

講演Ⅱ 「IBD（炎症性腸疾患）の栄養管理」

講師 関西医科大学附属病院 消化器肝臓内科
診療部長 長沼 誠先生



●IBDってどんな病気？

原因不明で腸に慢性炎症が起こる病気で主に潰瘍性大腸炎（UC）とクローン病（CD）があり、遺伝的要因と環境的要因や腸内細菌が複雑に絡み合っ、過剰な免疫応答を引き起こすことで発症するのではないかと考えられている。

UCは、その名の通り、大腸の粘膜下層（比較的表層）に炎症を起こす疾患で直腸から連続的に進行し、治療をして寛解状態になった後も再発することが多く、完治が難しい疾患である。

CDは、消化管全体の腸管全層に炎症を起こす疾患で潰瘍性大腸炎とは異なり、連続性はない（スキップ病変）。根治のための治療法はまだ開発されておらず、寛解を目指すことが主な目的となる。

●CDの栄養管理

タンザニアなどのHadzabe族がいる地域などではIBD患者は皆無である。こういった生活習慣が腸内細菌叢を決定し、CD患者では「善玉菌」の種類・数が減少している。

西洋化した食生活により日本人の食物繊維摂取量は減っている。腸内細菌の善玉菌は食物繊維発酵菌もあり、食物繊維を摂取することで短鎖脂肪酸を産生し抗炎症につながる。食物繊維やプロバイオティクスも寛解期では摂取も考慮する。

●IBDの内科的治療

内視鏡検査と造影検査が診断の主流であったが、現在はカプセル内視鏡やバルーン小腸内視鏡など様々な検査法がある。CDの治療法では軽症では5-ASA製剤やプデソニド（ゼンタコート）、中等症ではさらにステロイドやGCAP、抗TNF α 抗体製剤など使用し、重症では完全静脈栄養法となるがどの症例でも栄養療法は大切である。また、栄養療法の三大原則として①腸管の安静（低刺激・低残渣・低脂肪）②栄養補給（中心静脈栄養・経腸栄養）③腸管内抗原・有害物質の除去である。

●患者さんから学んだこと

診療する上で、診療や手術の技量以外にも患者を安心させるといったプラセボ効果を与えることも大切である。そのことが患者を良くする

だけでなく人生も幸せにすることを考えて診察することが大切である。

●UCって？自分の研究経験で

UCの病期は血便を訴え、内視鏡的に血管透視像の消失、易出血性、びらん、または潰瘍なども認める状態の活動期と、血便が消失し、内視鏡的には活動期の所見が消失し、血管透視像が出現した状態の寛解期に分類される。また、UCの重症度は軽症が63%（29,238例）、中等度が28%（12,931例）、重症3%（1,448例）、劇症0.3%（133例）、不明6%（2,473例）で、罹患範囲は直腸炎型22%（1,501例）、左側大腸炎型27%（1,835例）、全大腸炎型38%（2,621例）で、臨床経過は初回発作型20%（8,765例）、再燃寛解型50%（21,872例）、慢性持続型29%（12,870例）であった（厚生労働省・2007年度臨床調査個人票集計資料より）。

2023年3月に改訂された潰瘍性大腸炎治療指針では栄養のことは書かれていないが寛解期では食事制限も緩めることもある。ステロイド依存例のような難治例に対する治療法では免疫調節薬・免疫抑制剤や血球成分吸着除去療法、抗TNF α 抗体など、担当医は臨床背景を考慮して治療法を選択し、高い治療成績を得ている。

●IBD診療でのSDM

SDM(Shared Decision Making)とは医学的な情報や最善のエビデンスと、患者の生活背景や価値観など、医療者と患者が双方の情報を共有しながら、一緒に意思を決定していくプロセスである。IBD診療でSDMを実践する場面としては、臨床的重症度の分類と患者の価値観への影響を考え、患者がどの位置にいるのか考える。

しかし、医師は複数の患者を限られた時間内で診察しなければならず、患者とのコミュニケーションに十分な時間を割くことができない。日本でのチーム医療は発展途上で、職種間での連携が必ずしも十分ではない。また患者とのコミュニケーションにおいて医療者のスキルにばらつきがあり、かつ治療決定に対して、患者が受動的な傾向が強い。これらの課題に取り組み、コミュニケーションツールとして患者向け冊子やインターネット、地域連携の活用もおこない患者の社会的背景を知ることが重要である。

（文責 医療 駒田裕子）