

第 2 1 号

出典：クローン病治療指針改訂案（株式会社 日本抗体研究所）
メトロニダゾールをクローン病の治療に使用

抗炎症作用

JIMRO

Japan Immunoresearch Laboratories Co., Ltd.

English Site
株式会社 日本抗体研究所[HOME](#) | [製品](#) | [ペプチド研究所](#) | [IBD情報\(潰瘍性大腸炎・クローン病\)](#) | [治療指針](#) | [ステロイド薬](#) | [会社案内](#) | [お問い合わせ](#)[IBD情報](#) > [学術情報](#) > [治療指針\(クローン病\(CD\)の治療指針\)](#)[治療指針](#)

クローン病 治療指針改訂案

I 治療原則

クローン病を完治させる治療法は、現時点ではない。治療の目的は、病勢をコントロールし、患者のQOLを高めることである。そのために、薬物療法、栄養療法、外科療法を組み合わせ、栄養状態を維持し、症状を抑え、炎症の再燃・再発を予防することが重要である。治療にあたっては患者にクローン病がどのような病気であるかを良く説明し、患者個々の社会的背景や環境を十分に考慮して、治療法を選択する。

II 初診・診断時および急性増悪期の治療

原則として入院・絶食の上、栄養療法を行う。急性増悪期においては、もっとも確実に、速やかに臨床的緩解に導入できるばかりでなく、多くの症例ではX線・内視鏡的にも炎症・潰瘍の消失を認め、形態学的にも緩解に至る。患者にとっては、クローン病の治療に関する知識を深め、自己管理方法を習得する機会となる。初診時でも炎症の程度によっては、5アミノサリチル酸製剤、あるいは副腎皮質ホルモンによる薬物療法(後記)や、両者の併用療法から開始してもよい。

1) 経腸栄養療法 (enteral nutrition)

腸管の負荷を軽減して栄養状態を改善・維持するために経腸栄養法を行う。経腸栄養剤としては成分栄養剤 (elemental diet, エレンタール[®])が望ましい。大腸病変のみの症例では消化態栄養剤(エンテルード[®]、ツインライン[®])でも良い。経鼻チューブを用いて十二指腸～空腸に投与する。最初は低濃度を注入ポンプを用いて緩やかに投与する。投与量を漸増し、数日で維持量に移行する。1日の維持投与量は2,000kcal(あるいは理想体重1kg当たり35-40kcal)以上を投与する。

<注1> 成分経腸栄養法では、成分栄養剤の脂肪含有量が極少量なので、経静脈的に脂肪の補給を行う。10-20%脂肪乳剤200~500mlを週1-2回点滴静注する。

<注2> 経腸栄養法に不耐の症例では、完全静脈栄養療法を施行する。栄養状態が改善し、緩解状態に導入できれば、緩解維持療法に移行する。大体6-8週が目安となる。

資料 19号

<注3> 緩解状態とは、IOIBDassessment score(表1)が0または1、CRP陰性・血沈正常の状態をいう。

2) 完全静脈栄養療法 (total parenteral nutrition)

病勢が重篤と判断される場合や高度な合併症を有する場合には、より腸管の安静をはかるために、絶食とし、中心静脈を用いた高エネルギー輸液1日2,000kcal以上を行う。発熱を伴うときには広域スペクトル抗生物質を併用する。病勢の鎮静化とともに経腸栄養法に移行するか、緩解まで継続して緩解維持療法に移行する。

<注4> 病勢が重篤な場合とは、1)著しい栄養低下、2)頻回の下痢、3)広範な小腸病変、高度な合併症とは、4)腸管の高度な狭窄、5)瘻孔・膿瘍形成、6)大量出血、7)高度の肛門部病変、などである。

3) 栄養療法の限界

栄養療法によっても、腸閉塞症状や瘻孔による症状が改善・消失しない症例や、経口摂取により同じ症状がすぐ再出現するような症例では外科療法に移行する。

関節症状、皮膚症状、眼症状などの腸管外合併症を有する症例では、プレドニゾロンを併用する。

Ⅲ 緩解維持療法および術後再燃防止・再発予防

栄養療法により緩解に導入でき、栄養状態が改善したら、外来で緩解維持療法に移行する。また、外科手術により合併症が取り除かれた後は再燃(残存病変の悪化)防止・再発(新病変による症状出現)予防のための治療に移行する。

1) 在宅経腸栄養法

易再燃例、および経口摂取のみでは栄養管理が困難な症例では在宅経腸栄養法に移行する。日中は低脂肪・低残渣食を必要エネルギーの約半分を経口摂取させる。夜間に自己挿管したチューブより、成分栄養剤、あるいは消化態栄養剤を1,200kcal前後注入する。半消化態栄養剤の経口投与によっても同等の緩解維持効果が報告されている。確実に緩解維持をはかりたい場合には、成分栄養剤を理想体重1kg当たり30kcal以上投与すれば、長期に緩解を維持できることが多い。投与方法や栄養剤の選択に当たっては、患者個々のQOLおよびADLを考慮して選択する。在宅経腸栄養法でも栄養管理が困難な症例では、在宅中心静脈栄養法を考慮する。

2) 5アミノサリチル酸製剤

在宅経腸栄養法併用の有無に関わらず、経口摂取を再開したら、ペンタサ®1.5-3g/日を開始し、長期間(最低2年間)継続する。大腸型ではサラゾピリン®2-3g/日でもよい。

<注5> サラゾピリン®に比較してペンタサ®は安全性は高いが、副作用として、発疹、発熱、下痢、白血球減少、腎機能障害、肝機能障害などが起こりうる。

IV 再燃・再発に対する治療

緩解あるいは外科手術後の無症状の状態から、CRPの陽性化、血沈の上昇がみられ症状が再出現した場合は、以下の治療を単独、あるいは併用して施行する。

1) 在宅経腸栄養法

在宅経腸栄養法を継続している症例では、経口摂取量を減らし、経腸栄養剤の投与量を増やす。効果が上がらないときには、経口摂取を中止し、完全経腸栄養療法に切り替える。緩解状態に至ったら、経口摂取の量を徐々に増加する。

2) 薬物療法

(1) 5アミノサリチル酸製剤

ペンタサ®を3g/日に増量する。大腸型ではサラゾピリン®3-4g/日でもよい。4-6週間で明らかな改善があれば引き続きこの量を投与する。緩解状態になったら、緩解維持療法に移行する。5アミノサリチル酸製剤の増量によっても明らかな改善がない場合、あるいは緩解維持療法で最大量投与している場合は、以下の薬物治療を行うか、入院のうえ栄養療法を再度施行する。

(2) 副腎皮質ホルモン

症状が“激しい”とき(発熱、CRP高値、激しい下痢、など)には最初からプレドニゾロンを投与してもよい。プレドニゾロンを1日40-60mg投与する。2週間毎に効果を判定し、症状が改善したら、(40)、30、20mgと2週間ずつ減量し、以後は5mgずつ減量して離脱する。減量に伴い症状が再燃するときには隔日のみ減量して、15mg前後の隔日投与を継続するのほひとつの方法である(15mgと10mgを交互に2週間投与、15mgと5mgを2週間投与、以後15mg隔日投与とする)。その後は徐々に減量・離脱する。

<注6> プレドニゾロンの長期投与は、骨粗鬆症などの副作用を発症させることがあるので、極力避けなければならない。長期に及ぶ前にいったん入院させて栄養療法下にプレドニゾロンの離脱をはかる。

<注7> 発熱や急性炎症を伴うような腹腔内膿瘍を有する症例に対するプレドニゾロンの投与は、抗生物質併用下あるいはドレナージ後に慎重に行う。

(3) 免疫抑制剤

プレドニゾロンの減量・離脱が困難なときには、アザチオプリン(イムラン®など)あるいは6MP1日50-100mgを併用するのほひとつの方法である。効果発現までに3-4ヶ月を要することもある。副作用の発現に十分注意する。

<注8> アザチオプリンや6MPの副作用として、白血球減少、胃腸症状、膵炎、肝機能障害などがおこりうる。頻回に血液検査を行い、白血球数が減少したら、減量するか、一時中止する。

(4) メトロニダゾール

5アミノサリチル酸製剤やプレドニゾンで明らかな改善がないときには、メトロニダゾール(フラジール®)1日750mgを併用してみるのもよい。

<注9>フラジール®の副作用として、末梢神経障害、味覚異常、中枢神経障害(めまい、ふらつき)などがある。

3) 再入院のタイミング

どの段階からでも治療効果がみられない場合は、入院のうえ栄養療法を再度施行するのが、より確実な緩解導入法である。

4) 内視鏡的拡張術

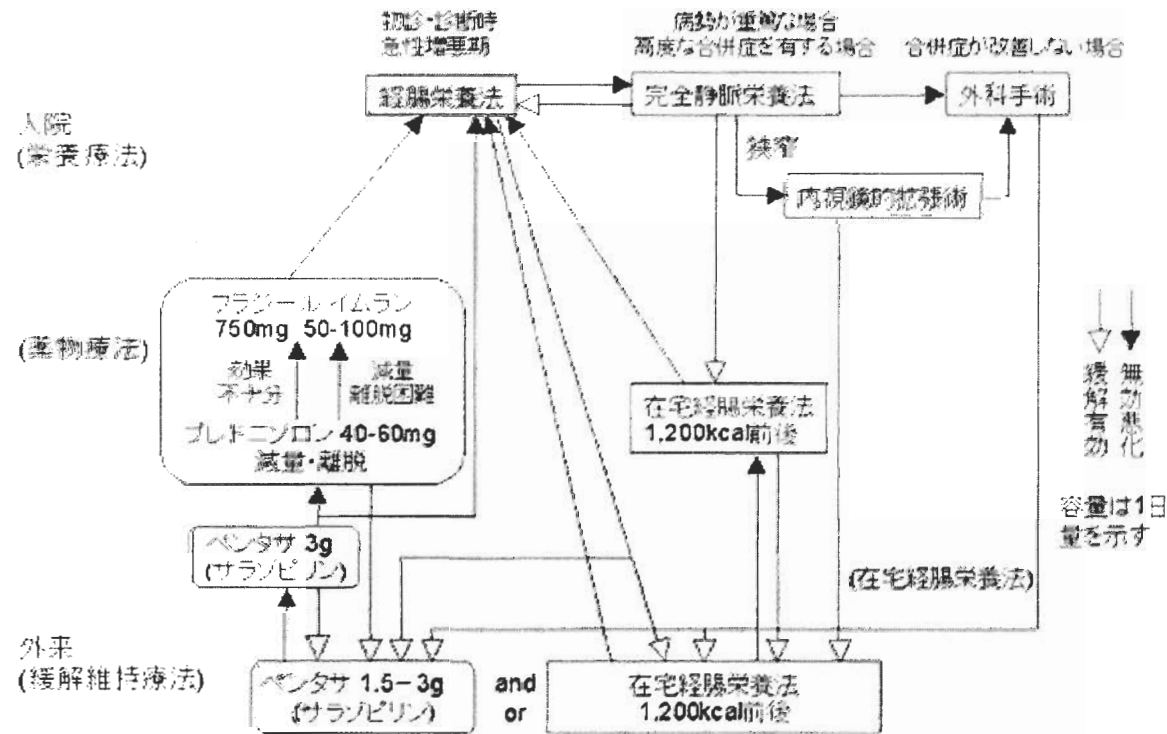
上部消化管狭窄や大腸一回盲部、吻合部に口側の拡張を伴う狭窄とそれによる通過障害症状を認める場合は、栄養療法により炎症を落ち着かせ、海洋が消失、縮小した時点で、内視鏡的バルーン拡張術を試みてもよい。改善が見られたら、定期的に狭窄の程度をチェックして、本法を繰り返す。穿孔や出血などの偶発例には十分注意する。無効な場合は外科手術を考慮する。

V 肛門部病変に対する治療

腸管病変の活動性を鎮め、緩解状態にもっていくような内科的治療に努める。膿瘍形成時にはメトロニダゾール、あるいは広域スペクトル抗生物質を投与し、外科・肛門科医に診察・治療を依頼する。

図 クロウン病治療指針改定案

クローン病治療指針改定案



出典

樋渡信夫. クローン病の治療指針改訂案(2002) (厚生科学研究費補助金特定疾患対策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班 平成13年度研究報告書) pp78-79, 2002

IBD情報(学術情報) > 治療指針(クロウン病(CD)の治療指針)

(c)Copyright 1997 - 2002 (株)日本抗体研究所 許可なく複製や再出版を禁止します。