

2022年12月15日発行

くじらくん

NO3

発行人

〒780-8015

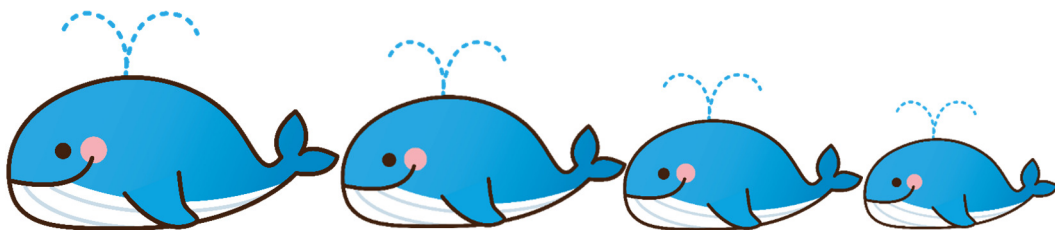
高知市百石町3丁目1-12

全国膠原病友の会高知支部

竹島 和賀子

目次

1. 「膠原病と目の病気」
医療法人葵会 田内眼科院長
2. 国会請願署名のお願い
3. 賛助会費のお礼、賛助会員のお願い、会費納入のお願い、
4. 高知県難病連からのお知らせ
 - ・自動販売機設置のお願い
 - ・賛助会費、寄付のお礼のとお願



膠原病と眼の病気

田内眼科院長 田内芳仁医師

こんにちは。私は、この会にスピーカーとして参加させていただいたのが確か4、5年前だったと思います。この間、一度、去年か一昨年にまたお誘いがありましたけれど、コロナの関係で出席することができなくて今日に至ったわけです。

私は、出身は高知市でございます。昭和56年に徳島大学を卒業し、その年に眼科医局に入り、昭和60年から62年まではアメリカのほうに留学させていただいております。その後、大学でベーチェット病とかサルコイドーシスとか、そういう免疫疾患の眼の炎症に関する外来をさせていただき、平成6年に高知市立市民病院に赴任の後、現在、北本町4丁目で開業しております。早速、今日の本題のほうに移らせていただきます。

本日は「膠原病と眼の病気」という演題でお話しさせていただきます。

眼の病気と関係ないんですけど、実は今年には昭和47年に四国で特急が初めて走って50年になる記念の年です。3月15日から乗車したら期間限定で記念乗車証がもらえるということで、子供に乗らせて土讃線の歴代特急の写真が載った記念乗車証というのをいただきました。

実はこの昭和47年という年は厚生労働省が、難病の指定を開始したという非常に画期的なことが起こった年でもあります。当時は、スモン、ベーチェット、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、サルコイドーシス、再生不良性貧血、多発性硬化症そして難治性肝炎が選ばれております。そのうち前述の4つの病気が医療費助成の対象としてスタートしております。その後、平成27年、

今から7年前ですが、難病の患者に対する医療等に関する法律、難病法が施行されて、指定難病という現在の名称になっております。昭和47年に制定された難病対策要綱、昭和48年にスタートした特定疾患治療研究事業を見直し、平成27年に立法化した、非常に画期的な制度でありまして、数十年に一度の大改革と言われております。令和3年11月1日現在、対象疾患は徐々に多くなっており、338疾患まで対象が拡大しております。

眼科関連の、この中の指定難病として代表的な疾患に網膜色素変性症があります。夜盲があり、年とともに視野が狭くなる病気で、遺伝的な要素があり治療法が確立されてない難しい病気で、対象の患者さんは27,000人、実際はもっと多いと思います。そのほかに私もほとんど診たことのない病気がいくつもありますけれど、網膜色素変性症が一般的に多い病気です。

そのほかに、眼科関連の指定難病というのが全身疾患とともに眼のほうでも現れる病気、これも皆さんもご存じのようにベーチェット病、サルコイドーシス、シェーグレン、それからスティーブンス・ジョンソンとか全身性エリトマトーデス、悪性関節リウマチ、強直性脊椎炎などがございます。その中で、いろんな病気で眼症状を起こす膠原病とその類似疾患というのがありまして、代表的な疾患として、全身性エリテマトーデス、ベーチェット病、サルコイドーシス、関節リウマチ、原発性のシェーグレン症候群、二次性のシェーグレン症候群について今回は述べさせていただきます。ほかに、混合性結合組織病、ウェーグナー肉芽腫、アレ

ルギー性肉芽腫性血管炎、側頭動脈炎などがございます、これらの疾患は時間の関係で省略させていただきます。

眼の構造を見ていただいたら、横から見たんですけれども、皆さん見たことがあると思いますが、角膜が一番表面にありまして、その奥はさらさらした水が溜まっております。その後ろに茶色眼の虹彩という部分があります。そのすぐ後ろに水晶体があります。実は角膜もレンズの働きをし、眼の中でレンズの働きをするのはこの角膜と水晶体です。光はこの角膜を通過して虹彩の間に丸い瞳孔という瞳の部分がありまして、その瞳孔を通過して水晶体を通過して、その奥の一番容積を占めてる部分である硝子体というどろどろしたゲル状の液体を通過して、最後に眼底の網膜に到達します。網膜はよくカメラのフィルムに例えられてます。網膜でも一番中心、これ黄斑といいますけれども、ここの部分に光が到達します。そこから光が信号に代わって、眼から脳まで伸びている視神経の中を通過して脳まで行って、それでものが初めて見えるわけです。

眼症状を起こす膠原病とその類似疾患ということで、最初に、全身性エリテマトーデス(SLE)について述べさせていただきます。SLE というのは免疫複合体の組織沈着により起こる全身性炎症性病変を特徴とする自己免疫疾患です。寛解と憎悪を繰り返して慢性の経過を取ります。何らかの遺伝的素因を背景として、感染とか性ホルモンとか、紫外線とか薬物などの環境因子が加わって発症するものと推測されております。そういうものが免疫複合体と沈着してそれで補体系の活性化ということで炎症が引き起こされます。SLE は 6~10 万人ほどの患者さんがおられます。そのうち約 20%に眼底病変が合併すると言われてます。ただし、全身

所見と眼底病変は並行して推移するとは限りません。

SLE の眼底所見を説明させていただきます。網膜の綿花様白斑、これは網膜の細い動脈が詰まって網膜が白く濁ったように見えます。それとか眼底に出血することがあります。それから視神経が腫れたり萎縮したりすることがあります。これらの所見を眼底写真でお示しします。眼底出血などに対してはレーザー治療が必要な場合もあります。

SLE には抗リン脂質抗体症候群が合併することがあります。この抗リン脂質抗体症候群というのは、血液中に抗リン脂質という脂質に対する抗体が存在して、それが動脈や静脈に血栓症を起こすと習慣性に流産を起こすこともあり、SLE の約 10%が抗リン脂質抗体症候群を合併していると言われております。逆に、抗脂質抗体症候群の約半数は SLE に合併すると言われております。そして、強皮症など他の膠原病にも合併することもあります。そういうふうな抗リン脂質抗体症候群の方は、網膜の静脈とか動脈が詰まって網膜中心静脈閉塞症、網膜静脈分枝閉塞症、それから網膜中心動脈閉塞症を起こすことがあるということです。それぞれの眼底所見をお示しします。網膜静脈閉塞症では網膜出血や網膜の中心部である黄斑部の浮腫が起こることがあり、黄斑浮腫に対しては近頃では抗 VEGF 抗体を直接、目の中に注射する治療法もあります。

黄斑浮腫には OCT という機器が有用です。OCT というのは英語で言うと Optical Coherence Tomography といいますけれども、3次元眼底像撮影装置のことで要するに網膜を横から光の反射を利用して、その反射で網膜の構造を詳しく見るという非常に画期的な機器になります。これは、今はもう

普通の開業医でも大概のところはこれがあります。短時間で眼底を詳しく検査することができます。この検査により網膜のいろんな層のどこが傷んでるかが大概分かります。網膜に水がたまったり腫れたりして視力が落ちたりすることがあります。こういうふうなものも OCT 検査では簡単に分かります。それで早期に治療ができることが可能になっております。

次に、SLE の治療薬に関してです。ヒドロキシクロロキン硫酸塩、これは SLE の治療薬なんですけど、もともと抗マラリア薬だったんですね。それが、昔は類似した作用機序と化学構造を持ったクロロキンという抗マラリア薬の副作用で失明とかになったりして、それで非常に問題になり、しばらく日本では使われてなかったんです。現在ヒドロキシクロロキンは日本では皮膚エリテマトーデス、全身性エリテマトーデスで適応になっております。ただし、使ってはいけないという方がおりまして、当然すべてのこういう薬そうなんですけども、本剤成分への過敏症の既往。それから網膜症、網膜が傷んでる方ですね。それから黄斑症で網膜の中心部がもともと傷んでる方では使ってはいけない。それから6歳未満の幼児では使ってはいけないことになっております。

令和2年、ちょうど2年ぐらい前にトランプ大統領が突然ヒドロキシクロロキンを飲んでるよということを公表したことがあります。これはニュースで話題になりましたけども、新型コロナにヒドロキシクロロキンは有効だということで飲んでみたいなんですけども、実際はそれほど効果がないということで、一般的には認められてはいないんです。

このヒドロキシクロロキン、SLE に使えるようになってるんですけども、副作用と

いうのがありまして、霧がかかったようにかすんで見える、遠くとか近くとかを見る力が弱る、網膜に異変が起きる、視野欠損、あるいは色覚異常などの異常が認められた場合には直ちに中止し原因を精査しなければならぬというふうに定めております。ヒドロキシクロロキンは、クロロキンと違い網膜毒性は非常に低いということですが、0ではないということですので、薬を飲んでる間は眼科の関与が必要になってきます。ヒドロキシクロロキンを投与する前にはスクリーニングが必要でして、これは一般的な検査なんですけども、視力検査とか視野検査、先ほどの OCT ですね、それから眼底検査、細隙灯顕微鏡検査、色覚検査、眼圧検査を必ず投与前にする必要があります。それで異常があるかどうかを見ます。これはちょっと細かいんですけど OCT の中で精度のいい種類の OCT を使わなくちゃいけないということです。視野検査で、初期の場合は副作用が起こった場合、この傍中心窩といいますけど、中心の周りがちょっと薄くなりだんだんこれが悪くなってきます。ただし、眼底検査ではほとんど正常にしか見えません。ただ、OCT では異常が早期から分かるということです。それと重症になってきてやっとならば眼底検査で分かります。投与中のこのモニタリングというのが大事で、副作用は頻度的には非常に少ないんですけども、少なくとも年に1回は定期的に眼科検査を実施しなければならないことになっております。網膜症のリスクを有する患者ではより頻回、例えば半年に1回なんかで検査を行う必要があります。ですから、ヒドロキシクロロキンを投与されている方は定期的に眼科検査を行い、それから定期的に自分でもチェックする必要があります。

次に、ベーチェット病ということで見てください。ベーチェット病というのは口腔粘膜のアфта性潰瘍ができたり、皮膚に発疹ができたり、硬いのができたり、眼の炎症であるぶどう膜炎、それから外陰部潰瘍を主症状とする急性炎症性の発作を繰り返す全身疾患です。原因としてはいまだに分からないところがありますけれども、内因性要素、遺伝的な要素もあります。HLA-B51 抗原に強い相関を認められておりました、それから人種的なものも言われております。

ベーチェット病の眼の主な症状はぶどう膜炎という眼の中の炎症です。それから併発白内障、続発緑内障があります。ぶどう膜というのは、眼の中の先ほどちょっとご説明しました、茶色眼のところの虹彩と茶色眼の奥のほうの毛様体、それと脈絡膜というそれに隣接する組織の総称で、ぶどう膜は眼の組織の中で非常に血管と色素に富んだ組織でぶどうの房のような色をしています。そのためにぶどう膜というふうに言われておりました、炎症を起こしやすいですので、そこに炎症を起こしたらぶどう膜炎というふうに名称がついております。

ぶどう膜炎の症状として、かすみがかかったように見えたり、まぶしく見えたり、それから、視力が落ちます。眼が痛くなったり、白眼が赤くなったり、それから飛蚊症といいまして虫が飛んでるようにいっぱい黒いものが飛んで見えることがあります。こういうふうな症状で分かることがあります。

ぶどう膜炎にはどういうふうな病気があるかというのをちょっと説明しますと、平成14年のちょっと古いデータですがけれども、サルコイドーシス、原田病の順で頻度が高くそれから先ほどのベーチェット病、細菌性眼内炎、ヘルペス性虹彩炎と続きます。た

だし、診断がなかなかつかない病気が40%近くあります。サルコイドーシス、原田病、ベーチェット病、これを日本の3大ぶどう膜炎といいます。

ところが、このぶどう膜炎の頻度というのが平成28年では、サルコイドーシスと原田病は大体同じなんですけど、ベーチェット病はだんだん頻度が少なくなっております。ベーチェット病の新規の患者さんも少なくなっております、症状もちょっと軽くなっているということで、その原因が詳しくは分かってないんですけれども全国的にも減っております。診断不能のぶどう膜炎は相変わらず35~40%近くあります。ぶどう膜炎はベーチェット病の患者さんの約70%に出現します。

ベーチェット病にはどういう眼所見があるかといいますと、眼の中の角膜と虹彩の間に前房蓄膿っていいんですけども白血球が溜まります。それとかですね、今度は眼底に白血球が集まり網膜が白く濁ります。これは通常、発作がおさまったら消えてきます。さっきの前房蓄膿も発作がおさまったら消失します。ただ、それを繰り返し起こすと、だんだん血管も詰まったり、それから視神経も委縮したり、網膜自体も委縮してきます。特に眼の奥のほうの炎症を繰り返したら、ベーチェット病というのは視力が悪くなります。

ベーチェット病の治療というのは、昔からステロイド薬の点眼や眼周囲注射、それからコルヒチンですね。コルヒチンは白血球が集まるのを防ぐという。もともと痛風の治療なんですけど、ベーチェット病にも有効だということが知られております。それから免疫抑制剤であるシクロスポリン。これもかなり前から使われております。ただし、使ってもなかなか予後の悪い患者さ

んが多くおりまして、近頃は生物学的製剤であるTNF阻害剤のインフリキシマブやアダリムマブが非常に有効で視力予後が改善しております。インフリキシマブやアダリムマブの治療は大学病院や総合病院などの内科との協同でできるようなところでやるようになっていきます。

次に、サルコイドーシスに移らせていただきます。サルコイドーシスはぶどう膜炎の中でも一番多い病気なんですけれども、原因不明の多臓器疾患であり、若年から高齢まで発症するという点で、発症時の臨床症状が多彩で、その後の臨床経過が多様であることが特徴の一つです。眼単独で症状が現れていることもありまして、ほかの検査をしてもなかなか見つからないこともあります。Th1型細胞性免疫反応が起こって全身諸臓器に肉芽腫が形成されると考えられています。原因の抗原としては、アクネ菌とか結核菌などが候補として挙げられております。

サルコイドーシスもベーチェット病と同じように、眼所見はぶどう膜炎と併発白内障、続発緑内障なんですけれども、ベーチェット病のぶどう膜炎とは型が違います。ぶどう膜炎はサルコイドーシスの患者さんの約60%に出現をします。サルコイドーシスは、眼科へは飛蚊症とかで来られる方が結構多いです。虹彩や瞳孔縁に白いブツブツの塊の結節ができ虹彩後癒着が起こったりもします。

角膜と虹彩の間の隅角というところに炎症細胞が詰まって緑内障になったりすることがあります。サルコイド結節と言いまして、網膜の奥の脈絡膜にこういう結節、肉芽腫性炎症が起こることもあります。静脈血管炎を起こし網膜の端っこの血管が白くなっている。これがサルコイドーシスの特徴

です。

サルコイドーシスの治療もステロイドの点眼や眼の周囲に注射したり、ステロイドを内服したりとか生物学的製剤で先ほどのTNF阻害薬であるアダリムマブを使用します。眼のほうのぶどう膜炎に関してはアダリムマブはベーチェットのほかに感染性でないこういうふうなサルコイドーシスのぶどう膜炎なんかに保険適応があります。

次に、関節リウマチについてお話させていただきます。この関節リウマチといいますが、難病指定されてるのは悪性関節リウマチで、関節リウマチも非常に多い病気ですけれども、悪性関節リウマチについては年齢のピークは60歳代、男女比は1:2といわれております。原因は不明で、悪性関節リウマチ患者の関節リウマチの家族内発症は12%ということで、これも遺伝的。ただし、これは遺伝性疾患といえるほどの強い遺伝性はないということで、免疫複合体を形成することなどが血管炎の発症に関与していると考えられています。

✿ここでちょっと休憩



次に一般的な関節リウマチなんですけど、上強膜炎（充血と軽度の痛み）、強膜炎（強い充血と痛み）、虹彩炎（充血と目のかすみ）を起こすことがあります。

強膜炎がなおっても強膜が薄くなって脈絡膜が透けて、白目が青っぽく見えるという状態の方がときどきおられます。

強膜炎の治療としては、ステロイド点眼や眼周囲の注射、それからステロイドの内

服とか、それから非ステロイド性の抗炎症薬とか抗リウマチ薬とか、生物学的製剤などが使用されます。

次に、原発性シェーグレン症候群と二次性のシェーグレン症候群。二次性シェーグレンは関節リウマチ、SLE、強皮症、多発性筋炎、皮膚筋炎などに伴ったシェーグレンということです。シェーグレン症候群というのは、慢性唾液腺炎と乾燥性角結膜炎を主徴とした多彩な自己抗体の出現や高ガンマグロブリン血症をきたす自己免疫疾患の一つです。乾燥症が主症状となりますが、唾液腺とか涙腺だけでなく全身の外分泌腺が系統的に障害されるということで、シェーグレン症候群は他の膠原病の合併が見られない一次性と関節リウマチや全身性エリテマトーデス等の膠原病に合併する二次性とに大別されております。詳細は不明ですが自己免疫疾患と考えられております。

シェーグレン症候群はドライアイが眼の症状であります。二次性シェーグレンというのは、関節リウマチや全身性のエリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎、皮膚筋炎などに起こります。例えば、関節リウマチ患者さんの20%に二次性のシェーグレンは起こります。関節リウマチ患者のドライアイの発症率はなんと90%以上という報告もあります。

膠原病に多い眼疾患として、ぶどう膜炎のほかに白内障、緑内障とかありますけれども、やっぱりドライアイが一番多いわけです。ドライアイは涙の病気ですけれども、涙というのは、ゴミを洗い流すとか栄養や酸素を運ぶとか、それから殺菌の働きとか眼の表面を滑らかにするといったような働きがあります。

「涙腺が詰まる」とかよく言いますが、その涙腺の意味がちょっと違うので、涙嚢部

というのが一般的に言う「涙腺が詰まる」場所です。実際は、涙腺というのは外側の上ですね。このあたりに腺がありまして、そこから涙は出ます。そのうちの10%は自然に蒸発されます。その残りの90%が、この上と下のめがしらの内側の上と下に腺がありますけれども、ここから流れ出して涙嚢部と一緒に集合してそれから、鼻涙管、鼻腔、鼻のほうへ流れていく。ですから、患者さんが、「先生、目薬さしたら鼻から喉のほうにきてびっくりした」とか言いますが、大体くるのが普通です。逆に来なかったら、このあたりが詰まっているということになって異常ということになります。

それと涙と言いましてもいろんな層がありまして、一番表面が油の層ですね。次が水の層、その次がムチン層それから角膜の表面になります。まつ毛の内側に油の出るマイボーム腺とかツァイス腺、モル腺があります。それから、水は涙腺と副涙腺から出ます。ムチンというのは、結膜の細胞とか、角膜の細胞とかから産生されます。

ドライアイにもいろいろタイプがありまして、大きく分けて一般的な涙液分泌減少型、要するに涙の分泌が少なくなって眼が乾くタイプと、それとは別に、涙が蒸発しすぎてドライアイになるタイプがあります。涙液分泌減少型の代表的なものとして、シェーグレン症候群があります。涙腺が炎症で傷んでいますので涙が出る量が少ない。それから関節リウマチ、生活やストレス、一部の内服薬とかでもなります。それから加齢でもなります。

涙液蒸発亢進型は、コンタクトレンズを付けている方とかまばたきが少ない方、空気の乾燥とかでもなります。マイボーム腺機能不全、最近よく話題になっているんですけど、油の出る腺が詰まったりして、それ

で油の液が少なくなりますから蒸発しやすくなる。そういうふうなタイプのドライアイもあります。

涙液減少型ドライアイの原因というのは膠原病で涙腺が障害を受ける、抗コリン作用剤のような抗精神病薬とか抗うつ剤で涙の量が少なくなってしまう、糖尿病とかレーシック術後とか。レーシック手術をしたら角膜の知覚が低下するので涙が出るということが少なくなる。こういうふうないろんな原因で涙液減少型ドライアイは発症します。

ドライアイの推定患者は 800 万人、かなり多いんですけど、パソコンとかで働いているオフィスワーカーの方の 3 人に 1 人がドライアイ、またドライアイ確定例には女性が多かったということです。日本の高齢者を対象として検査では 74%がドライアイと診断されマイボーム腺機能不全がドライアイに最も関わっているという報告があります。

ですからドライアイというのは、膠原病の方のみならず誰にでも起こる可能性があります。生活環境因子とか瞬きの減る作業、病気や薬、その他いろいろな原因でドライアイになることがあります。

ドライアイの症状で困っていることは何ですかという調査を行った結果、眼が乾くとか眼が痛い、それから眼が疲れるということが自覚症状としてあります。ドライアイの自己診断というのがありまして、「眼が乾いた感じがする」、「眼が疲れやすい」、「何となく眼が不快感」、「光をまぶしく感じやすい」、「めやにが出る」、「ものがかすんで見える」、「眼がかゆい」、「眼がゴロゴロする」、「眼が赤くなりやすい」、「眼が痛い」、「眼が重たい感じがする」、「理由もなく涙が出る」、以上 12 の項目のうち丸が 5 つ以上ならド

ライアイの可能性がります。さらに、10 秒以上眼を開けられていられないとか、また瞬きの回数が 1 分間に 40 回以上でしたら、その可能性がさらに高くなるということです。

ドライアイの定義というのがありまして、「ドライアイはさまざまな要因により涙液層の安定性が低下する疾患であり、眼不快感や視機能異常を生じ眼表面の障害を伴うことがある」とされています。ドライアイの診断基準がありまして、以前は自覚症状、涙液異常、角結膜上皮障害を伴ってドライアイと確定されていましたが今は変わってま

す。この涙液異常の検査は 2 種類あります。シルマー試験と、涙液層破壊時間 (BUT) です。簡単にご説明しておきます。シルマー試験と言いましてシルマー試験紙というのを眼尻に乗せます。乗せて 5 分間でどのくらい涙がでるかというのを調べて、簡単な検査なんですけれども、それが 5 mm 以下なら異常値で、10 mm 以上なら正常ということになります。次に、涙液層破壊時間ですが、眼の表面にフルオレセインという蛍光色素というものをつけます。黒眼の表面が全体的に緑に見えますが緑色が欠け始める時間が 5 秒以下だったら異常と判定されます。

ところが、6 年前に診断基準の改訂がありまして自覚症状と涙液層破壊時間が 5 秒以下であればドライアイということになっております。ただし、シェーグレン症候群の診断基準というのはシルマー試験と角結膜上皮障害が必要です。

ドライアイの症状をやわらげるには VDT 作業をするときやテレビとか見るとき、画面を低い位置で見た方が、眼の開きが小さくなるので涙の蒸発が少なくなります。パソコンを見ていたら瞬きの回数も少なくな

って乾燥しやすくなるので瞬きを十分する必要があります。それから、長時間の作業はやはり避ける。また室内が乾燥しないように気を付けるなどの注意が必要です。

ドライアイの治療は内科的治療外科的治療があります。内科的治療には人工涙液、ヒアルロン酸、それからジクアス点眼液、ムコスタ点眼液などがあります。

人工涙液というのは涙の液みたいな薬なんですけど、一時的な涙液量の増加と水分を補充するというので、短時間の効果しかありません。ヒアルロン酸点眼液というのは保水作用もありまして、角膜の上皮に傷がいったらそれを治す作用もあります。また涙液安定性も増加させます。

先ほども言いましたけれども、涙液にはムチンがありまして、角膜の表面にもムチンがあります。ジクアスとムコスタという点眼液はムチンの分泌を促進し、水分の分泌も多くするという作用がありますので、今までよりも長い持続時間が期待できます。ムコスタというのはもともとは胃薬で、これの眼薬ということで白く濁っており、点眼後すぐには霧がかかったように見えます。それと、さした後、喉の方へきたら苦いんです。もともと胃薬ですから苦いんですけど、特に害はありません。

その他、保護眼鏡や、涙点プラグという小さいものなんですけれども、これを涙点というところに差し込むわけです。簡単に外来ででき上も下もつけたら涙が溜まる。特に、シェーグレン症候群の方は涙が少ないのでそういうことをやっている方が結構おられます。もしごろごろしだしたとか涙がうんとあふれるとかでしたらのけることは可能です。液体コラーゲンのプラグを入れることもあります。

シェーグレンとは直接関係ないんですけ

れども、まだ保険は通ってないんですが、特殊な光線をまぶたの周囲にあてて油の出るマイボーム腺に作用し、それでドライアイが改善するという IPL(インテンス・パルス・ライト) 治療も行われています。

膠原病に伴う白内障には、併発白内障とステロイド白内障があります。白内障は透明であるはずの水晶体が何らかの原因により濁る病気です。白内障はだんだん年とともに、ごく初期のものを含めたら 80 歳以上では大体 100%、70 歳代で 84~97%、50 歳代でも 37~54%とかなりの割合で白内障になっています。中等度以上では、50 歳代が 10~13%、80 歳以上が 67~83%で白内障が起こります。

いろんな原因で白内障は起こりますが、一番多いのは加齢、その他の原因でぶどう膜炎とかステロイド投薬などでも起こります。併発白内障というのはぶどう膜炎に伴って水晶体が濁ってくる白内障のことです。それからステロイドでも白内障は起こりやすかったりします。ステロイドを大量に使用すると発症しやすく、いずれの場合も白内障の手術というのは特に変わった手術ではなく普通の白内障の手術を行います。白内障の症状はかすんで見えたり、まぶしくなったり、近くが見やすくなったりとか 2 重、3 重にみえたりします。水晶体というのはレンズの働きをしますので、白内障のタイプによっては屈折率が変わって近くが見やすくなったりする場合があります、そういうのが起こったら眼科受診を考える必要があります。白内障の治療というのは、日常生活が不自由に感じるようになれば手術を行うということになります。具体的には視力が低下して仕事に支障があるとか、外では眩しくてなんか見えづらいとか、暗いところでなんか余計光がわっと散乱して見えづら

い、視力が0.7未満になって運転免許更新ができなくなったりすることもあります。こういうときは手術を考えることになります。水晶体と角膜は眼の中でレンズの働きをします。水晶体を取り除いたらそれに代わる眼内レンズを眼の中に入れる必要があります。白内障治療は日々進歩しておりますので、あまり恐れないで眼科で診てもらっていただきたいと思います。

膠原病に伴う緑内障、これもぶどう膜炎に伴う続発緑内障とステロイドによる緑内障があります。緑内障というのは視神経が障害を受け視野が狭くなる病気で、40歳以上で20人に1人、70歳以上で10人に1人が緑内障といわれております。眼圧が高い方も眼圧が正常でも緑内障の方がおります。

最初の頃はなかなか自分では自覚しません。これが緑内障の怖いところです。いろいろな検査がありまして、OCT検査、視野検査を行います。続発緑内障というのは炎症細胞などが隅角に詰まって眼圧を上昇させます。この緑内障の治療は、ステロイドの点眼で炎症を抑えて緑内障を止めます。

ステロイド緑内障というのは、ステロイドのために隅角にある繊維柱帯に問題が生じて房水排出抵抗が増加し眼圧が上昇することから起こってきます。逆にこの場合は、ステロイドを中止しなくてはなりません。大体人口の30%程度の方がステロイドで眼圧が上がるといわれています。定期的にステロイド、内服でもそうですけれども、塗り薬なんかでも眼の縁へ塗ってる方でもそうですけれども、定期的に診察は大切だということです。治療は点眼とレーザーと手術になります。

以上ですけれども、ちょっとここで、高知県眼科医会が現在、どういう活動をしているかお話しさせていただきます。

緑内障に関しては世界緑内障週間というのがありまして、日本緑内障学会が主催し、これを各県の眼科医会が協賛し各地のランドマークをグリーンにライトアップしています。高知でも5年ぐらい前から高知城をグリーンライトアップしており、令和5年は3月12日から18日までの1週間、高知城をグリーンライトアップする予定でございます。

それと、高知県「眼の健康」講座という公開市民講座を毎年行っております。ただ2年間コロナの関係で延期になっておりまして、今回はできると思いますけれども、令和4年10月2日、オーテピアで日本眼科医会創立90周年記念ということで、今年は町田病院の橋田先生と高知大学の福田先生に講演をしていただく予定です。それと、眼の無料健康相談もございますので、また近くになりましたらご案内できると思います。

あと、眼の愛護デーというのがその近辺にありまして、10月10日が眼の愛護デーでして、その近くの日曜日に毎年、これも2年間中止になってたんですけれども今年是可以かなというところです。眼の健康相談というのを中央公園前でテントを張って、高知眼鏡商組合の方と共同でやっておりまして、午前と午後に2名ずつ合計4名のドクターが眼の健康相談を無料でさせていただいております。

本日、「高知家のいっぽ」(発行：高知県眼科医会、協力：高知県・高知市)という高知県ロービジョンケア紹介リーフレットを皆さんにお配りしました。これは何かと言いますと、見えにくくて困っている方がもし何かやってみたいこと、知りたいことなどがあった場合に高知県内の適切な情報をお届けするものです。高知市の方はオーテピア、高知市以外の方はルミエールサロン(視

覚障害者向け機器展示室)、それから高知市障がい福祉課、それと県立盲学校へ連絡できるように眼科医療機関などでこのリーフレットをお渡ししております。もし、どこに連絡していいか分からなければ、まずはオーテピアの点字図書館へ連絡していただいた

ら、適切な部署へおつなぎすることもできますので、そういうことでまた皆さん目を通していただけたらと思います。

ご清聴ありがとうございました。

◆参加者のアンケート 1位 2位

☆参加の動機

- ① 病気について知りたかった ② 同じ病気の人と交流したかった

☆内容の理解について

- ① 理解できた ② よく理解できた

☆今後の生活に活かすことができるか

- ① 活かすことができる ② 十分活かすことができる

☆交流会に内容について

- ① とても良かった ② 良かった

◆参加者の感想

- ・今、現在目の症状で悪い所はないのですが、いろいろな方の質問を聞いて良かったと思います。
- ・大変参考になりました。
- ・初めて参加させて頂き、ありがとうございます。次回も是非参加したいです。
- ・とても良いお話でしたが、時間のこともあり、早すぎてついていけない部分もあって少し残念でした。またこのような機会があれば出席したいと思います。
- ・眼科にかかっていますが、不安もありましたが、今日お話をお聞きして少し安心したり、ありがとうございました。

国会請願署名・募金にご協力ください

医療・福祉・介護・年金等、総合的対策の実現に向けた国会請願署名にご協力をお願いします。毎年お願いしています請願署名です、近年協力者が少なくなっています。

国会議員の方々に皆様から協力して集めたいいただいた署名を届けています。

今すぐに実現できなくても声を上げていないと

「病気になっても生涯、安心して生活できる豊かな医療と福祉の社会の実現」はかないません。

皆さんの一筆が社会を変えていきます。

先に送った用紙がなくなった方は支部までご連絡ください。

会員の方だけ、ご家族の方だけの署名でいいです。

よろしく願いいたします。



賛助会費ありがとうございました。(50音順)

田内 芳仁様 (医療法人葵 田内眼科院長)
玉木 俊雄様 (医療法人円卓会 玉木内科小児科クリニック院長)
千々和 龍美様 (医療法人高田会 高知記念病院リウマチ科)

会費納入のお願い

2022年度(2022年4月～2023年3月)の会費をまだ納めてない方は下記振込先に納入をお願いします。

皆様から振り込まれた会費のうち一人会員につき1,800円を本部事務局に納めます。尚、振り込み用紙を利用した場合は振り込み人のお名前を忘れずに記入してください。よろしく願いいたします。2年間会費未納の場合は退会となります。

※会費納入が困難な事情がある方はご連絡ください、相談に応じます。

※ゆうちょ銀行 振替口座番号と名称

番号：01620-5-27371 名称：全国膠原病友の会高知支部

賛助会員をお願い

会の趣旨に賛同していただき、ご協力ご支援をよろしくお願いいたします。

ご協力いただける方は、最寄りのゆうちょ銀行から下記へお振込みください。

※賛助会費：一口 1,000円 何口でも可

賛助会費振込先 (同封の振込用紙をご使用ください)

ゆうちょ銀行 振替口座番号と名称

番号：01620-5-27371

名称：全国膠原病友の会高知支部

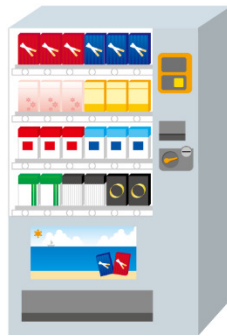


高知県難病連よりお礼とお願い！！

賛助会費、ご寄付ありがとうございました

依光 聖一様（依光内科クリニック院長）
三船 祥司様（一般）

難病・慢性疾患患者 支援自動販売機設置ご協力のお願い



飲料を購入することで、
NPO 法人高知県難病団体連絡
協議会への支援となります。
※取り扱い自販機メーカー
伊藤園、コカ・コーラ、サントリー

難病・慢性疾患患者支援自販機で飲料を買ったと、売り上げの一部が難病団体への支援になります。現在設置されている自販機を支援自販機に置き換えることもできます。設置協力いただける病院、施設等、個人宅も可。下記の連絡先までご連絡ください。

※現在、下記の場所に設置協力いただいています。

★医療法人仁栄会 島津病院様 ★医療法人つくし会 南国病院様

寄付金は難病連の活動や運営に使わせて頂いています。

ありがとうございます。

今後とも、引き続きよろしく願いいたします。



特定非営利活動法人

高知県難病団体連絡協議会

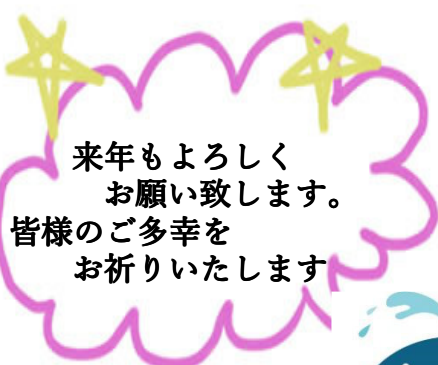
〒780-0062 高知市新本町一丁目 14-6 1階

電話：088-821-6722 担当 竹島

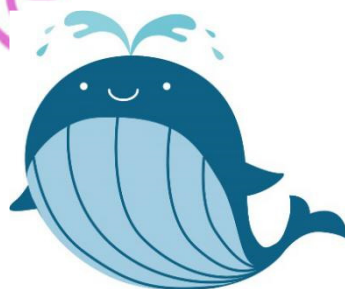
編集後記

あつという間に師走です。先日テレビの放送で年を取るのと一年が早く過ぎるのはなぜかと話題がありました。子供のところは日々感動すること、生活の変化が多いから長く感じるだと言っていました。じゃあ、大人は感動することが少ないということ毎日マナー化しているということですね。

皆さんはいかがですか“いやいや”私は毎日が感動の日々という方もきつという方でしょう。一日に一回は大声で笑う、誰かと話（電話でもいい）お腹の底から声を出しましょう。話す相手がない方は支部までご連絡ください。対応できないときもあります。が、折り返しの電話をいたします。



来年もよろしく
お願い致します。
皆様のご多幸を
お祈りいたします



発行人連絡先

全国膠原病友の会高知支部

〒780-8015

高知市百石町3丁目1-12

支部長 竹島 和賀子

電話：090-4502-1427

Email:ko-kougen@ma.pikara.ne.jp