

尿酸

高尿酸血症をマネジメントする

NEXT Stage

2022

No.2

対談 Cross Talk

P.04

痛風発症患者の治療継続

森 成志 先生（近畿大学奈良病院 整形外科・リウマチ科 講師）

嶋田 英敬 先生（医療法人如水会 嶋田病院 理事長）

Current Lecture 専門医による疾患解説

P.08

開業医の立場での痛風治療

長瀬 満夫 先生（長瀬クリニック 院長）

Q&A 専門医に聞く、治療のABC

P.10

Q. 痛風発作を訴えて来院した患者の痛みに対処するには、
どのような薬剤選択をすればよいでしょうか

Q. 痛風に対する治療開始・継続において、
患者指導で特に注意すべきことはありますか

田口 博章 先生（川崎市立川崎病院 リウマチ膠原病・痛風センター 所長）

医療コミュニケーションスキルアップ 患者さんの目線から 高尿酸血症の治療説明

P.12

監修：大山 博司 先生（医療法人社団つばさ 両国東口クリニック 理事長）

P.14

施設紹介：名倉医院駅前クリニック／医療法人社団 南越谷病院

P.18

若手医師紹介 新しい風～NEXT Generation～

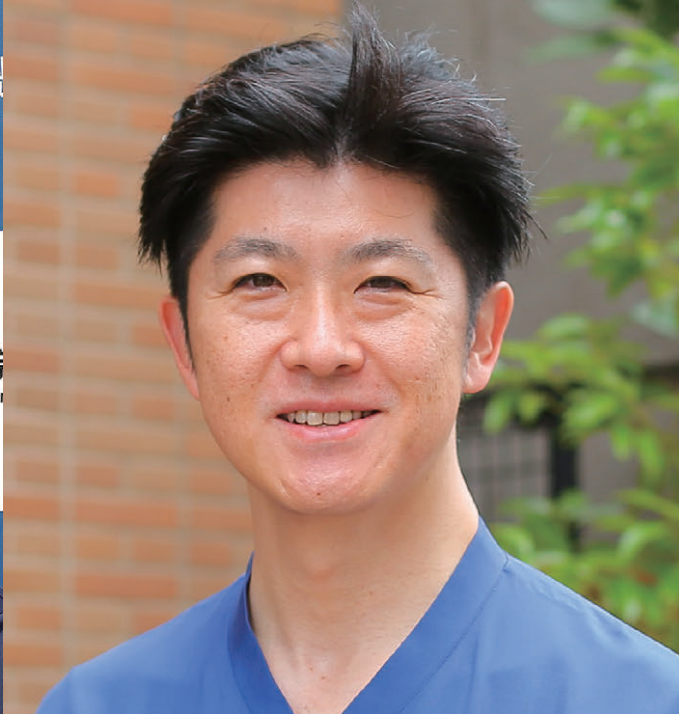
P.20

プリン体を減らすレシピ：タンドリー風ちくわ



森 成志 先生

近畿大学奈良病院 整形外科・リウマチ科 講師



嶋田 英敬 先生

医療法人如水会 嶋田病院 理事長

Cross 対談 Talk

痛風発症患者の治療継続

痛風の主症状である急性痛風関節炎（痛風発作）の患者は、疼痛を主訴に整形外科を受診するが多い。整形外科において、どのような痛風管理が行われているか、また、その後の治療継続のために内科と連携することの重要性について、整形外科と腎臓内科のエキスパート2人に解説いただいた。

森 本日は、整形外科臨床における痛風の日常診療に関するアンケート結果を紹介させていただきつつ、「痛風発症患者の治療継続」をテーマに、腎臓内科医として痛風患者を多く診療されている嶋田先生より痛風治療、尿酸管理の最適化のためにご意見をご教示いただければと考えています。どうぞよろしくお願いします。

痛風を取り巻く環境

森 まず、整形外科診療における痛風の位置づけについてお話しします。

整形外科にはさまざまなサブスペシャリティがあります

（図1）が、痛風は専門を問わず外来で診療しています。

2019年に、近畿大学整形外科学教室同門会（近整会）で痛風診療に関するアンケート調査を実施したところ、62施設156人中84人（53.8%）より回答が得られました。その結果、整形外科医が急性痛風関節炎に遭遇する頻度は、1ヵ月～数ヵ月に1度と回答した割合が約半数でした。また、痛風結節が高尿酸血症患者に合併している割合は、1～5%と回答した割合が53%と最多でした。

内科診療における痛風治療の現状については、いかがでしょうか。

嶋田 痛風治療では治療の中断が問題視されています。2011年の日本リウマチ学会での発表によると、初診後1ヵ月

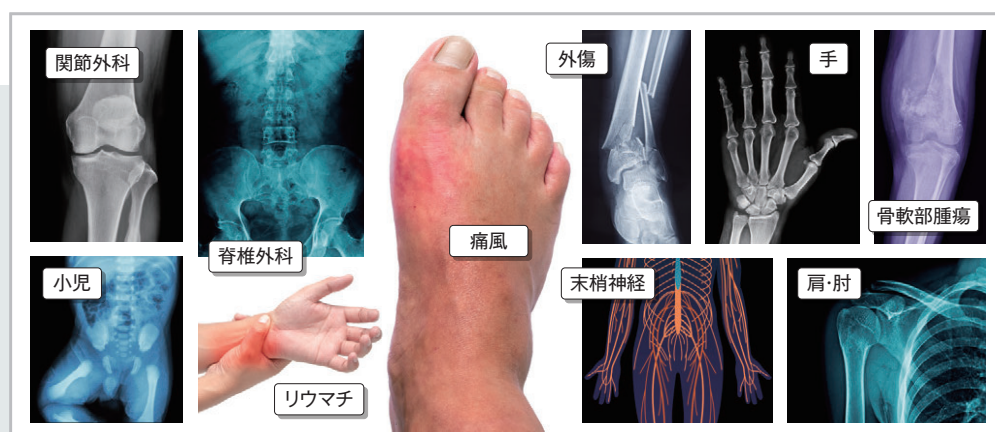


図1：整形外科のサブスペシャリティ

森先生ご提供

表1：嶋田病院 痛風患者背景 (2019年)

慢性腎臓病 (CKD) が2割弱／高血圧 (疑い) が約半数			
● 患者数	134人 (男:女=133:1)	● 慢性腎臓病	16.4% (22/134人) eGFR 71.5±13.9mL/min./1.73
● 平均年齢	48.4±11.9歳	● 脂肪肝	22.4% (30/134人) AST 24.3±13.7 IU/L, ALT 31.2±23.8 IU/L
● 尿酸値	8.74±1.18mg/dL	● 糖尿病	5.2% (7/134) HbA1c 5.58±0.41%
● 内臓脂肪面積	137.0 ± 47.7cm ²	● 脂質異常症	64.9% (87/134人) TG 211.2±146.5mg/dL
● 腹囲	93.8±9.4cm	● 高血圧 (収縮期)	53.0% (71/134人) SBP 131.8±17.0mmHg
● 生活像	喫煙歴あり 55.1% 習慣飲酒あり 72.4% (エタノール量換算 37.3g/day)	● 高血圧 (拡張期)	65.7% (88/134人) DBP 84.6±12.1mmHg

(医)如水会 嶋田病院 受診者データ

嶋田先生ご提供

以内に3割の患者が治療を中断し、1年後の受診継続率は約50%でした¹⁾。

治療中断の原因として、痛風発作時の痛みがなくなることと患者が治療の必要性を感じなくなることや治療薬の服用に対する拒否感、痛みの消失に伴い痛風ではなかったのだと自分を納得させてしまう、などのケースが考えられます。患者には痛風発作の再発や合併症を予防し、さらに生命予後を改善するという治療継続の意義を理解してもらうことが必要と考えています。

また、患者側だけでなく医療者側にも、痛風治療中、血清尿酸値の管理目標値6.0mg/dL以下の順守が求められると思います。

森 患者背景については、いかがですか。

嶋田 2019年に、当院に初診で来院した134人の痛風患者背景をお示します (表1)。痛風発作での来院が大部分で、合併症の内訳は慢性腎臓病 (CKD) 患者が2割弱、高血圧疑いが約半数でした。

痛風関節炎の診断と鑑別

森 では、急性痛風関節炎の診断と鑑別に関して、内科と整形外科でどのような相違があるのかをお伺いしたいと思います。整形外科では、関節炎の原因の一つに痛風を疑って鑑別を行います。来院する痛風発作患者は痛みの除去が目的なので、その後、日常生活での健康管理のために整形外科への通院を継続する方は少ないです。

嶋田 当院では治療を開始する前に蓄尿検査や全身的な評価を行い、合併症に対する教育アプローチも含めて患者に治療方針を説明しています。そのことが健康管理の意識醸成につながっているのかもしれませんが。

森 整形外科では、4～5月に痛風患者が増えているという印象がありますが、痛風を発症しやすい時期というのはあるのでしょうか。

嶋田 おっしゃるように、季節性があると感じています。年間でみると、梅雨入りから初夏にかけての時期と、年末年始の2つのピークがありますね。当院でも、気温の上昇とともに患者が増加する傾向があり、脱水になりやすい状況が引き

金の一つになっているのではないかと考えています。

森 『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン 第3版』によると、急性痛風関節炎の好発部位は、母趾の中足趾節 (metatarsophalangeal: MTP) 関節が多いとされています²⁾ が、嶋田先生のご施設ではいかがですか。

嶋田 やはり母趾MTP関節は多いです。次いで、第2から第5趾のMTP関節や足関節に多くみられるという印象です。

森 急性痛風関節炎の診断において、近整会のアンケート結果では、高尿酸血症の既往を最重視していました。また、母趾MTP関節の罹患と関節液中の尿酸一ナトリウム (monosodium urate: MSU) 結晶を確認するとの回答が5割程度ありました。急性痛風関節炎を疑った際は、偽痛風や化膿性関節炎、蜂巣炎との鑑別を挙げた医師が多数でした。関節リウマチや変形性関節症との鑑別は問題ないという印象です。

先生はこの結果をご覧になって、どのようなご意見をお持ちですか。

嶋田 高尿酸血症の既往は非常に重要だと思います。特定の関節の炎症があるからといって、必ずしも痛風であるとはいえないと考えています。母趾MTP関節に痛みがあっても、痛風ではない場合もあります。

また、関節液については、非常勤の整形外科医と一緒に穿刺・採取し、鑑別するようにしています。関節液が化膿性かどうかを、整形外科医はどのように判断されていますか。

森 関節液細菌塗抹培養検査を必ず実施する医師は約4分の1で、状況によって実施する医師が半数程度でした。化膿性関節炎かどうかの鑑別は、経験の豊富な整形外科医であれば関節液の色を目視することである程度判断できる場合もあります。

また画像検査については、単純X線はほとんどの整形外科医が撮影していました。偏光顕微鏡を用いた関節液の検査は約50%の実施にとどまっていますが、令和4年度診療報酬改定で加算されるようになったと聞いています³⁾。

嶋田 当院では、全例に関節エコーを実施しています。関節エコーは保険適用外ではありますが、関節エコー画像ではdouble contour sign (関節軟骨の表面に確認される高輝度のMSU結晶) や関節滑膜の肥厚なども見て取れます。実際の画像をみせることで患者の納得感が高まり治療意欲も湧いてくるようです。症例によっては変形性膝関節症やリウマチなどを合併している場合もあり、X線、エコー、血清学的評価から総合的に鑑別していくことが重要と考えています。

急性期の薬物治療

森 『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン 第3版』では、「急性痛風関節炎 (痛風発作) を起こしている患者において、NSAID・グルココルチコイド・コルヒチン (低用量) は

非投薬に比して条件つきで推奨する」と記載されています²⁾。

近整会のアンケートでは、9割以上の整形外科医がNSAIDsで急性痛風関節炎の初期治療を行っていました。コルヒチンと回答した割合は26%で、経口グルココルチコイドの回答割合はそれよりも低いという結果でした。

コルヒチンがあまり使用されない理由として、肝機能障害患者・腎機能障害患者への慎重投与が必要なこと、消化器症状がみられる他、服用方法の煩雑さが挙げられていました。嶋田先生は急性痛風関節炎の初期治療をどのようにされていますか。

嶋田 私は早い段階で1日1錠0.5mgを投与し、コルヒチンカバー*をかけます。まず1ヵ月ほど使用してみて、問題がなければ6ヵ月以内に終了できるようにコントロールしていきます。NSAIDsとしては、痛風発作に適応のあるナプロキセンを使用しています。

当院では、NSAIDsで痛風発作を抑制しても、次に尿酸降下薬を投与するまでに発作を起こすおそれがあることから、尿酸降下薬投与前からコルヒチンを使用することで、尿酸降下薬のアドヒアランスを改善できると考えています。

*コルヒチンカバー:尿酸降下薬開始後に生じるおそれのある痛風発作の予防方法の一つ。コルヒチン0.5~1.0mg/日を尿酸降下薬と併用し、3~6ヵ月後にコルヒチンを中止する。欧米のガイドラインでも、コルヒチンの投与期間が8週間では中止後に関節炎が頻発することから6ヵ月が妥当であると推奨されている⁴⁾。

森 近整会のアンケートによると、コルヒチンを使用している整形外科医の約7割は痛風発作の前兆期にコルヒチンを4日などの短期で頓用していました。コルヒチンの予防投与期間はどの程度が妥当だとお考えですか。

嶋田 血清尿酸値が6.0mg/dLまで低下したタイミングで、患者と相談しながらコルヒチン投与を終了していきます。そこまで下がれば、あまりひどい発作は生じません。期間としては、3~4ヵ月が妥当だと思います。

森 コルヒチンの安全性については、いかがですか。

嶋田 肝機能障害患者・腎機能障害患者への慎重投与の他、若年の男性の場合は男性不妊のリスク^{5) 6)} について説明したうえでコルヒチンを使用しています。それでも、患者は痛風再発作に対する恐怖があるため、コルヒチンカバーは少し長めを希望されるケースが多い印象です。

森 なるほど、わかりました。では、血清尿酸値が目標値に達するまでの期間、たとえば、急いで血清尿酸値を下げようとして尿酸降下薬の投与量を増加すると、急性痛風関節炎が起きやすくなるといった傾向はありますか。

嶋田 血清尿酸値は徐々に下げたほうがよいと思います。当院では、高尿酸血症の病型分類後、少量から投薬を開始し、6ヵ月以内に血清尿酸値を6.0mg/dL以下にもっていくことを一つの目安にしています。患者ごとに治療前の尿酸値や反応性も異なるので、一概にはいえませんが、コルヒチンカバーも併用しながら、3~4ヵ月くらいで6.0mg/dL以下を達成できることが多いと思います。

経過	初診	検査		尿酸降下薬開始	投薬量の調整	尿酸値安定後
		1日目	2日目			
診察	・問診 ・診察	・服薬チェック・指導		診察 診断・治療方針の説明	・問診 ・診察(毎月)	・問診 ・診察(2~3ヵ月おき)
検査	・採尿 ・採血 ・関節エコー	・24時間蓄尿 ・採血 ・胸部レントゲン ・心電図 ・腹部エコー ・InBody 他			・採尿 ・採血	・採血 ・採尿 ・関節エコー
治療	鎮痛剤 コルヒチン			尿酸降下薬開始		服薬継続指導
説明指導	・初診時用 パンフレットによる説明 ・検査内容の説明	・栄養指導 ・運動指導		・医師からの説明を確認 ・「薬と一生のおつきあい」 のパンフレットを用いて の説明 ・今後の流れの確認	・治療開始後の状態 確認 ・前回指導内容の確認 (発作の対応や治療継続の必要性)	・尿アルカリ化 ・夏場の水分摂取について ・運動指導 ・栄養指導

看護師
理学療法士
薬剤師
放射線技師
管理栄養士
臨床検査技師
医師

図2：嶋田病院 痛風クリニカルパスと多職種連携

嶋田先生ご提供

慢性期の薬物治療・治療継続

森 慢性期の薬物治療は、2019年の近整会アンケートによると、整形外科医は尿酸生成抑制薬を中心に使用している結果が得られました。ベンズブロマロン、プロベネシドなどの尿酸排泄促進薬の使用は2割程度でした。尿酸コントロールの方針について、ご教示いただけますか。

嶋田 当院では、初診時に1泊2日の検査入院で蓄尿検査を行っています。24時間法による病型分類では、95%の患者が尿酸排泄低下型に該当し、尿酸排泄促進薬のベンズブロマロンを使用する場合があります。メタボリックシンドローム傾向のある患者の場合は、尿酸排泄低下型であっても尿酸産生量を抑えないと尿酸値が下がりづらいため、まずは尿酸生成抑制薬を使うということもあります。その後、患者によっては尿酸排泄促進薬を併用する場合があります。

森 治療の継続や生活習慣に関する工夫について伺えればと思います。

嶋田 当院の痛風クリニカルパスをお示しします(図2)。最初の2日間は病型分類、前後して関節エコー、腹部エコー、体脂肪率の測定(InBody)などを実施します。同時に、管理栄養士から栄養指導、理学療法士から運動指導も行っています。患者にも基本的な知識をもってもらい、そのうえで次回来院した際に検査結果について時間をかけて説明します。その後、尿酸降下薬投与を開始し、1ヵ月おきくらいに診て尿酸値を安定させていきます。

毎回、多職種が密接に患者とかかわりあうことで、治療継続率を改善させています。当院の痛風治療では、尿酸降

下薬内服開始から半年後の中断率は17%であり、83%の患者が治療を継続しています。

森 2020年秋に日本痛風・尿酸核酸学会で内科医を中心に実施されたアンケートによると、尿酸管理目標値6.0mg/dL以下は93.8%で順守されていました。

近整会のアンケートでは、尿酸管理目標値を6.0mg/dL以下と回答した割合は半数強で、次いで多かったのが、正常上限以内の回答でした。

このような結果を踏まえると、整形外科医に対してこの疾病分野に関する啓発を進めていかなければと実感します。

嶋田 ぜひ全国の痛風患者によりよい治療を施せるように、整形外科、内科の専門領域を超えて知識を共有していけたらと思っています。

森 ありがとうございます。急性痛風関節炎の治療は整形外科でも行いますが、その後の尿酸管理については、薬物治療以外にも総合的な取り組みが必要になってきますね。

嶋田 そこは内科医の腕の見せどころだと思います。内科医にバトンタッチいただくのも一つの選択肢ではないでしょうか。

森 本日は有意義なお話をいただき、ありがとうございました。

References

- 市川奈緒美, 他. 痛風と核酸代謝. 2013;37:9-15.
- 日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会(編). 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版. 東京:診断と治療社;2018.
- 厚生労働省. 令和4年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000906922.pdf> (閲覧:2022-5-20)
- Wortmann RL, et al. Clin Ther. 2010;32:2386-97.
- P Kastrop, et al. J Assist Reprod Genet. 1999;16:504-7.
- F Neumann, et al. Andrologia. 1976;8:203-35.

Current Lecture

開業医の立場での痛風治療

長瀬 満夫 先生 長瀬クリニック 院長

痛風の臨床像と留意点

痛風発作は、中年男性において片側の母趾中足趾節 (metatarsopharangeal : MTP) 関節や足関節に急性関節炎を認める場合、典型例として診断できることが多い。一方、若年や高齢男性、女性では、手指や膝に慢性的な関節炎症状を示すという非典型例も認められる。痛風の病因として、尿酸トランスポーターであるABCG2の遺伝子変異¹⁾による機能不全は、20代以下で発症した患者の約9割で軽度から重度の報告がされており²⁾、若年の発症も珍しくない。また、エストロゲンによる尿酸蓄積の抑制によって閉経前の女性における痛風発作の頻度は低い、痩身目的で購入した利尿剤により誘発されるケースもある。

発症部位は、尿酸-ナトリウム塩 (monosodium urate : MSU) が体温の低い部位に蓄積しやすいことから母趾以外の足趾や、手指にも生じる可能性があり、私もこれまでプロの楽器奏者で手指の痛風発作を診断した経験がある。手指のX線像で痛風発作以外の関節炎を除外できず、本人同意のもと尿酸降下薬投与により寛解を得たが、初発が手指である場合は診断に難渋する。

なお、臨床像から診断に迷うケースでも丁寧な病歴聴取が役に立つ。問診時、「これまで痛みはありませんでしたか」と質問すると、「そういえば何年前」と患者が思い出すことがある。初発と思われる患者でも発作の既往について確認すべきである。

痛風診断の現状と課題

発作中、血清尿酸値は発作前より低値となることがあるので、その診断的価値は低い。痛風の確定診断においては、可能な限り急性関節炎の関節液を偏光顕微鏡で観察し、白血球に貪食されたMSU結晶を証明することが推奨されている³⁾。

しかしながら、わが国では偏光顕微鏡を用いた関節液の鏡検が普及しておらず、自施設内でMSU結晶を証明する開業医は限定的と考えられる。私自身、疼痛部位が関節穿刺の容易な膝関節で診断に迷う場合を中心に、検査センターに外注して確定診断につなげているが、この検査そのものは保険適用外である。

MSU結晶の認識には、他にも画像検査の手法がある。単純X線検査では初期から特徴的所見が認められることはほとんどなく、むしろ鑑別診断における役割が大きい。

最近、関節エコー検査やdual energy CT (DECT) の登場により、侵襲性のある関節穿刺以外にもMSU結晶の描出が可能となりつつあり、それぞれの特性がある (表)⁴⁾。関節エコー検査では、関節軟骨表面のdouble contour signという特徴的所見によりMSU結晶の描出が可能であるが、わが国では整形外科においてもこれを用いて痛風を診断する医師は多くはない。DECTによるMSU結晶の描出は偏光顕微鏡と同程度の感度・特異度が期待できるが、エコー検査よりもさらに実施施設が限定されている。よって、痛風はMSU結晶という病因为明らかではあるものの、多くの開業医は臨床症状に基づいて診断を行っている状況がうかがえる。

なお現在、わが国では深刻な病理医不足を課題として、AIを活用した病理診断支援技術の開発が進んでおり、内科系学

表 偏光顕微鏡、X線回折、単純X線、DECT、MRI、エコーそれぞれの特性、長所、短所 (現状での自説)

	特異度	感度	経時的観察	骨破壊の検出	関節炎の検出	設置費用	ランニング費用	難易度	教育システム
偏光顕微鏡	高い	中等度	容易	—	良好	低い	低い	容易から難	不良
X線回折	高い	高い	中等度	—	—	高い	高い	容易から中等度	中等度
単純X線	中等度	中等度	中等度	良好	不良	中等度	中等度	容易から中等度	良好から中等度
DECT	高い	中等度	中等度	良好	不良	高い	高い	容易から中等度	中等度
MRI	中等度	中等度	中等度	不良	良好	高い	高い	中等度から難	中等度
エコー	中等度	中等度	容易	不良	良好	低い	低い	容易から中等度	中等度

文献4)より引用

Current Lecture

開業医の立場での痛風治療

会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合を中心に保険収載に向けた働きかけが行われている。画像認識による診断はAIと親和性の高い領域であり、MSU結晶検索も新しい技術とともに保険収載され、臨床現場に導入されれば、開業医における痛風診断のあり方も変化してゆくかもしれない。

他の関節炎との鑑別のコツ

痛風発作の鑑別診断としては、急性関節炎を起こす疾患が対象となる。鑑別の機会が多いのは、化膿性関節炎やピロリン酸カルシウム結晶沈着による偽痛風、ハイドロキシアパタイトに代表される塩基性リン酸カルシウム結晶沈着による関節炎などである。

化膿性関節炎は、関節液穿刺によるグラム染色および細菌培養の所見に基づき除外可能である。また、高齢者に多い偽痛風は足趾には発生せず、単純X線画像により典型的な関節軟骨の線状石灰化が認められ、塩基性リン酸カルシウム沈着による関節炎は関節周囲の雲状陰影が認められる点で鑑別可能である。

他には外反母趾や変形性関節症、外傷（骨折）、関節リウマチなど下肢に出現する疼痛や腫脹を鑑別すべきである。痛風発作の炎症部位がMTP全体であるのに対し、外反母趾は脛骨側のみである。変形性関節症は疼痛が慢性的に持続し、外傷は契機があり、関節リウマチは両足性である点で鑑別につながりやすい。

なお、私の経験では乾癬性関節炎との鑑別が必要となる機会が増加しており、皮膚科の受診歴や髪が生え際など露出部の赤い皮疹の有無を確認している。

痛風治療の目的

痛風診療に関してはよく「発作の痛みが消失すれば通院しなくなる」などと耳にする。

薬物治療を開始し、血清尿酸値が一時下がっただけでは再発リスクは残存しているため、血清尿酸値 $\leq 6.0\text{mg/dL}$ の維持を目標とした継続受診が重要となる。しかし、患者の生活習慣やニーズは千差万別であり、薬物治療を希望しない患者に対して私は「では、また痛くなったら来てください」と伝えている。つまり、患者の意向を尊重する形で関係性を維持し、再発時

の本人のモチベーションアップに期待する。

しかし、受診時にすでに腎機能低下が疑われる場合は例外である。痛風治療の目的は、まずは痛風発作の再発を防ぐことであるが、近年、高尿酸血症と慢性腎臓病（CKD）の発症、進展との関連が示唆されており、腎機能低下の進行抑制は患者の予後を考えても重要な課題となる。現に、わが国のコホート研究において、血清尿酸値は血清クレアチニン高値（男性 $\geq 1.4\text{mg/dL}$ 、女性 $\geq 1.2\text{mg/dL}$ ）への進展と正の相関を示し、血清尿酸値 $\geq 8.0\text{mg/dL}$ の集団の相対危険度は、血清尿酸値 $< 5.0\text{mg/dL}$ と比較して男性で約2.9、女性では約10.4であったことが報告されている^{5) 6)}。

そこで私は、「あなたの腎臓が心配なので、医師として責任をもって診させてください」と伝え、薬物治療の導入と継続治療を呼びかけている。継続受診における患者負担を減らす配慮として、検査は初診時のみとし、その後は患者が持参する健診結果を参考にフォローしているケースもある。

「一病息災」を実現する痛風治療

痛風治療は、医師側が治療のあり方を決めつけず、患者のニーズに合わせることで、将来的な予後改善につながると考える。痛風発作で通院する患者は、長い経過のなかでさまざまな合併症を併発する。私は、患者が持参する健診結果のあらゆる数値に目を配るよう心掛けており、これまでふとした検査値異常への気づきから重篤な疾患の診断・治療につながったケースも少なくない。

現・日本痛風・尿酸核酸学会の創始者である御巫清允先生^{みかなぎきよのぶ}が「一病息災」といわれたように、痛風があることで患者が日々の生活に留意し、その後の人生をかえて健康なものとするために開業医は関与可能である。主に中年世代で発症する痛風に対する治療は、患者のその後の健康を包括的に改善する起点となるであろう。患者の一時の治療中断を見逃さず、痛風をきっかけに、患者の生涯に寄り添った診療を心がけることが重要である。

References

- 1) Matsuo H, et al. Sci Transl Med. 2009;1:5ra11.
- 2) Matsuo H, et al. Sci Rep. 2013;3:2014.
- 3) 日本痛風・尿酸核酸学会 ガイドライン改訂委員会(編). 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版. 東京. 診断と治療社. 2018.
- 4) 長瀬満夫. 高尿酸血症と痛風. 2013;21:25-8.
- 5) Tomita M, et al. J Epidemiol. 2000;10:403-9.
- 6) Iseki K, et al. Hypertens Res. 2001;24:691-7.

Q

痛風発作を訴えて来院した患者の痛みに対処するには、どのような薬剤選択をすればよいでしょうか

A

- 最も重要なのは迅速な治療開始である
- 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)、コルヒチン、経口グルココルチコイドの選択に優先順位はない
- 慢性腎臓病 (CKD) や胃潰瘍の既往がある場合はNSAIDsを避ける
- コルヒチンは安全性の観点から、特に腎機能低下例への投与に注意する
- 糖尿病、感染症 (足白癬など) があれば経口グルココルチコイドは使用しない

痛風発作の疼痛は強く、QOLを著しく損ない、放置することでより鎮痛が困難になるため、最も重要なのは迅速な治療開始である。薬物治療としてNSAIDs、コルヒチン、経口グルココルチコイドが用いられ、薬剤選択においては患者の併用薬や合併症、関節炎の発症から治療開始までの時間などを考慮する。従来、NSAIDsが第一選択と考えられてきたが、上述の3種類の薬剤に優劣があるとのエビデンスはない。NSAIDsの種類を含め、禁忌や副作用などについて知識のある使い慣れた薬剤を用いて、受診当日から治療を開始したい。

なかでもNSAIDsが用いられる場合が多いが、慢性腎臓病 (CKD) や胃潰瘍、心血管イベントの既往、抗凝固薬投与中の患者などでは使用を避けなければならない、注意が必要である¹⁾。また、特定のNSAIDsが優れているという根拠はないとされており^{2) 3)}、早期に十分量を投与することが重要である。コルヒチン同様、NSAIDsには尿酸降下薬投与開始時の痛風発作予防効果があることも示されている⁴⁾。

コルヒチンの高用量投与は、下痢、吐き気、腹痛など胃腸障害の出現頻度が高い。そのために治療継続困難となることも多く、発症12時間以内に1mg、その1時間後に0.5mgを投与する低用量投与法が推奨される¹⁾。また、腎障害 (<eGFR 30mL/分) でのコルヒチン投与の安全性は確立していないこと、eGFR 60mL/分未満では連続投与は推奨できないこと⁵⁾ などから、腎機能低下例への投与には注意を要

する。コルヒチンは前述3剤のなかで唯一、痛風発作予防および発作予感時の投与が保険適用となっている。日本では使い慣れない医師が多いと思われるが、NSAIDs、経口グルココルチコイドがともに使いにくいような場合の選択肢として知っておきたい。

経口グルココルチコイドは、主にNSAIDsの禁忌・無効例などの場合に用いられ、プレドニゾロン換算で20~30mg/日を投与する¹⁾。2週間以上投与した場合には、急に投与を中止すると副腎不全が起きるため欧州リウマチ学会は3~5日間の投与⁶⁾を、米国リウマチ学会は5~10日間投与するか、2週間程度の期間で漸減する方法を推奨している⁷⁾。糖尿病患者や感染症 (足白癬など) 併発例では使用に注意が必要である。

References

- 1) 日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会(編). 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版. 東京:診断と治療社;2018.
- 2) van Durme CM, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2021 12:CD010120.
- 3) Pillinger MH, et al. Semin Arthritis Rheum. 2020;50:S24-30.
- 4) Shekelle PG, et al. Ann Intern Med. 2017;166:37-51.
- 5) 日本腎臓病薬物療法学会. 腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧. 2021年改訂34. 1版. https://www.jsnp.org/docs/腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧_34.1版.pdf (閲覧:2022年4月)
- 6) Richette P, et al. Ann Rheum Dis. 2017;76:29-42.
- 7) Khanna D, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64:1447-61.

※用法・用量は各社の添付文書をご確認ください

Q

痛風に対する治療開始・継続において、 患者指導で特に注意すべきことはありますか

A

- 目標を共有し、合意してともに治療に臨む（十分なコミュニケーションによるラポール形成）
- 痛風発作の機序や治療の4つのターム（①痛風発作の治療→②高尿酸血症の治療+痛風発作の予防→③高尿酸血症の治療→④血清尿酸値の目標達成と維持）について、適切なタイミングでわかりやすく説明する
- 受診時、特に初診時に再診予約を入れる

痛風の治療は患者と医師が目標を共有してともに臨むべきであり、医師としてその姿勢を示すことも患者の支えになる。患者の気持ちに寄り添い、信頼関係の構築（ラポール形成）に努める一方で、治療継続のために痛風発作の原因や今後の治療の流れ・目標について適切なタイミングで丁寧に説明し、理解してもらうことが重要である。痛風発作を訴えて来院した患者の治療は、①痛風発作の治療、②痛風発作を予防しつつ高尿酸血症を治療（3～6ヵ月）、③目標とする血清尿酸値達成への治療、④目標血清尿酸値の達成・維持、という4つのタームに分けることができる。

痛風発作時には炎症や疼痛の薬物治療をできるだけ早く開始する必要があることを伝えて、迅速に治療を開始するとともに、再発時にも我慢せず痛みを感じた初日に躊躇することなく受診することを伝える。また痛風の疼痛は激烈であるため、痛みが現在進行中の患者では、長期にわたる治療についての説明を受け入れるのが難しい場合もある。将来的な血清尿酸値の目標などについては簡単に触れるにとどめ、「1～2週間は発作を治めることに集中しましょう」といった言葉をかけるのもよいだろう。ただ、患者が疼痛の軽快に安心して治療を中断することがないように、必ず次の診察予約を入れるようにしたい。

尿酸降下薬の投与前には治療中も痛風発作は起こりうること、尿酸値が低下することによる痛風発作誘発の可能性、また、痛風関節炎を繰り返さないため

に長期的には血清尿酸値を $\leq 6.0\text{mg/dL}$ （重症例では $\leq 5.0\text{mg/dL}$ ）に維持することが目標である¹⁾ことを説明する必要がある。これらの点を十分に説明しておかないと、治療や医師への不信感を招き、服薬の中断につながる恐れがある。

痛風・高尿酸血症は生活習慣病であり、食事療法、飲酒制限、運動の推奨を基本とする生活指導も重要である。食事指導としては、プリン体の1日摂取量が 400mg 程度¹⁾になるよう勧める。こうした生活習慣の改善は容易ではなく、また個々の患者によって行動変容が困難な理由も異なる。十分なコミュニケーションをとることで、その把握に努めたい。高尿酸血症を放置することで将来起こりうるさまざまな合併症についても、その怖さを強調するのではなく、「それが防げる、必ずいいことにつながるので、一緒に頑張りませんか」といったように伝えるなど、個々の患者に合わせた治療提案を行う。

References

- 1) 日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会（編）. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版. 東京：診断と治療社：2018.

患者さんの 目線から

#02

高尿酸血症の治療説明

痛風の症状が
なくなっても治療は
必要なんですね

尿酸値を6.0 mg/dL以下に
コントロールしましょう！



患者の安川さん

健診で高尿酸血症が判明した48歳、働き盛りの男性会社員。尿酸値は8.6mg/dL。



大山先生

痛風外来の担当医。

前回、健診で尿酸値が高いのを放置して
痛風発作を起こした安川さん



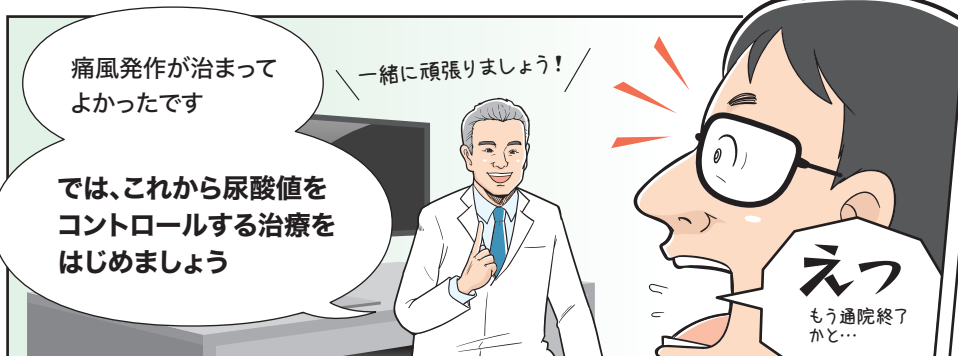
処方された薬を飲んだら、
痛みも腫れもすっかり
なくなった♪



痛風発作が治まって
よかったです

一緒に頑張りましょう！

では、これから尿酸値を
コントロールする治療を
はじめましょう



尿酸値が高いままの状態だと、
溶け切らなかった尿酸塩の結晶が
また痛風発作を引き起こす
可能性があるんです



高尿酸血症の方は、さまざまな
生活習慣病を合併しやすいので、
尿酸値を継続してコントロール
することが重要で



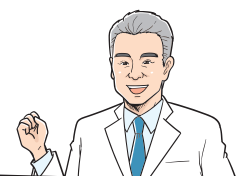
痛風発作のあった患者さんは
「尿酸値6.0mg/dL以下」が
目標になります

治療は「生活習慣の改善」と
「薬物治療」の2本柱

食事、運動、お酒！



体重を減らすこと、
飲酒量を減らすことは
ご自身の健康にとっても
大事なことですよ



まずは日々の
生活習慣について
聴かせてもらえますか

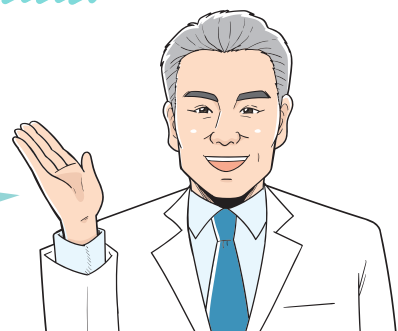
仕事のストレス解消が、
食べることや
お酒を飲むことで...

まずは「聴く」が
患者指導の基本！



患者さんからの質問にどう答える？

痛風・高尿酸血症は生活習慣病であり、生活習慣の改善が最も重要です。尿酸値6.0mg/dL以下の目標¹⁾を達成するためには「生活習慣の改善」と「薬物治療」が2本柱です。



【生活習慣改善のポイント】¹⁾

●食事の注意点

- ・適正なエネルギー量でバランスのよい食事を規則正しく食べる。
- ・レバーや干物などのプリン体が多く含まれる食品を避け、プリン体1日の摂取量を400mg以下にする。
- ・果糖を多く含む果物やジュースは控える。
- ・水やお茶をたくさん摂取する。

(1日の尿量を2,000mL以上に保ち、飲水量は1日2Lを目安に摂取することを目標とする。ただし、CKDを合併した場合の飲水量は慎重に設定する必要がある)

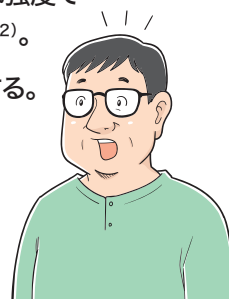
●お酒は適量にする

- ・1日の目安量は、ビールなら350～500mL、日本酒なら1合、ワインならグラス1杯(148mL)、ウイスキーならダブル1杯(60mL)までとする。

●適度な運動をする

- ・有酸素運動を心がける。
(ウォーキング、ジョギング、サイクリングなどの有酸素運動を10分以上、1日で合計30～60分程度行うとよい)
- ・筋力トレーニングの場合は、低強度で週30分程度を目安として行う²⁾。
- ・運動の前後には水分を補給する。

ストレスや
睡眠不足にも注意！



コミュニケーションのPOINT

患者指導の基本は、「説得する」ではなく「聴く」こと

生活習慣の改善、なかでも肥満の是正は容易ではありません。不適切な生活を指摘したり、説得したりしたくなりますが、自己管理(セルフケア)の主体は患者さんです。患者さんの話をよく聴いて、日常生活と関連づけて情報提供し、適切な選択を支援していくことが医療従事者の役割です。

1) 日本痛風・尿酸核学会 ガイドライン改訂委員会(編), 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版, 東京: 診断と治療社; 2018.
2) 大山博司, 他, 痛風と尿酸代謝, 2016; 40: 123-9.

気になる尿酸値.jp



富士薬品では、「気になる尿酸値.jp」を公開しています。疾患解説やプリン体を減らすレシピから生活習慣改善のためのヒントまで、さまざまな情報を発信しています。ぜひ、尿酸値が気になる患者さんにご紹介ください。



読者へのアドバイス

高尿酸血症と痛風の関係については、高尿酸血症を「雪」、関節内の尿酸塩結晶を「雪山」、痛風発作を「雪崩」にたとえるとわかりやすいです。「高尿酸血症を放置していると、関節内の尿酸塩結晶が増加して痛風発作を起こす」を「雪が降り続けていると、山に雪が積もってやがて雪崩が起きる」と患者さんに説明すると理解を得やすいと思います。

【監修】 大山 博司 先生 (医療法人社団つばさ 両国東口クリニック 理事長)

名倉医院駅前クリニック

<https://nagura-iin.com/ekimae/>

東京都足立区千住3-98-301千住ミルディスⅡ 番館3F



副院長 名倉 直重 先生

250年間、代々医業を営む

当院は東京都足立区千住にある名倉医院の分院として、2004年に開院しました。本院は1770年に名倉直賢が接骨医として開業して以降、代々受け継がれ、現在は8代目にあたる父が診療にあたっています。250年前の開業当時はまだ西洋医学が伝来しておらず、いわゆる「骨接ぎ」として骨折や脱臼、打ち身、捻挫など外傷患者の治療にあたっていました。接骨木（ニフトコ）を主原料とした「黒膏」という練り薬を独自に開発し、多くの患者さんに使用しましたが、その製法は代々継承され、現在も希望する患者さんへ提供しています。

私は一人っ子ですが、幼いころから父の跡を継ぐつもりではなく、親から過度に期待されることもなく、英語教師になるのが夢でした。しかし高校3年生になり友人と将来の話をするなかで、ふと教師より医師に向いているのではないかと思い、急遽進路を変え東邦大学医学部に進学しました。整形外科医である父の姿をみながら育ったためか、医学部時代は次第に整形外科に目が向くようになり、北里大学病院整形外科に入学しました。その後、「肩腱板断裂における疼痛関連因子の検討」をテーマに博士号を取得しました。現在は当院の副院長として名倉医院の伝統を受け継ぎながらも、最新医療の提供を目指し、日々診療にあたっています。

北千住の地で、幅広い年齢層の痛風患者に対応する

当院は、JRをはじめ5路線が乗り入れる巨大なターミナル駅である北千住駅のほぼ駅前にあります。地元はもとより、埼玉県や千葉県など多方面から多くの患者さんが受診し、近年は駅前再開発や大学誘致が行われたことで、年齢層も子どもから若者、高齢者までさまざまです。

対象とする疾患は、外傷を中心に変形性関節症や四十肩、五十肩、膝の痛みなどの慢性疾患から高尿酸血症まで多岐にわたり、2021年はコロナ禍にありながら、平均

約3,000名/月の患者さんが受診されました。高尿酸血症の患者さんは痛風発作を機に受診するケースがほとんどです。2021年に痛風発作で受診した患者数はおよそ200名で、40～50歳代の男性が中心ですが、最近は20歳代の若い年齢層も見受けられます。

初診では回帰性リウマチや蜂窩織炎などとの鑑別が重要となりますが、安静時の激痛という痛風の典型例を示す患者さんが多く、診断は比較的容易です。診察室に入ってきたときの雰囲気、血液検査値とレントゲン検査、場合によっては超音波検査による画像所見で、ほぼ診断がついている状況です。

「あの痛みをもう経験したくない」患者への対応

患者さんは診察中に「この激痛を何とかしてほしい」と必死に訴え、多くの方は非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）を用いて4～5日で軽快します。それらの内服と湿布の初期治療により激痛の鎮静を図り、発作が落ち着いたところ尿酸値の安定化に向けた治療を開始します。

痛風発作は激痛を伴うため、発作を経験した患者さんは、無症候性高尿酸血症の患者さんに比べて尿酸降下療法の意義について納得しやすい印象です。実際、「あの痛みをもう経験したくない」という思いから服薬アドヒアラン



写真1 待合室

スは良好であり、食事療法や運動療法に関する説明にも熱心に耳を傾けてくれます。

しかし、発作の間隔は多くが年1回程度です。痛みが鎮静化し、発作が起こらないまま月日が経つと、「もう大丈夫かな」と油断するのでしょうか。次第に服薬がおろそかになる患者さんが増えてきます。このように「喉元過ぎれば熱さを忘れる」状況ですが、痛風発作は忘れたころにやってきます。しかも、発作の再発はもちろん、高尿酸血症が持続することによって、脳血管障害や腎機能障害のリスクを招く事態にもなりかねません。リスク軽減のためにも服薬を継続し、血清尿酸値 $\leq 6.0\text{mg/dL}$ のコントロールを目指すことが重要であると、患者さんには繰り返し伝えています。

生活指導、薬物治療のポイントと工夫

高尿酸血症の治療においては生活習慣の改善を重視し、食事やアルコール摂取の見直し、運動の重要性について説明しています。患者さんから受ける質問で多いのはアルコールに関するものです。なかでも「蒸留酒なら飲んでも大丈夫ですよ?」と聞かれることが多く、アルコールそのものが尿酸値を上昇させることを知っている患者さんは稀です。お酒の種類よりも量が重要であること、また一気飲みは絶対によくないことを伝えて、週2日以上禁酒日を設けるよう勧めています。

運動については、激しい筋力トレーニングや炎天下での運動は尿酸値を上昇させるリスクがあるため、個人の身体能力にあわせた運動を適切な環境下で継続することをアドバイスしています。できれば1日30分以上の有酸素運動が望ましいですが、働き盛りの世代では時間の確保が難しいようで、スキマ時間の活用を推奨しています。個人的にお勧めしたいのはスロージョギングです。一般的なジョギングよりは速度が遅いものの、エネルギー消費量はウォーキングの2倍以上あり、運動習慣のない方でもはじめやすいと思います。

薬物治療においては、尿酸生成抑制薬を第一選択薬としています。投与後、一定期間後に血清尿酸値を再検し、その結果を踏まえて次の処方を考えていきます。尿酸値の下がり具合が思わしくないときには高尿酸血症の病型分

類に即した薬物治療の見直しを検討しますが、整形外科である当院は尿検査を行える環境にないため、内科の先生にお願いすることになります。当院は商業施設内のメディカルフロアに入居しているので、患者さん個々の病態に応じて、同フロア内にある各科の先生方に紹介し連携を図っています。

今後の展望

「人生100年時代」といわれる時代です。整形外科医として、いかに関節機能を温存して筋力低下を防ぎ、患者さんに長い人生を元気に生き抜いてもらうかを考えなければならぬと感じます。ロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイルという概念が示すように、課題解決に向けて臨床で研究を重ね、個々の患者さんにフィードバックしていきたいと思います。

また、私はこれまで整形外科の臨床において外傷のみならず、加齢による変性疾患も数多く診てきました。そこから次第にアンチエイジング医学にも興味を湧き、独学ではありますが少しずつ勉強を続けています。尿酸は抗酸化作用を有する点で、アンチエイジング医学の観点からも興味深い物質です。今後は、当院でも患者さん個々の病態に対し、痛風・高尿酸血症を含めてアンチエイジングの観点に基づいた包括的なアプローチを実践していきたいですね。

当院は開業から18年目になりますが、時代の流れに取り残されないよう社会のニーズに応えながら、これからも新たなチャレンジによってさらなる発展につなげていきたいと考えています。



写真2 リハビリ室（頸椎・腰椎牽引機器）

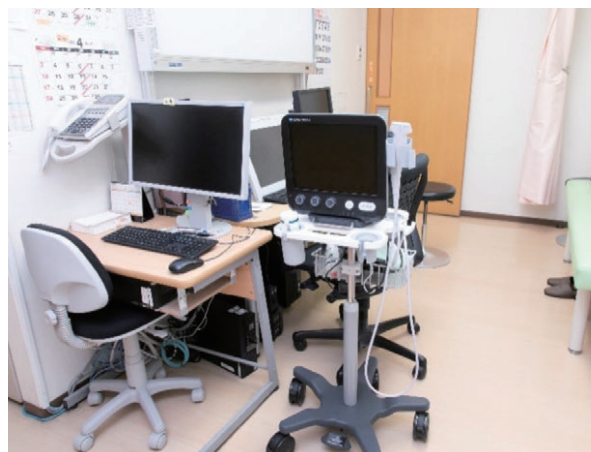
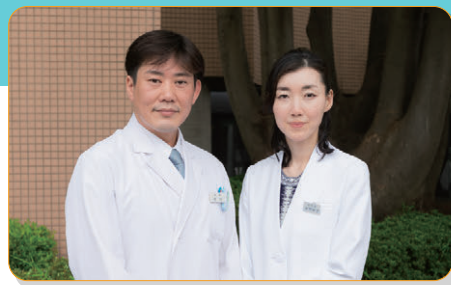


写真3 運動器超音波画像診断装置

医療法人社団 南越谷病院

<https://nankoshi-hosp.com/>

埼玉県越谷市南越谷1-4-63

院長
清村 幸雄 先生副院長
清村 咲子 先生

地域のかかりつけ病院として40年

院長 当院は、私の父である清村忠雄が1983年に開院し、もうすぐ40年になります。当院の所在する旧蒲生村（現・越谷市蒲生）は古くより医療資源に乏しく、「誰もが安心して身近な医療を受けられるように」という父の想いのもと、地域住民の健康を支えるかかりつけ病院として歩みを重ねてきました。

2020年に私が2代目院長となり、カルテは30万番台にまで到達しましたが、そのなかで数百番台の患者さんからは、いまだ「清村さんが蒲生に病院をつくってくれた」と感謝されております。

現在、当院を受診するのはそうした父の代からの高齢者層に加え、越谷市が東京のベッドタウンとして発展したことで、若いファミリー層も増えました。診療圏も広く、平日は近隣住民が中心ですが、日曜になると埼玉県東部一帯から患者さんが来られます。開院当初はめずらしかった日曜診療も、徐々に手がける医療機関が増えてきましたが、整形外科と皮膚科を標榜する施設ではまだ珍しく、かなり遠方からも患者さんが来られています。

高尿酸血症診療の現状

院長 当院では現在、内科、整形外科、リハビリテーション科、皮膚科、美容皮膚科、内科、アレルギー科を標榜しており、高尿酸血症の治療のため受診する患者さんは月に150～170名にのぼります。

内科では、高血圧や脂質異常症など、何らかの生活習慣病を主病として高尿酸血症を併存する患者さんが多く、私が診る整形外科では稀に尿路結石による腰痛もありますが、痛風発作をきっかけとして高尿酸血症と診断されるケースがほとんどです。

初診であれば、偽痛風や化膿性関節炎などとの鑑別の

ため、血液検査やレントゲン検査をルーティンとし、病変部位が膝や肘で診断に難渋する場合は関節穿刺を行い、偏光顕微鏡により尿酸塩結晶の同定を試みています。他にも、皮膚科では単に「足の腫れ」を訴えて受診するケースもあり、院内には高尿酸血症の鑑別が必要な患者さんが多い印象です。そこは院内の内科、整形外科、皮膚科が密に連携し、適切な診断、治療につなげられるよう努めています。

関節炎の鑑別のコツ

副院長 当院は生物学的製剤使用承認施設であり、皮膚科ではコントロール不良の乾癬難治例を多く受け入れています。特に乾癬性関節炎は関節破壊や変形をきたし、QOLが低下しやすいことから、早期に生物学的製剤の使用を考慮すべく他の関節炎との鑑別が重要となります。

足趾や足関節に現れると痛風関節炎と間違われやすいようですが、乾癬性関節炎の場合、7～8割で皮疹が先行します。皮疹は、銀白色のがさがさした鱗屑、境界明瞭な盛り上がった紅斑を呈し、頭皮や髪の生え際、肘や膝など



写真 診察室

副院長が診療される皮膚科外来では、患者さんの年代やお悩みが多岐にわたることから、どんなお悩みでも相談しやすい温かい雰囲気になるようピンクを基調としている。

が好発部位となるのが特徴です。点状陥凹などの爪病変が認められやすいことも、鑑別に役立つかもしれません。

院長 痛風関節炎を疑っても、実際には血清尿酸値が7.5mg/dLと微妙で、C反応性蛋白（CRP）、好中球も上昇せず、診断に悩むケースは多いです。そんなとき、入念な問診は参考となります。というのも患者さん自身、原因について身に覚えがあることが多く、家族歴をはじめ既往歴、投薬歴や生活習慣などを細かく聴取していくことで診断につながるケースはよくあります。そのステップを経て高尿酸血症の診断に至ると、その後、患者さんとの信頼関係をうまく築きやすいように感じています。

高尿酸血症に対する治療介入の工夫

院長 高尿酸血症と診断後、治療においてまずは生活習慣の改善を検討します。実際、肥満や生活習慣病の合併頻度は高いです。また、痛風発作が起きて来院した患者さんも、発作が消失すると、たいてい治療に消極的になります。

そこで私自身が、生活習慣の改善によりダイエットに成功したと告げると、みなさん身を乗り出し、詳細を聞こうとされますね。水を1日2L飲んで飲酒量を減らし、週3回30分の有酸素運動で15kg減量したのですが、目の前の医師からの成功談は患者さんにインパクトを与えるようです。

さらに、治療に関する患者さんの意欲を高めるため、私はビジュアルも活用しています。特に痛風結節の自壊した創部の写真は効果的で、浸出液や白色チョーク様の内容をみせると、患者さんは「こうなるの?」とぎょっとされます。腎機能低下や心血管イベントのリスクについての説明も重要ですが、インパクトのあるビジュアルによる説明は、患者さんの治療意欲を引き出すうえで言葉以上の効果があるようです。

アドヒアランスを高めるコツ

副院長 皮膚科領域でも、患者さんの治療意欲は大きな課題です。乾癬をはじめ、慢性皮膚疾患では外用薬による連日塗布が必要となるため、特に皮疹の範囲が広い患者さんは「手間がかかる」、「面倒」とアドヒアランスが低下しがちです。そこで私は初診時、患者さんの生活実態について細かく聴取し、外用指導の参考としています。

たとえば皮疹が手の届きにくい部位にある場合、患者さん自身で外用薬を塗ることはできません。そこで、同居者の有無やその関係性などを確認し、周囲の人たちを巻き込む形での治療を提案すると、アドヒアランスがよくなるケースは多いです。

院長 協力者の存在がアドヒアランス向上のカギとなるのは、あらゆる領域に共通していえることだと思います。その点、古くから地域に根差したかかりつけ病院である当院は、多くのスタッフが患者さんの家族構成をよく把握しており、患者さんの父親、母親、あるいは子ども、誰が協力

者となり得るかの見極めがつかます。高尿酸血症の治療においても、うまく周囲を巻き込んだ治療の提案を行うことで、より効果的な治療の実現につながると思います。

高尿酸血症治療のやりがい

院長 高尿酸血症の患者さんは、働き盛りのストレスの多い世代です。帰宅して、1日の疲れを癒すべく冷蔵庫を覗くのが楽しみなのに、生活習慣との関連を指摘されるのは不本意な側面もあるのでしょうか。患者さんは渋々といった表情で診察室に入って来られて、飲酒習慣について尋ねても「まあ、ときどき」といった調子です。

そこで「焼酎党ですか、ウイスキー党ですか」、「どんな飲み方が好きですか」と掘り下げていくと、たいてい「スタートはロング缶。その次は…」と正直に話してくれます。そこから、私自身の飲酒の嗜好やダイエット成功談も交えて対話を続けていくと、健康や生活について気になること、困っていることなど、患者さんの本音がぼろぼろと出てきます。

おそらく、患者さんも医師にいろいろ話したいのだと思います。逆に、そこを封印したまま生活指導や薬物療法を導入しても、継続は難しいでしょう。高尿酸血症は脳梗塞ほど病態がシビアではなく、骨折のように長期休職を余儀なくされることもなく、乾癬のように外見上の負担があるわけでもない。ただ、生活や人生で抱えている辛さが表出されやすく、治療はそれらの問題を患者さん自身が見つめ直すよいきっかけになる印象があります。そこに医師として介入し、患者さんの安らぎにつながれば医師冥利に尽きますし、高尿酸血症治療の魅力はそうした点にあるのかなと思います。

さらなる地域への貢献をめざして

院長 1983年の開院以来、かかりつけ病院として多くの地域住民の健康を支えてきましたが、現在は地域の救急診療体制も整備され、日曜診療を提供する内科系施設も増えてきました。そうしたなか、当院としてこれから何ができるのか、あらためてその役割を考えていく必要があります。

そのなかの一つとして検討しているのが、超高齢社会において急増している変形性膝関節症（OA）に対する最新医療の追求です。現在、当院の整形外科ではOAの治療選択肢として、先進的再生医療である多血小板血漿（PRP）療法を提供しています。また、埼玉県立大学や順天堂大学と提携し、OAの歩行解析や新規バイオマーカーの研究などを進めていくことも決まっています。

父が「地域住民に病院を」と開院した当院ですが、これからは高度医療機関との連携により得られた知見を活かし、地域住民に身近な存在でありながらも大学病院レベルの専門的医療を提供する、患者さんにより信頼される病院をめざしたいと思います。

大阪公立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学 講師

藏城 雅文 先生



2003年 大阪市立大学医学部医学科 卒業
2003年 大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学 入局
2011年 大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学 修了
2010年 兵庫医科大学内科学内分泌・代謝科 助教

2011年 兵庫医科大学内科学内分泌・代謝科 学内講師
2012年 兵庫医科大学内科学内分泌・代謝科 講師
2013年 兵庫医科大学内科学糖尿病・内分泌・代謝科 講師
2016年 大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学 講師（現在に至る）
2022年4月 大阪市立大学は、大阪公立大学に名称変更

所属学会：日本痛風・尿酸核学会 認定痛風医・編集委員・評議員、日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・近畿支部評議員、日本内分泌学会 内分泌代謝科専門医・指導医・評議員、日本糖尿病学会 専門医

好きなことは意地で頑張り抜いた少年時代

小学校時代は少年野球に熱中し、そろばん、水泳など多くの習い事も掛け持ちしていました。特にそろばんは奈良県大会の小学校5・6年生部門で2位になったことがあり、計算は得意でしたね。今でもスライドをみて、すぐ数字を確認するクセが抜けません。野球はぎりぎりレギュラーになれるレベルでしたが、身体は鍛えられ、意地で頑張り抜いたのはよい経験だったと思います。

高校に進学すると、当時は経済に興味があり、新聞を読むのが好きだったので国家公務員になりたいと考えていました。進学校でもあり、周りは医学部進学を目指す生徒ばかりでした。高校1年生で東京大学理科三類の模試を受け、「もう今年でも受かるわ」と豪語する同級生もいて、大変なところに来たなと思いましたが、気がつけば私も医学部を目指すようになっていました。

徹底することを教えられた研修医時代

医学部時代は画像読影に興味をもったこともありましたが、実習が始まると、内科臨床の面白さに目覚めました。

私は卒後ストレートで入局する最後の世代でした。1年目で病棟管理を任されましたが、似たような症状の患者さんが入院してくるため、すっかり仕事ができる気になってしまいました。しかし、2・3年目の救急病院には腹痛、胸痛、薬物依存症など、大学病院では診たことがない症例が搬送されてきたので、一から教えてもらわざるを得ず、情けなかったですね。指導医からは「君のいうことは信用できない」、「医師10年までは未熟者。それを自覚するんだ」と叱咤され、一般臨床の基礎を叩きこまれました。「検査1つとっても、必要と思えばどんな障壁があっても徹底してやるんだ」といわれたことなど、今でもふと思い返します。

恩師との出会いから始まった尿酸研究

その後、大阪市立大学から兵庫医科大学に赴任し、尿酸研究の大家である山本徹也教授（現・社会福祉法人 大

阪明館病院検診センター長）と出会ったことが、医師人生のターニングポイントとなりました。当時、尿酸については「数値を測ったことがあったかな」くらいの認識でしたが、山本先生の教え方は非常に面白く、いつの間にか尿酸研究の魅力にとりつかれてしまった次第です。山本先生のもとで尿酸値の上昇を抑制するPA-3乳酸菌の研究などに携わった後、大阪市立大学に戻り、現在は主にキサンチン酸化還元酵素（XOR）活性と生活習慣病との関連について研究しています。今後はXORが産生する活性酸素と動脈硬化、心血管イベントなどとの関連やXOR活性阻害薬によるアデノシン三リン酸（ATP）上昇と筋疾患への影響をテーマに研究を進めていくつもりです。

尿酸には酸化／抗酸化作用の二面性があり、それをどう解釈するかは誰も答えを見いだせていません。年齢や性別、肥満や糖尿病の有無などで群分けすれば何かみえてくるかもしれませんが、真理はどこにあるのだろうと思わせる興味深い領域です。

試練を楽しみに変えて前進の糧に

プライベートでは子どものころから変わらず、経済を考え、新聞を読むのが好きで、おススメは日本経済新聞の「私の履歴書」というロングインタビューのコーナーです。さまざまなジャンルの国内外の著名人の人生を追体験できて、とても面白いですよ。登場者は成功者とは限らないのですが、すさまじい努力を重ねつつ、その波乱万丈を楽しんでいる様子が格好良いのです。しんどいことをしんどいと思ったら負け、同じ時間を過ごすならむしろ「楽しい試練」と捉えれば前に進めるんだと思わせてくれます。これから私自身の履歴書がどのように書き換えられていくかはわかりませんが、常に楽しむ気持ちを忘れず、研究を進めていきたいですね。

福井大学医学部病態制御医学講座内科学(1) 助教

森田 美穂子 先生



2006年3月 福井大学医学部医学科 卒業
 2006年4月 福井大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
 2008年4月 福井大学医学部附属病院第一内科 入局
 2009年9月 医療法人林病院内科
 2011年7月 福井大学医学部病態制御医学講座内科学(1) 医員

2012年4月 福井大学医学部病態制御医学講座内科学(1) 病院助教
 福井大学大学院医学系研究科先端応用医学専攻博士課程
 2016年3月 福井大学大学院医学系研究科先端応用医学専攻博士課程 修了
 2021年7月 福井大学医学部病態制御医学講座内科学(1) 助教
 (現在に至る)

所属学会：日本痛風・尿酸核学会 評議員、ダイバーシティ推進委員会委員、若手委員会委員、認定痛風医、日本内科学会 認定内科医、
 総合内科専門医、日本感染症学会、日本血液学会 血液専門医、日本輸血・細胞治療学会

体育会系の部活を掛け持ちした大学時代

周囲に医療従事者や医療をめざす友人がたくさんいた学校生活のなかで、自然と医師の道を志しました。福井大学医学部に入学すると、バスケットボール部と水泳部を掛け持ちしました。気のあう友人たちにも恵まれ、誰かの家に集まって料理を作ったり、テスト前には一緒に勉強したりと、濃密な学生時代を過ごしました。

内科学(1)教室に入局したのは、血液・腫瘍内科は長期間療養される方が多いことから、じっくりと患者さんとの関係性を築けるのではないかと考えたからです。また、血液疾患はそれまでの生活習慣などにかかわらず突然に発症するものであり、その治療に大きな意義があるとも感じました。加えて当時、教授だった上田孝典先生(現 福井大学学長)が、「内科学(1)教室に入れば、内科のジェネラリストとしても、血液のスペシャリストとしても活躍できますよ」と熱心に誘ってくださったことに背中を強く押されました。

腫瘍崩壊症候群をサブスペシャリティに

入局後、大学で勤務したのち、越前市にある林病院に2年間勤務しました。当時、林病院には故 中村徹先生(福井大学名誉教授)がおられ、先生に尿酸排泄に関する研究について意見を求められたことが、この領域に足を踏み入れた第一歩だったと思います。当教室は、血液・腫瘍内科を軸として、血液腫瘍の化学療法時に多くみられる腫瘍崩壊症候群を研究してきた歴史があります。大学に戻り、上田先生と山内高弘先生(福井大学医学部病態制御医学講座内科学(1)教授)のもと、腫瘍崩壊症候群における高尿酸血症に対する尿酸生成抑制薬の有効性と忍容性の研究に携わりました。その後、同薬はがん化学療法に伴う高尿酸血症に対して保険適用を追加取得しています。

腫瘍崩壊症候群は化学療法により腫瘍細胞が急速かつ大量に崩壊し、核酸や電解質などが血中に大量に放出されることにより生じます。現在は生化学データから診断しているこの疾患を、メタボローム解析を用いて代謝の面か

ら病態を明らかにしたいと考え、研究を進めています。また近年、分子標的薬がさまざまな科で使用されるようになりました。腫瘍崩壊症候群の予防と速やかな治療の重要性について、がんを扱うすべての先生方に広く知っていただけのように啓発に努め、化学療法の副作用による死亡や合併症を防ぎたいと考えています。

ゆっくりでも「研究を続けること」が1つのモデルケースになれば

腫瘍崩壊症候群というテーマに出会えたことで、上田先生や山内先生に熱心にご指導いただき、隔年で開催される国際プリン・ピリミジン代謝学会に3人で参加する機会も得ました。スペインのマドリッドやフランスのリヨンを訪れたことは研究発表という貴重な経験に加え、旅番組好き、歴史遺産好きの私にとって、とてもよい思い出です。日本痛風・尿酸核学会では若手委員とダイバーシティ推進委員を拝命しています。腫瘍崩壊症候群をサブスペシャリティとしたからこそ、こうした自分の視野を広げる活動に参加させていただけていると実感しています。

現在、子育て真っ只中です。これまで産休・育休を取得し、時短勤務を経て、現在も時間外や当直も最低限になるよう配慮をいただきながら大学で臨床と研究を続けています。毎日がギリギリの生活という感じではありますが、とにかく「続けること」が大切だと思っています。他の人が1年でできることを3年かけたとしても、前に進めていく。それが男女問わず、さまざまなライフステージにある臨床医・研究者の1つのモデルケースになればと考えています。



プリン体を減らすレシピ #02

タンドリー風 ちくわ



プリン体は肉類や魚類に多いのですが、加工調理したものでは減る傾向があります。今回は魚肉練り製品としてよく知られるちくわを使ったレシピを紹介します。

帝京平成大学薬学部 教授／
日本痛風・尿酸核学会 理事長

金子 希代子 先生

株式会社フォーラル
管理栄養士

孰賀 佳冬 先生

(1人分) エネルギー：65.5kcal／たんぱく質：4.2g／脂質：0.9g／糖質：9.4g／
食物繊維：1.3g／食塩相当量：0.8g／プリン体量：15.9mg
エネルギー産生栄養素バランス (PFC) ⇒P：25.6% F：11.7% C：57.1%

※エネルギー産生栄養素バランス (PFC)：
エネルギーを産生する栄養素 (Protein：たんぱく質・Fat：脂質・Carbohydrate：炭水化物) のエネルギー比率を示したもの。



材料 (2人分)

- ちくわ：小2本
① カレー粉：小さじ1
① ケチャップ：小さじ1
① ヨーグルト：大さじ1
① にんにく：少々
① 生姜：少々
パプリカ (黄)：1個



つくりかた

- ①ちくわは食べやすい大きさに、パプリカは半分にする
- ②①をよく混ぜたらちくわを入れて和える
- ③パプリカに盛って、トースターで少し加熱したらできあがり

管理栄養士からひとこと



火を使わないので、暑い季節でも作りやすいレシピです。スパイシーな味つけで食欲をそそります。葉物野菜で包んで食べるのもおすすめです。

コメント



魚肉練り製品のちくわは値段が安いこともあり、よく使われる食材です。加工調理品は製造の過程で水溶性のプリン体が溶け出してしまうため、元の肉類や魚類と比べてプリン体が少なく、血清尿酸値を気にする方に勧められる食材です。ちくわ (焼きちくわ) に含まれるプリン体は47.7mg/100gと、一般的な魚介類の1/4から1/3と少ない数値です。ただし塩分が多めなので、血圧が高めの方や腎臓の機能が心配な方は、1回分を1本程度にするとよいでしょう。今回のレシピも、ちくわ1本で1人分です。カレー粉を使って味付けされているので、野菜と一緒に食べられるように工夫されています。ほとんどの野菜はプリン体が少なく、パプリカは1.0mg/100gです。パプリカの甘みがタンドリー風ちくわの辛味を和らげる、夏と尿酸値の高い方にぴったりのレシピです。

LINEから 痛風・高尿酸血症の 情報を配信しています!!

(毎週1回、全12回)



(期間:2022年4月~2024年3月)

とどけ、元気。つづけ、元気。



富士薬品グループ

友だち追加はコチラ



友だち募集中!!

二次元コードを読み込んで「追加」をタップ

『痛風 ZERO PROJECT』は、尿酸値を6mg/dl以下に
維持する生活を応援しています!!



NEXT ISSUE

次号予告
2022年 No.3

2022年 No.3

テーマ：薬剤選択

対談 Cross Talk

高尿酸血症治療における新たな薬剤選択の考え方

Current Lecture 専門医による疾患解説

高尿酸血症の薬物治療

Q&A 専門医に聞く、治療のABC

Q1. 高尿酸血症の薬剤選択で、
最も重要視されることは何でしょうか

Q2. 薬剤増量・切り替えの際、
患者にどのように説明すればよいでしょうか

医療コミュニケーションスキルアップ

患者さんの目線から

薬剤選択～服薬指導

施設紹介

若手医師紹介 新しい風～NEXT Generation～
プリン体を減らすレシピ

尿酸
NEXT Stage

高尿酸血症をマネジメントする



富士薬品

〒330-9508 埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目383番地