

交通事故後線維筋痛症
において脳脊髄液漏出
症（脳脊髄液減少症）
を合併すると治療成績
が悪くなる

戸田克広

交通事故後線維筋痛症において脳脊髄液漏出症（脳脊髄液減少症）を合併すると治療成績が悪くなる

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

抄録

交通事故後に線維筋痛症が発症した患者において、脳脊髄液漏出症を合併した患者7人（女5人、男2人）においては不変・悪化が3人（42.9%）、有効が4人(57.1%)であった。脳脊髄液漏出症を合併しない患者9人（女6人、男3人）においては不変4人(44.4%)、有効2人(22.2%)、著効が1人(11.1%)、治癒が2人（22.2%）であった。患者数が少ないこともあり、Fisherの直接確率法による治癒の割合、著効以上の割合、有効の割合に有意差はないが、脳脊髄液漏出症合併の線維筋痛症患者の方が治療成績が悪い傾向であった。

はじめに

線維筋痛症に脳脊髄液漏出症が合併すると治療成績が悪くなると推測されているが具体的なデータは存在しない。その推測が正しいのかどうかを検証した。

方法

線維筋痛症に脳脊髄液漏出症を合併した患者は全員交通事故後に両疾患が発症している。交通事故後には加害者や加害者側の保険会社との交渉、医師の偏見などにより精神的ストレスが増す。そのため、線維筋痛症に脳脊髄液漏出症を合併した患者の治療成績を交通事故が関係しない線維筋痛症患者の治療成績と比較したのでは、脳脊髄液漏出症が合併した要素と、交通事故後発症という要素の二つの要素が治療成績に影響を与える可能性がある。そのため、交通事故後に線維筋痛症を発症した患者の中で脳脊髄液漏出症を合併した患者と脳脊髄液漏出症を合併しない患者の治療成績を比較した。

2004年4月から2007年3月まで広島県立身体障害者リハビリテーションセンターを受診したか2007年4月から2012年8月までに廿日市記念病院を受診した線維筋痛症患者のうち、交通事故後に線維筋痛症が発症し3か月以上治療を行った患者を対象にした。初診時の痛みを100として2012年8月時点での痛みがその何%であるかを指標として治療成績を調べ、脳脊髄液漏出症の有無により治療成績を比べた。

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[1]を満たす患者を線維筋痛症と診断した。脳脊髄液漏出症の診断基準は各医療機関の診断基準に従った。

薬物治療を終了しても痛みが再発しない場合を治癒とみなした。痛みが初診時の30%以下であるが薬物治療を継続したか、薬物治療を中止したが痛みが4か月以上再発しないことを確認できない場合を著効と見なした。痛みが初診時の31-90%になった場合を有効、痛みが初診時の91%以上になった場合を不変・悪化と見なした。脱落例はカルテを調べ、どの治療成績に該当するかを私が判断した。

カイ2乗検定あるいはFisherの直接確率法で治癒の割合、著効以上の割合、有効以上の割合に有意差があるかどうかを調べた。危険率が5%未満を有意差ありとみなした。

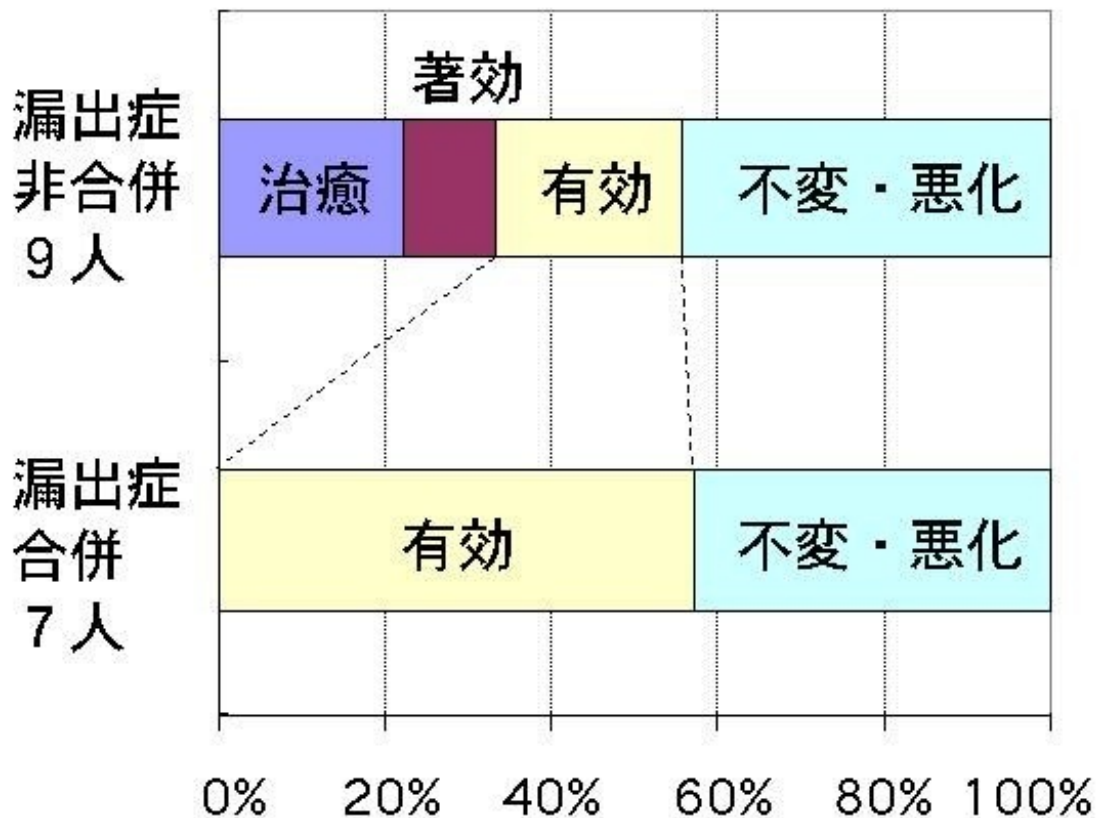
結果

27歳から56歳（平均 37.4 ± 9.9 歳）までの脳脊髄液漏出症を合併した患者7人（女5人、男2人）においては不変・悪化が3人（42.9%）、有効が4人（57.1%）であった。（図1）

22歳から64歳（平均 43.3 ± 10.9 歳）までの脳脊髄液漏出症を合併しない患者9人（女6人、男3人）においては不変・悪化4人（44.4%）、有効2人（22.2%）、著効が1人（11.1%）、治癒が2人（22.2%）であった。

患者数が少ないこともあり、Fisherの直接確率法による治癒の割合、著効以上の割合、有効の割合に有意差はないが、脳脊髄液漏出症合併の線維筋痛症患者の方が治療成績が悪い傾向であった。

図1.脳脊髄液漏出症合併、
非合併例の治療成績の差



考察

脳脊髄液漏出症は以前は脳脊髄液減少症と呼ばれていた。しかし、脳槽シンチグラフィなどの画像検査で得られる異常は脳脊髄液の漏出であって脳脊髄液の減少ではない。そのため、病名が脳脊髄液減少症から脳脊髄液漏出症に変更になった。

治療成績を出す際の最大の問題点は脱落例の取り扱いである。症状が軽快したため患者の判断で通院を中止する場合もあるが、それはまれである。通常、通常治療成績が悪いために患者が自主的に通院を中止するのである。そのため、脱落例を除外すると治療成績は外見上は向上する。治療前にどのように詳細にデータを取っても、脱落例では通院中止時のデータが通常はない。そのため、私は本研究のよう

な評価を行っている。おおざっぱな評価法であるが、脱落例も評価できる長所がある。「初診時の痛みを100とすると現在の痛みは初診時の何%ですか。」という質問は簡単ではあるが、かなり正確な評価方法であると私は考えている。痛みとは痛みの程度、痛みの範囲、痛みの持続時間の積である。これに痛みの質が関与する。VASなどで調べられている痛みの強さを調べたのでは痛みの範囲や痛みの持続時間を調べることはできない。通常、痛みの程度、痛みの範囲、痛みの持続時間は連動しているが、それが連動しない場合もある。線維筋痛症などの慢性痛の患者の外来では、実は「前回受診時の痛みを100とすると本日の痛みは何%ですか。」あるいは「前回受診時の前1か月間の痛みを100とすると本日から前の1か月間の痛みは何%ですか。」という質問に対する答えを最も信用している。患者はその質問に対する答えを考える際、無意識に痛みの程度、痛みの範囲、痛みの持続時間の積を計算し、それに痛みの質を関与させていると私は考えている。VASの比較よりもその質問に対する答えを信用している。その質問による痛みの評価は時間も費用もかからないことも長所である。

私は線維筋痛症やその不完全型である慢性広範痛症や慢性局所痛症を中心とした中枢性過敏症候群を専門にしており[2]、脳脊髄液漏出症は専門ではない。私個人の経験では線維筋痛症に脳脊髄液漏出症が合併していると臨床症状が強い上に治療成績が悪い。線維筋痛症の治療を行っている他の医師も私と同様の意見を持っているらしく、脳脊髄液漏出症を合併した線維筋痛症は治療成績が悪いため治療を行わない医師もいる。私は「薬物治療により死亡する危険性がごくわずかに増える。」、「症状がよくなることは全く約束できない。」、「当初は1か月に1回受診しないと治療はできない。」などの厳しい説明を行い、結果的には少なくない患者が治療を希望しない状況になっている[3]。それでも治療を希望する患者は全員治療している。

本研究における治療成績の評価方法は初診時の痛みを100とする相対評価である。交通事故後の線維筋痛症において、脳脊髄液漏出症を合併すると症状がやや重篤になると報告されている[4]。そのため、本研究の結果は脳脊髄液漏出症を合併した患者の治療成績はやや悪いという結論ではなく、症状がやや重篤な群では相対的な治療成績はやや悪いというだけのことかもしれない。臨床の現場で私が感じている通りの、脳脊髄液漏出症を合併した線維筋痛症患者では症状がやや重篤であり、治療成績もやや悪いと言えるのかもしれない。勿論、本研究の患者数は少な

いため、断定的なことを言うことはできない。

交通事故後に発症した医学的に説明のつかない症状の原因は線維筋痛症、脳脊髄液漏出症、軽度外傷性脳損傷、高次脳機能障害などである。脳脊髄液漏出症に対してはブラッドパッチを行うが、症状が残存してもそれ以上の治療はない。線維筋痛症に対しては線維筋痛症の治療を行うのみである。そのため、線維筋痛症に脳脊髄液漏出症が合併していても、現時点では特別な治療方法は存在しない。交通事故後に医学的に説明のつかない症状を訴える患者は疾病利得を疑われ、適切な治療を受けられないどころか、治療を拒否されたり、医師や保険会社から精神的に痛めつけられることが多い。少なくとも線維筋痛症や脳脊髄液漏出症という疾患が存在し、完璧ではないが治療方法が存在することを銘記すべきである。広範な痛みが存在すれば線維筋痛症またはその不全型の慢性広範痛症や慢性局所痛症を疑い、頭痛や頸部痛、めまい、吐き気などの症状が臥位より座位や立位で悪化すれば脳脊髄液漏出症を合併した患者を疑うべきである。医師は医学理論よりも、よりよい治療成績を出すことのできる治療方法を優先すべきである。

交通事故後に線維筋痛症が発症した患者において脳脊髄液漏出症を合併していれば、有意差はないが治療成績はやや悪いようである。脳脊髄液漏出症の治療を行っている医師の個人的な話しによると、脳脊髄液漏出症に線維筋痛症が合併している場合にはブラッドパッチの治療成績は線維筋痛症が合併していない患者の治療成績よりも悪い様である。脳脊髄液漏出症に線維筋痛症が合併するとブラッドパッチにより症状が悪化する割合が増えるという話しも聞く。私が知る限り、現時点ではその話には明確な根拠はないが、事実である可能性は否定しない。たとえそれが事実であったとしても、脳脊髄液漏出症に線維筋痛症が合併した場合にはブラッドパッチを行っていただきたい。

引用論文

- 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) 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死的な副作用があるー. ブクログ, 2013, <http://p.booklog.jp/book/63368/read>

4) 戸田克広: 交通事故後線維筋痛症における脳脊髄液漏出症（脳脊髄液減少症）合併例と脳脊髄液漏出症非合併例の症状の比較. ブクログ, 2013, <http://p.booklog.jp/book/69061/read>

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

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

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

電子書籍（XPDF形式）

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

交通事故後線維筋痛症において脳脊髄液漏出症（脳脊髄液減少症）を合併すると治療成績が悪くなる

2013年3月31日 第1版第1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>

-

-

交通事故後線維筋痛症において脳脊髄液漏出症（脳脊髄液減少症）を合併すると治療成績が悪くなる

<http://p.booklog.jp/book/69062>

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/69062>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/69062>

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