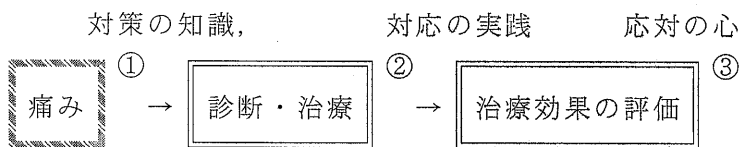


4. ガイドライン普及に向けて

- 1) がん疼痛治療の現状と問題点：今後の研究課題
 - ①簡易モルヒネ濃度の測定の機器の開発
 - ②副作用対策の簡易化
 - ③モルヒネが効きにくい痛みへの対応
 - ④ペインセンターの開設と病診連携の強化
 - ⑤器具を含めての在宅がん疼痛緩和の研究（含：24時間体制の調剤薬局の普及）
 - ⑥痛み以外の症状のコントロール
 - ⑦医療者および市民への啓蒙活動
 - ⑨訪問看護婦の役割
- 2) 理想的な鎮痛剤としての条件〔②、③、⑤の項目は開発過程で解決可能〕
 - ①どんな投与経路でも使える多種の剤型（付属品としてのカプセルを付ける）
 - ②投与経路別の薬物動態が明確であること（投与経路の変更時の匹敵投与量）
 - ③鎮痛剤の血漿中・尿中の薬物濃度の簡易測定（尿糖，尿ケトンの測定キット？）
 - ④脈拍数を上昇させないこと、呼吸数を上昇させないこと
 - ⑤副作用が少ないこと、また直ちに対応できる
 - ⑥安いこと
 - ⑦どんな投与経路でも使える副作用防止薬、鎮痛補助薬の開発も必要
- 3) がん疼痛治療の問題点（資料2、3）
 - ①きめ細かな鎮痛薬の投与量、副作用対策が不十分な医師・看護婦の存在
 - ②医師（医療者）の間にも潜在的に「モルヒネ＝中毒」の考えの存在
 - ③モルヒネ使用のみに目が奪われ、NSAIDsの併用が減少
 - ④経口摂取が困難な患者では、経口モルヒネの吸収が不十分
 - ⑤がん患者に出現する痛み以外の症状（呼吸困難、腹部膨満感など）の併発が判断を誤らせている
 - ⑥保存的治療中の患者の痛み治療は、患者・家族、医師・看護婦にもまだゆとりがあるが、喪失体験が、近い末期状態になると、お互いにゆとりがなくなる？
 - ⑦医師個人（個々の医療者）の社会的成熟が不足している？
医療は医学の社会的適応である How to Why ?
WHO「Cancer Pain Relief」の推進のための概念うち、Policyの欠如？
- 4) がん疼痛を有する患者の治療 ー対策か、対応か、応対かー
Treatment for Patients with Cancer Pain
Having strategies, Taking care of, Attending to



- ①患者と応対→痛みの強さと性状→原因の追求・治療手段
(Attending to) (Having strategies)
 - ②痛みの対策の知識の習得→疼痛症状に対応できる。
(Having strategies) → (Taking care of)
 - ③患者と応対→治療効果の評価
(Attending to) → (Having strategies & Taking care of)
- 5) 語尾が「み」の名詞で動詞にすると「む」なるポジティブな言葉
苦痛、苦悩→「苦しみ」、「痛み」、「悩み」……僻み、妬み、憎しみ…

資料1 第1回緩和医療学会の疼痛コントロールセッションでの質問事項

- ・モルヒネによる疼痛コントロールに非協力的(服薬拒否)な患者へのケアについて(年齢40才。モルヒネによる眠気あり)
- ・モルヒネ持続IV中で投与量が急速に増えているが、レスキュー的に1/24の早送りを指示していますが大丈夫でしょうか?
- ・モルヒネの院内管理について質問したいと思います。病棟と院内薬局の連携はどう工夫されていますか。(薬剤管理について、病棟と薬剤師とギャップがあり、レスキュー時の対応時混乱しています。)
- ・夜間の痛みに関して: ①鎮痛薬の追加など裁量をどの程度Nsにまかせているか? -Nsの裁量権と責任について-、②PCAの活用に関しては?
- ・「モルヒネ製剤使用後の吸収時間」のスライドコピーを1枚いただきたい。(基本属性とデータ提供元も)
- ・「フランスにおける医師のモルヒネ処方の問題点」、「モルヒネ投与中止の理由」、「主なオピオイド受容体と発現作用」、「モルヒネの副作用対策」、「モルヒネ投与による副作用の発現頻度」、「モルヒネ副作用に関するまとめ」。
以上基本属性とデータ提供元も、各スライドのコピーを1枚ずつ頂きたい。
- ・実践的な御発表が多く、非常に参考になります。
- ・学会ですから薬物は物質名が発表されるべきと思いますが、実践面を考えると、代表的な商品名も述べて頂けると幸いです。
- ・疼痛アセスメントは誠に客観的で有用と思いますが、スタッフがしばしば痛みについてたずねる為、患者の関心も常に痛み集中してしまい、逆効果になる恐れもあるように経験します。何か良い対策はありますか。
- ・疼痛アセスメントの意義: ガンの痛みはトータルペインであると、言っていましたが、例えば肝caなどで、腹水蓄留による苦痛の場合(腹水ドレナージでも再蓄留や、BP↓などでうまくドレナージできない時)のpainコントロールについて、どのような方法をとっているのか知りたい。
- ・例えばMSコンチン・40mg/日の患者で、嘔気に対して、プリンペラン3錠/日(又は点滴へ1~2A/day混注)でも嘔気がおさまらず、コントロール不良の場合、どのような方法を用いて、症状緩和につとめるたらよいか。次対策にどのような薬剤を使用した方がよいか。選択順位などがあれば知りたいです。
- ・①抗うつ薬のかわりにメイテックスなどの抗不安剤との併用はどののでしょうか。②本学会は学問的討論の場であると思いますが、痛みに対しては背中をさすったり、腹部をさすったりしてあげるだけでかなり改善しまうがなぜでしょうか。
- ・モルヒネの吸入療法について
 - ①吸入における血中濃度の推移は?、②持続時間は?
- ・ターミナル期に現われる、不穏状態、混乱、患者家族はモルヒネ増量の為と増量に対し拒薬の傾向があるが対処は。
- ・モルヒネの投与量と効果が相関しているとのことであるが、実際、同一量を投与しても患者のpain controlの程度は、さまざまであることを考えると、患者それぞれで、血中濃度レベルに、かなり差があるのか?また、どのポイントで、TDMを行えばよいのか。少ないポイントで、TDMはできないか?(投与パターンによりTDMはどのようにするのか?)
- ・インダシン、ボルタレンの併用によるpainに対するadditive effectsはあるのでしょうか。あるとすればどの程度でしょう。(モルヒネの血中濃度に対する効果は承知しました。
- ・インダシン、ボルタレンの基剤の性質を利用して、吸収効果、血中濃度を調節す

るのならアンペック^(R)の基剤にそういう性格をもたせるほうがsimpleでは？そのような開発はなされているのでしょうか？

- ・モルヒネの持続投与療法が大量になってきた時に、私達は持続皮下注を主にしていますが硬膜外チュービングとの効果の比較はどうでしょうか。御教示下さい。
- ・モルヒネ製剤について現行の製剤で十分でしょうか。24時間持続型のモルヒネ製剤は必要性があるでしょうか。

・モルヒネと他のグルクロン酸抱合で代謝される薬物(アセトアミノフェンetc)(競合によるモルヒネの濃度上昇のため)併用は有用か？

- ・モルヒネの坐剤としての投与が高用量となった場合、院内製剤では、血中濃度がアンペックより低いことが問題ですが、①インドメタシンを配合する、②ボルタレンsuppを溶解してモルヒネを混入、再形成などの方法を試してもよいでしょうか。それとも、用量をアンペックの倍に設定する方がよいでしょうか。

例えばアンペック(20)6個/dayでコントロール不良になったらsuppの個数を増やしたくない場合、移行する院内製剤のモルヒネ坐剤だと換算は120mg/day→240(40)×6)mgでは不十分？

- ・しびれ、しびれを伴う痛みのコントロールがなかなか困難なことが多く、メキシチールetcを用いていますが、まず試してみるべきstandardな方法には何がありますか。
- ・MSコンチンで高用量でcostがUPした場合、患者さんと相談の上、塩酸モルヒネの原末、10倍散の投与もcost削減のために行なっていますが・・・

ex)1200mg/day。MST(60)20T×30日=87万円

原末 1.2g×30日=8万3千円

- ・痛みの評価など、実際の臨床上、モルヒネ血中濃度を測定することが必要でしょうか？またその測定は、一般病院でもできるものでしょうか？一度「シオノギ」に依頼して、やっとしてもらえたことがあるのですが・・・。
- ・①肝転移で5~6Kgに腫大した患者の「重い」という苦痛の訴えの緩解に難渋した。良い方法を教えて下さい。②WHO方式の「非オピオイドから開始・・・」に疑問。初めから弱~強オピオイドを適量使った方がよいのではないかと？③モルヒネとオピウム(オピアト)のメリット/デメリットについて
- ・①制吐剤としてのノバミレ予防的投与で、1日3-4回だと、主薬剤のMSコンチンの1日2-3回投与ですむメリットが少なくなるのでは。②ペインスケールではなかなか患者は0と言ってくれない。ニコニコしながら、5段階の2ですとか答えられると、つい増量し、せん妄状態におちいることがあるがいかがでしょう。
- ・鎮痛補助薬としてのステロイド使用に関して 抗炎症作用の強い、リンデロン、デカトロンの使用がプレドニンより効果がよいと思われませんが、プレドニンの使用との選択はいかがでしょうか。長期投与の副作用も含めて御教示下さいませ。
- ・ステロイドはプレドニンがいいのか。それ以外のリンデロンetcがいいのか？
- ・鎮痛補助薬に関して：(1)適応基準、主治療(薬)を徹底してもコントロール不可能な場合と、考えられるが、どこまで徹底した上で併用を考えるか。すなわち、主治療薬の減量の意味ももたせるか？
- ・モルヒネ使用時の悪心嘔吐に関して、制吐剤でのコントロールが難しく、ステロイドを用いることがあるのですが、どのように対応するのがよいのでしょうか。また継続して使用する場合プレドニン20g程度でよいのでしょうか。
- ・ステロイドの効果が非常によかったのですが、その理由につき、考えられることをお聞かせ下さい。(例えば、適応と考えられる患者の選択等)。また、1クールのみ投与で長期の疼痛軽減は期待できるのでしょうか。