

潰瘍性大腸炎

～非消化器内科医が知っておくべきこと～

令和7年1月29日

杏林大学医学部 医学教育学 矢島知治

今日の内容

- 潰瘍性大腸炎の症状
- 潰瘍性大腸炎治療の原則

潰瘍性大腸炎はどんな病気？

直腸から連続性びまん性に口側に連なった粘膜を主座とする原因不明の慢性炎症によって、様々な**症状**を呈する疾患

皆さんはこの**症状**をどの程度イメージできていますか？

潰瘍性大腸炎と他の腸炎を**症状**で鑑別できますか？

そもそも炎症とは？

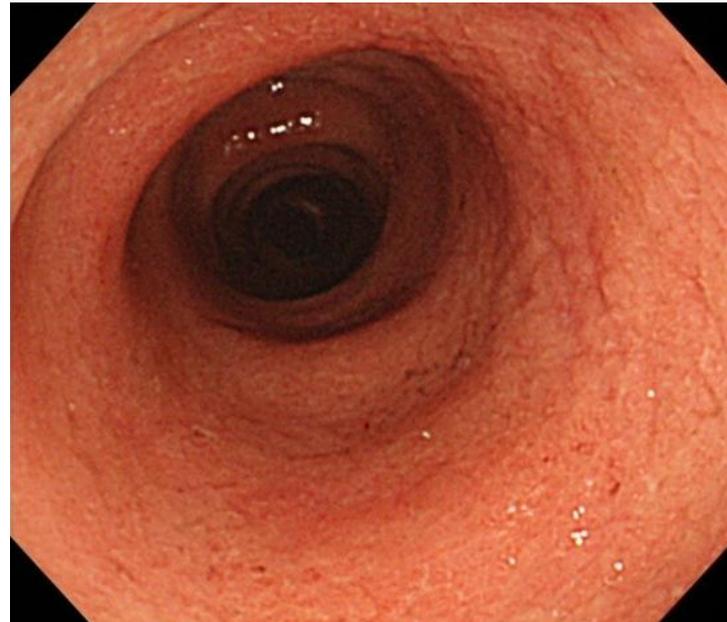
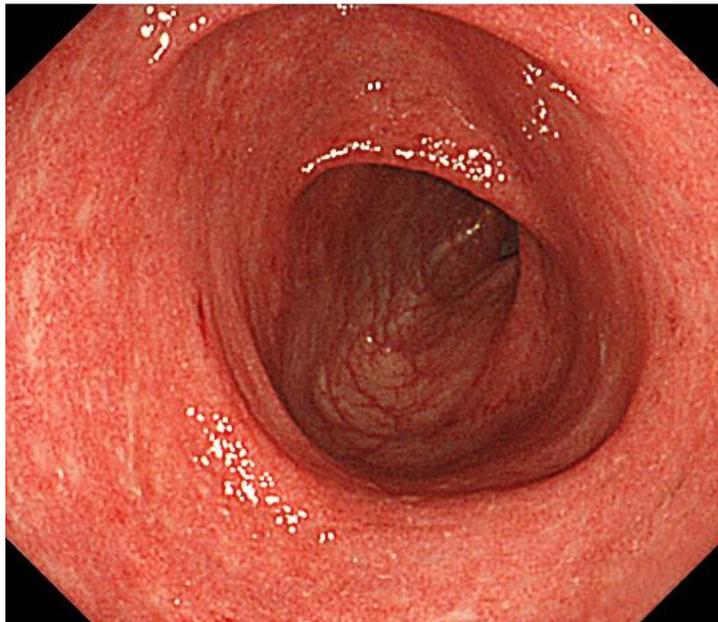
Celsus(BC30-AD39): 炎症の4徴を提唱

rubor (発赤)

tumor (腫脹)

color (熱感)

dolor (疼痛)



改めて炎症とは？

Celsus(BC30-AD39)

rubor (発赤)

tumor (腫脹)

color (熱感)

dolor (疼痛)

Galenus(130-200)

Functio laesa (機能障害)

炎症による機能障害の例

- 手指の関節炎（関節リウマチ） → 物が握れなくなる
- 脳炎 → 意識障害
- 鼻炎 → 鼻閉、嗅覚鈍麻
- 血管炎 → 虚血

では、潰瘍性大腸炎ではどんな機能障害が？

大腸の炎症による機能障害

結腸の炎症 → 下痢

蠕動はどうなるか？

消化管の炎症による蠕動低下

他臓器からの炎症の波及に伴う蠕動低下

- 急性膵炎→colon cut off sign、sentinel loop sign
- 虫垂炎→腹痛に続発する食欲低下、小腸ガス、Rovsing徴候
- 潰瘍性大腸炎でも病変部に隣接する小腸に同様の影響が出る

潰瘍性大腸炎病変部の蠕動麻痺 → 中毒性巨大結腸症

イレウスと腸閉塞

本邦で語り継がれてきたイレウス（本邦だけの話 ⇨ 間違い）

機械的イレウス

- 単純性イレウス
- 絞扼性イレウス

機能的イレウス

- 麻痺性イレウス
- 痙攣性イレウス

イレウスと腸閉塞

従来、日本ではイレウスを腸閉塞による機械性イレウスと、汎発性腹膜炎などによる腸管麻痺に起因する機能的イレウスのいずれをもイレウスと呼んできた。しかしながら、海外では、イレウスとは機能的イレウス（腸管麻痺）のみを示し、従来の機械性イレウスはイレウスとは呼ばれず、腸閉塞と呼称される。

急性腹症診療ガイドライン2015

消化管の炎症による蠕動低下

他臓器からの炎症の波及に伴う蠕動低下

- 急性膵炎→colon cut off sign、sentinel loop sign
- 虫垂炎→腹痛に続発する食欲低下、小腸ガス、Rovsing徴候
- 潰瘍性大腸炎でも病変部に隣接する小腸に同様の影響が出る

潰瘍性大腸炎病変部の蠕動麻痺→中毒性巨大結腸症(イレウス)

直腸の炎症による機能障害は？

膀胱炎 → 頻尿、残尿感、排尿終末時痛

尿意を頻回に催し、排尿後も尿意が遷延する。

「尿意が適切に感じられない」

では直腸の炎症によってどんな症状が出るのか？

直腸の炎症による機能障害は？

膀胱炎 → 頻尿、残尿感、排尿終末時痛

尿意を頻回に催し、排尿後も尿意が遷延する。

「尿意が適切に感じられない」

では直腸の炎症によってどんな症状が出るのか？

直腸の炎症 → 残便感、しぶり腹(テネズムス)

便意促迫・便失禁

便とガスの判別が困難

潰瘍性大腸炎の症状

- 腹痛
- 直腸の機能障害
 - 残便感、しぶり腹(テネスマス)
 - 便意促迫・便失禁
 - 便とガスの弁別能低下
- 結腸の機能障害
 - 罹患範囲に応じて便性が軟化（下痢）
 - イレウス（中毒性巨大結腸症）
- 炎症波及による隣接する小腸の機能障害
 - 食欲低下（蠕動低下による）
- 粘膜の損傷を反映する症状
 - （粘）血便
- 全身症状
 - 貧血症状（倦怠感、労作時の息切れ、立ちくらみなど）
 - 倦怠感、体重減少、発熱など

UCの分類:重症度による分類

	重症	中等症	軽症
1) 排便回数	6回以上	重症と軽症との中間	4回以下
2) 顕血便	(+++)		(+)~(-)
3) 発熱	37.5°C以上		(-)
4) 頻脈	90/分以上		(-)
5) 貧血	Hb 10g/dL以下		(-)
6) 赤沈	30mm/h以上		正常

注) 軽症の3)、4)、5)の(-)とは37.5°C以上の発熱がない、90/分以上の頻脈がない、Hb10g/dL以下の貧血がないことを示す。

注) 重症とは1)および2)の他に全身症状である3)または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する。

軽症は6項目すべてを満たすものとする。

注) 上記の重症と軽症との中間にあたるものを中等症とする。

注) 重症の中でもとくに症状が激しく重篤なものを劇症とし、発症の経過により、急性劇症型と再燃劇症型に分ける。劇症の診断基準は以下の5項目をすべて満たすものとする。

- 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°C以上の持続する高熱がある。
- ④10,000/mm³以上の白血球増多がある。
- ⑤強い腹痛がある。

Clinical Activity Index (CAI)

下痢(一日の便回数)

0-2	0
3-4	1
5-6	2
7-9	3
10-	4

夜間の下痢

なし	0
あり	1

血便が便回数に占める割合

0%	0
<50%	1
50%<	2
100%	3

便失禁

なし	0
あり	1

下痢止めの必要性

なし	0
あり	1

腹痛

なし	0
軽度	1
中等度	2
重度	3

体全体の調子

完璧	0
とても良い	1
良い	2
普通	3
良くない	4
酷い	5

腹部の圧痛

なし	0
軽度で狭い範囲	1
軽度から中等度で広範囲	2
重度	3

(21点満点、4点未満が臨床的寛解)

潰瘍性大腸炎の腹部診察

聴診：蠕動音低下

打診：鼓音と疼痛

触診：圧痛

上記がいずれも大事！

潰瘍性大腸炎の診察における腹部打診

- 打診による疼痛 → 腹膜刺激徴候
- 寛解であることの確認に有用なのは
S状結腸の鼓音
- 重症であることの確認に有用なのは
小腸と横行結腸の鼓音

治療の基本は5-ASA製剤の内服

- 5-ASAは**緩解導入**と**緩解維持**の両方で使う基本薬
- **サラゾピリン**：5-ASAとスルファピリジンの合材。昔ながらの薬。大腸全体に浸透。
- **ペントサ**：5-ASAの除放剤。小腸～右側結腸を中心に浸透。
- **アサコール**：5-ASAの除放剤（pH依存性）。結腸を中心に浸透。
- **リアルダ**：5-ASAの除放剤（pH依存性）。結腸を中心に浸透。

治療効果をどう判定するのか(1)

- 元々あった症状がどれも軽減→治療が奏功
- 元々あった症状が不変→治療が無効
- 直腸の症状だけ遷延→経口の5ASA製剤が直腸まで届いていない

経口の5ASA製剤が直腸まで届いていない時の対応

- ① 増量
 - ② 一日量を変えずに服薬回数を減らす
 - ③ ペンタサから他剤に変更
 - ④ 腸のpHを下げる(アサコール、リアルダの場合) *
- PPIの内服を中止する
 - 乳酸菌製剤、酪酸菌製剤を併用する

アサコール、リアルダが錠剤のまま排泄されたら*の逆

治療効果をどう判定するのか(2)

- 症状が悪化
 - 症状の組み合わせが**不変**→**原病の増悪**
 - 症状の組み合わせに**変化あり**→**副作用、感染、、、**

多くの項目を聴取して総合的に判断することが重要！

ここまでのまとめ

- 機能障害が炎症の徴候であることを意識すると、炎症性疾患の病態への理解が深まる。
- 直腸の機能障害に着目すると潰瘍性大腸炎の病状が的確に把握できる。
- 打診ならでは情報に着目すると診察に深みが出る。
- ドラッグデリバリーに着目するだけでかなりの工夫ができる。
- 多くの項目をモニタリングして総合的に判断することが的確な診療の支えになる。