

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか？
ー 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）ー
森田達也 著 医学書院 2017年2月初版



はじめに

緩和ケアは、患者と家族の身体的、精神的、社会的およびスピリチュアルな苦痛を予防・予測・軽減することを目的とする。がんに限定すると、身体的苦痛のなかで頻度が高いのは「疼痛」で、進行した場合、約6～7割の患者が経験する。よって、「とにかく痛みがないようにしてほしい」と患者、家族は訴える。がんの1番の危険因子は年齢で、3人に1人はがんで死ぬ。私も「がんに罹ることは仕方のないことだ」と覚悟はしているが、「痛み」だけは避けて、穏やかに最期を迎えたいという希望がある。

WHOは、1986年に「がん疼痛ガイドライン」を発表した。当時から、「このWHO方式を遵守し積極的に麻薬（オピオイド）を使えば、がん疼痛の80%から90%は緩和できる」と言われてきた。ただしこれを裏返して言えば、「10%から20%の治療抵抗性の疼痛がある」ということだ。そのようになった場合、どうするか。賢いがん患者になるためには、このことも学んで準備をしておく必要がある。今回は、緩和ケアの中の1つ、「鎮静（セデーション）」について、本書を用いて皆様と勉強したい。尚、一部、「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き2018年版」（日本緩和医療学会）より引用した。

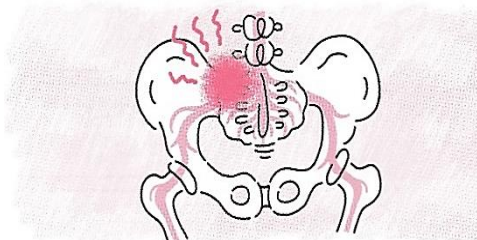
著者の紹介；森田達也

1992年京都大学医学部卒業。1994年聖隷三方原病院ホスピス科、2003年緩和ケアチーム医長、2005年緩和和支持治療科部長、2014年副院長。緩和治療の専門医として、「時期を問わない」緩和治療、緩和ケアに携わる。2012年より京都大学臨床教授。

本書の内容・感想

まず、次のような場合を想定しよう。直腸がんが見つかった時点で、多発性肝転移があり手術の適応がなかったため、化学療法を受けたが効果はなかった。原発巣が大きくなり、仙骨に、さらに坐骨神経にも浸潤し、下肢全体に電撃的な疼痛を自覚するようになった(図4)。緩和目的で放射線療法も受けたが、一時的な効果しかなかった。麻薬(モルヒネ)も増量してもらったが、痛みのため身の置き場がなく倦怠感も強く、この1週間、食事も出来ず、昼はウトウトしているが、夜は満足に眠れない。他方、これ以上モルヒネを増やすと、意識レベルが低下する可能性もあるし、神経毒性と呼ばれる、幻覚(何かが見える)、妄想(誰かに襲われるなど現実ではない思いにとらわれる)等のせん妄が副作用として出るかもしれないと言われている。因みに、神経毒性があるので、オピオイドを鎮静目的で使用してはいけない。

図4 仙骨に腫瘍が浸潤した場合に鎮痛が難しい理由
神経が網目状に入り組んだ神経叢の痛みは激烈なことがあり、和らげるのが難しい。



今日、家族と一緒に、主治医より話ががあった。慎重に言葉を選びながら説明があった。

「今、苦痛を和らげるために十分に手を尽くしていますが、今の方法でつらい症状を楽にすることは難しいように感じています。苦しさをさらに和らげるためには、眠気を生じる薬を使用する、ぐっすりとする方法もあります。どのくらいの苦しきならよしとするかは、お一人おひとりで違いますので少し相談させていただきますか？」

「苦しい感じを和らげられるのなら、今よりも眠気が強くなってもいいとお感じでしょうか？ それとも、

今より眠くなってしまうのは困るとお感じでしょうか？」

「苦しさを和らげることが目的ですので、使うお薬の量は健康な人であれば眠気は出ても全く眠ってしまうほどの量ではありません。でも、苦しいのにあわせてお薬を増量すると、結果的に、眠ってしまうことになる時があります。そうすると、お薬を使って楽になったあと、お話ができない状態になる、できないままお別れになるかもしれません。苦しさだけがとれることを目標にして慎重にお薬を使っていますが、もしもの時に備えて、お伝えをしておいたほうが良い方や、そばにいていただいたほうがよい方はいらっしゃいますか？」

「苦しい感じを和らげる方法をとった結果ぐっすり眠ってしまい、苦しさは感じなくなりますが、お話をすることは難しくなると思います。」

皆さんは、この説明を受け、納得した上で、同意されますか(インフォームド・コンセント)。難しかった方もおられると思うので、少し説明する。

患者を眠らせることを、「鎮静」と呼ぶのであるが、手術を想像して欲しい。緩和ケアで「眠気を生じる薬」としてよく、ミタゾラム(商品名：ドルミカム)を使う。この薬は、手術で全身麻酔を行う時にも用いられる。つまり、「鎮静された状態」は、全身麻酔時の患者の状態を想像してもらえばよい。

鎮静が初めて医学文献に登場したのは、1990年のイタリアの医師 Ventafridda V の報告である。Ventafridda V は、WHO 方式がん疼痛治療法作成委員長であり、この方式を世界へ普及させた医師である。鎮静の定義が、今のものより広い概念であったが、在宅緩和ケアを受けた患者の約 50%で睡眠状態にしなければ緩和は得られなかったとしている。WHO 方式を正しく行えばすべての苦痛はなくなると信じられていたので、彼でなかったならば、「それはあなたの鎮痛方法が悪いので、きちんと WHO 方式でやって下さい」と言われ、おしまいだったであろう。ホスピスケアの理想として紹介されることの多いセントクリストファーズホスピスにおいても、亡くなった患者の約 50%に鎮静が必要だったと、2003年に報告している。鎮静について語ることに後ろめたさを感じるのか、医師、看護師としての不全感を刺激するのか、素直に語られることは、当時も今も少ない。Ventafridda V は、前述の論文の中で次のように述べている。「患者が亡くなる数日か数時間前に症状コントロールがつかなくなることは普通によくあるのだが、正直に議論されることはない。この論文が緩和ケア領域での議論の始まりになることを期待したい。」

鎮静は、次のように分類される。鎮静薬の投与方法によって、「間欠性鎮静」と「持続性鎮静」の2つに大別される。さらに、後者を「調節型鎮静」と「持続的深い鎮静」に区別する。

「間欠的鎮静」とは、鎮静薬によって一定期間、意識の低下をもたらしたあとに鎮痛薬を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静を指す。具体的には、せん妄や呼吸困難、痛み等の治療抵抗性の苦痛に対して、緩和するために鎮静薬を数時間投与し、就眠・鎮静を得たあとに中止する。

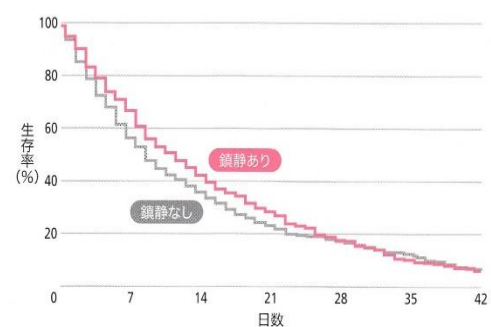
「調節的鎮静」は、苦痛が緩和されるように鎮静薬を少量から増量して、緩和される最少の量を投与する。苦痛が緩和される最少量であるから、意識が維持された状態である場合と、結果的に意識が低下する場合がある。

「持続的深い鎮静」は、中止する時期をあらかじめ定めずに、深い鎮静(場合によれば覚醒不可能)になるように鎮静薬を調節して投与する。調節的鎮静で緩和することができない苦痛に対して行うことが多い。「中止する時期をあらかじめ定めずに」とは、深い鎮静を中止しても患者の苦痛が再燃しないと考えられる場合には鎮静薬の減量・中止も考慮するということだ。結果的に死亡するまで持続的な深い鎮静が維持される場合もあるが、鎮静を開始する時点で、死亡するまで深い鎮静を維持するという意図をもって行うものではない。

鎮静は死を早めるのか。誰もが知りたい疑問である。2009年に Maltoni M らはマッチドコホート研究を行った(図3)。これは、鎮静を受けた患者をあらかじめ同定して、それと同じ背景を持つ患者を抽出して生命予後を比較する方法である。この研究では、対象となった518名(各群約250名)において、鎮静を受けた患者の生命予後は12日、受けなかった患者は9日で、差はなかった。日本でも、1,827名を対象とした観察研究が行われ、2016年、鎮静は生命予後を短くしないと結論付けた。鎮静は死を早めないと言われている。

最初に述べたように、私は、がんに罹ることは仕方のないことだと思っているし、すい臓がんのように進行の速いがんの場

図3 ● 鎮静が生命予後へ与える影響に関する質の高い観察研究：マッチドコホートによる効果推定



合、見つかった時はIV期の可能性もある。その時、痛みのコントロールが難しいかもしれない。「苦痛がないと人間は生を手放すことはできない」とも言われている。私も悟りのない人間である。我慢できない程のがん疼痛により、生を手放す境地に達するのかもしれない。ただし、そのときは、「鎮静」によって眠りながら、苦痛のない状態で旅立ちたい。

理事 井上 林太郎