

第Ⅳ章 急性胆管炎・胆嚢炎診療 バンドル

近年、様々な領域の診療ガイドラインにおいては、診療上行わなくてはならないことをまとめて表示するバンドルが用いられつつある（Clinical practice guidelines：以下CPG）¹⁾。バンドルを遵守することにより、ガイドラインがただ単に作成されるだけでなく、ガイドラインの使用による該当疾患の予後を改善することができる（Observational study：以下OS）²⁾、（Case series：以下CS）³⁾。Levyら（OS）⁴⁾は、Surviving Sepsis Campaign ガイドラインの resuscitation bundle を用いた臨床成績を 165 施設 15,022 例について検討したところ、2年間で死亡率 37.0%から 30.8%に予後改善を認めたと報告している。村田ら（OS）^{5,6)}は、日本での全国集計データ（DPC データ）を用いて、急性胆管炎 60,842 例を検討し、Tokyo Guidelines 2007（TG 07）の推奨度 A や B の項目を遵守されていたグループでは、遵守されていないグループに比べてオッズ比 0.856 と統計学的に有意な予後改善を認めたと報告している。これらのことから、ガイドラインに記された推奨項目で遵守されるべき項目を設定し、バンドルを示すことが重要であることがわかる。本ガイドラインの第 1 版ではバンドルが設定されていなかったが、今回の改訂版では、バンドルを設定した。基本的には、TG 13 の bundle（CPG）⁷⁾を踏襲して作成したが、本邦の保険適応なども考慮して設定している。これらのバンドルを用いて診療例を重ねていただき、臨床的検討の下に、さらなる改訂のポイントなどを各施設から報告していただくことが、今後の本ガイドラインの改訂に必要なエビデンスの構築に役立つことになることと期待される。また、巻末にバンドルのチェックリストも掲載したので実臨床（ベッドサイド）で利用していただきたい。

急性胆管炎診療バンドル

1. 急性胆管炎を疑った場合、本診断基準を用い 6～12 時間毎に診断を繰り返す。
2. 腹部単純 X 線の撮影、腹部超音波を施行し、できる限り CT、MRI、MRCP を施行する。
3. 診断時、診断から 24 時間以内および 24～48 時間の各々の時間帯で、本重症度判定基準を用い重症度を繰り返し評価する。
4. 診断がつき次第、初期治療として、絶食の上で十分な量の補液、電解質の補正、full dose の抗菌薬を静注する。
5. Grade I（軽症）症例では、初期治療に 24 時間以内で反応しない場合、速やかに胆管ドレナージを施行する*。
6. Grade II（中等症）症例では、初期治療を行いつつ、診断後早期に、早期胆管ドレナージ術を行う*。
7. Grade III（重症）症例では、全身管理を行いつつ、診断後早期に、緊急胆管ドレナージ術を行う*。
8. Grade III（重症）症例では、初期治療とともに臓器サポートを直ちに行う。
9. Grade II（中等症）と III（重症）症例では、血液や胆汁の細菌培養を行う。
10. 急性胆管炎消褪後の胆嚢結石には胆嚢摘出術を行う。

*胆管ドレナージが不可能な場合、搬送を検討する。

急性胆嚢炎診療バンドル

1. 急性胆嚢炎を疑った場合、本診断基準を用い6～12時間毎に診断を繰り返す。
2. 腹部超音波を施行し、できる限りCTを施行する。
3. 診断時、診断から24時間以内および24～48時間の各々の時間帯で、本重症度判定基準を用い重症度を繰り返し評価する。
4. 初期治療（絶食、十分な補液、電解質補正、鎮痛薬投与、full doseの抗菌薬静注）を行いつつ、胆嚢摘出術の適応を検討する。
5. Grade I（軽症）症例では、発症から72時間以内の胆嚢摘出術を検討する。
6. 保存的治療を選択したGrade I（軽症）症例では、24時間以内に軽快しない場合、胆嚢摘出術や胆嚢ドレナージを行う*。
7. Grade II（中等症）症例では、緊急胆嚢ドレナージを行う。保存的治療を選択し早期の改善が認められない場合は胆嚢ドレナージを行う*。経験を積んだ施設では早期胆嚢摘出術も考慮する。
8. 手術リスクのあるGrade II（中等症）Ⅲ（重症）症例では、速やかに胆嚢ドレナージを行う*。
9. Grade II（中等症）とⅢ（重症）症例では、血液や胆汁の細菌培養を行う。
10. Grade II（中等症）症例のうち、重篤な局所合併症（胆汁性腹膜炎、胆嚢周囲膿瘍、肝膿瘍）を伴った症例、あるいは、胆嚢捻転症、気腫性胆嚢炎、壊疽性胆嚢炎、化膿性胆嚢炎では、全身状態を管理しつつ、緊急手術（胆嚢摘出術、腹腔ドレナージ術）を行う*。
11. 黄疸発症や全身状態不良なGradeⅢ（重症）症例では、初期治療とともに臓器サポートを直ちに行いながら、緊急胆嚢ドレナージを行う*。有石症例では全身状態改善後に胆嚢摘出術を行う。

*手術や胆嚢ドレナージが不可能な場合、搬送を検討する。

引用文献

- 1) Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign : international guidelines for management of severe sepsis and septic shock : 2008. Crit Care Med 2008 ; 36 : 296-327. (CPG)
- 2) Daniels R, Nutbeam T, Mc Namara G, Galvin C. The sepsis six and the severe sepsis resuscitation bundle : a prospective observational cohort study. Emerg Med J 2011 ; 28 : 507-12. (OS)
- 3) Benneyan JC, Taseli A. Exact and approximate probability distributions of evidence-based bundle composite compliance measures. Health Care Manag Sci 2010 ; 13 : 193-209. (CS)
- 4) Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al. The Surviving Sepsis Campaign : results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Intensive Care Med 2010 ; 36 : 222-31. (OS)
- 5) Murata A, Matsuda S, Kuwabara K, Fujino Y, Kubo T, Fujimori K, et al. Evaluation of compliance with the Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis based on the Japanese administrative database associated with the Diagnosis Procedure Combination system. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2011 ; 18 : 53-9. (OS)
- 6) Murata A, Matsuda S, Kuwabara K, Fujino Y, Kubo T, Fujimori K, et al. An observational study using a national administrative database to determine the impact of hospital volume on compliance with clinical practice guidelines. Med Care 2011 ; 49 : 313-20. (OS)
- 7) Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Garden OJ, et al. TG 13 management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013 ; 20 : 55-9. (CPG)