

糖尿病地域連携セミナー開催報告①

## 慈愛会糖尿病センター/糖尿病内科

鎌田 哲郎 (かまだ てつろう)

名誉院長 兼 慈愛会糖尿病センター長

医学博士/日本内科学会認定医/日本糖尿病学会認定医/日本糖尿病学会研修指導医/

鹿児島大学医学部臨床教授/鹿児島大学医学部非常勤講師



先日は私どもの糖尿病治療連携の会がハイブリッド形式で開催されました。総数 84 名のご参加を戴きました。会場にお越し戴いた皆様、オンラインでご視聴戴いた皆様、心より御礼申し上げます。

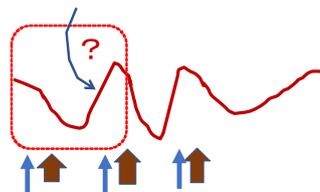
今回は糖尿病と消化器疾患がテーマで、糖尿病内科では自律神経障害から来る消化管運動不全、特に胃無力症を取り上げました。胃無力症は、糖尿病性自律神経障害により、胃蠕動運動の障害が起こり、進行例では食欲不振や嘔気・嘔吐を起こしてきます。しかし、そのような自覚症状がなくても、インスリン強化療法を用いている患者さんの場合、食後に低血糖を起こし、次の食前には高血糖という奇異性の血糖変動を起こし、インスリン調整を困難にします。糖尿病性自律神経障害は、頻度的には決して少ないわけではないのですが、検査法の煩雑さからなかなか診断しにくい点があると思います。講義の中で御紹介した Feldman test は患者さんへの負担も少ない方法ですので、もし疑わしい患者さんがおられましたら、御紹介下さい。消化器内科のレクチャーは、かねて聞けない重要な情報が多く示されていたと思います。時間の関係で話し足りない部分もあったかと思えます。ご質問がありましたら、お気軽に連携室か直接私どもにご連絡いただけましたら幸いです。

当院の消化器内科は、本年度より常勤 4 名、非常勤 5 名体制となり、大井先生が戻って IBD センターを再開しています。患者さんがおられましたら、どうぞ御紹介お願い申し上げます。今後とも、糖尿病に関する病診連携、入院治療・教育に関して、消化器内科とともに、先生方のお役に立てるよう努力していきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

思いで深い患者さん 1997年頃

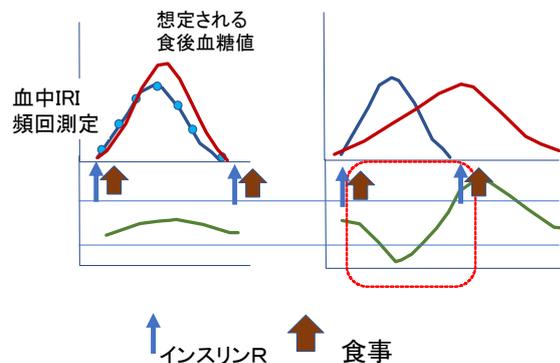
T1DM 40歳代 男性

血糖コントロール不良  
(乱高下を繰り返す)  
隠れ食いを疑われていた



食後に低血糖→次の食前に高血糖  
奇異的血糖変動

インスリン頻回注では、消化管での  
吸収がゆっくり起こっていると  
奇異性の血糖変動が起こる



■ 発行者 ■ 公益財団法人 慈愛会 いづろ今村病院 地域連携室

いづろ今村病院 TEL099-226-2600(代表) いづろ今村病院・地域連携室 TEL099-226-2180 FAX099-226-2181

いづろ今村病院夜間かかりつけ救急 TEL099-226-5686 今村総合病院 救急・総合内科 TEL099-251-2221(代表)

# 消化器内科 (IBD)

大井 秀久 (おおい ひでひさ)

消化器内科部長

医学博士/日本内科学会認定医/日本消化器内視鏡学会認定・指導医/  
日本消化器内視鏡学会九州支部評議員/日本消化器病学会専門医・指導医/  
日本消化器病学会九州支部評議員/日本大腸肛門病学会専門医・指導医/  
日本大腸肛門病学会評議員



病診連携における消化器内科の役割というテーマで、話す機会をいただきました。取り留めのないもので、まとまった内容ではありませんでしたが、内容をかいつまんでご報告致します。

繰り返す嘔下障害、悪心、嘔吐は器質的疾患の否定が必要と考えます。腹痛は、鎮痙剤が効かないものは、炎症の漿膜側への波及が考えられ、重篤な疾患の可能性があります。このようなときは消化器専門医に相談ください。

食欲不振、腹部膨満感はよく訴えられる症状です。腹部超音波検査、腹部CT、消化管内視鏡検査などで器質的疾患を指摘できない機能的な疾患でも認めます。健胃薬といわれる内服薬が効果的なこともあり、とにかく苦い薬でプラセボ効果も期待できます。腸管内にある程度（最大約 200～300mL）のガスが存在することを説明し、特別な状態でないことを理解してもらうことも大切と考えます。

日常よく遭遇し、一般内科でも治療されている消化器疾患について話します。

胸焼け感、前胸部痛、悪心などの、胃食道逆流症状は逆流性食道炎に見られる症状です。治療上は、制酸剤が有効で、8週間治療継続するとほとんどの症例は器質的には治癒します。しかし、症状がとれず、内服の継続を必要とする症例もあります。また、症状は全くなく、健診で上部消化管内視鏡検査を受け、種々の程度の逆流性食道炎を認めることがあります。症状はなく、経年的に健診で観察すると、その粘膜障害の程度は変わらないことが多いです。5～8年の期間では、粘膜障害は進行していませんでした。このことは学会で報告しました、治療の原則は症状をとることが大事だと考えられます。そうすると、早く制酸することが大切で、即効性を考えると、PPI よりも H-2 阻害剤で、即効性と強い制酸効果を期待すると P-CAB の選択となります。

感染性腸炎が疑われる場合は、自然治癒傾向の強い疾患ですので、治療の主眼は脱水予防の輸液です。腹痛に関しては、鎮痙剤の使用は有効ですが、止痢薬は禁忌です。菌の同定は時間がかかり、それを待つ時間はありませんので、ニューキノロン系の内服の抗生剤を使用してもいいと考えます。

下痢、便秘などの排便障害は、糖尿病患者さんに多い症状と思います。止痢薬には収斂薬、吸着薬、殺菌薬などがありますが、長期使用は殺菌作用のあるベルベリンがいいと考えます。ロペラミドの長期連用は避けた方がいいです。下剤に関しては、近年、種々の下剤が上梓されていますが、酸化マグネシウムなどの水分を増加させる薬を中心に使用し、刺激性の下剤は on demand で使用し、連用は避けた方がいいと考えます。

糖尿病では自律神経の障害のために腸管運動の低下している患者さんが多いと考えられます。普通の画像検査では、発見されにくい病態です。特に胃の蠕動運動が低下した状態は、胃無力症と重なります。治療はセロトニン 5HT4 受容体刺激薬、ドパミン D2 受容体拮抗薬、AChE 阻害薬など作用機序の異なる消化管運動機能改善薬を組み合わせることも必要と考えます。また、患者さんと医療従事者の信頼関係が大切です。

以上、消化器内科で糖尿病の患者さんを診療する機会があったときに感じたことをご報告致しました。治療がうまくいかなかったときは、ご紹介いただければ幸いです。