

無料(ご自由にお持ち帰り下さい)



編集・発行／茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528 ☎0296-77-1121 ホームページ <https://www.hospital.pref.ibaraki.jp/chuo/>

2022年
Vol.47



特集
肺がん
外科治療の現状

教えてドクターQ&A
「手根管症候群について」

特集 「肺がん 外科治療の現状」 2

教えてドクターQ&A 「手根管症候群について」 8

地域連携だより 各診療科のご紹介 10

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

病院長メッセージ

「医師の働き方改革の本格稼働にむけて」

11

新入職員のご紹介 12

消化器外科 部長 若杉 正樹

ドクター紹介 12

泌尿器科 部長 江村 正博

当院で活躍する認定看護師 12

認知症看護認定看護師 門脇 知己



肺がん 外科治療の現状

日本人の死因のトップである「がん」。その中でも最も死亡数が多いのが「肺がん」です。最近は高齢化とともに肺がん患者も増加しています。日々医療は進歩しておりますが、外科治療においても手術の低侵襲化(体に負担の少ない手術)や手術手技の向上に伴って、手術適応の拡大増加など将来的にも期待されています。そこで今回は「肺がん 外科治療の現状」についてお話ししたいと思います。



きよしま もりゆき
呼吸器外科 部長 清嶋 譲之

日本外科学会専門医・指導医、日本呼吸器外科学会専門医、日本呼吸器学会専門医・指導医、日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医・指導医

患者さんにとって最適でかつ、安全で質の高い肺がん治療を行つため、チーム一丸となって最善を尽くします。

外科治療の対象

肺がんは組織型により非小細胞がんと小細胞がんに分けられます。がんの進行度は腫瘍の大きさやリンパ節転移、遠隔転移の有無や部位などによってステージIからステージIVに分けられます。

肺がんの外科治療は手術によって全てのがん病巣が切除できることが前提であり、遠隔転移がある場合や広範にリンパ節転移がある場合は手術の対象とはなりません。

よって外科手術の対象は主に非小細胞肺がんであり、ステージIからステージIIIAの一部までということになります。また、小細胞肺がんであってもリンパ節転移の無いステージIIBまでは手術の対象となります。

実際に手術を行うかどうかを決める際には、上記のがんの組織型や進行度だけではなく、患者さんの健康状態が手術に耐えられるかどうかというのも重要になります。例えば重篤な心疾患があり手術や全身麻酔を受けられないとか、肺機能がとても悪く肺切除に向かないということもあるわけです。

ですから、手術の前というのは、進行度と組織型を調べるだけでなく、全身の状態も同時に調べて手術を行うかどうかを決めています。

【肺がんの手術適応】

- 切除対象となる進行度と組織型
 - 非小細胞がんではStage IIIAの一部まで
 - 小細胞がんStage IIAまで
- 手術に耐えられるかどうか？（耐術能）
 - 全身機能から肺切除に耐えられるかどうか（特に心肺機能）

	N0	N1	N2	N3	M1a	M1b	M1c
T1mi	I A1						
T1a							
T1b	I A2						
T1c	I A3		II B				
T2a	I B			III A	III B		
T2b	II A					IVA	IVB
T3	II B						
T4			III A	III B	III C		

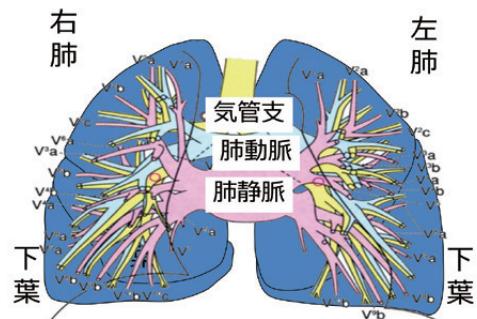
日本肺癌学会編. 臨床・病理肺癌取り扱い規約
第8版補訂版. 2021年 金原出版より作成

肺の構造

肺は左右に一つずつあり、右は上葉(じょうよう)、中葉(ちゅうよう)、下葉(かよう)、左肺は上葉、下葉の二つに分かれています。

この中に肺静脈、肺動脈、気管支が入っています。心臓から肺動脈が出て、気管支を通じて入ってきた空気から酸素を血液の中に取り込んで、それが肺静脈を通じて心臓に戻っていき全身を回っています。この酸素を取り入れるとともに二酸化炭素を体外に出すという動きを肺は行っています。

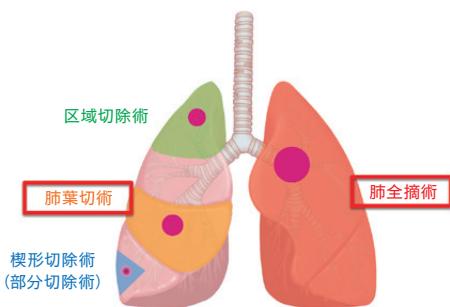
【肺の構造】



肺がん手術の基本

肺をどのように切除するかによって術式名が変わります。片肺を全部取るというようなものは肺全摘といいますが、現在は少なくなっています。がんがある肺葉をまるごと切除するというような術式は肺葉切除といい最も一般的な肺がんの切除術式です。区切りは無いもののそれぞれの肺葉は2つから5つまでの区域に分けることができ、この単位で切除する術式を区域切除といいます。上記のような解剖学的に構造によらず腫瘍とその周囲のみを切り取る小さな切除を部分切除といいます。

【肺の切除術式】

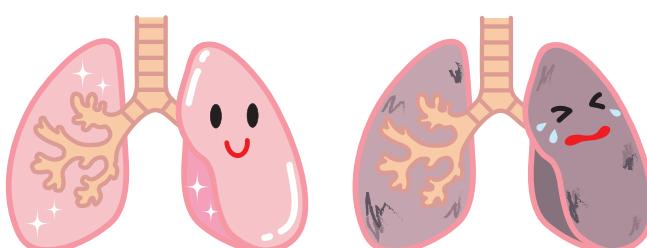


肺葉切除（肺全摘）+リンパ節郭清を標準術式としている

肺がんの標準手術

現在のところは肺葉切除もしくは肺全摘術にリンパ節郭清を決められた範囲を行うというのがガイドライン上の標準術式になっています。

リンパ節には番号がついており肺葉ごとにどこのリンパ節に転移しやすいかというのがこれまでの研究で分かっています。肺がんの手術では肺を切除するとともにその範囲のリンパ節をきちんと取ることを同時にやっており、これが標準手術になります。



肺がんに対する縮小手術

標準手術は前述の通り肺葉切除（もしくは全摘）とともにリンパ節郭清を行うものです。それに対して縮小手術は、区域切除や部分切除などをいいます。縮小手術には高齢者や肺が悪い患者で標準手術ができないときに行う消極的適応、早期の肺がんなどで縮小手術でも十分治る場合に行う積極的適応の2種類があります。

【標準手術と縮小手術】

● 標準手術

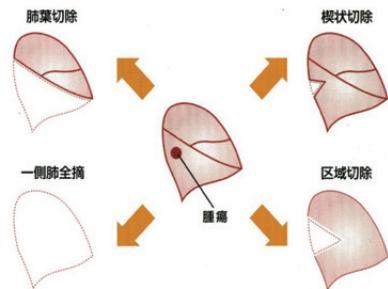
肺葉切除（もしくは肺全摘）+リンパ節郭清

● 縮小手術

区域切除、楔状（部分）切除

消極的適応：高齢者や肺が悪い患者さんで標準手術が適応不可のとき

積極的適応：早期肺がん（すりガラス状陰影）、腫瘍径が小さくリンパ節転移の無いもの？



日本肺癌学会編「患者さんのための肺がんガイドブック2021年版」
図2 肺がんの切除の方法 p83.金原出版

縮小手術の適応拡大の試み

60年以上前から行っている現在の標準術式は肺切除範囲が大きすぎるのではないか？もっと小さい切除でも治るのではないか？という疑問は昔からありました。そのためにいろいろな臨床研究がされてきました。

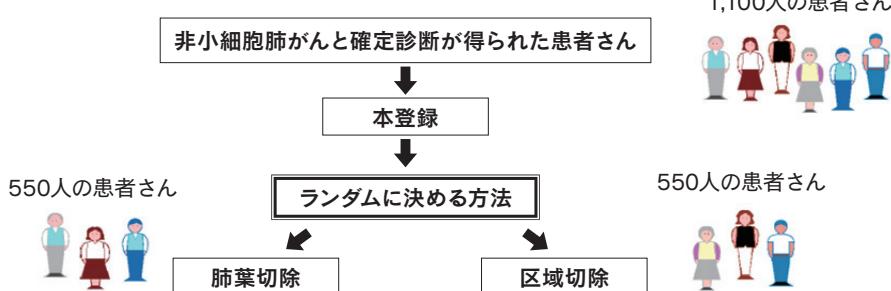
15年ほど前から日本で肺葉切除と区域切除を比較する臨床実験が行われ、当院からも10名ほどに参加していただきました。これはリンパ節転移のない2cm以下の肺がんに対して、肺葉切除をするか、区域切除をするかというランダム化比較試験です。この結果が最近発表されこのような患者さんでは区域切除を行った方が生存率が良く、肺葉切除の方が亡くなる確率が高いという衝撃的な結果でした。解釈の仕方はいろいろあるため更なる検討が必要ですが、今後、区域切除が標準手術となる可能性もあります。

このほかにもCTですりガラス状陰影を呈するタイプの肺がんは非浸潤性肺がんという転移しないような性質のものであり、縮小手術で治癒できることがわかってきています。

【肺葉切除と区域切除の臨床試験】

JCOG0802/WJOG4607L

対象：2cm以下のリンパ節転移の無い末梢発生肺がん



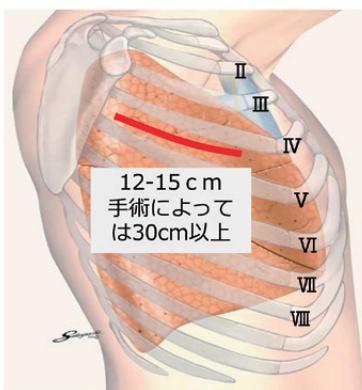
当院からも10人の患者さんに参加して頂きました

手術のアプローチ方法

手術はもともと胸を大きく開く開胸という方法で行っていましたが、90年代以降ビデオ画像を見て手術を行う胸腔鏡下手術が普及してきました。この10年においてはロボット支援下手術が導入され、さらに最近では単孔式という一つの穴でやるような手術も行われるようになっています。

一般的には開胸手術は侵襲が大きいとされています。疼痛も、胸腔鏡下手術よりは強い傾向にはありますが、硬膜外麻酔という痛み止めを用いているのでさほど痛みは感じません。また本人が痛みを感じるとボタンを押して薬が出る(PCA)などの鎮痛のやり方も進歩していて、開胸手術でもそれほど痛くないことが多いです。

ただし数年経っても開胸をした前のところが重い感じがするなどの症状、開胸後疼痛症候群といった症状はやはり開胸手術に多い状況です。

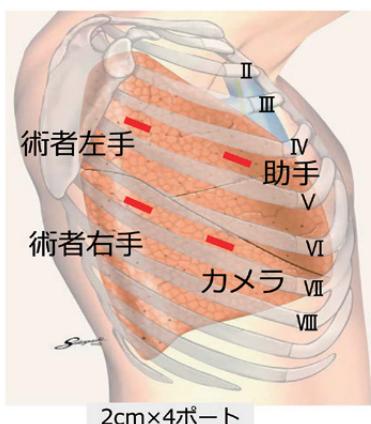


【開胸手術】

- ・あらゆる手術に対応可能
- ・出血などの対応もとりやすい
- ・一般的に手術侵襲が大きく、術後疼痛も強い

胸腔鏡下手術とはいっても一概に一つの方法を指すものでは無く、施設によって様々な方法がとられています。当院では4カ所の穴を用いてモニターだけを見ながらやる完全鏡視下手術というやり方をしています。現在は当院では8割以上の肺がん手術をこの方法で行っています。

胸腔鏡手術には開胸手術と比べ痛みが少なく、術後の回復が早いという利点はあるのですが問題点もあります。最も重要な問題点としては大量出血したときの対応が挙げられます。このため出血のリスクが高いような症例、リンパ節が腫れていて血管の処理が問題になるような方では胸腔鏡では無く開胸の手術をお勧めすることになります。



【完全鏡視下手術】

- ・開胸手術と比べ術後の痛みが少なく、手術後の回復が早い
- ・巨大な腫瘍や合併切除が必要な症例では行えないこともある
- ・出血時などは開胸が必要となることもある

10年ほど前より肺がん手術にもロボット手術が導入されており、県立中央病院でも行っております。ダヴィンチという機械のアームを使いながら行う手術であり、長所としては小さい手術創で拡大視、立体視ができること、多関節が使えるようことがあります。また通常の手術では人間の手の震えがどうしても出ますが、ロボット支援下手術ではそれが無く繊細な操作が可能とされています。問題点としては触覚がないこと、出血時に機械を引き抜くのに時間がかかり対応が難しいことなどが挙げられます。

【ロボット支援手術システム (daVinci; ダヴィンチ)】



その他にも当院では行っておりませんが、単孔式手術という一つの穴で手術をやるという方法があります。中国で盛んにやっており、日本にも導入されています。今後、症例によっては適応となるものも出てくるかもしれません。

以上、いろいろな手術のやり方を紹介しましたが、アプローチ方法が違っても切除する臓器や範囲は同じです。それぞれの長所短所を考えてアプローチ方法を決定する必要があります。

手術治療の実際

肺がんは大体3時間ぐらいの手術が多く、手術日は重症病棟に入り、翌日から歩行と食事開始、2、3日目に胸のドレーンが抜けて、4日目か5日目には退院ということが多くなっています。

【肺がん手術スケジュール】

- 術前日：入院
- 手術日：術後 HCU (High Care Unit) 病棟へ
- 1日目：歩行と食事開始、X線、採血
- 2日目：尿カテーテル抜去、X線
- 3日目：胸腔ドレーン抜去、一般病棟へ、X線、採血
- 4日目：硬膜外カテーテル抜去
- 5日目：退院、X線、採血

手術の合併症

「私は失敗しませんから」というようなテレビドラマがありますが、手術は同じことをやってもいろいろな合併症が生じることがあります。命に関わる可能性も、全国の統計だと0.8パーセントぐらいになっています。

私どもの施設では昨年までの10年間における手術関連死亡は0.5パーセントぐらいで、200人に1人ぐらいは命に関わるという可能性があります。性別や年齢、手術前の肺の状態などによって、リスクというのは変わってきますので、手術前にはその説明をすることになります。

【術後合併症】

- ・肺がん手術の後に大きな合併症がおこる確率は5%程度とされています
- ・肺がんの手術が命にかかる可能性は0.8%とされています
- ・性別、年齢、術式、術前合併症、術前の肺の状態などによって危険性は異なります

手術後の経過

退院された場合は、術後5週間ほどに病理結果を説明して、その結果によって追加治療をやるかどうかが決まります。そういうことがなければ、術後1年までは3ヶ月から半年毎、術後5年までは6ヶ月毎、術後10年までが1年毎に検査を行い手術後10年まで様子を見るようにしています。

【術後の経過観察】

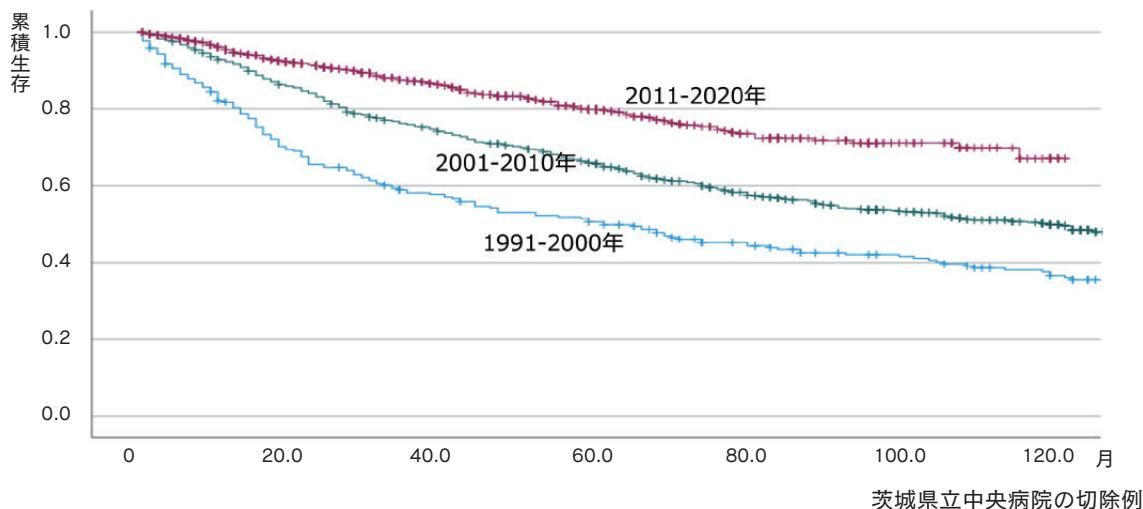
- 術後2週間：外来受診、XP確認、創部確認、抜糸
- 術後5週間：病理結果確認 必要であれば、補助化学療法→呼吸器内科
- 術後1年まで3～6ヶ月毎：定期検査(画像、血液)
- 術後5年まで6ヶ月毎：定期検査(画像、血液)
- 術後10年まで1年毎：定期検査(画像、血液)

肺がん手術の成績

図は県立中央病院の肺がん手術後の生存率を1991年からの10年、2001年からの10年、2011年からの10年で分けて示したものです。手術後の生存成績は年代別に改善してきていることがわかります。これは肺がんの手術の変化だけに起因するということではなく、PET/CT検査などの画像検査で手術対象をきちんと選べるようになったこと、周術期の管理が良くなって手術関連死亡が少なくなったこと、また周術期の薬物療法、再発時の治療が良くなっているなどの総合的な理由によるものと考えられます。

【肺がん切除後の全生存期間】

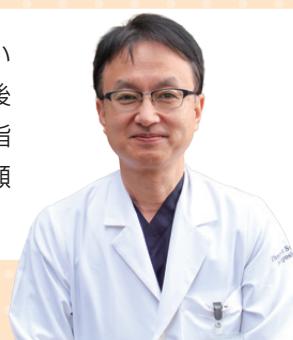
肺がん手術の治療成績は年々改善しています



茨城県立中央病院の切除例

低侵襲手術や縮小手術の普及によって手術はより体に優しいものになってきていますし、なっていこうとしています。術後の生存成績も改善はしていますが、今後もさらなる改善を目指す必要があると考えております。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

清嶋先生からひとこと



しゅ こん かん しょう こう ぐん

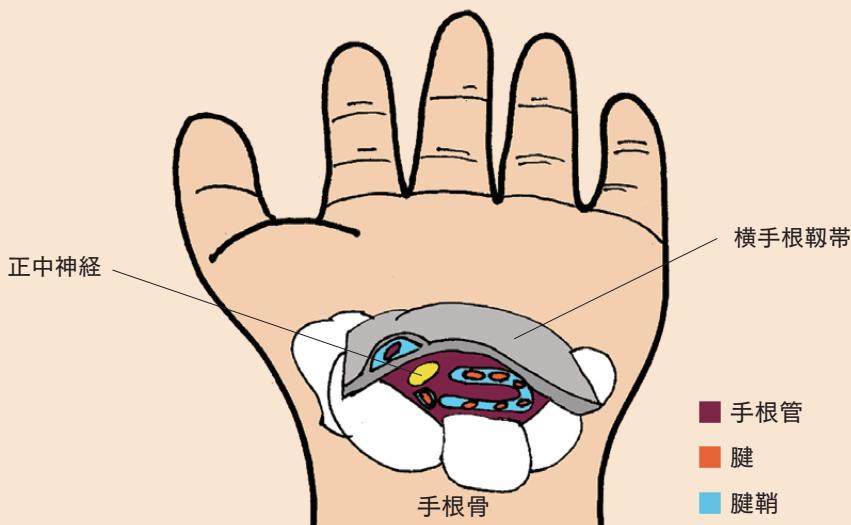
手根管症候群について

Q : 手根管症候群とはどんな病気ですか？

A : 手根管とは手首にある手根骨という骨と横手根靭帯という靭帯に囲まれた（空間）トンネルで、このトンネルに指を曲げる腱や神経が通っています。この手根管内で何らかの原因により正中神経が圧迫され生じる神経障害です。

Q : 手根管症候群はどんな人に多いですか？

A : 原因不明である特発性の方は中年女性に多くみられます（男女比 1：3）。特発性が全体の7割を占めます。原因がわかる続発性には長期透析患者、関節リウマチによる腱鞘滑膜炎、手首の骨折によっても生じます。また、妊娠中期以降の方にもしばしばみられます。



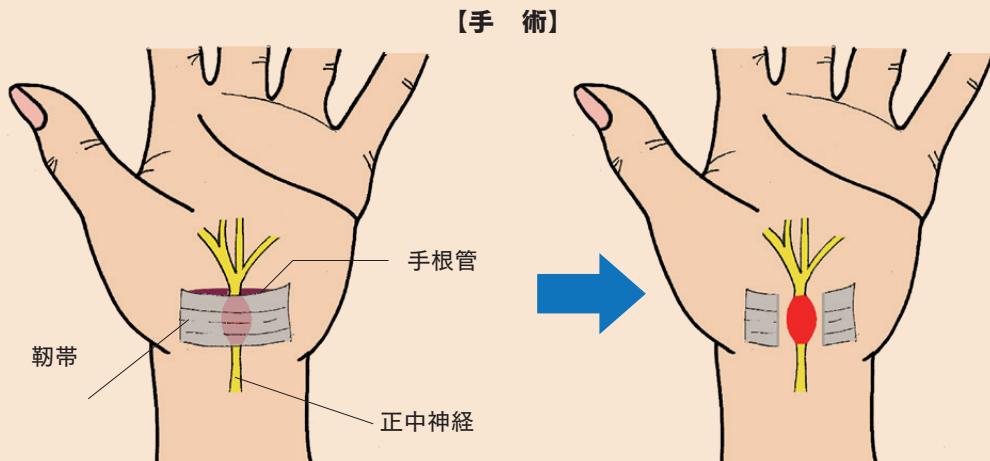
Q : 手根管症候群の症状にはどのようなものが多いですか？

A : 自覚症状として、中指を中心とした母指、示指のしびれと感覚低下、ときに同部位のピリピリするような痛みを訴えます。典型的な例では、夜間や明け方に痛みやしびれ感が増悪し、痛みのため目がさめると訴えます。進行例では、親指付け根の筋萎縮^{きんいしく}がみられ、ボタンがかけにくい、箸がうまく使えないなどの症状が出現します。



Q：手根管症候群の治疗方法について教えてください

A：妊婦や親指付け根の筋萎縮がひどくない軽症例では、薬剤、夜間副子固定、局所ブロック注射などの保存療法が行われます。保存療法が無効な場合や、痛み、しびれの症状が強い方、筋萎縮が進行した方は手術療法を行います。典型的な手術法は手根管開放術で、狭窄部のトンネルの一部である横手根靭帯を切離する手術です。現在では直視下（神経を直接見て確認する手術）と内視鏡下（神経を小さいカメラ越しにみて手術）の2つの手術方法があります。



Q：手根管症候群の予防法はありますか

A：手根管症候群の治療の1つには「安静」があります。手の使いすぎの可能性もあり、できる限り症状のある手を休めることです。装具（サポートやスプリントとも呼びます）を装着することもあります。握りこぶしを作るのはもちろん、柄の細い道具は手首の負担になるので、包丁やフライパンなどは柄の太いものにし、フライパンを持ち上げるときなどはできれば両手で行なったり、パソコンのキーボードを打つ際は手首をまっすぐにするために、専用のパームレストを使ったり、タオルを敷いて手首の位置を整えて予防します。



整形外科
部長
しんぼり
新堀 ひろし
浩志

手根管症候群は圧迫により生じる神経障害の中で最も多い末梢神経障害で、一生涯の中で手根管症候群を発症する確率はおよそ10%といわれており、両側例も多いです。単なるしびれだからと放置をし、親指の筋萎縮が目に見えるほど変化すると元通りに回復することは難しい状態です。親指から中指のしびれが持続する場合は、一度最寄りの整形外科受診をお勧めします。

地域連携 だより

地域連携機関の皆さんには当院の地域連携に格別のご高配を賜り、
厚く御礼申し上げます。

また、患者さんにおかれましても常日頃ご支援をいただき、誠にあり
がとうございます。地域連携だよりのコーナーでは当院の情報をお知ら
せいたしますので、今後ともよろしくお願ひいたします。

各診療科のご紹介



耳鼻咽喉科・頭頸部外科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科
部長

にし むら ぶん ご
西村 文吾 (前列左から3番目)

耳鼻咽喉科・頭頸部外科では耳、鼻、咽喉頭のあらゆる疾患に対応しております。頭頸部の感覚器、運動器における様々な疾患は、音を聞く・匂いを嗅ぐ・食べる・話す・呼吸をするなどの重要な機能を損ない、生活の質（QOL）に大きく関わってきます。適切な診断、治療を行うことが症状からの解放、機能の温存につながります。時には積極的な手術治療が望ましい場合もあります。緊急での気道確保や、感染症等に対する外科的治療にも積極的に対応しています。

当院はがん診療連携拠点病院であり、頭頸部がん専門医制度指定研修施設です。頭頸部がんには口腔・咽喉頭がんを初め、鼻副鼻腔がんや唾液腺がん、甲状腺がんなど多種多様な疾患が含まれます。良性腫瘍も含め、頭頸部腫瘍性疾患全般に対する治療に力を入れています。再建を要する進行がんに対しては形成外科と合同で手術を行っています。機能の温存が目指せる場合には放射線療法や化学放射線療法を行います。また機能温存のため内視鏡を用いて経口的に咽喉頭がんを切除する手術も行っています。やむを得ず喉頭を摘出し発声機能を喪失した患者様にも、気管食道シャント術を行い、ボイスプロテーゼ（プロヴォックス®）を装着することで音声によるコミュニケーション機能の再獲得を目指しています。近年開発された光免疫療法は、手術、放射線、抗がん剤、免疫チェックポイント阻害薬に次ぐ“第5の治療法”として注目されていますが、当院はその施設要件を満たしており、施術が可能となるよう準備をしています。

当院には多職種から構成された摂食嚥下サポートチーム（SST）があり、摂食・嚥下障害看護認定看護師や言語聴覚士とともに嚥下機能の評価やリハビリテーションに取り組んでいます。リハビリテーションによる回復が困難な高度な嚥下障害に対しては、誤嚥防止手術や嚥下改善手術を行っています。

患者さんの命と機能を護るために、最新、最適の医療を提供すべく多くの選択肢を提示し、徹底して治療に取り組んでいくようチームを挙げて努めています。なにかございましたらお気軽にご相談いただけますと幸いです。

病院長メッセージ

—第10回—

「医師の働き方改革の本格稼働にむけて」

茨城県立中央病院
茨城県地域がんセンター

しま すい
病院長 島居

とおる
徹



法改正により、2024年4月より医師の働き方改革の法規制が適用されます。医師の働き方改革が行われる背景としては、医療介護ニーズが増加していく一方で長時間労働に代表される過重労働が問題となり、医師不足が深刻化していることが挙げられます。これまで医療現場をささえる医師の長時間労働は当たり前のものとされてきましたが、多くの医師がその意義を理解しつつも、その過酷ともいえる勤務状況から違ったキャリアを模索する例が増えています。こうした流れはますます医師不足を助長することになり、その結果、残った医師の労働環境がさらに過酷なものになる悪循環を生み出します。実際、厚生労働省の2017年の調査でも、医師の時間外労働が発生する理由として、人員不足という回答が31.8%を占めています。団塊の世代が75歳（後期高齢者）を迎え、医療介護ニーズの最大化が予想される医療の2025年問題にむけて、必要な医療人材を確保するためにも、医師の働き方改革は必須のものとされています。

2016年の調査によると、時間外労働が年1,860時間を越えると推定される医師が勤務している病院は、大学病院で88%、救急救命機能を有する病院で84%、許可病床400床以上の病院で71%を占めるとされます。（厚生労働省「医師の働き方改革について」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000818136.pdf> より）働き方改革では、基本的な時間外労働を年960時間に規制し、月単位では100時間を越えないことが原則とされます。県の指定をうけ

ると過渡的措置として、上限規制が緩和されますが、それらの医師に対して面接指導、労働時間短縮の計画作成、連続勤務時間の制限による代償休憩などが必要となり、平日日中勤務への制限が発生する可能性があり、日常診療への影響などが危惧されます。

さて、そもそも医師には応招義務が謳われ、主治医の急な呼び出しやご家族との対応（面談など）が夜間・休日を問わず発生することも時間外労働が増加しやすい背景のひとつです。したがって働き方改革を達成するには、チーム医療による主治医の代行の推進やご家族の対応などを可能な限り勤務時間内に行うことが必要とされています。

当院は、地域がんセンターかつ都道府県がん診療連携拠点病院として高度専門的がん診療や救急診療を始めとする政策医療の提供など自治体病院としての役割があり、休日夜間を問わず医師の業務が発生しやすい診療体制を要求されています。すでに2017年から休日勤務に対する休暇の振替取得による時間外勤務の削減やコメディカルの支援による医師業務の分散など（入院サポートセンター、医師事務作業補助者の活用、認定看護師による業務代行（準備中）など）に努めてまいりましたが、2024年4月の本格稼働にむけて医師の働き方改革をさらに推進していく所存です。過重労働を解消することは、より効率的かつ安全安心な医療を提供することにもつながりますので、県民の皆様の一層のご理解ご協力ををお願いする次第です。

はじめまして!

新入職員のご紹介



消化器外科 部長 若杉 正樹
わか すぎ まさ き

2022年10月に着任いたしました。これまで約20年、消化器外科診療に携わってきましたが、今回、縁あって茨城県立中央病院で働くことになりました。

専門は肝胆膵外科、腹部ヘルニアの治療です。必要に応じて腹腔鏡などの低侵襲手術を取り入れつつ、安全で質の高い外科治療を目指して努力を続ける所存です。どうぞよろしくお願ひいたします。

ドクター紹介



泌尿器科 部長 江村 正博
え むら まさ ひろ

筑波大学出身で2016年に当院に赴任し、気が付けばもう7年目になります。それまでは主に県内の病院で勤務し腹腔鏡手術、ロボット手術を中心に研鑽を積んでまいりました。

趣味は将棋ですがコロナ禍もあり最近は棋友と盤を挟む機会もなくなりすっかり「観る将」になってしまいました。当院に赴任してから地域性なのか時代の流れなのか高齢の患者さんと接する機会が増えていると実感しております。低侵襲手術や排尿管理などで患者さんの健康維持に貢献したいと思います。

当院で活躍する認定看護師

認知症看護認定看護師
かど わき とも き
門脇 知己

認知症分野は現在4名の認定看護師がおります。4名それぞれ病棟・外来の違う部署に所属しています。

認知症を持つ方の治療には“治療意思決定や今後の治療方針をどうするか？”という問題など様々な困難が生ずる可能性があります。私たちは患者さんに“認知症があっても安心して治療・入院ができるにはどうするべきか”を常に考えています。また、認知症ケアの質向上を目指しています。

当院にはもの忘れ外来があります。受診希望の際はご予約前に脳神経外科外来にご相談ください。



左より坪看護師、門脇知己看護師、市毛看護師、門脇陽子看護師

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528 ☎0296-77-1121
ホームページ <https://www.hospital.pref.ibaraki.jp/chuo/>

