
4. 肺がん診療の最前線

和歌山県立医科大学内科学第三講座 山本 信之

肺癌診療はこの20年間で激変している。基本的な診断方法や薬物療法・外科治療・放射線治療といった治療法には変わりはないが、その内容は、細分化・複雑化されている。それを反映するかのよう、日本肺癌学会が編集している肺癌診療ガイドラインのページ数は、2003年の初版が176ページであったものが、最新版の2024年版では542ページと3倍以上のボリュームになっている。

治療方法の進歩で、最も目覚ましいものが薬物療法であるのは異論の余地がないと思われる。例えば肺癌の85%を占める非小細胞肺癌に対しては、初版では、推奨される薬剤がシスプラチンに代表される細胞障害性抗癌薬のみであったが、現在では、それ以外に分子標的薬（ドライバー変異をターゲットとする阻害剤や2重特異性抗体など）や免疫チェックポイント阻害剤等の多様な薬剤が選択肢として提示されている。特に進行非小細胞肺癌では、9種類の遺伝子変異＋腫瘍細胞のPD-L1発現を測定することで、初

めて標準的治療が選択できるようになっているため、初回治療からマルチプレックス遺伝子パネル検査を実施することが一般的になっている。我が国では、癌に対するマルチプレックス遺伝子パネル検査は標準的治療終了後に保険適用とされているが、非小細胞肺癌では、初回治療から保険下で実施できる検査が3種類用意されていることでも、肺癌における個別化医療の進み具合を理解していただけたと思われる。

このような薬物療法の進歩は、肺癌治療全体にも大きな変革をもたらしている。2003年時点では周術期治療として確立された薬物療法はなかったが、免疫チェックポイント阻害剤等の登場により、現在では、手術を受ける多くの患者に対して周術期治療を行うことが標準とされている。さらに、周術期治療の効果向上と相まって手術適応も拡大される兆しがみられている。

本講演では、上記に述べた肺癌診療の最近の変化についてできるだけ簡潔に解説する予定である。

5. 高血圧と慢性腎臓病（CKD）診療の最前線

帝京大学内科学講座 柴田 茂

本邦における慢性腎臓病（CKD）の患者数は最新の推計値で約2,000万人とされ、その頻度は成人5人に1人の割合となる（CKD診療ガイド2024）。CKDは末期腎不全のみならず心血管死や全死亡の強力なリスク因子であり、予後改善のためには早期発見・早期介入が重要である。体内の体液量と組成を一定に保つことが腎臓の根

源的な働きであり、CKDではこの働きが損なわれ、体液の過剰やイオンバランスの異常が生じることとなる。このような体液異常を背景に表出する代表的な疾患が高血圧であり、それ自体がCKDの進展を加速させる。高血圧はCKDに合併する心血管疾患や心腎連関の病態基盤としても重要であり、体液異常の是正と適切な血管

理はCKD診療の核心のひとつである。蛋白尿陽性例や糖尿病を有する場合の降圧目標は130/80 mmHg未満(家庭血圧125/75 mmHg未満)であり、蛋白尿陰性かつ糖尿病がないCKD患者では140/90 mmHg未満(家庭血圧135/85 mmHg未満)を中間目標に、忍容性があれば慎重に130/80 mmHg未満への降圧を検討する。CKD患者では高率に高血圧を合併することから、まずは家庭での朝の血圧測定を習慣化することで患者自身に血圧レベルを把握してもらうとともに、減塩や体重管理等の非薬物療法を行う。CKDを合併しない高血圧患者では、野菜や果物などのカリウムを豊富に含む食事と減塩を組み合わせるこ

とが血圧管理に有効であり、尿中のNa/K比測定の有用性も提案されているが、CKD合併高血圧におけるエビデンスは十分ではない。降圧薬の選択としては、蛋白尿を有する場合にはレニン・アンジオテンシン系(RAS)阻害薬を中心に薬物療法を行い、蛋白尿が陰性の場合にはカルシウム拮抗薬、RAS阻害薬あるいは利尿薬を使用する。CKD合併高血圧では一剤で降圧目標に到達することが困難である場合も多く、このようなケースでは体液過剰を是正する作用を有する降圧薬の併用が有効である場合がある。本教育講演では高血圧とCKDの関わりに注目しながら、最新の診療について概説したい。

6. 自然災害時の感染症とその対策～DICT活動とは～

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科臨床感染症学分野 泉川 公一

地震、台風、洪水、津波など、日本では多くの自然災害が発生し、被災者の多くは、自宅を追われ避難所等に避難し、長期の避難所生活を強いられることも少なくない。避難所での集団生活においては、水、トイレ、換気、食品の管理など、過密状態なども相まって様々な感染症が発生するリスクがあり、また、実際に蔓延してしまうことがある。COVID-19、インフルエンザ、ノロウイルス感染症はその代表となる。避難所の衛生管理や感染症蔓延の抑制は、元来、地域の保健所、保健師が担うが、被災地における保健所の業務は多岐にわたり、各避難所の感染対策の指導は行き届かないのが現状である。このような背景から、2011年の東日本大震災以降、避難所における感染対策がクローズアップされ、日本環境感染学会において、医療機関で感染制御を担う実務経験者により編成される災害時感染制御チーム(Disaster Infection Control Team: DICT)が設立された。本チームは、大

規模災害被災地における避難所と施設の生活者を対象に、集団感染の発生リスクを早期に把握するための活動、ならびに、避難所内で発生する感染症の抑止や発生時の制御に資する活動、専門的助言を行う。2024年元日に発生した能登半島地震においては、DICTが石川県の依頼のもと、チーム結成以来、初めて本格的な活動を行い、2024年1月3日から、2月19日まで、84名のチームメンバーが投入され、のべ160カ所の避難所で支援を行い、103件の感染対策に関する相談を受けた。また、14社からなる協賛企業からは、アルコール手指衛生剤、そのほかの消毒薬など提供を受け、多くの避難所に配布した。これらの活動は避難所における感染症蔓延の抑制に寄与したものと思われる。

本講演では、自然災害時に発生する様々な感染症とその対策を概説し、DICTによるこれまでの活動を紹介する。