

消化器外科

診療科の特色

患者さん中心の医療をモットーとし、積極的拡大手術からより優しい低侵襲手術まで、それぞれの患者さんに現状で一番適した医療を提供する努力をしています。手術的治療、抗癌剤治療、放射線治療（RT、IVR）をあわせた集学的治療、内視鏡を用いた低侵襲手術、積極的治療が困難となった場合の緩和医療を、患者さんの状態にあわせて選択し提供しております。

診療内容

<食道>

食道癌、食道胃逆流症、食道裂孔ヘルニア、食道アカラシア、食道静脈瘤など

<胃・十二指腸>

胃癌、消化管間葉系腫瘍（GIST）、十二指腸乳頭部癌、胃十二指腸潰瘍穿孔など

<小腸>

小腸腫瘍、癒着性イレウス、メッケル憩室炎など

<大腸・肛門>

結腸癌、直腸癌、大腸憩室炎による狭窄・穿孔、直腸脱、急性虫垂炎、痔核、肛門周囲膿瘍など

<副腎・脾>

副腎腫瘍、脾腫瘍など

胃癌低侵襲手術

I. 腹腔鏡補助下幽門側胃切除術（LADG）：

2002年より開腹手術と同等の根治性と安全性を確保できるLADGを採用しております。適応は胃の出口寄りに限局した早期胃癌で、血管処理およびリンパ節郭清を腹腔鏡下に、臓器摘出と吻合は小開腹下で確実にを行います。

II. 噴門形成術（観音開き法）を付加した噴門側胃切除術：

胃上部に限局した早期胃癌では、胃の下側1/2が温存できますが、食道と残った胃をつないだだけでは、術後長期にわたって逆流性食道炎（夜間の消化液逆流、胸焼けなど）が問題になります。

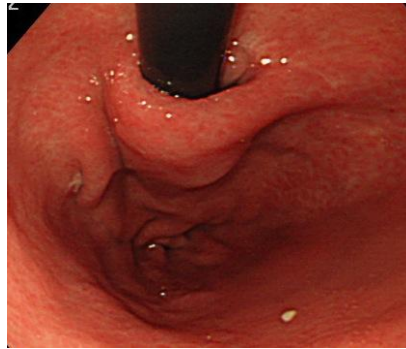
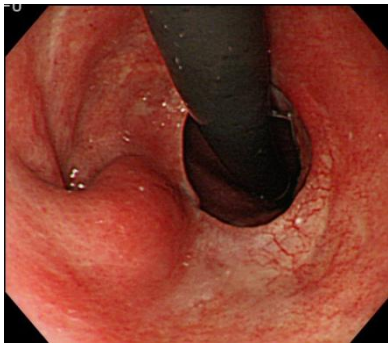
当科では2001年より噴門（胃の入り口）の逆流防止機能を手術的に再建する噴門形成術を追加しております。胃の外側の壁でフラップを作成し食道をその下に埋め

込んで吻合するこの方法は、縫合不全がなく逆流性食道炎防止に極めて有効です。



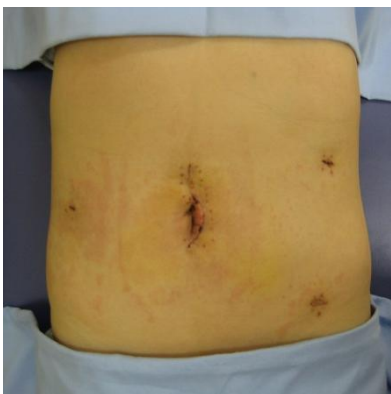
噴門形成無し

噴門形成あり



大腸癌手術

当科では年間約 90～100 例の結腸癌・直腸癌に対しての手術を行っており、患者さんの状態に応じた過不足のない安全で確実な手術を心掛けています。
 また低侵襲手術として、腹腔鏡補助下大腸切除術を導入しています。
 病状に応じて、産婦人科・泌尿器科との連携による拡大手術や放射線治療を併用した手術も行っています。



上行結腸癌：腹腔鏡下結腸右半切除術 術後 8 日の創部

大腸癌術後5年生存率（他病死を除く）

	3年	4年	5年
Stage0 (n=12)	100%		100%
Stage I (n=59)	100%		100%
Stage II (n=141)	95.81%		86.70%
Stage IIIa (n=91)	95.74%		69.81%
Stage IIIb (n=25)	88.24%	58.82%	
Stage IV (n=69)	33.32%		19.43%

主な検査・医療機器（外科外来にて可能なもの）

腹部超音波検査、肛門鏡検査

外来日：月曜日から金曜日まで毎日 受付時間：午前8:15から11:00

疑問、質問のある方は、遠慮なく受診時に担当医師にお尋ねください。