

地域連携だより

2015 Autumn



拝啓

初秋の候、諸先生に於かれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、本号では、新任医師の紹介と呼吸器外科診療の案内を中心に最新情報を発信させていただく事としました。日常診療にお役立て頂ければ幸いです。

謹白

記

- 1 新任医師のご案内
- 2 呼吸器外科診療のご案内

以上

平成27年7月1日付

布井 弘明
専門分野
消化器内科
内科一般
資格



日本肝臓学会肝臓専門医
日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会専門医
日本内科学会内科認定医

ひとこと

7月に愛媛大学病院から参りました。
消化器病、主として消化管疾患を担当して
います。趣味はフットサルなど体を動かす
ことです。よろしくお願ひします。

平成27年10月1日付

藤堂 裕彦
専門分野
内科一般、
内分泌疾患（甲状腺、副甲状腺、副腎）、
糖尿病
資格



日本甲状腺学会甲状腺専門医
日本内分泌学会内分泌代謝専門医
日本糖尿病学会糖尿病専門医
日本内科学会内科認定医

ひとこと

貴施設の患者さんで、内分泌、甲状腺疾患の治療
について、お困りごとがありましたら、気軽に
ご相談ください。

呼吸器外科医師紹介



魚本 昌志（呼吸器外科部長：岡山大学医学部 平成 1 年卒業）
日本外科学会認定医・専門医・指導医
呼吸器外科専門医
日本呼吸器内視鏡学会専門医・指導医
日本呼吸器学会専門医
肺がん CT 検診認定医師
医学博士



蜂須賀 康己（呼吸器外科部長：愛媛大学医学部 平成 4 年卒業）
日本外科学会認定医・専門医
呼吸器外科専門医
日本呼吸器内視鏡学会専門医



藤岡 真治（呼吸器外科医長：鳥取大学医学部 平成 14 年卒業）
日本外科学会専門医
呼吸器外科専門医
日本呼吸器学会専門医
日本がん治療認定医機構認定医
医学博士

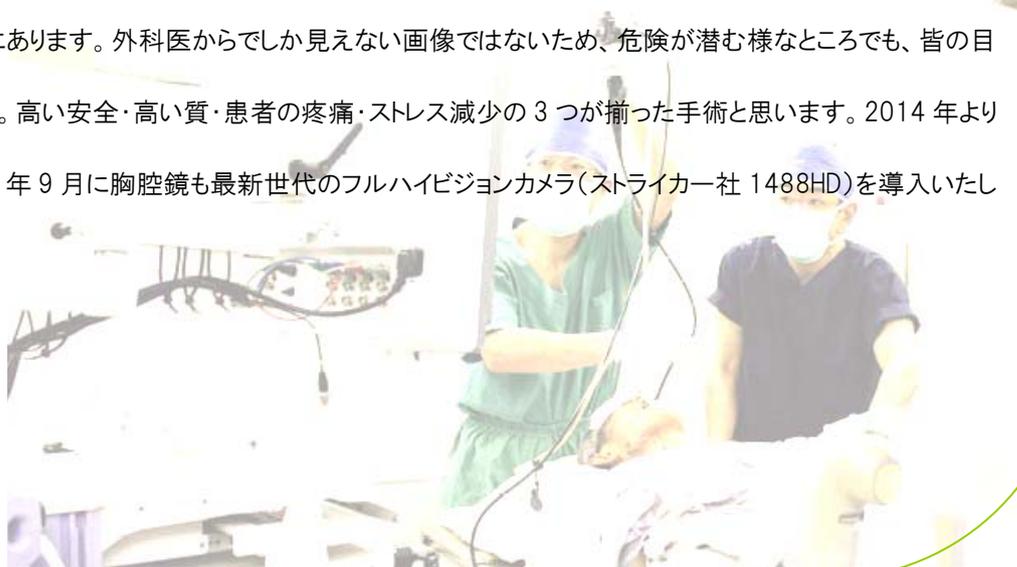
当院呼吸器外科は魚本昌志医師、蜂須賀康己医師、藤岡真治医師の 3 人の呼吸器外科専門医で診療を行っております。3 人以上の呼吸器外科専門医が常勤で在籍する施設は、愛媛県内では当院のほか愛媛大学と四国がんセンターのみです。全国的にも呼吸器外科(胸部外科)を標榜する病院で専門医が 3 人在籍する施設は首都圏以外ではかなり限られます。というのも、外科専門医が 100 人いるとしますと、消化器外科専門医がそのうち 60 人、心臓血管外科専門医が 20 人、呼吸器外科専門医が 15 人、小児外科専門医が 5 人の割合で、呼吸器外科専門医が少数だからです。5 大癌(肺、大腸、胃、乳腺、子宮)のうち最も死亡数が多いのは肺癌で、現在年間 7 万人以上が亡くなっています。それと比較すると呼吸器外科専門医がまだ少ない現状にあります。「三人寄れば文殊の知恵」は有名な故事諺ですが、「三人専門医診療」でどういったメリットがあるのか御紹介致します。

早期肺癌手術における完全胸腔鏡下肺葉切除(CVATS 肺葉切除)



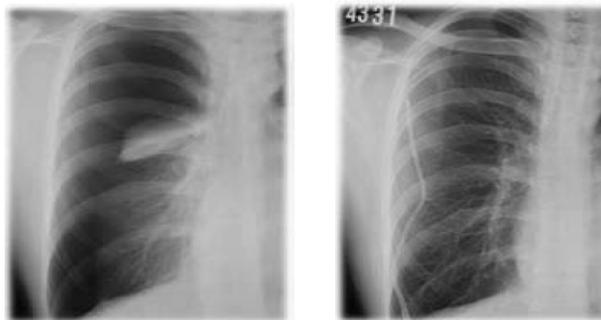
CMOS 搭載 HD 内視鏡システム (1488 HD 3-Chip.
Endoscopic Camera: Stryker / 日本ストライカー社)

内視鏡手術の進んだ日本では肺癌手術における胸腔鏡下肺葉切除は呼吸器外科専門施設では一般的なものになりつつあります。「胸腔鏡下手術」とは「胸腔鏡(カメラ)の画像をモニターで見てする手術」「肋骨を切らない手術」です。創部は最も大きな創部でも 3~8cm 程度です。3~4cm の創部では内部はほぼ見えないので、モニター画像が 100%でほとんどモニターを見て手術します。一方、7~8cm の創部では、内部が一部直視できますので、モニター視が 50%、直視が 50%くらいで手術します。創部の大きさは肺癌の大きさ、手術の難易度などによって決まります。創部が小さい方が、出血量がより少ない、疼痛もよりすくない、呼吸筋の温存がより可能で術後の呼吸機能の回復が早い、といったメリットがあります。検診発見で見つかるような早期肺癌(腫瘍径が 3cm 以内、病期 I 期)はよい適応です。完全胸腔鏡下は前者の手術で、創部 3~4cm(1 箇所)+1.5cm 操作孔(3 箇所)で手術が可能です。100%モニターを見て手術するため、手術の質はなにより胸腔鏡画像に尽きますが、ここで 3 人専門医体制が生きてきます。手術は主に 2 人で行い、1 人は胸腔鏡を専任で持つ「カメラマン」の役割です。手術中は常に次の展開を予想してカメラワークを効かせることが重要で、知識と経験がものを言うところ です。2 人体制ではカメラは録画目的のおまけ画像となりがちで、実際に完全胸腔鏡下肺葉切除は難しいと思います。カメラの良いところは、全員(外科医、麻酔科医、看護師)で同じ画像を見ることができることにあります。外科医からでしか見えない画像ではないため、危険が潜む様なところでも、皆の目で確認することができます。高い安全・高い質・患者の疼痛・ストレス減少の 3 つが揃った手術と思います。2014 年より手術室も新しくなり、2015 年 9 月に胸腔鏡も最新世代のフルハイビジョンカメラ(ストライカー社 1488HD)を導入いたしました。



気胸治療

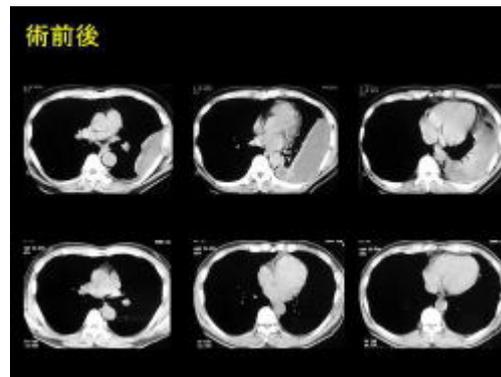
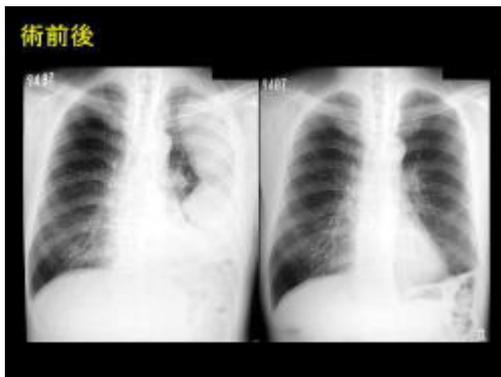
従来通り、10代後半～30代前半での「若年」の自然気胸がある一方で、原因疾患としてCOPDが年々増加しております。「高齢者」の気腫性肺病変が治療のターゲットになることも多いです。若年では、胸腔鏡下(VATS)肺嚢胞切除が治療の主体となります。当科は5mmの胸腔鏡を用いて、Tissue-Link(TL)による肺嚢胞焼灼後に嚢胞切除する手術を特徴としています。利点としては、TL使用によって嚢胞切除個数と切除体積をより少なくでき、手術時間もより短縮できます。気胸根治と肺機能温存を両立させる手術です。3人体制になって、診断・麻酔・手術治療に関してspeedyに対応できるようになっております。一方、「高齢者」は若年の様に手術治療が出来ない症例も多く、癒着療法や気管支塞栓術(EWS)となることもあります。COPD治療から始まり、手術、癒着療法、EWSと呼吸器内科・外科分野に渡り広く治療にあたることが求められます。手術、癒着療法、EWS、COPD治療のいずれに渡っても従来以上に3人体制でspeedyに対応できるようになっております。気胸治療は呼吸器外科開設以来、当科の得意領域でもあります。



以前は、太い管を入れ、空気の吸引装置も大掛かりな物でしたが、最近では、たまご1個分程度の装置を胸にぶらさげるだけでよくなり、ドレナージ中の患者さんの運動制限も緩和され、その装置をつけたまま自宅療養も可能となっております。

膿胸治療

膿胸となる前段階として肺炎を来す事も多いです。肺炎は死亡率が高く、平成 23 年統計では悪性新生物・心疾患に次いで第 3 位となっています。膿胸には、高齢者、糖尿病、心・血管疾患、低 PS が合併していることが多く、診断と治療戦略には経験と知識がますます必要です。また、術後の呼吸リハビリが特に重要な分野でもあります。手術に関しては、前述の胸腔鏡手術(VATS)を駆使して VATS 掻爬術を施行します。全身麻酔が不可な場合は、局所麻酔下胸腔鏡掻爬術も可能です。呼吸器リハビリは、担当理学療法士が早期から積極的に介入する体制が整っており良好な成果を得ています。当初肺炎を疑い抗生剤による内科的治療をした症例で、治療効果が不良で胸水が増加した症例などは是非ご紹介ください。こちらも 3 人体制になって、診断・麻酔・手術治療に関して speedy に対応できるようになっております。



気管支鏡検査

2015 年に透視併用内視鏡室が新しくなり、さらに使用しやすくなりました。肺癌診断では、細径気管支鏡による気管支内腔エコー下診断(EBUS-GS 法による擦過細胞診、肺生検)、超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA 法、肺門部・縦隔リンパ節の転移診断)を行っています。気胸や膿胸治療では気管支塞栓術(EWS 法)を行っています。従来通り、中心型早期肺扁平上皮癌に対してレーザー治療(光線力学療法;PDT)、硬性気管支鏡による気管ステント留置術も行っております。一般的には呼吸器内科的な手技ですが、肺癌診断と治療の幅、合併症対策、緊急時対策(異物気道閉塞など)などの面で大変な武器になります。呼吸器内科～外科領域に広く渡った診断・治療が当科の特徴でもあります。関連疾患などございましたらお気軽にご相談ください。

