

症例を時間で切って深く知る!

がん緩和医療

編者

有賀悦子

帝京大学医学部緩和医療学講座(緩和ケア内科)教授・診療科長

症例 2

50歳男性，大腸がんの症例

Key Word

働き盛りの年代の進行がん，社会・福祉的支援，疼痛・消化器症状，精神症状，家族ケア

Issue

- I がん治療過程のサポート ▶ 126頁
- II 複数の痛みと心の沈みに対処する ▶ 151頁
- III がんを持ちながら仕事を続けるとき ▶ 182頁
- IV 病状が急速に悪化をしいはじめたとき ▶ 187頁
- V 病状が日単位から時間単位となったとき ▶ 229頁

Bさんは、50歳男性、大腸がんの患者さん。緩和ケアチームへ併診依頼される3カ月前、大腸がんと診断され手術を受け人工肛門となった。その後、外来で抗がん剤治療が始まった。もともと事務系の常勤職であったが、治療のためにどのようにしていけばよいか相談したいと思っていた。職場の人間関係が複雑でいっそ辞めてしまったほうが楽だと思いつつも、これからかかる医療費や高校3年生の息子のことを考えると治療と仕事の両立が課題だと感じていた。

外来化学療法が始まって、半年が経過した。Bさんに新たな肝転移とリンパ節転移が見つかった。

それから1カ月後、排便前後に疼痛をときどき認めるようになっていたが、徐々に強くなり、最近では左下肢に放散する痛みを訴えるようになり、入院して症状を緩和することとなった。食事は、ほとんど取れず、妻は「このところ痛みが強かったせいか、この1、2週間ふさぎ込んでいたり、1人で泣いていたりしたこともあった」と話した。

退院した後、仕事は休みがちではあったが、外来化学療法を継続していた。

緩和ケアチームの併診が始まって8カ月、退院してから1カ月が過ぎた頃、しだいに、排便量が減り、ときどき嘔吐を認めるようになった。鎮痛薬を経口内服することが困難となり、投与経路の変更を行うことを目的に再入院となった。1週間で黄疸が出現し、トイレに立ちあがることも困難となり、体がだるいと訴えた。ときどき、「早く会社に行かなければ」「そこに人が立っている」と混乱した言動を認めるようになった。黄疸に気がついた妻は、「こんなに急に悪くなってしまった。私はどうすればいいのでしょうか。もうあの人ではないみたい」と泣き出した。腹部は膨満し、腹水の貯留と思われた。また、両下肢は浮腫をきたし、物があたる箇所にひどく窪みができるようになった。

Bさんは、1日の大半を眠った状態で過ごすようになった。大学生になった息子はただ黙って、傍に付き添っていた。喘鳴を伴う努力様の呼吸を認めるようになったが、輸液の減量で軽快した。血圧低下、下顎呼吸となる中、妻が来院したが、チアノーゼと冷感を呈した下肢をさすりながら「こんなに冷たくて、可哀想」とつぶやいた。それから間もなく、心停止となった。

I がん治療過程のサポート

II 複数の痛みと心の沈みに対処する

III がんを持ちながら仕事を続けるとき

IV 病状が急速に悪化をしいはじめたとき

V 病状が日単位から時間単位となったとき

1

症状を緩和する

① 嘔吐（腸閉塞）

Point

がん患者の腸閉塞の症状緩和においては、がん治療、外科治療、薬物療法をバランス良く考えなければならない。このために、患者・患者家族を中心に主治医、看護師、薬剤師、消化器内科医、消化器外科医、放射線科医、緩和ケアチームといった多くの職種が専門的視点に立ち、有機的な話し合いによって迅速で正確な評価と方針決定を行い、方針決定後も継続的に評価する必要がある。

1 本症例におけるアセスメント

- ▶ 肝転移、腹水存在下で黄疸・せん妄と同時に排便の低下、嘔吐が出現している症例である。嘔吐の原因は腸閉塞、肝不全、腹水貯留による胃圧排や排出遅延が考えられる。通常、身体所見、血液検査、腹部単純X線にて鑑別可能であるが、複数因子の併存は念頭に置かなければならない。
- ▶ 原因が腸閉塞の場合、閉塞が近位腸管であれば、腹部膨満は比較的軽度で発症初期から嘔吐が強い。一方、閉塞が遠位腸管の場合、腹部膨満で発症し、しだいに嘔吐が出現する。閉塞部位が大腸か小腸かの鑑別は腹部単純X線のガス貯留部位を確認することで行う。人工肛門狭窄の可能性もあるが、人工肛門から小指を挿入すれば容易に診断できる。なお、黄疸が同時に発生しているが、十二指腸乳頭の機能不全の場合、腸閉塞による十二指腸の内圧上昇が胆汁うっ滞につながり、黄疸をきたしうる。
- ▶ がん治療中の患者や患者家族は常に病状悪化に怯えながら日々を暮らしており、新たに発生したイベントはがんの悪化を連想させ、「もう食べることができないのではないか?」「がんが進行したのではないか?」「命が短いのではないか?」といった心理的な不安を起こすことが多く、包括的に評価していく必要がある。

2 本症例における対処

- ▶ 腸閉塞の評価，全身状態と予後の評価，患者の心理社会的背景をもとに，治療方法選択においてはそれぞれの分野における専門医の意見も聞き，方針を立てる。検討された多くの情報を整理し，患者・家族へ伝える。患者の意思決定においてはわかりやすく，正しい情報は不可欠である。本症例では急速に病状が変化しており，これらを迅速に行う必要があるが，既に患者に意識障害が出現しており，意思決定が困難であれば，患者の推定意思を家族に聞き，家族の意思も反映しながら方針を決める。

3 嘔吐（腸閉塞）

1. 疫学

- ▶ がん患者の腸閉塞は，消化器がんの4.4～24%，卵巣がんの5.5～42%に発生^{1)~4)}，腹腔外原発がんにおいても肺がん，乳がん，悪性黒色腫の3～15%に発生するとされる¹⁾。術後癒着，腹腔内化学療法，放射線治療といったがん以外の要因も5～24%を占める⁵⁾。
- ▶ 腸閉塞の主な身体症状は悪心嘔吐，腸管拡張による疼痛，蠕動痛である。これに加えて，発熱や電解質異常や全身状態の変化による意識障害，悪液質を伴うこともある。

2. がん患者の消化管閉塞の分類 (表1)

- ▶ 腸閉塞は機械的腸閉塞と機能的腸閉塞に分類される。この分類は治療方法に関連する

表1 がん患者の消化管閉塞の分類

	機械的腸閉塞	機能的腸閉塞
症状	強い腹痛 腹鳴に伴う蠕動痛 悪心・嘔吐 腹部膨満	腹部膨満は強いが，腹痛は強くないことが多い
身体所見	腹部膨満+強い腹痛 発症初期は蠕動音亢進，その後麻痺	初期から蠕動低下
画像所見	狭窄部より口側の拡張 拡張部と正常部の混在	全体的な拡張
治療	ドレナージ・手術・ステント血流障害を伴う場合は緊急手術も検討 消化管蠕動抑制薬	原因の除去 消化管蠕動促進薬
原因疾患	がん：腫瘍浸潤・圧排 非がん：放射線性腸炎・癒着・捻転	がん：がん性腹膜炎 非がん：腹膜炎・膵炎・便秘・薬剤性

ため重要である。

- ▶ 機械的腸閉塞とは腸管の狭窄や屈曲，腫瘍といった器質的原因により通過障害に陥った状態である。蠕動促進薬投与では，狭窄部を無理に通過させるため腹痛（蠕動痛）が生じ，時に腸管内圧の上昇から穿孔につながる恐れもある。
- ▶ 機能的腸閉塞は器質的な原因ではなく腸管の蠕動機能低下により移送障害に陥った状態で炎症や薬剤性，がん性腹膜炎などが含まれる。麻痺を起こしている原因の除去のほか，腸蠕動を促進させるような薬物治療が検討される。
- ▶ 進行したがん性腹膜炎など，両者が併存することもある。一度機能的腸閉塞と診断しても，蠕動促進薬の投与で腹痛が増悪する場合，機械的腸閉塞の併存を疑い再評価する。併存している場合の治療方針は機械的腸閉塞に準ずる。

3. 腸閉塞の原因 (表1)

- ▶ がんが原因の腸閉塞として，がんの直接浸潤や圧排，がん性腹膜炎が挙げられる。がん以外の原因として手術による癒着，放射線，腹膜炎，薬剤性などが挙げられる。

4. 評価

- ▶ 腸閉塞の評価項目を原因評価，治療法選択のための評価に分け，表2に示した。
- ▶ 評価項目は多く，主治医のみで行うことは困難なこともある。手術やステントなど治療法選択のための評価に関しては専門医の意見を，日常生活やperformance status (PS) に関することは家族や，看護師の意見も参考にする。正確な評価は患者の意思決定のために重要である。

表2 腸閉塞の評価項目

原因の評価	既治療	化学療法歴，薬物治療（抗コリン作用のある薬剤はとくに注意），開腹手術歴，腹部放射線治療歴
	腹部所見	腹膜刺激症状や筋性防御など腹膜炎を疑う症状，麻痺性腸閉塞
	画像所見	腹水や腹膜播種腫瘍など腹膜播種を示す所見がないか，腸管の口径差が生じている場所とその近傍の腫瘍の有無を評価する
治療法選択のための評価	耐術能	電解質異常，臓器不全や併存症の有無，performance status
	腸閉塞以外の食欲不振の原因	大量腹水，悪液質の程度，がん性腹膜炎による機能的腸閉塞の併存
	狭窄の多発	画像所見で口径差を有する腸管の数を検討
	がん治療の見込みと予後評価	がんの進行速度，抗がん治療の期待度，予後
	患者・患者家族の認識	患者の病状認識 患者・患者家族の治療や食事に対する価値観，治療に関連するドレーンや輸液など「管」に対する考え

5. 目標設定

▶「食べるという行為を取り戻す」「摂取方法に関係なく栄養状態を改善したい」「食事を摂ることより、悪心の緩和を優先にしたい」「管が増えても良いので症状を楽にして欲しい」「いくら吐いてもよいので、管は絶対入れたくない」など、患者個々で食に関する価値観、治療に関する価値観はそれぞれ異なるため、何を患者が最も望んでいるのかを把握する。続いてこの価値観と前述の評価から現実的かつ明確な治療目標を設定する。実際には「腸閉塞を再開通させる」「蠕動を保ち排ガスを促すことで症状緩和する」「蠕動を抑制し症状を緩和する」「薬剤で腸管内容物を減らす」「非薬物的に腸管内容物を減らす」といった具体的な治療目標を立て、治療法、薬剤を選択する。治療が開始された後も継続的に評価し、達成困難であれば、別の目標を設定する。

6. 症状緩和法

▶ **図1** がん患者の腸閉塞に対する症状緩和のフローチャートを示す。多くの選択肢のメリット・デメリットを理解し、系統的に治療方針を立てる。以下に症状緩和法の詳細を記載する。

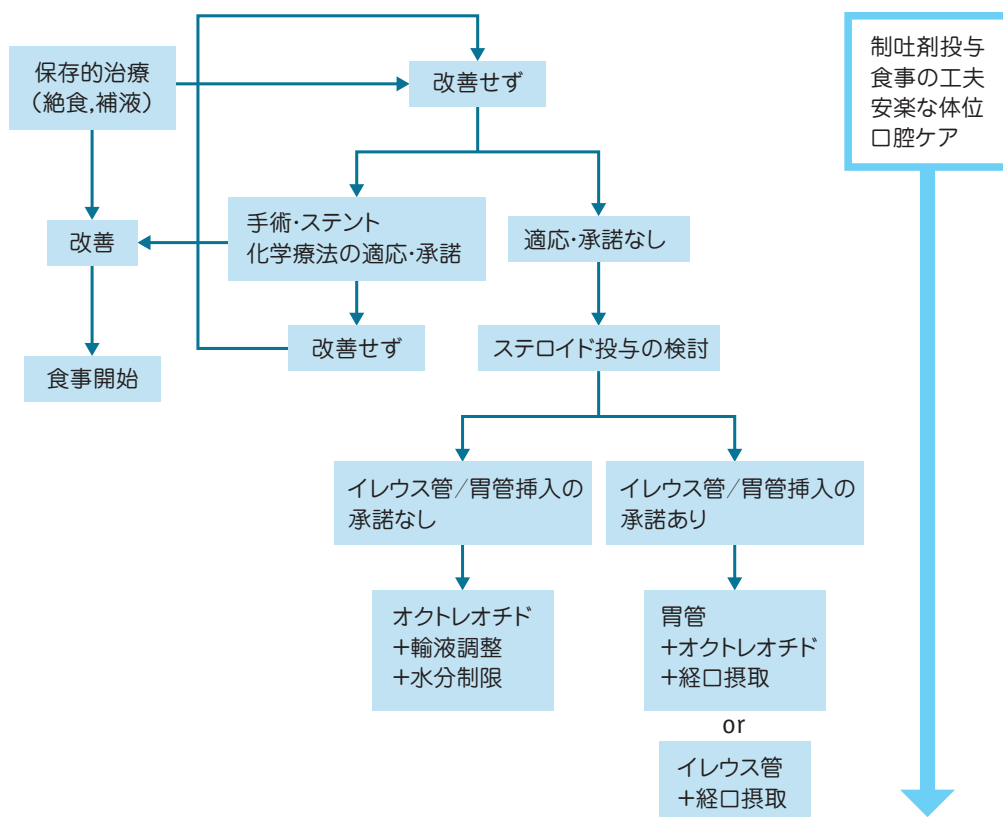


図1 がん患者の消化管閉塞に対する症状緩和フローチャート

7. 輸液調整

- ▶ 腸閉塞の状態が一時的と考えられる場合や十分な栄養と輸液を行うが、終末期の場合、大量の輸液は胸腹水の貯留や浮腫、消化管内容物増加による悪心の悪化も考えられるため、輸液量は慎重に検討すべきである。体液貯留がある患者においては500～1,000mL程度が適当とされるが⁶⁾、一度輸液量を決めても患者の状態を観察しながら、量調節を行っていく。

8. 目的別薬物療法

①再開通

- ▶ 狭窄+炎症性浮腫による閉塞が疑われる場合、炎症性浮腫を改善させることでの再開通をめざし、コルチコステロイド投与を検討する。再開通のNNT (number need to treat) はメタ解析で6とされる⁷⁾。ステロイド投与方法には高用量からの減量で量調節を行う漸減法と低用量からの増量で量調節を行う漸増法があるが、早期に効果判定する目的で漸減法を用いることが多い。

②蠕動痛への対処

- ▶ オピオイド選択：どのオピオイドを具体的に選択するべきかの根拠となる研究はない⁸⁾。フェンタニルはオキシコドン塩酸塩水和物やモルヒネと比べて抗コリン作用が弱いため、腸管蠕動に対する抑制が少ない。このため、不完全閉塞で排ガスを維持しながら症状を改善したい場合はフェンタニル、完全閉塞で蠕動も抑制したい場合はモルヒネやオキシコドン塩酸塩水和物を選択している。
- ▶ ブチルスコプラミン臭化物：抗コリン作用により、一時的に腸蠕動を抑制する。

③悪心に対する対処

制吐剤

- ▶ 機能的腸閉塞や閉塞が不完全で蠕動痛のない腸閉塞に対する制吐剤としてはメトクロプラミドが検討される。
- ▶ 腸管拡張由来の悪心だけでなく、炎症や感染、臓器不全など他の因子による悪心が併存することが考えられる場合(特にドレナージ後も悪心が続くような場合) ドパミン受容体拮抗薬やH₁受容体拮抗薬も検討される。不完全腸閉塞20例の後ろ向き研究では、90%の患者においてオランザピンが悪心に効果があったとの報告もみられる⁹⁾。

消化管内容物減少による悪心のコントロール(オクトレオチド酢酸塩)

- ▶ 消化液分泌抑制と吸収促進により悪心・嘔吐回数の改善、胃管からの排液量の減少といった消化管閉塞に伴う症状の改善が示されている^{10)~12)}。
- ▶ オクトレオチド酢酸塩の問題点として、費用が高い、併用されることの多いステロイドやプロトンポンプインヒビター、高カロリー輸液との配合変化が挙げられる。ま

た、最近嘔吐の回数は減ったものの、嘔吐のない症例数では有意差がなかったとの報告もある¹³⁾。投与目的を明確にし、それが達成されているのかを継続的に評価、効果がなければ中止することを検討する。

9. 非薬物療法

① ドレナージ方法のいろいろ

胃管

- ▶ 経鼻胃管はドレナージ用と経管栄養用があり、経管栄養用の胃管は柔らかいものが多い。硬いものは柔らかいものに比べ挿入が楽であるが、違和感が強いことがあるため、長期留置目的であれば柔らかいチューブを選択している。

イレウス管

- ▶ 腸管内容貯留による腹部膨満に対し胃管のみではコントロール不良な場合に検討される。ドレナージにより腸管内圧が低下すると、閉塞部の炎症が緩和され、再開通することも期待できる。小腸まで挿入することを容易にするため、胃管と比べると硬く、咽頭痛が強い。

胃瘻

- ▶ 胃管もイレウス管も咽頭痛、中耳炎、咽頭炎、肺炎、食道潰瘍などが起こりうる。一方で、嘔吐が続いている患者に胃管を留置しないことを選択した場合、持続的な悪心、誤嚥による肺炎や窒息といった合併症が生じるリスクがある。ドレナージが長期間になることが予想され、胃管の刺激が強い場合は胃瘻を検討する。胃瘻は大量腹水、門脈圧亢進症、出血傾向、活動性胃潰瘍では相対禁忌とされ、胃がん症例やがん性腹膜炎症例では使用しづらい。この場合はPTEG (Percutaneous Trans-Esophageal Gastro-tubing) を検討する。

② オクトレオチドvs胃管

- ▶ オクトレオチド投与にて胃管排液量が減少し、胃管を抜去することが可能となった患者が食事摂取を行うと、再び腸液が増加し、閉塞症状が悪化する可能性がある。一方、胃管を留置している場合、摂取したものは胃管より排出されるため、食事制限は緩和できるが、胃管留置の刺激は残ってしまう。メリット・デメリットについて正しい知識を提供しつつ、患者と対話を続け、患者固有の価値観を認識し、どのようなことを目標とするか検討していくことが重要である。

③ 外科的処置

ステント

- ▶ 内視鏡的に留置することが可能である。消化管ステントは食道、胃、十二指腸、大腸ステントが行われているが、施行頻度は術者や施設に依存する。いずれのステントも成功率は90%以上で症状の緩和は80~100%得られたとの報告がみられる^{14)~16)}。