

大阪医科薬科大学

第101回医学会総会
2025年度春季学術講演会

プログラム 講演内容抄録

日時 2025年6月18日(水)

< 16:30~18:20 >

場所 大阪医科薬科大学 学I講堂

会場及びオンライン配信(ZOOM)によるハイブリッド開催

<https://us02web.zoom.us/j/89602692325?pwd=hJZRRTK6p5A8vhl0BjWv3g9kBSCiN0.1>

ミーティングID: 896 0269 2325

パスコード: 896793

——— 当 番 ———

小 児 科 学 教 室

産 婦 人 科 学 教 室

大阪医科薬科大学医学会

高槻市大学町2番7号・大阪医科薬科大学(大阪医薬大サービス内)

電 話 072(683)1221番

プログラム

1. 開 会 の 辞
1. 会 長 挨 拶
1. 「研究奨励賞受賞者」表彰式
1. 特 別 講 演
1. 医 学 会 総 会

特 別 講 演

がん薬物療法の革新と医療コミュニケーション
の変遷：科学と対話の交差点

〈16:40～17:10〉

大阪医科薬科大学医学部腫瘍内科学教室

教授 藤 阪 保 仁

心房細動：左心耳から始まるもやもやエコー、
血栓、そして塞栓症

〈17:10～17:40〉

大阪医科薬科大学医学部医学教育センター

専門教授 伊 藤 隆 英

がん薬物療法の革新と医療コミュニケーションの変遷： 科学と対話の交差点

大阪医科薬科大学医学部腫瘍内科学教室

教授 藤 阪 保 仁

はじめに

がん薬物療法は、細胞傷害性抗がん剤の時代から分子標的治療薬、免疫療法、そしてがんゲノム医療へと進化を遂げてきた。この進歩は、治療の選択肢を拡大し、患者の予後を改善する一方で、医療者と患者のコミュニケーションにも大きな変化をもたらしている。本講演では、科学的根拠（Evidence）に基づいた各治療の特徴と、対話（Communication）の課題について整理し、今後のがん診療における医療者の役割と対話のあり方について展望する。

1. 細胞傷害性抗がん剤の時代：悪い知らせの伝え方と緩和医療の役割

細胞傷害性抗がん剤が主流であった時代は、医師から患者に対して、薬物治療を実施しても予後が短いことや緩和医療への切り替えを中心に伝える必要があった。そのため、告知・再発・治療の中止といった「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう『悪い知らせ』」の伝え方が課題となり、コミュニケーション技術講習が広く行われるようになった。患者の意向や病状認識を互いに共有していくことの重要性が再認識された。

2. 分子標的治療薬の時代：個別化治療と孤独

分子標的治療薬の導入により、ドライバー遺伝子変異陽性患者の予後は著しく改善した。しかし、告知から治療方針の決定までに、遺伝子検査結果を待つ時間が発生し、その期間に生じる患者が治療に抱く期待や不安への対応が求められた。また、ドライバー遺伝子変異が陰性であった場合には、分子標的治療薬の適応とならないため患者の失望・孤独への対応が必要となった。また、分子標的治療薬の導入により薬物療法が高度化・細分化されたため、医師と他の医療従事者間とのコミュニケーションの重要性が増し、チーム医療が再認識されるようになった。

3. 免疫療法の時代：効果の不確実性と「やめ時」の難しさ

免疫チェックポイント阻害剤を中心とする免疫療法は、がん治療における新たなパラダイムシフトをもたらした。一部の患者に劇的な効果を示す一方で、治療効果の予測は困難であり、免疫関連有害事象（irAE）も従来の抗がん剤とは異なる特徴を持つ。

この不確実性は、患者・医療者双方にとって大きな課題となり、「どこまで治療を続

けるのか」「いつ治療をやめるのか」という意思決定がこれまで以上に難しくなった。効果が長期間持続する可能性がある一方で、継続によるリスクも考慮する必要がある、「やめ時」をどう判断し、患者に納得してもらうかが医療者にとっての大きな課題となっている。

また、全身性の副作用に対応するためには、がん関連学際領域・Non-Oncology Unitとの連携が重要となり、さらなるチーム医療の再構築が必要となった。

4. がんゲノム医療の時代：不確実な情報の氾濫と意思決定の困難さ

がん遺伝子パネル検査の導入により、今後はPrecision Medicine（精密医療）の進展が期待される。患者は、がん遺伝子パネル検査の結果により、自分に適した治療が選択できると期待するが、実際に遺伝子異常が検出されたとしても治療までたどり着くケースは少なく（10%以下）、期待・希望とのギャップに対応する必要があると考えられる。

また、遺伝性腫瘍に関する遺伝子を検出した場合には、患者は「知る権利」とともに「知らないでいる権利」も有しており、いずれも尊重されなければならない。

5. 未来に向けて：科学（Evidence）と対話（Communication）の交差点における医療者の役割

がん薬物療法の進化とともに、医療者と患者の関係性も変化してきた。治療選択の多様化、情報の氾濫、不確実性の増大により、医療者は単に「最適な治療を提供する」だけでなく、患者とともに意思決定を行い、不確実な状況を乗り越えるパートナーとしての役割を果たすことが求められるようになっている。

今後は、AIやデジタル技術の発展により、患者の理解を助けるツールの普及が期待されるが、その一方で「人間同士の対話」が果たす役割は依然として重要である。患者が納得できる治療選択を行うためには、医療者が科学的根拠をわかりやすく説明し、不安や孤独に寄り添いながら意思決定を支援することが不可欠である。

まとめ

がん薬物療法の発展は、単に治療成績を向上させるだけでなく、医療者と患者とのコミュニケーションのあり方にも大きな影響を与えてきた。細胞傷害性抗がん剤の時代には、悪い知らせを伝えることや緩和医療との連携が課題となり、分子標的治療の時代には、個別化治療が進む一方で患者の孤独が問題となった。免疫療法の時代には、治療の不確実性と「やめ時」の難しさが浮上し、がんゲノム医療の時代には、不確実な情報の氾濫による意思決定の困難さが新たな課題となっている。

今後、がん薬物療法の変遷とともに、変わらぬ医療コミュニケーションの大切さを再考し、より良い患者支援の実現に向けた展望を共有する。

心房細動：左心耳から始まるもやもやエコー， 血栓，そして塞栓症

大阪医科薬科大学医学部医学教育センター
専門教授 伊藤 隆 英

心房細動は、循環器診療において日常的にみられる不整脈の一つである。その頻度は加齢とともに上昇し、75歳以上の約1割、85歳以上の約2割に認められる。主な自覚症状は動悸、息切れ、眩暈であり、約半数の患者はこれらの症状を自覚しない（かくれ心房細動）。

心房細動の2大合併症にうっ血性心不全と血栓塞栓症がある。前者は頻脈時の拡張時間短縮に伴う左室充満（拡張）障害に加え、心房収縮の欠如によって生じる低心拍出状態に起因する。後者は、心房内の血流うっ滞により形成された血栓が、剥離して血流に乗ることで発生する。心源性脳梗塞患者の予後は著しく不良であり、約3割が死亡もしくは社会生活の中断を余儀なくされる。これらの合併症に伴う社会的・経済的損失を考慮すると、心房細動の抑止と発症後管理はきわめて重要である。

本講演会では、心房細動における血栓形成のメカニズムと塞栓症のリスク評価について、主に心臓超音波検査（心エコー）所見を通して解説する。

Virchowによれば、生体内における血栓形成のメカニズムは血流速度、内皮の状態、血液成分の3要素によって構成される。これを心臓に当てはめると、心臓が大きくなるほど、また心機能が低下するほど、血流のうっ滞が起こりやすくなる。形態的・機能的異常をきたした心臓の内皮は変性し、抗血栓物質などの分泌不良を招く。

心房細動では心房内に血栓が形成されることが多く、その90%以上は左心耳内に生じる。左心耳は母指ほどの大きさで袋状を呈し、一方は左房に開口している。興味深いことに、左心耳は心周期にあわせて収縮と拡張を繰り返している。つまり「機能」しているといえるが、人体におけるこの小器官の存在意義は明確ではない。

心エコーは心臓の大きさや機能のみならず、内部の血流速度を捉えることが可能である。超音波の性質の一つに「反射」がある。対象物にあたるとその一部は反射し、装置を介するとそれが後方散乱波となって観察される。超音波の波長に比し対象物の大きさが一定以上であれば、後方散乱波はより明瞭に表示される。

血液中の赤血球は、血流が速いときは反発し合いながら移動するが、血流が遅くなると寄り合って集合体（連銭）として移動するようになる。赤血球の集合体から反射した後方散乱波が画像表示されたものが、「もやもやエコー」である。つまり、もやもやエコーが観察されるところに「血流うっ滞がある」、すなわち「血栓が形成されやすい環境がある」ということができる。

もやもやエコーは欧米ではspontaneous echo contrast (SEC) またはsmoke-like echoとよばれている。以降、「もやもやエコー」を「SEC」と表記する。

心房細動では、SECは主に左心耳内に観察され、左心耳の機能が低下するほど出現しやすくなる。血漿成分によってもSECの見え方が異なり、たとえば原発性マクログロブリン血症や全身性炎症に伴う高フィブリノゲン血症では、血流速度にかかわらずSECが認められるという。

SECは、生活習慣病や慢性的な疾患の有無によっても変化し、たとえばCHADS₂ (チャズ) スコア (心不全 (C)、高血圧 (H)、高齢 (A)、糖尿病 (D)、脳卒中の既往 (S) の累積スコア) が高いほど、観察されやすい。慢性腎臓病が加わるとSECの出現頻度は増大する。しかし、これらの要因を適切に管理することで、SECは消失しうる。

凝固療法に用いられるワルファリンは、SECの消失ないし軽減に寄与しない。ワルファリンが抗凝固因子であるII、VII、IX、Xに作用するのに対し、SECの出現機序は物理的要因に依存しているためであろう。傾向スコアマッチングを用いた研究において、新規経口抗凝固薬 (DOAC) を服用している患者とワルファリンを服用している患者を比較したところ、前者では有意にSECの観察頻度が低かった。詳細は不明であるが、DOACには赤血球の連鎖形成を抑制する未知の作用があるのかもしれない。

大動脈内の血流速度 (2.5m/秒) と左房内の血流速度 (1.0m/秒) は比較するまでもない。しかし、心房細動患者では条件によっては大動脈内にもSECが観察される。SECを認める患者ではCHADS₂スコアが高い傾向があることから、プラークの付着などにより血管内皮が変性している可能性がある。

心房細動を発症した場合、可及的早期に治療介入を行うことが望ましい。放置すれば「心房細動持続⇔心房リモデリング進行」理論に基づき左房が拡大し、左心耳の機能低下から血栓形成をきたしうる。血栓塞栓症のリスク低減には、心房という局所レベルにおける抗血栓環境の改善が不可欠である。