



東広島医療センター NEWS

Higashihiroshima Medical Center News

vol.

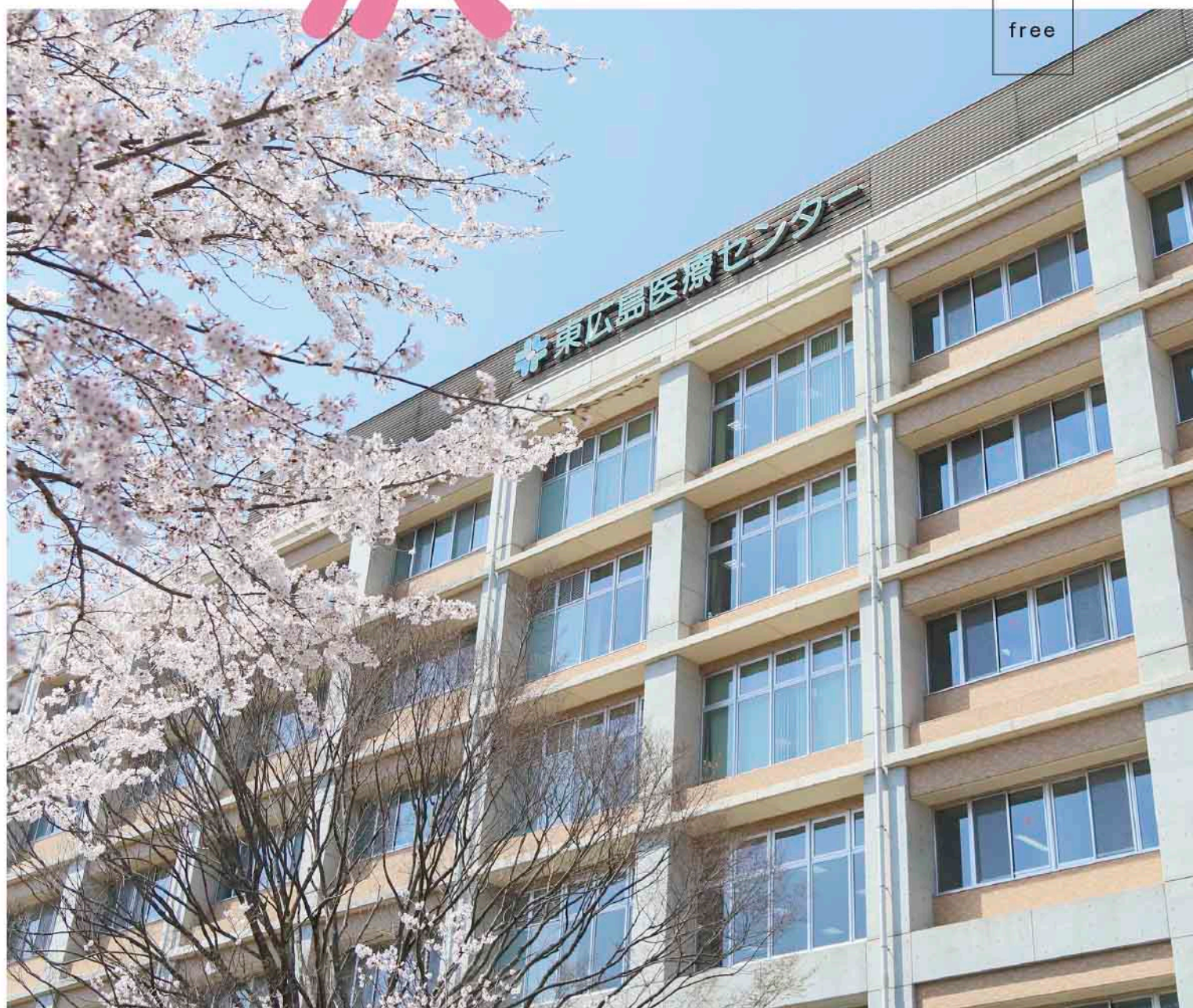
156

2025
SPRING

take
free

大沢田

— おおぞうた —



新年度を迎えて P02

定年退職のごあいさつ P04

医療の話題
No.164 「心房細動」の新しい治療法 P06

医療の話題
No.165 当院の「排尿ケア」について P08

医療の話題
No.166 「脳梗塞」の診療について P10

医療の話題
No.167 「医科治療支援」としての
歯科の役割 P12

医療の話題
No.168 「痔核の手術」について P14

医療の話題
No.169 バセドウ病の話題
治療も含めて P16

初期臨床研修を終えて P18

第20回 東広島医療センターフォーラム
「がん診療の最前線」のご報告 P21

研修医紹介 P24

季節の料理 P25

人事異動 P26

外来診療担当表 P28

「大沢田」の名は、病院前にある大沢田池に由来します。古くは大蔵田池と言われていましたが、今では大沢田池の呼称が一般的になっているようです。



独立行政法人 国立病院機構

東広島医療センター

〒739-0041 広島県東広島市西条町寺家513番地

tel.082-423-2176 fax.082-422-4675

〔発行責任者〕事務部長 長沼 幸治

〔制作〕株式会社 D52

東広島医療センター 検索

<https://higashihiroshima.hosp.go.jp/>



新年度を迎えて

院長 柴田 諭



地球温暖化が進行していると言われていますが、この冬の広島県は例年よりも寒くなりました。近年と比較すると雪はやや多かったものの、通勤や通学に大きな支障をきたすほどではなかったのが幸いです。一方で、日本海側、特に東日本では強い寒気と「JPCZ（日本海寒気団収束帯）」と呼ばれる連なった雪雲の影響で、例年を大きく上回る積雪となったようです。これは海水温の上昇の影響とも考えられており、夏のゲリラ豪雨だけでなく、温暖化がこのような形で影響を及ぼしていることがうかがえます。また、そろそろ桜の開花時期ですが、地球温暖化により、桜の開花が早くなるだけでなく、十分に花を咲かせられなくなり、数十年先には日本の一部地域では満開が見られなくなる可能性が報告されています。桜の花の芽は「休眠打破」といって冬の厳しい寒さで目覚め、その後暖かくなることで花を咲かせるためだそうです。

医療を取り巻く環境として、様々な政治・経済情勢の影響を避けることはできません。昨年度は、諸外国で政治体制の変化が相次ぎ、特にアメリカでは大統領選挙の結果、トランプ氏が再び大統領に就任しました。就任直後から様々な動きがあり、関税引き上げに伴う交渉が活発化しており、今後、日本の政治

や経済にどのような影響を及ぼすのか注視する必要があります。国内では昨年9月に自民党総裁選が行われ、10月の衆議院総選挙の結果、石破内閣は少数与党となりました。近年ではあまり例のなかった野党との政策調整が求められ、高額医療費制度の改正も紆余曲折の末に凍結される事態となりました。また、物価や人件費の高騰と患者数の減少の影響で、先日の6病院団体の状況報告では、特に一般病院において令和6年度の収支が悪化していることが明らかになり、病院を取り巻く環境は一層厳しさを増しています。多くの業務をこなしていても収支の安定が難しい状況は、当院だけの問題ではないようです。

当院は、広島中央医療圏で唯一の公的総合病院として、地域の医療ネットワークで中核を担う急性期病院の役割を果たしていくことが求められています。地域の医療機関との役割分担や連携はますます重要となっており、本年2月には初めて東広島地区地域連携交流会を開催し、多くの医師会の先生にご参加いただき、ご意見を頂戴しました。今後もこうした機会を活用しながら、地域全体でより良い医療を提供できる体制を整えていきたいと考えています。



病院が継続して地域に根差した医療を提供するためには、経営の安定が不可欠です。経営が安定してこそ、我々の目指す質の高い医療を継続的に提供することが可能になります。ここ数年は当院の職員の皆さんの様々な努力の結果、何とか黒字を維持できています。しかし医療をとりまく現状は厳しさを増していますので、この荒波の中でも、当院のスタッフが引き続き同じ方向を目指し、協力して前進していく必要があります。桜の花

のように現状の厳しい環境を病院の成長のきっかけにすることができればと思います。

新年度も、4月から当院に加わる新しい仲間の活力を得て、より良い医療を提供できるよう邁進していきます。どうぞご支援、ご協力をよろしくお願いいたします。



(向かって左から) 山本看護部長 / 貞友臨床研究部長 / 今田統括診療部長 / 柴田院長 / 豊田副院長 / 長沼事務部長



定年退職のごあいさつ

長きにわたって地域医療を支えていただき、ありがとうございました！

退職のご挨拶

薬剤部長
樫野 勝幸



3月31日で定年退職となります。今までにお世話になった方々にお礼申し上げます。国立病院・国立病院機構では色々な経験と出会いがあり私を成長させてくれた組織でした。

昨年从妻に「国立病院機構からの賞与は今回で最後！」「国立病院機構からの給与はあと〇回！」と報告していました。心のなかで「ありがとう」が自然とこのようなことばに変換し口に出ていました。

現在の心境は「寂しさ」と「達成感」が混在しているようです。でも「達成感」が上回っているようです。清々しくお別れ出来そうです…。

東広島医療センターでの勤務は2年間でした。皆さんの協力があり微力でしたが上手くできたような気がします。私のわがままに異論なく投資をしてくださいました。これからは国立病院機構での経験と4月からの赴任先の職場で、私がこれからも成長出来たらと思っています。

退職のご挨拶

副看護部長
森定 ゆかり



令和7年3月をもちまして定年退職を迎えることになりました。これまで辛いことや楽しいことも沢山ありましたが、皆様に支えられ、今日を迎えることができたこと心から感謝の気持ちでいっぱいです。

私は、当院の前身である国立療養所広島病院の附属の看護学校（平成20年に閉校）を卒業し、就職しました。当時、新人看護師として10人の同期がおり、39年という長い月日が流れても、現在6人が勤務しています。役職は違えども、同期の存在は大きく、顔を見るだけで落ち着く瞬間があり、励みにもなる瞬間がありました。こうして、最後定年を一緒に迎えることができたことは、言葉では表せない感慨深いものもあります。

39年の間では、臨床（病院）、看護教育、行政と様々な場所で、貴重な経験をさせていただきました。思い出されるのは、看護師7年目の頃、当時の看護師長から「実習指導者講習会に行ってみない？」と勧められ、自分も学生の実習指導に携わる事が多かったことから実習指導を学ぶ機会と思い、「行きます。」と伝えたものの、次に看護師長からは「実習指導じゃなくて、教員養成の方にいくことにしたから。」と伝えられ、一瞬、話が変わっていると思っていても「はい」と答えてしまい、これが看護教育の道に進んだ一歩でした。

行政では、中国四国厚生局に2年間勤務させていただきました。主として、看護師の特定行為制度の普及のための説明会や書類審査、指定研修機関への実施調査など行っていました。法律や制度のしくみなど触れることの少なかった私にとっては、初めての体験ばかりで、不安と緊張の期間でしたが、法に基づいた制度の考え方を学ぶ貴重な経験でした。

看護師としては、27年当院でお世話になりました。看護師長時代は、初代の教育担当看護師長を担い、新人看護師から2年目、3年目看護師と経年を重ねていく中、看護師教育をどのように構築していくか、看護部長・副看護部長と協議を重ねてつくりあげてきた記憶があります。副看護部長としては、看護師の特定行為研修の指定研修機関としての申請にあたり、幹部の皆様のご理解とご支援を受け、令和4年2月に無事に指定を受けることができました。現在、開校から3年を迎えました。特定行為ができる看護師を育成していくために、指導医となられる先生方が時間を確保し指導してくださり大変感謝しています。

最後になりますが、私の看護人生は、「人」に助けられ支えられ、「人」に恵まれた人生でした。皆様、本当にお世話になりました。ありがとうございました。

これからの東広島医療センターが益々発展することを祈念しています。

退職のご挨拶

看護師長
木原 美華



今年度を持ちまして定年退職となりました。

私は、当院の前身である国立療養所広島病院に就職し、最初は結核病棟でした。ADLが自立された患者さんが多い病棟で一人夜勤でしたので、経験もない

新人の私にとって夜勤は不安でいっぱいでしたが、先輩看護師の方々に優しくご指導頂きながら仕事をしていくことを今でも思い出します。

平成23年に柳井医療センターに転勤し4年後に当院に戻ってきました。それから10年間、病棟、外来、地域医療連携室と働かせて頂きました。地域医療連携室では、医療機関への挨拶回りや研修の開催など貴重な経験をさせて頂き、地域の中核病院としての当院の役割を実感しました。最後の1年間は再度外来となり、また同じスタッフと働けたことはうれしいことでした。

39年間振り返ると様々な事がありましたが、多くの皆様にご指導頂き、また支えて頂き定年を迎えることができましたことを心より感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

最後になりましたが、東広島医療センターの益々の発展を祈念し、皆様のご健康とご多幸を心からお祈りいたします。

退職のご挨拶

医療安全管理係長
道面 あゆみ



令和7年3月で定年退職となりました。振り返ると手に職を！という周りの勧めで看護学校を受験した私は、慣れない寮生活や難しい勉強で夏休み明けに「帰りたくない」と言ひだし、家族から「辞めるのはいつでもできるから、もう少しだけ頑張ってみたら」と言われしぶしぶ寮に帰ったことを思い出しました。その後の実習で受け持ち患者さんから「頑張りんさいよ」と逆に励まされ、何とか看護師になれたという状況でした。当院に就職してからは、特に透析室で長く勤務する中で多くを学び、忘れられない患者さんもたくさんおられます。

14年前、看護師長として赴任した広島西医療センターで「あなたはどんな看護師を育てたいの?」と聞かれ、すぐに返答ができず初日から落ち込みましたが、筋ジストロフィーの患者さんは生活のすべてを看護師に委ねなければならず、その気持ちに寄り添えるよう、『自分の行ったことに責任が持てる看護師』を育てたいと思いました。

一般病棟では、ターミナルの患者さんの部屋でポータブルトイレを交換すると「ありがとう。もうすぐ主人が来るから変えてほしかったの。」と言われ、御主人が来られてから3人でしばらく話をした数日後、その患者さんは亡くなりました。苦しい中でナースコールを躊躇されていた患者さんの気持ちを考えると申し訳なく思いました。数年後、その御主人が「あの時はありがとうございました」と声をかけて下さいました。看護師には多くの患者さんの中の一人でも、患者さんにとってその時の看護師は一人なので、思いに気づけることの大切さを改めて感じさせられた経験でした。

当院に戻ってからは、地域医療連携室、医療安全管理室と看護の現場とは少し違った立場での仕事でしたが、多職種の方との関わりの中で多くを学び、皆様に助けていただきました。色々とお迷惑もおかけしましたが、本当にお世話になりました。4月以降も引き続きお世話になるため、今後ともよろしくお願いいたします。

退職のご挨拶

理学療法士長
原田 敏昭



昭和63年、私が初めて理学療法士として勤務した病院は、広島西医療センターと統合前の国立療養所原病院でした。セーフティネット分野の医療における「筋ジストロフィー」、「重症心身障害児・者」に加え「小児発達外来（脳性まひ児やダウン症児など）」を担う病院であり、その中のリハビリテーションに携わる理学療法士としてスタート切りました。臨床経験も10年を過ぎ小児の理学療法を極めていきたいと考えていたころ、平成14年に母校である国立病院呉医療センター附属リハビリテーション学院の教員（教官）となりました。志しを持った学生と向き合うことになりました。6年間の勤務で国家試験合格100%の数字を残せ、臨床場に学生たちを送り出したことにはうれしく思っています。残念ながら平成20年3月にリハビリテーション学院が閉校となり、最後の学生となる第24期生の卒業式はクレイトンベイホテルで閉校式と合わせて行い、卒業生にも最後の卒業式に参列していただくなど企画・運営に携わったことは貴重な経験となりました。国立病院機構附属のリハビリテーション学院も現在、東名古屋の1校となり、今年度が最後の募集となると聞き寂しさを感じています。

平成20年4月、学院が閉校となり向かった先は山口県の下関、関門医療センターでした。赴任して1年後に後田の地から長府への大移動や365日急性期リハビリテーションを経験させていただきました。その後、平成24年4月、山口県の柳井医療センターへ赴任。ここでも新病棟への移転を経験しました。下関から柳井へと実家の広島に近づいてきたと思いきや平成30年4月、次の赴任先は高知県の高知病院でした。高知病院時代は方言や風土（やはりお酒の強い方が多い）の違いなど肌で感じました。

最後の勤務先が東広島医療センターでの4年間の勤務となりました。コロナ下、リハビリ室を閉鎖してのリハビリ運営、病院機能評価などいろいろな局面でも皆様方の協力により乗り切ることができました。本当に感謝、感謝、感謝の気持ちでいっぱいです。

最後になりましたが、東広島医療センターの発展と皆様のご健康とご多幸を祈念して退職のご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

医療の 話題 No.164

「心房細動」の新しい治療法

循環器内科医長 城 日加里



心房細動とは

心房細動は、不整脈のひとつで、日本では検診で診断される患者数は約 80 万人と推計されていますが、実際には 100 万人を超えるものと推定されています。年齢とともに有病率は増加するため、今後、高齢化とともにさらに増加すると予測されています。心房細動の最も大きな問題点は、心臓内に血栓が形成され、塞栓症を来す危険性があることです。比較的大きな血栓が形成されるため、脳や頸の動脈が閉塞すると、より重篤な脳梗塞（心原性脳梗塞）を引き起こします。また、持続すると心不全や弁膜症の原因にもなります。そのため、早期発見、早期治療が望まれます。

心房細動は、心房細動が起こっても短時間でもとに戻る“発作性心房細動”からはじまり、徐々に頻度が増え、持続時間も長くなる“持続性心房細動”へと移行し、やがて慢性化するという経過をたどるのが一般的です。さらに持続期間が長くなると、通常の調律を維持することをあきらめざるを得ない“永続性心房細動”へと進行します。心房細動の患者さんの4～5割は症状がない無症候性であるといわれており、脳梗塞になって初めて心房細動が発見される、あるいは、気づかないうちに進行し、慢性化してしまっていることも少なくないため、動悸や息切れなどの症状がなくても“脈”には注意が必要です。不規則脈波検出機能や心電計付きの血圧計、スマートウォッチなどが有効ですが、自分で手首の脈をチェックする“検脈”が簡便で、不整を感じたら病院でのチェックが必要です。また、健康診断などで定期的に心電図を確認することも重要です。

心房細動の治療

“持続性”はもちろんのこと、“発作性”であっても心房内に血栓ができ脳梗塞をはじめとする塞栓症を来すリスクがあります。特に、心不全、高血圧症、75歳以上、糖尿病、脳梗塞の既往のある人はそのリスクが高いため、予防のための抗血栓療法が必要となります。リスクを評価したうえで、その方に応じた抗凝固剤が開始されます。

心房細動自体に対する治療は、適切な抗血栓療法を開始・継続したうえで、心房細動を停止させ起こらないようにする“リズムコントロール”あるいは心房細動時に脈が速くなりすぎないように心拍数を調節する“レートコントロール”が開始されます。

リズムコントロールには、主に、抗不整脈薬による薬物療法とカテーテルアブレーション治療があり、心房細動の早い段階での治療が予後を改善することが報告されています。

ここでは、アブレーション治療について説明します。

心房細動に対する カテーテルアブレーション治療

心房細動の発生は、きっかけとなる異常な電氣的興奮が引き金となりますが、その多くは肺静脈起源であることがわかっています。アブレーション治療は、その肺静脈と左心房の電氣的結合を焼灼する（肺静脈隔離）ことで心房細動発生を抑制する治療法です（図1）。従来、高周波電流を用いたカテーテルアブレーションや冷却剤を用いたクライオバルーンアブレーション、赤外線レーザー（波長 980 nm）を用いたレーザーバルーンアブレーションが行われてきました（図2）。いずれも確立した治

療法で、当院でも積極的に行っており、有効性も安全性もテクノロジーの進歩とともに向上していますが、熱を介して心筋を焼灼するため、心筋の周辺組織（食道や横隔神経、肺静脈など）への障害に注意を要します。

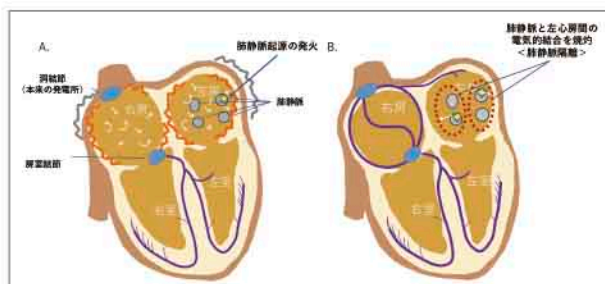


図1：心房細動の発生とアブレーション治療

- A. 肺静脈から起こる発火（期外収縮）が引き金となり心房細動発生。有効な心房収縮は消失する。
B. カテーテルアブレーションは、左右肺静脈を取り囲むように焼灼し、肺静脈と左心房の電氣的結合を断断する（肺静脈隔離）。

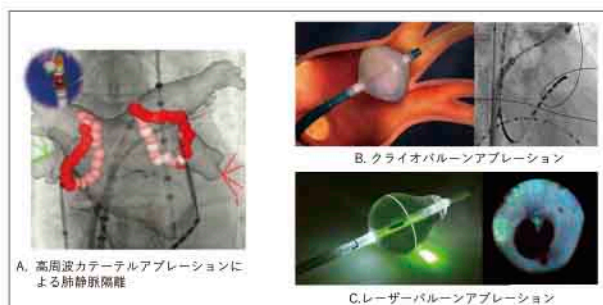


図2：従来の熱を介したアブレーション

- A. 高周波カテーテルアブレーションによる肺静脈隔離。赤からピンクの○が焼灼ポイントを表す。
B. クライオバルーンアブレーションの肺静脈閉塞イメージと左上肺静脈冷却前の確認造影写真。
C. レーザーバルーンの形状とレーザー焼灼時の内視鏡像。バルーンで肺静脈を閉塞し、内視鏡で肺静脈を確認しながらレーザー照射を行う。

新しいカテーテルアブレーション治療

— パルスフィールドアブレーション Pulsed Field Ablation: PFA —

パルスフィールドアブレーション（以下 PFA）は、カテーテル電極に非常に短いパルス幅（ナノ秒からマイクロ秒）のパルス電圧をかけることで電極周囲に電場（パルスフィールド）を形成し、ターゲットとなる心筋細胞のみを組織選択的にアブレーションする方法です。心筋細胞が高い電場勾配にさらされると、細胞膜に pore: 孔が形成（不可逆的電気穿孔）されることにより、細胞膜の透過性が増し細胞死を来します（図3）。その際、タンパク変性や組織構築の損傷を伴わないのが特徴です。また、食道や神経、血管の細胞の不可逆的電気穿孔には、更に高い電圧が必要とされるため、PFA は、心筋細胞に対する選択性がたかく、熱を介するアブレーションの課題である周辺組織への影響を最小限に抑えることができ、より安全に治療を行うことが可能となります。カテーテルの形状は、リング状のものとバスケット型・花びら型

に変化するものが使用されており（図4）、それぞれ、1年後の追跡調査では、従来のアブレーション治療に劣らない有効性が報告されています。当院でも今年度から導入しました。

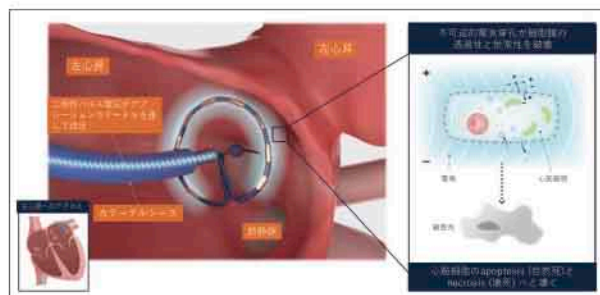


図3：パルスフィールドアブレーション

Circulation. 2023; 147:1422-1432. から改編

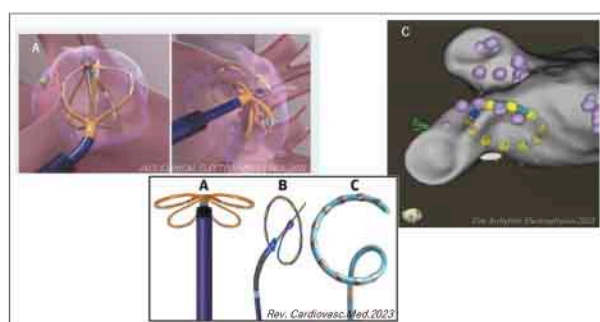


図4：パルスフィールドアブレーションカテーテル

- A. Farapulse™. ボストン・サイエンティフィック社製
B. PulseSelect™. メドトロニック社製（図3）
C. VARIPULSE™. バイオセンスウェブスター社製

最後に

心房細動は生活習慣と密接な関係があります。心不全、高血圧、狭心症、心筋梗塞、弁膜症など心疾患があると心房細動を合併しやすいのですが、心臓由来ではない、加齢、肥満、運動不足、糖尿病、飲酒・喫煙、睡眠時無呼吸症候群、ストレスなども心房リモデリング（心房の構造や機能、電氣的变化により不整脈が起こりやすくなる）の原因となるため、心房細動発症およびアブレーション後の再発のリスク因子として挙げられます。これら多くは、生活習慣に起因するところも大きく、心房細動の治療とともに生活習慣の改善も非常に重要となります。すでに心房細動を指摘され治療が開始されている人はもちろんのこと、指摘はされていないけれどもこれらリスク因子を有している人は、引き続き生活スタイルを見直し、改善を心がけて頂き、“心房細動を見逃さない”ことが望まれます。

医療の 話題 No.165

当院の「排尿ケア」 について

泌尿器科医師 桐島 史明



排尿障害

排尿障害といっても、尿の回数が多い、残尿感がある、尿が出しづらい、尿意を感じない、排尿時に痛みがある、など症状は患者さんによって様々です。

入院中に当科へ相談が多いのは尿閉です。原因の多くは病状の悪化、ADL の低下などによる排尿筋収縮力の低下です。これを低活動膀胱と言います。膀胱は紙風船に例えられることもあります。若いころはゴム風船のように伸縮自在であります。高齢になると紙風船のように伸縮が困難＝低活動膀胱となります。尿閉状態が続けば、腎機能障害、尿路感染症、さらなる膀胱機能障害のリスクとなってしまうため介入が必要となります。

排尿管理

導尿もしくは尿道バルン留置のどちらかが必要となりますが、可能な限り導尿を行います。なぜなら尿道バルンにはほぼデメリットしかないからです。長期留置となれば短期間での閉塞、尿道口の裂傷、膀胱結石の生成、膀胱萎縮、感染のリスクとなります。社会背景など考慮しなければ、バルン留置は今後抜去することを前提とする際に選択肢として考慮されるべきです。導尿は残尿を減らすことが主な目的です。導尿を繰り返していくうちに排尿筋が回復していき、徐々に自尿が改善していきます。導尿自体は清潔操作が問題なければ、感染リスクは無いとされています。手技自体は特に難しいことはなく、90歳の患者が行っている例もあるので、自己導尿も積極的に導入いただければと思います。

排尿ケア

排尿ケアとは、排尿障害の患者に対して、排尿自立を支援するケアや指導を行うことです。排尿ケアチームが生活指導・リハビリテーション・薬物療法などの包括的排尿ケアを実施し評価することで、尿道留置カテーテルの日数の短縮と、尿路感染症を防ぐとともに排尿の自立を促すことがわかっています。この重要性が認知されたことにより、2016年の診療報酬改定にて「排尿自立指導料」が新規に保険収載に至り、2020年には「排尿自立支援加算」と名称が変更し、適応範囲などが拡大しました。

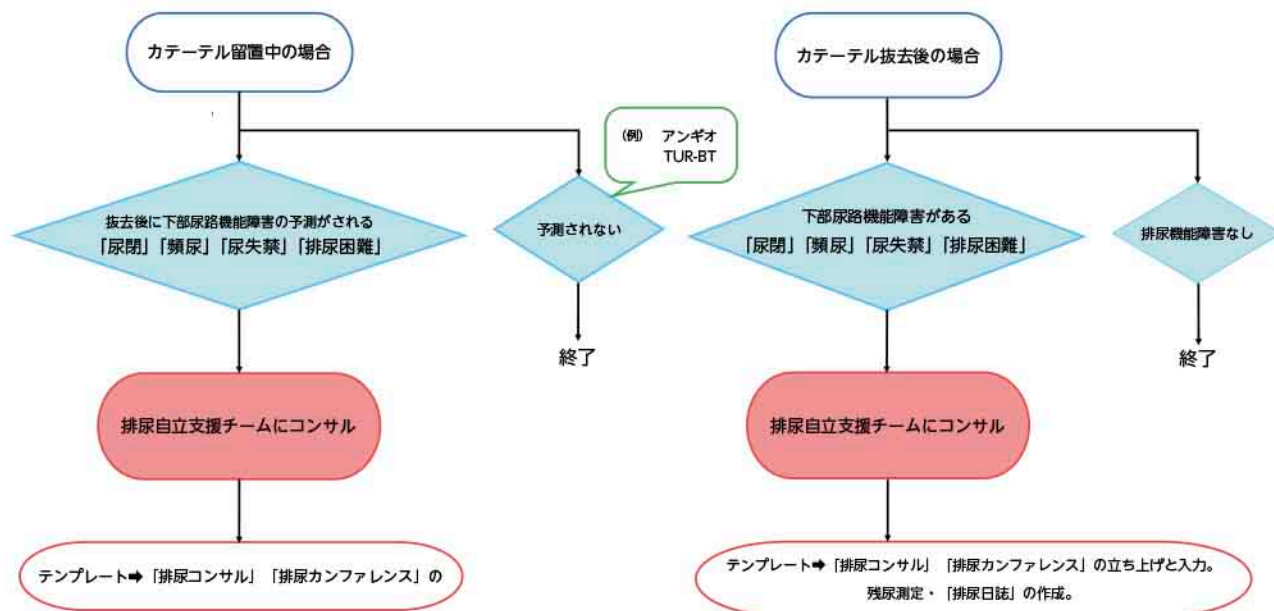
当院の排尿ケアチーム

当院でも2021年9月より排尿自立支援チームが発足しました。構成メンバーは、泌尿器科医師、看護師、薬剤師、理学療法士であり、週1回木曜日にカンファレンスとラウンドを行っております。発足までは排尿障害に対して泌尿器科医師のみが対応し、疾患や症状の治療だけにとどまっていたが、多職種で介入することでそれぞれの専門性を生かしたケアを行うことができ、患者の排尿自立につながっています。

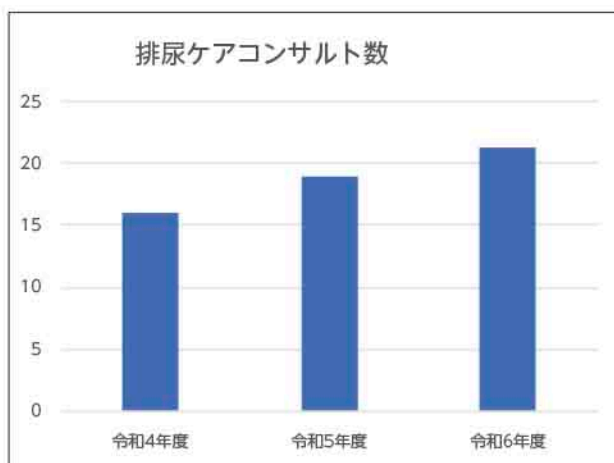
発足当初はあまり病院内でもあまり認知されていませんでしたが、現在はコンサル数も増加傾向であります。離床が進まないため尿道バルンが留置されていた患者に対し、バルンを抜去の上薬剤的介入と導尿を開始したところ、自尿が改善しカテーテルフリーとなった、夜間頻尿で眠れない患者に対し飲水制限・睡眠薬調整を行うことで症状が改善されたなど、患者のADL、QOL向上の

一助になれているのではないかと思います。まだまだ至らない部分もあるかと思いますが、今後ともより良い排尿ケアを提供できるように活動を行っていきますので何卒よろしくお願い致します。

排尿自立支援チームコンサルテーションまでの流れ



- ・排尿自立支援チームのラウンドは毎週木曜日に実施。
- ・カテーテル留置中、留置後のいつでも必要と感じた時にいつでもコンサルテーションをお願いします。



医療の話題 No.166

「脳梗塞」の診療について



脳神経内科医師 木本 和希

はじめに

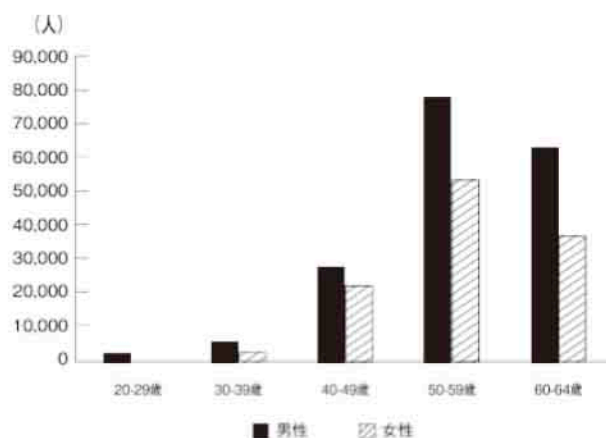
脳卒中とは脳の血管に障害がおきることで生じる疾患の総称です。脳の血管が詰まる「脳梗塞」、脳内の細い血管が破れて出血する「脳出血」、脳の表面の血管にできたコブ(脳動脈瘤)が破れる「くも膜下出血」などが含まれます。

厚生労働省が実施している「患者調査」の令和2年(2020)調査によると、脳血管疾患で治療を受けている総患者数は174万2,000人(男性94.1万人、女性80.1万人)と推計されています。うち約17%(約29.5万人)が就労世代(20～64歳)とされています(図1)。

脳卒中を発症すると、半身の麻痺や感覚障害、失語症や視野欠損など様々な後遺症が残ることがあり、自宅での生活や社会活動に大きな支障を生じます。実際に国内で介護が必要となった主な原因について調べると、認知症が18.1%と最も多く、ついで脳卒中が15.0%と2番目に多いとされています(図2)。

脳卒中を予防することが重要なのは間違いありませんが、脳卒中を発症しても、いかに後遺症を軽減できるか、介護が必要となる可能性を減らせるかというテーマを持って、我々は日々の診療に取り組んでいます。

<図1 性別・年齢階級別 脳血管疾患患者数(推計)>



※出典：厚生労働省「令和2年患者調査」
※患者数とは、継続的に医療を受けていると推計される人数を指す。

図2 65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)
(注) 四捨五入の関係で、足し合わせても100%にならない場合がある。

脳梗塞 超急性期の治療について

脳の血管が詰まる「脳梗塞」については、発症から4.5時間以内の方に対して血栓溶解療法とよばれる点滴の治療を行います。また脳の血管の中でも比較的太い血管が詰まっている方に対しては、発症から24時間以内に経動脈的血行再建療法とよばれるカテーテル治療を行うこともあります。

カテーテル治療は超急性期脳梗塞の治療において比較的歴史が浅い治療法ですが、革新的な治療法です。ステントデバイスと呼ばれる網のような構造物を使用して血管の中に詰まっている血栓（血液の塊）を地引き網のように絡めて体外に回収してくる方法と、吸引カテーテルとよばれる器械を使用して掃除機のように陰圧をかけながら血栓を吸引して体外に回収する方法の2つの治療法を組み合わせ治療を行います。

カテーテル治療を受けることで劇的に症状が改善し、従来であれば重度の後遺症が残る寝たきりとなっていた方が、歩行が可能となったり、元気に自宅に退院する事も可能となってきました。

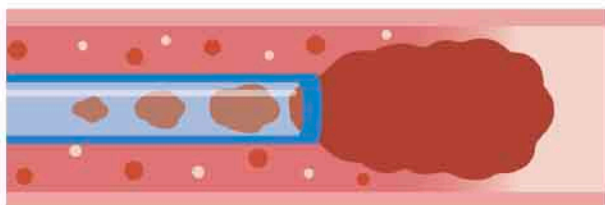
発症早期に治療を行うことが重要

左記の血栓溶解療法（点滴の治療）とカテーテル治療はともに時間的な制約がある治療です。また脳梗塞を発症してから早期に治療を開始できるほど、治療による効果が得られやすいとも言われています。速やかに治療を開始できるように当院では脳神経内科と脳神経外科が協力して脳梗塞の診療にあたっています。

突然半身の麻痺がでた場合や感覚に異常を生じた場合、顔面の麻痺が出現したり、うまく話せなくなった場合には脳梗塞を発症した可能性が高いです。そのような場合はなるべく早期に治療を受けられるよう、速やかに病院を受診してください。

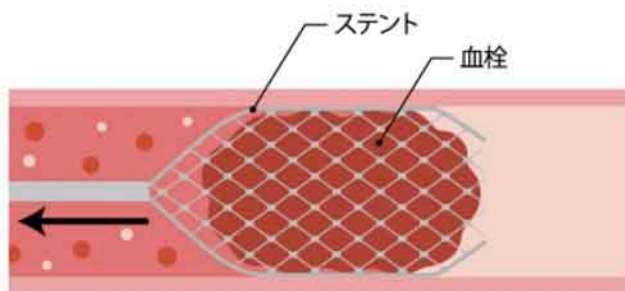
また院内で発症した場合には脳神経内科に連絡いただけましたら速やかに対応しますのでご相談ください。

吸引型



脳の血管内にある血栓を、掃除機のように吸い取り回収

ステント型



カテーテルで送り込んだステントに、血栓をからめて回収



医療の 話題 No.167

「医科治療支援」としての 歯科の役割

広島大学病院
口腔先端治療開発学 教授 加治屋 幹人



当院では、がん治療や大手術を受けられる患者さんに対し、術前の歯科受診を推奨しています。各診療科との連携のもと、多くの患者さんをご紹介いただいておりますが、中には「なぜこのタイミングで歯科を受診しなければならないのか」「歯の治療は後回しにしたい」といったご意見をいただくこともあります。手術を控えた患者さんは、精神的にも肉体的にも大きな負担を抱えており、術前の様々な検査や治療に追われているため、このような反応は決して珍しいものではありません。しかし、それでもなお、術前の歯科受診が重要である理由をお伝えしたいと思います。

術前の歯科受診の主な目的は、口腔ケアを通じて口腔内細菌をコントロールし、誤嚥性肺炎や口腔粘膜炎などの術後合併症を予防することにあります。歯垢（デンタルプラーク）には、糞便と同程度の細菌が含まれており、う蝕や歯周病だけでなく、誤嚥性肺炎や人工呼吸器関連肺炎の原因にもなります。特に全身麻酔時の経気管挿管では、口腔内細菌が挿管チューブを介して気管へ移行し、術後肺炎を引き起こすリスクが高まります。そのため、術前の口腔ケアにより口腔内細菌を減少させることで、術後肺炎の発生率を下げ、入院期間の短縮が期待できます。

また、手術後や抗がん剤治療中は、免疫機能が低下し、口腔内の細菌が原因で口腔粘膜炎を引き起こすことがあります（図1）。重症化すると口内炎の疼痛が強まり、食事が困難になることで低栄養に陥り、治療の継続が困難になるケースもあります。特に、がん治療にお

いては栄養管理が非常に重要であり、術前から適切な口腔環境を整えておくことで、これらの合併症を予防することが可能です。



図1. 化学療法誘発性口内炎と痛みによる清掃困難

さらに、術前の歯科診察では、動揺歯や不良補綴物の評価を行い、必要に応じて固定やマウスピースの作製、抜歯を行います。全身麻酔下での気管挿管時に、歯が破折・脱落したり、補綴物が外れて誤嚥のリスクとなることがあるため、術前にリスクを最小限に抑えることが重要です。予め問題のある歯を処置し、手術用のマウスピースを作成することで、術中の偶発的な歯の損傷を防ぐことができます（図2）。

また、近年では整形外科領域において、骨粗鬆症やがんの骨転移の治療のためにビスホスホネート（BP）製剤が使用されることが増えています。BP製剤は骨吸収を抑制する効果がある一方で、抜歯や外科的処置後に顎骨壊死（BRONJ）を引き起こすリスクがあることが知

られています(図3)。そのため、BP 製剤を開始する前に、抜歯の必要な歯を事前に処置し、口腔環境を整えておくことが推奨されています。術前の歯科介入を行うことで、将来的な顎骨壊死のリスクを低減し、安全な治療継続につなげることができます。

術前の歯科受診は、患者さんにとって手術後の栄養摂取や全身状態の安定に寄与するだけでなく、医療者

にとっても合併症のリスクを減らし、安全な手術を実現するために欠かせない取り組みです。当院では、患者さんが安心して手術に臨めるよう、各診療科と連携しながら適切な術前口腔管理を提供しています。ご紹介やご相談がありましたら、どうぞお気軽にご連絡ください。



図2. 手術用マウスピース



図3. BP製剤関連顎骨壊死

医療の 話題 No.168

「痔核の手術」について

消化器外科医師 寿美 裕介



はじめに

“痔”とひとことに言っても、痔核（いぼ痔）、痔瘻（あな痔）、裂肛（きれ痔）がありますが、一番頻度が多いのは痔核（いぼ痔）と言われています。性差はなく、40～60歳代にピークがありますが、幅広い年齢でみられる疾患です。痔核はできる場所によって、肛門のなかにある歯状線という境界で、内側の内痔核と、外側の外痔核にわけられます。この差は自分ではわかりにくいですが、歯状線のところで痛覚のあり・なしがかわるため、外痔核は痛みを伴い、内痔核は痛みを伴わないことが多いです。ただし、実際には内痔核も外痔核も混在することが多いです。



症状

排便時の肛門からの出血（真っ赤な血）や、排便時に脱出して押し戻すようになり受診に至るかたが多いのですが、ほかにも疼痛、腫脹、掻痒感、粘液漏出などの症状もあり、経過のなかで変わっていくことがあります。排便後に出血するけど痛みはない、すぐに出血もとまる場合は内痔核が原因であったりします。

原因

実は、痔核の成り立ちは未だ解明されていません。排便時に便が肛門を通るときに、直腸からスムーズに送り出すためのクッション構造があり、この構造自体は正常なものとしてみなさんが持っています。そこがうっ血して腫れて生じるという説と、構造が弱くなって伸びてしまうために腫れてしまうという説があります。成り立ちは定かでないものの、症状が悪化する（痔核になる）要因は分かっており、やはり排便習慣が大きく関わっています。特に過度の努責（いきみ）や長時間の排便は痔核を悪化させます。ほかにも便秘や下痢、長時間の坐位や立位などの姿勢も要因といわれています。

治療

治療としては、排便習慣や生活習慣の改善と薬物療法が基本となります。薬物療法には直接塗布する注入軟膏や坐薬、内服薬があり、これらで痔核の腫れが小さくなるだけでも症状はかなり改善されます。手術の目安としては、脱出の程度が自分で押し込む～常に脱出している状態くらいまで大きくなった場合に考慮します。

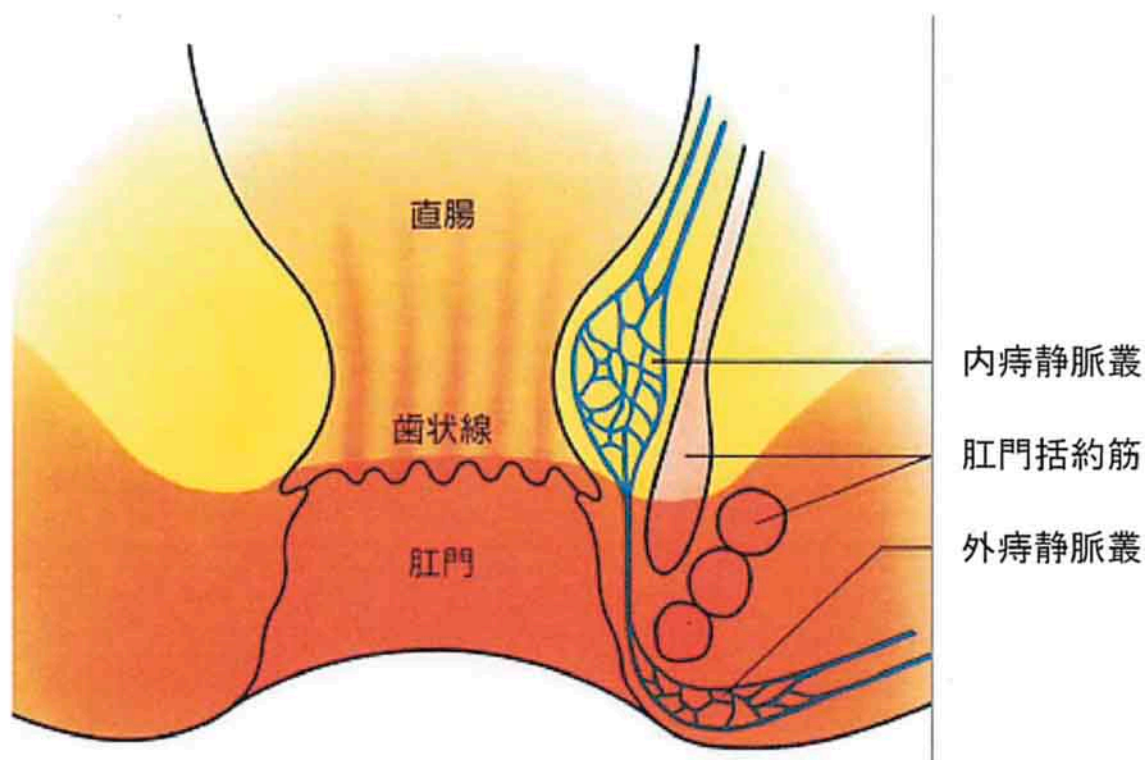
手術

手術の基本は、「結紮切除術」です。膨らんだ痔核を切って除ける方法で、根治性は高いのですが、術後の出血や疼痛が少なからずあり、そのため術後は1週間の入院が必要です。特に術後出血はショック状態に陥る可能性もある重大な合併症のひとつです。また、どの範囲をどのくらい切除するかは、術者の経験を必要とすることも事実です。切りすぎて肛門が狭くなってはいけませんが、手控えると痔核の症状が改善しないこともあります。

そこで、切らずに治せる治療法が開発されました。「内痔核硬化療法」といい、痔核に薬剤（ALTA：アルタ）を注入することで、痔核への血流を遮断し、局所

的な炎症を起こして痔核を硬化・退縮させます。切らずに注射だけで済むため、術後の出血や疼痛はほとんどなく、術翌日には退院可能です。2005年から始まった新しい治療法で、適応は脱出する内痔核であり、妊婦・授乳婦・透析中の腎不全のかたにはできません。結紮切除術の欠点を克服したような治療法ですが、再発率がやや高い（施行1年で10%）という欠点が存在します。

当院では内痔核硬化療法が実施可能ですので、痔核に悩んでいるかたはご相談ください。そのほかの肛門疾患についてもより専門性の高い医療機関と連携し、紹介も行っていますので、お気軽にご相談いただければと思います。



医療の 話題 No.169

バセドウ病の話題 治療も含めて

内分泌・糖尿病内科医師 向井 理沙



甲状腺ホルモンは全身の臓器に作用して正常な成長や発達を促し代謝を司るなど大切な働きを持つホルモンです。下垂体から分泌される甲状腺刺激ホルモン(thyroid stimulating hormone: TSH)が甲状腺ろ胞細胞のTSH受容体を刺激することによって甲状腺ホルモンは分泌されています。バセドウ病は、TSH受容体に対する抗体が体内で作られてTSH受容体を刺激し続けることで、甲状腺がびまん性に腫大し、甲状腺ホルモンが過剰に産生され甲状腺中毒症が起きる病気です。バセドウ病は自己免疫疾患の一つで発症には遺伝的素因が約80%で、20%は環境因子(喫煙、女性ホルモン、妊娠、感染など)が関与していると考えられています。

日本においては1000人あたり0.2-3.2人と報告されており、20-30代の女性に多く、男女比は1対3-5くらいといわれています。

典型的には、動悸、体重減少、指の震え、暑がり、汗かきなどの症状がおきます。疲れやすい、軟便・下痢、筋力低下、精神的なイライラや落ち着きのなさが生じることもあります。女性では生理が止まることがあります。眼球突出や目が完全に閉じない、物が二重に見えるなど眼の症状が出ることもあります。また炭水化物の多い食事をした後や運動の後などに手足が突然動かなくなる発作が起こることがあり(周期性四肢麻痺)、特に男性によくみられます。

バセドウ病の治療としては ①薬物療法 ②放射性ヨウ素内用療法 ③手術 の3つの治療法があります。

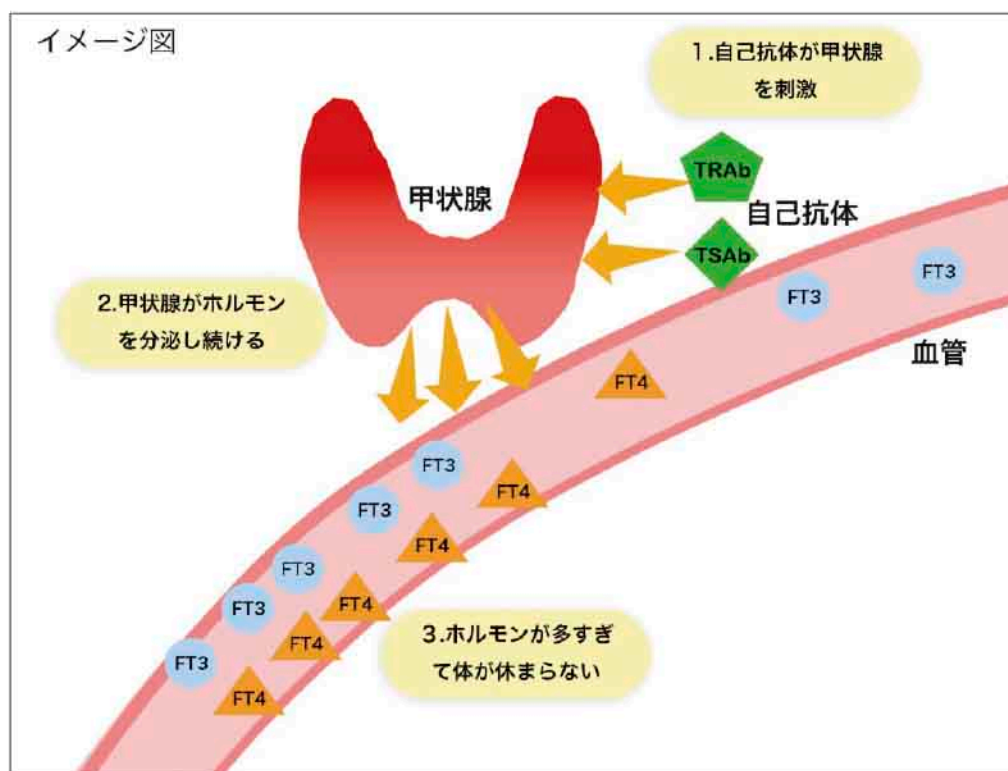
薬物療法は外来での実施が可能でほとんどすべての患者さんに施行できます。不可逆的な甲状腺機能低下

症に陥ることがないのが長所です。しかし他の治療法と比較し寛解率が低く、また寛解に至るまでの治療期間が長いこと、抗甲状腺薬の副作用の出現頻度が比較的高いことが短所です。また抗甲状腺薬を18カ月継続しても寛解に至らない場合はそれ以上継続しても寛解は望めない可能性があり、放射性ヨウ素内用療法や手術を検討します。

放射性ヨウ素内用療法は、放射線を出すヨードを内服して甲状腺の細胞を減らす治療です。安全で効果が確実であり、甲状腺の腫大も小さくなります。再発しないようにするためには甲状腺機能が低下する量を投与する必要がありますが、そうすると、甲状腺ホルモン薬の服用が終生必要となります。欠点としては、実施できる医療機関が限られていること、バセドウ病による眼症状が悪化することがあること、小児(18歳以下)や妊婦・近い将来(6か月以内)妊娠する可能性がある女性・授乳婦では行えないことなどが挙げられます。

甲状腺摘出術は、最も早く確実に治療効果が得られます。再発がないように全摘除を行うと生涯にわたって甲状腺ホルモン薬の服用が必要になります。欠点としては、入院が必ず必要であること、手術痕が残ること、手術合併症(出血、反回神経麻痺、副甲状腺機能低下症など)が生じるリスクがあることなどがあります。バセドウ眼症が著明な場合、近い将来に妊娠を希望する女性の場合に適応になります。

バセドウ病は珍しい病気ではありません。もし該当する症状があれば受診をご検討ください。



伊藤病院ホームページより

治療法	長所	
薬物療法	薬をのむだけ。 甲状腺機能低下症になっても戻る	副作用があることがある。 治療期間が長い。 再発が多い。
放射性ヨウ素内用療法	カプセルを一回飲むだけ。 薬物療法に比べて短期間の治療。 副作用、合併症がほとんどない。 甲状腺腫が小さくなる。 再発が少ない。	治療できる施設が限られている。 甲状腺機能低下症になる可能性が高い。
手術	確実に治療できる。 再発が少ない。	手術の合併症(出血)などがある。 手術のあとが残る。 専門の施設が限られている。 甲状腺機能低下症になる。

隈病院 KUMA pedia バセドウ病の治療から一部改変

●バセドウ病の症状



時事メディカル 家庭の医学 バセドウ病のページより引用

初期臨床研修を終えて



初期臨床研修医2年目
影本 千晴

東広島の中で研修医として働き始めてから、あっという間に2年経ちました。広島市内で育ってきた身としては東広島の寒さには未だに慣れず、この原稿を書いている今日も雪道を凍えながら出勤していました。2年間は過ぎてみるとあっという間でしたが、優しい指導医の先生方や病院スタッフの方々に支えられ、最初の頃と比べると多少なりとも医師として成長できたのではないかと思います。研修医の先輩方や後輩の皆さん、そして同期からもたくさん学ぶ

ことがあり、充実した研修生活でした。

4月からは腎臓内科レジデントとして他の病院で勤務させていただきます。まだまだ未熟者ではありますが、東広島医療センターで培った経験を生かして、今後も医師として精進していきたいと思います。2年間という短い間でしたが本当にお世話になりました。ありがとうございました。またどこかでお会いすることがあればよろしくお願いします。



初期臨床研修医2年目
吉田 真理

当院で過ごした初期臨床研修の2年間は早くも終わりを迎えようとしています。カルテを書くことすらままならなかった初日から、少しずつできることが増えていったのは、ひとえに指導をしてくださったスタッフの皆様のおかげです。

どの科でも優しく尊敬できる上級医の先生ばかりで、1ヶ月のローテ期間が終わるのが毎回名残惜しかったです。技量不足で悔しい思いをすることもありましたが、同期や後輩達と話していると不思議と前向きな気持ちになることができました。

将来の目標にすべき先生方や温かいスタッフの方々に恵まれた実りのある2年を過ごすことができ、東広島医療センターを選んでよかったなという気持ちでいっぱいです。

来年度からは麻酔科として広島大学病院に勤務します。初期研修を始めた頃は自分が麻酔科になるとは思ってもいませんでしたが、頂いたご縁に感謝しながら研鑽を積み、いつか地元である東広島医療センターに戻ってこれたらいいなと思います。2年間本当にありがとうございました。



初期臨床研修医2年目
武田 尚樹

初期研修期間がいよいよ終わりを迎えようとしています、振り返るとあっという間の研修医生活でした。

2年間の間ではおかげさまで様々なことを経験することができました。私は決して出来の良い研修医ではございませんでしたが、温かく丁寧にご指導くださった先生方、頼もしい同期や愉快的な後輩研修医の皆様、そして優しく接してくださったコメディカルの方々やその他職員の方々のおかげで、とても素晴らしい環境の下で働く

ことができました。この2年間において関わってくださったすべてのスタッフの皆様に、この場をお借りしてお礼申し上げます。

そして来年度からは整形外科レジデントとして、当院にて引き続き勤務させていただきますこととなりました。これからは立場もまた変わり、身の引き締まる思いです。至らぬ点は多々あるかとは思いますが、整形外科医として一人前になれるよう精一杯努力してまいります。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



初期臨床研修医2年目
今井 天晴

2年間、東広島医療センターで臨床研修をさせていただきました。

短い期間ではありましたが、先生方やスタッフの方々には業務の中で本当に多くのことを学ばせていただきました。2年前には右も左もわからなかった私を親切に、そして情熱を持って指導してくださいました。そして、2年間で関わらせていただいた患者さん一人ひとりにも多くのことを教えていただきました。研修中に関わったすべての方に、感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

2年間の研修の中では様々な思い出があります。その中でもうまくいったことや感

謝されたことはもちろんなのですが、案外うまくいかなかったこと、注意を受けたこともたくさん思い出されます。

これらは苦い記憶ではありますが、案外こういうところから自分に抜けているところに気づくことも多く、貴重な経験だったことに気付かされます。今後何よりも謙虚に、自分に足りないところを探し、そして埋めていき、いつか皆様に恩返しをすることができればと考えております。

4月からは精神科医として広島大学病院で勤務を行います。当院での経験を今後の診療に活かして頑張っていきます。2年間本当にありがとうございました。



初期臨床研修医2年目
古庵 伊吹

3月で初期臨床研修を終えることとなりますが、特に2年目は瞬く間に過ぎていたような気がします。少しずつではありますが、医療について学ぶことが出来たのではないかと思います。日々の診療や当直等の様々な場面でご指導してくださった、先生方にコメディカルの方々、そして同期にはこの場を借りて感謝申し上げます。

研修を通じ、担当させていただいた患者さんに関わる中で、医師としての責任感や、患者さん一人ひとりに寄り添いこちらから踏み込む姿勢の重要性を強く感じました。

これからもその気持ちを忘れず、常に謙虚に学び続けていきたいと思います。

来年度からは広島大学病院で精神科専攻医として勤務することとなります。至らない点は多々ありますが、今後も東広島医療センターで学んだことを活かし、医療に貢献できるよう精進してまいります。

2年間ありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

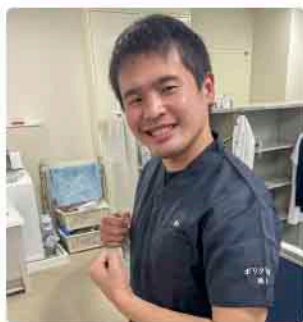


初期臨床研修医2年目
日浦 雄太

2024年4月から当院で研修を開始し、あっという間に2年が過ぎました。上級医の先生方やコメディカルスタッフの皆様に暖かく見守られながら、医療知識のみならず社会人として多くのことを学ばせていただきました。心より深くお礼申し上げます。

研修生活を振り返ると学会の思い出が多く残っています。名古屋から小倉までたくさんの場所に行かせていただきました。早くから学術活動に参加できたことを嬉しく思います。

4月からは当院で外科レジデントとして勤務いたします。至らぬ点もあるかと存じますが、東広島の医療に貢献できるよう日々精進してまいります。東広島に来てよかったです。2年間、本当にありがとうございました。



初期臨床研修医2年目
徳本 雄己

2年間の研修も今思えばあっという間でした。入職した頃の頃はミスも多く、先生方やコメディカルの方に多大なご迷惑をおかけしました。2年の研修を経て、ミスをする頻度も減り、突発的な事態に直面した際にも以前よりも柔軟に対応できるようになったと自負しております。日常業務や当直では、先生方に熱心な指導をいただき、知識として認識していたことを実体験としてより深く理解することができたと思います。指導医の先生方のおかげで、学会にも数多く参加させてい

ただき私自身刺激にもなりましたし楽しい経験をすることができました。

来年度からは、引き続き東広島医療センターにて消化器外科医として勤務させていただきます。同じ環境で働くことができるのはとても心強いのですが4月からは、より責任ある立場になることを自覚し日々精進してまいりたいと思います。至らぬところも多く、ご迷惑をおかけするかと存じますがご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



初期臨床研修医2年目
志水 唯月

雪国鳥取で大学生を送り山陰脱出を心に決めて2年前に新天地広島にやってきました。住んでみると西条は鳥取に負けない寒さで、学生時代に揃えた防寒グッズを捨てなかった自分を褒め称えております。医療センターに来てすぐの頃は、病院ではわからないことしかないし、帰宅してからは知り合いが全くおらず暇を持て余しており、生きている心地がしませんでした。それから二年間、先生方、コメディカルの皆様、患者さんなど多くの方々に支えられ、少しは様に

なっているのではないのでしょうか。ポンコツな私ですが、めげず指導してください、見かけた際には話しかけてくださる優しい皆様のおかげで今は本当に毎日が充実しております。

4月からは広島市民病院で耳鼻科医として働き始めます。まだまだ修行の身です。これからも謙虚に真摯に丁寧に向き合い、頼っていただけるような医師を目指して精進してまいります。最後になりましたが、2年間関わってくださった全ての皆様に心より感謝申し上げます。



「がん診療の最前線」のご報告

統括診療部長 今田 英明

先日、開催されました第20回東広島医療センターフォーラム「がん診療の最前線」における肝臓がんをテーマにしたミニレクチャーにおいてコーディネーターとして司会を務めました。今年は昨年参加者を100名以上上回る約640名の方にご参加頂きました。この場をおかりいたしまして深謝いたします。

このシンポジウムでは、放射線科の富吉先生、消化器内科の網岡先生、消化器外科の安部先生の3名が登壇し、それぞれの立場から診断や治療法について講演されました。

富吉先生には超音波、CT、MRI検査の特徴と適応、さらに冠動脈化学塞栓療法について分かりやすく説明して頂きました。

網岡先生には肝臓がんのリスクや予防法、さらに低侵襲の穿刺局所療法（マイクロ波凝固療法）と最新の薬物治療についてお話して頂きました。薬物治療の進歩とそれに伴う劇的な成績向上のお話は多くの参加者に勇気を与えたと思います。

安部先生には、腹腔鏡下肝切除について、その利点、注意点さらには外科医としての哲学まで広い範囲のお話をいただきました。

講演後のディスカッションでは、患者さんが最も関心を持つであろう「検査の必要性」「治療にかかる費用」「検査や治療に伴うリスク」について、各医師に質問を投げかけました。本番前は私自身が日常診療ではあまりがん治療とは関係ない整形外科医であるため、専門的な内容についていけるかなと不安でしたが、実際司会をしてみると、専門でない分、患者さん目線での質問ができたかなと考えております。

今回のフォーラムが、市民の皆様が肝臓がんの診断・治療について正しい知識を持ち、適切な医療を受ける手助けになれば幸いと考えております。今後もこのような機会を通じて、地域医療の充実に貢献していきたいと考えておりますので引き続きのご指導ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

肝細胞癌の画像診断とカテーテル治療

放射線科部長 富吉 秀樹

今回、2025年3月1日に開催された第20回東広島医療センターフォーラムでミニレクチャーの講演を担当いたしました。「肝臓がんの画像診断とカテーテル治療」という演題で肝臓から発生する（肝臓を原発とする）肝細胞癌の画像診断であるUS（超音波検査）、CT（コンピュータ断層撮影）、MRI（磁気共鳴画像）とカテーテルを使用した治療であるTACE（肝動脈化学塞栓療法）について来場された市民の皆様にご説明させていただきました。

講演内容から一部を抜粋します。肝細胞癌をCTで診断するには正常な肝臓との血流の違いが重要となります。図1のスライドはCTの3次元画像で肝臓に流れ込む血流を示したのですが、肝臓には心臓から送り出された血液が大動脈を通過して腎臓や脾臓などと同様に動脈（肝動脈）から流れ込む以外にもう1本、腸管で吸収された栄養を運ぶために門脈が流れ込んでいます。この2本の流れ込む割合が正常な肝臓では門脈がおおよそ75%、動脈が25%ですが、肝細胞癌では動脈（異常な腫瘍血管）のみが流れ込んでいます。この違いを造影剤で画像化することで肝細胞癌を診断します。その際には図2のスライドに示したようにヨード造影剤をインジェクターという装置で患者さんの腕の静脈から30秒間で注入します。造影剤は血液と一緒に心臓に戻り、肺を回ってから心臓から送り出され、大動脈から内臓に

流れ込んでいきます（赤矢印）。肝臓への動脈からの血流は大動脈からそのまま流れ込みますが、門脈からは腸管を回って少し遠回りをしてから流れ込みます（ピンク矢印）。CTは高速に詳細な画像が得られる装置であり、この時間差を利用するダイナミックCTという手法で肝細胞癌を診断できます。造影剤を注入し終わっておよそ40秒後は肝臓に動脈が主に流れ込む動脈相、70秒後は動脈と門脈が流れ込む門脈相となります。180秒後には全身に均等に造影剤が分布する平衡相となります。図3のスライドのように肝細胞癌は動脈が主に流れ込む動脈相で撮影されたCTの画像では周囲の正常な肝臓よりも不均一に濃染されます（造影剤で白くなります）。そして全身に造影剤が均等に分布する平衡相の画像では癌は一つ一つの細胞が大きく血管の面積が正常の肝臓よりも狭いために造影剤の分布が不良で黒く不均一に写し出され、画像診断ではwash outと表現されます。この所見から通常の肝細胞癌は97%以上の正診率で診断できるとされています。発癌の危険因子である慢性肝障害を有する患者さんにCTによる精密検査を行い、この所見がある腫瘍を認めた場合は肝細胞癌と診断して手術などの治療の適応があり、生検（腫瘍の一部を針で採取）による病理組織の確認は不要と診療ガイドラインに記載されています。

講演の最後には肝細胞癌の診断と治療は進歩が続いており、当院は最前線の医療機関として各診療科が協力して診療に取り組んでいることを強調させていただ

きました。これからも肝細胞癌を含めて当院のがん診療に少しでも貢献できるように尽力していきます。

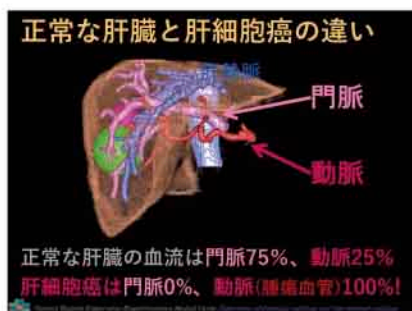


図1 正常な肝臓と肝細胞癌の違い



図2 造影ダイナミックCTによる診断

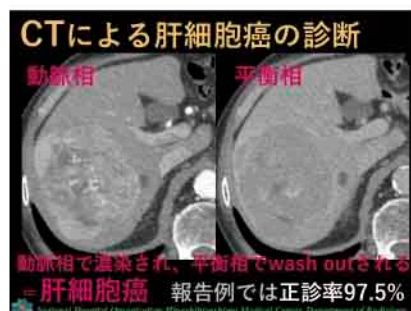


図3 CTによる肝細胞癌の診断

肝臓病と肝がんの内科的治療

消化器内科医師 網岡 慶

第20回 東広島医療センターフォーラムにおいて、今回は肝がんをテーマとしたミニレクチャーとして、内科の立場から「肝臓病と肝がんの内科的治療」というタイトルで講演を行いました。本講座は地域住民の皆様にご覧に行なっている最新の医療情報を提供することを目的に開催され、当日は多くの方々にご参加いただきました。

講演では、まず肝臓の基本的な働きについて説明し、肝硬変や肝がんの発症メカニズムを解説しました。特に、肝がんは他のがんと比べて再発率が高く、一度発症すると長期的な管理が必要になります。そのため、肝がんの発症リスクを抑える一次予防の重要性についても触れ、血液検査でALT値が30を超える状態が続く場合には、医師へ相談することが推奨されることを説明いたしました。

後半では、肝がんの内科的治療について紹介しました。早期肝がんに対する穿刺局所療法(マイクロ波凝固療法)は、負担が比較的少なく、手術と同等の治療効果が期待できることが示されております。また、近年進歩が著しい薬物療法として、免疫チェックポイント阻害薬を用いた免疫療法の有効性が注目されており、その具体的な治療法についても詳しく解説しました。

肝臓は「沈黙の臓器」とも呼ばれ、病気が進行するまで自覚症状が現れにくい臓器です。今回の講演を通じて、ご参加いただいた方々に少しでも肝臓病や肝がんへの理解を深める一助となれば幸いです。今後も最新の医療情報を発信し、地域の皆様の健康増進に貢献してまいります。

肝臓外科医による腹腔鏡下肝切除術

～肝胆膵汝を玉にす～

消化器外科医長 安部 智之

このたび、第20回東広島医療センターフォーラム・ミニレクチャーにて発表の機会をいただきました。今回の講演では、放射線科の富吉医師が肝細胞癌に対する画像診断および放射線治療について、消化器内科の網岡医師が肝細胞癌に対する局所治療および全身化学療法についてご講演されました。私は、腹腔鏡下肝切除の歴史とその取り組み、そして外科教育について発表いたしました。皆さんは、「手術」や「外科医」にどのようなイメージをお持ちでしょうか？ 医療ドラマでは、手術室の緊迫した場面が数多く描かれていますが、現実の外科医の世界は決して華やかな仕事だけでなく、泥臭いものが多いです。

近年、外科医を志す若手医師の減少が問題視されており、社会的な課題の一つとして取り上げられています。

消化器外科医の仕事は多忙を極めますが、急性腹症や悪性腫瘍に対する外科的治療の意義は計り知れないものがあります。私たちは「手術」という選択肢を、トランプの「ジョーカー」になぞらえています。適切な患者に対して適切なタイミングでこのカードを切ることが、外科医の腕の見せどころです。しかし、慎重に判断しなければ、術後合併症による大きな不利益を患者さんにもたらしせてしまいます。



肝切除の歴史を振り返ると、1970年代の術後成績は極めて厳しいものでした。術後死亡率は5人に1人、つまり20%に達するという、現在では考えられないほどの散々たる結果でした。その後、肝機能の的確な評価法の確立、手術器具の進化、麻酔管理・術後管理の発展、そして外科医の知識と技術の向上により、肝切除の成績は飛躍的に改善してきました。近年では、術後死亡率は1%以下にまで低下しています。それでも、消化器外科領域においては依然として高い合併症率を伴う手術の一つであることに変わりありません。また、海外における肝切

除後の死亡率は約5%とされています。一方、日本では綿密な術前評価に加え、細やかな術後管理を徹底していることが、世界最高水準の手術成績へとつながっていると考えられます。

肝臓がん術後死亡率の推移について

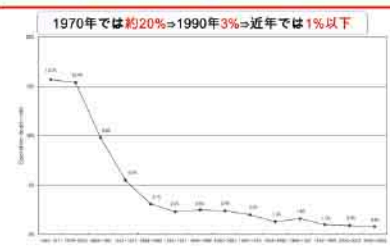


Fig. 1 Depicts trend for HCC patients' operative death rate

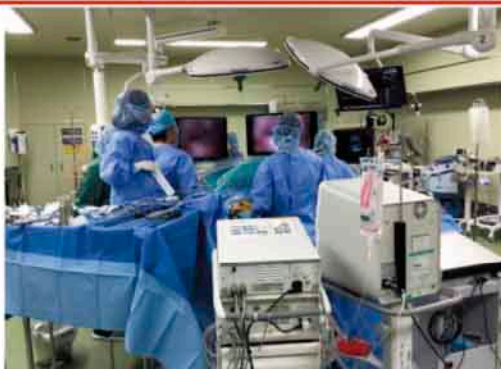
※国際がん研究機関報告(2023)

手術室は「劇場」－進化する肝切除手術－

海外では、手術室を「劇場」と表現することがあります。これは、手術室の内装が舞台のように設計されているだけでなく、「手術」という一つの演目を、多くの登場人物がそれぞれの役割を演じながら成功へと導くという点に由来しているのかもしれません。近年、ロボット支援肝切除術が普及し、低侵襲肝切除は腹腔鏡下肝切除とロボット支援肝切除に分類されるようになりました。東広島医療センターでは、腹腔鏡下肝切除を積極的に導入しており、この10年間の肝切除数と術式の推移を見ても、その傾向が明確に表れています。特に2022年以降は年間50例の肝切除を実施し、そのうち約70%が腹腔鏡下肝切除となっています。さらに、高難度手術を安全に遂行でき

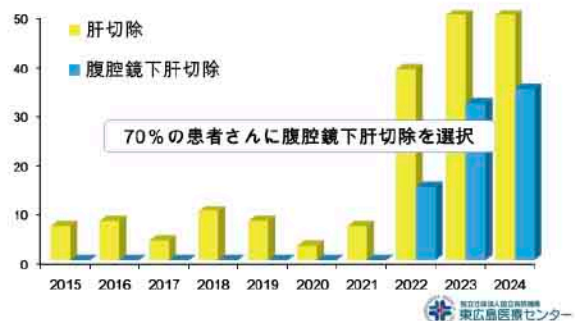
る実績が評価され、2023年には「肝胆膵高度技能専門修練施設(B施設)」として認定されました。腹腔鏡下肝切除の利点として、術後在院日数が短く、疼痛が軽く、整容性に優れていることがあります。開腹肝切除と比較して、長期成績も遜色ないものです。故に、腹腔鏡下肝切除術は「患者さんに優しい」術式とも考えていますが、切除場所や腫瘍の状況によっては難易度が非常に高い手術となります。そして、2025年からはロボット支援下肝切除の導入も予定しており、東広島地域の皆さまに標準的かつ先進的な治療を、安全かつ確実に提供できる施設を目指して、さらなる研鑽を積んでまいります。

手術室 = Theater (劇場)



東広島医療センター 肝切除数の推移

2023年 肝胆膵高度技能専門医修練施設(B)認定



「肝胆膵 汝を玉にす」－成長と感謝の3年間－

「艱難汝を玉にす」という聖書の言葉をご存じでしょうか。困難や試練を乗り越えることで、人は成長し、磨かれていくという意味を持ちます。私自身、肝胆膵外科に携わることで自らを鼓舞し、成長することを目指して日々取り組んできました。その思いを込め、今回の内容に「肝胆膵 汝を玉にす」というサブタイトルをつけさせていただきました。2022年に赴任して以来、多くの方々の支えによって肝胆膵外科の発展を進めることができました。まず、麻酔科の橋本診療部長をはじめとする麻酔科医の先生方には、周術期の麻酔管理を安全に遂行していただき、肝胆膵外科手術の質を大きく支えていただきました。さらに、手術室のみならず、ICUや3病棟の看護師の皆さん、医療スタッフの方々の温かいサポートにより、患者さんは安心して周術期を過ごすことができました。また、消化器内科の網岡医

師・岡崎医師・河村医師とは定期的なカンファレンスを重ね、スクラムを組んで患者さん一人ひとりに最適な治療法を検討し続けました。さらに、病理医の服部医師と万代医師による的確かつ迅速な病理診断のおかげで、術後の補助化学療法もスムーズに導入することができました。この3年間、多くの方々に支えられてきたことに、心から感謝を申し上げます。若手の頃、指導医からこう言われました。「医師20年目になったときに、肝胆膵領域において“アベのワールド”をつくりなさい。そして、自分が働いている施設に誇りを持ちなさい。」今、その言葉の意味を改めて実感しています。私が愛する東広島医療センターで、この目標をどこまで達成できたのかはわかりません。ただ、ここまで施設を支えてくださった柴田院長、豊田副院長、今田統括部長に深い感謝の意を申し上げます。

研修医 紹介

初期臨床研修医1年目

山野井 彪

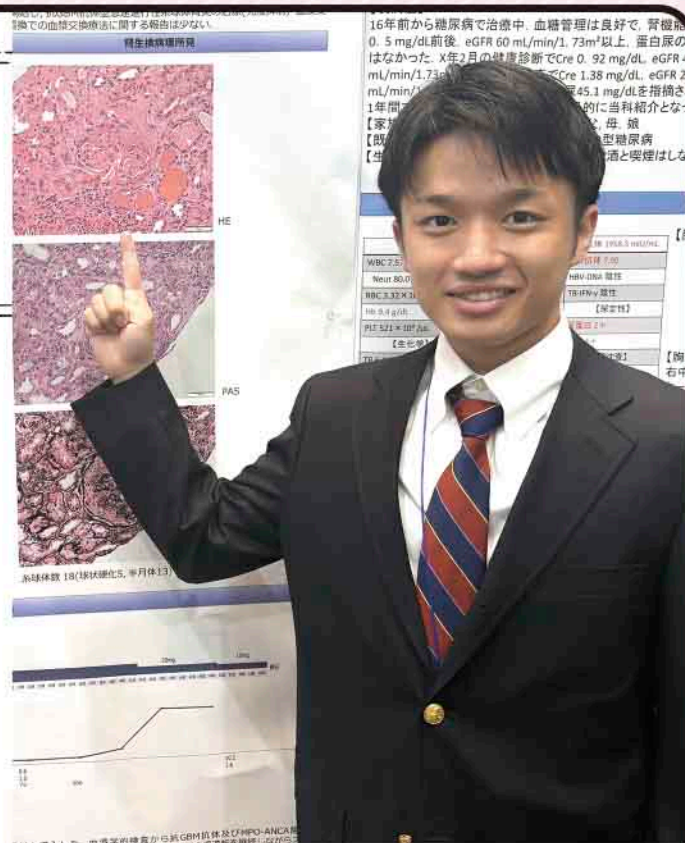
年が明けとても寒くなりました。西条には昨年から住んでいるのですがあまりの寒さにとても驚いています。暖房をたくさん使っているからか電気代も驚くほど高くなっています…。みなさんも電気代が気になることとはおもいますが、あまりに寒いと風邪をひいてしまうので、なにより健康に気を付けてお過ごしください。

研修医となつてからもうすぐで一年がたとうとしています。いまだにできないことや知らないことが多くて落ち込むこともあります。4月に比べたら大きく成長できたのではないかと思います。4月には後輩もできますので追い抜かれないように日々勉強や手技の練習を頑張りたいと思います。来年度も初心を忘れず謙虚に研修生活を送りますので、みなさんよろしくお願いします。

新年といえば今年は書初めをしました。習字は小学生ぶりだったのでうまく書けませんでした。「気合」と書きました！今年一年の目標は気合です。昨年は体調を崩してしまうことが多く研修をお休みすることがありました。今年は気合を入れて体調を崩さないように過ごしたいと思います。

1月は精神科で研修していました。東広島医療センターでは精神科の研修を黒瀬にある賀茂精神医療センターで行います。黒瀬にはあまり行ったことがなかったので、研修のついでにおいしいごはん屋さんを探しました(笑)。一番のおすすめは「らーめん まつ☆うら」というお店です。魚介系のダシで、さんまラーメン、マグロラーメン、ほたてラーメンなど6種類のラーメンがあります。味は結構こってり系で店の外までおいしそうな匂いがしてきます。黒瀬では有名なお店のようで、お客さんは多いので待つかもしれません、是非食べに行ってみてください！

また、まだ行ったことはないのですが、僕が最近夢中になっているアサイーボウルという食べ物のお店が黒瀬にあるみたいなので時間のある時に行ってみたいと思います。

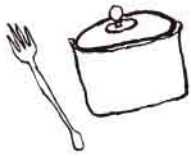


以上になりますが、今年も東広島医療センターで研修をしていますので東広島でおすすめの場所などあれば教えてください！

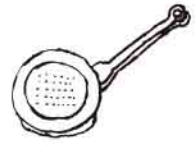
医療センターのみなさん、地域のみなさま、今年もよろしくお願いします。



初夏に旬を迎えるアジ／



小あじの南蛮漬け



季節の変わり目、特に昼と夜の気温差や
月平均の気温の寒暖差が大きくなるこの時期は
体調を崩しやすい時期です。



アジを日々の食事に取り入れることによって、私たちの身体づくりに欠かせないタンパク質、骨や歯を作る素になるカルシウムを摂取することができます。また脳の発達や活性化・記憶力維持に役立つDHAや、血液をサラサラにする成分であるEPAは動脈硬化や血栓の予防に効果的で、さらに中性脂肪の減少も期待できます。

一年中スーパーにある魚ですので旬が曖昧になってしまいますが、最もおいしく食べられる旬の時期は5月～7月の晩春から初夏にかけてです。

この時期に漁獲されるアジは小型～中型くらいの大きさであり、それほど身丈は大きくありません。しかし脂のノリが非常に良く、うま味がたっぷりつまっているのが特徴です。豆あじや小あじと呼ばれる、小さめのものであれば、骨まで丸ごと食べられます。蒸し暑く食欲がわかない時でも、お酢の酸味でさっぱりいただけますよ。

■ 材料(4人前)

小あじ	300g
たまねぎ	1/2個
にんじん	1/4本
ピーマン	1個
赤とうがらし(小口切り)	適量
片栗粉	適量
揚げ油	適量
＜調味料＞	
しょうゆ	大さじ2
穀物酢	100ml
砂糖	大さじ3
水	大さじ2

【作り方】

- ① たまねぎは薄切りにし、にんじん、ピーマンはせん切りにする。これらを赤とうがらしと共に＜調味料＞を混ぜ合わせた中に漬ける。
 - ② 小あじは内臓を除いて、片栗粉を軽くまぶし、170℃に熱した油でよく揚げる。
 - ③ 熱いうちに小あじと1の野菜をからませ、30分ほど漬け込む。
 - ④ 器に③を盛り付け、上から漬け汁をかける。
- ※調理時間に漬け込み時間は含みません。





R7.4.1
産婦人科
産婦人科医長
山崎 友美
やまざき ともみ



R7.4.1
小児科
小児科医長
樋口 公章
ひぐち こうしょう



R7.4.1
消化器外科
消化器外科医長
濱岡 道則
はまおか みちのり



R7.4.1
耳鼻咽喉科
耳鼻咽喉科医
二階堂 靖訓
にかいどう やすのり



R7.4.1
循環器内科
循環器内科医
木村 由香
きむら ゆか



R7.4.1
脳神経内科
脳神経内科医
横崎 美遼
よこさき みはるか



R7.4.1
消化器内科
消化器内科医
佐伯 翔
さえき しゅう



R7.4.1
消化器内科
消化器内科医
眞田 莉花
さなだ りか



R7.4.1
皮膚科
皮膚科医
坪井 雅敬
つばい まさひろ



R7.4.1
泌尿器科
泌尿器科医
白根 聡
しらね さとし



R7.4.1
放射線科
放射線科医
清水 悠太郎
しみず ゆうたろう



R7.4.1
小児科
小児科医
西田 優衣
にしだ ゆい



R7.4.1
消化器外科
消化器外科医
篠原 充
しのはら まこと



R7.4.1
小児科
非常勤医
立石 裕一
たていし ゆういち



R7.4.1
産婦人科
非常勤医
大森 由里子
おおもり ゆりこ



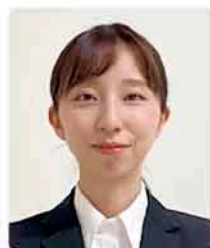
R7.4.1
整形外科
レジデント
武田 尚樹
たけだ なおき



R7.4.1
外科
レジデント
日浦 雄太
ひうら ゆうた



R7.4.1
外科
レジデント
徳本 雄己
とくもと ゆうき



R7.4.1
小児科
レジデント
大谷 佳奈
おおたか かな



R7.4.1
脳神経外科
レジデント
江藤 慎平
えとう しんぺい



R7.4.1
乳腺外科
レジデント
原 みひな
はら みひな



R7.4.1
腎臓内科
レジデント
湯浅 拓哉
ゆあさ たくや



R7.4.1
呼吸器内科
レジデント
大住 華子
おおすみ はなこ



R7.4.1
産婦人科
レジデント
古土井 美樹
ふるどい みき



R7.4.1
診療部
臨床研修医
池田 武志
いけだ たけし



R7.4.1
診療部
臨床研修医
村本 健太郎
むらもと けんたろう



R7.4.1
診療部
臨床研修医
芥川 侑大
あくたがわ ゆうだい



R7.4.1
診療部
臨床研修医
河口 龍太郎
かわぐち りゅうたろう



R7.4.1
診療部
臨床研修医
城野 嘉月
じょうの かづき



R7.4.1
診療部
臨床研修医
高 愛実
たか まなみ



R7.4.1
診療部
臨床研修医
西村 英弥璃
にしむら えみり



R7.4.1
診療部
臨床研修医
平田 悠剛
ひらた ゆうご



R7.4.1
診療部
臨床研修医
三好 祐輝
みよし ゆうき



R7.4.1
診療部
臨床研修医
山脇 佑介
やまわき ゆうすけ

退職

R7.3.31 血液内科
血液内科医師

栗屋 忠祐

R7.3.31 泌尿器科
泌尿器科医師

西田 健介

R7.3.31 消化器内科
消化器内科医師

井川 敦

R7.3.31 呼吸器内科
呼吸器内科医師

三好 由夏

R7.3.31 腎臓内科
腎臓内科医師

小田 華

R7.3.31 呼吸器外科
呼吸器外科医師

熊田 高志

R7.3.31 消化器外科
消化器外科医師

安部 智之

R7.3.31 呼吸器内科
呼吸器内科医師

三宅 慎也

R7.3.31 小児科
小児科医師

坂田 園子

R7.3.31 診療部
非常勤医師

高橋 忠照

R7.3.31 産婦人科
非常勤医師

山崎 友美

R7.3.31 小児科
レジデント

川上 さくら

R7.3.31 脳神経外科
レジデント

福田 翔一

R7.3.31 皮膚科
レジデント

土田 麻未

R7.3.31 外科
レジデント

手嶋 真里乃

R7.3.31 整形外科
レジデント

福本 由美香

R7.3.31 脳神経内科
レジデント

頼近 恭典

R7.3.31 産婦人科
レジデント

土本 紘子

R7.3.31 診療部
臨床研修医

影本 千晴

R7.3.31 診療部
臨床研修医

吉田 真理

R7.3.31 診療部
臨床研修医

今井 天晴

R7.3.31 診療部
臨床研修医

武田 尚樹

R7.3.31 診療部
臨床研修医

古庵 伊吹

R7.3.31 診療部
臨床研修医

日浦 雄太

R7.3.31 診療部
臨床研修医

徳本 雄己

R7.3.31 診療部
臨床研修医

志水 唯月

診療科名		月	火	水	木	金
1 階	総合診療科	松本 正俊	小出 純子	小出 純子	小出 純子	小出 純子
	内分泌・糖尿病内科 フットケア外来	午前 向井 理沙 小出 純子	午前 浦上 有史 向井 理沙	午前 第1・3・5 向井 第2・4 浦上	午前 小出 純子 浦上 有史	午前 小出 純子 向井 理沙
		午後 担当医	午後 担当医			
	糖尿病療養外来	糖尿病療養外来は、毎週火曜日（祝日等を除く）の午前9時から12時まで【完全予約制】				
	腎臓内科	小田 華	入福 泰介	柏戸 滋晴		入福 泰介
	血液内科	今川 潤	今川 潤		今川 潤	今川 潤
	脳神経内科	横崎 美遼 石橋 はるか 前田 明子	前田 明子 末田 芳雅	木本 和希 前田 明子	末田 芳雅 石橋 はるか 横崎 (AMのみ)	石橋 はるか 末田 芳雅 木本 (AMのみ)
	呼吸器内科	野村 晃生 宮崎 好史 宮崎 好史 西村 好史 川崎 広平	重藤 えり子 三登 峰代	西村 好史 宮崎 好史	宮崎 好史 重藤 えり子 川崎 広平 大住 華子	川崎 広平 西村 好史 三登 峰代 中 康彦
	循環器内科	東 昭史 城 日加里 西村 昭典	山里 亮 小野 裕二郎	小野 裕二郎 東 昭史	西村 昭典 城 日加里 山里 亮	對馬 浩 小野 裕二郎 城 日加里 木村 由香
	小児科	上野 哲史 樋口 章一 草田 慎一 草田 優衣	岡田 泰之 村谷 佳奈	上野 哲史 下田 史子 立石 裕一	下田 史子 本田 一衣 西田 優佳	岡田 泰之 村谷 章 樋口 公
	消化器外科	(豊田 和広) 堀田 龍一 篠原 充雄 吉川 大	河内 雅年 壽美 裕介 濱岡 道恵	手術日	豊田 和広 濱岡 道恵 山口 恵美	堀田 龍一 河内 雅年 壽美 裕介
	手術日	手術日		手術日	手術日	手術日
	乳腺・内分泌外科	佐々田 達成	貞本 誠治	貞本 誠治 佐々田 達成 原 みひな	手術日	原 みひな
2 階	手術日	手術日		手術日	手術日	手術日
	ストーマ外来	第2・4月曜日および第2金曜日（祝日等を除く）の午後【完全予約制】				
	整形外科	今田 英明 宇治 郷公 井上 諭博	谷本 佳弘 武田 尚樹	宇治 郷公 武田 尚樹	今田 英明 宇治 郷公 谷本 佳弘	森井 亮 公博
	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日
	骨粗鬆症外来	月曜日・火曜日・木曜日（祝日等を除く）の9時30分 各1枠のみ【完全予約制】				
	呼吸器外科	手術日	原田 洋明 赤山 幸一	柴田 幸一 赤山 幸一	手術日	原田 洋明
	皮膚科 (火・金曜日手術のため8:30~10:30まで)	間所 直樹 坪井 雅敬	間所 直樹 坪井 雅敬	間所 直樹 坪井 雅敬	齋藤 怜雅 坪井 雅敬	間所 直樹 坪井 雅敬
	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日	手術日
	眼科(休診)					
	精神科	野村 拓司 紹介予約のみ	野村 拓司			
	緩和ケア外来				野村 拓司	
	消化器内科	濱田 博重 河村 良花 眞田 隆平	楠 龍策 佐伯 翔 網岡 慶	濱田 博重 河村 良花 眞田 隆平	佐伯 翔 網岡 慶 眞田 隆平	楠 龍策 網岡 慶
	脳神経外科	眞友 隆 小林 尚平 森田 慎悟	手術日	小林 尚平 江藤 慎平 森田 慎悟	眞友 隆 品川 勝弘 江藤 慎平	品川 勝弘 江藤 慎平 森田 慎悟
	心臓血管外科	森田 慎悟	手術日	森田 慎悟	森田 慎悟	森田 慎悟
2 階	耳鼻咽喉科	午前 宮原 伸之 二階堂 靖訓	手術日	前田 文彬 二階堂 靖訓	手術日	宮原 伸之 前田 文彬
	午後 担当医(予約のみ)	手術日	宮原 伸之(予約のみ)		手術日	二階堂 靖訓(予約のみ)
	歯科(入院患者のみ)	應原 一久	安田 佳祐	加治屋 幹人	担当医	谷口 友梨
	泌尿器科	望月 英樹 雅野 裕登 白根 聡明 桐島 史	手術日	桐島 史 望月 根	白根 聡明 雅野 裕登 桐島 史	手術日
	産婦人科 (予約制)	午前 大森 由里子(宮原 新)	田中 教文 定金 貴子 宮原 新	佐藤 優季(宮原 新)	田中 教文 定金 貴子 佐藤 優季	田中 教文 山崎 友美 宮原 新
	午後 山崎 友美(定金 貴子)	定金 貴子(田中 教文)	定金 貴子	山崎 友美	山崎 友美	山崎 友美

【受付時間】8時30分~11時30分/診療時間:8時30分~17時15分

○救急患者さんは随時診療いたします。

【予約受付】再診患者さんにつきましては、受診時に次の診療予約ができます。
また、定期的に受診されている場合には、電話での予約も可能です。
電話(082)423-1489(平日8:30~15:00)

【産婦人科】産婦人科外来は原則的に初診も含めて予約制です(火曜日・木曜日・金曜日)。

【診療日】月曜日~金曜日(土曜日・日曜日・休日・年末年始は休診となります)

