



# 東京医科歯科大学 医師会報

No.3



1996

東京医科歯科大学医師会

## 目 次

# 東京医科歯科大学医師会 第3号

|                 |                  |      |    |
|-----------------|------------------|------|----|
| 会長挨拶            | 東京医科歯科大学医師会長     | 沼野藤夫 | 2  |
| 病院長挨拶           | 東京医科歯科大学医学部附属病院長 | 大島博幸 | 3  |
| <b>講演会 抄録</b>   |                  |      |    |
| (I) 癌シリーズIII    | 東京医科歯科大学泌尿器科教授   | 大島博幸 | 4  |
| (II) めまい、乗り物酔い  | 東京医科歯科大学耳鼻科教授    | 小松崎篤 | 7  |
| (III) 慢性関節リウマチ  | 東京医科歯科大学第一内科教授   | 宮坂信之 | 10 |
| 東京医科歯科大学医師会役員名簿 |                  |      | 16 |
| 東京医科歯科大学医師会会員名簿 |                  |      | 17 |
| 東京医科歯科大学 講座紹介   |                  |      | 18 |

## 東京医科歯科大学医師会 講演会

### どうして?! どうすれば!!...シリーズ(III)

|                |              |
|----------------|--------------|
| (I) 癌シリーズIII   | 泌尿器科教授 大島 博幸 |
| (II) めまい、乗り物酔い | 耳鼻科教授 小松崎 篤  |
| (III) リウマチ     | 第一内科教授 宮坂 信之 |

- 日 時 平成8年5月11日(土) 午後2時から
- 場 所 東京医科歯科大学1号館9階講堂  
〒113 東京都文京区湯島1-5-45 TEL 03-5803-5224
- 会場費 1,000円
- 後 援 東京医科歯科大学／東京都医師会／小石川医師会／文京区医師会

●東京医科歯科大学医師会事務局

東京医科歯科大学医学部第三内科  
〒113 東京都文京区湯島1-5-45 TEL 03-5803-5224 FAX 03-5684-2033



# 男の癌・前立腺癌

大島 博幸

東京医科歯科大学泌尿器科教授

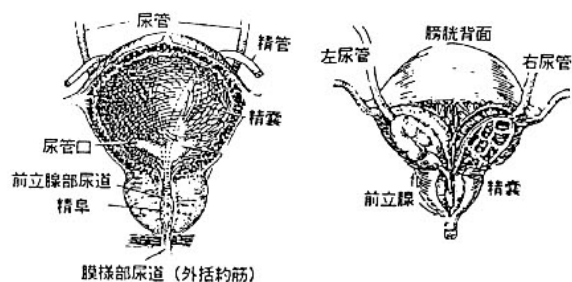
## 1. はじめに

加齢に伴い発現する、いわば老年病とでもいうべき疾病として血管性病変、骨粗鬆症、老年性痴呆等がすぐ思い起こされますが、その中にいくつかの悪性新生物もあります。前立腺癌はその代表的な悪性新生物であり、50代で発症することは稀ですが、加齢と共に増加し、他因死で亡くなった方を調べますと、顕症化しなかった前立腺癌、いわゆる潜在癌としての前立腺癌を持つ人が日本人でも80代の半数以上おられます。前立腺癌の発生頻度は人種差と食生活による差があることが知られています。米国では前立腺癌が男子の死因の一位を占めており、米国在住の黒人は特に発症率が高いことが知られています。ハワイ在住の日系2世、3世の間での前立腺癌罹患率は我々より高いのですが、同地域の白人の間のそれよりは低いのです。食生活が欧米式になって来ている現在、将来は日本在住の日本人の前立腺癌罹患率はハワイの日系2世、3世のそれに近づくことが予想されます。現在、地域の前立腺癌検診が行われつつありますが、50歳以上の男子の1%前後に前立腺癌が見つかっています。

## 2. 前立腺とは

前立腺は図に示すように男子の膀胱の出口にあり、生殖年齢の間は射精時にはその分泌液が尿道に押し出され、射精液の一部となります。精液臭はこれに含まれるスペルミンによるものです。前立腺は解剖学的にいくつかに分けられる腺組織により成っていますが、大まかには内腺と外腺に区別できます(図1)。

図1 前立腺と尿路



## 3. 前立腺癌の発生部位

良性の前立腺腫瘍である前立腺肥大症は内腺より発生し、悪性腫瘍である前立腺癌の大部分は外腺より発生します。しかもその9割強は直腸側より発生しますので、直腸よりの指診で効率よく発見できることになり、検診が容易で有用だということになります(図2)。

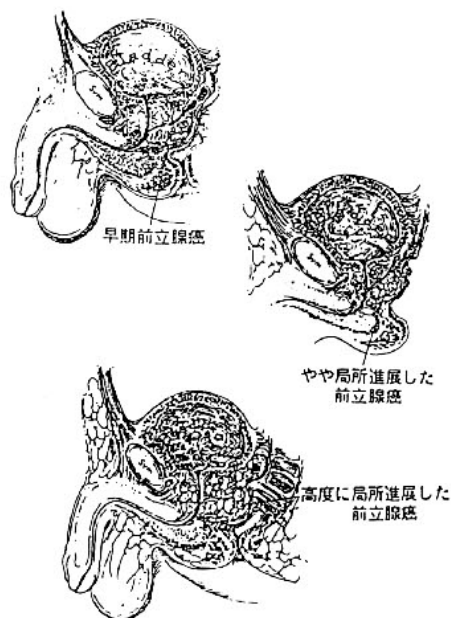


図2 前立腺癌の発生と局所進展

#### 4. 前立腺癌の症状

前立腺癌の局所の症状としては血尿、排尿困難などを挙げる事が出来ます。これらは前立腺癌が尿道の周囲にまで進展しないと起こらない訳で、発生母地から考えるとかなり進行しないと現れない症状です。また骨に転移し易く、その為に腰痛や病的骨折等が起りますが、このような症状は既に転移のある進行癌であることを示しています。

このように症状がある前立腺癌はほとんど全てがすでにかなり進展しており、初期癌とは言えないもので、治癒させることはすでに難しいということになります。従って、前立腺癌を治癒可能なうちに見出すには検診が非常に重要だということになります。

#### 5. 前立腺癌の早期発見には

前立腺癌の大部分がいわゆる外腺から発生し、その90%は直腸からの指診で触れることが出来る背側に発生します。しかし前立腺癌側に発生した前立腺癌は初期には触診では解りません。このような前立腺癌をどうやって見つけるかが問題です。ところが、前立腺は前立腺特異抗原 (prostatic specific antigen, PSA あるいはPA と略称されています) という非常に特異性の高い物質を作っており、癌になるとこの物質の血中への放出が増加します。そこでスクリーニングテストとして血清中のこの物質を計り、その値が高い人を精密検査すれば前立腺癌を見落とす可能性は極めて低いということになります。しかしこの物質は大きな前立腺肥大症があったり、性的刺激を受けたりすると高い値を示しますので、この値が高いこと即ち前立腺癌が存在するという訳でないのです。PAの血中値が高いことを指摘されたくらくよくよせず、直ちに検査、治療体制のある泌尿器科専門医を受診し、正確な診断を受け、不幸にし

て癌があった場合は適切な治療を受けて下さい。前立腺癌の治療法は多くの選択肢があり、初期癌はほとんど治療せしめることが出来る反面、高度の判断力と技術を診断、治療両面で必要とされるからです。

#### 6. 前立腺癌の診断はどうするか

直腸指診あるいは前立腺特異抗原の高値により前立腺癌の存在が疑われますと、経直腸的に前立腺部の超音波検査を行います。これにより前立腺内の小豆大程度の病変迄検出可能です。そしてエコー監視下で針を目的の所に刺し、少量の組織を採取します。それから病理標本を作り顕微鏡下で観察し、癌組織の存在を確認して診断が確定します。この組織検査で癌が見つからない場合は、針が癌に命中していないという可能性もありますので、嚴重監視しながら1ヶ月位後に同じ検査を繰り返すこととなります。但し穿刺方法は工夫されており、“チカッ”とした痛みしか感じない検査です。勿論外来で行えます。

#### 7. 前立腺癌の治療と予後

前立腺癌があることが確定したら、それが前立腺にのみ局在しているか、転移しているかが問題です。そこで、CT、MRI、同位元素等を駆使して癌の進展度と局所の広がりを決め、それにより治療方針を決めます。

前立腺の中にのみ局在している癌に対しては、その部分に対する局所療法が第1選択となります。それには前立腺全摘除術と放射線療法があります。尿道の前立腺を出た所には外括約筋といって尿を膀胱に貯めるのに欠かせない筋が尿道を取り巻いています。従って、その近くに癌があるとこの外括約筋を残すと癌を取り残す恐れがあり、十分に癌を取ろうとするとこの外括約筋を傷つけ、術後尿失禁を起こすこととなります。このような場合は放射線療法が

第1選択となります。手術的療法の方が放射線療法より合併症も少なく、やや治療成績が良いのですが、どちらの治療法を選んでもきちんと治療すれば、一般人と同様な余命が期待できます。

しかし残念なことに前立腺癌の診断がつけられた方の7割以上は転移のある進行性前立腺癌です。しかし前立腺癌の大部分はゆっくりと進行する癌で、転移があってもリンパ節のみなら5年生存率は約60%、骨に転移するとやや悪いとはいえ5年生存率約40%となります。その為に色々な治療薬が開発されており、適切な薬物療法を続ける必要があります。薬物療法には抗男性ホルモン療法と制癌剤による化学療法があります(図3)。

図3 前立腺癌の治療

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 局所の根治療法<ol style="list-style-type: none"><li>a. 前立腺全摘除</li><li>b. 放射線照射</li></ol></li><li>2. 全身的保存療法<ol style="list-style-type: none"><li>a. 抗男性ホルモン療法<ol style="list-style-type: none"><li>1) 去勢術</li><li>2) LH-RH アナログ<br/>(黄体化ホルモン生成の停止)</li><li>3) 抗男性ホルモン剤</li><li>4) 女性ホルモン</li></ol></li><li>b. 制癌剤</li></ol></li></ol> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

抗男性ホルモン療法は前立腺癌が男性ホルモンにより発育を促進されるという性質を持っていることを利用した治療法です。男性ホルモンの供給を絶つ

か、それが働かなくすることを目的としています。最も直接的な方法は去勢術です。これと同じ効果を得る薬物療法として下垂体における黄体化ホルモンの生成分泌を止めてしまう薬物もあります。これは精巣での男性ホルモン生成が黄体化ホルモンに依存しているため、黄体化ホルモンがなくなると精巣で男性ホルモンを作らなくなるという機序を利用したものです。しかし精巣からの男性ホルモン供給を絶つても副腎を含めた身体他の部位でも男性ホルモンを少量ながら作っています。そこで、男性ホルモンを働けなくしてしまおうとする考えで抗男性ホルモン剤が開発されています。これも有効なのですが、問題は抗男性ホルモン剤そのものに弱いながら男性ホルモン作用があることです。現在のところ抗男性ホルモン療法の薬物として最も強力なのは女性ホルモンで、精巣並びに末梢での男性ホルモン生成をほとんど完全に抑制します。しかし、乳房が大きくなったり、つわり症状を起こしたり、血栓を生じ易い等の副作用もあり、その使用には十分な注意が必要です。

前立腺癌に対し、極めて有効という制癌剤はないのですが、ある種の制癌剤を少量長期に投与することにより、前立腺癌の発育が長期に渡り抑制され、癌と共存しつつではありますが、生命の延長を計れるのみではなく、生活の質を確保できるようになって来ており、上記の抗男性ホルモン療法との組み合わせで治療成績が改善されつつあります。

# めまいと乗り物酔い

小松 崎 篤

東京医科歯科大学耳鼻咽喉科教授

## 1. はじめに

めまいは頭痛や腹痛などと同様、比較的ポピュラーな症状であります。一般にめまいというとメニエール症候群という診断がなされますが、めまいの中には一時的な症状で特に対応をしなくても自然に軽快するものが多いのですが、なかには脳血管障害や脳腫瘍性などの病気も含まれ、これらはいずれも生命の危険に関係しています。

一方、内耳性のめまいでは、めまいと共に難聴などがみられ、めまいは良くなっても後に難聴が持続する場合もあり、適切な対応が重要です。

めまいは、小児では比較的少ない症状ですが、乗り物酔いは小児及び大人と共にみられます。そこで「どうして、どうすれば」のシリーズのなかで、めまいと乗り物酔いを取りあげ、その起こり方やどの様に対応したら良いかを述べます。

## II. めまいについて

### 1. めまいの種類

めまいの種類を大きく分けると回転性めまいと浮動性めまいに分けることができます。なお、眼前暗黒感(目の前が暗くなる感じ)もめまいの症状として考えられることもありますが、これは一般的なめまいとは若干異なります。従ってここでは、回転性めまいと浮動性めまいを中心に話を進めることにします。

回転性めまいとは、周囲がぐるぐる回転するようなめまいであり、一方、浮動性めまいは、何となく地面が動いているような感じ、船に乗ったような感じです。以前は、回転性めまいは内耳性の病気の時に多くみとめられ、浮動性めまいは、脳など中枢神経系の病気の時にみられると考えられていました。しかし、これは正しくありません。内耳性のめまいでも回転性めまいもあれば浮動性めまいもあり、ま

た一方、中枢神経の病気でも回転性めまい及び浮動性めまいがおこります。特に脳の中までも小脳や脳幹というところには、体のバランスにも関係し、その血管障害などでは回転性めまいが多く、また脳腫瘍などではふらつき感となります。

### 2. めまいをおこす部位

めまいは、内耳、前庭神経、小脳、脳幹、その他全身的な要因でおきてきます。内耳には、三半器管や耳石など体のバランスに関係する部分ともう一つ重要な機能として聞こえに関係する部分があります。このうち体のバランスに関係している部位に障害が発生するとめまいが発症し、また聴力に関係した部位に障害がおきると、難聴、耳鳴り、あるいは耳がつまる感じなどが生じます。なお、これらの部位から脳へ信号を伝える神経として前庭神経があり、その病気でもめまいがおきます。

一般的に、これらの部位に急激に病変が起きると回転性めまいとなり、また次第に病変が進行する病態では、浮動性めまいとなります。

その他全身的なものとしては、血圧の異常、(高血圧、低血圧)や貧血、更年期障害あるいはストレスなどもめまいの要因として考えることができます。

### 3. めまいの能率的な医師へのかかり方

めまいの病状を訴えて病院に受診し、診断あるいは治療を希望するときにはまず最初に適切な診断を行い、それに伴って治療するのが最も能率の良い方法であります。そのためには、めまいの症状の詳しい内容が必要であり、これは問診によって行われます。問診を適切に行うことができれば余分な検査を受けずに済み、時間の短縮など能率的であります。そこで能率の良い医師のかかり方とそのポイントとして、次の三つがあげられます。

具体的には：

a) めまいの内容がどのようなものであるか

b) めまいの起こり方と全体の経過について

c) めまいと共に出現する他の病状について

めまいの内容については、回転性めまいか浮動性めまい、あるいはその他のめまいかどうかであります。また、めまいのおこり方と全体の経過については、めまいが急激に出現したものなのか、緩徐に出現したものなのか、また、めまいは繰り返しおきているか、今回は最初のめまいなのかなどです。更にめまいは自然におきたか、あるいは体を動かすことによって発症したかなどであります。この中でも特に大切なのは、朝起きようと思った時に目がまわったというような訴えをすることが多くみられます。

次にめまいと共に自覚した他の症状の有無であります。この中では特に、聴神経に関係した内容のものと中枢神経に関係した内容のものが重視されます。聴神経に関係したものとしては、めまいと共に耳鳴り、難聴、あるいは耳が詰まる感じなどが増強したかどうかということであり、めまいと共にこれらの症状を自覚した場合には内耳性のめまいとすることが出来ます。

一方、めまいと共に手足のしびれや舌のもつれ、あるいは、物が二重に見えるなどの症状がみられた場合には、内耳ではこのような症状は出現しませんので、中枢神経系の障害によって発症しためまいというふうに考えることが出来ます。

また、めまいと共におきる他の症状としては、気分が悪くなる、あるいは吐くなどの自律神経の症状がありますが、これらはめまいが内耳から発症しても脳の中から発症してもめまいの感じが強くなった場合に出現する一般的症状であり、病気がどこにあるかということについての手助けには必ずしもなりません。また、これらの自律神経症状は個人差が大きいことも考にいれておかなければならないものです。

このようにして問診を行った後でめまいの診断のためのいくつかの検査がおこなわれることとなります。

#### 4. 急性めまいへの対応

急激にめまいが発症した場合には大部分が回転性のめまいであるため、周囲がぐるぐるまわるような感じとなり、気分が動転することも一般的であります。しかし、前に述べためまいのおこり方、全体の経過、めまいと共にみられた他の症状などを適確に知ることができれば、診断の手助け上重要であります。

一般にめまいがしている場合には、体や頭を動かすことによってめまいが増強しますので一定の頭位を保っていることが望ましい。また、内耳性の病気などで難聴の症状があるような場合には金属音などが異常に耳に響くことが多いのでそのような金属音をたてないようにしておくということも大切です。

### III. 乗り物酔いについて

#### 1. 乗り物酔いとその種類

乗り物酔いとは乗り物の動揺によって引き起こされた自律神経系の失調状態ということが出来ます。

乗り物には一般的に考えられているように車、バス、電車などの地上の乗り物、また船などの海上の乗り物、さらに飛行機などの空間の乗り物などが一般的であります。なお、近年宇宙飛行などの時に問題となる無重力下での乗り物酔いがあります。

#### 2. 乗り物酔いのおこり方

乗り物酔いがどの様にして発生するかについては次の様に考えられています。すなわち、乗り物の揺れである外からの刺激と睡眠不足、胃腸の状態が悪いあるいは自己暗示などの内的な要素が加わり、そ

れが自律神経系に作用して、自律神経の失調状態をきたし、乗り物酔いが発生すると考えられています。この中でも外からの刺激としては、乗り物の動揺による内耳への刺激、景色の揺れ、空気のだよみ、あるいは座席の位置などが重要な要素となり、また一方、内的な条件としては特に自己暗示が重要で、以前同様の状態で乗り物酔いを経験した場合に再度自己暗示にかかり、乗り物酔いを起こしやすくなります。乗り物酔いの症状として一般的なものは気分が悪くなる、吐き気がする、あるいは具体的に吐く、顔色が悪くなる、冷や汗がでるなどではありますが、この中でも早期の症状として重要なのは頭痛であります。頭痛は乗り物酔いの最初の症状であり、その後あくびなどが良く出て、一般的な乗り物酔いの症状となります。そのため、乗り物酔いの対応を的確に行うためには、この頭痛に対して注目する必要があります。

### 3. 乗り物酔いの予防

乗り物酔いは、前に述べたように外的要因と内的要因が自律神経系に加わり、発現すると考えられているためにそれらの要因を各々調整することが乗り物酔いを予防する最も重要な方法であります。具体的に内耳への異常な刺激を予防する方法として座席の位置に注意する、あるいは頭の位置に注意する。空気のだよみがないように注意する。一方、内的要因としては睡眠不足、胃腸の状態を良好に保っておく必要があります。また、自己暗示は最も重要な要因の一つと考えられており、この克服は乗り物酔いの予防に最も重要な役割を果たします。

### 4. おわりに

めまいと乗り物酔いについてその起こり方、あるいは対応の仕方について述べました。



# 慢性関節リウマチ

宮坂 信之

東京医科歯科大学第一内科教授

## 1) 慢性関節リウマチとは？

リウマチとは『ロイマ』という言葉に由来しています。『ロイマ』とはラテン語で『流れる水』という意味だそうです。リウマチの関節の痛みは、ちょうど水が流れるようにあちこちと移り変わるために、このように呼ばれるようになったようです。リウマチの正式病名は慢性関節リウマチです。

では、リウマチはどこに起こるのでしょうか？

関節は、骨と関節軟骨のほかに、滑膜という関節の裏うちをしている膜からできています(図1)。

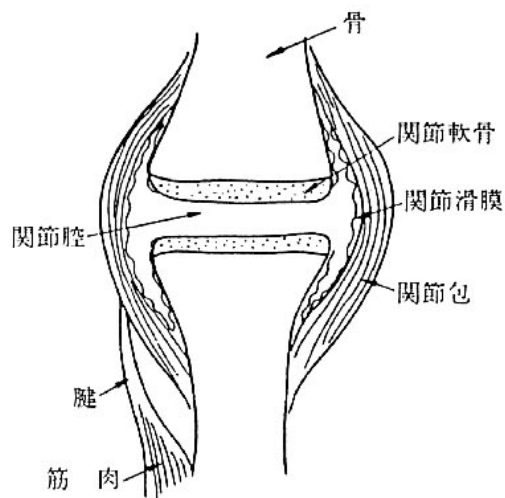


図1 関節の構造

この膜は関節液を作り、関節軟骨などなどに栄養を送る役目をしています。リウマチは、この関節滑膜から始まります。

ですから、リウマチの初期には、滑膜の炎症、いわゆる滑膜炎という形をとります。当然のことながら、初期には、骨や軟骨には何の病変も起こりません。しかし、滑膜での炎症が進展すると、やがて軟骨、そして骨へと変化が及び、組織の破壊が起こります。

## 2) どんな症状が起こるのか？

リウマチは関節炎を起こすのが特徴です。

リウマチの関節炎の特徴には三つあります。その第一は『多発性』です。すなわち、一度に複数の関節に炎症が起こります。第二の特徴は『対称性』です。たとえば、膝の関節炎でも右に起こると、同時に左にも起こります。第三の特徴は『移動性』です。関節炎が次々と場所をかえて起こります。

この『多発性』、『対称性』、『移動性』の3つを兼ね備えている関節炎をみたら、リウマチといってもさしつかえないほどです。

リウマチで関節炎が起こると、その関節は動かすと痛みます。そのために、関節の動かせる範囲がどうしても狭くなってしまいますのが普通です。このような関節は押すと痛むことがあります(圧痛)。炎症がひどくなると、じっとしていても痛みます。これを『自発痛』といいます。

このように関節炎の程度によって、いろいろな種類の痛みが起こってきます。また、炎症がかなり急激に起きてきたときには、その関節は赤くなり、熱を持つこともあります。

急激な炎症を生じたときには、関節の中に水が貯ることがあります。関節の中には、正常の状態でも関節液があり、潤滑油の役目をしています。しかし、炎症が強くと起こると、血液の中の水分が関節の中にどんどんしみだしてきて関節液が増えてしまいます。

リウマチの症状のうちで、もっとも特徴的な症状は『朝のこわばり』です。これは、リウマチの患者さんが朝起きたときに感じる体、特に手のこわばり感のことをさします。リウマチがひどいときには、朝のこわばりも長く続き、午後にならないと動き出せないこともあるほどです。

### 3) リウマチの関節以外にも病気を起こす

リウマチは、関節にだけ症状を起こすのみではありません。関節の外にも症状を起こしてることがあり、これを一括して関節外症状と呼んでいます。

その中には、発熱、全身倦怠感、貧血、リンパ腺腫脹などの症状があります。この他の関節外症状で有名なものに、リウマトイド結節があります。リウマチ結節とも呼ばれます。これは肘の外側、膝の前側などの、比較的外から刺激を受けやすい場所に出てきます。一般には、リウマチのまだ勢いの激しいときにみられます。大きさはアズキ大からソラマメ大までいろいろですが、痛くないのが特徴です。

肺、心臓、脾臓、神経などにもリウマチによる病変が出現し、それぞれに対応した多彩な症状がみられることもあります。肺の場合は、肺線維症がみられることがあります。多くは高齢の方で、特に男性に多いようです。一般には、余り進行性ではありません。ただし、リウマチの治療薬剤で肺線維症を起こすものもありますから、注意が必要です。稀には、リウマトイド結節が肺にできることもあります。

この他に、心嚢炎といって、心臓に水がたまることもあります。稀ですが、脾臓が腫れ、白血球が減少することもあります。神経症状が出る場合は、頸椎に変化のあるときか、あるいは血管炎を起こしている場合です。これらは、専門家にみてもらえば、容易に診断がつかます。

### 4) リウマチとリウマチ熱とは違う病気か？

リウマチ、すなわち慢性関節リウマチとリウマチ熱とは名前こそよく似ていますが、実は全く違う病気です。

リウマチ熱とは、溶血性連鎖球菌の感染によって起きる病気です。この特殊な菌によって咽頭炎を起こし、その結果、二次的に関節炎や、心臓の筋肉や

弁の炎症を起こしてきます。この病気は子供に多くみられます。

これに対して、リウマチは、少なくともこのような細菌の感染が原因ではありません。また、子供には小児リウマチという特殊なタイプのリウマチがありますが、一般にはリウマチは大人の病気です。

しかし、二つの病気とも関節炎を起こすので、昔はリウマチという名前がつけられ、しかも膠原病として分類されました。ただ、リウマチ熱が細菌の感染に続発して起こる病態であるということがわかってからは、この両者ははっきり区別されるようになりました。両者の治療が全く違うのは、言うまでもありません。

### 5) リウマチと紛らわしい他の病気には、どんなものがあるか？

一般に、関節炎を起こしてくる病気をリウマチ性疾患と呼ぶことがあります(表1)。

この中でも、特にリウマチとよく間違えられるものに変形性関節症があります。これは閉経期前後の女性に多く、遺伝的要因が濃厚な病気です。指の末端に起こることが多く、指の第一関節(遠位指節間関節)が赤く腫れます。しかもこの腫れは複数の指に多発し、対称性に出ることがあります。これをヘバーデン(ヘベルデン)結節と呼びます。また、このような変化は指の第2関節に出ることもあり、これはブッシュャール結節と呼ばれます。しかし余り関節の機能障害を起こすことはありません。

急性期には赤く腫れますが、慢性になると、関節の赤みは取れ、指の第一関節は固く盛り上がってきます。ときには、関節が少々脱臼して、外側を向くこともあります。

このような変化は指だけではなく、全身に生じてくることもあります。レントゲン像や臨床経過か

らリウマチと簡単に区別することができます。また、この変形性関節症は非ステロイド性消炎鎮痛剤が非常に良く効くのが特徴です。

表1 リウマチ性疾患

|             |
|-------------|
| 1. 膠原病      |
| 慢性関節リウマチ    |
| 全身性エリテマトーデス |
| 強皮症         |
| 多発性筋炎／皮膚筋炎  |
| 結節性多発動脈炎    |
| シェーグレン症候群   |
| 2. 感染性      |
| リウマチ熱       |
| 細菌性関節炎      |
| ウイルス性関節炎    |
| 真菌性関節炎      |
| ライター病       |
| 強直性脊椎炎      |
| 3. 代謝性      |
| 痛風          |
| 偽痛風         |
| 変形性関節症      |
| 糖尿病性関節炎     |
| 4. その他      |
| ベーチェット病     |
| アミロイドーシス    |
| サルコイドーシス    |
| 再発性多発軟骨炎    |

この他にも、リウマチと間違えやすい病気に腱鞘炎、腱附着部炎や滑液包炎などがあります。

#### 6) リウマチ反応とは？

『リウマチ反応が陽性に出たけれど、リウマチでしょうか?』と言って来られる患者さんがよくあります。

リウマチ反応とは、リウマトイド因子（リウマチ因子ともよぶ）を検出する検査法です。リウマトイ

ド因子とは、血液中にある免疫グロブリン（抗体）の一種です。免疫グロブリンとは、血液の中にあるタンパク質の一種で、抗体の役目をしています。この中には、IgG、IgM、IgA、IgD、IgEの5種類がありますが、リウマトイド因子は、このうちのIgGに対する抗体です。したがって、自己抗体ということになります。

では、このリウマトイド因子とは、リウマチの患者さんの血液の中には必ず存在するのでしょうか？答えは否です。リウマトイド因子は、リウマチの患者さんの約四分の三にみられます。逆の言い方をすれば、リウマチとはっきり診断される患者さんでも、約四分の一の患者さんにはリウマトイド因子は検出されません。ですから、リウマチ反応陰性のリウマチの患者さんもいることになります。

それでは、リウマトイド因子はリウマチ以外の病気にも出現するのでしょうか？リウマトイド因子は、慢性肝炎や肝硬変でも出現します。この他にも、梅毒や結核などの慢性感染症でも陽性になることがあります。また、シェーグレン症候群を始めとする他の膠原病でも陽性になることがあります。ですから、リウマチ反応が陽性でも、必ずしもリウマチではないのです。

#### 7) リウマチはどのようにして診断されるか？

リウマチの診断のためのガイドラインとしては、アメリカリウマチ学会によって作成されたリウマチ診断基準があります（表2）。

これをみてもおわかりのように、リウマチの診断には臨床症状のみならず、血液、レントゲン検査などが用いられます。これらの組み合わせで、はじめてリウマチの診断が可能となります。

リウマチの臨床症状については、すでにお話しましたので、ここではリウマチの診断に用いる臨床検

査などについて簡単に解説することに致しましょう。

表2 慢性関節リウマチの診断基準

- |                 |
|-----------------|
| 1. 朝のこわばり       |
| 2. 3ヵ所以上の関節炎    |
| 3. 手の関節炎        |
| 4. 対称性の関節炎      |
| 5. リウマトイド結節     |
| 6. 血清リウマトイド因子陽性 |
| 7. X線変化         |

上記7項目中4項目を満たすときに慢性関節リウマチと判定する。

まず血沈です。これは赤沈ともいいます。赤沈はリウマチの活動性の判定にも有用です。リウマチの勢いが激しいときは、赤沈が1時間あたり百mmを越えることも珍しくありません。そして、リウマチが治療によってコントロールされてくると、赤沈の値は改善してきます。ですから、血沈は炎症の程度を示す一つの指標となります。

CRPも赤沈と同様に炎症の指標として用いられます。CRPとは、C反応性タンパクの略です。体の中で炎症が起こると、CRPが肝臓から産出され、血液の中に増えてきます。ですから、血液の中のCRPの量を測定することによって、体の中の炎症の程度を推し量ることができます。

リウマトイド因子の量も、活動期には増加していることが多くみられます。そして、治療が功を奏すると、その量は減少してきます。ただ、例外もあり、リウマトイド因子が高くても無症状の患者さんもいます。また、前に述べたように、リウマトイド因子陰性でも、ひどく活動性の高い場合もあります。ですから、赤沈やCRPほど正確に活動性を反映するものではありません。

リウマチの診断には、X線による骨の検査が役に立ちます。またリウマチの経過を知る上にも、X線検査は威力を発揮します。ただ、リウマチの初期は、骨には全く変化を起こしてきません。したがって、X線検査では何の異常はみられません。ただよくみると、骨は正常でも、腫れている関節の組織が淡くふくらんで写ってくることがあります。

リウマチが少し進むと、炎症のために骨の萎縮が起こり、カルシウム分が減ります。正常の状態ではカルシウムが多いために、骨は白っぽくみえるのですが、リウマチでは黒くみえるようになってきます。

さらに症状が進むと、骨の破壊性の変化が認められるようになります。そして最終的には、骨は変形し、お互いにくっついてしまう(骨強直)こともあります。

このほか、リウマチに特徴的な骨変形もみられるようになります。このような変化としては、尺側偏位、スワンネック変形、ボタンホール変形、外反母趾などがあります。これらの変形はリウマチの最終的な像ですから、そうならないようにきちんと治療をすることが大切なのはいうまでもありません。

## 8) 悪性関節リウマチとは？

悪性関節リウマチとは、その経過が進行的で難治性のリウマチをさすものではありません。悪性関節リウマチとは、血管炎を伴う特別な病型をさすことばです。たとえば、心臓、肺、消化管などの太い血管に炎症を起こすと、心筋梗塞や肺炎、消化管出血など多彩な症状を起こします。皮膚の細い血管に炎症を起こしたときは、とても治りにくい潰瘍が手足の皮膚表面にできます。

悪性関節リウマチは、厚生省から特定疾患に認定されており、医療費の公費負担があります。ただ、血管炎のない普通のリウマチは、たとえその経過が

思わしくなくても、残念ながら特定疾患の対象とはなっていません。

### 9) 小児リウマチとは？

これは、専門的には若年性関節リウマチ (JRA) と呼ばれている病気です。主として十六歳未満で発症したリウマチをさします。この小児リウマチには、全身型、多関節炎型、乏関節炎型の三つのタイプがあります。

患者数は、全国で5,000人前後とされています。成長過程に関節炎が出現するため、成長障害が問題となります。しかし、最近では大人のリウマチ薬が積極的に使用されるようになり、かなり良い治療成績が上がるようになってきました。

### 10) 成人スティル病とは、

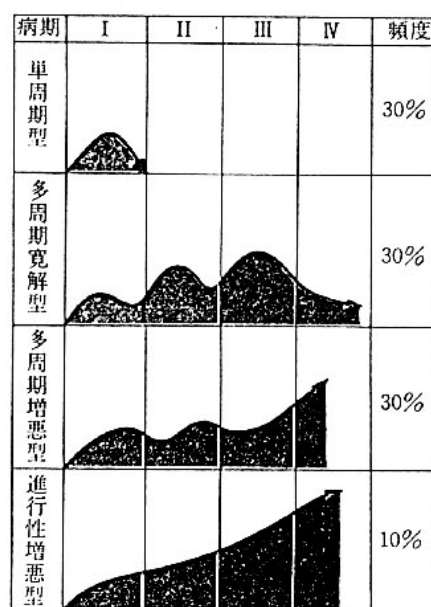
この病気は、成人にみられるリウマチの亜型です。39°以上の高熱が出ますが、半日後あるいは翌朝にはほとんど正常に近いところまで解熱します。また、薄赤色の発疹が体や手に出ますが、熱が下がると消えてしまいます。関節炎は手首に起こることが多く、レントゲン検査では手関節や手根骨の関節を中心に変化がみられます。また、手や腕の腱鞘炎もよく起こります。ひどいときには心膜炎、胸膜炎を起こすこともあります。

この病気では、血清フェリチン値が異常に高い値を示し、しかも症状が特徴的なので診断はむずかしくありません。しかし、とても珍しい病気なので、とかく診断が遅れがちな傾向があるの否めません。

### 11) リウマチの経過は？

リウマチの経過は、大体、四つのタイプに分けることができます (図2)。

図2 リウマチの経過



第一のタイプの「単周期型」は、いったんはリウマチが激しく起こりますが、治療によく反応して症状がほとんどなくなってしまうものです。これは全体の約30%を占めます。次は『多周期寛解型』です。このタイプは、何度かよくなったり、悪くなったりを繰り返します。しかし、最終的には、治療が奏功してリウマチの勢いは下火に向かうものです。このタイプも全体の約30%を占めます。第三の型は『多周期増悪型』です。これは第二のタイプに比較して、なかなか完全には治療に反応せず、少しずつですが、リウマチが進行するタイプです。やはり、全体の約30%といえましょう。最後のタイプは、『進行増悪型』と呼ばれているものです。現在の治療には全くといって良いほど反応せず、どんどん骨破壊が進行していってしまいます。このようなタイプは、専門的にはムチランス型とも呼ばれます。現在では、全体の約10%を占めるとされています。今後の新たな治療法の開発により、第三、第四の比率が少なくなる

ことが期待されています。

## 12) リウマチの治療とは？

リウマチの治療は大きく分けると、三つになります。まず第一は、炎症を抑え、痛みを軽減する薬物療法です。第二は、関節の変形と筋力の低下を防止するリハビリテーション療法（理学療法）です。そして、最後は、廃絶した関節機能を再建することを目的とした外科療法です。この他に、補助療法として作業療法、精神療法などがあります。

リウマチの治療で大切なことは、これらの治療法をうまく選択し、組み合わせで行うことです。そのためには、内科、整形外科、精神科医、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、看護婦、ソーシャルワーカー、保健婦などからなる医療チームが組織され、機能することが必要です。しかし残念ながら、わが国ではこのような系統的な治療が十分に行われていないのが現状です。この点は、欧米には残念ながらありません。経済大国の日本も、医療システムと福祉では遅れています。

リウマチ治療の最終目標は、患者さんの生活の質を高めることです。最近では、この生活の質をクオ

リティ・オブ・ライフ (QOL) ということばでも呼びます。そのために、①炎症や疼痛の軽減、②免疫異常の是正、③関節機能の維持、強化、再建、④関節変形、拘縮、強直の予防、の四つが具体的な目標となります。この四つがうまく組み合わせられてこそ、初めて高いQOLをめざすことが可能となります。

しかし患者さんは、すべて与えられるものを受け取るだけでは決して良くなりません。自分から進んで、医療を受ける努力が必要です。病気を自ら理解し、自分が飲んでいる薬を知り、そして積極的にリハビリテーションを行うことです。『主体的な参加』なしには、この病気を克服することはできません。

よく、リウマチになってしまったことばかり嘆き、物事を前向きにみない患者さんは、不思議なことに同じリウマチの治療をしてもなかなか良くなりません。一方、楽天的に構え、何事も積極的に対処しようという患者さんは、治療に反応してどんどん良くなっていくことは、日常、よく経験するところです。このように、リウマチというのは『心』と深く関係している病気です。リウマチになったことを嘆くのではなく、これからリウマチを克服する努力をすべきです。

## 東京医科歯科大学医師会報 第3号

---

1996年5月1日発行 ©

●発行 東京医科歯科大学医師会〔会長：沼野藤夫〕

事務局 東京医科歯科大学医学部第三内科  
〒113 東京都文京区湯島1-5-45

---