

治癒した慢性局所
痛症（線維筋痛症
の不完全型）
の1例

戸田克広

治癒した慢性局所痛症（線維筋痛症の不完全型）の1例

〒738-0060

広島県廿日市陽光台5丁目12番

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

A case of chronic regional pain (incomplete form of fibromyalgia) whose pain was completely relieved

Department of Rehabilitation, Hatukaichi Memorial Hospital

Katsuhiko TODA

Key words : Fibromyalgia, Chronic widespread pain, Chronic regional pain

要旨

慢性広範痛症（CWP）は線維筋痛症（FM）の不完全型である。CWPの診断基準を満たさない慢性局所痛症（CRP）にFMと同じ治療を行い治癒した症例を経験した。肩こりや慢性腰痛症からCRP、CWPを経由してFMが発症する。FMのみならずCWPやCRPまで含めると有病率は2割を超え、CWPやCRPにFMと同じ治療を行うとFM以上の治療成績を得ることができる。

はじめに

慢性広範痛症（chronic widespread pain: CWP）は線維筋痛症（fibromyalgia: FM）の不全型あるいは前段階と推測されている。CWPのさらに不全型あるいは前段階と推測されている慢性局所痛症（chronic regional pain: CRP）患者が治癒したので報告する。

アメリカリウマチ学会の定めたFMの分類基準[1]によると、身体5か所（左半身・右半身・腰より上・腰より下・体幹部）に3か月以上の痛みがあり、18か所の圧痛点のうち11か所以上に圧痛があればいかなる疾患が合併していてもFMと診断される。CWPには様々な診断基準があるが、分類基準に記載された身体5か所に3か月以上の痛みがあり、他の疾患で症状を説明できない場合をCWPと診断する

基準が用いられることが多い。広義のCWPはFMを含むが、狭義のCWPはFMを含まない。CWPの診断基準を満たさないが、慢性腰痛症のみや肩こりのみ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がCRPである。

症例

症例：26歳、男性。

職業：ソフトウェア開発。

X-1年11月頃肩こり、頭痛が悪化した。X年1月頃から頭痛がひどくなりA病院で頭痛薬を処方された。倦怠感が恒常化し、1日中意欲がない日が出始めた。B病院でFMと診断され投薬を受けた。2月、痛みのため意欲がわかない日が多くなり、少し体を動かしたのみで寝込むようになった。3月、痛みの範囲が広がり、就労ほぼ不能となった。4月、広島に転勤となり、当院に紹介された。

初診時所見

血液検査、四肢腱反射に著変なし。初診時圧痛点の数は11であったが、腰部の痛みは1週間前からであったためFMともCWPとも診断できず、他の疾患で症状を説明できないためCRPと診断した（図1）。

初診時ミルナシプラン（トレドミン[®]）100 mg、ロラゼパム（ワイパックス[®]）1 mg、エチゾラム（デパス[®]）4 mg、ロキソプロフェン（ロキソニン[®]）3錠、トリアゾラム（ハルシオン[®]）0.25 mg、ブロチゾラム（レンドルミン[®]）0.25 mgが処方されていた（図2）。

喫煙者ではなかったので、受動喫煙を避けるように指導した。有酸素運動とともに、痛みに対する対処（痛みを感じるほどの無理をしない、可能であれば休養をする、何事にも完璧を目指さない、楽しいことをするなど）を指導した。

図1 初診時疼痛と圧痛点

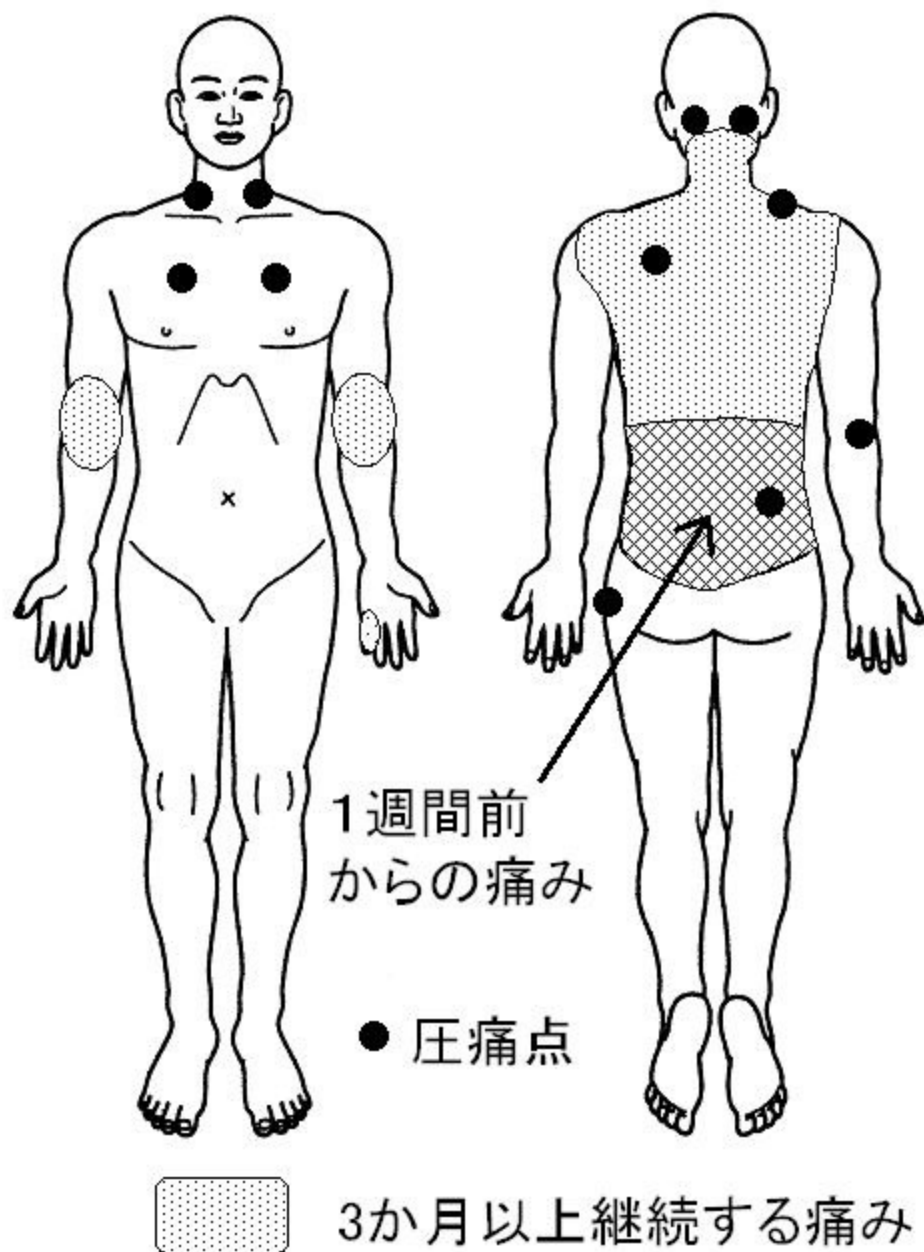
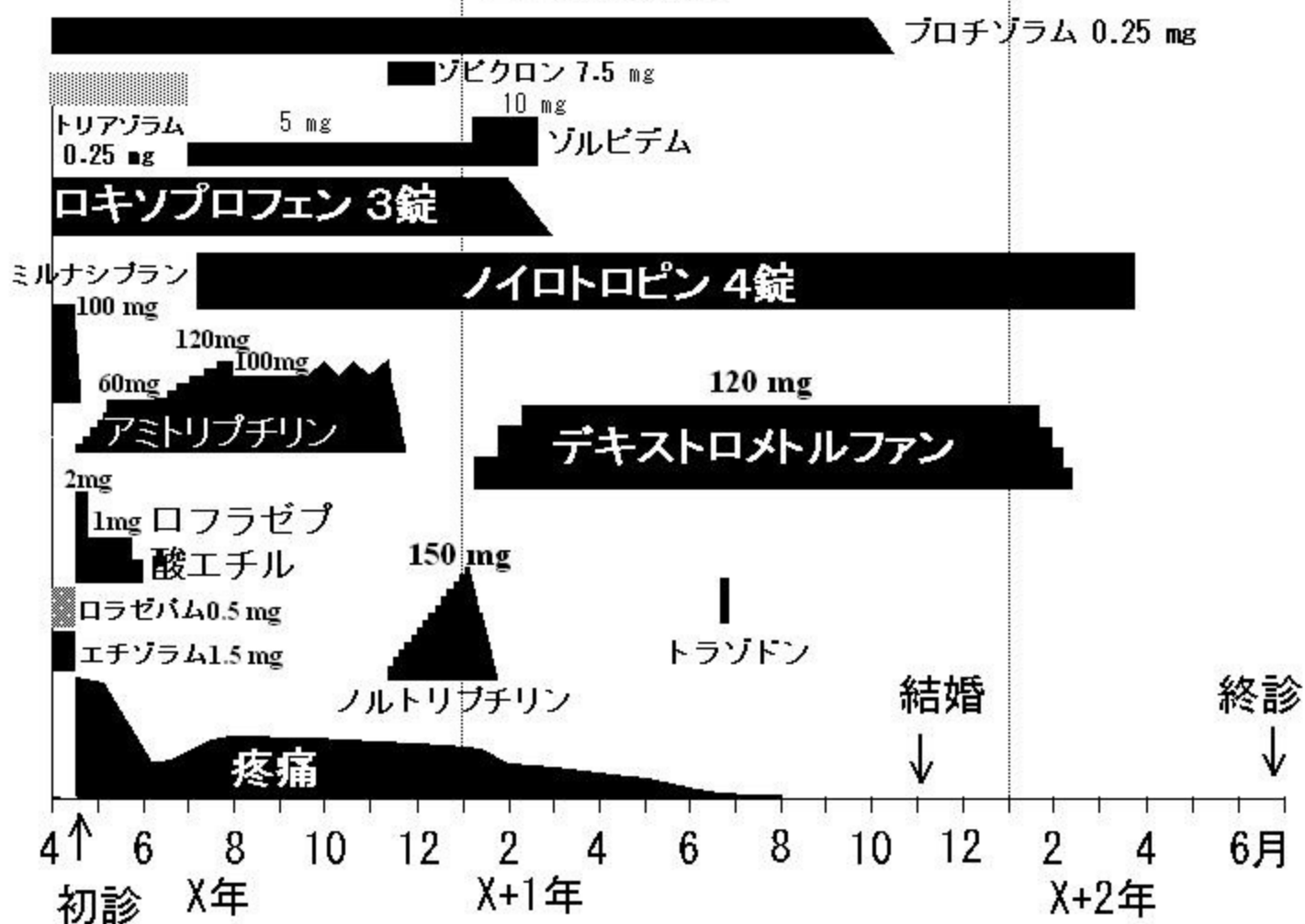


図2 治療経過



初診時の時点でミルナシプラン100 mgを既に6週間飲んでも鎮痛効果がなかったため、漸減後中止した。抗不安薬による常用量依存を危惧し、ロラゼパム、エチゾラムはロフラゼプ酸エチル（メイラックス®）2 mgに置換した。ロキソプロフェンは主に頭痛に有効であった。ロフラゼプ酸エチルを漸減後中止の予定であったが本人の判断によりやや急速に中止した。アミトリプチリン100-120 mgにより痛みは約3割になった。5月上旬から就労可能となった。痛みが軽減したため労働量が増え、一時的に痛みが強くなった。ノイトロピンにより痛みは軽度改善した。口渇のためにアミトリプチリン（トリプタノール®）をノルトリプチリン（ノリトレン®）に変更したが、上限量の150 mgを使用しても無効であった。ノイトロピンにデキストロメトルファン（メジコン®）を追加すると痛みは顕著に改善し、ロキソプロフェンを中止することができた。X+1年6月頃から痛みはほぼ消失した。11月結婚し、その頃、睡眠薬は不要になった。X+2年1月末から1か月かけてデキストロメトルファンを中止し、3月末からノイトロピンを中止した。6月の時点で痛みは全くなかったため治療を中止した。

考察

日本以外の先進国や少なくない非先進国ではFMやCWPは常識となっている。先進国においてFMの有病率は約2%[2]、FMを含むCWPの有病率は約10%[3]、CRPの有病率はCWPの有病率の1-2倍と報告されている[2, 4-5]。これらの有病率は日本における慢性疼痛の有病率は13.4%という服部らの報告[6]と矛盾する。服部らの報告には肩こりがほぼ間違いなく痛みに含まれていないことがその理由と推測している。肩こりを痛みを含んだ場合の日本人就労者における慢性疼痛の有病率は男性で47%、女性で65%と報告されている[2]。CRPはFMと臨床症状は類似しているが、一般論として、FM、CWP、CRPの順で症状が重篤である[7]。FMの原因は不明であるが、脳の何らかの機能障害が原因であるというcentral sensitization説が定説になっている[8]。CWPやCRPの原因も同様である。

男性慢性腰痛症患者の5.5%が、女性慢性腰痛症患者の34%がFMになったという平均経過期間が18年の後ろ向き研究がある[9]。肩こりや慢性腰痛症からCRP、さらにCWPを経由してFMに進展すると報告されている[4, 9] [5] [10]。勿論、逆の動きや途中で止まることもある。つまりCRP、CWP、FMは別の疾患ではなく、連続的な疾患であると推測されている。世界ではCWPに対しては一般的にFMと同じ治療が行われている[11]。CRPやCWPにFMと同じ治療を行うとFMより治療成績がよい傾向にある[12]。FMの治療は拙書『線維筋痛症がわかる本』[13]を参照していただきたい。

日本ではCWPやCRPの概念がほとんど知られていない。正式な日本語訳がなく筆者が個人的に日本語訳を行っている状態である。CWPが表題に入った日本語論文は、筆者が知る限り筆者のみが書いている。CWPやCRPという症候群が存在し、それらにはFMの治療が有効であることに気がつけば慢性疼痛の治療に革命が起こる。有病率が膨大だからである。さらに言えば、慢性腰痛症にもFMの治療は有効である。慢性腰痛症のすべてがCRPの不全型ではないが、相当数がCRPの不全型すなわちFMの不全型である。

身体化障害や疼痛性障害といった身体表現性障害と診断する大前提は精神疾患以外の疾患で症状が説明できないことである。本患者は精神疾患ではないCRPで症状が説明できたため身体表現性障害とは診断しなかった。実は、医学的に説明のつかない痛みの診断は大混乱している。筆者のようにCRP、CWP、FMと診断する一群の医師がいる。一方、身体表現性障害（身体化障害や疼痛性障害）と診断する一群

の医師がいる。同じ疾患に全く治療方法が異なる二つの診断名がつくことは大問題である。その原因は身体表現性障害という概念をアメリカ精神医学会がDSM-IV-TRで決めた際に慢性痛の専門家を入れていないことである。つまり、慢性痛の業界と精神科の業界が全く独自に医学的に説明のつかない痛みの診断を決めたことが混乱の原因である。異なる医学理論が衝突した際にはどうすればよいのであろうか。医学とは医師が信じる理論が正しいかどうかを患者を使って確かめる学問ではなく、よりよい治療成績を求める学問である。つまり、異なる医学理論が衝突した際には、治療成績が優れた医学理論が正しいのである。筆者が知る限り、身体表現性障害の治療成績は報告されていないため断定はできないが、身体表現性障害には有効な治療方法が少ないこと[14]やFMには二重盲検法で有効性が確かめられた治療方法が数多くあること[13]から、ほぼ間違いなく身体表現性障害と診断するよりCRP、CWP、FMと診断してFMの治療を行った方が治療成績がよくなると推測している。

まとめ

FMの治療により治癒したCRPの症例を報告した。FM、CWP、CRPの存在に気が付けば慢性痛の治療が革命的に変化する。

引用文献

- 1) Wolfe F et al: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33: 160-172, 1990
- 2) Toda K: The prevalence of fibromyalgia in Japanese workers. *Scand J Rheumatol* 36: 140-144, 2007
- 3) McBeth J et al: Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 21: 403-425, 2007
- 4) Forseth KO et al: A 5.5 year prospective study of self-reported musculoskeletal pain and of fibromyalgia in a female population: significance and natural history. *Clin Rheumatol* 18: 114-121, 1999
- 5) Bergman S et al: Chronic widespread pain: a three year followup of pain distribution and risk factors. *J Rheumatol* 29: 818-825, 2002
- 6) 服部政治ほか: 日本における慢性疼痛を保有する患者に関する大規

模調査. ペインクリニック 30: S3-11, 2009

- 7) Toda K: Comparison of symptoms among fibromyalgia syndrome, chronic widespread pain, and an incomplete Form of chronic widespread pain. J Musculoskelet Pain 19: 52-22, 2010
- 8) Kasper S: The psychiatrist confronted with a fibromyalgia patient. Hum Psychopharmacol 24 Suppl 1: S25-30, 2009
- 9) Lapossy E et al: The frequency of transition of chronic low back pain to fibromyalgia. Scand J Rheumatol 24: 29-33, 1995
- 10) Nicholl BI et al: Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain - results from the EPIFUND study. Pain 141: 119-126, 2009
- 11) Toda K: Treatment of chronic widespread pain is similar to treatment of fibromyalgia throughout the world. J Musculoskelet Pain 18: 317-318, 2010
- 12) 戸田克広ほか: 線維筋痛症と chronic widespread pain (CWP) ・ 不全型 CWPの治療成績の比較. 臨整外 44: 1203-1207, 2009
- 13) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本, 主婦の友社, 2010
- 14) LaFrance WC: Somatoform disorders. Semin Neurol 29: 234-246, 2009

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、抗不安薬の罠、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、精神安定剤の罠、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ー戸田克広](http://fibro.exblog.jp/) <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。

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>

治癒した慢性局所痛症（線維筋痛症の不完全型）の1例

2013年1月18日 第1版第1刷発行

<http://p.booklog.jp/book/64416>

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>

治癒した慢性局所痛症（線維筋痛症の不完全型）の1例

<http://p.booklog.jp/book/64416>

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/64416>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/64416>

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