

# 痛風患者のアドヒアランスを 上げるために

谷口 敦夫

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター 教授

## はじめに

痛風は関節内に尿酸塩結晶が持続的に沈着する疾患である。関節内に尿酸塩結晶が沈着する誘因のなかで最も重要なものは高尿酸血症である。この尿酸塩結晶を融解させることが治療の目的であり、このために治療で用いるのが尿酸降下薬である。尿酸降下薬による治療の目標は血清尿酸値を $6.0\text{mg/dL}$ 以下に維持することである。このように、痛風は病因から治療に至るまでの過程が明確である。それにもかかわらず、痛風のマネジメントは不十分である。その理由として、かつてBeckerらは診断の正確性、ガイドラインの整備不足、合併症の影響、尿酸降下薬の種類が限られていることとともに、患者教育不足と治療アドヒアランスの問題

を挙げている<sup>1)</sup>。Beckerらの指摘から10年弱が経過し、おのおのについて進歩があった。しかし、アドヒアランスの問題については克服されたとはいえないように思える。

## I 痛風の治療アドヒアランス

診断や治療が大きく進歩しても、治療アドヒアランスが悪ければその恩恵は小さくなる。したがって、治療アドヒアランスは長期にわたる尿酸降下治療の効果を定める重要な要因である。服薬遵守の評価方法にはproportion of days covered (PDC, 調査期間における処方日数の割合)やmedication possession ratio (MPR, 薬剤が処方されるべき日数に対して実際に投与された総日数の割合)などが用いられており、

0.8をカットオフ値とすることが多い<sup>2)</sup>。痛風ではアロプリノールを対象薬とした検討が多く、PDCは $0.54 \pm 0.36$ 、MPRは0.68と報告されている<sup>3)</sup>。アドヒアランスが良好であったのはPDCを用いた場合には36%、MPRでは44%との報告がある。Sarawateらはアドヒアランスが良好であったのは20%以下と報告しており、痛風治療のアドヒアランスの低さが示されている<sup>4)</sup>。一方、Harroldらは処方期間が過ぎてから60日を超える処方の中断がある場合を治療空白とし、治療空白に関する要因などを検討している<sup>5)</sup>。2000年1月1日～2006年6月30日までに新規に尿酸降下薬を処方された4,166例のなかで治療空白があったのは2,929例(70.3%)であった。治療空白を認めた症例は尿酸降下薬投与開始時の年齢が低く(治療