日本シェーグレン症候群患者の会

2022 年 6 月 25 日　第 31 号発行
NPO 法人シェーグレンの会

会　　報

事務局
〒 173-8610 板橋区大谷口上町 30-1
日本大学医学部血液膠原病内科内
TEL: 070-5082-7185
E-mail: sjogren.7185@gmail.com
HP: https://www.sjogren-7185.com

自己免疫疾患 WEB セミナー

日時：2022 年 4 月 9 日（土）13 時 30 分～ 16 時 30 分

座長：一般社団法人　日本大学医師会　会長
日本大学総合科学研究所　教授　武井正美 先生

13：30【ご挨拶】
日本シェーグレン症候群患者の会　会長　長谷川陽子
NPO 法人シェーグレンの会　理事長　関口　徳雄

13：40【ためになる話】
①日本大学医学部内科学系血液膠原病内科学分野　主任教授
中村英樹 先生
②倉敷成人病センター　リウマチ膠原病センター　主任部長
西山　進 先生
③和洋女子大学　看護学部看護科　教授　宮内清子 先生
④高知大学医学部環境医学教室　特任助教・公認心理師
臨床心理士　小森　香 先生

14：00【ミニ講演】
「更年期医療に関わる医師より皆様にお伝えしたいこと～更年期は人生という階段の踊り場～」
道灌山女性のこころとからだのクリニック　AYA clinic　院長
栗下昌弘 先生

14：30　休憩

14：45【特別講演】
「世界のトップを走る日本のドライアイ診療」
京都府立医科大学大学院医学研究科　視覚機能再生外科学
病院教授　横井則彦 先生

15：45【質疑応答】
16：30　閉会

共催：日本シェーグレン症候群患者の会
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ご挨拶

日本シェーグレン症候群患者の会　会長　長谷川陽子

例年ですと東京駅の満開の桜に迎えられ皆様にお会いできる喜びにワクワクしながら総会会場に向かっておりました。一昨年からコロナの影響により皆様にお会いできず残念でしたが、今年は先生方のご協力でこのような集まりを計画して頂き、感謝の気持ちで一杯です。本当にありがとうございます。

夏と秋の集まりも未知数ではありますが、以前と同様「かわら版」での交流を計画しておりますので、どうぞお元気でお過ごし下さいますように。

NPO 法人シェーグレンの会　理事長　関口　徳雄

日本シェーグレン症候群患者の会の皆様お久しぶりです。またご講演を頂く諸先生方にはご多忙の中お時間を頂き感謝申し上げます。

毎年桜が満開のころ、皆様とお会いできます集合形式での講演会でしたが、それもはや２年間も開催できないでおりますこと残念な思いでおります。

しかし座長の武井先生はじめ講師の諸先生方のご協力のもと Web 方式でのセミナー開催にこぎつけられましたことは、まずまずの成果かと思っております。

諸々の下準備をされた日本ベーリンガーインゲルハイム㈱様にも厚く御礼を申し上げます。

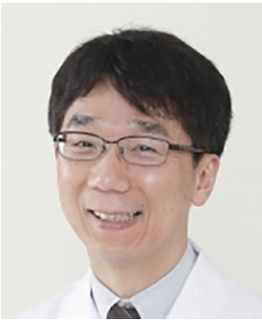
それではせっかくの大事な機会ですので、患者会の皆様は講師の先生方のお話を、一点も聞き漏らさずご清聴ありたくお願い申し上げます。

SNS 閉鎖のお知らせ

2021 年 6 月より「シェーグレンコミュニティー」としてインスタグラム・Facebook を患者の会とそのご家族様や医療従事者様向けの情報発信とコミュニケーションを目的とし開設しておりましたが、この度終了することとなりました。尚、インスタグラム及び Facebook で使用していたシェーグレンコミュニティーのマークは、NPO 活動や患者会の活動とは関係ありませんので併せてお知らせいたします。

【特別講演】
「世界のトップを走る日本のドライアイ診療」

京都府立医科大学大学院医学研究科
視覚機能再生外科学　病院教授　横井則彦 先生



今日は世界のトップを走る日本のドライアイ診療という少し大げさなタイトルになっておりますが、まさにそうだと思っています。今、日本でドライアイに処方する点眼薬と言えば４つありますが、アメリカに行くと２つしかありません。また、ヨーロッパに行くと１つしかありません。すなわち、その意味で、日本では、シェーグレンの患者様にとってもかなり良い治療が行えると思っています。私たちの外来に、ドライアイの専門外来が初めてできたのが1996年ですが、ドライアイ専門外来は、東京歯科大学で坪田先生が初めて作られ、坪田先生が慶応大学にうつられて再びドライアイ外来を立ち上げられて、その次に、私たちが開設しました。毎週金曜日には、一日70～80人ぐらいのドライアイの患者さんを診ています。シェーグレン患者さんはそのうち2、3割は占めていると思いますので私たちもシェーグレンの患者さんをよく診察しています。ドライアイの専門外来は、今では、日本全国にできていて、ドライアイ研究会には700人以上の会員がいますので、日本のどこにおられてもドライアイの専門家やドライアイをよく診ている先生に出会うことが出来ると思います。今日はできるだけ専門用語を避けて分かりやすく、ドライアイを中心に中高年で気になる目の病気の話をしたいと思います。

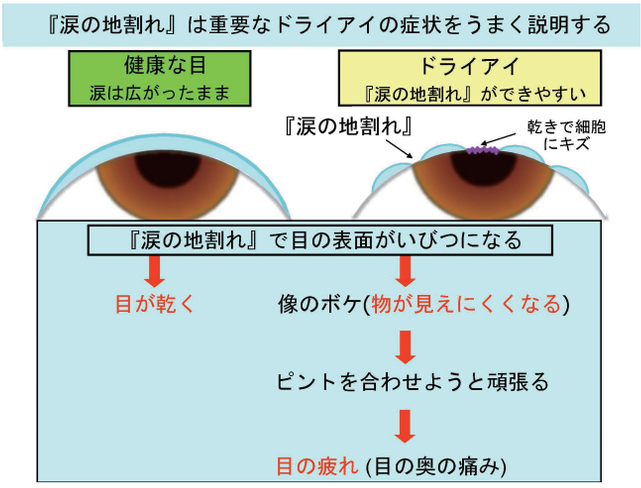
眼科は加齢に関わる病気が多いので、中高年から一気にたくさんの患者さんが来られるようになります。大きく分けて２つの理由で来られます。まず、「物の見え方に関わる目の病気」で来られます。この原因としては白内障が特に多いです。白内障は眼科の医療の３割を占めていると言われるぐらい多いです。緑内障の患者さんも実に多いです。他には加齢黄斑変性とか目の底の網膜の病気が原因で来られる人もいて、みんな視力に関わる病気で、白内障以外は、慢性、難治性のものが多いです。外からの情報のうち８割は目から入ってくるのでこの見え方というのは非常に重要なのです。それともう１つ「目の不快感」を理由に来られます。実は黒目のところは、痛みとかを感じる感覚神経が発達しているので、ちょっとした傷がつくだけで目に痛みや不快感が生じます。この目の不快感を何とかしたいという患者さんもたくさん来られます。目が不快だと見ることに集中できないので目の快適さというのも非常に重要な克服課題なのです。白内障とか「物の見え方」に関わる疾患の研究には歴史があり、今はそういう病気がかなり治るようになってきました。それで、今度は目の快適さにも科学の目が向けられるようになってこの分野が進歩してきました。私は、これまで25年以上、ドライアイを専門にやってきたんですけど、ドライアイ外来を始めた頃と比べると全く別物と言って良いくらいドライアイの考え方や治療が進歩してきています。ドライアイは「目の快適さ」に関わる目の病気の中で一番多いというふうに考えていただいて良いと思います。

ここからは、世界のトップを走る日本のドライアイ診療ということで、このドライアイの診断や治療について、あるいは、普段の生活の中でどういうものがリスクになるのかといったお話をして、最後に、お話した内容をまとめてみたいと思います。

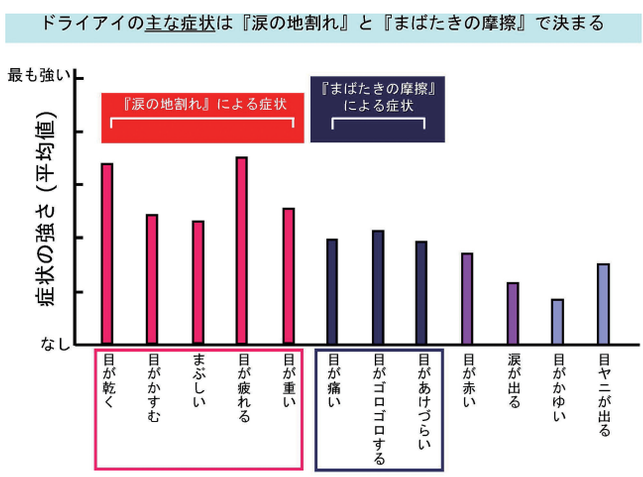
まず、涙の診察ですが、涙は透明なので何らかの色で染めないと見えないんです。私たちは、蛍光色素というものを使います。蛍光色素は青い光を当てると緑に光るので、コントラストよく涙を診察することができます。実際にはフローレス試験紙という紙があって、目薬をそこに２滴ほど落として、これをよく振って患者さんの涙の量に影響しないように涙を染色します。目のふちに紙を当てるだけなので、痛みも何もありません。普通の人の目は、傷も全くなくて目をつぶってあけると涙が動くののが見えます。このように涙に亀裂が生じているところが乾いてるところで、一般に、黒目の下の方が乾きやすくなります。涙は表面張力で動くので、目をつぶってあけると重力と逆方向に動くんですね。これがちょっと面白いところなんですけど、いったん目をつぶって、目をあけると涙は上の方に上がっていきます。涙を染色すると涙の分布が蛍光色素で見えるのですが、目の表面を覆ってる涙は非常に薄いので、黒目の表面では、涙は、それほど明るく光らないんです。まぶたの縁には、７割５分～８割くらい

の涙が溜まっていると言われていて、そこはすごく明るく光ります。また、最近は涙を観察するテクニックが進歩してきていて、目に当てる青い光の反射をカットするフィルターを目の前に置いて観察することで、コントラストを上げて、涙の広がりを観察することができます。涙がたくさん分布しているまぶたの縁の部分は、涙液メニスカスと呼ばれていて、黒目の表面では涙が薄い一枚の膜のように分布しているところは、ティアフィルムと呼ばれます。さらに目の表面と涙の構造を詳しくお話ししますと、黒目のところは、角膜という透明な膜でできていてこの上に涙が広がっています。瞼のふちに溜まった涙は実はよく見ると、表面張力という力が働いてへこんでいるんですね。例えばストローの先に水を貯めるとちょっと凹んで見えますよね。毛細管の原理でへこんでるんです。このへこみのために、涙は、容易にはポロッとまぶたからあふれおちることがないようになってるんですね。この角膜の上には一枚の膜のように涙は、広がります。これが、先ほど言ったティアフィルムというものです。また、涙は大きく分けて油の層と水の層の２つの層からできています。この水の層の中にはムチンという糖タンパク質がネットワークを作っていて、このネットワークの中に水分を閉じ込めています。また、このネットワークが目ヤニの主な成分になっています。もう１つ、最近よく注目されていますが、油を分泌するマイボーム腺という組織がまぶたの中に隠れてるんですね。そこから分泌された油が涙の水の層の表面を覆うことで涙の水分の蒸発を防いでいると言われています。まぶたの縁には、このように穴がずらっと並んでて、瞬きするとマイボーム腺からの油がこの穴から出てくるのです。

次に、ドライアイの目と健康な人の目がどのように違うのかについてお話ししていきます。ドライアイの目の場合、涙は健康な人の目と違って、平面的に目の上で広がらず、目の表面で、水玉のようになってしまって、この水玉と水玉の間に涙の地割れができてしまいます。そして、地割れのところが乾くのでそこに傷ができて、目に痛みや乾きの症状がでるのです。また、涙に地割れが起きると視界がぼやけてしまい、ピントをあわせようと頑張ると、ピントを合わせる筋肉がすごく酷使されて目の疲れが起こるんですね。これらがドライアイの症状になります。



こういったドライアイの病気の仕組みを踏まえて、健康な人とシェーグレンの患者さんの目の違いについてお話しますと、シェーグレン患者さんの目では、黒目の下の方ですごく涙が乾くのが特徴です。これは涙の水分の量が少ないことが一番大きな原因になっています。つまり、涙の水分量が少ないために、涙が目の表面をしっかり覆えず、涙の地割れがおこりやすくなって目が乾きます。その一番乾きやすい場所が黒目の下の方になっているというのがシェーグレンの患者さんのドライアイの特徴です。さらに、涙の地割れが繰り返されることでたくさんの傷ができています。それで目を開けているのが辛いんですね。



実は、最近のドライアイの検査は涙の量を調べるよりも、むしろ涙が何秒で乾くか、すなわち、涙の地割れが何秒で起こるかを重視するように考え方が変わってきています。そしてそれを調べる検査をBUT（Break up time）検査と言います。こうして、目をつぶった後、開けたままにすると何秒で涙に地割れが起こってくるかという時間を計るんですね。実際には、フルオレセインという蛍光色素で涙を染

めて、電子メトロノームの音を聞きながら、涙に地割れが起きるまでの秒数を計ります。5 秒以内に涙の地割れが起これば異常とされ、この検査によって乾きやすい目なのかどうかが評価できます。また、シェーグレンの患者さんの場合は、涙の量を調べるためにシルマーテストという検査も行います。5 分間ろ紙をまぶたの縁に引っ掛けて何 mm ろ紙が濡れたかを測るんですね。これが 5mm 以下だと異常と診断されます。ろ紙をひっかけている状態で瞬きをすると白目が刺激されて、そこから涙腺という涙を分泌する組織に神経の信号が入って涙が出てくるわけです。ただ、ろ紙が入ってる間は、痛いので、何度もやる検査では決してないと思うんですけど、涙腺がちゃんと働いてるかを調べるのには、必要な検査なんですね。シェーグレンの診断には BUT だけでなく、このシルマーテストが非常に大事とされています。

ドライアイという病気はシェーグレン症候群のような涙が減るタイプのドライアイだけではないので、一言、ドライアイと言っても、それは、大きな捉え方になっています。以前は、様々な原因によって黒目の表面で涙がひろがらず、地割れができ、黒目に傷ができて、目の不快感や視界のぼやけ（見えにくさ）がおこるのがドライアイだと考えられてきましたが、黒目に傷がなくてもドライアイになってる人も多いことが分かって来て、今の考え方では、黒目の傷はあることもあるけれども、ないこともあるといった捉え方になっています。シェーグレン症候群の患者さんのような涙が減るタイプのドライアイは必ずと言って良いくらい黒目に傷があります。また、ドライアイの見えにくさは白内障のように常時見えにくいのではなくて、目を開けたままにするとぼやけてくるといったようなもので、白内障のぼやけとは異なります。また、ドライアイで大事なのは、ドライアイの原因が目の表面にあるというより、もっと上流に原因があるということです。つまり、身体の病気、生活環境、ライフスタイル、女性という性別、加齢など原因が多岐にわたり、これらは、なかなか治せるような原因ではないことが多いのです。上流の原因が治せない限りは、目薬を使って、涙に地割れができるだけ起きないようにして、黒目に傷ができないようにすることが治療となります。加齢による慢性の目の病気はどれもそのような性格を持っていると思います。例えば、緑内障とかもずっと目薬で管理していかなければなりませんし、同様に、ドライアイも目薬で、ずっと管理していく必要がある病気です。ドライアイにはシェーグレン症候群のような涙の水分が減るタイプ以外に、涙の水の蒸発が増えるタイプと、後で述べるタイプの３つのタイプがあります。治療のためには、まず、その３つのどのタイプかを診断する必要があります。涙の水分が減るタイプは加齢とか女性とか免疫以外の体の病気などがあり、免疫の病気としてはシェーグレン症候群が重要です。また、涙の水分の蒸発が増えるタイプは、涙の油分が出てくる穴が詰まるマイボーム腺機能不全という病気や生活に身近な３つのコン（パソコン、エアコン、コンタクトレンズ）が代表的な原因になります。３つ目のドライアイのタイプは最近新たに知られるようになったもので、涙は十分あるのに、黒目にくっつきにくくなるタイプのドライアイです。

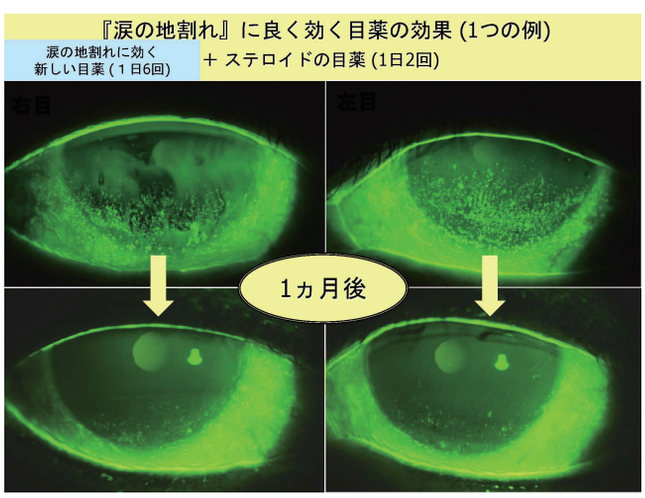
実は、目の表面には、涙をひっつける苔みたいなものがはえていて、ムチンと呼ばれています。ムチンには、涙の中に存在するタイプもありますが、その苔が減少した結果、涙が黒目にくっつかなるタイプのドライアイがあるのです。黒目には、ほとんど傷がないので、涙が減るタイプのドライアイとは違うのです。涙はあるのだけれど黒目にくっつかないというような、目の表面の肌荒れみたいな状態がこのドライアイでは見られます。最近、このタイプの患者さんがたくさん私たちの外来に来られます。後でも言いますが、実はヨーロッパやアメリカにはこのドライアイに対する治療薬がないのですが、日本にはあるんです。そして、このタイプのドライアイが新たなタイプとして加わりました。

ここで、涙の蒸発が増えるタイプのドライアイの原因になるマイボーム腺機能不全という病気について紹介しておきます。これは、マイボーム腺の油が出てくる穴が詰まる病気です。健康なの人はサラダオイルみたいなサラサラとした綺麗な油が出るんですけど、この病気では便秘みたいな状態になっていてピンセットでまぶたをつまんで、無理やりださないと油が出てこないんです。そして、油がまぶたの中にたまるので不快感が生じますし、でてきた油もマヨネーズのように粘度が増しています。ドライアイには色んな原因と３つのタイプがあることを知っておいていただきたいと思います。

ドライアイは症状が非常に多彩な点も、診断が難しいところです。目が乾くと言ってくれれば、簡単な病気になるんですけど、患者さんはほとんどが、自分ではうまく表現できない曖昧な症状を訴えます。アレルギーならほとんどの人が目が痒いと言ってくれるので診断しやすのですが、ドライアイの症状は、実に様々です。多くのドライアイ患者さんに対してどのような症状が強いかをアンケートしたところ、ドライアイでは涙の地割れがおこりやすいことによる症状と、目がゴロゴロする、目が赤い、目が痛いといった瞬きの摩擦で生じる症状が多いということが分かりました。涙は、自動車のワイパーから出てくるウォッシャー液のように潤滑剤として働くので、涙が少ないと瞬きですごい擦れるわけですね。涙が十分にあると擦れることもないので痛くないのです。しかし、シェーグレンの患者さんは、涙が少ないので涙の地割れが出てきて痛いだけでなくて瞬きしても擦れて痛いという症状が出てきます。最近、この瞬きでおこる摩擦の症状が、新しい治療の分野として注目されています。

ここで、ドライアイの治療に話題を進めましょう。実は、日本には、涙の地割れが起こらないようにする目薬と瞬きの摩擦を減らす目薬の両方の目薬があります。アメリカとヨーロッパにはこうした目薬がないのです。日本も以前は欧米とよく似た状況だったのでシェーグレン症候群の患者さんの治療には限界がありました。しかし、10年くらい前にそういう目薬が出てきたことで、今は、シェーグレン症候群のような涙が少ないタイプのドライアイの治療がやりやすくなりました。ドライアイの治療はそこが特に進歩したと思います。

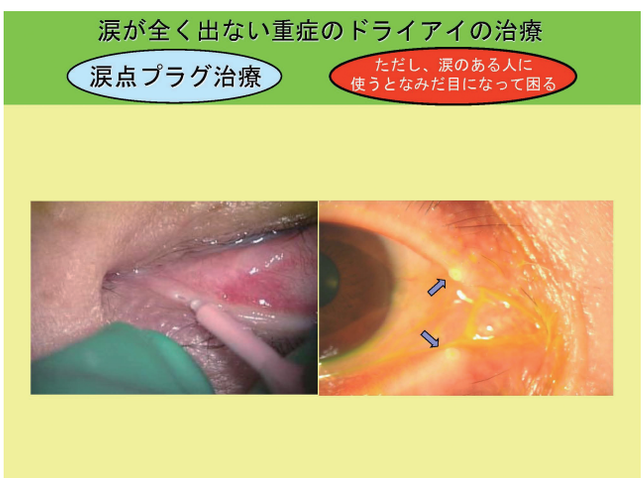
今、日本のドライアイの治療用の目薬には、涙が乾いたり擦れたりするのを治療する目薬と、ドライアイでは目の表面に炎症が起こるので、それを抑えるステロイドの目薬と、人工涙液よりも強い粘り気で目を潤すヒアルロン酸が入った目薬が処方されます。中でも、ドライアイ治療において画期的なものとして、水分やムチンが出るのを促してくれる目薬があるんですね。これは点眼すると30分ぐらい白目の細胞から水分が出てきます。涙腺が傷んでいても関係ないのです。この目薬は、先ほどお話した、黒目の表面で涙をくっつける苔のようなムチンを増やす働きも持っています。もう一つ重要な目薬は、摩擦を減らす目薬です。まぶたの縁のワイパーみたいな部分で、粘稠なムチンを出す細胞を増やしてくれるので、瞬きの摩擦を減らしてくれます。このように、水を出してくれて、摩擦を減らしてくれるような目薬が出てきたおかげでシェーグレンの患者さんの目の状態を非常にうまく管理できるようになってきたのです。それまでの治療で効果を感じていなかった患者さんが、症状が改善してすごく喜んでおられる姿を見ると、日本のドライアイ治療がすごく進歩したことを実感します。どんな目の状態になってるのかを、まず見て、適した目薬を選んで治療できるのが今の日本のドライアイ治療と言えます。



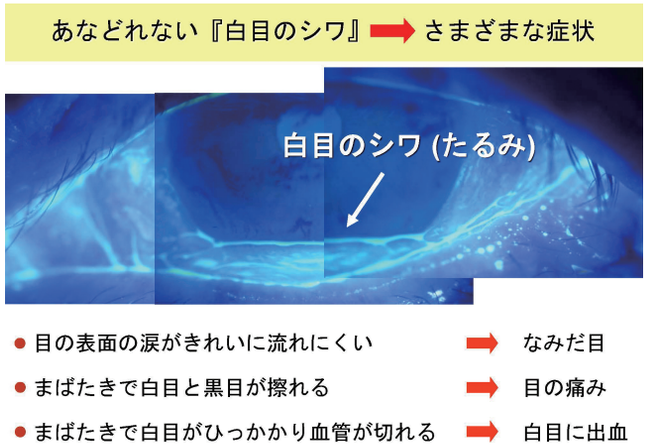
また、涙が全くでない人には昔からの手法で涙点プラグ治療というのがあります。

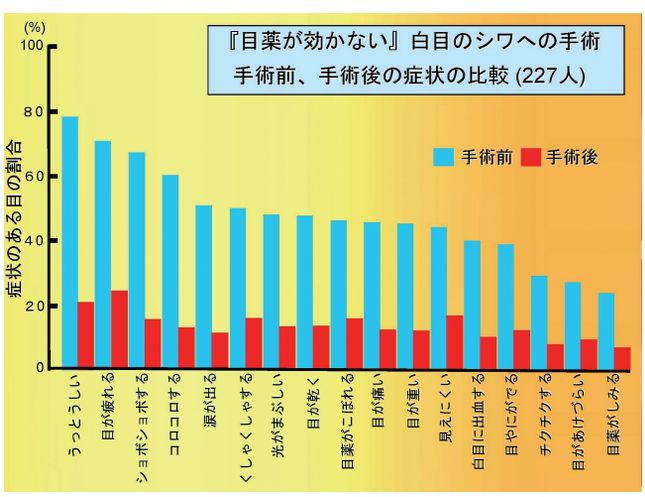
涙点プラグ治療は涙が流れ出ていく出口である涙点にプラグを差し込む治療で、これをすると、人工涙液を点眼しても目の表面で溜まるので、乾いた部分がなくなって傷が治ります。ただ、涙が十分ある人に涙点プラグをすると、涙目になって逆に困るんですね。軽いドライアイの人で涙点プラグを希望す

る人がいますけど、入れると今度は涙目になってプラグ外してくれませんかと言ってくるんですね。重症の人にはすごく大きな福音になるのですが、中ぐらいまでのドライアイの人にはこの治療がうまく成り立たなかったのです。摩擦を減らす目薬と涙の地割れを起こしにくくする目薬が出てきたおかげで、涙点プラグを使えない、重症の手前までの人をうまく治療できるようになったというのが今の日本の画期的なところで、世界のトップを行くゆえんと言えます。一方、それらの治療がないのが欧米で、日本であらゆる程度の涙の減ったドライアイをうまく治療できるようになったことは、非常に意味があると思います。



もう一つ重要な話として、目の表面には、加齢で涙の量が減ったり目が乾きやすくなる以外に、白目にシワができることが重要です。このシワは、涙の流れをせき止めたり、まばたきの擦れを増やしたり、涙を広がりにくくします。60 歳以上のなんと 98% の人に多少なりとも白目のシワがあると言われていて、シワが強いと、瞬きした時にシワ同士が擦れたり、涙がせき止められて涙目になったりと、いろんな症状が出てきます。シワが病気の意味を持つと、結膜弛緩症と呼ばれて、症状がドライアイとすごく似ます。そして、シワは、ドライアイの人にも当然合併することが多いので、目の表面をよく見ながら治療を考えてゆく必要があります。白目のシワは先ほど言ったような摩擦を減らす目薬をうまく使うとある程度、改善を得ることができますが、目薬で良くならない場合にはシワの部分を切り取ってシワのないところ同士をつないでしまうという手術があり、ドライアイとよく似た症状が、手術でよく改善します。



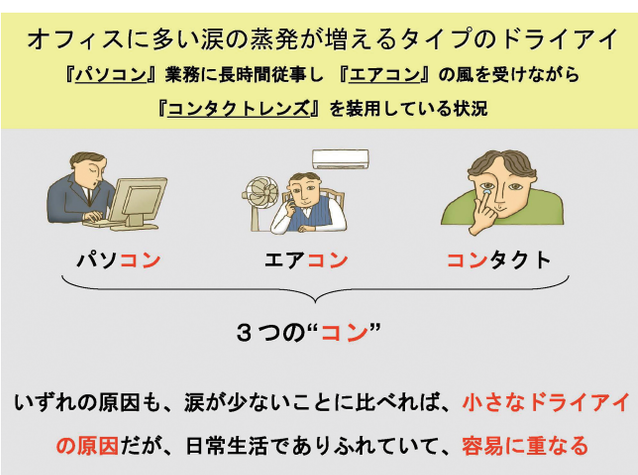


ドライアイの患者さんが涙の異常で症状を訴えているのか、白目のシワで症状を訴えているのかを見極めることはとても重要です。実際、ドライアイの診断、治療においても、結膜弛緩症についての多くの経験が求められることがよくあります。

ドライアイの危険因子についても、ちょっと話をしておきたいと思います。ドライアイの危険因子として、女性であること、高齢であること、アジアの人などの他に、目薬や飲み薬の影響で涙が減っているとか、レーシック手術受けてるとか、生活環境、ライフスタイルなど色んなものがあります。ドライアイに女性が多いのは男性ホルモンであるアンドロ

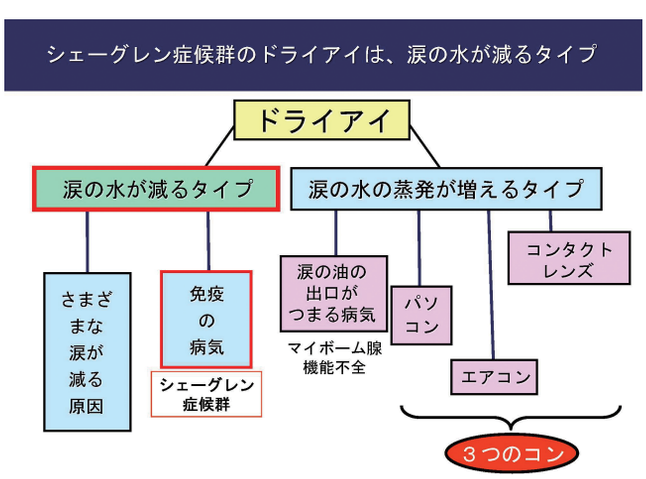
ゲンが女性では少ないためではないかと言われてます。アンドロゲンは涙腺とかマイボーム腺といった組織から、涙や油の分泌を促すのですが、女性はアンドロゲンが元々少なくて、加齢でアンドロゲンがさらに低下すると一気に涙や油が出にくくなってドライアイになりやすいのではないかという説があります。

また、先ほどお話した３つのコン（パソコン、エアコン、コンピュータ）はオフィスワーカーにおいて、大きなリスクになります。エアコンのついた部屋で、コンタクトレンズをつけて、パソコン作業に従事をする女性は、多いと思いますけども、小さなリスクが重なって、ドライアイになることがあるのです。３つのコンの増加を背景に生活環境に関連したタイプのドライアイが今すごく増えてきてます。在宅勤務の導入でもドライアイの急増が予想されています。ドライアイが非常に身近な病気であることはこういった社会的背景も非常に関連していると思います。パソコンの画面を見てるとき、瞬きが減るんですね。安静時は３秒に１回瞬きしてるのに、パソコンやスマホでゲームをすると 10 ～ 12 秒に１回とかにまで減るんです。瞬きの回数が減ると目が乾きやすくなるので 、涙の地割れが起きやすくなります。



コンタクトレンズも大きなリスクになります。ハードレンズではレンズの外側が非常に乾きやすくなります。時計で言うと３時と９時のところに黒目の傷ができやすく、このあたりの白目に充血が起こります。一方、ソフトレンズの方はレンズの表面で涙が乾きます。そして、乾いたレンズの表面で、まばたきで摩擦が起こって、ゴロゴロします。ソフトコンタクトレンズを長くしていると、こんな風にレンズが目の表面に触れるところに傷ができて目の乾燥感が生じます。また、レンズの表面の涙は、すごく環境の影響を受けやすくて、低温度・低湿度になると、水を含みやすいレンズをしていると、一層乾きやすくなります。また、ドライアイの予防のためにはセルフケアが重要です。パソコンの画面は、なるべく目線の下の方になるようにして見るようにと昔からよく言われてます。あと、エアコンの風を目に直接受けないでいただきたいと思います。コンタクトレンズだと目が乾きやすい人は、眼鏡にするとかにして、装用時間も短くしましょう。部屋の中にタオルとか洗濯物を干して湿度を上げましょう。目を乾きにくくする保湿カプセルつきのメガネもありますのでそれを利用するのも良いでしょう。環境関連型のドライアイも涙が少ないシェーグレンの人も目に対する細かい気遣いが大切です。花粉のシーズンに家に入る前に服をはたいて花粉を落とすとか、ちょっとしたことに非常に効果があるように、ドライアイでも環境の管理に力を入れるのも大事だということです。最近は、コンタクトレンズをつけたい患者さんにも、涙の水を出してくれる目薬とか摩擦減らす目薬を一緒に使ってもらって上手く管理してもらっています。

最後にシェーグレン症候群の患者さんに絞ったまとめをしながらおさらいをしたいと思います。まず、シェーグレン症候群のドライアイは涙の水が減るタイプだということを覚えておいていただきたいと思います。涙の水が減るタイプのドライアイは黒目の下の方が乾きやすくて、その乾きの繰り返しで黒目の下に傷ができます。治療せずに放置すると、この傷が、感覚が鋭い黒目の真ん中の方まで広がってきて、痛みが強くなります。従って、目薬を適切に使っ

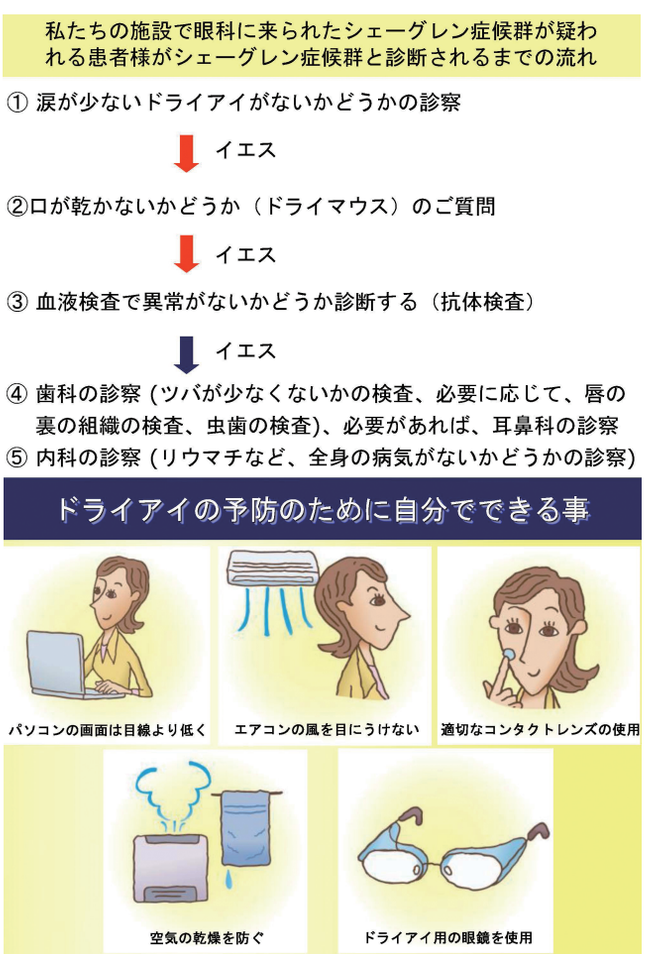


て傷をできるだけ、黒目の下の方に絞り込んでおくことが大事になります。ドライアイの症状は、涙に地割れができて目が乾いたり、目が疲れたり、目がゴロゴロしたり、色々なものがありますが、白目のシワによる症状もよく似ているので、目をよく見せていただかないと、正確な話はできません。

瞬きの摩擦ということもシェーグレン症候群では、非常に大事で、目の表面の傷にも影響してきますし、摩擦を減らす目薬を使わないとうまく管理できません。涙点プラグは重症の人には良いのですが、中ぐらいかそれ以下の重症度の場合は、相性が悪く、目薬の組み合わせで治療する必要があります。シェーグレン症候群が疑われたら、涙が少ないドライアイかどうかを診察します。そのためにシルマーテストをさせていただいて、涙がちゃんと出るかどうかを確認して、涙が減っていたら、口が乾きませんかとお尋ねします。目と口の乾きが同時には、ないことも多いですが、両方乾いてるとおっしゃったら血液検査を必ずします。そして、血液検査で、抗体検査というのを行って、それに異常が見られたら、膠原病・リウマチ内科に紹介して、関節リウマチなどの全身の病気がないかどうかをチェックしていただきます。私たちの病院では、ドライマウス外来が歯科にあるので、そこで歯や口の中の管理をしていただいたり、唇の裏側の細胞を調べていただいて、シェーグレン症候群の正確な診断をしてもらっています。

そして、正確に診断できたら患者さんに自信を持って治療をさせていただくことができます。ドライアイの目薬は日本で非常に発達していて、涙の地割れのみならず摩擦を減らす目薬もありますので、世界トップの治療ができるようになっています。また、患者さんにもセルフケアを行っていただければ、もっと良いと思います。

今、ドライアイの専門外来は全国各地にあります。ドライアイ研究会のホームページを見ていただくと、どこに専門の先生がおられるかが分かりますので、近所に専門の先生が見つかる可能性も十分にあります。目の不快感があれば、一人で悩まないで、近所の眼科をまず受診していただきたいと思います。日本では今、世界トップの治療ができますので、クリニックで難しい場合は、大学病院など、専門外来を紹介していただけると思いますので、そこで、自分に合った良い治療を受けていただければと思います。以上でこの講演を終わらせていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。



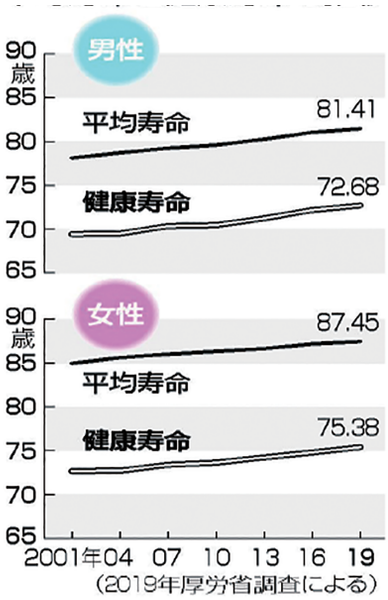
【ミニ講演】
「更年期医療にかかわる医師より皆様にお伝えしたいこと ～更年期は人生という階段の踊り場～」

道灌山女性のこころとからだのクリニック AYA clinic 院長
栗下昌弘 先生

図１は日本人の平均寿命と健康寿命の推移を表したものです。男女とも世界で1、2位を争う素晴らしい数字です。特に女性は人生90年の時代を迎えています。健康寿命とは「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活ができる期間」のことで、「介護状態にならずに生活ができる期間」と言い換えることもできます。女性は男性に比べ平均寿命は圧倒的に長いですが、実は平均寿命と健康寿命との差、すなわち何らかの介護を受けて生きる期間も男性より

長いのです。人生90年の時代を健康で長生きするためにはこのいわば不健康な期間を出来るだけ短くすることでしょう、そのためには更年期の捉え方、更年期以降の過ごし方が大きな意味をもつようになりました。

図1　平均寿命と健康寿命の推移



閉経の年齢はこの150年間程ほとんど変わっていません。それに対し女性の平均寿命は直線的な伸びを示しています。2019年でいえば、平均寿命が87歳に対し、閉経年齢は約50歳です。この差の時間約37年間をいかに元気で生きていくかが健康で長生きできるかどうかの重要なポイントになると思います。この意味を理解するためには女性は自分の体を良く知る必要があります。その鍵を握るのが女性ホルモンです。

女性ホルモンには卵巣から分泌されるエストロゲンとプロゲステロンとがあり、子宮、卵巣などの生殖器官のみならず乳房、骨、心血管系、中枢神経系（脳）などの全身の標的臓器において多彩な生理作用を有し、QOLを保つ役割を担っています。特にエストロゲンは全身作用により女性の心身を護ってくれているのです（表）。

表　エストロゲンの作用

性器作用	子宮	子宮内膜の増殖
		子宮の重量増加と成長
		頸管粘液分泌促進
	膣	膣上皮細胞の角化
	卵管	卵管絨毛運動亢進
	乳腺	乳管の増殖による乳腺の発育刺激
		第二次性徴発現
性器外作用	骨代謝	骨の成長を促す、骨吸収抑制、骨量増加
	筋	筋力保持
	糖代謝	インスリンの作用を高める、糖代謝の改善
	脂質代謝	皮下脂肪を増やし、内臓脂肪蓄積を防止
		LDL-Cの減少、HDL-Cの増加
	心血管系	血管拡張作用、抗酸化作用、動脈硬化防止
	血液	血小板凝集作用、凝固因子産生促進
	脳	神経保護作用（認知機能の改善？）、抗不安作用
	皮膚	コラーゲン量の増加、厚さと弾性の増加

子宮や乳腺については赤ちゃんを無事に産み、赤ちゃんにおっぱいをあげるためです。骨の成長を促し、骨を丈夫にする働きがあり、不足、欠乏すると骨粗しょう症のリスクが高まります。筋力を保持し、糖尿病を防ぐ、内臓脂肪が増えるのを防止し、コレステロールを抑える働きをします。血管では動脈硬化を防止し、脳では認知機能を保ち、抗不安作用まであります。いわばうつ病の予防作用と言うことができます。まさにスーパーウーマン張りの活躍です。閉経前の女性で心筋梗塞の発症が稀なのはエストロゲンの動脈硬化抑制作用による心臓保護効果のためと言われています。しかし、閉経後からは徐々に増加し80歳代では発症率は男性との差が少なくなります。

急激なエストロゲン低下による急性症状が更年期障害であり、慢性的な欠乏状態下では脂質異常症や動脈硬化による心血管系疾患の発症をもたらし、さらに骨粗しょう症が原因となる骨折のリスクが高まります（図2）。

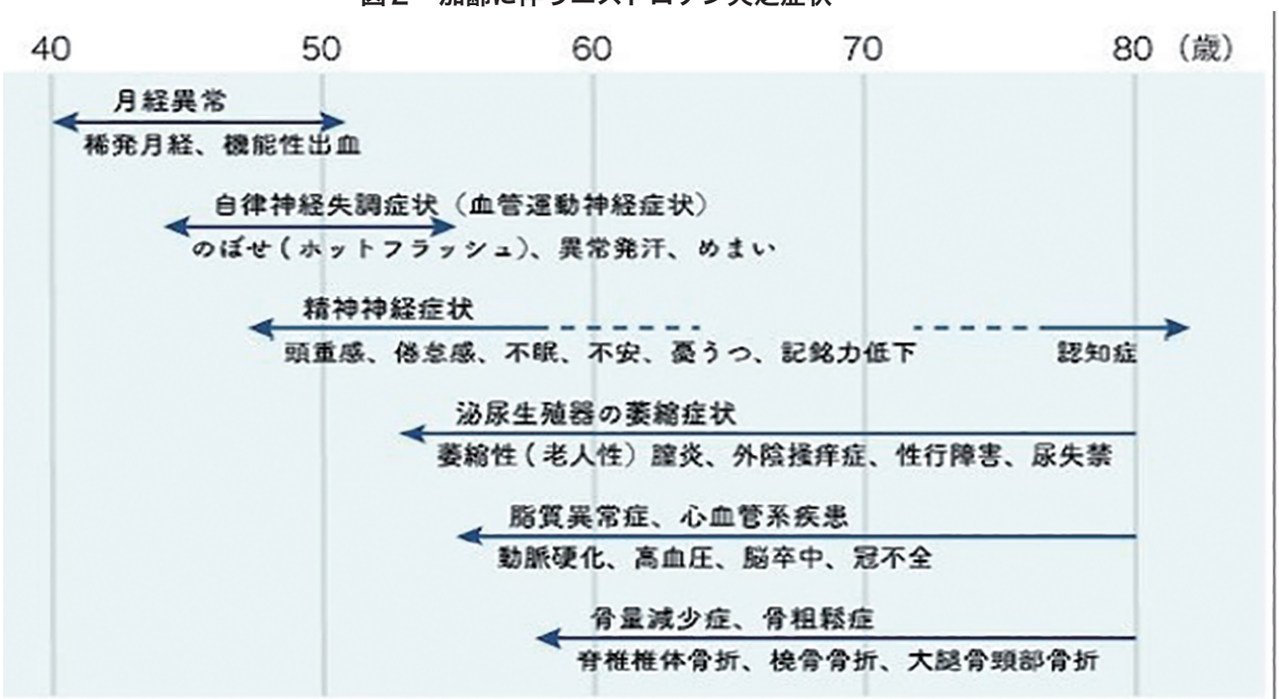
最近の研究では骨粗しょう症による椎体骨折や大腿骨頸部骨折があるとどのような原疾患であれ、その後の死亡率が増加することが明らかになっています。泌尿生殖器の萎縮症状も現れてきます。外陰・膣の萎縮による乾燥症状や、痛みが原因となる性交障害です。尿失禁などの排尿トラブルも更年期以降増加してきます。

健康寿命を脅かす大きな原因となるこれらの疾患は更年期に端を発するエストロゲン低下がその背景にあることを是非知ってください．

更年期とは閉経前後の約10年間と定義され、個人差はありますが45歳頃から55歳頃まででしょうか。エストロゲン分泌の低下は加齢による卵巣機能低下を表しています。卵巣機能低下の主体は卵巣内の原始卵胞の減少によるとされており、加齢に伴い変化する原始卵胞数はエストロゲンレベルが低下する45歳より以前の40歳頃から急速に減少し、50歳ではほぼ消失します。そしてエストロゲンは閉経前の1/10以下になります。

更年期障害とは？更年期に現れる多種多様な症状の中で、器質的変化に起因しない症状を更年期症状とよび、これらの症状の中で日常生活に支障をきたす病態を更年期障害とする、これが定義です。すなわち更年期障害と診断するには、症状の原因となり

図２　加齢に伴うエストロゲン欠乏症状



日本産婦人科学会生殖分泌委員会：日産婦誌 52：N-194-198，2000

うる病気を除外することが必要です。代表的な疾患はうつ病、甲状腺疾患、耳鼻科疾患、心血管系疾患、関節リウマチなどです。

更年期障害の諸症状を示した図３です。実に様々な症状がありますがその中でも特に辛いことはと尋ねると、多くの女性が「以前のように動けない、身体がだるくて仕方がない（倦怠感）」ことを挙げます。多くの女性が不安になるのは、“更年期障害が単に身体症状の辛さだけでなく人として生きていくうえで必要な意欲、気分の安定、社会的つながりなどに負の影響を及ぼす”からです。

閉経すれば全員がエストロゲンは低下・欠乏するのに更年期障害になる女性とならない女性がいるのは何故でしょうか。更年期障害はエストロゲン低下に伴う内分泌変化と個人を取り巻く家庭や社会での環境変化、すなわち心理社会的因子などが複雑に関与して発症する心身症であるからです。

すなわち更年期障害も更年期うつ病も発症のきっかけはストレスです。では更年期の女性が抱えるストレスとはどのようなものがあるのでしょうか。日本心療内科学会のシンポジウムで発表した研究内容からお話しいたします。更年期障害の心理社会的因子の具体的事柄をいくつかに分類しました。男女間の問題では、夫婦間については夫の無理解、精神的暴力が原因であることが目立ちました。親子については、嫁姑間より実の母娘間の確執が背景にあることが特徴的であり、強すぎる母親に翻弄される娘という現実は、介護する側の高齢化の姿と合わせて更年期以降の女性の心身の疲弊を説明するに十分です。老いては子に従えが、老いても親に従え、という母親の強迫的心性に己を奪われる世代の嘆きが聞こえてきます。男性と同等の仕事を要求され、家事と育児、子どもの教育、進学と全てを任されることにより疲れ切った姿も浮かび上がってきま

図３　更年期障害の諸症状

【 血管運動神経症状 】
- ホットフラッシュ（ほてり　のぼせ）
- 心臓のドキドキ
- 動悸　・発汗　・手足が冷える

【 精神神経症状 】
倦怠感　イライラ　・不安　・
抑うつ・気分の落ち込み　・意欲低下
- 睡眠障害　頭痛　めまい
- 記憶力低下
- 物忘れ

【 運動器官系 症状】
肩こり　・腰痛　・手足のしびれ

【 皮膚症状 】
急激な老化　・かゆみ

【 消化器系症状 】
吐き気　・嘔吐　・食欲不振

【 性殖器系症状 】
- 外陰部のかゆみ
- 不正出血
- 月経不順
- 性交時の痛み

【 泌尿器系症状 】
- 失禁　・頻尿　・膀胱炎
- 排尿時のいたみ

【 その他の症状 】
- 肥満　・やせ　・むくみ
- 全身を蟻がはう様な違和感

した。うつ病、関節リウマチ、糖尿病などの合併症や自身の完璧主義も要因と考えられました。

最後にこれまでの更年期医療を通じて得心がいった事と患者さんにお話ししてきた事をメッセージとしてお伝えします。

●更年期障害の向こうにはうつ病が隠れている。更年期障害と更年期のうつ病との境界はそれほど明確ではありません。

●更年期障害の強度には心理社会的要因が大きく影響していることは頭の中に置きながら、まずは症状を軽減してあげることが一番です。体が楽になると患者さんは自然と色々な想いを語り始めるものです。

●いかに患者さんの苦しみを苦しみとして共感することが重要であるか、悲しみを悲しみとして受け入れること、快癒に向かう患者さんの喜びを治療者の喜びとしていくことが救いとなるか、多く経験してきたつもりです。多くの更年期障害および更年期のうつ病の患者さんは己の苦しみを周囲の人々に理解されずに過ごしています。であれば、この診察室の中だけでも彼女の思いのたけを話せる空間にしようではないか。そして、診察室に入る前より出る時にはちょっとだけでもほっとして貰いたい、そんな思いで診療しています。

●更年期障害の背景には50年以上にもわたる人生史が凝縮されたものや人間関係を含む現在の家庭環境や職場環境、親の介護、さらには個人の気質に起因するものがあり、それぞれみな異なります。みなさんは一生懸命に生きてこられたのだと思います。必死になって日々生きてきたら体を壊すことだってあるでしょう。私はそう思っています。人間はいつも健康でいられるわけではありません。むしろ健康でない時間の方が多いかもしれません。でも病気から回復して元気になって立ち直ればよいのです。

●私は更年期障害にはなるべくしてなったと考えていますし、なったらなったでいいじゃないかとも話しています。決して命を取られる病気ではありませんから大丈夫ですよ、良くなりますからね、と。

●更年期はこれまでの人生を振り返り、今後の人生を考える「ちょっと一休み」できる人生という階段の踊り場であると話しています。でもこれからの階段は今までよりも少し緩やかですよ、そのつもりで上りましょうね、と。

【ためになる話①】
「シェーグレン症候群の関節症状と関節リウマチ」

日本大学医学部内科学系血液膠原病内科学分野　主任教授
中村英樹 先生

シェーグレン症候群（SS）の関節症状と関節リウマチ（RA）の関節症状は区別が意外と難しいことがあります。イタリアのSS患者さんの関節症状の頻度は、133名中115名（86%）と高い割合でした。そしてSSの診断時から関節症状があった患者さんは68%、発症後関節症状が出たという方が32%で、半分弱の方は診断後に関節症状が出てきました。また、経過中に関節症状が出た方はより若い時の診断が多い傾向がありました。また、関節痛の部位は、診断時に関節症状があった患者さん、経過中関節症状が出た患者さんいずれも7割で、手指と手首に集中していました。注目すべきは、肩・膝にも2～3割の患者さんが痛みを有し、1～2割は足首・足趾（そくし）にも痛みがある点です。単にその年齢的な痛みではなく、SSから来ている関節症状の可能性も考えながら診療を行う必要があります。SSの関節症状の評価はEULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index（ESSDAI）にある関節評価項目を用います。4つカテゴリーがあり活動性が全くないものから中等度および高活動性があります。低活動性の場合は30分以上の朝のこわばりが手指にありますが、押さえて痛かったりとか腫れたりはしません。中等度活動性は関節滑膜炎が1～5個の関節にみられ、診察や超音波で炎症があると評価できます。最も強い高活動性では6個以上の関節の滑膜炎がみられます。これだけだとRAとどうやって見分けるのか難しく、明確な基準がないのが現状です。そこで、MRIを用いてRAに合併したシェーグレン症候群とSSのみの関節症状をどのように区別できるか検討しました。MRIを使うと一つ特徴的だったのは対称性の滑膜炎でした。これはSS患者さんでは半分でしたが、RAでは100%と差がありました。骨髄浮腫や骨びらん等RAでよく出てくる異常はSSの方が少ない傾向でした。また抗CCP抗体というRA特有の検査はRAの6割に対してSSではお1人のみ陽性でした。このように対称性の滑膜炎と抗CCP抗体はSSとRAに合併したSSの区別に有用な結果でした。さらに1年後

もう 1 回 MRI を撮ると、対称性滑膜炎は SS も RA も同じくらいでしたが、『骨髄浮腫』が SS では 0 例だったのに対して、RA は全員陽性であり骨びらんも RA に多い結果でした。このような検査法が日常診療で活かせる可能性があります。

【ためになる話②】

倉敷成人病センター　西山　進 先生

本日のお話は去年 9 月 24 日に開催された第 29 回日本シェーグレン症候群学会学術集会シンポジウム 2 で発表した「自己抗体と腺外症状」から抜粋しています。シェーグレン症候群（SS）患者 180 名を、原発性 127 名（女性 125、男性 2）と、その他の膠原病を合併している続発性 53 名（全例女性）に分けて検討しました。発症年齢は 40 ～ 50 代で、調査時はそれから 5 ～ 15 年経過しています。ESSPRI は自覚症状を表す指標ですが、5.4 は少し悪い値です。ESSDAI も 5 点超えていて少し悪い値でした。続発性 SS で合併した膠原病は、全身性エリテマトーデス（SLE）が 10、混合性結合組織病（MCTD）が 5、強皮症が 11、多発性筋炎／皮膚筋炎（PM/DM）が 4、関節リウマチ（RA）が 25、顕微鏡的多発血管炎が 1 でした。SLE を合併した方は発症年齢が一番若く約 35 歳でした。

まず原発性 SS で自己抗体の陽性率をみましたが、SS-A 抗体が 93.7％陽性でした。ところが SS-A 抗体というのは、その他の抗体と一緒に陽性になることが多く、SS-A 抗体単独陽性は約半分で、SS-B 抗体と同時陽性者が 30％、その他 RNP 抗体、セントロメア抗体などと一緒に陽性になっていました。続発性 SS は SS-A 抗体単独陽性は全体の 1/3 ぐらいで、その他の抗体と一緒に陽性になるのは 67% 近くありました。SS-B 抗体と同時陽性が約 20％です。

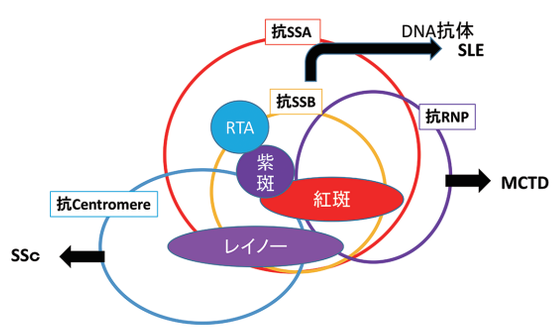
合併する膠原病と自己抗体の関係を調べると、SLE は SS-A 抗体陽性が多く、MCTD は RNP 抗体、強皮症はセントロメア抗体陽性が多い結果でした。PM/DM は SS-A 抗体陽性例が多く、若干ですがリウマトイド因子陽性例がいます。RA はリウマトイド因子が多く、SS-A 抗体が陽性になることがあります。

次に、原発性と続発性で自己抗体と臨床症状の関係を見ました。IgG など免疫グロブリンが上昇する高ガンマグロブリン血症は SS-A と SS-B 抗体両者陽性の方が多く、原発性でも続発性でも同じです。リウマトイド因子は若干 SS-A との関係がありそうです。関節症状は SS-A 抗体との関係が強く、逆にレイノー現象はセントロメア抗体との関係が強そうです。紫斑は SS-A と SS-B 両者陽性に多く、間質性肺病変は原発性では SS-A 抗体と関係が強いのですが、続発性では特徴はありません。尿細管性アシドーシスは SS-A との関係が強いです。悪性リンパ腫では人数が少なすぎて何とも言えませんが、SS-A と SS-B 両者陽性で出ている感じです。

シェーグレンで出てくる抗体には抗 SS-A、抗 SS-B、セントロメア抗体、RNP 抗体などいろいろありますが、それぞれの抗体は紅斑、紫斑、レイノー現象などの臨床症状と関係があり、さらに SS-A 抗体に抗 DNA 抗体が一緒に陽性になると SLE の発症と関係すると考えられます。また、セントロメア抗体は強皮症と RNP 抗体は MCTD と関係します。

以上をまとめると、原発性や続発性に関係なくシェーグレン症候群において腺外症状と全身症状は、各種自己抗体と一定の関係があります。自己抗体の発現パターンと合併する膠原病の間には強い関係があることがわかりました。

SSに発現する自己抗体と腺外症状の関係



【ためになる話③】
「女性の睡眠とセルフケア」

和洋女子大学看護学部　宮内清子 先生

女性の睡眠とセルフケアについてお話しさせて頂きます。一般的に睡眠の定義は広辞苑には生命維持に不可欠な生活現象とあります。理想的な睡眠パターンは 23 時に床に入り、急速に睡眠が深くなっていきます。90 分ぐらいで一番深い眠りに入り、一番脳が休まる時間となります。そのあと徐々に浅くなったり深くなったりレム睡眠とノンレム睡

眠を繰り返して起きる準備が始まります。この繰り返しが夢を見たりしますが、この繰り返しで一番体が休まるといわれています。したがって、入眠してから深い眠りを確保することと、明け方2、3回レム睡眠を繰り返すことで体が休まる時間が確保されることで良い睡眠が取れるのです。これを確保するには7～8時間の睡眠時間が必要と言われています。

ただ睡眠には朝型・夜型というのがあります。これは環境要因より体質で決まると言われています。夜型の人と朝型の人の割合では、超夜型が8%程度、夜型が22.7%で、夜型の合計が30%になっています。この夜型の人は自分のタイプに合った生活スケジュールの場合は問題がないですが、家族に合わせたり、仕事などで早く起きなければならないとなるとノンレムとレム睡眠の繰り返しが不足してきます。不足してくると非常に疲れた感じの寝起きになります。シェーグレンの患者さんの調査では、更年期以降の女性が多いですので、お子様や家族に合わせた生活、仕事を持っている方もいます。皆さんがもし夜型の場合、頑張って早朝に生活の予定を組むことで慢性的な睡眠不足と疲労を感じるでしょう。

では、対策について提案します。夜型の人だからといって朝、あまり遅くまで寝ていると光を浴びる時間が遅くなり、メラトニンの分泌の時間も遅くなります。つまり眠たくなるホルモンのメラトニンの分泌が遅くなるので、「寝つきが悪い」という結果になります。したがってなるべく早い時間に朝の強い日光を浴びることです。

更年期以降の女性の調査で、5時間以内の短い睡眠時間の方の中で特にいびきをかく人は脳卒中・心疾患のリスクが高くなり、認知機能の低下も関係しているということが報告されています。また食欲を抑えるホルモンが低下して食欲を亢進するホルモンがアップしてきます。腹持ちのいい脂肪性の食品が欲しくなってカロリーオーバーとなり太りやすくなるということも明らかになっています。

皆さん適切な睡眠時間（7時間程度）は確保して、なるべく朝7時くらいの時間に光を浴びてメラトニンの分泌を促進していただくと深い眠りに入ることができるでしょう。今一度、自分の睡眠パターンを見直して、改善できることはチェンジ！とチャレンジ！してみてください。

【ためになる話④】

「気持ちの切り替えについて　小さなヒント」

高知大学医学部　特任助教　臨床心理士・公認心理師

小森　香 先生

気持ちを切り替えたいけど、うまく気持ちの切り替えができないことは多いと思います。気持ちを切り替えるために大切なのは、今の気持ちをそこで「一旦止める」ことなのです。「だるまさんが転んだ」のように、一度全部止めることが大切になります。落ち込んだり不安になっている時、状況に飲み込まれている時、多くの人が陥りやすいのが、「考え続けると答えが出る」と思っているということです。でも考え続けても答えの出ないことはたくさんあります。まず夜は誰でも気持ちが沈みやすい時間帯なので、「夜は考えない。明日の朝考える。」とするのがひとつの方法です。また30分考えて答えが出ないときはそのまま考え続けても答えは出ないことが多いので、「30分経ったら考えるのを一旦止める」のがいいでしょう。

また怒っている時、その気持ちを切り替えるのは難しいです。怒りが湧いた瞬間、約6秒我慢すると怒りのピークを通り抜けることができると言われています。カッとなった瞬間に酷い言葉が飛び出して後で後悔するようなタイプの人は、それを6秒で抑えることができるかもしれません。私はよく「ゆっくり10数えましょう」と伝えます。イライラしている時に数を数えると早くなりますので10数えてちょうどかなと思います。でも、怒りのピークを何とか乗り越えても、そのあと怒りが長くおさまらないことがあります。そういうタイプの人は出来事を何度も頭の中で繰り返し思い出して、ずっと怒り続けてしまいます。思い出さない努力、自分の気持ちから一旦離れる練習をする必要があります。

実は、「考えを止める」方法は「何か行動すること」なのです。つまり、身体を動かすのが良いのです。一番手っ取り早いのは、一旦その場を離れることです。また、お茶を飲んだり、声を出すのも良いでしょう。声に出してゆっくり数を数えてみるというのは案外効果があります。人によっては歌を歌っても良いと思います。「何か行動する」と「考えを一旦止める」ことができます。それが気持ちの切り替えに繋がります。もちろんその後でまた悩み始めることもあると思います。でも大丈夫。「考えを一旦止め

る」ことを繰り返していると、「気持ちを切り替える」のが少しずつ上手になってきます。私はとりあえずトイレに行くことにしています。皆さんそれぞれが自分の方法を見つけて、気持ちの切り替え上手になることが出来たらいいなと思っています。

【質疑応答】

横井、栗下、中村、西山、小森、宮内、武井

Q1) シェーグレン症候群で白内障手術の際、特別に注意した方がいいことがあるか。緑内障についてはどうか？

A1) ドライアイの方は手術の後にドライアイが悪化することが多い。理由は手術の時に目を消毒や術後の目薬などの影響で一旦ドライが悪くなる。患者さんにはその点をお伝えし術後の点眼薬が終わった段階で元の目薬に戻すと以前の状態に戻っていく。緑内障は直接関係ないと思うが、白内障手術の場合には CRP が高いとリスクはある。白内障の術後に強膜炎が起こる場合がある為、非常に注意して CRP が低くなった状態で手術をすることが多い。

Q2) 角膜に傷があるとどのような症状が出るか。

A2) ドライアイとして視力低下はありえる。特に重症のドライアイだと角膜に傷がつくので視力が下がることはある。シェーグレンの方の場合、自己免疫疾患あるので、それによる網膜病変とか角膜病変とか虹彩炎を発症する場合もあるので、それで視力が低下する事があると思われる。

Q3) 目の表面に白いものが見えるのは何でしょうか。

A3) 角膜上皮の細胞です。細胞とムチン、ネバネバした物質と炎症の細胞が束ねられた状態で黒目につき、神経がつながっているので瞬きすると動いて引っかかって痛いというのが糸状角膜炎の症状になる。まばたきの摩擦が関与してるので、講演で話した摩擦を減らす目薬を上手に使うと良くなる場合もある。涙が少なくて糸状角膜炎が生じている時は涙点プラグ入れると軽快する可能性がある。

Q4) ステロイドの点眼に関して不安がある。

A4) 眼に炎症が起こっているので、炎症を押さえないと自覚症状の改善につながらない。ドライアイの他の点眼薬と処方し、良くなってきたら、「ステロイドの目薬は調子悪い日にだけさしてください。」というふうに加減するように伝える。最初の段階でステロイド点眼薬を使用しないと改善しにくい。その結果、悪循環で炎症が結果として発生する。ステロイド点眼をうまく使うというのが非常に重要な治療である。

Q5) シェーグレン患者が最初に受診するのは眼科が多いと聞いているが。

A5) 目の乾燥のみで口腔症状のない方は眼科を最初に受診される方が多い。随分経過してからシェーグレン症候群であったと診断がつく場合が多い。ドライアイ治療が世界的にも進んでおり、効果を上げていることから、患者さんとしても目の症状以外の症状を眼科医に伝えない可能性もある。
眼科的にはシェーグレン症候群の方の白目に傷が多いのが特徴と言える。白目の障害と涙腺の炎症が強く相関している。異常があったらドライマウスの症状を聞いてシルマーテストと血液検査するというステップで検査することで判定がつく。その点についてのアナウンスが行き届いてない現状も認識できた。

Q6) 最近クリニック等ではシルマー試験をしないと聞いているがどうか。

A6) シェーグレン症候群の診断にはシルマーテストは必ず必要。唯のドライアイは涙の質を調べるＢＵＴ検査で診断するようになっているが、涙の量を調べるシルマーテストはシェーグレン症候群の診断には必要。

Q7) 倦怠感についての原因について。

A7) 倦怠感の原因についてはまだよく分かっていない。アンケートを取った際、シェーグレンの方と全身性エリテマトーデス（SLE）の方の倦怠感が強いと結果が出た。朝から本当に何もしたくない、できない状態。怠けているのじゃないかと思われるので言わないようにしている方も多い。身体表現性鬱なども絡んでいる可能性もあると推察する。他の

膠原病では、そこまで強く疲れを感じている人は少ない。実は関節リウマチの方とか 筋炎の方に比べ SLE とシェーグレン症候群の方が圧倒的に強い。B 細胞リンパ球など患者さんの中で暴れている細胞でサイトカインが疲れる原因としての何かを産生しているのではと考えその原因となるものを探っている。

Q8) 倦怠感と睡眠との関係はあるか。

A8) アンケート等から睡眠が取れていないために疲労が生じているのではと考えている。膠原病と更年期の方では関連が指摘されているが、脳波を使った評価では差がない。睡眠評価でシェーグレン症候群の方は睡眠時に活発な寝返りはなく睡眠状態が一般の人と違う事が示唆された。海外の論文でも報告があった。うまく睡眠が取れず、疲れが残る事が調査でもわかった。口内乾燥で睡眠時無呼吸症候群や夜間頻尿等の訴えもある。

Q9) シェーグレン症候群の方のメンタル状態について。

A9) 倦怠感が続くと体も疲れて心が疲れてくる。体の症状がたくさんあると心にも影響が出て、なかなか自分の体が改善状態にあると実感しにくいことが、余計に倦怠感を増しているという可能性はあると考える。

Q10) 間質性膀胱炎に関して。

A10) シェーグレン症候群で間質性膀胱炎を合併している方は重度の症状の方が多い印象であるが実際は少ない。シェーグレンの方で尿が近いと感じる場合には、泌尿器の受診を勧めている。膀胱拡張術などが治療法としてある。尿検査では異常が出ないので、患者さんからも主治医にシェーグレンに伴う間質性膀胱の可能性を指摘して診断を早くしてもらったほうが良い。

Q11) アミラーゼ検査について。

A11) シェーグレンの方は唾液腺型アミラーゼが高値となる。活動期で唾液腺が腫れた時はアミラーゼが上がる。かなり進行して唾液腺萎縮し、破壊が進行した方は殆どアミラーゼは上がらない。発症早期の時、活動性もあり、腫れて熱が出るときはステロイド等で早めに抑えることがある。

Q12) 痺れに関するご質問。末梢神経障害に関して何か良い方法はないか。

A12) 末梢神経障害は難しい症状であり、脳神経内科の先生に症状を把握して頂き、感覚神経障害があるかどうか把握するのが大事。小さい神経線維が障害される自律神経障害なども多いと認識している。

Q13) 指定難病で漢方薬を処方できないのか。

A13) 難病指定でも漢方は範疇に入ると認識している。患者さんの症状で漢方処方が必要と判断すれば処方していると思う。主治医の判断による。

Q14) 新薬・治験について知りたい。

A14) 免疫抑制剤に関しては乾燥症状に関しては日本から論文も出ているが、飲み薬で免疫抑制剤が腺外症状（乾燥症状以外の異常）に対して効果があるものがある。新薬の治験については、B 細胞機能を抑えるような生物学的製剤の治験が海外ではある程度有効というのがランダム化試験（客観的に治験効果を評価する事を目的として研究試験方法）で報告されている。また CD 40（B 細胞や単球が細胞表面にもつ接着分子）を抑えるような薬、疾患活動性評価の ESSDAI の内、シェーグレン関節症状評価には有効というのがランダム化試験でも証明されている。今後主に腺外症状に対して新薬が入ってくる可能性はある。ランダム化試験ではまだ結果は出てないものもある。まだ新薬創薬には時間がかかると認識している。

Q15) 変形性関節症の関連抗体などあるか。

A15) 変形性関節症は大体 40，50 代方でも女性も多いですから、リウマチが発症する年代でもあるしシェーグレンと合併することがある。自己抗体の関係を調べたことはないが、他の膠原病の合併のない変形性関節の方は自己抗体は基本的に出てこないので関係ないだろうと考える。女性で人差し指よりも薬指の方が長い方は変形性関節症になりやすいというのは分かってる。

Q16) 薬服用による副作用に関して。

A16) 胃の症状が強く出る薬や多汗とか頭痛があ

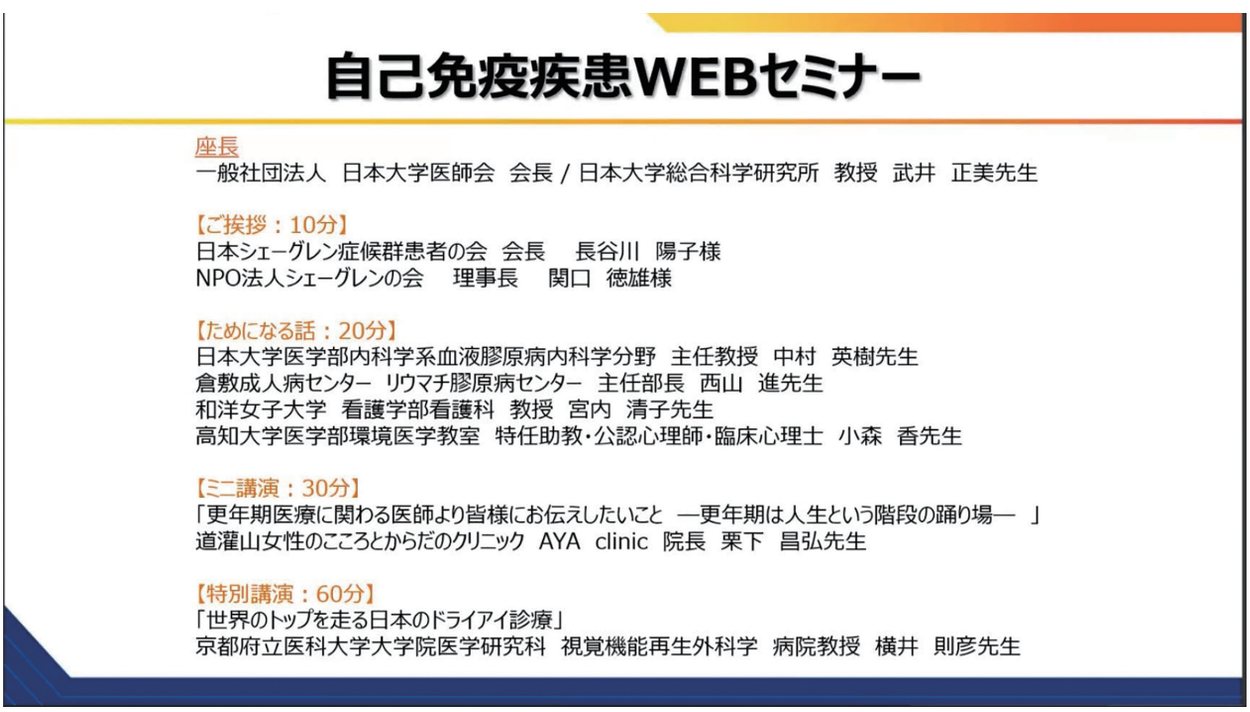
る薬などありますが、多分服用の量も関係していると思います。同じ量でも結構症状強い方もいますので、少しずつ増やしていけば、副作用としての症状がなくなっていくものも多い。少量からスタートが良いと考える。

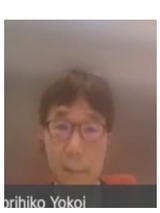
Q17) 関節リウマチ・関節炎と適正製剤について。
A17) 筑波大学が中心となり関節リウマチとシェーグレン症候群が合併する形で投与して試験結果が出た。関節リウマチの方とシェーグレン症候群患者さんも症状が改善している。シェーグレン症候群患者さんの病初期と考えられるような口唇生検でリンパ球浸潤のあまり進んでいない方によく効くという結果が出て論文で発表される予定と聞いている。

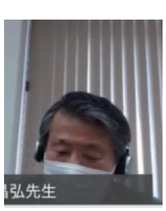
Q18) シェーグレンと皮膚炎について。
A18) 皮膚症状・皮膚乾燥は良く聞くが、アレルギー症状とは関係はない。保湿系の外用薬を処方している。抗アレルギー薬はあまり処方しない。蚊に刺されやすい等もあまり聞かない。

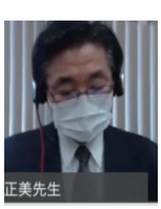
Q19) 耳鼻科領域 EAT（B スポット）療法シェーグレンの症状との関連。
A19) シェーグレン学会での認識はない。

Q20) コロナワクチンに関して。
A20) 電話などでも多く質問があったが、接種してくださいとお伝えしている。シェーグレン症候群の方ではないが、関節リウマチの方や多発筋痛症の方等では副反応が散見された。

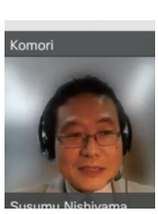



横井則彦先生


栗下昌弘先生

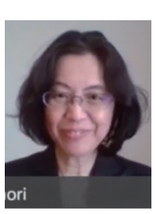

武井正美先生

中村英樹先生



西山　進先生

宮内清子先生


小森　香先生