

体積との相関を検討した。〔結果〕全例で、IS/OS 欠損の二次元画像化と面積の定量が可能であった。IS/OS 欠損のパターンは点や線のみではなく、不整形の面として描出された。黄斑疾患において IS/OS 欠損比率と視力に相関があった。〔結論〕LaBDi を用いることで、黄斑疾患の IS/OS 欠損を二次元画像化し、定量的に評価することが可能であった。

5. 女子医学生におけるストレス対応と認知に関する実態調査と支援体制の確立（第1報）—女子医学生 の精神健康度の実態調査

（女性生涯健康センター） 横田仁子

背景：大学生におけるメンタルヘルスの重要性は近年高まりつつあり、医学部においても教育内容上ストレスにさらされメンタルヘルスは重要視されつつある。

目的：女子医学生 の精神健康度の実態調査を行う。

方法：①2007 年から 2011 年度の入学時の精神健康度を質問紙（GHQ-30）で検討した。②2012 年度の健康診断時に全学年を対象に精神健康度を質問紙法（GHQ-30）に行い、入学時との比較検討をした。

結果：①2007 年から 2011 年にかけて行われた調査では、GHQ-30 の 7 点以上を示したものは年度別に、35.8～54.9% に認められた。最も多かったのは 2008 年度入学者で 54.9%、次いで 2009 年度、2007 年度、2010 年度、2011 年度の順であった。②2012 年度の健診時の GHQ-30 で 7 点以上を示したものは、15～34.8% で、5 年生、6 年生、4 年生、3 年生、1 年生、2 年生の順であった。③2007 年から 2011 年の入学時、2012 年健診時の全学年において、GHQ-30 の下位尺度では、一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、不安と気分障害のポイントが高かった。

結語：女子医学生において、GHQ-30 で 7 点以上を示したものは 3 割程度おり今後何らかの介入が必要であると示唆された。

〔第7回研修医症例報告会〕

1. うつ病に睡眠時無呼吸症候群合併を疑った 1 例：病態と臨床上の問題点に関する考察

（¹ 卒後臨床研修センター、² 総合診療科）

○勝呂麻弥¹・

○三木 郁²・稲葉佑介²・久保田翼²・

齋藤 洋²・齋藤 登²・野村 馨²

症例は 46 歳男性。33 歳時にうつ病と診断された。44 歳で再発し、当院神経精神科を紹介され通院している。2 ヶ月前からは意欲低下、社会的退却状態の持続が認められる。同時期より全身倦怠感の増悪が著明となり、身体的異常がないか検索を目的に当科に紹介受診となった。BMI 27Kg/m² で肥満、脂肪肝、高脂血症などが明らかとなった。さらに睡眠時にはいびきや無呼吸を呈し、日中に

傾眠傾向を認めたことから、睡眠時無呼吸症候群（SAS）による著しい倦怠感が疑われた。現在精査中である。

全米調査では男性うつ病患者の 6% に SAS が認められ、そのほか高率にいびきなどの睡眠時の呼吸障害が認められた。その病態としてはセロトニン代謝異常による中枢性、末梢性の呼吸障害、肥満による閉塞性 SAS などが挙げられている。臨床上の問題として、SAS はうつ病の QOL をさらに低下させる、肥満と共に心血管系の危険因子であり患者予後を悪くすることなどが考えられる。さらに肥満群（BMI ≥ 25Kg/m²）の SAS は重症化するとされている。今回の症例はうつ病患者の背後に潜む肥満、呼吸障害などの合併症とその問題点を考察する機会を与えるものであったので報告する。

2. 強皮症、シェーグレン症候群に合併した MPO-ANCA 陽性の IgA 腎症の 1 症例

（東医療センター ¹ 卒後臨床研修センター、² 内科）

○村上智佳子¹・○興野 藍²・

○小川哲也²・樋口千恵子²・大塚邦明²

80 歳女性。4 年前に前医で限局性皮膚硬化型の強皮症/シェーグレン症候群と診断され治療薬なしで無症状に経過していた。平成 24 年 6 月に突然の多関節痛と尿蛋白/潜血を認めプレドニゾロン 2.5mg が開始された。関節痛は消退したが尿所見は悪化、39.0℃ 台の発熱とクレアチニンの上昇も認め精査加療目的に入院となった。MPO-ANCA 高値（>650EU）であり、入院後すぐにステロイドセミパルスを施行した。腎生検組織像では細胞性半月体を伴った糸球体を 1/7 個で認め、蛍光抗体法（IF）でメサンギウムに IgA と C3 の沈着を認めたため IgA 腎症と診断した。セミパルス後 2 週間でクレアチニンの再上昇を認め、再度ステロイドパルス療法を施行した。さらに IgA 腎症の治療としてセミパルスを 1 クール追加したところ、尿蛋白は 1.0g/day から 0.5g/day まで低下し、尿中赤血球の著明な改善と、クレアチニンの 1.3mg/dl から 0.69mg/dl の低下を認めたため、外来で引き続き治療を行う方針とし退院となった。本症例は強皮症、シェーグレン症候群の経過中に ANCA 陽性（MPO-ANCA > 650EU）を認めるも、腎臓組織にて血管炎の所見を認めず、半月体形成を伴う IgA 腎症を合併した珍しい症例であった。

3. 高齢者における推定糸球体濾過量の算出について

（¹ 卒後臨床研修センター、² 青山病院循環器内科）

○関口直樹¹・大野公美¹・

本多春奈¹・中北 朋¹・花輪智秀¹・

○関口治樹²・○島本 健²・○川名正敏²

〔背景〕高齢化が進む現代において、入院患者の平均年齢も上昇している。またこれら高齢者の多くは腎機能が低下しているが、筋肉量も低下しているので血清クレアチニン値を用いた推定糸球体濾過量（eGFR）の算出につ

いては限界があると言われている。〔方法〕当院に入院された患者様（41名、平均年齢76歳、男性26名）を対象とし、血清クレアチニン（Cr）、シスタチンC（CysC）を測定し、これらより推定される糸球体濾過量（estimate glomerular filtration rate；eGFR）、Cockcroft-Gault式でのCLCCr、CysCによるGFRの推定（GFRcys）と24時間蓄尿によるクレアチニークリアランス（CCr）との直線回帰分析を検討した。心不全例では体重にも変化がみられることを考慮して、BNP>100pg/dlを慢性心不全（24人）として、対象を心不全の有無で計2グループ心不全に分けて検討を行った。〔結果〕非心不全患者において、CCrとeGFR、CLCCrおよびGFRcysの決定係数（ $|R|^2$ ）は、eGFR 0.238、CLCCr 0.419、GFRcys 0.614とGFRcysがCCrと最も強い相関が認められた。さらに慢性心不全患者においても、 $|R|^2$ はeGFR 0.526、CLCCr 0.415、と比較し、GFRcys 0.688とかなりの相関が認められた。〔結語〕筋肉量の落ちている高齢に関しては、クレアチニンによる腎機能評価は不十分であり、シスタチンCを用いた腎機能評価が適当であるといえ、また特に慢性心不全患者において有効である。

4. 見逃されがちな糖尿病患者の limited joint mobility の1例

（¹ 卒後臨床研修センター、² 総合診療科）

○神庭瑠美子¹・

○稲葉佑介²・久保田翼²・三木 郁²・
齋藤 洋²・齋藤 登²・野村 馨²

症例は72歳男性。40歳発見の2型糖尿病の既往がある。2007年頃から両側前腕の強張り（左側優位）を自覚するようになった。2010年頃から両側手指に疼痛と関節屈曲時の強張り、左手関節部位の荷重時・関節回旋時の疼痛も出現した。症状が増悪してきたため2012年他院の神経内科、整形外科を受診し各種検査が行われたが、原因不明であった。精査目的に総合診療科受診となった。初診時身体所見では、両側指関節進展時の疼痛、手関節・股関節・足関節・脊椎などの関節可動域の低下を認めた。MMTの低下や関節の腫脹・発赤・圧痛などは認められず、筋硬直や皮膚硬化も認めなかった。血液検査においても炎症反応を含めて特記すべき異常所見は認められなかった。2型糖尿病の既往があり、他疾患では説明のつかない手関節可動域の低下と疼痛であることから limited joint mobility が疑われ、本疾患に特異的とされる prayer test および table sign がいずれも陽性であったことから診断に至った。結合組織の変化、神経変性、血管炎などが複合的に関与している疾患であり、1型および2型糖尿病では出現頻度は40%程度と比較的頻度の高いものとされている。しかし、診断に至ることは稀な疾患である。本症例においても種々の診療科で精査したにもかかわらず原因究明が困難であった。

5. 加算平均心電図による心室遅延電位が診断のきっかけとなった Brugada 症候群の1例

（¹ 卒後臨床研修センター、² 循環器内科）

○渡邊真樹子¹・◎喜多村一孝²・鈴木 敦²・

鈴木 豪²・山口淳一²・志賀 剛²・萩原誠久²

症例は突然死の家族歴を持つ50歳男性。2回の失神発作を認め当院受診した。外来受診時の12誘導心電図では非特異的ST上昇を認めたが、典型的なBrugada型波形ではなかった。しかし、突然死の家族歴があり加算平均心電図でRMS40が7.45μV、LASが49.5msと陽性であったために精査目的に、2012年4月当科入院となった。心電図の日内変動は認めないものの、高位肋間心電図で右脚ブロック型波形を認め、ピルジカイニド50mg負荷でcoved型心電図を示した。電気生理検査では、期外刺激で心室細動が誘発されBrugada症候群と診断した。失神、突然死の家族歴、心室細動の誘発を認めたことから、1次予防として植え込み型除細動器を植込んだ。

外来で典型的な心電図でなかったとしても、加算平均心電図や高位肋間心電図を測定することでBrugada症候群の診断のきっかけになることがある。加算平均心電図を取ることがきっかけとなりBrugada症候群の診断に至った1例を経験したので報告する。

6. 胸部絞扼感で発症した再発性心膜炎の1例

（¹ 卒後臨床研修センター、² 青山病院循環器内科）

○花輪智秀¹・中北 朋¹・

◎関口治樹²・◎島本 健²・◎川名正敏²

〔症例〕49歳女性。2012年5月3日に胸部拘扼感あり近医を受診。心電図、胸部CT共に異常なく経過観察となった。その後も同症状が持続するため、他院循環器内科を受診、明らかなECG異常はなく、狭心症が疑われた。5月17日冠動脈造影CTを施行したところ、冠動脈には有意狭窄はないものの心嚢液貯留および左側胸水を認めたため入院予定となっていたが、自覚症状は軽快傾向であった。しかし、5月27日に胸部拘扼感が再発し、29日には39℃の発熱あり当院へ緊急入院となった。入院時、身体所見では心膜摩擦音もなく異常はみられなかった。心電図で前胸部誘導のT波陰転化と心エコーおよびCTでの全周性の心嚢液貯留（炎症性物質の貯留像）、心膜の輝度上昇、血液検査での炎症反応陽性より、急性心膜炎と診断した。直ちにNSAIDsを開始したところ、数日で症状および炎症反応が改善して心嚢液もほぼ消失した。しかし6月7日に再び胸部拘扼感を認め、心電図でT波の偽陽性化を認めた。心エコーでも心嚢液貯留・心膜肥厚の悪化がみられたため、再発性心膜炎の病態と診断した。画像所見からは滲出性収縮性心膜炎（effusive constrictive pericarditis）の可能性も考えられ、その場合には早期の外科治療（心膜切開術）も考慮されたが、結核性を否定したうえでステロイド治療を開始してコル