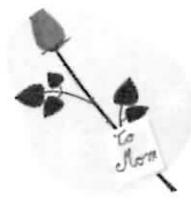


KSK 線維筋痛症友の会会報

日本列島が南から順に桜色に染まる季節になりました。四季折々の風情が楽しめる豊かな国土を、未来に残しましょう。

土井宇宙飛行士が無事任務を果たして帰還しました。私達は、太陽系の一つの星として、大きな視点で判断していきたいですね。



線維筋痛症の家族内発症の研究について

どなたか、家族や親戚で線維筋痛症になっている方いませんか？霞ヶ関にあるクリニックと二つの医大の共同研究ができるようになったので、難病治療の研究が協力してできるようになりました。現在、線維筋痛症の原因については詳細な研究がなされており、分子レベルの情報まで解ってきているのですが、そこから先の膨大な情報量を解析し特定するという困難に直面しています。もし、家族で線維筋痛症に罹患している方々の協力を得られれば、この特定作業が大いに前進します。

倫理委員会の了承も得られましたので、霞ヶ関駅（地下鉄、日比谷線、丸の内線、千代田線）までお出でいただける方は、金曜日もしくは土曜日のクリニックの予約をとり、診察を受けて、同意書を書いて頂きます。検体は血液のみです。

血縁関係のある方々、親子、兄弟姉妹、いとこなどの親戚の中で線維筋痛症に罹っている方、お二人でご協力頂ける方は友の会事務局までお知らせ下さい。
お問い合わせ 事務局 jfsa@e-mail.jp Tel: 045-845-0597

☆☆！ 日本難病・疾病団体協議会合の署名・募金および友の会の要望書を締め切りました。JPA 署名 8,140 筆、友の会署名 28,365 筆でした。JPA 募金額は 167,327 円でした。ご協力くださった皆様にお礼申し上げます。たくさんのご支援ありがとうございました。

会報 20 号発行後の主な出来事



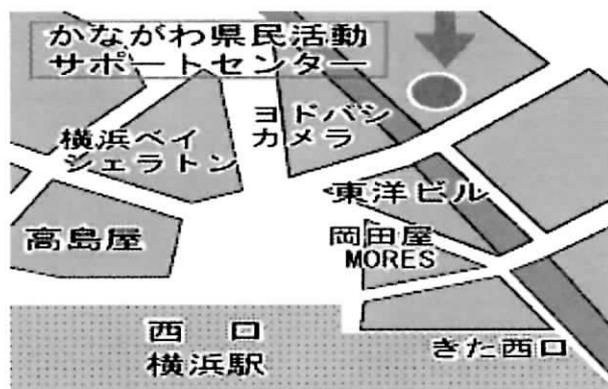
神奈川県民センターで医療講演が行われます。どなたでもお気軽においでください。

日時：7月20日(日)13:00～16:00 402 (90名収容の部屋です)

講師：西岡久寿樹先生

会費：無料

所在地 : 〒221-0835 神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2(かながわ県民センター内)
電話 045-312-1121(代表) ファックス 045-312-4810



JR・私鉄ご利用の方へ:西口・きた西口を出て徒歩およそ5分

地下鉄ご利用の方へ:地下鉄出口8から地下街をとおり、中央モールを左折、北6出口を出て徒歩およそ2分

申込:友の会事務局 jfsa@e-mail.jp Tel:045-845-0597

2008-2-17/18

日本難病・疾病団体協議力会(JPA)全国大会に参加しました。

2008-2-13

米国研究製薬工業会主催の患者団体支援プログラムセミナーに出席しました。

横浜交流会のお知らせ

2月11日(月)1:00よりミニ交流会・茶話会を開きました。次回も企画しますのでどなたでもお気軽においでください。参加費(次回からは300円程度) 横浜市中区桜木町1-1-56 みなとみらい21 クリーンセンター4階、桜木町駅から徒歩7分 市民活動支援センター Tel:045-223-2666

お申込は事務局 jfsa@e-mail.jp Tel:045-845-0597

第六回大阪交流会を開きました。お互いの絆を深めて、希望と勇気を膨らませましょう

開催日時: 2008年3月16日(日曜日) 午後2時~4時30分

場所: 中山文甫会館・3階教室(地下鉄谷町線中崎町駅・出口④すぐ)

大阪市北区中崎西1-5-22(当日会場電話 06-6371-8826)

費用: 1000円(付き添いの方は無料)

広島交流会「話し合いの会」を開きました。

日時:2008年3月23日(日) 13:00~16:00 (参加費無料)

第5回広島交流会(予定)

日時:2008年5月25日(日) 13:00~16:00 (参加費1000円)

場所:広島市まちづくり市民交流プラザ
広島市中区袋町6番36号 代表 TEL(082)545-3911
<http://www.hitomachi.city.hiroshima.jp/m-plaza/>

会員以外の方も、患者の方は勿論、御家族や友人の方と是非、参加して下さい。

【問い合わせ先】

〈メール受付〉広島交流会専用アドレス hiroshimafms@yahoo.co.jp
〈TEL・FAX 受付〉いけだNPOセンター TEL 072-752-4334 FAX 072-750-5125
(10:00~17:00 日月曜日及び祝祭日は休館)

2008-1-31

会報20号を発行しました。

2008-1-25

未承認薬使用問題検討会議でリリカに関する要望書が検討されました。

2008-1-21

第13回アジア太平洋リウマチ学会に出展することが決まりました。

9月23日~27日 パシフィコ横浜

簡単なボランティアできる方を募集しますので事務局 045-845-0597にお知らせください。

2008-1-21

ファイザー製薬からリリカの申請について回答がありました。

2008-1-17

厚生労働省の担当部署と面談。健康保険は疾病名にかかるとはならず、その疾病に有効な治療法と治療薬に適用になるとの説明を受けました。

未承認薬使用問題検討会議に要望書を提出しました。

2008-1-14

横浜交流会を開きました。

2008-1-13

JPA 難病部会に出席し未承認薬使用問題検討会議のアドバイスをいただきました。

2008-1-10

ファイザー(株)社長宛にリリカを新薬承認申請するよう要望しました。

2008-1-7

会員が闘病記を出版したので紹介します。「母さんやけん、負けたらいかん!! 我が敵は我——線維筋痛症とともに生きる」著:旭 香 出版社:文芸社 1,100+税

2007-12-22

関東地区講演会・交流会・総会を行いました。講師は松本美富士先生で 90 名近い参加がありました。

2007-12-15

「患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか」シンポジウム 2007 に参加しました。

2007-12-13

共産党高橋千鶴子議員と懇談しました。

リハビリ問題で厚生労働部門合同会議民主党に要望しました。

2007-12-12

民主党谷博之、共産党小池晃、公明党坂口力議員に要望しました。

2007-12-10

自民党山内俊夫議員に要望書を渡し説明しました。

2007-12-10

線維筋痛症患者で闘病中の尼崎ゆらさんの著書を紹介します。

ぼやき短歌「なんでこうなんのん」車椅子の目から見た世界 文芸社 800 円＋税



目次

線維筋痛症の進歩	5P
基調講演	6P
第一部線維筋痛症研究の進歩	11P
第二部線維筋痛症のケアへのアプローチ	29P
第三部線維筋痛症をめぐるトピックス	40P
新薬情報	50P
会員からの手紙	54P
友の会データ	59P

セーフティーカードのお知らせ

線維筋痛症友の会ではセーフティーカードを作りました。カードの中に、初診時の問診、触診時の注意事項や、病気の特徴を記載し、初めて診察を受ける医師に疼痛の悪化に繋がる注意事項をあらかじめ見てもらおうというものです。その他に、併発している病名、主治医、掛かりつけの病院等を書けるスペースを設けて、線維筋痛症発作で救急で運ばれる場合、そのカードを見せれば、理解される様に作られたカードです。サイズは B8 程度で 4 つに折ると診察券の大きさです。ご希望の方は事務局まで会員番号、本名をご連絡下さい。

カードを携帯しましょう

急病、事故などによる緊急受診の際、また転医した場合や他の疾患で別の医療機関に初診する場合などにこのカードを提示しましょう。

- ・ あらかじめ可能であれば主治医の指示書をもらっておく
- ・ 搬送先を決めておく
- ・ 緊急時の治療薬(処置法)を決めて明記しておく
- ・ お薬手帳も携帯しましょう

必要事項を記入して、同封のフィルムケースなどに入れてください。

服用中の薬剤を書ききれないことや、変更されている場合がありますのでお薬手帳には常に最新の情報を記入し、携帯してください。



線維筋痛症研究の進歩

主催 財団法人日本リウマチ財団
後援 厚生労働省
線維筋痛症友の会

日時 2007年2月28日(木)

場所 都市センターホール オリオン

来賓として挨拶

線維筋痛症友の会 会長 橋本 裕子

今日は遠くから大勢の方に集まっていたいただき、ありがとうございます。

私たちは約4年前からNPO法人として活動しております。このような公開シンポジウムを開いていただけるようになったのがとても早かったので感激しています。

西岡先生を始めとする研究班の先生方、また今日ここに關心を持っておいでくださった先生方ががんばっていただいてこのように大きな成果が出たと思います。

私たち役員も地方の役員も、本当に毎日懸命にがんばっています。少しでも患者さんのためになるようにこれからの活動を続けたいと思います。4年ちょっとの間に電話の相談を4千件以上受けています。これだけ大勢の患者さんが困っているということを皆さんに良く知っていただき、ぜひとも医療関係者の方、製薬会社の方に1日も早い線維筋痛症の克服を目指していただけるようお願いしたいと思ひます。

今日は1年間の線維筋痛症の新しい研究成果が発表されるということですので、患者の皆さんも良く勉強して明日への希望につなげていただきたいと思います。線維筋痛症が克服される日は決して遠くないと思ひます。ですから本当に最後まで皆で希望を持っていきたいと思ひます。

基調講演

——— 線維筋痛症研究この一年間の進歩 ———



聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター

センター長 西岡 久寿樹 先生

高久史麿先生は現在日本医学会の会長でいらっしゃいます。また1972年以来ご指導いただきおり現在は自治医科大学の学長になっていらっしゃいます。こういう病気があるのですが何とかしてくださいということで、リウマチ財団の方で全面的に取り上げてもらうことにしました。今年はリウマチ財団に4千人の登録医がいますので、その登録医の全員に教育プログラムを財団の方で用意しております。厚生労働省に相談をしながら一刻も早く線維筋痛症という名前で保険が通る薬の承認、また医療機関の人たちが慢性疾患指導料や疼痛管理料などを取れるような形のシステムの構築を、ここ1年ぐらいの間に目指しています。かなり進行した患者さんに対しては、5万人ぐらいまでは特定疾患が取れる、つまり難病指定を受けられる可能性があるかも知れません。この1年間、急激に行政等々が動き出してくれまして、厚生労働省に厚く御礼申し上げます。

私どもの研究班がこの1年間にしたことを申し上げます。

まず司会をされている松本教授を中心に日本でどのくらい患者さんがいるのかを調査したのですが、1.7%とわれわれが予測したとおりです。米国では人口の2%、カナダでは2.7%です。また最近台湾と韓国のデータがあがってきてまして、ほぼ日本と同じような結果が出ています。

我々リウマチ疾患の教育に携わる者としてお恥ずかしい次第ですが、基本的にこの病気に対する教育の取り組みが少なかったということになるかと思えます。しかしながら私たちもこの病気はたくさんある病気だということを何度もいつていたのですが、精神科・リウマチ科・整形外科・疼痛・ペインクリニックとどの学会も真正面に取り組もうとしなかったところに、多くの患者さんを一定の治療のレベルに乗せられなかったことを反省しております。

私どもの外来に来た患者さんは、2年間で女性が277名、男性44名で、特徴は30代にピークができたということです。発見が比較的早まり、線維筋痛症の発症年齢は30代からではないかと考えています。さらに特徴的なのは、約300名の患者さんの中で、小児が4.8%で不登校など様々な問題を抱えています。小児の線維筋痛症を唯一扱えるのが横浜市大の横田教授です。推定発症年齢は43.8歳ということになってはいますが、もう少し若いのではないかと思います。外傷・感染・社会的な心理ストレスが引き金の要因になり、その他いろいろな状態から痛みが始まって筋・骨格系の症状が出てきます。例えば各種の虐待や思春期のトラブル、また脊椎の複数回の手術、むち打ち（去年山口地裁で、加害者が被害者の線維筋痛症に4分の1を支払うという判決がありました）など脊髄や末梢神経を痛めるということは、痛みにとってかなり大きなファクターになっていると思います。疼痛に対する不安がうつ状態を招いて、それが疼痛要因にな

るという現象がこの病気のひとつの病態を形成すると考えています。

動物をモデルとした研究の成果です。多くの線維筋痛症の患者さんを診ていて、例えば冬になって暖かい部屋からちょっと冷たい所へ出るだけで身体が痛くなって動けないとか、逆に夏になって診察室を少し冷やすだけでよくないといったような、温度に対して非常に敏感であることに着目しました。



動物モデル（ラット）を4度と24度の間を一定の期間行ったり来たりさせます。これを五日間続けるとラットの疼痛の閾値がどんどん下がり痛みが激しくなります。これで、この病気の原因は多分半分ぐらい解明できるだろうということを橋本さんには言いました。リウマチは、20年前研究を始めたときに、2010年を目処にやりますから待ってくださいと言ったのですが、だいたい目処が付いてきました。それと同じようにこのサートストレスマウスにしたときには、だいたい目処が付きましたので、あとはテクニカルの問題です。

ノーベル賞候補である島津製作所の田中さんが開発した、タンパクを網羅的に解析する方法を用いて、サートストレスをかけたラットにどういうふうな変化があるかを見ていました。すると視床下部あたりに非常に多くタンパクが見つかりました。今は情報開示ができない状態なのですが、だいたいのことがわかってきました。下垂体から中脳で検出されたタンパクの変化の過半数は、ノイロトロピンによって極めて正常な状態になります。さらにいくつかのタンパクが出てきますので、そのタンパクを作っている遺伝子をノックアウトすると線維筋痛症になりにくい、あるいはなりやすいといった状況を作れます。これは我々の得意分野ですのでこの辺はかなり進歩すると思います。

線維筋痛症がなぜ起こるのかということです。痛みが入って来ると痛みのブレーキが同時に動き出すのですが、このブレーキが故障、あるいは甘くなり痛みの抑制がかかりにくいという状態が線維筋痛症の特徴だと思います。網羅的なたんぱく質の解析（プロテオーム）からここに原因があるのではないかと考えます。

臨床の問題に移ります。長期に属して回復が困難な慢性の疾患の病態を示すと、発病して早期の1・2年間で私どもの外来を訪れた患者さんは、様々な方法で50%ぐらいは改善します。ところが約40%はまだまだの手持ちに有効な武器がないというのが現状です。

子どもさんはまだ10年未満ぐらいしか経験がありません。最近は全て横浜市大の横田教授にお願いしているのですが、比較的経過は良好で、発病から1年以内に回復するケースがかなりあります。

医療費ですが、アメリカの例ですと年間約2774ドルという莫大な金額が線維筋痛症の医療費としてかかってしまうのが現状です。日本でも同じようなことがいえると思います。

例えば診察券を見せてくださいというと10枚ぐらい並べの方がいます。それくらい病院を転々とされています。そのたびにいろいろな検査をして検査代もかかり、結局検査結果には何も出ないため治療法はありませんと帰されます。こんなひどい話はあってはいけないと、先日厚労

省に行き厳しく言いました。研究班で治療と検査の指針を早急に作り上げて、それを厚生省に提出し保険のところまで持っていこうと思います。

線維筋痛症では機能的に毎日の生活の質が非常に低下します。発症して2年で7割の患者さんは何らかの形で身体が傷害されます。アメリカのデータでは3割の患者さんが何らかの経済的な保護を受けています。公的社会保険の需給率というのはアメリカではリウマチの患者さんが29%、線維筋痛症の患者さんが16%の形でブラジルも同じ傾向です。ところが日本ではリウマチの患者さんに対しては圧倒的な件数がありますが、線維筋痛症の患者さんに関しては多分0ではないかと思っています。このアンバランスな状態を早急に是正する必要があると考えています。

松本教授がまとめられたデータなのですが、線維筋痛症の患者さんの障害度は、関節リウマチの中等度に相当し、身体全体の全般的な機能の障害も中等度です。うつ状態、メンタルスコアに関してはかなり高度な状態です。うつ病が先か線維筋痛症が先かというのが良く議論の対象になるのですが、うつ病がない場合の線維筋痛症は、基本的に原因不明の痛みが長く続くことが患者さんを精神的に追い詰めていくのではないかと考えます。疲労が非常に多く、慢性疲労症候群との鑑別がしばしば問題になりますが、患者さんにとっては痛みを取るのが一番大事なことです。痛みを取れば疲労は完全にすぐ回復します。

QOL（生活の質）の低下で見ると進行したリウマチの患者さんよりかなり低く、これは大変なことです。例えばヨーロッパの基準では、線維筋痛症の患者さんのQOLはリウマチの患者さんのQOLよりかなり低いことがわかっています。

私の論文をもとに分類したのですが、重症度をステージ5までとして、4ないし5になると膠原病なのか何の病気なのか判らない、多くの患者さんを診ても非常に難しくなってきます。特にステージ5では激しい全身の痛みと共に膀胱や直腸に障害が出ます。間質性膀胱炎や過敏性大腸炎、ドライアイ・ドライマウスなどが出てくると、これはもうどの領域に行っても診断はお手上げです。そこでこのようなものがあれば診断しやすいだろうということで作った分類が、ようやく少しずつ定着しています。

身体の絵があって、ここに圧痛点があると線維筋痛症ですという診断がありますが、これはステージ1から2のごく早期の段階で、ステージ5の段階になると、米国のリウマチ学会の診断基準が当てはまりません。つまり症状が重くなればなるほど診断基準が当てはまらないという、我々が今まで経験したことがないような病気です。患者さんは痛みの程度を軽度の圧痛、触っただけでも痛い、じっとしていても身体の中を火花が行き来するように痛みがあるというように訴えます。ですからきちんと分類することによって例えばステージ5の患者さんは特定疾患の認定を受けられる可能性は充分あると思います。

18ヶ所の圧痛点のうち11ヶ所あればよいといわれていますが、良く調べてみると太ももの外側部に非常に圧痛点が出やすいのです。そのほか筋骨格外症状とありますが、過敏性大腸炎を含む便秘異常が40%、膠原病などで見られる指が冷たく白くなる現象（レイノー現象）が約13%、

頭痛が75%、シェーグレン様のドライアイ・ドライマウスが40%、また頻尿の患者さんはかなりいらっしゃいます。

最近ペインビジョンという痛みを客観的な数字として表すことができる検査を、ニプロという会社と共同研究で進めています。例えば健康な人の痛みを100とすると、同じ電気刺激を与えたら線維筋痛症の患者さんは1000ぐらいを示します。もし我々が1000の痛みを与えられたときは身体中痛くて動けないというくらい激しい痛みで、それを具体的な数字で家族や患者さんにお見せすると本当に痛いのだと始めて納得していただけます。

線維筋痛症によるうつ病の鑑別ですが、線維筋痛症の患者さんの痛みと、うつ病の患者さんがしばしば訴える痛みはかなり違います。大うつ病の患者さんの痛みは限極性で広範囲に波及せず、軽度で中等です。うつ病のサイクルに比例した痛みは数ヶ月で回復するという特徴があります。それに比較して線維筋痛症の痛みはかなり重症化しています。

治療ですが、残念ながら多くがまだ日本の保険適用になっていません。したがって薬にあわせた保険病名を付けていくということで、1人の患者さんについて10個ぐらいの病名を付けなければ保険が通らないという状況がありますが、現実には患者さんは何らかの保険を使って検査や処方を受けられます。

治療額に関しては治験というプロセスがありますので、ストレートにはいかないのですが、その前に患者さんをどのようにしてわれわれが窓口として受け入れられるかということが大きなファクターになっています。リウマチ科・神経精神科・整形外科などが入るのですが、例えばリウマチ科の医師だけではとても対応できない部分があります。したがってメンタルケアの先生に入っただき、絶えず患者さんとのリエゾンの治療のプログラムを組まなければなりません。そのための施設が日本にはなく、苦勞しているのが現状です。リエゾン精神医学の積極的応援、これはもちろんリウマチを専門としているリウマチ医も積極的に加わる、あるいは整形外科等の先生にリハビリテーションのプログラムを充分組んでいただく、それからメンタルケアを充分にするということです。多くの患者さんはいろいろな意味で傷ついています。私がいちばん感じるのは『あなたは病気ではありません』とか、ひどくなると『手の施しようがないので他のところへ行ってください』というように、患者さんがたらいまわしにされているということです。家庭の中でもご家族に理解してもらえないということもあり、このリエゾンの精神医学が非常に大事だと思います。

薬の治療は、EBMといいはっきり明確に科学的なデータに基づいた証拠がありますというものと、まだそこまではいっていないけれど、たくさんの患者さんを診ていて何となく効きそうだという薬があります。外傷から起こってくるような線維筋痛症の患者さんには非ステロイド系の抗炎症剤やステロイドホルモン、またノイロトロピンが非常に良く発効します。

例えば虫歯を抜いたあとの激しい痛みがずっと続いているような患者さんには非常に有効な場合がありますし、脊髄損傷によって起こってくる場合は、こういった薬をうまく組み合わせ

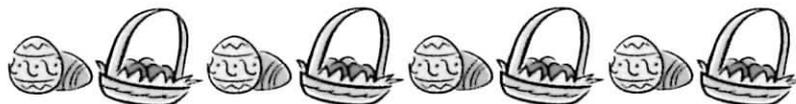
ることによってかなり痛みが軽減するケースがあります。メンタルなところに問題がある場合には、どうしても精神科医の手を借りなくてははいけません。うつ病の薬の中に痛みのブレーキをきちんと抑える作用があるということが最近わかってきましたので、積極的に導入していくことが大事だと思います。その他の薬については現在様々な角度から治療のプログラムが開発されている状態です。

非薬物療法には、筋力強化やエアロビクスやストレッチなどがありますが、線維筋痛症の患者さんは使っていないのに筋肉が結構強いのです。なぜかといういつも疼痛によって収縮と弛緩を繰り返しているのではないかと思っています。したがってリウマチや神経疾患で筋肉が萎縮してくる病気（廃用性萎縮）とは違うというのが、線維筋痛症の筋肉の特徴です。

現在私たちは、いろいろなところで線維筋痛症の患者さんを受け入れてくださいということをお願い込んでいます。例えば聖マリアンナ医科大学には線維筋痛症の医療情報センターというのを設けています。電話の数はかぞえきれず、電話で対応していたら難病治療研究センターの電話はパンクしてしまうということで、全てファックスで送ってもらいます。それに対して、どこの医療機関に行けば良いかということをお返事するわけですが、その件数が去年設立してから1000件を超えています。現在はセンターの人たちが週一回集まって手作業でやっていますが、それではもたないということで線維筋痛症の診療ネットワークというのを作りました。例えば北海道には現在9施設あります。ところが青森・山形・秋田・山梨・和歌山・宮崎など0のところもあります。東京都も14施設ありますが、本当に線維筋痛症の患者さんを好んで受け入れているかというところではなく、頼み込んで受け入れてもらっているケースが圧倒的に多いのです。こういったところで全国的な161施設のネットワークがようやくでき、今後このネットワークに入っている施設での診療は、線維筋痛症研究会というのを立ち上げて、先生方に教育研修活動をしていこうと思っています。

さらにリウマチ財団に登録されている4000名のリウマチ医がいますのでそこをまず本拠地にして、診療ネットワークの整備を早急に図りたいと思います。

今後は線維筋痛症の患者さんを受け入れる体制を作ること、医療保険の問題、介護の問題、難病の問題など山ほどありますが、おのずと研究班では能力の限界がありますので、これを後押ししていただくのは患者さんの団体、それからメディアのサポートなしにはできないということをお最後に申し上げ、この一年間の研究班の成果の報告とさせていただきます。



第一部 線維筋痛症研究の進歩

1) 線維筋痛症の痛みの分子メカニズムとその制御へ向けて

長崎大学 医歯薬学総合研究科 薬学系 教授 植田 弘師 先生

長崎大学の植田と申します。もともと麻薬（モルヒネ）の鎮痛を研究していたのですが、むしろ線維筋痛症というよりも神経因性と障害性の原因がはっきりしているような痛みのメカニズムということで数年前に少し仕事をさせてもらった関係で、西岡先生からお声がかかりました。線維筋痛症はこの会を通じて勉強させていただくということで、決してピタッとした研究成果が上がっているわけではありません。ただこの数年間勉強させていただきながら、薬あるいは治療、そのメカニズムに非常に良い手がかりをつかんでおります。情報公開に少し時間がかかっているのでも今回は途中経過になります。

神経因性疼痛というのは末梢の神経の障害等によって数年にわたって長く起こってくるような痛みです。それと線維筋痛症がどのように似ているかという点、症状としてのアロディニア（疼痛過敏）、触っただけでも痛いという点についてよく似ています。むち打ち症などの外傷によっても痛みが起こるということで、神経因性疼痛と線維筋痛症と非常に区別が難しいところがあります。私は神経因性疼痛のメカニズムという視点から線維筋痛症というメカニズムを拾っていきたくて考えています。

痛みは知覚神経というのがあり、大きく 3 つの神経に分かれます。C 繊維というのはミエリンというものでまかれていない細い繊維で、鈍痛や炎症性の痛みなどはここに伝わります。破裂させたような痛みというのは中くらいの繊維（有髄繊維）を伝わっていきます。もうひとつより繊維が太くて有髄性のものは触覚を伝えるものが多いのです。触覚のほうは脳に行くプロセスが少し違うのですが、脳では近くを通ります。痛みと触覚は異なって平行に走っており、ここに障害が起こると強いシグナルが脊髄に来ます。3 年ぐらい前にネイチャー・メディスンという雑誌やテレビなどに紹介したのですが、細胞膜ができていく産物（ゾホスファチジン）が脊髄後方の繊維にいてミエリン（有髄）を傷害し、いわゆる脱髄を起こして混線します。その後発芽という繊維が飛び出してきて、触覚刺激が接触して痛みの繊維の脊髄側の神経にコンタクトするようになってきます。C 繊維の方はむしろ機能が低下します。この繊維が本当は痛み（熱の痛みが多い）を受け取るところに触覚の繊維の情報が伝わり、触っただけで痛いように感じる、というメカニズムを提唱していました。

痛みは脊髄の後角（背中側）から入って反対側に通し、視床のところでもう一度神経を交換します。私たちが考えているのは、ここで起こっていることが強い刺激で慢性になってくると、これが中枢性の機構ではないか、もし線維筋痛症に同じような機構があれば、線維筋痛症は全身性のものなので中枢性のメカニズムが関係しているのではないかという仮説のもとでいくつか研究をおこなっています。

今日はできるだけ線維筋痛症に近いところでお話させていただきたいと思います。最初は基礎

的な話で、障害を受けたときに何が起きているかということです。C繊維といい、鈍痛や炎症性の痛みを神経伝達物質サブスタンスPというものが伝えています、これに障害を起こさせるとその機能がなくなります。つまり刺激を加えてもこの繊維が痛みを伝えないのです。そのメカニズムを私たちが見つけたのですが、このサブスタンスPが脊髄に増え、伝達物質がここでなくなっています。要するにシナプスがなくなっているのです。そこにできた空きのところにこの繊維が入ってくるというようなことが考えられます。一方C繊維は機能がなくなるのですが、ここに今までなかった新しい受容体みたいなものができ、そのことによっていろいろな刺激を受けやすくなります。もうひとつは痛みの伝達物質を放出するのに関係するカルシウムチャンネルが、新たに発現してくるということで、このC繊維が機能を逸して、有髄繊維であるA繊維の機能が上がるために痛みが普通の痛みと違ってきます。普通の痛みはモルヒネ(痛み)のレセプターがきちんと備わっていて、痛みを抑える機構もあるのですが、抑えるからの機構がなくなると難治性になります。

ペインビジョンの前にそれとは別の器械が臨床において使われておりました。ドイツの製品でニューロメーターというのですが、繊維を個別に刺激することができるという器械です。これで動物を使った基礎実験をしているのですが、痛みの繊維を区別して刺激することによって何が起きているのかというメカニズムを知ることができます。ネズミの足に電極を貼り付けて機能を見ます。繰り返し刺激しても非常に安定して再現性が良いということがわかりました。そのようなメカニズムを報告し、ネズミの脊髄に痛みの伝達物質を阻害する薬物を投与し、そのことによってこの繊維がどういう性質を持っているかということ明らかにしました。C繊維はサブスタンスPとグルタミン酸の伝達物質で、それぞれレセプターがあります。もうひとつ250ヘルツの痛みの有髄繊維はNMDでケタミンという麻酔薬が使われますが、こういうものが効くようなレセプターです。あるいは2000ヘルツの合グルタミン酸ノンMNDということで痛みの伝達物質、その受容機構がそれぞれにうまくかみあっている、そういうことを利用すると痛みの仕組みがどうなっているかというのがわかります。例えば障害を起こし5ヘルツの刺激が上がると鈍くなり、機能がなくなることがきちんと証明されます。あるいは250ヘルツになると小さな触覚と考えられる刺激を与えても反応する過敏になります。

もう少し客観的なエビデンスが欲しいということで、基礎実験の中でいろいろなことができます。脊髄では酵素が活性化を受けるとリン酸化されます。それを眼で痛みを見ようということです。慢性の痛みの症状を証明することができるのです。どういう繊維が関係しているかということ拮抗薬(阻害剤)を使って見てみると、触覚の繊維が本来ならば深い所に入力するか脳に入力するのですが、新しい突起を伸ばします。また途中で混線して触覚の刺激が痛みと同じような刺激に変わってしまうことが判ってきました。脱髄がなぜ起こるかということ、混線や新しく突起を伸ばすことによって本来の痛みの刺激ではないものでも痛みとして認知してしまうということです。

普通はきれいに繊維の回りに20回ぐらいミエリンを細胞が巻いている状態なのですが、脱髄を起こすとミエリンがほどけてしまいます。LP1というレセプターをノックアウトマウスに使うと、こういうものが完全に消えるので、LP1がひとつのメカニズムであるということを証明し

ました。傷害した後に3週間経ってから痛みの繊維の断面を電子顕微鏡で走査電顕を取ってみると、やはりまくれ上がる、分離する、あるいは芽のようなこれから突起を伸ばそうとしているような物が見えてきます。本来C繊維という細い繊維はそれだけでまとまっているのですが、大きな有髄繊維の繊維が飛びたしてきたような物が混ざっている像が見えてきます。これは太い繊維から新しく突起が伸びてきたことを意味しており、混線が起こっているということです。ミエリンという神経線維の回りに巻いている細胞はきちんと巻かれていなければならないのですが、ミエリタンパクの異常が例えばシャーロットマリーツウースニューロパチーやギランバレーなどの病気につながるのです。それらは全てニューロパチーで痛みを伴うのですが、ミエリンの障害が起こるとほどけてきます。またミエリンのひとつで神経と直接つながっているものがあありますが、こういうものが働いて突起の伸展に影響します。

こういうミエリンのタンパク(LPA)をシャーレの上で人工的に加えるとことごとくたんぱく質の遺伝子が低下します。ミエリタンパクの低下は繊維が伸びているということです。接触するだけではなくスプラウティング(突起を伸ばす)の基礎的データも出ています。普通は突起を伸ばす機構をミエリンが抑えているのですが、ミエリンがなくなるとどんどん突起を伸ばしてきます。そういうメカニズムなのですが、ここで起こっていることは脳でも起こっているのではないかとということで、脳にLPを加えて疼痛過敏が起こるということを証明、報告して来ました。

サートストレス(繰り返すストレスによるモデル)を最近始めています。脳に直接LPを加えるというモデル、低温やその他のストレスモデルを作っています。患者さんの症状をひとつのモデルで現すというのは多くの場合正しくありません。いくつかの病態モデルを作ってどの症状にどの薬が合うのかということを経験的に考えていかなければいけないという視点があります。

サートストレスは低温と室温を繰り返すという温度環境のストレスを加えた実験です。3日間オーバーナイトで4°Cの冷蔵庫で動物を飼育し、翌日に24°Cと4°Cを30分ごとに繰り返します。無情にストレスフルで異常な実験ではありますが、動物倫理のことは許可を得ております。3日経過後24°Cの室温の状態安定させ痛みのテストをすると3日から数週間にわたって慢性の痛みが生じます。これはネズミの足の裏に細いチップを押し付けて、足を離すまでの時間を見るという機械的なアロディニアの研究方法です。もうひとつ足の裏に弱い熱刺激を与えて除くまでの時間、熱的な疼痛過敏の実験をしています。科学的な刺激ということでは、酢酸をお腹に入れるテストでもやはり過敏が起こります。閾値が低く痛みすぐに反応する、痛みの回数が増えるという形で非常にきれいな結果が得られました。

線維筋痛症というのは女性に多いのですが、動物ではオス・メスで同じ程度に疼痛過敏が起こり性差はないように思われます。ところが卵巣を摘除したメスは疼痛過敏がまだ残っています。精巣を摘除したオスは少し減弱します。この差が人でいう性差と対応するのではないかと考えています。このモデルは全身性の痛みであり、性差もあるということでひとつの病態モデルに近いのではないかと考えています。

治療薬は、良いアイデアもあり良いデータも出かけているのですが、まだ情報を公開する段階ではありません。始めた仕事にはノイロトロピンがあります。まだ充分ではありませんが、確かな効果はあるようです。

モルヒネは実験の都合でまだ容量をあげることはできていません。別の方法を考えているのですが、ネズミが走り回るので非常に難しいのです。抗うつ薬等々やっておりますが、まだ発表できる段階ではありません。

私たちはいろいろな治療薬を調べる手がかりを得た、とってよいのではないかと思います。分子機構についてはもう少しお待ちいただければ近々ご報告できる機会があると思います。不十分ではありますが研究の成果の途中経過をご報告させていただきました。

質問： 漢方や環境を考えるなど、闘病に良いものはなにかないでしょうか。

回答： 漢方薬というのは私も非常に注目しております。ただひとつの症状に対して患者さんの全てを診て漢方医が判断するというような、きちとしたものをやらなくてははいけません。西洋学的にこの薬が効くというようなことではなく、トータルな陰陽やその他も見ないといけませんので、そういう意味で患者さんがピタッとはまれば効くのですが、そうでないときは効かないということで、多くの患者さんに必ずしもというわけではありません。脱髄などそのような分子メカニズムがあれば、その機構に漢方薬を投与した症状として、証拠がきちんと取れるような薬であれば（エビデンスベースドメディスン）それは使えるので、実際にそういうことを始めております。

もうひとつは環境を変えるということなのですが、これは非常に当たっていますが時期があると思います。神経障害でもそうなのですが、痛みも記憶で最初の段階であれば解きほぐすことができます。しかしだんだん脊髄・脳になってくると複雑になり、解きほぐすのが難しくなります。ですから早い段階で環境を変えるということは可能性があるのではないかと思います。時間が経つとどうしても症状を抑えることしかできないのではないかと考えています。私たちは人を対象に研究していないので想像でしか話せないのですが、動物ではそういう結果を得ております。



2) 疫学と病態

藤田保健衛生大学七栗サナトリウム 内科 教授 松本 美富士 先生

私は研究班での役割として、わが国における線維筋痛症の疫学的な実態調査をこの3年少しやってきました。今年のデータを含め復習を兼ねてお話しします。

線維筋痛症は1990年に米国のリウマチ学会が、疾患の定義病名を提唱して国際的に定着し

ていますが、この疾患は決して新興疾患ではなくそれ以前には様々な病名で呼ばれておりました。現在では国際的に線維筋痛症あるいは線維筋痛症候群といったような名前で扱われています。

この疾患は痛みこわばりが全身に広範に存在し様々な類似病態があります。特に最近では、機能的身体症候群（ファンクショナル・ソマティック・シンドローム）という大きな概念があり、その中に線維筋痛症が含まれます。しかしこの病態の中には慢性疲労症候群・疾患性症候群・過敏性腸症候群・顎関節症、また日本では発生していませんが湾岸戦争の帰還兵に起こるような特殊な病態、あるいは泌尿器科的な間質性膀胱炎やパニック障害等々これ以外いくつかあります。こういったものとの類似性あるいは異同がまだまだ十分に検討されてはいません。

また線維筋痛症の患者さんの3分の2以上の方には、大なり小なり抑うつ反応があり、痛みがうつを起しうつが痛みを呼び起こすという悪循環が起きます。こういったものとの区別や、アロディニア、局所的に起こる触覚が痛みで翻訳されてしまうという混線が広範に身体的に起こっている、静脈注射あるいは外傷手術その他によって反射性交感神経ジストロフィーといった痛み、皮膚の変化、こういったこととの異同が常に問題になります。

そこで線維筋痛症という疾患概念としては、いくつかのある臓器に特化した機能的身体症候群があります。これは膀胱炎の症状を引き起こす、顎関節に痛みやこわばりをきたす、便秘下痢から腹痛をきたす、慢性疲労、激しい疲労、これらが寄り集まってオーバーラップしたものが線維筋痛症なのではないかという考え方が概念的に提案されています。それは中枢神経レベルにおける痛みの感作、過敏状態が根底にありこういったことが起こっていると現在のところ仮想的に考えられています。

この疾患に対してどの程度の患者さんがいるかということ、欧米における統計では女性の2%、男性の0.5%極めて頻度の高い疾患であり、プライマリケア(ホームドクターに受診される患者さん)の2%から4%近くがこういった疾患に相当し、家庭医では2%、一般医では約6%弱です。痛みや関節のこわばりといったことを訴えますので、リウマチ外来に受診される患者さんの3%から20%、私どものいくつかの関連施設を含めたリウマチ外来では約4.1%がこういう患者さんがみられる状態で、このことからわが国において欧米と同じような頻度であると思います。

一方入院患者さんの中にこういった疾患がどの程度含まれるかということですが、イスラエルの統計です。イスラエルというのは常に戦闘状態にある国ですので、そういう特殊な背景では総合病院の入院患者さんの7.5%が線維筋痛症ではないか、あるいは内科病棟に限定すると15%が線維筋痛症ではないかということで、非常に頻度の高い特異な疾患であることが報告されています。

性差は圧倒的に女性に多く、リウマチ性疾患、膠原病、全身性エリトマトーデス（SLE）に匹敵します。関節リウマチではもう少し男性の比率が増し3対7から2対8ぐらいが男女比ですが、SLEと同じように女性が圧倒的に多いということになります。

年齢層は30代から50代が一番多く、高齢者も決して少なくはないということです。これまで欧米の報告によると人種差があって白人より非白人のほうが少ないということですが、この調査には日本人が含まれていないので本当に日本人が少ないということにはなりません。

この疾患では家族集積性があります。一親等の中で約半数くらいが同様の症状、線維筋痛症そのものではありませんが、身体のあちこちの痛みとこわばりを訴える傾向が50%ぐらいで、しかも女性に多いということです。

そこで2004年にわが国の疫学調査をこの研究班でおこないました。2003年の1年間に線維筋痛症の診断を受けた患者さんは約2700名です。欧米の統計の200万人という数字からはかなり少なく、線維筋痛症という診断のもとで医学的な管理下にあるのはそのごく一部で、ほとんどの患者さんはそういった医療の管理下にない、という状況が浮き彫りにされました。

日本リウマチ財団にリウマチ登録医制度があります。リウマチ性疾患のプライマリケアを担うというのが役割ですが、同じく1年間に約4000名の登録医の中で患者さんを線維筋痛症と診断したことがないという報告例も多くあります。いかに医療機関で線維筋痛症と診断されることが少ないかということをお話しています。



住民調査をおこないました。日本人口に直すと1.7%、欧米が約2%という統計ですので、ほぼ有病率は同じということで200万人の患者さんが線維筋痛症ということになります。大都市は名古屋市で、また山梨県の八ヶ岳のふもとで調査しました。すると欧米の大都市圏の方が有病率が高いという統計と同様に、大都市では2.2%、山村部では1.2%ということでした。決して日本では珍しい疾患ではなく、変形性関節症について頻度の高い特異なリウマチ性疾患ということになり大都市部に集中する傾向があります。性差は日本では男性の比率がやや多くなり男女比は1対5ということで、そのへんの理由は今のところ良くわかっていません。

この疾患はようやく市民権を得て社会あるいは医療（医師）にも認知されてきましたが、2004年の調査ですとリウマチのプライマリケアを診療担当する日本リウマチ財団登録医の約3分の1の先生方しかこの疾患を認識できていません。病名としては知っているけれど、目の前にこういった患者さんが受診されたときに線維筋痛症という診断ができていないということです。

2006年度にプライマリケア医約3000名近くの方を対象に行った調査では、疾患概念を充分知っているという方は東京で約4割、医療的な過疎地になってくると疾患認識度が悪くなり、全く病名すら知らないというドクターが増えてきます。日本全体としては約3分の1で、こういった疾患の患者さんが目の前に訪れても認識できないということです。これがわが国の医療の大きな短所で、4年間を経過してもこういう状態であることが今回の調査で明らかになりました。

社会の認識度は日本テレビの方の事件以来、徐々にこの病名が認識されています。山村部・過

疎地・都市部で電話調査によって一般住民の認知度を調査しましたところ、やはり都会の方が高く2割弱、過疎地ではわずか数%以下の方々しかこの病名を知っていないということが明らかになりました。まだまだ社会的に十分な認知度を得ていない疾患であるということを示しています。

年齢を全国で疫学調査をしたところ、小児では4.8%、調査時の年齢は50代がピークです。発症年齢を調査票から推定すると約44歳です。調査時までの年数は平均7.4年、最長は56年で、これは線維筋痛症の診断を受けずに転々とドクターショッピングをされ、なんら適正な医療の管理下に置かれていなかったということをお話していると思います。

発症してから診断までの期間は、多くの方々は1年以内ですが、中には十数年から20年以上かかっている方もいて平均すると約4年ちょっとです。また平均4箇所、多い方では17診療機関を受けているということになり、わが国の線維筋痛症の診療体制の状況を如実に現しています。

どういった診療科で受診されたかは、やはりリウマチ性疾患のひとつですので、リウマチ科で受診されている方がほとんどです。あとはこの疾患の認識のある先生の所へ行けば、内科であっても皮膚科であっても診断できています。ドクターショッピングの先は、その時の患者さんの前面に出ている症状によって実に様々なことが表れています。しかし多くの身体症状があるということから、圧倒的に内科の中をドクターショッピングしているケースが多いということです。

この疾患の臨床症状は主要兆候が広範な部位の疼痛とびまん性のこわばりです。痛みの特徴は関節リウマチと同様に朝に悪化する・末梢から体軸へ集中傾向がある・日内変動が非常に激しい・様々な誘因によって痛みが増悪するということです。

この疾患はこれだけで発症することもあります。ほかのリウマチ性疾患、その他の疾患に付随して起こってくる場合があります。そういった二次性の合併疾患になる前には基礎疾患、例えば関節リウマチと同時に発症した場合には関節リウマチの病状の推移によって線維筋痛症の症状も大きく揺れ動くということが知られています。

わが国の患者さんの臨床症状に欧米のこれまで報告されている患者さんの症状と差異があるかどうかを検討しました。中心症状は疼痛とこわばりですが、その他様々な身体症状が大なり小なり起こっています。乾燥症状(ドライアイ・ドライマウス)は、欧米の報告に比べて日本の患者さんの場合は約半数で出現頻度が高く、また手が腫れぼったいという症状は約4分の1弱で、欧米の報告より圧倒的に少ないのです。

もうひとつの患者さんの特徴は疲労感で、9割以上の患者さんが痛みと同時に激しい疲労を伴い、日常生活動作が著しく障害を受けます。そのほか様々な聴覚・嗅覚症状、皮膚症状、間質性膀胱炎としての膀胱炎症状、気管支症状、また女性では生理痛や月経困難症ということも4分の1近く認められています。

付随して起こる神経症状、精神症状ですが、いちばん多いのは頭痛で、約3分の2以上の患者さんに頭痛、頭重感があるということです。その頭痛の種類は偏頭痛が半数以上で、緊張型頭痛はズキンズキンとした痛みよりもむしろ激しく、重い・鈍い・耐え難い痛みが中心です。その他痺れ・めまい・まぶしい、また精神症状として抑うつ症状やうつ反応が約6割、不安感が約7割弱認められました。物忘れ・集中力がない・睡眠障害・睡眠時無呼吸症候群も1割弱の方に認められます。このように痛みこわばり以外に多彩な身体神経精神症状を持ちながら、それぞれの患者さんが線維筋痛症としての症状で日夜悩んでいるということが浮き彫りにされました。いくつかの症状の中で人種の差は若干ありますが、基本的には欧米の多数の症例で報告されている基本的な病状と大きく変わることはないと思います。

患者さんが線維筋痛症の最終診断を受けるまで、どのような診断あるいは疑い病名をもたれるかということ、約4分の1が関節リウマチです。痛みやこわばりが中心になりますので、検査はあわないけれどもリウマチの始まりではないかと見られることがあります。また神経の疾患やそのほか数え切れないほどの病名が出てきます。診断なし不明が約4分の1あり医療側の認知度が充分でないということです。

1990年に米国のリウマチ学会が非常に簡単な診断基準を提案しました。6ヶ月以上続く広範な部位の痛み、身体5箇所(中心部・左上半身・右上半身・左下半身・右下半身)に原因不明の慢性の疼痛、特異な定義された部位に4kgの力で圧迫(親指で押さえて爪の赤い色が少し白くなる程度の力)して18ヶ所中11ヶ所以上に痛みの反応があった場合が陽性ということです。これは私も共同研究している鍼灸師のかたに見ていただくとつぼにほぼ一致する点であるといわれます。したがってここに対するトリガー治療が、この疾患で有効な場合があるということもうなずけます。

この診断基準を日本人の患者さんに適用した場合、妥当性があるかどうかを検討しました。線維筋痛症の患者さんは全国疫学調査で得られた250名、線維筋痛症ではないという患者さんやリウマチ性疾患、精神疾患を含む疾患270名を対象として米国リウマチ学会の診断基準を当てはめました。すると診断判定75.9%、対象症例が完全に線維筋痛症ではないといえる確立は98%近くで特異度は高い、しかし感度88.4、特異度82.1で、わが国の患者さんにこの診断基準を適用した場合に、25%ぐらいの患者さんが線維筋痛症であるにもかかわらず線維筋痛症と診断されない可能性があることがわかりました。しかしながらこの診断基準を用いた場合に、この疾患だと予測できる値は96.5%でかなり高く、この疾患ではないと言い切れる確立は81%で非常に高く、有用度は87%で診断基準としては優れています。そこで診断基準を考えるとROC解析というのがあります。18ヶ所のうち11ヶ所以上といわれている圧痛点の11ヶ所を10から9ヶ所にすると診断判定が上がりますし、特異度は決して低下しません。わが国の患者さんは痛みの広がりが身体5ヶ所にある方ばかりではない、ということが疫学調査で明らかになり、全国の施設での症例を検討しました。すると4ヶ所では診断感度が上がり特異度もそんなに低くないということがROC解析で表され、米国リウマチ学会の診断基準の解釈を少し変えていくことで、診断に漏れることのない状況が生まれるかもしれないということが示唆されています。

患者さんの経過ですが、日本の医療事情を反映して入院の経験のある方はわずか12%です。1年の経過の中で死亡例は0.4%ですが、線維筋痛症はこの疾患だけで発症するのではなく他の病気に伴い発症するので、その基礎疾患(この場合は間質性肺炎)による死亡例であり決して線維筋痛症でなくなったのではありません。治癒して完全に社会復帰した患者さんは266例中1.5%、大なり小なり症状の軽快が見られた方が約半数、残りの約4割が不変または悪化ということで、非常に難治性で長期に経過するということがわが国の患者さんの実態調査では明らかです。



ADLは約半数の方が正常に近い日常生活を送っています。残りの半数の方はきわめて日常生活に困難な状態にあり、寝たきりの方が14から15%ぐらいです。約3分の1の方が休職または休学をしており、その期間は平均3.2年、最長の方は20年で大きな社会的な問題、小児の場合には不登校の大きな原因となっています。

患者さんのもう少し詳しい状況を見えます。友の会の会員にご協力いただき、痛みという点から関節リウマチの病勢を表す係数を見ると、プラス28点でこれは中等度以上の関節リウマチの状態とほぼ一緒です。151人中60人の方はきわめて活動性の高いリウマチの患者さんに匹敵するということになり、軽いリウマチの状態の方はほとんどいらっしゃいません。

リウマチの患者さんのQOL(生活の質)、日常生活の程度を表す指標としてHAQというものを調査しました。3点が最強で0が一番良いのですが、何とか工夫して日常生活を送っている、部分的に障害を持ちながら生活をしているということになり、0から2の中に入り、ごく一部の方が特定疾患の認定を受けなければいけないという状況です。6割強の方にうつ状態がありますが、うつの程度は中等度から高度ということで、さらにADL・QOLは悪くなっています。9割の方に激しい疲労感があり、疲労の程度は慢性疲労症候群のときに使うスケールですと0から9の10段階で、3以上の場合には日常生活が発病前の50%以上の障害を受けているということで、大多数の方が3以上の疲労度を訴えています。このために会社に行けない、家事ができない、学校へ行けないということで慢性疲労症候群としては重症に匹敵するようなほとんど1日中家の中にこもりがちの方が多数いらっしゃいます。平均の疲労度は6.0で3以上が日常生活の2分の1以上傷害されるといえることからいえば、極めて強い疲労度を線維筋痛症の患者さんは持っていて、痛みと共に非常に悩んでいるという状況が如実に現われています。

QOL(生活の質)を現すのに健康人と比較できる資料としてSF36というのが国際的に用いられ、36の質問項目からなっています。各項目は、身体機能から見たQOL、これは日本人の平均を50に設定してありますが、20以下ですので極めて悪く、身体的な役割の低下も20以下です。痛みは何とか患者さんが工夫されて、30ちょっとで2SD近くです。活力も何とか保っています。しかし精神的な機能をみると、社会的な役割は極めて悪く、役割分担も傷害されています。うつ状態はあるけれども大うつ病と違って1SDちょっとの低下ということで35ぐらいということで支障が出ています。いずれにしても平均の日本人の50から見ると全ての項目にわたってQOLの低下があり、精神的なQOLよりも身体的な



QOLの方に低下が見られています。このQOLを高めるための行政的、社会的サポートまた治療の開発ということが求められ、このレベルに全て持ち上げなければいけないということになります。

疫学と病態についてこれまで得られた成績についてお話ししました。

質問： ACRの診断基準を使う限り感度と特異度が100になります。日本で調査されたとき100以下はありえないことで、先生独自の診断基準を作っておられるはずなのですが、どういう基準を作られて感度・特異度を100%でないようにされたのでしょうか。

回答：： 今回用いたのは全国疫学調査をして医療機関に線維筋痛症の診断をされた患者さんのデータを二次調査として送っていただきました。それを解析して診断基準に当てはめると感度が75%に上がってきました。

質問： ということは前の病院でやったものの診断基準ですね。何をされたのでしょうか。

回答： それは各先生に任せました。臨床的に線維筋痛症と診断された、いろいろな診断基準を作るときにはある程度オーソリティーの方々が線維筋痛症、リウマチならリウマチと診断された患者さんを対象にして診断感度・特異度を見るのが有用度の決定です。こちらからお願いするときにはACRのリウマチ学会の診断基準に合わせて合致した線維筋痛症を送ってくださいとお願いしております。そして線維筋痛症と診断されて二次調査に答えていただけた257例を検討し臨床症状の項目をこれに機械的に当てはめると先のような診断感度であったということでした。圧痛点は診断時と現在とを記載していただき、診断時の圧痛点で記録してあります。

質問： 先生が疫学調査をされたときはACRの診断基準だけですか？

回答： 依頼したときは診断基準の用紙を同封し、これに合致した症例で過去1年間に線維筋痛症と診断された症例の報告をお願いしました。二次調査にご協力いただける医療機関には個人票をお送りして、そこに臨床症状・治療・経過といった詳しい項目を記載して返送していただきました。その中には診断基準を無視して線維筋痛症と診断された症例も当然含まれています。しかし我々のレベルではそれが線維筋痛症ではないということで除外できませんので、実例として扱っています。

質問： 実際の住民を対象にしてされた疫学ではないのですか？

回答： 有病率・有病者数の調査は住民調査です。そのときはACR診断基準で二段階調査です。

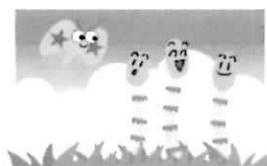
質問： そうしますと、圧痛点などは受診していただかないと

回答： まず一次調査として問診表を住民4000名にお送りしました。回収率は3分の1を得られなかったのですが、ロンドンの疫学調査用の質問で有用と精度が確保されていますので、それ

を日本語訳しまして、各住民の方々にお送りしました。そこで我々何人かの専門医が地元に赴いて調査に応じていただいた方を ACR の基準において線維筋痛症かどうかということを確認しました。その二次調査から最終結果の 1.7% が得られました。したがってこれは全て ACR の基準を充たしております。

質問： ACR の診断基準を使ったウルフ医師自体がもうこの診断基準を使うのをやめたほうが良いということをいっています。例えばウルフ医師は疲労という項目を入れてその二つでやっていますが、日本ではどうも圧痛点の写真が一人歩きをして、線維筋痛症ですと診断してしまう先生がかなり多いと思います。ACR の診断基準を使うのは良いのですが、特に疲労を中心として多彩な症状を伴うというときに始めて線維筋痛症という啓蒙をしたほうが良いのではないかと思うのですが。

回答：1990 年の米国リウマチ学会診断基準にはいろいろな批判があります。日本でもこの調査をしたときにこういった存在しない疾患をどうして疫学調査するのかとお叱りを受けました。しかしそれ以外の診断基準でこれだけ科学的にきちっと統計学的に検証されたものは現在のところ残念ながらありません。2003 年に ACR の診断基準とクリター・クライテリアあるいはサーベイ・クライテリアを用いた疲労度を入れたような診断基準がありますが、それらを突き合わせるとやはり ACR の診断基準のほうがより厳しいという結論が出ています。私どもが住民調査をするときに用いたロンドンの疫学調査用の質問表は疲労度といったものが入っています。そこでひっかかった症例をやっておりますので、単なる痛みと圧痛点のある患者さんばかりではありません。



3) 線維筋痛症のトータルマネジメント

聖マリアンナ医科大学 精神神経科 講師 長田 賢一 先生

線維筋痛症は中高年の女性に多いということです。広範囲の筋肉や関節に疼痛が広がっています。圧痛点が決められた場所以外にもあり、出たり消えたりするという問題が、診断としては非常に難しいと思います。

重症度分類は西岡先生が作られたものですが、ステージ 1 から 5 まであり、四肢など末端部の痛みがあるくらいが 1、うつ状態がこの辺に出てきます。爪や髪の毛などへの軽度の刺激でも痛みがひどくなるというのが 2・3 で 4・5 になってくると日常生活にも支障が出てくるということです。ステージ 4・5 にいく人は基本的にはあまり多くはないだろうという印象を持っております。線維筋痛症というとなかなか治らないという印象が非常に強いのですが、基本的にはステージ 1・2・3 の人が多く治療に関してはかなり有効的だと考えています

疼痛の症状は広範に出現する確率が高く、睡眠障害・疲労感・朝のこわばり、その他の症状として痺れ・不安・頭痛・過敏性大腸炎ほかにも症状が出てくることがあります。そのメカニズムは今のところ解っていないのですが、線維筋痛症はニューロパシクペイン（神経因性の痛み）ではないかと考えられます。その特徴として損傷が治癒してもまだ痛みが続いているという事で、末梢に炎症がなく、灼熱感や突発的な電撃痛、刺すような痛みなどが出てきます。それは日によって変化することがありますので、末梢での痛みの説明が難しくきわめて不快な感覚（知覚不全）を伴うのが特徴です。アロディニアといい、ちょっとした刺激でも非常に痛みを感じてしまう、下着の摩擦でも痛みが強くなるという特徴があります。ストレスや疲労、いろいろなトラウマで痛みがひどくなるけれど、場所が移動するのでやはり神経因性のもではないかと考えられております。

ひとつの証拠として脳の中の血流を見る方法(スペクト)で、視床の血流低下があります。またファンクショナルMRIは脳の機能を見る検査ですが、第一次感覚野(痛みを最初に感じる場所)を調節している第二次感覚野というのがあり、我々はこの部分に抗うつ薬の効果があるのではないかと発表しています。この部分が線維筋痛症の方では全部ではありませんが、血流が多く過活動であるということがわかっています。

線維筋痛症とうつ病は非常に似ている病気です。内科の先生から、本当にうつ病とは違うのかとか、身体表現性障害の一部に含まれるのではないかと問われるのですが、基本的には全く違う病気だと思います。線維筋痛症の場合は疼痛がかなり広範囲に広がり、疼痛が原因でADLが低下します。うつ病では疼痛は限局性でまた自律神経の症状を伴ってADLが低下します。線維筋痛症では随伴する症状もこわばり、痺れが全面的に出てきます。うつ病ですと食欲不振や自分のことを責めることが多いのです。

一番違うのは薬に対する反応性です。線維筋痛症の場合は少量でかなり効果が出ますが副作用も出やすい。うつ病はかなり大量の薬を使ってもあまり副作用が出ないが、ある程度大量に使わないと効果が出ないということです。

線維筋痛症の睡眠障害と疼痛との関係を調べました。疼痛に対する質問10項目（①痛みが広がっている ②激しい痛みで普段の生活ができない ③爪や髪の毛へのちょっとした刺激でも痛みが広がる ④温度変化 ⑤軽く触れても痛いアロディニア ⑥軽い刺激で全身に広がる痛み ⑦同じ姿勢を保てない ⑧痛みの為に1人での生活が難しい ⑨痛みの為に自分で身体を動かすことが難しい⑩排尿排便の困難）を作りました。それを5段階に評価し、0から4点までを付けています。睡眠障害に対しても10項目（①寝付くまでの時間 ②夜中に何回か起きる ③朝早くおきてしまう ④朝起きたときだるい ⑤乗り物に乗っているときも眠ってしまう ⑥座っているとすぐに居眠りしてしまう ⑦仕事に眠ってしまう ⑧会話中も眠ってしまう ⑨眠りが浅く熟睡感がない ⑩—）を同じように5段階に分けました。

今回は43名の線維筋痛症の患者さんにご協力いただき質問表で評価しました。結果は、睡眠の合計得点、疼痛の合計得点を見るとわかるように睡眠障害が起こってくると疼痛も増えます。

いろいろな病気で睡眠障害が起こってきますが、ほかの病気ではここまできれいに相関する可能性はあまりないと思います。

痛みを高い低いで2部に分け、睡眠障害との関係を見ると、疼痛の程度が高いほど睡眠障害が強くなります。逆に睡眠が傷害されるかされないかを2部に分けて、痛みの程度を見ると、睡眠障害が強いほど疼痛の程度も大きくなります。また20項目のそれぞれの因子がどのように関係するかということ解析しています。睡眠障害は2群に分かれ、1群はあまり熟睡感がない、寝付くまで時間がかかる、夜中に2・3回起きるなど夜中に睡眠が取れていないというファクターです。もう1群は座っているとき、仕事中、乗り物に乗っているときに居眠りするなど昼間に眠気が出るということです。



夜中の睡眠障害を伴う方はかなり疼痛の因子と関係してきますが、昼間居眠りしやすい人は痛みに関してはあまり高い相関がなく、逆相関しているような傾向があります。このことから睡眠障害と痛みは非常に関係ありますが、その中でも昼間居眠りできるような人はあまり痛みがひどくならない、昼間眠くなるような人は線維筋痛症にはなりにくい、痛みがひどい人は昼間寝たくても寝られないというような結果が出ています。その辺は性格的なものも影響してくると思います。

うつと痛みとの関係ですがというのは、痛いから眠れない、眠れないとまた痛くなるという相関関係があり、悪循環を断っていくことが治療部分でも大事だと思います。

線維筋痛症の疼痛メカニズムと治療ということで、薬物と私の症例をお話します。

アメリカでのミルナシプラン（日本ではトレドミン）の臨床試験の結果です。アメリカでは既にいろいろ使っており、SNRIといわれている薬がいくつか臨床試験を回って良い成績が出ています。今回の試験はミルナシプランを3ヶ月間投与し、1日1回と2回に分けて痛みを評価しました。エントリーされた方は125名で1回の方は32名、2回の方は37名、プラセボ(全く薬がはいっていない方)が2名です。全体的な改善度は実際に薬がはいっている方が反応は良く、プラセボの方は反応しないという結果が出ています。ミルナシプランは抗うつ薬といわれ、うつ状態を良くするという薬なのですが、気分の評価はもちろん、身体的な評価が結構よくなってきます。抗うつ効果だけではなく痛みに対しても効果は出ていることが証明されました。そのほかにも疲労感、朝のこわばりなどがかなり良くなり、身体機能が抗うつ薬でこれだけ変化してくるのは私ども精神科医から見ると驚く経過です。

現在も試験が行われておりこれがうまくいけば実際にアメリカではミルナシプランが線維筋痛症治療薬として認められるということになります。そのほかには同じような薬でデュロキセチンとベンラファキシンがありますが、これは残念ながら日本ではまだ抗うつ薬としての承認は受けていません。現在試験が進んでおりますので、近いうちにうつ病での適用は取れると思います。線維筋痛症での臨床開発はアメリカでは行われています。

デュロキセチンという薬は、線維筋痛症のスケールで患者さんの痛みをみると、1週間から2週間ぐらいでかなりスコアが良くなってきます。実際薬を飲んでいないプラセボの方でもデュロキセチンを飲むとよくなります。抗うつ薬としては効いてくるまでに2・3週間はかかるのではないかと一般的には言われていますが、かなり即効性があるという結果になっています。

症例① 30代の男性、主訴は両側上下肢の痺れに伴う疼痛、背部痛、両側の肘関節・膝関節とかなり広範な痛みで、圧痛点は14点でした。平成16年から疼痛があり夜中に目が覚めるということから始まり、1月ぐらいから仕事に行けなくなりました。某心療内科でうつ病と診断されミルナシبرانを処方され、その後少しよくなりますが、上下肢の疼痛があり仕事にも不自由だということで、ご自分から病院を変えられました。そこでまた血液検査など一般的な検査をし、特に問題がないということで線維筋痛症ではないかと紹介されました。トラゾドンという薬が75ミリぐらい追加されて、その後3・4週間後に急激に痛みが来ました。その後ミルナシبرانも併用していくのですが、トラゾドン（一般名はレスリン・デジレル）を飲んでいるときは疼痛が良くなりませんが、私どもにいらしたときはそういった薬を切ったのですが、睡眠障害を良くするために使う薬なので、抜いてしまうと今度は眠れなくなります。そこでアミトリプチリン（トリプタノール）を増やしていきました。これも線維筋痛症に良く効くといわれ昔から使われている三環形の抗うつ薬のひとつです。ミルナシبرانもこれ以上増やせないのではとノイロトロピンの注射を使いました。個人差があるので全員がそうだというわけではありませんが、この方はこれで痛みがひどくなりました。ノイロトロピンは不眠を良くするのですが、朝起きて眠気が起こったりしますので、急にあげられなくて少しずつあげていったらだんだんよくなってきたという症例です。

症例② 30歳の女性、主訴は右側の背部痛、両側の肩関節・肘関節・臀部痛で圧痛点は18点です。平成14年からうつ状態で、PTAの役員をして忙しく、食欲低下・不眠・意欲低下が出現して、パロキセチン・スルピリド・ミルナシبرانなどの薬を使い良くなっています。そのあと抗うつ薬は飲みますが、多少うつが残り16年7月ぐらいから別の病院に移りました。依存的というか怒りやすくなり、バルプロ酸（抗てんかん薬）とミルナシبران・トラゾドンを飲みそのあと数ヶ月して痛みが広がりました。気分的には安定していましたが、痛みがひどくペインクリニックでブロックやいろいろな鎮痛薬を使っても効果がなく、調べても特に問題がありませんでした。そのときの圧痛点は18点で、トラゾドンを中心にアミトリプチリンに変更していきました。ミルナシبرانも増量して2ヵ月後にほとんど疼痛がなくなっています。

トラゾドンがキーになるかなという感じがしています。トラゾドンのメカニズムはノルアドレナリンのアルファ受容体の阻害が強いために眠気・めまい・ふらつきなどが起こるということを利用して、寝る前に飲んで不眠を改善するというものです。ノルアドレナリンとセロトニンは中枢神経の中で神経伝達物質といわれている代表的な二つです。トラゾドンに変えた薬、アミトリプチンでは、肝臓でノリトリプチンという別の薬物になるのですが、これが結構長期間からだの中にあって抗うつ効果などもあるのではないかとされています。

ミルナシبران(SNRI)が線維筋痛症にかなり有効です。SNRIはセロトニンとノルアドレナリン

の両方に作用する薬です。SSRI といってセロトニンだけに作用する薬もありますが、線維筋痛症に対しては効果が弱いのではないかと、アメリカではまだ治験まで行っていません。ですからセロトニンだけではなくノルアドレナリンがかなり重要ではないかと考えます。慢性疼痛性障害などのいろいろな疾患がありますが、そういうものにも SSRI よりも SNRI が有効ではないかと考えております。しかしセロトニンも全く関係していないということではなく、両方がバランスよく調節される必要があるのではないかと思います。

次は下降性疼痛のメカニズムです。痛みは中枢神経で感じますが、実際にどこが痛いと感じるのは手や足の末梢で、その情報が伝わり脳で感じます。下降性疼痛というのは痛みを感じるということをセロトニンとノルアドレナリンが抑制しているのではないかとという説があります。線維筋痛症の患者さんはセロトニンとノルアドレナリンが低下して、抑制が取れてしまうために痛みが強くなるのではないかと思います。

SNRI や他の抗うつ薬が再取り込みを抑制するということは、セロトニンやノルアドレナリンを脳の中で増やすといわれますので、減っていた分を上げ機能をもとに戻して疼痛を良くする下降性疼痛抑制というメカニズムが考えられます。

この病気は必ず良くなる病気であるということを理解していただきたいのと、治療を確立していくことが大事だと思います。

質問：最近ファイザーがプレガバリン(リリカ)という薬を出しており、これがてんかんと糖尿病性神経疼痛にプラス追加適用で線維筋痛症の適用を取るということです。来年の後半に認可されるであろうということなのですが、これはおそらく世界初の線維筋痛症の適用の薬になるのではないかと思います。プレガバリンというガバペンチンの誘導体ですが、ギャバ系の作用があります。私はこれがおそらく SNRI よりもベターで来年の後半にアメリカで出るのではないかとこの見方をしているのですが、先生はどのようなお考えですか。

回答：2年ぐらい前にプレガバリンが線維筋痛症に効くという報告がありまして、去年の会で少し触れさせていただいたのですが、その薬もかなり痛みに対して有効だという結果が出ております。ひとつ私が心配しているのは同じような系統、ギャバもそうですが、疼痛を抑制する薬は結構眠気やふらつきなどの鎮静作用が強いので、それを注意しなければいけないということから、眠れないなどがありましたらやはり寝る前に飲んだ方が良いと思います。ただ抗てんかん薬ですので、一般的に精神科の先生が出されると昼間に出されると思うので、その辺の使い方に注意が必要だと思います。

質問：行岡と申します。抗うつ剤を混ぜて使う(特に点滴)とき、線維筋痛症の人は副作用の少ない薬を使いがちですが、そういう使い方に対する先生のお考えを教えてくださいたいと思います。

回答：抗うつ薬は両刃の刃のようなところがありまして、眠気などが出てくる患者さんも結構いらっしやると思います。線維筋痛症の患者さんは副作用が出やすいと思います。だんだん使えていくようになるのですが、多分アナフラニールの点滴などは、いらしてすぐに使うとかなり眠気が強くなりふらつきもあり、もうあの病院には行きたくないというようになってしまうのが私の心配です。基本的には少しずつ増やしていくというスタンスを取っていますが、それでもかなり使える薬に限られてくると思います。特に症例ではミルナシプランを110まで使いましたが、動悸などの副作用が多く使える方はごく一部です。そのへんをどうするかというのが課題です。ご指摘のようにひとつの薬だけでは難しいということがあるのではないかと考えております。

質問：セロトニン症候群といったような危険はどのように考えたらよいのでしょうか。

回答：セディールとSSRIやSNRIを併用するとセロトニン症候群を起こしやすいという記録が出ており、注意という形になっていると思います。実際に私も結構使うのですが、そのようなことまで心配しなくても良いのではないかと考えておりまして、逆にセディールは臨床としては行動ができないという方には非常にいい方が多いのです。ですから併用してそういうことが良くなる方もたくさんいらっしやいます。

質問：トラゾドンは150ミリ使うと有効ということが出ています。やって悪くなる方もたくさんいらっしやいますが、それはやむをえないことだと思います。トレドミンは200ミリを使うと有効だという概念が出ているのですが、日本では保険適用が100ミリしかありません。100ミリ使って有効例が1例もないのですが、先生の方は100ミリで有効例があるのでしょうか。

回答：あると思います。今回の問題点は非常に大きいと思うのですが、一緒に使っている薬を一度チェックしていただいた方が良いのではないかと思います。トラゾドンは単剤で臨床試験をしていますが、実際の臨床場面では単剤では難しいと思います。トラゾドンの作用をブロックしてしまうようなことが起こっているのではないかとということも含めて今回症例を提示させていただきました。

質問：私の経験では日本で使える量でいうとトレドミンよりパキシルの方が強いと思います。パキシルを使うと時々悪くなる人がいらっしやって困っています。日本ではトレドミン100ミリという前提においてはパキシルの方が強いと思っていますのですが。

回答：パキシルが確かに効く方もいらっしやるとは思います。それは多分トレドミンが効く方とパキシルが効く方に分かれるのだと思います。今後性格的な部分などいろいろなことをスクリーニングしてどちらに効くかわかればいちばん良いのではないかと思います。内科的な薬が効く方はたくさんいらっしやいますので、いろいろな薬があって、まず私たちがどれを選んでよいのかを研究すれば良いと思っています。

質問：私は臨床検査技師で、私自身がこの病気で1年7ヶ月になります。トレドミンを使い始めたとき、2週間ぐらいして劇的に効き始め、そこで25ミリから増量し100ミリまで行きました。そこで安静時の心拍数が100を超えるようになり、やめてデプロメール・パキシル・ルジオミールという形にしました。実際にトレドミンの薬で副作用が出る人は少ないと書いていますが、患者さんでどの程度なのでしょう。

回答：現実的にはそのようなパターンで、トレドミンを増やせる方が少ないのです。

100ミリから150ミリにするとかなり動悸や脈が速くなったりする方がいます。CTを撮ると特に問題はないのでそれ自体は、頻脈ということだと思のですが、それに伴って心臓の鼓動が早いので疲れやすいということが起こってきます。やはりそうした場合はどうしても減量しなくてはならず、トレドミンの限界が出てきてしまいます。その次の手段を私たちは持たなくては行けないのだと思います。



4) 動物モデルから見た線維筋痛症の病因について

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター 助教授 加藤 智啓 先生

線維筋痛症は広範囲な疼痛から疲れやすい・眠れない、また精神的な症状になってくると自律神経・うつ状態・不安が出できます。診断は身体中に広がる痛みと圧痛点という二つに分けられます。

これまではなかった線維筋痛症の動物モデルを見つけるために、痛みと不安・うつ状態のふたつを満足するような動物モデルはないかということで、3年前からサートモデルを始めました。

サートストレスはSpecific alternation of rhythm of temperature(SART)で、ラットかマウスで温度のストレスをかけます。夜間はマイナス3℃の低温で飼育し、朝9時からは一時間おきに24℃とマイナス3℃という急激な変化を5日以上繰り返すと痛みが出て体重も増えていかないということである意味のストレスを表しています。

痛みの実験は温度のストレスをかけると痛みの閾値が下がり、少しの刺激でも痛くなるのですが、繰り返しの寒冷刺激をとってやるとだんだん元に戻り、通常の機能的なモデルになります。

次は不安とかうつ状態を観察するフォーススイムテストという抗うつ薬に使われるテストがあります。マウスを水に浮かべると最初のうちは暴れますがしばらくすると水に慣れてきて静かに浮いていられるようになります。このような条件を使って薬の効果を試します。サートス

トレスマウスでは、何もしないマウスよりじっとしている時間が短くなり温度のストレスをかけた状態ではマウスにとっての不安な状態も昂進していこうという事です。全体としての痛み不安というものをある程度満足していて、完全というのはないのですが、サートは線維筋痛症に近いモデルではないかと考えています。

文献的に論文で、線維筋痛症にかかわる因子というのがあり、CRH・ノルアドレナリン・セロトニン・インターロイキン(免疫に関する液性の物質)などいくつか報告があります。こういうものがサートマウスと線維筋痛症ではそれぞれ痛みの閾値は下がり、不安という状態は昂進しています。CRH・ノルアドレナリン・セロトニン・サブスタンスPというのがありますが、かなり似た部分が多いということからサートマウスはモデルとして使えるのだろうという事です。そしてサートマウスは線維筋痛症のモデルとして有用でこれを使って解析していこうというのがスタートです。

もうひとつの鍵のノイロトロピンという薬ですが、経験的に線維筋痛症に効くといわれていて、確定していると思います。もともとノイロトロピンの薬効を見るとサートを使っています。寒冷刺激を繰り返すと痛みの閾値が下がりますが、最初からノイロトロピンを与えておくと3分の2から4分の3ぐらい治ってしまいます。サートストレスはノイロトロピンである程度痛みの閾値が改善するということがわかっています。

ノイロトロピンの作用基準も加えてサートストレスを見ていくことが、線維筋痛症の方の病態の解析に有用ではないかということがわかってきます。

痛みの下降性疼痛抑制系というのがありますが、最初に侵害受容体を介して痛みが入ると脊髄後核・脊髄にのぼってきて延髄・中脳・大脳皮質にきます。視床下部あたりに中脳・延髄というところから下に行く抑制系があり、中脳を通りだんだん降りてきます。それにセロトニンやノルアドレナリンが関与しており、ノイロトロピンとの関係で見えていくと、下降性疼痛抑制系のところに働いているのがわかります。

分子のレベルで解析するためにサートストレス期間における疼痛閾値の低下、ノイロトロピンを投与することによる疼痛低下を脳のたんぱく質のレベルで見ます。実際に使うのはラットで大脳皮質・中脳・間脳・橋・小脳の部分に別々にサートストレスをかけたあとに、脳の組織を取り出してきて網羅的に変化を見ます。実際はたんぱく質のレベルでいろいろな変化を見ます。サートストレスをかけたラットと何もしないラットの脳のたんぱく質を抽出し同じように電解し、数千のたんぱく質を一度に見てどのような変化が起こってくるかを同定していくという地道な作業です。

何もしないラットとサートの条件、次はサートをかけたものにさらにノイロトロピンを加えたものというようにいろいろな条件を作り、大脳・小脳・間脳・中脳・橋というところで変化を見るとだいたい変化の出るのは中脳と橋です。そのことから下降性疼痛抑制系のキーポイントである中脳は非常に変化があるのがわかりました。そこをさらに詳しく、サートストレスを感じて減少するスポット、ストレスが増加するスポットを見ていきます。するとやはり中脳

と小脳に変化があります。何もしないのを1とするとサートストレス(繰り返しの寒冷刺激)を与えると3.5倍に増え、ノイロトロピンを加えておくとほとんど変わらないというようにはっきりした挙動を示すたんぱく質が出ます。

サートストレスをかけると、脳内(特に中脳・小脳・橋)のたんぱく質の発現プロファイルが変化します。一部はノイロトロピンを投与することによって変化が低減されます。このたんぱく質の解析を進めていけば疼痛閾値の低下やノイロトロピンの作用点が明らかになり分子エビデンスに基づいた後の標的の確立の助けになるだろうという期待があります。

サートラットでCRMP4・CRMP2という神経軸策、細胞軸策伸長にかかわる分子に神経伝達物質の放出にかかわる変異が観察され、それがノイロトロピンの投与で抑制されます。この分子は遺伝子発現のレベルではなくタンパク質レベルの変化で、しかもそれは全体の量の変化ではなく、たんぱく質にリン酸化の修飾がかかったりして切れているということになります。これが全てかどうかわかりませんが、一部解析したものです。

われわれがやってきたことはサートストレスマウスというのを線維筋痛症のモデルとして用い、それで起こっている脳内の変化をたんぱく質レベルで解析して、それから治療の標的になるような分子を見ていくということです。実際にサートストレスをかけたときにタンパクが変化する、そして一部ノイロトロピンがその作用をキャンセルしていきます。サートストレスに対してノイロトロピンが効くということもあわせて、サートストレスの変化ということも全体像が浮かび上がってきました。これをさらに進めどこがいちばん有力であるかということを見つけていくことによって、病態が解明されひいては治療法に結びつけばよいと考えています。



第二部 線維筋痛症のケアへのアプローチ

1) 病態把握のために

行岡病院 院長 行岡 正雄 先生

疼痛の種類は侵害受容性の疼痛、ニューロパシク性の疼痛(神経性の疼痛)、神経因性の疼痛となっています。ニューロパシク性の疼痛は神経を切ったときのカウザルギーやRSDという病態があります。確かに線維筋痛症の患者さんにもそういう方がおられますがそれほど多くないと思います。

線維筋痛症とうつに関してですが、80点満点のSDSを用いてうつ状態を調べてみました。40点

以上が軽度の抑うつ状態、50点以上が中等度といわれていますが、線維筋痛症の患者さんの71%に抑うつ状態が見られました。前に調べた関節リウマチと比べてみると、関節リウマチが40%で圧倒的に線維筋痛症のほうが多かったのです。うつ病で線維筋痛症の症状が出ている場合があります。線維筋痛症にうつ病が合併した場合特に痛い抑うつ状態になってきます。こういう場合にはリウマチ科・心療内科・ペインクリニック・もちろん精神科が良いのではないかと考えています。

侵害受容性の疼痛はAデルタ繊維とC繊維で感じます。Aデルタ繊維というのは有髄で少し太く、C繊維はそれよりも細く無髄で疼痛を感じるスピードが少し遅くなります。マッチをぱっと手に当てると、まず熱いと感じるのはAデルタ繊維で、そのあとジワーッと熱くなっていくのはC繊維が感じているといわれています。感じた神経の刺激は脊髄を上行して、そのときに視床を通りますのでこれで痛みが続くと感情面にもいろいろなことが起こってくると考えられています。

C繊維に関してあまり強くない刺激でも持続的に来ると疼痛刺激に感受性が増してくるという状態がありwindアップ現象といわれています。

私たちはリウマチ性の脊髄炎、あるいは分類不能の脊髄炎というもの、これはあまり強くない炎症を節々に伴う病気の場合に線維筋痛症を引き起こすということを述べているのですが、軽い刺激がwindアップ現象で全身に広がっていくのではないかと考えています。その代表格の強直性脊髄炎を見ると、いろいろな節々に圧痛点があり、線維筋痛症と非常に似ています。

強直性脊髄炎の男性で、最初に左足関節から痛み、アキレス腱部が痛んだのですが、某大学病院で診断がつかず我々のところに来られました。以前から肩や背中に痛みがあるということで線維筋痛症の基準を満足していました。来院時には既にCRPが2.2で血液検査をしたらおかしいことがわかったと思うのですが、初診時でははっきりしなかったということです。圧痛点もありました。抑うつ状態は32点でこの間には消炎鎮痛剤やサラゾスルファピリジン、あるいはルボックスやトレドミンを使っています。痛みはかなり落ちてきている状態なのですが、線維筋痛症が出てHLA-B27が陽性です。この患者さんは現在も診ていますが、CRPは最高で8.8まで上がったのですが、現在は1点代になり仕事に復帰されています。ある時期は全く線維筋痛症と同じような症状でした。アキレス腱は腱膜の付着部に骨局があります。腰は仙腸関節を見ただけでリウマチ性の背骨の病気というのがわかります。首と胸椎は特に異常がありません。シンチを撮ると胸肋鎖骨部に少し取り込みがあるのとアキレス腱あるいは左足の部分に取り込みが認められます。

多発性の付着部炎等の軽い炎症性の刺激が徐々に全身性の痛みや線維筋痛症の圧痛を引き起こし、それにはwindアップ現象が関与しているのではないかと考えています。

侵害受容性疼痛である関節リウマチにおいて、線維筋痛症の出現頻度がどうなっているのかを調べました。対象は私が診ている215名の関節リウマチの患者さん、男42名、女173名です。平均年齢は58.5歳でそのうち20名、9.3%が線維筋痛症症状を呈しています。関節リウマチの圧痛

点を88例で見ると、平均が2.7です。関節リウマチの重症度は日常生活ができるとできないで分けていますが、プラス1・2が2.5、プラス3・4は5.6と確かにプラスが上がると圧痛点が増えていっているように思いますが、線維筋痛症の圧痛まではいっておりません。20例の線維筋痛症を分けると、初診時線維筋痛症で最初に来られたときは何も所見がなく、後の経過で関節リウマチと診断されたものが2例、初診時に既に関節リウマチに線維筋痛症が合併していたものが12例、関節リウマチの経過中に線維筋痛症が出現したものが6例です。これらがどういう原因で起こっているかを調べることによって、線維筋痛症の病態を見ようと思いました。

最初に初診時線維筋痛症で関節リウマチと診断されたものです。抑うつ状態は1例目で少し上がっていますが、2例目は正常です。CRPは両方とも0、血沈も正常です。一方にだけリウマチ因子があります。

代表的な例を紹介します。20代の女性で、1年程前より背中全体、全身に痛みがありました。同時に強い肩こりがあり、10日ほど前に重い物を持ってから左一指PIP関節の痛みが出現して来院しました。12箇所を圧痛点を認め、血液検査に全く異常がないことから線維筋痛症ということになりますが、細かく見ていくと手指のPIP関節にごくわずかな腫脹を認め、センチを撮ると手の指にあるかないかというような取り込みがあります。そこで99MPCセンチグラフィーで異常取り込みがある線維筋痛症ということで経過を見ました。平成14年の8月から16年の2月までというかなりの期間です。ただしこの期間にサラソスルファピリジンや消炎鎮痛剤を使っており、1年半以上なんともなく、急に関節が腫れて関節リウマチという診断がつかしました。そこでリウマチの治療薬であるレフルノミドあるいはシオゾールなどを使い、現在はよくなっており、軽度の関節リウマチによる関節炎の刺激ははっきり解りませんがワインドアップ現象かなと考えています。

次に初診時に線維筋痛症が合併したものの5例です。リウマチ反応はあっても炎症反応は0で、しかも5例だけSESでとっているのですが、全例が抑うつ状態になっています。また初診時CRPという炎症反応があったほうは、2例を除いて全例が抑うつ状態を呈しています。まとめるとCRP、血沈などリウマチの炎症反応がほとんどないが5例で、全例に中等度異常の抑うつ状態がありました。

次にCRPがプラスの7例ですが、2例は正常、2例は軽度の抑うつ状態、3例は中等度の抑うつ状態がありました。そこで線維筋痛症は抑うつ状態で起こるのかと考えたのですが、関節リウマチで抑うつ状態を呈していて線維筋痛症でない症例を215例の中から集めてみると、4例あります。CRPを見ると非常に高い人もいますが、低い人もいます。広範囲の疼痛は線維筋痛症の圧痛点を持っていません。すなわち抑うつ状態は線維筋痛症の重要な因子ではありますが、抑うつ状態イコール線維筋痛症ではない、少し違うということです。

次に経過中に線維筋痛症症状が出現したのですが、三つに分けられます。一つは原因がわかりませんでした。二つ目は相当強いストレスがかかっています。1人は息子さんが小さいときに事故の裁判をしており、もう1人は癌の術後に大変なストレスがかかっている状態です。また3

例についてはCRPがぐっとあがっています。炎症反応が低かったものがあがっているということで、炎症によるストレスと考えられると思います。1人炎症が長かった患者さんを見ると平成4年の6月よりアザチオプリンの投与で症状が安定していましたが、平成17年頃よりアザニンの効果が減少し、エルキナップ、タクロリムスの投与を行うも関節リウマチの活動性がコントロールできず、何をしても治りませんでした。そこで最近の生物学的製剤、エタナルセプトの投与となりました。エルキナップ試行前後より線維筋痛症症状が出現しています。

睡眠時の無呼吸を当たったところ、脳波的に1時間に覚醒するのが23分、1時間に起こる無呼吸が6.3で軽度の無呼吸を呈しています。さらに周期性四肢運動が1時間に2.3回起こり、そのたびに目が覚めているという状態です。薬を調整して今に至っています。無呼吸を治療するシーパップをしてうまく同調しているときは良いのですが、シーパップというのは線維筋痛症の人には合いにくいのです。

私たちは関節リウマチの軽い刺激に抑うつ状態や睡眠障害、そして原因はわかりませんが、線維筋痛症の要素があって線維筋痛症が発症するのではないかと考えています。睡眠障害では26例の関節リウマチを見たのですが、60%に無呼吸がありそのうち40%に20以上のシーパップ適用の無呼吸がありました。このことから睡眠状態を詳細に観察するということが治療の点でも重要ではないかと思えます。

発症初期の関節リウマチのわずかな関節炎症状は線維筋痛症を増悪する可能性があります。関節リウマチの抑うつ状態は関節リウマチイコール線維筋痛症ではありませんが、線維筋痛症の出現の強い要因となっている可能性があります。関節リウマチの活動性の変動、増悪は線維筋痛症の発症となります。

質問：関節リウマチ患者の肘や手首の付着部を押してみると結構痛がります。関節リウマチに付着部炎が合併しているような症例はいかがでしょうか。

回答：それはありえると思います。ただ関節リウマチの線維筋痛症の炎症反応の強かった1・2例を除いた大部分に、抗うつ薬が効いています。確かにエンテサイシス(付着部炎)の痛みと、エンテソパシー(付着部炎ではない)の痛みとは充分に考える必要があり、それは関節リウマチでもリウマチ性の脊椎炎でも同様に考えた方が良いと思います。痛みがあった場合付着部炎による痛みなのか、あるいは付着部炎から誘発された、炎症がない付着部痛なのかその鑑別は必要だと思います。



2) 薬剤療法について

長野県厚生連篠ノ井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

テーマは薬物療法についてということですが、治療の目的は疼痛を改善して、日常生活を送りやすくして、QOL・ADLを改善するということです。線維筋痛症の患者さんの薬物療法というのは難しい点があり、治癒を目指すことが難しいことと、不十分な場合はいろいろな方法を検討しなければいけないということです。ですから治療の中の位置づけとして、薬物療法も考えるけれどリハビリや運動療法(太極拳・ヨガ・線維筋痛症体操)また、日本ではまだあまりされていませんが、認知行動療法、代替療法(針灸・指圧・マッサージ・整骨・カイロプラクティック・アロマテラピー・音楽療法)などありとあらゆる治療法というのが線維筋痛症にかかわってきます。

薬物療法ですが、抗炎症剤(ノイロトロピン・イブプロフェン・ジクロフェナク・スリンダク)などの痛み止めはいろいろと使われると思います。それから向精神薬(スルピリド・ドグマチール・トフラニール・ルボックス)など、またそのほかベンラファキシンやトレドミンはまだ日本では処方できません。ただトレドミンはかなり効果があるようです。リボトリールなども私は経験がないのですが、効果があるようです。オピオイドと半オピオイドの二つをもっているトラマドールは習慣性が少なく非常に使いやすい薬です。また漢方を使う方もいます。

薬物の評価方法はVAS(バス)というアナログスケールとフェイススケールです。VASは0から100までの疼痛レベルを書いてもらい、身体の前と後ろの痛いところに印を付けてもらいます。またインターナショナルに使われている20段階のフェイススケールはかなり有望です。

ノイロトロピンの投与前後ですが、VASの痛みは投与前に85で投与後は67.6で優位に良くなっています。全体的なバスは79から65と良くなっています。またフェイススケールは16ぐらいだったものが14になっていてかなり改善しています。

向精神薬はドグマチール・コントミン、抗不安薬はデパス・セルシン、抗うつ剤はトルチカドール・ルボックス・パキシル、睡眠薬はハルシオン・ユーロジン、抗てんかん薬のクロラゼパム・リボトリール・カルマバゼピン・テグレトールです。

抗うつ剤に対しては注意が必要で、第1世代三環系、トリプタノールとトフラニールは良く効きますが、抗コリン作用などがあります。また第三世代の抗コリン薬、SSRI(ルボックス・パキシル)は割合に効きます。第4世代のSNRI(ミルナシプラン)はより効きます。SSRI・SNRIのルボックス・デプロメールはヨーロッパでは1983年に発売されています。1988年にはプロキセチン・プロザックが発売され、1996年にはプロキセチンが、1998年にはベンラファキシ

ンが線維筋痛症に効果があると発表されました。1999年にやっと日本でフルボキサミンが発売されました。抗うつ剤として投与されたSSRI・SNRIが線維筋痛症に効くということで、三環系抗うつ剤に変わってとはいえませんが、安全性が期待され良く使われています。

私の経験ですが、フルボキサミンを発売されてすぐに10例使いました。効果があった人は6例で以前にトリプタノールを飲んでいて人が多いのです。効いた症例として、12歳の小学生が首から腕が痛くなり、鎮痛剤や針灸で効果がなく、投与したところ2から3ヶ月したらかなり痛みが取れました。当時はまだほとんど日本での報告がありませんでしたので、6.25(四分の一)の投与をしたのですが、今思うとプラセボ効果だったと思います。

SNRIはアメリカでもかなりはっきりデータが出てきて、SSRIよりもかなり効果があるといわれています。私のところで使った患者さんは、スルピリド・イミプラミンを投与しても悪くなったので、ミルナシプランを使ったら良くなりました。

そのほか日本でも漢方薬を使う先生がいらっしゃいます。これも大勢に効けばよいのですが1例2例の報告が多いので、一般的には使いにくいところです。

ステロイド剤は線維筋痛症に有効だという報告はありません。普通は線維筋痛症単独には使いません。しかし脊椎関節炎・関節付着部炎・リウマチなどの場合、線維筋痛症は表向きとしてはあるのだけれど、もっと下にあるものを診ていかなければなりません。今後この問題は出てくると思いますが、この場合は抗うつ剤や抗痙攣剤を使うのではなく、抗リウマチ薬あるいは生物学製剤もちろんステロイドも使います。腫れが見られたり炎症性のCRPや血沈が上がったり指や腕・踵が腫れるなどの場合は線維筋痛症単独ではない可能性があります。

質問：自殺寸前の人を何人か抱えて苦慮しています。塩酸モルヒネを使って何とか回避しているのですが、モルヒネが必要な方はいらっしゃいますでしょうか。

回答：モルヒネとしてはMSコンチンです。私のところで使っている方は線維筋痛症ではないです。私の近所では自殺例はありません。

質問：お医者さんの会合ですから、自殺しそうだとか、したとかおっしゃっていますが、事実は私たちが今診断を受けてこれからそのようなことになるのかとゾツとし聞いています。そのようにならないために使えるものであれば行政とか国とかでヨーロッパ・アメリカなど関係なくみんなが使ってみんなが生きていく方法をお医者さんの力でやっていくべきではないでしょうか。

回答：そのとおりだと思います。昔から自殺が問題になっていますが、線維筋痛症単独では、今申し上げたとおり私の知っている範囲ではありません。ですから薬ばかりを上を持ってくる段階ではありません。やはり患者さんの話を良く聞いて対応してあげると、そのようなことが起こることはないと思います。

3) 心身医療面から

日本大学医学部 内科学教室診療内科学 講師 村上 正人 先生

私は内科医ですが、どの病気も心と身体の両面から診るという立場をとっています。今日は心身医学的側面からというテーマでお話させていただきます。

患者さんの症状は痛みだけではなく、強いだるさ・無気力・倦怠感・うつ・顎関節の痛み等があります。この病気をどう理解するかというときに、こういう様々な不定愁訴をどう理解するかということも重要です。感情的な問題も伴ってくる場合があります。いらいらする・腹立ちやすいなど、また体調がよいときにはかなり熱中できるのに、翌日は身体中が痛くてぐったりとしてしまうといったように、症状の変動が大きいというのも特徴です。また気力が落ちて、生きる意欲も失われてきたという患者さん、死にたいという表現をなさる方はたくさんいらっしゃいます。しかしこれは死ぬほど痛いという意味で直接死につながるものではないという気がします。

抗うつ薬の中にSSRIとかSNRIという言葉が出ましたが、このSはセロトニンのことです。セロトニンという物質に注目してみたいと思います。

セロトニンの濃度が低いと、睡眠障害や情緒的な問題、疼痛閾値の低下に関係するという線維筋痛症にまつわる古い論文があります。それにヒントを得て、実際患者さんの脳中に出て来るセロトニンやノルアドレナリンの代謝産物を見たことがあります。健康時に比べて有意に低いのです。ですからいろいろな症状を説明するのにセロトニンが少し関係するかもしれないと考えたことがあります。セロトニンの代謝産物、線維筋痛症、慢性疲労症候群、うつ病、自覚的な疲労度、ノルアドレナリンの代謝産物、またエンドルフィン（痛みの閾値に関係する脳内麻薬といわれているもの）、そういった物質を調べるとセロトニンとの相関が結構あります。痛みや人間の活力のようなものに関係する物質と大いに相関することがわかります。

セロトニンの不調があると、例えば温熱中枢に影響が出て体温が低くなります。中には微熱の出る方もいて、朝方低体温だけれど夕方微熱が出るといったように非常に体温の幅が大きくなります。胃や腸管運動にもセロトニンが関係し、胃が痛いとか食欲不振に陥る、下痢をするなどがあります。また血圧の中枢にも関係しますので動悸・立ちくらみがしやすいということで日常生活に支障が出てきます。女性が8割から9割ですが月経困難症・月経前緊張症があるなど性ホルモンにも影響があります。月経中に線維筋痛症の痛みがひどくなるという話を良く聞きますが、こういった性ホルモンとの連動があります。

呼吸中枢にも関係し、呼吸リズムに異常が出て睡眠時無呼吸症候群の方もいます。眠りがよく取れずまた睡眠が浅く息苦しい感じを常に持っています。基礎代謝にも関係しており、基礎代謝が少なくなると重力に逆らって動くことに対する力が非常に弱くなり、また姿勢の保持が困難になり非常に疲れやすくなります。

セロトニンという物質ひとつをとってもたくさんのファクターがあります。実際に患者さんの身体的な不定愁訴を調べると過敏性胃腸症状が70%、過敏性腸症候群だけにしぼっても48%、睡眠障害14%、うつ62%、月経異常80%、様々な自律神経失調症状88%、慢性疲労症候群のクライテリアを満たすのが32%と非常に多彩な症状を訴えてきます。精神的な症状についてもセロトニンを中心としているいろいろな状態が起こってくるということがわかっています。ですからSSRI・SNRIといったセロトニンを中心とする抗うつ薬はうつ病に限らず、例えばパニック障害・過食症・拒食症・PTSD（心的外傷後ストレス障害）・強迫性障害など多彩な病態に対して使われます。様々な身体症状、精神症状に連動しやすい背景にセロトニンの異常があるのではないかと思います。

線維筋痛症というのは様々な病態とオーバーラップします。劇場のスポットライトにたとえると、あるときは線維筋痛症に光が当たり、あるときはうつ病、またあるときは慢性疲労症候群のパターンを取るかもしれません。時期によってスポットライトがどこに当たるのかで変わり、三つ同時に光が当たれば光が重なったところはいろいろな病態を取ってきます。

外国の文献ですが、線維筋痛症を起こした方の60%は3年以内にうつ病の発症の経歴があるといわれています。うつ病の痛みと線維筋痛症の痛みは明らかに違うのですが、ある時期うつ病のパターンでしばらく経過を見ていると一時期線維筋痛症の、またしばらくすると慢性疲労症候群の症状になるといったように、いろいろなパターンを取ってくる方もいます。どこへ行っても病名が違ふといわれて非常に困る方もいるかも知れませんが、実は多様性を持ってどこにスポットライトを当てるかによって、あるいは時期的にどこに症状が出てくるかということによって病態が少しずつ変わってくると思います。

線維筋痛症の薬物治療については省略しますが、SSRI・SNRIのSはセロトニンのことです。漢方薬は血流を改善する、筋肉の痙攣をとるといった視点からよく使います。

このような痛みに対して、症状が長引くにつれて様々な患者さんの苦悩が出てきます。他人の痛みはわかりません。毎日聞いている身内の方からも本当に痛いのかといわれたりして傷つきます。誰も痛みを理解してくれない、ましてやドクターに理解してもらえないということは治療の手当てがありませんので、非常に辛いことになります。こうしてよくなったり悪くなったりという繰り返しが起こります。いろいろな薬を使われますが、長期にわたって漫然と薬を飲んでいて良いのだろうか、何か自分でできることはないのか、悩んでいてどうなっていくのかという疑問もあります。

薬物療法というのはいろいろと研究もされていますし、これからよいものも出てくると思います。しかし薬物療法でかなりの効果があったけれどももうひとつ治療が伸展しない、足踏み状態・膠着状態・長引く情動をどうするかということが問題になってきます。それは心理社会的なファクターに対するアプローチ、心身医療的なケアが必要になってきます。

痛みの閾値が低下するとより痛みを感じやすくなります。絶望感に襲われる・恐怖心・この先どうなるのだろうといった不確実感・怒りといった感情があると思います。交通事故のあとの賠償の問題などがかわってくると当然痛みも入ってきて、こういったことが誰からも理解されないとか、あるいはドクターも相手にしないということになると怒りの問題があります。怒り・不安・無力感・抑うつ・疲れただけでも痛みが出てくる・眠れない・不快感・孤独感といったものが痛みをより感じやすくさせます。反対に睡眠薬・口径薬を使うと痛みを感じにくくなりますが、現実には毎日の生活の中では希望・安心・説明・理解・休息・睡眠・緊張の緩和・リラクゼーション・気分転換といったものが治療に必要です。

特に痛みに関係してよくいわれることですが、不安・抑うつ・焦燥感・怒りのなかでいちばん消失しにくい感情は怒りです。これはうかつに怒りを消失すると人格が疑われ、それに対してネガティブな反応を引き起こすということもありますので、こういった怒りの処理が必要になってきます。線維筋痛症の原因とはいいませんが、線維筋痛症の経過の中で日常生活において理解されないことに対する怒り、思うように人生が展開できない、思うような機能が発揮できないという焦燥感の苛立ち、怒りといったものがあり、悪循環を呈してきます。

心理的治療法は一般的なカウンセリング・認知行動療法・自律訓練法(リラクゼーション技法)・ブリーフ心理療法(短期的な心理療法)や交流分析のような対人交流の会議を開くといったようなものを行います。

心療内科を担当する先生方に対する調査を行いました。心療内科の先生方も線維筋痛症に対する理解が深まっております。そういった先生方が薬の治療に加えてどのような心理的な治療をするかという、1位が一般的なカウンセリング、次に自律訓練法、芸術療法(音楽療法など)、ブリーフ診療方、交流分析といったものがあります。

一般的カウンセリングというのはまず周囲の人に訴えてもわかってもらえない身体や心の痛みを受け入れ理解するという受容・共感があります。医師がそのような立場を取るのは当たり前なのですが、家族、周囲の守っていく方々がこの受容・共感という意識を常に持ちながら患者さんの痛みを理解することが必要になってきます。

次に支持ですが、病気になったときに孤独感や自分の存在価値を見失いがちな状態を支えて、痛みを耐えて生活しながら問題解決のために試行錯誤する意気を支えるということです。何年もかかりますのでその時期をずっと支えていく立場が必要で、これは医師が根気良くお付き合いしなければいけません。最後に保障ですが、病気をわかりやすく説明し、いつかは解決する、治療への努力はいつか報われるといったことを約束することです。短時間であっても1回の治療の中に受容・共感・支持・保障という四つの要素を常に盛り込んでいくと、患者さんは安心していただけるのではないかと思います。

認知行動療法は、認知思考のゆがみに働きかけて認知と行動の原因を促し当面の問題解決の効果的な対処を習得するということです。私たちはいろいろなものの捉え方や考え方が少し偏っている、例えば線維筋痛症の痛み、自殺につながるのではないかと認知や思考を持っている

ると疼くたびに不安になります。しかしそのような人は1人もいないと言われれば、この痛みは大丈夫というように思います。同じひとつの痛みに対しても捕らえ方が違ってくるだけで痛みのレベルが変わってきますので、そういったものに働きかけるのが認知行動の簡単なポイントです。

夕刊紙の記事ですが、線維筋痛症が広く認知されるきっかけにもなったと思いますので引用します。『高齢出産で待望の男児を出産し、喜びにわいたのもつかの間線維筋痛症を発症しました。出産後も育児休暇などを取っていませんでした』。ただでさえ高齢出産は体力が追いつかず育児ノイローゼになりやすくマタニティーブルー（産褥うつ病）などにも陥りやすく、うつでない人でもお産の後にはうつっぽくなる人がいます。『弱音を吐かないムードメーカーで面倒見が良く潤滑油のような人です』。潤滑油というのは普段から努力をしないとそのようにはなれません。『取り柄は明るさで落語が大好きで落ち込んだ姿を人に見せたことがなく、仕事に対しては非常に厳しくて厳然とスタッフをしかりつけることもあったという、完ぺき主義的なところもありました』。心配りとやさしさがあるという形で非常に線維筋痛症の人にある意味では共通的なファクターが書かれています。

心理的なストレスにプラスして、肉体的なストレス、高齢でお産すると全身の筋肉を使い陣痛時間が一日以上といったように非常に筋肉はダメージを受けて、また過労によるバックグラウンドもあります。そういったところとメンタルなファクターがダブっているのだらうと思います。このように頑張っているはずなのに線維筋痛症になってしまうというケースが多いのです。私どもは過剰適応という言葉を使うのですが、自分がストレス状況に陥っていることに気づかずにむしろ現状を乗り越えようと努力してさらにストレスの深みにはまり込んでしまい、無理の積み重ねから身体の痛みや疲弊を招くというパターンで線維筋痛症につながっているという方がいます。

決して怠けていたわけではなく、良かれと思ってやっていることが裏目に出るといった事があり、その認識を変えるのが認知行動療法だといえます。

以前に出したデータですが、線維筋痛症の患者さんの療法的な要因として、過剰適応な人(56%)、自分を抑えてしまう人(60%)、人に弱みを見せない、笑顔ばかり見せているというある意味自己抑制的な人、神経質な人（良い仕事をする人はだいたい神経質でルーズな人はあまり良い仕事はできません）、循環器質な人（調子の良いときは突っ走るタイプ）、強迫的な人（細かいことを完璧にこなそうとする）、そのようなタイプの方が身体の無理や痛み睡眠不足を押して頑張るといった形になると思います。そういったことに対して認知行動療法をするというわけです。

完璧主義の方（何々すべきという完全性の気持ちを持ち）、やや独善的に自分のことを考えてしまうといった方の自分の認知行動パターンに対して気づく、良かれと思ってしていることが時々マイナスに働く、身体を痛めて病気になることに気づいてもらうことです。そのように頑張らなくても誰かカバーしてくれるかも知れない、そんなに頑張らなくても良いという考え方もあるという行動性に対する可能性を探ることが認知行動療法のひとつのアプローチです。

自律訓練法は身体のリラクゼーションをはかるために身体各部位に意識を集中して重い感じ・お腹が暖かい感じ・顔が涼しい感じといったようなものを自分で体験できるようにもって行く訓練法です。効果としては緊張の緩和、身体症状の調和、身体感覚の獲得といったことです。疲れたら居眠りができる、あるいは電車の中でうとうとできるくらいの人が、身体の無理をあとに残さずに、力が抜け筋肉の緊張を解くことができるのではないかと思います。自律訓練法をすると不安・緊張・身体症状が調和されてきて昼寝ができる、夜の眠りが早くなるといった効果が期待できます。



トリガーポイント（肩の一部）が凝っているだけで、関連痛を起こして、顎関節痛・歯肉痛・舌痛・頭痛・目の痛みといったような様々な痛みにつながってきます。こういったことも自律訓練法で集中的にリラックスさせるような方法を取っていくわけです。

ブリーフ心理療法は短時間でできる心理療法です。これは障害より、健康な部分の拡大を図る解決思考療法ということです。障害があるなりに頑張っている方はたくさんいらっしゃいますし、「こういうときに良くなる」とか「こういう方法でやると少なくとも楽だ」といった解決方法を自分が見つけているものです。人は常に問題を持ちながら生きており、少なくともそのなかで解決を自ら始めています。多分皆様方もいろいろな努力をしていらっしゃいます。それでよいときもあれば悪いときもあります。そういった方法に焦点を当てようというのが、解決思考的アプローチです。もしうまくいっているのであれば直そうとせず、もし一度やってうまくいかなければまたそれをしてみる、それでもうまくいかないのであればまた別のことをやってみるといった形のやり方がブリーフセラピーといわれているものです。医者がいろいろな方法論を考えるのは大切なことなのですが、それに患者さんが自分を当てはめる必要はないと思います。『私はこういう方法でやったらうまくいったとか、こういう方法が私にとっていちばんだ、というようなことがあればそれをもっと積極的にやってください。私たちもそれをサポートします』という形の方がより良い姿勢だと思います。

交流分析というのは対人交流の改善といったことなのですが、人間関係の問題が非常に大きなストレスの対象になります。それによってストレスに対する抵抗力をつける・一生懸命やらなければいけない・力強く生きなければいけない・人に弱みを見せてはいけないなどというドライバー（自分を駆り立てるもの）に気づいて健全な生き方に目覚めます。怠けてはいけないとか人に弱みを見せてはいけないなど自分に対する無言の命令（禁止令）が線維筋痛症の人たちには結構あります。そういった禁止令をうまく脱却してリラックスした生き方をすることが必要で、人との関係も変わってきます。良好な人間関係、ソーシャルサポート（人からあるいは社会から支えられている）といったことが痛みの解決にもつながっていきます。

良好な治療関係を作るということ、薬をしっかり使いながら生活指導・休養・リラクゼーション、ソーシャルサポートをしっかりと、心理的・社会的な問題を解決の方向に持っていく必要があるということです。そして心とからだ両方の立場から管理していく必要があると思います。



第三部 線維筋痛症をめぐるトピックス

1) 睡眠呼吸障害と線維筋痛症

東京大学医学部付属病院 精神神経科 講師 土井 永史 先生

うつと線維筋痛症の関係がよくいわれていますが、うつ病が線維筋痛症をもたらすのだろうかといつも疑問に思っています。患者さんを見ていると非常に前向きであれだけ苦しい症状がありながらよくやっているといます。うつが原因で痛みが出てきたのではないというふうに考えています。人の苦しみはいろいろで、それを支える人間としてはその人の苦しみを受容していくということが大切ですが、それだけで病気が良くなるのだろうかという疑問があります。我々の苦しみは意識しているところですが、その苦しみの原因となるものは意識していないところで生じるかもしれないということで、病は夜作られるというのが私の結論です。

最近マスコミで騒がれるようになった睡眠時無呼吸症候群（SAS）がどのようなものかというところ、10秒以上続く無呼吸と3%以上の動脈血の酸素飽和度の低下を伴うような、息は止まらないけれど浅い低呼吸です。呼吸というのはだいたい5秒に1回でひとつ飛ぶと10秒止まってしまう。これを睡眠呼吸障害エピソードといい、1時間当たり5回以上生じるものが睡眠時無呼吸症候群です。必ずしも肥満や鼾を伴うとは限りません。寝るときに鼻で息をしますが、軟口蓋が重力で引っ張られ閉じかかったときに振動が起きて鼾が生じ、閉じると呼吸が止まってしまう。ですから太っていなくても炎症や扁桃腺炎などがある、花粉症のようなアレルギー性鼻炎がある、また顎が小さいなどでもそのようなことが生じます。

睡眠時無呼吸症候群の臨床症状は睡眠中の無呼吸・低呼吸、時々鼾、起床時（とくに午前中）の頭痛・全身倦怠感・日中の強い眠気があります。また不眠は眠りが浅いこと以外に夜中に何回も目が覚めてしまう中途覚醒があります。身体的な合併症として高血圧や多血症（血液が濃くなる）、メタボリックシンドロームがあります。

線維筋痛症の臨床症状は痛み以外に全身倦怠感が9割ぐらいあり過敏・頭痛・消化器症状があり痛みはストレスなどで増強するということです。心理的ストレスで痛みが増強するのはどんな疾患でもそうです。そこで注目するのは全身倦怠感・睡眠障害・頭痛です。これは睡眠時無呼吸症候群と同じです。線維筋痛症とSASの随伴症状はよく似ているのでなにか共通の病態があるのではないかと考えます。

そこでポリソノグラフィーを使って線維筋痛症の睡眠を調べてみようと考えました。私自身睡

眠時無呼吸症候群になり、からだのだるくなり頭痛や動悸もするしあちこち痛かったので圧痛点を調べたら16箇所あり線維筋痛症になっているのではないかと思います。そういうことでこの研究を始めました。

ポリソノグラフィーは脳波・心電図・酸素の飽和度などを同時測定して1晩の睡眠の記録をとります。睡眠中の意識のレベルを6段階に分けています。覚醒している・ステージ1・ステージ2があってステージ3・ステージ4で睡眠が深くなります。ステージレムという特殊な睡眠があり眼球が急速に動きこのときに夢を見えています。脳が活発に動いているわけです。ステージ3・4というのは脳が非常に安らいでおり脳の休息、脳の眠りです。ステージレムでは脳は活発に動いているけれど骨格筋は緊張がなくなります。筋肉の眠り運動器の休息はステージレムによって与えられます。

若い人はデルタ睡眠（深い睡眠）が多く、少し年をとってくると睡眠が浅くなりますが、深い睡眠やレム睡眠もあります。深い睡眠は10%、レム睡眠は20%から25%あり記憶が定着するのに必要な睡眠です。

今回の研究の対象は米国リウマチ学会線維筋痛症の診断基準を満たす女性に絞り36名です。26歳から72歳で平均が45.1歳ですが、30歳代が15名で半数が若い女性です。肥満の尺度であるBMI（体重を身長²で割ったもので標準は22です）は15.6と非常に痩せている方から31.2と太っている方がいますが、25.0以上の6名を除けば肥満はありません。むしろ痩せている人が結構います。

アラザルインデックス（36名の患者さんの一晩の記録で1時間当たり何回目が覚めるかを調べたもの）で、だいたい正常の1時間当たり5回未満はいません。5から10回が10%強、10から20回が25%、20から30回が約30%、それ以上の方が30%ととても多いのです。本人に聞くと3回とか4回ということで、自覚している以上に睡眠の質は悪いということです。

AHIインデックス（1時間当たりどのくらい無呼吸・低呼吸が起こるか）は、正常な値は30%をきり、25%強が正常の範囲に入ります。しかし40%ぐらいの人が5から10回で、軽度の無呼吸症候群の診断基準を満たします。25以上の重度の無呼吸症候群の診断基準を満たす人もいます。

こうしてみると約7割の人が睡眠時無呼吸症候群の診断基準を満たしていることになります。全睡眠における無呼吸指数ですが、特に骨格筋の緊張が落ちてしまうレム睡眠ではさらに多くなります。SASの診断基準を満たさない方が10名いたのですが、レムに限定して無呼吸指数を調べると1名を除いて全員が高いのです。

無呼吸の指数を正常・軽度・中等度・重度の4群に分けると、重度の無呼吸症候群は深睡眠が少なくなっています。また正常と判定された方もほとんどが深睡眠層は欠如しています。脳の眠りについては浅い睡眠です。脳の疲れがなかなか取れない人がいて特に無呼吸症候群の診断

基準を満たさない人にその傾向があります。満たす人は必ずしも深睡眠が少ないとは限りません。

体の眠りであるレム睡眠も4群に分けて調べます。赤ちゃんは3分の1がレム睡眠ですが、成人は20%から25%が正常な値です。正常なレム睡眠の人はごくわずかです。7割近くは明らかに低下していて、ほとんど欠如している人もいます。体の眠り、運動器の安らぎはありません。

線維筋痛症のポリソノグラフィーの所見ですが、まず共通な所見としてはレム期の無呼吸指数と中途覚醒が増加し、これに対応してレム睡眠が減少しているということです。レム期は無呼吸になりやすいのでレムが減少することによって何とか酸素が足りなくなることを防ごうとしていると考えられます。個別的な所見としては軽度・中等度ないし重度の無呼吸症候群の診断基準を満たすか、満たさない人についてはほとんど全例で深睡眠が欠如しているということがわかります。

基本的に睡眠呼吸障害があり、レム期の無呼吸・中途覚醒が増加しレム睡眠が減少しています。個別的には徐派睡眠が欠如するか軽度以上の無呼吸症候群を満たしますが、眠りと呼吸のシーソー現象です。眠りを取ると無呼吸症候群になり、呼吸を取ると無呼吸症候群にはならないけれど眠りが悪くなり徐派睡眠層が欠如します。

このように線維筋痛症では大半の症例では睡眠呼吸障害が主要な病態になっているのではないかと考えられます。もちろんこれが全てではなく、周期性四肢運動障害というのがあってレム睡眠層が欠如してくるという方が1人だけいました。

私たちの現在の仮説ですが、睡眠呼吸障害が基盤にあってそのために中途覚醒の増加が生じレム睡眠が減少し、眠りを取ろうとすれば軽度以上の無呼吸症候群になり、呼吸を重視すれば徐派睡眠の欠如が生じるということです。



Northwest Territories

睡眠呼吸障害がベースにあると、どのような症状が出るかという、まずレム睡眠の減少は体の休息が取れないので、あちこちが痛くなるのは当然です。徐派睡眠の減少、中途覚醒の増加で脳の疲れが取れないため、集中力がなくなり、倦怠感や眠気が出てきます。無呼吸があり起きる前に高炭酸ガス血症などを生じると頭痛がするのは当然ですし、もっとひどくなり低酸素血症が頻回に起きると多血症や高血圧、心疾患、脳外科疾患などが出てきます。現在マスコミに注目されているのは、このような無呼吸症候群ですが、睡眠呼吸障害ということをもベースにして考えると線維筋痛症と同じスペクトラムに捉えることができるのではないかと思います。

治療についての展望です。咽頭が狭くなり、炎症などで気道における気流が悪くなっていますので、例えば扁桃腺炎や口蓋の気孔などがあればそこに対する治療が必要ですし、アレルギー性鼻炎等があればその治療が必要になってくると考えます。マウスピースの使用や睡眠時無呼

吸症候群の治療でも使用されるシーパップあるいはバイパップといって呼吸の上気道を広げる機械があります。大事なのは呼吸筋を強めていくことで、線維筋痛症体操はそういうものではないかと思えます。

質問：アメリカで線維筋痛症の無呼吸は5%から10%とかなり低いのですが、日本では多いということで特徴があるのでしょうか。また女性が多いということで、向こうでは上気道抵抗症候群を線維筋痛症の原因として考えているということ、シーパップが合わない人が多いのですが、どのようにされているかということをお聞きします。

答え：アメリカでは睡眠時無呼吸症候群が非常に掌握されていて、いろいろな身体的疾患の合併のもとになりますのでかなり診断されている部分があると思えます。男女比について男性は無呼吸症候群が10倍ぐらい多く、線維筋痛症は女性の方が10倍ぐらい多いということで、睡眠呼吸障害ということで捉えればトータルとしてあまり変わらないと思えます。上気道抵抗症候群というのが主要病態と考えます。



2) Pein Visionを用いた「いたみ」の計量化について

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター 講師 岡 寛 先生

他人の痛みはわからないということで、痛みを他の感覚で計る必要があります。それを電気刺激の感覚の大きさを使って比較することで痛みを計量化するという方法をニプロの方が作られました。Pein Vision (ペインビジョン) といい被験者が感じている痛みと同程度の強度に感じている電子刺激の大きさを測定する装置です。閾値と痛み度を3回測って自動的に平均値を出すことができます。

ペインビジョンの特徴はアルファ β 、アルファ δ のうちC繊維というのはほとんど刺激しない痛みなので、被験者は電流刺激として感じるのですが、直接の痛みというものはほとんど感じません。それを測定することによって患者さんの痛みを計量化する方法です。実際は筋肉や汗腺が少ない上腕で測定し、そこに電流が流れていちばん最初に感じたときに閾値としてボタンを押すようになっています。それから例えば首が痛いとするとき今いちばん痛い首の部分と同じぐらいのところを押すと、痛みとして測定できるわけです。年齢が上がると閾値も上がります。男性で7から8、女性も7から8の前半ぐらいが閾値の正常値です。

我々の施設の、61名の患者さんを解析しました。女性47人(77%)と男性14人(23%)で、

平均が 49 歳、だいたい 30 から 40 代です。合併症としてはうつ病・てんかん・顎関節症・ドライアイというようなものがあります。男性 14 人の閾値は平均が 8.5 で線維筋痛症の場合は閾値が低下するというので、ペインビジョンで計測したとき大変閾値が低いのではと予測していたのですが、あまり変わりませんでした。この原因は線維筋痛症の患者さんが当院に来られたときに複数の薬物を飲んでいることが関与しているのではないかと思います。特に閾値に関しては低い人もいらっしゃるかもしれませんがむしろ正常より高い人もいますので、あまりはつきり下がっているとはいえませんでした。女性はもう少し正確なデータになるのですが、その場合でも 8.4 ということで、女性においてもこの病態である閾値が特に正常時、性と年齢がマッチした群と比較して低いということはありません。しかしいちばん痛いところを押してもらうような検査では、男性 14 人では平均約 361 ですが、いちばん痛いときで 200 から 300、これらの痛みが線維筋痛症の患者さんに常時あるということが問題です。女性はさらに 300 後半位が普通なのですが、平均値が 448 で、2000 とか 3000 という痛み度を表している人が何人もいらっしゃいました。これはニプロの方に聞くと卒倒するぐらいの痛みだということです。この痛みが常時あればメンタルステート・睡眠障害など様々な問題を起こしても当然かなという感じがします。

ペインビジョンにて痛みの計量化を試みました。閾値である最小感知電流はマイクロアンペアで男性 8.5、女性 8.2、性と年齢をマッチさせた正常群と比べて特に下がっていることはありませんでした。しかし痛み度に関しては男性 361.1、女性 448 と男女共に高くその傾向は特に女性患者さんで顕著でした。結論として線維筋痛症では主訴である痛みをペインビジョンで計量化することができました。男女とも痛みの度合いは相当高いのですが、特にそのなかで女性の一部の患者さんは常人では耐えられないような痛みを常に持っているということがこのペインビジョンの検査でわかりました。

質問：私どもが疫学調査をしたときに線維筋痛症の患者さんの痛みを含めた困難度は関節リウマチと比較すると中等度の病勢あるいは高度の病勢がある方と同じぐらいでした。関節リウマチの患者さんでこういったことをやった場合の痛み度は線維筋痛症の患者さんと比べてどうだったのでしょうか。

回答：いま糖尿病性抹消神経性疼痛を別の先生にお願いして、われわれは関節リウマチと線維筋痛症でデータを蓄積しているところです。

質問：今の方法だと痛みの量は特定できると思うのですが、痛みの質に関して患者さんは自分の持っている痛みと同質だというのでしょうか。

回答：確かに質は計れないです。



3) カウンセリング側からみた線維筋痛症の痛みについて

虎ノ門会中島クリニック 臨床心理士 高橋 忍 先生

当クリニックでは臨床心理士が2名勤務しておりますが、勤務を始めたのが昨年(平成20年)の10月、カウンセリングを始めたのが11月からですので、症例数も少なくここでカウンセリング側からというのは難しいので、心理学的側面から線維筋痛症の方のパーソナリティーについて考察していきたいと思っております。

線維筋痛症に関する研究は今盛んに行われていますが、その原因はいまだ明らかにされていません。その一方で発症には患者さん自身が抱える心理的問題やストレスが関与している場合があるともいわれていますが、まだまだはっきりしていないところもあります。そこで本研究では線維筋痛症に関する心理学的研究のパイロットスタディーとして患者さんのパーソナリティー特徴を明らかにすることを目的として行いました。

対象はTクリニックのメンタル科に通院している男性8名、女性13名、計21名の患者さんです。全員が線維筋痛症と診断されステージ1から2といわれています。使用した調査紙ですが、ディーシーアイ・エスディーエス・ビックです。

ディーシーアイとは性格の7次元モデルといわれ、それに基づく自己記入式の質問紙です。これは遺伝的な要素によって決まるといわれている4つの気質と、その後の環境要因が影響を受けると考えられる3つの性格の合計7因子を抽出することができるといわれているものです。

具体的に125個の項目があり、全然当てはまらないから、とても当てはまるまで選択して答えていただきます。結果は男性女性共に高い状態、つまりうつ状態が推測されます。過去のデータに健常の大学生を対象とした結果があるのですが、それがこの平均値と比較としたところ大きな差は認められませんでした。次にエスディーエスとディーシーアイの相関ですが、気質の部分についてまとめたところ、①行動抑制が強い人ほど抑うつになりやすい②行動抑制が強い人ほど自分の意思で行動しにくい③対人関係に敏感な人ほど他者との協調を拒む④対人関係に敏感な人ほど自己超越しやすいというようなことができてきました。①から③までは健常者の方を対象にしたデータと一致します。④はこれまでのデータと一致しなかったということもあり線維筋痛症の方における特徴的なもののひとつとして考えることができるのではないかとということで、対人関係における敏感さというところに注目しました。

一方性格の部分は①自分の意思で行動しにくい人ほど抑うつになりやすい②自分の意思で行動しにくい人ほど自己超越しやすい③自己超越しやすい人ほど抑うつになりやすい、というような結果が得られたのですが、①②はやはり過去の結果と一致するものでした。また痛みや痺れが強い人ほど自己超越しやすいという傾向が出ました。これらから線維筋痛症の方の特徴的な性格のひとつとして自己超越しやすいということがあげられるのではないかと考えました。

最後に考察として、線維筋痛症の方の場合気質の部分に対人関係における敏感さというのがひとつあるのではないかと考えます。それにプラスして身体的な要因（痛み・しびれ・こわばり・日常生活への支障）また病気を周囲の方に理解してもらえないというような様々な要因をもとに一方では自己超越しやすいタイプがあると思います。ただ全員が自己超越できるわけではないし、怒りや不安があります。そういうところで抑うつ状態に入りやすい傾向もあるのではないかとということも伺われます。自己超越しやすい、またしたからといって抑うつ状態にならないかということもそうでもないと思います。自己超越しやすさと抑うつ状態というのは常に両立するというふう考えられます。

今後の課題はもともとデータが少ないということで、対象者を増やした研究を行っていきたいと思っています。また性格の部分は年齢と共に変化しますので、同年代の健常者のデータも収集して比較することも必要だと思います。さらに同年代のうつ病患者さんのデータとの比較も必要だと思います。これらによってより明らかな線維筋痛症の方の特異的なパーソナリティーというものが出来ると思いますので、それに対して臨床心理士として有効な心理学的介入方法を見出していきたいと思っています。

質問：自己超越という言葉が何度も出てきましたが、線維筋痛症の場合これは非常に重要なテーマなので意味をもう少しわかりやすく説明してください。

回答：これはディーシーアイの中で使われている言葉で、一般の方と比べて痛みや苦しみを取り除くことができないので自分のものとして受け入れようという傾向が強いということです。

質問：これは自己超越という言葉で表現するのはニュアンスが違うと思います。誤解を招くので言葉を変えたほうが良いと思います。

質問：人格の異常が病気の原因ではなく結果であるということで、発症の前には不可能なので病気が治ったときにどうなのかということ調べていただければわかると思います。現時点では何もいえないと思います。

回答：もちろんそうだと思います。そういう手がかりを探るためにパイロットスタディーということでやらせていただきました。



4) 小児にみられる線維筋痛症について

横浜私立大学医学部 小児科 教授 横田 俊平 先生

疫学調査の中で小児例が4.8%という数字が出ていました。線維筋痛症の方が200万人ということと計算すると約5万人近くいるということなのですが、私どもの耳に聞こえてくるのは少ないので、診断されずに放置されているか、あるいは整形外科・心療内科の先生方に診ていただいているのか、どうなっているのだろうということで、本年度は全域の調査をする予定でいました。

小児でこの病気がどういう形で出てくるかという、ひとつは不登校という形で出てくると思います。そこで不登校の子どもさんを対象に調査を仕掛けたのですが、小学校・中学校というのは文部科学省の流れにありまして、横浜市内の学校の校長会や養護の先生の会などいろいろなところに働きかけたのですが、半年かかっています。しかし最終的にはただでさえ不登校の子どもさんに神経を使っているのに、その子どもさんにアンケートをするのは何事かということで、だめになってしまいました。疫学調査が今年は無理だったので、今日は昨年を引き続き私たちが診させていただいている子どもさんの線維筋痛症について話を進めたいと思います。

この病気の小児科での認識というのは非常に薄いものがあります。おそらく90%以上の小児科医がこの病気を全く知らないのではないかと思います。しかし欧米では既にひとつの疾患として確立しています。特にこれはアメリカの教科書からとったのですが、アメリカは小児リウマチ学という分野が独立しており、その施設で毎年新しく来られた患者さんの約8%がこの病気であるという報告がされています。

発症は10歳前後の子どもさんに多いとアメリカでは認められているようです。成人と比べると多少リードは低いのですが、やはり男の子よりも女の子に多いようです。私たちが診ている患者さんの多くは全身的で原因が良くわからない筋骨格系の痛みですが、部分的なところの痛みがずっと持続しているというのもひとつの特徴だと思います。またアロディニアというソフトタッチでも強い疼痛を訴えるということが小児でも特徴として挙げられています。そのほか自律神経兆候やうつ性の気分や不登校などいろいろあります。

アメリカの教科書では小児例の発症病理は成人とは多少異なるとありますが、それは薬物を使うケースもありますが、運動療法に非常に反応しやすいということが書かれています。特に子どもの特徴は発育することで、その過程で様々なことがあります。心理的な発育もありその中心因性ストレスが誘因になるのがかなり特徴です。

もうひとつ大きな特徴はこの病気の子どもさんと家族、特に母親との相互依存の間の葛藤ということがいわれています。子どもさんを診ていて思うのはこの年齢、10歳前後は子どもさんが親から離れていく年齢です。言葉が乱暴になるなど独立していく時期にあたります。そのこと

とこの線維筋痛症のどこかにつながっていないかといつも考えています。

昨年報告した3例ですが、その後この3例をまとめて日本小児科学会誌に投稿しました。これが日本では初めての線維筋痛症の論文でした。アメリカでは1950年からこの問題が取り扱われており、したがって日本では50年遅れているということになります。そういうことにかかわる先生がほとんどいないことが大きな問題です。

この三人のお子さんが大変特徴的であろうと思いましたが、今回はまとめて3例出しました。年齢は10歳と12歳、この3例においては男子2人女子1人です。大変大きな特徴だと思いますが、線維筋痛症という診断で、そのときには全身痛・体重減少・関節痛ということで受診したのですが、この子供さんたちはその以前に既往歴として若年性皮膚筋炎ということで治療を受けていたり、あるいは膝の痛みを強く訴えていたり、腰痛を訴える時期がありました。今回この3人の子どもさんについては圧痛点が18分の18ということで全身が痛いということです。

例1 全身痛があって良くわからないということが盛岡の病院から連絡があり、私がすぐに参りました。子どもさんはベッドに横になって痛くて動けないという状況でした。データを見ると若年性皮膚筋炎の再発という担当の先生の認識でしたが、血液の検査は何も問題がありませんでした。炎症所見も筋肉が壊れている所見もありません。

そこにちょうどお母さんが来られて奇異に感じたことがありました。私が訪ねていったのは12月の初めで、横浜には有名な受験校があるのですが、お母さんが言ったことは「もしかしたら先生のお近くに行くかもしれません。2月に受験をして横浜に暮らすようになるかもしれません」でした。天井を向くだけしかできないで寝ているお子さんが2月に試験に行くというのはどういうことだろうと思いました。お母さんは男の子1人という子どもさんがやがて羽ばたいていくということに期待して大変教育熱心なようでした。もうひとつ感じたのは子どもさんが生真面目で、高校進学のことでも母親の願いをかなえてあげたいと大変殊勝なことを言います。家族の問題ということで挙げられていましたが、私の考えでは小児のこういう症例に関してはお母様あるいは家族の問題があるかもしれません。しかし子どもに受験を進める、勉強しろというのは普通のことで、受ける側のお子さんにも半分問題があるのではないかと思います。心優しすぎるというか生真面目すぎるということで3人ともほぼ同じストーリーでした。

3人(1例を含む)の治療について考えました。ひとつはご家族の問題、環境(学校・友だち)の問題があります。盛岡・常陸・金沢と3人とも遠い所だったので横浜にきていただきご両親には帰っていただきました。そこでまずは環境から子どもさんを遮断するという方法をとりました。またスタッフと看護チームの協力で疼痛に関する話題を避けるという対応をしました。それから有無を言わずにリハビリテーションを始めました。3人とも半年以上寝たきりでふくらはぎの被覆筋がかなり落ちて立てない状態でした。新たな社会をつくるということで私どもの病院には院内学級があります。院内学級の子もたちとの交流を図るように先生にお願いして朝10時になったらかばんをさげて行くようにしました。それから痛いということに関して何もしいわけにはいきませんので気分がリラックスするアタラックスPという抗ヒスタミン剤を使って多少ホンワリさせるということをしました。ここではSSRIやSNRIといった抗うつ剤は全く使

っておりません。

4例 9歳の男の子で、左足の側関節周囲の疼痛が出ていてやがて右足の側関節周囲の疼痛が出てきました。その後に手関節にも痛みが出てきて子どものリウマチということで私どもに送られてきました。ところが診察してみると関節炎は全くなく、血液の検査をしても炎症はなく、リウマチ系の病気の検査も異常がないということで、神経内科・整形外科の先生に診てもらったと私たちと全く同じ意見でした。そこで線維筋痛症であろうということで、お子さんの対応を考えながら両親に良く話し合っていたいただき外来に来るうちに3ヶ月くらいのうちに問題なく歩けるようになりました。ただこの子の場合には圧痛点は0なのですが、圧痛点から外れた周囲の痛みは必ずあります。歩けないために車椅子で入ってこられたのですが、こういう子どもさんもいるのだということがわかりました。

5例 14歳の女の子さんで、当初テニス中に転倒してぶつけたということがあり、その後から側関節痛が始まり、その後は全身の痛みへと進展していきました。この方は線維筋痛症という診断をされてSNRIを使われましたが全く効果がないということで三重のほうから来られました。先程の3例と同様に入院していただき環境分離を図ってご家族には一日おきに電話を差し上げました。このお子さんの特徴は生活に対する意欲が全くないということです。ベッドの上に一日ゴロツとしている状態で、私たちが診察に行くと痛い痛いばかりです。ところが同じ病室に気の合う女の子が入院してくると一緒に下の売店までものを買いにいこうという状態です。こういうお子さんにはどう対応してよいのか大変困りました。この方は圧痛点18分の18です。

最初の3例を見たときには大体この病気はこういうものだというのが見えたつもりでいたのですが、それが5例になるとまたわからなくなってしまいました。

今6例目のお子さんが入院しているのですが、午後の2時まで体が痛くてハリネズミのように丸くなって寝ています。しかし不思議なことに2時になると起きて食事をしたり勉強をしたりします。これも良くわからないのですが、小児精神科の先生方とも対応をしていただきながら全体像を何とか見ていきたいと思えます。

今後の展開をどうしていくかということで、全国の子どもさんがどのような状態にあるのかということを知りたくて疫学調査をして知りたいと思うのですが、文部科学省の流れの壁にかかってしまったということで、やるとすれば小児科医のいる全国3500の病院にアンケート調査をしてそれに相当する子どもさんがいるかという調査からはじめたいと思えます。

治療はSSRI・SNRIはまだ私たちには普通の薬ではありません。使い慣れていませんし、使うためにはトレーニングが必要だと思えます。小児精神科の先生に受け持っていていただくなどが必要かなと思えます。欧米の教科書にも抗うつ剤というのは一応書いてありますが、きちんとしたテストがされて使われているわけではないということで、今日のお話をお聞きしてもある意味危険な薬だろうと思えます。簡単に使うわけにはいかないけれど、もし必要なお子さんがいれば使ってあげなければいけないのでその点について私たちも努力を重ねていきたいと思えます。

質問：第4例目の圧痛点が0にもかかわらず線維筋痛症と考えた理由を教えてください

回答：両足の痛みがあって歩けず、両手首にも痛みがあり圧痛点は0ということでどういう診断ができるか大変困ったのですが、私たちとしては今180人子どもさんのリウマチを診ているのですが、関節・筋肉の診察そのものは充分出来ていると思っています。そこに全くひっかかってこない、関節炎などの痛みではなく血液の検査やペットでもひっかかってこないということで、炎症が全くありません。もちろん悪性腫瘍等チェックは入っています。そういうことで線維筋痛症という名前で使わせていただきました。

質問：小児の場合難しい問題があると思うのですが、症例4について気になったのですが、線維筋痛症の人もそうなのですが睡眠時無呼吸症候群がずっと続いていると考えられる人の場合に、赤血球・ヘモグロビンというCHが上がる症例と、おそらく交感神経系が緊張しているためにあがっていると思われる所見ではないかと解釈しているのですが、このような検査所見が認められます。そういうことからするとこの患者さんなどについてもポリグラフなどの検査をしたほうが良いのではないかと思います。

回答：ありがとうございます。

質問：線維筋痛症に似ているけれど診断基準を満たさない人が線維筋痛症に入るかどうかですが、圧痛点0で似ているから線維筋痛症というと大変な数になってしまいます。線維筋痛症の類似の人の方がはるかに多いですから、きちんと診断基準にのっとって原因不明の診断不可能の広範な痛みとして、治療は一緒のことをすれば良いと思います。

回答：ありがとうございます。何よりも疫学で早く把握したいと思います。

新薬情報

☆ 付随的な治療を受けている線維筋痛症患者における、Dopamine Agonist ドーパミン作動物質としての pramipexole の対照剤(監理された偽薬)を用いた無作為抽出の二重盲検法による効果測定

Andrew J.Holman and Robin R.Myers

目的：線維筋痛症患者における pramipexole, dopamine 3 receptor agonist の効果と安全性を評価するため。

方法: この14週間、単一施設において、二重盲検法と監理された対照剤を用い、並行グループが、量を増やしていく試行で、無作為に抽出された60人の線維筋痛症患者(2:1)(pramipexole:偽薬)が、4.5mgの pramipexole または偽薬を毎晩口径で飲んだ。最も重要な結果は14週での痛み値の改善(10cm目視アナログ定規「VAS」)だった。次に重要な測定結果は線維筋痛症 A インパクトアンケート(FIQ)、Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ)、痛み改善率、圧痛点率、17-質問ハミルトンうつ一覽表(HAM-d)、ベック不安指標だった。並存疾患の患者と身体障害者の患者は除外されていない。鎮痛剤を含む一定の付随する薬の服用量は許された。

結果: 偽薬グループと比較すると pramipexole を服用した患者は、ゆるやかだがかなりの痛み値の改善と疲労と機能と全体的状態の改善を経験した。14週目で、VAS 痛み値が pramipexole 部門で36%減少、偽薬部門で9%減少した。pramipexole 服用患者の42%と偽薬服用の患者の14%が痛み値減少50%以上を達成した。pramipexole が偽薬より有利に働いた二番目の結果として全体の FIQ 値と機能(22%対0%)、疲労(29%対7%)、MDHAQ の全体値(38%対3%)の改善率のアップとなった。基準線と比較するといくつかの結果は pramipexole 処方の方が偽薬より良い傾向を示したが、圧痛点値の改善(51%対36%)、MDHAQ 精神医学値(37%対28%)の減少、BAI 値(39%対27%)の減少、HAM-d値(29%対9%)の減少を含めて統計上意義のある差には到達し得なかった。しかし偽薬グループの方により良いポイントが出た項目はなかった。pramipexole の摂取によって生じるもっとも一般的なマイナスの現象は一時的な不安感と体重の減少だった。pramipexole の摂取に関連して効果がなかったことまたは不都合な出来事(症状)が生じたことを理由としてこの研究から撤退した患者は一人もいなかった。

結論: 一部の線維筋痛症患者、すなわち、その50%以下の患者が麻酔薬の使用による痛覚の麻痺を必要とし、もしくはなんらかの障害があるグループにおいて pramipexole の処方痛みと疲労、機能、全体状態の評価値を改善し、安全で、耐容性があるといえる。



☆ 線維筋痛症治療のためのプレガバリン Pregabalin

無作為抽出、二重盲検、偽薬で監理された効果測定の結果

Leslie J.Crofford, Michael C. Rowbotham, Phillip J. Mease, I Jon Russel,
Robert H.Dworkin, Ann E. Corbin, James P. Young, Jr., Linda K. LaMoreaux,
Susan A. Martin, Uma Sharma, and the Pregabalin 1008-105 Study Group

目的: 線維筋痛症は全身的な筋骨格の痛みを惹き起こし、痛み閾を下げることに特徴がある。他の特徴的な症状は睡眠障害と疲労である。線維筋痛症は人口の2%、主に女性が罹っていると推定されている。この効果試験はプレガバリンの線維筋痛症に関係する症状の治療効果と安全性を評価するものである。

方法: 複数の施設、二重盲検、8週間、無作為抽出、臨床でなされた効果測定は、529人の線維筋痛症患者を3グループとして、プレガバリンをそれぞれ、一日につき150mg、300mg、450mg 投与し、痛み、睡眠、疲労、健康に関係する生活の質に対するその効果を比較した。プレガバリン治療のグループと偽薬グループの各人に記録させた、痛み強度の日記を用いて算出された平均痛み値の、プレガバリン治療グループと偽薬投与グループ後の最終数値(end point)比較において、各グループ間に偏差が認められたことがもっとも意味のある検査結果であった。

結果: 一日450mgのプレガバリン摂取グループは偽薬グループと比較すると、第一段階の分析ではっきりと平均的に痛みの激しさを減少する(0-10のスケールで-0.93)($P < 0.001$)。そしてこのグループではより多くの患者が痛みの最終数値において50%以上の改善を感じた(29%対 偽薬グループ13%; $P = 0.003$)。

プレガバリン一日300mg摂取グループおよび450mg摂取グループでは睡眠の質と疲労、症状変化の全体的測定値にはっきりした改善が関係づけられた。

プレガバリンを一日450mg摂取すると、健康に関係する生活の質のいくつかの領域に改善が見られた。めまいと眠気はもっともしばしばあらわれたマイナスの症状だった。マイナスの症状により実験中止をした人の率は4つの治療グループで似たようなものであった。



結論: プレガバリンを一日450mg摂取することは痛み、睡眠障害、疲労の減少に於いて偽薬と比較して、線維筋痛症の治療に有効であった。プレガバリンは耐容性があり、全体的測定値と健康に起因する生活の質を改善した。

日本臓器製薬

HOME

NEWS & TOPICS

☆ ノイロトロピン®錠の線維筋痛症を適応症とする国際開発および事業化に関する開発協力契約締結のお知らせ(2006.07.12)

日本臓器製薬株式会社(本社:大阪府中央区、社長:小西龍作、以下「日本臓器」)と株式会社 Argenes(本社:東京都港区、社長:上正原勝、以下「Argenes」)は、このたび、日本臓器が製造販売するノイロトロピン®錠を線維筋痛症治療薬として国際臨床開発し、承認取得と事業化を目指す開発協力契約を締結しましたのでお知らせ致します。

本契約により、日本臓器は臨床試験に必要なノイロトロピン®錠並びにその関係資料を Argenes に提供し、Argenes は線維筋痛症を対象として欧米を始めとする海外に於いて臨床試験を実施致します。また、Argenes と日本臓器は臨床試験実施申請資料や臨床プロトコルの作成などを協力して行います。

線維筋痛症は、3ヶ月以上持続する広範囲の疼痛を主訴とし、特徴的な圧痛点を有する原因不明の難治性疾患です。有病率は国によって異なりますが、人口の約2%前後とされています。

す。しかしながら、線維筋痛症に対する特効薬は存在せず、現在、欧米を中心に有効かつ安全な治療薬の開発が進められています。

ノイロロピン[®]錠は、日本臓器が開発した非たん白性の「ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液」を有効成分とする医療用医薬品で、腰痛など慢性化した痛みの治療に広く使われています。他の鎮痛剤(オピオイド、非ステロイド性消炎鎮痛剤など)とは異なり、下行性疼痛抑制系を賦活(活性化)するという特異な作用機序を有し、難治性の神経因性疼痛である帯状疱疹後神経痛に対する適応症が認められた国内で唯一の鎮痛剤でもあります。また従来の鎮痛剤では効果が期待できない他の神経因性疼痛にも効果が認められ、現在、米国国立衛生研究所(NIH)が複合性局所疼痛症候群(CRPS)の患者さんを対象とした臨床試験を行っています。最近のわが国での臨床研究では、線維筋痛症に対しても効果があることが報告されています。

日本臓器は、このノイロロピン[®]錠をはじめとして、痛み、アレルギーおよび貧血分野の医薬品開発を重点領域とする研究開発志向型の中堅製薬メーカーです。独創的で有効性・安全性の高い医薬品、服用しやすい医薬品等の開発を通じて患者さんの QOL を高め社会に貢献することを目指しています。今回、線維筋痛症という難治性疾患に苦しむ世界の患者さんにノイロロピン[®]錠をより早期に提供することを願い、Argenes と開発協力することにしました。

Argenes は関節リウマチ、線維筋痛症など筋骨格系の難治性疾患に対する新薬の開発・商品化を事業とする聖マリアンナ医科大学関連ベンチャーとして 2004 年 4 月に設立されました。聖マリアンナ医科大学を中心とした医科学的知見と知的財産、バイオテクノロジーの先端技術に基づく創薬力、そして製薬会社との戦略的なアライアンスを事業の核として、新薬の開発と商品化を通して健康で豊かな生活の創造に貢献するバイオベンチャーです。設立以来、ベンチャーキャピタルや製薬会社からの支援を受け、ベンチャーとしての利点を最大限に生かして、迅速で効率的な経営・事業判断のもと、2004 年 10 月に参天製薬(株)より導入した新規関節リウマチ治療薬候補品である抗 Fas 抗体 ARG098 など画期的な新薬の開発を推進しています。

参考

[用語説明]

1. 線維筋痛症(Fibromyalgia, 線維筋痛症)

全身の疼痛を主症状として、不眠、全身の疲労感や種々の精神神経症状をともなう疾患。症状が進行すると激しい全身の疼痛を招く。全身 18ヶ所の圧痛点のうち 11ヶ所以上に圧痛があることなどで診断される。原因は不明だが、圧倒的に中高年の女性に多く、手術・出産・事故による外傷、過労などの身体的な負荷と生活上の大きなストレスなどの心理的要因が背景にあることがわかっている。欧米では 1980 年ごろから、日本でも 2000 年前後から診療に訪れる患者数が増加の一途をたどっている。2005 年の厚生労働省研究班疫学調査により、わが国でも米国患者数の頻度にほぼ匹敵する人口の 1.66%(推定 200 万人以上)の患者が存在すると推計されている。このように非常に多くの患者が存在するにもかかわらず、的確な診断や治療が十分にされていない状況にある。

2. 下行性疼痛抑制系

脳-脊髄系には末梢からの痛みの伝達を抑制する仕組みが備わっている(内因性疼痛抑制系)。そのうち脊髄内に終末するセロトニン神経やノルアドレナリン神経が活性化されることにより痛みの伝達を抑制する系があり、この系がストレス等により機能低下すると痛みを感じやすくなる。

3. 神経因性疼痛

神経組織の直接損傷や変性などにより出現し、これらが治癒した後も長期にわたり持続する痛みの総称。中枢及び末梢神経系の機能障害が原因と考えられている。持続的あるいは突発する自発痛や痛覚過敏、あるいは普通は痛み刺激にならない軽い刺激で激痛を起こす異常痛覚(アロディニア)を特徴とする。三叉神経痛、帯状疱疹後神経痛、糖尿病性神経痛などの他、複合性局所疼痛症候群(CRPS)なども神経因性疼痛に分類される。

4. 複合性局所疼痛症候群(CRPS)

骨折、捻挫、打撲などによる組織損傷をきっかけとして、痛覚過敏、灼熱痛、浮腫、皮膚の変色と皮膚温の変化及び発汗異常などの症状を呈する難治性の慢性疼痛症候群。タイプ1と2があり、それぞれ反射性交感神経性ジストロフィー(RSD)、カウザルギーとも呼ばれる。タイプ1は神経損傷を伴わないのに対し、タイプ2では明らかな神経損傷を伴う。年齢・性別に関わらず発症するが、特に若年女性に多い。

(C) 2001 Nippon Zoki Pharmaceutical Co., Ltd.

会員からの手紙



前略

初めて手紙を書いています。

先日は、会報を郵送して頂き、本当にありがとうございました。自分と重なる状態を目の当たりにし、自分のことよりも、支えているご家族と自分の主人とが重なり、とても情けなく悲しくお辛い状態に思えました。痛みはいつも消えることなく、全身を支配し、自分らしささえわからなくなりそうで、何度も何度も死んでしまった方がいいのではないかと考えざるを得ない日常が続いていました。

今年2月、女性アナウンサーの悲しい死…。その報道を見て、20年来悩み続けていた謎の痛みを解く鍵を自ら見つけることができました。自分と症状がよく重なっている。もしかして私は…この病なのかもしれないと思い、やっと今年の3月、仙台の宗像医師にお会いすることができました。病名を医師から伝えられた時、不思議と自然に涙があふれて、医師を少々困らせてしまったような感じで…。あの時何故かほっとしたような安心感が芽生えました。とつても長い道のりに思えました。私の痛みが病名があったんだと。自分は頭がおかしいのでもなく、気質的に問題があるのでもないことを知って、心が開放されました。

私の痛みは、小学5年の時、ひざが痛むことから始まっていたようです。その当初、医師の診断は運動のやり過ぎとか、生まれつき関節が弱いということでした。しかし薬を服用しても、湿布を貼っても治らずに一日一日が過ぎていく毎日でした。その後6年生になると、クラス全員からいじめにあいました。原因は、赤白帽子に白色が日焼けして茶色になっていたことを馬鹿にするところから始まりました。私はもともと気が強く、正義感もあったので、一人で戦う意志を固め、一日も学校を休まず、頑張って登校していました。しかし、いじめはどんどんエスカレートし、トイレの中に閉じ込められる、水をかけられ服はぬれた状態になったり…。その後はとなりのクラスの人達までもが、遊び半分でい

じめに参加してくるようになってきました。そのうちに、左右上腕が少し風にあたっただけでも痛むようになっていたことに気づきました。1対70名近くの戦いで先生方も一生懸命にいじめをなくそうと努力され、なんとかその状況も静まり、苦しい1年を終え、中学に入学。体の痛みはありましたが、あこがれのテニス部に入部し、懸命に練習したおかげで1年生からレギュラー選手に選ばれました。しかし、それを許せない同級生の嫌がらせが始まりました。私は負けずに練習し、2年生の時には部長に選ばれました。しかし、その直後、ひざ、関節が腫れ、驚いて病院へ出かけました。しかし、原因がなかなかわからない状態で、毎日注射に通院しました。電気治療、温熱療法などすべてに効果が出ず…。しかしながら、部長となったからには、負けてはいられないと思い、その状態のまま、暮らしていました。高校へ入学してからも、上腕や妙な肩や首の痛みとひざの痛み…。私は病院を変えてみました。するとその医師は、レントゲンにも異常がないので手術してみようと笑顔で話すのです。私はともかくて…。そのままその病院に行くことはできなくなりました。数ヶ月後再びもとの病院に戻ると、市内にある病院では検査に限界があるとのことで仙台の病院へ紹介状を書かれ、いわれるがままに仙台へ…。そこで行われた検査でも何の異常も認められないまま帰宅。悩んでも解決できない痛み。母親もとても疲れているように見え、そのうちに段々痛いということを人に話さなくなってしまいました。「痛い！」と口外すると家族にストレスがたまると思い込むようになっていきました。

その後、高校を卒業し就職しましたが、痛みと人間関係の難しさに悩み、たったの10ヶ月で退職してしまいました。その後も事務職等に就きましたが、父親の突然の死で退職せざるを得ない状況になり、再び転職をすることになりました。次の職でも痛みは日々ありましたが、父が亡くなり、まだ高校生の妹もいたので家計のために夢中で働きました。その仕事をしている時、付き合っていた今の主人が、体が弱いのを理解してくれて、とてもやさしくしてくれることで、心が癒され、生きる力を再びもらい生活することができました。その後、結婚することができ、こんな弱い自分と結婚してくれた主人にはとても感謝していました。ところが産後双子(男と女)の子供に恵まれ、とても多忙。眠る時間も全くない状態。子供を抱く腕も胸も痛いし、私の指をにぎってくれる、かわいらしい手さえ、まるで針のように強く突き刺さり一カ月半で母乳も止まってしまいました。頭がおかしくなりそうで、家の中で痛みや苦しみを家族みんなにわかってほしくて大泣きしながら訴える日々でした。子供を痛みのある背中におんぶし、3人で命を絶とうと何度も家出を繰り返したこともあり。痛みと疲労感で日増しに、動けなくなる毎日。実の母親や祖母と二人で「痛い、痛いて！病院では何ともないっていうのに！お金もかかるから働いてほしいのに！さっぱり金にならない娘だ！」と話している声を聞いてしまいました。あまりの絶望感に毎日、カミソリをポケットに入れて暮らすようになってしまいました。涙も全く出なくなり、いつ死のうかばかりを考えるようになっていきました。でも子供のこともとても気になり、痛みをこらえて、お守りのようにポケットの中でカミソリを握りしめ毎日をただひたすらに送っていました。

子供たちが3歳になる頃、娘が全く話さないことがあったり、おうむ返しをしたり、とてもマニアックな行動が多々目に映り気がかりで仕方なく、心理士の方に検査を依頼しました。検査の結果、広汎性発達障害児であることを告げられました。私は自分をすごく責めました。死ばかりを考え暮らしていた罰なのかと…。痛みが心と体をつぶしていく…。子供をどうやって育てていけばいいのか…。毎日悩み、自分を母として選んできたこの子たちがとてもかわいそうに思えて辛かったです。

でも、自分なりにこの子は自分から障害のある人生を選び、私を親として選んでくれたのかもしれない。きっと私も娘も誰も悪くない。何があっても負けない心を私から学ぼうとしているのかもしれない。あきらめる訳にはいかない。子供達はいつか、自分達の違いに気づき、悩む。私が大らかでなければならぬ！と…。そして、もし、この全身が痛む病が必ず私の家族の中で誰か一人はなる病であっ

ただとしたら、私でよかった、と考えるようになりました。しっかり生きねば！痛くても動け！きっと死に至るものではないはず！と心を入れ替えました。家族にも痛みを伝えないようにし、明るく笑って暮らすように自分をつくり上げるようになっていきました。しかし痛みは軽くなることなく、背中はまだ爆弾でも落とされたのではないかという苦しい痛み。家族に内緒で病院へ行き、血液検査をしてもらいましたが、産後の肥立ちが悪いただけといわれました。子供も保育所へ通うようになり、どんどん経済的にも負担が出てきたので、働くことにしました。しかし、1年もしないうちに、日中の疲れからか、何度も自宅で気絶するようになってしまいました。徐々に痛みで言語断絶、摂食の異常、繰り返す膀胱炎。耐えられず市内の神経内科・外科へ行ってみました。しかし医師は、精神病患者ととらえている様子。受付の人達も変人呼ばわりするようになり、再び病院を探すことにしました。マッサージや整骨院、針治療、どれも全て触れられる恐怖感に負け通院も出来なくなっていきました。どこで誰に痛いと言えればわかってもらえるのか…。薬が欲しい、助けて欲しいとばかり考えて暮らす寂しさ。痛みのために自分がいつ食事をしたのかもわからなくなったり、友人の名前すら浮かんでこない。何故だ。自分が怖い。このままどうなってしまうのだろう。それでも子供は大切。絶対にこの体で愛情を伝えていきたい。でも死んで、新しいお母さんが居てくれたほうが、この子たちは幸せなのではないかとまで考えました。この体で、子供と共に生きてゆく不安。部屋でうまく歩けず転んだり、おはしが持てなかったり様々な症状をみている子供達。

しかしその子供達も、今9才になり、私に手をさしのべてくれる子に育ちました。左視神経炎と筋痛症が合併してしまい、昼夜サングラスをかけ過ごすようになりました。生きている間ずっと痛むのか…。と時折、涙が止まらなくなります。息子も私と同じ病気になってしまう不安を近頃話すようになって来ました。私はひたすら「大丈夫！だって、お母さんだけでしょ？この家には他に誰もいない！きっと治るよ！治らなくてもお母さん、元気に毎日笑っているでしょ！」と日々伝えています。それでも息子は私の子供に産まれてきて良かったと伝えてくれました。障害のある娘もこんな私をととも必要としてくれています。娘も私も見た目では理解できない問題を抱えている者同志です。娘の気持ちがすごくわかるのです。あのとき、死を選んでいたら、こんな幸せも感じることはできなかった。体は自由ではないけれども、友の会に入会し、心が自由になっている自分に近頃気がつきました。

今回、地元の新報社に私の書いた記事が載りました。限られた文字数だったのですが、自分のありのままの思いを書きました。少しでも多くの方がこの病気を知り理解ある声を是非、会員の皆様に伝え、互いに励まし合えたらと思っています。今回、友人の懸命な働き掛けにより、新報社や市役所に募金箱を設置して頂けることになりました。

私よりも辛い日々を過ごしている人達の分も啓蒙していきたいと考えています。少しずつ深く、ゆっくりと…。

それでは、だいぶ暖かくなってきてはおりますが、お体を大切に…。いつかお会いできたらいつも思っております。

早々

乱筆、長文で申し訳ありませんでした。



東北支部医療講演会を行いました

第 4 回線維筋痛症東北支部交流会「2007 年度 医療講演・療養相談会」

第 4 回交流会（医療講演会・医療相談会）を 2007 年 12 月 2 日（日）に開催しました。当日は、宮城県と仙台市の後援のもと、宮城県患者・家族団体連絡協議会の支援も受け仙台市青葉区中央市民センターで開催しました。

東北支部顧問の太白さくら病院宗像靖彦先生に、「病気と向きあう日常生活」という演題で、線維筋痛症患者が痛みを感じるメカニズムについて、間脳や作用する物質まで含めて、高度な内容を分かりやすくお話しいただき、参加者は皆熱心にメモをとっていました。

アトラクションの宗像先生のご息子のチェロ演奏もあり、心身をなごませながら、医療相談会に移り、病気とのつきあい方について、質問者の状況に即した適切なアドバイスを受け、また相互に意見交換もなされて、非常に有意義な交流会となりました。

参加者は 26 名で、遠くからは青森県・岩手県からの参加もありました。交流会を開催して、改めてこのような場を求めている方の多いことに、支部活動の意義を強く感じています。

**



**



Saskatchewan

お礼

昨年度ご寄付を頂いた皆様にお礼申し上げます。ホームページで金額を公表しています。

また、アンケート、署名、募金、総会出欠葉書など沢山のご協力を頂きました。

日ごろからの電話、手紙にもお一人ずつお返事を書きたいのは山々ですが、時間的にも余裕がなく申し訳ないと思っています。ここで皆様にお礼申し上げたいと思います。感謝の気持ちとメッセージをこめて会報を作成しています。

文通希望コーナー

文通をご希望の方は事務局にご連絡ください。

千葉県の女性が文通を希望しています。近県の方希望します。

お知らせ

皆様の声を募集します。闘病生活の中で思うことや、ご意見などをメールまたは郵送でお寄せください。また、皆様いろいろ工夫して症状を乗り越えていると思います。「私の工夫・線維筋痛症対策」を募集しますので、ちょっとした工夫、気をつけていること、試していることなどをお寄せください。百人百様、あなたの試みが誰かの参考になるかもしれません。ただし、誰かに良くてあなたに良いとは限りません。各自で判断して試して見ましょう。





情報あれこれ

・薬の服用後はできるだけ構いませんが、30分ほど横にはならないで座っているか、背もたれを起こしましょう。逆流性食道炎を防ぎます。

・骨粗しょう症を予防するためにカルシウムは十分摂取していますか。寝る前に牛乳を飲むといいそうです。睡眠中に骨からカルシウムが溶け出すことを防ぎます。

簡単レシピ：包丁を充分使えない、栄養のバランスがとれていない、簡単に作りたいそんな皆様からレシピを募集します。今回は3つ紹介します。



・わかめと玉ねぎの酢の物

水で戻したわかめとスライスした玉ねぎを三杯酢で和えます。玉ねぎが苦手でない方は水にさらさないほうが栄養が残ります。玉ねぎには血液の流れを良くする効果があるといわれています。

・キノコとブロッコリーのチーズ焼き

シメジやマイタケなどと、過熱したブロッコリーを器に並べて、ピザ用のチーズかとろけるチーズをのせてオーブントースターでこんがり焼きます。

・油揚げの含め煮

刻んだ油揚げと千切りのニンジン、ほかにあればタケノコやシイタケなどを千切りにして、砂糖、醤油で煮汁がなくなるまで煮ます。刻んだ油揚げを買うと簡単です。揚げには大豆たんぱくがあります。冷めると味が濃くなりますから薄味で仕上げるのがコツです。



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 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 北海道支部顧問 北星病院 リウマチセンター長 今野孝彦先生 東北支部顧問 太白さくら病院理事長 宗像靖彦先生 関西支部顧問 行岡病院 院長 行岡正雄先生 三木健司先生 九州支部顧問 産業医科大学 中塚敬輔先生 熊本第一病院 坂田研明先生				
会員地域別人数(2008 年 3 月 23 日現在)					
北海道	70		大阪府	59	
青森県	10		兵庫県	43	
秋田県	5		京都府	13	
岩手県	6		奈良県	11	
山形県	5		和歌山県	5	
福島県	9		島根県	0	
宮城県	33		岡山県	13	
東京都	143		鳥取県	4	
神奈川県	104		広島県	18	
千葉県	49		山口県	6	
茨城県	15		徳島県	3	
栃木県	13		香川県	3	
埼玉県	52		愛媛県	21	
群馬県	10		高知県	4	
長野県	22		福岡県	26	
山梨県	5		佐賀県	2	
富山県	4		熊本県	11	
福井県	5		宮崎県	4	
石川県	7		長崎県	5	
新潟県	13		大分県	8	
静岡県	27		鹿児島県	13	
愛知県	43		沖縄県	2	
岐阜県	11		米国	1	
三重県	10		ブラジル	1	
滋賀県	10		オーストラリア	1	
			総合計	958	(住所不明/退会の方を除く)

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じの方はお知らせください。また友の会の医療機関リストに掲載されていない病院で、線維筋痛症を治療しているところをご存知の方は住所、病院名、医師名をお知らせください。事務局よりリストに掲載させていただいてよいか確認します。支援センターと難病連のリストを添付しましたのでよろしく願いいたします。

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。



発行人 神奈川県身体障害者団体定期刊行物協会
〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1752番地
障害者スポーツ文化センター横浜ラポール3階
編集人 NPO法人線維筋痛症友の会 (JFSA)
〒233-0012 横浜市港南区上永谷2-12-11-102
定価 500円 (会員は会費に含む)
Tel / Fax: 045-845-0597
E-Mail: jfsa@e-mail.jp
<http://www5d.biglobe.ne.jp/~Pain/>



© 2002 - 2008 JFSA All rights reserved

編集後記



・今年度は札幌、仙台、東京、横浜、大阪、岡山、広島、北九州、熊本で交流会が開かれました。それ以外の地域での交流会も行っていきたいと思っております。幹事役を勤めてくださる方を募集しています。わかりやすい公民館や喫茶店などを決めていただければ、ホームページや会報にてお知らせいたします。

皆様の情報交換の場として、また交流を深める場として皆様のお役に立てることを希望しています。

・会報の記事は録音を基に友の会が編集したもので、責任は当会にあります。また掲示へ書かれた文章も友の会に帰属します。

