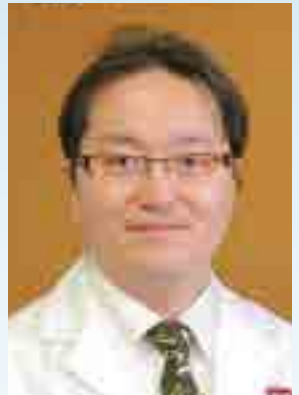




羅針盤



渡辺 大輔
Daisuke Watanabe

愛知医科大学皮膚科学講座 教授, Visual Dermatology 編集協力者

帯状疱疹の新時代—されど基本は臨床診断にあり—

私が皮膚科医になった当時(平成初め), 土日の当直医には, 外来の帯状疱疹患者さんの点滴当番という仕事があった。午前中, 外来の救急処置室で, 自分一人でアシクロビルの点滴を詰め, 患者さんに針を刺して, 1時間後の抜針までを, 3~4人に対して行うというのが日課(?)だったのである。当時, 抗ヘルペスウイルス内服薬はアシクロビル錠しかなく, しかも1日5回(朝, 昼, おやつ, 晩, 寝る前)4錠づつ, つまり1日20錠(!)を飲まなければならない, また生体利用率も低いため, 通院患者さんでも毎日午前中は外来で点滴するというのが普通に行われていた。今の若い先生方には信じられないだろうが, 帯状疱疹の治療は物理的に結構大変だったのである。

その後, 大学院で単純ヘルペスウイルスの研究を始め, 米国留学して帰国したとき, 帯状疱疹については診断は容易だし, 抗ウイルス薬もあるしで, あまりやることもないなあと思っていた。しかし, 沢山の患者さんを診察していると, 診断に非常に困る症例や, PCRで初めてわかった思いもしない臨床像, 合併症や帯状疱疹後神経痛(PHN)の対応の困難さに直面し, いかにも自分が臨床を知らなかったかを思い知らされた。また, 他科入院の患者さんの帯状疱疹の治療でバラシクロビルの過量投与をしてしまい, 退院延長となってしまったという苦い経験をしたこともある。

現在, 帯状疱疹という疾患に対しては, イムノクロマト法による外来での迅速診断薬, 1日1回内服で腎機能に応じた減量の必要がない抗ヘルペスウイルス薬, PHNに対する種々の慢性疼痛治療薬に加え, 予防のためのワクチンもあり, まさに全方位的な対応ができるようになった。

これを読んでいる先生方の中には, 若い時の私のように, 「帯状疱疹は診断も治療も簡単な疾患」と思う人もいるかもしれない。しかし, どんなに便利な時代になっても, 個々の症例をしっかり観察し, 非典型的な症状から帯状疱疹を疑う診断力, 合併症の徴候を見抜く力, 痛みを含めた合併症に対する適切な対応力が必要なことは言うまでもない。

さらに, 帯状疱疹ワクチンに関しては急性期, 慢性期の患者さんの苦しみを知っている皮膚科医こそが扱っていくべきだと思っている。

本特集号は帯状疱疹の疫学, 診断, 治療, 予防に関する新しい話題だけでなく, 帯状疱疹の皮疹, 全身症状のとらえ方, さまざまな症状やトラブルへの対応に加え, 編集委員の先生方の「帯状疱疹経験談」まで, 非常に充実した内容になった。フレッシュマンも, ベテランの先生方も, 本特集号を読むことで「令和時代」の帯状疱疹の知識を深めるとともに, 「臨床診断が一番の基本である」ということを再認識していただければと思う。