

<潰瘍性大腸炎（大腸炎型）の治療原則>

A. 軽症

ペンタサ®錠、1日 1.5~4.0g またはサラゾピリン®錠 1日 3~4g、あるいはアサコール®錠 1日 2.4~3.6g を経口投与する。ペンタサ®注腸を併用すると効果の増強が期待できる。左側大腸の炎症が強い場合はステロイド注腸の併用が有効な場合がある。

2週間以内に明らかな改善があれば、引き続きこの治療を続け、可能ならステロイド注腸は漸減中止する。寛解導入後は後述の寛解維持療法を行う。

改善がなければ以上に加えて中等症【プレドニゾロン経口投与】の治療を行う。

B. 中等症

基本的には軽症に準じて良いが、炎症反応や症状が強い場合は、軽症の治療に加えてプレドニゾロン 1日 30~40mg の経口投与を初期より行っても良い。

また、軽症に準じた治療で2週間以内に明らかな効果がない場合や、途中で増悪する場合もプレドニゾロン 1日 30~40mg の経口投与を併用する。

これで明らかな効果が得られたら、20mg まで漸次減量し、以後は2週間毎に 5mg 程度ずつ減量する。ステロイド注腸はプレドニゾロン経口投与を中止するまで続けても良い。その後は軽症に準じて治療継続を原則とする。

C. 重症

入院のうえ、全身状態の改善に対する治療を行う。

(1) 薬物療法としては、当初よりプレドニゾロン 1日 40~80mg（成人においては、1~1.5mg/kg を目安とする）の経口投与あるいは点滴静注を追加する。さらに症状や状態に応じてペンタサ®錠 1日 1.5~4g またはサラゾピリン®錠 1日 3~4g の経口投与やアサコール®錠 1日 2.4g~3.6g 及び注腸剤を併用しても良い。

これで明らかな効果が得られたら、プレドニゾロンを漸次減量し 40mg で寛解導入を期し、その後は2週間毎を目安とし、30mg、20mg と病態に応じて減量し、以降は中等症の【プレドニゾロン経口投与】に準じた治療を行う。

(2) 前項の治療を行っても1~2週間程度で明らかな改善が得られない場合（ステロイド抵抗例）は、ステロイド大量静注療法、あるいは血球成分除去療法・シクロスポリン（サンディミュン®）静注療法・タクロリムス（プログラフ®）経口投与・インフリキシマブ（レミケード®）点滴静注・アダリムマブ（ヒュミラ®）皮下注射のいずれかの治療法を行う。なお、これらの選択肢のうち、一つの治療法で効果が不十分な場合に安易に次々と別の治療法を試すことは慎重であるべきで、外科治療の考慮も必要である。

D. ステロイド抵抗例

ステロイドによる適正な治療にもかかわらず、1～2週間以内に明らかな改善が得られない場合である。

重症度が中等症以上では、血球成分除去療法やタクロリムスの経口投与・インフリキシマブの点滴静注・アダリムマブ皮下注射・シクロスポリンの持続静注が選択可能である。

中等症で重症度が高くない例では、白血球除去療法が推奨される。重症度が高く経口摂取が不可能な劇症に近い症例では、シクロスポリンの選択が推奨される。これらで寛解導入された場合は、寛解維持療法の項に示すようにアザチオプリンや6-MPによる寛解維持療法に移行する。なお、インフリキシマブの点滴静注で寛解に導入された場合は8週毎の投与、アダリムマブの皮下注射で寛解に導入された場合は、2週間の投与による寛解維持療法が選択可能である。

<CMV 腸炎>

ステロイド抵抗例のなかに、クロストリジウム感染やサイトメガロウイルス感染の合併による増悪例が存在する。サイトメガロウイルス腸炎の合併症例に対しては、抗ウイルス剤の併用が有効な場合がある。

サイトメガロウイルス感染合併例の典型的内視鏡所見として、下掘れ状の円形潰瘍を形成する。診断には、末梢血による診断（アンチゲネミア：C7-HRP）等によるウイルス感染細胞数の測定、生検病理所見による核内封入体の証明や免疫染色によるウイルス抗原の同定、あるいはPCRによるウイルスの検出が行われる。

（しかし判断基準は明確に定まっておらず、いまだ議論がある。）

出典：潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針 平成25年度版 改訂版
（平成26年3月31日）、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」班（渡辺班）平成25年度分担研究報告書
P437 - 443, 2014