

た。1ヵ月間、多施設、多職種からなる地域医療の現場を網羅的に体験するカリキュラムとした。当院内科、外科の急性期病棟業務を基本にして、療養病棟、総合診療科外来、救急外来を経験する。院外研修として在宅診療とへき地巡回診療に参加、市役所健康保健課で保健行政を受講、地域包括支援センターでの介護支援会議参加、医師会例会参加、地域住民との交流会や健康相談などを体験する。学習ツールとして significant event analysis (SEA) を用い、地域医療が研修医にどのような学習を与えるか検討した。SEA は最も印象に残った症例、事象を記載、振り返り、今後の改善に向けた学習法である。〔結果〕種々の研修現場での経験から「看取りに関する生命倫理」「他職種間の意見調整」「患者医師間、同僚医師間とのコミュニケーション」「治療による害」などが SEA にて報告された。従来の EPOC における個別目標などではカバーされにくいプロフェッショナルリズムに該当するものであった。〔まとめ〕地域医療研修はプロフェッショナルリズムを集中的に学ぶに適しており、その手段として SEA は有効と考えた。

〔第9回研修医症例報告会〕

1. 慢性 B 型肝炎、2 型糖尿病の経過中にネフローゼ症候群を呈した 1 例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター、²内科) ○大熊順子¹・西沢蓉子²・島田美希²・古草倫奈²・村上智佳子²・神原美沙²・清水比美子²・興野 藍²・小出純子²・樋口千恵子²・◎小川哲也²・佐倉 宏²

68 歳女性。母児感染による hepatitis B virus (HBV) キャリアで、50 歳時に近医で高血圧・高血糖、肝硬変を指摘された。初診時 HbA1c 7.2% で経口血糖降下薬開始、58 歳でインスリン導入するも HbA1c 6.7~7.1% であり、60 歳時に両側網膜症に対しレーザー治療、63 歳から尿蛋白 1+ を指摘。B 型肝炎に対しては 64 歳時に HBV-DNA <2.1 log copy/mL でエンテカビルが開始され、2 年後に HBV-DNA は陰性化し、以後再燃なく経過した。67 歳から尿蛋白 3+ と増加し改善なく Cre 0.8 → 1.19 mg/dl と腎機能障害も出現し、68 歳で当科初診となり精査加療目的に入院となった。

入院時、尿蛋白 3.6 g/日、血清アルブミン 2.6 g/dL とネフローゼ症候群を呈しており、HbA1c 5.9%、エコー上中等量の腹水を認め Child-Pugh B であった。腎生検では糸球体糸球壁のびまん性肥厚に加え分葉状を呈し、一部は Kimmelsteil-Wilson 結節様で、糸球壁に HBs 抗原陽性であった。HBV に伴う二次性膜性増殖性糸球体腎炎および糖尿病性腎症の併発の診断で、エンテカビルに加え PSL 0.8 mg/kg で治療開始し、その 6 週間後には尿蛋白 0.5 g 未満

となり、血清アルブミンも 3.4 g/dL まで回復するに至った。

B 型肝炎関連腎症における治療は原則抗ウイルス療法となるが、本症例ではすでに HBV-DNA 陰性化が維持されていたため、抗ウイルス療法に加えステロイド併用を行い良好な結果が得られた 1 例であり、若干の文献的考察を含め報告する。

2. 急速に白内障が進行した罹病歴 2 年の 25 歳発症 1 型糖尿病疑いの 1 例

(¹糖尿病センター内科、²糖尿病センター眼科、³卒後臨床研修センター)

○森 友実^{1,3}・◎保科早里¹・入村 泉¹・大屋純子¹・三浦順之助¹・廣瀬 晶²・北野滋彦²・内潟安子¹

症例は 27 歳女性。2012 年 (25 歳) 5 月より口渇・多尿・体重減少が出現、健診で空腹時血糖 433 mg/dl、HbA1c 11.1% を指摘され、8 月近医を受診し、睪島関連自己抗体陰性であったが内因性インスリン分泌の低下を認め、1 型糖尿病と診断された。インスリン療法を開始されるも糖尿病であることを受け入れられず、2 ヶ月後に通院を自己中断した。2013 年 (26 歳) 2 月、糖尿病性ケトアシドーシスで同院に救急搬送され、インスリン療法を再開したが、その後も半年ほどで通院やインスリン投与は不定期になり、HbA1c 15~17% で経過した。2014 年 (27 歳) 8 月初旬突然両眼の視力低下を認め、B 眼科を受診し白内障と診断された。手術適応の指摘と HbA1c 17.6% と著しく高値であることから、視力低下から 10 日後に当院当センターを初診した。初診時、HbA1c 17.1%、GA 47.3%、尿ケトン陰性であった。両眼白内障は成熟しており眼底は透見できなかった。血糖コントロールおよび白内障加療目的に入院した。内因性インスリン分泌能はわずかに残存していた。インスリン 4 回法で緩徐な血糖コントロールを行い、血糖 100~200 mg/dl 程度となったため、入院第 11 日、第 15 日目に両眼水晶体再建術を施行した。術後経過は良好であり、視力の改善が得られた。神経障害、網膜症、腎症のいずれも進行は認めない。糖尿病患者の白内障はほとんどが中高年以降に認められ、若年糖尿病患者では稀である。罹病期間 2 年という短期間に、血糖コントロール不良により成熟白内障と診断された症例であり、報告する。

3. 全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群に合併したネフローゼ症候群の 1 例

(¹卒後臨床研修センター、²腎臓内科、³膠原病リウマチ内科) ○佐藤由利子¹・◎岩淵裕子²・井上 暖²・西田美貴²・杉浦秀和²・板橋美津世²・中島亜矢子³・新田孝作²

全身性エリテマトーデス (SLE) およびシェーグレン症候群 (SjS) の加療中にネフローゼ症候群をきたした 1 例を経験したので報告する。症例は 39 歳女性。1994 年

に自己免疫性肝炎, 2005年にSLE, SjSと診断されステロイド加療をされ, プレドニゾロン (PSL) 7mgにて寛解維持していた. 2014年9月上旬に感冒症状, 両下腿浮腫, 3kg/月の体重増加, 労作時呼吸困難が出現し9月下旬に当院リウマチ内科に入院となった. 尿蛋白8.43g/日, 尿潜血2+, 沈渣赤血球30~49/HF (糸球体由来) を認め, 血清Alb 1.9g/dlと低下していることから, ネフローゼ症候群と診断された. 両側胸水を認めフロセミドの静脈内投与を行うも体液管理が困難であり, 第11病日に当科転科となった. 転科後, 体外限外濾過法を併用し, 浮腫, 胸水の改善を認めた. ネフローゼ症候群の原因として, ループス腎炎が考えられたが, 抗核抗体, 抗ds-DNA抗体は陰性であった. PSL 50mgを開始しその後腎生検を施行した. 腎生検では, 軽微なループス腎炎II (+V)型の所見と微小変化型ネフローゼ症候群 (MCD) や巣状糸球体硬化症 (FSGS) を示唆するポドサイトの変性像を認めた. 膠原病に伴ったネフローゼ症候群においても, 一次性ネフローゼ症候群を鑑別する必要がある. 治療経過と文献的考察を含めて報告する.

4. 難治性重症深部静脈血栓症に対しカテーテル血栓溶解療法が著効した1例

(¹卒後臨床研修センター, ²循環器内科)

○菊地まゆ¹・◎菊池規子²・佐藤俊一¹・長島弘之¹・喜多村一孝²・鈴木 敦²・芹澤直紀²・鈴木 豪²・山口淳一²・萩原誠久²

症例は80歳男性. 前立腺癌に対して放射線治療の既往あり, 201X年2月下旬より右下腿浮腫を認めた. 4月には失神で他院に救急搬送され, 下腿浮腫は増悪傾向であり, 5月下旬には歩行困難となった. 当科初診し, 深部静脈血栓症 (DVT) の診断で入院となった. 右総腸骨動静脈の交叉部に転移と考えられるリンパ節腫脹を認め, それ以下の静脈の血栓閉塞を認めた. ワーファリンによる抗凝固療法を開始したものの血栓溶解傾向は認められず, 症状の改善は得られなかった. Villalta scale 19/30点の難治性重症DVTであり, カテーテル治療を行う方針とした. 下大静脈フィルターを挿入の上, 小伏在静脈より穿刺, 下大静脈までワイヤリング後に血栓吸引, バルーン拡張を行い, Fountainカテーテルを留置した. Fountainカテーテルよりウロキナーゼを連日投与し, 3日目に再度造影検査を行ったが, やはり血流障害を認めた. 狭窄部にステントを留置し, 良好な血流が得られた. カテーテル治療後, 下腿浮腫, 腫脹は著明に改善, Villalta scaleでは3点まで改善し, 独歩で退院となった. 今回, 転移したリンパ節の圧排により静脈血栓症を発症し, カテーテル血栓溶解療法が著効した1例を経験したので報告する.

5. 腹部コンパートメント症候群の治療が奏功したショック2症例の検討

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,²救急医療科) ○竹田津史野¹・◎高橋宏之²・栗山桂一²・増田崇光²・吉川和秀²・植木 穰²・高橋政照²・磯谷栄二²

〔症例1〕60歳男性, 意識障害のため搬送となった. バイタルはJCS 1, 血圧 測定不能, 脈拍72 bpm, 呼吸数18回であった. 身体所見上, 腹部緊満と右下腹部を中心に圧痛を認めた. Lactateは20.0 mmol/L以上と高値であり循環不全をきたしていた. 初療室で血圧が低下し心肺停止に至ったが, アドレナリン1mgと2分間のCPRで心拍再開した. 画像所見や身体所見から腸管壊死を疑い緊急試験開腹術とした. 著明な腸管拡張を認め, 腹腔内圧の上昇が疑われた. 腹腔内へ腸管の還納を行うと腸管虚血所見を認めたためopen abdominal managementとした. その後循環動態安定し, 術後8日目に閉腹し, 第27病日に転院となった. 〔症例2〕50歳男性, 腰背部痛を主訴に搬送となった. バイタルは血圧79/57 mmHg, 脈拍64 bpm, 呼吸数25回であった. 身体所見上, 腹部緊満であり腹部全体に圧痛を認めた. Lactateは4.7 mmol/Lと上昇していた. 膀胱内圧は, 20 mmHgと高値であり, 腹部コンパートメント症候群と診断した. 画像上, 明らかな腸管虚血を示唆する所見は認めなかったため, 開腹はせず保存的加療の方針とした. 腹腔内圧を下げるため, 挿管管理とし筋弛緩薬で治療を開始した. 膀胱内圧は徐々に低下し, 循環動態も安定した. 第4病日に抜管し, 第8病日に独歩退院となった. 〔結語〕2症例とも原因のはっきりしない腹腔内圧上昇からショック, 心肺停止に至った症例である. 両症例ともアルコール多飲歴があり, 肝障害, 門脈圧亢進の関与が疑われた. 文献的考察を含めて報告する.

6. 消化管閉塞を合併した胃限局型若年性ポリポシスの1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科)

○小川杏平¹・◎岸野真衣子²

〔症例〕39歳, 男性. 〔主訴〕嘔気, 嘔吐. 〔現病歴〕20XX年貧血のため前医を受診, Hb 6.7 g/dlと低下しており, また内視鏡で胃内に多発性のポリープを認めたため, 当院に紹介となった. 血液検査では鉄欠乏性貧血を認めた. 各種検査の結果, 貧血の原因は胃病変からの出血と診断した. 出血コントロールの目的で胃病変に対して約15ヵ月間に6回の内視鏡的ポリープ切除を行った. 6回目のポリープ切除を施行後約7ヵ月経過したころから上腹部の飽満感, 嘔気が出現した. 症状出現から約2週間後にコーヒー残渣様の嘔吐を認めたため当科を受診し緊急入院となった. <入院時現症>BMI21 kg/m², 体温37.9℃, 脈拍88回/分, 血圧106/59 mmHg, 皮膚所