

線維筋痛症より不完全
型線維筋痛症（慢性広
範痛症、慢性局所痛
症）は再診率が低い

—抗うつ薬、アセトアミノフェ
ン、非ステロイド性抗炎症薬、睡
眠薬、抗不安薬、抗けいれん薬に
は回避の致死的な副作用があ
る—

戸田克広

線維筋痛症より不完全型線維筋痛症（慢性広範痛症、慢性局所痛症）は再診率が低い

—抗うつ薬、アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症薬、睡眠薬、抗不安薬、抗けいれん薬には不回避の致死的な副作用がある—

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

はじめに

線維筋痛症（fibromyalgia: FM）は少し有名になったが、その不完全型である慢性広範痛症（chronic widespread pain: CWP）や慢性局所痛症（chronic regional pain: CRP）は医師にさえほとんど知られていない。FM患者とCWP/CRP患者が再診する割合を比べた。

対象と方法

2007年4月から2011年9月まで廿日市記念病院を受診したFM患者とCWP/CRP患者の再診率を比較した。2か月以上の間隔で再度受診した場合には再診とみなさず、別人とみなした。

私は1990年の分類基準[1]でFMを診断している。具体的には身体5か所に痛みが3か月以上あり、18か所の圧痛点のうち11か所以上が陽性であれば自動的にFMと診断される。身体5か所に痛みが3か月以上あるが圧痛点の数が10以下であり他の疾患で症状を説明できない場合をCWPと診断した。「身体5か所に痛みが3か月以上ある」を満たさず通常の腰痛症や肩こりより痛みの範囲が広く、他の疾患で症状を説明できない場合をCRPと診断した。

全患者が医師からFMを疑われあるいは自らFMを疑って私を受診し、たまたま腰痛や肩こりを主訴として当院を受診した患者は本研究には含めなかった。「FMではないがFMに類似の状態ではFMと同じ治療を行う。」という趣旨の書類を診察前に読んでもらっている。以下の説明を文書や口頭で行っている。①FMでは治癒は1割以下。不完全型FMでは治癒は約2割。いずれも約2割の患者は症状が軽減し

ない。②副作用による転倒が原因の骨折や脊髄損傷がおこると薬を中止しても元には戻らない。③薬を飲むとごくわずかではあるが死亡の危険性が増える。④最低でも当初は1か月に1回受診しないと治療ができない。2年間通院する予定にしていたきたい。⑤喫煙を持続しても治療はするが、治療成績がかなり悪くなる。

結果

FM患者のべ105人（女性94人、男性11人、12-83歳、平均年齢 45.7 ± 15.5 歳）中69人（65.7%）が再診した。一方、CWPまたはCRP患者のべ248人（女性189人、男性59人、22-91歳、平均年齢 55.3 ± 14.8 歳）中111人（44.8%）が再診した。

カイ2乗検定によりFM患者よりCWPまたはCRP患者の方が有意に再診率が低かった（ $P < 0.0001$ ）。

考察

腰痛症のみや肩こりのみからCRPやCWPを経由してFMが発症する[1-2]。通常は10年以上経過してFMが発症する。世界ではFMの治療を行っている医師は、CWPに対しては通常FMと同じ治療を行っている[3]。医学的に説明のつかない痛みや症状を精神科の業界は身体表現性障害（身体化障害、疼痛性障害）と診断し、日本以外の慢性痛やリウマチの業界はFMやその不完全型と診断している[4]。これは医学界において許容できない混乱である。世界の慢性痛やリウマチの業界の少なくない医師は身体化障害や疼痛性障害は存在しないと考えている[5]。FMの有病率はわずかに約2%であるがCWPとCRPを合わせた有病率は少なくとも20%である[6]。私がFMやその不全型に行った様々な治療の経験や他の医療機関で行われている治療の成績に基づくと、現時点ではそれらにFMの治療を行うことが最も治療成績を高める。

FMの原因は脳の機能障害という説が定説になっている。腰痛の原因の9割前後は不明である。腰痛の原因の多くは脳の機能障害、つまり腰痛の多くはCWP/CRPそのものやそれらの不全型であるという説があり、私もそれを信じている。この説が正しければ、腰痛の治療が大きく変化する。

FM患者で再診しない理由は以下と推測している。①紹介医や患者自身が当初から診断のみを希望。②診断のみを希望する受診と重なる点はあるが、大阪以東など遠距離からの受診。この場合、裁判目的の受診の割合が多い。③禁煙できないため

受診しにくい。④副作用や治療成績などを受け入れられない。

FMの不全型であるCWP/CRPよりFMの方が再診する割合が多い理由は以下の通りと推測している。①CWP/CRPの場合には、FMではないと診断した時点で治療を希望しない患者がいるが、FMの場合にはそれは起こらない。FMでなければ治療を受けないという価値観を私は理解できないが、私の価値観を患者に押しつけることはしていない。②薬による副作用や症状がよくなる場合があることなど不都合な事実を説明している。一般論としてCWP/CRPよりFMの方が症状が重い[7]。症状が重い場合には致命的な副作用があっても治療を受ける確率が高いと推測している。

大野病院事件が示すように、適切な治療を行っても患者が死亡すれば、日本では証拠隠滅や逃亡の可能性がなくても医師は逮捕される可能性がある。私が逮捕されれば、私は経済的に破綻し家族は路頭に迷うことになる。また、多くのFMやその不完全型患者は治療の場を失ってしまう。私や家族の身を守るため、FMやその不完全型患者の治療の場を確保するため、薬の副作用のために死亡する可能性がわずかではあるが増えることを了承した人のみを治療している。医療に絶対の安全性を求める人がいることを銘記すべきである。薬の副作用により自殺寸前、殺人寸前になった中年の人がいたが[8]、治療前の説明があったため大問題にはならなかった。

抗うつ薬[9]、アセトアミノフェン[10]、非ステロイド性抗炎症薬[11]を長期使用すると悪性腫瘍の発生率が増加し、睡眠薬や抗不安薬により死亡率が増加する[12]。抗けいれん薬により自殺関連行動が2倍になるという報告もある[13]。その報告には異論もあるが、その報告はFDAの報告である。これらを全く使用せずFMの治療を行うことはほぼ不可能である。その他にも、致命的な副作用はある。医療は契約であり、説明と同意に基づいて行わなければならない。医師にも患者にも不都合な事実を両者が知った上で。治療を行うあるいは受ける必要がある。しかし、個々の薬の致命的な副作用を説明する時間はない。「薬を飲むとごくわずかではあるが死亡の危険性が増える。」という説明により、個々の薬の致命的な副作用を説明する必要はないと私は考えている。

私は、以前複合性局所疼痛症候群（complex regional pain syndrome: CRPS）の患者を多数治療していた。整形外科医の中にはCRPS患者はトラブルを起こしやすいという理由でCRPSの治療を敬遠する医師が少なくない。私の経験では、CRPSより

もFMの方がトラブルが起きやすい。一部の患者ではあるが、100人に1人以下の人がとる言動をとるFM患者がいることは事実である。明確なデータがあるわけではないが、「薬を飲むとごくわずかではあるが死亡の危険性が増える。」という説明を開始してからはトラブルが減った印象を私は持っている。

FMやその不全型の治療において、一定の医療水準を確保するためには1時間に6人までの診察が限度である。薬を変更している間は最低でも1か月に1回の受診が必要である。1時間に6人を超える診察を行うと診察が粗くなり、治療成績が悪くなると私は推測している。薬を変更している間に2か月に1回の受診しかできないことも同様である。意図したわけではないが、再診しない患者がいることが一因となり、それらや初診患者の待ち期間が原則1週間以内が守られている。

まとめ

FM患者105人中69人（65.7%）が、CWP/CRP患者248人中111人（44.8%）が再診した。

引用文献

- 1) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.
- 2) 戸田克広: 腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群ー.
<http://fibro.exblog.jp/12998832/>
- 3) Toda K: Treatment of chronic widespread pain is similar to treatment of fibromyalgia throughout the world. J Musculoskelet Pain. 18: 317-318, 2010.
- 4) 戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet, 2012,
<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>.
- 5) Merskey H: Somatization: or another God that failed. Pain. 145: 4-5, 2009.
- 6) Toda K, Harada T: Prevalence, classification, and etiology of pain in Parkinson's disease: association between Parkinson's disease and fibromyalgia or chronic widespread pain. Tohoku J Exp Med. 222: 1-5, 2010.
- 7) Toda K: Comparison of symptoms among fibromyalgia syndrome, chronic widespread pain, and an incomplete form of chronic widespread pain. J Musculoskelet Pain. 19: 52-55, 2011.
- 8) 戸田克広: 三環系抗うつ薬により弱い自殺念慮が選択的セロトニン再取り込み阻

害薬により強い自殺念慮と他殺念慮が生じた成人慢性広範痛症の1例. 最新精神医学. 16: 205-208, 2011.

- 9) Cosgrove L, Shi L, Creasey DE, Anaya-McKivergan M, Myers JA, Huybrechts KF: Antidepressants and Breast and Ovarian Cancer Risk: A Review of the Literature and Researchers' Financial Associations with Industry. PLoS One. 6: e18210, 2011.
- 10) Walter RB, Milano F, Brasky TM, White E: Long-term use of acetaminophen, aspirin, and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of hematologic malignancies: results from the prospective Vitamins and Lifestyle (VITAL) study. 1527-7755 (Electronic) 0732-183X (Linking) Journal article. 29: 2424-2431, 2011.
- 11) Cho E, Curhan G, Hankinson SE, Kantoff P, Atkins MB, Stampfer M, Choueiri TK: Prospective evaluation of analgesic use and risk of renal cell cancer. Arch Intern Med. 171: 1487-1493, 2011.
- 12) 戸田克広: 抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罣、日本医学の闇—。ブックログ, 2012, <http://p.booklog.jp/book/62140>

- 13) U.S. Food and Drug Administration : Statistical Review and Evaluation: Antiepileptic
Drugs and Suicidality 2008,

<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM192556.pdf>

著者紹介

戸田克広（とだかつひろ）

1985年新潟大学医学部医学科卒業。元整形外科医。2001年から2004年までアメリカ国立衛生研究所（National Institutes of Health: NIH）に勤務した際、線維筋痛症に出会う。帰国後、線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や原因不明の痛みの治療を専門にしている。2007年から廿日市記念病院リハビリテーション科（自称慢性痛科）勤務。『線維筋痛症がわかる本』（主婦の友社）を2010年に出版。電子書籍『抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罣、日本医学の闇—』<http://p.booklog.jp/book/62140>を2012年に出版。ブログにて線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や痛みの情報を発信している。実名でツイッターをしている。

ツイッター：@KatsuhikoTodaMD

実名でツイッターをしています。キーワードに「線維筋痛症」と入れればすぐに私のつぶやきが出てきます。痛みや抗不安薬に関する問題であれば遠慮なく質問して下さい。私ができる範囲でお答えいたします。

電子書籍：抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、精神安定剤の罣、日本医学の闇—<http://p.booklog.jp/book/62140>

日本医学の悪しき習慣である抗不安薬の使用方法に対する内部告発の書籍です。276の引用文献をつけています。2012年の時点では抗不安薬による常用量依存に関して最も詳しい日本語医学書です。医学書ですが、一般の方が理解できる内容になっています。

・戸田克広：「正しい線維筋痛症の知識」の普及を目指して!—まず知ろう診療のポイント—. CareNet 2011

<http://www.carenet.com/conference/qa/autoimmune/mt110927/index.html>

薬の優先順位など、私が行っている線維筋痛症の最新の治療方法を記載しています。

・ 戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet 2012

<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>

さらに最新の情報を記載しています。

ブログ: [腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群](http://fibro.exblog.jp/) 戸田克広 <http://fibro.exblog.jp/>

線維筋痛症を中心にした中枢性過敏症候群や抗不安薬による常用量依存などに関する最新の英語論文の翻訳や、痛みに関する私の意見を記載しています。

線維筋痛症に関する情報

戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.

医学書ではない一般書ですが、引用文献を400以上つけており、医師が読むに耐える一般書です。

電子書籍

通常の書籍のみならず電子書籍もあります。

電子書籍（アップル版、アンドロイド版、パソコン版）

<http://bukure.shufunotomo.co.jp/digital/?p=10451>

通常の書籍、電子書籍（kindle版）

http://www.amazon.co.jp/%E7%B7%9A%E7%B6%AD%E7%AD%8B%E7%97%9B%E7%97%87%E3%81%8C%E3%82%8F%E3%81%8B%E3%82%8B%E6%9C%AC-ebook/dp/B0095BMLE8/ref=tmm_kin_title_0

電子書籍（XPDF形式）

<http://books.livedoor.com/item/4801844>

線維筋痛症より不完全型線維筋痛症（慢性広範痛症、慢性局所痛症）は再診率が低い

—抗うつ薬、アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症薬、睡眠薬、抗不安薬、抗けいれん薬には不回避の致命的な副作用がある—

2013年1月2日 第1版第1刷発行

2013年1月5日 第1版第4刷発行

<http://p.booklog.jp/book/63368>

著者：戸田克広（とだかつひろ）

発行者：吉田健吾

発行所：株式会社ブックログ

〒150-8512東京都渋谷区桜丘町26-1 セルリアンタワー

<http://booklog.co.jp>

線維筋痛症より不完全型線維筋痛症（慢性広範痛症、慢性局所痛症）は再診率が低いー抗うつ薬、アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症薬、睡眠薬、抗不安薬、抗けいれん薬には不回避の致命的な副作用があるー

<http://p.booklog.jp/book/63368>

著者：戸田克広

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/katsuhitodamd/profile>

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/63368>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/63368>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパー (<http://p.booklog.jp/>)

運営会社：株式会社ブックログ