がん性疼痛療法

筑波メディカルセンター病院副院長
志　真　泰　夫
（聞き手　山内俊一）

がん性疼痛の薬物療法についてご教示ください。

＜埼玉県勤務医＞

山内　志真先生、がんの痛みはよく話題にもなるし、非常に苦しいものも多いようですが、痛みとしてはピンからキリまであると考えてよろしいわけでしょうか。

志真　がんの痛みは４年ほど前から「がん性疼痛」ではなくて、「がん疼痛」という言い方に統一されました。ペインクリニック学会の用語集で提案されて、緩和医療学会のガイドラインでもそのように統一しました。

がん疼痛は、いわゆる「内臓痛」、内臓にがんが及んだときに生じるような鈍い痛み。これは侵害受容性疼痛が主ですが、膵がんの痛みのように神経障害性疼痛も絡んでくる場合もあります。それから「体性痛」といって、これはどちらかというとズキズキする骨の転移などの痛みです。そして、しびれとか異常知覚を伴う神経障害性疼痛というように、大きく３つに分けます。

山内　先生方が例えばがんの患者さんの痛みを見た場合、今おっしゃった分類を念頭に置きながら、治療のストラテジーを考えると思ってよろしいのですね。

志真　はい。

山内　今ご紹介がありました３つのがん疼痛で治療法の大きな違いはあるのでしょうか。

志真　内臓痛、それから体性痛は、ほとんど侵害受容性疼痛ですので、いわゆるオピオイド（医療用麻薬）がよく効きます。それに対して神経障害性疼痛は、オピオイドは効くのですけれども、限定的で、あまり効かない場合もあります。したがって、鎮痛補助薬と呼ぶ本来鎮痛薬として使われていない薬、例えば抗うつ薬だとか、抗痙攣薬だとか、そういった痛みとはあまり

関係のない薬も組み合わせます。

山内　ちなみに、大腸がんの末期は非常に痛いというのは有名ですが、がんで、特に痛みでコントロールに難渋するような例といいますと、どんなものがあるのでしょうか。

志真　大腸がんで骨盤内再発のケースは、骨盤の様々な神経を巻き込んできますので、足に電撃痛が走って非常に痛い、あるいはしびれを伴うといった神経障害性疼痛を起こしやすいのです。神経障害性疼痛が絡んでくる痛みは非常に手ごわい痛みでして、例えば肺がんのいわゆる「パンコースト腫瘍」と呼ばれている、肩に近い、肺尖部腫瘍の引き起こす痛み、これも神経障害性疼痛を伴っていることが多く、さらに、これが肺がんで胸壁に浸潤してきますと、肋間神経を巻き込んできて、これも非常に痛い。かつ、胸膜もがんによって刺激されて体性痛が混じってくるため、こういった痛みは治療に難渋する痛みです。

山内　具体的な除痛に関しては順々にお話をうかがいたいのですが、痛みを止めるというのは、いろいろな意味でADLの改善とか、あるいは睡眠障害を防止するとか、そういったものも含めて非常に重要だろうと思われます。ただ、痛みがあった場合、しょっぱなからオピオイドを使ってしまうのか、それとも軽い痛みはごく普通の鎮痛剤から始めるのか、まずそのあたりのところから教えていただけますか。

志真　がん疼痛の標準的治療法は、「WHO方式がん疼痛治療法」が国際的に用いられています。WHO方式は、それが提唱されてから25年以上たっておりまして、EBM（Evidence Based Medicine）からすると古いという医師もいるのですが、基本的な考え方は現在でも標準的治療法として通用すると私は思います。WHO方式では、軽い痛みに対しては比較的鎮痛力価の低いもの、例えば非ステロイド系消炎鎮痛剤（ロキソニン、ナイキサン、セレコックスなど）を使います。

それから、医師に意外と知られていないのがアセトアミノフェンです。アセトアミノフェンは古い薬ですけれども、2011年１月に用量の改訂が行われまして、がんの痛みを治療するには１回量300～1,000㎎、１日量で2,000～4,000㎎、これぐらいの量を使わないと、きちんとした除痛効果がないことがわかり、用量を改訂しています。今は、非ステロイド系消炎鎮痛剤だけではなくて、アセトアミノフェンも使われるようになっています。

中程度の痛みに対しては、2010年９月にトラマドール（トラマール）が使えるようになりました。これは比較的使いやすい鎮痛薬として知られてきています。トラマドールは特徴としては、医療用麻薬ではないので、一般の処方箋で処方ができることと、モルヒネな

どの強オピオイドに比べますと副作用が軽くて少ない。吐き気や嘔吐は、モルヒネでは10人に３人ぐらいはけっこう強い吐き気が出るのですが、トラマドールは10人に１人か２人ぐらいで、それも軽い吐き気です。便秘もやはりモルヒネの場合と同じように起きてくるのですが、これも私の経験ではモルヒネと比べて強くはない。比較的副作用のコントロールがやりやすくて、かつ鎮痛の強さ、力価としては、トラマドール300mgがモルヒネ60mgとほぼ同等（トラマドール：モルヒネ＝５：１で換算）で、中程度の痛みに対してはトラマドールを選択するのがいいのではないでしょうか。

山内　それとアセトアミノフェンを併用するといったこともあるのでしょうか。

志真　アセトアミノフェンとトラマドールは相性がいいというか、例えば骨の痛みなどに対してもよく効きます。非がん性疼痛では、「トラムセット」といって、アセトアミノフェン325mgとトラマドール37.5mgの合剤がすでに市販されています。これは、がんではない人の強い痛みの治療薬として使いやすいのではないかと思います。

山内　即効性も当然期待できるのですね。

志真　はい。

山内　副作用も比較的少ないと考えてよいのですね。

志真　はい。

山内　それでかなりのがんの痛みはコントロールできると考えてよいのでしょうか。

志真　トラマドールの使用でどのぐらいがん疼痛がコントロールできるかという正確なデータは今のところないのですが、私の印象では、トラマドールまで使用して除痛率は５割か６割ぐらいかなと思います。やはりそれではなかなかカバーできないがんの痛みもあります。

山内　最後に、その次のかなりの激痛に対する治療になりますが、これはやはり医療用麻薬になってしまうのでしょうか。

志真　私は、医療用麻薬というよりはできるだけオピオイドという言葉を使うようにしているのですが、代表的なものはモルヒネです。わが国ではオキシコドン（オキシコンチン）が広く使われるようになってきています。すでに発売から10年たちまして、2013年12月からはいわゆるジェネリックのカプセル剤（オキシコドン徐放カプセル「テルモ」）も出ました。

それから、日本人は貼り薬が好きということかもしれませんが、フェンタニル貼付薬も多く使われます。いわゆる72時間持続型貼付薬（デュロテップMTパッチとフェンタニル３日用テープ「HMT」、同「テルモ」、同「明治」）と、24時間持続型貼付薬（フェントス、

ワンデュロ)、この２つのタイプが発売されています。日本人はお風呂好きなので、毎日貼り替えたほうがいいということで、24時間持続型貼布薬が、近年普及しています。海外では72時間持続型のほうが手間がかからなくていいというので、普及しています。

山内　あと、神経ブロックはいかがでしょう。

志真　神経ブロックは、これまではどちらかというと、内服薬ではもう手に負えないとか、様々な鎮痛薬で治療しても残るかなり強い痛みに対して、ある意味、「切り札」として使ってきました。最近は比較的早い時期に、むしろ病変が限局している時期に、神経ブロックの情報を患者さんに提供して、神経ブロックができる施設を紹介する考え方に変わってきています。ただ、神経ブロックをできる施設がまだまだ限られていますので、どうしてもタイミングが遅れてしまうことはあるのではないかと思います。いずれにせよ、放射線治療も含めて痛みの治療における薬物療法以外の治療法は、早めに情報提供をしてタイミングが遅くならないようにしたほうがよいと思います。

山内　ありがとうございました。