

cholecystectomy being equivalent to, or better than, open cholecystectomy for the treatment of AC<sup>6)</sup>. On the other hand, the adoption of early cholecystectomy for AC has now remained an unpopular practice.<sup>10,11)</sup> From these reasons, laparoscopic cholecystectomy is preferable in the adoption of procedure of cholecystectomy. However, the surgeon in charge should adopt his practiced procedure at present.

The skill sets demanded for laparoscopic cholecystectomy is different from the conventional open cholecystectomy. Therefore, an expert surgeon at laparoscopic cholecystectomy should perform it. The surgeon should be aware of complications (described later in Q3) associated with laparoscopic procedure, and should have an attention to prevent bile duct injury leading to serious complication with a maximum care. Conversion to open cholecystectomy to prevent severe complications is acceptable without hesitation when, despite accurate dissection, the anatomy of Calot's triangle remained unclear laparoscopically.

Decompression of the acutely inflamed gallbladder may not only allow the patient time to recover from the acute illness prior to surgery, but also decrease the technical difficulty of cholecystectomy. Surgical cholecystostomy under local anesthesia, it is an old practice, provides an alternative to cholecystectomy in the critically ill patients with acute cholecystitis<sup>20)</sup>. But now, percutaneous cholecystostomy is known as a valuable option of procedures to decompress the acutely inflamed gallbladder.

## **Q2 When is the optimal timing of cholecystectomy for acute cholecystitis.**

Early cholecystectomy during admission is preferable: Recommendation grade A
------------------------------------------------------------------------------

Randomized controlled trials in the open cholecystectomy comparing early and delayed surgeries conducted in 1970's - 1980's found that early surgery had advantage of blood loss, operation time, complication rate, hospital stay<sup>1-3,21,22)</sup>.

Some recent randomized clinical trials<sup>5-9)</sup> have addressed the timing of and surgical approach to cholecystectomy in patients with acute cholecystitis, and indicated that laparoscopic cholecystectomy performed during the first admission was associated with a shorter hospital stay, quick recovery, and a reduction in the overall cost of a treatment when compared with open cholecystectomy. Early laparoscopic cholecystectomy is now accepted to be sufficiently safe because earlier reports of increased risk of bile duct injuries<sup>12)</sup> were not substantiated by more recent experiences.<sup>5,7,8,23)</sup>

Results of Randomized controlled trial compared an early laparoscopic cholecystectomy after admission with delayed laparoscopic cholecystectomy showed that early surgery is superior to delayed surgery in conversion rate to open surgery, complication rate, total hospital stay (Table 1) Thus, early laparoscopic cholecystectomy had favorable results. According to these results, early laparoscopic cholecystectomy especially within 72 hours after hospitalization is preferable for patients with acute cholecystitis.

However, the fact that the subjects of those trials exclude patients with pan-peritonitis caused by perforation

of the gallbladder, common bile duct stone

## 参考

### 平成 17 年度研究班 班会議

第1回出版委員会議事録

第2回出版委員会議事録

第3回出版委員会議事録

第4回出版委員会議事録

第5回出版委員会議事録

第6回出版委員会議事録

第7回出版委員会議事録

第8回出版委員会議事録

第1回国際コンセンサス会議“急性胆道炎診療ガイドライン”準備委員会議事録

第2回国際コンセンサス会議“急性胆道炎診療ガイドライン”準備委員会議事録

第3回国際コンセンサス会議“急性胆道炎診療ガイドライン”準備委員会議事録

第4回国際コンセンサス会議“急性胆道炎診療ガイドライン”準備委員会議事録

International Consensus Meeting for the management of Acute Cholecystitis,  
Cholangitis program

厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班  
平成17年度班会議 第一回出版委員会 議事録

日時：平成17年4月21日(水)9:00-15:30

会場：東京ステーションホテル2階 松の間

東京駅丸の内南口 電話:03-3231-2511

議題：胆道炎ガイドラインの出版に向けた

出席者：13名

主任研究者：高田忠敬

出版委員：二村雄次、真弓俊彦、平田公一、桐山勢生、広田昌彦、山下裕一、安田秀喜、  
露口利夫、三浦文彦、木村康利、関本美穂、吉田雅博

議事

1. 高田忠敬主任研究者より本委員会の趣旨が説明された。国際コンセンサスミーティングおよびその後の英語版ガイドライン出版を視野に入れた上で、日本語版ガイドラインを出版する作業を進める。  
国際コンセンサスミーティング担当案（添付資料）  
日本語版、英語版ガイドラインの担当案（添付資料）
2. 内容に関して
  - a. 区分およびテーマの変更追加
    - ①第II章 本ガイドライン作成の必要性と特徴の項を追加（関本先生）。
    - ②第XII章 各種胆道ドレナージ術の手技の実際の項追加（露口先生）
    - ③胆嚢炎胆管炎の治療法をそれぞれ2項目に分割する
    - ④第XIII章 コンセンサス会議(2004, 2005)レポートの項追加（真弓先生）
  - b. 内容の記載
    - ①文献記載はバンクーバー方式（別添資料）にて、引用は〔括弧〕書き、引用箇所は名前のすぐ隣、表の引用著者は一人分とする（et al や 他は記載しない）。
    - ②胆管炎の重症度診断基準の内容の検討（AOSC に準ずるの記載を削除）
3. 今回の会議の訂正点の加筆改訂を4月25日(月)締め切りとする

以上

厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班

(主任研究者 高田忠敬)

出版委員会会議

第2回議事録

日時:平成17年4月30日 9:00-17:00

場所: 八重洲倶楽部第2会議室

出席者:高田忠敬、川原田嘉文、二村雄次、平田公一、木村康利、桐山勢生、関本美穂、露口利夫、榎野正人、広田昌彦、三浦文彦、安田秀喜、山下裕一、吉田雅博、真弓俊彦  
(15名)

1. 開会のご挨拶 (高田忠敬主任研究者)

2. 文献記載に関する検討

✓ レベル記載

✓ バンクーバー方式にするか否か→Springer と大至急交渉

著者全員。(ピリオド入れる。) 論文名。(ピリオド入れる。) Ann Surg 1959; 150: 299-303.(ページ数は省略せず記載、ピリオド入れる。)

3. 各章ごとに文献番号を続ける

4. 参考文献での文献レベルの記載は、日本語版では、レベルについて「診断」、「鑑別」など頭文字入れる。本文中、ではレベルのみ。英文版では、レベル表記のみ、「診断」、「鑑別」など頭文字を入れない。

論文名ならびに著者名が重複した際は、論文をひとつにしてレベルをそれぞれ複数個付ける。

5. レベルの付かない論文も存在しうる

6. p. 141, No.8. Interventional Radiology あるいは Intervent. Radiology

7. 日本語文献について略記可能なものは略記する

8. IGAKUTOSHO SHUPPAN→Igaku Tosho Shuppan, ed. by, 明記

9. 文献レベル:「害についてはレベルの高い文献は少なく、重要な報告であれば、レベル4でも重視する場合も必要である」旨を表1-1の脚注に記載する。

10. p.9; 一論文に二つの複数のレベルが付く可能性あり(たとえば治療レベルと診断レベルなど)、と付記する

11. 日本語のガイドラインはこのまま引用文献を用いる。

英文での日本語文献は Medline で英文 abstract が引けるものは引用する。Abstract が引けないものは原則として引用しないが、それがないとガイドラインを記載できないものは引用しても良いが、できるだけ少なくする。

日本語文献. 日本語しかないものは英訳するが、著者名の翻訳に注意する。胆道炎の元の担当

者が原著を調べて英訳する。著者名の英訳がない場合には 3 名まで記載し、文献末に Authors' translation と入れる。もし、原著に記載がなければ、担当者が所属先に尋ねて頂く。論文名の英訳がない場合には、各自で訳してもらう。「胆道炎では本邦の報告も貴重なものが多く、引用した。」英文版作製における邦文の表記について；

- ✓ Author's translation を付記し記載するか？
- ✓ 「Pub-Med、医中誌から検索した」を付記
- ✓ 英文抄録が添付された邦文(Pub-Med にて検索可能な)は掲載しよう→採用
- ✓ 邦人名を併記する場合；3 名, et al. in-Japanese, author's translation

12. 著者、WG など、所属の最終確認。著者名を各自に再度確認すること(三浦先生担当)。炭山先生にも確認のこと。川原田先生は「三重大学名誉教授」のみ、清水先生は「第 17 回日本外科感染症学会会長」をとる。
13. 文献レベル表は各1頁に表を1つずつにする。推奨度分類(行間をあける)も1ページにする。6(改訂)-8(出版並びに…)を1頁に
14. 各自のセールスポイント(必要性和特徴)を関本先生に mail で送る。各国の医療保険システムで診療内容が異なっている。保険の縛りから選択が限られている。各項目の特徴と必要性を要約(800 字)し、関本先生へお送りすること。
15. 目次の後にこの本の全 CQ 一覧を入れる
16. 推奨文は二重の囲み線にする。
17. 「エビデンスに基づいた急性胆嚢炎・胆管炎の診療ガイドライン」に変更しては？
18. 第 III 章:イントロを記載する。P19 「B その他の留意すべき病態」ではなく、「B 今まで胆管炎に用いられてきた用語」  
「Mirizzi Syndrome による胆管炎」ではなく、「Mirizzi Syndrome」として、それに伴って胆管炎を生じる場合があることを記載する。  
「Lemmel」は「肝胆膵障害」ではなく、「ファーター乳頭近傍の憩室による乳頭近傍の炎症により、胆道炎、膵炎などを引き起こす病態」  
これらの歴史的背景も記載する。  
急性胆嚢炎の「B.閉塞機転による急性胆嚢炎の分類」を横室先生に尋ねる。
19. 第 IV 章のタイトルを「急性胆道炎のフローチャート」とする。フローチャートにイントロ、説明を加える。「腹部救急疾患、腹痛、肝機能障害(黄疸など)にて病院を訪れる疾患に急性胆道炎が含まれる。鎮痛剤、抗菌薬にて軽快する症例から、胆道減圧術を要する重症例まで幅広く存在する。しかし、これらの疾患は時に肝炎や上部消化管疾患、急性膵炎と診断されてしまうこともある。これらの疾患の中から急性胆管炎、胆嚢炎などの急性胆道炎を鑑別しなくてはならない。それらを的確に診断し、患者を救命するためには指針が必要となる。すなわち、症状・徴候や検査所見により以下に示すフローチャートを参照し診療に当たるべきである」

Clinical Questions (質問内容そのものを記載する)に該当する頁を記載する。「急性胆道炎の疑い」の前に、疑う症状を記載。また、急性胆管炎、急性胆嚢炎と分かれるまでの説明を記載する。疑う症例を明記する。急性胆管炎、急性胆嚢炎両者を合併する場合には各々の重症度を判定して重症な方を優先する。

20. p.37 胆嚢炎・胆管炎が並存する際の取り扱い
21. 第 IV 章 フローチャートの導入として「急性胆道炎を疑うべき兆候・症状など」を文章化する(先生)。肝炎などとの基本的鑑別や、診療経過の上で留意していることなど。
22. 診断基準は各項目の最後に掲載
23. p51: Q2 「Charcot 3 徴、Reynolds5 徴を満たす場合には重症であるが、これらの徴候を認めても、急性胆管炎の病態や膿性胆汁であることを反映しない」とする。
24. p52 Q3 を A.一般血液検査の後に入れる。
25. p55 Q1 と囲みは外し、イントロと繋げる。
26. p55 Q2, Q3 は「急性胆道炎」から「急性胆管炎」とする。
27. p58 ERCP は残す(治療を目的とした ERCP 推奨度 A とする)。本文は削除? 、EUS は削除
28. p59-60, 記載の順番:A.CT, B.US を逆にし、A.US, B.CT とする。
29. p63 Q5 急性胆管炎の搬送基準を分けるか否かを検討する。
30. p71 Q6 「いつまで」を外す
31. p71Q7 静注でよいのか? 経口は? (RCT あり?) 軽症では経口でも良いか? P73:軽症にも経口を記載。
32. p71 Q8 囲みを2つに分ける
33. p71 Q9 胆汁移行性のみでよいか? 抗菌薬濃度が高いものがよい?
34. p72 表 35 抜く? しかし、真弓はデータであり残すべきでは? と思います。
35. p81 Murphy徴候が挙げられる(推奨度 A)をつける。
36. p81 Q3 の Q と囲みを抜く
37. p82 Q2 2 つめの文を除く。
38. p85 Q6, p86 Q8、p87 Q11, Q12 に各々囲みをつける
39. p90 Q2 頻度 1-1.5%と記載。
40. 胆管炎も胆嚢炎も診断基準は「鑑別診断の後、重症度基準」の前に置く。
41. p105 Q6 「いつまで」を除く
42. Q9 胆嚢壁でよいか? 胆汁内も加える? 価格は削除
43. 表 48 も削除? 真弓は必要と思います。
44. p113 術式に関しては第 XII 章参照。
45. p114 総胆管結石除去後の胆嚢摘出術の時期は? 山下先生
46. p119 Q2 に囲みを入れる

- 47. p119 Q3 「手術不能」を「手術困難」に。
  - 48. p127 Q2、p129 Q1、を2つの推奨文に分ける
  - 49. 次回開催は、5月20日名古屋大学
- 以上

参考:今後の予定

1. 今回の議事に関する加筆修正は5月7日締め切りとする
2. 締め切り後、評価委員(内部、外部)に送付し、評価後に再加筆する。
3. 高田主任研究者の最終チェックを受け、出版作業に移る。
4. 本年9月の日本胆道学会までに出版する。



厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班  
第3回 出版委員会議事録

日時：平成 17 年 5 月 20 日 9：00-14：00

会場：名古屋大学医学部 基礎医学研究棟 1 階 医学部会議室

議題：1) 国際コンセンサス会議式次第の検討

欧米からの招待者の Discussion への参加機会を増やす工夫

2) 英文論文執筆の分担および構成について

3) "Current Surgical Theraphy" 内容検討と対策

議事

1. 国際コンセンサス meeting に関する進行内容の検討；

- ✓ 改定案を提示される先生には、根拠となるエビデンス(論文)スライド 1 枚にまとめて提示していただくようお願いする。
- ✓ 4. Oversea committee's short address、6. My view (additional short comments)を別の形式に変更しては？
- ✓ 「ガイドライン作成の必要性」において
  - 想定される質問
  - 推奨をシンプルに
  - 問題提起；
    - Current Surgical Therapy 第 8 版との違いを提示しては？
    - エビデンスの羅列にとどまらず、本ガイドラインとしての推奨を押し進めるべきではないか

2. 教科書；Current Surgical Therapy 第 8 版の内容吟味について

- ✓ これらを鑑みて本ガイドライン内の Clinical Question や本文内容を再考する。
  - (1) 胆管炎；T-tube drainage をガイドライン内に記載する必要性の有無(柳野先生)
  - (2) 胆嚢炎；PTGBA/PTGBD 選択の適応や手技を図示する。また、その功罪についても示す。「Current Medical Diagnosis and Treatment, 2005」も参照していただく。(露口先生)

3. 「ガイドライン作成の必要性」において

想定される質問

推奨をシンプルに

問題提起；

- Current Surgical Therapy 第8版との違いを提示しては？
- Current Surgical Therapy 第8版との違いを提示しては？
- エビデンスの羅列にとどまらず、本ガイドラインとしての推奨を押し進めるべきではないか
- 

#### 4. 英語版・日本語版出版の役割分担

- (1) 英語版を考えて(先に作って)、日本語版を作る
- (2) 日本語版をつくり、英語版に訳す。
- (3) 日本語版と英語版を独立して作製する。

#### 5. 内容

フローチャート(胆嚢炎)

問題点；腹膜炎でハイリスク症例の場合は緊急手術のみが選択枝か？

ドレナージもあるか？

胆嚢炎の並存病態の程度が、ハイリスク症例の手術リスクを超えるような場合は手術適応。ハイリスクの程度が胆嚢炎の重症度を超える場合はドレナージ？→「手術のメリット・デメリットを考慮する」という文言を入れる。

アメリカ麻酔学会のリスク評価（リスク判定？）を参照し、いわゆるハイリスク症例の定義を明確にしよう（胆嚢炎胆管炎、桐山先生、広田先生）

→*critical ill patient or surgical high risk patient*

日本語版の Brush up について；6月8締め切り

その後、英語版に備え本文日本語の簡略化、ひとつの原著として映える様に体裁を整える。具体的には、abstract、method、acknowledgement などをつける(6月1日)

症例を提示する（広田先生、桐山先生、露口先生）

日本語版、国際シンポ、英語版それぞれに提示する

次回会議；6月8日

厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班  
第4回 出版委員会の議事録

日時：平成17年6月4日（土）11：30-17：30

会場：東京八重洲ホール 414 会議室

〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-4-13

TEL:03-3201-3631、FAX:03-3274-5111

出席：高田忠敬、川原田嘉文、平田公一、安田秀喜、柳野正人、広田昌彦、木村康利、

関本美穂、桐山勢生、三浦文彦、吉田雅博

オブザーバー：和田慶太

欠席：二村雄次、山下裕一、露口利夫、真弓俊彦

議事録

1. 高田教授より開会のお言葉
2. GL 英文化へのご指南
3. 国際団体との協力体制をお知らせいただいた。
4. International consensus meeting での討議内容
  - ✓ あらかじめ進行予定、想定質問などを作製しておく。
  - ✓ 年末より事前会議を行う予定。
5. 論文化に際し、英文タイトルをどのようにするか
  - ✓ 膝炎 GL では、「JPN Guideline～」を用いていた。
  - ✓ これまでの GL では、Atlanta, Santoriniなどを冠していた。
  - ✓ 「Evidence based～」
  - ✓ 「Tokyo consensus meeting～」
  - ✓ 「International Tokyo Consensus Meeting～」
  - ✓ 「Tokyo International Consensus Meeting～」
  - ✓ 「Evidence based Practice Guideline for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis; Tokyo International Consensus Meeting」(関本先生、安田先生、広田先生)
  - ✓ 「Tokyo International Consensus Meeting for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis」(柳野先生)
  - ✓ 「Tokyo International Consensus Guidelines for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis」(木村)

- ✓ 「Evidence based Practice Guideline for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis - Tokyo International Consensus Meeting - 」(三浦先生)
- ✓ 「Evidence based Tokyo Guideline for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis; International Consensus Meeting」(川原田先生)
- ✓ 「Tokyo Guideline for Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis; International Consensus Meeting」

以上の表題について、欧米の有識者の意見も参考に決定する予定とする。

## 6. ガイドライン内容について検討

### 1) 検討済

詳細は、「ver3.4.4 会議後」参照

- 第 I 章 序 (高田教授) p.4
- 第 II 章 本ガイドライン作成の必要性和特徴(関本先生) p.12
- 第 III 章 定義・病態と疫学(平田・木村先生) p.21
- 第 IV 章 急性胆道炎の診療フローチャートと診療指針、診断基準、重症度判断基準  
(三浦先生)p.43
- 第 V 章 急性胆管炎 -診断基準と重症度判定-(桐山先生) p.51
- 第 VII 章 急性胆管炎 -根本的治療-胆管ドレナージ法の選択とそのタイミング-  
(榎野先生)p.81
- 第 VIII 章 急性胆嚢炎 -診断基準と重症度判定-(広田先生)p.85
- 第 X 章 急性胆嚢炎 -胆嚢ドレナージ法(露口先生)なし 作成中 p.115
- 第 XIII 章 特殊な胆道炎(安田先生) p.132

### 2) 検討未

- 第 VI 章 急性胆管炎 -基本的治療-(吉田先生) p.70
- 第 IX 章 急性胆嚢炎 -基本的治療-(吉田先生) p.106
- 第 XI 章 急性胆嚢炎 -胆嚢ドレナージ法の選択と手術のタイミング-(山下先生) p.116
- 第 XII 章 急性胆管炎に対する各種ドレナージ手技(露口先生) p.122

## 7. 今後の予定

第5回会議 2005/06/26(日)

第6回会議 2005/07/10(日)

以上

厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班  
第5回 出版委員会の議事録

日時：平成17年6月26日（土）9：30-17：30

会場：東京八重洲ホール 地下一階会議室

〒103-0027 東京都中央区日本橋3-4-13

TEL:03-3201-3631、FAX:03-3274-5111

出席：高田忠敬、川原田嘉文、山下裕一、安田秀喜、柳野正人、露口利夫、真弓俊彦、広田昌彦、関本美穂、桐山勢生、三浦文彦、吉田雅博、木村康利

オブザーバー：和田慶太

欠席：二村雄次、

議事録

1. 高田教授より開会のお言葉
2. 脾炎 GL 英文化へ、各著者ごとにそれぞれの revise を申し送る。
3. 論文化に際し、英文タイトルをどのようにするか
  - Tokyo Guidelines for Acute Cholangitis and Cholecystitis: Diagnostic criteria and severity assessment of cholangitis. (関本先生、安田先生、山下先生、柳野先生、露口先生、桐山先生、吉田先生、真弓先生)
  - Tokyo International Guidelines for Acute Cholangitis and Cholecystitis: Diagnostic criteria and severity assessment of cholangitis. (木村、広田先生)
  - 最終的な form と記載の順番は以下のとおり。  
Background: Tokyo Guidelines for Acute Cholangitis and Cholecystitis.  
[各著者の担当表題: Tokyo Guidelines for Acute Cholangitis and Cholecystitis]
4. International consensus meeting の形式検討
  - プログラム校正の再検討
  - 胆嚢炎・胆管炎と区別すべきパートと、欧米との合意を得なければならない重要なパートについては、一つのセッションでまとめて行うか？「全体の治療の流れ、ドレナージのタイミングや診断基準、重症度判定」
  - 「基本的な知識」に属するものを初日午前に、2日目に上記「全体の治療の流れ、ドレナージのタイミングや診断基準、重症度判定」などを行う。
5. ガイドライン内容について検討

検討未

第VI章 急性胆管炎 -基本的治療-(吉田先生) p.70

第IX章 急性胆嚢炎 -基本的治療-(吉田先生) p.106

第XI章 急性胆嚢炎 -胆嚢ドレナージ法の選択と手術のタイミング-(山下先生) p.116  
第XII章 急性胆管炎に対する各種ドレナージ手技(露口先生) p.122

7. 今後の予定

第6回会議 2005/07/10(日)

以上

厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班  
第6回 出版委員会の議事録

日時：平成17年7月10日（土）9：30-17：30

会場：東京八重洲ホール 地下一階会議室

〒103-0027 東京都中央区日本橋3-4-13

TEL:03-3201-3631、FAX:03-3274-5111

出席：高田忠敬、川原田嘉文、二村雄次、山下裕一、安田秀喜、柳野正人、露口利夫、真弓俊彦、関本美穂、桐山勢生、三浦文彦、吉田雅博、木村康利

オブザーバー：和田慶太、長島先生

欠席：広田昌彦

議事録

1. 高田教授より開会のお言葉

- 日本語表題検討；「急性胆道炎」→「急性胆管炎・胆嚢炎」とする。

2. 出版に際し、英文版をもとにするか、日本語版をもとにするか？。

- 日本語版の序文に準じ、これを元に出版したほうがよい(真弓先生)
- 章によっては introduction が不要(三浦先生)

3. 診断基準の再考

- 日本語版、英文版での記載を統一する。

急性胆嚢炎診断基準（案）

1. 右季肋部痛(心か部痛)、発熱
2. 圧痛、筋性防御、腫瘤触知、Murphy's sign
3. WBC or CRP 上昇
4. US

1~3 の項目のうち、2 項目以上で疑診。4.で確診。

\*画像所見を注釈に入れ、典型写真も入れる US/sonographic Murphy's sign、CT。

- 発熱を盛り込むか？、盛り込む場合は兆候か、炎症を示唆する所見のいずれかか

急性胆嚢炎診断基準（決定）

1. 右季肋部痛(心か部痛)、圧痛、筋性防御、腫瘤触知、Murphy's sign\*
2. 発熱、WBC or CRP 上昇
3. US\*\*

1のいずれか、および2のいずれかで疑診、3で確診

急性胆管炎診断基準（決定）

1. 発熱\*
2. 腹痛（右季肋部または上腹部）
3. 黄疸

4. ALP、 $\gamma$ GTP の上昇
5. WBC、CRP の上昇
6. 画像所見（胆管拡張、狭窄、結石）

確診：①A(Charcot 3 徴)  
②A のいずれか+B のすべて  
疑診：A のいずれか+B の 2 項目

4. International consensus meeting
  - 発表内容・スライドの検討は、日本語版出版の後に英文版の検討委員会をさらに開催しつつ検討する。
5. ガイドライン内容について検討
  - 診断基準・重症度判定基準・搬送基準

7. 今後の予定

7・14 までに改定案を送る

英語版 abstract/introduction 送る。

第 7 回会議 2005/07/21(木)

以上



厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業  
急性胆道炎の診療ガイドラインの作成、普及に関する研究班  
第7回 出版委員会 会議録

日時：平成17年7月21日（木）12：00-17：00

会場：東京八重洲ホール 813 会議室（JR 東京駅八重洲中央口より徒歩約3分）

〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-4-13 TEL:03-3201-3631、FAX:03-3274-5111

出席：高田忠敬、川原田嘉文、二村雄次、山下裕一、安田秀喜、柳野正人、

広田昌彦、桐山勢生、三浦文彦、吉田雅博、木村康利

オブザーバー：和田慶太、日本医学図書出版（鈴木、小園）

欠席：露口利夫、真弓俊彦、関本美穂

## 議事録

### 1. 英語版ガイドラインについて

- 1) 英文版は、JHBPS の一巻をすべてこのガイドライン集とする
- 2) 表紙に通常のパターン以外 Tokyo Guideline of cholecystitis and cholangitis などの文字を入れておく
- 3) Editorial として、高田教授の英語版・日本語版を合わせて序文(4 団体)を掲載する。
- 4) Editorial members を記載

出版員会、4 団体、International Consensus Meeting, Tokyo 2006

Publishing Committee

(日本の出版委員、海外の invited guests)

◇ 出版委員

◇ Invited guests(Consensus Meeting)

日本版ガイドライン作成ワーキンググループ

日本語版ガイドライン評価委員

- 5) 協力学会：腹部救急、肝胆膵外科、胆道

- 6) この Journal の配布；

Consensus Meeting の発表者、司会者(---名)と WG(46 名)には 1 部ずつ配布

出版員は何部ずつ配布するか？；

◇ 高田教授、川原田教授、二村教授(100 部)、他の委員(10 部)とする

贈呈者；小俣教授、胆道学会内科系理事、腹部救急医学会内科・放射線

## 科系理事

- 7) 英語版の委員の名前、所属などのチェック (p4, p11~)
- 8) 英語版 p5 running title の名詞の先頭はすべて大文字
- 9) 英語版 p6 Charcot's trias→Charcot's triad
- 10) 英語版 p7 下から3行目 cholecystiti → cholecystitis
- 11) 英語版 p10 「謝辞」を「ガイドライン作成・出版・評価に関する委員」とする。  
;をつける。
- 12) 英語版 p12-13 の名前・所属チェック

## 2. 日本語版ガイドラインについて

### 1) タイトル

高田教授、二村教授の合意の下、日本語タイトルを

「エビデンスに基づいた急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」とする。

### 2) 索引

(1) 文言は「レベル」に統一する。「level」は用いない。

(2) 日本語版は、「レベル」のみではなく、「診断レベル」「治療レベル」等の書き方を  
用いる

### 3) 日本語版GLの内容に関する検討

(1) 索引用語指定（各担当者） 締め切り（7/25）

8月6日に最終チェックを行う。

(2) 第七章（榎野先生）OK

(3) 第XIV章フードバックの経過の項

☆ 表2、表3の行列を揃える。

☆ 表を円グラフにする案について：

棒グラフにする。

表4について 図を2とおりに作る（胆管炎・胆嚢炎ともに）

表+棒グラフがいいのでは？

左右の棒グラフにしてはどうか？（左：胆嚢炎、右：胆管炎）

安田先生より

☆ 表6,7,8は円グラフにする。（Consensus meetingの際に有用）

(4) p4 (感度 50~70%、の部分の段落を上げる)

(5) 日本語版の委員の名前、所属などのチェック (p6-7)

(6) 日本語版 p8 key word を key words へ変更

- (7) 日本語版 p11 先頭 2) 推奨度分類 行間を空ける
- (8) p11 引用文献 1. evidence を Evidence へ
- (9) p13 表 1  
A. 1. 発熱\* 付記に「\*悪寒・戦慄を伴う場合もある」と入れる。  
確診緑・疑診赤色等を変える
- (10) p14  
a) 重症急性胆管炎、b) 中等症胆管炎とする。  
3 行目「表 3 に示す」を「表に示す」とする。  
表 2 急性胆嚢炎診断基準 「日、月、火」を「1,2,3,」へ。
- (11) p15  
表 7→a)へ。この後行間をとる。  
写真出すという部分は削除する。(p90 も同様)。
- (12) p16 (推奨度) の中のページを合わせること (ページがずれている)。最終的に揃える (ゲラ刷り後)。
- (13) p17 軽症胆嚢炎はの段落、3 行目。「癒着が少ないため」を「強固な癒着が少ないため」に変更。
- (14) p19 \*「胆道炎」は南山堂医学大辞典に、、、という項を削除。文献 1 は最初の文末の肩におく。  
「急性胆道炎」とは、肝内・外胆管を含む胆道に生じた急性炎症性疾患を包括する概念的擁護である<sup>1</sup>。とする。
- (15) p85 表 1 のずれを修正する。
- (16) 急性胆嚢炎の写真を高田教授に見せチェックを受け、実際に写真を挿入すること (p90)。
- (17) p22 胆嚢捻転症 引用文献は Gross の論文とし、従来の藤井の論文を文献から削除。最初の分の最後 (病態<sup>14</sup>) とする)。
- (18) p34-文献に文献レベルの分類名を入れる。「レベル」に統一する。「level」は用いない。
- (19) p25 Q5: のあとにスペース空ける。  
Q のあとは「.(ドット)」を置くことで統一する。:(コロン) は使わない。
- (20) p27 Q11 の枠の下の最初の文。薬剤と急性胆嚢炎の関連を検討した Michielsen らのレビューでは、、、は削除する
- (21) 本文内は、(レベル) 文献番号の形式に統一すること。
- (22) p29 表 7 のタイトル ( ) を削除し文献番号のみにする。
- (23) p31 表 10 USA
- (24) p31 表 10, 11 症例数 数字は右揃えとする。

- (25) 表 10, 11 の死亡率は小数点第 1 位までで統一する（四捨五入はしない）。
- (26) p42 診療フローチャート 急性胆道炎はそのまま。参照ページを入れる。
- (27) p43 ()の中は、第@章@p@@-@@参照とする。
- (28) p43 急性胆管炎の診断基準 他の部位と統一すること。\*のあとも統一する。「成人での」は削除。
- (29) フローチャートを見開きにできるか？（出版社でうまくやる）スペースを適宜挿入する。
- (30) Murphy sign と Murphy 徴候はどちらでも可とする。Murphy's sign は用いない。
- (31) p45 ()内のページ変更。
- (32) p45 表 重症急性胆管炎 表は削除
- (33) p45 表 中等症急性胆管炎 表は削除
- (34) p45 ③以降は改ページ。
- (35) p47 表 重症急性胆管炎 表は削除 適宜スペースを入れ胆管炎に準じたものとする。参照ページは最終的に確認すること。
- (36) p49 急性胆道炎に用いられる胆道ドレナージ 全削除。
- (37) p51 2)以降は別ページ。
- (38) p52 表 2 文献番号、昇順に統一する。
- (39) p52 表 2 菌血症のところを一行に。
- (40) p52 Q3 以降別ページへ。
- (41) p52 Q3 の下 表 3 を削除（表 6 とだぶるため）
- (42) p53 Q4 の下 表 4 を削除（表 6 とだぶるため）それに伴い、直前の文章「中等症と定義した。」とする。
- (43) p53 症例
- (44) p53 写真説明。左：「乳頭から膿汁が排出されている。」
- (45) p53 写真説明。右：「続けて ENBD を行った」
- (46) p54 Q5 の文章を変更する。「従って、今回、重症度の定義を・・・」

### 3. 次回開催までの作業について

- 1) 挿入する画像の検討（高田教授に見ていただく）

露口先生の画像一式

急性胆嚢炎症例の画像：広田先生

急性胆嚢炎重症度診断の画像

気腫性胆嚢炎症例：川原田教授、安田教授より拝受