

KSK 線維筋痛症友の会会報

新型インフルエンザの感染は終息に向かいそうな様子です。感染予防にはうがい、手洗い等が重要とのこと。一旦落ち着いても、又流行することもあるとの見解もあります。我が身は自分で守るが基本でしょう。正しい知識を身に付け対処をするということは、全ての事柄に共通です。良い学習ができた、むしろ前向きに考えてはいかがでしょうか。

◆訂正とお詫び

前号の会報24号の発行日と増刊番号が誤っていました。正しくは平成21年1月30日発行増刊通巻第4535号です。訂正してお詫びします。

◆「療養の手引き」

配布に協力していただけたところをご存じの方、余部の必要な方は事務局までお知らせください。

◆お礼とご報告

日本難病・疾病団体協議会の署名にご協力ありがとうございました。
集計の結果は、署名9,860筆と募金額は231,819円でした。

(署名数は以下の通りです。締め切り後にお送りいただいたものは含まれません。)

北海道392、秋田10、新潟60、福島161、宮城56、山形195、石川10、茨城140、群馬2、栃木353、東京587、千葉430、埼玉151、神奈川992、長野221、岐阜10、京都560、奈良69、兵庫159、大阪1963、静岡786、三重24、愛知417、岡山108、広島90、山口41、島根10、香川86、高知1120、福岡517、長崎40、熊本91、沖縄9

◆お知らせ

かながわ県民活動サポートセンターで「医療講演」が行われます。

日時：10月4日(日) 13:00～16:00(90名収容の部屋です)

講師：岡寛先生(聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター副センター長)

会費：無料

会場：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

TEL: 045-312-1121(代表) FAX: 045-312-4810

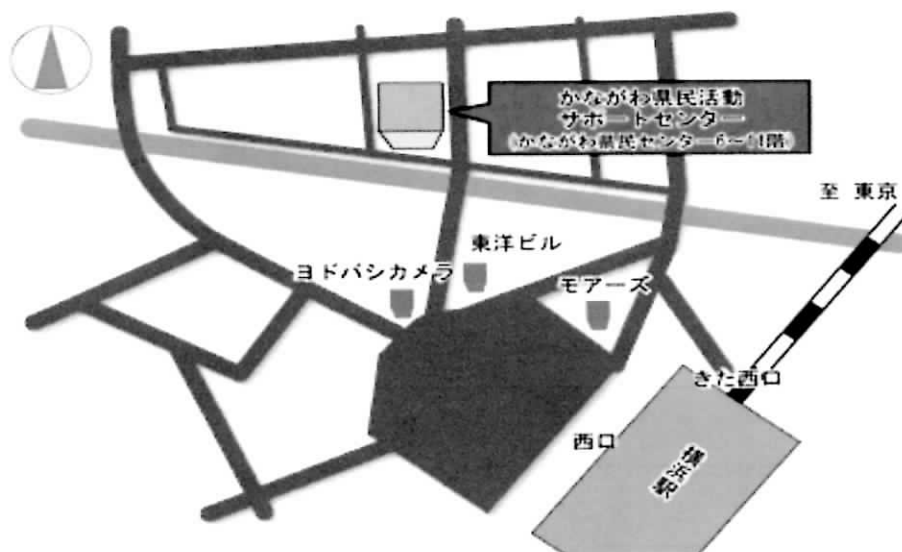
<JR・私鉄ご利用の方>

「横浜駅」西口・きた西口を出て徒歩およそ5分

<地下鉄ご利用の方>

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





現地 MAP

お申込: 友の会事務局 jfsa@e-mail.jp

またはかながわ難病相談支援センター TEL:045-312-1121 まで

どなたでも、お気軽においでください。

会報24号発行後の主な出来事



第 2 回 市民フォーラム 医療講演会を開催しました。

日時: 2009 年 6 月 14 日(日)午前 10 時~12 時まで

場所: かでる2・7【4F大会議室】(札幌市中央区北2条西7丁目)

演題 「広範囲疼痛の考え方:線維筋痛症と胸郭出口症候群、RSD(CRPS タイプ I)、頸肩腕症候群」

講師 新小岩わたなべクリニック院長 渡辺靖之 先生

座長 北星病院リウマチセンター長、北海道大学医学部非常勤講師

今野 孝彦 先生(線維筋痛症友の会北海道支部 顧問医)

名古屋交流会を開催しました

日時: 2009 年 5 月 17 日(日) 13 時半~16 時

場所: 鶴舞集会所 名古屋市中区千代田2丁目・鶴舞荘1階

北海道支部総会・交流会開催を開催しました

日時: 2009 年 5 月 23 日(土)13 時~15 時 30 分

場所: 北海道難病センター【3F 会議室】(札幌市中央区南 4 条西 10 丁目)

九州支部医療講演会・交流会を開催しました

日時: 2009年5月23日(土)

総会 12:45~13:10 医療講演会・交流会 13:30~16:30

演題: 「線維筋痛症の治療法について」

演者: 直方中央病院 内科部長・産業医科大学非常勤講師 中塚 敬輔 先生(九州支部顧問)

場所: 熊本市総合保健福祉センター ウェルパルクまもと1階ウェルパル広場 会議・セミナー室
〒862-0971 熊本県熊本市大江5丁目1番1号

4月26日 ポリオの会と障害年金支援ネットワークが開催した「社労士さんによる障害年金勉強会・相談会」に参加してきました。

障害年金に詳しい社労士さんがいらっしゃる下記のネットワークの方が親身に相談にのって下さいました。

<http://www.syougai-nenkin.or.jp> ※個別相談は有料になります。

線維筋痛症友の会関西支部初の医療講演会を行いました。

(主催・線維筋痛症友の会関西支部 後援・NPO法人 大阪難病連)

日時: 4月19日

演題 「線維筋痛症・慢性疼痛の治療をめぐって」

講師 三木 健司 先生 (医学博士 整形外科専門医)

4月14日熊本交流会を行いました。

永田勝太郎先生(日本薬科大学教授)の新刊を紹介します。

「痛み治療の人間学」朝日選書853 朝日新聞出版 1,100円+税

4月5日岡山交流会を行いました。

5月12日(火)13:00より横浜交流会を行いました

4月2日メスキュード医療安全基金を受賞しました。

3月29日名古屋お花見会を行いました。

3月9日いわて部会交流会を行いました。

2月20日厚生労働省に要望しました。



目次

第1回線維筋痛症研究会より	P6
新薬情報	P37
日本リウマチ学会への参加と線維筋痛症学会の設立について	P39
セーフティカードのお知らせ	P40
情報あれこれ	P42
友の会データ	P43



2009. 2. 13厚生労働省研究班が概要を公表

厚生労働省の線維筋痛症研究班(研究班長:聖マリアンナ医大教授の西岡久寿樹先生)は、2月11日、線維筋痛症の診療マニュアルの概要を公表した。

線維筋痛症は、40～50代の女性に多い全身性の慢性疼痛疾患。国内の有病者数は200万人と推定されているが、疾患の認知度が低く、検査所見なども乏しいことから適正な診断や治療が行われていないのが現状で、2004年の1年間で診断・治療を受けた患者数は約4000人とどまっている。


研究班は、日本人でのエビデンスに基づいた診療ガイドラインを作成するため、診療マニュアル作成委員会(委員長:藤田保健衛生大学教授の松本美富士先生)を組織。委員会は、09年春にも診療マニュアルをとりまとめる。その後、「研究期間が終了する2011年から2012年ごろまでに、研究班で診療ガイドラインを作成したい」としている。

今回公表された概要では、診療マニュアルの診療基準に、1990年に策定された米国リウマチ学会(ACR)のものを採用することを明記。広範囲の疼痛の既往があり、触診で18カ所の圧痛点のうち11カ所以上に圧痛を認める場合に線維筋痛症と診断する。

* 鑑別が必要な疾患としては、

1. 脊椎関節炎、シェーグレン症候群、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、慢性疲労症候群などのリウマチ性疾患
2. 複雑性局所性疼痛症候群などの整形外科疾患
3. 過敏性腸症候群、自律神経失調症などの心療内科疾患
4. うつ病、身体表現性障害、不安障害などの精神科疾患

が列記されている。

- * 治療については、重症度や進行度、病型分類に応じたマニュアルが作成される。 
- * 治療薬には、現在も適応外で線維筋痛症治療にしばしば使用されているワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液(商品名:ノイロトピンほか)のほか、カルバマゼピン(商品名:テグレートールほか)やガバペンチン(商品名:ガバペン)といった抗けいれん薬、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)などの抗うつ薬が挙げられている。
「それぞれ単独でも有効だが、これらを併用するケースも多い」(松本先生)。

- * マニュアルでは、薬物療法だけでなく、鍼治療や運動療法など補完・代替医療の効果などについても解説される。

- * 治療の評価には、米国で開発された線維筋痛症質問票の日本語版である「J-FIQ」が使われる予定となっている。



線維筋痛症(線維筋痛症)のFDA承認薬について

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター 副センター長 岡 寛

皆さんは、FDAという機関をご存じですか。米国では、食品と医薬品を同じ機関で承認、管理しており、米国食品医薬品局(United States Food and Drug Administration)を略してFDAと呼んでいます。現在、線維筋痛症の治験は米国が進んでおり、FDAの承認薬が将来日本でも検討されます。従って、我々線維筋痛症の研究者は「FDAがどんな薬剤をどんなデータをもとに承認した」かが大いに参考になります。友の会の方々もどんな薬剤が承認されているかは知っておいていいかもしれません。そこでFDAの承認薬をまとめました。

承認薬は大きく分けて抗けいれん薬(プレガバリン)と抗うつ薬(ジロキセチン、ミルナシプラン)の2系統です。

プレガバリン(リリカ®)は、欧米の臨床試験で線維筋痛症に対しての痛みと睡眠障害に有効性が証明されており、最初のFDA承認薬となりました。現在、日本でも治験が行われています。

抗うつ薬の2剤は、セロトニン・ノルアドレナリンの再取り込み阻害剤(SNRI)と呼ばれています。

簡単にいうとセロトニン・ノルアドレナリンを活性化作用を持っています。特にミルナシプラン(トレドミン®)は、抗うつ剤として既に日本で発売されており、セロトニンとノルアドレナリンのバランスがよく、線維筋痛症の治療薬として期待されます。

FDAの承認薬のうち、プレガバリンとジロキセチンは日本で未発売です。個人輸入での使用は、副作用発現時には自己の責任になることが考えられますのでご注意ください。ミルナシプラン(トレドミン®)は、うつ状態として処方可能ですが、眠気などの副作用がありますので習熟した医師の管理のもとで治療を受けることが望ましいと思います。

薬物に対する反応は個人によって異なりますが、FDAの承認薬以外でも、三環系抗うつ薬、リボトリール、ノイトロピンの静注や局注等も有効性を認めることがあります。現在の主治医の先生とよく相談され、ご自分にあった治療法を検討して下さい。皆様のご快復を願っております。

第1回線維筋痛症研究会 2008年9月23日



ご挨拶

厚労省研究班長 代表世話人

西岡 久寿樹先生(聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター長)

線維筋痛症の治療法確立がなぜ急を要するかというと、線維筋痛症学というのがあるのですが、サイエンスの面からこのバックグラウンドを、松本教授を中心に私どもの研究班で疫学調査をしましたところ日本人の約1.7%、推定200万人の患者さんがこの病気を患っています。癌患者が70万人、関節リウマチは多くて70万人ですからその3倍以上です。その社会的な状況は患者を取り巻くあらゆる面から検査しなければいけません。

どのように患者さんをケアして良いかわからないというのが多くの医療機関の声です。そういう意味では医療体制の不備が深刻です。

また年間、2兆円以上の直接的、間接的な損失があるということを研究班で調べている最中ですが、患者さんに聞くと薬剤費や通院費で月平均10万円の出費がかさむという例もあるということです。またその結果働けなくなるということも深刻です。もうひとつは保険診療体制の不備があるということで、いずれにしても行政の面も調査中です。

病態についてはACRの診断基準の圧痛点が18カ所あるわけですが、これは確かに早期の患者さんに関しては鑑別の率が高いのです。きわめて狭義の線維筋痛症のスクリーニングができると思うのですが、筋骨格外症状を逃してしまう患者さんには別の診断表があります。その病態把握のためのステージの分類は急務で、発症に関する疾患管理と疲労の改善などが緊急のテーマです。

新しい生命科学の分野として例えば患者が200万人いると考えたら、現在の線維筋痛症の研究は十分ではありません。

第一番目は、生態防御としてもっとも共通に位置付けられる痛みとは何か、これは分かっているようで分かっていません。

二番目は、痛みの記憶のメカニズムの解明です。個体の発育過程における記憶のメカニズムはいつどのように形成されるか、これは線維筋痛症の発症の鍵である気がします。

小児科の線維筋痛症ですが、やはり赤ちゃんが胎内にいるときから出現し、たぶんそのころ痛みの記憶システムが出来あがるだろうと思っています。生体防御であるD物質、つまり抗原を認識するメモリーのようなものがあるわけですが、そういう免疫のシステムが出来あがってくると、痛みのシステムが構築されます。

三番目は、炎症、神経、免疫、生体防御で、炎症・痛み・腫れから、痛みだけ残ってしまうというのが線維筋痛症の非常にユニークな生体防御だと分かります。つまり患者さんがあれだけ激しい痛みを訴える場合には必ず原因が存在するだろうということです。

四番目は、治療ですが、特に疼痛制御システムの調節機構を開発することです。下行性の疼痛を防げるものがいくつか出ているのですが、それだけではなくて直接中枢性の疼痛に対する制御システムは今後この分野で非常に大きな研究のテーマになると思います。

診断と病態の分類のコンセンサスをまとめ、それを元に私どもが進めていますガイドラインというものを少し整理したいと思います。本日はそのテーマで先生方に発表していただきます。

白石 尚基 先生(杏林大学 医学部 解剖学)

～電極麻酔の治療への可能性を探る～

▽症例 45歳女性で身長151cm体重は44kgです。介護士の資格を得て7年間介護の仕事をし、39歳時から身体各部に強い痛みを感じ、筋弛緩薬の投薬をおこないました。介護保健法施行後、カイロプラクティックなどの民間療法をおこないましたが、改善が見られないまま平成16年介護士を休業しました。

初診時の血液検査による総コレステロールの異常値は見られませんでした。VAS(10cmの線に痛みがどの程度かを記録する方法)が異常に高く、通常8、悪天候では9になりました。心理テストでは強い不安やうつ傾向がありました。ACR(アメリカリウマチ学会)の診断基準で18カ所中の5番目の第二肋骨以外全ての点で圧痛を訴えました。その点から線維筋痛症ではないかということで治療を開始しました。ベンゾジアゼピン、SSRIを中心に薬物治療をしました。さらに症状が悪化しているときには頸部もしくは腰部のトリガーポイントブロックを施行し、症状が降下の時にはVASが3程度に納まりましたが、悪天候やストレスが加わったときには6から7でした。ところが自転車走行中に右足を骨折しまし

たので硬膜外麻酔による手術をしました。

TSB自体はカウザルギーなどの疼痛に効果があります。しかしTSBの疼痛制御に関しては良く分かっていないというのが現状です。全身弛緩作用とか末梢循環が解明されれば問題ありません。中枢性の疼痛というのは、実際には末梢性の疼痛とどのようにかかわっているのか、今回の症例から線維筋痛症に関してはTSA・TSB*が非常に注目を得ています。

今回線維筋痛症の治療中の患者が手術をされました。電極麻酔が線維筋痛症の疼痛治療の選択肢の一つであるかどうかということを開発したいと思います。

* 註 TSA・TSB・・・全脊椎麻酔

* 註 カウザルギー・・・CRPS(複合性局所疼痛症候群)のタイプII



山田 貴志 先生(山田歯科医院)

～外側翼突筋に対するブロック療法～

私は口腔顔面痛を専門にしておりますが、口腔顔面痛は線維筋痛症患者に非常に多く合併します。今回口腔顔面痛の主要ソースであります外側翼突筋に対するブロック療法をおこないました。

▽症例 発症は平成13年、左側の不快感で何箇所か受診しましたが、特に異常がありませんでした。翌年にさらに症状が悪化して両腕・両肩に及んだために線維筋痛症の治療をおこなっているこの病院を受診しました。そのときは歩行距離が30メートルぐらいでした。ここで約半年間通院し、そのときに線維筋痛症の診断をしました。

ルボックス、インダシン、ノイロトピンを使用しましたが、効果がなく治療を中断していました。その後さらに倦怠感、めまい、などから平成16年に転院しました。さらに平成17年の8月には顔が洗えない、歯も磨けない、茶碗が持てない、文字が書けない、衣服の着脱ができないということで、要全介助でした。

当院では2週間ごとにキシロカインを注射し、それ以外では歯列を固定して、翼突筋の運動を制限する装具を使用しています。治療開始後2週間で250メートル歩行できました。その後しばらく帰宅のため治療を中断しました。1ヵ月後には単独でバスに乗ることができ、さらにその後2時間歩きかなり高い丘にも登りました。7月の末には5時間程度の外出、い物や美術館、ミュージカル鑑賞など非常に回復しています。



斑目 健夫 先生(東京女子医科大学付属 青山自然医療研究所クリニック)

～漢方治療と指圧・針治療・灸治療の併用～

私どものクリニックは代替医療をおこない、西洋医学の治療効果が及ばないところ、不十分なところを補おうということを目的にして2003年の6月に設立されました。アメリカで線維筋痛症に対する治療を試み、ひとつは漢方治療が奏効した症例、また自律神経免疫治療、これは伝統医学の言葉で言いますと指圧・針治療・灸治療この三つを併用したところ疼痛が圧縮した症例、この2症例を提示します。

この二つの症例から、身体を充分に加熱保温することが非常に重要であり、筋肉の凝りを解消することによって疼痛が改善しやすくなるということを学んでまいりました。

自律神経免疫治療や針治療は、やれる方が非常に少ないのですが、練習すれば患者さん自身が治療することができるということもあり、お灸治療をやってみましょうということです。松尾芭蕉などの著作にも出ているお灸は、いたずらをしたときなどに懲罰的におこなわれたこともあり、評判が悪いのですが、1回治療を受けると非常に効果があるということで驚かれます。

▽症例 60歳の女性です。身長153センチ、47キロで虫垂炎の切除手術を受けています。3年前から両手の痺れが出て、腰痛・背部痛・股関節付近の痛みがひどくなり入院しました。リウマチ科では線維筋痛症と診断されNSAIDs中心の治療を受けました。その後精神科を受診され、その紹介で初診となりました。体中冷たいというような状態で、圧痛点も12ヶ所に見られました。

経過は日常生活で身体をよく暖める、冷えないようにするというをしつこいくらいに繰り返して、同時にお灸の治療を始めました。身体に直接お灸を据える方法ではなく間接灸で、初日は一時間連続でお灸しますと身体の表面の色が変わります。通常はすぐに赤くなるのですが、一時間継続してもぜんぜん赤くならないので循環が悪いというようなことが伺われます。続けて8日後になるとお灸をする

と楽になる、自分でもお灸を試みたところ便秘が改善したということです。

その後お灸をしたときは良いのですが、夕方になると疲れる・痛むという傾向がありました。6月には精神科のほうで抗うつ剤を併用するようになり、睡眠の状態が良くなりました。6月末ごろには膝が痛いということでしたが、処置をして改善し、周りの人から元気になったといわれました。寝つきが悪いということで踵の失眠というツボに直接お灸をしました。7月中旬になると圧痛点はそのまま残っていたのですが、お灸の治療後には消失するという形になりました。8月の半ばには圧痛点が1箇所だけになりました。その後仕事などで痛みがひどくなくても自分でお灸治療をすると良くなるということです。抗うつ剤などと併用して繰り返すことが必要です。

註 NSAIDs・・・非ステロイド性抗炎症薬



岡 寛 先生(聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター)

～ペインビジョンによる痛みの計量化～

この研究の目的は線維筋痛症患者さんの痛みをペインビジョンという器械を使って計量化ができる

かということです。痛みに関しては電気刺激によって同じ感覚の大きさを測って被験者が感じている痛みと同程度の電気刺激の大きさを測定する装置で、ニプロから出ています。このペインビジョンの中では、被験者が感じる閾値と、痛み対応電流という被験者が感じている痛みと同程度の電気刺激から痛み度というのを出して推定しました。

正常時の男性の「痛みの閾値」(痛みを感じる最小の値)は年齢が上がってくると少しはあがりますが、大体8から9のレベルです。女性は少し低く大体7から8の後半ぐらいが正常時のレベルです。実際に線維筋痛症の男性20人を測ったところ閾値が8.5ぐらいで大体正常時の男性と痛みの閾値は同じぐらいです。女性の方は93人測ったのですが線維筋痛症の方は少し低めです。

「痛み度」に関しては通常300から500とかなり高いのですが、男性の20人では平均が298で特に300から500という人も数人おられまして高めの傾向でした。これに対して女性は500や1000以上の人が15%、30人います。値も男性の200代に比べると423という痛み度があります。かなり高いということがわかりました。全体的には500以上が15%、これがほとんど女性で全体は400、113人の線維筋痛症患者さんで平均の「痛み度」は410でした。

そこで線維筋痛症だけ測っても客観的に見るのが難しいので、リウマチ患者の「痛み度」を測りました。9人の女性と1人の男性です。これらの患者さんは線維筋痛症の人が大体45ぐらいなのですが、大体似たような53.9で、30代から50代です。

ある患者さんの「閾値」を調べたところ9.3で、若干感度が高めの傾向がありました。「痛み度」のほうでは平均が247.3で420という数字からは少ないのですがまだリウマチ患者の症例をやっていませんのではっきりとした数は出ていません。傾向としては線維筋痛症の患者は男性よりも女性の方が高く、リウマチより線維筋痛症の患者は「閾値」が低いという傾向が出ていますので、これからリウマチの方も進めていきます。

線維筋痛症113名(男性20名・女性93名)平均年齢が48歳の患者さんの計量化を試みました。「最小感知電流」は男性8.5、女性が7.5で、正常人でも女性の方がやや低くなっています。「痛み度」のほうでは男性28.0で女性42.3と男女ともに高いのですが、特に女性が高く、1000を越した6例はすべて女性でした。

関節リウマチはまだ10例しかやっておりませんので統計解析はできませんが、平均年齢は少し高い54歳で、最小感知電流が9.3と少し高め痛み度は247.3です。今後リウマチの患者さんでも解析を進めていこうと思います。



植田 弘師 先生(長崎学院大学 歯科薬学総合研究科 分子薬理学)
西岡 倫子 先生

～線維筋痛症の動物モデルの確立および動物モデルを用いた薬物効果～

線維筋痛症もまだ定義が十分に定まっているとはいえないのですが、そういった創成期に動物の研

究モデルを作りメカニズムを解明していく、またさまざまな薬物などを試してどのような治療計画が立てられるかということの研究のテーマとしてやっております。今日は実際に研究を担当している先生に発表していただきたいと思います。

私は基礎研究において線維筋痛症の主な症状である全身性疼痛に着目した検討を行いました。紹介するのは全身疼痛性症候群としての線維筋痛症の動物モデルの確立および動物モデルを用いた薬物効果を報告します。

線維筋痛症は原因不明の激しい痛みが長期間において継続するという疾患です。特徴として検査による異常がない、まだまだ医療現場での認知と理解が低いなどの点から患者が線維筋痛症と特定されるまでに時間を要し、またその間に症状が悪化してしまう、周囲からの理解を得られないことが多いなどのさまざまな問題点があります。

疫学的には人口の約2%、中でも中年女性に比較的多く発症しているということが知られています。患者の背景としては身体的な悪化として過去に大きな事故・手術を経験した、などに加え生活上のストレスを抱えているなど心理的な悪化も多く見られるようです。

症状としては、最も重要視されているものが全身性疼痛です。現在アメリカリウマチ学会において作成されたトリガーポイントに対して、親指で4kgの圧力で押したときに痛いと感じる箇所が11箇所以上生じたときを線維筋痛症とするというような診断基準が用いられています。原因が不明であるためにその根本的な治療というものは確立しておらず、現在は鎮痛薬などを用いた対症療法としての薬物療法が行われています。また生活改善療法なども積極的に多く取り入れられてきています。

よく似た痛みとして神経因性疼痛というものが知られています。たとえば帯状疱疹を生じたときに発症する急性的な痛みとしての帯状疱疹痛、またその後にも現れる帯状疱疹後痛というものがありません。また糖尿病の三大合併症の一つとして問題となる神経障害による手足の末端の痛みや痺れなどが知られています。脳卒中後に起こる激しい頭痛、幻視痛(身体の一部を切断したことにより、切断しなくなった手足に痛みを生じているように感じる幻肢感からくる痛み)、そのほかにも眼精疼痛、三叉神経痛、カウザルギーなどさまざまな神経疼痛が知られています。これらの神経因性疼痛にはその原因となるような基礎疾患がありますが、一方で線維筋痛症というものには明確な基礎疾患がないという考え方もなされています。線維筋痛症は何らかの基礎疾患の合併症としての痛みではなく、痛みそのものが病であるという考え方がなされます。基礎疾患でなければ何が原因を起こすのかというと、ストレスを代表するようなリスクファクターと呼ばれるものです。これらのリスクファクターは神経・内分泌系・免疫系に異常をきたし中枢系の過敏興奮を起こすということが知られています。

線維筋痛症ではその80%の患者が慢性疲労症候群、60%の患者で過敏性腸症候群、また顎関節症そのほかにもさまざまな疾患を発症していることが知られていますが、これらはすべて共通のリスクファクターを有する類似疾患としての位置づけがされます。

現在線維筋痛症にはその基礎疾患における動物モデルというものが確立していません。そこでわれわれは動物モデルの確立により線維筋痛症のメカニズムの解明を検討しています。現在最も線維筋痛症モデルに近いと考えられている動物モデルを三つ紹介させていただきます。

まず一つ目に迷走神経を切除したモデルというものをUCSFのデバイン博士らが提唱しています。このモデルはラットの横隔膜の迷走神経を両側性に切断することで生じる自律神経のバランス異常、また機械刺激や化学刺激などによる過敏応答から全身性疼痛症候群として線維筋痛症にもよく似た症状を示すということが考えられています。

われわれ独自の考え方で作成したリゾフォスファチジン酸(LPA)を視床内に投与したモデルというものが 있습니다。過去に当研究室では抹消における神経因性疼痛のメカニズムとしてLPAの関与を2004年のネイチャーメディシンに報告しています。これは抹消に強い刺激が加わると脊髄後角でLPAが完成され知覚神経の脱髄を促すというものです。脊髄後角では一次ニューロンから二次ニューロンへシナプスが移り変わるという部位であり、同様に視床でも二次ニューロンから三次ニューロンへと移り変わる部位ということが知られています。

そこで視床においてもLPAが痛みの原因物質となりうるのではないかとことから、実際にマウスにLPAを投与したモデルを確定しました。するとこのLPAを視床内に投与したモデルではマウスの両側性、また持続した過敏応答が見られることから中枢系の過敏のモデルとしての候補と考えています。

最後にサートストレスモデルというものが 있습니다。これは常温24℃と低音、この場合はマウスなので4℃なのですがこれらの飼育環境を繰り返し与えることによるストレスモデルです。ストレスというのは一般的には鎮痛効果を示すということが知られています。またそのメカニズムとしてベーターエンドルフィンの関与が知られていますが、この場合ごく限られた例でストレスにより引き起こされる過敏応答としてのストレスモデルを今回実験に用いました。

実際にサートストレスモデルは以下のような計画で行いました。初日の4時半に4℃に置いたマウスを翌日の朝10時まで置きます。朝10時に24℃に戻したマウスを30分後に再び4℃に戻しました。さらにその30分後に24℃に戻すというような30分毎の繰り返しを夕方4時半まで計15回にわたってストレスを与えました。4時半以降は一晚4℃において翌日も同様のストレスを行い3日目の朝10時に24℃に戻した時点がストレス終了としました。この対象として同様の時間帯を常に24℃に置いたマウスをコントロールマウスとして疼痛閾値を評価しました。実際にストレスを与える前に測定しその後も形式的にテストを行うことにしました。

デジタル式コンフラン試験法を用いた圧痛評価を行った結果です。デジタル式コンフラン試験法とはマウスの後肢に下から圧力を加えマウスが反応したときの圧力を測定する試験法です。通常マウスでは10g程度で反応を示すのですが、ストレスを与えたマウスでは5.5g程度でも反応を示すようになり著明な過敏を生じていることが知られています。またこの痛みというものはストレスを生じてから二三週間継続していたことから慢性疼痛のモデルとして有用であるという証明がされました。



また次に全身性疼痛の評価を行うためにマウスの右足・左足を区別して先ほどのデジタル式コンフライン試験法を用いた評価を行いました。するとストレスを与えたマウスでは左足・右足ともに顕著な過敏が見られることから両側性の過敏を生じているということがわかりました。マウスの後肢に下から熱を加えマウスが熱いと感じて足を退けるまでの静止時間を測定する試験法ではコントロールに比べてストレスモデルでは早い時間で反応するようになり過敏を生じているという証明ができました。

化学刺激として酢酸ライジング法という試験法を用いました。これはマウスの腹腔内に酢酸を投与すると仮性疼痛ではありますがおなかをよじらせるような痛みが生じるという試験法です。このライジングといわれるような行動の回数を測定するとストレスではその過敏が増悪しているということから化学刺激に対しても評価ができました。

次に電気刺激としてニューロメーターという器械を用いた評価を行いました。この評価法は5ヘルツ・250ヘルツ・2000ヘルツとヘルツを変えることでそれぞれの神経繊維に特異的な痛みを評価することができる特殊な試験法です。実際に5ヘルツのときにコントロール・ストレスともに変化がないという結果が得られました。しかしながら250ヘルツで刺激を与えたときにコントロールで閾値が180程度であったのがストレスでは90程度で反応を示し過敏が見られます。また2000ヘルツでも同様にコントロールで320程度だった閾値がストレスでは270程度低下していることから250・2000ヘルツすなわちそれに相当するA δ 繊維・A β 繊維に対して特異的な痛みであったと言う評価ができました。

これらのことからサートストレスモデルにおける慢性疼痛・全身性疼痛そしてさまざまな疼痛における過敏応答を見ることで線維筋痛症の疼痛のモデルとして有用であるということを示します。

実際にその動物モデルを用いた薬物効果を検討しました。近年報告された例ではありますが、線維筋痛症でのガバペンチンの効果を見ています。スコアが中程度の線維筋痛症の患者、白人女性・50歳程度の方に対して行われた試験で、薬物はガバペンチンを1日1200から2400ミリグラムの容量で用いたものです。プラセボ投与された患者に対しガバペンチンを投与された患者で良くなったと感じている方が増えているという結果から臨床でもガバペンチンが効くのではないかとということでわれわれもサートストレスを用いたガバペンチンの効果を見ています。

ガバペンチンというのは電位依存性カルシウムチャンネル $\alpha 2 \cdot \delta 1$ サブユニット、その上に結合することでカルシウム流入を防いで独占する薬物です。カルシウムチャンネルにはB型・N型・PC型・W型というようなさまざまなタイプが知られていますが、ガバペンチンの中でもN型・PC型のような炎症時の痛み、神経因性疼痛などの形成因に関与するといわれている部位に結合することが知られています。実際に臨床で近年神経因性疼痛においてガバペンチンが有効であるということをもまえ、われわれも神経因性疼痛モデルを用いたガバペンチンの作用を見ました。まず一つ目に坐骨神経結索モデルとして部分結索を行ったマウスを用いました。ガバペンチンを10から100mg/kgの用量で腹腔内投与をし、30分後の閾値を比較しました。すると30mg/kg、100mg/kgのときに元の閾値まで回復するという結果が得られました。しかしながらこのときの100mg/kgというのはシャントオペレーションズにおい

ても著明な効果を示しており、またマウス自体も鎮静作用が出ているすなわち副作用の域に達しているということから神経因性疼痛モデルにおけるガバペンチンの容量としては30mg/kgが有効であるという結果が得られました。

パクリタキセルを投与することによる過敏応答を示す神経因性疼痛モデルを用いました。このモデルに対して3から30mg/kgで腹腔内投与を行うとやはり30mg/kgの用量で元の閾値まで戻る効果が得られました。

サートストレスモデルを用いたガバペンチンの作用を見ました。ストレスを終了した日に常温に戻してプレテストを3回に分けて行います。これにより安定した疼痛過敏を生じていることを確認してからガバペンチンを投与しました。実際にガバペンチンをストレスモデルに投与すると、0.3から3mg/kgの用量で用いたのですが3mg/kgの用量で元の閾値まで回復するという結果が得られました。またこの効果は30分後にピークが見られ3時間後も続いていましたが翌日にはまた過敏が生じていました。興味深いことに今まで紹介した神経因性疼痛モデルで用いた30mg/kgという用量に比べ、今回サートストレスでの3mg/kgというのは十分の一でごく少量であるということです。

今回私は大きく分けて二つの実験を行いました。まず線維筋痛症モデルとして全身性疼痛症モデルの確立、サートストレスモデルの有用性を見るために、慢性疼痛・全身性疼痛また圧・熱・電気・化学刺激に対する過敏性を見ることでこれらが線維筋痛症の症状とよく似ているために線維筋痛症の疼痛のモデルとして有用であるということを証明しました。

サートストレスモデルにおけるガバペンチンの効果を検討しました。実際にガバペンチンは臨床でも知られているように神経因性疼痛モデルにとっても有効で、サートストレスモデルにおいても有効であるという確認が取れました。

さらにこのサートストレスモデルにおけるガバペンチンの用量は、少量でも有効であったということが得られました。

基礎研究において線維筋痛症モデルによりメカニズムの解明を行いさらに臨床により近い研究を行っていきたいと思います。

▽質疑応答

質問: ガバペンチンはサートのほうが少量で効果があったとのことですが、それは何を意味しますか。



回答: 意味するところはこれから解明していくところです。

癌のモデルにもガバペンチンが効いてきます。後根神経節の細胞にカルシウムチャネルの発現が増大してくることが原因であろうと考えています。より低い濃度で効いているということはメカニズムが少し違うのか、あるいはもっとたくさんのカルシウムチャネルが発現しているということが考えられます。全身性疼痛だけではなくて脳や脊髄といったように部位を分けて投与しているともっと面白いことがわかってきまして、たとえば脳の細胞にカルシウムチャネルが増え

ているとか $\alpha 2 \cdot \beta 1$ 内で増えているということもあります。あるいは障害性の神経性疼痛の原因にカルシウムチャンネルが3割ぐらい役割を果たしている、線維筋痛症の場合はカルシウムチャンネルがもっと多いということを意味しているかも知れません。いろいろな可能性があるのですが、カルシウムチャンネルがどのように増えてくるのかというようなことで何か答えが出るかなと考えているところです。

質問: サートのモデルというのは薬物を使って炎症を起こさせて疼痛閾値を下げるということではなくて、ストレスということをやっているというのが大きなポイントだと思うのですが、ストレスをかけることによって中枢でどのような変化が起きているのか知りたいということと、このストレスによって疼痛閾値が下がるマウスがストレインによって違うのかどうかを知りたいのですが。

回答: ストレスによって中枢性過敏が起きることが、リスクファクターとしてのストレスが免疫系など神経・内分泌系などに異常につながるということで知られてはいますが、そちらの解明はまだ検討中です。

質問: 病理学的な変化部位のどこかを知りたいのですが。

回答: たとえば神経因性疼痛では抹消の脊髄、障害での脊髄の後角のところにPKCが関係します。あるいは脳でモルヒネの効果というのがある、それに対してどういうふうな応答変化が起こるかということなどがあります。またオピオイドレセプターがその下流にある遺伝子発現を起こして、NR2Aの発現があるというようなものができるので、それに当てはまる部位で一番よくわかるのは中脳で痛みの中継点であるし、そういうところでアンチオピオイド系の引き出しがたくさんあります。

浦野 房三 先生 (篠ノ井総合病院 リウマチ膠原病センター)



～多発性付着部炎と線維筋痛症の類似性～

多発性付着部炎と線維筋痛症の類似性についてお話しします。

近年、線維筋痛症が非常に国内に浸透してきております。不幸な事件などがあり患者さんや一般の方も知るようになってきました。

一方、未分化型の脊椎関節炎の全体についてはリウマチ専門医の間でも十分に認識されていないということです。線維筋痛症と診断された症例のうち三分の一程度に脊椎関節炎が存在するという報告もあります。女性の強直性脊椎炎の症例の半分ぐらいが線維筋痛症のクライテリアを満足していたという論文もあります。こういう関係についての大規模調査というのはいまどこにもないようです。今回こういう当該初期症状を伴って受診した症例に対して両面から解析してみようと調査しました。

線維筋痛症は三分の一程度という数字がありますが、私はもう少し占有範囲が違うのではないかと

思い始めています。脊椎関節炎の分類はモハマド・カーンというASもしくは脊椎関節炎の権威の教授の論文からとったものです。未分化型の脊椎関節炎は分類不能脊椎関節炎とも呼ばれており、私は未分化型の方がとおりがよいのではないかと思います。

多発性付着部炎とはどのようなものかという、腱・靭帯の付着部の炎症でスポーツなどによる使いすぎ症候群とは状態が違います。高度の場合は四肢体幹、全身広範囲に及ぶ症状です。少なくとも定められた5箇所の圧痛を認めること。全身性の炎症がなくエックス線で仙腸関節に異常がないことです。

調査の方法は去年の9月から11月までの3ヶ月間に当科を受診した広範囲疼痛の新患で、調べた項目はまずはエンテーシスインデックスです。

線維筋痛症の評価には線維筋痛症圧痛点数(18箇所の圧痛点得点)、そのほかショーバーテスト・胸郭テスト試行、CRPの測定、仙腸関節エックス線、脊椎関節の診断にはBSSP、簡単にいうとヨーロッパ診断基準です。線維筋痛症の診断にはACRの診断基準を使用しました。線維筋痛症の圧痛点で64箇所あるようですが、これを30グループに分けてあります。圧痛のレベルを4段階に分けて鑑定します。0は圧痛なし、1は軽い圧痛、2は普通の圧痛、3は痛い・飛び上がる痛み。また大事なことです。痛みが残存するという人で人によっては3日間痛かった人や1週間痛かった人がたまにいます。

結果ですが調査症例では女性のほうが多く、エンテーシスインデックスは最低レベルが90点平均43点です。線維筋痛症の点数は最低0から18点で平均4.5です。

受診者の居住地は北海道から来る方もありますが、関東地方からも来ます。長野県内が60、合計70です。

付着部位の平均点ですが、1から2がほどほどの痛みというレベルなのですが、膝の内外側などはあまり強い点数ではありません。アキレス腱はほどほどに高く、上腕骨大結節はかなり得点が高くなります。

ショーバーテストは前奏的なテストです。前屈5cm以上が正常なのですが最小0.5cm最大は5cm、2cmから4cmという方が多く平均2.85で8割程度は異常です。

胸郭テストこれは最大吸気と呼気の差を調べるものですが、平均値が3.58で基準値よりも異常な値が多くなっています。

仙腸関節のレントゲンですが、4というのはかなり強直が見られ3は糜爛や変形さらに後湾度が強く、2はVASが見られる、1は疑い0です。この両診断基準を今回は厳密にやっております。

0から90点までの分布は50点代がかなり多く90点近い人も4人ぐらいいました。CRPは高い人がいます。風邪も引いていないのに高いというのは線維筋痛症と考えるよりもこちらを考えなくてはいけません。線維筋痛症の分類ですが18点は40人以上とかなり多いです。11個以上というのが大事なのですが11点という人はいませんでした。ヨーロッパ診断基準による脊椎関節炎は82です。二次性の線維筋痛症の診断は56例で確定診断は保留です。

なぜこのようなことが起こってくるか。全身炎症性疾患・RF・脊椎関節炎などは線維筋痛症の引き金

となります。しかし腱や靭帯の付着部は線維筋痛症の圧痛点に非常に近いのです。線維筋痛症の基準点のうち後頭部・肘・大腿肢後面・上臀部・膝など対は腱・靭帯より頻繁です。これらが影響することはありません。関節根が近かったり、脂肪体が腫れたり近かったり、いろいろな影響があるのではないかとということで研究は進んでいるようですが、まだ大きなコンセンサスは得られておりません。

背部痛だけがある時期がレントゲンにはぜんぜん出ないので、いろいろと疑ってこの時期にエンテシスと間違える可能性が多いのではないかと思います。

仙腸関節のCTでは関節強直が見られます。仙腸関節は靭帯や腱の集まったところにあるのでエンテソパシーを起こしてしまうのです。

ほかの例では付着部の肥厚6から7mm(普通は5mm以下)、血流の老化が起っています。MRIを見ると骨髄浮腫が見られアキレス腱が肥厚しています。



別の研究をお知らせします。透析患者のACR圧痛点と付着部指数を調べました。この場合0.64とかなり高い相関が見られました。透析患者はMMP3が高いといわれていますが、付着部指数との相関が0.40と低いけれど出ています。これは時期がずれているのであまり良い相関係数ではないのですが、もう少しきちんとやってみようと思います。

▽質疑応答

質問: 先生が考えておられる付着部の圧痛というのは、いわゆるエンテサイシス・付着部炎とエンテソパシー・痛だけというのがあって、たとえば脊椎関節炎の圧痛点が全部エンテサイシスによるものと考えられるのですか。

回答: 今のところそう考えています。



質問: たとえばAS(強直性脊椎炎)の場合もそうなのですが、必ずしも疾患性の活動とは関係なく睡眠障害などが合併したときに付着部の圧痛が高まる、要するに線維筋痛症の合併したような状態になっている場合があると思います。全部が脊椎関節炎の場合にエンテサイシスを呈しているとはいえない場合もあるのではと思いますが。

回答: そういうことは良くあります。

質問: 線維筋痛症で圧痛点の多い方は関渉点の数が多く、そういう方はどこを押しても痛いのです。先生の言われている方の中でどこを押さえても痛いという方がどのくらい含まれているのでしょうか。

回答: 私の経験では慎重に押すとコントロール点は痛くないのです。うまく押さないといけないと思います。医師の押し方によってはどこを押しても痛いように感じてしまうかもしれません。

質問: 脊椎関節炎に関して日本人は欧米の10分の1から、場合によって50分の1ぐらいの頻度ではないかという報告が出ていますが、先生のほうが少し多いように思うのですが。

回答: 少しではなくまったく多いです。日本の症例は調査の対象が非常に限られています。小さいところで調べられたものですから、私はリウマチ患者と同じぐらいいるのではないかと考えています。

質問: 今日ストレートペインを訴える中にこういったポリエンテサイシスの症例もあれば線維筋痛症の症例もあるから線維筋痛症の診断にいたってはポリエンテサイシスという概念もしっかりと留意しなければいけないという意味でおっしゃったのか、逆に線維筋痛症とポリエンテサイシスという疾患を混合異義というかそういったことを起こしやすい疾患という意味でおっしゃったのですか。

回答: 実際の診療では混在していることが多いと思います。医師は混在しているという意識をしっかり持って診療にあたらないと良くないと思います。

質問: 多数の線維筋痛症の臨床統計がさまざま出ている中に、最近少しずつ出ているのですがポリエンテサイシスあるいはセロニアルスポンデュラルソパチーとの関連が言われてこなかった背景は何か、先生は考えていらっしゃいますか。

回答: 私は2005年にACRにそれを確かめにいきました。ASの専門家カーン教授とお話しました。多くの患者が線維筋痛症と誤診されていることがあるということです。アメリカでも線維筋痛症をしっかりやっているグループとASをやっているグループの交流というのはあまりないみたいです。協力し合っているいろいろとデータを作ろうという方向にはまだ行っていないようです。

岡 寛 先生(聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター)

～線維筋痛症患者のデータベース作成とその利用～

線維筋痛症および線維筋痛症疑いの患者さんをわれわれのクリニックにこられているカルテからランダムに抽出し、245例のデータベースを作成しましたので報告します。

目的は線維筋痛症患者のデータベースを作成し、疾患の特徴や治療の反応性を検討することです。当関連施設のセンターに通院する線維筋痛症およびその疑いの患者さんが245人、カルテを抽出して(実際の患者さんは約2倍います)男性49人女性196人平均年齢が47.9歳です。これらの患者さんについてACRの基準の合致度、発症の誘因、ペインピジョンを使って痛み度、合併症そして各種治療薬とその反応性について検討しました。

線維筋痛症の患者さんは245人セレクトされまして196人が女性、男性が49人で4対1ということで大

疫学研究の結果と同じようになりました。

男性は年齢別に見ると16から29歳が4人、30から49歳が最も多くて32人、50から69歳が11人、70歳以上が2人で平均年齢は約44歳です。

女性196人に関しては15から29歳が18人、30から49歳が88人、50から69歳が71人、70歳以上が19人で平均年齢48.8歳です。まとめると大体30から49歳、あるいは50から69歳に大部分の患者さんが入っており、男女の平均が47.9歳でした。ACRの圧痛点に関しては18分の11を満たして3ヶ月以上広範囲というクライテリアを満たす人が大体6割の93人で満たさない人は64人でした。

発症の誘因は心因性の方が54人で22%、外傷性は出産後、感染症後(一人は重症肝炎の後、二人の方は帯状疱疹の後)です。

心因性の内容はストレス(学校・職場・両親や祖父母の介護・育児など)合併症52%、家庭の問題(ドメスティックバイオレンス・幼少時の虐待・離婚・嫁姑問題)が44%です。年齢別では20代が家庭問題のストレス、30・40・50代はストレスと家庭問題の双方が存在しているという状況です。

外傷が引き金になったと思う症例26例に関してですが、外傷というのは捻挫・肉離れ・転倒・腱鞘炎・スポーツの後・重い荷物を持った後、また外科治療は抜歯・整形外科の手術の後など12人で40%、交通事故は主に追突されたなどですが9人で30%です。これをさらに年齢別で詳しく見ると10代の外傷性はありませんが、あとは交通事故が20代から40代、外科治療は満遍なくあり40代の方だけ外科治療はありませんでした。

次にこの245人の中のプライマリ・セカンダリーということですが、われわれの施設においてリウマチとかそういったものがはっきりあって線維筋痛症に入れていないというのが多いのですが、そういった理由で私たちのほうはプライマリ95でセカンダリーの症例は5%といった数字になっています。合併症の中ではリウマチが4名、シェーグレン症候群のクライテリアを満たしたものが4名、SLE・強皮症・混合組織結合病(甲状腺機能低下症が1例)です。

地域別についてはこれら245人の人たちがどういうところから通っているかです。当院は霞ヶ関にあり、東京の区・都下・神奈川県・千葉県・埼玉県それ以外の県で、これでははっきりいえませんが、大部分が都市部で郡部の方は少なかったということです。

家族内発症は一卵性双生児でお姉さんが発症して、妹さんはまだはっきり線維筋痛症までいっていないというのが1例と、親子例は母親46歳と子ども17歳で、心因性のもの、2例目は母親49歳で息子さん17歳、これは交通事故で追突を起こした後になったというものでこの2例は親子例で線維筋痛症を発症しているということです。

ペインビジョンで痛みの閾値を調べたのですが、男性20人では8.5ぐらいでこれらは正常人の男性のコントロールと同じぐらいでした。女性の93人では7.6で少し閾値が少ない傾向にありましたが統計学的な有意差はありませんでした。



このペインビジョンに関しては200とか400というのはどのような痛みかという、通常われわれがどんなに我慢しても痛みは200から300のレベルで、この298という値でも相当な痛みを伴ってきます。男性の20人においては大体100から200のひとと200から500の間のひとと、500以上の人も6人いました。

これに対して女性は500以上、さらに1000以上の人が6人もいて平均値も男性よりも高く、リウマチの結果が240ぐらいなのでそれよりもかなり高い著明な痛みを示しています。全体的には100から200・300が16%、300以上500が6%、500以上の相当高い人が15%もいるということで、男性298の中の6例が相当高値であり、女性は500以上の人が24例でなんと1000以上の人が6例でした。30例も相当高い人がいてかなり痛みが強いということがわかりました。男女合わせた平均が420です。

治療薬はカルテ録からすべて拾い上げて、ノイロトロピンが245例中の178例ですからほとんどやっているということです。

デパス・トレドミン・NSAIDs・モービック・リボトリール・アザルフィジン、それから三環形のトリプタノール・トフラニール・睡眠薬などが処方されていますが、鎮痛剤のボルタレン・ロキソニン・モービック・ノイロトロピン、抗うつ剤はデプロメール・ルボックス・アナフラニール・パキシル・トリプラノール・トレドミンです。抗痙攣剤もかなり出ており特にリボトリール・ガバペン・テグレート・デパケンです。抗リウマチ薬としてはアザルフィジンでNSAIDsの代わりに使うのは筋付着部近辺のこういったものももしかしたらそちらの疾患である可能性もあります。

治療薬は鎮痛剤34%・抗うつ剤18%・抗痙攣剤7%・抗リウマチ薬5%でその他はトランキライザーで抗不安薬や睡眠剤というのが処方されています。

何が一番効果があったのかというのを全部調べたところノイロトロピンの静注・点滴が31例明らかに有効で、VASの値も確実に下げています。SF36とかわれわれが使っているJFIQというスコアもありますが、これにもかなりきちんと出ています。またトレドミン・リボトリール・トリプタノール・トリガーポイント注射というのはノイロトロピンと局所麻酔剤を合わせている場合もありますし、ノイロトロピンだけの場合もあります。それからアザルフィジンとギャバです。こういった薬が今後セレクトされてくるのではないかと思います。

データベースを作ったので今の有効な薬がどのような発症原因と関係あるかという、抗うつ薬のSSRI・SNRIの三環形が有効だったのですが、それは外傷性と心因性両方効いています。ノイロトロピンのほうは心因性や外傷性や感染症後と特に注射が満遍なくいろいろなタイプに効いていました。抗痙攣薬は外傷性特に筋肉に問題がある人、抗リウマチ薬は腱付着部痛や関節痛が目立つリウマチ性の人にアザルフィジンが効いているという傾向が出ております。

線維筋痛症と線維筋痛症を疑う患者さんをランダムに245人男性45人と女性196人、平均年齢が47.9歳を抽出してデータベースを作成しました。

発症の誘因は心因性が22%、外傷性が11%です。その中で心因性はストレスと家庭内の問題が半々ずつありました。

ペインビジョンを使った痛み度は平均404.1でしたが男性が298で女性が423.3と異常に高く、中でも1000を越えるという異常に突出した例で6例全部が女性でした。

家族内の発症は2例で一卵性双生児はまだ発症とまでいっていません。

治療薬はカルテから抽出したところ明らかにノイロトロピンの静注および点滴またはトリガーポイント注射、トレドミン・リボトリール・アザルフィジンによる著効例が複数ありました。

結論として、線維筋痛症のデータベースを作ってそれをさらに集積し特に誘因・症状・治療のどのタイプの線維筋痛症にどういう治療薬が有効かというのをある程度臨床的なクラスターによって決められないかを今後検討していくつもりです。



▽質疑応答

質問: デパスは常用の依存をたくさん作っているということなのですが、

先生は基本的に本に書いてあるとおり半年以上使わない、常用依存を作らないという方針でされていますでしょうか。

回答: デパスは神経精神科の先生方が使うのですが、われわれリウマチ医はあまり使わないので、実際の処方では不安が強い人にはワイバックス、睡眠導入にはレンドルミンとかゾラナックスというふうに考えています。

質問: 私はできるだけ常用依存を作らないというメイラックスです。線維筋痛症に二重盲検法で有効だというメジコンとポリシロールがなかったのですが、それは使われていませんか。

回答: それは数例で統計に出ないぐらいの数です。

質問: やはり治療の基本は二重盲検法で有効性の示されたものから順番に使っていったほうが良いのではないかと思うのですが。またアザルフィジンですがそれは線維筋痛症に効いたのでしょうか、それとも線維筋痛症に合併した付着部炎に効いたのでしょうか。

回答: アザルフィジン有効例というのは痛みをよくしているので付着部炎ではなく付着部痛だったのです。主訴である痛みのVASのデルタ値がかなり下がってしまっていて、線維筋痛症の主訴である痛みとは別の部分にも効いたのです。たとえば肩甲骨部位や肩甲骨の裏でアキレス腱だけではないということで線維筋痛症に効いたという考えです。

質問: 禁煙の指導はされていますでしょうか。いろいろな報告で喫煙者は線維筋痛症の患者さんの中でも症状が強い、あるいは喫煙者には線維筋痛症の患者さんが多いなどがありますが。

回答: 当クリニックでは最初に詳細なアンケートをとっています。どのような痛みがあるか、生活習慣がどうかなどですがきわめて喫煙者が少ないのです。そういう意味ではその段階でスクリーニングされています。

質問: ノイロトロピンですが、静注すると病院に来なければならないのですが、頻度はどのくらいですか。

回答: ノイロトロピンは確かに内服薬よりも注射のほうが抜群に効くので、実際にどうやっているかというノイロトロピンの注射をして結構すぐに効いてきますので紹介状を書き、付近で週2回あるいは3回やってもらって2週間後に反応で判断して継続かどうか決めています。

質問: パキシルやトレドミンは効果もあるけれど当然吐き気などがすると思うのですが、もうひとつ薬を飲めば効果が出るのに嘔気が無理だという場合などに、先生はどういうふうに指導して飲んでいただいていますか。

回答: パキシルとトレドミンだとパキシルのほうが消化器系の脱落が多いように思います。私はトレドミンのほうを多く使っていますが、非常にゆっくり増量しないとほとんど脱落してしまいます。たとえば15ミリぐらいを2週間から4週間ぐらい引っ張って、それから増量可能ならば30ミリまで、それ以上はあまり増やさないようにしています。どうしても有効な感じであればナウゼリンを使うこともあります。抗痙攣剤にスイッチするなどほかの治療に切り替えています。

質問: 三環形の抗うつ剤(SSRI・SNRI)の組み合わせや順序はどうですか。

回答: SSRI・SNRIは三環形ではなくてセロトニンやノルアドレナリンの特異的な作用ですから、三環形よりも抗コリン作用(口渇や尿が出にくいなど)が少ないのです。アナフラニールは二重盲検法のやり方でエビデンスがありますので、私たちの順番としてどちらかというSNRI・SSRI・三環形という順番に使っています。かなり副作用の出やすい病気なのでうつ病のように使いますとほとんど脱落してしまいますので、相当ゆっくり少量で上げていって少しずつ良くなるというふうにしたほうが良いのではないかと思います。

質問: 先生のおっしゃった誘因の中で整形外科の手術というのがありますが、私たちは脊椎をやっていますと一回手術をすると次にまた手術をするという非常に大きな問題があつてその中にこういった線維筋痛症が含まれているのではないかと考えています。整形外科の手術というのは脊椎手術でしょうか。

回答: 自分自身の患者さんでは頸椎の手術をした後にそれが全身に広まって線維筋痛症になったという人と、腰椎のヘルニアの手術の後に全身になってしまったということで、何例あるか正確には答えられませんが確かに頸椎や腰椎の手術後に全身症状を呈したという例はあります。

質問: ペインビジョンで痛くないのに痛がっている患者さんがおられるかどうかまた、お薬を使って経過を追っている症例がありましたら、それは最高の痛みを防いでいるのかあるいは疼痛の閾値が上がっているのか、またその両方なのか教えていただきたいのですが。

回答: ペインビジョンはたとえばリウマチでエンブレルでも痛いといっている人が600から700だったのですが、普通の患者さんだと100から300ぐらいで出てきます。実際にノイロトロピンは点滴するとすぐに効きます。そうするとだいたい前段階で700ぐらいだった人が70ぐらいに下がります。トレドミンとかパキシルで効いてきた人は700レベルが500になって400・300・200というようにかなり痛み度が下がってきますが、閾値自体はそんなに変化していません。



村上 正人 先生 (日本大学医学部内科学講座日本大学板橋病院心療内科)

～筋肉や血管攣縮に伴う問題～

私たちは心療内科という領域で線維筋痛症を診ていますが、多くの患者さんの病態から、筋肉や血管攣縮に伴う問題があるのではないかと考えます。

患者さんの手紙で愁訴の多彩さを表現しているのでよく先生方にお見せするものなのですが、もう一度読んでみたいと思います。

線維筋痛症の記事を読まれたのですが『うれしく拝見しました。私が訴えたかったのはこれよ、これ、ああやっと本気で考えてくださる感じだと思います』

患者さんは、よくこういう線維筋痛症の理解をしてくれる先生のところにもこのような印象をお持ちだということです。

症状を見ますと、『腕が強く痛んで痺れがある、風に吹かれたり、ステンレスなどに触れると痛んで神経に直接触れたようにゾーンとする。肩とか手首・指・小指に至って痛み通しである。首筋から背中が痛い、時々痛い、あるいは時に強い痛みがピリッと走る、鎖骨の周辺から鈍痛がある、右目の後ろがチクチクする。時々息苦しくなって意識しないと呼吸ができなくなる。頭が本当に割れるのではないかと思うほどの激痛がある。耳に何か詰まったような感じ、これも随分前からあります』というふうにさまざまな痛みにまつわる訴え方と、痛み以外の愁訴もあることがわかります。

線維筋痛症の痛み方の特徴は灼熱痛といわれているものや、電気が走るような激しい痛み、時々痛みと同時に不快な感覚を伴うという異常感もあります。アロディニア症状もあります。

また、痛みが痛みを呼ぶという悪循環、しばしば急激な痛みが起こって、そのときの訴え方は全身がちぎれる・ねじられる・脈打つような痛み、痛みで身動きができない、体を曲げることもできない、こういうことである患者さんは階段を下りるときにちょっと体をねじったら、その瞬間に全身がちぎれるような痛み、そして身動きができなくなるといったようなことが起こるわけです。このような痛み方にいろいろな特徴がありますが、どのように説明したらよいかいつも考えています。

慢性疼痛の質問表に痛みを表現する言葉のリストが書いてありその点を評価していくのですが、ズキンズキンと脈打つような・ビクッと走るような・突き刺されるような・鋭い・締め付けられる・喰い込む・焼け付く・疼く・重苦しい・触ると痛い・割れるよう・うんざりするよう・気分の悪くなるよう・恐ろしくなるよう・耐え難い・身の置き所もないといったいろいろな言葉で表現されるものがあるということが良くわかります。

このような線維筋痛症の多彩な心身症状をどのように理解するかといったことになってくると思います。ご承知のように後頭部・頸部・肩・腰・目・胸・お腹・四肢など痛みが全身に拡大します。一箇所打撲しただけで全身に痛みが拡大する、買い物にいて重たいものをもって帰ったら肩だけではなく全身が痛くなっていくといったように痛みが拡大します。



もうひとつは筋肉系の痛みだけではなく、だるさ・胃腸症状・月経困難症・頭痛・腹痛といったように多彩な症状があります。鎮痛剤やマッサージ・牽引・針灸といった医学療法でも改善しない人が多いのかといったことが疑問です。

これはあくまでも仮説ですが、何らかの筋肉の微小障害が結合組織の痙攣、攣縮とかあるいは虚血、自律神経の乱れが内分泌・免疫などを巻き込んで全身の異常をきたしたのではないかと思います。線維筋痛症という概念は1990年にアメリカリウマチ学会で発表したものですが、ミヤロギヤという概念は昔からありました。特に心身医学領域では30年以上前から確認されていた概念です。明確な器質的異常がないにもかかわらず長期間にわたり全身各所の筋肉系の疼痛、だるさを訴える状態を指した言葉であり、何らかの中枢系の機能障害の状態であるというふうに提示されています。

先ほど全身性疼痛症候群という言葉は提示なさっておられましたが、私たちが全身筋痛症候群といった言葉は線維筋痛症という言葉ができる30年以上前から心身医学領域では使っていました。その中の一部が線維筋痛症という概念でくられたのではないかと思います。

いろいろなメカニズムを考えなくてはいけないと思うのですが、ひとつは今日のテーマであります、痛みあるいは不定愁訴の背景に何らかのストレスが関係していて、筋肉と血管の攣縮が関係しているのではないかと思います、文献を検索しました。

線維筋痛症は過剰な労働や運動などから起こってくる筋肉の痛みは、血管温度の特徴や血管攣縮といったものが関係していて、低レベルの虚血を起こしているといったことが関係していて血管を拡張させるような肉体活動など血流を改善させるような運動などが痛みを軽くしてくれるということがあるのではないかと。

線維筋痛症患者さんは末梢の微小循環が、特に交感神経の緊張などで機能的な障害を受けることもあります。微小循環回復のためには交感神経緊張緩和のための運動が有効です。また標準的な筋運動でも筋肉の血流が減少しているといったようなことがあります。こういった何らかのストレスが筋肉や血管の攣縮を引き起こしてくるのではないかと考えます。

骨格筋という筋肉が攣縮を起こすと様々な症状を起こしてきますが、線維筋痛症の患者さんはこういったすべての症状を有している可能性があります。



咽頭嚥下筋の攣縮があるとのどがつかえる、嚥下が困難あるいは閉塞性の睡眠無呼吸症候群のような症状が起こってくる場合があります。嚥下困難やのどのつかえがあると患者さんは食欲不振やものが飲み込めないといったようなことが起こってやせてきたりします。顎関節症や呼吸困難といった患者さんはかなり多くなっています。息が不足で苦しくなる、胸が締め付けられるといったことが呼吸筋の攣縮です。呼吸困難感やパニック発作や過喚起症候群様の発作を起こすこともあります。

患者さんのお腹を触ってみますと腹直筋攣縮や時にはお腹が膨慢してくるような痛みを伴った症状が出てきます。

肋間筋の攣縮が起こると肋間神経痛の症状などが出てきます。

頭痛の頻度が非常に高く私の患者さんでは90%ぐらいが何らかの頭痛を持っていますが、緊張型です。あるいはめまいが起こってきます。またしばしば顔面の症状を聞くとチックがあります。あるいは上眼瞼痙攣が起こったりします。

骨盤底筋群の攣縮というのも起こってきます。骨盤底筋群というのは私たちの内臓すべてを支えている強い筋肉ですがそこにスパズムが起こると座位の姿勢が困難で待合室で座って待っていることができずに、診察できるまで歩き回っているといった患者さんがいらっしやいます。多くの患者さんはこむら返りをしょっちゅう起こす、ムズムズ足症候群（レストレスレッグシンドローム）のような症状で睡眠ができないという患者さんもしばしばいらっしやいます。こういった骨格筋の攣縮が多く患者さんで認められまして、線維筋痛症の不定愁訴というか筋肉に関する様々な症状を理解していくと、すべてが理解可能ということになります。

平滑筋の筋攣縮が起こってきます。気管支が攣縮すれば喘息などが起こります。食道のスパズムが起こってくると飲み込みが悪いなどがあります。また胃の温度の低下もあります。多くの患者さんの心下部を触診するとそこが冷たくなっていて、胃の辺りの圧痛を訴えます。これはたぶん胃がスパズムを起こしていて飲み込めない、物を食べてもすぐにお腹がいっぱいになってしまう、ちょっと食べただけで胃が痛くなってくるといった症状につながります。時々上のほうに上がってきますから逆流性食道炎のような形をしてきます。過敏性腸症状というのはかなり多いのですが、こういった大腸のスパズム、また血管のスパズムを起こすと冷えがありほとんどの患者さんは痛みと冷えが連動しますし、サートストレスの例も冷えが痛みを起こしてくるといったことも考えられます。そしてアロディニア症状も起こります。



女性が80%ぐらいおられますが、その半分ぐらいが月経困難症や月経過多といった子宮のスパズムを考えさせるような症状を起こしています。また過活動膀胱や頻尿あるいは間質性膀胱炎といったような所見につながるような膀胱の痙攣を疑わせるような所見もあります。よく偏頭痛を起こしていますが、これは血管がスパズムを起こして収縮の後に拡張が起こってくるといえることです。耳鳴りがするとか耳がふさがりするような気がするというのがありますが、

こういう器官の攣縮があると時には耳鳴りや難聴といった症状を起こしてくることもあります。このように全身の筋肉のスパズムが起こるといったことが、痛みだけではなくて様々な愁訴を引き起こしてくるという意味なのではないかと考えています。

痛みに加えて疲労も起こってきます。疲労と痛みの類似性というのも考えなくてははいけないと思います。痛みと疲労と様々な神経症状・精神症状といったものが関係するということが予想されます。疲労と痛みの悪循環というのがあるって、これは結果的に慢性疼痛につながっていきます。痛みの悪循環は外傷に伴う筋肉の過緊張、神経伝達の異常が発現し、その背景にストレス要因が存在します。いつも理解して欲しいと神経症的な表現をする、また時には癲癇のような症状も出てきますが、最初から心理的な異常があるというわけではなく心因性あるいはストレス要因というものもこういったメカニズムを巻き込んでくるひとつのきっかけになります。そのように考えるとファンクショナルソマーティックシンドロームといわれている機能的身体症候群というのは今私がお話したようなメカニズムで全部を説明できるというふうに考えています。

心因性という背景の中に何があるかということ、50%以上の患者さんが原因不明ということになっておりますが、たぶん過剰適応的な生活スタイルというのがかなり関係しているのではないかとこのように思います。誘発の心理状態というのはさまざまにあります、いちばん聞き出しにくい心理状態というのは家庭内問題や追突されたような事故での痛い恨みの感情のようなものあるいは攻撃性、執着性こういった心理状態が関係することが考えられます。

痛みに対してひとつは筋肉と血管の攣縮を軽減させ循環の改善を果たすためのさまざまな薬の使い方、抗うつ薬も関係するかもしれませんしクロナゼパムやガバペンチン、また血管拡張剤などの有効性あるいは温熱療法・運動療法といったものが挙げられます。



▽質疑応答

質問：最近線維筋痛症の患者さんを診始めたばかりで病態や診断がつかめないと思っている状況です。線維筋痛症の患者さんのお手紙ということで提示されましたが、線維筋痛症であるということはどうやって診断されたのか、いわゆる圧痛点があって診断されたのかをお聞きしたいのですが。逆に言うと私も外来をしていると本人は線維筋痛症だということで患者さんが見えますが、意外と圧痛点がなくて、違うのではないかとむしろ心療内科の先生にお話すべき疾患ではないかと感じる場合があります。

回答：確かに新聞などマスコミで線維筋痛症の情報が流れるたびに患者さんがどっと来られるわけです。そしてその中でさまざまな不定愁訴を持っていて痛みもあるけれど圧痛点がないという形の患者さんはたくさんいらっしゃいます。

もちろんこういう方々を線維筋痛症として診断しているわけではありません、あくま

でもアメリカのリウマチ学会で提示された3ヶ月以上の全身にわたる痛みプラス圧痛点を診断の中心においております。そういった患者さんたちを診ているとさまざまな全身にわたる愁訴を持っているということです。ですがあくまでもそれは線維筋痛症の診断基準にかなっているかはきちんとチェックします。身体的な所見をとって診断する必要はあると思います。

線維筋痛症の中にもいろいろなバリエーションがあって心療内科的なストレス要因・心理社会的要因が大きくかかわっている事例もたくさんあります。

質問：例えば最初の手紙の方が、圧痛点がないとしたらどうすればよいのでしょうか。

回答：全身の痛みがあって圧痛点のない方は確かにいらっしゃいます。そういった方の場合はゼネラリズムミヤロギヤシンドロームといったような言葉で表現します。心理的な病態を評価します。

質問：先生のお話に過剰適応という言葉が出てきたのですが、私は子供の線維筋痛症を20数例抱えているのですが、この子たちの線維筋痛症に至った状況を見るとまさに過剰適応なのです。逆に言うと大変良いお子さんたちが多く、そこにおそらく発育や母子関係の問題がいろいろにかかわっているだろうと思っています。小児でのご経験があったらその辺の発育あるいは過剰適応ということから見た成育関係と線維筋痛症の関係というのを教えていただきたいのですが。



回答：日大から2例小児例が出ていてそのうちの1例は私がかかりました。その方も過剰適応的なバックグラウンドを持った患者さんです。過剰適応という概念は心因性というところにも分類されにくい状況で、心療内科的な視点から十分に検討していないと問題視されないのです。ですが犠牲的に仕事をしてしまうなどさまざまな過剰適応的な生活スタイルは睡眠不足になって結果的に筋肉の欠陥を起こしています。これは外傷や事故というほどではないけれど、休まずに筋肉を使っているという状態が長くわたって起こっている。そして少し良くなるとまたがんばって徹底的にやってしまうといったようなライフスタイルが非常に多いのです。こういった患者さんは心因的に何か問題があるというふうには捕らえられにくいのですが、心身学的な視点で質問していけば過剰適応の問題がかなり出てくるのではないかと思います。そのところにアプローチしないと良くならないと思います。

質問：循環障害があるというお話しでしたが、実際に患者さんの評価をするときに身体を触っていきますと、冷えとか循環障害と思われるものと痺れとか痛みと連動しています。全身の痛みが特徴的な形態になっていくときに冷えのレベルや範囲が縮小していくというのを把握しながら観察していくとそれが評価できます。全例にサーモグラフィーをするわけにはいかないなので、もう少し客観的な手法で取り組んでいく必要があると思います。

質問：子供の線維筋痛症ですが、過剰適応というのは特に母親の影響がものすごく大きいような気がします。母親が離れたら治ったということを知ると、あまりにも周りの期待で背伸びをしようとしてやってしまうということです。

どんな子どもでもその人はそれなりに一生懸命普通の人たちと同じ生活をしようとして過剰適応になります。また精神的に充分普通の生活をしながらもさらに周りの期待に過剰適応しようとしているような子どももかなりいるような感じがします。

回答：小児の場合よりピュアにこの病気が見えているのではないかという気がします。非常に遠くから来られた方に関してなのですが、例えば仙台、長野から見えています。ご家族あるいは本人が住んでいる環境から遮断するという意味があったのだらうと思います。期限を3週間・4週間と区切って入院してもらいその間にいろいろなアプローチをしますが、薬物がなくてもよくなってしまってお子さんがいます。以前の発表にありましたが21例中6例が大変よくなっておられて、しかも圧痛点がなくなります。圧痛点もピンポイントで探すのは非常に大変で私もできるようになったのはこの1・2年なのですが、きちんと触ってあげると18ヶ所出てきます。それで本人の性格傾向や家族との関係を重視して見ていくとお母さま方は非常に普通の感じの人が多く、やはり子供のほうが母親の顔色を伺うというか母親の望むとおりに自分を持っていかなければいけないのだという意識があります。精神科の先生が使われた言葉なのですが『この子は年齢に比して大変幼稚だね』という言い方をされています。その幼稚の意味というのはだいたいこの病気が発症するのは5・6年生から中学1年生というところなのですが、この年齢の子供たちというのはある意味で態度が悪くなります。親に反抗し始めるのですが、それがまったくなくて親の思うとおりに自分が生きるのだというような生き様をしているというところがあります。それを過剰適応という言葉で表現できるかなというふうに思ったのですが。

質問：私はその精神科の先生が言った未熟だとか幼稚だというのは反対です。特に母親が職業婦人であったり世の中で活躍する人であったり生き生きと活動している人の子供さんがかえって早期成熟をしまいそこで過剰適応になってしまいます。母親の愛情を勝ち取るためにはいい子にならなければいけないということがあります。ですから子どもの特徴は生理反動的なもの、あるいは肉体的な表現方法が非常に未熟ではありますが、だから痛かったらずっと動かさないでいて、だんだん筋萎縮になり車椅子になってしまうということもあります。

質問：村上先生のお話ですと線維筋痛症の患者さんに出現する特徴のほとんどが横紋筋あるいは平滑筋の攣縮といったものが循環障害で説明できるということでしたが、そのためにストレスの関連ですべてがこれかどうかというのは充分考えなければなりません。例えば線維筋痛症の診断に重要な圧痛点を触診しますとその後充血が起こるのですが、これは重要な証拠として考えていく、また若年の線維筋



痛症の場合は関節に過剰な震戦を感じていますがそういったことを症状の重要な証拠として診断基準としては採用されないけれども傍証的な所見として強調する研究者もいます。

質問：今線維筋痛症ではなくて脊柱間狭窄症が多くてオパルモンを結構使います。私は先生がおっしゃったように微細循環が悪いのではないかと感じて非常に重症な人にオパルモンを使用してみると一過性ですが確かに有効でした。途中で副作用が出てきてやめてしまったのですが、先生は今の仮説に基づいた循環改善剤の使用などはどうされていますか。

回答：オパルモンも少しトライしているのですが、有効性は今のところまだありません。

西岡 久寿樹先生（聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター長）

～線維筋痛症コンセンサスカンファレンス～

松本先生・行岡先生を中心にガイドラインになるような基礎的なものを作っていたいております。その中には結果に基づいて先生方の意見を全部入れながらガイドラインのリストになるようなものがありますが、ただし治療薬に関しては全くエビデンスの出にくいものがあります。例えばノイロトロピンに関しては効いているかどうかさっぱりわかりません。効いているのかプラセボ効果なのかよくわからないようなものも含まれますが、エビデンスがある程度あるものや臨床で使ってみて効いているような薬剤だというものを、ガイドラインの中に入れるか入れないかということがあります。



また、保険の支払の問題もありますので線維筋痛症の診断に至るにはどのような検査をしていけば良いのかという課題があります。

線維筋痛症の診断ですが、圧痛点が18分の11でいいのか、あるいは他の筋骨格外症状をどのように入れ込むのか。厚労省の研究班で提唱している重症度分類といったものを上手くはめ込むことによって、多彩な筋骨格系症状を持っている患者さんを拾い上げることはできないか。それらのことを含めた診断の根拠となるようないくつかのエビデンス、ACRの診断基準のようなものを作ればよいのではないかと思います。それは松本先生にやっていただこうと思います。

線維筋痛症の活動性の評価については行岡先生のほうからご提案があり、ご自分たちの経験さらに新しい試みがなされていますが、特に薬効の評価は非常に重要な意味を持てきますのでこれを作り上げてほしいと思います。

これをガイドラインの中に盛り込むことはそんなに難しいことはありません。現在治療薬としていくつかあるのですが、それを拾い上げてある薬剤に対して非常にレスポンスしているよ

うなものから見て、大体4つぐらいのクラスターに分けられそうだとということがなんとなくわかってきましたので、それを私のほうから提唱させていただきたいと思います。

線維筋痛症のケアをどのようにしていけばよいのかということですが、線維筋痛症友の会の橋本さんのところからご要望や意向を聞いています。実際のケアプログラムは東京都の経営企画室に行っている渋谷さんのほうから、線維筋痛症の非医師特に看護師の役割を中心に作ってもらっています。

そのような構成でコンセンサスカンファレンスを経てこれを元にガイドラインを作り、行政に対しての線維筋痛症のケアをどのようにしていくかということをやりたいのです。



今線維筋痛症に関するコンセンサスの確立がなぜ急を要するかというと、患者数が推定200万人、癌患者よりも30万人以上多く、関節リウマチの3倍にも及ぶ患者さんが実際にいるわけです。

診断基準としてはACRの診断基準にどういふふうな肉付けをしていくか、また疾患マーカの確立を早急にしなければなりません。例えば関節リウマチがCRPなどを基にDisease Activity Scoreがヨーロッパのリウマチ学会でも出ており、さまざまな疾患マーカがあるわけですが、線維筋痛症の場合はなかなか疾患マーカがないということです。



社会的には患者を取り巻くあらゆる面から見た医療体系の不備が問題です。メディアで報道していただくのは非常にありがたいのですが、そのたびに私どもの情報センターはその問い合わせでまさにパニックです。今年になってから上半期だけですでに600件以上の問い合わせがあります。

さらにもっと重大な問題はこの線維筋痛症がごたごたしているために、年間2兆4千億の医療コストがあるかと推定しています。これは日本の医療費が33兆円から34兆円ということを考えますと大変な数になります。疾病に伴う医療費のロスが一人当たり1ヶ月に10万ぐらい出ています。それを200万人の患者さんにすると2兆4千億、たぶんそのうちの半分ぐらいはサプリメントを含めたさまざまな薬剤を患者さんが負担しなければなりません。そういった莫大な医療費の損失が行われているということです。

また保険診療体制に伴う行政側の立ち遅れといった問題が社会的背景としてあります。私たちの研究班に求められたのはまさにこの点であり、患者さん側の要求もここにあるわけですからいずれにしてもきちんとした診療体制を成立することによって医療費というのは本当に少なくなりますし、特に保険診療体制の整備というのは緊急の課題だと感じています。

線維筋痛症学というのが仮に存在すると、最前線に位置付けられる痛みというのはどのように考えるのかということ、皆さんそれぞれ痛みとはこういうものであるというコンセプトを持ちながらそのコンセプトプルーフがなかなか得られないという状況です。それから固体の発育過程において痛みの記憶のメカニズムがいつどのように形成されるか、例えばつねったときその痛みを感じるのはいったいいつからなのかという痛みのメカニズムは、免疫のレスポンスと非常

に似たところがありますので、サイエンスとしては面白いと思います。

また治療薬特にプレガバリンなど、共通の制御システム調節剤の開発というのが今後大きく進んでくると思います。

松本 美富士 先生(藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム内科)

～診断の手順及びその問題点について～

まず患者さんが訪れたときに正確な診断をしなければいけないのですが、診断手順といいますか診断手引きのことについて少し問題提供し、先生方と一緒に考えてみたいと思います。

線維筋痛症というのは機能的身体症候群といいますか、ファンクショナルソマーティックシンδροーム、これらに位置付けられると考えられる器質的疾患というよりは、むしろ機能的疾患ということになります。それと同様に精神神経内科的な疾患としてのうつ病であるとか、あるいは小児の不登校との関連、アロディニアやCRPSといったものとの類似性、それから最近では脳脊髄液減少症、低脊髄液症候群との類似性、また閉経後症候群(従来は更年期障害といった)としての線維筋痛症との類似性、こういった疾患と明確な区別をすることが線維筋痛症の診断に求められます。

分類基準としては90年のACRがあるのですが、診断基準がないのが現状です。機能的な身体症候群としては個別の臓器に発生した場合にはそれぞれの病名がついており、各診療科、臓器別の機能的身体症候群のオーバーラッピングした状態が線維筋痛症として受け取ることが、線維筋痛症の病巣、病態理解に大いに役立つということです。

日本リウマチ財団のリウマチ登録医によりますと、200万人おられる線維筋痛症の方々のほんの一握りが2004年の一年間に医療機関あるいはリウマチ登録医のもとに受診されたに過ぎません。実際は1.7%(200万人)いらっしや、大都市部に高く地方では低い、女性が圧倒的に多い(欧米では1対8から1対9)ということですが、わが国では1対4と男性の比率が少し高いということも診療にあたって頭にいらしておく必要があります。

全国疫学調査の結果こういった推定値を出したときに天文学的な数字だと批判を受けたのですが、痛みを訴える頻度としては米国社会では人口の35%です。多くの方々は局所性の慢性疼痛を訴えるだけでそれが人口の25%、ある一定の広がりを持った瀰漫性の慢性疼痛を訴える方が人口の10%、この中に線維筋痛症が含まれるということになると決して飛びぬけた数字ではないことが肯けると思います。

この推定200万人という巨大な集団をケアしQOL・ADLの向上を目指さなければならないのですが、医療機関で受診し正確に診断されている患者さんがほんの一握りという背景としては、線維筋痛症の患者さんが受診されるであろうプライマリケア医の3分の1ぐらいしか疾患概念を認識していない、病名すら知らないということがあります。

一方、アナウンサーの事件以来一般国民の認知度が増えましたが、事件以前の調査では100人

中8人がこの病名を聞いたことがあるという答えで、患者さん側あるいは医療側両方の認知度の低さが日本の線維筋痛症の診療を含めた問題の重要な要因になっていることが伺えます。

患者さんの年齢分布は調査時では52歳が平均年齢で、小児科年齢は4.8%になります。推定発症年齢は44歳で調査時までの移管年数が、日本の医療事情を反映して7.4年、長期に全身の痛みとその他さまざまな身体・精神・神経症状で病んでいるというのがわが国の患者さんの状態ということになります。



次に患者さんがどのような症状を訴えるかという、主要兆候が全身の慢性疼痛、定義化された明確な部位の圧痛がありその痛みは関節リウマチと類似して朝に悪化し、体側への集中傾向があり、日内変動・日差変動さまざまな原因によって大きく痛みのグレードが増えるということになります。基礎疾患がある場合はその基礎疾患の病態に一致して線維筋痛症の中心症状も大きく揺れ動くということで、痛みがかなりこわばりもある、そのためにADLも悪く起床が困難という大きな要因にもなります。

随伴症状としては、さまざまな身体症状や神経精神症状があり、患者さんが時期によってメインの症状で医療機関を受診するわけで、ほとんどが機能的な病態ですが、中には循環器疾患としての、超音波検査で把握できるような器質的な病態、あるいは器質的な変化もあります。2004年に全国で調査を行ったときに多施設からの症例を集積すると、欧米の報告と臨床状態において大きく異なることはありませんが、乾燥症状、疲労といったことがわが国の症例では出現頻度が高く、逆に関節リウマチや関節炎と間違えかねない手の腫脹は少ないのですが、臨床的には欧米とまったく同じということになります。

神経症状としては緊張性あるいは偏頭痛性の頭痛・頭重感が高頻度に認められており、不安感が強いというのが欧米の人に比べて出現頻度が高いなどさまざまな精神神経症状を呈するということになります。全身痛ということですから、5箇所定義化された部位に必ず痛みがある断面にとってみても高頻度に認められており、小関節から大関節といった関節部にさまざまな頻度で症状を訴えるという状況です。

患者さんは調査時の平均年齢が52歳、推定発症が44歳ですからさまざまな器質的疾患を持っていらっしゃる。リウマチ性疾患が約3分の1、あるいは循環器疾患が1割など付随した合併症を兼ね備えて、純粹に線維筋痛症だけの発症は半数以下であると思われます。

こういった患者さんの実情は日本の医療制度を反映して、十数パーセントの方は入院歴がありますが、大半はADL・QOLの悪い状態で困難を感じながら外来に通院していらっしゃるという状況で、1年間の経過の中で治癒した症例はわずかに1.5%、多少とも臨床症状の軽快した方が半数で原因不明、治療方法がないということから長期にさまざまな症状を訴えながら病んでいらっしゃる。

自殺というのが話題になりましたが、1年間の調査によって266例の施設からの症例を集計しても自殺ということは死亡原因として入っていません。死亡例0.4%というのは基礎病態があっ

てそのための死亡ということです。線維筋痛症は基本的には機能的疾患ということですから生命には問題がなく、ADL・QOLが著しく損なわれているということです。

ADLの状態を見ると約半数は何とか日常生活をしています、残りの半数は程度の差はあれ困難を感じながら日常生活を送っています。そういった患者さんの3分の1は休職・休学をしておりその期間は平均3.2年ということで退学あるいはリストラを受けているというのが多くの患者さんの状態ということになるかと思えます。



これまで歴史的にさまざまな診断基準が提案されています。

私どもが研究した男性16名の各圧痛点を圧力計で測ったものですが、2箇所は4キロ以下で多くの健康人でも痛みを訴えますが、残りの16箇所についてははるかに4キロを超えて大きくなっている、4キロというのはかなり意味のある触診としての圧力だと認識しています。

圧痛点の評価としては患者さんが疼痛に対する訴えにヒットしていることが、時にはアクションとして認められます。疼痛の評価を5段階として、0がノーペイン、顔をしかめずに痛いといえば1、顔をしかめるあるいは少し身をよじるといった場合は2、3では身を引くあるいは非常に大きく身をくねらせる、4になると触診しようと思うと患者さんがすぐに逃げてしまうということになります。こういったときにジャンプサインということで表されていますが、こういった一連のことを認めれば圧痛点プラスということになり、診断するに当たってきちっと認識する必要があります。診断基準だけで行うことは誤りを犯すことになります。

厚生労働省の研究班といたしまして、行岡先生・浦野先生・村上先生と私どもの症例をコントロール症例として用いまして、コントロール270例で心療内科的精神疾患も含めております。米国ACRはクオリックペインシンドロームをコントロールしていますので、心療内科的な疾患あるいは精神疾患というものは含まれていません。それでもその数値は診断感度が88.4%、特異度が81.1とかなり高い数字を出していますので国際的にも用いられています。しかし日本人を検証した場合に診断感度が有意に大きい、しかし一方特異度が有意に上がっている、そして陽性度測値が96.5、陰性でないという測値が80.9、診断の有用度が86.9で少し感度は落ちるけれど日本人の線維筋痛症としてACRの分類基準を診断基準として採用しても大きな問題はないだろうということが日本人を対象とした検証研究で明らかになりました。

もっとも感度・特異度を上げるには圧痛点を10から9にすることが良いということになるでしょうし、痛みの定義は身体5箇所となっていますが4箇所ぐらいが特異度を維持しながら感度を上げるということになります。ROC解析の症例では圧痛点が米国症例に比べてやや少ないという症例が混じっている可能性が高いということをお話しています。日本だけだとその数字を18分の10あるいは18分の9、また5箇所の痛みを4箇所とすることは大きな問題があり、日本独特な診断基準を使ってもいけません、こういうことがあるということをお話しながら診断するときに使うことに大きな問題はないと思います。

患者さんが最初に線維筋痛症と診断される前にどういう臨床診断あるいは疑いの診療を受けたかということをお話しました。実に多彩な診断名あるいは疑診名があがってくるわけで当然

こういった疾患との鑑別が、正確に線維筋痛症の診断をするためには行われなければなりません。その意味からいってもうひとつの診断がたつときに注意しなければならないことは、米国リウマチ学会では病系分類といったことは行われていませんが、従来から原発性と続発性、あるいは1次性・2次性ということを訴えています。その比はわが国の症例では1対3ということですが、2次性や重大な続発性の病態があってそれに付随して線維筋痛症を発症する、欧米ではリウマチ性疾患・甲状腺疾患で女性が多いということから免疫性疾患を背景に起こってくるということがいわれています。

疑線維筋痛症基礎疾患として約3分の1が炎症性の関節炎をもったプライマリに併発してきます。次の3分の1弱は臨床的に躁うつのような疾患を後発して線維筋痛症が起こってきます。残りの3分の1は年齢を反映して変形性の関節症を背景に線維筋痛症が起こってくるということを米国症例の解析ではいっております。



日本では併発疾患がある場合こういった患者さんは疫学調査をしたときに返送率があまり良くなかったのですが、熱心な先生方から送られてくる症例が多かったということで95例2次性の線維筋痛症があってそのうちの80例が何らかのリウマチ性疾患を伴っており、わずか15例だけがリウマチ性疾患と関係ない併発疾患を発症して線維筋痛症になっています。そのリウマチ性疾患の中身ですが、3分の1強が関節リウマチ、3割弱がシェーグレン症候群、その他の各種結合組織疾患、膠原病あるいはその他のリウマチ性疾患、こういうのがセロネガティブスポンデュラルソパチーあるいはエンテソパチーといったものが生まれてきます。こういったことがわが国の線維筋痛症の背景、合併症状ということになります。

一方各種リウマチ性疾患において線維筋痛症が併発することもよく知られています。日本の統計ではありませんが私がもっとも妥当性があると個人的に思っている数字です。関節リウマチの患者さんの約12%に、変形性関節炎では7%、多発性硬化症では95%、甲状腺機能低下症では7%、シェーグレン症候群では30%弱で線維筋痛症を併発しているであろうし、線維筋痛症の診断にあたってはそれにとどまらず付随した基礎疾患も正確に診断する、これらの疾患は基礎状態の治療によって線維筋痛症に対する治療にもつながります。

患者さんの臨床検査所見ですが、機能的疾患ということで赤沈は基本的には正常範囲内、CRPについても基本的には正常、リウマトイド因子の陽性はわずかありますが、年齢を考えると健康人と一緒です。抗核抗体が高いというレポートはこれまでありましたし、日本でもこういう報告がされておりますが、陽性率は90.1%で2次調査では19.1%の患者さんの臨床検査所見ということでなんら特異的な所見は得られないということです。リウマチと線維筋痛症の二百数十例の全体で見ますと明らかに高いしかし原発性のシェーグレン症候群ということに限定すると健康人と一緒です。決して抗核抗体が線維筋痛症の患者さんでは高いということではなく、慢性疲労症候群では抗核抗体の陽性率はきわめて高いし特異的な抗核抗体が確認されていることとは大きく状況が変わるということになります。



抗核抗体陽性の患者さんの病態43例ですが、それを見ますとやはり大体の人がシェーグレン症候群を合併しているためにドライアイ・ドライマウスが増えます。抗核抗体抑制ができそうな各種リウマチ性疾患や膠原病が含まれているということ、また半分近くは抗核抗体陽性でありながら、抑制があるような疾患はなかったということも注意する必要があります。一次性の線維筋痛症だけとりますとまったく健康人と変わらないということで、線維筋痛症そのものが抗核抗体の抑制になりやすいということは違います。たとえ抗核抗体促進になったとしても特異的なものはなくて、抗核抗体陽性の線維筋痛症とそうでないものとは臨床状態になんら差はなかったということですから、あまりこういったことを二次性にする必要はありません。するとすれば合併病態としての抗核抗体陽性疾患を管理するという事です。診断に当たって臨床的にチェックする項目としては、特異な臨床症例を省く精神心理学的背景を十分に認識しているという患者さんについて、この程度の検査をすることによってこれらが基本的には正常だということを確認するのは、後に臨床所見から線維筋痛症への診断のプロセスに進むことができるのではないかと考えたいと思います。

どういった症状で受診するかによって実に多彩な疾患が鑑定診断として上がってきます。基本的な基礎疾患としては、リウマチ性疾患としてシェーグレン症候群、またリウマチあるいはプライマリケアにとってなじみのしかなかなか扱うことに慣れていない強直性脊椎炎を代表とするような疾患、高齢ということになればリウマチ多発筋痛症、神経疾患としては欧米では必ず多発性硬化症（日本では病率が少ないということでこれはあまり重要視する必要がありません）があげられ、その他精神疾患としては身体表現性障害などが鑑定診断の主要なものということになります。

診断に役立つ身体表現として三つのポイントを提示します。背面の3分の1あたり、足の第3番目のMT部、親指の爪の部分、こういったところをコントロールポイントといい、むしろこのほうが圧痛点より痛みが強いという報告があります。あるいは逆の報告もありますが、18ヶ所の圧痛点よりこういったところも大いに診断の参考になるということです。しかしこのコントロールポイントはモアセンシティブに対しては疑問である、しかし特異性についてもまだ疑問である、やはり特異性が高いのはテンダーポイント18ヶ所で、比較的感受性は高いだろうということです。モアノーテンダーポイントとして、私が個人的に重要視しているのは僧帽筋の圧痛点ですがここを親指と2番目3番目の三つの指で挟むように触診すると強烈な痛みを訴えます。その後によく見ますと充血が起こります。他の部位の圧痛点を触診で抑えますとある一定時間たちますと充血が起こります。こういったことも傍証としての重要なサイン、またその他循環所見としてのレイノー現象などが身体所見として唯一の理学的所見であるテンダーポイント以外に参考にすることが正確な診断にとって役に立つのではないかと思います。またACRの基準の運用にあたっては細かいルールを決めております。臨床においてそこまでやるかどうかは問題ですが、そういったことも一応は念頭においておくことが必要だと思います。

うつ病特に身体症状のデプレスパイラルを持つのがうつ病、DSM4・TRの操作的診断基準である身体表現性障害、これは7つぐらいありますがその中の身体化障害・疼痛障害、こういったものの鑑別がもうひとつすっきりしません。そういった場合には早急に精神



科・心療内科の医師にコンサルテーションして評価を受けた上で最終的にはこういう診断に至るのではないかと思います。

発症においていくつかの引き金があるということはいわれていますし、聖マリアンナのデータベースや全国疫学調査でもそういったことが明らかにされています。発症にはいくつかの疾患、感染症や痛みを起こすような疾患が引き金になることもあります。調査では家族の死・仕事上の問題・結婚・離婚など頻度的にはこういったことがいえます。

既往歴として二次性の場合には手術歴が引き金になることが多いということで手術の内容は消化器系、女性が多いということで婦人科、整形外科的な手術ということになります。外傷歴も約2割弱になりますが、交通事故が中心ですからムチ打ちを含めた脊椎の外傷・上肢下肢こういった痛みを伴うものが引き金になって拡大し線維筋痛症に移行するというようなこともあります。

女性が多いということもあるかも知れませんが喫煙率は高くありません。

ACRの分類基準をベースにして今申し上げたようなことを注意しながら目の前の患者さんに適用し、こういった概念の疾患を正確に診断し重症度の評価それからケアしていくことが重要なことだと思います。



▽質疑応答

質問：鑑別診断のところで出ていたセントラルセンシビティシンドロームはあるひとつのかたまりの一部のような感じがして特に線維筋痛症と区別する理由がよくわからないのですが、先生はまったく別の疾患と考えられていますか。

回答：線維筋痛症はセントラルセンシビティシンドロームが全身性に及んだという認識です。局所性に起こればアロディニアあるいは帯状疱疹後の神経痛であって区別する必要があります。痛みに対するケアは共通ですがそれ以外の区分も多彩な身体精神神経症状を呈してくるわけですから、それに対するケアでも中心として変わってくるということですので。トータルマネジメントということでは局所的に起こっているセントラルセンシビティシンドロームとの扱いは区別することが患者さんにとってADL・QOLをあげるために重要なことであるから分けておいたほうが便利だということですので。

質問：線維筋痛症の患者さんが精神科に行くと身体表現性障害とかデプレッションという診断が付きやすいというのが問題だと思います。やはり厳密に考えて精神科的な診断基準のほうが正しい場合はそれでよいと思うのですが、誰が診るかによってすごく診断が変わってきます。確かに身体表現性障害という概念はそもそも神経症という概念がだんだんなくなってきて変わってきたもので、基本的にはノイローゼのような状態を指しているわけです。線維筋痛症の患者さんの中でそれを主病名にする人はそんなに多くないのではないかと考えていますので、精神科的な診断にあまりウエイトをおきすぎると逆に見えなくなってしまうのがあって逆の問題だと思います。

質問：疾患概念から線維筋痛症は例えば腰痛症みたいな症なのか、症候群というのがふさわしいのか、障害というのに近いのか私は非常に理解できていないのです。先ほどの1990年の診断基準、臨床、データの研究と3段階ぐらいに分けていかないとプライマリケアの立場として患者さんもどこに行ってもいいかわからないということがあると思います。

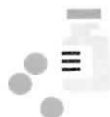
回答：こういう疾患が独立した疾患概念かどうかということですが、ある共通の臨床所見、症状でくくられるものを線維筋痛症に分類しましょうということから始まっています。共通の臨床症状を呈して悩んでいる患者さんを共通の診断名として扱ってケアしていくのが必要なことです。段階的な診断基準については研究用として1990年のACRの基準なのですが、これは今日本人に適用した場合でも感度は若干落ちるけれど問題がないということ、またサーベイ用のクライテリアもいくつかあります。それでひっかかった人たちを実際に専門医に赴いて診察し、線維筋痛症だということを鑑定し推定値を出したのでそれは当然のことです。しかし医療機関に受診した患者さんについては少なくともACRの基準を用いても不都合はないだろうということです。

質問：神経内科の立場として先ほど先生が多発性硬化症や抹消神経疾患などをあげられていましたが、通常末梢神経疾患などは全身の痛みを訴えてきます。そういう患者さんは基本的に痛み以外の感覚例えば触覚障害などが存在する、あるいは麻痺や筋萎縮がある場合は線維筋痛症以外の神経疾患が隠れている可能性があるので注意するといった文言を入れるというのはどうでしょうか。

回答：鑑別診断はそういう意味であげました。神経内科の専門医がごらんになれば明らかに線維筋痛症ではなくてそういう疾患の診断を付けていただけるはずのものです。実際の患者さんの訴えでは区別できないから鑑別診断から見る必要があるということです。



新薬情報



線維筋痛症の症状軽減に抗うつ薬が有効

線維筋痛症 (Fibromyalgia Syndrome: 線維筋痛症) の治療には抗うつ薬が用いられることが多いが、その有効性を評価するメタ分析は、2000年以降行われていない。そこで、独SaarbrückenクリニックのWinfried Hauser氏らは、2008年までに報告された無作為化試験のデータを対象にメタ分析を実施。抗うつ薬は、偽薬に比べて疼痛の軽減や睡眠障害の改善に有効であることを示す強力なエビデンスを得た。詳細は、JAMA誌2009年1月14日号に報告された。

線維筋痛症は慢性疼痛性疾患の1つで、北米と欧州の有病率は0.5~5.8%と報告されている。米リウマチ学会(ACR)は、慢性全身性の疼痛があり、全身に18カ所ある圧痛点のうち、11カ所以上に圧痛が認められる場合を線維筋痛症と定義している。だが、線維筋痛症が独立した疾患なのか、背景にある他の病気(炎症性関節疾患からうつ病まで)が一連の症状をもたらすのかについては議論がある。FSS (Functional Somatic Syndrome: 日常生活を障害する身体的症状は認められるが器質的原因は不明)に分類されることもある。

患者には、疼痛のほかに疲労感や睡眠障害など、身体的、精神的な症状が現れる。それらは日常生活を困難にし、健康関連QOLを下げる。線維筋痛症は治療コストの高い病気でもある。

著者らは、既に治療に用いられている抗うつ薬の線維筋痛症関連症状に対する効果を明らかにし、個々の抗うつ薬の作用を比較するために、無作為化試験のメタ分析を実施した。

データベース(MEDLINE、PsycINFO、Scopus、コクランライブラリ)に2008年8月までに登録された情報から、線維筋痛症に抗うつ薬を適用した研究を選出。それら論文やメタ分析、レビューの引用文献とEBMガイドラインからも情報を抽出した。

分析対象となったのは、以下の条件を満たした無作為化試験だ。広く認められている線維筋痛症診断基準を適用しており、対照群には偽薬を投与、治療群には抗うつ薬(三環系と四環系の抗うつ薬: TCAs、選択的セロトニン再取り込み阻害薬: SSRIs、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬: SNRIs、モノアミン酸化酵素阻害薬: MAOIs)を投与。

アウトカム評価指標は、疼痛、疲労感、睡眠障害、抑うつと健康関連QOLとし、可能な限りintention-to-treatデータを対象に分析した。

多くのアウトカムが連続データであることから、有効性の指標にはエフェクトサイズ(加重平均差: WMDまたは標準化平均差: SMD。大きいほど偽薬に比べ有効性が高い)を用いた。

18件の無作為化試験が条件を満たした。対照となった患者は1427人(年齢の中央値は47.0歳)。7件が女性のみを対象としていた。試験期間の中央値は8週間(4~28週)だった。

TCAsに関する研究が7件(アミトリプチリン7件とノルトリプチリン1件)、MAOIsは3件(モクロベミドが2件、pirlindoleが1件)、SSRIsは6件(フルオキセチンが3件、シタロプラムが2件、パロキセチンが1件)、

SNRIsは4件(デュロキセチンが3件、ミルナシプランが1件)だった。

すべての試験でNSAIDsの投与が認められていた。

抗うつ薬の投与と線維筋痛症の症状、QOLの間には強力な関係が認められた。
有害事象の発生率は、介入群と対照群の間に差はなかった。



得られた結果は、抗うつ薬が線維筋痛症患者の疼痛、抑うつ、疲労感、睡眠障害、健康関連QOLを改善することを示した。

個々の薬剤の有効性については、標本サイズが小さいために明確な結論は得られなかったが、著者らは、アミトリプチリン(エフェクトサイズから)とデュロキセチン(対象となった患者の数から)は、線維筋痛症の疼痛と睡眠障害の緩和に短期的に用いることが可能と考えている。

抗うつ薬を長期に渡って線維筋痛症に適用した場合の影響は明らかではないため、治療に用いる場合は、一定の間隔で利益とリスクのバランスを評価すべきだ、と著者らは述べている。

原題は「Treatment of Fibromyalgia Syndrome With Antidepressants」

日本リウマチ学会への参加と線維筋痛症学会の設立について

聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 副センター長
岡 寛

去る4月23日から26日まで東京都内で第53回日本リウマチ学会の総会(JCR 2009)が行われ、今回は5000人を越える参加者があった。筆者は、ランチオンセミナーにて関節リウマチの治療法について、ポスターにてシェーグレン症候群の治療について、ワークショップにて「線維筋痛症に対するガバペンチンの効果」を発表した。

線維筋痛症に関する発表演題をみていると、ランチオンセミナーにて横浜南共済病院膠原病リウマチ科の長岡章平先生が「線維筋痛症の薬物療法 -Up to date」という御演題で、これまでの線維筋痛症の薬物療法の紹介と問題点をうまくまとめられていた。長岡先生は、横浜市南部の線維筋痛症の独自の治療ネットワークを形成されており、今後もご指導いただきたい先生である。筆者と同じワークショップにておおうらクリニックの大浦孝先生が「線維筋痛症治療の実際」として先生のクリニックで実際施行されている治療法を紹介されていた。今後治療法については、「線維筋痛症治療ガイドライン2009」が本年度内に発刊される予定であり、本邦における治療のコンセンサスが得られていくであろう。

ポスターの発表では、当難治研センターから山野嘉久先生が「ギランバレー症候群後遺症として発症した線維筋痛症の1例」を紹介されていた。この発表で感覚障害を伴った神経疾患の症例では、線維筋痛症との異同に注目すべきだと感じた。また、順天堂大学膠原病内科の小笠原均先生は、「Fluvoxamine maleateを含むCombination therapyの線維筋痛症に対する有効性について」という御発表があった。Fluvoxamine maleateとは抗うつ薬に分類されるSSRIであるデプロメール® やルボックス® を指すが、他の抗不安薬、筋弛緩薬、睡眠導入剤を併用する効果を述べられていた。実際の診療でもこれらの組み合わせはよく試みられている。JCR全体としては、線維筋痛症関連の演題はやや少なかったようにも思えた。

学会の最終日の4月26日に本年度の4月1日に「線維筋痛症研究会」から「線維筋痛症学会」に昇格した第1回の理事会が行われた。理事長の西岡教授から本学会の規定や今後の方針、治療ガイドライン(2009)についての提案があり、了承された。筆者は学会の幹事兼事務局長を拝命し、今後とも線維筋痛症の研究と治療に深く関わっていく決意を固めた。

* * *

最終稿としてビッグニュースが飛び込んで来て岡先生が寄稿して下さいました。線維筋痛症研究会が学会になったということは患者にとって大変喜ばしいことです。というのも診療ガイドライン作成や国の施策には学会の発言が大きなウエイトを持つことになるからです。またガイドラインは診療、投薬の保険適用を求めていく上で大きな意味を持ちます。未だ制度の挟間にある線維筋痛症にとって大きな前進といえます。(事務局)

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、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、氏名をご連絡下さい。

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。勿論、このカードは既往歴についてのみ書留めるものであり、他の疾患で発作がおきたり、倒れたりすることもあるので常に気を付けていきましょう。

- ・ あらかじめ可能であれば主治医の指示書をもっておく

- ・ できたら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。



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。

日ごろからのお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

メール交換を希望される方でメールアドレスを掲載できる方は事務局jfsa@e-mail.jpにお知らせください。次号会報に掲載します。

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

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。
皆様からレシピ、アイデアを募集しています。

今回は、インターネットで夏向き簡単レシピを検索してみました。

☆ひんやりかぼちゃのスープヌードル

■材料(2人分)

冷凍うどん(細めの稲庭風)・・・2玉	冷凍かぼちゃ・・・・・・・・250g
万能ネギ・・・・・・・・適宜	だし汁・・・・・・・・カップ1 1/2
しょうゆ・・・・・・・・大さじ2	みりん・・・・・・・・大さじ1
牛乳・・・・・・・・カップ1	

■作り方

1. 冷凍かぼちゃはレンジでもどし、皮を取り除いて裏ごしをする。
2. 鍋に(1)とだし汁を入れてやわらかくなるまで煮る。
3. (2)に牛乳を加えてのばし、しょうゆ、みりんでき味をつけ、冷蔵庫で冷やす。
4. 冷凍うどんはゆでて冷水にとり、水気を切る。
5. 器にうどんを盛り、(3)のスープをはり、万能ネギの小口切りを散らす。



体調がすぐれない時は、冷凍食材を利用するのもいいかもしれません。

ミックスベジタブル、シーフードミックス、かぼちゃ、さといも、うどんなどを冷凍庫に常備しておかれてはいかがでしょうか。レトルトカレーに足したり、スープの素で煮込んだり、色々活用できますね。皆様からのアイデアをお待ちしています。



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 特別アドバイザー 聖マリアンナ医科大学教授、難病治療研究センター長 西岡久寿樹先生 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 顧問 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 顧問 日本大学医学部内科学講師、日本大学板橋病院心療内科科長 村上正人先生 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(2009年5月10日現在)

北海道	80		大阪府	66	
青森県	10		兵庫県	49	
秋田県	5		京都府	14	
岩手県	11		奈良県	12	
山形県	6		和歌山県	6	
福島県	10		島根県	0	
宮城県	36		岡山県	15	
東京都	167		鳥取県	4	
神奈川県	121		広島県	19	
千葉県	54		山口県	10	
茨城県	17		徳島県	3	
栃木県	13		香川県	3	
埼玉県	60		愛媛県	24	
群馬県	12		高知県	4	
長野県	22		福岡県	32	
山梨県	7		佐賀県	3	
富山県	4		熊本県	14	
福井県	5		宮崎県	5	
石川県	8		長崎県	8	
新潟県	13		大分県	9	
静岡県	28		鹿児島県	14	
愛知県	54		沖縄県	2	
岐阜県	13		米国	1	
三重県	11		ブラジル	1	
滋賀県	12		オーストラリア	1	
				総合計	1098 (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。

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 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 (会員は会費を含む)

Tel / Fax: 045-845-0597

E-Mail: jfsa@e-mail.jp

<http://www.5d.biglobe.ne.jp/~Pain/>



© 2002 - 2009 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います。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。また掲示板へ書かれた文章も友の会に帰属します。

