

腎細胞がんとは

腎臓は背部に存在するソラマメの形をした尿を生成する臓器で、通常2個存在します。また血圧の調節、造血、ビタミンD活性化に関するホルモンの生成にも関与しています。腎臓に発生する悪性腫瘍の80%は腎細胞がんです。腎細胞がんは40歳以上に発生しやすく、日本人10万人あたりの発生率は男性で8.8人、女性で3.2人程度です。発生要因としては喫煙、肥満、腎不全などがあげられています。

症状

早期のものでは症状はなく、人間ドックや他の疾患の検査により偶然発見される場合がほとんどです。進行すると血尿・腹部腫瘍・疼痛が出現し、また全身症状として発熱・体重減少などを伴うこともあります。

診断

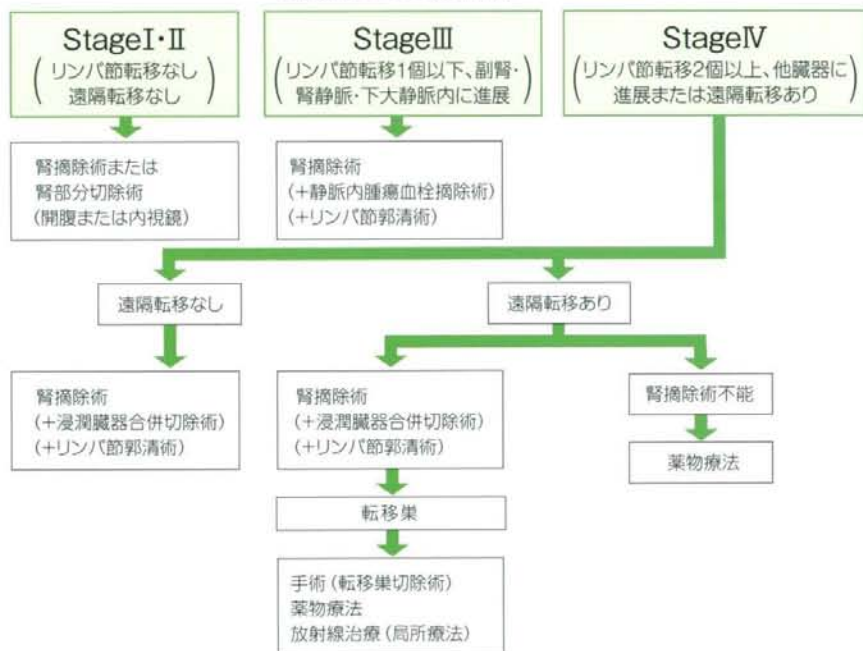
CT(造影剤使用が望ましい)を中心とした画像検査が行われます。血管造影検査はあまり行われなくなってきました。血液検査は有用ではありません。



がん病巣(矢印で囲まれた部分)

腎がん診療のアルゴリズム

(腎癌診療ガイドライン2007年版 改)



■ 治療と副作用

放射線や抗がん剤は効果に乏しく、手術療法が中心となります。

腎がん診療ガイドラインにそって科学的根拠にもとづいた治療が行われます。

手術

転移のない腎細胞がんでは手術が第一選択となります。原則として腎臓を周辺の脂肪組織とともに開腹手術により摘出(根治的腎摘除術)する必要がありますが、サイズが小さく腎臓の辺縁に存在する腫瘍の場合は、部分的に摘出(腎部分切除術)することも可能です。肺などに転移を有する場合でも積極的な外科的切除が推奨されます。近年では、身体への負担が少ない体腔鏡下手術が腎臓手術でも普及してきていますが、当院では2007年12月現在準備段階であり、今後導入を計画しています。

手術療法での副作用はほとんどなく、通常は一つの腎臓を摘出しても日常生活への影響はありません。腎部分切除術においては術後の出血や腎周囲への尿漏れといった合併症がときにあります。



がん病巣(矢印で示した黄色い部分)



腰部斜切開による手術

腎動脈塞栓術

大腿動脈から細いカテーテルを用いて腎動脈を閉塞させ、がんへの血流(栄養)を遮断する方法です。切除が困難な場合や手術をうける体力がない場合などに行われます。

塞栓術後には一時的に発熱・疼痛を伴うことが予想されます。

放射線治療

転移巣(骨・脳など)に対する症状緩和を目的として行われます。

免疫療法

転移を有する場合に中心となる薬物治療です。インターフェロンやインターロイキン2といった薬剤が用いられます。

インフルエンザ様症状とよばれる発熱・倦怠感が出現します。インターロイキン2においては、まれながら肺などに水が貯留する血管外漏出症候群とよばれる重篤な副作用も報告されています。

分子標的治療

腎がんに対する有効性が認められた新規薬剤ですが、本邦では近々承認発表の予定です。

相談支援センター

相談支援センターの役割

がんと診断されることで患者さまご本人とご家族は治療法や医療費、また治療後の生活など様々な不安や悩みを抱えることとなります。当院では、がん患者さまとご家族の不安や悩みに対応するために「相談支援センター」を平成19年1月9日に開設いたしました。

事務職員（1名）看護職の相談員（2名）及び医療ソーシャルワーカー（3名）が皆様のお話を伺い、一緒に考え、問題解決のお手伝いをさせていただきます。

相談支援センターの業務

1. 医療福祉相談・セカンドオピニオン

診断や治療など医療に関する相談や医療費、福祉・介護サービス等に関する相談をお受けしています。「がんと診断されたがどんな治療法があるのか」、「治療や手術に係る費用が心配なのだけれど」、「訪問看護を受けたいけどどうしたらいいの」等、お困りのことがあればお気軽にご相談ください。他の医療機関で治療中の患者さまの相談も電話や面談等でお受けいたします。

またセカンドオピニオンのご相談・申し込みについても相談支援センターでお受けしております。

- 受付時間／午前9時～午後4時
- 電話相談／0296-78-5420（直通）
- 場 所／1階 相談支援センター
- F A X / 0296-78-5421
- 対面相談／面談室での相談
- e-mail / soudansien@chubyoin.pref.ibaraki.jp

2. 退院調整

主治医や病棟の担当看護師と協力連携しながら地域の医療機関（かかりつけ医、訪問看護等）や介護施設等との調整を行い、退院後も継続して必要な医療が受けられるようお手伝いします。

医療機関の皆様へ

地域医療連携室

地域医療連携事業

当院では、地域の医療機関（かかりつけ医）から高度で専門的な治療や検査を必要とする患者さまをご紹介いただき、治療や検査を行う医療連携事業に取り組んでいます。

医療連携を円滑に進めるため、地域医療連携室（専属スタッフ2名）を設置し、紹介患者さまの診察日・診察時間等の調整および予約を行っています。ご紹介いただく際には所定の申込票によりFAXにて申し込みください。申込票は当院のホームページからダウンロード出来ます。

- 受付時間／午前9時～12時
- 電話相談／0296-77-1121（内線2703）
- 午後1時～4時
- F A X / 0296-78-3589
- e-mail / renkei@chubyoin.pref.ibaraki.jp

茨城県立中央病院 <http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/cyubyo/index.html>

泌尿器グループスタッフ

泌尿器科



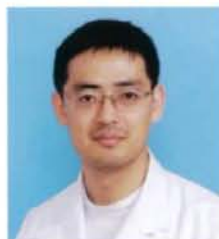
大谷 幹伸

日本泌尿器科学会専門医・指導医
米国泌尿器科学会
日本小児泌尿器科学会
日本科学療法学会
日本泌尿療法学会
日本不妊学会
日本がん治療認定医機構暫定教育医



小峯 学

日本泌尿器科学会専門医・指導医
日本泌尿療法学会



福原 喜春

日本泌尿器科学会専門医
日本泌尿療法学会
Endourology-ESWL学会
老年泌尿器科学会

放射線(治療)



奥村 敏之

日本医学放射線学会専門医
日本放射線腫瘍学会認定医
日本がん治療認定医機構暫定教育医

放射線(診断)



塩山 靖和

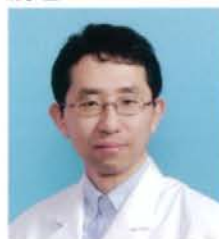
日本医学放射線学会専門医
日本IVR学会専門医
日本がん治療認定医機構暫定教育医



佐藤 始広

日本医学放射線学会専門医
日本核医学会専門医
日本臨床検査医学会臨床検査専門医

病理



飯嶋 達生

日本病理学会専門医
日本臨床細胞学会細胞診専門医
日本がん治療認定医機構暫定教育医



斉藤 仁昭

日本病理学会専門医
日本臨床細胞学会細胞診専門医
日本臨床検査医学会臨床検査専門医

外来診療表

	月	火	水	木	金
泌尿器科	大谷	小峯 福原	佐々木 (非常勤)	大谷 福原	大谷 小峯

第1・3木曜日 午後2:00～ コンチネンス外来〈予約制〉

木曜日 午前 ストーマ外来〈予約制〉

〔表紙の写真〕レオナルドダヴィンチ作 骨盤内臓器解剖図譜



(右) 正確に膀胱・尿管・尿道、精巣などが描かれているにも関わらず、なぜか前立腺が描かれていない(あるいは非常に委縮した形で描かれている)。ダヴィンチは、雄牛を勉強台に解剖の訓練をしたとされる。当時、食肉に供される雄牛は肉を軟らかくするために去勢されていたという。去勢により前立腺が著明に委縮することは知られていなかった。去勢により進行した前立腺がんの病勢が著しく改善することを見出したハギンズ博士がノーベル賞を受賞したのは、ダヴィンチが没してから400年以上後のことである。

(解説) 赤産 英之 筑波大学大学院男性機能科学・腎泌尿器科学教授・附属病院副院長・総合がん診療センター部長

※この冊子は平成19年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「相談内容の分析等を踏まえた相談支援センターのあり方に関する研究」(H18-がん臨床-一般-022)主任研究者 雨宮隆太により作成されたものです。

Ibaraki Prefectural Central Hospital & Cancer Center



大きな無料駐車場（約800台収容）があり、車での来院も大変便利です。

JR常磐線 友部駅より （平成20年1月現在）

○徒歩 15分 ○バス 5分 片道160円 ○タクシー 5分 片道660円

常磐自動車道

水戸ICより約20分 / 友部SAスマートIC（ETC専用）より約15分

北関東自動車道

友部ICより約15分

茨城県 都道府県がん診療連携拠点病院
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



大腸がん診療のご案内



茨城県 都道府県がん診療連携拠点病院
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

大腸がんとは

大腸がんとは、大腸粘膜から発生する悪性腫瘍で、盲腸からS状結腸にできる結腸がん
と直腸にできる直腸がんに分けられます(図1)。近年、わが国では大腸がんは急速に増
加し、毎年新しく大腸がんに罹患する人は、6万人に達するといわれています。2015年
には罹患率で胃がんを追い越し第1位となり、死亡率でも肺がんについて第2位になると予
想されています。

大腸がん増加の原因としては、食生活の欧米化により脂肪や動物性たんぱく質の摂取
量が増え、食物繊維の摂取量が減っていることが知られています。そのほか、肥満、喫煙
は大腸がん発生を助長し、運動はこれを抑えるといわれています。また、頻度は5%以下
ではありますが、遺伝が原因の大腸がんも存在します。

近年大腸がんの治療成績の向上をめざし、多くの医療技術が開発されてきました。早
期がんの一部は手術しなくても、内視鏡的な切除によって治ります。また、進行がんにお
いても根治手術が行なわれれば、比較的良好な成績が得られています(図2)。早期がん
に対する腹腔鏡手術も普及しており、当院でも導入し始めています。放射線療法および
抗がん剤による化学療法も大腸がんに対して有効な治療法です。新規の抗がん剤の登場
により、治療の選択肢も増えています。高度進行がんに対しては、手術、抗がん剤、放射線
療法を組み合わせ、集学的治療が行われます。

図1
大腸の区分



大腸がんの症状

大腸がんの症状は、発生した部位と病気の程度により異なりますが、早期がんでは症状はほとんど見られず、大部分は偶然や検診で発見されます。

がんが進むと出血がおこります。肛門に近い直腸がんでは真っ赤な血便です。肛門から少し離れたS状結腸がんでは、血液が黒っぽくなり、粘血便になることもあります。血便を痔による出血と思ひ込み、発見が遅れることもあります。血便がみられた場合は、大腸内視鏡による検診を行うことがすすめられます。

慢性の出血により貧血がすすみ、動機、息切れなどの症状で発見されることもあります。がんが大きくなり大腸の内腔が狭くなると、便が細くなり、残便感があるなどの便通異常の症状がでます。さらに狭くなれば、お腹が痛くなったり、張ったり、吐き気が出現したりします。

自覚症状が出るまで待っていたり、症状があるのに受診しなかったりすると、発見された時には既にかなり進行していることにもなりかねません。症状によらず定期検診を受けることが、大腸がんの早期診断・早期治療に大切であると思われれます。

図2 部位別累積5年生存率(下段:症例数)

	Stage 0	Stage I	Stage II	Stage III a	Stage III b	Stage IV	全 Stage
盲腸 (C)	90.2% 110	86.7% 149	81.4% 252	69.3% 209	59.5% 137	9.8% 225	63.7% 1,082
上行結腸 (A)	96.3% 209	90.9% 257	83.7% 698	73.9% 398	57.3% 254	14.2% 409	68.3% 2,225
横行結腸 (T)	94.5% 176	89.1% 199	82.6% 447	70.1% 270	60.1% 143	9.6% 261	67.8% 1,496
下行結腸 (D)	94.7% 129	90.3% 151	82.8% 267	70.9% 152	57.8% 67	18.5% 115	73.4% 881
S 状結腸 (S)	95.2% 559	91.4% 1,149	84.5% 1,373	81.4% 879	67.4% 394	16.6% 781	75.0% 5,135
直腸 S 状部 (Rs)	95.4% 184	94.6% 390	79.2% 534	71.2% 448	58.1% 149	11.6% 340	69.3% 2,045
上部直腸 (Ra)	94.2% 211	93.1% 471	77.7% 579	69.5% 523	53.7% 238	9.8% 329	68.8% 2,351
下部直腸 (Rb)	92.2% 370	87.3% 876	75.2% 653	60.6% 623	43.7% 431	12.3% 336	66.9% 3,289
肛門管 (P)	91.3% 12	92.2% 31	78.9% 36	43.7% 32	47.0% 33	10.2% 24	59.7% 168
結腸 (C~S)	94.8% 1,183	90.6% 1,905	83.6% 3,037	76.1% 1,908	62.1% 995	14.3% 1,791	71.4% 10,819
直腸 (Ra~Rb)	92.9% 581	89.3% 1,347	76.4% 1,232	64.7% 1,146	47.1% 669	11.1% 665	67.7% 5,640
全部位 (C~P)	94.3% 1,960	90.6% 3,673	81.2% 4,839	71.4% 3,534	56.0% 1,846	13.2% 2,820	69.9% 18,672

■ 当院の大腸がん診療の特色

当院は全国がんセンター協議会加盟施設であり、地域がん診療連携拠点病院に認定されています。また、消化器悪性疾患の診療に必要な各種学会の認定施設であり、それぞれの領域の専門医が在籍しています。

学会
認定施設

- 日本外科学会
- 日本消化器外科学会
- 日本消化器病学会
- 日本内科学会
- 日本臨床腫瘍学会
- 日本医学放射線学会
- 日本放射線腫瘍学会
- 日本核医学会
- 日本病理学会
- 日本臨床細胞学会
- 日本消化器内視鏡学会

[集学的治療とEBMの実践]

早期大腸がんに対しては内視鏡的切除が開腹手術か、進行がんに対しては抗がん剤を併用するかどうか、画一的に行えない場合には、内科・外科・放射線科・病理部医師で十分に検討してから治療に入るようにしています。また、当院では、2005年に承認・公開された大腸がん治療ガイドラインに示された治療方針に基本的には基づいておりますが、質の高い臨床研究から得られたエビデンスを積極的に取り入れ、さらなる治療成績向上に繋がるように努めております。

当院の大腸がん診療では、抗がん剤治療に関してJCOG (Japan Clinical Oncology Group) の多施設共同研究に参加しており、これらの臨床試験に参加することも可能です。(EBM: Evidence-Based Medicine, 根拠に基づく医療の実践)

[自己決定とQOLへの配慮]

専門の医師による「がん相談専門外来(セカンドオピニオン外来)」を行っているほか、平成19年1月に相談支援センターを開設致しました。相談支援センターでは様々な悩みや不安を抱える患者さんが安心して治療を受けられるよう、患者さんご本人やご家族を支援するため、看護職の相談員と医療ソーシャルワーカーが患者さんの利用できる助成制度や福祉サービスなどの様々な情報提供や相談業務を行っています。

また、緩和ケアや在宅治療など患者さんの生活の質(QOL)を重視した医療への取り組みも積極的に行っています。

[グループカンファレンス]



月1回水曜日朝に他院の先生と合同で症例検討を行っています。



毎週金曜日朝に開催されるカンファレンスでは治療方針を、手術治療、内科的治療、放射線治療の各担当科、病理医が集まって検討しています。

大腸がんの検査

便潜血反応

肉眼では見えない便中の血液の有無を、免疫学的方法により調べる検査です。精密検査を受けるべき人を探し出すスクリーニング検査です。陽性になった人の3~5%の頻度で大腸がんが発見され、大腸がんの30%以上が、この検査をきっかけに発見されています。

直腸指診

医師が肛門から直腸に指を挿入して調べる検査です。指のとどく直腸しか調べられませんが、肛門近くは好発部位ですし、直腸がんがあれば、どのような手術法を選択するか
の判断を与えてくれる重要な検査です。

大腸内視鏡検査

肛門から大腸内視鏡を挿入し、大腸粘膜を直接観察します。便が大腸に残っている場合は精度の高い検査はできないため、前処置が重要になります。当日朝に、下剤を2リットル飲む必要があります。小さなポリープも発見できます。がんの疑いのある組織を採取することで、がんかどうかの確定診断がつけられます。血を固まりにくくする薬を服用している患者さんは、医師に申し出てください。1週間前から中止するか、組織を採る検査は避けるようにします。



進行大腸がん

術前病理診断

内視鏡検査を施行した際に小さい組織片を採取（生検）し、その標本を病理医が顕微鏡で診断します。治療を進めるに際して病理診断は必須と考えておりますので、当院では必ず治療前に担当医が内視鏡検査を行い組織採取するようにしています。

放射線診断

内視鏡検査により、大腸がんと確定診断された後は、進行度を把握するために様々な検査が行われます。進行度を決定する上で必要な情報は、がんの深さ、転移巣が存在するか否かの評価が中心となります。注腸検査（バリウム検査）では病変の位置や大きさを評価します。注腸検査のかわりにcolon CT検査を行なうこともあります（大腸に空気を入れ、CTをとり、大腸を立体的に写す検査）。大腸がんにおいて、全身PET検査は有用であり、手術症例は術前にPET検査を行い、遠隔転移、リンパ節転移などを診断しております。そのほか、CT検査、超音波検査といった画像検査で、リンパ節、肝臓、肺、腹膜などへの転移、周囲臓器への浸潤があるかどうか、などを検索します。



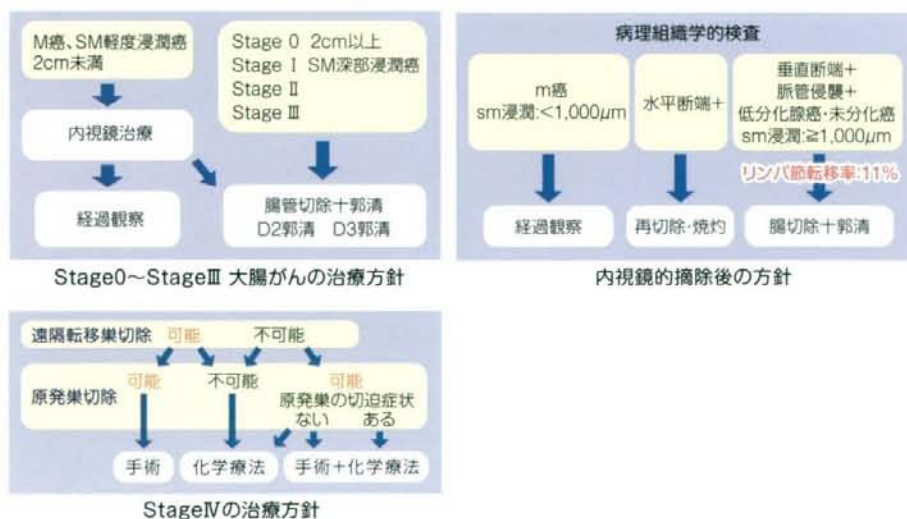
CT colonography



PET CT

大腸がんの治療

大腸がんに対する治療は、手術、抗癌剤による化学療法、放射線療法に大別されます。基本的には2005年に、大腸癌研究会により公開された、大腸がん治療ガイドラインに示された治療方針に従っております。



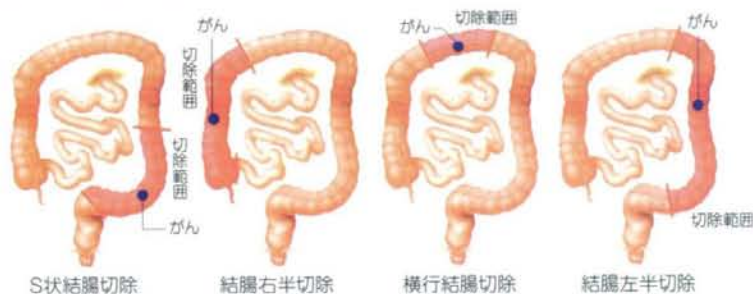
外科的治療

内視鏡的に切除可能なものを除く多くの大腸がんは、外科的切除が第一選択となります。

また、大腸がんの場合、肝転移や肺転移などの遠隔転移があっても切除可能であれば、切除することにより、より長期の生存が望めるため、これらの病変に対しては患者さんの要望があれば積極的に手術療法を行なっています。また、2007年より早期大腸癌に対する腹腔鏡補助下手術も導入し始めております。

[結腸がん手術]

開腹してがんの発生した部位を周囲のリンパ節とともに切除する“結腸切除術”が標準的な手術方法です。結腸の切除する箇所はがんの発生した部位により異なります。



[直腸がん手術]

直腸は、深くて狭い骨盤の中にあります。また、直腸周囲には膀胱や尿道に加え、男性では前立腺、精嚢、女性では子宮、膣、卵巣があります。これらの臓器を支配する自律神経を温存しながらリンパ節とともにがんを切除します。基本的には、肛門括約筋温存手術（人工肛門をつくらずに吻合をする手術）を行ないますが、肛門からがんの距離が近い場合には、がんの根治のために、人工肛門を作る手術が必要なこともあります。

膀胱や、前立腺などの周囲臓器にがんが浸潤している場合でも、それらを合併切除する骨盤内臓全摘術を行なうことにより根治手術が可能です。

[肝転移]

切除可能な肝転移に関しては、原発巣と一緒に切除を行なっております。肝転移の個数や、大きさに制限はつけておりません。

[再発大腸がん]

大腸がんが再発する場合、肝転移再発、肺転移再発、局所再発、腹膜播種再発などがあり得ますが、再発大腸癌に対しても、切除可能病変の場合には患者さんの希望があれば積極的に手術療法を行ないます。

[腹腔鏡補助下手術]

炭酸ガスでお腹を膨らませ、3~4箇所小さな穴を開け、腹腔鏡という特殊なカメラや手術器具を挿入してがんを摘出する方法です。当院でも2007年より腹腔鏡補助下の大腸切除術を導入しております。

内科的治療

[内視鏡的粘膜切除術(EMR)、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)]

早期大腸がんでは、内視鏡下に切除するだけで根治効果が得られることがわかってきており、近年その治療施行例が増えてきております。内視鏡的粘膜切除術とは、まず粘膜の下に生理食塩水を注入して、病変を浮き上がらせます。次に、内視鏡の先端からワイヤーを出して、病変にかけて、高周波電流で焼ききります。切除された病変は、病理検査で詳細に調べます。粘膜下層への浸潤程度、血管やリンパ管内へのがん細胞の浸潤(脈管侵襲)の有無により追加の外科手術が必要か否か検討します。全部とれていても、リンパ節転移のリスクがあれば、開腹手術が必要となります。また最近では、施設にもよりますが、早期胃癌の標準治療として確立された内視鏡的粘膜下層剥離術(一括で確実に切除可能)も大腸がんに応用されるようになってきています。

内視鏡的粘膜切除術(EMR) 一括切除 <大きさ約2cm <分割切除(EMR)



病理診断

患者さんの体から採取された病変の組織や細胞から顕微鏡標本を作成し、光学顕微鏡を用いて組織学的な検索・診断を行うのが病理診断です。手術中の迅速病理診断によって手術方針が決定されることも少なくありません。また、手術で摘出された標本の病理診断により最終的な病期が決定しますが、それにより再発予防を目的とした術後補助化学療法を行った方がよいか否かが分かります。

[病理診断スタッフと業務]

当院では3名の常勤病理医(日本病理学会認定病理専門医および日本臨床細胞学会認定細胞診断専門医)と3名の日本臨床細胞学会認定細胞検査士が勤務しております。

術後補助化学療法

手術により大腸がんを取り切れたとして、一定の頻度でがんが再び現れてきます。進行がんでは早期がんと比較し格段に頻度が高くなります。これは、手術時に取り切れたと思われたがんの一部が目に見えない形で残っていて、それが徐々に大きくなって目に見える大きさ(画像検査で指摘される)に育ってきたということです。この再発をいかに少なくすることが大腸がん治療の向上には不可欠です。

ステージⅢ期の大腸がんに関しては、術後補助化学療法は再発抑制効果と生存期間の延長が示されています。最近ではステージⅡ期のがんに対しても再発高リスク群（がんが周辺臓器に達した場合、穿孔合併例、脈管侵襲、低分化型がん、リンパ節転移の個数など）の場合は補助療法の対象となります。UFT/ロイコポリン、ゼローダ、TS-1といった内服薬が中心となります。患者さんに納得いただけた場合に、副作用に注意しながら外来で術後補助化学療法を行っております。

抗がん剤治療(全身化学療法)

残念ながら手術で切除不能な段階で見つかった患者さんや、手術後に切除不能な再発が見つかった患者さんに対しては抗がん剤が治療の中心となります。最近の抗がん剤の進歩により、さらに延命が期待できるようになりました。患者さんの体格、状態にあわせてきめ細かく抗がん剤の量を調整しています。5FU/ロイコポリン、イリノテカン、オキサロプラチンなど点滴薬を組み合わせたFOLFOX、FOLFIRI、IFL、LV5FU2が主な治療法となりますが、これらにアバスタチンなど分子標的薬（抗がん剤の効率を上げる役割）を上乗せすることでより延長効果が期待できるようになりました。また、患者さんの状態によっては内服薬のみで行うこともあります。治療方針は個々の症例に応じ、よく検討し相談した上で決定させていただきます。

緩和ケア・在宅医療

がんそのものに対する治療のみならず、がんによる痛みや苦しみに対する積極的な緩和ケアを早期に導入しております。緩和ケアによる痛み・苦しみの除去は患者さんの臨むQOLの高い生活につながり、患者さんの身体・精神状態が改善されることでがんそのものに対する治療にも効果が期待できます。痛みの改善にはオピオイド製剤（モルヒネなど）が主に使用されますが、医療用麻薬の使用に不安を感じる患者さんが一般的ですので、十分な説明をし、同意が得られた上で行うようにしています。

また、穏やかな時間をご自宅で過ごしたいとの希望をお持ちの患者さんには、地域の医療機関等と連携を図り在宅での治療を行っています。

地域連携

平成19年4月にがん対策基本法が施行されました。どこでも最高のがん診療が受けられる、地域による偏りが無いようにということが主な目的です。また、地域がん診療連携拠点病院という制度の中でも、がん診療における地域連携が進められています。これらを受け、平成19年8月より、地域の医療機関との連携を勤めています。当院と地域医療機関との二主治医制と考えていただければ分かりやすいと思います。手術、半年・年単位での定期的な検査は当院が担当し、日常の細かな症状に対しては近くの医療機関で診ていただく体制です。パスには受診日時、検査内容、処方内容が記載され、漏れが無いように工夫しております。

相談支援センター

相談支援センターの役割

がんと診断されることで患者さまご本人とご家族は治療法や医療費、また治療後の生活など様々な不安や悩みを抱えることとなります。当院では、がん患者さまとご家族の不安や悩みに対応するために「相談支援センター」を平成19年1月9日に開設いたしました。

事務職員(1名)看護職の相談員(2名)及び医療ソーシャルワーカー(3名)が皆様のお話を伺い、一緒に考え、問題解決のお手伝いをさせていただきます。

相談支援センターの業務

1.医療福祉相談・セカンドオピニオン

診断や治療など医療に関する相談や医療費、福祉・介護サービス等に関する相談をお受けしています。「がんと診断されたがどんな治療法があるのか」、「治療や手術に係る費用が心配なのだけれど」、「訪問看護を受けたいけどどうしたらいいの」等、お困りのことがあればお気軽にご相談ください。他の医療機関で治療中の患者さまの相談も電話や面談等でお受けいたします。

またセカンドオピニオンのご相談・申し込みについても相談支援センターでお受けしております。

- 受付時間／午前9時～午後4時
- 電話相談／0296-78-5420(直通)
- 場 所／1階 相談支援センター
- F A X／ 0296-78-5421
- 対面相談／面談室での相談
- e-mail／ soudansien@chubyoin.pref.ibaraki.jp

2.退院調整

主治医や病棟の担当看護師と協力連携しながら地域の医療機関(かかりつけ医、訪問看護等)や介護施設等との調整を行い、退院後も継続して必要な医療が受けられるようお手伝いします。

医療機関の皆様へ

地域医療連携室

地域医療連携事業

当院では、地域の医療機関(かかりつけ医)から高度で専門的な治療や検査を必要とする患者さまをご紹介いただき、治療や検査を行う医療連携事業に取り組んでいます。

医療連携を円滑に進めるため、地域医療連携室(専属スタッフ2名)を設置し、紹介患者さまの診察日・診察時間等の調整および予約を行っています。ご紹介いただく際には所定の申込票によりFAXにて申し込みください。申込票は当院のホームページからダウンロード出来ます。

- 受付時間／午前9時～12時
- 電話相談／0296-77-1121(内線2703)
- 午後1時～4時
- F A X／ 0296-78-3589
- e-mail／ renkei@chubyoin.pref.ibaraki.jp

茨城県立中央病院 <http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/cyubyo/index.html>

消化器グループスタッフ

消化器内科



五頭 三秀

○消化器内科
○消化管内視鏡の診断治療
○慢性炎症性腸疾患の診断治療



天貝 賢二

○消化器内科
○癌化学療法
○消化管内視鏡の診断治療



荒木 眞裕

○消化器内科
○肝炎・肝癌の診断と治療
○胆膵内視鏡の診断治療



大関 瑞治

○消化器内科
○肝炎・肝癌の診断と治療
○消化管内視鏡の診断治療

消化器外科



吉見 富洋

○一般外科
○消化器外科



阿部 秀樹

○一般外科
○消化器外科



森 健

○一般外科
○消化器外科



山下 裕玄

○一般外科
○消化器外科



小島 正幸

○一般外科
○消化器外科
○内視鏡外科

非常勤医師

消化器外科



永井 秀雄

○一般外科
○消化器外科
○内視鏡外科



小島 寛

○腫瘍内科
○血液内科



佐藤 始広

○画像診断
○核医学
○PET



林 靖孝

○放射線治療



奥村 敏之

○放射線治療
○陽子線治療

非常勤医師

病理



飯嶋 達生

○臨床病理学(人体病理学)
○呼吸器疾患病理
○肝疾患病理



斉藤 仁昭

○臨床病理学(人体病理学)
○リンパ網内系疾患病理



土井 幹雄

○臨床病理学(人体病理学)

外来診療表

	月	火	水	木	金
消化器内科	五頭	天貝	荒木	天貝	五頭・大関(午後)
消化器外科	吉見	森	吉見	阿部	永井・山下

※この冊子は平成20年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「相談内容の分析等を踏まえた相談支援センターのあり方に関する研究」(H18-がん臨床-一般-022)主任研究者 雨宮隆太により作成されたものです。

Ibaraki Prefectural Central Hospital & Cancer Center



大きな無料駐車場（約800台収容）があり、車での来院も大変便利です。

JR常磐線 友部駅より （平成20年1月現在）

◎徒歩 15分 ◎バス 5分 片道160円 ◎タクシー 5分 片道660円

常磐自動車道

水戸ICより約20分 / 友部SAスマートIC（ETC専用）より約15分

北関東自動車道

友部ICより約15分

茨城県 都道府県がん診療連携拠点病院
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



頭頸部がん診療のご案内

茨城県 都道府県がん診療連携拠点病院

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

頭頸部がんとは

がん(癌)は、そのできた場所などから大きく11の領域に分類されます。これらの分類は国際対がん連合(UICC)で取り決められ、万国共通のものとなっています。頭頸部がんはその一つです。この頭頸部がんの「頭頸部」とは脳と眼球を除いた首から上のすべての領域を意味しています。そして先ほどの国際分類により、この頭頸部がんはさらに口唇・口腔がん(舌がんもこのなかに含まれます)、咽頭がん、喉頭がん、鼻・副鼻腔がん、唾液腺がん、および甲状腺がんに分けられています。その他に、耳や頭蓋底のがん、首の位置にある食道がんなどもあります。

頭頸部がんが全がんに占める割合は約5%にすぎず、この中に多くの部位が存在しますので、各部位別に分けるとその頻度としては少なくなります。しかし、好発年齢を考えると、高齢化社会の到来とともに増加する可能性があります。最近の大阪府での調査によれば、この30年の間に咽頭がんと口腔がんは増加傾向にあり、特に中咽頭がんと下咽頭がんは男性で5倍、女性で4.5倍と増加が顕著でした。頭頸部がん罹患の危険因子としては、食道がんと同様、喫煙と飲酒習慣が挙げられております。

さて、これらの頭頸部がんはそれぞれのできた部位によってその性格が大きく異なり、症状やがんの悪性度(たちの悪さ)などもさまざまです。さらにそれぞれの部位は働き(例えば、食事をする、呼吸をする、声を出す、聞くなど)も違うので、それぞれのがんに対する治療の方法も全く異なってきます。一方で、この頭頸部という領域は狭く、隣り合う部位と密に接していることから、がんは容易に隣の部位に進展していきます。例えば、口腔がんは容易に鼻・副鼻腔や咽頭に広がっていきます。従って、1つの部位のみにとどまった治療には限界があります。また口腔がんをはじめ頭頸部がんはしばしば首のリンパ節に転移しますし、がんという性質上、全身へも転移します。そのため、がん自体の治療と同時に、その転移に対応した治療を行わなければなりません。さらに、がん治療に当っては抗がん薬も使いますし、患者さんの持っている他の病気のことも考えた全身的な管理も必要です。

頭頸部の解剖

図をご覧のとおり、頭頸部は呼吸、発声、構音、そしゃく、嚥下(飲み込み)といった、機能に関わる部位です。従って、頭頸部がんが進行すると、これらの機能に障害をきたす可能性があります。もちろん、頭頸部がんの治療を行うにあたって、これらの機能のある程度の障害をきたします。たとえば、呼吸の問題のために気管に穴をあける必要が生じたり、発声することができなくなったり、食事を飲み込むことができなくなったりすることがあります。

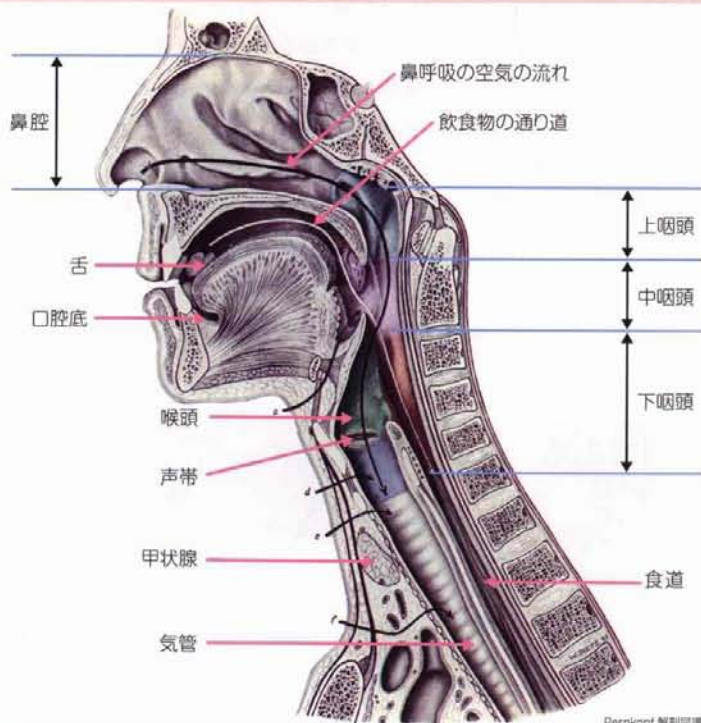
頭頸部外科とは

「頭頸部外科」という名称を目にされたことがありますか？最近のがんセンターや大学病院などの診療科の名称として見かけることがあると思います。

ここでいう「頭頸部」とは英語のhead and neckの訳語で、首から上の構造の総称です。頭（あたま）というと日本語では脳とそれを守る頭蓋骨を連想しますが、英語のheadという言葉の意味には顔面や口のなか、鼻のなか、眼なども含まれており、首よりも上の全てを指します。また英語のneckも日本語の首だけでなく、その中の構造物である、のど（咽頭、喉頭）、気管、食道上部も含んでいます。これら領域の病気では手術治療が中心になりますので、その担当分野が頭頸部外科と呼ばれています。頭頸部のうちでも脳は脳神経外科が、眼球は眼科が、歯は歯科が担当しますので、頭頸部外科は実際には脳、眼球を除いた頭頸部の良性・悪性腫瘍、外傷などに対する手術を行っています。

頭頸部外科が扱う領域のほとんどは従来の耳鼻咽喉科が担当してきた範囲ですので、耳鼻咽喉科・頭頸部外科と一連の名前で呼ぶこともあります。

頭頸部外科で最も重要なものは頭頸部がん（癌）の診療です。頭頸部にできるがんには、舌がんを含む口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、上顎洞がんなどの鼻・副鼻腔がん、唾液腺がん、甲状腺がん、耳・側頭骨がん、頭蓋底進展例や頸部リンパ節転移などがあります。



Pernkopf 解剖図譜(第2版)より改定