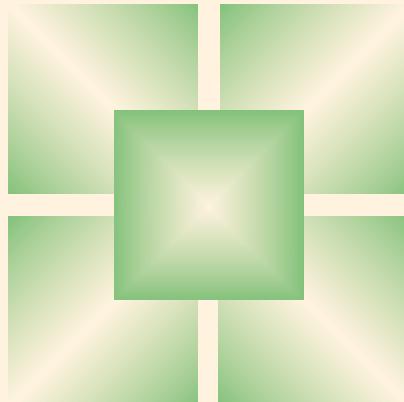


第4章

治療概要



Q

030

肺がんにはどのような治療がありますか。

A

肺がんそのものに対する治療として、治療効果が確かめられているものは、①手術、②放射線治療、③薬物治療（**化学療法**、分子標的治療）があります。これらは効果が確認されているため健康保険で治療ができます。どの治療が良いか、どの治療を組み合わせるかは、肺がんの種類、進行度により異なりますので、それぞれの治療の章をご覧ください。また、がんの苦痛を和らげる治療として緩和医療があります。最近はがん末期に限らず、早い段階からがんの苦痛を和らげるよう多くの病院で緩和医療が導入されています。一方、免疫療法や遺伝子療法、代替療法は治療効果が十分に確かめられていないため、健康保険を使えません。詳しくは本書の各治療項目をご覧ください（外科治療69ページ、がん化学療法77ページ、放射線治療89ページ、分子標的治療薬175ページ、緩和医療183ページ、補完代替医療199ページ）。

●用語解説●

■ **化学療法**

抗がん剤による治療。注射によるものが大半ですが、最近は飲み薬もあります。複数

の薬剤を用いる場合、多剤併用化学療法と呼ばれます（77ページ参照）。

Q

031

根治治療と姑息治療の違いを教えてください。

A

肺がんの治癒を目指す治療を根治治療といいます。しかし、残念ながら往々にして根治は難しいことが多いのです。これに対して、患者さんの苦痛を軽減したり、症状を改善し、生活の質を上げることを目的にされる治療を緩和医療（姑息治療）と呼びます。また、対症療法や支持療法といわれることもあります。骨転移による骨折の手術、脳転移に対する放射線治療、がん疼痛に対するモルヒネ投与などはすべて緩和医療です。緩和医療により痛みを取り除いたり、呼吸困難を和らげたりして日常生活ができるだけ普通に送れるようになります。ですから、緩和医療も患者さんのために非常に重要な治療です（183ページ参照）。



Q 032

PS(パフォーマンス・ステータス)とは何ですか。なぜ重要なのですか。

A

一言でいうと患者さんの元気さの指標で、0～4の5段階に分類されます。あまり科学的でないようと思われるかもしれません、治療の選択に重要であり、治療後の経過にきわめて大きく影響します。PSが3や4の患者さんでは、強力な治療よりも患者さんの状態に合わせた、症状の軽減を目指す緩和医療が中心になります。

表1 PS (パフォーマンス・ステータス)

グレード	一般状態
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等にふるまえる。
1	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や坐業はできる。たとえば軽い家事、事務など。
2	歩行や身のまわりのことはできるが、ときに少し介助がいることがある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。
3	身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助を必要とし、日中の50%以上は就床している。
4	身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床している。

(ECOG)

Q

033

治療が効いているのかどうかは、どのように判断できるのですか。PRとかCRとはどういう意味ですか。

A

薬物や放射線による根治治療の目的は、それによって寿命を延長させることなのですが、実際に治療中に治療効果を予測することは難しく、治療効果は数年経過をみないとわかりません。したがって、生命の延長に代わる別の指標が必要となります。このような目的でよく使われる指標が腫瘍の大きさの変化で、肺がんの場合、多くはCTをはじめとする胸部の画像検査で計測します。

効果の判定にはRECISTと呼ばれる、世界保健機関（WHO）が定めた基準があります。世界各国で共通の基準を用いることにより、外国での治療効果ともある程度比べることができます。ある治療の後に腫瘍が消失し、かつその状態が4週続いた場合を「完全奏効（CR）」、腫瘍の長径が30%以上減少した状態が4週続く場合を「部分奏効（PR）」、腫瘍の長径が20%以上増加した場合を「進行（PD）」とし、それ以外の場合を「安定（SD）」と呼びます。また、全体の症例のうちCRとPRの患者さんの割合を「奏効率」と呼びます。ただ、あくまでもこのような抗腫瘍効果は「かわりの指標」であり、生存成績とだいたいは一致しますが、そうでない場合もあることには注意が必要です。また、血液中の腫瘍マーカー値の低下も治療効果判定の参考にすることがあります（171ページ参照）。



効きましたね

解 説

肺がんの患者さんに対して、がん自体を治すために一般的に行われる治療には、外科治療（手術）、放射線治療、薬物治療（抗がん剤治療、化学療法）があります。前の二者が局所の治療であるのに対して、薬物治療は全身にあるがん細胞に有効である全身治療であるという点が異なります。このほかに症状を和らげるための治療として緩和医療や対症療法もあります。

実際にどのような治療を行うかは、主に以下の3つの点によって決められます。まずは肺がんの顕微鏡による分類（組織型）です。肺がんには腺がん、扁平上皮がん、大細胞がん、小細胞がんの4種類があります（図1）が、小細胞がんは進行が速く診断時に手術が不能であることが多いことと、放射線や化学療法の感受性が高いことからほかの3種とは別に取り扱われます。この意味で、残りの3種を非小細胞肺がんと呼び、小細胞肺がんか非小細胞肺がんかで治療

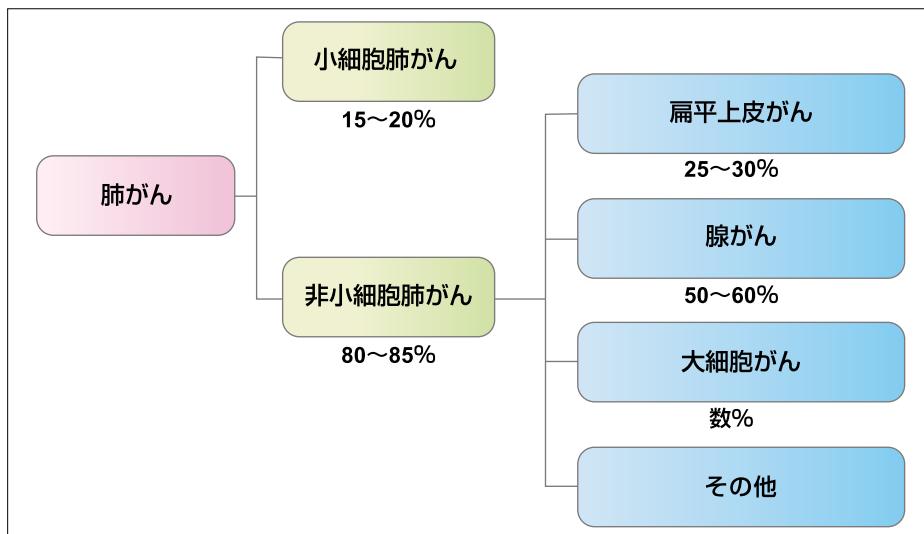


図1 治療方針からみた肺がんの種類

方針が異なります。手術の対象になるのは一般に非小細胞肺がんです。第2は、肺がんの進行度です。肺がんの進行度は肺がんそのものの大きさ、リンパ節への転移の程度、遠隔の内臓への転移の有無の3つの要素の組み合わせで決定され、IA期からIV期までの7段階に分類されます（表2）。I～II期は局所に限局した時期、III期は局所で進展した時期、IV期は遠隔転移がある時期です。非小細胞肺がんにおける一般的な治療は局所限局肺がんは手術、局所進展肺がんは放射線同時併用化学療法、遠隔転移のある肺がんは化学療法です。第3には患者さんの元気さです。年齢に加えて、心、肺、肝、腎など全身の生理機能が治療に耐えられるかどうかはとても重要です。

一方、小細胞肺がんは先に述べたように進行が速く転移しやすいため、全身的な作用が期待できる化学療法が治療の中心です。小細胞肺がんでは進行度を、片側の胸郭にのみ病巣が限られる限局型（LD）と、ほかの臓器に転移がある進展型（ED）に分類し、限局型（LD）では化学療法に加えて放射線治療を用います（154ページ参照）。

表2 がんの拡がり（臨床病期）

病期	拡がりの範囲
I A期	もとのがんの大きさが3cm以下で、肺のまわりの臓器に及んでいないもの。リンパ節転移がないこと。
I B期	もとのがんの大きさが3cmをこえるが、肺のまわりの臓器に及んでいないもの。リンパ節転移がないこと。
II A期	もとのがんの大きさが3cm以下で、肺のまわりの臓器に及んでいないもの。リンパ節転移がもとのがんと同じ側の気管支のまわりまでに限られるもの。
II B期	もとのがんの大きさが3cmをこえるが、肺のまわりの臓器に及んでいないもののうちリンパ節転移がもとのがんと同じ側の気管支のまわりまでに限られるもの。または、もとのがんの大きさにかかわらず肺のまわりの臓器に及びがリンパ節転移がないもの。
III A期	もとのがんの大きさにかかわらず、肺のまわりの臓器に及んでいないもののうちリンパ節転移がもとのがんと同じ側の縦隔（じゅうかく）までに限られるもの。または、もとのがんの大きさにかかわらず肺のまわりの臓器に及びがリンパ節転移が気管支のまわりに限られるもの。
III B期	もとのがんが、肺のまわりの重要臓器（心、大血管、気管、食道、椎体など）まで及び、リンパ節転移が縦隔、鎖骨上窩まで及びるもの。
IV期	もとのがんの大きさ、リンパ節転移にかかわらず、肺から離れた臓器に転移があるもの。

（55ページ参照）

以上の治療を受けるに際しては、年齢や、体力、合併症などの条件によって人それぞれ異なります。治療の詳しい内容は、各項目をご覧ください。もし、がん自体を治す治療が何らかの理由によってできなくても、がんによる症状を抑え、より快適な生活を送られるよう、緩和医療（184ページ参照）や支持療法がありますので悲觀しないでください。

(光富 徹哉、澤 祥幸)

