

調剤から preparation → clinical 臨床へ。



チーム医療による治療介入

病院で働く薬剤師は調剤だけでなく、医師を始めとした医療スタッフと一緒に患者さまの治療に深く関わっています。そんな薬剤師の活動を紹介します。

がん・緩和医療における薬剤師の役割

当院では、抗がん剤に対する混注・処方監査、服薬指導、副作用の確認や医療用麻薬の投与設計等に関わり、医師・看護師等と協力しながら診療のサポートを行っています。最近では、外来化学療法において、注射を使用したレジメンに対して、調剤薬局に情報を提供する取り組みも行っていきます。

今回、80代大腸癌・肝転移・肺転移のある方を例として、薬剤師の取り組みを紹介します。

【主治医】 現在フェントス® テープ 4 mgを使用しているが、内服困難になってきたためモルヒネ塩酸塩注射液に変更を考えており、投与量など教えてほしいと相談を受けました。

【薬剤師】 計算するとモルヒネ塩酸塩注射液 40～60 mg / 日となりますが、果たしてこの投与量でいいでしょうか？

ここで考えないといけないポイントが

- 1. 現在の疼痛の強さは？**
強い場合は増量を考慮
- 2. レスキューの使用は？**
使用回数によっては定期投与量の増量
- 3. モルヒネの受け入れは？**
モルヒネは有名な薬剤です。依存・死期を早めるなど間違った思い込みから使用拒否される場合があります。説明しても拒否な場合は代替案の提案が必要です。
- 4. 注射のルートは？**
静注での投与可能か？無理なら皮下注を検討
- 5. フェントス® テープは十分吸収されているか？**
皮膚状態悪化時には、十分吸収されていない可能性がある
- 6. 腎機能は？**
腎機能悪化によりモルヒネの活性代謝物 M6G の蓄積による副作用の懸念
- 7. フェントス® テープ剥離後の注射開始までの時間**
剥離後すぐに血中濃度 0 にはならないためそれぞれの血中濃度を考えながらの投与設計

この7つことを念頭において、患者さんの状態を把握するため病棟に行きます。

【本人・病棟・カルテでの情報収集】

レスキュー：オキノーム® 散 15 mg 1日1～2回使用。安静時FS(Face Scale):1/5。訪問時レスキュー使用後30分経過。レスキュー使用前はFS:4/5。現在はFS:1/5。腎機能問題なし。モルヒネ塩酸塩注射液への受け入れも問題なし。PS(Performance Status):4 呼吸数:18～23回/分。ALB:2.7g/dLと栄養状態も悪く皮膚状態も悪い。嚥下障害(+)
イレウス(-) 静脈ルートも確保できる。

【薬剤師】 これまでの情報を整理すると

1. 疼痛自制内と判断
2. レスキューに関して通過障害なく効果あり。定時投与にレスキューの上乗せ分も考える。
3. モルヒネの受け入れは問題なし。
4. 静脈のルートでの投与OK。
5. 皮膚・栄養状態の悪化によりフェントス® テープが十分吸収されない可能性があるため等価より少ない量への変更が安全
6. 腎機能は問題なし。
7. 現在はレスキュー使用後疼痛コントロールできている。そのためフェントス® テープの血中濃度低下も考えて剥離後6時間後開始

これらの7つのことを考えた結果、最終的にモルヒネ注射液 40 mg / 日持続注射で投与設定を考えました。

ただ、一度にはすべて切り替えず、副作用の出現や痛みの出現を最小限におさえるため、

まずは、フェントス® 4 mg⇒フェントス® テープ 2 mgに切り替えその6時間後に併用でモルヒネ塩酸塩注射液 20 mg / 日持続静注開始。レスキューはオキノーム® 散 1.5 mg⇒モルヒネ塩酸塩注射液の2時間分量の早送りを医師に提案し、服薬指導を行います。

【その後】 FS:1/5 レスキュー:0～1回/日 呼吸数:17～20回/分と疼痛の悪化、副作用もみられないまま2日間経過したためフェントス® テープ 2 mg + モルヒネ塩酸塩注射液 20 mg / 日持続静注をフェントス® テープ剥離後6時間後にモルヒネ塩酸塩注射液 40 mg / 日持続静注、レスキューは1時間分早送りを提案しました。変更後も疼痛の悪化、副作用もみられないまま経過できました。