

呼吸器外科領域

はじめに

呼吸器外科領域では、肺がんを中心とした肺腫瘍、気胸などの嚢胞性疾患、呼吸器感染症、胸膜・胸壁・縦隔疾患など、呼吸器外科疾患に広く対応した手術を行っています。また、より低侵襲である胸腔鏡下手術も積極的に行っています。

呼吸器外科医 2 名が常勤し、うち 1 名は日本外科学会指導医、呼吸器外科専門医、呼吸器外科専門医制度修練責任者資格(旧 日本呼吸器外科学会指導医と同等)を有しています。当院は、北近畿で唯一呼吸器外科・呼吸器内科の専門医がともに常勤しており、呼吸器内科との連携のもとにすべての手術症例に対して診断、術前後の治療方針について検討し、個々の患者様に最適で一貫した治療ができるように努めております。さらに、合併症を有する患者様の治療に際しては、総合病院の強みを生かして他科との連携をはかるとともに、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション療法士らメディカルスタッフとのチーム医療を通じて、“元気に退院していただく”ことを目標に取り組んでいます。

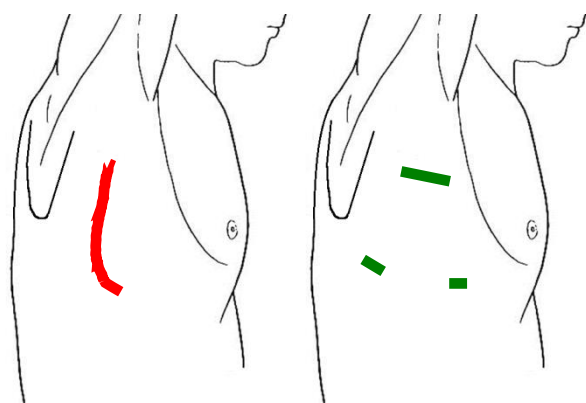
手術実績

| | 2016 年 | 2017 年 |
|--------|--------|--------|
| 原発性肺がん | 24 | 51 |
| 転移性肺腫瘍 | 5 | 5 |
| 縦隔腫瘍 | 3 | 3 |
| 気胸 | 18 | 9 |
| 膿胸 | 1 | 1 |
| 生検・その他 | 8 | 5 |
| 合計 | 59 | 74 |

主な疾患について

1 肺がん

肺がん治療ではガイドラインに沿った標準治療を基本としています。早期のがんでは手術の安全性と根治性を損なわない限りにおいては、低侵襲性を考慮した完全鏡視下手術や胸腔鏡補助小開胸下手術などを積極的に選択しています(図)。2018年現在までに完全鏡視下手術で肺がん手術を受けられた方は術後3~8(平均5.1日)で退院されています。また、0期の早期肺がんや、年齢・呼吸機能を考慮してできるだけ肺の機能を温存したい場合には縮小手術も行っています。手術のみでは治癒が難しいと考えられる進行がんでは、各科が協力して内科治療や放射線治療などと手術を組み合わせる集学的治療も実施しています。



左:一般的な開胸手術
(前方腋窩切開)
約12~15cm

右:胸腔鏡下手術
最長の創は約4~8cm
3(ときに~5)か所の創

2 転移性肺腫瘍(他臓器がんの肺転移)

全身の血液が返ってくる肺にはほかの臓器のがんが転移することがあります。原発部位のがんが制御され肺転移病巣の切除で治療効果が期待でき、かつ切除可能と判断した場合はできるだけ手術の方針としております。通常、胸腔鏡下や小さめの開胸下に行っています。肺を切除する範囲は、病巣の大きさ、数や場所によって個々に決定しています。

また、多数の病変がある場合、適切な治療法を選択するために詳しい診断をつける目的でその一部を切除することもあります。

*これまでの抗がん剤や放射線治療に加え、近年、新たながんの薬物療法も開発され、原発性の肺がん、他の臓器のがんを問わず治療の幅が広がりました。これに伴い、従来手術の対象とならなかった進行したがんでも、これらの治療で一定の効果がみられ、かつ肺に単発~少数のがん病巣が残っている場合、それに対する切除術(サルベージ手術)も積極的に行われています。

3 気胸・気腫性疾患

肺から漏れた空気が、胸腔(肺の入っているスペース)にたまって肺がしぼんだ状態を気胸といいます。原因は、肺表面の風船状の嚢胞(ブラ・ブレブ)や肺気腫の部分が破れて生じることなどが挙げられます。軽いものは安静や胸に管を入れて空気を抜くドレナージで治りますが再発も少なくありません。再発する気胸、空気漏れがなかなか止まらない場合、原因となる嚢胞が明確で切除を希望される場合には手術治療を選択します。手術は、通常2 cm程のキズが2(〜3)か所でほとんどすべてを胸腔鏡下手術で行っています。

肺気腫で多数の嚢胞がある場合には肺表面をシートで覆って補強する方法もあります。若年の方の気胸では準緊急手術として手術待機日数を減らし、学校や職場など早期の社会復帰に努めています。

4 縦隔腫瘍

左右の胸腔に挟まれた部位を縦隔といい、心臓、気管、食道、神経、血管などが存在し、それらから良・悪性さまざまな腫瘍(胸腺腫、嚢胞、がん、奇形種、胚細胞腫、神経原性腫瘍など)が発生し、これらを総称して縦隔腫瘍と呼んでいます。胸腔鏡下、または開胸や前胸部を縦に切開する胸骨正中切開などによって切除します。また、リンパ節の病気が発生することもあり診断目的の手術も実施いたします。神経内科と連携して重症筋無力症に対する拡大胸腺摘出術も行っています。

5 膿胸・胸膜炎

肺の表面を覆う臓側胸膜と胸の壁を裏打ちする壁側胸膜のあいだに、胸膜炎による胸水や感染によって膿がたまる(膿胸)ことがあります。できるだけ早くたまったものを抜くドレナージをして肺の膨らみを回復させ、原因に対する適切な治療を行うことが重要です。しかし、発症からの時期が経つにつれ、胸水中の析出物によって1〜2本のチューブで排出できなくなったり、肺がしぼんだままの状態では析出物や膿が固まって最終的に石灰の殻をかぶった状態になると呼吸機能が損なわれたままになります。慢性期に移行したこのような状態の膿胸に対する剥皮術も行いますが長時間を要する大変な手術です。急性期に析出物を十分取り除いて効果的なドレナージを行い、肺の膨張を回復することで良好な結果が得られます。この段階での膿胸内容物搔爬・ドレナージ手術は胸腔鏡手術のメリットを生かせる治療です。

6 感染性疾患

非結核性抗酸菌症、気管支拡張症、肺アスペルギルス症など難治性感染症の一部は菌の温床となる病巣の存在が治療抵抗性の原因と考えられます。手術治療、内科的治療を組み合わせる集学的治療を行う必要があります。呼吸器内科と十分適応を検討したうえで手術を行っています。

7 その他の手術

アスベストに関連した胸膜中皮腫の診断のための胸膜生検や、呼吸器内科からの依頼で間質性肺炎に対する肺生検(部分切除術)など、診断目的の手術も胸腔鏡下手術を基本に実施しています。

外来診察について

呼吸器外科の診療は、月曜日(午前・午後 平野担当)、水曜日(午前 阪口担当)です。セカンドオピニオンについても対応いたしますし、他院へのセカンドオピニオンについてもご希望の施設があれば快く情報提供をさせていただきます。

おわりに ～呼吸器外科からのお願い

早期の肺がんは無症状のことが多く、症状が出現して発見された肺がんの中には既に進行しており、呼吸器外科医としてお力になれないこともまれではありません。また、肺の手術はそのほとんどが呼吸機能を喪失する内容ですから、いくら早期に見つかった病気でもすでに肺機能がかなり損なわれている場合は治療効果が期待できる根治手術を断念せざるを得ない場合があります。さらに、術後の呼吸機能低下を防ぐためには残った肺にやさしい生活を心がけていただく必要があります。

もし、残念ながら肺に病気が見つかってしまった場合でも“肺の健康寿命”を長く保って充実した生活を送っていただくために患者様に2つのお願いです。

①定期的健診によって早期発見を心がけてください。

症状がでて受診されるのではなく、定期検診をお勧めします。通常の胸部X線では映りにくいタイプのがんがあることや、心臓や骨の影に隠れて大きくなるまで発見しづらい場合もありますのでできればCTでの肺がん検診をお勧めいたします。

②(タバコを吸われる方へ) 禁煙に取り組みませんか？

手術・術後において、肺に痰がたまって窒息や肺炎の原因になり時に生命をおびやかす事態につながります。喫煙による肺の破壊はタバコを止めることでしかブレーキがかけられません。最後に日本麻酔科学会からの禁煙啓発ポスターの内容をご紹介します。

- ・喫煙は手術の合併症を増やし、傷の治りも悪くします。
- ・禁煙はいつから始めても合併症を減らす効果があり、早いほど有効です。
- ・禁煙は手術後も継続することで、病気の経過を改善します。
- ・受動喫煙も手術経過に有害です。家族が手術なら禁煙しましょう。