

目次

● 資料集 ●

| | |
|------|-------------|
| 表見返し | オピオイド量換算の目安 |
| x | 各章の処方例のまとめ |
| 裏見返し | 予後予測ツール |

| | | |
|----------|------------------------|----|
| 1 | がん性疼痛 | 1 |
| | ▶ 病態による疼痛の分類 | 1 |
| | ▶ 疼痛の評価 | 4 |
| | ▶ 時間経過による疼痛の分類 | 5 |
| | ▶ 疼痛の病歴聴取 | 6 |
| | ▶ 対処 | 8 |
| | 突出痛のサブタイプごとの治療アプローチ | 8 |
| | 放射線照射 | 8 |
| | 神経ブロック | 9 |
| | 薬物療法① アセトアミノフェン/NSAIDs | 9 |
| | 薬物療法② オピオイド | 12 |
| | 薬物療法③ 鎮痛補助薬 | 22 |
| 2 | がん関連呼吸器症状 | 25 |
| | ▶ 呼吸困難 | 25 |
| | 評価 | 25 |
| | 対処 | 27 |
| | ▶ 咳嗽 | 30 |
| | 評価 | 30 |
| | 対処 | 30 |
| | ▶ 喀痰 | 31 |
| | 評価 | 31 |
| | 対処 | 32 |
| | ▶ 死前喘鳴 | 32 |
| | 評価 | 33 |
| | 対処 | 33 |

| | | |
|----------|------------------------------|----|
| 3 | がん関連消化器症状 | 35 |
| | ▶ 便秘 | 35 |
| | 治療 | 38 |
| | ▶ がん性腹水による腹部膨満感 | 41 |
| | 対処 | 42 |
| | ▶ 悪性消化管閉塞 | 43 |
| | 対処 | 43 |
| | ▶ 化学療法による悪心 | 46 |
| | 対処 | 46 |
| | ▶ 放射線照射による嘔吐 | 47 |
| | 対処 | 47 |
| | ▶ 原因不明の悪心 | 48 |
| | 評価 | 48 |
| | 対処 | 48 |
| | ▶ 吃逆 | 49 |
| | 対処 | 50 |
| 4 | がん患者の終末期の輸液の考え方 | 51 |
| | ▶ 輸液の考え方 | 51 |
| | ▶ 皮下輸液について | 52 |
| 5 | がん関連発熱 | 54 |
| | ▶ 病態生理 | 54 |
| | ▶ 評価と対処 | 54 |
| | 評価 | 54 |
| | 原因別の病態と対処 | 55 |
| 6 | がん関連電解質異常 | 59 |
| | ▶ 高カルシウム血症 | 59 |
| | 評価 | 59 |
| | 対処 | 60 |
| | ▶ 低ナトリウム血症 | 61 |
| | 検査/診断 | 61 |
| | 治療 | 62 |

| | | |
|-----------|----------------------------|-----|
| 7 | がん関連倦怠感 | 64 |
| | ▶ 評価 | 64 |
| | ▶ 対処 | 65 |
| 8 | がん患者のせん妄 | 67 |
| | ▶ 評価 | 67 |
| | 評価ツール | 68 |
| | せん妄の準備因子, 直接因子, 誘発/促進因子 | 68 |
| | 緩和ケア領域におけるせん妄の鑑別診断 | 70 |
| | せん妄の診断をする際の注意点 | 71 |
| | ▶ 対処 | 71 |
| | ▶ 緩和ケアで使用する主な抗精神病薬一覧 | 75 |
| | ▶ せん妄の評価ツール | 76 |
| 9 | がん患者の不眠 | 81 |
| | ▶ 原因による不眠の分類 | 81 |
| | ▶ 症状による不眠の分類 | 83 |
| | ▶ 評価ツール | 83 |
| | ▶ 緩和ケア領域における不眠の鑑別診断 | 83 |
| | ▶ 不眠症の診断をする際の注意点 | 84 |
| | ▶ 対処 | 84 |
| | ▶ 不眠の評価ツール | 87 |
| 10 | がん患者の予後予測 | 90 |
| | ▶ 予後予測ツール | 90 |
| | ▶ 臨死期の徴候 | 93 |
| | ▶ アドバンスケアプランニング (ACP) の重要性 | 94 |
| | ▶ サプライズクエスション | 96 |
| | 事項索引 | 97 |
| | 薬剤名索引 | 101 |

- がん患者における発熱の原因は多岐にわたる。
- 可逆的な発熱（感染症など）か不可逆的な発熱（腫瘍熱など）かの慎重な鑑別が必要である。
- 発熱は意識障害（せん妄）の大きなりスク要因となる。
- 発熱による苦痛はADLの低下や不安・倦怠感といった他の症状の緩和にも影響を及ぼす。

※本章では、感染による発熱および腫瘍熱をはじめとした不可逆な状態における発熱による苦痛の症状緩和を目的とした対処法を中心に記載している。なお、がん薬物療法中の対応については、日本臨床腫瘍学会編集の発熱性好中球減少症（FN）診療ガイドライン（改訂第2版、南江堂）なども参照願いたい。

病態生理

- 腫瘍熱は腫瘍由来の炎症性サイトカインにより惹起される。
- 中枢熱は腫瘍の視床下部浸潤などによる体温中枢の障害のために体温上昇をきたす。
- 中枢熱は急激な体温上昇と長い持続期間、意識障害や自律神経失調を伴いやすい。

評価と対処

評価

- 以下の項目を把握し、可逆性を判断する。
- 各種検査は終末期がん患者への侵襲を考慮して適応を検討する。
- 腫瘍熱と診断するためには可能な限り感染や他の原因を除外する必要がある。
 - 発熱の様態：間欠熱、持続性発熱
 - 悪寒戦慄の有無

- 使用中の薬剤
- 使用中の医療器具：カテーテル留置
- 臓器症状の有無
- 身体所見：胸腹部，口腔内，創部，褥瘡部，点滴刺入部など
- 血液検査，培養検査，画像検査

原因別の病態と対処

▶ 終末期の感染

- 終末期のがん患者の感染リスク要因：低栄養状態，免疫力の低下，皮膚・粘膜のバリア障害，ステロイド治療，腫瘍による胸腔臓器の閉塞，壊死巣の形成，体腔液貯留，浮腫，医療デバイスの接続など。
- 終末期がん患者の感染有病率は20～80%とされ，細菌感染が多い。
- 細菌感染でも尿路感染症，呼吸器感染症の頻度が高い。
- 終末期がん患者は感染症が原因で死を迎える場合も多い。
- NSAIDs やステロイドにより発熱や疼痛がマスクされている可能性に注意が必要である。
- 抗菌薬の奏効率は尿路感染症では約80%だが，呼吸器感染症では約40%である。
- 侵襲度を考えつつ，可能な限り培養結果に基づく抗菌薬選択を行うことが望ましい。
- 緩和ケアにおける感染症治療では治癒や生存率向上を目標とすることは困難であることが多い。
- 喀痰や発熱による苦痛を抑えるための症状緩和がゴールとなることも多い。
- 改善の見込みがない時は全身状態や予後などをもとに，患者・家族の意向を尊重しつつ，感染症治療の中止も含めた方針を検討する。
- 一定の期間を決めて治療の効果や影響を評価する方法（time-limited trial）もある。
- 皮下投与の報告がある抗菌薬として以下が挙げられる：アンピシリン，セファゾリン，セフトジジム，セフェピム，セフトリアキソン，テイコプラニン（※セフトリアキソン〔ロセフィン®〕も使用報告が多く，臨床的によく用いられる）。

処方例

- セフトリアキソン（ロセフィン[®]）1～2g+生食 50mL 1日1回 30分程度で点滴での皮下投与

▶ 腫瘍熱

- がん患者の5～27%に生じる。
- 画像上で腫瘍の壊死を認めたり、転移巣が多いほど腫瘍熱をきたしやすい。
- 悪寒戦慄が少なく、感染に比して重症感が乏しい、間欠熱となることが多いなどの特徴がある。
- 腫瘍熱診断のゴールドスタンダードはないが、診断基準案として以下の項目を参考にする。
 - ①37.8℃以上の発熱が1日1回以上ある。
 - ②発熱の期間が長期間である（おおよそ2週間以上）。
 - ③身体診察・検査所見（培養検査を含む）・画像検査などにおいて感染症の根拠を認めない。
 - ④アレルギーによる発熱は否定的である。
 - ⑤感染も否定できない場合、7日以上の実験的な抗菌薬治療に対する解熱反応がない。
 - ⑥ナプロキセン（ナイキサン[®]）テストによって速やかに完全に解熱し、ナプロキセンを使用中は平熱が持続する。

処方例

- ナプロキセン（ナイキサン[®]）400～600mg 分2～3
ナプロキセンが有効でない場合、他のNSAIDsが有効な場合がある。
例：フルルピプロフェンアキセチル（ロピオン[®]）、ジクロフェナクナトリウム（ボルタレン[®]、ジクトル[®]）、ロキソプロフェン（ロキソニン[®]）
セレコキシブ（セレコックス[®]）といったCOX-2選択阻害薬は解熱効果が弱いため使用は避ける。
- アセトアミノフェン（カロナール[®]）2,400～4,000mg 分3～4（ナイキサン[®]との併用も可能）
- デキサメタゾン（デカドロン[®]）2～4mg/回 または、ヒドロコルチゾン注（ソル・コーテフ[®]）100mg/回