

---

## PEACE モジュール Q&A 集

### <2016 年 7 月版>

#### M-2a 緩和ケア概論—患者の視点を取り入れた全人的なケアを目指して

Q -1:

QOL の向上と予後の改善が相関しているというデータはあるのですか？

A -1:

QOL 尺度と予後との直接の相関を表したデータはありませんが、Connor らは、「ホスピス入院は生存期間短縮とは関連なく、むしろ終末期患者においてはホスピスは生存期間延長と関連していた。」としています。また、Temel らは、「転移のある非小細胞肺癌患者において、診断後早期に緩和ケアを開始した群では標準治療群に比べ QOL や気分障害が改善しただけでなく、生存期間の有意な延長も認められた。」と述べています。緩和ケアによる QOL の向上が化学療法再開に結びつく場合や、逆に抗がん治療の効果により苦痛を軽減できる場合も経験され、緩和ケアも抗がん治療も結果的に QOL の向上や予後の改善につながる可能性があると考えられます。

-参考文献-

Stephen R. Connor, et al. Comparing Hospice and Nonhospice Patient Survival Among Patients Who Die Within a Three-Year Window. J Pain Symptom Manage 2007;33:238-246.

Jennifer S. Temel, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010;363:733-742.

Q -2:

包括的がん医療モデルでは最期まで抗がん治療を行わないといけないように見えるが？

A -2:

この図は抗がん治療と緩和ケアが別々に提供されるものではなく、有機的な連携を持って継続的に提供されることを示しています。最後まで抗がん治療が続くということを意味しているわけではなく、最後は全員がんで亡くなるということを示しているわけでもありません。従来のがん医療モデルとの対比として作成され、あくまで緩和ケアが抗がん治療と並行して行われることをイメージしてのスライドです。

#### M-3 がん性疼痛の評価と治療

Q -1:

オピオイドを投与する際に NSAIDs は併用するほうが良いのですか？

A -1:

WHO「Cancer Pain Relief」では、非オピオイドで十分な鎮痛が得られない場合には非オピオイドに加えてオピオイドを追加することを推奨しています。このため本プログラムでは、オピオイド導入

---

後も特に禁忌がない場合には原則的に NSAID を併用することとしています。ただし、NSAID の併用は絶対的なものではなく、何らかの理由で NSAID を中止してもオピオイドや鎮痛補助薬などにより十分な除痛が得られる場合には必ずしも併用する必要はないと考えられます。また、オピオイドと NSAIDs を併用する場合、NSAIDs の長期投与による有害事象の発生には常に注意し、効果と有害事象の評価を行いながら NSAIDs の必要性を判断することが重要です。漫然と NSAIDs を長期間投与すると、消化管粘膜障害、腎機能障害、血小板機能低下、血栓形成などのリスクを伴うことになるため注意が必要です。

Q -2:

NSAIDs の長期投与は安全ですか？しばしば出血性の消化性潰瘍を経験しますが？

A -2:

NSAIDs を長期連用する場合には、特に消化性潰瘍と腎機能障害への十分な注意が必要です。プロトンポンプ阻害薬やミソプロストールは NSAIDs による消化性潰瘍のリスクを軽減させるため予防的に併用することが多いですが、これが絶対的な予防策とはなりません。また、ステロイドと併用する場合には消化性潰瘍発生のリスクがさらに高まります。したがって、NSAIDs を長期連用する場合には、鎮痛効果と副作用のバランスを常に考慮した薬剤の選択と副作用のモニタリングが必要です。COX-2 に選択性の高い NSAIDs を用いることによって消化管粘膜障害のリスクを低減することはできますが、血栓形成による心血管系イベントのリスクが高まるので注意が必要です。

Q -3:

アセトアミノフェンは使用してもよいですか？

A -3:

アセトアミノフェンは、WHO も非オピオイド鎮痛薬の基本薬の一つとして位置付けており、第1段階の鎮痛薬として用いることが可能です。

十分な鎮痛作用を得るためには1日量として 2,400~4,000 mg/日が妥当な鎮痛量とされています。成人における経口投与の場合は 1 回 300~1,000 mg、投与間隔は 4~6 時間以上、1 日最大投与量は 4,000 mg とされています。アセトアミノフェンは作用時間が短いため服薬の負担がやや大きいのが弱点ですが、年齢的にも投与量からみても安全域が広く、胃粘膜障害のリスクが小さいため、小児や高齢者、消化性潰瘍のハイリスク患者などには良い適応となります。

Q -4:

WHO ラダーの第 2 段階をスキップする鎮痛薬の使用法は可能ですか？

A -4:

非オピオイド系鎮痛薬による痛みの緩和が不十分であれば、原則としてオピオイド投与の適応となります。WHO ラダー第 2 段階とは軽度から中等度の痛みがある場合ですが、この段階ではコデインが推奨されているものの、本邦においては低用量のオキシコドン徐放製剤が使用可能であり、作用時間の短いコデインの 4 時間ごとの服用よりも患者の服薬負担は軽減されます。またコデインは肝臓で一部がモルヒネおよびモルヒネ-6-グルクロナイドへと代謝されてオピオイド受容体へ作用する薬剤であり、コデインの内服は少量のモルヒネ内服と基本的には同じ意義を持ちます。

---

これらを勘案すると、コデインのステップをとばして第 3 段階(中等度から高度の痛み)で用いられるオピオイド製剤を少量から開始することは実際的に簡便であり可能です。2012 年に改訂された European Association for Palliative Care のガイドラインにおいても、コデインやトラマドールではなく低用量の第 3 段階オピオイドから開始してもよいとしています。

Q -5:

オピオイド増量の際に下剤を増量する必要がありますか？

A -5:

オピオイドによる便秘はかなり低用量の投与から出現する薬理作用であるため、理論的には用量依存性の副作用とはいえません。しかし、全身状態も悪化し痛みの増強に対してオピオイドを増量するような場合には、活動性の低下や経口摂取状況の変化などにより排便のコントロールが困難となるケースがしばしばみられ、下剤の増量や浣腸が必要となる場合があります。

Q -6:

異なる種類のオピオイドを併用してもよいですか？

A -6:

基本的には単独のオピオイドを用いたほうが投与量や投与経路を変更する際に必要量の算出が簡便でありリスクが少ないことは確かです。また、オピオイドを単独で用いたほうが、副作用の予測や見定めが容易です。しかし、以下のようなオピオイド併用例は臨床的に許容されると思われます。

- ① フェンタニル貼付剤を定時薬としている患者にレスキューとしてコデイン、モルヒネ、オキシコドンの速放製剤を用いる場合。
- ② 低用量のモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルを定時投与している患者にレスキューとしてコデインを用いる場合。
- ③ 高用量の経口オピオイド製剤をフェンタニル貼付薬へ一部ずつ段階的に切り替えていく場合。
- ④ 高用量のフェンタニル貼付剤を用いても痛みが残存・増強する際に、オピオイド感受性を確認するためにモルヒネやオキシコドンを併用してみる場合。
- ⑤ 鎮痛目的にオキシコドンやフェンタニル製剤を常用している患者に呼吸困難が出現してその緩和を目的にモルヒネ製剤を併用する場合。

2010 年の Palliative Medicine 誌に第 3 段階オピオイドの多剤併用に関する総説がありますので参考にしてください(Fallon MT, Laird BJA. A systematic review of combination step III opioid therapy in cancer pain: An EPCRC opioid guideline project. Palliative Medicine 25; 597-603, 2010)。

Q -8:

一度開始したオピオイドを中止する場合はありますか？

A -8:

腫瘍に対する外科的摘除、化学療法、放射線治療といった抗がん治療が奏功して腫瘍が縮小あるいは消失した場合、また神経ブロックにより痛覚が完全に遮断された場合には、オピオイドを漸減し中止できるケースがあります。

---

Q-9:

フェンタニルを高用量に使用すると効果が減弱するのですか(耐性の獲得)?

A-9:

動物実験のレベルにおいては、フェンタニルの連用によって  $\mu$  オピオイド受容体が細胞内へ陥入して鎮痛効果が減弱する可能性が示唆されていますが、ヒトにおいては不明です。

Q-10:

レスキューは定時オピオイドと同じ薬剤が良いのですか?

A-10:

レスキュー・ドース(レスキュー)は、基本的には定時投与されているオピオイドと同種の薬剤のほうが、1 回投与量の目安を決めやすいですし、また効果を確認しながら定時投与量の調節に反映させやすいという利点があります。また、同種の薬剤を用いた場合、有害事象の原因を判定しやすくなります。ただし、レスキューにどのような薬剤をどのように用いるかは、定時投与しているオピオイドとは別に検討するのが基本です。レスキューは、定時オピオイドが経口投与されている場合、原則的に 定時投与と同種の速放製剤(SAO: Short Acting Opioid)を用います(1 回投与量は 1 日あたりの定 時総投与量の 10-20%、約 6 分の 1 が目安となります)。定時オピオイドが持続静注や持続皮下注 されている場合には、1 時間あたりの投与量を目安に早送りを行います。

近年フェンタニルの速放製剤である口腔粘膜吸収剤(ROO: Rapid Onset Opioid)が使用可能となっておりますが、フェンタニルの ROO 製剤は、持続的な痛みが定時オピオイドにより十分にコントロールされており、かつ内服が不可能あるいは困難な場合や、できるだけ速くしかも短時間だけ鎮痛効果を得たい場合(SAO ではコントロールできない)など使用機会は限定的と考えるのが妥当です。フェンタニルの ROO 製剤は 1 日当たりの使用回数が制限されており、フェンタニル貼付薬を定時投与されている患者のためのレスキューと位置付けられているわけではありませんので、この点には注意が必要です。レスキューは、①オピオイド導入時や増量時のタイトレーションを行う際に、適切な 1 日投与量を 算出するための補助、②持続性の痛みが定時オピオイドにより十分コントロールされているにもかかわらず出現する突出痛に対応する、という目的に用いられます。定時オピオイドとレスキュー は、基本的には別々に個々の患者ごとにタイトレーションやスイッチングが必要となります。

Q-11:

ペントゾシンはなぜ推奨されないのですか?

A-11:

日本緩和医療学会編集の「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版」ではがん疼痛治療薬としての積極的使用は推奨されていません。

ペントゾシンは  $\mu$  オピオイド受容体に対する部分作動薬であり、完全作動薬であるモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルと併用した場合に  $\mu$  受容体への結合において競合することとなります。部分作動薬は完全作動薬に比して、受容体と結合した際の薬理作用が弱いため、完全作動薬の鎮痛作用を減弱させることとなります。

---

したがって、軽度から中等度の痛みがありペンタゾシンで除痛できる場合は使用可能ですが、痛みが増強した場合にモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルへ変更する際に一時的ではあってもこの競合の結果完全作動薬の鎮痛作用が十分に得られなくなるため、定時のオピオイドとしては、またレスキューとしても、ペンタゾシンの使用は通常推奨されません。

Q -12:

放射線治療を考慮するタイミングを教えてください。

A -12:

患者の病状や今後の見通し、予後などを勘案して総合的に判断されるべきものであり、痛みの原因となっている病巣が明らかな場合には、放射線腫瘍医にまずご相談されることをお勧めします。

Q -13:

神経ブロック(ペインクリニック的治療)を考慮するタイミングを教えてください。

A -13:

神経ブロック療法は奏功すると劇的な痛みの改善が得られますが、侵襲的治療であり、特に神経破壊を行う場合には重篤な合併症の報告もあるため、慎重に考慮されるべきです。

部位が限局しており薬物療法に抵抗性の痛みが主として適応となります。例としては、膵臓癌による心窩部痛・背部痛、骨盤腔内腫瘍による会陰部痛、胸壁浸潤による胸部痛、骨転移による体動時痛などが激しい場合です。

神経ブロックを行うためには、ブロック中からその後の安静時間に一定の体位で安静を保つ必要があります。ブロック針穿刺部位の感染はもちろん、易感染性や出血傾向がある場合は禁忌となります。癌病変そのものがブロック針穿刺経路にある場合もブロックはほぼ不可能です。進行癌ですでに全身状態が不良の場合にはブロック自体が過侵襲となるため、相対的に困難です。

したがって、できるだけ全身状態が良好で生命予後がある程度期待できる患者で、限局的な強い痛みを有しその原因が明確である場合は早めにペインクリニック医師へご相談されることをお勧めします。

Q -14:

鎮痛補助薬の使い方に具体的な指針を教えてください。

A -14:

鎮痛補助薬は、主として神経障害性疼痛に対して用いられます。がん起因する神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬の使用法においては明確な指針は示されていないのが現状です。

神経障害性疼痛の他に、転移性骨腫瘍による骨関連事象、筋攣縮、消化管閉塞による痛みに対しても鎮痛補助薬が使用される場合があります。

日本緩和医療学会編集の「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版」には以下に示す薬剤を鎮痛補助薬と位置付けて記載してあるので参照して頂きたい(p79-p83)。

- ① 抗うつ薬: アミトリプチリン、アモキサピン、ノルトリプチリン、デュロキセチン、パロキセチン、フルボキサミン



- 
- ② 抗けいれん薬: プレガバリン、ガバペンチン、バルプロ酸、フェニトイン、クロナゼパム
  - ③ 抗不整脈薬: メキシレチン、リドカイン
  - ④ NMDA 受容体拮抗薬: ケタミン
  - ⑤ 中枢性筋弛緩薬: バクロフェン
  - ⑥ コルチコステロイド: ベタメタゾン、デキサメタゾン
  - ⑦ ベンゾジアゼピン系抗不安薬: シアゼパム
  - ⑧ Bone-modifying agents(BMA): ゴレドロン酸、デノスマブ
  - ⑨ その他: オクトレオチド、ブチルスコポラミン いずれも少量から開始して副作用が耐えられる範囲内で漸増しながら効果を判定します。上記薬剤の作用機序や特徴については、日本緩和医療学会編集の「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版」のp78～p83を参照してください。

するガイドライン 2014 年版」のp78～p83を参照してください。

各薬剤の神経障害性疼痛に対する NNT は、神経障害性疼痛の原因にもよりますが、2.0～5.5程度と報告されています。

上記の薬剤は鎮痛薬としては保険適応外使用となるため、使用にあたっては患者や家族への十分な説明と同意が必要です。

鎮痛補助薬の使用経験があまりないようでしたら、ペインクリニックや緩和ケアの専門家へのコンサルテーションをお勧めします。

Q -15:

経口ビスフォスフォネートも有効ですか？

A -15:

現在わが国で発売されている経口ビスフォスフォネート製剤のうち、悪性腫瘍に伴う骨関連事象に対する有効性が検証されている薬剤はありません。経口ビスフォスフォネート製剤は、腸管での吸収が不良で血中濃度のバラつきが非常に大きく、悪性腫瘍による骨関連事象に対しては、有効性の検証されているゾレドロン酸等の注射薬を用いるべきです。

Q -16:

腰椎転移による痛みに対してコルセットは有効ですか？

A -16:

コルセット装着により、体動時の腰椎への負担軽減が期待できるため有効ですが、装着によってかえって苦痛が増す場合もあるので、使用方法については患者・整形外科医とよく相談しながら考えていくと良いです。

Q -17:

処方した医療用麻薬を患者(A)が他人(B)に譲渡して B に副作用が生じた場合の医師の責任は？

A -17:

医師が医療用麻薬であることをAに伝えていた場合: 麻薬及び向精神薬取締法 12 条 1 項に譲渡禁止が明記されています。一般的な診療契約上の説明義務はありますが、原則として、医師に譲渡禁止条項まで説明する義務はないです(あっても因果関係を訴求されることはない)。

---

医師が医療用麻薬であることをAIに伝えていなかった場合：原則として、「処方した薬は患者用のものであって他人に譲渡してはならない」等の説明義務を怠ったことにより、訴求される可能性があります。いずれの場合も、事故を回避するためにも、麻薬管理上の問題からも、「他人へ譲渡してはならない」旨の説明をするべきです。

Q -18:

医療用麻薬を使用している患者に(自動車等の)運転を許可してよいですか？

A -18:

道路交通法第 66 条に、「何人も、(前条第 1 項に規定する場合のほか)、過労、病気、薬物の影響その他の理由により、正常な運転ができないおそれがある状態で車両等を運転してはならない」という条文があります。モルヒネの自動車運転能力への影響は少ないとする論文も存在し、医療用麻薬使用中であっても正常な運動能力を有する患者であれば、患者自身の判断と責任において自動車の運転は可能です。しかし、医療用麻薬を使用している患者が運転中に事故を起こした場合には、結果として「正常な運転ができない状態」であったと判断されることとなり、処方した医師の説明義務違反を問われる可能性があります。

したがって、基本的には医療用麻薬使用中の患者には自動車等の運転は差し控えるよう指導せざるを得ません。

## M-5 オピオイドを開始するとき

Q -1:

覚醒剤と麻薬の違いをどのように説明すればよいですか？

A -1:

覚醒剤とは広義で中枢神経を興奮させ覚醒作用をもたらす物質です。日本では「覚せい剤取締法」でアンフェタミン、メタンフェタミンなどが規制対象とされています。

(参考サイト…<http://www.houko.com/00/01/S26/252.HTM>) 麻薬とは、脳内の神経伝達物質に作用し、酩酊・多幸感・幻覚などをもたらす物質です。日本では、「麻薬及び向精神薬取締法」でモルヒネ・ヘロイン・コデインなどが規制対象とされています。

(参考サイト…<http://www.houko.com/00/01/S28/014.HTM>)

Q -2:

麻薬と医療用麻薬はどのように違うのですか？

A -2:

日本で合法的に入手出来る麻薬は医療用か研究用に分類され、全て製造から消費まで「麻薬及び向精神薬取締法」で管理されています。しかし、医療用麻薬という表現は、公式には存在せず、国内で使用する麻薬は全て「麻薬」と表現するのが正しいです。

また、一般には麻薬は全て非合法的な薬物という印象があるため、合法的に入手でき、治療目

---

的で使う麻薬を「医療用麻薬」という表現で説明されている場合もあると思われます。

Q -3:

中毒・依存・急性反応の違いを教えてください。

A -3:

毒→一般的には、中毒＝依存症と考えられていることが多いです。医学的には、特定の薬物、物質が体内の至適用量を超えた状態を言います。例としてはテオフィリン中毒やジギタリス中毒などです。

依存症→薬物の作用による快楽を得るため、あるいは離脱による不快を避けるために、有害であることを知りながらその薬物を続けて使用せずにはいられない状態です。

懸反応→ 覚せい剤や幻覚剤など、物質の中枢神経系に対する作用による著明な不適応行動や心理的变化が物質の使用直後または使用直後に発現する場合、を急性反応と呼ぶこともあります。

Q -4:

モルヒネを使っても死亡率が上がらない(死期を早めない)というデータはありますか？

A -4:

「PEACE モジュール文献リスト」の 4～6 で示されています。

Q -5:

オピオイドを使用した場合、せん妄の出現率はどの程度ですか？

A -5:

せん妄の原因は複数であることが多いため、オピオイドのみによるせん妄の出現率は明確になっていません。MS コンチンのインタビューフォームでは出現率 0.3%とされています。

## M-6a 呼吸困難

Q -1:

疼痛に対してモルヒネを使用している場合に、鎮咳目的でコデインを使用する事はありますか。

A -1:

コデインは体内で一部がモルヒネに代謝されることによって主な薬理作用を発揮すると考えられ

ています(Davis MP. Opioid in Cancer Pain (2nd ed). Oxford university press. 2009)。したがって、モルヒネが先行投与されている場合はコデインを追加するよりも、モルヒネを増量する方が副作用面でも薬剤管理の面でも望ましいと考えます。

Q -2:

呼吸困難に対して抗不安薬を単独で使用する事はありますか？

A -2:



---

現在までのところ、がん患者の呼吸困難に対して抗不安薬が有効であるという根拠は不十分であるとされています(Simon ST. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010.)。したがって、第一選択として抗不安薬を使用することは推奨していません。ただし、不安の要素が関与していると判断される場合は、抗不安薬を試してもよいかも知れません。

Q -3:

抗不安薬の投与量はどれくらいですか？

A -3:

現在までのところ、最適な投与量の根拠となる研究はありません。眠気などの副作用の評価を

十分に行い、効果とのバランスを見ながら個々の症例で投与量を調節するのがよいのではない でしょうか。

Q -4:

モルヒネが呼吸困難を改善する作用機序はどのような物ですか？

A -4:

オピオイド受容体は中枢・末梢神経のみならず、気道にも広く分布していることがわかっており、これらの受容体が呼吸困難の改善に関与することが示唆されていますが、モルヒネが呼吸困難を改善する明確な機序はまだ解明されていません(Thomas JR. Lancet Oncol. 2002;3:223, Hanks G. Oxford Textbook of Palliative Medicine (4th ed). Oxford university press. 2010)

Q -5:

モルヒネ以外のオピオイドは呼吸困難に対して効果がないのですか？

A -5:

オキシコドン (Shinjo T. Jpn J Cancer Chemother 2006;33:529)、フェンタニル (吸入:Coyne PJ. J Pain Symptom Manage 2002;23:157, OTFC:Benitez-Rosario MA. J Pain Symptom Manage. 2005;30:395)ともに症例報告はありますが、比較研究の報告はこれまでのところありません。したがって、現時点ではオキシコドン・フェンタニルの呼吸困難改善効果に関する根拠は不十分であると考えられます。

Q -6:

モルヒネやフロセミドの吸入は呼吸困難に効果がありますか？

A -6:

モルヒネ (Davis CL. Palliat Med. 1996;10:64, Grimbert D. Rev Mal Respir. 2004;21:1091)、フロセミド (Stone P. J Pain Symptom Manage 2002;24:274, Wilcock A. Thorax. 2008;63:872) ともに吸入での呼吸困難に対する効果は否定的という研究結果が示されています。それらを踏まえて、モルヒネ・フロセミドの吸入を呼吸困難に対して積極的に使用することは勧められないと考えます。

Q -7:

---

呼吸困難に対してステロイドを使用する具体的な例を教えてください。

A -7:

現在までに、比較研究はありませんが、一般的に、癌性リンパ管症・上大静脈症候群などが原因の場合や、合併する COPD や喘息が原因の場合はステロイドが有効であるとされています (Hanks G. Oxford Textbook of Palliative Medicine (4th ed). Oxford university press. 2010)。したがって、まず呼吸困難の背景の病態の評価が重要となります。

Q -8:

がん患者の呼吸困難に対して NPPV を使用する適応はありますか。

A -8:

がん患者における NPPV の使用に関しては、好中球減少症や造血幹細胞移植後の急性呼吸不全や合併する COPD の急性増悪や心不全による呼吸困難に対しては(回復可能と判断された場合に限り)効果が期待できますが、拘束感やうまく同期できない時の違和感など負担になる場合もあります。とくに終末期においては、呼吸困難の原因除去が難しい場合が多く、前述の負担の側面のみを強いる可能性が高いため、NPPV の有用性は限られると考えられます。また、終末期において、生命予後の延長を単純に目的とした NPPV の使用は倫理的にも避けるべきであると考えられます。

#### M-6b 消化器症状(悪心・嘔吐)

Q -1:

ハロペリドールの経口薬と注射薬は等価ですか？

A -1:

等価ではありません。ハロペリドールについての総説の中で、経口投与では初回通過効果の影響を受けるので、経口投与から非経口投与にする場合には 1/2 から 2/3 の投与量とするとされています。一方で経口投与の方が錐体外路症状の出現が多いため少量から開始します。

-参考文献-

Vella-Brincat J, Palliat Med, 2004

Q -2:

制吐薬としてセロトニン拮抗薬や NK 阻害薬は使用可能ですか？

A -2:

いずれの薬剤も保険適応は抗腫瘍薬に伴う消化器症状に限られています。しかしながら、セロトニン拮抗薬に関しては、抗がん剤以外が原因の嘔気を対象として行われた 3 つの RCT において、2 つの試験では有効であり、もう 1 つの試験では効果が認められませんでした。RCT の結果が controversial であることから、セロトニン拮抗薬は嘔気嘔吐に対する第一選択薬としては適切とはいえないが、他剤が無効な場合には投与を検討してもよいと考えられます。

-参考文献-

Hardy J, Support Care Cancer. 2002

---

Mystakidou K: Cancer 1998

Mystakidou K: J Pain and Symptom Manage. 1998

現在本邦で使用可能な唯一の NK1 阻害薬であるアプレピタントに関しては、抗がん剤以外を原因とした嘔気嘔吐に対する根拠は限られており、使用するべきではないです。

Q -3:

制吐薬で明確な第一選択薬はありますか？

A -3:

全ての病態に対応できる明確な第一選択薬はありません。

Q-4:

制吐剤としてドンペリドンの使用は適切ですか？

A.-4:

ドンペリドンはドパミン受容体拮抗薬としてメクロプラミドとほぼ同様の制吐効果があり副作用の錐体外路症状は比較的少ないとされますが、心臓突然死が報告されています(30mg/day 以上の使用で有意にリスク増加。OR 比 11.4)。治療効果とリスクを考慮して使用してください。

-参考文献-

Van Noord C., Drug Saf, 2010

Q -5:

消化管ステントはどのような例に適応がありますか？

A -5:

消化管ステント(Self-expandable metallic stent, SEMS)の適応を示す基準は現在のところ確立されたものではありません。そのため、予後を含めた患者や疾患の状態、地域や施設の状況などを考慮して、その他の治療の選択肢(手術や薬物療法)との比較検討を行った上で方針を決定してゆく必要があると考えられます。

Q -6:

ドレナージ目的の胃瘻はどのような例に適応がありますか？

A -6:

胃瘻を行うことにより、消化管閉塞による嘔気・嘔吐の 83-93%がコントロールされるとされています。しかしながら、侵襲的処置であり、また術後合併症がおこる場合もあるので、薬物療法による症状の改善が得られず、かつ予後が良くとも月単位以上予測される場合に適応を検討します。腹水貯留がある場合や、胃切除術を始めとした腹部手術の既往がある場合などには実施が難しく、そうした場合には経皮経食道的胃瘻造設術(Percutaneous transesophageal gastrostomy、PTEG)を行うこともあります。

-参考文献-

Herman LL, Gastrointestinal Endoscopy, 1992

Marks WH, Surgery, Gynecology & Obstetrics, 1993

Brooksbank M, Palliat Med, 2002

---

Q -7:

消化管閉塞に対するステロイドの作用機序を教えてください。

A -7:

一般にはステロイドは消化管閉塞の再開通を期待して投与します。EAPC のガイドラインでは制吐効果そのものや腫瘍・神経周囲の浮腫軽減効果により、有益な可能性が示唆されるとされています。

-参考文献-

Ripamonti C, Support Care Cancer, 2001

Q -8:

オクトレオチドの間欠投与と持続投与で効果に差はありますか？

A -8:

根拠はありませんが、経験的に間欠投与でもほぼ同等の効果があると考えられています。  
(ただし、保険適応の投与方法は持続皮下投与のみである)

Q -9:

オクトレオチドの静注は皮下注と同様の効果がありますか？

A -9:

単回皮下投与と単回静脈投与では AUC(area under the blood concentration time curve) が同等であることが健常者を対象とした試験で示されています。また、前後比較試験の副次的評価項目の中で持続皮下投与群と持続静脈内投与群で嘔気の効果に有意差はなかったという報告があります。

-参考文献-

Kutz K, Scand J Gastroenterol, 1986

Hisanaga T, Jpn J Clin Oncol, 2010

Q -10:

嘔気・嘔吐に対する東洋医学的治療(鍼灸など)は有効ですか？

A -10:

がん患者を対象とした試験は限られているものの、内関への指圧や鍼刺激により体動により誘発される嘔気が軽減される可能性があるとされています。

-参考文献-

Wright L, Am J Hosp Palliat Care, 2005

Perkins P, Palliat Med, 2008