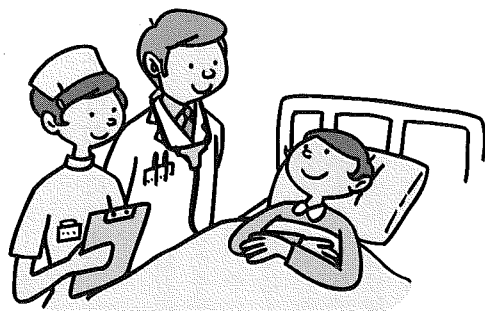


から断定的に説明されている場合も多いです。もちろん可能性の一つとして考慮すべきですが、麻薬単独による精神症状は高頻度ではありませぬので、その他の原因が無いかどうかを見極める必要があります。吐き気止めや胃薬が原因となつている場合もありますし、高カルシウム血症も見逃されやすいので、確認することが必要です。

■徐放性剤の注意点は
徐放性剤（ゆっくりと吸収され、効果時間も長い）であるのに、痛いときに飲んでくださいと指示したり、食後薬として処方したために、食べれない時には服用しないということがありますので、痛みや食事の有無に関わらず、きちんと時間を決めて服用するような指導が必要です。また、危険ですの徐放性剤はくれぐれも半分は割って服用することのないように指導することも重要です。徐放性剤を定時に使用した上で痛い時にはレスキューとして速放性剤を使用しますが、その効果や使用頻度を考慮しながら、麻薬増量にて効果が期待できるのかの検討が必要となります。増量しても疼痛コントロールが不十分な場合には、鎮痛補助薬を併用する他に、他種類の



麻薬に変えてみる（オピオイドローテーション）、あるいは投与経路を変更してみる（内服から注射薬へなど）ことも考慮すべきです。

■個別にどの種類の麻薬が適切であるかを十分に検討すること
ある肺がんの患者さんは、放射線治療を受けた後、腕神経叢障害と思われる左上肢のしびれるような痛みで苦しんでいました。フェンタニルパッチを使い、増量していましたが、眠気が強くなるばかりで、すっきりとは緩和されませんでした。ある時、モルヒネに変更したところ、取りきれなかった痛みが消失し、減量することもで

きました。

日本で使用できる麻薬はモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルの三種類がありますが、それぞれに長所と短所があります。腎機能障害がある方にはオキシコドンが安全ですし、便秘で辛い方にはフェンタニルが使いやすいです。個別にどの種類の麻薬が適切であるかを十分に検討する必要があります。

■テレビドラマにおける麻薬の使い方
今、あるテレビドラマで、余命数カ月の肺がんの主人公が、痛みが襲ってきた時に麻薬貼付剤を貼って、痛みを凌いでいる場面があります。また、麻薬を長期間使っているために、頭がぼんやりするという発言もあり、一般の方には誤解を招きやすい場面であると危惧しています。仮にその麻薬貼付剤がフェンタニルパッチをイメージしているのであれば、効果発現までに半日以上かかりますので、痛みが起きてから貼っても鎮痛効果はなかなか得られません。やはり痛い時には速放性剤を必要とします。メディアの影響は大きいので、十分に気をつけて欲しいと思います。もっとも、ドラマの

内容は素晴らしい、私は食い入るように毎回見ています。

残念ながら、コントロールに難渋するケースにもしばしば直面します。考え得るさまざまな薬剤をもつてしても、なかなか取り切れない痛みです。これは特に神経を障害したり、圧迫したりする痛みに多く、しばしば骨盤内腫瘍の方で経験しますが、常に神経ブロックも考慮しなくてはなりません。

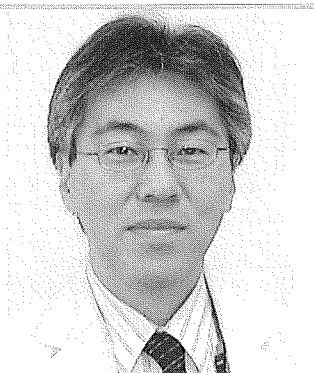
ある骨盤内腫瘍の方で、殿部から下肢にかけての神経障害性疼痛（ピリピリ、ジンジンした痛み）が激しく、大量のモルヒネや鎮痛補助薬を使ってもコントロールできなかつた患者さんが、クモ膜下フェノールブロックで疼痛緩和が得られたケースがあります。この場合、排泄の問題や歩行の問題（それが自分でできなくなる場合がある）などを考慮すべきです。個別性を重んじる必要がありますが、早期に考慮すべき選択肢であることを改めて認識しました。

この方の場合には、市内で開業されておられる麻酔科医（山谷医院はここでペインクリニック）にお願いして、ブロック注射を行っていただきました。麻酔科医との連携も重要であると強く感じています。

がん患者の疼痛コントロールには

未だに多くの誤解がある麻薬の使用 三種類の麻薬それぞれに長所と短所

函館おしま病院理事長・院長 福德 雅章



まさあき
函館出身。金沢医科大学卒業後、同大学血液免疫内科助手、同大学血液センター副部長、骨髄移植責任医師を兼任。平成10年には栄光病院（福岡県）に勤務。平成14年2月より函館おしま病院の理事長・院長に就任。平成17年からは金沢医科大学非常勤講師。日本内科学会、日本血液学会、日本リウマチ学会、日本緩和医療学会、日本サイコロロジー学会、日本死の臨床研究会

があり、また医療者側もがんを治す治療については積極的であつても、痛みの緩和には消極的な姿勢が見受けられました。このような中、がん対策基本法が実施され、がん患者さんがどの病期にあつても均しく緩和ケアを受けられる体制作りが求められています。

たとえば、がん診療連携拠点病院を中心として一般病院では、緩和ケアチームががん治療を受けている方の症状緩和を側面からサポ

ートする役割を担いますし、私たちホスピス（緩和ケア病棟）でも、今年の医療制度の改訂により、がんという診断を受け、症状の緩和が必要な方であれば、どの病期にあつても入院できるようにになりました。これを受けて、緩和ケアを實踐できる医師の育成と教育が求められています。

■疼痛コントロールは身体的部分だけに捉われないこと
疼痛コントロールは、本誌第二六号でも述べましたように、WHO方式がん疼痛治療法を基本とします。そこでは、常に一人の患者さんを全人的に理解する姿勢が求められます。即ち、身体的な痛みが主たる症状であつても、それは単独で考えるものではなく、常に精神的な側面、社会的な側面、さらにはスピリチュアルな側面からも併せて考えていかねばなりません。身体的部分だけに捉われると、いたずらに薬剤だけがが増えてしまふだけで、患者さんの生活の質がかえって損なわれてしまふということもあるからです。

どのような痛みがいつ、どの場所に、どのくらいの強さで出現するのかをよく聴くのはもちろんですが、心配や不安なことは無いか、

よく眠れているのか、なども同時によく聴いておく必要があります。

■告知を受けたと同時に痛みの訴えが増えるケースは
たとえば、ある患者さんは告知を受けたと同時に痛みの訴えが増え、その程度も強くなりました。鎮痛薬をどんどん増やしているうちに、眠気が強く、食事も摂れなくなつてしまひ、ほとんど体力が落ちていきました。なるべく時間をかけて患者さんの言葉に耳を傾け、理解を示す（共感する）とともに、抗不安薬と抗うつ剤を開始し、少しずつ笑顔がみられるようになり、鎮痛薬も減らすことができました。このような事はよく経験します。

鎮痛薬の使用は、WHO疼痛ラダーに沿つて行ないます。これは痛みの程度・種類に応じて薬剤を選択するもので、非ステロイド系鎮痛薬、麻薬が基本となり、さらには鎮痛補助薬の併用も検討されます。

麻薬については、未だに多くの誤解があります。がん患者さんの病状が悪化すると、精神症状が出現しやすくなりますが、それをすぐに麻薬と結び付けてしまふ傾向が多く見受けられ、それは医療者