

| 番号 | テーマ分類 | CQ/BQ文章 | 推奨文 | 合意率(%) |
|--------|----------|---|---|--------|
| | | 大腸憩室症ガイドライン改訂にあたって | | |
| BQ1 | 憩室症(疫学) | 大腸憩室保有者は増加しているか？ | 大腸憩室保有者は、本邦を含むアジアでは増加傾向にある。 | — |
| BQ2 | 憩室症(疫学) | 本邦の大腸憩室保有率はどの程度か？ | 本邦における成人の大腸憩室保有率は約20%であり、欧米より低い。 | — |
| BQ3 | 憩室症(疫学) | 結腸の部位によって大腸憩室の頻度に差があるか？ | 本邦では、大腸憩室は右側結腸に多く、年齢とともに両側結腸の割合が増加する。 | — |
| BQ4-1 | 憩室症(疫学) | 便通異常は大腸憩室症と関連するか？ | 便通異常のうち、便秘症状では大腸憩室症の頻度が低く、排便回数が多い人や下痢・軟便傾向のある人では大腸憩室症の頻度が高いという関連が示されている。 | — |
| BQ4-2 | 憩室症(疫学) | 無症候性大腸憩室症のリスクとなる生活習慣(飲酒、喫煙、食事、運動)は？ | 本邦では飲酒、喫煙が無症候性大腸憩室症の発症リスクである。高繊維食、赤身肉、高脂肪食、運動習慣と無症候性大腸憩室症の発症リスクには一定の見解がない。 | — |
| BQ5 | 憩室症(疫学) | 大腸憩室保有者が大腸憩室出血・大腸憩室炎を発症する割合はどの程度か？ | 大腸憩室保有者の大腸憩室出血の発症率は、観察期間中央値約4年で2.3%であり、0.2%/年、2%/5年、10%/10年と見積もられる。大腸憩室炎の発症率は、観察期間中央値約7年で1.0-4.3%である。 | — |
| BQ6 | 憩室症(疫学) | 無症候性大腸憩室症、大腸憩室出血、大腸憩室炎の頻度に年齢差や性差はあるか？ | 無症候性大腸憩室症、大腸憩室出血は60歳以上に最も多い。一方、大腸憩室炎は40歳以上70歳未満に最も多い。本邦では、無症候性大腸憩室症、大腸憩室出血、大腸憩室炎いずれにおいても男性の割合が多い。 | — |
| BQ7 | 憩室出血(疫学) | 大腸憩室出血は増加しているか？ | 本邦の大腸憩室出血は増加している。 | — |
| BQ8-1 | 憩室出血(疫学) | 大腸憩室出血の自然止血率はどの程度か？ | 本邦の大腸憩室出血の自然止血率は70-90%である。 | — |
| BQ8-2 | 憩室出血(疫学) | 大腸憩室出血が一旦止血された後の長期再出血率はどの程度か？ | 本邦の大腸憩室出血の再出血率は、1年後で19~35%である。 | — |
| BQ9 | 憩室出血(疫学) | 大腸憩室出血の頻度、重症度、転帰は、他の急性下部消化管出血と異なるか？ | 大腸憩室出血は、急性下部消化管出血の原因の中で最も頻度が高い。他の急性下部消化管出血と比較して、重症出血の割合、再出血率、輸血率が高く、内視鏡的止血術や動脈塞栓術などの治療が必要となる割合も高い点の特徴である。一方で、手術施行率および死亡率は比較的低いという点で異なる。 | — |
| BQ10 | 憩室出血(疫学) | 大腸憩室出血の入院中死亡率はどの程度か？ | 本邦の大腸憩室出血の入院中死亡率は、5%未満である。 | — |
| BQ11-1 | 憩室出血(疫学) | 肥満は大腸憩室出血のリスクか？ | 内臓脂肪型肥満は大腸憩室出血のリスクとなり得る。 | — |
| BQ11-2 | 憩室出血(疫学) | 喫煙と飲酒は大腸憩室出血のリスクか？ | 飲酒は大腸憩室出血と関連し得る。一方、喫煙との関連は明らかではない。 | — |
| BQ12 | 憩室出血(疫学) | NSAIDsや抗血栓薬は大腸憩室出血のリスクを高めるか？ | NSAIDsおよびアスピリンは共に大腸憩室出血発症のリスクを高めるが、アスピリン以外の抗血小板薬、抗凝固薬は一定の見解が得られていない。 | — |
| BQ13-1 | 憩室出血(管理) | 急性下部消化管出血または大腸憩室出血が疑われる患者の初期診療では、何を聴取し、何をすべきか？ | 急性下部消化管出血または大腸憩室出血が疑われる患者の初期診療においては、まず意識状態やShock indexを含む血圧・脈拍などの血行動態を評価する。その上で、病歴、随伴症状、薬剤使用歴、併存疾患を聴取し、身体診察(直腸診を含む)および血液検査を実施する。 | — |
| BQ13-2 | 憩室出血(管理) | 急性血便を呈する症例の鑑別診断において考慮すべき事項は何か。 | 急性下部消化管出血と急性上部消化管出血、および小腸出血の鑑別には、受診時の血圧低下、頻脈、意識障害、黒色便、ヘマトクリット値の低下、BUN/Cr比の上昇(30または35以上)などの臨床所見を考慮する。これらの臨床所見を認めた場合は、大腸憩室出血以外の診断も考慮し、上部消化管内視鏡検査や小腸内視鏡検査を実施する。 | — |
| BQ13-3 | 憩室出血(管理) | 急性下部消化管出血または大腸憩室出血において、重症化(持続出血や再出血など)の予測因子は何か？ | 急性下部消化管出血または大腸憩室出血における重症化(持続出血や再出血など)の予測スコアリングモデルがあり、その構成する因子として、血行動態の不安定性、出血の持続、併存疾患の有無、高齢、血液検査所見、輸血の必要性、および特定の薬剤使用歴が挙げられる。 | — |
| BQ13-4 | 憩室出血(管理) | 抗血栓薬を内服している急性下部消化管出血や大腸憩室出血患者は、発症後に抗血栓薬の休薬や中止を考慮すべきか？ | 一次予防目的以外で抗血栓薬を内服している急性下部消化管出血患者には、抗血栓薬の継続を考慮する。ただし、受診後も出血が持続したり再発を繰り返す重症出血では、一時的な休薬を考慮する。複数の抗血栓薬を内服している場合には、各薬剤の中止に関して血液、循環器、神経、消化器の専門家の意見を参考にし、密に連携を取って決定する。 | — |
| FRQ14 | 憩室出血(管理) | 急性下部消化管出血患者や大腸憩室出血を疑う患者は外来管理ができるか？ | 急性下部消化管出血患者や大腸憩室出血を疑う患者は、Shock index<1の場合、重症化スコアやCT検査の所見を参考に外来管理が可能である。 | — |

| 番号 | テーマ分類 | CQ/BQ文章 | 推奨文 | 合意率(%) |
|--------|----------|--|---|--------|
| CQ15 | 憩室出血(治療) | 急性下部消化管出血、大腸憩室出血における輸血の適応は？ | 血行動態が安定している急性下部消化管出血患者や大腸憩室出血患者はヘモグロビン7g/dL未満での輸血を提案する。ただし、重症出血患者、冠疾患患者、末梢血管障害、脳卒中患者にはヘモグロビン9g/dL以下での輸血を考慮してよい。 | 100% |
| BQ16-1 | 憩室出血(診断) | 急性下部消化管出血、大腸憩室出血を疑った際に、診断を確定するための最適な検査方法は何か？ | 急性下部消化管出血、大腸憩室出血を疑った際の、確定診断法は大腸内視鏡検査である。 | — |
| BQ16-2 | 憩室出血(診断) | 急性下部消化管出血や大腸憩室出血を疑う患者に対して大腸内視鏡検査前の造影CT検査の実施は出血源同定に有効か？ | 急性下部消化管出血や大腸憩室出血を疑う患者に対して大腸内視鏡検査前の造影CT検査は出血源同定に有効である。 | — |
| CQ17 | 憩室出血(診断) | 急性下部消化管出血や大腸憩室出血を疑う症例において、受診後24時間以内に大腸内視鏡検査を実施することは臨床転帰を改善するか？ | 急性下部消化管出血患者や大腸憩室出血を疑う症例における早期の大腸内視鏡検査は、再出血という重要な臨床転帰を改善しないため、すべての患者に対して実施することは提案しない。 | 100% |
| BQ18 | 憩室出血(診断) | 出血源が同定できていない場合の急性下部消化管出血や、大腸憩室出血を疑う患者に対する大腸内視鏡では、経口洗浄剤による前処置は考慮されるべきか？ | 出血源が同定できていない場合の急性下部消化管出血や大腸憩室出血を疑う患者に対する大腸内視鏡の前処置として、経口洗浄剤の使用を考慮する。 | — |
| BQ19-1 | 憩室出血(診断) | 急性下部消化管出血または大腸憩室出血が疑われる症例において、S状結腸鏡検査と比較して全大腸内視鏡検査を実施することで、臨床転帰の改善が期待できるか？ | 急性下部消化管出血や大腸憩室出血が疑われる症例は、回腸末端を含む全大腸内視鏡検査をすることで、出血源同定や診断率向上に期待できる。 | — |
| BQ19-2 | 憩室出血(診断) | 大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術の適応となる内視鏡所見はどのようなものか？ | 大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術の適応となるのは、SRH(stigmata of recent hemorrhage)とされる以下の内視鏡所見が認められる場合である:①活動性出血、②非出血性露出血管、③除去によって①または②が確認される付着凝血塊。 | — |
| BQ19-3 | 憩室出血(診断) | 急性下部消化管出血や大腸憩室出血の内視鏡検査の際、出血源同定に有効な内視鏡検査法の工夫はあるか？ | 急性下部消化管出血や大腸憩室出血の内視鏡検査の際、出血源同定の工夫として、内視鏡のタイミング、内視鏡先端フードの使用、water-jet scopeの使用などがある。 | — |
| BQ20-1 | 憩室出血(診断) | 大腸憩室出血に対する各種内視鏡的止血術の間で、臨床転帰に差は認められるか？ | 内視鏡的止血術にはクリップ法、結紮法、凝固法、エピネフリン局注法がある。バンド結紮法とクリップ直達法は他の止血法に比べ再出血率が低い。 | — |
| BQ20-2 | 憩室出血(治療) | 内視鏡的止血術後の偶発症はどのようなものがあるか？ | 内視鏡的止血術後の偶発症には、腹痛、敗血症、憩室炎、遅発性穿孔が挙げられる。クリップ法およびEBL後の憩室炎や遅発性穿孔の発生頻度はそれぞれ1%未満と低い。 | — |
| BQ21-1 | 憩室出血(治療) | 大腸憩室出血における経カテーテル動脈塞栓術による止血術は、どのような患者が適応か？ | 大腸憩室出血における経カテーテル動脈塞栓術による止血術は、造影CTにて血管外漏出像が陽性、ショック、あるいはショックから離脱できない症例、大量の持続する出血で内視鏡的に出血源の同定が困難、あるいは出血源を同定したものの、内視鏡的止血術が困難な症例、繰り返す再発性の出血症例である。動脈塞栓術の適応の判断には、実施のタイミング、偶発症リスク、費用、各施設の実施体制を考慮する。 | — |
| BQ21-2 | 憩室出血(治療) | 大腸憩室出血に対する経カテーテル動脈塞栓術は臨床転帰を改善するか？ | 大腸憩室出血に対する経カテーテル動脈塞栓術は、血管造影で出血源を同定できた場合、再出血や外科治療移行などの臨床転帰の改善が期待できる。 | — |
| BQ21-3 | 憩室出血(治療) | 大腸憩室出血に対する経カテーテル動脈塞栓術の注意すべき偶発症は何か？ | 経カテーテル動脈塞栓術による偶発症は、塞栓に伴う腸管虚血と、それに伴う穿孔・狭窄に加え、胆嚢虚血、下肢虚血、刺入部の血腫、感染、造影剤腎症、造影剤アレルギーがある。 | — |
| BQ22 | 憩室出血(治療) | 大腸憩室出血で、緊急大腸切除術による止血の適応はどのような患者か？ | 大腸憩室出血に対する緊急大腸切除術の適応となる症例は、内視鏡治療や動脈塞栓術が奏功しなかった重症例に限定される。 | — |
| BQ23 | 憩室出血(治療) | バリウム充填療法は大腸憩室出血の治療に有効か？ | バリウム充填療法の1次止血効果のエビデンスは乏しく、バリウムが残存するとその後の内視鏡治療、動脈塞栓術、大腸切除術に難渋するため実施しないことを提案する。一方、一旦止血後の再出血予防効果を示すエビデンスが存在する。 | — |
| CQ24 | 憩室炎(治療) | 大腸憩室出血に対する早期の食事再開は推奨されるか？ | 大腸憩室出血の止血確認後に早期の食事再開を提案する。 | 93% |
| BQ25-1 | 憩室出血(管理) | 大腸憩室出血の再発予防のためにNSAIDs中止は考慮すべきか？ | 大腸憩室出血の再発予防のため、NSAIDs中止を考慮する。 | — |
| BQ25-2 | 憩室出血(管理) | 大腸憩室出血のため一旦中止した抗凝固薬は再開を考慮すべきか？その再開時期は？ | 大腸憩室出血で中止した抗凝固薬は、止血が確認できた段階で抗凝固薬を再開することを考慮する。 | — |
| BQ25-3 | 憩室出血(管理) | 大腸憩室出血で中止した抗血小板薬は再開を考慮すべきか？その再開時期は？ | 大腸憩室出血で中止した抗血小板薬は、止血が確認できた段階で早急に再開することを考慮するが、一次予防で内服している場合には、再開しないことを考慮する。 | — |
| CQ26 | 憩室出血(治療) | 大腸憩室出血の内視鏡的止血術の長期再発予防効果はあるのか？ | 大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術は、1年以内の再出血予防に有効であるため実施を提案する。 | 100% |
| BQ27 | 憩室炎(疫学) | 大腸憩室炎は増加しているか？ | 大腸憩室炎の罹患率は、米国では横ばいで推移しており、欧州では増加傾向にある。一方、本邦における罹患率の動向については明らかではない。 | — |

| 番号 | テーマ分類 | CQ/BQ文章 | 推奨文 | 合意率(%) |
|--------|---------|--|---|--------|
| BQ28 | 憩室炎(疫学) | 結腸の部位によって大腸憩室炎の頻度・重症度に差があるか？ | 本邦では、大腸憩室炎の頻度は60歳未満で右側結腸憩室炎が多く、60歳以上では左側結腸憩室炎が多い。重症度に関しては、右側結腸憩室炎よりも左側結腸憩室炎で割合が高い。 | — |
| BQ29 | 憩室炎(疫学) | 大腸憩室炎のリスク因子はあるか？ | 食習慣、生活習慣、薬剤使用、肥満、排便回数、炎症マーカー、宿主の遺伝子多型など複数のリスク因子が報告されている。 | — |
| BQ30 | 憩室炎(疫学) | 大腸憩室炎の死亡率はどの程度か？ | 本邦では、膿瘍などの合併症がない大腸憩室炎の死亡率は1%未満であり、合併症を有する大腸憩室炎の死亡率は5%未満と報告されている。 | — |
| CQ31 | 憩室炎(診断) | 大腸癌除外のために、大腸憩室炎治療後に大腸内視鏡を施行すべきか？ | 大腸憩室炎後には大腸内視鏡を実施することを提案する。 | 100% |
| BQ32-1 | 憩室炎(診断) | 大腸憩室炎の診断には身体所見や血液検査に加えて画像検査が考慮されるべきか？ | 大腸憩室炎の診断には身体所見や血液検査に加えて画像検査を考慮する。 | — |
| BQ32-2 | 憩室炎(診断) | 大腸憩室炎の画像診断として、どのモダリティが有効か？ | 大腸憩室炎の画像診断として、CT検査を実施することを考慮する。CT検査ができない場合は、腹部超音波検査やMRI検査を考慮する。 | — |
| CQ33 | 憩室炎(治療) | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎に対して外来治療は推奨できるか？ | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎は、経口摂取可能であれば外来治療は提案できる。ただし、敗血症患者や免疫抑制患者においては提案できない。 | 93% |
| CQ34-1 | 憩室炎(治療) | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎に、抗菌薬を投与しないことは推奨されるか？ | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎に、抗菌薬を投与しないことを提案する。 | 86% |
| BQ34-2 | 憩室炎(治療) | 免疫抑制患者の膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎において、抗菌薬投与が考慮されるべきか？ | 免疫抑制患者の膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎には、抗菌薬投与を考慮する。 | — |
| BQ34-3 | 憩室炎(治療) | 妊婦の膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎において、抗菌薬の投与が考慮されるべきか？ | 妊婦の膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎には、抗菌薬投与を考慮する。 | — |
| BQ35-1 | 憩室炎(治療) | 汎発性腹膜炎を呈する大腸憩室炎は緊急手術は考慮されるべきか | 汎発性腹膜炎を呈する大腸憩室炎は緊急手術を実施することを考慮する。 | — |
| BQ35-2 | 憩室炎(治療) | 膿瘍合併大腸憩室炎の治療方針は膿瘍のサイズにより異なるか？ | 膿瘍合併大腸憩室炎（Hinchey I または II）の治療方針は、膿瘍が約3 cm 以下の場合には、抗菌薬投与と腸管安静を考慮する。一方、膿瘍が約5 cm を超える場合には、超音波あるいはCTガイド下ドレナージと抗菌薬投与、腸管安静を実施することを考慮する。3～5 cm の境界サイズの膿瘍は、患者の病態、人的・施設的ドレナージ実施可能性など勘案して個々に治療方法を選択する。 | — |
| BQ35-3 | 憩室炎(治療) | 抗菌薬投与で改善しない膿瘍合併大腸憩室炎に大腸切除術は考慮されるべきか？ | 抗菌薬投与やドレナージ治療で改善しない膿瘍合併大腸憩室炎は、大腸切除術を考慮する。 | — |
| BQ36 | 憩室炎(治療) | 瘻孔合併大腸憩室炎の治療には大腸切除術が考慮されるべきか？ | 瘻孔合併大腸憩室炎の治療には大腸切除術を考慮する。 | — |
| BQ37 | 憩室炎(治療) | 狭窄合併大腸憩室炎に対して大腸切除術を考慮するべきか？ | 狭窄合併大腸憩室炎に対する治療として大腸切除術を考慮する。 | — |
| CQ38 | 憩室炎(治療) | 合併症を有する憩室炎に対する術式としてHartmann手術以外の術式が推奨されるか？ | 合併症を有する憩室炎に対する術式として、S状結腸一次吻合術はQOL温存の観点から選択することが提案される。 | 93% |
| BQ39-1 | 憩室炎(治療) | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎の再発率はどの程度か？ | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎の再発率は、用いた再発の定義により異なるが、1ヶ月で3%、1年で5～10%、5年で10～20%である。 | — |
| BQ39-2 | 憩室炎(治療) | 膿瘍や穿孔を伴わない大腸憩室炎を繰り返す症例において、待機的大腸切除術は考慮されるべきか？ | 膿瘍・穿孔を伴わない大腸憩室炎を繰り返すだけでは、待機的大腸切除術を考慮すべきではない。しかし、免疫不全、合併症の状況、年齢、繰り返す憩室炎の重症度などを総合的に評価した上で、一部の症例では待機的大腸切除術の実施が考慮される。 | — |
| BQ40-1 | 憩室炎(治療) | 膿瘍を合併した大腸憩室炎に対して外科的切除を行わなかった場合の再発率はどの程度か？ | 膿瘍を合併した大腸憩室炎を保存的に治療した後の再発率は1年で10～15%程度、5年で25～30%程度であり、発症後1年以内の再発が多い。経皮的ドレナージ施行の有無で再発率は変わらない。 | — |
| BQ40-2 | 憩室炎(治療) | 過去に膿瘍を伴った大腸憩室炎の再発時における治療は保存的治療が考慮されるべきか？ | 過去に膿瘍を伴った大腸憩室炎の再発時は、初発時と同様に膿瘍・穿孔がなければ保存的治療を考慮する。一方、膿瘍を合併している場合はBQ35-2およびBQ35-3に準じ膿瘍径に応じた治療を考慮する。 | — |
| BQ41 | 憩室炎(疫学) | 大腸憩室炎の再発を予防する因子はあるか？ | 大腸憩室炎の再発を予防する因子として、ごぼう茶の摂取がある。喫煙や肥満、脂質異常症、ステロイド使用は再発のリスク因子である。 | — |
| FRQ42 | 憩室炎(疫学) | 憩室炎ではない腹部症状を呈する症候性非合併型憩室症（Symptomatic uncomplicated diverticular disease: SUDD）とはどのような疾患か？ | 下腹部痛、下痢など繰り返す腹部症状を伴う大腸憩室症でSUDDを疑う。しかし、SUDDの診断や治療介入の有用性を示すエビデンスは現時点では限られている。現段階ではSUDDに特化した治療ではなく随伴する個々の腹部症状の内科治療を行うことを提案する。 | — |
| | | 憩室出血・憩室炎フローチャート | | |