

症例は左背痛から発症した、胸腺原発の転移性脊椎腫瘍である。放射線および薬物治療（モルヒネ）の副作用に対し、鍼灸治療を本人および家族の希望により試みた。ターミナルケア開始から 6 7 回 9 か月で亡くなったが鍼灸師として患者様の最期にどう向き合えば良いか身を持って体験した症例である。

症 例：58 歳 女性 事務職

初 診：平成 17 年 6 月 3 日

主 訴：左背痛

現病歴： 症例は当院に健康管理のため 30 年来通院していた。この数年前から呼吸数が毎分 30 回と速く、本人は全く息苦しさもないと言うが、念のため検査を勧めていた。平成 15 年 5 月 13 日人間ドックで検査したが、異常なし。今日は、左下背部が脹って痛い。

既往歴：子宮筋腫（25 年前）・十二指腸潰瘍（30 年前）

家族歴：父（膵臓癌）叔父（肝臓癌）叔母（子宮癌）

スポーツはしていない。アルコールは週 1 回たしなむ程度である。

診察所見： 身長 152cm, 体重 68kg, 閉経 54 歳時。脊柱筋の膨隆はない。胸肋部に圧痛はないが、打診すると胸椎 10 番の棘突起上と左棘側が響く。（外傷はない。）上腹部に硬結はない。体動・咳による誘発はない。夜間痛もない。慢性的な咳はない。

診 断：脊中筋<sup>柱</sup>の膨隆陰性、胸肋部の圧痛陰性で棘突起叩打痛陽性のため脊椎性疾患を疑った。

対 応：肋間神経痛、筋筋膜性の疼痛、内臓性の疼痛とも捕らえにくく、ただ一点原因は特定できませんが、骨の上を叩いて響きがあるので、脊椎性疾患の可能性がありますから、慎重に治療をしてみます。症状が繰り返したり悪化するようなら、早めに専門医で検査を受けてください。

治療・経過：下背部の鎮痛を目的に、伏臥位にて、督脈を主に風門・胸椎 10 番棘側から委中へ（1Hz にて 10 分）パルス通電。術後は楽になった。

6 月 22 日（第 2 回・19 日後）

今度は左肩甲間部胸椎 6 番中心に詰まり感が出現した。前回の疼痛部位の胸椎

10 番も、背骨の近くよりも脇胸部に重苦しさがある。治療は、胸椎 6 番を加え前回と同様。術後、胸椎 6 番・10 番には叩打痛が残る。早急の検査を勧めたが、多忙でなかなか行けない。

8 月 19 日（第 3 回・77 日後）

腹部から背部にかけて、起き上がる時に痛むので内科受診。消炎鎮痛剤を服用したが著効なし。右下側臥位にて、左不容 6・10 番の肋間隙より背部 6・10 胸椎棘側にパルス通電。痛みは緩和されたが、脊椎の運動痛が出たので一刻も猶予はないと検査を促した。

（以後は電話での確認。）

8 月 23 日（81 日後）

起床時、左上腹部から背部にかけ激痛あり、会社近くの総合病院で MRI 検査。結果が出るまで治療はできず、胸椎コルセットを誂えた。

9 月 1 日（90 日後）

医師から、背痛は胸腺癌<sup>1・2・3</sup>の骨転移による（骨折）と説明され、放射線科がないので K 病院へ紹介され、転院。

9 月 25 日（114 日後）

精査の結果、胸腺原発の骨転移と診断された。胸腺の摘出はできず放射線治療のみ。効果の有無も分からないと告知された。余命は告げられてはいない。

10 月 4 日（123 日後・放射線照射 1 回目）

本日より放射線をかけ始めた。1 日 2 GY で週 5 回、合計 30 回照射予定。治療前に坐薬を入れるが、時に悲鳴を上げてしまうほどの痛みである。

10 月 16 日（145 日後・照射 7 回目・22 日後）（治療第 1 回）

放射線治療を始めてから、副作用<sup>註 1・4</sup>が辛いので治療して欲しいと本人より電話があり、往診治療が始まった。悪心が強く食欲はない。ご飯が食べられない。便秘が照射後 3 日目から始まり、吐き気止めの座薬と下剤を処方され毎日のんでいるが、3~4 日に一回しか出ない。排便時のいきみでも肋骨が痛む。第 6 肋骨以下が輪状にしびれ足の感覚がない。前脛部・ふくらはぎはパンパンに脹っている。深部反射いずれも正常、バビンスキー反射陰性。触・痛覚障害左のみ全指にわたって鈍麻あり。治療は座位で行った。腹部は中脘・滑肉門・天枢・大巨を散鍼。大腸経・胃経を主に単刺。腹部募穴から背部兪穴へイオン誘導した。下腿から各井穴まで徒手にてほぐす。治療後は吐き気と便秘はなくなった。

10 月 20 日（149 日後・照射 11 回目・26 日後）（2 回目）

照射後、乳の下から肋骨・背へかけて痛む。胸の痞え感が残る。任脈・督脈の総

穴にイオンを貼り、胃経を主に散鍼。職場へは病院から通っている。(胸の痞え感は楽になった。) 痛みが変わらず精神的に焦っている。

10月30日(159日後・照射17回・36日後)(5回目)

2日前より再び咽喉から胸骨へかけ痞え感。胸椎6番中心に手掌大くらいの幅で発赤・熱感あり。胸椎6番が後方へ飛び出し棘側が堅い。治療を特殊奇経の督愈経・膈愈経<sup>注2)</sup>に替え、井穴応用した。

11月6日(166日後・照射21回・43日後)(7回目)

胸椎6番・10番への放射線が効いてきたのか、歩行もしっかりし胸の痛みはかなり楽になっている様子。背部の発赤が広がる。咳が3日前から出始め、咳をすると胸が痛むので押し殺しているのが辛い。医師の話では、胸腺の進行は止まり骨の腫瘍は小さくなっている、これからは胸腺のみ照射する。

11月17日(177日後・照射30回目・54日後)(10回目)

本日で放射線治療を終了。治療7回目以降食欲不振と便秘は続いている。また咳による肋骨から背部への痛みを訴えるが、治療は何もないと言われ、退院した。本人は背骨の痛みが取れると期待していたので、落胆している。

11月20日(180日後)(11回目)

咳による第6肋骨辺の痛みがとれず、起き上がり時の疼痛が左右両側に放散する。本人は「痛みが取れなくて!」と精神的に辛い様子。「体質をかえ免疫力を上げる治療法として、気海穴に1000壮すえると良い。」と同支部Y氏よりアドバイスを受け試みる。異常な知覚過敏で糸状灸にても大変熱がり、直接灸を諦め電子温灸器にて速いテンポで300回ほど加温。胸椎6・10番の周囲は皮膚が爛れていて鍼ができない。督愈経井穴と照海穴でイオン誘導。便秘の為腹部と下腿胃経が脹っているので散鍼した。起き上がり痛は楽になった。

11月17日(238日目)(17回目)

胸部X線・血液検査、CT検査の結果、胸腺は小さくなっていないが、転移はしていない報告を受けた。家族にもそう伝えられた。

相変わらず咳をしての胸の痛みは両側に放散。咳は湿性の痰に変わり、腰痛が始まった。部位は特定できない。運動痛も咳による誘発もある。右下側臥位で前胸部より背部愈穴へ直接パルス通電(1000Hz)。気海・命門・腎愈に電子温灸にて補法。腰痛・胸部ともに楽になった。

2月6日(258日目)

放射線治療終了から81日経っているが、なかなか胸の放散痛が取れないため、セカンドオピニオンとして国立がんセンターを受診、以下は担当医から主治医へ

の返信内容を記す。

「粘液癌<sup>注3)</sup>は胸腺原発では珍しく、胸腺癌には時として肺癌に準じた化学療法を行うことがあります。何処の臓器原発でも粘液がんというのは化学療法抵抗性のことが多く、この方にはお勧めできません。胸部照射が十分かかっていますので、その意味でも化学療法の毒性の懸念は大きいと思います。現時点では鎮痛剤を定時に使用され、コルセット固定の継続とともに supportive careを進めていくのがベストと思われます。」

2月9日(261日目)

再びK病院に戻され、一般の消炎鎮痛剤を処方された。

2月10日(262日目)

腰痛悪化範囲拡大。主治医に相談し、近医の緩和ケアセンター(麻酔科)を紹介された。

2月18日(270日目)

麻酔科医によると「腰痛は胸椎10番からのものでしょう。」本日よりモルヒネ(弱オピオイド)<sup>注3)</sup>を最少量から処方された。また「麻薬といってもモルヒネは毒性を弱めた鎮痛剤でがんに対して、よく効きます。ただし副作用として便秘などの症状が出るので、報告してください。」と説明を受けた。<sup>注4)</sup>

翌2月19日

足が異様に重だるく、とても立てない状態となったが、タクシーで通院。症状不変、咳をしたときの胸の痛みを告げた。「もう3日このまま試します。」

2月22日(274日目)

モルヒネを3倍に増量、頓服薬(レスキュー・ドーズ)<sup>注5)</sup>も処方されたが、極度な便秘を警戒してか、こちらはのんでいない。大腿部がだるく、ふらつきとても通勤できない。モルヒネを服用して以来、舌が苦味を感じ食欲が一気になくなった。下剤による腹部不快感を解消できないかと洗腸法<sup>注6)</sup>を勧めるが、既にトイレに長座することが出来そうに無く、本人が乗り気ではないためそれ以上は勧めなかった。

2月25日(276日目・23回目)

脚のだるさが辛く、自宅への往診を依頼された。便秘がひどく、下剤による便意で起きようとするが腰痛のため間に合わない。腹部の緊張が著しい。仰臥位では咳き込むため右下側臥位にて胸部より背部へ直接パルス通電(1000Hz)。施術後脚も軽くなり夜排便あり。

3月20日(299日目・29回目)

経口から経皮吸収薬に変更。加療すれば腰痛も楽にはなるが、食事が殆ど食べられないため脚が極端に弱り、悪循環なので、病院の受診を勧めた。緩和ケア医も主治医に検査依頼してくれた。4月20日入院予定。(その後も3回自宅へ往診)

4月17日(327日後)

ベッド上で3回喀血、緊急入院。脚がだるく置き所が無く一睡もできない。医師に聞くと、「このだるさだけはどうにもできないので、鍼の先生にお願いして下さい。」

5月1日(341日目)

脊椎の放射線照射後の痛みを緩和する酸中和の静注点滴薬を4時間点滴した。

5月3日(343日目・35回目)

依頼により再び病院に往診。導尿と補液もしている。同姿勢が2分ともたず、左右坐骨結節部が痛い。右下側臥位と仰臥位をなんとか自力で柵を掴み寝返りしている。左下の姿勢はできない。腹部は臍を中心に20cm大のお椀を伏せたように膨隆。1週間便秘している。経口下剤を服用。便意の為お腹は脹り苦しい。しかし本人は羞恥心でオムツに排便することは拒否している。脚は厥冷し湯たんぽにて保温。腹部散鍼、下肢は脾・胃・肝・腎経を主に緩め、膈・肝・脾・大腸俞、志室にイオンを貼り外承山に誘導。マッサージを足指井穴と足心に施術した。夜電話あり、脚のけだるさが取れた。

連休中は毎日往診する。

「体を動かしての痛みがなくなっていますよ。酸中和の点滴が効いて、胸椎の痛みは随分良くなっているじゃないですか。」と本人を励ますと、「なんとか腰の痛みさえ取れたらトイレにも歩いていけると思うんですけどね。会社にも出なきゃ。」と気丈である。医師に聞くと「相当の範囲に播種しています」との回答、放射線治療後の検査では転移もないとの話だったので家族も納得がいかない。

5月6日(345日目・37回目)

疼痛部位が坐骨結節部から大転子周りに変化。看護師に抱きかかえてもらい、おまるに排便しようと試みたが、その際の激痛がようやく主治医に伝わり、緩和ケア医に相談、薬剤を増量した。下剤を坐剤で挿入、直後にトイレで排便したが、周りの人に迷惑を掛け、また本人も疲労困憊したので、オムツでの排便を受け入れた。左足のS1神経領域のみしびれ違和感あり。上半身を少し起こそうと、ベッドの傾斜角度をつけると、痛みが増悪する。脚の屈伸運動を試みたが、痛みのためできない。モルヒネが常時注入増量されている。モルヒネ坐剤も使用。褥瘡痛や長期臥床に伴う随伴症状(肩・背中・腰の痛み・足のけだるさ・胸が苦しい・

頭重など)、圧迫痛・関節拘縮の痛み・点滴の鍼の痛み・痔の痛みなどが重複。<sup>5)</sup> その後も肝腎を補えたらと隔日に加療するが、衰弱が著しい。口から食事を摂れるのも1割以下である。悪心と夜間痛で眠れないが、友人が見舞いに来ると明るく談笑している。臍下の気を確認することと気を集める為に、関元穴に珀虎導仁(びゃっこどうじん)の術<sup>註6)</sup>を施す。最下段の地の気は未だ寄ってくるので、気を集め抜針。まだ余力有り。

6月3日(1年経過)(52回目)

呼吸を肩でするようになった。手足がむくみ腹部と足心が全く緩まない。

6月4日(1年2日目)(53回目)

呼気が長く吸気が短い口呼吸をする。関元穴で気を診るが中段・下段が絡まない。

6月5日(1年3日目)(54回目)

第1回目の危機。呼吸困難となる。モルヒネタンク設置。脈は心・心包・腎虚で細。関元穴下段に気を寄せ、臍に手掌で気をあてる。かすかに心包・腎脈もどってきた。「大丈夫、必ず呼吸困難はモルヒネで乗り切れますから、脈も出てきますよ。」と励ます。

6月6日(1年4日目)(55回目)

昨日のモルヒネ皮下注で危機を乗り切った。「昨日はもう駄目かと思いましたよ。痛みも無く楽なんです。昨日の分もおしゃべりしなくちゃ。」と明るい。体動時痛のため自力での体位変換はできなくなり、友人や看護師が介助してくれる。「皆さんに生かされてます。有難いことです。」死の恐怖を経験し全てを受け入れられたようである。関元穴中段・下段ともにしっかり気が絡んでくる。

6月23日(1年21日目)(59回目)

現在薬物で全て管理され安定している為、東洋的治療が必要か否か迷いがあり、週1回程度に控えることにしたが、本人からは、誰よりも自身の体を良く知ってくれているから、東洋も西洋も両方して欲しいとの希望がある。

6月27日(1年25日目)(60回目)

患者の気持ちを知り、そばにいて精神的に支えられるならと往診した。が、2日前から骨盤周りが激痛で、体動が全くできなくなった。薬物も強いものを使用しているそうだが、本人は「どんなに副作用が出てもいいので痛みをとって欲しい。」と申告した。脈は浮いて渋った感がある。慎重に足心を揉捻し、振動で痛まないか尋ねると、気持ちがいいと答える。「良かった。今日来てもらえて。」との言葉に「辛い時はいつでも連絡して下さいね。」と答えた。だんだん痛みの程度と侵襲速度が増悪している。

7月1日(1年29日目)(61回目)

右顔面麻痺(ベル麻痺)出現。2日前左顔面がしびれ違和感あったが、昨日から右顔面が麻痺し、左でないと水が飲めなくなった。額の皺は右が寄せられず、兎眼・ベル徴候・口笛は左に引かれ吹けない。右頬は脹らませられない。鬢風・下関・前嚔宮・陽白・承泣・巨髎・地倉を置鍼15分、同部に温熱灸を点灸式に10回ずつ温める。「末梢性の顔面麻痺なので、1~2週間は進行するかもしれませんがそれ以後徐々に回復してゆくと思いますよ。でも一日でも早く顔面神経への循環を良くしたほうが回復が早いので、頑張って温めてくださいね。」麻酔科医も「心配はならない。」と告げているが、「なぜ？」との思いに本人のショックは計り知れない。

7月6日(1年34日)(63回目)

ベル麻痺1週間。右目のベル徴候消失、右顔面のむくみも引いている。兎眼・涙目不変。加えて、手のしびれがあり、右手では顔が拭けない(運動制限出現)

7月11日(1年39日)(64回目)

本人が「こんな形で生きているのは辛いので何とかして欲しい。」と昨日、主治医に訴えた。モルヒネに痛みが抵抗性を示している。<sup>8)</sup> 本日より投薬の追加、睡眠薬とステロイド剤の大量投与。血小板が低下し抵抗力がかなり落ちているので、鍼もできれば控えて欲しいとの病院側の要請に応じた。

7月17日(1年45日)

往診できず、電話確認。この数日信じられない程の食欲で、「お世話になった方たちに、是非ご馳走しなくちゃ。」と周囲もほっとできているとのことであった。

「ステロイドのせいと夜間の痛みを少しでも自覚させないように眠らせてくれるからでしょう。」と説明。「このまま安定してくれたら・・・」と家人ともども祈るばかりである。

7月20日(1年48日)(67回目)

2日前より睡眠中も激痛が襲い、肩や腰を激しく叩き、家人も見られないほどであったという。今日になって意識が消失し死前喘鳴となった。呼吸数24回/分、脈拍140回/分、血圧130/76mmHG、痰を鼻から吸引したが血だらけになって辛そうだったと家人が話したので、「もうご本人は苦痛は感じてないでしょうから吸引は返ってご本人に創を付けてしまうだけなので、静かに見守って差し上げて下さい。よく頑張られましたよね。」と辞した。

7月21日(1年49日)

本日午後亡くなった旨、連絡を受けた。背痛から1年2か月弱であった。

考察：

癌告知から僅か11か月の闘病生活であった。幾つもの不運が重なり、人間性を尊重したQOLを保てず、最後まで痛みから解放されることはなく、実に気の毒であった。症例は2年前の平成15年に胸部X線を撮っているにも拘らず見逃されてしまっている。胸腺自体は最大時で35g、老人では痕跡を残す程度に退縮(脂肪化)<sup>2・3)</sup>するが、レントゲン写真を見た家人の話によれば、心臓に影のようにへばりついてたと表現している。それほどまでに肥大した胸腺癌がなぜ2年前に捉えられなかったのか残念である。

次に本症例が、がん難民<sup>8)</sup>とならざるを得なかったことである。主治医(乳腺外科)・放射線治療医・緩和ケア医(麻酔科)がばらばらで、連携がとれず互いに遠慮しあっていた。治療法は放射線照射しかなく、がん専門病院でその後のケアを図れば、患者自身の疼痛による苦痛を把握・緩和できたかもしれないのである。とはいえ現在日本のがん専門病院としては、国公立がんセンターをはじめ国指定の「がん診療拠点病院」が135ヶ所あるが、その多くの病院でのレベルには大きな格差があり、世界標準のベストのがん治療が行われているのはそのごく一部に過ぎない。また、がん治療に携わる医師自身の姿勢にも大きな問題がある、と伊丹は述べている。<sup>8)</sup>

次に放射線治療とモルヒネによる緩和治療について記す。

放射線治療について：

放射線はDNAに直接作用して増殖するのを抑制したり、アポトーシスを増強し細胞を死に至らしめる。放射線は癌細胞だけでなく正常細胞にも同じ作用をするが正常細胞はがん細胞よりは障害程度は軽く、照射前の状態に回復することが殆どである。とされる一方、二次癌の発生も非常に小さな確率ではあるが否定できない。<sup>9)</sup>と国立がんセンターホームページに記されている。筆者は乳癌患者で摘出後の放射線治療で皮膚癌になってしまった例を診ていたが、その際も医師はがんをたたくか二次がんを招くかは五分五分だとはっきり説明した上で本人に治療を受けるかどうか選択させている。本症例は告知を受けた際、脊椎転移以外の他所への転移は否定されていた。(播種させてしまったのかどうかは明らかではない。)もし放射線のリスクを考え緩和ケアのみで鎮痛コントロールし、QOLが保てたなら延命が可能だったのかどうか、難しい見解ではある。また、骨腫瘍に対しての放射線治療は鎮痛効果が80%~90%と高いが、脊椎転移の場合は鎮痛効果が上がりにくいと言われている。<sup>9・10)</sup>この事実を踏まえ、医師が放射線治療後に「治療は何もない。」と投げつけてしまわず、本人の辛さを理解しようと

していたら、また本人も痛みをもっと訴え、早急にモルヒネでの疼痛緩和を急ぐべきであった。WHO レポートによれば、「患者は痛みを除去するために痛み止めを要求する権利がある。そして医師はそれに応える義務がある。」「有効な治療法が存在するのに、それを実施しない医師には弁明の余地がなく、倫理的に許されないことである。」<sup>10)</sup>としている。患者の苦痛は放射線の副作用に因るものだけでは明らかになかった。少しでも早く緩和治療がなされていれば患者本人の精神的苦痛は相当違っていたように思われる。(ちなみに骨転移の特効薬としてビスホスホネート(骨粗鬆症特効薬)があげられているが、本症例に投与されたかどうか定かではない。)<sup>12)</sup>

モルヒネ治療について：

モルヒネの適応は癌性疼痛・呼吸困難、咳・下痢(副次的)である。<sup>注4・10)</sup>人間の脳内ではもともと脳内麻薬(内在性オピオイド)<sup>13・14)</sup>といわれるエンケファリンやβ-エンドルフィンが生成されている。脳内麻薬は快楽を伝達したり、痛みを抑制する伝達物質として働くが、モルヒネは脳内のオピオイドレセプターに作用し鎮痛効果を発揮する。

わが国ではモルヒネや麻薬性オピオイド鎮痛薬に対する心理的抵抗が根強いが、モルヒネは経口投与である限り「中毒患者は廃人」という悲惨さとは無縁である。(悲惨な結果をもたらすものは、多くの場合モルヒネよりはるかに多幸感をもたらすヘロイン(ジアセチルモルヒネ)で喫煙あるいは注射によりもたらされる。)また薬物中毒では覚醒剤<sup>注9)</sup>(薬としてのメリットは皆無)の方がはるかに深刻であり、アヘンはそれに比べればずっと危険性は少ない。アヘンには頑固な痛みを和らげることで唯一モルヒネという賜物が含まれる。癌患者は苦痛から逃れる権利があり、この世でそれに応えられるのはモルヒネとその類縁薬物しかない。現在、麻薬中毒という依存性・習慣性と強力な鎮痛作用とを切り離す研究は続けられており、将来依存性のない優れた鎮痛薬が生み出されていくであろう。<sup>15)</sup>(ちなみに、鍼麻酔も鍼の刺激で内在性オピオイドが分泌され、鎮痛作用をもたらすためと現在では説明されている。)<sup>13)</sup>

症例の疼痛は適量が見出せなかった。モルヒネの投与原則は夜間の安眠が保て痛みが消失する量を最適としている。真野の報告によれば、モルヒネには有効限界はなく、鎮痛目的に使用する限り依存症にはならない。(耐性はない。)<sup>6・10)</sup>5400mg/日を2か月間飲みながら週2回通勤した例もあり毒性も発現していない。痛みさえコントロールできればQOLも保て希望も出てくる。<sup>6・10)</sup>モルヒネ使用により患者の命は短縮はされず、むしろ疼痛管理により不眠や全身状

態が改善され延命効果すらある。<sup>6・10)</sup>と報告している。もっと早急に鎮痛有効域内で大量投与されていれば、鎮痛効果が得られたのかどうかである。また、モルヒネに抵抗する痛みもあり、神経因性疼痛・骨転移痛・体動時痛には鎮痛補助薬やその他の治療法が必要である。<sup>注4) 6・10・11)</sup>

そして、骨転移に伴う強い背部痛を持つ症例では初回から強オピオイドを使用すべきである。<sup>注4) 6・10・11)</sup>本症例はまさしくモルヒネに抵抗する痛みであり、早期からモルヒネ+NSAIDs(非ステロイド性鎮痛消炎剤)が検討されていれば、或いはQOLも保てたのではなかろうか。そして、症例は終始副作用の便秘に悩まされ続けた。(モルヒネは古代ギリシャの時代から、赤痢の下痢による感染拡散防止に強力止瀉薬として使用されていた。)

何れにせよ放射線治療後に脊椎転移に対してのモルヒネの処方を早急に検討し、腰痛により歩行困難となる前に副作用による便秘対策として、(モルヒネを使用し始めたら即刻)「洗腸」を勧めるべきであった。また筆者がもっと事前にモルヒネについての知識があれば、或いは患者にモルヒネの安全性を説き、もっと楽な闘病生活を送れたのではなかろうか。悔恨の念ひとしおである。

最後に、ターミナルケアとコミュニケーションについて

患者は痛みや不安と常に闘っているので、「頑張りましょうね」という安易な励ましよりも、偽りを告げず常に誠実に接し、「出来る限りのことを全てやるつもりです。」と常に希望を持たせるよう接することが大切であると真野は結んでいる。<sup>10)</sup>

症例はガン告知以後も実に明るく生き抜き、常に感謝の心であらゆる人に接していた。筆者は途中から針灸の限界を感じ、何もして差し上げられることはないと言診も苦痛となったが、いつもそばにいてどんな方法でも良いから患者に触れ誠意をもって接することで患者に勇気と安心感を与えられ、お互いの心の拠り所となれるのだと実感した。そして、人間としての最期を生き抜く生き方を教えて戴いたことに深く感謝するとともに、心よりご冥福をお祈り申し上げます。

注1)「放射線療法」急性期の副作用<sup>4)</sup>(胸部・縦隔照射の場合)

易疲労性(疲れやすい)、食欲がなくなる、貧血、白血球減少、血小板減少  
皮膚の変化(発赤、熱感、色素沈着、乾燥、皮膚剥離、痒み、疼痛)  
特に背部に炎症性変化が出やすい。照射後2~4週のうちに落ち着く。

「放射線療法」晩期の副作用

食道炎(飲み込み難さ、胸の痞え感、嚥下痛)、放射線肺臓炎(咳・発熱・

息切れ) 照射終了後1~3か月後に出ることあり。肺繊維化・機能低下  
(繊維化の容積が大きいと呼吸が苦しくなる。食道が細くなり、食事が  
通り難くなる。心外膜炎(心臓の周りに水が溜まる。心臓の拡張を妨げ  
心不全になることもある。)

注2) 特殊三奇経(督兪経・膈兪経・八兪経)

丸山昭朗氏・山本中(あたる)氏共同研究による  
胸腹背部に特殊な鼓性濁音界を発見し背部兪穴と正経との繋がりを示  
した。(督兪-腎経、膈兪-胃経、八兪-督脉) また各々の井穴を  
督兪経-手第4指爪甲根部内側、膈兪経-手第3指爪甲根部外側、  
八兪経-足第3指爪甲根部外側とした。治療には各兪穴と各井穴を選択  
応用する。

注3) 「粘液癌」

組織の型: がんの断面が半透明・粘稠でゼリー状のような外観を呈する  
もの(組織の型としてはほかに、髄様癌・乳頭癌・管状癌などがある。)

注4) モルヒネ血中濃度と薬利作用の発現<sup>10)</sup>

『モルヒネ血中濃度』	< 限界域 > 呼吸抑制作用	Turning point 経口投与に換算して120mg/日時点・それ以下にお いて、呼吸数が6回/分、瞳孔径が2mm以下とする。 モルヒネの限界投与量と考え、増量中止
	< 毒性発現域 > 催眠作用	眠気がくるようなら量が多すぎる。 退薬症状に注意しながら量を減じる。
	< 鎮痛有効域 > 鎮痛 便秘・催吐作用	鎮痛有効域内では鎮痛効果のある時は必ず 便秘と催吐の副作用を伴う。催吐は数週で消失する こともある。
	0 < 無効域 >	

WHO 癌疼痛治療のガイドライン<sup>10, 11, 15)</sup>

- 第1段階 NSAIDs <非オピオイド>  
(アセトアミノフェン、アスピリン、インドメタシンなど)  
第2段階 NSAIDs + 麻薬性除放剤<弱オピオイド>  
(磷酸コデイン、オキシコンチンなど)  
第3段階 モルヒネ <強オピオイド>

モルヒネ製剤の種類<sup>6, 10, 11)</sup>

- 塩酸モルヒネ末
  - 塩酸モルヒネ錠 (10mg錠, 30mg錠)
  - 塩酸モルヒネ座剤 (10mg, 20mg)
  - 硫酸モルヒネ徐放錠 (10mg錠, 30mg錠, 60mg錠)
  - 注射液
- 吸収の速さでは、塩酸モルヒネ水・末・錠で硫酸モルヒネ徐放錠は1時間は  
効かないので頓用(レスキュー)には不向き。  
注射液も一気に血中濃度が上がるので注意を要する。

麻薬製剤の投与原則<sup>6, 10, 11)</sup>

- 鎮痛薬の最適投与量は夜間の安眠が保て痛みが消える量  
=患者の最も高いQOLが保てる量である。  
鎮痛が不十分なときは増量することが原則。  
麻薬性徐放剤300mg/日を越えても効果が上がらない場合または、  
3~4回の増量で全く効果がない場合はモルヒネに抵抗する  
疼痛であることを疑う。

⇒鎮痛補助薬を麻薬製剤に併用する。

1. 抗痙攣薬
2. 向精神薬(三環系抗うつ薬など)
3. 副腎皮質ホルモン
4. NSAIDs など

ニューロパシクペイン:

モルヒネ+抗鬱薬・抗痙攣薬・抗不整脈薬  
モルヒネ+コルチコステロイドあるいは三者の混合

骨転移痛: モルヒネ+NSAIDs、アレディア

骨転移に伴う強い背部痛を持つ症例では初回から強オピオイドを使用すべきである。

注5) 「レスキュー・ドーズ」(不足を補う頓用・臨時追加服用)<sup>6, 10, 11)</sup>

麻薬製剤の定時の服用とは別に、患者が痛みを感じた時に1日量の1/6  
~1/10を時間によらず服用してもらう。レスキュー・ドーズは即効性  
のある薬で行うことが勧められ、塩酸モルヒネ水(オプソ)やアンペック  
座剤などが利用される。レスキュー・ドーズを1日何回・1回にどの  
位使ったかにより麻薬製剤の最適用量や最適用法を考えていく。

注6)「洗腸法」

新谷 (しんや) 弘実 米アルバートアインシュタイン医科大学教授 推奨

「コーヒーエネマ」(コーヒーによる浣腸で腸内洗浄する腸洗い法)

注7)「珀虎導仁の術」(びゃっこどうじんのじゅつ)

死期の近いとき生命の力・気を診る方法。

関元穴の奥深くを三段に分け(三分位ずつ)上から上の段(天)・中の段(人)・下の段(地)に分け、三分ずつ刺入して行く。生命力があれば最下段の地の気が充実している。生命力がなく気を集めても集まらない時は死期が近いと診る。(松元弘己氏によると杉山流・奥伝表の巻・第5巻もしくは龍虎の巻に記述あり)

注8) 副腎皮質ホルモン<sup>6, 10, 11)</sup>

副腎皮質ホルモンの大量投与は神経圧迫を解除することにより神経の痛みを軽減することができる。(オピオイドの反応性を高めることができる。)

注9) 覚醒剤<sup>14)</sup>

人間の脳内で生産される化合物のドーパミンやアドレナリン(脳内麻薬)は所定のレセプター「鍵穴」を持つ。その鍵穴にはまり込むことにより情報が伝えられ、神経が興奮したり血圧が上昇したりする。メスカリン・リゼルギン酸ジエチルアミド(LSD)・メタンフェタミン(シャブ・スピード)・モルヒネ(ヘロインはモルヒネの水酸基がアセチル化したもの)などはこのレセプターを騙して入り込み強烈な幻覚症状を発する。体外から麻薬が入り込むと、レセプターが埋まり一時的に快感を得るが、脳内麻薬は分泌を止めてしまうため再び注射を打ち、習慣性、禁断症状と悪循環に陥り、自力で抜け出すのはほぼ不可能となる。覚醒剤は薬としてのメリットは皆無である。唯一モルヒネのみ鎮痛効果を有する。モルヒネは鎮痛に使用する限り習慣性とはならない。

参考文献:

1) 胸腺癌 国立がんセンター

<http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pub/cancer/010213g.html>

2) 胸腺 <http://www.hi-net.ne.jp/~ma/kyousen.html>

3) 胸腺 <http://www.homepage.mac.com/yamajinaoki/top.html>

4) 「放射線療法」急性期の副作用・晩期の副作用 国立がんセンター

<http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pub/treatment/010706.html>

5) 田村 和夫: 悪性腫瘍のとらえかた, p 80, 文光堂, 2005

6) 末期がんケアマニュアル 「痛み-総論」

<http://www.hospice.jp/oyakudati/1destructurednervepain.html>

7) 田村 和夫: 悪性腫瘍のとらえかた, p 22, 文光堂, 2005

8) 伊丹 仁朗: ガン医療のスキマ 30 の可能性, p 190, 三五館, 2005

9) 「放射線療法」

放射線が癌を死滅させることができる理由

二次癌の発生

転移性骨腫瘍

<http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pub/treatment/010706.html>

10) 「疼痛管理」癌疼痛に対する麻薬性鎮痛剤の処方 第5版

沼津市立病院薬剤部 真野 徹

<http://www.bb.e-mansion.com/mikamo/refer/manoweb/toutu021.html>

11) 「麻薬鎮痛剤の使い方」 東大病院ホームページ

<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/paiiative3.pdf>

12) 伊丹 仁朗: ガン医療のスキマ 30 の可能性, p 89・193, 三五館, 2005

13) ケシとアヘン 「モルヒネの鎮痛作用とモルヒネ類縁合成鎮痛薬」

[http://www2.odn.ne.jp/~had26900/about\\_syn-opioids.htm](http://www2.odn.ne.jp/~had26900/about_syn-opioids.htm)

14) 麻薬の話

<http://www1.accsnet.ne.jp/~kentaro/youki/opium/opium.html>

15) ケシとアヘン 「癌疼痛治療に不可欠なアヘン成分モルヒネ」

[http://www2.odn.ne.jp/~had26900/about\\_souyaku/morphine\\_as\\_pain-reliever.htm](http://www2.odn.ne.jp/~had26900/about_souyaku/morphine_as_pain-reliever.htm)