

---

 話 題
 

---

## 肺外科での最近の動向

野々山 明

戦後30年に及ぶ間、肺外科症例の大半を占め、本邦の肺外科の確立に大きく貢献した肺結核症は、最近その様相の変貌は著しく、手術適応症例は激減し、外科結核症として残るべきものは重症肺結核症の一部と膿胸症例になりつつある。かつて青柳名誉教授が細菌性疾患である肺結核症を外科的に取扱われねばならないのは医学の恥であるといわれたことがあったが、現在やっとそのお考えに近づきつつあるといえよう。

一方、今日の肺外科の主流になっている肺癌症例の手術は、診断技術や手術手技については、ほぼ完成の域に達したとも考えられるにもかかわらず、依然として切除率30~35%、5年生存率20%前後にとどまっている。切除率が、この10年間ほとんど変わっていないのは、その1つに、一昔前の多少無理をしてでも出来る丈切除しようとする切除率を高める方針が反省され、臨床病期、組織型および心肺機能面から手術適応が充分検討されて決定され、化学療法や放射線療法を併用して、現時点で最善の方法を選択する方向にむいているためともいえよう。肺癌の手術としては、1960年頃まではGraham (1948), Churchill (1950) 以来の「根治的肺摘除術」が基本とされ、本邦でも10年程前までは肺全摘術が広く行なわれていたが、その予後は肺葉切除術に比してむしろ悪いため、近年では、出来る丈肺機能を温存しうる肺葉切除術が最優先手術となり、時には主気管支管状切除や気管支成形術 (Paulson, 1955) を併用した肺葉切除術も施行されるようになり、肺癌の外科療法としての肺全摘術の症例数は減少している。しかし、現在ではなお病期の進んだ進行性肺癌をも手術の対象としなければならないこともあり、時にはやむをえず浸潤や隣接臓器の切除を合併する広範肺切除術 (Price-Thomas, 1959) をも取上げねばならないこともある。広範切除は私どもの経験では、胸壁や横隔膜の場合には比較的予後はいいが、食道や大動脈の合併切除は予後も不良で期待出来ないように思われる。肺癌では、他の臓器の癌にまして血行による遠隔転移が多く、80%近くにみられるともいわれ、従って、外科療法単独では限界があるという宿命を負っているといえる。それ故、どのような肺癌でも、外科療法のみでは不十分で、なんらかの併用療法が必要となろう。併用療法の1つである放射線療法は、現在でもなお3年ないし5年生存率では化学療法併用に比して遜色がないにもかかわらず、一時の全盛時代に比べると、その合併症のため反省期に入った感があり、むしろ化学療法が併用施行されるようになってきている。私どもは、少なくとも術前照射は胸壁浸潤例のような特殊な症例を除いては行なわないようにしており、術前療法としては化学療法を併用、それも最近では、局所療法ではあるが、制癌剤 (主としてMMC) の気管支動脈内注入法 (尾形, 1968) を好んで行なっている。この方法は組織型によっては効果が少ない場合もあるが、癌巣のみならず転移リンパ節巣にも有効に作用し、X線像で明らかに縮小するものが少なくなく、手術適応も拡大される。

術前併用療法として3年ないし5年生存率では、いまだに明らかな差をみるに至っていないが、非手術例でも容易に繰返しうるし、この場合にもある程度の期待がもてよう。しかし、併用療法としての化学療法は、たとえ組織型によって化学療法剤を撰択し、投与法に苦心を払っても、術前・術後の短期間のみでは充分でなく、長期間の施行が必要であろう。たとえば Veterans administration surgical adjuvant groupe が行なっている prolonged intermittent therapy (Higgins, 1972) のような方法を考慮する必要があるであろう。併用療法としての免疫療法は着手されたばかりで、今後開拓されねばならない方法である。

肺癌とともに増加がみられるのは慢性閉塞性肺疾患(chronic obstructive lung disease, COLD)であるが、外科療法の対象となる非腫瘍性肺疾患で、この3~4年来増加しているのは、自然気胸と交通事故などに合併する Flail chest や外傷性ショック肺などの救急的肺外科症例である。respirator の使用とともに PEEP の導入により、これら外傷性外科症例の救命率は漸次高められるようになり、更にこの経験が COLD やARDS (adult respiratory distress syndrome) の治療にも応用されるようになってきている。また、これらの疾患の治療に膜型人工肺を用いた長期体外循環法も導入されるようになりつつあるが、その臨床応用は今一步の感があり、肺移植の研究とともに今後の課題として残されるであろう。自然気胸症例の増加につれて、開胸手術による治療例の比率が増しているが、本症での手術の目的は再発防止におかれるべきであり、私どもの経験でも術後再発をみず、手術が最善の方法と思われる。自然気胸以外の嚢胞性肺疾患—巨大気腫性嚢胞症、気管支性肺嚢胞症および Sequestration なども術後自覚症および肺機能の改善がみられ、切除術の問題も少ないので、今後とも更にその手術例が増加するものと思われる。

肺結核症の手術適応症例は激減しているが、膿胸に関しては、なお結核性のものが残存し、むしろその治療上、高令化しつつある症例の手術撰択が問題となりつつあり、しかも現時点では、膿胸に対して肺剥皮または肋膜肺切除が50~60%で残りは胸郭縮小手術などが行なわれて80%以上の治療率をみる反面、10%近い死亡をみ、今後検討されるべき問題として残ろう。結核以外の肺感染症たとえば肺化膿症も、抗生剤の適切な投与が行なわれれば治療しうるもので、もはや外科的疾患ではないといえるが、これに反して、外科療法の対象となる気管支拡張症はむしろ増加の傾向にある。感染性疾患である本症では、手術はあくまで補助手段であるべきだが、今なおコントロールし難い頻回の血痰、咯血例や慢性炎症の継続する wet case 例があり、しかも適応さえ誤らねば術後症状軽快は90%以上の成績を挙げうるので、今後なお当分は手術適応外疾患にはなりえないと思われる。更に現在でも本症の結果、1側荒蕪肺となっている症例が散見され、これらの症例では気管支動脈—肺動脈短絡の結果、肺高血圧症が招来されるので、新しい観点で手術適応を検討する必要があるかと思われる。

非腫瘍性肺疾患や膿胸で幼小児の開胸手術例が増加しつつあるのも最近の傾向である。肺切除を含めて幼小児での成績は良好であるので今後更に適応が拡大されるであろうが、やはり慎重な長期遠隔成績の検討の上で適応を撰択する必要がある。