

した症例についての中間報告を行った。本年度は最終報告として、「重症急性膵炎の救命率を改善するための研究班」の集計症例について造影CT grade 分類の検討結果をまとめた。この造影CT grade 分類は重症度 stage 分類，死亡率ともよく相関し，造影CT grade 分類は臨床上有用であることが示唆された。

CT 所見からスコア化する重症度分類は，数値化することによって客観的な比較ができることが最大の利点であり，欧米では Balthazar ら⁶⁾ の CT severity index が広く用いられている。本研究班での単純CTスコアは4項目のみであり，きわめて簡便なものである。単純CTスコアは重症度 Stage，死亡率とよく相関を示し，急性膵炎の予後判定因子として有用と考えられる。造影CTによるスコアは複雑になったこともあり，あまりよい相関は得られていないが，正確な評価のためには多くの症例とくに最重症例の集積が望まれる。

今後は，prospective study を行って，CT grade 分類の検証を行っていく必要がある。また，造影CTの是非についても班の共同研究として randomized controlled study を行う必要がある。

参 考 文 献

- 1) 小川道雄 他. 重症急性膵炎全国調査－不明例の追加調査を加えた最終報告－. 厚生省特定疾患消化器系疾患調査研究班難治性膵疾患分科会平成10年度研究報告書. 1999: 23-35.
- 2) 松野正紀 他. 急性膵炎のCT grade 分類の再検討－全国集計症例からの解析－. 厚生省特定疾患消化器系疾患調査研究班難治性膵疾患分科会平成11年度研究報告書. 2000: 17-20.
- 3) 松野正紀 他. 急性膵炎のCT grade 分類の再検討. 厚生省特定疾患消化器系疾患調査研究班難治性膵疾患分科会平成10年度研究報告書. 1999: 42-7.
- 4) Hwang TL, Chang KY, Ho YP. Contrast-enhanced dynamic computed tomography does not aggravate the clinical severity of patients with severe acute pancreatitis: reevaluation of the effect of intravenous contrast medium on the severity of acute pancreatitis. Arch Surg 2000; 135: 287-90.
- 5) 武田和憲, 松野正紀. CT grading による急性壊死性膵炎に対する手術術式および治療法の選択. 日腹部救急医学会誌 1998; 18: 961-5.
- 6) Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JH. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. Radiology 1990; 174: 331-6.

重症急性膵炎の長期予後に関する調査

加 嶋 敬

京都府立医科大学第三内科

黒 田 嘉 和

神戸大学第一外科

小 川 道 雄

熊本大学第二外科

要旨：厚生労働省特定疾患対策研究事業－難治性膵疾患に関する調査研究班では、平成11年度より新たに多くの共同研究プロジェクトが研究班班長より提案され実施されることとなった。プロジェクトはⅠ．重症急性膵炎、Ⅱ．慢性膵炎、Ⅲ．膵嚢胞線維症に大別され、その各々に幾つかの共同研究テーマが与えられている。Ⅰ－③重症急性膵炎の長期予後に関する調査の担当者には、重症急性膵炎から回復した後の経過を1987年の第1回急性膵炎全国調査の対象例を追跡して調査するように指示された。調査は1987年の調査対象施設に対して郵送回答方式の調査票を送付し解析を行った。回収された調査票をデータ統合し、その集計結果を報告する。

はじめに

重症急性膵炎の全国調査は、現在進行中のものも含めて3回実施されている。今回、本プロジェクトでは重症急性膵炎から回復した後、どういう経過をとるのかを1987年の全国調査対象例を追跡して調査することとなった。この調査対象症例の重症急性膵炎の発症は14～18年前であるため、計画劈頭にあたり追跡が至難であることが予想された。このため、調査票はA4版1枚に簡略化し、診療施設名・診療科名・患者氏名・ふりがな・性別・発症年月日・登録番号・施設番号・発症年齢をあらかじめ記入したものを送付した。さらにコンピューター入力もできるように患者情報を入力した入力用フロッピー（Mac, Windows）を送付した。また、前回の調査票の写しを併せて添付した。平成12年1月14日を調査票回収の締め切りとした。本年度は調査票をデータ統合しその最終集計結果を報告するが、まず本共同研究の目的と経緯につき概説する。

目 的

返送されたデータをもとに重症急性膵炎の長期予後（転帰・死因・再発・再発の頻度・再発の時期・再発時の重症度・慢性膵炎との関係・社会復帰・その後の飲酒）を解析する。

経 緯

平成11年11月、研究班班長より重症急性膵炎から回復した後、どういう経過をとるのか（再発、糖尿病、断酒、社会復帰状況、などの問題）を1987年の全国調査対象例を調査対象として調査する共同研究テーマを提示された。重症急性膵炎の長期予後に関する調査票の第1次粗案を作成し、平成11年11月12日に神戸大学第一外科・熊本大学第二外科に送付した。その後、熊本大学第二外科からの①慢性膵炎へ

の移行の問題、②再発の時期・頻度・重症度の追加要請をうけ、第2次粗案を作成し平成11年11月25日に熊本大学第二外科に再送付した。平成11年12月2日、第2次粗案にて調査を進行するように連絡をうけたため、第2次粗案を調査票とし1987年重症急性膵炎全国調査の調査票のうち、氏名や施設・診療科名が判読可能であった2399例（全国486施設・571診療科）を対象に郵送回答方式の調査を開始した（平成11年12月29日に全国に一斉発送）。

結 果

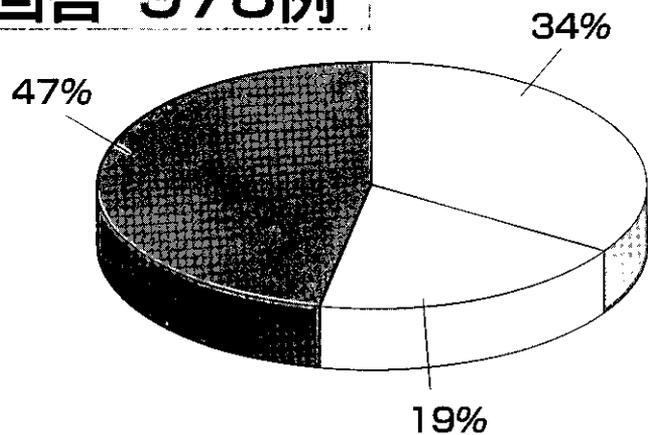
平成12年度1月14日を返送の締め切りとした。

回収率・回答率の内訳では、回収率は53%であり長期予後が追跡できたものは34%（714例）であった（図1）。転帰としては、糖尿病に移行するものが13%にみられた（図2）。急性膵炎を再発するものは22%であり、3回以上の再発も10%にみられた（図3）。再発の頻度は72%の症例が年1回以下であり、1年以内に再発するものが46%を占めた（図4、5）。また、長期予後で慢性膵炎確定となるものは24%に存在した（図6）。死因としては、悪性新生物によるものが36%であり、膵癌も胃癌について多かった（図7）。社会復帰状況は、80%が入院前と同じ状況に復帰できていた（図8）。その後の飲酒状況では、禁酒できない症例が29%にみられた（図9）。

調査票回答の内訳

有効回答 714例

無回答 978例



無効回答 406例

図1

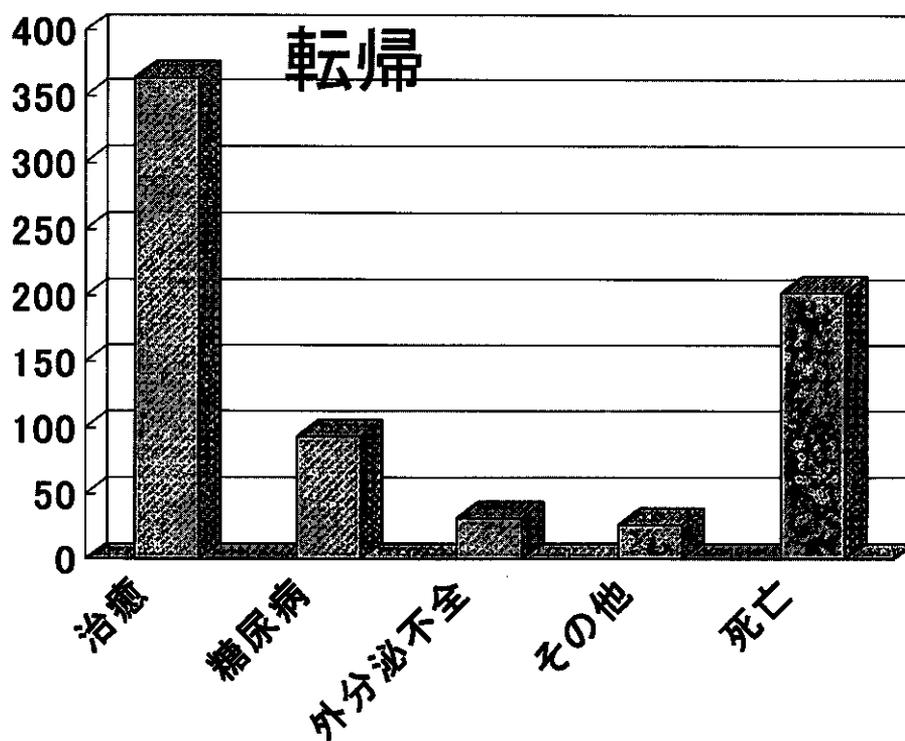


図 2

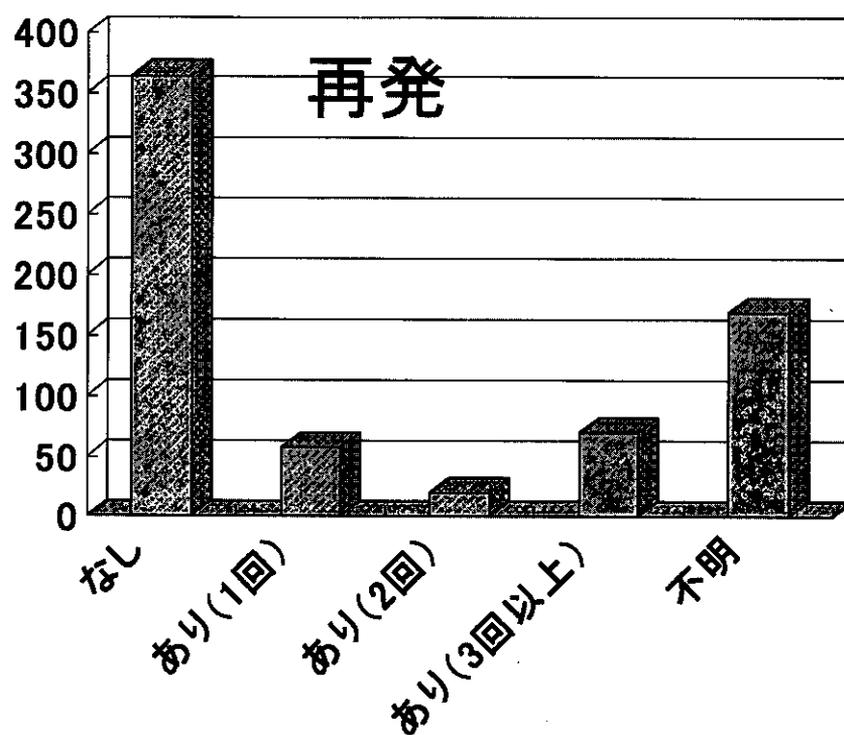


図 3

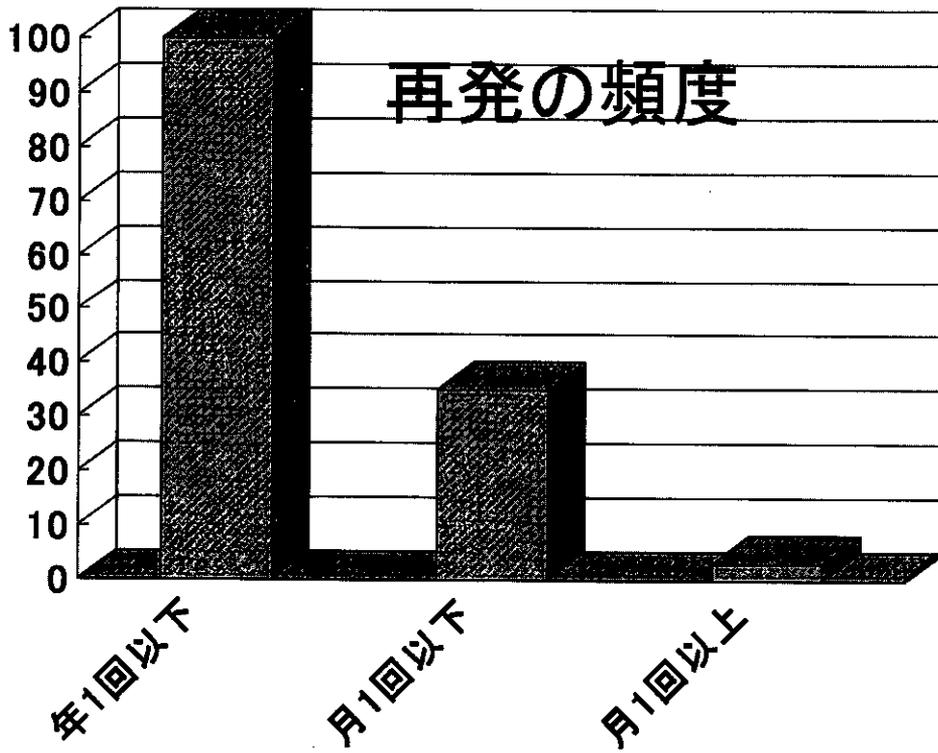


図 4

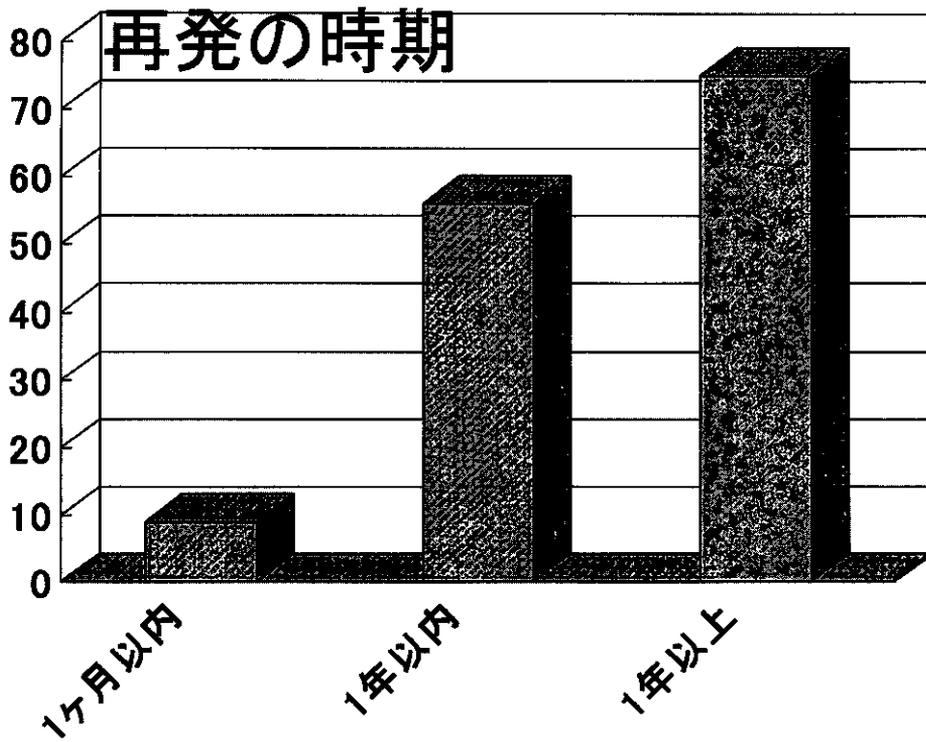


図 5

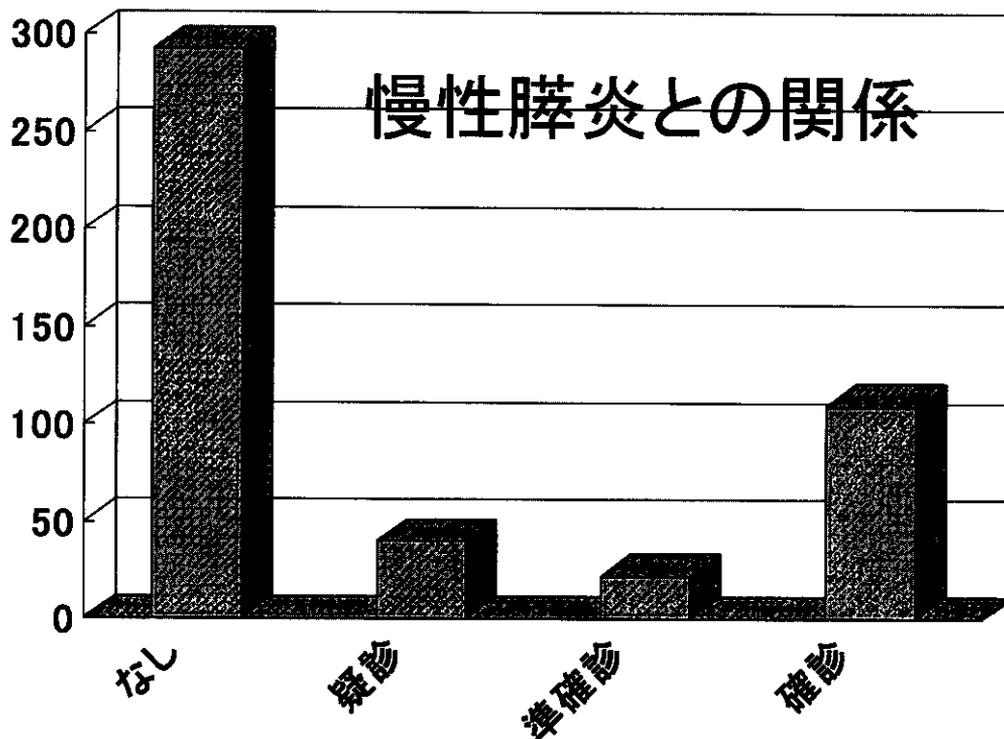
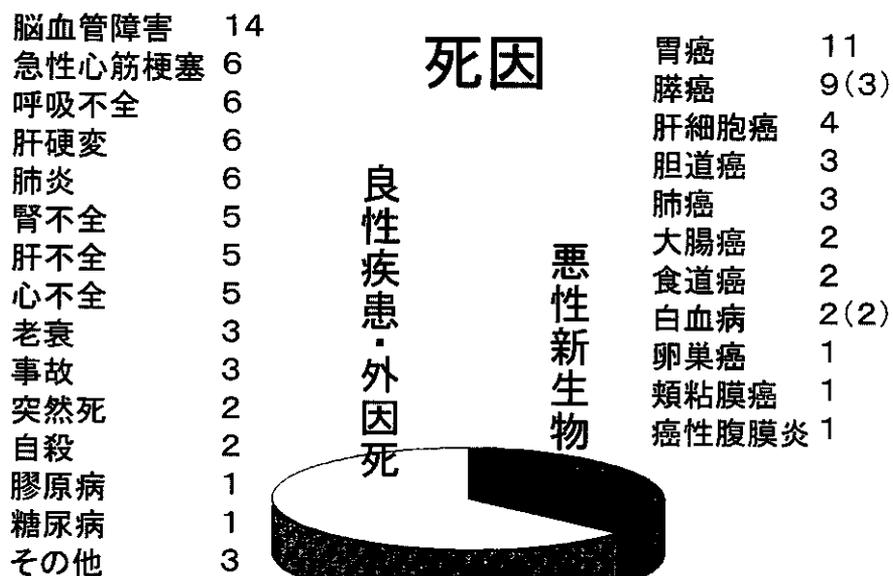


図 6



() は膵炎の誘因と考えられるもの

図 7

社会復帰状況

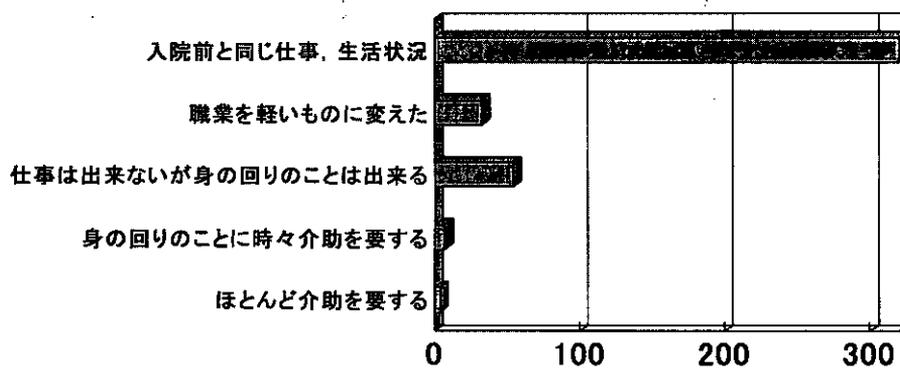


図 8

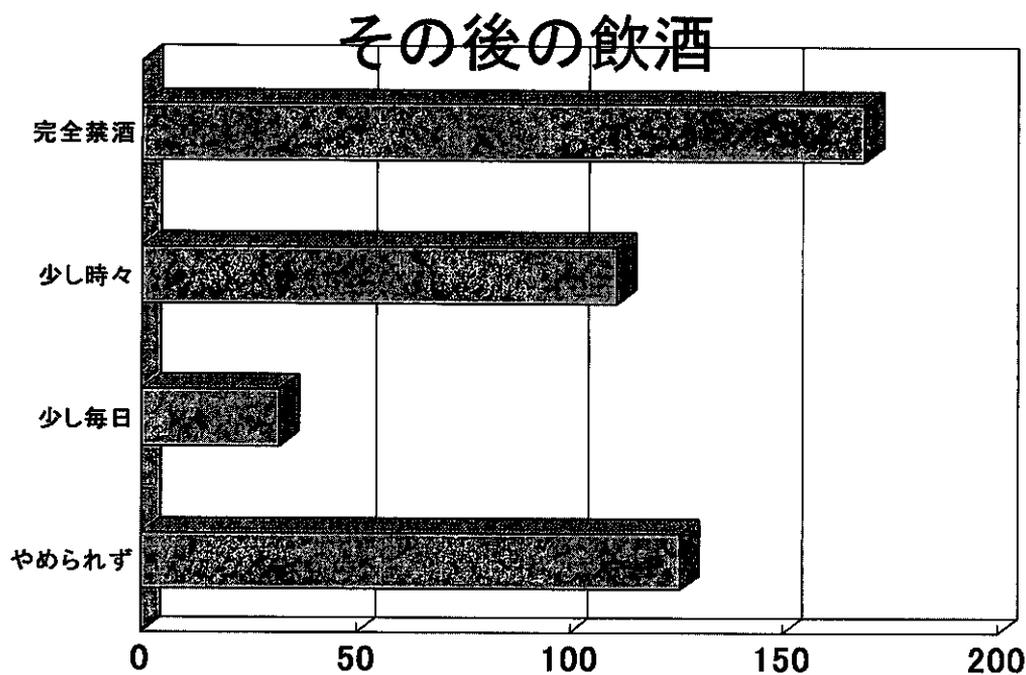


図 9

ま と め

急性膵炎は、死亡例を除くと6ヶ月の観察期間後には後遺的变化を残さず完治すると認識されているが、今回の簡易集計では糖尿病や慢性膵炎確診に移行する率も高く、長期観察にて膵癌の発生も高い可能性がある。本年度は回収された全データの報告であるが、最終的には重症急性膵炎の長期観察における重点観察項目の大綱を定めたい。

急性膵炎動物実験モデルの病理組織学的比較検討 －特に推奨モデルについて－

須田 耕一

小川 道雄

順天堂大学病理学第一

熊本大学第二外科

要旨：各施設で用いられている急性膵炎実験モデルの組織像を調べ、急性膵炎の実験目的別に、どのようなモデルが推奨されるかを検討した。その結果、軽症膵炎モデルとしてはセルレインの筋注、または腹腔内投与により作成でき、重症モデルとしてはタウロコール酸を膵胆管内注入で可能である。

はじめに

各施設で用いられている急性膵炎実験モデルの特徴を比較検討する目的で、昨年度は急性膵炎モデルの組織像を浮腫性膵炎と壊死性膵炎に大別し、後者はさらに限局性とびまん性に亜分類された¹⁾。

本年度は、急性膵炎の実験目的別にどのようなモデルが推奨されるかを検討した。

方 法

各施設より提供された実験モデルを昨年度大別した病理組織学的分類（表1）に当てはめ、目的とする膵炎、例えば軽症または浮腫性膵炎にはどのような動物にどのような薬物をどのような方法で投与した場合に出現するかを検討した。

これらの検討は各施設に昨年より項目を追加した記載用紙（表2）とともに組織標本の提供を依頼した。検討は11施設（東北大学第一外科、東北大学消化器病態学、山形大学第一外科、東京女子医科大学

表1. 急性膵炎動物実験モデルの病理組織像の分類

-
- I. 浮腫性膵炎
 - II. 壊死性膵炎
 - a. びまん性；
 - 小壊死、類壊死
 - b. 限局性；
 - i) 巣状
 - ii) 小葉性
 - iii) 塊状
-

表 2. 記載用紙

<p>急性膵炎動物モデル名（もし、付いておりましたら）： 施設名： 担当者（あるいは連絡先）： 動物モデルの目的： *膵炎の程度： 軽度、重症、中間（○を付けて下さい） 使用動物： モデル作成方法（簡単に結構です）・使用薬剤と実験群数：</p> <p>屠殺方法： 屠殺（あるいは自然死）後より剖検までの時間： *屠殺しないで生かしておくとは自然死（する、しない） （発症 時間位まで）</p> <p>固定方法： 実験群、動物（または標本）ナンバーと屠殺までの経過時間・日数： （切り出し図または模式図を付けて下さい）</p> <p>貸し出し期間：</p>
--

*本年度の追加項目

消化器内科，名古屋大学第二内科，名古屋大学第二外科，京都府立医科大学第三内科，神戸大学第一外科，産業医科大学第三内科，国立病院九州がんセンター消化器内科，熊本大学第二外科）16実験系でH. E. 染色のみで行った。

結 果

1. 動物種，薬物の種類，投与量を問わず，膵胆管内注入モデルでは，病変が限局性の変化でいろいろな程度（巣状，小葉性，塊状）の壊死性膵炎が起こり，出血を伴うものと伴わないものがあった。これに対し，腹腔内投与，筋注，経口，および膵管結紮（初期）では，びまん性の変化がみられ，浮腫程度から小壊死，類壊死までの変化が認められた。これらは換言すれば前者が限局性膵炎モデル，後者が

表 3. モデル作成方法と予想される病変の分布・組織像

膵胆管内注入	・・・	限局性の病変 壊死（軽度～高度） 出血（+）～（-）
経口、筋注 腹腔内投与 膵管結紮（初期）	・・・	びまん性病変 浮腫～小壊死、類壊死

表 4. 目的とする急性膵炎組織像の作成

膵組織像 (実験系数)	動物	薬物	方法
浮腫 (6)	ウィスター系雄性ラット	セルレイン	腹腔内、筋注
小壊死、類壊死、 びまん性 (4)	ウィスター系雄性ラット 雌性 C3H/HEJ マウス CD-1 雌性マウス	セルレイン+LPS、L-アルギニン コリン欠乏性エチオニン食	腹腔内、筋注 経口
巣状壊死 (1)	ウィスター系雄性ラット	トリプシン・デオキシコール酸	膵胆管内注入
小葉性壊死 (1)	ウィスター系雄性ラット	タウロコール酸	膵胆管内注入
塊状壊死 (4)	ウィスター系雄性ラット	タウロコール酸 トリプシン・タウロコール酸 デオキシタウロコール酸	膵胆管内注入

びまん性膵炎モデルである（表 3）。

2. 急性膵炎動物実験モデルの病理組織学的分類（表 1）の組織像に到達する、動物・薬物・方法は次のようである（表 4）。すなわち、軽症または浮腫性膵炎作成にはセルレインで筋注または腹腔内投与で、動物はウィスター系雄性ラットである（図 1）。壊死性膵炎のうち、比較的程度の軽いものは膵胆管内注入によるトリプシン・デオキシコール酸、ウィスター系雄性ラットで巣状の壊死を惹起する（図 2）。同じ方法による中等度以上の重症膵炎にはタウロコール酸で小葉性（図 3）、または塊状の壊死を起こし（図 4）、出血を伴うこともある。同じく中等度以上の壊死性膵炎として、コリン欠乏性エチオニン食でびまん性の小壊死ないし類壊死を（図 5）、またセルレイン筋注に LPS 腹腔内投与でびまん性の類壊死を惹起している。

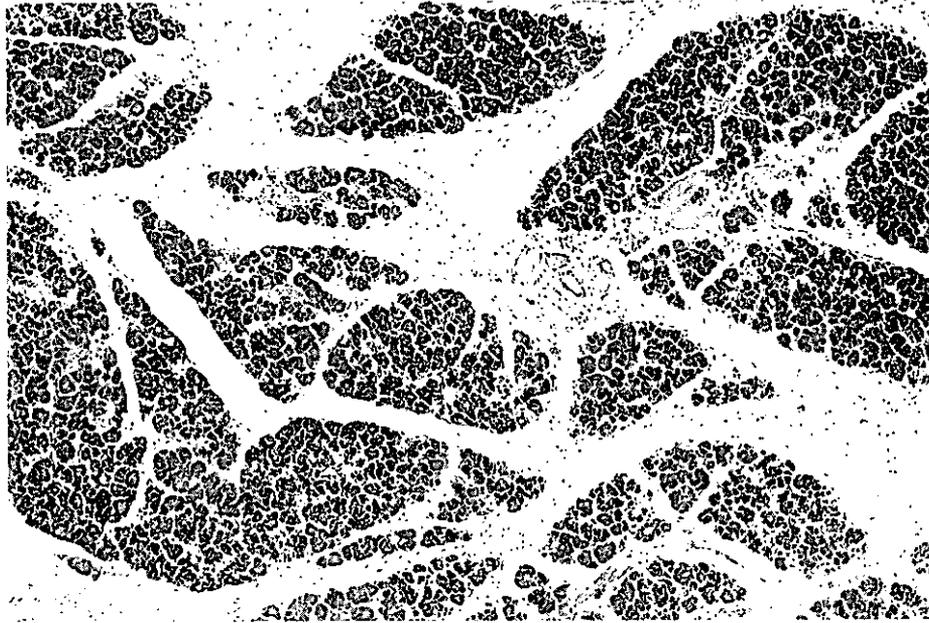


図1. 浮腫性膵炎（ウイスター系雄性ラット，セルレイン腹腔内投与，山形大学第一外科）HE 染色，x100



図2. 壊死性膵炎，巢状（矢印；ウイスター系雄性ラット，トリブシン・デオキシコール酸膵胆管内注入，名古屋大学第二外科）HE 染色，x100

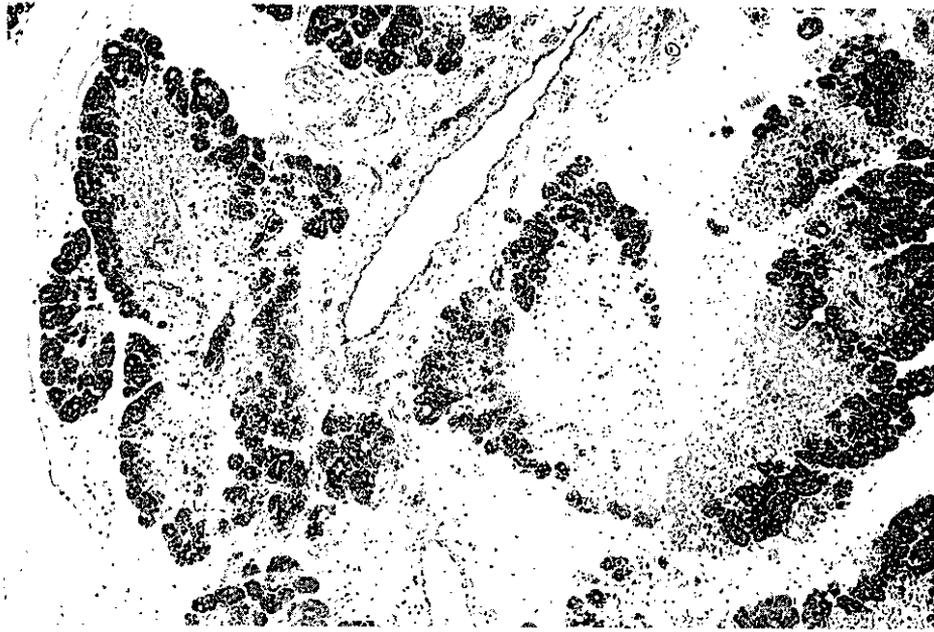


図3. 壊死性膵炎，小葉性（ウイスター系雄性ラット，5%タウロコール酸膵胆管内注入，東北大学消化器病態学）HE染色，x100

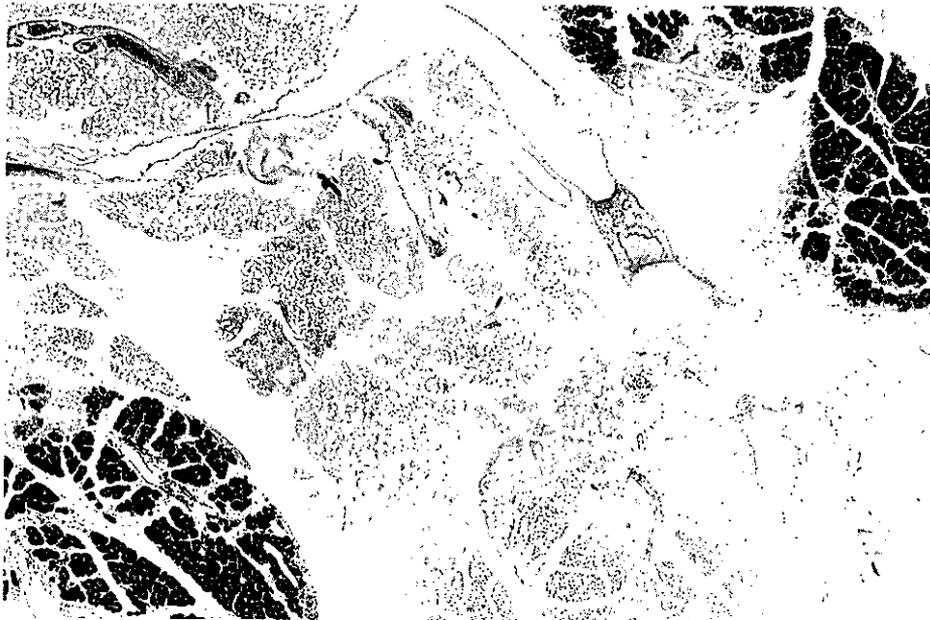


図4. 壊死性膵炎，塊状（ウイスター系雄性ラット，20%デオキシコール酸膵胆管内注入，神戸大学第一外科）HE染色，x50

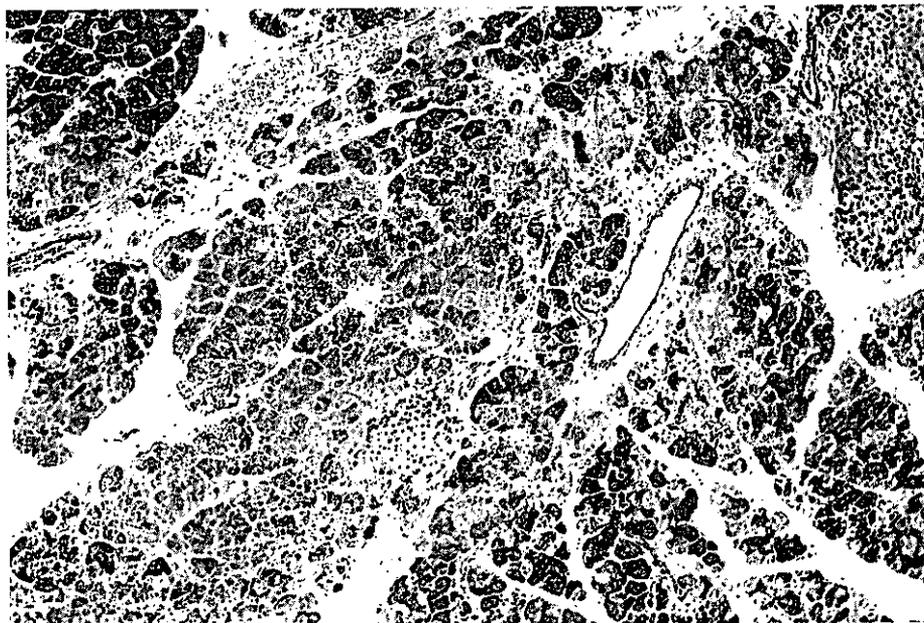


図5. 壊死性膵炎，類壊死，びまん性（雌性 C3HIHEJ マウス，コリン欠乏性エチオニン食；産業医大第三内科）HE 染色，x100

考 察

今回の検討により投与方法の違いにより，限局性とびまん性の膵炎を惹起することが判明した。すなわち，膵胆管内注入により限局性の壊死が起こり，それは巣状，小葉性，塊状と進むと考えられた。巣状の壊死は膵・胆管合流異常動物実験モデルによる膵病変，すなわち，合流異常作成後，1週間後に起こる膵管を中心とした壊死病変に類似していた²⁾。以上より，膵胆管内注入による病変は恐らく膵管を中心とした壊死性病変が起こると考えられた。

後者のびまん性の病変は全身投与（経口，筋注），腹腔内投与，および膵管結紮（初期）により出現した。

これらより軽症膵炎モデルとしてはセルレインの筋注，または腹腔内投与により作成でき，重症モデルとしてはタウロコール酸を膵胆管内注入で可能である。

ま と め

急性膵炎動物実験モデルは，薬物・使用動物・投与方法により予想される組織像を得ることが可能である。

参 考 文 献

- 1) 須田耕一，小川道雄. 急性膵炎動物実験モデルの病理組織学的比較検討. 厚生省特定疾患対策研究事業 難治性膵疾患に関する調査研究班（小川道雄班長）平成11年度報告書. 2000；27-31.
- 2) Suda K, Miyano T, Suzuki F, et al. Clinicopathologic and experimental studies on cases of abnormal pancreatico-cholecho ductal junction. Acta Pathol Jpn 1987；37：1549-62.

重症急性膵炎に対する動注療法施行症例集計

松野正紀

東北大学第一外科

下瀬川 徹

東北大学消化器病態学

小川道雄

熊本大学第二外科

跡見 裕

杏林大学第一外科

高田忠敬

帝京大学第一外科

早川哲夫

名古屋大学第二内科

田代征記

徳島大学第一外科

要 旨

厚生労働省特定疾患対策研究事業「重症急性膵炎の救命率を改善するための研究班」で集計された平成7年から10年までの急性膵炎症例から動注療法が施行された92例（重症急性膵炎75例）について解析した。92例中死亡は17例であり、全体の死亡率は18.5%であった。重症度別にみると、軽症・中等症17例に動注療法が施行され、死亡は2例（死亡率11.8%）、重症75例に動注療法が施行され、死亡は15例（死亡率20%）であった。重症急性膵炎75例中11例（14.7%）に感染性膵壊死を合併し、その死亡率は45.5%であった。また、膵膿瘍を5例（6.7%）に合併し、死亡率0%であった。各Stageにおける動注の有無と死亡率を重症例について検討した。Stage 2では動注群、非動注群で死亡率に差を認めないが、Stage 3, Stage 4では動注群で非動注群に対して死亡率が低い傾向がみられた。発症から48時間以内に動注が開始された群と48時間以降に動注が開始された群で死亡率を検討すると、発症から48時間以内に開始された群で死亡率が低かった。以上のことから、動注療法は重症度の高い症例に対して有用であり、発症から早期に施行することが死亡率低下につながる可能性が示唆された。

はじめに

重症急性膵炎の治療として、膵酵素阻害剤・抗生物質の持続動注療法の有用性が報告されてから10年が経過しているが、いまだ保険適応がないなど実地臨床上の不備が指摘されている。本研究班でも動注療法に関する randomized controlled study が必要であるとの議論から、臨床試験のためのプロトコール作成まで進んだが、実現には至らなかった。本研究班では、平成9年にも重症急性膵炎に対する動注療法の全国集計を行い、これを報告しているが、本年度は重症急性膵炎の救命率を改善するための研究班で集積した平成7-10年度の急性膵炎症例をもとに動注施行症例の解析を行った。

対象および方法

重症急性膵炎の救命率を改善するための研究班により集計された平成7年から平成10年までの急性膵炎症例中、動注療法が施行された92例について解析した。とくに、重症急性膵炎における重症度 Stage

と死亡率，発症から動注療法開始までの時間と死亡率に焦点をあてて検討した。

結 果

症例は男性68例，女性24例，年齢は20-30歳が4例，31-40歳が15例，41-50歳が25例，51-60歳が24例，61-70歳が15例，71歳以上が8例であった。成因はアルコールが56例，胆石が21例，ERCPが1例，高脂血症が4例，その他10例であった。動注療法により投与された薬剤は，膵酵素阻害剤としてFOY14例，FUT75例，ミラクリッド9例，ニコリン5例であった（重複あり）。抗生物質としては，imipenemが80例に，その他の抗生物質が7例に投与され，5例には抗生物質が投与されなかった。

全症例92例中死亡は17例であり，全体の死亡率は18.5%であった。重症度別にみると，軽症・中等症17例に動注療法が施行され，死亡は2例（死亡率11.8%），重症75例に動注療法が施行され，死亡は15例（死亡率20%）であった。入院時に重症と判定された337例中75例（22.3%）に動注療法が施行された。以下，重症75例について検討した。

(1) 感染の合併と死亡率

重症急性膵炎75例中11例（14.7%）に感染性膵壊死を合併し，その死亡率は45.5%であった。また，膵膿瘍を5例（6.7%）に合併し，死亡率0%であった。一方，動注療法と保存的治療のみが行われた59例では死亡率16.9%であったのに対して，動注療法後に外科的治療が行われた16例では死亡率31.3%であった。

(2) 重症度と動注の有無，死亡率

各 Stage における動注の有無と死亡率を重症例について検討した（表1）。Stage 2では動注群，非動注群で死亡率に差を認めないが，Stage 3，Stage 4では動注群で非動注群に対して死亡率が低い傾向がみられた。また，Ranson score による各重症度における動注の有無と死亡率をみると（表2），Ranson

表1. 各 Stage における動注の有無と死亡率

	動注群		非動注群	
	症例数	死亡率	症例数	死亡率
Stage 2	41	9.8%	150	12%
Stage 3	13	23.1%	34	41.2%
Stage 4	4	50%	11	90.9%

表2. Ranson score による各重症度における動注の有無と死亡率

Ranson score	動注群		非動注群	
	症例数	死亡率	症例数	死亡率
0-3	27	11.1%	119	7.6%
4-6	21	19%	34	35.7%
7≤	4	50%	12	66.7%

表 3. 発症から動注開始までの時間と重症化パターン

重症化パターン	発症から動注までの時間	
	≤48 h.	48 h<
1	61.0%	34.6%
2	9.8%	11.5%
3	22%	27%
4	2.4%	7.7%
5	0%	4.7%
6	0%	0%

表 4. 発症から動注開始までの時間と死亡率

死亡率	発症から動注までの時間	
	≤48 h.	48 h<
	17.1%	26.9%

score 0-3, Ranson score 7 ≤では、両群に差を認めないが、4-6では、動注群で非動注群にくらべ死亡率が低い傾向を認めた。

(3) 発症から動注開始までの時間と経過および予後

重症急性膵炎動注症例で、発症から動注開始までの時間と重症化パターンについて検討すると、発症から48時間以内に動注が開始された群では、発症から48時間以降に動注が開始された群にくらべ重症化パターン1の症例が多く、他のパターンの頻度には差を認めなかった(表3)。また、両群で死亡率を検討すると、発症から48時間以内に開始された群で死亡率が低かった(表4)。

考 察

今回集計された症例では、入院時に重症と判定された症例中22%に動注療法が施行されている。動注療法の評価は同じ重症度で比較される必要がある。本研究班では、重症度スコアからStage分類を行っているが、これをもとに同じStageで動注施行群と非施行群の死亡率を比較すると、Stage 2では差を認めないが、Stage 3, 4とより重症度の高い症例では、動注群の死亡率が非動注群の約半分であり、より重症度の高い症例での動注療法の有用性を示唆している。Ranson scoreによる重症度での評価でも同様の傾向を示しているが、Stage分類における比較ほどには差を認めなかった。

動注療法のタイミングに関しては、前回の集計と同様に発症から48時間以内に動注療法が開始された群で死亡率が低く、また、重症化パターンでも「発症から2週間以内に軽快」している症例が多かった。これらのことは重症急性膵炎では早期に動注療法を始めることが重要であることを示唆している。いかにして重症化の兆候を捉え、適切な治療を行うかが課題であるが、少なくとも、画像診断を含めて重症度判定項目が重症の基準を満たしていれば動注療法を考慮する意義があると思われる。

今回の検討では、感染性膵壊死を合併した症例は15%程度であるが、その死亡率はきわめて高く、感染の早期発見、適切な診断と必要十分な外科的治療が救命率を向上させるために重要である。集中治療の進歩や動注療法、血液浄化療法などの特殊治療は早期の死亡を激減させてはいるが、壊死性膵炎における感染の合併に対して適切な対応ができる外科側の問題が残っている。

今後の課題としては、動注療法が重症膵炎に対して保険適応を得ることであるが、そのためには、きちんとした randomized controlled study を行い、十分な evidence を積み重ねる必要があると思われる。

慢性膵炎の実態調査

税 所 宏 光 千葉大学第一内科	跡 見 裕 杏林大学第一外科	大 槻 眞 産業医科大学第三内科
加 嶋 敬 京都府立医科大学第三内科	須 田 耕 一 順天堂大学第一病理	早 川 哲 夫 名古屋大学第二内科
松 野 正 紀 東北大学第一外科	西 森 功 高知医科大学第一内科	池 井 聰 国立熊本病院外科
池 田 靖 洋 福岡大学第一外科	今 泉 俊 秀 東京女子医科大学消化器病センター消化器外科	衛 藤 義 勝 東京慈恵会医科大学小児科
大 井 至 東京女子医科大学第二病院検査科	小 倉 嘉 文 国立三重中央病院外科	木 下 順 弘 熊本大学集中治療部救急部
木 村 理 山形大学第一外科	黒 田 嘉 和 神戸大学第一外科	佐 藤 信 紘 順天堂大学消化器内科
下 瀬 川 徹 東北大学消化器病態学	白 鳥 敬 子 東京女子医科大学消化器病センター消化器内科	高 田 忠 敬 帝京大学第一外科
田 代 征 記 徳島大学第一外科	玉 腰 暁 子 名古屋大学予防医学	中 尾 昭 公 名古屋大学第二外科
中 村 光 男 弘前大学第三内科	野 田 愛 司 愛知医科大学第三内科	馬 場 忠 雄 滋賀医科大学第二内科
船 越 顕 博 国立病院九州がんセンター消化器内科	丸 山 勝 也 国立療養所久里浜病院	山 城 雄 一 郎 順天堂大学小児科
吉 村 邦 彦 東京慈恵会医科大学呼吸器内科	小 川 道 雄 熊本大学第二外科	

要旨：1999年1年間に全国の主な医療機関を受診した慢性膵炎患者の実態を明らかにする目的で全国調査を行っている。本年度は2年目にあたり、第一次調査、第二次調査を実施した。調査対象として全国の医療機関より、内科、外科、消化器科、胃腸科、消化器外科のいずれかを標榜する病床数100以上の一般病院および大学病院（10,045診療科）を選定し、第一次調査票を送付した。2,147診療科より回答があり、そのうち当該年に慢性膵炎患者の受診歴があった診療科が915、患者総数8,863人（男性5,776人、女性3,087人）であった。慢性膵炎患者の受診歴があると回答した診療科に対し第二次調査として個人票を送付し、497診療科より2,742人（男性1,973人、女性703人、不明66人）の個人票が回収された。現在、個人票の集計作業中であるが、調査項目のデータ解析とともに、推計罹患患者数を算定し当該年における慢性膵炎の有病率（人口10万人）を明らかにする予定である。

はじめに

昨年度より引き続き、平成11年1月1日から同年12月31日迄の1年間に全国の主な医療機関を受診した慢性膵炎患者の実態を明らかにする目的で全国調査を行っている。

目的

今回の調査では慢性膵炎患者に対してどのような治療法が実際に行われているか、その実態把握に重点を置き、特に近年著しく発達した interventional radiology, 内視鏡治療, および従来からの薬物療法, 手術療法の位置付け, 適応, 治療効果, 特に除痛効果について明らかにすることを目的としている。同時に本疾患の発症率, 成因分布等, 現在の実態を把握する。また, 1995年に提示された慢性膵炎臨床診断基準(日本膵臓学会)の適用状況も併せて調査する。

対象と方法

1) 調査対象の選定

全国の医療機関より, 内科, 外科, 消化器科, 胃腸科, 消化器外科のいずれかを標榜する病床数100床以上の一般病院および大学病院とした。全国病院名簿1999-2000年版(厚生省健康政策研究会:医学書院)より上記条件に合致する施設診療科10,045を選定した。

2) 一次調査

上記選定施設の診療科長宛に一次調査票(往復葉書:表1)を送り, 平成11年1月1日より同年12月31日までに受診した慢性膵炎患者数を報告してもらった。

3) 二次調査

一次調査に対し患者数の報告のあった施設診療科に対して, 二次調査として個々の患者の個人票を送った。個人票は, 過去に実施された全国調査(1985年, 1994年)との継続性を保つためその形式は過去2回の全国調査個人票を基本的に踏襲したが, 調査内容は今回の調査目的に沿った項目に適宜変更し, 時宜に即した内容とした(表2)。

結果

1) 一次調査回答	: 2,147診療科 (21.4%)
慢性膵炎患者あり	: 915 診療科
患者総数	: 8,863人 (男性5,776人, 女性3,087人)
慢性膵炎患者なし	: 1,220診療科
不明	: 12 診療科

