
 話 題

末期癌の除痛法

京都大学外科第2講座 木村忠司

癌の治療が早期発見法の普及によつて飛躍的にその成果を挙げつつあることは同慶の至りである。しかし現実に癌治療の進歩はまた癌の経過を長びかせ、何処の病院にも多数の末期癌患者がただ苦痛と死の恐怖におびやかされながら呻吟しており、臨床治療学上重大な問題となりつつある。そこで先日癌治療学会の末期癌の処置に関するシンポジウムに参加した際の討議内容や自家経験をもとにして末期癌の疼痛対策に就いて述べてみよう。

1. 薬物による鎮痛法

末期癌の対策としては何といても患者の苦痛を去ることが第一である。苦痛とはその字の示すように苦悩と疼痛であつて、最近「いたみ」の分析からこの2つは分離して考えられる傾向が生まれた。そして癌を含めて疾患の苦痛のうち寧ろ苦の方が痛みよりも耐え難いものであることが判つて来た。おそらく前者は視床から形成されるものであり、その表現は視床下部によつてなされるものという。まずこれを除くための手段を講ずべきである。このなかには情動の働きの多分に関与し、癌に対する絶望感が抑うつ的情動をよび起こして、苦悩の根底を形成していることがあるかもしれない。このように考えて自殺のおそれある癌患者に抗抑うつ剤を与えてみたところ、よく奏効することが判つて来た。それによつて「いたみ」は去らなくても患者に生気がよみがえり、「いたみ」を余り苦しめない傾向がみられるように思う。

その上除痛剤としてはピリン系鎮痛剤が相当有効に働くので、抗抑うつ剤とピリン系鎮痛剤とを併用すれば、麻薬の使用に代わり得る効果を期待し得る。

2. 末梢に於ける疼痛遮断

麻酔医または外科医が手軽に行ない得る除痛法として濃厚アルコールまたはフェノールによる遮断法がある。その応用は蜘蛛網膜下後根遮断と硬膜外遮断法とがあるが、蜘蛛網膜下ならば1cc以下で奏効するに対して硬膜外では一脊髄節あたり2ccを必要とする。その有効量の差異はおそらく脊髄神経が硬膜を通過して外に出るときに線維性被膜 Perineurium を被るからであろう。蜘蛛網膜下麻酔の実施し得る範囲はT₁~T₁₀ほどの間でそれより頭側は呼吸麻痺、尾側は膀胱麻痺を伴う恐れがある。癌性疼痛に於ける難物は肺癌、食道癌等の末期に発現するPancoast型の「いたみ」であるが、これに対しては星状神経節麻痺がかなり有効であり、この「いたみ」の中には多分に自律神経性知覚の関与していることが考えられる。なおこのときの脊髄知覚根遮断法としては硬膜外遮断が安全である。直腸癌、

子宮癌の末期に於ける骨盤部疼痛に対しては一侧ならば蜘蛛膜下遮断により膀胱麻痺を避けつつ除痛の実を挙げ得るが、両側性の疼痛に対しては膀胱機能を犠牲にしなければならない。

3. 中枢に於ける疼痛遮断

癌末期痛に対する脊髄切截術 Cordotomy は現在では経皮的に頸髄に於て行ない得る (Mullan) が、呼吸麻痺その他の危険な障害を伴ない易く誰しも行ない得る安全な方法ではないようである。

最近脳神経外科方面に於ては stereotaxic の方式により視床の一部を破壊する方法が発表されているが、手術侵襲の小さな点、効果の適確なる点から最も有力な外科的除痛術となりつつある。これらの手術効果が適確なる所以は痛みのみならず苦を除くことにある。

4. ホルモン療法

乳癌、前立腺癌に性ホルモンが有効であり、除痛の実も挙がることは既に周知の事実となつたが乳癌の場合閉経前ならば男性ホルモン、閉経後ならば女性ホルモンを使用するのが原則とされて居り、前立腺に対しては女性ホルモンが用いられる。甲状腺癌及びその転移の場合には、まず甲状腺の全切除を実施した後 I^{131} を投与する。向甲状腺ホルモンの作用によつて転移腫瘍の I^{131} 攝取率は増強されるため、ここに I^{131} が集中するからである。かくて転移性腫瘍より起こる慢性疼痛に有効なる場合が生ずる。ホルモン依存性癌に対し外科的には卵巣切除、副腎摘除術が行なわれて女性ホルモンの産生を抑え、除癌術により男性ホルモンの産生を抑制し、更には経鼻的に下垂体破壊により向性腺ホルモンの分泌を抑止する試みが行なわれている。半田 肇教授の報告では下垂体破壊は極めて安全且つ確実に末期乳癌の苦痛を除き、また相当の治療効果も期待し得るといふ。同じ理由で将来前立腺癌の末期痛にも奏効を期待し得るのではあるまいか。