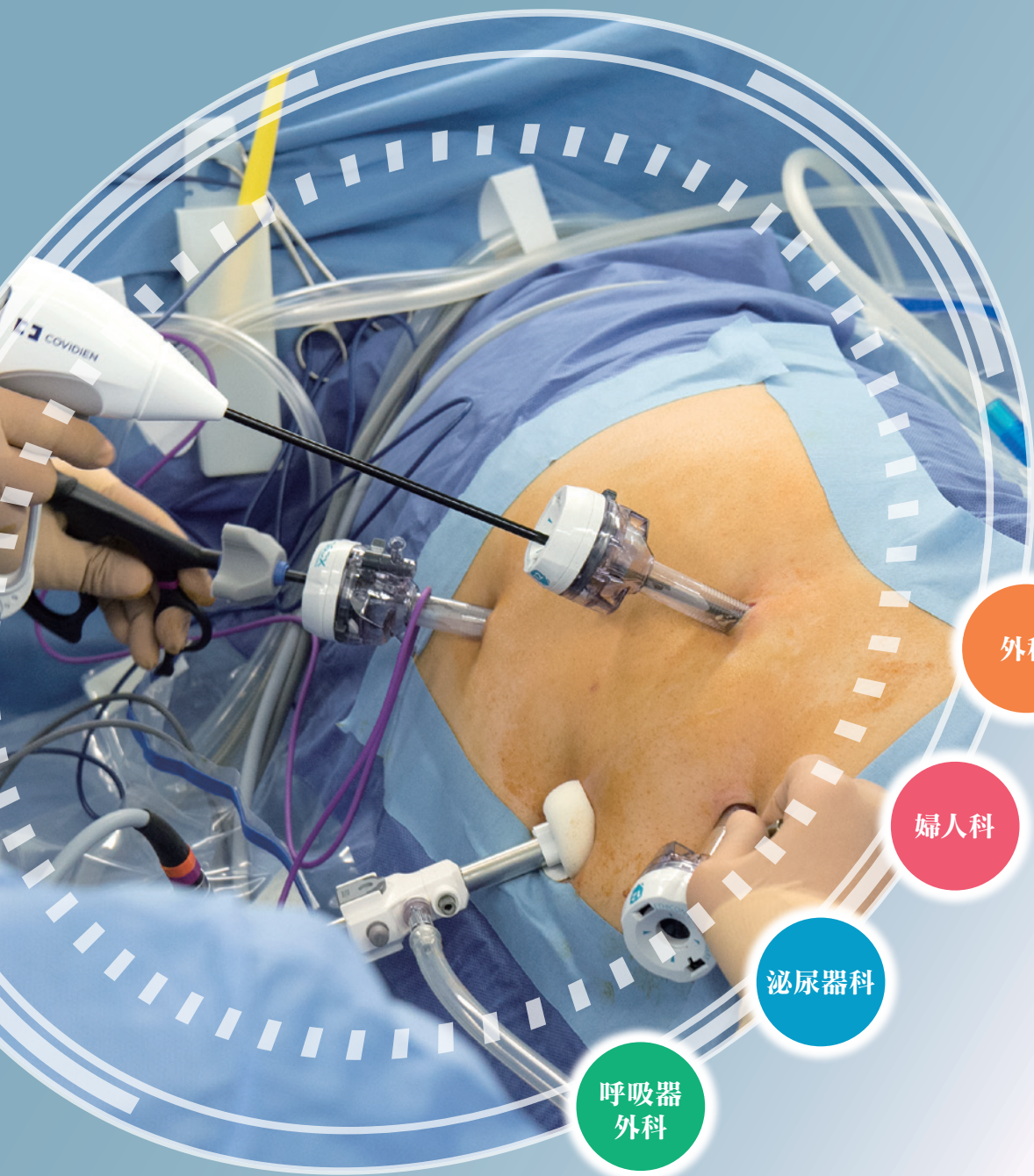




高度な内視鏡技術で低侵襲な手術を



外科

婦人科

泌尿器科

呼吸器
外科

独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 内視鏡手術センター

2017年4月1日開設

まいにちから、まんいちまで。

まいにちから、
まんいちまで。



独立行政法人 国立病院機構

北海道医療センター



〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号 電話011-611-8111

【外来受付時間】 8:30~11:00/13:00~15:00 (予約のみ) ※午後診療が無い科もありますので、ホームページで担当医師一覧をご確認ください

28 の 診 療 科	内科	糖尿病・脂質代謝内科	腎臓内科	精神科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科
	アレルギー科	リウマチ科	小児科 (小児腎臓病センター、小児遺伝代謝センター)	外科	整形外科 (脊椎脊髄病センター・足の外科センター・整形外科一般)			
	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	婦人科
	眼科	耳鼻いんこう科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	救急科	総合診療科	

救命救急センター

救急科医師5人が常勤。札幌市内だけでなく、近隣市町村からの救急隊による受け入れ要請にも応じています。第三次救命救急センターとして、迅速かつ広範囲からの傷病者の受け入れが可能です。



概要

病床数
500床 (一般病床410床、結核病床50床、精神病床40床)

病棟数
一般病棟……8病棟 救命救急センター……1病棟 一般ICU……1病棟
結核病棟……1病棟 精神病棟……1病棟

- 主な診療機能**
- ・神経・筋疾患、成育医療、免疫異常に関する高度で専門的な医療を行う。
 - ・がん、循環器病、腎疾患、内分泌・代謝性疾患、骨・運動器疾患、肝疾患に関する専門的な医療を行う。
 - ・呼吸器疾患（結核を含む）に関する専門的な医療を行う。（結核の拠点施設）
 - ・災害時の診療支援機能を備え、高度で総合的な医療を行う。
 - ・エイズに関する専門的な医療を行う。（エイズ治療拠点病院）
 - ・救命救急センターとして救急医療を行う。
 - ・精神（主として身体疾患合併の精神疾患患者）に関する医療を行う。

- 指定医療機関**
- 地域医療支援病院/救命救急センター/三次救急医療機関/二次救急医療機関/地域災害拠点病院（北海道）/災害時基幹病院（札幌市）/緊急被ばく医療の二次医療機関/精神科合併症受入協力病院/難病医療拠点病院/北海道がん診療連携指定病院/臨床研修指定病院（基幹型）

基本理念
人と自然の健康と調和を大切にする医療を実践します。

基本方針

- 高度専門医療、救急医療、政策医療を核に、先駆的な総合医療をめざします。
- 患者のみならず、十分な説明と同意に基づく医療を行います。
- 医療の安全管理に万全を期し、安心できる医療を提供します。
- 信頼される医療連携を実践し、心のかよ地域医療に努めます。
- 臨床研究と情報の発信を積極的に行い、医療の進歩に貢献します。
- 情豊かな医療人を養成し、教育・研修に指導的な役割を果たします。
- 地域や公益を重視し、病院の健全経営をめざします。
- 地域の健康と絆を大切にし、潤いある自然環境と快適な医療施設を提供します。

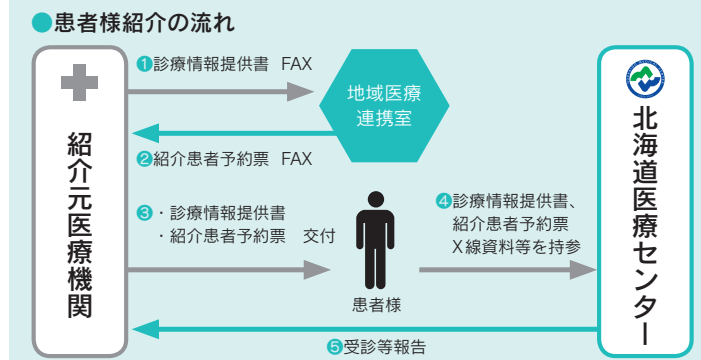


地域医療連携室 (北海道医療センター1階)

医療連携室直通 電話 011-611-8116
 医療連携室直通 FAX 011-611-8112
 メールアドレス renkei-41@hosp.go.jp

予約方法や診察までの流れなどについて、メールでご質問を受け付けております。
 ※予約は、メールで受け付けておりません

【受付時間】 平日 8:30~17:00 (土日祝日および年末年始期間を除く)
 ※即日入院・緊急受け入れは病院代表 (011-611-8111) へDr to Drでお願いします。



- 連携医療機関登録制度について**
 北海道医療センターでは地域の医療機関との医療連携の強化、さらに疾患によっては2次医療圏を超えた医療連携を推進するため、連携する医療機関に登録をお願いしています。地域医療連携室にお問い合わせください。
- 開放病床をご活用ください**
 連携登録医療機関に質の高い医療を提供するため、札幌市医師会と緊密な連携の下、開放病床を設置しています。当センターの医師と共同で診療を行うことで、外来・入院・退院後のフォローを含めた一貫した治療を患者さんに提供できます。

アクセス



4診療科で構成されています

背景 超高齢化社会を迎え、必要とされる医療が大きく変化しています

- わが国では高齢化の進行とともに手術を受ける高齢者が年々増加し、体への負担や術後の合併症が少ない低侵襲な手技が求められている
- 内視鏡を使った外科手術は、操作部位を拡大視し、細かい神経を温存するなどのより精密な手術ができることから、術後の合併症を最低限に抑えることや早期離床が可能である

目的 最先端の内視鏡外科治療をいち早く地域の皆様へ届けるために

- 各診療科の持つ知識や技術を共有して緊密な連携を図り、より高度な内視鏡外科手術を提供する
- 高齢の患者を引き受け、安全で確実な内視鏡外科手術で適正な治療を提供する

センター長
(統括管理)

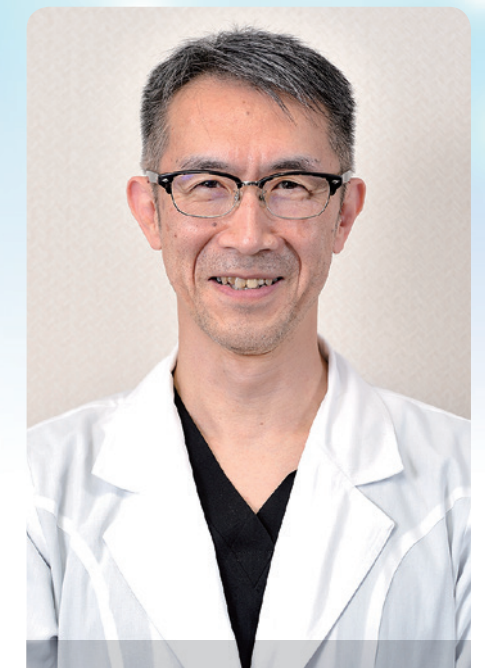


高度な内視鏡技術で 低侵襲な手術を

内視鏡外科手術の精度を上げ可能性を広げる

診療科を越えて治療にあたる センター体制が整いました

内視鏡手術センター長
外科系副診療部長
齋藤 裕司



当院では2010年に北海道医療センターとして開院して以来、外科、婦人科、泌尿器科、呼吸器外科の4診療科がそれぞれ独自に内視鏡外科手術に取り組んできました。各診療科には日本内視鏡外科学会認定の技術認定医がいるだけでなく、ほかの内視鏡手術に関わる各診療科医師のほか、看護師、臨床工学技士らも高いスキルを有し、徐々に症例数を積み重ねてきました。その中で相互に連携して手術に当たる症例も徐々に増え、その経験から各診療科単位ではなく、内視鏡手術に関わる全科および手術室スタッフの一致協力の下に治療に当たることが、手術手技のスキルを磨き、チーム力を高め、治療成績の向上につながると考え、2017年4月に内視鏡手術センターを立ち上げました。

今後はさらなる低侵襲手術のニーズの高まりに応えるべく、スタッフ一同より一層の努力を重ねていきます。

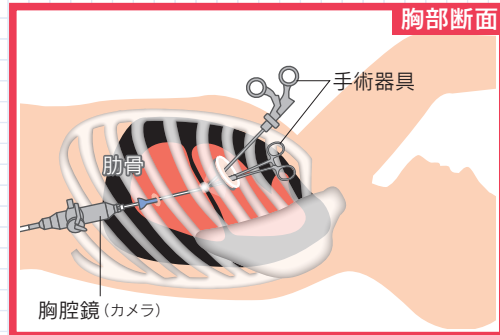
私たちは地域の担い手として
地域にとって有益な医療のあり方を追求しています

内視鏡外科手術の
患者さんへの主なメリット

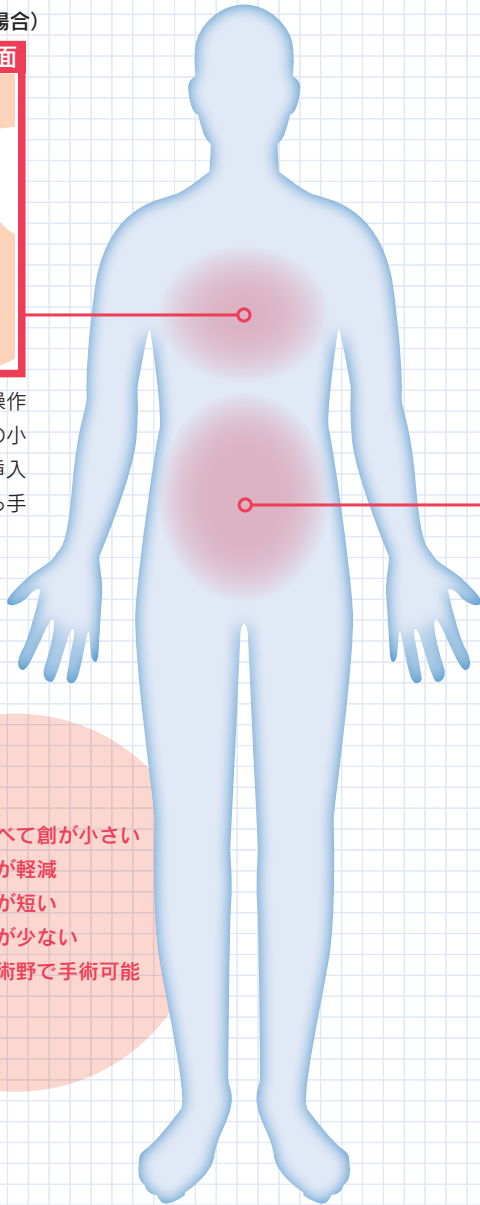
- ① 手術の傷が小さく、目立たない
- ② 術後の痛みが軽減され、回復も早い
- ③ 入院期間が短く、社会復帰も早い
- ④ 術野の拡大視が可能で、より繊細で確実な手術が可能

安全性と根治性を高めた内視鏡手技

胸腔鏡手術のイメージ図 (気胸手術の場合)

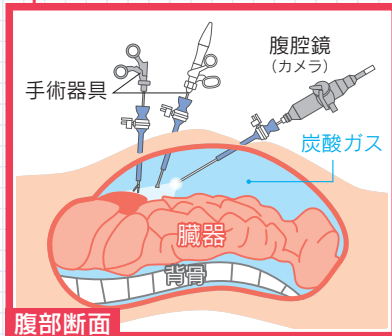


肺の中の空気を抜いて、胸腔鏡手術を行うための操作スペースを確保します。気胸手術の場合、2カ所の小さな切開から胸腔鏡や鉗子などの手術器械を挿入し、モニタ画面に映し出された肺の様子を見ながら手術を行います。



臓器に直接触れずに限られた術野で切除や縫合を行う内視鏡外科手術の「安全性と根治性」を高めるために、当院では「多職種が連携するチーム医療の構築」と「メンバーの質の高い手技の習得」に努めています。4つの診療科のスキルとその総合力によって、より高度な内視鏡外科手術を実施しています。

腹腔鏡手術のイメージ図



腹部に炭酸ガスを入れ、腹壁を諸器官から持ち上げます。腹部に数カ所の孔を開け、腹腔鏡や鉗子などの手術器具を挿入し、モニタ画面に映し出された腹部の様子を見ながら手術を行います。開腹手術では入っていけないようなスペースでも、腹腔鏡と鉗子を入れることで腹腔内の全てが観察できます。腹腔鏡特有のテクニックや術式も開発されています。

内視鏡外科手術の利点

- 従来に比べて創が小さい
- 術後疼痛が軽減
- 入院期間が短い
- 術後癒着が少ない
- 拡大した術野で手術可能

内視鏡外科手術の欠点

- 全身麻酔が必要
- 手術操作に多少の制限がある
- 手術時間が延長傾向にある
- 内視鏡手術に特異的な合併症がありうる

経験の豊富な高い専門性を持った医師による手術

当院の日本内視鏡外科学会技術認定医

外科	植村 一仁
婦人科	齋藤 裕司
	大隅 大介
	内田 亜紀子
泌尿器科	國島 康晴

※ 呼吸器外科 領域に現在のところ技術認定制度は導入されていません

内視鏡外科手術を安全に行うためには特別のトレーニングを受ける必要があります。日本内視鏡外科学会では、「技術認定制度」を立ち上げ、指導的な立場でこの手術を行うことができる医師を認定するための難易度の高い試験を行っています。

当院には、この資格を有する医師（日本内視鏡外科学会技術認定医）が5人おり、安全な手術を提供できる体制を確立しています。

進化を続ける 内視鏡外科手術の適応拡大へ

がん治療の主流はこれまで開腹手術でしたが、傷口が大きく、術後に大きな痛みを伴うなど患者への負担が大きいことから、複数の疾患を抱えている高齢者には適応が難しいケースも少なくありませんでした。そうした中登場した内視鏡外科手術は低侵襲で回復が早いメリットから急速に普及が進みました。優れた手術器具や治療法が開発され、これまで開腹手術しか選択できなかった症例も適応が可能になっています。北海道医療センターでも、内視鏡外科手術の安全性と根治性を高めて実績を重ねています。



術式：婦人科による腹腔鏡下子宮全摘術



外科の腹腔鏡手術例

Case 1

根治を目指す直腸切除術

80歳代・女性 直腸がん

主訴 便潜血陽性、貧血

現病歴 便潜血陽性、貧血の精査目的で当センター消化器科受診。下部消化管内視鏡検査で直腸に2型病変を認め、生検で中分化腺がんの診断。直腸がんの診断で腹腔鏡下直腸切除術を施行。

病理診断 直腸がん、T2N0M0、Stage I

術後経過 術後14日目に退院。術後2カ月経過、外来で経過観察を行うも再発は認めず。



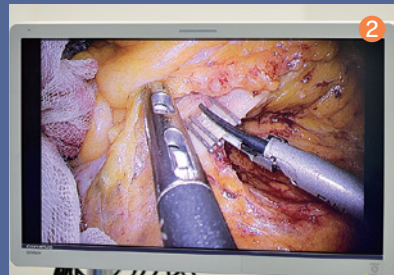
体外に取り出した直腸の腸間膜を処理



臍部から腹腔鏡を挿入



直腸切除後の腸管に自動吻合器を設置



拡大視された映像を見ながら操作を行う



臍部から摘出された直腸



体外に摘出臓器を取り出すためにラッププロテクターを臍部に装着



5カ所の切開創を縫合し閉腹

大腸がんの腹腔鏡手術は術者の経験や技量が十分あれば、早期がんだけではなく、進行がんにおいても通常の開腹手術と同様に安全に実施することが可能です。

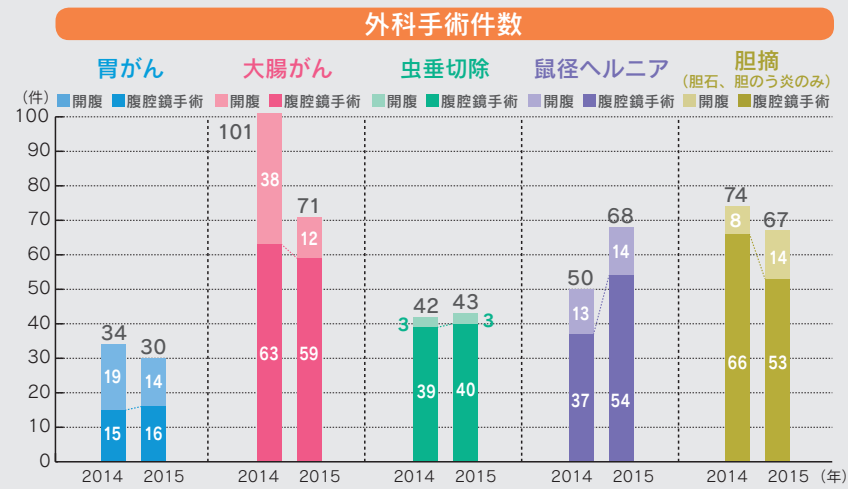
しかし直腸は解剖が複雑な上、狭い骨盤内での操作が必要とされることから、開腹手術を選択するケースが少なくありませんが、当センターでは根治を目指す治療の選択肢の一つです。

全身麻酔下で腹腔内を炭酸ガスで膨らませた後は、手術器具を挿入する5〜10mm程度の

切開創を、臍部を含み合計5カ所作り、ポート（筒）を差し入れます。臍部から腹腔鏡を挿入して腹腔内を十分に観察します。モニタに鮮明に映し出された臓器は拡大視されているため、血管や神経の位置を確認しながらの細かな操作が可能です。腹腔鏡手術は、術者・助手・スコピスト（腹腔鏡を保持する医師）の3人がモニタに映し出された同じ映像を見ながら、各切開孔から挿入した腹腔鏡手術専用の鉗子や電気メスなどを駆使して臓器の剥離や授動、血管の遮断や切離を行います。

病変部から肛門側の腸管を自動縫合器で切離し、直腸を臍部の切開創から体外に取り出し、病変部を直接観察しながら切除します。腸管に自動吻合器の接続部を留置して腹腔内に戻し、肛門から挿入した自動吻合器の接続部と結合させて腹腔内で吻合し、5カ所の切開創を閉じます。

指導医が率いる
チームプレイで高い安全性を確保



外科



外科医師
三野 和宏

【主な専門分野】
外科一般、消化器外科

【認定資格】
日本外科学会指導医・専門医・認定医、日本消化器外科学会専門医、消化器がん外科治療認定医、検診マンモグラフィー読影認定医、日本透視医学会専門医、医学博士

内視鏡手術副センター長／外科医長
植村 一仁

【主な専門分野】
外科一般、消化器外科

【認定資格】
日本外科学会専門医・認定医、日本消化器外科学会指導医・専門医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本がん治療認定医、消化器がん外科治療認定医、検診マンモグラフィー読影認定医

当科では腹腔鏡手術を安全に行うために、日本内視鏡外科学会技術認定医を中心に手術を行い、外科医師の技量を高めるための指導体制（当センター技術認定医・常勤1人、非常勤1人）があります。一般臨床のみならず、トレーニングセンターで研修を受け、学会で新しい手技や最新情報を入手しながら、日々研鑽を積んでいます。



外科

2型病変の胃全摘術

胃がんにおいて推奨できる腹腔鏡手術は、胃がん治療ガイドラインおよび内視鏡外科診療ガイドラインではステージⅠ症例に対する腹腔鏡下幽門側胃切除術のみとなっています。進行胃がんや胃全摘術に対する腹腔鏡手術がガイドラインで推奨されていない理由は、周術期における安全性と長期予後に関して推奨する根拠が現在のところ乏しいためであり、これらの症例に対する適応範囲は各施設の習熟度に応じて設けているのが現状です。当症例の進行胃がんに対する腹腔鏡下胃全摘術は、安全性と根治性を十分に検討した後、患者に十分に説明を行い、院内の倫理委員会の承認を得て実施しています。

臍部創を利用した体外操作



臍部創を少し延長し、体外に摘出臓器を誘導して腸間膜処理や腸管吻合準備を手早く行う

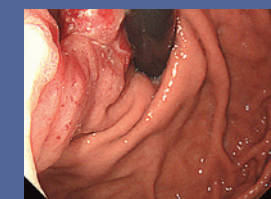


50歳代・男性 胃がん

主訴 上腹部痛

現病歴 腹部痛を自覚し、当センター消化器科受診。上部消化管内視鏡検査で胃体上部に2型病変を認め、生検で低分化腺がんと診断。手術目的で外科入院となる。胃がんの診断で腹腔鏡下胃全摘術を施行。

術後経過 術後14日目に退院。術後3カ月経過、外来で経過観察を行うも再発は認めず。現在補助化学療法を施行中。



【術前の内視鏡検査】
事前の画像診断で腹腔鏡手術の適応を見極めることが重要になります

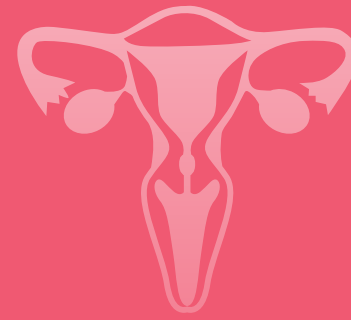


術直後の創

術後4週目

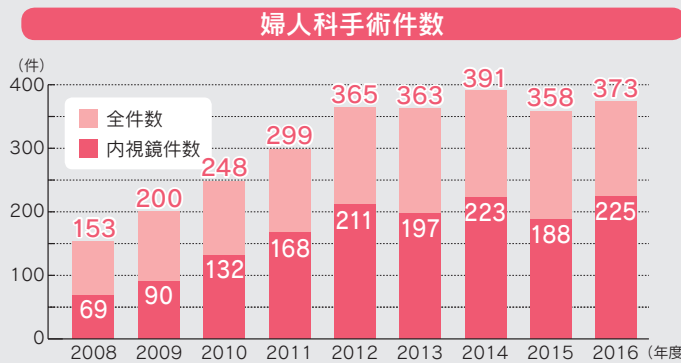
病理診断

U、Less、Type3、32×30mm、por2 > por1 > tub2、pT3、int、INFb、ly1、v3、pN2(5/27)、StagellIA、pPMO(20mm)、pDMO(134mm)

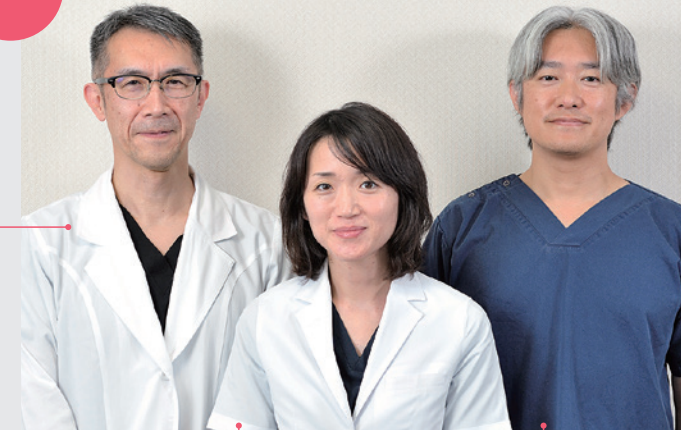


婦人科

当科では新病院移行後の2010年3月から「臍部単孔式腹腔鏡手術」「2孔式腹腔鏡手術」を順次導入。低侵襲性と安全性を両立するため、「従来法（4孔式）」「単孔式」「2孔式」の3手法について臨床研究を行い、安全性、操作性、手術時間や摘出物重量などを比較検討しました。その結果を得て、2011年からは「2孔式腹腔鏡手術」を中心に症例を重ねています。



婦人科



技術認定医の専門チームが独自の臨床研究から導いた2孔式腹腔鏡手術

内視鏡手術センター長
外科系副診療部長
齋藤 裕司

【主な専門分野】

婦人科腫瘍、悪性腫瘍手術、内視鏡手術、癌化学療法、自己血輸血

【認定資格】

日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本医師会認定産業医、母体保護指定医

婦人科医師
内田 亜紀子

【主な専門分野】

婦人科腫瘍、内視鏡手術
【認定資格】
日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本性感染症学会認定医

婦人科医師
大隅 大介

【主な専門分野】

婦人科腫瘍、内視鏡手術、癌化学療法、アロマセラピー
【認定資格】
日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本アロマセラピー学会認定医、日本抗加齢学会認定専門医



Case2 同種血輸血を望まない場合の回収式・希釈式自己血輸血を用いた腹腔鏡下子宮全摘術

患者本人の意思を尊重する医療の取り組み

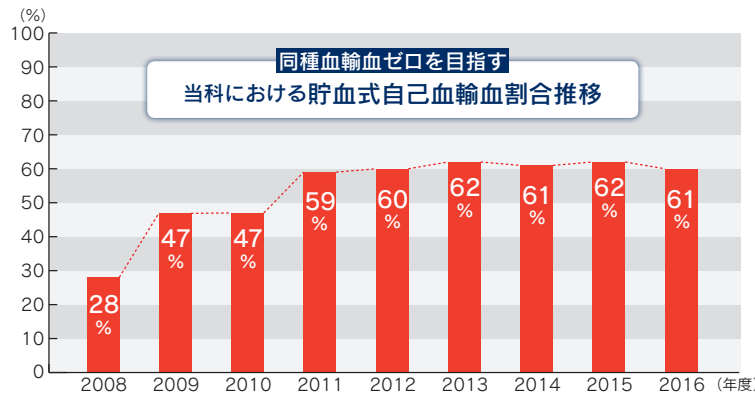
Case2

回収式	希釈式	貯血式	自己血輸血3つの方法
手術中に出血した血液を回収し、患者に返血 (2012年4月から導入)	手術室にて全身麻酔導入後に患者の血液を採血し、同時に代用血漿輸液を行い、手術後に返血 (2012年4月から導入)	手術前に患者の血液を採取し、手術時に輸血 (2008年4月から導入)	

輸血には同種血輸血と自己血輸血の2種類の方法があります。同種血輸血は献血者の血液から作られた血液製剤を使用するため、感染や副作用のリスクがあります。患者本人の血液を使用する自己血輸血では極めて低リスクです。当科では自己血輸血を推奨し、安全で適切に実施する体制を整えています。

宗教的な理由から、同種血輸血だけでなく自己血輸血の「貯血式」もできない場合は、医療機関によっては手術の実施が難しくなります。

当センターでは、貯血式ができない場合も安全に手術を実施する

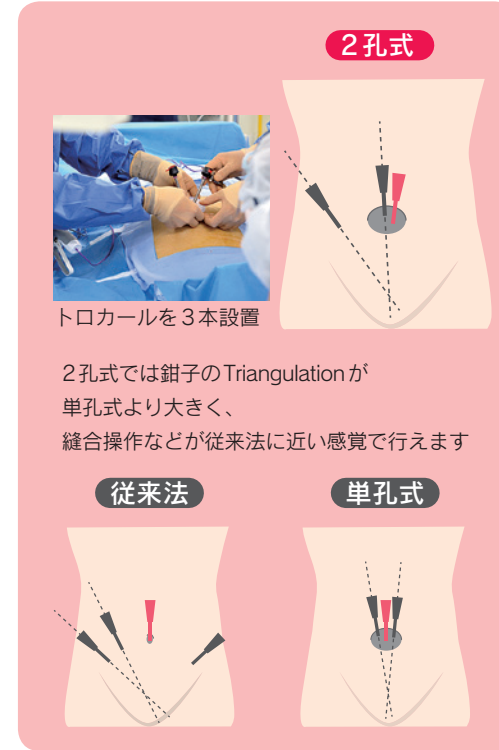


ための独自マニュアルを作成し、術中出血量を最小限に抑えながら、自己血輸血の「希釈式」「回収式」で手術を行う技術と経験を積み上げてきました。

新病院に移行してから2017年3月までの当科の手術数は2750件ですが、そのうち30件が、「宗教上の理由で同種血輸血、貯血式自己血輸血ができない症例」です。良性悪性を問わず積極的に手術治療を実施し、良好な結果を得ています。

Case1

2孔式による腹腔鏡下子宮全摘術



当科の腹腔鏡手術は主に「2孔式腹腔鏡手術」で実施しています。2孔式の創部は臍部と右下腹部の2カ所です。臍部切開創にラッププロテクター（開創器）を装着し、さらに蓋状のE・Zアクセス（差込口）をかぶせ、そこに腹腔鏡と鉗子を挿入する5mm径のトコカール（筒）を穿孔します。次に右下腹部に小さく切開創を作り、5mm径のトコカール1本を挿入します。

この手術のメリットは、従来の4孔式の腹腔鏡手術に比べて整容面に優れ、創痛が少なく、単孔式に比べて手術器具の操作性が良好なことです。モニタで拡大視された臓器を確認しながら、電気メスや鉗子を使って、子宮周辺の剥離や切離を行い子宮を摘出、腔を縫合します。次にラッププロテクターを装着した臍部創から子宮と筋腫をつまみ上げ、メスの先で細切しながら回収します。最後に膀胱鏡で尿路損傷がないことを確認し、閉腹します。

傷口は臍部以外は1カ所、経過とともに極めて目立たなくなります。

※婦人科で行う手術は同種血輸血の副作用を回避するために、2008年から貯血式自己血輸血を行っています。



40歳代・女性 子宮筋腫 [経妊2回 経産2回]

主訴 過多月経
現病歴 市内クリニックから紹介。貧血、過多月経、子宮筋腫の増大傾向あり手術適応と診断。超音波検査、画像検査にて手拳大の子宮頸部筋腫を確認。筋腫を小さくするため、外来でホルモン治療（GnRHa 6回）を実施。自己血貯血し腹腔鏡下子宮全摘術を行う。手術時間3時間12分。
【輸血】 貯血式自己血輸血800ml、出血20ml
術後経過 術後4日目に独歩退院。外来での経過観察も問題なし。

40歳代・女性 子宮筋腫 [経妊2回 経産2回 (帝王切開1回)]

主訴 頻尿、下腹部腫瘍感
現病歴 子宮筋腫にて市外クリニックから紹介。以前より頻尿、下腹部腫瘍感などの症状があり手術適応と診断。超音波検査と画像検査にて双手拳大の子宮を認める。筋腫を小さくするためにホルモン治療（GnRHa 6回）を実施。腹腔鏡下子宮全摘術を行う。手術時間3時間45分。

【輸血】 宗教上の理由で同種血輸血、貯血式自己血輸血を行わないことを希望したため、希釈式と回収式の自己血返血を実施。希釈式自己血返血800ml、回収式自己血返血230ml、出血1300ml

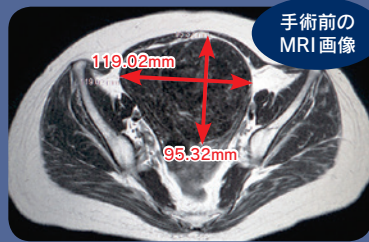
術後経過 術後4日目に独歩退院。外来での経過観察も問題なし。



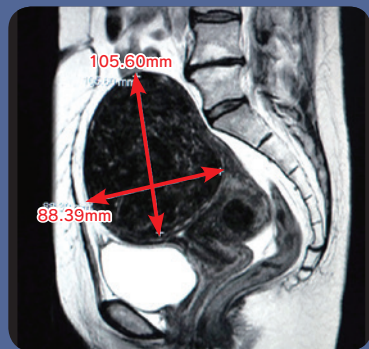
術後3ヵ月後の腹部（手術創はほとんど残らない）



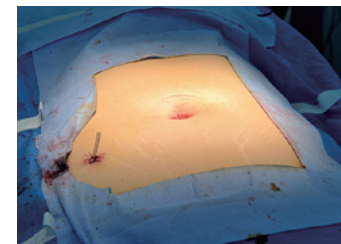
摘出物重量約900g



手術前のMRI画像



膀胱鏡で尿路損傷がないことを確認



ドレーンを1本残し閉腹
 ※術直後でも臍部の創は目立たない



臍部から子宮と筋腫を回収



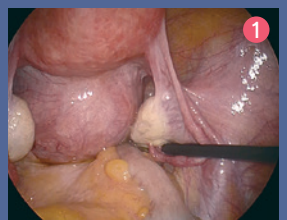
摘出物重量約400g



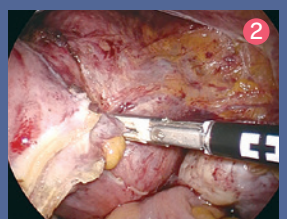
腔の欠損を最小限にするため、筋腫を核出



子宮と腔を離断



子宮頸部に筋腫を確認



子宮から卵巣や卵管を切り離し、子宮動脈を無結紮切断処理

泌尿器科の腹腔鏡手術例

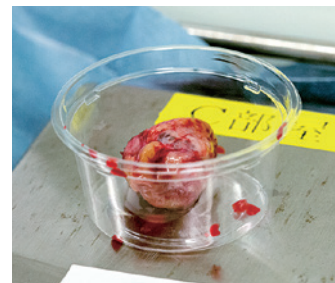
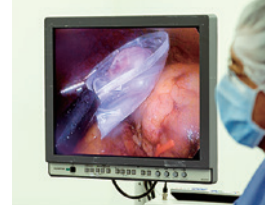


腎機能を保持する 腹腔鏡手術による腎部分切除術

腎がんの手術には腎摘除術と腎部分切除術があり、それぞれの手術に開腹手術と腹腔鏡手術があります。腎がんの腫瘍最大径が4cm以下の場合、腎摘除術と腎部分切除術における制がん性は同等ですが、腎摘除術では術後長期間経過すると腎機能低下をきたし、そのことに起因する合併症（心血管系の病気など）での死亡率が上昇することが報告されています。

また、腎血管の阻血時間は一般的に30分以内であることが腎機能の保持に必要であるとされていますが、腫瘍が腎血管や腎盂腎杯に近い難易度の高い症例でもほぼ30分以内の阻血時間で手術を施行しています。

腎組織から切除した腫瘍は袋に入れ、切開創から回収



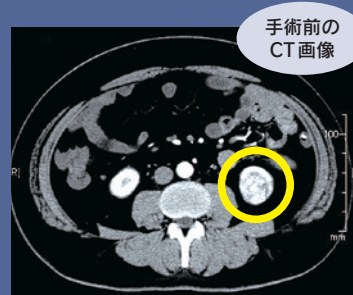
摘出物は18g



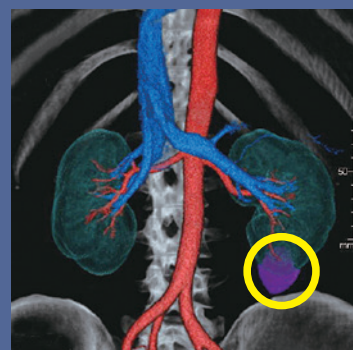
腹腔鏡手術の腎部分切除術の手術創は4カ所



開腹した場合の手術創（約20cm）



手術前のCT画像



黄色い円の中に腫瘍

30歳代・男性 腎がん

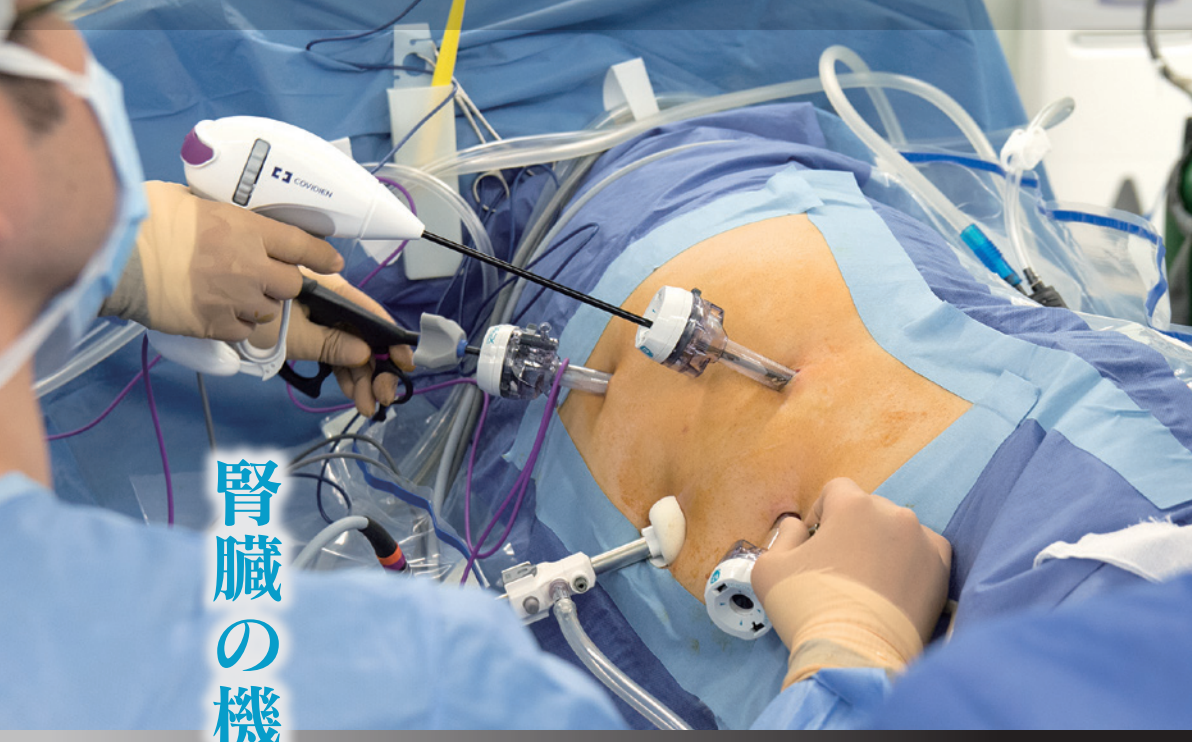
主訴 検診で発見

現病歴 大腸がん検診で異常を指摘され、近医を受診し検査で大腸がんを指摘された。その時撮影したCTで左腎腫瘍を指摘され、当科紹介、受診。CT上、左腎下極に32 x 26mmの腎腫瘍を認め、腎がんと診断した。当院入院の上、腹腔鏡下左腎部分切除術施行。手術時間2時間8分。出血量10ml、腎血管の阻血時間18分。術前のeGFR110、術後eGFR107。

【病理診断】

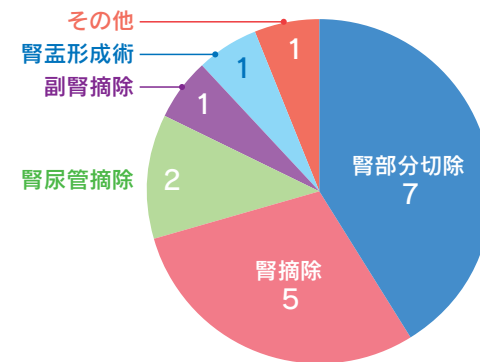
淡明細胞型腎細胞がん 切除断端陰性

術後経過 術翌日から食事・歩行開始、術後8日目に退院。



腎臓の機能を温存する腹腔鏡手術を 早期がんに拡大

泌尿器科腹腔鏡手術件数(2015年度)



泌尿器科



内視鏡手術副センター長／医長・感染対策副室長 國島 康晴

【主な専門分野】

泌尿器科一般、泌尿器腹腔鏡手術、周術期感染症、院内感染、泌尿器科腫瘍

【認定資格】

日本泌尿器科学会認定専門医・指導医、ICD (infection control doctor)、日本泌尿器内視鏡学会泌尿器腹腔鏡技術認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本化学療法学会抗菌化学療法認定医、日本内視鏡外科学会泌尿器腹腔鏡技術認定医

医長 笹村 啓人

【主な専門分野】

泌尿器科診療一般および手術

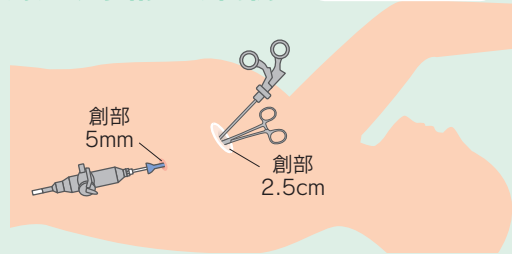
【認定資格】

日本泌尿器科学会認定専門医・指導医

腎がんには化学療法や放射線療法の効果が期待できないことから、治療は外科的に片方の腎臓を摘除する腎摘除術か、腫瘍周囲の腎組織を切除する腎部分切除術の選択になります。近年の画像診断の発展に伴い、健康診断やほかの病気の検査中に偶然発見される早期腎がんの患者が増えていることから、当科では腹腔鏡手術による温存治療に積極的に取り組んでいます。

呼吸器外科の胸腔鏡手術

胸腔鏡手術の切開例 気胸手術の場合



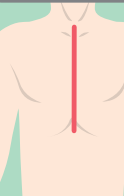
通常開胸



胸腔鏡下



胸骨縦切開



胸腔鏡下



気胸センター

24時間対応

当院では気胸の胸腔鏡による手術の手技を生かし、2016年春から24時間対応の「気胸センター」を開設しました。救急医療を担う当院の基本方針にのっとり、積極的に受け入れを行っています。

※他院からの要請にも迅速に対応できるように態勢を整えています

患者さんをご紹介の際は…

北海道医療センター代表番号におかけになり、「気胸センターに患者さんを紹介したい」とお申し付けください

☎011-611-8111

【日中】呼吸器外科医または呼吸器内科医が対応

【夜間】救命医が対応

胸腔鏡が手術の主流 豊富な経験による高い精度

胸腔鏡手術では腹腔内に炭酸ガスを注入して手術する空間をつくりますが、胸腔鏡手術では肺の中の空気を抜いて肺を萎ませて空間をつくり手術を行います。術中は反対側の肺だけで呼吸させています。

また、胸腔鏡手術では炭酸ガスが逃げないように腹部を密閉する特別な器具を用いて手術を行います。胸腔鏡手術では密閉する必要がなく、通常の開胸手術に用いる器具を使用して手術を行います。

しかし、胸腔鏡手術の創部の大きさは通常3〜5cm程度と限られるため、時に1つの創部から3〜

4本の器械を操って、器具が干渉しないようにしながら手術を行うこともあり高度な技術を要します。

特に肺の血管は体血管に比べて太く非常に脆弱なため、出血する事態となれば大量出血につながります。こうした肺血管を取り扱うには繊細な手技が必要になるため、その精度を高めるさまざまな工夫と応用が生まれています。

条件にもよりますが、当院ではできるだけ低侵襲な治療を行ったという考えから、良性疾患である気胸などは2・5cmと5mmの2

また、神経内科の協力のもと重症筋無力症や胸腺腫に対する拡大胸腺摘出術を行っています。近年は病状の状態によって胸腔鏡手術を採用しています。

従来の拡大胸腺摘出術は、胸骨を縦切開して胸部を一観音開きのように開いて手術を行うため、大きな傷跡と術後の疼痛を伴う手術でしたが、胸腔鏡手術では疼痛の軽減のみならず、手術創が小さく整容性に優れ、胸の中心に傷がないために襟元が開いた服が着られるなどの利点があります。

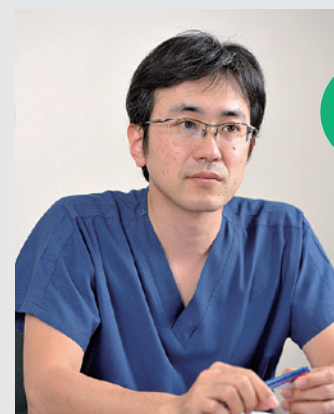
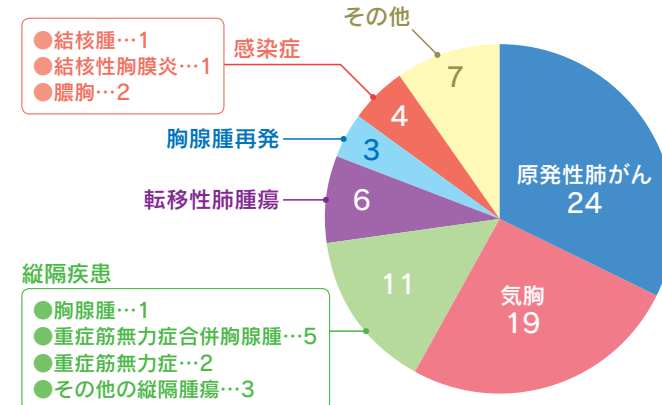
呼吸器外科における院内連携

- 呼吸器外科と呼吸器内科は同じ病棟の中で、密に協力しながら診療を行っています
- 重症筋無力症に対する外科手術において、神経内科医と連携しながら安全に周術期の管理を行っています
- 感染症に対する外科手術は、結核や非結核性抗酸菌症に精通した医師の協力の下で術前後の治療、手術の時期や方法を入念に検討してから行うようにしています

安全性と根治性を両立させた 2人の呼吸器外科専門医による胸腔鏡手術



呼吸器外科胸腔鏡手術件数(2016年)



呼吸器外科

内視鏡手術副センター長／呼吸器外科医長 本間 直健

【主な専門分野】
呼吸器外科、一般外科

【認定資格】

日本外科学会専門医・認定医、呼吸器外科専門医、日本乳癌学会認定医、検診マンモグラフィー読影認定医、日本がん治療認定医、肺がんCT検診認定医師



呼吸器外科医長 大坂 喜彦

【主な専門分野】
呼吸器外科、一般外科

【認定資格】

日本外科学会指導医・専門医・認定医、呼吸器外科専門医、日本胸部外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、肺がんCT検診認定医師、麻酔科標榜医、診療情報管理士

呼吸器外科

原発性肺がん、気胸や転移性肺腫瘍など、肺や胸膜のさまざまな病変に対し、胸腔鏡手術を行っています。手術の安全性や根治性を犠牲にせず、体への負担を軽減できるように努めています。当科で行った手術のうち胸腔鏡手術は、2015年で91%、2016年で88%に上っています。