【結論】初期の網膜症発症には，高血糖が関与していることが考えられ，網膜症発症以前からの血糖コントロールが重要であり，また腎症のある場合には特に十分な観察と治療が必要であることが示唆された．

19）網膜症とその臨床上の進展因子
—当院における10年間の経過観察例について—

田村　紀子・百都　　健（新潟市民病院
田中　直史　　第二内科）

目的；網膜症の臨床上の進展因子を探ること．

対象；観察開始時に網膜症を認めないか単純網膜症を認め，10年間観察しえた69例．

方法；対象を10年間の平均 HbAlc によって4群に分類し，各群において網膜症の発症，進展率を検討した．HbAlc 6.4％以下を1群，6.4～8.4％を2群，8.4～11.4％を3群，11.4％以上を4群とし，症例数の一番多い2群で年齢，罹病期間，BMI，高血圧，高脂血症，HbAlc 変動係数と網膜症との関連につき検討した．結果；1群での網膜症発症進展率は12.5％．3群での発症率は88.2％，進展率は100％．4群での発症進展率は100％．2群での発症進展率は51.5％であり，発症進展したものと，しないもので，罹病期間にのみ有意差があった．

20）視覚障害者のリハビリテーション～独歩歩行時の血圧上昇とガイドヘルプの必要性

山田　幸男・高澤　哲也
平沢　由平　　（信楽園病院内科）
大石　正夫　　（　同　　眼科）
清水　　学　　（全国ベーチェット協会江南施設）
石川　充英　　（東京都失明者更正館）

我が国の視覚障害者はおよそ35万人おり，その20％弱が糖尿病性網膜症による．糖尿病による失明者は，同時に腎障害やインスリン注射などの医療を必要とする場合が多く，医療とリハビリテーションを合わせて行う施設は我が国では極めて少ないため，糖尿病による視覚障害者のリハビリテーションはほとんど行われていない．そこで，1994年5月に当院では視覚障害リハビリテーション外来を開設してその診療にあたっている．外来は月2回行い，歩行訓練，点字や視覚障害者用パソコンの指導，日常生活用具や施設の紹介，悩みの相談などに応じている．中でも多いのが歩行訓練と眼鏡処方を含むロービジョンクリニックであった．受診者（67例）の視覚障害原因疾患として多いのが糖尿病性網膜症24例（35.8％）と網膜色素変性症15例（22.4％）であった．受診者のおよそ80％が外来を受診してほぼ目的を達成していた．他に，各地でのパソコン教室を紹介し，誘導歩行の必要性を述べた．

Ⅴ．特　別　講　演　Ⅰ

「看護婦が行う糖尿病患者への動機づけ」

朝日生命糖尿病研究所教育看護主任
西　澤　由美子 先生

発症早期や治療中の糖尿病は，ほとんど自覚症状がなく，合併症もゆっくりと潜在的に進行するため，厳しい食事療法や運動療法を厳守し，継続することが非常に難しい．

そこで，患者に治療への意欲を持ち続けさせるための，効果的な動機づけが必要となる．どの医療施設でもいかにして動機づけを成功させるべきか努力を重ねていることと思う．

当院においても，患者教育における，動機づけの重要性を痛感し，さまざまな活動を行っている．実際に効果をあげている主なものには，教育入院，糖尿病教室，無散瞳眼底カメラの撮影，足外来，患者会，Ⅰ型キャンプなどがある．今回は，Ⅰ型キャンプを中心にそれぞれを紹介し，キャンプの効果についても述べ，動機づけのあり方について考えたいと思う．

Ⅵ．特　別　講　演　Ⅱ

「糖尿病黄斑症の病態と治療」

駿河台日本大学病院眼科講師
佐　藤　幸　裕 先生

糖尿病網膜症による失明の主因は，増殖網膜症における硝子体出血や黄斑部を含む牽引性網膜剝離である．一方，網膜症の約90％を占める非増殖網膜症（単純網膜症，前増殖網膜症）における視力障害の主因は糖尿病黄斑症である．また，増殖網膜症においても汎網膜光凝固後の黄斑浮腫の増悪が問題となっている．黄斑症には黄斑浮腫，乏血性黄斑症，糖尿病色素上皮症の3型があるが，黄斑浮腫が大部分を占める．

黄斑浮腫の有効な薬物療法はなく，黄斑浮腫に対する治療の主体は光凝固である．黄斑浮腫に対する光凝固は，すでに視力低下が進んだ症例における視力回復よりも，未だ視力低下が軽度な症例における視力低下の進行防止に重点が移りつつある．

また，後部硝子体剥離が無い黄斑浮腫を硝子体手術で治療する試みも行われている．治療効果は光凝固より確実であるが，今後，多施設における prospective study で適応を明確にする必要がある．

Ⅶ．特 別 講 演 Ⅲ

「糖尿病網膜症硝子体手術成績に対する糖尿病腎症の関与」

国立名古屋病院眼科部長
安 藤 文 隆 先生

糖尿病腎症として顕著に現われる症状のうち，低蛋白血症，腎性貧血，人工透析療法が硝子体手術成績に及ぼす影響を述べた．

低蛋白血症を有する患者では，硝子体手術後高眼圧を呈する場合が有意に多かったが，術後の高眼圧は視力予後の risk factor であり，これら患者の視力予後は有意に不良であった．腎性貧血は Hct 30%を境に影響があり，術前 Hct 30%未満（重症貧血）の症例の視力予後は，Hct 30%以上の症例の視力予後に比し，有意に不良であった．そこで重症貧血症例を，エリスロポエチン治療により Hct 30%へ回復後手術をした所，その手術成績は貧血を認めなかった症例群と同程度に良好となった．これに対して，輸血による貧血治療例の手術予後は不良であった．人工透析患者の硝子体手術成績は，貧血治療を行わなかった時期には不良であったが，貧血治療さえ行えば，人工透析も術後の視力予後を不良とする因子とはならないことを報告した．

第212回新潟循環器談話会例会

日 時 平成9年9月6日（土）
会 場 新潟大学医学部
第5講義室

Ⅰ．一 般 演 題

1）心電図診断の困難だった急性心筋梗塞例

宮島 武文・山口 利夫（木戸病院）
津田 隆志（循環器内科）

【症例1】38歳，男性．平成9年6月14日13時頃，資材運び中に突然胸部不快感が出現，持続した．このため，17時に当科に紹介された．当科受診時，胸部不快感はすでに3割程度になっており，心電図上も ST 変化はなかった．翌朝には CPK が 759 IU/L まで上昇し，心電図上もⅠ誘導のR波が減高し，aVL 誘導が QS パターンとなっていた．冠動脈造影から責任血管は第一対角枝と考えられた．【症例2】54歳，男性．平成9年6月13日14時より胸部不快感が出現，持続したため16時に当院を紹介された．心電図でⅡ，Ⅲ，aVF，V5，V6 誘導において水平型 0.5 mm の ST 低下を認めたが，当院受診時はすでに胸部不快感はなくなっていた．翌朝 CPK は 527 IU/L まで上昇し，心電図では V5，V6 のR波の減高を認めた．冠動脈造影から責任血管は鈍縁枝と考えられた．

2）Ⅰ型，Ⅱ型 CD36 欠損症と心疾患について

渡辺 賢一（新潟薬科大学臨床薬里学）
長友 孝文（同 薬理学）
宮島 静一・草野 頼子（燕労災病院循環器内科）
小川 祐輔・広野 暁
大倉 裕二・塙 晴雄
鳥羽 健・布施 一郎
相沢 義房（新潟大学第一内科）

「はじめに」CD36 は酸化 LDL 受容体として動脈硬化に関与するだけでなく，長鎖脂肪酸輸送蛋白として脂肪酸代謝異常の面で注目されている．心疾患における CD36 欠損症の頻度と意義を検討した．

「対象と方法」燕労災病院循環器内科外来通院中200名から 7 ml 採血し，フローサイトメトリー法にて CD36 を検索し，単球と血小板の両者に欠損（Ⅰ型）か，血小板のみに欠損（Ⅱ型）かを判定した．一部症例では ^{123}I–