

説明書

肺腫瘍の手術を受けられる患者さん、ご家族のみなさまへ

この説明書は_____さんの、肺腫瘍の手術について説明したものです。
わからないことがありましたら、担当医にお尋ねください。治療を受けられる場合は「承諾書」に署名をお願いいたします。

1. これまでの検査から考えられる病名、状態

病名_____

- () 確定診断はついていませんが、画像上は{肺癌・転移性肺腫瘍()}が疑われます。
- () 肺癌の確定診断がついています。検査()の結果。
組織型は{腺癌・扁平上皮癌・大細胞癌・小細胞癌・その他()}
- () その他の確定診断がついています。診断()

【画像所見】

・病変が存在する場所

肺に腫瘍（しこり）があります。

大きさ() × () cm。

右肺：上葉・中葉・下葉

左肺：上葉・下葉

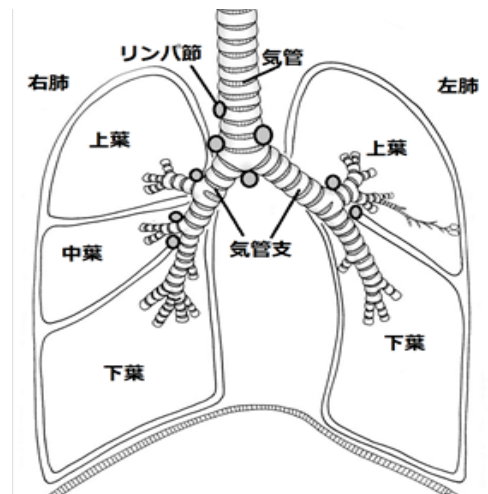
・リンパ節転移の疑い

() ありません (N0)

() あります (肺門リンパ節 N1・縦隔リンパ節 N2)

・他の臓器への転移

肺以外に遠隔転移を疑う所見はありませんでした (M0)。



肺癌の場合、画像上での進み具合（臨床病期）は cT N M となり () 期と考えられます。
--

2. 手術の目的・妥当性

肺腫瘍病巣を外科的に切除することが目的です。また病理診断がついていない場合には、診断確定も目的となります。

手術は、1) 病巣を完全に取り切れる可能性が高い、2) 術前検査において手術を乗り越えられるだけの体力がある場合に行います。また、転移性肺腫瘍の場合は、基本的には原発巣（もとのがん病巣）が取り切れている、または進行が完全に抑えられている、短期間で転移個数の増加が無い場合に手術が行なわれます。

肺癌診療ガイドライン（日本肺癌学会が監修し、肺癌の診療の指針として活用されているガイドライン）より

推奨：臨床病期Ⅰ－Ⅱ期非小細胞肺癌で外科切除可能な患者には、標準手術を行うよう推奨する（推奨の強さ：Ⅰ行うよう推奨する）

治療方針のまとめ

Ⅰ、Ⅱ期	手術（＋抗がん剤） or 放射線治療
ⅢA期	手術＋抗がん剤 or 放射線化学療法（±免疫治療）
ⅢB-C期	放射線化学療法 or 薬物療法（抗がん剤、分子標的薬、免疫治療）
Ⅳ期	薬物療法（抗がん剤、分子標的薬、免疫治療） ± 放射線治療

*ⅢA期に関しては、病状によって手術をする場合と放射線化学療法（±免疫治療）を行う場合があります。

*稀ですが、胸を開いてみて病巣が予想以上に広がっている場合（胸膜播種^{きょうまくはしゅ}など）は予定の切除を行わずに違った治療法に切り替えることがあります。

3. 手術の内容、効果

手術日 年 月 日（ ）曜日

午前・午後 頃手術室入室（ご家族は 頃を目安に来院してください）

予定術式：

肺への到達法：開胸下・胸腔鏡下・ロボット支援下

リンパ節郭清（あり・なし）

形成/合併切除（ ）

迅速病理診断（あり・なし）

予定手術時間： 時間＊

*術中の判断により術式が変更になることがあります。また、予定手術時間は胸の中の様子や病状の進み具合により変わることがあります。

2番目以降の手術では、1番目の手術の進捗状況^{しんちよくじょうきょう}により開始時間が変わることがあります。また手術の前後に手術室と回復室で麻酔をかけたりさましたりする時間が2－3時間あります。

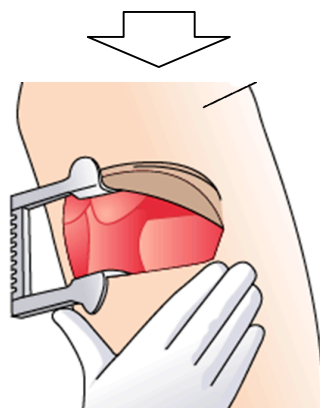
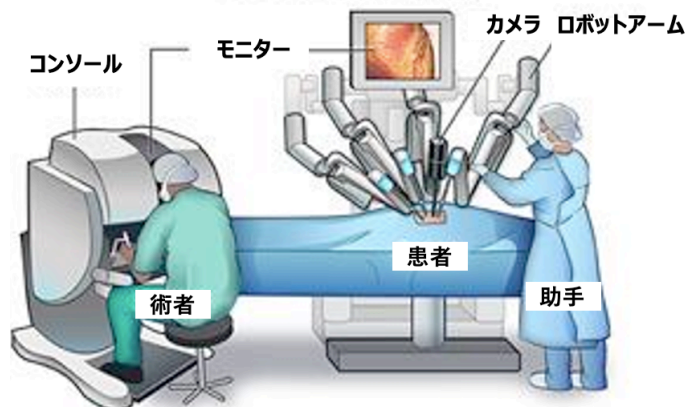
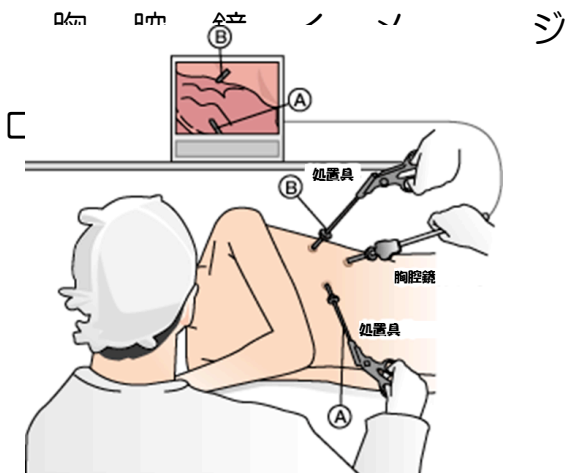
【手術のアプローチ】

肺への到達する方法は、胸腔鏡と開胸という方法があり、最近では手術支援ロボットを用いた鏡視下手術も行われます。どの方法を選択するかは病気の進み具合等で決めますが、どの手術でも、肺そのものを切除する手順や範囲はほぼ同じです。

胸腔鏡手術・開胸手術・ロボット支援手術は病気の進み具合により判断されますが、どのアプローチでも可能な状況においては患者さんご自分で選択することが可

- 胸腔鏡 (利点) 創が小さいため、術後の痛みが軽く、回復が早い。美容上優れている。
(欠点) 手術操作がやや制限され、出血時の対応に遅れが生じる可能性がある。
- 開胸 (利点) 直接肺や腫瘍を目で見、手を胸の中に入れて直接手術操作ができるため緊急時の対応が早い。
(欠点) 創が大きいため、術後の痛みが強い。大きな創のため美容上問題。
- ロボット (利点) 従来の胸腔鏡手術と同様（実際には手術操作中に胸壁にかかる負担が従来の胸腔鏡手術よりも少ないと考えられています）で、創が小さいため、術後の痛みが軽く、回復が早い。美容上優れている。
(欠点) 細かな手術操作への制限は少ないが、出血時などに開胸手術への移行が必要な際、ロボットを患者さんの体から外す必要があり、その分従来の胸腔鏡手術よりも開胸までに時間がかかる可能性がある。

能です。



＊胸腔鏡下あるいはロボット支援アプローチで開始した場合、術中の判断（予想外の病状の進展や出血等）で、開胸に変更することがあります。

開胸イメージ

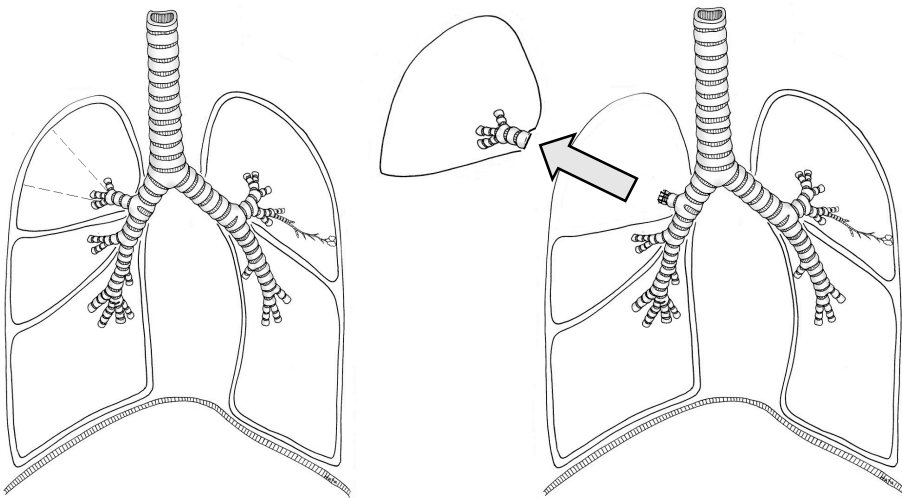
【肺の切除範囲】

肺葉切除、肺区域切除、肺部分切除、肺全摘があります。切除範囲は、肺癌か否か、病変の進み具合、肺機能、全身状態で決めます。

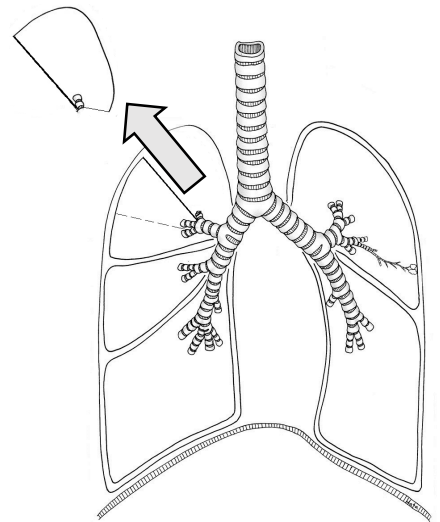
- () 肺葉切除 腫瘍を含めて肺葉を摘出する方法で肺癌に対する標準術式です。
- () 肺区域切除 腫瘍を含めて肺葉内で解剖学的に分かれた部屋（肺区域）をいくつか摘出する方法で、小型肺癌や低肺機能の患者さんに対して行う術式です。
- () 肺部分切除 腫瘍を含めて肺の一部を楔形に切除する方法で、転移性肺腫瘍、ごく初期の肺癌、肺癌に対する縮小手術で行う術式です。
- () 肺全摘 腫瘍を含めて片側の肺を全部摘出する方法で、中枢に位置する大きな腫瘍の場合に行います。

肺切除のイメージ（参考のため右肺切除の図で、左肺切除では左右が逆になります）

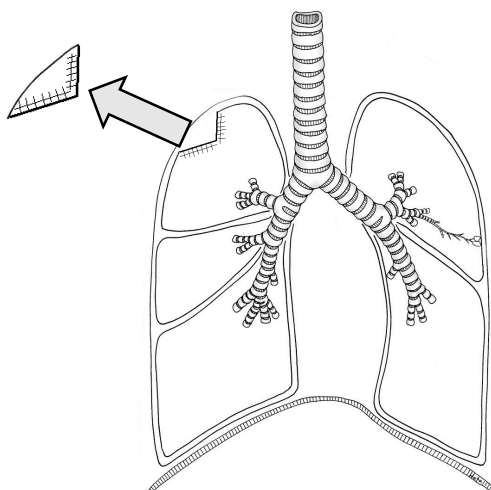
【肺葉切除】



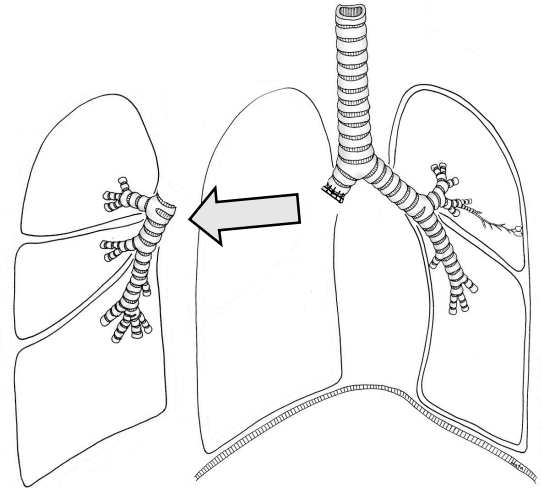
【肺区域切除】



【肺部分切除】



【肺全摘】



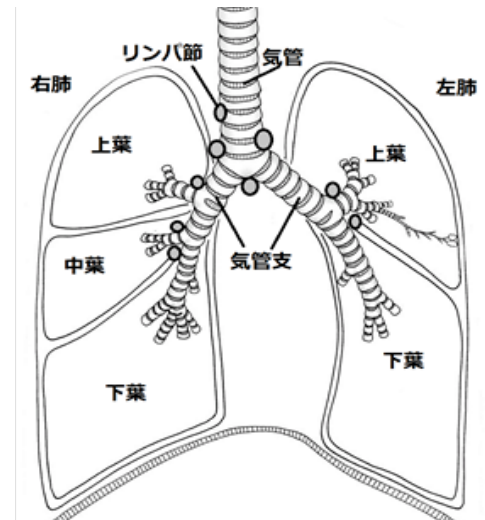
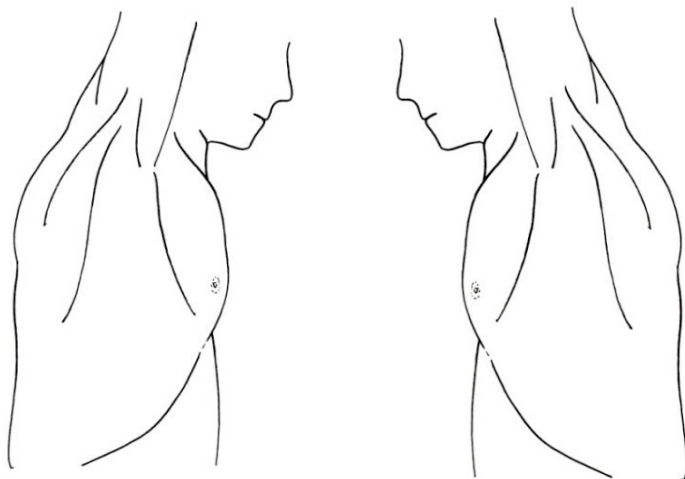
【今回予定する手術手順】

- ① 全身麻酔をかけます。その後、分離肺換気（片肺での換気）を行います。
- ② 病変のある側を上に向けた横向きで手術を行います。
- ③ 図のように皮膚を切開し手術を行います。

右肺の手術の場合

左肺の手術の場合

胸腔内操作



- ④ 予定した肺の切除と、病状によりリンパ節郭清を行います。
- ⑤ 胸に管（胸腔ドレーン）をいれます。管の先には排液のためのバッグがついています。
- ⑥ 傷を縫って手術終了となります。

【術前に確定診断が得られていない場合】

切除に先立って病巣のすべて、あるいは一部を採取し、顕微鏡で調べる検査を行います（術中迅速診断といいます）。

「原発性肺癌」のとき → 上記で示した術式を行います。

「転移性肺癌」「良性腫瘍」のとき → 病変のみを切除し手術を終了します。

*病巣の拡がりによっては「転移性・良性」においても区域切除や肺葉切除等を行なう場合があります。

*術中迅速診断は、腫瘍の一部を凍らせて、30分程度で腫瘍の性状を診断するものです。
そのために手術中では診断が難しい場合や、極めて稀ですが手術後の病理診断と食い違うこともあります。

□ 「肺区域切除予定領域同定のための選択的送気法と色素法について」

肺区域切除術を行う場合、肺切除範囲を決定する方法として、選択的送気法とインドシアニンググリーン（ICG）という薬剤と赤外光胸腔鏡を用いた色素法があります。それぞれ単

独もしくは併用して行う予定です。

1) 選択的送気法：切除範囲を同定するために、気管支鏡を用いて、切除する区域の区域気管支に空気を送り込み、切除する区域の肺を選択的に膨らませて、空気入っていない残す肺の区域と区別する方法。

2) 色素法：切除する予定の区域に血流を送っている肺動脈を切離した後に、ICG を末梢血管から注射し、赤外光胸腔鏡で観察することで切除する区域と残す区域を識別する方法（肺動脈が切離され血液が送られない区域は暗く、肺動脈が切離されていない残す区域の肺は ICG により緑色に見えます）。ICG は保険適応になっている安全な薬ですが、稀な副作用として、アレルギー症状に伴うショック、悪心・嘔気、血管痛、発熱・熱感等が挙げられます。また、ヨード過敏症の既往の有る方はヨード過敏症を起こす可能性があります。

【手術により期待される効果】

手術により腫瘍は取り除かれます。原発巣に対する治療としては最も確実で実績のある治療方法です。切除した腫瘍やリンパ節の病理検査（顕微鏡検査）により、肺癌の細胞の悪性度、腫瘍の拡がりについて詳しく調べることができます。その結果、一人一人に適した術後の治療（抗がん剤治療の適否）の選択、経過観察の方法、再発時の治療などが選択できます。

また、肺癌は悪性度が高いので、完全切除をしても再発や転移を起こすことがあります。そのため、手術後に化学療法や放射線治療が必要になる場合があります。手術後の病理診断（手術で摘出した肺やリンパ節を顕微鏡で詳しく調べる）の結果に応じて、補助療法を含めた今後の治療方針を決定します。

再発や転移の検査のために、少なくとも術後 5 年間は通院していただく必要があります。

4. 治療に関する成績

肺癌において手術治療を受けた方の一般的な予後を示します。

	2011 年 全国※		1975-2014 年 当院※※	
病理病期	症例数（例）	5 年生存割合（%）	症例数（例）	5 年生存割合（%）
IA 期	4978	86.8	1100	86.4
IB 期	2552	73.9	221	65.6
IIA 期	941	61.6	120	55.2
IIB 期	848	49.8	127	52.6
IIIA 期	1804	40.9	196	37.0
IIIB 期	106	27.8	40	20.1
IV 期	434	27.9	55	30.2

※2011 年 肺癌合同委員会報告 全国 11663 例 より抜粋。

※※1975-2014 年 8 月 当院統計 1809 例

5 年生存割合とは、その病気の治療後の 5 年間で何%の方が生存しているかの値です。そのため、癌とは関係ない他の病気で亡くなった場合にも割合が下がります。

5. 治療に伴う危険性とその発生率

手術は100%安全というわけではありません。

一般的に肺の手術では、0.4%-2%程度の手術関連死があると報告されており（日本胸部外科学会報告）、当院（2000年以降）においても手術関連死は1%程度認められます。転移性肺腫瘍の手術においてもほぼ同様のリスクです。

あなた個人のリスクとしては、（ ）があります。

手術において考えられる合併症は以下のようなものがあります。

頻度に関しては各種文献より参照しました。

□ 出血

術中出血：手術を行えば、ある程度の出血はします。稀ではありますが、止血困難な場合は致命的になることがあります（当院では0.1%）。また、循環・呼吸動態のコントロールのために体外循環装置を使用する場合があります。出血傾向がある患者さんや、肺と周囲の臓器との癒着、腫瘍の浸潤が強度の患者さんでは、出血量が多くなる可能性があります。手術中に必要があると判断した場合は輸血を行います（当院では肺区域切除以上の術式で約3-5%）。大量出血の緊急時には異型適合血輸血（O型赤血球、AB型血小板・新鮮凍結血漿など）を行うことがあります。

術後出血（0.1%）：稀ではありますが、麻酔から覚めて病室や集中治療室に帰った後に、胸腔ドレーンからの出血や、皮下に広範な出血を生じることがあります。放置すると生命の危険にさらされるような出血が起こることがあり、そのような場合には、再度手術室に戻って、止血するための手術を行ないます。

□ 創感染（0.5%）：手術をした部位に感染がおこり、排膿（たまった膿を外に出すこと）などの処置が必要になることがあります。予防的に抗生剤の投与を行うなど十分な準備を行って手術に臨むので稀な合併症です。

□ 術後肺炎（3-4%）：致命的になることがあります。たばこを吸っていた方の肺炎の発症頻度は10-15%と比較的高く、注意が必要です。手術が終わった後、痰がうまく出せない場合によく起こります。起こらないようにするには、手術前の禁煙はもちろん、呼吸訓練、痰出しの練習が重要です。手術後はなるべく早く起きあがってどんどん動いて下さい。自分で痰が出せない場合には私たちが吸引チューブや気管支鏡で吸引し除去することもあります。また、高齢の患者さんなどは、飲み込みの機能の低下による誤嚥（^{ごえん}飲食物を誤って気道の中に吸い込んでしまう）による誤嚥性肺炎を起こす事もあります。

□ ^{はいろう}肺瘻：肺を切ったところから空気が漏れる、肺をきったところや、癒着を剥がし

たところなどから空気が漏れる、肺の手術特有の合併症であり、喫煙者や肺の疾患を持つ方に多く発生します。程度が軽いものを含めると3-4割程度に発生しますが、多くは自然に治癒します。しかし、発生すると胸に管が入っている期間が長くなり、長期（4-5日以上）に肺瘻が続く場合には、この管を入れ替えたり、管から薬を入れたり、場合によっては空気漏れを止めるためもう一度手術することもあります。また、胸の管を抜去した後に肺瘻が再発し、再度挿入することがあります。

- ちはつせいはいろ**遅発性肺瘻**：退院後 2週間-2ヶ月してから肺からの空気漏れがおこる病態です。

肺葉切除に比べ、区域切除における遅発性肺瘻の発生率は2.5倍高く、約4%に認められます。多くの人は胸に管を入れることで改善しますが、区域切除を受けられた全患者さんの約0.5~1%が遅発性肺瘻の治療のために再手術が必要になる可能性があります。

- きかんしだんだんろう**気管支断端瘻（1-3%）**：肺の手術に特異的な合併症です。気管支の切離断端を縫った部位が、術後に開いてしまう病態です。発症した場合は緊急手術が必要になり、その後も長期間の入院治療を要し、時には命に関わることもあります。糖尿病やステロイドを内服している患者さん、術式としては左右の下葉切除、右の中下葉切除、肺全摘術で起こりやすいと言われています。

- きかんしほうこうふせん**気管支縫合不全（1-3%）**：気管支形成（気管支を切って縫い合わせる）をおこなった場合、傷が治癒せず、気管支を縫った場所に穴があいてしまうことがあります。病態的には上述の気管支断端瘻と同じです。

- のうきよう**膿胸（1-3%）**：胸の中が細菌などにより感染してしまう病態です。通常前述の肺瘻が遷延した場合や気管支断端瘻、乳び胸などに続発して起こります。まれに創部の感染やドレーン（胸の管）挿入部の感染が原因になることもあります。重症化しやすく、特に空気漏れが伴っている場合には再手術を要することもあります。

- **乳び胸（1-2%）**：胸の中には胸管という特別な太いリンパ管が存在します。胸管の走向経路は個人差が大きく、肉眼では認識が出来ないことが多いため、手術でリンパ節を取り除いている際にたまたま損傷してしまうことがあります。そのような場合には、胸管からリンパが漏れるため、胸腔内から白濁した排液（多くは腸で消化吸収された脂肪成分）を認めます。その際には、低脂肪食に変更したり、食事を休んでリンパの漏れが止まるのを待ちます。それでも止まらない場合、あるいはリンパ液の漏れが多いと判断した場合には再手術を行うこともあります。

- **不整脈（14%）**：肺と心臓は密接につながっています。肺の手術後は心臓に負担がかかることがあります。術後2日目-4日目に起こることが多いようです。自覚症状がない場合も多いのですが、治療のために薬を注射し

たり、飲んでもらったりすることがあります。心不全や脳梗塞の原因になる場合もありますので、術後の一定期間は心電図モニターをつけていただきます。

- **嚔声**（1-3%）：させいリンパ節の近傍を、声帯の運動を司る神経（反回神経）が走向しています。リンパ節が腫れていたり、神経に浸潤していた場合には切離が必要になる場合があります。またリンパ節を取り除いている際、電気メスの熱が伝わり神経がやけどしてしまう場合があります。これらの結果、声がかすれたり、誤嚥などが起こりやすくなります。大半は一時的な麻痺であり半年から1年で元に戻りますが切離した場合や神経のダメージが大きい場合には症状が持続することがあります。
- **横隔神経麻痺**：おうかくしんけい ま ひ肺の近くを横隔膜の運動を司る神経（横隔神経）が走行しています。腫瘍がこの神経に浸潤していた場合には切離が必要になる場合があります。また手術操作の際、電気メスの熱が伝わり神経がやけどしてしまう場合があります。これらの結果、横隔膜の運動が制限され、術後呼吸困難をきたしたり、呼吸リハビリが必要になることがあります。
- **急性呼吸促迫症候群**（1-5%）・**間質性肺炎急性増悪**：きゅうせいききゅうそくはくしょうこうぐん・かんしつせいはいえんききゅうせいぞうあく手術後に肺が急速にむくんで、呼吸状態が悪化することがあります（急性呼吸促迫症候群）。その後、肺が線維化（肺が固くなったまま戻らなくなってしまうこと）を来し、呼吸障害が残ります。ステロイドや免疫抑制剤を中心とした点滴治療を行います。治療に難渋することが多いです。同様に、術前の画像検査で間質性肺炎が疑われる場合も、約10～20%の方が術後に間質性肺炎が急に悪化し（間質性肺炎急性増悪）、呼吸状態が悪化すると報告されています。これらは起こることは稀ですが、ひとたび起こると約半数の方が命を落としてしまいます。呼吸器外科領域の手術後の合併症の中で最も重篤なものの一つと考えられています。特にたばこを吸われていた方は注意が必要です。予防策は講じますが、100%予防できるわけではありません。
- **肝機能障害・腎機能障害**（1-3%）：手術時の麻酔薬やその後の内服薬、あるいは手術ストレスなどにより術後一過性に肝機能障害、腎機能障害が出現することがあります。通常は経過観察や投薬にて数日で改善しますが、稀に重症化することがあります。
- **各種臓器障害**（1-3%）：全身麻酔で手術をするということは患者さんの体にダメージを加えることです。そのため患者さんの体は弱り、いろいろな臓器がくたびてしまいます。手術後の採血で、そのような各種臓器不全を早めに見つけて治療するよう気をつけていますが、多臓器不全になると極めて危険な状態になります。
- **肺動脈血栓塞栓症**（1-3%）：いわゆるエコノミークラス症候群です。手術中

に足を動かすことができないため足から下腹部の血管内に血の塊ができてしまい、手術の後立ったり、歩いたりした際にその血の塊が足から心臓を通して肺の動脈に詰まってしまうことにより起こります。危険な状態で一度起こったら半分の人が命を落とすとさえいわれております。別紙の通り予防策を講じさせていただきます。

- **心筋梗塞、脳梗塞（1-3%）**：手術後は体にストレスが加わった状態ですので、心筋梗塞、脳梗塞が起る頻度は通常の生活をしている状態より高くなります。発症した際には命に関わることや生活の質が落ちる後遺症が残ることがあります。
- **心不全（1-3%）**：感染や全身の炎症は心臓に負担をかけます。手術のダメージや輸液の負荷がそれに加わることで、心不全（心臓が体に必要な血液を送り出せない状態）を発症することがあります。強心薬や利尿薬を使って対応します。
- **呼吸不全（1-3%）**：肺の手術を行った後に、想定していたよりも呼吸機能の回復が悪く、呼吸不全（体に必要十分な酸素を取り込めない状態）となることがあります。その場合は、気管挿管（人工呼吸器につなぐための管を口から喉に入れる）され人工呼吸器管理になる場合や、酸素を送るチューブを鼻に密着させて呼吸補助を行う機械（ネーザルハイフロー）で呼吸管理を行う場合があります。たいていの場合は一時的ですが、自宅に機械を設置し自宅で酸素を吸入できるようにして退院する（在宅酸素療法）必要がある場合もあります。
- **ロボットの不具合・故障**：非常に稀ですが、ロボット支援手術中に機械の不具合が生じる可能性があります。機械が回復できない場合は、術式変更（従来の胸腔鏡手術あるいは開胸手術への移行）が必要になる可能性があります。
- **その他：**（ ）

他にも非常にまれな合併症や予期せぬ合併症が起ることがあります。

万が一、合併症が起きた場合には最善の処置を行います。なお、その際の医療は通常の保険診療となります。肺の手術の合併症の発生には個人差がありますが、特に高齢者・男性・喫煙者・肺併存疾患（間質性肺炎や肺気腫等）を持つ方は、その他の患者さんに比較して合併症が起こる率が高いです。

また、医療者の感染予防のため、万が一術後に針刺し事故が発生した際には、血液検査を行い、ヒト免疫不全ウイルスを保有していないことを確認させていただく場合があります。

6. この治療を受けなかった場合の経過

肺癌・転移性肺腫瘍を放置した場合、胸腔内では腫瘍の増大、周囲組織（骨、筋肉、神経、心臓、食道など）への浸潤、出血などが起ります。また、がん細胞が増加すると、さらに血流やリンパの流れを介して他の臓器への転移が生じます。

肺癌が転移を起こしやすい臓器は、肺、リンパ節、骨、脳、肝臓、副腎などです。転移した場所でがん細胞が増殖すると、それぞれの臓器障害が生じ、様々な症状が引き起こされます。例：呼吸困難、痛み、胸水貯留、肝機能障害、腎機能障害、意識障害、け

いれん、黄疸、全身倦怠感など

7. 代替可能な治療

手術以外の肺癌に対する局所治療としては、放射線治療があります。

肺癌診療ガイドラインでも、医学的な理由で手術のできない（手術に耐えられない）、もしくは手術を希望しないⅠ/Ⅱ期非小細胞癌の患者さんには、根治的放射線治療の適応があり、行うよう勧められる（推奨の強さ：1 行うよう勧められる）、とされています。**ただし耐術能がある場合には、手術の方が、治療効果が高いことが示されています。**

Ⅰ/Ⅱ期非小細胞肺癌 2003 名の放射線単独治療成績を分析したところ、2 年生存率 22～72%、5 年生存率 0-42%であったと報告されています。さらに近年、Ⅰ期非小細胞肺癌に対しては、定位放射線照射や粒子線（陽子線、炭素線）など線量集中性を高めた照射法を用いた方法での治療成績も報告されています。本邦で行われた前向き試験（JCOG0403）で、ⅠA 期に対する定位放射線照射の手術可能例、不能例の 3 年生存率はそれぞれ 76.5%、59.9%でした。また、重粒子線治療に関しては手術不適応の 139 例を含む 306 例に関する遡及的解析で、3 年の全生存率、無増悪生存率、局所制御率はそれぞれ、83.6%、69.4%、88.6%であり、手術可能例の 3 年全生存率が 90%、手術不適応症例が 76%でした。手術以外の転移性肺腫瘍に対する局所療法は、原発巣によって治療法が異なりますが、局所治療としては放射線治療やラジオ波焼灼術、凍結療法などが、全身治療としては抗がん剤治療、分子標的薬や免疫治療があります。

8. 治療を行った場合に予想される経過

〔手術後の経過〕

手術当日：帰室後 3～4 時間後から水が飲めます。飲水開始前には、簡単なテストを行って水でむせたりしないか確認します。痛み止めの薬を内服します。

手術翌日：昼から食事ができます。また医師や看護師と一緒に歩く練習をします。

2 日目～：問題なければ胸の管をはじめ、いろいろなものが体から外れます。身軽になりますので、どんどん自分から動いて散歩しましょう。

5－7 日目頃（部分切除の場合、3－5 日）：問題なければ、退院の許可が出ます。

* 上記は通常の手術の場合の経過です。病状や手術の内容によって異なりますが、術後は高度治療室（HCU）もしくは東 6 病棟に帰室します。状況によっては術後に挿管（口に管が入った状態）された状態で集中治療室（ICU）に入る場合も多々あります。

〔気管支鏡下の検査及び処置について〕

痰や気道分泌物の吸引、気管支切離・縫合・吻合部位の評価・観察などを目的として術後に気管支鏡を行う場合があります。気管支鏡の前処置で用いる局所麻酔薬のアレルギー

一や中毒、その他の合併症(出血、気胸、気管支穿孔、気管支閉塞など)が起こる可能性があります。

【痛みについて】

胸の手術は術後痛みます。その場合は我慢せずに言って下さい。

痛み止めを上手く使ってコントロールします。痛みを我慢して動かないと、痰が詰まって肺炎になる可能性が高くなります。また術後、前胸部（手術創よりも前方で乳首からみぞおちにかけて）数ヶ月から数年のあいだ痛むこともあります。これは開胸術後疼痛症候群（PTPS）といって肋間神経痛が遷延した状態です。PTPS が長引く場合は担当医に相談してください。神経痛に効果のある薬もあります。

【ケロイド】

術後の創部が個人差はありますがミミズ腫れのような状態（ケロイド）になることがあります。

【空咳】

術後一時的に空咳がでる可能性があります。1～3 か月程度で改善することが多いですが、症状が強い時には薬物療法で対処します。

【術後の肺機能】

今回の手術で、あなたの肺活量は約（ ）%ほど低下しますが、術後のリハビリによって、呼吸機能はある程度の改善が見込めます（もとの肺機能や切除した肺の範囲、リハビリの強度などにより、回復の程度には個人差があります）。

＊肺気腫や間質性肺炎で術前より肺機能が悪い方は、術後一時的、または長期間在宅酸素療法を行う場合があります。

【退院後】

退院後は、最低5年間の外来での経過観察が望ましいです。病気の進み具合によっては抗癌剤治療を追加で行うことがあります。その場合はあらためて外来でご説明致します。

9. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、治療が開始されるまでは、本治療を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨をスタッフまでお申し出下さい。直接お話ができない場合は、下記まで連絡してください。

10. セカンドオピニオンについて

ご本人およびご家族の方が、医師の説明や同意文書を読んだ上でも疑問点や不安などを感じる場合、手術直前であってもセカンドオピニオン（他の病院の専門医師に意見を聞くこと）が可能です。ご希望の方はお申し出ください。これにより不利益を生じることはあ

りません。

1 1. 患者さんの具体的な希望

治療に関して何かご要望があればお申し出ください。

1 2. 連絡先

【連絡先】

住所：長野県松本市旭3-1-1

病院：信州大学医学部附属病院 呼吸器外科

電話：0263-37-2783（外科外来：平日8時30分から17時まで）

0263-37-2784（呼吸器外科病棟：平日17時以降、土日祝日）

本治療について質問がある場合や、治療を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

承 諾 書

患者番号：

氏 名：

生年月日：

説明年月日 xxxx 年 xx 月 xx 日

信州大学医学部附属病院長 殿

私は、現在の病状及び処置（手術、麻酔、検査、治療法、その他）の内容、すなわち

手術

麻酔

検査

気管支鏡検査

治療法

その他

について、必要性和これに伴う危険性について、別紙説明書などを用い下記の医師等から説明を受け、理解しましたので、その処置を選択し、その実施を承諾します。

なお、実施中に緊急の処置等を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることをあらかじめ承諾します。

_____科 医師（自筆署名、もしくは記名押印）_____

_____科 医師（自筆署名、もしくは記名押印）_____

（職種：_____）（自筆署名、もしくは記名押印）_____

（職種：_____）（自筆署名、もしくは記名押印）_____

承諾年月日： 年 月 日

患者：（自筆署名、もしくは記名押印）_____

* 患者さんが未成年の場合など承諾能力がないと判断された場合にのみ、代諾者が自筆署名もしくは記名押印して下さい。

代諾者：（自筆署名、もしくは記名押印）_____

（患者との関係：_____）

承 諾 書

患者番号：

氏 名：

生年月日：

説明年月日 xxxx 年 xx 月 xx 日

信州大学医学部附属病院長 殿

私は、現在の病状及び処置（手術、麻酔、検査、治療法、その他）の内容、すなわち

手術

麻酔

検査

気管支鏡検査

治療法

その他

について、必要性和これに伴う危険性について、別紙説明書などを用い下記の医師等から説明を受け、理解しましたので、その処置を選択し、その実施を承諾します。

なお、実施中に緊急の処置等を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることをあらかじめ承諾します。

_____ 科 医師（自筆署名、もしくは記名押印） _____

_____ 科 医師（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（職種： _____）（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（職種： _____）（自筆署名、もしくは記名押印） _____

承諾年月日： 年 月 日

患者：（自筆署名、もしくは記名押印） _____

* 患者さんが未成年の場合など承諾能力がないと判断された場合にのみ、代諾者が自筆署名もしくは記名押印して下さい。

代諾者：（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（患者との関係： _____）