

令和4年1月14日(金)__厚生労働省

がん疼痛治療の現状

麻酔科・ペインクリニック医師の立場から



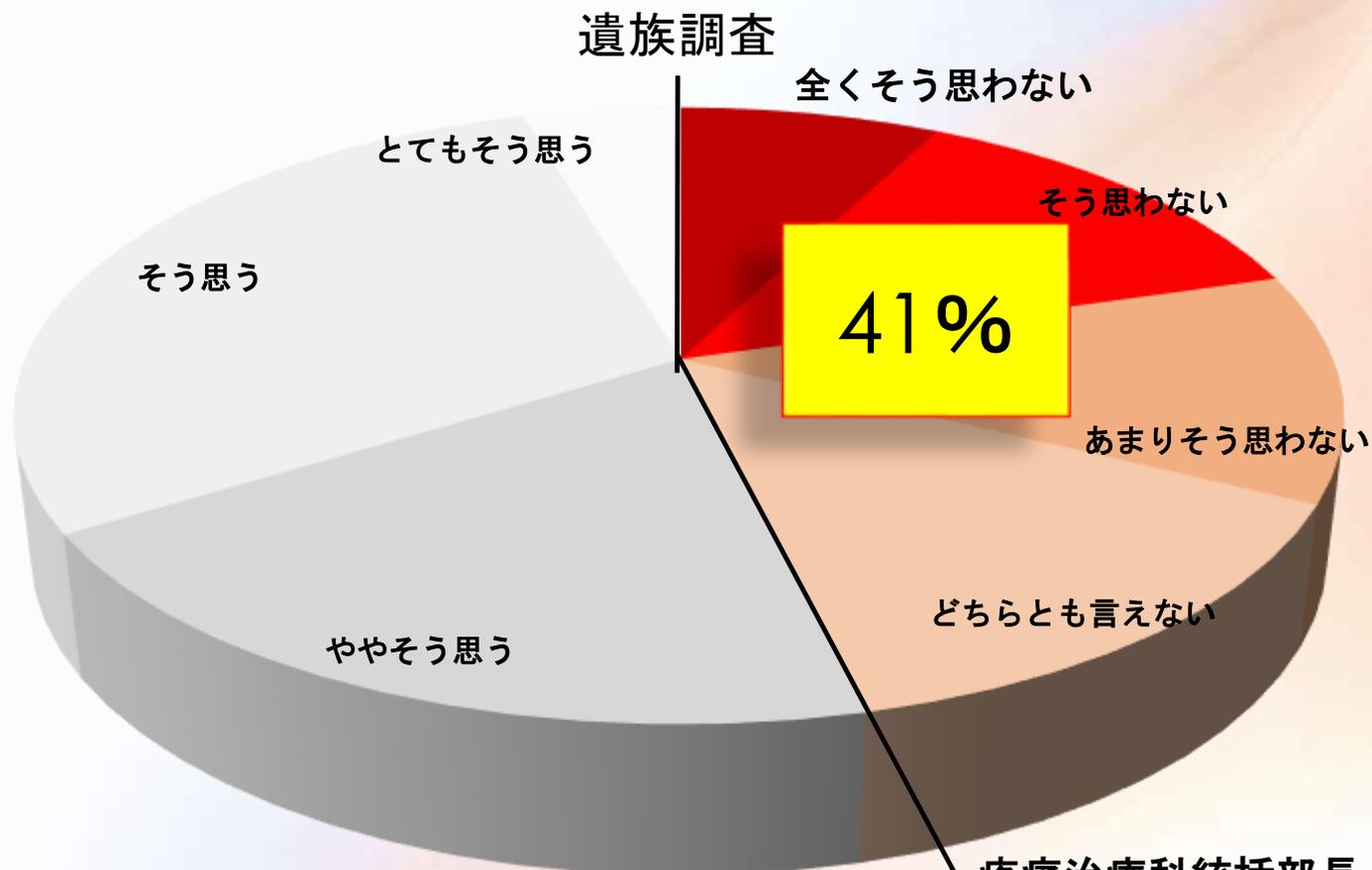
医療法人徳洲会

沖縄中部徳洲会病院 疼痛治療科

統括部長 服部 政治 (大分大学医学部麻酔科臨床教授)

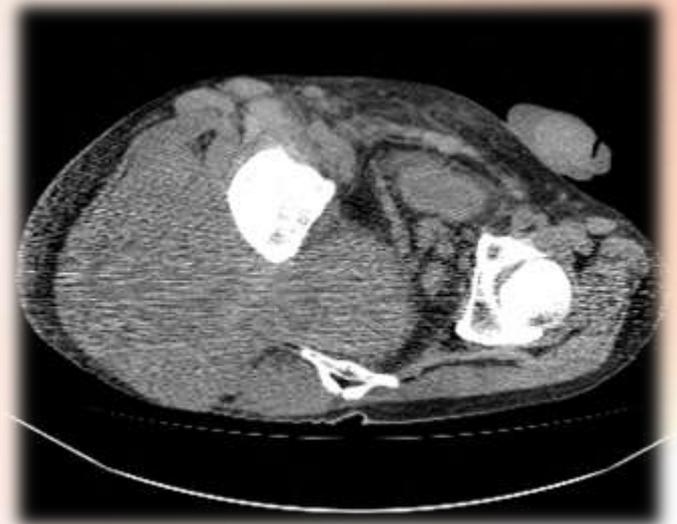
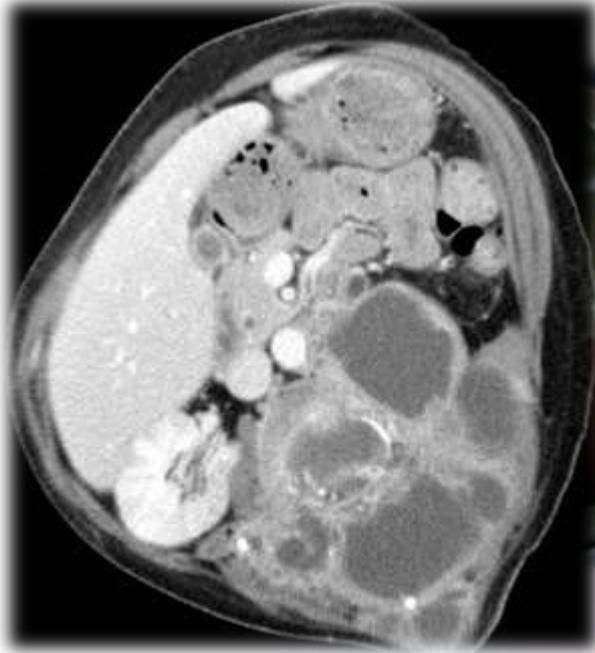
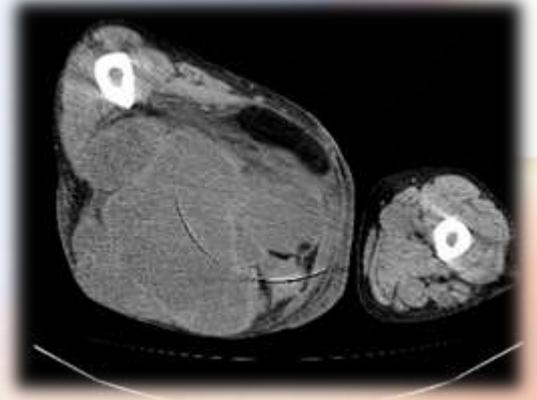
がん患者遺族調査（2016年の人口動態・死亡、20歳以上、無差別、5疾患）
対象4812、有効回答2295、回答拒否247

亡くなるまでの1か月間、身体の苦痛が少なく過ごせたか？

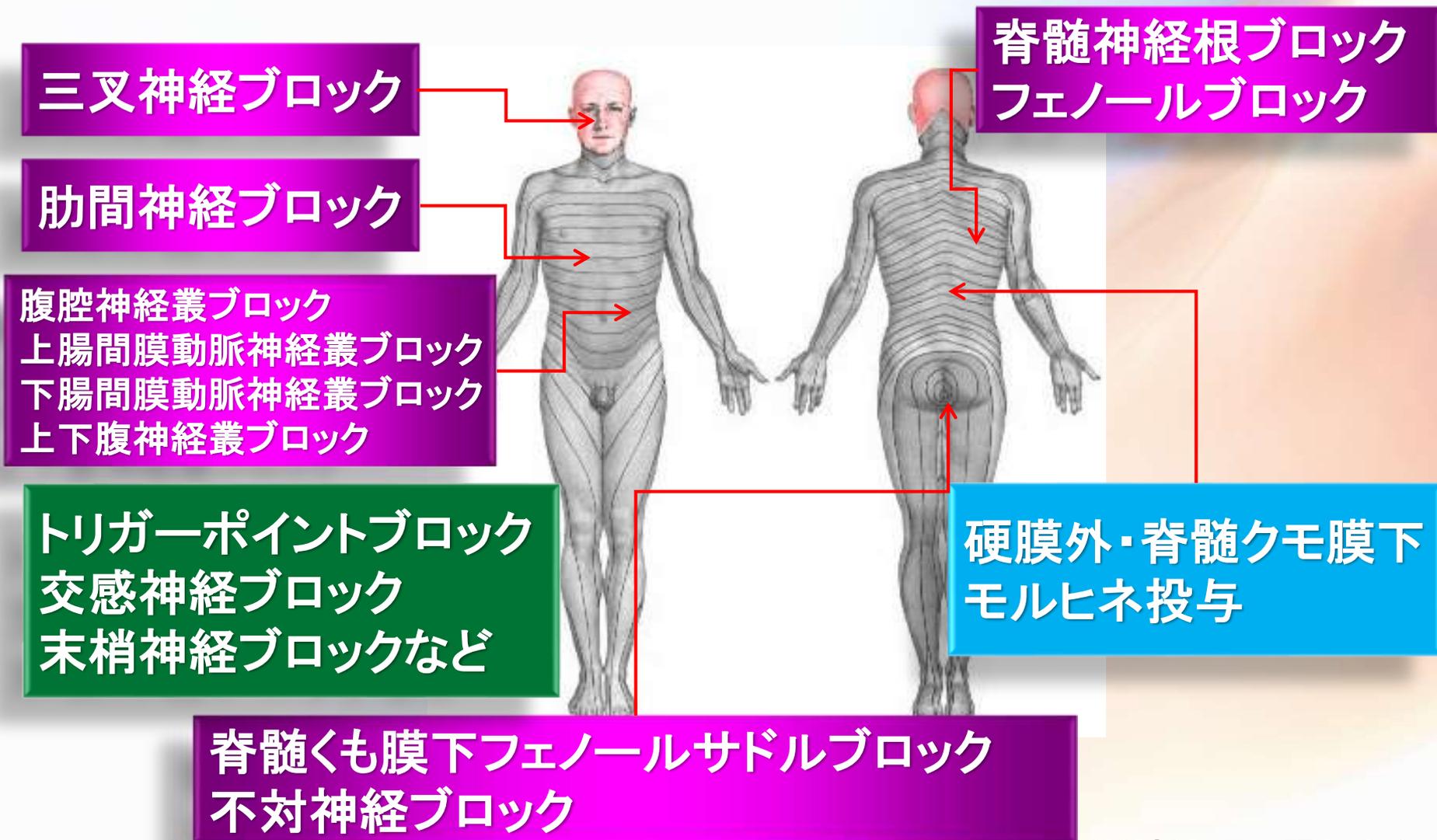




激しいがん疼痛の患者さん



がんの痛みに行う Intervention



腹腔神経叢ブロックの論文報告

○薬物療法との比較： 膵癌患者

Zhang; Dig Dis Sci 53:856-860,2008 (RCT:56名)

→ 1, 7, 14日目:CPB群でVASとオピオイド使用量が有意に低下

Cochrane database systematic review 3:1-22,2011 (6つのRCT)

→ 4週間後のVAS:CPB群でVAS、オピオイド使用量ともに有意に低下

Mercadante; Pain 1993;52(2):187-92 (4週間後から死亡するまで)

→ CPN群:有意にオピオイド使用量が少ない

→ オピオイドだけで軽減してもCPN群と比べ副作用で苦しんだ

Kawamata ; Pain 1996;64(3):597-602.

→ CPN群は内服治療群と比べて最初の4週間で有意にVASが低い

Polati; British Journal of Surgery 1998;85(2):199-201.

→直後のVASは有意に低下

→長期間ではVASに有意差はなかったが鎮痛薬の使用量は有意に少ない

腹腔神経叢ブロックの論文報告

○上腹部痛に対する効果

Lillemoe; Annals of Surgery 1993;217(5):447-55. (50%アルコール/生食との比較試験)

→2, 4, 6か月後すべてCPN群で**痛みが有意に軽減**

Eisenberg; Anesth Analg 80:290-295,1995 (meta-analysis)

→CPBは上腹部がん患者の70~90%で**長期間の鎮痛**

○施行時期について

Akahn; AJR168:1565-1567,1997 (浸潤度)

→ 浸潤度が高くなるにつれ、CPBの有効性が低くなる

→ がんが進行する前に**早期に行うべき治療と述べている**

Rykowski JJ; . Anesthesiology 92:347-354, 2000 (進行度)

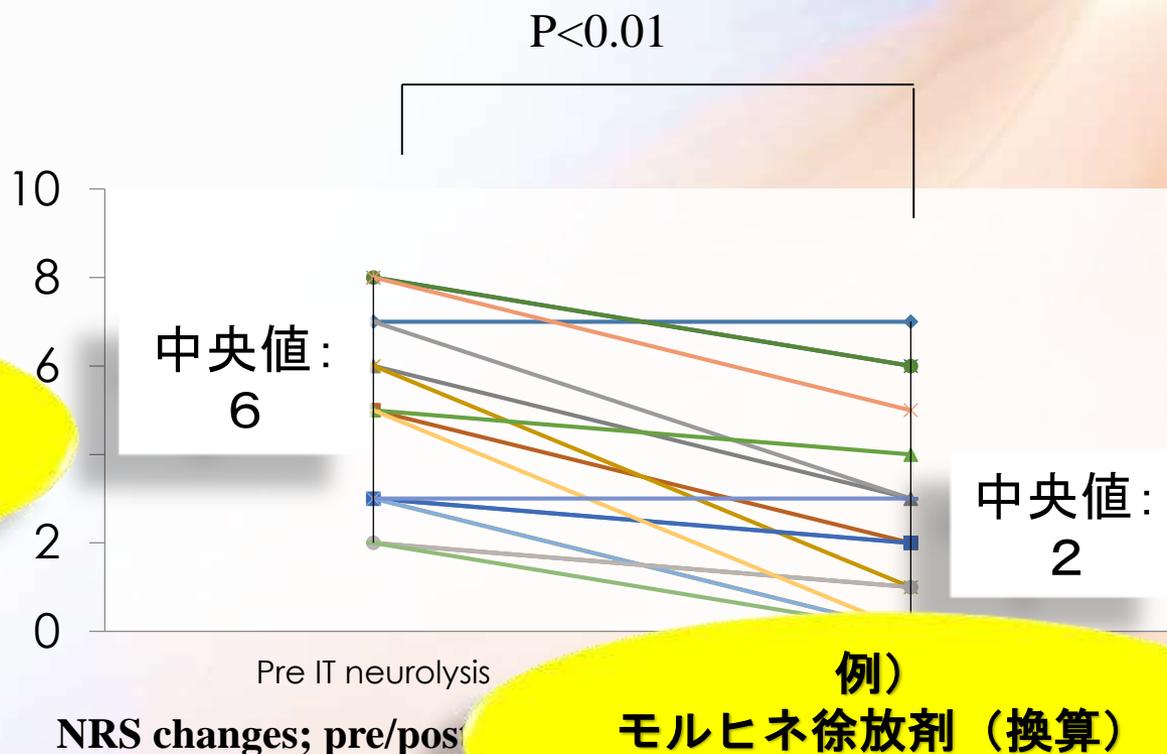
→予後も短い腓体部や腓尾部癌より腓頭部癌に有効

→**早期施行はQOLの改善に寄与すると報告。**

内臓神経ブロックによるNRSの変化



例)
モルヒネ換算注射薬
600mg/day



例)
モルヒネ徐放剤 (換算)
60mg/day

この膀胱癌患者 亡くなるまでの90日

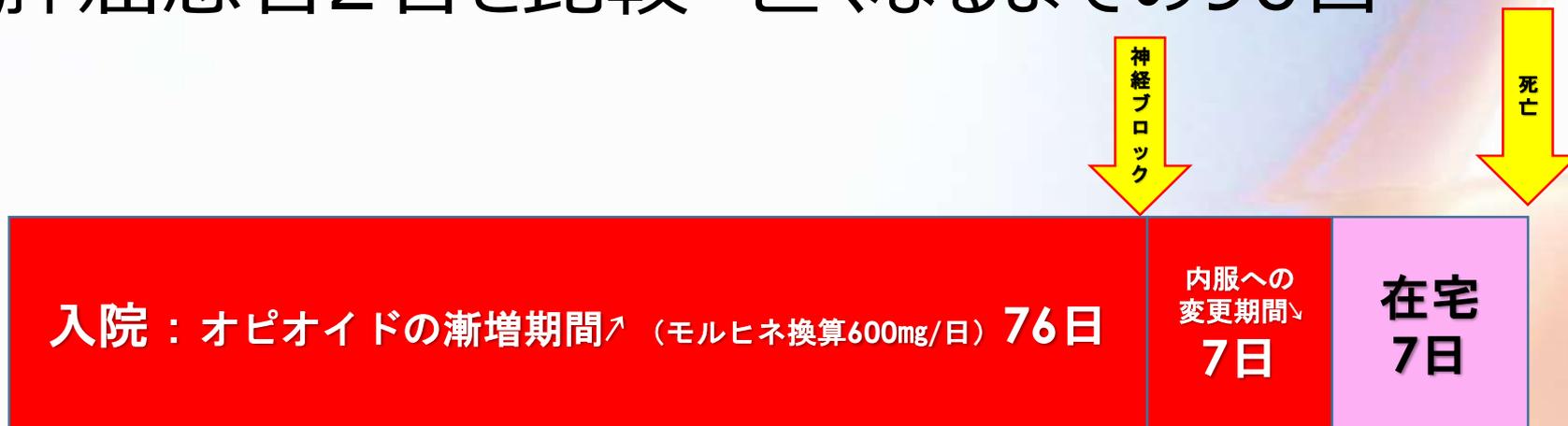


膵癌に対する腹腔神経叢ブロック（Hybrid手術室）



神経破壊薬99.5%無水
エタノール15ml

膀胱癌患者2名を比較 亡くなるまでの90日



モルヒネ換算でのコストを見てみます

- 例えば・・・疼痛管理だけで
 - 緩和ケア病棟は、完全DPCであるため、入院中はすべて病院負担である。一般病棟でも鎮痛薬はDPCに含まれる。

それまでの疼痛管理

モルヒネ注射薬(換算) 600mg/日

(モルヒネ注10mg ÷ 300円)

600mg = ▲18,000円/日



神経破壊手技料 30,000円

モルヒネ徐放剤60mg/日

= ▲1400円/日

最近のある県外麻酔科からの相談

- 緩和ケア病棟から 神経ブロックかなんかやってほしいと相談されたが困ってる
- 注射と貼付剤合わせてモルヒネ換算4500mg/日
- ぼーっとして寝てるようだが、痛みで唸っているのを看護師が見かねたみたいです
- 全身状態がこの1か月で悪化していて神経ブロックに耐えられるか不安

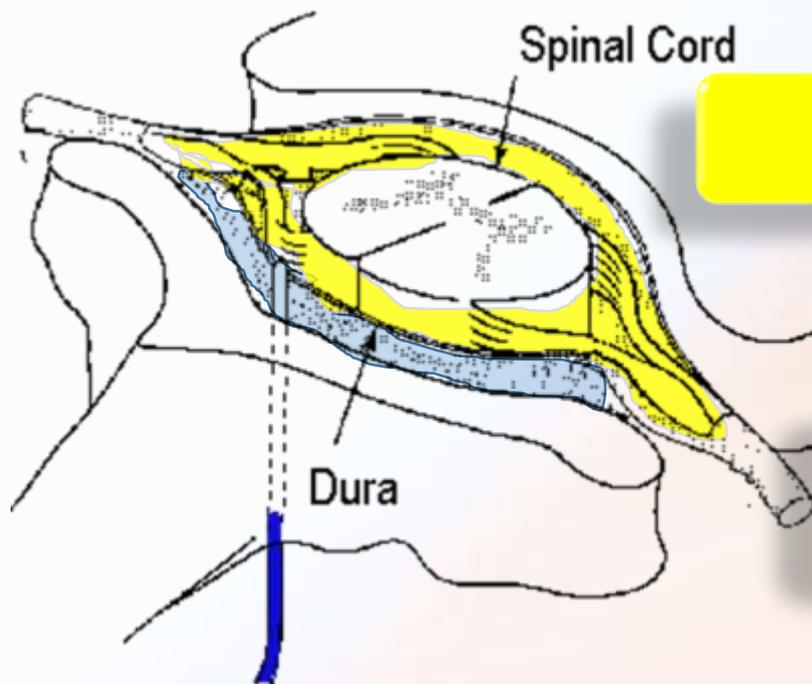


- 回答
 - 相談されたことはいいことだけど・・・
 - なぜ、オピオイドがこんなに大量になるまで相談されなかったのか？先生の啓発不足もあるよ。
 - 全身状態が悪化した状態では神経ブロックで死んだと勘違いされるし、神経破壊薬に耐えられないだろう

脊髄鎮痛法

硬膜外腔/脊髄くも膜下腔鎮痛

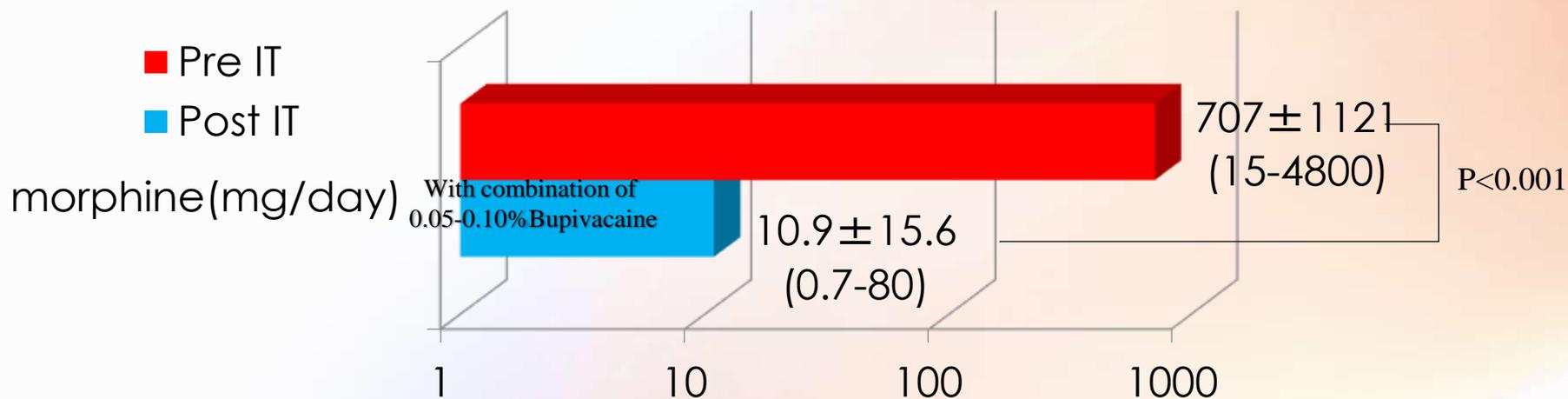
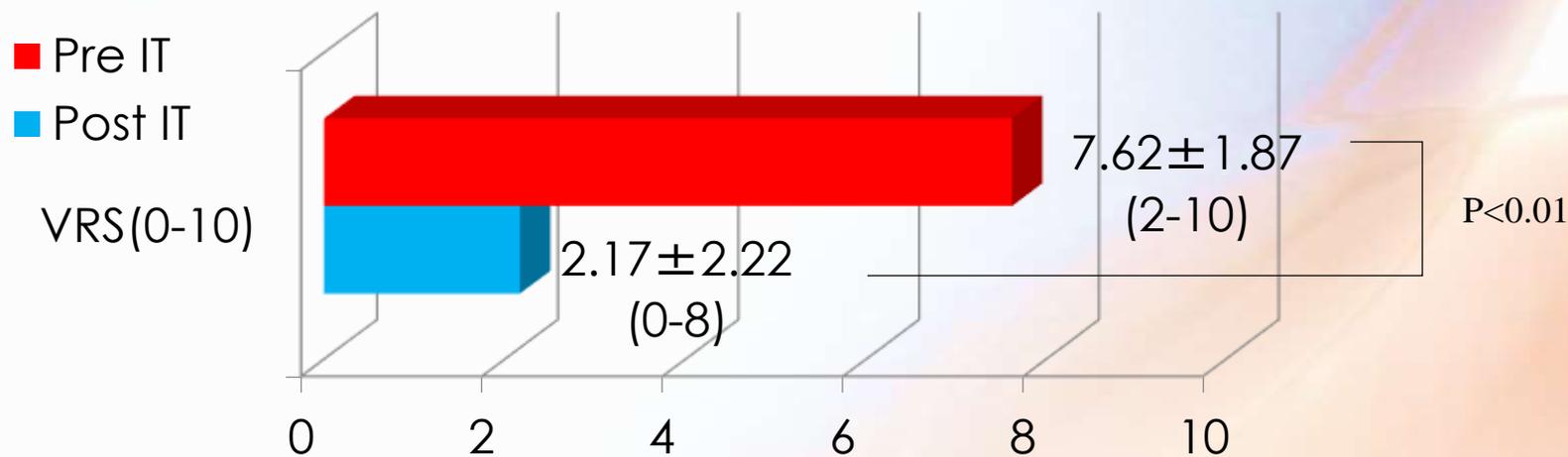
脊髄鎮痛法の鎮痛力価



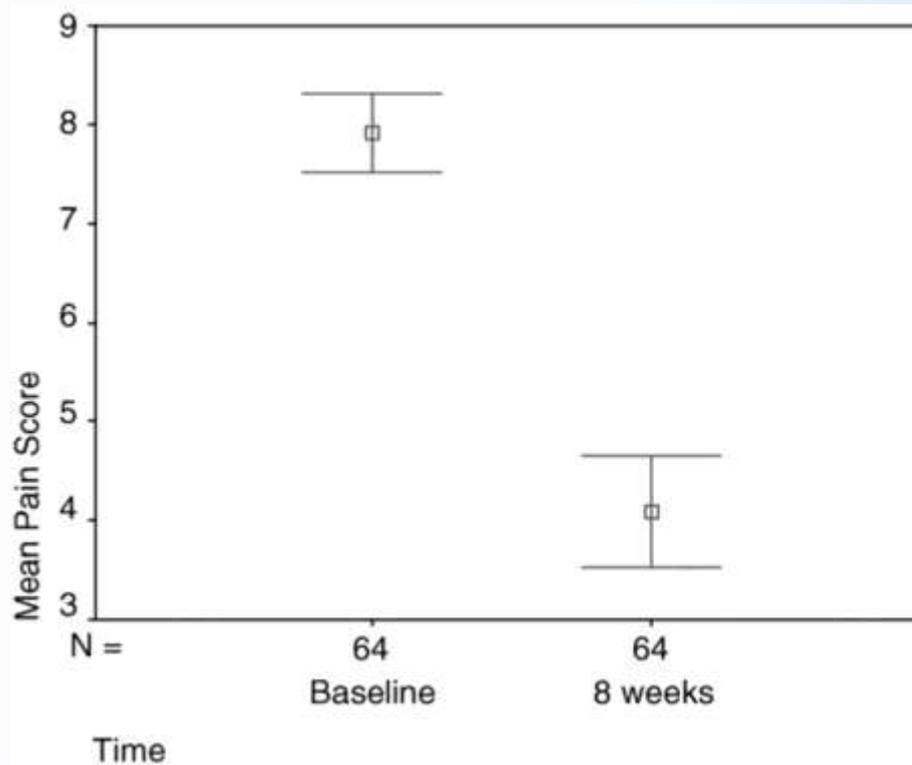
脊髄くも膜下腔
内服モルヒネの200~300倍

硬膜外腔
内服モルヒネの20~30倍

Pre/Post IT treatment (n=51)



After institution of neuraxial analgesia, there was a significant reduction in the numerical pain scores from 7.9 ± 1.6 to 4.1 ± 2.3 ($P < 0.001$).



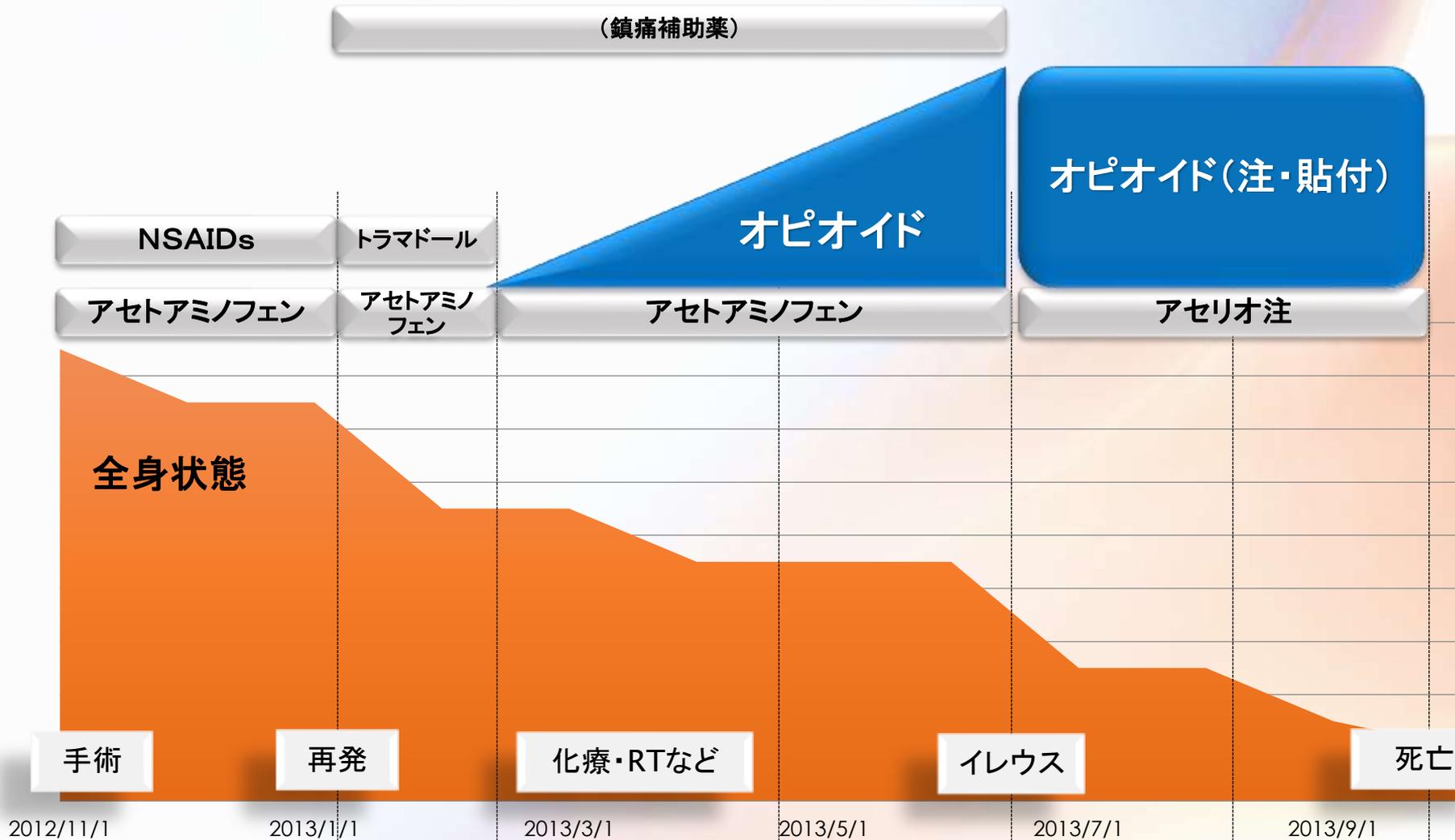
Allen W. Burton et al. Pain Med 2004;5:239-247

直近1年のインターベンション数

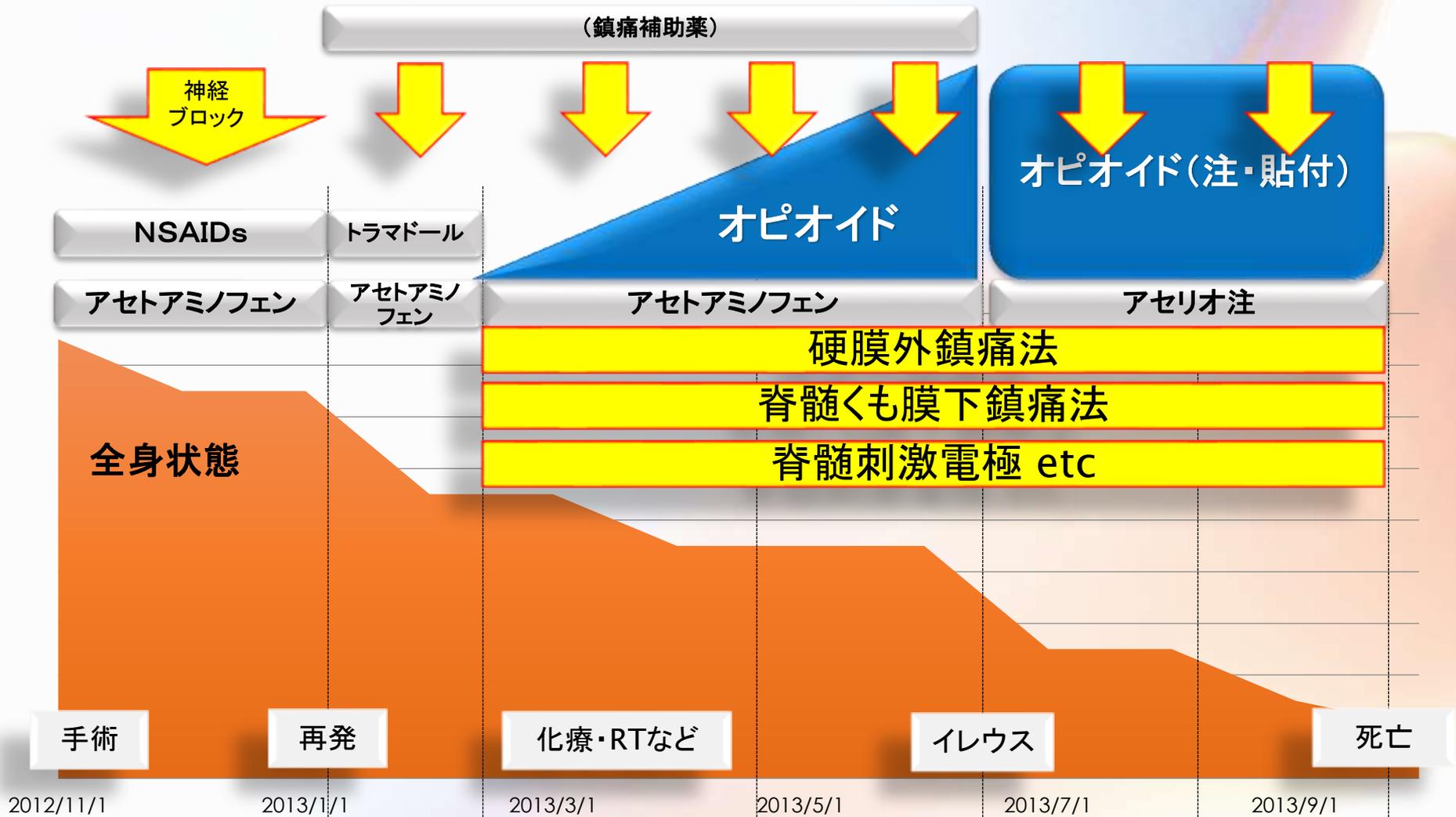
(2020年10月~2021年9月末)

	神経破壊術			脊髄鎮痛法			
	上腹部 内臓痛	骨盤内 臓痛	その他 神経破 壊	硬膜外		脊髄くも膜下ポ ート	
	CPN SMN	SHGN IMN GIN	フェノール サドルブ ロック等	がん 疼痛	非が ん疼 痛	がん 疼痛	非がん疼 痛
中部徳洲会病院および 徳洲会グループの 病院・離島・その他	34	9	20	52	5	36	13
Total	63			57		49	

インターベンションが検討されるべき時期



インターベンションが検討されるべき時期



つまり

ひとりの医師が自分のできる範囲で
最大限までがんばる・・・

のではなく、

オピオイド開始と同時かそれより前に、
専門家にコンサルトする

そして、

「自分に何ができるか？」ではなく、
「患者になにが必要か？」

を、考える教育が必要ではないだろうか

まとめ

- がん患者の痛みが取り除けていない理由は定かでないが、4割も苦痛を緩和できていないという事実は看過できない
- そのひとつの要因として考えられるのは、臨床の現場で専門的技術の導入が不十分であることと思われる
- がんの痛みの治療には、神経ブロック、脊髄鎮痛法、放射線治療、IV Rの技術など有効な治療法がある
- 問題点：
 - がん治療医、緩和ケア医が専門的治療に対する認識が不十分
 - そういった技術を提供できるアクセスと協力体制が不十分
 - インターベンション技術を持つ我々の啓発が不十分
- 問題点を解決する方法を考えることから始めてはどうでしょうか。