症 例

痴呆を有する上顎歯肉癌患者の治療経験

— 病状開示と外科治療の問題点 —

立 石 晃 天 野 裕 治 相 田 高 幸*

要旨：痴呆を有する 71 歳女性の上顎歯肉癌患者を経験し、インフォームドコンセントから手術治療まで様々な問題点が明らかとなったのでその概略を報告した。

痴呆を有する口腔癌患者には (1) いかなるインフォームドコンセントが必要か？ (2) 痴呆を考慮した癌の治療法が必要か？ (あえて外科治療を選択からは必ず必要があるか？) (3) 術後、加療中のケアの問題などの検討課題が多いことが明らかとなった。

キーワード：痴呆，口腔癌，インフォームドコンセント，外科治療，メンタルケア

緒 言

わが国の高齢者人口は 14% を超え、痴呆患者数も増加し社会問題となっている。痴呆症と悪性腫瘍の好発年齢が重なるため、治療に苦慮することが多い。今回私たちは痴呆を有する上顎歯肉癌患者に根治的手術療法を施行したので、その治療概要とそれより明かとなった癌告知と治療上の問題点について報告する。

症 例

患 者：71 歳女性

主 訴：左上顎第 2 大臼歯（以下 27 と略す）口蓋歯肉部の潰瘍。

既往歴：50 年ほど前に肺結核に罹患。10 年前にクモ膜下出血のため、開頭止血手術を受けている。6 年前より痴呆症状が出現し、その後痴呆は進行するが、特に治療を受けていない。

現病歴：1998 年 12 月に 27 口蓋歯肉部に潰瘍を形成したために、近歯科医院を受診。潰瘍性口内炎と診断され、経過観察を指示されるがその後受診せず。1999 年 3 月末に潰瘍が増大傾向にあり、疼痛を伴うために近歯科医院を再受診。悪性腫瘍の疑いで同年 4 月 8 日に田川市立病院歯科口腔外科へ紹介され来院した。

現 症：27 口蓋歯肉に 21×18mm 大の境界明瞭な周囲に硬結を伴わないカリフラワー様潰瘍を認めた（写真 1）。所属リンパ節の腫大は認められず、X 線的検査では CT 写

真で上顎洞底部粘膜の肥厚を認めた以外に、諸検査に異常は認められなかった。

臨床診断：左上顎歯肉癌（T2N0M0）

治療ならびに経過：4 月 14 日外来にて局所麻酔下生検を施行し、その病理診断は高分化型扁平上皮癌（WHO-I，YK3 型）であった（写真 2）。当院神経内科医に紹介し、アルツハイマー型老人性痴呆との診断を得た。神経内科医、病棟看護婦とのカンファレンスで、入院中（特に術直後）の管理体制、痴呆の進行を防止するための早期離床を計る検討を行った。5 月 12 日全身麻酔下に上顎骨部分切除を行い（写真 3）、術後 42 日目に退院した。現在術後 1 年 2 か月を経過するが再発、転移もなく 2 週間に 1 回の外来診察に夫とともに来院している（写真 4）。

痴呆患者の治療上の問題点とその対策：本症例は通常の治療とは異なり痴呆を配慮した問題点が表 1 に示す各項目に潜在していた（表 1）。初診時に著者が患者単独と対面した時は、明るく、ハキハキとした、やや他人言のように自覚症状を述べる女性との印象であった。痴呆は軽度と判断し、「もし癌であった場合は病名告知を希望されますか？」と質問したところ、病名告知を希望された。癌の可能性に付いて説明をしたところ、夫にも説明してほしいとの申し出があり、その後夫より「10 分前の出来事も忘れている程の痴呆である」ことが判明した。（患者の日記に、その当時のことが「死にたい、私は癌だ。」と記されていた。）初診時より病状説明、治療方針について (1) 病期がⅡ期で手術療法の 5 年生存率は 80% 以上が期待できる根治可能病変である、(2) 顎補綴で術後に十分な咀嚼機能の回復が可能である、(3) 痴呆が入院／手術でさらに進行する可能性、(4) 術後の管理で痴呆のために出血を生じさせ致死的状态を招く可能性、(5) 手術療法以外に放射線／化学療法、またはこのまま経過観察のみを行う（その際には腫瘍

田川市立病院歯科口腔外科（主任：立石 晃医長）

* 九州歯科大学口腔外科学第一講座（主任：福田仁一教授）

〔受付：2000 年 9 月 8 日，受理：2001 年 2 月 23 日〕

写真 1 初診時 口腔内（ミラー像）

写真 2 生検病理（HE 染色）×80

写真 3 上：腫瘍切除後，保護床をスクリュー固定
下：切除物 写真 4 上：術後1年2か月 口腔内
下：顎補綴装着時

は確実に大きくなり、患者の理解が得られなくなった場合は出血等も危惧され、予後不良であることを夫とともに数回説明した。また、術直後に圧迫ガーゼをはずす事を危惧し、保護床の口蓋部をスクリューで固定し、経鼻胃管は行わず経口食物摂取を行い、早期離床、退院を説明した。その結果、手術療法を選択された。

入院当初は夜間の不眠と徘徊をみとめ睡眠薬（プロチゾラム 0.25mg/日）にて消失した。術後1日には手術を受けたことさえも忘れており、切除したはずの部分の歯が痛く、保護床が気持ち悪いためにはずしたいと訴えた。また、静脈内に点滴施行中の点滴瓶を指さして「誰に注射するの？」と尋ねたりし、痴呆の程度は安定剤・睡眠薬を処方してい

表 1 痴呆口腔癌患者の治療上の問題点

(1) インフォームドコンセントのあり方
(2) 術後の看護とリハビリ
(3) 顎補綴作製と維持管理
(4) 定期的観察

表 2 痴呆患者の入院管理対策

(1) 安定剤の中止
(2) 一日の日課表の作成
(3) 寝間着と普段着の区別
(4) 化粧の実施
(5) 自宅の食器の使用, 家族とデイルームで食事
(6) 徘徊の抑制を行わず, 衣服に名前, 病室番号, 電話番号記載

表 3 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

		配	点
1. お歳はいくつですか? (2 年までの誤差は正解)	歳	0	1
2. 今日は何年の何月何日ですか? 何曜日ですか? (年月日, 曜日が正解でそれぞれ 1 点ずつ)	年 月 日 曜日	0 0 0 0	1 1 1 1
3. 私たちが居る所はどこですか? (自発的であれば 2 点, 5 秒おいて家ですか? 病院ですか? 施設ですか? の中から正しい選択をすれば 1 点)		0	1 2
4. こらからいう 3 つの言葉を言ってみて下さい。あとでまた聞きますのでよく覚えておいて下さい。 (以下の系列のいずれか 1 つで, 採用した系列に○印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車	a b c	0 0 0	1 1 1
5. 100 から 7 を順番に引いて下さい (100-7 は? それからまた 7 を引くと? と質問する。 最初の答えが不正確の場合, 打ち切る)	(93) (86)	0 0	1 1
6. 私がこれから言う数字を逆から言って下さい。 (6-8-2) (3 桁逆唱に失敗したら打ち切る) (3-5-2-9)	(286) (9253)	0 0	1 1
7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。 (自発的に回答があれば各 2 点, もし回答がない場合, 以下のヒントを与え正解できれば 1 点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a : 0 b : 0 c : 0	1 1 1	2 2 2
8. これから 5 つの物品を見せます。それを隠しますので何があったか言って下さい。 (時計, 鍵, タバコ, ペン, 硬貨など相互に無関係なもの) 実際:	0 3	1 4	2 5
9. 知っている野菜の名前をできるだけ多く言って下さい。 (途中でつまり, 約 10 秒待ってもない場合にはそこで打ち切る) 5 個まで 0 点, 6 個=1 点, 7 個=2 点, 8 個=3 点, 9 個=4 点, 10 個=5 点 (内容:	0 3	1 4	2 5
合計得点			

なかったが全身麻酔手術による影響のためか進行していた。その夜間に興奮し, 保護床を固定していたスクリーンごと除去し, 圧迫ガーゼを引きだそうとした。その夜は家族に手を握ってもらって安静をはかった。

翌朝からは安定剤 (ロフラゼパ酸エチル 2 mg/日) で安静が可能であった。創部に挿入していたガーゼ交換は通常より遅い術後 6 日目より開始したが, 出血もなく術後の局所経過は順調であった。しかし, 同安定剤のためか, 痴呆症状は進行し, これに対して対策を抗じた (表 2)。

これが効を奏し, 痴呆の程度を調べる目的で改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (表 3)¹⁾を用いて経時

的に評価したところ入院時 16 点と軽痴呆の範疇に判定されていたが, 術後 14 日目 9 点と明らかに痴呆は進行し, 安定剤を中止して対策を開始した 13 日目の術後 27 日目は 18 点と回復した。以上よりロフラゼパ酸エチルが痴呆の進行に関与していた事が示唆された。なお, 退院 5 か月後は 17 点と変化は認められなかった。

考 察

痴呆の定義は一般に, 「いったん完成した脳が, 何らかのきっかけで広範囲に障害され, 認識, 了解, 判断, 決断

などの脳の神経心理機能がうまく働かなくなり、その結果、家庭生活や社会生活に支障をきたした状態」とされている²⁾。しかし、「どこから痴呆にいれるのか?」、「どれくらいから重症か?」は素人的判断の域を出ないのが現状とのことである。痴呆には本態性老年痴呆(アルツハイマー型痴呆)と血管性痴呆に大きく分けられるが、その鑑別はCT等を用いたとしても必ずしも容易ではなく、クモ膜下出血、脳内出血の既往があるから即血管性とはならない。それは、脳病変後に無気力となり本態性老年痴呆となることがあるからである。本症例ではアルツハイマー型痴呆と精査にて診断された。痴呆の患者は前頭前野の機能が初期に低下するために後半領域はまだ十分機能する。従って昔のことは良く覚えているし、計算や読書も普通にできるが、多種類の情報を処理することがへたになり、美しいものの感動が失われ、将来に対する見通しも甘くなっている。

痴呆患者は脳の神経心理機能がうまく働かず、そのような患者への癌告知は正しく病状を理解してもらうことが困難であり、絶対とはいわないまでも禁忌と言える。本患者への癌告知を含めた病状の全面開示の対応は患者の日記の記載「死にたい。私は癌だ。」などから反省するものであり、現在まで自殺行為などには到らず幸運であるといえる。

最近、本邦においても、癌症例で病名、病状告知を行わなかったための裁判で医師の敗訴が新聞で報じられており、一気に本邦における癌告知(病名・病状開示)が普及化することが予想される。現実には著者の調査³⁾では1999年に癌患者に病名・病状告知を行う口腔外科の施設は48%と約半数であった。しかし、告知を行う医師の教育、告知後の患者への精神的サポート等の問題が解決されない状況で医師側を法的に守るための病名・病状全面開示には問題がある^{3,4)}。

本症例はしっかりこちらの質問に関して対応しており、問診表に痴呆症と書かれていたが、「病名・病状開示を希望するか?」の質問に十分判断が出来るかと判定し、癌の可能性を説明した。通常、未成年、精神障害患者以外は診察室に患者の同伴者を入れないために、本症例の痴呆の程度の判断が不適当であった。

しかし、前述したように痴呆の程度の判定は専門家でも困難であり、痴呆の診断試験は各種あるが、そのスコアで単純には判定できない。Hughesら⁵⁾がCDR (clinical dementia rating) を1982年に開発した。これは記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家族状況および趣味・関心、介護状況の6評価項目を総合して痴呆の重症度を5段階で評定しようとする方法だが、6項目全てが同じ段階に当てはまらない場合は重なった3つ以上の項目の障害レベルでCDRが決定されるシステムのため注意が必要とされている⁶⁾。このように痴呆程度の判定が困難であ

るのに、この程度に応じたインフォームドコンセントは困難極まる。今後なんらかのガイドラインの設定(すなわち痴呆症と診断されたら癌などの疾患の場合は病名・病状開示を患者には行わない等の)の必要性を痛感した。

痴呆患者は健常時にはみられなかった異常(問題、迷惑)行動を示すことが多い。これには脳因性のものと心因・環境因子性のものと2つあるが重複して認められることもある。入院という未知の状況への変化は後者の因子であり、これによって痴呆患者は脆くてパラドックスな人格反応として、過剰反応を示すことが多い。その結果、痴呆や付随する症状の進行や悪化を生じ、メンタルケアが必要となる⁷⁾。本症例は入院前より神経内科医、看護婦と協議の上、総合的に患者のケアにあたったが、異常行動の出現を認めた。しかし術後、創の安定後の対策が効を奏した。術後42日目の退院と長期になった原因は主に看護する夫がガーゼが創腔に填入されている状態での在宅での看護に不安を訴えたために、仮義歯の状態となるまでの入院となった。患者のみならず看護する家族への配慮も重要である。

以上、記述したように痴呆を有する癌患者には(1)いかなるインフォームドコンセントが必要か?(2)痴呆を考慮した癌の治療法が必要か?(あえて外科治療を選択からはずす必要があるか?)(3)術後、加療中のケアの問題などの検討課題が多いことが明らかとなった。

結 語

痴呆を有する上顎歯肉癌患者を経験し、インフォームドコンセントから手術治療まで様々な問題点が明らかとなったのでその概略を報告した。

稿を終えるにあたり、ご助力いただきました当院神経内科 西浦義博先生ならびに当科病棟スタッフに感謝いたします。

文 献

- 1) 加藤伸司, 下垣 光, 他: 改訂長谷川式簡易知能評価スケールの作成. 老年精神医学雑誌 2: 1339-1347, 1991.
- 2) 金子満雄: 一般医家のための老人性痴呆. 第1版, 南江堂, 東京, 1990, 1.
- 3) 立石 晃, 岡部貞夫, 他: 九州・沖縄地区口腔外科施設を対象とした癌告知アンケート調査結果について(抄). 口科誌 49: 269-270, 2000.
- 4) 立石 晃: 田川市立病院医師を対象とした癌告知アンケート調査結果について(抄). 日口外誌 46: 249, 2000.
- 5) Hughes, C.: A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiat 140: 566-572, 1982.
- 6) 加藤伸司: フィールドにおける痴呆の診断テスト. 老人性痴呆. 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1998, 30-40.
- 7) 室伏君士: 痴呆性疾患の問題行動の理解と対応. 老人性痴呆. 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1998, 41-48.

**A case of carcinoma of the upper alveolus and gingiva with dementia
— the problem of full disclosure of disease and
surgical treatment to patients with dementia —**

Akira Tateishi, Yuji Amano and Takayuki Aida*

Department of Oral and Maxillofacial Surgery,
Tagawa Municipal Hospital
(Chief : Dr. Akira Tateishi)

* First Department of Oral and Maxillo-facial Surgery,
Kyushu Dental College
(Chief : Prof. Jinichi Fukuda)

Abstract

A 71-year-old woman with gingival carcinoma of the upper jaw who also had dementia, received surgery and some problems informed consent, operative therapy, and others were revealed.

These problems that concerned therapy for oral cancer patients with dementia, were as follows ; (1) How to inform them of oral cancer, and what kind of informed consent is needed ? (2) Which kinds of therapy are appropriate ? (3) We found some problems such as care after surgical treatment.

Key words : Dementia, Oral cancer, Informed consent, Surgical treatment, Mental care.

Requests for reprints to : Dr. Tateishi A., Department of Oral and Maxillo-Facial Surgery, Tagawa Municipal Hospital, 1700-2 Hoshii, Tagawa city, 825-8567 Japan.