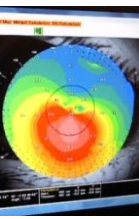




フジタ眼科ニュース

Vol.32 2013.5.20



「緑内障」の通称名は「グラ」なのヨ⑦

難しい話となってしまいましたが、こうした事情があるため現在の眼科業界では**④「閉塞隅角タイプの緑内障の場合に抗コリン作用を有する薬剤を使用すると急性緑内障発作を発症する可能性のパーセンテージは不明」という事**になっています。つまり、**⑤添付文書に「緑内障注意」が記載されている薬品の中には実際に『急性緑内障』を誘発したと報告されているものもありますが、多くは単に理論的な可能性に基づいて禁忌扱いとなっているのです。**つまり**①**については理論的な可能性について論じている、もしくは非常に低い可能性について論じていると判断されます。しかし、一般の患者さんが「禁忌薬剤」という書き方をみれば**①**の論理は「副作用の発症を100%保障している」かのように考えがち(閉塞隅角タイプの緑内障の患者さんが風邪薬(←抗コリン作用を有するもの)を服用すると必ず急性発作を起こすという論理)ですが、決してそんな事は無い(むしろ可能性は相当低いはず)のです。しかしそれでも、患者さん方への注意喚起にはある程度の数値的な裏付けは必要ですよ…。苦しい紛れなこの状況で、一般に代用的に用いられるデータとして「閉塞隅角緑内障の有病率」という数字があります。「多治見スタディ」という、日本人を対象とした緑内障に関する疫学調査で最も有名な研究によると、40歳以上で緑内障全タイプ合計の有病率が5%(20人に1人)、閉塞隅角タイプが0.6%(約170人に1人)だったそうです…。日本人においては緑内障を罹患している患者さんのうちの約9割の方は閉塞隅角タイプでは無い訳です。これって…多いのでしょうか？少ないのでしょうか？なんと判断の基準がありませんよね(^^);。そして、これまた閉塞隅角タイプの緑内障の患者さんが抗コリン作用を有する薬剤を使用すると必ず急性発作を起こすわけではないのです…。つまり…添付文書にある緑内障禁忌との情報は実用的なものでなく、実際には無用に患者さんの不安を煽ってしまっていることが多いのです。しかし、ものごとには例外が付き物です。添付文書に注記がある以上、眼科医にその薬の服用の可否を確認するのが賢明な対応(そして眼科医もその責務に快く応じるべき)だと思います。たまーにですが…「禁止薬のある緑内障かどうかを眼科の先生に口頭で聞いてね」という、ジャイアンがのび太君に命令するような強引な質問の答えを患者さんに強要する薬剤師さんがいます。非常にナンセンスな話です…。禁止薬と言うけれど、一般に論じられる緑内障禁忌薬に関する議論は、あくまでも抗コリン作用を有する薬剤についての議論な訳で、緑内障の末期の患者さんにステロイド系の飲み薬を長期に使ったりすれば眼圧が上昇して失明してしまう可能性もあるので「緑内障における禁止薬＝抗コリン作用を有する薬剤」とは限らない訳です。また、ある薬剤師さんは患者さんに…「あなたは緑内障があるのね！内科の先生にもらった薬を飲むかどうかをいちいち眼科の先生に確認するのも面倒だから『飲みない薬の一覧表』をもらって来なさい！」と言われたとの事で相談を受けたこともあります。抗コリン作用を有する薬剤についてのリストを作りなさいという事なののでしょうか？何百種類のリストになるのでしょうか？薬剤師さんにも専門家としての自覚をもって現実的なコメントをして頂きたいものです。しかし、薬剤師さんからすれば「たかが眼科の話でイチイチ面倒だなー<(`^´)>聞けば大丈夫って言われることが多いし、眼科の医者にも嫌な顔をされるし…ほとんどの場合には抗コリン薬と閉塞隅角緑内障の話なんだから(←前述の文章を参照)、もっと話を単純にしてくれば毎回質問しなくてもいいのに…」という訳です。眼科の医者の中には「そんな事聞く必要なし！ナンセンスな質問！全て内服可能と考えてよし！(←繰り返しますが、前述の文章を参照して下さい)」とコメントする先生もあります。確かに、そうしたコメントに至る事情も分からないではありませんが(←しつこいですけど前述の文章を参照して下さい<(_ _)>)自分が担当している患者さんについての正確な情報提供が出来ないのであれば主治医とは言えませんよね、例外的なケースだってあるのですから。実際には開放系の緑内障だったはずの人が加齢によって閉塞系の緑内障を合併してきたりするので、正確に判断するのが難しかったり…ちゃんと答えるには悩ましいケースもあるのであまり明確なことを

言いたくなかったりもするんですよね(笑)。単に説明と文書を用意する行為を面倒と思っているドクターもあるかもしれませんが、それは専門家としての責務を果たしていませんよね。当院ではこうした疑問についての問い合わせがあった場合に、患者さん毎にその内容を説明(ご本人の緑内障の病型と抗コリン作用を有する薬剤使用の可否を記したもの)した書面を無償で作成しています。(←恐縮ですが、非常に簡易なものです(笑))ご要望のある方は遠慮なく申し出ください。(ただし診療が混雑している場合には、書面の作成に数日頂く場合もあります。ご容赦ください。)また、他科処方薬などで、すぐに治療を開始したい場合に薬局で「ストップ」が掛かることもあるかと思えます。当院が主治医となって緑内障を治療・検査しているケースについては、当院の診療受付時間中に限り電話での口頭での回答にも応じております。何か疑問な点がありましたら気軽に問合せを頂けたらと思います。(当然の事ですが、他院で加療中の方・当院で診察をしていない緑内障患者さんについては私には診断ができませんので回答不能です。直接、主治医の先生にお問い合わせ頂くようお願いいたします。)

また、現行の緑内障治療では、キサラタンに代表される「プロスタグランジン製剤」(通称PG(ピージー)剤と呼びます)が最初に投薬される処方となる事がほとんどです。理由は眼圧下降効果に優れている事、点眼回数が一日一回のみの事が多くて便利(たくさんの点眼回数を必要としない)なこと、体への影響(副作用など)が少ないことなどが挙げられます。しかし、目の周りについての副作用として「目の周囲が黒ずんでくる」という副作用があります。点眼後にきちんと拭き取れば副作用の出現も軽減できるので当院での処方には「一日一回風呂前」という一風変わった指示での処方をするようにしています。点眼後に入浴し洗顔してもらおう事で副作用を軽減しようという目的です。薬局さんによっては「点眼後に5分経ってからの入浴」を指示されるそうですが、**そんな必要はありません。**一般に、洗顔時に目の中に水道水が入ることは無い(みなさん顔を洗うときには目を閉じますよね)ので、点眼後の洗顔によって薬効が落ちることはありません。(ただし複数の目薬を同時帯に点眼する場合には5分の間隔が重要です。詳しくはバックナンバーVol.19-21を参照して下さい。)また、女性の場合にはメイクを落とす前に点眼をして頂き、点眼後にメイクを落としていただくこととメイクに保護されて薬剤の副作用の影響が少ないそうです。また、まつ毛が伸びるという悪い作用のような？良い作用のような(笑)？副作用もあるのですが、これについても同様でしょうか、まずはきちんと拭き取るという事が大切かと思えます。また、瞼の皮膚が黒ずんだり、睫毛が伸びるからと言って…例えば「すぐに失明してしまう！」というような重大な副作用にはつながりませんので誤解の無いようにお願いします<(_ _)>。

以上で、緑内障についての連載は終了です。Vol.26のバックナンバーも併せてお読みいただけたら幸いです。難しい内容が多かったのですが、皆様の参考になりましたでしょうか？

※…PG剤には①キサラタン(=ラタプロスト)②トラバタンズ③ルミガン④タブロス⑤レスキュラ(=イソプロピルウプロストン)があります。これらの薬剤を処方されている方は上記の事を参考にして下さい。また、⑤は一日2回の点眼となり、黒ずむ効果がほかに比べて弱いと言われていますが、眼圧の下がり具合もやや弱いようです。また、最近の抗緑内障点眼薬では「合剤」といって、一つの目薬に二種類の成分を混ぜ合わせたものも発売されています。PG成分を含むものはザラカム(キサラタンを含む)とデュオトラバ(トラバタンズを含む)の二種類ですが、これらの合剤についても同様に上記の副作用に注意する必要があります。



FUJITA-EYE-CLINIC

藤田眼科

エフ・ビジョン(コンタクトレンズ販売)



☎ **042**
(645)
0575
☎ **042**
(642)
2911