# 徒手医学基礎講座

## Vol.12 関節リウマチ

荻窪腰痛リハビリスタジオ
水谷 哲也

水谷哲也｜PROFIRE
・柔道整復師
・日本臨床徒手医学協会理事
・日本ドイツ徒手医学会／認定マニュアルセラピスト
・日本クラシカルオステオパシー協会／認定会員('07～'10)
・メディックスボディバランスアカデミー講師
・NPO法人日本手技療法協会指導員
現在は荻窪腰痛リハビリスタジオにて脊柱疾患を専門に急性期、慢性疼痛の治療、オーダーメイドの運動療法や各種セラピスト向けの勉強会を随時開催している。

アシスタント
岩間 絢子
桑島 悠輔

ひーりんぐマガジンをご愛読の先生方、こんにちは！

前号の距骨下関節は楽しめましたでしょうか？　踵が痛いくらいで病院に行く人は少ないと思います。患者との距離が近い整骨院や整体院の方が遭遇するチャンスは多いはずですのでいつでも使えるように日々練習しておいてくださいね！　今号は疾患別の問診時の注意点と禁忌に戻ります。院長先生や主任、施設長をやっている先生方はリウマチの新患が来たとき、後輩スタッフに何をアドバイスしますか？　やって良いことと禁忌手技をはっきり伝えられますか？　いつも通り、病態と診断からお伝えしていきます。

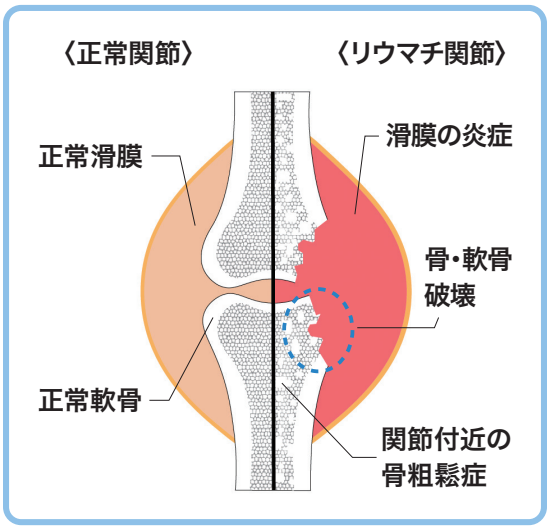
### 【1】リウマチの疫学

関節リウマチ(〈Rheumatoid Arthritis〉以後、RAと表記)の好発年齢は30～50歳代。まれに15歳以下の若年性リウマチもあります。男女比は1：4(文献によっては1：3)で女性に多くなっています。国内における患者数は2011年のリウマチ・アレルギー対策委員会の報告書によると約70～80万人。普段の臨床でも遭遇する機会の多い疾患です。よく対比される痛風は95%以上が男性とも言われ、圧倒的な性差があります。

### 【2】鑑別

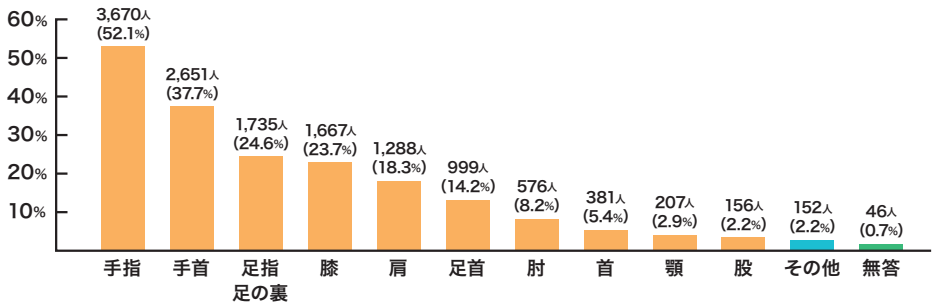
類似疾患で整骨院や整体院で一番多く診るのがヘバーデン結節です。ヘバーデン結節は第2指～4指のDIP関節(第一関節)が腫れたり曲がってきたりします(図1)。

図1




しかしRAでDIP関節が障害されることはまれです。ヘバーデン結節の病態は膝や股関節と同じ変形性関節症と理解して大丈夫です。多発性の関節炎なので単関節が障害されることもありません。溶血性連鎖球菌(溶連菌)が原因のリウマチ熱は関係ありません。リウマチの初発部位は手指→手関節→足指の順になっています(図2)。

図2　〈リウマチ患者の実態〉




出典：『2015年リウマチ白書』日本リウマチ友の会, 2015.

**【3】確定診断**

日本リウマチ学会の早期関節リウマチの診断基準（表１）の６項目中３つ以上が該当すると早期関節リウマチという診断になります。このうち、患者の自覚症状としては〝朝のこわばり〟と〝関節の腫れ〟です。問診時にこのキーワードを聞き出すことができたら「**一番最近、血液検査をしたのはいつですか？**」と質問してください。リウマチが多発するDIP関節、CM関節、手関節の他動運動テスト（オーバープレッシャー）と圧痛の確認をします。本当の意味での確定診断は血液検査で確定するので患者には必ず説明してください。

## 表1

**早期関節リウマチの診断基準（日本リウマチ学会）**

1．３関節以上の圧痛または他動運動痛
2．２関節以上の腫れ
3．朝のこわばり
4．皮下結節がみられる
5．血液検査で赤沈の異常値またはCRP陽性
6．リウマトイド因子が陽性

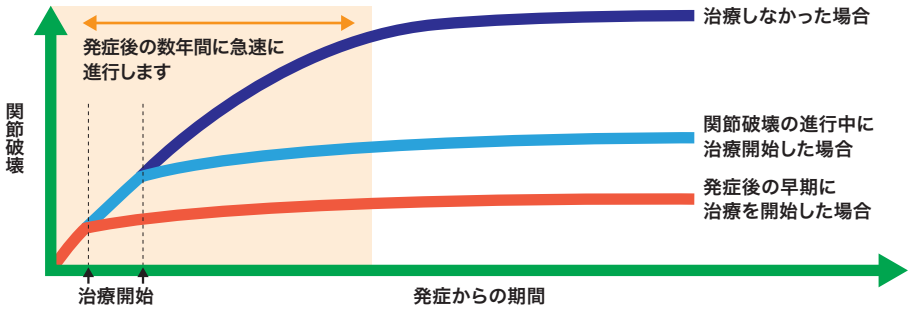
※６項目のうち３項目以上当てはまる場合を早期関節リウマチとする。

**【4】リウマチを悪化させるのは整骨院や整体院**

私と同世代か年上の先生はRA患者の手の変形がだいぶ少なくなっているのを実感していると思います。薬と医療体系が格段に進歩したと思います。患者の主訴は整形外科領域、病態は膠原病で自己免疫疾患なので血液内科ということになるのですが、昔は連携がうまくいってなかったと聞きます。リエゾン（連携）療法というと、現在では精神科と整形外科が連携して認知行動療法を行い腰痛の治療を行うようになったことで有名になりましたが、リウマチではもっと前から行っていたということですね。

図３を見てください。リウマチを発症してからの治癒曲線です。治療開始が早ければ早いほど関節破壊も少なく緩解までの時間も早くなっています。ここでいう早期治療は整骨院で電気をかけた、可動域訓練をしたといったものではなく、病院での投薬を中心とした標準治療です。半年、１年と知らずに整骨院や整体院で治療して患者の将来を不幸にするより早期発見の手助けをしてあげてください。

## 図3　〈治療の開始時期と関節破壊の進行〉




出典：田中良哉『関節リウマチは治せる時代に』日本医事新報社, 2009.

**【5】整骨院は何もできないのか？**

関節リウマチという疾患の病態、病期を理解していれば運動療法、理学療法で介入可能です。炎症の強い炎症期が過ぎて落ち着いているとき、可動域訓練や筋力トレーニング、温熱療法を行います。手技療法で期待されるのは〝関節の可動域〟の確保と〝拘縮予防〟です。今号では炎症期でも比較的安全に使えるGradeⅡの牽引をご紹介します。

**1. 拇指CM関節牽引（写真1）**

①一方の手で大菱形骨をピンチグリップ、他方の手で第一中手骨を把持。

②皮膚を緩めたスタートポジションから初期抵抗（GradeⅡ）までの牽引を7秒×3セット行う。

**写真1**

**2. 手関節（橈骨手根関節）牽引（写真2）**

関節リウマチの好発部位で重症化すると尺骨の骨切りを行う症例もあります。「床に手がつけない」などの自覚症状などがあったらcheckしてください。

①患者の前腕をベッドに置く。セラピストは前腕の遠位端を固定。

②手（手根骨）を把持し、前腕の長軸上にGradeⅡで牽引。

**写真2**

いかがでしたでしょうか？　最近は回数券やプリペイドカードを販売している治療院があると聞きましたが、このような新患が来院されたら症状、病態、予後の説明をして患者に選択肢を与えなければなりません。しっかり説明をした患者は病院で確定診断が出ても可動域訓練やトレーニングで必ず帰ってきます。この機会に院内や会社単位で勉強会を開いて確認してみてはいかがでしょうか？　RAの新診断基準などはネットに載っているので検索してください。

引き続きリクエストや質問はinfo@ogikubo-rehabili.comまでよろしくお願いいたします。現在も定期勉強会継続中です。