MW-1

皮膚悪性腫瘍診療の緩和ケア

進行期皮膚悪性腫瘍の緩和ケア

内山 光明*

Summary

This report may be the first trial to introduce palliative care of the patient with advanced skin malignancy to dermatologists in Japan. It might be rare to take care of the patients in terminal stage. However, even dermatologist cannot keep away from the problem when treating malignancy. Recently it is also rare to treat the patient with extended skin involvement on malignant tumor. In many cases primary lesion was removed by surgery and local recurrence is rare. Then we take care of the patient with distant metastasis without skin involvement in terminal stage.

There is no generalization of palliative care. Principle theory is to keep good QOL removing any pains of the patient.

Key words : Palliative care, QOL, Communication, Correspondence

はじめに

緩和ケアとは英語の Palliative Care すなわち苦痛を和らげる治療、患者に負担を掛けない治療を意味する。現在では一般に緩和ケアとは、ターミナルケア、すなわち終末期医療のことと理解して差し支えない。終末期医療という言葉はいかにも病気の最期、すなわち死を思わせるために現在では用いられない。その代わりとして“緩和ケア”が用いられるようになった¹⁾。

皮膚科で“がん(悪性腫瘍)”の終末期を扱うことは大学やがんセンターを除いては一般に少ないであろう。それでも“がん”を扱う以上この問題を避けて通る訳にはいかない。皮膚のがんが進行して悲惨な外観を呈することはむしろ稀である。多くは、皮膚の原発巣は切除されて再発はなく、遠隔臓器、肺、脳、肝、などへの転移が進行してくることが多い。その様な場合、原発が皮膚であればその患者さんのケアは皮膚科で行うのが原則である。特に悪性黒色腫の様な特殊な腫瘍は、例外は除いて皮膚科が扱うことになる。

本稿の目的は進行期皮膚悪性腫瘍の患者さんを皮膚科でケアする場合に、どのように行った

* Mitsuaki UCHIYAMA : 神奈川県立がんセンター
皮膚科

ら良いかを考えることである。

1. 緩和ケアとは

緩和ケアとは何かということを、1989年にまとめられたWHOの委員会の定義を引用して説明の代わりとしたい。この委員会の目的は「がん患者を苦しめる痛みに対する治療とがん患者のケアの現状を分析し、あるべき姿を求めながら、がん患者のQOLの向上に役立つ勧告と指針をまとめること」であった。

緩和ケアとは「治療を目的とした治療に反応しなくなった患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題の解決が最も重要な課題となる」。緩和ケアの最終目的は、患者とその家族にとってできるかぎり良好なQOLを実現させることであり、緩和ケアは末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対してもがん病変の治療と同時に適用すべきである。具体的な緩和ケアの考え方は以下のごとくである。

1) 生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして死にゆく過程にも敬意を払う。

2) 死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない。

3) 痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行う。

4) 心理面のケアや霊的 (SPIRITUAL) 面のケアも行う。

5) 死が訪れるまで患者が積極的に生きて行けるよう支援する体制をとる。

6) 患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる²⁾³⁾。

2. 緩和ケアは出合いの時から始まる⁴⁾

緩和ケアは患者の状態が悪くなったときに行うものであるが、進行期の状態で送られてくる

こともあり、全く初期の段階から治療を行い、予期せざる転移が徐々に進行してくる場合もある。初期の頃から、患者およびその家族と十分なコミュニケーションがとれており、納得のいく治療とケアが行われていれば、進行期を迎えてもそのままスムーズに緩和ケアに入れるわけである。これは全ての医療に共通する事柄であろうが、特に死を迎えることが予想される疾患に出会うと、そのときからの対応が極めて大切であることを改めて強調したい。

3. 状況の把握

(1) がんが徐々に進行し最期を迎える場合

①皮膚にはがんが残存せず遠隔転移のみが進行する場合。転移部位により症状、対応が異なってくる。

②転移も含め、皮膚に病変があり、ときに悲惨な状態で進行する場合

③①、②が合わさった場合。

(2) がんはあるが、まだ腫瘍死には至らないと思われるのに急死してしまう場合。

①急激な合併症があり死の転帰をとる場合

DIC、心筋梗塞、脳出血、腹膜穿孔→腹膜炎など

②考えられる合併症の所見がなく突然死んでしまう場合 (老人に多い)。

②の場合は合併症が潜行している場合と予期しない転移の進行する場合が考えられる (悪性黒色腫における冠動脈への転移など)。剖検による確認が望まれる。

4. それぞれへの対応

(1) がんがゆっくり進行する場合、その初めの頃、患者への対応

①患者の気持の把握と対応

患者の背景は様々でありそれぞれに適した対応が望まれる。原則としてできるだけ長く家族生活が送られ、家族に見守られながら最期のと

きを迎えられることが望ましいが、全てがその様には行かない。天涯孤独で一人寂しく最期を迎える人もいるのである。その中で患者が選んだ生き方が少しでもできるようサポートするのが医療の一つである。

現在、何か苦痛の症状があればまずそれをコントロールする治療が必要である。それが心理的苦痛である場合は精神科医、心理学者などとチームを組んで対処する必要があることもある。死ぬ間際に襲われるかも知れない苦痛への不安、恐怖があればそれは十分にコントロールすることができることを説明する。これは聞くタイミングと話し方が難しいが、患者から問い合わせがない場合が多いので、できれば、“もしこのまま病気が進行した場合はどのような治療を希望するか”ということ聞き出すことが必要である。このときは家族も同席することが望ましい。家族が患者の意志を確認することができるからである。もちろん先に述べたごとく、患者の年齢、社会的背景によってそれに合わせた聞きだし方をとる。この様なやりとりがあり患者の意志が確認できれば医師も家族もその意志を尊重した医療を続けることができる。

②家族への対応

これも様々の場合があるが、一般的には家族は近い内に大切な人を失うかも知れないという悲しみと不安の中にいるわけである。柏木⁵⁾による進行期患者の家族へのケアを箇条書きにすると、

- (1)患者が末期であることを伝える。
- (2)家族と十分話し合うために特別な時間と場所を用意する。
- (3)家族には患者の病状は出来るかぎり詳しく説明する。
- (4)患者の看護へ家族も参加していただく。
- (5)苦痛緩和の保証を家族に伝える。
- (6)最後まで最善を尽くすことを家族に伝える。
- (7)聴覚は最後まで残ることを家族に知らせる。

(8)臨終間近の患者の状態の説明をする。

最期の(7)、(8)は臨終の時に行われるケアであるが(1)から(6)までは特に意識しなくても日常診療の中である程度は行われていることが多いものと思う。

以上是最期を迎える前の対応である。これ以上に述べたようになされていればスムーズに次の段階へ入ることができる。大切なことは先にも述べたごとく出会からの心温まる対応である。

③臨終間近の対応

患者が入院しているときはまず家族、知人との決別が必要である。家族とも相談、優先順位を決め、逢わせたい人(知人、親戚)を呼ぶ。皮膚、特に顔に大きな病変があると難しいこともあるが、上手く包帯などでカバーする。次に患者の仕事、家庭内のこと、その他必要なことの申し継ぎをそれぞれの背景に応じて行って貰う。必要があれば遺言状の作成など法律的な行為が行われることもある。以上のことを行うには患者と家族の理解が必要である。患者が判っているときは問題ないが病気の告知がないときはこの申し継ぎは難しいことが多い。それでもそれなりに上手く話をもって行けば問題なく行われることが多い。可能であれば、外泊、外出で自宅へ帰り上記のことを行って貰うことが望ましいかもしれない。

以上のことが終わったところで鎮静を行うことになる。鎮静を行えば患者と周囲とのコミュニケーションは困難になるという説明は十分にしておかなければならない。しかし患者の苦痛は早く取り除かなければならない。そのあたりの兼ね合いは難しい。

家族に対しては、臨終が近づいている事実と何故臨終に直面しているかという理由を場合場合にに応じてわかりやすく説明する。そのとき家族が納得できるまで質疑に応じ説明する。同時に患者の苦痛除去のために最善の方法を行っていること、患者は最後まで聴覚は残っていることを伝える。

蘇生術を行うかどうかは、すでに入院の時点で行わないことを納得して貰っておくが、さらにそのことを確認しておく。ただし予期せざる急変に対する蘇生術は行われることがある。

(2) 医学的対応

①抗がん治療を行うか

姑息的手術、化学療法（抗がん剤）、免疫療法、放射線療法、温熱療法など。

②鎮静だけを行うか

③ その両者か

抗がん治療は、それを行うことによってより良いQOLが臨める場合は手術であれ、放射線であれ行うべきであるが、その効果が望めぬ場合は、鎮静のみを行うことが多い。患者、家族と相談の上その施設でできる最良の方法を行うということになる。

④合併症、合併する症状への対応

これはそれぞれの専門医の協力を得て行われるものである。脳転移の時の脳圧亢進の除去、閉塞性黄疸のPCTDによる減、除黄疸、消化管出血の処置（マーロックスにトロンビン末1万単位混入して内服、1日分など）、出血し易い皮膚病変の処置などがある。DICとか心筋梗塞、脳梗塞などの処置はそれぞれの専門家の指示によって行う。

(3) 鎮静の方法

①麻薬

塩酸モルヒネ、オピオイドなど

②マイナートランキライザー

ホリゾン、アトラックスPなど

③向神経薬

コントミン、セレネースなど、

④睡眠薬

レンドルミン、ドルミカムなど、
ルートは

経口？ 座薬？ 皮下？ 筋注？ 静注？
IVH？

ルートは、場合場合により最も適した方法が取られる。色々と意見のあるところであろうが最後の入院の場合はIVHが最も患者の苦痛が

少ないと思われる。

(4) 実際的方法

全体的な流れとしては、なるべく長く家庭生活、社会生活を行って貰う。その間定期的あるいは不定期的に外来通院、なんらかの苦痛が出てきて非麻薬の鎮痛剤ではおさまらなくなってきたら、麻薬を経口投与する。ときに麻薬の座薬を加える。状態によって漢方補剤の併用を行う。外来で麻薬の注射（点滴、皮下）を行うことも可能である。

苦痛が次第に激しくなり、外来通院が困難になってきたところで、いよいよ入院して上記の(2)③の臨終間近の対応を必要に応じて行い、麻薬の点滴による鎮静を始める。苦痛がなく、意識がハッキリしていることが良い場合もあるが、苦痛もなく本人も眠っていることが良い場合もある。一般的には意識がハッキリすることは肉体的苦痛がなくても精神的苦痛がかえって強くなることが多い。理想的には家族等とまだコミュニケーションをとる必要があるときは覚醒しその他は傾眠状態にあるということであろうか。実際はなかなかコントロールは難しいこともあるので鎮静の始まる前に納得のいく家族とのコミュニケーションは終わらせておくことが大切である。

5. 皮膚悪性腫瘍の末期患者に対するモルヒネ製剤の投与の実際

緩和ケアの目指すものの中の一つは、がん疼痛対策であり、WHO式がん疼痛療法においても、モルヒネは重要で有効な治療法である。ほとんどの患者は塩酸モルヒネの持続点滴によって最終的に良好な疼痛のコントロールが得られる。

(1) 経口ではMSコンチン、1錠、10mgの屯用から始め1日1から3回の定期内服、最大は1錠30mg、1日3錠、90mgが内服の限界であろう。

(2) 座薬ではアンベック1剤10mgから

20mg, 屯用か, あるいは定時的に投与する。

(3) 筋注または皮下注も可能であるが長い間行っている内に注射の後が痛いなどの問題が残る。

(4) 静注のときは末梢からワンショットで入れることもあるが, 注射の苦痛の問題が多くは持続の DIV となる。末梢からか, IVH かであるがこれも患者さんの苦痛をなくすという見地からは IVH が良い。量としては最初は 10mg からはじめ, 50 ないし 100mg を生食 100mg で側管点滴する。メインの輸液に入れることもある。段々増量し 3000mg/day, 最高は 4500mg/day まで達することもある。

IVH のルート確保は, 皮膚科医としては習熟する機会が少ないので通常は麻酔科医などに依頼している。IVH のできればルートがダブル(2カ所から点滴, 静注ができる)のものがよい。一つはメインのハイカリなどに用い一つは麻薬専用用いる。この方法の利点はスピード調節が可能なことである。5mg/H からはじめ, 10MG/H くらいあげる。苦痛が激しいときはさらにスピードアップする。メインに麻薬を入れてしまうとこのスピード調節ができないので別に3方活栓でルートを作る必要がある。

必要に応じ, 睡眠剤, 向神経薬などを加えることも多い。

(5) 特殊な条件のとき

腎機能不全, 心不全などで多量の点滴ができない場合シユアフューザー, バクスターインフューザーなどの硬膜外麻酔に用いる微量持続注入器を利用すると微量の点滴が可能である。IVH ルートでも可能。

持続注射器具を用い少量持続皮下, あるいは経時的皮下を行うこともある。この場合, 注射針は皮下に留置されたままになる。

塩酸モルヒネの持続点滴の効果が不十分である患者に対しては硬膜外チューブからの持続投与を行うこともある。

(6) 経過と予後

これは患者さんの全身状態, がんの進行度,

合併症の有無およびその程度にかかっている。

①麻薬を用いるとすぐ死ぬ場合

②ある程度用いて死ぬ場合

③徐々に増量し 1000mg/day 以上までいく場合がある。

(7) 副作用とその対策

短期間投与の症例を除き, ある程度の期間モルヒネ製剤を投与した場合は, 便秘は必発と考えられる。また, 投与初期に悪心, 嘔吐の症状が出る場合や, 塩酸モルヒネの持続投与の量によっては, 呼吸抑制が出現する。

(8) モルヒネ製剤投与のまとめ

緩和ケアという問題をモルヒネによる疼痛コントロールをするという一面から考えると, 良好な疼痛コントロールが得られるということは, 非常に重要なことではあるが, 看取りの医療が緩和ケアのすべてではないということも認識しなければならない。人生の最後に残された短い時間を患者さんとその家族の方々が主役で過ごせる様な医療を提供することが我々の責任である。

6. 臨終の場で

緩和ケアの最後の場面として臨終のときが来る。このときの主役は主治医ではなく, 今その生涯の最後の幕を閉じようとしている患者とその家族である。その場面において心電図モニターは必要ないとする考えに賛成である¹⁾。モニターは例え使用するとしても廊下かナースステーションにおき病室での使用は止めた方がよい。病室では全ての目は患者に注がれていることが自然である。最も親しい家族達が患者の手を握り, あるいは体をさすり最後のときを待つ。患者の聴覚が最後までであると話してあるのであるいは家族の患者に対する語り掛けがあろう。主治医は脈をとる必要はない。家族の後ろに立ち, 視診で経過を観察すれば良い。もし喘鳴が強ければハイスコの注射を行い呼吸を楽にする。吸引はときにかえって気道閉塞を起こす

こともあるので慎重に行う。患者が苦しくないかとの家族の間に対しては、実際は意識の低下がありそれほど苦しくはないのであることを説明する。そして臨終が訪れたとき、呼吸停止、心停止、瞳孔の散大を確認して臨終を告げる。“ご臨終です”という言葉は要らないのではないかという考えもあり、主治医もその場になくても良いのではないかとの意見もある⁵⁾。筆者も“御臨終”という言葉は使わず、“大変残念ですが〇〇さん、ただ今亡くなされました”という表現を用いている。この様な臨終は必ず遺族達の心に残る思い出として何かのときに語られるであろう。

考察とまとめ

緩和ケアには一般論はない。全てケースバイケースである。実際の現場では、患者に“どこがどのように苦しいのですか”と聞くことと、患者の訴えがなくても医学的にある症状を把握することとそれに対する処置を行うことで患者の苦痛をコントロールすることが行われる。皮膚科では内臓や脳への転移の場合、それぞれの専門医の手を煩わせることになるがどうしてそうなるかを分かりやすく患者や家族に説明することは主治医の役割である。皮膚の悪性腫瘍では、進行した腫瘍が皮膚に残存する場合、見るに耐えぬ外観を呈したり、悪臭を放ったりする。この様な皮膚科の特殊性のある場合は皮膚科医としてそれをできるだけ和らげる処置を行うことはいうまでもない。

しかし多くの場合、悪性腫瘍の最後はどの科でも同じである。ただし全体に共通な原則論は

ある。あくまでがんを叩く治療を行いながら苦痛を和らげるか、患者の苦痛を除く治療のみにするのか。目的は患者の良いQOLを保つということである。今まで述べてきたように、出会のときからの患者と家族のコミュニケーションが大切である。

これをまとめると、苦痛を最大限に緩和し、生命の期限が近づいていてもその人らしさが尊重された日々が過ごせるように援助することが最大の目的であり、その中には当然のこととして家族に対する緩和も含まれているということである⁵⁾。

皮膚科医としては経験することは少ないと思われるが“緩和ケア”とはいかなることかを説明し、麻薬鎮静の具体的な方法についても述べた。皆様が死に遭遇するときに、本稿が何らかの参考になるとともに、皮膚科領域における緩和医療の指針作成の一つの参考になれば幸いである。

文 献

- 1) 志真泰夫：がん診療の進歩，がん患者のケアをめぐって，緩和ケア．日本内科学会雑誌，85：365-368，1996.
- 2) 季羽倭文子：特集，在宅ホスピスケアの本質を問う，在宅ホスピスケア再考．ターミナルケア，8(3)：189-195，1998.
- 3) 世界保健機関編：パリアティブケア（緩和ケア），がんの痛みからの開放とパリアティブ・ケア，pp5-13，金原出版，1993.
- 4) 山崎章郎：特集，臨終前後のケアのあり方，医師の役割．ターミナルケア，8(1)：5-9，1998.
- 5) 柏木哲夫：死にゆく患者と家族への援助．pp121-133．医学書院，1986.