

より密接な地域医療連携をめざして

連携便り

Vol.9

・C・O・N・T・E・N・T・S・

■ 特集

私の肺がん手術成績について

自分自身の治療成績をお示しすることが
患者さんへの本当の誠意と確信しています。

Takru Sakuragi



社会医療法人 鹿児島愛心会

大隅鹿屋病院

私の肺がん手術成績について

自分自身の治療成績をお示しすることが
患者さんへの本当の誠意と確信しています。

肺がん診療について自分の切除成績を振り返ってみました。

1. 肺がんを治癒させるためには肺葉切除が必要です。

肺は右側に3つ、左側に2つの合計5つの区画（肺葉）が存在します（図1）。肺癌を手術で治癒させるためには、癌が存在する部分をすべて取りきる必要があるというの当然のことです。しかし、手術において実際われわれの目で見て、目に見えないレベルの癌の広がりはありません。それゆえ、肺癌に対する標準的な根治手術（直すための手術）は、肺癌のその部分だけを取ってくるのではなく、肺癌が存在するその肺葉と、高い確率で癌がお引越（転移）をしているリンパ節をとってくるという方法であります。

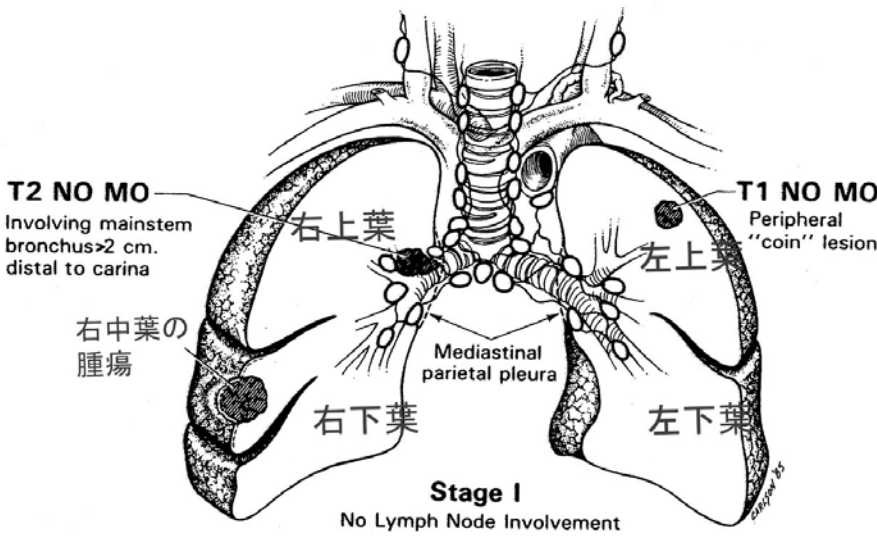


図1. この場合、右中葉もしくは左上葉という一区画をとってきて、気管支の周囲にあるリンパ節まで切除してることが標準的な根治手術



肺癌が大きく、ひとつの肺葉を取ってくるだけでは不十分である場合、右側もしくは左側の肺全部をとることを必要とする場合があります（手術の危険性は5〜10倍ぐらいに上昇します）。
しかし患者さんの中にはもともと肺活量が少なかったり、心臓などのほかの病気を併せ持っていた



大隅鹿屋病院 呼吸器外科部長
櫻木 徹

りするために、前述したような標準的な手術が不可能と考える場合もあります。そのような場合はリンパ節の切除を少なくしたり、特に肺活量が少ない患者さんには肺癌を含めた肺を部分的に取ったりすることがあります。ただ、このような残った肺の端っこに癌が再発する可能性が若干高いのではないかと考えられています。

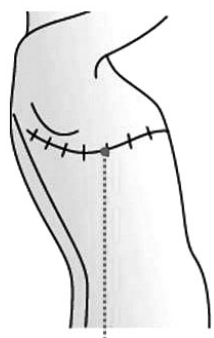
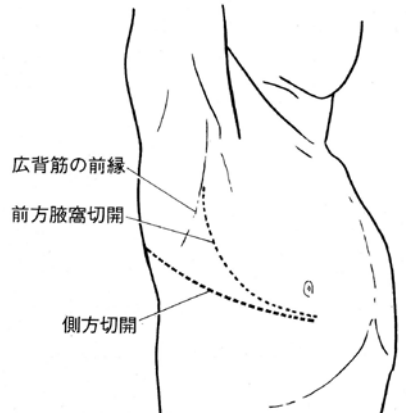
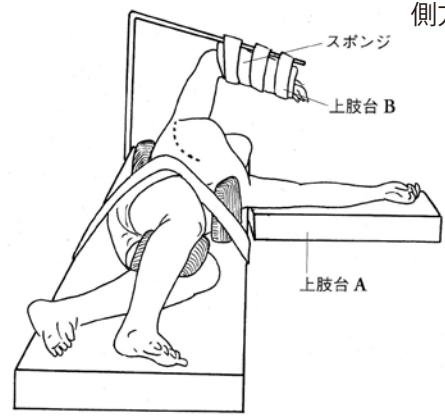
手術方法に関してはいろいろな医療施設の考え方があって、我々と考え方が一致しない場合があります。もし、手術法について多少なりとも疑問が生じ、我々の方法ではなく他の方法でできないだろうかということをおられる患者さんがいらつしゃれば、遠慮なくセカンドオピニオンを取っていただく方針としています。いまや医療は患者さん本人が選ぶ時代であります。患者さんはこのようなことに遠慮される必要はなく、おっしゃっていただければセカンドオピニオン（第二番目の治療方針に対する意



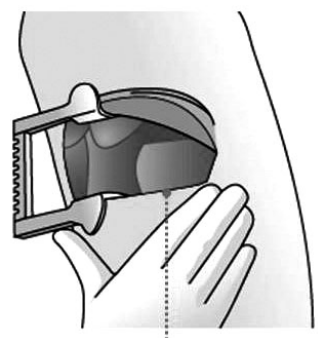
見)としてしかるべき施設に紹介してあります。もちろんその後最終的に当院での治療を希望されれば喜んでお引き受け致します。自分の親と思つて全力を尽くします。

2. アプローチ法（どのような傷になるのか？）

側方開胸（図2）



手術をする場合、通常では背中側、肩甲骨の内側から肋骨に沿って斜め下、前の方向に切開します。



肋骨は切り取ってしまうのではなく、押し広げようします。

(図3)

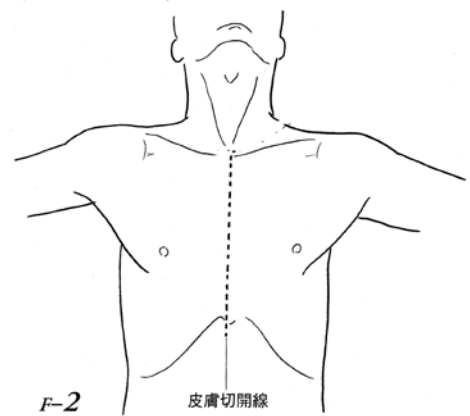


側方開胸は、ほぼすべての肺がん手術において利用し得る方法です。視野が良いため手術は非常にやりやすいのですが、その反面、肋骨と肋骨の間を、ブラインドを開けるようにして開くため手術後の痛みがあり、特に3ヶ月から半年ぐらい、傷より前のほう（乳頭のしたあたり）がしびれたり、時々いたいとおっしゃったりする患者さんが多いようです。これは肋骨の下縁を走っている肋間神経を圧排したことによる痛みやしびれであると考えています。

胸腔鏡下手術（図2右）

従来の側方開胸（図2、図3左）と比べて、傷が小さいことがお分かりになると思います。側方開胸に比べ、明らかに術後の痛みは少ないと思われ、患者さま方には満足いただいていると思います。しかし、すべての症例にこの小さな傷で手術が可能というわけではありません。手術のやりやすさには個人差があることをご理解ください。肺葉の境界が分かりにくい場合や、血管の走行が通常と違ったり、血管の周りをはがしにくいと考えた場合は開胸手術へ移行します。手術中に、肺と肋骨が高度に癒着（くっついていてのこと）していたり、手術操作中に血管を損傷し出血がひどい場合は、安全を第一に速やかに側方開胸へと移行します。胸腔鏡下の手術は傷が小さいため、胸の中に直接手を挿入できないため、理論上出血に対する対処が遅れるだろうという欠点もあります。我々ではできるだけ小さい傷で、従来の開胸法と同じような手術が施行できるよう最大限の努力をするつもりです。

胸骨正中切開



心臓手術でのアプローチ法です。この方法は傷は大きいですが、側方開胸より傷みが少ないようです。上葉切除に適しています。また広い範囲のリンパ節郭清にも適しています。我々の施設は心臓外科を併設していることもあり、このアプローチ法での手術

は十分可能です。私もかつて、この方法を好んで試行していました。治療成績も他のアプローチ法と比べ遜色はないようです（櫻木、坂尾、ほか はたして胸骨正中切開アプローチ



は高侵襲か？平成14年日本外科学会学術集会、京都）

3. 治療成績（長期）—生存率

現代医学の考え方では、いまだ残念ではありますが、切除可能と考えられる肺腫瘍に対しては手術による治療が最善の方法とされています。それゆえ、悪性肺腫瘍だと診断がついていなくても、疑わしい場合は積極的に手術をする事が一般的であると思われれます。私のかかわった肺腫瘍、特に肺癌（肺悪性腫瘍）に対する切除成績によると、手術をして肺癌が治りきったと考えられる人が約60%いらっしやいます（図4）。この成績は、ほかの施設と比べても遜色

のない成績です。しかし残りの約40%の患者さんは、せっかく手術をして、痛い思いをしたにもかかわらず、肺癌が再発してきたために亡くなってしまおうという現実があるのは事実です。

患者さんには、手術後の顕微鏡による切除した肺やリンパ節の検査で、やはり肺癌であり、リンパ節にも転移しているようなど、病期の進行度を説明するようにしています。私の切除成績でも肺がんが進行しているほど、やはり手術の効果は思わしくありません

ん(図5)。しかし結果がどうあれ患者さんは将来的に、老化現象のひとつとも考えられるこの病気と一生上手に付き合っていく必要があると思います。つまり手術の後どこかの病院を定期的に受診して、肺癌の再発がないかどうか検査をします。もし、再発してくるようなことがあれば次の治療を考

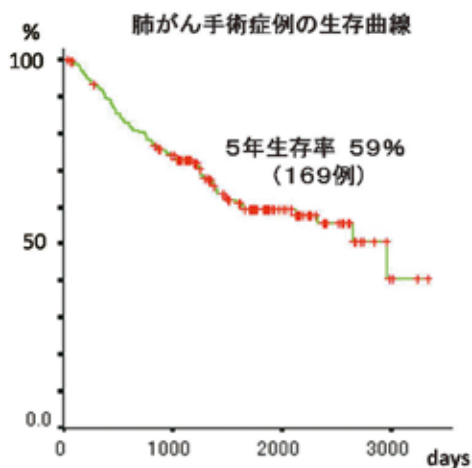


図4
 櫻木が術者もしくは指導的助手(佐賀大学医学部において)として施行した肺癌全手術症例の長期成績

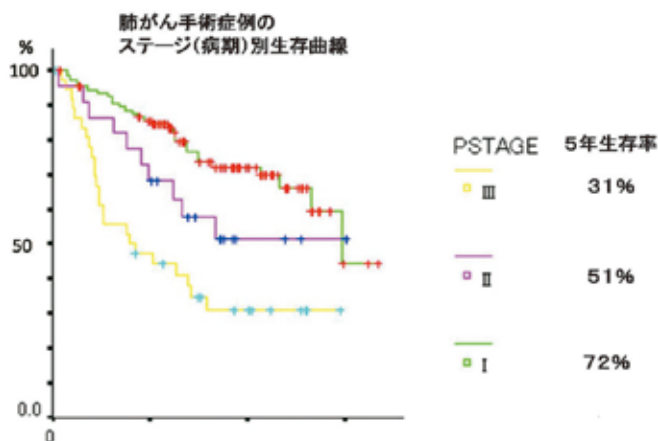


図5
 櫻木が術者もしくは指導的助手(佐賀大学医学部において)として施行した肺癌手術症例の進行度別長期成績

4・治療成績（短期）—合併症率

私は、手術を施したすべての患者さんに元気に退院してもらおうと全力を尽くしてきました。ほとんどの患者さんは問題なく退院されるのですが、時々手術をすることによって、問題が発生し、入院期間が長引いたり、一度退院してももう一度入院したりする必要のある患者さんを経験したことがあります。幸い、2003年以来、手術を契機として命を落とされた患者さんは経験していません。しかし、日本全国の肺がん治療成績を見てみた場合、手術を契機として命を落とされる方がゼロになつたわけでは決してありません。以下の成績は、私の開胸手術および胸腔鏡手術の合併症の確率です。手術は安全にとりおこなっていますが、このような合併症があり得ることは事実であり、正直に公開することが患者さんやご家族に対する誠意だと信じています。

①開胸手術（肺葉切除もしくは肺区域切除） 96例（2003年2月～2009年3月）

原発性肺癌 91例、転移性肺癌 4例、その他 1例

男性 57例 女性 39例 平均年齢 68.6歳

出血量（区域切除以上、中央値）125ml

術後在院日数（中央値）13日 ドレーン抜去日（中央値）3日 手術関連死亡 0例

反回神経麻痺	1%	気管支断端瘻	2.1%
心房細動	10.4%	肺瘻	13.5%
気管支鏡にて吸痰	2.1%	術後出血	0%
肺動脈血栓症	1%	創傷治癒遅延	5.2%
肝障害	6.3%	膿胸	4.2%
消化管出血（胃潰瘍）	0%	乳び胸	1%
肺炎	5.2%	再手術	5.2%
喘息	2.1%		
人工呼吸器	0%		

*太文字で示した合併症は再手術を必要とする可能性がありえる合併症です。

②胸腔鏡下手術（肺葉切除もしくは肺区域切除） 45例（2010年2月～2012年5月）

1例は左心房浸潤にて開胸へ、出血による開胸への移行はなし

肺葉切除と区域切除、部分切除の同時施行 1例

肺葉切除（もしくは区域切除）+ 1群廓清術 28例

出血量（中央値、範囲）：88.5ml, 0-360ml

手術時間（中央値）：3時間47分

肺葉切除+ 2群廓清術 17例

出血量（中央値、範囲）：150ml, 10-534ml

手術時間（中央値）：4時間17分



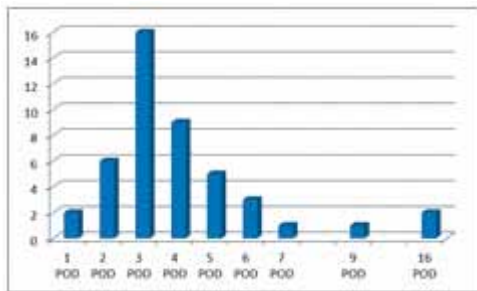


図6. 胸腔ドレーン抜去日



合併症

手術死亡例	0例
肺癆（5日以上ドレーン留置）	4例
術後出血	1例
創傷治癒遅延（背側アクセス孔）	2例
膿胸	1例
心房細動	2例
軽度肝機能障害	2例
そのほか（循環不全、貧血、胸水多量）	3例

*太文字で示した合併症は再手術を必要とする可能性があります。



5. おわりに

私の大隅半島での使命は手術を安全にとりおこなうことだけではなく、患者さんがどのような治療を選択するべきかを、現代医学の知識の裏付けのもとに手助けしていくことだと思っています。たとえば、大隅鹿屋病院では、現時点では不可能と思うような治療法（例えば抗がん剤と放射線治療を手術前に組み合わせるような高度な集学的治療）が必要と判断した場合

は、患者さんにお話ししたうえで、鹿児島大学に依頼することも辞さないつもりです。鹿屋においても日本でもスタンダードかつ最先端の肺がん診療を目指すつもりです。





社会医療法人 鹿児島愛心会

大隅鹿屋病院

〒893-0015 鹿児島県鹿屋市新川町6081番地1
TEL 0994-40-1111 FAX 0994-40-4579
<http://www.kanoya-aishinkai.com/>

「厚生労働省臨床研修指定病院(基幹型)」

- 開設：昭和63年8月
- 病床数：一般313床

● 診療科目

内科・呼吸器内科・呼吸器外科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・心血管外科・外科・整形外科・脳神経外科・放射線科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・リウマチ科・肛門外科・麻酔科・救急科・歯科口腔外科

