

いちばん新しい 食道がん 名医が答える——VII の本

医学博士
東海大学医学部教授
東海大学医学部附属病院院長

幕内博康 著

Hiroyasu Makuuchi

世田谷区立鎌田図書館

☎3709-6311



131114977⑤



[著者略歴]

幕内博康 (まくうち・ひろやす)

医学博士、東海大学医学部付属病院病院長。

1944年生まれ。慶應義塾大学医学部卒後、東海大学医学部講師などを経て現在東海大学医学部教授。治療成績の悪い食道ガンに対し、色素内視鏡検査による早期発見と内視鏡的治療、拡大手術法により、著しい治療成果をあげ注目を浴びる。

日本外科学会、日本消化器病学会、日本消化器外科学会、日本消化器内視鏡学会、日本癌学会、日本癌治療学会などに所属。

主な著書に『食道外科の要点と盲点 Knack & Pitfalls』(幕内雅敏監修 幕内博康編 文光堂)、『消化管内視鏡アトラス』(長廻紘、多田正大、幕内博康編 文光堂)、『エンドスコピストとラパロスコピストのための最新消化器内視鏡治療』(北島政樹編集主幹 熊井浩一郎、幕内博康、北野正剛、峯徹哉、渡辺昌彦編 寺田国際事務所先端医療技術研究所)、『食道・胃静脈瘤(改訂第2版)』(鈴木博昭監修 豊永純、幕内博康、小原勝敏編 日本メディカルセンター)、『食道・胃の内視鏡的粘膜切除術—その限界に挑む』(幕内博康編 日本メディカルセンター)ほか多数。

連絡先

東海大学医学部

〒259-1193 神奈川県伊勢原市望星台

Tel: 0463-93-1121

2004年5月25日 初版発行

発行●株式会社 二見書房

東京都千代田区神田神保町1-5-10

TEL●03(3219)2311

FAX●03(3233)2301

振替●00170-4-2639

第1章

【原因】なぜ、食道がんになるのでしょうか

- Q 食道がんの最も多い発症年齢は？ 16
- Q 男性と女性では、どちらが食道がんになりやすいですか？ 16
- Q 食道がんの原因としては、どのようなものが考えられますか？ 18
- Q 熱いお茶や刺激の強い食事などは関係ありますか？ 20
- Q 発がん原因といわれる「ニトロサミン」とは何ですか？ 22
- Q 食道がんの発症に人種間の差異はありますか？ 23
- Q 過去の病歴との関係はあるのでしょうか？ 24
- Q 食道がんの発症に遺伝は関係ありますか？ 27

第2章

【症状】食道がんの症状はどのようなものですか？

- Q 食道の構造について教えてください 30
- Q 早期の食道がんの自覚症状には、どのようなものがありますか？ 32
- Q 進行がんの症状としては、どのようなものがありますか？ 34
- Q それぞれの症状で進行ぐあいはだいたいわかるものですか？ 35

第3章

【検査と診断】食道がんはどのような検査をしますか？

- Q 症状が出た場合は、かなり進んだ段階なのでしょうか？ 36
- Q 他の病気と間違っような症状はありませんか？ 37
- Q 喉の痛みや違和感は、食道がんとは関係ありませんか？ 38
- Q 症状が治まったら、がんではなかったということでしょうか？ 39
- Q どの時点で病院へ行けばいいのでしょうか？ 40

- Q 早期発見のためには何が最も大事ですか？ 42
- Q 検査による早期発見の確実性は、どの程度でしょうか？ 43
- Q 定期検査で発見された場合の食道がんは、完治する可能性は高いですか？ 44
- Q 食道がんを定期的に検査する方法はありますか？ 45
- Q 食道がんが疑われた場合は、どのような検査がありますか？ 46
- Q レントゲン検査は、どのような検査で、その精度は？ 47
- Q レントゲン検査は、苦しいですか？ 所要時間や検査費用は？ 48
- Q レントゲン検査で小さな食道がんを見つけたには熟練を要すると聞きましたが？ 48
- Q 内視鏡検査とは、どのような検査ですか？ 49
- Q 内視鏡検査は苦しいですか？ 所要時間や費用はどのくらいですか？ 50
- Q 内視鏡で異常が発見されたら、がんですか？ 51
- Q 生検とは、どのような検査ですか？ 51

【進行度】食道がんの進行度について教えてください

- Q 生検で異常がなければ大丈夫なのでしょうか？ 52
- Q がんだとわかった場合、どのような検査をしますか？ 53
- Q 食道がん入院患者のうち、他の臓器にもがんがある人の割合は？ 58

- Q 食道に発生するがんは、どのような種類のがんですか？ 62
- Q がん全体のなかで比較したときの食道がんの厄介さは？ 64
- Q 食道がんは、がん全体で見ると悪性度は高いですか低いですか？ 66
- Q 病期分類（ステージング）とは何ですか？ 67
- Q 食道がんのステージには、どのようなものがありますか？ 68
- Q 発見時にいちばん多いステージは？ 71
- Q 食道がんの完治の目安は何年ですか？ 71
- Q それぞれのステージにおける完治率は？ 73

【治療】食道がんの治療法を教えてください

- Q 食道がんの治療には、どのようなものがありますか？ 76
- Q 内視鏡的粘膜切除術とは、どのような治療ですか？ 77

- Q 外科手術はどのような治療ですか？ 78
- Q 手術は何歳くらいまで可能ですか？ 79
- Q 術前抗がん剤療法、術前放射線療法とは、どのような治療ですか？ 80
- Q それぞれのステージにおける治療法について教えてください 81
- Q 早期がんであれば、内視鏡的粘膜切除術で治りますか？ 85
- Q 手術によって引き起こされる合併症は？ 87
- Q 頸部食道がんの特徴は？ 88
- Q 頸部食道がんの転移しやすい部位は？ 90
- Q 声帯を切除するか、しないかの判断基準は？ 90
- Q 声帯を失うということは、声を失うということですか？ 92
- Q 甲状腺や副甲状腺を切除する基準点は？ その後遺症は？ 94
- Q 咽頭を切除したあとに作る「永久気管瘻」とは何ですか？ 95
- Q どうやって作るのですか？ 96
- Q 永久気管瘻で不自由なく呼吸はできるのですか？ 96
- Q 食道の再建はどのように行なうのですか？ 97
- Q 小腸や大腸を持ってきて、すんなりと馴染むものですか？ 98
- Q 切り取った小腸や大腸に問題は生じませんか？ 100
- Q 胃を頸部まで持ち上げる方法について教えてください 100
- Q 胃を持ち上げることで違和感や不ぐあいは生じませんか？ 102
- Q 皮膚筋肉を用いて再建する方法とはどのようなものですか？ 102
- Q 胸部食道がんの特徴は？ 104

【治療法の選択】治療法はどのように決めるのですか？

- Q 治療法の選択は、どのようにして行ないますか？ 150
- Q できるだけ内視鏡的切除術ですませたいのですが……？ 152
- Q 手術できる、できないの判断基準は？ 154
- Q 手術の失敗には、どのようなものが、どの程度の可能性でありますか？ 156
- Q 手術を拒否したら、何か手立てはありますか？ 158
- Q 手術のうまい下手はありますか？ 160
- Q うまい先生に当たるとは、どうすればいいですか？ 162
- Q 治療法はどのようにして決めればいいですか？ 164
- Q インフォームド・コンセントとは何ですか？ 166
- Q セカンド・オピニオンを求めてもよいでしょうか？ 168
- Q 本人が納得して治療を受けるためには、何が重要でしょうか？ 170

- Q 胸部食道がんの転移しやすい部位は？ 105
- Q 胸部食道がんの一般的な手術法は？ 106
- Q 食道再建はどうやって行なうのですか？ 107
- Q それほど大変な手術をしても、大丈夫なのですか？ 108
- Q 腹部食道がんの特徴は？ 109
- Q 腹部食道がんの転移しやすい部位は？ 109
- Q 腹部食道がんの一般的な手術法は？ 110
- Q 放射線療法とは、どのようなものですか？ 111
- Q 「根治治療」と「姑息治療」について教えてください 114
- Q 「術前補助療法」と「術後補助療法」について教えてください 115
- Q どのような場合に放射線療法が用いられるのですか？ 116
- Q 放射線療法は具体的にどのようなに行なわれますか？ 117
- Q 放射線療法は食道がんにはどの程度の有効性がありますか？ 119
- Q 放射線療法にはどのような副作用がありますか？ 121
- Q 化学療法とは、どのようなものですか？ 126
- Q 「同所療法」、「全身療法」とは何ですか？ 129
- Q 抗がん剤には、どのような種類がありますか？ 131
- Q 食道がんにおける化学療法は、どのような場合に用いますか？ 135
- Q 食道がんには、化学療法はどのくらい有効ですか？ 136
- Q 化学療法は具体的にどのような治療になりますか？ 138
- Q 抗がん剤の副作用には、どのようなものがありますか？ 140
- Q 副作用を抑えるには、どうすればいいですか？ 142
- Q 副作用のない抗がん剤はありませんか？ 143
- Q 免疫療法とは何ですか？ 144
- Q 免疫療法の有効性と副作用について教えてください 146
- Q 代替医療をやってもいいですか？ 147

【手術後の問題点】手術後に気をつけることはありますか？

- Q 手術で喉頭を切り取ったあと、声を出す方法は？ 174
- Q 「食道発声」は、どのような方法の発声なのですか？ 175
- Q どの程度の訓練で、どの程度の声を取り戻すことができますか？ 176
- Q 「食道発声」は通常の声とはかなり異質ですか？ 177
- Q 「器械を使った発声法」とはどのようなものですか？ 178
- Q エレクトロリリックスでの発声は、かなり異質な感じですか？ 178
- Q 甲状腺や副甲状腺を切除した場合は、どのような症状が出ますか？ 180
- Q 「永久気管瘻」にはどのような不便点がありますか？ 181
- Q 永久気管瘻で注意する点は？ 182
- Q 「食道再建」した場合、後遺症や副作用はありますか？ 183
- Q 食道再建をしたり、胃を切り取った場合、食事制限はありますか？ 184
- Q お酒やタバコなど大丈夫ですか？ 185
- Q 運動はやってもいいですか？ 痛みはありませんか？ 186
- Q 手術後に起こる「ダンピング症状」とは何ですか？ 187
- Q 手術から退院までの流れと、仕事への復帰について教えてください 188

【再発】再発したらどうしたらいいですか？

- Q 再発とは何ですか？ 192
- Q 再発の恐ろしさは、どのような点ですか？ 192
- Q 食道がんが転移しやすい部位はどこですか？ 194
- Q 転移がわかったときの治療法は？ 194
- Q 再発の発見が遅い場合と早い場合では違いますか？ 196
- Q 再発しないための注意点は？ 197
- Q 定期検診は重要ですか？ どのくらいの割合で受けなければいじですか？ 198
- Q 定期検診ではどのようなことを行ないますか？ 199

【痛みとさまざまな問題】痛みをどうしたらいいですか？

- Q 本人に告知するべきでしょうか？ 202
- Q どうやって告知をするのですか？ 203
- Q 治療開始前に医師に聞いておへんきのことか？ 205
- Q これだけは聞かないほうがいいことはいくつありますか？ 206
- Q 病院を替わってもいいですか？ 207
- Q 食道がん患者どうしが連携する会などがありますか？ 208

第 1 章

【原因】

◆なぜ、食道がんになるのでしょうか？

- ◆ 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 会員一覧 226
- Q がんが進行すると、なぜ痛みが出てくるのですか？ 208
- Q 痛みを抑える方法にはどのようなものがありますか？ 210
- Q 鎮痛剤について詳しく教えてください 211
- Q モルヒネは危険ではありませんか？ 212
- Q モルヒネの副作用にはどのようなものがありますか？ 214
- Q モルヒネの量はどのくらい使いますか？ 215
- Q がんで死に至る症状にはどのようなものがありますか？ 216
- Q 呼吸困難とはどのような状態で、どう対処しますか？ 217
- Q 肺炎はどのような状態で、どう対処しますか？ 219
- Q 感染症とはどのような状態で、どう対処しますか？ 220
- Q 肝不全で亡くなるというのは、どのような状態ですか？ 221
- Q 脳圧亢進症状で死に至るのは、どのような状態ですか？ 222
- Q 「悪液質」で死に至る状態とは、どのような状態ですか？ 223
- Q 終末期医療にとって大事なことは？ 224

本文デザイン／中村容一
本文イラスト／薄氷俊之

はワンセットと考えて検査することが賢い方法です。

また、内視鏡検査をする場合は、前述したようにヨード染色法をすれば確実に発見できます。ヨード染色法は今は多くの病院で実施しているはずですが、

特に、喫煙や飲酒の習慣のある人は、ぜひ、ヨード染色法をおすすめします。

Q 食道がんが疑われた場合は、どのような検査がありますか？

A まず第一に、内視鏡検査を行ないます

食道がんが疑われた場合は、内視鏡検査とX線（レントゲン）による食道造影検査のふたつが大きな検査となります。前述したように、レントゲン検査は、凹凸の影を見る検査で食道がんの場合は粘膜下層まで進まない凹凸がわかりにくいという特徴があるので、内視鏡検査のほうが確実です。そのほか、がんの広がりを見るために、CT、MRI検査、超音波内視鏡検査、超音波検査などを行うこともあります。

また、腫瘍部分がんであるか否か、あるいはがんの種類を特定するために、生検組織診断という検査を行います。これは異常だと思われる箇所の一部をつまみ取って、顕微鏡で細胞

を調べる検査です。いずれにしても、がんの進行度や種類を特定する検査・診断は、その後の治療法を選択するうえで、非常に重要となります。

Q レントゲン検査は、どのような検査で、その精度は？

A 初期の食道がんは見つけにくい検査法です

バリウムを飲み、それが食道を通過するところをレントゲン撮影することで、がんの場所や大きさを見る検査です。

内視鏡検査が普及する前は主流となっていた検査ですが、精度は内視鏡検査にはかないません。前述したように、レントゲン検査は、がんの発症部位とそうでない部分の凹凸の影を見る検査ですが、粘膜に発症した食道がんは凹凸がはっきりしないため、見落とす可能性があります。

ただ、レントゲン検査は痛みがない検査で、ある程度進行したがんに関しては、場所や大きさ、食道内腔の狭さなど、全体像が見られるという長所もあります。



Q

レントゲン検査は、苦しいですか？ 所要時間や検査費用は？

A

短時間で終わり、苦しくもありません

痛みもありませんし、苦しくもありません。バリウムを飲むのが若干苦手な人はいますが、それほど辛いものではありません。

所要時間は、一〇分から一五分程度の、短時間で終了します。

検査費用は、保険適用されますので、たいした額ではありません。

Q

レントゲン検査で小さな食道がんを見つけるには熟練を要すると聞きましたが？

A

レントゲン撮影で粘膜内にとどまる早期の食道がんを発見するのは困難です

おっしゃるとおりです。かなり熟練していないとレントゲン検査で粘膜内にとどまる早期の食道がんを発見するのは困難です。早期食道がんをレントゲン検査で描出して撮影できる高い技術をもった専門医は、なかなかいません。

しかし、ヨード染色すれば経験の浅い医師でも、内視鏡で簡単に見つけることができるようになったわけですから、あえてレントゲン検査で微小ながんを見つけるという必要性は低下しています。

Q

内視鏡検査とは、どのような検査ですか？

A

食道内腔を内視鏡で内視鏡で検査します

食道内腔を内視鏡で直接観察・検査する方法です。

わずかな異常でも発見することができます。レントゲン検査で異常が認められない場合でも、内視鏡検査で発見されるということはよくあります。

特に、ヨード染色法が普及した現在では、肉眼ではなかなかわからないような早期のがんであっても発見できるようになりました。

まず初めに、ひととおり、食道粘膜を観察します。次に、ヨード液を粘膜に吹きつけて洗滌し、もう一度検査します。正常な粘膜は黒褐色に染まりますが、がんの部分は染まらずに白く残ります。

異常が見つかったら、その部分を小さく摘み取って、顕微鏡でがん細胞であるか否かを検査します。それを生検組織診断といいます。

Q 内視鏡検査は苦しいですか？ 所要時間や費用はどのくらいですか？

A 上手な医師であれば、ほとんど苦痛はありません

苦しいという感じはほとんどありません。

内視鏡は苦しいという認識が定着しているようですが、最近は技術も道具も進歩しているの
で、内視鏡検査に慣れている医師であれば、ほとんど苦しくありません。嘔吐しそうなこ
となく終了します。所要時間は、一〇分から一五分です。

費用に関しても、保険適用されますので、たいした額ではありません。

Q 内視鏡で異常が発見されたら、がんですか？

A がんでないケースもあります

ほとんどはがんですが、そうでない場合もあります。

たとえば、ヨード染色をして、黒褐色に染まらずに白く残ったものの中には、まれに何ら
かの原因で上皮がはがれてしまった部分もあり、粘膜の薄くなっている場合もあります。これ
らでもグリコーゲンがないから白く残ってしまうのです。こうした部分は、がんではありませ
ん。疑わしい場合には、診断を確定するために生検を行なって組織診断をするわけです。

Q 生検とは、どのような検査ですか？

A 小さい組織を採取し、顕微鏡で調べる検査です

がんと思われる箇所をゴマ粒くらい小さく摘み取って、その組織を顕微鏡で調べる検査です。
正常細胞なのかがん細胞なのか、がん細胞であればどのような種類のがんなのか、調べるこ
とができます。

苦痛はほとんどありません。すぐに終わってしまいます。食道の粘膜は、神経がないわけで

はないのですが、痛みに関しては普通の皮膚よりも鈍感です。生検のときは引つ張られる程度
の感覚はありますが、苦痛になるような痛みはまずありません。

また、内視鏡検査のときに異常が発見された場合は、ただちに生検で異常箇所を採取して検
査します。

費用に関しては、保険適用されているので、たいした額ではありません。

Q 生検で異常がなければ大丈夫なのでしょう？

A 生検は絶対的なものではありません

他の部位のがんでもそうですが、一般的には、さまざまな検査のあと、最終的な結果を出す
目的で生検を行います。顕微鏡で細かく細胞を調べる生検には高い信頼性が寄せられている
のです。

ただ、生検はぜったい確実な検査であるとはいえないときもあります。

というのは、きわめて早い時期の食道がんに関しては、診断も難しく、病理の医師の能力格
差が大きいのです。ある程度進んだがんに関しては格差はほとんどないのですが、早期のがん

に関しては、経験の差が現われてしまいますし、欧米と日本では診断基準が異なるところもあ
ります。それほど診断が難しいということです。

早期のがんを見慣れている医師は診断がつきますが、見慣れていない医師は、早期のがんを
異型上皮とか異形生（ディスプラジア）という診断を下してしまうことがあります。

また、がんを見落とす可能性としては、細胞を取つてくるときに、当該箇所をうまく取れな
いこともあります。また、粘膜面の切り方によっては、診断するのが難しいことがあるのです。

Q がんだとわかった場合、どのような検査をしますか？

A 転移状況を調べるには、CTなどが有効です

がん患者さんが来院したときには三つあります。

ひとつめは、がんがどのくらい進行しているか、その進行度を診ることです。二つめは、が
んは一個だけなのか、他の臓器のがん、たとえば胃がんや大腸がん、肺がんなどが合併してい
ないかどうかを調べます。三つめは、患者さんの全身の機能を診なければなりません。心肺や
肝臓や腎臓の機能、糖尿病など、さまざまな機能を調べます。これからどのような治療をすれ

ば患者さんのためにいちばんよいのか決定するための参考にするわけです。

一番めの進行度に関しては、局所における病巣の深さや広がりぐあいを診なければなりません。浅いがんに関しては内視鏡が有効ですので、内視鏡検査や超音波内視鏡検査を行ないます。食道壁を越えたような状態のがんに関しては、CTやMRIや超音波内視鏡検査などが有効になってきます。

CTやMRIは、コンピュータ処理することによって、体の内部を輪切りにしたり縦切りにしたように見ることができるといえます。食道の周辺には気管や気管支、心臓、大動脈など非常に重要な臓器があるわけですが、これらの臓器にがんが転移していないかどうかを調べる際に力を発揮します。そのほかリンパ節転移、肺や肝臓などへの転移の診断にも欠かせません。

A

がんの浸潤ぐあいを診るには超音波内視鏡検査が有効です

超音波内視鏡というのは、外見上は内視鏡と変わらないのですが、内視鏡の先端に超音波装置がついています。食道のなかから超音波を発することで食道壁の画像が得られます。食道壁のどの部分までがんが入りこんでいるのか見つけ出すことができます。また、食道の外側のリンパ節への転移の有無も調べることができます。

食道がんの診断には欠かせない検査法ですが、がんが大きくなりすぎて食道が狭窄を起こしている場合は、内視鏡ががんの中心部分まで到達できないことがあります。正確な検査ができません。

なお、粘膜下層内に収まっているがんに関しては、CTやMRIをやっても何も見つかりません。それぞれの検査法は、守備範囲が異なっているのです。

A

リンパ節転移や遠隔臓器転移を調べるための検査法

次に転移の有無を調べるには、さまざまな方法があります。

まず、リンパ節転移に関する検査です。

頸部は超音波検査を行ないます。

超音波検査は、体の外側から超音波を照射し、その反響を映像化するものです。

胸部のリンパ節転移に関しては、CTと内視鏡超音波検査を行ないます。

腹部のリンパ節転移に関しては、CTと超音波検査を行ないます。

次に、遠隔臓器転移に関する検査は、CT、MRI、超音波検査などを行ないます。骨シンチグラムで骨転移の検査を行ないます。

A

最近注目のPET(陽電子放射断層撮影装置)による検査

さらに広い範囲を診る場合は、最近注目されているPET(陽電子放射断層撮影装置)という検査もあります。

まず、放射能を含む薬剤を腕に注射し、薬が全身に行き渡るまで安静にしておき、その後、陽電子という放射線を体全体に放射し撮影します。それをコンピュータで画像解析し、がんの有無と場所を診断するのです。

この検査は、がん細胞の特性を利用しています。つまり、がん細胞は正常細胞よりも三〜八倍ものブドウ糖を摂取するので、もし体のなかにがんがあるならば、そこには周りの細胞よりもより多くのブドウ糖が集まることになります。体のなかの特定の場所に異常にブドウ糖が集まっているところがあるとすれば、そこにはがんの塊があると考えられるわけです。

体内に注射する放射能薬剤は、ブドウ糖に似た薬剤で、これにフッ素18という放射線同位体元素が組みこまれています。この薬ががん細胞のある場所に集まり、フッ素18が信号を発し、その発せられた信号を装置が捉え、その場所を明示することができるというシステムです。

放射線量に関しては、胃がん検診で使うX線検査の約半分。苦痛はありません。かなり小さいがんまで発見できます。

ただ、糖代謝が盛んな部分というのはがん以外でもあるわけで、そういう意味では完璧ではありません。

また、一立方センチメートル(小指の先)程度の大きさのがんまで発見できるという情報もありますが、腫瘍量が少なくは検出は困難です。たとえば内視鏡的粘膜切除術で治療できるような薄い粘膜がんは発見困難です。思いがけない部分のがん病巣の発見には力を発揮することがあります。

また、費用も大変です。まだ保険適用されていませんから、一回の検査でだいたい二〇万円近い額が必要となります。

A

全身状態を検査するための七項目

三番めの全身の状態に関する検査は、大きく分けると、七項目あります。

スパイロメーターや血液ガスを使って調べる「肺機能」。ECGや負荷ECG、心エコーや心プールのスキャンを使って調べる「心機能」。

血液生化学やICG15分値を使って調べる「肝機能」。尿生化学や血液生化学、PSP、クレアチニンクリアランスで調べる「腎機能」。



血液生化学や身長体重で診る「栄養状態」。リンパ球数やNK活性やサイトカインなどを調べて検査する「免疫機能」。

そして、前述した、CTやMRI、エコーや腫瘍マーカーを使って調べる「他臓器がん」の検査などがあります。

Q

食道がん入院患者のうち、他の臓器にもがんがある人の割合は？

A

五人に一人の割合で、他臓器重複がんがあります

食道がんで入院した患者さんのうち、ほかの臓器にもがんがある、つまり他臓器重複がんの人は、五人に一人の割合です。約一八パーセントの方が、食道がん以外に、もうひとつ、あるいは二つ以上のがんを同時にもっていらつしやいます。

どの臓器にがんがあることが多いかというと、第一位は、頭頸部のがんです。多臓器重複がんの約五〇パーセントが、頭頸部にがんがあります。

次が胃がん。約二五パーセントの割合です。次いで、大腸がんと肺がんにも注意する必要があります。

食道がんが発見されたら、他臓器のがんの有無は調べますが、特に、これらの部位については注意して調べる必要があります。

頭頸部がんに関しては、耳鼻科や口腔外科で検査することが大事です。

胃がんや大腸がんに関しては、内視鏡検査を行います。

女性であれば、子宮がんや乳がんの検査も行なうべきです。

第 6 章

【治療法の選択】

◆治療法はどのように決めるのですか？

機能性食品を飲んではいけるけれども、食事をきちんととらなかつたり、いつ再発するだろうかとクヨクヨばかりしては、免疫力が高まるわけがありません。

やるべきことをやったうえで、さまざまな代替医療を試みるのはそれはそれでいいことだと思います。ただ、月に一〇万円も二〇万円するような機能性食品を飲むぐらいなら、おいしい食事をしたり、旅行をしたりしたほうが、よほど効率的な免疫力向上につながると私は思います。

Q

治療法の選択は、どのようにして行ないますか？

A

主病巣の状態、転移の状態を診て判断します

これまで述べてきたように、治療の選択肢としては、内視鏡的粘膜切除術、手術、放射線療法、化学療法などがあります。

これらの治療をどのような場合に行なうかということは、すでにあちこちで述べてきましたが、あらためてここで整理したいと思います。

まず、がんが粘膜にとどまっている場合は、「内視鏡的粘膜切除術」を行ないます。基本的にはリンパ節転移がありませんから、この治療で完治することができます。

がんが粘膜下層に入ったもの、筋層、それから外膜に少し顔を出した状態のものは「外科的治療」すなわち「手術」をします。なぜならば、リンパ節転移の可能性が高いからです。粘膜下層であってもだいたい五〇パーセント程度の割合でリンパ節に転移しています。リンパ節転移があれば当然リンパ節郭清をする必要があります。食道の病巣だけ取って終わりというわけにはいきません。

手術前に超音波内視鏡やCTで検査してみて、リンパ節転移が五個も六個もある場合は、

「化学療法・放射線療法」をまず行ない、そのあとに手術をするということになります。

なぜならば、肉眼では発見できない微小ながんまで入れるとさらに多くのがんがあることが推測されるわけで、そうした場合に、いきなり手術をしても当然取り残しが出てきてしまうわけです。それはやがて再発します。すべてのがんを取りきれない手術は意味がありません。

手術前に化学療法や放射線療法で数が減少したり縮小させることができれば、手術することの意味があります。いわゆる「術前化学療法」や「術前放射線療法」を取り入れた手術です。がんが隣接臓器に浸潤している場合、たとえば、気管や気管支、大動脈や心臓などに浸潤していると手術で取るのは困難ですから、そういう場合は、「化学療法・放射線療法」を行ないます。その後、手術できるようになることもあります。

遠隔転移、たとえば、肝臓や肺や骨に転移している場合は、これも手術で取りきることは困難ですから、「化学療法・放射線療法」を行ないます。



Q

できるだけ内視鏡的切除術ですませたいのですが……？

A

完治が得られる内視鏡的切除術の適応範囲は――

お気持ちはよくわかります。内視鏡的切除術と外科手術は雲泥の差がありますから、当然です。

内視鏡的粘膜切除術の適応範囲は、前述したように、粘膜にとどまっているがんです。もう少し詳しくいうと、粘膜のなかでも最も表面の粘膜上皮とその下の粘膜固有層にあるがんについては、内視鏡的粘膜切除術で完治が得られます。

さらに付け加えると、サイズが3cm以内なら確実に内視鏡ですみます。食道の内径がだいたい5cmですから、3cmというのは内径の三分の二に収まる大きさです。それ以上の大きさを切除するととなると、狭窄が起きて食べものがうまく流れていけないことがあるのです。狭窄が起きてしまつては問題ですから、その場合は、外科手術することもあります。

また、数としては三個くらいまでであれば一度に切除できて、完治が得られます。

A

粘膜下層まで浸潤したもので内視鏡的切除術で対応する傾向に

問題は、粘膜のなかでも粘膜筋板や粘膜下層にまで浸潤している場合です。

以前はこの深度まで達しているものは外科手術になっていましたが、現在はこの段階でも内視鏡的切除術を適用するようになってきました。

というのは、その段階でのリンパ節転移の可能性は約一〇パーセント程度だからです。九割の人はリンパ節転移がないのです。リンパ節転移がない人に対して、頸を切り胸を開き、お腹を切る外科手術はやはり過酷です。できるだけ、内視鏡切除ですませる方向にあります。

ただ、一〇パーセントの人たちは、リンパ節転移があるわけです。その見極めが非常に難しいところなのです。

内視鏡でも大丈夫、いや外科手術が必要であるという、その基準づくりを今私がやっているところです。

どの部分で判断するかというと、まずは見た目が大事になります。転移の可能性が大きい腫瘍の形態というのは、経験を積んでいけばある程度判断がつくようになるのですが、それができるだけ普遍的な物差しとして使えるように基準をつくっています。

食道がんというのは年間に扱う症例数が少ない病院も多いですから、そうした経験が十分に

ない病院での見極めは相当難しいのです。ですから、今、一生懸命に論文発表などを行なっています。

話を戻しますと、それ以上の段階、すなわち、粘膜下にしっかりと浸潤したものや筋層や外膜にまで進んだものは、確実に外科手術となり、内視鏡の対象とはなりません。

Q 手術できる、できないの判断基準は？

A 病巣の進展ぐあいで判断します

手術ができる、できないの判断基準は三つあります。

病巣の進展と、患者さんの全身状態、そして、重複がんの有無、この三つです。

まず、病巣の進展に関していえば、手術が適用されるのは、やはり病巣が食道にとどまっているものです。外に飛び出している、その数が少なく近場への転移であれば手術ができます。転移に関してはリンパ節転移と臓器転移がありますが、リンパ節転移に関しては、遠くのリンパ節、たとえば、腹部大動脈周囲のリンパ節にまで飛んでいたり、転移の数が多い場合は、手術で取りきるのは難しい場合があります。手術をしても取りきれないと再発します。もはや全

身病ということになります。

臓器転移に関しては、肝臓や肺や骨へ転移していれば、手術で取りきることはなかなか困難です。

A 全身状態と重複がんの有無を調べます

次に見るべきところは、患者さんの全身状態です。

食道がんは何度も触れてきたように、がん手術のなかでは最も大がかりな手術です。体力的にも手術に耐えうるだけのものがなければなりません。心肺機能、肝臓や腎臓の状態、糖尿病がないかどうか、そうしたものをチェックしたうえで、判断しなければなりません。

体の状態がよくても、たとえば、ボケの症状がある患者さんは手術後の問題を考えると、手術を躊躇することもあります。たとえば、点滴を引き抜いてしまったり、永久気管瘻をつけたとしても、今までどおりに入浴したりすれば当然おぼれてしまいますし、何かと大変です。切つて終わりという手術であれば、体さえ大丈夫であれば問題ないのですが、それなりのケアが必要な手術では、その判断はとても難しいところでは、それから、重複がんの有無も重要です。

重複がんというのは、転移したがんのことではありません。原発巣を異にするがんのことです。食道以外の部位、たとえば肺に別のがんがあったりすると、食道と肺の重複がんということになり、それぞれの治療を同時に行なう必要があります。

重複がんというのは、食道がんが発生した段階で、別の部位に別途発生したがんのことをいいます。

がんというのは基本的には多発や重複が原則です。がんは加齢現象であり、年をとってがんができるような遺伝子、体質、生活環境、栄養状態、免疫力、そうしたものがあからでるわけで、一カ所にできたということは、他の部位にできても何の不思議もないのです。ですから、一カ所に見つかったら他の部位にもがんがあることを疑わなければなりません。重複がんの部位とその進行度によっては、手術が難しくなることがあります。

Q

手術の失敗には、どのようなものが、どの程度の可能性にありますか？

A

「手術死」と「再発につながる病巣部分の取り残し」

最大の失敗はやはり、手術死亡です。先ほど触れたように、上手な病院でもだいたい二・五

から三パーセント程度はあるものです。経験の浅い病院では、それこそ一〇パーセント程度になる場合もあります。私どもは、〇・五パーセントとなっています。

死因は、いちばん多いのが肺炎です。次が敗血症や心疾患、縫合不全などです。

肺炎は、病原体の感染で起きます。抵抗力がないと危険です。縫合不全は、縫い合わせた部分がうまくつながらないことです。出血や膿が発生し、生命に及ぶことがあります。

敗血症というのは、体のなかに細菌感染巣があり、そこから血液中に細菌が持続的に侵入し、これによってさまざまな症状が出てくるものをいいます。一日のうちで熱の上がり下がりが激しい症状が出て、抵抗力がないと命を落とします。

手術の失敗ということでは、病巣部分の取り残しがあります。取り残しても手術直後はどうということはないのですが、やがて確実に再発することになります。手術は、がんを全部取り去ることが最大の目的ですから、取り残しというのは大きな失敗ともいえるかもしれません。

もちろん、再発したからといって、取り残しがあったということではありません。目に見えない顕微鏡レベルのがん細胞が全身に散らばっていることは大いにありうるわけで、そうしたがんでも再発を招きます。



Q

手術を拒否したら、何か手立てはありますか？

A

放射線療法や化学療法を行ないますが……

もちろん、最終的にどのような治療をするかを決断するのは患者さんです。「この方法がベストですよ」ということは、医療のプロとして助言しますが、患者さんが「いやだ」という治療を実行することはできません。

手術で治るものに関してはもちろん手術をすすめます。手術以上に完治の確率が高いものはないからです。

手術がどうしてもいやだという場合は、放射線療法や化学療法を行ないます。しかし、それは、それぞれの項目で説明したように、決定的な治療となる率、すなわち完治する率が低くなります。放射線療法は有効率七〇パーセント、化学療法は四〇パーセントといっても、それは一時的であってもがんが半分くらいに縮小する率をさしているわけで、がんを消失させたということにはなりません。やがて効かなくなつて再発する率が手術より高いということです。

そうになると、あとは手の施しようがないのです。

手術で治るものを手術を拒否して放射線療法や化学療法を行なうのは、おすすめできません。

完治をみすみす放棄するようなものです。ただ、それでも手術がいやならば、化学・放射線療法を一生懸命に行ないます。

A

手術で治るなら手術をおすすめします

以前に私が診た患者さんのなかにも、「手術は絶対にいやだ」ということで化学療法・放射線療法をした方がいらっしゃいましたが、二年ほど経ったところに再発され、再び来院されました。

今度は「手術する」ということになったのですが、放射線療法をやると細い血管やリンパ管がつぶれてしまっていて、手術自体が非常にやりにくいのです。肺水腫などが起きやすく、術後の管理も大変です。

また、再発した段階での手術というのは、完治率がきわめて低くなります。なぜならば、その段階で微小ながんも含めてすでに全身に転移していることが多いからです。

この患者さんも、残念ながらしばらくして亡くなられたと記憶しています。

同じ手術をするのでも、すぐに手術するのと、再発してからするのでは、まったく意味が異なります。手術して完治ができるのであれば、大変ですけれども、手術することをおすすめし

ます。

Q

手術のうまい下手はありますか？

A

技術や経験などで格差が生じます

あります。どの医師も同じというわけではありません。

もちろん手術にはマニュアルがありますが、最終的には医師の技術がものをいいます。そういう意味ではアーティスティックな部分が大きいのです。

もって生まれた手先の器用さや優れた判断力などもありますし、どの程度の経験を積んできているかという視点も重要です。技術、手先の器用さ、知識、判断力、経験などを総合して、手術のうまさは決まってきます。

うまい医師は、ポイントとなる部分だけをスーッときれいに取ることができですが、下手な医師は、あちこち傷つけて要領を得ない切除をしようともあります。

特に、食道がんは、がん手術のなかでも最も難しい手術です。食道はいわば体の真ん中を走っている臓器です。周辺には、喉や肺や心臓や背骨といった重要な臓器が詰まっています。それらをかいくぐりながら手術するのは、相当大がかりな手術になるし、経験と熟練した技が必

要となります。

また、上手な医師がいて多数の患者さんを治療している施設では、他の医師たち、看護師、検査技師なども食道がんの手術やその他の治療に練れているということも大変重要です。

A

私が尊敬している食道がん手術の名医たち

手術によって死亡してしまうケース、いわゆる「手術死」というのは、手術にはつきものです。簡単な手術であっても、可能性がゼロということはありません。そうしたなかで、食道がんの手術による「手術死」の割合は、上手な病院でもだいたい二・五から三パーセント程度あります。うまくない病院では、それこそ数十パーセントにのぼる場合もあります。

私が医師になったころは、一〇人の食道がん患者を手術すると六人が亡くなるような厳しい状況でした。しかも、胸を切り頸を切り腹を切る、難しく厳しい手術です。だからこそ私は、食道を専門とすることにしたのです。難しい食道がんに挑戦しよう、すこしでも進歩させたいとの思いでした。

うまい医師として私が尊敬しているのは、北海道の恵佑会札幌病院の細川正夫先生。東京は、国立がんセンターの加藤抱一先生、日月裕司先生。順天堂大学付属病院の鶴丸昌彦先生。東京

歯科大学付属市川総合病院の安藤暢敏先生。都立墨東病院の吉田操先生。東京医科歯科大学付属病院の河野辰幸先生。慶應義塾大学付属病院の小澤壮治先生。西では、愛知がんセンターの篠田正幸先生。近畿大学付属病院の塩崎均先生。大阪市立総合医療センターの東野正幸先生。大阪市立大学付属病院の大杉治司先生。久留米大病院の藤田博正先生、などです。

あとではできるだけ、食道がんの手術を数多く手がけている病院をおすすめします。年間に一桁しか食道がんの手術をしないような病院では、経験そのものが積みめないわけですから、熟練することができません。

Q うまい先生に当たるには、どうすればいいですか？

A 症例数も重要ですが、複数の医師に聞いてみるのが確実です

とても重要なことで、なおかつ、なかなか難しいことです。

簡単な手術であれば、どんな医師であっても大差はありません。盲腸（虫垂炎）の手術にそれほどどうまいも下手もないでしょう。

しかし、最も難しい食道がんの手術は、それこそ病院や医師によって大きな差があります。

大変な手術ですが、うまい医師がやると患者さんはすぐに元気になります。苦しんでいた患者さんがケロリと元気になって退院していかれる姿を見ると、手術の素晴らしさを感じます。しかし、経験の少ない下手な医師がやると、いつまでも調子がよくなりません。

それほど格差があります。

私が推奨する先生に関しては、前述したとおりです。近場にお住まいの方は、そうした病院に行かれるとよろしいかと思います。

その他、重要な点というのは、やはり、何人かの医師に聞いてみることです。「食道がんに関してうまい先生はご存知ないですか？」と聞くことです。医学界の情報をきちんとつかんでいる医師はわかると思います。

あるいは、食道がんを扱っている症例数を、個々の病院で聞いてみてはどうでしょうか。「この病院では、食道がんの手術は年間何例ぐらい扱っていますか？」と聞けばいいのです。教えてくれるはずですよ。万が一、教えてくれないような病院ならば、それは症例数の数にかぎらずやめておいたほうがいいでしょう。

インターネット上にある病院や医師のホームページで比較検討するというのは、あまりあてになりません。評判がよくない病院が懸命になって営業活動しているところもなきにしもあらずです。高い完治率を大々的に謳（うた）っていたとしても、早期のものを対象としていたりして信憑

性に疑問が残ります。

また、一般の方々は、大学病院を検討範囲に入れることが多いと思いますが、その際には大学のブランドを考慮することが多々あると思います。しかし、これもあてにはなりません。

やはり、何人かの医師に聞いてみるのが、いちばん確実な方法であると思います。

大事なたったひとつの命なのです。遠慮などしてはいけません。大きな買い物をするときは、いくつかの店を見て歩き比較検討するのは当たり前です。お金では買えない命を扱うわけですから、遠慮しておかしな病院に命を預けるというのはよくないことだと思います。

一度決めたら信頼して、迷ってはいけません。

Q

治療法はどのようにして決めればいいですか？

A

医師が提示するものを吟味して患者さん自身が判断

これはやはり、専門の医師に決めてもらうことがいちばんだと思います。

よく、自分でいろいろな文献を読んだり、情報を集めたりして、独自の判断で治療法を決める患者さんがいます。自分の病気をよく知ることとはとても大事なことです。やはり専

門の医師が持っている情報や経験や知識や判断には及びません。家を建てるのは大工さんがいちばんうまいし、農作物をつくるのは農家の人がいちばんうまいわけです。

もちろん、医師のいうことをなんでも聞くのがいい、というのではありません。医師がそれまでの経験と知識と情報のなかでベストの方法だと判断したものをまずは聞き、それを受け入れるかどうかを検討してみることが大事だと思うのです。第一提示の治療法がいやであれば、次の治療法を聞いてみればいいのです。

いずれにしても最終的な判断は患者さんがすることです。それは医師もわかっています。それぞれの価値観がありますから、それは尊重しなければなりません。たとえば、「自分はもう十分に生きたから、今さら体を切り刻むようなことはしたくない」というのはひとつの価値観です。

あるいは、先に紹介しましたが、九十歳を過ぎた患者さんで、一般の病院では手術を拒否されたけれども「もう一度ご飯が食べたい」ということで手術をしたことがあります。元気にご飯を食べられるようになって数年間生きられました。それはそれで正しい判断であったと思います。

医師が提示する方法を吟味しながら、最終的に患者さん自身が判断することです。



Q

インフォームド・コンセントとは何ですか？

A

医療における重要な要素「説明と同意」のことです

医師が、患者さんに対して、病気に関する十分な「説明」を行ない、患者さんに理解してもらったうえで、治療法の選択などについてお互いに「同意」したうえで治療を行なうことです。最近、一般的にも非常に広まってきた考え方ですが、昔の医療現場では、いわゆる「お医者さん」のいうことは絶対的なものであって、それについては患者は異論をはさむものではないという風潮が少なからずありました。しかし、そうした風潮が生み出す弊害が問題となってきた昨今、患者と医療者側が、ともに情報を共有して、双方が納得した形で治療を進めるという体制が重要視されるようになってきたのです。

医師は医療のプロですが、患者さんの意思というものを無視しての医療はありません。本当にいい治療をするためには、患者さん自身もその治療のことをよく知り、納得したうえで受けることが重要なのです。

ですから、患者さん側としては、病気の種類、進行度、治療法、副作用などを十分に医師に確認することが重要です。

A

医師が責任をもってベストの治療法を提示することが重要

ただ、インフォームド・コンセントが歪んだ形で理解されることには気をつけなければならぬと思います。

たとえば、医師が治療法を複数羅列し、「このなかでどれがいいですか？」と問いかけて、患者さんにその選択を任せるなどということが、インフォームド・コンセントであるというふうに思われるようなことがあれば、非常に危険だと思います。これはインフォームド・コンセントなどではなく、責任放棄だと思うのです。

医師は医療のプロです。患者さんに情報をしっかりと提供して納得してもらうことが重要ですが、患者さんは医師以上にその病気についての知識・情報があるわけがありません。さまざまな条件を考慮したうえで最もよい治療法を提示するのは、その道のプロとしての医師の仕事なのだと思います。

病状、および、今現在の患者さんの体の状態をわかりやすく説明し、それらを総合的に判断して、「最もいい治療としてはこのような治療があります」と提示してあげる。そのうえで、その治療がいやだと患者さんがいうのであれば、「では、次の治療法としてはこんな治療法がありますよ」というふうに、別の選択肢を提示する。これが重要なのです。



あくまでも、医療のプロとして、ベストの方法を責任をもって説明・提示し、それに同意してもらったうえで、最終的には患者さん自身が治療法を決めるのが、インフォームド・コンセントの本来の姿だと思います。

Q

セカンド・オピニオンを求めてもよいでしょうか？

A

納得して治療を受けるためなら、何の問題もありません

セカンド・オピニオンというのは、他の医療者の意見、つまり「二番めの意見」を聞き、参考にするということです。自分の担当医からの説明だけでは納得できない場合、あるいは、他にもいい治療があるのではないかと考える場合などに行ないます。「インフォームド・コンセント」と並んで広まってきました。

具体的には、他の病院に行つて別の医師の意見を聞くとか、電話相談を行なっている医療所で意見を聞いたりします。

現実的には、こうした相談所というのはまだ全国にごくわずかしかなかったりませんから、他の病院を受診することがセカンド・オピニオンの最も一般的なやり方です。

さて、セカンド・オピニオンを求めてもいいでしょうか、という質問ですが、このような質問をされるということは、セカンド・オピニオンを求めることが何かしらよくないことにしていることが想像されます。たぶん、最初にかかった先生とは別の先生の意見を聞くことが失礼にあたるのではないかと思っているのではないのでしょうか。

しかし、医療の主人公は、あくまで患者さんです。患者さんが納得できなければ、他の病院や医師のところに行くのは当然のことです。

納得しないまま、不安なまま、治療を続けることはよくないと思います。担当の医師とよく話し合つて、それでも納得できない場合は、他の医療施設を受診することは大切なことだと思います。

そもそも、他の大きな買い物、たとえば、車や家を買うときにはそうした義理立てはしないでしょ。複数の業者に見積もりを出してもらつて比較検討することは当たり前のことです。自分の命にかかわる医療についてだけ、こうしたことをしないのはおかしいことです。

A

繰り返し転院するのは、デメリットも大きくなります

ただ、注意していただきたいのは、自分が「この人だ」と思った医師ならば、信頼して継続

して治療を受けていただきたいということです。途中で病院を替わるということは、デメリットもあります。症状が出てきてから病院にかかり、そこで行なってきた治療などについて、次の医師に対して十分に説明しても、やはり自分が担当医として診てきた場合とは、状況の理解度は異なるでしょう。

何度も転院を繰り返しているようでは、十分な治療を行なえない可能性があります。

今現在受けている治療について納得ができないのであれば、セカンド・オピニオンを求めて別の病院に転院することも重要ですが、簡単に何度も繰り返し行なうことは逆効果になることもあるのです。

信頼できる病院と医師ならば、あくまでもその医師と治療を信頼して継続して治療を受けていただきたいと思います。

Q

本人が納得して治療を受けるためには、何が重要でしょうか？

A

信頼する医師を見つけて、信頼して治療を受けることが重要です

まずは自分の病状について正しく理解することです。どのような病状で、それに対してどの

ような治療をすればいいのか、その治療から発生する副作用や合併症にはどのようなものがあるのか、疑問に思う点については医師から十分に話を聞きましょう。

そしてあとは、担当の医師を信頼して、ともに治療に専念していくことが必要だと思います。今は情報時代です。インターネットなどを通じて、自分の病気に関するさまざまな情報を集め、それをもとにして自分の治療法を考える患者さんがいらつやいます。自分の病気を知らずしては大事ですし、それらの治療に希望を見出すことも重要ですが、自分が集めた情報のみで自分の治療法を決めるのは、とても危険な方法です。

医療のプロである医師がいるのですから、その医師とじっくりと相談しながら治療をすすめていってほしいと思います。

大事なことは、自分が信頼できる医師に出会い、安心して治療を受けることだと思います。

ただ、ふだんから注意しなければならないのは、乾燥した空気が入りやすいということです。空気が鼻から喉を通って気管に入る過程のなかで、空気に適度の湿り気を与えることができるのですが、永久気管瘻はいきなり気管に空気が入ってくるので、乾燥しがちです。そこで、永久気管瘻には、マスクやガーゼを貼っておきます。これでかなりの湿度を保つことが可能です。また、ハイネックを着用している人も多く見かけます。

Q 永久気管瘻で注意する点は？

A 風邪をひきやすくなる可能性があります

前述したように、あまり神経質になる必要はありませんが、いちばん注意しなければならないことは、やはり乾燥することです。

そのほか、少し風邪をひきやすくなるようなので、日頃から健康管理に注意しましょう。吸いこむ空気が鼻や喉を通る場合は、そこで免疫機構が働いて、できるかぎりガードをするわけですが、永久気管瘻の場合にはそれがありません。ですから、ウイルスや細菌が通常よりも多くダイレクトに気管のなかへと入っていくことが考えられます。

寝るときはうつ伏せでもかまいません。それで呼吸ができないということはありません。

Q 「食道再建」した場合、後遺症や副作用はありますか？

A 誤嚥しやすくなるので嚥下訓練を行ないます

副作用というのは特にありませんが、一種の後遺症としては、誤嚥しやすくなるということがあります。特に水の飲みこみが悪くなり、むせやすくなります。ですから、手術後に食事を開始するときは、飲みこみやすいバナナや里芋を使って、嚥下訓練を行ないます。

また、胃を持ち上げた場合は、つないだ食道に胃液が戻りやすくなります。そうすると食道炎を引き起こすことがあります。ときには戻ってきた胃内容でむせたりすることもあります。予防対策としては、食事後、すぐに横になったりしないように気をつけます。

また、胃や腸で食道を再建した部分に、再びがんが発生する可能性もあるので、定期的な検査をしておきましょう。

Q 食道再建をしたり、胃を切り取った場合、食事制限はありますか？

A 何でもたくさん食べるように努力しましょう

食事制限はありません。何を食べてもいいでしょう。むしろ、栄養バランスのとれた食事をとることは重要です。何でも食べるようにしましょう。

食道再建したから、胃の一部を切り取ったからといって、食が細くなるほうが問題です。少しでも多く食べられるように頑張ることが必要なのです。そうでないと、胃が小さくなってしまう。

手術で食道や胃をいじると、周辺に食道や胃が癒着して膨らみにくくなります。三カ月ほど経つと柔らかくなつてきますので、その間、少しずつ食事を増やしていき、胃が小さくならないように努力しなければなりません。

皆さん経験があるはずですが、食事のあとはお腹が出ます。あれはいうまでもなく、胃袋が拡張するために起きる現象です。それほど胃というのは収縮が自在なのです。だからこそ、苦しくてもできるだけたくさん食べて、少しずつ胃を大きくすることが大事なのです。

たくさん食べると苦しいからといって、食事を減らす人がいますが、それではいつまで経

つても元の大きさに戻りません。苦しくなるまで食べていけば、すぐに元の状態に戻ります。そうした努力を重ねていけば、だいたい半年程度で、手術前と変わらない食生活に戻ります。早い人はもっと早いです。退院前にすでに丼飯を食べる人もいます。

神経質な人はなかなか元に戻らないことがあるので、あまり気にしないことが大事です。人間の体はきわめて対応力が高いのです。

Q お酒やタバコなどもいいですか？

A かまいませんが、タバコは控えめに！

申しあげたように、手術前と同じく、何を食べてもいいし、何を飲んでもいいのです。ですから、お酒も問題ありません。

タバコは別段、手術をしたからよくないということではなく、平常のときからおすすめてきるものではありません。しかし、どうしても吸いたいのであれば仕方ないでしょう。手術をしたから吸ってはいけないということではありません。

何を食べてもかまわないのですが、味覚が変わることはときどきあります。胃を切除したり

すると、これまではお酒ばかり飲んでいた人が、急に甘いものが好きになったりすることがあります。あるいは酸っぱいものを好むようになることもあります。

Q 運動はやってもいいですか？ 痛みはありませんか？

A 運動はOK。痛みは一年ほどで消えます

基本的には、何でもできます。やっつかまいません。

というよりも、適度な運動は体にとって重要ですから、むしろ積極的に適度な運動をすることをおすすめします。運動によって血流が活発になり、体の隅々まで血液が行きわたります。それによって新陳代謝が促進され、免疫力も高まります。退院してすぐスキーに行った人もいます。ゴルフなどは皆さんできるようになります。

ただ、永久気管瘻にした場合は、水泳ができません。こればかりは仕方ありません。その他の運動は何でも大丈夫です。

手術後の痛みに関しては、やはりあります。切った痕が肋間神経にさわるので、かなり痛むことも少なくありません。しかし、これもしだいに収束へと向かっていきます。だいたい一年

前後で回復するようです。

Q 手術後に起る「ダンピング症状」とは何ですか？

A 立ちくらみや、めまい、低血糖の症状が出たりします

胃を切除した場合に起きるさまざまな症状です。胃は、胃液を分泌して消化する働きとともに、食べものをためておいて少しずつ十二指腸へと送り出す働きがあります。胃を切除すると、十二指腸からいきなり小腸へと食べものが送りこまれるために、さまざまな症状を引き起こします。大きく分けると二つあります。

まず、食べたものがいきなり小腸に落ちるので、腸液が一気に分泌されます。それによって水分量が急激に減少するとともに、循環する血液量も減少するので、立ちくらみや、めまいを生じることがあります。また、腸管が膨らむと、さまざまなホルモンが分泌され、それによって動悸やめまいや冷や汗など、さまざまな症状を引き起こすことがあります。

もうひとつは、血糖値への影響による症状です。食べたものが一気に小腸へと流れこむと、糖分がすぐに吸収され血液中のブドウ糖の量が上昇します。すると今度は、膵臓から血糖を下

げるインスリンというホルモンが分泌されるので、今度は血糖値が逆に低くなりすぎます。これによって、空腹感、脱力感、心筋亢進などの低血糖症状が出てきます。

低血糖は、甘いものを食べるとすぐによくなるケースが多いです。

いずれの症状も、時間の経過とともに、徐々に改善されることが普通です。人間の対応力というものは実に素晴らしいもので、たとえば、十二指腸に食物が溜まるようになり、これによって小腸に少しずつ食べ物が送り出されるようになります。

こうして、徐々に症状は改善されますので、大丈夫です。

Q

手術から退院までの流れと、仕事への復帰について教えてください

A

手術後三カ月くらいでバリバリ仕事ができます

病院によって若干異なりますが、私どもの病院では、手術後、一昼夜ICUに入ります。問題がなければ、翌日の昼には一般病棟へと移ります。

レントゲン撮影して縫合不全がないことを確認したら、手術後一〇日めぐらいから食事を始めます。その際、前述したように、まずバナナや里芋による訓練食で、むせないように食べる

訓練をします。やがてお粥になり、普通の食事へと移行します。

食事がとれるようになれば、退院です。だいたい手術後、三週間で退院となります。

お風呂は、手術後一〇日ぐらいから入ることができます。

仕事は個人で差があります。戻ろうと思えば、退院後二週間ぐらいで復帰できると思いますが、まだ無理はできません。バリバリ働くには、手術後だいたい三カ月ほどかかります。

す。

Q

がんで死に至る症状にはどのようなものがありますか？

A

食道がんで最も多いのは呼吸困難、肺炎などです

がんそのものが直接に生命を奪うものではありません。がんが増殖することで肉体にさまざまな異変を引き起こすことによって、人は死に至ります。皮肉なことに、人の生命が終わることによって、がんもまた消滅していきます。

死に至る症状には主に次のようなものが考えられます。

食道がんで最も多いのは、呼吸困難と肺炎です。すなわち、気管や気管支に浸潤することが多いですから、そうすると気管や気管支が狭くなってうまく呼吸ができなくなることがあるのです。

また、誤嚥を繰り返していると、肺炎を併発することがあります。

そのほか、肝転移による肝不全、脳圧亢進症状、感染症などもありますが、食道がんではあまり見られません。

Q

呼吸困難とはどのような状態で、どう対処しますか？

A

酸素吸入などを行ない血液中の酸素濃度を高めます

生命を維持するには、呼吸によって酸素を肺に取りこみ、さらに血液のなかに酸素を取りこみ、それを心臓の働きによって全身に流し、体の隅々の細胞に酸素を送りこむことが必要です。これがいろいろな要因で困難になることで、細胞が死滅し、やがて死に至ります。

細胞が生命を維持するために必要なことは、心臓が血液を全身に送り出すために十分な力を持っていること、そして、血液の量が一定以上あること、さらに、その血液に一定以上のヘモグロビンと一定以上の酸素濃度があることです。これらのいずれが欠落しても細胞は生命を維持できません。

食道がんの場合は、気管や気管支に浸潤することが多く、そうするとそれらに狭窄が起きて、十分に呼吸をすることができなくなることがあります。呼吸が不十分になると、血液中の酸素が不足します。

酸素が不足することで最もダメージを受けるのは、脳細胞と心臓の筋肉の細胞です。ですから、酸素不足に陥ると、まず、脳細胞が死滅し脳の活動が停止します。その後、心臓が停止し

ます。

こうした呼吸困難に陥ったときにとる処置としては、次のようなことが挙げられます。

まず、気管や気管支にがんが浸潤して狭窄を引き起こしている場合は、放射線照射を行なってがんを小さくする方法や、ステントというチューブを挿入して内腔を確保することもあります。レーザーやアルゴンプラズマコアグラーターで気道内の腫瘍を取り除くこともあります。最も手っ取り早い方法としては、酸素吸入があります。空気中の酸素の濃度が高ければ高いほど血液中の酸素濃度は高くなるからです。

次に、血液を送り出す心臓の力が弱い場合は、強心剤を使用します。出血がある場合には輸血をします。貧血状態であれば赤血球を補給します。

肺の機能が低下してきた場合には、人工呼吸器を取りつけます。

ただし、いよいよ最終段階にいたって、鼻や口から気管のなかに太いシリコンを挿入したりして、無理に呼吸をさせるのは、患者さんの苦しみを増長させることになり、慎重に行なう必要があると思います。声も出せない、無理に空気を送りこまれる、それは、患者さんが最期を迎えるときにあるべき姿かどうかということといえば、非常に疑問です。むしろ、苦痛の除去を最優先して考えるべきではないでしょうか。

Q

肺炎はどのような状態で、どう対処しますか？

A

肺炎が破壊され、酸素が不足します

食道がんの場合は、誤嚥によって肺炎を引き起こすことがあります。

免疫力がしっかりしていれば誤嚥しても肺炎にまで至ることはないのですが、がんとの闘いのなかで免疫力が低下していることが多く、ちょっとしたことで細菌感染することがあります。

肺炎になると、酸素を血液中に取りこむ肺のなかの肺胞の部分が破壊され、血液中の酸素が欠乏し、全身の細胞へ酸素が行き渡らなくなり、やがて死に至ります。

肺炎になった場合には、呼吸困難のところで紹介したように、肺から少しでも多くの酸素を取り入れるような治療を行なうと同時に、細菌感染に対抗できる抗生物質を使用することが治療の柱となります。

原因となっている細菌がわかっている場合には、抗生物質の選択には問題が生じませんが、検査をしてもなかなかはっきりとわからないことも少なくありません。そうした場合には、幅広い効果をもつ抗生物質を使用します。



急性の炎症反応を抑える薬としてはステロイド剤がありますが、これは免疫力をさらに落とす副作用がありますので、注意が必要です。緊急を要する場合にのみ、その細菌に有効な抗生物質と一緒に使用することが重要です。白血球が減少している場合には、白血球を増加させる薬や免疫力を高める薬を使う必要があります。また、呼吸障害に対する新しい薬も開発されています。

Q 感染症とはどのような状態で、どう対処しますか?

A 免疫力の低下による感染症の代表は、肺炎です

末期がんの患者さんはおしなべて免疫力が低下していますから、細菌やウイルスや真菌などに感染しやすくなっています。日和見感染^{ひよりみ}といって、通常では問題にならないような弱病原体に感染することもあります。感染した細菌やウイルスによってその後の症状の変化は異なりますが、それが死に至らしめることがあります。

食道がんの場合は、前述したように、誤嚥による肺炎が感染症の代表です。食べものが誤って気管のほうに行った場合に、それを原因として肺炎を引き起こすことがあります。免疫力が

しっかりしていれば、誤嚥しても肺炎まで引き起こすことは少ないのですが、がんの増大によって栄養分が横取りされ、慢性的に栄養不足状態になっていますし、抗がん剤を使用すると免疫の力も低下しています。必然的に肺炎を引き起こしやすくなっています。

ですから、がんが進めば進むほど、誤嚥には注意しなければなりません。

肺炎を引き起こした場合は、前述したような治療を行ないます。

Q 肝不全で亡くなるというのは、どのような状態ですか?

A 有毒物質が体内に蓄積されていきます

食道がんは肝臓へ転移することはあまり多くありませんが、万一肝臓に転移しても正常な部分が五分の一くらい残っていれば大丈夫ですが、それ以上になると、肝臓の正常な働きが阻害され肝不全を起こします。

肝臓というのは、さまざまな代謝機能や解毒機能をもっています。これらの機能が低下すると、有毒な物質が体内に蓄積されていくことになります。たとえば、赤血球が壊れるときに発生するビリルビンという有毒物質が体内に蓄積され、黄疸が出たり、腹水が溜まったり、意識



が朦朧となったりします。肝不全そのものは、痛みをとまなわれないのですが、肝があまりに腫れると被膜が引っぱられて痛みます。そしてしだいに、脳や各臓器の機能が低下していき、やがて死に至ります。

Q

「脳圧亢進症状で死に至るのは、どのような状態ですか？」

A

「脳ががんで圧迫される状態のときです」

脳への転移も少ないので、脳圧亢進症状が起きることはありません。

ちなみに、脳圧亢進症状とは、がんが脳に転移し、頭蓋骨内で大きくなることによって、脳が圧迫されることです。

こうなると、頭痛、意識障害、嘔吐、瞳孔不同などが生じてきます。意識障害が起きると、刺激に対する反応が鈍くなり眠ったような状態になります。このような状態では、嘔吐物を気管支に詰まらせて窒息死したり、肺炎を合併しやすくなります。意識障害がさらに進むと昏睡状態になります。

脳圧の亢進がさらに進むと、ついには頭蓋骨のなかに収まることができずに、大孔と呼ばれ

る出口から一部の脳が押し出されるようになります（脳ヘルニア）。こうなると、呼吸や循環をつかさどる脳幹部が損傷を受け、死に至ります。

脳圧を下げる方法としては、浸透圧利尿剤やステロイド剤がありますが、いずれも病巣の増大とともに効果は下がっていきます。

Q

「悪液質」で死に至る状態とは、どのような状態ですか？」

A

「悪液質」は、がん細胞による極端な栄養失調状態です」

悪液質というのは、がん細胞の増殖による極端な栄養失調の状態です。

がん細胞というのは、正常細胞のように全体のバランスを考えて成長しません。自分たちだけがどこまでも際限なく大きくなっていくとします。そのとき、当然ながら栄養分を必要とします。

ただでさえ体力が低下している体から、どんどん栄養分を奪っていきます。そのうえ、がんが老排物を出します。これが体に悪影響を与えます。その結果、患者さんの栄養状態は非常に悪くなっていき、やがてげっそりと痩せていきます。こうした状態を悪液質の状態といいます。