

線維筋痛症の不全  
型である慢性広範  
痛症患者の妊娠と  
出産

戸田克広

## 線維筋痛症の不全型である慢性広範痛症患者の妊娠と出産

〒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

### 要旨

妊娠した線維筋痛症の不全型患者に対してノイロトロピンが有効であり、胎児にも影響がなかった。妊娠が経過すると線維筋痛症患者の痛みは悪化しやすく、出産後に痛みが悪化しやすい。線維筋痛症は妊娠の結果や新生児の健康状態には影響を与えないと報告されているが、線維筋痛症は子宮内胎児発育遅延の独立した危険因子であるという報告もある。不全型を含めると線維筋痛症の有病率は少なくとも20%であり、今後日本の産婦人科に線維筋痛症の概念が普及すると、妊娠、出産における線維筋痛症が問題となる。

### はじめに

線維筋痛症は世界の常識であり、アメリカでは医師のみならず一般人にも広く知られている。一方、日本では線維筋痛症を知らないあるいは線維筋痛症を認めない医師の方が多い。大変残念ながら、日本において産婦人科は最も線維筋痛症が知られていない診療科の一つである。線維筋痛症の不全型患者が妊娠したのでその結果を報告する。

### 症例

33歳、女性、初産婦。同居している夫は屋外喫煙者

既往歴および現病歴：X-4年8月頃吐き気が生じる。検査を受けるが異常はなかった。X-3年4月頃いらいら感が生じ某心療内科でジアゼパム（セルシン<sup>®</sup>）、セルトラリン（ジェイゾロフト<sup>®</sup>）を処方されるが吐き気のために中止となった。X-2年9月頃、四肢のしびれが生じ膠原病科で検査を受けるが異常がなかった。某心

療内科でクロチアゼパム（リーゼ<sup>®</sup>）、ドンペリドン（ナウゼリン<sup>®</sup>）を処方され症状が消失した。クロチアゼパム（リーゼ<sup>®</sup>）、ドンペリドン（ナウゼリン<sup>®</sup>）は継続処方したが、吐き気、腹痛は持続した。X-1年4月頃。筋肉が自然に攣縮し、顎関節を動かすとバキバキという音がした。7月に直径6cmの子宮筋腫が見つかった。9月頃、左下腹部の激痛が生じ、A病院産婦人科にて腹腔鏡下子宮筋腫核出術を受けた。術後、下腹部痛が持続し、ロキソプロフェ（ロキソニン<sup>®</sup>）を飲むがあまり効かず、座薬が少し有効であった。10月上旬突然上半身に日焼けした後に金だわしでこすられたような痛みが生じた。いくつかの医療機関を受診するが原因が判明せず。インターネットで線維筋痛症という病名を知った。10月中旬某内科で線維筋痛症ではないかと質問すると恐らくそうでしょうと言われ、ジアゼパム（セルシン<sup>®</sup>）、ドンペリドン（ナウゼリン<sup>®</sup>）、クロチアゼパム（リーゼ<sup>®</sup>）、ゾルピデム（マイスリー<sup>®</sup>）を処方された。11月上旬妊娠が判明し、内服薬を中止した。11月中旬、悪阻がひどくなるとともに痛みが軽減した。X年2月上旬悪阻が軽減するとともに痛みが悪化した。クロチアゼパム（リーゼ<sup>®</sup>）を頓用で内服した。2月14日妊娠18週でA病院産婦人科から当院を紹介された。

初診時所見：身体に広範な痛みが存在していたが、線維筋痛症の圧痛点18か所のうち3か所が陽性であったため（図1）、線維筋痛症の不完全型であるchronic widespread pain（慢性広範痛症）を疑った。間接受動喫煙を避けるため夫の禁煙を指導したが、結果的には自宅禁煙のみであり職場では喫煙を継続した。線維筋痛症あるいはその不完全型の患者全員に行っている説明（薬の副作用により死亡する危険性がごくわずかに増加するなど）に加えて、妊婦特有の説明を行った。①薬を飲まなくても胎児に先天異常が生じることがある。②線維筋痛症に対する治療が確立しているとは言えない状態であり、ましてや妊娠した線維筋痛症患者に対する治療はさらに未確立である。③妊娠と線維筋痛症に関する情報を私は持っている。しかし、私自身、出産にまで至った患者さんを経験していない。④線維筋痛症に有効な薬の中で妊婦への安全性が確立した薬はない。⑤妊婦に比較的安全な薬を使用するが、絶対の安全性は保証できない。薬を飲まなくても胎児に先天異常が生じることがあるため、薬が原因かどうかは別として胎児に先天異常が生じることがある。

抑うつ状態の指標であるSDSは61（最善20-最悪80）、痛みを示すshort-form

MPQは15（最善0-最悪45）、生活の質を示すJFIQは57.6（最善0、最悪100）であった。初診当日は治療を希望しなかった。

初診後経過（図2）：2月21日受診時、四肢の腱反射に異常はなく、肝機能、腎機能、甲状腺機能、末梢血、リウマチ因子、抗核抗体などの検査を行うと赤沈1時間値63 mm 2時間値104 mm、T-cho 250 mg/dl、TG 333mg/dl、尿糖2+以外の異常はなく、線維筋痛症と診断した。アセトアミノフェン（カロナール<sup>®</sup>）、エチゾラム（デパス<sup>®</sup>）を飲むと少し効いたとのことであったため、ノイロトロピン<sup>®</sup> 4錠/日を常用で飲み、アセトアミノフェン（カロナール<sup>®</sup>）300 mgを頓用で飲むように処方した。3月7日受診時痛みは軽度軽減した。イコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）を漸増処方した。痛みは軽度軽減したがイコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）追加による追加効果とは思えなかったため、4月18日イコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）を漸減中止するとともにデキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）を処方した。イコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）を中止しても痛みは悪化しなかった。ノイロトロピン<sup>®</sup>の鎮痛効果を確認するために4月25日からノイロトロピン<sup>®</sup>を中止すると痛みが悪化したため4月29日から再開した。ノイロトロピン<sup>®</sup>のみで痛みが軽減するため、患者自身の判断でデキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）を中止したが痛みは悪化しなかった。5月23日最終受診時ノイロトロピン<sup>®</sup> 4錠/日を内服中であり、主観的な痛みは初診時の55%程度であった。SDSは51、short-form MPQは8、生活の質を示すJFIQは49.9であった。圧痛点は2か所で陽性であり、痛みの範囲は両上肢前面に限定されていた（図3）。7月4日著変なく男児を出産した。X+1年6月の時点で男児には著変がない。痛みは再び悪化し、近くの医療機関で治療を受けている。

図 1 初診時の所見

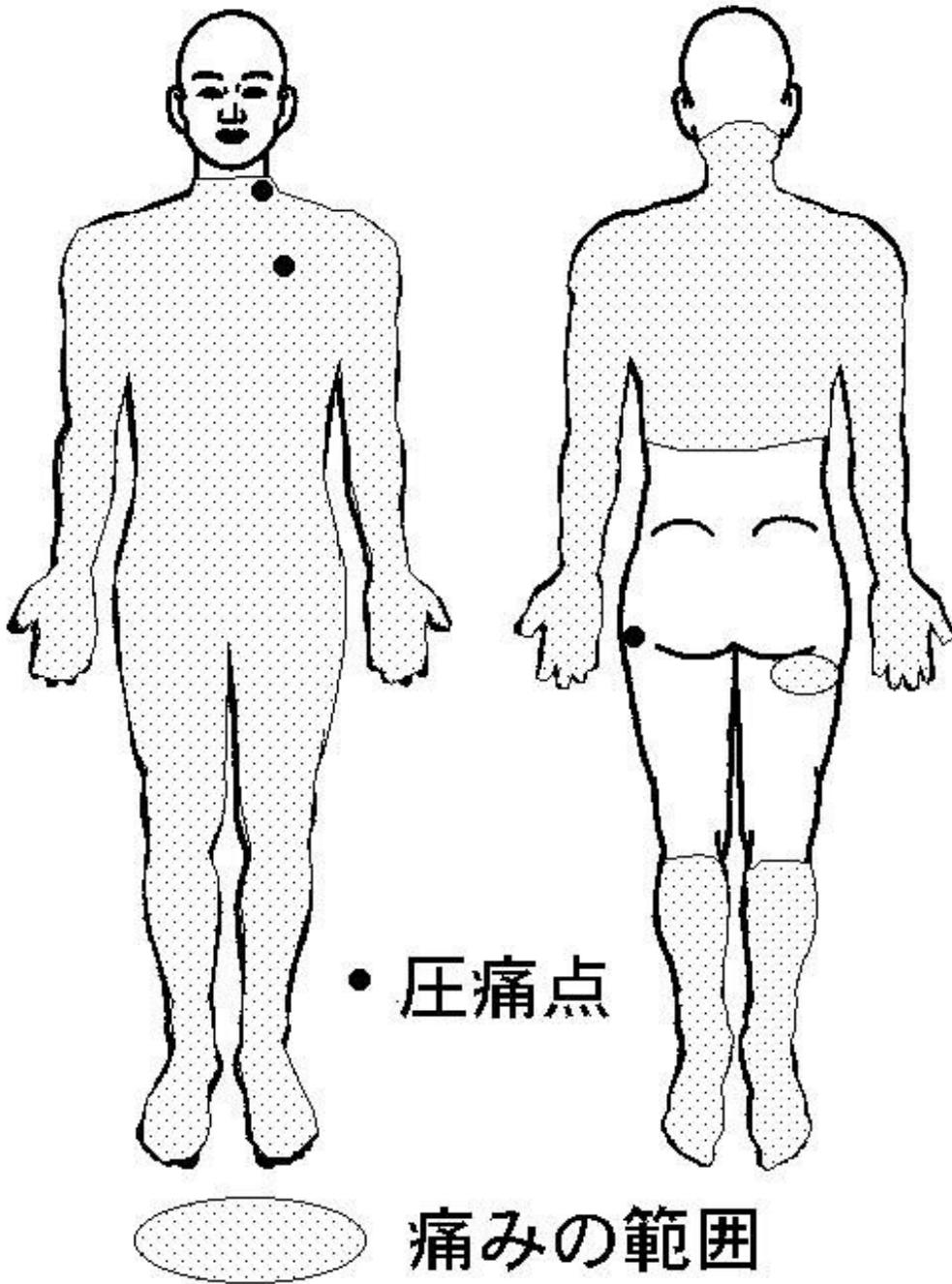


図2 初診後の経過

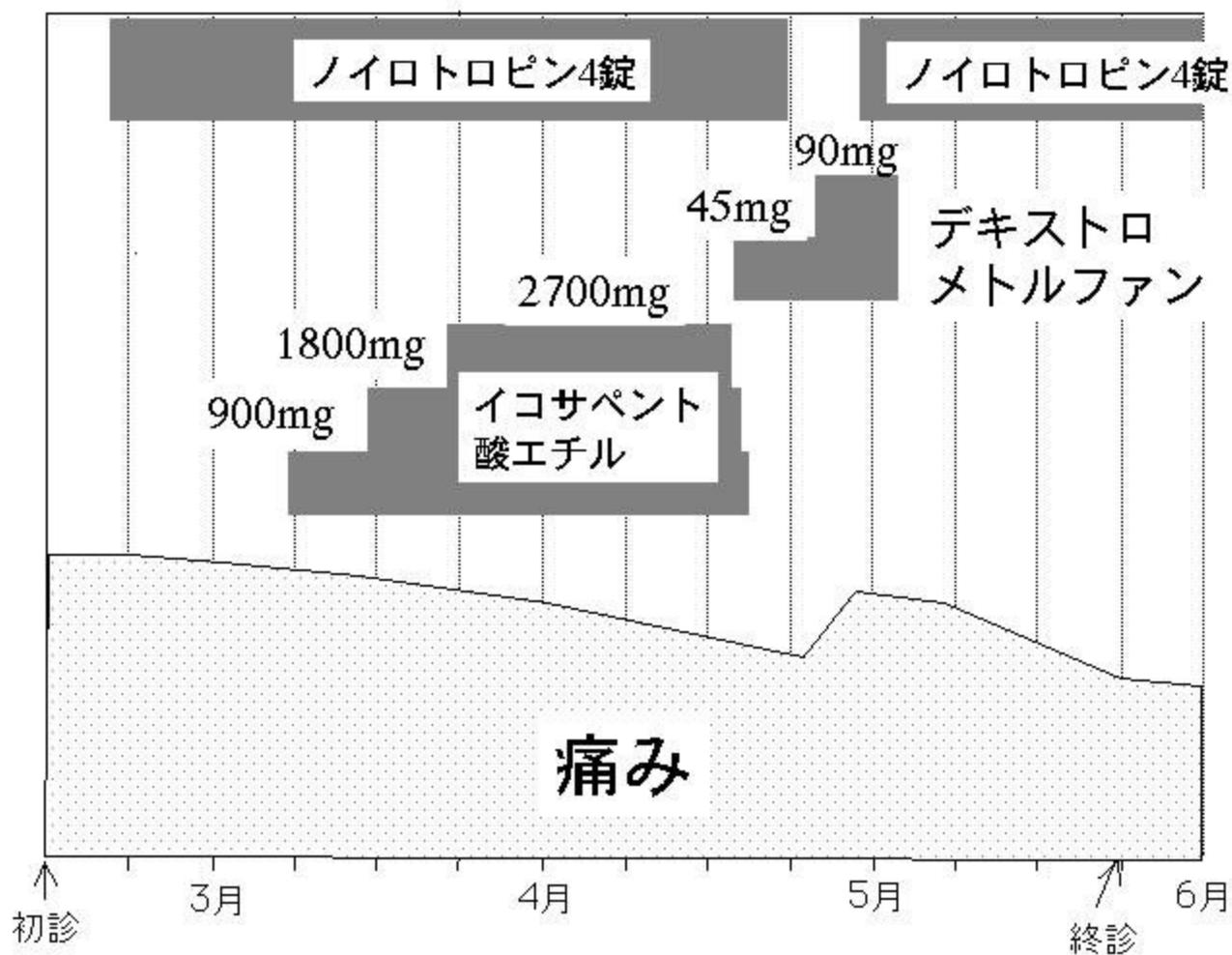
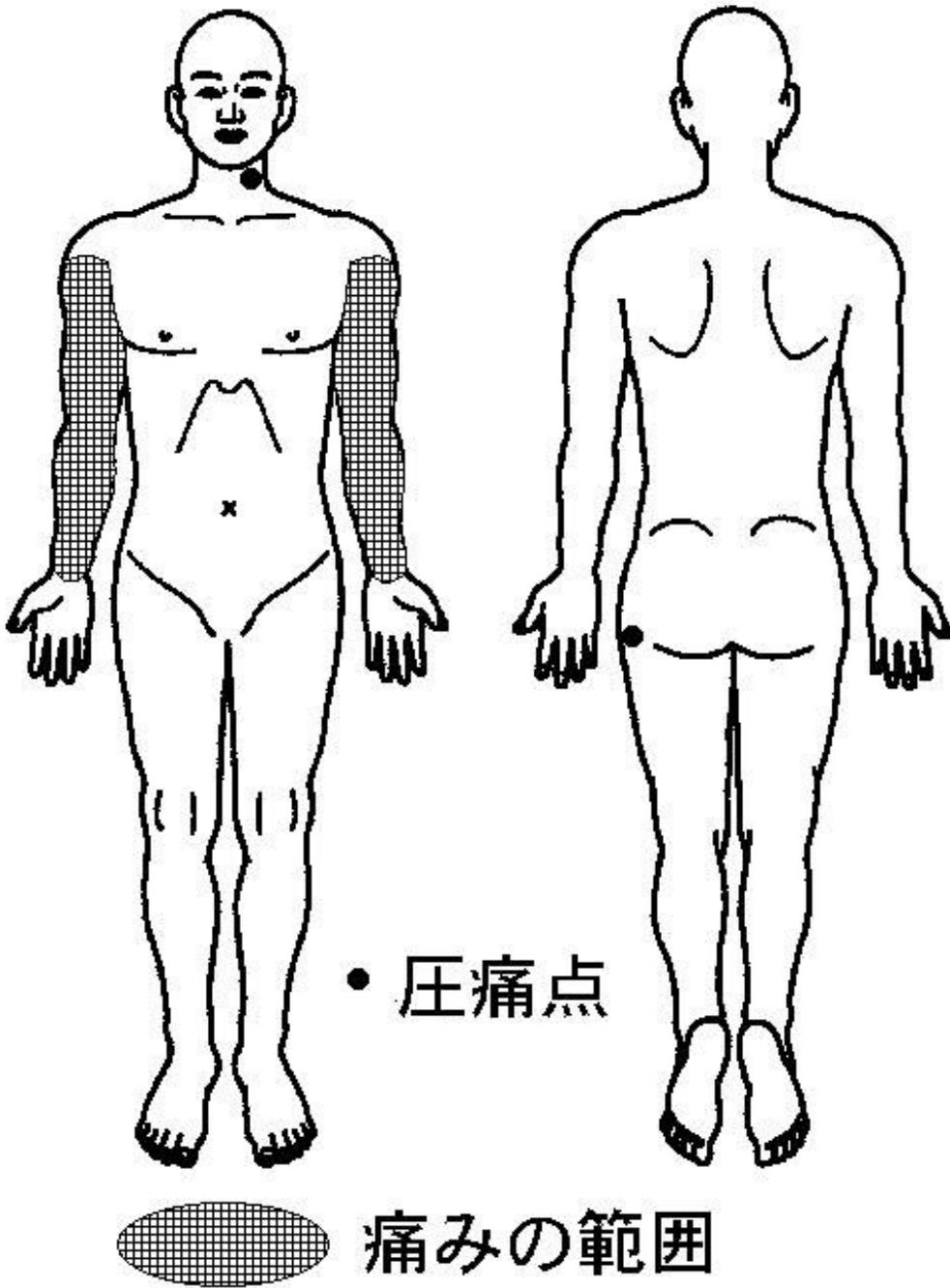


図3 終診時の所見



### 考察

医学的に説明の付かない痛みや症状を精神科領域は身体表現性障害と診断し、日本以外の痛み・リウマチの業界は線維筋痛症やその不全型と診断する異常事態が起きている[1]。それを心因性疼痛と診断する医師もいる。身体表現性障害や心因性疼痛と診断すると患者を精神的に痛めつけるのみならず、有効な治療が少ないことから治療成績がほぼ間違いなく悪くなる[1]。異なる医学理論が衝突した場合には、治療成績がよい理論、この場合には線維筋痛症やその不全型と診断することが望ましい[1]。線維筋痛症は中枢性過敏症候群の代表疾患であり、医学的に説明の付かない痛みや症状の大部分は中枢性過敏症候群で説明可能である[2]。

2010年に新しい線維筋痛症の診断基準が報告されたが、1990年の分類基準も使用可能である[3]。診断に時間がかからないことと、鑑別診断が不要なため私は1990年の基準を使用している。具体的には身体5か所に3か月以上痛みがあり、18か所の圧痛点を約4 kgの力で押さえて11か所以上で患者が痛いと言え、他にいかなる疾患が合併していても自動的に線維筋痛症と診断される[1]。余談になるが、「圧痛点を約4 kg/cm<sup>2</sup>の力で押さえる。」や「圧痛点を約4 kg/cm<sup>2</sup>の圧力で押さえる。」という記述を時々見かけるが、1990年の分類基準は「圧痛点を約4 kgの力で押さえる。」ことになっている。「kg/cm<sup>2</sup>」は圧力の単位であるため、約4 kg/cm<sup>2</sup>の力で押さえることは不可能である。

身体5か所に3か月以上痛みがあるが、圧痛点数が10以下の場合が狭義の慢性広範痛症である[1]。通常他の疾患で症状が説明できる場合には慢性広範痛症とは診断されない。現時点では慢性広範痛症には正式の日本語訳がなく、私が個人的に慢性広範痛症と翻訳して使用している状態である。

線維筋痛症の有病率は約2%であり、線維筋痛症と狭義の慢性広範痛症をあわせた有病率は約10%であり、慢性広範痛症のさらに不完全型の有病率は少なくとも10%である[1]。つまり、不完全型を含めると線維筋痛症の有病率は少なくとも20%であり、これらの人々に線維筋痛症の治療が有効なのである[1]。

私が知る限り、本例が線維筋痛症あるいはその不全型である慢性広範痛症患者が妊娠、出産した日本で初めての報告である。しかし、産婦人科医であれば、このような患者はありふれていることは容易にわかるはずである。日本の産婦人科には

線維筋痛症の概念がほとんど普及していなかったため、単に痛みの強い妊婦として適切な治療は行われてこなかった。そのため、問題はほとんど起こらなかった。皮肉なことであるが、線維筋痛症やその不全型の概念が認められると、問題が生じる。神経障害性疼痛の代表的な治療である線維筋痛症の治療を行えば、線維筋痛症やその不全型の患者の痛みが軽減する確率が高くなる。しかし、妊婦では治療、特に薬物治療が制限される。当然のことであるが非薬物治療が通常以上に重要視される[4]。本人の禁煙は当然であるが、間接受動喫煙も避けるために夫の禁煙の指導、可能な範囲での有酸素運動や筋力増強運動、人工甘味料アスパルテーム[5]や味の素[5]を避けることを指導している。認知行動療法は論文上は有効なのであるが、具体的に何をすればよいのかがわからないため、私は病気の説明や、痛みに対処する一般的な説明（あまり無理をしないなど）を行っているのみである。私は線維筋痛症に有効な薬11種類を優先的に使用しているが、妊婦にはノイロトロピン<sup>®</sup>、デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）、イコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）、メコバラミン（メチコバル<sup>®</sup>）と葉酸（フォリアミン<sup>®</sup>）の併用を優先的に使用している。ただし、これらの薬には妊婦に安全であるという明確な根拠はない場合もある。例えば、ノイロトロピンには胎児に安全であるという科学的根拠は全くない。一般的に副作用が少ない点などから胎児にも安全であろうと推測しているのみである。各医師の個人的な責任の下に治療していただきたい。治療に関して医師と患者の間で十分に話し合う必要がある。本例では、結果的にはノイロトロピンが有効であった。妊婦に対しては可能な限り痛みをなくすよりも、比較安全な薬を使用して何とか我慢できる程度の痛みをすることを目標にしている。ただし、母体の痛みは胎児への侵襲になるため、やや危険な薬を使用してでも痛みを軽減した方がよい可能性は否定できない。

線維筋痛症の概念が日本に広まったことにより、妊娠を希望する線維筋痛症患者が増えている。抗うつ薬や抗痙攣薬などの有効な薬物が増えたことにより、線維筋痛症の治療成績はこの10年でかなりよくなっている。抗うつ薬や抗痙攣薬など胎児にある程度の危険性のある薬を使用せざるを得ない患者が妊娠を希望した場合にどうすればよいのかに関しては、私自身が決めかねている状態である。妊娠可能な患者に対しては、妊娠の希望がない場合には避妊を確実に行うこと、妊娠を希望する場合には前もって医師に相談することを説明している。

妊娠と線維筋痛症の関連に関する報告は少ない。妊娠が線維筋痛症に与える影

響としては、妊娠が経過すると痛みの強い患者の割合が増えることや、出産後は痛みが悪化しやすいことが報告されている[6]。逆に、線維筋痛症が妊娠に与える影響として、線維筋痛症は妊娠の結果や新生児の健康状態には影響を与えないとOstensenらは報告している[6]。線維筋痛症は子宮内胎児発育遅延の独立した危険因子であるが、線維筋痛症患者では早期産が少なく、線維筋痛症はアプガースコアなどの分娩結果には影響しないとZioniらは報告している[7]。

産婦人科が治療する機会が多い、自律神経失調症、更年期障害、月経困難症、外陰部痛、慢性骨盤痛にも線維筋痛症の治療が有効である[3]。詳細は拙書[3]を参照していただきたい。不全型を含めると患者数が膨大であるため、痛みの専門家へ紹介するのではなく産婦人科医自らが治療していただきたい。

おわりに

線維筋痛症の不全型患者に対してノイロトロピン<sup>®</sup>が有効であり、胎児にも影響がなかった。今後日本の産婦人科に線維筋痛症の概念が普及すると、妊娠、出産における線維筋痛症が問題となる。

文献

- 1) 戸田克広: 同一症状、同一患者が診療科により全く異なる診断、治療が行われている異常事態. ブクログ, 東京, <http://p.booklog.jp/book/67945> 2013.
- 2) 戸田克広: 中枢性過敏症候群. 産科と婦人科 **80**: 2013 (採用決定).
- 3) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.
- 4) Marcus DA, Deodhar A.: Fibromyalgia and pregnancy. In Fibromyalgia; a Practical Clinical Guide. pp215-235, Springer, New York, 2010.
- 5) 日本線維筋痛症学会: 線維筋痛症診療ガイドライン2013. 日本医事新報社, 東京, 2013.
- 6) Ostensen M, Rugelsjoen A, Wigters SH: The effect of reproductive events and alterations of sex hormone levels on the symptoms of fibromyalgia. Scand J Rheumatol **26**: 355-360, 1997.
- 7) Zioni T, Buskila D, Aricha-Tamir B et al.: Pregnancy outcome in patients with fibromyalgia syndrome. J Matern Fetal Neonatal Med **24**: 1325-1328, 2011.

## 著者紹介

---

### 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。線維筋痛症における薬の優先順位を記載しています。

英語の電子書籍です。

Physicians in the chronic pain field should participate in nosology and diagnostic criteria of medically unexplained pain in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-6

[http://www.amazon.com/participate-unexplained-Statistical-Disorders-6-ebook/dp/B00BH2QJG4/ref=sr\\_1\\_2?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-2&keywords=katsuhiro+Toda](http://www.amazon.com/participate-unexplained-Statistical-Disorders-6-ebook/dp/B00BH2QJG4/ref=sr_1_2?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-2&keywords=katsuhiro+Toda)

医学的に説明のつかない痛みを精神科医は身体表現性障害と診断し、痛みの専門家は線維筋痛症あるいはその不完全型と診断しています。治療成績は後者の方がよいと推測されます。2013年に精神科領域の世界標準の診断基準であるDSM-5が運用予定です。次のDSM-6では医学的に説明のつかない痛みに対する分類や診断基準を決める際には痛みの専門家を加えるべきです。

Focus on chronic regional pain and chronic widespread pain\_Unification of disease names of chronic regional pain, chronic widespread pain, and fibromyalgia\_

[http://www.amazon.com/regional-widespread-pain\\_Unification-fibromyalgia\\_-ebook/dp/B00BH0GK7O/ref=sr\\_1\\_1?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-1&keywords=katsuhiro+Toda](http://www.amazon.com/regional-widespread-pain_Unification-fibromyalgia_-ebook/dp/B00BH0GK7O/ref=sr_1_1?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-1&keywords=katsuhiro+Toda)

線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症や慢性局所痛症と線維筋痛症を区別する臨床的意義はありません。

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。

## 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](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>

線維筋痛症の不全型である慢性広範痛症患者の妊娠と出産

2013年3月30日 第1版第2刷発行

<http://p.booklog.jp/book/68899>

著者：戸田克広

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>

線維筋痛症の不全型である慢性広範痛症患者の妊娠と出産

<http://p.booklog.jp/book/68899>

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/68899>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/68899>

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