

# 改訂版の序

“リウマチ膠原病疾患”と聞くと覚えられない診断基準がいくつもあって“難しい”と敬遠していませんか？日常診療で“関節痛”と聞くと、すぐに整形外科コンサルト！なんてことはしていませんか？本書では、リウマチ性疾患の診断の大原則となる病歴や身体診察でのポイントを中心に、“一発診断”的身体所見も紹介しながら、検査に頼らない鑑別疾患の構築法を含め、日常診療で役立つ clinical pearl をエキスパートの先生方にご紹介いただいている。また、今回の改訂では、関節X線読影の基本、日常診療でのTips & Don't、各疾患の最新分類（診断）基準も盛り込みました。

日本リウマチ学会専門医は4,500人強と先進国の中でも非常に少なく、内科系・外科系に関わらず非専門医のプライマリケア医が実際のリウマチ膠原病疾患の診療に当たっていることが多い現状です。2012年米国で25の専門科、約3万人の医師に行った幸福度調査では、専門科の中で医学生に人気の高い皮膚科、眼科をしのぎリウマチ科の医師がもっとも幸福度が高いことがわかりました。この理由に関して2012年米国リウマチ学会長であったO'Dell医師が解説をしていたのですが、その一部を以下に紹介します。

1. 高齢者から小児まですべての年齢の患者さんを長期にフォローする
2. 臓器一つを診るのではなく全人的（whole patient）にケアを行っている
3. 我々は診断医であり～シャーロックホームズ～最後の砦となる
4. すばらしい治療法があり、患者さん、そして家族を happy にさせる
5. 患者さんから多くの抱擁（hugs）を得る

などが印象的でした。考えてみるとこれはリウマチ専門医だけではなく、リウマチ膠原病診療に関わるすべての先生の醍醐味でもあります。一方、免疫学の進歩とともに、疾患修飾(性)抗リウマチ薬（DMARDs）、生物学的製剤などの研究・開発が行われ、関節リウマチ（RA）を代表とするリウマチ性疾患に対する治療薬の範囲が広がり、これまで以上にリウマチ膠原病に対する深い知識と経験を必要になっています。早期診断と早期薬物治療が重要となり、薬剤により進行性関節破壊の予防も可能であることが判明し、以前はRAの治療として非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）、ステロイドを中心になっていた時代とは大きく様変わりしてきました。このような変化とともに今までにはなかったスピードで診断基準の変更や新たな標準治療の提案があり、プライマリケアを担っている先生方に役立つ情報に関しては今回の改訂でできる限り反映しております。明日からの診療にぜひお役立てください。

2015年3月

聖路加国際病院  
岸本暢将