

HSK

なんれん

*****臨時号*****

昭和48年1月13日

第三種郵便物認可

HSK 通巻414号

発行 2006年9月10日

毎月10日発行 1部100円

編集 (財)北海道難病連

発行 北海道身体障害者団体

定期刊行物協会

<線維筋痛症友の会 北海道支部 No.5>



線維筋痛症友の会道支部・総会・懇親会に出席して

坂本 由美

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

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

ハーブティーを頂ながら、自己紹介形式で話も進み、時間が過ぎてしまいました。

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

線維筋痛症友の会北海道支部総会に参加して

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

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

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

会員によるアロマの説明もあり、しばし和みの一時になりました。

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

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

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

北村 洋子

第 33 回 難病患者・障害者と家族の全道集会(十勝大会)に参加にして

坂本 由美

8月5日・6日に開催された大会に函館より参加しました。
残念ながら私達友の会からは私1人で、分科会や医療講演・交流会など、開く事は出来ませんでした。

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

私はリウマチ友の会の医療講演に参加しました。

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

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

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

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

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

準備は、もう始まっています。その時はぜひ、函館でお会いしましょう。

2006年(平成18年)7月21日



今野孝彦氏

NIは、力以上、
続く広範囲の疼痛で、米
国リウマチ学会が提唱す
る特有な圧痛点（二力
所を四指の力で押して十
力以上）以上の時に下
NIは診断。基礎疾患の
有無を問わない。
これらに当てはまる疾
患は、臨床現場で多数存
在するだけに、診断基準
に異論を唱える医師もい
る。しかし、ここで大切
なことは、原因不明の慢
性疼痛で日常生活を阻害
されて悩んでいる患者
が、この診断基準により
疾患認識を持つ役割があ
るといふことだ。

るという事実を未だ認識してほしい、そして付随

線維筋痛症

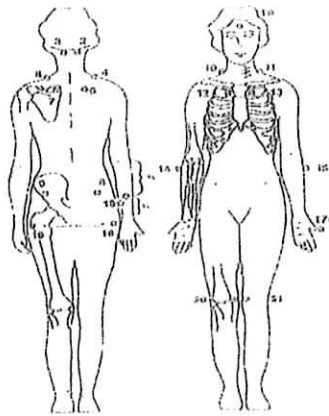
FMSの現状

七月二日、北海道医療新聞に今野先生の研究論文が連載されています。二回に分けてお伝えします。

北星病院リウマチセンタ

今野孝彦センター長

No. II.



解患者の在宅生活支援
へアプローチする過程に
なくてはならない共通の
指標として、この診断基
準を捉えてほしい。

すゝ多彩な症状への対応
と基礎疾患との関係を理

特有な圧痛点を図に示す。肘、膝の部分では圧痛点の反対側も測定し、こ

原因不明の慢性疼痛
迷ったらリウマチ科へ

表1 線維筋痛症の臨床症状

症状	痛度(%)	その日の自覚
全身性の疼痛	100	0 異常な自覚
腰背骨痛	66	0 生硬な膝
疲労・倦怠感	98	0 倦怠
尿のこばれ	74	0 尿に血
しびれ	77	0 口唇の麻痺
不安感	66	0 悪寒による血腫
過敏性腸症候群	50	0 手汗の増加
頭痛	61	0 視力の変化
からだの中の熱み	95	0 寒さを感じ
乾癆症状	77	
レイノー現象	26	
関節痛	42	

(四角)

表2
FM患者が受診した専門医の診療科目

リウマチ医	線維筋痛症 (FM)
感染症専門医	慢性疲労症候群
消化器専門医	過敏性腸症候群
精神、神経内科医	慢性頭痛、疼痛障害
循環器専門医	循環系と関係のない症状
泌尿器科医	同質性膀胱炎、過敏性膀胱
産婦人科医	経炎、子宮内膜炎
アレルギー専門医	多種の化学物質の過敏
口腔外科医	顎関節症
小児科専門医	故、線維筋痛症候群

コントロールにするのも良い。
四趾の圧はコントロールメーターを用いて行うが、四趾という強い圧を最初から加えることは難方附ける。全身のアロディニアが強いときはコントロールも陽性に出るが、一般的にはコントロールがすべて陽性の時はFMSの診断を直中にする。特に三指圧は注意を要する。
「真性うつ病」時はコントロールも陽性になるが、FMSの二割に真性うつ病が合併するとされ、その境界は必ずしもはっきりしていない。
また、FMSの症状を表1に示した。共通する主な症状は、疼痛・自覚痛、睡眠障害（早期覚醒）、疲労、強い動作後に長引く、そして気分障害（うつ状態）だ。FMSの患者は平均して、力所の医療機関を受診すると言われている。受診した専門医が「不診断は表2のように、さまざまなが特徴。」そのため、患者は「この痛みや疲れを取つてほしい」と訴えるものの、医師は「この病気でそんな痛みと疲労は起きるはずがない」と却下するか、精神科受診を進める説明のつかない慢性疼痛と強い疲労を訴える患者が受診し、医学部で習ったどの疾患にも該当しない際は、わずかな検査異常を根拠に既存の疾患を疑いがち。しかし、FMSという疾患を念頭に置いて診断してもらい、迷った際には「リウマチ科を受診して」との患者の説明を留む。

「ミグレイとの混同が問題になる疾患に、筋・筋膜性疼痛症候群（ミグレイ）がある。ミグレイはミグレイの一部」という考えが多いものの、臨床の現場では両者の治療方法は異なっており、その違いを認識する必要がある。

特に、ミグレイを合併したミグレイの治療は難渋することが多い。ミグレイには診断基準（表）がありミグレイをミグレイの一部に含めている。しかし、これではミグレイに高頻度にかき着く、慢性疲労症候群等の疲労、アロディニア（異常痛）、頭痛、過敏性腸症候群、寒冷による疼痛、レイノー現象、抗核抗体の陽性、甲状腺抗体の陽性等は説明がつかない。

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

「三ツで可動域の制限よりガーボイントに三ツは三ツを特徴づけるよりガーボイント

線維筋痛症

FM5の現状

この部分である。

3 全身の疼痛に対する
アロディニアは「2」に
は存在しない。
ため「二次性」という言
葉は本来適切でない。

エタノールと水には睡眠障害が存在するが、その機序は異なっている。しかし、エタノールの臨床現場では基礎疾患のあるな

海外のある報告では、⁽¹⁾ため、⁽²⁾では基礎疾患
の単独は二・八％、上⁽³⁾（疼痛を起さしうる疾患）
は二・九％と、男が合併を有するものを二次性

筆者成績では、一次性^①を「一次性^②」とし解説
 ①云、基礎疾患のない^③
 ②云、百人のうち^④子合する^⑤
 ③、④、⑤は、
 ③、④、⑤は、

併は、○器ほどあるへ
インクリニツクの報告に
しると、受診患者の三〇
に起因する疼痛を基礎

十八〇%が三つという疾患による疼痛かどうか、これはウマナ科と判断し、基礎疾患に対する過剰治療を避けるためヘンクリニックを受診

する患者層の違いと、¹⁰ にも重要 症例提示

MPSとの混同問題に 異なる治療法、違い認識を

る

性。五十六年前に身。

能、体重減少、睡眠障害

マテ、寛解導入剤を投与開始

点滴を二週に一回受けていた。

るがすぐに疼痛等の症状が出るため、十七年当院

変形性関節症(○)との変
化はあるが、手、足関節

痛 $\pm 12/18$ VAS(4)38mm

(X)より $SE(\hat{\beta}) = 1.5 \times 10^{-3}$ である。腫脹は 0.0015 CRの0.0015倍である。

 $\sim 12\text{mg/ml}$ 119mg/[illegible]

•

Simons(1990)による

筋筋膜性疼痛症候群 (MPS) の診断基準

大基準

- 1 局所的な疼痛の訴え
- 2 筋筋膜の圧痛点から関連痛として予測しうる部位での疼痛あるいは違和感
- 3 触知可能な筋肉での索状硬結の触知
- 4 索状硬結に沿った強烈な圧痛点(ジャンプライン)の存在
- 5 測定可能な部位では、可動域のある程度の制限

小基準

- 1 圧痛点の圧迫で筋床の疼痛の訴えや違和感が再現する
- 2 圧痛点付近で索状硬結を強いたり、圧痛点に注射針を刺すと筋肉が局所的にひきつる
- 3 筋肉を引き伸ばしたり「ストレッチング」、圧痛点への注射により疼痛が軽減する

※ 診断には、大基準の5項目すべてと、少なくとも1つの小基準を満たすことが必要

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

略語解説

前回からの続きで症例検討を示し、見解を述べる。

【症例】五十歳前半女性。六年前より朝のこわばりが続いていた。十六年に右胸鎖関節の腫脹と疼痛が発現。リウマチ科を受診し、CRP、ESR、抗核抗体、抗関節炎抗体、抗リウマチ因子が陽性、副腎皮質ホルモン剤7.5mg/day開始し、症状は改善したが、同剤減量とともに全身の疼痛、途中覚醒の睡眠障害、開口障害を生じ、当院に紹介された。

TCのシンチグラフィで右胸鎖関節の取り込みが見られた。圧痛点(CR基準)18/18VAS(6)76mmVAS(9)94mmVAS(19/20)114Q1.25SRQ-D19PSTCR2.6mm/dlVAP-355mg/m

北星病院リウマチセンター

今野孝彦センター長

No.3

線維筋痛症 FMS の現状

「抗CRP抗体陽性、セロトニン低下/mil」
このケースは、行商らの提唱する胸鎖関節などの活動性が高く障害が強いFMSによるシンチグラフィ陽性のFMSで、サラゾスルファピリジン投与効果があるという症例に該当すると思われる。ただ、この疾患は国際的に認められていないので今後の研究課題だ。ただ、FMSを合併する疾患が極めて多彩であることが理解できよう。

++ ++
RA/FMSが合併することによって効果はみられる。率に外国では、七%、筆日本のリウマチ医がこれ

RAへの合併率25%

異なる治療法、違い認識を

ほど多いFMSへのFMSの合併に無関心だった要因は、関節は診察することが少ないこと、FMSの活動性評価にランズバリー指数を用いてきたことと無関係ではないだろう。

本来、薬効検定用には成されたランズバリー指数は、朝のこわばり、疲労、アスビリン量、握力、関節点數、赤沈の六項目で薬効検定用には作成されたが、日本ではランズバリー指数をFMSの活動指標に用いてきた傾向。

さらに簡略化するため、アスビリン量と疲労の項目を除外して四項目による指標に変えまし

た。ランズバリー指数を合併FMS患者は高齢者が多いが、すでに投与されているFMSに少量のFMSを用いた外国論文はない。上、そもそもFMSの活動性指標にランズバリー指数を用いること自体問題だが、さらに疲労という項目を外したために、日本リウマチ医は、非関節性の筋・筋膜の疼痛と疲労を主訴とするFMSの患者を目的に見逃してきたと言えよう。

日本におけるリウマチ教育を再考する必要がある。基礎疾患の治療と少量のFMSとFMSで効果がみられるケースが多い。さらにランズバリー指数への注射、温浴、運動療法を組み合わせて一次治療効果はあがる可能性がある。

疼痛を主訴とする疾患を治療している時、基礎疾患では説明のつかない慢性疼痛に遭遇した際は、まずFMSを念頭に置く必要がある。

次回には診断に必要な検査などを紹介する。

FMS の現状

症例で、カルニチンの補る。またESでは血中セ
充により疼痛や疲労が軽　ロトニンが低値な傾向
減することがある。筆者だ。

の八十五例の一次性FMの症例では、高感度C₁₉を用いた検査で全例の12例(85%)以下、関節滑膜の増殖を示すMAB-3は全例で正常範囲であり、一次性FMは炎症性疾患でも関節の疾患でもないことが分かる。

前回示した症例のように、FASの診断基準を満たしてもCRGが陽性の時は、一次性ではなく、合併症を検索する必要性を検査結果が教えてくれ、果を表2に示した。

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

今野孝彦センター長

PS6～9が63% ADLと極端に乖離

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

表2 本邦での現状

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

(松本)

次回は痛みの機序を解説する。

この疫学調査は日本では初めて行われ、推定患者数三百万人は、 $25 \sim 60$ 万人（発症率 $0 \sim 5\%$ ）の ADL を示す E-HAG は三倍以上の患者数となる。筆者成績では、一次作は自立しており、 ADL と FMS 患者の平均年齢は男性四十四歳、女性四十二歳で同疫学調査報告より十歳ほど若い。その違いは筆者成績は高齢者にみられる二次性 ADL を除外してあるためだ。 ADL よりはるかに悪いと

この疫学調査報告で重要なポイントには、 ADL が六三%もある点。しかも ADL を示す E-HAG は $0 \sim 77$ と ADL 個々の動りにはるかに悪いという成績がある。

このように ADL と FMS が極端に乖離し、六割以上の FMS 患者が日常生活を著しく阻害されているという事実が疫学調査より判明した現在、 ADL のに遭遇した医師は在宅生

外国報告では、 FMS 患者の ADL は、 RA 、 I 型糖尿病、ストーマ各患者より

活へのアプローチを含めたトータルマネジメントの中心的役割を避けて通ることはできない。

公的サービスとして六十五歳以上であれば、身体機能低下から介護保険を適用できるケースもある。介護保険を利用できる特定疾病（四十六・四十七歳が対象）に乏しは該当せず、在宅生活を送るための社会資源を利用する機会が極端に少ない。

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

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

痛みの一次中枢である視床で最終のニューロンに置き換わり、大脳の感

9

北星病院リウマチセンター

今野孝彦センター長

No.5

覚領野で痛みの部位、強さを認識する。

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

末梢の疼痛ではブロッタグラウンディンのEDCsが疼痛惹起物質として知られ、EDCsの合成を阻害する非ステロイド性抗炎症剤（NSAIDs）が末梢での鎮痛薬と知られている。

しかし、EDCsの場合、ステロイドホルモン、 PGE_2 やオピオイドの効果は極めて不十分な一方、 5-HT や NR や SRE がアロディニアや疼痛に著効するケースがあることを考えれば、 PGE_2 の疼痛はセロトニン、ノルアドレナリンが関与する下行性の制御機構の破壊であると推測できる。

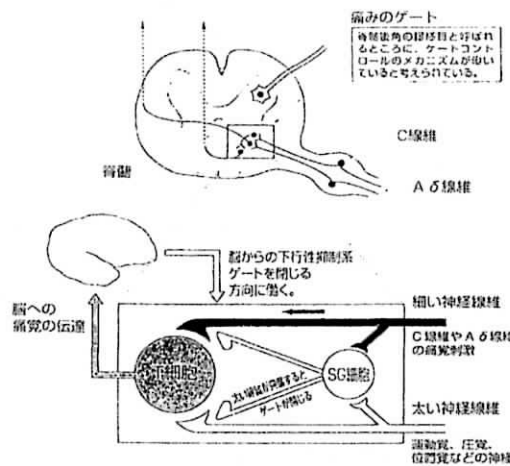
線維筋痛症
FMS
の現状

痛みは制御機構破綻 運動やストレス除去で改善

また、運動やストレスの除去でEMS症状が劇的に改善するケースもあり、これらの臨床的事実を説明するために有力な理論として、MatzkaとGärtnerによって提唱された「ゲートコントロール理論」がある(図)。

「ゲートコントロール理論」は、太いA α 線維と細いA δ 線維・C線維に分けられる。触覚、圧覚、運動覚が脊髄に入るのを防ぐ。逆に、痛みの感覚などは、ゲートの閉閉は中枢から下行性の影響を受け、抑制してゲートを閉め、痛みなどの感覚を伝える。ゲートコントロール理論で、もう一つ重要なことは、ゲートの閉閉は、痛みの感覚を伝える。ゲートコントロール理論で、もう一つ重要なことは、ゲートの閉閉は、痛みの感覚を伝える。

ゲート・コントロール説



ゲート・コントロールのメカニズム

太い神経繊維を興奮させると、SG細胞が興奮し、SG細胞の興奮はT細胞の興奮を抑制し、太い神経は閉じる方向に働く。一方、細い神経の興奮のみで、太い神経の興奮がないと、SG細胞の興奮はなくゲートは閉じた状態になり、痛み刺激は最大限に伝わる。

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

次回はいずれも疼痛刺激実験を紹介する。

平成18年(2006年)8月7日(月曜日)

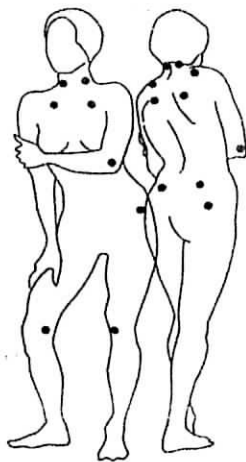
くらし

全身の「圧痛点」に慢性的痛み

線維筋痛症の疑い

仙台の専門医「早期受診を」

慢性的に全身が痛み、認知度が低く、各診療科日常生活に支障を来す「線維筋痛症」。患者数誤診されたりする例が少は人口の約2割に上るとなくない。重症の場合、されるが、医療現場でも軽い刺激を受けただけで



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

全身に激痛が広がる。寝たきり状態になることもあり、専門医は早期受診を呼び掛けている。

仙台市太白区の医療法人美瑛(びえい)・太白

さくら病院によると、診

断基準は、全身十八カ所

の圧痛点(押すと痛い所)

のうち、十一カ所以上で

三カ月以上続けて強い痛

みを感じることが要件。

不眠や頭痛、抑うつ症な

どを伴う場合も多い。

患者は女性が多く、男

性の五倍前後と推定され

る。発症の原因はストレ

スなどが指摘されているが、はっきりとは分かっていない。このため確立された治療法もなく、対症療法として、運動を取り入れた理学療法や薬物療法、はり治療などが行われている。

血液やエックス線検査などでは異常が現れない。線維筋痛症を知らない医師もあり、患者は整形外科や内科、精神科などを転々とした揚げ句、ストレスを募らせて症状を悪化させるケースがあるという。

太白さくら病院理事長の内科医宗像靖彦さん(四三)は「仕事や家事の忙しさに追われ、症状を放置している働き盛りの人は多いはず。気になる際は受診してほしい」と語る。

同病院には、患者や家族らでつくる「線維筋痛症友の会東北支部」の事務局もある。九月以降に活動を本格化させ、患者同士の情報交換や相談会などを通して啓発活動に力を入れる方針だ。

連絡先は太白さくら病院 〇二二(二四三) 一五二五。

平成18年8月7日

(株) アルメックピオ・ジャパン

医療講演・相談会のお知らせ

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

演題 「線維筋痛症の現状と

在宅生活支援の方法」

入場料 無料ですが、資料代 500 円掛かります。

* 問い合わせ・申し込みは

線維筋痛症友の会北海道支部

TEL 011(512)3233

会員の皆様へ

ポスターを同封しました。

担当の病院や、行きつけの薬局に

お願いをして、張って頂ける方が

いらっしゃいましたら、お願いして下さい。

事務局より

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

ご寄付お礼

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

難病連全道集会広告寄付お礼

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

* ありがとうございます *



HSK なんれん 臨時号

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