

症例報告

ペンタゾシン依存症が疑われる患者への対応と改善点

*A case report of the patient with pentazocine dependence in this hospital*田中 雅裕¹⁾, 丹保 亜希仁²⁾, 舘岡 一芳²⁾Masahiro Tanaka¹⁾, Akihito Tampo²⁾, Kazuyoshi Tateoka²⁾早坂 美紗¹⁾, 徳野 翔太¹⁾, 八巻 多²⁾Misa Hayasaka¹⁾, Shota Tokuno¹⁾, Masaru Yamaki²⁾

Key Words: ペンタゾシン依存症, ペンタゾシン, ブプレノルフィン, 薬物依存

はじめに

ペンタゾシンは世界保健機構による依存性薬物の分類 (ICD-10, DSMIV) では, バルビツール酸およびアルコール型に分類される。ペンタゾシンは精神依存, 身体依存, 耐性のいずれも生じうるが, 精神依存と耐性がモルヒネ, コデイン, ヘロインといったモルヒネ型薬物よりやや弱いとされている。術後疼痛をはじめとする各種の鎮痛に頻繁に用いられており, 頻回な使用がペンタゾシン依存症の原因と推測されている¹⁾。救急医療機関においてペンタゾシン投与を求める患者への対応は, 対処困難な問題のひとつであり当院での症例をもとに対策について考察する。

症例

患者: 40代男性

主訴: 左前腕部痛, 腰背部痛

既往歴: 薬物依存 (シンナー中毒), 睡眠障害

現病歴: 3m程の高さより転落し受傷, 救急車にて前医に搬送され左橈骨遠位端骨折と診断された。地元での手術を希望したため当院へ搬送され, 整形外科入院となった。

入院後も左前腕部, 腰背部痛の訴えが続きフルビプロフェンアキセチル (50mg) 静脈内投与, ジクロフェナクナトリウム座薬 (50mg) を使用していた。院内売店の使用や, 病院外での喫煙希望の要求が通らないと興奮し強迫や暴言, 虚言などがしばしば認められていた。第3病日, 上記の

鎮痛薬使用後も疼痛継続するため, 心療内科通院時に使用していたビペリデン (5mg) の静脈内投与をしてほしいとの強い希望があった。他の安定剤や睡眠導入薬を進めるも拒否しビペリデンに拘っていたが効果のなかった鎮痛薬ではなく, それまで未使用であったペンタゾシン (15mg) を使用するという事で納得し筋肉内投与を施行した。その後ペンタゾシン投与後のみ疼痛緩和が得られたとの事で1日3回の投与を継続していた。第6病日に観血的骨接合術を施行したが, 同日夜間に病院より無許可で外出し厳重注意となった。その際に2度目の無断外出時には強制退院になることを本人, 友人に説明したが, 第9病日の16時頃に再び無断外出し強制退院となった。

第9病日深夜に左上腕部痛, 腰背部痛を訴えて救急外来を受診した。本人は, 他の鎮痛薬では効果がないためペンタゾシンを使用して欲しいと主張しペンタゾシン 15mg投与を受けた。その後も, 平日の日中の心療内科でのペンタゾシン投与, 夜間や休日には救急外来でのペンタゾシン投与 (7mg - 15mg) を連日, 3~4回受けていた。他の鎮痛薬では効果がないとする訴えや, ペンタゾシンの筋肉内投与の希望があることから, 当直医師がペンタゾシン依存症の可能性を考え, 心療内科主治医に相談したが, 患者の希望通りにしてほしいとのことで当直医師もそのように対応していた。当直医師の申し送りから薬物依存の疑いが強まり, 救急科と心療内科主治医との協議の結果, 整形外科的には疼痛の原因がないため今後は心療内科で疼痛コントロールを行うこととし, 救急外来ではペンタゾシンを使用しないことを第15病日に心療内科主治医から本人に告げた。第15病日夜間も救急外来を受診したが, 対応した当直医師がペンタゾシン投与せずアセトアミノフェン (1mg) 投与し, その後は救急外来を受診することはない

1) 名寄市立総合病院 研修医

Resident, Nayoro City General Hospital

2) 名寄市立総合病院 救急科

Department of Emergency Medicine, Nayoro City General Hospital

なった。その後、疼痛改善みられるが疼痛が強い時には心療内科を受診している。受診頻度も1日に1回に減少し心療内科で疼痛強いときにペンタゾシンやブプレノルフィンを投与しているが使用頻度も3日に1度ほどに減少している。

考察

鎮痛薬はオピオイド性鎮痛薬と非オピオイド性鎮痛薬に二分され、前者は効力の点から弱オピオイドと強オピオイドに、作用機序の点からオピオイド系鎮痛薬は麻薬性鎮痛薬と麻薬拮抗性鎮痛薬に分類される²⁾。ペンタゾシンは弱オピオイド、麻薬拮抗性鎮痛薬に分類される。オピオイド作動薬が存在しない状況では作動薬として作用するが、オピオイド作動薬の存在下ではその作用に拮抗する。ペンタゾシンの作用機序は κ オピオイド受容体に対し作動薬として作用し、モルヒネの作用点である μ オピオイド受容体に対しては拮抗もしくは部分作動薬として作用する。効用は鎮痛、鎮静、呼吸抑制を含めモルヒネなどのオピオイドとほぼ類似する。その鎮痛作用は主に κ オピオイド受容体を介して発現するが、一部 μ オピオイド受容体も介している。また鎮痛の天井作用を有する。 μ 作動薬が多幸感を、 κ 作動薬は不快な精神異常を起こすといわれ、不安、幻覚、離人感などはペンタゾシンに特徴的な精神作用とされる²⁾。

心療内科では鎮痛薬としてブプレノルフィンも使用されていた。ブプレノルフィンもペンタゾシンと同じく麻薬拮抗性鎮痛薬に分類される。ブプレノルフィンは μ オピオイド受容体に対して作動薬として作用し、 κ 受容体に対しては拮抗作用を示す。モルヒネより25-50倍強い効力をもち、モルヒネと類似する作用を示すが、天井効果を有する。ブプレノルフィンは、オピオイド受容体に対して親和性が高く、かつ高い脂溶性をもつため、受容体からの解離が緩やかであり、長時間の作用(約6-9時間)を示す²⁾。ブプレノルフィンの副作用として長期投与による依存で中止時に不安、不眠、興奮、胸内苦悶、嘔気、振戦、発汗等の禁断症状が現れることがあるとされている。しかしブプレノルフィン依存症の報告は少なく、PubMed, UpToDateに報告された症例はない。しかし、潰瘍性大腸炎、クローン病などの炎症性腸疾患の患者への投与は比較的多く、そのなかにはブプレノルフィン依存症が存在する可能性がある。

ペンタゾシン依存症の発症の大部分は医師から

の投与を契機としている¹⁾。患者の病前性格としては依存的、自己中心的、衝動的な事が多く、人間関係がストレスとなる対人関係障害が根本にあると推察されている。また、依存症患者の危険因子(表1)としてアルコール及び他の薬物への依存症との合併例や移行例が多いとされ、アルコールをはじめとする薬物依存に陥りやすい共通の性向があると考えられる^{3,4,5)}。本症例も公の場でアルコールを過剰飲酒し暴力行為に及んだ既往あり、入院中も無断で外出するなど病前性格に自己中心的、衝動性を認めている。また薬物依存症の既往があり、ペンタゾシン依存症の素因があったといえる。

ペンタゾシン依存症を疑う所見を表2に示した^{3,5)}。本症例でも救急外来を頻回に受診し他の鎮痛薬の効果を否定し、ペンタゾシンの筋肉内投与を希望、疼痛の客観的な所見に乏しいなど依存症の典型的な所見を認めていた。ペンタゾシン依存症患者への対応・治療については表3に示した。最も重要なことはペンタゾシンを投与しないことである^{1,7)}。本症例における問題点の一つは病前性格、既往歴からペンタゾシンを初めとする薬物依存へのリスクが考えられる患者であり、典型的な依存症として疑われながらも前述したような対応・治療が一貫してとられていない点である。今後予防のためには1つの診療科のみでなく医療機関全体の方針として同疾患に対する対策が必要と考えられる。

救急医療機関では収容患者の10前後と高率で自殺希図や薬物中毒など精神疾患を合併しているといわれる。そのため救急医療機関において薬物依存患者から医療スタッフを暴言、暴力などの危険から守るための対応が必要である。具体的な対策としては防犯ビデオや監視カメラの設置、救急外来への非常ベルの設置・防犯ベル作動時の事務室への連絡や防犯センターの警備員への連絡するシステム、院内暴力対応マニュアルの作成、周知などが院内暴力に対する取り組みとして挙げられ、一般的にも普及している。しかしこれらは暴力行為が起きた後に有効な対応である。一方、暴力行為を未然に防ぐため一部の医療機関では救急隊からの報告で薬物依存を疑った際に医師会への報告し、暴力・障害を想定して防災センターより警備員を配備する、精神科医師に診察を依頼するというような対策を行っており、当院でも参考にすべき点は多い⁸⁾。また暴言、暴力行為に及ばなくても薬物依存患者を診察した際には、精神科的医療

へつなげるだけでなく薬物投与を求めて他の医療機関に受診することを考え医師会を通じた地域医療機関の連携も重要であり、さらに必要であれば警察に介入してもらうことも有効である^{8,9)}。

おわりに

骨折手術後の疼痛に対して、薬物依存症のリスクのある患者へのペンタゾシン投与が繰り返された症例を経験した。本症例は、ペンタゾシン依存のリスクを考慮すると、各科の連携や方針決定に時間を要し対応が遅れたと考えられる症例である。また、暴力事件発生時の院内マニュアルの作成、周知も含め薬物依存症を疑わせる患者に対する対策の整備の必要性も示唆する症例であった。

参 考 文 献

- 1) 越智元郎, 長橋巧: ペンタゾシン依存症が疑われる患者への対応. 治療 84: 1058-61, 2002
- 2) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2014年版). <https://www.jsmp.ne.jp/guidelines/pain/2014/pdf/pain2014.pdf> (2016年2月閲覧)
- 3) 成瀬暢也, 関紳一, 三井敏子, 他: ペンタゾシン依存症の臨床的特徴と諸問題 自験入院例5症例より. 埼玉県医学会雑誌 31: 584-589, 1997
- 4) Substance Abuse and Dependence. Ed. By Dadd MR & McAloon J 143-184, Brunner-Routledge, East Sussex, 2002
- 5) 日本ペインクリニック学会 非がん性慢性[疼]痛におけるオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン作成ワーキンググループ: 非がん性慢性[疼]痛におけるオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン, pp46-49, 2012
- 6) 厚生労働省: ご家族の薬物問題でお困りの方へ www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/dl/yakubutu_kazoku.pdf (2016年2月閲覧)
- 7) 日本中毒学会: 急性中毒標準診療ガイド. 編著. 日本中毒学会. 205-210. 2008
- 8) 小野寺誠, 小泉範高, 藤野靖久, 他: 投与を求めて東北3県の救急外来を受診した自称女医のペンタゾシン依存症の一例を経験して. 日救急医会誌 25: 307-312, 2014
- 9) 千葉潜: 救急医療体制の整備における精神科救急との連携について. 公益社団法人日本精神科病院協会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000030p5p-att/2r98520000030pbq.pdf> (2016年2月閲覧)

表 1 薬物依存症の危険因子

1. 若年者(45歳未満)
2. 物質乱用(タバコ, アルコールを含む)の既往・家族歴
3. 精神疾患の既往
4. 家族との関係が希薄, 不良(虐待などの既往)

表 2 ペンタゾシン依存症の所見

1. 頻回の時間外受診
2. 消炎鎮痛薬の効果を否定する
3. ペンタゾシンの投与を求める(投与量や投与経路を指定する)
4. 疼痛以外の客観的な所見が乏しい
5. 重篤な疼痛の訴えがあるが単身で受診する
6. 自宅が遠方だったり不自然な受診をする
7. 採血や採尿など検査に非協力的
8. 病識がある
9. 過去に加療を受けた医療施設との関係が不良, もしくは詳細を話さない
10. 疼痛外来や入院加療による疼痛軽減などの方針を拒否する
11. 詐病が疑われる

表 3 ペンタゾシン依存患者への対応・治療

1. 依存症が疑われる患者にはペンタゾシンの投与を行わない
2. 対応診療科, 担当医師を一本化し, 診療方針を明確にする
3. ブロックや手術療法など疼痛軽減のため積極的な治療を行う
4. 精神科的治療(入院または通院・自助グループへの通所)を行う
5. 地域における対応として, ペンタゾシン依存症患者に関する情報を共有する
6. 家族に薬物依存症についての啓蒙や家族会などの自助グループへの参加を勧める