

# IBDニュース vol.59

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  
〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1  
東京女子医科大学病院内  
TEL:03-5269-7136 FAX:050-3730-5500  
http://www.ccfj.jp/ メール: info@ccfj.jp

## 日本炎症性腸疾患協会理事長挨拶

日本炎症性腸疾患協会 理事長  
杉田昭

私は亀岡信悟前理事長の任期満了に伴い、平成28年6月11日に本協会の理事長を拝命しました。本協会の立ち上げ、NPO法人化、そしてその発展に多大な貢献をされました福島恒男先生、亀岡信悟先生の後任として本協会の理事長を務めさせていただくことになり、その責任の重さを感じるとともに、関係の皆さまの努力により重要な各割を担っている本協会のために働く機会を頂いたことを大変ありがたく思っております。

本協会は「潰瘍性大腸炎およびクローン病などの炎症性腸疾患が広く社会一般に理解されることにより、患者さん、ご家族の生活の質の向上に寄与する」ことを目的としています。本協会は医師が主体の「学術集会」や患者さんが運営する「患者さんの会」とは異なり、その役割は「患者さんに充実した社会生活を送って頂くために医学的

見地、社会状況を考え合わせて有効な方策を検討、実行する」ことと思いません。

本協会では現在までにIBDニュース刊行、書籍の発刊、講演会の開催、IBDこどもキャンプの開催など数多くの活動が行われて、着実に有効な仕事をしています。

本協会は名称が「日本炎症性腸疾患協会」であり、今後の重要な活動方針として、本協会の実績のある活動を更に充実させ、多くの皆さんと交流することを目的としてその活動を全国規模で展開することと思いません。そのためには各地域での各職種の皆さんとの連携、人的および経済的基盤の充実などが不可欠です。また、現在行っている患者さんを対象とした講演会活動だけでなく、本協会の活動の質の向上、拡充のために医療関係者、患者さんの参加する教育セミナーの開催も検討すべ

き課題と思います。さらに患者さんの「生活の質の向上」のため、患者さんの現状の把握、現在抱えている問題点を患者さんと分析して、改善の方策を検討する取り組みが必要と思いません。

これらの目的の達成には医療関係者、患者さんだけでなく、患者さんの社会生活に関わる多くの職種の皆さん、関連企業の皆さんの御協力があることが不可欠であり、是非、多くの皆さんに御協力頂きたいと思いません。

本協会の活動につきまして様々な観点から御意見を頂いて、患者さんの社会生活の充実にご協力できるように理事、委員、事務局スタッフ一同で本協会を運営していきたいと思いません。

今後ともよろしく御協力くださいますようお願いいたします。

## バトンタッチの挨拶

日本炎症性腸疾患協会 前理事長  
東京女子医科大学名誉教授 亀岡信悟

CCFJは2003年に、4名の発起人（福島、高添、福田、屋代）により設立総会が行われ、翌年5月にNPO法人として本格的に活動を開始しました。「潰瘍性大腸炎およびクローン病などの炎症性腸疾患が広く社会一般に理解されることにより患者様およびそのご家族の生活の質（QOL）の向上に寄与する」ことを目的とし、刊行物の発刊とその配布、市民公開講座、医療相談、市民・医療機関・公的機関・企業などのネットワークづくりの推進、国内外の交流の支援、研究支援、新薬や新しい治療法の情報公開などの活動を行って参りました。

諸事情により2011年にNPO業務の停止を余儀なくされましたが、翌年6月の総会で、役員改選と事務局の移転の承認を受け、業務を再開。いろいろなご縁から私が福島恒男前理事長を引き継ぐことになりました。なにせ急

なことでしたので、まずはHPの改訂、規約の見直し、夏の子供キャンプ再開、IBDニュース再発刊を当面の目標とし、中長期的には資金源の確保、財務、庶務、広報、イベント企画などは担当理事制として重点化、今まで以上の活性化を目指し、努力してきたつもりでございます。理事役員の皆様はじめ、会員の方々のご努力が少しずつ結果し、活動休止前のレベルに近づけたように思えます。特にIBDニュースが編集委員の方々のご尽力で復活発刊され、CCFJが存続できたと思いません。

最大の心残りは、NPOということでしたので、必要最小限の経費で運用できればよいという、少々甘い将来展望と乏しい政治力から、理事長として上記の「資金源」が確保できないまま、今日に至っていることです。更にこれからが正念場の大切な時期に後任者に

バトンタッチすることは無責任過ぎないかとの、後ろめたさは否めませんが、任期が満了した老兵の美学として、ただフェードアウトさせて戴くことにしました。

NPOは営利を追求してはなりません。お金をもらわないで（無償）活動するということではありません。潤沢な資金があれば子供キャンプやHPの充実も図れ、各種イベントも盛り沢山の企画が出来ます。次期杉田理事長には誠に勝手に申し訳ありませんが、私が成し得なかった「資金源の確保」を是非ともお願いいたす存じます。

最後に、4年間でしたが、至らぬ理事長を支えて戴いた理事役員はじめ、会員の皆様に重ねて厚く御礼申し上げます。有難うございました。

# IBDの基本薬（ステロイド）

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 石井彩子、猿田雅之

## 炎症性腸疾患の治療選択

潰瘍性大腸炎およびクローン病の薬物療法の基本薬は、サラゾスルファピリジン（サラゾピリン<sup>®</sup>）とメサラジン（ペンタサ<sup>®</sup>、アサコール<sup>®</sup>）です。しかしこの薬剤のみでは病勢が抑えきれないこともあり、その際に副腎皮質ステロイド（以下ステロイド）の使用を検討します。ステロイドには、内服で投与可能なプレドニゾロン（プレドニゾロン<sup>®</sup>とプレドニン<sup>®</sup>）、点滴にて投与可能なプレドニゾロン（プレドニン<sup>®</sup>）とメチルプレドニゾロン（ソル・メドロール<sup>®</sup>）、注腸にて局所投与可能なプレドニゾロン（プレドネマ<sup>®</sup>）とベタメタゾン（ステロネマ<sup>®</sup>）、坐剤として局所投与可能なステロイドとしてベタメタゾン（リンデロン<sup>®</sup>）があり、罹患範囲や重症度に合わせて治療が行われます。以下、ステロイドの量は1日当たりの通常量として記載します。

## ステロイドの基本的な使い方

ステロイドは、強力な抗炎症作用を有することから、寛解導入（炎症のある状態からない状態に導くこと）に用いられます。しかし、様々な副作用があり、ときに依存例や抵抗性（これらは後述します）を示すこともあるため、病変の範囲と重症度を考慮して投与方法や投与量を選択します。また、ステロイドは寛解導入には優れていますが、寛解維持（落ち着いた状態を継続させる）効果はないため、無用な長期使用は避ける必要があります。

## 潰瘍性大腸炎

潰瘍性大腸炎におけるステロイドの使用は、サラゾスルファピリジンあるいはメサラジン投与で改善されない、中等症から重症の方に投与されます。ステロイドには坐剤、注腸、経口、点滴静注がありますが、投与量や投与方法は病変の部位や重症度に応じて使い分けられます。中等症では経口でプレドニゾロン 30 - 40 mg から開始し、重症例、劇症例では 80 mg を上限に経口、または点滴で使用します。また、劇症では抗生物質を併用し、絶食のうえ中心静脈栄養などで全身管理を行いながら行うこともあります。効果が出てくれば1-2週間毎に10mg程度の減量を行い、20mg以下になれば5mg/2週間程度のゆっくりとした減量しながら中止し、できるだけ長期投与を避けるようにします。

ステロイド治療が効果不十分の状態

というのは、「ステロイド抵抗」と「ステロイド依存」の2つに分けられます。「抵抗」とは、適正量を使用しても1~2週間以内に改善を認めない場合をさし、「依存」とは、減量に伴い炎症をぶり返し離脱が困難な場合をさします。ステロイド抵抗例では、カルシニューリン阻害の免疫抑制薬（プログラフ<sup>®</sup>、ネオオラル<sup>®</sup>）や抗TNF- $\alpha$ 抗体製剤（レミケード<sup>®</sup>、ヒュミラ<sup>®</sup>）など、他の寛解導入療法に変更します。一方、ステロイド依存例では、免疫調節薬のアザチオプリン（アザニン<sup>®</sup>、イムラン<sup>®</sup>）もしくは6-MP（ロイケリン<sup>®</sup>）を使用し、ステロイドからの離脱をはかります。

また、局所療法として坐剤、注腸があり、主に直腸炎型と遠位大腸炎型（炎症が左下腹部までに限定している型）に使われます。注腸剤には、プレドニゾロン注腸（プレドネマ<sup>®</sup>注腸）とベタメタゾン注腸（ステロネマ<sup>®</sup>注腸）があり、炎症局部での作用を発現します。プレドニゾロン注腸は、全身へのステロイド吸収量が同じ量を内服するより少量であることから、副作用を減らすことが期待できます。しかし、それでも約40%は全身に吸収されるため、長期間連用は避けた方が無難です。坐剤には、ベタメタゾン坐剤（リンデロン<sup>®</sup>坐剤）があり、0.5mg~2mgを1日1-2回に分けて挿入します。

## クローン病

潰瘍性大腸炎と同様、軽症から中等症でメサラジン投与でも効果不十分な場合や、病勢・症状が強い場合（高熱、炎症反応CRP高値、激しい腹痛や下痢など）にステロイドを使用します。しかし炎症は抑制できるものの、クローン病に特徴的な狭窄、瘻孔、痔瘻に関しては治療効果が期待できず、その効果は限定的です。また、発症早期から抗TNF- $\alpha$ 抗体を開始した方が良い患

者さんもいて、以前よりステロイド剤が選択される機会が減少しています。

クローン病におけるステロイドの投与前には、膿瘍や痔瘻などの感染症の合併の有無の確認が必要です。感染症の合併例では、抗生剤投与や、シートン術や切開術など外科処置を先行あるいは同時に行う必要があります。クローン病においてもステロイド剤には寛解維持効果はありません。私たちは中等症では経口でプレドニゾロン 30~40mgを投与し、重症ではプレドニゾロン 40~60mgを経口もしくは点滴で投与します。約2週間で効果判定を行い、効果を認めれば潰瘍性大腸炎と同様に減量し、できるだけ長期投与しないようにしています。ステロイドの減量に伴い再燃することも多いですが、ステロイドには寛解維持効果はないため、その際には免疫調節薬のアザチオプリン（アザニン<sup>®</sup>、イムラン<sup>®</sup>）を使用して寛解維持療法に移行します。

## ステロイドの副作用

ステロイド投与による副作用は、以下のものが挙げられ、投与の際には注意する必要があります。また、ステロイドを急に中断すると、急性副腎不全などの予期せぬ危険を招く可能性があるため、自己中止せず主治医の先生の指示通りに服用することが大切です。

## 新規ステロイド薬

今年9月に、欧米諸国で使用されているステロイドのブデソニド（本邦ではゼンタコートカプセル<sup>®</sup>）が本邦でも製造販売が承認されました。同薬剤は、肝臓で速やかに代謝され、全身への副作用を大幅に軽減させるもので、効率よく回腸~上行結腸に到達するため、クローン病の新しい治療戦略になりうるものと期待されています。

免疫疾患	誘発感染症、感染症の増悪
内分泌代謝疾患	糖尿病、続発性副腎不全、骨粗鬆症、大腿骨頭壊死、月経異常
心血管疾患	高血圧症、脂質異常症、血栓症
消化器疾患	消化性潰瘍、脂肪肝
眼疾患	後囊下白内障、緑内障
皮膚疾患	満月様顔貌、中心性肥満、皮膚線条、痤瘡、浮腫
その他	ステロイドミオパチー、精神疾患（抑うつ、不眠）、成長障害（小児）

# ストーマケアについて

JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部  
皮膚・排泄ケア認定看護師 積 美保子

## ストーマケアとは

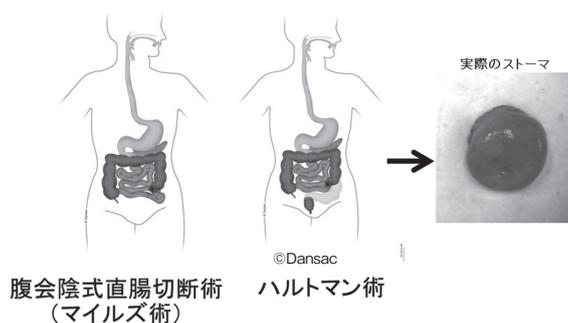
ストーマとは腸や尿管の一部を体外に出して作られた便や尿の排泄口のことです。

ストーマには肛門括約筋のように禁制を保つ機能がないため、ストーマ装具を装着し排泄物の漏れを防止しなければなりません。しかし、ストーマケアを適切に行いながら、多少の工夫次第で今までと変わらない生活を送ることができます。ストーマケアは排泄のケアであり、快適な生活を送るためには、自分のストーマに合った適切なストーマのケア方法を覚える必要があります。新しい排泄習慣や生活に慣れるまでには、ある程度の期間は必要です。当院では、ストーマ外来を開催し、ストーマを造設された方の日常生活上の個々の相談に対応しています。本稿では、IBDの患者さんに比較的多い、結腸ストーマと回腸ストーマの場合のケア方法のポイントと安心して生活するための方法を解説します。

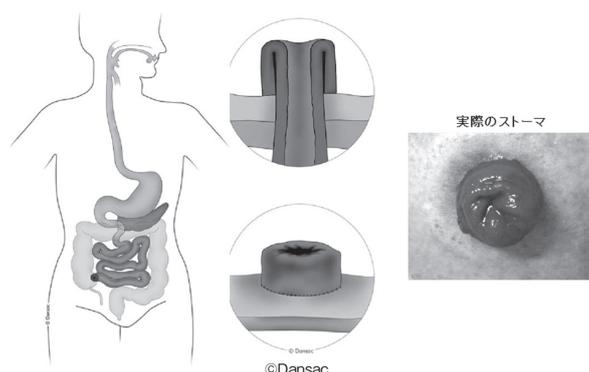
## ストーマケアの基本

ストーマとは、消化管や尿路を人為的に体外に誘導して造設した開放口で、前者を消化管ストーマ、後者を尿路ストーマと言います。

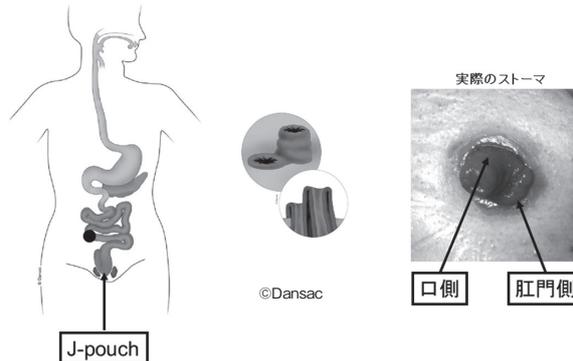
### 消化管ストーマ造設術



### 単孔式イレオストミー



### 双孔式(ループ)イレオストミー



消化器ストーマの種類では、ストーマを造設している期間によって一時的ストーマと永久的ストーマに分けられます。一時的ストーマは炎症の行っている部分を安静にするために、安静にしたい腸の部分より口に近い側で、将来閉鎖することを念頭に、一時的にストーマを造設されるストーマのことです。永久ストーマは、肛門を切除する場合や、痔瘻などで肛門機能が損なわれ、肛門を使用できないときに永久的に使用するように造設されるストーマのことです。

また、形態により、単孔式と、双孔式に分類されます。単孔式は、管腔臓器断端を体表に出して造られたストーマです。双孔式は、腸管口側端を人工肛門に、肛門側端を粘液瘻としたストーマのことです(図1)。

## ストーマケアの方法

### 1) ストーマ装具とは

ストーマを管理するのに用いる物品をストーマ用品といいます。ストーマ装具とストーマ用アクセサリがあります。ストーマ装具には、皮膚に粘着する皮膚保護剤の面板部分と、排泄物を貯めたり排出するストーマ袋部分から成ります(図2)。

### 2) ストーマ装具交換の方法

- ①必要な物品の準備します。(ストーマ装具、スキンケア用品など)
- ②リムーバーで装具を剥がします。
- ③ストーマ周囲の皮膚を泡立てた石鹸、お湯で洗浄後、皮膚を十分に乾かします。

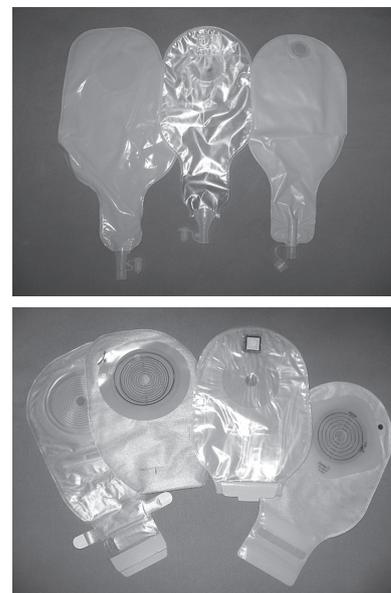


図2. ストーマ装具

④装具装着します。面板の皮膚接着面の裏紙を剥がし、面板ストーマ孔がストーマの中央にバランスよくおさまるように貼付します。

⑤便排出口閉鎖具が内臓型装具の場合は、一方向に巻き上げてマジックテープ等で固定します。

排泄の際は、マジックテープを外して排出口から絞り出し、排出口をティッシュでふき取った後、一方向に巻き上げてマジックテープ等で固定し直します。

装具交換のタイミングは、個人差がありますが、面板の溶け具合や排泄の量、発汗の量などを考慮し、適切な時期に行います。時間帯は、食前の腸蠕動が活発でないときに行うとケアの最中に排泄することなく行いやすいと思います。

図1. ストーマの種類

## 局所療法を見直す

東京医科歯科大学消化器内科  
潰瘍性大腸炎・クローン病先端治療センター 藤井俊光

局所製剤は主に潰瘍性大腸炎の肛門側の炎症に対して経口剤との併用あるいは単独で用いられます。寛解導入療法としても寛解維持療法としても有効であることが分かっていますが、服薬遵守（アドヒアランス）が問題となります。

5アミノサリチル酸（5ASA）製剤とステロイドそれぞれの坐剤と注腸があり、いずれも病変部位まで直接薬剤が到達して作用するため、全身投与の薬剤よりも副作用が少なく、特に直腸炎型では局所製剤が第一選択となっています。5ASA注腸あるいは5ASA坐剤はステロイドの注腸・坐剤と同等あるいはそれ以上の有効性があるとされ、特に注腸では多数の論文をまとめた研究で5ASA注腸の方がステロイド注腸よりも有用であったとされています。また副作用はより少ないため欧米のガイドラインでは局所製剤では5ASA製剤が第一選択とされています。ステロイド局所製剤の血中への移行は製剤にもよりますが25-40%とされ、可能であ

れば漸減中止や5ASAの局所製剤への変更が望まれます。ただし実際の薬剤の選択はケースバイケースになります。

直腸炎型だけでなく、左側大腸炎型や全大腸炎型でも他の薬剤による治療で肛門側に炎症が残存する場合は、局所製剤の併用が有効であることが分かっており、5ASA坐剤の投与4週で82%で内視鏡的に直腸粘膜の寛解が認められています。また5ASA製剤は炎症局所の薬剤の濃度が高いほど抗炎症作用が強く、5ASA経口剤単独での改善率62%に対して注腸製剤併用で89%と高い改善率が示されています。

また寛解維持においても、5ASA坐剤の隔日投与で61%で1年間寛解維持が可能で、5ASA注腸では経口剤単独に比べ、2-3日に1回や週末のみの投与でも併用することで寛解維持により有用であるとの報告もあります。

このように有用性の高い局所製剤ですが、大きな問題が服薬遵守です。入れてもすぐに出てしまったり、注腸が全部は入らない、あるいは体位変換が

複雑など様々困っているかもしれません。注腸による刺激で便意をもよおしてしまう場合は無理に我慢せず出しても構いません。少量は腸管内に残っていますので全く無意味なわけではありません。また全部入れるのが難しい場合は腸管内に保持できる量から始め、効果が出てくると徐々に入れやすくなってきます。体位については左側臥位で注入することが重要で、それだけでもS状結腸までは届くことが多いです。また、薬液が冷たいと刺激が強いため暖めてから使用しましょう。いずれの局所製剤も注入の際はワセリンや局所麻酔のキシロカインゼリーなどを使用するとスムーズに入れることができます。

局所製剤は有効性が高く、副作用も少ない薬剤ですので、うまく調節しながら使うことで寛解導入にも寛解維持にも大変有効です。少し具合が悪いときなど、敷居を下げて併用してみましょう。

## IBD こどもキャンプ 2016 報告

埼玉県立小児医療センター  
総合診療科 南部隆亮

8月最後の週末（27、28日）、静岡県三島市の市立箱根の里にて、今年で6回目となるIBDこどもキャンプが開催されました。今年は27人のIBD患児を迎え入れ、御家族含めて総勢100名の参加となり、大いに盛り上がりしました。

開所式では、今回御寄付という形でキャンプに初参加となったプロゴルファーの重永垂斗夢選手（潰瘍性大腸炎に罹患）よりこども達へ向けたビデオメッセージ、地元ボーイスカウトの方々による国旗掲揚・ファンファーレが披露され歓声が上がりました。

開所式後は、こどもグループと大人グループに分かれてそれぞれのプログラムを過ごしました。

こども達は、こどもリーダー達（IBDを抱えながら元気に大学生活・社会生活を営む先輩患者たち）によって企画された“チーム対抗戦・箱根オリンピック”、同じ疾患で悩む仲間達で本音を語り合う“しゃべくりIBD”といったプログラムに参加。例年、キャンプの

シンボルとして初日の夜に開催されているキャンプファイアと共に、とても楽しい思い出となりました。

大人グループでは、初日の午後「IBDの子どもたちの問題点と解決策」と題したワークショップが、2日目の午前には「こどもたちの成長とIBD治療の問題点」と題された医療スタッフによるパネルディスカッションが開催されました。参加された御家族にとって、普段抱える想いや悩みを忌憚なく語り合う貴重な場となりました。

こども・大人合同企画として、2日目の朝に催されたプログラム「それぞれのstory～こどもリーダーからみんなへのエール～」は最も印象的なワンシーンでした。こどもリーダー12名が、疾患を発症してからどの様に病氣と向き合い、人生の節目を乗り越えてきたか、その体験談を聴く機会となりました。

“元気でいられる事の素晴らしさを知っているからこそ新しい事にどんどん挑戦していきたい”、“ふと気づくと、たくさんの方が背中を押してくれ

ていた。それに気付けたから頑張っていた”一。これらの言葉がこども達や御家族にとってどれだけまばゆい希望の光となったか計り知れません。このキャンプの素晴らしさを象徴する時間となりました。

今年のこどもリーダーの中には、過去に“こども”として参加していた方々の姿が見られました。支えられる立場から、支えて行く立場に一。今年はこのキャンプの醍醐味を実感できる節目の年であった様に思います。

最後になりましたが、この場をお借りして、準備の段階から協力して下さった地元ボーイスカウトの方々、静岡東部IBD患者会の皆様、並びにキャンプを共催いただいたすべての個人・企業の皆様、すべてのスタッフ、そして参加してくれた子どもたちに心から感謝を申し上げます。