

⑦がん関連倦怠感

はじめに

進行がん終末期におけるがん関連倦怠感（以下、倦怠感）とは、“疲労や衰弱やエネルギーの欠乏などの主観的な感覚である”と定義されている。倦怠感¹は進行がん患者の約 80-100%が経験する症状である。倦怠感¹は心身への強いストレスをもたらす、患者の Quality of Life(QOL)を著しく低下させる。

がん患者には、腫瘍からのサイトカイン放出に起因する一次的倦怠感と、付随する因子に起因する二次的倦怠感が見られる。改善・可逆性が期待できる二次的倦怠感には、原因因子の除去を試みる。

評価

倦怠感の鑑別

- ・腫瘍
- ・治療侵襲：術後、放射線治療、がん薬物療法
- ・薬剤性：オピオイド、メトクロプラミド、向精神薬（ベンゾジアゼピン系、抗精神病薬：プロクロルペラジン、ハロペリドール・リスペリドンなど、鎮痛補助薬：プレガバリン、デュロキセチンなど）
- ・身体症状：眠気、痛みなど
- ・精神症状：抑うつ、不安など
- ・睡眠障害、せん妄（低活動型せん妄）
- ・貧血
- ・発熱、感染
- ・電解質異常：低ナトリウム血症、高カルシウム血症、低カリウム血症
- ・脱水
- ・臓器障害：肝機能障害、腎機能障害、心不全など
- ・代謝内分泌異常：甲状腺機能異常、副腎不全、血糖異常
- ・廃用などによる筋力低下

対処

日常生活の工夫

倦怠感に対する薬物療法の効果は限定的なため、運動療法や環境整備、負担の軽減によるエネルギーの温存などの日常生活の工夫、気分転換やリラックス、不安の聴取などが有効である。また概日リズムが崩れると倦怠感が悪化するだけでなく低活動型せん妄を賦活し、症状が難治化・複雑になるため、概日リズムが崩れないような環境整備や日中に眠り過ぎないように声かけが必要である。

低活動型せん妄の鑑別

入院患者やがん患者の低活動型せん妄は倦怠感の大きな要因であり鑑別が必要である（鑑別方法は、せん妄の項を参照）。低活動型せん妄による倦怠感の場合は、不眠や概日リズムが崩れていないか確認すること、環境整備、適切な薬物治療や原因薬物の中止を行うことが肝要である（せん妄への薬物療法は、せん妄の項を参照）。下記に挙げるステロイドは、低活動型せん妄による倦怠感をさらに悪化させるため、注意が必要である。

薬物療法：ステロイド

予後が月単位以上残されている場合には倦怠感の原因因子の除去を試みながら、下記の使用を検討する。使用する際には、感染やせん妄による倦怠感が十分に鑑別を行う。

処方例：デキサメタゾン、バタメタゾンの場合

漸増法	<p>1日0.5-2mgから開始し、開始後3-7日目に効果を判定する。</p> <p>効果がある場合</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 副作用に注意しながら継続する➤ 効果を維持できる最少量まで漸減する。減量の際は3-7日毎に0.5-1mgずつ1日用量を漸減する。 <p>効果がない時</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 中止する➤ 副作用に注意しながら効果が出るまで漸増する。増量の際は、3-7日毎に0.5-1mgずつ1日用量を漸減する。1日4mg程度を継続使用用量の上限の目安とする。
漸減法	<p>1日4-8mgから開始し、開始後3-7日目に効果を判定する。</p> <p>効果がある場合</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 効果を維持できる最少量まで漸減する。減量の際は3-7日毎に1-2mgずつ1日用量を漸減する。1日4mg程度を継続使用用量の上限の目安とする。 <p>効果がない時</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 速やかに中止する

不可逆的な終末期の倦怠感について

ステロイドといった薬物療法は奉功せず、有害事象のみが生じることが多い。患者が求める症状の緩和目標に達することは困難なことが多いため、患者や家族は不満を抱くことが多い。患者・家族と倦怠感の原因や薬物治療での改善が難しいことを共有し、改めて症状緩和の目標設定を行い環境整備や家族も行えるケアの工夫を話し合うことが重要である。不眠や低活動型せん妄の対症療法やケアの工夫が症状を緩和できる場合があるので鑑別を行う。

参考文献

- ・ Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients— an EAPC approach. *Palliative Medicine* 2008; 22(1): 13-32.
- ・ Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(1): 5-14.
- ・ Hagelin CL, Seiger Å, Fürst C. Quality of life in terminal care—with special reference to age, gender and marital status. *Supportive Care in Cancer* 2006; 14(4): 320-8.
- ・ Peuckmann-Post V, Elsner F, Krumm N, Trottenberg P, Radbruch L. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *The Cochrane Library* 2010.
- ・ Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, et al. Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2013; 31(25): 3076-82.
- ・ Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2014; 32(29): 3221-8.
- ・ Matsuo N, Morita T, Matsuda Y, et al. Predictor of Responses to Corticosteroids for Cancer-Related Fatigue in Advanced Cancer Patients: A

Multicenter, Prospective. Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2016; 52(1): 64-72.

- Chow E, Meyer RM, Ding K, et al. Dexamethasone in the prophylaxis of radiation-induced pain flare after palliative radiotherapy for bone metastases: a double-blind, randomised placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet Oncology* 2015; 16(15): 1463-72.