

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 431 号

発行 2007 年 2 月 10 日

毎月 10 日発行 1 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 N0.6>



財団法人 北海道難病連

札幌市中央区南4条西10丁目

TEL(011)512-3233 FAX(011)512-4807

線維筋痛症友の会だより

事務局から挨拶

昨年の医療講演には、たくさんの方に来て頂き、事務局として大変うれしく思います。皆さん、体調はいかがですか？今年は雪が少なく温かい年ですが、喜んでばかりもいられませんよね。

6月に総会・懇親会を行います。体調と相談して、一人でも多くの方にお会いしたいと思います。お待ちしております。

函館 坂本



目次

1. 友の会だより
2. 資料1 2006.11.9 今野先生 医療講演会資料
3. 資料2 2006.10.21 浦野先生 医療講演会資料
佐々木千鶴子さんの参加レポート
4. 新聞記事から

平成19年度支部総会のお知らせ

★ 日時 平成19年6月2日(土)1時～3時

★ 会場 北海道難病センター(3階会議室)

※総会終了後、懇親会を予定しています。詳細は、後日改めてお知らせします。

線維筋痛症調査研究医療公開シンポジウム開催のお知らせ

★ 日時 平成19年2月28日(水)10時～4時30分

★ 会場 都市センターホール オリオン(東京都千代田区平河町2-4-1)

★ 内容 線維筋痛症研究の進歩、ケアへのアプローチ、トピックスなど

※北海道支部からは、坂本事務局長が参加予定です。

北海道難病連

春のチャリティーバザーのお知らせ

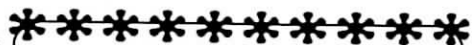
★ 日時 3月3日(土)1:00～4:30

3月4日(日)10:30～2:30

★ 場所 北海道難病センター
(札幌市中央区南4条西10丁目)

*みなさまのご来場をお待ちしています。

衣類、雑貨、本、おもちゃ、食器類、その他いろいろあります



編集後記

今号から会員が自主的に印刷・発送しました。年4回程度、発送等にご協力いただける方は、久保田(011-591-4647)までご連絡ください。



慢性疼痛(非関節性)の臨床

～医学の狭間にある疾患～

北星病院・リウマチセンター長 今野 孝彦

線維筋痛症(FMS)とは

症例	病歴	検査
10才	ウイルス感染症 発熱から翌日の倦怠、しびれ出現 進行性膝半月半月 膝半月半月と診断される	ウイルス感染症
11才	腰痛、嘔吐、便秘あり、 倦怠感あり 2週間持続 2週間持続 2週間持続	腸炎
12才	四肢麻痺、手足のしびれ、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症
13才	発熱、頭痛、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症
14才	発熱、頭痛、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症
15才	発熱、頭痛、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症
16才	発熱、頭痛、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症
17才	発熱、頭痛、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症
18才	発熱、頭痛、 倦怠感あり、体重減少、 （フィラリア症）	フィラリア症

線維筋痛症の診断基準(ACR)

1. “広範囲の疼痛”の既往がある

定義：疼痛は以下のすべてが存在するときに“広範囲の疼痛”と定義される
身体左側の疼痛、身体右側の疼痛、腰から上の疼痛、腰から下の疼痛、さらに
軀幹中心部痛(頸部、前胸部、胸椎、腰下部のいずれかの痛み)が存在する

2. 触診で18カ所の圧痛点のうち、11ヶ所以上の圧痛を認める

- ①後頭部：後頭下の筋付着部
- ②僧帽筋：上縁の中央点
- ③棘上筋：肩甲骨棘部の内縁の上部
- ④殿筋：殿部の上部外側の四半部
- ⑤大転子：大転子隆起の後部
- ⑥下位頸椎：C5-C7の横中間の前面
- ⑦第2肋骨：第2肋軟骨接合部
- ⑧外側上顆：上顆から2cm遠位側

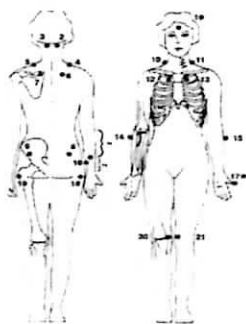
⑨膝：関節裂隙より近位の内側脂肪体

定義：圧痛点は両側に対称性に存在し、合計18カ所となる。

触診は約4kgの強さで行う(指がすこし白くなる程度)

患者の触診に際し、
“痛くない”、“すこし痛い”、“中ぐらいに痛い”、“および”“とても痛い”の
いずれかであるかを問い、“すこし痛い”以上であれば圧痛点ありとする
患者が上記1と2の両方の基準を満たすとき線維筋痛症と診断できる。

(米国リウマチ学会、1990)
なお、“広範囲な疼痛”は少なくとも3ヶ月持続する必要がある



線維筋痛症の臨床症状

症状	頻度(%)	その他の症状
全身性の疼痛	100	●筋緊張性頭痛
睡眠障害	66	●生理不順
疲労・倦怠感	98	●頻尿
朝のこわばり	74	●光線過敏
しびれ	72	●口腔内潰瘍
不安感	66	●寒冷による血管収縮
過敏性腸症候群	50	●手指の腫脹
頭痛	61	●起床時の不快感
からだの中の痛み	98	●集中力低下
乾燥症状	72	
レイノー現象	26	
抑うつ症状	42	

(西海)

線維筋痛症に関わる専門医

専門医	症状	検査	診断
内科医	倦怠感、脱力感	いろいろ	いろいろ
循環器専門医	動悸、胸痛、めまい、低血圧	心電図、負荷試験 カテーテル検査	弁膜症脱症 非定型的狭心症 自律神経異常
呼吸科専門医	呼吸困難	肺機能検査、 血液ガス	気管支喘息 睡眠時無呼吸症候群
消化器専門医	下痢、便秘、消化不良 胸焼け、腹痛、 倦怠感、めまい	内視鏡検査、腹部CT 腹部超音波検査	過敏性大腸 逆流性食道炎
内分泌専門医	倦怠感、めまい	ホルモン検査 血糖検査	低血糖
リウマチ専門医	筋肉痛、関節痛、レイノー現象、倦怠感、頸部および背部痛	血清検査、生理検査	異型のSLE、リウマチ性多発筋痛症 不明の原因病
皮膚科医	かゆみ、発疹、日光過敏	皮膚の組織検査	皮膚炎
アレルギー専門医	過敏症	皮膚テスト (アレルギー)	皮膚の過敏症 ⁵

■ 線維筋痛症の患者が受診する専門医、症状、検査そして診断

専門医	症状	検査	診断
神経内科医	めまい、耳鳴、頭痛 痙攣	CT、MRI、脳波 検査 脊髄液検査	頭痛 restless leg syndrome
婦人科医	経閉、生理不順、腰痛 下腹部痛	膣鏡検査	尿路感染、膀胱炎、 膣炎、子宮内膜症
耳鼻咽喉科医	耳鳴、咳、頭痛、 嘔吐、めまい	X-P、audiogram CT/MRI	副鼻腔炎、メニエール、睡眠時無呼吸症候群
整形外科医	頸部/背部痛	X-P CT/MRI	脊椎管狭窄症
脳外科医	頭痛、頸部/背部痛、 知覚異常	CT/MRI 脳波検査	脊髄根症状
眼科医	乾燥（目）複視、 まぶしい	シルマーテスト、蛍光眼底検査	乾燥症候群
精神科医	不安、不眠、鬱状態、 記憶障害	精神学的検査 CT/MRI	鬱
歯科医	乾燥（口腔内）	唾液腺の組織検査	乾燥症候群 ⁶

F M患者が受診したときの
専門医の診断

リウマチ医	線維筋痛症 (FM)
感染症専門医	慢性疲労症候群
消化器専門医	過敏性腸症候群
精神、神経内科医	慢性頭痛、疼痛障害
循環器専門医	循環器と関係のない胸痛
泌尿器科医	間質性膀胱炎、過敏性膀胱
産婦人科医	膣炎、子宮内膜症
アレルギー専門医	多種の化学物質の過敏
口腔外科医	顎関節症
リハビリテーション医	筋・筋膜痛症候群 ⁷

線維筋痛症の同義語

筋膜炎	Fascitis
線維筋炎	Fibromyositis
結合組織炎	Fibrositis
筋痛	Myalgia
筋筋膜痛症候群	Myofascial pain syndrome(MPS)
筋筋膜 trigger 点症候群	Myofascial trigger point syndrome
筋筋膜炎	Myofasciitis
筋炎	Myositis
筋肉性リウマチ	Muscular rheumatism
非回復性睡眠症候群	Nonrestorative sleep syndrome
心因性リウマチ	Psychogenic rheumatism
疼痛増幅症候群	Pain amplification syndrome
筋違または捻挫	Strain or sprain ⁸
緊張性リウマチ	Tension rheumatism

F M患者の一覧表

F 53	FM/CFE		
F 41	FM		
F 43	FM/CFE		
13			
14			
15			
F 18	FM		
F 53	FM/RA	55	FM
F 55	FM/RA	59	FM/RA
F 51	FM/RA		
F 71	FM/RA		
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			

性別 女性
一次性 6/11
RA 関節リウマチ
CFE 慢性疲労症候群
RA 関節リウマチ
RA 関節リウマチ

FMSには、
一次性と
基礎疾患をもつ
二次性がある。

FMSの分類(私案)

- 一次性FMS
 - ① FMS
 - ② FMS +MPS
- 二次性FMS
 - ① RA、OA、PMR、SLE、Tc陽性FMS、頸腕症候群、胸郭出口症候群 など
 - ② 精神疾患が前面にあるFMS
(例:FMSを伴う大うつ)

11

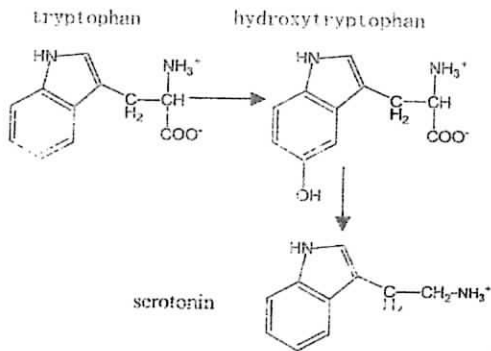
- 関節リウマチ(RA)の17%にFM様症状がある。

この報告では、ACRの診断基準を用いず、圧痛点とF-VASの二つから診断している。FMをもつRA患者は、機能的にも活動性の面からも、FMを持たない患者より悪い。(Wolfe: J Rheumatol 2004,31:695-700)

- 日本では、25%の合併(今野)
- 特に、筋・筋膜性疼痛症候群(MPS)の合併が問題
- FMSでは血中のセロトニンが低値
- FMSでは髄液中のsubstance-Pが高値

12

セロトニン



13

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)

14

P, Sによる疲労・疼痛・倦怠の程度

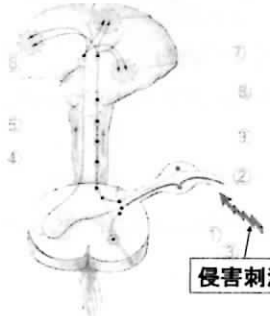
- 0: 疼痛・倦怠感がなく平常の社会生活ができ、制限を受けることなく行動ができる
- 1: 通常の社会生活ができ、労働も可能であるが、疼痛・疲労を感じる時がしばしばある
- 2: 通常の社会生活はでき、労働も可能であるが、疼痛・倦怠感のため、しばしば休息が必要である
- 3: 疼痛・全身倦怠感のため、日に数日は社会生活や労働ができず、自宅にて休息が必要である
- 4: 疼痛・全身倦怠感のため、週に数日は社会生活や労働ができず、自宅にて休息が必要である
- 5: 通常の社会生活や労働は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である
- 6: 椅子のよい日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息している
- 7: 身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常の社会生活や軽作業は不可可能である
- 8: 身の回りのある程度はできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
- 9: 身の回りのこともできず、常に介助がいり、毎日就床を必要とする

mHAQ

	病の影響もない 0点	いくらか困難 である1点	かなり困難 である2点	できない 3点
1 靴履を結び、ボタンやベルトも自分で身支度できますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 服履、起居の動作ができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 いっぱい水が入っている洗濯コップを口元まで運べますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 戸外で平坦な地面を歩けますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 蛇口の開閉ができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 車の乗り降りができますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

痛みの機序


痛み刺激の伝達



- ① 脊髄視床路 (Aδ線維: 激しい早い痛み)
- ② C線維 (不快で持続性の遅い痛み)
- ③ 膠様質
- ④ 脳幹網様体
- ⑤ 視床 (痛みの一次認知)
- ⑥ 前頭葉 (痛み部位の認識)
- ⑦ 後中心回 (正確な痛み局在と性質の認知)
- ⑧ 側頭葉 (痛みの記憶)
- ⑨ 下行性抑制系 (セロトン系、ノルアドレナリン系)

17

痛み刺激の伝達

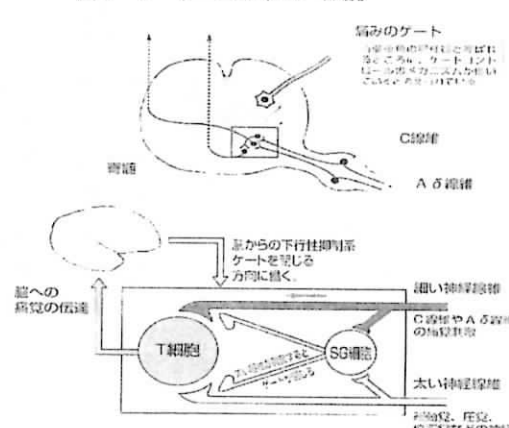


```

    graph TD
      A[侵害刺激] --> B[主に機械的・物理的即時作用]
      A --> C[主に炎症性の刺激遅発作用]
      B --> D[Aδ線維の興奮]
      C --> E[発痛物質の生成]
      E --> F[C線維の興奮]
      D --> G[大脳(即時痛) 境界明確なすどい痛み 一過性]
      F --> H[大脳(遅発痛) 鈍痛、境界莫然 持続性]
    
```

18

図2 ゲート・コントロール説



痛みのゲート

C線維

Aδ線維

細い神経線維

C線維やAδ線維の伝達抑制

太い神経線維

2物質、圧覚、温度などの神経

T細胞

SG細胞

脳への痛覚の伝達

脊髄

脳からの下行性抑制系ゲートを閉じる方向に働く。

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、その抑制を解除し、その抑制の対照物T細胞の活動を抑制し、痛みのゲートを閉じる方向に働く。一方、細い神経線維を興奮させると、太い神経線維の活動を抑制し、その抑制の対照物T細胞を興奮させる方向に働く。痛みのゲートは開いた状態になり、痛みの伝達が増える。

19

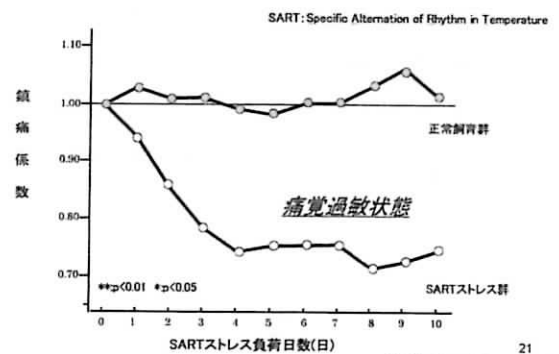
疼痛刺激実験

疼痛刺激実験 (マウス)

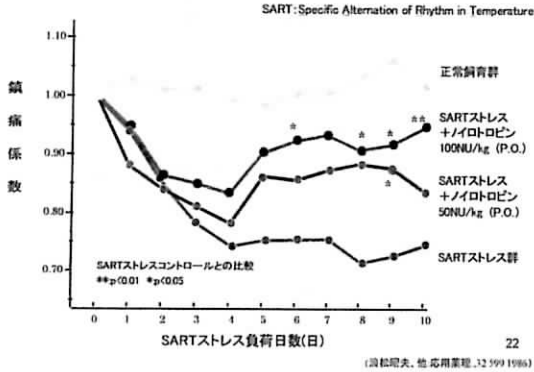
SART (反復寒冷ストレスの負荷)

- 方法
 - 明期の飼育温度を低温(4℃)と室温(24℃)に1時間ごとに变化
 - 暗期は低温状態
 - 期間: 4日間以上
 - 評価方法
 - 变化させた圧刺激をマウス尾部に加え、疼痛反応にて判定
- 20

反復寒冷ストレス負荷による痛覚閾値の変化

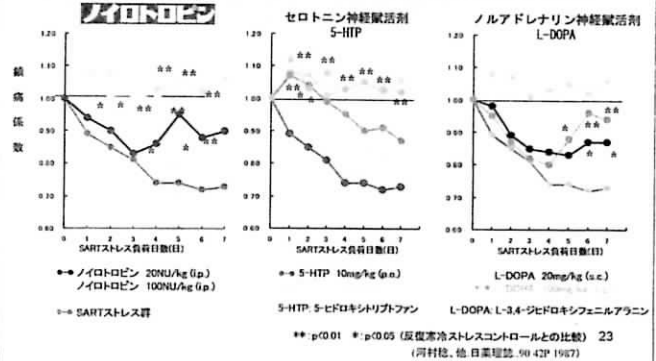


ノイロロピンの痛覚過敏の改善作用

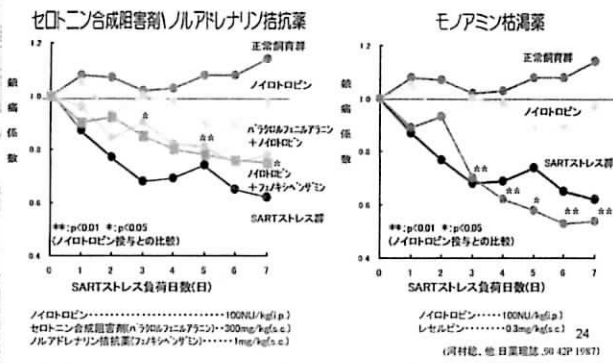


痛覚過敏の改善作用

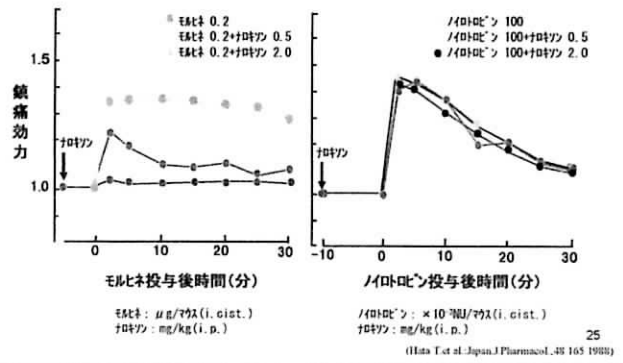
(反復寒冷ストレスマウス)



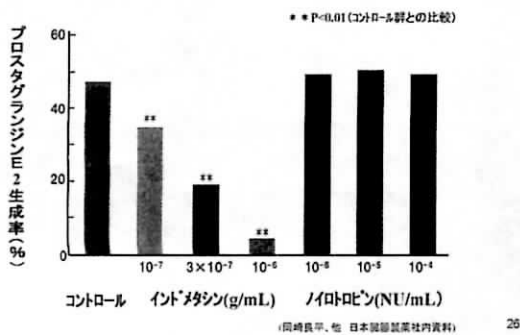
ノイロロピンの痛覚改善作用に対する拮抗試験



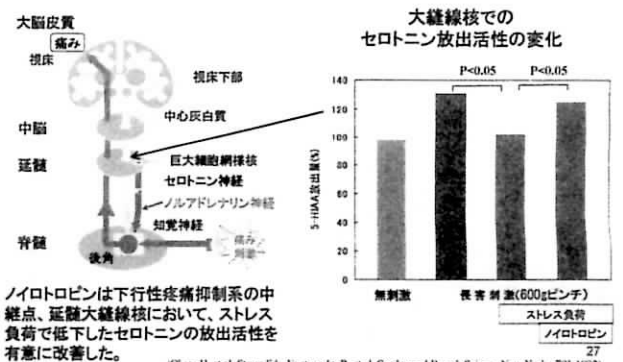
ナロキソンが及ぼす影響(マウス)



プロスタグランジンの生合成に及ぼす影響 (in vitro)



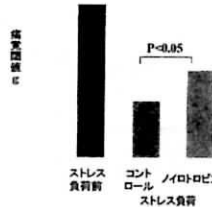
下行性抑制系に対する作用



下行性抑制系に対する作用

痛みの伝導路と下行性疼痛抑制系

大脳線核の電気刺激による鎮痛作用



ノイロロピンはストレス負荷によって低下した。下行性疼痛抑制系の機能を有意に改善した。

大脳線核の電気刺激(25Hz, 30秒)後の疼痛強度を測定(4~8日の平均)

(Ohira H. et al. Stress Eids Kvamtnsky, R. et al. Gordon and Branch Science, New York p791, 1992)

28

疼痛刺激実験 (ヒト) 温熱刺激法

- 方法
52°Cの刺激を、0.7秒間、刺激の時間間隔を変えて、20回手に加える
- 評価方法
0から100(耐えられない痛み)で判定

29

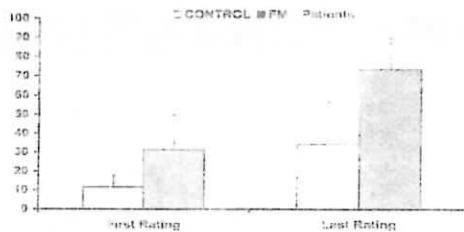


Figure 2. Windup of second pain in 10 female patients with FM and healthy controls, using repetitive heat stimuli of 52°C to the hand. Contact time of each stimulus was 0.7 s and ISI was 2 s. The rating of only the first and last stimulus in $n = 20$ of each series is shown. Pain intensity of test stimuli was rated on a verbal rating scale of 0-100 (see definition legend to Figure 1). From Vreck, et al. J Neurophysiol 1997;78:992-1001

The Journal of Rheumatology 2005, Volume 32 Supplement 75

30

疼痛刺激実験 (ヒト) 圧負荷試験

- 方法
前腕の筋に、一定の圧の刺激(タッピング)を時間間隔を変えて、15回繰り返す
- 評価方法
0から100(耐えられない痛み)で評価

31

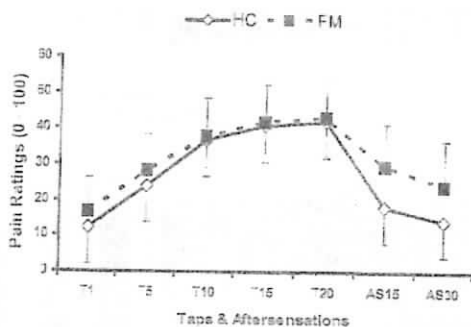


Figure 3. The decay of pain after windup is slower in FM patients compared to healthy control subjects (HC) even when the stimulus temperature is adjusted for the 2 groups to produce the same magnitude of windup. After-sensations at 15 and 30 seconds after the stimulus are plotted for FM (■) and control subjects (○). The shaded area represents pain threshold of the verbal pain rating scale (0-100) used for this study. Based on data from Stand, et al. Pain 2002; 99: 519-22

32

ニューロパシックペインの定義と特徴

定義: 神経系の一次的な障害や機能障害により始まるか、もしくはそれを原因として起こる痛み

特徴:

1. 組織損傷は治癒し、進行性の病変はないのに痛みがある
2. 灼熱痛であったり、突発的な電撃痛や刺すような痛みである
3. 極めて不快な感覚 (知覚不全: dysethesia)
4. 侵害刺激でない刺激によっても痛みが生じる (アロディニア: Allodynia)
5. 刺激の繰り返いで、痛みの増加が認められる
6. 刺激消失後も痛みが持続する
7. 外傷後や時間が経過したところで痛みが生じる
8. 感覚が消失した部位に痛みを訴える

発症に関係している事象

線維筋痛症の発症に影響していると考えられる事象

新生児期の疼痛	Neonatal pain
小児期の病気	Childhood illness
幼児虐待	Child abuse
十代における困難	Teenage turmoil
多数回にわたる手術	Multiple operations
片頭痛	Migraine
子宮内膜症	Endometriosis
鬱的状态	Depression
過敏性腸症候群	Irritable bowel syndrome
度重なる外傷	Repeated injuries
心的外傷後ストレス障害	PTSD: post-traumatic stress disorder
急性外傷	Acute injury
全身性の炎症性疾患	Systemic inflammation

34

FM患者のストレス

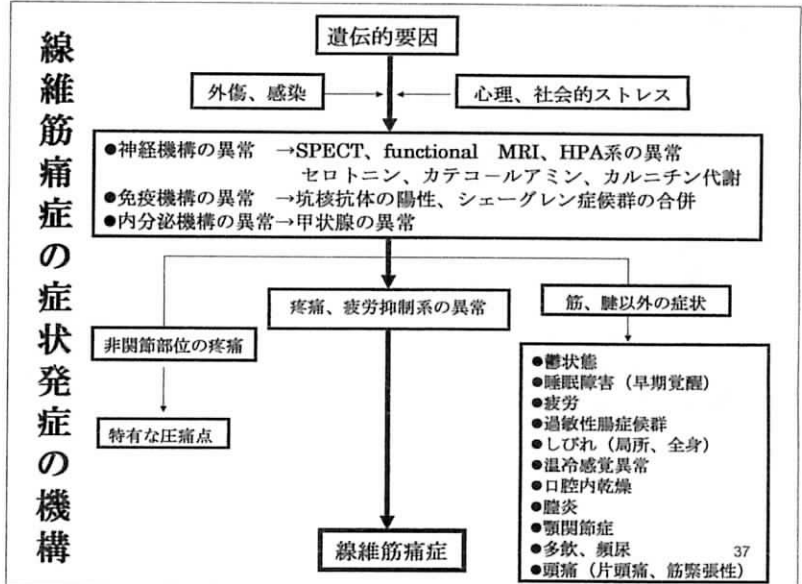
2				
3	F	57	FM/CFS	感染(感冒様)
6				
7	F	49	FM	甲状腺機能低下症
8	F	48	FM	なし
9	M	55	FM	消化器疾患
10				
12	F	42	FM/CFS	子供の病気
13	F	51	FM/SIS	花粉症
14	M	37	FM	離婚
15				
17				
18				
19	F	18	FM	感染(肺炎)
21				
23				
24				

35

線維筋痛症(一次性)の誘因(19/25例)

原因	例数 (%)
手術などの疾患	9 (47%)
感染症	2 (11%)
家庭、職場でのストレス	8 (42%)

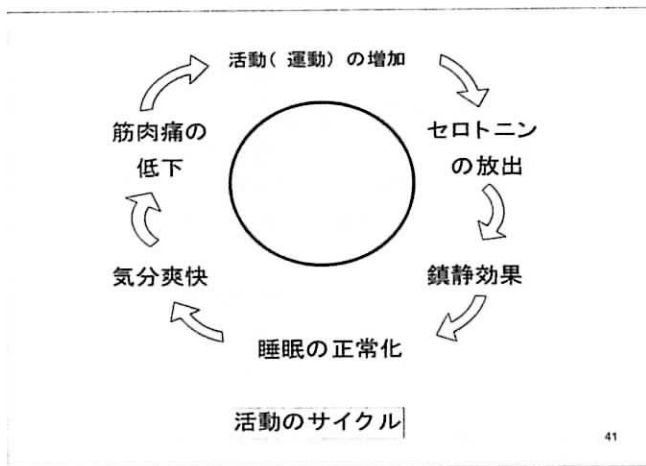
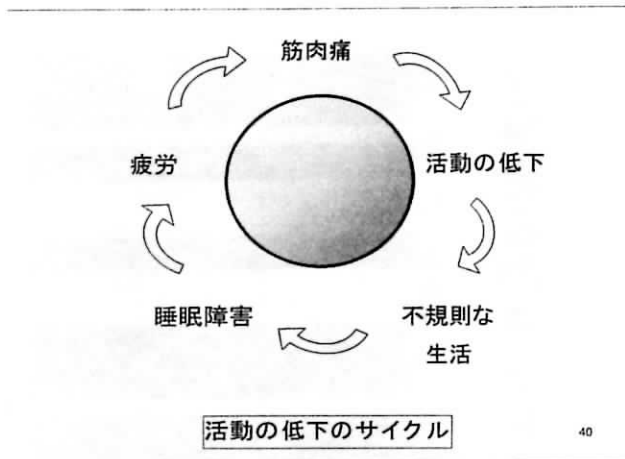
36



治療

- 治療の方法論**
- ・ 下行性疼痛抑制(セロトニン): SSRI,SNRI, ノイロトロピン,トラマドールなど
 - ・ 関連痛: トリガーポイントへの注射,神経節ブロック, テニスボール運動
 - ・ ゲートコントロール理論: 運動(週2回程度),TENS
 - ・ 温度差(寒冷)の影響: moist hot(入浴,ホットパック)
 - ・ アシルカルテニンの低値: 補充療法
 - ・ 睡眠障害/気分障害: 眠剤/向精神薬
- 38





薬物療法

線維筋痛症に対する薬物の効果	薬物の種類	症状			
		疼痛	睡眠障害	疲労	気分
	三環系抗うつ剤	+	+	+	-
	SSRI	±	±	±	+
	SNRI	±	-	±	±
	MAO阻害剤	±	±	±	±
	NSAID	-	-	-	-
	抗痙攣剤	+	+	+	
	安定剤/睡眠剤	-	+	-	
	筋弛緩剤	+	+		
	オピオイド	+			
	ノイロトロピン	+			
	エルカルチン	±	-	+	-

42

運動療法

運動浴のCFS、FMSに対する効果

症例	年齢	性別	診断	BI	厚生省値	結果
1	36	F	FMS/CFS	90/100	67.7/94.8	中止、外治後に改善、ADLは自立
2	72	F	CFS	100/100	85/90(歩行障害)	運動後に疲労強い
3	47	F	CFS	100/100	85/85(歩行障害)	運動後に疲労強い
4	56	F	CFS	100/100	98/100	パートナーの理解もありADLは自立
5	68	F	FMS/RA	94	62	中止(疲労)
6	50	F	FMS/RA	100/100	85/85	変化なし

(今野1993)

■運動浴は、週2回、30分、4週間行い判定

■温度に対する感受性が高いケースは導入困難

43

筋・筋膜性疼痛症候群(MPS)の特徴と対処方法

FMSとMPSの相違

- FMSでは可動域の制限やトリガーポイントによる特定の筋肉の疲労は起きない
- 硬い筋肉の硬結や盛り上がり、索状の帯はMPSの特徴
- 全身の疼痛に対するアロディニアはMPSには存在しない
- FMSとMPSには睡眠障害が起きるが、その機序は異なる

44

総論
FMSは慢性疼痛疾患

停止
FMSは慢性疼痛疾患

RPP
FMSは慢性疼痛疾患

TP
FMSは慢性疼痛疾患

MFS
FMSは慢性疼痛疾患

PSS
FMSは慢性疼痛疾患

ICP
FMSは慢性疼痛疾患

最新の生体力学
FMSは慢性疼痛疾患

臨床上の注意
FMSは慢性疼痛疾患

足指
 足の指

厚さ
 厚さが増す

PPP
 骨の骨質減少、骨の硬化

TP
 足の指の関節炎

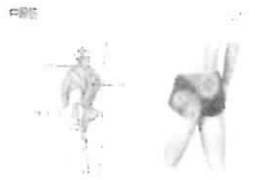
MFS
 足の指の関節炎

PBS
 足の指の関節炎


HEP
 足の指の関節炎


関節の生体力学
 足の指の関節炎


臨床上の注意
 足の指の関節炎



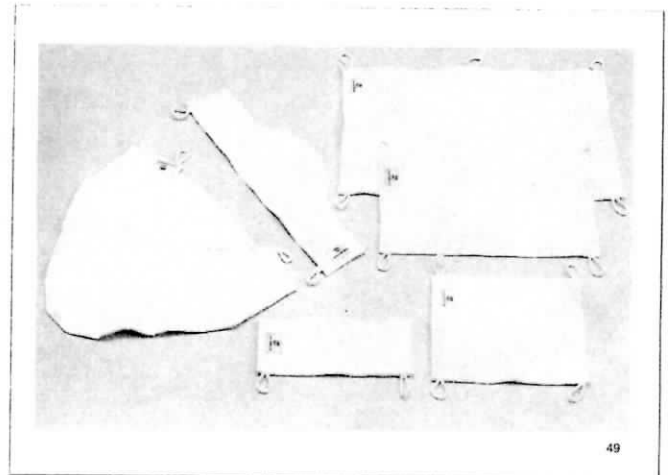
46

トリガーポイント治療


関節ストレッチ


作業療法プログラム


47



今後の展望

- ・ FMSの社会的認知
- ・ FMS 患者への地域的援助体制の確立
- ・ サポートチームの確立
 (リウマチ科医師、整形外科医師、神経科医師、理学療法士、作業療法士、ヘルパー、保健師など)
- ・ 疼痛惹起物質の分子レベルでの解明

'06.10.21 東京きりあんでの勉強会・懇親会に参加して

DATE '06.11.18.

晴天に恵まれたこの日遠くは九州から、北からは私も、又当日を迎えてからの体調に合わせて是非と参加された方等、40名を越えるお仲間や家族の活躍の熱気と共に会場は一杯でした。とても貴重な勉強と多くの方達からのアドバイスを頂いた。同じ思いと共有できると、6月の支部総会・懇親会に北海道旅行中に参加された愛子の母様さんとも再会しました。元気にこの場で皆さんと交流できた事に感謝し、充実した素晴らしい時間を頂きました。

浦野先生の講演では丁寧な資料が準備され、スライドを使いながらのテンポ良く分かり易い語り口に、会場のおちこちから頷いたり同意の声や笑いが聞かれて、真剣ながらも和やかな、FMS患者に何故身体障害が起きるのかというテーマで「脊椎関節炎」について勉強させて頂きました。診断できるDrがまだ少数という点ではFMSに負けたいのですが画像検査等で診断可能であるという点では、病実態が明確になり患者には嬉しい限りです。どんな症状なのか、FMSとの関連は？と具体的な説明が進み、日常生活の注意点や所持の持ち方、リハビリ運動の重要性、代替治療について等々、親身な立場でお話くださいました。休憩時間を挟んで数々の質問にもお答えくださり、私自身「もしかして…」と思える内容でしたので直に先生のお話を聴かされた事は幸いです。同じ思いの方も多かったようです。

懇親会では良くお話しの方達の体験が語られました。「有酸素運動やストレッチ、プールでの歩行浴、筋力を付ける為の意志と努力が必要であり有効である。そして継続が大切」との心強いお話しです。これらの体験談は花浦野先生のお話とも重なる内容ですので、毎日の心掛けが大切なのですね。疲労が強過ぎる程だと、逆効果だそうです。念のため。

又、医師であり患者でもある方のお話からは、ご自身の苦悩や体験を通して、前向きに生きる姿勢が大切との深い思いが伝わりました。アロマセラピーやハーブに関しての体験談や意見を求められた方に応えて、お話しも簡単に日頃試みたり、ハーブ茶についての先生との診療室での置き取り折折に頂くアドバイス等を、先生への感謝を込めて述べさせて頂きました。

又、山田理事より、一緒に活動に参加して貰える方を募る呼びかけがありました。会員数の増加で会も大きく成長している今、現在の役員さんやサポートして下さる方達だけでは限界が来てしまっています。頑張り過ぎは禁物私達ですので、日々種々の企画を考えたり実行に移す為の準備や検討、外での活動、会報の発行等、本当に多種多様な内容で仲間の為に会を運営してくださっている本部の皆様のご苦労が感じられ、お体を気遣いながら協力者が一人でも増えてくださるようお願いしました。

会を締めくくって橋本理事長からの「寝たきりに近い状態から今こうして居られる。この儘で終わりにくいと辛くても自分で工夫してリハビリを続け下から心には優しく、体は甘やかさずです」とのお話に、皆さん納得の表情でした。

線維筋痛症と脊椎関節炎

線維筋痛症友の会

2006年10月21日

きゅりあん

品川区立総合区民会館

篠ノ井総合病院

リウマチ膠原病センター

浦野房三

線維筋痛症

- 線維筋痛症とは身体の広範囲に強い痛みを起し、特徴的な18ヶ所の圧痛点を有する原因不明の疾患
- 通常の検査をしてもほとんど異常がなく、最近まで自律神経失調症、あるいは更年期障害とされることが多く、医療機関では充分に対応されることが少なかった
- ほとんどの患者は関節リウマチなどを心配して受診することが多い
- 最近では整形外科、リウマチ科および心療内科の医師の間で関心ももたれ、少しずつ国内に浸透している
- 欧米では一般にも知られているが、実際には診断と治療に熱心でない医師も多いという

線維筋痛症に関する歴史

- トーマス・サイデンハム
1681年に結合織炎に関する記述をした
- ウィリアム・ゴッワース
1904年ペンシルベニア大学 結合織炎の論文
- アメリカ・リウマチ学会
1990年分類基準を発表。
以後欧米での研究発表が増加
- 諸富
1972年結合織炎の記述。神中整形外科

病因

- 原因不明の疼痛といわれる
- HPA-axis 視床下部⇒下垂体⇒副腎系
神経・内分泌・免疫系の不調か？
- セロトニン代謝の異常（SSRIなどが奏功する。抗セロトニン抗体など）
- 疼痛部位などの病理所見は廃用性の変化など二次性の変化のみ

各種の引き金と頻度

- 外傷、手術、全身性炎症疾患、PTSD、不安、虐待、睡眠障害など多岐にわたる引き金
- 欧米のリウマチ科ではありふれた病気と言われ、リウマチ科外来診療では20～30%を占めるといわれている。
- 有病率 米国の調査では、女性で3.4%、男性は0.5%、人口の2%（フレデリック・ウォルフエ）
- 我が国の厚労省疫学調査班の報告では1.7%。

4

症 状

- 1 筋骨格症状
- 2 筋骨格外症状

5

1 筋骨格症状

- 基本的に四肢、体幹の疼痛の訴えがみられる
- 首から肩にかけての痛みやしびれ
- 胸部痛、時に腰痛、外陰部痛
- 腰背部の疼痛やこわばり感
- 上肢の痛みやしびれ
- 臀部から太ももの痛みと張り感
- 膝から下腿の痛みやしびれ
- 全身のこわばり感、四肢のだるさ、冷感、レイノー現象、関節痛、自覚的な関節腫脹などのリウマチ症状
- 疼痛箇所が移動したり、気候や時間的推移によって疼痛レベルが
- 変化することが多い

6

2 筋骨格外症状

四肢体幹の疼痛以外にも多彩な症状

- 下痢、便秘など消化器症状
- 頭痛、疲労感、頻尿、月経困難、生理不順などの身体症状（内科・泌尿器科・婦人科）
- 不眠、悪夢、焦燥感、不安感、憂鬱感など（精神的症状）
- 眼球や口腔の乾燥感、口内炎など（膠原病様症状）

7

診断について

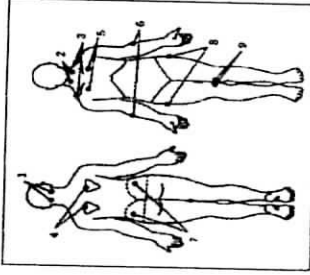
1990年アメリカリウマチ学会
分類基準

1、広範囲疼痛の定義

左半身、右半身、上半身、下半身、体軸のすべてに疼痛がある

2、特徴的な圧痛点

18個のうち11ヶ所以上に指圧による疼痛を感じる
押す力は約4kg。親指の爪がやや白くなる程度。
他に病気があっても繊維筋症の診断は除外されない



8

治療

- ・薬物療法
- ・リハビリテーション
- ・心理療法
- ・代替療法

受容的態度

一患者さんに対して受容的、かつ共感的に接することである

9

薬物療法

NSAID、鎮静薬

抗うつ剤

スルピリド(ドグマチール)

三環系抗うつ剤

アミトリプタイン(トリプタノール)

SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害剤)

フルボキサミン(ルボックス、デプロメール)、

パロキセチン(パキシル)、

フルオキセチン(フロザック)

SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤)

ミルナシプラン(トレドミン)、ベンラファキシン

下行性疼痛抑制系

ノイロトロピン 注射、内服(6~8錠)

筋弛緩剤

非麻薬性鎮痛剤(オピオイド)ベンタゾシン、トラマドール(トラマール)

10

リハビリテーション 代替治療

- ・ウォーキング、体操、水泳、エアロビクス、ヨガ、太極拳
- ・自分で積極的に運動療法を進めることにより、症状が改善する例が多い
- ・代替治療：鍼灸、指圧、マッサージ、カイロプラクティック、アロマテラピー、音楽療法 その他

11

心理療法など

認知行動療法

ブラッドリー LA

欧米では盛んに行われている。
わが国では実用化されている施設は少ない
線維筋痛症を知っている医師が取り組むのがよいといわれる
仕事を含めて1日の過ごし方を振り返ってみる
イライラや不安など心理的な葛藤が痛みの増強につながる

人間関係の配慮

職場、友人などの人間関係
家庭内のトラブル(夫婦、親子、兄弟姉妹)
医療関係者との連携感

12

予後

- 線維筋痛症は生命にかかわる病気ではなく、身体障害者になることもない良性の疾患である。
フィッツチャールズ MA
70例を3年間経過観察した。33例(47%)が中等度から顕著に改善していた。
残りの53%は“やや改善、変わらない、もしくは悪化”していた。
- 発病から数年後には疼痛のレベルは同等もしくは増強していても、ADLには大きな支障がない。
- ADL(日常生活動作)の障害はないが、QOL(生活の質)が著しく障害される
- では身体障害はなぜ起こるのか？

13

線維筋痛症を合併しやすい疾患

- リュウマチ性疾患
関節リュウマチ、全身性エリテマトーデス、
シエーグレン症候群など膠原病
脊椎関節炎など
整形外科的疾患
脊椎疾患、外傷
手術後
腹部外科、婦人科、脊椎外科、人工関節手術
内科的疾患
糖尿病、甲状腺疾患、C型肝炎

14

脊椎関節炎 spondylarthritis

15

血清反応陰性脊椎関節炎 seronegative spondylarthritis (SNSA)

- フイツチャールス MA
年間321例の患者のうち35例が線維筋痛症と診断された。そのうち11例はSNSAと判明した。
Am J Med 1997 Jul;103(1):p44-50
- カーン MA
強直性脊椎炎が線維筋痛症と誤診されていることがある。
Ankylosing spondylitis the fact, New York,
Oxford University Press, 2002 p13-17

16

アメリカ脊椎炎協会のサイトから Spondylitis Association of America

USpA
未分化型
脊椎関節
炎の説明

うつ状態
あるいは
線維筋痛症
とされている

17

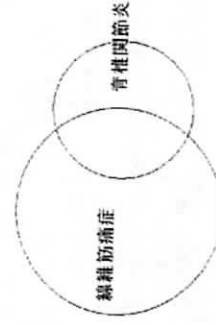
第16回日本脊椎関節炎研究会

会期：平成18年9月9日(土)
会場：奈良県文化会館 小ホール
奈良県奈良市身土町1-6-2
大会場：八田大(聖徳太子国際会議場 総合棟)
特別講演 「ES 細胞研究の現状と展望」
東京大学大学院医学部 内科学系 内科学講座 内科学第二講座 教授 藤野 浩之
委員講演 「日常臨床の中で見られる SNSA」
シンポジウム
「SNSA (seronegative spondylarthritis) を
めぐっての話題」
一般演説

主催：日本脊椎関節炎研究会

18

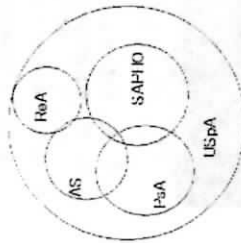
線維筋痛症と脊椎関節炎の患者集団 の分布予想図



19

脊椎関節炎の疾患別分布

AS:強直性脊椎炎
 ReA:反応性関節炎
 PsA:乾癬性関節炎
 SAPHO:痤瘡性、掌
 蹠膿疱症性骨関
 節炎
 USpA:未分化型脊
 椎関節炎



20

症 状

- 項背部痛、腰痛、殿部痛、胸部痛など四肢体幹の疼痛
- 局所では股関節、膝関節、踵部痛、肩関節、肘関節、手部の疼痛、および腫脹
- ソーセージ様指、足指の腫脹
- 同一姿勢で疼痛が増強
- 運動により改善
- 一日の中でも疼痛の変動が著しい

22

- 多発性付着節炎あるいは胸肋鎖骨異骨骨化症など、脊椎関節炎の症例が二次性線維筋構造症の症状を呈している。行岡正雄、七川敏次、リウマチ科セミナーXIV/2003
- 強直性脊椎炎(AS)のアジア人(中国人)の有病率(0.26%)は白人とほぼ同等。WHOの調査
- 脊椎関節炎全体では関節リウマチと同程度の有病率と認識している委員が多い。日本脊椎関節炎研究会
- 脊椎関節炎の有病率。女性と男性は同等 (アラスカの調査 Georgiana S. J Rheumatol, 1994)
- 多発性付着節炎に注意。(腸骨、胸肋関節、アキレス腱炎、足底腱膜炎など)
- 仙腸関節炎をX線所見およびCT所見で見極める。仙腸関節炎が明確な症例は強直性脊椎炎としてよい。明確でないものは脊椎関節炎(未分化型脊椎関節炎)
- 日本では竹の節状像(bamboo spine)がない症例が圧倒的に多い。

21

手指の腫脹



23

アキレス腱部の腫脹



26

脊椎関節炎の診察

- 四肢の関節の触診。関節腫脹、発赤、熱感などの関節炎の徴候の有無。関節の可動域制限の有無。
- 炎症のある靱帯の骨への付着している部位、付着部を診察する。多発性付着部炎を確認すれば診断は容易。
- 仙腸関節の診察。炎症による痛みを誘発するため、種々の手技で骨盤に負荷をかける。(両側から腸骨への圧迫:エリクセンテスト)
- ショーバーテスト

25

脊椎関節炎の診断

- Amorの診断基準
- Modified New York診断基準
- ヨーロッパ分類基準 (ESSG)
- どれを使用してもおおむね診断は可能であるが、ESSGによりほとんど診断は可能。
- 画像診断と検査に頼らず、病歴聴取と理学所見が大切。
- 大切なことは脊椎関節炎を疑うことである。
- 広範囲疼痛患者の場合、レントゲン写真は疼痛箇所のみでなく、脊椎も撮影。

26

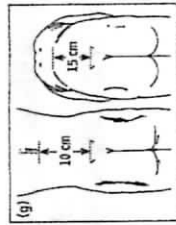
ヨーロッパ分類基準 (ESSG)

- I 炎症性脊椎炎 脊椎痛あるいはその既往があり、以下のうち少なくとも4項目を満たすこと
 - ①発症が45歳未満 ②発症が潜行性 ③運動による改善 ④期のこわばり
 - ⑤3ヶ月以上の連続
 - II 非対称性あるいは主に下肢を侵す関節炎
 - 1から7まで
 - 1、家族歴 二親等以内の家族に以下のいずれかを認める
 - ①強直性脊椎炎②乾癬③急性ぶどう膜炎④反応性関節炎⑤炎症性腸疾患
 - 2、乾癬 医師に診断された乾癬あるいはその既往
 - 3、炎症性腸疾患 X線・内視鏡にて確認されたクローン病/潰瘍性大腸炎、あるいはその既往
 - 4、尿道炎、子宮頸管炎、または急性の下痢 関節炎発症1ヶ月以内に起きた非淋菌性の尿道炎/子宮頸管炎、下痢症状
 - 5、左右交互の殿部痛 左右の臀部に出現する疼痛
 - 6、前帯症 アキレス腱か足底腱膜の付着部位の自発痛または圧痛、あるいはその既往
 - 7、仙腸関節炎 両側2度以上か片側3度以上のX線所見を呈するもの
- あるいはIIがあり、1から7までのうち少なくとも1項目を満たす場合に脊椎関節炎に分類する

27

Schober test (ショーパーテスト)

- 前屈測定検査
- 腰椎棘突起上にヤコブ線から上方10cmに印をつける。
- 最大前屈してその長さを測定する。
- 伸びた距離が5cm未満を陽性とする。

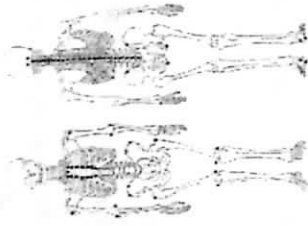


Khan MA, the Facts
Ankylosing Spondylitis

28

多発性付着部炎

- MEI: Mander enthesitis index
付着点を考慮して作成されている。
- 圧痛のレベルを4段階にわけて、計算している。
圧痛がない=0、軽い圧痛がある=1、圧痛がある=2、強い圧痛(痛い表情をする、痛みが強存する)=3
- 最大値は90ポイント
簡便法として、MASESを利用調査部位は13ヶ所でMEIと相関がある

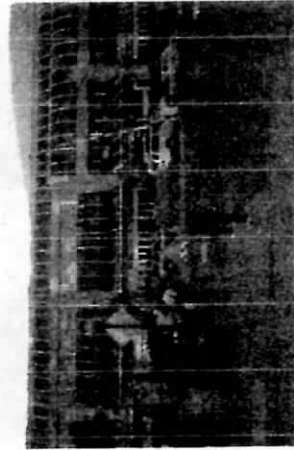


Michéle Mander, et al
Annals of the Rheumatic Diseases
1997

29

アメリカリウマチ学会

2005年11月12日-16日 サンディエゴ



30

多発性付着部炎の調査

2005年米国リウマチ学会の演題から



31

画像診断

- レントゲンで早期に異常が認められるのは仙腸関節である。
- 初期から、骨の辺縁が不整、骨硬化像、時に囊胞状の陰影。
- 単純レントゲン写真でよくわからない時には、CTスキャンを追加すると初期の変化がわかる。
- 初期変化を見つけるにはかなりの経験を要する。
- レントゲン写真上、病状の進行とともに次第に仙腸関節の関節裂隙が見えにくくなり、最終的には骨性の強直に至る場合もある。
- その他、肩の靭帯、足根部の関節炎、アキレス腱などの靭帯付着部の炎症をMRIで確認する。
- 超音波検査(エコー)でアキレス腱の炎症が確認されることもある。

32

仙腸関節炎 X線 CT像



39歳 女性 仙腸関節炎がみられる

33

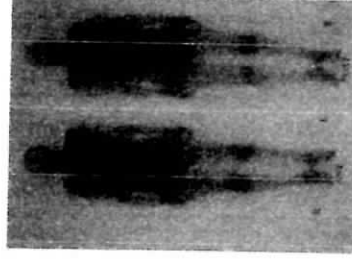
胸鎖関節炎 X線写真 MRI



40代女性 胸部痛、背骨痛

34

脊椎関節炎 骨シンチグラム



Gaシンチ
両肩関節、両手関節、下位腰
椎に集積が増加している

70代 男性

前面 後面

35

MRI足根関節 STIR



60代女性

全身広範囲痛

36

各種の検査

- 超音波エコー検査 アキレス腱、膝蓋靭帯などに低エコー領域、血流増加などが確認される。
- 赤沈、CRPの亢進、増加がない症例も相当数存在する。
- MMP-3が異常高値を示す例が多い。(但し、常にとは限らない。)
- 補体(免疫反応を遂行する物質)が増加する例もある。

37

HLA抗原について

- 欧米では、従来ASにはHLA-B 27が多いといわれていた。
- 国内ではHLA-B 27は非常に頻度が低く、当科のSNSAの調査では253例中1例確認されたのみ。
- 一方、HLA-B35、B51、B61などは頻繁にみられる。

38

脊椎関節炎の治療の目的

- 脊椎やその他の関節が強直することがあるといわれているが、そのような重症患者は日本では1割以下と考えられる。
- 強直や変形を予防する体操は付着部炎を和らげるためにも行ったほうがよい。
- 筋力低下をきたさないためにも大切。
- 薬物療法と理学療法を併用しながら、疼痛のコントロールをめざす。

39

治療

- 薬物療法、リハビリテーション、そして、日常生活上の指導の3者がある。
- 治療の目的は本来、ADL(日常生活動作)の障害を防ぐため、脊柱などの変形予防に主眼が置かれていたが高度の疼痛のため、QOL(生活の質)が極めて悪い症例が存在する。
- 疼痛コントロールに主眼をおいた治療がまず勧められる。

4c

リハビリテーション・日常生活の注意

- ストレッチ体操を主とした、体幹を伸展させる体操。椎間板ヘルニアとは逆の方向
- 急激な動き、同一姿勢をさける。
- 日常の酷使をさける。
- 柔道、重量挙げは禁止。
- 水泳、バレーボールは可。

41

薬物療法

- 第1段階 抗炎症薬・鎮痛剤
ボルタレン、インダシメチン、インドメタシリン、ロキソニンなど。症例の相当数はこの段階で疼痛がコントロールされる。
- 第2段階 ステロイド剤
高度の疼痛症状は通常の抗炎症剤では改善しない。急性症状にはステロイド剤の点滴、あるいは、静脈注射。一般的にはプレドニゾロンの内服。3mg/日程度から時には15mg/日以上。関節腫脹あるいは水腫が著しい場合は、関節内注入。
- 第3段階 免疫調節剤
抗リウマチ薬のアザルフィジンEN
効果が出るまでには2～3ヶ月かかる場合が多く、有効率は60から70%程度。欧米では最大3000mgまで投与

42

第4段階 免疫抑制剤

免疫抑制剤のメントレキセートが投与される。

第5段階 TNF阻害薬(生物学的製剤)

レミケード、エンブレレル。
投与されている施設は非常に少ない。
脊椎関節炎に対する有効率は60%程度。
(注:関節リウマチには90%程度の効果があるが)
この薬剤は第四段階までの治療で効果が得られない症例に投与される。薬剤の価格が高額。

関節リウマチの治療に似ているが、金製剤、メタルカプターゼ、リマチルは通常使用されない。

43

生物学的製剤投与患者・調査背景

脊椎関節炎症例 16 例
(のべ19例)

男性	4 例
女性	12 例
平均年齢	54 歳
平均罹病期間	12.9年
レミケード	11 例
エンブレル	8 例
移行した症例	3 例

44

投与状況

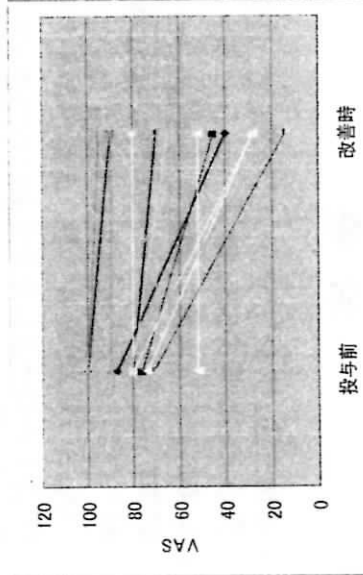
- 1) NSAID、少量ブレドニゾロン、アザルフィジンEN、メソトレキセートなどで十分にコントロールできなかった症例に対して生物学的製剤を投与した。
- 2) レミケード、エンブレルともに関節リウマチに準じて施行。
- 3) 投与期間は最長4週、最長1年10ヶ月、平均 7ヶ月

評価方法

- | | |
|-----------|-----|
| 1) 自覚症状 | 全例 |
| 2) VAS | 13例 |
| 3) BASDAI | 2例 |

45

レミケード・エンブレル投与前と改善時のVAS変化



46

症例 57歳 女性

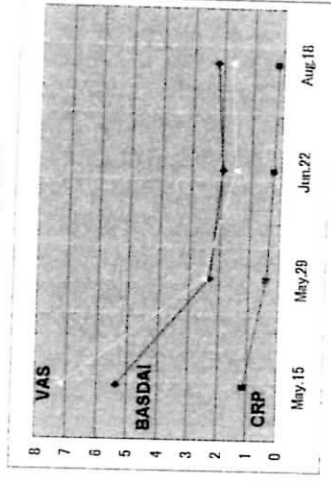
主訴: 背骨痛
既往歴: 特記すべきことなし
家族歴: 長男が脊椎関節炎
経過: 1985年3月右胸部痛が出現。
1986年雪かきのあと腰痛が出現。
1986年9月誘因なく右臀部痛が出現。以後腰痛が続き月1回程度の通院をおこなっていた。
同年12月、両手掌に掌蹠膿疱症が出現したが、数週間で消失。以後、掌蹠膿疱症・骨関節炎として加療を行った。
1990年9月椎体の生検を施行、脊椎カリエスなどの所見はなく、慢性炎症像が認められた。
その後腰痛が高度な時期もあったが、入院加療を行うことはなかった。
1991年2月軟性コルセット装着

47

1992年3月アザルファイジンENの投与を開始。
 1998年2月アプレームコルセット装着。
 2002年10月腰部痛が増強し、ブレドニゾロンの投与を開始した。
 第11/12胸椎椎間板の進行がみられた。
 12月リウマチレックスの投与を開始した。
 2005年10月腰部の疼痛が増強し、疼痛のため歩行が極めて制限された。
 2006年5月15日からエンブレルの投与を開始した。
 投与開始後、腰部のこわばり感は軽減し、歩行能力も改善。CRPなども改善した。

43

エンブレル投与後のVAS、BASDAI、CRPの変化



症例 57歳 主婦

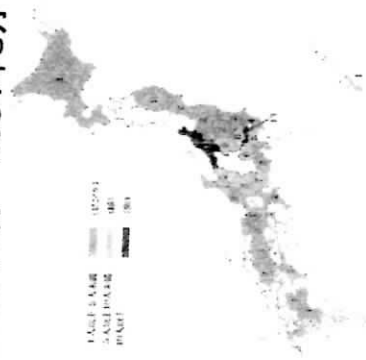
44

脊椎関節炎の予後

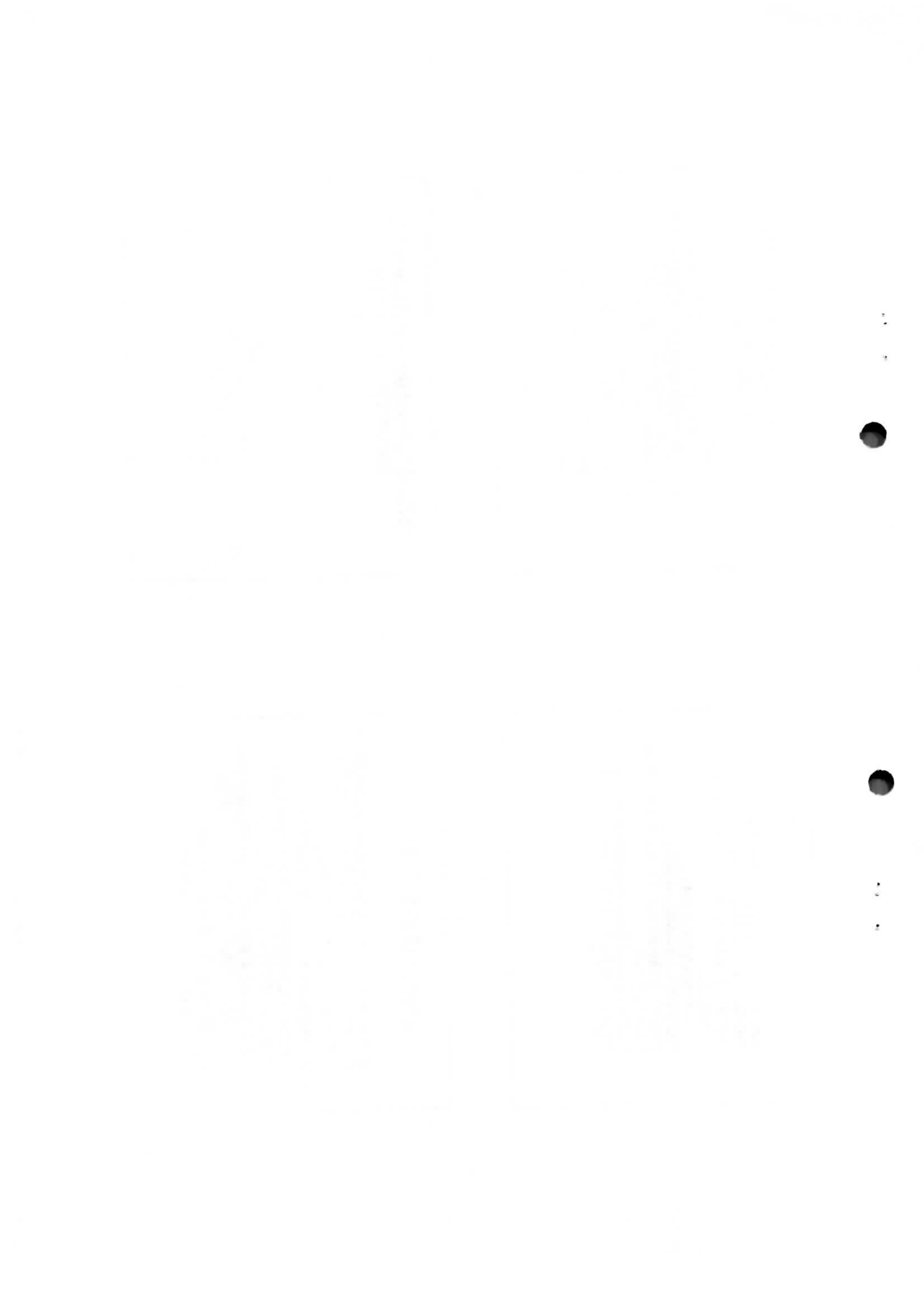
- 70~80%は非常に辛い状態からは脱することが可能。しかし、20%程度は薬剤効果が充分ではない。
- 発病してから1~2年は改善が早い。
- 軽症者は体操・スポーツだけでも改善する。
- 脊椎あるいは足根部関節が強直する症例は数パーセント以下。女性症例では強直が少ない。
- 付着部炎による障害が高度で、身体障害者の手帳を交付することがある。当科では年間10例程度。
- 希に疼痛性ショックで気を失う例もある。
- 松葉杖、車椅子、電動草椅子使用者約10例

50

当科を受診した脊椎関節炎患者の国内分布 2000年7月 - 2004年8月



51



まとめ

- 広範囲疼痛はまだ一般には認識されていない問題が多い。
- 線維筋痛症(非器質的疼痛)の診断がされても脊椎関節炎(器質的疾患)の存在が気づかれないと治療が不充分となり、患者さんは医療難民となって病院を探し回ることになる。
- 脊椎関節炎を理解している医師が徐々に増加しているが、まだ、不十分である。
- 一日も早くこの状況が改善されることを望む。

夕刊 Eye



線維筋痛症の重症度分類
(厚生労働省研究班まとめ)

重症度	状態
I	診断基準18カ所のうち11カ所以上で痛みがあるが、日常生活は可能
II	手足の指などに痛みが広がり、不眠・不安感・うつ状態が続く
III	つめや髪への刺激、温度・湿度変化でも激しい痛みが全身に広がる
IV	痛みで体を自力で動かせず、ほとんど寝たきり状態になる
V	激しい痛みに加え、直腸の障害、口の腐き、尿路感染症なども

軽症 ← 重症

「飛び上がるほどの痛みで向もできず、寝たきり状態になってしまつ患者も少なくない」。こう語るのは、研究班の班長を務める聖マリアンナ医科大学の西岡久寿樹・難病治療研究センター長。患者がたどる典型例は次のパターンだという。ある日突然、体の一部に痛みを感じる。張り薬などを使つても痛みが取れない。整形外科などで、血液検査や磁気共鳴画像装置(MRI)検査、筋電図検査をしても異常は見つからない。診断に納得いかず別の診療科を訪れるが、悪いところはわからず「心に原因があるかも」と精神科や心療内科を勧められる。西岡センター長によると「患者数は関節リウマチの約三倍。複数の医療機関を渡り歩き、最後は体も心も疲れ果ててしま

「飛び上がるほどの痛みで向もできず、寝たきり状態になってしまつ患者も少なくない」。こう語るのは、研究班の班長を務める聖マリアンナ医科大学の西岡久寿樹・難病治療研究センター長。患者がたどる典型例は次のパターンだという。ある日突然、体の一部に痛みを感じる。張り薬などを使つても痛みが取れない。整形外科などで、血液検査や磁気共鳴画像装置(MRI)検査、筋電図検査をしても異常は見つからない。診断に納得いかず別の診療科を訪れるが、悪いところはわからず「心に原因があるかも」と精神科や心療内科を勧められる。西岡センター長によると「患者数は関節リウマチの約三倍。複数の医療機関を渡り歩き、最後は体も心も疲れ果ててしま

背中や首、肩、手足など体のあちこちに痛みが生じ、不眠にも悩まされる線維筋痛症。厚生労働省研究班の調べによると、この原因不明の痛みに国内で推定三百万人が悩まされているという。しかし、医師の間でも病気の存在がよやく浸透し始めた段階で、適切な診断・治療を受けれないケースも少なくない。

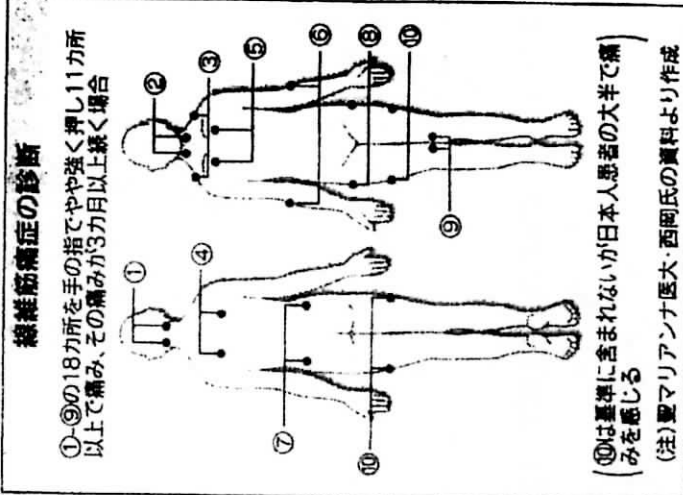
全身に痛み 不眠に悩む

線維筋痛症

「ケースが多い」。線維筋痛症は欧米で一九八〇年代に注目され始めた。九〇年に米リウマチ学会が、押すと痛みを感じる場所の数から判断する診断基準を作った。全身に痛みが三カ月以上続くケースで、十八カ所の基準点を指でやや強く押し、十一カ所以上で痛みを感じる場合は、線維筋痛症と診断する。この基準は日本でも取り入れ

低い認知度 病院巡りも

未解明だが、引き金は大きく分けて三つある。一つは外傷。むち打ち症や脊髄(せきずい)損



られている。患者は中高年に多く約八割が女性だが、十代で発症することも。関節のこわばり感や抑うつ気分、月経異常などを伴うことも多く、患者の約九割に睡眠障害が表れる。発症の詳しい仕組みは

偶、虫歯治療などで神経が傷つき、痛みを抑える神経の仕組みが一部壊れると考えられている。もう一つは心の問題。職場や家庭内の人間関係・トラウマなどが影響する。日本大学板橋病院の村上正人心療内科科長は「ある六十代女性は、つらい介護をして姑(じゅうとめ)をみとった後

ほとんど手伝わなかった夫の姉妹から文句を書かれたのをきっかけに発症した」と話す。さらに不眠やうつ病がきっかけになることもある。

治療は薬物療法が中心。炎症による痛みではないので消炎鎮痛剤はほとんど効かない。神経伝達の過程に作用する抗うつ剤や鎮痛剤筋弛緩(しんかん)剤、漢方薬などを患者に合わせて使うのが一般的だ。働き方など見直す生活指導も有効という。

痛みを我慢し続けて悪化してしまつと治療が難しくなる。西岡センター長は「国と努力し診断治療のガイドラインを早急に整備したい」と話す。近くに詳しい医師がいない場合、患者団体などに相談するのでもいいだろう。