

●概念的枠組みと全般的な推奨●

OVERVIEW

本項では、まず「概念的枠組み」において、ガイドラインの前提として「①患者・家族の価値観が尊重されること、②個々の患者の状況に応じたものであること、③利益・不利益の包括的評価に基づくこと、④評価と修正が繰り返して継続されること」を強く推奨することを述べる。

次に、臨床疑問 (clinical questions) で、定式化した臨床疑問に対して行いうる複数の医療行為とその推奨レベルを示す。すなわち、各推奨は個々の臨床疑問に関する推奨であるため、1名の患者において複数の問題が存在する場合には矛盾する推奨が得られる可能性があることに注意を要する。

輸液には維持輸液と補充輸液があり、維持輸液のなかに中心静脈栄養、末梢静脈栄養とがあり、輸液内容としての区分では一般に高カロリー輸液 (10%を超える糖質濃度の維持輸液) と中カロリー輸液 (10%以下の糖質濃度の維持輸液) がある。本ガイドラインでは、この区分を明確にして誤解のないように努めた。

また、輸液には生理食塩水以外にはエネルギー基質が含まれている。さらに、最近の維持輸液にはアミノ酸を含有するものが多く使われている。これらを見做すことは誤解を招き、ガイドラインとして使いづらさを示すことになる。したがって、すべての輸液に投与量に応じたカロリーや窒素量 (アミノ酸量) を併記するものとする。

[利用上の注意]

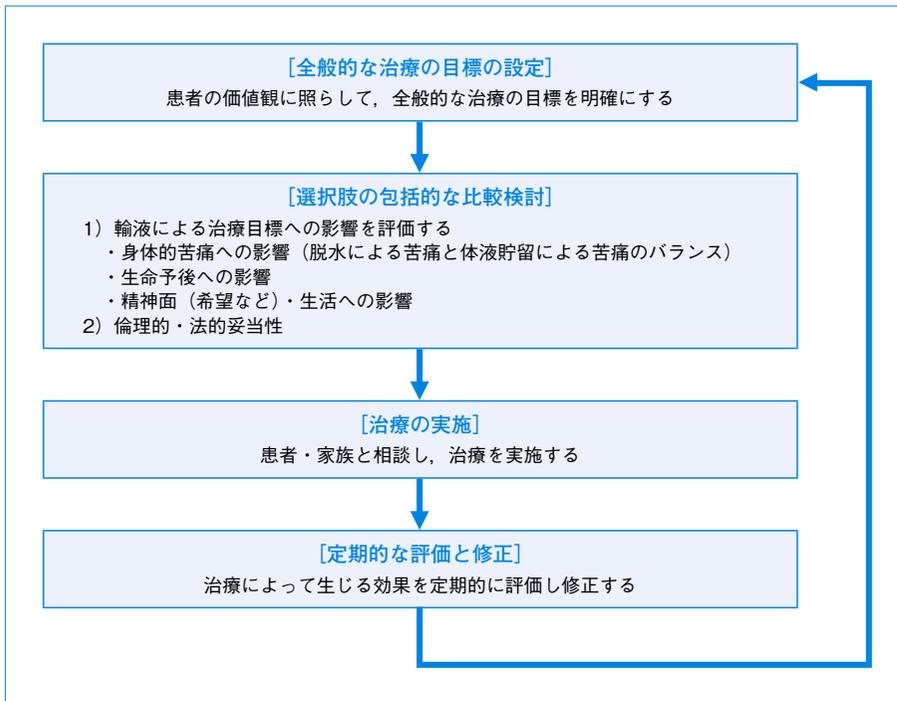
- 輸液量など具体的な数値は、標準的な体格の患者 (身長 160~170 cm, 体重 50~60 kg, 年齢 60 歳代) を仮定して設定されている。患者の体格や年齢によって輸液量などを変更する必要がある。
- 特別な記載がない場合、患者は嘔吐、下痢、発汗、多尿、消化液の体外へのドレナージなどの体液喪失はないことを仮定している。これらがあれば輸液量の変更などを考慮する必要がある。

1 概念的枠組み

本ガイドラインにおける意思決定の概念的枠組みとして、「①患者・家族の価値観が尊重されること、②個々の患者の状況に応じたものであること、③利益・不利益の包括的評価に基づくこと、④評価と修正が繰り返して継続されること」を強く推奨する (図 1)。この概念的枠組みは、本委員会の合意によって作成され、National Council of Hospice and Specialist Palliative Care Service, European Association for Palliative Care, French National Federation of Comprehensive Cancer Centers, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism によるガイドラインとも共通している (P173, ガイドラインプールリスト E1~E8 参照)。

医療チームは、まず、患者の価値観に照らして、水分・栄養補給を含む全般的な治療の目標を明確にする必要がある。

図1 終末期がん患者に対する輸液療法の概念的枠組み



次に、人工的水分・栄養補給に関する治療の選択肢について、それぞれの選択肢が治療目標に与える影響を包括的に評価する。評価されるべき項目は、患者個々によって異なるが、一般的には、身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響が対象となる。同時に、とりうる選択肢の倫理的・法的妥当性を検討する。最終的に、患者の価値観に基づく治療目的に基づいて、個々の選択肢のもたらす利益・不利益のバランスを考慮しいずれかの選択肢を選択する。

最も重要なことは、いったん治療を開始したあとも、定期的に、期待された効果が得られているかを評価し、必要に応じて治療を修正することである。評価間隔は状況に応じて、数日から数週間隔に行う。評価手段は、設定した治療目的に基づいて、患者の主観的な症状・quality of life (QOL)・満足度、身体所見（脱水・体液貯留、栄養状態）、血液検査所見（栄養状態、脱水・電解質・代謝機能など）、画像診断所見などを用いる。

2 全般的な推奨

本委員会は、終末期がん患者に対する輸液療法における全般的な推奨として以下を推奨する。

[患者・家族の価値観、意向、個別性の尊重]

- ・輸液は、患者・家族の価値観に基づいた全般的な治療の目標と一致しなければならない。単に検査所見や栄養状態の改善は治療効果を決める主たる指標にはなら

ない。

- 輸液を行う際には、患者・家族の意向が十分に反映されるべきである。
- 輸液は、個々の患者の状況に応じたものでなくてはならない。すなわち、「輸液をする」「輸液をしない」といった一律的な治療は支持しない。

[評価]

- 輸液の選択肢を検討するときには、総合的な QOL 指標や満足度、身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響、および倫理的・法的妥当性などについて包括的に評価しなければならない。
- 終末期の脱水は、必ずしも不快ではなく、単に検査所見や尿量・中心静脈圧などの改善は治療効果を決める主たる指標にはならない。
- 輸液によって生じる効果は定期的に反復して評価し、修正されるべきである。

[利益と不利益のバランスの最大化]

- 輸液は、その利益と不利益のバランスを考慮して行われなければならない。

[人工的な水分・栄養補給以外のケア・治療の重要性]

- 経口摂取の低下した終末期がん患者に対しては、輸液などの人工的な水分・栄養補給のほかに、食欲低下を改善する薬物療法、看護ケア、心理的ケア、意思決定支援、生活支援などの患者・家族へのケアを行うことが必須である。

[医学的推奨の要約]

- Performance status の低下した、または、消化管閉塞以外の原因のために経口摂取ができない終末期がん患者において、輸液療法単独で QOL を改善させることは少ない。
- Performance status がよく、消化管閉塞のために経口摂取ができない終末期がん患者において、適切な輸液は QOL を改善させる場合がある。
- 終末期がん患者において、輸液は胸水、腹水、浮腫、気道分泌による苦痛を悪化させる可能性がある。
- 終末期がん患者において、輸液は口渴を改善しないことが多い。口渴に対しては看護ケアが最も重要である。
- 終末期がん患者において、輸液は薬剤によるせん妄や急性の脱水症状を改善することによって QOL の改善に寄与する場合がある。

(細矢美紀)