

癌性疼痛と適切な麻薬使用法について ——症例を通じての一考察——

The appropriate method of Treated cancer pain by using narcotics
—— a case study ——

看護学科 内 田 隆 治

Ryuji UCHIDA

(平成7年11月24日受理)

はじめに

癌患者にとって、疼痛緩和を求めることは極めて重要であり、その事によって得られる医療者に対する満足度は、測りしれないものがある。私は、元来麻酔科医であり、ペインクリニックに対しても、私なりに、興味を持ち、臨床だけでなく、いわゆる神経ブロック一辺倒でなく、東洋医学や身医学など様々な、方法について研究も行ってきました。今回は、私自身の身内に癌と診断された時点で、外科的手術不適応とされた症例を経験しましたので、以前から、我が国の癌性疼痛に対する、麻薬使用頻度とその量が少ないことに疑問を感じていたので、その有効な使用法のひとつについて、症例の経過を通して、報告します。

症 例

患者は、74歳男性、元来健康で、一日も病気で休診することなく、外科医院の院長として働いていた。一方、父親より受け継いだ、剣道道場の館長として同門の方々と一緒に稽古に励んでいた。又、幼稚園の園長としても多忙を極めていた。平成5年9月、早朝稽古を終え、自宅に帰宅途中自転車に乗っているさいに、乗用車に追突され、軽度の頸椎捻挫にて3日程、某病院整形外科に入院したが、その後は、通常通り、外来診療を続けていたが、同年12月末突然胃不快感と共に、吐血し、自身の医院の副院長でもある、患者自身の長男による、胃内視鏡の結果、食道下部に潰瘍を伴う腫瘍と胃底から、胃噴門部に小さなポリープを発見され、手術目的で、某県立総合病院外科へ12月30日緊急入院となった。

さらに精査の結果、胸部大動脈周囲のリンパ節へ直接浸潤あり、外科的手術は適用がない事が判明し、抗癌剤等の治療が開始された。放射線治療は、病理検査結果より、感受性が低い為に見送る。平成6年1月、一時退院し、週3日程外来診療を1日2時間程行う。平成6年8月、再度吐血し、脳貧血発作を起こして、再度、初診時の病院外科へ入院す。精査の結果、胃の腫瘍がかなり大きくなってきて、その為に消化器症状、一段と強くなったと思われる。その頃より、腰背痛を訴える様になり、非麻薬系鎮痛剤の内服と、外用湿布にて対応す。10月自宅への外泊許可により、様子を見ながらと言うことで一時退院とするも、経口摂取により更に悪心、咽吐が続きのため食事も、経口的にはほとんど食べられなくなり数日で再々入院とす。脱水に対して、鎖骨大静脈内にI V H挿入し、1日量1000mlで貧血に対して輸血を行う。この頃より少しずつ、痛みが鎮痛剤のみでは無効となりアンペック坐剤の使用に踏み切り、朝と昼各1ケ、夜2ケ使用し、眠

剤としてバルシオン0.4mg g, セルシン2 mg夕方に内服, 夜間, ナウゼリン, ガスター, マーロックス, タケプロンを使用した。その他レトカルボン坐剤, オルジス坐剤も使用, 胸痛には高血圧を考慮し, フランドールテープ®を使用した。

平成7年1月8日, 剣道の稽古中に胸痛全身倦怠訴える。午前中のみ外来診療を行う。1月10日, 左室肥大, PVC散発。1月11日胸部激痛訴え, ニトロール錠使用。1月12日, 再入院す。制口剤と胃腸より出血予防のため, マーロックス使用, 経口鎮痛剤内服も胃部不快感出現してきた為に, アンペック坐剤とす。眠剤ハルンオン投与開始, 1月22日, 気分良好。食欲も出現, 病院内を少し散歩できるまで回復してきた。2月5日一時退院とし, 胸部脊椎神経ブロック開始す。朝晩に1回ずつアンペック坐剤, 夜間に坐剤2ヶ使用。この頃より少し多弁傾向となり午後になると, 37°C台の微熱, 翌朝には下熱を繰り返す。朝夕, セルシン2 mg内服開始す。

3日, 1回局麻にて, 胸部傍脊椎神経ブロック行う。2月8日午後より38°C熱発あり, 抗生剤セファメジン1 g, 1日3回実施輸液2000ml実施, この頃より喀痰咳出不良。2月10日, セルシン中止後, 不定愁訴増える。表情も険しいことが時折ある。痛み消失も, 体調が良くない事が, その表情から読みとれる。貧血に対して輸血400ml開始する。2月11日, 自力での立位及び, 体勢維持は少しずつ無理になってきた。昼は, 笑顔も見られる。痛みは相当激しくなってきた様子が表情から判断できる。2月12日, 再度セルシン2 gのみ, 夕2回投与再開す。夕方から夜にかけての不検状態あり, この頃パーマントブロックを試みよう準備するも呼吸, 循環系の状態より, モルフィン点滴, セルシン坐剤と鎮痛剤坐剤にて行うことに決定。副腎皮質ステロイド500mgを1日1回点滴静注輸液量1500mlとした。徐々に仮眠状態の日々が続く。抗精神薬の作用で, 穏やかな表情および会話が可能となった。2月14日, 患者は日頃, ミサなどに参加していた教会の牧師が訪れ, 1時間程, 会話を楽しんだ様だった。同日, 深夜, 呼吸音粗く, 急性気管支炎の状態になった。ネブライザーにて対応し, その後は眠れた様だった。過去のことを色々と思い出したり, 夢を見たと話をしてくれた。2月15日, DIC予防の為ヘパリナイズとミラクリッド®を点滴静注で行う。夜間より酸素投与行う。尿量の確保が徐々に困難となりラシックス®定期投与とす。下血後血圧164-82, 脈拍112/毎分, 呼吸14/毎分相変わらず。仮眠状態続く。この頃も, 朝昼2回アンペック坐剤®を朝夕のセルシン坐剤1回ずつ夜間のアンペック坐剤2回使用する。便意あっても, 思う様に排便できない為か, 精神的にイライラしている様子であった。2月16日気分がすぐれないのか, イライラする時間が多くなった。抗精神薬として, セルシン5 mg静注追加した。脈拍156/毎分, 血圧120前後で, 触診が可能も橈骨動脈の拍動も早朝より, 微弱となった。午前中は, 傾眠状態が続く。正午すぎに, 長男でもある, 主治医が患者自宅に往診に到着と同時に意識が徐々に混迷状態となり午後三時過ぎに死亡確認した。

結 語

癌患者にとって, 癌による痛みはがまんの限界を越える痛みの代表といえる。それゆえ, その痛みを抑制するために, 十分な鎮痛を求める権利があり, 医療者側は, その要求に応える義務があり, WHOを認めるところの癌患者の権利のひとつとしてすでにすべての人々に認められるところである。しかしながら, 医師や看護婦などの治療する側の偏見と経験不足などの為にこれまで, とかく軽視されあるいは, 十分な量を与えることのないまま, 苦痛のうちにその生命の最後の瞬間を迎えてしまった例は数多い。また, 大多数の痛みが鎮痛薬によく反応する痛みのために, ほとんど10人中8-9人の癌患者の痛みに対応可能な為, 痛み治療の中心となってきた。しかし, 痛みの強さやこの感じ方は患者の心の状態と大きく関連しているため, とくに心の状態に配慮しなければならないことは, 鎮痛剤だけを投与しても満足な効果は得られない。痛み治療の

基本はその原因除去が、第一であることは当然のことであるが、それらが不可能な時、痛みそのものを治療の対象としてとらえることは、癌患者の痛みが、身体的な原因によって起こる。持続的で、極めて激しい痛みであることが多いため、癌患者自身の生活や生き方といった、いわゆるQ.O.Lの保つという点において、痛みを治すことが、どれ程大切なことか容易に想像できる。その意味で癌患者にとって、痛みとつきあえることは最大の朗報となるといっても過言ではない。では、どの様なことが癌性疼痛治療の障害となるかについて述べる。

まず、第一に臨床の現場においては、痛みの訴えを軽視し、あるいは無視し、患者や家族と十分に話し合わないこと、看護婦の観察報告を軽視していること、持続性の痛みにも急性の痛みと同じ方式で対処していたり、痛みの消失を治療目標とせずに痛みの軽減を目標としていること。副作用対策を不十分にしていたり、薬に対する耐性、身体依存性、精神的依存などについての理解が乏しく、激しい痛みに対して、モルヒネなどの使用を逡巡したり、その管理の煩雑さを誤解していたりすると、仲々必要にして十分な癌性疼痛治療は行われぬ。これらの障害をなくす為には、より多くの医療関係者への教育の強化が急務であるといえる。

次に、痛みに対してどの様な対応の仕方があるか考えてみると、まず、患者の訴えに直ちに対応し、痛みの診断すなわち、痛みの経過、性状、部位について、その強さを判定しその痛みが、日常生活にどれ位妨げとなっているか、痛みが睡眠をどれだけ妨げているか、過去の体験した痛みと比較してどれ位か又、現在の鎮痛法が、どれ程効果があるといったことを、問診しながらもその間も適量鎮痛剤を用いながらすすめていく必要がある。また痛み治療の効果判定に、患者に聞くことが、大変重要なポイントとなる。その意味でVAS (Visual analog scale) やフェイススケール使用は、医師看護婦間の相互の共通理解を得る良い方法といえる。

表1 WHO方式癌疼痛治療の基本的鎮痛薬および補助薬 (1989年版)

	薬 剤 群	標 準 薬	代 替 薬
I	非オピオイド鎮痛薬	アスピリン アセトアミノフェン イブプロフェン インドメタシン	コリン、マグネシウム、トリサリチジクルニサル フェノプロフェン ナプロキサン
II	軽度・中等度の痛み用 オピオイド鎮痛薬 (弱オピオイド)	コデイン	ブプレノルフィン ジヒドロコデイン アヘン木 (デキストロプロポオキシフェン) オキルコドン*
III	中等度・高度の痛み用オピオイド鎮痛薬 (強オピオイド)	モルヒネ	ペチジレ (ヒドロモルフェン) (レボルファナル) (メサドン) オキシコドン*
IV	オピオイド拮抗薬 抗うつ薬 抗疼痛剤 コルチコステロイド	ナロギン アミトリプタン カルドマゼピン プレドニゾロン デキサメサゾン	イミプラミン バルプロン酸 プレドニン ベタメサゾン

() : 日本で入手不能 * : 日本で経口用剤入手不能

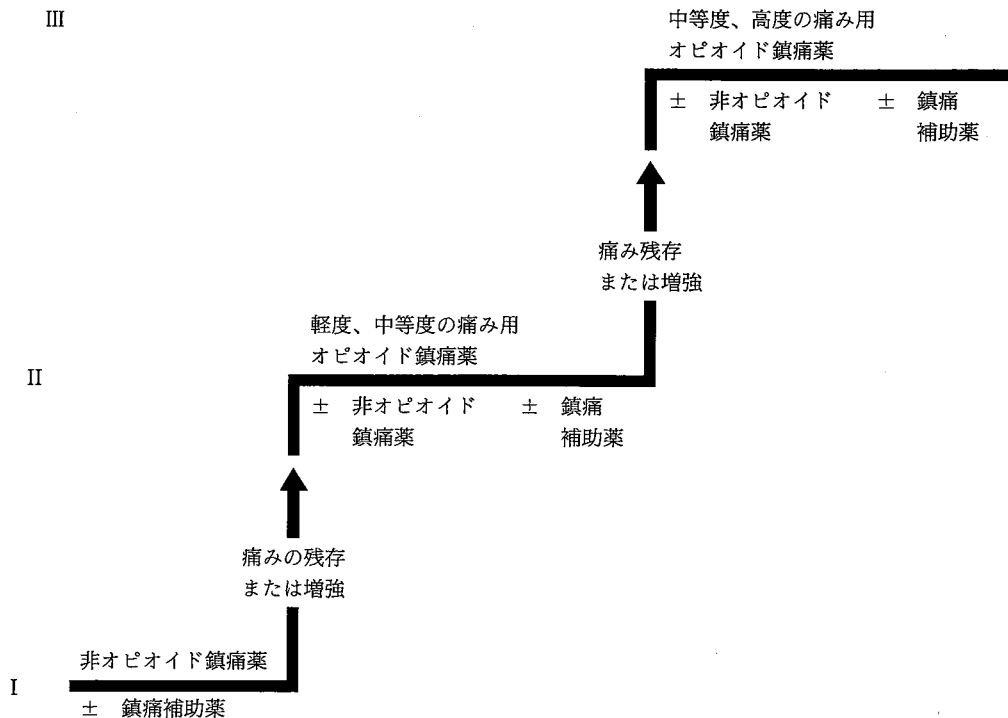
次に十分な治療効果の為に、忘れてならないことは、患者と家族に対する説明は、治療チームとして、重要な役割を果たして貰う為にも、ぜひとも、理解と協力を得ておくことは言うまでも

ないと思われる。つまり、患者は、痛みの強さの判定者であり又、除痛効果の判定者でもある。その為には、次の様な事について話し合っておく必要がある。

- 1). 痛みの原因
- 2). 治療の目標、意味、方針
- 3). 治療の内容（薬の名前と作用、投与量と投与時期）
- 4). 副作用とその防止法
- 5). 除痛程度の伝え方
- 6). 薬の管理法
- 7). 臨時又は追加の服用法

これらのことを踏まえて、できる限り簡便な経路で投与する。（経口投与又は経直腸など）痛みの強さに応じた鎮痛薬を選ぶ。（WHOの推奨する三段階除痛ラダーなどを参考にする。）どの薬も少量で開始し、徐々に漸増させて、時刻を決めて、規則正しく投与し、頻用はさせない。これらのことを留意し、患者の精神的な心に対する配慮や副作用防止策などについても、考慮しておく必要がある。

図1 WHO三段階癌疼痛治療ラダー



Ref.

世界保健機構編：（武田文和訳）がんの痛みからの開放 金原出版、東京、1987

平賀一陽他：癌の疼痛対策とその問題点—特にモルヒネ投与と血漿中濃度測定の意義について 代謝26（臨時増刊号）：P243～249、1989

永田勝太郎：癌性疼痛のコントロールと漢方方剤 ペインクリニック14(2)：P185～189、1993

村山良介他編：慢性疼痛 医歯薬出版、東京、1988