臨床経験

慢性関節リウマチ患者の中医学的特徴

Characteristics of Patients with Rheumatoid Arthritis from the
View Point of Traditional Chinese Medicine

顧 旭平¹⁾ 菊谷 豊彦³⁾
松多 邦雄¹⁾²⁾

Xu-ping Gu¹⁾ Toyohiko KIKUTANI²⁾
Kunio MATSUTA¹⁾³⁾

要旨 慢性関節リウマチ（以後 RA と略す）患者 106 例について、我々の作成した診断基準により中医学的に弁証分型し、Stage, Class, 合併症、臨床検査データ、使用薬剤などの関係を検討し、以下の結果を得たのでここに報告する。

1) 73%の患者が以下の 4 証型に分けられた。I 型：陰虚内熱型，II 型：気血瘀滞型，III 型：陽虚寒湿型，IV 型：気血両虚型（陰陽両虚型を含む）。これらの諸型の頻度は II 型が最も多く，III 型が最も少なかった。

2) III 型は，合併症が最も少なく，炎症反応も最も軽く，リウマトイド因子（以後 RF と略す）の陽性率は 40% と他の I，IV 型より有意に低かった。

3) シェーグレン症候群は I 型と IV 型のみにみられ，レーノー症候群は I 型と II 型のみにみられた。

4) 証型により合併症や臨床検査データ，使用薬剤等が違ふことは弁証分型が意味のあることを示している。今後，その原因と，各証型毎の有効薬剤を検討しなければならない。

はじめに

日本において，RA 患者を中医学的診断方法で弁証分型した報告は，これまでみあたらない。

正気と病邪がどのように存在するかを総合的にまとめると，次の証型に大別されると考えられる^{1)~3)}。

I 型：陰虚内熱型，II 型：気血瘀滞型，III 型：陽虚寒湿型，IV 型：気血両虚型（陰陽両虚型を含む）。これらの弁証分型の診断方法は，中医の個々の医師により若干の違いがみられ，西洋医学の

ようにはっきりした診断基準がない。著者等は便宜的に診断基準を作成し，無作為に選んだ RA 患者を分型した。そして，これらの証型の出現頻度，Stage, Class, 合併症，臨床検査データ，使用薬剤などを調べ，これらの分型が臨床上的どのような意味があるか検討した。

対象と方法

松多内科医院通院中の RA 患者 106 名を対象とした。問診と，舌診，脈診を行い，我々の作成した診断基準により弁証分型した（表 1）。

1) 医，東京大学医学部物療内科，東京。2) 医，菊谷医院，神奈川。3) 医，松多内科医院，東京。

1) M. D., Department of Medicine and Physical Therapy, University of Tokyo, Tokyo

2) Kikutani Clinic, Kanagawa 3) Matsuta Clinic, Tokyo

表1 弁証分型 (I~IV型) の診断基準

証型	I 型 (陰虚内熱型)	II 型 (気血瘀滞型)	III 型 (陽虚寒湿型)	IV 型 (気血両虚型)
臨 床 症 状	(1) 午後から微熱が出る あるいは自覚的な熱感 がある。 (ハイ・イイエ) (2) 喉が乾く。 (ハイ・イイエ) (3) 水分をたくさん飲み たい。(ハイ・イイエ) (4) 口中が苦い。 (ハイ・イイエ) (5) 手や足の裏がほて る。(ハイ・イイエ) (6) のぼせる, あるいは いらいらや不眠があ る。(ハイ・イイエ)	(1) 関節あるいは筋肉の 痛みが顕著で, 部位が 固定されている。 (ハイ・イイエ) (2) うっ血あるいは, 静 脈瘤や毛細血管拡張, しびれ等の瘀血症状が 見られる。 (ハイ・イイエ) (3) 生理不順。 (ハイ・イイエ)	(1) 寒さに弱く, 手足が 冷える。 (ハイ・イイエ) (2) 変形した関節局部に はあまり熱感がない。 (ハイ・イイエ) (3) 関節液貯溜が見られ る。(ハイ・イイエ)	(1) 全身倦怠感あるいは 疲労感がある。 (ハイ・イイエ) (2) 高度の貧血が見られ る。(ハイ・イイエ) (Hb 10以下)
舌 診 ・ 脈 診	(7) 舌体瘦紅, あるいは 裂紋がある。舌苔が薄 黄あるいは無し。 (ハイ・イイエ) (8) 脈細数, あるいは細 滑。(ハイ・イイエ)	(4) 舌質が紫あるいは暗 紅色である。 (ハイ・イイエ) (5) 舌下の静脈が曲張で ある。(ハイ・イイエ) (6) 脈が渋いあるいは, 沈遅である。 (ハイ・イイエ)	(4) 舌が淡紅色で, 歯痕 がある。舌全体が肥大 である。舌苔が水滑 で, 薄白あるいは白膩 である。 (ハイ・イイエ) (5) 脈が遅い, あるいは 沈弱である。 (ハイ・イイエ)	(3) I型とIII型の特徴を それぞれ2つ以上満足 する。(ハイ・イイエ)
診 断 基 準	以上の項目の(7)(8)の1 つ以上, 計4つ以上を満 足する場合。	以上の項目の内(4)(5)(6) の1つ以上, 計3つ以上 を満足する場合。	以上の項目の内(4)(5)の 1つ以上, 計4つ以上を 満足する場合。	以上の項目の内(3)と (1), (2)の内1つ以上を満 足する場合。

同時に患者の一般症状, Stage, Class, 合併症, 赤沈, CRP, A/G比, ヘモグロビン (Hb), 使用薬剤などを調べ, 諸型との関係を検討した。

解析は student の t-test を用いた。

結 果

被検数106例中, 男性7例, 女性99例であった。年齢的には, 22歳から80歳までであった。

各証型の出現率は, 図の如くで, II型が最も多く23例を示した。I型とIV型が18例, III型が10例で, 他にI+II型が4例, I+IV型が1例, III+IV型が3例であり, 分型診断不能が29例であった。

また, 表2の如く, 各証型の他証型診断基準満

足項目数は少なかった。

各証型の Stage, Class, 年齢, 性別を比較すると (表3), Stage, Class とともにIII型が最も軽く, Stage ではII型とIV型が, Class ではIV型が最も重かった。平均年齢ではIII型が最も低く, I型とIV型が最も高かった。しかし, 以上の結果には有意差がみられなかった。性別については特に証型との関連がみられなかった。

合併症についてみると消化器系を除いた合併症患者は42例であり, 合併率が40%に及んでいた。合併症としては, 高血圧症17例, 高脂血症14例, レーノー症候群6例, シェーグレン症候群4例, 橋本氏病4例等である。

合併率と証型の関係では, III型の合併率が10%

図1 各証型の出現率 (%)

表2 証型別平均診断基準満足項目数

証 型	I 型	II 型	III 型	IV 型
I 型 (18例)	4.8	0.5	0.4	0.4
II 型 (23例)	0.7	3.4	1.1	0.5
III 型 (10例)	0.8	0.2	4.0	0.9
IV 型 (18例)	2.5	0.3	2.3	2.1

表3 各証型の Stage, Class, 年齢の平均と男性の人数

証 型	Stage	Class	年 齢	男性(人)
I 型	3.1	2.4	59.6	1
II 型	3.5	2.5	55.6	1
III 型	2.7	2.2	51.8	1
IV 型	3.4	2.7	58.6	1

と最も低く、I型が56%と最も高かった。II型は21%、IV型は50%だった。統計的には5%の危険率でIII型とI、IV型で有意差がみられた。疾患と証型の関係では、レーノー症候群がI型に4例、II型に2例みられたが、III型、IV型にはみられなかった。シェーグレン症候群はI型に1例、IV型に2例、I+IV型に1例みられた。橋本氏病はI型に1例、II型に1例、IV型に2例みられた。高脂血症はI型に4例(22%)、IV型に4例(22%)みられたが、II型は1例(4%)、III型はみられな

かった。高血圧症はI型に4例(22%)、IV型に3例(17%)、II型に2例(9%)、III型に1例(10%)が認められた。

使用薬剤についてみると、ステロイド剤を使用している患者は39例であり、メソトレキセートを使用している患者は29例であった。証型との関係では表4の如く、ステロイド剤はII型が最も多く、II型とIII型では5%の危険率で有意差がみられた。メソトレキセートはI型が最も多かった。III型についてはどちらも最も少なかった。

検査データとの関係は、表5の如く、赤沈、CRPはⅣ型が最も高く、Ⅲ型が最も低かった。A/G比はⅠ型が最も低く、Ⅲ型が最も高かった。Hbは証型間にほとんど差がみられなかった。以上の結果には有意差はみられなかった。RFはⅠ型、Ⅱ型、Ⅳ型が70%以上の陽性率を示したのに対し、Ⅲ型が40%と低かった。Ⅲ型とⅠ、Ⅳ型は危険率5%で有意差がみられた。

考 察

RA患者の中医学的弁証分型が臨床上的どのような意味をもつか検討した。弁証分型の診断方法は、中医の個々の医師によって若干の相違がみられるため、著者等は便宜的に診断基準を作成し、問診と舌診、脈診により、より客観的に分型を試みた。我々の診断基準はよりよいものに改変する必要があるが、舌診や脈診をある程度訓練すれば、漢方専門医でなくても分型可能と考えられる。

この診断基準により、106例のRA患者を分型すると77例、73%が4つの証型に分型可能であった。

また、各証型の他証型診断基準満足項目数は表2の如く非常に低く、証型特異性が示されている。例えばⅠ型はⅠ型診断基準を平均4.8項目満足するが、Ⅱ型の診断基準は0.5項目と非常に低い数値を示した。以上のことは、我々の診断基準

が十分に使えることを示している。

各証型のStageやClass、年齢、性別との関係は表3の如く、Ⅲ型がStage、Classで他型よりも軽い。このことは後述するように陽虚寒湿型が炎症の軽いことと関係する。Ⅲ型が平均年齢が最も低い理由は不明である。

合併症については、RA患者は非ステロイド剤やステロイド剤等の胃腸障害を引き起こす薬剤を使用しており、ある程度の消化器系の合併症をほとんどの患者がもっているため消化器系の合併症を除いて検討した。それでも合併率が40%と高率で、疾患としては高血圧症や高脂血症が最も多かった。

高血圧症や高脂血症を合併する原因としては、高年齢、薬剤等が考えられる。しかし、各証型でその出現頻度が異なり、どちらもⅠ型、Ⅳ型で多かった。Ⅰ型、Ⅳ型は共に陰虚が存在することか

表4 各証型のステロイド・メソトレキシートの使用率

証 型	ステロイド使用率	メソトレキシート使用率
Ⅰ 型	44%	22%
Ⅱ 型	52%	17%
Ⅲ 型	10%	10%
Ⅳ 型	39%	17%

表5 証型別検査データの平均値 ($\bar{x} \pm SD$)

証 型	ESR	CRP	A/G比	Hb	RF 陽性率(%)
Ⅰ 型	44±27	3.0±3.3	1.09±0.26	11.8± 1.6	78%
Ⅱ 型	43±31	2.5±2.4	1.23±0.29	11.0± 1.2	70%
Ⅲ 型	27±19	2.4±3.1	1.28±0.33	11.5± 1.5	40%
Ⅳ 型	50±39	3.4±2.5	1.14±0.33	12.2± 1.9	78%
Ⅰ + Ⅱ 型	44±32	3.0±3.2	1.06±0.32	11.5± 2.5	100%
Ⅱ + Ⅳ 型	31±33	2.6±2.7	1.05±0.12	10.2± 0.4	67%
Ⅰ + Ⅳ 型	5	0.3	1.48	12.8	100%
診断不能	35±24	1.9±1.7	1.18±0.20	12.3± 1.6	56%

ら、陰虚との関連が考えられ、今後の検討課題である。

レーノー症候群がⅠ型とⅡ型のみにみられⅢ型にみられないことは、レーノー現象が単に手足の冷えることとは違うこと、陰虚内熱型と気血瘀滯型があることを示している。

シェーグレン症候群がⅠ型の陰虚内熱型とⅣ型の気血兩虚型にのみみられることは興味深い。

シェーグレン症候群を合併するRA患者は、口乾があるのに口渇がなく、舌苔も薄白乾燥という状態を示す。したがって、中医学的に陰虚湿熱、津液が上昇されないと考えられる。

橋本氏病はⅠ型、Ⅱ型、Ⅳ型にみられている。今後、症例数を増やして検討する予定である。

ステロイド剤の使用については、Ⅱ型が52%と最も多い。ステロイド剤は、上熱下冷を引き起こすことがあり、そのため喉の乾き、のぼせなどが出現する可能性はある。その結果、陰虚内熱型となる可能性もある。また、ステロイド剤は臨床上、しばしば瘀血を誘発する。その結果、気血瘀滯型を起こす可能性もある。逆に気血瘀滯型が、ステロイド剤以外に効果のある薬剤の少ないことを意味しているのかもしれない。ステロイド剤が各証型にどのような影響を与えるか、今後の検討が必要である。

メソトレキセートについては、Ⅰ型が22%とⅡ型やⅣ型に較べてやや高いが、それほど差はみられなかった。ステロイド剤とメソトレキセートの

いずれについてもⅢ型が最も少なく、このことは陽虚寒湿型が炎症の最も軽いことと関連している。

検査データでは、表5のように赤沈、CRPは気陰兩虚型が最も高く、コントロールしにくいことを示している。A/G比は陰虚内熱型が最も低く、この型の免疫グロブリン増加を示している。

Hbが各証型間でほとんど差のみられなかったことは、貧血がⅣ型の気血兩虚型の特徴となりえないことを示している。

RFはⅢ型が40%の陽性率で最も低かった。この型の赤沈やCRPも最も低く、合併証も少ないことから、陽虚寒湿型は典型的なRAとは異なり、変形性関節症に近い可能性がある。

以上、RA患者を中医学的に弁証分型することにより、ある程度臨床上特徴あるグループに分けられることが明らかになった。今後、この4つの証型について、証型間の移行の可能性、骨破壊パターン、遺伝子、有効薬剤や漢方処方等について検討する予定である。

文 献

- 1) 張伯訥：中医学基礎理論，上海科学技術出版社，1988
 - 2) 秦伯末：中医臨証備考，人民衛生出版社，1979
 - 3) 柯雪帆：弁証学，上海中医学出版社，1989
- (1993年4月28日受領)