

P2—9 浸潤性膵管癌に対する術式の選択—拡大か縮小手術か—特に Stage IV 症例の治療戦略について

三重大学第1外科

伊佐地秀司, 川原田嘉文, 長沼達史, 高木馨子, 岩田 真田端正己, 山際健太郎, 田岡大樹, 東口高志, 横井 一

浸潤性膵管癌自験例の外科治療成績を手術術式の変遷(標準手術→拡大手術→準標準手術)から検討し, さらに Stage IV 症例では拡大手術と姑息手術(bypass)の治療成績を QOL の面から比較検討した。【対象】1976.9~99.2 までの浸潤性膵管癌手術 174 例中切除は 85 例(48.8%)。174 例中 150 例(86.2%)が Stage IV で, IVa 45 例(25.9%), IVb 105 例(60.3%)。I. 術式の変遷: 174 例を術式の変遷から 3 期に分類。1976.9~81.4 までの標準手術(D1 リンパ節郭清)を行った初期 34 例, 1981.5~93.3 までの拡大手術(D2 リンパ節郭清や門脈合併切除を伴う膵切除)を行った中期 100 例, 1993.4~99.2 までの準標準手術(QOL を重視しリンパ節郭清は D1+ $\alpha$  とし, 治癒切除が可能と考えられる場合のみ門切を施行)を行った後期 40 例。II. Stage IV 症例の治療戦略: 1994.7 以降, Stage IV 症例のうち拡大手術でも治癒切除が望めない場合には biliary bypass with antrectomy (B-A)を施行し, 最近では腹腔鏡による staging を行い, 切除例の選択をより正確に行っている。この成績と拡大手術(PD)が施行され非治癒切除となった Stage IV 症例とを比較。【成績】I. 術式の変遷と治療成績: 切除率・治癒切除率は初期 32%・9%, 中期 54%・68%, 後期 50%・60%。切除例中 Stage IV の頻度は 3 期で差はないが, IVb の割合は後期では 21%と, 初期 45.4%, 中期 35.3%に比べ最も低率。術式では, 標準手術 9 例では門切はなく, 膵全摘(TP)4 例, PD5 例で, 拡大手術 54 例では門切 23 例で, TP も 18 例に施行。準標準手術 20 例では門切 7 例で, TP は 1 例もない。入院死亡率は標準手術 27.3%, 拡大手術 20.3%であったが, 準標準手術では 5.2%と低下。切除後 3, 5 年累積生存率は, 初期 9.1%, 0%, 中期 18.1%, 13.5%, 後期 33.7%, 25.3%と後期で予後の改善傾向がみられたが, これは切除対象をより厳密にした結果と考えられる。II. Stage IV 症例の治療戦略: 術後平均生存日数は B-A 手術 9 例 258 日, 非治癒切除 PD11 例 181 日と差はないが, 術後平均入院日数は B-A 群では 39 日と, PD 群の 115 日に比べて有意に短かった。最近では, 画像診断による進展度診断に加え, 腹腔鏡による staging(微少肝転移や腹膜播種の発見)を行い, 治癒切除不能と判定された症例では, 術前 PTBD による減黄処置なく B-A 手術を施行し, 良好な成績を得ている。【結語】進行膵癌に対しては画像診断や腹腔鏡を用いて膵癌の進展度診断を的確に行って, 切除の適応をより慎重に決定することが大切である。切除術式は D1+ $\alpha$  とし, 治癒切除が可能と思われる場合のみ門切を施行する準標準手術でよいと考えられた。

P3—1 進行癌治療における医師の視点からみた告知と Informed Consent: 坂本純一<sup>1)</sup>、秋山清次<sup>2)</sup>、渡辺正<sup>3)</sup>、市原透<sup>4)</sup>、堀澤増雅<sup>4)</sup>、安江満悟<sup>1)</sup>、中尾昭公<sup>2)</sup> ( <sup>1)</sup> 県立愛知病院・外科、<sup>2)</sup> 名古屋大学・第 2 外科、<sup>3)</sup> 藤田学園・外科、<sup>4)</sup> 国立名古屋病院・外科)

【目的】進行癌治療における真実告知は、患者に与える精神的・医学的な影響、患者の知る権利や自己決定権の尊重、治療側と患者および家族とのコミュニケーションや死生観の相違など様々な問題と結びついており、Informed Consentを正しく行なっていくうえで最も重要な課題のひとつである。そこで、日本の医師が告知についてどのように認識し、実際にどう行なっているかを調査し、わが国の医師の行動と価値感をめぐり問題について解析を行ない、さらに欧米医師の視点との相違についても検討を行なった。

【対象と方法】調査の対象は消化器癌手術と治療に携わっている国立大学病院、癌治療に重点をおいている県立病院、国立および市立の総合病院、末期癌治療を中心とした私立大学病院の勤務医師119名と医院、病院を開設している開業医師63名の計182名である。質問事項は Miyachiが Social Science and Medicineおよび New England Journal of Medicine に発表した終末期医療の真実告知に関する基本的方針とその理由、具体的内容、告知スタイルなどに関する18項目である。調査は質的データ分析に汎く用いられている Glazerらによる Ground Theory Methodを用い、アンケート調査、または可能な限り面接インタビューによる調査を行ない、結果を解析するとともに、同様の調査が施行された米国医師のデータとの比較も行なった。

【結果と結論】勤務医の38%、開業医の14%が、患者が要求する情報すべてを提供すると解答したが、これは米国医師の72%と比較して有意に( $p < 0.001$ )低い数字であった。また真実を知りたがっていない患者に対しては本人ではなく家族に告知するとした医師は80%以上にのぼり、米国医師の19%と比較して患者本人への正確な情報伝達を躊躇する傾向が認められた。病名告知がなされている患者の比率も、米国では97%であるのに対し日本では約50%と、大きな差が確認され、これらの結果より「患者本人が知りたいこと、知る必要のあることを、患者が受容できるように伝える」という告知と Informed Consentの原則について、日本の医師の意識のなかには未だ患者を精神的に保護しなければならない存在と考える paternalismが残っていること、さらに患者本人よりも残される家族の意向が治療における重要な判断基準のひとつとなってしまう可能性があることが示された。また勤務する施設の性格や開業医、勤務医の違いによっても告知に関する判断や方法論に様々な差違が認められることも明らかになった。