

四季暖流

第5号

交通アクセス

●北部・中部からの患者さんの場合

◆市外線利用

- ①那覇バスターミナル下車
- ②糸満線に乗車
89番(琉球バス・沖縄バス)那覇西高まわり、航空隊経由
- ③新町入口にて降車

◆市内線利用

- 市内線9番大嶺線の通るバス停より乗車、新町入口にて降車

●南部からの患者さんの場合

- 89番那覇行きのバスに乗車、新町入口にて降車

●市内からの患者さんの場合

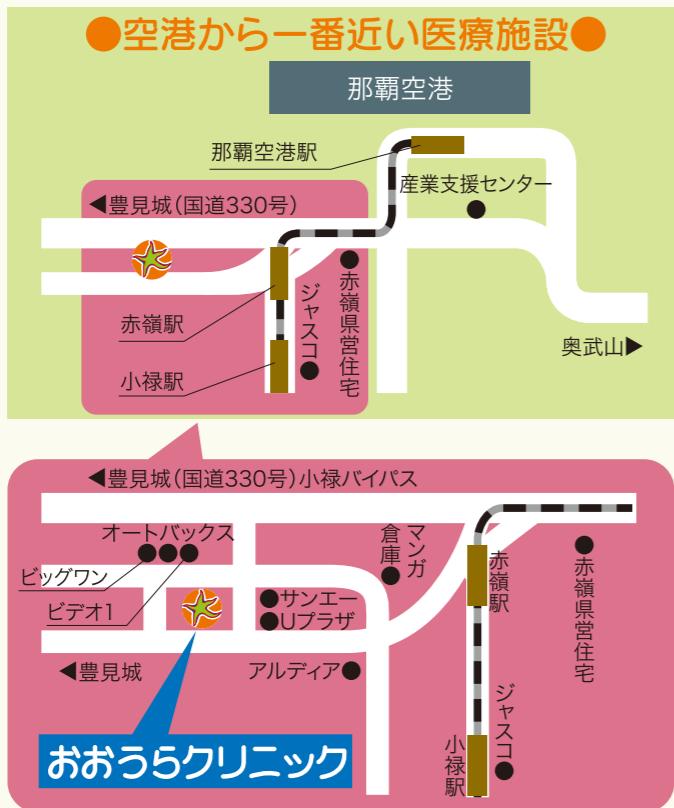
- 市内線9番大嶺線の通るバス停より乗車、新町入口にて降車

●モノレールからの患者さんの場合

- 赤嶺線より徒歩3分

●県外からの患者さんの場合

- モノレール那覇空港駅より乗車、赤嶺駅降車して徒歩3分



医療法人 十全会
おおうらクリニック
ホームページ <http://www.oura-cl.com>

那覇市高良3丁目5-22

TEL.098-859-1941 FAX.098-859-1933

緊急連絡先 **090-8766-1571**

診療時間 月～金曜日 9:00～12:00/14:00～18:00

土曜日 9:00～13:00

休診日 日曜・祝祭日・土曜日午後

四季暖流

第5号(通巻五号)

平成二十二年八月三十日発行(年四回発行)

発行人/大浦富士夫 孝

発行所/医療法人十全会(沖縄県那覇市高良二一五ー二二一 電話〇九八一八五九一九四二)

印刷/新星出版



医療法人 十全会
おおうらクリニック
ホームページ <http://www.oura-cl.com>

目 次

卷頭 最近の医療事情	1
香港学会報告 第14回 アジア太平洋リウマチ学会	2
神戸学会報告 第55回 日本透析医学会学術集会:総会	5
症例報告 全身性エリテマトーデス(SLE)に合併した線維筋痛症(FM)	7
連載③ 透析への道のり -ある女性患者の物語-	8
医療相談コーナー①	9
医療相談コーナー② ロンドンからの便り	10
琉球大学医学部医学科学生 実習レポート	11
私信(お礼状)	12
第2回一般公開医療講座の案内	12
一般公開医療講演会「全身の痛みを診断する!!」	13
事務局報告	20



卷頭 **—最近の医療事情—**

大浦 孝

最近の大型スーパーでは子供の迷子が多発しております。最近の大型病院では大人でも迷子になってしまいます。不案内で廊下が迷路のように張りめぐらされているので、何度も尋ねても目的地へたどり着きません。

医療施設間の連携でも同様で「自浄作用のない迷路回路の閉鎖社会」と揶揄されました。道路標識もなく一方通行であったり、行き止まりであったり、堂々巡りに終わる時もあります。医療界内部では承知していることでも、外部からではうかがい知れないことが多いです。

思い当たる点も多々あり、反省と反論を込めて最近の医療施設状況を解説いたします。

医療施設は大別して病院と診療所に区分されます。まず規模によって区別され、医師数三人以上、入院ベッド数二十床以上が病院と名称されます。さらに病院は規定の専門科(内・外・産・眼・耳)がそろっておれば総合病院と名称されます。

また、経営主体によって国・公立病院と私立(民間)病院に大別されます。県立病院は忠実に○○病院、○○診療所と名のつておりますが、民間ではさまざまな名称で工夫をこらしております。○○内科、○○眼科と診療所を省略したり、○○医院とか○○クリニック

とカタカナを使用したりします。ちなみにクリニックとは英語で(外来)診療所(室)のことです。

さて、医療施設のネットワークですが、まず「大きい病院」は、デパート同様に広い守備範囲と数多い専門医を擁しております。ただ大きい病院だけでは、漠然としているので、より具体的にご自分の病気、病態と専門医とをマッチングさせて受診するのが好ましい経路かと思います。

その前に、最寄りの開業医の先生(かかりつけ医)に相談して紹介もらうのが最も近道となるスタート地点です。総合病院でも、その病気の専門医がない場合があります。その時は専門クリニックを受診するのが好ましいと思います。従つて必ずしも大きい病院にマッチングするとは限りません。これは病診連携と称し、病院と診療所が役割分担し、病院は入院・精査中心、診療所は外来通院で長期治療を担当しております。

いかがですか。交通整理になりましたでしょうか。いずれにしましても病気の診断や病態のほかにコスト、時間、通院の利便性も考慮され、ご自分に適した病養体制でストレスのないQOL(生活の質)の向上が大切かと考えます。





**14TH CONGRESS OF
ASIAPACIFIC LEAGUE OF ASSOCIATIONS FOR RHEUMATOLOGY**
11-15 July 2010 Hong Kong Convention Exhibition Centre

Era of Biologics in the Asian Pacific Region

Keynote Lecture

Excellence in Medicine and Rheumatology-Enter the Dragon !

Chak Sing LAU

Division of Rheumatology and Clinical Immunology,

The University of Hong Kong,Hong Kong

香港の歴史は魏王朝(221BC-206BC)まで遡り、この領域は支那に帰属していた。1842年、大英帝国に譲渡された。しかし、この領域の帰属問題は1920年代まで未解決となっていた。その後香港は世界の金融センターとして着々と発展した。香港はシンガポール、韓国そして台湾とともに、経済市場におけるアジアの四昇龍(dragons)の1つとして知られている。香港における医学の歴史も1900年代の初期のその頃発祥した。そして20世紀には世界において現代医学の吼える龍となった。

初期の頃、西洋医学に対する偏見があり、香港の支那人は伝統的な支那医学を頑固な信念の下に信頼していた。ところが1887年支那人の香港医学校が設立された。5年後2名が医学コースを卒業した。悲しいことにその中の1人、ドクター Sun Yat-Sen は資格取得後、間もなく、医学の実践をあきらめた。1911年、国の革命運動に身を捧げ、清王朝の打倒に成功した。その他重要な年譜として、1912年香港医学校は香港大学(HKU)に合併した。1913年、香港大学の学位が大英帝国総合医学会によって承認された。1981年、香港大学に第2医学校が設立された。1990年、香港病院協会の設置、1992年、香港医学士院が設立された。

ところで医学の専門分野としてのリウマチ学の歴史は1980年代に遡るにすぎない。香港リウマチ学会(1988)の設立とともに医学卒後教育課程の改善を香港医学士院が決定、2大学による学術的研究成果の推進、リウマチ学はこの20年間で急速に飛躍した。1980

年代ではたった6名の専門医が500万人の国民に対応していたとの認識不足の課題を経て、リウマチ学は専門医学へと進展し、現在では700万人の国民に一流の医療を提供し、そして世界でも、この分野における研修と研究の主動者の1員として銘記されている。この様な偉大な完結としてAPLARにより、2010年、第14回学会を主催する栄誉が与えられた。

(英文和訳:大浦 孝)



発表直前、ポスターの前にて

The remission and maintenance treatment statuses caused by combined therapy of steroid, leukocytapheresis(LCAP), and biologics against refractory adult onset still's disease (AOSD)

T OURAB, K UEHARA, M AKAMINE, S NAKAZA,
C YACHANTHA

Hemodialysis unit, Oura's Lupus clinic, Naha city, Okinawa prefecture, Japan

Objectives: Steroids and immunosuppressant are usual treatments against AOSD. In some refractory case, plasmapheresis or L-CAP can be introduced. Recently, anti-interleukin-6 (IL-6) receptor monoclonal antibody named "Tocilizumab" became a powerful treatment and called our attention.

Methods: The patient was 46 year-old Japanese male with clinical course of AOSD and flare consecutively for 10 year. The destruction and deformity of joints were observed. During his visit, he was complicated with cataract as a side effect of steroids. Therefore, low dose of steroids were used. During remission period, steroid or prednisolone was tapered to complete cease. At that time, acute exacerbation and flare were detected. We restarted the procedure of low-dose steroid treatment with 5 sessions of L-CAP against acute exacerbation. Subsequently, Tocilizumab (8mg/kg body weight) was introduced as maintenance therapy against possible recurrent still's disease and flare.

Results: The treatment introduced remission in both acute exacerbation and flare of Still's disease. The AOSD-related parameters improved as follows: leukocyte count, from 11,860 cell/ μ l to 5890 cells/ μ l; C-reactive protein, from 13.37 mg/dl to 0.05 mg/dl; serum ferritin, from 2120 ng/ml to 828 ng/ml; and erythrocyte sedimentation rate, from 192 mm/hour to 25mm/hour. The joint pain subsided. We continued the maintenance therapy using Tocilizumab in order to prevent the recurrence. The patient's condition remains stable.

Conclusions: We reported successful application of the combined therapy against AOSD. The dramatic improvement in systemic symptoms and laboratory data achieved with the combined therapy allowed the lowest amount of prednisolone administration without recurrence. Tocilizumab is a strong medicine to stabilize the condition of the recurrent AOSD without any serious side effect, such as severe infection, or any local reactions.



ビクトリア・ピークより香港を臨む

第14回アジア太平洋リウマチ学会

— 香港 紀行 —

看護部 赤嶺 正樹

平成22年7月。香港で開催された、アジア太平洋リウマチ学会(APLAR)に「難治性成人スチル病に対するステロイド剤・白血球除去療法・生物学的製剤の三者併用による寛解導入、維持療法」という演題でアクセプトされた。

香港Expressで沖縄から約3時間。院長と技師長、私を含む3人は機上の人となった。

中国語が騒がしく飛び交う中、「Chicken or beef rice」とキャビンアテンダントに話しかけられ、英語の全く馴れぬ私は、少し照れながら「beef rice」と答



え、機内食を食した後、携帯した香港ガイドブックに目を通した。

香港は、アヘン戦争後の1842年に清国からイギリスの植民地となり、1997年にイギリスから主権移譲され特別行政区(香港島、九龍半島、新界及び周囲の南シナ海に浮かぶ235余の島を含めた地域を指し、面積は東京都の2倍)となっている。人口は、約700万人と全世界でも密度が高い地域で、居住面積が小さい為、超高層ビル群が林立する景観が、夜には「100万ドルの夜景」として有名らしく、近年では香港ディズニーランドがオープンしたと紹介されていた。

程なくして香港へ到着すると、懐かしい面々が出迎えてくれた。旭化成国際事業部の正木(男性)さんと、旭化成中国の施(シー・女性)さんの御二人だ。

私の海外渡航は2度目で、前回も中国の上海であった。実はその際にも、この二人に院長と私は御世話になっていた。香港行きが決まり連絡したところ、多忙な中、今回も現地ガイドを引き受けてくれたのであった。

宿泊先は、ウォーターフロントとして開発めざましい、行政・文化の中心である香港島灣仔(ワンジャイ)地区のLockhart Rd.(駱克道:ロハットウ)という通りに面しているノボテルセンチュリーホテルで、学会会場となる香港會議展覧中心まで徒歩10分、周辺は昔から歓楽街として有名だったらしくイギリス植民地時



香港の夜景



古くて新しい街・ 異国情緒あふれる神戸

看護部 神谷 まり子

平成22年6月18日から20日まで、神戸市中央区で開催された日本透析医学学術集会・総会へ参加しました。

沖縄はちょうど梅雨明けでこれから梅雨入りとなる神戸へ、学会前日に向かいました。初日はまだ雨は降っておらず、夕食を三宮駅近くで済ませ、翌日の学会の為早めの解散となりました。学会初日はあいにくの雨。移動には苦労しましたが、気分は憂うつ。

初日に4演題発表があり、午前に赤嶺科長、上原技士長、私の発表があり、午後に上原主任の発表というスケジュールでした。上原技士長と私が同じセッションでの発表、技士長の発表はスムーズで、質疑応答も難なくこなせており、自分の発表直前は緊張感がピークになりました。

今回、私は、『抗DNA抗体高値を呈したCNS-Lupusの治療～膿瘍疹の改善も含む～』という演題で発表を行いました。原稿の内容をある程度覚えていたので、スムーズに行う事ができ、座長からの質問「CNS-Lupusと判断したのは精神症状のみでしょうか？」に対し「以前にも精神疾患の既往があり、パニック発作出現時に、心療内科と連携し、躁うつ病と診断がありCNS-Lupusと判断しました。」と回答。発表も無事に終えることが出来ました。発表後、一人のDrが現在の皮膚症状や、内服薬の状況について質問があり、説明を行いました。発表後で緊張もほぐれていたので難なく説明を行えた様に思います。

2日目に、展示会場やポスターセッションを見学しました。止血ベルトを用いた下肢つり予防の工夫について、大宮西口クリニックの発表は反響がかなりありました。医療関係者が多く集まり、ポスターの写真撮影を行っていました。また、統合失調症や痴呆などの精神疾患患者の受け入れや、看護についての取り組みなどの発表があり、以前に当院でも統合失調症の患者を受け入れた経験もあったので興味を持ちました。やはり、精神疾患のある患者は、コミュニケーションを取る事や病識の無さから自己管理が難しく、また、精神症状では統合失調症特有の、幻覚、幻聴などで独語や、不穏な状態に陥ることもあり、精神科との連携の重要性を改めて感じました。

今後も、精神疾患のある患者を受け入れる機会があるかもしれないが、その際の精神症状や、不穏な状態の対処法などについて、スタッフの教育、精神科との連携の必要性など、当院でも行っていたかなければならない課題が沢山あるように思いました。今回、参考にし、より良い医療へつなげて

いきたいと思います。



旧居留地の夜景

■「抗DNA抗体高値を呈したCNS-Lupusの治療

～膿瘍疹の改善も含む～

演者:神谷 まり子

症例は、33歳の女性で、「03年、SLEと診断される。'05年、頭皮膿瘍疹、脱毛、高熱繰り返すも、病院受診せず、「06年、胸痛、呼吸困難、口内炎、発熱、関節痛あり、某病院受診。肺高血圧の診断で、約2か月入院治療し症状改善する。'09年、再発・再燃し、同年2月当院受診となる。身体所見では、顔面紅斑、頭部の脱毛著明で、頭皮の発赤、膿瘍疹が混在した。検査所見として、抗DNA抗体300IU/ml以上と高値で、その他RNP抗体、SM抗体、SSA抗体も陽性であった。臨床経過は、多種多様な抗体が異常高値を示した。更には化膿疹等の皮膚症状、かつ躁状態の精神症状があり、CNS-Lupusとして対処した。パルス療法後PSL60mg/dayより漸減した。直ちに抗体除去目的に二重濾過療法(DFPP)も開始した。抗DNA抗体はDFPP2クールにて100IU/ml以下となり、皮膚症状も改善した。その間、心療内科と連携し精神薬も処方された。

■「血漿交換療法(PEX)にて寛解した

ループスネフローゼ症候群(NS)と四肢潰瘍

演者:仲座 誠志

ループス腎炎でNSを呈すると、薬物療法抵抗性で腎不全となり、透析療法に至る場合もある。治療は、ステロイド剤、免疫抑制剤が基本となり、PEXも試みられている。当院では、更に限外濾過法(ECUM)を併用し、過剰の浮腫を急速に消退させ、薬物治療の速効を期待

している。症例は、43歳の女性で下肢浮腫と四肢潰瘍を主訴とした。'03年、SLE発症、'04年、NSを併発、上記治療法にて完全寛解した。'07年、難治性四肢潰瘍併発、疼痛増強し、鎮痛剤でも制御できなかった。そこで従来の薬物療法PEX(DFPP)を併用する事により、頑固な疼痛も軽減し、潰瘍も治癒した。ステロイド剤、免疫抑制剤、PEX、ECUMを併用する事により、NSが完全寛解した。同症例は、四肢に難治性の皮膚潰瘍も併発したが、PEXで治癒した。薬物療法と体外循環療法を併用する事により、難治性の病態を解消する事ができる。

■「難治性成人スチル病に対するステロイド剤・白血球除去療法・生物学的製剤の三者併用による寛解導入・維持療法」
演者:上原 和範

成人スチル病の治療にはステロイド剤や免疫抑制剤が用いられ、難治性の症例には血漿交換療法(PEX)や白血球除去療法(LCAP)も試みられている。最近では、IL-6阻害剤であるトリソマブが生物学的製剤の中でも有力な治療法として注目されている。我々も長期に亘り再発を繰り返す成人スチル病の急性増悪期に低用量のステロイド剤にLCAPを施行し、トリソマブを追加併用する事により寛解導入、維持療法に至った症例を経験した。

症例は46歳の男性で、臨床経過は、10年の長期に亘り、急性増悪・再発を繰り返し、関節破壊、手指変形を認めた。その間、白内障の合併症もあり、ステロイド剤は低用量維持療法であったが、寛解期にあり、漸減中止した。これを契機に急性増悪・再発した。低用量ステロイド剤を再開し、急性増悪の対策としてLCAPを1クール施行し、寛解導入となり、トリソマブを併用し維持療法とした。

■「シナカルセトが著効した二次性副甲状腺機能亢進(SHPT)の1例」
演者:赤嶺 正樹

症例は、60歳の男性、23歳で、ネフローゼ症候群(膜性腎症)を発症後、再発を繰り返し、ステロイド剤不応性となり、52歳で腎不全となり、血液透析を導入した。導入5年後、SHPTを合併した。活性型ビタミンD製剤を使用するも、高カルシウム血症となり、薬物抵抗性でI-PTHの著明な上昇(1191pg/ml)及び副甲状腺腫も認め手術適応と診断された。そこで、シナカルセトを併用し経過観察する事とした。この併用療法により、1か月でI-PTH著明に改善し(1191pg/ml→61pg/ml)、6か月後には副甲状腺腫(右下腺で

$19.2 \times 16.3 \times 13.9 \times \pi / 6 = 2.276 \rightarrow 19.8 \times 15.6 \times 8.9 \times \pi / 6 = 1.439$ の体積も37%退縮した。画像診断で追踪中であるが、手術は回避できる可能性がある。従来型の治療を再検討し、新しい治療マニュアルを再構築する必要がある。

■「異邦人・パリからの旅行透析者

～日仏の透析医療状況の比較～
演者:上原 りよ子

パリから沖縄へ出張で3週間滞在し、その間透析治療を当院で施行する機会を得た。準備期間の経過で透析条件において、国際間で差異がある事が判明した。症例は、41歳の男性で職業は生物学研究者、現病歴では、アルポート症候群を現疾患として、「94年に血液透析導入、「00年腎移植、「08年1月透析再導入、同年4月家庭透析で継続治療中である。沖縄県で国際学会があり、発表の為、来沖、日本とフランスの透析条件を比較すると、日本では医療従事者が穿刺し、透析治療を行うが、フランスでは、家庭で自己穿刺する。日本では、ヘパリン等の抗凝固剤を使用するが、フランスでは、抗凝固剤を使用せず、特殊加工のヘパリンコーティングされたダイアライザーを使用していた。当院では、合併症の巨大血小板減少症からの多量出血のリスクを考慮し、通常メンブランで、無ヘパリン化透析を試みた。現疾患は古典的アルポート症候群の亜型、マイヘグリン異常(MYH9型)であった。

■「透析純正集団を階層化し、細分化した9群におけるHpc-25の動向(第2報)」
演者:大浦 孝

【目的】腎性貧血の病態を階層化、細分化してHpc-25の動向を解析し、鉄代謝の指標になり得るかを検討する。

【対象・方法】全患者181名中、合併症のない厳選した「透析純正集団」73名を対象とした。この集団をESAの使用量により高用量・中等度用量・低用量使用と3群に階層化し、更にはFr_t値を50未満・50～200・200以上と3群に細分化し、計9群とした。血清Hpc-25濃度はLC-MS/MS法で測定した。

【結果】血清Hpc-25は血清Fr_t値と有意に相関し、鉄代謝の指標となる。血清Hpc-25及び血清Fr_t値が低値で、低用量ESA使用でもHb値は高い傾向であり、有効鉄代謝群が存在する。更には臨床像、鉄剤使用の有無との相関も解析する。

【結論】有効鉄代謝と無効鉄代謝を鑑別する。透析療法の質を検討し、QOLの向上に寄与する。

症例報告

全身性エリテマトーデス(SLE)に合併した線維筋痛症(FM)

看護部 神谷 まり子

剤処方され症状軽快。

12月 関節痛の消失はなかったが、SLEの活動性基準で活動性なしと判断され、プレドニン20mgまで減量し退院。

平成13年～平成17年までの経過(本人より)
全身の疼痛改善なく、数か所の医療機関を転院した。

H17年6月 長期の闘病生活からうつ状態となり、精神科へ通院開始。うつ病と診断され抗うつ薬、抗不安薬、睡眠剤など内服開始。

7月 某県立病院へ転院。全身関節痛、筋肉痛、皮膚の灼熱感、頭痛、不眠の症状あり、全身痛に関して圧痛点認められ、線維筋痛症と診断。SLE、線維筋痛症の治療を続ける。

H22年1月 ペインコントロール不良にて、当院初診となる。

〈受診後の経過〉

全身(関節・筋肉)疼痛、こわばり、皮膚の灼熱感、頭痛、不眠症状あり、圧痛点14か所。

ソルコテフノノイロトロピンの点滴。更に従来の内科処方薬にノイロトロピン錠、アコニンサンを追加。

それでもペインコントロール不良のため、ガバペンチンの血中濃度を測定し、治療域値を目標に漸増する。



連載③

透析への道のり

—ある女性患者の物語—

透析科 赤嶺 正樹

透析クリニックより総合病院へ転院

透析を導入した県立病院に比べ、敷地面積が小さく、スタッフの一拳手、一投足が目に映ったクリニックで、医療従事者から受けた心無い一言と疎外感を感じた彼女は、1年後、心療内科を併設している総合病院へと転院した。

今回も、彼女が申し述べた内容を下記に示す。

①施設に対して。

「せこ過ぎる。とにかく隅々まで見張っていたり、スパイの様な人さえいて、ずっと遠くから監視されている様で気持ち悪かった」

②医師に対して。

「透析専門医が居なかった。眼科医は、とてもお喋りでコミュニケーションを取るのが上手だった。産科医は苦虫を噛み潰した様な頑固で重苦しい感じがした。心療内科医は、脅しつけて、まるでヤクザの様で怖かった」

③スタッフに対して。

「柔軟性がない。入室時間が遅れた痴呆気味の老人にも怒る。仕事が手荒くやりっぱなし。夜勤は、独身者が多く、勤務時間もルーズなのに患者には厳しく言う」

上記の内容からは、精神疾患によるものなのか、唯の我儘なのか、私が判断する事は出来ないが、所々にそれそれが少し見え隠れしている。

「スパイの様に監視されている」と彼女が感じているところは、精神疾患だと思うが、医師やスタッフに対する不満は、一般的な方々と変わらない印象を述べているに過ぎない。唯、注目する発言がある。「入室時間が遅れた患者に怒る。スタッフの勤務時間はルーズなのに患者にはきびしい」と、語ったところだ。

実のところ、当院へ通院中の彼女は、入室時間を守った事がない。精神疾患による不眠・昼夜逆転の為か、「起きられない」と訴えた。

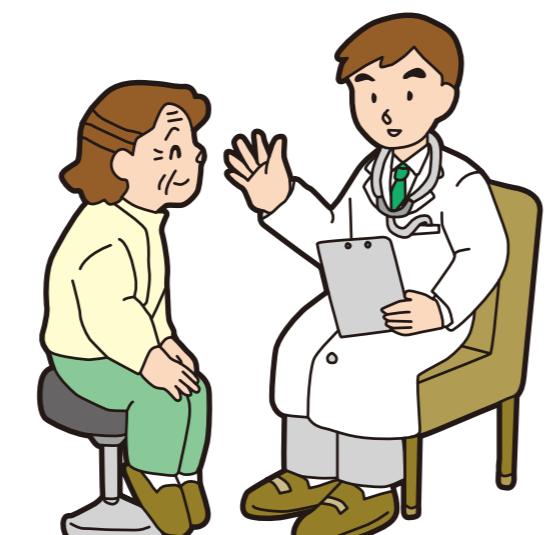
そこで当院では、入室時間を変更し午前の透析から夜間透析へと移動させ、昼の2~3時頃にWake Up Callを施行した。彼女は電話にて応答はするのだが、何だかんだと言い訳し、結局現在でも入室時間を守る事は出来ていない。本人は、病気だから、の一点張りで、こちらが注意すると、「厳しく注意されると動悸がおこり、頭が変になる」と精神状態の増悪を訴える。

また、スタッフの勤務シフトを知らない彼女は、私に、こう言った事がある。「時々、早く帰るスタッフがいる。給料泥棒。私に注意する前に自分たちもちゃんと働けって言いたい」と。

勤労学生として看護学校を卒業した彼女なら、実状をよく知っていると思うのだが自分の事で精一杯で、過去の事はもう忘れてしまったのだろう。

この事から、前施設でも入室時間の件やその他のやり取りで、彼女は、スタッフとの溝を徐々に深くしていったのだろうと推測する。

結局、彼女は6年近く通院したこの施設からも転院する事になった。今度は、新進気鋭の若い医師のいる新しい透析クリニックへ。



医療相談コーナー①

「生物学的製剤」について教えて下さい

Q

69歳・女性。15年以上リウマチの治療を続けています。最近は薬の効果がうすれ、両足の症状がひどくなり、生活にも支障をきたすようになっています。他の病院でセカンドオピニオンを求め、手術ができないか相談したら、骨が弱っているので手術は無理だと言われました。しかし「生物学的製剤」を使ってみたらどうかと提案されました、主治医にそのことを伝えたところ、効く人もいるが、リスクが大きいのですめられないとと言われました。しかし自分としては、リスクがあつても効果が期待できるのなら、試してみたいと思います。生物学的製剤とはなにか、どんなケースに適応されるのか、どんなリスクがあるかなど、詳しく知りたいです。教えて下さい。

A

リウマチ治療はこの数年で革新的に進歩しました。即ち、「生物学的製剤」の導入により難治性の症状が改善され、骨破壊・変形の進行が阻止され、治癒し、治療不要となる例まで報告されております。

- とはいって、リウマチ治療の原則は各人各様の病期・重症度により慎重に吟味されます。
- ①軽症で初期の場合まずは鎮痛剤で経過を診ます。
- ②更に進行し、中等症で鎮痛剤のみでは効果不十分の場合はステロイド剤、免疫抑制剤(メトトレキサート)、抗リウマチ薬を併用します。
- ③それでも、疼痛、腫脹、骨破壊・変形が進行するようであれば生物学的製剤を導入します。

基本的には鎮痛剤+ステロイド剤+免疫抑制剤の様々な組み合わせにより、大部分の症例はコントロール可能です。これが従来型の治療方法でした。だが従来型の治療方法では管理できない難治性で進行性の症例も多

数取り残されておりました。そこで「生物学的製剤」が導入されました。この有力で強力な治療法が適応された結果、近年めざましい成果をあげています。完全治癒、治療不要、更には骨破壊・変形の改善も期待されます。

最近では①②③と病期・重症度を問わず、早期発見、早期診断、早期導入をすすめる報告もあります。この10年間で全リウマチの制圧も夢ではないと宣言する専門家もおります。

ところでご質問ですが「15年以上リウマチ治療を続けています。最近では薬の効果がうすれ、両足の症状がひどくなり、生活にも支障をきたすようになっています。」との事で、上記③に該当します。従来型の治療方法を吟味、整理して、「生物学的製剤」の導入をお勧めします。従来型では達成できなかった、驚く程の治療効果が期待できます。まず疼痛が緩和され、徐々に運動制限も解除され、2、3ヶ月で日常生活が楽になります。

投与方法は注射療法ですが、製剤が4種類あり、それぞれ注射の方法と投与間隔に違いがあります。効能にも差異がありますので、ご自身のライフスタイル及び療養状況を加味して担当の先生とご相談下さい。

ところで、この薬剤は強力な抗炎症剤であるため、リウマチには特効薬として位置づけられています。しかしながら肺結核、肺炎等の他の合併症を誘発したり、進行をマスクするため、発見が遅れたりすることがあります。従ってこの製剤の投与は、専門の施設や熟練した医師の指示で実施することとなっています。

最後になりましたが、医療費が高額になることが難点ですので、社会保障制度の医療費助成をご活用ください。





医療相談コーナー②

<ロンドンより>

「日本でのSLE治療」について教えて下さい

Q

日本でのSLE治療について教えて下さい。

イギリスでの治療を受けていますが不安な事が多く、日本の先生に質問ができる方法を探していたところ、こちらのアドレスを見つけました。

簡単な内容は以下の通りです。

・・・・・

2年前に何の自覚症状もなく体が浮腫み、腎生検の上でSLEと診断されました。治療としてはRetuximab点滴を2回受けた後、Cell Cept(MMF)500mgを1日2回という方法で、3ヶ月後には状態が落ち着き、仕事にも復帰しました。

その後Cell Ceptのみで1年間、血液検査の内容もずっと良かったので1年前からAzathioprine100mgに変更しました。妊娠、出産を望んでいるので、この薬なら安心という事で変更しました。その後も調子は良く、妊娠は1年間することなく過ぎました。

先月の検査で突然、白血球の数が下がったのですが日本への旅行の予定があり、医者の反対を押し切って旅行をして帰ってきたところ、感染症をおこし、1週間入院。

Azathioprineが原因なのは明白で、服用をやめると白血球の数が増え、再開するとまた下がってしまいます。それでもこちらの医者はストップ、減量の繰り返し、代案はないと言っております。

日本ではステロイド治療から始めるようですが、こちらの病院では女性にはステロイドを絶対に使用しない方針です。Azathioprine以外の代案はCell Ceptとなり、こちらに戻されれば、妊娠が不可能になってしまします。日本ではAzathioprineも妊娠には使用しないと読みました。逆にステロイドは少量でも使用できるとも多数のサイトに載っています。

来週のアポの際、先生と相談できるよう、日本での治療法のアドバイスをいただければと思います。場合によっては日本での治療、出産も考えています。SLEは2年間再発はなく、腎臓機能も通常、蛋白や浮腫みもみられません。個人的な質

問で申し訳ございませんが、回答をいただけますと大変助かります。
よろしくお願ひ致します。

K.Kより

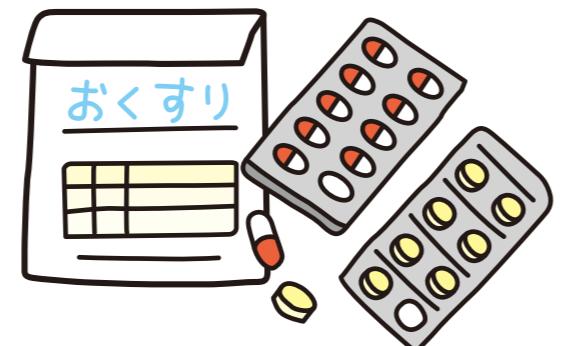
A

現在の状態で妊娠・出産も可能です。
その時、免疫抑制剤であるCell Cept(MMF)、Azathioprineは使用しません。
ステロイド剤としてプレドニゾロン(PSL)の維持量(10mg/day)は必要と考えます。

大浦 孝

注)

SLE:膠原病の一種。全身性エリテマトーデス(Sytemic Lupus Erythematosus)



琉球大学医学部医学科学生

実習レポート①

平成22年3月16日

大浦先生や他のスタッフの皆様には丁寧に教えて頂き、非常に感謝しています。普段の学内でのbed side learningでは、膠原病をメインにした実習がないため、おおうらクリニックでの外来見学は非常にためになりました。纖維筋痛症は以前から話を聞いて存在こそ知っていたが、実際の患者さんに会って生の声を聞くことができ、貴重な体験となりました。また、透析人口が年々増加している現在、沖縄県が観光立県を推進している以上、旅行透析の取り組みは非常に重要だと感じました。第一線で、自分の専門性を生かしつつ、common diseaseも診てご活躍されている大浦先生を見て、私にとって一つのrole modelとなつたように思います。

外来実習では、かかりつけではないRAの患者さんで、友人からプラセンタ治療を聞いて外来受診された方がいたが、大浦先生はプラセンタがRAに対して保険適用がないこととインフリキシマブ等の生物学的製剤の存在を丁寧に説明されていて、患者さんに対する適切な情報開示の大切さを感じた。纖維筋痛症の患者さんはなかなか診断がつかずに多くの病院を受診し、診断がついた後も、ガバペンチンが効くことがあるなど、新しい知見が出つつあるが、確立した治療がまだない。

透析室実習では、透析機械台数は15台で、透析担当医1名、臨床工学技士2名、看護師8名の体制で行われていた。透析用の記録シートがあり、透析中のバイタルの推移や、ドライウェイトと今回の目標除水量、透析合併症や慢性腎不全で出現する症状を意識した血液検査値などが記載されていた。必要に応じて、薬剤を投与したり、血圧が落ちにくい体位をとったりしていた。ブラッドアクセスのトラブルが通院患者に発生した場合は近隣の総合病院に対処を依頼するようであった。

大浦先生の旅行透析の取り組みは患者さんや社会の需要に応えるもので、そのような仕事を私もやりたいと思いました。そのためには、患者さん、社会のどんなに些細と思えることにも興味を持ち、アンテナを張り巡らせることが大事だらうなと思いました。また、

自分の専門性と地域の医療を担うプライマリケアの両立は難しそうですが、それゆえにやりがいのあるものだろうなと感じました。私自身が医院を開業する予定は全くないのですが、自らのキャリアプランの中でいいタイミングと巡り合わせがあれば、何らかの形で地域医療に携わるのも悪くはないと思いました。

実習レポート②

平成22年5月18日

今回の地域医療部実習はとても貴重な体験でした。これまで総合病院でしか実習・見学をしたことがなかった私にとっては、個人病院ではどのような医療が行われているのか知るきっかけとなりました。また、纖維筋痛症はこれまでほとんど学んだことのない疾患だったので教えていただきまして勉強になりました。一方で院長の大浦先生の仕事ぶりを通して理想の医師像について考えるきっかけとなりました。

個人病院での外来見学は初めてのことであっても興味深かったです。他の病院のどの先生に診察をした結果、おおうらクリニックを受診されたという話を聞いたときに、多くの場合その先生のことを大浦先生がご存じで驚きました。開業医の先生はもっと単独で医療を行っているというイメージでしたが、他の総合病院などと連携して医療を行っていることを知りました。

自分が将来、開業することは想像しにくいのですが、総合病院で勤務することになったとき、紹介状をいただいたたびに地域で活躍する開業医の方々をイメージできるようになつたと思います。医師・看護師・理学療法士・事務の方など、総合病院で働く勤務医・個人病院で働く開業医・勤務医など、さらに臨床医と研修医、立場は違えど、それそれが協力しながら精一杯働くことで医療は成り立っている。そのことを改めて考えるきっかけとなりました。この感覚は大学でのボリクリ実習だけでは掴めなかつたと思います。

この度はどうもありがとうございました。



平成22年3月28日
おおうらクリニック
院長 大浦 孝 先生

○○の夫より

通院中は、妻が大変お世話になり感謝申し上げます。

妻は、会社での業務により腱鞘炎に陥り、その痛みが継続し、纖維筋痛症になってしまいました。病院をいくつも訪問したが、病名どころか治療法・お薬さえもわからない状態でした。整形外科で痛みどめを処方して頂き、服用しておりましたが、それでも痛みが酷く、眠れない日々を過ごしております。

その中、おおうらクリニックの話を伺い、来院したのです。先生の所に伺う頃は、病状が悪化しており、痛みがひどく、夜眠ることができず、歩行さえも困難であり、私が一緒に同伴しないと病院に通う事さえできない状態でした。先生から纖維筋痛症の話を伺い、やっと妻の病名・症状を確認することができました。先生が処方して下さったお薬は、妻の痛みを和らげ、夜眠れるようにして下さいました。本当に感謝しております。ただ、当時、妻の痛みが酷い時期でしたので、夜眠れず、歩行が厳しい時は、先生に症状を確認して頂き、点滴をして頂きました。点滴を行うと2~3日は、痛みを感じることなく生活を送ることができ、妻が快適に生活を送っていたことを覚えております。

纖維筋痛症は、まだ医学的に解明されておらず、難病の一つに挙げられております。そこで、私は、妻の病気である纖維筋痛症を完治させるために他の病院も受診しました。しかし、受診先のお薬を服用してみたのですが、痛みが更に酷くなり、夜眠ることが出来なくなりました。妻にとっては、おおうらクリニックで処方されたお薬のみが、痛みを和らげ、夜眠ることが出来たのです。

私は、先生の処方して下さったお薬のおかげで、妻の病気がよくなつたのだと思っております。先生には、本当に感謝しております。私たちは、その為に、

ずっとおおうらクリニックにて受診させて頂いていたのです。先生のもとを最初に訪れた時は、痛みがひどく、歩行さえも困難で、夜眠ることもできなかった妻が、今では、先生の処方して下さったお薬のおかげで、普通の生活を送るどころか仕事もできるようになったのです。

私は、先生に妻の事例をもっと多くの人に伝えて頂きたいと思っております。妻の事例は、先生の実績になるのではないかでしょうか。

纖維筋痛症で悩んでいる人が多数いらっしゃいます。お薬が合わず、痛みを抱えている人が本当にたくさんいらっしゃるのです。歩行さえも困難であった妻が、どうして仕事までできるようになったのか、それを伝え、治療方法を確立すべきだと考えております。学会においても纖維筋痛症の講演があると思います。他の医者の方たちにも伝え、全国で纖維筋痛症の痛みで悩んでいる人たちを開拓して頂きたいと考えております。

第2回 一般公開医療講演会

日 時：平成22年10月2日(土)
午後17:00～19:00
場 所：那覇市医師会館大ホール
那覇市東町26番1号
TEL098-868-7579
参加費：無料

対 象：患者様とご家族の皆様及び医療関係者

- 基調講演
- 細胞筋痛症の新しい治療展開
- 講師：聖マリアンナ医科大学
難病治療研究センター 副センター長
岡 寛 先生

- 症例報告
「細胞筋痛症2例」
看護部 神谷 まり子
- 体験談

※会場定員の都合上、事前の予約をお願いします。

予約電話番号 098-859-1941

主催 医療法人 十全会
おおうらクリニック

一般公開
医療講演会

「全身の痛みを診断する!!」

基調講演

『線維筋痛症
－その病態と治療ガイドラインを中心に－』

講 師：東京医科大学医学総合研究所
所長 西岡 久寿樹 先生
日 時：平成22年3月20日(土) 17:00～19:00
場 所：那覇市医師会館 大ホール

線維筋痛症の病態と治療
-線維筋痛症診療ガイドライン2009
の解説を中心として-

東京医科大学医学総合研究所
西岡久寿樹
March 20, 2010 沖縄

線維筋痛症とは

?????????????????????????????????

中高年の女性を中心に好発する全身の筋組織を中心とする結合性組織の疼痛を主症状としてうつ状態や不眠・疲労感などに加え過敏性大腸炎や膀胱炎などの多彩な症状を呈する疾患である。

?????????????????????????????????????

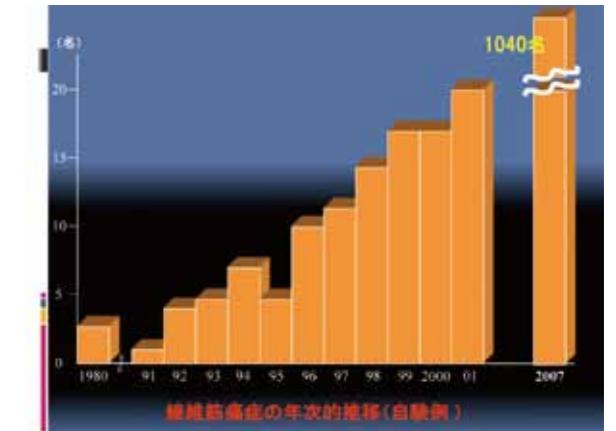
① 疫学的調査は日本人の1・66%もの患者いる事を明らかにした！

② 推定200万人であり癌患者を30万人以上を上回り、関節リウマチの3倍以上にもおよぶ！

③ 著しくQOLの悪いStage IV以上の症例は推定30～50万人におよぶと考えられる！

線維筋痛症とは痛みが原因の病気であります。

痛みは、体を守る重要なシグナル・アラームだったのですが、原因不明の痛みが痛みを呼び不安になり、参ってしまい、夜眠れなくなる。それが、線維筋痛症であります。痛みを取る事が大事になります。



2007年に急激に患者数が増えたのは、前年に某女性アナウンサーが、線維筋痛症がもとで自殺をし、それがマスコミに大々的に取り上げられ、病名が知れ渡った事が要因と思われます。

そこでガイドライン作成の必要性が生じてきました。

ガイドラインの必要性

線維筋痛症の病因・病態の解明や治療方法の確立は現在多くの症例に基づいて模索的に進んでいます。

現在、臨床研究により治療方法が徐々に確立しているものの、一方では依然として本症の病像の複雑さから診断や症状の把握、さらには保険上の制約などの問題点からも治療に困難を招いている。

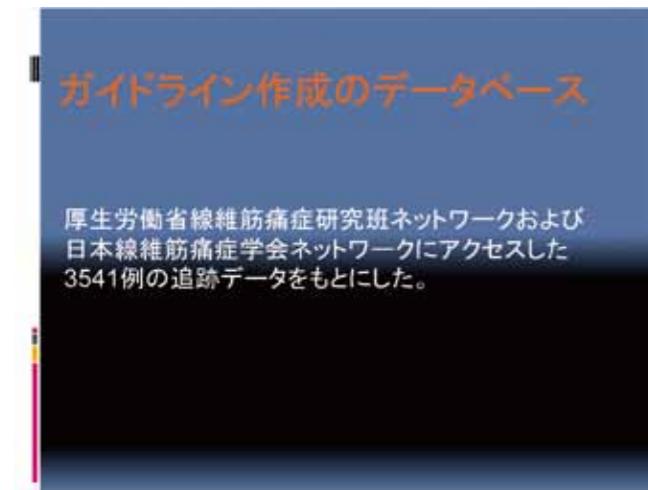
厚生労働省線維筋痛症研究班では過去5年間の膨大な臨床研究をもとにガイドラインの骨格を作成した。

治療薬剤について

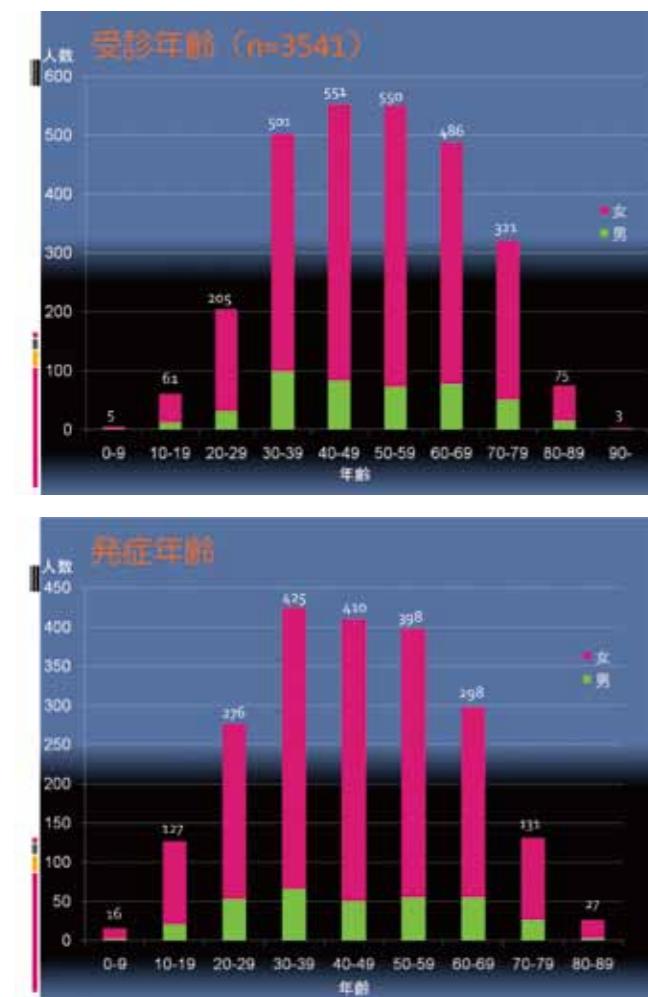
本邦で承認されている線維筋痛症の治療薬は現在のところ何も存在していない。

本ガイドラインでは、本症に伴う随伴症状の治療により、線維筋痛症に伴う疼痛に対し一定の効果が認められたものを、効果ありと判定している。

今後、日本での臨床研究の進展をもとに推奨度、エビデンスレベルは大幅に変更されると考えられる。



過去5年間のデータを追跡し、分析を行いました。



受診年齢は40代、発症年齢は30代がピークになっております。

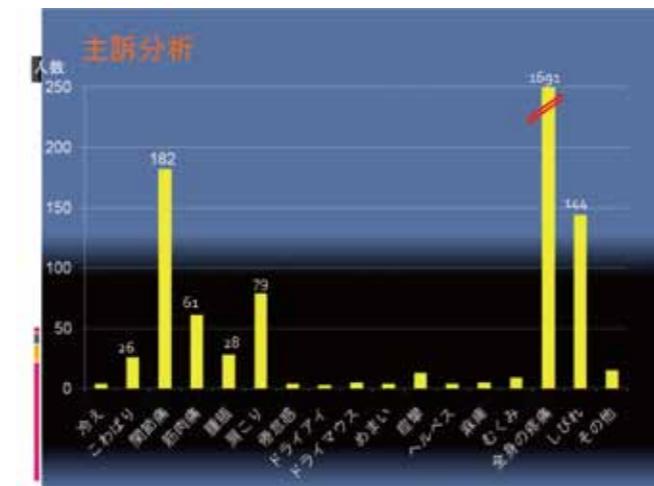
10代の患者さんの中には、線維筋痛症が原因で不登校になっている方もいらっしゃいます。

線維筋痛症の診断には アメリカリウマチ学会の診断基準1990を用いる

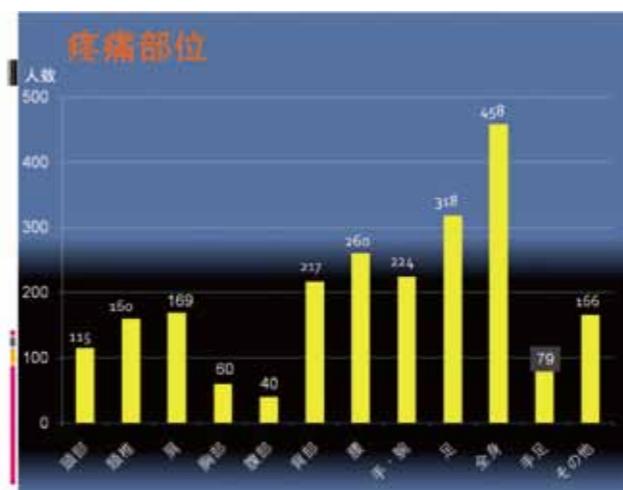
1. 広範囲にわたる疼痛の病歴
定義：広範囲とは右・左半身、上・下半身、体幹部（頸椎、前胸部、胸椎、腰椎）
2. 指を用いた触診により、18ヶ所の圧痛点のうち11ヶ所以上に疼痛を認める。
定義：両側後頭部・頸椎下方部・僧帽筋上縁部・棘上筋・第2肋骨・肘外側上腕・臀部・大転子部・膝関節部
- 指を用いた触診は4KGの圧力で実施（術者の爪が白くなる程度）
圧痛点の判定：疼痛に対する訴え（言葉、行動）を認める。
- 判定：広範囲な疼痛が3ヶ月以上持続し、上記の両基準を満たす場合。
第二の疾患が存在してもよい。



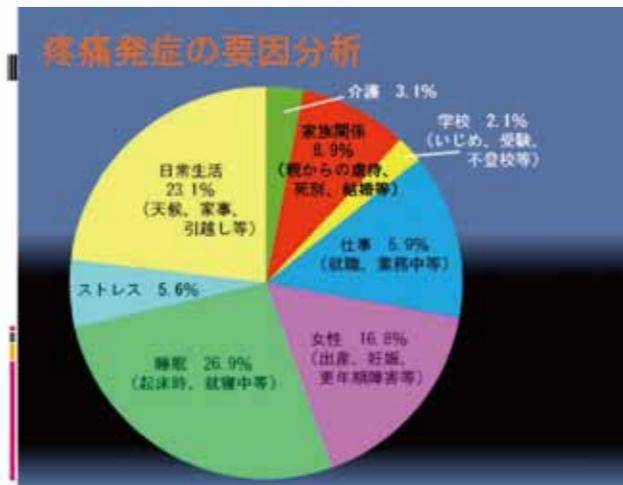
日本独自の診断基準は出来ていなくて、アメリカリウマチ学会の診断基準を用いています。



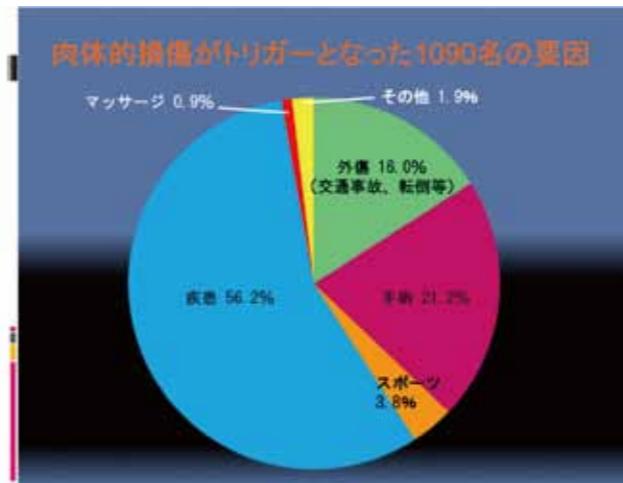
主訴では全身の疼痛が一番多くなっております。



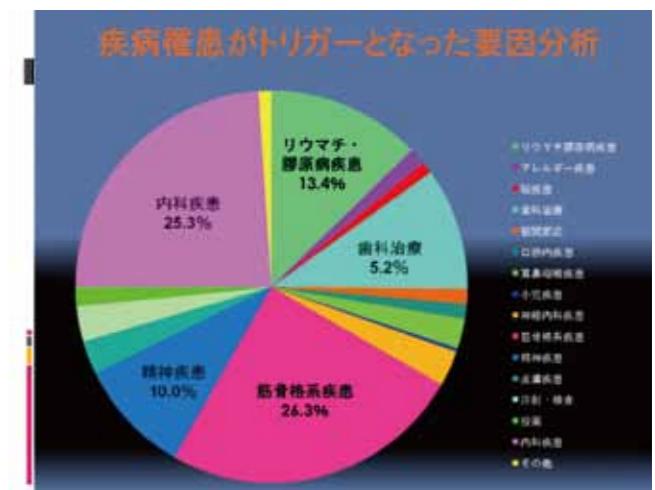
全身から、足、腰と様々な所に激しい痛みが起ります。



睡眠状態が上手にコントロール出来ていない時、日常生活では、天候の変化や引っ越し、家事のストレス等、また、女性では、妊娠、出産、更年期障害などが要因となることがあります。



疾患では、癌やウイルス感染（ヘルペス）など、手術後の痛みから線維筋痛症へ、又、交通外傷も多く、ムチウチ後から線維筋痛症を発症することもあります。



内科的疾患やリウマチ、膠原病、歯科治療では神経を刺激した痛みが全身へ拡がることもあります。

専別を要する筋骨格系疾患

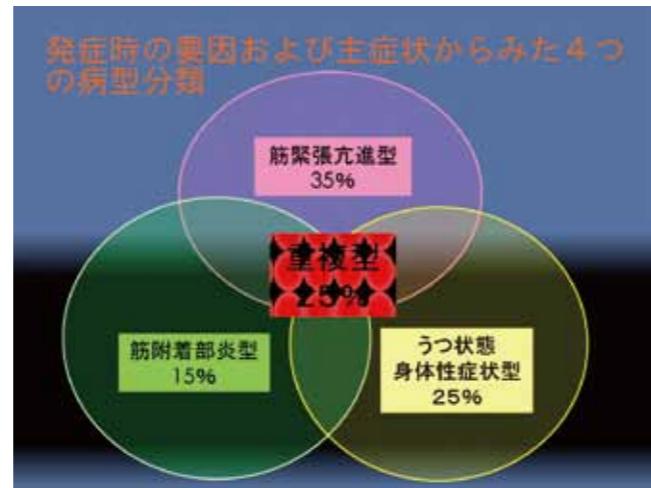
部位	疾患
頭部	頸椎捻挫
	頸椎症（脊髄症、神経根症）
	頸椎後報靭帯骨化症
	頸肩筋症候群
	頸椎アライメント異常（ストレートネック）
	下垂肩症候群（Droopy Shoulder Syndrome）
	胸郭出口症候群
腰部	腰椎症
	腰部脊椎管狭窄症
手首	全身性変形性関節症
	反射性交感神経ジストロフィー
	カウザルギー
脊椎	変形性脊椎症
	骨粗鬆症
	骨軟化症

頸から腰、腕や足のしびれをきたす疾患といろいろありますですが、そういった疾患の中に線維筋痛症が多く含まれております。

薬剤を要する上下肢のしびれをきたす疾患

部位	疾患
上肢	頸椎症：頸椎椎間板ヘルニア、頸椎症神経根症、頸椎症性脊髄症
	頸椎後報靭帯骨化症
	胸郭出口症候群
	下垂肩症候群（Droopy Shoulder Syndrome）
	回内筋症候群
	回外筋症候群
	肘部神経管症候群
	手根管症候群
	尺骨神経管症候群
下肢	腰椎症間板ヘルニア
	腰部脊椎管狭窄症
	梨状筋症候群
	知覚過敏性大腿痛（Meralgia Paresthetica）
	足根管症候群

頻度の高い随伴症状ないしは合併症	
消化器系	過敏性腸症候群、機能性胃腸症、胃食道逆流症、嚥下機能障害、神経性腹部緊張症、肛門痛
呼吸器・循環器系	睡眠時無呼吸症候群、神経性咳嗽、胸痛症候群
神経内科系	自律神経失調症、緊張型頭痛、偏頭痛、頸肩腰症候群、こむら返り、むずむず足症候群、チック、本態性振戻、多発性硬化症、慢性疲労症候群
婦人科系	月経困難症、更年期障害、月経前緊張症、過多月経、無月経、性交痛、不妊
泌尿器科系	神経因性膀胱、間質性膀胱炎、会陰部痛、勃起不全
耳鼻科系	眩晕症、耳鳴症、耳管開放症、咽喉頭異常感症、味覚異常
眼科系	眼精疲労、羞明症、眼乾燥症
歯科・口腔外科学系	顎関節症、舌痛症、口腔乾燥症、歯周炎



鑑別を要する心身医学的要因

社会的ストレス	①心理・社会・生活背景 ②生育歴・親子関係・人間関係 ③事故・外傷・手術・出産・疲労などの身体的負荷 ④不安・緊張・うつなどの精神的負荷、⑤遺伝的負荷
行動・ライフスタイル	①就業上の行動 ②休養・休息の取り方 ③運動・家事・生活形態
性格傾向	①問診・面接などによる心理性格的特性・過剰適応・自己抑制の把握 ②心理性格テストなどによる性格特性・心理的ストレスの把握
症状悪化要因	①天候・環境の変化 ②過労・睡眠不足・運動 ③感情・痛み
改善要因	①服薬・理学療法などの治療 ②生活様式・運動習慣の改善 ③認知や行動の軽減や積極的関わり

メンタル系鑑別疾患

うつ病	
統合失調症症状	幻覚・妄想が見られる場合
心気症、ヒステリー、身体表現性障害	性格・環境に起因する精神疾患症状がある場合
認知症	知的機能の低下を認める場合
薬物依存・詐病	
子供	①痛みの訴え方、②問題行動、③両親などからの環境の影響

筋緊張亢進型は、痛みの為に常に筋肉が刺激されて収縮している状態です。

筋附着部炎型は、線維筋痛症の圧痛点の部位が筋の附着部で、そこに炎症が起こっている状態です。

うつ状態身体性症状型は、痛みの為にうつ状態となっており、メンタルの先生ではなかなか判断がしづらいです。

重複型は、それぞれの部位が重複している状態です。

第I群：筋緊張亢進型の治療

主な病態

- 1) ACR診断基準を満たす
- 2) 筋肥大を伴う筋緊張(大肥四頭筋を含む)を認め、拘屈痛が著明
- 3) シェーグレン様症状(dry eye, dry mouth)が高頻度な例
- 4) 頸部、過敏性大腸炎、口内炎の存在
- 5) 脊椎、特に頸椎のストレートneckが顕著に認められる

治療

ガバペンチンの漸増法
塩酸ピロカルピン 5mg/日] をアンカーdrugとする

第II群：筋附着部炎型の治療

主な病態

- 1) ACR診断基準を満たす
- 2) 睡眠障害、過労、感覺異常など身体症状
- 3) うつ状態の意欲・行動障害
- 4) 自律神経系障害

治療

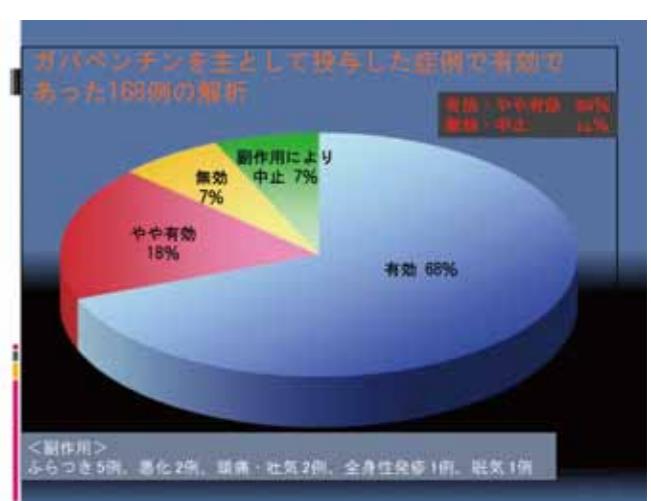
- 1) ミルナシブラン・パロキセチン
- 2) 抗不安剤
- 3) ガバペンチン
- 4) 線維導入剤

重複型の治療

第I群、第II群、第III群の重複型に対しては、ガバペンチン(将来的にはプレガバリンも候補)やクロナゼパムをアンカーdrugとする。各群でエビデンスレベルの高い薬剤を組み合わせる。

例:

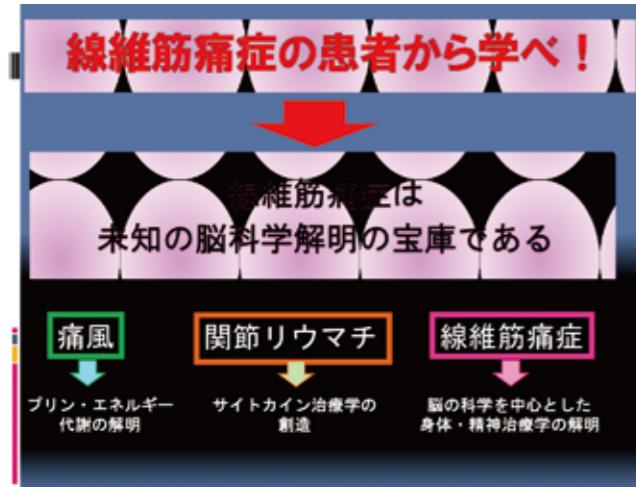
- 第I群と第II群:
ガバペンチン、塩酸プロカルピン、NSAIDs、スルファサラゾビリチン
- 第II群と第III群:
ガバペンチン、ミルナシブラン、スルファサラゾビリチン、睡眠導入剤
- 第I群、第II群、第III群の重複型:
ガバペンチン、ミルナシブラン、塩酸ピロカルピン等の併用療法



非薬物療法

治療法		推奨度
針治療	科学的根拠は不十分であるが、手術後の嘔吐、抜歯後の疼痛に有効 通電刺激が疼痛軽減に効果的	推奨度:B
運動療法	最大心拍数の65~70%程度を維持する中程度の有酸素運動	推奨度:B
その他	認知行動療法を併用すると効果があがる お灸、注射針による皮膚への刺激、湯たんぽ	推奨度:B
その他	的確な診断と予後の説明および疾病容認	推奨度:A エビデンスレベル
その他	ケアー専門看護師および臨床心理士による面談	推奨度:A エビデンスレベル





最後に、よく言うのですが、我々は患者さんから学ばなければいけません。「先生」と患者さんが私たちのもとを訪れるわけですが、大事なのは、それは逆で、患者さんがまさに私たちに色々なことを教えてくれる。患者さんこそ私たちの先生なのです。

私たちが先生になったらエネルギーを吸い取られますから、私たちが逆に色々な患者さんたちから色々なことを教えてもらうことによってエネルギーを吸い取らないと体が持ちません。

だから目線を常に患者さんの下に置いとかないと適切な情報が流れきません。

当たり前じゃないですか。目線が医者のほうが上にあった場合は患者さんがなかなか本当のことを言ってくれません。

目線の上と下にあるのを上手く調整して本当のことを聞くのは、こういうトレーニングを受けた看護師の役割だと思いますね。

ところで線維筋痛症は未知の脳科学解明の宝庫であります、何故かと言うと冒頭でも申し上げたように痛みが原因の病気など無いのです。

ということは天動説と地動説がひっくり返ったようなものなのです。だから非常にその目先の解決に一生懸命取り組んでいます。

例えば痛風から話したいのですが、風が吹いても痛いという病気で、足が腫れ上がります。私は当時虎ノ門で研修していたのですが、もう朝の6時ぐらいから全国から患者さんがみえられます。痛風と線維筋痛症の置かれていた状況がまったく同じ状況です。

ところが1948年に、アロプリノールという尿酸を下げる薬が出て、その投薬がはじまってからは痛風で激しく痛む患者さんというのはほとんど少なくなりました。

それから関節リウマチ、つい5~10年前までは関節リウマチの患者さんは痛みで変形して、四六時中痛みに悩まされていました。なすすべが何もありませんでした。ところが今、優れたサイトカイン治療をうまくきちんとやれば、確実に発病して2~3年内には100%リウマチの患者さんはコントロールできます。痛みをおさえることができるわけです。

線維筋痛症というその痛みの原点は何なのか？ どういうメカニズムで起こるのか？ 私は、医者になって線維筋痛症の患者さんから学んだ一番大きなものは、自分が何で、痛みが起こるかのメカニズムをちっとも知らなかったということです。

医者のくせに痛みのメカニズムを分子レベルで、あるいは脳のレベルでどういう風に認識されているのかということをわかっていないということを、線維筋痛症の患者さんが教えてくれました。

これはまいったと思って、もう1回自分が医者として痛みを真正面から捉えてみようと、それには脳科学をきちんと打ち立てないと、線維筋痛症という様々な多彩な病態を理解するのは困難です。

例えばなぜガバペンが効くかというと、これは脳の中で興奮性神経伝達物質の遊離を抑制し痛みを抑えるからです。それに対するカウンターはどういうものがあるのかというのを見出し、近いうち論文になると思います。

そういうわけで線維筋痛症はここ5年ぐらいの間で、すさまじい勢いで進歩をとげています。おそらくあと10年もすれば線維筋痛症というこんな痛みから解放されます。ちょうど痛風は風が吹いても痛い病気だったじゃないですか。関節が変形して「痛い、痛い」と寝たきりになるのがリウマチだったじゃないですか。これらは全部、解明され、克服されたじゃないですか。

残るのは我々の病気である一番激しい痛みをどうやってコントロールしていくか。これはあと10年もすれば、絶対にコントロールできます。もう大部分、少なくとも私自身3割から4割の患者さんはガバペン、後発するサラジェンでコントロールするめどがついてきました。例えば、本当にきちんとサイエンスのレベルで、なぜ痛みをガバペンでコントロールすることができるようになってきたかをおさえることが本当に大事です。

最後に我々が困り果てていることは、患者さんから1ヶ月に100件ぐらいのアクセスがあります。これを例えれば、北海道、東北地方では診られる先生がほとんどおりません。

沖縄では大浦先生のような先生がきちんといらっしゃることがものすごく助かるわけあります。

先ほどお伺いしたら大浦先生は透析を中心にやられているということですが、実は透析の患者さんの中にも相当、線維筋痛症の患者さんはいらっしゃいます。

今、私のところに15~6人患者さん通っていますが、そういう患者さんは透析が終わった直後にガバペンを、200~300mg、300~600、900mgぐらい投与するとスッと痛みが楽になります。

これは透析の線維筋痛症ですが、こういうところで全国のネットワークを作り、線維筋痛症に対する医者の偏見をまずなおさなければいけません。

それから社会、家族、学校の先生だと、勤める会社の上司だと、こういうところにきちんと知らせなければいけません。

これは私たちの仕事じゃないですが、誰かがやらなければいけません。これは線維筋痛症学会を立ち上げた先生たちと協調しながらやっていきたいと思います。

最後になりましたが、これは絶対に克服できる病気

であることをここにいる皆さんは自信をもって下さい。

光明といいますか、光の道筋は十分見えています。

3月30日、治療ガイドラインが出ます。

そこに全部かいておりますので是非お読みになつてきめ細かな治療をやっていけば患者さんを痛みから解放する日は近いと、そのぐらいの気持ちがないとやっていけません。

以上、ご清聴ありがとうございました。



事務局報告

(平成21年度の抜粋)

■平成21年4月

第53回日本リウマチ学会(東京)発表

■平成21年5月

小倉第一病院視察・研修
－スタッフの高いモチベーション形成に向けた
小倉第一病院の挑戦－
「人工透析医療の質の向上と経営力強化をめざした
人材確保の取り組み－経営戦略としてのワークラ
イフバランスの実現に向けて」

■平成21年6月

第54回日本透析医学会学術集会(横浜)発表

■平成21年8月

広報誌「四季暖流」第2号発刊

■平成21年9月

新型インフルエンザ対策の一環として、プラズマクラスターイオン発生装置を設置

■平成21年10月

治療費、カード決済機器の導入

■平成21年11月

①九州人工透析学会(福岡)参加

②広報誌「四季暖流」第3号発刊

■平成22年3月

①研修医受け入れ

これまで、琉球大学医学部医学科学生の実習を受け入れてきたのですが、平成22年3月1日～6日、3月8日～14日の1週間ずつ、石川県の小松市民病院より2名の研修医を、地域医療研修として受け入れました。

今年度は、小松市民病院に加えて、金沢大学附属病院からも研修医を受け入れる予定になっております。

②沖縄県人工透析研究会 発表

③一般公開医療講演会開催

平成22年3月20日(土)那覇市医師会館大ホール
にて、東京医科大学医学総合研究所所長 西岡 久

寿樹先生を講師にお招きして、『全身の痛みを診断する』線維筋痛症－その病態と治療ガイドラインを中心に一を開催いたしました。

約100名の患者さん・ご家族の参加がありました。

今回は、3月30日に発刊される、「治療ガイドライン」を中心とした講演でしたが、次回、実際の最新治療について、纖維筋痛症学会 事務局長 岡 寛先生(聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター)を講師にお迎えして、10月2日(土)に開催致します。

④レセプトオンライン対応のレセコンへ買い替え

⑤透析機器増設

透析患者の増加、旅行透析の需要に備えて、透析機器3台増設

⑥広報誌「四季暖流」第4号発刊

■総会・理事会

社員総会3回開催

理事会12回開催



外来担当表

	月	火	水	木	金	土
午前	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	毎週 Dr.大浦
		胃腸外来(Dr.平田)				
午後	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	心・血管外来(Dr.)
診療受付時間		平日 午前(8:30～11:30)	午後(14:00～17:30)			
		土曜 午前(8:30～12:30)				
毎週 火曜日		午前 経鼻内視鏡・エコー検査をしております。(予約制)				
毎月第2土曜日		午前 循環器エコー検査をしております。(予約制)				

