

持出禁止

HSK  
なんれん

\*\*\*\*\*臨時号\*\*\*\*\*

昭和48年1月13日

第三種郵便物認可

HSK通巻414号

発行 2006年9月10日

毎月10日発行 一部100円

編集 (財)北海道難病連

発行 北海道身体障害者団体

定期刊行物協会

\*\*\*\*\*

<線維筋痛症友の会 北海道支部 No.5 >



## 線維筋痛症友の会道支部・総会・懇親会に出席して

坂本 由美

総会は、会計始め、難病連のお世話になり、無事、監査報告も出来ました。ありがとうございます。

6月24日に開かれた総会・懇親会には25名が集まり、中には、愛知県から、旅行中の会員の方親子で、来て頂きました。ご夫婦で出席の方、新会員の方も増えました。

ハーブティーを頂ながら、自己紹介形式で話も進み、時間が過ぎてしまいました。

春は総会、夏は全道集会、秋には医療講演と、年3回ぐらいは、皆さんにお会いしたいものです。

## 線維筋痛症友の会北海道支部総会に参加して

新しい会員が増えていました。旅行中に参加して下さった会員もいて、またご家族と一緒に参加されている方も多く心強いと同時に、それだけ深刻であること、まだまだ多くの潜在患者がいるだろうと改めて感じました。

若い会員には発病が早い故に焦りも辛さもおありだろうとは考えますが、幸いするのが若さでもあり症状が軽くなりつつあることは嬉しいことです。

ずっとこの苦しみと歩んで来られた先達の会員の淡々としたお話には、さぞお辛かったですように・・・と胸が痛みました。

会員によるアロマの説明もあり、しばし和みの一時になりました。

それぞれに自分だけの何かがあると思います。私はこれが合うのよ・・・というものが。

機会があればそれを皆で語ってみたいものですね。ちなみに私は、エリクサー水です。暑い夏を体力温存し、乗り切って行きましょう。皆さん！！

またいつもながら支えてくださっている難病連の皆様に関心から御礼申し上げます。

北村 洋子

### 第33回 難病患者・障害者と家族の全道集会(十勝大会)に参加にして

坂本 由美

8月5日・6日に開催された大会に函館より参加しました。

残念ながら私達友の会からは私1人で、分科会や医療講演・交流会など、開く事は出来ませんでした。

大会の流れは5日夜のレセプション、6日午前各患者会別の分科会・講演会、午後からは全体集会と大きく3つに分かれています。

私はリウマチ友の会の医療講演に参加しました。

この大会は33回目で北海道難病連を中心に患者会、地域の方々又ボランティアの協力で長きにわたり続いている大会です。

なぜ、こんなに集まるのか、集まれるのか？9年前に初めて出席した時、私は解りませんでした。でも今は、少し解ってきました。

「仲間」です。自分と同じ辛さを持つ仲間に出会える、会ってパワーを貰えるその思いだと私は感じました。

全体集会は、黙祷で始まります。しかし暗さはありません。全道から皆が集まり、結束を誓い、行政に思いをぶつけ、何とか病を背負いながらも生きたい、そんな思いを感じて帰って来ました。

この大会、来年は札幌です。そして再来年は私の住む函館での開催が、決まっています。

準備は、もう始まっています。その時はぜひ、函館でお会いしましょう。

2006年(平成18年)7月21日



今野孝彦氏

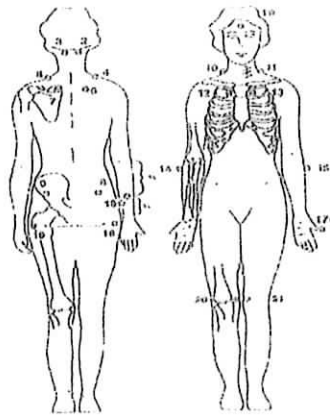
FMSは、二カ月以下続く広範囲の疼痛で、来週リウマチ学会が提唱する特有な圧痛点(1ヶ所を四指の力で押して1kg以上)の時にFMSと診断、基礎疾患の有無を問わない。これらに当てはまる疾患は、臨床現場で多数存在するだけに、診断基準に異論を唱える医師もいる。しかし、ここで大切なのは、原因不明の慢性疼痛で日常生活を阻害されて悩んでいる患者が、この診断基準により疾患認識を持つ役割があるということだ。

こうした疾患が存在する。多彩な症状への対応と基礎疾患との関係を探る。

北星病院リウマチセンター

今野孝彦センター長

No. 1



解患者の在宅生活支援す。診療ポイントは最初へアプローチする過程に点、縮、親指の爪、前腕指標として、この診断基準を捉えてほしい。

特有な圧痛点を図に示す。時、膝の部分では圧痛点の反対側も測定し

# FMSの現状

線維筋痛症

七月二一日、北海道医療新聞に今野先生の研究論文が連載されています。二回に分けてお伝えします。

## 原因不明の慢性疼痛 迷ったらリウマチ科へ

表1 線維筋痛症の臨床症状

症状	頻度(%)	その他の疾患
全身性の疼痛	100	0
睡眠障害	66	0
疲労・倦怠感	98	0
脳のこわばり	74	0
しびれ	77	0
不安感	66	0
過敏性腸症候群	50	0
頭痛	61	0
からだの中の痛み	95	0
乾眼症状	77	0
レイノール現象	76	0
腸うつ状態	52	0

表2 FM患者が受診したときの診断

リウマチ科	線維筋痛症 (FM)
感換症科	慢性疲労症候群
消化器科	過敏性腸症候群
精神、神経内科	慢性頭痛、疼痛障害
循環器科	痛風症と関係のない痛症
泌尿器科	痛風性関節炎、尿酸性結核
産婦人科	産後、子宮内感染
アレルギー科	多様な化学物質の過敏
口腔外科	顎関節症
皮膚科	蕁麻疹、皮膚症候群

ントロロルにするのも良(真性うつ病)時はコントロロルも陽性になる。FMSの二割に真性うつ病が合併するとさけ、その境界は必ずしも加えることは極力避けたい。また、FMSの症状が強いときはコントロロルも陽性になるが、一般に陽性に出るが、FMSの診断を慎重にする。後に長引く、そして気分障害、うつ状態、だか、精神科受診を進める説明を望む。

四指の圧は下ロリスターを用いて行うが、四指という強い圧を最初から加えることは極力避けたい。また、FMSの症状が強いときはコントロロルも陽性になるが、一般に陽性に出るが、FMSの診断を慎重にする。後に長引く、そして気分障害、うつ状態、だか、精神科受診を進める説明を望む。

「FMSの患者は平均的」のつかない慢性疼痛と強い疲労を訴える患者が受診し、医学部で習ったどの疾患にも該当しない際は、わずかな検査を根拠に既存の疾患を疑いがち。しかし、FMSという疾患を念頭に置いて診断してもらい、迷った際には「リウマチ科を受診して」との患者説明を望む。

線維筋痛症

FMSの現状

FMで可動域の制限やトリガーポイント

FMの診断基準は基礎疾患の有無を問わないため「二次性」という言葉は本来適切でない。

FMに対するアロディニアはFMには存在しない。しかし、FMには睡眠障害が存在するが、その機序は異なる。海外のある報告では、FM単独は28%、FMとFMを併発するFMは72%と報告されている。

今野孝彦センター長

No.2

北星病院リウマチセンター

FMとの混同が問題になる疾患に「筋・筋膜性疼痛症候群(FMS)」がある。FMはFMの一部という考えが多くのものの、臨床の現場では両者の治療方法が異なっており、その違いを認識する必要がある。

FMは局所的障害であり、関節痛の特殊型として明確に定義できるが、FMとの関連は不明。FMとFMの臨床的相違は次の四点だ。

FMは特定の筋肉の疲労による特異的な筋力低下を伴わない。FM単独では硬い筋肉の硬結や盛り上がり、索状の帯は存在せず、索状の帯は存在せず。

MPSとの混同問題に異なる治療法、違い認識を

【症例】五十歳後半女性。五十年前にFMと診断された。十六年に微熱、両腕の挙上不能、体重減少、睡眠障害が生じ、CRP 6.6mg/dL、ESR 27mm/hとして慢性関節リウマチ寛解誘入剤を投与開始。同時にステロイドの点滴を二週に一回受けていた。

Simons(1990)による筋筋膜性疼痛症候群(MPS)の診断基準

- 大基準
1 局所的な疼痛の訴え
2 筋筋膜の圧痛点から関連痛として予測しうる部位での疼痛あるいは違和感
3 認知可能な筋肉での索状硬結の触知
4 索状硬結に沿った強烈な圧痛点(ジャンプライン)の存在
5 測定可能な部位では、可動域のある程度の制限
小基準
1 圧痛点の圧迫で臨床的疼痛の訴えや違和感が再現する
2 圧痛点付近で索状硬結を触知し、圧痛点に注射針を刺すと筋肉が局所的にひきつる
3 筋肉を引き伸ばしたり(ストレッチ)、圧痛点への注射により疼痛が軽減する
※ 診断には、大基準の5項目すべてと、少なくとも1つの小基準を満たすことが必要

VAS (p) = 100mmの直線上で「痛みまったくなし」0mm、「我慢できない痛み」100mmと評価し痛みの程度を表す
VAS (f) = 同様の評価方法で疲労の程度を表す
FS = 痛さの指標で0が「苦痛なし」、20が「痛さで我慢できないほど辛い」を表す
m-HAQ = ADLを表す指標。数値が低いほど自立している
SRQ-D = 東邦大学式うつ病自己評価表。16点以上が軽症うつ病の疑い
PS = 0~9の段階に分け、疼痛や疲労による日常生活の程度を表す指標。0は普通に生活可、9は全面援助が不可欠

略語解説

前回からの続きで症例検討を示し、見解を述べる。

【症例】五十歳前半女性。六年前より朝のこわばりが続いていた。十六年に右胸鎖関節の腫脹と疼痛が発現。リウマチ科を受診し、CRPが3.5mg/L、抗リウマチ薬として抗TNF- $\alpha$ 薬(インフリキシマブ)が処方された。副作用として、副腎皮質ホルモン剤による血糖値の上昇、骨質減少、頭痛、中途覚醒の睡眠障害、開口障害が生じ、当院に紹介された。

線維筋痛症

FMSの現状

北星病院リウマチセンター

今野孝彦センター長

No.3

抗TNF- $\alpha$ 抗体陽性、セロトニン受容体2Aの多量発現を併発するFMSの多くは、このケースは、行間らによるシムチグラーフ1陽性のFMSで、サラゾスルファピリジン投与効果があるという症例に該当すると思われる。ただ、この疾患は国際的に認められていないので今後の研究課題だ。ただ、FMSを合併する疾患が極めて多彩であることが理解できよう。

RAへの合併率25%

異なる治療法、違い認識を

ほど多いRAへのFMSの合併に無関心だった要因は、関節は診察することが少ないこと、RAの活動性評価にランズバリー指数を用いてきたこと、無関係ではないだろう。本来、薬効検定用には成されたランズバリー指数は、朝のこわばり、疲労、アスピリン量、握力、関節点數、赤沈の六項目で薬効検定用には作成されたが、日本ではランズバリー指数をRAの活動指標に用いてきた傾向。さらに簡略化するため、アスピリン量と疲労の項目を除外して四項目による指標に変えまし

線維筋痛症

FMSの現状

FMSの診断に特異的な血液検査はないが、筆者は表1に示す検査を行っている。主に合併している疾患や小さな異常を見つめるためだ。これら検査の蓄積によりFMSの病態に迫ることができればと思っている。

さて、FMSには軽度の貧血（鉄欠乏性、葉酸の低値）、甲状腺抗体陽性、低力価のANA陽性など高頻度にシエーグレン症候群を合併するが、生化学的検査（ $\alpha$ -GPI,  $\beta$ -GPI）異常は少なく、眼科や耳鼻科的検査で初めて診断されることが多いようだ。

また、ミトコンドリアのエネルギー代謝に関与するカルニチンのアシルカルニチンが極めて低い

北星病院リウマチセンター

今野孝彦センター長

No.4

症例で、カルニチンの補充により疼痛や疲労が軽減することがある。筆者の八十五例の一次性FMS症例では、高感度CO<sub>2</sub>を用いた検査で全例0.1日（ $\mu$ ）以下、関節滑膜の増殖を示すMMP-3は全例で正常範囲であり、一次性FMSは炎症性疾患でも関節の疾患でもないことが分かる。

前回示した症例のように、FMSの診断基準を満たしてもCO<sub>2</sub>が陽性の時は、一次性FMSではなく合併症を検索する必要性を調査結果が教えてくれる。表2に示した。

今年の厚生労働省班が主催した公開講演で報告された全国疫学調査の結果を表2に示した。

PS6~9が63%  
ADLと極端に乖離

生化学検査
抗SSA、抗SSB
鉄、フェリチン
葉酸、VB12
Mg、Ca
フリー-T4、TSH
Tg-Ab、抗TPO-Ab
ANA
MMP-3、抗CCP抗体
カルニチン分画、血中セロトニン
コルチゾル
胸部x-p、腹部単純、心電図

表1 線維筋痛症の検査

表2 本邦での現状

- 推定有病率: 1.7% (200万人)
- 大都市: 2.2% 地方部: 1.2%
- 年齢: 51.5 ± 16.9歳
- 発症年齢: 43.8 ± 16.3歳
- 罹患期間: 7.4 ± 7.4年
- 診断に要した期間: 4.3 ± 7.4年
- mHAQ: 0.77 ± 0.74
- PS: 6~9 (63.1%)

(松本)

次回痛みの機序を解説する。

この疫学調査は日本でも初めて行われ、推定患者数二百万人は、 $\alpha$ と $\beta$ の患者の割合は、 $\alpha$ 型糖三倍以上の患者数となる。筆者成績では、一次作は自立しており、 $\alpha$ と $\beta$ の乖離がみられる。

このようにADLと $\alpha$ は男性四十四歳、女性四十二歳で同疫学調査報告成績では、 $\alpha$ と $\beta$ が二割の違いは筆者成績は高齢者には二次性FMSを除外してあるためだ。 $\alpha$ よりはるかに悪いと遭遇した医師は在宅生活へのアプローチを含めたトータルマネジメントの中心的役割を避けて通ることはできない。

公的サービスとして六十五歳以上であれば、身体機能低下から介護保険を適用できるケースもある。介護保険を利用できる特定疾病（四十一歳が対象）に $\alpha$ は該当せず、在宅生活を送るための社会資源を利用する機会が極端に少ない。

また、身体障害制度は状態安定した障害を対象にしているため、ADLと $\alpha$ が極端に乖離しているFMSのような機能的障害は身障制度にまじまないという問題があり、今後検証し直す必要がある。

FMNSでみられる疼痛について解説する。そもそも痛みの機序は、外部から侵害刺激が加えられると、痛みの信号は末梢神経を上行し、脊髄後角を通じて脊髄の中に入り中枢神経系に伝えられる。

神経線維は太さによって分類されるが、最も太い線維はA $\alpha$ 線維と呼ばれ、手足を動かす運動神経と、圧覚や位置覚などの知覚神経の両方に関係している。また、二つの細い線維のうちA $\delta$ 線維は機械的・物理的な即時作用に関係し、C線維は主に炎症性の刺激による遅発作用と関連深い。

痛みの一次中枢である視床で最終のニューロンに置き換わり、大脳の感

### 線維筋痛症

# FMSの現状

北星病院リウマチセンター

今野孝彦センター長

No.5

覚醒野で痛みの部位、強さを認識する。

疼痛の制御機構は二つに分けられる。一つはエンドルフィンなど内因性オピオイドを介するシステム。もう一つは、延髄の大線核からセロトニンが、青斑核からノルアドレナリンがそれぞれ生成され、双方とも後側索、前側索を下行して脊髄後角で放出される下行性の制御機構だ。

末梢の疼痛ではプロスタグランディンのFMNS御機構の破綻であると推測できる。

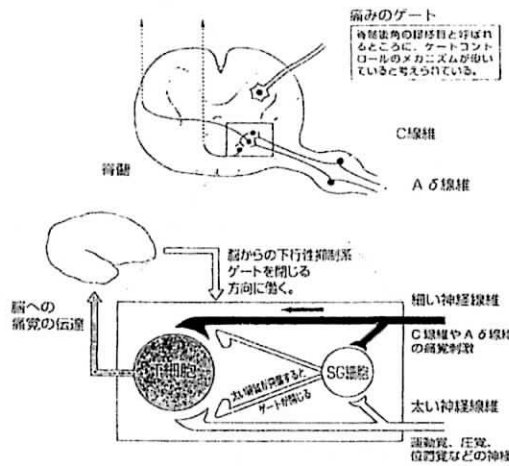
寛領域で痛みの部位、強さを認識する。

疼痛の制御機構は二つに分けられる。一つはエンドルフィンなど内因性オピオイドを介するシステム。もう一つは、延髄の大線核からセロトニンが、青斑核からノルアドレナリンがそれぞれ生成され、双方とも後側索、前側索を下行して脊髄後角で放出される下行性の制御機構だ。

末梢の疼痛ではプロスタグランディンのFMNS御機構の破綻であると推測できる。

## 痛みは制御機構破綻 運動やストレス除去で改善

ゲート・コントロール説



ゲート・コントロールのメカニズム  
太い神経線維を興奮させると、SG細胞が興奮し、SG細胞の興奮はT細胞の興奮を抑制し、痛みのゲートは閉じる方向に向く。一方、細い神経線の興奮のみで、太い神経線の興奮がないと、SG細胞の興奮はなくゲートは閉じた状態になり、痛みもほとんど伝わる。

また、運動やストレスの除去でFMNS症状が劇的に改善するケースもあり、これらの臨床的事実は、太いA $\alpha$ 線維と細いA $\delta$ 線維、C線維に分けられ、触覚、圧覚、運動は細い線維によって、WDRによって提唱された動覚は、太い線維によって細胞に入ると同時に、抑制してゲートを閉じてゲートを閉める。ゲートコントロール理論でもう一つ重要な論は、ゲートの閉閉は中枢から下行性の影響を受けている点、人の情動や気分などがゲートの開閉を左右することを意味しているのだ。

幼児が転んで頭をぶつけたとき、母親が頭をさすことで太い線維を刺激しゲートを閉じ、母親に抱かれることの安心感がさらにゲートを閉じて痛みを少なくすると考えられている。このゲートコントロール理論はFMNSの治療の理論的根拠として重要と言えよう。

今回は疼痛刺激実験を紹介する。



平成18年(2006年)8月7日(月曜日)

くらし

全身の「圧痛点」に慢性的痛み

線維筋痛症の疑い

仙台の専門医「早期受診を」

慢性的に全身が痛み、認知度が低く、各診療科日常生活に支障を来す「線維筋痛症」。患者数は人口の約2割に上るとされるが、医療現場でも

軽い刺激を受けただけで全身に激痛が広がる。寝たきり状態になることもあり、専門医は早期受診を呼び掛けている。

仙台市太白区の医療法人美瑛(びえい)・太白

さくら病院によると、診

断基準は、全身十八カ所の

圧痛点(押すと痛い所)の

うち、十一カ所以上で

三カ月以上続けて強い痛

みを感じる必要がある。

不眠や頭痛、抑うつ症な

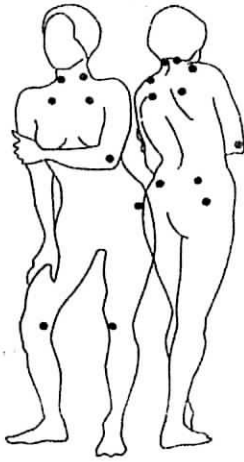
どを伴う場合も多い。

患者は女性が多く、男

性の五倍前後と推定され

る。発症の原因はストレ

スなどが指摘されているが、はっきりとは分かっていない。このため確立された治療法もなく、対症療法として、運動を取り入れた理学療法や薬物療法、はり治療などが行われている。血液やエックス線検査などでは異常が現れない。線維筋痛症を知らない医師もあり、患者は整形外科や内科、精神科などを転々とした揚げ句、ストレスを募らせて症状を悪化させるケースがあるという。太白さくら病院理事長の内科医宗像靖彦さん(西)は「仕事や家事の忙しさに追われ、症状を放置している働き盛りの人は多いはず。気になる際は受診してほしい」と語る。同病院には、患者や家族でつくる「線維筋痛症友の会東北支部」の事務局もある。九月以降に活動を本格化させ、患者同士の情報交換や相談会などを通じて啓発活動に力を入れる方針だ。連絡先は太白さくら病院 022(243)1525。



米国リウマチ学会が定めた18カ所の圧痛点(線維筋痛症友の会)のリーフレットから引用)

平成18年8月7日

(株) アルメックピオ・ジャパン

## 医療講演・相談会のお知らせ

日時 11月19日(日) 午後1:00~3:00  
場所 札幌難病センター  
講師 北星病院 リウマチセンター長 北大医学部客員教授  
線維筋痛症外来担当  
今野 孝彦先生  
演題 「線維筋痛症の現状と

在宅生活支援の方法」

入場料 無料ですが、資料代 500 円掛かります。

\* 問い合わせ・申し込みは

線維筋痛症友の会北海道支部

TEL 011(512)3233

### 会員の皆様へ

ポスターを同封しました。

担当の病院や、行きつけの薬局に

お願いをして、張って頂ける方が

いらっしゃいましたら、お願いして下さい。

事務局より

11月に今野先生の医療講演を開きます。  
会員の方々、たくさんの方に会えると嬉しいです。  
又、今回の会報が遅れた事を、お詫びします。

ご寄付お礼

三笠市 横山様 切手、図書券など  
函館市 阿部様 コピー用紙、封筒など  
函館市 竹ヶ原様 8,000円ご寄付

難病連全道集会広告寄付お礼

千歳市 北星病院様  
函館市 前田薬局様  
函館市 かたやま内科・消化器科 片山英明様

\* ありがとうございます \*

※イラストはイメージです

秋の味覚  
赤飯、串焼きなどなど  
わたあめ、ヨーヨー  
フリーマーケットコーナー  
家庭雑貨  
雑貨  
古本  
衣類  
などなど...

# 難病センター 秋まつり

皆さんのお越しをお待ちしています！  
毎年恒例になりました秋まつりの開催！  
おいしいお店、掘り出し物が並びます。  
楽しい秋の1日を過ごしませんか？

2006年  
10月7日(土) 難病センター 駐車場  
10:30~14:00  
札幌市中央区南4条西10丁目  
主催 (財)北海道難病連 TEL512-3233

ビール  
喫茶コーナー  
まどろむ午後  
宮の森売店のラーメン  
宮の森ジャンプ競技場  
にある福祉売店が  
出張販売

..... HSK なんれん 臨時号 .....

---

編集人/財団法人 北海道難病連 伊藤たてお	昭和48年1月13日第三種郵便物認可
札幌市中央区南4条西10丁目	2006年9月10日発行
TEL 011-512-3233	HSK通巻414号(毎月1回発行)
FAX 011-512-4807	発行人 北海道身体障害者団体
月~金曜日10~18時、土・日・祝日は休み	定期刊行物協会 細川久美子

---