

今回は、皮膚の健康を通して「地域の方々の笑顔
を育むクリニック」を目指されている『しんどう皮ふ科
アレルギー科』の信藤 肇 院長です。



信藤 肇 院長

しんどう皮ふ科 アレルギー科

〒732-0818
広島市南区段原日出1-15-13
段原SQUARE4階
電話/082-510-1322
院長/信藤 肇
診療科目/皮膚科、アレルギー科



○いつ開業されましたか。

ひいきのプロ野球チームはカープですが、ホークスのファンでもあります。このことからお分かりのように出身は福岡県ですが、医学の道に入り、経験や知己を得たのは広島に地であったため、南区段原のクリニックモールに平成26年4月に開業いたしました。

○開業されてから今までのことを教えてください。

段原地区は多くの高層住宅があり、子供の多い地域ですが、再開発以前からお住まいの高齢な方も多く、幅広い世代の方が通院されています。

広大での専門がアレルギー皮膚疾患であったため、アトピー性皮膚炎には専門性をもって対応できます。また、皮膚科全般に加え、感染症、さらには毛・汗・爪の病気に至るまで幅広く診察しています。

寝たきりの方や脊椎損傷の方の褥瘡等に対して、訪問診療を行っています。今後の高齢化(ニーズ増)を考えると、十分対応できるか悩ましいです。

開業直後は苦労もありましたが、院内スタッフや近隣の医療機関の皆様、さらには地域の方々にも支えられ、感謝の日々です。

○毎日の診療で大切にされていることは何ですか？

患者さんの安心感につながるよう、詳しくお話をお聞きし、きめ細かい観察と客観的な検査

(顕微鏡・血液検査等)に基づく診断を行っています。

○開業医のやりがいは何ですか。

皮膚疾患は、即「QOLの低下」に繋がるため、患者さんと共に、根気よく治療することが大切と考えています。

なお、中々治らなかった症状が改善し、「快適に生活できるようになった」との言葉を頂いた時は、喜びを感じます。

○県病院はどんなところですか。

皮膚科の先生方には、大変お世話になっています。また、他の診療科の先生方におかれても、訪問診療先などで専門外の疾患に遭遇した場合は、常に快く対応していただき、とても有難く感じています。



▲しんどう皮ふ科アレルギー科は段原 SQUARE4 階にあります

【取材後記】

内装から事務用品まで、テーマカラーのピンクに統一され、柔らかな空気感に満ちた医院でした。

また、皮膚の健康には運動が有用なため、院長先生自らが、マラソンで実践されている話をお聞きし、編集者の日常を猛省いたしました。

もみじ



県立広島病院 〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5番54号

※県立広島病院の様々な情報をホームページへ掲載しています。
県立広島病院で検索 (URL: <http://www.hph.pref.hiroshima.jp/>)



理念：県民の皆様に愛され信頼される病院をめざします

教えて

Dr. 20

● 専門診療医による得意治療を紹介いたします。

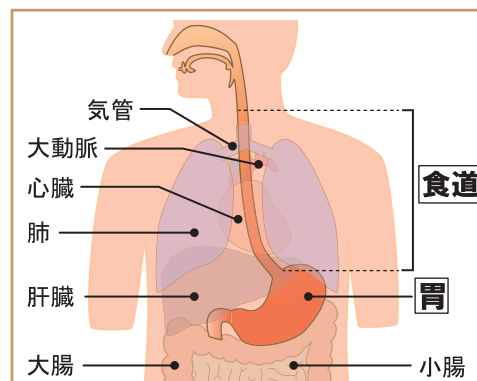
食道がんについて



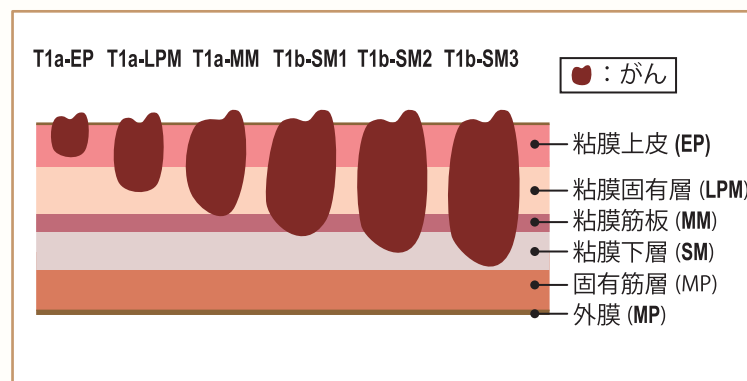
内視鏡内科
部長
佐野村 洋次

■ 食道とは

食道は咽頭(のど)と胃をつなぎ、成人で25cm程度の筒状の臓器であり、体の中央に位置し、周囲には気管、心臓、大動脈、肺などの臓器があります。食道の壁は、内腔側から外側に向かって、粘膜(上皮、粘膜固有層、粘膜筋板)、粘膜下層、固有筋層、外膜に分かれています。食道は、食物を胃に送る働きをしており、食道腺から分泌された粘液により、食物が通過しやすくなっています。また、食道の筋肉が順に収縮することによって、食物を胃に送り出しやすくしています。



食道と胃の位置



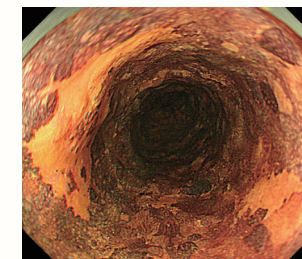
食道がん深達度亜分類

■ 食道がんとは

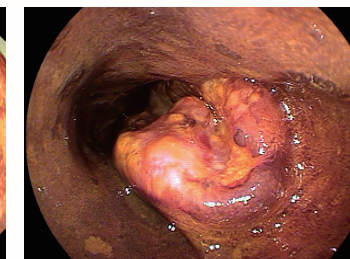
食道がんは60歳以上の高齢の男性に多く、飲酒や喫煙などが食道がんの発生に関与していると考えられています。飲酒により体内に生じるアセトアルデヒドを分解する酵素活性が弱い人(飲酒により顔が赤くなりやすい人など)は、食道がんが発生する危険性が高くなることが言われており、喫煙習慣も加わるとさらに危険性が高くなると言われています。日本人の食道がんの罹患数は男性で7番目、死亡率は男性で8番目となっています。

食道がんのうち、粘膜内にとどまるがんを早期食道がんと呼び、粘膜下層までにとどまるがんを表在型食道がん、固有筋層もしくはさらに深くまでがんが及んでいるものを進行型食道がんと呼びます。

食道がんは早い段階で自覚症状が出現することが少なく、進行するとともに、食物を飲み込んだ際のつかえ感や痛み、吐き気などが出現してきます。気になる症状がある場合には、早めに医療機関を受診し、内視鏡などの検査を受けることをおすすめします。



表在型食道がん
(ヨード染色後)



進行型食道がん
(ヨード染色後)

次頁は治療法一

県立広島病院からのお知らせ

がん医療従事者研修会

開催日 平成30年9月11日(火)
時間 19:00~20:30
場所 中央棟2階 講堂
テーマ 『臨床試験から見た大腸がん治療の進歩』
座長 副院長/板本 敏行
講師 演題1 『外科治療』
消化器・乳腺外科 部長 池田 聡
演題2 『化学療法』
臨床腫瘍科 主任部長 篠崎 勝則
問合せ先 総務課管理係(担当/岡田)
☎ 082-254-1818 内線(4273)

9月のがんサロン

開催日 平成30年9月19日(水)
時間 14:00~15:30
場所 新東棟2階 総合研修室
テーマ 『がんを体験して感じたことを語る会』
内容 がん体験者のお話&交流会
対象 悪性腫瘍(がん)の患者さん及びそのご家族
当院での受診歴は問いません
問合せ先 がん相談支援センター
☎ 082-256-3561
(担当/橋本)

第13回 地域健康フォーラム

開催日 平成30年10月6日(土)
時間 13:30~15:30 参加無料
場所 中央棟2階 講堂
テーマ 『めまいは、何科に行けばいいの?』
~専門医が教える正しい知識と最新治療~
講師 講演1 クルクルするめまい!?
耳の病気とその治療のお話
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 部長/平位 知久
講演2 フワフワするめまい!?
頭の病気とその治療のお話
脳神経内科部長/荒木 睦子
講演3 クラクラするめまい!?
心臓の病気とその治療のお話
循環器内科部長/政田 賢治
申込 事前申込不要
問合せ先 地域連携室 ☎ 082-256-3562
※当日の駐車券は無料となります。

■ 食道がんに対する治療

食道がんの治療は、大きく分けて内視鏡的切除、手術、放射線治療、化学療法があり、病期や患者さんの状態にあわせて、単独または組み合わせて治療を行います。

2017年版の診療ガイドラインでは、粘膜上皮（EP）もしくは粘膜固有層（LPM）までにとどまると術前診断した食道がんに対しては、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）などの内視鏡的切除を選択するとされ（3/4 周以上～全周性病変に対しては他の治療も検討する）、粘膜筋板（MM）に達すると術前診断した食道がんに対しても、体力が十分でない患者さんの場合には、まず負担の少ない内視鏡的切除を考慮する、とされています。一方、切除標本による組織診断で、病理学的深達度 EP/LPM であった場合は、リンパ節転移は極めて稀であり、追加治療は行わず経過観察するとされ、MM かつ脈管侵襲陽性であった場合は、手術や化学放射線療法などの追加治療を強く推奨するとされています。

■ 内視鏡治療方法

従来のスネアを用いた内視鏡的粘膜切除術（EMR）では一括切除が困難であった大きな食道がんに対しても、近年は ESD を行うことより一括切除が可能となっています。食道がんに対する ESD は保険適応となっており、当院でも詳細な術前診断と患者さんの状態をあわせ、各科と連携をとりながら、適応のある食道がんに対して積極的に ESD を行っています。ESD での入院期間は通常 1 週間程度で、周在性の大きな食道がん以外は、術後の狭窄症状なども出現せず、退院後も入院前と同様の生活を送ることが可能です。

内視鏡治療

EMR（内視鏡的粘膜切除術） 高周波スネアを用いる方法です。

①病変の下に生理食塩水などの薬液を注入して病変部の粘膜下層を隆起させます。

②次にループ状のワイヤーをかけます。

③ワイヤーをしぼり高周波電流を流します。

④病変を切除します。

ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

①病変の範囲を適切に診断したのち、病変の周囲に十分な安全領域（非がん粘膜）を確保し切除範囲に目印を付けます。（マーキング）

②病変の粘膜下層に生理食塩水などの薬液を注入し病変部を固有筋層から浮かせます。

③マーキングのさらに外側で、高周波の電気メスを用いて、粘膜及び粘膜筋板を全周切開します。

④病変の粘膜下層を露出させ、粘膜下層を慎重に剥離していくことで、病変を完全に切除します。

⑤切り取ったあとの表面に止血処理を施し、切り取った病変部は病理検査に出すため回収します。

⑥切り取った病変は顕微鏡による組織検査をし、根治しているかどうかの判断をします。

（オリンパス：おなかの健康より）

外科医の独り言 no.84

ー もみじが見れんのよー

平成 30 年 7 月 6 日広島県を中心に中四国地方は未曾有の豪雨に襲われました。亡くなられた方々に哀悼の意を表し、被災された皆様に謹んでお見舞い申し上げます。また、被災地の 1 日も早い復興を心よりお祈り申し上げます。その日、私は、災害モードとなった病院で一晩を過ごしました。夜明けから刻々と被害状況が明らかになるにつれて、負傷された方々が救急外来に搬送されてきました。発災から約 1 か月経過した今、この稿を書いています。広島県内にはまだ行方不明の方々がおられ、1 日も早く発見されることを祈っております。

私の実家のある県北は、人的被害がなかったことからニュースにはなりませんでしたが、相当の雨が短時間に降り、河川が氾濫して浸水被害が出たそうです。その都度、兄に電話し、兄夫婦と近くに住む 93 歳の母親の心配をしていましたが、逆に兄夫婦は、テレビで私の家の近くの被災状況が報道されていたので、私たち家族の方を心配していたようです。

今日、発災後初めて実家に帰ってきました。見た目には普段とほとんど変わらない田舎風景でしたが、山の方に目を転じると、茶色の地肌が露出したがけ崩れが数か所見られましたが、母親や兄夫婦が住んでいる家には被害はありませんでした。実は、今回実家に帰った理由の一つは、母親が入院、手術をすることとなり連帯保証人のサインをするためだったのです。兄が近くにいるのだから何もわざわざ、という気もしたのですが、保証人は 2 人いるということ、最新のもみじを母親に届けるという大事な仕事もあったので帰った次第です。

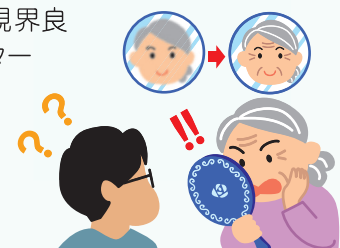
93 歳の母親は、白内障の手術を地元の病院で受けることになったそうです。前々から視界がぼやけて見えにくくなっていました。つい 1 年前までは毎日、新聞を端から端まで読んでいましたが、確かに大きな拡大鏡をかざしていました。外科医の独り言も大きな字で書かれているわけでないので拡大鏡

が手放せなかったようです。兄は前々から手術を勧めていたようですが、なかなかウンとは言わず今日に至ったようです。まあ、93 歳ですから見えにくくなるのが当然の老人性白内障で、本人もしょうがないと思っていたふしがあります。ちなみに我が家の犬も 14 歳、すっかり目が見えなくなり、あれだけ尻尾を振って喜んでた散歩も、今では嫌々ついて来るだけです。人間と同じ目薬を 1 日 3～4 回差して、白内障の進行を止めるのに必死です。

毎月もみじを実家に持って帰るのが私の大事な仕事ですが、確かにここ数か月読んだ形跡はなく、身の回りに新聞も置かれていないことにも気づいていました。そして、今回実家に帰った際に聞いてみました。「もみじを読んどる?」、「見えんから読んでない」。新聞はもちろんですが、もみじが読めないことも随分ストレスになっているようで、手術を決意した 1 つの理由だそうです。

1 つの理由、ということは他にも理由があるということになりますが、これを書くともたまた母親に怒られそうですが、実は目薬と間違えてうがい薬を点眼したそうです。すぐにお医者さんに診てもらって目を洗浄してもらったそうですが、この事件が手術を決意する決定打となったのかもしれない。確かに、インゾン何とかといううがい薬は、目が見えにくくなった高齢者には、ぼんやりと目薬に見えたのかもしれない。

今回書いたこのコラムは、もみじ 9 月号に掲載されます。そしてその時にはすでに母親の目は両方とも手術が終わって、視界良好な新しい人生がスタートしているはず。さてさて、これを読んだ後の母親の第一声が心配です。



副院長（消化器センター長）板本 敏行



脳心臓血管カンファレンス 脳心臓血管センター長／上田 浩徳

カンファレンスの内容をお伝えします!

人工弁について

人工弁は 1952 年に世界で初めて植え込みが行われています。1960 年に大動脈弁及び僧帽弁置換術に機械弁の植え込みが開始され、1960 年後半には生体弁が使用され始めました。また、1967 年に自己の肺動脈弁による大動脈弁置換術（Ross 手術）が行われています。1981 年にはウシ心のう膜を用いた生体弁による弁置換術が開始されました。

人工弁の種類には機械弁（ボール弁・傾斜ディスク弁・二葉弁）と生体弁（自己弁・同種弁・異種弁（ウシ心のう膜弁やブタ心膜弁等））がありますが、それぞれ利点と欠点があります。機械弁は構造的劣化はほとんどありませんが、抗凝固療法（さらさら薬）を生体服用しなければなりません。一方、生体弁では抗凝固療法は 3 ヶ月で終了できますが、構造的劣化が起こるため、長

【心臓血管外科／三井 法真】

期的には再手術の可能性があります。そのため、人工弁の選択には①抗凝固療法の禁忌や内服継続可能な状態か②年齢等を考慮する必要があります。2017 年の米国のガイドラインでは 50 歳未満では機械弁を、70 歳以上の患者では生体弁を選択するのが妥当とされています。日本では 2012 年の日本循環器学会でのガイドラインで、抗凝固薬が不可能あるいは拒否する場合や大動脈弁置換術を必要とする 65 歳以上で、血栓塞栓の危険因子をもたない場合は生体弁使用が有用（Class I）とされています。機械弁、生体弁ともいろいろ改良されてきていますが、今後さらなる理想的な人工弁の開発に期待しています。



二葉弁 ウシ心のう膜弁