

神奈川県皮膚科医会総会・第153回例会 第112回茅ヶ崎市皮膚科医会例会

日時：平成29年3月5日（日）午後2時～

会場：関内新井ホール

テーマ：小児に多いウイルス性皮膚疾患

1. 開会
2. 医会報告
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「带状疱疹関連痛（ZAP）」
本田まりこ（横浜市）
座長：眞鍋泰明（茅ヶ崎市）
5. イントロダクション 掛水夏恵（茅ヶ崎市）
6. 講演1「私の、いぼ治療」
江川清文（天草皮ふ科・内科）
座長：掛水夏恵（茅ヶ崎市）
7. 講演2「子どもたちを取り巻くウイルス感染症の最新事情」
日野治子（関東中央病院特別顧問）
座長：池澤優子（茅ヶ崎市立）
8. 情報交換会

带状疱疹関連痛（ZAP）

本田まりこ

まりこの皮膚科

带状疱疹は水痘・带状疱疹ウイルス（varicella-zoster virus、VZV）の感染によって、主に体の片側の皮膚や粘膜に神経痛様疼痛を伴う水疱性病変または潰瘍性病変を形成する疾患で、皮膚疾患であるとともに神経に炎症が起こる神経疾患でもある。VZVの再活性化に伴って感覚神経節炎や感覚神経炎が起こり、神経障害性疼痛が生じる。その後、皮膚を含む組織に炎症を起こして侵害受容性疼痛が生じる。炎症の結果、神経細胞や神経線維が変性し、再度神経障害性疼痛に変わっていく。带状疱疹の急性期疼痛と带状疱疹後疼痛（PHN）を合わせて带状疱疹関連痛とっている。

疼痛が長期続くと扁桃体に可塑的变化を起こし、慢性痛に移行する。带状疱疹の急性期疼痛を起こさないようにするには、まずウイルスの増殖を抑制し、炎症を起こさせないことと起こってしまった炎症を早く治すことである。前者には抗ウイルス薬があり、炎症を抑制するには非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）や副腎皮質ステロイド薬、非ステロイド性抗炎症薬がある。

炎症の結果生じる疼痛に関しては、鎮痛薬が一般に使用される。鎮痛薬は中枢神経または末梢に作用して疼痛を消失・軽減させる薬物をいうが、麻薬性鎮痛薬（モルヒネ、フェ

ンタニル、オキシコドン、コデインなど)、麻薬拮抗性鎮痛薬 (ペンタゾシンなど)、解熱鎮痛薬 (アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs))、その他特定疾患の疼痛に用いられる鎮痛薬がある。欧米諸国の帯状疱疹ガイドラインによると急性期疼痛に関して抗ウイルス薬はもちろんのこと、その補助薬品としてオピオイド鎮痛薬、三環系抗うつ薬、副腎皮質ステロイド、NSAIDs、解熱鎮痛薬が推奨されている。慢性痛に移行した場合、日本ペインクリニック学会によると第1選択薬は、三環系抗うつ薬、プレガバリン、ノイロトロピンであり、第2選択薬は、デュロキセチン、メキシレチン、第3選択薬は麻薬性鎮痛薬になる。脳の扁桃体に変化を来した場合、メキシレチン、麻薬性鎮痛薬が適応となろう。しかし、現在までの報告では、いずれの薬剤もVAS30mm程度には減少させるが、それ以上に有効なものはない。痛みとともに生きるということを認知させることも一つの手段になるかもしれない。

私の、いぼ治療

江川清文

天草皮ふ科・内科

講演では、演者の思う疣贅 (いぼ) 診療に際し留意すべき重要事柄を、以下に記す「いぼ治療15か条」として解説した。

1. 疣贅はHPVの接触感染でうつる。
2. HPVは正常皮膚には感染しえず、微小外傷を通じて表皮幹細胞に感染する。
3. HPVの潜伏期間は平均3ヶ月程度とされるが、数週から数年と一定しない。自験例では数週間程度である。
4. HPVには、不顕性感染や潜伏感染も多い。
5. HPVは毛や汗管等の皮膚付属器を感染標的としており、かつ、これらに潜伏感染しているようである。
6. HPVは、疣贅周囲の正常皮膚にも感染している。
7. 疣贅の病型の違いは主にHPV型により決定され、HPV型 (したがって病型の違い) は、好発年齢、自然経過や治療に対する反応性に影響する。
8. 疣贅の臨床像には免疫状態、発症部位や既治療も影響し、免疫不全患者での重症化、外陰部の皮膚・粘膜で尖圭コンジローマを生じるHPV6/11が、乾いた完全角化の皮膚では脂漏性角化症やボーエン様丘疹症様となること (BP/SK様コンジローマ) や、液体窒素凍結療法後の“ドーナツ疣贅”形成等はその例である。
9. 扁平疣贅に酷似する疾患に、遺伝性高発癌性の表皮発育異常症がある。
10. 感染力を有するHPVの成熟粒子産生は、分化した細胞でしか、また (筆者の検討結果) 成熟した疣贅でしか活発ではない。
11. 角化細胞のHPVに対する感染感受性は創傷治癒期に高くなり、組織破壊的治療を行う際の注意事項である。
12. 再発の大半は治癒後3~6ヶ月以内に起こっており、少なくともこの間のフォローが必要である。
13. 疣贅の診断、鑑別診断や治癒判定にダーモスコピーが有用である。原則、皮膚紋理が正

常に復せば治癒と判定できる。

14. 他に比して絶対的に優れた治療が無い一方、プラセボ効果が大きい。

15. プラセボ効果の発揮される診療が大切である（一生懸命効果）。

これらに留意したいば診療を、心がけている。

子どもたちを取り巻くウイルス感染症の最新事情

日野治子

関東中央病院特別顧問

現在の子どもたちを襲う感染症、特にウイルス感染症は多彩で、疾患名は知っていても、見たことがないものも少なくない。ぜひ知っておくべき疾患を数種挙げて、現状をお示ししたい。

麻疹：感染力が強く、抗体がない状態で麻疹ウイルスに曝露されると90～100%の確率で感染する。2015年3月27日、世界保健機関西太平洋地域事務局によってブルネイ、カンボジアとともに麻疹排除を認定された。これは日本から麻疹が撲滅されたのではなく、日本本来の土着株D5がすでに5年以上出現していないことである。他の株は他国から輸入感染として日本へ入ってきて流行を起こしている。昨年、麻疹を薬疹と誤診し、患者が移動したため、数人のアウトブレイクを起こした事例の報告があり、麻疹の病態を熟知しておくべきである。

風疹：麻疹より病態は軽症ながら、妊娠中の罹患によって先天性風疹症候群の発症がありうるため注意が必要である。特に成人男性に抗体のない年代があり、流行に備えワクチン接種をすべきである。

水痘・带状疱疹：水痘は感染力が強い。2014年10月1日から水痘ワクチンが定期接種になったことにより、小児の罹患率は大幅に減少している。むしろ成人に感染する例がみられる。带状疱疹は子どもたちにも生じうる。保育所、幼稚園へはすべての皮疹が乾燥するまでは登園できない。保育所の勤務者の場合は、すべて痂痂化するまでは育児に手を出せない。学校へは病変部を覆ってあれば、登校は可能である。

これらの感染症にかからないようにするには予防接種を決められた時期にしておくことが重要である。疾患によっては数回の接種が要求されるものがあり、子どもたちは忙しい。予防接種のない感染症も子どもたちを狙っている。

伝染性紅斑：2015～2016年に流行があった。子どもたちの顔面の蝶形紅斑、四肢の網状紅斑は特徴的であるが、成人では非特異的な皮疹が多い。原因ウイルスB19の攻撃細胞によって、血液疾患、胎児の水腫など様々な障害が出る。不顕性感染も少なくない。

手足口病：エンテロウイルスによる。年により、流行種が異なるが、近年はCoxA16やCoxA6が多い。予後は悪くないが、糞便から長期間ウイルスが排出されるため、トイレやおむつ交換などの後の手洗い励行が重要である。

今後さらに多くのワクチンの開発、接種の徹底が必要である。

第153回例会を担当して

掛水夏恵

なつ皮ふ科

第153回例会は、第112回茅ヶ崎市皮膚科医会例会との共催で平成29年3月5日、関内新井ホールで開催されました。天候にも恵まれ、講師の先生方の人気もあり、174名の先生方の参加をいただきました。

準備の段階で、テーマを決めるにあたり、自分の興味があることをとアドバイスをいただき、開業してから一番自分が困っていることを勉強させていただければと思います、小児に多いウイルス性皮膚疾患をテーマとしました。

ミニレクチャーは、共催である日本臓器製薬の方から、本田まりこ先生を推薦していただき、带状疱疹関連痛（ZAP）についての講演をしていただきました。あとは、疣に関する第一人者であられる江川清文先生と、学校保健やウイルス性急性発疹症に造詣の深い日野治子先生をお迎えして講演をいただきました。

準備の段階で、医会の先生方から、疣の勉強をするならばと、満場一致で決まった江川清文先生の講演は、実際の治療に非常に役立つもので、疣の生態を考えながら、患者さんの生活指導も含めて患者さんに対する真摯な態度が重要と感じました。テーマの一つを疣にすることに色々心配はありましたが、例会を終えて本当に良かったと思いました。この講演後に、他地域から移動してきた患者さんが、疣でオキサロール軟膏での加療を併用していたりすると、この講演がお役に立てたのではないかと思ったりしています（もちろん他のところで勉強なさったのかもしれませんが……）。

日野治子先生のお話は、小児に多い感染症疾患を多岐にわたり、豊富な臨床写真とともに分かりやすい説明をしていただきました。当院のクリニックは、小児が多く、感染症もよくみるので、お話を聞き、疾患ごとの整理ができました。わかりやすく、臨床に直結するお話なので、皆様の診療のお役に立てています。

第153回例会を無事終えることができ、講師の先生方、準備からずっとご指導・ご協力いただいた先生方に深謝いたします。

神奈川県皮膚科医会総会・第154回例会 第147回横浜市皮膚科医会例会 第4回日本臨床皮膚科医会神奈川県支部総会

日時：平成29年7月2日（日） 午後2時～

会場：関内新井ホール

テーマ：デルマドロームと痒疹

1. 開会
2. 総会（日本臨床皮膚科医会神奈川県支部総会を含む）
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「日光角化症の臨床 ～その診断と治療～」
和田秀文（横浜市立大学附属病院皮膚科准教授）
座長：蒲原 毅（横浜市大附属市民総合医療センター）
5. イントロダクション
高橋さなみ（横浜市）
6. 講演1「内臓悪性腫瘍のデルマドローム ～皮疹の裏側にどこまで迫れるか～」
山本俊幸（福島県立医科大学皮膚科教授）
座長：渡邊 憲（みなと赤十字）
7. 講演2「わかりそうでわからない痒疹 ～その病型と病態の問題点～」
佐藤貴浩（防衛医科大学校皮膚科教授）
座長：高橋さなみ（横浜市）
8. 情報交換会

日光角化症の臨床 ～その診断と治療～

和田秀文

横浜市立大学附属病院皮膚科准教授

日光角化症は日常診療でよく診る疾患である。高齢者の日光暴露部に好発する表皮内有棘細胞癌（in situ SCC）で、放置をすると浸潤癌に進展する。SCCの発症リスクは圧倒的に日光角化症（AK）が多く、そのため早期段階のSCCとしての診断、治療が重要となる。

日光角化症は、AK（actinic keratosis）やSK（solar keratosis）と略すが、SKは老人にみられる脂漏性角化症（seborrheic keratosis）と混同するため、AKと略することが多い。

臨床所見は多彩で、多くは境界不明瞭な紅斑局面で、ざらざらとした角化局面を触れる。ダーマスコピーで丁寧な観察が大切である。毛孔部の残存正常毛孔が苺の種のように観察されるstrawberry pattern / red pseudonetworkが知られている。

確定診断は病理検査で、①表皮下層部の蓄状変化 ②病変部不全角化と毛包開口部の正常角化（umbrella sign）③不全角化は紅色調・正常角化は青紫調（pink and blue sign）④真皮上層にsolar elastosis ⑤真皮上層の毛細血管拡張とリンパ球浸潤などがある。

治療は外科的切除が確実な方法だが、さまざまな理由から手術困難例が多く、外用療法

を選ぶ例が多い。

一見正常に見える周囲にもAKがあり、外用療法で病変部と周囲の隠された病変を浮き立たせ、治療してしまう方法にfield therapyがある。Field therapyには、5%フルオロウラシルクリーム(5-fluorouracil 5-FU)や5%イミキモド(imiquimod)クリームがある。5-FUCr.は1日1回ODT、または1日2回の単純塗布でびらんを生じるまで使用する。一方、イミキモドCr.はAKに保険適応(手背のAKには適応無し)があり、1日おきに就寝前に外用、翌朝に洗い流す。これを4週間継続する。外用部に隠れた病変が紅く浮きだされ、外用領域全体にfield cancerizationが起き、全体のfield therapyが可能となる。使用中は紅斑が目立つため、使用前の丁寧な説明が重要である。

その他には光線力学療法(PDT:photodynamic therapy)が欧米で行われている。また、液体窒素による凍結療法は、多発例などに施行されてはいるが、再発率は上述の治療法に比べ高い。

日光角化症は自覚症状が乏しいため放置することが多い、進行した浸潤癌前の早期発見が重要となり、診断と適切な治療が重要となる疾患である。

内臓悪性腫瘍のデルマドローム～皮疹の裏側にどこまで迫れるか～

山本俊幸

福島県立医科大学皮膚科教授

われわれ皮膚科医が皮疹あるいは粘膜疹から、その奥に潜むかもしれない内臓病変に辿り着くことが出来たら、それは皮膚科冥利につきよう。実際の臨床場面を振り返ると、いくつかの代表的なパターンがあることに気が付く。一つは、先に診断がついてしまい、この診断であれば、あるいはこの症状が出てくれば内臓悪性腫瘍を積極的に検索する必要が出てくる場合、第二に、診断名は何にしてよいかわからないが、あまり見たことのない、変わった印象であることから、もしかしたらという思いで内臓悪性腫瘍の存在を疑い精査する場合、第三に、特徴的な皮疹/粘膜疹をみて精査する場合、などであろうか。

勿論、知っているかどうかは大きな問題だが、それに加えて皮膚科医の勘とでもいうようなものが大事である。勘を磨く近道はなく、皮膚科医としての考えをいろいろ張り巡らしながら日々の臨床をこなすことしかないと思う。

本講演では、演者のつたない臨床経験の中から、内臓悪性腫瘍のデルマドロームに該当するものをいくつかピックアップして紹介する。

わかりそうでわからない痒疹～その病型と病態の問題点～

佐藤貴浩

防衛医科大学校皮膚科教授

痒疹という病名を使用する機会は少なくない。しかし正しく病名を使用できているのかどうかとなると不安になる。学会や文献で痒疹と名の付く報告の多くは結節性痒疹か色素性痒疹

疹であるが実際に診断に迷うのはこれら以外の疹である。ありふれた疾患ゆえに報告されないのかもしれないし、病名に自信がないので報告できないのかもしれない。議論する場や聞く機会がないので自分の概念や病名の使い方が正しいのかますます不安になる。また疹の病名の使い方は個人差が大きいうえに、皮膚科医によっても各自にこだわりのある疾患である。

疹丘疹は痒い孤立性の丘疹でほぼ単一で多様性や変化に乏しい。しかし疹丘疹がどのような病態と形態的特徴をもって出来上がるのかについて、すべてのタイプの疹に矛盾ないように規定することは非常に難しい。日本皮膚科学会診療ガイドラインにおいて疹の定義や概念が提案され、かつての混乱は多少なりとも緩和されたように感じる。ガイドラインでは疹を急性、亜急性、慢性にわけ、さらに慢性疹として結節性疹と多形慢性疹を分類した。しかしながらいまだその定義の矛盾とわかりにくさを指摘する声もあるのが現状である。

本講演では、そもそも疹反応とは何なのか、そして生体にとって本来どのような意味を持っているのか、現行の定義・分類がかかえている問題点などについて考えてみたい。



第154回例会を担当して

高橋さなみ

ひざりやま皮膚科

私は2007年に開業してから神奈川県皮膚科医会に入会し、例会に参加するようになりました。担当幹事の先生のイントロダクションを聞くと、なぜそのテーマやご講演の先生を選んだかがよくわかりますし、熱意が伝わり、毎回楽しみにしています。しかし多くの先生方が熱心に参加する例会ですし、自分が担当幹事になったらさぞかしプレッシャーだろうなあと他人事のように思っていました。何年か経るうちに、親しい先輩のS先生が「先生にも担当幹事が回ってくるかもよ」と耳元で囁くようになりましたが、まさか……と思っておりました。ところが2年半ほど前、幹事長の川口博史先生から正式に担当幹事依頼メールがきてしまいました。川口先生は私の研修医時代からのオーペンで、先輩の菅千束先生、後輩の掛水夏恵先生と3人まとめてご指名頂いたので断れるはずありません。3人で担当幹事を一緒にできるわけではないのですが、一緒にがんばろう！的な空気が流れ、やむなくお引き受けすることになりました。

引き受けたとなればまずテーマを決めなくてはなりません。私は特に専門と言える分野も持ちあわせていないので、日常の診療のなかで自分をもっと深めたいと思うことをテーマにしようと決め、痒疹かデルマトロームかのふたつにしました。はじめての企画委員会には大変緊張しながら参加したのですが、ご出席の先生方は皆とても温かく、痒疹もデルマトロームといわれるし、両方くっつけてデルマトロームと痒疹にすればいいのではないかと助言がありテーマが決定しました。そして山本俊幸先生と佐藤貴浩先生の名前を挙げたところ、企画委員会にご出席の先生方の人脈は限りなく広く、〇〇で会うから声かけをしておくとおっしゃっていただきました。その後、学会の懇親会で山本先生、佐藤先生に直接お会いしてご挨拶ができ、正式に講演をお引き受け頂けてまずは一安心しました。以後、数回の企画委員会のたびに先生方のきめ細やかなアドバイスがあり、少しずつ154回例会が形になっていきました。

今回の共催は持田製薬でしたので、ミニレクチャーは横浜市立大学の和田秀文先生にベセルナ関連のお話をお願いしました。和田先生には日光角化症の診断と治療につき非常に明瞭な語り口でわかりやすいご講演を頂きました。講演1の山本俊幸先生には、特に内臓悪性腫瘍に伴うデルマトロームをメインに、お時間が許せば見逃してはいけないデルマトロームも……とお願いしたところ、ご講演ではすべて先生ご自身の豊富なご経験に基づく症例を呈示して下さり、その皮疹から導きだした患者さんの病態をくわしく解説して頂きました。日常診療のなかで丁寧に症例を積み重ねていく姿勢に非常に感銘をうけました。講演2の佐藤貴浩先生には、概念や分類がとても難解な痒疹を、臨床医の日常診療のなかでどうみていけばいいのか教えてほしいとお願いしたところ、エキスパートの立場から痒疹のみかたやとらえかたをととてもわかりやすく、かみくだいてご講演頂きました。今後は佐藤先生を中心に現在改訂中という痒疹のガイドラインにも是非注目したいと思います。

例会当日は幸い天候にも恵まれ、177名の先生方が参加して下さり、盛会のうちに無事に終了しましたことを大変うれしく思っています。担当幹事の機会を与えて下さり、最後までサポートして下さいました鎌田会長、川口幹事長、企画委員会の先生方、事務の瀬尾さん、共催の持田製薬に心から感謝申し上げます。

神奈川県皮膚科医会総会・第155回例会 第211回相模原市皮膚泌尿器科医会例会

日時：平成29年12月3日（日）午後2時～

会場：関内新井ホール

テーマ：知っておくべき外用療法

1. 開会
2. 医会報告
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「外用療法から生物学的製剤まで —乾癬治療におけるポイントと連携」
小林里実（聖母病院皮膚科部長）
座長：大松華子（相模原病院）
5. イントロダクション 高須 博（相模原市）
6. 講演1「外用剤の混合は基剤を『水』と『油』に分けて」
大谷道輝（杏雲堂病院診療技術部部長）
座長：三井純雪（北里大学）
7. 講演2「それでもやっぱり塗り薬 ～外用療法は理論か？ それとも経験か？～」
安部正敏（札幌皮膚科クリニック副院長）
座長：高須 博（相模原市）
8. 情報交換会

外用療法から生物学的製剤まで —乾癬治療におけるポイントと連携

小林里実

聖母病院皮膚科部長

7年前より乾癬治療に生物学的製剤が導入されて以来、我々の乾癬の治療で目指すべきゴールの認識が変わった。皮疹がほとんどない状態、すなわち、PASIスコアの改善率が90～100%を達成することではじめて、乾癬患者が乾癬であることを忘れて生活できるようになることがわかり、これが真のQOL寛解であることを学んだからである。

しかし、PASI90以上の達成は生物学的製剤でしか実現できないわけでは決してない。自験症例を振り返ってみると、外用療法でも、光線療法でも、内服療法でも、PASI90～100達成患者が結構存在する。多様な治療選択肢を得た今、大切なポイントは、各々の症例においてPASI90を達成できる治療がどれとどれなのかを見極めることであろう。

患者からすれば、治療費や副作用の心配なども乾癬治療において重要な要素であり、何かのライフイベントを控え一刻も早く皮疹を消したい方、今は経済面を優先したい方など、症例毎に優先順位が異なる。忙しい外来中に、これまで受けてきた乾癬治療の種類とその効果を確認し、患者の治療目標を聞き出すには、乾癬治療ピラミッドがとても便利である。私の活用法を紹介してみたい。そして、外用療法はもとより、光線療法は、毎週病院に来ることが困難でも、職場や自宅の近くのクリニックと連携して照射していただくことで実

現するわけであり、これからの乾癬治療では病院とクリニックとの連携が求められると考
えている。

生物学的製剤を複数手にした現在も、患者と皮膚科医との間に治療満足度の乖離がある。
乾癬患者がまず足を運ぶクリニックと市中病院や大学病院が情報と患者を共有し、患者主
体の治療を実現することが、この乖離を埋める近道かもしれない。

外用剤の混合は基剤を「水」と「油」に分けて

大谷道輝

杏雲堂病院診療技術部部长

皮膚外用剤の混合では、主薬の含量だけでなく、基剤の特性を理解することが大切である。
2000年の皮膚科医へのアンケート調査では混合後に問題を経験した医師は約20%であり、
80%が分離や変質であり、基剤の組み合わせに問題があることが明らかになっている。

2014年に我々が行った420の薬局への皮膚外用剤の実態調査では、よく混合している組み
合わせは400種類程度あるものの、配合変化の本や製薬会社への確認では45%しか混合可能
な組み合わせは認められなかった。55%の問題のある組み合わせでは、主薬含量よりも基剤
の分離やブリーディングが原因であった。これらのことから、現状においても皮膚外用剤の
混合では基剤の理解が不足していることが考えられる。

皮膚外用剤の基剤では、軟膏は油脂性基剤と水溶性基剤、乳剤性基剤は油中水型と水中
油型などに分類されている。一方、皮膚外用剤の混合では表に示す。

基剤の油と水による分類表

油	水
油脂性基剤	水溶性基剤
油中水型乳剤性基剤	水中油型乳剤性基剤
	ゲル

上記の表のように、基剤を「水」と「油」に分けて考えると解りやすい。原則として、油
に属する基剤同士や水に属する基剤同士は混合で問題のない組み合わせである。一部、ゲル
同士を混合すると粘度が低下してゲルの状態を保てない場合がある。クリームなどの乳剤性
基剤は、油中水型は外相が油であり、油に分類される。水中油型は外相が水であり、水に分
類される。油に属する基剤はべたつきが強く、塗布後水で洗い流すことはできない。これに
対し、水に分類される基剤は使用感がよく、水で容易に洗い流すことができる。

保湿剤の選択では水仕事をする人では油中水型の方が作用の持続が期待できる。臨床では
ステロイドの軟膏と保湿剤を混合する処方が多く認められるが、保湿としてウレパールクリ
ームやケラチナミンクリームを選択すると「油」と「水」の組み合わせとなり、分離などの原
因となるので注意が必要である。

このように皮膚外用剤の混合では基剤を水と油に分けて考えると正しい組み合わせの選択
が容易となる。

それでもやっぱり塗り薬～外用療法は理論か？ それとも経験か？～

安部正敏

札幌皮膚科クリニック副院長

外用療法は皮膚科治療学において大きな柱となるものであり、社会に対し皮膚科の専門性と重要性を大きくアピールする手段ともなる。学問としても大きく進歩しており、その理論は皮膚科医として必須の知識であろう。他方、外用療法は我々が患者に対し行うものである以上、理論通りに展開することは難しく、そこにはそれぞれの医師が涵養した経験がアドヒアランス向上に繋がり、より効果的な治療となる。例えば、“副腎皮質ステロイド外用薬と活性型ビタミンD3配合外用薬の混合処方とは問題である”という理論を前に、「混ぜた容器の軟膏にしてほしい!」と頑として譲らぬ目の患者に対しては、医師それぞれの経験が生きてくるのであろう。

他方、外用療法は、皮膚科医以外は勿論、OTCなどでも広くなされる治療法であるが、皮膚科医が行う外用療法は①正しい皮膚のアセスメント ②正しい診断 ③正しい治療法選択 ④優れた外用薬の存在 ⑤キメ細かな患者指導 ⑥患者の実践 ⑦再評価による軌道修正、というプロセスを経て行われるため、当然他に真似の出来ないスペシャリティーが高い治療法となる。

乾癬治療において副腎皮質ステロイドと活性型ビタミンD3配合外用薬から症状の改善に伴い活性型ビタミンD3配合外用薬単独療法に移行する場合など、直接切り替えるのではなく、間に両剤の併用期間を設けるとよい。

褥瘡治療においては、浸出液のアセスメントが重要となるが、皮膚科医の視点に立脚したアセスメント方法を多角的に行うことで、適切な基剤選択が可能となる。余談であるが、外用療法は常に配合剤と基剤の両者を吟味しながら行う治療であるが、褥瘡はそのトレーニングにも適した疾患である。

近年、保湿薬の不適切使用が問題となり大きな社会問題となった。OTCに多いセラミドは保湿以外にも多彩な作用があり、既に他領域で応用されている。その理論を知ることは次なるプロの外用療法の展開のヒントとなる。

第155回例会を担当して

高須 博

西大沼皮膚科クリニック

私が神奈川県皮膚科医会に参加するようになったのは、第21回日臨皮総会（群馬県）でのProject2005「たばこと皮膚」の統計処理をお手伝いしてからだと思います。伊香保温泉での夜の宴会は今でも忘れられない楽しいものでした。その後、学術・サーベイランス委員会等医会に参加させていただき、13年が経過したところに例会担当幹事のお話がありました。正確には、企画委員の北里大学安藝先生から「もしかしたら先生に担当幹事という話があったようですが、決まっていません」という話を聞いただけでした。自分から聞きに行くとやぶへびなので沈黙を守っておりましたが、企画委員長から例会の1年半前に企画委員会の連絡が来てしまいました。『断る』という選択肢は無く、引き受けざるをえない状況でした。例会まで1年半と時間がありませんでした。

担当幹事を引き受けると考えなければいけないのがテーマです。私がテーマを決めるに至った道筋を述べます。私の勤務医時代の専門は悪性腫瘍、とくに黒色腫。黒色腫の治療は、免疫チェックポイント阻害剤などが登場し個人的には興味深い領域ではあるが、医会のテーマとしてどうなんだろうか。自分の専門であるからこそ、聞きたい内容もない。例会に若手医師も参加してもらいたいという医会の意向もあり、悩む。今、診療していて困ることは何だろう。「他院でA軟膏：B軟膏の混合薬をもらっている。そこは混んでいるからここに来た。同じものを出してほしい」と来る患者がよくいます。本当にその混合が良いのだろうか。素直に出すべきか、納得しない組み合わせは出すべきではないのか。未だに処方はしていませんが、「外用剤について」をテーマにしようと考えました。共催メーカーも鳥居薬品なので丁度良い。

次いで演者です。演題は①外用剤の混合について ②外用の実際について、を講演していただける先生を探すこととなります。外用剤の混合に関しては薬剤師の大谷道輝先生にお願いしたく、メールさせていただき快諾を得ました。外用の実際についてはどの先生が良いのだろうか。外用剤について執筆されている先生方ではハードルが高くお願いしにくいと思っていたところ、札幌皮膚科クリニックの安部正敏先生が書かれた外用療法のコラムに目がとまり、お願いしたいと考えました。畑企画委員長にお口添えをいただき、お手紙にて快諾をいただきました。ミニレクチャーに関しては、鳥居薬品から乾癬関連での意向から聖母病院の小林里実先生にお願いすることが出来ました。今回は、第211回相模原市皮膚泌尿器科医会との共催のため、座長は北里大学皮膚科准教授の三井純雪先生と相模原病院皮膚科の大松華子先生にお願いしました。

ミニレクチャーの小林里実先生は、乾癬治療は生物製剤の登場により進歩したが、患者満足度は医師と患者との間に乖離があり、初診時に、治療歴を詳細に聞き取り、患者に合わせて治療法、ゴールを設定する必要性の重要性につき講演いただきました。講演1の杏雲堂病院診療技術部部長の大谷道輝先生は、外用剤を混合する時は基剤を「水」と「油」に分けて考えること、外用剤を混合するときの注意点につき解説いただきました。大谷先生は、スライドを見ることなく、よどみなく話をされ恐れいりました。講演2の札幌皮膚科クリニックの安部正敏先生は外用療法は理論か、経験かということで、理論は皮膚科医として必須の知識であるが、実際は理論通りにいかず、医師それぞれの経験も必要であると、笑いと共に熱弁さ

れていました。

今回は、177名と多くの先生にご出席いただき、質疑も多数あり安心しました。自分も外用剤について再考することができました。最後に、例会担当にあたり多くの助言をいただいた、会長、幹事長、企画委員長ならびに企画委員の皆様、ならびに鳥居薬品株式会社、日本イーライリリー株式会社の皆様に御礼を申し上げます。

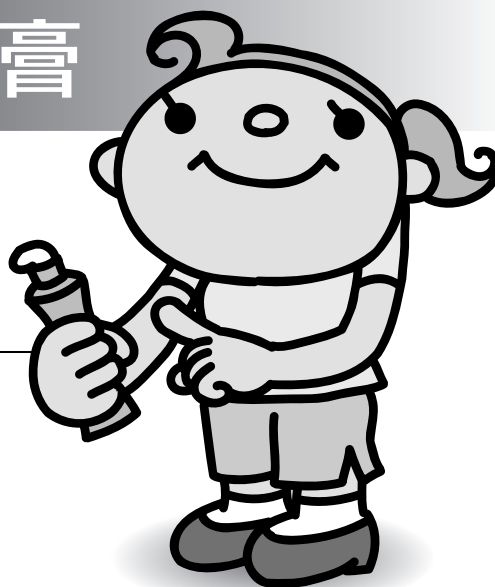
薬価基準収載

グリテール含有副腎皮質ホルモン剤

グリメサゾン[®]軟膏

GLYMESASON[®]

※効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)
藤永製薬株式会社
東京都千代田区丸の内3-3-1 新東京ビル



販売元
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1