



岡山医療センター心臓血管外科では、岡田(専門領域: 成人心臓、血管外科)【休職中】、中井(大動脈外科、血管外科、ステントグラフト)、畝(成人心臓、大動脈外科)の専門医3名と井上、吉田、加藤の3名の修練医、寶泉診療看護師1名の全員であらゆる心臓血管外科領域の患者さんの診療を担当しています。

安全性の追求

心臓血管疾患で手術を受ける患者さんたちに私たちは単純に、「安全に根治術を受けて元気に家に帰ってほしい」と思っています。

心臓血管外科の手術は一般的には非常に特殊で高度な治療を行っていると思われることが多く、20年くらい前はイメージ通り海外の大きな病院あるいは国内の限られた病院のみ良好な成績をあげており危険性のある手術でした。その後、手術のリスクや有効性、長期成績にいたるまで随分と研究も進み技術も広く普及しました。結果的に手術リスクは20年前と比較して半減し、現在では日本中でトレーニングを受けることが可能となり、一律良好な手術を提供できる一般的な手術へと変わってきています。これをふまえて、「国内最高レベルの安全な治療を提供できる病院」を目指しています。肺動脈血栓内膜摘除術や大動脈弁形成術など全国的に少数で確立されていない術式に対しては国内の第一人者を招聘(しょうへい)して対応するようにしています。

そのような状況で我々が手術前に注意していることは過去の治療報告やガイドラインに基づく手術戦略の徹底です。現行のガイドライン作成に関わった経験を活かし特に「メリットの無い無駄な治療の排除」、「安全度を高め再治療のない根治手術」を目指しています。不思議な事ですが手術時期や内容は施設ごとに任されており、国内でも施設によって違うことがあります。当院では慎重に手術時期も手術式も選びます。過去の膨大な治療成績の報告から手術に踏み切るタイミングには特に気をつけており手術内容も含めて患者さんにメリットの無い無駄な手術や早すぎる手術時期は避けています。

手術自体も珍しい奇をてらうことなく、患者さん側のメリットが少しでも上がる術式を選択するようにしています。例えば2000年代には心臓を停止させずに心拍動下(心臓が動いた状態)で行う冠動脈バイパス術がマスコミを中心にもてはやされました。従来の心停止と比較して難易度は明らかに高いためすべての患者さんに対して心臓が動いた状態で手術を行うことがすばらしいことだと称賛されていました。ただデータ解析により今では80%程度の患者さんにおいて心

臓を止めてデメリット無く確実にバイパス手術を行ったほうがよいと言われ始めています。私自身も国内では世の中の雰囲気に合わせて心臓が動いたまますべての症例を手術していました。北米留学より帰国後、心拍動率90%以上で200例以上(バイパス数は600本以上)執刀した時点で患者さんの求める治療が「安全かつ根治術」なのだと気づき近年は患者さんに合った術式を選ぶようになりました。心拍動が向いている症例には心拍動を、小さな傷でできるものには低侵襲手術(左小開胸手術)を行います。すべての術式を充分経験し低侵襲治療に関しては国際学会や論文発表も行ったあとにたどり着いた戦略(心境)ですので心停止も心拍動も小開胸も適切に治療できると自負しています。(充分説明はしますが最終的には患者さんの希望に沿うようにしています。)

昔は欧米への強い憧れから手術時間を競う気持ちもありましたが、1000例以上の心臓手術執刀を経験することにより、意味無く急いでいた研修医時代よりも随分こだわりを持つようになり、組織にやさしく無理なく時間をかけて患者さんの人生を今後ずっと支えていける治療を心がけています。また人工心肺技師や手洗いナース、心臓血管外科研修医とともに定期的に手術シミュレーションを行い技術と安全性の向上に努めています。

術後管理にも随分と力を入れており平日朝夕2回は複数の専門医を含むチーム全体で術後管理を話し合います。心臓血管外科の手術を一生懸命行っても術後管理ですべて台無しになることはありえます。集中治療室の協力を得て周術期の血行動態に気をつけて、内服薬の種類、開始タイミング、量に至るまで詳細なデータをもとに手術の仕上がり損ねないようにしています。他科トラブル時(糖尿病血糖コントロール、排尿困難、消化器トラブル、脳神経疾患など)にはすぐ他科の協力も得て万全なバックアップのもと術後管理を行っています。

扱っている患者さんが違うため比較は難しいですが、総合病院である当院に移り高齢者や透析患者さんなども増えて随分たくさんの重症症例を扱っています。時に脳梗塞直



後や消化管出血中などに心臓手術が必要なこともあります。そのようなハイリスク症例が随分増えた印象に関わらず少なくとも担当する範囲では心臓病専門病院勤務時よりも術後死亡率は低下しました。当院で心臓手術を受けた患者さんで、術後入院継続中または術後1か月以内に亡くなった方は2020年に手術を受けた方は1.6%（2人/124人）、

2021年は1月～10月末までに手術を受けた方でゼロです。専門病院ではありませんが心臓血管病専門チームとして恥じない成績だと自負しています。死亡率以外にも合併症を減らし長期入院を減らすこと、外来フォローを頻回に行うことで患者さんの満足度を上げることなど、より良い治療を求め現行に満足することなく今後もチーム一同精進していきます。

救急体制の整備

心臓血管外科では緊急で手術を行う必要のある切迫した患者さんがいます。心臓血管外科手術を行っていない病院や緊急対応できない状況も多く、当院では県内外より救急患者さんを広く受け入れています。救急車で患者さんを

お迎えに行く体制が整い県外からも広く救急患者さんを受け入れています。ときに定期手術の予定を調整させていただくこともあります。ご了承ください。

サテライト外来の確立

総合病院の安定した標準治療を広く提供することが使命と考えており岡山県北部、香川県北部の患者さんの受け入れを多数行っています。距離として50km以上離れている患者さんも多く、通院が難しいため、金田病院（真庭市）や香川県の他病院にて心臓血管外科非常勤外来を行い、術前

の治療相談から術後外来通院まで行っています。これにより遠くからわざわざ何度も通院する手間も省けるため患者さん、ご家族ともに大変よろこんでいただいております。

新しい治療

低侵襲手術や大動脈弁形成術など比較的新しい術式も導入しています。2004年に北米で開始された低侵襲冠動脈バイパス術については最新の成績を欧米国際学会、国際雑誌に発表しており当院でも施行可能です。低侵襲弁膜症手術は2018年より国内でも保険償還、一般普及しておりこちらも当院にて施行可能です。

本来は大動脈弁人工弁置換術を行っていた患者さんに対して大動脈弁形成術も取り入れています。50歳未満で大動脈弁治療が必要となった患者さんを対象に自己大動脈

弁の修理を考慮して行っています。この治療は手術数も少なく特化して熟達した技術が必要なため国内より第一人者を招聘（しょうへい）して対応しています。これも当院で国内最高治療を受けてほしいという思いから来ています。人工弁生体弁が非常に頑丈となり、15～20年近く耐久性が保証されるようになってきましたため60歳以上は修理ではなく人工弁置換、80歳以上の大動脈弁狭窄はカテーテル治療を考慮となります。



後列左より 中尾 亮太 臨床工学技士、藤田 将太 臨床工学技士、有安 祥訓 臨床工学技士、釜口 鈴香 手術室看護師、
寶泉 春夫 診療看護師、多田 美津恵 医療クラーク、加藤 秀太郎 医師
前列左より 吉田 賢司 医師、畝 大 医師（心臓手術責任者）、中井 幹三 医長、井上 善紀 医師

	2017年 1月～12月	2018年 1月～12月	2019年 1月～12月	2020年 1月～12月
心臓胸部大動脈手術(開心術)	45	64	111	124
弁膜症手術(複合手術含む)	35	23	51	62
冠動脈手術(複合手術含む)	13	27	40	55
胸部大動脈手術(複合手術含む)	8	11	18	11
その他(心室中隔穿孔、心臓腫瘍、肺動脈血栓内膜摘除など)	4	4	17	15
ステントグラフト内挿術	21	16	22	13
胸部大動脈	8	9	11	5
腹部大動脈	13	7	11	8
腹部大動脈手術(開腹)	17	10	22	11
末梢血管手術	79	104	98	111
合計	162	194	253	259

