

助言およびフォローアップ

175

- (可能なら)NSAIDsの服用を中止する。
- 症状が解消するまで必要に応じて制酸薬による治療を継続する。
- 症状が解消しない様なら、逆流性食道炎の治療を受ける様に勧める。(プロトンポンプ阻害剤への変更)
- 膝の症状に関する医師への照会をする。
- 危険な「警告」症状(嚥下痛、体重減少など)がある場合は医師に診てもらう。

引用禁止

便秘

便秘

- 便秘は人によって意味が異なる
- 排便困難および固形便に伴って正常な排便習慣が減少する場合に生じる
- 排便が1日1回以上なければ異常と考えている人が多い
- 便秘の定義は排便の回数や機能(いきみ)、一貫性、完全性によって決まる
- 腹部膨満や食欲不振、頭痛などの症状がある

便秘の定義

- 便秘とは、糞便の腸管内における異常な停滞あるいは通過時間における異常な延長により、排便回数や排便量が減少した状態を指す
- 一般的には排便回数の減少(3~4日以上排便のないもの)、排便量の減少(35g/日以下)、硬い糞便の排出のいずれかにより排便に困難を感じた状態
- 日本内科学会では「3日以上排便がない状態、または毎日排便があっても残便感がある状態」と定義されている

便秘の罹患率

- 便秘は男性より女性に多く、加齢とともに増加する
- 便秘の頻度
 - 20~40歳代: 男性1%以下、女性3~4%
 - 50~60歳代: 男性1~4%、女性4~7%
 - 70歳以上: 男性6~13%、女性8~12%

便秘の生理学

- 腸管輸送時間が長くなって大腸からの水分吸収が増え、便が硬くなって排便が困難になる
- 食物繊維の不足、生活習慣や環境の変化、医薬品が原因になることが多い
- 患者が不自由により排便反射を無視している可能性もある

便秘の種類

便秘は、機能的便秘と器質性便秘に大別できる。さらに、機能的便秘は、

- 大腸の運動が低下した弛緩性便秘
- 大腸の運動が亢進した痙攣性便秘
- 直腸に便が停滞して排便困難となる直腸性便秘に分類される。

便秘の原因

- 生活習慣
 - ・不適切な水分補給
 - ・水分補給の減少
 - ・排便切迫の無視
 - ・運動不足
- 極端なダイエット
- 精神的ストレス、環境の変化
- 疾患
- 消化管の状態
- 医薬品

便秘の原因となる疾患

- 神経疾患
 - ・パーキンソン病、多発性硬化症、脊髄病変、
自立神経障害/不全症、仙椎神経障害
- 精神疾患
 - ・抑うつ、摂食障害
- 内分泌および代謝疾患
 - ・甲状腺機能低下症、高カルシウム血症、
糖尿病

便秘の原因となる主な医薬品

- カルシウム(制酸薬またはサプリメント)
- 抗コリン薬
 - ・三環系抗うつ薬、オキシブチニンなど
- 統合失調症治療薬
 - ・オランザピン、リスベリドン、クエチアピンなど
- 利尿薬
- 鉄剤
- オピオイドおよび鎮痛薬
 - ・モルヒネ、オキシコドン、トラマドール、コデイン、フルスパン、
ガバペンチンなど
- 筋弛緩薬
- 降圧薬(特に節遮断薬)

治療オプション

- 食事および生活習慣の改善
 - ・水分、食物繊維、運動
- 緩下剤
 - ・塩類下剤
 - ・刺激性下剤
 - ・便軟化剤(膨潤性、浸潤性)
 - ・各種治療薬の併用

塩類下剤

- 酸化マグネシウム、水酸化マグネシウム、炭酸
マグネシウム、硫酸マグネシウム、硫酸ナトリウム
- 腸管を直接刺激するのではなく腸管内容量を増
加させて蠕動運動を亢進させるメカニズムで働く
ので緩和に作用する
- 効果を高めるには十分な水で服用することが必要

便軟化剤

- 膨潤性下剤
 - カルボキシメチルセルロースカルシウム、
カルボキシメチルセルロースナトリウム、オバタ種皮
- 浸潤性下剤
 - ジオクチルソジウムスルホサクシネート
- 便を軟らかくして便通を促す
- 便秘の治療(通常は刺激剤と併用)および直腸手術後の
いきみ予防に使用される
- 慢性の便秘または特定の原因(オピオイドの使用など)に
よる便秘の場合、単剤での使用はあまり効果がない

刺激性下剤

- センノシド、ピコスルファートナトリウム、ピサコジル、フェノバリン、フェノールフタレイン、アロイン、イオウ、カサントラノール、酢酸ピソキサチン、
- 〈生薬〉センナ、ダイオウ、エイジツ、アロエ
- 大腸の粘膜を刺激して腸運動を高めることで作用する
- 通常夜間に投与して翌朝の排便を促す
- ダイオウ以外は痙攣性便秘には使用しない
- 短期の使用が望ましいが、脊椎損傷や慢性神経筋疾患、オピオイド使用者には長期使用も可能

症例研究 — 便秘

A・Nさん(50歳代、女性)

便秘薬を求めて来局

情報収集(P)

あなたならA・Nさんにどのような質問をしますか？

情報収集①(A)

(WHAT STOP GOに基づく質問)

質問すべき内容

- 服用されるのはご自身ですか？(Who)
- いつごろから便秘で悩んでいますか？(How long)
- トイレに行く頻度はどれくらいですか？
(Actual symptoms)
- 最近便秘は悪化していますか？(Actual symptoms)
- 現在、何か便秘治療を行っていますか？
(Treatments)
- 過去に何らかの便秘治療を行いましたか？
(Treatments)
- 何かのきっかけで便秘が悪化または改善することはありますか？

医療機関の受診(P)

- 医師の受診を考えるのはどんなときですか？
- それはどのような状況ですか？
- それはどのような症状が現れたときですか？

医療機関の受診が必要な場合(A)

危険な症状を訴える患者は常に受診が必要

- 大腸がん等、重篤な疾患が疑われる場合
 - 急にひどい便秘になった、便が細くなった
 - 激しい腹痛、腹部膨満感、吐き気、嘔吐を伴う
- 消化管からの出血が疑われる場合(消化性潰瘍等)
 - 便がタール様や赤色、黒色である
 - 疲労感(貧血の疑い)が見られる
- 便秘の原因となる薬剤の服用あり
- 妊婦
- 持続期間が14日を過ぎており、原因を特定できない

情報収集②(受診勧奨)(A)

- ・大腸がんの検診は受けていますか？
- ・便の出ない期間が14日を越えていますか？
- ・便が細くなってはいませんか？
- ・激しい腹痛、腹部膨満感、吐き気、嘔吐などがありますか？
- ・血便は認められますか？(便がタール様や赤色、黒色である)
- ・疲労感がありますか？
- ・他に薬を飲んでいますか？
- ・妊娠していますか？

情報収集③

(仮説を立てるための質問)(A)

- ・他に何か病気を罹っていますか？
- ・他に飲んでる薬がありますか？
- ・食事について教えてください。
 - ・一日にどれくらい水分を摂りますか？
 - ・果物や野菜はどの程度食べますか？
- ・最近生活環境で変わったことはありましたか？
- ・無理なダイエットをしてはいませんか？
- ・便を我慢しないといけないような事がありますか？

詳細情報(A)

A・Nさんからの情報

- ・この1ヵ月ぐらい便秘気味である。
- ・数ヵ月前までは排便習慣は正常だったが、現在は排便が困難である。
- ・吐き気や血便は見られず。
- ・外見上は貧血の症状は見られず。
- ・2年ほど前から高血圧の薬を飲んでいる。
- ・2ヵ月前に血圧の薬が1種類追加となった。

詳細情報(A)

- ・1ヵ月ほど前から咳が持続し、近医を受診し咳止めを服用している。
- ・夜間のトイレの回数が多いため、水分はあまり摂っていない。
- ・食事については特に気を付けているわけではなく、野菜や果物はあまり食べていない。
- ・半年前から腰の痛みがあり、運動をあまりしていない。
- ・腰の痛みが強い時は便意を感じても我慢してしまうことがある。

医薬品(A)

医薬品	頻度	期間
アムロジピン	1日1回	2年
エナラプリル	1日1回	2ヵ月
リン酸コデイン散	1日3回	1ヵ月

調査(A)

所見	勧告
リン酸コデイン散の服用にて便秘を悪化させている可能性あり	リン酸コデイン散の使用を再検討 エナラプリルの副作用について医師に相談を指示
水分補給の問題が原因で腸内の水分が不足して便秘を悪化させている可能性あり	水分補給量の増加 夜間頻尿が気になる場合は漢方製剤を勧めるか、症状が改善しなければ受診勧奨
食物繊維の不足が便秘を悪化させている可能性あり	食物繊維の摂取量増加
運動不足が便秘を悪化させている可能性あり	年齢に応じた運動量の増加
便意の我慢によって便秘を悪化させている可能性あり	便意を感じたときにトイレに行くよう指導
腰の痛みが原因で便秘を悪化させている可能性あり	腰痛の治療について再検討 場合によっては骨粗しょう症の検査を勧める

助言及びフォローアップ

- 便秘の原因に関する検討
 - ・水分補給と食物繊維の摂取量増加
 - ・年齢、腰への負担を考慮した運動の指導
 - ・リン酸コデイン散による副作用、また咳の原因の1つと考えられるエナラプリルの使用について処方医に相談するよう指導。
 - ・刺激薬による管理

引用禁止

【自己学習】 軽医療マネジメントを学ぶためのテキスト【頭痛】

【目的】

- ◇ 頭痛の訴えをもとに、症状からアセスメントを行うための知識を身につける。
- ◇ 受診勧告を含む、患者のセルフサポートの支援を行うための知識・技能を身につける。

1. 頭痛とは：

頭痛（ずつう）とは、頭部に感じる痛みのうち、表面痛でないものを総称していう。様々なタイプの痛みを含んだ広い症状概念である。非常によく見られる症状であるが、頭痛が致命的疾患の付随症状であることがある一方で、原因が特定できないことも多い。頭痛は非常に一般的に起こる症状であり、患者の訴えも様々である。軽度で短時間で症状が消失してしまう場合は、薬（処方薬もOTC薬も）は必要ない。しかし、頭痛の種類（または原因）、たとえば外傷を伴う場合など、によってはすぐに医師の受診が必要なこともあるが、多くの場合は、健康に重大な問題となることはない。しかし、頭痛の程度によっては日常生活の一部制限されることもある。頭痛は多くの基礎疾患に共通に起こる症状であるが、痛みは主観的な症状であるために客観的に痛みの強さを評価するのは一般に困難である。そこで、患者さんへの質問から症状の程度を判断することになるので、患者インタビューが非常に重要な要素となる。患者の症状によっては、質問に答えることさえもつらいこともあるので、できるだけ少ない質問で頭痛を評価できるインタビュー力が必要とまる。そのためには、頭痛の特徴と原因をよく理解する必要があります。

2. 頭痛の分類

頭痛の原因は様々であり、痛みの強さ、痛む部位、持続時間など、症状も人により異なっている。頭痛のタイプを鑑別することはその後の対応、受診勧奨の判断のためにも非常に重要となる。頭痛は、他の疾患のない「一次性頭痛」と、他の疾患に起因する「二次性頭痛」の2つのタイプに分けられる。頭痛患者のおよそ9割は一次性頭痛であり、二次性頭痛は1割程度であるといわれている。しかし、二次性頭痛の原因の中には、くも膜下出血のような「見逃されると死につながる頭痛」が含まれていることがあるので、二次性頭痛の特徴を理解する必要がある。

2-1 一次性頭痛

一次性頭痛には、基礎疾患はなく、単独または他の症状と合併する場合もある。慢性化しており、反復性があるので、患者さんは「いつもの頭痛」と認識していることが多い。

一次性頭痛は、1) 片頭痛 2) 緊張性頭痛 3) 群発疼痛およびその他の三叉神経・自律性神経頭痛などに分類できる。

2-1-1 片頭痛 (Migraine)

血管による拍動性の痛み。若い女性に多い。発生メカニズムは解明されていない。(セロトニン説と三叉神経血管説)

限局性の神経学的症状(前兆)が大部分は視覚に現れることが多い。光がチラチラする、線がジグザクに見える、視野の一部または全部が失われる、といった症状を呈することがある。朝、目が覚めて起きた時から頭痛として感じる場合や、太陽の光などを頭や目に受けて頭痛が起こった場合は片頭痛の可能性が高い。激しい運動後や緊張が解けてほっとした時、休日などにも起こりやすい。

前兆がある場合、その症状は通常15~30分間続き、その後、頭痛が始まる。患者さんは「ズキズキする痛み」と表現することが多い。片側性の場合が多く、頭痛が起こるたびに痛む側が入れ替わることもよく見られる。痛みは強く、そのために日常生活の活動が制限されてしまうことがある。通常、悪心、嘔吐を伴うことも多く、光過敏症との関連も見られる。頭痛は4時間~数日間持続することが多い。

2-1-2 緊張性頭痛 (Tension Headache)

頭の両側(両側性)がギュッと締めつけられるような症状が特徴の頭痛であり、一般に、数十分~数日間ダラダラと持続する。患者さんは「頭部全体が重い。」「締め付けられる感じ」などと表現することが多い。片頭痛と異なり、前兆や悪心・嘔吐などの随伴症状はなく、体を動かしても症状は悪化することは少ないので、日常活動を妨げるほど激しい痛みとなることはない。緊張型頭痛は「ストレス頭痛」とも呼ばれ、精神的・身体的ストレスが原因となることが多い。たとえば、緊張、不安、うつ、運動不足・うつむき姿勢、あるいは口・顎部の機能異常が、緊張型頭痛の発症に関係していることがある。

一次性頭痛の中で最も有病率が高いと考えられている。日常生活が制限されるほどの影響は低いが、慢性化すると難治で生活支障度が出ることもある。

2-1-3 群発性頭痛 (Cluster Headache)

群発頭痛は、眼窩(がんか)周辺から側頭部にかけて、短時間のキリキリと突き刺すような激しい痛みと特徴とする、原因は明らかではないが、眼の後ろ側を通っている内頸動脈が拡張して炎症を引き起こし、目の奥が痛むことが多いと考えられている。患者さんによっては「目の後ろの痛み」と表現されることがある。数週から数ヶ月の群発期間中、毎日出現する頭痛で、夜間・睡眠時等の決まった時間に頭痛発作が起こりやすい。頭痛は通常、眼窩周囲を中心として起こり、充血した涙目および鼻づまりなどの顕著な自律神経症状を伴う症状がある。片側性であり、頭痛が起こる側はあまり変化しない。痛みは通常15分~3時間持続するが、余り長時間継続することはない。1日に複数回起こり、その痛みが数週間または数か月持続することがある。

20~40歳代の男性に発症することが多く、男性における有病率は女性の3~7倍である。飲酒が発作を誘発することが多いため、発作期間中は禁酒するよう指導が必要となる。

2-2 二次性頭痛

頭痛の多くは一次性であるが、他の病気や怪我が原因となっている二次性の場合もある。二次性の頭痛が疑われる場合は受診勧奨となる。二次性頭痛には以下のようなものがある。

1. 頭頸部外傷による頭痛(例:外傷後頭蓋内血腫による頭痛)
2. 頭頸部血管障害による頭痛(例:くも膜下出血)
3. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛(例:脳腫瘍)

4. 物質またはその離脱による頭痛（例：薬物乱用頭痛）
5. 感染症による頭痛（例：髄膜炎）
6. ホメオスターシスの障害による頭痛（例：高血圧）
7. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛（例：顎関節症）
8. 精神疾患による頭痛（例：心身症）

外傷や頭部の打撲、高熱、強い吐き気や嘔吐、頭が割れるような強い痛みなどを訴えられた場合は二次性頭痛を疑う必要がある。

2-3 薬物誘発性頭痛

薬剤は頭痛を引き起こす可能性がある。特に血管拡張剤、高血圧治療薬、ホルモン変化をもたらす薬剤はその傾向が強いので、頭痛を訴える患者さんの服薬状況を確認する必要がある。

以下の表は、頭痛を起こす可能性のある薬剤です。

Ca チャンネル遮断薬	血管の平滑筋にある Ca チャンネル機能を拮抗（阻害）し、血管拡張作用を示す。高血圧、狭心症治療薬。アムロジン、エホニジピン、シルニジピン、ニトレンジピン、ニフェジピン、バルニジピン、ベラパミル、アニジピンなど
ジピリダモール（ペルサンチン）	狭心症、心筋梗塞、その他虚血性心疾患、うっ血性心不全薬。ワーファリン併用による心臓弁置換術後の血栓、塞栓の抑制。ステロイドに抵抗性を示すネフローゼ症候群における尿蛋白減少。
経口避妊ピル	女性ホルモン剤。卵胞ホルモンと黄体ホルモン→排卵を抑制 避妊、整理周期変更、月経困難症の緩和、子宮内膜症の治療。
非ステロイド性 抗炎症薬	NSAID s (Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs) 抗炎症作用、鎮痛作用解熱作用を有する薬剤の総称。ステロイドではない抗炎症薬をすべて含む。鎮痛、発熱、炎症の治療に用いられる。選択制と非選択性（アスピリンなどのサリチル酸、ボルタレン（ジクロフェナク）、インダシン（インドメタシン）、イブプロフェン、ケトプロフェン、ナプロキセン、ピロキシカム）がある。医学的に大差はなく、用量・用法が異なる。 アセトアミノフェン（パラセタモール）も NSAID s に分類されることもあるが明らかな抗炎症作用は持たず、真の意味での NSAID s ではない
テトラサイクリン	ビブラマイシン、ミノマイシンなど。タンパク質の合成を阻害する一群の構成物質（マクロライド、クロラムフェニコール）の一つ。最近の使用は減少。妊婦、授乳婦、8歳以下の子供には禁忌。
硫酸鉄	

3. 頭痛の疫学

<頭痛の有病率>

片頭痛の有病率は6.0%程度と推定され、片頭痛が疑われる例を含むと8.4%程度と考えられている。約1千万人の日本人が片頭痛を持っていることになる。緊張型頭痛の有病率は、疑われる例を含めると22.4%になる。日本人の5人にひとり緊張型頭痛持ちということになる。日常生活に支障が出て受診が必要となる「慢性緊張型頭痛」は1.6%の有病率であるという報告がある。群発頭痛の有病率は

不明で、報告によりばらつきがあるが、人口 10 万人あたり 50～400 人と推定されている。

<男女差>

片頭痛の有病率は女性が男性の約 3.6 倍の高いと報告されている。緊張型頭痛でも女性が男性の約 1.4 倍の有病率であり、片頭痛、緊張型頭痛は女性の有病率が高いことが知られている。逆に、群発頭痛の場合は、男性の方が女性の 5 倍以上有病率が高いとされている。

<年代>

年代別では、片頭痛、緊張型頭痛とも男性は 20～30 歳代、女性は 30～40 歳代の有病率が高く、就労年齢層によく見られる。群発頭痛についても、発症年齢は 20～40 歳代が多いといわれている。

<対処法>

頭痛全体で見ると、平均して 56.8%が市販薬のみで対処しており、医師の処方薬のみを使用している人は 5.4%、市販薬と医師の処方薬を併用している人は 18.6%で、薬を使用していない人は 19.2%との報告がある。

4. 受診勧奨

受診勧奨が必要となるのは、主に「二次性頭痛」であり、そのほかにも強い痛みが長期間継続している「一次性頭痛」も含まれる。「二次性頭痛」の原因から以下のような症状の一つでも患者さんからの訴えがあったり、気づいた場合は受診勧奨を考慮することになる。

「頭を打った後に頭痛が起きた。」

「割れるような痛みが続いている。」

「頭部に外傷がある。」

「強い吐き気や嘔吐を伴っている。」

「高熱が続いている。」

また、「一次性頭痛」が疑われる場合でもこれまでに効果があった治療法（処方薬、OTC 薬）の効果が見られず長期間の痛みが続くような場合も受診を勧める。

5. 症状の判別

4 に示した受診勧奨は適応になる場合を除き、患者さんの表現から頭痛の型を判断するのに有効である。

片頭痛：頭の片方がズキズキする。光をみると痛みが増す。体を動かすと痛みが増すようだ。

緊張性頭痛：頭全体が締め付けられるように痛い。頭部全体が重い。頭が締め付けられる感じがする。

群発性頭痛：目の後ろが痛い。目の後ろが刺すようにいたい。

症状を判断するために患者さんに聞く内容としては

1) 頭痛が始まった時期

発熱と頭痛が同時に起きた場合はかぜ症候群による頭痛が疑われる。

外傷に伴っておきた頭痛は受診勧奨

2) 頻度と頭痛の時期

いつも同じサイクル（週末や休日）に起こる場合は片頭痛が疑われる。

一日のうちいつも同じ時間に続けて起きる場合は群発性頭痛を疑う。

毎日のように同じようなタイプの頭痛が起こる場合は緊張性頭痛が疑われる。

3) 痛みの場所

群発性頭痛は顔面の後ろ、目の奥、こめかみなどきまった場所に痛みが起こる。

片頭痛の場合は、頭痛のたびに痛む側が変わることが多い。

緊張性頭痛の場合は、両側性で締め付けられるように痛む。

非常に痛む場所が限定している場合は器質障害が疑われるので受診勧奨とする。

4) 痛みの程度

痛みは主観的な指標なので量的に評価するのは困難である。

鈍い痛みで全体が痛い場合は緊張性頭痛が疑われる。

刺すような痛み、目の奥がいたいのは群発性頭痛が疑われる。

鈍い痛みからズキズキした痛みに変わってきた場合は片頭痛が疑われる。

強い痛みを伴った脈動する痛みは脳出血が疑われるので受診勧奨する。

5) きっかけ

激しい運動や咳で痛みが増す場合は腫瘍が疑われるので受診勧奨する。

ストレスの後の食事、生理、リラックスしたときに現れる頭痛は片頭痛が疑われる。

6) 痛みの期間

片頭痛は数時間から数日続く。

緊張性頭痛は数時間から数日続くが、一週間以上続く場合もある。

群発性頭痛は、普通2，3時間で消失する。

6. 薬物療法と非薬物療法

急性期の一次性頭痛：軽度から中程度の頭痛には一般にアセトアミノフェン、NSAIDsを含む OTC 医薬品が用いられる。OTC 医薬品：アセトアミノフェン、アスピリン、エテンザミド、イブプロフェン、イソプロピルアンチピリ、ロキソプロフェンを含有する OTC 医薬品は頭痛に効果がある。それぞれの特徴を表にまとめた。市販されている OTC 医薬品にはこれらの成分を複数配合している製品もある。

成分名	商品名例	特徴
アセトアミノフェン	ノーシン	安全性が高い解熱・鎮痛薬。抗炎症作用はほとんどない。
アスピリン	バファリン	非ステロイド性消炎鎮痛薬。プロスタグランジンの生合成を抑えて鎮痛作用を示す。抗血小板作用を持つ。胃障害を起こすことがあるので食後服用が勧められる。小児には使用しない。アスピリン喘息患者には禁忌。ワルファリンなどの抗凝血薬の作用を増強することがある。

エテンザミド	サリドンエース (アセトアミノフェンも含有)	サリチル酸系の解熱鎮痛薬。アスピリンに比べ、胃障害は少ないとされる。小児には使用しない。
イソプロピルアンチピリン	サリドン A (エテンザミドも配合)	サリチル酸誘導体と同様な作用。比較的強い解熱・鎮痛作用がある。ピリン系であるためにアレルギー体質の患者には向かない。
イブプロフェン	イブ A	非ステロイド性消炎鎮痛薬。プロスタグランジンの生合成を抑えて鎮痛作用を示す。炎症部位での鎮痛作用が強い。低用量では胃障害の副作用は少ない。アスピリン喘息患者には禁忌。
ロキソプロフェン	ロキソニン S	第 I 類医薬品。非ステロイド性消炎鎮痛薬。プロスタグランジンの生合成を抑えて鎮痛作用を示す。鎮痛作用が強く、副作用が少ないのが特徴。副作用には胃障害がある。アスピリン喘息患者には禁忌

処方せん薬

頭痛治療薬と頭痛発作予防のための薬が知られている。この中ではセロトニン受容体作動薬は片頭痛に対して処方される機会が多い。予防療法の効果判定には少なくとも 2 ヶ月程度を要する。有害事象がなければ 3~6 ヶ月は予防療法を継続し、片頭痛のコントロールが良好になれば予防療法薬を緩徐に漸減し、可能であれば中止する。

	薬効分類名	一般名	片頭痛	緊張性	群発性
発作治療薬	非ステロイド系抗炎症薬	アスピリンなど	○	○	
	エルゴタミン系	酒石酸エルゴタミン	○		○
	抗不安薬	エチゾラム		○	
	セロトニン受容体作動薬	スマトリプタン、ゾルミトリプタン	○		
	漢方薬	呉茱萸湯	○	○	
発作予防薬	カルシウム拮抗薬	ロメリジン塩酸塩	○		
	エルゴタミン製剤	ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩	○		○
	抗セロトニン薬	ジメトチアジンメシル酸塩	○	○	
	β遮断薬 (適応外)	プロプラノロール塩酸塩など	○		
	抗うつ薬 (適応外)	アミトリプチリン塩酸塩	○		
	抗けいれん薬 (適応外)	バルプロ酸ナトリウム	○		

健康王国、頭痛専科 http://www.kenko-oukoku.or.jp/senka/kusuri/kusuri-part1_1.htm を改変

非薬物療法は、(1) 薬物療法以外の治療を希望、(2) 薬物治療に耐えられない、(3) 薬物療法に禁忌がある、(4) 薬物治療に反応しない、(5) 妊娠または妊娠の可能性がある、(6) 薬物乱用頭痛の既往がある、(7) 明らかなストレス下にある場合、等にあてはまる一次性頭痛の患者さんに推奨される。

行動療法：リラクゼーション、バイオフィードバック、認知行動療法、催眠療法

理学療法：鍼、経皮的電気刺激など

サプリメント：ナツシロギク（フィーバーフュー）、西洋フキ（バターバー）、マグネシウム、ビタミン B2

7. 臨床判断のためのフローチャート：エクセルシート参照

8. 患者セルフケア

頭痛を誘発する食物や嗜好品を避けることも頭痛の管理には重要である。血管を拡張する作用がある食品も収縮させる作用のある食品も頭痛を誘発することがある。以下に例を挙げる。

1) 血管拡張作用を有する食品・物質

アルコール飲料、特に赤ワイン（ヒスタミン様物質、アルコール、ポリフェノール）
ベーコン、ソーセージ（亜硝酸化合物）
アスパルテーム（甘味料）

2) 血管収縮作用を有する食品・物質

チョコレート、ココア（チラミン、ポリフェノール、カフェイン）
チーズ、柑橘果物（チラミン）
スナック菓子、うまみ調味料など（グルタミン酸ナトリウム）
コーヒー、紅茶、緑茶など（カフェイン）

ホルモンと頭痛発作

月経前には女性ホルモン（エストロゲン）の血中濃度が下がることがきっかけとなって片頭痛発作が起こると考えられている。月経のときに起こる片頭痛は、それ以外の時期に起こるものと比べて痛みが強く、持続時間も長いため、薬が効きにくい傾向にあるとされる。頭痛と天候・気候は密接な関係があり、明るさや自律神経機能とも関係が深いと考えられている。明るい、日差しの強い時期（春～秋）には、片頭痛が多い傾向があるとされる。特に前兆のある患者さんには、発作のない時期にも光過敏が認められ、サングラスを必要としたり、また、低気圧の気象後に頭痛発作が多い傾向も認められている。

●頭痛を訴える患者さんへのインタビューから引き出す情報と視点

薬剤師による頭痛の評価

薬剤師は患者さんの頭痛の状態を正しく評価するために、患者さんの様子をよく観察する必要がある。患者さんにインタビューする前には、評価に必要な情報が少ないので、的確な評価は通常困難である。そこで、薬剤師は患者にさまざまな質問を投げかけ、痛みを評価する。質問の答えを得ることによって、特定の症状や疾患の可能性を除外できることがある。あるいは、特定の症状や疾患に対する疑いが生じることもある。質問しながら、可能性のある疾患を絞っていき、質問事項の終了時点には、薬剤師は患者さんの頭痛の症状を判断するのに必要な情報を得なくてはならない。

評価ステップ

①. 質問前の情報収集。

患者への具体的な質問を始める前に、患者さんの外見から得られる情報もあります。

- 患者は全体的にどのような様子なのかを観察します。それだけでも、頭痛が程度日常生活に影響するほど激しいのか、どうかの評価できる。痛みを訴えているのが本人なのかどうかを確認するのも重要である。それによって薬剤師の対応も変わってくる。
- 患者の年齢。これも有用な情報です。これまでの疫学研究から、どのような頭痛を起こしやすいかが知られている。(テキストの疫学の項を参照)
- 患者の性別。片頭痛の発生頻度は女性が男性の3倍以上であるのに対して、群発頭痛は男性が女性の5倍以上であることが知られている。
- 主訴。頭痛の種類によって発生頻度が異なることを理解しておけば、発生頻度が高い順に原因を探ることができる。たとえば、頭痛の場合、原因として最も頻度の高いものは緊張性頭痛であり、次に片頭痛、群発頭痛が続く。このほかの原因による頭痛はまれですが、重篤な結果となり得る頭痛の可能性を除外する必要があります。

患者さんに質問をする意味は、最も可能性の高い頭痛の型を評価し、適切な対応をとるための判断材料とすることである。時にはある頭痛の型の可能性を除外するために利用することもできる。

②. 患者さんに対する必要な質問

患者さんに対する質問は、患者さんごとに固有なものです。患者の氏名、おおよその病状、提示される主訴を把握したうえで、その患者さんに対して何を確認するための質問かを意識して質問内容を考える必要がある。

簡単な例で質問内容と確認すべきポイントを上げていく。

「Aさんは、30歳くらいの女性（OL風でスーツ姿であり、身なりはしっかりしている）が、頭痛がするとしてあなたの薬局を訪れました。立っているのが非常につらいような様子はなく、見たところ吐き気などの不随症状はなさそうである。この女性はこれまでにあなたの薬局を訪れたことはない。」

この患者さんに質問をしながら何を考えるべきであるか考えていきます。

薬剤師：こんにちは、今日はどうかされましたか？

Aさん：さん：ちょっと頭痛くて・・・

確認ポイント：この患者さんは頭痛に対する問題を抱えていることを把握する。

薬剤師：頭痛がするのはあなた自身ですか？

Aさん：はいそうです。(はっきりと聞き取れる程度の声で)

確認ポイント1：頭痛を訴えているのは30歳くらいの女性本人である。

確認ポイント2：質問に対してある程度的確に答えることができる。

確認ポイント3：外観から頭を打って転んだり、けがをしている様子がないか確認する。

確認ポイント4：一般的な頻度から判断すると緊張性頭痛である可能性が最も高いが、女性であることから片頭痛の確率も高いことを意識する。

薬剤師：：どんな風に痛みますか？（緊張性頭痛と偏頭痛を見分けるための質問）

Aさん：：頭全体が重い感じす。

確認ポイント1：緊張性頭痛は通常、鈍痛を引き起こすのに対して、片頭痛による痛みは拍動性です（ずきずきする痛みといった表現が多いです）から緊張性頭痛が疑われます。

薬剤師：：どのあたりが痛みますか？（緊張性頭痛と偏頭痛を再度確認するための質問）

Aさん：：全体が痛みます。

確認ポイント：緊張性頭痛は通常、両側性（全体または両側）に発生するのに対して、片頭痛は片側性であることが多い。これらの内容から、緊張性頭痛である事が疑われます。

薬剤師：：いつ頃からですか？吐き気やひどいめまいなどはありますか？（片頭痛を除外し、二次性頭痛の可能性をさぐる質問）

Aさん：：今朝からです。吐き気やひどいめまいはありません。

確認ポイント：きっかけとなった外傷などがどうかを確認する。外傷や頭部へのダメージがきっかけとなって頭痛が起きた場合は医師への受診を勧める。長期間激しい痛みが続く場合も、医師への照会が必要。片頭痛は吐き気や吐き気を伴うことが多いのでここでは片頭痛の可能性は低くなったと評価。

薬剤師：：頭の痛みは、大変ですよ。痛みの程度はどのくらいですか？たとえば、仕事に集中できないくらいですか？それとも、仕事ができないほどの痛みですか？

Aさん：事務作業していると、痛みで集中できない感じです。

確認ポイント：緊張性頭痛は通常、重度ではなく生活に支障を来すほどではないのに対して、片頭痛は生活に支障を来す程度に至ることがある。ここでも緊張性頭痛が疑われます。

ここまでの患者さんの返答は緊張性頭痛を示唆するものであることがわかります。

確認ポイント：頭痛を訴える患者さんを評価するためには、これ以外にも頭痛の経験、生活習慣、病歴、服薬歴、さらには家族歴（偏頭痛の家族歴）などを聞く必要がある。さらに、頭痛を引き起こすきっかけ（たとえば、仕事のストレスやプレッシャー）を聞くことも頭痛の原因を明らかにする手がかりになる可能性がある。しかし、頭痛の時は質問に答えるのもつらいものである。できるだけ少ない質問数で、医師に受診しなければならない症状なのかどうかを評価するインタビュー力が必要である。その上で、OTCで対応可能な緊張性の頭痛なのか片頭痛なのかを評価する。

この段階で薬剤師自身の頭痛の評価にある程度確信があったとしても、最後にいくつかの悪性な疾患の可能性を除外するための質問をする必要がある（今回の例では、吐き気がする、ひどいめまいがする、がそれに当たりますが、それ意外にも頭部を打撲した 転倒して頭を打った 長期間にわたって頭痛が続いているなどが考えられます）。ここまでのインタビューで薬剤師はAさんの頭痛は緊張性頭痛の可能性が高く、悪性な疾患による二次性頭痛は否定される可能性が高いと考える可能性が高い。もし、悪性の疾患の可能性があった場合は、さらに質問をする必要がある。

頭痛を評価する上で、次のような徴候を見逃さないことが重要である。特に急速に増悪する頭痛、病歴のつじつまが合わない頭痛、これまでの経験と違う頭痛、睡眠から覚醒させるほどの頭痛があるような場合は医師の診断が必要です。危険な二次性頭痛を疑う兆候としては SNOOP というものが提唱されていて参考になる。

SNOOP	内容
Systematic symptoms	全身性症状（発熱、倦怠、るいそう、筋痛）、全身性疾患（悪性疾患や AIDS）
Neurological	神経欠落症状（感覚低下や筋力低下）
Onset abrupt	突然の発症、雷鳴頭痛、急速に悪化
Older	40 歳以上の新規発症
Pattern change	以前と異なる頭痛（頻度、持続、性状、重症度）

ポイント：

患者さんの頭痛を評価するに当たって、患者さんから得た情報を要約することはきわめて重要である（必要に応じてメモする）。患者さんへの質問事項が多くなった場合は、最初の質問の答えを忘れてしまう恐れもある。患者さんの情報を要約するのは、頭痛の評価に役立つだけでなく、患者さんからさらに情報が必要になったり、患者さんからの情報を正確に記憶できていなかった点を訂正する機会となりえる。質問の方法や順序は薬剤師によって異なる。しかし重要なのは、どのような方法であっても、患者に有益性をもたらすための質問でなければならないことである。

今回、例に挙げた質問の他にも、持病、これまでの痛みの経験、服用している医薬品（OTC、サプリメントを含む）などの質問も頭痛を評価する上で重要な情報となることがある。

今回の例で質問の答えから評価のポイントとなりそうな点をまとめると

- 患者は本人である。
- 患者は女性であり、30 歳くらいである。
- 外観および声の調子はそれほど悪くはない。
- 疫学的には緊張性頭痛である可能性が最も高いが、女性は男性よりも片頭痛の発生率が高いので可能性を探る必要がある。
- もし悪性の頭痛の可能性が除外できれば、緊張性頭痛か片頭痛かを評価できれば適切な対応ができそうである。
- 頭痛は鈍痛で、両側性であり悪性を感じさせる症状の訴えはない

以上から、考えて緊張性頭痛と評価しても問題なさそうだ。

参考資料

頭痛情報サイト：<http://zutsu.jp/index.html>

頭痛大学：<http://homepage2.nifty.com/uoh/>

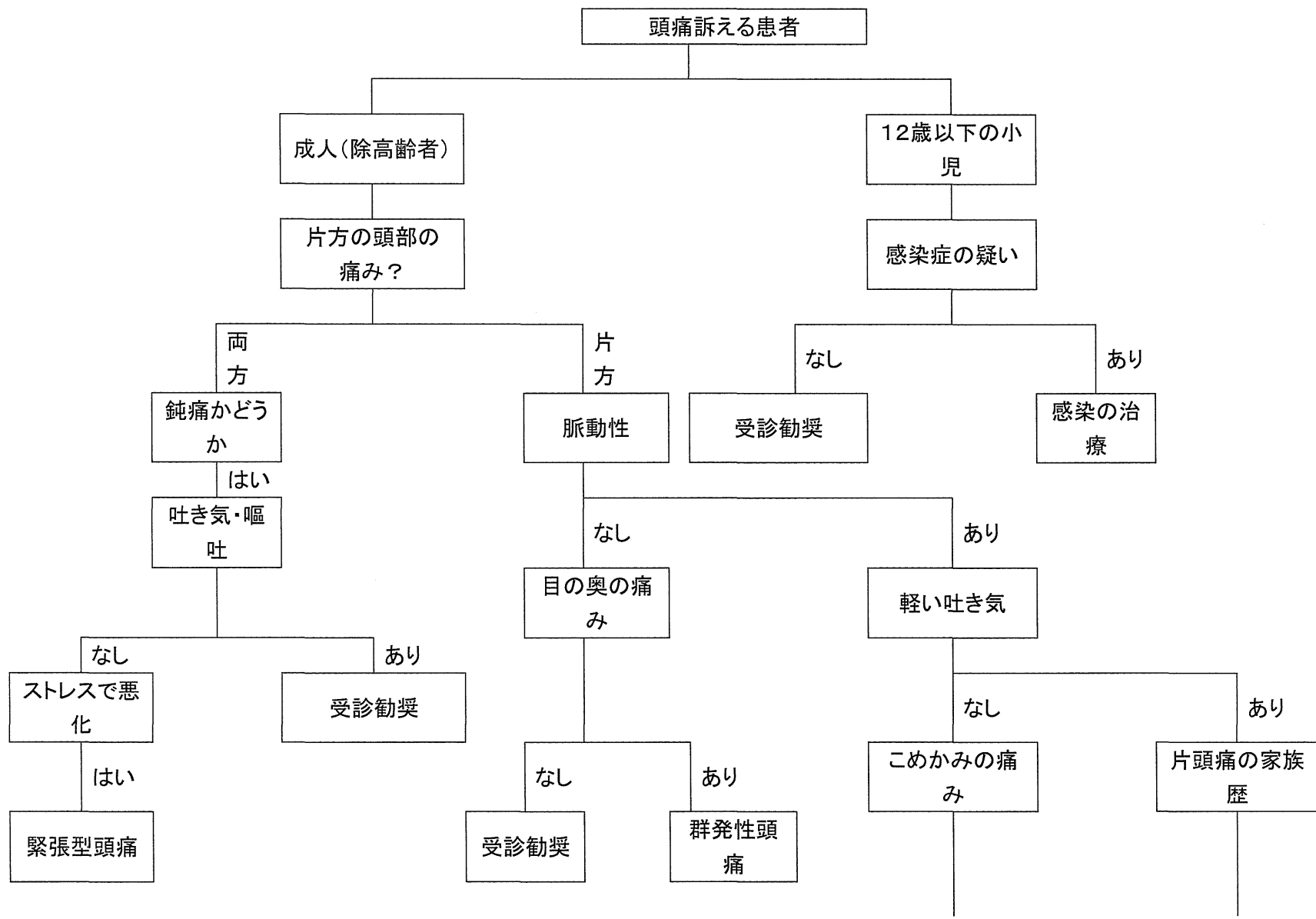
健康王国、頭痛専科：<http://www.kenko-oukoku.or.jp/senka/zutsu-index.htm>

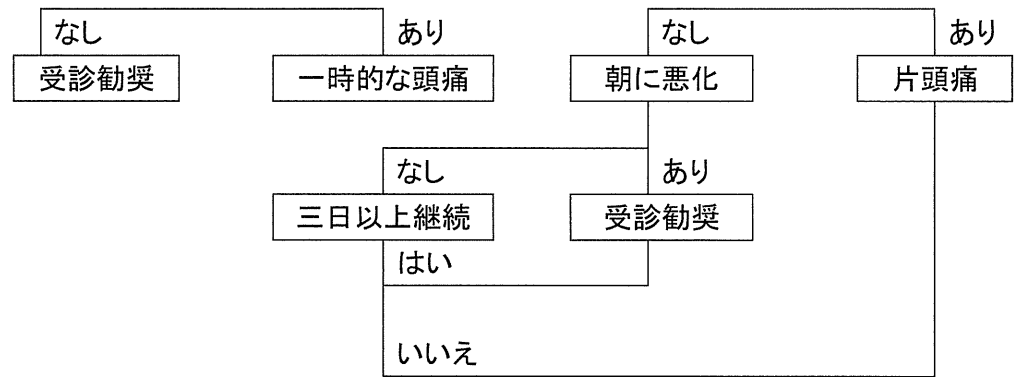
エーザイの頭痛の基礎知識：<http://www.eisai.jp/medical/products/maxalt/guidance/class.html>

Community Pharmacy Symptoms, Diagnosis and Treatment (2nd Edition), Chapter 4, R. Rutter, Churchill Livingstone, Elsevier, (2009)

Minor Illness or Major Diseases? (5th edition) Chapter 4, B. Addison et al., Pharmaceutical Press 2012

Patient Self-Care Helping your patients make therapeutic choices (2nd Edition) Chapter 8, Canadian Pharmacists Association, 2010





R. Rutter, Community Pharmacy Symptoms, Diagnosis and Treatment 2nd Edition, Churchill Livingstone, Elsevier

皮膚科学

背景

皮膚は人体最大の器官である。皮膚は複雑な構造をもち、多くの重要な機能を果たしている。皮膚の働きには、外傷や過剰な紫外線曝露からの皮下組織の保護、微生物や有害化学物質の侵入防止、圧力、接触、温度、疼痛、振動に対する感覚器官としての役割、体温の恒常性維持などがある。

地域薬剤師が、一般医へ紹介せずに適切に対処できる一般的な皮膚疾患と、詳しい検査や処方箋薬による治療を必要とする皮膚疾患とを鑑別できることが重要になる。

皮膚組織の概要

皮膚は、上皮と呼ばれる外側の薄い層と真皮と呼ばれる内側の厚い層の 2 層を基本構造とする。真皮の下には、皮下組織と呼ばれる皮下層がある (図 7.1)。

上皮

上皮は、皮膚の主要な保護層であり、顕微鏡下で見ると 4 つの層に分かれている。基底層が活発な細胞分裂を受けることで、新しい細胞が表皮の上層へ押し上げられ、皮膚の外層に角化した角質層を形成する。この過程は約 35 日周期で連続的に進行する。病理変化がこの過程に影響すると、皮膚疾患を引き起こす。

真皮

真皮は表皮の下の層である。真皮は表皮を支えるだけでなく、表皮への血液供給や神経分布を担う。真皮にはまた、毛包、皮脂腺・汗腺、立毛筋がある。低温環境では、立毛筋が収縮して毛が直立し、「鳥肌」ができる。

毛

毛の第一の働きは、保護機能である。1 本の毛は、眼に見える毛幹部、および毛根部で構成される。毛根は毛包につつまれ、毛包の下部は球状に膨らんでいる。皮脂腺から各毛包内に皮脂が分泌され、毛を潤滑して傷みから保護する。毛包は平滑筋でできた立毛筋とも連動している。

皮脂腺

皮脂腺は、顔面、胸部、上背部に数多く存在する。思春期にはホルモンの変化により皮脂腺が肥大し、働きが活発になる。

汗腺

汗腺は皮膚腺の中で最も数が多く、アポクリン腺とエクリン腺に分類される。エクリン

腺は全身に広く分布し、老廃物の排出や中核体温の維持に関わっている。アポクリン腺は主に腋窩部に存在し、思春期に機能し始める。

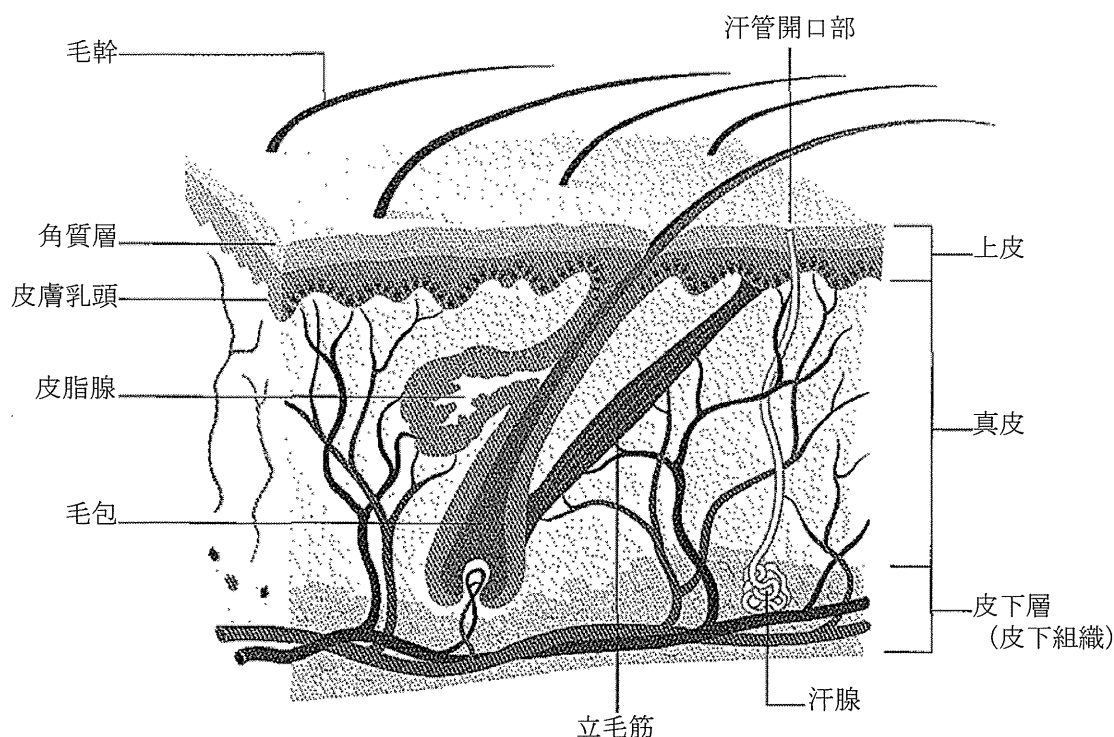


図 7.1 表皮、真皮および関連構造

病歴聴取

内科疾患とは異なり、地域薬局で提示される皮膚症状の多くは目で確認することができる。これにより地域薬剤師は、問診だけでなく、理学的所見に基づく鑑別診断の機会が得られる。皮膚疾患への対処時に考慮すべき基本的な質問事項を表 7.1 に挙げる。

表 7.1 皮膚病歴の聴取時に考慮すべき質問事項

質問	要点
最初に異常が現れたのはどこですか？	<ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚の異常の中には、最初に特定の1ヵ所に発生し、そこから他の部位に広がっていくものがある。例えば、膿痂疹は顔面に発生した後、四肢に広がっていくことが多い。 ● 最初にどこに発生したかを患者から積極的に聞き出さなければならない場合がある。患者の関心は、多くの場合、はっきりとわかる大きな病変部の治療にあり、最初に発生したが今はあまり気にしていない小さな病変部については言及しない可能性があるため。
ほかに症状はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ● 通常、かゆみや痛みである。 ● 軽度のかゆみは、乾癬や薬物発疹など多くの皮膚疾患に見られる。 ● 重度のかゆみは、疥癬、アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎などの疾患に見られる。
職業歴（成人の場合）	<ul style="list-style-type: none"> ● 接触皮膚炎では特に重要。
一般病歴	<ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚症状の多くは、内科疾患の一次マーカーになりうる。例えば、糖尿病の最初の症状が掻痒である場合や、真菌・細菌感染