

Fig. 9 胆石性急性膵炎に対する内視鏡治療の施行時期

内視鏡治療が行われた胆石性急性膵炎患者 396 例のうち、発症から内視鏡治療施行までの経過時間が明らかで、かつ入院時の重症度評価で軽症であった 264 例では、発症から 72 時間以内に行われたのは 154 例 (58.3%)、24 時間以内に行われたのは 95 例 (36.0%) であった。一方、発症からの内視鏡治療施行までの経過時間が明らかで、かつ入院時の重症度評価で重症であった 71 例では、発症から 72 時間以内に行われたのが 49 例 (69.0%)、24 時間以内に行われたのは 30 例 (42.3%) であった。

石性急性膵炎は 585 例であり、院内死亡率は 4.3% (25/585)。入院時軽症例 (n=468) の院内死亡率は 1.9% (9/468)、入院時重症例 (n=117) の院内死亡率は 13.7% (16/117) であった ( $P<0.0001$ )。発症早期に内視鏡治療を行った症例の転帰であるが、入院時軽症例では、24 時間以内に内視鏡的治療を行った症例の院内死亡率は 0% (0/87) であった。入院時重症例では 24 時間以内に内視鏡治療を行った症例の院内死亡率は 22.2% (6/27) であったのに対し、発症から 3 日以上経過してから待機的に施行された症例の院内死亡率は 10.0% (2/20) であった。この両群間に有意差はなかった ( $P=0.437$ )。

### 3. 日本における急性膵炎の晩期合併症に対する治療

#### 1) WON 形成と院内死亡率

急性膵炎では、膵および膵周囲脂肪組織が壊死となる場合があり、この壊死組織に感染を併発すると死亡率が上昇する。従来このような病変は、膵仮性嚢胞や膵膿瘍、感染性膵壊死などと呼ばれそれぞれの用語の定義が曖昧であった。しかし、2012 年に改訂された Atlanta 分類では、膵または膵周囲の壊死組織を発症から通常 4 週間までの

ANC と通常 4 週間以上経過した後に形成される被包化された壊死組織 WON の 2 つに時期により分類し、WON を内視鏡的治療の良い適応であるとした。また、膵仮性嚢胞は壊死組織を内部に含まないことが特徴とされ、急性膵炎後に形成されることは稀であるとし、WON と仮性嚢胞を明確に区別した<sup>1)</sup>。最近、WON や仮性嚢胞に対する経消化管的ドレナージや WON に対する内視鏡的ネクロセクトミーなどの低侵襲治療が登場し、普及しつつある。また、これらの低侵襲治療を含めた step-up アプローチによる治療成績が良好であることが報告されている<sup>17~19)</sup>。

急性膵炎発症から 2 週間以上後に膵局所病変の有無について評価された 362 例のうち、主治医が WON または仮性嚢胞の形成を指摘したのは 145 例であった。転帰が明らかであった症例のうち、WON または仮性嚢胞を認めなかった 197 症例の院内死亡率は 2.5% (5/197)、一方 WON または仮性嚢胞を形成した 132 例の院内死亡率は 8.3% (11/132) と有意に高かった ( $P=0.0199$ )。また、WON または仮性嚢胞を形成した症例のうち局所感染の有無と転帰が明らかであったのは 132 例であったが、非感染例 (n=88) の院内死亡率は 1.3%

(1/78), 感染例 (n=54) での院内死亡率は 18.5% (10/54) であり有意に感染例で高かった ( $P=0.0006$ , Fig. 10).

次に, 入院時に重症度評価がなされた 2380 例における, 入院時重症度と WON または仮性嚢胞の形成および感染との関係を表に示す. 予後因子スコア重症かつ造影 CT Grade 重症例では WON または仮性嚢胞の有無を評価されたのが 31.0% であったが, そのうち 81.5% に WON または仮性嚢胞が形成され, その 72.7% に感染を併発した. 一方, 入院時に軽症例であっても WON または仮性

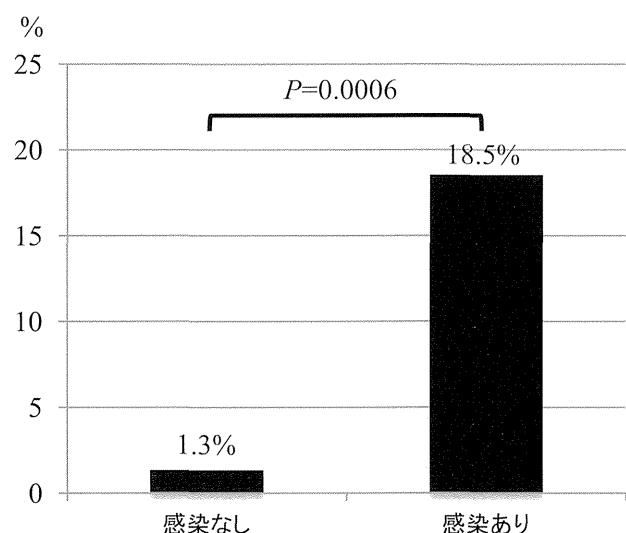


Fig. 10 WON または仮性嚢胞への感染の有無と院内死亡率

WON または仮性嚢胞への感染の有無を横軸に, 院内死亡率を縦軸に示す. WON または仮性嚢胞が形成されても, 感染を併発しない症例では院内死亡率が 1.3% であったが, 感染を併発した症例では院内死亡率が 18.5% と Fisher's exact test にて  $P=0.0006$  と有意に高値であった.

嚢胞が形成される場合があり, このような症例の 29.5% に感染を併発した (Table 1).

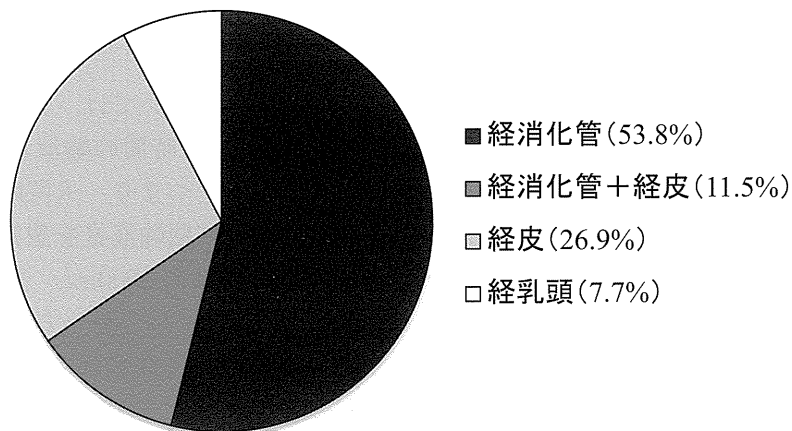
## 2) 晩期感染合併症に対する治療

WON または仮性嚢胞を形成した症例のうち, 侵襲的な治療の有無が明らかであったのは 136 例であった. 非感染例 (n=83) に対しての治療であるが, 74 例 (89.2%) は保存的に治療され, 低侵襲治療は 8 例 (9.6%) に, 開腹手術は 1 例 (1.2%) に施行された. 低侵襲治療は全てドレナージであり, 37.5% が経消化管的ドレナージ, 12.5% が経皮的ドレナージ, 50.0% が経乳頭的ドレナージであった. これらの症例は全例ドレナージのみで治癒した. 開腹手術を行った 1 例は, WON または仮性嚢胞の感染ではなく, 下行結腸壊死のために施行され, その後軽快した.

次に, WON または仮性嚢胞に感染を併発した症例 (n=53) の治療であるが, 保存的な治療を行ったのは 25 例 (47.2%), 侵襲的な治療を行った症例のうち先ずドレナージを施行されたのが 26 例 (49.1%), はじめから開腹手術を施行されたのが 2 例 (3.8%) であった. ドレナージ経路は経消化管的ドレナージが 53.8%, 経皮的ドレナージが 26.9%, 経乳頭的ドレナージが 7.7%, 経消化管的ドレナージと経皮的ドレナージの両方を施行された症例が 11.5% であった (Fig. 11). これらの症例のうち 11 例 (42.3%) がドレナージのみで治癒したが, 7 例 (26.9%) が内視鏡的ネクロセクトミーへ, 1 例 (3.8%) が後腹膜アプローチ手術へ, 4 例 (15.4%) が開腹手術へそれぞれ移行した. 経消化管的ドレナージから内視鏡的ネクロセクトミーへ移行した 5 例のうち 1 例 (20%) がさらに開腹

Table 1 入院時の重症度評価と WON または仮性嚢胞形成および感染の関連

入院時重症度評価		症例数	WON または仮性嚢胞の評価を行った N (%)	WON または仮性嚢胞あり N (%)	感染例 N (%)
予後因子	造影 CT Grade				
軽症	軽症または施行せず	1844	213 (11.6%)	61 (28.6%)	18 (29.5%)
軽症	重症	358	80 (22.3%)	40 (50.0%)	15 (37.5%)
重症	軽症	59	8 (13.6%)	3 (37.5%)	1 (33.3%)
重症	重症	87	27 (31.0%)	22 (81.5%)	16 (72.7%)
重症	施行せず	32	8 (25.0%)	2 (25.0%)	2 (100%)
合計		2380	336 (14.1%)	128 (38.1%)	52 (40.6%)



**Fig. 11** 感染性 WON または仮性嚢胞のドレナージ経路  
 感染を併発した WON または仮性嚢胞に対してドレナージを初回治療として行った 26 例において、選択されたドレナージ経路を示す。重複例も含め、経消化管的ドレナージは 65.3% で行われ、経皮的ドレナージは 38.4% の症例で行われた。

1次治療	2次治療	3次治療	生存数	死亡数	院内死亡率
保存的治療(25例)			20	5	20.0%
ドレナージ治療(26例)	ドレナージ経路				
	→ 経消化管		4	1	11.5%
	→ 内視鏡的ネクロゼクトミー		4	0	
	→ 開腹手術	→ 開腹手術	1	0	
	→ 開腹手術		4	0	
	→ 経乳頭		1	0	
	→ 内視鏡的ネクロゼクトミー		1	0	
	→ 経皮		4	2	
	→ 後腹膜アプローチ手術		1	0	
	→ 経皮+経消化管		2	0	
	→ 内視鏡的ネクロゼクトミー		1	0	
開腹手術(2例)			1	1	50.0%
不明(3例)					

**Fig. 12** 感染性 WON または仮性嚢胞 56 例に対する治療  
 感染を併発した WON または仮性嚢胞に対して行われた治療を示す。ドレナージ治療が行われた 26 例ではドレナージ後、12 例 (46.2%) に 2 次治療が行われ、そのうち内視鏡的ネクロゼクトミーは 6 例 (50%) 施行された。2 次治療が行われなかったなかで 1 例 (8.3%) が 3 次治療を必要とした。

手術へと移行した (Fig. 12)。1 次治療にドレナージを行い、そこから治療効果に応じて step-up

アプローチで治療を行った 26 例のうち 3 例はドレナージ後に死亡した。この群の院内死亡率は

11.5%であった。一方はじめから開腹手術を行った2例の院内死亡率は50.0% (1/2)、保存的治療を行った25例の院内死亡率は20.0% (5/25)であった (Fig. 12)。

低侵襲治療に伴う偶発症の有無について明らかであった28例のうち、ドレナージのみを施行された21例では6例 (28.6%)に偶発症があり、主なものは出血、感染であった。内視鏡的ネクロセクトミーが施行された6例では2例 (33.3%)に出血の偶発症があった。後腹膜アプローチ手術が行われた1例は腹膜炎の併発が報告された。

全症例では、先ずドレナージを施行された34例の院内死亡率は8.8% (3/34)。はじめから開腹手術を行った3例の院内死亡率は33.3% (1/3)であった。

## 考 察

急性膵炎は発症後48時間から72時間の間は病態が刻々と変化し、来院時の重症度評価で軽症と判定された症例であっても、後に重症化する場合がある。改訂Atlanta分類では48時間以上持続する臓器不全がみられることを重症の定義としているため診断精度が高い<sup>1)</sup>。しかし、この国際基準では発症から48時間以内には重症度が判定できないことが問題である。急性膵炎に対する初期治療の重要性が指摘されている一方で、諸外国の急性膵炎診療ガイドラインでは、未だに発症早期の重症度判定 (予測) の基準が曖昧であり、統一されたものはないのが現状である<sup>3,13)</sup>。

わが国では、厚労省難治性膵疾患に関する調査研究班による重症度判定基準 (予後因子スコアと造影CT Grade) により発症から48時間以内に重症度判定を行う診療を継続して行ってきた。現在の日本の臨床現場では急性膵炎患者の約90%が発症から48時間以内に急性膵炎と診断され、80%以上が48時間以内に入院する (Fig. 1)。したがって、これらの症例では48時間以内に重症度評価が行われ、初期治療が開始されている。この際に行われた予後因子スコアと造影CT Gradeを組み合わせた重症度評価は患者の予後を明確に層別化することができ、予後予測の指標として極めて有用と考えられる (Fig. 3)。このような重症度評価を土

台とした日本の急性膵炎診療が現在行われている。

初期輸液については、入院時の重症度により入院直後から24時間の輸液量が大きく異なることが示された。つまり、入院時の重症度評価によりある程度の初期輸液量を想定することが可能である。軽症では約3000ml、予後因子スコアと造影CT Gradeのどちらか一方が重症の場合は約4000ml、予後因子スコアと造影CT Gradeの両方が重症の症例では約5000mlの輸液が最初の24時間で投与された。しかし、急性膵炎の病態は症例ごとに極めて多様でかつ経時的に大きく変化することを忘れてはならない。入院時に軽症と判定された症例がその後重症となり予想より多くの輸液量を必要とする場合があるのと同時に、循環動態が安定したにも関わらず急速輸液を継続することによって過剰輸液となる危険も指摘されている。急性膵炎症例に過剰輸液を行った場合、呼吸不全、腹部コンパートメント症候群 (ACS)、そして致死率が上昇したことが報告されている<sup>20)</sup>。入院時の重症度に関わらず入院から48~72時間は数時間ごとに尿量、心拍数、血圧、CVP、ヘマトクリット、BUNなどの複数のパラメーターを用いて循環動態や循環血液量を評価し、輸液速度を調整することが重要である<sup>3,13,16,21)</sup>。

経腸栄養療養法は重症と判定されても、日本の臨床現場ではほとんど行われていない実態が明らかとなった。特に発症後48時間以内の感染予防を目的とした早期導入については極めて少なかった。逆に、抗菌薬の早期使用については大多数の症例で行われており、入院時に軽症と判定された症例に対しても80%近くの症例で、主に予防的目的で投与されていた (Fig. 6)。日本の急性膵炎ガイドライン2010では重症例に対する早期からの経腸栄養が推奨されており、一方、軽症例に対する予防的抗菌薬投与は推奨されていない。今後、経腸栄養や抗菌薬の使用法についても、重症度評価に基づいた治療選択を行う必要がある。

重症例に対する予防的抗菌薬使用と蛋白分解酵素阻害薬の使用は、是非が定まっていない<sup>11~13,21)</sup>。日本の臨床現場では抗菌薬も蛋白分解酵素阻害薬もほとんどの症例で使用されている。本研究のよ

うなレトロスペクティブ研究では使用される薬剤が統一されていないことや対照群が少ないこと等から集められた臨床データを用いて治療法の効果を検証することは困難である。効果を検証するためには規模の大きな前向き研究が必要であろう。

蛋白分解酵素阻害薬・抗菌薬臍局所動注療法(動注療法)についても同様に本研究で有効性の検証は困難である。本研究では24時間以内に動注療法を開始した症例では院内死亡率が低い傾向であったが有意差に至らなかった。また、血液浄化療法についても有効性を検討できる症例数には至っていない。今後、動注療法や血液浄化療法の有効性に関する前向きな検討が望まれる。

急性膵炎の晩期合併症に対する日本で行われている治療法の検討では、改訂 Atlanta 分類に明記されているように感染を併発しなかった症例と比較し、感染を併発した症例では有意に院内死亡率が高かった(Fig. 10)。入院時の重症度評価により、予後因子スコア重症かつ造影 CT Grade 重症例では WON または仮性嚢胞の形成率が高く、かつ感染の併発率も極めて高い(Table 1)。本研究では、予後因子スコアと造影 CT Grade の両方が重症の症例では WON または仮性嚢胞を形成した症例のうち 70% 以上が感染を併発した。一方、入院時の重症度評価で軽症であっても、WON または仮性嚢胞を形成してしまう症例があり、このような症例では 29.5% に感染を併発した。そのような症例は重篤な病態に陥る可能性があり注意が必要である (Table 1)。

感染性 WON または仮性嚢胞に対して、step-up アプローチによる治療が推奨されている。本調査により、日本においてそのような手順に従って診療されている実態が明らかになった (Fig. 12)。初回治療に侵襲度の低いドレナージを行い、その後の病状に応じてより侵襲度の高い治療に step-up する治療方針をとった場合、院内死亡率は比較的低い傾向であった。

本検討は日本全国の医療機関から集められた全国調査の 2 次調査票を解析した結果である。このため、本解析に用いられたデータは主治医の記載に依存しており、実際の画像や検査所見に連結していない。したがって、個々のデータは相対的に

信頼性が低い。しかしながら、2000 例を超える症例数であること、日本全国から集められていること、日本ではどの施設も同じ重症度診断基準を用いており、かつ発症早期に造影 CT を行う施設が多く、重症度評価の方法が多くの施設で統一されていることなど、本研究により日本全体の急性膵炎診療、特に発症早期の重症度評価に基づく診療の実態と予後を十分に評価できると考えられる。

日本で一般に行われている、発症から 48 時間以内の重症度評価は予後予測として極めて有用であることが明らかとなった。しかし、それを活用した治療法の選択について課題が残った。今後、個々の治療について客観的な評価をさらに集積する必要がある。

謝辞 この研究は、平成 25 年度厚生労働省科学研究費補助金 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) の助成によって行われた。

## 文 献

- 1) Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013; 62: 102–11.
- 2) Fisher JM, Gardner TB. The “golden hours” of management in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 1146–50.
- 3) Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol* 2013; 13 (4 Suppl 2): e1–15.
- 4) Schepers NJ, Besselink MG, van Santvoort HC, Bakker OJ, Bruno MJ; Dutch Pancreatitis Study Group. Early management of acute pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2013; 27: 727–43.
- 5) Wu BU, Banks PA. Clinical management of patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2013; 144: 1272–81.
- 6) Hamada S, Masamune A, Kikuta K, Hirota M, Tsuji I, Shimosegawa T; Research Committee of Intractable Disease of the Pancreas. Nationwide epidemiological survey of acute pancreatitis in Japan. *Pancreas* 2014; 43: 1244–8.
- 7) Al-Omran M, Albalawi ZH, Tashkandi MF, Al-Ansary LA. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD002837.
- 8) Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MG, van der

- Heijden GJ, Windsor JA, Gooszen HG. Enteral nutrition and the risk of mortality and infectious complications in patients with severe acute pancreatitis: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Surg* 2008; 143: 1111-7.
- 9) Sun JK, Mu XW, Li WQ, Tong ZH, Zheng SY. Effects of early enteral nutrition on immune function of severe acute pancreatitis patients. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 917-22.
  - 10) Wittau M, Mayer B, Scheele J, Henne-Bruns D, Dellinger EP, Isenmann R. Systematic review and meta-analysis of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 2011; 46: 261-70.
  - 11) Villatoro E, Mulla M, Larvin M. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (5): CD002941.
  - 12) Jiang K, Huang W, Yang XN, Xia Q. Present and future of prophylactic antibiotics for severe acute pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 279-84.
  - 13) Maraví Poma E, Zubia Olascoaga F, Petrov MS, et al. SEMICYUC 2012. Recommendations for intensive care management of acute pancreatitis. *Med Intensiva* 2013; 37: 163-79.
  - 14) 急性膵炎診療ガイドライン 2010 改訂出版委員会編. 急性膵炎診療ガイドライン 2010. 第3版. 東京: 金原出版, 2009: 105-7.
  - 15) Piascik M, Rydzewska G, Milewski J, et al. The results of severe acute pancreatitis treatment with continuous regional arterial infusion of protease inhibitor and antibiotics: a randomized controlled study. *Pancreas* 2010; 39: 863-7.
  - 16) Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American college of gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1400-15.
  - 17) van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med* 2010; 362: 1491-502.
  - 18) Bakker OJ, van Santvoort HC, van Brunschot S, et al. Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis. A randomized trial. *JAMA* 2012; 307: 1053-61.
  - 19) Bausch D, Wellner U, Kahl S, et al. Minimally invasive operations for acute necrotizing pancreatitis: Comparison of minimally invasive retroperitoneal necrosectomy with endoscopic transgastric necrosectomy. *Surgery* 2012; 152: S128-34.
  - 20) Mao EQ, Tang YQ, Fei J, et al. Fluid therapy for severe acute pancreatitis in acute response stage. *Chin Med J (Engl)* 2009; 122: 169-73.
  - 21) Bakker OJ, Issa Y, van Santvoort C, et al. Treatment option for acute pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2014; 11: 462-9.

## Treatments for acute pancreatitis in Japan

Morihisa HIROTA, Tooru SHIMOSEGAWA, Atsushi MASAMUNE,  
Shin HAMADA, Kazuhiro KIKUTA<sup>1)</sup>, and Ichiro TSUJI<sup>2)</sup>

**Key words:** Acute pancreatitis, Severe acute pancreatitis, Severity assessment, Fluid therapy, Necrosectomy

(Aim) The aim of this study was to clarify how to treat patients with acute pancreatitis (AP) in Japanese hospitals. (Methods) A nation-wide survey was conducted targeting patients with AP who were treated in Japanese hospitals in 2011. Clinical data of 2694 patients were accumulated and analyzed. (Results) Severity of patients with AP, which was estimated by the Japanese severity scoring system on admission, was well correlated with hospital mortality. The utility of following treatments were addressed; early fluid therapy, early enteral nutrition therapy, early use of antibiotics and protease inhibitors, continuous regional arterial infusion of protease inhibitor and antibiotics therapy and blood purification therapy. Moreover, the utility of endoscopic treatments for acute gallstone pancreatitis and walled-off necrosis (WON) were also addressed. (Conclusion) The early severity assessment by the Japanese severity scoring system was useful. Prospective studies are necessary to estimate the efficacy of each therapy, which is currently performed in Japanese hospitals.

<sup>1)</sup> Division of Gastroenterology, Tohoku University Graduate School of Medicine (Miyagi)

<sup>2)</sup> Division of Epidemiology, Department of Public Health and Forensic Medicine, Tohoku University Graduate School of Medicine (Miyagi)

厚生労働科学研究  
難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）  
難治性腓疾患に関する調査研究班

腓石症治療の実態調査ご協力をお願い

拝啓

時下、先生方におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、腓石症に対する治療として、従来は外科手術が行われてきましたが、平成 26 年 4 月に腓石症に対する ESWL 療法の保険収載がされました。そこで、私ども厚生労働科学研究 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）“難治性腓疾患に関する調査研究班”では、調査研究の一環として、我が国における腓石症に対する治療の実態を把握するため、全国の主な病院にアンケート調査を行うことになりました。

腓石症に対する ESWL が適切に、かつ安全に行われるためには指針を作成する必要があります。本研究により全国的な実態を把握することができ、腓石症の病態、予後が明らかにされることが期待され、指針作成の基礎になるものと考えます。ひいては本症の予後改善に寄与するものと考えます。本研究の意図をお汲みいただき、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。先生方にはご多忙の折、誠に恐れ入りますが、1 次調査票にご記入の上、2015 年 1 月 31 日（土）までに、FAX またはメールでご返信頂きますようお願い申し上げます。なお、本調査に関してのご質問がございましたら、下記までお問い合わせいただきますようお願いいたします。なお、後日、2 次調査票を送らせて頂くこととなります。

末筆ではございますが、先生ならびに貴施設のますますのご発展を祈念いたします。

敬具

平成 27 年 1 月吉日

厚生労働科学研究 難治性疾患等政策研究事業  
（難治性疾患政策研究事業）  
難治性腓疾患に関する調査研究班  
研究代表者 竹山宜典  
分担研究者 乾 和郎

FAX 番号：052-323-9886

E-mail：kinui@fujita-hu.ac.jp

送信先 FAX 番号 : 052-323-9886

(E-mail : kinui@fujita-hu.ac.jp)

厚生労働科学研究 難治性疾患等政策研究事業 (難治性疾患政策研究事業)

難治性膵疾患に関する調査研究班

膵石症治療の実態調査 : 一次調査票

ご所属 : \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科

ご氏名 : \_\_\_\_\_ 先生

FAX 番号または E-mail : \_\_\_\_\_

記載年月日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●2009年1月1日～2013年12月31日までの間に貴科を受診された慢性膵炎・膵石症の症例数をお答えください。

膵石症患者       なし       あり  
(ありの場合 男性 \_\_\_\_\_ 人、女性 \_\_\_\_\_ 人)

ご記入上の注意事項

1. 該当する患者がいなくても、全国患者数推計に必要ですので「なし」に印をつけてご返送くださいますようお願いいたします。
2. 後日、各症例について 2 次調査を行いますので、ご協力をお願いいたします。
3. 平成 27 年 1 月 31 日 (土) までに FAX またはメールでご返信ください。

ご協力ありがとうございました。



# 「ここが知りたい 慢性膵炎」

## ～ 慢性膵炎 何でも相談会 ～

13:00~ 『開会挨拶』	竹山 宜典	近畿大学医学部外科 肝胆膵部門
<b>第一部</b>		
13:05~ 『どんな病気?』	竹山 宜典	近畿大学医学部外科 肝胆膵部門
13:20~ 『日常生活は?』	池浦 司	関西医科大学 内科学第三講座
13:35~ 『どう治療するの?』	松本 逸平	近畿大学医学部外科 肝胆膵部門
13:50~ 『糖尿病になったら』	川畑 由美子	近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科
14:05~ 『食生活は?』	梶原 克美	近畿大学附属病院 栄養部
14:20~ 休憩		
<b>第二部</b>		
14:35~ 『何が不安?』	患者さま代表より	
14:45~ 『手術を受けて...』	患者さま代表より	
14:55~ 『パネルディスカッション』	(みなさまからの質問受け付けます)	
15:55~ 『閉会挨拶』	竹山 宜典	近畿大学医学部外科 肝胆膵部門
16:00 終了		



2014年 **11月29日** (土) **13:00~16:00** (開場12:30)

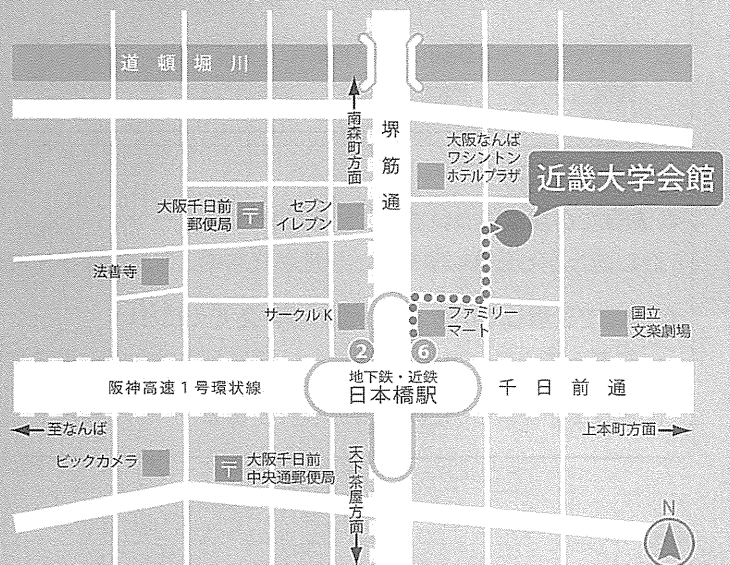
無料  
定員100名

## 近畿大学会館

大阪市中央区日本橋 1-8-17 近畿大学会館 5F  
tel 06-6213-0501

最寄駅：地下鉄千日前線・堺筋線/近鉄線  
「日本橋駅6番出口」徒歩3分です。  
駐車場はありません。  
公共交通機関をご利用ください。

事務局：厚生労働科学研究  
難治性疾患等政策研究事業  
(難治性疾患政策研究事業)  
難治性膵疾患に関する調査研究  
近畿大学医学部外科 肝胆膵部門  
〒589-8511 大阪府大阪狭山市大野東377-2  
近畿大学医学部外科学教室内  
tel 072-366-0221 (内線3115)  
fax 072-368-3382



## 生活習慣に関するアンケート

慢性膵炎の患者さまに生活習慣についての調査（無記名調査）を行っております。  
お手数をおかけしますがご協力よろしくお願いします。



厚生労働科学研究 難治性疾患等政策研究事業 難治性膵疾患に関する調査研究 研究代表者 竹山 宜典

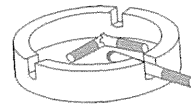
### ★ あなたのことについて

- ◎ 年齢：( )歳 ◎ 性別：  男  女 ◎ 身長：( )cm ◎ 体重：( )kg
- ◎ 現在どの診療科を受診していますか？【複数回答可】：( )科
- ◎ 世帯年収/万円：  ~200  200~400  400~600  600~800  800~1,000  1,000~
- ◎ 同居家族構成：  配偶者  子( )人  孫( )人  他( )人  一人暮らし
- ◎ 血縁関係で膵臓の病気にかかった人はいますか？：  いない  いる・・・ご関係( )  
その病気はどのような病気でしたか？：  膵臓がん  急性膵炎  慢性膵炎  その他( )

### ★ あなたの生活習慣について

#### ★ 喫煙について

- ◎ あなたの喫煙状況について教えてください。
- 喫煙経験なし  禁煙中・・・( )年前から  禁煙したが再開した
- 喫煙中・・・( )本/日 × ( )年
- ◎ 「禁煙外来」への興味について教えてください。
- 興味がある  興味がない  通っている



#### ★ 飲酒について

- ◎ あなたの飲酒状況について教えてください。
- 飲酒経験なし  禁酒中・・・( )年前から  禁酒したが再開した  付き合い程度に飲酒する
- 飲酒している・・・ビール( )本/日・日本酒( )合/日・ウィスキー( )杯/日  
その他( )
- ◎ 「断酒会」への興味について教えてください。
- 興味がある  興味がない  通っている



#### ★ 食事について

- ◎ あなたの食事について教えてください。
- 以前とかわらない食事  慢性膵炎患者さま用の食事に変更  変更したいがわからない
- ◎ 食事で注意していることがあれば教えてください。
- あぶらものをひかえている  香辛料を含む辛い食事はひかえている
- カフェイン入りの飲料をひかえている  その他( )



裏面につづきます・・・



## 生活習慣に関するアンケート（つづき）

### ★ 『慢性膵炎』に対する治療について

◎ 慢性膵炎と診断されて何年になりますか？：( )年

◎ 現在治療を受けていますか？：  いいえ  はい・・・「はい」と答えられた方は次の質問にも答えてください。

◎ どのような治療ですか？：  飲み薬による治療  手術治療  内視鏡治療  経過観察

その他( )

### ★ 『糖尿病』に対する治療について

◎ 現在治療を受けていますか？：  いいえ  はい・・・「はい」と答えられた方は次の質問にも答えてください。

◎ どのような治療ですか？：  飲み薬のみによる治療  インスリン注射  その他( )

### ★ 慢性膵炎の症状（消化不良）について

◎ 排便回数について教えてください：  ( )回/日  1回/日  1回/2日  その他( )

◎ 便の性状について教えてください：  ふつう  固い  下痢ぞみ

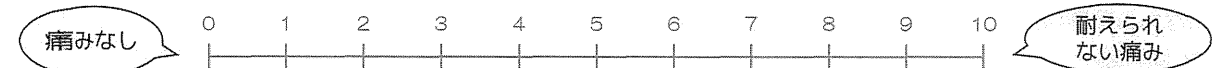
◎ 便の色について教えてください：  茶色  黒色  白色っぽい

◎ 消化剤を内服していますか？：  いいえ  はい・・・お薬の名前( )

### ★ 慢性膵炎の症状（痛み）について

◎ 現在痛みはありますか？：  いいえ  はい・・・「はい」と答えられた方は次の質問にも答えてください。

◎ その痛みはどの程度の痛みですか？（痛みの程度を数字に○をつけて教えてください）



◎ 痛みに対する治療は？：  痛み止めを内服  痛み止めの注射  手術  その他( )

### ★ 今後どのような情報提供があればいいですか？ご自由にお書きください。

.....

.....

.....

.....

◎ このような会があったら次回も参加したいと思いますか？

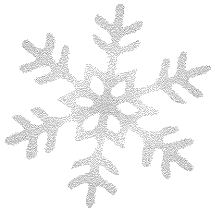
思う  思わない

ご協力ありがとうございました。



「ここが知りたい慢性膵炎」  
2014年11月29日（土）  
13時～ in 近畿大学会館





# 「慢性膵炎を知ろう」

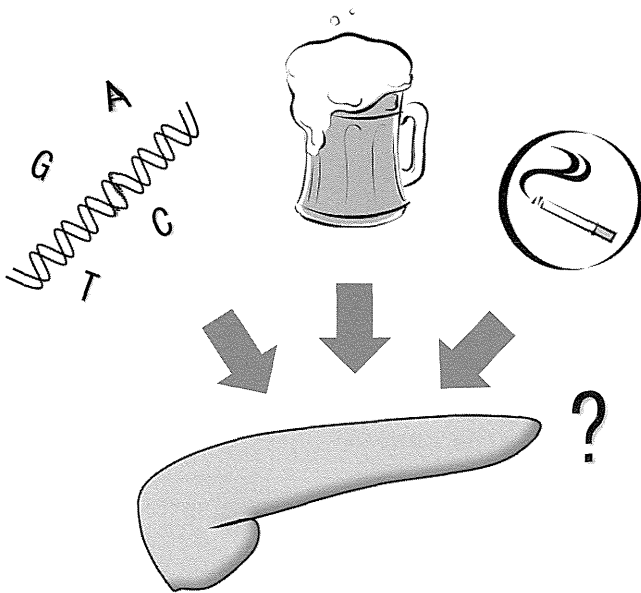
～慢性膵炎のより良い理解のために～



13:00 「開会挨拶」	下瀬川 徹	東北大学病院長
第一部		
13:05～「どんな病気？」	正宗 淳	東北大学病院消化器内科
13:20～「どう治療するの？」	廣田 衛久	東北大学病院消化器内科
13:35～「膵臓と糖尿病」	澤田 正二郎	東北大学病院糖尿病代謝科
13:50～「慢性膵炎の薬」	横枕 史	東北大学病院薬剤部
休憩 10分		
第二部		
14:15～「お酒のやめ方」	奥平 富貴子	東北会病院
14:30～「食生活の注意点は？」	岡本 智子	東北大学病院栄養管理室
14:45～「総合討論」	(患者さんからの質問、今後の方向性など)	
15:00 「閉会挨拶」	正宗 淳	東北大学病院消化器内科

2015年2月14日(土) 13:00～15:00 (開場 12:30)

無料  
定員 100名



■長陵会館(こんりょうかいかん)  
 ■所在地 仙台市青葉区広瀬町3-34  
 TEL:(022)-227-2721  
 ■交通 JR-仙台駅より地下鉄「北四番丁駅」下車、徒歩10分  
 JR-仙台駅よりタクシーで10分



# 慢性膵炎 何でも相談会

～ 慢性膵炎なんて怖くない！！～

無料

定員50名

開催日時：2015年**3月8日(日)13:00～16:00** (開場12:30)

場所：**九州大学病院** 北棟 9階 カンファレンスルーム

参加費：**無料** 御家族の皆さまも是非ご参加下さい。

## プログラム

総合司会：伊藤鉄英  
(九州大学病院 肝膵胆道内科)

### 第1部

13:00～	はじめに	竹山宜典	近畿大学医学部外科 肝胆膵部門
13:05～	慢性膵炎について知ろう	五十嵐久人	九州大学病院 肝膵胆道内科
13:25～	内科的治療について知ろう	植田圭二郎	九州大学病院 肝膵胆道内科
13:40～	外科的治療について知ろう	竹山宜典	近畿大学医学部外科 肝胆膵部門
13:55～	食事について知ろう	山口貞子	九州大学病院 栄養管理室
14:10～	看護師さんの立場から	看護師代表	九州大学病院 看護部
14:25～	患者さまのお話①	患者さま代表	
14:35～	患者さまのお話②	患者さま代表	
14:45～	休憩		

### 第2部

15:00～	グループディスカッション
15:40～	発表
16:00	終了

患者さま・看護師・医師の混合グループに分かれて話し合います。最後に簡単に発表して頂きます。

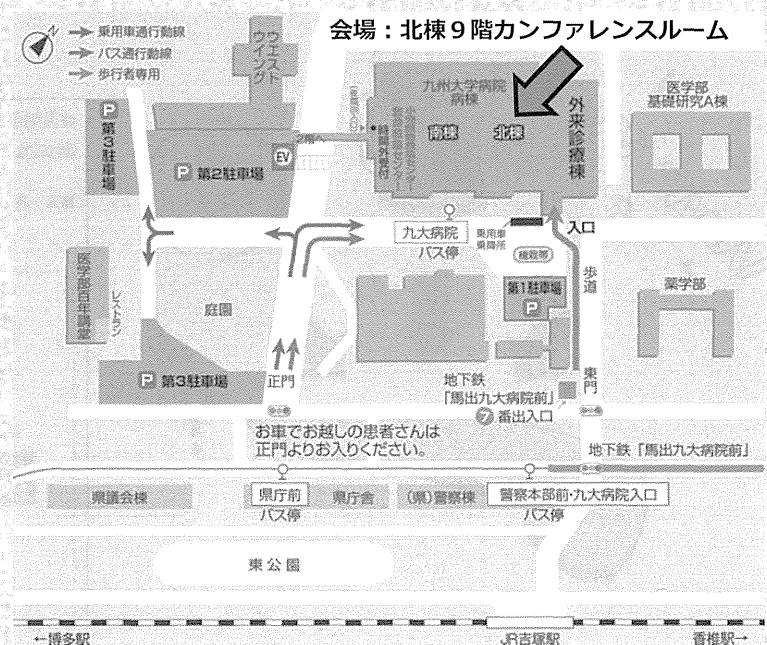
#### 《 問い合わせ先 》

九州大学病院 肝臓膵臓胆道内科  
〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1  
九州大学病態制御内科 膵臓研究室  
TEL：092-642-5285  
FAX：092-642-5287

#### 《 事務局 》

厚生労働科学研究  
難治性疾患等政策研究事業  
(難治性疾患政策研究事業)  
難治性膵疾患に関する調査研究

近畿大学医学部外科 肝胆膵部門  
〒589-8511 大阪府大阪狭山市大野東377-2  
近畿大学医学部外科学教室内  
TEL：072-366-0221 (内線3115)  
FAX：072-368-3382



# 参 考

厚生労働科学研究費補助金  
難治性疾患等克服研究事業（難治性疾患克服研究事業）

## 難治性膝疾患に関する調査研究班

研究代表者：竹山宜典

# 平成 26 年度 第 1 回研究打ち合わせ会 プログラム

日 時：平成 26 年 7 月 7 日（月） 13：00～17：41

会 場：ステーションコンファレンス東京  
千代田区丸の内 1-7-12 サピアタワー 6 階 602  
TEL：03-6888-8080（代表） FAX：03-6888-8062



### 【発表に関するお願い】

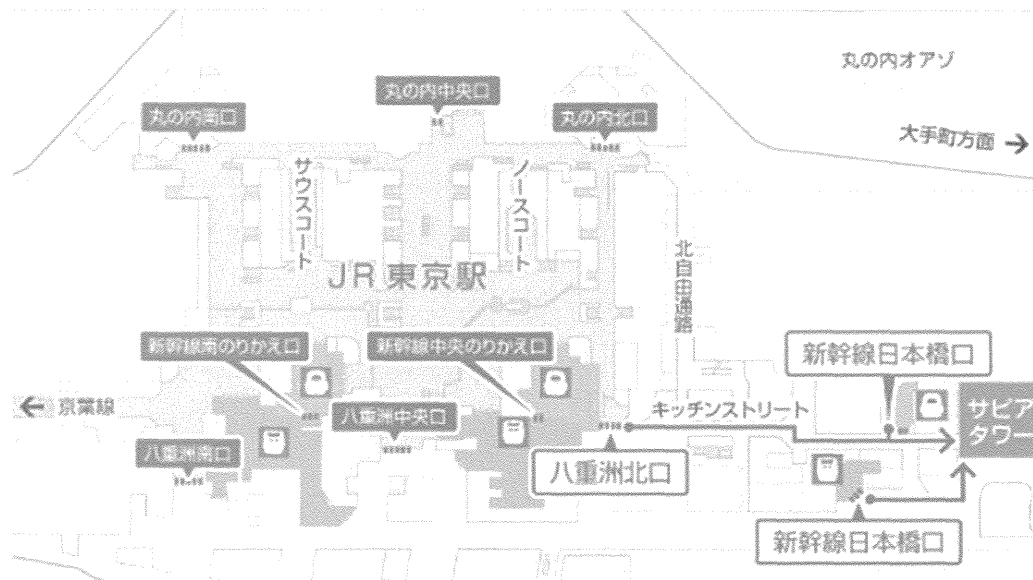
1. 発表データは、あらかじめ平成 26 年 6 月 30 日（月）12:00 までに難治性膝疾患に関する調査研究班事務局（nanchi-sui@med.kindai.ac.jp）まで E-mail にてお送りください。
2. PC (Windows に限定)、PowerPoint2010 による、プレゼンテーションのみとします。
3. 発表時間を厳守願います。（発表 4 分、質疑応答 3 分）

### 【研究分担者の皆様へ】

研究分担者打ち合わせ会場は、第 1 回打ち合わせ会 会場隣の 602A 会議室 となります。ご注意ください。

### 【会場案内】

#### サピアタワー周辺地図



#### ※JR 東京駅日本橋口直結

- ・新幹線日本橋口改札徒歩 1 分、八重洲北口改札徒歩 2 分
- ・東京メトロ東西線大手町駅 B7 出口直結

※地下 2～3 階に駐車場がございます。（300 円/30 分）

※クロークはございませんので、ご了承ください。

13 : 00 開会の辞

研究代表者 竹山宜典

13 : 02 ご挨拶

厚生労働省健康局疾病対策課 様

[1]急性膵炎 13 : 05 ~ 14 : 43 (発表 4 分、質疑 3 分)

1. 重症急性膵炎医療費受給者証交付申請状況の実態調査

研究分担者 竹山宜典 (近畿大学医学部外科)

松本逸平、亀井敬子、里井俊平  
中多靖幸

2. 急性膵炎初期診療コンセンサスの改訂

研究分担者 伊藤鉄英 (九州大学医学研究院病態制御内科学)

五十嵐久人、北川元二、武田和憲  
真弓俊彦、竹山宜典

3. 急性膵炎治療のチーム医療モデルの確立

研究分担者 北野雅之 (近畿大学医学部消化器内科)

辻喜久、真弓俊彦、平出敦、  
古屋智規、竹山宜典

4. 重症急性膵炎における免疫能低下の実態解析

研究分担者 杉山政則 (杏林大学医学部外科)

鈴木裕、中里徹矢、横山政明  
伊佐地秀司、伊藤鉄英、西野博一  
吉田仁、正宗淳、清水京子

5. 急性膵炎の重症度判定、感染診断におけるプロカルシトニン、IL-6、HMGB1、sCD14-ST の有用性に関する多施設共同臨床研究

研究分担者 伊藤鉄英 (九州大学医学研究院病態制御内科学)

真弓俊彦、大西洋英、正宗淳  
横江正道、竹山宜典

6. 膵壊死予測における perfusion CT の有効性の検討

研究分担者 武田和憲 (国立病院機構仙台医療センター外科)

辻喜久、廣田衛久、伊藤鉄英  
乾和郎、片岡慶正、阪上順一  
木村憲治、吉田仁、森岡千恵  
桐山勢生、竹山宜典

7. 包括的医療報酬制度における重症急性膵炎に対する診療報酬の妥当性の調査  
研究分担者 伊佐地秀司（三重大学大学院肝胆膵・移植外科学）  
安積良紀、伊佐山浩通、武田和憲  
糸井隆夫、古屋智規
8. 急性膵炎における抗菌薬の使用の実態調査と指針の作成  
研究分担者 伊佐地秀司（三重大学大学院肝胆膵・移植外科学）  
飯澤祐介、真弓俊彦、佐田尚宏  
武田和憲、松本逸平、竹山宜典
9. 急性膵炎における栄養療法の実態調査と指針の作成  
研究分担者 真弓俊彦（産業医科大学医学部救急医学）  
安藤朗、横江正道、五十嵐久人  
染谷一貴、竹山宜典
10. DPC データを用いた診察料・施設間における急性膵炎患者の診療内容およびアウトカムの差異の実態調査  
研究分担者 真弓俊彦（産業医科大学医学部救急医学）  
村田篤彦、横江正道、村松圭司  
北野雅之、辻喜久
11. 急性膵炎診療ガイドラインの改定  
研究分担者 真弓俊彦（産業医科大学医学部救急医学）  
佐田尚宏、伊佐地秀司、糸井隆夫  
片岡慶正、廣田衛久、竹山宜典
12. 膵局所合併症に対する治療の実態調査  
研究分担者 佐田尚宏（自治医科大学消化器・一般外科）  
黒河内顕、笹沼英紀、糸井隆夫  
安田一郎、伊佐地秀司、松本逸平  
北野雅之、竹山宜典
13. ERCP 後膵炎の診断基準の確立・検証とその啓発  
研究分担者 峯徹哉（東海大学消化器内科）  
明石隆吉、川口義明、木田光弘  
伊藤鉄英、花田敬士、山口武人  
宮川宏之、菅野敦、森實敏夫

14. ERCP 後膵炎の重症度分類 尿中トリプシノーゲン 2 による評価

研究分担者 峯徹哉 (東海大学消化器内科)

明石隆吉、入澤篤志、大原弘隆  
川口義明、木田光弘、吉田仁  
花田敬士、西森功、山口武人  
片岡慶正、宮川宏之、下瀬川徹  
森實敏夫

休憩 14 : 43 ~ 14 : 55

事務局からのご連絡 14 : 55 ~ 15 : 00

[2] 慢性膵炎 15 : 00 ~ 16 : 24 (発表 4 分、質疑 3 分)

15. 膵性糖尿病診療の問題点

研究分担者 池上博司 (近畿大学医学部糖尿病・代謝内科)

伊藤鉄英、五十嵐久人、川畑由美子

16. 膵性糖尿病の実態調査と治療指針の作成

研究分担者 伊藤鉄英 (九州大学医学研究院病態制御内科学)

池上博司、五十嵐久人、川畑由美子  
丹藤雄介、阪上順一、北川元二  
竹山宜典

17. 慢性膵炎の生活習慣対策指針の作成と患者団体連携支援

研究分担者 伊藤鉄英 (九州大学医学研究院病態制御内科学)

北野雅之、正宗淳、大西洋英  
丹藤雄介、片岡慶正、肱岡真之  
竹山宜典  
ワーキンググループ委員

18. 遺伝性膵炎・家族性膵炎の全国調査

研究分担者 伊藤鉄英 (九州大学医学研究院病態制御内科学)

正宗淳、北野雅之、阪上順一  
田妻進、乾和郎、竹山宜典