原著 I

疫学調査よりみた潰瘍性大腸炎の外科療法

国立大蔵病院

宇都宮利善 鈴木絃一 横田 暉

昭和49年12月末までに発病または再燃のために全国の医療施設で治療を受けた潰瘍性大腸炎 1905 例の疫学調査を行ない、これらの患者のうち外科手術を受けた333例について検討を加えた。

- 1) 日本において潰瘍性大腸炎に罹患し、外科手術を受けたものはほぼ17%である。
- 2) 地域別にみた手術率は降雪量の多い地方に高率である傾向がみられた。年齢的には20~49歳代に手術を受けるものが多い。
- 3) 手術後の死亡率は昭和46年までは高率であり、以後は次第に低くなっている。昭和49年以後の術後死亡率は8%前後である。
- 4) 手術時に診断の確定しないものおよび緊急手術の死亡率は高率であり、特に穿孔、腹膜炎の合併したものの死亡率は高い。
- 5) 潰瘍性大腸炎の死亡者のうち29例は内科側で死亡している。これらは手術の時期を失したものと考えられ、外科手術の適応は迅速に決定することが肝要である。

緒言

わが国において潰瘍性大腸炎は現在稀な疾患ではなく、次第に増加の傾向にある。しかし、つい最近までこの疾患は診断法と治療法が確立されず、種々の混乱がみられた。また、その治療において本疾患の難治性のために厚生省は難病対策の一つとして、昭和48年に潰瘍性大腸炎の調査研究班を発足させた。それ以来、われわれはこの研究班において主として疫学を担当、その成果を報告してきたが、今回はこれらの調査において内科療法の手をはなれて外科療法にゆだねられた患者について検討を加え、その治療法についての反省を行なった。

対象および研究方法

昭和48年以来現在までに予備調査を含め合計6回の調査を行なった。この報告で使用している数値は昭和51年までに各医療施設より集計された患者で、昭和49年12月末までに発病または治療を受けたものである。調査の対象は昭和43年以降に調査を依頼した医療機関で受診した患者のすべてである。調査を依頼した医療機関は内科、消化器科または外科を標榜する病床150床以上の病院であったが、これらは主として成人を対象としたもので第4回目調査よりは全国の大学病院、国公立病院の小児科を加え計2408施設に依頼し、回答のあった施設は1083施設であった。

昭和49年12月末日までに発病または再燃のために上記医療施設で治療を受けたものは1905例でそのうちの333例が外科手術を受けている。手術333例のうち10例は潰瘍性大腸炎に合併した疾患のために手術されており、したがって潰瘍性大腸炎の手術を受けたものは323例である。

成績

年度別発病と手術：年度別発病数は昭和47年までは年々増加の傾向がみられ、昭和47年が最高で313例であり、以後は減少傾向がみられる。また、手術数も昭和46年までは年々増加し、昭和46年が54例で最も多く、以後昭和47年、48年、49年は減少の傾向がみられる〔表1〕。しかし、発病したものが必ずしもその年度内に手術を受けるとはかぎらず、発病と手術の間には多少の時間的ずれがあると考えられる。そこで各年度までの罹病数と手術数との関係を見ると昭和46年までは手術を受けたものの割合は年々増加の傾向にあり、昭和46年が18.0%で最も高く、昭和47年以降はほぼ一定で横ばい状態をしめている。このことよりわが国における潰瘍性大腸炎の手術適応は昭和50年までの統計ではほぼ17%前後であるといえる〔表2〕。

手術の年度別分布：昭和43年以降昭和46年までは年々手術数は増加しているが、昭和47年以後は次第に減少傾向がみられる。すなわち、昭和46年は54例（16.7%）で

表 1 年度別発病と手術

年 度	発 病 数	手 術 数	%
～昭和42年	431	35	8.1
43	140	28	20.0
44	140	35	25.0
45	189	49	25.9
46	215	54	25.1
47	313	47	15.0
48	235	46	19.6
49	242	25	10.3
50		2	
計	1905	323	17.0

表 2 発病と手術

	発 病 数	手 術 数	%
～昭和42年	431	35	8.1
～ 43	571	63	11.0
～ 44	711	98	13.8
～ 45	900	147	16.3
～ 46	1115	201	18.0
～ 47	1428	250	17.5
～ 48	1663	296	17.8
～ 49	1905	321	16.9
～ 50	1905	323	17.0

表 3 手術の年度別分布

年 度	♂	♀	計	%
～昭和42年	20	15	35	10.8
43	14	14	28	8.7
44	17	18	35	10.8
45	29	20	49	15.2
46	28	26	54	16.7
47	26	23	49	15.2
48	23	23	46	14.3
49	13	12	25	7.7
50	1	1	2	0.6
計	171	152	323	100.0

あったが、昭和49年は25例(7.7%)とほぼ半数に減少している〔表3〕。この減少の原因は昭和49年に行なわれた手術の報告洩れがあるか、またはサラゾピリンやステロイドが普及し、内科療法が確立されたことにより寛解例が多くなり、このために手術が少なくなったなどと考えられる。

手術の地域別分布：潰瘍性大腸炎の患者数は関東が最も多く、近畿、中部、九州、東北の順になっており、他地方は少なく、関東、中部、近畿の3地方で全体の約70%をしめている。地域別の手術数は患者の多い地方が手

表 4 地域別分布

地 域	患 者 数	%	手 術 数	%
北 海 道	68	3.6	19	5.9
東 北	176	9.3	35	10.8
関 東	634	33.3	110	34.1
中 部	273	14.3	52	16.1
近 畿	387	20.3	35	10.8
中 国	114	6.0	26	8.1
四 国	56	2.9	10	3.1
九 州	197	10.3	36	18.3
計	1905	100.0	323	100.0

表 5 地域別手術率

地 域	患 者 数	手 術 数	%
北 海 道	68	19	27.9
東 北	176	35	19.9
関 東	634	110	17.4
中 部	273	52	19.0
近 畿	387	35	9.0
中 国	114	26	22.8
四 国	56	10	17.9
九 州	197	36	18.3
計	1905	323	17.0

術も多くなっている〔表4〕。地域別の手術率は北海道が27.9%で最も高く、中国、東北、中部、九州、四国、関東の順であり、近畿は9.0%で最も低率である。一般に裏日本の雪国を含んだ地方において手術率の高い傾向がみられたが、近畿は特に低く、他地方の $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{1}{3}$ の低さになっている〔表5〕。

手術の性別分布：手術された323例の性別は男性171例、(52.9%)、女性152例(47.1%)で男性がやや多く、男女比は1.1:1.0である。潰瘍性大腸炎1905例の性別は男性925例(48.6%)、女性980例(51.4%)で女性が多く、性別の手術率は男性18.5%、女性15.5%で男性が手術になる割合がやや多い〔表6〕。

手術の年齢別分布：

手術をうけた患者の最年少者は生後6カ月であり、最高年齢は79歳である。各年代別の手術数は22歳代99例で最も多く、加齢とともに減少している。また、0歳代、10歳代は比較的少ない。20歳代、30歳代で全体の約55%をしめており、青年期に発症する本疾患の特徴がよくあらわれている〔表7〕。性別による各年代の手術数をみると男性は20歳代を頂点として50歳代に急激に減少しているのに反して、女性は20歳代から年齢が高くなるにつれ漸減し、減少の傾斜は男性に比してゆるやかである。また、女性は40歳代以後は男性よりも手術になるものが

表 6 性別分布

地 域	♂ (%)	♀ (%)	計
北 海 道	9 (47.4)	10 (52.6)	19
東 北	19 (54.3)	16 (45.7)	35
関 東	63 (57.3)	47 (42.7)	110
中 部	24 (46.2)	28 (53.8)	52
近 畿	23 (65.7)	12 (34.3)	35
中 国	11 (42.3)	15 (57.7)	26
四 国	7 (70.0)	3 (30.0)	10
九 州	15 (41.7)	21 (58.3)	36
計	171 (52.9)	152 (47.1)	323

表 7 手術の年齢別分布

年 齢	♂	♀	計	%
0 ~ 9	2	1	3	0.9
~ 19	16	10	26	8.1
~ 29	58	41	99	30.9
~ 39	45	32	77	24.1
~ 49	23	25	48	15.0
~ 59	9	25	34	10.6
~ 69	13	14	27	8.5
~ 79	4	2	6	1.9
計	170	150	320	100.0

不明：3を除く 最低 6カ月
最高 79歳

図 1 手術の性別および年齢別分布

多い傾向がみられた〔図1〕。

外科手術と術後死亡

手術後の死亡数：手術を受けた323例の術後死亡は44例（13.6%）である。この死亡数は潰瘍性大腸炎のために手術を受けた後調査時までの間に死亡した全死亡数であり、他疾患のために死亡したものも含まれている。調査用紙に記載された明らかな他病死は6例であり、そのうちわけは他臓器癌死2例、肺炎死1例、退院後6カ月以上を経過した事故死2例、他の1例は肝炎死である。

表 8 年度別全死亡

年 度	手術数	♂	♀	死亡数	%
~昭和42年	35	20 (3)	15 (3)	6	17.1
43	28	14 (2)	14 (1)	3	10.7
44	35	17 (3)	18 (2)	5	14.3
45	49	29 (4)	20 (2)	6	12.2
46	54	28 (4)	26 (6)	10	18.5
47	49	26 (5)	23 (1)	6	12.2
48	46	23 (3)	23 (3)	6	13.0
49	25	13 (1)	12 (1)	2	8.0
50	2	1	1	2	0.0
計	323	171 (25)	152 (19)	44	13.6

♂ 14.6% () 死亡数
♀ 12.5%

表 9 年度別死亡数

(他病死：6を除く)

年 度	手術数	♂	♀	死亡数	%
~昭和42年	34	19 (2)	15 (3)	5	14.7
43	28	14 (2)	14 (1)	3	10.7
44	35	17 (3)	18 (2)	5	14.3
45	49	29 (4)	20 (2)	6	12.2
46	52	27 (4)	25 (4)	8	15.4
47	48	25 (4)	23 (1)	5	10.4
48	44	23 (3)	21 (1)	4	9.1
49	25	13 (1)	12 (1)	2	8.0
50	2	1	1	0	
計	317	168 (23)	149 (15)	38	12.0

♂ 13.7% () 死亡数
♀ 10.1%

この6例を除くと手術317例のうち死亡は38例で死亡率は12.0%である。この死亡数は潰瘍性大腸炎の手術後に潰瘍性大腸炎および手術に関係ある原因で死亡したものである。したがって術後30日以内に死亡した直接死亡も含まれており、ほとんどが直接死亡、病院死亡である〔表8〕。

年度別術後死亡：潰瘍性大腸炎の手術後潰瘍性大腸炎および手術の合併症で死亡したものは38例で昭和48年が8例で最も多く、昭和49年が2例で最も少ない〔表9〕。これを昭和42年末までと、昭和43年~46年、昭和47年以後に分けてみると昭和42年までの死亡率は14.7%、昭和43年~46年までの4年間では13.4%、昭和47年以後は9.4%と次第に低率になっている。

地域別の術後死亡：死亡率を地域別にみると近畿地方が31.4%と最も高率で、東北、関東、中国が11.0%代でほぼ同率であり、北海道、中部、九州は5.3%、7.8%、8.6%と10%よりも低く、四国には術後死亡の報告はな

表 10 地域別死亡

(他病他：6を除く)

地 域	手術数	♂	♀	死亡数	%
北海道	19	9	10 (1)	1	5.3
東 北	34	19 (3)	15 (1)	4	11.8
関 東	107	62 (6)	45 (6)	12	11.2
中 部	51	23 (3)	28 (1)	4	7.8
近 畿	35	23 (8)	12 (3)	11	31.4
中 国	26	11 (1)	15 (2)	3	11.5
四 国	10	7	3	0	
九 州	36	15 (2)	21 (1)	3	8.3
計	317	168 (23)	149 (15)	38	12.0

♂ 13.7% () 死亡数
♀ 10.1%

表 11 年齢別死亡

他病死：6
不明：3を除く

年 齢	手術数	♂	♀	死亡数	%
0 ～ 9 歳	3	2 (1)	1	1	33.3
～ 19	26	16 (2)	10	2	7.7
～ 29	99	58 (7)	41 (6)	13	13.1
～ 39	75	45 (6)	30 (3)	9	12.0
～ 49	47	22 (3)	25 (4)	7	14.9
～ 59	32	8	24 (2)	2	6.3
～ 69	26	12 (3)	14	3	11.5
～ 79	6	4 (1)	2	1	16.7
計	314	167 (23)	147 (15)	38	12.1

最低6カ月 最高79歳 () 死亡数
♂ 13.9%
♀ 10.9%

い〔表10〕。

性別、年齢別の術後死亡：男女別の死亡率は男性168例中23例(13.7%)、女性149例中15例(10.1%)で男性がやや高い。年齢別の死亡率は0歳代が33.3%で最も高く、70歳代がこれにつき、40歳代、20歳代、30歳代、60歳代、10歳代の順に低率となり、50歳代も最も低く6.3%である。幼小児と高齢者に死亡率が高いのは他疾患における手術と同様であるが、20歳代、30歳代、40歳代の青壮年期に10%以上の高死亡率であるということは外科手術が行なわれる他疾患には認められず、この疾患の特徴であるといえる。また、男性では各年代に死亡がみられているが、女性では20歳代から50歳代までに死亡が集中している〔表11〕。不明3例は年齢の記載がないがすべて生存している。

表 12 手術時診断

他病死：6を除く

手術時診断名	症 例 数	死 亡	%
潰瘍性大腸炎	268	25	9.4
その他	50	13	26.0
計	317	38	12.0

表 13 緊急手術と術後死亡

他病死：6を除く

	症例数	死亡数	%
大 出 血	26	8	30.8
穿孔、腹膜炎	19	11	57.9
Toxic Megacolon	11	4	36.4
腸 閉 塞	9	2	22.2
電 撃 型	16	4	25.0
計	81	29	35.8

待期手術	236	9	3.8
------	-----	---	-----

術前診断と術後死亡との関係

この調査は潰瘍性大腸炎の診断や治療法が確立されていない時期に治療され、手術されたものが相当数含まれており、手術後に切除標本の病理検査ではじめて潰瘍性大腸炎と診断されたものも多少認められた。そこで手術前に潰瘍性大腸炎と診断されて手術されたものと、診断が他疾患として手術されたものとの術後死亡を比較すると、潰瘍性大腸炎と診断されて手術されたものは268例でそのうち25例(9.4%)が死亡しているが、他疾患との術前診断で手術されたものは50例でこのうち13例(26.0%)が術後に死亡している。すなわち、術前に潰瘍性大腸炎と診断されたものの術後死亡率は術後に確定診断されたものの約1/3の死亡率である〔表12〕。

緊急手術と術後死亡

調査用紙に緊急手術と明記されているか、大出血、穿孔、腹膜炎などの記載があり、また、外科へ転科後2日以内に手術をうけたものを一応緊急手術とし、他を待期手術として分けてみると緊急手術は81例で総手術数の25.6%をしめている。81例中29例が術後に死亡しており、これは35.8%をしめている。しかし、待期手術236例では9例(3.8%)が死亡しているにすぎない。また、緊急手術例のうち穿孔や腹膜炎を合併しているものに術後死亡率が極めて高く、中毒性巨大結腸、大出血などがこれについている〔表13〕。このように緊急手術例の死亡率が高いのはほとんどの患者が副腎皮質ホルモン剤よりの離脱が不可能な状態で手術されたものであり、患者

の全身状態が最悪の時期に手術が行なわれたものである。待期手術は緊急手術よりも全身状態が良好であること、副腎皮質ホルモン剤などよりの離脱が行なわれたものが多いことなどが原因である。このように緊急手術の術後死亡が極めて高率であるためにこのような状態以前に外科療法に踏み切るべきである。

潰瘍性大腸炎の全死亡

調査した潰瘍性大腸炎 1905 例中 85 例 (4.5%) が調査時に死亡している。内科治療後の死亡は 1582 例中 41 例 (2.6%)、外科治療後の死亡は 323 例中 44 例 (13.6%) である。内科治療後の死亡のうちわけは他病死 8 例、自殺 4 例で他の 29 例は潰瘍性大腸炎で死亡している。外科治療後の死亡 44 例中 6 例が他病死しており、38 例が潰瘍性大腸炎または術後の合併症で死亡している [表 14]。内科治療後に潰瘍性大腸炎で死亡した 29 例は本来ならば外科治療の適応であるものと考えられるが、種々の原因により内科側で死亡したものと考えられる。

表 14 潰瘍性大腸炎の全死亡

地 域	患者数	内 科	外 科	死亡数	%
北海道	68	49 (2)	19 (1)	3	4.4
東 北	176	141 (4)	35 (5)	9	4.0
関 東	634	524 (8)	110 (15)	23	3.6
中 部	273	221 (6)	52 (5)	11	4.0
近 畿	387	352 (13)	35 (11)	24	6.2
中 国	114	88 (2)	26 (3)	5	4.4
四 国	56	46 (0)	10 (0)	0	0.0
九 州	197	161 (6)	36 (4)	10	5.1
計	1905	1582 (41)	323 (44)	85	4.5

() 内死亡数

総括ならびに考按

わが国における潰瘍性大腸炎は 1928 年稲田ら¹⁾の報告にはじまり、その後 1958 年に松永ら²⁾が日本内科学会において報告を行なって以来、本症に対する認識が次第に高まって来ていたが、1973 年に厚生省の特定疾患潰瘍性大腸炎調査研究班が発足し、診断基準(案)、および治療指針が作成されたことにより、本症の診断、治療の一応の方向づけがなされた³⁾⁴⁾⁵⁾¹⁴⁾。食生活や生活環境の変化などにより、今日では潰瘍性大腸炎はわが国においても稀な疾患ではなくなった。本症は特に若年者をおかし、慢性の粘血便と下痢を主症状とすることがもっとも多く、また難治であるために適確に本症の診断をつけ合理的な治療を行なうことが望まれている。

発病率と有病率

著者らは潰瘍性大腸炎調査研究班の疫学部門を担当し、全国の多数の病院の協力による全国集計を行ない、わが国における本症の統計的事項に関しては前に報告しているが、わが国における本症の発病率⁶⁾⁷⁾は 1975 年において人口 10 万人あたり 0.25 人で、その後年次ごとに次第に増加している。他方欧米における発病率⁸⁾は人口 10 万人あたり英国 6.5 人、米国 3.5 人であり、わが国に比してはるかに多い。しかし、最近わが国においても大腸疾患が増加する傾向にあり、本症の発病率も次第に増加していく可能性がつよい。著者らの施設に潰瘍性大腸炎として登録された患者の総数は 1976 年 9 月の時点で 2307 例であり、その有病率⁹⁾は人口 10 万人あたり約 2.0 人である。しかし、地域によって有病率に差がみられるが、20 歳代の人口が地方人口の 19% 以上をしめる地方、文化指数が 90 以上の地方、あるいは人口密度が 241/km² 以上の地方において有病率が高い傾向がみられている。この有病率は欧米に比較すると英国ックスフォード地区では 10 万人あたり 79.9 人、米国では 10 万人あたり 42.0 人で発病率と同様にわが国に比してはるかに多い。潰瘍性大腸炎における死亡率は人口 10 万人あたり英国では 0.70 人であり、米国では 0.47 人であるが、わが国においては潰瘍性大腸炎における死亡数は 67 例であり、人口 10 万人あたりの死亡率は 0.07 人と極めて低くなっている。

手術の適応および手術成績

外科手術の適応に関しては欧米における諸家¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁶⁾¹⁷⁾が種々報告しているが、Goligher らは待期手術の適応は本症による慢性病弱者、全結腸型、老人、癌化の疑、局所合併症(狭窄、直腸憩室)などをあげており、また、緊急手術の適応としては内科的に治療してもその治療に抵抗し、悪化をたどるもの、突然の悪化、穿孔、急性結腸拡張(中毒性)、大出血などをあげている。手術術式としては 1) 全大腸切除術と回腸瘻の造設、2) 大腸全切除術と回腸瘻造設、3) 結腸全切除術と回腸直腸吻合術などを推奨している。

手術率：潰瘍性大腸炎で手術される患者は Goligher らの統計では 1963 年以前では 36.3%、1963 年以後では 27.5% であるが、長期にわたる追跡成績では最終的に約半数近い 45% が手術をうけている。しかし、わが国において著者らの集計では 1905 例のうち手術をうけたものは 323 例で全体の約 17.0% である。これは欧米に比して非常に低率である。このように低率である理由は、わが国においてはまだ潰瘍性大腸炎の歴史が浅く、発病よりの経過年数が短いものが多く含まれており、病愼期間の長期にわたるものが少ないためではないかと考えられる。したがってわが国の潰瘍性大腸炎も長期間追跡して行く

ならば手術率は次第に高率になるものと考えられる。手術の適応については著者らのところに集計された患者のほとんどが Goligher らのカテゴリーに入るが、少数ではあるが術前に他疾患と診断されて手術をうけ、術後に潰瘍性大腸炎と診断されたものも含まれている。したがって手術術式も前記の術式が行なわれたものが大半であるが、診断の誤から他の術式が行なわれたものもあり、また、少数ではあるが回腸瘻、または上行結腸瘻造設のみのものも認められた。

手術後の死亡率：欧米においては1950年を境として急激に術後の死亡率は低下している。1941年 Cave らの成績では待期手術の死亡率9.0%，緊急手術のそれは50.0%であったが、最近の報告では待期手術2～3%，緊急手術20～25%前後のものが多い。わが国における手術後の死亡率は著者らの集計では待期手術3.8%，緊急手術のそれは35.8%であり、欧米の成績に比し高率である。これはわが国における一般臨床医の潰瘍性大腸炎に対する認識の低さ、および手術や術後管理などの経験の浅さによりものと考えられ、認識の高まりと術後管理の向上により今後はよりよい成績をしめすものと考えられる。緊急手術患者において特に、穿孔および腹膜炎を併発しているものの死亡率が高値を示しているが、この成績を向上させるためには外科医の熟練とともに、内科医側における手術決定時期の迅速な判断も必要である。今後は経験が増すごとに好成績をもたらすものと考えられる。

潰瘍性大腸炎の悪性変化

この問題に関しては欧米において早くから論議されており、特に小児期に発病したものの、潰瘍性大腸炎の病歴の長いものなどは大腸癌の high risk グループとして注目されているが、実際に潰瘍性大腸炎の病歴が10年以上の患者に大腸癌の発生が高率のようである。しかし、わが国においては潰瘍性大腸炎の歴史が浅く、観察期間も短かく、潰瘍性大腸炎より大腸癌に悪性変化したと考えられる報告は極めて少ない。著者らの集計において潰瘍性大腸炎と共存した大腸癌は数例認められたが、悪性変化によるものとするには多くの問題が未解決である。潰瘍性大腸炎の悪性変化に関しては今後、より長期にわたる慎重な追跡調査が必要である。

結 語

潰瘍性大腸炎の全国疫学調査より外科手術例を検討して次のごとき結果を得た。

- 1) 潰瘍性大腸炎に罹患し、外科手術をうけたものの割合はほぼ17%である。
- 2) 地域別にみた手術率は降雪量の多い地方に高率で

ある傾向がみられ、20～49歳までの年代に手術をうけるものが多い。

3) 術後死亡率は昭和46年までは高率であり、以後は次第に低率になり、昭和49年以後は8%前後である。

4) 手術時に診断が確定しないもの、および緊急手術の死亡率は高率であり、特に穿孔、腹膜炎を併発したものの死亡率は極めて高率である。

5) 潰瘍性大腸炎の死亡のうち内科側で死亡した29例は何等かの理由で外科手術の時期を失したものと考えられ、外科手術の適応は迅速に決定することが肝要である。

稿を終えるにあたり、本研究に御協力を戴いた全国1083施設の諸先生、ならびに厚生省特定疾患潰瘍性大腸炎調査研究班員の諸先生に感謝すると共に、御批判と今後の御指導をお願い致します。

(本研究は厚生省特定疾患調査研究費の援助を受けた。)

厚生省特定疾患潰瘍性大腸炎調査研究班

(昭和48年～昭和50年)

班長 土屋 周二(横浜市大)

班員

○朝 倉 均(慶 大)	井上 幹夫(福岡大)
上野 裕己(国立福岡中央)	岡部 治弥(北里大)
喜 納 勇(浜松大)	小林 絢三(大阪市大)
笹 川 力(新潟市病)	◎白鳥 常男(奈良医大)
下 山 孝(兵庫医大)	田井 千秋(岡山大)
竹 村 浩(横浜市大)	塚 本 長(山形大)
豊 島 宏(日赤中央)	並木 正義(北大)
中島 哲二(虎の門病)	中谷林太郎(東医歯大)
丹羽 寛文(東 大)	畠 山 茂(東医歯大)
馬場 正三(慶 大)	福 井 興(国立大阪)
武藤 輝一(新潟大)	◎武藤徹一郎(東 大)
望月 孝規(虎の門病)	◎矢沢 知海(東女医大)
八尾 恒良(九 大)	◎吉 田 豊(弘前大)
◎吉雄 敏文(東邦医大)	◎横 田 暉(国立大蔵)
若狭 治毅(東北大)	◎渡 辺 晃(東北大)
◎幹事	◎監事 (アイウエオ順)

参 考 文 献

- 1) 稲田竜吉：重症大腸炎について。日消会誌，27：625-638，1928。
- 2) 松永藤雄，他：潰瘍性大腸炎。日内会誌，47：295-322，1958。
- 3) 横田 暉，他：潰瘍性大腸炎患者の昭和48年度全国調査結果について。第17回日消病会，講演集，p 30，1975，10(長崎)

- 4) 横田 暉, 宇都宮利善: 潰瘍性大腸炎の疫学的研究: 厚生省特定疾患潰瘍性大腸炎調査研究班(昭和49年度業績集), p 20-27, 1975.
- 5) 横田 暉, 宇都宮利善, 鈴木紘一: 潰瘍性大腸炎の疫学. 厚生省特定疾患潰瘍性大腸炎調査研究班(昭和50年度業績集), p 31-47, 1976.
- 6) 横田 暉, 宇都宮利善, 鈴木紘一: 日本における潰瘍性大腸炎とその疫学. 現代医療, 8: 749-756, 1976.
- 7) 横田 暉, 宇都宮利善, 鈴木紘一: 日本における潰瘍性大腸炎の統計. 胃と腸, 11: 1023-1028, 1976.
- 8) Goligher, J. C. et al.: Ulcerative Colitis, Bailliere Tindall & Cassell, Sondon, 1968.
- 9) 鈴木紘一, 宇都宮利善, 横田 暉: わが国における潰瘍性大腸炎の現況. Medico, 8: 3165-3167, 1977.
- 10) 横田 暉, 他: 潰瘍性大腸炎の疫学. 厚生省特定疾患特発性腸管障害研究班(昭和51年度業績集), p 123-157, 1977.
- 11) Goligher, J. C.: Surgery of the Anus, Rectum & Colon p 843, Bailliere Tindall, London. 1975.
- 12) Kirsner, J. B., Shorter, R. G.: Inflammatory Bowel Disease p 323~408 Lea & Febiger, Philadelphia 1975.
- 13) Ottingen, Leslie W.: Fundamentals of colon Surgery p 75, Little Brown & Company, Boston 1974.
- 14) 土屋周二, 竹村 浩: 潰瘍性大腸炎と大腸クローン病. 現代外科学大系, 76-C p 106-146, 中山書店, 東京, 1976.
- 15) 吉田 豊, 他: 潰瘍性大腸炎—診療に有用な数値表. 日本臨床, 82: 2121-2128, 1974.
- 16) Roth, James L. A.: Ulcerative Colitis, Gastroenterology (Henry L. Bockus) p 645-749 W. B. Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, 1976.
- 17) Cello, John P., Mayer, James H.: Ulcerative Colitis, Gastrointestinal Disease (Marvin H. Sheisenger) p 1597-1653, W. B. Saunders Company Philadelphia, London, Toronto. 1978.
- 18) 横田 暉, 宇都宮利善, 鈴木紘一: 潰瘍性大腸炎. 臨床成人病, 7: 1047-1048, 1977.
- 19) 鈴木紘一, 宇都宮利善, 横田 暉: 疫学よりみた大腸疾患. 総合臨床, 26: 1026-1034, 1977.

(昭和53年9月6日受領)

Original Articles

I. Epidemiological Study on the Surgical Treatment of Ulcerative Colitis in Japan

T. Utsunomiya, K. Suzuki and A. Yokota

Department of Gastroenterology, Okura National Hospital, Tokyo

We did statistical survey of 1905 cases with ulcerative colitis which had occurred or recurred until December 1974 and been treated at medical institutions all over the country. Among those 1905 cases, 333 cases who had received surgical therapy, were examined. The results were as follows;

- 1) Seventeen per cent of 1905 cases had surgical operation.
- 2) In the study by regional groups, the rate of operation was higher in the districts where the amount of snowfall is greater. In the study by age groups, most of patients had received surgical procedures in 20 to 49 years of age.
- 3) The post operative mortality was increasing till 1971 and thereafter, it is gradually decreasing. It is about 8% after 1974.
- 4) The mortality was higher in the cases who had not been diagnosed exactly at operation or had received emergency operation. Especially in the perforated or peritonitis cases, it was higher.
- 5) Twenty nine of all cases died with ulcerative colitis did not receive surgical operation. The operation should be decided at earlier stage.

II. The Effect of Betamethasone Suppositories in Ulcerative Colitis

N. Osawa and A. Fujiwara

Department of Surgery, Osaka Medical College, Osaka

Fourteen patients (9 patients with proctitis, 5 with proctosigmoid, left-sided or total colitis) were treated with betamethasone suppositories. Eleven patients were into remission but 3 patients had not responded favourably.

Side-effects were not observed in all cases.

Maximum plasma betamethasone level (4.15 ± 0.21 ng/ml) was seen 5 hours after inserting 1 mg of betamethasone suppository. It was about a third of maximum plasma level after oral administration of same dose of betamethasone.

Betamethasone suppositories are effective and useful agents for the treatment of proctitis and colitis of which lesion is limited in distal segment of the large intestine.