

癌性疼痛管理の指針



東京歯科大学市川総合病院
2004.2.1 (2008.6.1、2015.10.6 改訂)

この指針は WHO 方式がん疼痛治療法を基本
にしたものである。除痛法としては、この他に
も骨転移に対する放射線照射、神経ブロック、
精神療法などがある。

癌性疼痛管理の指針

目標: 患者も医師も看護師も家族もガンの痛みから解放されること

方策:

1. 早めの鎮痛薬(アセトアミノフェン、トラマドールを含め強オピオイドも)
 - ・ 麻薬は最後の砦ではありません。(“痛み”に苦しむ前にコントロールする)
 - ・ 痛みが少ない時からの処方の方が有効です。
2. レスキュー*の処方を忘れずに。
 - ・ 即効性のモルヒネ水(オプソ) or オキシコドン速放散(オキノーム)を処方。
 - ・ レスキュー投与量は、オプソもオキノームも1日量の1/6量を1回量として処方。
3. 翌日の麻薬量は、処方している麻薬量+レスキュー使用量
 - ・ 麻薬の処方初期には、維持量が決定されるまで数日毎に処方量を変更しましょう。
4. 副作用対策をしっかりと(緩下剤は最初から、制吐剤もなるべくはじめから)
 - ・ 悪心・嘔吐(発現頻度:約30%~50%)にはナウゼリン、プリンペラン、ノバミン
 - ・ 便秘(発現頻度:約95%)には、酸化マグネシウムなどの便に水分を加えるものと、アジャストAやラキシベロンなどの大腸の運動を亢進させるものを併用しましょう。
5. 鎮痛補助薬が必要なケースもあります。
 - ・ 麻薬だけでは除去できない痛みもあります。
 - ・ 鎮痛補助薬には抗けいれん薬(リリカ:刺すような痛み)に有効)、抗うつ薬(アモキサシ、トリプタノール:表在性の灼熱感のある痛み)に有効)等があります。
 - ・ 神経圧迫、脊髄圧迫、頭蓋内圧亢進による疼痛にはコルチコステロイド(デカドロン、プレドニン)が有効な場合があります。
6. 投与経路を適切に選択しましょう
 - ・ 食事摂取できない場合には、経口モルヒネの吸収量は低下します。
 - ・ モルヒネ経口から坐薬、皮下注射、持続静脈内点滴への変更では、モルヒネ量を1/2~1/3に減量。
 - ・ モルヒネ経口、坐薬、注射からフェンタニルパッチへの変更では、経口モルヒネ60mgあたりフェントス2mgです。ただし、麻薬が高用量の場合にはその限りではありません。
 - ・ フェンタニルパッチ使用時にもレスキュー薬の処方を忘れずに

症状コントロールが困難な場合、科内で苦慮せず、早い時期から緩和ケアチームへ依頼してください。

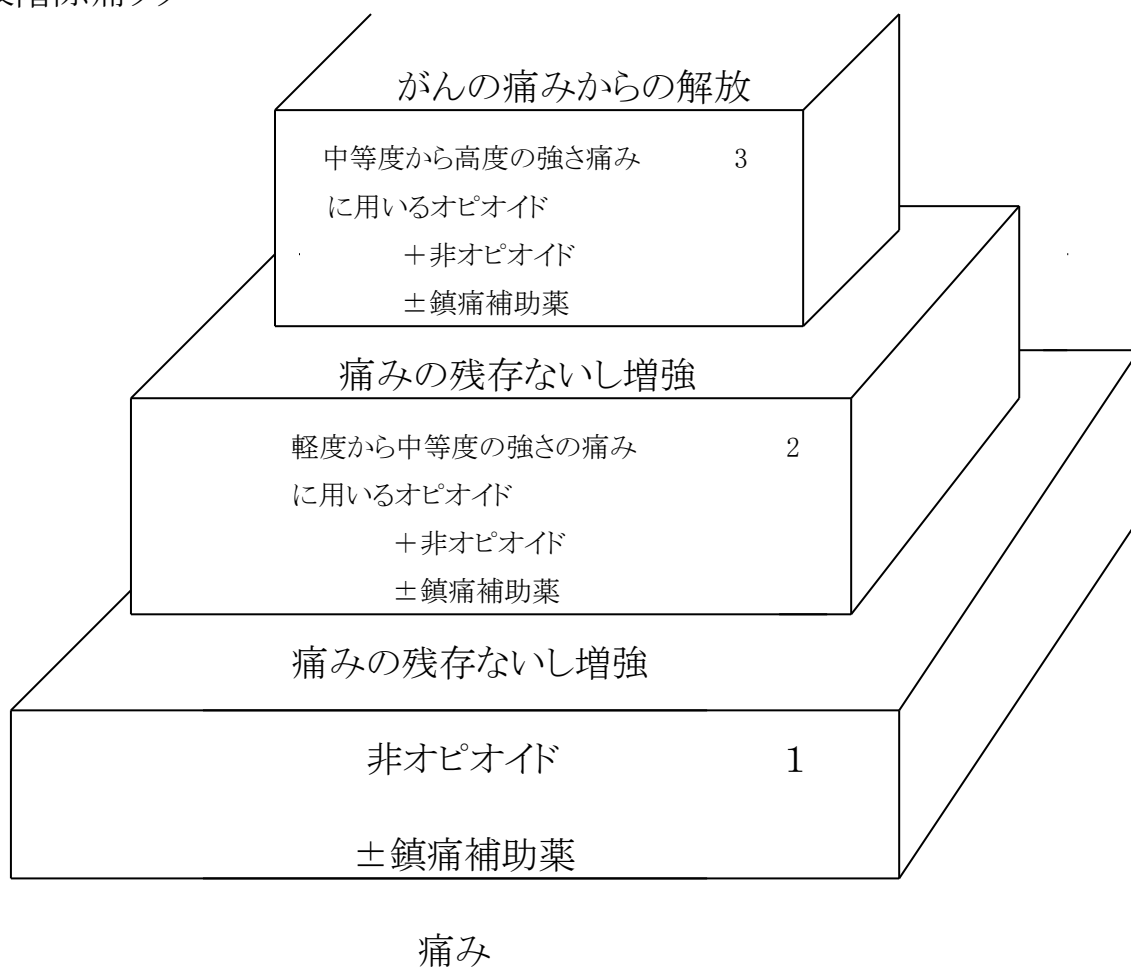
*時間毎投与にもかかわらず痛みが出た時(突出痛)に投与される鎮痛頓服薬

鎮痛剤の使用法

- 経口的に (by mouth)
- 時刻を決めて規則正しく (by the clock)
- 除痛ラダーにそって効力の順に (by the ladder)
- 患者ごとの個性的な量で (for the individual)
- そのうえで細かい配慮を (attention to detail)



WHO 三段階除痛ラダー



がん患者の痛みに用いる基本薬のリスト

薬剤群	基本薬	代替薬
I 非オピオイド	<ul style="list-style-type: none"> ○ロキソプロフェン錠 60mg/回 1日3回 ○ボルタレン SP 12.5、25、50mg 25～50mg/回 1日100mgまで ○ハイペン錠 200mg 200mg/回 1日2回 ○カロナール(アセトアミノフェン)錠 300mg、500mg 細粒 500mg/包 最大量 4000mg/日 	<ul style="list-style-type: none"> ○ロピオン注 50mg 1日2～3回 ○アセリオ注 1000mg/100mL
II 軽度・中等度の痛みに用いるオピオイド	<ul style="list-style-type: none"> ○トラマール OD 錠(トラマドール) 25mg 25～200mg/日 1日3～4回 ○ワントラム錠(トラマドール) 100mg 100～300mg/日 1日1回 ○タペンタ錠(タペンタドール) 25mg、50mg、100mg 50～400mg/日 1日2回 ○オキシコンチン錠(塩酸オキシコドン) 5mg、10mg、20mg、40mg 1日2回 1回5～10mgから開始 ○リン酸コデイン散1% 30mg/回 1日4～6回 *200～300mg/回以上は増やしても効果がない。 ○レペタン注(塩酸ブプレノルフィン) 0.2mg/1mL 1日1～3回筋注 *持続皮下注で2mg/日以上は増やしても効果がない。 ○レペタン坐剤(塩酸ブプレノルフィン) 0.2mg、0.4mg 	<ul style="list-style-type: none"> ○トラマール注 100mg/A ○アヘンチンキ 1回0.5mL、1日1.5mL
III 中等度・高度の痛みに用いるオピオイド	<ul style="list-style-type: none"> ○タペンタ錠(タペンタドール) 25mg、50mg、100mg 50～400mg/日 ○パシーフカプセル(塩酸モルヒネ) 30mg 1日1回 ○アンペック坐剤(塩酸モルヒネ) 10mg、20mg *1回10～20mgから開始 ○フェントステープ(フェンタニル) 1mg、2mg、4mg、6mg、8mg ○フェンタニル注(クエン酸フェンタニル) 0.1mg/2mL、0.25mg/5mL ○オキシコンチン錠(塩酸オキシコドン) 1日2回 	<ul style="list-style-type: none"> ○塩酸モルヒネ注 10mg/A、50mg/A ○オキファスト注 10mg/A、50mg/A

参考資料(保険適用外のものもあるため、注意のこと)

II、III段階に進んでも NSAIDs やアセトアミノフェンは中止しない

主な鎮痛補助薬 (NSAIDs やモルヒネなどで鎮痛が困難な神経障害性疼痛) (保険適応外)

<p>抗けいれん薬 (電気が走るような刺すような痛み)に有効)</p>	<p>○リリカカプセル(プレガバリン) 25 mg、75 mg 25~150 mg/日 から開始(腎機能、年齢、体重によって投与量を決定) *中枢性、末梢性神経障害性疼痛に保険適応あり ○リボトリール(クロナゼパム)錠 0.5mg、細粒 0.1% 就寝前 0.5mg、または朝晩 0.5mg ずつ投与</p>	<p>○デパケン R 錠 (バルプロ酸ナトリウム) 100mg、200mg</p>
<p>抗うつ薬 (しびれるような、しめつけられるような、つっぱるような痛み)に有効)</p>	<p>○サインバルタカプセル(デュロキセチン) 20 mg 20~60 mg/日 1日1回 ○トリプタノール錠(塩酸アミトリプチリン) 10mg、25mg 10~25mg/回 就寝前 ○アモキサシカプセル(アモキサシピン) 10mg、25mg 10~30mg/日</p>	<p>○トフラニール錠 (塩酸イプラミン) 10mg、25mg</p>
<p>抗不整脈薬 (しびれるような、しめつけられるような、つっぱるような痛み)に有効)</p>	<p>○メキシチールカプセル(塩酸メキシチン) 100mg 開始量 150mg/日(1日3回)2~3日毎に増量 最大量:900mg/日 ○オリベス点滴用 1%(リトカイン) 2g/200mL 1日 500~1000mg で持続皮下注または持続静注 (有効血中濃度:1.5~5 μg/mL)</p>	
<p>NMDA 受容体拮抗薬 (難治性神経障害性疼痛)に有効)</p>	<p>○ケタラール静注用(塩酸ケタミン) 50mg/5mL 1日 25~250mg 持続皮下注入法または持続静注法 5~10mg/hr/回を疼痛時レスキュー</p>	
<p>コルチコステロイド (神経圧迫による痛み)に有効)</p>	<p>○プレドニゾロン(プレドニゾロン錠 1mg、散、プレドニン錠 5mg) 1日 5~20mg ○プレドニン注 10mg、20mg ○デカドロン(リン酸デキサメタゾンナトリウム)錠 0.5mg 1日 1~2mg ○デキササート注 6.6mg/2mL</p>	<p>○リンデロン(ベタメタゾン)錠 0.5mg、注 2mg、4mg</p>

(参考)

的場報告:①「電気が走るように痛む」「鋭く痛む」「刺すように痛む」などの発作の痛みには抗けいれん薬が有効 ②「しびれて痛む」「締め付けられるように痛む」「突っ張って痛む」「焼け付くように痛む」「ビリビリ痛む」などの持続性の痛みには抗うつ薬が有効。

Nathan 報告:痛みが持続的な場合は、抗うつ薬→抗不整脈薬の順序で選択し、刺すような痛みの場合は、抗けいれん薬→抗うつ薬→抗不整脈薬の順で選択

緩和ケアにおける精神医学的介入

がん患者は、がんの疑いの時期から終末期に至るまで、あらゆる時期において様々なストレスに曝されている。特に付随する痛みに関しては、不安や抑うつなどの精神症状が併しやすいたことが以前から指摘されている。痛みをコントロールすることでこれらの精神症状が消失するケースも少なくない。

がんが進行する過程において、患者は不公平感、無価値観、絶望感、罪責感、孤独感等の感情を抱きやすく、その結果うつ状態に陥り、精神医学的介入を必要とする場合が生じる。このような患者のケアに際しては、“胸の内を打ち明けられるような”信頼関係を作ることが大切であり、“時間をかけ”、“話に耳を傾け”、“共感的な態度で接して”十分な意思疎通を保つことが必要である。時には、抗うつ薬や抗不安薬を中心とした薬物療法を行う。薬物の使用に当たっては、精神症状を過小評価（「痛みがあるのだから、あるいは進行がんなのだから仕方がない」といった認識）せず積極的に考慮していく。

全身状態が良好でない患者においては、しばしばせん妄も認められる。そのような場合には、スタッフによる頻回の訪床によって安心感を与えたり、感覚刺激を増やし日中の覚醒水準を高めたりすることが必要である。患者の異常言動を不安に思う家族には、これらは二次的に生じた一過性の障害であり、このような身体状態にはしばしば合併すること、その間の記憶は不十分であることなどを説明し、不要な心労を回避してあげることも大切である。幻覚や興奮を伴うせん妄では抗精神薬の使用も考慮する。

せん妄やうつ症状が見られたら早めに緩和ケアチームに依頼することとする。