

最新論文30選

血液腫瘍・膠原病

東京ベイ浦安市川医療センター

江原 淳

jyune@jadecom.jp

Platelet Transfusion: A Clinical Practice Guideline From the AABB

Richard M. Kaufman, MD; Benjamin Djulbegovic, MD, PhD; Terry Gernsheimer, MD; Steven Kleinman, MD; Alan T. Tinmouth, MD; Kelley E. Capocelli, MD; Mark D. Cipolle, MD, PhD; Claudia S. Cohn, MD, PhD; Mark K. Fung, MD, PhD; Brenda J. Grossman, MD, MPH; Paul D. Mintz, MD; Barbara A. O'Malley, MD; Deborah A. Sesok-Pizzini, MD; Aryeh Shander, MD; Gary E. Stack, MD, PhD; Kathryn E. Webert, MD, MSc; Robert Weinstein, MD; Babu G. Welch, MD; Glenn J. Whitman, MD; Edward C. Wong, MD; and Aaron A.R. Tobian, MD, PhD

米国血液銀行協会 血小板輸血ガイドライン

Ann Intern Med 2015; 162(3):205-217

背景

- ・ 自然出血防ぎたい → 血小板輸血
化学療法、臓器移植後が 大部分

Transfusion. 2007;47(2):201–5.

Cochrane database Sys Rev. 2012;5:CD004269.

- ・ 寿命短い（5日） → 在庫おけない

貴重！

Transfusion. 2011;51(7):1469–76.

Transfusion. 2012;52(9):1957–67.

背景

・ 利益 vs 不利益

有害事象	リスク
発熱	14人に1人
アレルギー反応	50人に1人
敗血症	75000人に1人
TRALI	14万人に1人
HBV感染	270万人に1人
HCV感染	330万人に1人
HIV感染	ほぼ 0

状況 1 化学療法、放射線治療

推奨

Plt **1万**以下 なら

アフェレーシス血小板**1U***輸血

* = 日本の濃厚血小板 **15U**

Strong Recommendation

Moderate quality evidence

根拠

- RCT血小板輸血

< 1万で予防的 vs 出血時

→ 予防群で **出血** ↓ (42% vs 19%)

Lancet. 2012;380(9850):1309-1316

- RCT 閾値 1万 vs 2万 → 出血 不変

J Clin Oncol 1997;15(3):1143-1149.

N Engl J Med. 1997;337:1870-5

Biol Blood Marrow Transplant. 2002;8:569-76

- RCT高用量輸血 利益なし

Blood. 2005;105:862-4

N Engl J Med. 2010;362:600-13

状況 2 低侵襲手技

推奨

中心静脈穿刺 Plt **2万**以下なら輸血

腰椎穿刺 Plt **5万**以下なら輸血


どちらも

Weak Recommendation

Low quality evidence

中心静脈穿刺 **根拠**

- 最大の観察研究 (n = 604穿刺)

血小板 < 2万 → 出血リスク 

出血のうち **96%処置不要** 4%用手圧迫

Transfusion. 2011;51(11):2269-2276.

腰椎穿刺

- 小児白血病 (n=5223穿刺) での観察研究

出血性合併症は血小板数と**相関なし**

JAMA. 2000;284(17):2222-2224.

- 成人白血病 (n=195穿刺) **出血性合併症なし**

Ann. Hematol. 2003;82(9):570-3.

- 中枢神経の出血は重大なので > 5万推奨

状況3 手術（神経以外）

推奨

Plt **5万**以下なら輸血

心臓手術(人工心肺あり)：

出血＋血小板低下 したら 輸血

どちらも

Weak Recommendation

Very Low quality evidence

根拠

- ・ **手術 Cohort**

白血病＋血小板減少 手術 (n= 167)

29が大手術 27が中等度手術

- ・ 80% が血小板<5万 → 予防的血小板輸血

>500ml出血 7% 出血死なし

術前血小板数 と 出血リスク **相関なし**

Am J Hematol 1987;26(2):147–55.

- ・ **心臓手術 Meta analysis**

Transfusion. 2004;44(8):1143–8.

血小板輸血あり vs 血小板輸血なし

血小板輸血は**死亡の予測因子** (OR 4.76)

術中出血＋血小板減少＋心肺回路による機能低下

状況4 抗血小板薬＋脳出血

血小板輸血 推奨も否定もできない

Uncertain recommendation

Very Low quality evidence

根拠

- ・ 5つの観察研究 外傷性脳損傷＋抗血小板薬

- ・ 1つは血小板輸血 死亡率 \uparrow (RR 2.4)

J Trauma.2005;58(3):518-22.

- ・ 1つは血小板輸血 死亡率 \downarrow (RR 0.2)

J Trauma. 2008;65(6):1303-8.

残り3つは相関示されず

- ・ 輸血適応は個別化 手術するなら8～10万
が目安とされやすい

結論

1. 化学療法 放射線治療ではPlt 1万以下で輸血
2. 中心静脈カテ挿入は2万 腰椎穿刺は5万
3. 手術は5万 人工心肺時はルーチン
4. 脳出血＋抗血小板薬 の時は個別化

ORIGINAL ARTICLE

Chimeric Antigen Receptor T Cells for Sustained Remissions in Leukemia

Shannon L. Maude, M.D., Ph.D., Noelle Frey, M.D., Pamela A. Shaw, Ph.D.,
Richard Aplenc, M.D., Ph.D., David M. Barrett, M.D., Ph.D.,
Nancy J. Bunin, M.D., Anne Chew, Ph.D., Vanessa E. Gonzalez, M.B.A.,
Zhaohui Zheng, M.S., Simon F. Lacey, Ph.D., Yolanda D. Mahnke, Ph.D.,
Jan J. Melenhorst, Ph.D., Susan R. Rheingold, M.D., Angela Shen, M.D.,
David T. Teachey, M.D., Bruce L. Levine, Ph.D., Carl H. June, M.D.,
David L. Porter, M.D., and Stephan A. Grupp, M.D., Ph.D.

キメラ抗原受容体を用いた T細胞療法による白血病寛解維持

N Engl J Med 2014;371(16):1507–17.

わかっていること

- ・ 治療抵抗性、再発性 急性リンパ芽球性白血病 (ALL)
成人、小児とも大変予後悪い
Blood 2013;121(7):1077–82.
Lancet Oncol. 2013;14(6):e205–17.
- ・ キメラ抗原受容体 (CAR) : 抗CD19短鎖抗体 + T細胞受容体
患者T細胞に遺伝子導入 → 腫瘍に対し細胞障害
Sci Transl Med. 2011;3(95):95ra73.
- ・ CLL患者 持続的な寛解
N Engl J Med. 2011;365(8):725–33.
Blood 2010;116(20):4099–102.
- ・ 難治性、再発性B細胞性ALL 完全寛解の症例報告
N Engl J Med. 2013;368(16):1509–18.

明らかにしたいこと

- ・ CAR遺伝子改変T細胞療法の難治性、再発性B細胞性ALLに対する有効性

PICO

Phase I / II a 臨床試験 2012~2014

P

再発性、難治性 ALL

I

CD19特異的キメラ抗原受容体
(CTL019) 導入T細胞療法

C

なし

O

奏効率 有害事象
CTL019陽性T細胞の発現 持続

患者の特徴

	小児 n= 25	成人 n= 5	合計 n= 30
年齢	11	47	14
男性	14	4	18
骨髄移植	18	0	18
初回治療不応	0	3	3
1回目再発	3	2	5
2回目以上再発	22	0	22
CNS-1*	23	-	
CNS-2**	2	-	

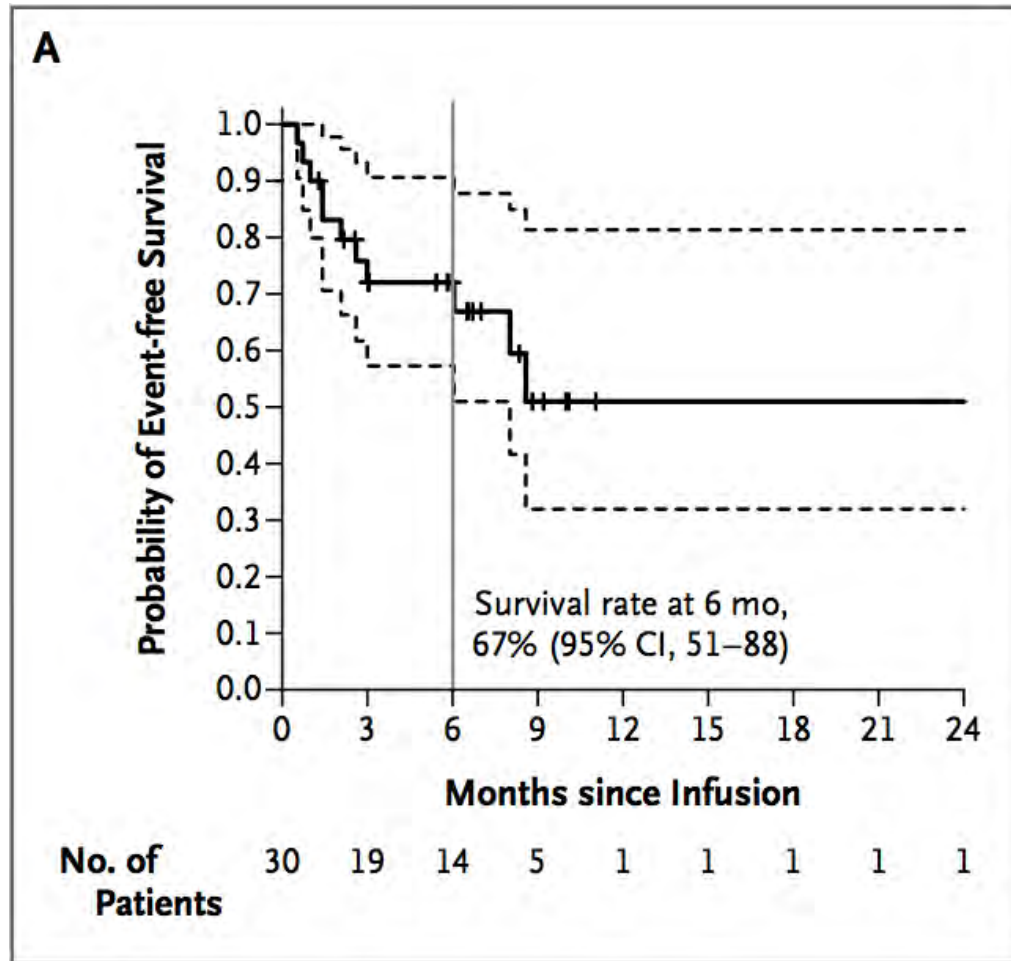
*CNS-1:髄液中に芽球なし (小児のみ)

**CNS-2:髄液中に芽球あり 白血球<5,赤血球<10 (小児のみ)

治療効果

- ・ 1ヶ月時点
27人 (90%) 寛解
- ・ フォローアップ (median 7ヶ月)
19人 (63%) 寛解維持
- ・ 7人 (23%) 死亡

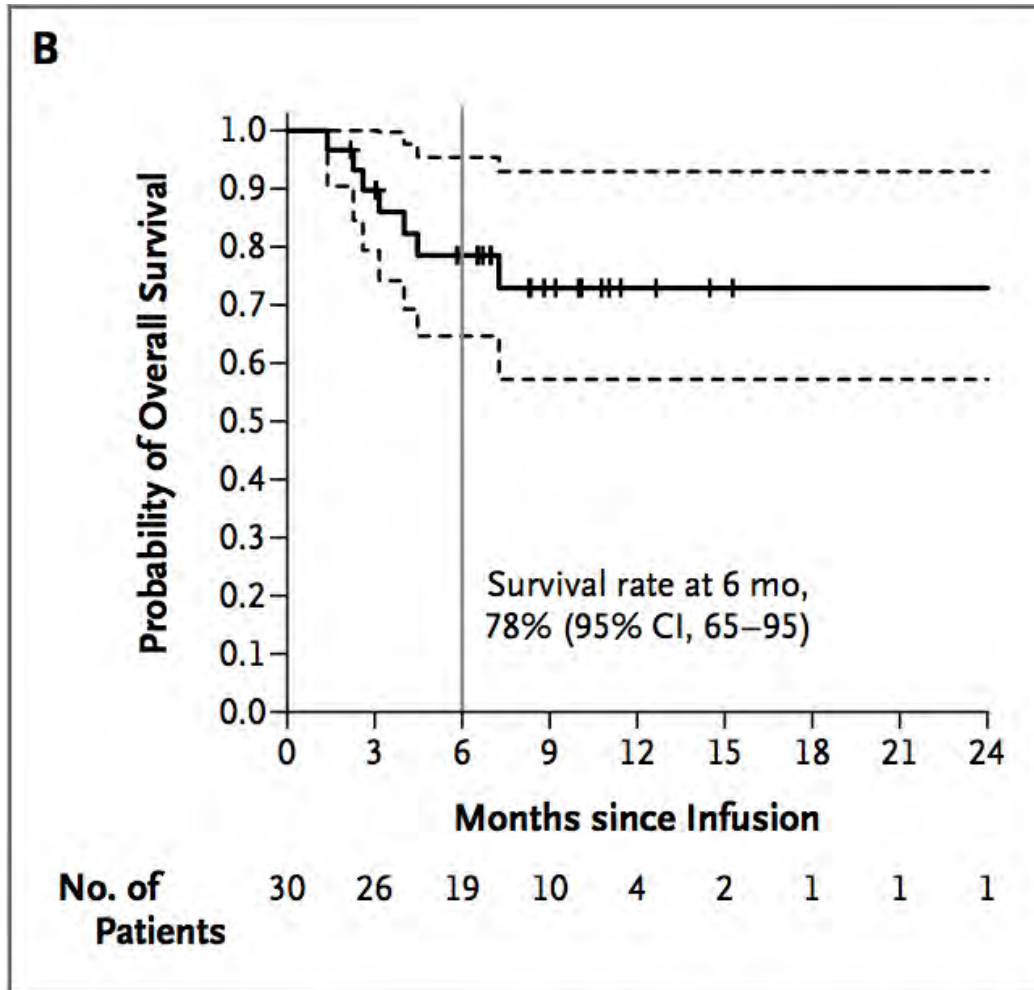
無増悪生存期間



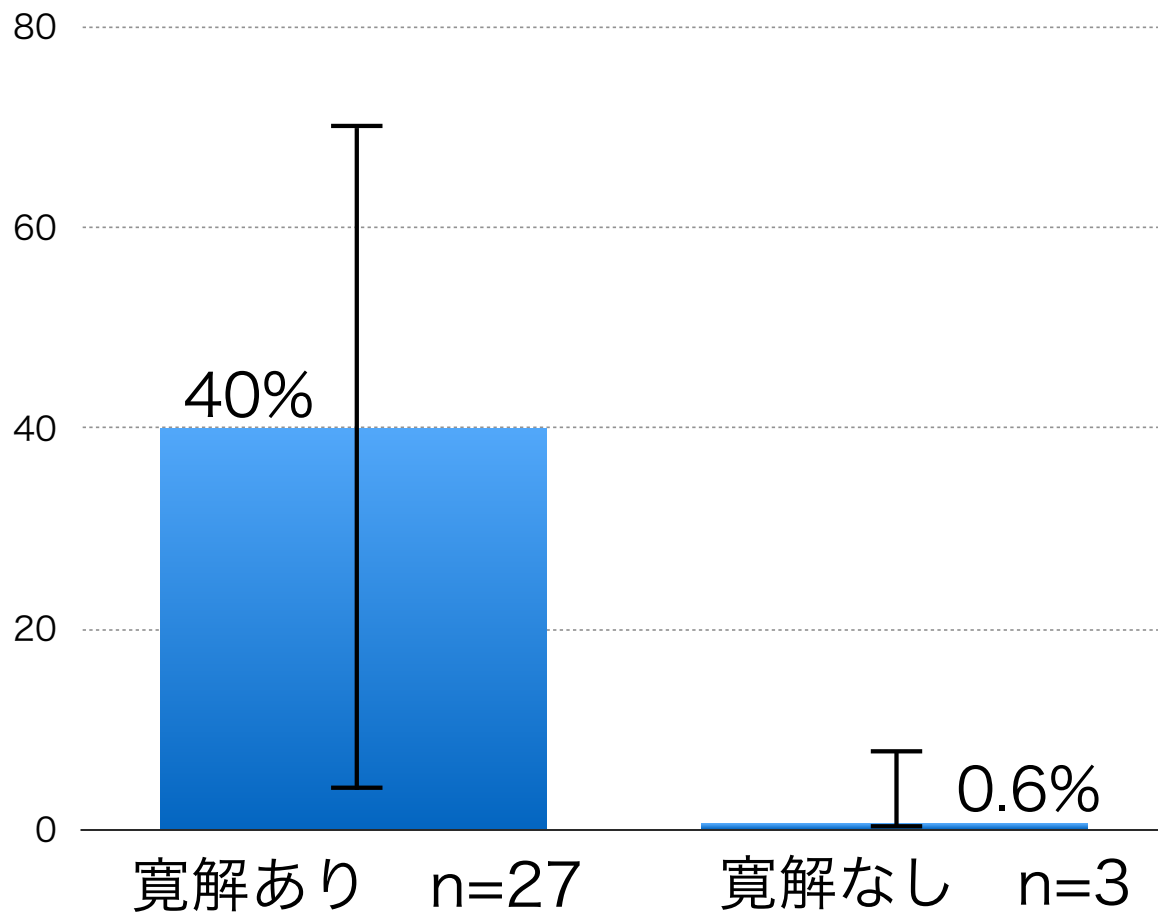
**6ヶ月無増悪
67%**

全生存期間

6ヶ月生存
78%



CTL019発現と持続



- ・ 発現は最長11ヶ月まで持続

有害事象

- ・ サイトカイン放出症候群
軽症～中等症 22人 (73%)
重症 8人 (27%)
- ・ 脳症 (混乱、せん妄、失語、幻覚)
13人(43%) 自然軽快
- ・ B細胞無形成
反応のある患者全員 IgGを補充

結論

**キメラ抗原受容体を用いたT細胞療法は
再発難治ALLに対し、有効である**

Overall Survival and Long-Term Safety of Nivolumab (Anti–Programmed Death 1 Antibody, BMS-936558, ONO-4538) in Patients With Previously Treated Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer

Scott N. Gettinger, Leora Horn, Leena Gandhi, David R. Spigel, Scott J. Antonia, Naiyer A. Rizvi, John D. Powderly, Rebecca S. Heist, Richard D. Carvajal, David M. Jackman, Lecia V. Sequist, David C. Smith, Philip Leming, David P. Carbone, Mary C. Pinder-Schenck, Suzanne L. Topalian, F. Stephen Hodi, Jeffrey A. Sosman, Mario Sznol, David F. McDermott, Drew M. Pardoll, Vindira Sankar, Christoph M. Ahlers, Mark Salvati, Jon M. Wigginton, Matthew D. Hellmann, Georgia D. Kollia, Ashok K. Gupta, and Julie R. Brahmer

治療歴のある非小細胞肺癌に対する ニボルマブの有効性と安全性

わかっていること

- ・ 進行非小細胞肺癌 診断からの予後 約1年
- ・ 殺細胞薬 分子標的薬(EGFR, ALK抗体薬)
血管新生阻害薬 (ベバシズマブ) Ann Oncol. 2013;24(1):20-30.
- ・ PD-1 (Programmed Death 1) 免疫チェックポイント
炎症反応の増強や自己に対する免疫反応を抑制
- ・ 癌細胞 PD-1シグナル↑ 癌に対する免疫↓
Nat Med. 2002;8(8):793-800.
- ・ PD-1抗体薬 ニボルマブ Proc Natl Acad Sci USA.2002;99(19):12293-12297.
悪性黒色腫 肺癌 Phase I 治験あり
Clin Cancer Res. 2009;15(23):7412-7420.

明らかにしたいこと

- ・ 肺癌に対する ニボルマブ 有効性 安全性

PICO

Phase I expansion cohort 2年間

P

非小細胞肺癌 PS 0-1

1種類以上の化学療法→PD 臓器傷害なし

I

ニボルマブ 2週おき 8週1サイクル
1, 3, 10 mg/kg

C

なし

O

①有効性：OS, 奏効率

②安全性：RECIST基準

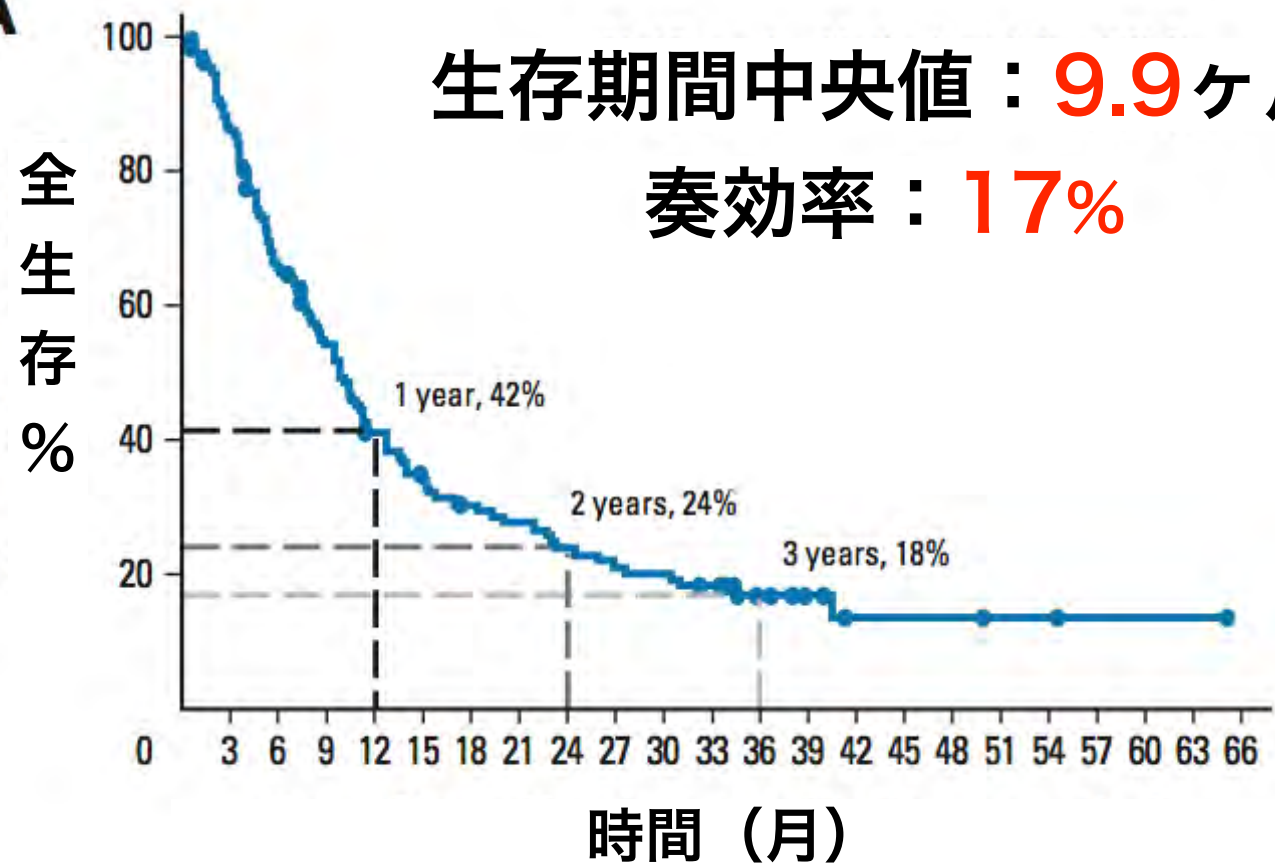
患者の特徴

n= 129			
年齢	65	化学療法* (%)	99
男性 (%)	61	TKI (%)	28
腺癌 (%)	42	手術 (%)	66
扁平上皮癌 (%)	57	放射線治療 (%)	58
PS 0/1 (%)	98	ホルモン療法、生物製剤 (%)	12
PS 2 (%)	2**	1-2レジメン後 (%)	46
EGFR陽性 (%)	9	≥3レジメン後 (%)	54
EGFR陰性 (%)	43	KRAS陽性 (%)	16
EGFR不明 (%)	47	KRAS陰性 (%)	28

*プラチナ製剤ベースのレジメン

**PSの要件変更前、またPS評価前に組み入れられた患者

A

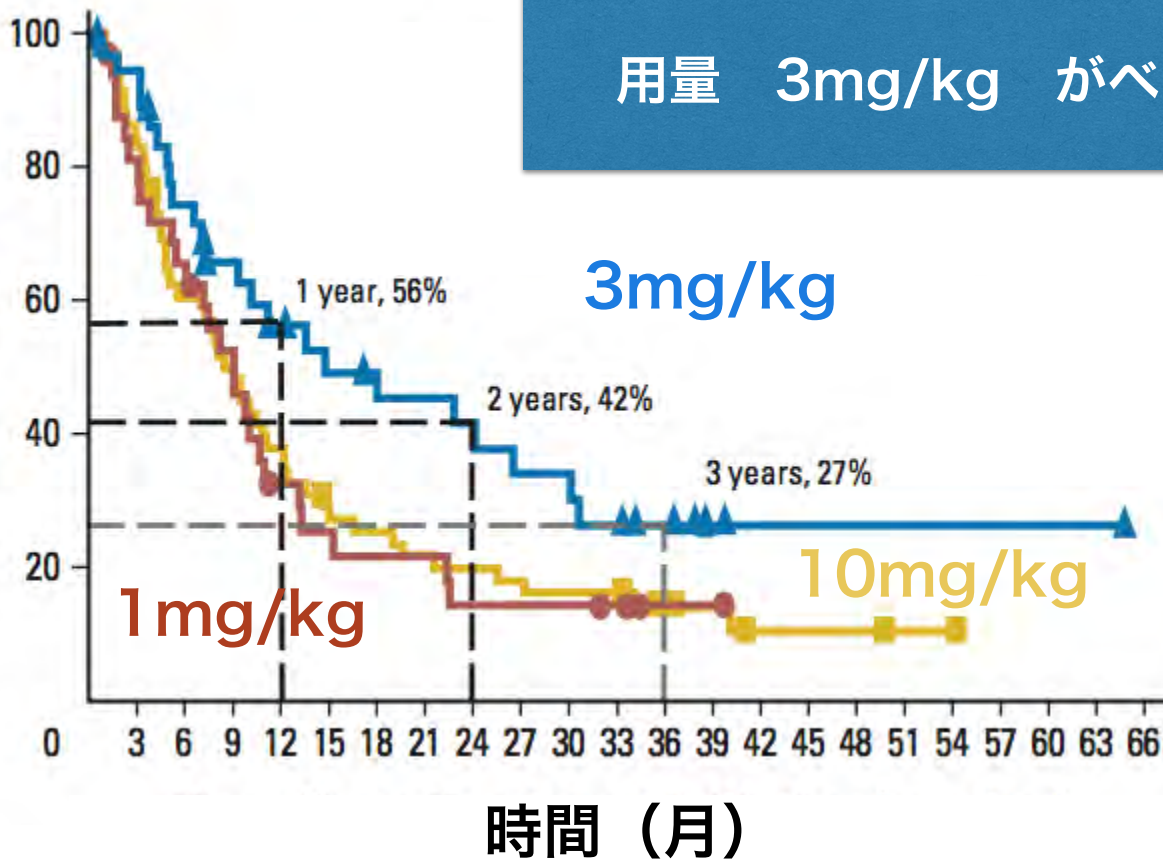


生存期間中央値：9.9ヶ月

奏効率：17%

B

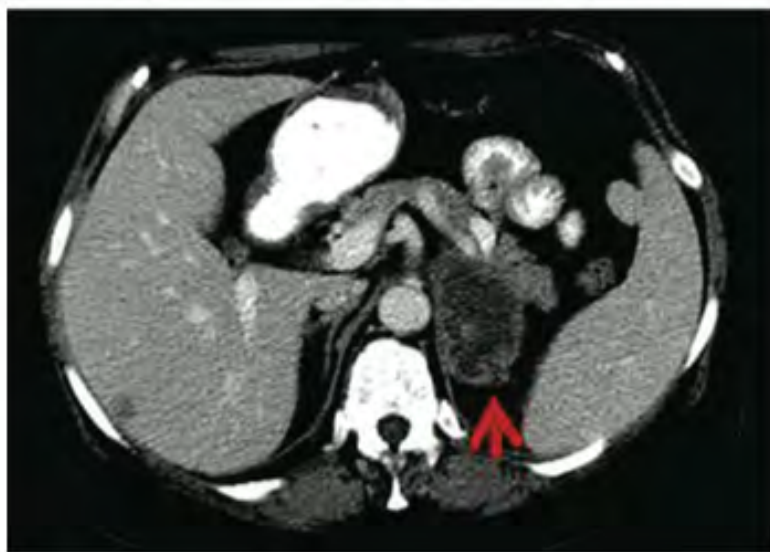
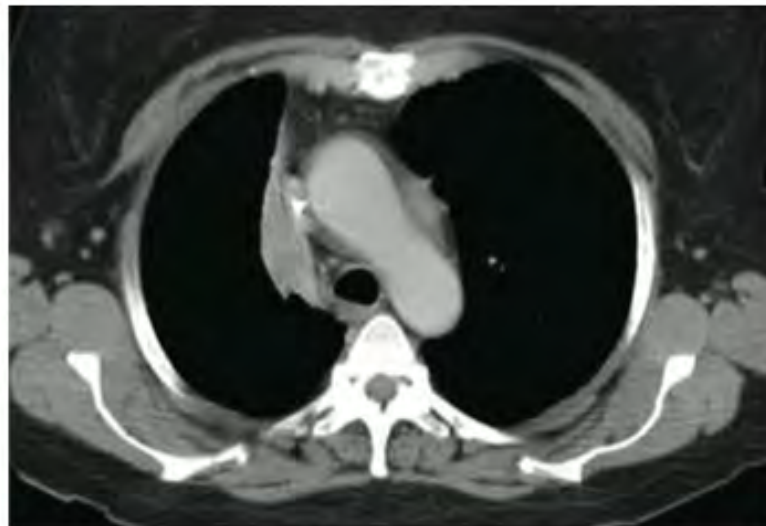
全生存 %



A



B



投与前

投与2年後

有害事象

	全て (%)	G3 to 4 (%)
合計	41	5
皮膚	16	0
消化管	12	1
肺	7	2*
内分泌	6	0
肝臓	5	1
投与後反応	4	1
腎臓	3	0

*肺炎で1例は死亡 (Grade 5)

結論

濃厚治療歴のある 非小細胞肺癌

ニボルマブ 生存期間中央値 10ヶ月

有害事象 許容範囲

Multitarget Therapy for Induction Treatment of Lupus Nephritis

A Randomized Trial

Zhihong Liu, MD; Haitao Zhang, MD; Zhangsuo Liu, MD; Changying Xing, PhD; Ping Fu, MD; Zhaohui Ni, MD; Jianghua Chen, MD; Hongli Lin, MD; Fuyou Liu, MD; Yongcheng He, MD; Yani He, MD; Lining Miao, MD; Nan Chen, MD; Ying Li, MD; Yong Gu, MD; Wei Shi, MD; Weixin Hu, MD; Zhengzhao Liu, MD; Hao Bao, MD; Caihong Zeng, PhD; and Minlin Zhou, MD

ループス腎炎に対する 免疫抑制剤併用療法

Ann Intern Med. 2015;162(1):18–14.

わかっていること

・ ループス腎炎の治療 寛解導入→維持療法

・ 導入療法で完全寛解 → 予後良好

Clin J Am Soc Nephrol. 2008;3(1):46-53.

・ 現在の標準療法

ステロイド+シクロホスファミド (CY) or MMF

完全寛解少ない

J Am Soc Nephrol.2009;20(5):1103-1112.

N Engl J Med. 2005;353(21):2219-2228.

・ タクロリムス(Tc) 糸球体足細胞保護 蛋白尿↓

ループス腎炎に対する有用性

Mol Endocrinol. 2011;25(8):1376-1386.

Rheumatology(Oxford). 2008;47(11):1678-1681.

明らかにしたいこと

・ 現在の標準療法 (ステロイド+CY)

VS

新たなレジメン (ステロイド+Tc+MMF)

PICO 26施設、RCT、オープンラベル、24週追跡

P

腎生検で証明された ループス腎炎
かつ ACR分類基準を満たす SLE

I

ステロイド + MMF + Tc

mPSL 0.5g x3日, PSL0.6mg/kg/日 1g/日, 4mg/日

C

ステロイド + IVCY

mPSL 0.5g x3日, PSL0.6mg/kg/日 0.5g-1.0/m² 4週ごと半年間

O

① 24週での完全寛解 (CR)

蛋白尿<0.5g/日、異常沈渣なし、Alb>3.5 mg/dl、Cr正常

② CR+PR、寛解までの時間、有害事象

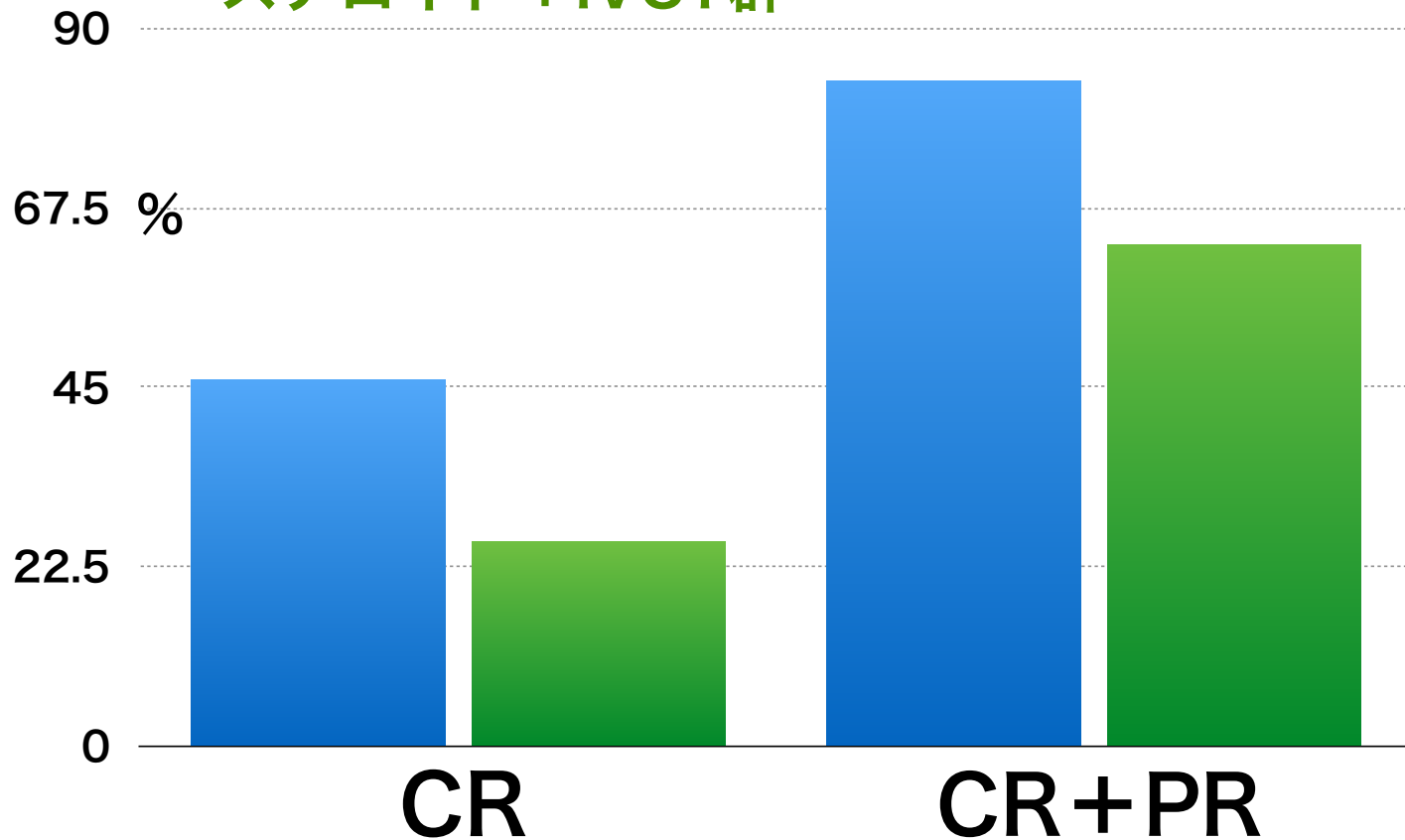
患者の特徴

	MMF+Tc n= 181	IVCY n= 181	合計 n= 362
年齢	30.3	33.6	31.9
女性	168	161	329
Class III	10	9	19
Class IV	74	76	150
Class V	32	37	69
Class III + V	19	7	26
Class IV + V	46	52	98
尿蛋白 (g/日)	3.44	3.68	3.58

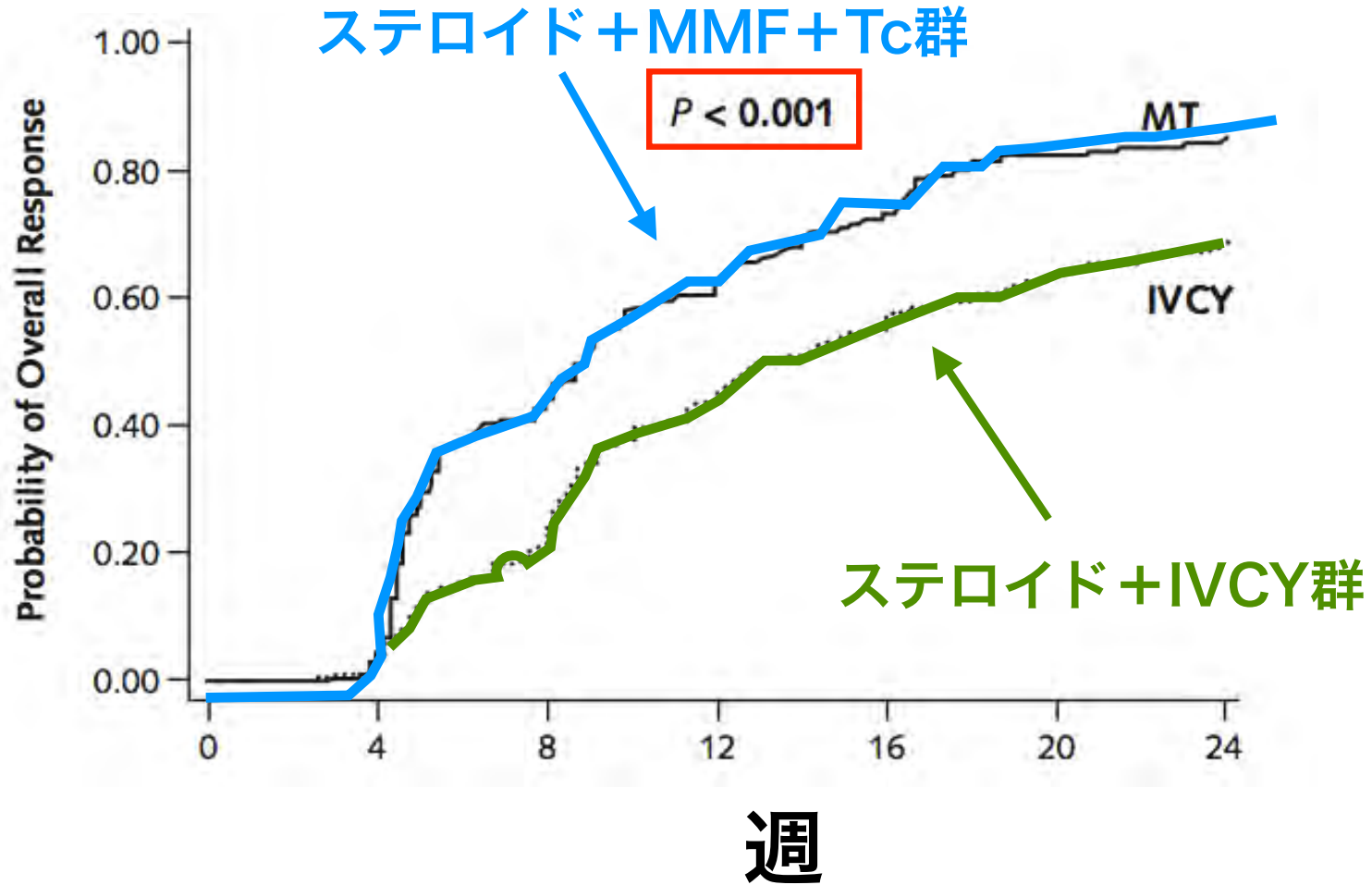
有効性 24週評価

ステロイド+MMF+Tc群

ステロイド+IVCY群



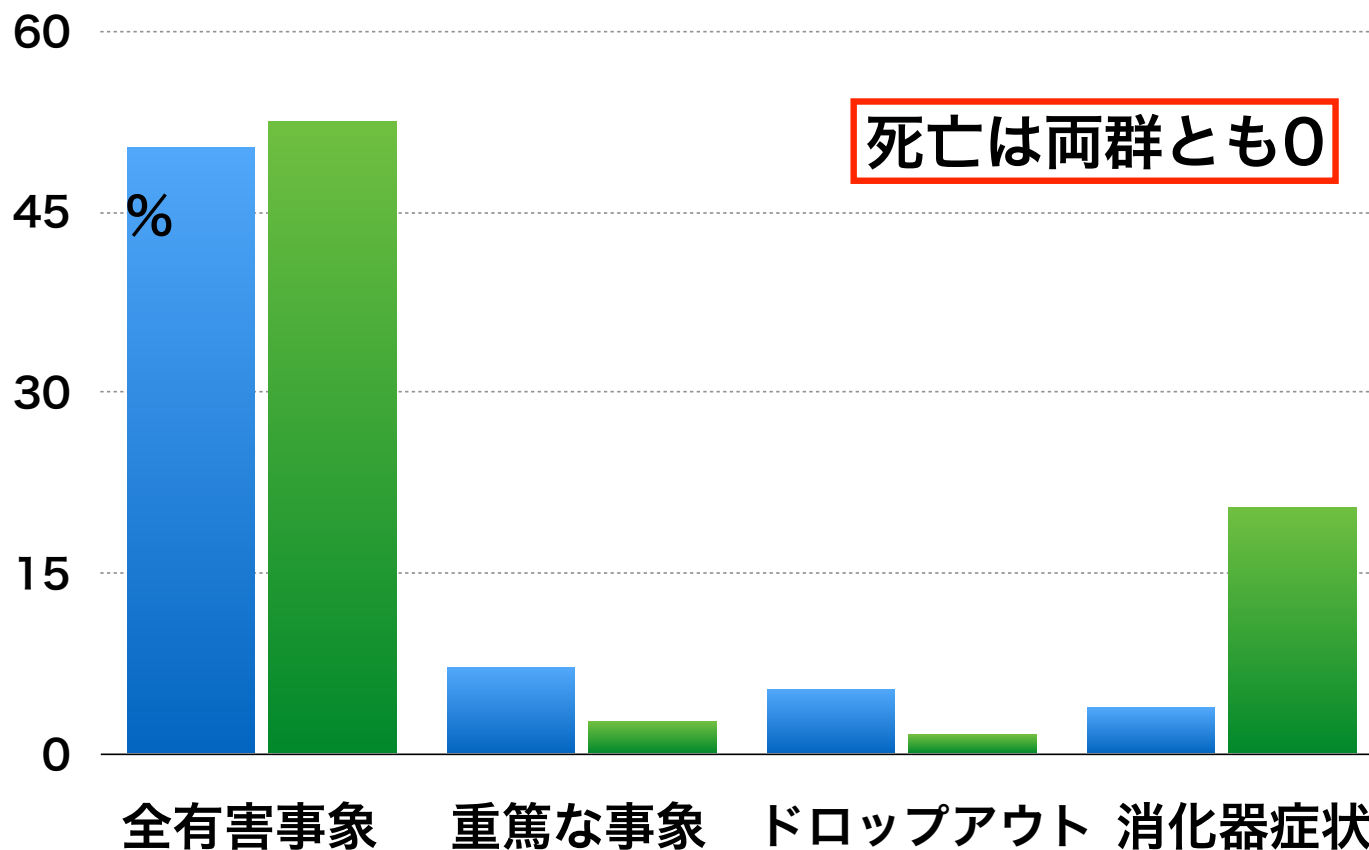
PR + CR



有害事象

ステロイド+MMF+Tc群

ステロイド+IVCY群



結論

ループス腎炎

ステロイド+MMF+Tc

VS

ステロイド+IVCY

寛解 

有害事象 

Original Investigation

**Barriers to Goals of Care Discussions With Seriously Ill
Hospitalized Patients and Their Families
A Multicenter Survey of Clinicians**

**重篤な入院患者とその家族
治療のゴールの話し合いへの障壁**

JAMA Int Med. 2015;175: 549-8

わかっていること

- ・ 重篤な入院患者 望まざる医療処置↑ J Am Geriatr Soc. 2002;50(5):930-934.
J Palliat Care. 2000;16(suppl):S10-S16.
- ・ 終末期の過剰医療 QOL、終末期治療の満足度↓
家族の不安、抑うつ↑ JAMA.2008;300(14): 1665-1673.
- ・ 治療のゴールを話し合うこと 重要
- ・ 患者、家族からの視点は研究されている
医師からの視点はあまり研究されていない BMJ. 2011;342:d1773.
Arch Intern Med. 1994;154(20):2311-2318.
- ・ 訓練されたファシリテーターが介入→終末期のコミュニケーション
↑ J Am Geriatr Soc. 2012;60(5):946-950.
Med Care. 2005;43 (10):1049-1053.

明らかにしたいこと

- ・ 治療のゴールの話し合いへの障壁 (医師看護師の視点)
- ・ 話し合いに他の医療者が加わることを受け入れるかどうか

アンケート調査 13教育病院

対象

スタッフ医師、レジデント、看護師
レジデント、学生教育を行っている施設より

方法

アンケート調査

モデル症例 治療のゴールの話し合いへの21の障壁を設定

評価

各項目 重要度7段階評価
話し合いの各ステップの評価
他職種が話し合いに入って良いかどうか

参加者の特徴

	看護師 n= 512	レジデント n= 484	スタッフ医師 n= 260	合計 n= 1256
年齢	36.6	28.5	45.8	35.4
女性(%)	83	44	35	58
免許取得 in カナダ (%)	81	79	74	78
経験年数	8.8	NA	13.8	10.5
クリスチャン (%)	44	32	45	40
無宗教 (%)	13	30	23	22
ムスリム (%)	2	12	9	7
信仰の重要度*	5.0	4.0	4.3	4.5
終末期トレーニング あり (%)	10	35	29	23

*人生における信仰の重要度を1～7段階で回答

モデル症例

70歳 ADL全介助 COPD在宅酸素
COPD増悪入院 症状改善

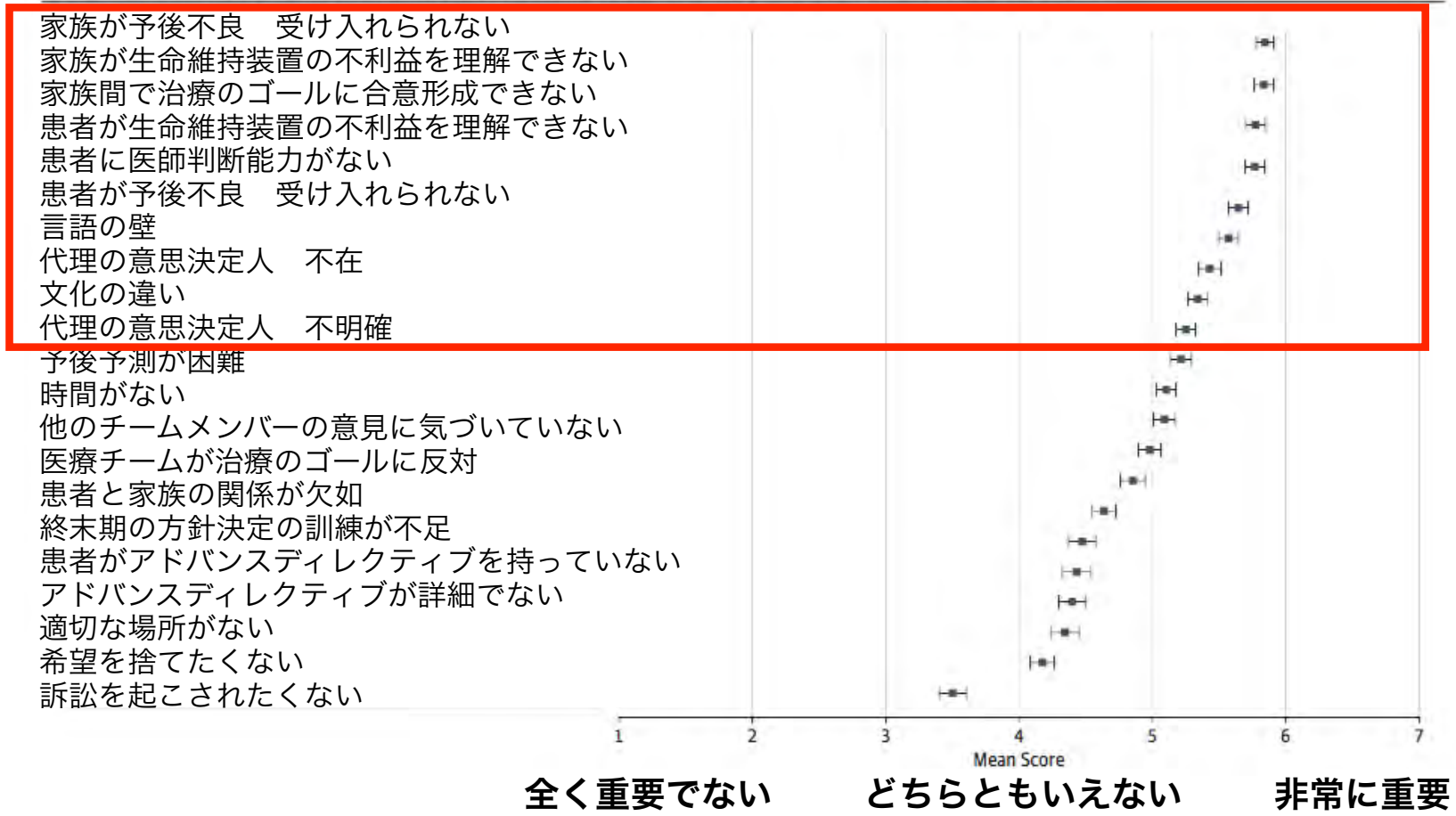
治療のゴール、生命維持装置の使用
患者の価値観 話し合っていない

患者や家族との話しあい

21の障壁 重要度を評価

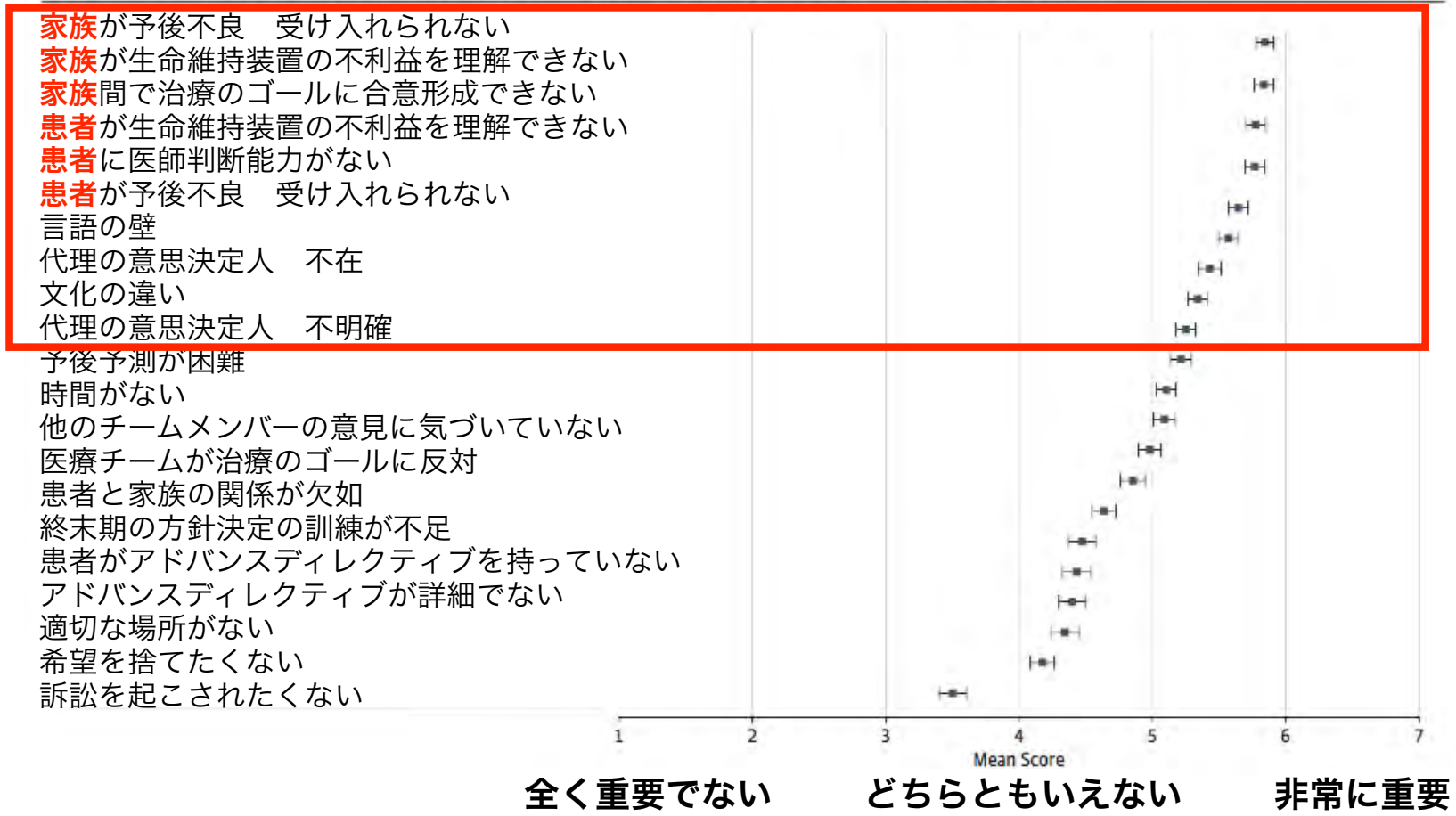
21の質問 10は患者、家族 4は医療者 7はシステム

Figure 1. Importance of Barriers to Goals of Care Discussions as Perceived by Clinicians on Medical Teaching Units



21の質問 10は患者、家族 4は医療者 7はシステム

Figure 1. Importance of Barriers to Goals of Care Discussions as Perceived by Clinicians on Medical Teaching Units



結論

治療のゴールに関する話し合いの障壁

患者および家族に関することが多い

ACP 日本Chapter 2015年

ACP論文30選

腫瘍内科・膠原病

江原淳、平岡栄治

1. 血小板輸血ガイドライン Annals of Intern Med
2. 遺伝子導入治療による免疫療法、難治性ALLが寛解 NEJM
3. 免疫チェックポイント阻害剤、通常治療にもかかわらず進行する肺がん、中間値10か月生存。Journal of Oncology
4. ループス腎炎、2剤使用より3剤使用する方が寛解導入率が上昇 Annals of Intern Med
5. 終末期患者、治療のゴール設定の話し合いがうまくいかない原因、JAMA Intern Med

血小板輸血のガイドライン

Platelet Transfusion: A Clinical Practice Guideline From the AABB

Richard M. Kaufman, MD; Benjamin Djulbegovic, MD, PhD; Terry Gernsheimer, MD; Steven Kleinman, MD; Alan T. Tinmouth, MD; Kelley E. Capocelli, MD; Mark D. Cipolle, MD, PhD; Claudia S. Cohn, MD, PhD; Mark K. Fung, MD, PhD; Brenda J. Grossman, MD, MPH; Paul D. Mintz, MD; Barbara A. O'Malley, MD; Deborah A. Sesok-Pizzini, MD; Aryeh Shander, MD; Gary E. Stack, MD, PhD; Kathryn E. Webert, MD, MSc; Robert Weinstein, MD; Babu G. Welch, MD; Glenn J. Whitman, MD; Edward C. Wong, MD; and Aaron A.R. Tobian, MD, PhD

Annals Intern Med 2015; 162: 205-213

Recommendation	
化学療法	1万以下
中心静脈ライン	2万
腰椎穿刺	5万
手術(神経系以外)	5万
心臓手術	血小板減少ないときはルーチンには不要
抗血小板薬+脳出血	輸血に賛成とも反対ともいえない。

血小板10単位の値段は？



約77000円

Overall Survival and Long-Term Safety of Nivolumab
(Anti-Programmed Death 1 Antibody, BMS-936558,
ONO-4538) in Patients With Previously Treated Advanced
Non-Small-Cell Lung Cancer

Journal of Oncology 2015; 33: 1-8

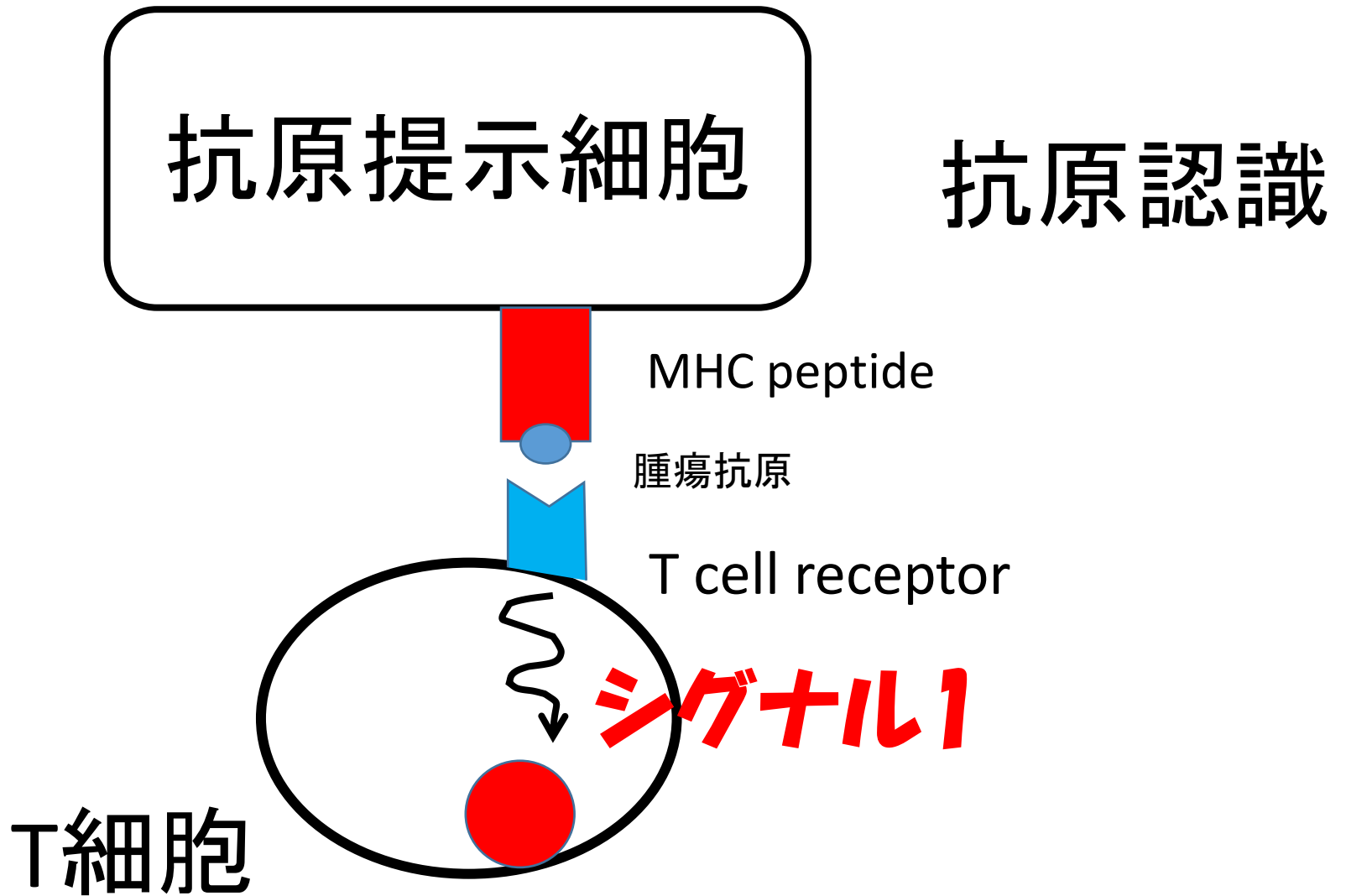
免疫チェックポイント阻害剤
肺がんの予後

Chimeric Antigen Receptor T Cells
for Sustained Remissions in Leukemia

NEJM 2014; 371: 1507-1517

キメラ 抗原受容体:T細胞に遺伝子導入
急性リンパ球性白血病を寛解。

T細胞活性化: シグナル1



T細胞活性化: シグナル2



共刺激分子

CD80, 86

CD28

MHC peptide

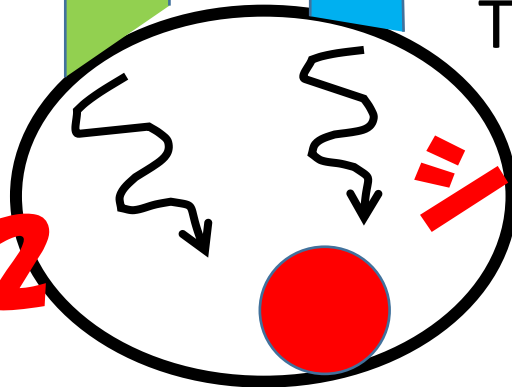
腫瘍抗原

T cell receptor

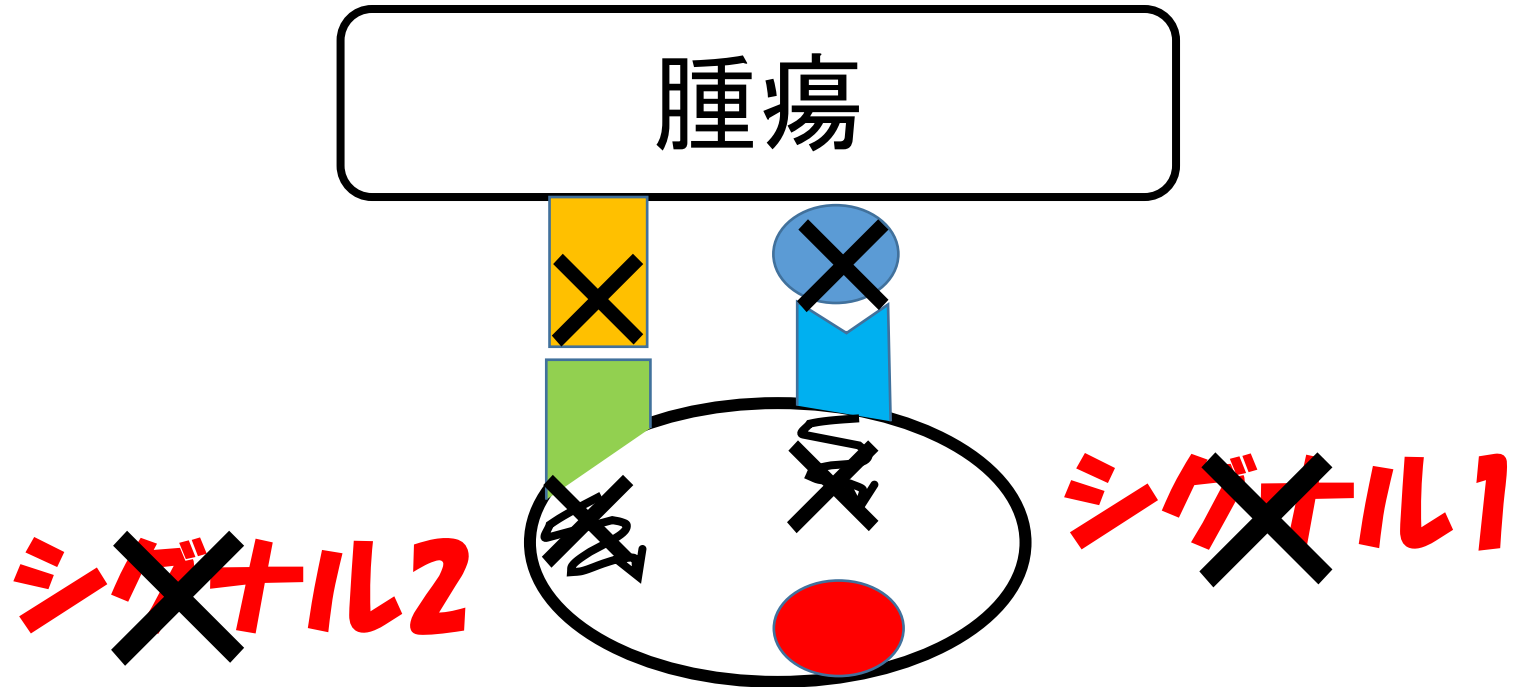
シグナル2

シグナル1

活性化！！



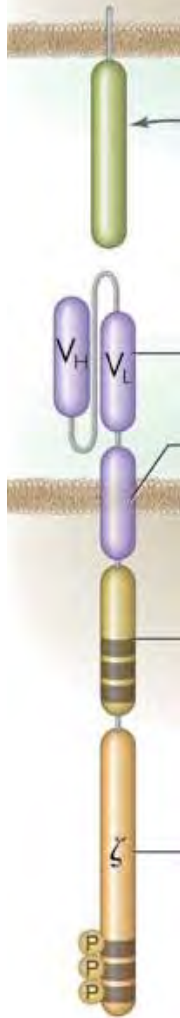
腫瘍はそれに対抗し



免疫寛容

キメラ 抗原受容体

腫瘍細胞



抗原

抗体

共刺激シグナル領域



シグナル2

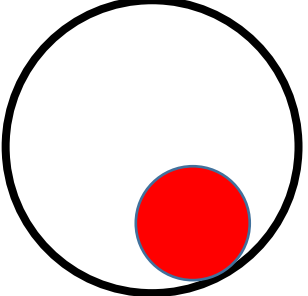
シグナル伝達領域



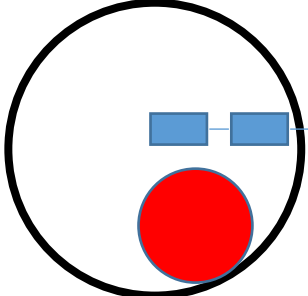
シグナル1

Tリンパ球

患者からT cell採取

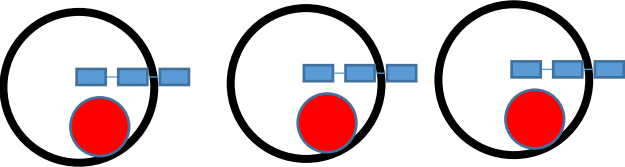


遺伝子導入



抗体
共刺激シグナル
T細胞受容体

培養して増殖する

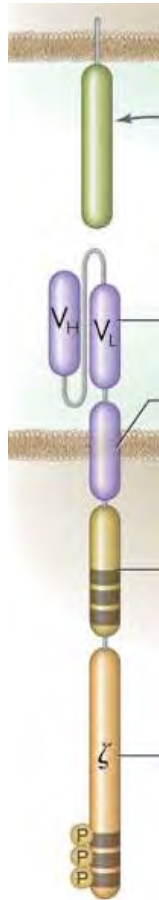


患者に投与

Chimeric Antigen Receptor T Cells for Sustained Remissions in Leukemia

NEJM 2014; 371: 1507-1517

ALL



抗原
CD19

抗体
抗CD19抗体

共刺激シグナル領域



シグナル2

シグナル伝達領域



シグナル1

Tリンパ球

N Engl J Med 2014;371:1507-17.

T細胞が活性化され過ぎないため、抑制系が存在する

= チェックポイント

抗原提示細胞

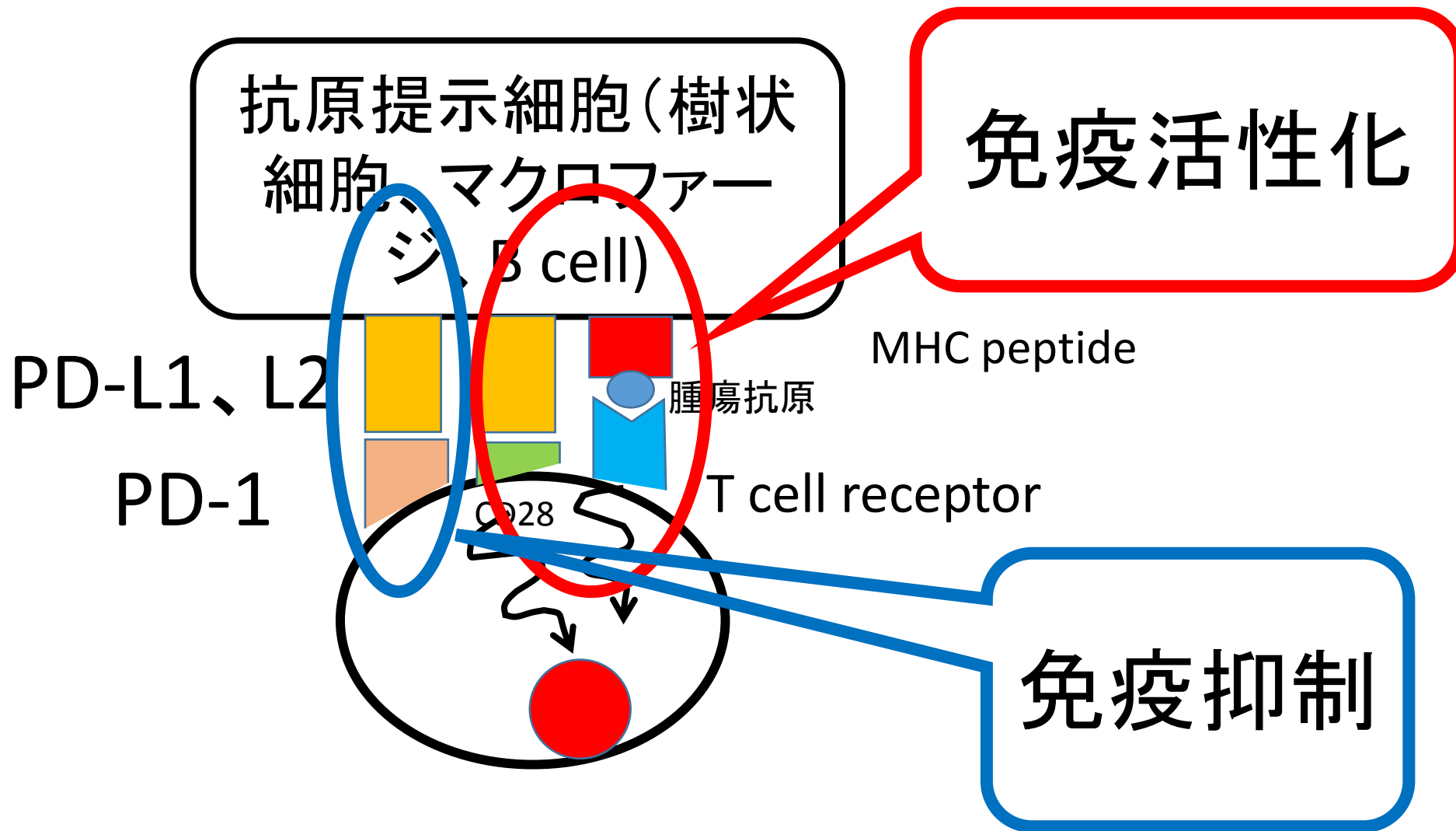


T細胞活性を抑制

免疫寛容

T細胞が活性化され過ぎないため、抑制系が存在する

=チェックポイント



チェックポイント阻害剤

抗原提示細胞

PD-L1, L2

B7

B7

腫瘍抗原

PD-1

CD28

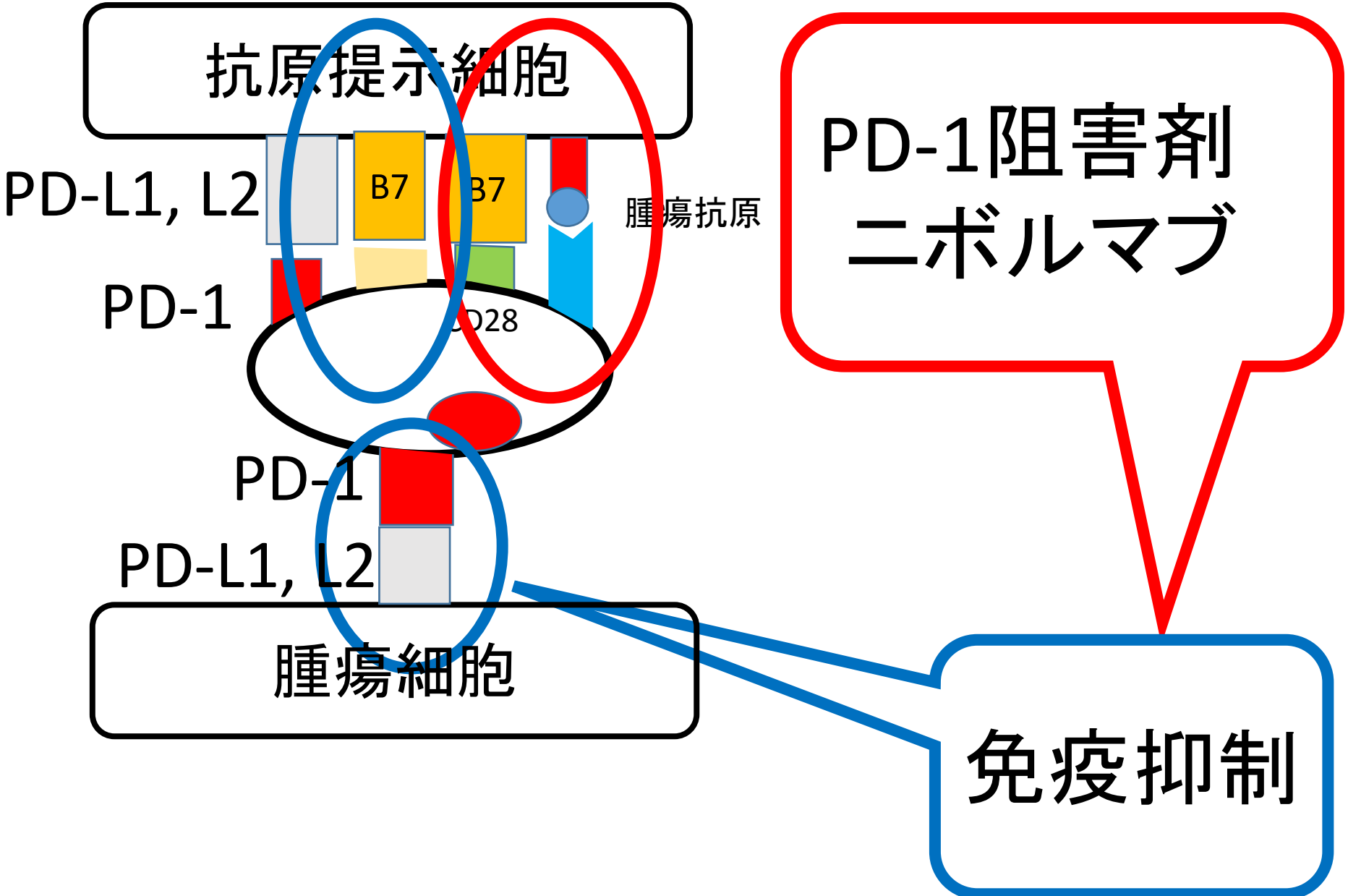
PD-1

PD-L1, L2

腫瘍細胞

PD-1阻害剤
ニボルマブ

免疫抑制



チェックポイント阻害剤:
ニボルマブ (PD-1阻害剤)
イピリムマブ (PD-L1阻害剤)

**悪性黒色腫
肺がん
など**

続々とトライアルがされている:

NEJM 2015: April 20: 悪性黒色腫: ニボルマブ + イピリムマブ
CHECKMATE-O17 trial: 肺がん: ニボルマブ

Multitarget Therapy for Induction Treatment of Lupus Nephritis

A Randomized Trial

Zhihong Liu, MD; Haitao Zhang, MD; Zhangsuo Liu, MD; Changying Xing, PhD; Ping Fu, MD; Zhaohui Ni, MD; Jianghua Chen, MD; Hongli Lin, MD; Fuyou Liu, MD; Yongchang He, MD; Yani He, MD; Lining Miao, MD; Nan Chen, MD; Ying Li, MD; Yong Gu, MD; Wei Shi, MD; Weixin Hu, MD; Zhengzhao Liu, MD; Hao Bao, MD; Caibong Zeng, PhD; and Minlin Zhou, MD

Background: Treatment of lupus nephritis (LN) remains challenging.

Objective: To assess the efficacy and safety of a multitarget therapy consisting of tacrolimus, mycophenolate mofetil, and steroid compared with intravenous cyclophosphamide and steroid as induction therapy for LN.

Design: 24-week randomized, nonblinded, multicenter study

group (25.6%) showed complete remission (difference, 20.3 percentage points [95% CI, 10.0 to 30.6 percentage points]; $P < 0.001$). The overall response incidence was higher in the multitarget group than in the intravenous cyclophosphamide group (83.5% vs. 63.0%; difference, 20.4 percentage points [CI, 10.3 to 30.6 percentage points]; $P < 0.001$), and the median time to overall response was shorter in the multitarget group (difference, -4.1 weeks [CI, -7.9 to -2.1 weeks]). Incidence of adverse

ループス腎炎は多剤併用がいい！

ループス腎炎: 病理

ISN/RPS分類	メサンギウムの増殖	毛細血管内・外増殖	基底膜の変化
I型 微小メサンギウム型	光学顕微鏡で異常なし。電子顕微鏡でメサンギウムに異常		
II型 メサンギウム増殖型	+	+	+
III型 局所	+または-	+	-
IV型 びまん性 (<u>Segmental vs Global</u> 型)	+または-	+	-
V型 膜性	+または-	-	+
VI型 高度の腎硬化症	90%以上の糸球体に硬化がある。		

免疫抑制剤の適応

ISN/RPS分類

治療:ACR2012年ガイドライン

寛解導入



寛解維持

グルココルチコイド+
● シクロホスファミドIV
または
● MMF

寛解導入治療に反応すれば

アザチオプリン
または
MMF

+/-少量ステロイド

今回されたのは寛解導入のレジメの比較

従来の治療：2剤

プレドニゾン+シクロフォスファミドまたはMMF

vs.

3剤

プレドニゾン+MMF+タクロリムス

3剤にした方が、寛解率が改善！

45% vs 25%

観察期間短すぎでは？

今回されたのは寛解導入のレジメの比較

従来の治療の刻

**今のところ
2012年ACRガイドライン
が基本です！**

**American College of Rheumatology Guidelines for
Screening, Treatment, and Management of Lupus
Nephritis: Arthritis Care & Research Vol. 64, No. 6, June
2012, pp 797–808**

長谷川 俊彦 先生

Original Investigation

Barriers to Goals of Care Discussions With Seriously Ill Hospitalized Patients and Their Families A Multicenter Survey of Clinicians

John J. You, MD, MSc; James Downar, MDCM, MHSc; Robert A. Fowler, MDCM, MS, Epi;
François Lamontagne, MD, MSc; Irene W. Y. Ma, MD, MSc; Dev Jayaraman, MD, MPH;
Jennifer Kryworuchko, RN, PhD; Patricia H. Strachan, RN, PhD; Roy Ilan, MD, MSc; Aman P. Nijjar, MD, MPH;
John Neary, MD; John Shik, MD, MSc; Kevin Brazil, PhD; Amen Patel, MB; Kim Wiebe, MD, MPH;
Martin Albert, MD; Anita Palepu, MD, MPH; Elysée Nouvet, PhD; Amanda Roze des Ordon, MD, MMed;
Nishan Sharma, MSc, EdD; Amane Abdul-Razzak, MD, MSc; Xuran Jiang, MSc; Andrew Day, MSc;
Daren K. Heyland, MD, MSc; for the Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET)

医師へのアンケート調査
患者と「ケアのゴール設定」を議論できない理由

家族の問題

1. 予後が悪いことを受け入れられない。
2. 延命処置への過大な期待
3. 家族間で意見が割れる。

患者の問題

1. 意思決定能力が低下
2. 予後が悪いことを受け入れられない。
3. 延命処置への過大な期待

Procedure oriented question 手技志向の質問

「今後、息が苦しくなったら挿管、人工呼吸器をしますか？」

「心臓が止まれば蘇生処置をしてほしいですか？」

これは会話のきっかけには使用できるが、、、、

治療のゴール設定が大切

患者の価値観

- 長生き
- 苦痛がない
- 意識があり家族とコミュニケーションがとれる
- 家にいる。
- やりのこしたこと(具体的)をやい遂げる。
- ADLが自立、*self control!*

+

いかなる時も負いたくない負担、苦痛