

炎症性腸疾患の手術について Q&A

「平成28年度において、厚生労働科学研究費補助(難治性疾患等政策研究事業(難治性疾患政策研究事業))を受け、実施した研究の成果」

難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班(鈴木班)

CONTENTS

研究代表者からのメッセージ	1
「炎症性腸疾患の手術について Q&A」作成にあたり	2

潰瘍性大腸炎の方へ

1. 私が手術になる可能性はどのくらいですか？	3
2. どのような時に手術が必要になりますか？	4
3. 潰瘍性大腸炎の手術はどのようなものですか？	5
4. 手術の合併症にはどのようなものがありますか？	7
5. 手術後の生活はどのようになりますか？	8
6. 手術をすれば病気は治ったことになるのでしょうか？	9

クローン病の方へ

1. 私が手術になる可能性はどのくらいですか？	10
2. どのような時に手術が必要になりますか？	11
3. 一度、手術を受けた場合、 再度、手術になる可能性はどのくらいですか？	12
4. 再発をしないためにできることを教えてください。	13
5. 腸の手術にはどのようなものがありますか？	14
6. 肛門の手術にはどのようなものがありますか？	15
7. 手術の合併症にはどのようなものがありますか？	17
8. 手術後の生活はどのようになりますか？	18

手術後のこと

1. 手術後の痛みはどの程度でしょうか？	19
2. 手術後に妊娠や出産はできますか？	20
3. 人工肛門(=ストーマ)のケアについて教えてください。	21
4. 人工肛門(=ストーマ)のケアに関する費用が心配です。 どのような支援がありますか？	22

外科手術用語集

23

研究代表者からのメッセージ

潰瘍性大腸炎とクローン病は炎症性腸疾患と総称される慢性の炎症性疾患で、厚生労働省から共に「難病」に指定されています。炎症性腸疾患は従来、欧米諸国に患者さんが集中しわが国には患者数の少ない希少疾患と考えられていましたが、最近発病率の上昇と共に患者総数は急激に増加し現在では潰瘍性大腸約18万人、クローン病約4万人に達し、今後もこの増加傾向が持続すると予想されています。

潰瘍性大腸炎とクローン病は、共に未だ発症原因は不明で完治させる治療法もありませんが、適切な「寛解導入療法」が行われれば患者さんの命が脅かされることはなく、多くの患者さんでは就学・就業など普通の生活を送ることができる「寛解」状態に回復することは可能です。ただし、「寛解」状態に至ってもその後大部分の患者さんで再発を繰り返すことがわかっていますので、「寛解導入療法」に引き続き適切な「寛解維持療法」を継続し再発予防に努めることが肝要です。

一方で、治療法の進歩にもかかわらず、現在も多くの炎症性腸疾患の患者さんが外科手術を必要としていることも事実です。外科手術を好まない患者さんも多いとは思いますが、従来、外科手術に関する患者さん向けの情報が十分でなかったことが原因とも考えられます。重要なことは、炎症性腸疾患という病気および必要とされる外科治療を理解し、病状によっては、外科手術が最善の治療となりうることを理解いただければと思います。本小冊子が、炎症性腸疾患の患者さんおよびご家族の方々が外科手術について理解を深めることに役立つことを願っております。

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業
『難治性炎症性腸管障害に関する調査研究』

研究代表者 鈴木 康夫
(東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座)

「炎症性腸疾患の手術について Q&A」作成にあたり

「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班」では、潰瘍性大腸炎やクローン病に代表される炎症性腸疾患の患者さんおよびご家族等に対して、これらの疾患を理解する手助けとなるような啓発活動を行っております。今回、作成した冊子は、炎症性腸疾患の外科手術について、患者さんおよびご家族の方の理解を手助けする目的にて作成されました。これらの疾患に対しては、近年、新しい薬剤の登場など、治療の進歩は著しいとされていますが、一方で、現在でも、外科手術が必要となる患者さんは少なくありません。「手術」と聞いただけで、怖気づいてしまう方もいらっしゃると思いますが、よく知れば、決して恐ろしいものではないことが理解いただけると思います。炎症性腸疾患においては、内科的治療を全てやりつくした後に、外科治療を選択するのではなく、内科治療と外科治療を、いずれも選択肢の一つと考え、ベストな治療法を選択する事が大切です。本冊子を読んでもらうことで、そのことがご理解いただけることと、期待しています。また、外科手術に関する専門用語が、一般には聞きなれない言葉であることも多いため、巻末に「外科手術用語集」を追加しましたので、併せて、目を通していただきたいと思います。手術を目前に控えた方のみでなく、是非、多くの患者さんにこの冊子を手にとっていただき、炎症性腸疾患の外科治療について、理解を深めていただきたいと思います。その結果、将来、手術が必要になった際にも、心の準備ができていて、手術を受け入れることが容易になっていることと期待します。

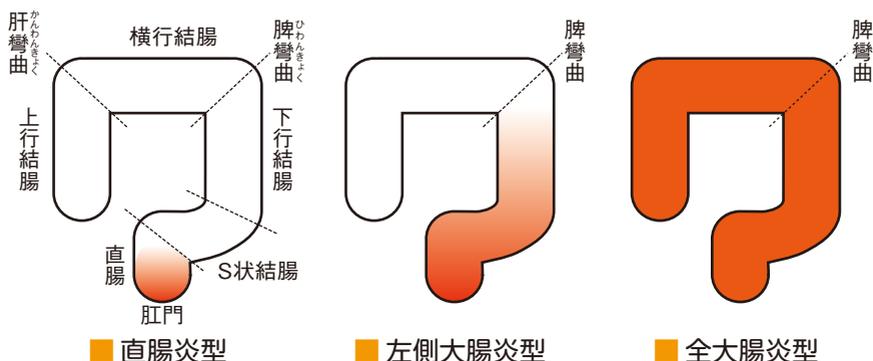
『難治性炎症性腸管障害に関する調査研究』
啓発・専門医育成プロジェクト
「炎症性腸疾患の手術について Q&A」
作成メンバー一同

1. 私が手術になる可能性はどのくらいですか？

潰瘍性大腸炎で手術が必要になる可能性は、病気の範囲が広いほど、また炎症の程度が強いほど高くなります。難治性炎症性腸管障害に関する調査研究の報告によると発症から20年の経過で手術が必要になる方の割合は直腸炎型では1割以下でしたが、左側大腸炎型では1割強、全大腸炎型では4割ほどの方であったと報告されています。

発症から5年までの手術理由としては内科治療が無効である方が多くなっています。重症度別でみると、最新の臨床調査個人票の解析では、発症から5年以内の手術率は、発症時が軽症の方で1%、中等症の方で3.5%、重症の方では12.5%、劇症(重症の中でも特に症状が激しく重篤なもの)の方では50%でした。

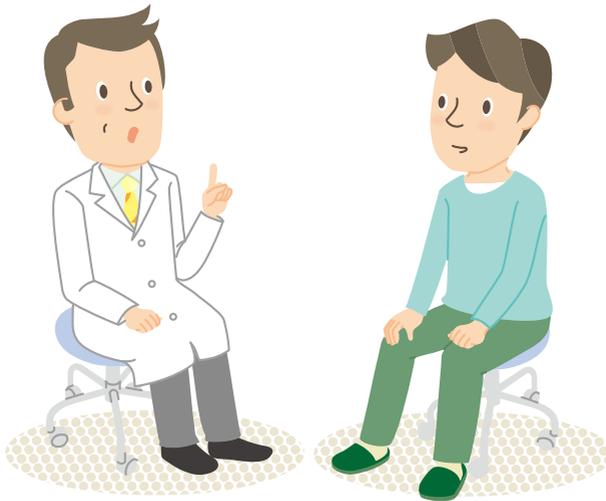
潰瘍性大腸炎の発症から長期間経過した場合には、大腸がんが発生することにより手術が必要になる方が増えてきますので定期的な内視鏡検査が重要になります。



2. どのような時に手術が必要になりますか？

潰瘍性大腸炎の方が手術を受ける理由としては、大腸の^{せんこう}穿孔（穴があくこと）や大量の出血、重症で内科治療でも改善しない場合があります。これらは緊急手術が必要です。大腸がんなどを合併した場合も手術が必要となります。

一方、手術を考慮した方がよい場合として、様々な内科治療にもかかわらず、改善がなく、日常生活に支障を来している場合や、副作用を理由に、内科治療が行えない場合があります。また、皮膚などの腸以外の合併症が内科治療で改善しない場合や、お子さんの成長障害などでも手術を検討します。また、内視鏡検査で^{いけいじょうひ}異型上皮が認められた場合や、^{きょうさく}狭窄を来している場合では、大腸がんの可能性が高く、手術を検討します。



3. 潰瘍性大腸炎の手術はどのようなものですか？

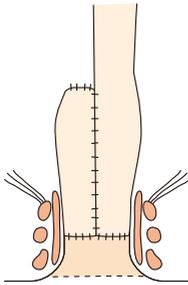
標準的な手術では原則として**大腸**はすべて切除します。大腸は食べたものから水分を吸収して便にして肛門に運ぶ役割があり、大腸を切除すると水分の多い便が排出されます。このため、**小腸**のうち大腸に近い部分(回腸)で便がたまる袋(**回腸嚢**^{かいちようのう})を作成し、この袋を肛門、あるいは肛門付近の2cm程度残した直腸(肛門管)につなぎます。肛門につなぐ手術が大腸全摘、回腸嚢肛門**吻合**^{ふんごう}術で、肛門管につなぐ手術が大腸全摘、肛門管吻合術です。

多くの場合、2-3回に分けて手術を行って上記のような完成形になります。分割する手術では一時的に**人工肛門(=ストーマ)**を造設します。例えば、1回目に行われることの多い結腸全摘術では、大腸のうち直腸を残して結腸を切除し、腸をつなぐことをしないで回腸で人工肛門(=ストーマ)を作成します。その後、全身状態などの回復を待って、数か月後に残りの手術を行います。

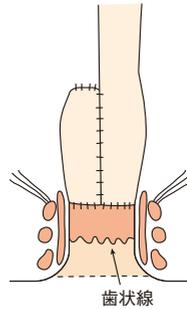
また、肛門括約筋の機能が低下して便が漏れる可能性がある高齢の方などでは自然肛門を残さない大腸全摘、永久回腸人工肛門造設術を行います。

以前は直腸肛門機能を残すため、結腸だけを切除して、回腸と直腸をつなぐ手術(結腸全摘、回腸直腸吻合術)が行われていましたが、現在では直腸病変の再燃などがあるため、特殊な場合を除いてあまり行われません。

潰瘍性大腸炎に対する主な術式

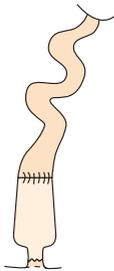


大腸全摘、回腸囊肛門吻合術^(注)

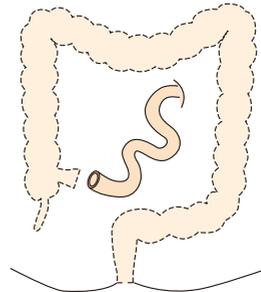


大腸全摘、肛門管吻合術^(注)

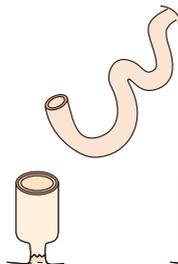
〈注〉図はJ型回腸囊



結腸全摘、回腸直腸吻合術



大腸全摘、回腸人工肛門造設術



S状結腸粘液瘻

ハルトマン手術

結腸(亜)全摘、回腸人工肛門造設術

4. 手術の合併症にはどのようなものがありますか？

手術後の合併症は早期（主に入院中）と晩期（主に退院後）の合併症に分けられます。

早期の合併症には手術した部位の出血、感染があります。感染には^{そうかんせん}創感染（傷が化膿する）、^{ほうごうふぜん}縫合不全（腸の縫い目が治らない）、その他、肺炎、カテーテル感染（点滴部分の化膿）、尿の感染などが挙げられます。術前の内科的治療との関係ではステロイド使用量が多いほど傷の治りは悪く、縫合不全、感染は増加すると言われています。特に長期間のステロイド使用が問題となります。そのほかの免疫を抑える治療では関係がないとする意見が多いものの、様々な感染には注意が必要です。出血は輸血、感染は抗菌薬の投与で治療しますが、時に再手術が必要となることがあります。これら合併症を予防するために、手術を2-3回に分けて一時的^{にんこうじんもん}人工肛門（＝ストーマ）を作る場合が多いのが特徴です。

また、潰瘍性大腸炎の方は手術前から脱水状態であることが多く、ステロイドの影響も加わって^{けっせんししょう}血栓症（体の血管に血の塊ができて詰まる、主に足の静脈）が起こることがあります。時に血栓が肺などに流れていき、^{そくせん}肺塞栓（肺の血管が詰まる）が起こり、命に関わることもあります。このため手術前に検査を行い、血栓があれば手術前に治療します。

晩期の合併症には人工肛門（＝ストーマ）周囲や肛門周囲の便漏れによる皮膚炎があげられます。また、**大腸全摘**により水分の吸収能力が低下するので脱水症（特に夏期の熱中症）には注意が必要です。脱水の程度により前述した血栓症が引き起こされたり、胆石、尿路結石が合併する可能性もあります。その他には後述する潰瘍性大腸炎関連病変（P9参照）が挙げられます。

そして時期に関わらず**腸閉塞**になることがあります。人工肛門（＝ストーマ）が原因で起きるものと、手術後の^{ゆちやく}癒着によるものがあり、特に術後しばらくは過食、吸収の悪い食物繊維は避ける方がよいでしょう。

5. 手術後の生活はどのようになりますか？

厚生労働省の研究班でのアンケート調査などでは、標準手術術式である大腸全摘、かいちょうのう回腸囊肛門吻合ふんこうや回腸囊肛門管吻合術、あるいは大腸全摘、回腸人工肛門造設術の手術後は90%以上の方で食事を含めた日常生活に大きな制限がないことが解っています。就労や就学、家事労働なども制限なくできる方が大多数です。大腸病変がなくなりますので、それまで使用していた潰瘍性大腸炎の治療薬はほとんどの方で不要になります。

標準手術術式である大腸全摘、回腸囊肛門吻合、あるいは回腸囊肛門管吻合術後は排便回数がやや多く、個人差はあるものの一日平均回数が5～6回程度になります。便が水様ないし泥状であることが多く、少量の便漏れがある場合もありますが、ほとんどの方では便意促進によってトイレに駆け込むことはなくなります。下痢止めや整腸剤を内服する方もいますが、大多数の方は外出や旅行も制限なくできます。

頻度は高くありませんが、小腸で作成した回腸囊の炎症（回腸囊炎）や腸の癒着ゆちゃくによる腸閉塞などの合併症が生じる場合があります。

手術後は合併症が生じることがあるものの、潰瘍性大腸炎の治療のための通院の回数や入院の機会も減少し、日常生活の幅がひろがることが期待できます。



6. 手術をすれば病気は治ったことになるのでしょうか？

主な炎症は**大腸**に起こるので、大腸全摘によりほとんどの方は治療や頻回の通院が不要となり、病気から解放されます。しかし潰瘍性大腸炎は全身の免疫異常と考えられ、手術後も他の臓器に潰瘍性大腸炎関連病変として炎症が引き起こされる場合があります。その代表は回腸かいちょうのう嚢炎で、術後10-30%に起こると言われています。原因は潰瘍性大腸炎と同様に不明ですが、多くは抗菌薬の服用により腸内細菌のバランスが是正されて軽快します。慢性化して継続的な治療が必要となることがあり、潰瘍性大腸炎と同様にステロイド等の免疫を抑制する治療が必要となる場合もあります。その他に、潰瘍性大腸炎の腸管外合併症（免疫異常に関係した大腸以外の炎症）と言われる関節炎、眼病変（虹彩炎、強膜炎）、皮膚炎（結節性紅斑、壊疽性膿皮症）、胆管炎、口内炎、胃十二指腸炎などが知られています。

このような潰瘍性大腸炎関連病変を合併する方もいますが、多くの方では、術後の生活が著明に改善しています。



1. 私が手術になる可能性はどのくらいですか？

新しい内科治療が開発され、手術率の減少につながることを期待されていますが、それでもクローン病の方の大半が一生のうちに少なくとも一度は手術が必要になります。腸管病変に対する手術理由としては**狭窄**が半数以上を占め、**瘻孔**が次に多く、他に**膿瘍**・出血・**穿孔**などが挙げられます。また、肛門病変に対しては多くの場合**痔瘻**が手術の原因となります。

最新の臨床調査個人票の解析によると、発症から5年間に一度でも腸管手術が必要になる確率は25.2%でした。喫煙者は非喫煙者に比べると手術率が高いこともわかっていますので、内科治療と共に禁煙が非常に重要です。発症時の炎症の度合いが強い方ほど5年以内の手術率は高いことが示されています。また、炎症の部位による分類では**小腸型**または**小腸大腸型**の方では大腸型の方に比べて手術になる率が少し高いことが示されています。



2. どのような時に手術が必要になりますか？

クローン病の方で手術が必要となる理由としては、^{きょうさく}狭窄のための腸閉塞や、^{せんこう}穿孔、^{のうよう}膿瘍、^{ろうこう}瘻孔を合併した場合、大量の出血が止まらない場合などがあります。一般的に、これらの合併症は内科治療の効果を期待するのは難しいとされています。これらの合併症がなくても、様々な内科治療で改善がない場合も手術が検討されます。肛門の病変はドレナージ手術などの外科治療が必要となる場合があります。また、必ずしも多くはありませんが、大腸、肛門、小腸にがんを合併した場合も手術が必要となります。

クローン病の多くの方が、一生に一度は外科治療が必要となります。適切なタイミングで手術を行うことは極めて重要になります。



3. 一度、手術を受けた場合、再度、手術になる可能性はどのくらいですか？

クローン病の病変は消化管のどの部分にも起きる可能性があり、一度手術で適切に病変部を切除しても、その後残った小腸や大腸にまた炎症が起きて再度手術が必要になることがあります。「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」の報告によるとクローン病で腸管の手術を一度受けた方が、再度腸管の手術が必要になる可能性は最初の手術の時点から5年で4割、10年で7割と見積もられています。また、さらに再々手術が必要となる確率も再手術の時点から5年で4割、10年で7割ほどとなっています。複数回の手術で小腸の切除範囲が広がると短腸症候群を来すことがありますので、手術を受けた後も適切な内科治療を受けることが重要です。禁煙することにより再手術率が下がることが示されていますので、内科治療に加えて禁煙も非常に重要です。



4. 再発をしないためにできることを教えてください。

手術で病変を切除しても、多くの方で、経過中に再発を来し、再手術が必要となります。喫煙をしている方は禁煙をすることで再発の可能性を低くすることができますとされています。また、手術後も再発を予防する目的で、適切な内科治療を受けることが重要です。しかし様々な内科治療が行われても、病変が再発する場合があります。このため、必要に応じて内視鏡検査等で再発の評価を行い、場合によっては症状がなくても、さらに積極的な内科治療を行う場合があります。



5. 腸の手術にはどのようなものがありますか？

外科治療を行っても病変が再発する方が少なくないため、なるべく腸を残す手術を行います。

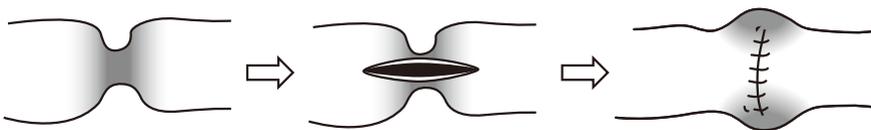
原則として、合併症を来している病変部の腸を短い範囲で切り取ります(切除)。その後、腸をつなぎあわせ(吻合^{ふんごう})。吻合の方法には腸の切り口どうしを縫合^{ほうごう}する端端吻合^{たんたん}、口側と肛門側の腸を横どうしで縫合^{そくそく}する側側吻合などいくつかの方法があります。

狭窄^{きょうさく}に対しては、病変を切り取らないで、内腔を広くして、狭窄による症状を改善する狭窄形成術を行う場合があります。狭窄形成術にはいくつかの方法があり、最もよく行われるハイネケミクリッツ型狭窄形成術では狭くなっている腸を腸の長軸方向に切り開いて(切開)、長軸に直行する方向に縫合して広い内腔を確保します。

腸管自体の状態がよくない場合や極度の低栄養状態、腹膜炎の手術時など全身状態が著しく不良な場合は、腸を吻合しない、あるいは吻合してもそこに腸内容が流れないようにした方がよく、これらの際は人工肛門(=ストーマ)を作ります。

また、病変部から正常の腸や膀胱などに穴があいた瘻孔^{ろうこう}に対する手術では、病気の腸を切除し、瘻孔の相手になった腸や膀胱などについても処置を行います。

ハイネケミクリッツ型狭窄形成術

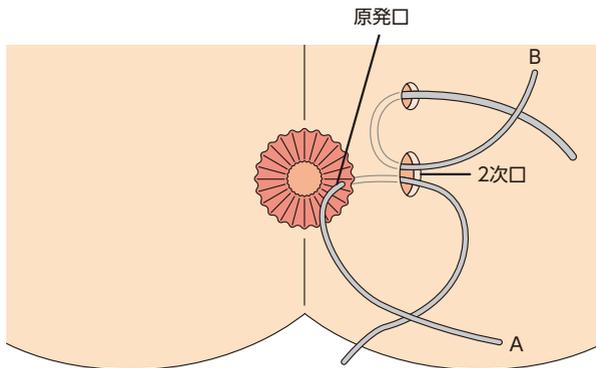


6. 肛門の手術にはどのようなものがありますか？

クローン病の肛門部に発生する主な病変は、痔瘻・膿瘍、裂肛、Skin tag (皮垂)、肛門・直腸狭窄があります。これらに対する手術としては、

- ① 痔瘻・膿瘍に対するドレナージ術
- ② 肛門・直腸狭窄に対する拡張術
- ③ Skin tag (皮垂)に対する切除術

があります。裂肛に対する手術は積極的には行いません。



A：二次口(皮膚側の出口)と原発口(肛門側の病変部)をドレーンを用いて道筋をつくり排膿させる。

B：多発する痔瘻・膿瘍で、原発口がわからないとき、二次口同士をドレーンでつなぎ排膿させる。



11時 多発する痔瘻



前後壁に緊満したskin tag

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(渡辺班)
平成23年度 分担研究報告書 別冊

(解説)

- ① **ドレナージ**とは、体内にたまった膿を切開することにより体外へ排出する方法で、クローン病肛門病変に対して最も多く行われる術式です。粘膜側より切開することもあります。多くの場合皮膚側より行います。さらに膿の排泄の効率を高め、持続性を持たせるためにドレーン(医療用チューブ)を留置することがあります。このドレーン留置を痔瘻病変の原発口から二次口(皮膚側の出口)に用いる場合、シートン法ドレナージと呼びます(図)。このシートン法ドレナージは完全に病巣を取りきる手術ではなく対症療法ですので、数か月の留置が必要となります。まれに留置したドレーンの痛みで、抜去せざるをえない方がいますが、ほとんどの方が日常生活を支障なく送っています。
- ② 拡張術とは排便に支障を来すような高度な狭窄に対して、手術者の指、金属やプラスチック製の拡張器具(ブジー)を用いて肛門、下部直腸を愛護的に拡張する方法です。
- ③ Skin tagとは肛門部皮下組織のリンパ性浮腫による皮膚の腫れです。切除しても再発しやすいので症状がなければ経過観察します。緊満し、痛みを伴う場合は切除することもあります。

7. 手術の合併症にはどのようなものがありますか？

クローン病の術後合併症のひとつに出血があります。クローン病は炎症によって癒着^{ゆちやく}を来しており、手術ではこの癒着を剥がすことが必要です。手術中に処置を行うその他の部分も炎症の影響で組織がもろく、他疾患と比べ、術後にも出血しやすい場合があります。

腸管を切除した後は吻合^{ふんごう}（腸管同士の縫い合わせ）を行いますが、この部分が縫合不全^{ほうごうふぜん}を来す場合があります。消化管の吻合は十分な栄養により完成しますが、クローン病では低栄養状態の場合が多く、縫合不全を来しやすい状態にあります。また吻合部が狭窄^{きょうさく}（吻合部狭窄）してしまうことがあります。これは、一時的なこともあります。内視鏡や外科治療が必要となる場合もあります。

術後の腸管の麻痺や癒着により腸閉塞^{ちやうへいさく}を来すこともあります。この腸閉塞のなかで癒着によるものは術後、退院するまでの期間だけでなく、退院した後も来すことがありますので注意が必要です。

腹腔内での感染で膿瘍^{のうよう}（腹腔内膿瘍）を来すことがあります。抗菌薬治療で治る場合もありますが、ドレナージ^{どれなージ}を必要とすることがあります。

そしてクローン病の手術では人工肛門（＝ストーマ）造設術^{ぞうせつじゆつ}を行うことがあります。その場合、他疾患のストーマとくらべ、瘻孔^{ろうこう}、膿瘍、狭窄、陥没（落ち込み）の頻度が高くなります。

また、クローン病では創感染^{そうかんせん}を来しやすく、とくに直腸切断術（肛門を直腸と一緒に切除する手術）を行った場合の会陰部創（肛門を切除した部分）は創感染を合併しやすい部位です。

8. 手術後の生活はどのようになりますか？

クローン病に対する手術は^{ろうこう}瘻孔や^{のうよう}膿瘍などの腸管合併症、元にもどることが期待できない^{きょうさく}狭窄などの解消を目的として行われます。手術後には発熱、腹痛や、腸管内容の通過障害に伴う症状などは良くなって、手術前に比べて日常生活が送りがやすくなるのが期待できます。就学、就労などの社会生活についての制限は少なくなります。

手術はクローン病自体を治すものではないため、クローン病に対する治療として、手術後も内科治療を継続することが必要です。クローン病で手術を受けた方は少なからぬ割合で再手術を受けないといけなくなることが知られています。再手術の原因の多くは手術した部位の近くに起こることが知られており、そのような再発は再手術が必要な状態になるかなり前から内視鏡検査などで診断することができます。術後の内視鏡検査などで診断された再発に対して内科治療を調整して適切に対処すれば、再発の予防や再手術の回避も期待することができます。

ですから、クローン病の方は手術後に症状が良くなりますが、手術前と同様に禁煙を守ること、食生活に注意することに加えて、定期的に通院して内科治療を継続すること、必要に応じて内視鏡検査などで再発のチェックをすることなどが大切になります。



1. 手術後の痛みはどの程度でしょうか？

手術が必要になった場合に、手術後の痛みを心配される方も多いことと思います。もちろん一般的に痛みが軽いとされている^{ふくくうきょうしゆじゆつ}腹腔鏡手術、あるいは腹腔鏡補助下手術であっても、腹部に傷ができるわけですから、痛みが全くないという訳にはいきません。しかし、現在では手術や術後の痛みを軽減する方法が進んできており、開腹手術であっても、以前よりずっと痛みが軽く手術が受けられるようになっていきます。

まず、麻酔の方法が以前に比べてずっと進歩しています。手術中の全身麻酔に引き続き、術後にも背中から脊髄の近くに細い管を入れて痛み止め（鎮痛薬）を注入する硬膜外麻酔や静脈からの鎮痛薬を持続して使用する方法もあります。これらの鎮痛法では痛み止めに必要に応じて安全な範囲で追加できる方法(patient controlled anesthesia)も利用できる場合があります。

施設によって痛みのコントロール法は異なり、鎮痛剤の効果も個人差やそれまでの鎮痛剤の使用歴によっても異なります。それまでの鎮痛剤の使用の有無と使用していた場合にはその内容や効果についてもお話しして、手術の前に主治医に相談しておくとういでしょう。

また、腹腔鏡手術は内視鏡（カメラ）と手術操作を行う器械を挿入する穴などが複数必要ですが、全体として傷が小さめです。術後に必要な痛み止めが少なく済むという報告があり、術後の痛み自体が開腹手術より軽いと言われています。近年は開腹手術でもできるだけ傷を小さくするよう工夫され、手術の方法によっては傷の大きさ自体は腹腔鏡手術と大きな差がない場合もあります。

手術後には、病変腸管を切除することによって、手術前にあった症状が軽減され、お腹の痛みも徐々に楽になってゆくでしょう。

2. 手術後に妊娠や出産はできますか？

多くの潰瘍性大腸炎、クローン病の方が、手術を受けたあとに妊娠され、元気な赤ちゃんを出産されています。ただ、妊娠出産に対する手術の影響はまったくないとはいえません。

女性では、おなか、特に下腹部の手術（潰瘍性大腸炎の^{かいちようのう}回腸囊^{ふんこう}肛門(管)吻合術、クローン病の骨盤内の手術など）で、不妊の割合がふえてしまうといわれています。手術をすると、^{ゆちゃく}癒着^{ゆちゃく}といっておなかの内容がくっつく反応がおきることがありますが、卵管などが癒着によりつまってしまったりすることによって妊娠しづらくなることがあります。この場合は卵巣の働きには問題はないので、人工授精による妊娠は手術を受けていない方と同様の成果が期待できます。

出産時には、手術内容やおしりの病状によっては帝王切開がすすめられる場合もありますが、経膈分娩で出産されている方も多く、手術をしていたら必ず帝王切開、というわけではありません。産科医、外科医と相談のうえ決めるのが安心です。

なお男性では、特別な場合を除けば、手術の性機能への影響はまずありません。

このように手術の問題点もないとはいええない一方、内科治療では状態が良くならないために妊娠がむずかしいような場合には、手術をすることによって、かえって安全な妊娠、出産が可能となることもあります。手術の利点と欠点を理解して、適切なタイミングで手術を受けることが大切です。



3. 人工肛門(=ストーマ)のケアについて教えてください。

人工肛門(=ストーマ)造設術を受けると、腹部の皮膚に腸が開口し(ストーマ孔)、そこから便が出るようになりますので、装具を装着して排便管理を行います。装具はドーナツ型の板状皮膚保護剤(面板)とプラスチック製の袋(パウチ)から構成されています。面板をストーマ孔周囲の皮膚に貼付して装着し、ストーマ孔から出た便はパウチの中に貯まります。パウチにたまった便はパウチの下端の開口部(開閉可能)よりトイレに排出します。装具の張り替えはその種類にもよりますが、2日毎～週2回程度行うことが多いです。ストーマケアを行ってゆく間にストーマ周囲の皮膚障害など様々な問題を生じる場合が時にありますが、現在は多くの病院にストーマケアの専門家である皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCナース)が勤めており、ストーマ外来などでケアの相談に応じているので、適宜利用するとよいでしょう。なお、ストーマ造設を受けても日常生活や学業・仕事・旅行(温泉含む)などの社会活動はほぼ通常通り行うことができます。



3. 人工肛門(=ストーマ)のケアに関する費用が心配です。 どのような支援がありますか？

永久的人工肛門(=ストーマ)をもつ方は手術直後から身体障害者手帳の交付を受けることが出来ます。多くは4級の認定となります。一時的ストーマであっても、閉鎖時期未定の場合など認定対象となる場合もあるので、主治医に相談するとよいでしょう。申請は市区町村の障害福祉課の窓口(自治体により名称が異なる場合あり)で行うことができます。必要書類を窓口で入手した上で、膀胱・直腸障害の認定資格のある指定医に診断書を作成してもらい、その診断書と申請用紙、印鑑、写真(3×4cm)を窓口で提出します。交付には1-2ヶ月を要します。身体障害者手帳を取得すると、申請により日常生活用具としてストーマ用品の給付を受けることができます。助成金額は消化管ストーマで1ヶ月8600円が基本とされていますが、市区町村により多少の増減があります。また収入に応じた自己負担額が発生します。なお、ストーマ用品の購入費用(自己負担額)は確定申告における医療費控除の対象となりますので、領収書を保管し、医師に作成してもらったストーマ用装具使用証明書を添えて、確定申告の際に申請しましょう。

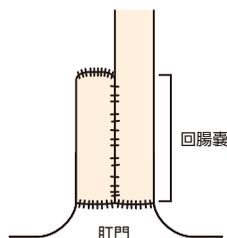


あ 異型上皮(いけいじょうひ)

前癌病変。癌化の手前の状態。

か 回腸嚢(かいちょうのう)

潰瘍性大腸炎などで大腸をすべて切除した際に、回腸を袋状にし、便を貯めることができるようにしたもの。これを肛門あるいは肛門付近の直腸につなぐことで、肛門から排便ができる機能が保たれる。

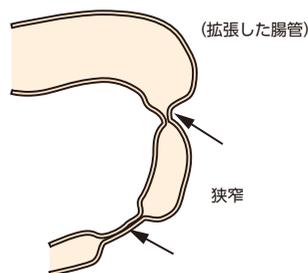


回腸嚢炎(かいちょうのうえん)

回腸嚢に炎症を来した状態。水様便、排便回数の増加、便漏れの増加、血便、腹痛、発熱などの症状の原因となる。

狭窄(きょうさく)

腸の内腔(通り道)が狭くなった状態。食べ物(腸内容)が通りにくくなり、ほとんど腸内容が通らなくなると腸閉塞を来す。通過障害によって、腹痛や腹部の張り、腸の動き(蠕動)が強くなるなどの症状を来す。



血栓症(けっせんしょう)

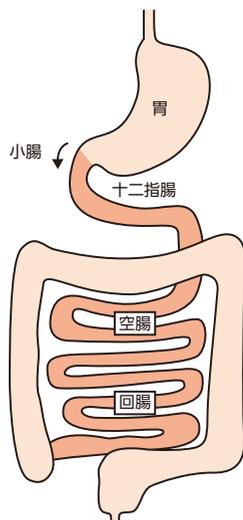
血管内で血液が固まってしまうこと。血液の流れが滞ったり、血液の固り(=血栓)が流れてその先の臓器(肺など)の血管に詰まったりする。手術後に起こることもあるため、予防する処置を行うことが多い。

さ 小腸(しょうちょう)

胃に続き大腸へと繋がる消化管。十二指腸、空腸、回腸に分かれる。

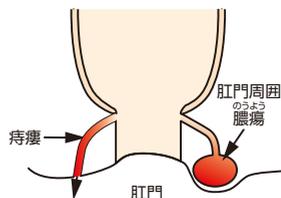
長さは伸ばすと6mに達するが生体内では3-4mである。

食物の消化、吸収を行う。



痔瘻(じろう)

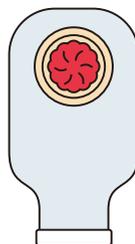
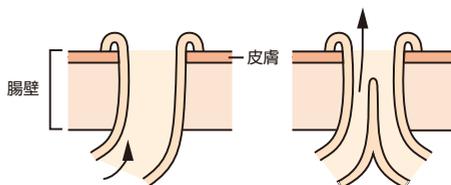
肛門の内側から生じた肛門周囲の皮膚への瘻孔。
肛門部の痛み、発熱、膿の排出などを来す。



人工肛門(=ストーマ)造設術

腸管を腹壁(皮膚)の外に出し、そこから便が出るようにする手術。

流出する腸内容をためる袋などの装具を使用したケアが必要になる。

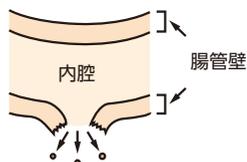


Skin tag(すきんたぐ)(=皮垂(ひすい))

炎症によって肛門部の皮下にリンパ液が溜まることで生じた皮膚の腫れ。

穿孔(せんこう)・穿通(せんつう)

炎症、潰瘍などによって腸管に穴が開いた状態。多くの場合、腸管内容がおなかの中(腹腔内)に流出し、腹膜炎を来し、外科手術を要する。なお、穴のあいた部分が、腹壁、筋組織、腸間膜などの隣接する組織で覆われている場合には穿通とよぶ。

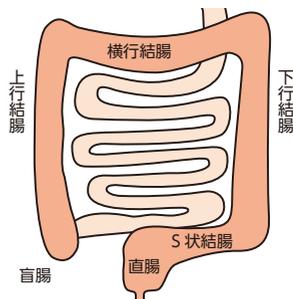


創感染(そうかんせん)

創(きず)が化膿すること。発熱、痛み、膿の排出があり、創の治りに時間がかかることがある。

た 大腸(だいちょう)

盲腸、結腸(上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸)、直腸よりなる。主に水分と塩分の吸収を行う。



短腸症候群(たんちょうしょうこうぐん)

主に小腸を切除した場合に、残りの小腸が短くなり、通常の間からの摂取ではからだに必要な水分、電解質や栄養の吸収が充分に行えず、水分、電解質、栄養が不足してしまう状態。

腸閉塞(ちょうへいそく)

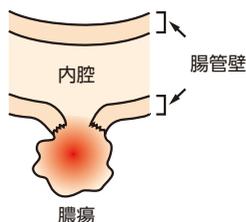
狭窄などのため、食べ物など腸の内容物が通過しなくなってしまうこと。腸管が拡張(=ふくらんだ状態)し、腹部膨満感、腹痛、吐き気、嘔吐などの症状が出現する。

ドレナージ、ドレナージ手術

体内にたまった膿を、体外へ排出する方法。超音波装置、CTなどを使った穿刺(管を膿瘍^{のうよう}に刺し入れて体外に導出する)や手術によって行うことが多い。

な 膿瘍(のうよう)

膿(うみ)のたまり。深い潰瘍や裂け目のような潰瘍によって腸管内容が腸の外に漏れ、感染を来して生じる。多くの場合、周囲臓器などにおおわれる。発熱、腹痛などを来す。



は 吻合(ふんごう)

腸管同士をつなぎ合わせること。

縫合(ほうごう)

手術の際の創(きず)などを縫い合わせること。

縫合不全(ほうごうふぜん)

腸管などを縫い合わせた部分がうまくつながらない状態。再度の手術や絶飲食などの治療が必要になる。

や 癒着(ゆちゃく)

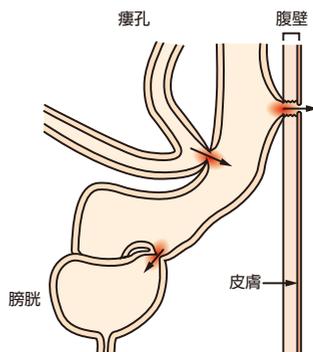
腹部の手術の後や腸管などの炎症で生じる、腸管をはじめとする臓器同士やこれらとおなかの壁がくっつくこと。腸管に生じた場合には、腸の折れ曲がりやねじれのために腸閉塞の原因となることがある。

ら 裂肛(れっこう)(=切れ痔)

肛門に生じた裂け目。出血や痛みを来す。

瘻孔(ろうこう)

腸管と腸管、膀胱などの他臓器、あるいはお腹の壁(腹壁)とが交通し、通り道ができた状態。腹痛、栄養障害、膀胱炎、腹壁からの腸内容の流出などの症状を来す。



関係者一覧

研究代表者：	鈴木 康夫	東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座
共同執筆者：	内野 基	兵庫医科大学 炎症性腸疾患学講座外科部門
	木村 英明	横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患センター
	小金井一隆	横浜市立市民病院 炎症性腸疾患センター
	高橋 賢一	東北労災病院 大腸肛門病センター
	長堀 正和	東京医科歯科大学 消化器内科
	畑 啓介	東京大学大学院医学系研究科 腫瘍外科
	東 大二郎	福岡大学筑紫病院 外科
	水島 恒和	大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科

(五十音順)

