

令和5年度 九州がんセンター がん看護専門研修  
-がん薬物療法看護コース-

がん薬物療法による副作用のアセスメントとセルフケア  
支援副作用対策と対応②「悪心・嘔吐」



令和5年11月28日 9:00~10:00

国立病院機構九州がんセンター

がん化学療法看護認定看護師 鳥越 勇生

# 目標

## 研修目標

がん薬物療法による副作用のアセスメントとセルフケア支援について理解できる

## 単元目標

がん薬物療法における悪心・嘔吐の予防および軽減するための看護が理解できる

# 本日の内容

1. 悪心・嘔吐とは
2. 抗がん薬の催吐性
3. 制吐薬の特徴と種類
4. 制吐薬ガイドライン
5. CTCAE
6. 悪心・嘔吐のセルフケア支援
7. 悪心・嘔吐IASM

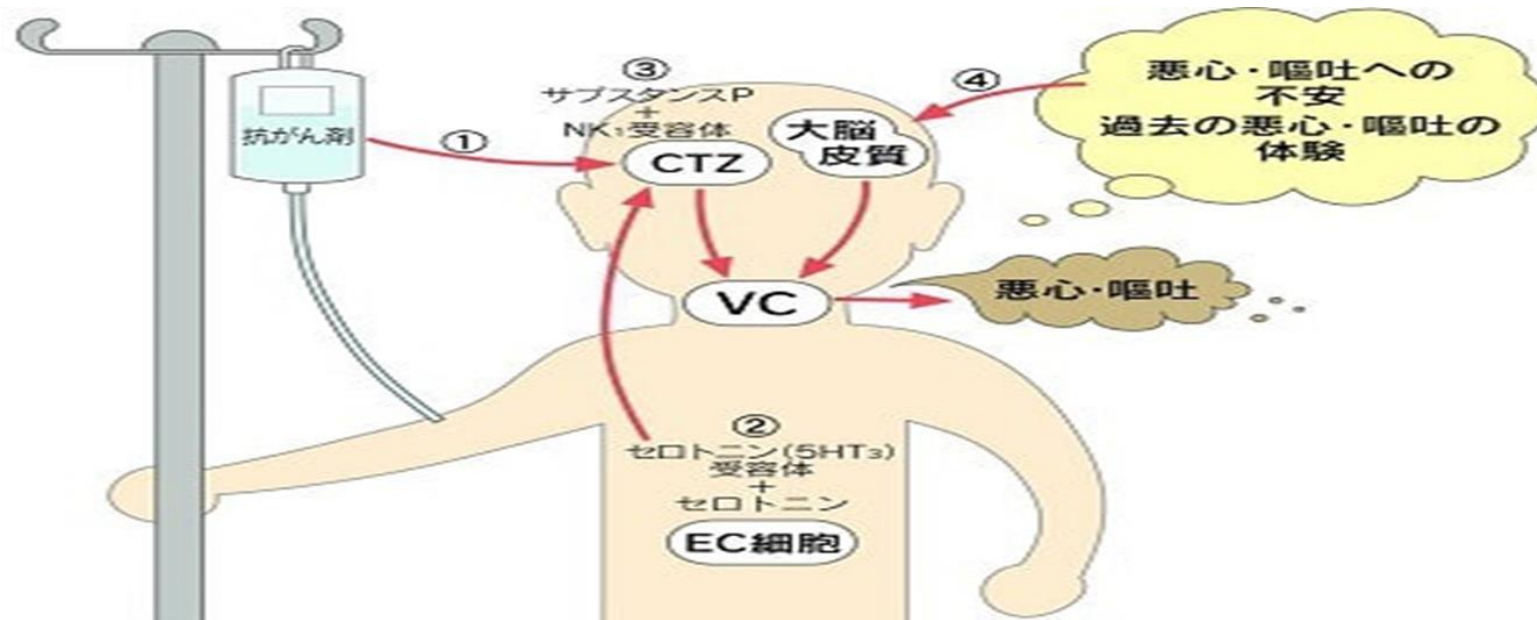
# 悪心・嘔吐とは

## <定義>

- 悪心：消化管の内容物を口から吐出したいという切迫した不快な感覚
- 嘔吐：消化管の内容物が口から強制的に排出されること

# 発症機序

悪心・嘔吐は、延髄外側網様体背側に存在する嘔吐中枢が刺激されることによって起きる。嘔吐中枢の主な刺激経路は4種類がある。



# 発症機序

- ①抗がん薬により、第4脳室最後野に存在する化学受容器引金帯（CTZ）が直接刺激されて、嘔吐中枢に伝わる。
- ②抗がん薬投与後、フリーラジカルが産生されると、小腸に存在する腸クロム親和性細胞（EC細胞）からセロトニンが分泌され、小腸壁迷走神経求心路終末のセロトニン（5-HT<sub>3</sub>）受容体に結合し、延髄の孤束核やCTZを経て、嘔吐中枢を刺激する。
- ③抗がん薬投与後、サブスタンスPが分泌され、延髄の孤束核やCTZのニューロキニン1（NK1）受容体に結合し、嘔吐中枢を刺激する。
- ④精神的要因などにより、大脳皮質から嘔吐中枢が刺激される。

# 悪心・嘔吐の分類

分類	定義
急性悪心・嘔吐	抗がん薬投与後、24時間以内に発現するもの
遅発性悪心・嘔吐	抗がん薬投与後、24時間後から約1週間程度持続するもの
突出性悪心・嘔吐	制吐薬の予防的投与にもかかわらず発現するもの
予測性悪心・嘔吐	抗がん薬のことを考えただけで誘発されるもの

日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より一部改変

# 悪心・嘔吐のリスクファクター

抗がん薬による原因のほかに、患者の特性も関与する

前治療での悪心・嘔吐の経験	あり＞なし
性別	女性＞男性
年齢	50歳以下＞高齢者
飲酒の習慣	なし＞あり
乗り物酔い	しやすい＞しにくい
不安感・恐怖心	あり＞なし
同室者の悪心・嘔吐	あり＞なし
治療に対する前向きな姿勢	なし＞あり
PS	不良＞良好



# 悪心・嘔吐の要因

身体的要因	便秘、消化管閉塞、感染性胃腸炎、脳転移、代謝異常（低ナトリウム血症、高カルシウム血症、高血糖）など
精神的な要因	不安、恐怖、感情的な苦痛
治療による要因	がん薬物療法：2～3日がピーク、5日程度で軽快する。
	放射線療法：宿酔は照射開始後数日間で軽快する。 <ul style="list-style-type: none"><li>・上半身・上腹部（中等度リスク：60～90%）</li><li>・頭蓋・脊髄・頭頸部・胸部下部・骨盤（軽度リスク：30～59%）</li><li>・四肢・乳房（最小度リスク：&lt;30%）</li></ul>
	医療用麻薬：投与初期や増量時に起こりやすい（悪心15～30%） 数日で耐性を生じることが多い。

# 抗がん薬の催吐性リスク分類

- 高度催吐性リスク（HEC）：頻度90%以上
- 中等度催吐性リスク（MEC）：頻度30~90%
- 軽度催吐性リスク（LEC）：頻度10~30%
- 最小度催吐性リスク：頻度10%以下

# おもな抗がん薬の催吐性リスク

## 高度催吐性リスク(90%以上)のある抗がん薬

注射薬	AC療法、EC療法、シスプラチン、ドキシソルビシン( $\geq 60\text{mg}/\text{m}^2$ )、イホスファミド( $\geq 2\text{g}/\text{m}^2/\text{回}$ )シクロフォスファミド( $\geq 1500\text{mg}/\text{m}^2$ )など
内服薬	プロカルバジン

## 中等度催吐性リスク(30%~90%)のある抗がん薬

注射薬	アザシチジン、イホスファミド( $< 2\text{g}/\text{m}^2/\text{回}$ )、シクロフォスファミド( $< 1500\text{mg}/\text{m}^2$ )、シタラビン( $> 200\text{mg}/\text{m}^2$ )、ベンダムスチン、メトトレキサート( $\geq 250\text{mg}/\text{m}^2$ )、カルボプラチン、オキサリプラチン、ドキシソルビシン( $< 60\text{mg}/\text{m}^2$ )、イリノテカンなど
内服薬	イマチニブ、クリゾチニブ、セリチニブ、ボスチニブ、シクロフォスファミド、レンバチニブなど

日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より一部改変

# おもな抗がん薬の催吐性リスク

## 軽度催吐性リスク(10%~30%)のある抗がん薬

注射薬	エトポシド、ゲムシタビン、シタラビン(100~200mg/m <sup>2</sup> )、エリブリン、ドセタキセル、パクリタキセル、フルオロウラシル、ブレンツキシマブ、ペメトレキセド、メトトレキサート(50~250mg/m <sup>2</sup> 未満)など
内服薬	イブルチニブ(イムブルビカ)、エトポシド、サリドマイド、フルダラビン、ポナチニブ(アイクルシグ)、レナリドミド、アフアチニブ(ジオトリフ)など

## 最小度催吐性リスク(10%未満)のある抗がん薬

注射薬	イピリムマブ、セツキシマブ、トラスツズマブ、ニボルマブ、パニツムマブ、ベバシズマブ、リツキシマブ、ラムシルマブ、ボルテゾミブなど
内服薬	エルロチニブ、オシメルチニブ、ゲフェチニブ、ソラフェニブ、ダサチニブ、ポマリドミド、メトトレキサートなど

# 催吐性リスク別の制吐薬治療

高度催吐性リスク群：アプレピタント+5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬+デキサメタゾン

	1	2	3	4	5 (日)
(高度催吐性リスク)	(抗がん薬投与前)				
アプレピタント (mg)	125	80	80		
もしくは ホスアプレピタント (mg)	150				
5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン (mg) AC使用時2日目以降 省略可(注1)	9.9	8	8	8	8
	急性	遅発性			

日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より引用

# 催吐性リスク別の制吐薬治療 (制吐薬としてのオランザピン)

## 米国臨床腫瘍学会(ASCO)制吐療法2017年度版より

「悪心および嘔吐のリスクが高い化学療法（シスプラチン、シクロホスファミドとアントラサイクリンの併用など）を受けている成人の場合、標準制吐療法（5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの併用）にオランザピンを追加するべきである。オランザピンはまた、化学療法を受ける前に嘔吐を予防する医薬品を服用しているにもかかわらず嘔吐症状を経験した患者にも有用である」

ASCO制吐療法2017年度版より一部改変

# 催吐性リスク別の制吐薬治療 (制吐薬としてのオランザピン)

適応疾患：統合失調症、躁症状及びうつ症状の改善

シスプラチンなどの抗悪性腫瘍薬の投与に伴う  
消化管症状(悪心・嘔吐)

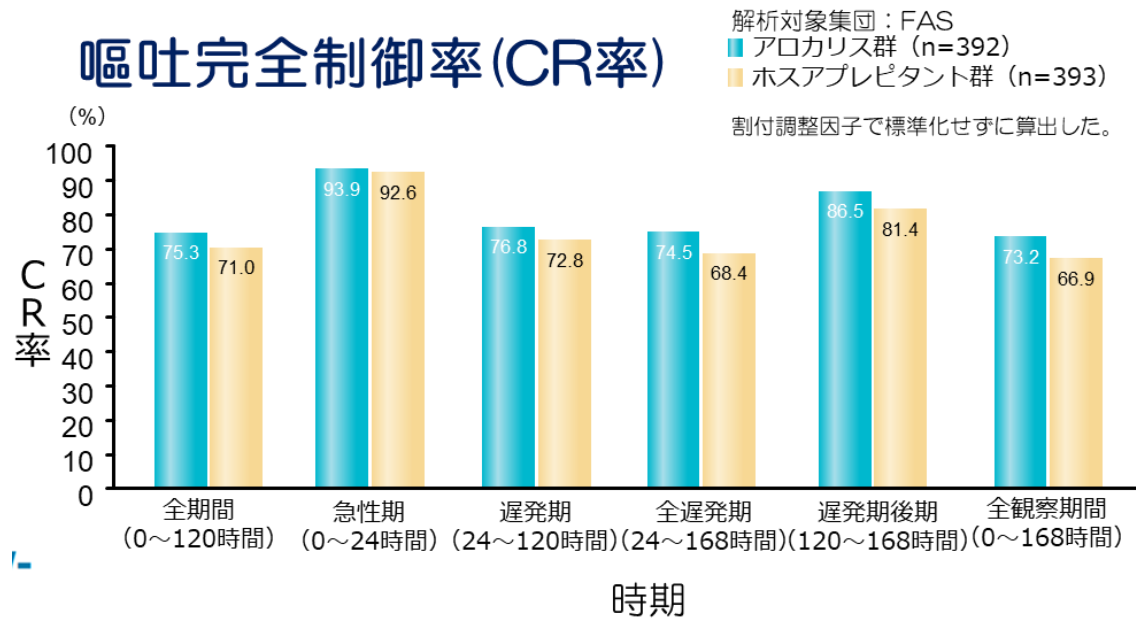
警告：著しい血糖値の上昇

禁忌：糖尿病患者、糖尿病の既往がある患者

留意事項：他の睡眠導入剤との併用は、眠気の増強などの日常生活への影響が懸念されるためなるべく併用は避ける

# 新たな制吐薬(アロカリス®) が登場!!

## 嘔吐完全制御率(CR率)



有効性判定項目	嘔吐性事象	制吐処置	悪心の程度
嘔吐完全抑制率 (Complete Response、CR率)	なし	なし	問わない

ホスアプレピタントの国内第Ⅲ相試験成績 (承認年月日: 2022年3月28日, CTD2.7.6.20) <承認時評価資料>  
 Hata, A., et al.: J. Clin. Oncol. 2022; 40 (2) : 180-188





# 催吐性リスク別の制吐薬治療

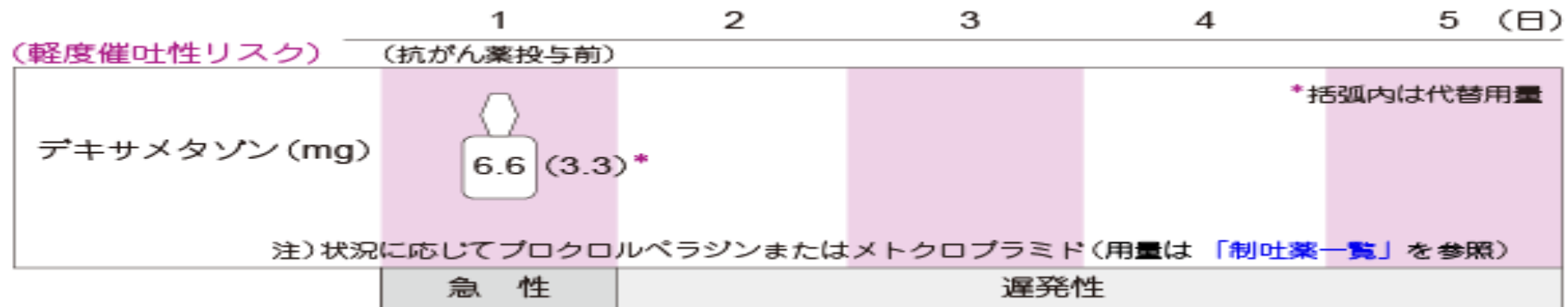
中等度催吐性リスク群：5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬+デキサメタゾン

	1	2	3	4	5 (日)
<b>(中等度催吐性リスク)</b> (抗がん薬投与前)					
カルボプラチン使用時(→CQ 2, 3), (オプション: オキサリプラチン, イホスファミド, イリノテカン, メトトレキサートなど)					
アプレピタント (mg)	125	80	80	* 括弧内は代替用量	
もしくは ホスアプレピタント (mg)	150				
5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン (mg)	4.95 (3.3)*	4	4	4	
<b>その他のレジメン</b>					
5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬					
デキサメタゾン (mg)	9.9 (6.6)*	8	8	8	
注) デキサメタゾンを積極的に利用できない場合は、デキサメタゾン 2~4 日間の代わりに、5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬 2~4 日間を追加する(→CQ5参照)。					
	急性		遅発性		

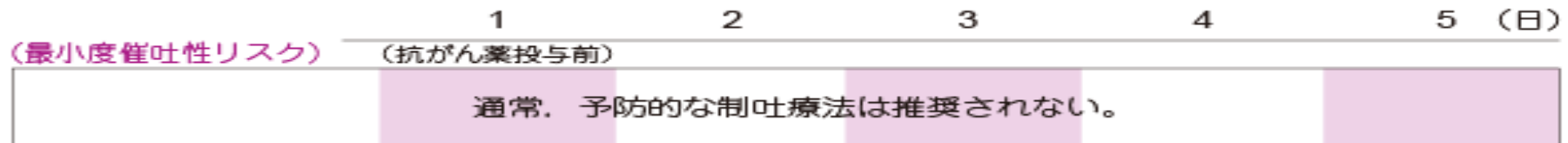
日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より引用

# 催吐性リスク別の制吐薬治療

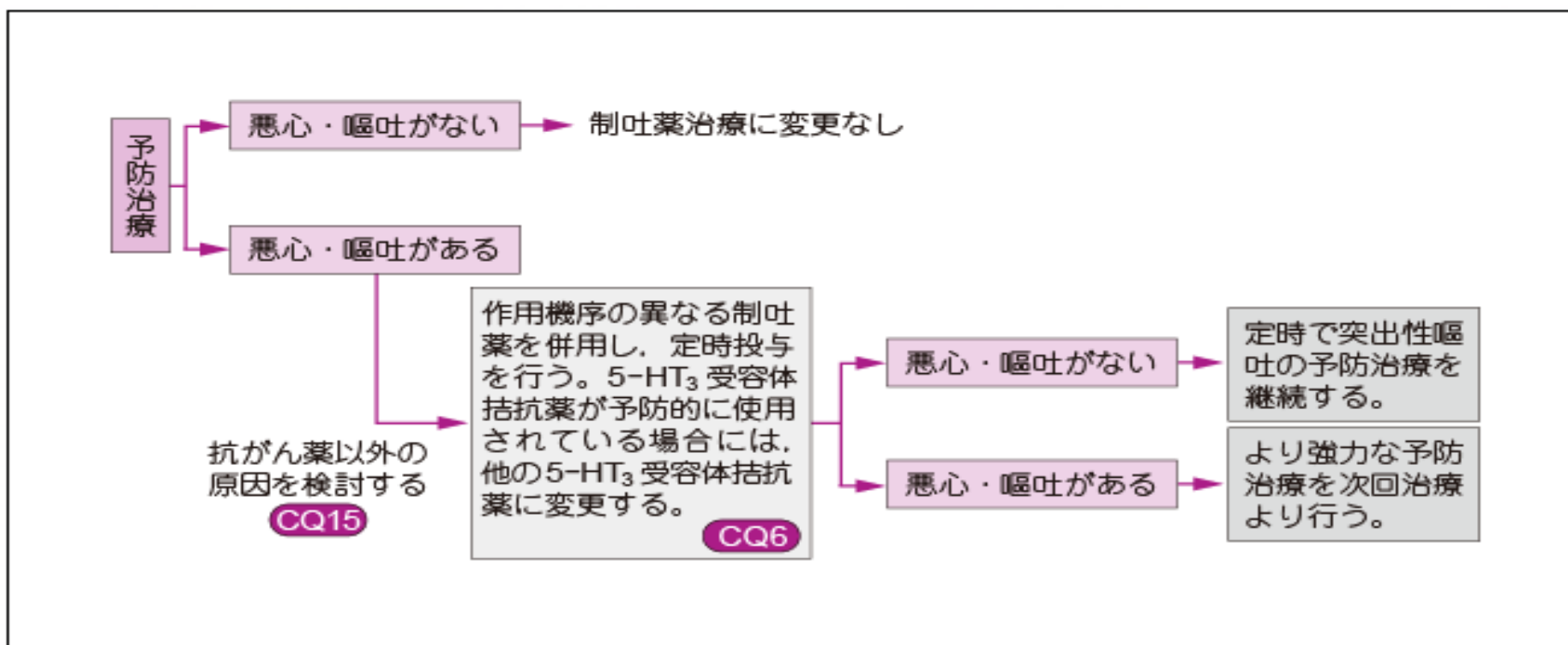
## 軽度催吐性リスク群：デキサメタゾン単剤



## 最小度催吐性リスク群



# 突出性悪心・嘔吐に対する制吐療法



日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より引用

# おもな制吐薬の作用機序と副作用

薬剤分類	一般名（薬剤名）	特徴	主な副作用
NK1受容体拮抗薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アプレピタント（イメンド）</li> <li>・ホスアプレピタント（プロイメンド）</li> </ul>	NK1受容体拮抗薬 サブスタンスPの結合を阻害 NK1受容体に拮抗 →急性悪心・嘔吐および遅発性悪心・嘔吐を予防する薬剤	頭痛、便秘、眩暈
5-HT3受容体拮抗薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グラニセトロン（カイトリル）</li> <li>・パロノセトロン（アロキシ）</li> <li>・ラモセトロン（ナゼア）</li> </ul>	消化管、CTZの5-HT3受容体に拮抗し、制吐作用を示す 中枢神経系の副作用がほとんどない →急性悪心・嘔吐を予防する パロノセトロンは、遅発性悪心・嘔吐にも優れた効果がある	便秘、発疹、頭痛、倦怠感、眩暈、QT延長、一過性肝機能障害など
ステロイド薬	デキサメタゾン（デカドロン）	制吐作用の機序は不明 他の薬剤との併用により有効 →急性悪心・嘔吐および遅発性悪心・嘔吐を予防する	感染症、高血圧、高血糖、消化性潰瘍、気分変調、浮腫など

# おもな制吐薬の作用機序と副作用

薬剤分類	一般名（薬剤名）	特徴	おもな副作用
抗ドパミン薬	メトクロプラミド（プリンペラン） プロクロルペラジン（ノバミン） ドンペリドン（ナウゼリン） クロルプロマジン（コントミン）	主に、抗ドパミン作用により制吐作用を示す <u>CTZ、消化管のドパミンD2受容体に作用する</u>	<u>錐体外路症状</u> 、鎮静、不穏
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	ロラゼパム（ワイパックス） アルプラゾラム（ソラナックス）	不安や緊張に由来する身体反応を軽減する →予測性悪心・嘔吐に有効	精神運動機能の低下、健忘作用、反跳性不安と依存
抗ヒスタミン薬	ヒドロキシジン塩酸塩（アタラックスP）	<u>前庭器官に作用する</u>	眠気、倦怠感など

# 制吐薬ガイドライン

## 【国内】

制吐薬適正使用ガイドライン 日本癌治療学会（2015年10月）

## 【海外】

ASCO（米国臨床腫瘍学会）

MASCC（国際がんサポーターティブ学会）

NCCN（米国国立包括癌ネットワーク）

ESMO（欧州腫瘍学会）

# CTCAE v5.0

有害事象	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4	Grade5
悪心	摂食習慣に影響のない食欲低下	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	カロリーや水分の経口摂取が不十分；経管栄養/TPN/入院を要する	—	—
嘔吐	治療を要さない	外来での静脈内輸液を要する；内科的治療を要する	経管栄養/TPN/入院を要する	生命を脅かす	死亡

有害事象共通用語基準v5.0 日本語訳JCOG版より引用

# 悪心・嘔吐のアセスメント

## 治療開始前

- 使用する抗がん薬の催吐性リスクを確認する。
- がん薬物療法に対するイメージや認識を確認する。
- 治療開始前から生じている疾患に伴う消化器症状の有無を確認する。



# 悪心・嘔吐のアセスメント

## 治療開始後

- 治療開始後は、以下の点を確認する。
  - ①悪心・嘔吐の有無と程度
  - ②症状発症のタイミングや持続時間
  - ③制吐薬が正しく使用されているか
  - ④悪心・嘔吐による身体・心理的影響の有無
  - ⑤2回目以降の悪心・嘔吐の出現のタイミング  
(予期性悪心・嘔吐の有無)

# 悪心・嘔吐の看護ケア

## 治療開始前

- 正しい情報を患者に伝える。同時に悪心はコントロール可能な症状であることを伝える。
- 「抗がん薬＝嘔吐」というイメージを持つ患者が多い。どのようなことに不安を感じているか、患者の話を傾聴する。
- 悪心・嘔吐は、治療中の体位や精神状態などにも影響するため、治療当日はゆったりとした服装で来院することを勧める。
- 治療開始前は満腹にせず、食事摂取量は少し控えめにすることを勧める。
- 治療前日は十分な睡眠をとり、治療に臨む。

# 悪心・嘔吐の看護ケア

## 治療開始後

### 1. 制吐薬の使用

- 制吐薬の使用が適切であるかを確認する。
- 処方されている制吐薬は、用法・用量を遵守するよう指導する。

### 2. 食事について

- 食べやすいと感じるものを摂取するようアドバイスする。
- 少量ずつ何回かに分けて摂取するよう説明する。
- 熱いものは冷ましてから配膳するなどの工夫も効果的である。
- 冷たく、水分量の多い食品など具体的な食品を提案する。

# 悪心・嘔吐の看護ケア

## 3. 環境について

- 症状が誘発される要因をアセスメントし、患者個々にあった環境調整を図る。
- 嘔吐後はすみやかに吐物を片付け、冷水等で含嗽することで不快感を軽減させる。
- 食後以外でも口腔ケア、歯ブラシなどを勧めてみる。

## 4. 患者への説明

- 悪心・嘔吐は、時間の経過とともに改善していく症状であることを説明する。
- 効果的であった対処法は取り入れるなど、患者と一緒に考えていく。
- 効果的な対処ができたときには、肯定的なフィードバックを行うよう心がける。

# 悪心・嘔吐の看護ケア

## セルフケアのポイント

- 悪心・嘔吐があるときには無理をせず、食べられるものを食べられるときに食べられる量だけ摂取するようにする。
- 脱水予防のため、水分摂取を心がける。水分摂取ができない場合は病院へ連絡するよう指導する。
- 消化のよいもの、食べやすいものを食べる。
- 熱いものは冷まして食べると食べやすい。においの強いものは避ける。
- 口腔内を清潔に保つ。
- 室温、換気、臭気など室内環境を整える。

# 悪心・嘔吐IASM

事例 A氏 50歳代 女性

## 【現病歴】

労作時の呼吸苦と咳嗽を主訴に受診。精査の結果、右小細胞肺癌 StageⅢの診断。1次治療としてCDDP+ETP療法導入となった。呼吸苦に対して治療開始2週間前からモルヒネ錠10mg/日+レスキューとしてオプソ5mg/2～3回内服し症状コントロールしている。PS1 理解力良好。

## 【既往歴】

特記する疾患なし。乗り物酔いしやすく、妊娠中、悪阻の既往あり。

## 【家族背景】

夫と子供の3人暮らし キーパーソンは夫  
患者・家族ともに初回がん薬物療法のため副作用に対する不安が強い。

# 事前課題のお知らせ

事例 A氏 50歳代 女性

- Day1 シスプラチン投与する。
- Day3 悪心の主訴。制吐薬の内服にて症状コントロールを図る。
- Day5 悪心・嘔吐持続しており経口摂取量の低下している。  
水分摂取はできており補液はしていない。
- Day6 悪心・嘔吐のためにトイレ以外は、ベッドに臥床していることが多い。

# IASMの流れ

1. 症状の定義を明らかにする
2. 症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する
3. 患者の体験（認知、評価、反応）とその意味を理解する
4. 症状マネジメントの方略を明らかにする
5. 体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で  
該当するレベルを判断する
6. 看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する
7. 看護活動による効果を判定する



# 症状の定義

**悪心**：消化管の内容物を口から吐出したいという切迫した  
不快な感覚

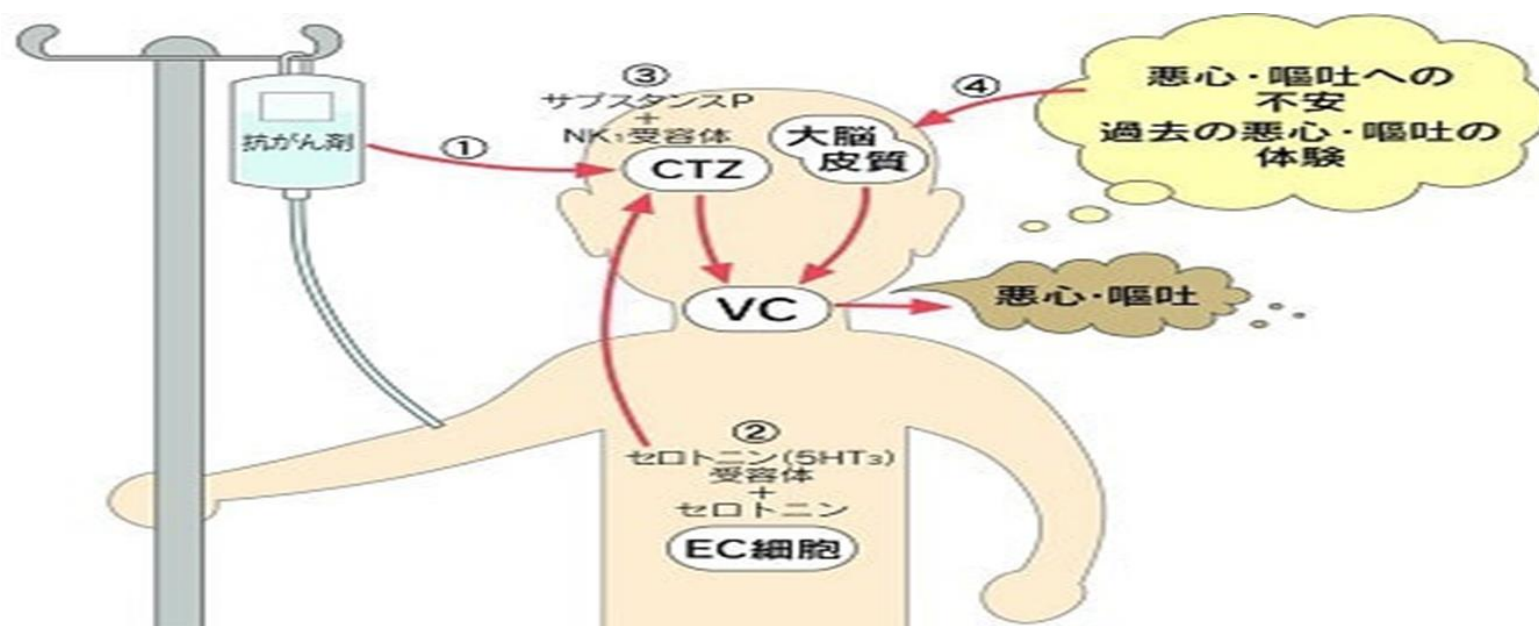
**嘔吐**：消化管の内容物が口から強制的に排出されること

# IASMの流れ

1. 症状の定義を明らかにする
2. 症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する
3. 患者の体験（認知、評価、反応）とその意味を理解する
4. 症状マネジメントの方略を明らかにする
5. 体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態で該当するレベルを判断する
6. 看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する
7. 看護活動による効果を判定する

# 症状のメカニズム（悪心・嘔吐）

悪心・嘔吐は、延髄外側網様体背側に存在する嘔吐中枢が刺激されることによって起きる。嘔吐中枢の主な刺激経路は4種類がある。



# 症状のメカニズム（悪心・嘔吐）

- ①抗がん薬により、第4脳室最後野に存在する化学受容器引金帯（CTZ）が直接刺激されて、嘔吐中枢に伝わる。
- ②抗がん薬投与後、フリーラジカルが産生されると、小腸に存在する腸クロム親和性細胞（EC細胞）からセロトニンが分泌され、小腸壁迷走神経求心路終末のセロトニン（5-HT<sub>3</sub>）受容体に結合し、延髄の孤束核やCTZを経て、嘔吐中枢を刺激する。
- ③抗がん薬投与後、サブスタンスPが分泌され、延髄の孤束核やCTZのニューロキニン1（NK1）受容体に結合し、嘔吐中枢を刺激する。
- ④精神的要因などにより、大脳皮質から嘔吐中枢が刺激される。

# 症状のメカニズム（悪心・嘔吐）

- 高度催吐性リスク（HEC）：頻度90%以上
- 中等度催吐性リスク（MEC）：頻度30~90%
- 軽度催吐性リスク（LEC）：頻度10~30%
- 最小度催吐性リスク：頻度10%以下

# 症状のメカニズム（悪心・嘔吐）

分類	定義
急性悪心・嘔吐	抗がん薬投与後、24時間以内に発現するもの
遅発性悪心・嘔吐	抗がん薬投与後、24時間後から約1週間程度持続するもの
突出性悪心・嘔吐	制吐薬の予防的投与にもかかわらず発現するもの
予測性悪心・嘔吐	抗がん薬のことを考えただけで誘発されるもの

日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より一部改変

# 症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

症状の定義：←

悪心：消化管の内容物を口から吐出したいという切迫した不快な感覚。←

嘔吐：消化管の内容物が口から強制的に排出されること。←

←

症状のメカニズムと出現形態：←

悪心・嘔吐は、延髄外側網様体背側に存在する嘔吐中枢が刺激されることによって出現する。がん薬物療法施行における嘔吐中枢の主な刺激経路は4つある。①抗がん薬により、第4脳室最後野に存在する化学受容器引金帯（CTZ）が直接刺激されて、嘔吐中枢に伝わる。②抗がん薬投与後、フリーラジカルが産生されると、小腸に存在する腸クロム親和性細胞（EC細胞）からセロトニンが分泌され、小腸壁迷走神経求心路終末のセロトニン（5-HT<sub>3</sub>）受容体に結合し、延髄の孤束核やCTZを経て、嘔吐中枢を刺激する。③抗がん薬投与後、サブスタンスPが分泌され、延髄の孤束核やCTZのニューロキニン1（NK1）受容体に結合し、嘔吐中枢を刺激する。④精神的要因などにより、大脳皮質から嘔吐中枢が刺激される。という4つの主な嘔吐中枢の刺激経路が知られている。←

がん薬物療法で誘発される悪心・嘔吐の発現頻度は、使用する催吐性に影響される。催吐性リスク分類では、制吐薬の予防投与無しで、各種抗がん薬投与後24時間以内に発症する悪心・嘔吐の割合に従い、高度、中等度、軽度、最小度の4つのカテゴリーに分類されている。←

抗がん薬による悪心・嘔吐の種類は、①抗がん薬投与後、24時間以内に発現する急性悪心・嘔吐②抗がん薬投与後、24時間後から約1週間程度持続する遅発性悪心・嘔吐③制吐薬の予防的投与にもかかわらず発現する突出性悪心・嘔吐④抗がん薬のことを考えただけで誘発される予測性悪心・嘔吐の4つに分けられる。←

←

# 病気の経過 (CDDP+ETP療法)

## 【適応】

小細胞肺癌

3～4週間ごと 4コース（放射線療法と併用の場合は4週間ごと）

	Day1	Day2	Day3	Day4
CDDP : 80mg/m <sup>2</sup>	↓			
ETP : 100mg/m <sup>2</sup>	↓	↓	↓	
グラニセトロン (5-HT <sub>3</sub> 受容体拮抗薬)	↓			
アプレピタント	125mg	80mg	80mg	
デキサメタゾン	9.9mg IV	8mg PO	8mg PO	8mg PO
オランザピン (5mg)	↓	↓	↓	↓

改訂第7版 がん化学療法レジメンハンドブックより一部改変



# 使用している薬剤（催吐性リスク）

薬剤名	催吐性リスク
シスプラチン（CDDP）	高度催吐性リスク
エトポシド（ETP）	軽度催吐性リスク

日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2より引用

# 症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

←

## 症状のメカニズムと出現形態：←

### ・病気の経過←

進展型右小細胞肺癌に対し、1次治療としてCDDP（シスプラチン）+ETP（エトポシド）（PE）療法を実施している。3～4週ごとに4コース実施することが標準とされている。←

←

### ・治療内容←

Day1 CDDP 80mg/m<sup>2</sup>、ETP 100mg/m<sup>2</sup>←

Day2～3 ETP 100mg/m<sup>2</sup>←

←

### ・使用している薬剤（催吐性リスク）←

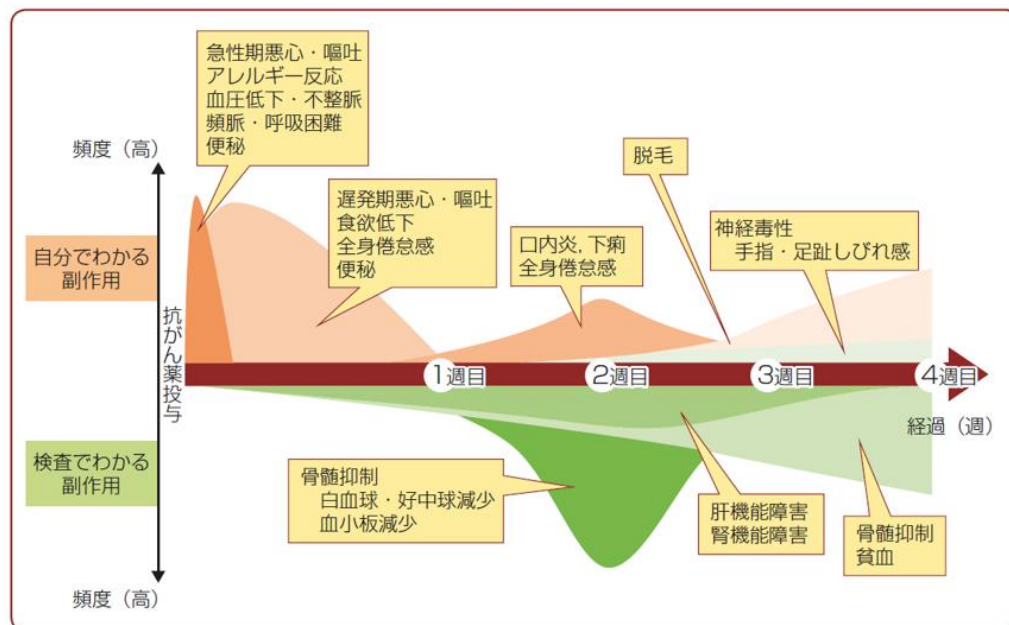
CDDP（高度催吐性リスク）、ETP（軽度催吐性リスク）←

←

### ・制吐対策←

① 5-HT<sub>3</sub>受容体拮抗薬（Day1） ②アプレピタント125mg（Day1）、80mg（Day2-3） ③デキサメタゾン9.9mg（Day1）、8mg（Day2-4） ④オランザピン5mg（Day1-4）←

# A氏における症状のメカニズムと出現形態



インフォームドコンセントのための図説シリーズ「抗悪性腫瘍薬 肺がん」改訂版,p11,医薬ジャーナル社,2011より一部改変

## 悪心・嘔吐のリスクファクター

前治療での悪心・嘔吐の経験	あり>なし
性別	女性>男性
年齢	50歳以下>高齢者
飲酒の習慣	なし>あり
乗り物酔い	しやすい>しにくい
不安感・恐怖心	あり>なし
同室者の悪心・嘔吐	あり>なし
治療に対する前向きな姿勢	なし>あり
PS	不良>良好

# A氏における症状のメカニズムと出現形態

モルヒネ錠10mg+オプソ5mg



- オピオイドの投与初期にみられ、鎮痛作用が発現する必要量の約1/10で起こり、悪心は服用患者の約40%に、嘔吐は15~25%に発生する
- 数日から1週間で耐性が生じて改善されることが多い
- メカニズムとして、①末梢性神経路の刺激、②化学受容器引金帯（CTZ）の刺激、③前庭神経系の刺激、④中枢神経系の刺激に伴うものが挙げられる
- 発現は、オピオイドの種類、投与経路、患者要因（年齢、性別）、オピオイドの用量が関係するとされている

# 症状のメカニズム（機序）と出現形態を理解する

## 症状のメカニズムと出現形態：←

### 【A氏におけるメカニズムと出現形態】←

A氏の悪心・嘔吐は、①抗がん薬によるもの、②オピオイドによるものが発症要因として考えられる。←

A氏の悪心・嘔吐は、治療で使用したCDDPが影響していると考えられる。CDDPの催吐性リスクは高度であり、悪心・嘔吐の発現時期としては、投与直後から1週間ほどである。A氏の悪心・嘔吐は、CDDP投与後24時間以降に発現しており、遅発性悪心・嘔吐と考えられる。遅発性悪心・嘔吐は、抗がん薬による直接的またはCTZを介した刺激によって生じる。また、悪心・嘔吐のリスク因子として挙げられているものの内、女性、若年、乗り物酔いの経験、悪阻の既往←  
の項目が当てはまっており、悪心・嘔吐のリスクは高かったと考えられる。←

また、オピオイドによる悪心・嘔吐のメカニズムとして、①末梢性神経路の刺激、②化学受容器引金帯（CTZ）の刺激、←  
③前庭神経系の刺激、④中枢神経系の刺激に伴うものが挙げられる。投与初期にみられ、鎮静作用が発現する必要量の約1/10で起こり、悪心は服用患者の約40%に、嘔吐は15～25%に発現する。発現時期としては、数日から1週間程度で耐性が生じて改善されることが多い。A氏は、モルヒネを2週間前から内服しており、オピオイドによる悪心・嘔吐の可能性は低いと考える。←

# 引用・参考文献

- 山下達,三浦里織 編：がん薬物療法看護ベストプラクティス、照林社、2020年
- 国立がん研究センター内科レジデント編；がん診療レジデントマニュアル 第9版、医学書院、2022年
- 日本癌治療学会「制吐薬適正使用ガイドライン2015」第2版一部改訂版ver.2.2、2015年
- 遠藤一司他：改訂第7版 がん化学療法レジメンハンドブック、羊土社、2022年
- 中別府多美得；看護の現場ですぐに役立つ がん薬物療法ケア、秀和システム、2020年
- 内布敦子他（1998）. The Integrated Approach to Symptom Management を応用した看護活動ガイドブック. 別冊ナーシングトゥデイ. 12, 178-184
- 内布敦子他（1999）. The Integrated Approach to Symptom Management (IASM) について  
(1)IASM のための記録用紙・分析スタンダードの開発. がん看護. 4(5), 414- 417