

IBDニュース vol.33

クローン病と潰瘍性大腸炎に関する医療情報

特定非営利活動法人 日本炎症性腸疾患協会
 Crohn's & Colitis Foundation of Japan
 〒169-0073 東京都新宿区百人町3-22-1
 社会保険中央総合病院内
 TEL: 03-3364-0514 FAX: 03-3364-0515
 http://www.ccfj.jp/ メール: info@mail.ccfj.jp

潰瘍性大腸炎の重症度分類



いわき市立総合磐城共立病院 樋渡信夫

潰瘍性大腸炎とは

潰瘍性大腸炎は、大腸（直腸～結腸）の粘膜に炎症やびらん／潰瘍を形成する疾患で、病変は直腸から連続性、び慢性に口側に進展する特徴があります。主症状としては、持続性／反復性の粘血便があげられますが、病変の範囲や程度に応じて、下痢、腹痛、発熱などもみられます。病因は何らかの環境因子と複数の遺伝的素因が絡み合って発症すると想定されていますが、詳細はまだ不明と言わざるをえません。

潰瘍性大腸炎には、病変の範囲、病期、臨床的な重症度や経過により、下記のように分類されます（厚生省班会議による）。

- 1) 病変範囲による分類：全大腸炎、左側大腸炎（直腸～左結腸曲まで）、直腸炎、右側／区域性大腸炎（直腸が正常）
- 2) 病期による分類：活動期、緩解期
- 3) 臨床的重症度による分類：軽症、中等症、重症、激症
- 4) 臨床経過による分類：再燃緩解型、慢性持続型、急性電撃型、初回発作型

今回はこのなかの臨床的重症度分類について解説します。

班会議の臨床的重症度分類

まず病期により、活動期と緩解期に分類されます。血便が続いている時期は活動期で、血便がみられなくなり、内視鏡的にも炎症やびらん／潰瘍が消失した時期を緩解期と呼びます。実際

にはたびたび内視鏡検査はできませんので、内視鏡検査をせずに血便の消失だけを確認した場合は、臨床的緩解と呼びます。

活動期は臨床的重症度に応じて、軽症、中等症、重症の3群に分類され、さらに重症の中でも症状が激しく、重篤な状態を激症とします。

重症度判定の際に評価する項目は6つあります（表1）。まず、排便回数と肉眼的にみた血便の量です。1日6回以上の多量の血便があれば重症、1日4回以下の排便で、血便が少量～なしの場合は軽症とし、これらの中間を中等症とします。つぎに全身症状として、発熱の有無と脈の回数をチェックします。37.5℃以上の発熱、1分間に90以上の頻脈があれば重症とします。さらに血液検査で、ヘモグロビン値（正常値は男：13.1 - 17.0、女：10.8 - 15.0）が10g/dl以下の貧血、赤沈（正常値は男1 - 7、女：3 - 11）が30mm/1時間以上の亢進を呈する場合を重症と

します。最終的には重症は1)および2)の他に、全身症状である3)あるいは4)のいずれかを満たし、かつ6項目のうち4項目以上を満たすものとします。軽症は4回／日以下の排便で血便は少量～なしで、3)～6)の全身症状、検査値の異常をいずれも認めない症例となります。中等症は重症と軽症の中間にあるすべてがあてはまります。

重症の中でも、特に症状が激しく重篤な症例を激症とし、以下の5項目いずれも満たすものとします。

- ①重症基準を満たしている。
- ②15回／日以上血性下痢が続いている。
- ③38℃以上の持続する高熱がある。
- ④10,000 / μ l以上の白血球増多がある。
- ⑤強い腹痛がある。

激症は発症の経過により、急性電撃型（発症時から激症）と再燃激症型（再燃緩解を繰り返すうちに激症となる）に分けられます。

表1 臨床的重症度による分類

| 重症度 評価項目 | 重症 | 中等症 | 軽症 |
|-------------|------------|-------------------|-----------|
| 1) 排便回数 | 6回以上 | | 4回以下 |
| 2) 顕血便 | (+++) | | (+) ~ (-) |
| 3) 発熱 | 37.5℃以上 | 重症と 軽症と の中間 | (-) |
| 4) 頻脈 | 90/分以上 | | (-) |
| 5) 貧血 | Hb10g/dl以下 | | (-) |
| 6) 赤沈 | 30mm/h以上 | | 正常 |

Hb: ヘモグロビン値

6項目のひとつである赤沈は、最近臨床の場で測定されることが少なくなりました。赤沈の測定は、抗凝固剤を加えた静脈血を専用のピペットに注入して垂直に立て、赤血球が自然に沈降する速度をみるもので、生体内の非特異的な炎症の程度を反映します。しかしながら、多くの検査が自動化されたにもかかわらず、赤沈はいまだに手作業であり、省略されることが多くなってきました。そのため、以前の症例では振り返って重症度判定ができない症例が増加してきています。そこで班会議では、現在炎症のマーカーとして広く検査されているCRPに切り変えた方がより実用的ではないかとの考えで、その可能性や妥当性を実用化に向けて検討中です。

この重症度分類は潰瘍性大腸炎の治療方針をたてる上で大変重要であり、厚労省班会議による治療指針も重症度別に方針がたてられています。

臨床的重症度と病変範囲

臨床的重症度は病変範囲による分類と強い相関がみられます。平成10～12年に特定疾患認定の申請をした症例のうちデータが揃っていた30,011例(右側または区域性大腸炎を除く)につい

て、重症度と病変範囲の関係をみると、直腸炎型では79%が軽症で重症はほとんどみられず、左側大腸炎型では軽症と中等症がほぼ半数ずつで、重症は5%に留まっていた(表2)。一方、全大腸炎型では重症が20%にみられ、軽症、中等症はそれぞれ40%前後でした。つまり、直腸炎型ではほとんどが軽症であり、左側大腸炎型は軽症と中等症が半々、全大腸炎型は20%が重症で、残りは軽症と中等症が半々とまとめることが出来ます。全症例では軽症が約半数の51%をしめ、中等症39%、重症10%でした。

昨年、問題となった軽症例を特定疾患の研究事業対象から外すとすると、現在医療補助を受けている約半数の患者さんが受けられなくなる可能性があります。この問題は今回は見送られましたが、患者数の増加に伴い、近い将来再び取り上げられると思われます。

その他の重症度分類

班会議の重症度分類は、1955年に発表されたTrueloveの分類を参考に作成されたものです。この分類は簡単で使いやすいこともあり、現在でも世界的に広く使用されています。

最近では、重症例を対象にした治療

効果や手術適応、予後予測を判断するための活動指数もいくつか作成され、使用されています。また、軽症/中等症を対象にした新薬の開発や治験もさかんに施行されていますが、この際に班会議の重症度分類ではそれぞれの重症度の幅が大きいと、より細かな重症度の変動を評価することは困難でした。そこで新しい重症度分類が必要となり、現在この目的で本邦でよく使用されているのは、Sutherlandらにより作成された潰瘍性大腸炎の疾患活動指数(UC-DAI)です。これは排便回数、血便量、S状結腸内視鏡検査による粘膜所見、医師の全般的評価の4項目からなり、それぞれが0から3点の4段階で評価し、合計します(表3)。0点が緩解で、1～3点が軽症、4～8が中等症、9～12点が重症と判定されます。これにより、治療による経時的変化がより具体的に詳細に比較検討できるようになりました。

おわりに

臨床的重症度分類は、病変範囲ともよく相関し、治療方針をたてる上でも重要な評価項目です。本稿が皆様のご理解にお役に立てれば幸いです。

表2 臨床的重症度と病変範囲の関係

| 重症度 病変範囲 | 重症度 | | | 例数合計 |
|-------------|--------|--------|-------|--------|
| | 軽症 | 中等症 | 重症 | |
| 全大腸炎型 | 35% | 45% | 20% | 11,717 |
| 左側大腸炎型 | 50% | 45% | 5% | 11,580 |
| 直腸炎型 | 79% | 20% | 1% | 6,714 |
| 平均 | 51% | 39% | 10% | 100% |
| 例数合計 | 15,231 | 11,866 | 2,914 | 30,011 |

(日比班「データベースの拡充・活用」プロジェクト研究
2006年度報告書/責任者:名川弘一より引用,一部改変)

表3 潰瘍性大腸炎の疾患活動指数(UC-DAI)

- Item 1: 排便回数
0: 正常(被験者の緩解時の排便回数/日を正常回数とする)
1: 正常回数より1～2回多い。
2: 正常回数より3～4回多い。
3: 正常回数より5回以上多い。
- Item 2: 血便
0: 血便なし
1: わずかに血液混入
2: 明らかに血液混入
3: 血液のみの排出
- Item 3: 大腸内視鏡所見
0: 以下の活動性病変を認めない。
(血管透見像を認め、粘膜顆粒像・易出血性を認めない。)
1: 発赤、血管透見像消失、粘膜細顆粒像、易出血性軽度。
2: 著明な発赤、粘膜顆粒像、びらん、易出血性、膿性分泌物。
3: 潰瘍、自然出血。
- Item 4: 医師による全般的評価
0: 症状はなく、通常の社会生活を送れる。
1: 軽度の症状はあるが、通常の社会生活を送れる。
2: 症状が社会生活に影響を及ぼす状態にある。
3: 症状が入院を必要とする状態にある。



「糖質 その2」

社会保険中央総合病院管理栄養士 斎藤恵子

IBDニュース No31号の栄養シリーズ1では、糖質の分類について述べました。今号では、糖質の働きと過不足の弊害、必要なエネルギー量について説明します。

糖質の働きについて

- 単糖類のなかのブドウ糖は脳のエネルギー源となる。特に脳のエネルギー源は血液中のブドウ糖のみのため、朝食を摂ったほうが、脳の働きがよくなる。
- エネルギーの供給源であり、たんぱく質とともに病気に対する抵抗力や治癒力を高める。
- 筋肉の運動や体温を維持する。
- 肝臓や筋肉は、使いきれなかったブドウ糖をグリコーゲンとして蓄え、必要に応じて（絶食中や運動でエネルギーを消費したときなど）ブドウ糖に還元され、エネルギー源となる。
- ブドウ糖は肝臓にグリコーゲンとして蓄えられることにより、肝臓での解毒作用が増加し、アルコールを分解したり、肌荒れなどを防ぐ。
- 糖質を効率よく燃焼させるためにはビタミンB1が必須であり、胚芽、豚肉、ぬかなどに含まれている。
- 糖質は生体内の代謝過程を経て、他の栄養素（非必須アミノ酸や脂質など）に転換される。また逆に、アミノ酸などの栄養素からも糖質が合成される。

糖質の必要量

必要エネルギー量は、基礎代謝量、生活活動に必要なエネルギー量、創傷治癒に必要なエネルギー量（侵襲によって失われるエネルギー量）の総和です。エネルギーはまず基礎代謝で消費されるので、十分なエネルギーが確保できないときは、創傷治癒が望めないばかりか、タンパク質（筋肉）を分解しエネルギー源としてしまい（異化亢進状態）体重減少につながります。

炎症性腸疾患のような消耗性疾患の患者さんや、スポーツや肉体労働をしている人などはエネルギー消費量が高いため、まずは糖質を十分に補給する必要があります。

糖質は、1g当たり4kcalです。1日に必要な糖質は、必要エネルギー量の約60%が目安です。砂糖と果糖はそれぞれ50g（エネルギーに換算して200kcal）以内に抑えるようにしましょう。

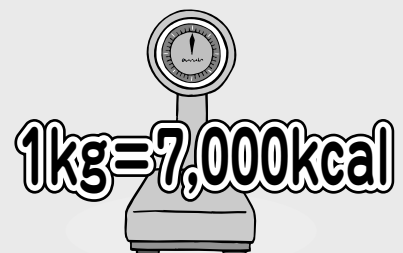
※ 1日に必要なエネルギー量 = 標準体重 × 35 ~ 40kcal 標準体重 = 身長 (m) × 身長 (m) × 22

糖質の過不足について

- 糖質の摂り過ぎは、体脂肪として蓄えられ肥満の原因となる。
- 糖質が不足する状態が続くと、体を構成するたんぱく質（筋肉など）にエネルギー源を求めなければならなくなり、体内のたんぱく質を分解してしまうので、痩せとなり、また基礎体力が低下する。
- 糖質が不足すると、エネルギー不足となり、それに伴い疲労感が生じる。
- 砂糖は、他の糖質から転換されるので栄養学的には全く摂らなくても問題はない。

雑学メモ

一般に、体重（骨を除いた）1kgには約7000kcalのエネルギーが保有されているといわれています。炎症性腸疾患の患者さんは、体調が悪化するとすぐに体重減少がおこりますが、1週間で体重が1kg減った場合は、1日に約1000kcalのエネルギーが入ってこなかった（食事が摂れなかった）か、発熱や炎症などで消費されたか、いずれにしても相当なエネルギーロスがあったことが推測されます。



次回は糖質の吸収と代謝について。

クローンの初発症状はどのようなものですか？ 病院に行くとどのように診断されますか？

クローン病では一般的にいつから症状が始まったのか分からないことが多いようです。例えば物心ついたときから、おなかをこわしやすかったり、おなかが痛んだりしやすかった人もいますし、?年生のころから少しずつ変わってきたという人もいます。

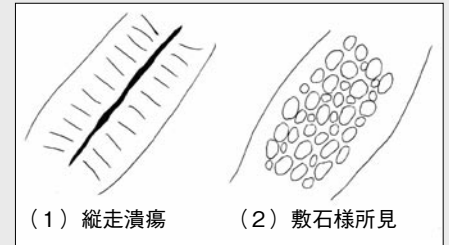
初めて出てくる症状としては、腹痛や下痢だった人は3人中2人くらいと多く、肛門の病変や体重減少、発熱が約半数くらいです。倦怠感や食欲低下、血便、腹部が張った感じがそれに続きます。右の下腹に痛みがあり発熱もあったりすると、虫垂炎（いわゆる「盲腸炎」）と区別がつかず手術され、このとき初めてクローン病と診断されることも珍しくありません。

腸のどの部分に炎症があるかにより、出やすい症状も違ってきます。小腸では腹痛や腹部膨満感などが比較的多く、大腸では下痢や発熱が多い傾向にあります。肛門に近いところで炎症が起こると出血が目につきやすくなります。また、肛門の病変もどちらかという大腸に炎症がある人のほうに多い印象があります。

さて、何らかの症状があって病院や

診療所を受診すると問診（症状などを聞くこと）のあと、腹部を診察します。押されて痛んだりするところがあるか、おなかの中に炎症で塊のようになった腸があるかどうか、化膿した「たまり」があるかどうか、腸から皮膚に道ができていないか、など診察します。検査では多くの場合、まず血液検査を行います。クローン病の場合には炎症のため白血球数やCRPが高くなったり、慢性的な出血や炎症のため貧血になったり、栄養状態が悪化するため、たんぱく質やその一部であるアルブミンが低下することがあります。

続いて行うのが注腸検査か大腸内視鏡です。注腸検査は造影剤であるバリウムと空気を肛門から入れてレントゲンをとる検査です。内視鏡はカメラを肛門から入れて腸の内部の様子を見てくるものです。注腸検査は狭窄のため内視鏡が入りにくかったり、瘻孔といって腸から外側に道ができたときによく診断できます。内視鏡は形のほかに色もよくわかりますし、組織を一部とってくる検査もできます。どちらの検査でも小腸の最後の5-10cmくらいは分かりませんが、これより奥（口側）につい



クローン病に特徴的な病変
(切り取った腸を開いて見たイメージ)

ての情報は得られません。小腸を調べる検査は小腸造影検査といってバリウムと空気を口の方から入れてレントゲンをとる検査が一般的です。管を鼻から小腸に直接入れるやり方と、口からバリウムなどを飲むやり方がありますが、管を使わない方法は病変をはっきり写すことが難しいので勧められません。最近ではカプセルを飲んで小腸の写真をとったり、小腸内視鏡が発達してきましたが、まだ、どの病院でもできる検査ではありません。また、クローン病では狭窄ができることがあるため、カプセルが小腸の途中で詰まってしまったこともあるようです。

(篠崎 大)

みなさまからのご質問お待ちしております。

炎症性腸疾患患者様の生命保険加入へ三井生命が門戸開放

NPO法人 日本炎症性腸疾患協会（CCFJ）は発足以来、一貫して炎症性腸疾患の患者様が生命保険に加入できないという現実を大きな問題ととらえ、様々な模索をしてまいりました。その中で三井生命保険株式会社の協力をとりつけ、両者間で度重なる検討を行い、このたび炎症性腸疾患の患者様に対して三井生命が保険加入の門戸を開放する運びとなりましたのでお知らせいたします。これまで生命保険契約に関して引受対象から除外されておりました炎症性腸疾患の患者様も、一定条件のもと三井生命のすべての個人保険商品に関して引受対象となり、一般の方と同様、生命保険加入が可能となります（ただし、病気の重症度・治療内容および保険種類等によっては加入できない場合もあります）。三井生命で販売している個人保険商品については商品パンフレット、または三井生命のホームページでご確認ください（URL:<http://www.mitsui-seimei.co.jp/>）。なお、三井生命では炎症性腸疾患患者さま専用の窓口を開設しております。

【炎症性腸疾患専用 お客様相談窓口の連絡先】

三井生命コミュニケーションセンター ☎ 0120-270-706（土・日・祝日を除く 9:00～17:00）

—編集後記—

炎症性腸疾患のベテラン中のベテラン樋渡先生の分かりやすい潰瘍性大腸炎の重症度分類、平易な解説ありがとうございます。軽症潰瘍性大腸炎を研究対象から外すことで今後の研究に支障が出ないことを望みます。（屋代庫人）

発行 NPO法人 日本炎症性腸疾患協会 編集 IBDニュース編集委員会

本内容の一部または全部を著作権法の定める範囲を越え、無断で複写、複製、転載、テープ化、ファイルに落とすことを禁じます。