

痛み以外の身体的諸症状のマネジメント

諏訪中央病院緩和ケア科部長 平方 眞

はじめに)

がんが進行してきた場合、もっとも多く困る症状は痛みであるが、それ以外にもさまざまな症状が生じる。医療の原点を「病気を持った人を幸せにすること」と考えると、痛みの治療とともに、痛み以外の苦痛症状の治療も、大切な「医療がすべき仕事」である。

(保険適応のないものは斜字体で記載した)

総論)

1) 問題点の切り分け方

問題点には、可逆的な問題と不可逆的な問題がある。

- ・可逆的な問題 - 軽い感染症など
- ・不可逆的な問題 - がんの進行に伴う諸々の変化など

可逆的な問題には医療は対応すべきであり、ここを切り分けずに「末期だから何もしない」という姿勢を取ると「緩和ケアは“あきらめの医療”である」と受け取られる原因となる。

2) 切り分けた問題への対応

- ・可逆的な問題には→可能な範囲で対応する。しかし治療が負担になる場合もあり、無理な治療になってきたら「不可逆的な問題になってきた」と捉える。
Ex) 気道感染で抗生剤を始めたが次第に重症化、など。
- ・不可逆的な問題には→症状を取り去るための治療を行う。また、「この変化は病気の進行による仕方がない変化である」と納得してもらえるように説明をする。

各論)

- ・痛み以外の症状にもかなりたくさん種類がある。それらは時に、痛みよりもつらい症状になりうる。これらの症状の治療も医療には求められている。
- ・痛み以外で、がん終末期患者に多くみられる身体的変化・症状は、
 - ①体力低下
 - ②食欲の低下
 - ③全身倦怠感
 - ④腹水・胸水の貯留
 - ⑤呼吸困難感
 - ⑥便秘
 - ⑦悪心・嘔吐などである。
- ・体力低下などは厳密には「症状」とは言い難いが、ほとんどの患者に現れる問題点である。今回は、このような問題点も含めて、頻度が多いと思われる順に解説していく。

<①体力低下>

理解のしかた)

多くの場合、不可逆的な変化の一つである。この状況を理解してもらうために「病気を抱えているために、歳をとるのがうんと早くなっているような状態」と説明することがある。歳をとるのが速くなるために、体力もどんどん減ってくる。場合によっては1週間で10歳分ぐらいずつ歳をとることもある。体力低下と予後の関係は場合によってさまざまだが、自力で座位保持ができなくなると残り時間は1週間前後というのが大まかな目安。

対応)

無理のない範囲で、残っている力を発揮できるよう、援助する。次第にますます体力が減っていくことが多いので、今の体力でできること、今の体力でやっておきたいことをするようにし、もっと体力が減ってもできることは残しておく等の配分もできると良い。

在宅では、40歳以上であれば介護保険が使えるようになったので、必要があれば積極的に利用する。

説明)

排泄が自力でできない、室内の移動ができなくなる、自分で起きられなくなるなどの「これまでできて当然だったこと」ができなくなり人に手伝ってもらうことは、時にはプライドが大きく傷つく原因になる。「できないんだからしょうがないでしょう」などの説明のしかたでは、さらにプライドを傷つける。

「人間誰でも、生まれてからしばらくの間と死ぬ前の少しの期間は、一人だけでは生きていけないようになっている」などの説明をすると、「自分だけではないんだ」「仕方がない変化なんだ」と納得してもらえることが多い。

<②食欲の減少>

理解のしかた)

- ・可逆的な理由としては、薬剤の副作用と、便秘などによるものがある。
- ・不可逆的な理由としては、消化管閉塞などの物理的な理由（解除可能な場合は可逆的）と、疾患の進行によるものがある。
 - ・高カルシウム血症はゾメタなどで回復可能な場合もあるが、同時に全身状態が悪化して末期になっている場合もあるので、どちらともいえない。

対応)

薬剤の副作用によって食欲が減少している場合には、十分な副作用対策あるいは薬剤の変更をおこなう。

便秘などの場合も同様。

消化管閉塞が解除不能で、しかし体力の衰えがない場合には、体力に見合った栄養補給（高カロリー輸液など）をおこなって良い。

疾患の進行によるものでは「悪液質」と呼ばれる状態になっている。悪液質は、がん

栄養を与えないために自分で食事量を絞っているという説もある。疾患の進行によって体力が減少し、内臓が受け止められる栄養の量も減っている場合には、力に見合った量以上の栄養や水分を補給すると、受け止めきれずに体の負担となる。(消化管閉塞で高カロリー輸液を始めた場合でも、体力低下が進行したら、それにあわせて減量していく)

そのため、「もうちょっと食べたら？」という周囲のお勧めは、本人にとっては拷問か修行にしかならない場合も多いので、スタッフも家族も「食べたいと思うものを美味しいと思える量だけ食べれば、どんなに少なくてもそれがベスト」と理解するようにする。

補液について)

脱水状態で苦痛が生じている場合には、補液をおこなって良い。しかしがんが進行して体力が低下し、食事量が極端に減少した状態は、いくなれば「老衰」に近い状態である。この状況に、健常成人と同じ量の補液をおこなうと、たいていの場合身体の許容量を超えてしまうため、浮腫・喘鳴・倦怠感増強などの症状増悪を招く。徐々に体力が低下してきた場合には1日ヤクルト2本で3週間安定していた例もあり、「どんな場合でもこれだけの補液はしなければならない」という固定観念は捨てた方がよい。

日本緩和医療学会のホームページ(<http://www.jspm.ne.jp>)の「ガイドライン」の中に「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン」が載っているが、終末期の補液はなるべく控えめにした方が、患者の苦痛が少なくすむことが多いと記載されている。

補液をしてはいけないわけではないが、補液が苦痛の原因となる場合が少なくないことを共通理解とし、少なくとも浮腫・喘鳴・胸腹水増加などの水過剰兆候が生じたら補液を減量または中止する。終末期の症状コントロールが困難な場合に、補液を中止したらほとんどの症状の発現頻度が半分以下になったという学会報告もある。

説明)

食事量に関しては前述のように「食べたいものを美味しいと思えるだけ食べるのがベスト」と説明するが、食べられなくなった時に家族はやはり動揺する。その場合「今は少しの食べ物も負担になる状況なのだと思う。ただ、人間の体にはグリコーゲンや脂肪などの栄養源があり、それを取り崩してエネルギーにするのが今は身体にとって一番楽なのだろう。またそうやってエネルギーを取り出す時には、健康な人で1日300ml ぐらいの『代謝水』という水ができてバランスをとるので、点滴するとその微妙なバランスが崩れる可能性がある。今は何もしないのが楽でいられるためにはベストと考える」などと説明することがある。

補液をしないという判断をした場合も「点滴もしてくれないなんて」と家族に非難されることもあるが、「現在の状況を考えると、点滴をしないことが一番楽な状態を保てる。やってもしょうがないからという消極的な理由でしないのではなくて、やらないことが楽に過ごすにはベストだという積極的な理由で点滴をしていないのです。もちろん、点滴をしないことが苦痛の原因になるような状況になったら、負担にならない量で点滴をおこなう準備はしておきます」のように説明している。

<③全身倦怠感>

理解のしかたと説明)

全身倦怠感は普通「だるい」と表現されるが、がん終末期の倦怠感は「身の置き所がないどうしようもない苦しさ」と表現する人も多い。

全身倦怠感は身体の症状であるが、頭で感じるものである。その症状は、次のように解釈すると理解しやすい。

“普通に歳をとる場合には、頭も身体も同じように歳をとる。しかしがんの場合には頭より身体の方が早く歳をとるので、頭の年齢と身体の年齢がずれてくる。頭が「自分の体はこれくらい反応するはず」と思って命令を出しても身体から十分な反応が返ってこない。このずれが、だるさの原因である。”

説明も、このように行くと理解が得られることが多い。

だるさの程度の見極め)

だるさも「休んでいれば気持ちいい」軽いものから、「だるくて身の置き場がなく、ひとときもじっとしてられない」激しいものまで非常に幅が大きい。だるさを苦痛と感じるようになってからが、治療の適応となる(治療方法は次項)。意識が混濁していてもだるさが強い場合はずっと動き続けていたり、眉間に深いシワが刻まれていたり、うなり続けたりする。「黙らせてしまえ」と鎮静をするのではなく、「だるさが取れば楽になるのではないか」と考えて適度な鎮静剤を投与する方が、一歩進んだ緩和ケアといえる。

治療と対応)

身体の元気を出すことをまず試みる。もっとも頻用されるのはステロイド剤である。ステロイド剤としては、ナトリウム貯留作用のないデキサメタゾン(デカドロン)やベタメタゾン(リンデロン)が用いられることが多い(0.5mg錠1〜8錠くらい、朝1xまたは朝昼2x)。内服不可能な場合は注射を使用する。ステロイド剤の作用は「体の中の元気を引っ張り出す」ように働く。引っ張り出されたことで元気の素が足りなくなり、その分を補おうと食欲が出てくれば、身体の力が増えてだるさが軽減される。しかしステロイドを使ってもだるさが取れず、元気も出てこないことがある。そのような場合は引っ張り出す元気がないか、引っ張り出したことで元気が枯れてしまったと判断し、ステロイドは減量または中止して次に移る。

ステロイド等で元気が出ないということは、頭と身体の年齢のずれを、身体の方を若返らせることで解消することができないと考える。そうすると、ずれを埋めるには頭の方を身体に合わせて鈍らせる必要が出てくる。そのためには鎮静剤(精神安定剤)が多く使われる。諏訪中央病院では次のようなベンゾジアゼピン系薬剤を、比較的多く使用している。

- ・ミダゾラム(ドルミカム注)1〜8A/日、深い鎮静の時はセレネース1〜2Aも併用
- ・ジアゼパム(セルシン、ダイアップ坐薬など)

ミダゾラムは、1〜2A/日の少量で意識を保ったままだるさが軽減できる場合もあり、まずはそれを目指してみる。それでは追いつかない場合「だるさが強くて、身体は本当は休みたいのにだるさに叩き起こされる状態になっている。楽な状態になるためには、しっかり眠ってしまうぐらい薬を増やさないと駄目なようだ」と説明して増量する。

ダイアップ坐薬は小児の熱性痙攣が適応であるが、終末期の倦怠感に効果がある。初回

投与や体力がない人には 4mg、それ以外では 6mg や 10mg などを投与する。「もう少しで昏睡になるが、今はだるさが辛そう」という人に使うと、数回の使用で楽に昏睡まで持ち込めることが多い。

副作用)

ステロイドを長期に使った場合には、口腔・食道などの真菌症が頻発する。必要に応じて口腔ケア、抗真菌剤の使用などをおこなう。ムーンフェイス（満月様顔貌）も特徴的で、ステロイド使用を控える理由になることもある。

ベンゾジアゼピン系薬剤は呼吸抑制が心配されるが、徐々に増やしていった場合やダイアップ坐薬ぐらいの量では、現実には問題になることはない。うっかり急速静注をして呼吸が止まった時は、拮抗薬を捜すよりも人工呼吸をするのが先。

<④腹水・胸水の貯留>

理解のしかた)

元来胸水も腹水も、潤滑液として少量はあるものである。産生量よりも吸収量の方が少ない場合、貯留してくる。

腹水・胸水を増やす原因となるのは

- ・がん性腹膜炎／胸膜炎
- ・その他の炎症
- ・静脈圧の上昇
- ・リンパ流のうっ滞（リンパ節転移など）
- ・身体全体の水分過剰（腎不全、補液過剰など）
- ・血管内の膠質浸透圧の低下（肝不全などによるアルブミン低下）

などがある。

治療)

原因を取り除ける場合には取り除く。膠質浸透圧の上昇にはアルブミン製剤が有効であるが、献血を原料とした生物製剤で貴重であるためむやみには使えない。人工アルブミン製剤の登場が待たれる。

腹水・胸水に対しての第一選択治療は、利尿剤投与である。ループ利尿剤（ラシックスなど）とカリウム保持性利尿剤（アルダクトン A など）を適宜組み合わせて使用する。カリウム保持性利尿剤は 150mg/日ぐらいまで使用できる（成書によっては 400mg とするものも）。副作用は高カリウム血症、低血圧、女性化乳房など。

利尿剤などで対応しきれず、苦痛症状が生じている場合には、穿刺排液することをためらってはならない。排液すると寿命が縮まるというのは迷信である。ただし、頻回の排液に伴うアルブミンの喪失には対応が必要である。排除した腹水 1 リットルあたり 5～8 g のアルブミン補充が望ましいとされる（ワシントンマニュアル）。

・胸腔穿刺

胸水は、ある程度以上たまと急に苦しくなる。貯留速度が一定の場合は「苦しくなら

ないうちに抜く」よう予定を立てる。手技的には肋間の神経や血管に当たらないようにすることが最も重要で、これを失敗すると患者からの信用がガタ落ちになる。

無気肺が生じている場合には、穿刺排液中に「再膨張性肺水腫」が生じ、非常に苦しくなる。できれば無気肺ができるほど貯留する前に排液の方がよい。

頻回の穿刺排液が必要となる場合には、胸膜癒着術を考慮する。

・腹腔穿刺

腹水をためられる量は大きく個人差がある。2000ml 以下で苦しくなる人もいれば、4000ml 貯めても大丈夫な人もいる。一般に女の人の方がたくさん貯めても苦しがない。そのかわり、「腹は大丈夫だけど胃のへんがつまって食べられない」と、上腹部の不快を訴えることが多い。癌性腹膜炎でガチガチのおなかだと、おなかは膨らまずに横隔膜の下だけに多量の腹水が貯まっていることがある。その場合は息苦しいとか胸が痛いとか食べられないとかが腹水による症状として出てくることもある。

腹腔穿刺は一般に、左下腹部が穿刺部位として好まれるが、そこにこだわらずエコーで見て安全に抜けそうな部位を選ぶ。腸は常に動いているので、前回穿刺した部位が安全とは限らない。腸管穿孔などの偶発症を作らないためには、可能な限り毎回エコーで見て穿刺部位を決定する方が安全である。

シスプラチンなどを腹腔内に投与すると腹水の産生が抑制されるという報告もあるが、実際にやってみると学会報告ほどは有効率が高くない(半分以下)印象である。

<⑤呼吸困難感>

「呼吸困難」だけでもほぼ同じ意味。自覚症状に基づく症状名である。

理解のしかた)

呼吸困難感を生じるのは、無意識にできるはずの呼吸を意識しておこなわないといけなくなった時点であるといわれる。その原因は、

- ・肺の機能が低下して血液の酸素化が不十分
- ・胸水や痛みなどで換気量が不十分
- ・気道に換気を妨げる要因がある
- ・体力が低下して、頑張らないと十分な換気ができない

などである。

呼吸困難感は、身体症状の中で最も「生理的に不安を伴う」症状であり、その面に配慮したケア（接し方も薬物の選択も）をすることが望ましい。

治療)

原因が除去できる場合には除去する。それでも残る呼吸困難には次の3つを併用する。

- ・酸素投与
- ・オピオイド（モルヒネ、オキシコドン、コデイン）
- ・抗不安薬＝マイナートランキライザー（ベンゾジアゼピン系薬剤など）

諏訪中央病院でおこなっている方法としては、十分な酸素を投与し、呼吸回数が20回/分を目安に息苦しさを感なくなるまでオピオイドを投与し増量する。それと同時に抗不

安薬も投与する。この3つをバランス良く投与することが、楽な状態を長く続ける結果につながる。

・酸素

動脈血酸素飽和度（サチュレーション）が低くなくても呼吸困難を訴える場合、0.5リットル/分程度の微量で呼吸困難が軽減することがある。息苦しさがあって呼吸回数が多い場合、酸素投与によって（楽になって）呼吸が止まることはないので、十分量を投与する。

逆に動脈血酸素飽和度が低くても呼吸困難を訴えない場合には、酸素投与によってCO2ナルコーシスを引き起こす可能性があるため、酸素投与はしない。

・オピオイド

経過に余裕がある場合には、少量の強オピオイド（オキシコドン 10mg2x など）から開始する。カディアンを分割して1日5mgずつ投与し著効を示した例もある。（コデイン 60mg3x でもほぼ同じ効果が得られると予想される）

呼吸困難が強い場合には、持続静注を使用して速やかに適切な血中濃度が得られるようにする。しかし過量になると呼吸抑制を生じるので、きめ細かい観察と調節が必要である。呼吸抑制は、起きている場合は10回/分、寝ている場合は6回/分以下にならない限りはあわてて対応する必要はないが、呼吸回数を下げすぎると酸素飽和度が低下する場合もあるので、その場合は抗不安薬を増量する。

フェンタニルは、呼吸困難に対しては効果が薄い印象。

・抗不安薬（マイナートランキライザー）

経過に余裕がある場合には、内服の抗不安薬をまずは処方する。

- ・ワイパックス 1～4mg、2～4x など（使い慣れたもので良い）

経過に余裕がない場合には、ミダゾラム（ドルミカム）持続静注を使用。

- ・ドルミカム 4A+生理食塩水 40ml=48ml

（0.5ml/hで1A/日、2.0ml/hで4A/日になる。2A/日ぐらいを目安に開始することが多いが、個人差が大きい）

全身倦怠感の項でも述べたように、抗不安薬を漸増した場合に呼吸抑制はほとんど生じないので、オピオイドの増量が困難な場合にも、積極的に増量して良い。

<⑥便秘>

理解のしかた)

便秘の原因で最も多いのはオピオイドによる腸蠕動の抑制であるが、それ以外にも便秘の誘因となる状況は頻繁に生じる。

便秘が大きな問題となるのは、種々の対応が効果なく浣腸や摘便でも解消できないところまで進んでしまう場合である。そうなるとオピオイドの投与も難しくなり、便処置も大変になる。そうならないようにするためには、便秘は「予防すべきものである」と考えておく必要がある。「気がついたら1週間出ていなかった」ではいけない。

処方)

便秘には下剤を使用するが、便膨化剤と大腸刺激性緩下剤を適切に組み合わせると良い。

- ・大腸刺激性緩下剤) プルゼニド、ラキソベロン など
- ・便膨化剤) 酸化マグネシウム (カマ、マグラックス・マグミット、ミルマグなど)

このほかに、ラクツロースも便通の確保に役立つ場合が多い。特に肝不全では便秘は肝性脳症悪化を招くため、その場合にはラクツロースを第一選択としても良い。

<⑦悪心・嘔吐>

基本的な考え方)

正常であれば食物は口から食道を通過して胃に向かう一方通行であり、逆行することはない。嘔吐や悪心はその逆の動きであり、体力も気力も消耗させる。

悪心・嘔吐が続くのは、人によっては耐えられない程の苦痛（これがずっと続くなら死んだ方がマシ）である。可能な限りこれを軽快させるように努めなければならない。

理解のしかた)

悪心・嘔吐の原因には、主に次のようなものがある。

- ・薬剤によるもの（オピオイドなど）
- ・物理的な通過障害（癌性腹膜炎、消化管狭窄など）
- ・機能的な消化管蠕動不全
- ・消化不良
- ・頭蓋内病変（→ステロイドを使用）
- ・口腔内の不潔（→口腔ケア）

治療)

- ・オピオイドによる悪心・嘔吐には、プロクロルペラジン（ノバミン）が最も適している。オピオイドの悪心・嘔吐は投与開始後1～2週間で耐性ができる（慣れる）ので、いつまでも漫然と投与しない。ノバミン3T 3xが基本。錐体外路症状（アカシジアなど）に注意。
- ・物理的な通過障害を解除できる場合は解除する（胃空腸吻合など）。胃瘻・腸瘻作製によって嘔吐の減少と飲み物なら口から飲めるという利点が得られる場合もあり、考慮に値する。経鼻胃管でも同様の効果が得られるが、違和感はある。

オクトレオチド（サンドスタチン）は、小腸液などの分泌を抑制するので悪心・嘔吐の回数を減少させることができる。100～300mg/日を2～3回に分けて皮下注。（血流に入るとすぐ分解されるので皮下注のみ適応となっているが、持続注射をしている場合には静注でも有効）2004年10月から保険適応となった。

- ・機能的な消化管蠕動不全には、蠕動を促す薬剤が有効である。プリンペラン、ナウゼリン、ガスモチンなどが多く使われる。
- ・いくつかの制吐剤を使用してもうまく行かないときには、消化酵素剤が有効な場合がある。H2blocker やプロトンポンプインヒビターで胃酸が抑制されている場合が多い印象。

ベリチームカプセル 3cap 3x 毎食中または直後