報 告

慢性関節リウマチの保存的治療

岡 崎 健*

要旨 昭和59年の大田区報によると、大田区に住む40歳以上の男女の調査で7%がいわゆるリウマチ性疾患に罹っている。従って、これらリウマチ性疾患の1/10に過ぎない慢性関節リウマチ(RA)の正確な診断が、ある治療法の効果を評価する際、最も重要である。

私の経験では、最新の抗リウマチ剤を含む大部分の治療はRAの関節破壊の自然経過を変えられないと思われ、我々はRA患者の管理しか手段がないと認めざるを得ない。

RAの保存的療法は、抗炎症剤の効果的な投与だけでなく、四肢変形や拘縮の予防も必要とする。

RA患者の各関節について、変形や拘縮を防ぐためのリハビリテーションプログラムを示した。疼痛の精神的軽減法は、東洋医学では効果的に使われているが、RAの基本的な管理法を忘れてはならない。

1963年、アメリカリウマチ協会の発表した骨関節や結合織に病変を示すいわゆるリウマチ性疾患は、大項目で13に分類され、病名としては100近くもある。従って、温泉の効能書に書いてあるようなリウマチとは、これら結合織に症状を示す広い意味でのリウマチであり、今日話題にする慢性関節リウマチ(以下RA)はこのごく一部に過ぎない。

ちなみに、昭和59年大田区の40歳以上の男女1,200名のアンケート調査で、腰痛・神経痛・五十肩などの疼痛性疾患を含むリウマチ性疾患は7%にも及び、RAを全人口の0.5%、40歳以上ではもう少し多いとしても、この約10倍ものいわゆるリウマチで患者が悩んでいることになる。一般的にリウマチを治療するということは、必ずしもRAを治療することだけでなく、RAの診断そのものが先ず問題になる。とくにRAの初期は、専門家でも変形

性関節症や他の膠原病、単なる腱鞘炎や五十肩などと区別出来ない場合がある。

また確実にRAと診断された場合でも、RAには多くの型があり、2~3年で急速に進行するものから、数十年たっても一部の関節のわずかな破壊や強直にとどまるものまでいろいろあり、関節の炎症・疼痛も次々と移動し、朝と晩、日、月、年単位、季節によって変化し、治療しても悪くなったり、何もしなくても自然に炎症が治まったりする気まぐれ病なので、自然経過の複雑さを知らずにRAを治したなどとおこがましいことを言うてはならない。私の30年のRA治療の経験では、現在あるすべての治療法は関節の破壊にほとんど影響せず、炎症や疼痛が一時期治まっても、一部の関節の破壊は勝手に進行したり、進行が止ったりしている。従って、我々の行っている治療はRAを治しているのではなく、管理しているに過ぎないと思うべきである。しかし、管理しないとどうなるかを考えてみると、次に示すような変形・拘縮・強直が進行し、疼痛にも悩まされて日常生活動作がどんどん低下していくことになる。ここに

*Ken OKAZAKI 七沢リハビリテーション病院

Key Words : 慢性関節リウマチ, 自然経過, 保存的治療, 疼痛対策, リハビリテーション

RA 治療の意義が存在するのである。

RA の治療には内科的治療、整形外科的治療、リハビリテーションの3つがあって、お互いに話し合いながら行われるべきであるが、現在日本では、三者が独立して別々に患者を診療し、協力がほとんどなされていない。私の話は、このうち内科的治療とリハビリテーションについてであり、保存的にはどうやって、どこまで治療が可能かがわかっていただければ幸いである。

初期のRAは遠位指関節の腫脹するヘバーデン結節、膝に関節液がたまる変形性膝関節炎、腱鞘炎、五十肩、痛風などと鑑別することが大切であるが、末期のRAでは次に示すような特有の変形、拘縮がおこるので、診断は簡単である。

手指の変形として、近位指関節が過伸展し遠位指関節が屈曲するスワンネック変形は、放置すると物がつまめなくなる。逆に、近位指関節が屈曲し、遠位指関節が過伸展する変形はボタン穴変形である。中手指関節で指骨が尺側に曲る尺側偏位、指の関節がとけてブラブラになり、指が短くなって手袋のようになり、物がつかめなくなるムチランス変形もある。

膝は屈曲拘縮をおこしやすく、曲げておくと膝痛が少なく、知らないうちに屈曲膝歩行になってしまうので、注意して予防する必要がある。

肘も屈曲拘縮から骨性強直になりやすいし、肩も挙上出来なくなるので、必ず両方の上肢の運動を均等に行わなければならない。

趾は第1趾が外反し、第2-5趾が上を向いて、コックアップトウといわれる変形になってくるので、予防が大切である。

RAは女性に多く、男性の4-5倍といわれているが、初発年齢は、私の経験でも1歳から79歳に及んでいる。女性は40-50代の発病が多く出産後の発病や症状の悪化が特徴的である。初発関節は膝・手・指の合計が72%にも及び、とくに手根骨附近と中手指関節、近位指関節が侵されやすいので、他の疾患との鑑別に必ず手と指のX線撮影をしておく必要がある。中足骨附近も初期に破壊がみられることが多く、症状がなくてもX線撮影をしておくとうい。

RAの自然経過にはいろいろの型があるが¹⁾、私

の調べた200例のRAで、関節破壊の進行が遅く、機能障害があまりひどくならないまま何十年も経過する型は65%、2-3年で急速な関節破壊がおこり、どんな治療にも抵抗する型が7%、徐々に進行していたのが、10年目前後から急速に悪化し始める型は22%、初めの1-2年一部の関節の破壊・強直が急速に進行するが、途中で進行が遅くなり、5-10年後に再び急速に関節症状の悪化する型は4%あるが、この寛解と増悪を繰り返すこともある。また、徐々に進行していたのが、進行が止まり、ごく一部の関節の強直や変形を残して、全く再発しない型が2%程度あった。これ以外に、初期や経過中に高熱を出す型、1年位の間にRAの診断が確定しないまま治ってしまうものなどいくつかの亜型があるが、経過中のある時期に急速な関節の破壊が進むものは、全体の1/3程度あり、身体障害者になってしまうグループである。

関節破壊について調べてみると²⁾、亜脱臼をおこしやすいのは中手指関節、肘、肩、頸椎で、骨が癒合する骨性強直は手根骨、足根骨にみられ、変形性関節症の変化と同様な骨棘などがみられるのはやはり荷重関節である膝、股、腰椎などである。また、関節がとけてしまういわゆるムチランス型は、手指、手根骨、肘関節などで、関節の構造や運動機能、荷重などによって破壊の様相が異っていることがわかる。従って、治療の際運動訓練が必ずしもよい関節ばかりとは限らず、例えば、手根骨附近、頸椎の運動は危険で、早めに固めてしまった方がよく、リウマチ体操もやたらにやらせるべきものではない。

RAの機能障害は変形・拘縮以前に、関節及びその周囲の疼痛が大きな原因になっている。痛みの原因として、炎症、拘縮、循環障害、突出部の圧迫、精神的な因子など多くのものがあり、複雑に組み合わされているので、例えば関節附近の腱鞘炎の痛みは関節内に注入したステロイドでは治らず、むしろ少量のステロイドを局所に注射することで劇的に治ることがあり、足の裏のたこや魚の目による痛みは、足底板などで免荷するのがよい。一般的には疼痛対策として、基礎的治療の一部である炎症関節の固定安静、保温、さらに物理療法、薬物療法、装具の使用、外科的治療があるが、内

科的には薬の使用法が重大なポイントになる。非ステロイド消炎鎮痛剤の種類は多く、それだけ決定的なものがない証拠でもあるが、消炎鎮痛効果の強い薬剤はそれだけ副作用も多いといえる。金製剤、D-ペニシラミン、免疫抑制剤、免疫調節剤は頑固な初期のRAの炎症を抑える効果があるが、やはりRAを完全に治療する薬でなく、有効量と副作用の出る量の幅が狭いので、専門家が注意して使う必要がある。

消炎鎮痛剤の使用は、医師の好みで選ばれることが多いが、基本的には、血中濃度が長く保たれるものをベースに使い、数時間程度しか効果のないものを1日のうちの一番工合の悪い時間に重ねて使うとよく、内服薬は1日3回食後、坐薬は就寝前、ステロイドは朝という原則にこだわらず、早朝に坐薬を入れるなどの工夫が大切である³⁾。副腎皮質ホルモンはRAの機能障害の予防と治療には欠かせない薬であるが、出来るだけ少量使用するように心掛ける。ステロイドの関節内注入は少くとも3週間以上あけ、なるべく効果があって少量ですむものを使用すると、関節の拘縮予防、機能訓練にメリットが多いが、技術的な面での難しさもある⁴⁾。しかし、今だにプレドニロンを1日20~30mgから漸減して内服させたり、関節注入を毎週行っている医師も多く、逆に、ステロイドは少量でも骨関節の破壊をおこすと信じ込んでいる人がいることも確かである。

RAでは胸腰椎の圧迫骨折も多く、とくに中年以後の女性に多い。第10胸椎から第2腰椎の間の骨折が多いので、通常の腰椎X線撮影では見逃すおそれがある。トイレで立ち上る時などわずかの外力で骨がつぶれるので、腹筋を鍛えるための体の前後屈は危険を伴う。一度つぶれた脊椎は3~6ヵ月の間に徐々につぶれ続け、次々とその上下の脊椎がつぶれると亀背になる。通常の圧迫骨折によく使用されるコルセットはRAの場合すぐに合わなくなるので実用性はない。疼痛は背中から腹部へかけて放散するが、寝かせておくと他の関節も固まるので、さらしや弾性包帯を巻いて疼痛を我慢させても起立歩行訓練をさせねばならない。

頸椎は頭の重みで前方に亜脱臼することが多く⁵⁾、平均17年経過したRAでは、第1、2頸椎の亜脱

臼が68%、中下部頸椎は56%の患者に亜脱臼が認められた。後屈位でのX線写真ではあまり目立たない。いずれも、前屈位で亜脱臼が認められるので、必ず前屈位、左右方向のX線所見をみておく必要があると同時に、首を曲げる操作はRAでは禁じておくことが予防につながり、頸椎は早目にカラーで固定する方がよい。

手首に炎症があり、とくに尺骨頭が亜脱臼している場合、手首の運動は危険があり、わずかの外力で第5、4、3指の伸筋腱が断裂して伸展が不能になる。

膝は疼痛が強いと屈曲拘縮になりやすいので、曲がり始めたらうつぶせにして、アキレス腱の部分に1kg位の重錘をかけ、1日2~3回、30分位ずつベッド上で伸展させると予防的效果がある。1~2年前から始まった屈曲膝も、関節にひどい破壊がない場合は、スピードトラックで、5~6kgの重錘をかけ、1日2~3回、30分位ずつ牽引すると3ヵ月から6ヵ月で膝が伸びて歩容も改善される。

肩関節の運動は肩甲骨の動きで代償されるので⁶⁾、一見動いてみえる肩も、肩甲骨の下縁を押えると実際は肩関節があまり動いていないことがわかる。従って、ただ肩を自分で動かすだけの体操はあまり可動域の改善に役立たないことになる。

手指の尺側偏位予防、手首の固定、趾の変形予防には軽いプラスチック製のスプリント(副子)がよく、日常生活の改善のために柄つきの櫛やスプーンもよく利用される。

以上保存的なRAの管理のごく一部を大ざっぱに述べてみた。この中で、疼痛対策の一環として、疼痛の閾値を上げ、軟部組織の循環を改善、こりをとる目的でRAに使用される鍼灸は、薬物療法と同様RAの治療のごく一部に過ぎず、末期のRAに必ずしも適切な手段ではないことを自覚し、気まぐれで複雑な疾患の経過を変えることより、患者の日常生活を低下させないための管理の一手段であることを頭に入れておくことが重要である。

RAの疼痛には精神的な影響も大きく、これを利用して治療効果をあげることはよいが、治療する側が自分の治療法に陶醉して教祖的になり、患者に正しいRAの管理の仕方を忘れさせるようなこ

ととしてはならない。

最近, ある疾患に対する漢方薬の二重盲験試験で, プラセボ(偽薬)の効果が60%の患者に認められたという事実から, 東洋医学に対する日本人の期待感と精神作用がいかに大きいかがわかると同時に, 一例報告でなく, 万人が納得出来る客観性と科学性のある研究態度で臨まれることを, 東洋医学全体に期待して話をしめくりたいと思う。

参考文献

- 1) 岡崎 健: 慢性関節リウマチのリハビリテーション, 日本医事新報 **3043**;16~20, (1982)
- 2) 岡崎 健, 前田真治: 慢性関節リウマチの自然経過と5年間の関節X線所見の変化, 神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要 **10**;17~24, (1983)
- 3) 岡崎 健: 慢性関節リウマチのリハビリテーションと薬物療法, 総合リハビリテーション **12**;121~125, (1984)
- 4) 岡崎 健, 丹沢章八他: 慢性関節リウマチのリハビリテーションにおける関節管理, 総合リハビリテーション **10**;433~442, (1982)
- 5) 岡崎 健: リウマチ体操—頸椎変化を中心に, 総合リハビリテーション **11**;105~110, (1983)
- 6) 岡崎 健: RAの機能障害の保存的療法とその限界, リウマチ **25**;405~408, (1985)

(〒141 東京都品川区旗ノ台1-5-8
昭和大学医学部第一薬理学教室)

Conservative Treatment of Rheumatoid Arthritis

Ken Okazaki

Nanasawa Rehabilitation Hospital

According to a newspaper published in 1984, more than 7% of men and women above 40 years of age living in Ohta-ku were suffering from so-called rheumatic diseases.

Therefore, accurate diagnosis of rheumatoid arthritis (RA), which is only 1/10 of these diseases, is most important when the effect of a certain treatment of RA is estimated. In my opinion, most of the treatments including even new anti-rheumatic drugs do not change the natural course of joint destruction in RA, so we have only procedures of managing RA patients.

Conservative treatment of RA consists of not only effective administration of anti-inflammatory drugs, but also prevention of deformity and contracture of extremities.

Rehabilitation programs to prevent the deformity and contracture were shown in each joint of RA patients.

Although psychological relief of pain may be used effectively in oriental medicine, the fundamental way of managing RA must not be forgotten.