

リウマチ退治へ 住民公開講座 主催 公立森町病院

平成19年11月27日(火) 午後7時から8時30分
森町文化会館 小ホール

リウマチ治療の実情

浜松医科大学 第三内科 講師 小川法良

当日、午後7時。肌寒く、既に外は真っ暗であるにもかかわらず、多くの聴衆（参加者：患者さん、病院関係者など約70名程度）が参加してくださいました。周智郡森町は私の生まれ故郷であり、また現在毎週月曜日の午後にはリウマチ膠原病の専門外来を担当していることもあり、熱の入った講演となりました。まず公立森町病院院長の中村昌樹先生が私の紹介をしてくださり、講演が始まりました。中村昌樹院長は浜松医大時代の私の同級生であり、不思議な因縁を感じました。



講演では、関節リウマチの説明から始め、次にリウマチと間違いやすい病気、最新の治療、最後に静岡リウマチネットワークについて述べました。

関節リウマチは遺伝性疾患ではないので、通常子供さんやお孫さんに遺伝するのではないかという心配は必要のないこと、関節だけの病気ではなく全身の臓器が侵される可能性のある全身性疾患であること、血液検査やエックス線検査、診断の仕方を説明しました。まとめとして、

1. ① 症状、② 検査所見、③ X線所見より総合的に診断する、
2. 症状で重要なものとして、朝のこわばり、手（指と手首）の関節炎の存在、
3. リウマトイド因子陽性だからリウマチというわけではない、
4. 病気の活動性判定には赤沈、CRP、MMP-3、DAS28などを用いる、

次にリウマチと間違いやすい病気として、変形性関節症、膠原病および類縁疾患、線維筋痛症を取り上げました。簡単に言うと、

1. 変形性関節症では炎症所見がみられず、指の一番先の関節や膝に病変が生じやすい、
2. 膠原病では、発熱、皮膚症状を認めやすいが、関節は変形しない、
3. 線維筋痛症では、痛む部位が関節ではなく、筋肉が主体である、

最新の治療では、リウマチの治療がここ10年程の間で急速に変化しつつあり、今では診療ガイドラインに基づく科学的な根拠を基にした治療が主体であると述べました。関節の破壊が以前考えられていたよりも速いスピードで進行すること、治療の基本方針として、患者さんへの教育はとても重要であり、リウマチは手強い（悪性の）疾患であることや民間療法は信頼できないことを認識することの重要性を説明しました。また治療により、寛解（かんかい：治ったわけではないが、薬剤を使用していればまったく症状や検査の異常がない状態）導入を目指すことが今のリウマチ治療の目標であることを説明し、ガイドラインに従って、非ステロイド系消炎鎮痛剤、副腎皮質ステロイド剤、抗リウマチ剤、生物学的製剤の使い方、副作用、長所と短所などについて述べました。診療ガイドラインは簡単に言うと次のようになります。発症3ヶ月以内に抗リウマチ剤開始。これは一般の医師でもよい。3ヶ月してもよくなる場合は、リウマチを専門とする医師がみるべきである。治療の中心となる薬はメトトレキサート（商品名：リウマトレックス、メトレート、メトトレキサート）。メトトレキサートでもよくなる場合、生物学的製剤（レミケード、エンブレル）を考慮する。ただしガイドラインはあくまで指針であり、どんな場合にもそれに従わねばならないというものではありません。個々の患者さんの治療は、最終的には担当医の裁量に任されています。

最後に、静岡リウマチネットワークの話をして講演を終えました。ネットワークの話は基本的に本年9月9日のリウマチ友の会の講演と同様ですので割愛させていただきます。

講演後、何人かからリウマチへのストレスの影響、悪化させる因子は何か、鎮痛剤の座薬の適切な使い方、その他の現在受けている治療に関する質疑応答がありました。