

教えて! 大山先生! 痛風患者に治療を続けてもらう指導のコツは?

痛風の治療方針と 継続治療につなげる 患者指導の工夫 ～超音波画像による尿酸塩結晶の可視化～

監修：医療法人社団つばさ/両国東口クリニック 理事長 大山 博司 先生



(2019年10月取材)

発作が治まってからの 痛風の治療方針



痛風発作時に尿酸降下薬を使うと発作を増悪させるので、発作が治まってから高尿酸血症の治療を開始します。数値目標は『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版』¹⁾に従い、血清尿酸値(以下、尿酸値)を6.0mg/dL以下に維持することです。痛風発作が起きたということは、関節内に尿酸塩結晶が溜まっている証拠であり、この結晶が残っている限り再び痛風発作が起こるリスクが残ります。したがって、体内に沈着した尿酸塩を完全になくすことが、真の治療目標になります。

一般的に、尿酸値が高尿酸血症の定義の基準である7.0mg/dL以下に下がると、「正常になりましたね」となりがちで、その後はずっと6.7mg/dLや6.8mg/dLくらいそのままという例は少なくあり

ません。しかし、それでは関節に溜まった尿酸塩結晶は溶けずに残り、結果として、何年も治療しているのときどき発作を起こすという状態が続いてしまいます。このような事態を避けるために、尿酸の目標値を痛風治療に即した6.0mg/dL以下に設定し、厳格な薬物療法を行います。

痛風結節(図1)という肉芽組織ができている場合はさらに

目標値を下げ、5.0mg/dL未満を目指して治療し、維持することが望ましいでしょう。

痛風結節は皮下に尿酸が溜まるもので、手や耳介などの体温が低くなりやすい場所で生じます。足にできてしまい、大きくなると革靴などは履けなくなります。多くは無症状のまま経過するため、症例として多いわけではありませんが、中には骨の破壊にまで進行し、痛みが慢性化してしまう患者さんもいます。

痛風治療においては治療目標の達成だけでなく、治療の継続が重要ですが、難しい面があるのは確かです。患者さんにアンケート調査を行うと、「尿酸値が下がればもう発作は起きない」と考えている人が高い割合で存在します。当院でも、薬物療法や生活習慣の改善で尿酸値が下がり、しばらく発作が起こらないと「もう大丈夫だ」と思い込み、治療開始から1～2年で脱落してしまう患者さんは多くいます。しかし、1年ほどで治療をやめてしまうと、だいたいの1年後くらいに痛風発作を起こすことが多いようです。

その他、痛風患者さんでは腎障害や尿路結石を合併しやすいため、積極的に検査を行い、合併症にも留意する必要があります。

薬物療法のポイント



当院では、尿酸クリアランス検査を実施し、『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版』に従って、尿酸産生過剰型に対しては尿酸生成抑制薬、排泄低下型に対しては尿酸排泄促進薬というように使い分けています。混合型に対しては、尿酸生成抑制薬を単独で使用する場合と、併用療法を行う場合があります。

用量は、少量から開始して徐々に増やしていく漸増療法が基本です。これは、尿酸値の急激な低下が引き金となって痛風発作が起こることがあるためです。薬物療法を始めて尿酸値が下がってきたら発作が起きた、入院して厳格な食事療法を行ったら発作が起きたという事例は、決してめずらしくありません。つらい発作が起こらないように、尿酸降下薬は尿酸値を確認しながら徐々に増やしていき、6.0mg/dL以下になるようにコントロールします。通常、1カ月で尿酸値を1.0mg/dLくらい下げるのを目安に治療を進めます。8.0mg/dLくらいの患者さんであれば、2カ月以上かけて少しずつ下げていくのが安全です。

図1 痛風結節



写真提供：大山博司氏

Q1 酸性尿に着目する理由を教えてください。

A 痛風患者さんでは、尿酸の産生過剰や尿酸排泄促進薬の使用によって尿中の尿酸排泄が亢進していることが多いです。

従って、尿路に尿酸が溶け残り腎障害や尿路結石の原因とならないように、尿酸をスムーズに排泄するための「尿路管理」が必要となります。尿路管理の方法には、飲水量を増やして尿量を確保すること、尿酸の溶解度を上昇させる尿アルカリ化があります。

一般的に、痛風、高血圧、糖尿病、肥満の人は、インスリン抵抗性の影響から酸性尿であることが多いです。尿酸の溶解度はpHによってかなり差があり、酸性に傾くと急激に溶解度が低下し、とくにpH6.0未満(酸性尿)になると非常に溶けにくくなります。とはいえ、もともと尿pHは弱酸性ですから、適切な範囲である6.2~6.8くらいの間でコントロールするようにします。患者さんにもそのように指導し、野菜や海藻など、いわゆるアルカリ性食品に比重を置いた食習慣への転換と、可能なら尿のpH測定をしてもらいましょう。尿pHは変動が激しく、1日のうちでも大きく変わるので、こまめに測ってその結果を見ながら食事内容を考えるようにすると効果的です。

食事療法だけでは十分な効果が得られない患者さんには、必要に応じて尿アルカリ化薬を処方します。

Q2 生活指導だけで痛風は治りますか?

A もともと尿酸値が7.0mg/dL台で痛風発作のない患者さんであれば、まずは食事療法と運動療法を中心にを行い、経過をみるという選択肢もあります。しかし、すでに痛風発作を起こしている場合、とくに複数回発作を起こしている場合は、生活習慣の改善だけで尿酸値をコントロールするのは困難です。痛風以外の尿路結石や腎障害を合併している方も同様です。薬物療法を中心に栄養指導や運動療法の指導を行い、何年もかけて溜まった尿酸塩結晶を減らして合併症のリスクをゼロにするという方針で治療にあたります。

Q3 継続受診を促すコツを教えてください。

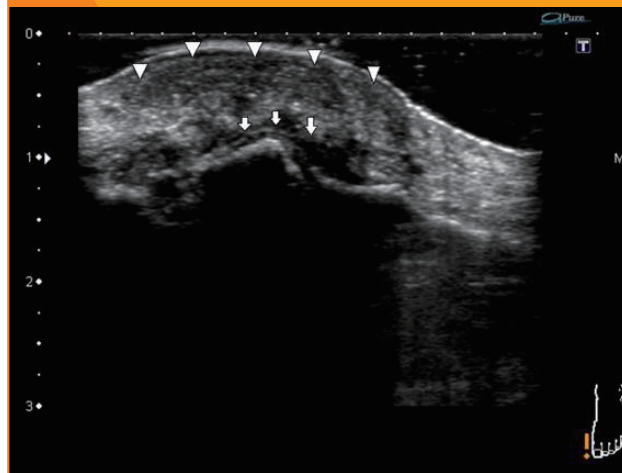
A まず、患者さんには関節内に溜まった尿酸塩結晶を減らすことの大切さと痛風発作の再発リスクをよく説明して、継続的な治療の必要性を理解していただきます。

その際、私が有効だと思うのは、関節内に溜まっている尿酸塩結晶の超音波画像を患者さんに見せることです。関節内の尿酸塩結晶は、超音波画像にははっきりと映ります(図2)。画像を示して、「尿酸の結晶がこれだけ溜まっています。すべて消えないとまた発作が起こるので、消えるまで治療を続けましょう」と説明します。また、経過の説明時にも有用で、「前よりもだいぶ減っているけれども、まだこれだけ残っているから治療を続けましょう」などとお話しすると、患者さんも納得します。

尿酸の検査値だけでは、「ずっと正常で発作もないので、もう薬は飲まなくてよいのではないですか」となりがちです。

超音波画像で尿酸塩結晶の状況を共有した上で、患者さんには、「薬を飲めば尿酸値は一時的に下がるけれど、もともといっぱい尿酸を溜め込んでいるのだから、薬をやめたらまた尿酸値

図2 母趾MTP関節背側縦断像(2013年10月)



内部に tophus-like lesion と思われる hyperechoic aggregate (HAG) (△) と double contour sign (DCS) (↓) を認める。

写真提供: 大山博司氏

が上がってしまいます」と説明します。治療を続ければ尿酸塩結晶の蓄積がなくなって、尿酸値が上がりにくくなります。そこまでいけば、薬を徐々に減らしても尿酸値が上がりにくくなりますので、「将来的に薬をやめられる可能性もありますからしっかり治療しましょう」と話しています。

患者さんのモチベーションを維持するためにも、薬を止められる可能性も示してあげると良いのではないのでしょうか。

Q4 薬物療法は、いつまで続けるべきですか?

A 当院では、5年間、尿酸値が6.0mg/dL以下でコントロールされ、痛風発作が数年間なく、超音波画像上から尿酸塩結晶がきれいに消えていけば、薬物療法をいったんやめて食事療法等で経過をみることもあります。ただし、薬物療法をやめても通院は続けてもらって尿酸値の動きをチェックし、7.0mg/dLを超えないかを見て、超えるようなら薬物療法を再開します。

私見ですが、このような流れで薬物療法を離脱するという選択肢もあってよいのではないかと考えていますし、数は少ないものの実際に離脱できた患者さんを経験しています。

参考文献)

1) 日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会編集: 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第3版2019年改訂, 2018

🔑 次回の記事では、痛風の食事指導や運動指導のポイント、痛風が腎臓に与える影響などについてご解説いただきます。