

第19回 内痔核治療法研究会総会

プログラム・抄録集

令和8年(2026年)7月12日(日)

当番世話人 小原 誠

共 催

内痔核治療法研究会
ジェイドルフ製薬株式会社

第19回 内痔核治療法研究会総会 ご挨拶

百尺竿頭 — ALTA療法その先へ —

ALTA療法は2005年の保険収載以降、その低侵襲性と良好な短期成績により、内痔核治療における重要な選択肢として広く普及し、現在では確かな位置付けが確立されてまいりました。術後疼痛の軽減や早期社会復帰といった利点は、多くの患者に恩恵をもたらし、日常診療において欠かせない治療法の一つとなっております。

一方で、治療が広く行われるようになった今だからこそ、その成績や安全性について改めて丁寧に見つめ直すことも重要であると考えます。有害事象として報告されている局所潰瘍や狭窄、遷延する疼痛、感染性合併症などは頻度としては高くないものの、適応や手技との関連も含め慎重に検討していくべき課題であります。

本総会は、ALTA療法を単に評価するにとどまらずその利点と課題の双方を共有し、より安全で有効な治療へと発展させていくことを目的としております。各施設のご経験や工夫を持ち寄り、率直で建設的な議論を通じて、今後の診療に資する知見を深める機会となれば幸いです。

「百尺竿頭一步を進む」

これまで積み重ねてきた成果を大切にしつつ、さらに一步前へ進む。そのような前向きな姿勢のもと、本会が内痔核治療のさらなる向上に寄与する場となることを願っております。

第19回 内痔核治療法研究会総会
当番世話人 小原 誠
(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

第19回 内痔核治療法研究会総会

日時：2026年7月12日（日）9：30～15：00

場所：ソラシティカンファレンスセンター

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台4-6 御茶ノ水ソラシティ

TEL 03-6206-4855

会場：総会 2階「sola city Hall」

世話人会 2階「Terrace Room」

内痔核治療法研究会：

代表世話人：松尾 恵五（東葛辻仲病院）

常任世話人（順不同）

樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）
八子 直樹（八子医院）
岡本 欣也（東京山手メディカルセンター）
小村 憲一（小村肛門科医院）
小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）
宮田美智也（家田病院）
野崎 元子（のぎきクリニック）
山本 秀尚（山本クリニック）
小野 芳人（渡辺病院）
鮫島 隆志（鮫島病院）

世話人（順不同）

鉢呂 芳一（くにもと病院）
石山元太郎（札幌いしやま病院）
早川 一博（早川内科肛門科）
菊田 信一（いわき泉肛門科クリニック）
寺田 俊明（寺田病院）
田中 良明（寺田病院）
羽田 丈紀（おなかクリニック・おしりセンター）
山口トキコ（マリーゴールドクリニック）
岡本 康介（松島病院大腸肛門病センター）
渡辺 洋行（肛門外科渡辺医院）
松田 聡（松田病院）
田畑 敏（市立砺波総合病院）
服部 和伸
瀬下 巖（せしも胃腸肛門科クリニック）
増田 勉（生駒胃腸科肛門科診療所）
藤解 邦生（広島DS内視鏡・日帰り手術クリニック）
宮本 英典（宮本病院）
矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）
辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）
仕垣幸太郎（大浜第一病院）
日高 仁（日高大腸肛門科クリニック）

特別顧問（順不同）

岩垂 純一（岩垂純一診療所）
高野 正博（大腸肛門病センター高野病院）
黒川 彰夫（神戸マリナーズ厚生会病院）
斎藤 徹（大阪中央病院）
高村 寿雄（東神戸病院）

顧問（順不同）

小杉 光世
坂田 寛人（坂田肛門科医院）
日高 久光（日高大腸肛門科クリニック）
松島 誠（松島病院大腸肛門病センター）
佐原力三郎（牧田総合病院）
梅枝 覚（四日市羽津医療センター）
瀧上 隆夫（チクバ外科・胃腸科・肛門科病院）
加藤 典博（ふるだて加藤肛門外科クリニック）
岡空 達夫（三好病院）
國本 正雄（くにもと病院）
黒木 政純（くろき医院）
松田 直樹
紙田 信彦

共 催：内痔核治療法研究会

ジェイドルフ製薬株式会社

会場周辺および会場までの交通機関



【最寄り駅からのご案内】

- JR中央線・総武線「御茶ノ水」駅 聖橋口から 徒歩1分
- 東京メトロ千代田線「新御茶ノ水」駅 B2出口【直結】
- 東京メトロ丸ノ内線「御茶ノ水」駅 1番出口から 徒歩4分
- 都営地下鉄 新宿線「小川町」駅 B3出口から 徒歩6分

【東京駅からのご案内】

- JR中央線「東京」駅 $\xrightarrow{4分}$ 「御茶ノ水」駅

【羽田空港からのご案内】「東京」駅または「神田」駅乗り換え

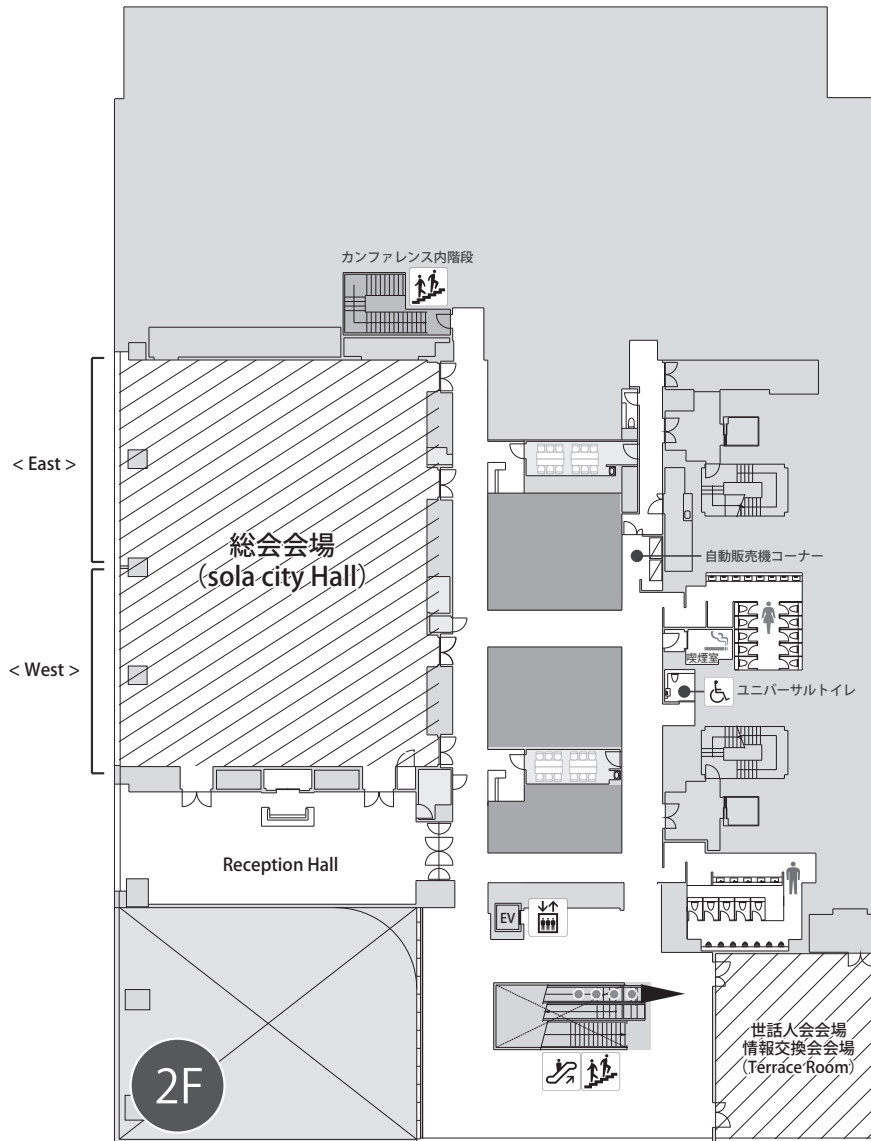
- 東京モノレール「羽田空港」 $\xrightarrow{25分}$ JR「浜松町駅」 $\xrightarrow{山手線 6分}$ 「東京」駅 $\xrightarrow{中央線 2分}$ 「神田」駅 $\xrightarrow{3分}$ 「御茶ノ水」駅

ソラシティカンファレンスセンター

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台4-6 御茶ノ水ソラシティ

TEL : 03-6206-4855

会場案内図



2 階

お知らせとお願い

参加者の先生方へのご案内

■ 開催形式・期間

第19回内痔核治療法研究会総会は、ハイブリッド形式（ソラシティカンファレンスセンター＋WEBライブ配信）で開催します。また、会期後に期間限定でオンデマンド配信を行います。

○ハイブリッド形式（会場参加、またはWEBによる参加）：

2026年7月12日（日）9：30～15：00（現地受付開始、ウェビナーオープンは9：00～）

○オンデマンド配信：2026年7月21日（火）～8月31日（月）

■ 参加登録・参加費のお支払い

1. 参加資格

内痔核治療法研究会の会員のみとします。

2. 参加方法

- ・ 会場参加、WEBによる参加、いずれの場合も事前登録と致します。
- ・ オンデマンド配信のみを希望される場合も、「WEB視聴で参加＋オンデマンド視聴」で事前登録をしてください。
- ・ 参加登録・参加費のお支払いは、イベントプランナー（外部リンク：<https://event.event-planner.net/event/bundlesite/3p7cbf7c>）のチケットシステムを利用しますので、パソコン、スマートフォン等からお申し込みください。
- ・ 参加登録期間内に上記イベントプランナーへアクセスし必要事項を入力の上、参加登録を行い、参加費をお支払いください。
- ・ 内痔核治療法研究会ホームページ（<https://www.zinjection.net/>）のお知らせに「参加申込受付開始」の案内を掲出しますので、クリックし、【開催概要】表中の「イベントプランナー（外部リンク）」からもご登録いただけます。
また、以下の二次元コードからも参加登録・参加費のお支払いはご利用いただけます。



- ・ 現地会場にてご参加の先生は、開催当日、イベントプランナーの「My Page」の画面、もしくは【参加受付証ダウンロード】のPDFをプリントアウトしたものをご提示いただき、受付までお越しくください。
- ・ なお、イベントプランナーの「My Page」は上記二次元コードをスマートフォン等のカメラで読み取り、「現地会場で参加＋オンデマンド視聴」ボタンを押してサイトを開き、画面右上の「My Pageにログイン」ボタンをクリック、ご登録時のメールアドレス、パスワードを入力いただくとご覧頂けます。
- ・ 詳細な参加登録マニュアルは内痔核治療法研究会総会のホームページ【開催概要】表中の「参加登録マニュアル（PDF）」をご参照ください。

3. 参加登録期間

2026年6月8日（月）～2026年7月10日（金）12：00（正午）まで

4. 参加費

5,000円（税込）

5. お支払い方法

- ・ お支払いは「クレジットカード」のみとなります。
- ・ ご利用できるクレジットカードは、VISA、MasterCard、American Express、JCB、Diners Club、Discoverです。
- ・ クレジットカードでの支払いができない場合は、事務局へご相談ください。（7月9日まで）

6. キャンセルにつきまして

理由の如何にかかわらず、一度支払われた参加費の返金には応じられませんので、何卒ご了承ください。なお、二重登録にはくれぐれもご注意ください。

7. 領収書

イベントプランナーでの決済完了後に「My Page」の画面が表示されますので、領収書をダウンロードしてご利用ください。

上記の書面をご利用いただけない場合は、総会終了後に事務局へご相談ください。

8. WEB視聴方法（総会当日：ライブ配信）

総会1週間前、1日前、1時間前にZOOMより視聴用のURLをメールで送付いたしますので、そのURLをクリックします。あるいは、イベントプランナーの「My Page」へログインし「視聴ページへ」ボタンをクリックします。「My Page」は、参加登録サイト（<https://event.event-planner.net/event/bundlesite/3p7cbf7c>）から「WEB視聴で参加+オンデマンド視聴」ボタンを押してサイトを開き、画面右上の「My pageにログイン」ボタンをクリック、ご登録時のメールアドレス、パスワードを入力の上、ログインしてください。

開始30分前を目安にウェビナーオープン予定ですので、9時以降にご入室ください。技術的にご不明な点がございましたら、下記サポートセンターへお問い合わせください。

サポートセンター

連絡先：03-5206-4007（2026年7月12日（日）のみ）

受付時間：8：30～15：30

9. オンデマンド配信

オンデマンド配信期間：2026年7月21日（火）～8月31日（月）

上記期間に内痔核治療法研究会総会の模様をオンデマンド配信致します。

参加登録頂いた先生方に、7月21日（火）にイベントプランナーよりオンデマンド視聴用のURLをメールで送付致します。URLをクリック後、メールに記載のパスワードをご入力いただきますとご視聴いただけます。

演者の先生方へのご案内

1. 口演方法

- ・ 演者の先生は、発表開始5分前までに次演者席にお着きください。
- ・ 演者の先生は、そのセッション終了まで会場内で待機してください。

2. 口演時間

- ・ 発表8分、質疑応答2分
- ・ 演者の先生は、発表時間を厳守してください。

3. 発表データ提出

- ・ 演者の先生は、発表の40分前までに「PC受付」にお越しいただき、発表資料をコピーした記録メディア（USBメモリのみ）、またはPC（ご自身のPCで発表の場合）をご提出ください。PC固有のモニター変換ケーブルがある場合は必ず持参ください。万が一の場合に備えて、バックアップデータをお持ちください。

受付時間：総会当日 8：30～13：30

- ・ 発表資料に動画や音声をご使用される場合、PC受付にて動作確認を必ず行ってください。
- ・ コピーしたデータにつきましては、ご発表終了後にパソコンより完全に消去処理いたします。

4. 発表用資料

- ・ 発表用資料は原則としてウィンドウズ対応のパワーポイントでご提供ください。
- ・ MacPCで作成された場合は、原則としてご自身のPCでのご発表をお願いいたします。その際、PC固有のモニター変換ケーブルがある場合は必ず持参ください。
- ・ 動画を使用される場合は、ご自身のPCでのご発表をおすすめします。
- ・ 発表されるファイル名は（演題番号（ ）先生のご氏名）.ppt としてご提出ください。
- ・ フォントはOS標準のもののみご使用ください。
- ・ 動画を使用される場合、Windows Media Playerで動作する形式にて作成いただき、発表資料とともにご提出ください。可能な限り、発表ファイルと動画ファイルは同一記録メディアにコピーの上、ご提出ください。

情報交換会

- * 総会終了後、情報交換のための粗餐（酒餐）を用意しております（参加費無料）。情報交換会に参加される方は、車でのご来場をご遠慮下さい。

第19回内痔核治療法研究会総会プログラム

テーマ：「百尺竿頭」

日時：令和8年（2026年）7月12日（日）9：30～15：00

場所：ソラシティカンファレンスセンター 2階「sola city Hall」

1. 開会 第19回内痔核治療法研究会総会 当番世話人挨拶 9：30～9：35

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック 小原 誠

2. 演題口演 9：35～12：10

(発表8分 質疑応答2分)

Session1 肛門疾患ハイボリュームセンターにおけるALTA療法の位置付け 9：35～10：20

座長：愛知会家田病院 宮田美智也

S1-1 当院におけるALTA療法の位置付け……………1

松島病院 肛門科 松島 悠ほか

S1-2 当院におけるALTA療法の位置づけ……………2

大腸肛門病センター高野病院 高野 正太ほか

S1-3 ハイボリュームセンターにおけるALTA療法の位置づけ……………3

大阪中央病院 肛門外科 小野朋二郎ほか

S1-4 当院におけるALTA単独療法の成績と位置づけ…………… 4

松田病院 大腸肛門病センター 松田 聡ほか

Session2 無床診療所におけるALTA療法の位置付け 10：20～11：05

座長：マリーゴールドクリニック 山口トキコ

S2-1 女性専門クリニックで行う碎石位ALTA療法 導入初期の治療経験…………… 5

T・Iクリニック長崎 乳腺外科・婦人科 渡海由貴子ほか

- S2-2 無床診療所におけるALTA療法の位置づけ — 女性専用施設の視点から — ……6
 ウィメンズクリニック浦和 那須 聡果
- S2-3 当院での痔核日帰り手術におけるALTA療法の位置付けと工夫について……………7
 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科 福原 政作ほか
- S2-4 根治性と安全性を目指して— 無床診療所におけるALTA療法の位置付け — ……8
 おなかクリニック・おしりセンター 羽田 丈紀ほか

Session3 ALTA療法の合併症を克服する

11:05 ~ 12:10

座長：潤愛会鮫島病院 鮫島 隆志

- S3-1 ALTA硬化療法後に出血性ショックを伴う多量下血を繰り返しIVR下の動脈塞栓にて止血が得られた1例……………9
 本荘第一病院 外科 八木 史生
- S3-2 ALTA投与後に直腸穿孔及び後腹膜膿瘍を来した1例 …………… 10
 辻仲病院柏の葉 坪本 敦子ほか
- S3-3 ALTA投与後に高度な直腸潰瘍をきたした1例 …………… 11
 五十嵐クリニック 五十嵐 章ほか
- S3-4 個々の症例を積み重ねること …………… 12
 順守会千代田医院 笹口 政利
- S3-5 再ALTA療法施行翌日の発熱の検討 …………… 13
 せしも胃腸肛門クリニック 瀬下 巖
- S3-6 ALTA療法後の直腸潰瘍を回避するために …………… 14
 くにもと病院 鉢呂 芳一ほか

— 休 憩 —

12 : 10 ~ 12 : 30

3. ランチオンセミナー

12 : 30 ~ 13 : 10

「ALTAと歩んだ21年」— 内痔核治療の変遷と進化 —

司会：東葛辻仲病院

松尾 恵五

演者：OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック

小原 誠

— 休 憩 —

13 : 10 ~ 13 : 20

4. 有害事象委員会からの報告

13 : 20 ~ 13 : 30

内痔核治療法研究会 有害事象委員会委員長

潤愛会鮫島病院 鮫島 隆志

5. 演題口演

13 : 10 ~ 14 : 15

(発表8分 質疑応答2分)

Session4 ALTA単独療法を極める

座長：八子医院 八子 直樹

S4-1 当院におけるALTA単独療法の位置付け

～姑息的なALTA単独療法はダメですか?～…………… 15

しらはた胃腸肛門クリニック横浜 白畑 敦

S4-2 ALTA単独療法についての考え方とその実際 …………… 16

ひだか医院 日高 仁ほか

S4-3 過不足なくALTA療法を行う …………… 17

のぞきクリニック 野崎 元子

S4-4 患者が満足するALTA単独療法を考える 18

医療法人ミネルワ会 渡辺病院 外科 小野 芳人ほか

Session5 ALTA併用療法を極める 14:15 ~ 14:50

座長：東京山手メディカルセンター 岡本 欣也

S5-1 痔核の肉眼的形態分類 (= ABC形態分類) に基づいたALTA併用療法：特に粘膜性
内痔核 (A2) の存在 19

やの胃腸肛門外科 矢野 義明

S5-2 当院におけるALTA併用療法の適応と検討 20

ふるだて加藤肛門外科クリニック 加藤久仁之ほか

S5-3 日帰り手術におけるALTA併用療法の進化とその実際～「痔核把持鉗子を用いた
E3・A」に「切除創の二層縫合」を行うALTA併用療法～ 21

小村肛門科医院 小村 憲一

6. 閉会 内痔核治療法研究会 代表世話人挨拶 14:50 ~ 14:55

東葛辻仲病院 松尾 恵五

共催 内痔核治療法研究会 / ジェイドルフ製薬株式会社

*会場にてご参加の先生には昼食のお弁当を用意しております。

*総会終了後に情報交換会を予定しています (参加費無料)。

演題口演抄録

当院におけるALTA療法の位置付け

松島 悠、岡本 康介、内田ひかり、ナナージョージ譲時、佐井 佳世、渡部 晃子、
米本 昇平、松島小百合、紅谷 鮎美、松村奈緒美、河野 洋一、宋 江楓、
下島 裕寛、國場 幸均、宮島 伸宜、黒水 丈次、松島 誠
松島病院 肛門科

当院は有床の大腸肛門科専門施設であり、術後出血などの緊急対応が可能であることから、痔核治療の基本は再発率が低く重篤な合併症の少ない結紮切除術（以下LE）としている。一方、Goligher II～Ⅲ度の内痔核に対しては、長期入院が困難な場合や患者希望に応じてALTA療法を選択している。

2005年5月（ALTA注販売開始後）から2026年4月までに施行した痔核手術（痔瘻、裂肛など他肛門疾患合併例およびLE、ALTA以外の術式を除く）は、LE 28,639例、ALTA単独療法1,793例、併用療法893例であった。年度毎に増減はあるものの一貫してLEが主体であった。併用療法は過去に一定期間施行していたが、ALTA療法は非観血的で術後疼痛が少なく、術後出血など急な処置を要する合併症が少ないという利点を活かすため、近年はほとんど施行していない。

当院におけるALTA単独療法の検討では、再発率は17.0%（カプラン・マイヤー法による10年再発率18.6%）とLE（0.25%）と比較して高値であったが、腰椎麻酔下での処置を要する重篤な合併症は認めなかった。

以上より、ALTA療法は根治性の点ではLEに劣るものの、疼痛や術後出血が少なく早期社会復帰が可能な治療として、患者背景や希望に応じた選択肢となりうる。一方で、重篤な合併症の報告もあり、適切な適応判断と十分な説明・同意のもとで施行することが重要である。

当院におけるALTA療法の位置づけ

高野 正太、伊禮 靖苗、中村 寧、辻 順行、山田 一隆
大腸肛門病センター高野病院

当院では、痔核に対して薬物療法による保存療法にて効果がない場合は積極的治療としてALTA療法、LE、LE+ALTA、Partial stapled hemorrhoidectomy (PSH) を行っている。入院期間や根治性、術後合併症などを患者に提示し最終的には患者および家族の希望に則して積極的治療法を選択する。

説明内容としてALTA療法は1泊2日と入院期間が短く、合併症は少なく、術後疼痛もほとんどないが10%前後の再発を認める。PSHは3泊4日、合併症は少なく、再発率は3%程度。LEおよびLE+ALTAは再発率が1%程度だが、他の治療より術後疼痛を認めることと狭窄や出血の可能性がある。

上記の説明の上で、2015年1月から2025年12月の痔核に対する当院の積極的治療法9,028例中、ALTA療法（E・ALTA含む）2,201例、LE4,654例、LE+ALTA2,071例、PSH101例であった。このうちLE+ALTAはLEを前提に患者に説明しているためLE全体で考えると6,725例となり全体の75%となった。一方で、ALTA療法は24.3%となる。

患者がALTAよりLEを選ぶ理由として根治性が挙がる。入院期間の長さよりも根治性を重視する傾向があると考ええる。

また、別の理由として医療者側の説明も関係すると考える。当院では2013年に3か月の間に膿瘍を合併した症例を4例経験しており、ALTAの安全性にやや疑問を持っている一面がある。また、近年でも直腸膿瘍を合併した症例を経験しており、一概に「ALTAは低侵襲である」という説明は避けている。

【まとめ】

ALTAは比較的簡便な治療であるが重篤な合併症も報告されている。当院でのALTA療法の位置付けとしては、根治治療としてのLE、PSHに対して入院期間および合併症の懸念を呈する患者に対しての選択肢としている。

ハイボリュームセンターにおけるALTA療法の位置づけ

小野朋二郎、斎藤 徹、渡部 晃大、三宅祐一朗、竹中 雄也
大阪中央病院 肛門外科

ALTA療法は痛みのない痔核の低侵襲治療として広く普及しており、近年は特にクリニックなどで施行される症例が多い。そのような状況の中でクリニックベースでは対応困難な症例やALTA療法後の再発症例などに対する外科的救済がハイボリュームセンターとして担うべき役割であると考えている。

当科の基本的な方針として、ALTA療法はその最大の利点である「痛みのない痔核治療」という利点を重視して単独療法のみを施行しているが、前述の通りクリニックベースでALTA療法が広く普及している状況の中で、当科でALTA単独療法を施行する症例は比較的少ない。2021年1月から2024年12月までの4年間に筆頭演者がALTA単独療法を施行した症例は46例であった。男性31例、女性15例で年齢の平均は60.8歳、痔核のGoligher分類はⅡ度の症例が14例、Ⅲ度の症例が32例であった。Clavien-Dindo分類gradeⅢ以上の有害事象はなく、gradeⅡの有害事象はびらん、潰瘍が4例でいずれも外用剤の使用で軽快した。再発はGoligher分類Ⅱ度の14例中2例(14.3%)、Goligher分類Ⅲ度の32例中6例(18.8%)の計8例(17.4%)に認められた。

一方、前述の通りALTA療法後の再発症例に対する根治術も当科が担うべき役割であると考えており、ALTA後の再発症例に対して積極的に外科的切除を行っている。上記と同じ2021年1月から2024年12月までの4年間に筆頭演者が1ヵ所以上の結紮切除を含む痔核根治術を施行した症例936例のうち、ALTA療法後に再発した症例(以下ALTA後再発群)は124例であった。男性84例、女性40例で年齢の平均は51.4歳であった。

ALTA療法を施行された時期が判明している107例では、最終ALTA療法から根治術施行までの期間は中央値で48(2-216)ヵ月であった。これら124例(以下、ALTA後再発群)の周術期の成績を、同期間に痔核根治術を施行したALTA療法の既往がない812例(以下、対照群)を対照として検討した。手術時間はALTA後再発群 20.4 ± 7.7 分、対照群 20.2 ± 6.8 分で有意差はなかった($p=0.9123$)。術中出血量はALTA後再発群が 9.5 ± 45.6 ml、対照群が 4.9 ± 11.1 mlであり、ALTA後再発群で有意に多かった($p=0.00121$)。術後に止血処置を要した出血は、ALTA後再発群で4例、対照群で14例に認められ、有意差はないもののALTA後再発群で多い傾向であった($p=0.0943$)。術後の再発は両群とも1例ずつに認められ、ALTA後再発群で累積再発率がやや高い傾向を認めた($p=0.0599$)。

これらの結果からALTA療法後の再発痔核に対する痔核根治術は、術中出血には注意を要する必要があるものの、比較的安全に施行できていると考えられた。

当院におけるALTA単独療法の成績と位置づけ

松田 聡、新井賢一郎、松永 篤志、野中 雅彦、木村 浩三、中井 勝彦、川上 和彦
松田病院 大腸肛門病センター

【はじめに・背景】

当院は60床の病院であり、主に結紮切除術（LE）を施行しているが、同時に患者のニーズに応えるべくALTA療法も行ってきた。ALTAが登場して20年が経過し観察期間の延長と共に再発例が増加しつつあることが指摘されており、入院LEが可能な当院においてALTAの位置付けを再考する必要がある。

【目的】

当院におけるALTA単独療法の成績を明らかにし、その位置付けについて検討する。

【対象】

2006年1月から2024年12月までに施行した痔核手術11,357例のうちALTA単独療法を施行した2,926例。

【結果】

11,357例の術式の内訳はLE 7,971例（70.2%）、ALTA単独療法2,926例（25.8%）、ALTA併用療法460例（4.0%）だった。ALTA単独療法の平均年齢は54.1歳（13-98歳）、男女比69.8%：30.2%、Goligher分類Ⅰ：Ⅱ：Ⅲ：Ⅳ（3.6%：20.8%：72.2%：3.4%）、平均ALTA投与量26.8ml（2-53ml）で、再手術を621例（21.2%）に施行した。主な合併症として直腸潰瘍16例（0.5%）、肛門狭窄13例（0.4%）、臀部感染・腫脹7例（0.2%）、直腸腔瘻1例（0.03%）を認めたが、いずれも保存的治療で軽快した。再手術例の平均年齢は50.6歳（17-90歳）、男女比76.5%：23.5%、平均ALTA投与量29.5ml（7-52ml）、Goligher分類Ⅰ：Ⅱ：Ⅲ：Ⅳ（1.8%：12.8%：81.5%：3.9%）で、術式の内訳はLE 364例（58.6%）、ALTA 229例（36.9%）、ALTA併用療法19例（3.1%）、その他9例（1.4%）だった。

【考察】

ALTA単独療法の再手術率は21.2%だったが、術後20年経過した症例に限ると27.5%であり経年的にまだ上昇する可能性が高い。再手術例の特徴としてGoligher分類Ⅲ以上の症例と男性患者に多く（男性23.3%：女性16.5%）、ALTA投与量は関与しなかった。ALTA単独療法の約7割を男性が占めることから、仕事で長期入院が難しい男性患者に対するALTA適応が甘くなっているものと考えられた。

【おわりに】

ALTA単独療法の再手術率を低減するには適応の厳格化が近道だが、社会的側面からもニーズが高い治療法であり、正確なデータを開示した上で患者と共に術式選択することが重要である。

女性専門クリニックで行う碎石位ALTA療法 導入初期の治療経験

渡海由貴子¹⁾、渡海 大隆²⁾

T・Iクリニック長崎 乳腺外科・婦人科¹⁾、重工記念長崎病院 外科²⁾

【背景】

当院は2022年5月に乳腺外科と婦人科を中心とした女性専門の無床診療所として開業し、局所麻酔での乳頭形成や良性腫瘍などの乳腺手術をはじめ、婦人科形成や美容外科手術など幅広く小手術を行っている。良性乳腺手術には、複雑乳輪下膿瘍など肛門科と共通の治療概念を持つものもあるため、肛門科も標榜したところ痔疾患の受診が増加し、保険診療に占める肛門科症例の割合は約5%となっている。女性における肛門疾患のゲートウェイとして初期診療を行い、入院を要する症例は専門病院へ紹介し、日帰り可能な手術は当院で実施している。当院でのALTA単独療法の実際と短期成績について報告する。

【診察および手術手技】

まず、乳腺科と共通の診察室で問診などを行い、婦人科内診台で診察を行う。手術も碎石位で行い、当初は局所麻酔下であったが現在は無麻酔で実施している。Z式肛門鏡を用い、無痛化剤付ALTAによる四段階注射を行う。小さい内痔核や追加注射では2・3段階のみ行う。

【短期成績】

2022年6月～2026年3月まで200例施行し、全例女性で平均年齢39.5歳、平均手術時間約11分。術後合併症は鎮痛剤を内服する疼痛が66%、強い疼痛は11%、発熱が12.5%であった。入院を要する重篤な合併症は認めなかった。再手術例は7例（3.5%）でLE併用が5例、再ALTAが2例であった。術後WEBアンケート（回答80例）では満足+概ね満足が92.5%であった。

【考察】

碎石位で視野が良好なこともあり、患者の苦痛軽減のために無麻酔に切り替えたが、ほぼ問題なく施術可能であった。若年者や軽～中等症例が多く、過剰な注射は避けるなど合併症予防に努めた。女性専門クリニックでは肛門疾患に対する受診の心理的抵抗が小さいと思われ、「肛門科の受診や手術を人に知られたくない」、「妊活前に日帰りのできる治療があるならば強く希望」などの声がしばしば聞かれた。若年、発症早期、挙児希望など比較的軽症のALTA適応例の掘り起こしに寄与していると思われる。

【結語】

当院のような肛門科診療体制を取ることにより受診、手術のハードルを下げること、痔核の慢性化や重症化を防ぐことができる可能性がある。

無床診療所におけるALTA療法の位置づけ — 女性専用施設の視点から —

那須 聡果
ウィメンズクリニック浦和

【背景】

当院は女性専用の肛門科無床診療所として日帰り手術を行っている。若年層および産後女性が多いという患者背景を踏まえ、当院におけるALTA療法の適応と課題を検討した。

【方法】

2025年1月から12月までに施行した痔核手術453例を対象とし、術式内訳および臨床的特徴について検討した。

【結果】

新規痔核患者のうち16%に手術を施行した。術式はALTA単独7例（2%）、E3・A 63例（14%）、LE+A 38例（8%）、LE 345例（76%）であった。有害事象および止血術を要する後出血は認めなかった。観察期間は短いですが、再手術を要した再発はLE症例で1例のみであった。一方、他院にて外痔核主体病変に対しALTA単独療法が施行された後、皮垂の残存・増大を主訴として再治療を希望し受診する症例も散見された。また、妊娠・出産を契機に発症し、授乳中に治療を希望する症例も少なくなかった。

【考察】

当院の症例構成は外痔核主体病変が多く、ALTA単独療法の適応は限定的であった。そのためALTAは主として補助的役割を担い、E3・AまたはLE+Aとして施行している。

他院術後症例の検討から、適応外病変へのALTA施行や主訴との乖離が患者満足度低下につながる可能性が示唆され、臨床上の課題と考えられた。

また、ガイドラインでは授乳中のALTA投与に際し断乳が求められ、投与後の授乳再開は2か月以降とされているが、実臨床では必ずしも現実的ではない。本点の詳細は発表で述べるが、当院では「一時的断乳後の再開」ではなく、ALTA適応と判断した場合には原則として完全卒乳後に施行するプロトコールとしている。

【結語】

ALTA療法は有用な治療選択肢であるが、女性患者においては患者背景、病態および主訴を踏まえた適応判断が重要である。

当院での痔核日帰り手術におけるALTA療法の位置付けと工夫について

福原 政作^{1) 2)}、家田 純郎²⁾、宮田美智也²⁾、太田彰比古²⁾、長谷川信吾²⁾、
青野 景也²⁾、近藤 哲²⁾
名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科¹⁾、家田病院²⁾

【はじめに】

現在、痔核の手術治療のgold standardは結紮切除術（ligation and excision: LE）であることは論を待たない。しかし、術後晩期出血という合併症リスクのため日帰りや短期入院での手術は適していない。

演者は15年間肛門科専門病院で肛門外科医として勤務し、痔核手術はLEを標準術式としてきた。その後、2020年3月に肛門日帰り手術をメインとした無床診療所を開院した。

【当院におけるALTA療法】

当院におけるALTA併用療法は、内痔核治療法研究会の定めるE3・Aを標準術式としている。具体的な方法は、外痔核からの剥離を歯状線部mucosal suspensory ligamentを越えるところまで十分に行った上で口側内痔核には切り込まず従来のLEより低位で根部結紮。その後、残存内痔核にALTAを注射している。

【成績】

開院後2020年から2025年の間に施行した痔核手術は1,049例で、うちALTA併用療法が885例（84%）、ALTA単独例が164例（16%）であった。

ALTA併用療法における平均外痔核切除数1.99か所、ALTA平均総投与量9.9ml。合併症は入院要する晩期出血2例（0.2%）、入院要する強い疼痛1例（0.1%）、膿瘍・痔瘻形成1例（0.1%）。再手術を行った再発例は5例（0.6%）だった。

【当院での工夫】

当院では低濃度リドカインによる仙骨硬膜外麻酔を併用した静脈麻酔下に手術を行っている。適切な肛門手術を行うには十分な肛門括約筋の弛緩が必須と考えている。加えて、日帰り手術を希望される患者の多くは痛みに対する不安が強いため、十分な鎮痛・鎮静がのぞましい。また、当院開業がコロナ禍と同じタイミングだったこともあり、術後トラブルがおきても近隣二次救急病院の受け入れ不可という状況で日帰り手術を始めざるを得なかったため、緊急入院を要する合併症を起こさないことを最優先に適応を厳選して手術を開始した。

当院の特徴として、怒責診察の代わりとなるスマホでの自己撮影、外来診察で痔核口側の評価が十分できない場合、必ずCS直腸内反転での確認、肛門括約筋緊張が強かつ仙骨硬膜外麻酔が困難（肥満やバリエーション）かどうか、などを適応の基準としている。

手術自体の工夫としては、特に外痔核切除の際、適切な剥離層をより意識して行っている。

実際を動画で供覧する。

【まとめ】

現在、当院で行っているALTA併用療法（E3・A）は厳密な適応判断と手術自体の工夫により良好な成績を得られており、日帰り手術に適していると考えられる。

根治性と安全性を目指して — 無床診療所におけるALTA療法の位置付け —

羽田 文紀、伊藤 大介、中山 真緒、飯田 直子、北澤 征三、岡本 敦子、高野 靖大、村井 隆三
おなかクリニック・おしりセンター

【背景】

痔核治療に革命的变化をもたらしたALTA療法の登場から20年以上が経過した。明らかになった様々なデータや実臨床での知見を反映し、その手法は徐々に変化してきた。肛門手術には根治性と安全性の両者が、さらに無床診療所には周術期の簡便性が求められる。

【目的】

当院での過去の痔核手術を検討し、無床診療所におけるALTA療法の位置付けを考える。

【対象】

2011年から2025年までの15年間に、当院で痔核関連の疾患に対して施行された手術を後方視的に検討した。対象とした手術方法は、ALTA単独療法（以下、単独）、A・E1、A・E2、LE、外痔核切除術（excision 以下E）、その他である。総手術数は2,463例で、内訳は順に715例（29.0%）、521例（21.2%）、546例（22.2%）、542例（22.2%）、104例（4.2%）、35例（1.4%）であった。

【結果1】

術式別の10年無再発率は高い順に、LE（99.5%）、E（97.8%）、A・E2（94.3%）、A・E1（90.8%）、単独（76.6%）であった。単独は前4者と比べ有意に低値であった。A・E1とA・E2に有意差はなかった。疼痛を除く合併症・有害事象は、単独やA・E1に比較的多く発生した。止血術を施行した術後出血はA・E2とLEに比較的多かった。

【結果2】

2011年当初、手術数は単独、A・E1、Eが多かったが次第に減少し、2019年頃からA・E2とLEが増加した。それらは2020年頃逆転し、昨年は総手術数に対しA・E2が44.4%、LEが53.9%で、両者の合計は98.4%であった。また、ALTAの使用量は、2016年をピークに減少傾向だった。

【考察】

当院では、実臨床での経験や印象が術者へ与える心理的影響と、データ解析から得られた客観的事実から、ALTA療法は痔核治療の中心的役割から補助的治療手段へ変化した。この変化は無再発率と合併症・有害事象の発生率から考察するに合理的である。しかし、合併症・有害事象の内容において、緊急止血術を必要とした術後出血が比較的多かったことは改善しなければならない。

当院では、手術法、麻酔法、リハビリ運営をはじめ、対面、書面さらに電話対応にて、止血法を含めた自宅での術後自己管理を指導し、周術期の簡便性を向上させている。保存的治療で軽快する合併症・有害事象は、電話対応が可能であり無床診療所でも許容可能である。術後出血は最も避けたい合併症であるが、術後出血が極めて少ない単独やA・E1に回帰する選択肢はない。

ALTAの投与は痔核の剥離・切除域を減少させており、術後出血においても優れた治療手段であることに疑いの余地はない。さらに、術後の安全性を向上させるため、ALTAの血流遮断効果や痔核の硬化退縮作用を十分に活用し、同時に、術後出血症例の詳細を検討し、手術手技の問題点を吟味し改善する努力が不可欠である。

【結語】

無床診療所においてALTA療法は補助的な役割として重要な手技である。

ALTA硬化療法後に出血性ショックを伴う多量下血を繰り返し IVR下の動脈塞栓にて止血が得られた1例

八木 史生
本荘第一病院 外科

【はじめに】

Aluminum potassium sulfate and tannic acid (ALTA) 療法は、内痔核に対する低侵襲治療として広く普及しており、外科的切除を回避できる有用な治療法である。一方で、潰瘍形成や遅発性出血などの合併症も報告されている。今回、GoligherⅢ度内痔核に対するALTA療法後に反復する大量下血と出血性ショックを来し、interventional radiology (IVR) による動脈塞栓術を要した稀な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】

症例は51歳男性。肛門部違和感および血便を主訴に受診した。3時・7時・11時方向にGoligherⅢ度の内痔核を認め、全身麻酔下にALTA療法を施行した。術後経過は良好で、有害事象なく翌日退院した。術後12病日に肛門からの多量出血を認め、当院を受診した。腰椎麻酔下に観察したが直腸粘膜に明らかな出血点を認めず、3時方向の潰瘍部に対して結紮縫合を施行した。術後14病日に再出血を認めたため、全身麻酔下に3時・7時・11時方向の痔動脈に対し刺入結紮を施行した。しかし、術後16病日に再出血を認め、下部消化管内視鏡検査にて歯状線口側約3cmの潰瘍底に露出動脈を認めたため内視鏡的焼灼止血を行った。さらに、術後19病日に再度大量出血を認め、内視鏡下で動脈瘤形成が疑われたため三次医療機関へ搬送した。血管造影検査にて下腸間膜動脈分枝からの出血を認め、IVRによる選択的動脈塞栓術を施行し止血を得た。術後9か月経過した現在まで再出血は認めていない。

【考察】

ALTA療法後出血の多くは保存的治療や局所的止血処置で改善するとされるが、薬剤による化学的炎症や組織壊死に伴う潰瘍形成が深部に及んだ場合、動脈損傷や仮性動脈瘤形成により重篤な出血を来す可能性がある。本症例では潰瘍底に露出動脈および動脈瘤様病変を認め、最終的にIVRによる動脈塞栓術により止血を得た。ALTA療法後に再出血を繰り返す症例では、深部血管損傷の可能性を念頭に置き、IVRを含めた集学的治療を早期に検討することが重要と考えられた。

ALTA投与後に直腸穿孔及び後腹膜膿瘍を来した1例

坪本 敦子、堤 修
辻仲病院柏の葉

【背景】

ALTA（硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸）注射療法は内痔核に対する有効かつ低侵襲な治療法として広く普及しているが、注入層の逸脱や過量投与により重篤な合併症を来す可能性がある。今回、直腸穿孔および後腹膜膿瘍を形成した一例を経験した。

【症例】

46歳男性。2025年12月22日、当院分院にてALTA治療を施行。四段階注射法に則り、3時方向10ml、7時方向10ml、計20mlを局所注射した。施行当日夜より発熱を認めた。2026年1月4日（13POD）より下血が出現し、7日（16POD）に救急搬送。ALTA後直腸潰瘍と診断し絶食・抗菌薬投与を開始したが改善せず、8日のCTで仙骨前膿瘍を認めた。9日（18POD）に腰椎麻酔下でドレナージ（ペンローズ留置）を施行し、直腸背側穿孔を確認。なお解熱せず、13日（22POD）のCTで後腹膜膿瘍拡大を認め、14日に再ドレナージを行った。

その後、全身状態は改善。1月28日（37POD）の造影で穿孔残存、CTで膿瘍残存を認めたが、保存的に経過観察とした。2月13日（53POD）の再造影で造影剤漏出なく、14日（54POD）退院となった。

現在外来で経過観察中であり、痔瘻形成は認めていない。

【考察】

本症例では標準的四段階注射法を遵守したが、1痔核あたり10ml投与しており、粘膜下層を越え筋層深部へ薬剤が及んだ可能性が考えられる。特に、後壁方向への深達は直腸後壁壊死や穿孔、後腹膜進展の契機となり得る。術後早期の発熱持続は単なる炎症反応と判断せず、感染合併を念頭に早期画像評価を行うべきである。

【結語】

ALTA治療は有用である一方、重篤な合併症を来すことがある。膿瘍形成を認めても必ずしも痔瘻化するとは限らないが、早期診断と適切なドレナージ介入が予後を左右する。

注入層の厳密な確認と適正量投与が極めて重要である。

ALTA投与後に高度な直腸潰瘍をきたした1例

五十嵐 章¹⁾、佐藤 太一²⁾
五十嵐クリニック¹⁾、聖隷沼津病院 外科²⁾

【症 例】 59歳男性

【主 訴】 排便時脱出

【既往歴】 高血圧

【現病歴】 以前より排便時に脱肛を認めていた。症状が増悪し当院を受診された。

【初診時現症】

肛門鏡所見にて、3、9、12時に3度の内痔核を認めた。6時方向には肛門ポリープがみられた。血液検査所見では、高脂血症と軽度の肝機能酵素の上昇を認める以外異常はなかった。

【治療経過】

外用処置を続けながら、初診から18日目に仙骨裂孔麻酔下にALTA治療を施行した。3、9、12時にそれぞれ総投与量10ml、9ml、9mlを投与し6時方向の肛門ポリープは切除した。術後3日、1週間、2週間は特に問題なく経過した。

術後37日目に肛門痛と出血にて来院した。肛門鏡にて狭窄と一部膿の流出を認めた。抗生剤投与と鎮痛剤で一時帰宅するも疼痛が強く、2週後に再度受診した。診察時には疼痛が強く、肛門鏡の挿入は不可能であった。他院へ紹介となった。

入院後腰椎麻酔下にて観察すると直腸4か所に潰瘍を認め、8時は潰瘍底から内外括約筋間に膿瘍腔を形成していた。S状結腸カメラにて、下部直腸から肛門管に全周性の潰瘍性病変を認め、9時方向に瘻孔を認めた。

経肛門ドレーンを留置し、エレンタールとイントラリポス点滴を開始し、6日間抗生剤を投与した。入院後16日目のS状結腸カメラにて潰瘍病変は縮小し、肉芽の盛り上がりも良好であった。入院後20日目に退院となった。退院後17日目のSFにて瘻孔は消失していた。

さらに1か月後のSFでは下部直腸から肛門管にみられた潰瘍性病変はほぼ消失しており、一部上皮化しポリープ状に隆起していた。治療を終了とした。

それ以降再発はみられていない。

【考察】

文献的に直腸潰瘍はALTAの投与量に関係している。今回の症例も投与方法、投与量により生じたと思われる。

今回、当院で行ったALTA療法約2,000例を前期群と後期群に分類し検討したのであわせて報告する。

個々の症例を積み重ねること

笹口 政利
順守会千代田医院

第18回内痔核治療法研究会総会記録集で、今後の検討課題として、脱肛を訴える緩解期の潰瘍性大腸炎患者へのALTA投与の安全性、および骨盤内への放射線治療を受けた患者へのALTA投与の安全性、さらに生食液付ALTAの取り扱いについてとして結びました。

2024年から脱肛を訴える緩解期の潰瘍性大腸炎患者の侵襲的治療は2例で、メサラジン投与のみで緩解に至った患者へはALTAを投与。メサラジンおよびインフリキシマブの投与がなされている患者へはALTAを用いず手術を行い無事に経過しています。

骨盤内の悪性疾患に対する放射線治療はハイドロゲルスパーサーの注入により直腸炎による出血は激減しています。しかし、軽微な炎症は残存しているため、放射線治療後のALTA投与に対して慎重な見解を示す放射線医師は少なくないようです。逆にALTA投与の数年後に放射線治療を受け無事に経過している患者も経験しています。

虚血性心疾患の診断で血小板凝集抑制剤を内服している脱肛患者がいます。無痛化剤付ALTAの投与を勧めましたが、既往にリドカインアレルギーがあります。血小板凝集抑制剤を継続しつつ全身麻酔にて生食液付ALTAの投与を検討中ですが、徐脈、血圧低下を生じた際の対応を麻酔科医師と検討しています。

ALTA療法は低侵襲で素晴らしい治療法ですが、上記の患者に対してどのように対応すべきか日々悩んでいます。

再ALTA療法施行翌日の発熱の検討

瀬下 巖
せしも胃腸肛門クリニック

ALTA療法直後の発熱は比較的頻度の高い短期間の軽度な有害事象と考えられている。さらに、再ALTA症例ではさらに確率は上がるといわれている。そこで、その頻度とその後の3ヶ月の経過期間を観察できた症例の中期的経過について検討した。

【症例】

2024年3月から2025年12月までのALTA単独症例のうち3ヶ月間の経過観察に通院に訪れた症例370例（初回症例341例、再ALTA症例27例、再々ALTA症例2例）。

【方法】

Z式肛門鏡を用いた四段階注射法を遵守し3方向に投与し、術後は昼食後からロキソプロフェン180mgを3日間服用した。術前より0.5℃高い場合を発熱陽性とした。

【結果】

熱発症例は370例中61例（16.8%）であった。初回症例発熱例は341例中45例（13.1%）、再ALTA発熱症例は27例中15例（55.6%）、再々ALTA発熱症例は2例中1例（50%）であった。

ALTA単独療法全症例における有害事象として、術後のびらん性出血は25例（入院、輸血を要する症例なし）でそのうち発熱症例6例（9.7%）、非発熱症例19例（6.2%）。軽度狭窄9例（便閉した症例無し）でそのうち発熱症例1例（1.6%）、非発熱症例8例（2.6%）であった。出血後狭窄した症例は2例でいずれも非発熱症例だった。

【考察】

ALTA療法に関しては初回症例よりも再ALTA症例や再々ALTA症例の方が発熱する確率は高い。また、その後の出血や狭窄については、症例は少ないものの発熱との相関に有意差は認められなかった。さらに、検討を加え報告する。

ALTA療法後の直腸潰瘍を回避するために

鉢呂 芳一、安部 達也、小原 啓、太田 盛道、渡邊 賢二、國本 正雄
くにもと病院

【緒言】

内痔核硬化療法であるALTA療法の有害事象の一つに直腸潰瘍がある。直腸潰瘍発生に関しては、ALTA療法後に遷延する出血、疼痛、微熱、排便困難、また、指診により直腸潰瘍が疑われ下部内視鏡検査にて確定診断としている。この度、当院における直腸潰瘍発生例を集積し、いかにしてこれを回避し得るかを考察した。

【直腸潰瘍発生例】

2005年4月より2026年2月までにALTA療法を施行した9,122例のうち、直腸潰瘍診断例は25例であった。年齢は26～85歳で、平均58歳。男性13名、女性12名。ALTA単独療法（A群）13例、ALTA併用療法（B群）12例であった。ALTA総投与量は、A群で17～40ml（平均27.7ml）、B群で17～28ml（平均21.8ml）であった。直腸潰瘍の発生は2006年～2017年に経験したが、その後は確認されていない。3例止血術を要したが、他の症例は保存療法により改善した。

【直腸潰瘍の要因】

直腸潰瘍発生の原因は、ALTA薬液が十分拡散せずに一定量が局所に貯留した結果、組織壊死を起こし潰瘍形成に至るものと考えている。

【直腸潰瘍を回避するために】

適切なALTA投与ならびに薬液の十分な拡散が必要と考える。そのため、1. 肛門括約筋弛緩を十分得た上でZ式肛門鏡を使用する。2. 第一段階は2mlとする。注入に抵抗を感じるようであれば2ml以下でも構わない。3. 四段階注射法において、すべての第一段階を投与した後に第二段階に移行する。4. ALTA投与後は直ちに投与部位を指診し、薬液の拡散が十分得られるようにマッサージを行う。直腸潰瘍回避のために、以上の四点が重要と考える。

【結語】

ALTA療法後の直腸潰瘍は、治療後の疼痛、出血、微熱、排便困難等を生じうる有害事象であり、ぜひとも回避したい。特に抗凝固療法中の症例で発症した場合は出血コントロールに難渋する可能性がある。ALTA療法後の直腸潰瘍を回避するため、上述した投与手技を提案する。

当院におけるALTA単独療法の位置付け ～姑息的なALTA単独療法はダメですか？～

白畑 敦

しらはた胃腸肛門クリニック横浜

ALTAの長所は簡便で低侵襲であるため併用療法ではALTAの長所は十分に活かさない。単独療法において長所が最大限になるため根治性の問題はあるが、貴重な治療として注目されるべきであり、当院ではALTA単独治療を積極的に施行している。

当院では標準術式として根治性を求め、基本的にE1・L・Aとしている（第15回、第16回内痔核治療法研究会総会にて報告）。しかし、根治性より様々な要因を優先して術前から姑息的手術として説明し、ALTA単独療法を施行する事も少なくない。2025年の当院痔核手術622例中ALTA単独療法は138例（22.2%）で後方視的カルテ調査では姑息的ALTA単独とインフォームドコンセントしている症例は単独治療中80/138例（57.9%）であった。ALTA単独治療を姑息的治療に応用とする事は恥ずべき事ではないと考え、今回、姑息的ALTA治療について報告する。

痔核患者は病状の進行に伴いさまざまな症状を呈し、身体的苦痛のみならず精神的・社会的苦痛を伴うため、その原因を除去することが痔核を形態的に根治する事と同様に重要と考える。姑息的なALTA単独療法としては、①痔核の形態的な側面：外痔核成分が大きく切除（E）が必要な症例であっても疼痛の不安が許容できない、訴えが内痔核による症状のみの場合、②社会的な側面：安静ができない、時間がない、仕事が多忙で休めないなどの場合、③全身状態からの側面：高齢者・癌の終末期・抗血栓薬休薬困難な場合がある。姑息的な単独療法であるが、手術は必ず麻酔下（当院では仙骨硬膜外麻酔）にてZ式肛門鏡で四段階法に準じて施行している。

姑息的な治療であるからこそ術中麻酔下診断（Examination Under Anesthesia：EUA）が重要であり術後の経過観察、再発時のstrategyに不可欠である。

姑息的なALTA治療は当然再発率が高くなることが予想される。しかし、患者の満足度は高く、当院では出血や疼痛などの症状の再燃や形態的に再発を認めても積極的に外科治療を希望する症例は少なく、外用薬による保存的加療による対症療法が多かった。その理由はQOLが大幅に改善したため、治療目標を患者医師間で共有しそれを実践できたためと推測できる。姑息的であってもALTA単独治療をしっかり施行すれば、観察期間が短く議論はあるものの患者の満足度は高い。姑息的なALTA治療の術後は十分な問診と術中EUAによる正しい病態の把握、年齢や精神・心理面・社会的側面など様々な因子を考慮したインフォームドコンセントを行い、患者の訴えやリクエストに応じる丁寧な姿勢が大事である。

今後、姑息的であってもALTAの長所を活かした単独治療の適応・位置付けの議論が必要でありコンセンサスの形成が必要である。さらに、簡便なALTA単独治療であるからこそcommon diseaseである痔核に対して一定の修練を積んだ非専門医・内科医でも積極的にできる環境づくりも本研究会の責務と考え期待したい。

ALTA単独療法についての考え方とその実際

日高 仁¹⁾、福永 亮大²⁾、佐々木俊治²⁾、日高 久光²⁾
ひだか医院¹⁾ 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック²⁾

痔核に対する外科治療において、ALTAと結紮切除術（LE）にはそれぞれメリットとデメリットがあり、互いのデメリットを補い合うべく併用療法を行うという考え方もあれば、其々のメリットを最大限に活かすべく単独療法のみを行うという考え方もあり、これについては（特にLEの）デメリットに対応しやすい診療体制にあるかどうかにも影響するところである。

演者の前職である医療法人祥久会日高大腸肛門クリニックは19床（2025年9月より15床）の有床診療所で、複数名の専門医が勤務し緊急時にも比較的対応しやすい診療体制の為、ALTA・LE双方のメリットを最大限に活かすべくE・AやA・Eといった「同一部位の内痔核と外痔核の治療法の異なる併用療法」は原則として行わず、内痔核主体の症例にはALTA単独療法を、ALTA単独療法の非適応と判断した症例には結紮切除術（LE）を行うことを基本としていた。

ALTAについては「器質化していない外痔核の場合、内痔核の硬化に伴って脱出しなくなることがあり、有効な場合もある」ことがALTA療法（四段階注射法）マニュアルにも明記されているが、それが期待できる程度の外痔核かどうか術前に可能な限り怒責診を行い、外痔核の大きさの正確な評価を行なっている。しかし、これに他の因子も含めて術式の決定に至るため、必ずしも画一的にはいかず患者自身の希望や社会的背景、併存疾患・既往歴などのリスクも考慮し、患者と共に術式を選択する。

その結果、ALTA単独療法を選択している症例では、患者が根治性よりも速やかな社会復帰などの低侵襲性をより優先した場合やLEを行うにはリスクが高くこれを回避すべく選択した場合も多く、それらの症例が治療による合併症を生じ、却ってQOLが低下することが無きよう、四段階注射法を遵守し投与量にも注意しながら治療を行なってきた。

これまでの症例を振り返り、ALTA単独療法についての考え方とその実際についてお示ししたい。

過不足なくALTA療法を行う

野崎 元子
のぞきクリニック

低侵襲で、日帰り手術に適した痔核治療法として、ALTA療法が一般的となり広く行われているが、適応症例の判断や、ALTA単独療法とALTA併用療法の選択は施設により様々である。当院では、ALTA療法を中心に、全例、日帰り手術を施行している。

2008年8月から2025年12月までに内痔核手術を行った9,710例中、ALTA単独療法を選択した症例は3,736例で38.5%であった。

単独療法では外痔核の脱出が再発原因となるため、外痔核を切除し内痔核にALTA注射を行う併用療法が増加傾向であるが、外痔核切除を行うと、内痔核のボリュームは縮小し、第4段階の注射を行うことができない。そのため、ALTA注の投与量は少なくなり、ALTA注の効果は限定的である。数年後に内痔核の脱出や出血をきたす症例もあり、内痔核の大きい症例ではALTA注の効果が最大限に発揮されるALTA単独療法を推奨する割合が再び増加している。内外痔核とも大きく、内痔核による症状が主訴の場合、二次的な手術を視野にALTA単独療法を行う選択肢も考慮している。

過量投与は潰瘍や狭窄など合併症の原因となる。一方、投与量が少ないと合併症の可能性は低くなるが、再発の可能性が高くなる。ALTA療法後、重篤な合併症の経験はないが、小潰瘍や軽度狭窄を認めることがあった。どのような症例、どの位置に注射した場合に生じたかを検討し、より適切な位置に適切な量を注射するようになった。

ALTA療法は痔核根治術と同様、根治を目的とする手術であるため、過不足なく投与することが目標である。また、内痔核の性状、血管発達タイプか粘膜脱タイプかにより、注射の仕方を考慮し、痔核全体に適切な量のALTA注を行き渡らせる必要がある。適応症例の選択や注射時の工夫などについて報告する。

患者が満足するALTA単独療法を考える

小野 芳人¹⁾、阿部 陽介¹⁾、竹田 正範¹⁾、松本 欣也¹⁾、渡辺 学¹⁾、渡辺 英生¹⁾、
 銚石 文彦²⁾、石丸 啓³⁾
 医療法人ミネルワ会 渡辺病院 外科¹⁾、ほこいし医院²⁾、愛媛大学医学部附属病院 消化器外科³⁾

【はじめに】

ALTA療法は、現在の痔核治療において重要な位置付けにある治療法である。いかなるタイプの痔核に対しても柔軟に対応できるのはLEやALTA併用療法であるが、ALTA単独療法の「切らない痔核治療」としての意義は大きい。外科医として少し物足りなさも感じるが、今や、癌やIBDも薬物療法が重要であり、注射を使いこなせることは現代の外科医にとって有利なスキルである。患者にとっても、切られないのでいいわけであるが、治らなければ意味がない。今回は、どのような痔核に対してどのようにALTA単独療法を行えば、患者が満足する治療ができるかに注目して考えたい。

【適切な適応は】

術後成績から言える「ALTA単独療法の適切な適応」とは、①内痔核が脱出することが大前提で、②外痔核成分や器質化成分が無い柔らかい痔核に有効である。③また、粘膜型よりは静脈瘤型に再発が少なく、④サイズでみると、内痔核体積が3.5ml以上の大型になると再発が増加するため、小型～中型が良い。ただし、十分に薬液をいき渡らせるように「計画的並列注射」を行うことで縮小効果が得られ、再発も抑制できる。⑤出血症状があった方が、症状が速やかに消失するため患者満足度が高く、抗血栓薬使用中でも中止することなく施行可能ですぐに対処可能である。逆に、出血が一番の主訴であれば、多少外痔核成分が残ったとしてもALTA単独療法を行う意味は大きい。⑥再単独療法に関しても、①～⑤を考慮の上、診察で注入可能な部位があると判断できれば、合計3回を目安に再投与する。これら患者と痔核の状態を見極め、患者と話し合っ

【適切な手技は】

慣れたZ式肛門鏡を使用して、四段階注射を遵守することで基本的に問題なく治療可能である。第一段階では血流の減少と口側への吊り上げ効果を、第二段階では痔核組織の縮小と筋層への固定を、第三段階では粘膜の血流減少を、第四段階では痔核の歯状線口側への固定を意識して穿刺、注入する。注入量はやはり十分量投与することが望ましいと考えている。

【結果】

治療成績としては、まず全例において治療効果を認めた。術後1年以降で術前同様の症状が出現し、診察で確認できた症例を再発とし、累積再発は5年で16.8%、10年で26.4%に認められた。患者満足度は郵送によるアンケート調査で検討し、5年以上経過例で「手術して良かった」と回答した症例が86.5%と概ね良好であったが、当然再発症例は「良かった」とは答えていない。

【考察】

術後の痛みや合併症がなく、悩んでいた症状が取れ、持続することで患者は満足するため、ALTA単独療法はすでに患者満足度の高い治療法だと考えられる。注射手技が確立されていれば、柔軟な適応の判断と長期経過を含めた術前IC、排便コントロールなどの再発予防を徹底することで更に満足度を上げていけるのではないかと考える。

痔核の肉眼的形態分類（=ABC形態分類）に基づいたALTA併用療法： 特に粘膜性内痔核（A2）の存在

矢野 義明
やの胃腸肛門外科

Goligher分類は痔核の脱出程度を4段階に分けた臨床病期分類で、治療法のアウトカムの評価には不適である（肛門疾患・直腸脱診療ガイドライン2020年版改定第2版より）。

私はE2・A後の脱肛再発症例の内視鏡反転像から内痔核には血管性内痔核（A1）と粘膜性内痔核（A2）の2種類の形態があることを見出した。これを機に肛門管のどの領域からどのような形態の痔核が脱出するのが重要と考え、肛門管をA（A1&A2）、B、Cの領域に区分し、さらに各領域の痔核の肉眼的形態分類（ABC形態分類）を提唱してきた（本総会15回、18回）。

【肛門管のABC領域区分】 メルクマールは括約筋間溝、歯状線、ヘルマン線。

- ・ A（内痔核）領域
 - A1領域 = 歯状線からヘルマン線（移行帯）
 - A2領域 = ヘルマン線から口側（直腸粘膜）
- ・ B（管内外痔核）領域 = 括約筋間溝から歯状線（肛門上皮）
- ・ C（管外外痔核）領域 = 肛門縁から括約筋間溝（肛門皮膚）

【痔核のABC形態分類】

- ・ A（内痔核）：A1、A2、A1+2
 - A1はA1領域の結節型の血管性内痔核で暗赤紫色。
 - A2はA2領域の粘膜が膨隆した粘膜性内痔核で粘膜色。
 - A1+2はA1の上極に高台状に膨隆したA2が連なる混合型。
 - ・ B（管内外痔核）：B1、B2
 - B1は結節型、青紫色で軟。亜型に環状型（circ）、また、肛門上皮の弛緩（loose）が付随する型もある。
 - B2は膨隆型、皮膚色で弾。亜型に環状型（circ）もある。
 - ・ C（管外外痔核）：C1、C2
 - C1は突起型（いわゆる皮垂）。
 - C2は扇状に広がる平坦で肥厚した皺型。
- *なお、軽微なものにはゼロを付す（A0、B0、C0）。

【E2・A後の脱肛再発症例の考察】

2021.6～2026.3の間にE2・A後の脱肛再発を21例経験した。いずれもA1+2の形態を有するものであった。ALTAの効能は痔核組織に炎症を起こして硬化・退縮させることである。従って薄い移行帯で覆われて痔核組織がrichなA1には有効、厚い粘膜で覆われて痔核組織がpoorなA2には無効でむしろ弛みを生じて粘膜脱を誘発すると考える。

【ALTA併用療法の実際】

松田式アノヘルパーを用いて時間軸ごとに各領域の痔核の形態を診断し、形態に応じた術式を決定する。2023.5からA2に対しては結紮（mucosal Ligation:以下mL）を施行し、極めて有効と判断している。A2はmL、A1はALTA、B（1or2）C（1or2）はE2が痔核の形態に応じたALTA併用療法の基本術式である。

当院におけるALTA併用療法の適応と検討

加藤久仁之、加藤 典博
ふるだて加藤肛門外科クリニック

【はじめに】

ALTA療法が開始され20年以上が経過した。ALTA単独療法（以後A）に加え、外痔核切除を併用するALTA併用療法（以後AE）もおこなわれるようになり、内痔核治療における標準治療として広く普及した。今回われわれは、当院におけるAEの治療成績、適応等を検討した。

【対象・方法】

2000年2月から2025年12月までに当院でA、AE（E1、E2、E3）、結紮切除（以後LE）を施行し、術後6か月以上経過観察可能であったALTA投与量7ml以上の主痔核病変を対象とした。E1は症例数が少ないため除外した。A施行7,735病変、E2施行5,652病変、E3施行698病変、LE施行740病変の4群間の累積無再発率を、経過観察期間5および10年のKaplan-Meier法にて比較検討し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。また、内痔核の形態として、歯状線付近の支持組織が強固で溝を有する静脈瘤型病変（以後V病変）と、支持組織が脆弱で溝を有さない粘膜脱型病変（以後P病変）の各々において、A、E2、E3、LEの4群間の累積無再発率を同様に検討した。

【結果】

術式別無再発率は5年、10年でLEとE3およびE2とE3間に統計学的な有意差は認めなかったが、 $LE > A$ 、 $LE > E2$ 、 $E3 > A$ と有意に再発が少なかった（ $p < 0.05$ ）。また、E2とAの10年無再発率は有意差を認めなかった。V病変では5年、10年ともに $LE > A$ 、 $LE > E2$ と有意に再発が少なかった。一方で、AとE2およびE3では有意差は認めなかった。P病変では $LE > A$ 、 $E3 > A$ と有意に再発が少なかった。一方で、LEとE3およびE2、E3とE2、E2とAでは有意差は認めなかった。

【考察】

当院の内痔核に対するAEの適応として、E2とAに有意差を認めなかったことから、歯状線付近の支持組織が強固な病変はAを第一選択として、外痔核切除はオプションとしている。一方で、支持組織が脆弱な病変はE3を第一選択としている。LEとE3に有意差を認めなかったことから、LEは粘膜脱症候群、ALTA療法禁忌症例等に限定して施行している。

日帰り手術におけるALTA併用療法の進化とその実際 ～「痔核把持鉗子を用いたE3・A」に「切除創の二層縫合」を行うALTA併用療法～

小村 憲一
小村肛門科医院

【はじめに】

日帰り痔核手術には、快適性（疼痛制御）、安全性（出血制御）、根治性が求められる。当院におけるALTA併用療法の変遷を振り返り、現在施行している術式について報告する。

【術式の変遷】

2011年までALTA主体の併用療法を行っていたが、2012年より歯状線を越えて痔核を剥離し、外痔核成分を結紮切除（LE）、口側の内痔核にALTA注を行う併用療法「E3・A」を導入した。2019年からは痔核把持鉗子を用いたE3・Aを行い、2023年からは、口側の切除範囲を拡大した際においても、術後出血のリスクを最小化するため「切除創の二層縫合」を行なっている。

【現在施行している術式の特徴】

1. 痔核剥離と引き上げ効果：

痔核剥離は歯状線部のmucosal suspensory ligamentを越えるまで行い、痔核を十分に遊離する。これによりALTA注による引き上げ効果が増大する。また、ALTA注前に痔核を結紮していることで尾側への薬液漏出を防ぎ、少量の投与で最大の効果が得られる。

2. 痔核把持鉗子の使用：

切除すべき粘膜のたるみやポリープを把持することで切除範囲が明確となり、把持部に向かって直線的に切開することで、LEにおける切り狭め操作を要さず、紡錘状の切開創を容易に作成できる。過剰切除を防ぐとともに、緊張のない半閉鎖縫合が可能となる。

3. 二層縫合：

根部近傍を深く結節縫合し、粘膜下・上皮下の結合組織を「中縫い」することで、切除範囲を拡大しても創哆開および術後出血を抑制できる。また、浮腫や皮垂（tag）形成の軽減、術後疼痛の緩和にも寄与する。

【成績】

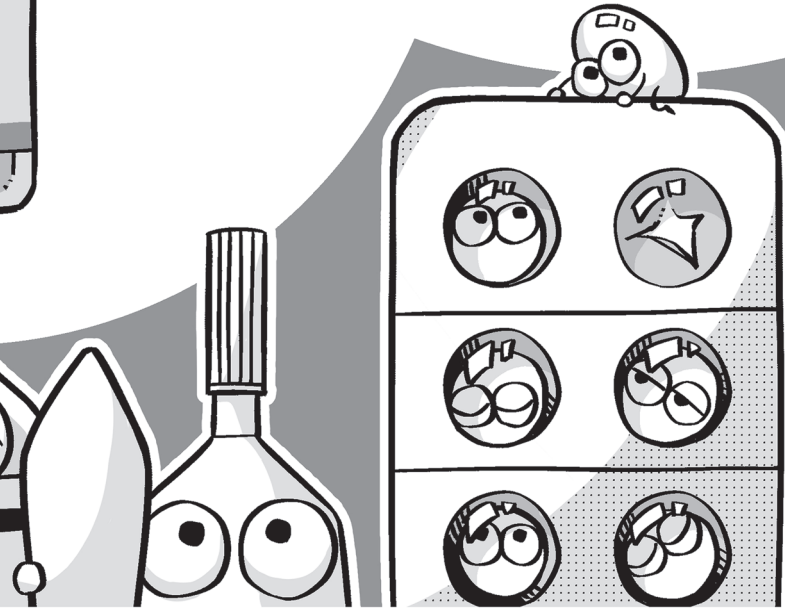
把持鉗子導入後、ALTAの平均投与量は減少し（12.16ml→10.58ml）、発熱や狭窄などの合併症も低減した。術後5年間の再手術率は2.63%から2.0%へと低下し、根治性の向上が示された。

また、二層縫合を行なうことで、切除範囲が増えても、縫合を要するような術後出血の増加はきたさなかった。

【結論】

本術式は、低侵襲かつ形成的で安全性と根治性を兼ね備えた術式であり、あらゆる重症度の症例に対して日帰り手術が可能である。

肛門疾患治療剤 ラインナップ



痔疾治療剤

ヘモナーゼ配合錠

薬価基準収載

ブロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤
HEMONASE TABLETS

内痔核硬化療法剤 劇薬 処方箋医薬品 (注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

ジオン[®]注 生食液付 無痛化剤付

薬価基準収載

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

痔疾治療剤

ヘモポリゾン軟膏

薬価基準収載

大腸菌死菌浮遊液・ヒドロコルチゾン配合剤
HEMOPORISON OINTMENT

※効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については各製品の電子添文をご参照ください。

ジェイドルフ製薬株式会社

滋賀県甲賀市土山町北土山 2739-1 番地

資料請求先 ジェイドルフ製薬株式会社 営業本部 学術部

大阪府守口市日吉町 2 丁目 5 番 15 号

06-7507-2532

2025年6月作成
(審) GL0302