

ベトナム HCMC 出張報告 (2016年11月13日~18日)

「Oncological triage; 腫瘍の状態×患者の状態に応じて優先度を！」

消化器外科 小田 竜也

HCMC にある Cho Ray 病院 肝胆膵外科に2度目の滞在をして痛感した事は、triage (トリアージ) の必要性である。その事は、今回、肝臓腫瘍グループを平行して見学する事によって再認識できた点である。この病院には肝胆膵疾患を扱うグループが2つあり、肝胆膵外科は膵癌、胆嚢癌、さらには肝切除を伴う肝門部胆管癌の手術を行う一方、胆嚢炎、膵炎などの肝胆膵の急性腹症全てを受け入れ、さらには肝移植までも行っている。一方、肝臓腫瘍グループは緊急性が低い癌種である肝臓がんだけを対象としている。

Cho Ray 病院に行った多くの日本人医療者がまず驚くのが、1つのベッドに2人の患者が頭-足を逆にして寝ていたり、病室から溢れた患者が廊下の簡易ベッドやゴザを敷いた床に寝かされている様である。ベッドにネームプレートは無く、ネームバンドもしていない状況は多くの患者誤認を招いているであろうし、ベッドサイドで窓の光にCTフィルムをかざした2-3分で全ての診断、治療方針を決定している様は、多職種カンファ、Tumor board とは程遠いものである。こういった環境をみると“ベトナムの医療が遅れている”と感じる事はやむを得ない事だと思われた。肝胆膵外科の病棟はまさにこの典型例である。



一方、肝臓腫瘍グループが最近移ったという新病棟を訪れると、その印象は良い意味で裏切られる。整然とした病室に患者は一人一人のベッドに寝ており、廊下や床に寝ている人は一人もいない。カンファレンスルームで肝癌患者の治療方針を議論し、内科的治療、外科的治療を適切に選択して患者本人、家族へのICもしっかりと行われていた。なにより、患者データベースをしっかりと管理している点にガバナンスの担保が伺われた。

今回、Cho Ray 病院の肝胆膵外科スタッフだけでなく、HCMC 周辺の外科医を対象とする3時間の講演会を依頼された。膵癌に対するリンパ節郭清、膵頭十二指腸切除の Tips and

Pitfalls 等の外科的なトピックスの要望が多くそれらにかなりの時間を割いたが、私が main message として伝えた事は **Oncological triage** の重要性である。Triage は主に戦場、災害、救急医療などの現場など、医療資源が限られている場合に治療対象の優先度を決める考え方である。私は、Cho Ray 病院の肝胆膵外科と肝腫瘍グループを見る事によって、ベトナムの医療（肝胆膵外科病棟に代表される様な）における Triage の重要性に気づかされた。

Triage for pancreatic tumor patient's surgery (pancreatic cancer; PC)

War field /disaster /ER		Oncological Triage		Physical Triage	Overall triage
Group	Color	Japan	Vietnam (a proposal)	Status of patients	
Priority 1/ Emergent	Red	A Panc. Ca (no local invasion)	symptomatic panc tumors; other than panc. ca.	a Poor → well by treatment	Red (Aa, Ba)
Priority 2 / Urgent	Yellow	B symptomatic panc tumors Panc. ca. and others	symptomatic panc ca.; (no local invasion)	b well → well by treatment	Yellow (Bb, Ab, Ca)
Priority 3 / Nonurgent	Green	C Panc. Ca (with local invasion)	no symptomatic panc tumors; Panc. ca., no local invasion Benign/Low malignant	C poor→poor even with treatment	Green Ac, Ad, Cb, Cc, Db
Priority 2 or 3	Blue	D Benign/Low malignant (no symptoms)	Locally Advanced Panc. Ca (no symptoms)	d well→poor by treatment	Blue Bc, Bd, Cd, Dd
None	Black	E Metastatic Panc. Ca	Metastatic Panc. Ca	e Near to die	Black (e)

T.Oda, Tsukuba Univ. Japan

現在の日本において、我々は、豊富な画像診断情報、IT 機器環境、疾患の悪性度と予後に関するバックグラウンドデータの恩恵を受け、患者ごとの腫瘍の進行度を **Oncological Triage**（その言葉を使うか否かは別にして）している。それに患者の身体的な **Triage** を加えて総合的な治療の優先度を決めている。医療資源の限界は事実上無い為、手術までの待ち期間が1週間～1ヶ月程度と差はあるが、例え治癒が難しい症例にも抗癌剤治療を組み合わせた集学的治療を full spec で提供している。それに対して、Cho-Ray 病院において **Oncological Triage** 的な概念で手術を行う事は無く、行き当たりばったりで患者さんの治療を行っている様に見受けた。膵臓癌は手術単独で治癒出来る可能性が少なく、放射線、抗癌剤を組み合わせた集学的治療が必須である事は膵癌の世界では常識になっている。しかし、ベトナムにおいて、手術後の抗癌剤治療が計画的に行われる事は Cho-Ray 病院では無いようで、それにも関わらず、局所浸潤した膵臓癌に拡大リンパ節、神経叢郭清を行う事が先進的である、格好いいと思いついでいる節がある。同じ膵癌であっても、こういった医療



環境の違いによって **Oncological Triage** の分類は異なってくる。肝胆膵外科医は膵癌の手術をやりたがるが、集学的治療が行われない **Cho-Ray** 病院において、治療対象としての膵癌の優先度は下げるべきだと私は感じた。さらには、患者の身体的状態を把握する事もおざなりである。手術前に、**Oncological Triage** と **Physical Triage** を合わせた **overall triage** を患者毎に行い、治療の優先度を定める事が、医療資源がまだ限られた **Cho-Ray** 病院には欠けている事だと考えた。

訪問した2つ目のグループにおける肝臓腫瘍グループにおいては、この **overall triage** 的な概念が比較的良く施行されている様に見受けた。しかし、これは、対象を緊急性が低く、癌としても悪性度が低い肝臓がんだけを対象にしている為に可能になっていると思われる。すなわち、**overall triage** 的には赤や、黄色だけの患者を選択して入院させており、緑、青、黒といった患者のケアは基本的にしていない。ベトナムの名物でもある川の流れの様なバイク事故によって引き起こされる多くの腹部外傷の一切を肝胆膵外科グループに任せている事により生まれる医療者の時間、病棟設備などのゆとりが、少し先進的な医療提供環境を可能にしている様に思われた。

私達、日本の外科医療者が“ベトナムの医療が遅れている”ので“華麗な日本の手術手技を披露”する事が技術指導だと思って訪れると随分と肩透かしを食らうことになる。手術室内でのベトナムの外科医の技術は十分に上手であり、私達が教えられ

る事項は実はそう多くない。最も必要とされている事は、外科患者を腫瘍学的&身体的に triage 分類して、over all Triage を基に病棟、手術部運営をするという考え方を伝える事と、それを可能にするインフラ整備を手伝う事だと強く感じた。

