

4) 痛みのパターンと医療用麻薬の使い方

痛みのパターンには持続痛と突出痛があり、下記のように定義される¹⁾。

持続痛：「24時間のうち12時間以上経験される平均的な痛み」として患者によって表現される痛み。

突出痛：持続痛の有無や程度、鎮痛薬使用の有無に関わらず発生する一過性の痛み、または痛みの増強。

がんの痛みはこの両者が混在するものが多い。痛みの治療においては図3-4のアルゴリズムに従い、持続痛を十分コントロールした後に、突出痛の残存があれば対処する。

(1) 持続痛の治療

- 痛みの程度・性質を評価し、医療用麻薬の適応を判断する。
- 適応がある場合、定時鎮痛薬として徐放性製剤を開始する。徐放性製剤の鎮痛効果が不十分な場合に備えて速放性製剤をレスキュー・ドーズ（以下レスキュー）として準備する。
- レスキューは痛みの状況に応じて徐放性製剤と同時に内服することもできる。
- レスキューには、定時に用いている徐放性製剤と同じ成分のものを用いる。（フェンタニル貼付剤の場合は速放性のモルヒネまたはオキシコドン製剤を用いる。）
- レスキュー1回量は徐放性製剤1日量（内服量に換算）の1/6を目安に設定する（表3-3参照）。
- 内服速放性製剤は投与後30分～1時間後に効果が最大とな

るので、内服1時間後には効果を確認する。

- 持続痛が残存している場合はレスキュー使用量を前日徐放性製剤内服量に上乘せする、または前日徐放性製剤量を20～50%増量する。徐放性製剤を増量した場合、レスキュー1回量も表1に従って増量する。
- 持続痛がなく、突出痛が1日2、3回以下となるまで徐放性製剤を増量する（タイトレーション）。

(2) 突出痛の治療

- がん患者の約70%にみられ、進行がんで発生頻度が高くなる。
- 治療に当たっては持続痛が十分にコントロールされていることを確認する。突出痛が頻繁にある場合は徐放性製剤投与量の妥当性を再評価する。
- 痛みの原因を評価し、原因へのアプローチと痛みへのアプローチを行う。
- 持続痛治療に用いたレスキューを使用するが、効果が十分でなく、副作用がなければ1回量を増量する。突出痛治療に有効なレスキュー1回量と徐放性製剤内服量の間には相関関係がない²⁾。
- 突出痛の特徴に応じた対処を行う。

突出痛には①予測できる突出痛、②予測できない突出痛、

- ③定時鎮痛薬の切れ目の痛み、がある。

① 予測できる突出痛

歩行、立位、座位（体性痛）、排尿、排便、嚥下時（内臓痛）、

姿勢の変化による神経の圧迫（神経障害性疼痛）に随判して発生する。レスキューの予防投与を考慮する。

② **予測できない突出痛**

誘因のあるもの（咳嗽、消化管の蠕動痛や疝痛、膀胱の攣縮、ミオクローヌス^注など）と誘因のないもの（突発痛；原因がわからない）がある。できるだけ速やかにレスキュー薬を投与できるよう、入院中であってもレスキュー薬の患者自己管理を行う。

注）本人の意思によらず筋肉が痙攣する状態。その発現に規則性はない。

③ **定時鎮痛薬の切れ目の痛み**

定時オピオイド鎮痛薬の服用前に出現する痛みに対しては、レスキュー投与に加えて定時鎮痛薬の増量や投与間隔の短縮を検討する。

- 医療用麻薬以外にも痛みの原因、種類に応じて非オピオイド、鎮痛補助薬、鎮痛補助療法、ケアなどを併用する。

図3-4 痛みのパターンを念頭においた治療アルゴリズム

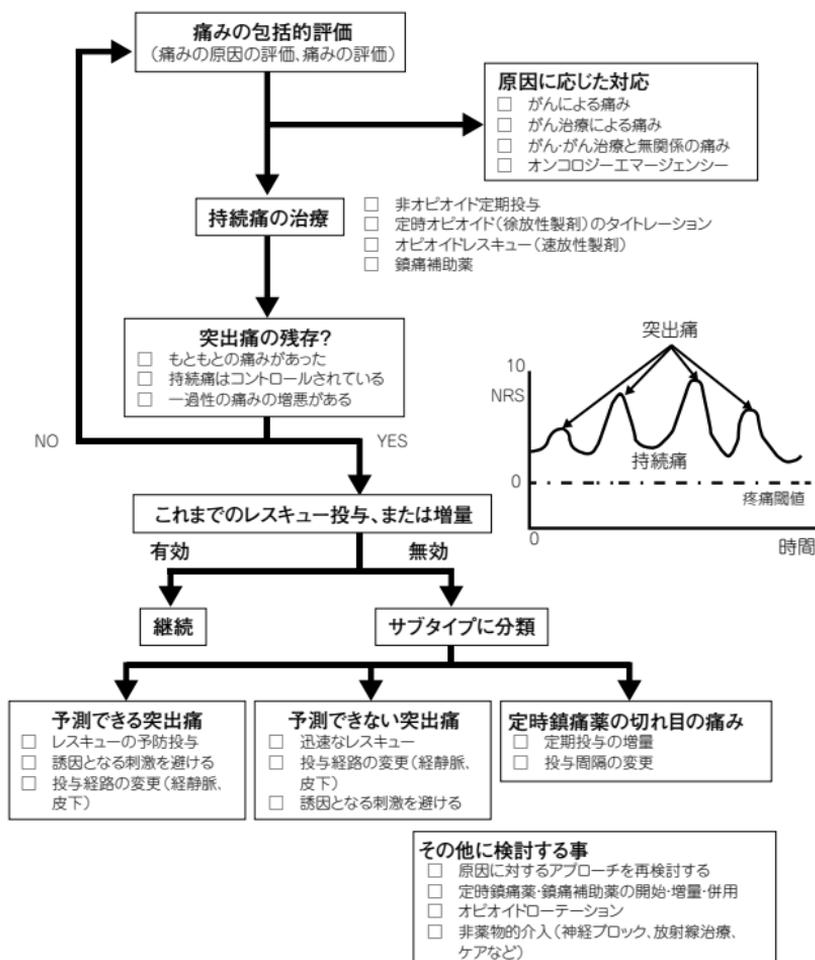


表3-3 徐放性製剤タイトレーション時の徐放性製剤1日用量とレスキュー・ドーズ1回量の関係

定期オピオイド	モルヒネ経口(mg/日)	/	20	30	40	/	60	90	120
	オキシコドン経口(mg/日)	10	15	20	/	30	40	60	80
	フェンタニル貼付剤の フェンタニル放出量(mg/日)	/	/	0.3	/	/	0.6	0.9	1.2
レスキュー	モルヒネ経口(mg/回)	/	5	5	5	10	15	20	30
	モルヒネ坐薬(mg/回)	/	5	5	5	5	10	10	20
	オキシコドン経口(mg/回)	2.5	2.5	2.5	5	5	10	15	20

■ レスキュー・ドーズの説明例

- ① 痛くなったら、まず1回分を服用するように説明し、「服用して1時間様子をみても効果が感じられなかったら、同じ量をもう1回服用してください」と説明する。(患者個々により異なることに注意)
- ② 「繰り返し服用しても効かなくなることはない」旨を説明する。
- ③ 「痛みを我慢することが害であり、服用すれば痛みが取れる」旨を十分説明する。

<引用文献>

- 1) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編集. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版. 金原出版株式会社, 2010年
- 2) Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. Eur J Pain. 13: 331-338, 2009