



## 「声」の欄・投稿規定

- ★「声」の欄は読者の皆さんのお考えを、直接誌面に反映させるためのページです。皮膚病の診療に関する日ごろのご意見、新しいアイデア、ご提言などをお気軽にお寄せください。とくに日夜第一線で診療に活躍しておられる先生方からのご投稿を切望します。
- ★「声」の欄には、また皮膚病に関する“質疑応答”を取り上げます。お寄せいただいたご質問は、その方面の権威に依頼して適切な回答を用意し、誌上で発表いたします。とくに回答者を指名されても結構です。
- ★字数は一般のご投稿は1,200字以内、質問は600字以内を原則とします。
- ★ご投稿は郵送のほか、E-mail (アドレス:hs1979@intage.com) にても受け付けております。
- ★原稿には住所・氏名を明記していただきます。

### アシルCoA脱水素酵素欠損症患儿に投与可能な抗菌薬は？

膝を怪我した小児が受診。抗菌薬を処方しようとしたら、お薬手帳に「アシルCoA脱水素酵素欠損症にてピボキシル環構造の抗菌薬は処方不可(例)フロモックス<sup>®</sup>、トミロン<sup>®</sup>、メイアクト<sup>®</sup>、オラペネム<sup>®</sup>など」と記載されていました。要はよく使われる第3世代セフェム系はほとんど使えないらしいということです。今回はとりあえずマクロライド系を処方しましたが、馬齢を重ねているせいで恥ずかしながらまったく知りませんでした。

調べてみると、ピボキシル環は抗菌薬の消化管からの吸収をよくするために付加されているそうですが、この代謝にカルニチンが必要とのこと。でもカルニチンは脂肪酸からの糖新生に主に使われるため、もしピボキシル環構造をもつ抗菌薬の代謝のためにカルニチンが使われて欠乏すると、結果的に患者が低血糖をおこしてしまうのだそうです。第3世代セフェム系では唯一バナン<sup>®</sup>がこの環構造をもっていないのですが、もしそれでも炎症を抑えられなかったら、たとえば重症化した膿瘍疹などの場合、どう対処すればよいのでしょうか？ 感染症や抗菌薬に詳しい先生がいらっしゃいましたら、アドバイスをお願いできますと幸いです。

石川 博康  
(八戸市・湊高台皮膚科)

### 「案件から学ぶ医療事故の対策と問題点」を読んで

「案件から学ぶ医療事故の対策と問題点」(CASE 16 帯状疱疹後神経痛に対する鎮痛薬長期投与による肝障害/46巻8号p.744)を、興味深く拝読しました。

以前より帯状疱疹(多数)および帯状疱疹後神経痛(常時20～30名)を継続的に診療している一人として、やはり注意せねばならない点と感じていました。

そもそも鎮痛薬であるアセトアミノフェンを長期に服用する必要性については注意が必要です。以前は疼痛対策として非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)が頻用されていたころには、長期内服により胃潰瘍を発症した例に多数遭遇しました。現在はアセトアミノフェンが使用されるようになりましたが、長期の使用例もときにみられます。また一般薬にも多く含有されており、患者本人が気づかずに服用した結果、大量摂取による中毒もおこします<sup>1)</sup>。

まずは患者さんが抱えている痛みがどのような痛みであるかを検討する必要があると思います。簡単に分類すると、侵害受容体性疼痛と神経障害性疼痛のどちらの病態かです。帯状疱疹後神経痛の場合は一般的に、経時的に前者から後者へ徐々に移行していく例が多いので、後者の状態であればアセトアミノフェンの有効な状態ではなく、むしろ鎮痛補助薬であるプレガバリンやミロガバリン等を選択する必要があります<sup>2)</sup>。しかし突発的な夜間の疼痛などについては、鎮痛薬を適宜使用する選択肢もあるかと思います。もちろん腎機能へ影響もありますのでやはり定期的な血液検査が不可欠と思われます。適切な時期については具体的に明示されていませんが、投与開始早々は

1～2週間後，症状が安定しているときでも1～2カ月  
ごとの血液検査は必要と思われます。

以上，私見を述べました。

---

#### 〈文 献〉

- 1)「慢性の痛み診療・教育の基盤となるシステム構築に関する研究」研究班（監）：慢性疼痛治療ガイドライン，真興交易，東京，2021
- 2) 日本ペインクリニック学会治療指針検討委員会：ペインクリニック治療指針 改定第7版，文光堂，東京，2023

鈴木 琢  
(横浜総合病院皮膚科部長)