

帯状疱疹の診断・治療と疼痛管理 - 3

帯状疱疹の重症度判定

● 総監修 ●

横浜市立みなと赤十字病院

西岡 清

● 学術指導 ●

久留米大学医学部皮膚科

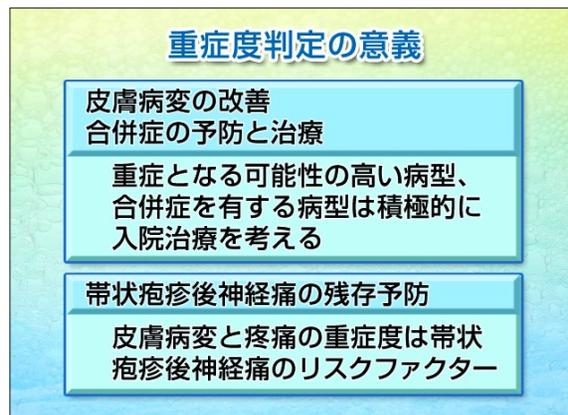
安元 慎一郎

帯状疱疹の重症度判定

【1】重症度判定の意義

○重症度判定の目標

- 急性期帯状疱疹の治療は、皮膚病変の速やかな改善、合併症の予防と治療が主な目標となる。
- そのため、経過中に重症となる可能性が高い病型や合併症を有する病型では、積極的に入院治療を考える必要がある。
- 患者のQOLを最も障害するものは疼痛の存在であることから、急性期の疼痛を軽減し、帯状疱疹後神経痛の残存を極力予防することも重要な目標となる。
- 帯状疱疹後神経痛の残存には皮膚病変や疼痛の重症度が密接に関連しているため、重症度判定を慎重かつ確実にを行うことが求められる。



○重症と考えられる病型

汎発性帯状疱疹／複発性帯状疱疹

- 汎発性帯状疱疹は、帯状の皮膚病変に加え、ウイルス感染リンパ球血症を併発し、全身に水痘様の小水疱が散発する病態である。
- 2つ以上の神経支配領域に同時に帯状疱疹が発症したものを複発性帯状疱疹という。
- これらの病型の多くは免疫不全状態に伴って生じるが、明らかな基礎疾患なしに生じる場合もある。



汎発性帯状疱疹

Hunt 症候群

耳介内側に限局した帯状疱疹や、三叉神経第3枝領域に発症したものは、浮腫と顔面骨による神経の圧迫などにより、同側の顔面神経麻痺が生じることがある。これが Hunt 症候群である。



再発性帯状疱疹

単純疱疹が繰り返し再発するのと対称的に、一般に帯状疱疹の発症は一生に一度であるが、SLE などの膠原病を有する患者では帯状疱疹の発症頻度が高く、また何度も繰り返して再発する場合がある。

【2】皮膚病変の重症度判定

○神経支配領域内の発疹数による判定

- 皮膚病変の重症度は、発症部位の神経支配領域内でどのくらいの範囲に発疹が見られるかによって経験的に判定される。
- 皮膚病変の重症度を定義している報告に従えば、丘疹または小水疱を計測して以下のように判定する。



○病変数の計測が困難な場合

- 潰瘍性病変が主体であったり、皮膚病変が融合している場合など、個々の病変の計測が困難な場合には、右図のように皮膚病変が神経支配領域内に占める割合で重症を判定することが多い。

皮膚病変が神経支配領域内に占める割合を計測

軽 症…30%以下
 中等症…30～70%
 重 症…70%以上

- 紫斑を伴うものや深い潰瘍を伴うものは、血管病変の存在を示唆しており、瘢痕の形成が予想されるため、重症の皮膚病変ととらえることができる。

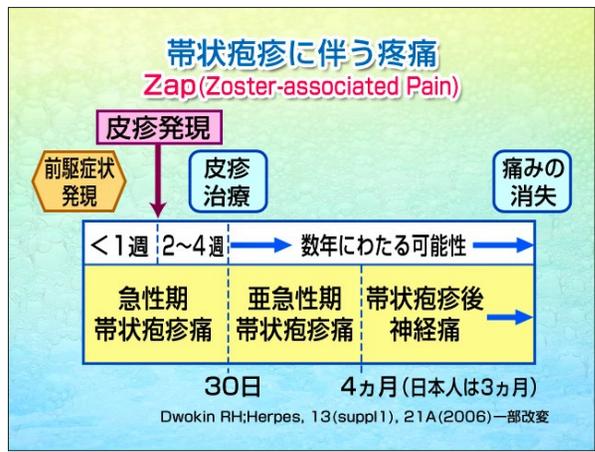


【3】疼痛の重症度判定

○帯状疱疹の疼痛

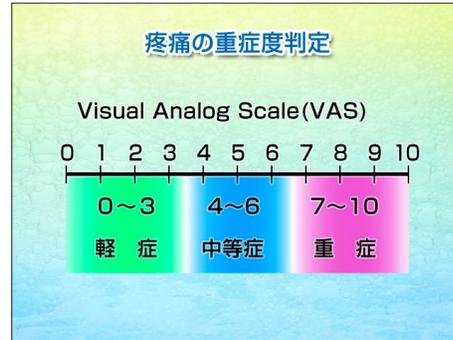
帯状疱疹の疼痛は、急性期疼痛と慢性期疼痛に区別される。

- 急性期は発症から皮膚病変が治癒するまでの期間を指し、ウイルスの増殖に伴う神経障害と炎症による痛みとが混在すると考えられる。
- ウイルス増殖の終了後(皮膚病変が治癒した後)でも神経周囲の慢性炎症と神経障害などから疼痛が長引いて慢性化する場合がある。
- 急性期の疼痛と慢性期の疼痛は互いにオーバーラップして存在することから、帯状疱疹に関連した痛みを Zoster-associated Pain (Zap) と呼び、総合的に考える場合もある。



○疼痛の重症度判定

- 帯状疱疹の疼痛の程度は、夜も眠れないほどのものから、ほとんど痛みがないものまで、大きな個人差がみられる。
- その重症度もやはり経験的に決められることがほとんどであるが、Visual Analog Scale (VAS) を用いて痛みを定量化し、0～3を軽症、4～6を中等症、7～10を重症とすることがある。



○アロディニア

痛みの種類のうち、病変部周囲の皮膚における温冷覚の感覚異常や、軽度の刺激が疼痛として自覚されるアロディニアの存在は、いわゆる神経因性疼痛による症状で、神経変性の存在を示すものとして重要である。



○帯状疱疹後神経痛のリスクファクター

- 帯状疱疹後神経痛のリスクファクターとしては、50歳以上の高齢者、皮膚病変が重症、急性期の疼痛が重症、知覚異常やアロディニアなど神経因性疼痛の症状、免疫不全状態の存在などが挙げられる。
- これらの要因が1つでもあれば慎重に経過を観察し、2つ以上存在するときは急性期から疼痛対策を行うべきである。

