がん疾患の在宅医療
人材育成事業（医療職用）

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-1　からだのつらさへの対応

5-1-2　痛み

5-1-2（1）　がん性疼痛治療の基本

領域5 QOLの最善化
5-1 からだのつらさへの対応
5-1-2 痛み
5-1-2（1） がん性疼痛治療の基本

在宅医療における がん疼痛の評価と治療

在宅医療におけるがん性疼痛の評価と治療

在宅における疼痛治療

- がん患者の疼痛を評価する
- 使用薬剤を考える
- オピオイド導入：薬剤選択、注意点
- 薬物以外の対処法の検討（非薬物療法）
- 薬剤有効性、副作用を常に評価する
- 患者、家族への薬剤説明が大切（麻薬誤解を解く）

【在宅における疼痛治療】
・在宅での疼痛治療においては、以下の留意点がある。
　がん患者の疼痛を評価し、ラダーに沿って使用薬剤を検討する。
　オピオイドを導入する場合には、症状と薬剤の特徴（剤形も含む）を合わせた選択を行う。
　効果、副作用に関しても常に評価を行い薬剤の種類、量など再検討する。
　また薬物以外の対処法（非薬物療法）も併せて検討する。
　患者、家族への服薬指導をきめ細かく行い、特に麻薬の誤解を払しょくするように努めることが大切。

がん性疼痛の評価

がん性疼痛の評価

痛みの評価にあたっての留意点

- 痛みについて患者の訴えを信じ、過小評価しない
- 患者の痛みの強さを測定し、把握する
- 患者の心理状態を把握する
- 訴えている痛みの経過を詳しく問診すること
- 丁寧に身体診察を行う
- 必要な検査をオーダーし、自ら検査結果を判定する
- 痛み治療を開始する初期評価の段階から、薬以外の治療法の適応についても検討する
- 治療を開始したら鎮痛効果と副作用を必ず判定する

World Health Organization. *Cancer pain relief 2nd ed.* 1996

引用PEACEプロジェクト緩和ケア研修会資料（旧指針）「M-3 がん疼痛の評価と治療」

【痛みの評価】

・痛みの評価においては、スライドのような注意が必要。

・痛みについて患者の訴えを傾聴し、共感し、疑うことなく訴えを信じ、過小評価しないことが大切。

・疼痛は身体的疼痛だけでなく心理・社会的・スピリチュアルな苦痛も混在してくるので多種な側面から診る必要がある。

・患者の痛みの強さを客観的に測定し、把握するようにする。（VASスコア、NRSスコアなど）

・患者の心理状態を把握する。

訴えている痛みの経過を詳しく問診することも大切。夜間に疼痛が強いようであれば、夜の量を増量するなども検討する必要がある。

・丁寧に身体診察を行う。視診、触診、打診、聴診、バイタルチェック、また患者の歩行、姿勢、構語などを観察するだけで診断の手掛かりになる。

・必要な検査をオーダーし、自ら検査結果を判定する。XP、CTなど持参の画像と比較することで疼痛の原因が検索できることもある。

・痛み治療を開始する初期評価の段階から、薬以外の治療法の適応についても検討する。

・治療を開始したら常に鎮痛効果と副作用を必ず判定する。特に導入当初はオピオイドの量の設定ができるまで連日評価し、できるだけ早く量の設定ができるようにする。また効果、副作用によっては、オピオイドスイッチを検討する。

痛みの評価

■痛みの原因の評価

・身体所見（視診、触診、筋力低下の評価）　・画像所見

■痛みの評価

・日常生活への影響
（STAS-Jによる症状への対処の必要性に関して評価）
・痛みのパターン（持続痛、突出痛）
・痛みの強さ（NRS、VAS、VRS、FPS）
・痛みの部位　・痛みの経過
・痛みの性質（体性痛、内臓痛、神経障害性疼痛）
・痛みの増悪因子と軽快因子　・現在行っている治療の確認
・レスキュー薬の効果と副作用

日本緩和医療学会【編】がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版より引用

【痛みの評価】

・まず、痛みの原因の評価。身体所見では、痛みのある部位を視て、触ることが大事。痛みのある部位が複数あることもあるので、必ず確認して下さい。筋肉の消耗などによる痛みもあるので、その有無も確認が必要。画像として、CTやMRIなども原因特定に参考になる。

・次に痛み自体の評価を行う。痛みは主観的なものであり、痛んでいる患者本人によく聞くことが大事。（傾聴）

・その内容は、痛みにより日常生活がどの程度困っているか（STAS-Jによる症状への対処の必要性に関して評価）、痛みのパターン（持続痛か突出痛か）、痛みの強さ、痛みの部位、痛みの経過（いつ、どのように、どのくらいの時間痛むのか）、痛みの性質（体性痛、内臓痛、神経障害性疼痛）、痛みがどのような時に強くなるのか、弱くなるのか（増悪因子と軽快因子）、現在行っている治療の確認（治療で痛みがよくなっているのか、変わらないのか）、レスキュー薬の効果と副作用など。

がん患者に生じる痛みの原因

- **がん自体に起因する痛み**
  - 内臓や神経の破壊・虚血・圧迫・牽引
- **がん治療に伴って生じる痛み**
  - 術後痛、化学療法や放射線治療の有害事象
- **消耗や衰弱によって生じる痛み**
  - 筋肉や関節の萎縮・拘縮、褥瘡
- **がんとは直接関係のない痛み**
  - 変形性関節症、胃潰瘍や胆石などの偶発症

引用PEACEプロジェクト緩和ケア研修会資料（旧指針）「M-3 がん疼痛の評価と治療」

【がん患者に生ずる痛みの原因】

・がん患者に生じる痛みの原因はさまざま。

・がん患者の訴える痛みが、がん自体に起因する痛みとは限らない点に注意が必要。

・がん自体に起因する痛みは、WHO方式の薬物療法に沿って痛み治療を進めることが重要だが、その他の痛みは、痛みの原因に応じた治療が必要であり、オピオイドが最も有効とは限らない。

・近年、特に先進国においては、がん治療成績の上に伴って長期生存可能な割合が高まっており、治療の長期化や複雑化の結果、がん治療に起因する痛みも大きな問題になっている。

痛みの性状と分類

副読本参照

		特徴	治療戦略
侵害受容性疼痛	内臓痛	腹部腫瘍の痛みなど局在があいまいで鈍い痛み ずーんと重い	オピオイドが効きやすい
	体性痛	骨転移など局在がはっきりした鋭い痛み ズキっとする	突出痛に対する レスキューの使用が重要
神経障害性疼痛		体性感覚神経・神経叢への浸潤により、びりびり電気が走るような/しびれる/じんじんする痛み	難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い

引用PEACEプロジェクト緩和ケア研修会資料（旧指針）「M-3 がん疼痛の評価と治療」

【痛みの性状と分類】

・痛みは、そのメカニズムから、侵害受容性疼痛（内臓痛と体性痛）と神経障害性疼痛に大別される。

・侵害受容性疼痛はオピオイドが効きやすいという特徴があるが、体性痛では、突出痛に対し、オピオイドを緊急投与（レスキュー・ドース）することが重要である。

・神経障害性疼痛は、知覚神経や運動神経の成分を含む神経叢（頸神経叢、腕神経叢、腰神経叢、仙骨神経叢など）への浸潤による痛みである。オピオイドだけでなく、鎮痛補助薬といわれる薬剤が必要な場合が多いです。なお、自律神経成分のみから構成される神経叢（腹腔神経叢、上下腹神経叢など）は原則として含まない。

痛みの性状表

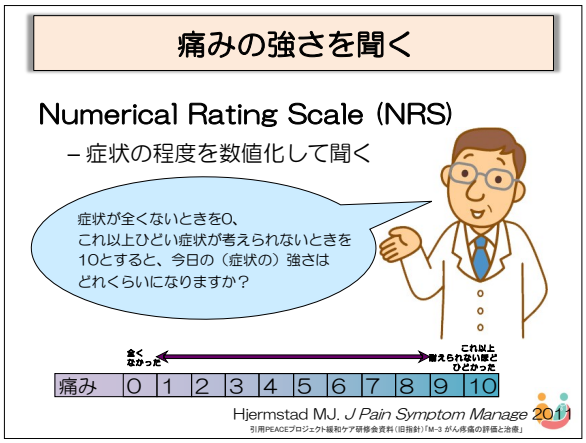
余宮きのみ監修

				予想される病態
鋭い	ズキズキ	脈打つような（ズキンズキン）	ヒリヒリ	体性痛 局在が明瞭で体動時に増強する、圧痛
しみるような				
鈍い	重い	ズーン	ギューッ	内臓痛 局在が不明瞭
圧迫されたような				
電気が走るような（ビリビリ）	キリキリ	ジンジン	ビーンと走るような	神経障害性疼痛 感覚鈍麻、痛覚過敏、アロディニア、運動障害を伴うことがある
正座をした後のしびれるような	締め付けられるような	針で刺すような	チクチク	
チリチリ	ピリピリ	引きつるような	突っ張るような	
焼けるような				
こるような	筋肉がけいれんするような			筋攣縮による痛み（体性痛）

【痛みの性状表】

・患者の痛みの訴え方により、痛みの病態を予測することができるので患者の訴えをそのまま記載することが大切。痛みの性状表一覧を見せて、痛みの語彙を選択してもらうのも一つの方法。

・臨床の現場では、患者に上記表を見せて「どんな感じの痛みですか？この表の中で近いのはどれですか？〇〇の様ですか？」と痛みの性状を知るのに有用。

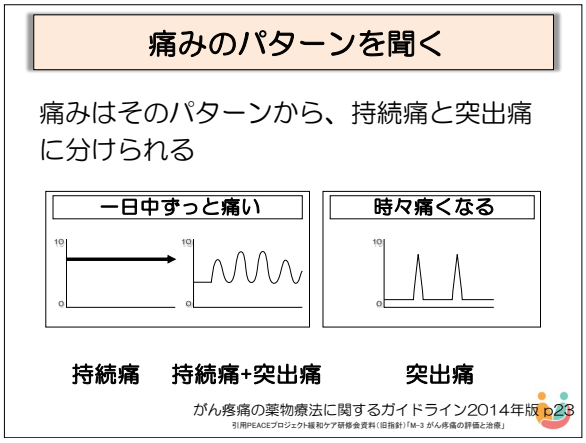


【痛みの評価：NRS]

・痛みの評価にはいくつかの方法があるが、これはNRSと呼ばれるもの。

・NRSは、急性痛から慢性疼痛まで、あらゆる痛みの程度を評価する際に最も頻繁に用いられている普遍的なツールである。

・この他に、VRS (Verbal Rating Scale)、フェイススケール、VAS (Visual Analogue Scale)などがある。

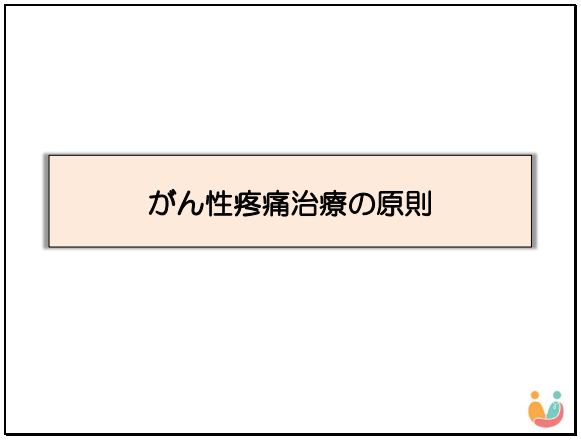


【痛みのパターン】

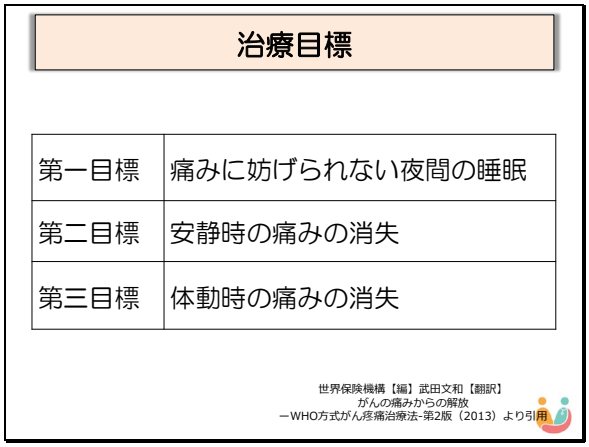
・痛みのパターンを評価することも大切。

・パターンは持続痛と突出痛に分類される。

がん性疼痛は、持続痛が多く、中でも突出痛を混在するパターンが多い。持続痛でも日中が強いか、夜間が強いかも聞いておく必要がある。がん患者は、夜の疼痛が強いといわれる方が多く、不眠、不安などが疼痛を助長していることがある。

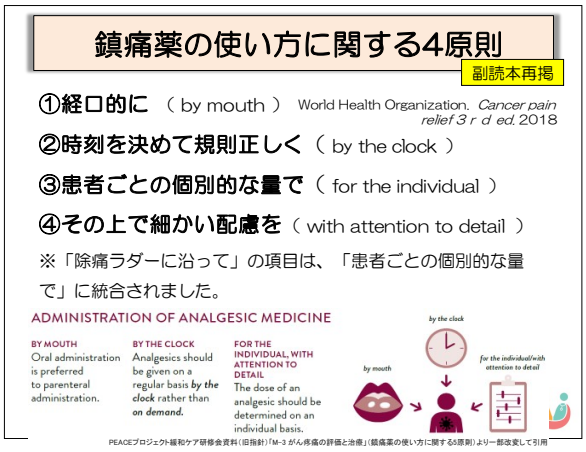


がん性疼痛治療の原則



【治療目標】

・がん性疼痛治療の最終目標は体動時の痛みの消失で、普通に暮らすことができることである。しかし、痛みが強く夜も眠れないような場合には、第一目標、痛みに妨げられない夜間の睡眠、第二目標、安静時の痛みの消失、そして最終目標と、段階的に目標を定めることが大切である。往々にして、第二目標で止まっていることも少なくないので、痛みが取れているという場合には、動いてみて痛みがないかどうか確認することも重要。



【鎮痛薬の使い方に関する4原則】

・鎮痛薬の使い方として世界共通の原則、WHO方式による薬物療法の4原則がある。

①経口的に（by mouth）

経口投与は患者1人で実施でき、他の人の助けを必要とせず、患者の自立を助ける。経口投与可能な患者に経直腸投与、経皮投与、注射投与を行うことには合理的な理由がない。

②時刻を決めて規則正しく（by the clock）

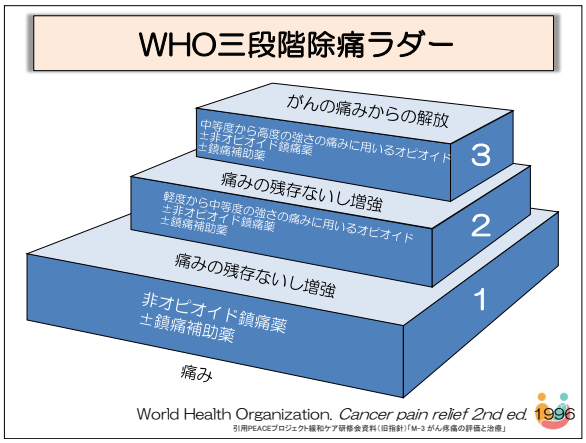
がん性疼痛は持続痛が多く、常に痛くないようにコントロールするには、鎮痛薬は時刻を決めて規則正しく反復投与する。投与量は、患者の痛みが消える量とすべき。

③患者ごとに個別的な量で（for the individual）

オピオイド鎮痛薬には標準投与量や有効限界がないので、初回量はどの患者にも安全な少量とし、その効果をみながら25～50%前後のタイトレーションを行い、痛みが消失する量を求める。タイトレーションには速放性製剤を使うのが能率的で、タイトレーション後に徐放性製剤に切り替えて患者の便宜を図るべき。増量に恐れを抱いて中途半端な増量で満足する医師もいるようであるが、これは基本原則に違反しており、是正すべきである。

④その上で細かい配慮を（attention to detail）

処方内容や服用法をわかりやすく書いた紙を渡すこと、鎮痛薬の副作用予防薬を処方すること、患者の心理面に配慮すること、などの細かい配慮が大切。



【WHO三段階除痛ラダー】

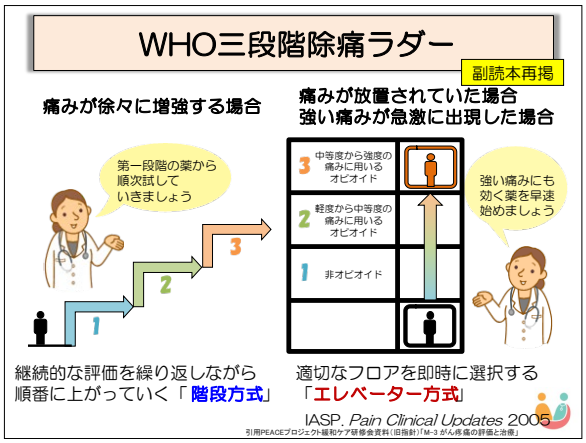
・また、WHO 3-step analgesic ladder （WHO三段階除痛ラダー）も世界共通の治療原則である。

ここで強調したいことは、

・痛みの強さに対応できる鎮痛効果を持った薬剤を選択する

・したがって、痛みが強い場合には最初から第2段階あるいは第3段階から開始してもよい

・オピオイドを開始するとき、非オピオイド鎮痛薬は、得られる鎮痛効果と生じうる副作用のリスクを勘案したうえで、個々の患者ごとに継続するか否かを判断する（併用してもよいし中止してもよい、非オピオイドの併用による利益を評価せずに漫然と長期投与することは避ける）ことでる。



・WHO三段階除痛ラダーは誤解されることも多いので正しい使い方を説明する。
・痛みが徐々に増強する場合は、stepwise方式（階段を上るように薬を選択する）に従う。
・しかし、強い痛みが急激に出現した場合や、患者が長い期間痛みを我慢していて痛みの増強に耐えかねて痛みを訴えた場合は、躊躇なくオピオイドの使用に踏み切るべきだ（エレベーター方式）。
・すなわち、基本は先に示したラダーに従うが、毎回必ず第1段目の薬から始めるべきではなく、痛みの強さに相応した段から最初の鎮痛薬を選ぶ。増量しても効果不十分な場合には、同じ段の他の薬に切り替えても解決はしないので、必ず1段ないし2段上の薬に切り替える。痛みのアセスメントで中など度から高度の痛みと判断した場合は、最初に処方すべきは第3段目の強オピオイド鎮痛薬である。