

Faith

呼吸器外科

Department of Thoracic Surgery



日本赤十字社
Japanese Red Cross Society

大阪赤十字病院



face

すべては患者さんの
笑顔のために

All for the patient's smile

わたしたちは

人道・博愛の赤十字精神に基づき

すべての人の尊厳をまもり

心のかような高度の医療をめざします

大阪赤十字病院

Faith

呼吸器外科
Department of Thoracic Surgery

04	呼吸器外科について
05	呼吸器外科主任部長 園部 誠
07	呼吸器外科部長 田中 宏和
09	呼吸器外科医長 坂口 泰人
11	呼吸器外科医長 山崎 順久
13	原発性肺がん
15	肺がんの手術
17	肺がん治療に対する連携体制
18	近年の診療実績
19	気胸について
20	縦隔腫瘍について
21	変わります、大阪日赤

呼吸器外科

Department of Thoracic Surgery

大阪赤十字病院呼吸器外科は、診療科の開設から半世紀を迎えました。

当科は、原発性肺がん・他がん肺転移などの胸部腫瘍性疾患の外科治療を中心に、縦隔疾患、気胸、肺炎症性疾患、胸壁疾患などの外科治療を行っています。科学的根拠のある、経験に裏打ちされた質の高い医療を患者さんに提供しています。

低侵襲の手術を基本とすべく、手術用ビデオカメラを使用した胸腔鏡下手術、ダヴィンチXiシステムを使用したロボット支援胸腔鏡下手術、あるいは早期の小型肺癌や高齢・低心肺機能の患者さんには根治性を保ちつつ呼吸機能を温存する区域切除などを用い、術後の患者さんのQOLを損なわないように配慮しています。

一方で、進行肺癌などの局所進行胸部悪性腫瘍に対しては、手術に周術期の放射線治療や抗がん薬を併用した集学的治療や隣接臓器の合併切除を含む拡大手術を関係各科と協力して幅広く行っています。

更に虚血性心疾患や肺気腫、糖尿病など種々の併存症を有する患者さんに対しては、総合病院である当院の利点を生かし、関係各科との連携で安全に手術ができるように治療介入を行い、安全性を担保しています。治療方針の決定にあたり、患者さんの希望、全身状態、疾病の状態などを十分に検討のうえ、内科的治療も含め最も適切と考えられる方針を提示するように努めています。治療の可否について迷うような場合も遠慮なくご相談いただけると幸いです。



平成6年京都大学医学部卒業。天理よろづ相談所病院で初期・後期研修後、平成12年より同院胸部外科勤務。平成15年より京都大学大学院、平成18年から京大病院助教、講師、准教授。平成31年1月より現職。縮小手術から拡大手術まで広く手掛ける。日本外科学会指導医、日本胸部外科学会・日本呼吸器外科学会・日本肺癌学会評議員。

呼吸器外科の手術は

「機能損失」を代償として伴う。

医師は、メスをふるうことの責任の重さを

常に認識しなければなりません。



再生が望めない呼吸器外科の手術

例えば、心臓血管外科の手術で冠動脈バイパス術や弁置換を行うと、手術前よりも血行動態が健全化され、心臓の「機能が改善」します。肝臓の切除術なら3分の2程度の肝臓を失っても元の重量まで再生しますし、胃はすべて失っても、食生活に制限が出るとはいえ、生存できます。しかし肺の手術では、切除した肺の大きさに相当する分の機能が低下し、かつ再生は望めません。われわれ呼吸器外科医は、「呼吸機能の損失」を代償に手術を行わざるを得ないのです。加えて、肺切除術の主たる対象の肺がんの患者さんは一般に高齢で、慢性閉塞性肺疾患、虚血性心疾患、糖尿病などの併存症を抱えていることも少なくありません。呼吸機能の低下の悪影響が非常にしやすいと言えます。

しかし、手術可能な肺がんに対するもっとも有効な治療が外科的切除であるため、私たちは呼吸機能の損失と治療効果のバランスを考え、手術の決断と思考の責任を負う必要があります。

関係各科との協力で困難症例にも対処

外科の立場からは、胸腔鏡手術や当科では令和元年より導入したロボット支援胸腔鏡下手術などの低侵襲手術により呼吸機能低下の悪影響を軽減できるように務めています。

また、当院は総合病院です。関係各科の協力を得て、例えば糖尿病のコントロールや肺気腫への薬剤コントロールなどの治療介入を行い、安全に手術が遂行できるように心掛けています。これらの工夫で、併存症の有無に拘わらず、肺がんに対する標準手術(肺葉切除)を受けられた中で、約85%程度の患者さんが術後1週間までに退院しています。

一方で、当科で手術する肺がん患者さんの約30%がII期、III期の進行病期で、手術単独では治癒を得ることは困難です。しかし、簡単に諦めないのが外科医。私自身も大学在籍中から進行肺がんへの集学的治療に携わっています。その経験を活かし、呼吸器内科や放射線治療科と協力して、周術期の抗がん薬治療、放射線治療を併用し、困難な例にも対処しています。

Makoto
Sunuke

呼吸器外科部長 田中 宏和

福井県出身。平成2年福井大学医学部卒業後、大阪赤十字病院呼吸器外科で研修。福井大学医学部第2外科の医員を経て、平成9年に大阪赤十字病院呼吸器外科に入職。平成19年副部長に昇任、令和2年より現職。

手術はその後の患者さんの人生を

大きく左右します。

ご縁を大切に、満足していただける

医療の提供を心がけています。



「パターン」から外れたときに備えて

これまでたくさんの患者さんを診てきましたが、同じ病気でも、一人ひとりの状態はまったく異なります。

典型的な症例ならば、教科書通りの手順で対応できるかもしれませんが、けれども、手術中に発生するトラブルや、術後に起こる肺炎や不整脈などといった合併症に対応するためには、経験や知識はもちろん、周到な事前準備が求められます。近年ではCT、PETなどの検査機器の性能向上や画像解析ソフトの発達により、患部がどのような状態であるか、鮮明な画像であらかじめ確認できるようになりました。それをもとに、手術のたびに手順を細かく思い描き、手術を終了するまでのイメージトレーニングを行っています。さらに手術前の検査データをもとに、周術期の管理で注意することを考えておくようにしています。

将棋の世界で数々の功績を残した故米長邦雄、永世棋聖の言葉に「本当の勝負はパターンから外れたときに始まる」というものがあるのですが、これは外科手術にも当てはまります。想定外のことが起きたときこそ、これまで積み重ねてきたものが試されますし、そこで「好手」を打つためには入念な準備が必要になります。

例えば、私たちが多く行っている肺がん手術では、腫瘍が肺の血管や気管支に癒着して、スムーズに剥離できない場合があります。そのような時にも、手術前にあらかじめ腫瘍と周囲構造物の立体的な位置関係を思い描いておけば、術野の展開を大きく変えて別の角度から操作を行うことができ、イメージしていた切離ラインでの腫瘍切除が可能になることがあります。

刻一刻と変化するもの、変わらないもの

外科医師を取り巻く環境は、目まぐるしく変わっています。私が医者になった当初は、直接、肺を触る手術が主流でしたが、現在、当院の呼吸器外科で行われている手術は、肺を触ることが少ない胸腔鏡下手術が9割弱を占めています。

近年では、人間の手よりも繊細な作業ができる「ロボット手術」も始まりました。ロボットアームの動きは胸壁への負担や損傷を軽減するように設定されており、通常の胸腔鏡下手術よりもさらに術後の創痛を抑えた、低侵襲手術を実現しています。令和3年度の手術件数237件中、ロボット支援下手術は10件でしたが、令和4年5月に当院のロボット手術支援機器が2台に増設されたので、今後はロボット支援下手術の件数が増えていくことが予想されます。

医療環境が変化して、手術を担当した患者さんの多くは、術後数年間の経過を当院で診たあとに、かかりつけ医に戻っていただくようになってきました。以前のように、長期間にわたって担当患者さんの診療を行うことは難しくなっていますが、手術を通じて得られた患者さんとのご縁を大切にしたいという思いは変わらずに持ち続けています。かかりつけ医の先生方に診療を引き継いでいただくまでの間、満足していただける医療サービスを提供し続けたいと考えています。

田中宏和

呼吸器外科医長 坂口 泰人

平成16年山口大学医学部卒業。京都府立医科大学附属病院にて臨床研修後、京都大学呼吸器外科医員、松江赤十字病院、天理よろづ相談所病院などで呼吸器外科医として修練を行う。平成30年京都大学医学部大学院にて学位取得、令和2年7月より現職。

呼吸器外科専門医・評議員、呼吸器専門医・指導医、外科専門医・指導医、胸腔鏡安全認定医、日本医師会認定産業医・労働衛生コンサルタント資格。

患者さんが手術を乗り越えていただいた
その先にあるものを見据えメスを握ります。



手術後も社会の一員として活躍できるように

これまでにさまざまな病院で呼吸器外科医として経験を積んできました。多くの患者さんとのご縁があり、手術の執刀、手術後の主治医として関わらせていただきました。手術とは体にメスを入れることなので、肉体的な負担が大きいことは言うまでもありませんが、一方で精神的な負担も大きいもので、特に心配されるのが、手術後の社会復帰(自身の社会的な立場)です。

例えば、就労世代の方が肺がんになったとき、治療と仕事をどう両立すればいいのか、患者さんも企業側もイメージが湧きにくく、「今までと同じように働けなくなるかもしれない」、「治療に専念しなければならない」という考えから、退職される方もいらっしゃいます。これは昨今の日本国内の課題でもある『就労世代の病気の治療と就労の両立支援の難しさ』によって生じる問題です。

私自身は呼吸器外科医としてのキャリアと並行して、多くの企業で産業医・労働衛生コンサルタントとして就労世代の健康サポートにかかわってまいりました。病院、企業の双方に身を置いた医師として、「仕事を続けるにはどうすればいいのか」を前提に、患者さんのそれぞれの背景を考慮し「手術方法の選択」、「手術日程の調整」、「手術後の治療選択」などの提案を行えるように心がけています。病気の治療のために手術は行いますが、手術のその先を見据えることができ、はじめて執刀医としての責任が果たせると私は思っています。

「温故知新」

手術後の早期の社会復帰を目指すためには、手術自体の患者さんへの肉体的負担が少なくなる方法を模索しなければなりません。それには呼吸器外科医としても常に新しいことを取り入れていくことが求められます。臨床の経験以外からも新しいものを取り入れるために、臨床を離れて大学院で4年間の研究を行いました。そのときの研究テーマの一つは、これまでにない「医療機器」を新しく開発することでした。

この研究を通して、新しい医療機器は外科医の技術を向上させていく大きな糧になることを実感しました。そのため臨床の場にいる現在は、ロボット支援下手術をはじめとした最先端の医療機器の導入と活用を積極的に行っています。新しい医療機器の活用には賛否両論がありますが、早い段階でニーズを開発者や研究者側にフィードバックができれば、その機器の進歩につながり、将来の患者さんのためになると考えます。

新しいことに挑戦する際に常に心掛けていることがあります。それは、これまでの臨床医としての経験、呼吸器外科医として必要な技術をお教いただいた先輩方の姿勢、そして、先輩方からいただいた数々の言葉だと考えております。それらを踏まえ、私は呼吸器外科医として過去の経験を常に振り返り、現在の治療に反映させ、新しいことにさらに挑戦し自分のものにする、すなわち「温故知新」の精神だと考えています。私はこの言葉を体現できる呼吸器外科医でありたいと思います。

坂口泰人

呼吸器外科医長 山崎 順久

平成17年京都大学医学部卒業。大阪赤十字病院の初期・後期研修後、平成22年に同院呼吸器外科に入職。以後11年間を同院にて勤務(1年間は高山赤十字病院)。令和2年より現職。

手術は術後の人生のためのもの。
病気を乗り越える過程を、
患者さんとともに歩む。



執刀医の責任の重さと、手術のやりがい

長生きをすることは非常に重要なことです。ただ、それが人生の目的そのものではありません。病気を乗り越えた後の人生を有意義に過ごしていただくために手術を受けてもらいたい私は思っています。つまり手術を執刀することは、患者さんの術後の人生を背負うということになります。私が若い頃は、その責任の重さに苦しむこともありました。けれども、手術にはその責任を超えるやりがいがあります。手術開始から数時間後には患者さんの病気が治る可能性があるのです。手術のプレッシャーで術後は疲労困憊となりますが、同時に多大なやりがいを感じます。

肺は呼吸という重要な役割を担う臓器の一つで、その治療方針によっては、患者さんの今後を大きく変えてしまう可能性があります。このため患者さんの既往症や病気の状況を十分に検討し、皮膚の切り方や傷の大きさ一つとっても、人それぞれの最適解を考えて手術に向かいます。また日頃から文献や論文、学会発表など知見を深め、総合的な判断ができるように心がけながら、常に患者さんにとって最適な治療を提案、提供できるように努めています。

手術の前よりも幸せな人生に

術後、外来で患者さんからうれしい報告を聞くことがあります。肺の切除後はどうしても呼吸機能が低下し、ともすると術前よりも患者さんの生活の質を低下しかねません。その一方で、手術をきっかけに今まで以上に日常生活を生き生きと過ごされる方も多くおられます。「家族との時間を大切にようになった」、「自分の手術の経験を講演する機会ができ、同じ疾患の患者さんに貢献できた」、「世界中を旅することができた」など、精力的に活動していただけた方もいらっしゃいます。手術という痛くもつらい経験を、“人生のよきターニングポイント”に変え、患者さんには今後の人生をより有意義なものにしていただきたいと切に望みます。そのようなきっかけとなるよう微力ながら患者さんに関わりたいと考えています。

呼吸器外科医としての仕事以外にも、私は日赤の災害救護活動にも携わっています。東日本大震災や御嶽山噴火、熊本地震などいくつかの救護活動に参加させていただきました。呼吸器外科と災害救護では求められる医療は異なりますが、災害救護には患者さんの全身を幅広く診ることで得られる知見があると考えています。救護活動で得られた知見を日々の診療にも役立てるよう心がけています。

これまでの自身の呼吸器外科での執刀件数を数えてみると900件を超えていました(令和4年10月現在)。患者さんから多くの経験をさせていただいたおかげで、安定した技術で治療を提供できるようになりましたが、昨今ではより先端的な技術が求められ、さらなる自己の研鑽が必要です。日々精進し、今後もたくさんのお力になれば、と思っています。

山崎 順久

原発性肺がん

数々の疫学調査から喫煙は最大の原発性肺がんの発生要因です。「禁煙」は原発性肺がんの発生を減少させる最大的手段となります。近年の日本においては、原発性肺がんは1年あたり14万人近くの発症(がんの発生数としては3番目に多い)、1年あたり8万人弱の死亡原因となっています。肺がんの種類は非小細胞肺がんと小細胞肺がんの2種類に分けられ治療法が異なります。

原発性肺がんの治療方針決定までの流れ

当院への受診	<ul style="list-style-type: none">画像検査での異常所見や、自覚症状によって肺がんが疑われて、健診機関やかかりつけ医の先生方から当院へご紹介いただきます。
画像検査による評価	<ul style="list-style-type: none">CT検査によって、より精密な画像検査を行います(図1)。頭部のMRI検査やFDG-PET/CT検査(図2)によって、リンパ節転移や他臓器への転移の状態を評価します。
検体採取と全身状態による評価	<ul style="list-style-type: none">気管支鏡検査(図3)やCTガイド下生検によって確定診断を行います。心電図検査や呼吸器機能検査、採血検査(腫瘍マーカー)などの検査で全身の状態を評価します。
治療方針の決定	<ul style="list-style-type: none">肺がん種類、病期(図4)の診断を行います。非小細胞肺癌の場合はI期、II期、III期の一部が手術対象となります(表)。小細胞癌はI期が手術対象となります。手術対象にならない病期では抗がん剤治療や放射線治療を検討します(表)。

肺がんの診断に関しては呼吸器内科で担当させていただくことが多いですが、呼吸器外科と呼吸器内科、そして放射線治療科で週1回の合同カンファレンスを開き、患者さんに対して、最適と考えられる治療法を提案させていただきます。

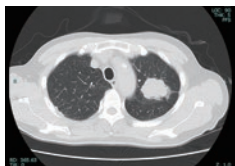


図1 CT検査

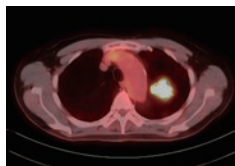


図2 PET検査



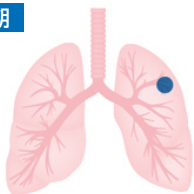
図3 気管支鏡検査

図4：肺がんの臨床病期(ステージ)

原発巣の大きさやひろがり,リンパ節へのひろがり,転移の状況により,IA1, IA2, IA3, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IVA, IVBとさらに細かく分けられます。

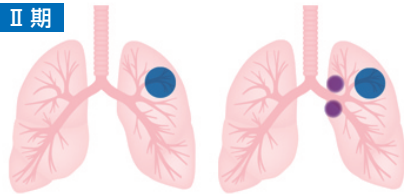
● 原発巣 ● リンパ節転移 ● 遠隔転移

I 期



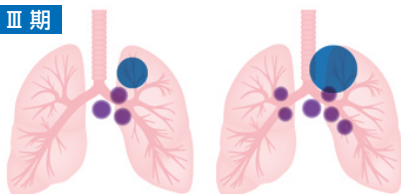
原発巣(大もとの肺がん)が小さく,リンパ節転移がない

II 期



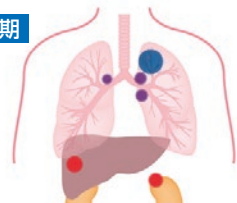
リンパ節転移がないが原発巣がやや大きい。またはリンパ節転移が,原発巣と同じ側の肺門にとどまっている

III 期



原発巣が周囲の重要な臓器に及んでいたり,リンパ節転移が広範囲にひろがっている

IV 期



脳,肝臓,骨,副腎などに転移している。あるいは胸水がたまり,その中にもがん細胞がみられる

肺がんの臨床病期(ステージ)の決定は,治療方針の決定のために非常に重要です。特に遠隔転移である脳転移や骨転移など,一見,肺とは関係のない部位の状態の評価のために頭部MRI検査やFDG-PET検査,骨シンチ検査などを組み合わせで行います。また,CT検査など,すでに一度撮影していても,再度,リンパ節転移の評価や肺の切除範囲や切除後の状態を予測するために造影剤を使ったCT検査を追加で行うことがあります。

表：非小細胞肺がんと標準的治療 ○適応あり,△ 症例により適応あり,× 適応なし

	手術	放射線治療	抗がん薬
I期	○	×	○(術後治療)
II期	○	△	○(術後治療)
III期	△	○	○
IV期	×	○(緩和治療)	○

日本肺癌学会編：Web版 患者さんのための肺がんガイドブック 2021年版。

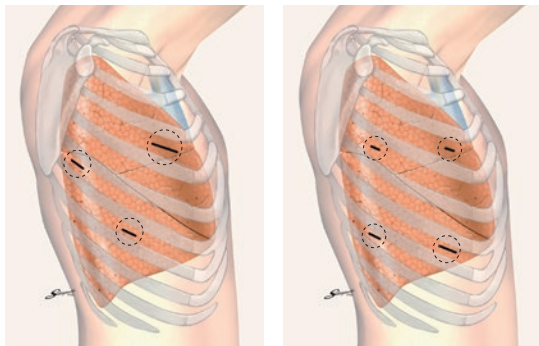
図：肺がんの臨床病期(ステージ),p74.金原出版

患者さんが担当医の先生から,肺がんの治療法として手術を提案された時に,患者さんの気持ちが決まらず,すぐに手術に踏み切れないこともあります。そのような場合でも,「手術について話だけでも」や,「手術以外の治療選択肢について」,聞いてみたいなどの要望にも呼吸器外科では対応させていただきます。

肺がんの手術

胸腔鏡下手術

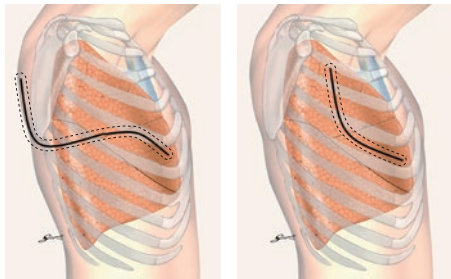
(VATS : Video-Assisted Thoracic Surgery)



黒線はVATSの傷口

VATSは内視鏡(胸腔鏡と呼ばれるカメラを使用)手術で、小さい手術創(1.0-3.5cm程度の傷を3-4カ所)を胸の側面にあけて、カメラで胸腔内をモニタに映し、その画像をみながら手術を行います。当院では20年以上の経験を踏まえて肺がんに対する標準手術になります。

開胸 拡大手術



黒線は開胸手術の傷口

VATSやRATS(次頁参照)は安全に施行することができる手術ですが、非常にサイズの大きい肺がん、気管支や血管の合併切除とその再建が必要な進行期の肺がんなどでは、安全性の担保と手術手技の複雑さからの開胸手術が必要な場合があります。開胸手術では胸の側面に10-30cmの手術創(場合によっては肋骨を切断)を開けて行う手術になります。

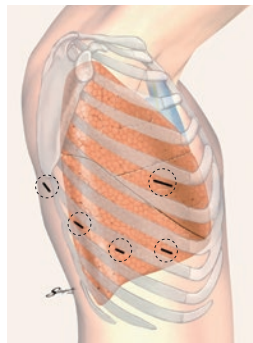




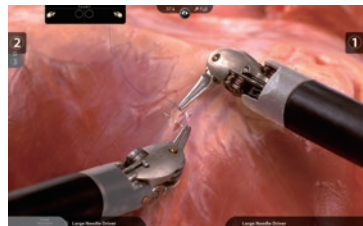
ロボット支援下手術:ダ・ヴィンチ手術 (RATS : Robot-Assisted Thoracic Surgery)

RATSは3Dの胸腔鏡画像を見ながら執刀医が4本の独立したロボットアーム(手術機器を操る腕)をサージョンコンソールと呼ばれる操作機器で操りながら手術を行います。使用するロボット手術機器はインテュイティブサージカル合同会社が開発した最新機器:da Vinci(ダ・ヴィンチ)Xiで当院では2台体制で稼働しています。手術創(1.0-3.5cm程度の傷を5カ所)を胸の側面にあけて、ロボットアームの挿入と可動および手術助手のサポートを行いながら手術を行います。

鮮明な視野や人間の手の可動域以上の動き、手振れ抑えることにより、従来の胸腔鏡下手術よりも精密な手術が可能になります。現在、呼吸器外科ではロボット手術執刀資格者は4名在籍しており積極的に実施しています。

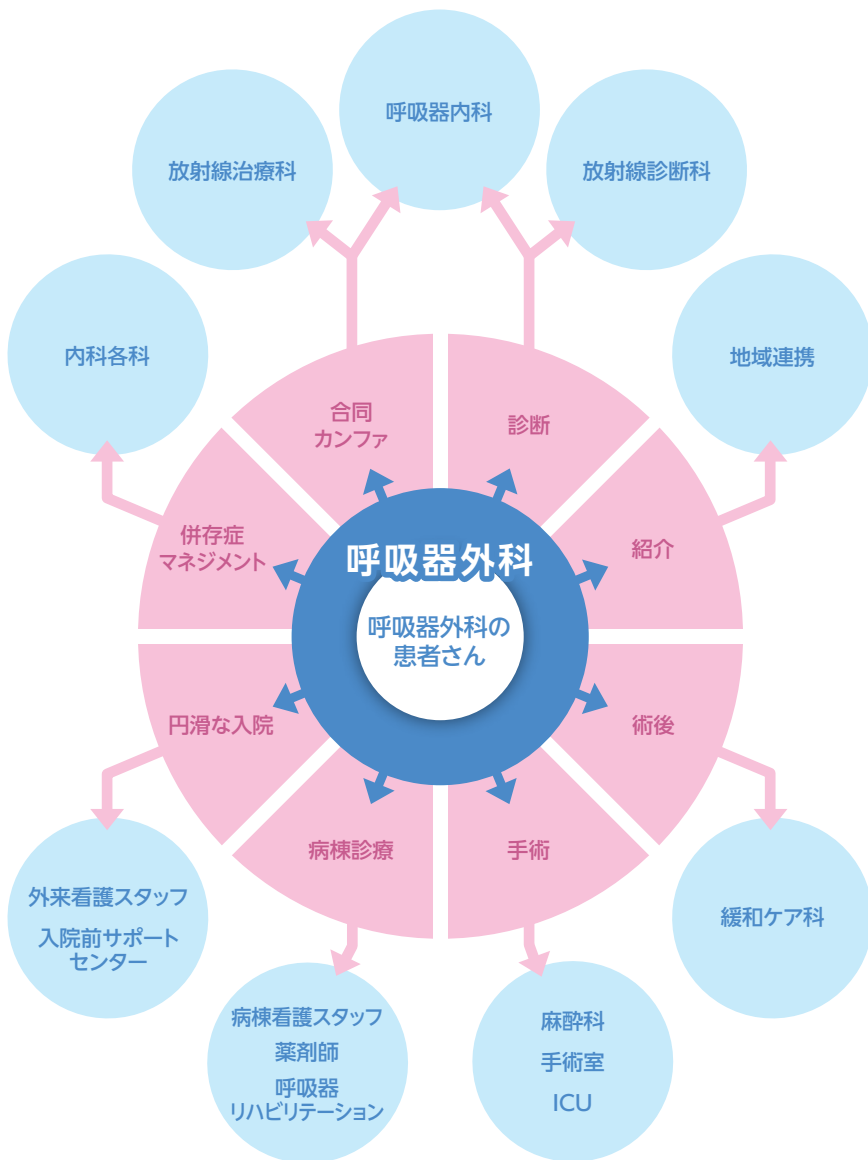


黒線はRATSの傷口



肺がん治療に対する 連携体制

呼吸器外科診療におけるチーム医療



呼吸器外科で手術を行う際には、その手術前、手術中、手術後において多職種
の専門スタッフが関わっています。呼吸器外科医はこの連携体制の中で、リーダー
シップを発揮することは当然ですが、専門スタッフ間の調整にも尽力します。またこ
の概念図の中心には患者さんを据えており、当然のことですが患者さんもチームの
一員として一緒に治療にあたっていきます。

近年の診療実績

平成30年～令和3年 診療業績

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
全手術例	227件	238件	267件	232件
原発性肺がん	109件	115件	132件	133件
うち胸腔鏡下	77	92	109	112
うちロボット支援下	0	6	6	6
IA期	45件	57件	70件	72件
IB期	20件	21件	26件	24件
II期	20件	14件	18件	16件
III期以上	24件	23件	18件	21件
他臓器がん肺転移	21件	30件	29件	27件
気胸	41件	43件	48件	26件
縦隔腫瘍	14件	15件	19件	8件
うち胸腔鏡下	13	9	2	4
うちロボット支援下	0	3	13	3
肺良性腫瘍	9件	11件	2件	12件
感染・炎症性疾患	7件	7件	18件	4件
その他	22件	17件	21件	29件

当科の手術実績の特徴は、原発性肺がんに関しては早期肺がん(I,II期)だけでなく進行期肺がん(III期以上)が全体の約20%と比較的多いことです。進行期肺がんは早期肺がんと比べて定型的な手術での対応が難しく複雑な手術が必要なことも多々ありますが、当科ではそれに対応できるだけの技術、経験を持つ呼吸器外科医で手術を担当いたします。

また、総合病院として他科との連携、他院とも積極的に行っており、大腸がんや婦人科がん、乳がんの肺へ転移したものの手術が多いことも特徴です。他臓器から肺へ転移したがんは原発性肺がんとはまた異なった視点で肺の切除時期や範囲を決定する必要があり、こちらもこれまでの経験を踏まえて対応しています。

気胸について

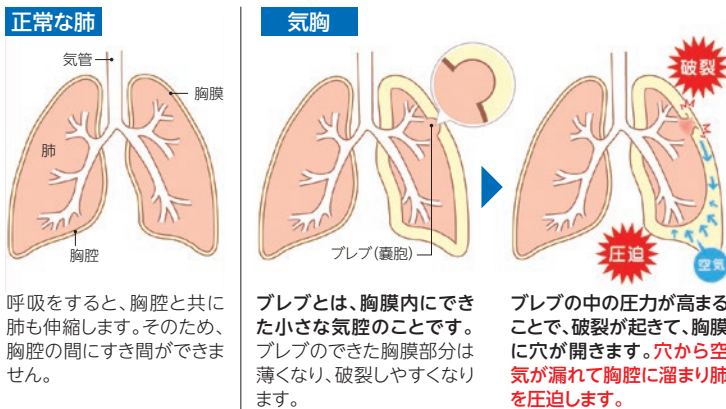
気胸は、「何らかの理由で肺に穴が開いて空気漏れを起こし、肺がパンクした状態」です(図1)。

若年者男性(10~20代)に多い**原発性自然気胸**、中~高齢者に多く、喫煙を原因とすることが多い**慢性閉塞性肺疾患(肺気腫)**や**間質性肺疾患**などの既存肺疾患を背景として生じる**続発性自然気胸**が代表的なものですが、胸部外傷に伴う**外傷性気胸**、女性の月経周期に一致して気胸を発症する**月経随伴性気胸**などがあります。

気胸の診断後は初期治療として、胸腔ドレナージ(気胸腔にチューブを挿入し漏れた空気を排出する)を行うことが多いです(表)。

ドレナージ治療によって空気漏れが止まらない場合や気胸を繰り返す場合は手術によって空気漏れの原因部位を確認し、原因部位の切除や補強などの処置を行います。当科では気胸に対する手術は胸に0.5 - 1cm程度の穴を数カ所あけて行う、胸腔鏡下手術を行います(図2)。

図1：気胸の原因



表：初回に発症した自然気胸に対する同側の治療方法と再発率

治療内容	無治療(自然軽快)	ドレナージ治療	手術
再発率	50 - 60 %	20 - 30 %	5 - 10 %

図2：胸腔鏡下での気胸手術

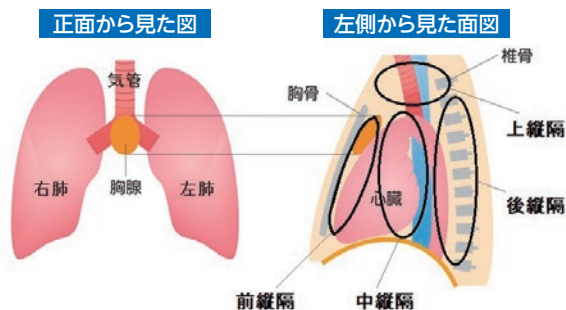


縦隔腫瘍について

胸部で左右の肺に挟まれた部位を縦隔(心臓などがある場所)といい、この部位に発生する腫瘍を総称して縦隔腫瘍といいます。縦隔は上縦隔、前縦隔、中縦隔、後縦隔の4部位からなります(図1)。

縦隔腫瘍は発生する部位や年齢により特徴があります。以下に発生部位と縦隔腫瘍の代表的なものを示します。(図2)

図1：4部位からなる縦隔



日本肺癌学会編：Web版 患者さんのために肺癌ガイドブック
第9章 胸腺腫瘍(胸腺腫・胸腺がん)より
[図：縦隔の解剖構造と前縦隔腫瘍の位置]改変使用

図2：縦隔に発生する部位別の代表的な腫瘍

上縦隔	甲状腺腫 など
前縦隔	胸腺腫、胸腺がん、胚細胞性腫瘍、胸腺嚢胞、リンパ腫 など
中縦隔	リンパ腫、気管支原性嚢胞、心膜嚢胞 など
後縦隔	神経原性腫瘍、食道性嚢胞 など

縦隔腫瘍の治療

縦隔腫瘍は様々で治療法も多岐にわたりますが、手術による切除が必要と判断した場合は、手術方法は一般的には以下の3種類の方法から選択します。

- ロボット支援下の手術：比較的小さなサイズのもの
- 胸腔鏡下の手術：ロボット支援下手術の対象になるものよりサイズが大きいもの
- 開胸手術：巨大なものや、心臓・大血管の切除・再建が必要な場合

当科では縦隔腫瘍の状況を評価したうえで、最適と考えられる手術方法を提案します。

大阪日赤

変わります、



大阪赤十字病院 院長 坂井 義治

当院は、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、大阪府地域周産期母子医療センターなど多くの指定・承認をいただき高度急性期病院としての役割を果たしてきました。地域がん診療連携拠点病院については、質の高いがん医療を受けることができるよう、がん医療の『均てん化』の実現に向け、各都道府県による推薦のもとに2次医療圏に1カ所程度整備することとして厚生労働大臣が指定した病院です。当院では、地域がん診療連携拠点病院としての専門的・標準的ながん集学的治療(手術・抗がん剤・放射線などの組み合わせ)の実施、緩和ケアの提供、地域の病院・診療所との連携、がん相談支援、がん情報の提供、がん登録を実施し、地域におけるがん医療の充実に努めています。

高度な治療を提供するには、手術における技術はもちろん、術前・術後の管理、また万が一手術による合併症や併存疾患が発症した場合に備えた総合力が必要不可欠です。それゆえ当院では幅広い診療科を維持し、手術を行う医師や看護師のほか、集中治療部門や麻酔科を専門とする医師、コメディカルなどの数多くの専門スタッフを常勤で配置し「チーム医療」に徹し、患者さんが心身とも健やかに生活が送れるよう、治療とサポートを進めています。

大阪赤十字病院のキャッチフレーズは「すべては患者さんの笑顔のために：All for the patient's smile」です。これからも地域の皆さまのために、より良い医療提供に努め、まい進してまいります。

坂井 義治

 **日本赤十字社** 大阪赤十字病院
Japanese Red Cross Society

呼吸器外科
ホームページ



医療機関向け
『LINE』『Facebook』

『友だち登録』はこちらから



フォローはこちらから



一般市民向け
『LINE』『Instagram』

『友だち登録』はこちらから



フォローはこちらから



日赤オンライン医学講座
『YouTube』

日赤オンライン市民医学講座



日赤モーニングセミナーの
アーカイブ視聴





日本赤十字社
Japanese Red Cross Society

大阪赤十字病院

〒543-8555 大阪市天王寺区筆ヶ崎町5-30
TEL:06-6774-5111(代表) FAX:06-6774-5131(代表)
<https://www.osaka-med.jrc.or.jp>