

線維筋痛症友の会 会報

今年は桜も早い開花となりましたが、寒暖の差も大きく皆様体調維持にはくれぐれもお気をつけください。今期はいろいろなことがあり、線維筋痛症にとっては躍進の年になりそうです。皆様方の応援、ご尽力を心から感謝いたします。今後とも皆様のご意見を反映できるような会報作りを心がけますので、ご遠慮なくご意見をお寄せください。

3月22日国際シンポジウムが開催されました。

海外の研究者を含め、20の演題が発表され、大変有意義なものでした。

半数が英語での発表であるため、会報で報告するのは大変な作業が必要となりますが、夏号でご紹介できる予定です。専門的なお話で難しい点もありますが、世界の最前線ではどのような研究がなされているのか大変興味深いです。

4月上旬に線維筋痛症の本が発売されました。

「線維筋痛症とたたかう」が医歯薬出版株式会社より発売されました。日本では初めての線維筋痛症専門書です。皆様にぜひごらんいただくとともに、皆様の周囲の医療関係者、地域の図書館にも購入していただけるようリクエストしてください。また、新聞、雑誌などにも書評で取り上げられるよう投書してください。啓蒙活動の一環として、皆様のご協力をお願いします。

書店でお求めになれない場合は郵便局でお振込みいただければ発送いたします。(税込み 2520円)

口座番号:00280-6-76011 線維筋痛症友の会

4月17日第48回日本リウマチ学会総会が開かれました。

岡山での総会には、浦野先生、西岡先生が出席され、線維筋痛症について講演されました。詳しくは夏号以降の会報で詳しくレポートします。

TVでの放映が多くなりました。

今期はマスメディアで取り上げられることが多く、社会的に関心を持たれています。しかし啓蒙活動はまだまだ充分ではありません。皆様も地方局、地方新聞、雑誌などに投書してもっと取り上げてもらえるよう運動をお願いします。

病院リストを作成しています。

会報5号でお知らせしたリストに無い医療機関で、線維筋痛症を診ていただいている医療機関をご存知の方は、お手数でも事務局まで、病院名、診療科目、住所、電話番号、担当医師のお名前をお知らせください。

お知らせ

URL と事務局の E-mail アドレスを変更致しました。新しいアドレスは下記の通りです。

友の会の新 HP の URL: <http://www5d.biglobe.ne.jp/~Pain/>

事務局の新 E-mail アドレス: fibrojp@yahoo.co.jp

となります。パソコンをお持ちの方は、ブックマークやアドレス帳の変更をどうかよろしくお願い致します。

5月1日北海道支部を設立しました。

事務局は〒040-0014 函館市中島町10-9 坂本由美 です。北海道の方はぜひ活発に交流をさせていただきたいです。

また、他の都府県でもこのような動きがあれば事務局までお知らせください。

会員証をカードに変更しました。

これまでお持ちの会員証は不要になりますので処分してください。入会年月日が多少異なっている場合がありますが問題はなりません。今回送付されなかった方、重大な記入ミスがあった方は事務局までご連絡ください。

懇親会のお知らせ

8月7日(土曜日)に東京都内、品川区立総合区民会館「きゅりあん」JR 京浜東北線大井町駅丸井側

TEL: 03-5479-4100 にて2004年度、懇親会を開きますのでお知らせ致します。

会員様には、次回の会報にて再度お知らせ致します。

「きゅりあん HP」

<http://www.shinagawa-culture.or.jp/curian/>

「懇親会会場」

使用施設 6階大会議室です。参加ご希望の方は事務局までご連絡ください。

基本的に会員様のみの御参加可能としておりますが、当日会員登録をされて下さる方、御参加も可能ですので宜しくお願い致します。



2004年5月

9

目次

海外情報シリーズⅡ Nov.-2003	3 ページ
アメリカリウマチ学会抄録より 線維筋痛症情報 シリーズⅢOct - 2003	5 ページ
会員からの声 (第6回)	10 ページ
友の会データ	11 ページ
友の会ニュース	12 ページ

海外情報シリーズⅡ Nov.-2003

山田真理子訳

FMS関連英語情報を会の皆さんとシェアしたいと思い、できるだけ忠実に翻訳したつもりですが、参考としてのみご覧ください。もとより医業用語は素人ですから必ずしも正しいとはかぎりませんし、内容についても責任をとることはできません。「こんなん ありました」ぐらいのもので、見ていただければと思います。実際の治療等については必ず主治医にご相談ください。

FMSは今のところ原因不明で世界中の医学関係者が研究中であるということだけははっきりしています。しかし個体差はかなりあると考えられます。FM患者はみんなどうにかして症状を好転させようとしているのですから広く情報を交換することが大切と考えここに日本語訳を供します。

今回は 2003 年 10 月にアメリカで行われたリュウマチ学会の論文の中から特に興味ある一部を抄訳してみました。

「繊維筋痛症はうつ病ではない」しかし疼痛のつらさを強めている可能性がある

2003 年 10 月リュウマチ学会の論文抄訳

最新の研究によると、うつ病が線維筋痛症の原因とはならないということです。しかし、臨床的には抑うつ症が線維筋痛症の患者の疼痛の度合いを強める可能性はあります。

アメリカン・リュウマチ・カレッジの年次学会においてミシガン大学リサーチチームの Giesecke 博士により実態検証テクノロジーを駆使した線維筋痛症の研究の発表がされました。

現在でも線維筋痛症が病気であることを疑う人がいます。しかしこれまでも、線維筋痛症患者は実際に相当の痛みを感じていることはわかっていました。今度はこの症状はうつ病によってもたらされたものではないと検証することができます。どこかに異常があるにはあるのですが、それはうつ病とは直接は関係していません。

他の研究者も、線維筋痛症には疼痛が必ず伴うが、しかし、患者は理解が得られない状況の苦痛をも同時に経験をしていると述べています。

今まで患者には物理的・身体的に異常がほとんど検証できないという事実から、誤った見方が出てきたのです。気分的／精神的なものが主因であろうと考えることです。Giesecke 博士のグループは痛みへの刺激に対する脳の反応に着目し、うつのある線維筋痛症の人とうつのない線維筋痛症の患者の反応の違いを調べました。疼痛に関連する脳の部位の活性化については両者には違いは見られませんでした。「しかし、線維筋痛症の人とそうでない人の違いは大いにありました。」

脳内で痛みを見る

痛みに対する脳内の反応を見るために研究者はfMRI(機能的MRI)を使用しました。被験者は親指に中程度の圧力を受けると脳の痛みのセンターが“ライトアップ”されるのが画面上でみられるようになったものです。健康な人がほとんど感じないような親指への圧力が線維筋痛症の患者の脳内の痛みの中枢では大火の旋風をまき起こしています。

これで、線維筋痛症の痛みは実際に存在することが検証できます。しかし、研究者のなかにはまだこのような痛みに対する過敏な反応はうつ病のような精神的なプロセスの結果であると考えている人もいます。これをチェックするために Giesecke 博士は 30 人の線維筋痛症患者をうつの度合いにより順位をつけ、fMRIで親指の疼痛テストを行いました。

結果は、臨床的に抑うつ症と判断されている患者においても、疼痛テストに対する患者の脳内ペイン中枢の反応には何も関連性がないというものでした。

はっきりしたことは、うつ病を伴おうと、伴わずとも刺激に対する線維筋痛症患者の反応には変化が全くなかったのです。そして、もう一人の研究者の言では「抑うつ症状を伴う線維筋痛症の患者はより強い疼痛を訴えている」ということです。

うつ病と痛みの関連性

線維筋痛症の患者 30 人のうち 7 人は臨床的には抑うつ症状ももっているといわれています。彼らの痛みのペイン中枢は他の線維筋痛症患者と同じ反応をするのですが、抑うつ症がある場合、脳内でなにか付加的な反応も起こしていると思われます。

抑うつ症のある線維筋痛症患者においては痛みの感覚を直接感じる中枢の他に 2 箇所でも反応をおこしていることが検証されました。この脳の部分は前頭葉と扁桃体で、どちらも感情的反応に関する部分です。この部分は特に痛みの刺激には影響は与えないまでも、痛みを感ずる度合いを深める可能性はあります。

その理由は、前頭葉は人の雑多な感情的なものに関係する部位で、そこがあらゆる刺激をどう感じるか命令する場所なのです。この部分は通常はうつとは関係ないのですが、悪臭や恐怖の表情の顔など、好ましくない刺激体験には反応します。このことが痛みの刺激に対する反応とうつに対する反応との関係の鍵となるポイントと考えられます。

うつ自体が痛みの度合いを深めるとは考えにくいのですが、痛みのつらい経験に何らかの付加的な不快感をもたらすとは考えられます。

疼痛の度合いは痛みの刺激自体と、その刺激に伴う不快感とに左右されます。そして刺激感覚である不快感はほとんどが感情に影響を与えるこの部位で起こると示されています。画像から見ると、この部位で感じる刺激が不快感を

この発見の意味するところは、ある種の抗うつ剤が痛みの治療薬として有効であることの理由を説明するものであるかもしれません。このことにより、研究者たちは線維筋痛症という疼痛症のなぞを知るのに一步近づいたと言えます。

Giesecke 博士はこう結びました。「これで線維筋痛症は実際にひとつの病気であるということが分かったことは重要だと思います。生理病理学的に線維筋痛症の正体を解明するためにこの研究法は正しい方向に進んでいると確信しています。」

アメリカリウマチ学会抄録より 線維筋痛症情報 シリーズⅢ Oct - 2003

Jan.-2004 山田真理子訳

今回は2003年秋アメリカのフロリダ州オーランドで行われたリウマチ学会の論文の抄訳を出席されたドクターから会が頂きました。先生もやはり、これらも一つの説でしかないとおっしゃっていました。できるだけ忠実に翻訳したつもりですが、参考としてのみご覧ください。実際の治療等については必ず主治医にご相談ください。この論文にもある通り、症状の個体差はかなりあると考えられ、ある人に有効な治療法が他ではそうではない場合も多くあるのです。

1. クラスタリング・テクニク(同じ特徴の要素をクラス分けする研究方法)によるFMS内の多様なグループ

目的 医師の中にはFMは精神的な病気だと仮定している人がいる一方、他の医師は患者の中の一部のみが心理的に軋轢を受けていると考えています。現在わかっているのは、FMの患者は治療に対してそれぞれ精神的状態別グループによって異なる反応を示すことです。私達の目的はFM患者は通常の臨床的な身体的状態及び精神的状態でクラス分けすることが可能かどうかということです。

方法 ACR診断基準によりリウマチ科外来のFMの307人の女性患者を1989-2000年の期間について研究分析しました。身体的症状(疼痛、疲労感、睡眠障害、疼痛点)と精神的症状(不安感、ストレス、抑うつ症)とを4段階(1-なし、4-重症)にそれぞれを段階づけました。しかし、18箇所の圧痛点のACR値はつねに変化しやすいものとして出るので、除きました。

結果 はっきりした3種類のクラスが検分されました。

クラス1: (95人(31%)) は中程度の身体的症状、軽度の精神的症状をもつグループ。

クラス2: (108人(35%)) は軽度の身体的症状、中程度の精神的症状をもつグループ。

クラス3: (104人(34%)) は重度の身体的症状、重度の精神的症状をもつグループ。

クラス間では身体的症状より、精神的症状の変動率のほうがより多彩であるということが判りました。

結論 この研究の結果が表すところは、FM患者はだれしも同じ典型的症状を呈していないということですが、身

3分の1の患者が重度の精神的に抑うつ症と重度の身体的症状を示しています。精神的症状についてはその他の3分の1のタイプでは軽度です。これはFMの今後の治療にあたり、これらグループ別に則した多様な治療が必要であるという点で興味深く重要な発見であるといえます。

2. 種々の運動テストに対するプラズマコルチゾル(血漿内コルチゾル(副腎皮質ホルモン))テストの反応について: CMI(多発性慢性疼痛症)のサブグループ患者の多様な反応の意味するところ

序文 今までの研究ではCMI(FMS, CFS, 湾岸戦争シンドロームを含む)においては視床下部からのアドレナリン機能に作用する種々の治療に対し通常とは異なった反応が所見されました。これらには一貫性は見られず、今までの説にのっとった治療法は患者のある人たちにのみ効果を与えるものでした。私達の仮説は、HPA(視床下部、下垂体、副腎)の特異反応は、CMIの患者の中でもその他のグループの人たちとは違うグループの人たちにのみ起こるのではないかとということです。

方法 CMIの診断をうけている39人と、30人の健康な人の血液を下記の要領で採取し調べました。(a)30分の休憩後の基準値 (b)ランニングマシンの運動の最中、(c)15分休んだ後、(d)30分休んだ後。クラスター分析法でCMIの患者と健康な人の運動によるコルチゾル反応に基づきクラス分けをすることができました。それぞれのクラスの状況をそれぞれ分布図、徴候、機能において比較しました。

結果 健康な人の2クラスとCMIの3クラスのコルチゾル反応がデータとしてとれました。

健康な人のクラス2つではコルチゾル反応の大きさがそれぞれのポイント(時間)において、差異がありました。しかし、運動の30分後には基準値に戻っていました。CMIのクラス3つのうち2つは健康な人と同様のパターンがみられましたが、どちらももともと基準値が低いクラスでした。しかし基準値がもともと一番低かった3つ目のクラスにおいては、急激な上昇を示した後、30分経っても基準値にはもどりませんでした。このコルチゾル反応が長く持続するクラスの特徴をはっきりさせるために、他の2つのCMIのグループとの比較がなされました。ランニングマシンの結果コルチゾル反応が長く持続したグループにおいては圧痛点(テンダーポイント)の数が一番多く、増加する疲労が運動を妨げ、精神的にも健康ではないグループでした。

結論 この実験分析からはっきりしたことはCMIのこの患者グループにおいては血漿内コルチゾルが運動のストレスを受けた後も平常にもどらないということです。このコルチゾル反応のパターンは健康体ではもっとコントロールされており、こういう例は出ません。この結果については再度の検証が必要ではありますが、CMI患者のあるグループにおいては精神的、身体的により大きなダメージを受けているのではないかと、そして身体を循環するグルココルチコイズの急上昇に対処できなくなっているのではないかと考えることができます。

(グルココルチコイズ(副腎皮質から分泌されるステロイドホルモンのうち糖代謝に重要な役割を果たすホルモン。タンパク質および脂肪の代謝にも重要。そのほか、ストレスに対する生体の保護、心血管系、神経系、腎、筋などの機能維持などの生理作用と抗炎症、抗アレルギーおよび抗リウマチなどの薬理作用を有する。生理的にはコルチゾン、コルチゾル、コルチコステロンおよびデヒドロコルチコステロンの4種が意味をもつ。))

3. FM 患者における認識障害問題についてはその確かな検証がない

序文 今までのFMに関する論文の想定では著者はFM患者が認識障害に困っているということを繰り返しのべています。FM患者は“フィブロ・フォッグ”FMぼけという表現で認識障害について語っています。しかしこの症状についての科学的な資料はほとんどありません。3つの研究グループで特にこのテーマが研究がなされた結果はつねに一定のものではなかったのですが、気が散りやすかったり、ワーキングメモリーの問題、情報処理のスピード、学習、記憶、言葉の流暢さに関しては年齢相当以下のコントロールレベルであったと結果が出たとされました。しかし、別の研究ではFM自体でなく慢性疼痛の結果、認識のレベルが下がっていると発表されています。というわけで、認識障害が実際にFMのせいであるかどうかはまだはっきりしていない状態です。

目的 この研究の目的はFM患者の認識能力が、関節リウマチなどの慢性疼痛を経験している人たち、そして何ら筋骨格系に問題を持たない人たちと比べてどうかを比較検討することです。

方法 FMの患者 30 人と 30 人の関節リウマチの患者、そしてなんの筋骨格系の問題も持たない人たち 30 人が集められました。どのグループも年齢、教育レベルは同じぐらいで、全員白人女性です。リウマチとFMを併発している人は除外されています。FM患者で抑うつ症のある人は除外されていません。神経精神関連のテストとなるので、患者は向精神薬などを3週間前から服用していません。神経精神関連の評価をするには言葉の流暢さ、注意力、ワーキングメモリー、情報処理のスピード、聴覚、視覚からの学習、記憶力、実行能力のテストが含まれています。

結果 研究所のテストは患者の確定された診断に合わせて行われました。患者が高甲状腺刺激ホルモン血症や糖尿病を併発している場合、それらは投薬によって抑えられていると仮定しています。神経系のテストではFM患者と慢性関節リウマチ患者、その他の治療を受けている人との間に格別の違いは出ませんでした。このことは、実際はFM患者はより情動的に軋轢を受けていて、身体的にもその他のグループより不健康要素が高いにもかかわらず出た結果です。

結論 FM患者は通常機能的問題と低下したQOL(生活の質)を抱えていると考えられてきましたが、このテストの結果では神経的認識障害がこの病気の要素となっているということは検証できませんでした。

4. FM 患者の薬物依存について

目的 痛みを持つリウマチ患者にはオピオイド(モルヒネ様物質・鎮痛薬)の耐性がないとは検証されていないのですが、FM患者についての評価ははっきりしていません。FM個体群に対してアルコール中毒がどんな影響を与えるかも検証されていません。FMは極度の不安感と情緒不安定を常にもなっているため、慢性関節リウマチ患者より、麻薬やアルコールを乱用する可能性が高いのではないかと、そしてその結果疼痛を深め、精神状態にも影響をあたえているのではないかとこの研究では仮説を立ててみました。

方法 モルヒネ様物質乱用とアルコール中毒について2002年6月から2003年3月までの間、医学大学のリウマチセンターの外来クリニックでそれぞれの患者についてさかのぼってしらべられました。25人のFM患者と20人の

アルコール中毒と疫学テストにひっかかった患者は臨床分析インタビューを受けテスト結果を確認しました。

結果 21人のFM患者と15人の慢性関節リウマチ患者が調査用紙に応えました。慢性関節リウマチ患者1人がモルヒネ依存症で、FM患者にはありませんでした。1人のFM患者がアルコール依存の中程度でしたが、どちらのグループにもアルコール中毒の兆候はみられませんでした。しかし、FM患者の2人が薬物中毒を疑われていたもので、この調査には参加しませんでした。

結論 このデータによるとFMにおいて疼痛をコントロールしようとして薬物依存のリスクを冒すことは正当化されないということです。アルコール依存については2つのグループとも一般のレベルよりずっと低いものでした。被験者数が少なかったこと、それから自己申告制であったことからこの発見についてはより規模の大きい研究が必要となろうと思われれます。

5. 疲労症候を持つ女性のFM患者のホルモン変化の相関関係

目的: FMにおける病理生理学はまだ確立していません。グルココルチコイド、甲状腺、成長ホルモンの機能について変化が起きていることは知られていました。この研究の目的はこれらのホルモン変化の相関関係を検証し、疼痛と疲労感の治療法を探ることです。

方法: ここでの疼痛度は圧痛点数と、疼痛測定のポイント数により測られます。それぞれの疼痛は10cmの(VAS)スケールで計られます。疲労度についてはパイパー疲労係数により測られます。UW ジェネラルクリニカルリサーチ センターがありがたいことに研究室でのホルモンの分析結果を出してくれました。FMの女性患者、慢性関節リウマチ患者、それから健康な人が被験者となりました。全員年齢は21~45歳で、生理周期の卵胞期と黄体期の2回おこないました。

結果: FM患者は圧痛点と圧痛測定により確定診断し、慢性関節リウマチとははっきり区別しています。圧痛点数と圧痛測定値は極めて相関関係が強かったのですが、疲労と障害の度合いについては相関関係は認められませんでした。患者の主観的疼痛度は障害度の目安となるものと分かりました。今までの論文どおり、FM患者には高い尿中のノルアドレナリン(神経伝達物質)がみとめられました。しかし、今までの研究で言われていたような尿中のコルチゾル、甲状腺刺激ホルモン、成長ホルモン、エストロゲン、またテストステロン それぞれの値には異常はみあたりませんでした。しかし、甲状腺刺激ホルモンについてはFMでは低めでした。疲労度は甲状腺刺激ホルモンとはっきり相関関係がありますが(両方の数値が高く出る)、FMの女性患者においては 疲労度が高くても甲状腺刺激ホルモンは低くなりました。月経周期の卵胞期と黄体期においては差違は見られませんでした。

結論: これらの結果をみるとFMにおける疼痛感作がホルモンの異常(対象のあるグループのみには当てはまる)から起こるものだという検証は正当化されません。なぜかという、私達の研究でみる限り、内分泌ホルモンについてはほとんどノーマルな結果が出ているにもかかわらず、強い疼痛と障害は症例として出ているからです。テストの結果出たのは高い尿中のノルアドレナリン(神経伝達物質)の作用により交感神経の活動指数が高くてたことです。ホルモン異常の結果が出なかったため、今後は糖尿病、甲状腺異常、子宮内膜症、多のう胞性卵巣症候群など

6. FMの確定診断について-イタリアのリウマチ研究班の新しい研究の分析

目的: この論文の目的はリウマチ科の門をたたいた患者の中からどのくらい正確にFMを確定診断できるか研究することです。

方法: この12ヶ月間にリウマチ科を訪れた全患者に対し、ACR1990の基準において診断しました。診断の確度については3ヵ月後に再チェックし確認しました。慢性の局所的及びまん性の筋骨格疼痛症と診断されている124人の患者を調べたので、中にはFMの患者が含まれている可能性は高いはずですが、この研究に参加した患者は全臨床テストを行い臨床及び統計のデータが出され検討されました。臨床実験の手段としては：圧痛点の数(0-18)、疼痛度と疲労度(VAS0-100)、抑うつ度のハミルトン指数(HRSD)、不安度ハミルトン指数(HRSA)、FMインパクト質問表(FIQ)、スタンフォードの健康チェック質問表(HAAQ)が行われました。各々の所見に付き回帰分析が行われました。

結果 最終的に3ヵ月後の確定診断には115人の被験者が残りました。そのうち56.6%に当たる65人がFMと確定診断され、9人が炎症性リウマチ、25人が軟部組織リウマチ、2人が強直性脊椎関節炎、2人が一般の変形性関節症、5人がその他の特定できない疾患、残りの5人は3ヵ月後には何の所見もみられませんでした。

結論 FMは一般の医師がやっと診断を下すようにはなってきましたが、まだはっきりした診断基準に対する認識が足りないと言えます。通常の慢性リウマチの症状はFMと診断されることもあり、FMの症状も発症していると言われることもあります。リウマチ患者と慢性筋骨格系障害を起こしている患者はどちらも消炎鎮痛薬に反応しないということが両者を分けがたくしているものと思われる。

7. 機能的MRIによるFMSのワーキングメモリーの働きの研究

(working memory: 作動記憶あるいは作業記憶)は短期記憶とほぼ同義に使われる場合もあるが、ややニュアンスが異なる。すなわち聴覚性短期記憶(主として言語性聴覚性短期記憶)と視覚性短期記憶(視覚性メモ記憶)、それに長期記憶から呼び出され意識に短期的にとどめられるものを合わせてワーキングメモリーと呼ぶ。知的活動の土台と考えられている。短期記憶を超えるものを長期記憶と呼ぶ。

FMにおいては患者の年齢相当より年齢の高い人に顕著な、ワーキングメモリー作業中に神経の漸増現象が起こるのではないかと仮定して調べました。最近の研究ではFMの患者はワーキングメモリーについて同年齢の健康体の人と比べて欠陥が認められており、およそ20~23歳年上の健康体と同じぐらいであると認められていました。ワーキングメモリーについて神経の映像研究の結果では同じ作業をするのに年齢の高い人は同時に2箇所神経が使われており、若い人では一箇所しか使われていないことがわかりました。神経がどのように活性化するかをFM患者と健康体とを比べるために機能的MRIを使いました。年齢の高い人が示したような健康体よりより多くの脳の部位の活性化が観察されると考えていました

行いながらの3T MRIスキャナーにかけて実施しました。作業には、意図的状況下で、でたらめなアルファベットを3秒後にならべかえるというものと、自然な状況下で既に並べられているアルファベットが何秒か、何分か後に記憶にまだ留められているか調べるテストが含まれます。何秒か何分後かに以前見せられた一連のアルファベットの一つだけを見せ、それがももとの一連のアルファベットの正しい位置にあるかどうか判断させます。ANOVAを使って、グループによる行動の差異が出るかどうか研究し、同時にSPM99を使いMRIでイメージの数値的分析もおこなわれました。

結果: 自然な状況下ではどちらのグループにおいても特筆すべき差異は認められませんでした。しかし、両グループとも意図的状況下のワーキングメモリーについてはスキャンした断層面の単位体積の閾値から見て顕著に活性化が見られました。グループ別に見ると健康体では大きな活性化がみられなくても、FMグループにおいては同時に脳回前部の中間が二箇所で活性化し、脳回前部の中間右側、頭頂葉と前中央部脳回が活性化しました。

結論: 立てた仮説の通り、意図的状況下において行動的には同じ反応を示したにも関わらず、ワーキングメモリーについてはFM患者は健康体より多くの脳内活性化が所見されました。このパターンは老人がある行動をとるのに通常より多くの脳の部位を使うのと同様のパターンから起きているかもしれず、慢性疼痛をどのように観察すべきかを示唆するものかもしれません。今後の原因究明のためにはこのポイントを解決することが早急に必要となるでしょう。



会員からの声(第6回)

皆さん、辛いときにはなんのために生きているんだろう、なんて思うことはありませんか。

今から15年以上前だったと思います。小学校 高学年向けの絵本を読んだんです。はっきりした記憶はありません。確か、知的障害の子供が、いつもお母さん連れられて、ゆっくりゆっくり養護学校までの道を歩いて登校するんです。道中、道端に咲いた何のことはないちっちゃな花を見つけて、お母さんに「きれいだねえ。」というんです。転がってる石ころを見つけて「おもしろい形だねえ。」と言うんです。元気な子供たちは、その子とお母さんを追い越してさっさと走って通り過ぎて行きます。もちろん、花の存在にも石ころの存在にも気がつかずに…。そこで、そのお母さんは思うんです。ああ、この子はこんな小さなことにも感動できてなんて幸せな子なんだろうって…。皆さんは、この子をかわいそうだと思いますか？それとも幸せだと思いますか？ 私は、命についての倫理とかそんなことは分かりません。でも、生きているそのことにこそ値打ちがあると思います。前述の子供は、誰よりも本当に大きな幸せを持っていると思います。

体の健康は大切です。私も早くよくなりたいです。でも本当に大切なのは心の健康だと思います。心が健康である限り、自分も含め、みんなが幸せになれる。私はそう信じたいです。

(Mさん)

私は作業療法士です。実は私の母が関節リウマチです。線維筋痛症ほどの痛みはないものの、毎日痛みと戦っています。母の障害が私がりハビリの仕事をしたかった直接の理由ではないけれど、医療の現場を知る一つの機会であったように思います。

母の痛みは想像でしか理解できません。関節変形もかなりあります。障害も1級です。けれど今でも正社員として仕事をしています。

り、良い気分転換の機会になっていたり、病気に負けないという気持ちを維持するための薬になっているような気がします。だから仕事での負荷については、作業療法士としてはあまり良くないかもしれませんが、ある程度母の意志に任せたいと思っています。

そんな母を見てきて思うのは、「お母さんはただの私のお母さん」という事です。よく周りの人は私が母の手伝いをしていると「えらいね」と言います。けど私にとってはただのお母さんなんです。ちょっと出来ない事を手伝う。障害者としてではなく、母親として接する事をごく自然のことだと思います。

(Sさん)

線維筋痛症の患者様であれ、それぞれの生活があり、病気があっても、「自分の生活」をしていきたい、そのために医療による治療やサービス、周囲の協力が必要であるのに、それが医療従事者に理解されない。これは医療従事者側の責任だと感じます。自分の理解の範囲以外の訴えがあれば外に意見を求めたりと努力は常にしていけないと改めて感じました。そういった医療者側に情報提供を働きかけている患者様がいるという事、こういったホームページによって情報が得られること。本当に貴重だと感じます。

(Tさん)

■ 理解されない悩み、それを克服された体験、皆様に身近な問題かと思えます。ご参考になさってください。



文通希望コーナー

下記の方々が文通をご希望なさっております。是非とも皆様のお手紙をお待ちしております。
他にも文通をご希望の方がおられましたら次号に掲載しますのでご連絡ください。

友の会データ

発足年月日	平成 14 年 10 月 1 日
役員	代表 橋本裕子 役員 籠谷誠人 顧問 長野県厚生連篠ノ井総合病院 リウマチ膠原病センター・リウマチ科医長 浦野房三先生
会員数(平成 16 年 4 月 10 日現在)	299 名
1 月～4 月までの活動内容	1) パンフレット配布・送付の継続(病院関連等) 2) 国際シンポジウム 参加 3) 岡山リウマチ学会 参加 4) 書籍出版の計画・活動 5) ボランティアの方の積極的確保 6) 署名活動計画 7) 第6号会報編集

	9) 協力医療機関の調査・依頼 10) 北海道支部創設
今後の活動予定	1) パンフレット配布・送付の継続 (病院関連等) 2) 書籍の出版計画・活動の継続 3) ボランティアの方の積極確保の継続 4) 署名活動計画 5) アンケート及びアンケート分析

会員地域別人数 (2004年4月10日現在)					
北海道	11		滋賀県	3	
青森県	5		大阪府	23	
秋田県	4		兵庫県	9	
岩手県	4		京都府	10	
福島県	4		奈良県	2	
宮城県	8		和歌山県	3	
東京都	46		島根県	2	
神奈川県	34		岡山県	3	
千葉県	12		鳥取県	1	
茨城県	2		広島県	12	
栃木県	4		山口県	2	
埼玉県	18		徳島県	1	
群馬県	2		香川県	1	
長野県	7		愛媛県	4	
山梨県	8		高知県	2	
富山県	2		福岡県	6	
福井県	1		佐賀県	2	
石川県	2		熊本県	7	
新潟県	8		大分県	3	
静岡県	5		鹿児島県	2	
愛知県	8		沖縄県	1	
岐阜県	3		米国	1	
三重県	1		総合計	299	(住所不明の方を除く)



友の会ニュース

顧問浦野先生が書籍を執筆

「婦人公論 4/7 no.1150」に「線維筋痛症」の章が掲載され、全国書店にて出版されています。550円です。友の会顧問である浦野房三先生が「線維筋痛症」の概要について執筆されています。是非ご参考になさって下さい。



友の会からのお知らせ

会員更新月の方へ

友の会が発足し、早1年が過ぎました。3月～6月が更新月となられる方や更新がまだの方は郵便振替用紙が同封されますので、期限までのお振込をよろしく願いいたします。友の会は、会員皆様の会です。会費が有効に活用できるよう、事務局も意義ある活動を目指します。活動へのご要望も歓迎いたします。よろしくお願い致します。

啓蒙活動

パンフレットを置いていただける医療機関、公共施設を増やすため、ご協力いただける所をご存知の方はお知らせください。

内容の無断転載を禁じます

非営利、または教育目的にお使いになられる場合、「線維筋痛症友の会」までご連絡下さい。転載の可否を検討し、ご連絡致します。それ以外の目的での本会報の内容の転載を禁じます。



編集・発行：線維筋痛症友の会 FMS-J

〒233-0012 横浜市港南区上永谷 4-18-22-102

Tel/Fax: 045-845-0597

E-Mail: fibrojp@yahoo.co.jp

<http://www5d.biglobe.ne.jp/~Pain/>

© 2002 - 2004 FMS-J All rights reserved

切り取り線

パソコンに関するアンケート

1: パソコンを使用している Yes No

2: 会報はメールで受信したい Yes No

会員番号

お名前

E-mail で回答いただいてもかまいません。