

し ょ う わ つ う し ん
Show-a 通信

2021.8
第30号

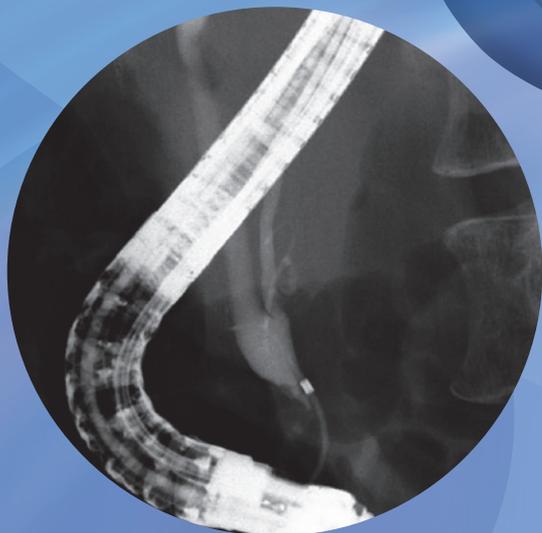
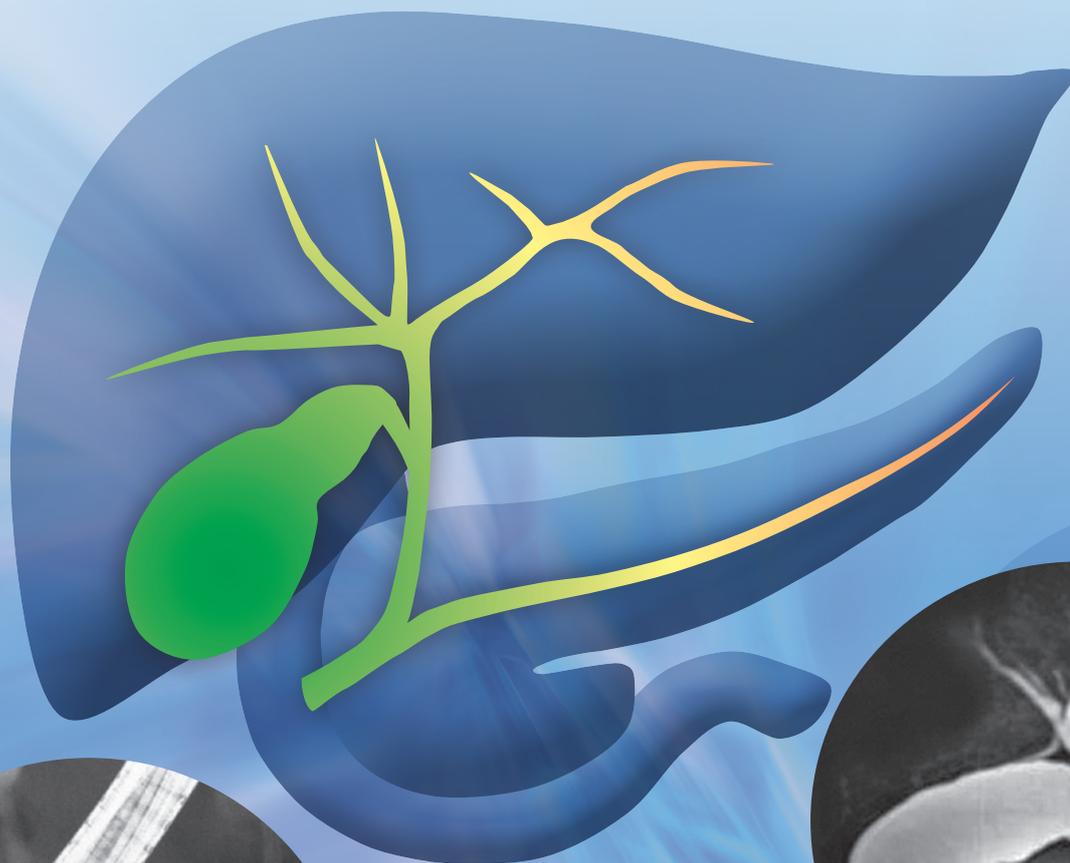
北海道消化器科病院は消化器病分野の最先端治療で地域医療に貢献しています。

医療法人彰和会の「彰和 (Showa)」と明らかにするという意味の「Show」を合わせて、「Show-a通信」としました。
私たちの仕事をお知らせすることで、消化器科領域の最新医療をお伝えします。

膵・胆管合流異常

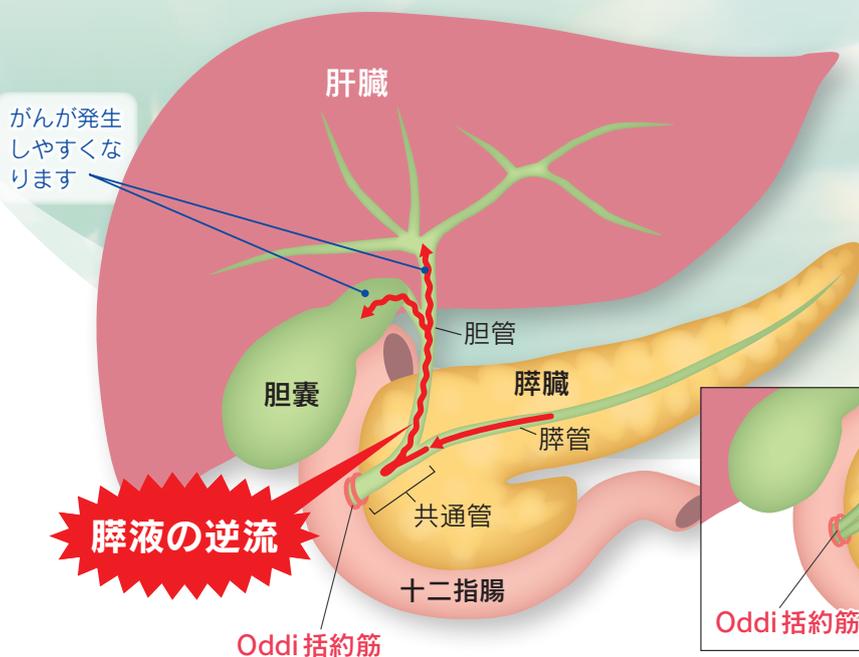
がんになる可能性が高い先天性の病気です

消化器外科 部長 田本 英司

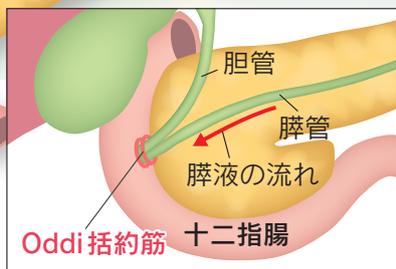


膵・胆管合流異常

がんになる可能性が高い先天性の病気です



膵・胆管合流異常はがん発生率が高いため、予防手術が必要です。しかし、通常の検査で見つけにくいことから、膵管や胆管にがんが発生し気が付いたときには手遅れになっていることが少なくありません。無症状で進行する場合もあることから、消化器科領域の専門病院で定期的に腹部超音波検査を受けることが大切です。



正常な場合は、Oddi括約筋の働きで膵液が胆管に逆流しません

専門医による検査で見ることができます

膵・胆管合流異常は、膵管と胆管が十二指腸壁外で合流する先天性の形成異常(奇形)で、その発生率は数千人に1人といわれています。

膵臓で生成される膵液と肝臓で生成される胆汁は、それぞれに膵管と胆管を通じて十二指腸に流れています。膵管と胆管は膵臓の中で1本の共通管に合流し十二指腸壁にある十二指腸乳頭部につながります。正常であれば、この共通管を十二指腸壁内の筋肉(Oddi括約筋)が取り囲み、胆汁の流れを調節したり、膵液が胆管に逆流しないようにしています。

ところが、この共通管が長く筋肉(Oddi括約筋)の作用が及ばないと、



消化器外科
部長 田本 英司

北海道大学医学部卒業
名古屋大学第1外科、磐田市立総合病院、恵佑会札幌病院、小樽協栄病院、北海道大学消化器外科II(助教)、八雲総合病院、函館中央病院、北海道大学消化器外科II(助教)、手稲仁心会病院を経て、2018年4月に北海道消化器科病院着任

【学会認定資格など】

日本外科学会専門医・指導医
日本消化器外科学会専門医・指導医
日本肝胆膵外科学会高度技能専門医・評議員
日本胆道学会指導医
膵・胆管合流異常診療ガイドライン(2012年発刊)作成委員
日本膵・胆管合流異常研究会世話人・世話人選考委員

膵液と胆汁が相互に逆流します。膵液と胆汁が混ざり合うと非常に刺激性の強い物質を発生させることから、胆管や胆嚢の粘膜が慢性的に刺激性物質にさらされます。そのため、胆嚢あるいは胆管にがんが発生しやすくなったり、胆石症や膵炎を起しやすくなることが分かっています。

膵・胆管合流異常がある患者さんのほとんどに腹痛、発熱、嘔吐、黄疸などの症状が出現すると報告されていますが、日常診療を行っている胆石症などの病気の検査で偶然に無症状のままで見つかるケースもあります。

少しでも気になる症状があったら消化器系の検診を受けることが大切です。当院のような消化器疾患を専門に診る病院の超音波検査やCT検査で、腹部の状態を観察されることをお勧めします。

がんになる前に手術治療を

膵・胆管合流異常は発がんリスクが高いことから、診断された時点で手術を検討します。胆管が拡張しているタイプ(拡張型)と拡張していないタイプ(非拡張型)があり、治療方針はそれぞれに異なります。

手術後にも遺残胆管に発がんする可能性があり、特に拡張型は0・7〜5・4%の頻度でがんが発生したと報告されています。長期間経過してから発がんしたとする報告もあり、手術から25年後に遺残胆管にがんが発生した症例を当院でも経験しています。

日本膵・胆管合流異常研究会と日本胆道学会が示している「膵・胆管合流異常診療ガイドライン」でも、定期検査と経過観察は生涯継続することを推奨しています。

膵・胆管合流異常とは

- 膵管と胆管が十二指腸壁外で合流して共通管を作り、膵液が逆流する先天性の形成異常
- 主な症状は腹痛、発熱、嘔吐、黄疸だが無症状のこともある
- 約2割の人が胆道がん(胆管がん、胆嚢がん)を発症する
- 胆道発がんリスクは通常の1,000～3,000倍である
- 膵・胆管合流異常の発生率は数千人に1人
- 膵管と胆管の異常は発見しにくい

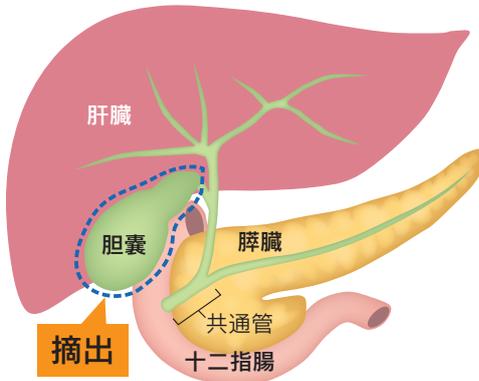
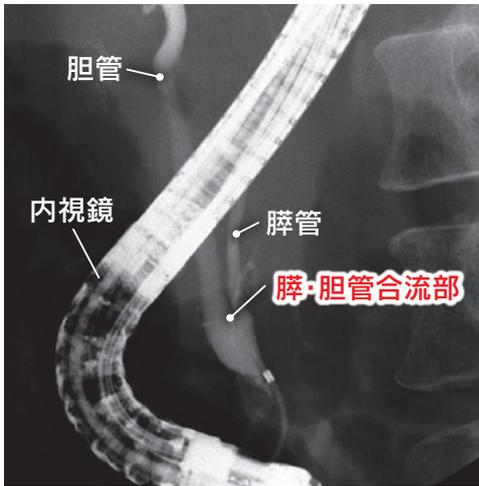
日本膵・胆管合流異常研究会の全国集計から

胆管が拡張していないタイプ

非拡張型

胆嚢にがんがしやすい

胆嚢の摘出を行う
(内視鏡を使った腹腔鏡手術が可能)

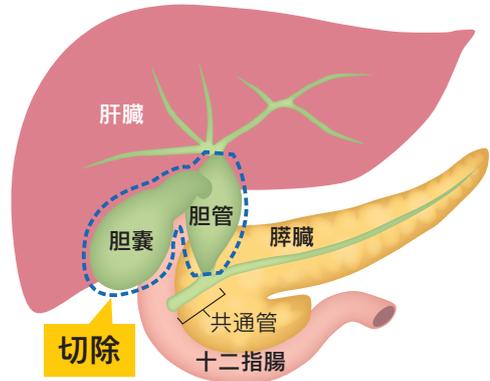


胆管が拡張しているタイプ

拡張型

胆管にがんがしやすい

胆管と胆嚢の切除を行い、胆汁と膵液の流れを分ける(開腹手術)



手術後も定期検査・経過観察を行い、がんが発生しても早期に治療します

NST活動 Nutrition Support Team

入院患者さんの栄養状態を評価し 独自に作成したソフトで 栄養の投与方法をプランニング



NSTのメンバー

栄養療法のフローチャート

担当医、病棟看護師が介入

入院患者の栄養状態を
スクリーニング

SGA (主観的包括的栄養評価)

低栄養患者の発見

NSTが介入

栄養評価

ODA (客観的栄養評価)

栄養
プランニング

栄養療法の
実施

独自に作成したソフト
で栄養の投与方法を
プランニング

NSTプランニングシート

栄養評価シート

栄養状態を
評価

多職種で取り組む 栄養管理でケアの質向上へ

2021年6月から、入院患者さんの栄養をサポートする目的でNST活動を開始しました。メンバーは、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師と多職種で構成されており、定期的にカンファレンスを行い、栄養療法が必要な患者さんの栄養評価、栄養状態の改善を図り、早期退院や社会復帰を支援するために活動しています。

NSTのリーダーを務める外科部長の田本英司医師は「低栄養状態にある患者さんを早期に発見し、適切に支援

独自に作成したソフトで プランニング

することが大切です。最適な栄養管理方法は個々の患者さんで異なるため、それぞれの患者さんの栄養療法についてNSTで話し合っています。また、最適な栄養管理方法を決定した後も定期的に栄養状態の評価と栄養管理方法の見直しを行っています。多職種が協力し合って継続的に活動していきたいと思っています」と話しています。

具体的には、SGA (主観的包括的栄養評価) とODA (客観的栄養評

価) の手法を生かした「栄養評価シート」を使い、低栄養状態の患者さんを発見し栄養状態を評価します。主治医の治療方針や栄養療法の方針を確認し合い、独自に作成したソフトで栄養の投与方法をプランニングし、栄養状態の改善を図ります。

SGAは問診により体重の減少量や食事の摂取状況を把握し、視診・触診で、皮下脂肪量、筋肉量などを主観的にチェックする方法で、ODAは身体測定や血液検査の結果から栄養を客観的に評価する方法です。2つの評価法を組み合わせることで低栄養状態の患者さんの早期発見につなげています。



医療法人 影和会
HGH 北海道消化器科病院

消化器内科、腫瘍内科、内科、消化器外科、外科、肛門外科、
緩和ケア内科、放射線科、麻酔科、病理診断科

- 設立：1988年2月20日
- 住所：札幌市東区本町1条1丁目2番10号
- 電話：011-784-1811 □ FAX：011-784-1838
- ホームページ：http://www.hgh.or.jp/
- 病床数：186床