



2021年9月16日放送

## 高齢者の慢性痛診療—薬物療法の注意点

横浜市立大学附属市民総合医療センター ペインクリニック内科  
部長 北原 雅樹

まず慢性痛治療の基礎、そして高齢者の特徴について、最後に具体的にどのように対処するかについてお話ししようと思います。

### 慢性痛と急性痛の違い

まず一番重要なこととして、慢性痛と急性痛とは根本的に違っているということを認識する必要があります。よく痛みは、火災報知器のような警報システムに例えられます。急性の痛みというのは、まさに火である怪我や病気があって、それに対してアラームである痛みがあるので非常に分かりやすい。しかし、残念ながらこの痛みという警報システムは、あまり精度が良くありません。どういうことかということ、例えばものすごく体に重要な状態である例えば「がん」などで中々痛みを生じてくれない、すなわちアラームが鳴らないことでがんの発見が遅れます。その真逆がいわゆる慢性痛です。慢性痛は痛みの原因である疾患や怪我、すなわち火がないにも関わらずアラームがガンガン鳴り続けている状況です。

ですから慢性痛の治療は急性痛とはずいぶん違った特徴があります。一番大きな特徴としては慢性痛治療では生活の質すなわち QOL や日常生活動作 ADL の向上が重要であって、痛みの軽減や緩和は第一の目標ではないのです。これはつい最近発刊された慢性疼痛の診療ガイドラインにも載せられていることです。

すなわち痛みのない状態にすることは難しいのです。ですから急性痛と違って実は慢性痛には薬はあまり効かないということが事実としてあります。

### 高齢者の特徴

次に高齢者の特徴です。身体諸機能の低下、様々な合併症、そして社会的因子の特徴、問題についてお話ししましょう。

身体的機能というのは、高齢者では腎機能、肝機能そして消化管機能、さらには忘れられ

がちですが中枢神経系、すなわち軽度認知症などの認知障害があります。これらから言えることは、高齢者においては身体の予備力がとても落ちているのです。ただこの問題点として、皆さんご存知のように個別性がものすごく高いことです。実際にはそれぞれの方に対して検査をして、どれだけ落ちているか、どれだけ予備力は残っているかということをも明らかにしないとよく分からないわけです。

さらに高齢者のほとんどの方が様々な合併疾患を持っています。例えば高血圧、不整脈、腎機能障害、糖尿病、自己免疫性疾患、睡眠障害、甲状腺などの内分泌の機能低下、骨粗鬆症などです。これらの疾患そのものが痛みや痛みの治療に使う薬に対して影響しますが、さらにこれらの疾患の治療のために使われる薬、例えば高血圧に対するカルシウム拮抗薬や、不整脈に対する抗不整脈薬、それから腎機能障害に対する H<sub>2</sub> ブロッカーなどが副作用を出したり、あるいは薬剤相互作用のおかげで他の薬、特に痛みに使われる薬との間で思わぬ副作用を起こすことがあるわけです。

社会的因子の問題も決して看過できません。経済面では収入の減少が顕著に見られます。家計にゆとりがないと答えた方が 40%以上だという研究もあります。しかも問題なのは、これもまたものすごく大きな格差があります。世帯状況にも大きな問題がある方が多いです。すなわち独居高齢者は男性で約 200 万人、女性では 400 万人もいます。社会的孤立をしている方々もたくさんいらっしゃいます。さらにその中には老老介護の方も多いですし認認介護すなわち認知症の方が認知症の方を介護しているような状況になっている場合も少なからず見られるわけです。

## 治療目標の設定

ではこのような状況下で、どのように我々是对処すべきなのでしょう。まず最も重要なことは治療目標の設定です。すなわち本当の主訴は何かっていうことをまず考えなければなりません。これは例えば、よく言われますが、「痛みで困っている」「生活ができない」それだけではだめで、どのようなことが困っているのか、家事全般いや家事の何が、そうすると立って包丁が使えない、そこまで具体的に落とし込まないと、どのような動作ができないのか、それに対して何が実際に障りになっているのかが分かりません。しかも気をつけなくてはいけないのは、それは痛いからできないのか、疲れてできなくなるのか、それともやる気がないのか、このような本当に痛みの影響なのかどうかということも考えなくてはなりません。

さらに、困っているのが本当に患者なのかということも重要です。私の所に来る方の中に何人も実は患者さんは認知症がかなり進んでいてあまり困っておらず、介護している家族の方たちが困っていたという状況が見られる場合もあります。これに対して患者さんにどんなに薬を処方しても上手くいくわけはありません。

またその患者さんの訴えに対して、現実的な治療目標を設定することも重要です。医療者はマジシャンではありません。何でもかんでも奇跡のように治すわけにはいきません。そし

て我々はもちろんタイムマシンも持ち合わせておりません。私の患者さんの中にも恐らく皆さんもそうでしょうが、以前はできたという以前がいつかという、10年前や20年前ということもたくさんあります。そんなのは無理です。ですから、具体的に今の患者さんの様々な条件下で、どこまで我々は患者さんの状況を戻すことができるかということを考えて、治療の手段を考えていかなければなりません。そのような状況の中で治療方法を選択するわけです。治療方法としては運動療法、心理療法、薬物療法、侵襲的治療法、例えば神経ブロックや針やトリガーポイント療法です。そして生活習慣の改善といったことの中から柔軟に対応しながらできることをやっていくということが重要なわけです。

### 薬物療法の留意点

薬物療法に関して、まず行うこと。私のところに来た患者さんに対して、ほとんど最初に行わなくてはいけないことは薬物の整理です。今まで一番多い患者さんは46種類46錠ありません。46種類の薬をあちこちから処方されていました。これに対して必要な薬以外は基本的に注意していきます。それは肝臓や腎臓などの負担を減少させたり、副作用を減少させたり、薬物相互作用を減少させ、さらにアドヒアランスを向上させる利点があるのは皆様方ご存知の通りです。さらにこの対象となるのは処方薬だけではなくOTCやサプリメントもあります。場合によっては薬を適切に減薬中止することだけで患者さんの状態が見違えるように良くなることもあります。

具体的に高齢者に特に注意すべき薬剤として、非ステロイド性抗炎症薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、認知機能に影響する薬剤、不用意な強オピオイドなどが挙げられます。非ステロイド性抗炎症薬は鎮痛薬ではありません。ご存知の通り、これは炎症に対して著効するのであって、特に慢性痛のほとんどには炎症の要素は少ないので、あまり元々効きません。その一方で副作用はとても多いです。

特に高齢者では予備力は少ないので、副作用が起こった時に致命的な結果を及ぼすこともあります。特に日本では、ベンゾジアゼピン系薬剤の処方量が多すぎます。鎮痛作用を機序として認められないだけでなく、依存性があったり認知機能が低下したり、抑うつを起したり、転倒したりすることが知られています。長期投与は推奨されない薬剤です。

認知機能に影響する薬剤としては、副作用の欄に眠気ふらつきなどが書いてある薬剤は全て注意が必要です。抗不安薬や筋弛緩薬、カルシウムアルファ2デルタ作動薬、例えばブレガバリンなどです。あるいは、抗うつ薬の一部です。これらの薬物は基本的にある程度以上、あるいは患者さんの予備力が少なくなっている場合には、それだけで認知機能障害起こしている場合があります。しかも良くないところは、いつのまにか知らないうちに認知機能障害起こしていて非常に困ったことです。

さらに不用意な強オピオイドがあります。強オピオイドは、基本的に長期投与は推奨されません。これもまた認知機能に影響します。個人的な話ですが、私自身は慢性痛患者に強オピオイドを処方したことはほとんどありません。しっかりと診断して治療方針を立てれば、強

オピオイドはほとんど処方する必要がない薬です。

ですから、これらを除いて慢性痛治療の中心となる薬は、アセトアミノフェントラマドールなどの弱オピオイド、カルシウムアルファ 2 デルタ作動薬、抗うつ薬、弱オピオイドなどを薬の作用と副作用そして薬の特性などを考慮しながら使っていくことになります。

例えばプレガバリンなどは腎臓で排出されます。従って腎機能がとても低下している場合には使いにくく、逆に透析をしている患者には、透析直後に一度投与すると次の透析までずっと効いているなどという特質が出てくるわけです。

最後に、慢性痛の中には予防ができるものもあります。例えば帯状疱疹はワクチンによって予防ができます。また骨粗鬆症も早期に発見すれば予防ができます。このようなことは是非患者さんや患者さんの家族にお勧めいただければ幸いです。

詳しいことは「北原先生の痛み塾」というのが [YouTube](#) でありますのでご覧いただければ幸いです。