

【1. カバーレター】

重度の認知症患者では、語彙が限られ、自ら苦痛を訴えることが困難となる。そのため、苦痛が過小評価されているのではないかと感じた。医療者のみならず、時として家族もその苦痛の存在に気がついていない可能性もあり、何らかの評価ツールが必要である。そこで、認知症を合併した癌患者を担当する際に、PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)を用いて苦痛を評価しようと試みた。この経験をまとめ、2症例を提示する。

【2. アプローチ】

対象は認知症のため完全失語もしくは語彙が限られるため、痛みを訴えることができない症例とした。認知症は癌の発症以前から診断されていた症例、もしくは認知症とは診断されていないものの、病歴やMMSE/HDS-Rで認知症と診断した症例とした。よって、意思表示能力が保たれ苦痛を言語表現できる症例は対象外となる。PAINADは、診察時の所見に加え、家族や介護職からの情報も含め一定期間の状態を総合的に得点した。疼痛ありと判断した場合は薬物療法を追加し、その後再評価を行った。

【3. PAINADについて・・・】

5つの項目を行動観察により評価する。項目は、呼吸状態、声、表情、ボディランゲージ、なぐさめやすさ、から成る。それぞれを0～2点で評価し、合計点0～10点で評価する。

使用開始時は評価者間での数値が異なることがないように、項目の語句と、その定義を和訳したものをを用い、解釈に一貫性を持たせるようにした。

【4. 表1】

	年齢、性別	基礎疾患	PAINAD pre	使用薬剤	PAINAD Post
症例1	74歳 男性	AD 直腸癌	5	ナプロキセン	0
症例2	74歳 男性	AD 前立腺癌	①2 ②3	①ロキソプロフェン ②モルヒネ	①0 ②1
症例3	70歳 男性	アルコール性認知症 直腸癌	4	アセトアミノフェン、 ナプロキセン	1～2
症例4	95歳 男性	VD 直腸癌、肝転移	5	ロキソプロフェン	2

対象となった症例は4例であった。  
症例1はナプロキセンが著効した。  
症例2は前立腺癌骨転移による疼痛に対しNSAIDsが、呼吸困難に対してはモルヒネがそれぞれ有効であった。  
症例1・症例2を提示する。

【5. 症例1】

74歳 男性 アルツハイマー型認知症(罹患期間9年)、直腸癌  
HDS-R 0点、FAST7(a)、要介護3  
認知症治療薬:ドネペジル  
血便にて直腸癌明らかとなり、手術的に入院したが認知症周辺症状が強く手術は断念された。初診時PAINAD0点。鎮痛薬の処方なし。特に少量の下血があったが、おおむね安定していた。ある時ご家族より「仰向けに寝るとすぐに座ろうとしたり、椅子に座ると立ち上がったりと落ち着かない」との情報あり。その数日後にショートステイ中に嘔吐あり帰宅。往診すると、呼吸はやや早く20回/分、「寒い」と言って震えており、怯えた表情であった。声をかけると落ち着くが、椅子から腰を浮かそうと落ち着かない。また、38℃台の発熱あり。PAINAD 5点。身体所見ではそれまでと変化なく、一連の症状は直腸病変による疼痛と腫瘍熱である可能性が高いと判断され、NSAID(ナイキサン400mg2×)を開始した。その4日後の評価では、PAINAD0点と著効。以後発熱もなく経過。在宅療養を継続している。

【6. 症例2】

74歳 男性 アルツハイマー型認知症(罹患期間6年)、前立腺癌、多発骨転移(骨盤骨)  
MMSE 検査不能、FAST7(b)～(c)、要介護4  
認知症治療薬:ドネペジル  
徐々に行動範囲が狭くなり、自ら動こうとしなくなったため、訪問診療開始となった。訪問開始の2週間前より急激にADL低下し、ほとんど動かなくなっていた。鎮痛薬は処方されていなかった。訪問開始後まもなく、時に「いたい」との発言ありと妻より情報を得た。PAINAD2点(小さな声でネガティブな発言1点+怯えているような表情1点)となり、ロキソニン3T3×開始とボルタレン坐剤を服用とした。開始後数日で、「いたい」との発言は聞かれなくなった。表情は無表情でPAINAD0点となった。その後、徐々に食事量低下と誤嚥の兆候明らかとなった。妻の強い希望により経鼻胃管による経管栄養開始。しかし、誤嚥性肺炎発症し、抗生剤点滴を行ったが軽快せず、PAINAD3点(痰が絡み呼吸が早い2点+時に小さいこえでうめく1点)となった。ビソルボン液吸入、プチルスコボラミン筋注、スコボラミン舌下投与など気道分泌への対応を行ったが効果が乏しかったため、モルヒネを導入することとした。吸促時にオプソ5mg屯服より開始し、呼吸促進の軽減が得られたため、パシフ30mg脱カプセルで経管投与を行った。明らかに呼吸促進は軽減し、PAINAD1点(うめき声のようなものは残存で1点)となった。その後、低酸素血症となり在宅酸素も導入したが、PAINAD1点で推移したまま、自宅で永眠された。

【7. 考察】

PAINADは評価項目が5つと少なく、簡便であったため使用することとした。PAINADを在宅で実際に使用してみると、得点に迷うことが多かった。例えば、「表情」の項目では『悲しい表情や怯えているような表情』では1点が得点されるが、観察者によってその判断が異なることがあった。医師からみれば『悲しい表情』であっても、ご家族は『これはいつも通りの表情です』とお答えになるような場合である。この様な場合は、ご家族の判断を基本として得点することに統一した。そして、鎮痛薬導入前に家族とその定義に関しての共通認識を持つようにした。家族の評価は主観的となってしまいが、評価者の解釈が統一されていれば検査の一貫性は保てるであろうと考えられた。

PAINADは0～10点と幅が狭く、1点の重みが大きいと感じた。カットオフ値はなく、個々の症例での推移を評価するツールであるため、合計点が1点でも疼痛ありと考える。疼痛ありと判断された場合に、治療介入するかどうかは、十分に家族に説明する必要がある。例えば、「痛い」と発言がある場合はよいが、そうでない場合はなぜ鎮痛薬を使うのか、なぜ患者さん本人は苦痛を感じていると考えるのかを十分に説明する必要がある。上記【表1】の症例3では苦痛ありと考えられる旨をご説明し、アセトアミノフェンとナプロキセンを使用しPAINAD1～2点となったが、ご家族が「そもそも痛いと言っていないので」との自己判断でアセトアミノフェンが中止されていた。再度PAINAD4点となったことで、鎮痛薬が有効であることを家族も納得されたエピソードがあった。

「ボディランゲージ」では攻撃的な行為や「なぐさめやすさ」では不安感を評価するが、BPSDとの鑑別を要する。その際は、基本スタンスとして苦痛ありと判断し、鎮痛薬を使用した後に抗精神病薬や抗不安薬の投与を行う順序とした。

認知症を伴った癌症例の疼痛評価は、診察時の所見だけでは不十分で、効果判定期間の状態を家族や介護職からの拾い上げが必須であるため、関わるチームは苦痛を過小評価しないようにする認識を持つことが重要である。まずは、医療者が苦痛を過大評価するのを恐れず、少なくとも過小評価はしないという姿勢を持つことが大切だと考えた。

【8. NEXT STEP】

認知症で精神状態の変化があった場合は、BPSDを考えてしまいがちであったが、癌と診断されている場合は積極的に疼痛の存在を疑い続けることが大切だ。癌が指摘されていなくとも、身体疾患の合併を見逃さない姿勢も求められる。今回は癌症例を対象としたが、非癌疾患のターミナル患者においても適用できるであろう。例えば、認知症を合併した老衰による誤嚥性肺炎や褥瘡による苦痛に対しても、PAINAD評価は有用かもしれない。引き続き臨床で使用を続け症例を増やし検討する必要がある。今回の症例は偶然男性のみであったため、女性の症例も経験する必要がある。

【参考文献】

J Am Med Dir Assoc. 2003 Jan-Feb;4(1):9-15. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. Warden V, Hurley AC, Volicer L.