

## 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（3）がん性疼痛に対する非薬物療法



### 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（3）がん性疼痛に対する非薬物療法

### がん性疼痛治療（非薬物療法）



#### 【がん性疼痛治療（非薬物療法）】

- ・在宅におけるがん性疼痛治療は、疼痛を評価し、ラダーに沿って使用薬剤選択する。
- ・オピオイド導入には、薬剤の特徴に合わせた選択を行い、効果、副作用に関しても常に評価を行い再検討する。
- ・薬物以外の対処法を併行して検討することも大切。特に在宅では治療（キュア）とともに看護（ケア）が大切であり、痛みのコントロールもケアに依存するところが大きいことを忘れてはならない。

### 神経ブロック 1/2

- ・神経ブロックとは主として末梢神経（脳脊髄神経や交感神経節）に直接またはその近傍で局所麻酔薬、神経破壊を作用させたり、高周波熱凝固、パルス高周波通電を行うことにより一時的あるいは長期間にわたり神経機能を停止させ痛みを軽減することを目的とした治療法。最近では高容量の麻酔剤を必要とする症例において、硬膜外、クモ膜下持続カテーテルによる局所麻酔剤＋モルヒネ、フェンタニールなどによるコントロールもされている。（少量で可能）



#### 【神経ブロック】

- ・持続クモ膜下注入では、モルヒネ換算で経口の1/100～1/200量の換算になり、少量で済むので副作用も少ない。硬膜外注入では、経口の1/10～1/20量の換算になる。
- ・神経ブロックは、侵襲的でQOL・ADLに影響を及ぼす可能性があるため、患者と家族にリスクとベネフィットを十分説明し同意を得る必要がある。全身状態の悪化や出血傾向、全身的感染症がある場合には施行できないことがある。

### 神経ブロック 2/2

- ・神経ブロックの適応は、局在性の疼痛、神経叢浸潤、脊髄性疼痛など薬剤でのコントロール不十分な時が考えられる
- ・近隣のペインクリニック専門医、がん拠点病院の緩和ケア医に時機を逸せず相談されることをお勧めする



- ・適応についてはペインクリニック医などの専門医に相談するとよい。
- ・ペインクリニック学会ホームページにペインクリニック専門医一覧が掲載されている。ペインクリニック開業医懇話会のホームページから全国のペインクリニックの開業医がわかる。ご参照を。

日本ペインクリニック学会 がん疼痛神経ブロック治療	
神経ブロックの名称	適応
<ul style="list-style-type: none"> <li>三叉神経節・末梢枝ブロック</li> <li>星状神経節ブロック</li> <li>肋間神経ブロック</li> <li>腹腔神経叢ブロック</li> <li>下腸間膜動脈神経叢ブロック</li> <li>上下腹神経叢ブロック</li> <li>不对神経節ブロック</li> <li>くも膜下フェノールブロック</li> <li>サドルフェノールブロック</li> <li>神経根ブロック</li> <li>胸部・腰部交感神経ブロック</li> <li>後枝内側枝ブロック</li> <li>持続硬膜外注入（局麻 モルヒネ）</li> <li>持続くも膜下注入（局麻 モルヒネ）</li> <li>トリガーポイント注射</li> </ul>	三叉神経領域：顔面のがん 乳がんによる上肢痛・循環障害 胸壁浸潤 肋骨転移 上腹部がん（特に膵がん） 下腹部の内臓痛 骨盤内の内臓痛 直腸がんの旧肛門部痛・会陰部痛 胸部・腹部の限局した体性痛 直腸がんの旧肛門部痛・会陰部痛 限局した体性痛 入浴で軽快する上肢・下肢痛 椎体転移などからの椎間関節痛 他法でコントロールできない 他法でコントロールできない 頸膈・腰部部の筋筋膜性疼痛



### 【がん性疼痛神経ブロック治療】

・有用な多種の神経ブロックがあるが、トリガーポイントブロック、仙骨硬膜外ブロックは在宅でも施行可能だが、ほとんどは透視XPを必要とするものが多く、ブロックの適応の有無を含め時機を逸することなく早期にペインクリニック専門医に相談する。

放射線治療	
<ul style="list-style-type: none"> <li>骨転移による痛みの緩和と骨折予防に対する放射線治療の有用性は証明されている <small>Lutz S. et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011</small></li> <li>実際の放射線治療               <ul style="list-style-type: none"> <li>外照射</li> <li>アイソトープ治療                   <ul style="list-style-type: none"> <li>ストロンチウム</li> <li>放射性ヨード（甲状腺がんの骨転移の場合のみ）</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>放射線の量や範囲は、状況によって判断               <ul style="list-style-type: none"> <li>骨折や脊髄圧迫のリスク</li> <li>併用治療や期待される生存期間などへの配慮</li> </ul> </li> </ul>	

引用 PEACEプロジェクト緩和ケア研修会資料「目標対準3がん疼痛の軽減と治療」

### 【放射線治療】

・疼痛に対する緩和照射の中では、骨転移痛が最も多く、痛みのある骨に3Gy×10回、8Gy×1回などを照射することが多い。治療1か月後の疼痛緩和効果60%程度（Chow JCO 2007）と報告されている。

・その他、メタストロンという放射性物質の点滴治療もあり、骨転移における疼痛に関して適応となっている。効果出現が1か月後であり、予後が1か月以上と考えられる方が適応になるので、時機を逸することなくいろいろ緩和ケア的照射法の知識を在宅医も知っておくことは必要。

・脳転移による頭痛、嘔気などに対しても、全脳照射3Gy×10回、γナイフ、サイバーナイフなどが行われる。

・また在宅でも上大静脈症候群で顔面、上肢の浮腫にはじまり、頭蓋内圧亢進や咽頭、喉頭浮腫に至る場合に、緊急照射を要する場合もある。責任病変に3Gy×10回、2Gy×20回など照射し2週間後に70%程度で症状改善（Lynn NEJM 2007）を認める。

・放射線治療期間中は、日焼けした時のように皮膚が赤くなったり、乾燥してかゆみやツツパリ感が出たり、水ぶくれができたりすることがある。放射線が当たっている部位の皮膚を清潔に保ち、刺激しないことが大切。

・入浴時には、石けんをよく泡立てて皮膚にのせて洗い流し、タオルで優しく押さえるように拭きます。石けんを泡立てるのが難しいようなら、お湯やシャワーで流すだけでもよい。放射線皮膚炎は、照射が全て終了してから1～2週間が最もひどくなりやすい時期である。放射線治療後1か月間くらいは、放射線治療中と同じような服装、スキンケアを続けることを勧めたい。

## がん疼痛の非薬物療法・ケア

- ・ 痛みに関連する要因は？
  - どのような時に痛みが強くなり、どのような時に痛みが軽くなるだろうか？
- ・ 薬物治療以外の痛みを緩和する方法は？
  - 薬物療法以外の疼痛緩和の方法を考えてみる
  - 全人的疼痛（トータルペイン）として捉え多角的なアプローチが必要

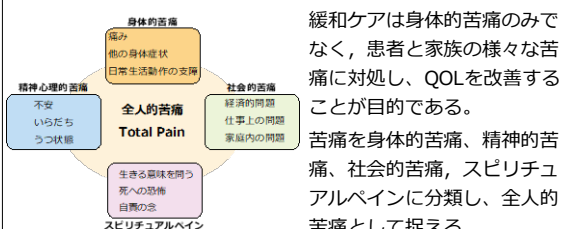
引用PEACEプロジェクト緩和ケア研修会資料(旧版)第3 がん疼痛の評価と治療



### 【がん性疼痛の非薬物療法・ケア】

- ・ここからは、がん患者の痛みに対する非薬物療法とケアについて学んでいく。
- ・痛みの治療は薬物療法だけでなく、トータルペインとして考えないとコントロールできないと言っても過言ではない。
- ・ケアを看護師任せにせず、トータルペインに対しては多角的なアプローチが必要であり、薬物療法以外の方法について在宅ケアチーム全員が理解し対応することが大切。

## 全人的苦痛とは



緩和ケアは身体的苦痛のみでなく、患者と家族の様々な苦痛に対処し、QOLを改善することが目的である。

苦痛を身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインに分類し、全人的苦痛として捉える。

PEACEプロジェクトe-learning R02【6冊】全人的苦痛と包括的アセスメント スライド3ページより一部改変して引用



### 【全人的苦痛】

- ・シシリー・ソングースは、患者は痛みなど身体的な苦痛のみでなく、精神心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインなど、様々な苦痛を抱えており、全人的苦痛（トータルペイン）と捉えて対応することを提唱した。
- ・痛みのコントロールは、4つに分類されるような様々な苦痛を全人的苦痛として捉えることが重要である。
- ・ここでは、すべてをまずは受け止め、その後、この分類に分けて患者・家族に説明を行う。本当に困っているのか、話したいだけなのか、見極めていく。

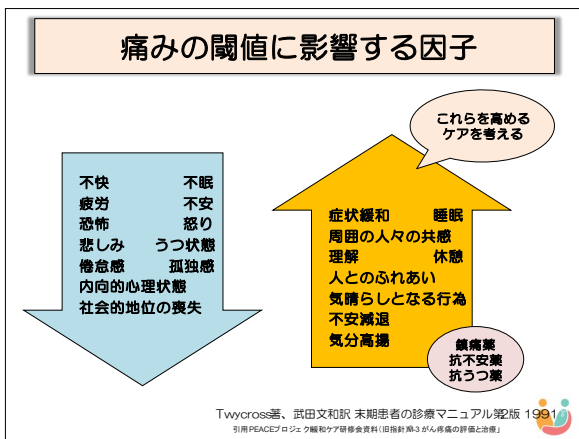
## ケアは薬物療法と並行して行う

- ・ ケアは薬物療法と並行して行う必要がある
- ・ 患者本人や家族が行っている疼痛時の対処方法を尋ね、在宅で可能なより良いケアの方法を多職種を含め一緒に考える



### 【ケアは薬物療法と並行して行う】

- ・全人的疼痛の観点からも、疼痛コントロールは、身体的痛みを薬物療法（キユア）でコントロールするだけでは、患者家族が満足できるコントロールは難しい。心的、社会的、精神的ケアを並行して行う必要がある。
- ・ケアによって痛みの閾値を上昇させて、より効果的な疼痛緩和を行えるようにしていくことが大切である。特に在宅では、地域緩和ケアチームの多職種で患者家族とACPを繰り返し、患者の望む最良の療養の場の選択、環境整備、患者の希望をかなえるケアを考えることで、在宅ケアの目的である家族と楽しく生活することを支えるケアが実現する。
- ・具体的な対処方法を尋ねることで、痛みを緩和するケアの方法や、患者自身や家族が工夫している方法を引き出し、大切な情報として医療チーム全員が共有することが大切である。



### 【痛みの閾値に影響する因子】

・図に示すように、痛みには、強めたり弱めたりする様々な因子がある。

・したがって、痛みを強める因子の影響を弱め、痛みを弱める因子の影響を強くする、すなわち、痛みの閾値を上げる(痛みを感じにくくする)方法をスタッフとともに考えて共有することが大切。

・地域緩和ケアチームの中で、その中心になるのは、訪問看護師であり、その役割は大きい。

・項目としては以下の項目がある。

○痛みの状況の確認 ○気持ちのサポート ○痛みについての説明 ○疼痛緩和方法の検討 ○痛みの閾値を高める ○睡眠の誘導 ○リラックス・気分転換 ○痛みについての説明 ○環境調整 ○装具や補助具の工夫

### 【痛みを和らげるケア】

・実際のケアの具体例を挙げてみます。ケアの観点から気づかれる内容が多いことがわかる。

・マッサージは、緩和ケアの基本の「手当て」に当たる。手当(タッチング)は、患者に安心感を与え、気持ちが落ち着き、苦痛が緩和される効果があるといわれている。マッサージと軽い運動は拘縮の予防にもなり、精神的安定も与える。安楽な体位、手すりの配置、介護用ベッドの配置などで痛みの増強を避けるようにする。心地よさがポイントとなる。指先ではなく掌を使用して実施する。関節の運動は血行を促進させ心地よさや「リハビリができたという」満足・充実感が得られる。骨転移や肋間、陰部、大腿部等の神経障害性疼痛がある患者ではマッサージを実施することで疼痛が増強するため注意が必要。また、痛みのある患者に体圧分散マットレスを使用すると疼痛が増強することがある。痛みは「痛い」という表現はまれで、生活の場において置き換えられ様々な形で表現される。

・温電法については、季節と関係なく電気毛布を使用していたり、温泉に毎日行く、熱いお風呂に入る、アルコールの摂取等で疼痛の閾値をコントロールされている患者が多くみられる。細やかな観察により、疼痛を適切に評価し、疼痛コントロールを行うことで、さらにケアが充実できるようにする。

・冷電法については、温電法と同様に、評価していく。湿布を何枚も貼付していたり、頭に氷枕を年中使用していたりされる患者もいる。

・装具補助具の、利用によって痛みの緩和ができる。装着や脱着方法を病院の看護師と打合せすることで患者や家族の安心感につながる。ケアは、皮膚トラブルが起こらないよう注意が必要。頸椎については発汗のケアが必要。頭を洗うには前傾姿勢ほどの程度まで可動域の制限はないか、シャンプーやシャワー・ドライヤーをかけるときは、頭が揺れないようにケアすることを工夫していく。胸腰椎については、肋間等骨に接触する部分、ずれ・圧迫・ゆがみ・ゆるみ等の配慮が必要になる。痩せた時にどう対応するののかもカンファレンスで話し合っておくといい。

・患者、家族、そして医療者も一人で悩みを抱え込まずに済むような言いやすい環境を整えることも大切。痛み

### 痛みを和らげるケア

- ・ マッサージをする
- ・ 温電法・冷電法
- ・ 軽い運動を取り入れる
- ・ 環境の調整
  - 痛みが増強する動きが避けられるように
- ・ 装具や補助具の利用
  - コルセット、頸椎カラー、歩行器の使用など
- ・ ひとりで抱え込まない
  - 患者も家族も医療従事者も

写真提供：公益財団法人テクノエイド協会；補装具費支給事務ガイドブック平成30年3月  
引用PEACEプロジェクト緩和ケア研修会資料(田原針線3がみ療養の診療と治療)

やつらさがある時は、人はよいことを考えることはできないと思われる。薬物を使用しなければならないことかどうかは、表現してもらわないと医療者の力も発揮できないため、自由なコミュニケーションが重要と思われる。専門職は、観察と問診・触診からアセスメントし疼痛評価を実施していく。ベッドに不自然な姿勢で寝ている、ずっと起きている、室内をぐるぐる歩いている、ずっと同じ姿勢で過ごしている、クッションが山積、マットレスが何重にも重なっている等、観察ただけで、疼痛の増強に気づくポイントは沢山ある。みんなで話し合い、これってどうなのか、話し合える環境が重要と考える。

- ・清潔ケアでは、一連の工程を実施。
- ・筋繊維に添って、疼痛評価、マッサージ、タッチングすることで心地よさの効果は高くなる。
- ・お湯やタオルの熱さは、患者のお風呂の温度や好みを聴取し実施していく。
- ・関節可動域については、脱衣・着衣時に消耗が最小になるように重力に反した動きはできるだけ少ない状況にしていく。
- ・ポジショニングは、重力をうまく活用し良肢位を作りあげていく。
- ・心地よさは数値や表情にも現れ、その変化は家族にも伝わり満足度に変化がみられてくる。

### ケアは薬物療法と並行して行う(例)

#### ・清潔ケア

＜一連の工程を実施する前の酸素飽和度62%、実施後91%の効果をもたらす＞  
 マッサージ（体を動かす前の疼痛評価や背部の指圧）、タッチング（筋線維に沿って脱衣・着衣他）、温電法（清拭）、さっぱり感、関節可動域（脱衣・着衣）、口腔ケア、家族の満足度の変化



### ケアは薬物療法と並行して行う(例)

- ・手浴の効果  
 （温める、石鹸で洗いながらマッサージ、拭きながら指圧、保湿クリーム塗布）



- ・肺がん末期で看取り前の状態。
- ・医療者は、最期まであきらめず、ケアを実施。
- ・疼痛評価を実施し、ケアを開始。
- ・手指のチアノーゼには温電法が有効である。びりびりしびれるような痛みを感じると話されていた。
- ・お風呂に入る温度に設定し、手浴を実施。
- ・実施するとこのようにチアノーゼは消失。この状態でも酸素飽和度は測定できなかったが表情は穏やかで、呼吸数も20回と浅い呼吸から12回になり普段通りの呼吸に変化していた。

### ケアは薬物療法と並行して最期まで行われる

- ・ケアは薬物療法と並行して無理のない範囲で最期まで行っていく。
- ・日々のケアがのちに看取りの場面でグリーフケアにつながっていたと家族満足度の評価の1つになる。
- ・亡くなってからのケアではなく、日々のケアがとても重要である。
- ・ケアは薬物療法と並行して最期まで行われるべき重要な支援である。

