

第4回臨床肛門病研究会学術集会

4th Annual Meeting of
the Japanese Association for Clinical Proctology

主題：私の痔核治療
—治療指針の作成をめざして—

会 期：平成25年 2 月 10 日（日）

会 場：新宿京王プラザホテル

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1

TEL：03-3344-0111（代）

当番世話人：松田 保秀
（松田病院）

ご 挨 拶

本研究会も、早や4回目の学術集会を迎えることになりました。

第1回は岩垂純一研究会会長で「痔核」を、2回目は金井忠男先生で「痔瘻の治療」、3回目は大阪で黒川彰夫先生が「痔核、痔瘻、裂肛の治療と工夫」をテーマに活気のある学術討論が行なわれました。

本研究会は日曜日に開催されるので、誰もが参加しやすく、テーマを絞って深く討議し知識を吸収できる特徴を持っていて、年々参加者が増えています。

従来、学術集会の運営は当番世話人がプログラム委員を募って研究会会長と相談の上、プログラムを作成していました。しかし、世話人会の決議により、今回から研究会の世話人会が主体となってテーマ決め、プログラムを作成する方式に変わりました。

今回のメインテーマは「痔核」ですが、そろそろ本研究会の任務でもあります肛門疾患治療の標準化を考える頃となりました。そこで、プログラムは一般演題を13題にしぼって午前中に充分時間をかけて討議し、続いてランチョンセミナー2題を用意いたしました。テーマはガイドライン作成に関することです。

午後はまず初めに、本会員の皆様からいただいたアンケートによる「本邦における痔核治療の現状」報告を、次いでシンポジウムを行ないます。

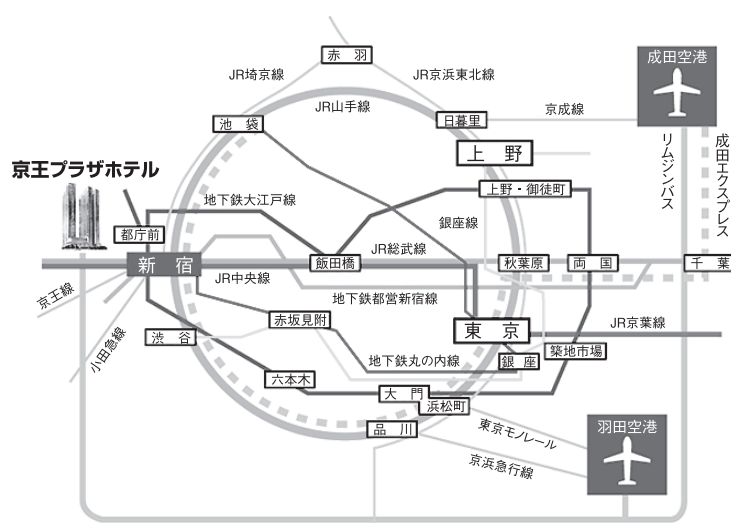
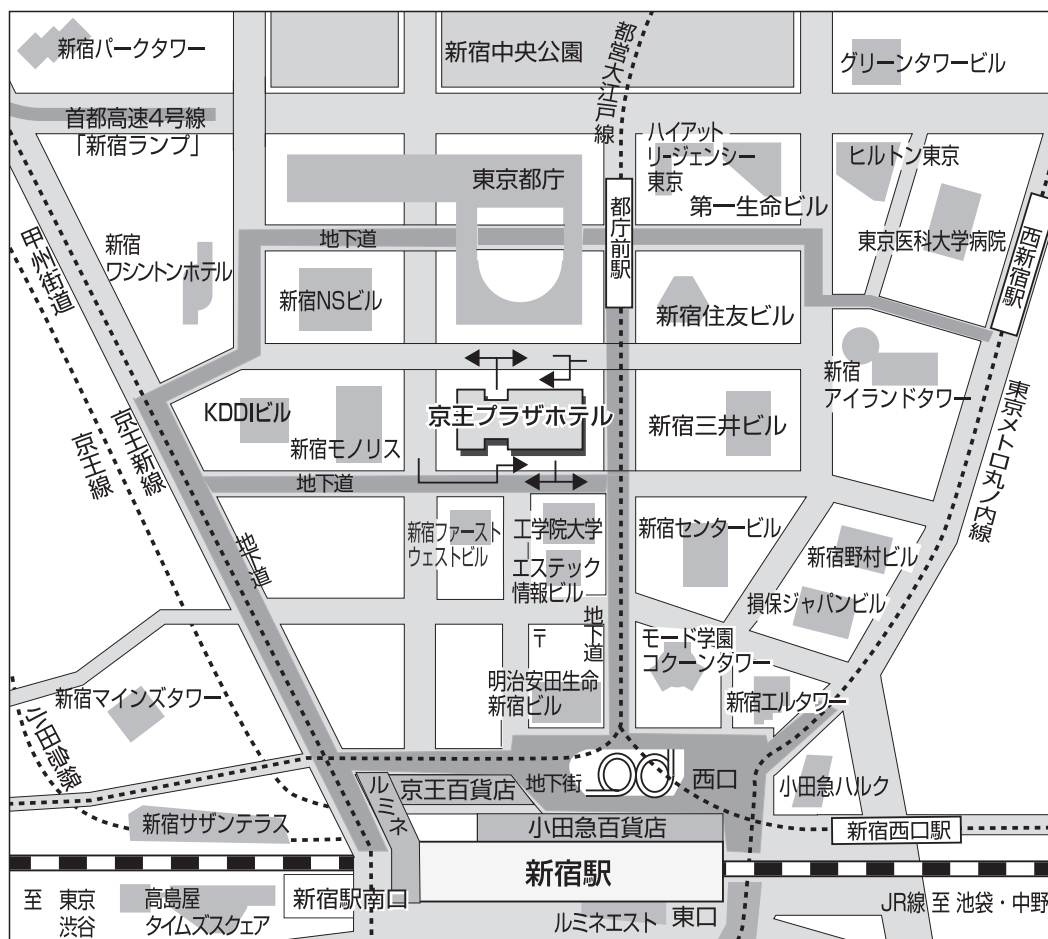
これは痔核治療のガイドラインを作成する場合に必要とされる知識、ノウハウ等をできるだけ多くの会員と共有するための討論です。多くの情報を持ち寄っていただけると幸いです。

今日1日、実りある学術集会となりますようにご協力をお願いいたします。

第4回臨床肛門病研究会学術集会当番世話人

松田 保秀

交通のご案内



京王プラザホテル

〒160-8330
東京都新宿区西新宿2-2-1
TEL. 03-3344-0111 (代表)

徒歩なら

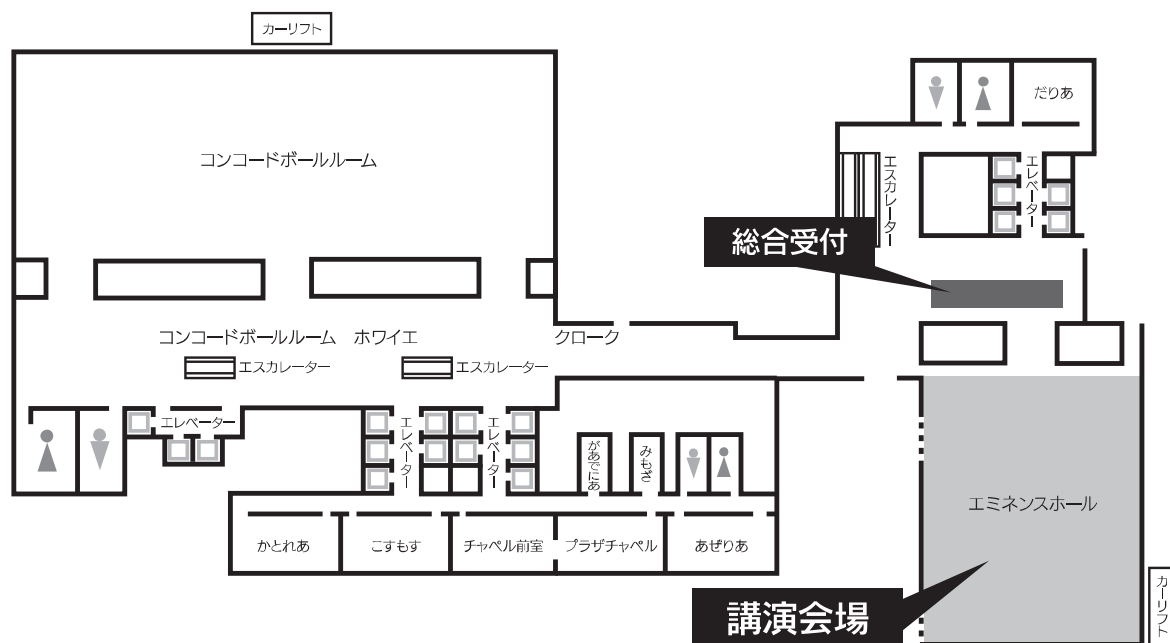
- JR・私鉄・地下鉄「新宿駅（西口）」下車徒歩5分
- 大江戸線「都庁前駅」下車徒歩2分

車利用の場合

- 〔府中・八王子方面から〕
中央高速「初台ランプ」より
- 〔都心から〕
首都高速4号「新宿ランプ」より

会場のご案内

京王プラザホテル 5階フロア



参加者の皆様へ

- 1) 参加受付は、エミネンス総合受付にて行います。総合受付にて参加費 5,000 円をお支払いのうえ、
ネームカード兼領収証をお受け取りください。学会期間中、会場内ではネームカードを必ずご携
帯ください。
- 2) 参加受付は朝 7 時 30 分よりおこないます。
- 3) 会場内での呼び出しは総合受付横の呼び出し用掲示板をご利用ください。

【クローク】

クロークはホテルクロークにございます。
ご利用ください。

発表者／司会の先生方へのご案内

❖発表者の皆様へ

発表時間が発表 12 分 討論 4 分合計 12 分です。

発表の際は演台に設置しております操作用キーボードを使って、演者ご本人により操作をお願いいたします。オペレーターに操作を依頼希望の方は会場にて、事前に進行係にお伝えください。また、ご自身のパソコンを操作されることも可能です。

<PC 発表>

1. Windows8、Mac、動画をご使用の先生は PC 本体をご持参ください

- ①ご持参される PC での外部ディスプレイ出力が可能であることを必ずご確認ください。

また、バッテリー切れを防ぐために電源アダプターをご持参ください。

- ②PC 接続は外部出力端子が D-Sub-15pin です。PC の機種によっては外部出力端子が D-Sub-15pin 以外のものがございますので、必ず D-Sub-15pin で接続できるコネクタを各自ご持参ください。

2. USB でお持ち込みの方は下記の予備環境に従ってください

当方での予備環境について

- ① OS：Windows XP, Vista, 7

- ② アプリケーション：Windows 版 Power Point 2003, 2007, 2010

- ③ 発表に使用できるデータ

Windows で作成した Microsoft Power Point のファイルのみとします。画面サイズは XGA (1024×768) になります。Mac 版 Power Point で作成したファイルを Windows 版の Power Point に変換した場合、データが正確に表現できない場合があります。上記環境の PC ですべての画面が不具合なく表現されることをあらかじめご確認のうえ、完成した形でお持ちください。

- ④ フォント

Windows XP, Vista (日本語版) に標準搭載されているフォントのみ使用可能です。

日本語：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝の 4 種類のみ。

英語：Times New Roman、Arial、Arial Black、Arial Narrow、Century、

Century Gothic、Courier、Courier New、Georgia の 9 種類のみ

これ以外のフォントを使用した場合、正確に表現できない場合があります。

- ⑤ データ容量

データの容量を、100MB (総量) までとさせていただきます。

- ⑥ 動画について

動画を Power Point に埋め込む場合、Windows 版の Media Player で動作する形式をお使いください。

これ以外のリアルタイムプレーヤー、クイックタイムプレーヤーなどの動画ソフトは利用できません。動画を使用する場合、リンク切れにご注意ください。メディアにコピーした後、作成した PC 以外での PC で動作確認することにより解決できます。なお、動画ファイルには拡張子を必ずつけてください。

⑦ 音声について

PC からの音声再生につきましては一切対応いたしません。

⑧ メディアの持ち込み形式について

USB フラッシュメモリーのための受付とさせていただきます。

MO ディスク、スマートメディア、SD カード、メモリースティック、コンパクトフラッシュ等のメディアによる受付はいたしませんのでご注意ください。不測の事態に備えて、必ずバックアップデータをお持ちいただきますようお願い申し上げます。

⑨ データ名の統一について

持ち込まれるメディアには、当日発表されるデータ(完成版)以外のデータを入れないでください。

また、データのファイル名には、演題番号(半角)に続けて発表者の氏名(漢字)を必ずつけてください。

上記ルールに基づいた PC 接続の標準環境のみをご用意いたします。

表現される画面の不具合についてはすべて演者の責任となりますのでご注意ください。

❖司会の方々へ

- 1) セッション開始 30 分前までに必ず進行係（各会場右前方）にお声をおかけください。
- 2) 各セッションの進行は司会の先生方にお任せいたします。定刻通りの進行をお願いいたします。

討論・発言について

- 1) 多くの会員の活発な討論・発言を歓迎いたします。
- 2) 発言される方はあらかじめフロアマイクの前に待機し、司会者の指示に従って氏名・所属を述べたうえで簡潔明瞭に行ってください。

呼び出しについて

各会場とも緊急時以外の呼び出しはいたしませんのでご了承下さい。

メッセージボードを用意いたしますのでご利用ください。

<お問い合わせ>

臨床肛門病研究会事務取扱い

株式会社協同コンベンションサービス

第 4 回臨床肛門病研究会学術集会事務局

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 8-3-1 西新宿「GF ビル

TEL：03-4577-6648 FAX：03-6880-1437

E-mail：rinkoken-office@umin.ac.jp

プログラム

9:00~9:05 開会の辞

9:05~9:53 痔核Ⅰ

司会：宮崎 道彦（道仁病院）

I-1 ALTA療法を主体においた痔核治療

くにもと病院

○鉢呂 芳一、安部 達也、國本 正雄、小串 哲生、菱山 豊平、阿部 清秀

I-2 当院におけるALTA療法の現況

OHARA MAKOTO大腸肛門科クリニック

○小原 誠

I-3 私の行っている痔核治療

—痔核の画像診断とDoppler-guided ALTA療法—

宮本病院外科・肛門外科

○宮本 英典

I-4 ALTA治療後の再治療症例について（repeat ALTA vs LE）

ヤノ肛門外科クリニック¹、松田病院²

○矢野 孝明¹、浅野 道雄²、尾田 典隆²、田中 莊一²、木村 浩三²、中井 勝彦²、
野中 雅彦²、川上 和彦²、松田 保秀²

10:05~10:53 痔核Ⅱ 司会：小原 誠（OHARA MAKOTO大腸肛門クリニック）

II-1 当院の痔核治療

潤愛会鮫島病院外科¹、潤愛会鮫島病院内科²

○鮫島 隆志¹、丹羽 清志¹、江藤 忠明¹、鮫島加奈子¹、今村 芳郎²、鮫島由規則²、
鮫島 潤¹

II-2 当院での痔核治療

日高大腸肛門クリニック

○阿嘉 裕之、佐々木俊治、日高 久光

II-3 肛門病変の記録についての患者意識調査アンケートと私の行っている痔核治療

誠心会吉田病院¹、順守会千代田医院²、誠心会吉田病院³、順守会千代田医院⁴

○笹口 政利^{1,2}、小林 康雄³、高橋 稔⁴

II-4 当院における痔核治療

ミネルワ会 渡辺病院

○小野 芳人、竹田 正範、友澤 滋、松本 欣也、渡辺 学、渡辺 英生

11:05～12:05 痔核Ⅲ

司会：栗原 聡元（東邦大学大森病院）

Ⅲ-1 根治性・安全性からみた痔核手術

大腸肛門病センター高野病院

○辻 順行、中村 寧、村田 隆二、深見 賢作、入江 朋子、久野 三朗、
緒方 俊二、佐伯 泰愼、山田 一隆、高野 正博

Ⅲ-2 当院の痔核治療方針

所沢肛門病院

○金井愼一郎、金井 忠男、栗原 浩幸、石川 徹、張 文誠、金井 亮太

Ⅲ-3 結紮切除を行わない痔核根治手術（anal cushion lifting method）の評価

札幌いしやま病院

○樽見 研、石山元太郎、川村麻衣子、西尾 昭彦、石山 勇司

Ⅲ-4 私の行っている痔核治療：痔核に対する標準術式としてのPPH低位吻合法の検討

福井県済生会病院

○飯田 善郎

Ⅲ-5 とりごしクリニックにおけるPPH手術の経験

とりごしクリニック

○鳥越 義房

12:10～13:10 ランチョンセミナー（共催：マルホ株式会社）

タイトル：「肛門科領域の喫緊の課題」

司会：岩垂 純一（岩垂純一診療所 所長）

演題①：大腸癌治療ガイドラインの作成にあたって

渡邊 聡明（東京大学 腫瘍外科 教授）

演題②：大腸肛門病専門医制度の最新情報

楠 正人（国立大学法人三重大学大学院医学系研究科 生命医科学専攻臨床医学系講座 消化管・小児外科学 教授）

13:10～13:30 総会

13:30～15:50 シンポジウム

「痔核の治療のガイドライン」

司会：松田 保秀、浅野 道雄

＜シンポジスト＞

岡本 欣也（社会保険中央病院）

栗原 浩幸（所沢肛門病院）

斎藤 徹（大阪北通信病院）

鮫島 隆志（鮫島病院）

平 昇（たいらクリニック）

辻 順行（高野病院）

鉢呂 芳一（くにもと病院）

松尾 恵五（東葛辻仲病院）

八子 直樹（八子医院）

（五十音順）

＜特別コメント演者＞

岩垂 純一 丸田 守人

黒川 彰夫 佐原力三郎

（発言順）

15:50～ 閉会の辞 感謝状贈呈

抄 録

I-1 ALTA療法を主体においた痔核治療

くにもと病院

○鉢呂 芳一、安部 達也、國本 正雄、小串 哲生、菱山 豊平、阿部 清秀

【緒言】外科治療の是非は、常に術後成績をもって評価されることが多い。したがって良性疾患である痔核の治療においてもその根治性が評価されることが一般的であるが、良性疾患ゆえにある程度の根治性が保たれていれば低侵襲治療に重点を置いても良いと考える。すなわち侵襲性の高い従来のLE法のための痔核治療に対し、ALTA療法を主体においた痔核治療を実践することで、我々は術後疼痛や合併症を最小限にすることに努めている。術式の決定は、痔核毎にALTA療法が可能かどうか判断し、困難な部位はさらにEA（外痔核切除+ALTA）で可能かLEが必要かの判断を行なっている。

【対象】2011年10月から2012年9月までに2主痔核以上に痔核治療を行った426例を対象とし、カルテ記録により術後成績を検討した。LEのみを施行した3症例は今回の検討からは除外した。A群；ALTA単独症例156例、B群；EA+ALTA症例175例、C群；LE+ALTA症例96例であった。ALTAは可能な限りZ式肛門鏡を用いて投与した。肛門ポリープや皮垂は適宜切除した。なおEAとLEを併用した症例はB群に含めた。

【成績】A群におけるALTA総投与量は平均26.8mlであった。B群におけるEA部位のALTA投与量は平均5.4mlであった。EAは1ヶ所が114例で、2ヶ所以上が61例であった。C群におけるLE個数は1ヶ所が73例で、2ヶ所以上が23例であった。再発例はA群3例（1.9%）、B群2例（1.1%）、C群0例で、いずれもALTA単独投与部位であった。EAおよびLE部位に再発は認めていない。合併症として直腸潰瘍をA群1例、B群に1例認めた。術後止血術はB群1例、C群1例に要した。

【結語】今回の検討では、内外痔核症例に対するALTA療法の適応判断に若干の誤りを認めたが、概ね良好な結果であった。術後出血において根部の大出血は認めなかった。今後ともALTAおよびEAの成績を追試するとともに、まだまだ発展途上であるALTA療法をさらに洗練させていきたい。

I-2 当院における ALTA 療法の現況

OHARA MAKOTO 大腸肛門科クリニック

○小原 誠

当院では、あらゆる痔核に対し ALTA 療法で手術を行っている。①集計期間2005年12月から2012年8月までの6年8か月間、②術式は ALTA 療法で ALTA 単独例 (68.2%) と外痔核切除併用例 (31.8%) である。③症例数は4356例4126人、④年齢は12歳から101歳平均55.3歳、男性2183人、女性1943人、⑤術後合併症は、入院や止血手術を要した術後出血が7例、ブジーや用手拡張を要した直腸狭窄が43例、術中血圧低下例が140例、その他発熱や血尿、血性精液などで、重篤と思われる合併症として直腸膿瘍が1例と、強い肛門痛が3か月以上続いたものが2例あり、筋層に薬液が過剰に注入されたことと、歯状線より肛門側に薬液が広がったことが原因と考えられた。尚、直腸膿瘍の症例は直腸前壁にm癌があり、その部を楔状切除をして周囲粘膜に ALTA 注入したもので、2週間の入院ののち、通常生活の通院により術後約2か月で瘻孔の自然閉鎖をみた。⑥再発は全体で230例207人(5.3%)で、ALTA 単独例の再発が6.8%、外痔核切除併用例の再発が1.4%であった。再発までの期間は24日から2334日平均756日で、初回再発の時期として1年未満が72人、1年以上2年未満が40人、2年以上3年未満が33人、3年以上4年未満が30人、4年以上5年未満が20人、5年以上が12人であった。⑦治療後の観察は外来診察により直接確認できたもので術後観察期間は0日から2370日平均318.5日であった。電話やアンケートによる追跡調査は行っていない。

(まとめ) ALTA 療法の再発率は5.3%で、術後経過期間が長くなるほど、より再発発生率が増えるという傾向は認められなかった。また外痔核を的確に追加切除することにより、その根治性をより高められる可能性が示唆された。合併症においてもほとんどが低リスクで保存的にコントロール可能なものであり、ごくまれに起きる重篤なものも、四段階注射法の基本を遵守することで、回避可能と思われた。

(結語) ALTA 療法は、安全で、かつ広い適応性と十分な根治性のある痔核手術法である。

I-3 私の行っている痔核治療 —痔核の画像診断と Doppler-guided ALTA 療法—

宮本病院外科・肛門外科

○宮本 英典

【背景】当院ではALTA療法を中心に痔核治療を行っており、その治療効果判定は肛門鏡所見と質問票を合わせて行ってきた。さらに客観的に評価するためには痔核の画像診断が必要と考え、経肛門エコーパワードップラー法 (power Doppler imaging: PDI)、3D-power Doppler angiography (3D-PDA) を使って痔核を画像診断することができることと、ALTA療法後の痔核内で著しい血流減少が起こることを報告した (Colorectal Dis. In press)。現在、PDIと3D-PDAを使って痔動脈の走行と痔核内の血流の状態を術前に画像診断し、その結果に基づいて治療対象の痔核に主として流入する痔動脈を術中pulse wave Dopplerを使って同定しながらALTA療法を行っている (Doppler-guided ALTA : DGALTA療法)。さらに術後経過観察にも画像診断を併用している。

【目的】Doppler-guided ALTA療法の治療成績を、質問票の結果と画像診断による痔核内の血流面積 (PDI-area) の変化を含めて報告する。

【対象と方法と結果】①集計期間 平成23年4月～平成24年9月、②治療法 DGALTA単独療法、③症例数 50例、④年齢・性別 平均値68歳 (22～93歳)、男性26例、女性24例、⑤・合併症数 8例 (10件)・種類 出血2件、直腸潰瘍3件、下痢2件、発熱1件、肛門部不快感2件・結果 7例は保存的治療で軽快、1例 (直腸潰瘍、出血) は術後2か月で治療中 (改善傾向)、⑥再発形式・数 脱出2例、出血・脱出1例、⑦治癒後の予後およびその追跡の仕方 術後1か月、3か月、6か月、12か月に外来受診し、肛門鏡診、質問票の記入、経肛門エコーによる画像診断を行う、⑧質問票 (20点満点) の点数の変化 (mean ± S.D) 術前 14 ± 4 、1POM 2 ± 3 、3POM 2 ± 4 、6POM 3 ± 4 、12POM 1 ± 1 、⑨PDI-area (cm²) の変化 (mean ± S.D) 術前 0.46 ± 0.50 、1POM 0.07 ± 0.06 、3POM 0.07 ± 0.07 、6POM 0.07 ± 0.07 、12POM 0.02 ± 0.02 。

【まとめ】DGALTA療法前後において、質問票による痔核の症状改善とともに画像診断によるPDI-areaの改善も認められた。本邦発のALTA療法を治療ガイドラインに入れるためにはエビデンスレベルの高い論文発表が必要になる。今後もALTA療法の効果に画像診断の客観性を加えて英文論文発表を行いたい。

I-4 ALTA治療後の再治療症例について (repeat ALTA vs LE)

ヤノ肛門外科クリニック¹、松田病院²

○矢野 孝明¹、浅野 道雄²、尾田 典隆²、田中 莊一²、木村 浩三²、
中井 勝彦²、野中 雅彦²、川上 和彦²、松田 保秀²

【目的】ALTA治療後に再治療を施行した症例のうち、ALTA治療 (repeat ALTA) を再度受けた患者の満足度と手術治療 (LE) を受けた患者のそれを比較することにした。

【対象と方法】対象は松田病院で内痔核に対してALTA治療の施行後にrepeat ALTAまたはLEを受けた症例とし、対象期間は2006年から2012年の過去7年間とし、アンケートで得られた回答を用いて後向き研究を行った。

【結果】松田病院での過去7年間における再治療症例は107例であった (なお、7年間にALTA治療を単独施行した症例はのべ1232例であった)。そのうち適合症例は52例であり、アンケート回収率は48.6% (52/107) であった。その52例の内訳は、repeat ALTA群が20例、LE群が32例であった。また、除外症例は55例であり、その内訳は返信の無かった症例が50例、満足度について回答がなかった症例が2例、5年以内に痔核治療の既往がある症例が2例 (いずれもLEの既往)、受けた治療方法が該当しない症例が1例 (ALTA+LEの組み合わせ治療) であった。治療満足度は両治療群で有意差を認めなかった ($P=0.074$)。

【考察】ALTA治療後の症例に対して再度治療を行なう場合には、いずれの治療も選択肢として患者に提案すべきであると思われた。

Ⅱ-1 当院の痔核治療

潤愛会鯨島病院外科¹、潤愛会鯨島病院内科²

○鯨島 隆志¹、丹羽 清志¹、江藤 忠明¹、鯨島加奈子¹、今村 芳郎²、
鯨島由規則²、鯨島 潤¹

【目的】当院における ALTA 導入以降の痔核手術を顧みて治療成績を検討する。

【対象・方法】2005年にALTA導入以降、2010年までに高位結紮痔核切除（LE）にALTA注入を併用（LE+ALTA）した1430例の治療成績を同時期に行われたLE 2232例、ALTA 516例との3群間で比較した。また、2年間ずつの3期に分け、変遷を考察した。当院で行う併用療法は、1つの痔核に対してLEかALTAかを選択するものである。初期の2年間は概ねⅡ度痔核を対象とした。その結果、ALTA療法の有効性を認め、中期の2年間はⅢ度痔核に適応を拡げたが、初期・中期の症例に合併症や再発がみられるようになり、最近の2年間は適応を厳密にする傾向にある。

【結果・考察】初期2年間の検討で、ALTA併用療法は安楽かつ早期治癒が可能であると言えた。そこで、中期は適応を拡げ、ALTA投与量も増えた。しかし、初期症例を含めALTA投与例に硬結やビラン・潰瘍形成を経験し、また再発（7.1%）を認めるようになったことから最近ではLE+ALTAの実施割合は増えたが、LE実施箇所も増加した現状にある。

【結語】ALTA併用療法は痔核治療において低侵襲の手技である。しかし、予測し得ない合併症や長期間治療を要する症例および再発例がみられた。LEで根治性を求め、ALTAで低侵襲を得るために、適切な手技の選択を行うことが肝要である。

Ⅱ-2 当院での痔核治療

日高大腸肛門クリニック

○阿嘉 裕之、佐々木俊治、日高 久光

【対象】：2005年1月から2012年11月まで7年11ヶ月間に行った痔核治療2549例について検討した。

【結果】：術式は結紮切除LE 1561例54%、硬化療法ALTA 749例26%、硬化療法PAO 239例8%、LE+McG 221例8%、LE+ALTA 74例3%、LE+PAO 29例1%であった。術式毎の検討では①LEにおいては開放71%、半閉鎖29%であった。合併症は出血0.6%、狭窄0.2%であった。再発は0.2%であった。入院期間は平均6.1日（併施のないLE×3は6.8日）治療期間は平均28日であった。②ALTAの合併症は出血0.8%、外痔腫脹1.3%であった。脱出再発は14%、出血再発は0.5%であった。入院期間は平均1.9日であった。ALTA後の再治療はALTA 70%、LE 30%であった。③LE+ALTAは入院期間がLE×1で3.6日、LE×2で4.1日、LE×3で6.8日となっていた。④また少数ながら狭窄が危惧される例でのLESSGを提示する。LESSG：14例（平均入院期間8日、再発例なし）

【まとめ】：当院でのLE開放術式（根部近くの縁取りで引き上げるだけで歯状線は閉鎖しない）を提示し、開放・半閉鎖の比較で痛み、出血、入院期間に差はなかった。ALTAの併用はLEの数を減らし痛みの軽減、入院期間の短縮に有用である。また合併症の症例からその原因を考察する。

Ⅱ-3 肛門病変の記録についての患者意識調査アンケートと私の行っている痔核治療

誠心会吉田病院¹、順守会千代田医院²、誠心会吉田病院³、順守会千代田医院⁴

○笹口 政利^{1,2}、小林 康雄³、高橋 稔⁴

平成19年1月から平成24年10月まで吉田病院で内痔核症例に対して自身が行った観血的治療を集計しました。結紮切除55例、ALTA併用結紮切除422例、ALTA療法359例の合計836例でした。私の各年ごとの症例数と再治療数は文末に示します。ALTA単独療法の再発率が高いですが、その原因は患者背景によるものと、技術的なものがあると思っています。患者への追跡調査は行っていません。

ALTA単独療法は、局所麻酔や無麻酔で行いますが、結紮切除、ALTA併用結紮切除は脊椎麻酔下に行います。脊椎麻酔下の手術では、連続した内外痔核は、ALTAを用いず切除します。その際、根部は3重結紮で行い粘膜閉鎖は結節縫合で行っています。(ドレナージ創は皮下縫合を行うことで治癒促進を図っています。)さらに切除箇所を原則2か所までにとどめました。その結果、この術式での痔核手術後に後出血のため手術室で脊椎麻酔下に止血した患者は1例のみでした。この期間中、術後狭窄のため、術後ブジーを行った患者が、ALTA併用結紮切除422例中、2例、ALTA療法359例中、2例でした。

術式を共有するためには、病変と治療行為の記録が必要です。私は、初診時のSims位と怒責診、Z式肛門鏡所見、手術室における手術前後の所見、術後7日、退院時のSims位の所見、術後1カ月または術後2カ月のSims位、怒責診、肛門鏡所見を可能な限りデジタルカメラで撮影して記録しています。近年、手術の動画撮影も取り入れています。

これらの記録を、検討することは自身のスキルアップにつながり、また他院の記録を観ることが、治療の参考になることは言うまでもありません。

ところが、肛門科の場合、病変の写真撮影を受け入れない患者がいるのも事実です。今回、患者意識を調査するために、平成24年10月の4診療日に千代田医院肛門科を受診した患者100人(男性61人、女性39人)に診察終了時に、診療内容の記録に関する9問からなるアンケート調査を行いました。一部を示します。質問1、肛門疾患の診察の際、病変を写真で記録すべきと思う。 回答 そう思う 89人、恥ずかしいのでそうは思わない 2人、わからない 7人、未回答 2人。質問2、写真を撮る際には患者の同意が必要で文書を交わすべきと思う。 回答 そう思う 10人、そうまでは思わない 82人、わからない 7人、未回答 1人。質問3、手術の記録は写真で残すべきと思う。 回答 そう思う 75人、そうは思わない 4人、わからない 16人、未回答 5人。質問4、手術の記録は動画でも残すべきと思う。 回答 そう思う 34人、そうは思わない 21人、わからない 37人、未回答8人。以上より、記録を写真に残すことには多くの患者の同意が得られますが、動画となると抵抗があることがわかります。現状では、写真は外来で説明して撮影し、動画は手術の同意を得る際に動画撮影同意書にサインしてもらうのがよいと思われました。以上、平成19年からの痔疾患治療の現状と記録に対する患者意識調査の結果を報告します。痔核の観血的治療症例数 (B/A) 平成19年1月から平成24年10月まで 平成19年 0/7, 0/64, 11/86 平成20年 0/15, 1/87, 2/52 平成21年 0/14, 0/80, 9/81 平成22年 0/9, 0/69, 2/41 平成23年 1/6, 0/58, 4/54 平成24年 0/4, 0/64, 2/45 A 観血的治療症例数、B 再発にて再度観血的治療を行った症例数各年それぞれ、左から結紮切除、ALTA併用結紮切除、ALTA療法の順で記載

Ⅱ-4 当院における痔核治療

ミネルワ会 渡辺病院

○小野 芳人、竹田 正範、友澤 滋、松本 欣也、渡辺 学、渡辺 英生

当院における痔核治療は、LEとALTAの併用療法を軸に、病状と患者本人の希望を考慮して決定している。主に行っている治療は①LE、②LE+ALTA；症状の中心となる痔核をLEし、別部位の痔核にはALTAを行う、③LE+（ALTA+外痔核・皮垂切除）；症状の中心となる痔核をLEし、別部位の痔核にALTAを行った後、同部に残存した外痔核・皮垂を切除する、④ALTA+外痔核・皮垂切除；全ての痔核にALTAを行った後、残存した外痔核・皮垂を切除する、⑤ALTA単独療法である。ALTAが占める割合が多くなると、再発の可能性が高くなり、LEが占める割合が上がると術後合併症の可能性が高くなると考えられるため、当院での最近の痔核治療と術式決定までの過程について報告し、術後合併症、再発率を検討した。当院では問診と診察から、主訴の部分がきっちり治療できることを前提に術式の提案を行い、入院期間、疼痛の程度、合併症、根治性を説明し、患者本人の希望と合わせて術式を決定している。2005年1月から2012年9月までの内痔核手術症例は1520例で、①LE：325例（21.3%）、②③④を合わせたALTA併用療法：814例（53.6%）、ALTA単独療法：381例（25.1%）となっている。術後出血は、①LE：9例（2.8%）、②③を合わせたLE+ALTA併用療法：6例（1.4%）、④ALTA+外痔核・皮垂切除：0例（0%）、⑤ALTA単独療法：1例（0.3%）とLEが関係したものが大多数で、術後狭窄もALTA単独療法の1例を除き、他はLEが関係したものであった。再発に関しては、術後1ヶ月の診察・アンケートと術後1年のアンケートで集計し、⑤ALTA単独療法18例（4.7%）が最も多く、②③を合わせたLE+ALTA併用療法で1例（0.2%）、その他①LE、④ALTA+外痔核・皮垂切除には再発を認めなかった。患者本人の意向を重視しつつ治療を行うが、合併症と再発率からALTAを併用した手術治療の成績が良く、今後も治療の中心になると考えられた。

Ⅲ-1 根治性・安全性からみた痔核手術

大腸肛門病センター高野病院

○辻 順行、中村 寧、村田 隆二、深見 賢作、入江 朋子、久野 三朗、
緒方 俊二、佐伯 泰愼、山田 一隆、高野 正博

以前から肛門疾患の術後は痛いという定評が強くあり手術に躊躇する患者が多かった。しかしALTA導入により、術後疼痛の軽減が可能となった。しかも長期的な経済不況による医療費の対国民総生産額比率の上昇で国は医療費の抑制、すなわち入院期間の短縮化を後押ししており、入院期間はより一層短縮化されつつある。しかし入院期間の短縮化により根治性や安全性が損なわれる可能性が出てくる。そこで現在の痔核の手術法に、ALTAも含めて検討を加え、有効性・安全性・入院期間短縮化の観点から、最も適当な手術法を考察した。

『現状』まず結紮切除（以下LE）の有効性を探ると、1) 再発率は1.8%（17/929例） 2) 強度疼痛の発生を日帰り手術症例から探るとLEX2以下は2.9%、LEX3は16.7%で術後の強度疼痛はLEX3以上で有意に発生率が高い、また嵌頓痔核症例や高肛門静止圧症例は有意に術後疼痛が高い 3) 入院手術を要する術後出血の発生率は0.68%（術後6日～16日、平均10.2日） 4) 狭窄（軽度）はLEX3以下が6.2%、LEX4以上は14.3%でLEX4以上は有意に高いというそれぞれの結果であった。一方ALTAにおける結果は、1) 再発率は4.1%（1年以内） 2) 強度疼痛の発生は0%、3) 入院治療を要する出血の発生率は0.9%（術後21日目）、4) 狭窄（軽度）は2.6%の結果であった。

『比較』両者を比較すると、根治性；LE>>ALTA、疼痛；LE>>ALTA、出血；LE<ALTA、狭窄；LE>>ALTAとまとめることができた。

『結論』以上より有効性・安全性・入院期間短縮化の観点から、最も適当な手術法を検討すると「主痔核の2箇所までは極力LEを行い、他の痔核はALTAで治療する」という手術方法が導かれた。

Ⅲ-2 当院の痔核治療方針

所沢肛門病院

○金井慎一郎、金井 忠男、栗原 浩幸、石川 徹、張 文誠、金井 亮太

近年、痔核の治療に際し色々な治療が選択できるようになった。当院では手術療法・硬化療法（ALTA療法、PAO療法）・ゴム輪結紮、薬物療法を行っている。当院の治療方針は、症状が軽度なものに対しては薬物療法、Goligher2-3度で皮垂・裂肛など随伴病変を伴わない場合や、超高齢者・重篤な基礎疾患を有する場合には硬化療法やゴム輪結紮を選択する。根治治療に際しては1.再発がないこと 2.合併症を起こさないこと 3.より生理的な形で治癒させることを目指しており、原則として手術療法を行っている選択している。当院の手術は結紮切除・開放固定術式を標準としており、一回の手術ですべての併存疾患を治療するようにしている。

【手術手技】肛門上皮を最大限に温存しつつ痔核組織を郭清することを考え、執刀前に適切なデザインをする。宇井式開創器を用いて術野を展開し、皮膚切開は痔核の半分程度とし浅い層で剥離を進める。合併症を起こさないために良好なドレナージ創の確保が肝要である。内括約筋間から出ているTreitz's muscleを切離してゆくと、内括約筋から静脈瘤が剥離されてゆき、いわゆる袋状になる。これを内痔静脈叢の上縁まで進める。静脈瘤の十分な郭清、上皮の温存、左右のバランスなどを確認した後に、根部にゴム輪をかけ結紮を行う。根部ゴム輪結紮の口側で上直腸動脈の刺入結紮を行い高位動脈結紮とする。その後に痔核組織を付けた皮弁を切除する。続いて創辺縁の上皮を、弛んだ上皮・粘膜が元の正常な位置にくるように結節縫合により固定を行う。今回、手術を中心に当院での1年間の症例の集計も含めて報告する。

Ⅲ-3 結紮切除を行わない痔核根治手術 (anal cushion lifting method) の評価

札幌いしやま病院

○樽見 研、石山元太郎、川村麻衣子、西尾 昭彦、石山 勇司

【はじめに】当研究会第3回学術集会ランチョンセミナーにおいて、我々が行っている痔核を結紮切除せず本来あるべき位置につり上げて戻し固定するという術式 (anal cushion lifting method：以下 ACL) を紹介させていただいた。今回はこの術式が痔核に対する外科的治療のスタンダードな術式の選択肢の一つになり得るかどうかについて、有害事象、再発率、患者満足度などから検討したので報告する。

【対象】検討の対象としたのは2008年4月～2011年3月までの3年間にGoligherⅡ度以上の痔核に対してALTA注射療法（以下ALTA）を含めた外科的治療を行った2150例であり、平均年齢は53.7（14～92）歳、男女比は1107：1047ではほぼ性差なし、観察期間は2012年10月までとした。なお複数の術式を併用された症例は検討の対象から外した。

【結果】対象期間に選択された術式はALTA 1046例（48.7%）LE 739例（34.4%）ACL 365例（17.0%）だった。再手術を要した有害事象はACL3.0%、LE 1.9%、ALTA 0.6%の順に多かった。有害事象の内訳はACLではskin tag（1.4%）が多く、LEでは晩期出血（1.1%）、狭窄（0.4%）が多かった。再手術が必要と思われた再発はALTA 4.1%、ACL 2.2%、LE 0.9%の順に多かった。患者に行った満足度（5点満点）のアンケート結果では脱出の改善度の平均点はACL 4.92、ALTA 4.80、LE 4.65の順に高かった。出血の改善度の平均点はいずれの方法もほぼ同じだった。手術を受けて良かったかという感想はACL 5.0、LE 4.95、ALTA 4.75の順に高かった。

【結語】結紮切除を行わない痔核根治手術anal cushion lifting methodは他の術式と同様に安全で患者満足度の高い術式であり、症例によっては最も有用な術式になり得ると考えられた。

Ⅲ-4 私の行っている痔核治療： 痔核に対する標準術式としてのPPH低位吻合法の検討

福井県済生会病院

○飯田 善郎

痔核に対する侵襲的治療として当科では、マクギブニー輪ゴム結紮術（輪ゴム法）、ALTA、PAOによる硬化療法、結紮切除術（LE）、PPHを施行している。患者に各法の長所、短所を説明し、原則として患者の希望する方法を施行している。

（対象）対象は1989年1月19日より2012年8月31日までの間に輪ゴム法を施行した男性112例、女性124例、計236例（平均年齢±標準偏差 53 ± 16 歳）、2000年1月1日より2012年8月31日までの間にALTAによる硬化療法（ALTA）を施行した男性17例、女性6例、計23例（ 61 ± 15 歳）、LEを施行した男性76例、女性45例、計121例（ 56 ± 15 歳）、PPHを施行した男性515例、女性264例、計779例（ 55 ± 15 歳）である。PPH施行群は肛門上皮・直腸粘膜境界線より4cmにタバコ縫合を施行する原法群（01使用）

（原法）67例（ 55 ± 15 歳）と低位吻合群に分けて検討を加え、低位吻合群はさらに01使用群（LA01）227例（ 55 ± 15 歳）と03使用群（LA03）485例（ 55 ± 15 歳）に分けて検討を加えた。

（方法）追跡法は、術後11～13日、約1.5ヶ月、約4.5ヶ月、約1年後に外来受診させ、以後は症状発現時来診とした。（結果）術後合併症：輪ゴム法は、出血を1例（0.4%）、裂肛を1例（0.4%）に認めた。ALTAは肛門腫脹を4例（17%）、裂肛を2例（9%）、排便障害を1例（4%）に認めた。LEは出血を1例（2.5%）に認めた。PPHは出血が、原法：3例（4.5%）、LA01：5例（2.2%）、LA03：10例（2.1%）、肛門腫脹は、原法：3例（7.5%）、LA01：5例（2.2%）、LA03：6例（1.2%）、吻合部狭窄は、原法0%、LA01：2例（0.9%）、LA03：7例（1.4%）、排便障害は、原法0%、LA01：3例（1.3%）、LA03：1例（0.2%）に認めた。再発：輪ゴム法：結紮部と同一部の再発は4例（1.7%）であった。またALTAは2例（15%）、LE：3例（2.5%）、PPHは原法：9例（15%）、LA01：3例（1.4%）、LA03：5例（1.0%）であった。また平均在院日数はALTA：4.1日、LE：8.4日、PPH 原法：4.8日、LA01：5.6日、LA03：5.6日であった。術後就業までの日数はALTA：5.8日、LE：15.7日、LA03：7.5日であった。

（結語）PPH低位吻合法は、結紮切除術と同等の手術成績を示す一方、結紮切除術に比し、術後疼痛が軽微であり、早期退院、早期復職が可能であり、痔核に対する標準術式として有用な方法と考えられた。

Ⅲ-5 とりごしクリニックにおける PPH 手術の経験

とりごしクリニック

○鳥越 義房

当院は肛門疾患専門の有床診療所（9床）として10年前に開業した。開業以来、入院での痔核脱肛の手術は結紮切除術とPPHを行ってきた。平成16年6月から平成24年6月の期間、PPHの手術は663例であった（結紮切除術1222例）。内訳は男性300例平均年齢57.3歳、女性363例平均年齢59.3歳である。平成22年の保険改定で機器代と手技料が健康保険の適用となり症例数は増加傾向にある。使用する機器もプロキシメイトHCSの他にCPH32、CPH34と選択肢も広がり症例別に選ぶことが可能になった。最近の入院期間は1週間以内である。当院の手術手技を紹介する。麻酔は腰椎麻酔。腰に薄い枕をおいた腹臥位。まず、有柄肛門鏡で肛門を拡張しながら肛門管の洗浄消毒を行い機器の大きさを選択する。次にセットの拡張器で十分に拡張後、拡張器を針糸で装着。巾着縫合の前に前方と左右の痔動静脈の高位結紮を吸収糸で行う。この手技により吻合部の出血を軽減することが出来る。巾着縫合は滑りがよいやや大きめの1-0のmonofilament糸で行っている。吻合部が歯状線より高位、理想的には2cm位にくるように巾着縫合をかける。巾着縫合にアンビルを挿入、巾着縫合結紮後糸通し器で糸を外に出し結紮、糸を軽く牽引しながら、ハンドルをアジャストする。ファイヤーの前後に1分間時間を置く。吻合部出血は3-0吸収糸で丁寧に縫合止血するが拡張器を外すとより止血操作が容易になる。同時に外痔核も切除し細い糸で縫合している。PPHでは吻合部が肛門鏡に直角になるので術野が見やすくなる利点がある。術後入院中の出血は2例に経験し1例は腰椎麻酔下止血術、もう1例は局所麻酔下に止血した。結紮切除術症例で経験するブラッドエネマ出血は経験していない。痔核の再発は経験していないが80歳以上の2例が3年後直腸脱になりMiwa-GantとThierschで治療した。以上、当院の現在までの経験と手術手技を供覧し諸先輩のご批判を仰ぎたい。



発売
準備中



処方せん医薬品[※]

クロライドチャンネルアクチベーター

〔薬価基準未収載〕

アミティーザ[®]カプセル24 μ g

ルビプロストンカプセル

Amitiza[®] Capsules 24 μ g

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2012年8月作成

発売元

Abbott

アボット ジャパン株式会社

東京都港区三田 3-5-27

製造販売元

SUCAMPO

株式会社スキャンポファーマ

大阪府大阪市北区曽根崎新地 2-2-16

〔お問い合わせ・資料請求先〕

アボット ジャパン株式会社 くすり相談室
フリーダイヤル 0120-964-930

Abbott
A Promise for Life



生物由来製品 創薬 処方せん医薬品[※]

ヒト型抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤

〔薬価基準収載〕

ヒュミラ[®] 皮下注40mg
シリンジ0.8mL

<皮下注射用アダリムマブ(遺伝子組換え)製剤>

HUMIRA[®]

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

効能・効果, 用法・用量, 警告, 禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売(輸入)元

アボット ジャパン株式会社

〒108-6303 東京都港区三田 3-5-27

販売元

エーザイ株式会社

東京都文京区小石川 4-6-10

商品情報お問い合わせ先: エーザイ株式会社 お客様ホットライン

☎ 0120-419-497 9~18時(土、日、祝日 9~17時)

HUMIRA[®]



Abbott
A Promise for Life

HUR1010M02 2010年10月作成



内痔核硬化療法剤

〔薬価基準収載〕

ジオン[®]注 無痛化剤付

ZIONE[®] INJECTION/LIDOCAINE (硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液)

〔劇薬〕 〔処方せん医薬品〕 (注意・医師等の処方せんにより使用すること)

内痔核硬化療法剤

〔薬価基準収載〕

ジオン[®]注 生食液付

ZIONE[®] INJECTION (硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液)

〔劇薬〕 〔処方せん医薬品〕 (注意・医師等の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



〈資料請求先〉
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区北浜2-6-18



提携先
レキオファーマ株式会社

(A4 1/2) 2009年10月作成



劇薬
痔疾用剤

ネリプロクト[®]

ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン痔疾用剤 **Neriproct[®]**

■ ネリプロクト軟膏 ■ ネリプロクト坐剤

〔薬価基準収載〕

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照ください。



資料請求先
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
<http://www.bayer.co.jp/byl>

2012年6月作成

腸内菌叢の
正常化に！



ビオフェルミン錠剤のビフィズス菌は
腸内で増殖して腸内菌叢を
正常な状態に導き、下痢や便秘などの
諸症状を改善します。

ビフィズス菌整腸剤

ビオフェルミン®錠剤

BIOFERMIN® TABLETS

◎効能・効果：腸内菌叢の異常による諸症状の改善

◎包装：126錠（PTP包装21錠×6）、630錠（PTP包装21錠×30）、1,680錠（PTP包装21錠×80）、1,000錠（バラ包装）

◎用法・用量：通常、成人1日3～6錠を3回に分割経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

◎資料請求先：ビオフェルミン製薬株式会社 学術情報グループ 神戸市長田区三番町五丁目5番地

「使用上の注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元：ビオフェルミン製薬株式会社 神戸市西区井吹台東町七丁目3番4 <http://www.biofermin.co.jp/>

販売：武田薬品工業株式会社 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

日本標準商品分類番号 …… 872316
承認番号 …… 21500AMZ00357000

2010年12月

痔疾用剤 **ボラザ[®]G** 軟膏

BORRAZA[®]-G OINTMENT

〈トリベノシド・リドカイン軟膏〉

薬価基準:収載

■特性

- トリベノシドとリドカインの配合により、痔核、裂肛の病態に適した循環障害改善作用、創傷治癒促進作用、抗浮腫作用、表面麻酔作用を有します。(ラット、モルモット)
- 痔核、裂肛に伴う症状の緩解ならびに裂創の上皮化の促進に優れた臨床効果が認められています。
- 副作用は、承認時までの調査では554例中7例(1.26%)に、市販後の使用成績調査(再審査終了時点)では2,909例中19例(0.65%)に認められ、主なものは皮膚症状と局所の刺激感でした。
(1998年6月 承認時資料及び再審査資料集計)
- 重大な副作用として、アナフィラキシー様症状(頻度不明)があらわれることがあります。
- ステロイドを含有しないsmallチューブ(2.4g)入り軟膏です。

禁忌(次の患者には使用しないこと)

- (1)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2)トリベノシド又はアニリド系局所麻酔剤(リドカイン等)に対し過敏症の既往歴のある患者

■効能・効果

- 痔核に伴う症状(出血、疼痛、腫脹)の緩解
- 裂肛に伴う症状(出血、疼痛)の緩解、裂創上皮化の促進

■用法・用量

- 内痔核には、通常1回1容器分(注入量でトリベノシドとして200mg、リドカインとして40mg)を、1日2回朝夕肛門内に注入する。症状に応じて適宜回数を増減する。
- 裂肛、外痔核には、通常適量を1日2回朝夕患部に塗布又は注入する。症状に応じて適宜回数を増減する。

■使用上の注意(抜粋)

1.慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

- (1)他の薬剤や食物等に対する過敏症の既往歴のある患者
[発疹等の過敏症状発現率が高い傾向にある。]
- (2)気管支喘息、アレルギー性鼻炎等アレルギー疾患の患者及びそれらの既往歴のある患者[発疹等の過敏症状発現率が高い傾向にある。]
- (3)他のトリベノシド製剤又はリドカイン製剤が併用される患者
[トリベノシド又はリドカインの血中濃度が上昇する。]
- (4)慢性関節リウマチの患者[トリベノシドの経口投与による動物実験でアジュバント関節炎を増強させる傾向が報告されている。]
- (5)高齢者(「高齢者への使用」の項参照)

2.相互作用:併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
クマリン系抗凝血剤 (ワルファリン等)	クマリン系抗凝血剤の作用を増強することがあるので用量を調節するなど注意すること。	機序は不明であるが、ラットによるプロトンポンプ時間を指標とした実験で、トリベノシドはクマリン系抗凝血剤ジクマロールの作用を増強するとの報告がある。



3.副作用

再審査終了時、3,463例中26例(0.75%)に副作用が認められている。その主なものは発疹、肛門痒痒等の皮膚症状22例(0.64%)、局所の刺激感8例(0.23%)等である。

以下の副作用は上記の調査あるいは自発報告等で認められたものである。

(1)重大な副作用(頻度不明)

アナフィラキシー様症状: アナフィラキシー様症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、顔面浮腫、蕁麻疹、呼吸困難等があらわれた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2)その他の副作用

	0.1~1%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症 ^{注)}	発疹、痒痒感、局所の刺激感		
消化器		下痢	嘔気
循環器			動悸

^{注)}:観察を十分に行い、このような場合には直ちに使用を中止すること。

- その他の使用上の注意等につきましては、添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)  **天藤製薬株式会社**
〒541-0045 大阪市中央区道修町二丁目3番8号
ホームページ <http://www.amato.co.jp/>

販売  **武田薬品工業株式会社**
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

直腸・肛門カメラシステム

Digital Anoscope



※画像はハメコミ合成です。



AT-DA 001
デジタルアノスコープ



インフォームドコンセントに最適

診察時の説明をより詳細に

患者様と同時に患部画像を見ながら具体的に説明できます。

様々なオプションへの対応

テレビモニター、ビデオプリンターの他、パソコンにもUSBで接続できます。

専用画像管理ソフト

パソコン使用時に、フットスイッチで簡単に画像をファイリングできます。

電子カルテとの連動 (システムロード機、他)

RACCO電子カルテとの連動により、大腸肛門科の所見もスムーズです。

四段階注射法用肛門鏡

Z式肛門鏡

病変部が診やすく
四段階注射法に最適です。

AT-ZZ 004
Z式肛門鏡 (グリップ用) L
AT-ZZ 003
Z式肛門鏡 (グリップ用) M



AT-ZZ 001
Z式肛門鏡 L
AT-ZZ 002
Z式肛門鏡 M

ロングタイプもあります。



AT-ZZ010
Z式肛門鏡 D型

特徴

- ・通常の筒型よりも広角で視野が広い。
- ・注入部位の固定が容易である。
- ・注入部位の圧迫が可能で、注射液が肛門外に漏れるのを防止する。

より明るく経済的に

肛門鏡グリップ

各種肛門鏡に接続できます。

AT-GR 003
LED肛門鏡グリップ



(従来品との比較)

キセノンランプ付
肛門鏡グリップ
LED肛門鏡グリップ



株式会社 荒川製作所

<http://arakawaseisakujo.com>

〒120-0015 東京都足立区足立3-27-1

TEL 03-5888-6855 FAX 03-5888-6880

info@arakawaseisakujo.com



大腸・肛門疾患治療剤 ラインナップ

痔疾患《内服》治療剤

薬価基準収載

ヘモナーゼ配合錠

プロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤

HEMONASE tablet

抗炎症・抗菌痔疾患《外用》治療剤

薬価基準収載

ヘモレックス 軟膏

ヒドロコルチゾン・ジブカイン塩酸塩・フラジオマイシン硫酸塩・エスクロシド配合剤

HAEMOLEX ointment

痔疾用剤

薬価基準収載

ネリザ軟膏・坐剤

ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン配合剤 劇薬

NERIZA ointment / supp.

緩下剤

薬価基準収載

セチロ配合錠

センナ末・ダイオウ末・オウレン末・酸化マグネシウム・硫酸マグネシウム水和物配合剤

CETILO tablet

※ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、各製品添付文書をご参照ください。

ジェイドルフ製薬株式会社

滋賀県甲賀市土山町北土山2739

〔資料請求先〕営業学術部

〒571-0030 大阪府門真市末広町31番8号 サンコオア第3ビル

TEL: 06-6900-8845

2010年6月作成 (CD)

プロキシメイト* PPHキット

PROXIMATE* PPH KIT

PPHは、痛みの少ない
新しい「痔」の治療法です。



直腸脱および痔疾患用処置(PPH)セット
適応: 脱肛を主訴とする内痔核・直腸粘膜脱・不完全直腸脱など

PPHのメリット

- ① 治療後の痛みが従来の方法に比べて少ない
- ② 早期退院・社会復帰が可能
- ③ 肛門周囲の皮膚に傷ができないので、見た目がきれい

PPHは、進行した痔に効果的な治療技術です。

この技術はヨーロッパで生まれ、全世界で既に約70万人※の患者様が
この治療を受けています。(※ 2008年1月時点)



Ethicon
Endo-Surgery

製造販売元
ジョンソン・エンド・ジョンソン 株式会社 メディカルカンパニー
〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号 Tel. (03) 4411-7905

販売名: プロキシメイト* ILS 承認番号: 21900BZX00879000 販売名: プロリーン* 承認番号: 15300BZY01464000
* 商標 © J&J 2011



maruho

痔
の
診
療
に
お
役
立
て
く
だ
さ
い

<http://www.maruho.co.jp/medical/gp-life/>

ポステリザンと痔疾患の情報サイト

痔 ポステリザン-LIFE

ポステリザンの製品情報と痔の診療でお役立ていただける情報をご紹介します。

マルホ ポステリザン

検索

