

22. 慢性膵炎における薬物療法 (エ) 脂溶性ビタミン薬

片岡 慶正
大津市民病院

ポイント

経口剤は消化酵素薬と併用する。

●脂溶性ビタミンの吸収

脂溶性ビタミンは A, D, E, K の 4 種類で、水に溶けず、脂肪に溶けやすいビタミンであり、その性質上、それらの吸収は、脂肪の消化・吸収に強く依存している。つまり、食事から摂取した脂肪は、小腸で脂肪分解酵素の膵リパーゼによって消化、主に 2-モノアシルグリセロールと脂肪酸に分解され、胆汁酸と複合ミセルを形成するが、脂溶性ビタミンはその複合ミセルに取り込まれて、小腸で細胞内に取り込まれる。その後、カイロミクロンに取り込まれ、リンパ管を介して全身血液循環に入る。そのため、膵外分泌機能不全および慢性胆汁うっ滞症で、脂溶性ビタミンの欠乏症となりうる。

●脂溶性ビタミン欠乏の症状もしくは疾病

脂溶性ビタミンの欠乏による症状は、下表のようにその種類により異なるが、年齢により所要量が異なるため、成長期と成人とでは症状も異なる。慢性膵炎患者はほとんどが成人であることから、脂溶性ビタミンの欠乏はあっても、無症候性のものがほとんどである¹⁾。中でもビタミン A と E が欠乏しやすいと報告されている²⁾。脂肪便など明らかな膵外分泌機能不全による吸収不良症候群を示す例では、消化酵素薬とともに脂溶性ビタミンの投与を考慮する。

●欠乏症の治療法

脂溶性ビタミン経口剤と消化酵素薬の併用が一般的で、多くは経口投与により欠乏症は改善する。

ビタミン	1日所要量	欠乏症	処方例
A	2,000IU	夜盲症、眼球乾燥症、 皮膚乾燥・角化症	チョコラ A® (10,000IU) 1~2錠 分1
D	100IU	くる病・骨軟化症、筋力低下、 低 Ca 血症	アルファロール® (0.5μg) 1~4C 分1
E	10mg	腱反射消失、後索症状、不妊症、 流産	ユベラ® (50mg) 2~4錠 分1~2
K	0.1mg	出血傾向	ケーワン® (5mg) 1~3錠 分1

また、経口摂取が不可能な場合には、経静脈栄養に総合ビタミン剤を添加する。

文献

- 1) Nakamura T, et al. Fat-soluble vitamins in patients with chronic pancreatitis (pancreatic insufficiency). *Acta Gastroenterol Belg* 1996 ; 59 : 10-4.
- 2) Ball W S, Jr, et al. Colonic strictures in infants following intestinal ischemia. Treatment by balloon catheter dilatation. *Radiology* 1983 ; 149 : 469-71.

23. 慢性膵炎における薬物療法 (オ) 蛋白栓溶解療法

大原 弘隆

名古屋市立大学大学院消化器代謝内科学

ポイント

塩酸プロムヘキシシが有効であるという報告がある。

慢性膵炎の進展予防が期待されるが、確立されたエビデンスは無い。

CT検査、内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)、膵組織診断などが用いられる。ERCPでは、膵管分枝の不規則な拡張や主膵管内に膵石、非陽性結石、蛋白栓などを認めることがある。この蛋白栓の構成成分には尿管結石を形成するuromodulin類似蛋白であるGP2やpancreatic stone proteinが挙げられ、このうちGP2が蛋白栓形成の主要な役割をすることが報告されている¹⁾。アルコール性慢性膵炎の発症機序については未だ不明な点が多いが、Sarlesらは長期の大量アルコール摂取により膵液中の蛋白濃度が増加し膵液は過粘稠となり、その結果、腺房に近い膵管内で蛋白栓が形成され、小膵管内での膵液の流出障害やうっ滞により上流域の膵実質脱落を引き起こすというDuctalplug hypothesisを提唱している²⁾。また膵石形成機序として、膵液のうっ滞により膵液中の蛋白が析出あるいは凝集が起り、微細な膵管の閉塞が生じて蛋白栓が形成される。さらにカルシウムイオンの上昇と沈着により炭酸カルシウム主成分の結石が生じる。このように蛋白栓の形成は、慢性膵炎の進展や膵石形成に深く関与している。

慢性膵炎では、膵液中の蛋白栓や膵管内の膵石により膵管内圧が上昇し、疼痛を発症することがある。そのような膵管内圧上昇による疼痛に対して、内視鏡的な膵液吸引や膵管バルーンによる蛋白栓除去、プラスチックステントによる膵管ドレナージが行われている(表1)。薬物治療としては、慢性膵炎における蛋白栓の溶解には塩酸プロムヘキシシの内服が試みられている。

気道粘液溶解剤である塩酸プロムヘキシシは腺房に親和性を有し、膵液の粘稠度を低下させる作用を持つことが知られている³⁾。辻本らの報告によると飲酒を中止できないアルコール性慢性膵炎12例に6ヶ月間塩酸プロムヘキシシ、12mg/日を内服させたところ、8例(67%)に症状の改善がみられ、全例において血清膵酵素値の改善が認められている⁴⁾。また、治療前に蛋白栓が膵管内に充満していた症例では、治療後には膵管内の蛋白栓は消失し、臨床症状、血清膵酵素値および膵外分泌機能の改善が得られている⁵⁾。他にも蛋白栓を伴う慢性膵炎4例中3例に、塩酸プロムヘキシシの有効性を認めた報告がみられる⁶⁾。現時点では保険適応になっていないが、慢性膵炎において蛋白栓による疼痛を訴える症例や急性増悪を繰り返す症例に試みる価値はあると考えられる。石灰化した膵石に対しては、塩酸プロムヘキシシは無効であり、体外衝撃波結石破碎(ESWL)や内視鏡的膵石除去術が試みられている。蛋白栓の治療には、

表1 タンパク栓に対する治療

1. 生活習慣の改善 禁酒、禁煙
2. 薬物療法 塩酸プロムヘキシシ内服
3. 内視鏡的治療 膵液吸引による蛋白栓除去 膵管バルーンによる蛋白栓除去 膵管ステントによる膵液流出の改善

断酒, 禁煙など生活習慣の改善が必要であるが, 蛋白栓に対する溶解療法の開発は, 慢性膵炎進展や膵石発症の予防にもつながると考えられ, 今後, 多施設での共同研究によりエビデンスが確立されることが望まれる.

文献

- 1) Freedman SD, et al. GP2, the homologue to the renal cast protein uromodulin, is a major component of intraductal plugs in chronic pancreatitis. *J Clin Invest* 1993 ; 92 : 83-90.
- 2) Sarles H, et al. Pathogenesis of chronic pancreatitis. *Gut* 1990 ; 31 : 629-32.
- 3) 張 正和, 他. 塩酸ブロムヘキシン (ビソルボン) の膵への移行性についての検討. *膵臓* 1993 ; 8 : 403-7.
- 4) Tsujimoto T, et al. Effect of bromhexine hydrochloride therapy for alcoholic chronic pancreatitis. *Alcohol Clin Exp Res* 2005 ; 29 : 272S-6S.
- 5) 辻本達寛, 他. アルコール性慢性膵炎に対する塩酸ブロムヘキシンの効果. *膵臓* 2003 ; 18 : 559-64.
- 6) Tsujimoto T, et al. Mediastinal pancreatic pseudocyst caused by obstruction of the pancreatic duct was eliminated by bromhexine hydrochloride. *Intern Med* 2004 ; 43 : 1034-8.

24. 慢性膵炎における服薬指導

村上 裕子

九州大学病院薬剤部

ポイント

各薬剤の服薬の意義を十分に理解できるよう説明することが重要である。

慢性膵炎は非可逆性の疾患であることをよく理解してもらい、膵の保護に心がけ、内外分泌不全への進行を少しでも遅らせるよう努力する必要があることを説明する。

代償期から非代償期へ移行するに伴い症状が軽減すると、服薬アドヒアランスが低下するので、主治医の指示に従って服薬を継続することを指導する。

●はじめに

慢性膵炎の薬物療法では、病期と症状に応じて治療薬が選択される。患者が治療と服用の意義を十分に理解できるよう服薬指導を行い、アドヒアランスの向上に努める。薬剤情報提供用紙(図1, 2)を用いたり、場合によっては家族への説明も行い、患者の理解を深める。本項では、各薬剤について、患者への薬の説明、モニタリングすべき副作用や相互作用、使用上の注意点、服薬指導のポイントについて述べる。なお、各薬剤の作用機序や特徴については、他項を参照されたい。

●経口蛋白分解酵素阻害薬

【代表的薬剤】カモスタットメシル酸塩(フオイパン®)

【薬の説明】膵液の過剰な働きを抑える薬で、慢性膵炎の治療に使用する。

【副作用】過敏症状、血小板減少、肝機能障害に注意する。

【服薬指導のポイント】疼痛などの自覚症状が消失しても自己調節せず、医師の指示通り治療を継続する必要性を説明する。

●抗コリン薬

【代表的薬剤】チキジウム臭化物(チアトン®)、

ブチルスコポラミン臭化物(ブスコパン®)

【薬の説明】消化管の過剰な運動やけいれんを抑え、腹痛をやわらげる。

【禁忌・副作用】前立腺肥大による排尿障害、重篤な心疾患、麻痺性イレウスの患者には禁忌である。抗コリン作用に基づく口渇、便秘、視調節障

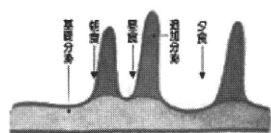
お薬の説明	〇〇さんのお薬
	1日2回 朝・夕食後 1回 1錠
Zantac 150mg 白色錠剤/GX102	効能 胃酸の分泌を抑えるお薬です。胃酸による膵臓への刺激を抑えます。また、消化酵素の働きをよくする働きもあります。
	注意 下痢や便秘、皮膚が起ることがあります。また、まれに肝機能障害や貧血が出ることがありますので、定期的に検査を受けて下さい。胃痛などの症状がなくても指示通り内服して下さい。
	1日3回 朝・昼・夕食後 1回 2錠
PAN FOIPAN FOIPA カモスタットメシル酸塩 白色錠剤/ono 305	効能 膵液の過剰な働きを抑える薬で、慢性膵炎の治療に使います。
	注意 ときに、発疹、かゆみなどの皮膚症状が見られることがあります。まれに血小板の減少が見られることがありますので、定期的な検査を受けて下さい。
	1日3回 朝・昼・夕食後 1回 1カプセル
チアトン 10mg 白色カプセル/HG 903	効能 消化管の過剰な運動やけいれんを抑え、お腹の痛みをやわらげる薬です。
	注意 口の渇き、便秘、発疹が現れたり、脈が速くなることがあります。緑内障・前立腺肥大・重い心臓病の方は服用できません。目の調節障害を起こすことがありますので、車の運転など危険を伴う機械の操作は控えて下さい。
	1日3回 朝・昼・夕食後 1回 2カプセル
SEVEN-P SEVEN-P セブニー-P 白と緑のカプセル/KC-313	効能 体の中にある消化酵素と同じ働きをするいろいろな酵素が配合されています。膵臓の病気で消化不良を起こしているときに、消化力を高めるために用います。
	注意 消化を助けるのが目的なので、1日3回毎食後に服用します。食べ過ぎた時や間食をした後にも追加で服用してください。まれに、くしゃみ・流涙・皮膚発赤等の過敏症状が現れることがあります。

図1 慢性膵炎患者への薬剤情報提供用紙

インスリン製剤について

インスリンとは

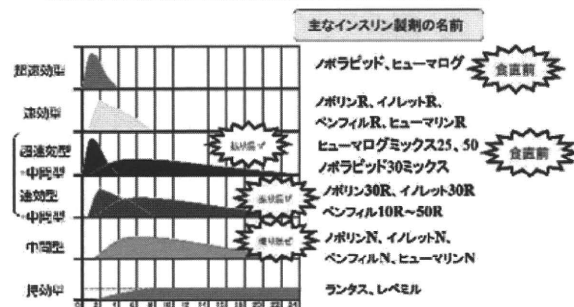
インスリンは、膵臓から分泌されるホルモンです。血液中の糖分(血糖)を筋肉や肝臓、脂肪に取り込まれるように働きかける作用を持っています。通常、1日の血糖は、24時間一定量分泌される「基礎分泌」インスリンと、食事によって増えた血糖値を下げるための「追加分泌」インスリンによってバランスが保たれています。



インスリン療法について

インスリンの分泌が全くない、または少ない場合に外から注射で補うことによって、血糖のコントロールを保つ方法です。インスリンの種類も様々です。短時間で血糖を下げる働きのある「速効型」、ゆっくりと作用する「中間型」、2種類を様々な割合に混合した「混合型」の製剤などがあります。個人のインスリン分泌の状態と、血糖のコントロールを見て、インスリンの種類と必要量を主治医が判断します。

- ★ インスリンを注射する前に以下のことを確認しましょう！！
1. 自分が注射するインスリンの名前
 2. そのインスリンの種類(速効型・速効型・中間型・混合型・持効型)
 3. 注射回数(時刻—いつ注射するか)



インスリン使用上の注意点

注射部位

腹部、大腿部、上腕部、臀部が適していると言われています。各部位で吸収の仕方に差があるので医師より指示された部位に決めて、前回の注射部位より2~3cm離しながら注射して下さい。

混濁

白く濁ったタイプの注射薬を使用する場合、泡立ないように注意しながらゆっくり10回以上上下に振って、液が均一に白く濁るまで混濁してから注射して下さい。
※ノボラピッド30ミックスを新しく使用する場合は、まず手のひらにはさんで往復10回以上水平に転がした後、上記の混濁を行って下さい。

インスリン注射の量(単位)

インスリン注射の量は勝手に自己判断で変更したり、止めたりしないで下さい。体の調子が悪くて食事の取れない場合(シックデイ)や、運動を活発に行う場合の対処法については予め主治医に確認しておきましょう。

低血糖

インスリンの注射量が多すぎたり、食事の時間がずれたり、いつもより激しく運動をしたりすると低血糖を生じることがあります。万一の場合に備えて、砂糖あるいはブドウ糖を常時携帯しましょう。

低血糖の症状と血糖値のおおよその目安

血糖値 (mg/dl)	症状
60	空腹感、あくび、悪心
50	無気力、倦怠感、計算力減退
40	発汗(冷汗)、動悸(頻脈)、ふるえ、顔面蒼白、紅潮
30	意識消失、異常行動
20	けいれん、昏睡

インスリンの保管方法

・未使用のもの(予備)は冷蔵庫に保管して下さい。絶対に凍らせないでください。一度凍ったインスリンはたとえ解凍しても使用してはいけません。
・使用中のものは高温、直射日光を避けて室温で保管して下さい。冷蔵庫に保管すると結露により故障することがあります。

その他

・他の医師に薬を処方してもらうときには、インスリン使用中の旨を申し出て下さい。
・外出する時は、糖尿病手帳、お薬手帳を持って出かけるように心がけましょう。

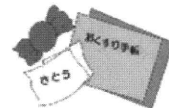


図2 インスリン指導用説明用紙

害、頻脈が主な副作用となる。とくに高齢者では副作用が現れやすいので注意が必要である。三環系抗うつ薬、抗ヒスタミン薬など抗コリン作用を有する薬剤との併用に注意する。

【服薬指導のポイント】視調節障害を起こすことがあるので、自動車の運転など危険を伴う機械の操作には十分注意するよう指導する。

●消化酵素薬

【代表的薬剤】ベリチーム[®]、セブンイー・P[®]、パンクレアチン[®]

【薬の説明】体内の消化酵素と同じ働きをする様々な酵素が配合されている。膵炎で消化不良を起こしているときに、消化力を高めるために用いる。

【副作用】くしゃみ、流涙、皮膚発赤等の過敏症状に注意する。

【服薬指導のポイント】十分量の消化酵素が必要であることを説明する。食べ過ぎや間食をした際には追加内服するように指導する。

●胃酸分泌抑制薬 (H₂ 受容体拮抗薬, プロトンポンプ阻害薬: PPI)

【代表的薬剤】ファモチジン (ガスター[®])、ラニチジン (ザンタック[®])、ニザチジン (アシノン[®])、オメプラゾール (オメプラール[®])、ラベプラゾールナトリウム (パリエット[®])、ランソプラゾール (タケプロン[®])

【薬の説明】胃酸の分泌を抑える薬で、胃酸による膵臓への刺激を抑える。また、消化酵素の効き目をよくする働きもある。

【禁忌・副作用】PPIはアタザナビル硫酸塩とは併用禁忌である。肝機能障害、下痢や便秘、血液障害、発疹などの副作用に注意する。

【使用上の注意点】 H_2 受容体拮抗薬は主として腎排泄であるため、クレアチニンクリアランスにより用法・用量を調節する。PPIは消化管内で胃酸に暴露すると失活するため、錠剤の分割や粉碎は行わない。患者には、噛み砕いたり潰したりせずに服用するよう指導する。

【相互作用】pH依存性の吸収を示す薬剤（ジゴキシン、イトラコナゾールなど）との併用は、併用薬のバイオアベイラビリティに影響を与えるため注意する。PPIおよびシメチジンでは、CYP3A4、CYP2C19で代謝される薬剤（ワルファリンやジアゼパム、フェニトインなど）の血中濃度に影響を与えるため併用に注意する。

【服薬指導のポイント】服用意義を説明し、胃部不快感等の症状が無いことを理由に自己判断で中止しないよう指導する。

●インスリン

【代表的薬剤】インスリンリスプロ（ヒューマログ®）、インスリンアスパルト（ノボラピッド®）、インスリングルルギン（ランタス®）、インスリンデテムル（レベミル®）

【薬の説明】図2参照。

【副作用】低血糖に注意が必要である。臍性糖尿病は、臍 β 細胞だけでなく α 細胞も傷害されグルカゴン分泌も低下すること、自律神経障害を合併しやすいことから、夜間に低血糖を起しやすく十分に注意する。

【服薬指導のポイント】①使用目的について説明する。インスリン療法を受け入れられない患者も多いため、患者の心理的負担を取り除く。②インスリン製剤の名前、注射時間、注射単位数が理解できるよう指導する。③注射手技の指導を行う。実際は看護師と協力しながら行うが、空打ちや、懸濁製剤の攪拌、注射角度などの説明を十分に行う。④保管方法の説明を行う。基本的に、未使用のものは冷蔵庫で、使用中のものは室温で保管する。⑤低血糖とその対応について説明し、必ずブドウ糖等を携帯するように指導する。⑥シックデイとその対応の説明を行う。食事摂取ができなくても、自己判断でインスリンを中止しないこと、

主治医に連絡し指示を受けることを指導する。

●鎮痛薬（非ステロイド性抗炎症薬：NSAIDs、オピオイド鎮痛薬：非麻薬性オピオイド・麻薬性オピオイド）

【代表的薬剤】ロキソプロフェンナトリウム（ロキソニン®）、ペンタゾシン（ペンタジン®）、ブプレノルフィン（レペタン®）、モルヒネ塩酸塩

【薬の説明】痛みをやわらげる薬剤である。

【禁忌・副作用】NSAIDsは、胃腸障害、腎障害、血液障害、心血管系障害などの副作用に注意する。アスピリン喘息患者、妊婦などには禁忌である。オピオイド鎮痛薬では、呼吸抑制、嘔気、眠気、ふらつき、連用による依存に注意が必要である。

【相互作用】NSAIDsは、トルブタミドやワルファリンと併用すると、蛋白結合で競合し併用薬の作用を増強するため併用に注意する。また、ニューキノロン系抗菌薬との併用では痙攣発症の報告があり注意する。

【使用上の注意点・服薬指導のポイント】疼痛の程度に応じて薬剤を選択し、まずNSAIDs、非麻薬性オピオイドを用い、鎮痛効果不十分の場合は麻薬性オピオイドを使用する。副作用発現や依存形成の予防のため、漫然と長期間使用しない。服用間隔、1日の使用回数を決定し、それ以上はなるべく使用しないよう指導する。オピオイド鎮痛薬を連用後に急に投与を中断すると、退薬症候を起すことがあるので、投与中止の際は症状に注意しながら漸減する。

●禁煙補助薬（ニコチン製剤：ニコチンパッチ・ニコチンガム、バレニクリン）

【代表的薬剤】ニコチネルTTS®（ニコチン）、ニコレット®（ニコチン）、チャンピックス®（バレニクリン）

【薬の説明】禁煙の補助として用いる薬で、禁煙時のイライラ、集中困難などの症状を軽くする。タバコがおいしいと感じにくくする作用もある（バレニクリンのみ）。

【禁忌】ニコチン製剤は、非喫煙者、妊婦、授乳

婦、狭心症や心筋梗塞、不整脈などの重篤な心・血管系疾患を有する患者などには禁忌である。

【相互作用】喫煙はCYP1A2を誘導するため、CYP1A2により代謝される薬剤（テオフィリン、イミプラミン、ペンタゾシンなど）の作用を減弱させる可能性がある。CYP1A2で代謝される薬剤を使用している患者が禁煙した場合、薬剤の作用が増強するおそれがある。禁煙開始から初期では、併用薬の薬物血中濃度の変化や副作用発現に注意が必要である。バレニクリンとシメチジンを併用すると、バレニクリンの排泄が阻害されて腎クリアランスが低下するため、重度の腎機能障害患者では併用に注意する。

【使用上の注意】バレニクリンは主として腎排泄であるため、クレアチニンクリアランスにより用法・用量を調節する。

【副作用・服薬指導のポイント】ニコチンパッチは、発赤、かゆみ等の接触皮膚炎が多いので、貼付部位を毎回かえるように指導する。就寝時使用による不眠が発現した場合は、夜間の貼付を中止する。ニコチンガムは普通のガムのように噛むと、ニコチンが唾液とともに胃に入り、吐き気や胃の不快感などの副作用を引き起こすだけでなく、ニコチンが肝臓で代謝され、薬剤としての効果が減弱する。正しい噛み方を説明し、ニコチンを口腔粘膜から吸収させる目的で噛むように指導する。バレニクリンは胃腸障害、神経系障害、精神障害に注意する。因果関係は明らかではないが、自殺念慮の報告もあるため、治療開始前に精神疾患の

既往を確認すること、治療中は精神症状に変化が無いかを注意深く観察することが必要である。

文献

- 1) 各社医薬品添付文書およびインタビューフォーム。
- 2) 病気と薬パーフェクトBOOK 2009. 薬局 2009 ; 60.
- 3) 伊藤鉄英, 他. 慢性膵炎の治療：予後の改善を目指して. Pharma Medica 2007 ; 25 : 31-4.
- 4) 中村光男, 他. 膵内外分泌不全に対する膵消化酵素及びインスリン補充療法. 膵臓 2007 ; 22 : 454-61.
- 5) 厚田幸一郎. スキルアップのための糖尿病服薬指導. 南山堂, 2005.
- 6) 清野弘明, 他. インスリン療法マスターガイドブック—導入からトラブル対処法まで. 南江堂, 2007.
- 7) 大石了三. 痛みの種類と鎮痛薬. 臨床と研究 2007 ; 84 : 8-11.
- 8) 楠 夏子, 他. 非ステロイド抗炎症薬 (NSAIDs) の正しい使い方. 臨床と研究 2007 ; 84 : 77-81.
- 9) 金本陽子, 他. 禁煙外来の実際. 臨床と研究 2010 ; 87 : 5-9.
- 10) 山下 徹. 喫煙のリスク 禁煙が必要な理由—医薬品との相互作用. 薬局 2009 ; 60 : 65-9.

25. 慢性膵炎に対する生活指導（看護師の立場から）

畑迫実葉香

九州大学病院看護部

ポイント

患者が自身の病態を理解し、療養のために必要な行動を毎日の生活の中で継続的に実行していくことができるよう、医療チームの一員として看護師の立場から支援していく。

医学的判断に加え、その患者の病気や治療の受け止め方、実践能力、意欲、感情や生活の質（QOL）などを把握した上で指導方法を考える。

慢性膵炎では、断酒、禁煙、食事、服薬等の療養のために必要な行動を、毎日の生活の中で継続的に実行していくことが重要である。効果的に援助するためには、患者の病期、成因、症状、合併症などの医学的判断に加え、生活習慣、生活環境、病気や治療の受け止め方、実践能力、療養への意欲、感情やQOLを把握して、指導方法を考える。その患者に特有な問題点や状況を明らかにして、患者とともに解決策を見出すことが大切である。行動変化を促進するための援助として、行動変化への準備状態（5段階の変化ステージ）¹⁾を使って介入すると効果的である。

1. 前熟考期

状態：問題を認めていない。問題を回避している。

介入：考えや感情を聴く。情報を提供する。

2. 熟考期

状態：問題の重要性に気付き、行動を起こすことを考えているが、決心がつかない。迷っている。

介入：行動変化による利益と不利益や障害を明らかにし、双方のバランスを変える。家族の協力。

3. 準備期

状態：行動変化の利益を認め、すぐに始めるつもりがある。変化への準備ができている。

介入：具体的な行動目標を設定する。成功すれば承認する。段階的に目標を上げていく。

4. 行動期

状態：望ましい行動が始まって6ヶ月未満。利益が不利益を超えている。

介入：失敗しやすい状況を予測し具体的な対処法を考える。

5. 維持期

状態：望ましい行動が6ヶ月以上継続されている。

介入：QOLを確認する。

6. 逸脱や再発

状態：行動変化の後戻り。不適切な行動の習慣化。

介入：引き金となった状況や考え方をともに振り返り、回避するための方法を見出す。

【チーム医療】

医師をチームリーダーとして、看護師、薬剤師、管理栄養士をはじめ多職種が連携し、患者情報や決定事項を共有して治療をすすめる。定期的に合同カンファレンスを開催する。看護師には、患者の声をチーム内に伝える役割がある。

【看護の実際】

1. 断酒・禁煙の指導

断酒・禁煙は治療の基本であるが、生活習慣の大きな変更が必要となり実行には困難を伴う。問題と認めていない前熟考期の患者には、病態や治療の見通し、アルコールや煙草の害について説明を受け理解できているのか確認する。疼痛やストレスから逃れようとして飲酒や喫煙を続けている

場合もある。理解できていない部分については説明を補足する。知識を得ただけでは行動は変わらないが、正しい知識を伝えておくことは重要である。また、信頼関係を築いた上で、安心して話せる環境を作り考えや想いを傾聴する。看護師は、患者が問題点とその原因を同定し、方針を選択・決断する権利と責任をもっているという立場をとる。熟考期にある患者では、治療により症状が軽快して治療効果を実感しているときなどの機会を捉え、従来の生活の振り返りを行い断酒や禁煙による利益を話し合う。患者会や禁煙外来などの情報も提供する。経済面を心配している場合は、社会福祉相談窓口を紹介する。準備期の患者では、最初の行動目標を達成可能な範囲に設定し、患者が達成感を実感して次につなげられるようにする。望ましい行動が始まっている行動期の患者では、事前に失敗しやすい状況と対策を考えるよう働きかける。逸脱や再発の場合でも、批判や忠告をしないで患者自身で解決策を見出せるように働きかける。アルコール依存症専門施設での治療が必要と判断された場合は患者の準備状態を確認し、好機に転院できるよう地域医療連携センターへ調整を依頼する。どの状態でも、家族の協力が重要である。患者の了解を得て、疎遠だった姉妹に医療者から連絡したことで、支援が得られるようになったこともある。熟考期に高校生の娘から励まされたことが、断酒につながった患者もいる。

2. 薬物療法の援助

代償期は疼痛の緩和がポイントとなる。疼痛緩和や消化吸収障害の改善のため、蛋白分解酵素阻害薬や消化酵素など処方された薬剤が医師の指示どおりに服薬できているかを残薬などから確認する。鎮痛剤依存が疑われる場合は、看護師からの疼痛を介した関わりは避ける。鎮痛剤使用前後の言動や表情を観察して記録しておく。心療内科医

と連携となった場合に必要な情報となる。非代償期の患者では、消化酵素薬の携帯や追加内服について理解し実行できているか確認する。自己判断で中止したり指示どおりに服薬できていない場合は、原因や対処法をともに考え、患者の希望があれば薬剤師による服薬指導について医師へ相談する。

膵性糖尿病の血糖管理は、インスリン療法を基本としており、食後の血糖上昇不全や、脂肪吸収障害により低血糖が出現し遷延しやすい。血糖自己測定を指導し、低血糖対策について家族も含めて十分に指導する。血糖コントロールだけでなく、食事療法についてもその患者の目標を確認して対応する。理解力に応じて、良好な栄養状態を保ちながら、低血糖の頻度を減らし血糖値の安定化を目指していることを説明する。

3. 食事療法の援助

病期に対応した栄養療法が行われているため、適切な脂肪の摂取、刺激物の制限など栄養摂取について理解できているか確認する。患者が困難を感じているときは、食事を作っている家族がいる場合は一緒に、管理栄養士に個別に栄養相談するよう手配する。相談前には、疑問点や質問を文章にしておくようにすすめ、相談後は、理解度や実施状況を確認する。従来の食習慣の問題点を明らかにして、改善につなげられるようにする。

文献

- 1) 糖尿病療養指導の手引き(第3版). 日本糖尿病学会編. 南江堂, 2007; 26-30.
- 2) 伊藤鉄英. 生活習慣とすい臓病—生命を守る予防と治療—すい臓に愛情を. 海鳥社, 2007.
- 3) 富松昌彦. Nursing Mook2 消化器疾患ナーシング. 学習研究社, 2000.

慢性膵炎臨床診断基準 2009

厚生労働省難治性膵疾患に関する調査研究班
 日本膵臓学会
 日本消化器病学会

慢性膵炎の定義と分類

定義：

膵臓の内部に不規則な線維化，細胞浸潤，実質の脱落，肉芽組織などの慢性変化が生じ，進行すると膵外分泌・内分泌機能の低下を伴う病態である。膵内部の病理組織学的変化は，基本的には膵臓全体に存在するが，病変の程度は不均一で，分布や進行性も様々である。これらの変化は，持続的な炎症やその遺残により生じ，多くは非可逆性である。

慢性膵炎では，腹痛や腹部圧痛などの臨床症状，膵内・外分泌機能不全による臨床症候を伴うものが典型的である。臨床観察期間内では，無痛性あるいは無症候性の症例も存在し，このような例では，臨床診断基準をより厳密に適用すべきである。慢性膵炎を，成因によってアルコール性と非アルコール性に分類する。自己免疫性膵炎と閉塞性膵炎は，治療により病態や病理所見が改善する事があり，可逆性である点より，現時点では膵の慢性炎症として別個に扱う。

分類：

- ・アルコール性慢性膵炎
- ・非アルコール性慢性膵炎（特発性，遺伝性，家族性など）

注1. 自己免疫性膵炎および閉塞性膵炎は，現時点では膵の慢性炎症として別個に扱う。

慢性膵炎臨床診断基準

慢性膵炎の診断項目

- | | |
|-----------|----------------------------|
| ①特徴的な画像所見 | ③反復する上腹部痛発作 |
| ②特徴的な組織所見 | ④血中または尿中膵酵素値の異常 |
| | ⑤膵外分泌障害 |
| | ⑥1日80g以上（純エタノール換算）の持続する飲酒歴 |

慢性膵炎確定診断：a, bのいずれかが認められる。

- a. ①または②の確定診断所見。
- b. ①または②の確定診断所見と，③④⑤のうち2項目以上。

慢性膵炎準確定診断：

- ①または②の準確定診断所見が認められる。

早期慢性膵炎：

- ③～⑥のいずれか2項目以上と早期慢性膵炎の画像所見が認められる。

注2. ①，②のいずれも認めず，③～⑥のいずれかのみ2項目以上有する症例のうち，他の疾患が否定されるものを慢性膵炎疑診例とする。疑診例には3か月以内にEUSを含む画像診断を行うことが望ましい。

注3. ③または④の1項目のみ有し早期慢性膵炎の画像所見を示す症例のうち，他の疾患が否定されるものは早期慢性膵炎の疑いがあり，注意深い経過観察が必要である。

付記. 早期慢性膵炎の実態については，長期予後を追跡する必要がある。

慢性膵炎の診断項目

①特徴的な画像所見

確診所見：以下のいずれかが認められる。

- a. 膵管内の結石。
- b. 膵全体に分布する複数ないしび慢性的石灰化。
- c. ERCP 像で、膵全体に見られる主膵管の不整な拡張と不均等に分布する不均一*¹かつ不規則*²な分枝膵管の拡張。
- d. ERCP 像で、主膵管が膵石、蛋白栓などで閉塞または狭窄している時は、乳頭側の主膵管と分枝膵管の不規則な拡張。

準確診所見：以下のいずれかが認められる。

- a. MRCP において、主膵管の不整な拡張と共に膵全体に不均一に分布する分枝膵管の不規則な拡張。
- b. ERCP 像において、膵全体に分布するび慢性的分枝膵管の不規則な拡張、主膵管のみの不整な拡張、蛋白栓のいずれか。
- c. CT において、主膵管の不規則なび慢性的拡張と共に膵辺縁が不規則な凹凸を示す膵の明らかな変形。
- d. US (EUS) において、膵内の結石または蛋白栓と思われる高エコーまたは膵管の不整な拡張を伴う辺縁が不規則な凹凸を示す膵の明らかな変形。

②特徴的な組織所見

確診所見：膵実質の脱落と線維化が観察される。膵線維化は主に小葉間に観察され、小葉が結節状、いわゆる硬変様をなす。

準確診所見：膵実質が脱落し、線維化が小葉間または小葉間・小葉内に観察される。

④血中または尿中膵酵素値の異常

以下のいずれかが認められる。

- a. 血中膵酵素*³が連続して複数回にわたり正常範囲を超えて上昇あるいは正常下限未満に低下。
- b. 尿中膵酵素が連続して複数回にわたり正常範囲を超えて上昇。

⑤膵外分泌障害

BT-PABA 試験で明らかな低下*⁴を複数回認める。

早期慢性膵炎の画像所見

a. b のいずれかが認められる。

a. 以下に示す EUS 所見 7 項目のうち、(1) ~ (4) のいずれかを含む 2 項目以上が認められる。

- (1) 蜂巢状分葉エコー (Lobularity, honeycombing type)
- (2) 不連続な分葉エコー (Nonhoneycombing lobularity)
- (3) 点状高エコー (Hyperechoic foci; non-shadowing)
- (4) 索状高エコー (Stranding)
- (5) 嚢胞 (Cysts)
- (6) 分枝膵管拡張 (Dilated side branches)
- (7) 膵管辺縁高エコー (Hyperechoic MPD margin)

b. ERCP 像で、3 本以上の分枝膵管に不規則な拡張が認められる。

解説 1. US または CT によって描出される①膵嚢胞、②膵腫瘤ないし腫大、および、③膵管拡張 (内腔が 2mm を超え、不整拡張以外) は膵病変の検出指標として重要である。しかし、慢性膵炎の診断指標としては特異性が劣る。従って、①②③の所見を認めた場合には画像検査を中心とした各種検査により確定診断に努める。

解説 2. *¹ “不均一” とは、部位により所見の程度に差があることをいう。

*² “不規則” とは、膵管径や膵管壁の平滑な連続性が失われていることをいう。

*³ “血中膵酵素”の測定には、膵アミラーゼ、リパーゼ、エラスターゼ 1 など膵特異性の高いものを用いる。

*⁴ “BT-PABA 試験 (PFD 試験) における尿中 PABA 排泄率の低下”とは、6 時間排泄率 70% 以下をいう。

解説 3. MRCP については、

- 1) 磁場強度 1.0 テスラ (T) 以上、傾斜磁場強度 15mT/m 以上、シングルショット高速 SE 法で撮像する。
- 2) 上記条件を満足できないときは、背景信号を経口陰性造影剤の服用で抑制し、膵管の描出のため呼吸同期撮像を行う。

難治性膵疾患に関する調査研究班 慢性膵炎と膵癌との関連性についての調査研究

施設名・診療科 記入医師 記載日 患者割付番号 性別 男性 女性 生年月日 貴施設初診時年齢 歳
(貴施設で自由に割付してください)

I. 診断(慢性膵炎診断時)

慢性膵炎として診療開始日 最終経過日 慢性膵炎診断カテゴリー 確診 準確診 疑診(その他)

確診所見 US:膵石 膵組織による確診
 CT:膵内石灰化
 ERCP:分枝膵管拡張または乳頭側主膵管拡張
 セクレチン試験:重炭酸イオン低下を含む2因子以上の低下

準確診所見 US:膵内粗大エコー、膵管の不整拡張、辺縁の不規則な凹凸、膵変形
 CT:辺縁の不規則な凹凸、膵変形
 MRCP:膵全体の不均一な分枝膵管の不整拡張、狭窄部乳頭側の膵管の不整拡張
 ERCP:主膵管のみの不規則な拡張、非陽性膵石、蛋白栓
 セクレチン試験:重炭酸イオン低下または膵酵素分泌量および膵液量低下
 BT-PBA試験と便中キモトリプシン活性の低下
 膵組織による診断

疑診所見 腹痛 血中アミラーゼ値異常 血中PLA2値異常
 嘔気、嘔吐 尿中アミラーゼ値異常 血中PSTi値異常
 消化不良 血中リパーゼ値異常
 消化器不定愁訴 血中トリプシン値異常 その他...

膵炎の原因 (推定) アルコール 遺伝性 膵管閉塞 慢性腎不全 その他...
 胆石症 高脂血症 自己免疫 自己免疫性
 急性膵炎 膵管非癒合 薬物 不明

II. 経過中の所見

経過中の診断所見の変化 有り 無し 不明

診断所見の変化が 有り の場合、以下の項目に記載してください。

変化後の診断カテゴリー 確診 準確診 疑診(その他)

変化後の確診所見 US:膵石 膵組織による確診
 CT:膵内石灰化
 ERCP:分枝膵管拡張または乳頭側主膵管拡張
 セクレチン試験:重炭酸イオン低下を含む2因子以上の低下

変化後の準確診所見 US:膵内粗大エコー、膵管の不整拡張、辺縁の不規則な凹凸、膵変形
 CT:辺縁の不規則な凹凸、膵変形
 MRCP:膵全体の不均一な分枝膵管の不整拡張、狭窄部乳頭側の膵管の不整拡張
 ERCP:主膵管のみの不規則な拡張、非陽性膵石、蛋白栓
 セクレチン試験:重炭酸イオン低下または膵酵素分泌量および膵液量低下
 BT-PBA試験と便中キモトリプシン活性の低下
 膵組織による診断

変化後の疑診所見 腹痛 血中アミラーゼ値異常 血中PLA2値異常
 嘔気、嘔吐 尿中アミラーゼ値異常 血中PSTi値異常
 消化不良 血中リパーゼ値異常
 消化器不定愁訴 血中トリプシン値異常 その他...

III. 生活歴・既往歴・家族歴

飲酒歴	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	家族歴 急性膵炎家族歴	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明
喫煙歴	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	慢性膵炎家族歴	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明
胆石症の有無	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	膵癌家族歴	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明
悪性腫瘍の既往	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	具体的な既往悪性腫瘍名	<input type="text"/>

IV. 症状(慢性膵炎診断時)

症状	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 消化不良	<input type="checkbox"/> 消化不良(下痢・軟便)	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 消化器不定愁訴	<input type="checkbox"/> 臨床症状ほぼ無し	<input type="checkbox"/> その他...

IV. 慢性膵炎の経過・治療

経過観察状況

<input type="checkbox"/> 貴施設への定期的な受診をされていた(されている)
<input type="checkbox"/> 有症状の時のみ貴施設への受診をされていた(されている)(他施設への受診は不明)
<input type="checkbox"/> 近医(他施設)への定期的な受診をされており、有症状の時のみ貴施設を受診
<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> その他...

膵炎に対する治療

蛋白分解酵素阻害剤	<input type="radio"/> 投与あり <input type="radio"/> 投与なし <input type="radio"/> 不明	消化酵素製剤	<input type="radio"/> 投与あり <input type="radio"/> 投与なし <input type="radio"/> 不明
鎮痛剤・鎮痙剤	<input type="radio"/> 投与あり <input type="radio"/> 投与なし <input type="radio"/> 不明	トリメタジオン投与	<input type="radio"/> 投与あり <input type="radio"/> 投与なし <input type="radio"/> 不明
塩酸プロモヘキシン投与	<input type="radio"/> 投与あり <input type="radio"/> 投与なし <input type="radio"/> 不明		
糖尿病治療	<input type="checkbox"/> 運動食事療法 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他...		
ESWL	<input type="radio"/> 治療あり <input type="radio"/> 治療なし <input type="radio"/> 不明	内視鏡的膵石切石術	<input type="radio"/> 治療あり <input type="radio"/> 治療なし <input type="radio"/> 不明
内視鏡的膵管ステント留置術	<input type="radio"/> 治療あり <input type="radio"/> 治療なし <input type="radio"/> 不明		
内視鏡的胆管ステント留置術	<input type="radio"/> 治療あり <input type="radio"/> 治療なし <input type="radio"/> 不明		
嚢胞ドレナージ術(外科手術除く)	<input type="checkbox"/> 内視鏡的 <input type="checkbox"/> 経皮的 <input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 不明		
外科的治療	<input type="radio"/> 手術あり <input type="radio"/> 手術なし <input type="radio"/> 不明	上記以外の治療	<input type="text"/>

手術ありの場合、以下に術式の記載をお願いします。

術式	<input type="checkbox"/> 膵管消化管吻合術(Peustow含む) <input type="checkbox"/> 膵切除術 <input type="checkbox"/> 嚢胞ドレナージ術 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他...			
具体的な術式名	<input type="checkbox"/> Peustow手術	<input type="checkbox"/> 膵頭十二指腸切除術	<input type="checkbox"/> 嚢胞空腸吻合術	
	<input type="checkbox"/> Partington手術	<input type="checkbox"/> 幽門輪温存膵頭十二指腸切除術	<input type="checkbox"/> 嚢胞胃吻合術	
	<input type="checkbox"/> Frey手術	<input type="checkbox"/> 膵体尾部切除術	<input type="checkbox"/> その他の嚢胞ドレナージ手術	
	<input type="checkbox"/> 膵管胃吻合術	<input type="checkbox"/> Beger手術	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他の膵管消化管吻合術	<input type="checkbox"/> その他の膵切除術	<input type="checkbox"/> その他...	

貴施設経過中の状況

BW10%以上の体重減少	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	飲酒制限状況	<input type="radio"/> 禁酒 <input type="radio"/> 節酒 <input type="radio"/> 飲酒継続 <input type="radio"/> 不明
糖尿病の悪化	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明	繰り返す急性膵炎(2回以上)	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し <input type="radio"/> 不明

V. 併存(合併)腫瘍

貴院初診時併存腫瘍	<input type="checkbox"/> 通常型膵癌	<input type="checkbox"/> 単発性IPMN	<input type="checkbox"/> PanIn	<input type="checkbox"/> 膵以外の臓器の悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> IPMC	<input type="checkbox"/> 多発性IPMN	<input type="checkbox"/> その他の膵腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	

その他の膵腫瘍の場合、具体名

膵以外の臓器の悪性腫瘍の場合、具体名

貴院経過中に認めた併存腫瘍 通常型膵癌 単発性IPMN PanIn 膵以外の臓器の悪性腫瘍 不明
 IPMC 多発性IPMN その他の膵腫瘍 なし

その他の膵腫瘍の場合、具体名

膵以外の臓器の悪性腫瘍の場合、具体名

VI. 現在の転帰

現在の予後 生存 死亡 不明 予後確認日

死亡例については、以下の記載をお願いします。

死亡日 死亡時年齢 歳

死因 膵癌 糖尿病性昏睡 心筋梗塞 肺炎
 膵癌以外の悪性腫瘍 消化管出血 脳血管障害 不明 その他...
 低血糖 栄養障害 肝不全

VI. 膵炎経過中の膵癌発生症例について

膵癌診断日時

膵癌診断根拠 (複数回答可) 腹水などの臨床症状 CT検査などの画像診断 その他...
 腫瘍マーカーなどの血液検査 細胞学的診断

膵癌診断時の症状 無症状 食思不振・るいそう 下痢 不明
 腹痛 腹水貯留 消化管出血 その他...
 背部痛 黄疸 糖尿病悪化

US 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

CT 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

MRI (拡散強調含む) 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

MRCP 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

ERCP 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

EUS 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

PET 膵癌と診断 膵癌疑い 膵癌指摘できず 不明 施行せず

その他で有用であった画像診断

膵癌診断に最も有用であったと考えられた画像検査 US MRI ERCP PET その他...
 CT MRCP EUS 画像診断では癌と診断できず

膵癌診断時のStage Stage I Stage II Stage III Stage IVa Stage IVb 不明

転移病変の有無 有り 無し 不明 転移ありの場合、転移臓器

膵癌に対する治療 根治的膵切除術 バイパス手術 放射線治療 不明
 姑息的膵切除術 化学療法 緩和ケア治療 その他...

膵癌に対する具体的な手術術式

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業
難治性膵疾患に関する調査研究班
(研究代表者 下瀬川徹)

多施設共同観察研究
いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎の実態調査
一次調査のお願い

平成 21 年 7 月吉日

日頃より、研究班の調査研究には多大なご協力を頂き、厚く御礼申し上げます。
さて、本研究班では欧米の病理学者を中心に提唱されている「いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎」について、我が国における実態を明らかにするため、研究班の参加施設を対象に多施設共同観察研究を行うことになりました。お手数ですが、貴施設において病理組織標本（手術検体あるいは診断可能な生検材料）の利用可能な自己免疫性膵炎（確診ないし疑診症例）あるいは腫瘍形成性膵炎症例のうち、調査票に記載した項目に該当する症例数をお知らせ下さい（8 月 20 日までに FAX でお送り下さい。また、本研究について、各施設の病理検査室責任者に宛てた依頼状も作成致しましたので、必要に際しご利用下さい）。

該当症例はあまり多くないと予想されます。単施設でまとまった数の標記症例を集めることは困難であり、研究班の多施設共同研究により、初めて同症の病態解明が期待されます。お忙しいところ恐れ入りますが、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

なお、該当症例につきましては、臨床調査票の記載と病理組織スライド切片の貸与をお願いする予定です。後日、一次調査でご報告頂いた数の調査票と病理組織スライド切片送付用のフォルダー（手術検体用、生検検体用）をお送り致しますので、併せて宜しくようお願い申し上げます。

厚生労働省特定疾患対策研究事業
難治性膵疾患に関する調査研究班
班長：下瀬川 徹
(東北大学大学院 消化器病態学分野)

本調査の問い合わせ先：西森 功
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部消化器内科
Tel & Fax : 088-880-2338
e-mail : nisao@kochi-ms.ac.jp

送り先：FAX 番号 088-880-2338

高知大学医学部消化器内科 西森 功 行

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業
難治性膵疾患に関する調査研究班

多施設共同観察研究
いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎の実態調査
一次調査票

*貴施設において下記の要件を満たす膵炎症例（手術例、生検例）の数を
お知らせ下さい（回答締め切り：平成 21 年 8 月 20 日）。

病理組織標本（手術検体あるいは診断可能な生検材料）の利用可能な
自己免疫性膵炎（確診ないし疑診症例）あるいは腫瘤形成性膵炎の中で、

下記のいずれかの項目に該当する症例（重複可）

- (1) 組織学的に好中球病変（idiopathic duct-centric chronic pancreatitis (IDCP)あ
るいは granulocyte epithelial lesion (GEL)）を呈する症例
- (2) 発症年齢が 50 歳以下の症例
- (3) 以下の疾患を合併した症例
 1. 潰瘍性大腸炎（確診例）
 2. クロウン病（確診例）
 3. 血中抗 SS-A 抗体あるいは抗 SS-B 抗体陽性のシェーグレン症候群
 4. 血中抗ミトコンドリア抗体あるいは抗 M2 抗体陽性の原発性胆汁性胆硬変

該当症例数： _____ 症例

(手術症例 _____ 例、生検症例 _____ 例)

お名前： _____

施設名： _____

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業
難治性膵疾患に関する調査研究班
(研究代表者 下瀬川徹)

多施設共同観察研究
いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎の実態調査
一次調査のお願い
(対照疾患調査指定施設用)

平成 21 年 7 月 吉日

日頃より、研究班の調査研究には多大なご協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、本研究班では欧米の病理学者を中心に提唱されている「いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎」について、我が国における実態を明らかにするため、研究班の参加施設を対象に多施設共同観察研究を行うことになりました。お手数ですが、貴施設において病理組織標本（手術検体あるいは診断可能な生検材料）の利用可能な自己免疫性膵炎（確診ないし疑診症例）あるいは腫瘍形成性膵炎症例のうち、調査票に記載した項目に該当する症例数をお知らせ下さい（8月20日までにFAXでお送り下さい。また、本研究について、各施設の病理検査室責任者に宛てた依頼状も作成致しましたので、必要に際しご利用下さい）。

該当症例はあまり多くないと予想されます。単施設でまとまった数の標記症例を集めることは困難であり、研究班の多施設共同研究により、初めて同症の病態解明が期待されます。お忙しいところ恐れ入りますが、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

なお、貴施設におかれましては、「いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎」の臨床像の解析に際し対照疾患として用いるため、自己免疫性膵炎の典型例で病理組織学的に LSPS を確認できた症例の調査にもあわせてご協力をお願い致します（合計 11 施設にお願いしています）。該当症例につきましては、臨床調査票の記載と病理組織スライド切片の貸与をお願いする予定です。後日、一次調査でご報告頂いた数の調査票と病理組織スライド切片送付用のフォルダー（手術検体用、生検検体用）をお送り致しますので、宜しくようお願い申し上げます。

厚生労働省特定疾患対策研究事業
難治性膵疾患に関する調査研究班
班長：下瀬川 徹
(東北大学大学院 消化器病態学分野)

本調査の問い合わせ先：西森 功
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部消化器内科
Tel & Fax : 088-880-2338
e-mail : nisao@kochi-ms.ac.jp

送り先：FAX 番号 088-880-2338

高知大学医学部消化器内科 西森 功 行

難治性膵疾患に関する調査研究班

多施設共同観察研究

いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎の実態調査

一次調査票（対照疾患調査指定施設用）

*貴施設において下記の要件を満たす膵炎症例（手術例、生検例）の数を お知らせ下さい（回答締め切り：平成21年8月20日）。

①いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎

病理組織標本（手術検体あるいは診断可能な生検材料）の利用可能な

自己免疫性膵炎（確定ないし疑診症例）あるいは腫瘤形成性膵炎の中で、

下記のいずれかの項目に該当する症例（重複可）

- (1) 組織学的に好中球病変（idiopathic duct-centric chronic pancreatitis (IDCP) あるいは granulocyte epithelial lesion (GEL)）を呈する症例
- (2) 発症年齢が50歳以下の症例
- (3) 以下の疾患を合併した症例
 1. 潰瘍性大腸炎（確定例）
 2. クローン病（確定例）
 3. 血中抗SS-A抗体あるいは抗SS-B抗体陽性のシェーグレン症候群
 4. 血中抗ミトコンドリア抗体あるいは抗M2抗体陽性の原発性胆汁性胆硬変

②典型的な自己免疫性膵炎症例（対照症例）

病理組織標本（手術検体あるいは診断可能な生検材料）の利用可能な自己免疫性膵炎の典型症例（診断基準の確定例）

①該当症例数：_____症例（手術_____例、生検_____例）

②該当症例数：_____症例（手術_____例、生検_____例）

お名前：_____

施設名：_____

多施設共同観察研究
いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎の実態調査
二次調査のお願い

平成 21 年 11 月吉日

日頃より、研究班の調査研究には多大なご協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

過日は「いわゆる好中球病変を伴う自己免疫性膵炎」の一次調査にご回答頂きまして有り難うございました。調査の結果、調査項目の該当（別紙①）16 症例と対照（別紙②）39 症例が集計されました（別紙をご参照下さい）。つきましては、重ねてお手数をおかけしますが、二次調査にご協力をお願い致します。

二次調査は臨床調査票の記入と病理組織スライド切片の送付をお願いします。両者とも貴施設で連結可能匿名化後、下記の解析施設にお送り下さい。

送付先	〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮 高知大学医学部消化器内科 西森 功 TEL : 88-880-2338	*同封の送付用ラベルを ご利用下さい（料金後納）。
-----	--	------------------------------

なお、貴施設の調査対象症例数は下記のとおりです（施設名： ）。

調査症例 組織採取方法	調査項目該当症例（別紙①）		対照症例（別紙②）	
	手術	生検	手術	生検
症例数	例	例	例	例

貴施設の病理検査室責任者宛の病理組織標本貸与の依頼文、ならびに当研究に対する東北大学と高知大学倫理委員会の承認証を同封致します。ご多用中のところ恐れ入りますが、調査にご協力頂けますよう宜しくお願い申し上げます。

厚生労働省特定疾患対策研究事業
難治性膵疾患に関する調査研究班
班長：下瀬川 徹（東北大学大学院消化器病態学分野）

本調査の問い合わせ先：西森 功
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部消化器内科
Tel & Fax : 088-880-2338
e-mail : nisao@kochi-u.ac.jp