

説明文書

肺がんに対する手術

この文書は、患者： 様への肺がんに対する手術について、その目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

(説明者記入欄)

説明年月日：	年	月	日		
説明時間：	時	分	～	時	分
説明場所：					
説明医師：	㊟ ※自署の場合は押印不要				
同席看護師：	㊟ ※自署の場合は押印不要				

(説明を受けた方の記入欄)

本人：					
(自署)					
同席者氏名：	本人との関係				
	()				
同席者氏名：	本人との関係				
	()				

1. あなたの病名と病態

a. 病名：

これまでの諸検査の結果、あなたの病名は「肺がん」ないしは「肺がんを強く疑う」病状です。

b. 病態

肺がんの病期（進み具合）は肺がんの大きさ（T 因子）、どこのリンパ節まで転移しているか（N 因子）、遠隔転移があるのかないのか（M 因子）によって決まります。

あなたの病期は現時点で以下のように診断しています。

- ・ 肺がんの大きさ他：(T0, Tis, T1mi, T1a, T1b, T1c, T2a, T2b, T3, T4)
- ・ リンパ節転移の程度：(N0, N1, N2, N3)
- ・ 遠隔転移の有無：(M0, M1a, M1b, M1c)
- ・ 臨床病期：(0, IA1, IA2, IA3, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IV)

2. この治療の目的・必要性・有効性・適応

あなたの肺がんは現在 1-b で示しましたような病態にあり、治療しなければ徐々に進行して、命を脅かすことになってしまいます。

一般的には肺がんの病期Ⅰ期、Ⅱ期には手術療法が、がんの根治に最も有効な治療法であると考えられています。病期Ⅲ期には外科治療を含めた集学的治療法（複数の治療）が選択されます。

日本の非小細胞肺がんの治療成績（5年生存率）は、病期によって異なりますが、ⅠAで約87%、ⅠBで約74%、ⅡAで約62%、ⅡBで約50%、ⅢAで約28%、ⅢBで約28%です〔肺癌登録合同委員会：2004年肺癌外科切除例の全国集計に関する報告、肺がん50 875-888 2010〕。Ⅰ期の予後は以前に比較してかなり良好となりましたが、Ⅲ期以上の予後は未だ厳しいのが現状です。

3. この治療の内容と注意事項

手術の方法は、がんが肺のどこに存在するか、がんの大きさやリンパ節の転移の有無などによって決まります。あなたの場合は、アプローチ、術式、リンパ節郭清、合併切除臓器については、以下の方法が勧められます。但し手術中に医師の判断で変更になることがあります。

●アプローチ（到達法）

- 1) 胸腔鏡下手術 —胸腔鏡を用いた小切開法（約3~6cm）
- 2) 前方腋窩下開胸法—腋窩の下から前胸部にかけての切開法（約15cm）
- 3) 後側方開胸法 —背中から前胸部にかけての切開法（約35cm）
- 4) 胸骨正中切開法—胸部の中央部を縦に切開する方法（約30cm）
- 5) その他

●術式（肺の切除量）

- 1) 肺葉切除術（肺葉ごとの切除）
- 2) 肺全摘術（片肺全部の切除）
- 3) 肺区域切除術（肺葉の中の区域の切除）
- 4) 肺部分切除術（肺葉のごく一部の切除）
- 5) その他

●リンパ節郭清（肺や胸腔のリンパ節の摘除）

- 1) 標準的リンパ節郭清
- 2) 縮小リンパ節郭清：理由_____
- 3) 拡大リンパ節郭清：理由_____

●合併切除臓器：なし、胸膜、胸壁、心膜、横隔膜、大血管、その他（_____）

□全身麻酔下に側臥位とし、側胸部に皮膚切開を置いて手術を行います。手術時間は通常_____時間ですが、肺の癒着や出血などにより手術時間が延びることや、創が大きくなる場合がありますのでご了承下さい。また術中に予期せぬがんの進展がある場合、切除不能と判断する場合があります。閉胸時に胸腔ドレーン（管）を挿入して手術を終了します。

全身状態が安定していれば術後1～2日目より飲食、歩行を再開します。術後数日で胸腔ドレーンを抜去し、術後10～14日頃の退院を目標としています。切除した組織は病理検査に提出し、病変の病理診断と進行度の確定を行います。進行度によっては術後補助化学療法が必要になることがあります。治療が終了後、再発がないか定期的に検査を行います。

* 輸血：一般には輸血をする可能性は少なく、肺葉切除術で数%程度です。しかし手術中や術後に出血が多く輸血が必要と判断すれば、当院で用意した検査済みの血液製剤を使わせていただきますので、あらかじめご了承下さい。

4. この治療（検査）に伴う危険性とその発生率

胸部外科学会の2008年学術調査によると、肺がん手術の死亡率（術後30日以内）は0.3%でした。また術後合併症は次のとおりです。

1. 出血：通常出血量は200ml以下ですが、まれに出血が多くなり輸血が必要となることがあります。術後出血で再手術（止血術など）を行う場合が1%程度あります。
2. 肺合併症：
 - 肺炎、無気肺、膿胸など：低肺機能、喫煙、高齢、糖尿病などの併存因子があるとリスクが高くなります。術後に喀痰が自己喀出できない場合は経皮的用気管内チューブ（ミニトラック）留置や気管切開術、呼吸不全となる場合は人工呼吸管理を行う場合があります。

- 肺瘻：術後に肺から空気漏れすることです。軽度のものがほとんどであり、経過観察で1週間以内に改善することが多いです。中等度～高度の場合は追加ドレナージ術や癒着術、まれに再手術を必要とすることがあり、入院期間が1週間程度延長することがあります。喫煙、肺気腫、間質性肺炎などの併存因子があるとリスクが高くなります。
 - 気管支断端瘻：切断した気管支が離開して治癒せず、気管支の瘻孔を通じて胸腔と外気が交通する状態です。まれですが一旦発症すると難治性で、膿胸や吸い込み肺炎を合併し全身状態が非常に悪化する場合があります。治療は胸腔ドレナージ、再手術（瘻孔閉鎖目的）、開窓術などです。
 - 間質性肺炎：原因不明の肺炎。発症した場合、また急性増悪した場合は致命的となることがあります。0.1%以下
 - 反回神経麻痺（嗄声；一時的ないし永久的）：主にリンパ節郭清時の神経損傷による。
 - 乳糜胸：太いリンパ管損傷により、リンパ液が胸腔内に漏れ出ることです。対処法は経過観察、脂肪制限食、絶食、癒着療法、再手術などです。
3. 循環器系：不整脈、心不全、心筋梗塞
(抗血小板薬や抗凝固薬を使用されている方は中止ないし代替療法を行う場合があります)
 4. 神経系：術後せん妄（一時的な混乱状態）、横隔神経麻痺、Horner 症候群、手掌の発汗減少など
 5. 肝機能障害、腎機能障害、胃腸障害
 6. アレルギー
 7. 創部離開、創部感染
 8. 術後疼痛、発熱
 9. 血栓症（深部静脈血栓症、肺塞栓症）、脳梗塞
 10. その他、予測困難な合併症

2012年の肺がん診療ガイドラインによると、胸腔鏡下の肺葉切除における肺合併症の頻度は以下の通りであり、高いものでもいずれも3%程度です。（肺炎2.97%、肺塞栓0.23%、無気肺2.11%、気管支断端瘻0.23%）

合併症が発生した場合は、直ちに病状の説明と最善の治療を行います。合併症の多くは保存的治療で軽快しますが、時には緊急手術などが必要な場合があります、生命の危険に及ぶことがあります。合併症の発生により入院期間が延長することがあります。また術後合併症の発生には術前の心臓や肺などの合併症の有無が大きく影響し、その他にも術前合併症が存在すると、術後合併症の危険が上がります。また手術の術式等によっても合併症の危険が上がりますのでご注意ください。

術前合併症：

