

## ケナコルトの有効性と使用ガイドライン ～膝関節から～

### <はじめに>

ケナコルト（トリアムシノロンアセトニド）は様々なステロイド剤がある中、最も長期間（2～3週間）効果を発揮する薬剤である。注射薬の中でこれほど長期間持続的に局所で効果を示す薬剤は他になく、そのメリットを考えるとケナコルト以上に局所の消炎効果を少量で多大に発揮できる薬剤は存在しない。ドラッグデリバリーシステムの観点から、ケナコルトは事実上この世でもっとも効果の高い消炎薬である（レミケードなどは消炎効果はケナコルトより勝るが、全身投与であるためデメリットも莫大である）。

すなわちケナコルトは少量で局所のみ強力な消炎効果を発揮、そして持続時間が極めて長く、そして安価であり、コストパフォーマンスとして現代においてケナコルトより優れた薬剤は他に存在しないと明言できる。

しかしながら長期間効果を発揮する半面、副作用も同様に長期間出現するため、副作用を考えずに使用する医師が多いことが問題視されてきた。

現在でも整形外科領域では関節内や腱鞘内注射などにしばしば用いられているが、その副作用対策や患者へのインフォームドコンセントはほとんど行われていない。そのため、ケナコルトの局所注射で組織の萎縮などが生じると訴訟問題にも発展しやすい。よってこの薬剤の使用に関しては賛否両論で、ケナコルトを過度に嫌う医師と、無謀に大量に長期使用する医師が散在するように思える。

またケナコルトを嫌う医師がステロイドは全く使用しないかといえばそうではなく、リンデロンやデカドロンは躊躇せず使用するという矛盾行動があり、さらにステロイドより重篤な副作用が報告されているレミケードなどを気軽に全身投与することも私はよく見えてきた。

世間ではステロイドの副作用だけが独り歩きし、実際に「どのくらいの用量でどれだけの期間使用すれば、どのような副作用が出やすいのか」が研究されることもなく使用に対する不安感と不信感がのみが煽られている。

逆に、これだけ嫌われ否定されているケナコルトがなぜ今も使用され続けるのか、むしろその理由（メリットとデメリット）も考えたい。

私はステロイド使用の純粋な肯定派ではない。が、ここではそのメリット・デメリットについて述べる。

### <調査>

膝痛を訴え、長期間（2年以上）膝関節内注射を継続的に行っている慢性の膝痛患者 24名について、次の3つの関節内注射について治療効果を比較調査した。

#### 1. ヒアルロン酸単独（HA）

- 2.ヒアルロン酸+キシロカイン (HA+Xyl)
- 3.キシロカイン単独 (Xyl)
- 4.キシロカイン+ケナコルト (Xyl+TCA) 用法・用量は後述

<治療効果の比較>

有効：痛み・違和感の軽減が数分間でも、わずかでもあった

無効：注射後も全く変化なし

まずは非常におおざっぱであるが、少しでも数分でも「症状の軽快感」があれば有効とするという分類方法で有効率を比較した。

24例を次のA,B,C群の3群に分けた。

A群：症状-弱；少しは痛みがあるが普通に歩ける(Case1-6)、6例

B群：症状-中；痛みがあり歩行不安定(Case7-17)、11例

C群：症状-強；強い痛みの為に歩行難(Case18-24)、7例

<結果> 数字は有効数 —は「実行せず」を示す

有効数	HA	HA+Xyl	Xyl	Xyl+TCA
A群(6)	6	—	—	—
B群(11)	2	11	11	11
C群(7)	0	7	7	7

HA：ヒアルロン酸、Xyl：1%キシロカイン 3cc、TCA：ケナコルト 5mg or10mg

結果：HAの有効率はA群では100%、B群では18.2%、C群では0.0%。それに対し、XylやXyl+TCAでは100.0%有効であった。

つまりヒアルロン酸（以下HA）はA群には効果があり、B群ではやや効果あり、C群にはほぼ無効。

このデータはHAが痛みの強い患者にはほぼ無効であることを示すだけのデータであり臨床的には意味がない。臨床的な意味は注射の効果持続にある。「1回の注射で何日間、何週間痛みを軽快させておくことができるか」というところが最重要である。よって次に効果時間の違いを示す。

<余談>

世界の整形外科医は

- 1、HA崇拝者 関節内にはHAしか入れず、感染予防で混ぜ物は絶対にしない派
- 2、HAだけでは痛みが軽快しないので、局麻も兼ねてXylも混注する派
- 3、副作用があるが強力に治療をするためTCAも使う派

に別れ、論争を繰り返している。そして権威のある者のほとんどが 1 派であり、権威者は 2,3 派を否定。3 をする医師は大学では破門される。よって大学病院所属医師は TCA を使用しないことも世界共通である。こういう状況であるから TCA の効果は調査研究すること自体がタブーとされている。ちなみに私は HA に Xyl を混ぜて使用しているが感染を起こしたことは 1 度もない。また、感染は注射を行っていない者にも発生する。さらに、患者に感染症状が生じたとしても、それが本当に感染であったかどうかは実際のところ不明である。

### <ケナコルトの治療効果、他との比較>

「データ用語の説明」

f : 女性、m : 男性 A 群 : 青、B 群 : 黄、C 群 : 赤

HA : ヒアルロン酸、HA+Xyl : ヒアルロン酸+1%キシロカイン 2cc、Xyl : 1%キシロカイン 3cc、Xyl+TCA : 1%キシロカイン 2.5cc+ケナコルト 5mg(or 10mg)

w : 週、? : 効果の実感なし、0 : 全く無効、d : 効果日数、min : 効果時間(分)、∞ : 完治、DM : 糖尿病のため TCA 使用不可、→ : 効果時間の変化

No.	symptom	Age	sex	HA	Xyl	HA+Xyl	Xyl+TCA
1	弱	79	f	4w			∞
2	弱	75	f	4w			
3	弱	80	f	?			21d
4	弱	77	f	?			30d
5	弱	74	f	?			40d
6	弱	68	f	?			
7	中	85	f	0	14d	7d	
8	中	52	f	0	3d	3d	DM
9	中	76	m	0		3d	14d
10	中	62	f	0		1d	14d
11	中	75	f	0		2d	24d
12	中	70	f	0			21d
13	中	62	m	0			30d
14	中	91	f	0		5d	21d
15	中	81	f	0	1d	1d	14d
16	中～強	82	f	0		5d	DM
17	中～強	82	f	0		1d	10d
18	強	82	f	0	1d		12→9d

19	強	71	f	0	1d	10d	
20	強	87	f	0	1d	10d	
21	強	62	f	0	2d	1d	10d
22	強	78	f	0	1d	0.5d	DM
23	強	87	f	0		10min	
24	強	78	f	0	1d	1d	14→6d

結果、ケナコルトと他の薬剤との効果持続日数比較（平均）

	HA	Xyl	HA+Xyl	Xyl+TCA
A群	2例が4w、4例が?	No data	No data	30.3
B群	0	6.0	3.0	18.3
C群	0	1.3	0.9	11.2

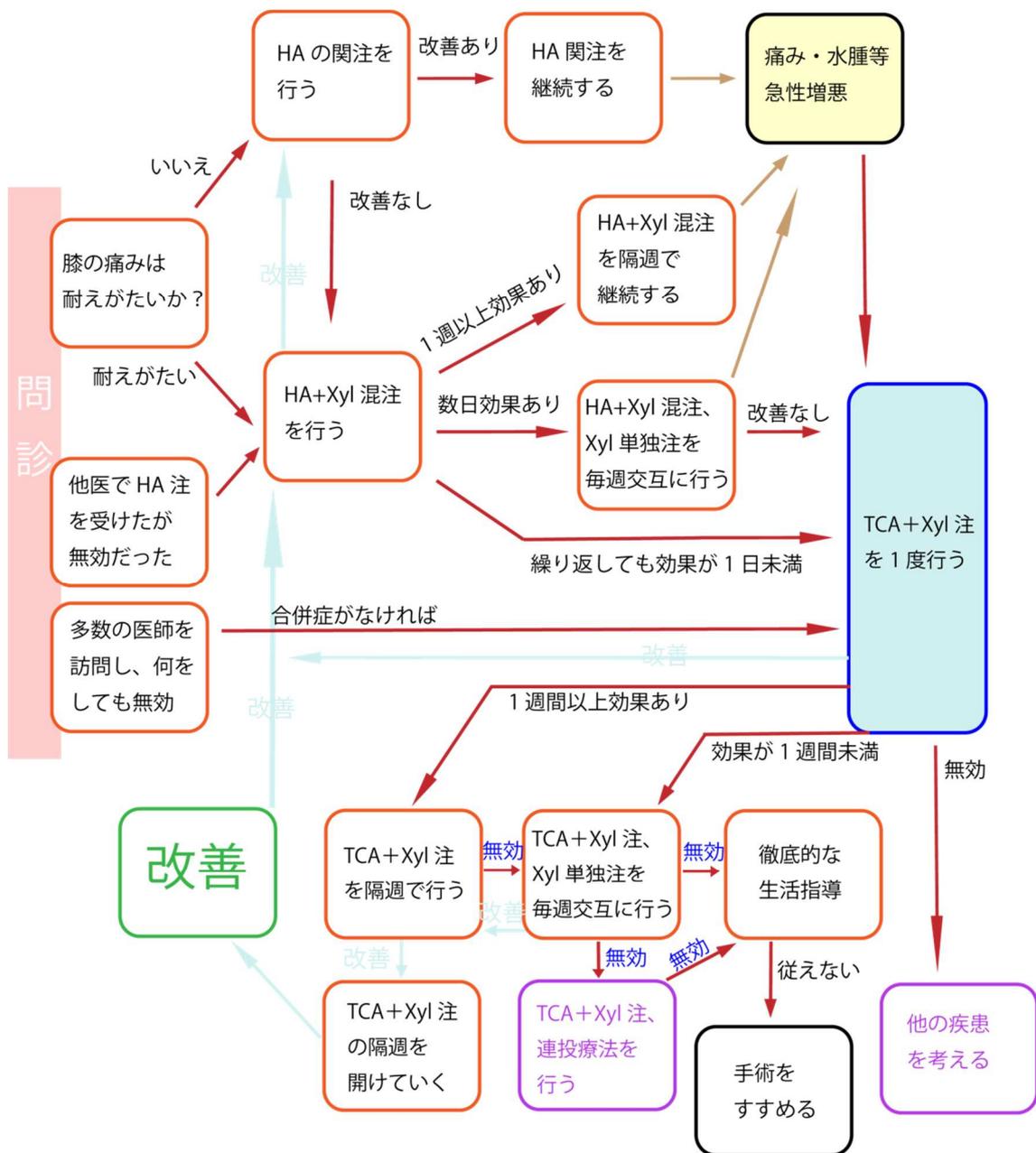
ケナコルトを使用した関節内注射では痛み抑性の効果持続期間が驚異的に延長される。全体を通した平均でも効果持続期間は2週間以上である。それに比較し **B,C群ではヒアルロン酸の注射では痛みが軽快することは一切ない。**

むしろキシロカイン単独注入の方がヒアルロン酸単独注射よりもはるかに疼痛軽減効果が認められる。

キシロカイン単独とヒアルロン酸+キシロカイン混注の比較では、ほとんど持続効果に差がみられない。

<用法>

膝関節内注射の治療法選択は次の私のガイドラインに沿って行っている



TCA(ケナコルト)の関節内注射の効果は、おそらく一般的な整形外科医が想像しているよりもはるかに絶大で強力である。つまり想像を越えた効果・威力を発揮する。

だが、私はTCAの使用を無闇に勧めているわけでは決してない。

可能な限りHA単独で治療を試み、それが無効な時にXylを使い、それが無効な時にTCAを使い、そして少しでも改善が認められればTCAを使わない方針である。

膝の変形初期であれば、HA単独で十分改善効果が得られる。しかしながらそうした軽症例もある日突然膝を捻って、炎症を起こし、腫れて関節内水腫を生じたりする。

そんな時にはTCAを少量1回のみ使用する。すると翌日には水腫が消失し、何事もなかったようにスタスタ歩けるようになる。TCAにはそれほどの強力な抗炎症効果がある。

また、このチャートで重要なことは、TCA の関注が「決して毎週にならないように」工夫しているところである（詳しくは用量のところでも解説する）。ステロイドのトータル摂取量は非常に少なくなるように工夫されている。

#### <TCA の相乗効果で改善が得られる>

私のところへ来院する患者は他の医院で見捨てられた重症膝痛患者が多い。そうした患者を手術をすることなく関注という保存的療法で改善させる。そのためには TCA 投与が不可欠である。

TCA を投与すれば、関節内水腫を、穿刺することなく根本から炎症を抑制して関節液分泌過多を治療することができる。さらに関節内浮腫を軽減させることにより、これまで不可能だった正座もすることができるようになる。さらに半月板損傷などによる痛みやロッキングも激減させることができる。

よって TCA は単に痛みを止めるためのものではなく、浮腫などを軽減させ、改善させる効果がある。改善であるからして、治療として成立しており、単なる除痛では決してない。

#### <TCA を用いれば手術の必要性が大幅に減る>

私は他の整形外科医が「手術するしか治る方法はない」と宣言された難治性の患者たちに上のような治療チャートを行い、手術をしないで十分に生活できる状態に保持してきた。

膝の保存療法については賛否両論であることは知っているが、実際には私の外来通院患者で膝の手術に至った患者はこの 7 年間 1 人もいない。手術をしなくても外来通院で現状の生活を保持できることを証明してきた。

そのために TCA の使用は必須条件に近い。おそらく TCA を使用しなければ、現状の生活レベルを保持することはできない。そして逆に言うと TCA を用いれば手術することなく、自分の膝で天寿をまっとうさせることができる。

だが、そこにはデメリットも当然ある。通院のわずらわしさ、注射の痛み、そしてわずかずつであるが変形が進んでいくこと、そしてステロイドの副作用である。最後に、TCA を使用しても痛みが制御できなかった場合の最終地点とどう向き合うかという難題も待っている。

最終地点が天寿よりも後に来れば問題は起こらない。ならば TCA を使用して保存療法を行う医師は最終地点を天寿よりも後ろに持っていける手腕がなければならない。いや、持つて行く責任がある。

その手腕がない医師が、いたずらに TCA を使用するべきではないというアドバイスでもある（最終地点を天寿の後に持つて行く具体的方法は最後に述べる）。

何がイタイか？ それは TCA を用いて膝の保存療法をするのであれば、診療費に見合わないレベルの患者ケアをしなければならないということである。副作用の管理から人生設計まで全てを管理しなければならないという意味である。しかも副作用は目に見えるも

のから見えないものまで、健康のゼロから百までを管理しなければならない。その重責を負えるのかという問題が出てくるのである。

人工関節の手術を勧める方が外科医にとっては楽なことである。

だが、手術推進派の医師にも言うておくことがある。手術は決して非侵襲的なものではないということ。手術すればかならず血栓を作る。そのダメージは見た目には現れないが、おそらくいろんな臓器の血管をわずかながらも詰まらせて行く（科学的に証明することは不可能だが）。

優秀な人工関節の外科医は「いずれ関節機能が全廃して歩けなくなるのだから、どうせ手術がさげられないのに、なぜ関節内注射という保存療法でごまかすのか！」と抗議しているのを知っている。だが、それは違う。優秀な保存的治療医にかかれば、手術をしないで一生を苦痛なく過ごさせることもできる。しかも変形もほとんど進行させない。「手術しか方法がない」わけではない。

#### <ケナコルト療法の効果と限界>

ケナコルト療法による膝治療にも限界がある。その限界を見極めなければ、逆にケナコルトを使用してはいけないと断言する。

TCA の効果は B 群で平均 18.3 日、C 群で平均 11.2 日と非常に長期間痛みを軽減してくれることから、かなり強力であることが理解できる。B 群、C 群の患者は全例がヒアルロン酸注射が無効の患者群であるから、一般的な整形外科では「手術しなければその痛みは治りません」と宣言されている患者たちである。その難治性の患者たちを、1 回の注射でこれほど長期にわたり痛みを軽減できるのであるから、その効果は絶大である。

私は基本的に TCA の関節内注射は多くても隔週でしか行わない。よって効果が 2 週間以上持続するのなら、隔週の治療で永遠に痛みのない膝のまま過ごすことができる。

しかしながら経年変化やアクシデントで変形が進行してしまうと、効果期間は短くなっていき、隔週の注射では痛みを制御できなくなる。

ならば毎週 TCA を注射するか？と進みたくなるが、ここが保存療法の限界である。副作用のことを考えなければならないからそうはできない。

#### <保存療法の最後の砦>

私は保存療法の最後の砦となるべく保存療法を研究してきた。私の治療で治らなければ後がないという意味である。そういう医師になることを目指して研究を続けている。ケナコルトはその最後の砦の薬剤である。が、私はさらにその後ろに砦を持っている。それは生活指導である。

膝に負担をかけない生活を指導し、日常生活による悪化を最小限にとどめてもらうことである。

そのためには歩くよりも自転車。散歩よりも椅子に腰かけての体操。階段は後ろ向きに降りる。洗濯は週 1 回に減らす。掃除もできるだけしない。布団の上げ下ろしは禁止。買い物もできるだけしない。などなど制約をかけていく。

これを守った患者はケナコルト療法で再び改善させることが可能となった。つまり生活指導は一生続くわけではない。

だが、私の生活指導は、恐らく患者にとっては手術を受けること以上に苦痛であり、これまで甘えん坊な人生を歩んできた患者たちには到底できそうもない。だから私は生活指導を最後の砦と呼んでいる。

最後の砦を越えていってしまい、私の手の届かないところへ行くのも患者の自由である。手術の選択肢がその時はじめて現実化するのである。生活指導を守るとは何よりも苦痛であると考え患者にはためらわず手術を勧めることにしている。そして私は最近、1人の患者に手術を勧めた。

上の症例の Case18、82 歳女性がそうである。

なぜ彼女には手術を勧めたか？ それは彼女の家から私の診療所までの距離があまりにも遠く、電車やバスを乗り継いで 2 時間もかかるからだ。82 歳に毎週通院させることはできない。よって手術を勧めた。7 年間ではじめて手術を勧めた 1 例である。

もちろん、私に内緒で手術を受けた患者はカウントされない所以他にも何人かいるかもしれない。

このように天寿や生活レベル、患者一人一人の人生設計など全てを考慮しながら膝の保存療法を進めていく必要がある。よってこのような管理は大学の教授には無理な話である。

#### <ケナコルトの安全な用量>

私は 1 週間あたりの全ケナコルト使用量が 5mg を越えないように関節内注射を行っている。

ケナコルト 5mg はプレドニン換算で 6.25mg。つまり 1 日あたりプレドニン 0.9mg の投与量となる。原則的にこれを守っている。

抗アレルギー薬のセレスタミンでさえ 1 錠にプレドニンが 2.5mg 含まれているくらいであるから、0.9mg がいかに少ない量かわかる。長期間投与しなければならないからこそ、少量使用を厳重に守らなければならない。

両膝に治療をする場合も片膝に 5mg しか使用しない。

ケナコルト 5mg がどのくらい少量かというと、ケナコルト A の 1V あたりが 40mg(50mg もある) であるから、片膝に 0.125cc しか入れていない。

つまりケナコルトは 1/8cc という少量を用いるだけで 2 週間以上痛みと炎症を十分に抑える効果がある。このことを知らない医師がほとんどである。

私はあちこちの病院で整形外科医がケナコルトを使用している場面を見てきたが、多くの医師は何のためらいもなく 40mg 全量を 1 回の治療に使用していることが多かった。無

知がゆえ、経験がないがゆえであろう。ケナコルトは 5mg で効果を発揮する。

逆に興味深いことは、ケナコルトは 5mg でも 10mg でも 20mg でも 40mg でも、おそらく治療効果に大差がないことである。

私の担当患者で、無謀にも、他の医師にケナコルト 40mg を使用された患者がいた時は、その際に必ずインタビューしている。「私の注射とどちらが効きましたか？」と。結果は同じであった。

#### <医原性副腎不全に最大の警戒をする>

私はプレドニン換算で 1 日に 0.9mg 以上のステロイドを用いない。それでも副作用の徴候が少しでも患者に現れていないかを毎回、問診の際に注意深く聞き取りを行っている（ステロイドの副作用については「神経ブロックに対するステロイドの有用性調査」を参考に）。

これほどの低用量では長期使用をしても副作用が出ないだろうとの推測を元に私はケナコルトを長期使用してきた。

そして実際に、この低用量で重大な副作用を起こした患者は 7 年間 1 名もいなかった。

しかし、それでもステロイド長期使用に対しては警戒している。

もっとも警戒しているのは医原性副腎不全である。

目立った副作用が出現していない場合でも、ACTH はほぼ低下する。その影響は電解質の異常、コレステロール値の異常、血糖値の異常などに必ず出てくる。出てくるがたいい正常値の上限ぎりぎりのところで留まっている。

が、それは個人によって差があるため、定期的な採血は欠かせない。

ケナコルトを用いるためには、このような内科的管理もしなければならない。よって整形外科医にとってケナコルトを使用することは「診療報酬に見合わない不経済な労働行為」となる。しっかり管理して使用するには割が合わない。ケナコルト使用が普及しない理由はそういうところにある。

逆に言うと、全身管理ができない医師にはケナコルト使用を禁止させるべきであるとも思っている。それは整形外科領域に限らない。医師全体の問題である。

#### <患者の同意を得る>

ケナコルトを使用する際は必ず患者にステロイドの副作用を説明し、同意を得た上で行なわなければならない。

Case23. 87 歳女性の症例は、ケナコルトの副作用を説明した際に同意を得られなかったため使用していない。よってステロイド抜きの膝関節内注射の効果時間は 10 分しかない。それでも痛みが強く、毎回関節内注射を切望するため、私も仕方なく患者に注射している。

そして実際に私はケナコルトの 2 年以上の長期投与患者を多くかかえている。が、重要な副作用が現れた者はいなかった。

インフルエンザが流行しそうな季節には使用を中止したり、疲れがたまっていそうな時

にはケナコルトの使用を控えたり…少量のステロイドでさえ細心の注意を行いながら、季節に応じて、症状に応じて可能な限り使用量を減らす努力をしている。

ステロイドにどのような副作用があるのかを説明すると、恐らく 5 分では足りない。そしてきちんと説明すると「結構です」と言って断られる。断られるくらいの説明でなければ、説明は十分とは言えない。

<現場では矛盾だらけ>

実際に TCA を用いて治療する際、使用する医師は多くの理不尽さを感じることになる。

TCA の副作用に熟知している医師であれば、副作用を知っている上で、患者の人生を考えた上で、TCA の使用が望ましか否かを総合的に判断して使用することになるわけだ。

が、患者の同意を求めようと懇切丁寧に副作用を説明すればするほど、患者にその使用を拒否されるだけでなく、「そんな危険な薬を使う医者悪人だ」と思われ不信感を持たれることになる。ステロイドを使う医師はヤブ医者だと信じて疑わない患者もいる。

どの用量をどのように使うかによって副作用の出方は変わるが、それを説明するには誰も研究していない領域のことを想像で話をするしかなく、また外来の短時間で患者に理解していただくことは無理に等しい。

実際は、患者に信用していただくしかないのだが、説明するほど逆に不信感を持たれる。結局、患者の人生のためによかれと思って、難しい副作用管理、全身管理というやっかいごと引き受ける心構えで真摯に説明しているのに、それがあだとなつて返ってくる。

きちんと理解を得ようとすればするほど、このような理不尽さにさいなまれる。

貴重な外来時間を 30 分も割いて説明し、挙句の果てに不信感と怒りを抱いてお帰りになる患者もいる（30 分かかるのは患者が強烈な不信感と怒りを覚えている場合ではあるが…）。

この間の 30 分、金額に換算すればいくらの赤字になるか計り知れない。親切に献身的に副作用を説明し、挙句の果てに患者を怒らせ拒絶されるという虚しさを経験することになる。

さらにそれだけならまだよいが、TCA を使用していることで他の整形外科医にも不信感を植え付ける。TCA で現在治療中の患者が、他の整形外科医にかかった場合、その整形外科医は TCA を使用する医師のことをならず者扱いする。だからこそ大きな病院や大学病院では使えるはずもない。

そうした逆境を受け入れなければ TCA は使用できない。

私は逆境を受け入れているから使用している。だが、多くの医師たちに逆境を受け入れることを勧めはしない。よって TCA を使うというような愚かなことをする必要はないと言っておく。だからといって説明と同意を省くことはしないように。「できないなら使うな」である。

私は、そうした医師たちの苦悩を救うために、このような論文を書いているのである。

知識が一般化すれば TCA を用いる医師たちが逆境に立たされることがなく、同意を得られるからだ。

#### <ケナコルト連投療法>

原則的に私は TCA を隔週で注射することを徹底的に守っている。副作用を考慮してのことである。しかしながら、症状が極めて重い変形性膝関節症の患者では 2 週間も薬効が持続しない。また、今までは 2 週間以上軽快していたのに、転倒したのをきっかけとして TCA 注射の効果期間が短縮してしまうことがしばしばある。

こうした急性増悪の時にどのように対処するべきかも保存療法医は考えなければならない。

やり方は二つあり、急性増悪の時もいつも通りの間隔で TCA を使用する。もう一つは TCA を連続で 3~4 回、3~4 週連続で投与し、膝内の炎症や浮腫を即行で改善させるという方法。

私は患者の体調に変化がなければ、3~4 回連投を行う場合もある。たとえば 4 回連続投与すればプレドニン換算で 1 日 1.8mg である。十分許容範囲であると考える。

連投を行えば歩行困難になっている場合もすみやかに症状を改善させることができる。こうして急性増悪を乗り越え、その後平常の注射間隔に戻していく。乗り越えなかった症例は 1 例もない。

#### <ケナコルト使用による軟骨壊死について>

ケナコルトを使用すると膝の軟骨が壊死すると本気で信じている整形外科医は、恐らく世界中に存在する。これには誤解が多い。

ステロイドによる骨・軟骨壊死のシステムはステロイドによる血中のコレステロール値の上昇などが関与し、血栓ができやすくなって骨・軟骨の栄養動脈が閉塞して発症すると考えられている。ステロイド使用による大腿骨頭壊死はそうした原理で起こるとされている。

しかし、それらはステロイドが全身に及ぼす影響であり、局所の影響ではない。ステロイドを使用すると軟骨が壊死すると短絡的に結びつけるのには、その理論自体に無理があるということを知っておいた方がいい。

もともと体重の何倍もの重力がかかる膝ではその衝撃が栄養動脈を損傷させる直接の原因となりうるし、膝関節内の微小動脈に血栓を作る要因になる。それらを全て局所に投与したステロイドのせいであるということを知ることは非科学的であろう。

数年前、ケナコルトはその品質の悪さで生産中止となったことがある。おそらくケナコルトの粗雑な粒子が、磨き砂のようになって軟骨を損傷したせいだと私は推測しているが…真実は闇の中。

この事件以降、ケナコルトの製法が改良され、ケナコルト注射後の関節水腫、関節痛が

生じる事件はほとんどなくなった。が、ケナコルト使用に対する抵抗感は様々なオカルト論文とあいまって「忌み嫌う」習慣を整形外科医に植え付けてしまった感がある。

ただ、私の実績内で言えることは、私が低量の TCA を使用し始めて 15 年になるが、軟骨壊死や急速な関節破壊が生じた患者は 1 名もない。しかも、きちんと毎年膝関節の XP を撮影し、前年度と比較しながら、変形が進んでいないことを確認しながら TCA を使用している。

#### <ケナコルト使用の不適切な実態>

私は TCA の強力な効果を率直に述べているが、他の医師たちに軽率に使用を勧めているわけではない。

一応、以下に他の整形外科医たちがケナコルト（ステロイド）をどのように無神経に使用しているかの例を挙げる。

1) 神奈川県 S 市の某整形外科医院にアルバイトに行った際のこと、カルテにあった先週と先々週の治療記録にケナコルト 40mg×2 回連続を関節内注射してあることが書いてあった。その患者は隔週で 40mg の注射を 2 年間にわたって注射されていた。私の使用量の 4 倍以上である。もちろん、副作用のことも患者は説明を受けていなかった。

#### 2) 東京都 E 区の医院

肩関節内注射を他の整形外科医が 2 週連続で行っていた。ケナコルト 40mg×2 回である。今回も同じ注射をしてほしいと患者が私にすがってきたが断った。

2 週間で 80mg も使用する無謀なスポーツ医であるが、その医師は私が隔週で 10mg のケナコルトを使用していることを知り、カルテにケナコルト使用を拒否したことが書かれてあった。私はこの医師の 8 分の 1 の量しか使用していないのだが、彼はそこまでみていない。つまり、整形外科医たちはケナコルトを使用しているかしていないかに過敏であるが、どのくらいの量を使用しているかについては盲目である実態を知った。

#### 3) 埼玉県 O 市 H 整形外科

私が隔週でケナコルト 10mg を注射している患者が他の医師に他の曜日に来院した。ここではケナコルトの使用を拒否されたと患者は私に訴えた。まあ、こういうことはよくあると笑って患者に告げたが、その医師は同患者の肩関節内注射にケナコルト 40mg を 2 週連続で投与していた。もちろん副作用の説明もしていない。驚いた。

#### 4) 千葉県某整形外科医院

ケナコルトを月に 1 回 10mg の割合で注射している患者に「私の甥が膝が痛いっていうんで先生のところに連れてきてあげたいんですけど」と言ってきた。他の整形外科医はケ

ナコルトを使わないことはこの患者もよく知っているからだ。

「わざわざここに来させるのは遠いからやめておいた方がいいですよ」と私は告げた…。4週後…

「甥の近所の整形外科の先生が、やってほしい治療があれば、それを書いて持ってきてくれば治療してあげる」って言ってました。治療内容を教えていただけますか。」と。

「いいですよ。」1%キシロカイン 3cc にケナコルト 10mg と書いて渡した。その4週後…  
「ぼくはこの薬は副作用が多いんでやりません」とその整形外科医に断られた。と。だったら「やってほしい治療があれば、それを書いてもってきて…」などといわなければよいのに…

#### 5) 茨城県某耳鼻科医院

手首を傷めた8歳の女児がやってきた。「今、鼻炎があってこんな薬を飲んでいます」と私に薬を見せた。その中にプレドニン 5mg, 2錠, 朝夕食後×14日分と書かれている処方内容を見た。8歳の女児に1日に10mgのステロイドを2週間連続飲ませている耳鼻科医がいた。私は「一応、この耳鼻科の先生の悪口を言いたくないので、忠告だけしておきますが、このプレドニンという薬は捨てちゃって、飲むのをやめたほうがいいです」と進言した。もちろん患者は耳鼻科医からステロイドの副作用の説明は受けていない。

ここに挙げた例は、医師たちが、いかにケナコルトの（ステロイドの）使用量についていかに無知であるかを物語っている。ケナコルトを嫌っていることは別にかまわないが、いざ、自分が使用するという立場では無知が故に大量に使ってしまうのである。ステロイドを勉強していないことが如実にわかる。

もちろんこうした整形外科医たちはケナコルトの副作用を患者に伝えて承諾を得るなどということはない。なぜなら副作用はあまりにも多すぎて、患者にうまく説明ができないからだ。副作用をきちんと勉強しているならば、逆に説明せずにはいられまい。

ステロイドの副作用のことを勉強していない医師ほど自分がステロイドを使用する時は限度を超えて多く使ってしまう傾向がある。

私はここに例を挙げたのは、そうした勉強不足の医師たちがめったにいないのなら問題はないのだが、このように「見渡せばそこらじゅうにいる」ことを懸念しているから述べている。

#### <ケナコルトは諸刃の剣>

おそらく医療領域でケナコルトほど効果が絶大な薬剤はないと言っても過言ではない。膝関節で例を挙げたが、ケナコルトを上手に使えば、どんなに重症の膝関節症患者でも、手術を回避して一生を過ごせるほどに関節機能維持に効果が高い。

もちろんその効果は整形外科領域だけではなく、あらゆる科で効果を発揮する。だからこそこれほど副作用のことがインターネットで広く世間に知り渡っているにもかかわらず、この薬自体が生産中止にならないのである。

要するに使い方次第なのであるが、その使い方を指導できる医師が皆無に等しい。よって今回、私が、さしでがましいが、その使い方のガイドラインを提示した。

正しく勉強しなければ、簡単に使ってよい薬ではない。もしも使うのであれば、その患者の内科的疾患も全て把握して全身の健康管理をする責任が生まれる。

その面倒な作業をしっかり受け止められる医師のみがケナコルトを使うべきであろう。そして、その面倒なことをしっかりできる医師が大勢生まれなければ、この高齢化社会を支えることができない。願わくば、多くの医師にケナコルトの使用方法を学んでほしい。そして日本の高齢化社会を何とか医療面で支えてほしい。

#### <蛇足>

レミケードなどの抗 TNF $\alpha$  抗体はケナコルト以上の抗炎症作用があると思われる。しかしながら炎症とは免疫が起こしている減少であるから、免疫を抑制する系の薬剤には多大な副作用が必ず背中合わせになっている。

副腎不全を起こさないという点でレミケードはステロイドよりも優れている。だが、その分、どこかにしわ寄せが来るだろう。

レミケードが特殊な癌の発生率を上げることは衆知であるが、ちまたの権威者はレミケードが癌抑制に効果があるなどと述べる者もいる。

レミケードは莫大な利権がからむ薬剤（1回で数十万円）であるからして、真実は闇の中に葬られるであろう。だが、この薬剤がケナコルトと同様、使い方によっては各種関節炎の救世主になる可能性もある。だが、副作用が正しく研究されていないこの薬剤はたやすく手を出してはいけないものだと言えるだろう。今の医学レベルで免疫系の解明は無理であり、レミケードの副作用が正しく伝えられるまでには 100 年を要する。

リウマチ医の中にはレミケードに安易に手を出す者が増えてきているが、患者に不幸をもたらさないか…心配でならない。

ただ、TCA 注射に代わって、レミケードの少量関節内注射に私は期待を持っている。もしかすると変形性関節症の保存療法として画期的な効果を示す可能性がある。興味がある方は、研究していただけないかなあと本気で思っている。

私はしない。やらない。なぜならレミケードが大変高価だからだ。お金持ちを集めて自費診療をするわけにはいかない。