

嘔気、嘔吐

定義

嘔気：心窩部から前胸部にかけて、「吐きたい」「ムカムカする」不快な自覚症状。

嘔吐：胃の内容物が口腔から排出される現象であり、嘔気を伴うことも伴わないこともある。

原因

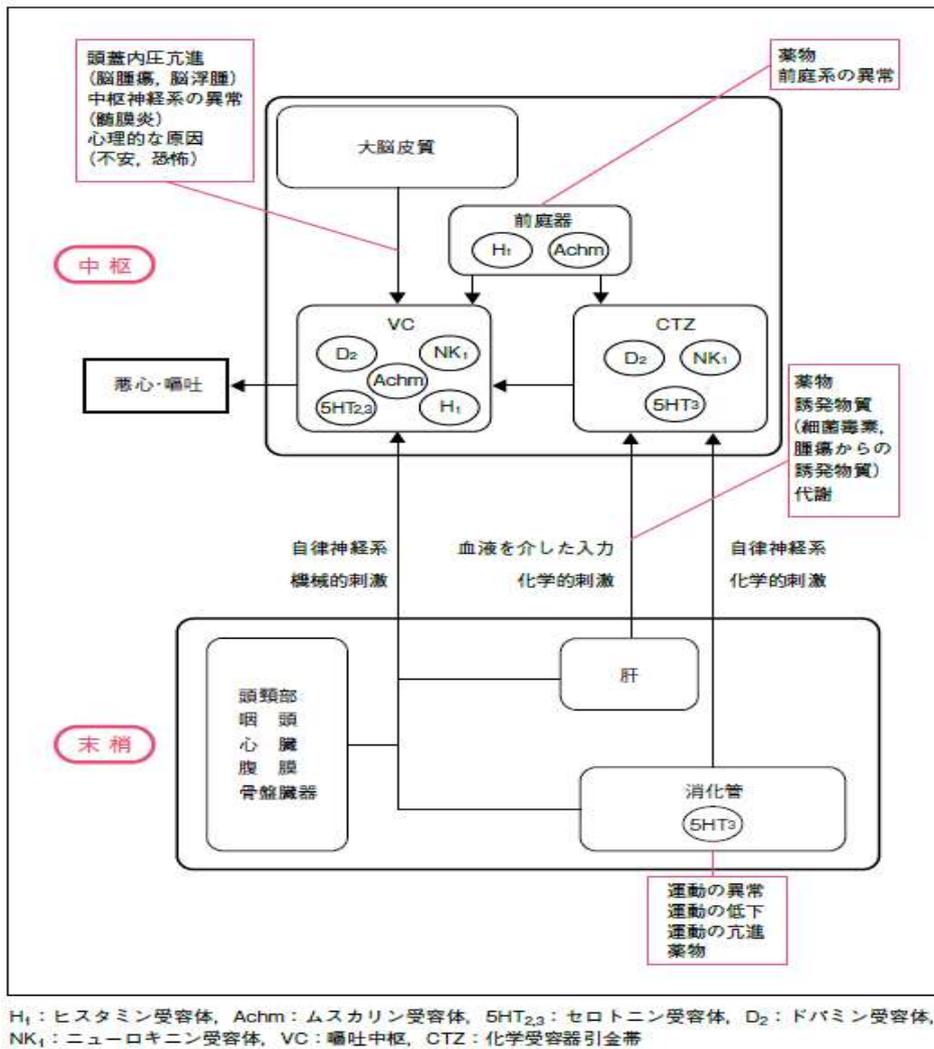
嘔吐は何らかの原因で嘔吐中枢 (vomiting center:VC) が刺激されると迷走神経、交感神経、体性運動神経を介して起こる。幽門が閉ざされ、食道括約筋がゆるみ、胃に逆流運動が起こり、それとともに横隔膜や腹筋が収縮して胃を圧迫し、胃の内容物が排出される。嘔吐中枢を刺激する経路としては、第四脳室の化学受容器引金帯 (chemoreceptor trigger zone:CTZ)、末梢 (消化管など)、前庭器、大脳皮質などがある。これらの機序が複数同時に存在することもある (表 1、図 1)。

表 1 悪心・嘔吐の原因

嘔吐中枢への経路	機序	原因
CTZ (化学受容体引金帯)	血液や脳脊髄液中の代謝物、ホルモン、薬物、細菌の毒素などの催吐性がある刺激、神経伝達物質 (ドパミン、セロトニン、サブスタンス P など) や薬物 (モルヒネ、ジギタリスなど) などが嘔吐中枢を刺激する。	オピオイド、ジゴキシン、抗痙攣薬、抗菌薬、抗うつ薬、化学療法、感染、腫瘍からの誘発物質、腎不全、肝不全、高 Ca 血症、低 Na 血症、ケトアシドーシス
末梢	<ul style="list-style-type: none">・咽頭、心臓、肝臓、消化管、腹膜、腹部・骨盤臓器の機械的受容体あるいは肝・消化管の化学受容体が刺激されると迷走神経、交感神経、舌咽神経を介し、嘔吐中枢が刺激される。・内容物が停滞することで、消化管の伸展を引き起こし、機械的受容体が刺激され、迷走神経、内臓神経を介して嘔吐刺激が伝えられる。・化学療法や放射線治療など消化管の粘膜傷害が起こると、セロトニンが腸管クロム親和性細胞より放出され、求心性の迷走神経を介して刺激が嘔吐中枢に伝えられる。	肝腫大、腹水、腫瘍による圧迫、がん性腹膜炎、尿閉、放射線治療、便秘、下痢、消化管閉塞、アスピリンや NSAID s などの消化管を刺激する薬物、抗菌薬、アルコール、鉄剤、去痰薬
前庭器	体の回転運動や前庭の病変、薬物刺激などにより前庭が刺激されると、ムスカリン受容体やヒスタミン H ₁ 受容体の関与するコリン作動性ニューロン、ヒスタミン作動性ニューロンにより、直接または最後野を介して嘔吐中枢が刺激される。	頭位変換による誘発 (メニエール症候群、前庭炎)、頭蓋底への骨転移、聴神経腫瘍、オピオイド、アスピリン

<p>中枢神経系</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・頭蓋内圧亢進や腫瘍、血管病変などが直接または間接的に嘔吐中枢を刺激する。脳圧が高くなくても脳室の拡大、進展があると機械的受容体が刺激され、嘔吐中枢への入力となる。 ・精神的・感情的な要因によっても嘔吐は起こる。経路は明らかではないが、化学療法における予期性嘔吐はよく知られている。 	<p>脳腫瘍や脳浮腫、細菌性髄膜炎、癌性髄膜炎、放射線治療や脳幹の疾患、不安や恐怖</p>
--------------	--	---

図1 悪心・嘔吐の機序



治療

1. 制吐薬を頓用で使用しながら、原因の治療を行う。
2. 病態に合わせた制吐薬の定期処方を行う。
3. 制吐薬の変更、他の作用機序の制吐薬、ステロイドの追加をする。
4. 病態に基づいた薬物療法を行う。(表2、表3)
5. 制吐剤の副作用とその対策

錐体外路症状: ドパミン受容体に拮抗する薬剤 (D₂受容体拮抗薬) では、薬剤性パーキンソン症候群、アカシジアが生じる。疑われる場合は減量、中止する。

表2 原因別の薬物治療

原因		機序	治療に使用される薬物	
薬剤性	オピオイド鎮痛薬	CTZ、前庭、末梢性	D ₂ 受容体拮抗薬±抗ヒスタミン薬	
	抗悪性腫瘍薬	急性嘔気・嘔吐	CTZ、末梢性	5HT ₃ 受容体拮抗薬+コルチコステロイド(+アプレピタント)
		遅発性嘔気・嘔吐	CTZ、末梢性	コルチコステロイド(+アプレピタント)
		予期性嘔気・嘔吐	大脳皮質	ベンゾジアゼピン系薬
胃内容物停留	がん性腹膜炎、腹部腫瘍など	末梢性	消化管運動改善薬、コルチコステロイド	
腸閉塞	腹部腫瘍	末梢性	オクトレオチド、コルチコステロイド	
	便秘、宿便	末梢性	下剤	
生化学的因子	高Ca血症	CTZ	ビスホスホネート製剤、コルチコステロイド、D ₂ 受容体拮抗薬、生理食塩液、利尿薬、エルシトニン	
頭蓋内圧亢進	脳浮腫、頭蓋内病変	前庭、大脳皮質	抗ヒスタミン薬、コルチコステロイド、浸透圧性利尿薬	
その他	放射線治療	末梢性	5HT ₃ 受容体拮抗薬+コルチコステロイド、D ₂ 受容体拮抗薬	

表3 薬物療法の投与経路と処方例

分類	商品名	投与経路	処方例
中枢性D ₂ 受容体拮抗薬			
定型抗精神薬	ノバミン	経口	5mg/回、3回/日
	ハロペリドール	経口	0.75mg/回、1~2回/日
注射		2.5~5mg/日、1~2回/日	
消化管運動改善薬			
末梢性D ₂ 受容体拮抗薬	プリンペラン (中枢性D ₂ 受容体拮抗作用もある)	経口	5~10mg/回、2~3回/日 食前
		注射	5~10mg/回

		ドンペリドン	経口 坐薬	10mg/回、3回/日食前 30mg/日、2~3回/日
		ナウゼリン	経口 坐薬	10mg/回、3回/日食前 60mg/回、2回/日
	5-HT4受容体作動薬	モサプリドクエン酸塩	経口	5mg/回、3回/日
抗ヒスタミン薬		アタラックスP	経口 注射	25mg/回、2~4回/日 静注・筋注：25mg/回、1~4回/日
		トラベルミン	経口	1錠/回、3~4回/日
抗コリン薬		ブチルスコポラミン臭化物注	注射	10~20mg/回、皮下注、筋注
5HT3受容体拮抗薬		カイトリル	経口	2mg/日
ソマトスタチン類似体		オクトレオチド酢酸塩皮下注	注射	100~300 μ g/日、皮下注
コルチコステロイド		デカドロン	経口	4~20mg/日
		リンデロン ベタメタゾン	経口、 注射	0.5~8mg/1~4回 2~8mg、3~6時間毎静注 2~10mg/回、1~2回/日
ベンゾジアゼピン系抗不安薬		ワイパックス	経口	1~3mg/2~3回

看護

1. 嘔気・嘔吐の誘発因子の除去
 - 1) 嘔吐物のほか、食品のにおいや排泄物、薬剤や化粧品、芳香剤などのおいも症状を引き起こす刺激になりやすいため、できるだけ避けられるように配慮する。
 - 2) 便秘が影響している場合は、排便管理を行う。
2. 安楽な体位の工夫
 - 1) ベッドのギャッジアップやオーバーテーブル、クッションなどでできるだけ症状が刺激されず患者が安楽と感じる体位が取れるように工夫する。
 - 2) 嘔吐時は、嘔吐物による誤嚥を防ぐため、座位や側臥位、または顔を横に向け、安楽な姿勢で安静をうながす。
 - 3) 腫瘍による肝腫大のため、胃の幽門から十二指腸にかけて圧迫されているときには、右側臥位をとると嘔気・嘔吐を軽減する場合がある。
 - 4) 衣類の締め付けは、症状を引き起こしやすくなる。特に腹部周辺を圧迫しないように下着や衣類をゆるめるようにする。
3. 環境調整
 - 1) 洗面器やガーグルベースン、飲料水、ゴミ箱、ティッシュ、ナースコールなどを患者の手の届きやすいところに置いておくなど安楽に過ごせるよう配慮する。

- 2) 嘔吐物や汚染した衣類などを速やかに片付け、換気を行う。
 - 3) 安静に過ごせるように、周囲の環境に配慮する。
4. 口腔ケア
- 嘔吐物が口腔内に残っていることで不快感が生じたり不衛生となる。通常通りの歯磨きやうがいが悪心・嘔吐を誘発する場合もあるため、レモン水や冷水で数回に分けてうがいを行うなど工夫する。
5. 心理的サポート
- 1) 不快感のない程度に背中をさすったり、ゆっくりと声をかけたりと不安や苦痛の軽減を図る。
 - 2) 患者の状況に合わせて十分な説明や不安感への対処を行う。

〈参考文献〉

- ・奥村能城 (2021). 特集ルーティンを見直す！病棟指示と頓用薬の使い方：嘔気・嘔吐時の指示. レジデントノート, 23(3), 311-318.
- ・特定非営利活動法人日本緩和医療学会(編) (2017). がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2017年版. 金原出版.
- ・松尾直樹 (2021). 薬物療法の up-date①病態に応じた制吐薬の選択は効果があるのか?. 緩和ケア, 31(4), 255-259.
- ・安部正和 (2021). 薬物療法の up-date⑤化学療法に伴う悪心・嘔吐：化学療法の影響もありそうな悪心・嘔吐の薬物療法. 緩和ケア, 31(4), 273-276.

北播磨総合医療センター 緩和ケア委員会 2017.2 作成
北播磨総合医療センター 緩和ケア委員会 2019.4 改訂
北播磨総合医療センター 緩和ケア委員会 2023.10 改訂