

## 麻薬使用患者の排便コントロールに関する一考察

西病棟 10階 ○北橋 由香 染澤 直美 井上 久美子  
津田 恭子 上口 葵 前田 順子

キーワード；麻薬 排便コントロール 便秘 下剤

### はじめに

近年、癌性疼痛コントロールには麻薬の使用が勧められている。モルヒネを始めとする麻薬類は癌性疼痛に対して有効である。しかし、便秘が主な副作用として上げられ、患者にとって辛い症状であるといえる。麻薬による癌性疼痛コントロール中断の理由として悪心・嘔吐に次ぎ便秘が多い。麻薬による便秘は、悪心や眠気などと違い身体が慣れてくることはなく<sup>1)</sup>、酸化マグネシウム（以下カマとする）・ラクソベロン液（以下ラクソとする）等を継続的に内服して排便コントロールすることが一般的となっている。しかし、排便習慣の違いから便秘の程度には個人差があり、患者の満足する排便コントロールが得られない場合がある。下剤による排便コントロールが不十分で便秘に悩む患者が多い中、特に排便コントロールに困った事例を経験した。今回この事例を振り返り、排便コントロール手段を検討し、今後麻薬使用により便秘が深刻化していく患者に対する看護介入に生かしていきたいと考えた。

### I. 研究目的

事例を振り返り、排便コントロールが困難であった要因及びケアの問題点を明らかにし、麻薬を使用している患者の便秘に対する今後の看護介入につなげる。

### II. 研究方法

1. 研究対象：X氏 70代男性
2. 研究期間：平成 17年 5月～平成 17年 11月
3. データ収集方法：入院カルテ・外来カルテ・看

護記録より麻薬の量・経口摂取状況・下剤の内服状況・排便状況を調査する。

4. データ分析方法：入院カルテ・外来カルテ・看護記録で得たデータを、X氏の全身状態に伴う活動の状況別に区切ってまとめる。

第1期：週末は外泊に行っており、ADLに支障のない時期（1月11日～3月6日）

第2期：症状進行に伴い徐々に活動性の低下、経口摂取不良となり、トイレ・診察時以外はほとんど臥床している時期（3月7日～4月16日）

第3期：全身状態の急激な悪化により寝たきりの時期（4月17日～4月25日）

麻薬の量・経口摂取の量・下剤の内服状況・排便状況をまとめ、文献と薬剤師・医師の意見を総合し、X氏の排便コントロールに関する看護介入について検討する。

5. 倫理的配慮：X氏の家族には本研究の主旨及び参加の自由、秘密保持、得られた情報は本研究以外に使用しないことについて研究依頼書の書面を用いて説明し、同封した同意書にて同意を得た。文章からは患者個人が特定されないよう配慮した。

### III. 結果

#### 患者紹介

患者：70代男性

病名：外耳道癌再発・創部感染

病状および治療経過：平成 15年より外耳道癌に対し、手術・放射線治療を施行。今回腫瘍の再発・創部感染・痛みのため入院となった。腫瘍は頭蓋内にも浸潤し、画像上脳萎縮もあり。腫瘍増大と共に徐々に痛みが増強。麻酔科にコンサルトし、痛みに応じ麻薬の量は増量していった。腫瘍からの出血を期に

急激な全身状態の悪化があり、平成 17 年 4 月永眠。  
入院前の排便状況：麻薬導入前は 2 日に 1 回の間隔  
で排便あり。麻薬導入時は外来でプルゼニドが処方  
されていたが、下痢をした経験があり内服はほとん  
どしておらず、市販の浣腸使用し排便していた。  
性格傾向：自分の信念をしっかりとっており、他者  
の意見には左右されない。頑固であり自分で納得し  
ないと動かない。

#### 【第 1 期】

##### 《麻薬の量》

外来通院時より MS コンチン 60mg2 錠を分 2 で  
内服していた。入院時にはデュロテップパッチ  
10mg になっており、その後痛みに応じ 1 月 20 日  
には 20mg まで増量。本人は期限切れのものを「これ  
が一番よく効くんや」と言って従来のものに追加し  
好んで貼っていた。麻酔科医より薬効的にはあまり  
影響はないため本人の希望を尊重してかまわないと  
言われ、そのまま黙認した。2 月 4 日よりレスキュー  
として塩酸モルヒネ水（以下塩モヒ水とする）を  
30 mg/回（15ml/回）から開始。2 月 17 日からは 50mg/  
回（25ml/回）に増量し、1 日平均して 3~4 回  
（134.2mg/日）内服していた。

##### 《経口摂取状況》

日によって食欲にむらはあるが、6~10 割は摂取  
できていた。外泊時も口に合うものを摂取できてい  
た。塩モヒ水を開始した時期から嘔気による著明な  
経口摂取量の低下が見られ、一時欠食となる。外泊  
時もあまり摂取できず。嘔気が落ち着いた時より食  
事を再開しても、エンシュア少量と病院食 2~3 割  
程度しか摂取できなくなった。

##### 《下剤の内服状況》

眠前にラキソベロン錠を 1 錠から開始。最大では  
6 錠まで増量し、状態に応じ増減していった。2 月  
24 日より朝にプルゼニド 1 錠を併用して開始した。  
カマも 3g/分 3 で開始となるが口に合わず、オブラ  
ートに包んで渡すが「いらんわ」「下剤飲んだら下痢  
するかもしれんしいやや」と下剤の内服を嫌がって  
いた。ラクツロースシロップを試すが口に合わず即  
日中止となった。

##### 《排便状況》

下剤を積極的には飲みたがらず、浣腸を希望され  
1 回/1 週間ペースにて普通便があった。本人からは  
「浣腸が一番すつきりするんや」との発言あり。麻  
酔科医・看護師が麻薬による便秘には定期的な下剤  
の内服の必要性を説明しても応じなかった。

#### 【第 2 期】

##### 《麻薬の量》

痛みの増強に対し、「痛み止め増やしてくれ」との  
訴えあり。ベースのデュロテップパッチは 20 mgか  
ら 3 月 15 日に 30mg まで増量し、更に 4 月 5 日に  
40 mgまで増量。レスキューの塩モヒ水は 50 mg/回  
（25ml/回）から 80mg/回（40ml/回）と増量になっ  
たが 1 回に飲む量が多いと言われ、3 月 15 日より  
80mg/回（8ml/回）に濃度を上げ、3 月 25 日からは  
100 mg/回（10ml/回）に増量。1 日平均して 4~5 回  
（409mg/日）内服していた。最大では 9 回内服した  
日もあった。

##### 《経口摂取状況》

経口摂取量の低下が著しく、病院食はスープ・牛  
乳以外ほとんど手をつけなかった。他はプリン・お  
はぎなど好みのものを少量口にする程度となった。  
エンシュアを 1~2 缶/日補食として飲んでいて。

##### 《下剤の内服状況》

朝プルゼニド 2 錠・カマ 3g/分 3・眠前にラキソベ  
ロン 4 錠を配薬していたがほとんど内服しなかった。  
ラキソをエンシュアやお茶に混入し、内服をすすめ  
るが長時間飲まずに結局廃棄することが多かった。  
そこで、看護師間のカンファレンスで確実に内服さ  
せる方法を話し合い、3 月 11 日よりレスキューの塩  
モヒ水の中にラキソを 5 滴/回混入することとした。  
塩モヒ水の中にラキソを混入しても薬効的には問題  
ないこと、ラキソはある程度の水分と共に内服する  
ことが望ましいが、塩モヒ水のような少量の水分で  
も、特に問題ないことは病棟薬剤師に確認した。そ  
れでも排便はなく、3 月 17 日より 10 滴/回に増量。  
ラキソの過剰投与を防ぐ為に、麻薬管理表の横にラ  
キソの量も記載していった。

カマは第 1 期同様オブラートに包むなど工夫して  
いたが、カマ・プルゼニドとともに内服したりしな

かったりであった。麻酔科医・看護師が第1期に続き下剤の内服の必要性を説明しても内服状況は変わらなかった。

#### 《排便状況》

「浣腸すれば出るんやからしてくれ」と腹満を感じた際に突発的に浣腸希望される。(3月10日、3月22日) 希望に応じ浣腸を施行したが、排便の際に硬便少量出る程度であった。その後排ガスは見られていたが、腸蠕動は微弱で、排便はなし。3月27日に一度下痢が見られた。

#### 【第3期】

##### 《麻薬の量》

経口摂取不能な状態となり、レスキューが塩モヒ水より PCA ポンプ (プレペノン) に変更となる。ベースのデュロテップパッチは 40mg から 4月20日に 50mg、4月23日に 60mg、4月25日には 70mg まで増量された。レスキューの PCA プッシュ量は最大 70mg/回にまで増量 (平均 483.3mg/日)。

##### 《経口摂取状況》

経口からの栄養摂取はなく、塩モヒ水のみの内服していた。徐々に塩モヒ水の内服も困難となり、4月17日腫瘍からの出血を期に意識レベル低下。その後経口摂取は全くできなくなった。

##### 《下剤の内服状況》

第2期と同様にラキソを塩モヒ水に混入したが、意識レベル低下により、18日以降は内服できなかった。

##### 《排便状況》

排便なし。本人の訴えもなく、便処置は施行せず。エンゼルケア時も直腸内に便は触知されなかった。

## IV. 考察

各期ごとにX氏の排便コントロール状況とケアについて振り返る。

#### 【第1期】

様々な下剤を試してみるがどれも内服しなかった。これは、「下剤飲んだら下痢するかもしれんしいやや」という言葉より、入院前に下剤を内服し下

痢をした経験が強く印象に残っていたことが原因と考えられる。しかし、麻薬使用中は下剤のオン・オフ使用をすると下痢と便秘の繰り返しになり、排便コントロールがつかないため、下痢をしたときは基本的に下剤を減量し、再調整をしていく必要がある。また、入院前は市販の浣腸薬を使用し排便しており、「浣腸すれば出る」との表現から、下剤の定期的な内服の必要性に対する認識があまりなく、便は浣腸によって出すものであるとの思いが強かったと考えられる。麻薬が導入された時に副作用である便秘と下剤の内服方法についての説明をどのように認識していたかは不明であったため、入院時、本人の認識を十分に確認しておくべきであった。

また、痛みの増強に伴い塩モヒ水の回数が徐々に増えてきている。モルヒネ使用の患者はほぼ100%に便秘が生じ、合成麻薬であるフェンタニルは便秘が生じにくい薬剤である<sup>2)</sup>といわれており、塩モヒ水の回数が増加していくことは便秘を更に進行させる要因となる。フェンタニルパッチは、便秘の発現はモルヒネより少なく、下剤が必要な患者は約50%になり、必要量も減少するという報告もある<sup>3)</sup>。この時期は1週間に1回浣腸にて普通便がみられており、本人も便秘が苦ではなかったと思われるが、今後更なる痛みの増強が予測される中、便秘の深刻化を考慮し、デュロテップパッチの増量を早めの時期から麻酔科医に相談していく必要があったと考えられる。

#### 【第2期】

麻薬の量が増量していく中、経口摂取不良、カマの内服拒否によって排便コントロールは第1期より不良であったといえる。

痛みの増強に対する麻薬の増量には「増やしてくれ」とむしろ積極的であった。麻薬の量が増えると便秘も進行するので下剤の内服が更に必要であると説得しても聞き入れなかったことから、副作用である便秘に対しては、あまり関連付けて認識していなかったことが推測される。麻薬使用と便秘を関連付けて認識できるように働きかけをすることが望ましかったが、X氏は性格傾向、症状の進行による理由により困難であった。

おわりに

カンファレンスで決定したラキソを塩モヒ水の中に混入する案は、X氏の意思に反したことであり、後ろめたさはあったが、確実に内服させるためには有効なケアであったと評価される。

麻薬使用による便秘は浣腸で改善する一過性のものではなく、定期的な下剤の内服によってコントロールする必要のあるものであると、看護師も医師もX氏には口頭での説明しかしなかった。患者-看護師間に何が便秘かについて共通認識がなければ、便秘のセルフケアは成立しない<sup>4)</sup>とあるように、X氏と共通の認識をもつようにX氏へ働きかけるケアを考えるべきであった。ベッドサイドに排便表を置き、患者と毎日確認しながら記入し視覚的にわかりやすく自己の排便状況を把握できるようにするなどしていけばよかったかと思われる。

### 【第3期】

経口摂取不能、麻薬の量の極端な増加、活動性の低下など、排便コントロールに対してはマイナスな要因が更に強くなっている。内服が不可能となり、レスキューが経静脈での投与になったのであれば、下剤内服の代用にプロスタルモンFなどの投与を考慮すればよかったかと思われるが、腫瘍からの出血の後でもあり、排便行動自体が刺激となり再出血の誘因になるのではないかという恐れから積極的なケアはできなかった。意識レベルの低下もあり、本人も排便の事に固執しなくなった。この時の患者は生命の危機的状態であったため、ケアの優先順位としては高くなかったと考えられる。

## V. まとめ

- 1.X氏の麻薬使用量は極めて多く、さらに下剤の内服拒否による排便コントロール困難があった。
- 2.入院前の下剤内服による下痢の経験から、下剤に対しては拒否的であった。下剤の必要性に対する認識は、性格や病状から医療者の働きかけで変えることができなかった。
- 3.排便コントロールに対する共通認識をもつことが困難な中で、医師の指示を基本として薬剤師とも相談し、看護師間でよいと判断したケアを実行した。

事例を通し、排便コントロールにおいて、患者-看護師間での共通認識をもつことの必要性を改めて実感した。この経験を踏まえ、麻薬使用にて癌性疼痛コントロールを行っている患者に対しては、麻薬導入時より副作用の説明を十分に行い、下剤の内服の必要性への理解を得て、共通認識をもって排便コントロールを行っていきたいと思う。

## 謝辞

最後に本研究調査にあたり、深い理解と御協力をいただきました御家族の方に心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1)樋口比登美, 他: モルヒネを使いこなすー適切な増量法と便秘対策, 月刊ナーシング, vol.22(6) P112~117, 2002
- 2)加賀谷肇: 臨床現場で活かす薬理学の知識, ターミナルケア, vol.14(6), P480~486, 2004
- 3)伊藤美由紀, 他: フェンタニルパッチの使用法と問題点, ターミナルケア, vol.13(1), P16~22, 2003
- 4)畠山明子, 他: 便秘のセルフケア支援, 看護学雑誌, P975~980, 2003

## 参考文献

- 1)山名敏子, 他: 排泄ケアのギモン, Expert Nurse 5月臨時増刊号 Vol.19(6), P70~71, 2003
- 2)原真由幸: モルヒネの副作用による便秘への対策, 月刊ナーシング, vol.23, P68~71, 2003
- 3)田中忍, 他: 薬剤性の便秘に対する看護, 看護技術, vol.46(11), P66~70, 2000