

MAPで  
わかる  
！

# 関節リウマチの薬

原田拓弥

国立国際医療センター リウマチ専門医・指導医

中外医学社

# はじめに

この本を手にとってくださり、誠にありがとうございます。

関節リウマチの治療が発展した今、それを個々の患者の事情に合わせて、使い分けていくことは喫緊の課題であると考えております。患者はそれぞれのライフステージに応じて、社会的な事情があり、また併存症も多彩です。本書は、場面毎に分けて、関節リウマチの治療の選択肢の一案を提示することを試みたものです。個々の患者の状態や社会条件に応じた治療戦略を、“治療薬 MAP”として視覚的にわかりやすくまとめました。

第1章は総論として、診断から治療の概論までを、重点的にみるポイントを含めて、整理しました。第2章は応用として、患者の年代や場面毎に、治療の一案を示し、解説しました。第3章では各論として、抗リウマチ薬の種類毎、組み合わせ毎に、利点と注意点をまとめました。メトトレキサートを使用する際に確認する検査値とそれを裏付ける大事な文献、TNF 阻害薬を終えたあとの効果持続についても検証した C-OPERA 試験など、関節リウマチ診療における重要な視点を盛り込みました。また、骨粗鬆症、慢性臓器障害への対応を含め、総合的な視座に立った診療の重要性を記載しました。

関節リウマチの診療には、医師、薬剤師、看護師だけでなく、医療事務やケアマネージャー、行政など、様々なスタッフが携わります。関節リウマチの診療チームの中心には、患者本人と家族が位置付けられます。患者の思いを汲み取って、治療に反映していくために何ができるか、日々意識しながら診療に取り組んでおります。本書では、コラムの形で、関節リウマチ患者と接するとき多職種が意識していること、大事にしていることを、4名の皆様に著して頂きました。快く協力くださいました、国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 薬剤部の原量平先生、看護部の稲見敦美様、事務部の佐野里美様、東京大学医学部附属病院糖尿病・代謝内科の原田ゆかり先生に感謝申し上げます。

患者の笑顔のために、あなたの笑顔のために、本書が少しでも役に立つことを願っております。

## 関節リウマチ治療の地図

## ポイント

- どのような関節リウマチであるか、病像を把握し、診断を行う。
- 患者の背景情報（仕事・臓器障害・サポート環境）を把握する。
- 患者を不安にさせない、言葉掛けを行う。
- 治療の行き先として、3つの目標を共有する。
- 背景情報から、メトトレキサート（MTX）を導入するか、判断する。
- MTXの効果を見極めながら、イグラチモド（IGU）を併用するタイミングを判断する。
- MTXを使えなければ、あるいはIGUまで併用しても低疾患活動性に持ち込めなければ、Phase IIに進むタイミングである **図1**。
- 十分なレスキューを行うことを忘れない。
- 骨と皮膚、血管/心臓/腎臓を守る対策を講じ、ワクチンを適宜案内する。

## 関節リウマチの診断と病像の把握

関節リウマチの診断は診察室に入ってくる患者の様子を観察するところから始まる。もしも荷重関節である股関節、膝関節、足関節に症状があれば、最初のレスキューは十分に行う必要がある。日常生活動作（ADL）の低下をきたしてしまうためである。息切れや咳嗽を伴っていれば、リウマチ性間質性肺炎の存在を視野に入れる。診察室に入ってくる患者の様子から得られる情報は多い。

診断から治療までのフロー、そして治療薬を選択していく過程を **図2**、**図3** に示す。

関節リウマチや膠原病の領域では、「〇〇という疾患に分類される」という言い方をよくする。分類基準を満たすということである。「〇〇という疾患である」と言い切ることが難しい場合が少なくないため、一方で疾患群を認識して研究を行うため

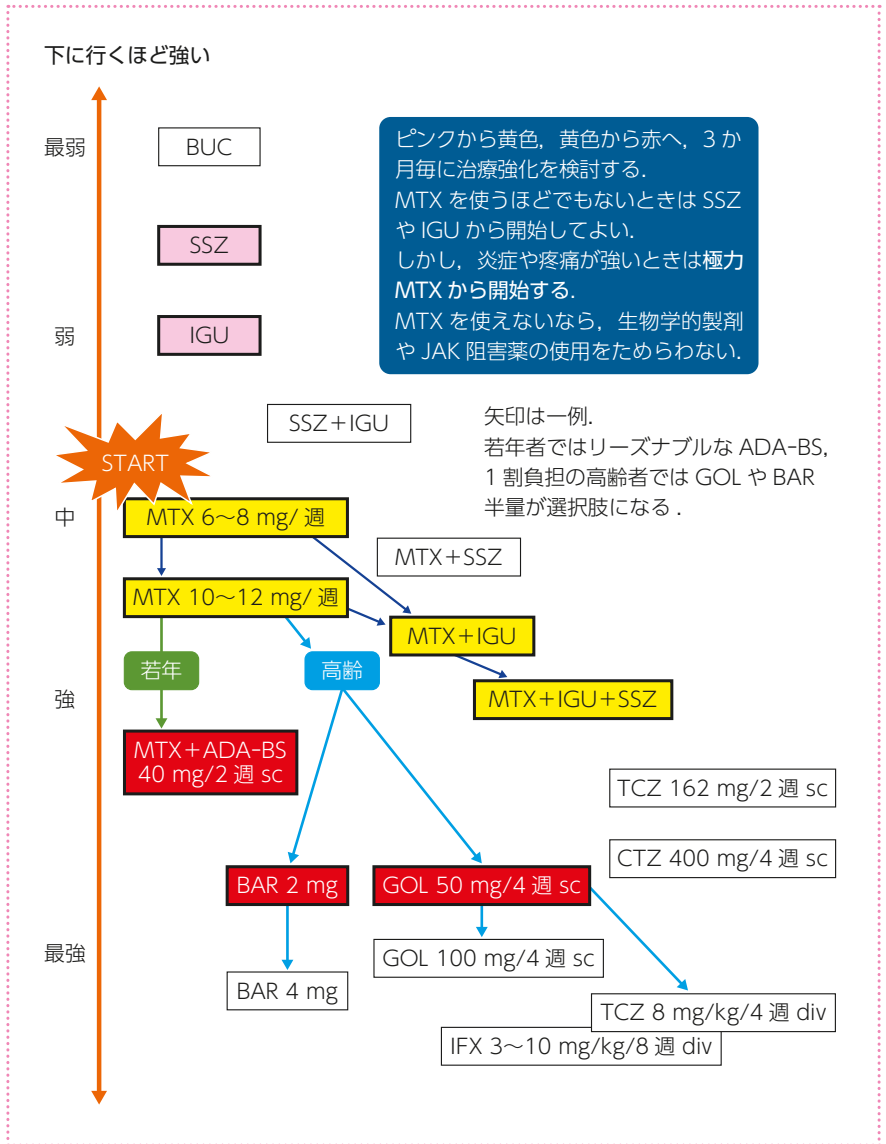


図1 関節リウマチ治療の地図

MTXを軸とし，早めに用量を調節する．CRPが残る場合や，レスキューのステロイドを減量するとCRPが上昇してくる場合はIGUの併用を考慮する．MTXを使えない場合，MTXとIGUを十分に使用しても低疾患活動性に持ち込めない場合は，Phase IIとして，生物学的製剤やJAK阻害薬の導入に踏み切る．この際，社会経済面のケアも行う．

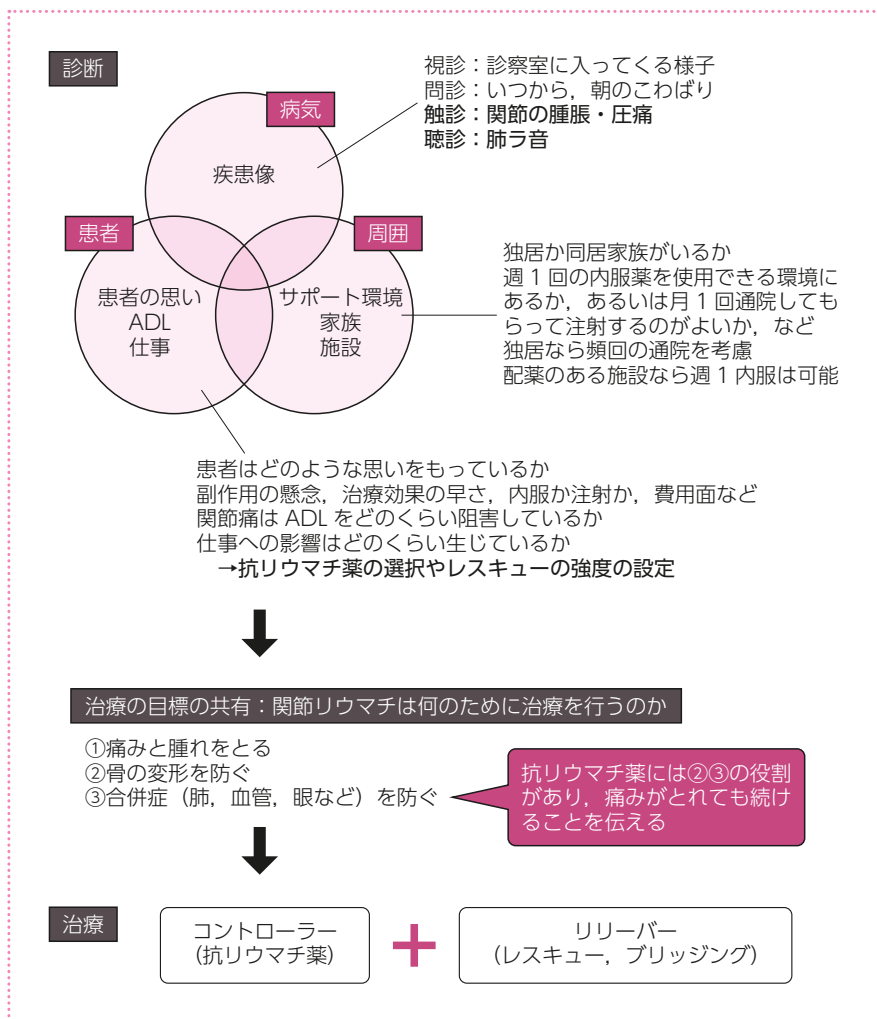


図2 診断から治療へ

関節の触診，肺ラ音の聴診，ADL や仕事への影響，患者の思いを把握して，診断を行う．聴診では背側下部に吸気終末の fine crackles を聴取するかどうか重要である．そして，レスキューの強度を適切に設定し，患者の状態と思いに即したコントローラーを選択する．

にこのような分類基準が作られてきた．関節リウマチの分類基準として，ACR/EULAR 2010 の基準が有名であり，臨床にも大いに役立つ．しかし，これだけでは不十分である．実臨床において肝要であるのは，関節リウマチの本態である，活動性の滑膜炎をとらえることである．患者の手関節と手指関節を触れて，関節裂隙

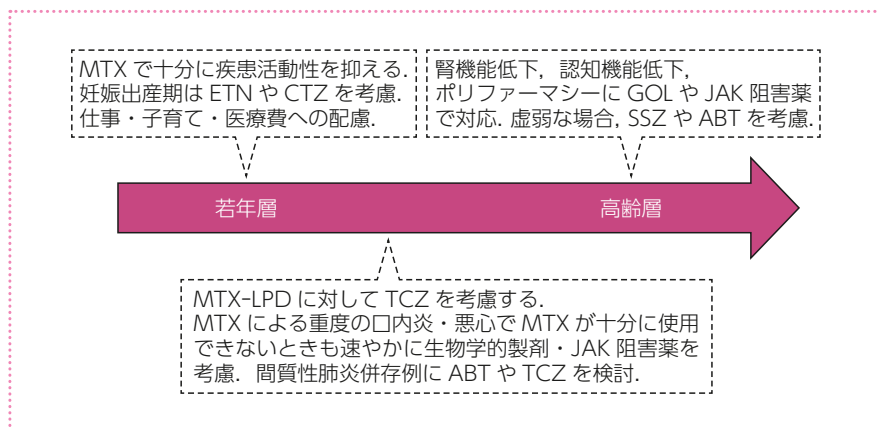


図3 抗リウマチ薬の選択の例

Phase を意識するとともに、患者背景を理解して抗リウマチ薬を選択していく。患者、家族のよき伴走者になれるよう、状態を傾聴し、治療を調節していく。

に薄すらとしてぶよぶよした増殖滑膜を触れるかどうか診察する。そして、肘、肩、膝、足、足趾の関節を確認する。無論、肺ラ音を聴取するかどうか、背部から聴診器を当てることも欠かせない。また、滑膜炎の特徴として、『長い時間同じ姿勢をとると関節が硬くなる』という点がある。したがって、朝のこわばりは滑膜炎の重要な特徴である。このようにして、活動性の滑膜炎を把握し、そして分類基準に照らし、診断となる。もちろん、関節エコーや MRI 検査を行ってもよい。特に非典型的な関節痛の場合には、これらの画像診断が重要になる。

関節リウマチにも様々な種類があり、それらの病像を認識しておくで診断の役に立つ。関節リウマチの代表的な病型を 図4 にまとめる。

## 患者の背景情報の把握

関節リウマチも多くの膠原病も長く付き合っていく病であり、患者の背景情報を把握することが欠かせない。背景情報として、患者の基本的な臓器機能・予備能、仕事や生活の状況、家族や社会のサポート、そして患者の思いを確認する。臓器機能について、心臓と肺は聴診と胸部 X 線を参考にして評価する。腎臓と肝臓は採血所見、すなわち血清クレアチニンや肝酵素、血小板数を参考にする。CT があれば腎の形態もよい情報である。脳（認知機能）は会話の中で、あるいは第 2 章で紹介す