

地域ニュース

痛の学 入門講座

◆ 73 ◆

がん性疼痛

1981年以降、日本人の死亡原因の第1位は「がん」であり、実に4人に1人ががんで亡くなっている。このがんを抱えた患者さんが訴える症状はさまざまではあるが、痛みや全身倦怠感、食欲不振が3大愁訴である。さらに、死が予測されるようになった末期には、病状の悪化に伴って独力での日常動作が困難となり、さまざまな身体的、精神的苦痛も併せて出現する。

末期には、約70～80%の方が痛みが苦しめられているとするデータがある。痛みは食欲不振や睡眠障害、さらには不安や恐怖をもたらし、衰弱を助長して人間らしい生活の基盤を根底から覆ってしまう。痛みにより日常動作がさらに制限されてしまうのだ。

対症療法の進歩によって末期がん患者さんの生存期間が延長していることは事実である。しかし、末期には原因となる病変を外科的に除去することがほとんど不可能となる。ここでは人生の質（クオリティ・オブ・

人生の質 向上する治療法を



森本昌宏（もりもと・まさひろ）
大阪なんばクリニック（06・6648・8930）本部長・院長。平成元年、大阪医科大学大学院修了。同大講師などを経て、22年から近畿大学医学部麻酔科教授。31年4月から現職。日本ペインクリニック学会名誉会員。

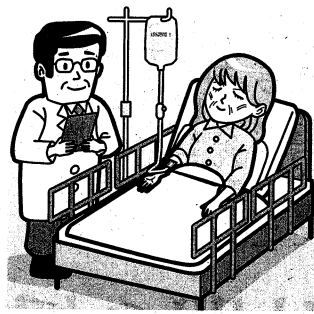


イラスト 山川 昂

ライフ）を向上し得る治療法を第一選択とすべきである。

世界保健機関（WHO）は1986年、がんの痛みの治療法の基本方針として、3段階方式の「がん性疼痛治療ラダー」を発表した。非ステロイド性抗炎症薬から治療を開始し、効果がなければコデインなどの弱麻薬へ、次にモルヒネなどの強麻薬へと、段階的に加えていくとしたのだ。

しかし、この「WHO方式」に即した治療が必ずしも定着しているとは言えない。「痛みは一症状に過ぎない」として、緩和に重きをおかない医師の存在▽麻薬に対する偏見▽旧来の社会通念から痛みを訴えることをためらう患者さんがおられることなどがその要因である。また、すべての痛みが「WHO方式」で解決できるわけでもない。

がん性疼痛はその原因別に3つに分類される。①内臓神経痛（腹部内臓へのがんの浸潤、転移、圧迫による痛み）②体性知覚神経痛（がんによる皮膚、靭帯、骨膜などの障害による痛み。これが最も多い）、③神経障害性疼痛（末梢神経、脊髄の変性による痛み）である。

これらのうち①と②の一部による痛みに対して医療用麻薬は有効だが、一方で③にはほとんど無効なのだ。すべてのがん性疼痛が医療用麻薬により取り除けるわけではない。

さらには、医療用麻薬が効いたとしても、その副作用による悪心、嘔吐、眠気、搔痒感、便秘などが問題となってくる。痛みは軽くなったものの、これらの副作用のためにクオリティ・オブ・ライフが損なわれたのでは本末転倒と言わざるを得ない。この場合には、神経ブロック療法の適応を考慮すべきと考える。神経ブロック療法については次回、詳しく紹介する。

《長年を通ひし患者近々を聞き厚きカルテのさらに重たく馬左宏》

第1日曜日に掲載します。