

KSK 線維筋痛症友の会会報

花好きにはうれしい季節になりました。植物は私たちの目を楽しませてくれます。毎年会える花々に感謝し、来年もまたねと約束しました。

会員数の増加と会報の発行数が線維筋痛症の啓蒙度に比例しているように思われます。この会報を会員の方々や、患者の皆さんが活用されますようお願いしてやみません。

会報9号発行後の主な出来事

☆ 厚生労働省に対し線維筋痛症の対応策を要請しました。

出席者は厚生労働省健康局疾病対策課 菊岡修一氏・比嘉敏充氏、保険局医療課 中谷祐貴子氏、社会・援護局障害保健福祉部企画課 佐藤清和氏。(4/21)

☆ 4月17日～20日第49回日本リウマチ学会総会・学術集会在横浜で開催されました。友の会のブースにも大勢の関係者がお訪ねくださいました。講演は以下のとおりです。

村上正人先生「リウマチ専門医が知っておきたい線維筋痛症の診断と治療」

松本美富士先生「本邦線維筋痛症の臨床疫学像」

植田弘師先生「慢性疼痛の分子機構」

西岡真樹子先生「線維筋痛症の画像診断」

土井永史先生「慢性疼痛に対する電気痙攣療法」

ほかにもポスターディスカッションが行われました。(4/20)

☆ 厚生労働科学研究費補助金免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業線維筋痛症の病因・病態解明に関する分科会 公開シンポジウムで「線維筋痛症友の会からの問題提起」というテーマで代表が講演をさせていただきました。またわが国初の認知行動療法としてUさん(会員、女性)が報告されました。(3/8)

☆ 「医道の日本」医道の日本社 2月号線維筋痛症特集 546円。(2/17)

☆ 日本障害者協議会に線維筋痛症についての現状をお話しました。(2/12)

2005年5月

9

目次

線維筋痛症とその治療	2 ページ
会員からの声 (第 10 回)	10 ページ
友の会データ	11 ページ
友の会からのお知らせ	11 ページ

線維筋痛症とその治療

線維筋痛症治療に使われる薬品

三環系の抗鬱薬、SSRI、SNRI が抗鬱薬に属する薬で、線維筋痛症に良く出てくる名前は、アミトリプチリンそしてノルトリプチリンです。この初期の三環系の抗鬱薬は非常に抗鬱作用が強く、また痛みなどに対する作用なども発見されているのですが、一方で口渇のような副作用が強く使いにくいという一面もある薬であったということです。

最近になって、第3世代・第4世代のSSRI また SNRI、セロトニン神経系とノルアドレナリン神経系に作用する新しい薬がでてきており、線維筋痛症にも使われデータが報告されてきているという状況です。ノルアドレナリンとセロトニンに対する神経系の作用のバランスが非常に重要だと考えています。マプロチリンあるいはミアンセリン、こういったノルアドレナリン系に作用するような薬、また SSRI 群のようなセロトニンに対して作用する薬そのものもあります。

慢性疼痛という分野で昔から非常に多く使われているのが、線維筋痛症でも多く使われる、アミトリックスそしてドミトリックスといったノルアドレナリン神経系に作用する薬物です。痛みに対する作用で、ノルアドレナリン神経系に作用することが重要ではないかといわれています。

また抗鬱薬の脳に対する作用のほかに、痛みを押さえこむメカニズムが働いているのではないかと考えられています。

プロトミンという薬ですが、一般名を塩酸ミルナシプランといい、日本で唯一セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 SNRI というメカニズムを持った薬です。

脳内のセロトニン神経系そしてノルアドレナリン神経系、その終盤からそれぞれセロトニン、ノルアドレナリンというモノアミンが放出されます。シナプス間隙のモノアミンの量がなんらかの関係で低下しているという方が鬱病であると解釈をされているモノアミン仮説があります。多くの抗鬱薬はこのシナプス間隙におけるモノアミンの量を増加させることでこの鬱状態を回復させるというメカニズムがあります。セロトニンの場合ですと一度放出されてまた戻って行くという採択の髄というものがそれぞれのシナプスの終盤にありここをブロックすると一度放出されたモノアミンが戻らずにこのシナプス間隙にモノアミンの量がふえて抗鬱作用、シナプスの復活というメカニズムです。

プロトミンの痛みに関する報告も、鬱が合併する症例またその関連の苦痛であろうと考えられるような症例に対して使われていまして、さまざまな症例に対して慢性痛に効果があったという報告が最近でくるようになってきました。

神経因性の疼痛に対する報告ですが、抗鬱薬という選択肢というものもあるのではないかと考えています。

整形外科から見た線維筋痛症

整形外科医というのは非常に患者さんに苦痛を与えます。例えば患者さんが骨折して痛いところを手術すると、そこを切るのだからさらに痛い思いをさせます。そのあと慢性痛病になってしまうという患者さんが実は整形外科領域では五千人に一人といわれ、ペインクリニックに送られるということが非常に多いです。

慢性痛病というのはまだ世間に認められた状態ではありません。アメリカでは痛みというのが病院の最重要課題で、たとえば病院の評価機関があるのですが、痛みについてのあらゆる勉強をしていないとこの評価が貰えないというようなものです。日本人の間でも痛みは大事だという政策ができてきて、その中でも例えば癌などで痛いとか急性痛など理由の判っている痛みの場合は比較的治療しやすいのですが、いわゆる慢性痛病というのは原因が判っていない痛みというのにつけられています。

慢性痛病がどこから起こるのかというと、基本的には神経系の非可塑性です。非常に難しい言葉ですが、プラスチックのようにへこませてしまうと戻らないというところからきているのではないかと考えられています。

アメリカでは赤ちゃんが生まれると割礼という手術があり、麻酔をしていました。手術する時麻酔を使ったらどうなるか、半年後にワクチンをするときに麻酔を使ったグループはあまり痛がらなかったけれど麻酔を使わなかったグループは大変泣いて痛がりました。このときのワクチンの痛み自体は同じですので、一度痛い思いをするとずっと痛いということがだんだん解ってきています。

もし神経がけがをしたとしたら慢性痛の人はどうなのだろうということを調べます。

傷のあるCCIラットを使った実験では、神経の所をひもでぎゅっと縛りいかにも神経が押さえられたというような状態をつくり、触った感覚が通る所を障害します。普通のねずみは触った経路を切ってもなにも変わりませんが、CCIラットというグループだと触った経路を切ったほうのニューロンがぐんと下がっていきます。それはどういうふうに解釈するかと言いますと、痛いモデルで慢性痛の患者さんの場合は、痛いという神経の経路が変わってしまったのではないかというのが一つの仮説です。

ニューロンというのは神経の中にある電気が出て来る細胞なのですが、痛い患者さんの場合は痛みを受け取るレセプターのその先についているニューロン自体も増えているのではないかというふうに考えられます。

アロディニアという触っても痛いという異常がどうして起こるかというのは、ニューロンや細胞などが変化してしまっているので、物が触ったという信号を痛いと思ってしまうように、脊髄などが変わってしまうというふうに解釈されます。

このデータは歯科の先生の実験ですが、顎関節と少し離れているけれど神経支配が一緒のところの傷に炎症を起こす物質を入れて比較しました。炎症物質を3分の一だけ関節内に入れたものと表面にその3倍入れたもの、これが炎症ではまったく同じなのです。また同じ炎症では、関節内には3分の一しか入っていないのに、上位の中枢に関節が痛いというふうに脊髄ではより多く信号が連鎖されているということがわかりました。

それをまとめますと骨とか関節の障害というのは軟部組織より脊髄とか脳とかそういう全ての中枢に対する影響が大きい、データでは脊髄に出る影響が大きいということです。

皮膚科、形成外科の先生というのは軟部組織、皮膚の手術しかしていません。それに比べると整形外科の手術というのは非常に、慢性疼痛に対しては危険な手術です。その理由として、例えば整形外科の先生が膝の人工関節をしたり関節を止めたり骨折を止めたりいろいろしていますが、それは皮膚などよりもずっと痛みやすいし、それが中枢神経・脊髄などに悪い影響をあたえているというふうに考えることができます。

一つの信号をよりオーバーに伝えるというような意味で感作という言葉があります。例えば関節に炎症がおこると、通常歩くというのは痛くない動作なのに痛くなります。たんに炎症が起こっただけでもその関節に受ける信号というのはより中枢に大きく運ばれます。これを末梢性の感作というふうに言います。これ以外に中枢性の感作というのがあります。炎症のある所が痛いのは末梢性感作でそれは当たり前な

のですが、痛くない例えば頬に痛み刺激を与えても元気な人より痛く感じます。このように痛み刺激が間違えて伝わるというのが非常に問題になります。

痛みに関係するニューロンというのは3種類あるといわれています。オンは痛いというプラス、オフは痛みをとめる方で鎮痛剤などでマイナスです。プラスとマイナスを電卓で引き算した答えが人の感じているものです。体の中の痛みをより減らす方が良いという事で調節性というふうにいいます。

トフラニールとか最近ではトレドミン、ルボックスなどの抗鬱薬を使うことが多いのですが、抗鬱効果を期待しているわけではありません。痛みがたまたま通っているからそれに関係するセロトニンとかノルアドレナリンを使うと非常に効くということで使っているのです。ほかにケタミン、ノイロトピンとありますがこれはセロトニンの3番目のレセプターと言われ、セロトニンとノルアドレナリン両方に作用します。あとはアンプラグ、抹消で効いているセロトニンの薬です。最近ではオピオイド(ドラマール)とありますがこれも充分注意して使えば非常に効果がある薬です。ペインクリニックでNSAIDsは鎮痛剤というふうに表示していますが、一般に慢性痛にはこれを使っても効果がない、効果がある人は慢性痛ではないので基本的にはあまり使っていません。どんなものを使うのかといいますがトフラニールなど、これはアロディニア触っても痛いときに比較的良く効くといわれています。口経でテグレートール、これは保健の本を見ると癲癇と書いてあるのですが、患者さんが癲癇だから使うのではなくて電激痛、電気が走るとか手に何か擦って刺されたような痛みがしますと言うような患者さんがいればこれを投与します。

あと慢性疼痛でも早い時期の場合には交感神経ブロックというのがありますのでこれを使っています。

統計から見た線維筋痛症

欧米からのレポートのまとめによると、主要兆候である痛みにどういった性質があるかということは朝に悪化、日によって変動が非常に激しい、それから悪化の誘因がいくつかあり、住生活の中に新たな要因があります。合併症が存在する場合関節リウマチと一緒に起こる場合が非常に多いのですが、基礎疾患が悪化する事によって線維筋痛症も悪化するということです。痛みの性質、程度は関節リウマチとまったく一緒です。

ひどくなると入浴による水圧であるとか、着衣による圧迫によっても痛く、自分の体の重みで痛みが誘発されてしまい寝る事もできなくなります。こういった疾患は広範囲な身体の痛みとこわばり以外にさまざまなその他の身体的あるいは精神的、神経学的な実に多彩な症状があります。このようなことがこの疾患を一層捕らえどころのないものにしてしまっている、あるいは他の疾患として診断されそういう形で医療の管理下に送られている可能性があると思います。最近では間質性膀胱炎との関係が注目されております。それから心臓のエコー検査をするとすぐわかりますが僧帽弁逸脱症ということまで起こってしまうということです。

ほとんどのところで欧米と我が国の症例で臨床病後に差はありませんが、強いドライアイ、ドライマウスという症状の頻度が高いのではないかとことです。これは致傷前の症状の解析ですから抗鬱薬によるものではありません。

我が国におきましては何らかの社会保障の給付を受けていらっしゃる患者さんが16%おります。いずれの身体障害者の種類にも入らないということで患者さんは非常に悩んでいらっしゃいます。けれど多くの自治体ではこの疾患を身体障害者としては認定できないというのが審査会の判断ということになっています。こういった患者さんの経済の中で経過をもう少し詳しく見てみますと線維筋痛症だけを伴った患者さん43名の経過を見たとき、どの程度かかって社会復帰ができたかという事です。25%の患者さんが7年かか

り50%の患者さんは10年目からということになり、いかに長期にわたって慢性に経過し悩んでいるかという事を如実に示すデータであろうかと思えます。

高齢者と非高齢者では高齢者のほうが、他の付随したさまざまな病態がありますので、こういった疾患を発症すると一層回復が困難になる為、非高齢者の回復率が良いという事を知見では示しています。

もう一つは前駆症状として感染症があるかどうかです。感染症がある場合にはそれが優位になっているような患者さんでは長引く事が多くなります。

抑鬱症状がある場合にはなかなか回復が困難ということで、やはり精神科医療の協力を得ないという患者さんの管理がなかなかできないということです。

一方QOLについてですが解釈には身体活動機能あるいは社会的役割がどうであるか、身体の痛みがどうかなどいろいろな項目があります。定期的を受診できている患者さんは痛みを受容できているので、痛みを工夫しADLと調節されているということです。そういったことから身体的なQOLよりもメンタルなQOLが極めて悪いのです。ここにリウマチ科医あるいは内科医その他の整形外科医だけの観点ではなくて、心療内科あるいは精神科、精神医学的なアプローチがどうしても必要であって、これを持ち上げるようなことをしないとQOLが高まらないのです。

日常生活の注意ですが発症前の生活習慣を調査しますと、類似病態である慢性疲労症候群と対峙しました。

慢性疲労症候群の患者さんと線維筋痛症の患者さんを比較しますと、睡眠時間が短い、運動不足、コーヒーを飲む習慣がある、過度の飲酒等の異常生活習慣、また出産回数の少ない患者さん、手術による閉経、そういった患者さんが発症のリスクになっているわけですから、こういったことを避けるような指導をすれば悪化因子が防げるということです。

最後のまとめですが、医療従事者の認識が低い、社会的認知・行政的支援が欠如している、QOLが悪い、それから本邦事業の診断基準が無い、米国リウマチ学会の診断基準がそのまま我が国に適用しているかどうかということが証明されていない、そういった事を今後明らかにしないとダメです。

また我が国の患者さんに欧米でされているような治療法が有効なのか、あるいは補助療法的な有酸素エアロビエクササイズや認知行動療法・絶食療法、それからノイロトロピンの有効性、こういったことの証明を今後検討していく必要があると思えます。

リウマチと線維筋痛症

呼称学的な呼び名ですので運動器にこわばりのある疾患をリウマチ疾患と呼ぶという定義に従うと、線維筋痛症がリウマチ疾患の一つであることは明らかです。

関節リウマチ患者にみられる睡眠障害との関連性ということですが、例えば12時に寝て5時に早起きして2時間勉強するのが自分のために良いのだと思い込んで、5時間睡眠で頑張るといようなことを、高等動物である人間だけはするわけです。そういう生活をしていると睡眠不足で病気が出てくるという可能性があります。大脳の働きが非常に強力になっているために、遺伝子の働きに拮抗している存在が人間ではないかと思えます。従いまして線維筋痛症でもリウマチでも、人間という最も高度に脳が発達した動物に独特な病気だろうとそういう認識を持っています。

この病気にはおそらく睡眠が関係しているだろうという確信がありまして、自分の全患者さんをできる限りの方法で睡眠の質を客観的に調べています。

生活指導の中で週に2回以上温水プールの中で1時間くらいゆっくり歩く運動を必ずしなさいという指導をしています。リウマチの場合は炎症が起こっている関節は安静に保ちながら運動をするということで、水

の浮力を利用するという方法が大切になってきます。それを続けた患者さんはCRPがずっと下がって行けれど途中で止めますと一月ぐらいで元に戻ってしまいます。こういうことから運動することが非常にリウマチの活動性を下げることがあります。運動を始めた患者さんは良く眠れるようになる、睡眠時間が長くなる、気分もすっきりする、運動する事が楽しみだとおっしゃいます。運動する快感というのはリウマチ患者にとっては本当に欠けているものですから、ビタミン不足のB1欠損症の患者さんに少量のビタミンを投与するとがらっと体調が変わる、というようなことが運動に関して起こっているのではないかと考えています。

食事は常識的な事ですが人との交流、勉強こういうようなことも非常に重要だというように時間をかけて指導しています。患者さんの中には生活を楽しむという点に関して貧しい人が多くて、本も読まない宴会はしたことが無い楽器は演奏しない音楽は聴かない、それと泳げない人が多数いらっしゃるのアンケートからわかります。その中で早く寝なさい、目覚ましがならなければもう少し自然に睡眠がもっと取れるわけですから、自分からそういう良いものを捨てるような事は止めなさいと言っています。

臨床経験で、睡眠薬は長期的には絶対に有害だと判断してしまして、飲んでる人は中止させるということに時間をかけています。それに成功するとたいいその患者さんはリウマチが少し良くなります。

睡眠ポリグラフ検査というのが使えるようになり、問診などでは絶対に判らない睡眠の質のことがつかめます。ある患者さんでPSGの検査で睡眠時無呼吸症候群が証明されてシーバップ療法をやったら落ち着き、ついでにこの人が悩んでいたMRIの所見で椎間板ヘルニアがあり、ほとんど手術の紹介状を書くところまでいっていたことも、全然必要が無くなってこの人はテニスをされています。

覚醒反応が何回も起こるから睡眠の断片化とか深睡眠の欠如、そして大脳障害が起こって性格変化とか異常行動が起こるといふこともあります。もちろん肺高血圧症の心不全こういうものが起こるといふことはあります。三次的現象として膠原病を持っているだろうと思っています。どうもこのへんのことが純粋に出ているようなグループが線維筋痛症ではないかというぼんやりとした印象を想像していました。

患者教育が大事という事が言われますが、非常に時間がかかりますから5分ないし10分の診察時間の中でどれだけ患者教育に労力をさけるか、しかもこれは医療制度の中でまったく診療報酬がないわけですから、工夫しないとできないことだと思います。

ただし実際にそれをやっていますと個人的なマイナス要因を検証できた場合は必ず大きな効果が出るということを経験してきたと思います。話しを聞いて、個人的なプライバシー、心理的な内面に飛び込む事が必要な時は、専門家の助けもいります。具体的にその患者さんに合った運動あるいは動かし方、睡眠時間と質の確保をアドバイスする必要があると思います。今やリウマチというひとかたまりの病気があるのではなくて、全部を個人的なレベルにもっていけば解決可能だという観念で診療しているうちに、睡眠の問題の重要性に気がついたわけです。

線維筋痛症で下肢とか上肢のしびれを伴った患者さんがかなりおられるので、それに対して整形外科にどういふふうを考えているのかということをお話したいと思っています。もちろん原因がはっきりしないしびれを訴える方も多いのですが、一応上肢の場合には手根幹症候群と胸郭出口症候群あるいは肘部管症候群と頸椎症候群ドロッピーショルダーとありますけれども一つ一つは所見としては少ないのです。例えば頸椎症という事でMRIを撮りましても圧迫はそれほどひどくないので側面のレントゲンを取りますと、ドロッピーショルダーで非常に肩になっています。良く診てみますと胸郭出口の所見が手根幹症候群となっているということです。下肢は特に今回思ったのですけれど、梨状筋症候群が非常に高率に合併しています。

梨状筋症候群も原因としてはいろいろなものが考えられると思うのですが、線維筋痛症の場合は更に

抑鬱不眠とかあるいは腰部疾患とか筋緊張とかそういったものが非常にこわばっていわゆるマルチプルクラッシュという状態になっているのではないかと思った次第です。

子供の線維筋痛症

子供の線維筋痛症というのはパーセンテージとしては非常に多いというふうには考えられています。線維筋痛症を研究している第一人者ユーナスのクリニックでは線維筋痛症の患者さんで子供の発症というのは若年性の関節リウマチ、JRA とほぼ同じだというふうには述べています。

また別の時の論文で28%の患者さんは実は子供のときに発症していたのだというふうなデータが出ております。

今後の線維筋痛症を診る場合に鑑別診断というのが非常に問題になります。リウマチ性の脊髄炎もありますしCRDSこれは以前RSDと呼んでいた状態で、原因があるなしに関わらず一部のところが非常に痛いというような症例の人、また子供の場合には関節の稼動域が非常に大きいため全身が痛くて線維筋痛症のように見えることがあります。また白血病の場合は白血病細胞が骨髄の中に全部入っていくので、関節も含めて全身痛いというような状態なのです。他にも代謝疾患などがあります。

いわゆる心身症サイコジェニック、精神的なファクターで痛みを訴えるものがあります。非常に混同されやすいというふうにも定義されております。子供の線維筋痛症を考える場合にどこが問題かと言いますと、7歳までに両親との良好な愛情関係が確立できなかった場合に非常に多かったり、お母さんが薬物中毒であったりなどもリスクファクターになるといわれています。また親と離別したり性的身体的すべての虐待を受けたりすると、非常に高い確率で線維筋痛症を発症するというふうにも言われています。また不安や抑鬱が多いというふうにも言われています。

それから遺伝性とはまた別の問題なのですが、家族集積性が非常に高い、これは一家の中でどれだけたくさんいるか、例えば子供が線維筋痛症の場合お母さんもその病気だという人が71%いました。またお母さんを調べた場合に子供が線維筋痛症と同じだったというのは28%いました。

線維筋痛症の発症と診察、これは病院で線維筋痛症と言われた歳なのですが、5.6歳の時から痛がっていたというのは12%でだんだん増えてきます。最も多いのが13歳から15歳で58%ぐらいの人が発症して、この位の歳になりますとすぐ病院に行きますので、診断を受けた時点で半分ぐらいの人がこのぐらいの年齢になります。この年齢と言うのは子供にとって非常に大事です。この時に発症しますと当然身体が痛くて重症の場合には学校に行けないので基本的な社会人としてのスキルが身につかない、職業になかなかつくことができないという状態になってしまうということが一つの問題であり、小児の線維筋痛症の患者さんは、できるだけ早く社会を知ってもらうというのが非常に重要な問題です。

線維筋痛症というのは一部の所が一時的に痛い、治療がうまくいかないはずとそこが痛い、それから今度はもうちょっと広い範囲が痛くなって来ます。

圧痛点が11を超えたら線維筋痛症と認定されます。線維筋痛症の中でも症状が進んでいくと今度は全身がアロディニアこれは触っても痛い状態で全部痛くて寝たきりになる、これは一連の流れだというふうには考えて治療しています。

子供の場合疼痛行動の回避というのが非常に重要になりますので、子供さんの痛みによって家族の行動が変わるもしくは報酬が得られる、例えば子供が痛いといったら皆が優しくするようなことがあるとなかなか痛い痛いというのが取れないので、そういうのを気にしないようにする両親の態度が必要です。

特徴としましては年齢的な問題として未就学児の場合は家庭内、特にお母さんとの問題、小学校低学年だったら兄弟とか学校内、教師との問題、ティーンエイジャー以降は友人との問題というのがだいたい決まっております。

慢性疼痛の患者さんを診ていますとどんどん手術などを受けたがる患者さんがいるのです。少しでも異常があるとそれを治したいという思いが強くなってきて、医者の方もそれにのってしまおうとしなくてもいい人に手術をすることになってしまうのです。

いわゆる痛い患者さんというのはどこも悪くはありませんと言って喜ぶ人はいないし、どこか悪い所を見つけて欲しいのです。非常に難しいのですが、どこも悪くないと言わずに、どこも悪くないからよかったねというメッセージを送らないといけないのです。

心の病気は心理的な要素が非常に多いのですけれども、患者さんにストレスを受けた時や疲れたら調子が悪くなるということを気付いてもらうのが非常に大切です。

小児の場合疲労は20%しかないのでは少ないほうではないかと思えます。全身が痛かったり、頭が痛かったり不眠というのは非常に高率に述べられます。軽症例が多いせいかもしれませんが慢性疲労症候群のオーバーラップは子供の場合はないのではないかと思えます。症例以外の場合は例えば軸性疼痛とって背中とか中心の部分が痛いことや、股関節のあたりが痛いことも多く、痛み以外の失感症状なども線維筋痛症にはあるのですけれども、そのようなものは心身症として分類されている可能性があるのではないかと思います。

治療経験から前医でNSAIDsなどは全部投与してあるので子供さんへの投薬は基本的にはしないで、心理学的なアプローチは必ずするようにしています。

もう一つ重要なのは子供さんだけではなくて、家族全員を巻き込んで治療するというスタンスが必要ではないかと思えます。

一般的には重症例の場合は抗鬱薬を使う事が多く、運動療法も非常に重要と考えられています。痛みを受け入れプラス思考で少しずつやっていくという認知行動療法も大事です。疼痛行動の回避というのは子供が痛がっているのではないかと心配し過ぎると子供はその心を読みますので、その辺をまた治療していかないといけないという事です。

有名なデータなのですがアメリカの小学校と中学校で検診をしたら6.2%が線維筋痛症でした。治療はしなかったのですが2年半後にまた検診だけやってみますと、線維筋痛症の患者さん73%は全快しています。子供の場合は特に治療をしなくても自然に良くなるというふうな報告があります。また子供の特徴として学校が変わると痛みが出ます。

子供の線維筋痛症というのは見逃す、もし見つかっていても心身症というふうにくられているのではないかという問題があると思えます。医療者サイドというのは患者さんの表情や態度から心を見て診断する必要があります。特に小児の場合はお父さんお母さんの意見と本人の意見がだいぶ違うことがあります。

ヤジロベイが慢性痛病に苦しむ子供だとすると、親の押す力が非常に大きく、医療者の力が行ったり来たりでそれほど効果はないわけです。だから医療者としては親に子供を治してもらおうというような考えでやっていくべきだと思います。また医療者と患者さんの心が痛みを取るというふうを考えております。

精神科から見た線維筋痛症

精神科領域の神経伝達物質といったところの切り口に今説を加えてみました。

まず心因性疼痛は解剖学的・神経学的に説明のつかない疼痛であり、種々の精神障害に付随して出現します。気分障害(躁鬱病)は時としてその抑鬱に伴って疼痛やさまざまな神経症状が出現することがあります。中でも仮面鬱病というのはあまり抑圧する症状がはっきりしないので、身体症状や疼痛が全容に出るために身体科を転々とされ最終的に精神科にいき着く患者さんたちもいらっしゃいます。

身体表現性障害これは身体化障害、心気症癲癇性障害(ヒステリー)などを含みますが、線維筋痛症

を研究するようになって精神科として非常に反省する所が多い疾患です。

心因性だからと言ってかがるしく考えるわけではありませんが、やはり精神科に送られたということで、きちんとインフォームドコンセントを通して受け付けていただければ、できることはやるのですけれども、ポンとこれは精神科でしょうと言われると非常に患者さんの健全な自尊心が傷ついたままになるので治療関係を構築する以前にうまく行かなくなってしまう方もあります。

解離性障害というのは意識とか記憶とか自己統一性などや環境などについて通常統合されている知覚に機能の破綻があって、例えば多重人格だとか多くはPTSDとして出現したり、人格障害の一症状として出たりする方、こういった方は解離の前に頭痛などの疼痛を訴えられる方が多くいらっしゃいます。

外傷後ストレス障害、これは虐待だとかベトナム帰還兵だとかの脅威、暴力、災害や事故に遭遇するといった極度の外傷的なストレス因子への曝露に続く特徴的な症状で、悪夢とかフラッシュバック、恐怖抑鬱状態などが一ヶ月以上続く疾患です。こういった複合的なストレス障害の方が、のちのちなかなか取れにくい疼痛を訴えることが多いです。

それから統合失調症これは精神分裂病と呼ばれていた疾患ですが、幻覚妄想の症状で身体感覚に対する幻覚として、体感幻覚と申しますが疼痛を訴えられる方がいらっしゃいます。身体が裂けるだとか非常にビジュアルな言い方をされますけれども、これは抗精神薬に非常に反応がよくて症状が取れる方が多いです。19人中10人にSSRIかSNRIの処方をしており三環系と同様に症状の軽快、完快をみます。特に鬱病なのですが三ヶ月とか数ヶ月単位で綺麗に疼痛が取れます。そういう薬物反応性がよかったですと思います。それは三環系、SSRI、SNRIその種類はあまり関係なかったような気がします。

ここに挙げる6人の患者さんは実子に虐待をしていた母親です。特筆すべきは6人それぞれの皆さん自身が小さい頃被虐待者であったということです。身体的虐待が3名、ネグレクトが2名、性的虐待が1名です。この方達はこういった診断名が付きますけれども、病院では複合型のPTSDをかなり重い形でお持ちになり、人格障害だとか癲癇性の障害、解離性の障害、気分変調症そういったものがあります。

この方達は抗鬱薬の反応がよくありません。中断される方もいますし、軽快はするのですけれども非常に全容に渡って疼痛やいろいろな症状が続いております。それからまたこういった方たちはストレスの病着性がありまして、衝動性だとか自己破壊性のコントロールの為に、抗精神薬も併用しなければいけませんけれども、薬物療法だけでは取りきれません。こういった方たちの精神療法的アプローチ、チーム医療、福祉の民生それからソーシャルワーカー、そういったかたがたと一緒にやっております。

多重人格を統合してお子さんへの暴力がなくなった時に疼痛も軽くなっていることに気付いたということがあります。

このように抗鬱薬というのは鬱病の治療薬としての他に、パニック発作を含む不安障害や強迫性スペクトラム障害に有用であります。また内科疾患でも慢性疼痛やここにありました種々の疼痛、そして線維筋痛症でも鬱病に使用されるよりも少量で鎮痛作用を目的に使用され、鬱状態の関連と関係なく鎮痛作用があることが認められてきました。

ここで大鬱病と線維筋痛症を比較して思うのですが、大鬱病では前述のように抑鬱、意欲低下など身体障害に伴う自律神経症状、それから疼痛が出現することがあります。それらは異常所見がなく抗鬱薬投与にて一般的には随伴する鬱症状の改善と共に軽快します。

一方線維筋痛症では広範囲に広がる疼痛と圧痛点を有し、検査値の異常を認めない慢性痛病、疼痛が特徴的でありまして、疲労感・睡眠障害・しびれ・こわばり・不安緊張・抑鬱・めまい・頻尿・湿疹・過敏性大腸炎・自律神経症状などさまざまな随伴症状を有することが知られております。ノイロトロピンや抗鬱薬が治療薬になっております。

会員からの声(第10回)

運動が良かった

一年半前は、歩く事も辛く 痛み止めも全く効かないので、受験できるのか心配でした。 たまたま、筋肉に詳しいお医者さんに診ていただいた処、筋肉が熱を持っている事と硬くなっているという事で筋弛緩剤 ダントリウムを処方されました。2週間で効き目がでてきました。高校に、進学する事ができて痛みは少しありますが、激しい運動もできるようになりました。以前は 1箇所痛くなると全身に痛みが広がってしまいましたが、今は鍛えて筋肉がついたせいか痛みが広がる事は、ありません。環境が変わった事と 痛くても運動を続けたのが良かったのかもかもしれません。薬をさぼると痛くなるので治ったわけでは無いようです。ステロイドは、効果がありませんでした。(埼玉県17歳 女性)

サプリメント

リコピン、カロテン等、5種酵素を配合した錠剤を試してみました。発端はリウマチ歴30年、56歳で5級障害者の高知県の女性がステロイドでは痛みが止まらなくなり、思い切って4ヶ月試みた飲尿、尿療法も思わしくなく、お酒を飲んで痛みを和らげていましたが、この錠剤を半年続けた結果、あれほど辛かった痛みが消えた事例を知ったからです。私は極力、医薬品を避けるようにしていたからでしょうか、割合、短期間で痛みが軽減しました。この錠剤は20日間のクーリングオフが可能で、試して結果が出なければ返品可能で、一般的な価格で本社から購入できますので、関心をお持ちの方は試してみたいかがでしょうか。

(高知県 岡崎)

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

署名活動の報告

大勢の皆様にご協力いただいた結果、1万名を超える署名をいただきました。有難うございました。次号で詳しく報告いたします。

文通希望コーナー

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

友の会データ

発足年月日	平成14年10月1日
役員	代表 橋本裕子 役員 籠谷誠人 顧問 長野県厚生連篠ノ井総合病院 リウマチ膠原病センター・リウマチ科医長 浦野房三先生

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					
会員地域別人数 (2005年4月11日現在)					
北海道	30		滋賀県	4	
青森県	6		大阪府	32	
秋田県	5		兵庫県	20	
岩手県	4		京都府	13	
山形県	2		奈良県	5	
福島県	6		和歌山県	3	
宮城県	10		島根県	2	
東京都	75		岡山県	5	
神奈川県	57		鳥取県	4	
千葉県	26		広島県	14	
茨城県	5		山口県	5	
栃木県	6		徳島県	2	
埼玉県	27		香川県	1	
群馬県	2		愛媛県	5	
長野県	7		高知県	3	
山梨県	8		福岡県	11	
富山県	2		佐賀県	2	
福井県	2		熊本県	10	
石川県	4		大分県	4	
新潟県	11		宮崎県	1	
静岡県	11		鹿児島県	4	
愛知県	20		沖縄県	2	
岐阜県	4		米国	1	
三重県	6		総合計	489	(住所不明の方を除く)

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。

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
 〒233-0012 横浜市港南区上永谷 4-18-22-102
 定価 200円 (会員は会費を含む)
 Tel/Fax: 045-845-0597
 E-Mail: fibrojp@yahoo.co.jp
 http://www5d.biglobe.ne.jp/~Pain/