

＜2013.1.23.(水)第1回がん緩和ケア症例検討会＞

末期卵管癌の1症例



＜在宅療養支援診療所＞
旭町内科クリニック
森 岡 明

日本内科学会総合内科専門医
日本プライマリケア学会認定医・指導医
厚生労働省認定認知症サポート医
日本心療内科学会登録医
日本糖尿病協会登録医
日本心身医学会代議員

【症例】72歳、女性

【傷病名】

卵管癌Ⅲc期、漿液性腺癌、再発

【臨床経過】

平成20年6/24に単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を施行、術後補助化学療法(mTC療法)6コース施行。

平成21年12/7に骨盤内再発。抗癌剤治療(mTC療法6コースを2回/GEM単剤療法6コース)を実施したが、平成24年12/3のCT画像検査で直腸右側の腫瘤/播種病変/多発肝転移/肝被膜下に腹水貯留/下腹部腹壁直下の腹水(被包化)/両側胸水を認めた。

PSも不良で今後の積極的治療は困難と思われ、緩和医療へのギアチェンジとなった。

卵管がんとは？

- ①卵管は卵巣と子宮を結ぶ管。婦人科癌のうち卵管がんは1%未満。
- ②卵管のがんはほとんどの場合、卵管にもともとできた原発がんではなく、卵巣から転移したものの。
- ③卵管がんは主に50～60歳の女性にみられ、不妊との関連がある。
- ④卵管癌の95%以上は、腺細胞から発生する腺癌です。まれに結合組織から発生する肉腫がみられる。卵管がんの広がり方は卵巣がんと類似。

TC (Paclitaxel + Carboplatin) 療法

表層上皮性卵巣がんの初回標準治療は、パクリタキセル(175~180mg/m²の3時間静脈内投与)+カルボプラチン(AUC5~6の1時間静脈内投与)の3~4週間ごと、3~6サイクル投与。

漿液性腺がん、類内膜腺がんには有効かつ標準的なレジメン。

GEM (ジェムザール) 療法

ゲムシタビン(ジェムザール注):細胞に取り込まれDNAの合成を妨げ効果を現す。

パフォーマンスステータス (Performance Status; PS)

全身症状の**指標**であり、**ECOG** (Eastern Cooperative Oncology Group) によってグレード毎に分類される。

<グレード0> 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発症前と同様に振舞える。

<グレード1> 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働、座業はできる。例えば軽い家事、事務など。

<グレード2> 歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。

<グレード3> 身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。

<グレード4> 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

訪問診療開始時(平成24年12月17日)血液検査結果

<生化学>

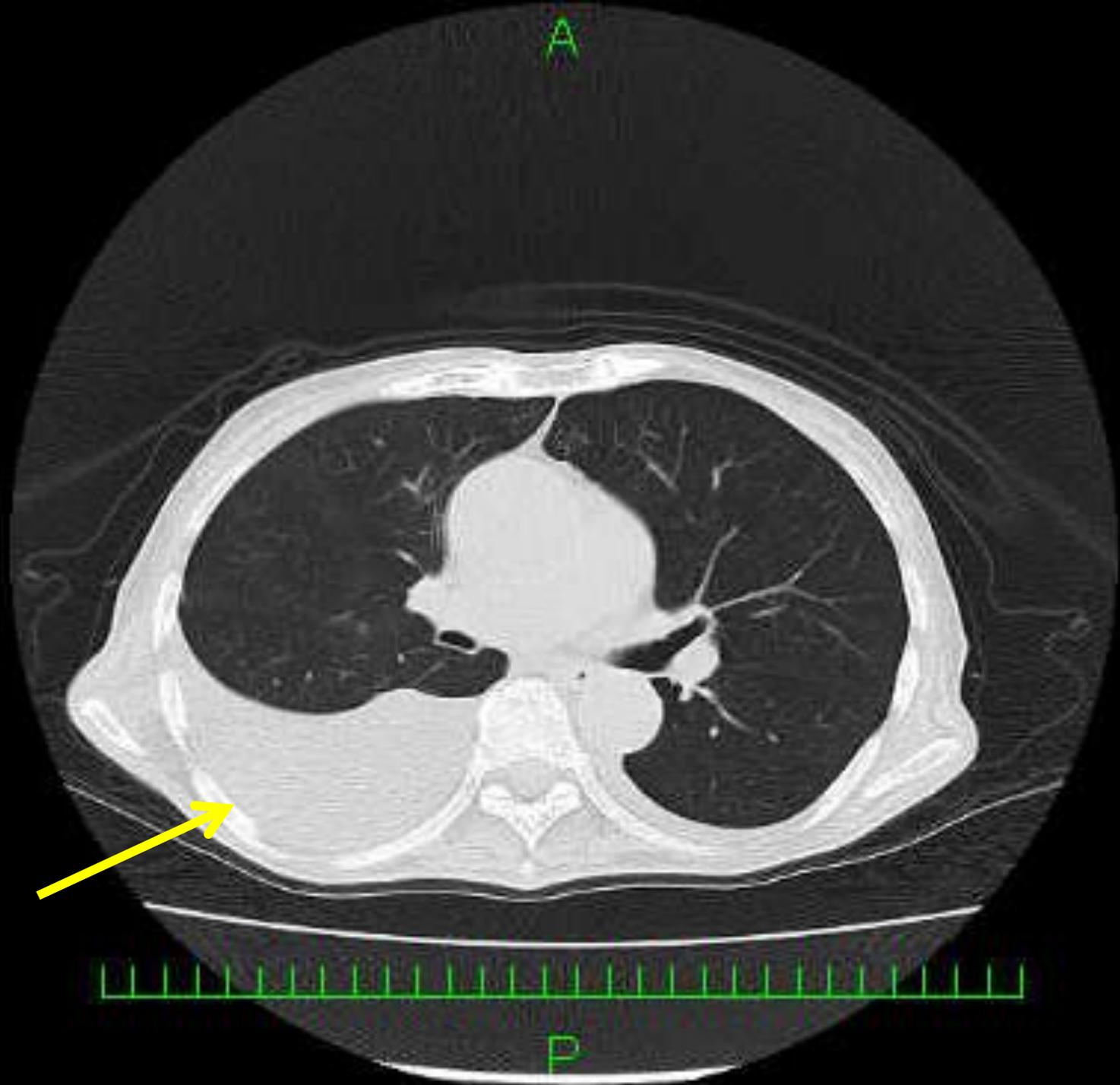
総蛋白:4.7g/dl(↓)
アルブミン:2.5g/dl(↓)
総コレステロール:308mg/dl(↑)
中性脂肪:132mg/dl
HDL-chol:58mg/dl
LDL-chol:203mg/dl(↑)
LDL/HDL比:3.5(↑)
AST:43U/L
ALT:16U/L
LDH:443U/L(↑)
γ-GTP:68U/L(↑)
総ビリルビン:0.8mg/dl
直接ビリルビン:0.4mg/dl
尿酸:4.9mg/dl
尿素窒素:16.7mg/dl
クレアチニン:0.67mg/dl
Na:128mEq/L(↓)
K:4.0mEq/L
Cl:88mEq/L(↓)
Ca:7.8mg/dl(↓)
eGFR(推算式):65
血糖:102mg/dl、HbA1c:4.2%

<血算>

WBC:7400/ML
RBC:276万/ML(↓)
ヘモグロビン:8.8g/dl(↓)
ヘマトクリット:25.6%(↓)
血小板:32.6万/ML
MCV:92.8fL
MCH:31.9pg
MCHC:34.4%
血液像
好中球:81%(↑)
好酸球:0%
好塩基球:0%
リンパ球:11%(↓)
単球:8%

<血液検査結果からの問題点>

- #1、低栄養状態
- #2、LDL-コレステロール高値
- #3、がん由来・LDH高値
- #4、低Na, Cl血症
- #5、貧血(正球性正色素性貧血):がん性
- #6、慢性がん性炎症

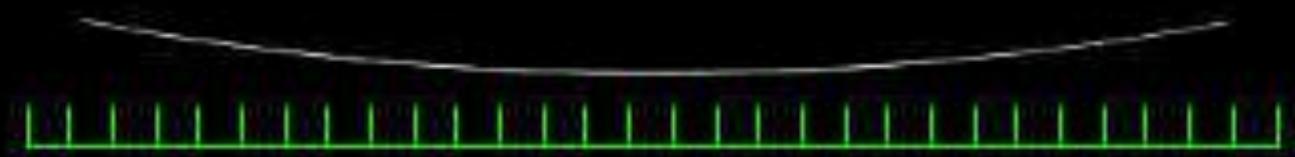
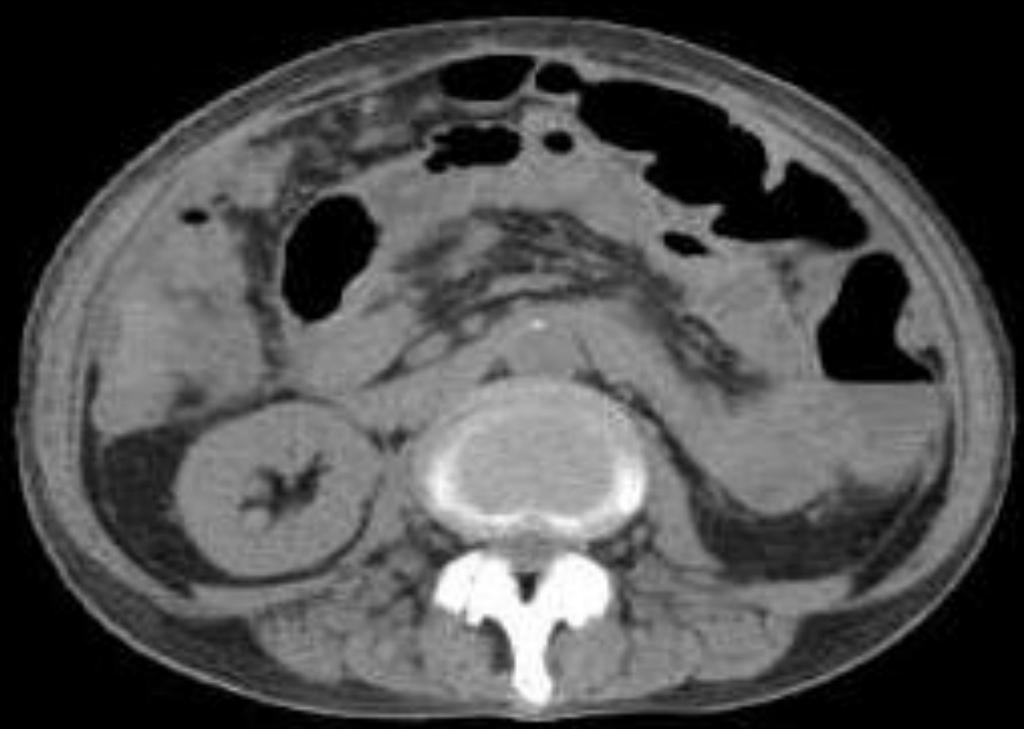


A



P

A



P

A



P

【在宅経過】①

平成24年12月15日(土):在宅訪問診療開始。在宅酸素導入され退院。

四国がんセンターから以下処方され退院

処方)①トラマール(25mg) 4カプセル 分4 食後と就寝前

②大建中湯7.5g 分3 毎食前

③酸化マグネシウム 1g 分1 就寝前

④プルセニド(12mg) 1錠 就寝前

⑤ナウゼリンOD(10mg) 1錠 屯用:嘔気のあるとき

⑥リスミー(1mg) 1錠 分1 就寝前

がんセンターからの処方では、腹痛と体動時の嘔気があり寝たきり状態。食欲不振。

内服は、トラマール1日2回服用するのが精一杯。3日間排便・排ガスなし。

腹部膨満、腸音(一)。がん性腹膜炎による麻痺性イレウスを疑い、ワゴスチグミン注の筋注を開始。あわせて輸液500mlとプリンペラン10mgを点滴。

12月16日(日):訪問看護、ワゴスチグミン注の筋注。輸液500mlとプリンペラン10mgを点滴。卵大の排便が数回あり。

12月17日(月):訪問診療。本人「寝たまま静かに死にたい」ともらす。水分摂取:1日350mlくらいしか摂取できていない。尿量:1~2回/日。食事はとれていない。内服薬は就寝前のマグミット(250)とリスミー(1)以外すべて服薬できていない。息苦しく、眠れない。

12月18日(火):当院スタッフ、家族(長女)、訪問看護ステーション担当者、ケアマネージャーを交えてカンファレンス。今後の対応について家族の意志、かかわるスタッフの意見交換など話し合う。食事を食べると嘔吐すること。17日は腹痛で眠れなかったが痛みは自制内。排尿・排便はおむつの中ではしたくないとのことで息子さんがかかえてトイレまで連れて行かれている。

【在宅経過】②

本人は、入院はしたくないとの思いが強く、家族は本人の意思に沿いたいと思っている。
カンファレンス終了後、ご家族が内服を再び試みるとのことので、

リンデロン、トリプタノール、ダイアート処方。

屯用で、セレネース(嘔気時)、ロヒプノール(2)(不眠時)処方。

ボルタレン坐薬(12.5mg)10個処方。

また、一切の点滴はしてほしくないとの本人の希望が強い。

平成24年12月22日(土):訪問診療。大便是下痢っぽいが1日茶碗1杯くらいは排便あり。
しかし、固形物を食べると腹痛増悪。聴診所見で金属音様音を聴取。排便はあるのでイレウスまではいかなくとも、サブイレウスと診断。サンドスタチン200mg/日持続皮下注を開始。
腹痛に対してフェントステープ(1mg)1日1枚貼付開始。ノバミン(5)3錠分3毎食前を処方。

平成24年12月25日(火):訪問看護。ノバミン内服できず。腹痛は軽減するも持続。
ボルタレン坐薬(12.5mg)を朝夕挿肛。夜間うとうとするが、腹痛のため途中覚醒し寝返り時に痛みを訴える。固形便2回。もともとあった左手浮腫は軽減。
一定のサンドスタチン効果ありと考えいったん持続皮下注を中止、抜針。
抜針するとき笑顔あり。

平成24年12月26日(水):訪問診療。身の置き場がないくらいの全身倦怠感。嘔気・嘔吐(+)
不眠。間欠的腹痛(+)。内服はやはりほとんど不可。
内服薬すべて中止。以下貼付薬、坐薬、持続皮下注射を開始した。

疼痛対策:フェントステープ(4mg)1日1枚貼付+ボルタレン坐薬12, 5mgを1日2回朝夕挿肛。

全身倦怠感・食欲不振対策:リンデロン1mg坐薬1日2回朝昼挿肛。

嘔気対策:ナウゼリン坐薬(30mg)1日3回朝昼夕挿肛。

不眠対策:持続皮下注射器で、ドルミカム(10mg)を間欠注射。約8mgで良眠を確保。

Palliative Performance Scale

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動・仕事が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		何らかの症状はあるが 正常の活動が可能			
70	ほとんど起居している	明らかな症状があり 通常の仕事や業務が 困難	ときに介助	正常 もしくは 減少	清明 もしくは 混乱
60		明らかな症状があり 趣味や家事を行うこと が困難			
50	ほとんど座位もしくは 臥床	著明な症状があり どんな仕事もすること が困難	しばしば介助		
40	ほとんど臥床	著明な症状があり ほとんどの行動が制限 される	ほとんど介助	数口以下	清明 もしくは 傾眠±混乱
30	常に臥床	著明な症状があり いかなる活動も行うこ とができない	全介助		
20					
10				マウスケアのみ	

Palliative Prognostic Index

Palliative Performance Scale	10－20	4.0
	30－50	2.5
	≥60	0
経口摂取*	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
安静時の呼吸困難	あ り	3.5
せん妄	あ り**	4.0

* :消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする。

** :薬剤が単独の原因となっているもの、臓器障害に伴わないものは除外する。

得点が6より大きい場合、3週間以内に死亡する確率は、感度80%、特異度85%、陽性反応適中度71%、陰性反応適中度90%。

(Morita T, et al. Supprt Care Cancer 1999;7:128－33)

Karnofsky Performance Scale

100%	正常、臨床症状なし
90%	軽い臨床症状あるが、正常の活動可能
80%	かなり臨床症状あるが、努力して正常の活動可能
70%	自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働することは不可能
60%	自分に必要なことはできるが、ときどき介助が必要
50%	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要
40%	動けず、適切な医療および看護が必要
30%	全く動けず、入院が必要だが死はさしせまっていない
20%	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要
10%	死期が切迫している
0%	死

Palliative Prognostic Score

臨床的な予後の予測	1～2週	8.5
	3～4週	6.0
	5～6週	4.5
	7～10週	2.5
	11～12週	2.0
	>12週	0
Karnofsky Performance Scale	10-20	2.5
	≧30	0

食思不振	あり	1.5
呼吸困難	あり	1.0
白血球数	>11,000	1.5
	8,501～11,000	0.5
リンパ球%	0～11.9%	2.5
	12～19.9%	1.0

得点が0-5.5, 5.6-11, 11.1-17.5の場合, 30日生存確率 (生存期間の95%信頼区間) は, それぞれ, >70% (67~87日), 30~70% (28~39日), <30% (11~18日)。

(Maltoni M, et al. J Pain Symptom Manage 1999 ; 17 : 240-7)

臨床倫理の4分画表

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics--A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1992

Medical Indication

医学的適応

(Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害)

チェックポイント

1. 診断と予後
2. 治療目標の確認
3. 医学の効用とリスク
4. 無益性(futility)

Patient Preferences

患者の意向

(Autonomy: 自己決定の原則)

チェックポイント

1. 患者さんの判断能力
2. インフォームドコンセント
(コミュニケーションと信頼関係)
3. 治療の拒否
4. 事前の意思表示 (Living Will)
5. 代理決定 (代行判断、最善利益)

QOL

(Well-Being: 幸福追求)

チェックポイント

1. QOLの定義と評価
(身体、心理、社会、スピリチュアル)
2. 誰がどのような基準で決めるか
 - ・偏見の危険
 - ・何が患者にとって最善か
3. QOLに影響を及ぼす因子

Contextual Features

周囲の状況

(Justice-Utility: 公平と効用)

チェックポイント

1. 家族や利害関係者
2. 守秘義務
3. 経済的側面、公共の利益
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
5. 法律、慣習、宗教
6. その他 (診療情報開示、医療事故)

Medical Indication ; 医学的適応

1. 診断と予後

Maltoni M. の予後予測から生存確率を参考にすると67～87日

2. 治療目標は、終末期にみられるさまざまな身体的苦痛に対して、適切な薬物療法を実施する。スピリチュアルな対応に心掛ける。

3. 医学の効用: 緩和治療に必要な薬物の副作用発現に注意し適切な処置をとる。

4. 無益性(futility) : 無益と思われる治療法は選択しない。

Patient Preferences ; 患者の意向

1. 患者さんの判断能力

良好。苦痛は取り除いてほしい。

2. インフォームドコンセント

ご本人への予後などは話していない。今後信頼関係を築きながら情報提供する必要がある。

3. 治療の拒否

点滴注射などは一切してほしくない。ただし皮下注射は持続皮下注を含めて拒否しない。

4. 事前の意思表示 (Living Will) : ない。

5. 代理決定 : 本人が決定可能。

QOL ; (Well-Being: 幸福追求)

1. 平成24年6月の再発までは、バレーやインディアカなどの趣味がありはつらつと元気にすごしていた。

2. 現在は終日臥床しており、テレビでスポーツ番組を見るのが楽しみ。

3. 在宅診療開始時は「こんな状態なら寝たまま静かに死にたい」ともらした。

4. QOLに影響を及ぼす因子:

「こんな状態」= 疼痛・全身倦怠感・不眠・嘔気・食欲不振を改善することで、QOLの改善が見込まれる(本人に確認必要)

Contextual Features ; 周囲の状況

1. 3人の子(長男、次男、長女)あり。次男、長女は独身。長男家族は東京在住。

2. 公務員の次男と2人暮らしたが、大阪在住の長女(技術職: プログラマー)が1年休職して帰省。母の看護・介護に専念することになった。

3. 長女は坐薬・持続皮下注射器の使い方はマスターしてくれている。皮下注射薬の間欠投与が可能。

4. 四国がんセンター緩和ケア病棟への登録済。

5. 母が終末期にあることは理解しているが、予後予測については説明していない(今後説明が必要)。

6. 在宅で最期を迎えるかは確認が必要。



これからの 過ごし方 について



- ほとんどのの方がこのような経験は初めてだと感じます。心配や不安なことを感じるのはあたりまえのことです。わからないことや相談したいことがあればその都度看護師や医師に声をかけてください。
- このパンフレットは白毛、病状など、さまざまな場面で使用します。
- 一般的な事項が書いてあります。患者さんによってはあてはまらないこともあります。

医師が
受けた方

医師が
した人

月 日



緩和ケア普及のための地域プロジェクト
（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）

今、どのようなことがご心配ですか？

患者さん・ご家族の心配・不安

苦しそうに
している…

意識が
ぼんやり
している

少しの水しか
飲めない…



これからどのように変わっていくのでしょうか？

【これからどうなるのでしょうか】 P3

苦しさは増えていくのでしょうか？
苦しさを和らげてもらえるのでしょうか？

【苦しさは増すのでしょうか】 P6

つじつまの合わないことを言ったり
手足を動かして落ち着きません。

【つじつまが合わず、
いつもと違う行動をとるとき】 P7

のどがゴロゴロしていて苦しそうです。

【のどが「ゴロゴロ」するとき】 P8

食べられないし水も飲めないので
衰弱していくのではないかと心配です。

【点滴について考えるとき】 P11

これからどこでどのように過ごしていきたいですか

※患者さんがお話できないときは、以前の意思をお知らせください

- できるだけ苦しくなく穏やかに過ごしたい
- ご家族に囲まれた中で過ごしたい
- できるだけ家族でみてあげたい

過ごしたい場所

誰付きそいをしたい・一緒にいてあげたい人

- 病 院
- 自 宅
- 介護施設
- そ の 他

()

- できるだけご希望に沿って過ごせるようにサポートしていきます。
- 患者さんのお体の状態によっては、ご希望の療養場所への移動が負担となることもあります。

テルモ[®]小型シリンジポンプ TE-361

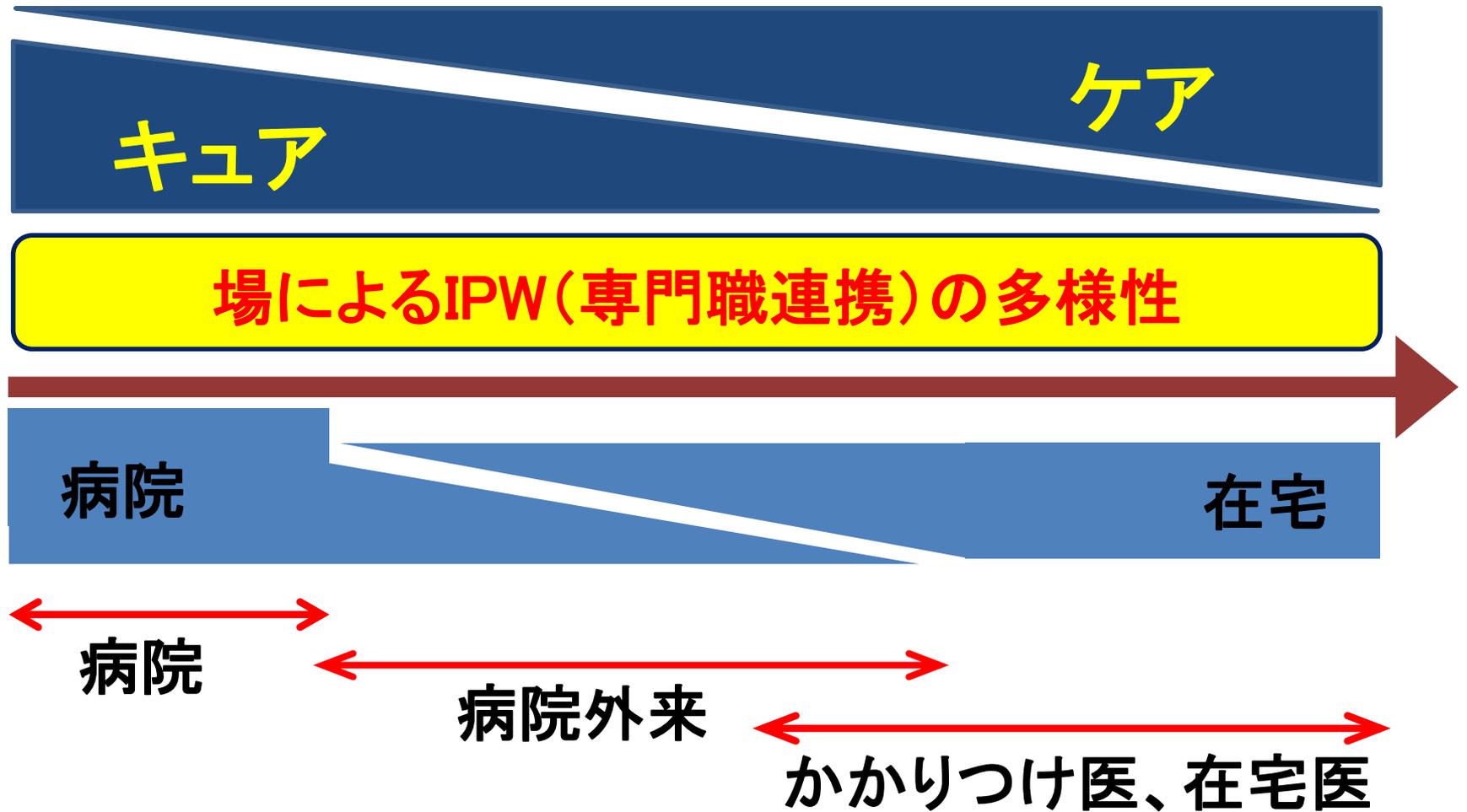


5mL, 10mLのテルモシリンジが使用可能

IPW (Interprofessional Work) (専門職連携協働)とは

複数の専門職が協働し、利用者や患者の期待や要望に応えていくことを意味し、「連携と統合」の理念を実践すること

病院から外来、在宅への時間軸



ご清聴ありがとうございました。



真実とは、患者と独立して一般化されて存在するものではなく、あくまで一人ひとりの患者にとって意味のあるものとして、それぞれの状況で患者と専門家が一緒になって作り出していくものである。

(Gadow, S.A. Nurse and patient : The caring relationship. Caring, Curing, Coping—Nurse Physician Patient Relationship, pp31–43, The University of Alabama Press, 1985)

**八幡浜在宅医療研究会メーリングリスト
参加希望の方は以下にメールをください。**

asahi-gp@utopia.ocn.ne.jp

「メーリングリスト参加希望」とお書きください。