

もみじ



県立広島病院 ☎082-254-1818 (代)
〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5番54号



理念：患者さんの権利を尊重し、県民に信頼される病院をめざします。

麻酔科

教えて
Dr.⁶⁹

带状疱疹と 带状疱疹後神経痛



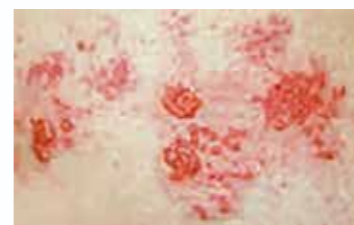
麻酔科 部長
かじやま せいじ
梶山 誠司

◆带状疱疹の病態と治療目標

带状疱疹は、水痘・带状疱疹ウイルスが脊髄後根神経節や三叉神経節などに潜伏し、その後、免疫力の低下などをきっかけに再活性化されることによって発症します。症状は特徴的で、強い炎症によりダメージを受けた神経支配領域に片側性の痛みと小水疱群が出現することが知られています。



带状疱疹の治療目標は、合併症の防止、免疫のない患者への感染予防、そして痛み対策です。抗ウイルス薬を皮疹発症から72時間以内に1週間投与することにより、皮疹の治療促進だけではなく、痛みの緩和や消失までの期間短縮を期待することができます。しかし、現在の抗ウイルス薬では早期に投与しても带状疱疹後神経痛への移行を完全には防止することができません。そのため、予防接種は带状疱疹を発症させないための選択肢の一つと考えられています。



带状疱疹は上半身や顔面に現れます

◆带状疱疹痛の治療

带状疱疹急性期の痛みの強さは带状疱疹後神経痛移行への危険因子であるため、急性期から積極的に疼痛緩和することが重要です。まず、皮膚組織の炎症を伴った侵害受容性疼痛に対してアセトアミノフェンや非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）を用いた薬物療法を行います。

重症例では神経障害性疼痛の様相が侵害受容性疼痛と同時期から見られることもあるため、初期治療で十分な鎮痛効果が得られない場合には、抗てんかん薬や抗うつ薬などの併用を考慮しています。

痛みが慢性化すると患者の生活の質が著しく低下するため、薬物療法による鎮痛に加えて、早期から局所麻酔薬を用いたイオントフォーシス療法を併用しています。

患者の受診ごとに疼痛スコアを用いて治療効果を判定しながら、痛みが特に強い症例では、超音波ガイド下神経ブロック療法を適宜検討しています。痛みが遷延しないように早期からさまざまな治療法を組み合わせた積極的な疼痛治療を行うことを心がけています。



次ページは医療従事者向けです→

国際平和文化都市 広島からのメッセージ

～改善の歩みを止めない～

第24回フォーラム『医療の改善活動』

全国大会
in 広島

開催日 2023年 **11/17(金)・18(土)**

開催場所 **広島県医師会館** 〒732-0057 広島県広島市東区二葉の里 3-2-3

特別講演 **高畑 好秀** (メンタルトレーナー)

大会長 **板本 敏行** (県立広島病院 院長)

開催当日も
受け付けてます!

お申込み
お問合せ 第24回フォーラム事務局 県立広島病院 改善推進室
<https://tqmh.jp/forum2023/index.html>



主催：一般社団法人医療のTQM推進協議会



県立広島病院からのお知らせ

11月のがんサロン

開催日時 令和5年**11月17日(金)** 14:00～15:00
場所 新東棟2階 研修室及びオンライン
テーマ 『がんの3大治療の一つ放射線治療を知ろう!』
講師 放射線治療科 部長 / 土井 歓子 医師
対象 悪性腫瘍(がん)の患者さん
及びそのご家族
(当院受診歴不問)
問合せ先 がん相談支援センター
☎082-256-3561
hphchikirenkei@pref.hiroshima.lg.jp



がん医療従事者研修会

開催日時 令和5年**11月14日(火)** 19:00～20:30
場所 県立広島病院 中央棟2階講堂 及び ZOOM 開催
テーマ 『ゲノム情報を知り活かす医療
～がん診療におけるゲノム医療～』
演者 ゲノム診療科 主任部長 / 土井 美帆子
看護部 看護専門員 / 岩見 加奈子
薬剤科 医療技術専門員 / 今津 邦智
対象 医療従事者及びその関係者
問合せ先 総務課管理係(担当 / 石岡)
☎082-254-1818(内線/4271)



◆帯状疱疹後神経痛(神経障害性疼痛)

帯状疱疹後神経痛とは、帯状疱疹の皮疹が治癒した後も痛みが残存し遷延する病態で、発症後3か月以上経過したものを帯状疱疹後神経痛と定義しています。

帯状疱疹後神経痛の危険因子としては、高齢、急性期の強い痛み、重度の皮疹、皮膚の知覚異常などが考えられています。罹患部に衣服が触れる程度で痛みを感じるなど、通常では痛みを引き起こさない刺激によって発生する痛み(アロディニア)が見られるような場合では、神経障害性疼痛への移行が強く示唆されます。帯状疱疹後神経痛は、ウイルスにより損傷した神経に異所性発火、つまり痛覚受容器を介さずに本来は興奮が生じない箇所からインパルスが発生することで起こる代表的な神経障害性疼痛ということになります。

神経障害性疼痛は、痛みの重症度が高く、睡眠障害や活力の低下、抑うつなどさまざまな併存症を伴い QOL に大きく影響することが知られています。そのため、痛みだけでなく QOL の改善にも着目して治療薬を選択しています。

第一選択薬 (複数の病態に対して有効性が確認されている薬物)

- **Ca²⁺チャネル α₂δリガンド**
プレガバリン、ガバペンチン*1
- **セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬**
デュロキセチン*1
- **三環系抗うつ薬(TCA)**
アミトリプチリン、ノルトリプチリン*1、イミプラミン*1

第二選択薬 (1つの病態に対して有効性が確認されている薬物)

- **ワクシニアウイルス接種家畜炎症皮膚抽出液**
- **トラマドール***2

第三選択薬

- **オピオイド鎮痛薬**
フェンタニル*2、モルヒネ*2、オキシコドン*2、フプレノルフィン*1、など

*1: 本邦承認外 *2: 本邦一部承認外

一般社団法人日本ペインクリニック学会 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂版作成ワーキンググループ
編: 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂第2版, 49, 真興交易(株)医書出版部, 2016.

日本ペインクリニック学会の「神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン」のアルゴリズムにおいて、第一選択薬は、複数の神経障害性疼痛疾患

に対して有効性が確認されているプレガバリンやガバペンチン、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬であるデュロキセチン、三環系抗うつ薬であるアミトリプチリン、ノルトリプチリン、イミプラミンです。脊髄の下行性疼痛抑制系の賦活化作用を持つ抗うつ薬は焼けるような痛みに対して効果があり、脊髄後角でシナプス前枝からの神経伝達物質の放出を抑制することによって鎮痛効果を発揮するプレガバリンやガバペンチンは電気が走るような痛みに対して有効である可能性が高いと考えられています。

第二選択薬は、ワクシニアウイルス接種家畜炎症皮膚抽出液(ノイロトロピン)、弱オピオイドであるトラマドールです。第一選択薬で鎮痛効果が不十分な場合には、トラマドールまたはトラマドール・アセトアミノフェン配合剤の併用を考慮しています。

フェンタニルなどのオピオイド鎮痛薬に関しては、長期投与の効果と安全性の検証が未だ十分でないとの判断から第三選択薬になっています。

帯状疱疹後神経痛に対する神経ブロック療法の効果を示す報告は少ないですが、日本では患者の希望に応じて施行されているのが現状だと思われます。経験豊富な専門医の下で一定期間試す価値はありますが、効果と安全性には十分配慮する必要があります。

◆まとめ

帯状疱疹の治療では、早期からの抗ウイルス薬投与だけでなく、痛みの病態の変化を見極めた適切な薬物療法が求められます。痛みを使用する薬剤の種類は決して多くないため、患者の訴えや状況に応じて適切に使い分けことが大切です。薬物療法を実施しても、抑うつ、不安、食欲低下、不眠、引きこもりなどの QOL や ADL の低下が見られる場合には、早期にペインクリニックへの紹介を考慮してください。

外科医の独り言...no.145

— 2040年の人手不足 —

この原稿を執筆している現在、10月初旬ですが、まだ真夏日を記録するありさまで、この先どうなるのか不安になります。また世界各国で発生する災害のニュースを見るたびに、明らかに地球がおかしい、こんな時に戦争なんかしている場合じゃないだろうと皆が思っているはず

です。地球がおかしいのは大変心配ですが、わが国に目を向けると人口減少は、地球がおかしいに負けないくらい深刻です。特に第2次ベビーブームに生まれた団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年には少子化による急速な人口減少と働き手不足が深刻となります。さらにこのコロナ禍での急激な出産数の減少は、これからの人口減少に一層の拍車がかかりそうです。更にこれから本格的に行われる働き方改革も逆風となり、人手不足は医療現場のみならず全産業共通の問題となります。ここでは医療現場での人手不足の解決方法を珍しく真面目に考えてみたいと思います。

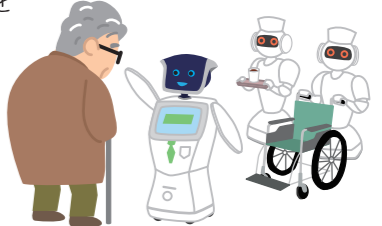
医療現場では、医師だけでなく看護師、薬剤師なども含めた全医療スタッフが不足するでしょう。となるとロボットや人工知能(AI)の手を借りるしかないのでしょうか、人間でないとできないことは何なのかを考えてみました。

現在、手術用ロボットは、国産ロボットも開発され以前よりは比較的低価格で入手でき、多くの医療機関で導入されています。県病院でも一昨年の11月に手術ロボットを設置しました。このロボットは、深く狭いところでの細かい操作を得意としており、平日はほぼ毎日文句も言わず働いてくれて疲れ知らずです。ただ、ロボットですので遠隔で操作しているのは外科系医師で、ロボットが勝手に手術をできるわけではありませんが、今まで3~4人の外科系医師で行っていた手術を1~2人でできるので人手不足解消には有効です。

AI やロボットは、患者さんの症状や検査結果を分析して病気を診断し、治療方法を提案してくれます。ただし、患者さんの表情や言葉から不安な感情までを読み取って答えを出してくれるほど気は利きません。また、同じように患者さんの心理を理解して共感することもできません。

AI やロボットは、過去のデータに基づいて客観的な判断や決断を下すことはできますが、倫理観や道徳観を考慮しながらの判断は得意なようです。特にアルゴリズムに沿って出てくる答えは通常一つで、あいまいさがなくそれが長所と言えばそうかもしれませんが、物事は何でも白黒はっきりできるとは限らないので、倫理観や道徳観などの色々な事情を踏まえた上での判断は、やはり人間に頼らざるをえないようです。

ついでに言うと、AI やロボットは学習したデータやルールに従って行動することはできません。創造的な発想や柔軟な対応を行うことはできません。医療現場では、予期せぬ事態や困難な状況に遭遇することがよくありますが、臨機応変に対処したりすることをロボットは苦手としており、そのような気の利いた対応は人間にしかできません。ということは裏返すと、電子カルテばかり見て患者さんの顔を見ず、顔も見なければ感情を読み取ることもできずに共感できない医師や、倫理観や道徳観に欠ける医師、そして臨機応変な対応の出来ない医師は、近い将来 AI やロボットに置き換えられ不要になるということかもしれません。人手不足の対策を真面目に考えるつもりでしたが、結局2040年に生きていれば80歳を過ぎた私が、人手不足だからと言って医療現場に立っている姿を思い浮かべましたが、何の役にも立たず邪魔者になっているイメージしか湧きません。残念。



院長/板本 敏行

脳心臓血管カンファレンス

脳心臓血管センター長/上田 浩徳

脳小血管病 (SVD: Cerebral Small Vessel Disease)

【脳神経内科/阿部 貴文】

SVD とは脳内の微細な動静脈及び毛細血管が何らかの原因で障害(脳小血管の破綻)され、脳内微細血管周囲で営まれる適切な循環・代謝・神経ネットワーク維持が困難となることにより、脳の器質的・機能的変化を伴う症候群で、代表疾患が脳卒中と認知症です。病理学的には1型~6型に分類され、1型は細動脈硬化(加齢や血管リスクに関連)、2型はアミロイドアンギオパチー(孤発性・遺伝性)、3型は2型を除く遺伝性、4型は炎症性・免疫介在性、5型は細小静脈周囲の膠原線維の増生、6型はその他(放射線治療関連)と分類されています。SVD付随病変はラクナ、白質病変などの虚血メカニズムによる発生とMRIで検出可能な脳微小出血(CMBs: Cerebral Microbleeds)のような出血起源のものが含まれます。そのため、治療としての抗血栓療法を選択が課題となっています。すなわち、SVDでは症例毎の虚血、出血のリスクを鑑みた抗血栓療法の選択、リスク因子への介入が重要と考えます。

ご意見箱

患者やその家族用に図書室を作りたいです。



図書室について

貴重なご意見をありがとうございました。

当院では、患者さんやそのご家族のための図書室として、新東棟の2階に情報収集室を設置しております。新型コロナウイルスの影響により、令和2年12月より長らく閉鎖しておりましたが、9月から再開しております。是非ご活用ください。

開室時間	
毎週火曜日	10:00 ~ 12:00
毎週金曜日	13:00 ~ 16:00

*年未年始祝日除く



室内でゆっくり読書できます