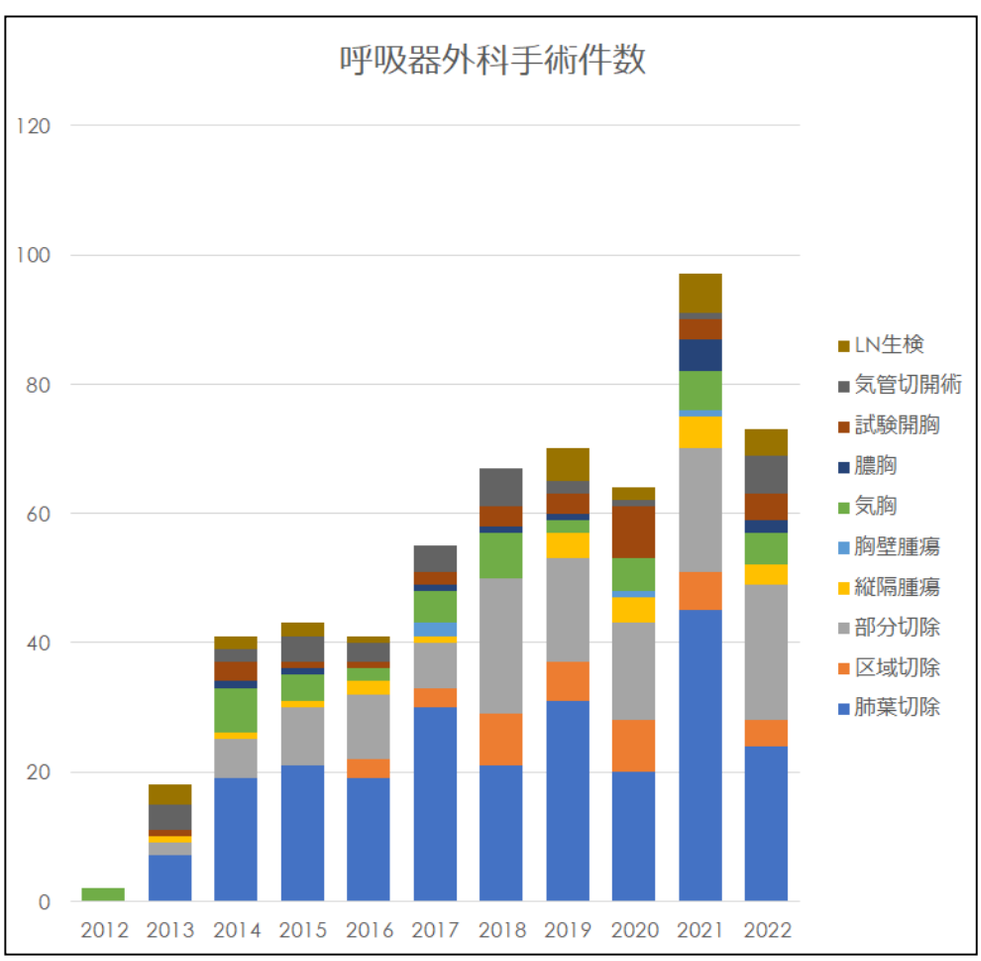
呼吸器外科　診療体制

当院呼吸器外科は常勤医１名の呼吸器外科専門医が在籍しております。

2010年9月に鹿児島大学に呼吸器外科学講座が新設され、それに伴いまして当院は2012年より呼吸器外科関連の手術を開始致しました。2019年10月には正式に「呼吸器外科」を標榜し、鹿児島大学呼吸器外科と緊密な連携を取りながら、現在では原発性肺癌、転移性肺腫瘍、縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、良性肺腫瘍、気胸、膿胸、横隔膜疾患などの手術を行っております。また、当院の呼吸器内科とも定期的にカンファレンスを行い、患者さんを中心に1人１人の状態に合わせた最適な治療を提供できるように心がけております。現在、毎週木曜日を外来診察（要予約）、水、金曜日を手術日としておりますが、上記以外でも可能な限り対応いたします。



原発性肺癌の標準的な術式である肺葉切除＋リンパ節郭清は、胸腔鏡を用いた手術を行っています。これまでは胸腔鏡補助下での手術が中心でしたが、現在はほぼ完全鏡視下で行っています。

早期の肺癌の症例や耐術能が厳しい症例に対しては、根治性が得られる範囲で区域切除や部分切除などの縮小手術も行っています。また、当院では消化器癌の手術件数も非常に多く、術後の経過観察中に出現した転移性肺腫瘍に関しては、迅速な対応が可能な体制を整えています。さらに、当院では術中迅速病理診断が可能であるため、気管支鏡検査で確定診断が得られない症例に対しても、診断と治療を兼ねた手術やその後の治療をスムーズに行えることが可能です。一方、当院では、消化器外科領域でロボット手術を多く行ってきておりますが、呼吸器外科領域に関しても、これまで同様に根治性、安全性を最優先に考えつつ、低侵襲手術の選択肢の1つとしてロボット手術（2018年より保険適応）が導入できる様に少しずつですが準備を進めています。

胸腔鏡補助下

完全鏡視下

【術後補助化学療法】

手術だけで治る可能性もありますが、手術後の再発予防目的に術後補助化学療法が行われることもあります。肺癌の場合、術後病理病期の結果次第で、①UFT内服(2年間)、②シスプラチン併用化学療法(4コース;約4ヶ月)があります。最近では手術で摘出した癌細胞を詳しく調べることで、上記②に免疫チェックポイント阻害薬(1年間)や分子標的治療薬(3年間)を追加することもあります。当院では、①に関しては呼吸器外科で、②に関しては呼吸器内科で担当しておりますが、患者さんおよびご家族と効果や安全性について十分に話し合った上で治療を行っています。

ステージによる治療内容

ⅠA期　ⅠB期　ⅡA期　ⅡB期*　ⅢA期　ⅢB期　ⅢC期　ⅣA期　ⅣB期

手術

手術によりがんを取り除く治療法

Ⅰ期・Ⅱ期の標準治療ですが、N0またはN1のⅢA期でも手術を行うことがあります。

手術の種類と方法
- 肺葉切除術
  がんがある肺葉を切除
- 縮小手術
  肺葉の一部のみを切除
- 片側肺全摘手術
  がんがある側の肺をすべて切除

手術後に再発や転移の予防の目的で細胞傷害性抗がん薬を使用することもあります。

放射線手術

放射線を照射してがんの消滅や縮小を目指す治療法

Ⅲ期や、Ⅰ期・Ⅱ期であっても手術が難しい場合に選択されます。

細胞傷害性抗がん薬による薬物治療を同時に行う「化学放射線療法」が選択されることもあります。

薬物治療

お薬を投与して、がんを小さくしたり、成長を抑えたりする治療法

Ⅳ期や、Ⅲ期で手術ができず全部のがんに放射線を照射できない場合には、薬物治療が中心となります。

薬物治療の種類
- 細胞傷害性抗がん薬
- 分子標的薬
- 免疫チェックポイント阻害薬

＊ⅡB期の肺尖部壁湿潤がんの場合は、ⅢA期の治療に準じます。

【術後経過観察】

患者さんの状態、術後病理病期の結果等にもよりますが、術後5年間は概ね3-6ヶ月毎で経過観察を行っています。また、早期肺癌手術症例の増加、治療の進歩に伴う予後の延長、等の影響もあり、第2肺癌の出現にも留意する必要があると思われますので、最近では術後5年目以降も10年目までは1年毎の経過観察を継続するようにしております。

【鹿児島大学呼吸器外科との連携】

現在、当院呼吸器外科の常勤医は1名のため、鹿児島大学呼吸器外科医局より応援医師を招聘し手術を実施しております。その際は、事前に入念な術式検討を行い、患者さんに最適な治療を提供できる体制で臨んでいます。また、大学で行われている臨床研究にも積極的に参加し、患者さんに最新の治療を提供できる環境を整えています。一方、人材育成にも力を入れるべく、今後は学生の臨床実習や研修医の受け入れにも対応できるように、大学とのさらなる連携を進めて参ります。