

OPS はなぜ生まれたか？

..... 今後の展望

OPS は今までにない、新しい疼痛評価スケールです。客観的にリアルタイムに痛みを評価し、数値化することにより、分析、比較が可能になります。「痛み」を科学します。

OPS はなぜ生まれたか？

当院では下肢静脈瘤の手術を積極的に行っております。

静脈瘤血管内焼灼術と静脈瘤切除（スタブ・アバルジョン法）は局所麻酔下で行うのが一般的です。なぜなら、神経障害の回避と、手術直後から歩行することより、深部静脈血栓症の予防になるからです。

しかし以前より術中に痛みを訴える患者さんが少なくありませんでした。そこで苦痛を取り除き、少しでも楽に手術を受けてもらえるように、さまざま改善を行いました。

局麻針を 32G と極細に変更。局麻注入部位には、キシロカインゼリーを塗る。ごく軽度の鎮静（アタラックス P 1/4A 静注）、TLA 麻酔液を 40℃に保温し、寒冷刺激を下げるなどです。

これらの改善効果を判定しなければ、ただの自己満足に終わってしまいます。そこで使用可能な疼痛スケールを探しました。現在臨床で使用されている主なスケールは NRS（0～10）、VAS がありますが手術終了後に患者さんに聞く必要があります。

また唯一リアルタイムに評価する方法として、フェイススケール（0～5）がありますが、判断基準が曖昧で、評価者によるバイアスが大きいため、あまり使用されておられません。

やむなく独自に評価する方法を検討しました。まずシンプルで、覚えやすく、臨床的に意味があり、汎用性があり、評価者のバイアスが少ないことを条件にしました。

OPS 0・1 はフェイススケールを参考にしました。実際には OPS 1 はフェイススケール 1～4 に相当するかもしれません。

次に患者さんは疼痛刺激があると逃避反射として、無意識のうちに体を逃げるように動きます（OPS 2；体動が生じる）。痛みが強いときには、痛みを訴えます（OPS 3）。

我慢できない痛みに対しては、繰り返し痛みを訴えます（OPS 4）。また手技を止めている

にも関わらず痛みを繰り返し訴える場合には、痛みの原因が残っている（神経損傷、動脈損傷、臓器損傷などの重大な合併症が生じている）可能性があり、十分な注意が必要です。手術・手技が継続できない場合、または吸入・静脈麻酔を追加した場合（OPS 5）は最高レベルと判定するようにしました。

プロトタイプ作成から手術室スタッフと検討を重ね、マイナーチェンジを繰り返し、この OPS が決まりました。

現在、当院での静脈瘤手術は 平均で OPS 1.8 NRS 3.4（OPS と NRS の相関係数は 0.49 で正の相関を認めます。）程度で全例局所麻酔下で施行しています。

今後の展望は？

いままで「痛み」というのは医療現場において非常に重要な問題にも関わらず、長い間ブラックボックスでした。

「あの患者さんは痛がりだ」、「今日の検査は大変だった」「あの看護師さんは採血が上手なのよね〜」など、曖昧なことばかりです。

しかし OPS を使えば、状況は一変します。「この患者さんは前立腺肥大があり、前回のバルーン挿入で OPS 4 だったため、今回は最初から医師に依頼しました。」「今日のカテーテル検査は OPS 3 でした。」「新人看護師は入職後 6 か月で採血は OPS 2、静脈ルート確保は OPS 3 が達成できるように教育しています。」などです。

臨床研究、看護研究でも使用可能です。痛みを生じるポイントに分類して、評価、数値化することにより、痛みの原因が特定でき、その対策を講じ、さらに、その効果が判定できます。

いままでは決して検定できなかった微妙な違いも数値化し、症例数を重ねるうちに、有意差が生じるようになるかもしれません。（例：採血時に採血理由を説明した後に、採血した群と、説明なしに採血した群の比較など）

痛みは感情に近いところがあります。不安、緊張、ストレスなどは交感神経を興奮させ、痛みの閾値を下げます。看護力の見せどころです。

「局麻手術は我慢するもの」「採血が痛いのは当然だ」というような考えを変え、患者さんの手を握り、「痛くないですか？」と問い続ける看護から、注意深く観察し、評価し、分析

する看護に大きく舵を切ることになるかもしれません。

「痛み」という巨大なブラックボックスに風穴を開けられればと願います。

2016年10月 心臓血管外科 山本賢二、手術室主任、神谷 薫