

進行がんによる呼吸困難を 軽減する在宅緩和ケア



渡邊 紘章 (在宅緩和ケア あすなる医院院長)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

Introduction	p2
1 進行がんによる呼吸困難の疫学と原因	p4
2 呼吸困難をどう評価するか	p5
3 呼吸困難に対する症状緩和治療：薬物療法	p8
4 呼吸困難に対する症状緩和治療：非薬物療法	p13
5 耐えがたい苦痛に対する持続的鎮静	p16

▶ HTML版を読む

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

Introduction

1 進行がんによる呼吸困難の疫学と原因

- ・がん患者における呼吸困難の発生頻度は16～77%で高頻度である。呼吸困難はがん患者のQOLを低下させ、日常生活での不安感を増加させる。
- ・原因は①がんに関連した原因，②がん治療に関連した原因，③がんとは関連しない原因，にわけられる。可逆的な原因であるのか，不可逆的な原因であるのかが治療方針の決定・予後予測にとって重要である。

2 呼吸困難をどう評価するか

- ・まず，呼吸不全の有無を確認する ($SpO_2 < 90\%$)。ただし，重要なのは患者の訴え（呼吸困難の有無）である。
- ・呼吸困難の主観的な量的評価尺度（程度，強度）としては，NRSが一般的である。その他，VRS，VAS，修正Borgスケールなどがある。
- ・わが国で開発されたCDSは呼吸不安感の抽出に有用である。

3 呼吸困難に対する症状緩和治療：薬物療法

(1) オピオイド

- ・呼吸困難に対するキードラッグはオピオイドであり，その中でもモルヒネが最もエビデンスが確立している薬剤である。
- ・その他のオピオイドは嚥下状態，身体症状や肝・腎機能を考慮して選択する。

(2) 抗不安薬・ベンゾジアゼピン系薬

- ・不安と呼吸困難は関連することが明らかになっている。不安との関連が疑われる場合には抗不安薬（ロラゼパム，アルプラゾラムなど）を投与する。
- ・ベンゾジアゼピン系薬の併用として代表的な薬剤はミダゾラムである

が、在宅領域ではリスクもあるので、ブロマゼパム坐剤やフェノバルビタール坐剤などの併用を考慮する。

(3) ステロイド

- ・呼吸困難に対するステロイドの有効性は確立しておらず、病態に応じてステロイドの適応を判断することが一般的である。

4 呼吸困難に対する症状緩和治療：非薬物療法

(1) 酸素療法

- ・呼吸不全の有無で在宅酸素療法の適応を検討する。酸素療法に伴う有害事象を十分に考慮した上で、症例に応じて効果を評価する。労作時の低酸素血症を見逃さないことが重要である。

(2) 送風療法

- ・安価で自己対処可能、家族でも簡便に実施できる非薬物療法の代表である。

(3) 看護ケア

- ・環境調整のアドバイスは重要である。労作時に呼吸困難が増悪する場合には動線を短くする工夫が大切である。
- ・上半身を起こした体位にすると症状軽減につながることが多い。
- ・室温をやや低めに設定したり、少し窓を開けて風を入れたりする工夫も重要。
- ・呼吸困難時のパニックコントロールとして、症状が軽減するようなイメージを浮かべる訓練を行い、症状増悪時に気分転換を図る方法も有効である。

5 耐えがたい苦痛に対する持続的鎮静

- ・進行がんに伴う不可逆的な身体的苦痛に対して持続的鎮静が行われることがある。呼吸困難は、持続的鎮静が必要となる主要な症状である。

- ・病院医療ではミダゾラムを用いて鎮静を実施することが多いが、在宅緩和ケアではフェノバルビタールなどの坐剤を使用して徐々に鎮静深度 (RASS-PAL で評価) を調整していく方法が安全性・簡便性が高い。
- ・持続的鎮静を実施する場合には、メリット・デメリットを患者や家族に説明した上で、意向を確認して、多職種による合意のもとで実施する。

1 進行がんによる呼吸困難の疫学と原因

がん患者における身体的苦痛の発症頻度は、痛み 30～94%，倦怠感 23～100%，食欲不振 76～95%，悪心・嘔吐 2～78% と報告されているが、その中でも呼吸困難は 16～77% で高頻度に認められる症状である¹⁾。呼吸困難はがん患者の生活の質 (quality of life : QOL) を低下させることがわかっており、不安との関連も強いことから、日常生活での支障も大きくなる重要な症状である。

がん患者の呼吸困難の原因を検索することは可逆性の有無を判断することにつながり、治療方針に直結することから、在宅診療の現場においても可能な限り原因を探索することが重要である。原因を主に以下の3つにわけて考えると可逆性や治療可能性を判断しやすい。

① がんに関連した原因

例：肺転移増大，がん性リンパ管症，腹水貯留（横隔膜可動制限）

② がん治療に関連した原因

例：手術治療（肺切除など），薬物療法（薬剤性肺障害など），放射線治療（放射線肺臓炎など）

③ がんとは関連しない原因

例：閉塞性肺疾患〔慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease : COPD)，気管支喘息〕，慢性心不全など

進行がん患者においては、呼吸困難が可逆的な原因であるのか、不可逆的な原因であるのかは、その後の予後予測にも大きく影響してくる。そのため、症状出現時に原因を検索せずに、漫然とモルヒネや抗不安薬などの対症療法薬剤の処方だけをすることは避けるべきである。呼吸困難の有無は、わが国で開発された週単位の予後予測指標であるPPI (palliative prognostic index) においても、予後への関与が大きい重要な因子となっている(表1)²⁾。

表1 週単位の予後予測指標(PPI)

palliative performance scale	10~20	4.0
	30~50	2.5
	≥ 60	0
経口摂取量*1	著明に減少(数口以下)	2.5
	中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
	なし	0
安静時呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり*2	4.0
	なし	0

*1: 消化器閉塞のため高カロリー輸液を施行している場合は0点とする

*2: 原因が薬物単独, 臓器障害に伴わないものは含めない

6.5点以上で3週間以内の生命予後の確率(感度83%, 特異度85%)

(文献2を改変)

2 呼吸困難をどう評価するか

(1) なぜ呼吸困難の評価が重要か

呼吸困難の症状の有無だけでは、継続性をもって評価することが困難である。何らかの治療介入効果を確認していくためにも、患者一人ひとりに適した評価方法を検討して、同じ手法を継続的に用いることが重要である。患者自身も自分で症状の評価を行うことにより、症状への対応