

OTK 2021年9月 (No.98) **ニュース**

わだち

ベージェット病友の会

事務局 〒 大阪府東大阪市 遠田方
 TEL
 mail (本部) t4492a@sky.plala.ro.jp

災害に備える **9月1日は防災の日** 年に一度はすべてを出してチェックしましょう！

 **日本赤十字社**
Japanese Red Cross Society

非常時の持ち出し品・備蓄品 災害後の救助や 救援物資の到着までに、最低限必要なものは 準備しておきましょう。

 **ポイント**

- 非常持ち出し品は、両手が使えるリュックタイプが望ましい。
- 避難の妨げにならないように、軽くコンパクトにまとめましょう。
- 自分や家族の状況に応じて必要なものを選びましょう。
- 自分に必要なものの優先順位を決めて準備しましょう。
- 定期的な中身をチェックしましょう。

<div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px; text-align: center;">貴重品</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 現金(小銭を含む)※公衆電話用に10円玉、100円玉 <input type="checkbox"/> 車や家の予備鍵 <input type="checkbox"/> 予備の眼鏡、コンタクトレンズなど <input type="checkbox"/> 銀行の口座番号・生命保険契約番号など <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身分証明書(運転免許証、パスポートなど) <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;">情報収集用品</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 携帯電話(充電器を含む) <input type="checkbox"/> 携帯ラジオ(予備電池を含む) <input type="checkbox"/> 家族の写真(はぐれた時の確認用) <input type="checkbox"/> 緊急時の家族、親戚、知人の連絡先 <input type="checkbox"/> 広域避難地図(ポケット地図でも可) <input type="checkbox"/> 筆記用具 <div style="background-color: #000080; color: white; padding: 5px; text-align: center;">食料など</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 非常食 <input type="checkbox"/> 飲料水 <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px; text-align: center;">便利品など</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 防災ずきんかヘルメット <input type="checkbox"/> 懐中電灯(予備電池を含む) <input type="checkbox"/> 笛やブザー(音を出して居場所を知らせるもの) <input type="checkbox"/> 万能ナイフ <input type="checkbox"/> 使い捨てカイロ 	<div style="background-color: #008080; color: white; padding: 5px; text-align: center;">清潔・健康のためのもの</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> ビニール袋 <input type="checkbox"/> アルミ製保温シート <input type="checkbox"/> 毛布 <input type="checkbox"/> スリッパ <input type="checkbox"/> 軍手か皮手袋 <input type="checkbox"/> マッチライター <input type="checkbox"/> 給水袋 <input type="checkbox"/> 雨具(レインコート、長靴など) <input type="checkbox"/> レジャーシート <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 5px; text-align: center;">その他</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 救急セット <input type="checkbox"/> 常備薬・持病薬 <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> トイレトペーパー <input type="checkbox"/> 着替え(下着を含む) <input type="checkbox"/> ウェットティッシュ <input type="checkbox"/> 紙おむつ(幼児用・高齢者用など) <input type="checkbox"/> 生理用品 <input type="checkbox"/> 粉ミルク・哺乳瓶(赤ちゃんに必要なもの) <input type="checkbox"/> その他自分の生活に欠かせないもの
---	--

ご自身の環境に合わせて必要なものを準備してください。

古くなったお薬・食品の入れ替えも忘れずに！

わだちニュース 目次

巻頭言	3
第42回ベーチェット病友の会医療講演会（前半）	4
第42回ベーチェット病友の会医療講演会（後半）	20
第42回ベーチェット病友の会医療相談会	35
支部連絡先のご案内	47
編集後記	48

ホームページのトピックス欄には、最新情報を掲載しています。

[ベーチェット病友の会公式ウェブサイト \(behcets-jp.net\)](http://www.behcets-jp.net)

<https://www.behcets-jp.net/>

入会申し込みもできるようになりました。お知り合いにご紹介ください。

ホームページ資料室

<https://www.behcets-jp.net/Contents/Etcetera/library.html>

ユーザー名（半角）：tomonokai パスワード（半角）：201901

ログインするとわだちがPDFで閲覧できます。

PDF上の手のマークをクリックすると
（リンク）ページが開けます。

限定動画のURLも確認できます。

CD版・テープ版も用意してありますので、遠田まで連絡ください。

巻頭言

残暑お見舞い申し上げます。

いや～、残暑、暑いですね。口を開けば暑い暑いと言いたくなりますね。

皆さんお元気ですか。

きょう、アムジェンから7月に行われた患者サミットの報告や起稿文が届きました。

郵送料も要らなくて届くんですから、すごいですね、今の時代は。

ぼうっとしてたらおいていかれそうです。(もうすでにおいていかれてるかも・・・)

皆さんお気づきになったと思いますが「わだち」が大判化になりました。

これで大きな字で見れるので安心と思うのは早いです。

細かな字でメールの画面にびっしりと送ってきますので、音声パソコンで聞けるからまだいいのですが、これで音が出なかったらと思います。

ボリュームさえ上げておけば楽ちんです。私は全盲なので、読んでくれるだけでもありがたいと思っています。

オリンピックがやっと終わりましたが、これから選挙とかいろいろありそうですね。報道では自民党が50議席以上少なくなるとか予想が出ていますが、どうなりますやら。

遠田 記

皆さんからの原稿をお待ちしています、どんな些細なことでも構いませんのでお声を聞かせていただくと幸いです。お電話・メールなどで、原稿もお待ちしています。

第 42 回ベーチェット病友の会医療講演会 前半

- ◆司会者 これより第 42 回ベーチェット病友の会医療講演会を始めさせていただきます。
講師は、岡山大学病院リウマチ・膠原病内科 松本佳則先生にお願いをしています。
本日は前半と後半に分かれておりまして、前半ではベーチェット病について、後半はコロナウイルスについてお話をさせていただくようになっております。
画面の共有を許可いたします。よろしくお願ひいたします。

- ◆松本先生 はい。ありがとうございます。
皆さま、初めまして。岡山大学病院リウマチ・膠原病内科の松本と申します。先ほど芦田さまからご紹介いただきましたが、今回、このように貴重なご縁、そしてお話をさせていただく機会をいただきまして、大変光栄に存じます。
先ほどご紹介いただきましたが、昨年（令和 2 年）1 月 30 日に倉敷で難病講演をさせていただく機会をいただきまして、そのようなご縁で本日、このような機会を頂戴いたしました。
今日は、少し容態の悪い患者さんが入院をされていて、先ほどまで診療をしていたので少し参加が遅れてしまい申し訳ございません。この会のあともまた病棟に行かなければいけないので、難病講演と医療相談が終わりましたら、中座させていただこうと思っておりますが、相談会では、何でもご質問をいただければと思います。可能な限りお答えをさせていただきたいと思ひます。本日はよろしくお願ひいたします。

自己紹介をさせていただきたいと思ひますが、私は広島出身で、2003 年に岡山大学の医学部を卒業しまして、その後 5 年間、外の病院で研修をいたしまして、そこでのいろいろな出会い等もありまして、2008 年に岡山大学に戻りまして、リウマチ・膠原病の診療をライフワークにしたいと思ひようになりました。

そのあと、いろいろな縁も重なって、2011 年からカナダのトロント大学に 5 年半程、研究の留学をさせていただき、その後、2017 年より現在の岡山大学のほうに戻ってまいりました。そして今、研究准教授といった立場をいただきまして、主に今は臨床ですね、患者さんを診察させていただく。そしてあとは、このような膠原病、難病の克服のために研究を主にさせていただき、そしてそれをまた後進に伝えるという教育。このようなところに今、精進させていただいております。

それでは講演に入らせていただきたいと思いますが、まず「免疫とは」。よく「免疫」ということを聞かれるかと思うのですが、「疫を免れる」というように書くのですが、この免疫というものは、本来、私たちの体の中に備わっている防御機構でありまして、一度病気に罹患すると二度とかからないようになる。これは、この自分たちの免疫というものは、自分の体とほかから入ってきたものを識別して、ほかを排除するというのですね、そのような機構が働いている。これを免疫といいます。

この免疫というものは2つありまして、とにかく何でもかんでも入ってきたものを全て排除するという自然免疫というものと、獲得免疫といって、いったん入ってきたものを自分たちが勉強をして覚えて、そして次に入ってくると速やかに対応できるようになる。このような獲得免疫という2つがあって、ワクチンというものはまさにこの獲得免疫という考え方で、一度勉強をさせておくと2回目から速やかに対応ができると。これが良いところなのですね。

この、自分かそうでないかを認識するということは大事なことなのですが、これが実はうまくいかななくなるという病気が起こってきます。免疫の異常で起こってくる病気は2つありまして、アレルギーとそして膠原病なのですね。このアレルギーと膠原病というものは、似ているようでまったく異なる病気です。

アレルギーというものは何かといいますと、これは外から入ってくるものですね。外来性抗原といいますか、外から入ってくるもの。本来は自分の体を害さないものであるにもかかわらず、それを害悪だと思って過剰に反応してしまう。これをアレルギーという。例えば花粉とかあるいは食物。このようなものは本来、自分の体を害するものではないはずなのですが、このようなものを「害する」というように思い込んでしまい、そして過剰な反応をする。そうすると、アレルギーで咳が出たり、鼻水が出たりと結構、花粉症がきつと思うのですが、このようなことが起こります。

膠原病というのはそれとはまったく異なる病気でありまして、これは、自分の免疫が本来は自分の体を守るためにあるのですが、自分の体を敵だと思って、自分を敵だと思って攻撃をする病気。これを膠原病と呼んでいます。ベーチェット病もその一つなのですね。

膠原病について少し説明をさせていただきますが、今、指定難病でありまして、これだけの指定難病が膠原病領域であります。だから、私たちが診療をさせていただいている病気のほとんどは指定難病。その中にベーチェット病も入っておりまして、実はこの中に入っていない病気があります。これは関節リウマチという病気でありまして、関節リウマチは指定難病には入っておりません。

実は、この関節リウマチの患者さんが今、最も膠原病の中では多くて、日本全国で 100 万人くらい患者さんがいらっしゃいます。100 人に 1 人がリウマチの方なのですが、これは近年、劇的な治療法が出てきまして、非常に今、患者さんが治療のコントロールが良くなっているということもあって、今、指定難病ではないのですね。

実際に難病患者さんの数、ベーチェット病で 2015 年には、1 万 9,000 人ということになっていますが、これは受給者証ベースの数でありまして、ベーチェット病であると実際に診断をされていても軽症等の理由で申請されていない方もいらっしゃると思いますので、実際の数というものは、もっと多いのではないかと考えています。

では、ベーチェット病とはどのような病気かということについてご説明をさせていただきたいと思います。皆さま方ご存じのようにベーチェット病というものは、目の症状、そして口内炎、外陰部潰瘍、そして皮膚の痛みを伴う結節性紅斑と、この 4 つが主症状。そして副症状として、消化器とか神経、副睾丸炎、血管の病気、それから関節炎ですね。このような副症状。これらを併せてベーチェット病と呼んでおります。

『解夏』という映画をご存じかも知れませんが、これは 2003 年に出た映画でありまして、普通に仕事をされていた若い男性が突然視力を失うような病気に見舞われると。これはベーチェット病という診断になるわけですが、このような中で様々なそれに関わる方々との葛藤、そしてどのようにそれを乗り越えていくかといったことを非常によく描かれているものであります。このような形で映画化されているものもあります。

ベーチェット病というのは、これはもう非常に古くから知られている病気でありまして、紀元前 5 世紀くらいに既にこのような病気が報告をされているのですね、ギリシャで。このベーチェットという名前の由来になったのは、1936 年にフルス・ベーチェットという、これはトルコの大学の皮膚科の先生が、このような症状を呈する病気として報告をしている。そしてこれはシルクロード病と呼ばれていて、シルクロードの一带で非常に多く発症するということが知られています。

これは、やはり地域性といいますか、そのようなところに関わる人種性というか、そのようなところもこの発症に影響しているのではないかと考えられています。30 歳前後で発症する方が非常に多くて、膠原病は圧倒的に女性のほうが発症する割合が多いのですが、ベーチェット病では珍しく男女差がないところもほかの膠原病とは違うところです。

ベーチェット病の原因についてですが、残念ながら未だにわかりません。しかし、近年のいろいろな研究で、遺伝的要因とそれから環境要因と半々あるのではないかというように現在は考えられています。

遺伝的要因というのはどのようなことかといいますと、HLA-B51 あるいは HLA-A26 と

いう、いわゆる個人の遺伝的な識別のようなものがあるのですが、このような因子を有する方というのは優位にベーチェット病を発症しやすいということは、これは既にわかっているのですね。ただし、よくご質問いただくのですが、これは遺伝病ではありません。だからご自身あるいはご自身の御両親が病気になったからといって、お子さんが発症するかというと、そうではないのですね。可能性はもしかすると少し高いかもしれませんが、遺伝病ではないので、お子さんに遺伝をすとかそのようなことは心配をされなくてもよいわけですね。そこに何かのこの、感染症であったりとか、まだわかっていない未知の要因が加わることで初めて発症するわけです。

HLA-B51 というものを持っている方はたくさん、いらっしゃるのですね、日本人に。しかし、その方全員が発症するわけではないので、そこはよく聞かれるところです。

そのようにいろいろな要因が重なることで、感染者が一番、大きいのではないかといわれるのですが、感染が起こると何かそこに免疫が反応して感染を起こした菌を倒すわけですが、そうするとどうやら自分の体の一部がその菌と似ていると。その体と菌が識別できることによって自分の体を敵だと思って攻撃をするようになる。このような形で免疫の異常が起こるのではないかと考えられているわけです。

このベーチェット病ですね、どのような検査があるのかということなのですが、実は「これが陽性であればベーチェット病です」という明確なものはないのですね。ここがベーチェット病の診断を非常に難しくしているところですね。B51(HLA-B51)陽性というのも一つの助けにはなるのですが、これが陽性だからベーチェット病だということではなくて、「この検査が陽性なら」というものは一つもないのですね。ただ、先ほど申し上げた特徴的な症状、そして皮膚の、ときどき見られることとして、針反応ですね。注射をしたり、点滴をしたり、採血するとき針を刺すと、そこがあとで赤く腫れてしまうとかこのようなこと。特にこれ自体がどうだということではないので、先ほど自己紹介のときに言われていましたが、口内炎を繰り返すとか、そのようなご自身の体質的な部分というようにとらえられているところが最終的に、いろいろ組み合わせていくと病気というように最終的には診断が至る。しかしこれは非常に診断が難しい病気でありますので、私たちも非常に難しいと思っています。だから、なかなかそのような身体的特徴が病気に結びつかないということで治療が遅れてしまうという一つの要因にもなってしまうのですね。これがやはり、まだまだ専門医が少ないというところがあるわけですね。

ベーチェット病の診断は、先ほど申し上げたとおり非常に難しいです。主症状が4つありますが、口内炎、そして皮膚ですね、痛みを伴う紅斑。それから目の症状、そして外陰

部潰瘍。この4つが揃う方というのはとても少ないのですよね。だから、主症状完全型ベーチェットという形で診断ができる方というのは非常に少なく、先ほど申し上げたように、口内炎がずっと続いていて、そしてパッと目の症状が出てくるといったときに結局この病気を疑わないと、「では、口内炎がありますか」とか、「皮膚はどうですか」などのような質問をしないのですよね。

だから、どうしても目が悪くなると眼科に行かれたり、あるいは皮膚が悪くなると皮膚科に行かれたりと各症状、症状に合わせて個別の医院に行かれて、個別には診療を受けるのですが、それを最終的に組み合わせるといことがなかなか難しく、診断に至らないということが多々あるのではないかと思います。

そのようなくつかの、1つ、2つの症状を組み合わせると不完全型のベーチェットと診断をされる方、あるいは特殊型ベーチェットとあって、消化器症状とか血管炎とかあるいは神経ベーチェットですね。このような症状が主に出てくる。しかし、そのような症状だけしか出てこなかった場合、それをベーチェットというように考えることは難しいので、非常にこの臨床の現場でも診断はいつも難しいと思っています。

ベーチェット病の特徴というのは寛解と増悪を繰り返すことですね。調子の良いときと悪いときの落差がとても激しいのです。そして、この周期が人によってまちまちでして、

週単位が周期で良くなったり悪くなったりという方もいらっしゃいますし、月単位の方もいらっしゃるのです。このように、良くなっているときは嘘のようにまったく症状が消えてしまうという方もたくさんいらっしゃいます。

寛解と増悪を繰り返す因子といたしましては、ストレスであったり、睡眠不足とかあるいは感染ですね。このようなものが一つの契機になるといわれているのですが、良いときと悪いときの落差が非常に激しいので、患者さんが困られることは、なかなか周りにわかってもらえないと。調子が悪いときもなかなか休みにくいか、そのような声をよく患者さんから伺います。

少しその症状について細かく見ていきたいと思うのですが、やはり私たちが一番よく紹



<https://bd-navi.jp/about/>

介をいただくのは目の症状なのですよね。これは前房蓄膿といいまして、黒目の所に膿が溜まっている所見なのですが、このように膿が出ています。目が急にパッとかすみがあったようになり、眼科に行かれたりするケースが非常に多いのですが、眼科の先生は最近、非常によく紹介をしていただきます。ベーチェット病ではないかという。そのようによくご紹介いただくということは、とても啓蒙活動が大事なのではないかと思います。

ブドウ膜というものは、目の前の炎症と、後部ブドウ膜という、この網膜脈絡膜というしろのほうの両方を合わせてブドウ膜と呼ぶのですが、典型的な症状はこの、パッと目がかすんだり、発作的にこのようなことが起こるのですが、これがまたしばらくすると治ってきたりするのですね。しかし目の症状というものは非常に大事でして、私たち基本的には、やはりこの目の発作というのは、先ほど申し上げたように、良くなったときというのは嘘のようにまた元に戻ったりされるのですが、この発作が一度も起こらないように調節というか、薬剤の治療をしていくということが極めて大事だと思っております。

なぜかと申しますと、「いったん悪くなくても治るから大丈夫かな」というようにもし油断をしていると、ただの1回の発作がたまたま非常に大事な黄斑部という所に起こったことで、それ以後失明をされてしまう方もたくさん、ベーチェット病の患者さんの中にはいらっしゃるのですね。だから、発作が一度でも起これば二度とその発作が起こらないようにしっかりとした薬物治療をしていくことが、特に目の症状では大切だと思っております。

口内炎。この口内炎も患者さんの日常生活を本当に辛くしてしまいます。ベーチェット病の口内炎というものは非常に痛みが強く、それはなぜかというと、非常に深いのですね。深い所まで炎症が起きて、深い潰瘍が起こるので非常に痛みが出ると。このようなことを周期的に繰り返す。最初はこのような症状でずっと様子を見られている方というのもたくさんいらっしゃるかと思います。

結節性紅斑。これはニキビのような感じでとらえていらっしゃる方も結構たくさんいらっしゃるのですが、非常に痛みを伴う紅斑が、足の全面にやはり、一番多いのですが、首の所にできたりですとか、いわゆるこの、ニキビ状の症状なのです。跡が結構残ったりして、女性の方は非常に気にされる方が多いのですが、このような症状が続く方もたくさんいらっしゃいます。これも出たり引っ込んだりするのですね。

それから陰部潰瘍。これはやはり陰囊とかあるいは男性の陰茎とか、女性の付属機能、周囲に痛みを伴うようなこのような潰瘍ができるのですね。このような潰瘍ができて、これが即ベーチェットだというようになかなか思うことができないケースが多いので、や

はり疑って、その問診で質問をしないと、「このような症状があります」ということを患者さんのほうから言われるケースはほとんどないので、やはり症状があれば疑うことというのがとても大事なのではないかと思います。

あと、副症状としてよくあるものが関節炎でありまして、この関節も非常に大きな関節がよく腫れてきます。これも寛解と増悪を繰り返すのですが、よく関節が腫れてくると、リウマチ。悪い免疫が自分の関節を敵だと思って攻撃する病気を関節リウマチと呼んでいるのですが、このリウマチでも、リウマチはまさに関節がいろいろと腫れてくるのですね。リウマチとこの病気、とても紛らわしいことがあって、難しいのですね。だから、関節炎が出てきたときにリウマチではなくてベーチェット病であるというように診断をつけるために、ほかの症状が出ているか、出していないかということが非常に大事なので、やはり問診がとても大事だということになります。

しかしリウマチの関節と少し違うところは、リウマチの場合、ずっと放っておくと関節がだんだん壊れていって機能障害が出てくるのですが、ベーチェット病の場合には、関節の破壊をきたすことが非常に少ないといわれていて、このようなところが少しリウマチの関節炎とは異なる場所であると考えられると。

それから消化管潰瘍ですね。これもベーチェット病の副症状の一つとして重要なのですが、やはりこれも周期的に腹痛とか下痢、ひどい場合には血便をきたして発見をされることが多いのですが、これはいろいろな部位に起こり得るのですが、一番多い場所というのは回盲部という、胃から入って小腸を経て大腸に行く、ちょうど虫垂のある所ですね。盲腸のある場所。回盲部というのですが、この回盲部に潰瘍ができるのが特徴で、ただしこれもここに潰瘍ができる病気がほかにもあって、例えば腸の結核ですね。感染症ですが、結核もこの回盲部に非常に潰瘍を作りやすいとかありまして、このような感染との鑑別も非常に重要になります。

ひどい場合は腸に穴が開いてしまったりというようなことも起こり得るので、この腸管ベーチェットというものも非常にしっかりと治療をやっていく病気の一つであると考えます。

それから血管炎ですね。血管炎というのは、これは動脈と静脈。心臓から全身血管に酸素や栄養を送るための血管が動脈で、そのあと静脈に血液が引き継がれて、老廃物が静脈を伝って今度は心臓のほうにまた戻ってくるわけですが、この動脈、静脈にいろいろな血管の炎症が起きてしまって、例えば動脈瘤ができてしまったり、あるいは、この前も非常

に若い方で心筋梗塞を起こして救急搬送されたのですが、どうもその、動脈硬化とかそのようなよくある心筋梗塞ではなさそうだとということで、循環器内科のほうからご紹介をいただいて、いろいろと問診を伺うと、口内炎とか外陰部の潰瘍をずっと繰り返していたということで、これは血管ベーチェットではないかということで、今、強力な治療をさせていただいて、ずっとそのあと発作が起こっていない、そのような心筋梗塞の発作が起こっていない。

突然、心筋梗塞等で発症するというのは、心臓に栄養を送る血管が炎症を起こして詰まってしまうのですね。それで血が行かなくなる。それが心筋梗塞ですが、そのようなことで発症するケースもございました。

それから神経ベーチェットですね。この神経ベーチェットというものも予後が非常に悪い病気。難治性だといわれていますが、これもしびれ症状とか、手足が動かなくなる症状で出てくる方もいらっしゃいますし、あるいは失見当識といってここがどこか急にわからなくなってきたりとか、このような認知症様の症状が急にパッと出てきて、そして神経ベーチェットということで診断をされるケースというものもあります。

いろいろなベーチェット病の諸症状から少し遅れて出てくる方もいらっしゃいますし、それらと同時に発症する方もいらっしゃって、これも非常に注意しなければいけない合併症の一つであると思います。

ここまでは病気のご説明で、治療について簡単にご説明をしたいと思います。このベーチェット病の治療の考え方というのは、三段階に分かれます。

一つは、先ほど申し上げたような増悪因子として寒暖の差とか天気ですね。お天気。台風の時期に非常に辛くなる方もいるのですね。気圧が低くなってですね。それから感染症、ストレス。このようなものに気をつけてお過ごしいただくということは非常に大事なことなのですが、薬物治療においては、この3つに分かれます。

1つは、生命の危険への影響がさほどない、そのような合併症ですね。そして2番目が、目の症状ですね。そして3番目が生命の危険を伴う重大な後遺症を残す特殊病型。このような三段階の治療に分かれていきます。

最初の生命に危険を及ぼさない症状。これは、決して軽い症状という意味ではありません。皮膚の症状、口内炎の症状、関節症状。このようなものにずっと困られている方がたくさんいらっしゃいますので、決して軽い症状という意味ではなくて、この症状が続いても命を取られるようなことはない、そのような意味の症状だと考えていただければと思います。

使われている方はたくさんいらっしゃるかと思うのですが、口内炎それから外陰部潰瘍、そして結節性紅斑、関節炎ですね。このようなものは、基本的にはまず局所療法。例えば口内炎だと軟膏とかこのような局所療法。なぜ局所かといいますと、全身治療をするとやはり副作用を伴う可能性があるからなのです。だからまず局所治療でできることはやっていくということですね。あるいは、関節炎等も痛み止めで対応をまずはやっていくと。しかし、そのような局所治療でなかなか改善をされない方は非常に多くいらっしゃると思います。

そのときのファーストチョイス。第一選択がコルヒチンというお薬でございます。あとでお薬の詳細はお話をさせていただこうと思いますが、このコルヒチンというのはベーチェット病全般でよく使われるお薬でありまして、これはもともと痛風のお薬なのです。ですがこれは慣例的にベーチェット病によく効くということがわかっていますので、またあとで少しご説明をさせていただきたいと思います。

まず、このような第一段階の治療があるわけですね。ただ、このような治療でも改善がなくて、そしてこれらは患者さんとよくよくご相談をしながら日常生活に困るような症状としてずっと改善しない場合には、またステップアップをしてですね。それはまたあとで申し上げたいと思います。

このコルヒチンというお薬は痛風のお薬でありまして、これは、悪い免疫といっても特にこのベーチェット病で活性化する好中球という、これは免疫がありますが、この好中球というものは、先ほどの自然免疫といつて、とりあえず何でもかんでも攻撃をしてやるという、その最も重要な細胞の一つなのですが、この好中球が異常活性化をするとベーチェット病が悪化することがわかっておりまして、好中球をブロックするのがこのコルヒチンです。痛風も好中球が関連した発作の病気ですからコルヒチンが第一選択になっておりまして、これは非常に良いお薬なのですが、一番多くある副作用は胃腸障害です。コルヒチンを飲むことで下痢とか腹痛が出る方がたくさんいらっしゃるのです。だから量を調整していくと。そしてあとは、これは妊婦さんには使うことができないのです。これは妊娠には禁忌のお薬です。このようなところが少しこの薬の難点であろうかと思えます。

あとは、肝機能異常ですね。これは血液検査をしないとわからない副作用ですから、肝機能異常とかあるいは血球減少ですね。白血球が下がったり貧血になったり、このようなところは日々血液検査等でチェックをしていく必要がございます。

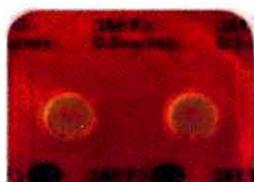
次に目の症状に対するとらえ方ですが、先ほど申し上げたように、目の発作というものは、ただの1回発作が起こったことで失明に至る方も実際にはいらっしゃいますので、発作が起こらないように、いかに治療していくかということが大事な考え方です。だからまずは点眼。特に点眼もどこに炎症が起きたかによってということがやはり重要でして、先

ほどの目の前のほうの部分が炎症を起こすケースでは点眼薬というものが第一選択になるわけですが、目の奥の網膜とか、そのような所の炎症が起こる場合というのは、これはもう積極的に治療をしていかなければいけません。

コルヒチンはこういった病態でもよく使われる第一選択ではありますが、とにかくベーチェット病の治療というものは、自分の体を敵だと思って攻撃する、要は、表現は適切でないかもしれませんが、悪い免疫を抑えるということで、免疫を抑制する。

治療というものが基本治療になりますので、免疫抑制薬というものを使っていく。しっかりと使っていく。だから、目の発作が起こっているときというのは、とにかく躊躇なく治療を強化していくことが大事ではないかと思えます。

コルヒチン



このような発作のときに使う、コルヒチンの次に使う薬かも知れませんが、シクロスポリン。ネオーラルというお薬で使われている方もいらっしゃるかもしれませんが、これは

多くの膠原病で使われているお薬です。ベーチェット病では非常によく使われているお薬ですが、このような目の発作を抑える役割がありますが、いくつか注意しなければいけない点として、血液の濃度を測ることができるので、血液中の濃度を測りながら調整が必要であるということですね。それから、長期に内服すると腎障害が出る方がいらっしゃいます。腎機能の低下です。これも注意が必要です。それからあとは肝障害ですね。それから、神経ベーチェットの方には使えないお薬であると考えられています。

シクロスポリン



これは、今使われているお薬ですね。それからあとはメトトレキサート。リウマトレックスやメトレートという名前と呼ばれていますが、これは関節リウマチの基本薬なので、これは関節リウマチの基本薬なので、これは関節リウマチで最も多く使われているお薬です。非常によく使われている。これは週 1

回飲むお薬なので、ネオーラルは毎日飲みますが、リウマトレックスは週 1 回。

これは主に、ネオーラルに加えて使ったり、あるいは関節症状が主に出る方にこのようなお薬をよく使っています。これはやはり、リウマチに準じた治療をしていくということですね。

免疫抑制薬。先ほどのネオーラルもそうなのですが、問題点としては、効果が出るためには時間がかかるということなので、週単位、月単位の時間がかかります。それから、

このお薬も妊婦さんは使うことができないのですね。

そしてやはり、このお薬も肝障害とか、それから免疫を抑えるお薬は、全般に悪い免疫だけを抑えてくれると非常に良いわけですが、良い免疫もこれは抑えてしまうのですね。だから、このような免疫抑制薬を飲んでいる方というのは、感染症に一番注意しないといけないうのですね。これが最も重要な副作用です。

コルヒチンは、免疫を抑える作用というものはないのです。だから感染症の心配はないと。そこはコルヒチンとの違いなのです。

最近出てきた非常に画期的なお薬ですね。TNF α 阻害薬というものがあります。今、関節リウマチの治療が劇的に良くなったと申し上げましたが、実はこの TNF α 阻害薬というものも、これは関節リウマチで最初に出てきて、2003 年以降、日本でも関節リウマチに対して使えるようになった。そしてそこからさらに波及して行って、このように今、ベーチェット病の患者さんとか、さまざまな病気に応用されるようになってきています。

ベーチェット病の患者さんは、健常時に比べてこの TNF α の血液中の濃度が非常に高くなるのです。TNF α が何かといいますと、これは炎症物質なのです。炎症を起こす、サイトカインという名前の炎症物質。そしてこれがどんどん出てくると炎症が起きてくるわけですね。熱が出たりとか関節が腫れたりとかですね。ベーチェット病もどうやら TNF α という炎症物質が関係しているのだということが、最近わかってきています。

ベーチェット病の患者さんの中でも、落ち着いてる安定の方と結節性紅斑を繰り返す方を比べると、やはり TNF α が高くて、目の発作が起こっている方というのはさらに高くなるということで、病態に関係しているのです。

そしてこの目の病気を持っている方の中でも実際に落ち着いている方とそうでない方とではやはり、この濃度がとても高くなってくるのです。活動性のある。だから、TNF α は非常に大事なものであると考えられています。

TNF α をブロックするお薬。今、保険適用があるのはこの 2 種類でありまして、一つはレミケード。インフリキシマブですね。これは日本で最初に登場してきた TNF α ブロッカーで、これで劇的にリウマチは良くなったのですが、ベーチェット病でも腸管ベーチェットや神経ベーチェット、血管ベーチェット、それからブドウ膜炎を起こす、このような方には点滴治療になります。点滴なので入院しないといけないう。あるいは外来でされている方もいらっしゃいますが、少し時間がかかるのです。点滴に。それを改良する形で出てきたものがアダリムマブ。これはヒュミラというお薬でありまして、これは皮下注射。なかなかこれは、リウマチの方の



場合には手の変形等があったりして打ちにくいとか、やはりベーチェット病の方でも目が見えにくくて、このような注射が自分でやりにくいと、そのような方もいらっしゃる、点滴とかあるいは皮下注射。これはいろいろな患者さんに合わせて選択されることだと思いますが、これもベーチェット病で、特に目の発作を起こすベーチェット病では非常によく使われているお薬かと思います。

しかしこれらの薬、気をつけなければいけないことは、やはり一番は感染症です。先ほどのネオールやメトトレキサート、リウマトレックスですね。このようなものと比べてもさらに免疫を下げる力が強いですから、感染症にとにかく気をつけなければいけないということですね。それが大事です。

どうしてこのようなお薬が効くのかといいますと、先ほどの炎症物質、TNF α とかサイトカインというのは、炎症を起こす細胞ですが、そこにこのサイトカイン受容体という受け皿があります。ここにサイトカイン、そのTNF α が結合、くっついてしまうと、さらにこの細胞が活性化をして、そしてまたこれがTNF α を作るのです。このTNF α がTNF α をずっと作ってどんどん増やしていくという悪循環に陥ってしまうので、そこを、TNF α をブロックする。トラップしてしまう。これが先ほどの注射のお薬。レミケードとかヒュミラと、このようなお薬であると考えられています。

実際にレミケードというお薬を使うと、治療期間ですね、どれだけ長い間患った方であっても、左側に比べて右が優位に、この点滴を使うと、発作が起こる回数が1年当たり、例えば1年に4回起こっていたものが1回くらいに減ったりとか、優位に発作が減ることがこれまでのいろいろな臨床試験で明らかになっています。

また、先ほど申し上げましたが、レミケードですね。あるいは先ほどのヒュミラの副作用で一番注意しなければいけないのは、感染症なのですね。やはりこの上気道炎でそのような感染症に注意しないといけないのですが、あとレミケードというのは、半分がネズミの細胞からできている薬剤でありますので、ネズミの細胞が人間に入るわけですね。それによって起こる投与時反応、アレルギーですね。このようなことも起こることがあります。だから点滴をするときはいつも、血圧等を注意しながら慎重に投与していくことが求められます。

このようなTNF α ですね。ヒュミラとか、この注射のお薬でもやはり発作の回数を減らすことが報告されていて、特にこのような注射針を使ったことのない方のほうがやはり反応が良くて、レミケードが効かなかった方ももちろん効果はあるのですが、初めて使うほうがやはり効きが良いということがわかっています。

そして、この最後の「生命の危険を伴うような特殊病型」。先ほど申し上げた腸管ベーチェット、血管ベーチェット、神経ベーチェットですね。これらの状態というのは、これはもう速やかに。もし、活動性がアク

ステロイド



ティブであれば、中等量あるいは大量の副腎皮質ステロイドホルモン。これはプレドニンというお薬ですが、このホルモン剤を投与していくことが重要になります。

なぜかということとはあとで説明いたしますが、この三番目の条件に対しては、もしこの病態が非常に活動性が高い場合には速やかに治療を強化していくことが重要になります。

プレドニンというお薬ですね。なぜ、プレドニンなのかというと、実はこのプレドニンの一番の特徴は効果が早いということです。これは、使うともう、その日の夕方には効果が出てくるというくらい速効性が高いのですね。そして、先ほど申し上げた免疫抑制薬。ネオオーラルなどとても良いお薬なのですが、効果が出るまでに時間がかかります。注射のお薬も効果が出るのに時間がかかります。だから、その効果が出てくるまで待つことができない方は、ステロイドホルモン剤を使って速やかに免疫を抑えていかないと、その間にどんどん病態が悪くなっていくのですね。だからそこは、このお薬を使うべきかどうかということはその状態によりますので、主治医の先生との相談が必要になるわけですね。

ただし、皆さんもご存じのとおり、ステロイドホルモン剤というものは非常に有用なお薬ではありますが、やはり長期に使うといろいろな副作用が出てきて、一番は、このステロイド剤は、感染症です。やはりこれは、免疫を下げる力が強いのですね。感染症。そして、あとは胃が悪くなったり、骨粗しょう症、それから緑内障、白内障ですね。それから血糖が悪くなる。特にこれは、ステロイドを飲み始めた最初の2週間が最も血糖が悪くなりやすいのですね。その間に糖尿病にならないかどうか注意が必要になるわけです。

それからあと、このステロイド剤は急には止められないという、そこがまた盲点でありまして、なぜかといいますと、このステロイド剤は実はホルモン。副腎皮質ステロイドホルモンという名前で、私たちの副腎という、腎臓のすぐそばに副腎という臓器がありますが、その臓器から1日5mg(ミリグラム)、このプレドニンで1錠相当の副腎ホルモンを作っているのですね。これはホルモンなので非常に重要なものなのです。これをたくさん飲んでるときというのは、副腎でホルモンを作ることを休んでいます。だから急にこの薬を飲むことを止めてしまうと、はしごを外したような感じになってしまって、ホルモンがゼロになってしまうのですね。またこれを作り出すのに時間がかかるのですね。だからその間、ホルモン欠乏になってしまうと。これは、血圧を維持したりするのに重要なホルモンなので、急に血圧が下がって、ショックになって意識が無くなったりとか、このような

恐ろしいことが起こってしまうので、急に勝手に止めないことがとても大事です。

だから、このステロイドホルモン剤というものは、長期服用には悪影響があるのですが、やむを得ない場合に限り、必要最小限度の量で投与するとどうしてもこのようなお薬は、少量投与せざるを得ない方というのも実際にはいらっしゃるんで、どなたも完全に止めることができるかどうかということはなかなか難しいこともありますが、可能な限り減量していく。そしてそこに今度は、免疫抑制薬であったり、あるいは先ほどの注射等を組み合わせさせていって、それらの効果が出てきた頃にこのようなお薬をだんだん減らしていき、やがて中止できればベストであると思います。

それから痛み止めですね。ロキソニンとかセレコックスという痛み止めを使われている方もいらっしゃるかと思います。これは、症状緩和薬でありますので、お薬自体は病気を良くする効果はありません。ですが、関節痛であったり、あるいは結節性紅斑の痛みとかさまざまな症状を緩和するにはとても良いお薬でありますので、あと効果が早いんですね、これも。飲むと効きが早いということなので、症状があるときには積極的にこれも使ってよろしいと思うのですが。やはりこれも胃が悪くなったりするので、そのような副作用、それから腎機能が悪くなる方もいらっしゃるんで、胃薬等と併用しながら上手に使っていくことが大事なのではないかと思います。

資料のまとめですが、皮膚症状、それから口内炎。このような症状はまずは対症療法。それからコルヒチンが主体になりますが、やはりそのような治療で日常生活に困るような症状が出る場合には免疫抑制薬、さらには、注射のお薬へと使っていくことも。ただ、実際にこのような症状に保険適用はないのですが、しかし主治医の先生と相談をしてやむを得ず使われるケースはあるかと思います。そして目の症状は、発作が起きないように積極的に治療を強化していくことです。そして、生命の危険を及ぼすような腸管、神経、血管のベージェットは、とにかくこの活動期には、ステロイドホルモン剤も用いながら注射と免疫抑制薬を併用していく。これが基本治療かと思います。

医療助成については、皆さま方もご存じかと思いますが、中等症以上でないとなかなか医療的なサポートが受けられないというケースで、軽症で審査されないケースという方もいらっしゃるかと思いますので、そこで実際の受給者イコール患者数ではないというところが今の問題ではないかと思います。

受給者の方は、今は徐々に増えていって、2015年でやはり1万9,000人くらいの方がいらっしゃるわけですが。

最後に就労について少しご説明をさせていただきたいと思います。ベーチェット病の問題というのは、必ずしも目に見える症状だけではなく、やはりスタミナ不足とか、疲れやすいとか、あるいは痛みが出てきたり。節々の痛みとか、関節が腫れるというところまではいかなくてもそのような症状ですね。日々のそのような症状に困っていらっしゃる方や、あるいは消化管の下痢とか症状などは3割くらいはいらっしゃいますし、そのようないろいろな症状に困っていらっしゃる方が多いと思います。

やはり職場の方々のいろいろな配慮というものも大事でして、寛解と増悪を繰り返していくことで、良いときは症状がなくて普段どおりという方もいらっしゃる関係で、悪くなったときにすぐに病院に行くことができるということがなかなか難しいケースもよくあります。私の患者さんでも、そこが一番辛いと言われる方もいらっしゃって、職場からなかなか通院に対する理解が得られないと。あるいは、発作がないときは普段どおりされているという関係もあって、病気をまず理解してもらえないとか、あるいは、「気合が足りないからこのような病気になるのだ」というようなことを上司から言われて困っているとかの相談を受けることもあります。そのようなケースは、診断書を作って客観的に証明をして理解をしていただいたりとか、そのような形でサポートをさせていただくケースもあります。

あと、ベーチェット病のある方々の3割くらいの方が再燃を繰り返している。そして、1割強くらいの方が今も増悪しているというように回答しておられるのですね。このように見た目に変化がないようであっても患者さんは常にそのような不安を抱いておられるわけです。

やはり、職場。特になかなか職場に理解してもらえないということは、そのことで困っている方がたくさんいらっしゃるのので、私たちもなるべくそのようなところで理解をしていただいて、通院等がフレキシブルにできるように環境の変化をしていくことが大事なのではないかと思います。

これは、前半最後のスライドですが、やはり、ストレスとか、そのようなことが増悪因子になるといわれているので、なるべくストレスを貯めない。そして、このような患者会等を通して、情報共有をしながらいろいろなお気持ちを分かち合っていくことは非常に大事なのではないかと思っております。このような形で皆さま方、今はコロナもあって非常に気を使われていることもあるかと思いますが、またあとの医療相談会のほうで何かお困りのことなどあれば何でもご質問していただければと思います。

最後に、いくつか最新治療をご紹介しますと思っていました。ご存じかも知れませんが、オテズラというアプレミラストというお薬が最近、出てきてまして、これは内服の新し

いお薬です。今、ベーチェット病の口内炎に通っているお薬なのですが、実際に 207 人の患者さんをプラセボのお薬とこのオテズラというお薬を飲んでもらって、12 週のうちにどのくらいの口内炎が出たかということで、約半減するというこのような今、新しいお薬が出てきていて、ただしこれは下痢症状ですね。消化管障害というものが一番、副作用でネックになるので、徐々に、徐々にですね、増量していくというような形で使っているお薬。これはベーチェット病、もしかすると今後違う病気にも保険適用が出るかもしれませんが、今は口内炎。それからあとは、乾癬という皮膚の病気を持っていらっしゃる方がおられるのですが、このようなお薬も今、効くというようにいわれていて、このオテズラですね、これらにも効果がある。

それからあと、イラリスというまた別の膠原病で通っているお薬がこのベーチェット病にも効果があるかもしれないということで、今、出てきている。これはまだ保険適用がありませんのでこれは今後ということですね。

いろいろなお薬が今、出てきている。まだまだこれからどんどん、医学も発展していつ、こういったお薬が TNF α だけではなくて、使えるようになるときも近いのではないかと思います。

血管ベーチェットに効果のある、可能性のあるお薬として、これは日本が作ったお薬ですが、アクテムラといいます。これもリウマチに使われるお薬ですが、このようなことも今、研究されています。

前半の部は以上になります。

◆司会者 先生、ありがとうございました。ただ今より休憩をいたします。

日常生活の負担を減らす工夫

- 疲れやすくなるので時間に余裕をもって行動する
- マスクなどで感染予防を心がける
- 体調がよくても、疲れを感じたら安静にする
- 家事や仕事で無理をしない
- 患者会などを通じて病気の理解を深める



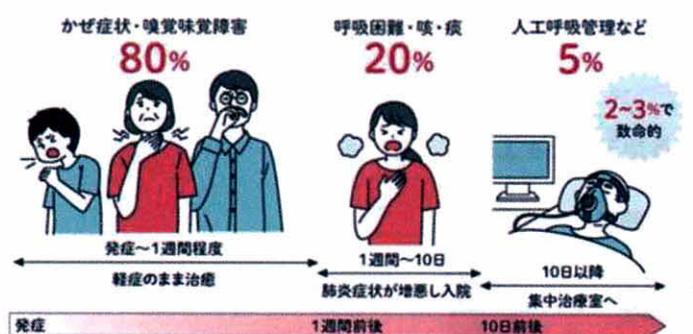
第 42 回ベーチェット病友の会医療講演会 後半

◆司会者 それでは医療講演会の後半、岡山大学病院リウマチ・膠原病内科 松本佳則先生に新型コロナウイルスについてのお話をさせていただきます。松本先生、よろしくお願いたします。

◆松本先生 では、引き続き後半の部に移らせていただきたいと思います。画面共有をさせていただきます。

コロナウイルスですね。皆さま方も本当にご心配なことだと思いますが、今、世界においては、1 億 6,700 万人の感染者数、346 万人の死者数ということですね。日本は今、71 万人の感染で、1 万 2,000 人の死者数ということですね。これは諸外国と比べても圧倒的に少ない。1 万 2,000 人は大変な数ではありますが、例えばイギリスとかロシアと比べても感染者数に比しても死者数が少ないと。これは今、何とかここで踏み止まっている現状なのですが、今、岡山も緊急事態宣言で感染者数が非常に増えていて、私たちリウマチ・膠原病内科もコロナ診療に従事せざるを得なくなっております。実際にコロナの患者さんを診療している状況なのでですね。

コロナウイルス感染症の臨床経過



https://www.khosp.or.jp/corona_information/

だから、今リウマチ・膠原病の診療のレベルが維持できるギリギリの状態であると思います。これ以上コロナの患者さんの診療の度合いが増えてしまうと、リウマチ・膠原病の入院診療とか外来診療が一時的にこれはもう、ストップしてしまうかもしれない。そのような状況にこの岡山大学病院もなっているのです。今、そのようなところで何とかコロナの患者さんの死者数を増やさないようにどの病院も努力をしていると。そのようなところではないかと思

います。

世界で見ると、感染者数とか死者数が圧倒的に多いのは、北米、南米それからヨーロッパ、インドですね。このような所が今、非常に多くなっている。東南アジアなどのアジアは比較的少なく、よく頑張っていた地域なのですが、今、マレーシアも非常に感染爆発が

起こっているわけですね。

今、緊急事態宣言になって、少し日々の患者数は減ってきているのですが、人口 10 万人当たりの感染者数。これは 5 月の中旬くらいですが、岡山県は全国でワースト 3 でありまして、10 万人当たり 60 人くらいの患者さんがあると。増えていたと。それに比して、やはり東京など大都市と比べると圧倒的に病床数は少ないですから、非常に医療が切迫するわけですね。

私たちリウマチ・膠原病内科の専門とする医師でもコロナの患者さんの診療が始まったのは、5 月の中旬くらいからですね。そのくらい逼迫してきているところです。

5 月 18 日時点で、中・四国地方でもやはりこの岡山と広島というのは、100 万人当たりの人口における感染者数が 600 人くらいということで、これは群を抜いて高くなっているわけですね。そしてこれは全国的に見ても北海道 700 人、それから愛知とかあるいは大阪に比べても岡山は多いわけですね。東京でも 380 です。だから、そのような状況まで追い込まれたという理解が正しいかと思います。

コロナの感染の動向というものは、いろいろなステージによって今、評価をしております。ステージ 1 から 4 まであります。ステージ 4 というのは、もう感染爆発段階ということで、例えば病床の逼迫率が全体の病床の 50%以上を埋めてしまう、あるいは重症者の数が 50%以上とか、あるいは 10 万人当たりの療養者数とか、あるいは PCR（ポリメラーゼ連鎖反応）で検査したときの全体に対する陽性率 10%以上と、このようなものがステージを決めるものになるのですが、岡山県はこれは、軒並み赤ですね。ステージ 4 だということで、広島県も同様かと思います。

ほかの地域に比べても、非常に感染の状態が悪い状態が続いていたから、このような今、緊急事態宣言ということになっているわけですね。

このほかの地域も東京。東京あたりはステージ 3 の所も結構ありますよね。やはり病床数が多いということが大事だと思うのですが、それに比べると大阪や兵庫は極めて悪いという状況だと思います。

悪くなっている一つの要因は、今第 4 波。これは、変異株というものが全国的にまん延してきているわけですね。イギリス変異株とか、あるいは南アフリカ変異株、ブラジル変異株。今インド変異株などもあります。5 月 11 日時点では、岡山もそのような変異株の陽性数というのはまだ全国に比して少なかったのですが、今陽性者数の 7 割くらいが変異株ですね。岡山でも。

だから、変異株というものはいくつかの問題があって、このようなものに置き換わっているということが今の感染の問題点というように思います。

この変異株の問題点は何かといいますと、一つは、「感染を起こしやすい」ということなのです。これは従来型と比べると、変異株にもよるのですが、約 1.5 倍くらい感染しやすい。これはおそらく、ウイルスを排出する量がやはり今までに比べて多いからというのがあるのです。それからもう一つは「重症化しやすい」ということがいえます。

特に問題になっているのは、若い人の重症化リスクが非常に増えていて、例えば、59 歳以下の感染において、左側が従来型で右側が変異株なのですが、死者数が圧倒的にこれ、増えていますよね。若い方でもこれは、重症化して亡くなるリスクが高くなっているのです。これが変異株の問題であると。

ただ、今までのコロナウイルス感染の総合的な評価というものは、人口 10 万人当たりの感染者数が一番多いのが 20 歳代なのです。10 万人当たりで 1,049 人。これは 20 歳代が感染しているのですが。やはり亡くなる方を見ていると、圧倒的に 80 歳代、70 歳代の方がほとんどで、実際は死者数を、2 月時点ではありますが、80 歳以上が全体の 12.5%と、致死率が非常に高いわけです。70 歳以上と 80 歳以上の方というのは非常に致死率が高いので、感染者数は若い人ほどではなくても、致死率が高いということがこのウイルスの非常に恐ろしいところなのです。

一般的な臨床の経過を少しお示しいたしますと、まず風邪症状とか味覚異常で発症する方がかなり多いのです。全体の 8 割がそのような方で、ほとんどの方は軽症のまま 1 週間くらいで治癒してしまふ。普通の鼻風邪とわからないようなレベルの方もたくさんいらっしゃいます。しかし、2 割くらいの方が罹ると呼吸困難とか咳・痰がひどくなってきて、そして入院をする。そして、5%くらいの方が人工呼吸管理をしないと生命が危なくなってくると。そして、2、3%で致命的になると。このような形で臨床的には推移をしているわけですね。

問題点として、発症した早期。一番左側の青が初期になるのですが、結局、最初は正常だと思っていた人が CT（コンピュータ断層撮影）で実は、3 日から 5 日くらい経って急に肺炎とか影が出てきたりして、急に重症化するというようなケースが散見されます。だから、急に悪くなる方がいらっしゃるということですね。風邪の症状といってもこれは馬鹿にならないわけですね。

この重症化リスクのある人はどのような人なのかということは既にわかっています、例えばぜんそくなどの呼吸器病を持っている方、あるいは高血圧、肥満、糖尿病、腎臓病、それからいくつかの基礎疾患を併せ持っている方とか、3 つ以上の基礎疾患を持っている方はさらに高くなりますという、このようなことはもう既にわかっています、ではベーチェ

ット病はどんなのかというところが気になるかと思いますが、これはまたあとでご説明をしたいと思います。

コロナウイルス感染症の一般的にいわれていることを少しお示ししますと、潜伏期間はだいたい 1 から 14 日。濃厚接触者は 2 週間の隔離が必要ということはそこから来ているのですね。一般的にウイルスを排出する期間というのは、発症前の 2 日くらいから発症後 10 日くらいまでといわれているわけですね。だから、症状のない人と接しても実はその人はもう既にウイルスを出しているかもしれない。ここがこの感染症のわかりにくいところなのです。重症者ほどそのウイルスを排泄する期間というものは長くなってきます。

あとは、呼吸器だけではなくて、例えば尿とか便からもこのような排菌というものが確認されているので、やはり衛生状態がよくない地域ほど感染が爆発してしまうのです。インドとかそのような所はまさにこのような理由もあるのかもしれないですね。これがこのウイルスの特徴です。

無症状でも感染しているというケースがあります。実際に感染者の半分くらいが無症状なのです。だから実際のこの感染者。つまりこの感染というものは、発症した人とはまったく違いますから、感染はするけれども発症していないというケースはたくさんあるわけですね。

このような感染者の方。トータルしますと、確定したいわゆる発症者の 10 倍くらいいるのではないかとされているのです。だから実際には、日本で今 70 万人くらいの方が発症していますが、感染者はその 10 倍くらい、1,000 万人くらいいるのではないかとされているわけです。軽症であっても倦怠感とか発熱などの後遺症が続くケースもあるし、それからあとは消化管とか、下痢症状が主になると思います。インフルエンザと同時に感染するというケースも報告されています。

コロナウイルス感染症の症状ですが、呼吸器の症状ですね。一番主なのですが、呼吸器症状が出ない方もいらっしゃるのです。下痢とか腹痛とかそのようなところが主で出る方もいらっしゃるし、それから味覚障害とかが主で出る方もいらっしゃって、さまざまな症状があるというわけです。これがまた、発症をわかりにくくしていることがある。

味覚障害とか嗅覚の障害が出ている方というのは、一般的に重症化しにくいといわれるのです。なぜなのかよくわかりませんが、そのような傾向があると。

それから、「喫煙者は、重症化しやすい」といわれています。

それから、子どもでもかかるとその、川崎病という血管が炎症を起こす病気があるのですが、そのような血管の炎症症状が出たりするケースも報告されていますし、それから若年者では脳梗塞などの血栓症を起こすことも知られている。感染しても 8 割くらいの人は、他人に感染させないといわれていますね。

では、どのような検査があるのかということなのですが、検査をする対象は、1 つは有症状者ですね。症状がある方。それから 2 つ目は濃厚接触者です。それから 3 つ目は、どこかへ、外国とか、そのようなどこか遠くへ行ったりするときに事前に自分が大丈夫であることを証明するという目的で検査をするという、このような 3 つのケースがあるわけですが、ウイルスが実際に発症する前段階から体の中でこのようにグッと増えてくるのですね。だいたい 5 日くらい前から体の中でウイルスが増えてくるといわれていて、実際に検査で陽性になる期間というものは、発症してから 2 週間くらいが一番高いのですね。そのような時期があるわけですね。だからその、発症前というのは、検出されにくい時期なのです。

今、PCR 検査、抗原検査、それから抗体検査という 3 つの検査があります。PCR 検査というものは、感染したときにウイルスの遺伝子の配列を調べる。つまりウイルスの遺伝子を増やして、増えてくると実際にそのウイルスがいるという証明になるわけですね。これは、実際に遺伝子を増やして解析をするので、非常に検出感度が良いのです。90% 以上。しかし、90% 以上ということは、10 回やると 1 回くらいは、陽性であっても陰性が出てしまうということなのです。だから、これが陽性であればほぼ感染していると考えてよいわけですが、陰性だから大丈夫とはいえないことが、この検査の問題点です。

やはり検査に時間がかかってしまうのです。数時間という時間がかかってしまったり、あるいはこれは、例えば鼻の奥の鼻咽頭というところから検体を採取したケースは、くしゃみなどをして採取する側にもリスクを伴うと。このような問題点があります。

抗原検査というのは、実際にコロナウイルスの抗原。要はウイルスの体であったりとか、そのようなものをあらかじめ認識できるような検査を用意しておいて、そのようなウイルスの体を実際に認識できれば陽性となるわけですが、これは先ほどの PCR 検査とは違って、ウイルスの遺伝子を増やして検査するという検査法ではありませんので、ウイルスの量が少ないと感染していても陰性が出てしまう。要は、偽陰性ということになってしまうのです。しかし、抗原検査の良いところは非常にスピードが速いことと、それからあとは、インフルエンザのチェックなどされたことがあるかもしれませんが、検査が簡便なの

ですよね。特別な試薬を要しないところがこの抗原検査の特徴です。

抗体検査というのは、人間には、先ほど申し上げた獲得免疫とあって、ウイルスが入ってくると、それに対してウイルスをブロックする免疫があります。これは抗体といいます。この抗体を作る。実際にそのような抗体が出ていれば、このウイルスに感染したということを示すことになるのですが、しかしこれは、いつ感染したのかということがわからないのです。しかも、感染したあと半年くらいは、この抗体はずっと陽性になり続けるので、今現在の感染かどうかを証明することはできないのです。しかも、この抗体が陽性であれば、ではもう 2 回目はかからないかということ、そのようなことはないのです。変異株等でまた、かかる可能性があるということで。抗体検査の証明ということをいわれたりする方もいらっしゃるのですが、あまりこれ自体は、実際に自分は安全であるということの証明にならない検査ですから、この検査は実際に今、保険適用はありません。

発症してから 9 日目までのケースでは、唾液も非常に有用なサンプルであるといわれています。それから、この簡易的な抗原キットというものは、発症 2 日目以降でこの検査がとらえられると考えられているので、発症直後であればこのような簡易的な検査は向いていないといわれるのです。だからそれはもう、症状とそれから発症時期に合わせていろいろな検査を組み合わせていくことになります。

岡山大学病院の今の感染対策というものは非常に注意をしまして、直接、皆さま方はあまりこのようなものを目にすることはないかもしれませんが、その他院から紹介を受けるときは、まずこの患者さんが実際にコロナに感染していないのかどうかということを紹介医がきちんと記載をして、必要があれば紹介元でCTなども撮ってそこを証明すると。そのような形でまず紹介を受けるか受けないかを決めています。また、実際に院内に来られても受付にはトリアージシートというものがあって、過去にどこかに行っていないか、そのようなことを確認させていただいて、そのうえで院内に入ってください。

実際に、どこかに行ったりとか、あるいは 37.5 度以上の熱があるなど疑うことがあれば、もう都度CTを撮ったり抗原検査等をするので、私たちも非常にセンシティブになっているわけです。なぜならば、やはりそのように診療をしている方、あるいは入院されている方というのは、外来の方も含めてやはりとても多いですから、そのようなところにクラスターが発生しないように、とにかく気をつけていかないといけないということで、厳戒態勢が取られています。

7 日くらい前から、どこに行っていたのか、何度であったのかななどをシートに記載して

いただくことになっております。トリアージシートというものをお渡しして、熱がないかどうかなどを確認したうえで入っていただくという形になります。

治療について少しお話をしますが、このウイルスの感染というものは、実は特効薬はないのですね。インフルエンザウイルスの感染症のときにタミフルとかそのようなお薬が使われたことがあるかと思いますが、これはウイルスを増やさないようにするお薬であって、ウイルスを殺すお薬ではないのです。だからウイルスに対する治療というのは、基本的に、ウイルスは体にまず侵入すると。そして自分自身で増殖する能力がないので、人間の細胞に寄生して、そして人間の細胞の力を使って自分たちを増やしていくのですね。増やしていくって、そしてそこから体中にバラまいていくと。このような形で、ウイルスは増えていくわけです。

先ほどのように、特効薬というものはないので。ウイルスを減らすことはできないので、ウイルスを増やさないようにするのが基本的な治療。そして、このウイルス自体はとても賢くて、人間を殺してしまうと、人間が結局死ぬと同時にウイルスも死んでしまいますから、そこまでさせないようにウイルスは何とかコントロールをしたいのですが、結局、なぜ悪くなるかという、ウイルスが肺炎を起こしているのではなくて、自分たちの免疫がこのウイルスに過剰に反応して、先ほどのサイトカインという炎症物質を異常に出す。そしてそれが肺炎を起こすということで、ウイルスが肺炎を起こすというのではなくて、自分の免疫がウイルスに対して過剰に反応して肺炎を起こすと。これが結局致命的になってくるのですよね。そのように過剰な免疫を起こすウイルスだということですね。

結局治療というものは、要は発症早期であればウイルスを増やさないようにしていく治療というものが適用になるのですね。しかし、そのような時期を過ぎてしまいますと、今度は自分の過剰な免疫応答ですね。サイトカインが出たりとか肺炎が出る時期。この時期は自分の免疫を抑えるような、先ほどのベーチェット病のときと似たような治療をしていかないと、増えてしまったウイルスを今さらどうこうしてもダメで、結局今度は自分の免疫を抑えるような治療。これが発症してからしばらく経ってからの主な治療ということになってくるわけですね。

今、保険適用のあるお薬は3つあって、1つはレムデシビルというお薬です。これは昨年(令和2年)の5月に特例承認になったお薬で、これはウイルスを増やさないようにするお薬です。これは海外で臨床治験がなされて、発症早期の人に使うことによって入院期間、退院までの期間が使わない人に比べて5日間短くなりましたというような有効性が示されたので、適用が通っているのですが、もちろんその投与の時期ですね、投与する時期が遅

ければ効きが悪くなってしまいますし、これは特効薬ではないのですね。効果は限定的。

デキサメタゾン、先ほど出てきたプレドニン。ステロイドホルモン剤ですね。これとまったく同様の効果を示すお薬。要は自分の悪い免疫を抑えるというような薬です。これは比較的、肺炎が出て人工呼吸とか酸素投与をせざるを得ないような状態になった、要は自分の免疫の異常がもう既に出てきてしまっている方に対して投与するお薬なのです。

しかしこれも諸刃の剣で、結局は先ほど申し上げたように自分の免疫を抑えるわけですから、ウイルスとか、ほかのばい菌に対する抵抗力が落ちてしまうわけですね。自分の悪い免疫を抑えないといけないのですが、良い免疫も抑えてしまうので、これも決して特効薬ではないのです。そのようにしないと体がどんどん壊れていくのでやっていると、そのような認識だと思います。

もう一つはバリシチニブ、これはオルミエントというお薬で、抗リウマチ薬。これはリウマチで使われる内服の最近出てきたリウマチの特効薬の一つで、先ほどの TNF α を抑えるヒュミラとかレミケードとかとよく似たような、しかしこれは内服できるお薬なのですが、これをレムデシビルというお薬と併用することによって、より重症化の人を救うことができる。そのような観点からこれもより重症の方に使う、要は悪い免疫を抑えるお薬ですね。そして今、用いられているわけです。

ここまでが治療ですね。治療としては、どうしても対処療法が中心になるので、やはり一番大事なのは、そのようにならないように気をつけていくことが大事です。

そこで出てきたものが、このワクチンということになるわけですが、さまざまなワクチンがあります。要は、今までのインフルエンザウイルスの感染症などで使っていたワクチンは、不活化ワクチンといって、ウイルスを増やして、それを無毒化して、それを打ち込む、そして免疫をつけるという形のワクチンだったのですが、非常に開発に時間がかかるのです。今回用いられている手法はRNAワクチンという、今、実臨床で登場しているのはファイザーとかモデルナですね。このようなワクチンはRNAワクチンと呼ばれています。

これはどのようなものかという、先ほど申し上げたインフルエンザウイルスのワクチンはニワトリの玉子などでウイルスを増やす。それを無毒化、弱毒化して、そしてそれを打ち込んで、人間の免疫がそれに対する抗体を作って、そして似たようなウイルスが出てきたらそれに対してきちんとブロックすると。だからインフルエンザでも型が違ってしまうと効果が少し薄れたりするわけなのです。

そしてこのRNAワクチンというのは何かといいますと、ウイルスの遺伝情報を、要はウイルスには遺伝情報があります。この遺伝情報というものは、ウイルスは人の細胞に感

染して、自分の遺伝情報を人に読み込ませて、そしてその人の細胞がウイルスの殻であったりとか細胞を作るように支援をするのですよね。この支援する、作る情報がこの遺伝子なのですね。それを逆手に取って、この遺伝情報をあらかじめ人間に打ち込んでおくと、人間はそのウイルスの遺伝情報をもとに、そのウイルスの殻であったり細胞の形を作ってしまうのですね、自分の体で。そうするとそれに対して抗体ができてきますので、その抗体を作っておくと、今度本物のウイルスが入ってきてもそれを倒すことができるのではないかと。倒すというか、ブロックできるのではないかとということですね。これもやはり、まったく違う形のウイルスが入ってくると役に立たないわけですね。だからこれも 100%ではないわけです。

先ほど申し上げたようにウイルスの中にある遺伝情報を細胞に打ち込むと。そして、その遺伝情報をもとにウイルスの殻を作って、そしてその殻に対して自分がウイルスの細胞を自分の体で作ってしまうと。そうするとそれに対して免疫ができて、本物のウイルスが来たときに速やかに対応できるようにする。これが、この mRNA ワクチンという、今最も流行っているワクチンの情報です。

このワクチンの開発というものは、第 I 相、第 II 相、第 III 相とわかれていて、第 I 相ではまず非常に少量のボランティアを相手にして、その人たちが大丈夫かどうか見るわけですね。そのあとで第 II 相試験。これは、比較的小規模の、しかしもう少し多くの人を集めて、実際に安全かどうか、あるいはどのくらい免疫がそれで強化されるのかということ混ぜていく。そして第 III 相試験で今度は、本当に何万人という規模でやってみて、実際にどのくらい予防できるかということを見ていく。

実際は、この第 III 相までいくのに数年以上かかってしまうのですね。だから、今回は、かなりこのあたりの審査を端折って作っていくということになります。本来であれば、一つの薬剤を作るのに動物実験のレベルからいくと、10 年くらいの月日が経ってやっと実臨床に出てくるわけですが、それをわずか半年、1 年でやってしまうと。それが今回のワクチンなわけですね。

それではワクチンの有効性はどうかということですが、ファイザー社製のワクチンの有効性。これはまたあとで出てきますが、ワクチンの有効性というものは実際にどのように検討をするかということ、例えば 100 人のワクチンを打っていない人と 100 人のワクチンを打った人ですね、この 100 人を比べます。そのときに、このワクチンを打っていない人は 50 人が発症するわけですね。しかしワクチンを打った人は 5 人しか発症しなかったとすると、50 人発症するところが 45 人減ったということになるので、要は有効性は 90%

であったというようにいうわけです。発症が 90%減ったということですね。このようにして、ワクチンの有効性というものは確かめられるわけです。

現在出てきているファイザー社製のワクチンはどのような効果があるかということなのですが、これは 4 万 3,000 人の人をワクチンを打った人と打っていない人にランダムに分けていきます。ランダムに分けないと、「あなたはこちら」と自分の意思が入ってしまうと、効きそうな人だけ集めたというようにあとから文句を言われる可能性があるのです、これはもう機械化をしてランダムに振り分けていくのです。このようにして臨床試験というものは行われます。そしてほぼ同数の人が打つ人と打たない人に別れるわけですね。

もちろん、このプラセボの人というのは、打たなければこれは打っていないとバレてしまいますので、食塩水のようなものを打つわけですね。そのようにして比較するわけです。

そしてその中でおよそ半数、ランダムに分けると半数が男性、半数が女性になって、アジア人が 4%くらい入っていると。年齢が 55 歳以下の方が 42%ですね。だいたい平均が 52 歳くらいで見ているわけですね。いろいろな人が混ざっているのです。

それで見るとどうも有効性が 95%。つまり発症した人からこのプラセボの偽薬を使った人というのは、発症したのが 162 人。しかしワクチンを打った人は 1 万 4,000 人の中で 8 人ということですね。劇的に減っているわけですね。これで 95%の有効性というように判断をしているわけです。

今のワクチンは、1 回目を打ったあと 3 週間後に 2 回目を打つということで、2 回ワクチンを打つと 95%の有効性となるのですが、21 日間は、1 回目に打った人の有効性もこれは見られるわけですが、1 回目を打った 21 日間を見ても実際にこれは 50%の人は発症が抑制されているということで、50%。3 週間でこれ、要は感染者数が減っているわけですね。

これは、3 週間しか検討していないので 50%なのですが、これはどんどん増えて行っていますね。右肩上がり。プラセボの人は。ワクチンを打っている人は要するに、横にこのようになっていきますので、これをさらにもう少し長く見ていくと、さらにこれは差が出てくる可能性があるかもしれないということで、もしかすると 1 回打っただけでもそれなりに効くのではないかとということにも考えられたわけですね。しかし今は、1 回接種ではなくて、2 回接種をするということをもまず優先的にやっているということが今の現状です。

これは、どの年齢で見ても、そして性別で見ても、人種で見ても、地域で見ても一様に有効性。もう、90%以上の有効性が確かめられたということで、とても有効性の高いワクチンであると考えられています。

副反応はどうかと気になるところですが、やはり 1 回目に打ったときは、局所の痛

みが非常に多いようです。55 歳以下の若い方が出やすいといわれています。全身的な副反応というのは発熱などが大きいのですが、やはり 2 回目に打った人のほうがそのような全身的な副反応は出やすいといわれているのですね。若い方が出やすいのですね、日本人は。そのようなことがいわれていると。

心配されているのは、アナフィラキシーショックという強いアレルギーですね。血圧が非常に下がったりとか、強いアレルギーが出る方がやはり、お薬なのでいらっしゃるわけですが、アメリカで打った方 189 万人の中でこのアナフィラキシーショックが出たのは 21 人なのです。日本では少し多いのではないかといわれるのですが、ほとんどが接種後 30 分で発現をしているので、やはり打ったあとは 15 分から 30 分くらいそこで見守りがありますよね。このようなアナフィラキシーを注意しているわけです。

アナフィラキシーはやはりアレルギー体質の方、注意が必要なのですが、しかし頻度が高いのかどうかといわれると、例えばペニシリンのアレルギーというものは、アナフィラキシーは 5,000 人に 1 人なのです。今回、この mRNA ワクチンは 10 万人に 1 人。一般的にインフルエンザのワクチンは 100 万人に 1 人といわれるので、このようなワクチンよりも少し多いかもしれませんが、しかし薬剤は大なり小なりアナフィラキシーショックのリスクはありますし、それから今私たちが使っているレミケードという、先ほどのネズミの細胞が一部入っているといったお薬であったり、ヒュミラという注射のお薬、これらもアナフィラキシーのリスクはゼロではないのです。実際に起こった方もいらっしゃいます。だから、このことだけをもって恐ろしいから打たないというのは少し、もしかすると有益性とリスクという面から考えると、有益性のほうが勝っているのではないかとということが一般的な考え方かと思えます。

そしてこのワクチンの効果というものは、発症させないということが 95% の効果と言いましたが、一番大切なことは重症化予防なのです。打ったあと、自分の免疫が早く対応してウイルスを増やさないようにするという効果があるのだと思いますが、ワクチンを打たない分では 2 万人中 30 人くらいの方が重症化したわけですが、ワクチンを打った人では 0 人から 1 人ということで、重症化予防はこれはかなりうまくいっているのです。

だから、ワクチンを打つことで非常に軽症化するというのも、このワクチンのメリットであると考えます。

ワクチンに期待することは発症予防、そして先ほどの重症化予防ですね。感染予防というのはわかりません。感染予防というのはウイルスが体に入ってこないという意味ですね。しかしこれは、無症状の方もたくさんいらっしゃいますので、感染予防がどのくらいできるかを実質的に正確に示すことはまず難しいのではないかと思えます。

だから、ワクチンに期待することは発症予防と重症化予防であるということですね。そして、この投与終了後、今は半年くらいこの研究が進んでいて打った抗体を確認できているということなのですね。だから、長期的なことはわかりませんが、集団免疫ですね。7割くらいの方がこの集団免疫を持つと沈静化するといわれていますので、予防効果は100%ではないけれども、集団免疫を獲得するには十分な効果が期待できると考えられています。

いろいろな変異株があって、今はまだこのファイザー社製のワクチンはイギリスの変異株には効果があるのではないかとされているのですが、今後入ってくるかもしれない、既に入ってきているインド株あたりですね、どうなのかということはまだまだ予断を許さないところがあるかもしれません。

ワクチンを打つべき方というのは、先ほどの高齢の方は非常に重症化しやすいといわれているので、このような方はもちろんなのですが、基礎疾患を持っている方、それから免疫抑制薬を使っている方も含めて今後、年齢が若い方でも基礎疾患を持っている方が次に対象になると思います。

このワクチンのタイムスケジュールというのは当初は、もう高齢者の方にはとっくに打ち終わっているような状況。医療者の人たちにももう、2月(令和3年)末には打ち終わるといような状況だったのかもしれませんが、私が2回目のワクチンを打ったのも2週間前なのですね。だから、とても遅れています。

ワクチンは、今は数がかなり整っているようなのですが、なかなかそれを末端のほうで打つことが進んでいかないという、今そのような調整に追われている。やはり、そのあたりは事務的にもなかなか大変なのだろうと思っています。

4月14日(令和3年)時点での100人当たりの接種完了者数は、日本は1.24人ということですね。やはり諸外国と比べてもまだまだ十分ではない。これを伸ばしていくことが今後、感染を落ち着かせるための重要な手段であると思います。

これは岡山ですね。5月9日(令和3年)時点では、まだまだ非常に少ないわけですね。高齢者のワクチン接種率ですね。非常に少ない。全国的に見ても。しかし今、岡山でもかなり地域差はありますが、役所の方も一生懸命頑張っていて、医師会も協力をしながらなんとかこのワクチンの接種の回数を増やしていく努力をしております。

私の患者さんでも、結構予約ができていの方も増えてきているので、とにかく早く打っていただきたいと私は思っています。

では、ベーチェット病とコロナウイルスの関係について最後にご説明をしたいと思います。ですが、実はこれはベーチェット病単体で比べることがなかなか難しく、リウマチ性疾患、膠原病全般でコロナにおいてどうかということの世界規模で見ている、そのような報告が出てきています。

コロナと膠原病を見てみますと、リウマチとか全身性エリテマトーデスや乾癬、いわゆるリウマチ性疾患を患っておられる患者さんのコロナ関連死は通常と比べても 1.19 倍。やや少し多い傾向にあると。リスク因子として挙げられているものは、プレドニン 10mg(ミリグラム)以上を内服しているような方は、入院のリスク因子としていけば倍くらい入院するリスクが高いと。そして生物学的製剤。先ほどの注射のお薬とかは、むしろリスクを下げているということですね。

なぜ下げるのかというと、これはなかなか難しいことですが、やはりこのプレドニンは一つのリスクになる、これは既にわかっています。

リウマチ性疾患の方のコロナの悪化する因子というのは、65 歳以上、そして心血管の病気を患っておられる方、あるいは肺病変を持っている方、それから糖尿病のある方、腎臓病のある方。これはリウマチ性疾患に限らず、普通の方でも、リウマチ性疾患を持っていない方でもリスクに挙げられていない因子がやはりこのリスクなのです。

しかし、それに加えてこのプレドニゾロン(プレドニン)10mg 以上飲んでいらっしゃる方というのは、リスクとして挙げられてきているということだと思います。

関節リウマチが一番、患者さんが多いので、このような検討がしやすいわけですが、リウマチ患者さんにおいてコロナ関連死のリスク因子としては、男性、喫煙者、それからリウマチの活動性が非常に悪いとか、75 歳以上、腎臓病合併、糖尿病合併、それからプレドニゾロン 10mg 以上ですね。そして今、生物学的製剤。これは今、免疫を抑える力が非常に強いと言いましたが、これを使っていることはコロナの関連死のリスクにならないといわれていますので、恐ろしいからという理由でこのような治療を弱めるのは逆に病気の悪化につながって、病気が悪化すると活動性が高くなってリスクが上ってしまうわけですね。だからプレドニンはリスクになり得ると思うのですが、やはり今の治療をしっかりと受けていただくことが大事だと思います。

ベーチェット病において、このコロナに対していかにやっていくか。これはまずは疾患のコントロールをしっかりとつけることですね。そして合併症。いろいろな合併症がありますが、やはりこれを増悪させないようにすること。そして病勢が許す限り、可能な限りプレドニゾロンの漸減をしていくということですね。これが大事であると考えます。

ワクチンの最新情報。ベーチェット病において、膠原病患者のワクチン接種に関するガイドランスというものがアメリカリウマチ学会から出ているのですが、これを見ると、膠原病患者がコロナウイルスに感染すると健常人よりも入院リスクや重症化リスクが上がるといわれています。そして膠原病患者は健常者よりも早くワクチン接種をするべきであるといっているのですね。

そして膠原病患者のワクチン接種において既知のアレルギー、つまり今までの、このコロナウイルスのワクチンに対するアレルギーはなかなか難しいかもしれないのですが、それ以外のアレルギーですね。玉子アレルギーとかいろいろあるかもしれませんが、これがあるから禁忌、つまり打ってはいけないということにはならないといわれています。そしてやはり、免疫抑制薬を使っている患者さんは使っていない方に比べて、もしかするとワクチンに対する反応性が弱いかもしれないということですね。

そして、ワクチンを打つことによって病気が悪化しないかどうか心配なところではあるのですが、そのリスクはゼロではないかもしれないが、しかしワクチン接種による有益性が上回るように考えられるといわれています。

今、プレドニン、それから注射のお薬ですね、レミケード、ヒュミラそれからアクテムラ、サラゾスルファピリジンと、これはアザルフィジンというものです。薬剤の調整は必要なしといわれています。これはアメリカリウマチ学会のことなので、これについてはあとでまた追加しますので。

メトトレキサートはワクチン接種後 1 週間休薬したほうが良いとアメリカではいっているのです。オルミエントという先ほどのリウマチの薬ですが、これもワクチン接種後 1 週間は休薬。これもリウマチの薬で、オレンシアという注射薬は、これも休薬といわれているのですが、これはいずれも日本リウマチ学会ではエビデンス、根拠が少ないということで、このような積極的な薬剤調整は日本リウマチ学会は「必要ない」と考えていまして、これはあくまでもアメリカでいわれているエキスパートの人の意見であって、私もこのようなことに対して薬剤調整が必要だということは、患者さんにはお伝えをしておりません。

以上になります。短い時間ではありましたが、私たちは何とか、このコロナ禍ではありますが、コロナの診療を今はせざるを得ない状況にまでなっていますが、リウマチ・膠原病の患者さんの診療をもちろん維持していかなければいけませんので、何とか両立ができるように、入院・外来において今のところはかろうじて両方維持ができています。

私たちもこのベーチェット病をやはり私たちの世代で克服したいと思っていて、臨床だけではなくて研究にも力を入れて今取り組んでいるところでございます。また、今後もこ

のような機会では何かありましたら、いつでもご相談いただければと思います。

それでは、ご清聴いただきましてありがとうございました。

◆司会者 ありがとうございました。皆さん、拍手を。先生、ありがとうございました。

長いお時間になりましたが、先生に詳しくお話が聞けて、とても有意義な時間が過ごせたと思います。

生物学的製剤はなぜ効くのか？

炎症を起こす
サイトカイン

生物学的製剤(注射薬)
抗TNF製剤 レミケード/ヒュミラ
抗インターロイキン(IL)-6製剤

サイトカイン受容体

細胞外

細胞内

JAK

JAK阻害薬(経口薬)

細胞内の伝達経路によりサイトカインの刺激が核まで伝達される

細胞の増殖やサイトカインの産生などが起こる

核

日本リウマチ財団HP

第42回ベッチェット病友の会医療相談会

◆司会者 それでは、引き続き医療相談会・交流会を始めさせていただきます。

医療相談会・交流会では、前半部分で、先ほどいただいた講演の質問などをお受けして、後半では交流会を予定しております。

松本先生は、質問にはお答えしますとおっしゃっているのですが、講演でお話になっていた内容をおくみいただき、重複のご質問は避けていただけますと助かります。

それでは医療相談会・交流会を始めさせていただきます。

本日はオブザーバーとして末松佐知子さんという方に参加いただいています。プロフィールと自己紹介をいただいて、皆さんにも共有していただければと思いますので、末松さん、ご挨拶をよろしく願いいたします。

◆末松さん 私は、大阪にある国立研究開発法人医薬基盤研究所の末松佐知子と申します。今日は、ある先生のご紹介を遠田会長にお願いをしていただきましたので、そのときに患者会の総会がオンラインであると伺いまして、患者会の皆さまがどのような活動をなさっているのかということをおブザーバーで拝見させていただきたいと思い、参加させていただきました。

なぜかと申しますと、私は、このような難病の基礎疾患の患者さんをインターネットでネットワークを作って、皆さまの何か支援ができないかと思って、その、丁度オンラインの会があるということで、勉強させていただこうと思うと同時に、よい機会だと思って横から拝見しております。よろしく願いいたします。

◆司会者 ありがとうございます。医薬何とかということをもう少しかみ砕いていただきますと。

◆末松さん ここは厚生労働省関係の研究所で、病院はないのですが、例えば国立がんセンター（国立がん研究センター）ですとか、精神神経センター（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）ですとか、今コロナで有名な国際医療センター（国立国際医療研究センター）などと同じように厚労省の管轄の研究所なのですが、病院を持っていないのですね。お薬の開発ですとか難病の患者さんたちを支援することが使命になっているような研究所でして、私自体は、国から小さな研究費をいただけることになりまして、インターネットとネットワーキングにそれを試すことができる資金を得ることができました

ので、進めてみたいと思っています。

ちょうど、ベーチェット病の患者会というのは、とても歴史もありますし、このようにインターネットで講演会もきちんとされていますし、このようなことからほかの患者さんの会でも広がっていくのではと思うのですが、横の患者さんで学ぶこともありつつ、お医者さんと患者さんとのネットワークができるということが私の将来的な理想ですから、今日は本当に参加させていただいて良かったと思っています。患者さんのお気持ちも少しだけ理解できた、見た目ではわからない、それぞれご事情も異なりますし、そのようなことを自己紹介のときに少しずつ皆さんのお話をお伺いできてとても良かったと思っています。長くなってすみません。よろしく願いいたします。

◆司会者 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

医療講演会に先立ちまして、ベーチェット病友の会のほうで質問を皆さまにお声かけして、いただいております。松本先生にその質問の回答をいただいて、そののち質問のある方に質問をしていただこうと思います。

それでは、既にいただいている質問について、松本先生のほうから質問の回答を可能なものをお願いいたします。

◆松本先生 読み上げてよろしいでしょうか。

ベーチェットの完全型の 78 歳の方で、発症 48 年。現在の症状は繰り返す口内炎。今、プレドニン 5mg を朝夕 1 錠ずつとコルヒチンを 2 錠ということですね。最終の CRP 炎症反応 (C-reactive protein : C 反応性タンパク反応) 0.37。コロナワクチンの接種を覚悟したいのですが、恐怖が消えません。どのような心構えで打てばよいのでしょうか、というご質問です。

先ほど申し上げたように、やはりこのコロナワクチンというものは、コロナになったときのリスクが非常に恐ろしい病気だというように、私も実際に臨床で患者さんを拝見して思っています。だから、今プレドニンを 1 日 10mg 飲まれているということなので、やはり重症化されるリスクというのは高いと思いますので、私は、もちろんアレルギーのリスクはあるかもしれませんが、そのアレルギーよりも注射を打たれてリスクを下げるほうがより有益でないかと考えています。

それからもう一つ。「体内の炎症を抑えるステロイド錠を内服中ですが、このワクチンを接種しても大丈夫でしょうか」と。ステロイドを使っておられるので、むしろ積極的に打っていただきたい。免疫抑制なんで、もちろんワクチンの有効性が下がる懸念はあるかもしれませんが、現状で重症化とか発症予防のできるものは結局ワクチンしかありませんの

で、打っていただいて、早く日常生活が戻るようにするのが一番良いのではないかと思います。

次はお二人目ですが、「コルヒチン錠は、新型コロナウイルスの中等度以上の人に効果がありますか」というご質問です。中等度以上ということになりますと、肺炎が出て、酸素が下がっている状態と定義されるかと思いますが、現状、この中等度以上の状態で使われているお薬は、先ほど申し上げたレムデシビルとそれからデキサメタゾンという、ステロイドですね。プレドニンに似たホルモン剤と、それからオルミエントという抗リウマチ薬と、この3剤であります。コルヒチンも炎症を抑えるという面ではもしかすると有効な可能性はゼロではないかもしれませんが、やはり薬剤というのは一定の臨床治験なり、そのようなものを通過して初めて有効性がきちんと担保されると、そして安全性も担保されるという認識でありますから、この治療のためにあえてそれを使うことは今はなされていないと思いますし、私の知る限りではこの標準治療ではないと思います。

ただし、コルヒチンを今、使っておられる方にとっては、その病勢を抑えるという面では極めて有益なお薬ですから、これを止めないでいただきたいと思います。このお薬自体は免疫を下げるという作用はありませんので、コロナウイルスの感染を悪化させるということもないと思いますし、特にワクチンに有害であるということもないと思いますので、これはぜひ使っていただきたいと思います。

それから、三つ目。「新型コロナウイルスの変異株が出てきていますが、ベーチェット病患者が感染した場合に対応できる最新治療方法」ですね。この治療というのはベーチェット病に対してという意味なのか、コロナに対してという意味なのか、そこは少しわからないのですが、いずれにしてもベーチェット病に対する治療というものは、先ほど申し上げたように積極的な治療の対象になるかどうかということによって決まるかと思いますが、やはりこのご時世ですから、関節痛とか口内炎とか皮膚の症状ですね、そのようないわゆる命を取られる危険性の少ない症状に対しては、現状では何とか対処療法で乗り切るのがよろしいのではないかと思います。やはり今そこでステロイドを使ったり免疫抑制薬を使うと、コロナに対するリスクが上ってくるかと思いますが、そのような症状に対しては、可能な限り免疫を下げるお薬を使わずに何とか乗り切ることかと思いますが。

そして、命に関わるような血管ベーチェット、神経ベーチェット、腸管ベーチェット、それから失明に関わる可能性のある目の発作ですね。これに対しては今までどおり病勢をきちんとコントロールするという目的で、しっかりと注射のお薬や、免疫抑制薬も併せて使っていくことが望ましいと思います。

そこで治療をためらっていると、逆に原疾患が悪化してますます重症化のリスクが上がる可能性がありますので、コロナのですね、だからしっかりと病気のコントロールをしていくことがコロナのリスクを下げるという意味では大事ですから。そうしないと、今の病気が悪い状態でコロナ感染を起こすと、これは最も体にとっては負担が大きいのではないかと思いますので、そこはしっかりと治療をしていく。

コロナに対する治療というのは、これはベーチェット病の有無に関わらず、肺の病変が悪化すればステロイドを使ったりあるいはレムデシビルを早期に使って良いと思いますが、ウイルスを増やさないことを目的にしたお薬ですからね。あとは症状に合わせて治療していくことが、基本的な考えかだと思います。

最後ですが、「妊婦は、コロナワクチンを接種しても大丈夫でしょうか」ということですが、現状、この周産期センター（総合周産期母子医療センター）とかあるいは日本産科学会（公益社団法人日本産科婦人科学会）ですね、このような所が出している提言というのは、やはりこのような妊婦という方は、健常者とか非妊婦の方と比べて重症化するリスクが高いといわれているのですね。だから、一般的にはワクチン接種は推奨されると思います。今のところ出てきて間がないもので、やはり安全性あたりも十分に担保されているものではないと思いますが、今できている、可能な限りできている動物実験のレベルでは、妊婦の動物に打っても胎児などに影響が出たりとかそのようなことはないのではないかとされていますので、やはり可能な限り打ったほうが良いと。授乳についても、今のところ乳汁中にワクチンの影響が出てきたりなどということは、今の段階では報告されていないようなので、基本的に私は打たれたほうが安心ではないかだと思います。

いただいている質問に関しては以上です。

◆司会者 ありがとうございます。今日のお話を聞いて、ご質問のある方は、挙手をいただいて、私のほうから指名をさせていただこうと思いますのでよろしく願いいたします。

◆Oさん 本日は貴重なお話をありがとうございます。鳥取大学の岡田と申します。

前半の部で質問が2点あるのですが、一つが、完全型ベーチェットと不完全型ベーチェットと特殊型ベーチェットとあったのですが、その3つの患者さんで、血液検査等で違いというのはあるのでしょうか。

◆松本先生 ベーチェット病というのは、先ほど申し上げたのですが、「これが陽性だとベーチェット病」というものは何もないのですよね。だから一般的にはもう、症状ベースで

判断をするというのが唯一取ることができる方法です。

血液検査で出てくる異常というものは、炎症反応がやはり、発作のときには高くなっているのですよね。異常値になっていることが多いと。やはり腸管ベーチェットとか血管ベーチェットは、全身の炎症が非常に強いことで起こってくるような病態というのは、一般的にCRP、炎症反応がやはり上昇しやすいと思います。結構高いのですよね。一方、口内炎とかあるいは目の症状ですね。いわゆる局所の炎症で経過をしている方というのは、発作期でも炎症反応があまり上がってこない。異常値にはなっても少し上がる程度で済むことが多いので、やはりそこは炎症の程度によって違いは出てくると思います。だから、ベーチェットであればこのような異常があるとかそのようなことは残念ながらないので、そこが診断の難しいところですね。

そして、その病勢を把握するのもやはりいろいろな画像検査等も踏まえて、複合的に判断をしていかないとなかなか正確にはとらえられない。血液検査だけでは難しいわけですね。感染を起こしたりしても炎症反応は上がってきますから、CRPだけを見ていたのでは本質がわからないこともあります。

◆Oさん はい、ありがとうございます。

あと、もう一つなのですが、シクロスポリンでTリンパ球を選択的に抑制するとおっしゃっていたのですが、その選択的に抑制するTリンパ球は具体的にどのようなものを抑制しているかというのは。

◆松本先生 ネオオラルというお薬は、カルシニューリン阻害薬といって、要はこのT細胞、いわゆるリンパ球が活性化をするときにこのカルシニューリンというところが作用して、最終的にNFATC1というT細胞の活性化に非常に重要ないわゆる転写因子。少し難しい言葉なのですが、それが活性化することによってリンパ球というのは活性化をしていくわけですが、そこをブロックすることがネオオラルの主の効果でして、そのようなカルシニューリン系の作用から活性化をしていくのがリンパ球ですから、T細胞特異的なお薬と考えられています。

◆Oさん ありがとうございます。

◆Kさん 直接先生のお話とは関係ないかもしれませんが、新型コロナウイルスに対する日常的な注意事項ということで、これまで三密を避けるということで、マスクであったりあるいはアルコール消毒であったりということで、新型コロナウイルスに対して防御しようということなのですが、なかなか日常生活の中で常にマスクを掛けられないような場所もございまして、例えば私は温水プールなどに行ったりお風呂屋さんに行ったりするのですが、プールの中でマスクを掛けて泳ぐことは難しいですし、お風呂屋さんの中でもマスクは難

しいと。例えば温水プールなどの場合は、飛沫感染ということを考えて飛んだ飛沫が、温水プールの場合、水の中に消毒がありますし、そのような意味ではあまり問題がないのではないかと考えています。もう一つはお風呂屋さんの場合で、サウナの場合は密閉にしないとサウナ効果がないのですが、ただサウナ室自身の温度がかなり高いので、その中でコロナウイルスそのものがどの程度生き延びていて害を及ぼすのかということに関しては、そのようなことはないのかなということも考えているのです。それも止めろといわれると、お風呂も行けないしプールも行けないということになってしまうので、そのあたりに対する先生のお考えを聞かせていただければと思います。

◆松本先生 おっしゃるように感染で多く報告をされているのは会食なのですね。会食でやはりマスクを外して食事を食べながらお酒も飲むと、だんだんハイになってきて、声も大きくなる。声が大きくなるとウイルスの排出も多くなっていくということですね。ほとんど感染をされている方は、何か大きな声で会話をマスク無しでしているというケースが多く見られているので、日常の生活の中でそこはもしかすると避けることができる場所かもしれないので、そこは現状、やはり我慢をせざるを得ないのかなと。私自身も昨年(令和2年)の3月以降は、会食というものは一切禁止になっておりますので、岡山の外にも出ておりませんし、会食も一切していないということで、もうそれは守らざるを得ないのですよね。そのような状況でやっています。

プールとかサウナは、ご自身のリラックスというか、健康の意味でも非常に大事なので、そこは私は患者さんに問われても積極的にお勧めはしていますし、そこでのことが差し当たって即、リスクになるとは考えていません。サウナ等も非常に高温で多湿かと思えますので、そこはウイルスが多くない。もし一人で使うことができるのであればベストかもしれません。あとは、サウナの部屋の中で喋らないということが大事かもしれません。

◆Fさん 私のほうから2つほど質問があるのですが、一つは、私がこれを聞き漏らしたのかもしれませんが、リウマチ性疾患の人はそうでない人よりも若干重症化のリスクが上がると。特に活動性の高い時期の人は重症化のリスクが上がるという話でしたが、ベーチェット病患者についても同じようなことがいえるのかどうかですね。それをお聞きしたいと思います。

◆松本先生 先ほどお示しをしたものというのは、やはり患者さんの数の多い疾患をベースにしたような考えに限られてしまうのですね。関節リウマチとか全身性エリテマトーデスというのは膠原病の中でも数の多い1番と2番になりますので、そのような患者さんでないとなかなか。例えば今、日本国内で重症化している人の中で膠原病の患者さんが何人いらっしゃるかといっても、本当にそれはまだまだ数えるほどだと思えるのですね。全人口

の1%がリウマチの方で、さらに100分の1なのですね、ベーチェットの方というのは。そう考えると、ベーチェット病の方だけを集めてコロナの重症化した人とそうでない人を比較することができるほど、まだ数がないのですね。だから、もう何年か経つともしかするとベーチェット病の方だけを集めてそのような比較検討をされるかもしれないのですが、リウマチとかそのような似たような病気の方で、比較検討したもので類推せざるを得ないということが現状で、今そのような方を見ると、やはり重症化しやすいと。その中でも活動性が高い理由となりやすいのは、そのような方というのは、もしかすると全身状態が良くないということですね。非常に全身が憔悴しているなどですね。そのようなところで抵抗力が弱っているからなのかもしれないし、そのような方はいろいろなお薬をたくさん使っていて、もしかするとそのようなところが良くないのかもしれないし、いろいろな可能性が考えられます。

◆Fさん ありがとうございます。

今の質問に関連して、ベーチェット病というのはサイトカインストームの一種と考えてよいのでしょうか。それとも、別の状態なのでしょう。

◆松本先生 ベーチェット病がアクティブのときというのは、まさにサイトカインがとてたくさん出ている状態で、その状態というのはサイトカインが本当にダーッと出ているときなのですが、それが非常に不思議なことに、またそれが嘘のように収まってしまいうこともあるわけですね。サイトカインストームというのは、どちらかという、例えば細菌が感染して敗血症になり、菌が全身に回って高い熱が出て、無治療ですつといくとやがて敗血症になって死んでしまうわけですが、そのような状況はサイトカインストームと呼ぶのです。サイトカインが嵐のように出てきて全身の臓器がダメになってしまう。このような病態とは少し違うのかもしれませんが。サイトカインが悪さをする病気ではあるのですが、ストームというほどずっと嵐が続くというわけではなくて、それが出たり引っ込んだりする病気で、そこが普通のサイトカインストームと違うところだと思います。

◆Fさん ありがとうございます。

また別の質問なのですが、私はコルヒチンを使用しております。ずっと管理使用なのですが、今先生のお話を聞くと、コルヒチンは免疫抑制剤ではないという話でした。ではなぜコルヒチンがベーチェット病に効くのかという質問なのですが、これはいかがでしょうか。なぜ効くのでしょうか。

◆松本先生 コルヒチンの作用というものは、先ほど申し上げた好中球ですね、免疫細胞の一つなのですが、これの動きをゆっくりにするという作用があるのです。動きをゆっくりにする。だからおそらく、免疫を殺してしまうのではなくて、好中球をゆっくりにするというところでもしかすると、ベーチェット病の発作的な部分を緩やかにしたりとか、

抑制したりとかということが可能になってくる。だからそこが免疫抑制薬と違うところで、先ほどのネオールという免疫抑制薬。これはT細胞の増殖などをブロックしてしまうのでリンパ球が増えなくなったりするわけですね。要は作用が落ちてしまうわけです。だから、そのようなお薬というのは免疫が落ちてしまうのですが、動きをゆっくりにするというところなので、直接的に免疫を下げるというところには働かないのかもしれない。あとは好中球を結構、割と特異的にそのような形で作用させるので、やはりほかの免疫がそこをカバーしているのかもしれないね。

◆Fさん 好中球の働きを弱めるということですが、数が減るというわけではないのですね。

◆松本先生 数が減るということではありません。

◆Fさん 動きが低下するだけで。

◆松本先生 はい、そうです。

◆Fさん 良い薬だなと思いますね。

◆松本先生 そうですね、私もそう思います。コルヒチンで抑えることができるのであれば、私はこれがベストだと思います。

◆Fさん 私はこれを30年以上服用しているのですが、特段、副反応といいますが、それがないのですが、そのようなケースのほうがよいのでしょうか。

◆松本先生 一番よく経験するのは下痢症状で、減量するというケースと、あとは肝障害が出て減量するというケースが多いと思うのですが、もうそのくらい長く飲まれていて副作用がない場合は、基本的には大丈夫だと思いますので、ずっと続けていただければと思います。

◆Fさん ありがとうございました。

◆Tさん まったくコロナの話にはならないのですが、2つなのですが、私事になるのですが、血管型なのです。12年になるのですが、今は症状が落ち着いていて、先生も血液状態が良いので早くワクチンが打てると良いねと言われ続けているのですが、なかなか回ってこないのです。

血管型なのですが、実は私、免疫抑制剤をまったく使っておりません。今飲んでる薬が、ステロイド5mg錠とコルヒチン1錠とワーファリンを今、血中を探りながら、D-ダ

オテズラ(アプレミラスト) (PDE-4阻害薬)

	朝	夕	
1日目	10mg	10mg 1日目薬を飲みます	10mgを朝に1回1錠
2日目	10mg	10mg	10mgを朝・夕に1回1錠
3日目	10mg	20mg	10mgを朝に1回1錠 20mgを夕に1回1錠
4日目	20mg	20mg	20mgを朝・夕に1回1錠
5日目	20mg	30mg	20mgを朝に1回1錠 30mgを夕に1回1錠
6日目以降	30mg	30mg	30mgを朝・夕に1回1錠

イマーというところの 2.5mg なのですが、免疫抑制剤を使っていないのですが大丈夫でしょうかという質問が一つ。

それと、新しいお薬というのでオテズラ錠という薬が出たのですが、その薬の今の使用率はどのくらい、どのくらいの人を使っているかということをお教えください。

◆松本先生 ベーチェット病の発作というのは、出たり引っ込んだりを繰り返しながら、年齢が上がっていくごとにだんだん発作が少なくなっていって、やがて枯れていくというように考えられる方が結構多いと思うのですね。そうでない方もいらっしゃるかもしれませんが。一般的には、年齢が上がるごとに発作は緩やかになってくると。そして、患者さんの中では、1 回の発作以後ずっと落ち着いていらっしゃるという方もいらっしゃいますし、今のご質問では、プレドニンを飲まれているので、免疫抑制剤は使われていないのですが、免疫を抑える薬は使われているということなのですね。ですから、今そのようなお薬を使われることで抑制ができていると考えられると思います。

ワーファリンというのは、要は、血管型なので血栓予防のために使われているのだと思うので、これは理にかなっていると思いますから、その治療はぜひ続けていただきたいと思うのですね。

ここからさらにプレドニンを減らしていけるかどうかということは、これはチャレンジになりますので、減らしていくことでまた出てくるというケースもゼロではないと思いますので、そこは主治医の先生とご相談をしながらチャレンジをしていただきたいと思いますね。

あと、オテズラに関しては、まだ出てきて間もないお薬で、ほとんど使われていないと思います。まだまだ、口内炎における臨床適用ということなので、口内炎が難癖で、ほかに手がなかなか無い場合にその免疫抑制薬の代わりに使うということも選択肢かもしれません。

◆司会者 ありがとうございます。まだ、データが出ていないそうです。残念ですね。

◆ku さん ベーチェット病と診断されたのが平成 9 年で、その後、働くこともできずとコルヒチンの治療で良かったのですが、今から 11 年前に生死をさまようような大きな交通事故に遭ったのですね。それからいろいろな症状がベーチェット病として出るようになって、主治医の先生がいなくなってしまったのです。それで、消化器もダメだから消化器内科、それから眼科、そして心臓。心臓は、左脚ブロックなのです。整形外科。家の中では車椅子が取れています。外を歩くのは、車椅子です。

それで、足がとてもむくむのです。冷えてしまって。最近ですが、またぎっくり腰をして、手術をまったくできなかつた状態だったので、全部手術をしないで整形外科的にはやっていますが、どの先生がどのようにしてくださるのか全然、わからなくて、専門の先生がいらっしゃらなくて困っている状態です。

◆松本先生 各疾患、疾患ごとに専門の先生に見ていただくことは良いと思うのですが、全体を通してのコーディネートをしていく先生がもしかすると必要なのかもしれません。それが、膠原病内科なのかもしれません。もしお近くに膠原病内科があれば、その先生にお願いをして病勢の管理をしていただくことが一番良いのかもしれませんね。

◆kuさん 東京なのですが、東京新宿メディカルセンターでほとんど。婦人科もあるので私はそちらも見てもらっているのですが、その先生に頼み込んで、膠原病内科の先生に初めて今月見ていただけることになったのですが、関節炎がたまにひどく出て動かなくなるのです。すぐに行くことができる病院ではなくて、私は千葉なので、高速で1時間ちょっとくらいかかるのですね、車で。それが今、ネックですね。

こちらは病院はあるのですが、今はコロナ患者しか受け入れないし、「新規の膠原病は一切お断りしています」といわれて。大きな良い病院があったのですが、ダメになってしまったのですね。だから千葉にはないです。

◆松本先生 そうですね。コロナが終息しないとなかなかそのあたりも行き届かない部分はあるのかもしれません。

あとは、やはりお近くで、関節の症状が悪いときにそこは、東京の今、見ていただいている膠原病内科の先生と近くの整形外科の先生が連携をされて、病態を理解していただいたうえで、その整形外科の先生に何か困ったときの関節炎の対応はお願いするという形で、遠方の方はお願いをして連携をしていくというケースが多いように思います。

◆kuさん そうですか。それでは探さないといけませんね。精検（精密検査）も私は東京なので。

◆松本先生 そうですね。東京の先生が千葉のほうのそのような細かいことをもしかするとあまりご存じではないかもしれないので、ご自身でここだと思ふ所に、その主治医の先生から何か困ったときに対応してもらえようような紹介をしてもらうことが良いのかもしれませんね。

◆kuさん ただ「整形外科は、ベーチェットは見ることができない」と言われたのです。

◆松本先生 だから、ベーチェットに対する関節炎に対しての痛み止めとか。

◆kuさん できないと。

◆松本先生 そうですね。ベーチェットのコントロールは東京の先生がされると良いと思うのですが、何か関節の炎症、痛みが起こったときに局所の治療ですよ。関節の注射と

か、そのようなことも含めて対応できる医院があれば安心なのかもしれません。

◆kuさん 残念ながらありません。調べました全部。悲しいことにならないので。とても困っているのです。

よく秋山さんに電話相談はしているのですが、「難しいね」とおっしゃるのですね。事故が無ければと思ったのですけれどもね。ぶつけられたからどうしようもなくて。

◆司会者 ほかに。お時間が迫ってきておりますので、できれば、最後の質問にさせていただきます。ただければと思います。

◆Yさん 以前はベーチェット病の特定疾患の認定を受けていたのですが、制度が変わって、あまり病院へは行っていなくて、今はベーチェット病の認定ではないのですが、ここ数年で目のブドウ膜炎に何回か見舞われて、一応目のほうは回復したのですが、先ほどの講義を聞いていますと、その症状が出るというのは、霞がかかったような状態になってから病院に行くのですが、それだと手遅れのような感じで、先生に言われるのですが。先ほどの講義を聞いていますと、少しでも異変があれば、場所によると早く行かないと失明しますよというようなことだったので、そのあたり、少しおかしいと思うのだけれども、そのようなところは判断がつかないのですが、具体的にこのような症状があったときには「すぐに行きなさい」というものはあるのでしょうか。

それと、目の病気というのは男性の方に多いような気がするのですが、そのあたりの統計的なものはどのようになっているのでしょうか。よろしく願いいたします。

◆松本先生 目の症状は、起こってから行くと確かにもしかするともう遅いかもしれなくて。だから、起こらないように治療するというのが一般的な考え方だと思います。だから、もし頻繁に発作を繰り返しておられるのであれば、やはり治療の強化をされたほうが良いのではないかと思います。今もし免疫抑制薬とか注射のお薬を使っておられないのであれば、そのようなお薬を使って予防していくことをお勧めしたいと思うのですよね。今現在されている治療内容によるかと思います。

もともとベーチェット病というのは、男女比がないような珍しい膠原病なのです。普通の膠原病というのはもうほとんど女性が圧倒的に多いのですが、男女比が無いということで、非常に男性の方にも多く見られる病気だと思います。ほぼ、半々だと思います。だから、そのような部分では、目の症状も私は細かな今の割合は存じ上げないのですが、男性の方も非常に多いと思います。

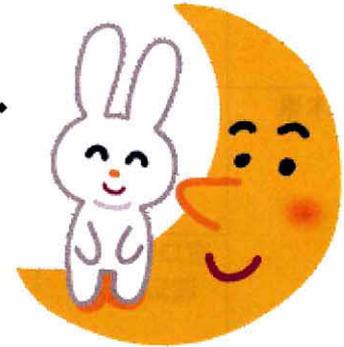
◆Yさん わかりました。ありがとうございます。

支部連絡先のご案内 10 支部

支部名	代表者氏名	住所・Eメール	電話
山形県	支部長 小関陽一	〒 山形県鶴岡市 koseki.yoichi@gmail.com	☎ FAX 携帯
宮城県	支部長 赤松雄二郎	〒 仙台市 Wd822822@sd6.so-net.ne.jp	☎ 携帯
栃木県	支部長 福田 悟	〒 宇都宮市 bt-tochig@kuroreo.sakura.ne.jp	携帯
	窓口担当 渡辺 正一	〒 宇都宮市 s.watanabe@nifty.com	☎
富山県	支部長 河合 喜久	〒 南砺市! kawai2810@gmail.com	☎
大阪府	支部長 遠田日出子	〒 東大阪市! t4492a@sky.plala.or.jp	携帯 FAX
京都府	会長 曾根 隆	〒 京都市	携帯
岡山県	支部長 芦田 徹	〒 倉敷市 amma@jeans.ocn.ne.jp	☎
	窓口担当 坂本真由美	〒 岡山市 be.oka.3939@gmail.com	携帯
山口県	支部長 藤井 英雄	〒 柳井市 fuji06@hi2.enjoy.ne.jp	☎ 携帯
香川県	支部長 多田加代子	〒 香川県観音寺市 asuyoutoyo314ab@gmail.com	☎
長崎県	支部長 荒木 茂則	〒 長崎市	☎

編集後記

第42回医療講演会の文字起こしをいたしましたので、特集を組みました。
講演をいただいた松本佳則先生ありがとうございました。
ユーチューブでも限定公開をしておりましたが、10月末をもちまして非公開にさせていただきます。まだ見ていない方は、ぜひこの冊子とともにご視聴くださいませ。次号では、先日行われましたベーチェット病サミットの特集を予定しておりますので、ご意見などございましたらお寄せください。(中尾)



<電話相談受付>

病気療養、福祉等について相談を受け付けています。
お気軽にお電話ください。

相談員 秋山 悦子

遠田(とおだ)日出子

発行人 大阪身体障害者団体定期刊行物協会

〒530-0054 大阪市北区南森町2-3-20-505

編集人 ベーチェット病友の会

〒 3 <https://www.behcets-jp.net/>

大阪府東大阪市

遠田日出子方



ベーチェット病友の会

TEL

FAX

メール t4492a@sky.plala.or.jp

郵便振替口座 00180-1-154812

頒 価 300円(頒価は、会費中に含まれています)