

平成29年5月19日

こんなときは漢方でしよう！

～第1回～

「冷え」

「痛み」

地域医療推進学 中澤 勇一

胸痛

胸痛を来す疾患

- **筋骨格系疾患**
 - 胸壁筋肉痛
 - 肋骨骨折、肋軟骨炎など
- **肺疾患**
 - 肺炎、胸膜炎、気胸など
- **心血管疾患**
 - 狹心症、ACS、大動脈解離など
- **消化器疾患**
 - 逆流性食道炎、胆石症など
- **精神疾患**
 - うつ病、不安障害
- **感染症**
 - 帯状疱疹

胸痛を来す疾患の頻度

	病院外来	PC外来
心血管疾患	54%	13
肺疾患	12	20
消化器疾患	3	10
筋骨格系	6	21
精神疾患	3	7
原因不明・他	5	1

5-killer chest pain

- ◆ 急性冠症候群
- ◆ 大動脈解離
- ◆ 肺塞栓
- ◆ 緊張性氣胸
- ◆ 食道破裂

急がない胸痛 1

● 原因がわからない胸痛

- 米国で原因不明の胸痛を訴える患者を診断治療するための医療費は年間 2 万ドルと推定

● *Curr Gastroenterol Rep* 2: 201. 2000

- 原因不明の胸痛患者が10年以内に死亡する割合は 1%以下と、予後は比較的良好

● *Prog Cardiovasc Dis* 33: 161; 1990

● 自然軽快が期待できる

● 求められる何らかの問題解決・安定化

- 積極的なラベリング

急がない胸痛 2

● Mondor病

- 潜在性血栓性静脈炎、皮膚の索状物
- 血栓性静脈炎の原因として乳癌や肺癌の場合がある

● Precordial catch syndrome

- 小児・若年者（6～12歳）
- 突然の胸痛、30秒～3分間持続し突然軽快
- 刺すような、指で示すことができる限局した痛み

● Bornholm病（流行性筋痛症）

- 発熱と強い胸痛あるいは上腹部痛
- 手掌より広い範囲、呼吸で増強
- 頭痛、咽頭痛などの付帯症状
- エンテロウィルス属感染

Mondor病



腰痛

腰痛の原因は不明なことが多い

- 90%が1ヶ月以内に回復
- 70%で診断確定できない（家庭医受診）
- 30%の確定診断症例
 - 椎間板ヘルニアが4%、脊椎圧迫骨折4%
 - 脊柱管狭窄症3%、脊椎辺り症3%
 - 腹部臓器疾患2%
 - 悪性腫瘍0.7%
 - 化膿性脊椎炎0.01%

見逃したくない腰痛“FACET”

F	Fracture	(圧迫) 骨折
A	Aorta	腹部大動脈瘤、大動脈解離
C	Compression	脊髄圧迫症候群・馬尾症候群、 腰椎椎間板ヘルニア、腫瘍、硬膜外転移、 硬膜外血腫など
E	Epidural abscess	硬膜外膿瘍、椎体椎間板炎
T	Tumor	脊椎腫瘍、癌の骨転移

腰痛のRed flags

Red flag	何を考慮するか
初発年齢50歳以上	癌、圧迫骨折、AAA
4週以上の持続、鎮痛剤に反応しない	癌、血清反応陰性脊椎関節症
外傷歴（しりもち）、骨粗鬆症、ステロイド	椎体圧迫骨折
全身倦怠感、体重減少、発熱、悪寒	癌、感染症（椎体炎、硬膜外膿瘍）
免疫能低下（免疫抑制、HIV）、麻薬常習、人工透析、心内膜炎既往など	感染症
激痛	感染症、脊髄圧迫
胸背部痛を伴う、裂けるような痛み	大動脈解離
夜間痛、安静時痛	感染症、癌、血清反応陰性脊椎関節症
悪性腫瘍の既往	癌
下肢脱力、しびれや麻痺	椎間板ヘルニア、馬尾症候群
肛門周囲のしびれ、失禁、性機能不全	馬尾症候群

疼痛の分類

急性痛と慢性痛



侵害受容性疼痛 1

- **体性痛：新脊髄視床路（外側系）**

知覚神経の、細い有髓線維（A δ 線維）が主体のため、鋭く、速い痛み

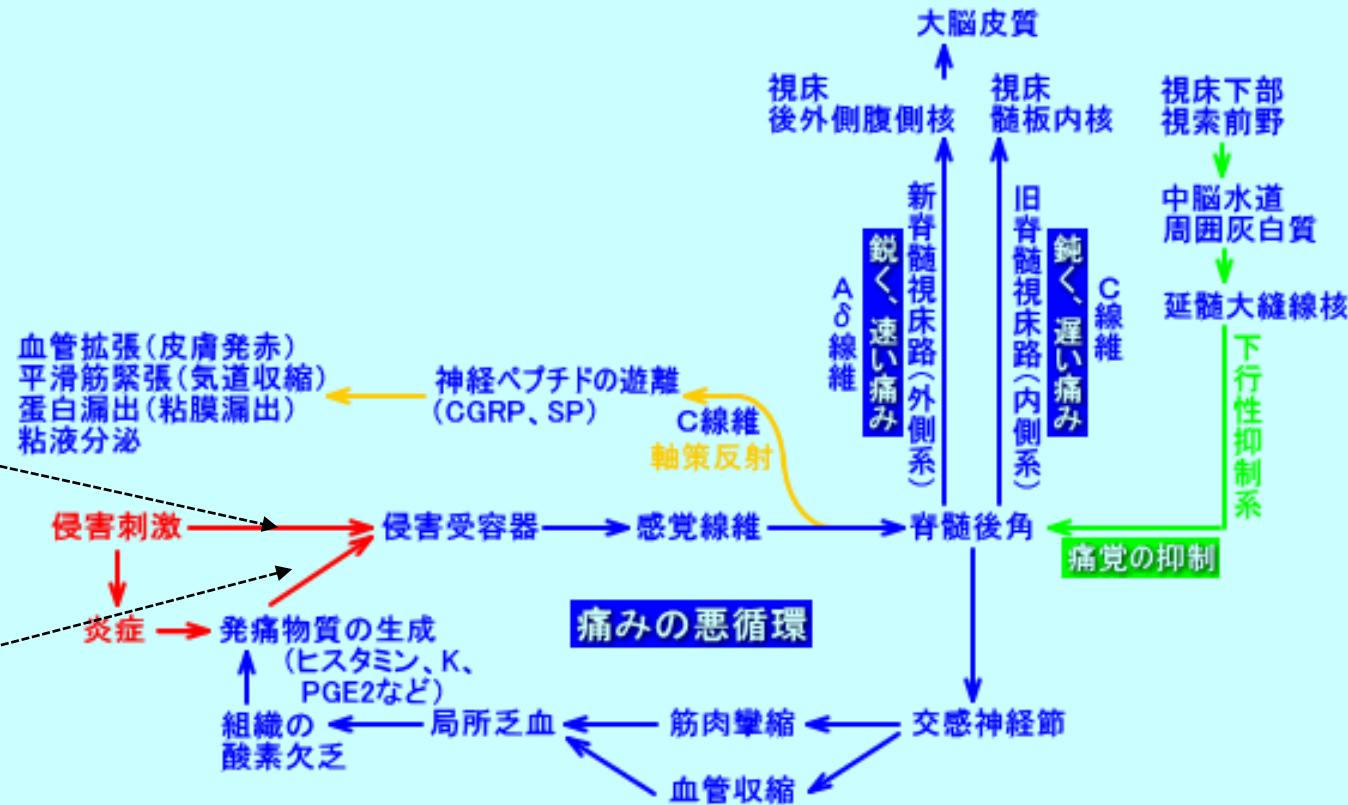
- **内臓痛：旧脊髄視床路（内側系）**

自律神経系の、細い無髓線維（C線維）が主体のため、鈍く、遅い痛み

<http://hobab.fc2web.com/sub4-pain.htm>

生理的な痛み

炎症性痛



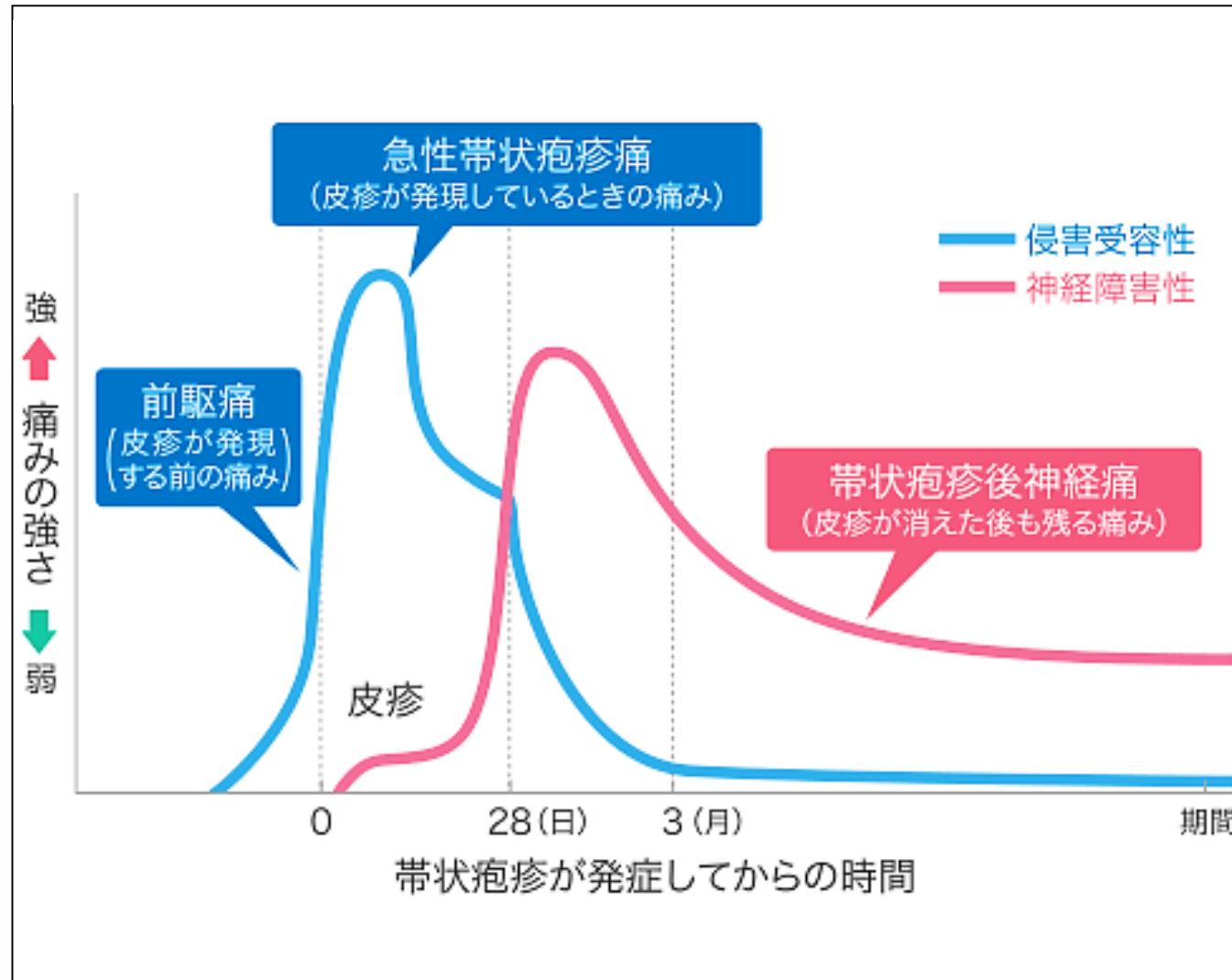
侵害受容性疼痛 2

- 侵害受容性疼痛は組織の損傷・炎症などにより
侵害受容器が活性化されることにより生じる
- 侵害受容性疼痛は組織の危険信号であると考え
、まずはその原因となる疾患に対する治療を行うこ
とが最優先される
- 痛みの慢性化を防ぐためには、早期より適切な鎮
痛を目指すことが重要である
- 慢性化症例では、神経障害性疼痛・非器質的疼
痛の要素も加わることがあるため多面的アプロー
チを要することがある

神経障害性疼痛

- 侵害受容器への刺激ではなく、末梢または中枢神経系の損傷または機能障害によって発生する
- 末梢神経あるいは痛みの伝導路ニューロンの興奮が引き金となっている
- 組織損傷と釣り合わない疼痛、灼熱感、チクチク感などの異常感覚および神経学的診察で検出される神経損傷の徴候から示唆される

急性痛→慢性痛（帯状疱疹）



疼痛の治療薬

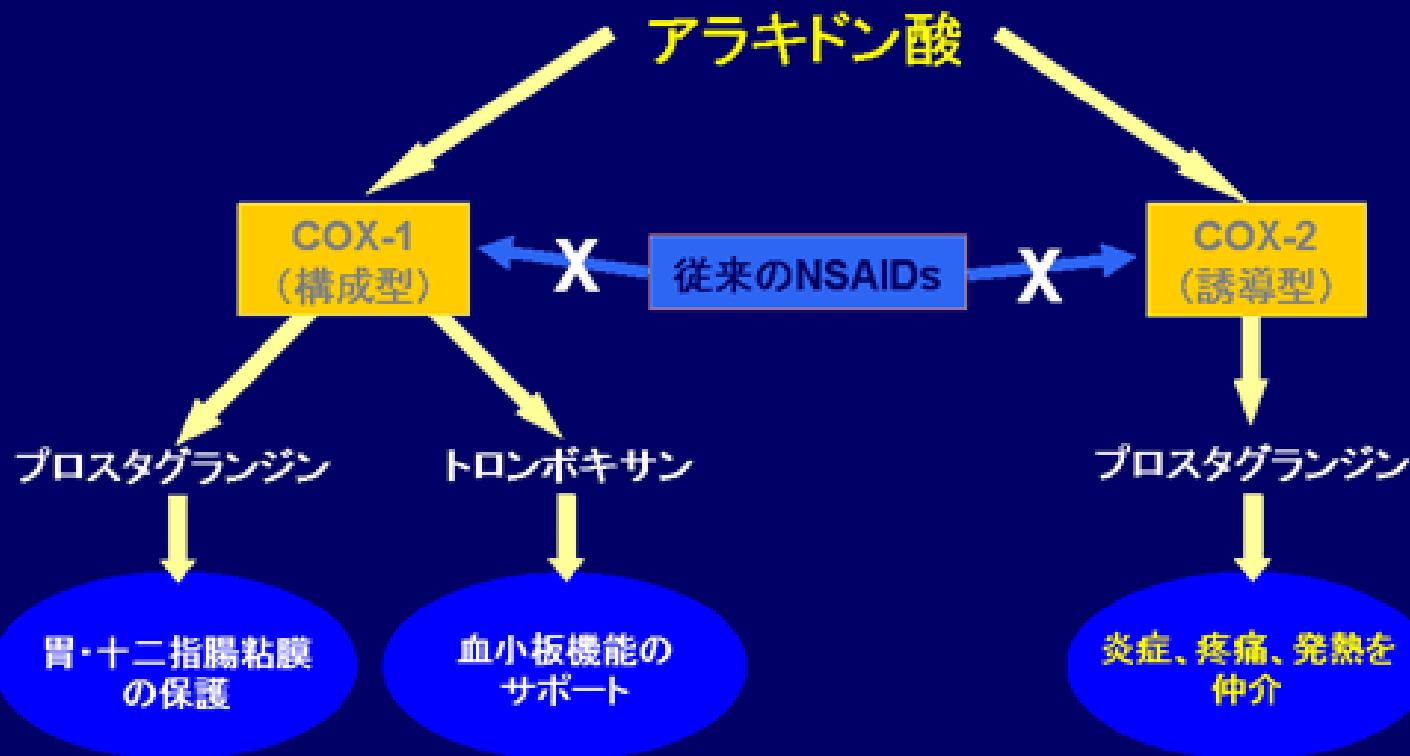
疼痛機序による治療薬の選択

疼痛分類	薬剤
侵害受容性疼痛	<ul style="list-style-type: none">・ 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)・ シクロオキシゲナーゼ (COX) 2選択性阻害薬・ アセトアミノフェン・ オピオイド鎮痛薬
神経障害性疼痛	<ul style="list-style-type: none">・ 神経障害性治療薬：プレガバリン・ 三環系抗うつ薬・ セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬・ 抗てんかん薬・ オピオイド鎮痛薬・ 他

非ステロイド性抗炎症薬

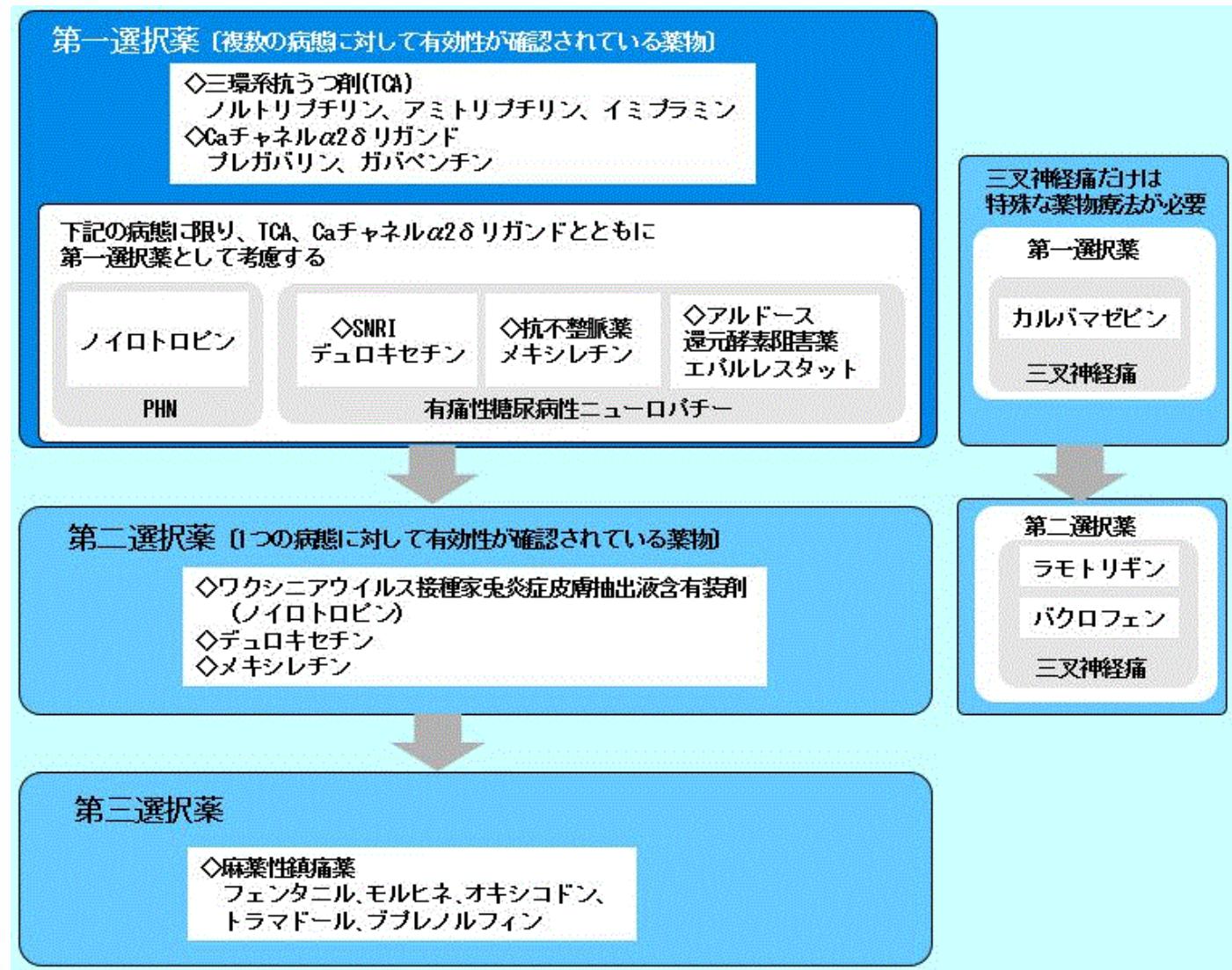
NSAIDsの作用機序

COX-1/COX-2の阻害



Donnelly MT, et al. Aliment Pharmacol Ther. 1997;11:227-236.
Pariet M, et al. Fundam Clin Pharmacol. 1996;10:1-17.

神経障害性疼痛治療のアルゴリズム



NSAIDsの副作用

- ◆過敏症、ショック、低体温
- ◆消化性潰瘍、胃腸出血
- ◆浮腫、高血圧、腎障害、心不全
- ◆肝障害、膵炎
- ◆出血傾向、骨髓抑制、溶血性貧血
- ◆眠気、めまいなどの神経症状
- ◆アスピリン喘息
- ◆他

NSAIDsの胃粘膜障害

- NSAIDs3ヶ月以上服用者の62.2%に内視鏡で上部消化管で異常所見が認められた

リウマチ 31:96 1991

- NSAIDsを4週間以上服用者の62.8%で胃粘膜傷害が認められており、依然としてNSAIDsによる胃粘膜傷害の発生は高い傾向にある

Therapeutic Research 37:1211,2006

CKD発症/進行のリスクファクター

治療の可能性	リスクファクター
可能	<ul style="list-style-type: none">・高血圧・糖尿病、メタボリックシンドローム、肥満、脂質異常症・喫煙・代謝性因子（アシドーシス、高リン血症、貧血）・高蛋白摂取/高食塩摂取・腎毒性の薬剤（特にNSAIDs）、サプリメント・膠原病・腎結石、尿路感染
不可能	<ul style="list-style-type: none">・CKDの家族歴・CVD(心血管疾患)の合併・高齢、男性・片腎・低出生時体重

CKD(慢性腎臓病)診療ガイド 日本腎臓学会・日本高血圧学会編

65歳以上のNSAIDs使用患者における腎不全発症のodds ratio=1.58

Am J Epidemiol 51:488, 2000

アセトアミノフェン

- **作用機序は完全に解明されていない**

- 抗炎症作用：ほとんどなし
- 鎮痛作用：視床・大脳での痛覚閾値の上昇
- 解熱作用：中枢神経でのPGE2産出抑制

- **副作用の頻度はNSAIDsと比してはるかに低い**

- 予備力の少ない高齢者や小児に投与しやすい
- 成人最大投与量=4,000mg/日

- **過量投与 (150~250mg/kg/日) で重篤肝障害**

- 肝障害既往者：1500mg/日以下

オピオイド

- 弱オピオイドは、NSAIDsによる胃粘膜障害や腎障害を避けることができ、NSAIDsの代替となりうる
- 依存性や乱用の危険性を考慮する必要がある
- 非がん性疼痛に対しては、鎮痛を最終目的とするのではなく、ADL向上を目的とするなど癌性疼痛とは異なる点に留意が必要
- 侵害受容性疼痛へ投与することで低用量で有効性を発揮する