT クロウン病調査研究 PROTOCOL (DRAFT)

研究の背景

これまで本邦においては、クロウン病症例の経過を調査する研究として厚生労働省難治性炎症性腸管障害調査研究会による特定疾患受給申請書の診断書をデータベースに登録して解析する研究が行われており、患者数やその病型・重症度・治療内容などを明らかにしてきた。

本研究は、医師および患者の双方より情報をより詳細に集積し、本邦におけるクロウン病患者の現況について臨床指標のみならず医療経済学的側面を解析することを目的として計画された。また、同時にクロウン病患者のQOLについても調査し、重症度や治療法との関係を明らかにすることも目的としている。

目的

本研究の目的は、登録されたクロウン病患者の臨床的・医療経済学的事項およびQOLに関する事項を定期的に継続して調査し、以下の点を明らかにすることである。

- 1) 日本におけるクロウン病治療の現況
- 2) 日本におけるクロウン病治療の臨床的、医療経済学的、および症例のQOLに関する実態
- 3) 各種治療法の長期的な効果
- 4) 生物学的製剤を用いたクロウン病の治療法の長期的な効果と他の治療法との差異

研究方法

A; 調査法

- 1) 本研究に参加する患者は、下記の登録対象症例に適合する症例を医師が選択し、同意が得られた場合に登録医および選択された患者自身が調査票に必要事項を記入して登録センターに送付する方法で行う。
- 2) 医師は以下の調査票に記入し登録センターにFAX (送付) し、調査を開始する。調査開始後の検査、治療方法、外来受診間隔、入院の適応などは規定しない。
 - (1) 患者同意書
 - (2) 患者登録票
 - (3) 医師登録票
 - (4) 登録時患者背景臨床所見調査票
- 3) 医師は当該症例のすべての外来受診時に、外来受診時患者情報書に記入を行う。
- 4) 医師は登録時および以後8週間毎に登録患者に質問書を手渡しまたは送付する。
- 5) 医師は16週ごとに(年4回)に臨床情報報告書に記入を行い、外来受診時患者情報書とともに登録センターに送付する。
- 6) 登録された患者は、登録時および以後8週間毎に主治医から渡された質問書に記入を行い、登録センターに送付する。

B. 調査対象症例数 600-1000 症例

C. 調査期間 2年間（以後延長について検討する）

D:登録対象症例

下記条件を満たし、緩解導入治療を実施するクローン病患者（入院、外来は問わない）
尚、各施設において、試験開始前1年間に同様の緩解導入治療を実施したクローン病患者も登録する。

- 1) 18歳以上
- 2) 郵便による調査票記入と返信（2か月に1度）を2年以上行うことについて同意が得られた症例

—緩解導入治療—

- (1) ステロイドの投与開始または増量
- (2) 免疫抑制剤の投与開始
- (3) レミケードの投与
- (4) TPN
- (5) 一日 30kcal/kg 以上の経腸栄養・成分栄養法
- (6) 手術などの外科療法

E:評価項目

登録患者における以下項目の調査期間中の状況およびその変化について解析を行う。

- 1) 症例の背景因子
- 2) 病型・重症度などの分布
- 3) 治療法の現況
- 4) 各種治療法の効果
- 5) 入院・重症感染症・合併症発症・副作用発現などの発生頻度
- 6) 患者の QOL
- 7) 各種治療法による医療資源消費とコスト
- 8) 疾患の長期経過

J-TREAT REGISTRY

登録時臨床所見調査票 (DRAFT)

患者番号	
------	--

説明： 現在と病歴の両区分にご記入願います。この書式に記入後、外来受診時患者情報書において登録時部分を完成させて下さい。

◆現在の情報

1. 最初にクローン病と診断された日 (年、または年月まででも結構です)

年	月	日	(西暦)
---	---	---	------

2. 現在クローン病の病変(縦走潰瘍、敷石像、狭窄)のある部位。(一つ選んでください)

<input type="radio"/> 回腸のみ	<input type="radio"/> 回腸と結腸	<input type="radio"/> 結腸のみ	<input type="radio"/> 不明
----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------

3. 患者は現在タバコを吸いますか。

<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--------------------------	---------------------------

4. 患者にクローン病の家族歴がありますか。

<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--------------------------	---------------------------

5. 患者は現在プレドニゾンか他のコルチコステロイドを服用していますか。

<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--------------------------	---------------------------

「はい」のときは現在の使用用量を記してください (mg/日)

◆病歴の情報

6. これまでに患者が経験した入院回数に該当する箇所印をしてください。

	クローン病による外科入院			クローン病による内科入院(5日間以上)		
最初の外科的処置	0	1	>1	0	1	>1
1. 胃十二指腸の手術				1. TPN, ED (30kcal/kg 以上) ≥5 日 2. TPN, ED (30kcal/kg 以上) <5 日/なし 3. その他		
2. 小腸切除/狭窄形成術						
3. 回結腸切除/狭窄形成術						
4. 結腸切除						
5. 直腸切除 and/or 結腸回腸瘻造設						
6. 肛門周囲瘻孔 /直腸瘻孔切除/瘻孔ドレナージ						
7. その他						

潰瘍性大腸炎治療指針改訂案(平成16年度)(抜粋)

改訂案(新)	改訂前(旧平成15年度改訂案)
<p>5. 難治例</p> <p>(1) ステロイド依存例:プレドニゾロンの減量に伴って増悪または再燃が起こり離脱が困難な場合は、アザチオプリン(イムランなど) 50～100mg/日または6MP 30～50mg/日を併用する。これらの効果発現は比較的緩徐で、1～3ヶ月後に効果が現れることがある。これが有効で副作用がない時は、<u>上記免疫抑制剤を開始して1～2ヶ月後に経口プレドニゾロンを徐々に減量、中止する。緩解導入後は軽症の(1)に従った維持療法を行うが、副作用に注意しながら上記免疫抑制剤は2年間を目安として併用する。</u></p> <p>(2) ステロイド抵抗例:ステロイドの適正な治療にもかかわらず、1～2週間以内に明らかな改善が得られない場合で、重症度が中等症では血球成分除去療法を、重症ではシクロスポリン持続静注療法を行ってもよい。<u>この際、アザチオプリン(イムランなど) 50～100mg/日または6MP 30～50mg/日を最初から投与することが望ましい。なお、これらの免疫抑制剤は2年間を目安として併用する。緩解導入後は軽症の(1)に従った維持療法を行う。</u></p> <p>(3) これらの治療で効果のなく、QOL(生活の質)の低下した例では手術を考慮する。</p> <p>〈注6〉アザチオプリンや6MPの副作用として、白血球減少、胃腸症状、肝炎、肝機能障害などが起こり得る。頻回に血液検査を行い、白血球数が減少したら減量、または一時中止する。なお、本剤は保険適応外である。</p>	<p>5. 難治例</p> <p>(1) ステロイド依存例:プレドニゾロンの減量に伴って増悪または再燃が起こり離脱が困難な場合は、アザチオプリン(イムランなど)または6MPを1日50～100mg(1.5～2.0mg/kg)を併用する。これらの効果発現は比較的緩徐で、1～3ヶ月後に効果が現れることがある。これが有効で副作用がない時は、まず経口プレドニゾロンを徐々に減量、中止する。緩解導入後は軽症の(1)に従った維持療法を行うが、副作用に注意しながら上記免疫抑制剤を継続することが望ましい。</p> <p>(2) ステロイド抵抗例:ステロイドの適正な治療にもかかわらず、1～2週間以内に明らかな改善が得られない場合で、重症度が中等症では血球成分除去療法を、重症ではシクロスポリン持続静注療法を行ってもよい。</p> <p>(3) これらの治療で効果のなく、QOL(生活の質)の低下した例では手術を考慮する。</p> <p>〈注6〉アザチオプリンや6MPの副作用として、白血球減少、胃腸症状、肝炎、肝機能障害などが起こり得る。頻回に血液検査を行い、白血球数が減少したら減量、または一時中止する。なお、本剤は保険適応外である。</p>

小児クローン病治療指針案

(a) 初期治療は、経腸栄養剤による栄養療法が第一選択となる。消化器経腸栄養剤には成分栄養剤 (ED:エレンタール®)、エンテラール®、ツイインライン®があるが、後2剤は脂肪含有量が多い。クローン病の活動期では脂肪の摂取により腸管炎症が増悪する危険性があるので緩解導入時にはEDを使用する。EDは浸透圧性下痢を起こしやすいため、低濃度(0.5kcal/ml、浸透圧38mOsm/L)を600ml/日から開始し、濃度を漸増させ(0.75kcal/ml、浸透圧570mOsm/L→最高1kcal/ml、浸透圧760mOsm/L)、1日の全必要エネルギー量まで増量する(学童では50~60kcal/kg/日)。EDは味が悪いのでフレーバーを添加するか、あるいはゼリー状にすることにより経口的に徐々に飲用させる。フレーバーを入れても味やアミノ酸臭のためどうしても飲めない場合には、入院中に経鼻チューブの自己挿入を習得させ、注入ポンプを用いて夜間睡眠中に投与する。EDは脂肪含有量を非常に少なくしてあるので単独で長期使用する場合には必須脂肪酸が不足するので、経腸的に脂肪酸を補う必要がある(5~10ml/kg体重/日、週1~2回)。

(b) メサラジン(ペンタサ®): 40~60mg/kg/日・最大量3g/日。大腸型ではサラソルフアピリジン(サラゾピリン®)でもよい(60~100mg/kg/日:最大量4g/日)。

遠位大腸病型にはメサラジン注射を併用して有効な場合がある。

(c) 「重篤な場合」とは下記に示す1)~5)の場合がある。これらの場合には絶対的腸管安静を保つ必要があり完全中心静脈栄養法を行う。

1) 高度の腸管狭窄や腸閉塞が存在し、経腸栄養が困難な場合 2) 消化管出血が持続している場合 3) 高度の肛門病変、瘻孔、膿瘍形成がある場合

4) 著しい栄養障害がある場合 5) 頻回の下痢がみられる場合

(d) 重篤な場合には最低4週間は完全中心静脈栄養療法を施行する。この間、脂肪、ビタミンや微量元素などの欠乏には十分な配慮を払わなければならない。20%脂肪乳剤5~10ml/kg体重を適宜補給する。

(e) 高熱があり炎症所見が強い場合には膿瘍形成などの合併が考えられるのでCT、MRIなどの検査を行い、必要に応じて広域スペクトラムの抗菌薬を併用する。肛門病変、瘻孔がみられる場合にメトロニダゾール(フラジール®)15mg/kg/日、分2(経口)やシプロフロキサシン(シプロキサン®)20mg/kg/日分2、点滴静注、最大400mg/日)が有効なこともある(ただし、メトロニダゾールはクローン病には健康保険適用とはなっていない)。また、シプロキサンは15歳未満の小児には禁忌とされており、治療上の有益性を考慮して投与する)。メトロニダゾールの使用期間は、長期に及ばないこと、1から2ヶ月でその有効性を評価し無効であれば中止する。副作用として、末梢神経障害、味覚異常、中枢神経障害(めまい、ふらつき)などがある。

(f) 副腎皮質ホルモン(ステロイド)の適応は①完全静脈栄養療法により腸管の安静をはかり1週間を経過しても腹痛、下痢、血便、高熱などの症状の改善傾向が認められない場合、および②消化管外合併症を有する場合とする。緩解維持療法には用いない。初期量はプレドニゾン®1mg/kg/日(最大量40mg/日)として、臨床的改善が認められたらさらにさらに同量を2週間維持し(開始より約3~4週間となる)、その後漸減する。漸減方法は基本的には、初め2週間ごとに10mgずつ減量し、20mg/日からは2週間ごとに5mgずつ減量して離脱する。投与方法は絶食時には静注とし、経腸栄養可能な場合には内服とする。ステロイド減量中の再燃はステロイド依存性になる可能性が高いので免疫抑制薬の併用を考える。

(g) 免疫抑制薬の適応はステロイド抵抗性ないしステロイド依存性の場合とする。投与量は6-MP(ロイケリン®)1~1.5mg/kg/日、分2、アザチオプリン(イムラン®)1.5~2mg/kg/日、分2とする。長期使用で再燃抑制効果が認められ、ステロイドの減量が可能であることが示されている。また、難治性瘻孔の改善なども期待できる。ただし、6-MP/アザチオプリンは速効性に乏しく効果発現に3~4ヶ月を要す。副作用の主要なものに肺炎と骨髄抑制がある。また、嘔気・嘔吐や肝障害も認められる。肺炎は最も厄介な副作用で、3~15%の患者に生じ、典型的には治療開始後数週間、早ければ1週目にも起こりうる。投与を中止すると自然に消退するが、再開するとすぐ再発する。骨髄抑制(白血球減少のほか血小板減少、貧血)のチェックのため、定期的な末梢血液検査が必要である。

(h) 外科治療。

完全中心静脈栄養法(TPN)とメサラジン併用療法が無効な高度の線維性狭窄には内視鏡的バルーン拡張術や外科治療を考慮する。また、TPNによっても改善がみられない、あるいは経口摂取によりすぐに再燃するような腸管合併症で考慮されるべきである。待機的手術の場合には、TPNによって予め炎症を抑えておいたほうが安全性の点から望ましい。

(i) 成人でのインフリキシマブ(レミケード®)の適応は、既存治療に対して抵抗性の中等症~重症の活動期あるいは外瘻を有する症例とされているが、小児ではまだ明らかではない。禁忌として、高度の狭窄を有する症例が挙げられる。副作用としては①投与時反応(infusion reaction): 投与直後から数時間以内に起こる嘔気・皮疹・血圧低下など。②遅発性過敏症: 再投与時に、3-12日後に血清病様の症状が出現することがある。③ヒト抗キメラ抗体(human antichimeric antibody, HACA)はインフリキシマブが1/4マウス由来のアミノ酸配列であることによって起こるアレルギー反応である。HACAの存在が、治療抵抗性やinfusion reactionの頻度と関連する。免疫抑制薬を併用するとHACAの発生率を低下させるとの報告がある。④自己抗体が誘導され、薬物性ループスを発症した報告がある。⑤感染症: 重症感染症の頻度はコントロール群と有意差がないとされている。しかしながら、結核の発症が報告されており、治療前のツツ反や胸部X線撮影が必要である。

(j) 維持療法は経腸栄養療法(症状や検査所見に応じて全採取カロリーの30~70%を成分栄養剤で採取する)を基本とし、メサラジンを併用する。緩解維持のために長期にわたり経腸栄養療法をする場合には、必須脂肪酸やセレンを含む微量元素の欠乏に留意する必要がある。

脚注 セレン製剤の処方薬はない。テルモ社から微量ミネラル補給飲料テノン(1パック内セレン20μg含有)が発売されている。

(k) 頻回の再燃例などで、緩解を維持するために6-MP・アザチオプリンをどの程度の期間投与可能かについては明らかでない。ただし3~5年間程度の投与では、明らかに副作用がみられることはまれである。

Pouchitis所見比較シート (施設名)
 患者イニシャル 年 月 日 (検査 回目)

治療前	治療後				
	内容	フラジール	mg/日	シプロキサ	mg/日
		ペンタサ	mg/日	プレドニン	mg/日
		リンデロン坐薬	mg/日	ペンタサ注腸	mg/日
		その他			
	期間	日間			

班会議診断基準 ○印

A: 臨床症状		(Hatched Area)
排便回数の増加 血便 便意切迫 (失禁) または腹痛 発熱(37.8°C以上)		
B: 内視鏡検査		(Hatched Area)
軽度 浮腫 顆粒状粘膜 血管透見性消失 軽度の発赤		
中等度 アфта びらん 小潰瘍 易出血性 膿性粘液		
重度 広範な潰瘍 多発性潰瘍 びまん性発赤 自然出血		
C: 臨床経過 (検査時点で)		
一過性型 再燃緩解型 慢性持続型		1、2回のみしか起こらず治療によく反応 再燃と緩解をくり返す 治療に抵抗し3ヶ月以上持続

PDAI

A: 臨床所見	排便回数	0	平常と同じ
		1	平常より1-2回多い
		2	平常より3回以上多い
	肛門出血	0	なし、あるいはまれ
		1	毎日ある
	便意切迫または腹痛	0	なし
		1	時にある
		2	常にある
	発熱 (37.8°C以上)	0	なし
		1	ある
B: 内視鏡所見			PDAI AおよびBの合計 点 A、B、Cの合計 点
	浮腫	1	
	顆粒状粘膜	1	
	易出血性	1	
	血管透見性の消失	1	
	粘液の滲出 (膿性粘液)	1	
	潰瘍	1	
C: 組織所見 (施行、施行せず)		0	
		1	軽度
		2	中等度+陰窩膿瘍
		3	高度+陰窩膿瘍
	低倍率での潰瘍面積	0	0%
		1	1-25%
		2	25-50%
		3	>50%

資料2

この度は、Pouchitis診断基準の作成に関するプロジェクトに御協力頂き有り難うございます。

1、診断基準案とPDAIにもとづきそれぞれ診断（および必要に応じ治療）し、その結果を比較検討することにより診断基準の有用性、妥当性を主としてPDAIと比較検証するとともに、問題点を明らかにすることが目的です。内視鏡所見をとる際にPouchitis内視鏡アトラスを参照することにより、アトラスの有用性もあわせて検証します。

2、用紙左側が「Pouchitis Atlas」の有用性に関するアンケート、右側が内視鏡検査に関するアンケートです。内視鏡検査を施行したさいに、Pouchitisの有無にかかわらずについて記載してください。

「Pouchitis Atlas」の有用性に関するアンケート アトラスに関するアンケートも症例ごとに、御記入下さい。アトラスに記載されていない所見が認められた場合、可能な限り内視鏡写真を取り保存していただければと思います。

内視鏡検査に関するアンケート 臨床所見、内視鏡所見の該当項目に○をつけて下さい。PDAIにもとづく合計点数を組織学的検査を行った場合と行わない場合でそれぞれ合計して下さい。組織学的検査は、可能であれば行って下さい。（組織学的検査行はない場合はA+Bのみになります。）

3、臨床経過は経過を追って初めて判断できるものですが、検査時点での判断で記入して下さい。

4、回腸嚢炎と診断された場合（診断されなくても治療を行った場合）は、治療2－4週間後再診させ、臨床症状および可能であれば内視鏡検査を行い別の所見用紙に記入して下さい。

5、薬物治療内容は、治療指針案作製の際の参考資料となりますので、治療を行った際にはかならず記入して下さい。

アトラスの有用性について

- 1、アトラスに記載されない所見の有無
アトラスにない所見が（あり、なし）

ありの場合はその内容：

- 2、アトラスについて気づかれたこと
（例：目次が不十分、症例〇〇の記述が不適切）

3、アトラスの有用性

- 1)本症例の内視鏡所見の判読に際しアトラスを
（参考にした。参考にしなかった）

参考にしなかった場合はその内容：

- 2)本症例の内視鏡所見の判読に
（有用、役に立たない）

役に立たない場合はその理由：

- 3)本症例の内視鏡的重症度判定に
（有用、役に立たない）

役に立たない場合はその理由：

構 成 員 名 簿

難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班

	氏名	施設名	職名
主任研究者	日比 紀文	慶應義塾大学医学部内科	教授
分担研究者	棟方 昭博	弘前大学医学部 1 内科	教授
	藤山 佳秀	滋賀医科大学消化器内科	教授
	飯田 三雄	九州大学大学院医学研究院病態機能内科学	教授
	石川 博通	慶應義塾大学医学部微生物免疫学	教授
	佐々木 巖	東北大学大学院医学系研究科外科病態学生体調節外科	教授
	味岡 洋一	新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・病態病理	助教授
	櫻井 俊弘	芦屋町立芦屋中央病院	院長
	上野 文昭	大船中央病院	特別顧問
	高後 裕	旭川医科大学第 3 内科	教授
	千葉 勉	京都大学大学院医学研究科消化器内科	教授
	松本 馨之	兵庫医科大学総合内科下部消化管	教授
	木内 喜孝	東北大学大学院医学系研究科内科病態学消化器病態学	助教授
	武林 亨	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生	教授
	名川 弘一	東京大学大学院医学系研究科臓器病態学外科学腫瘍外科	教授
	杉田 昭	横浜市立市民病院外科	講師
	杉村 一仁	新潟大学大学院医歯学総合研究科細胞機能講座消化器内科	助手
	土肥 多恵子	国立国際医療センター研究所消化器疾患研究部	部長
	岡野 栄之	慶應義塾大学医学部生理学	教授
坪内 博仁	宮崎大学医学部第 2 内科	教授	
今井 浩三	札幌医科大学	学長	
渡辺 守	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科消化器内科	教授	
研究協力者	岩男 泰	慶應義塾大学医学部内科	講師
	寺野 彰	獨協医科大学消化器内科	教授
	福田 能啓	兵庫医科大学総合内科下部消化管	助教授
	五十嵐 正広	北里大学医学部消化器内科	講師
	光山 慶一	久留米大学医学部第 2 内科	講師
	鈴木 康夫	千葉大学大学院医学系研究院細胞治療学	助手
	伊藤 裕章	大阪大学院医学研究科分子病態内科	講師
	渡辺 純夫	秋田大学医学部第 1 内科	教授
	畠山 勝義	新潟大学院医歯学総合研究科消化器・一般外科	教授
	澤田 俊夫	群馬県立がんセンター	副院長
	片岡 寛章	宮崎医科大学第 2 病理	教授
	末松 誠	慶應義塾大学医学部医化学	教授
	福島 恒男	横浜市立市民病院外科	院長
	樋渡 信夫	いわき市立総合磐城共立病院	院長
	牧山 和也	長崎大学医学部光学医療診療部	助教授
	楠神 和男	名古屋大学大学院医学系研究科病態内科	講師
	新津 洋司郎	札幌医科大学医学部第 4 内科	教授
	金城 福則	琉球大学医学部光学医療診療部	部長

飯塚 文瑛	東京女子医科大学消化器病センター	講 師
高添 正和	社会保険中央総合病院内科	部 長
北野 厚生	東住吉森本病院消化器病センター	所 長
松枝 啓	国立精神・神経センター国府台病院消化器科	外 来 部 長
北洞 哲治	国際医療福祉大学付属熱海病院内科	部 長
山村 武平	兵庫医科大学第2外科	教 授
吉岡 和彦	関西医科大学第2外科	講 師
中野 浩	藤田保健衛生大学医学部消化器内科	教 授
春間 賢	川崎医科大学内科学消化器Ⅱ	教 授
藤井 久男	奈良県立医科大学中央内視鏡部	助 教 授
亀岡 信悟	東京女子医科大学第2外科	教 授
守田 則一	原学園臨床医学研究所	所 長
八木田 旭邦	近畿大学腫瘍免疫等研究所	教 授
岡村 登	東京医科歯科大学保健衛生学研究科生体防御検査学	教 授
太田 慎一	埼玉医科大学消化器内科	教 授
鳥居 明	慈恵会医科大学消化器内科	講 師
友政 剛	群馬大学医学部小児科	講 師
田村 和朗	兵庫医科大学先端医学研究所家族性腫瘍部門	助 教 授
渡邊 昌彦	慶應義塾大学医学部一般消化器外科	講 師
浅香 正博	北海道大学大学院医学研究科第3内科	教 授
田中 正則	弘前大学医学部第2病理	助 教 授
岩下 明德	福岡大学筑紫病院病理部	助 教 授
吉川 敏一	京都府立医科大学第1内科	教 授
伊藤 壽記	大阪大学大学院医学系研究科臓器制御外科	助 教 授
工藤 進英	昭和大学横浜北部病院消化器センター	教 授
楠 正人	三重大学医学部外科学第2	教 授
二見 喜多郎	福岡大学筑紫病院外科	助 教 授
渡邊 聡明	東京大学大学院医学系研究科臓器病態外科学腫瘍外科	助 教 授
三浦 総一郎	防衛医科大学校第2内科	教 授
味村 俊樹	帝京大学医学部外科	講 師
尾藤 誠司	国立病院東京医療センター総合診療所・臨床研究部	
小林 健二	東海大学医学部内科学系消化器内科	助 手
岡崎 和一	関西医科大学第3内科	教 授
小西 文雄	自治医科大学大宮医療センター消化器外科	教 授
中島 淳	横浜市立大学医学部第3内科	講 師
小島 至	群馬大学生体調節研究所調節機能部門細胞調節分野	教 授
事 務 局	井上 詠 慶應義塾大学医学部消化器内科 〒160-8582 東京都新宿区信濃町35号 TEL/FAX: 03-3357-2778 E-mail: ibdhan@sc.itc.keio.ac.jp	
經理事務連絡 担当責任者	鈴木 文子 慶應義塾大学医学部信濃町研究支援センター TEL: 03-5363-3879 FAX: 03-5363-3610 E-mail: fumiko.suzuki@adst.keio.ac.jp	