

# 連携医院のご紹介

今回は「循環器・消化器の専門分野から一般内科までカバーするかかりつけ医」を目指しておられる、中区舟入幸町にある「ひらお循環器消化器クリニック」の平尾秀和院長にお話を伺いました。



平尾院長(前列右)、光井副院長(前列左)とスタッフの皆さん

## ひらお循環器消化器クリニック

〒734-0844  
広島市中区舟入幸町4番2号  
クリニックモール舟入3F  
電話/082-532-2611  
院長/平尾 秀和  
診療科目/内科・循環器内科・消化器内科



▲ひらお循環器消化器クリニックのあるクリニックモール舟入外観

待合室▶

### ○いつ開業されましたか。

2016年9月5日に循環器疾患・消化器疾患を専門とするクリニックとして当地に開業しました。今まで広島大学病院、土谷総合病院、県立広島病院など広島市内での勤務が多く、病診連携もしやすく、なじみのある広島市内での開業をさせて頂く事となりました。

### ○開業されてから今までのことを教えてください。

総合内科専門医に加え、院長は循環器専門医、副院長は消化器専門医の資格を持っており、専門的な視点で診察を行っていますが、一般内科、各種健診や予防接種なども行い、地域の方の健康増進に努めています。開業当初は「循環器消化器クリニック」という名前のため、「難しい病気でないか」と診てもらえないのか、「普通の風邪症状では受診できないのか」などの問い合わせをいただくこともありました。今ではそのような問い合わせもなく、日々様々な訴えをもたれた患者さんの診察をさせて頂いています。自分の守備範囲をこえるものであれば、専門医などに適切に紹介などをさせて頂いています。

### ○力を入れている事は何か？

胸痛、動悸、腹痛などの訴えで受診される方が多くおられます。受診されたその日に、原因や重症度を判断して、経過観察または内服治療で対応可能か、それとも専門病院への紹介が必要かなど、早めに治療方針を決定するように心がけています。なかには急性心筋梗塞や急性性腹症など、緊急治療を要する疾患の方もおられ、その様な方を見逃さないように、詳細な問診や診察、レントゲン検査、心電図、超音波検査や各種血液検査を院内で迅速に検査して診断

しております。不整脈診断に有用なホルター心電図に関しまして、検査が終了次第、自院で解析し、早期に今後の治療方針を決める事が出来るように努めています。また、上部消化管内視鏡検査も行っており、希望があれば、鎮静剤を使用し苦痛のない検査が出来るように心がけています。

### ○毎日の診療で大切にされていることは何ですか。

優しく・丁寧に患者さんの話をよく聞くことを日々心がけています。患者さんの症状は様々であり、会話の中での些細なことが、診断の手がかりになることがあります。症状が軽いようでも大きな疾患が隠れていることもあり、対話を大事にし、その情報をもとに必要な検査を行い、早期発見・早期治療を目指しています。元々は、循環器疾患の患者様であっても、常に全身を診るよう心がけ、癌などの他疾患の合併がないかを意識しながら、副院長とも協力しながら診療に当たっています。

### ○県病院はどんなところでですか。

通常の紹介だけでなく、緊急の紹介であっても、決して断られることなく、迅速に対応して頂き感謝しています。開業まで県病院で勤務させて頂いた事もあり、県病院には知っている先生が多く、顔もわかっている関係なので、連携を密にさせて頂いています。また専門医も多く患者さんを紹介するのに安心できる病院です。

#### 【取材後記】

院長・副院長・スタッフ、皆さんの笑顔がとても素敵で雰囲気の良いクリニックでした。循環器・消化器の専門医が2人態勢で診察されており、心強い「かかりつけ医」だと感じました。

# 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に掲載しています。  
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

## 小児科

### 教えて



専門診療医による得意治療を紹介いたします。

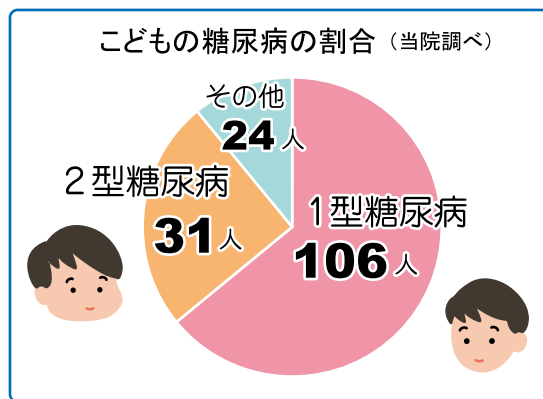
## 1型糖尿病のインスリン自動制御治療の日は近い!?



小児科主任部長  
じんのかずひこ  
神野 和彦

### ◆こどもの糖尿病は1型が多い

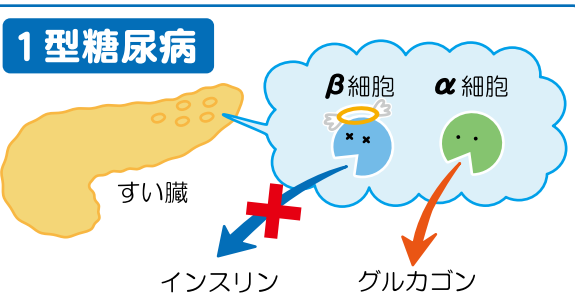
糖尿病は1型、2型、その他の特定の機序、疾患によるもの、妊娠糖尿病の4種類に分類されます。当院小児科を受診した糖尿病161例のうち1型糖尿病が106人(66%)と最も多く、2型31人(19%)、その他が24人(15%)でした。



### ◆1型糖尿病とは？

人の体の中で唯一血糖を下げるホルモンであるインスリンを作るすい臓のβ細胞が、何らかの原因でほとんど破壊されたため、慢性的な高血糖状態になり、1型糖尿病がおこります。

世間一般に糖尿病といわれているのは2型糖尿病で、1型糖尿病は2型糖尿病とは原因がちがう別の病気です。



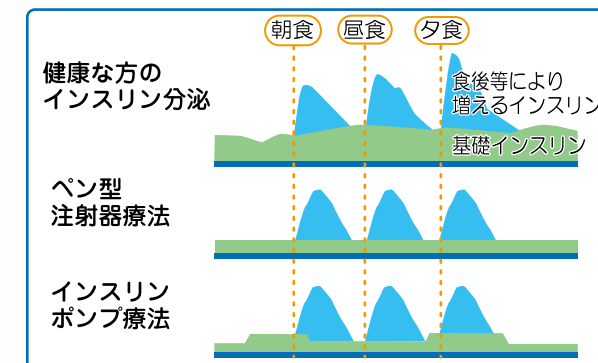
すい臓からインスリンを作ることができず、高血糖が続きます

### ◆1型糖尿病の治療は？

すい臓で作れなくなったインスリンを注射で補う治療を行います。現在は主に2通りの注射方法が行われています。



ペン型注射器療法      インスリンポンプ療法



インスリン治療で、血糖を正常にコントロール

### ◆こどものインスリン治療

当院では、小学生以下のこどもでは80%がインスリンポンプ療法を行っており、中学生以上は40%が行っています。食事の量、内容や運動量などによって血糖値は大きく変化するので、それに合わせた量のインスリンをタイミングよく体に投与しなくてはなりません。簡単なことではないことが予想されます。こどもは大人より生活の変化は大きく、年々体が大きく成長するため、インスリンの量も増やしていく必要があり、大人より血糖値の調整は難しくなります。

成長に合わせて調整

## 県立広島病院からのお知らせ

### 12月のがんサロン

開催日 令和2年12月23日(水)  
時間 14:00~15:30  
参加方法 オンライン又は参加形式  
※コロナ感染状況によりオンラインのみになる場合あり  
もっと知りたい! 泌尿器のがん  
テーマ 泌尿器科主任部長 梶原 充 医師  
講師 悪性腫瘍(がん)の患者さん及びそのご家族  
対象 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/定)

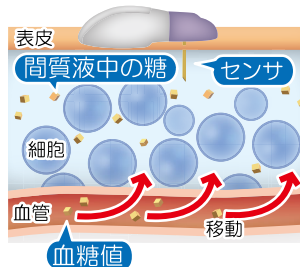
### 年末年始 休診のお知らせ

年末年始の外来診療につきまして、次の通りとさせて頂きます。皆様には大変ご不便をおかけしますが、よろしくお願い申し上げます。

2020 12月				2021 1月			
28	29	30	31	1	2	3	4
月	火	水	木	祝	土	日	月
平常通り		休		診			平常通り

◆持続血糖モニター (CGM)

糖尿病の状態を把握するために、血糖測定器という器械で血糖値を測ります。しかし、そのときの血糖値はわかりませんが、その後の血糖値がどう変化するかはわかりません。そこで、持続血糖モニター (CGM) という方法が登場してきました。

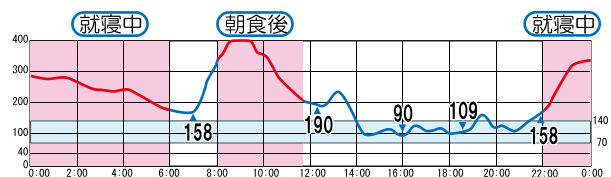


2020年現在は日本で3種類のセンサを用いて皮下の糖濃度を持続的に測定する器械が使えるようになりました。



日本で使用可能な持続血糖測定器

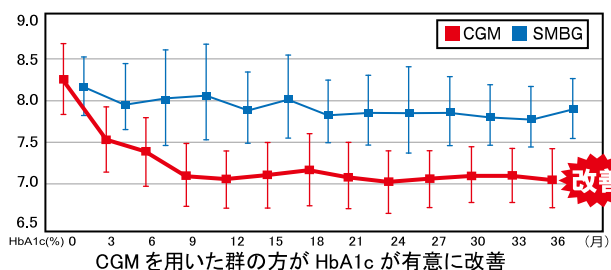
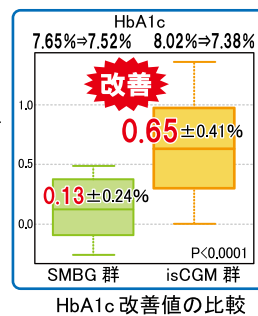
皮下の糖濃度が血糖値と同じではありませんが、それを利用して血糖値およびその変化を知ることができます。一例ですが、血糖測定値のデータは食前や寝る前の値は90~190mg/dlでまざまざのように見えます。しかし、CGMから得られるグラフを見ると、夜中は高血糖が見られ、朝食後の高血糖が明らかになります。



◆CGMをうまく利用すると血糖コントロールが良くなる

当科では現在インスリンポンプ療法を行っている50人中40人がCGMを使用し、注射器による頻回注射療法の40人中22人がCGMを使用しています。

罹病期間が2年以上の1型糖尿病患者さんで、isCGM (リブレセンサ) を1年間以上使用している16人の方々と、SMBG (自己血糖測定) のみを行っている17人の方々の1年間のヘモグロビンA1c (HbA1c) の改善を比べると、isCGMを使っている方々の方がより改善していたことがわかりました。同様な報告が外国でもCGMを用いた方がHbA1cの改善が明らかであることが示されました。



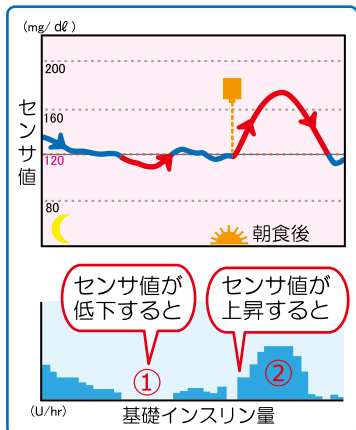
◆SAP (sensor-augmented pump) による基礎インスリン量の調節の時代に

CGMのデータがインスリンポンプに飛んで画面に表示され、低血糖や高血糖の確認を行うことができ、かつアラート機能も備えているSAPを使っている方が50人中20人います。



血糖状況が画面表示されます

低血糖になる前に基礎インスリン注入が自動で止まり、その後血糖値が上昇してくると自動で注入が再開する機能を有するインスリンポンプが現在使われています。(1) 米国では食後の血糖上昇に対して基礎インスリン注入量が自動で増加し、血糖値が下降してくると、自動で減少してくる機能を有するインスリンポンプが使用されています。(2)



センサ値に反応して自動調節します

このような自動制御機能により、センサ値が70~180mg/dlになる時間の割合 (TIR; Time in range) が増えることになります。2019年にTIRに関する国際コンセンサスが発表され、TIR70%がHbA1cで約7%と強く一致することから、TIR70%が推奨されました。今後はセンサの改良により、センサ値の精度が上がり、インスリンポンプのプログラムの改良と合わせて、TIR85%以上を目標に開発が進んでいます。

◆CGMの精度向上, 皮膚トラブルの回避が患者さんの生活の質を高める

センサ値は測定値と同じ値ではなく、センサ値は10分程度前の値であることを注意するとともに、センサ値と測定値の乖離の程度 (センサ値の精度) が重要です。日本で使われているセンサはまだ満足する精度ではありませんが、さらに精度が良くなったセンサが国内でも使える日は近いようです。そうなるとうまます血糖コントロールは改善されると思われます。しかし、腕やお腹などにセンサを1~2週間つけっぱなしになるため、皮膚のかぶれやかゆみに悩まされています。注射器やインスリンポンプでも針を刺すので皮膚のケアは今後ますます重要になります。最近では皮膚科医にときどき皮膚の状態を診察していただいています。



装着することによる肌トラブルもあります

外科医の独り言... no.110

— 外来再編 —

来年1月4日から、内科、外科と脳神経外科の外来診察室の場所が変わります。その時になって患者さんが迷わないよう準備万端整えたいと思いますが、今回はその経緯を説明させていただきます。

一言で言いますと、CTを増設する必要が生じたからです。当院には、地下にCTが2台設置してありますが、CT撮影件数は年々右肩上がりに増え、とても2台では賄え切れなくなりつつあります。また、救急患者さんも多く受け入れており、緊急の場合には予約患者さんに待って頂くことになり、予約時間通りにCT撮影ができず、待ち時間が長いという苦情を頂くこともありました。そして、このコロナ禍、感染対策を一層強化する必要も出てきました。しかし、地下にはもうCTを増設するスペースが残っていません。そこで、救急外来の横にある脳神経外科外来を救急患者用のCT室にという案が浮上しました。ここならわざわざ地下まで下りる必要がなく、救急車からそのまますぐにCTが撮れます。また、現在手狭になっている救急外来の処置室も同時に増設すれば、1分1秒を争う高度外傷患者さんの対応に無駄な移動時間を省略できます。そして何より、急患対応のために予約患者さんを待たせることがなくなります。このコロナ禍、救急の現場では、救急車で搬送された患者さんに救命処置を行った後で、新型コロナに感染していたことが判明することも起こり得ます。もちろん、常にその可能性を念頭に置いて対応していますが、このような救急患者さんのCTを、通常の予約患者さんとは別の導線、場所で撮れるというのは、院内感染予防対策としても重要です。

さて問題は、脳神経外科外来をどこに移すかということです。現在、当院1階の外来は、内科系がA受付エリア、外科系がB受付エリアにあり、脳外科外来は眼科、耳鼻科、精神科と同じC受付エリアに

あります。内科と外科が別々のエリアで外来診療を行っている一方で、入院診療は、消化器外科と消化器・内視鏡内科は消化器センター、呼吸器内科と呼吸器外科は呼吸器センター、心血管外科、循環器内科、脳神経外科、脳神経内科は脳心臓血管センターというように、センターとしてできるだけ同じ病棟で診療することになっています。以前から外来もセンターでまとめたほうが良いという意見もあり、今回のCT増設を機会に外来もセンターで固まって診療できるように再編することにしました。

これにより、例えば今まで消化器内科で手術が必要な病気が見つかり、消化器外科に当日紹介となった場合に、患者さんにA受付エリアの消化器内科からB受付エリアの消化器外科に移動してもらい、そこで再度受付し直して消化器外科で診察を受けてもらっていました。しかし、今度からは同じA受付エリア、しかも診察室が隣りということで、患者さんの移動距離は徒歩3歩に短縮されます。再受付のために待つ必要もありません。脳神経内科・外科も同様です。一部診察室を共用しています。このように患者さんにとってメリットは大きいと思います。ただし、元々限られたスペースで外来診療を行っていたところに、脳神経外科の外来枠を入れるために、すべてが理想的に収まるわけではありません。専門エリア外の診察室で診察せざるをえない場合もあります。ちなみに私は消化器センターエリアではなく、乳腺外科エリアで診察することになります。もちろん診るのは乳腺の患者さんではなく消化器外科の患者さんですが、消化器内科の先生に診療を頼まれた場合には、徒歩15歩の距離にある消化器センターエリアに向かう労力を惜しみません。



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

カテーテル治療後の仮性動脈瘤について

【心臓血管外科 / 三井 法真】

近年、心臓及び頭頸部のカテーテルを用いた血管内治療は飛躍的な進歩を遂げています。治療の有効性に関しては確立されていますが、カテーテルのアクセス部位として上肢及び下肢の末梢動脈を用いるため、術後の穿刺部合併症が生じることがあります。その理由として、カテーテル治療の必要な患者は血液を固まらせないような抗血小板薬や抗凝固薬の服用をしている場合が多く、穿刺部の用手圧迫での止血に難渋する症例があることや、治療に伴い、太いカテーテルを使用しなくてはいけない症例もあるためです。多くは、穿刺部の用手圧迫により、血管の穿刺部位は塞がりますが、なかには閉じにくい症例や閉じても再出血する症例があります。穿刺部の穴が塞がら

ず、そこからの出血によってこぶのように瘤化すると、これを「仮性動脈瘤」と呼びます。

治療については①瘤の大きさが2~3cm以下であれば、4週間以内に瘤内が血栓化し、穿刺部は閉塞される可能性があるため経過観察する②超音波で穿刺部位を確認し再度、穿刺部位を用手圧迫する③外科的手術 / 瘤の中核、末梢動脈を確保、遮断して瘤を切開、出血部を縫合閉鎖する等の処置を行います。

当脳心臓血管センターでは、カテーテル治療後の血管合併症に対しては、4科 (脳神経外科・脳神経内科・心臓血管外科・循環器内科) 共同で即座に対応できる体制をとっています。

