

## ① 医療用麻薬によるがん疼痛緩和の基本方針

### ■ がん疼痛とは

がん疼痛（がん性疼痛）とは、がん患者に生じる痛みのすべてを含み、がん自体（腫瘍の浸潤や増大、転移など）が直接の原因となる痛み、がん治療に伴って生じる痛み（術後痛や術後の慢性疼痛、化学療法による神経障害に伴う疼痛など）、がんに関連した痛み（長期臥床に伴う腰痛、リンパ浮腫、褥創など）、がん患者に併発したがんに関連しない疾患による痛み（変形性脊椎症、片頭痛など）の4種類に分類される（表1-1）。

表 1-1 がん疼痛の分類

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. がん自体が直接の原因となる痛み</li> <li>2. がん治療に伴って生じる痛み</li> <li>3. がんに関連した痛み</li> <li>4. がん患者に併発したがんに関連しない疾患による痛み</li> </ol> |
|---|

- がん疼痛緩和の基本方針は、速やかな治療の開始、十分な副作用対策、患者が満足できる痛みからの解放である。がん疼痛は、治療可能な病態であり、がん患者のQOL（Quality of Life）の向上のためにはがんの痛みからの解放が必須である。
- がん疼痛は、「がん患者の体験する痛み」であり、がんの早期から終末期に至るまでの患者の痛み全てが対象である。

- がん自体が直接の原因となる痛みでは、オピオイド鎮痛薬を中心とした薬物療法が基本となる。オピオイド鎮痛薬は、治療に伴う痛みやそのほかの原因による痛みに対しても適応となる場合がある。
- がん疼痛は、がんの診断時に20-50%、進行がん患者全体では70-80%の患者に存在する。痛みがあるがん患者の8割は、身体の2カ所以上に痛みがあり、6割の患者の原因は複数である。
- がん疼痛の痛みの評価では、患者の痛みの訴えを信じることが基本である。
- がん疼痛の問診では、痛みについて本人に尋ね、痛みの強さと痛みの状況について把握し、患者の心理状態を理解することが重要である。
- がん疼痛の診察では、ていねいな理学的所見、必要な検査の実施と自らの確認、薬物療法以外の方法の検討、開始された治療の効果を継続的に評価することが基本である。
- がん疼痛に対する薬物療法は、WHO方式がん疼痛治療法に則って実施されることが基本である。
- WHO方式がん疼痛治療法では、70-90%の患者で効果的に痛みの軽減が得られることが明らかになっている。
- WHO方式がん疼痛治療法は、鎮痛薬の使用について、痛みの強さに応じた段階的な選択などの5つの基本原則から成り立っている。(表1-2、図1)。

表 1-2 WHO 方式がん疼痛治療法の 5 原則

- 経口的に
- 時刻を決めて規則正しく
- 除痛ラダーにそって効力の順に
- 患者ごとの個別的な量で
- その上で細かい配慮を

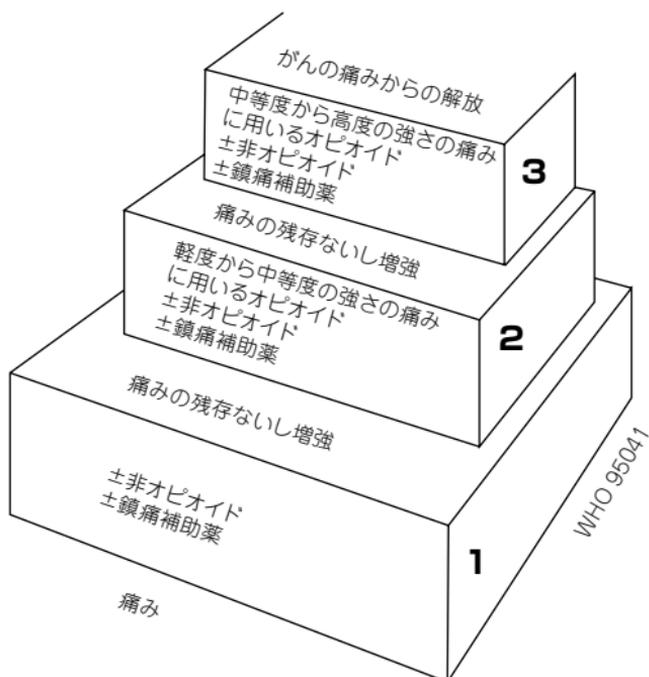


図 1 WHO方式 3段階除痛ラダー

- 第1段階では、非オピオイド鎮痛薬である非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）かアセトアミノフェンのいずれかが用いられる。
- 第2段階では、軽度から中等度の強さの痛み用いられるオピオイド鎮痛薬の投与を行う。非オピオイド鎮痛薬の併用は鎮痛効果の増強が期待できる。
- 第3段階では、中等度から高度の強さの痛み用いられるオピオイド鎮痛薬の投与を行う。第1段階や第2段階で十分な効果が得られない場合が対象である。非オピオイド鎮痛薬の併用は鎮痛効果の増強が期待できる。
- いずれの段階においても疼痛時のみに鎮痛薬を投与することは誤りである。
- 神経損傷などによる痛みのうち、非ステロイド性消炎鎮痛薬やオピオイド鎮痛薬に反応しない疼痛に対しては三環系抗うつ薬、抗けいれん薬などが有効な場合がある。
- 神経圧迫などによる疼痛に対しては、コルチコステロイドとオピオイド鎮痛薬の併用が有効な場合がある。
- 治療に当たっては予防的対応を含めた十分な副作用対策が必須である。
- がん疼痛治療の目的は、痛みのない日常生活である。そのためには、夜間の睡眠の確保、安静時の疼痛の消失、動作に伴う疼痛の消失などの生活に沿った目標設定が推奨される。

表1-3 がん患者の痛みに用いられる基本薬のリスト

群	基本薬	代替薬
非オピオイド	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	ナプロキセン ジクロフェナク
軽度から中等度の強さの痛みに用いるオピオイド* <sup>1</sup>	コデイン	ジヒドロコデイン トラマドール
中等度から高度の強さの痛みに用いるオピオイド* <sup>1</sup>	モルヒネ	オキシドロン
オピオイド拮抗薬	ナロキソン	
抗うつ薬* <sup>2</sup> (鎮痛補助薬)	アミトリプチリン	イミプラミン
抗けいれん薬* <sup>2</sup> (鎮痛補助薬)	カルバマゼピン	バルプロ酸
コルチコステロイド* <sup>3</sup> (鎮痛補助薬)	プレドニゾン デキサメタゾン	ベタメタゾン

\* 1 オピオイドは2群に分けられる。軽度から中等度の強さの痛みに用いるオピオイドと中等度から高度の強さの痛みに用いるオピオイドである。実地目的の分類で、臨床使用の経験に基づいた分類である。

\* 2 抗うつ薬と抗けいれん薬は、神経障害性の痛みによく使われる薬である。

\* 3 コルチコステロイドは、神経圧迫、脊髄圧迫、頭蓋内圧亢進による痛みに効果がある。骨転移痛に対しては非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）に代用または併用してもよい。NSAIDsと併用すると副作用としての胃の障害や体液貯溜の危険性が高まる。

（「がんの痛みからの解放 -WHO方式がん疼痛治療法- 第2版」より抜粋、一部改変）

## ■オピオイド鎮痛薬の開始時期

- オピオイド鎮痛薬を開始する時期は、痛みの軽減にオピオイド鎮痛薬が必要な時期であって、がんの進行度や生命予後で決めるものではない。
- 早期からオピオイド鎮痛薬を開始することが麻薬中毒の原因になることはない。
- オピオイド鎮痛薬は、がん治療や神経ブロック、放射線治療などで疼痛が軽減した場合には、減量や中止も可能である。

## ■オピオイド鎮痛薬の必要量と個体差

- オピオイド鎮痛薬の投与量は、腫瘍の大きさや転移部位、あるいは病期などによって決めることはできない。
- 十分な鎮痛に必要な投与量は症例ごとの差が大きいため、個々の患者の鎮痛効果を見ながら増量を行う。
- モルヒネでは120mg以上、オキシコドンでは80mg以上、フェンタニル(貼付剤)では1.2mg /日以上(推定平均吸収量として)の投与量を要する場合がある。
- 経口投与でトラマドール300mg以上の投与量を要する場合は、モルヒネなどに切替えを考慮する(投与量の上限が400mgであるため)。

## ■オピオイド鎮痛薬の副作用対策

(42ページ参照)

## ■オピオイド鎮痛薬が効きにくい痛み

(45ページ参照)

<引用文献>

- ・ 世界保健機関編、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、金原出版株式会社、3-39、1996年
- ・ 厚生労働省・日本医師会：がん緩和ケアに関するマニュアル改訂第3版、(有)成文社、2010年
- ・ 的場元弘：がん疼痛緩和のレシピ（2007年版）、春秋社