

Psoria News

発行

 NPO法人 大阪難病連加盟
 大阪乾癬患者友の会(梯の会)

特集

◎第36回学習懇談会



Index・・・

・会長挨拶(岡田)	P1	・辻先生講演録	P14
・連合会会長挨拶	P2	・患者体験談	P13
・事業報告・事業計画	P3	・女子会報告	P32
・決算報告・予算案	P4	・乾癬ワンポイントアドバイス⑨	P33
・第36回学習懇談会	P5		
・東山先生講演録	P6	・お知らせ	P34

情報の提供と交流を目指して

平成29年 年頭の挨拶

会長 岡田

会員の皆様新年あけましておめでとうございます。平成29年の年頭にあたりご挨拶をさせていただきます。

患者会活動に関して少し間治して見ます。最近では医療関係者などの乾癬の患者会への理解も進み各地に患者会があることが乾癬患者のQOL向上に役立っていると言っていただけの方が増えてきました。学会等でのブースでも存在が当然のようになり、声をかけていただけることが多くなってきました。先生方のご尽力もあって徐々に全国津々浦々に患者会ができています。乾癬の患者の皆様もどんどん広がる新しい治療法の恩恵を受けて、以前のように満身創痍の状態で患者会に来られる方が減ってきました。とてもいい傾向だと思っています。

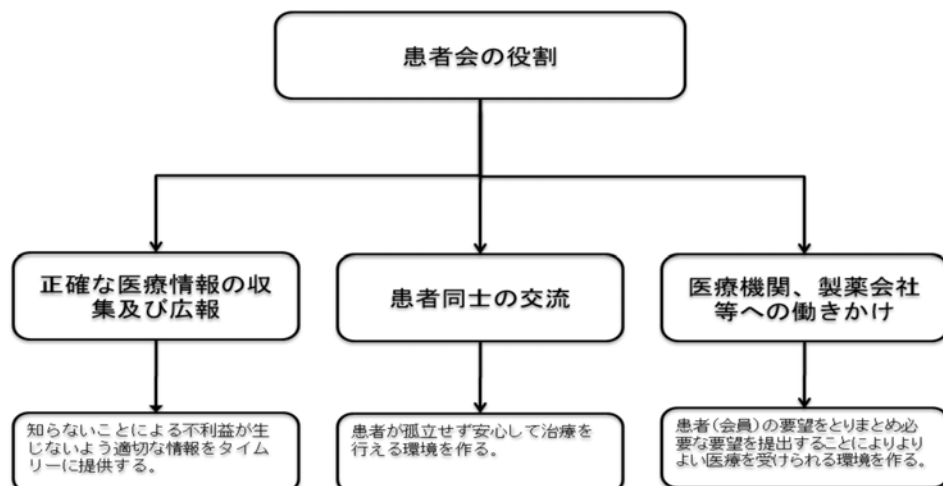
しかし乾癬の病状に関して求めるものは人それぞれであり、満足な病状に

達しないで人知れず悩まれている方はまだまだ多いと感じています。是非このような方々に会の活動の場に出てきていただいて周りの乾癬患者と交流することから満足の行く治療を行うようになっていただければと切に願っています。

大阪の会の活動は引き続き、正確な医療情報の提供と会員同士の交流を主な柱として引き続き活動して参ります。継続は力なりと思ひ確実な運営に努めます。学習懇談会で行われる講演は、題名は同じようなものが多くなる傾向にあります。講師の先生方それぞれで疾患に対する切り口が異なっていますので、多くの講演を聞くことで情報が心に染み渡り安心できる治療を行うことにつながるのと思っています。

昨年(平成28年)は春に伊丹市

患者会の役割



の近畿中央病院で、秋に日生病院にて学習懇談会を開催することができました。近畿地方巡回の学習会も2府4県は一巡し今後はさらに主要大学や主要病院等順次機を見て実施しているその一環です。全国での日本乾癬患者連合会の活動は、4月の日本臨床皮膚科医学会(岡山)、5月の日本皮膚科学会(京都)、9月の日本乾癬学会(宇都

宮)、10月の日本皮膚科学会東部支部会(浜松・世界乾癬デーイベント)で行い、9月10月には市民公開講座も開催しました。特に世界乾癬デーに学会と力を合わせて行事を開催することができたのは画期的です。

今年(平成29年)は例年通り、大阪では学習懇談会、懇親行事の2本の柱を中心に各種イベント等を行っていきます。また三重、あいちの近隣の患者会と一体的な活動ができるように配慮し、より充実した行事を皆様に提供していく予定をしています。行事への積極的なご参加をお待ちしています。

昨年に申上げたとおり、乾癬の治療を市中のクリニックでされている方が増えたように感じます。優れた治療の選択肢が多くなったことから良い状態を保つ方が多くなったものようです。治療によりほぼ寛解を保つ方が増えてきたものの、乾癬自体は難治性の病気であることに変わりはなく、小さな医療機関では同病の患者と出会うことも少なく、不安に感じることも多いのではないかと察します。

適切な情報を皆様に提供し続けるこ

とが会の責務と考え、今後はより市中のクリニック等とも協力し患者会活動を広げていきたいと考えています。

また過去に20回近く会報へ連載してきた小林先生の医療コラムを1冊の冊子に取りまとめ印刷する予定をしています。会員の皆様の治療のお役に立てればと考えています。完成は秋を予定しています。

連合会の活動としては、4月の日本臨床皮膚科医会(神戸)、5月の皮膚科学会(仙台)、9月の乾癬学会(東京)、が予定されています。9月は患者が参加できる行事も計画される予定です。

また近隣の患者会の三重やあいちでも行事が開催されます。詳細は追ってお知らせいたしますが是非ご参加ください。

さらに学会関連や製薬会社主催などで市民公開講座も頻繁に開催されるようになってきました。情報は極力皆様にお知らせいたしますので是非ご参加ください。なお時間の迫ったものはメーリングリスト等のご案内になります。

JPA (日本乾癬患者連合会) 会長 柴崎氏の年頭ご挨拶

皆様新年あけましておめでとうございます。本年もよろしくお願いいたします。

本年も日本乾癬患者連合会(JPA)の活動といたしまして、4月22日(土)23日(日)に第33回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会(神戸市)6月2日(金)~4日(日)に第116回日本皮膚科学会総会・学術大会(仙台市)9月8日(金)9日(土)に第31回日本乾癬学会・学術大会(品川区)にて、患者会ブースの設置をお願いする予定となっております。また、支部大会におかれましては、各患者会単位での判断でブース設置のお願いをさせていただくこととなります。その際は、ご協力いただければと存じます。よろしくお願い申し上げます。今年の10月29日世界乾癬デーも昨年の盛り上がりを受けて今年も継続的に行っていきたいと思っております。現在、企画検討中です。

また、今年は約8年ぶりにJPA発行の「みんなで治そう乾癬ハンドBOOK」が改訂発行すべく編集委員会が発足し進行中です。乾癬に関する冊子は各企業様をはじめ様々な冊子がございますが、患者会が発行する唯一の冊子であり、相談医の監修のもと患者と共に作成した情報誌という大変貴重な冊子です。内容も最新情報になり患者会に入会している方の特典であることはもちろん、患者会入会のきっかけのための1冊となることと思います。2016年は生物学的製剤の新薬発売もあり乾癬治療の選択肢がさらに広がりました。

2017年もさらに新薬の発売の話を伺っております。乾癬治療は年々発展しておりますが、まだまだ恩恵を受けられる患者の格差問題は解消されておられません。金銭的な問題もそうですが、治療ができる施設、地域格差、治療のゴール、世間の認知度と課題は多くあります。関節症性乾癬の指定難病に関しても継続して選定されるよう活動を続けてまいります。

私たちJPAは先生方そして企業様と共に乾癬患者が一人でも多くよりよい治療を受けられるよう活動を行ってまいります。乾癬患者が一人で悩まないような環境づくり、声掛けを行い、患者会活動を充実してまいりたいと思いますので、本年もご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

日本乾癬患者連合会会長 柴崎

(この挨拶文はJPAのMLで連合会会長の柴崎様が述べられたご挨拶の引用です)

平成 28 年度に実施した行事

項 目	回 数	内 容	時 期	備 考
定例総会・学習懇談会	2 回	近畿中央病院、日生病院	5/28,12/4	
女子の会開催	2 回			
交流行事	1 回			
会報発行	4 回		2,5,8,11 月	
幹事会	12 回	会の運営	毎月	西区民センターにて
乾癬学会	1 回	名古屋	9/2-3	展示、学習会、交流
皮膚科学会	1 回	京都	6/3-5	展示、交流
臨床皮膚科医会	1 回	岡山	4/23-24	展示、交流
三重の行事参加	2 回	学習会、海水浴	2/21、7/31	数名参加
大阪難病連 街頭キャンペーン	10 回	大阪市内	ほぼ毎月	幹事参加
難病連 講演会	複数回	大阪市内		

平成 29 年度の行事計画（ゴシック太文字は今年の注目行事）

項目	回数	内 容	時 期	備考
定例総会・学習懇談会	2 回	医療講演中心	5月頃,11月頃	未定
女子の会開催	2 回	未定	未定	詳細は未定
交流行事	1 回	未定	秋	詳細は未定
会報発行	3 回		3,8,11 月	
乾癬コラム冊子発刊	1 回		9月頃	本年度特別企画
幹事会	12 回	会の運営	毎月	西区民センターにて
乾癬学会	1 回	東京	9/8-9	数名参加 展示広報
乾癬学習会と懇親会	1 回	東京	9/9	数名参加 一般参加者も募集
皮膚科学会	1 回	仙台	6/2-4	展示広報主催
臨床皮膚科学会	1 回	神戸	4/23-24	展示広報主催
三重の行事参加	2 回	記念行事、海水浴	2/21、8月	数名参加
西日本交流会	1 回		未定	未定

2016年度収支決算報告書(自:2016年1月1日～至:12月31日)			
収 入		支 出	
摘 要	金 額	摘 要	金 額
前年度繰越金	870,865	通信費	130,663
年会費入金 (@3,000円×144名分)	432,000	交通費	95,820
助成金	1,717	印刷費	61,450
寄付金	150,000	学習会費	8,490
雑収入(学習会参加費等)	50,087	学会費	221,503
		事務費	75
		会議費	17,100
		交流会費	0
		関係団体(乾癬連合会等)会費	30,000
		雑費	0
		20周年記念行事積立金	100,000
		小計	665,101
		次年度繰越金 (別途 預り金)	839,568 177,000
合計	1,504,669	合計 (預り金を除く)	1,504,669
大阪乾癬患者友の会 上記収支においてすべての帳票を調べた結果 収支ともに誤りなきことを証します。 会計 桔梗 誠治 2017年1月14日 会計監査 加納修二			

2017年度運営予算書(自:2017年1月1日～至:12月31日)			
収 入		支 出	
摘 要	金 額	摘 要	金 額
前年度繰越金	839,568	通信費	150,000
本年度会費収入見込 (@3,000円×150名)	450,000	交通費	100,000
助成金	100,000	印刷費	80,000
寄付金等	300,000	学習会費	200,000
雑収入(学習会参加費等)	50,000	学会費	180,000
		事務費	5,000
		会議費	20,000
		関係団体(乾癬連合会等)会費	30,000
		20周年記念行事積立金	100,000
		雑費	10,000
		小計	875,000
		次年度繰越金	864,568
合 計	1,739,568	合 計	1,739,568

90名近くが参加

日生病院で第36回学習会開催

乾癬性関節炎・塗り薬・光線療法について詳しく説明



会場となった日生病院

昨年の12月4日（日）に日生病院で第36回学習懇談会が行われました。当日は午後1時から日生病院の講堂で始まりましたが、会場には90名近くの参加者があり、ぎっしり満員の状態でした。

岡田会長による挨拶の後、まず「食養生体験」という題目で、乾癬患者である新井さんから体験談がありました。新井さんは以前の学習会で乾癬と食事療法についての講演を聞かれ、その後日生病院の管理栄養士さんと相談協力なされて、実際に食事療法に取り組まれた経験とその成果をお話になって下さいました。きちんと食事内容をノートに記録し、着実に実行され、そのお

陰でダイエットのみならず乾癬の症状も良化したというお話はとても励みになるものでした。

医療講演の最初は東山真里先生から「乾癬の皮疹に有効な治療―塗り薬や光線療法について」という題目で、今回は2点に絞ってお話をして頂きました。特に塗り薬の塗布方法について、日生病院看護師の山下さんから患者さんと一緒に大変丁寧に実演して頂きましたので、薬を塗る方法や塗る時の注意についてとても具体的に理解できたと思います。私達は薬を塗る時がついつい漫然と適当にやっている感がありますが、薬の塗り方ひとつで症状改善に影響があるということがよくわかったと思います。

また大阪南医療センターの辻成佳先生からは「乾癬に合併する関節痛・腰背部痛について」乾癬性関節炎のいろいろという題目で、乾癬性関節炎について非常に詳しくお話を頂きました。辻先生には以前にも講演をして頂いたのですが、以前の何回かの講演も今回の講演もオリンピックの年にちょうど重なっており、4年ごとの研究や治療の進歩を、ユーモアを交えて、大変詳しくお話ししていただき、また具体的な治療だけでなく、チーム医療の大切さ、そしてやはり食事の摂取の仕方について、丁寧に説明をして頂きました。唯単に量を減らすのではなく、糖質制限の為に炭水化物摂取を減量して



講演に真剣に聞き入る参加者の皆さん

いくことが最も大きなポイントであるとの話は、大変参考になり、皆さんも真剣に聞いていたと思います。

講演時間がかなり延長したのですが、その後の質疑応答は近畿中央病院の樽谷先生にも加わっていただき、多くの質問に答えてくださいました。また懇親会・個別医療相談会にも大変たくさんの方が参加され、いつも以上の充実した会になったと思います。御協力して頂いた多くの方に厚く御礼申し上げます。

（今回の患者体験談のまとめ、及び、お二人の先生の講演内容を掲載しています）

「乾癬の皮疹に有効な治療

―塗り薬や光線治療について―

日生病院皮膚科部長(本会相談医)

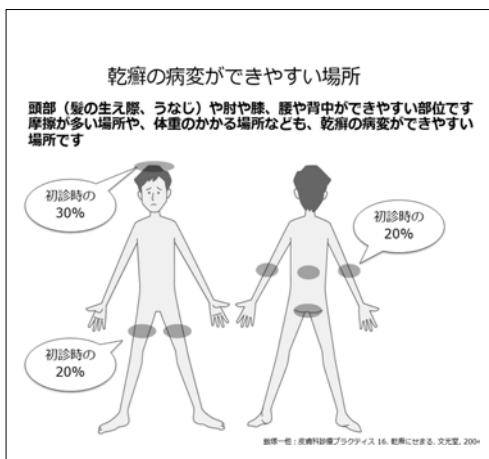
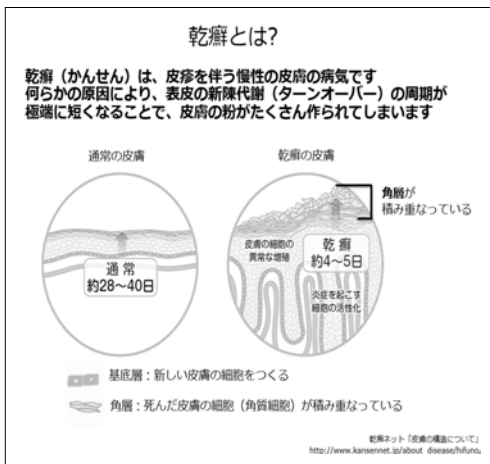
東山真里



東山真里先生

みなさん、こんにちは。日生病院の東山です。今日は、三六回目の学習会ということで、会の運営に携わっていただいている皆様に御礼申し上げます。今日は、乾癬の皮疹に有効な治療、塗り薬や光線療法を話題にしました。と、申しますのも、最近の学習会では結構、生物学的製剤のお話が多くなっ

ています。生物学的製剤は素晴らしい効果を発揮しますが、生物学的製剤よりも身近な治療でいい状態になるということもありますので、こういう話題を選びました。何度も学習会に来ておられる方は、乾癬とはどんな病気？知っ



ているよ、といったことになるかもわかりませんが、知識を持つておくということは、皆様の治療の力になりますので、復習というかたちでお話しします。

乾癬というのは、皮疹を伴う慢性的皮膚の病気です。なんらかの原因によって、皮膚の新陳代謝、ターンオーバーといいますが、それが非常に早くなります。正常な皮膚の場合、普通、二日から四〇日くらい掛かって、基底層から角質の下までいくのですが、乾癬は、四、五日で角質の方まで行ってしまいます。表皮の新陳代謝が短くなっています。その結果、皮膚の粉がいっぱい出てくるという病気、ということになります。

この写真は、典型的な乾癬の患者さんで、白いかさぶたをつけた紅い局面があります。最初は小さいつぶつぶから始まって、これらがくっついて大

きく紅斑になります。患部と正常な皮膚を比べてみると、表面のところ

が厚くなって、かさぶたも分厚くな

て、そして真皮では血管が増えていま

す。そこに炎症をおこす細胞が入って

きます。これが乾癬の特徴です。

乾癬がでやすいところはどこかと

いいますと、頭、背中、おしり、肘、

膝などの、摩擦の多い場所とか、体重

のかかる場所によくできる、といった

特徴があります。どうして、そうなる

かといいますと、ケブネル現象とい

まして、刺激が加わると、皮疹が誘発

されるといった特徴があります。

このことを覚えておいていただくと役

に立つことがあります。これについて

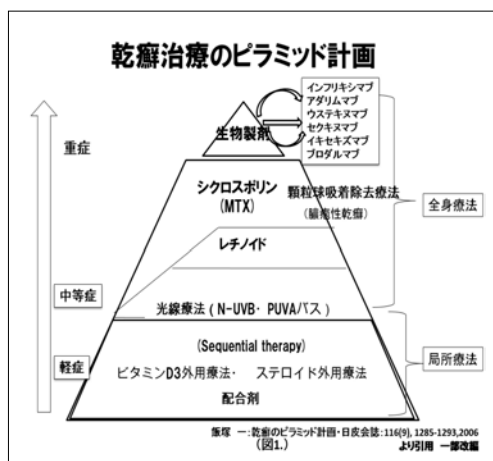
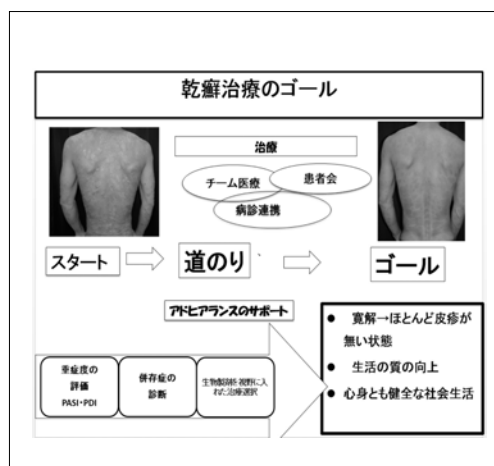
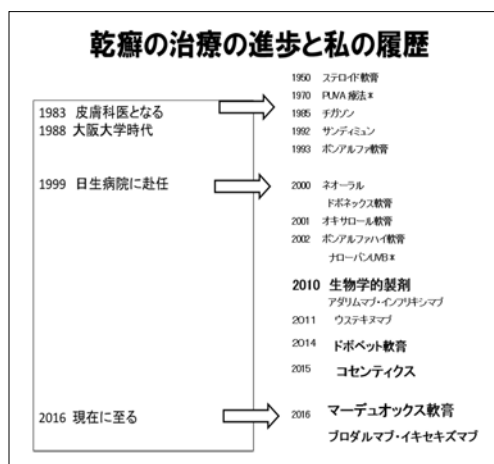
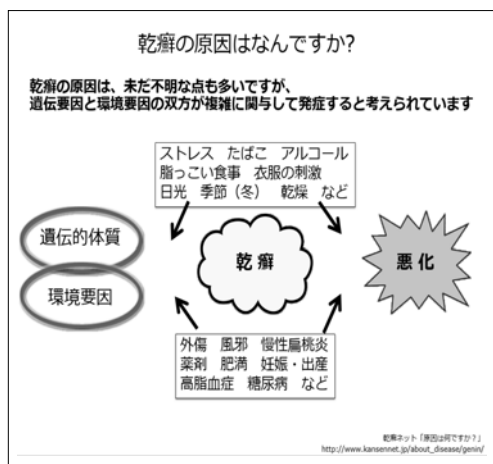
は、のちほど説明します。

原因は何ですか？どうして乾癬の症

状がでてくるのですか？ということで、

皆さんは不思議に思っているらしいや

ると思いますが、これに関しては、わか



らない部分も多いのです。乾癬になりやすい体質がありまして、その体質にいろいろな環境の要因が重なって、発症したり、悪化したりすると言われています。どういった環境要因があるかといいますと、脂っこい食事であるとか、精神的なストレス、それから、タバコ、アルコールなどが悪化の原因といわれています。皮膚への刺激や季節、乾燥なども悪化の原因になります。また、内的な要因としては、傷や手術のあとに発症するとか、風邪をひいたり、扁桃炎をおこしたりすると急激に悪化します。肥満、高脂血症、糖尿病なども悪化の原因になります。

どうして、皮膚が分厚くなるかといいますが、なかなか難しい点がありますが、炎症を起こしている免疫の細胞が、表皮を増殖しなさいとか、炎症をおこしなさいといったメッセージをだして、細胞同士が悪循環を作って、炎症が続いていきます。どういった物質が関係しているかといいますと、TNF- α であるとかIL- 1β 、IL- 17 などといった物質が関与しているといわれています。

乾癬の治療については、近年すごく進歩してきています。私が皮膚科医になったのは一九八三年ですが、この時にはまだステロイドの軟膏と光線療法しかありませんでした。一九九九年に日生病院に赴任したときには、ネオールが発売され、その後いろいろと、いい薬がでてきてまして、二〇一〇年には生物学的製剤がでてきました。塗り薬についてもどんどん進歩していて、乾癬の治療について、どういうところにゴールを求めるかということですが、私が考えますのは、ほとんど皮膚

が無い状態、ほとんど寛解状態、そして、生活の質も向上して、からだ、心ともに健全な社会生活をおくれること、これがゴールかなと思っています。乾癬の治療の進歩を考えますと、夢ではなく、本当に実現できると思っています。そのためには長い道のりがあります。これを支えるものとして大事なものが、患者会やチーム医療といったものです。

この図は、乾癬治療のピラミッド計画といまして、どういった治療をしていくかということを示しています。ピラミッドの底辺に塗り薬があります。そして、光治療とか飲み薬、それから生物学的製剤があります。生物学的製剤も六種類の中から選べるようになりました。治療の選択肢がすごく増えています。

そこで、みなさんをお願いしたいのは、診察に行かれた時に「先生、乾癬で一番困っているのはこういうことです」と先生に伝えてください。それを言わないと、先生の方は、この程度の治療具合でいいのかと、思ったりしてしまいます。本当は頭のふけでずっと困っているとか、手の皮膚で困っている、といったことを患者さんから伝えていただきたい。先生方にも、「乾癬で困っているのはどのようなことですか」と聞いてくださいとお願ひしています。患者さんのほうも「爪が変形していて、すごく困っている」とか具体的に言っていたらいいかと、こういう治療を選択したらいいかというふうになると思います。このことが今日お話ししたかったメッセージのひとつです。

乾癬というのは、いろいろな合併症を伴う全身の炎症性の病気です。今までは、皮膚に注目されていましたが、

重症の方は肥満とか高脂血症、高尿酸血症、高血圧などを合併して、心筋梗塞などの命に係わる病気を併発するリスクが高いというふうに言われています。また、関節炎や、ブドウ膜炎（目の炎症）をひきおこすことがあるので、皮膚病だから放置していいと思わずに、大きな問題が隠れているかもしれない、ということを念頭に置いて治療することが大切です。

では、今日のテーマのひとつである塗り薬について、話をすすめてまいります。また塗り薬かと思われるかもしれませんが、結構大事なことです。というのは、全国の乾癬患者の方がどういう治療を受けているのか調査したところ、尋常性乾癬で塗り薬だけで治療を受けている患者さんの割合が、八七・五パーセント、実に、九割近くの方が塗り薬だけで治療されています。生物学的製剤が注目されていますが、生物学的製剤の治療を受けている患者さん

は、ごくわずかです。塗り薬をどれだけ有効に使うかということが、治療にとって重要なことです。塗り薬の役割は、皮疹をその場所に局限させて拡大・重症化を防ぎ、治療の底辺を支えることです。塗り薬の利点は、患者が自宅で行えて、安全でほかの治療との併用も可能です。また、ほかの薬に比べて経済的にも安価です。安くはありませんが、生物学的製剤やシクロスポリンなどと比較した場合、まだ安価です。乾癬に有効な塗り薬はステロイドとビタミンD、ビタミンDには低濃度のものと高濃度のものがあります。今までは、ステロイドとビタミンDを混ぜたり、重ねて塗ったり、朝夕で塗り分けたりしていました。混ぜると薬が不安定になったり、濃度が薄くなったりといった問題があります。朝、夕で塗り分けてくださいますか、この部位には、この薬を、その上から別の薬をとというふうに言うと、訳が分からなくなり、

煩雑です。本来は、よく効くはずの薬がそういったことからうまく効果が出ないといったことがあります。こういった不便を解消するために、二〇一五年に配合剤というものが出ました。この薬はベリーストロングのステロイドと高濃度のビタミンD3がひとつになった製剤です。ドボベツト軟膏、マーデュオックス軟膏という二種類の薬が出ています。この薬のいいところは、一日に一回塗ればいいということです。今までの薬は、朝晩二回塗ってくださいと言っていました。この薬は一日一回で効果が期待できます。

ここで、塗り薬、ステロイドとビタミンD3がどういうようにはたらくかといいますと、ビタミンD3は表皮にはたいて、増殖を抑えます。一方、ステロイドは真皮の免疫細胞の炎症を抑えます。ビタミンDにも炎症を抑える作用があるということが解ってきました。このように作用の違いを併用するといいことは、より一層の効果が期待できるということになります。

この写真の患者さんは高濃度のビタミンD3、ドボネックス軟膏だけを一日二回塗ってもらった方です。背中の広範囲にできていた皮疹が四週間で消えました。しかも、四年たってもこの場所にはできていません。このように、ビタミンDだけでもよく効く患者さんがおられます。しかし、ビタミンDの効果については、個人差がありまして、この方のように早く効果が出る患者さんが全体の四割、ゆっくりと効果が出てくる患者さんが四割、まったく効果が見られない患者さんが二割いらっしゃいます。ですから、薬がどのように効いているのか注意していただくと思います。

次に、ステロイドとビタミンDの特徴ですが、ステロイドは効果が早いですが、いい状態が続く期間は短いですが、ビタミンDは効果はゆっくりですが、

乾癬は多様な合併症を伴う全身の炎症性疾患

乾癬は皮膚だけでなく併存症が隠れているかも。トータルケアの必要

乾癬治療の実態

健康保険組合レポート情報より(2011年7月~2012年6月)

・尋常性乾癬で塗り薬の治療のみ受けている患者さんの割合は?

全体の87.5%

乾癬に有効な塗り薬

2015年に登場

ステロイド 弱~最強

低濃度ビタミンD
ボンアルファ

高濃度ビタミンD
オキサロール
ドボネックス
ボンアルファハイ

配合剤
ドボベツト
マーデュオックス

ビタミンD3外用剤Fast responder
治験症例: カルシポトリオール軟膏2回/日

0W 4W 4年後も再発なし

ビタミンD3の効果の発現

とても早く効果がでる患者さん	40%
ゆっくりと効果がでる患者さん	0%
全く効果がない患者さん	20%

Ruzicka ら, 1998

乾癬治療の落とし穴-外用療法



- ・外用剤を処方しても塗ってない→アドヒアランス
- ・外用剤による局所的副作用
- ・ビタミンD3外用剤による高Ca血症

乾癬はどういうふうに治っていくのでしょうか。薬を塗った場合、まず粉が減ってきます。それから盛り上がり

塗り薬を使用するうえで、いろいろな落とし穴があります。ひとつは、薬を出しても患者さんが塗ってくれないという問題、それから塗り薬による副作用、また、ビタミンDではカルシウムの血中濃度が上がることがある、こういったことが落とし穴として注意が必要です。

良くなると効果が持続します。ステロイドの場合は副作用がいろいろおこります。大まかに特徴を言いますと、ステロイドはウサギのように早く効く、ビタミンDは亀のようにゆっくりだけれど確実に効くということになります。外用療法について、前述のようなことを考え合わせると、ビタミンD単独で治療できれば副作用も少なくないと思います。

外用療法を有効に行うために 確認事項

- ・薬を塗るのにどのくらい時間がかかりますか
- ・いつ、どのように塗っていますか？
- ・家族が塗れないところを手伝ってくれますか？

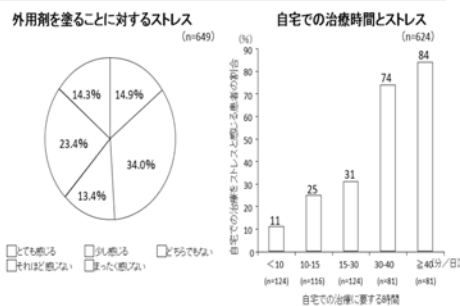
が減ってきて、赤味も減ってきます。最終的には茶色い色が残って治ります。だいたいが、こういった段階を経て治っていくのですが、こういうことを知っておいていただくと、薬を塗っていてよくなっているな、ということが解っていただけだと思います。患者さんから少しも変わりませんと言われますが、こういったことを説明すると、納得していただけます。茶色い色が残って治りますが、この色は徐々に消えていきますので、心配はいりません。

塗り薬を有効にするために、塗る時間がどれぐらいかかりますか、いつどんなふう塗っていますか、ご自身で塗れないときは、家族が手伝ってくれますか、というようなことをお尋ねしています。というのは、患者さんは薬を塗ること自体が、かなりのストレスになっているからです。調査によると、ストレスだという方が非常に多くて、

とても感じる、少し感じるとおっしゃる方が半数近くおられます。それから塗る時間がどれぐらいになるとストレスを感じるのか調査したもので、一〇分を超えるストレスを感じる患者さんの割合が殖えます。三〇分を超えると七割の方がストレスを感じておられます。ということから、一〇分以内で塗れるようにするのがいいのかなと思います。

日常生活および治療におけるストレス

調査方法：35施設の医師および乾癬患者に対して「症状及びその変化」「QOL」「患者満足度」等について多面的なアンケート調査を実施した。
調査期間：2002年10月～2004年5月



塗りたくない理由としては、忙しくて塗れない、体が不自由だから、塗っても効かない、一生塗らないといけない、塗る面積が広く時間がかかる、べたつくから嫌だ、家族が手伝ってくれない、などがあげられます。また、塗り薬は貰うけれど診察を受けない人、病院ではあまりないのですが、開業医の先生のところでは薬だけくださいますという方、こういった方がおられます。こういったことが、塗り薬の効果を妨

げる要因だと思っています。皆さんのストレスを減らすためのご提案として、外用時間を一〇分以内にする、皮膚の面積や重症度によって、塗り薬だけでは限界があるので、他の治療と併用して行うことが大事です。それから、一日一回で効く塗り薬、配合剤を使用する。塗れないところがある場合は介助する道具を使用する。また、べたつきに関してはローションとかクリームを季節によって使い分けると塗りやすくなるかと思っています。

外用療法のストレスを減らすための ご提案

- (1) 外用時間を10分以内に
重症度の評価と併用療法の選択
- (2) 外用回数：1回/日で有効な外用剤
配合剤：ドボベツト軟膏・マーデュオックス軟膏
- (3) 外用の介助具の活用
- (4) べとつかない工夫：ローション・クリーム

配合剤について、説明します。今までの塗り薬とどう違うのかと申しますと、例えばドボベツトの場合は、ドボネックスというビタミンDの薬とリンデロンDPというベリーストロングクラスのステロイドを配合したものです。今までは、このふたつを混ぜていたのですが、半分の濃度になっていました。ドボベツトの場合は、もともとの有効成

分は、このふたつを混ぜていたのですが、半分の濃度になっていました。ドボベツトの場合は、もともとの有効成分

分がそれぞれの製剤の濃度ではいつていて、しかも安定しています。この写真は実際にドボネックスを塗っていた患者さんですが、膝の治りにくい皮疹に一日一回の塗布できれいになりました。

もう一つの配合剤であるマデューオックスについて説明しますと、皆さんがよく使っておられるオキサロールとアンテベートという塗り薬の成分が元の濃度で配合されたものです。こういった塗り薬を使いながら、光療法や飲み薬、生物学的製剤を併用して、皮疹の面積を減らし、塗る時間を一〇分以内にするといったことが、工夫として重要だと思っています。

次に塗り薬の副作用について、どんな副作用があるかといいますと、この写真はデルモベート軟膏という非常に強いステロイドだけで治療されていた患者さんですが、月に一〇〇グラム使

用されていきました。まだ五〇代の方ですが、皮膚が老人の皮膚のようになって、ちよつとあたたただけで内出血するといった状態になっています。また、それだけではなくて、皮膚からステロイドが吸収されるので、副腎の機能が低下していました。非常に強い薬を大量長期塗ると、こういった副作用がおこってきます。

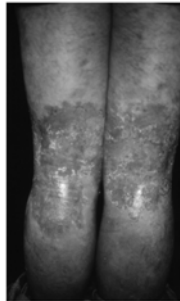
ビタミンDの高濃度の軟膏ではひざの裏や鼠径部といったしわになるような部位では刺激性の皮膚炎をおこすことがあります。

また、配合剤によって、毛嚢炎という毛穴のところに炎症をおこすことがあります。それから、薬を塗った周囲にフリル状の鱗屑がつくことがあります。これは、高濃度のビタミンD3の効果の表れでもあります。配合剤でもおこります。

それから、注意しなければならない

マキシカルシトール軟膏による 刺激性接触皮膚炎

尋常性乾癬：
マキシカルシトール軟膏を体幹、四肢に外用し加療していた。
3日前より膝屈側のみに発赤と痛み出現し当科受診。



配合剤外用症例 毛のう炎



高濃度ビタミンD₃外用剤の高Ca血症 のリスク患者

薬剤

- ・ビタミンD誘導体・カルシウム剤
- ・サイアザイド系利尿剤など
- ・シクロスポリン
- ・エトナナート内服

皮膚の バリア機能不全

- ・小児、高齢者、
- ・慢性乾癬・乾癬性紅皮症

内科的合併症

- ・腎機能低下
- ・脱水(発熱・胃腸炎)
- ・高カルシウム血症を併い結石がしやすい

ます。もう一つ注意していただきたいことは、内科の合併症です。腎臓の悪い方はリスクが高くなります。発熱や下痢などで脱水状態のとき、こういったときにも起こります。

では、高カルシウム血症になるとどういった症状が出るのかといいますと、はつきりとわかりにくいことがあります。口が渇くとか、倦怠感があるとか、力が入らないとか、腹痛、吐き気がする、筋力低下が起こるといった症状があります。こういったことが塗り薬でもあるということを念頭においていたでいて、もしこのような症状が出れば、必ず主治医につたえてください。ビタミンDの薬に関しては、一週間に何グラム以内であれば安全ですといった、使用条件が決まっていますが、前述しましたような合併症のある方では安全な用量ではありません。特に、腎臓の悪い患者さんの場合は血清カルシウ

ムや、腎機能をチェックしたりすることが必要になってきます。

次に配合剤の使い方ですが、どのような患者さんに使っていたのかというと、ステロイドだけ塗っている方、ステロイドとビタミンDを混ぜて塗っているけれども良くならない方、ビタミンDだけでは良くならない方、生物学的製剤で治療していて、次の注射まで持たなくて皮膚が再燃している方、こういった方々に使ってもらっています。使用する場合は、特に治りにくいところに使っていただいています。使用期間は重症度によって変わってきます。例えば写真の患者さんの場合、手の皮膚が治らないということで受診されました。マーデュオックスを塗っていたと、一週間程度できれいになっています。

配合剤にはベリーストロングクラスのステロイドが配合されているので、

配合剤の使い方(私案) ドボベツ軟膏・マーデュオックス軟膏

(1)こんな患者さんに塗っていただいています。

- ・ステロイドだけ外用している
- ・ステロイド+D3を外用しているが改善不良
- ・ビタミンD3だけを外用しているが改善不良
- ・生物学的製剤の注射前に皮膚が再燃する例

(2)導入時

難治な皮膚に限定して1~2W外用
効果があればその他の部位にも拡大して外用

(3)使用期間—外用部の重症度によって判断
平日:カルシトリオール 1日1回

外用薬による治療戦略

配合剤使用時の落とし穴

配合剤のステロイドはVery Strong rankである。
長期使用による皮膚萎縮などが懸念される



寛解維持期の配合剤の使い方
ビタミンD3単独外用に移行可能か？

むやみにだらだらと使い続けるのは皮膚が弱くなったりする懸念があります。良くなったとき、薬を変えるのかどうかについて考えてみました。写真の患者さんはすぐステロイドの嫌いな方で、ボンアルファというビタミンDの濃度の低い薬を使われていたのですが、全身に赤い皮疹ができてきたので、ご家族が心配されて受診されました。それで、ドボベツを二週間使用していただいたところ、背中の上がつた皮疹がかなり良くなりました。六週間継続したところ皮疹はほとんど消失しました。一部残った皮疹にはドボベツを使用し、その他の部分には、平日はボンアルファハイ軟膏という高濃度のビタミンD剤を塗って、週末だけドボベツを塗りました。そうしますと、ステロイドの使用量は減りましたが、いい状態が維持できています。ですから、なるべくビタミンDだけで治療が

寛解期の配合剤からビタミンD3 への切り替え

症状再燃時には適宜配合剤にもどる



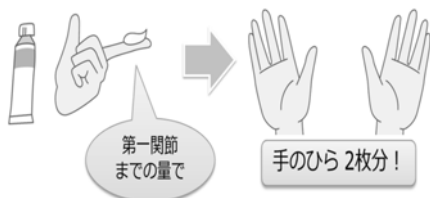
外用部の皮膚の重症度によってビタミンD3単独への切り替えの可否や時期を判断

できるようなもっていく工夫が必要で。例えば、初めのうちは配合剤を使つて、症状が落ちつくと平日はビタミンDの高濃度のものを単独で塗って、週末だけ配合剤を使用する。よくなると高濃度のビタミンD3だけにします。但し、再燃した場合はまた配合剤に戻す、というふうにすると皮膚も傷まずにうまく治療できると思います。塗り方について、皆さんはどのように塗っておられますか。この患者さんの場合、薬の塗り方を説明したところ、すぐ結果が良かったのでご紹介します。この方は、以前かかっていた病院でもドボベツを使用されていたことが、手の皮疹が良くならないというところで当院にこられました。それで、パフレットを見てもらつて塗り方の勉強をしていただきました。そうすると、塗り方は工夫していただきましたが、まったく同じ薬にもかかわらず、三週

十分量を塗るようにしましょう

外用薬は塗り方によって、効果に大きな違いがでることがあります

必要な量をしっかり塗る (FTU: Finger Tip Unit)



間後にはかなり良くなりました。六週間たったら皮疹がほとんど消失しました。ですから、同じ薬でも塗り方をきっちりすれば、結果は大きく変わってきます。塗り方にも注意する必要がありますと痛感した次第です。
寒い時期は軟膏が固くなるので、手で温めて、柔らかくしてから塗ってください。硬いまま塗ると、皮膚が傷つく場合があります。入浴後、皮膚が湿っているときに塗るのが効果的です。よく聞かれるのが、どれぐらいの量を塗ったらいいのですかということですが、塗り方によって、効果に大きな違いが出てくる場合がありますので、必要量をしっかりと塗ってください。第一関節までの分量を手のひら二枚分に伸ばすくらいが目安になります。たいていの方は塗る分量が少ないです。また、塗る向きについても意識してください。皮膚というのは皮野と皮溝があります

ので、それに沿って塗ると浸透しやすい、効果が上がります。高い葉だということ、少しだけ出して、ごしごしとこすりつけておられる方が結構いらつしやいます。優しく伸ばして塗るようにしてください。皮膚の流れる方向は、腕は横方向にありますので、それに沿って塗ってください。背中では背骨から横に広がっていますので、その方向に塗っていただくと思います。

（皮膚科外来の看護師、山下看護師長と患者有志による塗り方の実演）

塗る前には、必ず手を洗ってください。適量を指に出して、優しく塗ってください。使用量の目安はティッシュが落ちない程度、皮膚がうつすらと光る程度の濃度です。背中などの塗りにくい部位は、セヌールという補助具がありますので、こういったものを使うのも良いかと思えます。頭のローショ



ンの場合は、地肌を出して、地肌に薬を塗るようにしてください。髪の毛ばかりに薬が付いて効果が出ない方がおられます。

薬を塗っていても、良くならないとおっしゃる方がおられますが、それは最初にお話ししましたケブネル現象というのがあります。機械的刺激を受けることで治りにくいことがあります。乾癬の病態というのは、自分の皮膚を破壊することによって出てくる物質が、免疫細胞を刺激します。どんどん皮膚を破壊しますので、良くならないです。実例を示しますと、写真の患者さんは、生物学的製剤で良くなったのですが、腕時計をしていた部分だけが擦れるので、なかなか良くならない。生物学的製剤を使っても、膝とかおしりとか、良くならないところが残ります。それはケブネル現象といって、擦れているので、擦れないようにする

難治部位ではケブネル現象に注意

54歳男性 尋常性乾癬
セクキスマップ開始24W・著効
左手関節の時計に一致して
乾癬局面が残存している

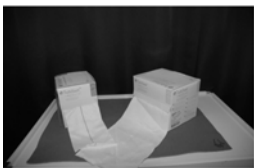


工夫が必要です。また、こちらの写真の患者さんの場合は、足がすごく痒くて、よく掻いてしまう。そうすると、この脛の部分というのは非常に治りに

くいで、ひとつの工夫としてチュビファストという柔らかいガーゼの包帯がありますので、これで包みますと、痒みも取れますし、掻かないし、擦れるのも防いでくれます。また、こちらの患者さんの場合は、左肘が全然治らなかつた。光線療法でほとんど皮疹は無くなったのですが、肘だけが治らない。よく話を聞いてみますと、子供のころから左の肘について仕事をする癖があるとのことでした。それが原因で良くならなかつた。そこで、クッションを当てることで肘への刺激がとれるのではということで、ミニクッションを提案しました。こういったことも、重要かと思えます。

光線療法について、簡単にお話しし

Tubifastを使用すると外用の効果が高い 外用剤による衣服のよごれ避ける ケブネル現象をさける



乾癬に対する光線療法の作用機序

表皮細胞への作用

- 表皮細胞のDNA合成抑制による増殖の抑制
- 接着分子などの細胞表面の分子の発現の変化

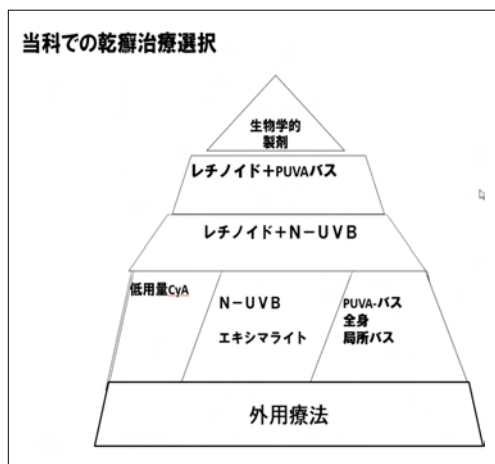
免疫系細胞への作用

- 抗原提示細胞数の減少と抗原提示能の低下
- 局所に浸潤しているTリンパ球のサイトカインの産生抑制
- 病因となる細胞のアポトーシスの誘導
- 末梢血中の制御性T細胞(Treg)を誘導

ます。光線療法は内臓を傷めない治療として、非常に有用だと思います。どうして効くのかといいますと、ひとつは表皮細胞に働いて、細胞の増殖を抑えます。それと同時に免疫系の細胞にも働いて、サイトカインを産生する細胞を抑制します。光線には波長の違いによって色々な種類があります。現在、主として治療に使われているのは、ナローバンドUVBといつて乾癬に効く波長だけを出すものです。日生病院では、そのほかに風呂にオクソラレンという紫外線の吸収をよくする薬を入れて入浴した後に紫外線を当てるという治療もおこなっています。光治療は外用薬の効果が不十分な場合にワシラシク上の治療として行っています。ナローバンドUVBで治療されている方が多いと思いますが、特徴としては、週に二回ほど照射する必要があります。照射はいつでも行えます。日焼けのム

光線療法	
使用する波長の違いからの分類	
1. PUVA	Psoralen UVA (320~400nm)
光化学療法	外用PUVA
	Bath-PUVA
	内服PUVA
2. UVA 1	(340~400nm)
3. UVB	(290~320nm)
4. Narrow band-UVB	(311~312nm)
5. エキシマライト	(308nm)

ラもありません。たまにサンバーンと
 いて、日焼けになることがあります。
 発癌リスクはゼロではありませんが比
 較的少ないと言われています。光を当
 てるだけでいいので簡便性があります。
 バスPUVAの場合は、照射間隔は二
 週間に一度でいいのですが、風呂に入っ
 て、すぐに照射しないといけないとか、
 一〇分間入浴しないといけない、など
 手間がかかります。手足の乾癬の場合
 は、薬を入れたお湯をバケツのような
 ものに入れて、手足をつけたあと、下
 から光を当てる装置で治療するという
 方法もあります。写真の方は、バスP
 UVAで週に三回治療しました。治療
 から三週間で、生物学的製剤と遜色な
 いくらい、いい状態を保っています。
 皮膚の面積によって、全身に照射でき
 る装置や手足などに部分照射できる装
 置、また局所に当てる機械などがあり
 ます。



光線の適用は、日光浴によって良
 なる方には有効です。週に一、二回通
 える方ではないといけないので、そこ
 難しさがあります。光にあたると痒み
 のある方はナローバンドを当てると余
 計に痒くなる方がおられます。妊娠中
 や授乳中、小児の方もナローバンドな
 ら使うことができます。ナローバンド
 を使用するとき、紫外線の副作用と
 して白内障が起こることがありますの
 で、必ずサングラスをかけて目を保護
 していただきます。また、外陰部は普
 段、光が当たらないので、光による発
 がんリスクがあります。ですから、ア
 ルミホイルで覆っていただきます。顔
 も原則光を当てないので、袋をかぶっ
 ていただきます。

写真の患者さんの場合は、九か月
 の治療で背中中の皮疹がきれいになり
 ました。一方で、光が合わない患者さ
 んがたまにいらつしやいます。こちら
 の写真の患者さんは、皮疹がばらばら
 あったのが、光線を七回ほど当てると
 全身が真っ赤になりました。こういう
 方には、光線療法は適していません。
 エキシマライトという、部分的に治
 りにくいところだけ光を当てる機械が
 あります。手のひらほどの面積に光を
 あてることができます。こういった場
 合に使うかといいますと、手足や爪な
 ど、また、高いエネルギーを出せるの
 でなかなか受診できない方にも使いま
 す。例えば、写真の患者さんは、ナロー
 バンドで全身に光を当てて、ほとんど
 良くなっていますが、一部分だけ良
 くない。そういった場合、その部分
 だけエキシマライトをあてるようにし
 ます。また、爪の乾癬にエキシマライ
 トを当てますと、きれいになる患者さ
 んもおられます。全身的な副作用もな
 いので非常に有効だと思われまが、
 たまに赤くなったり、治った後に色素

乾癬におけるターゲット型光線療法 (エキシマライト)の適応	
BSAが大きい症例 全身照射からターゲット型へ	BSAが小さい症例 最初からターゲット型を選択
- 全身型N-UVB療法やPUVAバス療法で残存した、難治部位の皮疹 - 全身照射で効果が出にくい部位に追加照射(但し同一日の照射は回避)	- 限局性だが外用療法単独では難治な皮疹(手・足・顔など) - 高齢者で頻回の通院が困難 - 爪乾癬

注: BSA: Body Surface Area

光線療法のまとめ
- 光線療法には種類があります。光線の波長や全身か部分照射など - 光線療法は定期的に通院しないと効果が十分でません。 - 開業医とも連携して無理なく治療を継続することが重要です。 - 皮膚癌のリスクは高くはありませんが、0ではありません。皮膚をよく観察して、注意を守って治療を受けてください。



沈着が起こったりすることがあります。
 光線療法についてまとめてみますと、
 光線療法には波長や全身型なのか部分
 照射なのか種類がありまして、これは
 病気の種類とか皮膚の症状のひどさ
 によって選択されます。光線療法は定
 期的に受診しないと、効果が出ませ
 ない。開業医の先生と連携して、治療を継続
 することが重要だと思います。皮膚癌
 のリスクはゼロではありませんが、ナ
 ローバンドに関しては比較的低リスク
 が少ないと言われています。しかし、先
 ほど申しましたような注意をよく守っ
 て、治療を続けていただきたいと思います。
 ご清聴ありがとうございました。

「乾癬に合併する関節痛、腰背部痛について」

「乾癬性関節炎のいろは」

大阪南医療センター
リウマチ、膠原病、アレルギー科医長（本会相談医）

辻成佳



辻成佳先生

的なことと、最新のことを織り交ぜられればいいと思います。ちょうど私の子供が大阪市内の小学校在学中なのですが、クラスが1組とか2組ではなくて、「い組」と「ろ組」なのです。最近大阪市内では少し人数が増えてきて、最近では、「は組」が

できたと言いました。上の子は「ろ組」で下の子は「い組」なのですが、「は組」まで出て、では「いろは」にしようということを決めました。

本日の題目は2004年、2008年、2012年、そして2016年と4年ごとに何か起こるということと乾癬性関節炎の理解です。理解というのは患者さんの理解であったり、我々の理解であったり、世間の理解がどうなっていたのかということ。また最近の治療について知っておいてほしい、お伝えしたいということで、こんなシリーズでさせていただこうと思います。

2008年、2012年、2016年といったらオリンピックイヤーです。北京があつて、ロンドンがあつて、そしてリオが今回ありました。リオは何事ともなく終わって非常に良かったと個人的には思っているのですが、ちょうど2008年、北京オリンピックの時に、会長からちよつと患者さんの前

でお話していただけないかということ。是非にということでしたので、その時は乾癬患者さんの関節の痛みについてもっと知りた

いと思つて、今でもそうなのですが、それでお話を日生病院でさせていただきました。そして4年の年月が経つて、私は日生病院・星ヶ丘厚生年金病院の方で治療するようになったのですが、だいぶ時間が経つてから、「乾癬性関節炎、あなたの体の痛みについて」という同じような題なのですが、その時は大阪大学の講堂を借りて、話をさせていただいたという記憶があります。

本日来られた方の中で来ていただいた方もいるかもしれませんが、今回は、段々題目が長くなつてきたと思うのですが、「乾癬に合併する関節痛・腰背部痛について」乾癬性関節炎のいろは」ということで話をさせていただきます。患者会もNPO法人大阪難病連と、NPO法人に格上げされたとお聞きしま

本日の題目

1. 2004年 2008年 2012年 そして2016年
2. 乾癬性関節炎の理解 今・昔
3. 最近の治療について知っていただきたいこと
4. 今日 一番お伝えしたいこと
5. まとめ

2008年 2012年 そして2016年



2004年 乾癬患者さんの外来開始

2008年 6月 日生病院 北京オリンピック

2010年 1月 生物学的製剤 承認

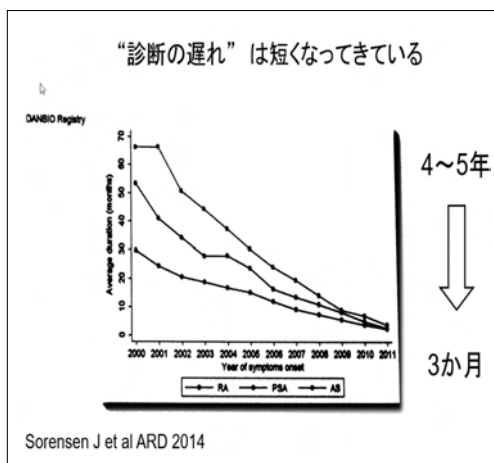
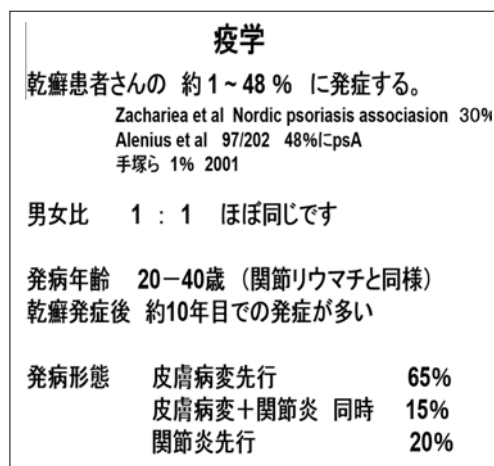
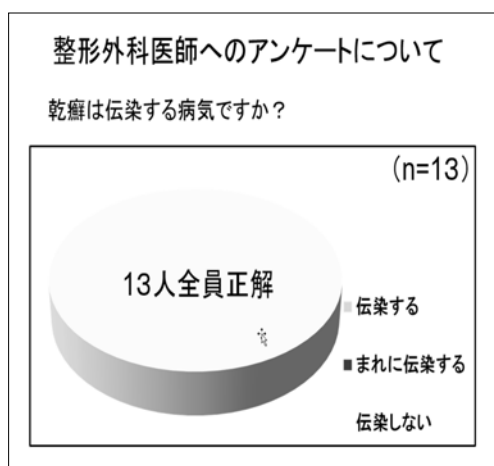
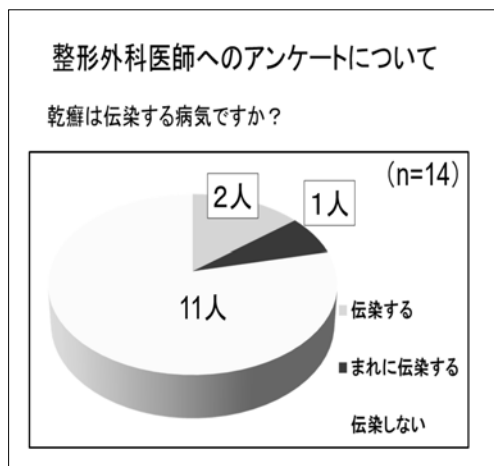
2012年 5月 大阪大学 ロンドンオリンピック

2016年 12月 日生病院 リオデジャネイロオリンピック

次は...

2020年 東京オリンピック???





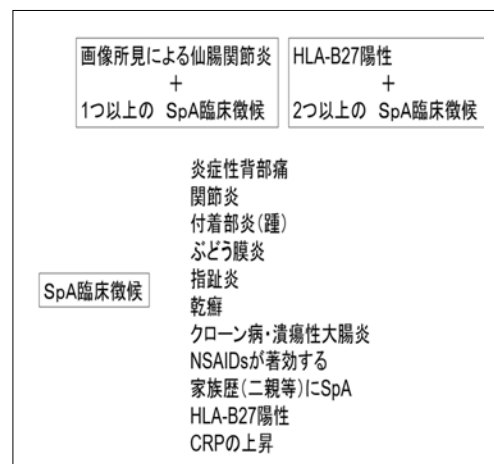
した、ますます社会にコミットできる
 と思います。コミットするというのは、
 例えば本当に大変な苦労だったと思
 うのですが、患者会が頑張っていた
 いたお陰で、生物製剤もずっと早く使
 えるようになりました。本当に生物製
 剤が使えるようになったのです。その
 年というのは、患者さんは「いつだ、
 いつだ」ということであり、私たちも
 やっぱり使いたい、もうデータを知っ
 ている、けれども使えないということ
 が非常に辛い時だったのですが、投与
 が解禁され患者さんの喜びの瞬間に立
 ち会えることができて本当に良かった
 と思います、関節炎外来はこれからも続
 ければならないと心に誓った瞬間で
 もありました。

今日は私自身お話しを頑張って、皆
 様にもう一回聞きたいなと思っていた
 だき、また4年後の東京オリンピック
 の時に、ここに立たせていただけるよ
 うに精進しないといけないと思う次第
 です。

さて、乾癬性関節炎について始めま
 しょう。星ヶ丘厚生年金病院で「乾癬
 というのはうつりますか？」と聞いて
 みました。これが北京オリンピックの
 時です。星ヶ丘厚生年金病院という
 大阪大学整形外科医局の中では大きな
 病院のひとつです。整形外科医が20
 人も在籍している病院でなんと3人も
 「うつるのではないですか？」と答え
 る人がいました、ほんの8年前です。
 今年現在、在籍している大阪南医療セ
 ンターでお聞きしたところ、13人の
 整形外科医は全員正解で、8年経つと
 やっぱり変わってきたのだと思います。
 医療者にはがっかりすることはなくなっ
 てきました、もちろんまだまだ世間の
 の人達の理解が十分ではないというこ
 とはあります。そこは患者会の皆さん
 や我々、つまり医療側・患者側がこの
 疾患概念を社会に広めていく必要があ
 るのではないかなと思います。

乾癬の疫学についてお話しします。
 疫学というのはどれぐらいの患者さん
 が日本にいるか、どういう層の人がい
 るかというのを見る学問ですが、20
 08年の時点では乾癬患者さんの1
 48%が発症するという数字で、これ
 はほとんど明日の天気は「晴れか雨で
 すね」と言っているのと同じです。こ
 れならどちらでも当たるのではないか
 という感じの本当にいい加減な疫学が
 ほんの8年前にはありました。男女比
 は1対1でほぼ同じです。ほぼって何
 だろうということですが、データがな
 いのです。実際ありません。発症年齢
 も20歳から40歳、関節リウマチと
 同様にまたこの部分も適当です。関節
 炎は10年目くらいで発症が多いとい
 うので、データをとったのですが、本
 当に数少ないデータです。確かに皮膚
 乾癬が先行してからそこに関節炎が出
 て来るという症状なのは今も昔もそう
 なのですが、この時代は65%ぐらい

でした。同時に発症するのは15%ぐ
 らいです。だから大体7・8割は皮膚
 が先行して関節炎が後で追っかけてく
 るという形になっていました。医療側
 の認識不足や、あるいは本人さんは皮
 膚症状と腰痛があっても、皮膚科の先
 生に、「腰痛があるのです」と普通言
 わないですよ。関係ないと思ってい
 ますし、今でも関係ないと思ってい
 る人達もいると思います。手が痛くて、
 皮膚科の先生に「手が痛いです」と言っ
 たら、「何を言っているのですか、整
 形外科に行ってください」と言われる
 のが昔だったと思います。今は違うと
 思います。そういう悩んでいるうちに、
 実は乾癬性関節炎になっているのに、
 そのまま4・5年放置されてしまっ
 て、だいぶ変形が進んでしまっ
 て「この変形は何だ？」ということになっ
 て初めて「あつ、乾癬の関節炎が起こ
 っているのだ」ということに気が
 きます。その時にはもう元に戻らず、やっぱり



非常に辛い症状になってしまうのです。最近の2011年度のデータですが、大抵と、これは欧米のデータですが、大抵発症してから3ヶ月ぐらいで、もう診断されていることが多いという報告がされています。報告している病院は非常に大きな病院で、乾癬患者さんを非常に多く診療している病院が出てきているので、一般の病院において3ヶ月で見つかるといって少し疑問です。これはリウマチのスライドですが、乾癬性関節炎、強直性脊椎炎という病気があって、それぞれ30ヶ月、55ヶ月、60数ヶ月です。年単位で見つからなかったのかという、認識が上がってきて、全部3ヶ月ぐらいで診断できますというところが2014年に報告されています。日本でも同様に早期診断早期治療を行っていきたいというのが我々の気持ちです。

なぜ見つかって早くチェックできる

ようになったかという、「エーサス (ASAS)」という国際脊髄炎学会というのがあります。そこで医療側が関節リウマチと違うよく分からない病気というのをひとまとめにして、少し大きくスクリーニングをかけて見落とさないようにしようというガイドラインを作ったのです。これが2009年です。脊椎関節炎と言われるのはリウマチではないリウマチ疾患です、ざっくり覚えていただいたいのですが、体軸性というのは背中・腰・骨盤などを要するに体の軸で、コアな所です。末梢というのは手足です。それらの疾患を、体の真ん中である軸が悪くなるパターンと指先とか足先とかが悪くなる末梢のパターンの二つに大きく分けて、それぞれの病気にどういう特徴があるかというのをデータでまとめてガイドラインを作ったのです。一つは炎症性の脊椎炎型体軸性型というものです。

首・腰が痛い人は大体3ヶ月以上続くのです。普通のぎっくり腰だったら、2・3週間したら段々歩けるようになります。腰痛も普通3ヶ月もなかなか続かないです。しかし3ヶ月以上腰痛が継続することが一つの特徴です。また結構若い45歳以上で発症するということが大切な症状なのです。70歳とか80歳とかになると、年齢性の変化で腰が痛くなる人も3ヶ月痛いという人も沢山いらっしゃると思うのですが、比較的若くして3ヶ月以上も痛みが続く、これが診断のキーポイントです、と定義したのです。それに画像所見にもよります。画像所見というのはレントゲンとMRIなのですが、私は患者さんに初診で大体腰痛があつたらMRIを撮りましようと言っています。なぜMRIを撮らないといけないのかという人もいますが、少しお値段も張りますしね。それは軸性腰痛かど

うかをチェックするためなのです。HLA B27というのは白血球の血液型みたいなものなのですが、この検査が診断に非常に役立つ重要な検査の一つなのです。しかし残念ながらまだ保険適用になっていないので、これをしようとする、1〜2万円ぐらいかかるのです。どうしても分からない場合は患者さんに負担していただいてこれを調べるということもあります。日本人はHLA B27陽性の方というのは0.002%ぐらいしかいないので、あまり陽性になることはないです。逆に陽性になると脊椎関節炎の病気であることが非常に可能性高いということになります。このSPAというのは脊椎関節炎の症状で、画像に何か問題があつて、この中から一個あればいいのです。もしくはHLA B27というのが陽性であり、この中から2つあればよく、そうやってみると乾癬とい

2. “末梢性”脊椎関節炎(peripheral SpA)

1つ以上の臨床徴候

2つ以上の臨床徴候

ぶどう膜炎
 指趾炎
 乾癬
 クローン病・潰瘍性大腸炎
 先行感染症
 (発症1か月以内の尿道炎・子宮頸管炎・下痢)
 HLA-B27陽性
 仙腸関節炎(Xp-MRI)

または
 関節炎
 付着部炎
 指趾炎
 炎症性腰痛
 家族歴

関節症性乾癬のスクリーニングと評価項目1

患者記入欄

記入日: 年 月 日

PSORIATIC ARTHRITIS SCREENING AND EVALUATION QUESTIONNAIRE

以下の質問の回答のうち1つ以上は「はい」に答えてください。
これらの質問に対する回答は、あなたの症状を理解するのに役立ちます。
ご協力いただき有難うございます。

■症状

症状	全く ありません	ほとんど ありません	どちらか です	ほとんど すべてです	すべて です
1. ほぼ1日中、腫れを感じる。	1	2	3	4	5
2. 関節が痛む。	1	2	3	4	5
3. 骨が痛む。	1	2	3	4	5
4. 関節が腫れる。	1	2	3	4	5
5. 関節が「熱い」と感じる。	1	2	3	4	5
6. 時折、手または足の指全体が腫れ、「ソーセージ」のように見えることがある。	1	2	3	4	5
7. 関節の痛みが、ある関節から別の関節に移行する。 例えば、手指が数日間腫くなった後、膝が痛くなるなど。	1	2	3	4	5

症状スコア (最高35点) 質問1-7のスコアを足して、Aの欄に記入してください。

A 医師記入

Huori, et al. J Am Acad Dermatol 2007; 57(4): 561-7.

関節症性乾癬のスクリーニングと評価項目2

患者記入欄

記入日: 年 月 日

PSORIATIC ARTHRITIS SCREENING AND EVALUATION QUESTIONNAIRE

■日常生活を行う能力

症状	全く ありません	ほとんど ありません	どちらか です	ほとんど すべてです	すべて です
8. 関節の問題が、自分の仕事に影響を与えていると感じる。	1	2	3	4	5
9. 関節の問題が、自分の身の回りのことをする(例: 車を洗ったり、歯を磨くなど)能力に影響を与えている。	1	2	3	4	5
10. 時計や指輪をはめるのに手間取る。	1	2	3	4	5
11. 車の乗り降りに手間取る。	1	2	3	4	5
12. 以前ほど速く行動できない。	1	2	3	4	5
13. 朝起きた後、20分以上こわばった感じがする。	1	2	3	4	5
14. 1日のうち数回一歩づつ。	1	2	3	4	5
15. 時間通りに寝て、うまく寝るようになるまで数分かかる。	1	2	3	4	5

機能スコア (最高40点) 質問8-15のスコアを足して、Bの欄に記入してください。

B 医師記入

C 医師記入

Huori, et al. J Am Acad Dermatol 2007; 57(4): 561-7.

乾癬患者におけるPsA発症予測因子*

	単変量解析	多変量解析
年齢、年†	0.91(0.77 - 1.07)	0.92(0.78 - 1.09)
男性(対女性)	1.53(0.90 - 2.59)	1.35(0.78 - 2.33)
乾癬の部位		
頭部	3.89(2.18 - 6.94)	3.75(2.09 - 6.71)
四肢	0.83(0.47 - 1.45)	
体幹	0.80(0.40 - 1.58)	
臀部/肛門周囲	2.35(1.32 - 4.19)	1.95(1.07 - 3.56)
顔面	1.15(0.52 - 2.53)	
手掌/足底	0.20(0.03 - 1.47)	
膝窩/脛脛部	1.40(0.44 - 4.48)	
不明	0.88(0.32 - 2.44)	
爪病変	2.93(1.68 - 5.12)	2.24(1.26 - 3.98)

※: 値はハザード比(PsA発症リスク)
†: 10年間の増加

Wilson FC, et al. Arthritis Care & Research. 2009; 61(2): 233-239. 一部改変

うのが分かります。だから乾癬性関節炎というのは、一つはこの脊椎関節炎の中の体軸性という手足の関節炎が起るという人に特化してみている部分です。これも画像による関節炎付着部ですが、指が腫れてしまうと、指先が痛くて、そういうものが一つあるということと、このSPAの臨床症候があるということが必要なのです。このあたりは少しだけ違って、こちら側は一つあればいい、こちら側は2つあればいいというようになっていきます。その一つがあればいいという中で、個々を見ていただくと乾癬と書いています。乾癬があると末梢型にも脊椎炎型にも両方なる可能性がありますので、両方共調べます。MRI検査を行い、手指を超音波エコーで検査とされた経験がある方もおられると思うのですが、それでどちらだろう、もしくは両方だろうかというのを診て、治療の方向性を

決めるということをしているわけです。このスライドはアンケートです。皮膚科の先生というのは、日生病院でも異様に忙しく、患者さんは非常に多いのです。一般的な皮膚科の開業医さんですと、朝9時から昼2時ぐらいまでと、夕方5時から8時ぐらいまでですが、200人の患者さんが来たら一人にどれぐらいかけられるかというと、皮膚科のことは一生懸命診ても「腰痛ありますか？」と200人全員に聞くということはほとんど不可能です。やりたいという思いがあればやれないことではないですが、それが毎回出来るかといったら難しいです。やっぱり皮膚科なので皮膚科の方を集中・優先せざるを得ないです。そうやってくるとなかなか関節痛や腰痛のことを聞き取ることとは時間的に難しいということになります。このスライドのアンケート表は皮膚科の先生用ですが、患者さんが乾

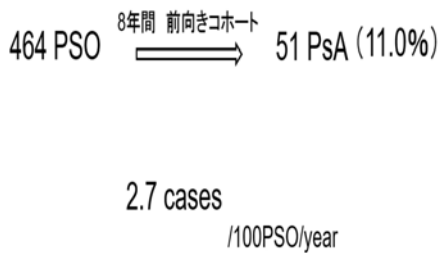
癬になった時、乾癬性関節炎になる人もいます。15%ぐらいは体が痛い、その数年後に乾癬が出るというパターンもありますから、なかなか見つけるのは難しいのです。これは皮膚科の先生が中心になって2007年に発表された簡単なアンケートです。15個のアンケートで患者さんが5段階で「全く同感しない」から「強く同意する」まで1・2・3・4・5という点数を付けます。「ほぼ1日中疲れを感じる」「関節が痛む」「背中が痛む」「関節が腫れてる」「関節が熱いと感じる」「ソーセージのように腫れることがある」「などがあります。また「自分の生活に問題がある」「車の乗り降りがしんどい」「朝起きた時にとても大変だ」「動き始めるようになるまで、ちょっと時間がかかる」など色々あつてこれが47点以上になると乾癬性関節炎になってくるようになります。比

較的正確なスクリーニングです。スクリーニングというのは予備調査のことですが、開業医の皮膚科の先生は、結構これを使ってもらいました。これが47点です。40点ちょっと超えたあたりになると、整形外科のリウマチ科に行った方がいいかなというポイントになるわけです。そういう点から患者さんが救いあげられ、非常に役立っています。

皮膚科医の先生が、乾癬から乾癬性関節炎を発症するかどうかという指標にしているものがあります。一つは頭に乾癬の皮疹があるということ、また、お尻、もしくはお尻の溝の所に乾癬があること、さらに爪に乾癬があること、この3つのうちどれかがあると乾癬性関節炎に移行する可能性があるという片隅で思いながら診ているのです。これが北京オリンピックの時に発表されています。もちろん8年ほど経ちまし

乾癬患者のPsAの発症率と危険因子について

Lihi E et al. Ann Rheum Dis. 2016 April



2016年 乾癬患者のPsAの発症率と危険因子について

Lihi E et al. Ann Rheum Dis. 2016 April

Cox比例ハザードモデル (性別・年齢で補正)

多変量解析にてベースライン変数がPsA発症に関連

RR 95%CI P

1. PASI 20超 (vs 10未満) 5.39 (1.64-17.7) 0.006
2. レチノイドの使用 3.42 (1.24-9.44) 0.02

多変量解析にて時間依存性変数がPsA発症に関連

3. ブドウ膜炎 31.5 (5.06-195.8) 0.0002
4. 乾癬性爪甲点状凹窩 (Nail Pitting) 2.51 (1.37-4.49) 0.002

たから新しい情報がまた出ていまして、これが2016年の4月に発表されたものです。乾癬患者さんのPsA (乾癬性関節炎) 発症率や乾癬性関節炎になる危険因子は何かということ、464人の乾癬患者さんに、8年間用意したターゲットと診ていた中で、乾癬性関節炎になった人が51人、11%いたわけですね。それはどういうことかといいますと、解析の方法は少しややこしいのですが、一つはPASIですが、PASIというのは皮膚の重症度ですが、これが10を超えると重症で、20を超えているとかなりやすいです。5〜39倍です。レチノイド、チガソンを飲んでいる人はなりやすいのです。この意味は何かというと皮膚の症状がとも強いと乾癬性関節炎を発症しやすいということですね。以前は皮膚の症状と乾癬性関節炎の発症はあまり関係ないという報告と、関係あるという報

告が拮抗していたのですが、皮膚の重症度の人はやはり乾癬性関節炎を引き起こす可能性が高いのだということが強く推測されるわけです。乾癬皮膚症状が悪い人は乾癬性関節炎になるのではないかとという目で皮膚科医の先生は診ないといけないというデータなんです。もう一つはブドウ膜炎という目が急に痛くなつて視力が悪くなる症状です。当病院のデータ上は私が知っている限りでは、8人ぐらいの方がいまして、残念ながら3人は片目がもう失明されておられました。視神経の方に炎症が行って目が見えなくなったという人がいらつしやつたのですが、現在の治療だと治るのです。特徴的な症状として目の前がキラキラとまぶしくなつて目が痛いと思つたらすぐに眼科に行つてください。目の中にステロイドの注射を打つてくれます。そうするとほとんどの場合改善します。それでだめでも

とてもいい薬があるのです。バイオの一種がとてもよく効くのですがそれが使えます。

爪に乾癬があると関節性になりやすいと言いましたが、ピッテグといつて爪の表面にひっつき傷みたいなのが点々とあると、より強い影響があると言われています。爪が2枚、3枚に重なつてみえるようになり、茶色くなつてオイルが落ちたみたいになることがあります。これは爪の表層ではなくて、深層の問題です。爪の表層がやられると乾癬性関節炎になるということが言われています。去年、東京大学と厚生労働省が、全国のカルテを全て集めてどれぐらいの患者さんが全国にいるのかというのを調べました。そうすると乾癬は0.34%で、初めて日本です。全国で約42万人です。私たちの日生病院のデータでは乾癬性関

“乾癬: PSO” 有病率 0.34%

K. Kubota et al. BMJ Open 2015

本邦 約42万人



乾癬性関節炎: PsA

PsA 5~6万人

14.3% @ 2015

10.5% @ 2016

431 / 3021 Psoriasis

2581 / 24580 psoriasis
日本皮膚科学会アンケート

Ohara Y, Kishimoto M, Tsuji S, Higashiyama M et al. J Rheumatol. 2015

Yamamoto T J Dermatol. 2016 Mar e-pub

	Ohara Y et al. J Rheumatol. 2015	Yamamoto T et al. J Dermatol. 2016	Lihi E et al. ARD 2016
1 年齢	53.0歳 (Median 43-64)	52.7歳 (Mean)	49.9歳 (Mean)
2 性別(男性)	59.9%	65.1%	55.0%
3 家族歴あり			
PSO	9.7%	3.9%	46.7%
PsA	—	1.0%	5.0%
4 乾癬発症年齢	37.0歳 (Median 25-51)	36.4歳 (Mean)	—
5 乾癬性関節炎発症年齢	45.0歳 (Median 36-57)	45.1歳 (Mean)	49.9歳 (Mean)

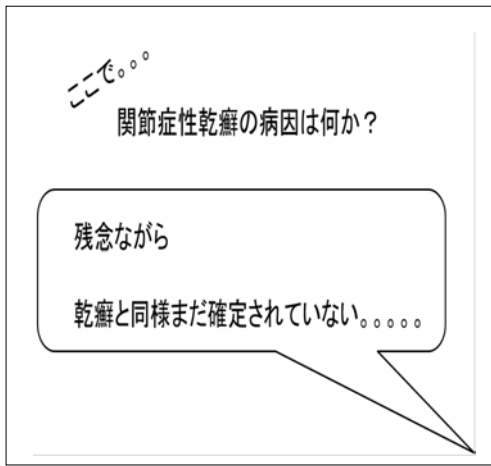
節炎は250人ちよつとです。それで聖路加国際病院・亀田総合病院の3つの病院が集まつて解析をしました。大体3000人の乾癬患者さんの中で431人が乾癬性関節炎を発症したということ、14.3%です。うちの病院は実は20%だったのです。重症の乾癬の方は東山先生の所に頼つて来られているということで、やはり皮膚の症状が重症だと乾癬性関節炎になりやすいということがデータ上からも納得できた感じですね。

また皮膚科学会の集計でも24580人の乾癬患者さんのデータ集めて、その内の2581人が乾癬性関節炎でしたので、10.5%です。これはもうほぼ全国で120ぐらいだったのが10倍から15倍ということで全然違います。時代の変化で、それぐらい分かってきました。

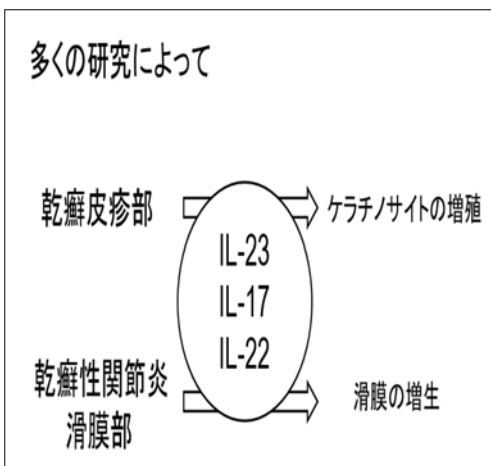
発症年齢については、乾癬の発

症年齢はデータから見ると36歳、37歳ぐらいですか、乾癬性関節炎が発症するのは45歳ぐらいです。これは世界の平均ですが、49歳と日本とあまり変わりません。性別ですが、男性が59、65、55ということです。関節リウマチは女性が大体6割から7割ぐらいなのですが、男性の方がちょっと多いということになります。

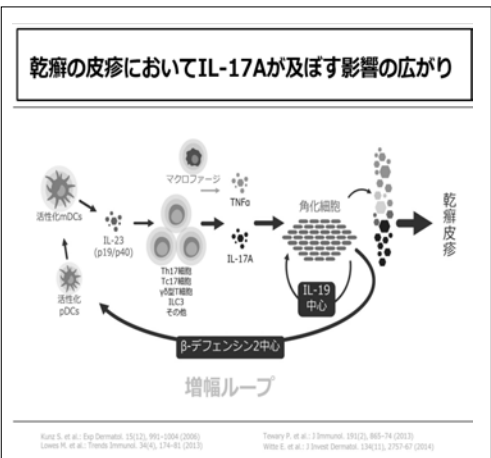
原因究明の今昔ですが、これはまた北京オリンピックの時です。乾癬性関節炎については、唯一関節が悪くなった関節の部位を取って、どんな物質がいるのだろうと見た時に、TNFという炎症を起こすサイトカインがいたのです。多分これが悪いのだろうということです。これで、これをやっつける薬を入れたら大変よくなったというので、原因はやはりこれではないかと考えられていたのです。8年経ってその間に様々な研究がさらに進んで、今10年経って、



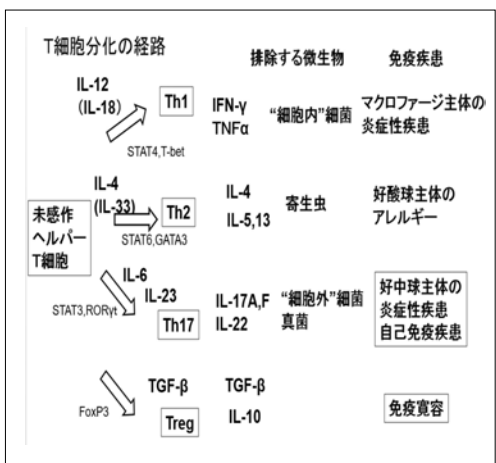
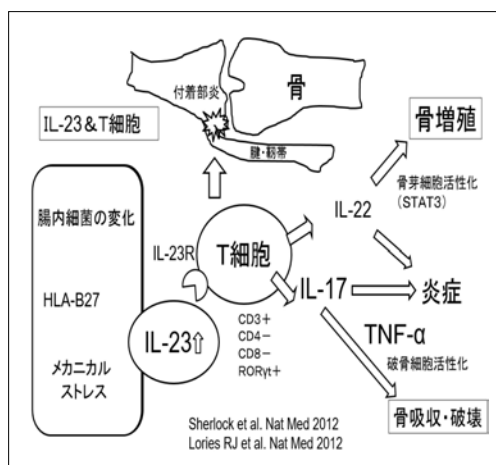
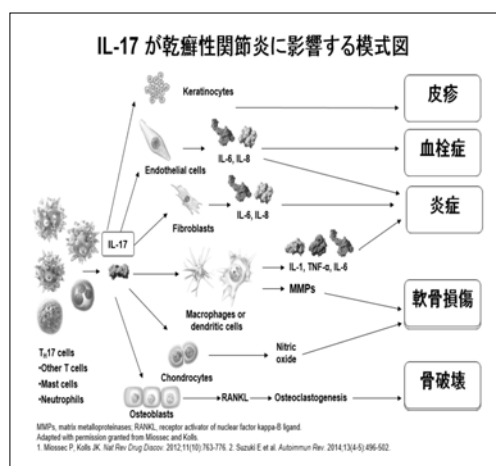
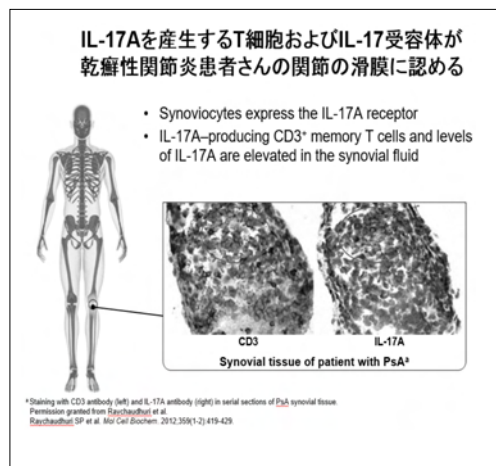
さらにものすごく進みました。皮疹の所にはIL23、IL17、IL22という、それぞれセラチノサイトという角化細胞なのですが、固く皮膚の細胞を作るものに影響する関節炎の所にも滑膜の所にも、滑膜というのは膝の中のひだ状の関節液を出す組織なのですが、そこにもたくさんいて滑膜の造成、要するに膝の腫れなどに影響するということが分かってきたのです。ILというのインターロイキンのことですが、インターは間を取り持つ、ロイキンは白血球という意味です。白血球に対して何らかの作用を持つタンパク質です。サイトカインというのは聞いたことがあると思うのですが、固定されています。比較的色彩な所に出ています。その作用について全部ははっきりわかっていませんが、これは固有的、これはここに行くというのがある程度分かっています。まだ確定ではな



いですが、主にIL17の病態です。先程東山先生がおっしゃった通り、遺伝形については、ガンでもガン遺伝子がありますし、残念ながら乾癬というものになりやすい体質というのは遺伝子で既定されていますので、なりやすい人、なりにくい人というのはいます。そこに環境の影響や、何らかのストレス、それは気持ちのストレスだけではなくて気候であったり、ケガであったり、あるいは妊娠であったり、寝不足であったり、太っているとかですが、そういう皮膚炎に対するストレスが来て、その角化細胞が刺激されTNFαを出します。それが出るとマクロファージといつて、なんでもパクツと食べてしまう白血球がいるのですが、そいつが食べてびっくりしてピツと出します。食べましたという信号を出します。それがIL17Aというのを出して、それがまた角化細胞に刺激を送ります。



するとまたこちらがビュッと出します。これが直接刺激です。もう一つは免疫があり、このまま角化細胞に何らかの刺激がいきまるとIL6がやって来て、樹状細胞というのがうろろろしているのですが、それが「何か出た」「何か変なものが入ってきた」ということでIL23を放出します。自然免疫というのとはもともと持っている免疫です。誰しもが生まれつき持っている免疫を獲得する能力というのは、例えば1回風邪をひいたらそれに対する抗体ができて抵抗ができます。麻疹とか風疹などと一緒に。自然免疫で反応して、自然免疫から獲得免疫に行く時にIL23が受け渡しをして、細胞が信号を送って、それが「こんな刺激が来た」ということを覚えておいてIL17Fを出します。す。TNFαも出しますが、出してまた皮膚の方に行く、ということぐるぐる回っています。だから



らどこかで止めてあげないと回り回って病気が治らず、症状が強いままになるということになります。どこで止めるかというのが薬なわけです。皮膚では、角化細胞の所からβディフェンシンというのが出まして、それが活性化してIL23、またリンパ球のT細胞の所へ行つて、IL17Aというのを出して、乾癬皮疹が悪くなります。

関節の方では関節の滑膜炎、腫れている関節から取って来て、特殊な液で染めますとIL17Aが染まるのです。そこにIL17を受け取るポケットがたくさんあるのです。そのポケットも染まっています。だから受け取る準備もあるし、受け取ってしまうIL17もたくさんいるということが分かっています。だからこれが原因ではないか示唆されるということが今言われています。

簡単にまとめるとIL17というの

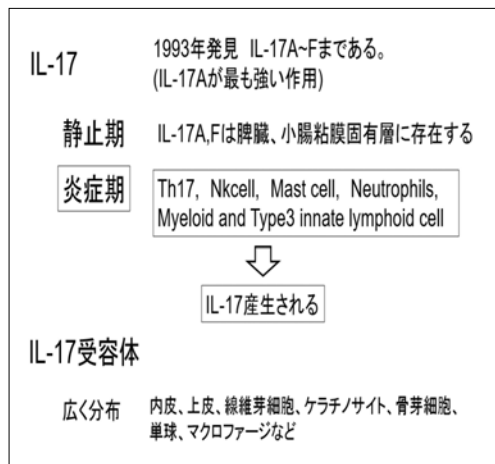
はたくさんの細胞から出されます。IL17は皮膚に行くとき皮疹を生じますし、血管に行きますと血栓症、心筋梗塞が起こるわけです。マクロファージなどに行くとき炎症が起こります。そして軟骨細胞に行くと、軟骨には一酸化窒素があつて軟骨をどんどん痛めていくので、骨に対して、白骨細胞という骨をつぶす細胞を刺激して、骨を破壊するIL17Aが非常に幅広く、悪さをしているということが分かってきました。

これは私のつくったスライドなのですが、これがなぜ引き金をするのかというポイントがありまして、一つは腸内細菌の変化というのが言われています。欧米で乾癬の患者さんというのは大体2%なのです。2%というのは50人に1人です。2%というのは50人に1人です。関節リウマチは日本では0.7%です。だから2%といったら関節リウマチの患者さん

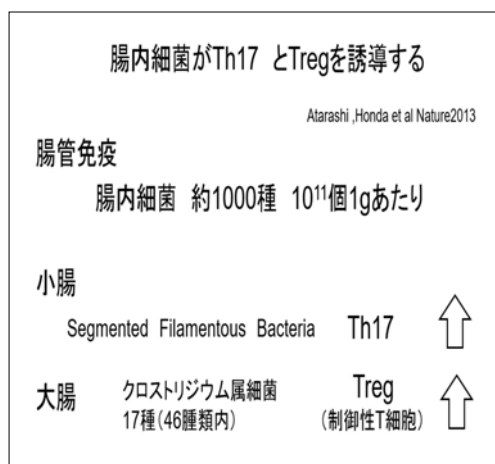
の倍以上なのです。非常にたくさんいるのです。最近日本でも増えて来たのはやはり食事が問題なのではないかということが言われていて、しかも腸内細菌層の変化が深く関わっているということが分かってきましたH L A B 27が活性化するというのが、一つのストレスなのです。

もう一つはメカニカルストレス、機械的なストレスです。これが引き金になります。皮膚をこするとか打撲するとかです。こういうことが起こるとI L 23が上がってT細胞の中でI L 23が増えて、関節の所でI 7を出して炎症が起こったりするわけです。それで骨が破壊されたりします。これが少し落ち着いたら、骨を作ります。骨を作るというとは何かいいような気がしますが、要らない所に骨を作ってしまうのです。骨増殖、つまり変な所に骨を作ってしまうので、骨が全部固まっ

てしまつて動かなくなります。そういうことが起こると厄介なのでここを止めないといけないということになっているわけです。T細胞の分化ですが、分化というのはほとんど成長していく、子どもが成長するのと一緒ですが、未分化というのがあります。色々な作用を手助けするための赤ちゃんT細胞というのがいて、このIL12、IL4、IL6、23、TGF β というサイトカイン、もしくは目的を持ったタンパク質です。これはT-Oといつて、何にもなる、いわゆるIPS細胞みたいなものですが、これがTH1細胞に成長します。成長するパイロットになるわけです。IL4、IL33というのがそこに入つてくると、IL17になつたりします。このように決まっているのです。そこに何があるかということを決まていくのです。それぞれTH1、TH2、TH17、Treg

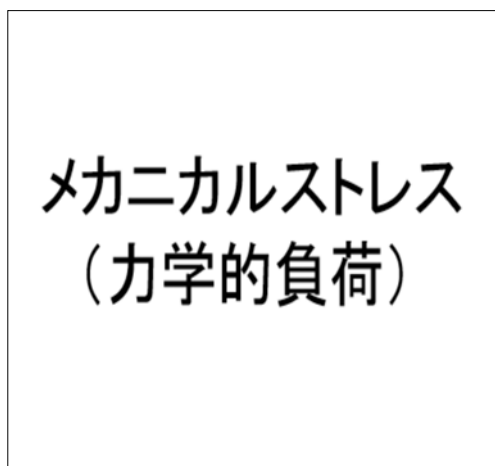


細胞になっていきます。Tregとい
うのは制御性T細胞といって、免疫を
抑える細胞なのですが、それぞれ役割
が色々あります。TH1というのは細
胞内の細菌をやっつけてしまうとい
うのと、炎症性疾患を起こす細胞があ
るのです。TH2というのは寄生虫を
やっつけて好酸球主体のアレルギーを
引き起こすということが言われていま
す。TH17というのは、細胞外細菌、
特に真菌、カビです。だから後ほど出
て来るIL17をブロックする薬とい
うのを投与すると真菌に弱くなるとい
うことなのです。ということは口の中
や肺の中にカビが生えたり、足の水虫
がより悪く治りにくくなったりするこ
とが想定されるのです。好中球とい
白血球がありますが、それは細菌を食
べます。その炎症疾患と自己免疫疾患
は自分を敵だと思ってしまう過剰な免
疫によるものです。免疫寛容という受

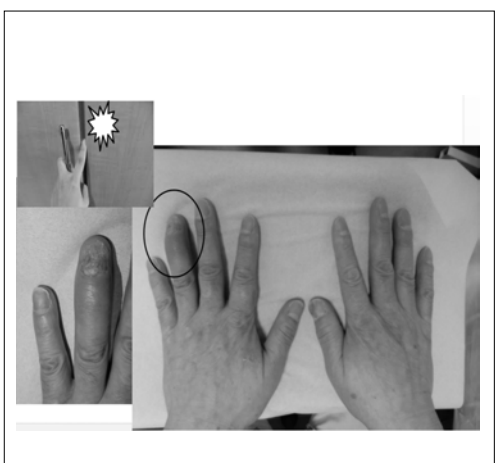


け入れてしまう細胞がTreg細胞とい
う免疫制御のT細胞です。免疫とい
うのは動いているわけです。IL17
というのは1993年に発見されて、
AからFまであります。IL17A・
B・C・D・E・Fというのがありま
す。体が何も炎症を起こしていない時
は主に脾臓、もしくは小腸粘膜固有
層にあるのです。しかし腸の調子が悪
くなると病気が悪くなりますが、炎症
が起る様々な細胞からIL17が大
量に出るのです。そしてそのIL17
を受け入れる受け皿は広く分布してい
て、皮膚など空気と触れる所です。骨
にも関係するし、関係する色々な所
にあって、これが出て来たらそれを受け
入れる所は体の中に一杯あるのです。
だから体の色々な所が乾癬の患者さん
は悪くなってしまうというのが事実な
のです。

腸の中で何が問題かというとい



もと違う腸内細菌が増えると、このT
H17とTreg細胞を誘導するとい
うことです。腸の中は細菌がいっぱい
います。約1000種類ぐらいいると
いわれています。数は10の11乗と
非常にたくさんいるのです。細菌だ
けです。腸内細菌というのは大きく何
種類かに分けられるのです。小腸には
セグメンテッドフィラメントバク
テリア (Segmented Filamentous Bact
eria) というものがあります。それが
増えてくるとTH17が増えてくるの
です。風邪を引いたらすぐ抗生物質を
飲んでしまう人がいらっしゃいます。
そうすると善玉の腸内細菌も殺してし
まいます。すると腸の細菌の数とい
うのは変わらず、バランスが変わりま
す。バランスが悪くなると、体に良い影
響を与える細菌も殺してしまうので、抗
菌薬はあまりむやみに飲んだらだめと
いうことになります。なぜ増えている



かというとい、一つは私たちが食べてい
る食べ物の中の飼料です。牛とか育て
る時の飼料に抗菌薬が山のように入れ
られているのです。そういう所もやは
り構造上変えていかないといけないの
ではないかと思ったりします。それか
ら大腸です。大腸でクロストリジウム
という細菌が増えてくると、Treg
細胞が活性化されます。制御性細胞が
活性化されるのです。だから逆に言
うと下痢などをするこのクロストリジ
ウムがどんどんなくなり、Treg細
胞が減ってしまうのです。すると制御
してくるものがなくなります。だから
暴走するのです。女性でも男性でも
肌が荒れることがあります。なんと
く水分がなくなるといふのもあるの
ですが、体調が悪かったりすると肌の
つやが悪くなったりします。それはこ
れが減るからなのです。最近というこ
とが分かってきました。

メカニカルストレス、力学的負荷についてです。これがまた大きく影響していることが分かっています。私の患者さんなのですが、指をドアでつめたのですがつめてしばらくすると腫れてきました。そして腫れがひかなくてそのままそこが乾癬性関節炎になりました。ケガから乾癬性関節炎になったのです。同じ人が半年後に包丁を足に刺してしまったのです。持っていて落として刺さったらしいです。治ったのですが、治った後、どうしても爪が治りません。なんか痛いし、腫れてくるということとで、診ているとそこも乾癬性関節炎になってしまつて、実はその2つのケガした場所だけ、乾癬性関節炎になりました。指と足と、骨の変化も出てしまいました。メカニカルストレス、力学的負担が起ころとそのようなことになってしまふことがあります。これはケブネル現象のディープ（深い）

版です。ディープケブネル現象というのです。だから乾癬の方というのはそういう何らかの強い刺激に対して、皮膚はケブネル現象という変化で対応されてしまふのですが、ケガしたりするとそこも悪くなつてしまふます。これはディープケブネル現象です。何らかのすごい力学的な負荷をかけられたら、反応しやすいという体質なのです。だからあまりケガをしないようにということと難しいのですが、そういうことがあるのだと思つていただいたらいと思ひます。ケブネル現象自体は1877年にハイディヒケブネルが見つけた。乾癬患者においては結構多く、2割から5割に発症すると言われています。だから結構出るといふことです。古くは1959年に報告されていまして、ケガしたら骨が溶けていく現象が本当に古い時代に報告されています。去年のデータによると、アイスラン

ドというのは、イギリスの上の方にある島国なのですが、ここは病気になる全例登録です。だから乾癬患者さんになりますと、国が全部管理します。1995年から2013年までの間の乾癬患者さんを全部登録してそれを追いかけたのです。「ケガがありましたか？なかったですか？」ということから、ケガがある場合は乾癬から乾癬性関節炎の移行リスクは1、32倍あり、やはりケガが契機になるのだということが分かってきました。特に皮膚や神経のケガは、乾癬性関節炎には関係なかったのですが、骨が折れたりとか、骨に対するケガであつたり、関節に対する捻挫など、強い衝撃というのは危険度が1、5倍近くになるといふことでやはり大きなケガをするとなりやすいといふことです。また指先の第一関節が変形する方が乾癬性関節炎の方が非常に多いと思うのですが、ここはや

はり最も使う場所です。最も指先で力が入る所なので、一番使っている場所にそういう変化が起こつてくることこのデータからも分かります。統計を取ると、やっぱりこのDIPといつて第1関節が悪くなります。リウマチの方は第2関節、第3関節が悪くなります。これはちよつと違うなということがいふことから分かつていくわけですから、どうやって診ていくかといった、最近では関節のエコーというものがあります。私も「何か変だね」となつたら、少し診させていただくことが多いのです。北京オリンピックの時はソーセージ状に腫れていて最後まで握れないですと言われたら、指趾炎というのがあつて、腫れていても原因は不明と書いていたのです。屈筋腱・腱鞘の腫脹などを書いてあるのですが、なぜだろうといふのが、実際この頃言われていたのです。もちろん医学で分かつてい



Dr. Heinrich Köbner

乾癬患者さんにおいて

ケブネル現象 1877年発見

24~52%に発症する

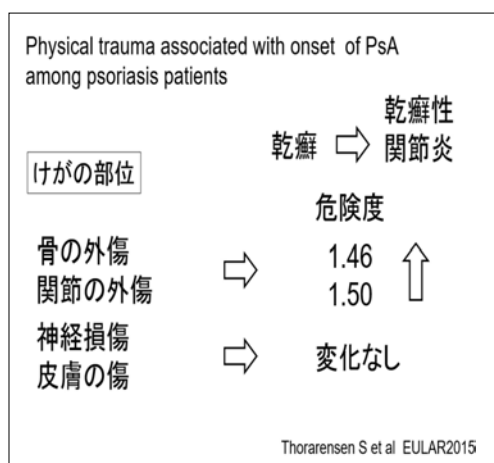
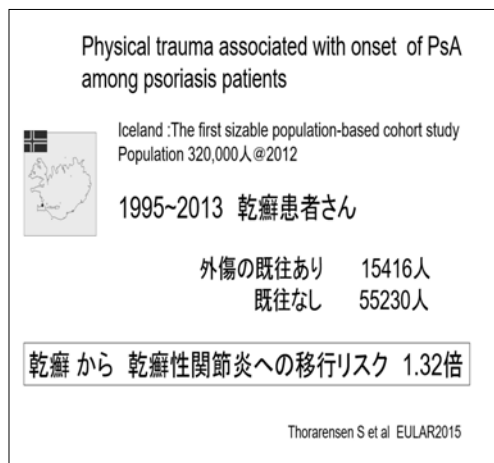
Melski et al 1983
Stankler et al 1969

外傷による乾癬性関節炎の発症の報告

初報告1959年

Buckley & Raleigh N Engl J Med
"deep koebner" effect

骨が溶けていく現象
外傷後2年



ないことがいっぱいあるのですが、今では原因は大体分かっています。指というのは腱、筋があります。腱というのは筋肉が骨に付くのです。骨と骨をつないでいるのは靱帯といってどちらも強いひものようなものなのですが、そういう所は骨と筋、もしくは骨と腱がくっついている場所（付着部）があるわけですが、付着部というのが悪くなるというのは以前より言われていました。そして、新しい言葉なのですが、もう一つ機能的付着部というのがあります。例えばエコーで見ますと、これが筋で、これが骨で、これが関節なのですが、腫れている所は筋の上なのです。これが水っぽくなって腫れているのです。その周りにエコーがのっています。エコーがのっているというのは炎症があるということです。関節は全然腫れていないのです。関節ではありません。だからこすれる所がス

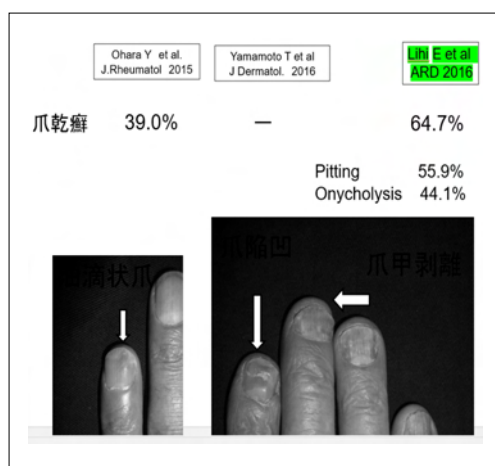
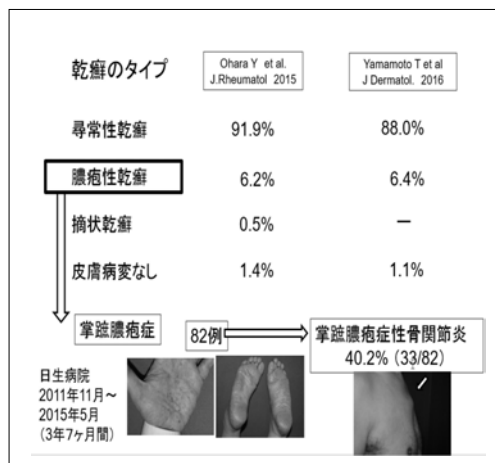
トレスになって、腫れているということが分かってきたのです。同じようにこれは膝の前の所にのっていて、生物製剤で治療すると、エコーの光ついていた所がどんどんなくなっていった、3ヶ月経つともう全くなくなります。黒っぽい所が白っぽくなったでしょう。これは筋があつて黒いのですが、このように治っていくというのがエコーで分かってきました。今エコーが花盛りです。エコーでということがわかっていくかということですが、林先生という、以前ここにおられて、今は阪大に戻られて、時に外来されている、爪のエコーの専門家の先生がいらっしゃるのですが、林先生が一生懸命どういう人になりやすいかということを診て、それを見つければ治療につながっていくのではないかと考えておられます。乾癬性関節炎発症年齢は、皮膚科学会によると45歳ぐらいです。中央値

というのはいっぱい患者さんがいて、その中のちょうど真ん中の値です。平均ではありません。平均だったら例えば100歳の方が50人いれば平均年齢が90歳ぐらいになります。中央値というのはちょうど真ん中なのです。発症から5年です。皮膚の症状が出て5年ぐらい経つと起こってくる可能性があります。だから乾癬ですと言われたら5年ぐらいがやはり要注意ということです。そのあたりに多いということとがわかりました。乾癬は尋常性乾癬が多いというのはもう前から言われていることですが、最近は掌蹠膿疱症といつて、手のひらと足の裏に細菌がない水ぶくれが出来た人がいて、これは海外では膿疱性乾癬という中的一部分になっているのですが、日本では乾癬と分けられています。こういう患者さんが非常にいます。爪の変化というのは3、4割ぐらい

います。海外では6割以上と言われています。昔はDIP型といって関節の第一関節だけの人が多いと言われていたのですが、やはり我々の報告を見ますと、60%ぐらい色々な所が悪くなっているということが多いです。皮膚が先行する人は70%から75%ぐらい、同時に発症する人が15%、20%ぐらいとデータ上でも出ています。あとは腰痛です。脊椎炎、腰痛などが我々のデータでは34、5%です。3人に1人ぐらい、乾癬性関節炎になった人は脊椎炎があるということです。脊椎炎があるということはガイドライン上では生物製剤を投与した方がいいだろうということで強く勧められます。いわゆる少し重症型に近いタイプになるわけです。だから3分の1くらいは重症型になるかもしれないというのがデータとして出て来るわけです。このようにレントゲン上で変化がある人は

我々の患者さんでは60%を超えて、非常に多いです。あとは腰骨とか背骨など、仙腸関節の変化がある人は40%です。これは症状がある人を調べてこれですので、結構あるということが分かっていきます。

リウマチですかという話があったのですが、リウマチ因子がないということが、乾癬性関節炎のポイントの一つなのですが、10%が陽性なので、リウマチ因子があるからリウマチだというふうには考えていないと思います。炎症についてですが、こんなに痛いのに先生に「炎症反応は正常です」と言われたらなんとなく嫌な感じがすると思います。しかし炎症マーカーは40%から45%の人しか陽性ではありません。痛いのには炎症ではないというのは、風邪を引いているのに熱が出ないみたいな嫌な感じがしますが、そういう症状は少し違和感があるということ



そもそもの始まりは。。。2004年

歩けなくなった乾癬患者さんがいるので診察していただけますか？

隣のブース 皮膚科医が診察

東山眞里先生

その場で治療方針の相談が可能

が出た状態であって、こういうことを診ると、我々医療側が、CRPだけを診てこの人は大丈夫だと思わないひとつの情報になるのです。CRPがマイナスでも症状は悪いということを示せるということが大事だと思っています。最近の治療で知っておきたいことについてです。昨日奈良医大でお話させていただいたのですが、乾癬性関節炎と乾癬の方の連携をどうしたらいいのですかというものです。現在進行中なので、私の分かっている範囲でお話させて下さいということで話をしてきました。仲間をたくさん作ろうと思っ

時間してきました。そもそも2004年に私は日生病院へ行きなさいと阪大の方から言われて来ました。2004年に東山先生から電話がかかってきまして、「乾癬の患者さんで歩けなくなった人がいるのですが、診てもらえますか」と言われて「それでは診ます」ということで来ました。本当にその方は、両方の股関節に骨が出来て完全に骨盤と太腿の骨がひとつになっちゃったのです。それは動かないです。骨がくっついてしまっているの、そこを手術で切除したのちに、歩けるようになって非常に患者さんに喜んでいただきました。東山先生にも喜んでいただけてそれから何かあるたびに私の方へ電話をしていただけるようになったので、こういう素晴らしい会に今立たせていただいているのではないかと、このご縁に感謝しています。そこから連携といいますか、

つながりが始まって、今は、大体火曜日に、私が日生病院で外来をしている横で東山先生が診察され、これで結構連携出来ているのではないかと思います。連携しているのは東山先生だけで私はただついていっただけなのです。連携には、やはり組織としてのシステム化というものと、顔の見えるつながりという2つがとても大事で、それを勉強していかないとけないと思います。大きく、「乾癬治療のゴールを目指すために必要なものは何でしょう」と問いかけたのです。個人のレベルアップと院内連携のチームングが必要だということとは本に書いてあります。通常、医者は個人のレベルアップには熱心です。しかし中には自分だけ頑張ったらいの、という独りよがりの人がいるのです。チームを組まなくてもいいだ

ろうと思っている人がいっぱいいるのです。

ところがそれでOKだった時期はもう20年ぐらい前です。今は、2つの変化が大きく動いています。何と言っても科学技術の進歩がとても早くなりました。10億とか100億とかいうDNAデータが一瞬にして計算できます。インターネットも10年前と今とらまだパカパカ携帯だったの今ではもうスマホです。だから10年前と今は全然違います。色々なことが起こって新規の医学的情報というのは非常に加速しています。1900年の時は、医学情報というのは今から150年経ったら大体その時の倍くらいになるだろうと言われていました。ところが2020年には4ヶ月で今知っている情報が増えるということなのです。ものすごい勢いで情報が増えていきます。今でもアップアップなのですが、だか

らこそ海外へ出て情報を得に行かないとついていけないのです。

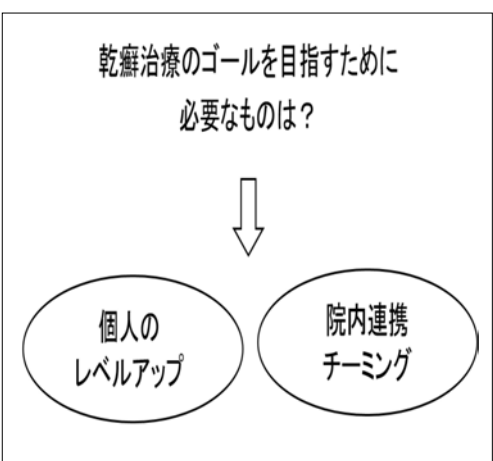
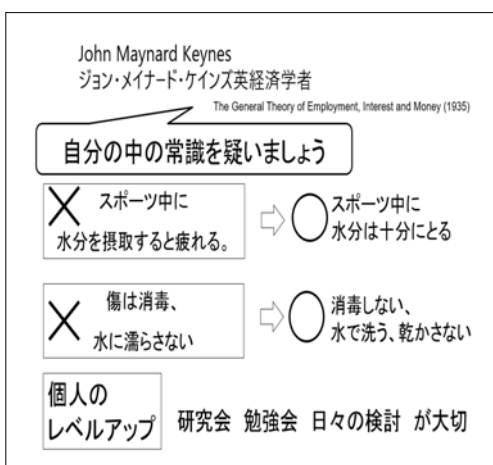
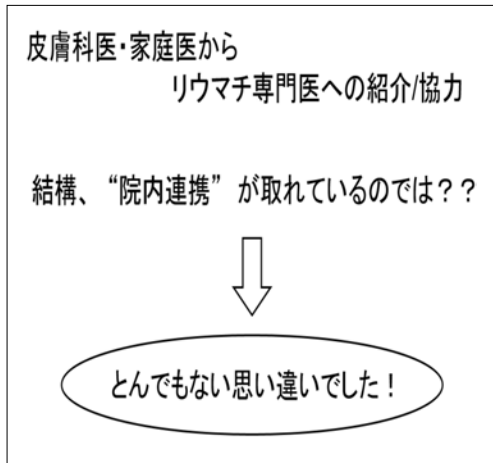
それで医療の技術・考え方・ゴールというのはこういう時代、背景に伴って大きく変わっていかざるを得ないということがあります。例えば自転車のレースだって、序盤は、普通集まっています。風よけが欲しいと思ったりして集団なのですが、マラソンでも一緒ですが、ペースが序盤から中盤にかけて段々速くなっていくと集団が離れていきます。どんどん離れていって二度と追いつけないです。医学も一緒なのですが、医学の進歩が早くなっていると、設間格差が広がります。だから私たちは施設間格差が広がらないようになるべく先頭を走ってついていかないと脱落してしまうのです。だからもう必死です。その必死なことと、もう一つ大事なことがあって、これも本に書いてあるのですが、ケインズ、あの経

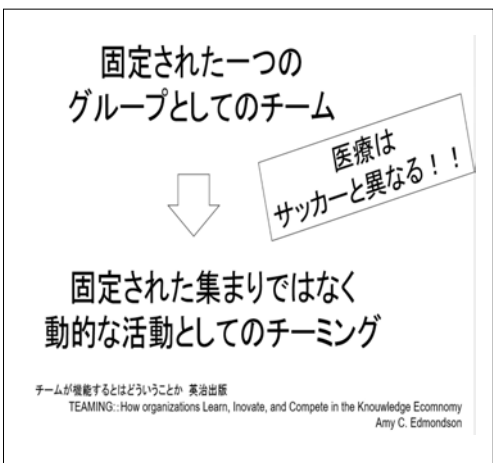
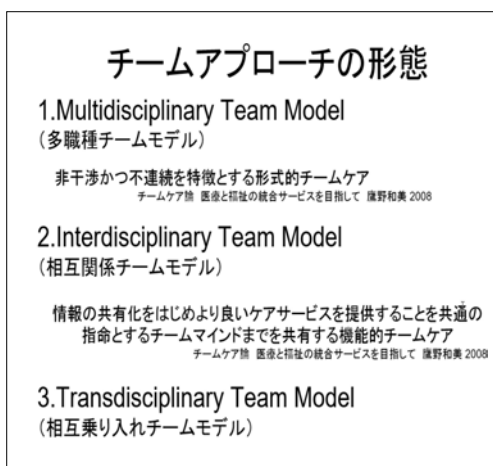
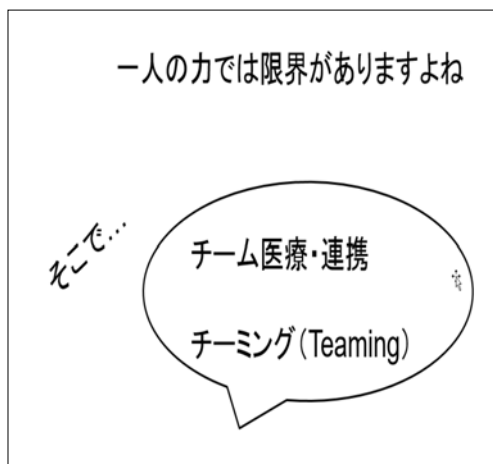
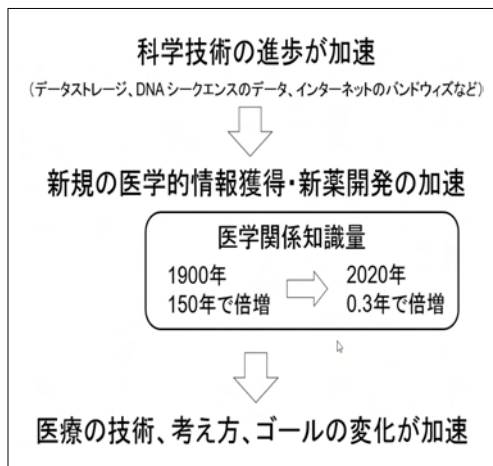
済学者のケインズが言っています。『新しい知識を付けることは難しいが、それ以上に難しいことは古い考えから解放されることだ』と言っています。自分の成功体験というのはなかなか捨てきれないわけなのです。そこが本当は難しいのだということを教えてくれています。

自分の中の常識を疑いましょう。以前はスポーツ中に水を摂ると疲れると言われていました。だから私は、大学時代テニス部だったのですが、水なんか飲んだらだめだと言われて、朝の6時ぐらいから学校へ来て夕方7時ぐらいまで、水一滴も飲まずにヘロヘロになりながら素振りをしてるとか、ボール拾いをしていました。今考えるとパワハラだなというくらいひどいことをしていました。今は水を摂らないとだめですよ。また傷の消毒処置は現在しないです。水で洗うか、湿潤性

の被覆材でかぶせておきます。昔はガゼを当てて乾かして消毒で塗っていた。細菌が入ったら困るとかいうので、今でも消毒をしているドクターもいるのですが、これはダメだということになっていきます。このように身近なことでも全然違うので、本当に病気のことというのは、毎年毎年どころか、毎月毎月新しいことが出て来るので、やはり個人のレベルアップ研究会とか、こういう患者さんの勉強会というのがとても大切なのです。

それともう一つはチームングです。関節リウマチの医療のゴールというので、ちよつと病気が違いますが、チームを組んで、症状がよくなつて変形がなくなつて、そして長生きして元気にやりたいことを過ごせるためのことを提案して、それを目指しましょうということを2010年のリウマチ学会がそう言っているのです。まず「身体機





能にどれぐらい不自由さがあるか診て
いますか?」「きちんと評価していま
すか?」「薬をきちんと選んでいます
か?」「栄養指導をきちんとしていま
すか?」「感染症の予防をしています
か?」「骨の予防をしていますか?」、
「骨粗しょう症をほったらかしにして
いませんか?」「リハビリテーション
考えていますか?」などが重要です。
そして「病状コントロール、手術をし
ないといけない人をほったらかしに
していませんか?」「子ども産みたいけ
どなかなかという人にきちんと対応し
ていますか?」「社会的・経済的にお
金もかかりますが。そういうことを社
会的に対応していますか?」こうした
ことは一人では絶対無理です。だから
チーミングが必要です。私は2年半ぐ
らいから大阪南医療センターに行っ
ているのですが、6年前から大島至郎先
生と橋本淳先生のお二人が、内科と外

科の先生が一緒になったチーム医療を
やり始めています。何の為にチーム医
療を考えるのかというのは、20年後
30年後も患者さんが現役でいたい
という夢を叶えるためだと定義したの
です。

チーム医療に必要なことは何だろう
ということを考えてみると、これは奈
良の先生の話によるのですが、目的を
共有できていることと個人の能力を高
めることです。これはサッカーなどス
ポーツと同じです。その為にスタッフ
の中で最も調整能力にたけている看護
師さんに患者さんと患者さんの家族の
近くについてもらって、そして皆で守
っていくというモデルを作っているわけ
です。チーミングというのは、3つの
形式があります。①多職種チームモデ
ル、②相互関係チームモデル、③相互
乗り入れチームモデルの3つです。古
くは①番なのです。これは例えば総合

病院で色々な科があり、患者さんがそ
こへ行けば色々診てもらえるからいい
のですが、これはゆるいチーム医療で
す。そこを②番の相互関係チームモデ
ルのようにします。これは乾癬という
病気をチームで診ようということです。
だから乾癬を皮膚科・内科・整形外科・
耳鼻科と色々な科で診ていきましょ
うということです。もちろん看護部、検
査部と色々増えて来ます。ある程度目
的が一緒になったという固定型のチ
ームモデルです。一番新しいのは③の相
互乗り入れチームモデルです。これは
その患者さんに何かが起こった時に瞬
間的にそこに集まって、その問題を解
決して、それが解決すると一旦また解
散するというモデルです。その為の準
備をきちんとやっておきます。この動
的なチーミングというのは、サッカー
と違って医療では大切なのです。確か
にそうです。固定されたグループとチ

ームだけではなくて、動ける動的な活動
としてのチーミングというのがとても
大事だと言われています。それがなぜ
大事かというと、医療者はどうしても
病気を治すことに目がいってしまっ
て、患者さんを治すということに目が
いかなくなってしまうのです。血液検
査でCRPが正常なら、この人は大丈夫
だろうと考えたりして、色々なこと
が見えなくなってしまうのです。

昔から医学の教科書には「Care for
the patient, not the disease (病
気を治すのではなく、病人そのものを
治そう)」、病気を診るのではなくて、
きちんと患者さんを診なさいと書か
れているのです。まったくその通り
であると思うのですが、なかなかその
通り出来ていないというのが実際だ
と思います。これは本当に反省すべき
所です。これも自分に言い聞かせて
いる次第です。そういうことを学ん
でいながら、

患者さんと一緒にチームを組んで、成長していくための枠組みとしてチームというものがとても大切です。チームを作ることによって、患者さんを治療しつつ、組織としても強くなります。これがとても大事なチームिंगと言われています。

ではチーム作りにメンバーをどうやって集めればいいのかということですが、乾癬性関節炎は2001年には1%、2010年には5%と言われていて、最近では10~15%と言われてるほど増えてきました。これは別に患者さんが増えているわけではなくて、患者さんを見つけることができやすくなってきたからなのです。見つけるためにチームをどうやって集めるかということですが、ロジャー博士という方が、1962年、「Diffusion of innovation II 技術革新の普及」という「イノベーター、Innovators理論(普及率)」

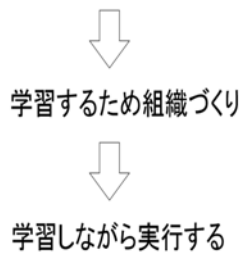
現状の医療の一つの問題点

医師がある分野の専門性を高くして医療に貢献することの大切さの陰に隠れて、患者を一人の人間として全体的にとらえて「リウマチ患者を治す」という点の教育が遅れている。

「病気を治す」のではなく「リウマチ患者を治す」

の中で述べています。新しい文化・商品・サービス・考え方病気など様々な概念というのは、それを知ってもらうためにはそのコミュニティの16%以上の人間に認知および納得していただく必要があるといっているのです。共感してもらうのです。要するに12人仲間がいると6分の1超え、3人ぐらいいです。6分の1の人に分かっていただと広がります。何かというとこのイノベーターという何でも新しいものを作り出す人がいて、それが大体2、5%です。新しいもの、新しい考えです。それはいいとすぐ使おうという人が「early adopter」初期採用者です。とっても早いのにそれを採用する人が13、5%、つまり開発してその概念を早期に採用しオピニオンリーダーになる方々が16%でありますそれを見て「あ、いいね」と言つて次に使う人達というのが34%ぐらいで、

チームング



チームが機能するとはどういうことか 英治出版
TEAMING: How organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy
Amy C. Edmondson

「early majority」前期追従者」はそれを見て、ちよつと疑い深く見ていたけれども、「あつ、やつぱりよさそうだな」といって「じゃやろう」という人で「late majority」後期追従者」、これを超えるとは68%がもれなくついてくるのです。だから初めの16%が大事なのです。

ということは医療側・患者側は乾癬性関節炎があるときちゃんと対応しないといけないということは、やつぱり16%以上の患者さんかもしくは医療側がそう思わないといけないです。だから6人に1人以上の仲間を集めることを目指すということが大切です。乾癬性関節炎もしくは乾癬に関わる方というのは医者だけ考えると、全国に45707人が関わるはずなのです。16%ですから、7313人に声をかけたらいいということになります。奈良に行つて、15人ぐらいいましたので、

チームづくりに必要なメンバー

どのくらいのメンバーを集めればいいのか？

思いを伝えるにはどうすればいいのか？

Everett M. Rogers博士
(社会コミュニケーション学の権威)

“Diffusion of Innovation” 1962

新しい概念、商品、サービス、技術、文化が広く普及するには、

“16%以上の人々”

が“共感”する必要がある。

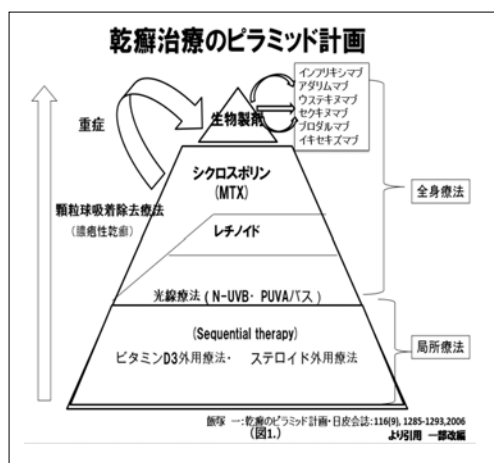
だいたい仲間を増やせたのではないかと思っています。共感する思いが一緒と感じる、これが本当に大事なのだと思います。乾癬患者さんの人生を考えますと、初めは何もないのですが、スポーツや過労などで乾癬が出ます。すると精神的にも落ち込みますし、やはり外出しにくくなったりして活動が下がっていつて、何となく嫌な感じがします。色々な所が痛くなってきたら仕事にも差し障りますし、育児や出産というのも非常にしんどいことになります。若い時に心筋梗塞になる確率が高くなったりすると糖尿病になるし、ある程度年齢がいつてそういう慢性症状がある肺炎や、骨折、骨粗しょう症になったりします。様々なイベントが起こってくる中、整形外科で手術だけする、ここだけ診てあとはもう知らないというのではなくて、チームとして20年後、30年後を診られるようにしてい

きたいと思っっているわけですが、奈良の先生にはそういうことをお伝えして、味方になってほしいという話をしてきたわけなのです。

奈良での話の最後では、いきなりなのですが、「美」とは何かということをお話しいたしました。日本画家の千住博という方は「四季滝図(春)」などで有名な人ですが、「美」とは「物」「人」「考え」などの異なるものが絶妙のバランスで一つの場所に存在することだ」と述べています。やはりチーミングは「美」です。だからこのチーミングで治療を進めていくというのが大切ですよと言ったら「うん、そうだね、きれいにまとめましたね」と言っていたきました。

治療の最前線についてです。これは乾癬のピラミッド計画と言われ、よく見られていると思います。段々下から持ち上がっていきいますが、非常に悪い

1. 私たちは、医療の技術、考え方、ゴールの変化が加速している時代の真ただ中にいます。
2. 私たちは乾癬患者さんの20~30年先のことを考えた医療を提供するため、個人の資質の向上だけでなく、チーミングを効果的に行うことが必要です。



場合は上からいく場合があります。生物製剤では日本皮膚科学会がガイドラインを出しています。ガイドラインに沿って行っています。またこれはGRAPPAとAPPAについて、世界の標準治療が2016年に出ています。末梢関節炎、軸性関節炎、体軸性、付着部炎、指が腫れているソーセージ指、皮膚、爪など、それぞれどこにどういう症状があり、またそれぞれ推奨される薬とありますが、このように決まっています。それを患者さんに当てはめていきながら何がいいかというのを決めていきます。

TNF α 阻害薬としてはレミケードとヒュミラというのが今の所採用されていますし、私の病院には世界的な「NOR-DNARD study (海外の代表的な臨床研究結果)」よりも治療成績が良いというデータがあります。これはひ

とえに東山先生が非常に厳しく合併症を見つけていただいた結果であると考えています。

IL17をやっつける薬としてはコセンテイクスとトルツ、ルミセフという3つの生物製剤が治療に使えるようになっていきます。最後の作用点の部分をやっつけるのですが、皮膚の方がメインですが、ステララという、T細胞にシグナルを行く所をブロックする薬もあります。全部いいと言われたらどの薬が一番なのでしょう。ということになります。一番と言われても困るのです。生物学的製剤の優位性というのは大きくは変わらず、どれも平均すると6割~7割の人にはかなりの効果があるのです。どの薬も患者さんの、例えば皮膚に症状が強いかなど、合併症はどうか、年齢はどうかなどということ、つまり患者さん各自によりぴったりの薬を選ぶ作業において、情



報を説明して患者さんに納得していただいた上で処方を決めるのです。

今日一番お伝えしたいことです。人類の進化の過程なのですが、猿になって段々2足歩行で立つようになって、最後はすごく大きく肥満化しているスライドを見ていただいています。これは進化でしょうか。我々のデータでは乾癬性関節炎の患者さんはメタボリック症候群がとても多いことがわかっています。例えば肥満が26%、高脂血症が43%、糖尿病15%、高尿酸血症が20%、9%、高血圧23%、肝障害29%ともうほとんどないです。非常に多いです。全国平均からすると非常に高いです。海外へ行ったらもっとひどくて肥満73%とかとんでもない数字が出ていますが、これは2016年です。当院のデータですが、タバコ吸う人も非常に多くて日本の平均は19、3%なのですが、当院では37

結局 どの薬が一番なのでしょう？



生物製剤間での優位性は大きくないのですが患者さんの皮膚症状・関節症状・脊椎症状年齢・併存症の違いによって薬の選択が必要です

メタボリック症候群関連			
	Ohara Y et al. J.Rheumatol 2015 PsA N=431	Lin E et al. ARD 2016 PsA N=51	K.Kubota et al. BMJ Open 2015 Psoriasis with systemic therapy N=39796
肥満 (BMI 25以上)	26.0%	73.3%	
高脂血症	43.9%		20.7%
糖尿病	15.1%	6.7%	12.7%
高尿酸血症	20.9%		
高血圧	23.2%		28.5%
肝障害	29.2%		

%と多いです。タバコは医学的には吸っていることは一つもないですがなかなかやめれないのが現状であると思います。心筋梗塞のリスクというのは、2008年の時点では、心筋梗塞で死亡しなくなりなられる方は30代、40代の人で通常の人の3〜4倍だったので。心臓の病気、心筋梗塞で亡くなるリスクが高いのですが、きちんと治療すると普通の人達よりも低くなるというデータが2015年に出ているのです。リウマチも一緒です。リウマチもTNF阻害薬で治療すると0、7倍になり少なくなるのです。だからこの薬は心筋梗塞や血管に対してはともいいます。また結核があるとかいうことはありますが、対応できるということです。対応できるのです。きちんと治療を行えば、健康寿命も延びて症状もよくなる可能性が高いのです。だから頑張っしてほしいと思っています。

そうなんです♪

きちんと治療を行えば、
高い確率で乾癬・乾癬性関節炎は
症状を抑えることができ
健康寿命も改善することが示唆されました

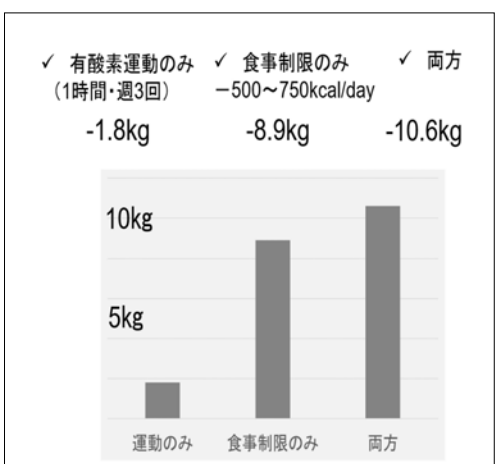
先程体験談を話された新井様ですが、食養生による身体回復のお話でしたが、素晴らしいです。やり切ることが本当はなかなか難しく、色々なハードルがあると思うのですが、素晴らしいと思います。

肥満についても少し話をします。BMIについてです。過体重というのはBMIが25以上になると過体重で、肥満というのは世界的には30を超えるといるのですが、日本では30超える人はあまりいないので、25になっている人はいないのかというと、身長150cmで56kg、160cmで63、7kg、170cmで72kgより増えていたらちよつと体重を減らした方がいいよねということになります。肥満の人は世界に14億人います。世界14億人で、日本では3000万人です。1億2700万人中の3000万人ですから、非常に多いとい

肥満と体重について			
$BMI (kg/m^2) = \frac{\text{体重}kg}{\text{身長}m^2}$			
健康体重	18.5~24.9		
過体重	25~29.9	経過観察	
肥満	1 30~34.9	減量・運動指導	
	2 35~39.9	高リスク	
	3 40 or more	要 薬物治療	

うことになります。

ではやせるためにはどうしたらいいか、個人の体験談には絶対負けるのですが、ざっくりと454人の過体重にお人に運動療法と食事療法を1年半行っただけで、運動のみだけでは減らないと思うのですが、食事療法をすると8、9kg減って、両方行くと10、6kg減ります。となると何が大事かというと運動はあまり関係ないというのがまず一つです。でも運動が要らないということではありません。だから食事制限が8割ぐらいを占めます。食事制限をして、そして運動してやせないという事になるのですが、やせないと言われているにもかかわらず、食事制限と言われたら普通の人は食事量だけを減らしてしまいます。そうすると栄養不足になってげっそりしてしまいます。減量は目標として、5〜1



0%ぐらい減らせばいいということと、1ヶ月に1kgぐらいまでがいいのではないかと思います。内臓脂肪1kgというのは7000kcalを1日で割ると大体233kcalなので、ご飯一杯140gを減らすか、毎日80分間歩く、の選択になるのですが、80分も歩いてられないと思いますので、ご飯を少し減らす方が楽ですという話になります。

糖質制限の話をしてしまうと、糖質制限は最近とてもはやっているのですが、多分お聞きになられた人はいらつしやると思います。糖質制限をすると半年間で大変身出来ます。30歳の男性は、こんな感じ、40歳の女性でこれぐらいです。50歳でこれぐらいです。激減します。糖質制限するといことばかりです。体重が減る、ウエストがスリムになって高血圧や脂血症が治る、

つまり 食事制限および運動してやせなさい！



食事制限って？
どんな運動をすればよいのか？

糖質制限すると半年で大変身！



20代 男性 40代 女性

糖質制限すると

やつれた感じで
痩せるのではなく

乾癬の皮疹も
改善します

健康的に身体が
絞る必要があります

- ・ 体重が減り
- ・ ウエストがスマートになり
- ・ 高血圧が治り
- ・ 高脂血症が治り
- ・ 肝機能異常が治り
- ・ 二日酔いしなくなり
- ・ 花粉症が治り
- ・ アトピー性皮膚炎が軽快し
- ・ 不眠症が治り
- ・ ニキビ、脂漏性皮膚炎が治る

大雑把に言うと

主食と甘いものを食べない

カロリー数は無視していい

タンパク質と脂肪は
いくら食べてもよい

血糖値を上げるものは
食べない！

肝機能異常が治って2日酔いしなくなるのです。食事で最後にラーメンとかおじやとか食べると胃酸はタンパク質を分解できないのです。だから胃の中にいつまでもたつても残ってしまいます。ところが本当に肉などはすぐ胃から腸へ流れていくのです。そういう意味で2日酔いしなくなり、皮膚炎が改善し、不眠症が治り、乾癬の皮疹も改善します。やつれた感じでないことが大事です。やつれた感じでやせるのではなく、健康的な体に絞れるというのが大事なのです。だからカロリー制限だとすると、不健康にやせて大丈夫？と言われるのですが、糖質制限をしてみるとどうでしょうか。糖質制限というのは何かというと食生活を変えることです。ご飯・麺、パン、いわゆる炭水化物で出来ているものを極力少なくするということです。食べなくするということではありません。肉や魚などはいっ

ぱい食べるのですが、おおよっぱに言うとうと主食と甘いものを食べるのを共に少なくするということです。タンパク質と脂肪はいくら食べてもいいということになっていきます。カロリー数は無視していいです。なぜ血糖値をあげるものを食べないのか、血糖値を上げるとなぜ悪いかということですが、3大栄養素というのは聞いたことがあると思います。炭水化物とタンパク質と脂質が3大栄養素ですが、血糖値を上げるものは1つだけです。炭水化物だけです。脂質と糖質はいくら食べても血糖値が上がります。砂糖に換算するとスライドにしますがこんな感じです。ご飯一杯食べると角砂糖を17個食べているのと同じなんです。食べて消化されて、血液の中に入っていく時には砂糖になるわけです。パン1枚では角砂糖9個に相当します。角砂糖を何個食べていますか、というぐ

らい食べています。糖質・炭水化物を摂りますとブドウ糖になって血糖値が上がります。すると体がびっくりして血糖を下げないといけないと思って、インシュリンといってすい臓から出る物質を出すわけです。そうするとインシュリンというのは血糖を下げるというのはいいいのですが、血糖を下げてそれを脂肪に変えるのです。ブドウ糖を脂肪に変えて、全部蓄積します。血液の中に残っている糖分は運動しないと全て脂肪に変わります。だから太るのです。一方脂肪を食べると、若い時はその人によつて脂肪を吸収できる量というのは決まっています。若い時は脂ぎったサーロインを大量にと食べてもあまり便はゆるくならないのですが、30、40になってくると、焼き肉食べに行ったりするととてもゆるい便になります。脂が浮いても吸収できません。一定量のみ腸管から吸収される

のでそれ以外は全部出るのです。脂肪と糖質と一緒に摂ると、インシュリンが急激にと上がり、血液中の脂質が脂肪細胞に移行するのです。だから肉だけ食べていたら絶対に太らないです。多くの脂肪が段々吸収されます。だから焼き肉食べに行つて、最後に冷麺食べて、帰りにラーメン食べようとするともう全部吸収されてしまいます。糖質というのは、タバコや酒や麻薬などの嗜好品と一緒に太るのです。タバコを吸いたい人は吸いたい、吸わない人は吸いたくないと思わない、酒を飲む人は飲みたい、飲まない人は飲みたいとは思わない、麻薬打みたい人は打みたいと思わない。しかし私たちは打みたいとは思わないです。糖質も食べたいと思うと食べた、食べない人は食べません。食べたくなることはあります。私は甘党男子なので食べたい人なのですが、タバコとか酒とか麻薬などや糖質は全

三大栄養素と血糖

三大栄養素	血糖値
炭水化物(糖質)	上昇
蛋白質	変化なし
脂質	変化なし

- 血糖値を上げる食品は糖質のみ
- 蛋白質・脂質をいくら食べても血糖は上がらない

部同じパターンになるのです。なぜかというと麻薬とか薬物などは、快楽中枢というのが前頭葉の所にありまして、これが厄介なことに麻薬や薬物、アルコールなど嗜好品を摂取するところを刺激するのです。血糖が上昇するということも快楽中枢を刺激することになります。人間は麻薬と薬物とアルコールと血糖を区別できないのです。何かいいものが来たときか思わなくて、ドーパミンという快楽物質を出します。そうすると幸福感に包まれるのです。だからやめられないのです。しかし幸福な時は長く続かないというのが人生です。続かないから血糖値が下がってくとまた食べたくなってイライラして、また何か食べたくなります。現代社会はすぐ手の届くものが全部糖質なのです。コンビニへ行ってもほとんど糖質です。糖質を摂ると血糖が上昇するという繰り返しです。体に危険だと思つてインシュリンが糖を中性脂肪に変えて

タバコ・酒と糖質は似ている

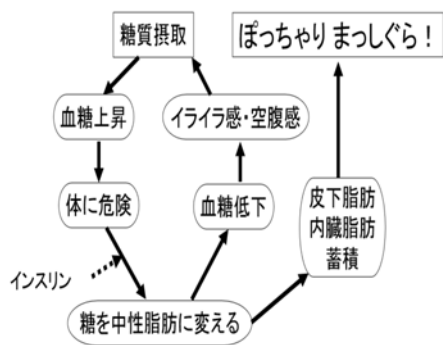
タバコを	酒を
喫煙者 吸いたい	飲酒者 飲みたい
非喫煙者 吸おうと思わない	非飲酒者 飲もうと思わない

麻薬を	糖質を
常用者 打ちたい	糖質摂取者 食べたい
非常用者 打ちたいと思わない	糖質制限者 食べたいと思わない

タバコ・酒・麻薬・糖質
すべて同じパターン！

てそれで血糖が下がる、すると段々イライラしてきてまた糖を摂るというようにくるくる回っていきます。そして、どんな皮下脂肪と内臓脂肪に蓄積され、ポツチャリになるといことです。糖質やめたほうがいいんだけどなということになるわけです。運動についてご飯を調整するだけではだめでやっぱり運動して基礎代謝量を増やすということと、心肺機能を上げないとすぐ息切れしたりしますからやはり運動しないといけません。運動の強度はどれくらいかという年齢によって決まっています。その人の最大心拍数は220から年齢を引くのです。30歳だと190、80歳だと140回が最高にドキドキしていい回数なのです。10代なら200回ぐらいドキドキしていいはずなのです。スライドに挙げた回数があるのだからドキドキ度の限界です。限界の6割ぐらいが最もいい運動量だと言われています。簡単に言う

糖質で太る理由



と隣の人とお話できるくらいの運動強度だと言われています。それを20分以上続けていれば十分で、これを続けることで脂肪燃焼の運動療法ということになるわけなのです。我々、大阪大学整形外科にはポツチャリ部というのがあります。チャリ部のチャリを掛けているのですが、多くの方は35歳ぐらいを越えてくると太ってくるのです。私もやせないといけなと思っています。久しぶりに7年ぶりぐらいに走つてやせようと思ったのですが、走つた次の日の朝にひざが腫れて水が溜まりました。すぐショックでした。走れない体になったのだと思つて一念発起してポツチャリ部に入りました。減量したのは自転車メインではなくてやっぱり食事制限が8割ぐらいだったと思います。自転車は健康の為に心肺機能を上げていくためにやるのです。富士山の5合目まで自転車で行ったりします。自転車愛する人は結構

次は。。。

2020年 東京オリンピック



これからも、
乾癬という病気を持つすべての人たちが
笑顔で生活するサポートをさせていただきます

たくさんいてうれしいです。驚くべき事に、ポツチャリ部では1年間で体重減少が12人いて、平均15kgも減量できたのです。これは皆でやるチームングです。チームでやると怖くないというのが大事です。皆様結構やせて、一番やせた方は30kgやせた人がいるのです。102kgの人が70kgになりました。102kgなんて自転車に乗れないです。お尻を乗つたらサドルが見えなかったのが、ずっとして本当にカッコ良くなったなあとやられて、うれしくなつてまた頑張ろうと思えるようになってくるわけです。次は2020年東京オリンピックの時、乾癬の患者さんの病気が治つていつて笑顔で生活できるようなサポートを一生懸命できたらいいなあと思っています。その心ひとつで東山先生の下で共に頑張つていこうと思っています。これで終わりです。ありがとうございます。

「食養生 体験談」

新井

生から「治療を放棄する選択もありますよ」と、厳しく愛のあるお言葉頂き「このままではいけない」と闇雲に散歩の歩数を増やしていました。とりあえず記録管理

診察室で東山先生より「患者会で話して下さい」と大変光栄なご依頼を頂き、先日沢山の諸先輩の前で体験談をお話させて頂きました。私の食養生のスタートは第33回学習会で日生病院の管理栄養士さんのご講演「乾癬に良い食事とは〜メタボ対策も〜」がきっかけになっています。学習会のあとせっかくだからその日に食べたもの書き出しメモをお見せしたら、その場で食生活のアドバイス頂戴いたしました。はじめての体験ですごく新鮮でした。その当時は血糖値、血圧も高く内科の先

してみようと食べたものをノートに書いていきました。そして次の内科受診時に「栄養指導受けたいです」とお願いいたしました。ノート持参して栄養指導の部屋に入ると、今まで知らなかった食生活のアドバイス頂きました。「主食のご飯は現在の体重ならこの量で、食生活に野菜少ないので野菜ジュース取り入れて」。私の身体に沿った具体的なアドバイス下さいます。また、看護士さんは血液検査から気をつけること教えて下さいます。ダイエットはただ痩せることだと勘違いしてしま

たが、具体的な方法は自らの食事を見直すことなのかなと思いました。ダイエットレシピ本で料理したり外食の工夫をしたり、アドバイス頂いたことと、自ら考えたこと実践していきました。複雑に考えすぎ指導頂いたこと実践してみると身体は変化していきます。生物学的製剤の投薬間隔が伸びたときは夢のようでした。内科のお薬も減らして頂いたときの先生の笑顔も忘れられません。沢山の方々に支えて頂いて体力や気力も復活し復職することもでき、学習懇談会のお陰だと感謝しています。楽しかったのは最初に管理栄養士さんにアドバイスに行くときに同じテーブルの方が美味しいもののお話ばかりして下さったこと。申し訳なかったのは忘年会前に演者として「年末はみんな太っていきますよ」と言ってしまったこと。梯の会に出会えて本当に感謝しています。ありがとうございます。

年間約¥18000お米代お得

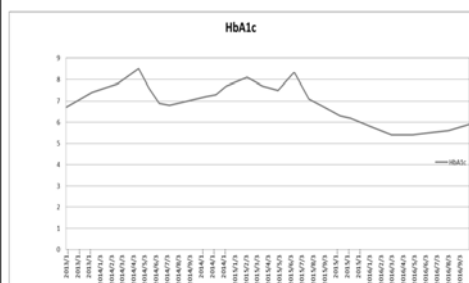
小さなお茶碗にしました



同じ150g



血糖値は改善されお薬なくなりました



栄養指導いろいろ教わりました

計量



記録



本会報には「小林皮フ科クリニック」の小林照明先生による「乾癬ワンポイントアドバイス」を掲載しています。毎回小林先生に乾癬治療における様々なアドバイスをコラム形式で執筆して頂いていますが、とても参考になる記事が多いと思います。それで今回、本会の方で「乾癬ワンポイントアドバイス」を冊子化しようということになりました（まだ計画段階です）。そして会員の皆様に配布したいと考えています。全般的な乾癬の解説や治療法、また日常生活の注意点をまとめたものとしては、既に全国患者会で発行している「乾癬ハンドブック」（現在改訂版作成中）がありますが、乾癬ワンポイントアドバイスはクリニックの現場で毎日診断しておられる小林先生が、その治療の中からいろいろ気付かれた具体的なアドバイスも豊富に掲載されていますので、まとまった形で読めればとても役に立つと思います。

発行は9月頃を予定しています。皆さん楽しみにお待ち下さい。

「乾癬ワンポイントアドバイス」を冊子化



その①9…信頼性の高い情報を得ましょう

小林皮フ科クリニック 小林照明

2012年からこの連載が始まり、前回まではクリニックにおいての乾癬患者さんへの対応や、気になる点、さらに治療方法について述べてきました。

中でも治療方法については、外用療法においてこれまでのステロイド剤・ビタミンD外用剤に加えて連載中に配合外用剤が登場しました。また、紫外線治療についても述べましたが、ナローバンドUVBの照射装置が次々と国内で開発され、海外製品の導入も進んでいます。内服薬についても新しいタイプの薬剤が承認されつつあります。ただそれぞれの治療方法は進んでも、それらを上手く組み合わせて患者さんの症状にあった治療方針・計画を立てるのは医者であり、それを実施するには患者さんの理解と同意が必要になってきます。治療法の進歩に合わせて医者が勉強するのは当然ですが、患者さんサイドにおいても昔のように医者任せで、「すべてお任せします。」では通用しなくなっています。効果のある薬剤や治療方法が登場すれば、それに伴うリスクも高まる可能性があり、同意書へのサインなど患者さんへの自己責任も求められるわけです。そのための準備として信頼性の高い情報源からの知識が必要です。ネット社会では情報に満ちていますが、その情報はまさに玉石混淆・真偽不明です。乾癬患者の会の勉強会、機関誌の発行は信頼性の高い情報発信源として貴重だと思います。私にしても、このような発言の場を頂いたので、今しばらくはこの連載を続けさせて頂き、今後はこれまで各論的に述べてきた部分をまとめて可能な限り実情に近づけた文章で、色々な方のケースを述べようかと思えます。

なお最近普及してきた治療法である生物学的製剤は、「バイオ」と略して言うこともありますが、2017年1月現在で6種類の注射剤が使われています。ただその導入に関しては、ある程度の規模の病院に限られており、その維持治療に関しても現時点では診療所レベルではハードルが高いのが現状です。私のクリニックにおいても現在のところには行っていないので、その説明については他医にお譲りしたいと思います。では、今回はこの辺で。

(小林皮フ科クリニック…大阪市淀川区三国本町3-37-35 阪急宝塚線三国駅下車)



大阪乾癬患者友の会(梯の会) 顧問・相談医一覧

名称	名前	所属・関連病院	住所
顧問	吉川邦彦先生	大阪大学名誉教授	
相談医	東山真里先生	日生病院	大阪市西区立売堀6-3-8
	片山一朗先生	大阪大学医学部付属病院	吹田市山田丘2-2
	乾重樹先生	心斎橋いぬい皮フ科	大阪市中央区南船場3-5-11
	谷守先生	谷皮フ科	豊中市庄内西町3-2-6
	川田暁先生	近畿大学医学部付属病院	大阪狭山市大野東377-2
	松田洋昌先生	近畿大学医学部付属病院	大阪狭山市大野東377-2
	吉良正治先生	市立池田病院	池田市城南3-1-18
	小林照明先生	小林皮フ科クリニック	大阪市淀川区三国本町3-37-35
	中村敏明先生	なかむら皮フ科	大阪市西区西本町3-1-1
	辻成佳先生	大阪南医療センター(整形外科)	河内長野市木戸東町2-1
	樽谷勝仁先生	近畿中央病院	伊丹市車塚3-1
	鶴田大輔先生	大阪市立大学医学部付属病院	大阪市阿倍野区旭町1-4-3
	立石千晴先生	大阪市立大学医学部付属病院	大阪市阿倍野区旭町1-4-3

お知らせ

★編集局では皆さんの原稿を募集しています。乾癬についての自分の体験、自分が行っている治療法、日常生活で心がけていること、乾癬治療に役立った事、その他何でも構いません。エッセイ・詩・短歌・俳句などもぜひ投稿してください。お待ちしております。

★「**PSORIA NEWS**」では「乾癬Q&A」コーナーを設けています。症状や治療法、薬など乾癬に関する質問がありましたら編集局までお寄せ下さい。代表的な質問などを選んで、相談医の先生方に会報上で答えて頂きます。

★「大阪乾癬患者友の会」の幹事会は全て会員や相談医の方のボランティアで成り立っています。会では幹事になって頂ける方を募集しています。幹事の人数が少なく大変困っています。自分のやれる範囲でももちろん結構ですから、ぜひお手伝い下さい。当面次の仕事をお手伝い頂ける方を探しています。 1) 定例総会等行事のボランティア 2) 会報送付作業のボランティア 3) ホームページ管理等のボランティア 4) 幹事会参加メンバー(5名程度)

ホームページのご案内

大阪乾癬患者友の会(梯の会)では、ホームページを作成・運用しております。乾癬についての治療法・薬・生活上の注意や総会のお知らせ・会報の抜粋・掲示板・乾癬関係のホームページへのリンクなどが掲載してあり、役に立つ情報が一杯です。ぜひ御覧になって下さい。ホームページアドレスは下記の通りです。



<http://derma.med.osaka-u.ac.jp/pso/>

会員の皆さまへ 会費納入のお願い

年会費を下記の要領で徴収させていただいております。より充実した会の運営のため何卒、ご理解のほど宜しくお願いいたします。

会 費：年間 3000円

納入方法：郵便振替

納入期限：毎年3月末日までに納入お願いします。振込用紙に必要事項を記入のうえ郵便局の振り替え口座に振り込みをお願いします。会費につきましては、未納の場合、自動的に退会となります。郵便振替 口座番号：0920・2・155745「大阪乾癬患者友の会」

「PSORIA NEWS」

第70号 2017年(平成29年)3月発行

発行：NPO法人 大阪難病連加盟

大阪乾癬患者友の会(梯の会)

事務局：550-0012大阪市西区立売堀6丁目3番8号

日本生命済生会附属日生病院皮膚科内

TEL 06-6543-3581

E-mail

info-psoria1@derma.med.osaka-u.ac.jp

2017年 大阪乾癬患者友の会 幹事

会長：岡田

副会長：妻木

副会長：吉岡

事務局長：中山

会計・イベント：桔梗

監査・難病連：加納

会報編集：小林

会報編集：長生

難病連・広報：宮崎

女子会：吉田

幹事：池内

幹事：山田

幹事：高橋

幹事：田崎