

HSK

いちばんぼし

HSK通巻 302号

昭和48年1月13日第3種郵便物認可
平成9年5月10日発行(毎月10日)

全国膠原病友の会北海道支部

いちばんぼし No. 106

も く じ

1997. 5.10

支部だより



- 第24回支部総会のご案内 P 1 ~P 3
- 「ステロイド治療と副作用について」
北見赤十字病院 酒井 勲先生
..... P 4 ~P34
- おたよりコーナー P35
- 地区だより P36 ~P37
- 事務局からのお知らせ P38 ~P39
- あとがき P40



全国膠原病友の会北海道支部

第24回総会のご案内

風薫る季節となりましたが、会員の皆さんはいかがお過ごしでしょうか。

今年度が始まりいよいよ行動開始と準備をしていた矢先に、既に皆さんにお知らせしましたように萩原千明支部長の急逝という誠に残念な出来事がございました。亡くなる一週間前には支部長の続投の意志を確認し、意欲もまだまだ持っていたのに……と症状の急変にただただ驚くばかりでした。

余りにも突然で驚きも悔しさも尽きないのですが、悲しさに負けず本当に自分の体を大切に過ごしたいと実感いたしました。

萩原家から難病連に10万円のご寄付をいただき、そのうち5万円膠原病友の会の方へご寄付いただきましたことをお知らせいたします。

新しい支部長は、運営委員をやっていただいていた埋田晴子さんにお引き受けいただく予定です。すべてが余りにも唐突なことなのですが、こういう時こそ会員が一致団結して会を盛り立てていこうではありませんか。

来る6月21日(土)総会と交流会で、15年間支部長として活躍されてきた萩原千明さんの思い出やこれからの会のあり方などを皆さんと共にお話できればと思います。

くれぐれも体調を整えられ、再会を心からお待ちいたしております。

・日程は？

- ☞ 1997年（平成9年）6月21日（土）です。
午後1時30分より 地区担当者会議
午後3時より 第25回支部総会
午後6時より 交流会

・会場は？

- ☞ 地区担当者会議・支部総会は
難病センターです。 札幌市中央区南4条10丁目 ☎011-512-3233
☞ 交流会は
ホテルレオパレス札幌1階「Lesion」
札幌市中央区南2条西8丁目 ☎011-272-0555

・費用（参加費）は？

- ☞ 交流会費は3,500円です。
（交流会のみの参加も大歓迎です。）
交流会では4月17日に亡くなった萩原支部長の思いを語りましょう。

・会からの補助は？

- ☞ 交通費の半額補助をします。
（印鑑を必ずご持参下さい）
☞ 宿泊費は全額友の会で補助します。
☞ 6月22日の朝食代は自己負担です。

・泊まる場所は？

- ☞ ①北海道難病センター
☞ ②ホテルハシモト別館
札幌市中央区南5条西10丁目 ☎011-512-4454
①、②のどちらになるかは事務局で決めさせていただきます。

・締切りは？

- ☞ 6月10日です。
同封のハガキでお申込下さい。
交流会のキャンセルは2日前までをお願いします。
（期日が過ぎた場合は全額支請求させていただきます）

・問い合わせは？

- ☞ 北海道難病センター内 友の会事務局へ ☎011-512-3233

- プログラム -

6/21 (土)

13 : 30 地区担当者会議
(北海道難病センター会議室)

14 : 30 受付開始

15 : 00 第25回支部総会
(北海道難病センター会議室)

17 : 00

18 : 00 交流会
(ホテルレオパレス札幌)

20 : 00

予告

第24回全道集会在今年は札幌で開催されます。

全道集会に合わせて

①交流会を行います。

7月25日(金)午後6時より 会場未定
医療講演会の講師の中井先生が参加します。

②分科会を行います。

7月26日(土)午前10時より12時まで
支部結成25周年記念医療講演会

会場 かでの2・7

講師 勤医協札幌病院院長 中井秀紀先生

費用は、交流会費3,000円程度、宿泊費7,500程度(半額補助予定)ですが、詳しくは次号いちばんぼしでご案内いたします。

ステロイド治療と副作用について

1996年8月4日（全道集会分科会）

北見赤十字病院第4内科部長

酒井 勲 先生

今日は膠原病の一番の治療の中心となるステロイドホルモンについて、どう
いうお薬なのかと言うことと、病気別にだいたいどういう治療をされるのかと
いうことと、その副作用に重点を置いてお話ししたいと思います。

皆様ご存知のように、膠原病というのは非常に治りにくい病気です。

ほとんどの方が一生にわたって病院と縁を切ることができないという病気で
す。それぞれ病気の原因もはっきりしておりませんので、現在行っている治療
は対症療法ということになります。

治療の中でステロイドホルモンが一番中心になっていますが、それについて
今日はお話しします。

ステロイドというのは非常に劇的な効果がありますが、その反面副作用も数
え切れなくらい多くて、時には副作用で逆に命を落としてしまうということ
もあります。

患者さんもある程度の知識はあると思いますが、今日はその副作用について、
患者さんがどういうことに気をつけて日常対処していけばいいかということ
をお話ししたいと思います。

お手元にお配りしたのは、東京医科歯科大学の先生が書かれたステロイドの
テキストブックのコピーです。これは医者向けに書かれた本ですので、使っ
ている言葉が非常に難しいと思います。それをなるべく分かりやすい言葉で説明
したいと思いますけれども、だいたい今日お話しするところには、私が線を引
いたり、まるをしたりしてありますので、その辺を中心に見ていっていただ
ければと思います。

資料① 1. 作用機序 (24ページ)

ステロイドホルモンというのは薬として作られていますが、実際には我々人

間の体の中に毎日分泌されている物質なわけです。

ホルモンというのは分かっているようで分からない言葉ですが、どういうものかという、一つは体のあるところから血液の中に分泌されているものをホルモンと言います。

例えば、唾とか膵臓から出る膵液というのは、血液の中でなく口の中とか腸の中とかそういうところに分泌されるものですので、それは外分泌と言います。

ホルモンというのは血液の中に分泌されるもので、それを内分泌と区別します。

もう一つの特徴は、非常に分泌される量が微量だけれども、生体にとって非常に大事ないろいろな作用をもっているという物質です。

ホルモンというと男性ホルモンとか、女性ホルモンというのがある、男性ホルモンは精巣で作られて、女性ホルモンは卵巣で作られますが、それ以外にもいろいろな臓器からホルモンというものが血液の中に分泌されています。

有名なものは、甲状腺という臓器がありますけれども、そこから甲状腺ホルモンというのが分泌されて、これは人間の体の代謝を活発にして元気ができるような、そういうホルモンです。

それからインシュリンというホルモンも知っている方もいると思いますけれども、これは胃の裏側にある膵臓から分泌されてまして、その主な働きは、ブドウ糖をうまく細胞の中に取り込んでエネルギーとして使えるようにすることです。

インシュリンの分泌が悪くなりますと、糖尿病になります。

ホルモンというのは臓器から血液の中に分泌されて、非常に微量ですけれども、いろいろな働きをもっているもののことです。

今日お話する副腎皮質ホルモン、副腎皮質ステロイド剤と言ってますけれども、それはその名のとおり副腎というところから分泌されています。

副腎というのは、腎臓が左右2個ありますが、その左右それぞれの上にかぶさるような形で小さい臓器があります。

副腎は皮質と髄質に分かれておりまして、皮質というのは表面の方で、髄質というのが中側の部分です。

中側の方からアドレナリン(カテコールアミン)という、血圧を上げたり、心臓の力を強めたりするような物質が出ています。それも非常に大事なホルモンですが、ここで言うステロイドホルモンというのは、副腎の表面の方から分泌されているホルモンです。

ステロイドを飲んでおられる方もいると思いますが、だいたいプレドニンという薬で治療されていると思いますが、プレドニン1錠は5mgですがその5mg

に相当するステロイドホルモンが正常の人の体内にも分泌されています。

あとで副作用で出てきますけれども、離脱症候群とって、ステロイドを急に止めた時に非常に重篤な状態になりますので、正常の人でもプレドニン1錠相当のステロイドが毎日分泌されているということは覚えておいて下さい。

副腎が全く壊されてしまって、そこからホルモンが出てこなくなるようなアジソン病という病気がありますが、その病気になってしまうと、外からホルモンを投与しないとすぐに死んでしまいます。

それは例えば、血圧が下がったりとか、下痢したりとか、非常に重症な状態になって、早く治療しないと、数日以内に死んでしまいます。

それと同じことがプレドニンを長い間飲んでいて、それを急に止めたり、あるいは飲んでいても非常にストレスがかかるような、例えば大きな手術をしたとか、ひどい感染を起こしたとか、そういうストレスのかかる状態になった時に、ステロイドホルモンが不足ということになってしまいます。

プリントにそって見ていきます。

まず一番目ですけれども、作用機序というのは、薬がどういう働きをして、どういうふう体に効いているかということです。

まず、3つ大きな作用があります。一番が生理作用、2番が抗炎症（肉芽）作用、3番目が免疫抑制作用となっています。

1番目の生理作用というのは、これは薬として期待している効果ではなく、本来もっているホルモンの働きですが、これがいろいろありますけれども、あとから述べる副作用と関連していきます。

「糖新生」と書いてありますが、これは肝臓からグリコーゲンというのを分解してブドウ糖に変えるんですけれども、こういう作用のためにステロイドを飲んだあとに糖尿病を発症する人がいます。

「タンパク異化」というのは、タンパクを分解してしまって、特に体の筋肉がおちてしまうということが起きてきます。

「男性化」というのは、毛深くなったり、毛が濃くなったりということです。

「向精神神経作用」とって、脳の方にある程度の影響を与えますので、ステロイドを飲み始めた時に非常に気分が高まったりとか、眠れなくなったりしてきます。

「脂肪代謝異常」というのは、大抵ステロイドを飲み始めた人はコレステロールが上がりますし、体の中では顔面とか体の中心の方に脂肪がつくようなことが起きてきてしまいます。

「電解質異常」というのは、特にナトリウム、体の中に塩分がたまって、むくみが起きたりとか血圧が上がったりということが出てきます。

こういう薬として期待しない、当たり前の人間の体の中で起きる本来の作用が、だいたいその副作用に結びついてきます。

実際に薬として使う場合に、我々が期待する作用というのが、2番目の抗炎症作用と、3番目の免疫抑制作用の、この2つです。

これは切り離して書いてますけども、炎症と免疫というのは言葉は違いますが、似通った部分で、厳密に区別するのは難しいです。

炎症というのは難しい、なかなか実感としてとらえにくいと思いますが、簡単に言うと体の中で起こっている戦争です。

本来、戦争というのは人間の体を守るための防御反応です。起こらないと駄目な反応です。例えば切り傷ができた場合に、普通の方は血が出て、それを固めて、そのところに白血球が集まってきて、時間が経てば硬くなって、瘢痕というんですけれども、そういうふうに治すという、それが本来の防御反応です。

ところが、それは本当にいいことですけれども、その時には大抵その傷口というのは熱をもってきますし、腫れてきますし、痛みも出ますし、いろいろなことが起きてきます。

そういう痛みが出て、赤くなって、腫れ上がるような体の中で起きている戦争を炎症と理解してもらえればいいと思います。

膠原病の方は炎症が体のいろいろなところに起きる病気です。SLEであれば腎臓に起きたりとか、脳に起きたりとかしますし、筋炎という病気では筋肉を中心に炎症が起きています。

膠原病の方は、炎症が起こらなくてもいいところに起きてしまうということで、炎症は本当は起きなければならない正常の反応ですけれども、膠原病の方はそれが不要もないのに体のあちこちで起きてしまうという病気です。

そのためにそういう炎症をとるという目的で、このステロイドホルモンが使われます。

その炎症は血管から液体成分がしみ出てきたりとか、白血球を中心とする細胞が集まってきたりとか、いろいろなことが起きるんですけれども、ステロイドを使えばそういう白血球も集まりにくくなりますし、血管からしみ出るようなものも少なくなってきました。

例えば、外科の先生はよく、ステロイドを飲んでいると手術を嫌がるんですけれども、それは例えば傷がつきにくいとか、いろいろ治りにくいということが理由です。ですけれども、全くつかないわけではないので、ステロイドをある程度飲んでいても、もちろん必要があれば手術するわけですが、傷が治りにくいというのはステロイドの持っている炎症を抑えてしまうという、そう

いう働きによります。

3番目に免疫抑制作用と書いてますけども、免疫というのも難しい言葉です。免疫というのは、自分の体以外のものが体の中に入ってきた時に、それと戦う全部のシステムのことを免疫と総称しています。

ですから、人間の持っている抵抗力ともとれます。

膠原病の方は外から入ってくるものだけを敵とみなすことができなくて、自分自身の、例えば細胞ですとか、そういうものを敵と勘違いしてしまう病気です。

自分自身のものを攻撃することで自己免疫疾患という、それは膠原病だけではなくて、他の病気もあります。自己免疫疾患という範ちゅうに入ってます。

つまり外から入ってくる敵だけでなく、自分自身も敵と誤ってしまいますのでそういう戦争をする働きを根本から抑えてしまえば、そういう戦争が起こらなくなるのではないかということで、ステロイドを使います。

それが免疫抑制作用ということで、当然この免疫を抑えれば2番目で言った炎症が起きにくくなりますから、ですから2番目と3番目は似たような言葉で、なかなか区別しがたいものですけれども、抗炎症作用と免疫抑制作用を期待して、我々はステロイドを投与しています。

資料② II. 適応と禁忌 (25ページ～26ページ)

次に2番目の病気の適応と禁忌というところで、表1にステロイド剤が使われる病気を挙げました。

これをご覧になって分かると思いますが、非常にたくさんの病気に使われております。

膠原病疾患、例えば全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎、多発性筋炎、結節性多発動脈炎など書いてますが、それ以外にもそこに書いてあるような非常に沢山の病気で、このステロイド剤が使われております。

各々の病気についてはまた言いますが、ステロイド剤を使う時に、まず一番最初に私たちが考えることは、ステロイドを使わないと本当に駄目な病気なのかどうかということです。

診断を本当にきちんとしないとだめですし、診断がついてもその診断でステロイドを本当に使わないとだめなのかどうかということをもまず判断します。ステロイドは先ほど言ったように非常に劇的な効果がありますが、何年か先に患者さんがステロイドを使ったらどうなっている、ステロイドを使わなかった

らどうなっているということを長期展望で我々は考えています。

例えばSLEですと、腎臓がやられることが結構多いんですが、その時は、症状がなくても、その腎臓の炎症が続いたままで何年も診ていると、五年後に腎臓の働きが悪くなって腎不全という状態になると判断すれば、その時点から治療します。

ですからステロイドというのは簡単に使ってはいけない薬ですが、世間にはいろいろなお医者さんがいまして、この北見界限でも、ちょっと熱が出たり、関節が痛いということで、ポンとステロイドを使われてしまって、そのあとうちの病院に来る人が多いんです。ステロイドを使うとまず診断がつかなくなりますので、その時は患者さんは非常に楽になって喜ぶんですけども、そのステロイドをずっと飲み続けるわけではなく、大抵その病院では途中でポンと止めてしまいますから、その時には結局治療する前と全く同じ状態に戻ってしまって、結局、何の病気なのかも分からないで、それを飲んでいれば症状はとれるんだけれども、止めてしまうとまた同じになるという、それが一番最悪の事態です。

最近、私のところにも結局全身性エリテマトーデスの患者さんだったんですけども、最初近くの整形外科の先生のところに行って、その時の症状は関節が腫れて痛いということで受診されて、ステロイドホルモンをだいたいプレドニンになおすと6錠ぐらいだと思いますが、使われて非常に良くなったのですが、それを減らしてくるとまた同じだということで見えた方がいます。

結局全身性エリテマトーデスという診断になりましたが、その場合にやはり最初にある程度がっちり薬を飲んでもらって、体の中の炎症を抑えておかないとまたすぐに再発するのは当たり前のことです。

ですから、これは患者さんはどうしようもないことですが、私たちの医者仲間でも、ステロイドを安易に開始される方がいるのも事実だと思います。

それと逆に、ステロイドは私たち学生の頃から非常に副作用の強い薬というふうに教えられてきてますので、本当はもう使わないとだめな病気なのに使ったことがないので、使えないという人も、非常に数多くいます。

気管支喘息というのは非常に多い病気ですが、喘息の患者がものすごく気管支が狭くなってゼーゼーして呼吸困難になるんですけども、そういう時でもなかなか使えないという若いお医者さんもいます。

私たちはだいたい膠原病の人を主体に診てますから、ステロイドは他の医者よりも使う経験が多いですし、副作用とかも慣れているほうです。

ですが、最初に長期的な展望に立って、この患者さんはステロイドは

本当にいるのかどうか、いるとしたらどれくらいの量を使えばいいのかということは、他の先生たちよりは絶対に最初の時点でよく見極めて使っているのではないかと自負しております。

SLEですけれども、SLEというのは非常に幅広い病気です、例えば顔とか手に発疹が出るだけという方もいますし、先ほど云ったように腎臓の方に重い炎症を起こしてきて、腎不全とかネフローゼと言って、尿タンパクが非常に出るような状態になる人もいます。

それから頭のほうに炎症を起こしてきて、それが原因で精神症状が出たり、意識をなくしたりするような重い人まで、ものすごく幅広い疾患です。

ステロイドは、SLEという診断がついたら皆さん投与されるのかということ、そういうわけではありませんで、だいたいどういうところに炎症が起きているかということで最初の投与量が決められます。

一般には、大量というのはプレドニンにして50~60mgぐらいを言いますが、それが対象になるのは腎臓に炎症が起きている方、中枢神経（脳とか脊髄）に炎症が起きている方、溶血性貧血といって、赤血球が溶けてしまうような時、あるいは血小板（出血を止める血球）が少なくなるような時に使います。

少量というのがだいたい10~20mgで、中等量というのはその間ぐらいです。

10~20mgというのは、例えば関節炎があるとか、熱があるという時に、大抵は私たちはその場合は非ステロイド系の抗炎症剤をまず投与します。

しかしそれを投与しても関節の腫れがひかないとか、熱が下がらないということになると、患者さんは日常生活がたいへんになりますので、そういう時には、ステロイドを10mgか15mgぐらい飲んでもらうこともあります。

ですけれども、基本的にはステロイドは、ほっておくと命に関わるような事態になってしまうというのが一番の適応で、2番目は命は大丈夫だけれども、ステロイドを使わないと患者さんの日常生活が全然成り立たなくなる、そういう時に適応になります。

それ以外のただ一時的に症状をとるということで使っては絶対にだめな薬です。

SLEもそうですし、他の病気もそうですが、膠原病の治療でステロイドの使い方一番大事なのは、先ほども言いましたけれども、最初の時点で体の中で起きている炎症を十分にたたくということが一番大事になってきます。

SLEの場合ですと、最初に、先ほど云ったような量を、だいたい1ヶ月から2ヶ月ぐらい、その初期量で治療をして、病気を充分安定した状態をもって

いきます。

SLEの場合は、例えば補体が治療の指針になりますので、大抵その補体が正常になるくらいまでは、最初の40mg、60mgというのをを使って、安定したと思った状態になったら、そのあとだいたい2週間ごとぐらいに薬を減らしていくというのが一般的な方法です。

多発性筋炎とか皮膚筋炎の場合はSLEと違いまして、だいたい使うステロイドの量は決まっています、診断がつけば、体重1kgあたりプレドニン1mgがだいたい標準的な量で、体重60kgの人で60mgというのでスタートします。

そのあとの使い方というのは、SLEとほとんど同じと考えていいです。

強皮症は皮膚とか内臓がどんどん硬くなってしま病気で、この病気に対してはステロイドはあまり効果がないと言われてまして、実際使っていないことが多いです。

最近うちの内科にかかっている、非常に皮膚の硬化が急激に進むような人にプレドニン500mgを月に1回だけ注射すると、皮膚が軟らかくなったような人がいますので、今まで全然ステロイドは適応ではなかったけれども、そういう方法でやれば皮膚を軟らかくする作用があるのかもしれない。

シェーグレン症候群は、唾と涙を作っているところに炎症が起きる病気ですが、この病気は基本的にはステロイドを使うことはほとんどありません。

シェーグレン症候群もいろいろなところに炎症を伴ってきますが、肺の方に間質性肺炎を起こしてきたり、肝臓の方に自己免疫性肝炎を起こしたり、手足がしびれてどうにもならない、末梢神経炎と言いますけれども、そういう特殊な内臓の方に炎症が起きた時にはステロイドホルモンを使うことがあります。

資料③ Ⅲ. 副作用とその対策 (27ページ～34ページ)

次に具体的にどのような副作用があるかということと、それぞれの副作用についてどのような症状があって、どのように診断して、治療をどういうようにして、患者さんがどういうことに気をつけていけばいいかということを説明していきたいと思います。

副作用の発生と種類というところですが、副作用は時に致命的となるほど重篤なもの(大症状)と、比較的軽症のもの(小症状)とに分けられます。

その発生頻度は大症状ほぼ20%、小症状ほぼ80%とされています。

大症状の方はどのようなものがあるかということ、重症な感染症の誘発と広汎化、消化性潰瘍(胃潰瘍、十二指腸潰瘍)ステロイド糖尿、精神障害、急性副

腎不全、この5つがステロイドの副作用の中では5つの大きな柱です。

そのほか小症状のほうにいきますと、それは外見のことですけれども、患者さんにとっては非常に大事なことです、私たちはあまり気にかけていないという副作用があります。

それは例えば満月様顔貌と言って、顔が丸くなる状況、毛深くなる、皮膚線条というのがありますけれども、ちょうど妊娠したあとの妊娠線のようなものができます。それと、にきびです。

そういう外見のことも確かに大事ですけれども、これはステロイドを最初飲み始めた時はかなりひどくなりますけれども、飲み続けて維持量に入った頃にはその程度は軽くなっていると思いますので、最初に私たちは患者さんにこういうふうになりますよと説明しますけれども、そんなに気にかけていません。

消化管潰瘍出血は膠原病、特に慢性関節リウマチに多いと書いてますが、これはそんなに膠原病の方には多くないです。

大腿骨頭壊死というのは最近我々の世界でかなり問題になってまして、これは股関節のところの球状になっている方の骨が死んでしまうという病気です。

これは昔からあるのですが、ステロイドを飲んでいる方に圧倒的に多いですけれども、特にSLEの方がほとんどです。

ほかの喘息とかネフローゼ症候群という病気でもステロイドがけっこう使われますが、SLEに比べると頻度が全然違います。

その理由は分かっていません。大腿骨頭壊死で死ぬことは絶対ないんですけれども、患者さんの生活の範囲が非常に狭まってしまって、行動上の制約を受けるということで、骨粗鬆症とともに、最近どのように今後対処していけばいいかということがクローズアップされてきている副作用だと思います。

<主な副作用とその対策法>

一つひとつ見ていきますが、まず感染症の誘発（増悪化）ということですが、この☆印をつけたのは命にかかわるという意味で、あとで述べる離脱症候群と、この2つはほっておくと命を奪われるということ、特に重症ということ、印をしました。

感染症がどうして起こりやすくなるのかと言いますと、先ほど言った作用機序とも関連しているのですが、ステロイドで過剰に起こっている免疫を抑えようとしますと、本来の薬の目的は必要のない免疫反応を抑えようということですが、本当の敵と戦う正常の免疫の反応も同時に落ちてしまうわけです。

ここに来ている皆さんはステロイドを飲んでらしても、維持量に入っている

方しかいないと思いますので、こういう時期になると、本当に重い感染症を起こしやすい時期を乗り切っているんですけれども、特にステロイドを大量でプレドニン60mgくらいとか飲み始めて最初の数ヶ月は、非常に感染が付きやすいとか、かかりやすいという状態になります。

大量ステロイドを投与すると、末梢血中のリンパ球および単球数が減り、それからいろいろな微生物と戦う抗体が少なくなってしまいます。

リンパ球が少なくなると、皆さんエイズという病気をご存知だと思いますけれども、エイズというのはエイズウィルス(HIV)、ヒト免疫不全ウィルスを略してHIVと言います。HIVがリンパ球の中に感染を起こして、そのリンパ球を壊してしまうというのがエイズの本体です。

そうするとリンパ球の数が減ってきて、いろいろな免疫不全という状態になってしまうのですが、ステロイドの特に大量60mgぐらいで治療した場合、エイズほどひどく抵抗力が落ちていないんですが、エイズを少し軽くしたような状態がステロイドを中等量から大量飲んだ最初の何ヶ月間は起きていると理解してもらいたいと思います。

ですけれども、維持量に入った時には、免疫力はかなり回復していますので、それほど死に至るような感染が起こることはありません。

いろいろなところに微生物が付きませんが、一番我々が恐れているのは、肺です。

具体的につく微生物は、普通の細菌であったり、真菌と言って、水虫もそんなんですけれども、カビであったり、結核菌であったり、カリニ原虫というのはエイズの方が最後に肺炎を起こして亡くなることが多いんですけれども、ニューモシスティスカリニという微生物です。

症状はこれは全部の微生物に共通ですが、普通の方は肺炎を起こすとまず咳が出ますし、熱も出ますが、ステロイドを飲んでると、いろいろ症状が抑えられてしまって、熱が出にくいとか痛みも出にくいということがありますので、これは非常に注意していないとなかなか分からないことが多いです。

それで私たちがステロイドの大量ないし中等量を使って、最初の何ヶ月か入院してもらっているという一番の理由は、日和見感染と言って、普通の方では起こらないような感染が抵抗力が落ちた時に起こる感染のことで、日和見感染を早く見つけて早く治さないとだめだということで、最初の何ヶ月か患者さんは退屈だと思いますが、良くなっても入院してもらっているというのは、感染を早く見つけて早く対処しようということが一番の目的になっています。

肺にいろいろな微生物が付きませんが、実際に細菌による肺炎とか気管支炎というのは、いま抗生物質はいいのができてますから、それが問題になることは

ほとんどありません。

起こっても、ここに書いている先生はステロイドを増やして、抗生剤も使いなさいと書いていますが、そんなことをしなくても普通の抗生剤をはじめれば細菌性の肺炎はすぐ治ってしまいます。

むしろ問題になるのは、線を引きましたけれども、カビです。カンジダとクリプトコッカスとアスペルギルスが、カビの中では頻度が高いです。

カンジダは、ステロイドの治療をされた方は経験があると思いますが、普通の方の口の中にも住み着いているカビですが、それが抵抗力が落ちると口の中で増殖してきて、ちょうど酒かすのような白いかたまりを作ってきて増殖します。それは最初は絶対口の中におきるのですけれども、それを何もしないでほっておきますと、食道の方に広がってしまって、食道炎を起こします。さらにほっておくと、食道の粘膜から血液の中に入って全身の色々な臓器に運ばれて大変になることがあります。

これは大抵の病院でやっていると思いますが、カンジダはファンギゾンという薬が非常によく効きますから、オレンジ色のうがいをして、口の中でカンジダを増殖させないようにしていれば、ほとんど予防できます。

だいたいプレドニンの維持量が10mgから15mg程度になれば、カンジダもそんなに増殖してこないと思いますが、もしその時点でうがいをしていないとまた白いのがでてきてしまうという人は、お薬を出しますので、おっしゃってもらえれば、またうがいを再開したほうが絶対にいいと思います。

クリプトコッカスは特に脳とか脊髄のほうに、右側のページの上の写真にクリプトコッカス髄膜炎で亡くなった方の写真が出ていますが、頭の方に感染を起こすカビです。

アスペルギルスは主に肺のほうに感染を起こして、2つとも非常に治りにくいです。

クリプトコッカスもアスペルギルスも非常に治りにくいですが、その理由はあまりいい薬がないという、その一言です。

カビをやっつける薬はファンギゾン以外にも4種類ぐらい、注射とか飲み薬がありますが、細菌に対して抗生物質が効くほど効かないです。しかし、これは何年か経てば新しいいい薬が出てくる可能性はあると思います。

それは昔結核が非常に治りにくかったんですが、いい薬が出てきた途端に、もうほとんど治る病気になってしまったのと同じことで、癌が治らないとかという問題よりはもう少し薬屋さんが頑張ってくれば、カビをすぐやっつけられるような薬が出てくる可能性があると思います。

帯状疱疹は皆さんが飲んでいるぐらいのステロイドの量でも普通に起こって

きますし、非常に頻度が高い病気です。

左のほうの写真に帯状疱疹の水疱が出てますが、これはステロイドを、別に飲んでいない人でもだいたい年をとってくるとよく起きます。抵抗力が落ちた時に帯状疱疹は出てきますが、帯状疱疹は昔皆さん水疱瘡になっていると思いますけれども、水疱瘡になった時に水痘ウィルスというのが体の中に一部分残ります。特に神経の中にそのウィルスが残っているのですが、元気なうちは何の症状も出ませんが、抵抗力が落ちた時にそのウィルスが活発になって出てくるというのが帯状疱疹です。

症状としては全身に出ることはまずありません。大抵神経の分布に沿って、顔面とか肋骨と肋骨の間の一定の領域に、最初は赤くなって出てきますが、何日か経つとそれが必ず水ぶくれの状態になってきます。痛みは大抵の人にはかなり出ますので、それで受診する人が多いと思います。

5日間ぐらい抗ウィルス剤を飲めば非常によくくなります。

それからもう一つ、虫歯の治療ということがよく相談を受けますが、これは先ほど言ったように、特に歯を抜いた時には、そこからばい菌が血液の中に入りやすいのは事実なので、普通の方でも抜歯をしたあとは抗生物質を2～3日ぐらいは出されると思いますが、プレドニン10mgぐらい飲んでる人の場合は、例えば1週間ぐらい長めに飲んでもらえば、ほとんど普通の人と同じでいいと思っています。

歯医者さんによってはプレドニンを飲んでると、それは治療できないと言っていることもあるみたいですが、20mg30mg飲んでいればまた別ですけども、5mg10mg飲んでる分にはそんなに気を遣うこともないのではないかと私は思います。場合によっては大学病院の歯学部に行きなさいとかいう歯医者さんもありますけれども、私は基本的には抗生物質を少し長めに投与して下さい、というふうにしからお返事は書いていません。そんなに心配なことではないと思います。

感染の対策としては、患者さんはあまりできることはありませんで、それを診ている先生の力量に頼らざるを得ないんですが、感染を起こしたらそれを早く見つけて、早く微生物をやっつける治療を始めること。そのために、治療の最初の時には、入院だけしててもらおうと。

例えば、起きた感染が、先ほど言ったカリニ肺炎ですとか、アスペルギルスですとか、結核が重症化したような場合、その感染が命取りになると私たちが判断した場合には、最初2週間ごとにステロイドを減量するのが普通ですが、ステロイドの減量を一旦早めて、3日ごとに減量して行って、早めに10mgぐらいまで下げるとか、そういうふうにはしています。

次が消化管の潰瘍（出血、穿孔）と書いていますが、私はあまりこういう出血が止まらなかったとか、潰瘍に穴があいて手術になったとかという人の経験はありません。そんなに皆さんも心配しなくていいのではないかと思います。

潰瘍が誘発されるまでの期間が案外短いと書いてありますが、これはステロイド以外に普通に起きる胃潰瘍、十二指腸潰瘍というの、本当に一日でできてしまいます。ステロイドに別に特徴的なことではありません。

症状は、ここにだいたい1/3と書いてますが、それは先ほど言ったようにステロイドで炎症が抑えられてしまいますので、痛みとか熱とかが出にくいということに関係していると思います。

大出血というのは潰瘍の底のところに小さな動脈があって、そこに傷がついた場合に大出血になりますが、それは今は手術をしなくてもクリッピングといって血管をホッチキスみたいなので止める方法とか、あるいはその局所にエタノールとかいろいろな血管を固めるような物質を注射できる手技ができてますので、そういう手技を駆使すれば手術をして胃を切らなくても止血することの方が圧倒的に多いと思うのです。

穴があいてしまうと胃の中のものが腹膜のほうに漏れるような状態になってしまい、これはもう腹膜炎を起こして死んでしまいますので、その時には手術をして胃を取ってしまうということになります。

ですけれども、先ほど言いましたように、こういう事態はまれで、私はもう医者をやって15年ぐらいになりますが、ステロイドを飲んでいて潰瘍ができて大出血で困ったこともないし、胃に穴があいた人もないですから、そんなに心配ではないと思います。

ただ、非常に治りが悪い潰瘍の人は、私も2~3例診たことがあります。だいたい潰瘍は普通の治療をしていけば2ヶ月で治りますけれども、潰瘍がふさがるまでに1年ぐらいかかったとか、それ以上かかったという人は私にもありますけれども、穴があいたり大出血したというのは経験はありません。

どうしてそういうふうになったかという、最近ではステロイドを出す時に必ず何かの胃薬を併用されていると思いますが、そういう胃薬が昔のものよりも作用が強くなったからではないかと思います。

もし、カメラをやって胃潰瘍があれば、制酸作用の強い胃薬がありますから、そういうものを使ってもらえば、そんなに潰瘍そのもので困ることはないと思います。

制酸作用の強い、H2ブロッカーという種類の薬がありますが、そういうものを最初から一緒に併用することもあります。最近消化器の分野のほうであまり胃の中の酸を長期にわたって抑えると胃の中に住み着いている菌（ヘリコ

バクターピロリー)が増殖してしまって、それがひいては胃癌に結びつくのではないかというようなことも言われ出しています。

これは本当かどうかはまだ全然結論が出ておりません。そういうこともあって、あまり制酸作用が強くない胃薬ぐらいいは出してますけれども、そういうH2ブロッカーという潰瘍の薬を最初からステロイドと併用されている方も中にはいるかもしれませんが、それでなくてもいいのではないかなという気がします。

ですから、患者さんとしてはステロイドだけ出て胃薬を飲んでいないということはまずないと思いますので、お医者さんが出してくれている薬をきちんと飲んで、もしお腹が痛いとか、胸焼けがするとかという時には早めに検査を受けて、ひどい胃炎がないとか、胃潰瘍がないかということ診ていけばいいと思います。

次の糖尿病ですが、これはもともと糖尿病ではないのに糖尿病になる人が出てきます。それから、もともと糖尿病と診断がついている人はさらにそれが悪化いたします。

糖尿病というのは、空腹時の血糖の正常値はだいたい110mg/dl以下ということですが、それが朝一番の血糖を取って140以上あった際には、それだけで糖尿病という診断をつけれます。

このステロイド糖尿の特徴は、空腹時の血糖を測ったら100を切っていて、90台とかいうことがあっても、食事を食べたあとの血糖を測ると非常に高いというのが普通の糖尿と違う一番のところだと思います。

普通の糖尿は大抵空腹時の血糖を取って100以下ということはずありませんから、大抵140、150あるいはそれ以上ということですが、ステロイド糖尿の場合は朝1回の血糖を取っただけでは見逃されるということがあります。

症状は普通の糖尿と全く変わりません。多尿、口渇、体重減少と書いてありますけれども、とにかく口が渇いて水をたくさん取って、そのためにおしっここの量が増えて、脱水になってしまうので体重がどんどん減ってしまうということです。

さきほど言ったように、空腹時の血糖を測っても見逃されることはありますが、大抵うちの病院にかかっている人は、検尿を定期的に行っていると思いますけれども、検尿は大抵病院に来た時には朝食後になっていると思いますので、そちらのほうで見つかります。

もちろん本当に軽い糖尿は検尿では見つかりませんが、少なくとも治療を要するような糖尿を合併してきた場合には、必ず尿糖が出てきますので、そのあ

と食後の血糖を取るとか、空腹時の血糖を取るということで発見できると思います。

そこに書いてある症状が出るような糖尿というのは、これはもう血糖を取れば大抵200、300の世界なので、ステロイドを飲んでいて定期的な検尿をやっていない人がいれば、やはり3ヶ月に1回は少なくともやってもらったほうが良いと思います。

もし、糖尿病が起きたと診断がついた場合は、ステロイドを減らせと書いてありますが、そういうことはできないから減らしてないわけなので、だいたいはインシュリンの注射を打つというのが一般的です。

普通の糖尿病は飲み薬で経口糖尿病治療薬というのがあって、半分以上の人は、それで何とか血糖のコントロールはつきますか、ステロイドを飲んでいる間に糖尿になった場合には、あまりそういう飲み薬は効かなくて、インシュリンを使わないとだめな人が多いということになっています。

次が精神障害ですけれども、これはステロイドを飲んだ方は経験があると思いますが、たくさん量を飲むと最初の時に眠れなくなることが多いと思います。

これは先ほど言ったように、ステロイドの持っている本来の働きなので、眠れない時には眠り薬を出してもらって、ステロイドの量が減っていけばだんだんそういうのもとれてくると思います。睡眠薬といっても別に飲んでいて麻薬みたいに体が依存性になってしまうということはありませんから、最初眠れない時には使ってもいいと思います。

精神症状の中では、たくさん書いてありますが、多いのは、多幸といって、とにかく自分が優越感に浸ってすごく幸せな気分になるというもので、躁状態とも言えるんですけれども、軽い躁状態になって幸せな気分になる人が一番多いと思います。

うつみたいになって落ち込むという人は、むしろSLEなんかの病気そのものによる人の方が多くて、ステロイドを飲んで落ち込むということはそうはないと私は思います。

これは若い女の人に多いということになってまして、実際私も男の人でステロイドによる精神症状が出たのはほとんど見たことがありません。

これはどうしてかということ、分からないんですけれども、どちらかというとなりの人のほうがもともと感情をうまくコントロールできないというか、例えば、悲しいことがあった時に女の方はワーッと泣き崩れてしまうようなことも多いかと思しますので、そういうある程度もともとの性格がありますが、感情のコントロールの面で、そういう精神症状が多く出るのではないかと私は思っています。

ます。

次は、これがまた☆印がつきましたけれども、離脱症候群と言って、ほっておいたら命にかかわるといふ状態です。

どういう状態かという、長期にわたりステロイドを服用していた患者が、急にステロイド投与を中断した際、あるいはステロイドの減量投与中に発熱、下痢、感染、外傷、手術などが加わり、ステロイドの需要量が増大した際に発生する。

先ほど言った正常の人でも副腎からステロイドホルモンが分泌されるという話に戻るんですが、長期間とはだいたい3ヶ月と言われてますけども、長期間外から薬としてステロイドホルモンが投与されていると、だんだん自分の副腎からステロイドが出なくなってきました。これは外から投与されるので、もう必要なくなってしまうので、自分の身体の中で出なさいという信号が出なくなってしまうからです。

ですから、そういう時に中からはもう出なくなっていますから、外から投与されるものが急にプツンと切られた時、外からもこない、自分の身体の中からもそのホルモンが出ない、ということで、こういう重い病気になってしまいます。

その信号が甦るまでにはある程度の期間がかかりますから、ステロイドを止める際には非常にゆっくりゆっくり減量していったら止めないと、こういう思いがけない副作用が出る場合があります。

症状は、そこに漠然とした症状がたくさん並んでいますが、簡単に言うと、非常に体調がすぐれないということです。消化器の症状で吐いたりとか下痢というのが出てきますし、それをすぎると血圧が下がってショック状態になって死んでしまいます。

だいたい中止して2日後ぐらいが最も多いと、そこには書かれています。

私もあまりこの副作用で亡くなった方というのは経験がありませんが、ただ一人だけ、この方は悪性関節リウマチと言って、リウマチというのはだいたい関節だけに炎症を起こしてくる病気で、先ほどステロイドを使わないと言いましたけれども、悪性関節リウマチというのは体の血管に炎症を起こしてきますので、その場合にはステロイドを使わざるを得ません。

その方もプレドニン16.5mgをずっと飲んでいましたが、それはその量を使わないと、足の指が腐って1~2本切っていた人ですけれども、それ以上減らすとまた別の指が腐ってきてしまって、切らざるをえない。ステロイド以外の薬も使ってみたことがあります、その時に先ほど言ったカリニ肺炎を起こしたことがあるような、非常に難しい方でした。

とにかくプレドニン16.5mg飲んでいて、突然死んでしまいました。斜里のほうの方だったんですけれども、家族が部屋に行ったら死んでましたと。それですぐに斜里の病院から私のところに電話が来たんですけれども、おそらく最初は風邪とか下痢とか、そういうことで具合を悪くしたんだと思いますが、それで食べたり飲んだりできなくて、プレドニンもおそらく飲めなかったか、飲んででもすぐに吐いてしまった。そういうことで急性副腎不全、離脱症候群が起きたんだと私は思っていますけれども、それぐらい怖い病態です。

注意事項は、これは私たちが気をつけることは、突然パンと切ったりは絶対しないですから、時間をかけて、先ほど言った正常な人の信号が出るような回復を待ちながら、本当に少しずつ減量していくということを心がけています。

患者さんが注意して欲しいことをそこに書きましたが、まず一つはこれはもうどうしようもありませんが、勝手にプレドニンの量を減らしたり止めたりしない。これは多分、ここに来ているようなまじめな方はされなないと思います。

2番目が、大抵これですけれども、風邪をひいたり下痢をして、それで薬が飲めないという時には病院を受診して下さい。その時にはプレドニンは注射できますから、注射でその日の分を補えますし、場合によっては1週間ぐらい入院してもらえば風邪や下痢ぐらいはすぐに治ります。

3番目は、北海道は特に冬に大雪がふったりしますし、突然親が死んだ、なんていう時もあると思いますので、受診日に薬が切れるようなことはなるべくしないで、常に1週間分ぐらい手持ちを持って受診してもらえると、そういう不測の事態が起きた時も「病院に来れなかったんです」ということがなくていいと思います。そのほうが私たちは嬉しいです。薬が切れてしまって「なかったんです」と言われても、大抵の場合はなんでもないんです。大抵の場合はなんでもないんですけれども、もしこういうことになると非常に大変ですから。

ですから私たちがプレドニンは1日でも切ってはいけないと、日頃からうるさく言っています。

その次は骨粗鬆症ですが、これは骨が薄くなる病気です。

うちの病院では、前腕骨の、橈骨というところの骨塩量を測る器械がありまして、それでやっていますが、骨の密度は年令とともに変化しまして、特に女性では非常に顕著な変動を示します。

具体的には、だいたい身長が止まる思春期までに骨塩の量が急激に増えてピークに達します。そのあと30代の後半ぐらいまではピークに達した骨の密度が続きますが、生理が終わってエストロゲンという女性ホルモンが出なくなると急激に骨粗鬆が進みます。生理が終わって10年間ぐらいは急激に骨が薄くなってきます。

最近分かってきたことですが、骨粗鬆になる人は骨のビタミンDに対する受容体と言って、信号を受け取る側ですけれども、そういうものが不足していて、簡単に言うと遺伝で骨が薄くなる人はなると決まっているのではないかとされています。私の白髪が遺伝でなったのと同じようなもので、どうしようもないとも言われています。

ステロイドを使うと、正常の人でも女の人は生理が終わると骨粗鬆になりますが、それがさらに強くなって、骨粗鬆が進むと言われています。

一番問題になるのは背骨と肋骨ですが、肋骨は少しのことでもヒビが入って骨折して痛みが出ますし、背骨の方は人間の体の中で一番体重のかかる骨ですから、圧迫骨折と言いますが、亀裂が入るのではなくて、グシャッとつぶれてしまいます。

正常の方は横から見ると長方形をしているのが、くさび形とか魚の胴体、そのような感じにグシャッとつぶれてきて、その時に非常に強い痛みが出てきます。だいたいつぶれて1ヶ月ぐらい経てば痛みはとれますが、つぶれた時は身動きもできないくらい痛いですし、安静にしていないと痛みがさらに強くなりますので、これも大変な副作用だと思います。

具体的に何ができるかという、カルシウムの薬を飲んでもらったり、ビタミンDを飲んでもらったりという治療はしている方もいますが、ビタミンDを飲んで皆さん骨粗鬆にならないかという、そういうことはないみたいです。

うちの病院でもステロイドを飲んでビタミンDを飲んでもらっている人で、定期的に骨の密度を測っている人も何人かいますが、あまり飲んでいない人と変わらないというようなデータもありますので、現時点では薬を飲んでステロイドによる骨粗鬆症を絶対に予防できるような方法は、今のところはないというのが現実だと思います。

もし、特に脊椎の圧迫骨折が起きた場合には、コルセットをしたりとか、安静にしてもらったりとかということで対処して、痛みが強い時にはカルシトニンという注射をすればその痛みはとれます。うちの病院でもよくやっています。

次は大腿骨頭の無腐性壊死です。

無腐性というのはどういうことかという、細菌がないのに壊死になるということです。

これが起こる理由は、大腿骨の骨頭のところに、骨の中にも骨を栄養するために血管が走っていますが、そのところが1ヶ所からしか血流がきていないために、その血管が何かの拍子で詰まってしまって、この血流が行っているところの骨が死んでしまうというのが一番の理由として挙げられています。

ですから、これは先ほどの骨粗鬆症とは全く別の病気で、骨が薄くなったか

ら大腿骨頭壊死が起こるのではなくて、何らかの原因で大腿骨頭部に行っている血流の流れがとぎれるのではないかとされています。

どうしてとぎれるかということですが、毛細血管を流れている脂肪が詰まるのではないかと、いろいろな議論が言われてますけども、これはまだ結論が出ておりません。

最近、北大の小池教授を中心に、体のコレステロールを下げれば大腿骨頭の壊死が減るのではないかとというようなことも言われていまして、そういうコレステロールを下げるような治療もやってますけれども、コレステロールが低い人でもこれは起きてきますし、本当にコレステロールを下げることだけが大腿骨頭壊死の予防になるかどうかというのはまだ結論が出ていないと思います。

この病気は先ほども言いましたが、若い人に圧倒的に多くて、なおかつSLEの患者さんがほとんどです。

骨頭壊死はまず一足から始まりますが、一足に起きた人というのは大抵その反対側も起きてきます。

検査はMRIというのが一番早くに見つかるので、うちの病院でよくやっていますが、MRIで異常が出て、そのあと骨シンチという検査で異常が出て、最後にレントゲンで分かるようになるという順番です。

MRIで早くに見つけても何ができるかということ、あまりできることはありませんので、どれぐらい患者さんに役に立つかということとは結びつかないとは思いますが、だいたいMRIで検査するとステロイドを始めて起こる人は3ヶ月で骨頭壊死が起きていると言われてます。非常に早期からMRIで異常が見つかる、だいたい何年間かのうちに実際レントゲンで分かるように骨の変形が出てくるとい人が多いですが、MRIで異常があっても何年もずっと変わらないという人も実際にいます。

早く見つけてできることというと、先ほどのコレステロールのことを別にしましたら、あまり荷重をかけることをしない程度です。走るというのは非常に股関節に荷重がかかりますし、いろいろな激しいスポーツを制限してもらうとか、それぐらいのことしかできないと思います。

レントゲンで骨に異常が出るような痛みが強いということになると、これはもう整形外科の先生の方野ですが、最初は骨切り術という、骨を一部切って、つぶれている関節面を別のところにずらすような手術がまずやられると思います。

そういうものではもう手の打ちようがないほど進むと、人工関節と言って、骨盤の方も大腿骨のほうも人工に変えてしまうということになります。

ステロイド筋症というのはステロイドを飲んでいて、入院してあまり動かな

いというせいもありますが、階段が上がりづらいとか起立がしにくいとかという、力が入りにくいという症状が出てくることがありますが、これはステロイドを減らしていけばだんだん良くなっていきます。

眼の合併症も、緑内障というのは眼の圧が上がって頭痛が出たりとか、見づらくなったりします。白内障というのは眼の中のレンズが曇ってものが見づらくなります。

こういう合併症も出てきますので、何か症状があった時には眼科を受診してもらえればと思います。

妊娠と出産ということで、膠原病は若い人が非常に多いので、妊娠、出産が問題になることが多いです。

ここに書いている人は兔唇といって、唇が割れるものとか、口蓋破裂などがみられやすいという報告もあると書いてありますが、私はステロイドは妊娠中に使ってもほとんど問題ないと考えています。

少なくとも兔唇とか口蓋破裂というのは、もう今は形成外科が非常に発達してきて、手術をすればほとんど分からないぐらい良くなる病気ですし、実際に私たちは喘息とか膠原病とか、たくさんステロイドを使いながら妊娠した人を何人も見たことがあります。実際こういうお子さんが生まれたという話も聞いたことはありません。

ほかの薬を使っているリウマチの方でも妊娠なさったら、その期間だけステロイドに変えたりすることもありますので、ステロイドはそんなに胎児に害はないと思います。

ただ、もともとの病気が悪い場合には、SLEがまだうまくコントロールできないとか、という場合には妊娠は控えないとだめですが、ステロイドを飲んでいてという理由だけで妊娠を中止する理由にはならないと思います。

ステロイドはどういう薬かということと、日常生活でだいたいどんなことに気をつけていけばよいかということが少しは分かっていただけだと思います。

今日はどうもありがとうございました。

I. 作用機序

副腎皮質ステロイド剤(ス剤)の作用機序には、ステロイドホルモン(Steroid hormone)としての生理作用と、抗炎症(肉芽)作用、免疫抑制作用の3つが主なものである。

(i)生理作用……糖新生、蛋白異化、下垂体・副腎皮質系の抑制、男性化、向精神神経作用、脂肪代謝異常(脂肪の異常沈着)、電解質異常(とくに、尿細管においてNaの再吸収促進とKの排泄促進作用)などの作用を共有する。

(ii)抗炎症(肉芽)作用……速効性で、とくに血管透過性亢進による血漿成分や細胞成分の滲出に対する抑制、病巣への遊走細胞浸潤の抑制と細胞増殖、肉芽形成などの抑制効果がある。また、生体膜(細胞膜、細胞内顆粒膜)に対する保護作用も存在する。

(iii)免疫抑制作用……網内系機能や抗体産生能の抑制などに対して、ス剤は強力な免疫抑制効果をもつとされているが、その作用には未だ一定の結論がえられていない。動物実験的には抗原投与前に与えるほうが有効であるため、マクロファージが抗原を処理する最も初期の免疫反応の段階で作用すると考えられている。

また、免疫担当細胞たるリンパ球系に対する直接細胞障害とともに、抗体産生細胞のBリンパ球と胸腺依存性のTリンパ球(抗体産生細胞を統制する作用を有す)の両リンパ球細胞系の代謝や活性化の阻止などの作用も推測されている。

その他、血液への作用としてその機序には不明な点が多いが、赤血球および白血球の増加(とくに好中球の増加、リンパ球と好酸球の減少)がみられる。また、血液凝固因子のV、VII因子の増加、プラスミン活性の低下などにより血液凝固を促進させる作用も知られている。

Ⅱ. 適応と禁忌

現在のところ、ス剤使用の治療の適応は次々に拡大され、内科領域に限っても表1に示す如く数10の疾患におよんでいる。

しかしながら、それらのうちス剤のホルモン作用を期待する絶対的適応は、副腎不全の代償療法として行われる副腎皮質不全症のみである。そして、その他の大部分の疾患に対しては、その病因が分らず、あるいは分っていても治療の施しようのない疾患に、むしろ盛んにス剤が使用されているというのが偽らざる実情となっている。その場合には、主にス剤の抗炎症、抗アレルギーなどの薬理作用を利用するという非特異的治療法にその役割を求めて使用される。

しかし、ス剤投与による副腎皮質の萎縮の招来と、重篤な副作用の出現が高頻度にみられるようになり、本剤の長期連用投与は不可能となるため、早晩にス剤の減量ないし離脱に努めなくてはならないわけである。とはいえ、実際にはこれらを容易になしえず、原疾患の再燃増悪化をきたす反跳現象 rebound phenomenon

表1 ステロイド剤の主な適応疾患

-
- ①内分泌疾患：副腎皮質不全、亜急性甲状腺炎など
 - ②膠原病疾患：全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎（多発性筋炎）、結節性多発動脈炎など
 - ③アレルギー疾患：気管支喘息、血清病、薬剤アレルギーなど
 - ④腎疾患：ネフローゼ症候群、亜急性腎炎など
 - ⑤血液疾患：急性白血病、慢性白血病、自己免疫性溶血性貧血、再生不良性貧血、血小板減少性紫斑病、多発性骨髄腫など
 - ⑥肝疾患：慢性活動性肝炎、肝硬変症、劇症肝炎、肝性昏睡など
 - ⑦胃腸疾患：潰瘍性大腸炎、限局性回腸炎、吸収不良症候群など
 - ⑧肺疾患：サルコイドーシス、間質性肺炎～肺線維症、結核性胸膜炎など
 - ⑨感染症：結核症、ウイルス性感染症、重症感染症、グラム陰性桿菌性ショックなど
 - ⑩神経疾患：脳浮腫、多発性神経炎、顔面神経麻痺、多発性硬化症などの脱髄性疾患、筋強直症など
 - ⑪悪性腫瘍：リンパ肉腫、細網肉腫、ホジキン病など
 - ⑫皮膚疾患：膠原病性皮疹、天疱瘡、皮膚細網症（菌状息肉症、皮膚白血病など）、結節性皮下脂肪織炎、接触皮膚炎、薬疹など
-

あるいは原疾患とはまったく無関係な副腎皮質機能の抑制による離脱症候群（31頁参照）の出現によって、逆にス剤の増量を余儀なくされ、結局、何度もス剤の増量と減量とをくり返し、中止したくともなしえず、一生涯を通じてス剤の服用をなさなければならないという、いわゆるス剤常用患者としてしまう場合のほうが多いためである。

従って、致命にいたるような重篤な疾患は例外となるが、一般にス剤を使用する際にはその疾患の病態をよく見極め、何年か先の患者の病態を見通したような、長期展望のもとに治療開始がなされなければならないと考える。現在なお、無造作にス剤投与の乱用がなされていることは否定しえない事実であるように思われるからである。ス剤を投与せずとも根治ないしは寛解を期待しえる疾患に対しては敢えてス剤を投与することは絶対に避けるべきことである。また実際に、ス剤の離脱を要する患者がそれ以前に、果たしてス剤投与が妥当であったか否かに著者は疑問を感じる場合もしばしば経験されることである。またその逆に、始めからス剤の副作用を恐れるあまり、その適応疾患が分っていても、全然ス剤を投与することができないという医家も実際にはかなり多いとのことである。このように、ス剤使用の治療指針が未だ十分に実地医家には滲透しているとは思えないのも事実のようである。

ス剤使用の禁忌は、主に副作用の大症状（27頁参照）が原疾患ないし合併疾患としてみられた場合であり、とくに高頻度発生の疾患である糖尿病、高血圧、消化管潰瘍などを有した患者に対しては原則として使用すべきではない。

Ⅵ. 副作用とその対策

1. 副作用の発生と種類

ス剤の副作用の殆どは、ステロイドホルモンの生理的作用（24頁参照）の過剰に依存して惹起されたものである。そして多少の異論はあるが、それらの副作用には、ときに致命的となるほど重篤なもの（大症状）と、比較的軽症なもの（小症状）とに分けられる。その発生頻度は、大症状ほぼ20%、小症状ほぼ80%ほどであり、小症状は大症状の約4倍ほどの出現をみる。

○大症状……重症感染症の誘発と広汎化、消化性潰瘍～出血・穿孔、ステロイド糖尿、精神障害、急性副腎不全などであり、さらに場合によっては骨粗鬆症～病的骨折、高血圧、血栓症なども含まれることがある。

○小症状……満月様顔貌（ムーンフェイス）、多毛、浮腫、不眠、皮膚線条、瘡瘡（にきび）、月経異常、筋脱力（ミオパティー）、緑内障、白内障、高コレステロール血症、皮下脂肪織炎などがあげられる。

これらのうち、満月様顔貌や多毛、瘡瘡などは、ス剤の投与開始後比較的早期に出現することが多く、むしろス剤の効果を確認することのできる症状となっている。その際に慌ててス剤の減量を試みると、多くの慢性疾患では再発の危険性が高く、満月様顔貌にならなければ逆にス剤投与量が不足しているのではなかろうかと推察すべきであろうと考える。また、小症状とはいえ、筋脱力や皮下脂肪織炎、緑内障～白内障などの眼の合併症の出現には臨床上十分に対処せねばならない症状となっている。

これら副作用の諸症状の発生には、患者各自の個人差もあり、また、ス剤の投与量・投与期間に大いに左右されるのであるが、原疾患の存在（疾患特異性）とス剤の種類（ホルモン特異性）の2つが、特定の症状（とくに大症状）の発生に大きく影響をおよぼしていることは否定しえない事実となっている。例えば、ステロイド糖尿は肝疾患（肝硬変症、慢性肝炎など）に最も多く発生し、次に血液疾患（とくに再生不良性貧血）である。さらに、消化管潰瘍～出血は膠原病（とくに慢性関節リウマチ）、肝疾患、神経疾患（脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症など）に、大腿骨頭壊死は膠原病（とくに全身性エリテマトーデス）、ネフローゼ症候群にみられ易いことなどは従来よりよく知られていることである。

一方、ス剤の種類別には、コーチゾンやヒドロコーチゾンではナトリウム貯留作用があるので、これらのス剤を大量投与すれば血圧の上昇や浮腫がみられ易いが、しかし、それ以後に開発された合成のス剤ではこのような作用は通常はみ

られ難い。とはいえ、これら合成ス剤のうち、トリアムシノロンには筋脱力と体重減少作用、その逆にデキサメサゾンには食欲を増進させる肥満作用がある。さらに、ステロイド核にフッ素の付いている合成ス剤のベータメサゾン、パラメサゾン、デキサメサゾン、トリアムシノロンなどにはとくに糖尿がみられ易い。その他、消化管潰瘍はプレドニゾロン、精神障害はデキサメサゾンに比較的好発し易いことなどがこれまでに多くの諸家により指摘されているところである。

2. 主な副作用とその対策法

これらス剤の副作用のうち、主要なものを取り上げ、簡潔にそれらの要点を述べてみたい。

AIDS: HIV がリンパ球に感染し
リンパ球数が減少

☆ a. 感染症の誘発 (増悪化)

長い間大量のス剤投与により、末梢血中のリンパ球および単球数の減少、さらに血清抗体産生能の低下をきたし、その結果、単球・組織球 (マクロファージ) の病巣への遊走能や殺菌能などの抑制が起こるため易感染性となり、病巣内での炎症反応の抑制とともに、罹患組織の修復機転の抑制が惹起されてさらに広汎化するものと考えられる。細菌、真菌、結核菌、カリニ原虫

臓器別では、皮膚感染と肺感染症が最も多く、その他に尿路感染、肛門周囲膿瘍、虫垂炎、胆のう炎など広範囲におよぶ。これら内臓臓器の感染症には共通して、初め症状が顕著でないことが多く、しかも短期間のうちに病巣範囲は著しく拡大し重篤化するという臨床上大変に厄介な問題を呈する。例えば、肺結核症の再燃には、陳旧性病巣が急速に拡大して巨大空洞化したり、播種性粟粒結核症を惹起する危険性もある。

実際に、ス剤投与中には感染がなくとも白血球増多を示すことが多いので、血中の白血球増多が感染症併発の指標にはなりがたい。誘発され易い原疾患別では、血液疾患 (とくに再生不良性貧血と白血病) が最も多く、次に神経疾患、ネフローゼ、膠原病などがあげられる。

起炎菌には、ブドウ球菌、結核菌、グラム陰性桿菌、連鎖球菌などがしばしば指摘されてきたが、近年の傾向としては大腸菌、クレブシエラ、プロテウス、緑膿菌などのグラム陰性桿菌やカンジタ、クリプトコッカス、アスペルギルスなど → 真菌、アデノウィルス、ヘルペスウィルス、水痘ウィルスなどがとくに注目されているように思われる。 アンギン含嗽

その対策としては、ス剤使用中には絶えず咽頭液、喀痰、血液、尿などについて検索が必要であり、その際一般培養のみならず、特殊培養での検査や血清ウィルス抗体価の測定もときに行うべきである。そして、感染症発生時には、ス剤を中止せず、むしろ増量し (急に中止すると後述の離脱症候群が誘発されることが

早期発見、早期治療

ある！) 同時に広スペクトラムの抗生剤を十分量投与する。その後、病状の軽快改善をみてから、ス剤と抗生剤の両剤の減量を試みるようになすべきである。

b. 消化管の潰瘍(出血、穿孔)

ス剤による消化性潰瘍(ステロイド潰瘍)は、胃・十二指腸粘膜に最も発生し易いが、ときに多発性に小腸や大腸の粘膜にも認められることがある。

胃では小彎側に最も多く、次に胃角部、胃前庭部、幽門部の順に発生し易い。この点自然発生の潰瘍が胃角部に最も多いのとは対称的である。その形態的特徴も通常の潰瘍とは大いに異なり、打抜き性で潰瘍面が鋭く、潰瘍周囲には炎症性反応や線維性増殖が乏しい。これはス剤の創傷治癒抑制作用に基づいたためである。胃潰瘍形成の原因には、粘膜壁の組織修復機転や防御機構の抑制などが最も考えられるが、実際に患者のうちには、胃酸度やペプシン濃度が高値を示すものから正常値あるいはそれ以下のこともあり、必ずしも一定していない。むしろ、ス剤による粘液のムチン分泌低下に基づいた粘膜保護の抑制、抗炎症作用、蛋白異化作用などの要因を重視する説もなされている。

この潰瘍が誘発されるまでの期間は案外に短く、梅原らはその半数は3カ月以内に発症をみると述べている。性別では、男女間に殆ど差がなく、これも通常の胃潰瘍が圧倒的に男性側に好発するのとは対比的である。臨床的には、腹痛を初発症状に訴えるのは約1/3程度と少なく、それ以外では患者自身の自覚症状があまりなく経過し、突然に吐血・下血あるいは穿孔性腹膜炎をきたして、初めて潰瘍の存在に気づくという症例が殆どである。

その対策としては、便の潜血反応検査や胃X線造影を適時実施して早期発見に努めることがまず必要である。潰瘍が存在すれば、ス剤の減量開始と、その投与法を食直後にしたり、同時に制酸剤や粘膜保護の抗潰瘍剤、蛋白同化ホルモン剤などの併用療法も行われる。また、胃内を空にしないことも大切で、とくに空腹時や就寝前に牛乳などを飲ませるのがよいといわれている。大出血～穿孔をきたした際には、輸液・輸血は不可欠で、緊急手術となるが、その場合最も注意すべきことは、絶対にス剤投与を中止してはいけない。むしろ増量して、十分量のス剤投与が行われなくてはならない。さらに、術後においても同様に、慎重な管理が必要となる。

きわめてまれ

◦胃薬を予防的に併用

◦潰瘍があれば強い胃薬を

c. 糖尿

ステロイド糖尿の発生機序には、ス剤投与による糖新生の促進、糖利用の抑制、抗インスリン作用、腎の糖排泄閾値の低下などのいろいろな要因が考慮されている。しかも比較的早期から、少量のス剤投与によっても本症が発生することがある。また疾患別の発生頻度では、肝疾患が有意に高率であるため、肝病変の関与(ステロイドの分解・解毒が遅滞して体内で長時間作用するなど)も無視できな

いところである。

(110以下)

その場合、いわゆる腎性糖尿の他に、尿糖は陽性となるが、耐糖能の異常は軽度であり、空腹時血糖値は正常域で、食後に一過性の過血糖がみられることが少なくなく、負荷試験を行っても糖尿病としての血糖曲線を示さないものが多い。また、真性糖尿病でしばしば認められるような夜間血糖上昇はみられがたい（従って、インスリン投与でコントロールされ易い特徴を有している）。ただし、糖質コルチコイドをそのまま継続すれば次第に増悪化していき、ときにケトアシドーシスとなり昏睡状態を呈するほどの重症倒の報告もある。これはとくに高年齢者にみられるが、一般にはステロイド糖尿は若年～中年層の男性側に起こり易いとされている。また、始めから過血糖の著しいものでは、多尿、口渇、体重減少があり、容易に本症を疑うことができる。

その対策としては、食事療法がまず必要となるが、軽症例ではス剤の減量のみで尿糖は陰性化し、軽快することが多く必ずしもス剤を中止することを要しない。しかし、原疾患によりス剤投与を減量できない症例や重症例ではインスリン療法の適応となる。一般に経口糖尿病治療薬は効果がないといわれている。インスリンの種類には長時間作用するものよりはレギュラー・インスリンが適している。

d. 精神障害

明らかな精神症状といえないまでも、ス剤を初めて投与する症例中には頭重感、不穩、不眠を訴えるものがかなり多い。これまでの自験症例のうちで、交通事故で御主人を失い、自殺の目的で一般の薬局で購入した *ス剤をおよそ100錠ほど一度に服用したというベーチェット病症例(30歳、女性)が存在したが、死ねないどころか、まる3日間まったく眠れず、かえって開き直りましたと患者自身述べられたのが著者は今でも大変印象に残っている。

ス剤による精神症状には、多幸、独言、多弁、奇行、躁～抑うつ状、被害妄想などさまざまである。一般に若年～中年の女性側に発生をみることが多い。また、小児例ではときに痙攣、髄液圧上昇、意識障害などもみられるという。成人の場合、これら精神症状そのものは一見して大したことではないように思われるかも知れないが、実際に遭遇した際には実地診療上非常に困窮させられる問題点が多く、患者の家族や入院同室の他の患者達に迷惑をおよぼし、しかも患者自身の安静が保てないという事態が生じてくるのである。

*著者注：以前には、一般の薬局にてス剤を売っており、患者は自由勝手にス剤を購入することができた時代(昭和40年前半以前)もあったのである。そのため医師側が努力してス剤の減量～離脱を試みても、再発を懸念してこっそりと隠れてス剤を服用していた、慢性関節リウマチや気管支喘息症の患者が多数存在したのも事実であった。

また、抑うつ著しいものは自閉的となり、自殺行為あるいは食事を摂取せず栄養失調による死亡の危険性もある。その反面、躁状を呈した症例中には、回復した後になって精神障害のあったことをよく記憶しており、「もう一度あのときの状態になりたい」と述べた自験症例も存在した。

原疾患ではネフローゼ、リウマチ熱が最も多いとの報告もなされている。また、ス剤の種類には、外国症例ではデキサメサゾン服用例に比較的多いとの報告があるが、自験症例ではプレドニゾン、あるいはベータメサゾン服用で投与開始5日～2週間後頃より精神症状の発症をみた。

その対策は急を要することが多い。軽症例に対しては通常精神神経安定剤や感情調整剤などの投与でよいが、まずはス剤の減量を試みるべきである（ス剤の種類をかえ、その減量を行う方法が最もよい）。その場合、3～4日の間隔で注意しながら1錠ずつ減じていく。そして、必ずしもス剤の中止することを要せず、ある程度の減量のみで正常に戻ることをしばしば経験するところである。

☆ e. 離脱症候群

ス剤による副作用の大症状のうち臨床上最も重視せねばならないのが、急性の副腎皮質機能不全（副腎クリーゼ）による離脱症候群（withdrawal syndrome）の発症である。何故なら、本症を早くに発見し、処置を加えなければ患者は死亡してしまうからである。

すなわち、長期にわたりス剤を服用していた患者が、急にス剤投与を中断した際、あるいはス剤の減量投与中に発熱、下痢、感染、外傷、手術などが加わりコルチゾールの需要量が増大した際に、この副腎不全の突然発生をみる。本症を起こし易い基礎疾患には、とくに気管支喘息症があげられる。

その臨床症状には、全身倦怠～脱力感、食欲不振、頭痛、不穏、筋痛、関節痛などで始まり、引続いて悪心、嘔吐、下痢などを伴い、急激に血圧低下をきたしてショック、痙攣、意識障害が発生するという極めて重篤なものである。なお、ス剤の投与中止の場合、これらの症状は中止直後には出現せず、ある日数を経過したのちに発症をみることが特徴的である（中止2日後が最も多発するとの説がある）。また、中止から死亡までの平均回数は7日であるともいわれている（梅原ら）。

その対策としては、離脱症候群の早期発見に努め、ス剤の再増量投与をいち早く始めることが最も肝要である。そのためには、患者の各個人差は著しく存在するのであるが、一般にス剤の投与総量がプレドニゾン換算量1,500mg（使用期間3カ月）以上服用の際は、この離脱症候群が起こる危険性のあることを念頭に置くべきである。

急性副腎不全を起こした際は、ス剤の大量静注（コルチゾール100～300mg、またはプレドニゾン20～60mg）とともに昇圧剤を投与する。その場合ACTHの

投与は無効である。しかしながら、実際には、それ以前のス剤の減量～離脱法を慎重かついねいになされることが、本症の発生予防上で極めて必要なこととなる。少なくとも、ス剤が2錠以下の維持量投与頃からは、数カ月間位かけて半錠ずつゆっくりと減量するなどの投与方法がなされることが望ましいと著者は考えている。また、適時血中のコルチゾール値や尿中の17OHC S量を測定しておくことと安心である。

通常行われるス剤の減量～離脱方法には、ス剤の種類を切り換える法、朝1回のみでの投与方法、隔日投与方法、間歇投与方法（1週間の単位で3～4日服薬と休薬をくり返す）などいろいろあるが、その他、ACTHや蛋白同化ホルモン剤の併用投与を行ってス剤の減量を試みる方法も行われている。

f. その他

- 勝手に減らしたり、止めたりしない
- 風邪や下痢で内服できなければ受診→注射
- 1週間分くらいは、余分に持っておく

骨粗鬆症：ス剤の長期投与例にその発生頻度は高く、その原因には骨マトリックスに対する蛋白合成の抑制、骨組織からカルシウム脱出によるびまん性の骨量の減少などによって生じたものと考えられている。さらに、原疾患による長期間の不用萎縮や栄養摂取の問題などもその発症に大いに影響をおよぼしていると思われる。原疾患には、関節リウマチや腎疾患などの高年齢の女性側に多いとの説がある。その好発部位は、とくに脊椎骨や肋骨にみられ易い。

臨床的には、この骨粗鬆症は腰痛によって発見されることが多く、小外傷によりあるいは荷重によって疲労骨折を起こしたり、脊椎の圧迫骨折が起こり、このためときに根性神経痛や脊髄症併発の原因となることもある。

その対策としては、体重の負荷をできるだけ避け、蛋白同化ホルモン剤の投与などが実際に行われるが、整形外科的処置が最も必要となろう。

大腿骨骨頭の無腐性壊死：大腿骨の骨頭は構造上もともと血行が不十分となり易い部位である。ス剤を長期使用すると、脂肪代謝異常を起こし、この部位の細動脈あるいは毛細血管で小脂肪栓塞をきたしたり、肝障害による血液凝固機転の異常により同様な栓塞をきたして、血流が途絶され、骨頭の壊死を発生するにいたる。その他、同骨の粗鬆化による小骨折が起こり、二次的に骨の阻血を招くことなどの要因も考えられる。

コルセット・安静

その場合、男女比はほぼ同率におこり、とくに若年齢層に多く発症する傾向のあることが特徴的であり、これは他の原因で発症する大腿骨骨頭壊死（男女比5：1で、とくに老年層に多い）とは大いに異なる点であり、また、ス剤による骨頭壊死はまず一側から始まり、次第に左右両側性となる。しかも骨の破壊が急速で、壊死病巣の範囲が広いことも特徴点となっている。その際の症状には、初め股関節部位に痛みを訴え、歩行障害も出現するが、さらに長期にわたる症例では罹患側下肢径の短縮がみられるようになる。従って、その対策としては、でき

るだけ早期からの整形外科的処置が最も大切である。また、このような骨壊死は、さらに上腕骨、膝、距骨、手の舟状骨などにも多発することがあるため、注意が肝要である。

ステロイド筋症：比較的急激に下肢、とくにその近位筋、躯幹筋、腰臀筋などの筋の低下をみ、次第に筋萎縮を伴うような筋障害である。これは筋に対する蛋白異化作用とカリウム排泄の促進により筋力低下が招来されたためである。その際節痛はないか、あっても軽度である。通常は階段昇降の困難、起立運動の不自由などで気づくことが多い。ス剤の種類ではトリアムシノロンに最もみられ易い。そして、その多くはス剤の投与減量により徐々に回復するのが普通である。

眼の合併症：ス剤服用中にときに眼圧の上昇をきたし、**緑内障**の発症をみることがある。その場合、通常はス剤の経口全身投与よりも局所的投与で発生するものが多く、また家族的に素因のあるものに発生し易いともいわれている。しかし、この緑内障の発生は小症状とはいえ、予後を考慮するとス剤投与を中止の方向になすべき副作用であろう。従って、ス剤投与中にはときに眼圧検査が必要となる。また、通常はス剤の投与6週以内に眼圧の上昇がみられなければ、以後その発生の危険性は少ないことも指摘されている。

もう一つ、眼の合併症として**白内障**の発生をみることもある。これは、むしろ、1年以上の長期にわたりス剤を投与されていたものに圧倒的に多くみられる。しかも初期には、視力障害を自覚することは少ない。

血栓症：ス剤には止血作用（毛細血管壁に対する直接的な作用）と血液凝固性の促進作用とが存在するが、これらの作用が高ざると、下肢、肺、心筋、脳、腎組織などの血管内に血栓～塞栓を誘発することがある。これらの血栓症が多発したものは予後が極めて不良である。通常はス剤の大量投与例に発生をみることが多い。

皮下脂肪織炎：発作的に発熱とともに、発赤・腫脹を伴った有痛性の皮下硬結（結節性脂肪織炎、panniculitis）が長期間にわたる大量のス剤服用例に出現することがある。実際には、リウマチ熱やネフローゼ症候群の小児症例に発生をみることが殆どであり、成人例では極めて少ない。しかもその場合、ス剤の中止後に発症するpost-steroid panniculitisであることが多い。

この脂肪織炎の病理組織像は、定型的な脂肪壊死とリポファージの出現を伴う肉芽腫性炎症であり、その炎症病巣中にトリグリセリドなど不飽和脂肪酸の針状結晶が認められることが特徴的である。そして、このような脂肪織炎の発生には、長期にわたって大量のス剤を服用したことより脂肪代謝の異常がもたらされ、体内の脂肪酸構成に変化をきたし、トリグリセリドの結晶化が生ぜしめられたと推察されている。また、その際とくにス剤の種類のうち、ベータメサゾンに多発する傾向がみられており、そのため、治療にはそれ以外のス剤に切り換えた投与が有効である。

膵炎：ス剤の使用中に、ときに腹痛を伴った急性膵炎が誘発されることがある。その多くはス剤の長期大量使用例であるが、ハイドロコチゾン[®]を僅か3日間300mg投与により膵炎が発生したとの報告（Kaplanら）もみられている。その際、高アマラーゼ血症がみられ易い。このような膵炎の発生機序には、高脂血症による膵血流障害や膵液の粘稠度の増加による膵管の閉塞などが主な原因とされている。

妊娠・出産におよぼす影響：ス剤投与中に妊娠すると、実際に流産・早産あるいは死産、未熟児の出産などが意外と多い。その場合、ス剤の投与よりは原疾患の病状の関与のほうが極めて大であることが多い。これまでに妊娠早期（14週以前）に比較的大量のス剤を投与すると、兔唇・口蓋破裂や胎児奇形がみられ易いとの報告もあり、妊娠後半では新生児の副腎機能低下をきたすおそれがあるともいわれている。従って、妊娠中のス剤投与に関しては、原疾患が妊娠・出産に耐えられるか否かをまず検討する必要があるが、ス剤の常用量程度ではあまり影響がないと考えてよいという報告もこれまでに多数なされている。しかし、原則としては妊婦への投与はひかえるべきであり、已むを得ないときはできるだけ少量投与で済ませべきであろうと思われる。

おたよりコーナー

☆『いちばんぼしNo.105』を読んで



福井県 中田朱美(賛助会員)

札幌社会保険総合病院内科部長、大西先生の講演は興味深く感じました。今までにも為になった内容が多いですが、違った角度から物事を考えるように教えて下さっていたり、又、最新の治療法が記され、とても濃い内容と感じました。

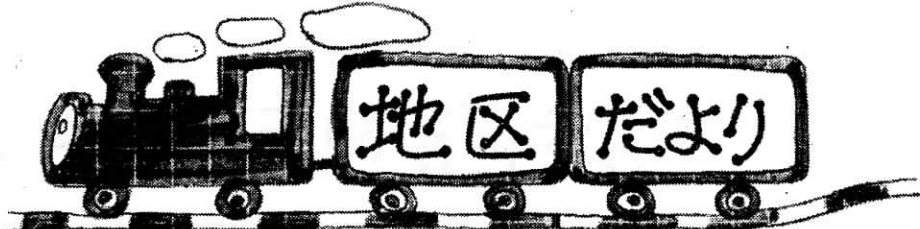
そして、金村恵子様体験談は、私にとってとても励みになりました。独身なので、「結婚も妊娠も無理！」と考え、行動に移す前から否定的になってしまう訳ですが、この記事を読む事で、100%否定すべきではないと感じられるようになってきました。可能性も考えていいのかも…と感じています。興味深い内容の記事を自分の中で生活に取り入れて、頑張りたいと感じます。

同じ病気を持ち、入退院の中で、それぞれの状況での活動ですから、様々な面での御苦労や苦悩もあると感じます。どうか無理をされず、大切な活動を持続させて下さいね。

何も出来ませんが、「活動に少しでも役に立てたら」との願いを込め、ほんのわずかですが同封させていただきます。これからも宜しくお願い致します。

敬 具





◆渡部 小夜子（釧路地区）

報告が大変遅れてしまいました。昨年9月親睦会を持った時、「おたより」発行（会報“しつげん”）について話し合いがすすみ、実現するところとなりました。

編集員は、長谷川和子さんが責任者、小山道子さん、佐藤圭子さん、富樫めぐみさん等です。皆さんとても積極的で頑張ってくれています。この力を持続させるべき配慮が私の仕事と思っております。

この事が新聞に載り、新しく3名の読者が増えましたが、友の会会員には全員送っており、あと私共と連絡を取り合っている患者で希望の方（未加入者）と、総数38部を郵送するかたちをとっています。未加入者には切手、コピー代を実費で転送してもらうようにしています。経費の面など工夫して、継続させたいと願っています。



会報『しつげんNo.2』より.....
私と膠原病 ～患者そして看護婦の一人として～

富樫 めぐみ

私は現在25才、SLE発病より5年目、看護婦として働いて4年目である。私が今、病気を抱えながらも働いていられるのは、家族をはじめ周囲の人達のお陰である。また看護学生の頃の検診でSLEの疑いが分かっており、資格を得た直後の発病であることから、看護婦を目指していなければ復職などは縁遠い生活を送っていただろう。5ヶ月の入院生活。ベッドの上で考えたことは、神様が私に看護婦として、また患者として生きることを課題としているのだと思った。

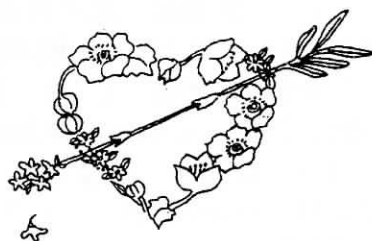
余談だが、私には出生時死別した双子の片割れ、“あゆみ”がいる。母に抱かれることもなく、この世を去った。私は二人分の幸・不幸を味わっていくものと子供心に決めつけているところがあった。また、そのために生きているんだとも。

退院後3ヶ月で復職。それから4年目を迎え、何とか再発をまぬがれてい

る。主治医より夜勤禁止令が出ている為、外来勤務である。楽そうに見えるらしいが、やはり病気の私には厳しいものがある。精神科外来の為、色々な人から相談を持ちかけられることが多い。ある日、内科に入院中のSLEの女性に「元気でいいわね」と言われた。彼女はステロイドで精神状態が不安定だった。私は自分も同じ病気で、彼女と同じような状態にあったこと、他にも友の会はじめ、元気に日常生活を送る仲間がいること、また私も不安になることがあると伝えた。「信じられない」と言った彼女も少しずつ自信をつけ、笑顔で退院された。

最近、ある人から“患う”という字は、心に串が刺さった状態を意味すると聞き、全くその通りだと感動してしまった。私は何人の患者さんの串を抜くお手伝いが出来ただろうか。今年退職し結婚してこの地を離れるが、何らかの形で患者さんの心から串を取り除けることがしたい。

婚約者の理解もあり、出産にも挑戦するつもりだ。それが私を守り、看護の道へ導いてくれたあゆみの喜びになると信じている。いつか釧路の皆様へ子供を見せに、皆様の元気な姿を見に帰ってきたい。それが今の私の願いである。



事務局からのお知らせ

★ご寄付いただきました。

伊藤加代子様	小山 道子様
中田 朱美様	平井 園子様
古瀬 京子様	里谷 真弓様
水戸美佐子様	内海 厚子様
小川 陽様	平塚シヅノ様
南部美恵子様	

合計 24,200円 (1996.12~1997.4)

ありがとうございました。

★新しく入会された方たちです。(1997.4.9現在)

森 ウメさん (シェーグレン症候群、橋本病 T.13生 札幌市白石区)
和田知恵さん (SLE、強皮症、シェーグレン症候群 S.12生 札幌市西区)
伊藤香織さん (SLE S.44生 千歳市)
菅原暘子さん (シェーグレン症候群 北広島市)
鶴巻えり子さん (SLE S.51生 札幌市南区)
駒木タミさん (シェーグレン症候群 S.8生 札幌市豊平区)
中ノ目由香里さん (SLE S.44生 旭川市)
榎木孝代さん (SLE S.35生 釧路市)
時田真喜子さん (シェーグレン症候群 S.17生 上川町)
佐藤初枝さん (帯広市)
石岡悦子さん (シェーグレン症候群 S.10生 当別町)
山田美代さん (多発性筋炎 S.12生 恵庭市)
大谷洋子さん (紋別市)
下久保仁さん (釧路市)
谷 絹子さん (SLE S.26生 旭川市)

よろしく申し上げます。

札幌地区 合同レクリエーションのご案内

今年も、難病連札幌地区での合同レクリエーションは、北大
苫小牧演習林での森林浴を計画しています。

そこで、友の会では、アップル会（札幌地区）を兼ねて行ない
たいと思います。初夏のさわやかな風の中、緑の中でリフレッ
シュしませんか。演習林なので山道とはちがって車イスや足の
不自由な方でもOK！

皆さんのご参加をお待ちしています。

★と き 平成9年6月29日（日）少々の雨天決行

★ところ 北海道大学苫小牧演習林

★集まる時間と場所

6月29日（日） 午前9時45分出発

北海道難病センター前

★帰る時間と場所

午後4時 北海道難病センター前

※地下鉄 白石・ススキノ駅下車予定

★参加費 大人 2,300円

子供 1,000円（中学生以下）

《お弁当・お茶・バス代込み》

★申込み なんれん臨時号の葉書で。

定員になり次第締め切り。

★問合せ 北海道難病連事務局〈合同レクリエーション係〉

TEL 011-512-3233まで。



あ　と　が　き

長かった冬も終り、ようやく花の季節を迎えようとした矢先に突然萩原さんを失ってしまいました。

難病とは言われていますが、私たちのこの病気も適切な治療を受け、自己管理をきっちりやれば天寿も全うできる、とも言われております。あなたの体はあなた一人のものではありません。あなたを支えてくれている人々のためにも、今生かされている命を大切にしましょう。私たちには全力疾走は禁物です。だからと言って決して臆病にならず、病気とうまく折り合いをつけながら、生きていきたいものです。

私たちはこの深い悲しみをなんとか乗り越え、年々厳しくなる社会情勢の中を、新たな体制で活動を続けていこうと思っています。

会員の皆さん、これまでと変わらぬご協力をお願い致します。

6月21日の総会と交流会。みなさんにお会いするのを楽しみにしています。　（み）

~~~~~

全国膠原病友の会北海道支部  
<編集人> 編集責任者 三森 礼子  
☎064 札幌市中央区南4条西10丁目  
北海道難病センター内 ☎(011)512-3233

<発行人> 北海道身体障害者団体定期刊行物協会  
細川 久美子  
☎063 札幌市西区八軒8条東5丁目4-18  
☎(011)736-1715

昭和48年1月13日第3種郵便物認可 HSK通巻302号 100円  
いちばんぼし No. 106 平成9年5月10日発行(毎月1回10日発行)

~~~~~