• 第 [章 •

麻薬嫌忌期

がん疼痛患者との出会い

麻酔科医は、麻酔を行う前日に麻酔前回診(診察)というものを行います。麻酔を担当した患者さんが入院している病棟を訪ね、看護室でカルテや検査データ、X線写真などの画像をチェックした後に、患者さん(・家族)にお会いして、身体を診察し、麻酔の説明をしたり、質問に答えることなどを目的に行います。

いつものようにその麻酔前回診を終わった後、窓の外を見ると雪模様だったので、「どのくらい積もったのかな」と思って(入局したての麻酔科医なんて手術室に閉じ込められたままで、外の天気もわからないのが普通でした)、普段は行かない廊下の奥にある窓に進んでいくと、窓のそばの病室から呻き声が廊下にまで聞こえました。入り口に掛けられているカーテンの隙間からそっと病室を覗くと、昔の養老院のような、すえた独特の臭いのする暗い部屋で痩せ衰えた患者さんが海老のように体を曲げて横たわり、絞り出すような声で「痛い~~!」と呻っていて、奥様らしい人がベッドに腰かけて涙をこぼしながら患者さんの背中を擦っている情景がありました。

何か見てはいけない、おぞましい情景を見たような気がして身震いしながらすぐに病室を後にし、再度看護室に戻って事情を聴くと、「がんの末期患者で、"痛み止め"を注射しても効かないの」という返事でした。

その様子は脳裏に焼きつき、結局筆者の人生を左右する情景になりました.

1970年代のがん患者の痛み

次に挙げるのは、1970年半ば頃の朝日新聞に掲載された灰谷健次郎氏の「いのちまんだら」というエッセイ(essay)の一部です。友人の奥様の話として紹介された記事には「末期がんの凄まじい痛みの中で、『これだけ頑張ったのだから、も

う楽にして!』と、激痛を堪えるため、手にしたタオルを噛み締め、噛み締め、ボロボロになるまで耐え抜いた.しかし願っていた『死』が彼女に訪れるのには、それから数週間が必要だった」とありました.

ケアタウン小平クリニックの山崎章郎先生の著書『病院で死ぬということ』¹⁾ (1990年) には「K さんの最大の問題は痛みであった。天井を睨んで、歯を食いしばって激痛に耐えている。その鬼気迫る形相に、病室に行くのも気が引ける。ナースたちも同様で、最小限の訪室しかしなくなっていた」と記載されています。

日本の安楽死協会は、1976年に発足していますが、その重要な役割として「末期がんの激痛に対する慈悲殺*や患者の自殺の防止」を掲げています。今の若い方々には想像ができないでしょうが、死ぬ瞬間まで激痛に苛まれ、「死ぬこと」だけが苦痛からの解放につながるという状況が実際にありました。

*慈悲殺:安楽死の名称の1つで、患者を不治の病の苦しみから解放する ために、本人の希望に応じて死に至らせる行為があくまでも慈悲心である ことを特に強調する場合に用いられる概念.

筆者も 1980 年に、がんの痛みに耐えかねて大学病院の屋上から飛び降り自殺をされた患者さんの「ドスーン」という重く不気味な地響きを、1 階の看護室で聞いたことをいまだに覚えています。がんの末期の患者さんにとっては生きるということ、生命現象の維持自体がひたすら痛みを耐え忍ぶことでした。

当時のがん疼痛への対応

当時、病棟で行われていた一般的ながん疼痛の治療法は、ボルタレンなど NSAIDs (non steroidal anti-inflammatory drugs) の坐薬や注射をベース (base) に、ペンタゾシン (pentazocin = Pentagin) の筋注が主流でした。ペンタゾシン にセルシン (Cercine = diazepam) などの鎮静薬を加えた変則的な modified NLA (neurolept analgesia) 方式で眠らされている場合も多く見られました.

極めて稀に麻薬も投与されていましたが、せいぜいオピスタン(Opystan = pethidine)が使用されるくらいで、モルヒネ(morphine)は皆無に近く、仮に使用しても投与量が極めて少ない上に、必ず投与回数に制限がありました.

当時のカルテの疼痛時の指示には、「ペンタゾシン 15 mg 筋注、1日3回まで」とか「オピスタン 1/2A、1日2回まで」などと書かれていました。

さらに驚くべきことは「<u>痛みの訴えが頻回になる場合は、生理的食塩水の筋注</u>」 という指示が、ごく普通に出されていたことです。 ある患者さんの闘病記から抜粋しましょう.

「『頑張って!』って、これ以上何を頑張れっていうんだ. 法被着て神輿でも担げというのか!」と痛みのない時には看護師を一喝したほどの人ですが、がん末期疼痛に苦しむことになった終末期には(私を医師と誤解したのでしょう)、一瞬の間があって、伯父は急に居住まいを正し、『先生お願いします. ちょこっとで良かけん、痛み止めば下さい』と絞るような声で何度も繰り返し、両手を合わせて拝みました.

伯父は激痛に耐えながら、混濁する意識下で必死に医師を求めていたのだと思います。医師の回診は週に1,2回しかなく、<u>痛み止めの注射はせいぜい4時間くらいしか効かない*のに</u>,一日3回までしか認められていませんでした(当時順天堂大学医学部麻酔科教授 宮崎東洋先生の講演より)。

*医者にとっては患者さんの痛みの消失よりも、麻薬による副作用や事故を起こさないことの方が大事でしたし、またそのように教えられていました。

1)なぜ麻薬ががん疼痛の鎮痛薬として使用されなかったのか

まずは歴史からみてみましょう.

a) 江戸時代

『本草綱目』(李時珍著)によると、日本にアヘンが輸入されたのは慶長 11 (1606)年で、原料となるケシの花が芙蓉に似ているという理由(他にアラビア語で"アフィーン"というのが伝わったという説もある)で、アヘンは「阿芙蓉(あふよう)」と呼ばれていたそうです。そして津軽藩ではケシが栽培されアヘンの一大産地となり、藩医の渋江抽斎が製造したアヘンを含んだ「津軽一粒金丹」は「下痢止め」として販売されていました。しかし、一部の人々では快感や眠気を催すことが知られており、「津軽」という俗称で愛好者がいたといわれています(元弘前大学麻酔科教授 松木明知先生の話より)。

b) 明治時代

結核性の脊椎カリエスの痛みに苦しんだ明治の俳人正岡子規は「痛み止め」としてモルヒネ水を4回/日(6時間ごと)服用していたことが高浜虚子の書簡や著書『病狀六尺』に記載されています。1900年頃の話です。

ではどうして鎮痛薬としてモルヒネが使用されなくなったのか (麻薬の使用制限への流れ)

a) WHO の委員会の考え方

武田文和先生の資料^{2,3)} を参照して筆者が推察すると以下のようになります.

「がん患者の痛みに対して十分な治療が行われなかった理由はいくつもある. 古くから強作用アヘン系麻薬は急性の痛みに用いられてきたが、その長期使用は、耐性・依存などの発生の危惧から推奨されていなかった.

身体的依存と心理的(精神的)依存を,医師,看護師,患者が混同して理解しているため,アヘン系麻薬の使用があまり行われなくなってしまっている.保健医療担当者がアヘン系麻薬の臨床的特性について正しい専門的知識を欠いてしまっている²⁾.

さらに医療用麻薬と不正麻薬との混同についても「不正に使用された時に現れる麻薬の悪い顔と、医療目的で正しく使用した時に現れる麻薬のよい顔とが区別されず混同されて受け止められている。このような現状は世界的なもので、モルヒネの正しい普及を妨げており、各国でがん患者が無用な激痛に苦しみ続けることにつながっている³」.

Notes

筆者が医療現場で感じていたこと

「医療者もほとんどがモルヒネの薬理学的特性について専門的知識がなく……」との 指摘がありますが、武田文和先生も「日本の多くの医師に麻薬に対する恐怖感の由来 を聞くと先輩から伝え学んだといい、その先輩も先輩から伝えられたという。そして 多くの医師が本当の麻薬中毒患者を実際には見たことがない」³¹と述べておられます。

その結果、麻薬中毒や依存・耽溺などについてそれぞれの言葉の違いを患者や家族 にちゃんと説明できるほどに理解している医療者は少ないと思われます.

ちなみに「麻薬中毒」という言葉ひとつをとっても医療従事者と一般の人との間には大きなギャップ(gap)があります。医療従事者が麻薬中毒という場合は過量投与による眠気や呼吸抑制などの急性症状を指しますし、禁断症状は急に投与を中止した時に起こる不穏などの症状(退薬症状)で、連用していた薬剤を急に中止した時に退薬症状が出現する状態のことを依存といいます。しかし一般の人は「麻薬中毒」というと慢性中毒症状、いわゆる耽溺状態を想像します。中にはモルヒネは安楽死の薬と思っている人もいます。「もういいから、一発モルヒネを注射して楽にさせてください」といわれた医療者も少なくないはずです。

このギャップを理解しないでひとまとめに「モルヒネの弊害」といわれては、モルヒネも立つ瀬がないでしょう。

Reference

なぜモルヒネが安楽死の薬と思われているのか

一つには、昔(昭和時代の前・中期頃まで)、祖父母が家で看取られていた時や戦地で死の床にある臨終間近の病人を苦しめないようにという気遣い(慈悲の想い)からモルヒネを注射してもらってから間もなく亡くなった人を見た体験を持つ人がおられることです。実際にオランダの安楽死容認運動のキッカケとなった、1971年に起きた事件で、ポストマ(Postma)という女性医師が、何度も自殺未遂を繰り返す実母を安楽死させるのに用いたのは、モルヒネ 200 mg を一気に注射する方法でした。

しかし、21世紀の今、モルヒネが安楽死に用いられることはありません。これについては、第VII章で述べることにしました。

b) 当時のがん疼痛対策としてのモルヒネ

若杉文吉先生は「痛みに呻吟する患者にモルヒネを投与(皮下注・筋注)すると、疼痛は嘘のように消え『さわやかな風に吹かれながら草原でうたた寝している』ような気分になり、殆どの愁訴が消失してしまう。しかしこの素晴らしい効果の持続時間は短く、十分な効果を得るためには投与間隔も短くなり、漸次投与量も増加せざるを得ない。その結果今度は逆に食欲不振・全身衰弱・嘔吐・睡眠障害などの身体的苦痛に、幻覚などによる精神的苦痛も加わり患者の状態は悪化の一途をたどる。そのため癌そのほかの悪性腫瘍の痛みに関する麻薬の投与は、患者の余命が2~3週間以内と予想された場合に限る。すなわち副作用がなくモルヒネの持つ多幸感と鎮痛作用が十分に発揮される期間である。この時期ならば積極的にしかも必要十分な量を使用すべきである」という趣旨のことを述べています4.50.

c) 筆者の私見では

米国の南北戦争では 1853 年に皮下注射でモルヒネが投与され、絶大な効果を示しましたが、その後 40 万人にも及ぶ中毒患者が発生し、「兵隊病」という異名がつくほどだったといわれています。さらに同様のことが普仏戦争でも発生しました。モルヒネの皮下注射では、経口投与や喫煙とは異なり呼吸抑制で死亡する場合もありました。それまでのアヘンの使用法は、欧米では経口投与、中国では喫煙でしたが、注射により一気に高濃度のモルヒネの体内取り込みが可能になり、中毒患者が激増したと考えられています。本邦では、満州国設立に関して欧米列国に倣ってア