

日本国内における内痔核治療の現状に関するアンケートのお願い

第13回内痔核治療法研究会総会 当番世話人 梅枝 寛

第13回内痔核治療法研究会総会の企画として「日本国内における内痔核治療の現状」をまとめようと考えております。お手数ですが、以下の各項目について（○）で選択、あるいは順位付け等をお願い致します。

※ 回答は、FAX または郵送、あるいは回答用紙をスキャンしていただき pdf ファイル添付の上メール送信ください。

※ **回答締切日：2019年4月1日（月曜日）**

※ 本アンケート内容は、内痔核治療法研究会以外の目的には一切使用致しません。また、許可なく氏名、医療機関名を公表することはございません。

《回答アンケート用紙の送付先》

①FAX・郵送先

レキオファーマ株式会社 コールセンター

FAX：0120-604-108 (TEL：0120-706-189)

〒900-0032 沖縄県那覇市松山 2-1-12

②E-mail での送付先：alta.zione@j-dolph.co.jp (第13回内痔核治療法研究会総会 事務局)

《問い合わせ先》

〒571-0030 大阪府門真市末広町 31-8 サンコオア第3ビル6階

ジェイドルフ製薬株式会社 営業本部内「第13回内痔核治療法研究会総会 事務局」

担当：小野、塚谷 TEL 06-7507-2192 FAX 06-6907-3845

E-mail：alta.zione@j-dolph.co.jp

医療機関名： _____ (_____ 都・道・府・県)

氏 名： _____

1) 先生の主たる診療科は何ですか。当てはまるものに○をつけてください。

1：肛門科 () 2：外科 () 3：内科 () 4：その他 ()

2) 先生の年齢をお聞きします。

() 歳代

3) 性別をお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

1：男 () 2：女 ()

4) 先生の所属されている施設で、当てはまるものに○をつけてください。

1：大学病院 () 2：一般病院・201床以上 ()

3：一般病院・101～200床 () 4：一般病院・100床以下 ()

5：有床診療所 () 6：無床診療所 ()

- 7 : 直腸肛門内圧検査 ()
 8 : 直腸肛門筋電図検査 ()
 9 : CT 検査 ()
 10 : MRI 検査 ()
 11 : PET 検査 ()

1 1) 「痔核」治療について伺います。現在施行している治療について、頻度の多い順に番号(1、2、3・・・)をつけてください。施行していない治療には×をつけてください。

- 1 : 5%phenol almond oil(PAOSCLE)硬化療法 ()
 2 : ALTA 硬化療法 ()
 3 : 輪ゴム結紮療法 ()
 4 : 痔核結紮切除術 (LE) ()
 5 : ALTA 硬化療法+LE 痔核結紮切除術併用療法 ()
 6 : PPH ()
 7 : つり上げ固定術 (ACL) ()
 8 : 分離結紮術 ()
 9 : 内視鏡的ゴム輪結紮 (EHL) ()
 10 : 内視鏡的 ALTA 硬化療法 ()
 11 : LigaSure による切除 ()
 12 : レーザーメスによる切除 ()
 13 : 超音波メスによる切除 ()
 14 : 凍結療法 ()
 15 : ブラーツ法 ()
 16 : 赤外線照射療法 ()
 17 : その他併用等① (+) ()
 18 : その他併用等② (+) ()
 19 : その他併用等③ (+) ()
 20 : その他併用等④ (+) ()

1 2) ALTA 施行時の体位について伺います。頻度の多い順に番号(1、2、3～)を入れてください。行われていない場合には×をつけてください。

- 1 : 側臥位 (SIMS:シムス) ()
 2 : ジャックナイフ体位 ()
 3 : 碎石位 ()
 4 : その他 () ()

1 3) ALTA 施行時の麻酔について伺います。頻度の多い順に番号（1、2、3・・・）をつけてください。施行していない治療には×をつけてください。

- 1：無麻酔で施行している。 ()
- 2：局所麻酔を施行している ()
- 3：仙骨硬膜外麻酔を施行している ()
- 4：腰椎麻酔を施行している ()
- 5：サドルブロックを施行している ()
- 6：全身麻酔を施行している ()
- 7：その他 () ()

1 4) ALTA 施行時の肛門鏡について伺います。頻度の多い順に番号（1、2、3・・・）をつけてください。施行していない場合には×をつけてください。

- 1：Z 式肛門鏡 ()
- 2：Z 式以外の筒型肛門鏡 () 名称 ()
- 3：スリット型肛門鏡 () 名称 ()
- 4：2 枚貝式肛門鏡 () 名称 ()
- 5：その他の肛門鏡 () 名称 ()

1 5) ALTA 治療時に抗生剤を使用していますか。いずれかに○をつけてください。

- 1：はい () 2：いいえ ()

・抗生剤を使用している場合、抗生剤の薬剤名および用量と日数を教えてください。

薬剤名① () 用量： () 日数（術前・中） _____ 回

薬剤名② () 用量： () 日数（術後） _____ 日間

1 6) ALTA に対して術前の処置を行っていますか。いずれかに○をつけてください。

①：坐剤を使用していますか。

- 1：はい () 2：いいえ ()

使用している場合、薬剤名を教えてください（薬剤名： _____）

②：浣腸を行っていますか。

- 1：はい () 2：いいえ ()

行っている場合、薬剤名を教えてください。（薬剤名： _____）

③：その他に処置を行っている場合は処置名・方法を記載してください。

(_____)

1 7) ALTA に対して術後に痔疾用剤（外用剤や内服剤）を使用されていますか。いずれかに○をつけてください。

1：はい（ ） 2：いいえ（ ）

・使用している場合、剤型と使用日数を教えてください。使用していない場合には×をつけてください。

1：軟膏（ステロイド含有）（ ） 日数（ ）

2：軟膏（非ステロイド）（ ） 日数（ ）

3：坐剤（ステロイド含有）（ ） 日数（ ）

4：坐剤（非ステロイド）（ ） 日数（ ）

5：経口（ ） 日数（ ）

1 8) ALTA 療法施行時の ALTA の総使用量について伺います。

①： ALTA「単独療法」の場合の ALTA 総投与量の平均（ ） mL/例

②： LE+ALTA 等「併用療法」の場合の ALTA 総投与量の平均（ ） mL/例

1 9) ALTA 単独施行時の日帰りまたは入院期間について伺います。もっとも当てはまるものに○をつけてください。

1：日帰り（ ）

2：1～3日間の入院（ ）

3：4～7日間の入院（ ）

4：8～15日間の入院（ ）

5：15日間以上の入院（ ）

2 0) 結紮切除術（LE）における創処置について伺います。当てはまるものに○をつけてください。

1：開放術式（ ）

2：半閉鎖術式（ ）

3：完全閉鎖術式（ ）

4：その他の方法を行っている場合は、術式・方法を記載してください。

（ ）

2 1) 結紮切除術（LE）施行時の体位について伺います。頻度の多い順に番号（1、2、3～）を入れてください。行われていない場合には×をつけてください。

1：側臥位（SIMS:シムス）（ ）

2：ジャックナイフ体位（ ）

3：碎石位（ ）

4：その他（ ）（ ）

2 2) 結紮切除術（LE）施行時に使用している糸の品名と号数について伺います。

糸の品名（ ） 号数（ ）

2 3) 結紮切除術 (LE) 施行時の日帰りまたは入院期間について伺います。もっとも当てはまるものに○をつけてください。

1：日帰り ()

2：1～3日間の入院 ()

3：4～7日間の入院 ()

4：8～15日間の入院 ()

5：15日間以上の入院 ()

2 4) LE と ALTA の併用療法について伺います。頻度の多い順に番号 (1、2、3・・・) をつけてください。施行していない治療には×をつけてください。

1：主な痔核に ALTA を行い、一部の痔核に LE ()

2：主な痔核に LE を行い、一部の痔核に ALTA ()

3：各々の痔核について内側 ALTA、外側を LE または切除 ()

4：その他 (手技方法：) ()

2 5) LE と ALTA 併用療法時の体位について伺います。頻度の多い順に番号 (1、2、3～) を入れてください。行われていない場合には×をつけてください。

1：側臥位 (SIMS:シムス) ()

2：ジャックナイフ体位 ()

3：碎石位 ()

4：その他 () ()

2 6) LE と ALTA の併用療法の場合の日帰りまたは入院期間について伺います。もっとも当てはまるものに○をつけてください。

1：日帰り ()

2：1～3日間の入院 ()

3：4～7日間の入院 ()

4：8～15日間の入院 ()

5：15日間以上の入院 ()

以上

ご協力をいただきありがとうございました。