

がんの痛みのマネジメント

－緩和ケア病棟での実際－

洛和会音羽記念病院 緩和ケア科

諏訪 直子・川上 明

The Management of Cancer Pain

－Practices, in the Palliative Care Unit－

Department of Palliative Care, Rakuwakai Otowa Kinen Hospital

Naoko Suwa, Akira Kawakami

【要旨】

緩和ケアにおいて疼痛マネジメントは非常に重要な要素である。進行がん患者の3分の2に痛みが出現する。さまざまな原因から痛みが出現するので、ひとつひとつの痛みの原因を把握し、それに応じた対処方法をとる。大部分のがんの痛みは持続的であり、継続した治療が必要である。がん患者の多くは、身体的痛みだけではなく、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を抱えており、患者の痛みを評価し緩和するためには、痛みを“全人的苦痛”としてとらえることも重要である。

疼痛治療はWHOがん疼痛治療法に沿って行う。非オピオイドの有効使用、適時のオピオイド開始と副作用対策、適切なレスキューの使用、鎮痛補助薬の追加、状態に応じたオピオイドローテーションや投与経路の変更などが必要となる。

【Abstract】

Management of pain is a very important aspect of palliative care. The pain appears in two thirds of the patients with advanced cancer. Because the pain develops from various causes, the cause of an individual pain must be understood, and coping processes according to the cause should be taken. Most cancer pain is continuous, therefore an on-going treatment is necessary. Many of cancer patients suffer not only physical pain but also psychological, social and spiritual pain, therefore understanding the pain as “total pain” is important to evaluate and relieve it.

The pain therapy is conducted according to the WHO cancer pain treatment method. An effective use of non-opioids, a timely start of opioids with side effect measures, an appropriate rescue drug use, addition of adjuvant drugs, opioid rotation and the change of administration route according to patient conditions are necessary.

Key words : 緩和ケア、がん性疼痛、全人的苦痛
Palliative Care, Cancer Pain, Total Pain

【はじめに】

2008（平成20）年4月1日、洛和会音羽記念病院に緩和ケア病棟がオープンし、2009（平成21）年9月25日現在、181人の患者が入院し、そのうち114人の方を見送った。（死亡

退院/総退院 66.7%）

われわれの病棟では、症状マネジメントやターミナルケアだけではなく、昨年の当誌にも紹介したように在宅療養中のレスパイト目的の入院も受け入れている。10床の病棟

を有効に活用し、できるだけ多くの患者・家族に緩和ケアを届けることを目指し、積極的に在宅への橋渡しを行い、また状態の安定した患者には療養のための転院をお願いすることもある。その際には当会の他施設にご協力をいただいていることを、感謝申し上げたい。(表1)

このように緩和ケア病棟入院の目的はさまざまであるが、症状マネジメントが一番大きな柱であることは間違いなく、多くの症状の中でも痛みは頻度が高く、かつ患者や家族がもっとも恐れている症状の一つであろう。また、全身倦怠感や食欲不振、呼吸困難感と比し、痛みは早期から出現する症状であるので、緩和ケアにおいて疼痛マネジメントは非常に重要な要素といえ、緩和ケア病棟のみならず一般病棟や外来中から行われるものである。

そこで本稿では、がんの痛みの特徴や現在スタンダードとなっている疼痛マネジメント方法についてまとめ、当病棟での実際について症例を交えてご紹介したい。

【がん患者の痛みの特徴】

がん患者の痛みの頻度と原因

進行がん患者の3分の2に痛みが出現する。痛みが同時に多発することも多い。

がん患者に出現する痛みのすべてが、がんが原因であるわけではない。がん自体によって引き起こされる痛みのほかに、がん治療に起因する痛みや、衰弱に伴う痛み、がんと無関係な痛みもがん患者には出現する。ひとつひとつの痛みの原因を把握し、それに応じた対処方法をとることが

重要である。

そのためには、まず入念に病歴を聴取し診察する。また前医からの情報も整理したうえで、必要最低限の検査を行う。痛みが強い場合には痛みの治療を優先し、痛みが軽減してから検査するように柔軟な対応を心がけている。

がん性疼痛の特徴

一般の痛みでは、痛みの原因が確定するまで鎮痛薬を使わないのが原則である。痛みの原因を除去することが優先され、痛み到我慢できなければ鎮痛剤を“頓用”として投与する。一方、がん性疼痛は、がんの存在が明らかになってしまえば、痛みを残しておいてプラスになることはない。進行がんでは痛みの原因を除去することは難しい場合が多い。

大部分のがん性疼痛は持続的である。したがって、痛みがふたたび起こらないように予防する方法で治療するのが原則である。患者の状態にあった鎮痛薬を定期的に投与するのがよい。痛みが出現してから投与する“頓用”では、がん性疼痛を十分にコントロールすることはできない。

また、がん性疼痛の治療では目標設定を行う。はじめは「夜間痛みがなく眠れること」を目標とし、これが達成されれば「安静時に痛みがないこと」さらに「体動時に痛みをとる」というように現実的かつ段階的に目標を設定し、疼痛治療を行っていく。しかし、骨転移や神経因性疼痛の場合は、動いても痛くないようにすることは難しい場合があり、患者と話し合い共通の目標を設定する。

表1 緩和ケア病棟入院患者 (2008.4.1～2009.9.25)

	男性	女性			合計
入院患者数	71	110			181
平均年齢	73	75			74.2
平均在院日数	30	28			29
入院目的	症状緩和	ターミナルケア	レスパイト	その他	合計
	143 うち疼痛 58	16	20	2	181
転帰	死亡	在宅	転院	入院中	合計
	114	39	18	10	181
			療養 14 (洛和ヴィリアエル4、洛和会音羽病院リハ1、 洛和会丸太町病院1、洛和グループホーム久世1、 他院7)		
			治療 4 (洛和会音羽病院 硬膜外チューブ1 洛和会音羽病院 ERBD1 他院 放射線治療2)		

がん性疼痛の病態

疼痛の病態にはさまざまな分類があるが、以下の3タイプに分類するとわかりやすく臨床で使いやすい。

1. 体性痛

体性痛 (somatic pain) は、疼痛の部位が非常に限局し、持続的に“うずく痛み”、“さしこむ痛み”と表現される。骨転移の痛みが代表例である。腫瘍が骨膜に浸潤した部位に痛みがみられ、叩打痛が病変に一致してみられる。そして、体動によって痛みが増強する。体性痛はオピオイドがやや効きにくく、NSAIDsや鎮痛補助薬を併用する必要がある。

2. 内臓痛

内臓痛 (visceral pain) は、疼痛の部位が明確でなく、“しめつけられる痛み”“鈍い痛み”“深い痛み”と表現される。圧痛や関連痛 (放散痛) がみられ嘔気・嘔吐、発汗を伴うことがある。肝がんや膵がんでの安静時の鈍い腹痛などが代表である。内臓痛はオピオイドが効きやすい。

3. 神経因性疼痛

神経因性疼痛 (neuropathic pain) は、末梢神経や中枢神経の損傷や障害によってもたらされる疼痛症候群である。“火箸を当てられたような痛み”“刺すような痛み”“電気が走るような痛み”などの痛みが、神経の支配領域に一致して表在的に放散する。直腸がんや子宮がんの骨盤内再発、Pancoast型肺がんなどが代表例である。この痛みはオピオイドに反応しにくい痛みであり、鎮痛補助薬を適切に使用することが重要となる。

全人的苦痛

がん患者の多くは、身体的な痛みだけではなく、痛み以外の身体症状、精神的、社会的、またはスピリチュアルな苦痛を抱えており、それらがたがいに影響しあっている。したがって、がん患者の痛みを評価し緩和するには、痛みを全人的苦痛として理解することが重要である。

全人的苦痛とは、シシリー・ソンドース (Cecily Saunders) が、がん患者とかわった経験から、患者が経験している複雑な苦痛を表した概念である。患者の苦痛は単に身体的な側面だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から構成されるという全人的な視点である (図1)。そして、“患者の病気”に焦点を合わせるのではなく、患者を“病気を抱えた人間”としてとらえることが重要である。

つまり、患者は全人的に苦悩している人間として存在しており、総合的な全人的アプローチが要求される。このためには、スタッフがそれぞれの専門性を生かしたチームを組んで、協力しながら援助していくことが重要と考えている。

われわれのところでは、緩和ケア医師、看護師の他、薬剤師、医療ソーシャルワーカーが常にチームとして協力できる体制にあり、臨床心理士や理学療法士も定期的にケアに参加している。また、音楽療法士のボランティアにも来ていただいていることは恵まれたことである。日常的なボランティアの導入は今後の課題であり、現在ボランティア委員会が立ち上がり検討中である。

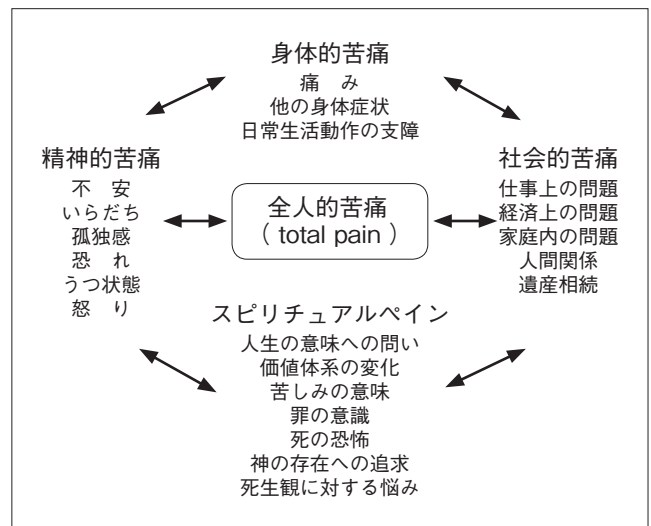


図1 全人的苦痛の理解

【疼痛マネジメント】

評価

患者自身が痛みをどのように感じているかを評価し、客観的にとらえ、共有できる情報として記録する。評価の内容としては、痛みによる日常生活への影響、パターンと強さ、部位と経過、性状、増悪因子と軽快因子、現在行っている治療の反応、レスキューの効果と副作用などが挙げられる。

痛みの強さを評価するペインスケールはいろいろあるが、臨床によく使用されており患者にも理解しやすいNumeric Rating Scale (NRS) を、当病棟でも主に用いている。NRSの使用が難しい場合には、Wong-Baker Faces Rating Scaleを用いている。

患者の訴えは、接する相手によって変わることが多い。

また1日のなかでも、日常生活動作や心理状態の変化により痛みが変化する。スタッフの協力体制による24時間継続した痛みの評価が重要である。また、家族が患者の痛みをどのように評価しているかも貴重な情報である。

治療

疼痛治療はWHOがん疼痛治療法に沿って行う。WHOがん疼痛治療法は、世界保健機構（WHO）のがん疼痛救済計画のなかで編集され、1986（昭和61）年に発行、1996（平成8）年に改訂が行われた“Cancer Pain Relief”（日本語版『がんの痛みからの解放』）で提唱された。がん性疼痛治療の世界的ゴールドスタンダードである。日本においては、「がん対策推進基本計画」により厚生労働省から委託事業として2008（平成20）年に作成された『がん緩和ケアガイドブック』があるが、この中でもWHO方式に沿った治療が推奨されている。

<WHOがん疼痛治療の5原則>

1. 経口的に（by mouth）

鎮痛薬の投与はできるだけ経口投与とすべきである。鎮痛薬を経口的に投与することは、患者の自主性を助け、病院にしばられない自由な生活を可能にする。嚥下困難のある場合、強い嘔吐や消化管閉塞などで経口投与が困難な場合には座薬を考慮、座薬も難しい時に注射薬を使用する。注射薬を使用する場合には、持続皮下注射が安定した効果が見込まれ患者への負担も少ないために、緩和ケア病棟では頻用される。

オピオイド製剤が多様化した現在では、貼付剤が患者にとってもっとも負担が少ない投与方法となる場合も多く、第一原則は“患者のQOLを考慮し、できるだけ簡便な経路で投与する”と捉えてよいと考えている。

2. 時刻を決めて規則正しく（by the clock）

がん性疼痛は持続性の疼痛であるため、「疼痛時」頓用方式ではなく、鎮痛効果が途切れることがないように定時投与とすべきである。その上で、間欠的な痛みの出現には臨時追加投与（レスキュードーズ）を行う。

3. 除痛ラダーにそって効力の順に（by the ladder）

除痛ラダーに沿って痛みの強さに応じた鎮痛薬を選択する。原則として非オピオイドを投与し、効果が不十分であればオピオイドを追加するが、非常に強い痛みであれば、最初から強オピオイドを使用する場合もありえる。

オピオイドは疼痛の強さによって投与し、予測される生命予後によって選択するものではない。

4. 患者ごとの個別的な量で（for the individual）

オピオイド鎮痛薬には標準投与量というものがない。適切な量は、鎮痛効果と副作用のバランスがもっともとれている量である。「常用量」や「投与量の上限」があるわけではない。しかし、モルヒネ以外の鎮痛薬では有効限界*に達し満足のいく除痛が得られない場合があるので、増量の効果を評価しながら調整する。

*有効限界（ceiling effect）：一定量以上に増量しても効果増強が得られず、副作用が増強される現象。

5. そのうえで細かい配慮を（attention to detail）

痛みの原因や鎮痛薬について、患者および家族に説明する。オピオイドに対する誤解をとき、定期投与の必要性和レスキューの使い方を説明することは特に重要と考える。副作用についても充分説明し、予防と対策を行うことが重要である。

使いはじめに適切は除痛が得られなかったり、副作用で困ることがあると、患者のオピオイドに対する印象が悪くなり、その後の疼痛治療が困難になる場合があるので、患者の精神状態や理解力にも配慮し、患者・家族に必要な説明を行い、細やかな調整を心がける。

<薬物療法の実際>

1. 非オピオイド（NSAIDs、アセトアミノフェン）の開始

NSAIDsは多くの種類があり、鎮痛効果と副作用のバランス、剤型の使いやすさや投与回数などを考慮して処方する。胃腸障害の予防のため、プロトンポンプ阻害薬、H2ブロッカーまたはミソプロストールを併用する。疼痛の悪化に備えて、常にレスキューの指示を出す。レスキューとしては、NSAIDsまたはアセトアミノフェン1回分かオピオイドを使用する。レスキューが必要な場合は、NSAIDs単独での鎮痛が不十分と考えられるので、オピオイドを導入する。

COX2選択性のエトドラク（ハイペン）は胃腸障害、腎障害が少なく、当病棟でもよく使用している。日本での用量は1回200mg1日2回であるが、米国では400～1,000mg/日、英国では600mg/日となっている。当病棟でも400mg/日で開始するが、鎮痛効果は用量依存性に増強するので、効果不十分で副作用がない場合は800mg/日まで増量している。ロキソプロフェンは最高血中濃度到達時間が30分と立ち上がり早いので、レスキューとして使用することが多い。

アセトアミノフェンは抗炎症作用がないものの、解熱鎮痛効果としては優れたものであり、胃腸障害や腎機能障害を起こさず、NSAIDsと比較して薬剤アレルギーを起こすこともまれであるので使いやすい。1回500mg1日3回8時間毎に投与する。骨痛など非オピオイドがよく効く痛みや、副作用の問題でオピオイドが使いにくい場合など、NSAIDsとアセトアミノフェンを併用することもある。

フルルビプロフェンアキセチル（ロピオン）は唯一の注射剤であり、内服困難な患者に使用している。生食100ml

に溶解して1日2～3回点滴するが、水分を控えたい場合などは生食20mlに溶解して緩徐に静注することも可能である。

2. オピオイドの開始

NSAIDsで痛みが取りきれない場合は、オピオイドを開始する。

経口投与が可能か、腎機能障害がないか、薬剤コンプライアンスはどうかなどを考慮し種類と投与経路を決定する。（表2）

弱オピオイドの代表はリン酸コデインであるが、日本で使用できるオピオイド製剤が増えた現在では痛みに対して使用することは少ない。強オピオイドの代表はモルヒネである。現在日本で使用できる強オピオイドは、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの3剤である。

オキシコドンは、低含有量の5mg製剤により少量投与が可能となり、WHOラダーの2段階から使用することが可能である。「モルヒネ」よりも患者の心理的抵抗が少なく開始

表2 オピオイドの選択

経口投与ができる		
腎 障 害	な し	あ り
定 期 投 与	硫酸モルヒネ 20mg 分1（24時間ごと）または分2（12時間ごと）	オキシコドン錠 10mg 分2（12時間ごと）
レ ス キ ュ ー	塩酸モルヒネ 5mg	オキシコドン散 2.5mg
	1時間あけて反復	
嘔 気 の 予 防	プロクロルペラジン（5mg）2～3錠 分2～3	
便 秘 の 予 防	酸化マグネシウム 1.5g/日 分3	

経口投与ができない			
腎 障 害	な し		あ り
定 期 投 与	塩酸モルヒネ坐薬（10mg）1.5個/日 分3（8時間ごと）	塩酸モルヒネ注 10mg/日 持続皮下注射	フェンタニルMTパッチ 2.1mg 72時間ごと貼り換え
レ ス キ ュ ー	1回分	1時間量を早送り	塩酸モルヒネ5mgまたは オキシコドン散2.5mg内服または 塩酸モルヒネ坐薬（10mg）0.5個
	1時間あけて反復	30分あけて反復	1時間あけて反復
嘔 気 の 予 防	嘔気出現の可能性が高い場合 ○リスベリドンOD錠（1mg）0.5～1錠 ○内服できなければ ドンベリドン坐薬（30mg）2個/日 分2 ハロペリドール（5mg/A）0.3～0.5A/日を混注		
便 秘 の 予 防	な し		

*腎機能障害がない場合でも、オキシコドンやフェンタニルを選択することも可能である。

（文献1より抜粋）

オピオイドとしてすすめやすいこと、腎障害がある場合にも使用できることなどから多用されてきている。

フェンタニル貼付剤の用法として、「オピオイド鎮痛薬から切り替えて使用する」となっているが、実際の臨床現場では内服困難や腸閉塞がある場合など、初めから貼付剤を選択する場合もある。

当病棟ではすでになんらかのオピオイドを開始されている場合が多く、量や種類の調整、副作用対策などを行っている。近年、日本で使用できるオピオイド製剤も多様化し、がん性疼痛マネジメントの可能性が広がった反面、多剤併用などマネジメントが複雑になってきていることを感じる。WHO方式には、経口モルヒネが基本であり、モルヒネ不耐性の場合に他のオピオイドを使用するとある。なるべく単剤にまとめることが望ましいと考えるが、副作用を最小限に抑えるため、フェンタニル貼付剤をベースに使用しながら少量のモルヒネを重ねて、強い痛みや呼吸困難感に対応する場合もある。

経口薬を定期投与していた患者が内服困難になった場合は、状態に応じてフェンタニル貼付剤への変更、モルヒネ持続皮下注射などを行う。

非経口投与として、ポータブル自動注入器による持続皮下注射（continuous subcutaneous infusion：CSCI）を行う。当病棟では、テルフュージョン 小型シリンジポンプ TE-361 を使用している。ディスプレイの携帯型注入ポンプ（クーデック シリンジエクターなど）を使用することも可能であろう。

3. オピオイドの副作用対策

オピオイドの主な副作用は、便秘、眠気、悪心・嘔吐、せん妄である。オピオイド開始と同時に副作用対策を行い、

副作用のために投与を中止せざるを得ないことがないようにする。モルヒネ、オキシコドンを開始する場合には、制吐剤と緩下剤を同時に投与する。

予防的な制吐剤として、プロクロロールペラジン5mg 2～3錠 分2～3または、リスペリドン 1mg 0.5～1錠 分1眠前投与を行う。モルヒネ開始から1～2週間でモルヒネの催吐作用に耐性が生じ、制吐剤の減量もしくは中止が可能となる場合が多い。しかし嘔気が続く場合、制吐剤の変更・追加を行う。

便秘対策としては、浸透圧性下剤（酸化マグネシウムなど）を予防的に投与し、適宜大腸刺激性下剤を併用する。その上で、残便がある場合には便秘処置を行う。便秘には耐性が生じないので、排便コントロールは継続して行う。

せん妄は複数の原因が重複していることが多く、オピオイド以外の原因を探索・治療することは重要である。抗精神薬（ハロペリドール、リスペリドンなど）の投与を行い、可能ならオピオイドを減量するが、改善困難な場合はオピオイドローテーションを行う。

4. 鎮痛補助薬

鎮痛補助薬とは、主たる薬理学的作用は鎮痛ではないが、鎮痛薬と併用すると相乗的に鎮痛効果を高めたり、特定の状況下では単独で鎮痛効果を出現させたりする薬剤である。鎮痛補助薬は、以下の場合に適応となる。

- 1 オピオイドの適切な使用にも関わらず、十分な除痛が得られない場合
 - 2 副作用のためにオピオイドが増量できない場合
 - 3 除痛が得られているが副作用のためにオピオイドの減量が必要な場合
- 主な鎮痛補助薬と、選択の指標を表に示す。（表3、4）

表3 鎮痛補助薬の作用機序による分類

主な作用機序	薬効分類	代表的な薬品
下行抑制系の賦活	抗うつ薬	アミトリプチリン、アモキサピン
ナトリウムチャンネルの阻害	抗不整脈薬、抗けいれん薬の一部	リドカイン、メキシレチン、カルバマゼピン
カルシウムチャンネルの阻害	抗けいれん薬の一部	ガバベンチン
GABA 作動薬	抗けいれん薬の一部	クロナゼパム
NMDA 受容体拮抗薬	静脈麻酔薬	ケタミン
抗炎症作用	ステロイド	ベタメタゾン、プレドニゾン

（文献1より引用）

表4 鎮痛補助薬の処方例

		眠気を許容する	眠気を避けたい
内服 でき る	いずれのしびれでも可能	クロナゼパム	ガバペンチン
		0.5mg 眠前で開始	200mg1錠 眠前で開始
		1～3日ごと眠気のない範囲で	1～3日ごと眠気のない範囲で
		1mg→1.5mg眠前まで増量	400mg→600mg→
			800mg→1,200mgまで増量
	突然びりびり	カルバマゼピン	バルプロ酸ナトリウム
		200mg 眠前で開始	200mg 眠前で開始
		1～3日ごと眠気のない範囲で	1～3日ごと眠気のない範囲で
		300mg→400mg→600mgまで増量	400mg→600mg→800mgまで増量
	持続的じんじん	アミトリプチリン	メキシレチン
		10mg 眠前で開始	300mg 分3で開始
		1～3日ごと眠気・便秘・せん妄のない範囲で	
20mg→30mg→50mgまで増量			
内服できない	ケタミン (注射)	リドカイン (注射)	

◎ステロイド

腫瘍の神経圧迫による疼痛・骨転移痛に使用する。

4～8mg /日 分1 朝または分2 朝昼で開始。

3～5日で効果がみられれば0.5～4mgに減量維持、効果がなければ中止。

(文献1より抜粋)

ケタミンは2007(平成19)年1月より麻薬指定となり、管理には特に注意が必要である。他の鎮痛補助薬で鎮痛不十分な神経因性疼痛に有効な場合がある。注射薬しかないが、経口投与も報告されており、当病棟では、筋注用ケタミン注射剤(ケタラール)に加水して、1回量10mlにして内服している。1回30mg、1日3回8時間毎から開始し、効果と副作用を評価しながら1回40mg、50mgと増量している。非経口投与する場合は、持続皮下注射する。モルヒネと混注が可能である。

鎮痛補助薬のほとんどが、がん性疼痛の保健適応がない。また、効果には個人差が大きい。明確な必要性があるときに適切に選択し、常に効果と副作用を評価し、漫然と継続したり多剤併用にならないように注意する。

5. その他

疼痛マネジメントの時期を通じて、痛みの病態と予後を経験し、放射線治療や神経ブロックの適応がないかを考える。当病棟でも現在までに、緩和的放射線療法のため他院へ転院した患者が2名、洛和会音羽病院麻酔科で硬膜外チューブ挿入した患者が1名ある。

【症 例】

患 者：A氏 60歳代 男性。

診断名：直腸がん。

現病歴：

X-2年6月 直腸がんにて、低位前方切除術+小腸瘻造設術。

X-1年2月 吻合部再発を認め、腹会陰式直腸切断術+小腸瘻閉鎖術。

術後2カ月目より会陰創から排液あり、骨盤MRI で局所再発と診断。

5月total 55 Gy の骨盤内照射施行。9月両側尿管ステント留置。

以後、イレウスや臀部痛のため、入退院を繰り返す。

X年5月臀部痛増強、腎機能悪化にて前医入院。両側ステント交換、および臀部膿瘍ドレナージ施行。7月9日緩和ケアを希望され当緩和ケア病棟に転院となる。

入院時疼痛治療薬：

1) 非オピオイド

エトドラグ400mg/日 分2朝夕食後

2) オピオイド

オキシコドン徐方錠 210mg/日 8時間毎
フェンタニルMTパッチ 8.4mg
(経口モルヒネ換算 計435mg/日)

3) 鎮痛補助薬

ガバペンチン600mg/日 分3毎食後
アミトリプチリン10mg 分1眠前

入院時の症状：

仰臥位では痛みはないが、座位や歩行では痛みが出現し約5分しかもたない。臥位になれば治まる。座位時は旧肛門部痛。「焼きごてを当てられたような」「中に突き上げられたような」痛み。歩行時は腹痛。臥位でも突出痛あり。

夜間良眠。日中も眠気あり、14～15時くらいが特に眠い。

小腸吻合部と正中創の間に瘻孔あり排液少量。会陰創からも血性排液出血あり。

疼痛マネジメントの経過：

仰臥位での痛みはコントロールされており、眠気軽度あり。昼過ぎの眠気はガバペンチンの影響と考え、昼食後を中止し400mgに減量。

痛みのベースと突出痛の強さの差が大きい、レスキューのオピオイドは使用していない。ベースのオピオイドは増量せず、疼痛マネジメントのゴール設定を患者と共有し、疼痛時や体動時予防的投与など適切なレスキュー使用ができることを目標とした。

レスキュー量は総オピオイド量の1/6とするとモルヒネは72.5mgになるが、それまでレスキューを使用していなかったため、50mg（塩酸モルヒネ錠10mg 5錠）で開始し、効果と副作用を評価することとした。

フェンタニルとオキシコドンの併用となっており、マネジメントが複雑であるため、ベースは1剤にまとめることを考えた。蠕動痛が出現することもあり、フェンタニルのみでは鎮痛困難と予測し、オキシコドンにまとめる方向で、16日オキシコドン240mgに増量、フェンタニルMTパッチ4.2mgに減量。

しかし、19日より腹痛出現、20日には腹満、嘔吐あり。絶食輸液開始となる。

21日、オキシコドンを中止し、フェンタニルMTパッチ12.6mgにしたところ、排便多量に認め、腹痛腹満軽減し食事可能となった。

23日、疼痛時に使用したフルピプロフェンアキセチル

点滴が効果的であったため、NSAIDsが有効と考え、定期のエトドラグを800mgまで増量。

8月5日、旧肛門周囲の痛み増強。発熱、局所の発赤、腫脹もあり、抗生剤開始（CTX 1g 2回/日）、翌日にはズキズキする痛みは軽減。

8月11日、フェンタニルMTパッチ16.8mgまで増量。

8月13日、「お尻の芯が突き上げられるような痛み」と表現。再発腫瘍による神経因性疼痛でオピオイド増量の効果乏しく、鎮痛補助薬の調整が必要と考え、ガバペンチンを600mg、800mgと漸増するが、効果が乏しかった。この時点で、サドルブロック、硬膜外カテーテル挿入など麻酔科的アプローチの可能性を検討しており、麻酔科コンサルトを行い、本人、妻にリスクを説明し相談中であった。

20日、ケタミン内服液90mg開始したところ効果を認め、ブロック等の処置は希望されなかった。

フェンタニルMTパッチ貼付前に痛みが増強する傾向が顕著となり、9月1日8.4mg2枚とし、貼り替え日を1日ずらすことで対応した。

9月7日、フェンタニルMTパッチ25.2mgまで増量したが、眠気強く倦怠感あり、21mgまで減量。

9月12日、倦怠感に対してベタメタゾン2mg開始。

9月15日、痛みなく傾眠。フェンタニルMTパッチ16.8mgまで減量。ガバペンチン中止。

9月17日、せん妄出現し定期的な服薬困難となり、持続皮下注射開始（塩酸モルヒネ30mg +ケタミン100mg +ハロペリドール5mg 計6mlを0.25ml/時）。レスキュー量は、局所の痛み無くできる1回皮下投与量として0.5mlとした。内服の鎮痛補助薬はすべて中止。エトドラグのみ可能な範囲で内服することとした。

翌18日傾眠ではあるが、痛みは軽減。徐々に覚醒度が上がりせん妄も改善、23・24日にはレスキューは3～4回使用するもののその都度効果あり、家族面会時は会話や食事を楽しむことができた。

25日朝より臀部激痛。早送り頻回、塩酸モルヒネ50mgも内服。CSCIは0.3ml/時に増量。

A氏より「早く楽にして欲しい。先がわかっているのだから、5日を10日にしても意味がない」などの訴えあり。「命を無理に引き延ばすことはしないが、縮めるようなことは決してできない。痛みやしんどさができるだけ少なく過ごせ

るように精一杯お手伝いする」と伝え、そばに居ることに努めた。

27日、全身状態悪化し永眠。

【おわりに】

A氏は強い痛みが少し和らいだ時、「これからは安楽死ができるようにせなあかんで」と話された。「安楽死などということを患者さまに考えさせないですむように、緩和ケアがもっと向上しないといけないと思う」とお応えした。A氏には病状の進行とともに時間性・自律性の痛みが生じており、スピリチュアルペインの表出として上記の発言があり、先に述べた「全人的苦痛」としてとらえ対処していくことが必要であった。

2008（平成20）年策定されたがん対策推進基本計画では、「全てのがん患者・家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」が目標となっている。洛和会には様々な医療・介護施設があり、多くの患者・家族に病気の初期段階から外来・治療病棟・療養施設・在宅など多くの場所で関わっていることと思う。今後は、当会の多くの部門と協力し一般病棟や在宅などすべての場所での緩和ケアの充実をはかるとともに、緩和ケア病棟ではより専門性の高い症状マネジメントと、

全人的ケアの視点に立ったチームアプローチに努めていきたいと思う。

（症例の紹介については、ご本人とご遺族に口頭で承諾を得ました。心から感謝申し上げます。）

【文 献】

- 1) 日本医師会 監修：緩和ケアガイドブック 2008年版、青海社、2008.
- 2) 世界保健機構 編（武田文和 訳）：がんの痛みからの解放－WHO方式がん疼痛治療法－第2版、金原出版、1996.
- 3) 恒藤 暁 他：緩和ケア エッセンシャルドラッグ、医学書院、2008.
- 4) 大山直子 他：がん患者の痛みの特徴、ターミナルケア 11（Supple）、1-5、三輪書店、2001.
- 5) 茅根義和：WHOがん疼痛治療法、ターミナルケア11（Supple）、31-37、三輪書店、2001.
- 6) 淀川キリスト教病院 編：緩和ケアマニュアル：最新医学社、2006.
- 7) 国立がんセンター中央病院薬剤部 編：オピオイドによるがん疼痛緩和、エルゼビア・ジャパン、2006.