

2011年9月29日から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

2011年9月29日から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

## 要約

3か月以上治療した線維筋痛症（FM）およびその不完全型である慢性広範痛症（CWP）や慢性局所痛症（CRP）の治療成績を脱落例を含めて比較した。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。CWP患者またはCRP患者は33人（女性26人、男性7人）であり年齢は14—81歳（平均 $52.1 \pm 17.6$ 歳）であった。治療期間は3.5-19か月（平均10.5か月）であった。治癒0人、30%以下（著効）14人（42.4%）、31-50% 6人（18.2%）、51-70% 6人（18.2%）、71-90% 4人（12.1%）、90%以上（不変・悪化）3人（9.1%）であった。FM患者は7人（女性6人、男性1人）であり年齢は25—51歳（平均 $40.3 \pm 8.6$ 歳）であった。治療期間は3.5-6か月（平均4.7か月）であった。治癒0人、30%以下（著効）2人（28.6%）、31-50% 1人（14.2%）、51-70% 0人、71-90% 2人（28.6%）、90%以上（不変・悪化）2人（28.6%）であった。FM患者の数が少ないため、統計的な解析はできないがFMの不完全型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

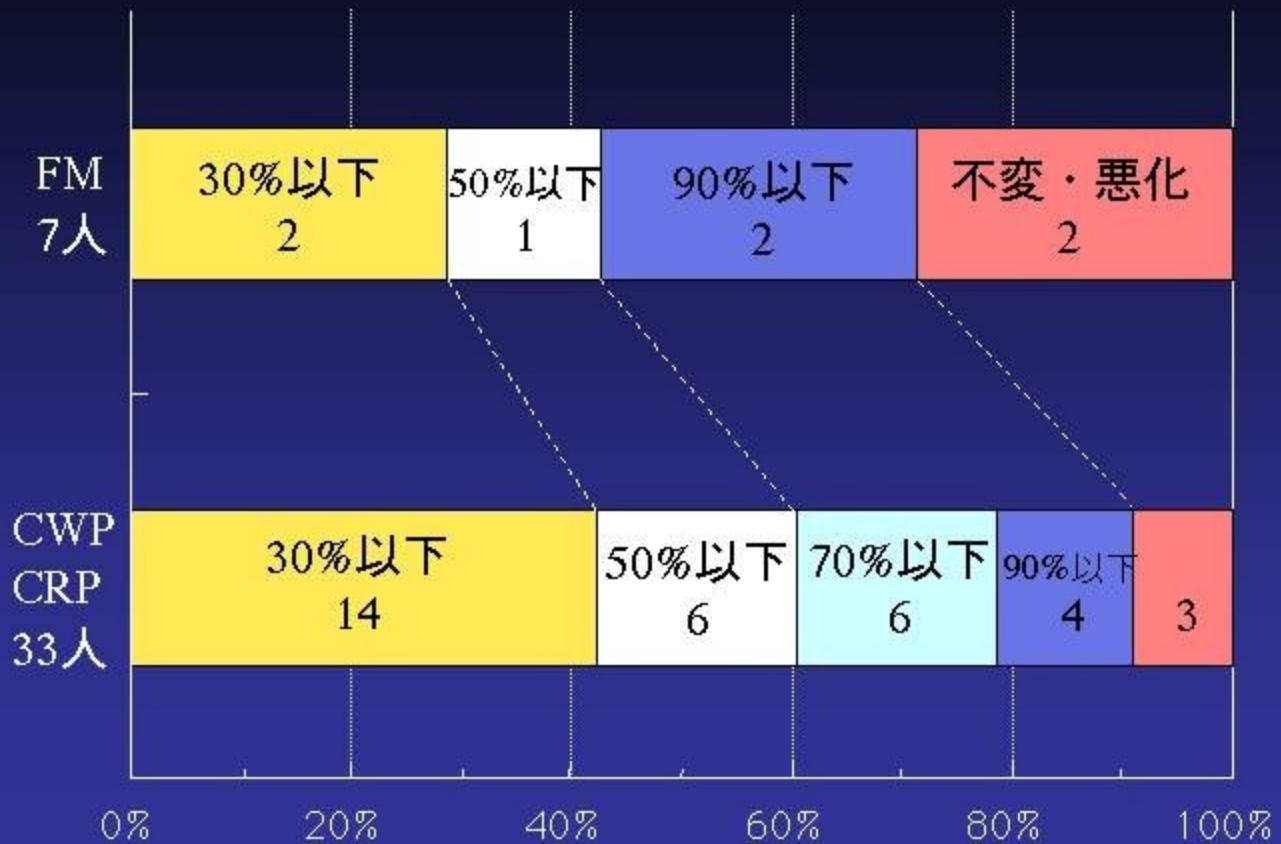
を説明できない患者を慢性広範痛症（chronic widespread pain: CWP）と診断した[2]。CWPの基準を満たさないが、肩こりのみや腰痛症のみより痛みの範囲が広く、他の疾患で症状を説明できない患者を慢性局所痛症（chronic regional pain: CRP）と診断した[2]。初診時にCWPまたはCRPであったが途中でFMの基準を満たした場合でもCWPまたはCRPとみなした。すべての患者に同じ治療を行った。

2011年9月29日から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。2011年12月までの治療成績を報告した前回の治療成績報告に含まれる患者は除外した。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。関節リウマチなどの痛みを引き起こす疾患とFMの不完全型を合併した患者を治療するとFMの不完全型由来の痛みはほぼ消失したが、他の疾患由来の痛みが残った場合には、他の疾患由来の痛みを含めて評価した。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。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。

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著者が判断した。

2013年6月30日までに、薬物治療を4か月以上中止しても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。

# 図1 線維筋痛症（FM）とその不完全型（CWP,CRP）の治療成績の比較



## 結果（図1）

FMの不完全型であるCWP患者またはCRP患者は33人（女性26人、男性7人）であり年齢は14—81歳（平均52.1±17.6歳）であった。治療期間は3.5-19か月（10.5±5.2か月）であった。治癒0人、30%以下（著効）14人（42.4%）、31-50% 6人（18.2%）、51-70% 6人（18.2%）、71-90% 4人（12.1%）、90%以上（不変・悪化）3人（9.1%）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7人（女性6人、男性1人）であり年齢は25—51歳（平均40.3±8.6歳）であった。治療期間は4-8か月（5.7±1.4か月）であった。治癒0人、30%以下（著効）2人（28.6%）、31-50% 1人（14.2%）、51-70% 0人、71-90% 2人（28.6%）、90%以上（不変・悪化）2人（28.6%）であった。

FMの不完全型とFMの治療成績を比較する予定であったが、FM患者の数が少ないため統計的に比較することはあきらめた。全般的にはFMの不完全型の方がFMより治療成績がよい傾向があった。

## 考察

今回の治療成績報告は前回の治療成績報告から約1年6か月しか経過していない。そのため治療期間が短くなっている。FMの不完全型において治癒がない理由は治療期間の短さが原因と考えている。また、FMの患者数が7人と少ない上に平均治療期間が5.7か月と短いため、FMの治療成績を論じることは困難である。それにより、FMの治療成績とFMの不完全型の治療成績を比較することも困難である。FMの治療成績とFMの不完全型の治療成績を統計学的に比較していないが、FMの治療成績はFMの不完全型の治療成績より悪い傾向にある。

本研究におけるFMの不完全型の平均治療期間は10.5か月であるが、自覚的な痛みが30%以下になった患者の割合は42.4%、自覚的な痛みが50%以下になった患者の割合は60.6%、自覚的な痛みが70%以下になった患者の割合は78.8%、自覚的な痛みが90%以下になった患者の割合は90.9%である。これらの治療成績は治癒の割合を除いて、著者自身の過去の治療成績よりはかなり良好である[3]。さらに2年程度治療を行えば、治癒目前の1人に加えて、自覚的な痛みが30%以下になった患者の中から治癒する患者がかなりであると推測している。本研究は治療期間が短いため、優先使用すべき薬[4]を全て試していない患者が少なくない。優先使用すべき薬を全て使用すればさらに治療成績は向上すると推測している。

いかなる診断基準を用いてもFM患者よりFMの不完全型患者の方が患者数が圧倒的に多い。FMの有病率はわずかに約2%であるが、不完全型FMの有病率は少なくとも20%である[5]。著者はFM患者やFMの不完全型患者には全く同じ治療を行っている。つまり、FMの診断基準には臨床的な価値はない。FMの診断基準は学会発表や論文作成時に有用なのである。

FM患者やFMの不完全型患者が初診した際にはfibromyalgia impact questionnaire[6]、short-form McGill pain questionnaire [7]、visual analog scaleなどで評価を行っている。しかし、それらの評価を用いたのでは脱落例を評価できない。脱落例にこそ治療成績の真実がある。脱落例を本研究に含めるため本研究で行った評価方法を採用した。患者の主観的な評価方法では患者が医師に遠慮をして痛みを少なく申告する可能性は否定できないが、その可能性は低いと推測している。著者は前述したように様々な評価を行っている。他の評価で症状が軽減しているにもかかわらず痛みが100%以上と答える患者は少数であるが、他の評価で症状が軽減していないにもかかわらず痛みが90%以下になったと答える患者はいないからである。

同じ評価方法で評価したFMとFMの不完全型の治療成績の比較や、同じ評価方法で評価したFMの治療成績の経年的な変化の比較時には評価方法の問題は起こりにくい。し

かし他の評価方法に基づいた治療成績との比較時には注意を要する。

3か月以内に脱落した患者は評価不能と見なして本研究には含めていない。評価不能と見なす期間を長くすると、治療成績がよい患者の割合が多くなってしまう。評価不能と見なす期間を短くすると、適切な治療を受けず脱落した患者の割合が増えてしまう。明確な根拠はないが、評価不能と見なす期間は3か月が適切であろうと推測している。

治療成績に影響を及ぼす要因について考察する。著者を受診するほぼ全員の患者は自分自身がFMを疑うか、医師からFMを疑われて著者を受診している。FMではないと診断した場合でもFMと同じ治療を行う由を文書などで説明しているが治療を希望しない患者が少なくない。その場合、患者を説得して治療を受けていただく努力は全く行っていない。また、「薬物治療により死亡する確率のごくわずかに増える。」と説明している。これらの事情によりFM患者では約2/3弱の患者が再診し、FMの不完全型患者では半数弱の患者が再診している[8]。これが治療成績に何らかの影響を及ぼした可能性はあるが、詳細は不明である。

著者は薬を一つずつ追加して各薬が有効か無効かを必ず判定している[2]。有効と判定した場合には、患者に「現状で満足ですか、不満足ですか。現状に満足していればこれ以上の薬は使用しません。現状に不満足であれば次の薬を追加します。次の薬を追加すれば痛みはさらに軽くなるかもしれませんが、副作用だけ出るかもしれません。」と説明している。痛みが20-30%軽減するとそれ以上の治療を希望しない患者がいるが、患者を説得してさらなる治療を行ってはいない。この説得を行えば、治療成績は向上すると推測している。

著者はいかなる疾患を合併していても治療を断っていない。著者自身が治療できない疾患を合併している場合には、専門家に紹介しているが、痛みそのものは著者自身が治療している。科学的な根拠がある場合とない場合があるが、治療成績が悪い患者は以下の通りである。①脳脊髄液減少症合併患者。②重篤なうつ病、不安障害、強迫性障害を合併した患者。パニック発作が頻発しては適切な痛みの治療はできない。強迫性障害が強いと外出の儀式に2時間以上かかったり乗り物に乗ることが困難になり通院自体が困難になってしまう。③喫煙をやめられない患者。疫学的には喫煙はFMには有害である[2]。禁煙を強く勧めており、「喫煙の状態でも治療はするが、症状が軽減する確率が低下する。」と説明している。ただし、結果的には喫煙を継続する患者は受診しなくなるようである。④ベンゾジアゼピン系抗不安薬（BZD）を内服している患者。BZDの問題点は拙書[2] [9]を参考にさせていただきたい。⑤FMやその不完全型由来の痛みなどの症状が重篤な患者。一般論として痛みが重篤な患者は症状が軽減しにくい。⑥疲労の程度が強い患者、特に慢性疲労症候群合併患者の治療成績は悪い。⑦関節リウマチなど

、痛みを引き起こす疾患を合併している患者。本研究の痛みの評価方法によると当然である。しかし、FMによる痛みと分けて評価可能な場合、RAなどを合併しているとFMによる痛みが軽減しにくいかな否かは不明である。⑧多くの薬に対してアレルギー反応を示す患者。薬物治療そのものが困難である。

よりよい治療成績を目指すためには、受診間隔と診療時間は重要である。症状が重篤な場合には1-2週間ごとの受診を勧めており、当初はいかなる理由があろうとも4週間ごとの受診が必要である。薬を変更する必要がなくなれば2、3か月に1回の受診にしている。この受診間隔を守らないと適切な治療はできない。当初から4週間に1回の受診ができない場合には治療を断っている。著者は薬を一つずつ漸減して有効か無効かを確認しており[2]、この治療方法を適切に行うためには再診患者では1時間に6人までが限界である。廿日市記念病院が公共交通機関の便が悪い地域にあることや、「薬物治療により死亡する確率のごくわずかに増える。」という説明を行うと結果的に再診しない患者の割合が高いことにより、初診患者の待ち期間を1週間程度にしても適切な受診間隔、診察時間を確保できている。

著者はBZDを睡眠目的や鎮痛目的では全く使用していない。パニック発作がある患者で一時的に使用していたり、初診時にBZDを使用していたため減量途上で本研究の評価を行った場合はあるが、原則的にはBZDを使用していない。BZDを使用すると1、2年程度の短期間の治療成績を向上させる可能性はある。しかし、さらに長期間使用すると認知機能の低下、骨折の増加、女性での死亡率増加などの副作用により、研究上は治療成績は悪化しないが、患者さんの真の機能は悪化すると推測している。本研究の治療成績は原則的にBZDを使用していない状態での治療成績である点に留意していただきたい。

著者は本研究の治療成績に絶対の自信を持っている。治療成績がよいという意味ではない。患者さんが医師に遠慮して甘い評価をする危険性を別にすれば、著者自身に厳しい評価を行っている。特に、脱落例の評価は著者自身に厳しく行った。著者の恣意で患者を評価する日を決められないようにした。明らかな使いすぎによる痛みや合併する疾患による痛みも評価に含めている。そのため、著者と同じ治療[4]を行えば著者と同じ治療成績を得ることができるという自信である。

## 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) 戸田克広: 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.

4) 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>

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: The revised Fibromyalgia Impact Questionnaireの紹介-線維筋痛症やchronic widespread pain (慢性広範痛症) の生活の質の新しい評価方法. 広島医学. 63: 133-135, 2010.

7) Melzack R: The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 30: 191-197, 1987.

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

9) 戸田克広: 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—. ブクログ, 2012, <http://p.booklog.jp/book/62140>



### 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（XMDF形式）

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

奥付

---

2011年9月29日から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/75705>

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>

2011年9月29日から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/75705>

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/75705>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/75705>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパブー (<http://p.booklog.jp/>)

運営会社：株式会社ブックログ