

脊椎手術では痛みが改善しなかったが線維筋痛症の治療により痛みが著明に軽減した線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症患者

戸田克広

脊椎手術では痛みが改善しなかったが線維筋痛症の治療により痛みが著明に軽減した線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症患者

738-0060 廿日市市陽光台5-12

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

## 背景

線維筋痛症やその不完全型は広範な痛みを引き起こし、脊椎疾患と間違われやすい。脊椎手術では痛みが改善しなかったが、線維筋痛症の治療により痛みが著明に軽減した線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症患者を報告する。

## 症例

52歳、女性。元事務職（夫自営の事務、初診の2年前から就労不能）

X-13年頃から肩こりが生じた。

X-3年3月腰痛生じる。目が見えにくくなりA病院でブドウ膜炎と診断された。ステロイド注射で回復した。

X-2年3月頸、頭、背部、右上肢に痛みが生じた。

X-2年3月B整形外科でMRIを行い、頸椎椎間板ヘルニアと診断されるが、手術適用なし判断された。

X年8月C病院で頸性筋神経症と診断されるが、初診のみであった。

X年2月痛みのため、自動車の運転が不能になった。

X年3月D病院麻酔科で硬膜外持続チュービングを受けた。硬膜外ブロックをしている時のみ有効であり、チューブを抜くと鎮痛効果はなくなった。

X年7月E医院にてC2/3経皮的レーザー椎間板減圧術を自費で受ける。腰の突っ張りは楽になり、右手指屈曲および伸展が容易になる。しかし、腰痛と下肢痛は悪化した。

X年8月インターネットにより線維筋痛症を疑った。F整形外科を受診し、ノイロトロピン4錠を処方された。

X年8月初診

## 初診時所見

腱反射はやや亢進していたが左右対称であった。身体5か所に3か月以上の痛みがあったが、圧痛点の数は3、対照点の数は0であった。1990年にアメリカリウマチ学会が定めた線維筋痛症の診断基準[1]を満たさず、線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症と診断した。気分の落ち込みが強かった。Visual analog scale (VAS: 経験した最大の痛みを100とする) は18、global-VAS (寝たきりで何もできない状態を100とする。具合の悪さを示す。) は68、face scale (最高の笑顔が1であり、号泣顔が20である。20段階の顔の表情から患者さん自身に自分の表情に該当する顔を選んでもらう。) [2]は16、抑うつを自己評定する尺度であるself-rating depression scale (SDS: 20項目の質問を4段階に自己評定する。最良が20であり最悪が80) は58、日本語版fibromyalgia impact questionnaire (JFIQ) (FM患者の生活の質を示す指標。最悪が100であり、最良が0である) [3]は61.9、痛みを自己評価する尺度であるshort-form McGill pain questionnaire (MPQ: 感覚的な痛みおよび感情的な痛みに関する質問である。最悪は45であり、最良は0である) [4]は13であった。

初診時: 複数の医療機関からアルプラゾラム (ソラナックス<sup>®</sup>) (0.4) 3錠、ノイロトロピン<sup>®</sup>4錠、ゾルピデム (マイスリー<sup>®</sup>) (10)、ジクロフェナクナトリウム (ボルタレン<sup>®</sup>) 座薬 (頓用) が処方されていた。ノイロトロピン<sup>®</sup>4錠、ゾルピデム (マイスリー<sup>®</sup>) (10) 1錠はそのまま処方した。気分の落ち込みに対してセルトラリン (ジェイゾロフト<sup>®</sup>) を処方した。アルプラゾラム (ソラナックス<sup>®</sup>) の長期使用は常用量依存や忌まわしい副作用を引き起こすため[5]、当初はアルプラゾラム (ソラナックス<sup>®</sup>) をロフラゼブ酸エチル (メイラックス<sup>®</sup>) に徐々に置換する予定でメイラックスを処方した。

X年9月受診時、本人の判断でアルプラゾラム (ソラナックス<sup>®</sup>) を完全に中止してロフラゼブ酸エチル (メイラックス<sup>®</sup>) 2錠MAで内服していた。痛みは軽減し、意欲がでてきた。ロフラゼブ酸エチル (メイラックス<sup>®</sup>) を漸減し、セルトラリン (ジェイゾロフト<sup>®</sup>) を漸増した。

X年10月受診時、痛みはさらに軽減していた。会話に集中できなかつたが、会話

に集中できるようになっていた。音楽が大好きであったがこの2年間は聞く気にならなかった。しかし、音楽を聞く気になった。鎮痛目的でラフチジン（ストガー<sup>®</sup>）を追加した。

X年11月受診時、ラフチジン（ストガー<sup>®</sup>）は無効であった。過去1か月でメイラックス1/2錠を1回内服したのみであった。初診時の40%の痛み。夜湿布を20枚張っていたが、1/3の量になった。デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）（15）を漸増処方した。

X年12月受診時、痛みが軽減したため外出したら1週間痛かった。初診時の30%の痛みになった。圧痛点4、対照点0、VAS25、g-VAS21、face scale6、SDS38、JFIQ40.6、MPQ13であった。

X+1年1月受診時、痛みはさらに軽減した。12月中旬から料理が可能になったとのことであった。自己判断でノイトロピン<sup>®</sup>2錠/日を飲んでいたので、ノイトロピン<sup>®</sup>4錠/日を飲むように指示した。

X+1年2月受診時、ノイトロピン<sup>®</sup>4錠/日に増量すると痛みは軽減した。現状の痛みで満足であるとのことであった。

X+1年4月受診時、デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）8錠を6錠に減量した。

X+1年5月受診時、就寝前両下肢がむずむずしていた。下肢を動かすとそのむずむずは軽減するため、むずむず脚症候群と判断しペルゴリド（ペルマックス<sup>®</sup>）を処方した。ジェイゾロフトの副作用によるむずむず脚症候群の可能性も考慮し、副作用でペルゴリド（ペルマックス<sup>®</sup>）を飲めない時にはセルトラリン（ジェイゾロフト<sup>®</sup>）を減らしてもよいと指示した。デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）6錠を4錠に減量した。

X+1年6月受診時、ペルゴリド（ペルマックス<sup>®</sup>）（50）を1錠飲んで嘔吐したため、その後は内服しなかった。セルトラリン（ジェイゾロフト<sup>®</sup>）を3錠に減量するとむずむず感が軽快した。1週間前からセルトラリン（ジェイゾロフト<sup>®</sup>）を2錠に減量するとさらにむずむずは軽減した。気分は落ち着いていた。ノイトロピンの中止を指示した。

X+1年7月受診時、ノイトロピン<sup>®</sup>を中止しても痛みは不変であった。

X+1年8月受診時、ノイトロピン<sup>®</sup>を飲んだ方が痛みが軽減するためノイトロピン<sup>®</sup> 4錠を飲んでいて、自動車を1年ぶりに運転していた。

X+1年9月受診時、下肢のこわばりが強く正座ができなかった。イコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）を漸増処方した。

X+1年10月シャンプー台に後ろ向きになることが怖かったが、それができるようになった。

X+1年10月受診時、こわばりが軽減した。

X+1年11月受診時、食欲が増えていた。セルトラリン（ジェイゾロフト<sup>®</sup>）を1錠に減量した。

2010年12月受診時、痛みは初診時の4%であった。パソコン入力が可能になった。セルトラリン（ジェイゾロフト<sup>®</sup>）を中止した。圧痛点4、対照点1、VAS 5、g-VAS 0、face scale 3、SDS 39、JFIQ 14.6、JFIQの改訂版であるFIQR（最善が0、最悪が100）11、MPQ 1であった。

X+2年1月受診時、前回よりも動きやすくなっていた。風邪を引くといつも痛いところが痛だるくなるが、風邪が治るとそれもなくなっていた。

X+2年2月受診時、前回よりも痛みが軽減した。

X+2年3月受診時、夕食の支度をしていて、歯の治療を受けることが怖かったが、それができるようになった。

X+2年5月受診時、動きがよくなっていた。

X+2年6月受診時、車の運転が時々可能になっていた。

X+2年7月受診時、ガーデニングをしていた。

X+2年8月受診時、デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）を1日1錠ずつ減量した。

X+2年9月受診時、デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）を漸減後中止したが痛みは不変であった。イコサペント酸エチル（エパデール<sup>®</sup>）1日1包ずつ減量した。

X+2年10月受診時、初診時の20%の痛みであった。圧痛点4、対照点0、VAS 24、g-VAS 0、face scale 8、SDS 30、JFIQ 19.9、FIQR 27.3、MPQ 1であった。

X+2年12月受診時、痛みがないため、12月16日からノイロトロピン<sup>®</sup>を中止した。つまり、全ての薬を中止した。

X+3年3月受診時、痛みがなかった。初診時の0%の痛みであった。スーパーマーケットの階段を1段1足であがることができた。治療終了を宣言した。圧痛点1、対照点0、VAS 11、g-VAS 7、face scale 8、SDS 28、JFIQ 11.8、FIQR 10、MPQ 1であった。

X+4年3月に電話インタビューをした。痛みは落ち着いていた。1年前と同程度の痛みであった。三度の食事を作っていた。車を時々運転していた。足を捻挫すると3時間くらい痛い、デキストロメトルファン（メジコン<sup>®</sup>）が有効であった。時々事務をしていた。

## 考察

線維筋痛症という疾患がある。身体の広範囲に説明のできない痛みや諸症状が生じる疾患である。先進国における線維筋痛症の有病率は約2%である[6]。1990年にアメリカリウマチ学会が定めた線維筋痛症の分類基準（診断基準）によると身体5か所（右半身・左半身・腰を含まない上半身・腰を含む下半身・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線維筋痛症と診断される[1]。通常、身体5か所に3か月以上の痛みがあるが、圧痛点が10以下であり他の疾患で症状を説明できない場合が慢性広範痛症である。本患者は慢性広範痛症である。線維筋痛症を含む慢性広範痛症の有病率は5-18%と報告されており、平均的には10%以上と推測されている[7-16]。さらに言えば、慢性広範痛症の基準を満たさないが、通常の腰痛症や肩こりよりも痛みの範囲が広く、他の疾患で症状を説明できない場合が慢性局所痛症である。慢性局所痛症の有病率は慢性広範痛症と線維筋痛症をあわせた有病率の1-2倍である[6, 17-19]。慢性広範痛症も慢性局所痛症も線維筋痛症の不完全型と推測されている[20] [21-22]。つまり、不完全型まで含めると線維筋痛症の有病率は少なくとも20%である。

実は、医学的に説明のできない痛みや諸症状を精神科は身体表現性障害と診断し、身体表現性障害の治療を行っている。一方、日本以外の先進国の痛みを治療する診療科では線維筋痛症あるいはその不完全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症と診断し、線維筋痛症の治療を行っている。同一の症状、同一の患者さんに対して、

異なる診療科が異なる診断、異なる治療を行っている[23]。これは医学界に許容されない混乱を引き起こしている[23]。

日本では線維筋痛症が医学界に認知されているとは言い難い。日本では線維筋痛症やその不全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症は整形外科が診察することが多い。しかし、大変残念ながら日本の様々な診療科の中で整形外科は最も線維筋痛症を認めていない診療科の一つである。私は様々な診療科の学術集会に線維筋痛症の演題を出しているが、日本整形外科学会学術集会で線維筋痛症の演題を出すと、「そんなインチキな疾患は存在しない。」という趣旨の批判を数多く浴びせられてきた。「線維筋痛症を認めると、整形外科医はいらなくなってしまう。」という趣旨の発言をする整形外科医もいるようである。本患者は医師に「運動不足」や「ドクターショッピングやめなさい」と言われ、「病院に行くことが怖い。」と発言していた。整形外科の中でも、特に脊椎を専門にする医師は線維筋痛症を認めない割合が多いように感じている。

線維筋痛症やその不全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症は脊椎疾患と間違われやすい。画像上の脊髄や馬尾の圧迫が偶然存在すると、たとえそれが痛みやしびれなどの症状の原因でない場合でも、症状の原因と見なされて手術が行われることがある。今回の患者ではそれが起こったと推測している。腰椎の場合には特に注意が必要である50歳を過ぎると、全く無症状でもしばしば馬尾は画像上圧迫されている。しかも、圧迫の根拠としてMRIのT2強調画像がしばしば用いられる。T2強調画像は神経の圧迫が実際の圧迫より大きめに描出される。そのため、神経の圧迫を描出する際、T2強調画像を用いることは不適切である。神経の圧迫を描出する際にはT1強調画像を用いることが適切である。T2強調画像は椎間板の変性を描出する目的で使用することが適切である。

Multiple operated backの原因の全てが線維筋痛症やその不全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症を脊椎疾患と誤って手術したことであると言うつもりはない。しかし、その一因は線維筋痛症やその不全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症を脊椎疾患と誤って手術したことであると私は推測している。患者さんの幸福のために世界の医学界の常識である線維筋痛症を認めることが必要であると私は考えている。日本の脊椎外科の権威と言われる医師の多くは線維筋痛症を認めていないあるいは過小評価している。線維筋痛症を誤って手術した場合、医事紛争が起きる可能性があるとは私は危惧している。世界の常識の線維筋痛症を認めて、広範な痛み

を訴える患者の診断をする場合には常に念頭に置く必要がある。不完全型も含めれば線維筋痛症の有病率は少なくとも20%であり、真の椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症よりも有病率が高い。真の椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症と線維筋痛症あるいはその不完全型の合併も当然あり得る。

脊椎外科医が線維筋痛症を認めると診療が複雑になる。痛みやしびれを訴える患者を診察した場合、常に線維筋痛症やその不全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症を疑う必要がある。たとえMRIなどの画像上神経が圧迫されていても、それがすぐに症状の原因にはならない。画像上の異常が臨床症状の原因である場合にのみ、手術が適用になる。それをわずらわしいと感じることは妥当ではない。当たり前のことなのである。

脊椎の手術を行っても症状が軽減しない場合には二つの可能性がある。診断が正しくない場合と、診断は正しいが手術手技が適切ではない場合である。本患者が手術を受けた医療機関は膨大な経皮的レーザー椎間板減圧術の症例数を誇っているため、手術手技が適切ではないということは考えにくい。痛みの原因は画像上の脊髄の圧迫ではなかったと推測している。

余談になるが、脊椎手術の治療効果の一部はプラセボ効果、あるいは暗示効果である。脊椎の専門家から昔話を私は聞いた。その医師が若い頃、頸椎の手術の助手になったが、現在の自分の力量で判断すると、その手術では神経の圧迫は解除されていないが、術後に痛みやしびれは軽減したとのことであった。昔、頸の手術を受けることは大変なことであり、患者の感謝の気持ちが痛みやしびれを軽減させたのであろうとその医師は推測していた。

本例は線維筋痛症の治療を行うことにより痛みは著明に軽減した。しかし、線維筋痛症あるいはその不完全型に対して脊椎手術を複数回行ったmultiple operated backやmultiple operated neckの患者の治療には難渋している。脊椎外科に従事する医師は線維筋痛症を認めていただき、multiple operated backやmultiple operated neckの頻度を減らしていただきたい。

線維筋痛症やその不完全型と診断して痛みの治療を行っている場合、線維筋痛症とは全く異なる疾患を合併している場合や実は線維筋痛症とは全く異なる疾患である場合がある。全ての疾患を完璧に診断することは不可能である。私自身、誤った診断や治療をしたこともある。自分自身への戒めを忘れず、自分の専門としない領域の疾患を見つける注意が必要である。

## 引用文献

- 1) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CR, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP: 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) Lorish CD, Maisiak R: The Face Scale: a brief, nonverbal method for assessing patient mood. *Arthritis Rheum.* 29: 906-909, 1986.
- 3) Toda K: 日本語版Fibromyalgia impact questionnaire (試案) . *広島医学.* 59: 49-52, 2006.
- 4) 横田直正, 井上秀也, 東航, 清水直史: 慢性疼痛に対する選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) の有効性の検討—short form McGill Pain Questionnaire を用いて. *整形外科.* 56: 32-36 in Japanese, 2005.
- 5) Toda K: Efficacy of Epadel (comprising not less than 98% eicosapentaenoic acid ethyl ester) for fibromyalgia. 2012,
- 6) Toda K: The prevalence of fibromyalgia in Japanese workers. *Scand J Rheumatol.* 36: 140-144, 2007.
- 7) Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A: The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol.* 20: 710-713, 1993.
- 8) Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM, Benjamin S, McBeth J, Papageorgiou AC, Silman AJ: Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on healthcare seeking behavior. *J Rheumatol.* 26: 413-419, 1999.
- 9) Benjamin S, Morris S, McBeth J, Macfarlane GJ, Silman AJ: The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 43: 561-567, 2000.
- 10) Macfarlane GJ, McBeth J, Silman AJ: Widespread body pain and mortality: prospective population based study. *Bmj.* 323: 662-665, 2001.
- 11) McBeth J, Jones K: Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 21: 403-425, 2007.

- 12) Jones GT, Power C, Macfarlane GJ: Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain*. 143: 92-96, 2009.
- 13) McBeth J, Nicholl BI, Cordingley L, Davies KA, Macfarlane GJ: Chronic widespread pain predicts physical inactivity: Results from the prospective EPIFUND study. *Eur J Pain*. 14: 972-979, 2010.
- 14) Macfarlane TV, McBeth J, Jones GT, Nicholl B, Macfarlane GJ: Whether the weather influences pain? Results from the EpiFunD study in North West England. *Rheumatology (Oxford)*. 49: 1513-1520, 2010.
- 15) Barsante Santos AM, Burti JS, Lopes JB, Scazufca M, Pasqual Marques A, Pereira RM: Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in Sao Paulo, Brazil. *Maturitas*. 67: 251-255, 2010.
- 16) Tajar A, O'Neill TW, Lee DM, O'Connor DB, Corona G, Finn JD, Bartfai G, Boonen S, Casanueva FF, Forti G, Giwercman A, Han TS, Huhtaniemi IT, Kula K, Lean ME, Pendleton N, Punab M, Purandare N, Silman AJ, Vanderschueren D, Wu FC, McBeth J: The Effect of Musculoskeletal Pain on Sexual Function in Middle-aged and Elderly European Men: Results from the European Male Ageing Study. *J Rheumatol*. 38: 370-377, 2010.
- 17) Forseth KO, Forre O, Gran JT: 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.
- 18) Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT: Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol*. 28: 1369-1377, 2001.
- 19) Bergman S, Herrstrom P, Jacobsson LT, Petersson IF: Chronic widespread pain: a three year followup of pain distribution and risk factors. *J Rheumatol*. 29: 818-825, 2002.
- 20) Staud R: Chronic widespread pain and fibromyalgia: two sides of the same coin? *Curr Rheumatol Rep*. 11: 433-436, 2009.
- 21) Hauser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenwolf M, Henningsen P: Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 106: 383-391, 2009.
- 22) 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.

23) 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, 2013, <http://p.booklog.jp/book/67945>

## 著者

---

### 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。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>

脊椎手術では痛みが改善しなかったが線維筋痛症の治療により痛みが著明に軽減した線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症患者

2013年3月30日 第1版第1刷発行

<http://p.booklog.jp/book/69007>

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>

脊椎手術では痛みが改善しなかったが線維筋痛症の治療により痛みが著明に軽減した線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症患者

<http://p.booklog.jp/book/69007>

著者：戸田克広

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

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/69007>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/69007>

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