

# NewsLetter

自治医科大学地域医療オープン・ラボ

Vol.183, Oct, 2023



## 離島僻地から米国まで継続した支援

### ☆推薦文☆

中尾祐樹先生、*European Journal of Trauma and Emergency Surgery* への論文 Accept、おめでとうございます。いくつかの論文に Reject されましたが、Reviewers の見解の深意を汲み取り、次の論文へと生かし、挑戦し続けた先生の姿勢、素晴らしかったです。

思えば、後期研修中、私が日本腹部救急医学会のプロジェクト研究への応募を持ちかけたことに始まりました。テーマは「SMA 急性閉塞症による短腸症候群」でした。短腸症候群の要因にはクローン病とクローン病以外があり、高齢化の進む本邦で最も注目されている要因が SMA 急性閉塞症になります。先生は、日本腹部救急医学会認定施設のなかで SMA 急性閉塞症を数多く診療しているハイボリュームセンターを対象にアンケート調査を行い、本邦の SMA 急性閉塞症の実態と短腸症候群となって非経口栄養となる因子を明らかにしました。SMA 急性閉塞症の治療戦略を考える上で非常に重要な臨床研究で、このような研究のお手伝いをできたことを誇りに思っています。米国の外傷・急性期外科のフェローとなり、いつしか帰国し外傷・Acute care surgery 領域で活躍されることを切に願っています。

自治医科大学 消化器一般移植外科 笹沼 英紀 (自治医科大学・栃木県 17 期生)

### 中尾 祐樹 (鹿児島県 32 期卒業)

鹿児島県32期卒業の中尾祐樹と申します。今回、笹沼英紀先生、故Alan Lefor先生にご指導いただいた研究が*European Journal of Trauma and Emergency Surgery* に Publish されましたので、この場を借りてお礼申し上げるとともに、少しでも近況報告をさせていただきます。

#### 1. 義務年限中にできることから

私は現在、アメリカのウエストバージニア州にあるマーシャル大学で外科レジデントをしています。私が卒業した当時は、出身県によって外科専門医が取れる県と取れない県がありました。当時の鹿児島県はほぼ後者で、県人会の中で義務終了後に外科医となる人はとても少ない状況でした。ただ、私は在学中から外科をやりたいと考えていましたし初期研修修了後もその考えは揺るがなかったので、では専門医が取れないにしても義務年限内に何かできることはないかと考えました。

その一つが研究でした。義務年限中に1年間専門研修をする機会があり自治医大消化器外科で研修を行いました。その際に笹沼先生に相談し、院外研究生として研究を始めることになりました。上腸間膜動脈 (SMA) 急性閉塞症についてのお題をいただき、研究計画書の書き方、倫理審査の通し方から細かく指導していただきました。「SMA急性閉塞症において大量腸切除を回避するための初期治療戦略に関する全国調査」と題したプロジェクトが運よく腹部救急医学会のプロジェクト研究助成の対象となり、後ろ盾を得ることができました。学会の協力のもと全国300箇所ほどある腹部救急医学会評議員在籍施設を対象に調査を行いました。施設の代表者との連絡やデータ収集、EZRを駆使しての解析まで一人で行いましたが、診療や米国外科レジデンシーのトレーニングが忙しくなり、また度重なるプロジェクトに、もう無理なんじゃないかと諦めそうになることも何度かありました。しかしその度にメンターとなってくれた笹沼先生やAlan Lefor先生に励まされ、どうにか続



けることができました。その中で、死亡率の高いSMA急性閉塞症の生存者のうちで3ヶ月以上の長期的な中心静脈栄養が必要になるリスクファクターについて分析したものを、「Factors associated with the need for long-term total parenteral nutrition in survivors of acute superior mesenteric artery occlusion」としてThe American Association for the Surgery of Trauma(AAST)の年次総会で発表し、論文化したものがEuropean Journal of Trauma and Emergency SurgeryにPublishされました。SMA急性閉塞症治療後の最も重大な合併症である短腸症候群は中心静脈栄養が必要となりますが、症状発現から6時間以上、CTでの腸管気腫、Smaller SMV sign、腹水、が有意なリスクであることが示唆されました。

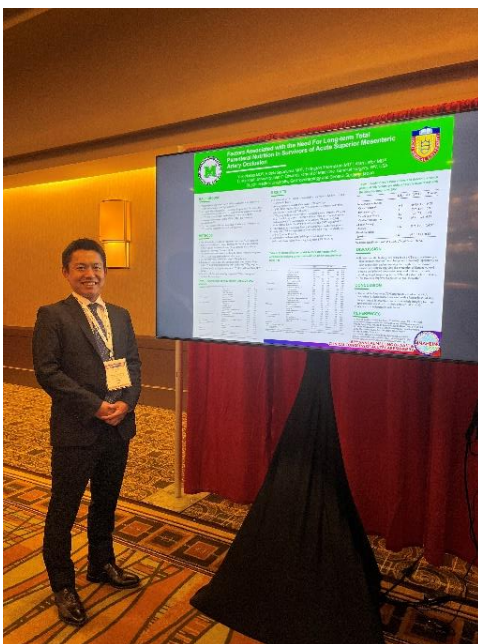
## 2. なぜ今アメリカにいるのか

義務年限中にできることで考えた2つ目が英語の勉強でした。なんとなく将来役立つだろうと思ったのがきっかけです。これなら他の同世代の外科医が修練している間に離島僻地でもできます。英語についていろいろ調べているうちにUSMLE (United States Medical Licensing Examination) の存在を知りました。また離島僻地での経験の中で外傷診療に疑問を持つ機会があり、外科の中でも外傷・急性期外科という分野がアメリカではサブスペシャリティとして確立されていることを知りました。アメリカでは5年のレジデンシーを終えると一人前とみなされ、一人で手術ができるようになることも魅力でした。それらを総合して、義務年限を終えた後は、アメリカで外科のトレーニングを積み外傷外科医になる、という目標を定めました。レジデンシーに入るためにはUSMLEに良いスコアで合格すること、良い履歴書、推薦状が必要でした。自治医大の先生方の支援もあり、また義務終了後に1年間横須賀米海軍病院で日本人フェローとして働いたことで、これらを揃えることができました。無事に米国外科レジデンシーにマッチして英語で仕事をしていることを考えると、学生の頃は英語ができなすぎて、海外から留学生が来ると逃げていたのが懐かしいです。モチベーションさえあれば英語の勉強を始めるのに遅すぎることはないと思います。今思えば大変でしたが、何よりも自分を支えてくれたのは家族と、アメリカの外科医という響きでした。

## 3. 今後の展望

現在米国外科レジデントの4年目となり、外傷・急性期外科のフェローシップへの応募が来年に迫ってきています。自治医大の先生方に指導していただいた研究のおかげで世界が広がりました。そしてAASTへの参加を通して日米の多くの外傷外科医と繋がりができました。フェローシップを終えて一人前の外傷外科医となり、いつの日か日本の外傷診療に貢献することができれば嬉しいです。

Y. Nakao et al.



**Table 2** Presence of potential risk factors after acute SMA occlusion in surviving patients who did or did not require long-term TPN

		TPN	No TPN	P value
Preoperative details	Age	70.9 ± 13.3	76.9 ± 10.4	0.12
	Gender, %female (#)	36% (5)	30% (8)	0.69
	Peritoneal sign (#)	36% (5)	37% (10)	0.93
	Lactic acid (mmol/L)	3.21 ± 1.78	4.11 ± 2.27	0.21
Chief complaint	Metabolic acidosis (#)	57% (8)	44% (12)	0.51
	Pressor requirement (#)	43% (6)	26% (7)	0.27
	Abdominal pain (#)	93% (13)	93% (25)	0.97
	Nausea/vomiting (#)	36% (5)	19% (5)	0.25
	Gastrointestinal bleeding (#)	0 (0)	3.7% (1)	0.47
Underlying disease	Hypertension (#)	64% (9)	56% (15)	0.59
	Atrial fibrillation (#)	64% (9)	52% (14)	0.45
	Coronary artery disease (#)	36% (5)	15% (4)	0.12
	Aortic dissection (#)	0 (0)	7.4% (2)	0.30
	Chronic kidney disease on dialysis (#)	7.1% (1)	7.4% (2)	0.97
	Diabetes mellitus (#)	29% (4)	11% (3)	0.16
	Chronic obstructive pulmonary disease (#)	14% (2)	3.7% (1)	0.22
CT findings	Portal vein gas (#)	7.1% (1)	3.7% (1)	0.63
	Pneumatosis intestinalis (#)	36% (5)	7.4% (2)	0.02*
	Ascites (#)	50% (7)	7.4% (2)	0.002*
	Smaller superior mesenteric vein sign (#)	50% (7)	15% (4)	0.02*
	Site of occlusion	Proximal (#)	79% (11)	67% (18)
Time to start treatment (hr)	> 6 h	86% (12)	44% (12)	0.01*
	Initial intervention	Thrombolysis (#)	0 (0)	19% (5)
Surgical intervention	Interventional radiology intervention (#)	21% (3)	30% (8)	0.57
	Surgery (#)	79% (11)	48% (13)	0.06
	Residual small intestine length [cm]	100% (14)	78% (21)	0.079
Length of stay, median	90.7 ± 130	218 ± 135	0.009*	
	52 ± 24.1	35 ± 26	0.04*	

\*Indicates significant difference,  $P < 0.05$ . Categorical variables reported as percentage (count) and quantitative variables reported as mean (standard deviation). Absolute number of patients presented in parenthesis

[発行]自治医科大学大学院医学研究科  
 地域医療オープンラボ運営委員会  
 事務局 大学事務部学事課 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1  
 TEL 0285-58-7476/FAX 0285-44-3625/e-mail openlabo@jichi.ac.jp  
<https://grad.jichi.ac.jp/>