

化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの強化、②院内の緩和ケア標準化のためのツールの整備を主たる目標とした。

1. 化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポート

化学療法施行中の患者を対象として、緩和ケアチームの薬剤師によるパンフレットとニード調査表を用いたスクリーニングシステムを開始した(図4)。このシステムは患者自記式のニード調査表により患者ニードを主治医・外来看護師・化学療法室に伝え、専門緩和ケアサービスが必要と考えられる患者を紹介してもらうシステムである。

Pilot studyの結果、NRS (numeric rating scale) 10段階評価の身体症状で6点以上、distress thermometerで5点以上、または、「気がかり・相談したいこと」のopen-ended questionがあるものをスクリーニング陽性と考えた場合に、なんらかのサポートニードのある患者が50%、専門緩和ケアサービスの対象患者は15%であった(図5)。

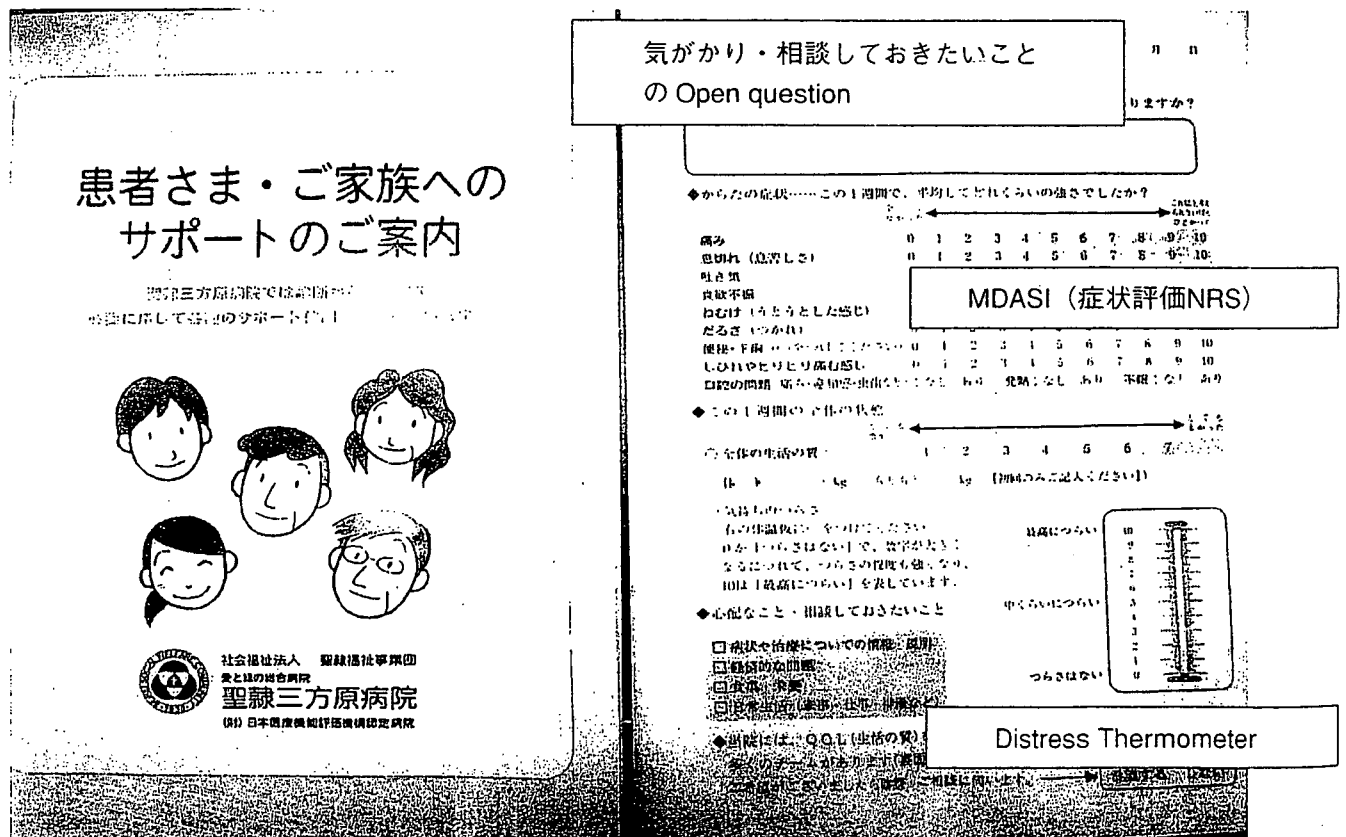
2. 院内緩和ケアの標準化のためのツールの整備

Fifth vital sign (「5つめのバイタルサイン」)として苦痛を電子カルテの体温版に掲載し、入院全患者の苦痛をスクリーニングするシステムを稼働させた(図6)。このシステムは、すべての患者の身体的苦痛が体温版に記録されることで苦痛の推移を視覚化することができるほか、入院患者のうち苦痛が強い患者をスクリーニングして主治医や病棟看護師に状況を確認することができる。

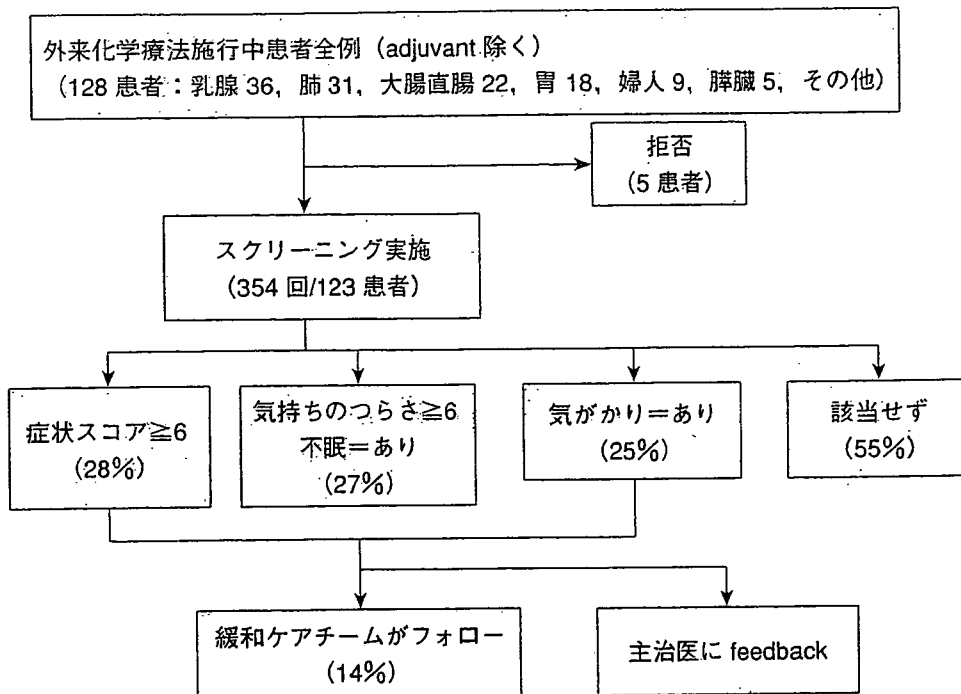
電子カルテヘルプ機能から、症状緩和とコミュニケーションに関する院内マニュアルと、国際的な推奨ガイドラインを参照できるように整備し(図7)、また、専門緩和ケアサービスの評価フォーマットを標準化した。

課題

緩和ケアチームの活動内容は大きく分けて、①おもに2次の緩和ケア対象患者に対する臨床コンサルテーション、②1次の緩和ケアが適切に行われているかのモニタリング、および③システム整



■図4 医学療法施行中の緩和ケアニードスクリーニング



■図5 外来化学療法を受ける患者を対象とした緩和ケアスクリーニングの結果

STAS スクリーニング

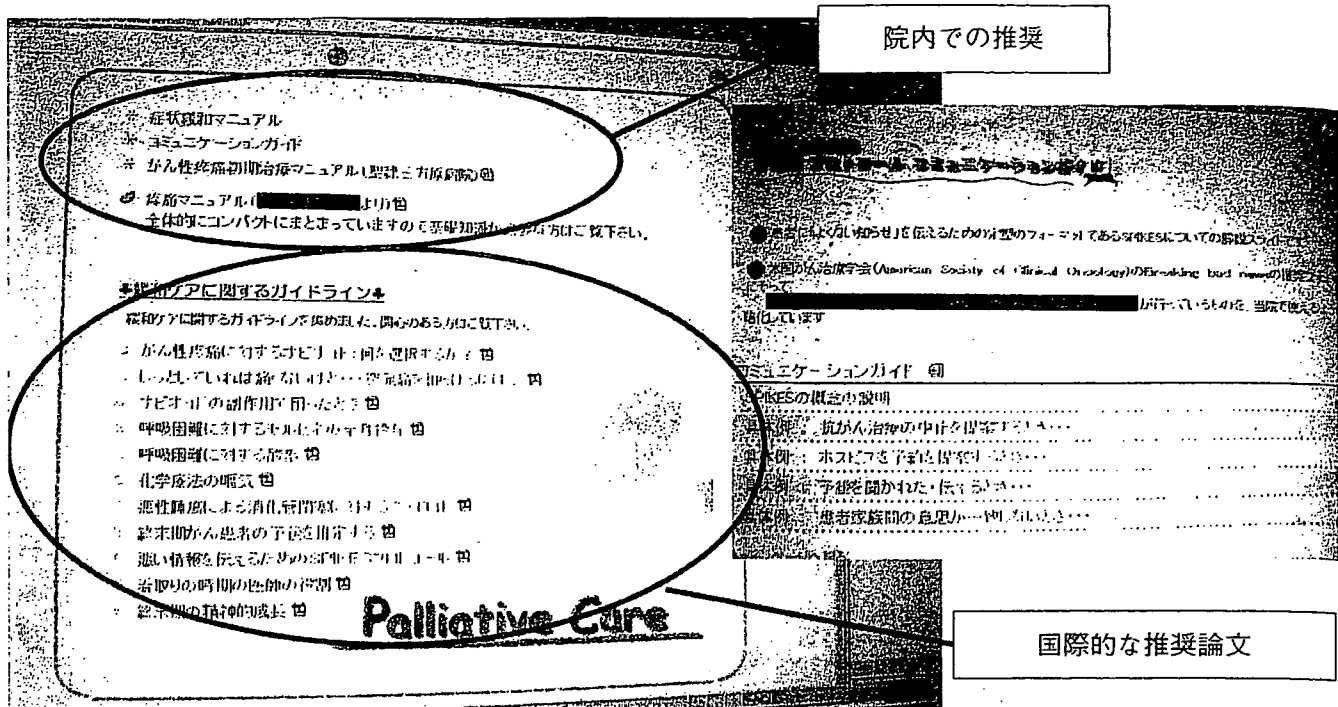
処理日: 2006/08/11 (金)
対象期間: 2006/08/07 日(月)の日勤帯から
2006/08/10 日(木)の深夜帯まで

STAS ≥3 STAS=2 終了

STAS スクリーニング結果 (STAS=2) 処理日: 2006/08/11

A3病棟	コンプライアンス入力機会 (%)	55%
対象患者数: 27	コンプライアンス患者 (%)	22%
STAS=2: 4回	患者ID/氏名:	██████████
STAS=2: 3回	患者ID/氏名:	██████████
STAS=2: 3回	患者ID/氏名:	██████████
STAS=2: 2回	患者ID/氏名:	██████████
STAS=2: 2回	患者ID/氏名:	██████████
A4病棟	コンプライアンス入力機会 (%)	46%
対象患者数: 8	コンプライアンス患者 (%)	0%
STAS=2: 2回	患者ID/氏名:	██████████
A5病棟	コンプライアンス入力機会 (%)	66%
対象患者数: 31	コンプライアンス患者 (%)	30%

■図6 電子カルテ症状測定ツールの導入とスクリーニング



■図7 電子カルテヘルプの緩和ケアマニュアル

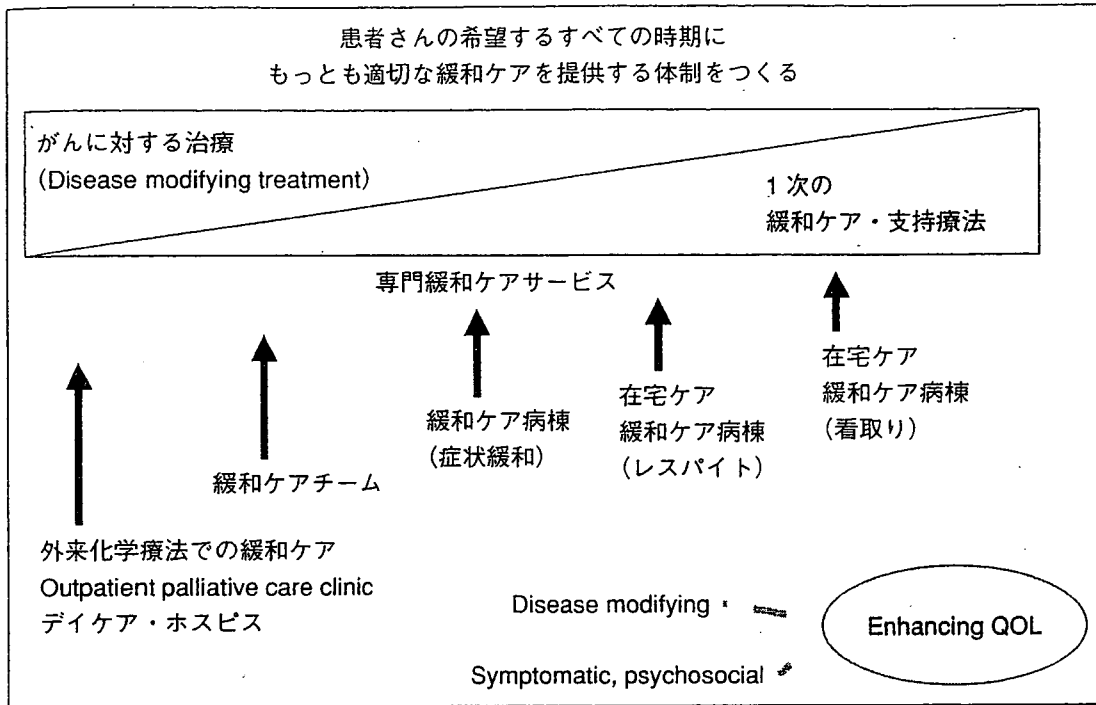
■表3 緩和ケアチーム activity 2006^{6,7)}

1. コンサルテーション
○Hospital PCT 病棟・外来からのオンコールでのコンサルテーション
△Community PCT 院外からのコンサルテーション
2. 1次の緩和ケアのモニタリング：スクリーニングシステム
○薬剤師回診スクリーニング
○化学療法を受ける患者の自記式スクリーニング
○電子カルテ 5 th. Vital sign によるスクリーニング
3. システム整備・教育・研究活動
○電子カルテでの症状測定ツールの標準化
○マニュアルの整備（ヘルプの緩和ケアマニュアルなど）
○地域オープンセミナー
△地域オープン症例カンファレンス
○専門緩和ケアサービスの評価表の標準化
○研究
○導入済みのもの △2006年現在、策定中のもの

備・教育・研究活動に集約される（表3）^{6,7)}。

当院の今後の課題は、①化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの有用性を評価すること、②緩和ケアの標準化ツールの効果について評価すること、および③地域全体の患者を支援するために地域全体に対する緩和ケアチーム活動に取り組むこと、である。

これらの活動を通じて、浜松地域のすべての患者さんがどこにいても、適切な時期に1次から2次の緩和ケアサービスを受けられるようなシステムを構築していくことが地域がん診療拠点病院の緩和ケアチームとしての責務であると考えている（図8）。



■図8 専門緩和ケアサービス

文献

- 1) 森田達也, 藤本亘史, 井上 聡, 他: 緩和ケアチームの評価とよりよい緩和ケアを提供するための改善策: ホスピス, 在宅診療, 緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査. 緩和ケア 15: 78-84, 2005
- 2) Morita T, Yo T, Fujimoto M: Palliative care team: the first year audit in Japan. J Pain Symptom Manage 29: 458-465, 2005
- 3) Morita T, Imura C, Fujimoto K, et al: Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. J Pain Symptom Manage 29: 595-602, 2005
- 4) Morita T, Fujimoto M: Self-reported practice, confidence, and knowledge about palliative care of nurses in a Japanese regional cancer center: longitudinal study after 1-year activity of palliative care team. Am J Hospice Palliat Care 23: 385-391, 2006
- 5) Morita T, Imura C, Fujimoto K: Trends toward earlier referrals to a palliative care team. J Pain Symptom Manage 30: 204-205, 2005
- 6) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, 他: 緩和ケアチームの活動: 聖隷三方原病院の場合. 日本臨床 65: 128-137, 2007
- 7) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, 他: 緩和ケアチームは病院の緩和医療を変えたか. 緩和医療学 8: 144-150, 2006

特集

「緩和ケアチーム」—精神科医に期待すること、精神科医ができること

「緩和ケアチーム」*

精神科医ができること、何が期待されているのか?

大西秀樹**

Key words

Palliative care team, Psychiatric symptoms, Psychiatrist

はじめに

本年4月、がん対策基本法が成立し、がん医療の整備と充実が社会の注目を集めるようになってきている。がん医療における心のケアも行うことが記されており、これからは心のケアを行うことが医療者の義務となった。

元来、がん医療は集学的医療である。外科、内科、放射線科、看護などが集まり、手術、化学療法、放射線医療におけるチーム医療を展開することで治療成績を上げてきた。治療成績が向上すると、今度はがん医療の質を上げることが大切となる。治療成績の向上と近年における告知率の上昇は、社会と医療者の両者に対し心のケアに対する関心を寄せるきっかけを作り、サイコオンコロジーが発展する基礎となった。サイコオンコロジーの発展はがん医療の進歩とともに歩んできたといっていると思う。こうして精神科もチーム医療の一員としてがん医療に加わったが、その活動は確

固たる診療報酬制度に担保されたものではなく、自発的な要素も大きかった。

わが国では1986年11月河野博臣先生(故人)、武田文和先生(埼玉医科大学客員教授)らが発起人となり日本臨床精神腫瘍学会(JPOS)が結成され、1987年に第1回学術大会が開催された³⁾。

学会創設当初は、がん性疼痛、告知の是非などの問題が討議されていたようであるが、現在は当時から問題に加え、鎮静、倫理、緩和ケアチーム、コミュニケーションスキルなど幅広い領域を扱うようになってきている。学会員は600名を超えるが、これは各国別の会員数としては最も多い。

この間、制度面での改革もみられた。最も大きなものは2004年に設けられた緩和ケアチーム診療加算制度であろう⁵⁾。この制度は一定の経験を有する身体科医師、精神科医、および看護師がチームを作り、がん患者さんの身体的、精神的苦痛に対応する場合、その活動に対して一定の診療報酬を加算するというものである。この制度の最大の特徴は、精神科医の参加が必須となっていることである。これはわが国独自の制度であるが、①がん医療では治療中・終末期を問わず精神医学的な有病率が高いこと、②精神症状の見逃しが多いこと、③精神症状はがん患者さんにとって苦痛であること、④患者さんの自己決定および医療者の

* Palliative Care Team in Japan—What can psychiatrists do? What is expected for psychiatrists?

** 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科(〒350-1298 日高市山根1397-1), ONISHI Hideki: Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Japan

病態判断を鈍らせる可能性のあることから^{1,2,4)}、がんの臨床現場に精神科医を加えることが望ましいとしたこの医療制度は優れた制度であるといえる。医療費削減の流れの中でこの制度ができたことは、がん医療の総合的な質を上げたいという、国を挙げての流れを確実なものにした。

精神科医はごくわずかな精神症状であってもそれを見出し治療ができるという専門性、医療者・患者間、医療者間同士を橋渡しする能力、コミュニケーション能力を有している。したがって緩和ケアチームの中でもその能力を生かした仕事ができるし、まさに適任であると考えられる。

オピオイドの使用については慣れていないかもしれない。しかし、私たちは精神症状を評価し薬剤の量と種類を決めるという臨床的な実践を長い間行っている。オピオイド処方、患者さんの痛みの場所、程度を聞き、オピオイドの量と種類を決めることが基本である。これは私たちが日常行っている精神医療にきわめて類似していることから、オピオイドにもすぐに習熟することが可能だと思ふ。ましてや、オピオイドの副作用である吐き気、嘔吐の治療はプロクロルペラジン、ハロペリドール、リスペリドンなどの抗精神病薬が中心である。これらは私ども精神科医が作用、副作用の細部まで知り尽くしている薬剤でもある。精神科医の役割は、がん医療において尽きることがない。

今回の特集では、わが国を代表するサイコロジストの先生方に緩和ケアチームにおける精神科医の役割についてご意見を述べていただいた。緩和ケアチームでも指導的な役割を演じている先生方であるので、私ども精神科医ができること、抱えている問題点そして限界点などが明らかにされると思われる。緩和ケアチームにおける疑問の解決、今後歩いていく方向性が明確になるだろう。

また、がん緩和医療に携わる代表的な先生方に、精神科医に対する要望をお願いした。現場の第一線でがん治療も行いながら緩和ケア活動も熱

心に行われている先生方のご意見、ご批判が聞かれると思う。私たち精神科医は、これら先生方の意見を真摯に受け止め、今後の医療を展開するための足がかりにする必要があるだろう。

埼玉医科大学国際医療センターにおける緩和ケアチーム活動

今回の特集では、私が現在勤務している埼玉医科大学国際医療センターにおける緩和ケアチームのメンバーに、緩和ケアチームの現状と課題を述べてもらうことにした。

大学病院にできた新しい診療科、新しい緩和ケアチームの活動は今後のモデルケースとなると考えており、このチームの活動を特集として挙げた。内容的にも、皆様の今後の医療を充実させるための参考になるのではないかと考えている。

まず、埼玉医科大学国際医療センターで行っている医療の概要を述べたい。

埼玉医科大学では、三大成人病である脳卒中、心臓病、がんに対応するため2007年4月1日、埼玉県日高市に埼玉医科大学国際医療センター(600床)を開設した。このうち包括的がんセンター(以下、がんセンター)は300床、わが国の大学病院としては初のがんセンターである。22の診療科を有し、各臓器のがん医療専門家が治療を担当しているが、診療形態は従来の大学病院にみられたような縦割りの構造を極力廃し、各科が協力しながら診療を行っているのが特徴である。

精神腫瘍科は2006年4月1日、移転前の大学病院(埼玉県毛呂山町)で、わが国の大学病院として初めて開設された。国際医療センターの開設に伴い精神腫瘍科も移転して現在に至っている。

2006年度は筆者1人で診療活動を行ったが、国際医療センターの開設とともに3名のスタッフに来ていただき、精神科医3名(教授1, 講師1, 助教1)、心理士1名(助教)の4人が教員として活動している。7月からは秘書さんにも来ていただき、科としての体制が整った。いずれのメンバーも元の職場で活躍していた人たちが、元の職

入院がん患者における薬剤性せん妄のリスク

Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients.

Gaudreau, J-D. et al.: J. Clin. Oncol., 23; 6712-6718, 2005.

(解説・抄訳) 西田知未 和田 信 和田芽衣 大西秀樹
埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター精神腫瘍科

〔論文の要点〕

- がん患者はしばしばせん妄状態を呈する。精神に影響を及ぼしうる薬剤（ステロイド、オピオイド、ベンゾジアゼピン、抗コリン作動薬など）を使用した場合、せん妄のリスクはさらに高くなると予測される。
- 上述の薬剤がせん妄に与える影響について、261人のがん患者を入院日から4週間観察し、薬剤以外のせん妄関連因子とともに解析した。
- 研究期間中、16.5%の患者がせん妄を発症した。「肝転移の存在」と「前回入院時せん妄の既往」がせん妄発症と関連しており、これらを交絡因子として補正した結果、薬剤の1日投与量がlorazepamで2mg, dexamethazone 15mg, モルヒネで90mgを越えると、せん妄のリスクはおよそ2倍になった。抗コリン作動薬はせん妄のリスクを高めなかった。

I. 論文の紹介

せん妄は入院がん患者の18~90%にみられ、身体管理上支障をきたすのみならず、家族や医療スタッフ、本人にとっても大きな苦痛となる。「終末期には必然」と傍観したり、ことに低活動性せん妄では見落としも多いが、適切な治療により約半数のせん妄は改善するため、対処可能な原因を

見出すことが重要である。せん妄に関与する因子についての報告は複数あるが、この論文は、比較的多くの被験者を対象に、入院から経時的に意識障害を評価した前向き研究で、薬剤の投与量によるせん妄のハザード比を、他のせん妄リスク因子も考慮したうえで解析している。

II. 論文の本文

1. 対象と方法

対象：2002年から1年半の間にカナダの病院のある病棟にがんと診断されて入院した患者。

方法：せん妄の判定は、患者背景を知らない判定専門看護師がNursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) を用いて行った (Nu-DESCは2001年に同研究者らがDSM-IVに基づいて開発、妥当性を検証したせん妄評価スケール)。観察期間は入院日から28日間で、Nu-DESC 2点以上が24時間以上持続する場合をせん妄と診断した。研究対象薬剤は抗コリン作動薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、コルチコステロイド、オピオイドの4群とした。薬剤以外のリスク因子として、入院時の患者特性（性、年齢、原発部位、転移の有無と場所、認知症の有無、前回入院時せん妄既往の有無、血液検査データ〔電解質、肝機能、腎機能〕）を考慮した。解析は、観察期間内にせん妄を発症する確率をKaplan-Meier生存曲線で、せん妄に関与する因子を多変量解析した。

2. 結果

対象の特性：基準に該当した261人の平均年齢は59.6±14.3歳，114人が女性であった。原発部位は33.0%が血液，13.4%が上部消化管など多岐にわたり，41%で肺，肝臓，脳などに転移巣を認めた。血液検査上，52.5%で低カルシウム血症，20.7%でクレアチニン上昇などの異常値を認めた。認知症を合併したものはなかった。

せん妄の発症：28日間の観察中43人（16.5%，発症までの平均期間は8.6日）がせん妄状態となった。発症までの期間を解析した生存曲線により，入院後1週間以内に13.9%（95% CI 9.0～18.8），2週間以内に25.3%（95% CI 17.3～33.4）がせん妄を発症する可能性ありとされた。

入院時特性とせん妄のリスク因子：「せん妄の既往があること」と「肝転移を有すること」がせん妄発症に有意に関連していた。これらを交絡因子として，対象薬剤の影響を解析した。

薬剤の影響：ベンゾジアゼピン系薬剤，コルチコステロイド，オピオイドがせん妄発症に関与していた。入院28日以内にせん妄を発症するハザード比は，1日投与量がlorazepam換算で2mg，dexamethazone換算で15mg，モルヒネ換算で90mgを越えた場合，それぞれ2.04（95% CI 1.05～3.97， $p=0.04$ ），2.67（95% CI 1.18～6.03， $p=0.02$ ），2.12（95% CI 1.09～4.13， $p=0.03$ ）となった。化学療法薬や抗コリン作動薬の使用はせん妄発症に関与しなかった。

3. 考察

従来ベンゾジアゼピン系薬剤は，せん妄を起こしやすくするとの報告があり，その機序として大脳皮質におけるGABAシステムを過度に刺激す

るためと推察されている。一方ステロイドとオピオイドに関しては一定の結果が出ておらず（ステロイドはいかなる量でも，また使用中どの時期でも起こりうる）とされており，オピオイドはがん性疼痛に使用する投与量に大きな幅がある），さらなる研究が必要である。本研究の限界点として，研究対象薬剤を複数投与した場合（臨床上こういったケースが多い）や，認知症合併患者の場合（複数の先行研究でせん妄のハイリスクとされている）については検討できていないことが挙げられた。また，今回考慮されなかった患者特性（高血糖など）が，有意にせん妄に関連するという報告もあり，これらの因子が結果に影響している可能性がある。

【紹介者のコメント】

がん対策基本法の施行や緩和ケア診療加算算定に伴い，精神科医ががん診療に携わる機会はさらに増えるであろう。全身状態の悪化したがん患者治療の原則は，限られた時間における患者のQOLを重視し，不要な薬剤を最小限にすることであり，せん妄に関しても迅速な回復可能性の診断と介入が必要となる。ステロイドは投与理由によっては変更不可能なことも多いが，鎮痛薬ではオピオイドローテーション，ベンゾジアゼピンは中止により病状が劇的に改善する場合もある。本研究では関与を認めなかった抗コリン作動薬に関しても，低活動性せん妄をうつ病と診断して抗うつ薬を投与したり，過活動性せん妄の鎮静に対して，抗精神病薬とbiperidenを予防的に併用し，せん妄をかえって悪化させることもあるため，注意が必要であろう。

がんといわれたら

◆ がんを知ったときのころ ◆

一般的にがんであることを伝えることは、けっして容易に行なえることではありません。それは、がんであることをイメージが良いものではなく、伝える相手に少なからぬ衝撃を与え、動揺をもたらすことを恐れてしまうからだと考えられます。「がん」といわれたとき、人はどんな反応を示すのでしょうか。これまでのところ、だれ一人として同じではなく、決まてはいないというのが答えであるとされています^{1)~4)}。

人の人生は千差万別です。生育・生活環境、家族や仕事など、その人の背景にはさまざまなちがひがあります。がんといわれたときの心理的反応も複雑で、人それぞれです。しかしながら、がんは現代における死因の大きな一角を占め、日常生活においてがんで亡くなる人が少なくないため、多くの場合、がんであることを知ることは死を間近に感じさせ、人生設計を揺るがす衝撃としてとらえられるでしょう。

よくがんを経験した方から、「頭が真っ白になった」と聞くことがあります。これまで想像すらしていなかった出来事に遭遇し、強い衝撃を受け、先のことがまったく考えられなくなってしまった状況です。こうした混乱の時期は、がんであることを知らされた直後より2、3日のあいだに生じることが多いようです。またこの時期には、「がんになるはずがない」と、がんであることを否定したり、否認したりすることもあります。そして「もうだめだ、治療してもむだだ」と絶望感や挫折感にさいなまれることもあります。この時期は情報を整理するのに十分な気持ちのゆとりがないため、周囲からいわれたことをよく覚えていないことや、時には病気に関する大切な情報も理解できていないことがあります。同様に、気持ちの落ち込みや不安、不眠、食欲不振などの症状が一過性に生じることがあ

小早川 誠

広島大学病院緩和ケアチーム

萬谷 智之

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神医学

日域 広昭

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神医学

山脇 成人

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神医学教授

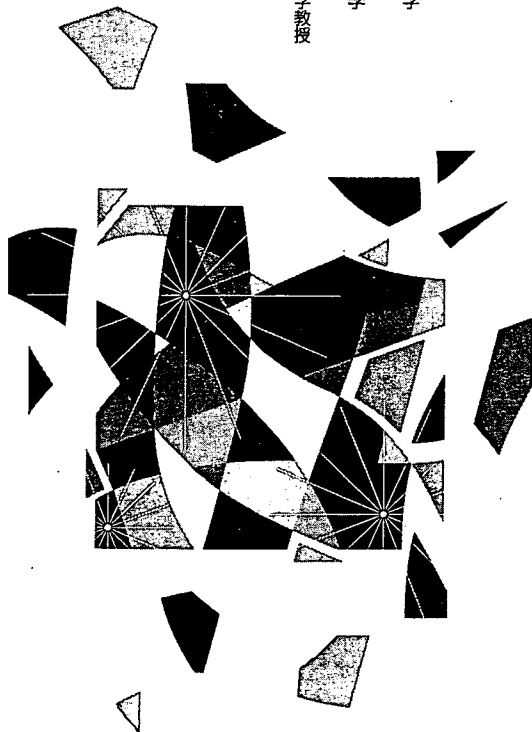
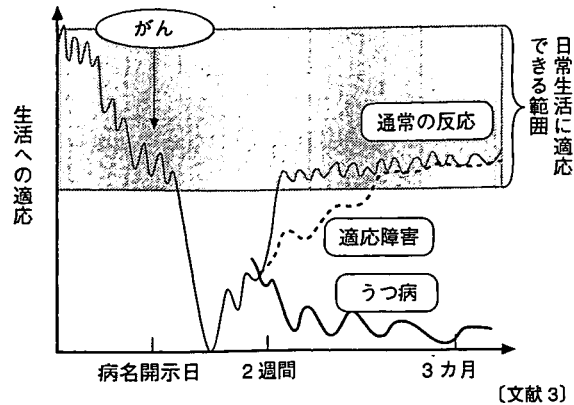


図1 がん患者の心理的な反応



りますが、概してこの状況は長くつづかないものです³⁾ (図1)。

がん告知後の混乱の時期は、多くの場合、徐々に現実の受け入れが進むとともに脱することができ、多少の不安をかかえながら療養をつづけることができるようになります。こうした適応の仕方も人それぞれです。たとえば、がんを知ったとき、患者あるいはその家族のうち、書店やインターネットサイト（たとえば国立がんセンター <http://www.ncc.go.jp/>、製薬会社アストラゼネカ <http://www.az-oncology.jp/>、NPO法人ジャパンウェルネス <http://www.japanwellness.jp/> など）を利用し、治療ができるのか、どんな治療がよいのか、どこへ行けばよいのかなど、手当たりしだいに情報を集めようとする人がいます。「自分の（家族の）がんは治るのではないか。思ったほど悪くはないのではないか」といった希望を得たいという気持ちがあるのかもしれません。後に述べますが、セカンドオピニオンという制度を利用し、実際にかかっている病院以外の医療機関を受診して、現状に関する情報を集める患者・家族もいます。結果として良い情報にめぐり合えばよいのですが、かならずしもそうではない場合もあります。概していずれの場合でも、不安な気持ちは徐々に落ち着き、なんとか前

向きに考えることができるようになります。

時間をおくことで気持ちの整理が徐々に行なえ、がんであることがどのようなことなのか理解がすすむことで不安感が軽減し、がんであることを受け入れることができるようになるものと考えられます。がん患者が増える一方、がんになり、手術や抗がん治療を受けたのち、社会に復帰し、日常生活を送っている人も少なくありません。このようながんになった先達の体験記は、がんであることを知った人とその家族に希望を与えています¹⁾²⁾。

一方、がんであることを気持ちのうでなかなか受け入れることができず、不安や気持ちの落ちこみ（抑うつ）が強く残り、療養生活がうまくおこなえない人も少なくありません³⁾ (図1)。これまでの研究では、がん患者の2～4割に適応障害やうつ病といった、気持ちが落ち込んでいる状態が認められています¹⁾⁴⁾。こうした状態は、気持ちをゆっくり聞いて（傾聴して）その人が気持ちを整理する際の手助けをすることで改善する場合も多く、「このような動揺はだれもが普通に経験することですよ」と支持的な言葉をかけたり、「どのようなお気持ちか教えていただけますか」と探索的にかかわったり、「おつらいですよ」と共感的な姿勢で接することが有用です。このようなかかわりは普通の診療

でかかわっている医師や看護師でも行なえませんが、効果を認めない場合には早急に薬物治療を要することがあるため、心理あるいは精神科領域の専門的ケアを受けるよう勧めることが大切です。

◆ がんを伝える時、伝えた後にすべきこと ◆

先に述べたように、がんであることを伝えられることは、程度に差はあるものの、だれにとっても衝撃であり、たとえ周囲からみれば変わりがなく平穏にみえる場合でも、だれにもいわないだけで、気持ちの奥底ではつねに不安を抱えていることがあります。だれしもがんの告知の後、まったくもとのように不安のない生活をおくっているわけではありません。なかには落ち込んだ気分がつづき、前述したうつ病や適応障害になってしまう人もいます。では「がんである」という悪い知らせを伝えることを前提とし、このような精神的ケアを要する状態になることを回避させる方法はないのでしょうか。それには、悪い知らせの伝え方と伝えた後のケアが大切です。

Buckmanは*How to break bad news*という著書で、衝撃をより小さくすることが可能であれば、その後の精神的動揺も軽減することができるという理論をもとに、悪い知らせをどのように伝えるのかという具体的手法を述べています⁴⁾。

落ち着いて話をしたり聞いたりする場を設定する (Setting)、伝えることに関して相手の想定している内容を把握する (Perception)、今から話すことについて相手がどこまで知りたいと思っているかを把握する (Invitation)、PerceptionとInvitationを考慮して本人に理解しやすいように悪い知らせを伝え、情報を共有する (Knowledge)、悪い知らせを伝えた後に生じた感情を引き出し受けとめる (Emotion and Exploration)、

今回話した内容をまとめ次につなげる (Summary) という要素からなり、頭文字をとってSPIKESと名づけています。

要点をまとめると、衝撃を小さくするための方法として、相手の想定している内容とこちらの伝える内容のギャップを知り、相手の感情にも配慮しつつ、情報を受け入れる準備を整えながら情報開示を進めていく手法です。Buckmanはこの方法が絶対とはいえないと述べており、余地があるなら改善することを勧めています。実際に欧米人と日本人では言葉や文化が異なるため、コミュニケーションの方法にも日本人ならではの工夫が必要と考えられます。まだ研究としては少ないですが、Fujimoriらの日本人がん患者を対象に行なった調査によると、単に情報を詳細にわかりやすく説明することだけでなく、患者側は悪い知らせを伝えられる際に、情緒的な配慮を強く求めていることが明らかになっています⁵⁾。

では、悪い知らせを伝えた後のケアはどのようにすべきでしょうか。前述のように、がんであるという悪い知らせを聞いた瞬間、強い衝撃のため、思考が混乱し、そのとき話された内容を十分理解できず、後になって思い返してもよく覚えていないということがあります。したがって、一部の情報しか理解できなかったために不安を募らせることや、現実をゆがめて理解すること、場合によっては必要な治療を拒否することもあります。

そのような反応を認めた場合には、まずその人の理解がどの程度であるか確認し、そばで腰をすえ、わからなかったことや気にかかることがあればいつでも何度でも相談でき、くわしくわかるように説明することや、いっしょになって考えることができる姿勢を言葉と態度で示すことが大切です。そのうえで少しずつ、相手から示された話題をきっかけに、前述のSPIKESを繰り返すように情報を補う作業を行なっていくのがよいでしょう⁴⁾。

ただし、現実を直視することや悪い情報について思い出すこと（直面化）を避けるために、正常なところの防衛機能として、まるでわかっていないような言動や態度を示すこと（否認）があります。むやみにその言動を否定することや、現実を直面化させることは、かえってその人を追い込み、医療スタッフとの距離を遠ざける結果になることもあるため、注意する必要があります。こうした否認は正常なところの動きであり、時間経過とともに現実の受け入れが進み、概して問題にならなくなるものですが、時に治療や生活の質において支障となる場合があります。あえて直面化させることが必要な場合には、可能ならばこころのケアを専門とする医療者に相談のうえ、その時の反応を予測し対応できる準備を整えておく必要があります。

◆ セカンドオピニオン ◆

従来のマスメディアに加え、ここ数年、インターネットの急激な普及により手軽に多様な情報を得ることができるようになりました。かつて医療を受ける側の患者や家族は、医療を提供する側の提示する情報がすべてであり、それを拒むことは考えられないという風潮がありました。しかし、近年その関係は変化してきており、他の医療提供者に中立的な立場として自身の病気や治療法について意見を求めることが、社会的に受け入れられるようになってきています。医療機関のなかにはセカンドオピニオン外来を開設し、その疾患の専門医による情報の提供を推進しているところもあります。

セカンドオピニオンを求めるには、患者あ

● 昼寝で心臓病予防とストレス解消

心臓病の予防に昼寝が有効であることがギリシャ人を対象にした研究で明らかになり、米医学誌『内科学紀要』2007年2月12日号で報告された。

アテネ大学医学部のデミトルオス・トリホプロス博士らの研究チームは、昼寝の効果を研究するために、20～86歳の健康なギリシャ人男女2万3681人を約6年間追跡調査し、昼寝をする人と昼寝をしない人の心臓病による死亡率を比較した。その結果、ほぼ毎日30分間昼寝をする人は、昼寝をしない人よりも心臓病による死亡率が37%低かった。

また、働いている男性のみのデータでは昼寝の効果はさらに増加し、時々昼寝をする人を含む昼寝をする人の心臓病による死亡率は64%も低かったという。

トリホプロス博士は、「働いている男性

の死亡率がとくに低かったが、女性にも同様の効果があるかもしれない。しかし、研究対象となった女性の死亡例が少なく、今回は立証できなかった」としている。

同博士は、「シエスタ（午睡）の習慣がある地中海沿岸地域、ラテンアメリカ諸国では、冠状動脈性の心臓病の発生率が低いことが知られているが、今回の研究でそれが実証できたといえる。男女を問わず、ストレスがたまるとホルモンの分泌が変化して心臓に負担がかかる。昼寝には、ストレスを軽減する作用があるのだろう。地中海沿岸地域の心臓病の発生率の低さは、これまで野菜や果物、オリーブオイルの摂取が多いなど食事面での効用が指摘されてきたが、今後は昼寝の効用についての研究も必要だ」と述べている。

【提供：ジャスネット社（ワシントン）】

るいはその家族は、現在かかっている医療機関の担当者にセカンドオピニオンを求めたいという意向を伝え、必要な検査結果を含んだ紹介状を作成後、他医療機関へ持参する必要があります。他の医療機関でセカンドオピニオンを受けたいといわれたとき、いわれた側の担当医は自身の治療方針への不満をいわれているような気分になり、不快になるものです。実際に、現在の担当医との関係がギクシャクしているために担当医を替えたいという気持ちによる行動である場合もあります。

しかしながら、前述したように患者や家族は単にがんという得体のしれないものに対する不安のため、情報を得ようとする行動としてセカンドオピニオンを求める場合もあり、要望に対応することが大切です⁴⁾。結果として他医療機関を受診しても良い情報が得られなかった場合、きちんと患者の要望に対応した担当医との治療関係が継続することはよくあることです。

*

日本医療政策機構の調査で、2005年に「医師の治療説明に不満足、または納得できる治療方針を選択できなかった」患者（同調査ではがん難民と定義されている）は、全国に推計68万人いることがわかりました。同調査によると、がん難民は平均3カ所の医療機関を受診しており、がん難民のほとんどが日本のがん医療水準に対する不満をかかえ、がん専門医による治療や成績の良い医療機関での治療を望んでいます。

がん治療は生死にかかわることであり、政

策としてがん専門医の育成、治療成績のよりいっそうの向上が求められています。しかしがん難民のなかには、原因の一つとして、治療スタッフとのコミュニケーションがうまくいかなかったために医療機関を変えなければならなかった場合もあると考えられ、がん治療のスキルアップとともに、相手のこころの動きに配慮した情報提供も大切であると考えられます。まだまだ研究段階ですが、本邦でも悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル・トレーニングが、国立がんセンターを中心に行なわれています。日本全国に広げることが急務ですが、マンパワー不足が叫ばれています。営利目的では成立するのが困難な事業であり、国策としての支援とともにNPO法人などの協力を得ていく必要があります。

〈参考文献〉

- 1) 明智龍男：がんところのケア。日本放送出版協会、2003
- 2) 岸本葉子、内富庸介：がんと心。晶文社、2004
- 3) 小早川 誠、秋月伸哉、内富庸介：がん患者の心身ケア。からだの科学 238：104-107、2004
- 4) Robert Buckman：How to Break Bad News: A guide for Health Care Professionals. Johns Hopkins University Press, 1992（恒藤暁監訳、前野 宏、平井 啓、坂口 幸訳：真実を伝える。診断と治療社、2000）
- 5) Fujimori M et al：Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology in press.

[こばやかかわ・まこと／精神医学]

[まんたに・ともゆき／精神医学]

[じついき・ひろあき／精神医学]

[やまわき・しげと／精神医学]



経口摂取ができなくなった時のケア—「点滴」と「点滴」以外にできること

終末期がん患者に対する輸液ガイドライン： 概念的枠組み

Guidelines of Total Parenteral Nutrition for Terminal Cancer Patients

安達 勇* 森田 達也**

Isamu Adachi and Tatsuya Motrita

Key words : 輸液ガイドライン, 終末期がん患者, ガイドライン推奨レベル

● 緩和ケア 17 : 186-188, 2007 ●

はじめに

終末期がん患者にとって、経口摂取が低下してくるとともに体重が減少し、日々の生活を維持する体力が減退してくることは、生命の終焉と感じさせる大きな要因となっている。また、患者を支える家族にとっても不安を増大させることとなる。一方、医療者にとっても、日常臨床の現場で具体的にどのような輸液などで対処すべきか苦悩することが多い領域である。

日本緩和医療学会で作成した「終末期がん患者に対する輸液に関するガイドライン」の枠組みを紹介し、併せて諸外国での輸液ガイドラインの現状も概説した。

終末期がん患者の 輸液ガイドラインの枠組み

本ガイドラインが作成されるまでの経緯の詳細に関しては稿末の文献¹⁾を参照してほしい。ここ

では本ガイドラインの枠組みを中心に述べたい。

1) 輸液ガイドラインの基本概念を次に述べる。まず、①第一に患者・家族の輸液に対する価値感とともに、輸液の目標を明確にすること、②第二に患者の終末期病態の状況をよく把握したうえで、輸液が身体の苦痛にどのような影響を与え、延命にどの程度寄与するか、また精神面や生活面への影響を評価すること、③これに加えて第三点は、輸液する、しないの倫理的・法的妥当性があるかを検証すること、④最後に第四点として、実行されている輸液療法を定期的に評価し、病態の変化に応じて修正していくこと、これらの事柄を本ガイドライン作成の基本概念とした。

2) この基本理念を実現するには、終末期臨床の現場ではなにか疑問とされているかを集約する必要性から、日本緩和医療学会会員にクリニカルクエスチョン (clinical question ; CQ) を募り、PECO方式 (P [patient : どのような患者が], E [exposure : どのような治療が介入された場合],

*静岡県立静岡がんセンター緩和医療科 : Department of Palliative Care, Shizuoka Cancer Center
〔〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007〕

**聖隷三方原病院緩和支援治療科
0917-0359/07/¥400/論文/JCLS

C [comparison:ほかの治療介入した [または介入しない] 場合と比較して), O [outcome:どのような結果になるか]) にしたがって定型化した。

各々の定型化した臨床疑問を解決できる臨床研究がない領域では、より抽象的なCQをRQ (related question) として提示した。そして、CQは生命予後を考慮した「身体的苦痛」「精神面・生活面への影響」「倫理・法的問題への配慮」の3領域に分類した。さらに、臨床現場でよく遭遇する病態においてどのような治療選択すべきかを「ケース・スタディ」として提示した。

3) 臨床的根拠の集積方法は、①「身体的苦痛」「精神面・生活面への影響の実態」に関しては1980年から2004年10月までに英語、日本語の医学論文をPubMedから検索された1,405編のなから基準に適合する79編を選別した。②「倫理・法的面」では、55編の中から16編を選別した。③「生理学的問題」は、337件から21編を選別した。これら116編に関して各領域専門家に構造化抄録を依頼した。文献はオックスフォード大学のEBMセンターのエビデンスレベルのIからVまでに準じたものとした (<http://www.cebm.net/>)。

4) ガイドラインの根拠選定の方法において、clinical evidenceレベルではIIはほとんどみられず、非ランダム化比較試験や分析的疫学研究などのレベルIII, IVや記述研究のレベルVのものがほとんどであった。その結果、表1に示す推奨レベルの基準を設けた。その際、①エビデンスに基づく臨床的根拠、②終末期医療に携わる臨床家による臨床的合意、③患者・家族の価値観などの3点を推奨レベルの設定要項とした。

すなわち「A」は、十分な臨床的根拠と臨床的合意があり、患者の意向に一致することから、施行することを強く推奨する。「B」は、ある程度の臨床的根拠と臨床的合意があり、患者の意向に一致することから、施行を推奨する。「C」は、臨床的根拠はないが、ある程度の臨床的合意があり、患者意向に一致することから、施行することを推奨する。「D」は、臨床根拠も臨床的合意も不十分であるが、患者に説明のうえ希望することを確認

表1 ガイドライン推奨レベル

A	有効性を示す十分な根拠があり、十分な臨床的合意がある。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを強く推奨する
B	有効性を示すある程度の根拠があり、十分な臨床的合意がある。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを推奨する
C	有効性を示す根拠はないが、ある程度の臨床的合意がある。患者の意向に一致し、効果が評価される場合、行うことを推奨する
D	有効性を示す根拠がなく、臨床的合意も不十分である。行うのは、患者の意向を十分に検討し、かつ効果が評価される場合にかぎり推奨する
E	無効性・有害性を示す十分な、またはある程度の根拠があり、十分な臨床的合意があると判断された場合、行わないことを推奨する

して、輸液の効果が評価される条件で施行する。「E」は、無効性と有害性であるとする根拠と臨床的合意があり、患者の意向にそって効果が評価される場合に施行しないことを推奨する。これらAからEを推奨レベルとした。

諸外国の輸液ガイドラインの現状

諸外国の文化的背景、医療制度または治療施設の格差などから、日本における終末期がん患者の輸液治療内容とはかなり異なっている。表2に日本と対比して輸液施行の割合と輸液量を治療施設による違いを示した。

輸液施行率は、日本やカナダでは一般病院と緩和ケア病棟間で大きな開きが認められている。一方、英国の輸液率は39%と最も低く、ガイドラインは基本的に死亡が差し迫った患者を対象にした輸液治療は苦痛改善や延命に寄与しないと明記されている。しかし、嘔吐症や下痢症、薬物過剰などに起因する脱水に対しては輸液を行う必要性があるとされている。そして、倫理面から輸液の可否を短絡的規定すべきでなく、患者・家族の希望にも配慮するとしている²⁾。

ヨーロッパ緩和ケア協会は、2001年には消化管閉塞のガイドラインが追加され、輸液の施行に関

表2 諸外国における輸液施行率と投与量¹⁾

国別	治療施設	輸液施行率	輸液量	対象疾患	調査年
日本	がん専門病院 一般病院	89~97%	1,034~1,457 mL/日	死亡2日前 消化器がん・肺がん	1998
日本	緩和ケア病棟	47%	552~603 mL/日	死亡2日前 消化器がん・肺がん	1998
カナダ	がん専門病棟	100%	2,080 mL/日	入院期間中 全例経静脈投与	1991~1993
カナダ	大学病院	69%	—	死亡時	1985~1986
カナダ	緩和ケア病棟	71%	1,015 mL/日	入院期間中 全例皮下投与	1991~1993
台湾	緩和ケア病棟	53%	637 mL/日	死亡時 経管栄養または輸液	2000
英国	一般病院	39%	—	死亡時	1998

しては患者の病態投与経路、患者の心理状態や社会資源など8項目を評価して、輸液治療の目標を明確化し、定期的な評価がされる条件で輸液を施行するとしている^{3,4)}。

アメリカでは、生命予後が40日から60日間ある終末期患者は、自律性が保てることや他の治療が無効であることを除いて輸液療法が適応されることはきわめて少ないとしている⁵⁾。

このように諸外国においては、患者の病態、予後、倫理面や社会的資源などを無視した、積極的で過剰な人工栄養補給は推奨しないことが一般化されている。日本も緩和医療学会が設立されて12年目となり、この問題を看過することができなく、諸外国ガイドラインを参考としながら独自のものを作成した。

まとめ

わが国における終末期がん患者への水分栄養療法はまだ議論の多い領域であるが、ここに終末期がん臨床の現場においてよく遭遇する病態に主眼をおき、各領域の専門家の努力の集積によって実用性の高い輸液ガイドラインの第1版が完成された。本ガイドラインが日本緩和医療学会のホームページに開示され、皆さん方の臨床における指標

になれば幸いと願っている。

文 献

- 1) 安達 勇, 森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドラインについて. *緩和医療学* 8: 363-370, 2006
- 2) Biswas B, Dunphy K, Ellershaw J, et al: Ethical decision-making in palliative care: artificial hydration for people who are terminally ill. *National council for hospice and specialist palliative care services*. 1994
- 3) Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, et al: Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition* 12: 163-167, 1996
- 4) Ripamonti C, Twycross R, Baines M, et al: Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 9: 223-233, 2001
- 5) Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. J Parent Ent Nutr* 26: 82-83 SA, 2001

表2 皮下投与してはいけない薬剤

- ・抗生物質
- ・パミドロネート (アレディア®)
- ・ジゴキシン (ジゴシン®)
- ・フェニトイン (アレビアチン®)
- ・ジアゼパム (セルシン®)

の検討と、静脈経路への変更も考慮する必要がある。

皮下からの吸収が可能で配合禁忌でない薬剤については混入可能であるが、抗生物質やパミドロネートなど皮下投与に適さない薬剤の投与は行わない(表2)。

④ 投与後の管理

発赤・皮膚の硬結・化膿・熱感などは刺入部感染の可能性があるため躊躇なく抜針し、別の部位に変更する。対処の遅れは、皮膚の炎

症、蜂窩織炎を招くおそれがある。

滴下不良の場合には、体位や圧迫、部位、固定方法を再検討する。

注入部位の腫張が増強する場合は吸収不良が考えられるが、通常でも多少の腫脹はあるため経過を観察する。吸収不良が継続する場合は、浮腫の増強、痰の量、皮膚や舌の乾燥状態などの観察により輸液の必要性を検討する。終末期の場合は、輸液量を減量しながら、輸液の必要性がなくなってきたことを説明し、その中止についても検討する。

おわりに

皮下輸液は、静脈輸液が一般的となった現在ではほとんど行われなくなった方法であるが、静脈経

路に比べて、①全身性の合併症の危険性が少なく、②輸液経路の確保が容易で、③不快や拘束感が少なく、④管理が容易であることから、静脈の確保が負担となる終末期がん患者や高齢者、在宅療養患者に対して有効な水分補給の方法であると考えられる。

参考文献

- 1) 日野真理子, 小齋清美, 岡部健: 皮下輸液の実際と当院での実施状況. 死の臨床No.48. 日本死の臨床研究会, 2006
- 2) エドモントン皮下輸液ガイドライン (Hypodermoclysis Administration Protocol for Palliative Care Patients): <http://www.palliative.org/>



経口摂取ができなくなった時のケア—「点滴」と「点滴」以外にできること……

静脈経路がとれなくなった時の対応

末梢静脈からのガイドワイヤーを用いた中心静脈カテーテルの挿入

山田 理恵* 鄭 陽* 森田 達也**

*聖隷三方原病院ホスピス科 (〒433-8558 浜松市三方原町 3453)

**同 緩和と支持治療科

はじめに

終末期がん患者では末梢静脈の確保が困難となることが多い。この場合、わが国では一般的に、①皮下・直腸経路、②内頸静脈、鎖骨下静脈、大腿静脈穿刺による中心静脈経路のいずれかが用いられてきた。しかし、前者では不快な患者や有効な薬物投与を行いにくい場合がある¹⁾。後者では気胸・血

腫・感染症などの合併症のリスク、手技にともなう患者の恐怖感や生活への制限がありうる。

一方、欧米を中心に末梢静脈からの挿入による中心静脈カテーテル(peripherally inserted central catheters; PICCs)が用いられるようになり、従来の中心静脈カテーテルと比較し合併症のリスクや患者負担が少ないことが示唆されている²⁾。国内でも、2002年

からPICCs専用キットが発売されているが、当施設(聖隷三方原病院ホスピス)では1995年より末梢静脈から中心静脈カテーテルを留置している。1年間の入院患者約200名に対して、新規にPICCsを挿入する患者は20~30名であり、技術的成功率は90%以上である。

本稿文では、当院で行っているガイドワイヤーを用いたPICCs

留置の手技について述べる。

PICCsの留置手技の実際

1. 末梢静脈の確保

上腕の末梢静脈に22Gの留置針を留置する。安定した滴下のため肘部より中枢側の静脈を、上大静脈まで到達しやすいので橈側静脈より尺側静脈を優先する。留置針には生食を満たした短いルートをつないでおく。ガイドワイヤーが頭部へ迷入するのを防ぐため上肢を90度外転させる(図1a)。

穿刺に失敗した場合には、反対側からの穿刺になる患者の負担を考えて、末梢静脈穿刺は消毒前に行っているが、静脈確保が確実な場合には消毒をしてから末梢静脈を確保してもよい。

2. 消毒

院内の中心静脈カテーテル挿入プロトコールに従ってスタンダードプリコーションを行う。留置針刺入部を消毒し滅菌覆布をかける。局所麻酔薬にて留置針刺入部に浸潤麻酔を行う(図1b)。

3. ガイドワイヤー挿入

留置針のコネクターをはずしガイドワイヤーを挿入する。この際、ガイドワイヤーの頭部への迷入を防ぐために患者にあごを引き術者の方を向いてもらう。ガイドワイヤーは刺入部より上大静脈までの距離を入れる(図1c)。

4. 拡張

ガイドワイヤー挿入後、留置針を抜きダイレーターを押し込み皮膚を拡大する(図1d)。

5. 中心静脈カテーテルの挿入
ダイレーターを抜きカテーテルを挿入する。ダイレーターを抜く際ガイドワイヤーに血液が付着するとカテーテルのすべりが悪くなるので、生食ガーゼで血液を拭き取る。カテーテルを挿入する際カテーテルの後方より生食を注入すると、ガイドワイヤーとカテーテルの抵抗が軽減し挿入しやすい。カテーテルを挿入したら血液の逆流を確認し、生食を満たす(図1e)。

6. 固定・確認

カテーテルが肘関節の動きを障害しないように刺入部より頭側にカテーテルを固定する。

レントゲンでカテーテル先端の位置を確認する。

まとめ

末梢静脈経路が確保できなくな

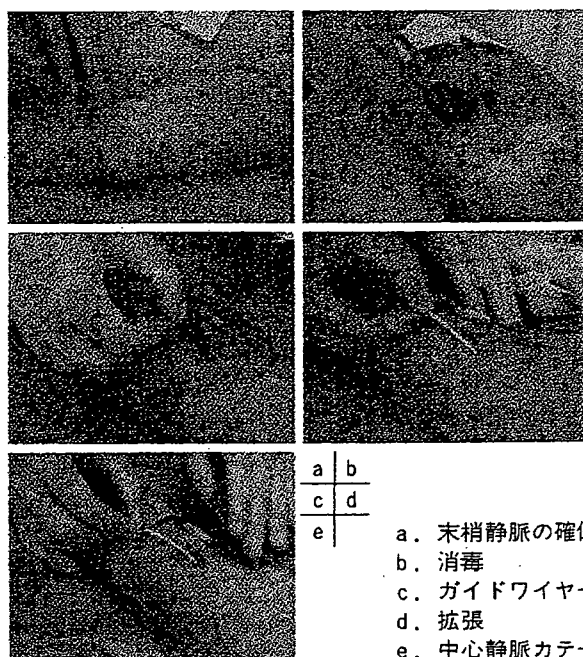


図1 中心静脈カテーテル(PICCs)の留置

った時、従来の薬剤投与経路に加えて末梢静脈からの挿入による中心静脈経路を選択枝として持つておくことは、患者の選択の幅を広げ有用であると考えられる。今後、PICCsの緩和ケアにおける有用性についての研究が必要である。

文献

- 1) Mercadante S, Ferrera P, Gir-elli D, et al: Related Articles, Links Patients' and relatives' perceptions about intravenous and subcutaneous hydration. *J Pain Symptom Manage* 30: 354-358, 2005
- 2) Walshe LJ, Malak SF, Eagan J, et al: Complication rates among cancer patients with peripherally inserted central catheters. *J Clin Oncol* 20: 3276-3281, 2002



看取りの症状緩和パス：嘔気・嘔吐



八代英子¹⁾⁴⁾ 新城拓也²⁾⁴⁾ 森田達也³⁾⁴⁾



嘔気・嘔吐は進行がん患者の40～70%にみられる不快な症状であり、迅速な対応が必要である。終末期においては薬物治療が重要であり、適切な制吐薬を選択するには原因を明らかにすることが重要であり、評価と病歴の注意深い聴取が必要である。原因を明確にできない場合、広範囲に有効な制吐薬の使用が勧められている。LCPオリジナル版アルゴリズム—嘔気・嘔吐について、根拠となる文献とともに解説する。また、一般病棟や在宅でも使用できるようわが国のアルゴリズムを作成したので紹介する。

はじめに

進行がん患者において嘔気・嘔吐の原因は多岐にわたり、死亡が迫っている場合には原因不明なまま症状緩和を図らなくてはならないこともある。そこで、広範囲に有効な薬剤によるアルゴリズムが必要とされる。

1. LCPオリジナル版¹⁾についての解説

LCPオリジナル版では抗ヒスタミン薬である

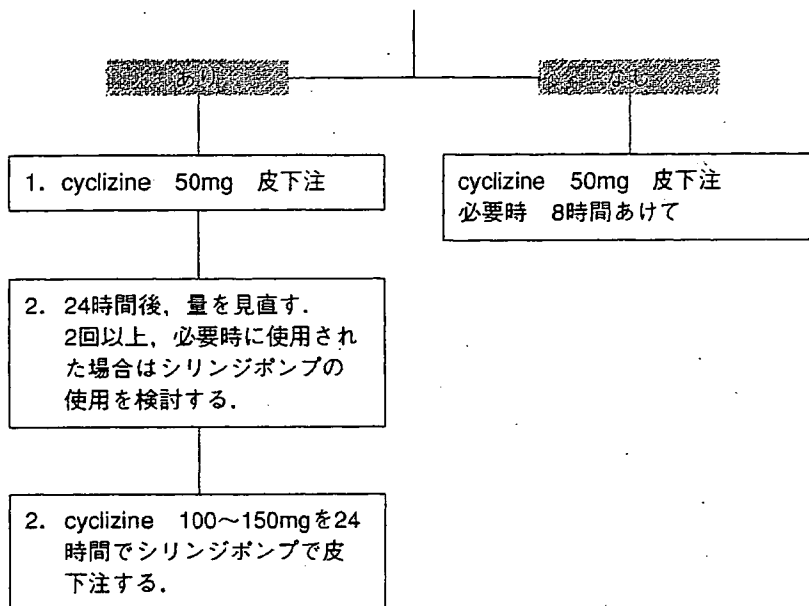
cyclizineを推奨している(図1)。その理由として、cyclizineは、抗ヒスタミン作用・抗ムスカリン作用をもつため嘔吐中枢の受容体を広範囲に抑制することがあげられている。原因別に制吐薬の効果を評価した3つの研究においても嘔吐中枢に直接作用する薬剤として第一選択にあげられている²⁻⁴⁾。また、Dundeeら⁵⁾⁶⁾は、cyclizineとペルフェナジンの、ペチジンとモルヒネによる催吐作用に対する効果を比較し、cyclizine 50mgはペルフェナジン5mgと同等の効果をもつが、副作用が少ないためcyclizineが好ましいとしている⁵⁾⁶⁾。cyclizineはわが国に存在しないため、欧米の緩和治療に関するマニュアルや教科書が導入されるときに記載が除外されて紹介されるが、とくに英国においては、抗精神病薬にみられる錐体外路症状などの副作用がないため中枢性制吐薬の第一選択として記載されていることが多い。

KEY WORDS

嘔気
嘔吐
進行がん
消化管閉塞

YASHIRO Eiko, SHINJO Takuya, MORITA Tatsuya/ 1) 千葉大学医学部附属病院麻酔・疼痛・緩和医療科(前 聖隷三方原病院ホスピス), 2) 社会保険神戸中央病院緩和ケア科, 3) 聖隷三方原病院緩和支援治療科, 4) LCP Working Group Japan

Nausea & vomiting
(嘔気と嘔吐)



注意：cyclizineを適当な量にするときは注射用水を使用してください。
症状が持続する場合は緩和ケアチームに連絡してください。

図① LCPオリジナル版アルゴリズム
ム-嘔気・嘔吐

アルゴリズムには記載されていないが、cyclizine 以外に解説で使用が勧められている薬剤は以下のようなものである。

1) レボメプロマジン

レボメプロマジンは、抗ドパミン受容体作用、抗5-HT₂受容体作用、抗H₁受容体作用、抗ムスカリン作用をもち、幅広く受容体を抑制するために、原因が多要因であったり不明な場合に有用である。解説では、cyclizineが効果のない場合に使用することがすすめられており、副作用として鎮静があること、注射部位に違和感を生じることに注意をすることが記載されている。レボメプロマジンは、メトクロプラミド・ハロペリドール・臭化ブチルスコポラミン・臭化水素酸スコポラミンなど多くの薬剤と混合が可能である。わが国においてレボメプロマジンを制吐薬として使用するこ

とは一般的ではないが、英国圏を中心に緩和困難な嘔気に対して使用されている。たとえば、次のような報告がある⁷⁸⁾。

Kennettら⁷⁹⁾は、悪性疾患をもち、0~3の評価尺度で少なくとも1の嘔気・嘔吐のある患者65名にレボメプロマジン6.25mg内服から25mg 持続皮下注射で投与するオープンスタディをおこなった。2日目に評価可能であった患者53名のうち、33名(62%)で嘔気・嘔吐に改善がみられた。5日目には34名中20名(58%)に改善がみられた。病気の進行による症状と副作用を区別するのはむずかしかったが、眠気、口渴・集中力の低下の明らかな変化はみられなかった。

Eisenclasら⁸⁰⁾は、難治性の嘔気・嘔吐のある70名の進行がん患者にレボメプロマジン3.12~25mg(平均6.25mg)を1~2回/日皮下注射するオープンスタディをおこなった。初日、48時間