

2007年4月から2013年6  
月までの線維筋痛症お  
よびその不完全型（慢  
性広範痛症/慢性局所痛  
症）の治療成績の比較

戸田克広

## 2007年4月から2013年6月までの線維筋痛症およびその不完全型（慢性広範痛症/慢性局所痛症）の治療成績の比較

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

### まとめ

2007年4月から2013年2月18日までに廿日市記念病院を初診し、6月30日の時点で3か月以上治療を行った線維筋痛症（FM）やその不完全型である慢性広範痛症（CWP）や慢性局所痛症（CRP）患者の治療成績を調べた。初診時の何%の痛みであるのかを口頭で調べた。脱落例はカルテから筆者が判断した。FMの不完全型であるCWP患者またはCRP患者は96人（女性75人）であり年齢は14—81歳（平均 $53.4 \pm 16.0$ 歳）であった。治療期間は3.5-60か月（ $18.0 \pm 13.1$ か月）であった。治癒12人（12.5%）、30%以下（著効）28人（29.2%）、31-50% 14人（14.6%）、51-70% 8人（8.3%）、71-90% 8人（8.3%）、90%以上（不変・悪化）26人（27.1%）であった。FM患者は43人（女性38人）であり年齢は16—80歳（平均 $43.3 \pm 13.5$ 歳）であった。治療期間は3-73.5か月（ $27.4 \pm 21.3$ か月）であった。治癒2人（4.7%）、30%以下（著効）14人（32.6%）、31-50% 7人（16.3%）、51-70% 4人（9.3%）、71-90% 5人（11.6%）、90%以上（不変・悪化）11人（25.6%）であった。有意差はないがCWPやCRPの方が治療成績がよい傾向であった。

### はじめに

線維筋痛症（fibromyalgia: FM）の診断基準を満たさない患者にFMと同じ治療を行えばFM以上の治療成績を得られると推測されている。それが正しいかどうかを確かめた。

### 方法

1990年にアメリカリウマチ学会が定めた分類基準を満たす患者をFMと診断した[1]。具体的には身体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か月以上痛みがあり、18か所の圧痛点を約4 kgの力で押して11か所以上に圧痛があれば、他にいかなる疾患が合併していても自動的にFMと診断される。それに記載された身体5か所に3か月以上痛みがあるがFMの基準を満たさず、他の疾患で症状

を説明できない患者を慢性広範痛症（chronic widespread pain: CWP）と診断した[2]。CWPの基準を満たさないが、肩こりのみや腰痛症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患者を慢性局所痛症（chronic regional pain: CRP）と診断した[2]。初診時にCWPまたはCRPであったが途中でFMの基準を満たした場合でもCWPまたはCRPとみなした。すべての患者に同じ治療を行った。

2007年4月から2013年2月18日までに廿日市記念病院を初診し、6月30日の時点で3か月以上治療を行ったFMやその不完全型であるCWPやCRP患者の治療成績を調べた。治療が中断した場合には治療期間を合計した。筆者が2004年4月から2007年3月まで勤務していた広島県立身体障害者リハビリテーションセンターで3か月以上治療を行った患者は除外した。2013年4月1日から6月30日の間に再診時に3か月以上治療していれば自動的に本研究に含めた。患者には前もって治療成績評価日を知らせていない。痛みが軽くなったために引っ越しの手伝いなどの無理をした場合、受診時に痛みが強くなる場合がある。その場合には無理をしたために生じた痛みも含めて評価した。

他の疾患とFMあるいはその不完全型を合併した患者を治療しFMあるいはその不完全型による痛みが軽減したが、他の疾患による痛みが軽減しない場合、痛みの原因にかかわらず初診時の痛みの何%になったかを尋ねた。つまり一時的に無理をしたために生じた痛みや、合併疾患による痛みも全て含めて評価した。

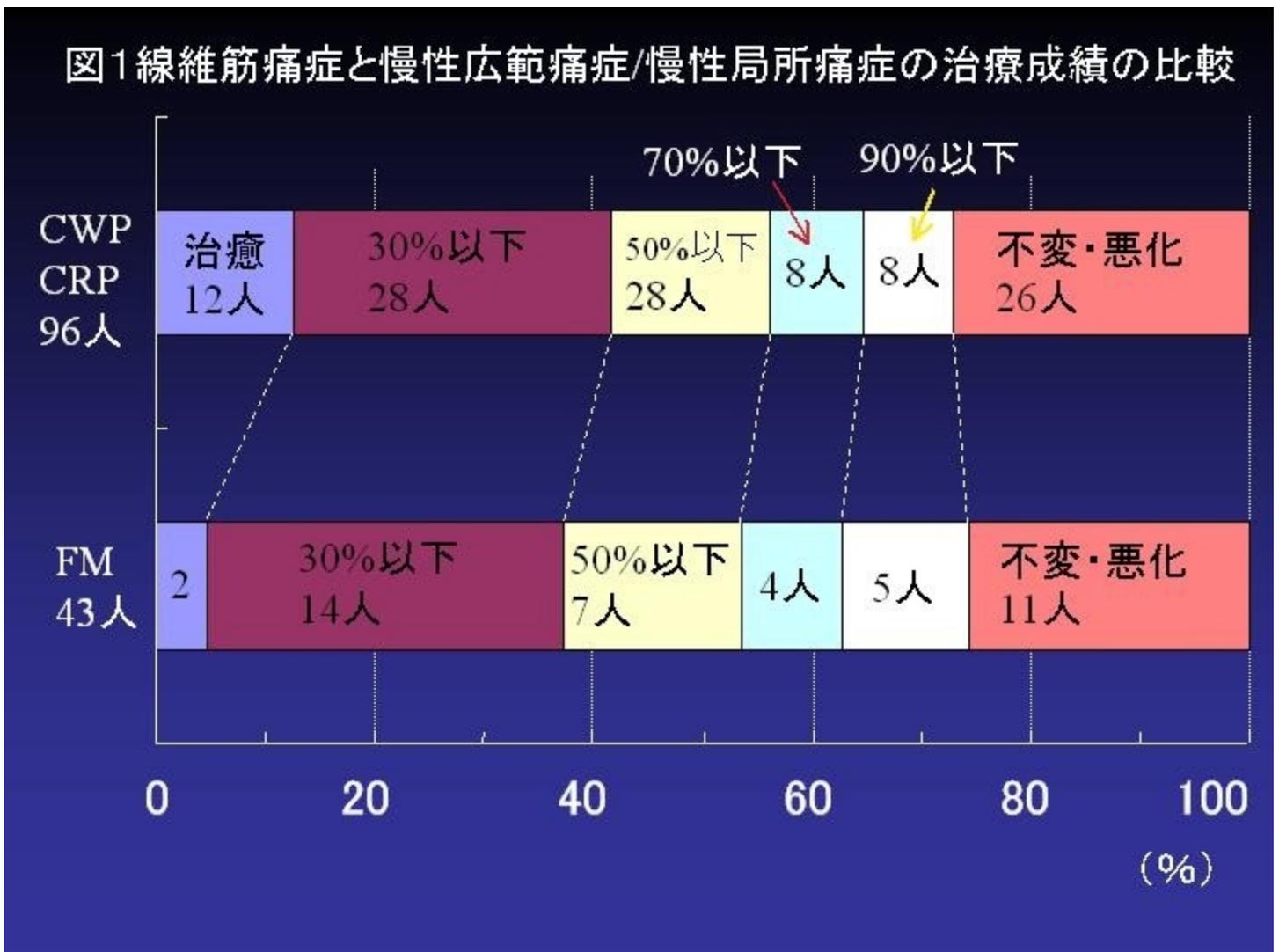
筆者が治療したが薬物治療は約2か月のみ行い、主にスーパーライザーによる両側星状神経節近傍照射による治療を行ったFM患者は除外した。ちなみにこの患者は照射により痛みは6割程度になるが、鎮痛効果は3日程度しか持続せず、何度照射しても一時的な鎮痛効果しか得られなかった。脳脊髄液減少症合併患者においてブラッドパッチを行ったFM患者は除外しなかった。しかし1人の脊髄液減少症を合併したFM患者はブラッドパッチ、前斜角筋ブロック、に加えて胸郭出口症候群の手術を受け痛みは初診時の20%になり薬物治療が不要になった。この患者ではブラッドパッチを受ける直前までの治療成績（不変）を治療成績とした。

2007年4月から6月の間に3か月以上治療した患者が再診すると、初診時の痛みを100として現時点の痛みは初診時の何%であるかを尋ねた。脱落例の治療成績はカルテにより筆者が判断した。

薬物治療を終了しても2013年6月末の時点で痛みが4か月以上再発しないことが確認できた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、痛みが初診時の30%以下となり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31-50%になった患者、痛みが初診時の51-70%になった患者、痛みが初診時の71-90%になった患者、痛みが初診時

の91%以上になった患者の割合を調べた。

治癒の割合、著効以上（痛みが初診時の30%以下になった）の割合、初診時の50%以下の痛み（50%以上の痛みの改善）、初診時の70%以下の痛み（30%以上の痛みの改善）になった割合、および有効以上（痛みが初診時の90%以下になった）の割合にFM患者群、CWP/CRP患者群で有意差があるかどうかを調べた。カイ2乗検定あるいはFisherの直接確率法により両群に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（図1）

FMの不完全型であるCWP患者またはCRP患者は96人（女性75人、男性21人）であり年齢は14—81歳（平均53.4±16.0歳）であった。治療期間は3.5-60か月（18.0±13.1か月）であった。治癒12人（12.5%）、30%以下（著効）28人（29.2%）、31-50% 14人（14.6%）、51-70% 8人（8.3%）、71-90% 8人（8.3%）、90%以上（不変・悪化）26人（27.1%）であった。1人は痛みが30%以下になり薬を中止しても痛みが悪

化しなかったが2013年6月末の時点では4か月未満しか薬を中断していないため著効とみなした。

FM患者は43人（女性38人、男性5人）であり年齢は16—80歳（平均 $43.3 \pm 13.5$ 歳）であった。治療期間は3-73.5か月（ $27.4 \pm 21.3$ か月）であった。治癒2人（4.7%）、30%以下（著効）14人（32.6%）、31-50% 7人（16.3%）、51-70% 4人（9.3%）、71-90% 5人（11.6%）、90%以上（不変・悪化）11人（25.6%）であった。

治癒の割合（ $P=0.2256$ ）、著効以上（痛みが初診時の30%以下になった）の割合（ $P=0.6204$ ）、初診時の50%以下の痛み（50%以上の痛みの改善）になった割合（ $P=0.7621$ ）、初診時の70%以下の痛み（30%以上の痛みの改善）になった割合（ $P=0.8387$ ）、および有効以上（痛みが初診時の90%以下になった）の割合（ $P=0.8531$ ）にはいずれも有意差はなかった。

有意差はないものの治癒の割合、著効以上（痛みが初診時の30%以下になった）の割合、痛みが50%以下（50%以上の改善）になった割合、痛みが70%以下（30%以上の改善）になった割合はCWP/CRPの方が多かったが、90%以下（10%以上の改善）になった割合はFMの方が多かった。

## 考察

通常は肩こりや腰痛からCRPやCWPを経由してFMが発症する[2]。通常は無痛状態から10年以上かかってFMが発症する。一般論として臨床症状はCRPよりCWPが重症でFMはさらに重症である[3]。FMの有病率はわずかに約2%であるが[4]、FMを含むCWPの有病率は約10%、CRPの有病率はCWPの有病率の1-2倍である[5]。世界においてFMの治療を行っている医療機関の多くはCWPに対してはFMと同じ治療を行っている[6]。本研究においてCRPやCWPにFMと同じ治療を行えば、有意差はないもののFM以上の治療成績を得ることができた。つまり人口の少なくとも20%に対してFMの治療が有効なのである。一般論としてCRPよりCWPの方が臨床症状が強く、FMの方が新に臨床症状が強い[3]。CRPやCWPにFMと同じ治療を行えば、有意差はないもののFM以上の治療成績を得ることができる。つまりFMになる前にFMと同じ治療を行えば治療成績がよく、治癒する可能性が高い。FMにまで進展することを防ぐことができるかもしれない。CRP、CWP、FMにおいては早期発見、早期治療が重要である。

筆者は2004年4月からFMの治療を開始した。その頃は有効な薬物が少なく今回のような治療成績がでるようになるとは思ってもよらなかった。2007年時点での治療成績と比べるとかなり治療成績が改善されている。筆者はFMとその不完全型のCRPやCWPに対しては全く同じ治療を行っている。しかし、本研究を通じて全く同一の治療を行って

いるのではない。有効な薬が新たに販売されたり、有効な薬を新たに知るたびに治療方法を変更している。特に2010年春以降はプレガバリンなどの多くの薬が新たに加わった。そのため、2010年春以降に受診した患者はさらに治療成績が向上していると推測している。そのため、2013年時点での治療成績は本研究の治療成績よりも優れていると推測している。2013年時点での治療方法は拙書[7]を参照していただきたい。

FMにおいてもCWPやCRPにおいても約25%の患者の痛みは軽減していない。治療期間が短いために十分な薬物治療を行っていない患者や、治療成績が悪いことに嫌気がさして通院を中止した患者もいる。一方、2年以上薬物治療を行っても痛みが改善しない患者もいる。その場合でも患者が受診する限り治療を行うべきであり、「治療方法がない。」と宣言して治療を中止することは望ましくない。2つ、3つの薬の組み合わせまで考えれば実に多くの薬物治療が存在するため、治療を諦めてはならない。当然ではあるが、薬物治療以外の治療方法も考慮すべきである。長期間治療を行っても痛みが軽減しない患者がいることは事実であるため、治療前にその由を十分に説明することは必須である。

筆者は禁煙、有酸素運動などの非薬物治療も行っているが、主に薬物治療により治療を行っている。薬物治療は対症療法であり根治療法ではないと考えられることがあるが、それは正しくない。薬物治療は対症療法であるとともに根治療法でもある。本研究では、FMの場合には4.7%がCWPやCRPの場合には12.5%が治癒している。薬を4か月以上中止しても痛みが再発しないことを確認した場合と治癒と定義している。中には2年以上経過しても痛みが再発しないことを確認できた患者もいる。慢性痛においては治癒を目指さないという理論があるが、それは適切ではないと考えている。全員ではないが治癒する患者もいるのである。FM、CWP、CRPにおいては治癒を目指して治療をすべきである。勿論全員が治癒するわけではないため、全員において治癒を目指すべきでない。FM、CWP、CRPにおいては40%前後の患者において主観的な痛みが30%以下になる。その患者では薬を飲んでいれば痛みがない患者と同程度の生活を送ることができる。勿論主観的な痛みが改善しない患者においても生活の質を高めることを目指すことが望ましい。

## 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) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.

3) 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.

4) Toda K: The prevalence of fibromyalgia in Japanese workers. Scand J Rheumatol. 36: 140-144, 2007.

5) 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.

6) Toda K: Treatment of chronic widespread pain is similar to treatment of fibromyalgia throughout the world. J Musculoskelet Pain. 18: 317-318, 2010.

7) 戸田克広: 線維筋痛症の診断と2013年4月時点での治療方法—線維筋痛症の治療は変形性関節症にも有効—. ブクログ, 2013, <http://p.booklog.jp/book/74033>

### 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。

2010年に『線維筋痛症がわかる本』を書いて約3年になります。すでに絶版になりましたが、電子書籍は購入可能です。新しい薬物の発売などがあり修正が必要です。現在、一般人が理解可能な医学書を書いている最中です。本書籍がその中核になります。線維筋痛症のみならずその周辺疾患や抗うつ薬などの英語論文を徹底的に読み、そこで得た知識を実践した経験を基にした書籍です。線維筋痛症の治療はほとんどすべての慢性痛に有効です。医学書を出版していただける出版社があれば声をかけていただければ幸いです。

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—中枢性過敏症候群—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](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>

2007年4月から2013年6月までの線維筋痛症およびその不完全型（慢性広範痛症/慢性局所痛症）の治療成績の比較

2013年9月20日 第1版第1刷発行

<http://p.booklog.jp/book/75704>

著者：戸田克広

発行者：吉田健吾

発行所：株式会社ブクログ

〒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>

2007年4月から2013年6月までの線維筋痛症およびその不完全型（慢性広範痛症/慢性局所痛症）の治療成績の比較

<http://p.booklog.jp/book/75704>

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/75704>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/75704>

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